

Phá thai An toàn: Hướng dẫn Kỹ thuật và Chính sách cho Hệ thống Y tế



World Health Organization
Geneva

Phá thai An toàn:
Hướng dẫn Kỹ thuật và
Chính sách
cho Hệ thống Y tế



World Health Organization
Geneva
2003

Lời cảm ơn

Ipas hoạt động trên toàn thế giới nhằm mục đích nâng cao khả năng của phụ nữ trong thực hiện quyền về tình dục và sinh sản, nhằm giảm thiểu những tổn thương và tử vong do liên quan tới phá thai. Chúng tôi không ngừng cải thiện tính sẵn có, chất lượng và sự bền vững của dịch vụ phá thai và dịch vụ sức khỏe sinh sản khác có liên quan, đồng thời cải thiện môi trường thuận lợi cho các dịch vụ đó. Ipas tin tưởng rằng không nên có một phụ nữ nào phải chịu rủi ro trong cuộc sống và sức khỏe chỉ vì thiếu sự lựa chọn về sức khỏe sinh sản.

Văn phòng Tổ chức Ipas Việt Nam
Tòa nhà Vạn Phúc, #2 Núi Trúc, Ba Đình, Hà Nội
Điện thoại: (84 4) 726 0548
Fax: (84 4) 726 0549
Email: ipashanoi@fpt.vn

Tổ chức Y tế Thế giới xuất bản năm 2003
Phá thai an toàn : Hướng dẫn Kỹ thuật và Chính sách cho hệ thống y tế.

© Tổ chức Y tế Thế giới 2003

Tổng giám đốc của Tổ chức Y tế Thế giới trao quyền biên dịch sang tiếng Việt cho Tổ chức Ipas tại Việt Nam. Tổ chức Ipas tại Việt Nam chịu trách nhiệm về việc xuất bản cuốn sách này bằng tiếng Việt.

Xin trân trọng cảm ơn Tổ chức Y tế Thế giới có địa chỉ tại 20 Đại lộ Appia, 1211 Geneva 27, đã cho phép dịch và xuất bản cuốn sách *Phá thai an toàn: Hướng dẫn Kỹ thuật và Chính sách cho hệ thống y tế* bằng tiếng Việt. Phiên bản tiếng Việt này được dịch từ tài liệu gốc có tên *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, WHO Geneva, 2003*. Cuốn sách sẽ rất hữu ích đối với các nhà quản lý y tế và chính những người cung cấp dịch vụ phá thai tại Việt Nam.

Việc thiết kế và trình bày tài liệu của ấn phẩm này không hàm ý thể hiện bất cứ ý kiến nào của Tổ chức Y tế Thế giới hay của Tổ chức Ipas về tình trạng pháp lý của bất kỳ quốc gia, lãnh thổ, thành phố hoặc khu vực nào hay của bất kỳ nhà chức trách nào, hoặc có liên quan tới biên giới của những cơ sở này.

*Chế bản tại: Công ty TNHH Thiết kế và Thương mại Thăng Lợi
Đ/c: 72B Lạc Trung - Hai Bà Trưng Hà Nội
ĐT: 04 9712010 * Email: vdesign@vnn.vn * www.vdesignvn.com*

Mục Lục

Lời giới thiệu	7	2. Các phương pháp phá thai	29
Chương 1: Dịch vụ phá thai an toàn: Thách thức của Y tế Công cộng		Tóm tắt	29
Tóm tắt	10	2.1 Chuẩn bị cổ tử cung	30
1 Thông tin cơ bản	11	2.2 Giảm đau	30
2 Phá thai	12	2.2.1 Thuốc giảm đau	31
3 Phá thai không an toàn	12	2.2.2 Thuốc gây tê	31
4 Phá thai an toàn	14	2.3 Phá thai bằng phương pháp ngoại khoa	32
5 Những vấn đề liên quan đến luật pháp, chính sách và bối cảnh	14	2.3.1 Hút thai chân không	32
6 Thách thức - tạo điều kiện cung cấp dịch vụ an toàn	16	2.3.2 Nong và nạo	33
Tài liệu tham khảo	17	2.3.3 Nong và gấp	33
Chương 2: Chăm sóc cho người phụ nữ đến phá thai		2.3.4 Các phương pháp ngoại khoa khác được sử dụng để phá thai ở các giai đoạn sau (phá thai to)	34
Tóm tắt	20	2.3.5 Kiểm tra mô sau thủ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa	35
1 Chăm sóc trước khi phá thai	23	2.4 Các phương pháp phá thai bằng thuốc	35
1.1 Tiền sử của bệnh nhân	23	2.4.1 Liệu pháp dùng thuốc Mifepristone và Prostaglandin	36
1.2 Khám thực thể	23	2.4.1.1 Thai dưới 9 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng	36
1.3 Xét nghiệm	24	2.4.1.2 Thai từ 9 đến 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng	38
1.4 Siêu âm	24	2.4.1.3 Thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng	38
1.5 Các điều kiện liên quan đến bệnh sử	24	2.4.2 Dùng đơn thuần Misoprostol hoặc Gemeprost	38
1.6 Các viêm nhiễm đường sinh sản (RTI)	25	2.4.2.1 Thai dưới 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng	38
1.7 Chữa ngoài tử cung	25	2.4.2.2 Thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng	39
1.8 Phản ứng miễn dịch Rh	25	2.4.3 Các loại thuốc khác dùng để phá thai	39
1.9 Làm tể bào cổ tử cung	26		
1.10 Thông tin và tư vấn	26		
1.10.1 Tư vấn ra quyết định	26		
1.10.2 Thông tin về các thủ thuật phá thai	27		
1.10.3 Các thông tin và dịch vụ tránh thai	27		

2.5	Các vấn đề khác liên quan đến thủ thuật phá thai	40
2.5.1	Khống chế và kiểm soát nhiễm khuẩn	40
2.5.1.1	Rửa tay và sử dụng các dụng cụ bảo vệ	40
2.5.1.2	Làm sạch	40
2.5.1.3	Tiêu huỷ an toàn chất thải đã dính dịch cơ thể.	40
2.5.1.4	Xử lý và tiêu huỷ an toàn các vật "sắc nhọn"	41
2.5.1.5	Làm sạch dụng cụ sau khi sử dụng	41
2.5.2	Xử trí tai biến do phá thai	42
2.5.2.1	Phá thai không hoàn toàn	42
2.5.2.2	Phá thai thất bại	42
2.5.2.3	Băng huyết	42
2.5.2.4	Nhiễm trùng	43
2.5.2.5	Thủng tử cung	43
2.5.2.6	Các tai biến liên quan đến gây tê	43
2.5.2.7	Các di chứng kéo dài	43
3.	Theo dõi sau phá thai	44
3.1	Giai đoạn hồi phục	44
3.1.1	Các phương pháp phá thai bằng phương pháp ngoại khoa	44
3.1.2	Các phương pháp phá thai bằng thuốc	44
3.2	Cung cấp các biện pháp tránh thai và tư vấn về các viêm nhiễm lây qua đường tình dục.	45
3.3.	Các hướng dẫn chăm sóc sau phá thai	45
	Tài liệu tham khảo	46

Chương 3: Thiết lập dịch vụ tại cơ sở

Tóm tắt	54	
1	Đánh giá thực trạng	55
2	Xây dựng quy định và chuẩn mực quốc gia	58
2.1	Loại hình dịch vụ phá thai và cơ sở cung cấp	59
2.1.1	Tuyển xã	59
2.1.2	Cơ sở y tế tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu	59
2.1.3	Tuyển bệnh viện huyện (cấp chuyển tuyến đầu tiên)	60
2.1.4	Bệnh viện cấp 2 và cấp 3	60
2.2	Trang thiết bị, vật tư, thuốc và vật tư thiết yếu	62
2.2.1	Yêu cầu quy định về thuốc và dụng cụ	64
2.3	Cơ chế chuyển tuyến	64
2.4	Tôn trọng quyết định của người phụ nữ khi đã có đầy đủ thông tin, tự chịu trách nhiệm, tính bí mật và riêng tư, có chú ý đến các nhu cầu đặc biệt của vị thành niên	65
2.4.1	Tự quyết định và quyết định khi đã có đầy đủ thông tin	65
2.4.2	Tự chịu trách nhiệm khi quyết định (ủy quyền cho bên thứ ba)	66
2.4.3	Tính bí mật	68
2.4.4	Riêng tư	68
2.5	Cung cấp dịch vụ đặc biệt cho phụ nữ bị cưỡng hiếp	68

3	Đảm bảo kỹ năng của người cung cấp dịch vụ	69	4	Tạo ra môi trường chính sách đảm bảo	87
3.1	Kỹ năng của người cung cấp dịch vụ và đào tạo	69	4.1	Mục tiêu	88
3.1.1	Các chương trình đào tạo	70	4.2	Chùm dịch vụ	88
3.2	Giám sát	72	4.3	Các phương pháp phá thai	88
3.3	Chứng nhận và cấp giấy phép cho nhân viên y tế và cơ sở y tế	73	4.4	Đội ngũ người cung cấp dịch vụ	88
4	Theo dõi và đánh giá dịch vụ	73	4.5	Phí dịch vụ	89
4.1	Theo dõi	73	4.6	Các yêu cầu đối với hệ thống y tế chất lượng dịch vụ	89
4.2	Đánh giá	76	4.7	Thông tin công cộng	89
5	Tài chính	76	5	Xóa bỏ các rào cản về qui định và hành chính	90
5.1	Chi phí đối với cơ sở y tế hoặc hệ thống y tế	77	Tài liệu tham khảo	95	
5.2	Làm cho dịch vụ có giá cả phải chăng đối với người phụ nữ	77	Phụ lục 1: Tài liệu tham khảo và đọc thêm	96	
Tài liệu tham khảo		78	Phụ lục 2: Các văn bản thống nhất quốc tế liên quan đến phá thai an toàn	98	
Chương 4: Xem xét Luật pháp và Chính sách			Phụ lục 3: Dụng cụ và vật tư hút thai chân không bằng tay (MVA)	102	
Tóm tắt		82	Phụ lục 4: Biện pháp tránh thai sau phá thai	103	
1	Sức khỏe phụ nữ và các thỏa ước Quốc tế	83			
2	Luật pháp và thực hiện luật pháp	83			
3	Nhìn nhận những cơ sở pháp lý cho việc phá thai	85			
3.1	Khi có sự đe dọa đến tính mạng của người phụ nữ	85			
3.2	Khi có sự đe dọa về sức khỏe tinh thần và thể chất	86			
3.3	Khi thai nghén là kết quả của cưỡng hiếp hoặc loạn luân	86			
3.4	Khi bị hồng thai	86			
3.5	Đối với các lý do về kinh tế và xã hội	87			
3.6	Theo yêu cầu	87			
3.7	Hạn chế tuổi thai	87			
3.8	Các hạn chế khác	87			

Lời giới thiệu

Tại Hội nghị thượng đỉnh thiên niên kỷ của Liên hợp quốc tháng 10 năm 2000, tất cả các quốc gia tham gia đều đã nhất trí với chương trình toàn cầu về giảm đói nghèo và bất bình đẳng. Nhu cầu cải thiện sức khỏe sinh sản đã được xác định là một trong những Mục tiêu chính Phát triển thiên niên kỷ, với chỉ tiêu giảm 75% tỷ lệ tử vong mẹ trong thời gian từ năm 1990 đến 2015.

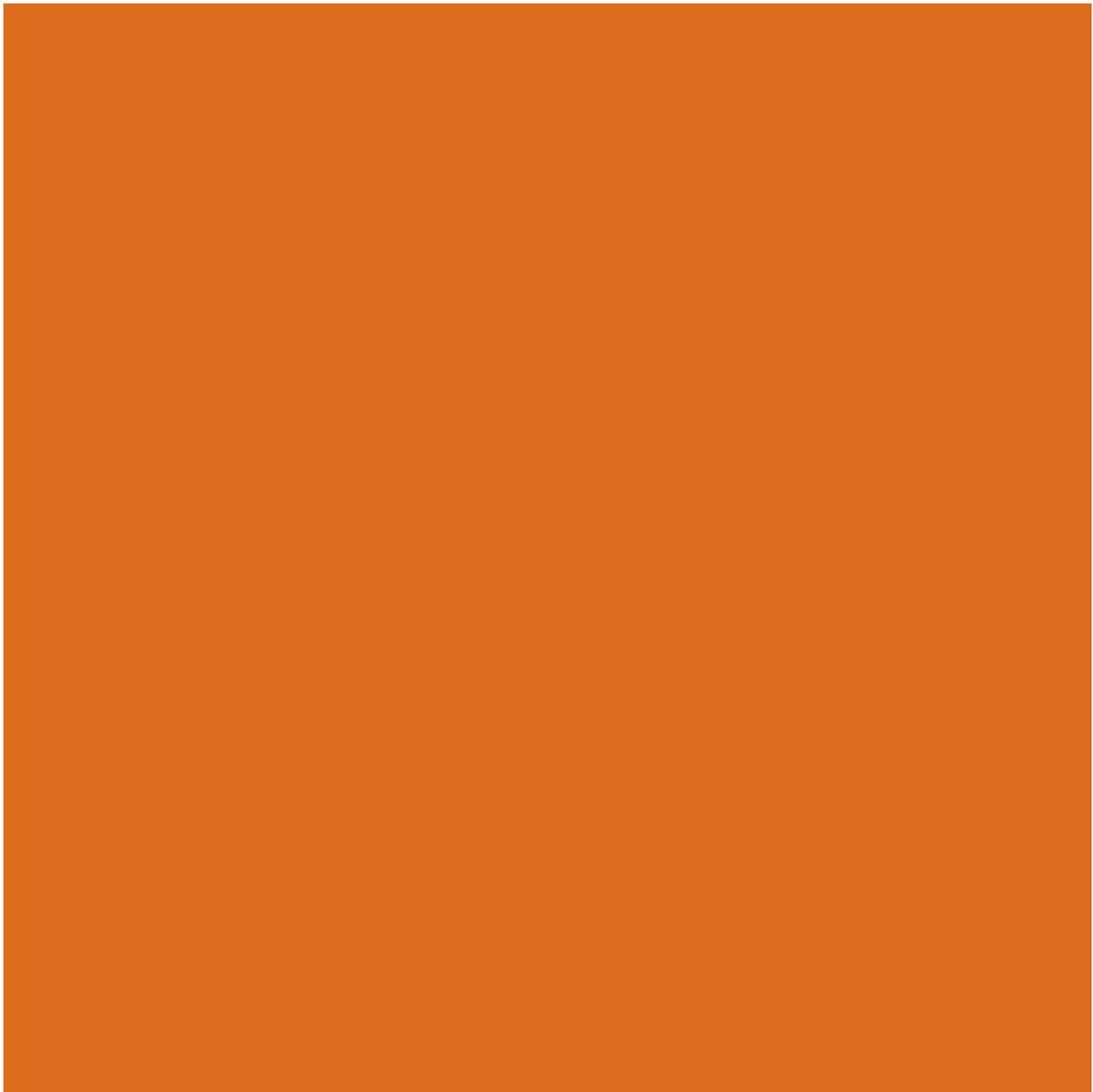
Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tử vong mẹ. Phụ nữ tử vong vì các tai biến trong khi chuyển dạ và sinh đẻ do không được phát hiện kịp thời và xử trí đúng cách. Họ tử vong vì bệnh tật như sốt rét, mà bệnh này trở nên nặng hơn khi mang thai. Họ tử vong vì các biến chứng xuất hiện sớm trong thai kỳ, thậm chí trước khi họ biết là mình mang thai ví dụ như có thai ngoài tử cung. Và họ tử vong vì muốn chấm dứt thai ngoài ý muốn nhưng không thể tiếp cận các dịch vụ phù hợp. Để đạt được Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ về cải thiện sức khỏe bà mẹ và giảm tỷ lệ tử vong mẹ, chúng ta cần phải hành động trên tất cả các mặt trận này.

Mặc dù, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai đã tăng lên đáng kể trong ba thập kỷ qua, tuy nhiên mỗi năm ước tính vẫn có 40-50 triệu ca phá thai, gần một nửa trong số này là phá thai không an toàn. Tính trên phạm vi toàn cầu có xấp xỉ 13% số ca tử vong mẹ là do các biến chứng của phá thai không an toàn. Cộng thêm với khoảng 70.000 phụ nữ tử vong mỗi năm, hàng chục nghìn người phải chịu hậu quả lâu dài về sức khỏe bao gồm cả vô sinh. Thậm chí ở những nơi kế hoạch hóa gia đình được áp dụng rộng rãi, vẫn có nhiều người có thai do tránh thai thất bại, khó sử dụng, không sử dụng hoặc là nạn nhân của loạn luân hoặc cưỡng hiếp. Thai nghén có thể đe dọa cuộc sống hoặc ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất hay tinh thần của người phụ nữ. Đứng trước các nguy cơ này, gần như tất cả các quốc gia trên thế giới đã ban hành luật cho phép chấm dứt thai nghén trong những trường hợp cụ thể. Ở một số quốc gia, luật pháp chỉ cho phép phá thai khi thực hiện để cứu tính mạng người phụ nữ; trong khi đó ở các quốc gia khác lại cho phép phá thai theo yêu cầu của người phụ nữ. Do vậy, hệ thống y tế của các quốc gia cần có những đáp ứng thích hợp.

Vai trò của Tổ chức Y tế Thế giới là xây dựng các nguyên tắc và chuẩn mực và tư vấn cho các quốc gia thành viên nhằm củng cố năng lực của hệ thống y tế của các quốc gia này. Trong hơn ba thập kỷ qua WHO đã hỗ trợ các chính phủ, các tổ chức quốc tế và các tổ chức phi chính phủ lập kế hoạch và phát triển hệ thống dịch vụ SKSS, bao gồm cả xử trí biến chứng của phá thai không an toàn và cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình chất lượng cao.

Tại một phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên hợp quốc vào tháng 6 năm 1999, Chính phủ các quốc gia đã nhất trí rằng “ở các quốc gia mà luật pháp cho phép phá thai, hệ thống y tế cần đào tạo và trang bị cho người cung cấp dịch vụ và nên thực hiện các biện pháp để đảm bảo rằng phá thai an toàn và mọi phụ nữ đều tiếp cận được. Cũng cần có các biện pháp hỗ trợ khác để bảo vệ sức khỏe phụ nữ.”

Tài liệu này cung cấp các hướng dẫn để đưa lời cam kết trên thành hiện thực.



Dịch vụ phá thai an toàn:
Chương 1 Thách thức của Y tế Công cộng

Chương 1 Tóm tắt

- Ước tính mỗi năm có 46 triệu ca phá thai, trong số này có khoảng gần 20 triệu trường hợp là phá thai không an toàn.
- Hàng năm có khoảng 13% ca tử vong liên quan đến thai nghén là do tai biến của phá thai không an toàn, tương đương con số khoảng 67.000 ca tử vong.
- Ở những nước đang phát triển, nguy cơ tử vong do tai biến của phá thai không an toàn cao hơn vài trăm lần so với phá thai được thực hiện chuẩn mực trong các điều kiện an toàn.
- Các biến chứng do phá thai không an toàn đã góp phần tạo ra những di chứng nghiêm trọng cho phụ nữ như vô sinh.
- Vì không biện pháp tránh thai nào có hiệu quả hoàn toàn một trăm phần trăm, nên vẫn có thai ngoài ý muốn và vì thế phụ nữ vẫn có thể tìm đến dịch vụ phá thai.
- Ở hầu hết các quốc gia, luật pháp cho phép phá thai nhằm cứu tính mạng người mẹ và ở nhiều nước khác lại cho phép phá thai để bảo vệ sức khỏe thể chất và tinh thần cho người phụ nữ.
- Vì thế cần phải sẵn có các dịch vụ phá thai an toàn và hợp pháp, do những người cung cấp dịch vụ được đào tạo thực hiện dưới sự hỗ trợ của các chính sách, các quy định và hạ tầng y tế, bao gồm các trang thiết bị và máy móc, để người phụ nữ có thể tiếp cận tới các dịch vụ này một cách nhanh chóng.

1 Thông tin cơ bản

Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) tại Cairo năm 1994 và Hội nghị thế giới lần thứ 4 về Phụ nữ (FWCW) tại Bắc Kinh năm 1995 đều khẳng định quyền của phụ nữ về sức khỏe sinh sản và tình dục. Hội nghị Cairo nhất trí rằng “Sức khỏe sinh sản bao hàm quyền con người được thừa nhận trong luật pháp quốc gia, các tài liệu nhân quyền quốc tế và các tài liệu tương tự khác. Những quyền này dựa trên những quyền cơ bản đã được thừa nhận của các cặp vợ chồng và các cá nhân là quyền có trách nhiệm và được tự do quyết định số con, khoảng cách giữa các lần sinh và thời điểm sinh con, quyền tiếp cận thông tin và các phương tiện thông tin, quyền đạt được những tiêu chuẩn cao nhất về sức khỏe sinh sản và tình dục. (Liên hợp quốc 1995, đoạn 7.3).

Tại Bắc Kinh, các chính phủ đã nhất trí rằng “Nhân quyền của phụ nữ bao gồm quyền được kiểm soát và tự do quyết định cũng như trách nhiệm của họ đối với những vấn đề liên quan đến hoạt động tình dục, bao gồm sức khỏe sinh sản và tình dục mà không bị ép buộc, phân biệt đối xử và bạo hành. Nam giới và phụ nữ có quyền bình đẳng trong các vấn đề liên quan đến tình dục và sinh sản, bao gồm tôn trọng hoàn toàn cơ thể của mỗi người, tôn trọng lẫn nhau, đồng tình và chia sẻ trách nhiệm đối với hành vi tình dục và kết quả của những hành vi này” (Liên hợp quốc 1996, đoạn 96).

Đặc biệt đối với chủ đề phá thai, tại Hội nghị Cairo các quốc gia trên thế giới đều thừa nhận rằng phá thai không an toàn là một mối lo ngại lớn của y tế công cộng và đã cam kết giảm nhu cầu phá thai thông qua cải thiện và mở rộng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, đồng thời nhất trí rằng ở một số nước luật pháp cho phép phá thai thì dịch vụ này phải được cung cấp một cách an toàn. (Liên hợp quốc 1995, đoạn 8.25). Một năm sau, hội nghị Bắc Kinh đã khẳng định những thỏa thuận này và đồng thời kêu gọi các chính phủ cân nhắc việc xem xét lại các bộ luật có những hình phạt những phụ nữ đã phá thai bất hợp pháp. (Liên hợp quốc 1996, đoạn 106).

Vào năm 1999, Đại hội đồng liên hợp quốc đã xem xét và đánh giá việc thực hiện ICPD (ICPD + 5) và cũng nhất trí rằng “...ở những nơi luật pháp cho phép phá thai, hệ thống y tế nên đào tạo và trang bị cho người cung cấp dịch vụ và phải sử dụng các biện pháp để đảm bảo rằng dịch vụ phá thai là an toàn và khách hàng dễ dàng tiếp cận tới dịch vụ này. Phải thực hiện các biện pháp hỗ trợ cần thiết để đảm bảo an toàn cho người phụ nữ.” (Liên hợp quốc 1999, đoạn 63.iii).

Trong nhiều năm qua tổ chức Y tế thế giới (WHO) và các tổ chức khác đã cùng nhau soạn thảo các hướng dẫn phòng tránh phá thai không an toàn và quản lý tai biến (xem Phụ lục 1). Tài liệu này cung cấp cho các Chính phủ, các nhà hoạch định chính sách, những cán bộ quản lý chương trình và các cán bộ y tế các hướng dẫn kỹ thuật để thực hiện đoạn 63.iii đã nêu trên.

2 Phá thai

Trong số 210 triệu trường hợp mang thai mỗi năm, có khoảng 46 triệu ca (22%) phá thai và trên phạm vi toàn cầu đại đa số phụ nữ từ 45 tuổi trở xuống có ít nhất một lần phá thai (Viện Alan Guttmacher 1999). Ở những quốc gia sẵn có biện pháp tránh thai và biện pháp tránh thai được sử dụng rộng rãi thì tổng tỷ lệ phá thai giảm rõ rệt (Bongaarts và Westoff 2000), nhưng không có quốc gia nào tỷ lệ này giảm đến 0% vì một số lý do. Trước hết, hàng nghìn nam giới và phụ nữ hoặc không tiếp cận được tới những thông tin cần thiết hoặc không có đầy đủ thông tin để giúp họ tránh thai một cách hiệu quả. Thứ hai, không có biện pháp tránh thai nào đạt hiệu quả 100%. Bảng 1.1 đã minh họa nhận định này bằng cách dùng phương pháp ước tính “sử dụng hoàn hảo”, theo đó người sử dụng luôn luôn theo các chỉ định sử dụng một cách chính xác và những người được coi là “sử dụng điển hình” là người không sử dụng biện pháp tránh thai một cách hoàn hảo. Thứ ba là tỷ lệ bạo hành đối với phụ nữ kể cả trong gia đình và trong chiến tranh đều dẫn tới có thai ngoài ý muốn. Thứ tư, sự thay đổi hoàn cảnh như li dị hoặc các khủng hoảng khác có thể dẫn tới thai có ý muốn trở thành thai ngoài ý muốn.

3 Phá thai không an toàn

Cho dù mọi người luôn sử dụng biện pháp tránh thai một cách đúng cách và nhất quán thì hàng năm vẫn có gần sáu triệu lượt người có thai. Như vậy có nghĩa là dù với tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai cao, phụ nữ vẫn có thể có thai ngoài ý muốn và họ có thể vẫn phải tìm đến dịch vụ phá thai.

Một ca phá thai không an toàn là “thủ thuật chấm dứt thai ngoài ý muốn do người thiếu kỹ năng cơ bản thực hiện hoặc trong một môi trường thiếu các điều kiện y tế tối thiểu, hoặc cả hai yếu tố. (Tổ chức Y tế Thế giới 1992)”. Khoảng 20 triệu hoặc gần một nửa số ca phá thai hàng năm là phá thai không an toàn. Chín mươi lăm phần trăm số này được thực hiện ở các quốc gia đang phát triển. (Tổ chức Y tế Thế giới 1998). Trên phạm vi toàn cầu, tỷ lệ phá thai không an toàn/số trẻ được sinh ra là 1/7 (Tổ chức Y tế Thế giới 1998), nhưng ở một số khu vực tỷ lệ này còn cao hơn nhiều. Ví dụ ở châu Mỹ La tinh và Caribbean, cứ ba trẻ sinh ra sống thì có hơn một ca phá thai không an toàn (Tổ chức Y tế Thế giới 1998).

Bảng 1. Ước tính số ca có thai do thất bại khi sử dụng các biện pháp tránh thai trên toàn thế giới (số ước tính năm 1993)

Biện pháp tránh thai	Ước tính tỷ lệ thất bại (sử dụng hoàn hảo) ¹ %	Ước tính tỷ lệ thất bại (sử dụng thông thường) ¹ %	Số người sử dụng ² nghìn	Số người có thai (sử dụng hoàn hảo) nghìn	Số người có thai (sử dụng thông thường) nghìn
Triệt sản nữ	0.50	0.50	201,000	1,005	1,005
Triệt sản nam	0.10	0.15	41,000	41	62
Thuốc tiêm tránh thai	0.30	0.30	26,000	78	78
Dụng cụ tử cung	0.60	0.80	149,000	894	1,192
Viên uống tránh thai	0.10	5.00	78,000	78	3,900
Bao cao su nam	3.00	14.00	51,000	1,530	7,140
Màng ngăn âm đạo	6.00	20.00	4,000	240	800
Kiên định kỳ	3.00	25.00	26,000	780	6,500
Xuất tinh ngoài âm đạo	4.00	19.00	31,000	1,240	5,890
Tổng số			607,000	5,886	26,567

¹ Trussel (1998) ước tính dựa trên số liệu của Hoa Kỳ. Tỷ lệ thất bại được thể hiện là phần trăm phụ nữ có thai trong thời gian một năm sử dụng biện pháp tránh thai.

² Vụ dân số LHQ (2002). Số phụ nữ ước tính trong độ tuổi 15-49 đã kết hôn hoặc đồng ý sống chung.

3 Phá thai không an toàn (tiếp theo)

Hàng năm có khoảng 13% số ca tử vong liên quan đến thai nghén là do tai biến của phá thai không an toàn (Tổ chức Y tế Thế giới 1998); khi so sánh với những ước tính gần đây nhất về tử vong liên quan đến sinh đẻ trên toàn thế giới (tức là 515.000 ca năm 1995; Tổ chức Y tế Thế giới 2001), tỷ lệ này tương ứng với khoảng 67.000 ca tử vong mỗi năm. Thêm vào đó, phá thai không an toàn gắn liền với bệnh tật. Ví dụ các nghiên cứu chỉ ra rằng ít nhất 1 trong 5 phụ nữ thực hiện phá thai không an toàn phải chịu đựng những viêm nhiễm đường sinh sản. (Tổ chức Y tế Thế giới 1998).

Ở quốc gia không dễ tiếp cận tới dịch vụ phá thai, hoặc pháp luật ủng hộ hoạt động phá thai trên nhiều phương diện nhưng không có dịch vụ, hoặc có dịch vụ nhưng chất lượng nghèo nàn thì những phụ nữ có tiền sẽ có xu hướng đến với dịch vụ chất lượng tương đối khá trong khu vực tư nhân. Trong khi nhiều phụ nữ có thai ngoài ý muốn khác lại đang chịu rủi ro cao về phá thai không an toàn. Họ là những phụ nữ nghèo, sống biệt lập, đang trong những hoàn cảnh dễ bị tổn thương (như tỵ nạn hoặc phụ nữ bị đi tập trung cải tạo) hay họ là thanh thiếu niên, đặc biệt là những người chưa kết hôn. Những phụ nữ này có ít khả năng tiếp cận với các thông tin và dịch vụ sức khỏe sinh sản, họ thường rất dễ bị bạo hành và ép buộc tình dục, họ có thể đến phá thai muộn và do vậy họ càng dựa vào các phương pháp phá thai không an toàn và vào những người cung cấp dịch vụ không có kỹ năng. (Bott 2001, Gardner và Blackburn 1996, Mundigo và Indriso 1999).

4 Phá thai an toàn

Chúng ta có thể phòng tránh được phần lớn các ca tử vong và biến chứng do phá thai không an toàn. Các thủ thuật và kỹ thuật phá thai can thiệp sớm đều đơn giản và an toàn. Thủ thuật phá thai là một trong những thủ thuật an toàn nhất, nếu được những cán bộ y tế đã qua đào tạo thực hiện, đủ các trang thiết bị phù hợp, tuân thủ theo đúng kỹ thuật và tiêu chuẩn phòng chống nhiễm khuẩn. Ở các quốc gia mà người phụ nữ có thể tiếp cận các dịch vụ an toàn, tỷ lệ tử vong do phá thai bằng các phương pháp hiện đại rất thấp -- dưới 1/100.000 thủ thuật (Viện Alan Guttmacher, 1999). Tại các quốc gia đang phát triển, nguy cơ tử vong do tai biến của phá thai không an toàn cao hơn vài trăm lần so với phá thai được thực hiện trong các điều kiện an toàn. (Tổ chức Y tế Thế giới 1998). Cung cấp dịch vụ phá thai sớm sẽ cứu sống được người mẹ và tránh được những chi phí đáng kể cho việc điều trị những tai biến do phá thai không an toàn gây nên. (Fortney 1981, Tshibangu và cộng sự 1984, Figa-Talamanca và cộng sự 1986, Mpangile và cộng sự 1999).

5 Những vấn đề liên quan đến luật pháp, chính sách và bối cảnh

Ở hầu khắp các quốc gia trên thế giới, luật pháp cho phép phá thai để cứu sinh mạng người mẹ. (Biểu đồ 1.1) trong hơn 3/5 số quốc gia, phá thai được tiến hành để bảo đảm sức khỏe thể chất và tinh thần của người mẹ, có khoảng 40% ca phá thai được thực hiện trong các trường hợp bị cưỡng hiếp và hoặc thai bị dị tật. Một phần ba các quốc gia cho phép phá thai vì các lý do kinh tế hoặc xã hội,

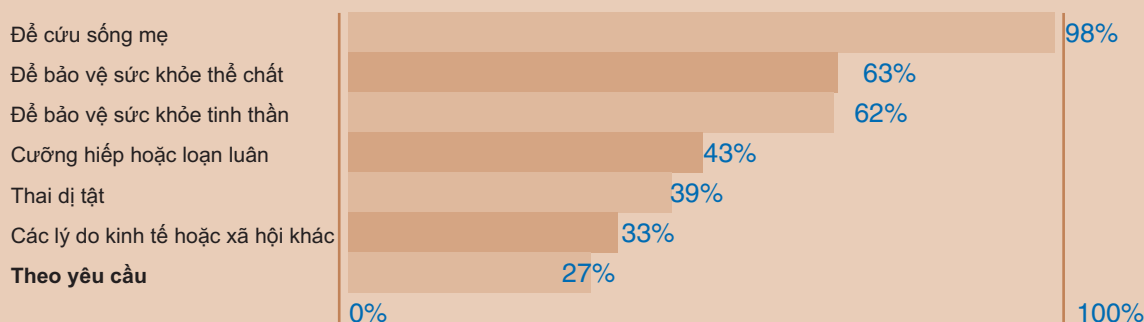
tối thiểu một phần tư các quốc gia cho phép phá thai theo yêu cầu. (Vụ dân số Liên hợp quốc 1999). Vì thế tất cả các quốc gia nên tạo điều kiện cung cấp dịch vụ phá thai an toàn nếu luật pháp cho phép.

Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, luật pháp cho phép phụ nữ được phá thai nhưng lại không có dịch vụ phá thai an toàn vì một số lý do. Các lý do này bao gồm các vấn đề liên quan đến hệ thống y tế như thiếu cán bộ được đào tạo hoặc chỉ tập trung vào khu vực thành thị, thái độ tiêu cực của người cung cấp dịch vụ, việc sử dụng các biện pháp phá thai không phù hợp hoặc lạc hậu, người cung cấp hoặc cơ sở y tế không được cung cấp dịch vụ phá thai, thiếu kiến thức về luật pháp hoặc người cung cấp dịch vụ không tuân thủ pháp luật hoặc những quy định liên quan, hoặc thiếu nguồn lực. Các yếu tố chính sách hay xã hội như các quy định hay yêu cầu mang tính pháp lý, thiếu thông tin về luật và về quyền phụ nữ; không biết cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai, hoặc không có nhu cầu phá thai sớm; thái độ của gia đình, sự phân biệt

đối xử và nỗi lo sợ về sự riêng tư, tính bảo mật thông tin và cảm nhận về chất lượng chăm sóc, cũng phải được nêu ra và giải quyết nếu muốn người phụ nữ tiếp cận được các dịch vụ an toàn và hợp lý.

Các chuyên gia y tế ở tất cả các cấp phải có nghĩa vụ đạo đức và pháp lý về việc phối hợp cùng với Bộ Y tế và Bộ Tư Pháp, Hiệp hội chuyên khoa, họ có thể giúp làm sáng tỏ những tình huống phá thai không đi ngược lại pháp luật. Họ phải hiểu và áp dụng luật pháp quốc gia liên quan tới phá thai, góp phần vào việc xây dựng các quy định, chính sách và các phác đồ nhằm đảm bảo sự hoạt động của các dịch vụ chất lượng trong khuôn khổ luật pháp cũng như tôn trọng nhân quyền và tính bảo mật. Các dịch vụ can thiệp phá thai sớm rõ ràng làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và bệnh tật liên quan, tránh phí tổn do phá thai không an toàn đang gây ra cho ngành y tế; mang lại dịch vụ chăm sóc cho người phụ nữ đã không nhận được sự hỗ trợ chu đáo từ các chương trình kế hoạch hóa gia đình hoặc những người thất bại trong tránh thai.

Biểu đồ 1.1 Những lý do được phép phá thai tỷ lệ các quốc gia



Nguồn: Vụ dân số LHQ 1999

6 Thách thức - tạo điều kiện cung cấp dịch vụ an toàn

Để có dịch vụ phá thai an toàn và phụ nữ tiếp cận được dịch vụ đó trong khuôn khổ luật pháp cho phép, chúng ta cần phải đào tạo cán bộ y tế để họ nắm được các quy định, các bộ luật cũng như các thủ thuật, đảm bảo trang thiết bị và vật tư, xây dựng phác đồ, điều lệ và chính sách liên quan đến việc xúc tiến tiếp cận tới dịch vụ phá thai chất lượng. Các chương tiếp theo sẽ đề cập đến từng vấn đề, dựa vào các kinh nghiệm và chứng cứ sẵn có và các nguyên tắc đã thống nhất trong Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển, Hội nghị thế giới về Phụ nữ, ICPD+5 và FWCW+5, phù hợp với nhân quyền quốc tế. Ở hầu khắp các quốc gia trên thế giới, phá thai vẫn là hợp pháp trong một số trường hợp nhất định do vậy ở cả những nước đã và đang phát triển vẫn cần thiết phải áp dụng các hướng dẫn đưa ra trong tài liệu này.

Chương 2 “Chăm sóc lâm sàng cho phụ nữ đến phá thai” đề cập đến khía cạnh y tế của việc cung cấp các dịch vụ phá thai chất lượng cao, bao gồm chẩn đoán thai, cung cấp thông tin và tư vấn, lựa chọn và cung cấp biện pháp phá thai phù hợp và chăm sóc sau phá thai. Chương này mô tả các biện pháp phá thai và các đặc điểm của mỗi biện pháp ảnh hưởng đến mức độ an toàn, hiệu quả và tính tối ưu của mỗi biện pháp này.

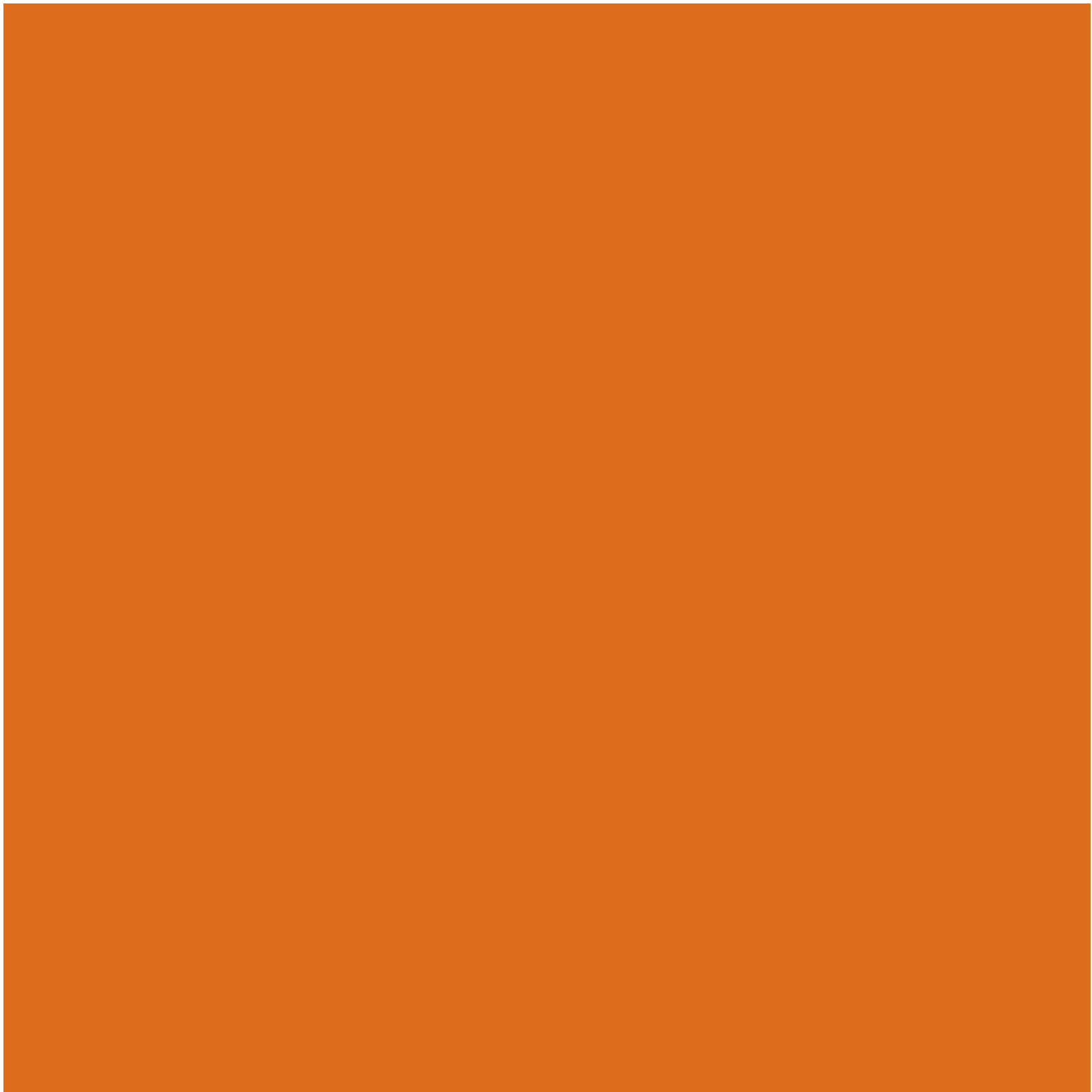
Chương 3, “Thiết lập dịch vụ tại cơ sở”, hướng dẫn về các điều kiện thiết yếu để đưa dịch vụ phá thai hợp pháp, chất lượng tốt vào hoạt động. Các nội dung được nói đến bao gồm đánh giá nhu cầu, các tiêu chuẩn và tiêu chí quốc gia, các yếu tố liên quan đến chăm sóc khách hàng ở mọi cấp của hệ thống y tế, đảm bảo năng lực cán bộ cũng như chất lượng thủ thuật, cấp giấy phép, giấy chứng nhận, giám sát và đánh giá và các vấn đề tài chính.

Chương 4, “Xem xét Luật pháp và Chính sách”, đưa ra khung chính sách đảm bảo thực hiện dịch vụ phá thai an toàn trong khuôn khổ luật pháp. Nội dung bao gồm các sơ sở pháp lý cho phá thai an toàn, xây dựng chính sách và dỡ bỏ những hàng rào cản trở việc chăm sóc cho khách hàng.

Phụ lục 1 Tài liệu tham khảo và đọc thêm, ở đó bạn đọc có thể có thêm thông tin về từng chủ đề trong mỗi chương. Phụ lục 2 cung cấp các tài liệu quốc tế liên quan. Phụ lục 3 cho biết chi tiết về những trang thiết bị cần thiết và Phụ lục 4 về tránh thai sau phá thai.

Tài liệu tham khảo

- Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*. New York and Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.
- Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 31:193-202.
- Bott S. (2001) Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: findings from WHO case studies. In: Puri CP and Van Look PFA (eds). *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International (P) Limited, Volume 1, 351-366.
- Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K, Fong CK, Palan VT, Adeeb N, Nylander P, Onifade A, Akin A and Bertan M. (1986) Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* 16:375-389.
- Fortney JA. (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. *Public Health Reports* 96:574-579.
- Gardner R and Blackburn R. (1996) People who move: new reproductive health focus. *Population Reports Series J*, No. 45.
- Mpangile GS, Leshabari MT and Kihwele DJ. (1999) Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents. In: Mundigo AI and Indriso C. (Eds). *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the WHO, pp. 387-403.
- Mundigo AI and Indriso C. (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the WHO
- Trussell J. (1998) Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W Jr, Stewart GK, Guest F and Kowal D (eds). *Contraceptive technology (17th revised edition)*. New York, Ardent Media Inc., pp. 779-844.
- Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L and Mbiye K. (1984) Avortement clandestin, problème de santé publique à Kinshasa. [Illicit abortion, a public health problem in Kinshasa (Zaire)] *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris)* 13:759-763.
- United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)
- United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)
- United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)
- United Nations Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations. Population Division (ST/ESA/SER.A/178).
- United Nations Population Division. (2002) *World contraceptive use 2001*. New York, United Nations (Sales No. E.02.XIII.7).
- World Health Organization. (1992) *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Geneva, WHO. (WHO/MSM/92.5)
- World Health Organization. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, WHO. (WHO/RHT/MSM/97.16)
- World Health Organization. (2001) *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva, WHO. (WHO/RHR/01.9)



Chương 2 Chăm sóc cho người phụ nữ đến phá thai

Chương 2 Tóm tắt

Chăm sóc trước khi phá thai

Xác định thời gian mang thai là yếu tố quyết định để lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp nhất. Thường thì chỉ cần khám chậu hông bằng hai tay kết hợp với xác định các triệu chứng thai nghén khác là đủ để tính tuổi thai. Có thể tiến hành xét nghiệm hoặc siêu âm để khẳng định kết quả.

Ở các vùng có tỷ lệ thiếu máu cao thì việc đo mức Haemoglobin hay Haematocrit sẽ giúp nhanh chóng xử trí trường hợp xảy ra tai biến cần phải truyền máu.

Việc sử dụng thuốc kháng sinh trong quá trình phá thai sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm trùng sau thủ thuật. Tuy nhiên, trong trường hợp không có sẵn thuốc kháng sinh dự phòng, không nên từ chối tiến hành thủ thuật phá thai.

Cần cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác và dễ hiểu cho phụ nữ về thủ thuật phá thai, những gì có thể xảy ra trong và sau thủ thuật cũng như tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có để giúp phụ nữ đưa ra quyết định khi đã có đầy đủ thông tin.

Các phương pháp phá thai

Các phương pháp sau đây được khuyến nghị sử dụng để phá thai sớm (3 tháng đầu):

- Phương pháp hút thai chân không bằng tay hoặc bằng điện được áp dụng để hút thai hết tuần thứ 12 kể từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.
- Phá thai bằng thuốc dùng kết hợp Mifepristone và một loại Prostaglandin như Misoprostol hoặc Gemeprost, đối với thai dưới 9 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng. Misoprostol là loại Prostaglandin được chọn dùng tại hầu hết cơ sở y tế vì giá rẻ và không đòi hỏi bảo quản lạnh.

Phương pháp nong và nạo (D&C) chỉ nên áp dụng khi không có điều kiện dùng phương pháp hút thai chân không hoặc phá thai bằng thuốc.

Đối với thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng, nên áp dụng các phương pháp phá thai dưới đây:

- Nong và gấp (D&E), sử dụng bơm hút chân không và kẹp gấp thai;
- Dùng Mifepristone sau đó kết hợp dùng nhắc lại Prostaglandin như Misoprostol hoặc Gemeprost;
- Dùng nhiều liều Prostaglandin đơn thuần (Misoprostol hoặc Gemeprost).

Nên chuẩn bị cổ tử cung trước khi tiến hành phá thai bằng phương pháp ngoại khoa đối với thai trên 9 tuần tuổi đối với phụ nữ chưa từng sinh con, phụ nữ dưới 18 tuổi, cho tất cả phụ nữ có thai trên 12 tuần.

Nên cung cấp thuốc giảm đau trong mọi trường hợp phá thai. Trong hầu hết các trường hợp, chỉ cần cung cấp thuốc gây mê, gây tê tại chỗ và/hoặc giảm đau nhẹ kết hợp với việc nói chuyện động viên trong quá trình thủ thuật là đủ.

Phương pháp gây tê tại chỗ, chẳng hạn như tiêm Lidocaine quanh cổ tử cung, nên được sử dụng để giảm thiểu sự khó chịu khi dùng dụng cụ nong cổ tử cung trước khi tiến hành phá thai bằng phương pháp ngoại khoa. Gây tê toàn thân không được khuyến khích cho phá thai do thường có tỷ lệ biến chứng cao hơn so với gây tê tại chỗ.

Nên dùng các biện pháp đề phòng chuẩn để khống chế nhiễm khuẩn (giống như chăm sóc đối với bất kỳ bệnh nhân nào) nhằm giảm nguy cơ lây truyền các viêm nhiễm qua đường máu kể cả HIV.

Theo dõi sau thủ thuật

Đối với phá thai bằng phương pháp ngoại khoa, người phụ nữ có thể rời khỏi cơ sở y tế ngay khi cảm thấy khỏe hơn và các dấu hiệu sinh tồn đã trở lại bình thường.

Khi sử dụng phương pháp phá thai ngoại khoa, phụ nữ cần khám lại sau từ 7-10 ngày sau thủ thuật.

Đối với phá thai bằng thuốc, nếu thai chưa sảy hoàn toàn trước khi người phụ nữ rời khỏi cơ sở y tế, họ cần quay lại khám sau từ 10-15 ngày để chắc chắn đã sảy thai.

Trước khi rời khỏi cơ sở y tế, tất cả phụ nữ cần được thông tin đầy đủ về các biện pháp tránh thai và cung cấp biện pháp tránh thai cho những người có nhu cầu hoặc giới thiệu tới các cơ sở cung cấp biện pháp tránh thai.

Phụ nữ cần được nhận các hướng dẫn (bằng lời hoặc văn bản) về cách tự chăm sóc, về khả năng ra máu và về cách nhận biết các tai biến và cách tìm kiếm sự giúp đỡ xử lý tai biến.

Các thuật ngữ được sử dụng trong tài liệu này

Phá thai bằng phương pháp ngoại khoa:

- Sử dụng các thủ thuật qua cổ tử cung để chấm dứt thai nghén, bao gồm hút chân không, Nong và Nạo (D&C), Nong và Gấp (D&E).

Phá thai bằng thuốc:

- Sử dụng thuốc để gây sảy thai. Đôi khi thuật ngữ “phá thai nội khoa” cũng được sử dụng để mô tả thủ thuật này.

Tuổi thai:

- Số ngày hoặc tuần tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

Điều hoà kinh nguyệt

- Tiến hành hút thai sớm đối với phụ nữ bị chậm kinh mà không cần tiến hành siêu âm hoặc xét nghiệm để khẳng định có thai.

1 Chăm sóc trước khi phá thai

Các bước đầu tiên để tiến hành thủ thuật phá thai là khẳng định chắc chắn có thai, tính tuổi thai và khẳng định có thai trong buồng tử cung. Các rủi ro liên quan đến việc phá thai bằng thủ thuật, dù là nhỏ nếu thủ thuật phá thai được thực hiện đúng cách, sẽ gia tăng theo tuổi thai (Grimes và Cates, 1979). Do vậy, việc xác định tuổi thai là yếu tố quan trọng khi quyết định lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp nhất.

Tất cả các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cần có nhân viên đã được đào tạo và có đủ năng lực khai thác tiền sử sức khỏe của phụ nữ và thực hiện khám chậu hông bằng hai tay. Các trung tâm y tế không có nhân viên đủ năng lực và trang thiết bị để phá thai cần nhanh chóng chuyển người phụ nữ tới các cơ sở dịch vụ gần nhất. Các nhân viên y tế cần có đủ năng lực tư vấn giúp người phụ nữ cân nhắc lựa chọn phương pháp phá thai (xem phần 1.10.1).

1.1 TIỀN SỬ CỦA BỆNH NHÂN

Đa số phụ nữ bắt đầu nghi ngờ rằng mình có thai khi bị chậm kinh. Cần hỏi họ về ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (LMP), ví dụ như ngày đầu tiên có kinh và kinh nguyệt có bình thường hay không. Tuy vậy, phụ nữ có thể bị chậm kinh vì nhiều lý do chứ không chỉ bởi có thai và một số phụ nữ có thai có thể không nhận ra bị mất kinh. Chẳng hạn như phụ nữ đang thời gian cho con bú có thể có thai trước khi có kỳ kinh đầu tiên

sau sinh. Một số phụ nữ có thể có hiện tượng ra máu không phải do hành kinh trong thời kỳ đầu thai nghén và đây có thể là nguyên nhân khiến không phát hiện ra mang thai hoặc tính nhầm tuổi thai. Các triệu chứng mà phụ nữ thường gặp trong thời kỳ đầu thai nghén là vú cương và căng tức, cảm giác buồn nôn và đôi khi nôn oẹ, mệt mỏi, có những thay đổi về khẩu vị ăn uống và hay đi tiểu.

1.2 KHÁM THỰC THỂ

Những người cung cấp dịch vụ phải khẳng định được người phụ nữ có thai và ước tính được tuổi thai thông qua phương pháp khám chậu hông bằng hai tay. Mặc dù nhiều nhân viên y tế đã được đào tạo về xác định tuổi thai để cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh nhưng cũng có nhiều nhân viên không có kinh nghiệm trong việc chẩn đoán thai nghén ở giai đoạn rất sớm hoặc tính chính xác tuổi thai trong thời kỳ thai ba tháng đầu. Do vậy, các nhân viên cung cấp dịch vụ phá thai cần phải được thường xuyên đào tạo bổ sung (xem Chương 3).

Các dấu hiệu mang thai có thể phát hiện được khi thực hiện khám chậu hông bằng hai tay đối với thai từ 6-8 tuần tuổi bao gồm vùng eo tử cung mềm ra, tử cung cũng mềm và to ra. Tử cung của phụ nữ có thai nhỏ hơn so với dự tính có thể là do tuổi thai thực tế nhỏ hơn tuổi thai dự đoán căn cứ vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng, do chữa ngoài tử cung hoặc do sảy thai không hoàn toàn. Còn nếu tử cung lớn hơn so với kích thước dự kiến thì có thể là do tuổi thai thực tế lớn hơn tuổi thai dự đoán căn cứ vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng, do đa thai, do u xơ tử cung, hoặc do chữa trứng.

1 Chăm sóc trước khi phá thai (tiếp theo)

Khi khám thực thể, nhân viên y tế cũng cần xác định tư thế tử cung có ngã ra trước, ngã ra sau hay ở tư thế có thể ảnh hưởng tới việc xác định tuổi thai hoặc gây khó khăn khi phá thai bằng phương pháp ngoại khoa hay không. Người cung cấp dịch vụ cần được đào tạo để nhận biết các dấu hiệu của các viêm nhiễm lây qua đường tình dục (STI) và các viêm nhiễm đường sinh sản (RTI) cũng như bệnh thiếu máu hoặc sốt rét, các bệnh có thể đòi hỏi phải có các thủ thuật hỗ trợ hoặc phải chuyển tuyến để được theo dõi y tế. Trong trường hợp phát hiện các bệnh nguy hiểm liên quan đến tử cung thì người phụ nữ cần được chuyển tới các cơ sở phù hợp để khám kỹ hơn.

1.3 XÉT NGHIỆM

Trong hầu hết các trường hợp, người cung cấp dịch vụ chỉ cần thu thập thông tin từ tiền sử của người phụ nữ hoặc chỉ cần khám thực thể là có thể khẳng định có thai và dự tính được tuổi thai. Các xét nghiệm để phát hiện thai có thể không cần thiết trừ trường hợp các dấu hiệu mang thai điển hình không rõ ràng và người cung cấp dịch vụ không chắc chắn liệu người phụ nữ có mang thai hay không. Tuy nhiên, việc tiến hành xét nghiệm cũng không được cản trở hoặc trì hoãn việc phá thai.

Việc đo mức Haemoglobin hoặc Haematocrit để phát hiện bệnh thiếu máu tại các vùng có tỷ lệ thiếu máu cao giúp người cung cấp dịch vụ tiến hành điều trị và sẵn sàng xử trí nếu xảy ra băng huyết trong và sau khi phá thai.

Ở những nơi có điều kiện thì cần tiến hành các xét nghiệm nhóm máu ABO và Rhesus (Rh), đặc biệt là tại các trung tâm y tế ở tuyến cao hơn để đề phòng trường hợp xảy ra các tai biến đòi hỏi phải truyền máu (xem phần 2.5.2.3 dưới đây).

1.4 SIÊU ÂM

Đối với phá thai sớm thì không cần thiết phải siêu âm (RCOG, 2000). Ở những nơi có điều kiện thì siêu âm có thể hỗ trợ việc phát hiện các trường hợp chửa ngoài tử cung đối với thai trên 6 tuần. Một số người cung cấp dịch vụ cho rằng siêu âm rất có ích trong thời gian trước và trong khi phá thai to. Ở những nơi có sử dụng siêu âm, nếu có thể thì các cơ sở cung cấp dịch vụ cần có khu vực riêng để siêu âm cho phụ nữ tới phá thai và tách biệt với khu vực chăm sóc trước sinh.

1.5 CÁC ĐIỀU KIỆN LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH SỬ

Ngoài việc khẳng định có thai và dự tính tuổi thai, các nhân viên y tế cần nắm được đầy đủ bệnh sử và đánh giá được các nhân tố khác có thể ảnh hưởng đến thủ thuật phá thai. Các nhân tố này bao gồm: các rối loạn về chảy máu, tiền sử dị ứng với loại thuốc sẽ được sử dụng trong khi tiến hành phá thai và các thông tin về loại thuốc mà người phụ nữ đang dùng có thể phản ứng với các loại thuốc sẽ được sử dụng khi tiến hành thủ thuật.

Từ quan điểm lâm sàng, nếu phá thai cho người phụ nữ bị nhiễm HIV thì phải thực hiện các biện pháp đề phòng giống như đối với các can thiệp bằng thuốc hoặc ngoại khoa khác (xem phần 2.5.1 dưới đây). Nếu như người phụ nữ được phát hiện nhiễm HIV dương tính thì họ có thể cần được tư vấn đặc biệt (xem phần 1.10.1).

1.6 CÁC VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH SẢN (RTI)

Bị nhiễm khuẩn đường sinh sản dưới khi phá thai là một nhân tố nguy cơ gây ra các viêm nhiễm đường sinh sản (RTI) sau khi thủ thuật (Penney và cộng sự 1998). Việc sử dụng thuốc kháng sinh khi tiến hành thủ thuật phá thai cho thấy đã làm giảm một nửa nguy cơ viêm nhiễm sau thủ thuật (Sawaya và cộng sự 1996). Tuy nhiên tại các khu vực không có sẵn thuốc kháng sinh dự phòng thì việc phá thai vẫn có thể được tiến hành. Trong bất kỳ trường hợp nào, việc giám sát chặt chẽ các thao tác làm sạch và khử khuẩn cũng đóng vai trò thiết yếu nhằm ngăn chặn các viêm nhiễm sau thủ thuật (xem phần 2.5.1).

Nếu các dấu hiệu lâm sàng cho thấy có viêm nhiễm, phụ nữ cần được điều trị ngay lập tức bằng thuốc kháng sinh và sau đó có thể thực hiện phá thai. Ở những cơ sở luôn tiến hành đều đặn các xét nghiệm để phát hiện viêm nhiễm đường sinh sản và không thấy có dấu hiệu viêm nhiễm thì không nên trì hoãn việc phá thai cho đến khi có kết quả xét nghiệm.

1.7 CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

Chữa ngoài tử cung có thể đe dọa tính mạng của người phụ nữ. Các dấu hiệu có thể giúp nhận ra tình trạng chữa ngoài tử cung là kích thước tử cung nhỏ hơn so với dự tính tuổi thai được và có hiện tượng đau bụng dưới, đặc biệt là khi có thêm hiện tượng chảy máu âm đạo và ra máu thấm giọt, choáng váng, ngất, ở một số phụ nữ có xuất hiện khối u ở phần phụ. Nếu nghi ngờ chữa ngoài tử cung thì cần phải khẳng định kết quả chẩn đoán ngay lập tức và tiến

hành điều trị hoặc chuyển phụ nữ đến cơ sở có đủ khả năng khẳng định kết quả chẩn đoán và tiến hành điều trị (Xem cuốn Tổ chức Y tế Thế giới 2000a để biết các chi tiết về điều trị).

Cần lưu ý rằng việc chẩn đoán chữa ngoài tử cung sẽ khó hơn trong và sau khi tiến hành phá thai bằng thuốc do phá thai bằng thuốc cũng có các triệu chứng tương tự. Do vậy, nếu đang áp dụng phá thai bằng thuốc mà trước đó không khẳng định có thai trong tử cung hay không và phụ nữ bị đau nhiều và ngày càng đau nặng hơn sau khi uống thuốc phá thai thì cần khám để xác định xem có thể chữa ngoài tử cung hay không.

1.8 PHẢN ỨNG MIỄN DỊCH RH

Việc miễn dịch thụ động ở tất cả phụ nữ có Rh âm tính bằng cách dùng Globulin miễn dịch với Rh trong vòng 72 giờ sau khi phá thai được khuyến nghị tại Mỹ năm 1961 (Finn và cộng sự 1961), tuy nhiên vẫn chưa có bằng chứng kết luận về sự cần thiết tiến hành biện pháp này sau khi tiến hành phá thai bằng thủ thuật đối với thai ba tháng đầu. Ở những cơ sở có quy định kiểm tra phản ứng Globulin miễn dịch với Rh ở những phụ nữ có Rh âm tính, thì cũng cần áp dụng khi thực hiện thủ thuật phá thai. Đối với phụ nữ lựa chọn phương pháp phá thai bằng thuốc, cần áp dụng kiểm tra phản ứng Globulin miễn dịch với Rh (Rh-immunoglobulin) khi dùng Prostaglandin (Urrquhart và Templeton 1990).

1 CHĂM SÓC TRƯỚC KHI PHÁ THAI (TIẾP THEO)

1.9 LÀM TẾ BÀO CỔ TỬ CUNG

Một số cơ sở y tế có thể cung cấp dịch vụ xét nghiệm miễn đồ cổ tử cung và các dịch vụ sức khỏe sinh sản khác. Đến phá thai có thể là một cơ hội để đánh giá tế bào cổ tử cung, đặc biệt là tại các khu vực có tỷ lệ ung thư tử cung và viêm nhiễm lây qua đường tình dục cao. Tuy nhiên, không bao giờ được coi việc phải chấp nhận các dịch vụ như vậy là một điều kiện để phụ nữ được phá thai và các dịch vụ này không nhất thiết phải thực hiện như điều kiện để có thể tiến hành phá thai an toàn.

1.10 THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN

Cung cấp thông tin là một phần thiết yếu của các dịch vụ phá thai có chất lượng. Thông tin phải đầy đủ, chính xác và dễ hiểu; cung cấp thông tin theo cách tôn trọng tính riêng tư và bí mật của người phụ nữ. Chương 3 cung cấp chi tiết về đào tạo và các yêu cầu khác đối với người cung cấp dịch vụ có liên quan đến thông tin và tư vấn, trong đó có cả các tiêu chuẩn đạo đức.

1.10.1 Tư vấn ra quyết định

Tư vấn có thể rất quan trọng giúp người phụ nữ cân nhắc khả năng lựa chọn của mình và đảm bảo rằng họ có thể ra quyết định mà không bị áp lực. Tư vấn phải tự nguyện, bí mật và được nhân viên đã qua đào tạo tiến hành.

Nếu phụ nữ quyết định phá thai thì nhân viên y tế phải giải thích các yêu cầu quy định pháp lý

để được phá thai. Phụ nữ phải có đủ thời gian cân nhắc ra quyết định, cho dù điều này có nghĩa là sau đó họ sẽ quay trở lại cơ sở y tế vào dịp khác. Tuy nhiên, cần giải thích cho người phụ nữ rằng phá thai sớm sẽ an toàn và hiệu quả hơn. Nhân viên y tế cũng phải cung cấp thông tin cho những phụ nữ quyết định tiếp tục mang thai để sinh và/hoặc cân nhắc cho nhận con nuôi, bao gồm cả thông tin về việc chuyển tuyến phù hợp.

Trong một số trường hợp, phụ nữ có thể bị sức ép phải phá thai từ phía bạn tình hoặc từ các thành viên khác trong gia đình. Người trong độ tuổi vị thành niên chưa lập gia đình và phụ nữ bị nhiễm HIV là các đối tượng đặc biệt hay phải chịu áp lực này. Tất cả phụ nữ phát hiện nhiễm HIV cần phải biết các nguy cơ của việc mang thai đối với sức khỏe của chính họ và các nguy cơ lây truyền virus từ mẹ sang con. Họ cũng cần biết về các biện pháp điều trị hiện có và các biện pháp để tránh truyền virus sang cho con để họ có thể ra quyết định khi đã có đầy đủ thông tin về việc tiếp tục mang thai hay chấm dứt thai nghén (ở những cơ sở mà pháp luật cho phép). Họ cũng có thể đề nghị được tư vấn thêm (WHO 1999). Nếu nhân viên y tế nghi ngờ có sự ép buộc, họ cần nói chuyện riêng với người phụ nữ hoặc giới thiệu người phụ nữ tới cơ sở chuyên biệt để được tư vấn thêm. Nếu các nhân viên y tế biết hoặc nghi ngờ người phụ nữ phải chịu bạo hành tình dục hay lạm dụng tình dục thì họ cần chuyển họ tới các cơ sở tư vấn và điều trị thích hợp. Các cán bộ quản lý cần đảm bảo rằng tất cả nhân viên biết về mạng lưới các cơ sở dịch vụ tư vấn và điều trị hiện có trong hệ thống y tế và trong cộng đồng (xem chương 3).

1.10.2 Thông tin về các thủ thuật phá thai

Tối thiểu, người phụ nữ cần được cung cấp các thông tin như sau:

- Những việc sẽ được thực hiện trong và sau thủ thuật;
- Chị ấy có thể cảm thấy thế nào (ví dụ: đau bụng giống như khi hành kinh, ra máu);
- Thời gian thực hiện thủ thuật;
- Chị ấy sẽ được dùng biện pháp giảm đau nào;
- Các nguy cơ và tai biến có thể gặp của phương pháp phá thai;
- Khi nào thì chị ấy có thể trở lại các hoạt động bình thường, bao gồm cả quan hệ tình dục;
- Chăm sóc sau phá thai.

Nếu như có nhiều phương pháp phá thai để lựa chọn thì người cung cấp dịch vụ cần được đào tạo để cung cấp thông tin rõ ràng cho người phụ nữ về phương pháp phá thai thích hợp căn cứ vào tuổi thai, điều kiện sức khỏe của họ và các nhân tố rủi ro có thể xảy ra.

1.10.3 Các thông tin và dịch vụ tránh thai

Việc cung cấp các thông tin và dịch vụ tránh thai là một phần thiết yếu của chăm sóc phá thai vì có thể giúp phụ nữ tránh mang thai ngoài ý muốn trong tương lai. Tất cả phụ nữ cần được thông báo rằng sẽ tiếp tục rụng trứng vào khoảng 2 tuần sau khi phá thai (Cameron và Baird 1988), do vậy họ có khả năng mang thai trừ phi họ sử dụng một biện pháp tránh thai hiệu quả. Cần cung cấp thông tin chính xác cho người phụ nữ để giúp họ lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp nhất đáp ứng được yêu cầu của họ. Nếu họ định tiến hành phá thai sau khi cho rằng biện pháp tránh thai họ sử dụng đã thất bại thì người cung cấp dịch vụ cần thảo luận tìm hiểu xem liệu có phải họ chưa sử dụng biện pháp tránh thai đúng cách và giúp họ sử dụng đúng cách hay họ cần chuyển sang biện pháp tránh thai khác phù hợp hơn (xem phần 3.2 và Phụ lục 4 để biết về các biện pháp cụ thể). Tuy nhiên, quyết định cuối cùng về một biện pháp tránh thai phải là quyết định của người phụ nữ.

Không bao giờ được coi việc người phụ nữ chấp nhận một biện pháp tránh thai là điều kiện tiên quyết để cung cấp dịch vụ phá thai.

Hình 2.1 Các phương pháp phá thai

Số tuần tính từ kỳ kinh cuối cùng.



2 Các phương pháp phá thai

TÓM TẮT

Hình 2.1 tóm lược các phương pháp phá thai phù hợp nhất cho các tuổi thai khác nhau dựa trên các phác đồ đã được xây dựng và được sử dụng trên khắp thế giới. Khi xét đến giới hạn tuổi thai thì Hình 2.1 có ý nghĩa hướng dẫn hơn là chỉ định. Chẳng hạn như hầu hết người cung cấp dịch vụ được đào tạo có thể tiến hành an toàn việc hút thai chân không đối với thai tới 12 tuần trong khi đó những người được đào tạo chuyên sâu, có đủ kinh nghiệm và dùng các loại ống hút thai kích cỡ hợp lý có thể áp dụng thủ thuật này cho thai tới 15 tuần (RCOG 2000).

Việc cung cấp rộng rãi các phương pháp phá thai bằng thuốc an toàn và hiệu quả để chấm dứt thai nghén hiện vẫn còn hạn chế. Tuy vậy, sự phát triển nhanh chóng và các nghiên cứu đang được tiến hành có thể dẫn tới việc áp dụng phương pháp này rộng rãi hơn trong thời gian tới đây. Do vậy, cần thảo luận việc sử dụng các loại thuốc này để những người lập kế hoạch và quản lý chương trình có thể sẵn sàng áp dụng phương pháp này một cách có hệ thống.

Các phương pháp phá thai đến hết 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Các phương pháp được khuyến khích là hút thai chân không bằng tay hoặc bằng điện, hoặc các phương pháp phá thai bằng thuốc sử dụng kết hợp Mifepristone và một loại Prostaglandin. Sử dụng kết hợp Mifepristone và một loại Prostaglandin đã được chứng tỏ là an toàn và hiệu quả đối với thai 9 tuần trở xuống. Hiện tại

các nghiên cứu đang được tiến hành về tính an toàn và hiệu quả của phác đồ này đối với các thai từ 9 đến 12 tuần.

Việc áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc đòi hỏi phải có dự phòng dụng cụ hút thai chân không tại cơ sở y tế hoặc thông qua chuyển tuyến để đề phòng trường hợp phá thai thất bại hoặc sảy thai không hoàn toàn. Chỉ nên áp dụng phương pháp nong và nạo (D&C) khi không có sẵn một trong các phương pháp phá thai kể trên. Các cán bộ quản lý y tế và các nhà hoạch định chính sách cần nỗ lực hết mình để có thể thay thế phương pháp nong và nạo thai bằng phương pháp hút chân không.

Các phương pháp phá thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Trong một số hoàn cảnh, dịch vụ phá thai to vẫn là cần thiết và tất cả các cấp trong hệ thống y tế cần có khả năng chuyển phụ nữ tới các cơ sở có đủ năng lực thực hiện phá thai ở các giai đoạn sau (phá thai to). Việc chẩn đoán những dị dạng của bào thai thường chỉ được thực hiện sau khi thai được 12 tuần. Các loại bệnh tim mạch nguy hiểm hoặc ung thư đòi hỏi người phụ nữ phải điều trị cấp có thể dẫn đến việc phải phá thai to vì các lý do y tế. Một số phụ nữ, đặc biệt là vị thành niên, không thể dễ dàng tiếp cận được tới dịch vụ phá thai sớm hoặc chính họ trì hoãn việc tiếp cận các dịch vụ. Điều này có thể là do họ thiếu hiểu biết về phá thai, thiếu thông tin hoặc không được tiếp cận tới các dịch vụ y tế, do khó khăn về tài chính, không có khả năng nhận biết các dấu hiệu mang thai, kinh nguyệt không đều, lưỡng lự giữa giữ thai hay phá thai, các lo ngại về sức khỏe nảy sinh sau 3 tháng đầu, mâu thuẫn gia đình hoặc có sự thay đổi hoàn cảnh sống

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

khiến cho việc mang thai vốn trước đây là mong muốn nhưng hiện tại không còn phù hợp nữa.

Các phương pháp dùng thuốc được khuyến khích cho phá thai sau 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng là dùng Mifepristone kết hợp với dùng nhắc lại một loại Prostaglandin như Misoprostol hoặc Gemeprost. Phương pháp ngoại khoa được khuyến khích là nong và gấp (D&E), sử dụng bơm hút thai chân không và kẹp gấp thai.

2.1 CHUẨN BỊ CỔ TỬ CUNG

Chuẩn bị cổ tử cung bằng nén nong thấm nước hoặc các loại thuốc được sử dụng phổ biến tại một số nước trước khi tiến hành phá thai 3 tháng đầu bằng phương pháp ngoại khoa do việc chuẩn bị cổ tử cung sẽ làm cho thủ thuật phá thai được thực hiện nhanh chóng và dễ dàng hơn, làm giảm nguy cơ xảy ra các biến chứng tức thì thường gặp khi phá thai dưới 9 tuần (WHO). Việc chuẩn bị cổ tử cung trước khi tiến hành thủ thuật phá thai ngoại khoa đặc biệt có ích đối với một số phụ nữ, chẳng hạn như những người bị dị tật cổ tử cung hoặc trước đây đã từng phẫu thuật cổ tử cung, phụ nữ trẻ và những người có thai to - những người này dễ có nguy cơ rách cổ tử cung hoặc thủng tử cung dẫn đến băng huyết. (Grimes và cộng sự 1984, Schulz và cộng sự 1983). Tuy nhiên, việc chuẩn bị cổ tử cung cũng có một số bất lợi, trong đó bao gồm cả việc phải trả thêm chi phí và kéo dài thời gian phá thai. Do vậy việc chuẩn bị cổ tử cung được khuyến nghị cho tuổi thai trên 9 tuần

đối với những phụ nữ chưa từng sinh đẻ, phụ nữ dưới 18 tuổi và cho tất cả phụ nữ có thai trên 12 tuần (RCOG 2000, Tổ chức Y tế Thế giới 1997).

Các nghiên cứu gần đây cho thấy để chuẩn bị cổ tử cung việc đặt âm đạo 400µg Misoprostol từ 3 đến 4 giờ trước khi tiến hành thủ thuật đã chứng tỏ là có hiệu quả (Singh và cộng sự 1998). Uống 400µg Misoprostol từ 3 đến 4 giờ trước khi tiến hành thủ thuật cũng phù hợp (Ngai và cộng sự 1999). Các phác đồ khác cũng có hiệu quả là uống 200mg Mifepristone 36 giờ trước khi tiến hành thủ thuật (Tổ Công tác của Tổ chức Y tế Thế giới về các phương pháp sau rụng trứng để kiểm soát sinh 1994) hoặc dùng 1mg Gemeprost đặt âm đạo 3 giờ trước khi tiến hành thủ thuật (Hensshaw và Templeton 1991).

2.2 GIẢM ĐAU

Khi phá thai, hầu hết phụ nữ đều bị đau ở mức độ nào đó. Trong một số nghiên cứu quan sát thủ thuật đã đánh giá được các nhân tố có liên quan gây đau khi phá thai bằng phương pháp ngoại khoa có gây tê tại chỗ. Mức độ đau thay đổi theo độ tuổi của người phụ nữ, tuổi thai, độ mở của cổ tử cung và cả sự sợ hãi của người phụ nữ (Smith và cộng sự 1979). Nếu người phụ nữ đã từng đẻ tự nhiên trước đó thì sẽ đỡ đau hơn (Borgatta và Nickinovich 1997). Các nhân tố làm tăng mức độ đau là thời gian chờ thuốc gây tê tại chỗ có tác dụng không đủ 2 phút, thiếu sự lựa chọn giữa gây tê tại chỗ và gây tê toàn thân, tiền sử thường xuyên sử dụng thuốc giảm đau (Donati và cộng sự 1996).

Để giảm đau hợp lý không nhất thiết phải có đầu tư nhiều vào thuốc, trang thiết bị hay đào tạo. Nếu bỏ qua yếu tố giảm đau quan trọng này thì có thể làm

tăng sự lo lắng và khó chịu của người phụ nữ và ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng chăm sóc nói chung.

Việc tư vấn và chăm sóc toàn diện và có hệ thống có thể làm giảm sự sợ hãi của phụ nữ và làm giảm cảm giác đau (Solo 2000). Người thực hiện thủ thuật và các nhân viên khác có mặt trong khi thực hiện thủ thuật cần có những cử chỉ thân thiện khiến khách hàng yên tâm. Ở những cơ sở cho phép và nếu phụ nữ muốn, việc có mặt chồng hoặc bạn tình, một thành viên trong gia đình hay một người bạn trong khi thực hiện thủ thuật sẽ rất có ích. Tuy nhiên, không nên coi đây là một biện pháp thay thế cho biện pháp giảm đau bằng thuốc.

2.2.1 Thuốc giảm đau

Cần cung cấp thuốc giảm đau trong mọi trường hợp phá thai. Có ba loại thuốc giảm đau, hoặc là dùng đơn thuần, hoặc là dùng kết hợp, được sử dụng để giảm đau khi phá thai: thuốc gây mê làm giảm cảm giác đau; thuốc an thần làm giảm sự lo lắng; và thuốc gây tê làm mất cảm giác đau tại chỗ. Trong hầu hết các trường hợp, dùng thuốc gây mê, gây tê tại chỗ và/hoặc làm giảm đau nhẹ cộng thêm động viên bằng lời là đủ. Hầu hết các loại thuốc giảm đau này đều tương đối rẻ.

Các loại thuốc gây mê không có chất gây nghiện nằm trong Danh mục các loại thuốc thiết yếu của WHO như các thuốc kháng viêm không có steroid thường là đủ hiệu quả giảm đau, bao gồm cả đau do cơ cơ tử cung, khi áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc và phương pháp ngoại khoa (Suprpto và Reed 1984, Matambo và cộng sự 1999). Paracetamol được phát hiện là không hiệu quả giảm đau sau thủ

thuật trong 3 cuộc thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát (Cade và Ashley 1993, Hein và cộng sự 1999, Dahl và cộng sự 2000).

Đối với phá thai bằng phương pháp ngoại khoa, việc dùng các loại thuốc an thần như Diazepam trước khi thực hiện thủ thuật có thể làm giảm sự lo lắng và tạo sự thoải mái, thư giãn giúp thực hiện thủ thuật dễ dàng hơn cho cả người phụ nữ và người cung cấp dịch vụ. Các loại thuốc đó có thể gây chóng mặt, quên, điều mà một số phụ nữ mong muốn, nhưng cũng gây buồn ngủ và làm kéo dài thời gian trước khi người phụ nữ có thể đi lại được. Sử dụng bổ sung các loại thuốc gây mê có chất gây nghiện cũng có thể phù hợp cho dù có thể có khả năng xảy ra các biến chứng như suy hô hấp. Điều này có nghĩa là phải sẵn sàng khả năng thực hiện hồi sức và các thuốc chống chất gây nghiện.

2.2.2 Thuốc gây tê

Ở những cơ sở cần thực hiện nong cổ tử cung bằng phương pháp cơ học trước khi phá thai ngoại khoa thì có thể tiến hành phong bế cổ tử cung bằng cách sử dụng các loại thuốc gây tê như Lidocaine tác dụng nhanh tiêm vào phần mềm tử cung tại các điểm trong "4 góc phần tư" quanh cổ tử cung để làm mất cảm giác khó chịu của người phụ nữ. Các lợi thế của việc sử dụng gây tê tại chỗ so với gây mê toàn thân là thời gian hồi phục nhanh hơn và người được phá thai vẫn còn tỉnh và do vậy có thể báo cho người cung cấp dịch vụ biết nếu có bất kỳ vấn đề gì xảy ra trong quá trình làm thủ thuật. Tiêm thuốc gây tê tại chỗ cần được thực hiện một cách khéo léo để tránh tiêm thuốc vào tĩnh mạch. Việc sử dụng biện pháp gây tê tại chỗ và hút thai chân không đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả (Thonneau và cộng sự 1998).

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

Gây mê toàn thân không được khuyến nghị cho phá thai và còn làm tăng các nguy cơ khi phá thai (Lawson và cộng sự 1994, MacKay và cộng sự 1985, Osborn và cộng sự 1990). Gây mê toàn thân thường có tỷ lệ băng huyết cao hơn so với gây tê tại chỗ (Grimes và Cates 1979). Việc sử dụng gây mê toàn thân làm tăng chi phí cho cả cơ sở y tế và khách hàng, đặc biệt là tại những cơ sở không yêu cầu khách hàng phải ở lại qua đêm. Tuy nhiên, một số phụ nữ thích gây mê toàn thân và phương pháp này cũng có thể được khuyến khích trên quan điểm của người cung cấp dịch vụ khi thực hiện các ca khó. Bất kỳ cơ sở y tế nào cung cấp dịch vụ gây mê toàn thân cũng phải có sẵn trang thiết bị đặc dụng và nhân viên sử dụng thành thạo các trang thiết bị đó và xử lý bất kỳ tai biến nào xảy ra.

2.3 PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NGOẠI KHOA

2.3.1 Hút thai chân không

Hút thai chân không là kỹ thuật ngoại khoa được khuyến khích để phá thai 12 tuần trở xuống. Một số người cung cấp dịch vụ, tùy thuộc vào mức độ được đào tạo, kinh nghiệm và trường hợp cụ thể, có thể sử dụng phương pháp hút thai chân không để phá thai đến 15 tuần. Hiệu quả cao của phương pháp hút thai chân không đã được chứng minh trong nhiều cuộc thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát. Tỷ lệ phá thai thành công từ 95%-100% đã được ghi nhận (Greenslade và cộng sự 1993). Kỹ thuật hút thai chân không bằng tay và bằng máy đã chứng tỏ có hiệu quả tương đương nhau (Westfall và cộng sự 1998).

Hút thai chân không có nghĩa là hút các chất trong buồng tử cung qua một ống hút bằng nhựa hoặc kim loại được gắn vào một nguồn chân không. Hút thai chân không bằng máy (EVA) sử dụng bơm chân không bằng điện. Đối với phương pháp hút thai chân không bằng tay (MVA), nguồn chân không được tạo ra bằng cách sử dụng một bơm hút 60ml cầm tay và được thao tác bằng tay (còn gọi là bơm hút). Loại bơm hút hiện có cho phép sử dụng các loại ống hút có kích cỡ khác nhau có đường kính từ 4mm đến 12mm. Một số loại ống hút và hầu hết các loại bơm hút đều có thể được tái sử dụng sau khi đã được làm sạch, tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao. Các loại bơm cơ học dùng chân đạp hiện cũng được cung cấp trên thị trường.

Tùy thuộc vào tuổi thai mà việc hút thai chân không mất từ 3 đến 10 phút và có thể được thực hiện cho các bệnh nhân ngoại trú có sử dụng thuốc gây mê và/hoặc gây tê tại chỗ. Đối với thai sớm, ống hút có thể được đưa vào buồng tử cung mà không cần nong cổ tử cung trước. Tuy nhiên, thường thì cần phải nong cổ tử cung bằng phương pháp cơ học hoặc nén nong hút nước trước khi đưa ống hút vào, dùng đơn thuần hoặc kết hợp với Prostaglandin, hoặc mềm cổ tử cung với các loại thuốc như Mifepristone hoặc một loại Prostaglandin (Misoprostol hoặc Gemeprost). Hầu hết phụ nữ được thực hiện phá thai trong vòng 3 tháng đầu với phương pháp gây tê tại chỗ trở lại bình thường để về nhà sau khi được theo dõi khoảng 30 phút tại phòng hồi sức. Đối với các trường hợp phá thai lớn hơn và khi có sử dụng thuốc giảm đau hoặc gây mê toàn thân thì thường cần thời gian hồi sức lâu hơn.

Hút thai chân không là một thủ thuật rất an toàn. Một nghiên cứu với 170.000 ca phá thai trong 3 tháng đầu được thực hiện tại New York, Hoa Kỳ (phần lớn các ca được thực hiện bằng phương pháp hút chân không) cho thấy dưới 0,1% số ca có xảy ra biến chứng nghiêm trọng đòi hỏi phải nhập viện (Hakim-Elahi và cộng sự 1990). Mặc dù hiếm khi xảy ra nhưng các tai biến có thể có do hút thai chân không bao gồm nhiễm trùng khung chậu, chảy máu quá nhiều, rách cổ tử cung, hút sót, thủng tử cung, các tai biến do gây mê, thai vẫn tiếp tục phát triển (Grimes và Cates 1979). Bị đau quặn hoặc bị đau bụng và ra máu như hành kinh là các tác dụng phụ của bất kỳ thủ thuật phá thai nào.

2.3.2 Nong và Nạo

Nong và nạo (D&C) là thủ thuật nong cổ tử cung bằng phương pháp cơ học hoặc thuốc rồi dùng dụng cụ nạo bằng kim loại để nạo buồng tử cung.

Nong và nạo kém an toàn hơn so với hút thai chân không (Cates và cộng sự 2000) và gây đau hơn nhiều cho phụ nữ (Grimes và cộng sự 1977). Tại hầu hết các quốc gia công nghiệp và tại nhiều quốc gia khác, phương pháp hút thai chân không bằng tay đã được áp dụng phổ biến thay cho phương pháp nong và nạo. Tỷ lệ xảy ra tai biến của phương pháp nong và nạo cao hơn từ 2 đến 3 lần so với tai biến của phương pháp hút thai chân không (Grimes và Cates 1979). Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát so sánh phương pháp nong và nạo với phương pháp hút thai chân không đã phát hiện ra rằng đối với thai 10 tuần tuổi trở xuống thì phương pháp hút thai chân không thực hiện nhanh hơn và người phụ nữ bị mất ít máu hơn so với

phương pháp nong và nạo (Lean và cộng sự 1976).

Bảng 2.1 tóm lược các yêu cầu đối với phương pháp hút thai chân không và phương pháp nong và nạo. Ở những cơ sở hiện đang sử dụng phương pháp Nong và Nạo thì cần phải thực hiện mọi nỗ lực có thể để thay thế bằng phương pháp hút thai chân không để cải thiện tính an toàn và nâng cao chất lượng chăm sóc. Tại những cơ sở hiện chưa cung cấp các dịch vụ có liên quan đến phá thai thì nên thiết lập dịch vụ hút thai chân không hơn là dịch vụ Nong và nạo. Tại các cơ sở y tế hiện giờ đang tiếp tục sử dụng phương pháp Nong và Nạo, các nhà quản lý phải đảm bảo thực hiện các biện pháp giảm đau phù hợp và tất cả nhân viên phải được đào tạo kỹ và được thực hành lâm sàng có giám sát đầy đủ để củng cố kỹ năng phá thai của họ.

2.3.3 Nong và Gắp

Nong và gắp (D&E) là phương pháp được sử dụng để phá thai từ 12 tuần trở lên. Đây là kỹ thuật ngoại khoa an toàn và hiệu quả nhất khi phá thai ở các giai đoạn muộn (phá thai to) tại các cơ sở có người cung cấp dịch vụ có kỹ năng và kinh nghiệm (RCOG 2000). Phương pháp Nong và Gắp đòi hỏi phải chuẩn bị cổ tử cung bằng thuốc Mifepristone, một loại Prostaglandin như Misoprostol, hay Laminaria hoặc nén nong thấm nước; nong cổ tử cung; và dùng bơm hút thai chân không với ống hút đường kính 14-16mm và kẹp gắp thai để lấy thai ra. Tùy vào tuổi thai mà nong cổ tử cung cho thích hợp trước khi tiến hành thủ thuật và thủ thuật có thể kéo dài từ 2 giờ đến 1 ngày. Nhiều người cung cấp dịch vụ cho rằng việc dùng siêu âm rất có ích trong khi thực hiện thủ thuật Nong và Gắp, tuy nhiên siêu âm không phải là điều kiện thiết yếu.

Bảng 2.1 Các yêu cầu đối với phương pháp Hút thai chân không và Nong và Nạo

Các tiêu chí	Hút thai chân không	Nong và nạo
Cơ sở cung cấp dịch vụ	Phòng khám, phòng phẫu thuật chung hoặc phòng phẫu thuật sản phụ khoa	Phòng phẫu thuật chung hoặc phòng phẫu thuật sản phụ khoa
Giảm đau	Giảm đau nhẹ, thuốc gây mê và/hoặc gây tê tại chỗ	Giảm đau mạnh hoặc nhẹ, thuốc gây mê và/hoặc gây tê tại chỗ
Trình độ của người cung cấp dịch vụ	Bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ đa khoa được đào tạo, người cung cấp dịch vụ được đào tạo trình độ trung cấp	Bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ đa khoa được đào tạo

Trích từ tài liệu của Greenslade và cộng sự 1993

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát đã được thực hiện để so sánh phương pháp nong và gắp với phương pháp truyền thống Prostaglandin thế hệ cũ là PGF₂ cho thấy phương pháp nong và gắp được thực hiện nhanh hơn, an toàn hơn và dễ được chấp nhận hơn đối với thai 18 tuần tuổi trở xuống (Grimes và cộng sự 1980). Phương pháp nong và gắp không được so sánh với các phương pháp dùng thuốc mới hơn như dùng Mifepristone kết hợp với dùng nhắc lại Misoprostol. Nếu người cung cấp dịch vụ chưa được đào tạo lâm sàng, có giám sát hợp lý và chưa đủ số ca thực hành để thành thạo kỹ năng Nong và Gắp thì nên sử dụng các biện pháp dùng thuốc để phá thai. Một ca nong và gắp thai thường có thể được thực hiện chỉ với phong bế cổ tử cung và gây mê nhẹ và phương pháp phá thai này có thể tiến hành cho các bệnh nhân ngoại trú.

Tuy nhiên, các cơ sở cung cấp thủ thuật phá thai này cần phải có đủ trang thiết bị và có cán bộ được đào tạo để thực hiện giảm đau nhẹ hoặc giảm đau mạnh nếu cần. Gây mê toàn thân không phải là bắt buộc và có thể làm tăng rủi ro (xem phần 2.2.2 ở trên). Thực hiện thủ thuật nong và gắp thường mất gần 30 phút. Các nhân viên của cơ sở y tế và người phụ nữ cần lường trước khả năng xuất hiện nhiều sản dịch hơn sau thủ thuật, kể cả ra máu nhiều hơn so với phá thai 3 tháng đầu. Các nhân viên y tế cũng cần được đào tạo để cung cấp dịch vụ tư vấn chuyên sâu cho khách hàng phá thai ba tháng giữa.

2.3.4 Các phương pháp ngoại khoa khác được sử dụng để phá thai ở các giai đoạn sau (phá thai to)

Không nên coi phẫu thuật là phương pháp phá thai cơ bản. Phẫu thuật mở tử cung không giúp ích gì cho thủ thuật phá thai vì khả năng bệnh tật, gây tử vong và chi phí cao hơn nhiều so với phương pháp nong và gắp hoặc sử dụng các biện pháp phá thai bằng thuốc. Tương tự như vậy, không nên áp dụng phẫu thuật mở tử cung trừ trường hợp khách hàng có các điều kiện đảm bảo ca phẫu thuật được thực hiện độc lập.

2.3.5 Kiểm tra mô sau thủ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa

Sau khi thực hiện phá thai bằng phương pháp ngoại khoa, một việc quan trọng là ngay lập tức kiểm tra mô để loại bỏ khả năng chữa ngoài tử cung. Nếu sử dụng bơm hút thai chân không bằng tay, khi thai được 6 tuần tuổi, người cung cấp dịch vụ được đào tạo thường có thể nhìn được các tổ chức thai, đặc biệt là có lông nhung màng đệm. Nếu không hút ra được các tổ chức thai như dự đoán thì có thể nghi ngờ chữa ngoài tử cung và khách hàng cần được đánh giá kỹ hơn, như đã được đề cập ở trên (xem 1.7). Hơn nữa, những người cung cấp dịch vụ cần phải thận trọng với các dấu hiệu của hiện tượng chữa trứng. Nếu không thấy xuất hiện các mô phù hợp với tuổi thai dự tính thì nhân viên y tế cần cân nhắc khả năng chưa hút hết thai. Cũng không nhất thiết phải tiến hành phân tích đều đặn tổ chức thai tại phòng thí nghiệm bệnh học.

2.4 CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÁ THAI BẰNG THUỐC

Các phương pháp phá thai bằng thuốc đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả (Ashok và cộng sự 1998a, Peyron và cộng sự 1993, Schaff và cộng sự 1999, Spitz và cộng sự 1998, Trussell và Ellertson 1999, Urrquhart và cộng sự 1997, Winikoff và cộng sự 1997). Các phác đồ được sử dụng rộng rãi nhất đều chứa các thành phần chống sản sinh hoóc môn giới tính duy trì thai (Progestgen), Mifepristone, làm cản trở quá trình sản sinh hoóc môn giới tính duy trì thai và do vậy ảnh hưởng tới việc tiếp tục mang thai. Các phác đồ bao gồm một liều

Mifepristone ban đầu kết hợp với một loại Prostaglandin tổng hợp làm tăng co tử cung và giúp đẩy thai ra ngoài (Swahn và Bygdeman 1988).

Tác động của các phương pháp phá thai bằng thuốc tương tự như tác động của sảy thai tự nhiên với các hiện tượng như đau quặn và chảy máu như hành kinh kéo dài. Hiện tượng ra máu thường xuất hiện trung bình trong 9 ngày nhưng cũng có thể kéo dài tới 45 ngày trong các trường hợp hiếm gặp (Creinin và Aubény 1999). Các tác dụng phụ bao gồm buồn nôn, nôn và ỉa chảy. Các điều kiện đòi hỏi phải thận trọng với việc dùng thuốc Mifepristone và Prostaglandin là suy gan hoặc suy tuyến thượng thận cấp và mãn, các rối loạn chảy máu, nghiện thuốc lá nặng và bị dị ứng với các loại thuốc được sử dụng. Mifepristone không phải là thuốc hiệu quả đối với thai ngoài tử cung; nếu nghi ngờ chữa ngoài tử cung thì khách hàng cần phải được khám kỹ và nếu khẳng định là chữa ngoài tử cung thì cần xử trí ngay lập tức (xem Tổ chức Y tế Thế giới 2000a để biết các chi tiết về điều trị).

Các phương pháp phá thai bằng thuốc đã chứng minh là được chấp nhận sử dụng tại nhiều cơ sở y tế có điều kiện nguồn lực thấp (Elul và cộng sự 1999, Ngọc và cộng sự 1999). Tuy vậy, các loại thuốc, đặc biệt là thuốc Mifepristone, hiện chỉ được cung cấp tại một vài nước đang phát triển. Tình hình này có thể thay đổi trong vài năm tới và các nhà quản lý chương trình cần phải nhận thức được các yêu cầu cần thiết để áp dụng các phương pháp phá thai bằng thuốc tại cơ sở y tế của mình

Bảng 2.2 Liệu pháp dùng Mifepristone kết hợp với Prostaglandin thường được sử dụng

Thai dưới 9 tuần tuổi kể từ kỳ kinh cuối cùng	Thai trên 12 tuần tuổi kể từ kỳ kinh cuối cùng
Dùng 200 mg Mifepristone và sau 36-48 giờ thì dùng thêm 1 mg thuốc Gemeprost đặt âm đạo	Dùng 200 mg Mifepristone và sau 36-48 giờ thì dùng thêm 1 mg thuốc Gemeprost đặt âm đạo (cứ 6 giờ thì dùng lại một liều và tối đa là 4 liều, nếu cần thì dùng thêm 4 liều bổ sung với mỗi liều dùng cách nhau 3 giờ)
hoặc	hoặc
Dùng 800 µg thuốc Misoprostol đặt âm đạo	Uống 400 µg thuốc Misoprostol một liều và dùng 5 liều liên tục, mỗi liều cách nhau 3 giờ
hoặc	hoặc
Uống 400 µg Misoprostol để phá thai tới 7 tuần tuổi	Dùng 800 µg Misoprostol đặt âm đạo sau đó uống 4 liều 400 µg Misoprostol liên tục, mỗi liều cách nhau 3 giờ.
	µg = microgram mg = milligram

2.4.1 Liệu pháp dùng thuốc Mifepristone và Prostaglandin

2.4.1.1 Thai dưới 9 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Liệu pháp dùng Mifepristone kết hợp với Misoprostol hoặc Gemeprost đã được chứng minh là có hiệu quả cao, an toàn và được chấp nhận để phá thai trong 3 tháng đầu (RCOG 2000). Tỷ lệ hiệu quả đã được ghi nhận lên tới 98% (Trussell và Ellertson 1999). Chỉ khoảng từ 2% đến 5% phụ nữ dùng phác đồ Mifepristone kết hợp với Misoprostol phải can thiệp ngoại khoa để xử lý sảy thai không hoàn toàn, chấm dứt thai nghén tiếp tục phát triển, hoặc ngừng ra máu (Nhóm Công tác về các biện pháp sau rụng

trứng để kiểm soát sinh đẻ của Tổ chức Y tế Thế giới 2000).

Các phác đồ ban đầu cho sử dụng Mifepristone khuyến nghị uống 600mg Mifepristone và sau đó dùng 1mg Gemeprost đặt âm đạo sau 36-48 giờ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã chứng minh rằng liều dùng Mifepristone hợp lý là 200mg bởi vì vẫn có hiệu quả như dùng 600mg (Nhóm Công tác về các biện pháp sau rụng trứng để kiểm soát sinh đẻ của Tổ chức Y tế Thế giới 1993), làm giảm chi phí.

Thuốc Misoprostol, một loại Prostaglandin cũng đã được chứng minh là có hiệu quả (RCOG 2000), rẻ hơn nhiều so với thuốc Gemeprost và không cần

phải bảo quản lạnh. Do vậy Misoprostol là loại Prostaglandin được lựa chọn sử dụng tại hầu hết các quốc gia. Một phác đồ hiệu quả là uống 200mg Mifepristone sau đó dùng 800 µg Misoprostol đặt âm đạo (RCOG 2000). Dùng Misoprostol đặt âm đạo đã chứng tỏ hiệu quả hơn và dễ dàng được chấp nhận hơn so với uống Misoprostol (El-Refaey và cộng sự 1995). Dùng một liều uống 400 µg Misoprostol hiệu quả đối với thai từ 7 tuần tuổi trở xuống (Nhóm Công tác về các biện pháp sau rụng trứng để kiểm soát sinh đẻ của Tổ chức Y tế Thế giới 2000). Hầu hết các phác đồ đều đòi hỏi phải dùng cả Mifepristone và Prostaglandin có giám sát lâm sàng, tức là phải đến cơ sở y tế khám lại lần thứ hai 2 ngày sau khi dùng Mifepristone để được dùng Prostaglandin. Phụ nữ có thể rời cơ sở y tế ngay sau khi dùng Mifepristone, sau khi đã được thông báo khả năng có thể ra máu và có thể sảy thai, làm thế nào để nhận biết các biến chứng và có thể liên lạc với ai nếu xảy ra tai biến. Các cơ sở cần phải có nhân viên y tế trực 24/24 giờ để xử trí các tình huống như vậy.

Sau khi được sử dụng thuốc Prostaglandin trong lần khám thứ 2, thời gian giám sát chuẩn là 4-6 giờ và trong thời gian này có tới 90% phụ nữ đã sảy thai. Một số phụ nữ có thể cần thuốc giảm đau trong thời gian này (xem phần 2.2.1 ở trên). 10% phụ nữ còn lại không sảy thai trong thời gian theo dõi này cần quay trở lại cơ sở y tế khoảng 2 tuần sau đó để khẳng định xem sảy thai đã hoàn toàn hay chưa.

Các phác đồ cho phép người phụ nữ rời cơ sở y tế ngay lập tức sau khi dùng Prostaglandin đòi hỏi nhân viên y tế phải giải thích để họ hiểu rằng có thể sảy thai ở nhà hoặc ở cơ sở nào đó khác mà không có sự giám sát y tế. Trong

trường hợp này, phụ nữ cần quay trở lại cơ sở y tế khoảng 2 tuần sau đó để khẳng định việc sảy thai hoàn toàn bằng phương pháp khám thực thể hoặc xét nghiệm.

Một số nhà nghiên cứu cho rằng lần đến khám thứ hai để dùng Prostaglandin là không cần thiết và cho rằng nên cho phép phụ nữ dùng thuốc Prostaglandin ở nhà (Schaff và cộng sự 1997). Cách thực hiện như vậy gần đây đã được sử dụng tại một số cơ sở ở Tunisia và Việt Nam và đã được nhiều phụ nữ chấp nhận (Elul và cộng sự 2001). Tuy nhiên, tính an toàn và thích hợp của việc làm này tại các cơ sở y tế khác nhau vẫn là một chủ đề cần xem xét thêm.

Trong trường hợp sảy thai không hoàn toàn hoặc phá thai thất bại thì cần tiến hành phá thai bằng phương pháp ngoại khoa. Tất cả cơ sở y tế cung cấp dịch vụ phá thai bằng thuốc phải có khả năng đảm bảo việc cung cấp dịch vụ hút thai chân không khi cần thiết. Việc cung cấp dịch vụ hút thai chân không có thể được thực hiện tại chỗ hoặc thông qua liên kết với một cơ sở khác có thực hiện hút thai chân không. Trong tất cả các trường hợp, những người cung cấp dịch vụ y tế phải đảm bảo rằng phụ nữ có thể tiếp cận với các dịch vụ phá thai đó trong trường hợp khẩn cấp.

Phụ nữ có khả năng hài lòng hơn với thủ thuật nếu họ có đầy đủ thông tin về thủ thuật (Breitbart 2000). Do vậy, họ cần có thông tin đầy đủ về những gì có thể xảy ra và tác dụng phụ của các phương pháp phá thai bằng thuốc là gì. Các nhân viên y tế cần đảm bảo rằng phụ nữ hiểu rõ tầm quan trọng của việc tuân thủ đúng phác đồ, đặc biệt trong trường hợp họ tự dùng loại thuốc thứ hai tại nhà không có giám sát của cán bộ y tế, đảm bảo rằng họ biết cách nhận biết và cách xử trí nếu có biến chứng.

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

2.4.1.2 Thai từ 9 đến 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Thuốc Mifepristone và Misoprostol cũng đang được nghiên cứu dùng để phá thai từ 9 đến 13 tuần tuổi (Ashok và cộng sự 1998b). Các phát hiện khả quan ban đầu cần được khẳng định để xây dựng phác đồ dùng thuốc tối ưu.

2.4.1.3 Thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Liệu pháp uống Mifepristone kết hợp với dùng nhắc lại Misoprostol hoặc Gemeprost an toàn và có hiệu quả cao (RCOG 2000). Liều uống 200mg Mifepristone kết hợp với 800µg Misoprostol đặt âm đạo từ 36-48 giờ sau đó cộng thêm uống tối đa 4 liều 400µg Misoprostol, mỗi liều cách nhau 3 giờ đã được chứng minh là hiệu quả đối với 97% số ca phá thai (El-Refaey và Templeton 1995). Sử dụng tối đa 5 liều 400µg Misoprostol (mỗi liều cách nhau 3 giờ) sau khi dùng 200mg Mifepristone cũng đã thành công (Ngai và cộng sự 2000). Sử dụng một liều 1 mg Gemeprost đặt âm đạo sau khi dùng 200mg Mifepristone và lặp lại nếu cần sau mỗi 6 giờ (tối đa 4 liều) nếu cần cũng có thể mang lại hiệu quả (Ho và cộng sự 1996). Việc dùng Gemeprost có thể tiếp tục với việc dùng 4 liều 1mg Gemeprost bổ sung cách nhau 3 giờ (Gemzell-Danielsson và Ostlund 2000, Tang và cộng sự 2001).

2.4.2 Dùng đơn thuần Misoprostol hoặc Gemeprost

2.4.2.1 Thai dưới 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Đã có nhiều nghiên cứu về mặt hiệu quả và an toàn của việc chỉ dùng Misoprostol đơn thuần để phá thai. Mặc dù chưa có nghiên cứu so sánh nhưng các số liệu hiện có cho thấy hiệu quả của việc dùng Misoprostol đơn thuần thấp hơn, thủ thuật kéo dài hơn và gây đau hơn với các tác dụng phụ liên quan đến ruột và dạ dày so với phác đồ dùng kết hợp với Mifepristone (Bugalho và cộng sự 2000).

Chính nhờ tính sẵn có của loại thuốc này, chi phí thấp và việc sử dụng rộng rãi loại thuốc này tại một số cơ sở y tế đã được coi là góp phần làm giảm các biến chứng do phá thai không an toàn (Costa và Vessy 1993) nên việc phát triển một phác đồ tối ưu dùng Misoprostol đơn thuần hiện đang được nghiên cứu (Blanchard và cộng sự 2000).

Tuy nhiên vẫn có những lo ngại thai nghén tiếp tục phát triển khi dùng thuốc Misoprostol đơn thuần (Fonseca và cộng sự 1991, Gonzalez và cộng sự 1998, Schonhofer 1991, Orioli và Castilla 2000). Cần có thêm các nghiên cứu để đánh giá khả năng gây quái thai của thuốc Misoprostol.

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

2.4.2.2 Thai trên 12 tuần kể từ kỳ kinh cuối cùng

Thuốc Misoprostol đạt hiệu quả 84% chấm dứt thai nghén trong vòng 24 giờ với nhiều liều dùng đường uống hoặc đặt âm đạo (Dickinson và cộng sự 1998, Wong và cộng sự 1996) cho dù phương pháp phá thai này không nhanh như khi dùng kết hợp với Mifepristone. Cần có thêm các nghiên cứu để xác định liệu pháp tối ưu khi dùng Misoprostol đơn thuần cho thai trên 12 tuần.

Tại một số quốc gia, người ta đã đăng ký sử dụng Gemeprost đơn thuần để chấm dứt thai nghén giai đoạn 3 tháng giữa. Liều dùng được khuyến nghị là 1mg cách nhau 3 giờ và tối đa 5 lần trong ngày đầu tiên và lặp lại trong ngày tiếp theo nếu cần. Với liệu pháp này, 80% phụ nữ sảy thai trong vòng 24 giờ và 95% phụ nữ sảy thai trong vòng 48 giờ (Thong và cộng sự 1992).

2.4.3 Các loại thuốc khác dùng để phá thai

Tại một số nước không có sẵn Mifepristone, Methotrexate, một loại Cytotoxic được sử dụng để điều trị ung thư, chứng viêm khớp, thấp khớp, bệnh vẩy nến và một số chứng bệnh khác, đã được dùng kết hợp với Misoprostol như là một phương pháp phá thai bằng thuốc đối với thai sớm dưới 7 tuần tuổi kể từ kỳ kinh cuối cùng).

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát gần đây cho thấy tỷ lệ thành công là 92% khi dùng 50mg Methotrexate kết hợp với 800µg Misoprostol đặt âm đạo sau đó 6 đến 7 ngày. Tỷ lệ thành công vào ngày thứ 15 là 83% (Creinin 2000). Tuy nhiên, một Ủy ban Độc học của WHO khuyến nghị không dùng Methotrexate để chấm dứt thai nghén do lo ngại về khả năng gây quái thai (Chương trình đặc biệt nghiên cứu, phát triển và đào tạo nghiên cứu về sinh sản ở người của NDP/UNFPA/WHO/World Bank năm 1997). Mặc dù các nguy cơ thực sự vẫn chưa được biết đến nhưng cũng đã có những trường hợp dị dạng tay chân và dị dạng sọ và mặt đối với thai nghén tiếp tục phát triển sau khi chấm dứt thai nghén bằng Methotrexate bị thất bại (Powell và Ekert 1971, Diniz và cộng sự 1978, Feldkamp và Carey 1993). Do vậy mà các cơ sở cung cấp dịch vụ muốn áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc nên sử dụng thuốc Mifepristone và Misoprostol chứ không được dùng Methotrexate.

Các loại thuốc khác cũng được sử dụng để tạo cơn co tử cung và chấm dứt thai trên 12 tuần tuổi kể từ kỳ kinh cuối cùng. Các phương pháp này bao gồm tiêm vào màng ối dung dịch muối gây trương (tạo túi nước bên trong tử cung) hoặc tăng thẩm thấu urê; đưa vào trong hoặc ra bên ngoài màng ối thuốc Ethacridine; đưa vào bên trong hoặc bên ngoài màng ối ngoài thuốc Prostaglandin; và tiêm vào tĩnh mạch hoặc tiêm bắp thuốc Oxytocin (WHO 1997). Tuy nhiên, hầu hết các phương pháp này và các cách dùng thuốc đều can thiệp sâu vào bên trong và kém an toàn so với các phương pháp dùng thuốc mới hơn.

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

2.5 CÁC VẤN ĐỀ KHÁC LIÊN QUAN ĐẾN THỦ THUẬT PHÁ THAI

2.5.1 Khống chế và kiểm soát nhiễm khuẩn

Do thực hiện thủ thuật và chăm sóc phá thai đòi hỏi phải tiếp xúc với máu và các dịch cơ thể khác, các bác sĩ và nhân viên y tế tại các cơ sở cung cấp những dịch vụ này phải hiểu và áp dụng những biện pháp đề phòng chuẩn để khống chế và kiểm soát nhiễm khuẩn nhằm bảo vệ cho chính họ và cho bệnh nhân.

Các biện pháp đề phòng chuẩn là áp dụng các chuẩn mực đơn giản về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn để chăm sóc mọi bệnh nhân, khách hàng, ở mọi thời điểm nhằm giảm nguy cơ lây truyền các viêm nhiễm lây qua đường máu. Các biện pháp này bao gồm rửa tay bằng xà phòng và nước trước và sau khi tiến hành thủ thuật, sử dụng các "biện pháp ngăn cản" (vật liệu cách ly) để bảo vệ chẳng hạn như găng, áo mổ, săng mổ, khẩu trang và kính để tránh tiếp xúc trực tiếp với máu và các dịch cơ thể khác. Tiêu huỷ an toàn rác thải dính máu hoặc dịch cơ thể, xử lý săng nhiễm khuẩn, cẩn thận xử lý và tiêu huỷ các 'vật sắc nhọn' và tiệt khuẩn hợp lý các dụng cụ và trang thiết bị nhiễm bẩn khác (Tổ chức Y tế Thế giới 2001).

2.5.1.1 Rửa tay và sử dụng các dụng cụ bảo vệ

Tất cả các nhân viên y tế phải rửa tay cẩn thận trước khi tiếp xúc với khách hàng và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể và niêm mạc. Mang găng tay tiệt khuẩn hoặc đã

được khử khuẩn ở mức độ cao và phải thay găng khi tiếp xúc với khách hàng khác hoặc khi chuyển giữa các lần khám âm đạo (hoặc khám trực tràng) cho chính khách hàng đó. Cũng cần lưu ý rằng việc sử dụng các dụng cụ hỗ trợ chẳng hạn như ủng tiệt khuẩn chỉ làm tăng chi phí chứ không làm thay đổi nhiều tỷ lệ nhiễm khuẩn.

2.5.1.2 Làm sạch

Dùng xà phòng bột và nước ấm là đủ để lau rửa thường xuyên sàn, giường, nhà vệ sinh, tường và các tấm kéo di động bằng cao su. Sau khi dịch cơ thể bị đổ/văng/bắn ra nền, cần đeo găng tay cao su dày và cố gắng làm sạch dịch cơ thể bằng vật liệu thấm nước. Vật liệu thấm nước này sau đó phải được cho vào một hộp kín không rò rỉ và sau đó đốt hoặc chôn dưới hố sâu. Bề mặt dính dịch cơ thể đó được làm sạch bằng hoá chất khử khuẩn có chứa Chlorine và sau đó rửa sạch bằng nước xà phòng ấm.

Tất cả săng bẩn cần phải được xử lý cẩn thận từng ít một, bỏ vào bao lúc thu lại và không phân loại hoặc xả nước ở ngay khu vực chăm sóc khách hàng. Nếu có thể, những tấm săng dính nhiều dịch cơ thể nên được cho vào các túi kín không bị rò rỉ. Nếu không có các túi kín cần đeo găng tay rồi gấp phần mặt bẩn vào trong để đem đi xử lý.

2.5.1.3 Tiêu huỷ an toàn chất thải đã dính dịch cơ thể

Các chất thải rắn bị dính máu, dịch cơ thể, các mẫu vật thí nghiệm hoặc các mô/tổ chức tế bào cơ thể cần được cho vào trong thùng kín không bị rò rỉ và được đốt hoặc chôn trong hố sâu 2,1m (7 feet) cách nguồn nước 9m (30 feet). Các chất thải lỏng như máu hoặc dịch cơ thể cần được đổ vào ống thoát nối với một cống thoát có hệ thống xử lý chất thải hoặc hố của nhà vệ sinh.

2.5.1.4 Xử lý và tiêu huỷ an toàn các vật "sắc nhọn"

Nguy cơ lây nhiễm HIV tại các cơ sở y tế do bị vật "sắc nhọn" hoặc kim nhiễm bẩn đâm là cao nhất. Nguy cơ lây nhiễm viêm gan B cũng tương tự như vậy. Phần lớn các vết thương do "vật sắc nhọn" có nguy cơ lây nhiễm cao đều là các vết thương sâu do mũi kim tiêm gây ra. Những vết thương như vậy thường gặp phải khi đặt lại nắp kim tiêm, làm sạch hoặc tiêu huỷ và loại bỏ kim không đúng cách. Mặc dù, trong mọi trường hợp có thể thì nên tránh đặt lại nắp kim tiêm, song đôi khi việc này lại cần thiết. Trong trường hợp này, cần phải làm theo cách dùng động tác đặt nắp kim bằng một tay. Cần có các hộp cứng không bị chọc thủng để đựng chất thải "sắc nhọn" và những hộp này phải nằm ở trong tầm tay để có thể dễ dàng bỏ vào đó.

Những hộp này có thể được đốt trong lò xử lý kín hoặc chôn ở hố sâu. Các biện pháp phòng ngừa bổ sung để tránh bị các vết thương do vật "sắc nhọn" đâm là đeo găng tay, cung cấp đủ nguồn sáng khi điều trị cho khách hàng, để hộp chứa "các vật sắc nhọn" nằm trong tầm tay, không bao giờ vứt các vật sắc nhọn vào chỗ để chất thải thường và luôn giữ các vật "sắc nhọn" ngoài tầm tay của trẻ em. Khi có thể, cần sử dụng dụng cụ kẹp giữ kim khi khâu vết thương.

2.5.1.5 Làm sạch dụng cụ sau khi sử dụng

Ngay sau khi sử dụng, các dụng cụ có thể tái sử dụng được dùng trong thủ thuật phá thai cần được đưa đi làm sạch và tiệt khuẩn. Nếu không có nơi tập trung để xử lý dụng cụ hoặc tại các cơ sở trang thiết bị còn thiếu thốn thì nên áp dụng theo các bước sau.

Bước quan trọng nhất là đảm bảo khử nhiễm đúng cách các dụng cụ bằng cách cọ sạch. Các dụng cụ cần phải được rửa sạch bằng xà phòng dưới vòi nước chảy. Tất cả các dụng cụ sau đó được tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao bằng hoá chất. Tiệt khuẩn sẽ tiêu diệt tất cả các vi sinh vật bao gồm các vi khuẩn yếm khí chẳng hạn như những loại có thể gây bệnh uốn ván và loét hoại tử. Tốt nhất là dùng phương pháp hấp ướt áp lực cao (20 phút ở nhiệt độ 121°C với áp suất là 103,5-140kPa) hoặc bằng khí gas (ethylene oxide) (Sopwith và cộng sự 2001).

Cần phải thực hiện khử khuẩn ở mức độ cao bằng cách ngâm ngập dụng cụ vào dung dịch chất tẩy Hypochlorite (ngâm 5 phút tại nhiệt độ 20-25°C trong dung dịch có Hypochlorite (pH=7-8) với nồng độ Chlorine là 5000 ppm) hoặc Glutaraldehyde nguyên chất (ngâm 5 giờ tại nhiệt độ 20-25°C trong dung dịch có 2% Alkaline hoạt tính (pH= 7,5-9). Khử khuẩn ở mức độ cao sẽ tiêu diệt tất cả các vi sinh vật bao gồm cả vi rút viêm gan B và HIV nhưng không chắc đã tiêu diệt được các vi khuẩn yếm khí. Phenol hoặc chất sát trùng không đủ mạnh để khử khuẩn ở mức độ cao. Các dụng cụ cần được rửa sạch bằng nước tiệt khuẩn sau khi khử khuẩn.

Các dụng cụ bằng nhựa chẳng hạn như các loại bơm hút thai chân không hoặc ống hút hiện nay không thể sử dụng phương pháp sấy nhiệt độ cao để tiệt khuẩn vì chúng dễ bị vỡ hoặc bị chảy. Nếu không có các hướng dẫn cụ thể khác thì nên sử dụng các phương pháp khử khuẩn ngoài mức độ cao đã nêu ở trên.

Nhân viên y tế cần tham khảo hướng dẫn sử dụng tất cả các loại dụng cụ được khử khuẩn để đảm bảo rằng họ biết áp dụng hình thức khử khuẩn phù hợp.

2 Các phương pháp phá thai (tiếp theo)

2.5.2 Xử trí tai biến do phá thai

Rất ít khi xảy ra tai biến nếu thủ thuật phá thai được một nhân viên y tế đã qua đào tạo kỹ lưỡng tiến hành. Tuy nhiên, mỗi cơ sở cung cấp dịch vụ tại các cấp trong hệ thống y tế cần được trang bị và có nhân viên đã được đào tạo để có thể phát hiện ra tai biến và điều trị hoặc chuyển tuyến khách hàng để chăm sóc kịp thời 24/24 giờ. (Tổ chức Y tế Thế giới, 1994). Các trang thiết bị và các kỹ năng cần có để xử trí tai biến do phá thai tương tự như trang thiết bị và kỹ năng cần để chăm sóc khách hàng bị sảy thai.

2.5.2.1 Phá thai không hoàn toàn

Khi được người cung cấp dịch vụ thành thạo kỹ năng thực hiện thủ thuật hút thai chân không thì rất hiếm khi xảy ra tình trạng phá thai không hoàn toàn. Tai biến này hay gặp hơn đối với các phương pháp phá thai bằng thuốc. Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm ra máu âm đạo, đau bụng và các dấu hiệu nhiễm trùng. Có thể nghi ngờ về trường hợp này dựa trên quan sát bằng mắt thấy các mô/tổ chức tế bào được hút ra trong quá trình phá thai bằng phương pháp ngoại khoa không tương ứng với tuổi thai dự kiến. Nhân viên y tế tại các cơ sở y tế cần được đào tạo và trang bị đầy đủ để điều trị phá thai không hoàn toàn bằng cách sử dụng phương pháp hút thai chân không để hút lại thai và phải cẩn thận đối với các khả năng băng huyết hoặc nhiễm trùng.

2.5.2.2 Phá thai thất bại

Phá thai thất bại có thể gặp ở phụ nữ đã tiến hành phá thai bằng thuốc hoặc bằng phương pháp ngoại khoa. Nếu trong lần tái khám sau phá thai vẫn thấy thai phát triển, cần phá thai bằng phương pháp hút thai chân không hoặc phương pháp Nong và Gấp đối với thai ba tháng giữa.

2.5.2.3 Băng huyết

Băng huyết có thể là do các mảnh thai bị sót lại trong tử cung, sang chấn hoặc tổn thương ở cổ tử cung hoặc ở một số ít trường hợp là do thủng tử cung. Tùy vào nguyên nhân mà áp dụng biện pháp điều trị thích hợp bao gồm hút lại và dùng thuốc tăng trương lực tử cung để cầm máu, bù dịch đường tĩnh mạch và trong các trường hợp nặng thì truyền máu, soi ổ bụng hoặc phẫu thuật mở bụng. Đối với hút thai chân không, không nên thường xuyên dùng Oxytocin do tỷ lệ bị băng huyết của phương pháp này thấp. Tuy nhiên đối với phương pháp Nong và Gấp thì có thể cần dùng Oxytocin. Chảy máu như hành kinh kéo dài là một tác dụng phụ có thể gặp khi phá thai bằng thuốc. Tình trạng chảy máu như vậy hiếm khi nặng đến mức phải cấp cứu. Tuy nhiên, mọi cơ sở cung cấp dịch vụ cần phải giúp ổn định và điều trị hoặc chuyển tuyến phụ nữ bị băng huyết càng sớm càng tốt.

2.5.2.4 Nhiễm trùng

Nhiễm trùng hiếm khi xảy ra nếu thực hiện phá thai đúng cách. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: sốt hoặc ớn lạnh, dịch âm đạo hoặc dịch cổ tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung cương cứng/hoặc lượng bạch cầu tăng. Khi chẩn đoán thấy nhiễm trùng, nhân viên y tế cần cho dùng kháng sinh hoặc hút lại nếu thấy nhiễm trùng do các sót thai. Khách hàng bị nhiễm trùng nặng cần phải được điều trị trong bệnh viện. Như đã thảo luận trong phần 1.6 ở trên, việc dùng kháng sinh phòng bệnh cho những phụ nữ tiến hành phá thai bằng phương pháp ngoại khoa cho thấy có thể giảm nguy cơ nhiễm trùng sau phá thai và nên cung cấp thuốc kháng sinh, khi có điều kiện.

2.5.2.5 Thủng tử cung

Thường thì vết thủng tử cung rất khó phát hiện ra và tự lành mà không cần phải có sự can thiệp y tế. Một nghiên cứu trên 700 phụ nữ tiến hành phá thai ba tháng đầu cùng một khoảng thời gian và tiến hành soi ổ bụng cho thấy 12 trong số 14 trường hợp thủng tử cung thường rất nhỏ và không thể được nhận ra nếu không tiến hành soi ổ bụng. Khi nghi ngờ thủng tử cung, các biện pháp cần thiết chỉ là theo dõi và dùng thuốc kháng sinh. Nếu có điều kiện thì soi ổ bụng là phương pháp kiểm tra hay được chọn. Nếu kết quả soi ổ bụng và/hoặc tình trạng sức khỏe của bệnh nhân cho thấy có nghi ngờ bị tổn thương nội tạng, mạch máu hoặc các cấu trúc khác thì mới có thể cần phẫu thuật mở bụng để điều trị các mô/tổ chức tế bào bị tổn thương.

2.5.2.6 Các tai biến liên quan đến gây mê

Gây mê tại chỗ an toàn hơn gây mê toàn thân đối với cả hút thai chân không trong ba tháng đầu và phương pháp Nong và Gấp cho ba tháng giữa (Osborn và cộng sự 1990, MacKay và cộng sự 1985). Đối với gây mê toàn thân, nhân viên y tế cần phải thành thạo kỹ năng xử lý ổn định các chấn động hoặc suy chức năng hô hấp tim. Luôn luôn phải có sẵn các loại thuốc chấm dứt gây mê.

2.5.2.7 Các di chứng kéo dài

Phần đông phụ nữ được phá thai đúng cách không phải chịu bất cứ một tác động lâu dài nào về mặt sức khỏe sinh sản cũng như sức khỏe nói chung. Rất ít phụ nữ phải gặp phải các tai biến nặng do phá thai. (Tổ chức Y tế Thế giới 1997)

Các nghiên cứu cho thấy không có mối liên hệ giữa phá thai ba tháng đầu được thực hiện an toàn với các tác dụng phụ khi có thai tiếp theo (Hogue 1999). Các số liệu dịch tễ học đáng tin cậy cho thấy nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ tiến hành phá thai ba tháng đầu không tăng. Theo một đánh giá toàn diện (Dagg 1991) số phụ nữ có các di chứng về mặt thể chất không mong muốn chiếm một phần rất nhỏ và đó chỉ là sự tiếp tục tình trạng sức khỏe trước khi phá thai.

3 Theo dõi sau phá thai

3.1 GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

3.1.1 Các phương pháp phá thai bằng phương pháp ngoại khoa

Trong quá trình theo dõi sau khi phá thai bằng phương pháp ngoại khoa, nhân viên y tế cần giúp phụ nữ nghỉ ngơi thoải mái, hỗ trợ và theo dõi quá trình hồi phục của họ. Nhân viên y tế cần đặc biệt chú ý nếu người phụ nữ bị đau, vì những cơn đau này có thể là do thủng tử cung hoặc tích huyết cấp - máu đọng trong tử cung. Các trường hợp này có thể được điều trị bằng cách dùng thuốc gây chuyển dạ để tạo cơn co tử cung. Do đó, đặc biệt trong trường hợp phá thai to, cần khám thành bụng bằng hai tay để xác định kích thước của tử cung. Trong trường hợp không có biến chứng, phần lớn phụ nữ có thể rời cơ sở y tế ngay khi họ cảm thấy sức khỏe khá hơn và các dấu hiệu sinh tồn trở lại bình thường. Sau khi phá thai to hoặc sau khi giảm đau mạnh hoặc gây mê toàn thân, giai đoạn hồi phục có thể dài hơn và phụ nữ cần được theo dõi cẩn thận hơn.

Lý tưởng là phụ nữ được phá thai bằng phương pháp ngoại khoa cần có tái khám với nhân viên y tế đã được đào tạo và thông thạo về thực hành sau 7 -10 ngày sau thủ thuật để đánh giá tình trạng sức khỏe tổng thể.

3.1.2 Các phương pháp phá thai bằng thuốc

Như đã mô tả ở trên, các phác đồ điều trị phá thai bằng thuốc được áp dụng đối với thai từ 9 trở xuống thường đòi hỏi người phụ nữ phải nằm lại theo dõi lâm sàng từ 4-6 giờ sau khi uống Prostaglandin. Người cung cấp dịch vụ cần kiểm tra băng vệ sinh hoặc quần ngũ trong quá trình theo dõi sảy thai hoàn toàn trong thời gian này.

Những phụ nữ chưa sảy thai hoàn toàn trong thời gian này, những người đã uống Prostaglandin tại nhà hoặc những người đã rời cơ sở y tế sau khi uống Prostaglandin cần được lên lịch tái khám sau từ 10-15 ngày để xác định đã sảy thai hoàn toàn, không có nhiễm trùng cũng như không xảy ra các tai biến khác. Nếu sảy thai không hoàn toàn, người phụ nữ có thể lựa chọn tiến hành hút thai chân không nhưng về mặt lâm sàng cần khẳng định được thai vẫn tiếp tục phát triển qua khám thực thể, các triệu chứng lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm.

Nguy cơ băng huyết và phá thai không hoàn toàn sẽ cao khi phá thai từ 12 tuần trở lên, do vậy tất cả các phụ nữ trong trường hợp này nên nằm lại để theo dõi cho đến khi cả thai và nhau đều đã sổ hết.

3.2 CUNG CẤP CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI VÀ TƯ VẤN VỀ CÁC VIÊM NHIỄM LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Trước khi khách hàng ra về, nhân viên y tế cần đảm bảo rằng phụ nữ được thông tin và tư vấn sâu về các biện pháp tránh thai sau phá thai, bao gồm cả biện pháp tránh thai khẩn cấp.

Tất cả các biện pháp tránh thai, kể cả dụng cụ tử cung và thuốc tránh thai nội tiết, đều cần được cân nhắc sử dụng sau khi phá thai cũng như cần quan tâm đến tình trạng sức khỏe của phụ nữ và những hạn chế của từng biện pháp (xem phụ lục 4). Không nên sử dụng màng ngăn âm đạo hoặc mũ cổ tử cung trong vòng 6 tuần sau khi phá thai ba tháng giữa, nguy cơ tuột dụng cụ tử cung cao nếu đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi phá thai ba tháng giữa (Stanwood 2001). Một số phương pháp kế hoạch hoá gia đình tự nhiên chỉ nên được áp dụng sau 3 kỳ kinh kể từ khi phá thai (Tổ chức Y tế Thế giới, 2000). Cần đặc biệt quan tâm tới những phụ nữ yêu cầu triệt sản để đảm bảo rằng sự lựa chọn của họ không phải là mong muốn nhất thời và tránh hối hận về sau.

Các cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai cần có đủ khả năng cung cấp hầu hết các biện pháp nếu phụ nữ muốn lựa chọn một biện pháp nào đó. Nếu biện pháp tránh thai mà phụ nữ lựa chọn không có tại cơ sở đó (chẳng hạn như triệt sản rất ít khi được cung cấp tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu), phụ nữ cần được cung cấp

thông tin về cơ sở cung cấp biện pháp tránh thai và làm thế nào họ có thể nhận được dịch vụ đó và họ cần dùng một phương pháp tạm thời. Tất cả các phụ nữ cần được thông tin về biện pháp tránh thai khẩn cấp và cần cân nhắc cung cấp biện pháp này cho những phụ nữ lựa chọn không bắt đầu ngay lập tức việc sử dụng các biện pháp tránh thai lâu dài. Người cung cấp dịch vụ cần thảo luận về việc phòng ngừa các viêm nhiễm lây qua đường tình dục, gồm cả HIV và tầm quan trọng của việc sử dụng bao cao su đối với tất cả các phụ nữ cho dù họ lựa chọn phương pháp tránh thai nào. Thông tin về không chế nhiễm trùng cần được đặc biệt nhấn mạnh đối với những người có nguy cơ cao và tại các khu vực có tỷ lệ nhiễm HIV cao. Cần tiến hành tư vấn và xét nghiệm tự nguyện cho khách hàng hoặc chuyển tuyến để họ được tư vấn và xét nghiệm HIV ở các cơ sở khác. Cần khuyến khích áp dụng biện pháp bảo vệ kép hoặc sử dụng các biện pháp tránh thai và phòng ngừa các viêm nhiễm lây qua đường tình dục.

3.3. CÁC HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC SAU PHÁ THAI

Phụ nữ đến phá thai cần được hướng dẫn bằng văn bản, bằng lời một cách rõ ràng và đơn giản để có thể tự chăm sóc bản thân sau khi rời cơ sở y tế, trong đó có hướng dẫn làm thế nào nhận ra được các tai biến cần có sự can thiệp về y tế. Trong khi đợi phá thai bằng thuốc được thực hiện hoàn toàn, người phụ nữ nên liên lạc với bác sĩ điều trị hoặc nhân viên y tế, những người có thể trả lời các thắc mắc và cung cấp hỗ trợ.

3 Theo dõi sau phá thai (tiếp theo)

Sau khi phá thai bằng phương pháp ngoại khoa, người phụ nữ có thể bị ra máu nhẹ như hành kinh hoặc ra máu thấm giọt trong vài tuần. Phụ nữ cần được thông báo là khi phá thai bằng thuốc có thể ra máu tương tự hoặc nhiều hơn hành kinh. Các triệu chứng cần phải có sự can thiệp lâm sàng là ra máu quá nhiều, sốt kéo dài hơn một ngày và đau vùng chậu. Thấy buồn nôn, đôi khi có cả nôn mửa, thường giảm dần sau 24 giờ kể từ khi phá thai bằng phương pháp ngoại khoa. Nhân viên y tế cần tư vấn cho phụ nữ về triệu chứng đau quặn. Triệu chứng này có thể được giảm bớt bằng cách dùng thuốc giảm đau không cần theo đơn. Thông tin để nhận biết các tai biến và cách tìm kiếm sự giúp đỡ cần phải được trình bày dưới dạng tranh ảnh đối với các phụ nữ không biết đọc.

Sau khi phá thai ba tháng đầu, phần lớn phụ nữ có thể quay trở lại các công việc và hoạt động thường ngày sau vài giờ hoặc vài ngày.

Tái khám là cơ hội để người cung cấp dịch vụ nói chuyện với phụ nữ về các cảm nhận của họ nếu cần thiết. Ví dụ như phụ nữ phải phá thai vì các lý do y tế hoặc sau khi bị cưỡng hiếp có thể cần bày tỏ cảm nhận của họ về sự mất mát, sự lưỡng lự giữ hay phá thai, hoặc muốn được tư vấn thêm.

Tài liệu tham khảo

Ashok PW, Penney GC, Flett GMM and Templeton A. (1998a) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965.

Ashok PW, Flett GM and Templeton A. (1998b) Termination of pregnancy at 9-13 weeks' amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 352:542-543.

Blanchard K, Winikoff B, Coyaji K and Ngoc NTN. (2000) Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women's Association* 55:189-190.

Borgatta L and Nickinovich D. (1997) Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293.

Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183 (Suppl 2):S26-S33.

Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A and David E. (2000) Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61:47-50.

Cade L and Ashley J. (1993) Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care* 21:93-96.

Cameron IT and Baird DT. (1988) The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118:161-167.

Cates W, Grimes DA and Schultz KF. (2000) Abortion surveillance at CDC : creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine* 19(Suppl 1):12-17.

- Costa SH and Vessy MP. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 341:1258-1261.
- Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 62:117-124.
- Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp. 91-106.
- Dagg PKB. (1991) The psychological sequelae of therapeutic abortion denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148:578-585.
- Dahl V, Fjellanger F and Raeder JC. (2000) No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain* 4:211-215.
- Dickinson JE, Godfrey M and Evans SF. (1998) Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal Medicine* 7:115-119.
- Diniz EM, Corradini HB, Ramos JL and Brock R. (1978) Efeitos sobre o concepto do metotrexato (ametopterina) administrado à mãe. Apresentação de caso. *Revista do Hospital das Clinicas; Faculdade de Medicina a Universidade de Sao Paulo* 33:286-290.
- Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.
- El-Refaey H and Templeton A. (1995) Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction* 10:475-478.
- El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L and Templeton A. (1995) Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 382:983-987.
- Elul B, Ellertson C, Winikoff B and Coyaji K. (1999) Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. *Data from a trial in China, Cuba and India. Contraception* 59:107-114.
- Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
- Feldkamp M and Carey JC. (1993) Clinical teratology counseling and consultation case report: low dose methotrexate exposure in the early weeks of pregnancy. *Teratology* 47:533-539.
- Finn R, Clarke CA, Donohoe WTA, McConnell RB, Sheppard PM, Lehane D and Kulke W. (1961) Experimental studies on the prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal* 1:1486-1490.
- Fonseca W, Alencar AJ, Mota FS and Coelho HL. (1991) Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338:56.
- Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 79:702-706.

Tài liệu tham khảo (tiếp theo)

- Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Pa JA, Huson SM and Holmes LB. (1998) Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet* 351:1624-1627.
- Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.
- Grimes DA and Cates W Jr. (1979) Complications from legally- induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34:177-191.
- Grimes DA, Hulka JF and McCutchen ME. (1980) Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 137:785-790
- Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/CDC a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.
- Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251:2108-2112.
- Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. (1990) Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76:129-135.
- Hein A, Jakobsson J and Ryberg G. (1999) Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 43:245-247.
- Henshaw RC and Templeton AA. (1991) Pre-operative cervical preparation before first trimester vacuum aspiration: a randomized controlled comparison between gemeprost and mifepristone (RU 486). *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 98:1025-1030.
- Ho PC, Chan YF and Lau W. (1996) Misoprostol is as effective as gemeprost in termination of second trimester pregnancy when combined with mifepristone: a randomised comparative trial. *Contraception* 53:281-283.
- Hogue CJ, Boardman LA, Stotland NL and Peipert JF. (1999) Answering questions about long-term outcomes. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone, pp 217-228.
- Kaali SG, Szigetvari IA and Bartfai GS. (1989) The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161:406-408.
- Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.
- Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ER. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 14:481-486.
- MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66:661-665.
- Matambo J, Moodley J and Chigumadzi P. (1999) Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal* 89:816.

McKinley C, Thong KJ and Baird DT. (1993) The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 8:1502-1505.

Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K and Andersen PK. (1997) Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 336:81-85.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.

Ngai SW, Tang OS and Ho PC. (2000) Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Human Reproduction* 15:2205-2208.

Ngoc NN, Winikoff B, Clark S, Ellertson C, Am KN, Hieu DT and Elul B. (1999) Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 25:10-14 & 33.

Orioli IM and Castilla EE. (2000) Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:519-523.

Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA. (1990) General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6:416-422.

Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imlie M. (1998) A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105:599-604.

Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A and Baulieu EE. (1993) Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 21:1509-1513.

Powell HR and Ekert H. (1971) Methotrexate-induced congenital malformations. *Medical Journal of Australia* 2:1076-1077.

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.

Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K and Grimes DA. (1996) Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 87:884-890.

Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ and Poppema S. (1999) Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 59:1-6.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH and Franks P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice* 44:353-360.

Schonhofer PS. (1991) Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet* 337:1534-1535.

Schulz KF, Grimes DA and Cates W Jr. (1983) Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1:1182-1184.

Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F. (1998) Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92:795-798.

Tài liệu tham khảo (tiếp theo)

- Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ. (1979) Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133:489-498.
- Solo J. (2000) Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters* 8:45-51.
- Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. *Liverpool School of Tropical Medicine*. Available online at: www.liv.ac.uk/lstm/deconreview.html.
- Spitz IM, Bardin CW, Benton L and Robbins A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338:1241-1247.
- Stanwood NL, Grimes DA and Schulz KF. (2001) Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108:1168-1173.
- Suprpto K and Reed S. (1984) Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150:1000-1001.
- Swahn ML and Bygdeman M. (1988) The effect of the antiprogesterin RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 95:126-134.
- Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. *Contraception* 64:29-32.
- Thong KJ, Robertson AJ and Baird DT. (1992) A retrospective study of 932 second trimester terminations using gemeprost (16, 16 dimethyl-trans delta 2 PGE1 methyl ester). *Prostaglandins* 44:65-74.
- Thonneau P, Fougereyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M and Soulat C. (1998) Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 81:59-63.
- Trussell J and Ellertson C. (1999) Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135.
- UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (1997) Methotrexate for the termination of early pregnancy: a toxicology review. *Reproductive Health Matters* 9: 162-166.
- Urquhart DR and Templeton AA. (1990) Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet* 335:914.
- Urquhart DR, Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, Rodger M, Baird DT et al. (1997) The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study final results. *Contraception* 55:1-5.
- Westfall JM, O'Brien-Gonzales A and Barley G. (1998) Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7:991-995.
- Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, Cabezas E, Xiao B, Gu S, Du MK, Krishna UR, Eschen A and Ellertson C. (1997) Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176:431-437..

Wong KS, Ngai CSW, Khan KS, Tang LC and Ho PC. (1996) Termination of second trimester pregnancy with gemeprost and misoprostol: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Contraception* 54:23-25.

World Health Organization. (1994) *Clinical management of abortion complications: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FHE/MSM/94.1)

World Health Organization. (1997) *Medical methods for termination of pregnancy*. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1999) *HIV and pregnancy: a review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.15)

World Health Organization. (2000a) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)

World Health Organization. (2000b) *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive methods*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.02)

World Health Organization. (2001) *Fact Sheet 11: HIV and the workplace and universal precautions*. Geneva, World Health Organization. Available online at: www.who.int/HIV_AIDS/nursemidwives/fact-sheet-11.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1993) Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal* 307:532-537.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (1994) Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion. *Contraception* 50:461-475.

World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. (2000) Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530.

Chương 3 Thiết lập dịch vụ tại cơ sở

Chương 3 Tóm tắt

Lập kế hoạch và quản lý dịch vụ phá thai đòi hỏi phải cân nhắc một số yếu tố phù hợp bất kể cơ sở được phép phá thai, hoặc người có trách nhiệm ra quyết định/hoặc thực hiện dịch vụ phá thai trong hệ thống y tế. Các yếu tố này đều có ở cả khu vực nhà nước, tư nhân và phi chính phủ. Trong hầu hết các trường hợp, một số thay đổi nhỏ về cơ sở vật chất, mua sắm thêm một số trang thiết bị thiết yếu, hoặc mở lớp đào tạo cơ bản có thể giúp thiết lập cung cấp dịch vụ trước đó chưa hề có hoặc có thể nâng cao chất lượng, mức độ an toàn, hiệu quả và khả năng kỹ thuật của dịch vụ hiện có. Những thay đổi này cần được dựa trên việc lập kế hoạch cẩn thận bao gồm các nội dung sau:

■ Đánh giá hiện trạng

Cuộc đánh giá này không nên kéo dài và phức tạp. Các vấn đề cần được đánh giá là: các luật pháp và quy định chi phối tính sẵn có của dịch vụ chăm sóc phá thai an toàn và sự tiếp cận tới dịch vụ đó; phạm vi và mức độ của dịch vụ hiện có; chất lượng của dịch vụ, kể cả các thủ thuật được áp dụng trong phá thai có chỉ định và xử trí các biến chứng của phá thai không an toàn; đặc điểm của khách hàng và thái độ cũng như kiến thức của những người cung cấp dịch vụ.

■ Xây dựng các quy định và chuẩn mực về cung cấp dịch vụ phá thai chất lượng cao

Các quy định và chuẩn mực cần bao hàm: loại hình dịch vụ phá thai và cơ sở cung cấp; trang thiết bị, vật tư, thuốc thiết yếu và

khả năng về cơ sở vật chất; cơ chế chuyển tuyến; tôn trọng quyền ra quyết định của người phụ nữ khi đã có đầy đủ thông tin, tự chịu trách nhiệm, tính bí mật và riêng tư, có chú ý đến các nhu cầu đặc biệt của vị thành niên; và cung cấp dịch vụ đặc biệt cho phụ nữ bị cưỡng hiếp.

- **Xác định rõ kỹ năng của người cung cấp dịch vụ**, đào tạo, giám sát và cấp giấy chứng nhận. Cụ thể là cần quy định rõ ràng những người nào được cung cấp dịch vụ phá thai. Các chi tiết cụ thể khác bao gồm các nội dung chính của tài liệu đào tạo về phá thai, chuẩn mực giám sát và các yêu cầu về giấy chứng nhận và giấy phép để đảm bảo rằng những người cung cấp dịch vụ và các cơ sở cung cấp dịch vụ đáp ứng các tiêu chí chính khi cung cấp dịch vụ phá thai an toàn.
- **Giám sát và đánh giá dịch vụ** Bao gồm thu thập thông tin về khách hàng và số liệu dịch vụ thường xuyên, sử dụng bảng kiểm giám sát và các nghiên cứu đặc biệt định kỳ.
- **Tài chính** Ngân sách cho dịch vụ y tế cần bao gồm chi phí cho nhân viên, chương trình đào tạo, dụng cụ, vật tư và thuốc và chi phí vốn. Cần lưu ý để thiết kế dịch vụ sao cho tất cả phụ nữ cần dịch vụ đều có khả năng chi trả được phí dịch vụ. Chi phí khi mở rộng thêm dịch vụ phá thai an toàn ngoài các dịch vụ hiện có cần được định ở mức tối thiểu tương đương với những lợi ích sức khỏe thu được của người phụ nữ.

1 Đánh giá thực trạng

Cuộc đánh giá giúp xác định được địa điểm cần xây dựng thêm dịch vụ và/hoặc nên làm thế nào để cải thiện dịch vụ hiện có. Đánh giá cơ bản ở cấp quốc gia, cấp vùng và địa phương không nên quá dài hoặc quá phức tạp. Trong hầu hết các trường hợp, khi xem xét lại các thông tin hiện có, phỏng vấn tất cả “các bên đối tác” có liên quan (kể cả lãnh đạo Bộ Y tế, người cung cấp dịch vụ, khách hàng, các đại diện có liên quan của các tổ chức xã hội, các cơ quan kỹ thuật/nhà tài trợ) và quan sát dịch vụ tại tất cả các tuyến khác nhau, sẽ cho ta có đủ các thông tin cần thiết. Tham khảo thêm Phụ lục 1 để biết thêm thông tin cụ thể về các phương pháp nêu trên (kỹ thuật đánh giá nhanh và phân tích tình hình).

Một phương pháp khác được sử dụng có hiệu quả ở một số nước đó là Phương pháp Chiến lược để nâng cao Chất lượng Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản (Tổ chức Y tế Thế giới 1999, Tổ chức Y tế Thế giới 2002a). Phương pháp Chiến lược dựa vào sự sáng tạo của nhóm đánh giá đại diện cho tất cả các bên đối tác có liên quan sử dụng các kỹ thuật đánh giá hiện tại để tiến hành đánh giá dựa vào cộng đồng, chất lượng dịch vụ, quan điểm và nhu cầu của người phụ nữ.

Cho dù sử dụng phương pháp đánh giá nào đi chăng nữa, điều quan trọng là phải đảm bảo tổng hợp được các quan điểm khác nhau. Điều này giúp chúng ta đảm bảo rằng các khuyến nghị và kế hoạch dựa trên kết quả đánh giá sẽ được đồng ý của người chấp nhận và vì thế khả năng được thực hiện sẽ cao. Điều đặc biệt quan trọng

và phải chú ý đến quan điểm của người đang và sẽ sử dụng dịch vụ vì họ chính là nguồn chính xác liệt kê các rào cản đối với việc sử dụng dịch vụ. Một điều nữa cũng quan trọng là cuộc đánh giá giúp kiểm tra sự tiếp cận tới dịch vụ của khách hàng nói chung, đặc biệt là tiếp cận tới các thông tin và dịch vụ về tránh thai, vì đây chính là yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn. Khi trong cuộc đánh giá có tiến hành trực tiếp quan sát người cung cấp dịch vụ và khách hàng, xin phép cả người cung cấp dịch vụ và khách hàng là điều nhất thiết phải làm.

Dưới đây là ví dụ về các câu hỏi trong một cuộc đánh giá. Các nguồn dữ liệu điển hình để giải đáp các câu hỏi này là hồ sơ, sổ sách dịch vụ (tại cơ sở và cấp trung ương), báo cáo tới Bộ Y tế, các nghiên cứu khoa học cấp cơ sở và cấp quốc gia về quan điểm của người cung cấp dịch vụ và khách hàng và, ở một chừng mực nào đó, có thể cần đến Điều tra Y tế và Nhân khẩu học (DHS) và các điều tra y tế quốc gia khác. Cũng có thể thu được nhiều thông tin qua phần tổng quan xem xét các tài liệu hiện có, nhưng trong phần lớn các trường hợp, phần tổng quan tài liệu cần được bổ sung thêm các thông tin từ đánh giá nhanh. Với tất cả các nguồn thông tin này, điều quan trọng cần lưu ý là những dữ liệu chưa được báo cáo -- cho dù ở cơ sở được phép hay không được phép, vẫn là phổ biến.

1 Đánh giá thực trạng (tiếp theo)

- a) Luật pháp, chính sách và quy định kể cả chính sách của mỗi phòng khám chi phối sự sẵn có và sự tiếp cận tới dịch vụ phá thai an toàn bao gồm những gì?

Các cán bộ y tế và công chúng có thể cho rằng luật pháp hạn chế hơn nhiều, vì thế không có dịch vụ hoặc người phụ nữ không tiếp cận được tới dịch vụ như được mô tả trong luật định. Hay một giả định khác là cán bộ y tế hiểu về luật định, nhưng không đưa luật vào thực hành vì một số nguyên nhân. Một bước quan trọng trong cuộc đánh giá là kiểm nghiệm kỹ càng xem các cán bộ y tế hợp pháp và cán bộ y tế công cộng áp dụng như thế nào vào thực tế các nội dung của luật định.

- Ví dụ, ở cơ sở mà luật pháp và chính sách yêu cầu sự uỷ quyền hoặc chứng nhận của bên thứ ba, như hội đồng phá thai của bệnh viện, sự đồng ý của chồng hay chứng nhận của bên y tế hoặc bên công an trong trường hợp bị cưỡng ép quan hệ tình dục, đánh giá nhanh có thể phát hiện thấy có nhiều trì hoãn có thể gây hại đến sức khỏe của người phụ nữ. Cuộc đánh giá có thể đề xuất các cơ hội hoặc phương pháp tổ chức thủ thuật và thông báo với công chúng, luật sư, quan tòa và các bác sĩ một cách rõ ràng hơn về thời điểm phù hợp cho dịch vụ và cách tiếp cận dịch vụ. Tác động đến thay đổi như vậy có thể mất thời gian, nhưng cách này đã thành công ở một số quốc gia (Veira Villela và de Oliveira Araujo 2000, Billings và cộng sự 2002).

- b) Tỷ lệ phá thai hợp pháp là bao nhiêu và tỷ lệ tai biến của phá thai không an toàn là bao nhiêu? Những ai đang sử dụng dịch vụ hiện tại và những ai không tiếp cận được tới dịch vụ phá thai?

Có thể gặp khó khăn khi ước tính tỷ lệ phá thai không an toàn, số lượng ca phá thai hợp pháp hiện được tiến hành, đặc biệt là trong các tình huống người phụ nữ tiếp cận hạn chế tới dịch vụ phá thai hợp pháp. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, các nghiên cứu khoa học xã hội thường đem lại các dữ liệu có thể giúp hình dung được bức tranh tổng thể về thực trạng (Mundigo và Indriso 1999). Số liệu về dịch vụ y tế có thể cho biết con số ước tính về phá thai hợp pháp và số lượt nhập viện vì tai biến của phá thai không an toàn. Ví dụ như trong Nghiên cứu Y tế và nhân khẩu học, dữ liệu nghiên cứu có thể cho biết phạm vi có thai ngoài ý muốn hoặc có thai ngoài kế hoạch. Ở một số cơ sở có dữ liệu về tuổi, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế xã hội của người phụ nữ đến sử dụng dịch vụ phá thai an toàn và phụ nữ gặp phải tai biến của phá thai không an toàn sẽ cho chúng ta biết được những phụ nữ nào hiện đang sử dụng dịch vụ. Vì thế các dữ liệu này có thể được sử dụng trong quá trình thiết kế chương trình.

- Ví dụ, nếu thông tin về những phụ nữ đến để được xử trí các tai biến của phá thai không an toàn cho thấy rằng họ trong nhóm tuổi dưới 25, khi đó các nhà lập chính sách và các nhà lập kế hoạch chương trình sẽ cần xây dựng các chiến lược để cung cấp cho thanh niên những thông tin và giáo dục về SKSS và tình dục, về sự sẵn có của các dịch vụ tránh thai và dịch vụ phá thai. Thông tin bổ sung về thái độ của người cung cấp dịch vụ có thể giúp đề xuất đào tạo để họ cởi mở hơn và không có thái độ phán xét vị thành niên và thanh niên.

c) Các dịch vụ phá thai hợp pháp hiện đang được cung cấp ở đâu?

Dịch vụ này có được cung cấp tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu không, tuyến cấp hai (trung tâm) hay chỉ có ở tuyến cấp ba (cấp bệnh viện tỉnh, trung ương)? Đó là các cơ sở của nhà nước, tư nhân hay của tổ chức phi chính phủ? Các cơ sở đó có phân bố ở các vùng trong cả nước không? Các cơ sở này chỉ có dịch vụ phá thai hay lồng ghép với các dịch vụ y tế khác? Tỷ lệ dịch vụ phá thai chiếm bao nhiêu phần trăm tại mỗi cơ sở này?

- Cuộc đánh giá có thể chỉ ra được rằng dịch vụ chủ yếu sẵn có ở các bệnh viện nội thành. Trong trường hợp này, ưu tiên đầu tiên có thể là phải đào tạo và sắp xếp nhân lực ở các cơ sở tuyến dưới kể cả các cơ sở ở khu vực nông thôn, để ít nhất là cung cấp được dịch vụ phá thai ba tháng đầu và chuyển tuyến các ca tai biến một cách có hiệu quả.

d) Chất lượng chăm sóc trong dịch vụ phá thai hiện tại như thế nào?

Phương pháp phá thai nào đang được áp dụng, để xử trí các tai biến của phá thai không an toàn, ở các tuổi thai khác nhau? Chất lượng kỹ thuật của các dịch vụ này thế nào? Người phụ nữ có được cung cấp các thông tin thích hợp không? Phụ nữ có được tư vấn và nhận thông tin và biện pháp tránh thai trước và sau khi phá thai không? Chất lượng chăm sóc có khác nhau ở các tuyến cung cấp dịch vụ hay ở các vùng khác nhau trong cả nước không? Một số thông tin này có thể có sẵn trong hồ sơ sổ sách dịch vụ y tế. Xem xét các quy định về dịch vụ sẽ cho biết, về mặt chính sách, chuẩn mực về chất lượng chăm sóc có rõ ràng không và người phụ nữ có được nhận thông tin và dịch vụ tránh thai sau phá thai hay không. Đánh giá nhanh có thể xác định được các thực hành có đạt chuẩn mực hay không.

- Trực tiếp quan sát dịch vụ trong khi đánh giá có thể phát hiện ra các điểm chưa tốt trong chất lượng chăm sóc như thiếu vật tư cần thiết, không đảm bảo sự riêng tư, hoặc kỹ năng chuyên môn của người cung cấp dịch vụ còn kém. Các vấn đề như vậy có thể được giải quyết thông qua đầu tư vào hệ thống hậu cần, hoặc ví dụ như cải thiện đào tạo và giám sát.

e) Kiến thức và thái độ của người cung cấp dịch vụ liên quan đến phá thai là gì?

Mức độ hiểu biết của người cung cấp dịch vụ như thế nào cả về luật định và kỹ thuật lâm sàng và về cơ sở có thể nhận dịch vụ? Kiến thức của họ có tương xứng với thực hành do nhóm đánh giá quan sát được khi đánh giá nhanh không? Ở phần lớn các quốc gia, thông tin hiện có về các khía cạnh này đều khá hạn chế, nhưng thu thập những thông tin này lại rất quan trọng bởi vì thái độ và thực hành của người cung cấp dịch vụ là các yếu tố quyết định quan trọng đối với sự tiếp cận của phụ nữ tới các dịch vụ phá thai hợp pháp và an toàn.

- Ví dụ, kết quả đánh giá có thể cho thấy rằng một số người cung cấp dịch vụ hoặc người sẽ cung cấp dịch vụ có thái độ nước đôi hoặc thái độ tiêu cực về phá thai, ngay cả khi phá thai là hợp pháp và do yêu cầu của người phụ nữ (Dickson-Tetteh và cộng sự 2000). Trong trường hợp này, các nhà lập kế hoạch cần cân nhắc các phương pháp đảm bảo rằng phụ nữ có thể tiếp cận được tới dịch vụ.

1 Đánh giá nguồn gốc (tiếp theo)

f) Kiến thức và quan điểm của người phụ nữ về phá thai và dịch vụ phá thai như thế nào?

Kiến thức và quan điểm của người phụ nữ về dịch vụ và hoàn cảnh xã hội có thể cho biết các rào cản sử dụng dịch vụ. Các nghiên cứu cho thấy rằng phụ nữ thường sợ bị đối xử không tốt, thái độ tiêu cực của những người chồng hoặc bạn tình, hoặc sự lên án của xã hội (Mundigo và Indriso 1999), tất cả những điều này đã làm cho phụ nữ không tìm đến dịch vụ y tế. Cuộc đánh giá cũng nên xác định xem người phụ nữ có biết về quyền của họ liên quan đến phá thai không, liệu họ có biết thông tin về chi phí cho mỗi lần phá thai tại cơ sở y tế công và cơ sở tư nhân hay không.

- Ví dụ, nếu kết quả của đánh giá nhanh cho thấy rằng người phụ nữ không thích dịch vụ y tế công và không sử dụng dịch vụ y tế đó vì một số các nguyên nhân khác nhau như thiếu tính bí mật/riêng tư, sợ bị phê phán, hoặc cho rằng chất lượng chăm sóc kém, các nhà quản lý và lập kế hoạch chương trình cần có các biện pháp nâng cao chất lượng chăm sóc. Vấn đề này có thể được giải quyết thông qua các khóa đào tạo lại cho người cung cấp dịch vụ nhằm cập nhật kỹ năng chuyên môn và kỹ năng truyền thông, giao tiếp.

g) Đối với hệ thống y tế, chi phí cho dịch vụ phá thai an toàn là bao nhiêu? và chi phí để xử trí các tai biến của phá thai không an toàn là bao nhiêu?

Thông tin về chi phí trực tiếp có thể có ở trong sổ sách về dịch vụ y tế, hoặc có thể có được thông qua điều tra nhanh về dịch vụ, cả ở khu vực công và khu vực tư nhân. Thông tin toàn diện hơn về

chi phí có thể thu thập được thông qua các nghiên cứu sâu hơn. Với mục đích của nghiên cứu ban đầu này, chỉ cần biết thông tin về dự toán trong một năm ở một cơ sở là đủ (King và cộng sự 1998). Có thể phân tích thêm thông tin bằng cách sử dụng công cụ áp chi phí (tham khảo Phụ lục 1).

- Thông tin này giúp chúng ta ra được các quyết định có cơ sở xem nên cung cấp dịch vụ gì ở tuyến y tế nào và các phương pháp thực hiện tại mỗi tuyến cơ sở.

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia

Ở nhiều quốc gia, không hề có quy định và chuẩn mực quốc gia bằng văn bản về cung cấp dịch vụ phá thai, trong những tình huống như thế này, cần xây dựng các quy định và chuẩn mực. Ở những cơ sở đã có các quy định và chuẩn mực, khi đánh giá cần tiến hành xem xét định kỳ để đảm bảo rằng các chuẩn mực thể hiện được các bằng chứng mới về các thực hành tốt nhất. Quy định và chuẩn mực cần được xây dựng sao cho đảm bảo luôn có sẵn các dịch vụ phá thai chất lượng cao theo phạm vi quy định của luật pháp. Các quy định và chuẩn mực đó phải đặt ra được các tiêu chí về các thành phần chính của dịch vụ phá thai chất lượng cao tại các cơ sở của nhà nước, tư nhân và của các tổ chức phi chính phủ, bao gồm: Loại hình dịch vụ phá thai và cơ sở cung cấp;

- Trang thiết bị, vật tư, thuốc thiết yếu và khả năng về cơ sở vật chất;

- Cơ chế chuyển tuyến;
- Tôn trọng quyết định của người phụ nữ khi đã có đầy đủ thông tin, sự chịu trách nhiệm, tính bí mật và riêng tư, có chú ý đến các nhu cầu đặc biệt của vị thành niên.
- Cung cấp dịch vụ đặc biệt cho phụ nữ bị cưỡng hiếp

2.1 LOẠI HÌNH DỊCH VỤ PHÁ THAI VÀ CƠ SỞ CUNG CẤP

Tổ chức các dịch vụ phá thai sớm tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu sẽ cải thiện đáng kể sự tiếp cận tới dịch vụ của những người phụ nữ có đủ điều kiện. Đào tạo và cung cấp trang thiết bị cho các nhân viên y tế ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu để họ cung cấp dịch vụ phá thai sớm và quyết định chuyển tuyến phù hợp có thể là một trong những đầu tư quan trọng nhất cần được cân nhắc. Ở cơ sở chưa có khả năng cung cấp dịch vụ SKSS có chất lượng tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, bước tối thiểu là tạo ra được cơ chế chuyển tuyến có hiệu quả từ tuyến cơ sở lên các tuyến cao hơn.

Trong tất cả mọi hoàn cảnh, có được một hệ thống chuyển tuyến hoạt động tốt là thiết yếu (xem thêm phần 2.3). Các cơ sở y tế tuyến cao hơn, với sự đầu tư về đào tạo và trang thiết bị phù hợp, có thể được sử dụng để đào tạo cho các cán bộ y tế từ các cơ sở tuyến thấp hơn, từ đó mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ theo khu vực địa lý.

Trong trường hợp dịch vụ y tế được trải rộng nhưng chất lượng thấp, bước đầu tiên là phải đánh giá được các nguyên nhân chính, xây dựng và thực hiện các khuyến nghị giải quyết vấn đề. Điều đó có thể bao gồm đào tạo lại đội ngũ cán bộ y tế, hoặc nâng cấp cơ sở hạ tầng và trang thiết bị tại tất cả các cấp trong hệ thống. Trong hầu hết các trường hợp, lồng ghép dịch vụ phá thai vào các dịch vụ SKSS hiện có có thể là một chiến lược dễ thực hiện nhất và hiệu quả nhất so với chi phí bỏ ra.

2.1.1 Tuyến xã

Cán bộ y tế tại cộng đồng đóng một vai trò vô cùng quan trọng trong việc giúp đỡ phụ nữ tránh thai ngoài ý muốn thông qua việc cung cấp thông tin và biện pháp tránh thai, thông tin cho người phụ nữ về hậu quả của phá thai không an toàn. Cán bộ y tế tại cộng đồng cần phải thông báo cho người phụ nữ cách tìm đến với dịch vụ phá thai hợp pháp và an toàn mà không có chậm trễ đáng tiếc, nói về các tai biến của phá thai không an toàn để có thể có chăm sóc phù hợp.

2.1.2 Cơ sở y tế tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu thông thường có khả năng về y tế cơ bản và một số cán bộ y tế đã được đào tạo. Có thể cân nhắc cho cung cấp dịch vụ phá thai bằng thuốc và hút chân không tại tuyến này, vì các dịch vụ này không đòi hỏi phải ở lại cơ sở y tế qua đêm.

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia (tiếp theo)

Nhân viên y tế có thể bao gồm y tá, nữ hộ sinh, nhân viên hành chính và cả bác sĩ. Nhân viên y tế đã được đào tạo và có khả năng khám khung chậu bằng hai tay để chẩn đoán các dấu hiệu thai nghén và thực hiện thủ thuật có liên quan đến buồng tử cung như đặt dụng cụ tử cung, có thể đào tạo để thực hiện hút thai (Freedman và cộng sự 1986, Greenslade và cộng sự 1993). Khi các biện pháp phá thai bằng thuốc được cho phép và sẵn có, thì những nhân viên y tế này có thể thực hiện và giám sát phá thai bằng thuốc (Coyaji 2000).

Đối với dịch vụ sinh thường hoặc sảy thai tự nhiên, cần thiết lập hệ thống chuyển tuyến để đảm bảo có hỗ trợ, chăm sóc của tuyến trên một cách kịp thời, nếu cần thiết. Chính vì lý do này, những nhân viên đã được đào tạo cần có lịch trực trong và ngoài giờ làm việc trong trường hợp cần thiết.

2.1.3 Tuyến bệnh viện huyện (cấp chuyển tuyến đầu tiên)

Các cơ sở bệnh viện tuyến huyện cần cung cấp các loại hình dịch vụ phá thai ban đầu như miêu tả ở Bảng 3.1, ngay kể cả ở cơ sở dịch vụ phá thai có được cung cấp ở tuyến thấp hơn. Không cần thiết phải có các cấu phần chăm sóc chuyên biệt cho dịch vụ phá thai và cũng không phải là cấu phần thường xuyên khi cung cấp dịch vụ nói chung, đặc biệt là ở cơ sở có hạn chế các nguồn lực.

Ví dụ, việc sử dụng thường xuyên trang thiết bị chuyên biệt ví dụ như máy siêu âm trong phá thai sớm sẽ làm tăng chi phí cho hệ thống y tế và không cần thiết khi cung cấp dịch vụ phá thai sớm (RCOG 2000). Không nên thường xuyên áp dụng gây mê toàn thân trong phá thai sớm vì điều đó làm tăng nguy cơ và chi phí của thủ thuật (Lawson và cộng sự 1994). Vì thế các bệnh viện nên cung cấp dịch vụ phá thai trên cơ sở ngoại trú, an toàn, giảm thiểu chi phí và tăng cường sự thuận tiện cho người phụ nữ.

Các bệnh viện được chuyển tuyến có nhân viên và trang thiết bị cung cấp chăm sóc cấp cứu sản khoa để có thể xử trí các biến chứng của phá thai. Vì thế họ cần sẵn sàng thu nhận các ca có liên quan đến phá thai được chuyển từ các khu vực lân cận sang.

2.1.4 Bệnh viện cấp 2 và cấp 3

Các bệnh viện cấp 2 và cấp 3 cần có đủ nhân viên và cơ sở vật chất để tiến hành phá thai trong mọi hoàn cảnh được luật pháp quy định và xử trí các biến chứng của phá thai không an toàn. Cung cấp dịch vụ chăm sóc phá thai ở các bệnh viện thực hành là đặc biệt quan trọng để đảm bảo rằng các cán bộ có liên quan ngày một nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ phá thai trong những lần đi thực hành lâm sàng.

Bảng 3.1 Loại hình dịch vụ phù hợp với mỗi tuyến trong hệ thống y tế

Tuyến xã

- Thông tin/giáo dục y tế công cộng về SKSS kể cả kế hoạch hóa gia đình và phá thai
- Phân phối dựa vào cộng đồng các biện pháp tránh thai phù hợp, kể cả tránh thai khẩn cấp
- Tất cả nhân viên y tế được đào tạo để có thể cung cấp thông tin về dịch vụ phá thai hợp pháp hoặc chuyển tuyến
- Tất cả nhân viên y tế được đào tạo để nhận biết được các tai biến liên quan đến phá thai và giới thiệu ngay lập tức đi điều trị
- Phương tiện đi lại để phá thai và xử trí các tai biến do phá thai không an toàn
- Tất cả nhân viên y tế (và một số lãnh đạo chủ chốt ở cộng đồng như cảnh sát, giáo viên) được đào tạo để nhận biết các dấu hiệu các cô gái hoặc phụ nữ bị cưỡng hiếp hay loạn luân và để giới thiệu đến cơ sở y tế hoặc các dịch vụ xã hội khác.

Tuyến cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu

- Tất cả nhân viên cung cấp dịch vụ SKSS được đào tạo để cung cấp dịch vụ tư vấn về kế hoạch hóa gia đình, có thai ngoài ý muốn và phá thai
- Đa dạng các biện pháp tránh thai (kể cả dụng cụ tử cung và thuốc tiêm tránh thai)
- Hút thai đến 12 tuần tuổi (xem Chương 2), phá thai bằng thuốc đến 9 tuần tuổi (xem Chương 2)
- Ổn định, cung cấp kháng sinh cho phụ nữ bị biến chứng do phá thai không an toàn
- Hút chân không khi phá thai không hoàn toàn
- Chuyển tuyến ngay lập tức và vận chuyển người phụ nữ cần dịch vụ phá thai hoặc để điều trị các tai biến do phá thai mà không thể làm tại tuyến này

Tuyến Bệnh viện huyện

- Tất cả các thành phần chăm sóc như đã nêu ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu
- Ngoài cung cấp các biện pháp tránh thai, còn cung cấp dịch vụ triệt sản
- Dịch vụ phá thai cho mọi trường hợp và mọi tuổi thai theo đúng quy định của luật pháp
- Xử trí các tai biến do phá thai
- Các chương trình mạng lưới và thông tin cho tất cả khu vực xung quanh
- Đào tạo tất cả các cán bộ y tế có liên quan (trong trường đại học và tại nơi làm việc) về cung cấp dịch vụ phá thai

Bệnh viện chuyển tuyến (cấp 2 và cấp 3)

- Tất cả các thành phần chăm sóc như ở các tuyến đã nêu ở phía trên
- Xử trí tất cả các tai biến do phá thai, kể cả những trường hợp không thể xử trí được tại tuyến huyện

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia (tiếp theo)

2.2 TRANG THIẾT BỊ, VẬT TƯ, THUỐC VÀ VẬT TƯ THIẾT YẾU

Bảng sau đây sẽ nêu tóm tắt những trang thiết bị cần thiết khi cung cấp dịch vụ phá thai ở các tuyến khác nhau trong hệ thống y tế. Phần lớn các vật tư, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng cần thiết cho biện pháp hút thai chân không và phá thai bằng thuốc đều giống như những dụng cụ cần cho chăm sóc phụ khoa và áp dụng biện pháp tránh thai lâm sàng. Phần Phụ lục 3 có nêu một danh sách trang thiết bị và vật tư thiết yếu cần thiết khi cung cấp dịch vụ hút thai. Có thể dễ dàng tìm thấy thông tin chi tiết về các loại thuốc cần trong xử trí tai biến như oxytocin, dịch truyền và kháng sinh. (Tổ chức Y tế Thế giới 2000).

Các trang thiết bị và thuốc luôn phải được thảo luận đưa vào trong quá trình lập kế hoạch, dự toán ngân sách, mua sắm, phân phối và hệ thống quản lý. Các tiêu chí để quyết định sử dụng các trang thiết bị, dụng cụ gồm: chất lượng, độ bền, khả năng duy trì sẵn có và bảo dưỡng luôn luôn và chi phí.

Có đầy đủ các dụng cụ hút chân không sẽ giúp các cơ sở y tế tăng cường tính sẵn có và khả năng tiếp cận tới các dịch vụ phá thai tại các cơ sở thuộc tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Ngoài ra, chi phí cho dụng cụ và vật tư thiết yếu khá thấp (Lean và cộng sự 1976). Các nghiên cứu về chi phí của dụng cụ hút thai chân không bằng tay đã được tiến hành khi mới được đưa vào sử dụng để xử trí các tai biến của phá thai không an toàn. Các nghiên cứu này cho thấy chi phí sử dụng bơm hút thai chân không bằng tay đã giảm đáng kể và đồng thời chất lượng chăm sóc lại được cải thiện (Khuyết danh 2000, Brambila và cộng sự 1999, El Shafei và cộng sự 1999). Các lưu ý về nguồn lực và chương trình có thể ảnh hưởng đến quyết định nên cung cấp phương pháp hút chân không nào. Ở các bệnh viện và các cơ sở có lượng phá thai cao, thì sử dụng bơm hút chân không bằng điện có thể hiệu quả hơn hút chân không bằng tay. Tuy nhiên, ở những cơ sở sử dụng hút chân không bằng điện và ở cơ sở có nguồn điện không ổn định, có dự phòng bơm hút chân không bằng tay là một điều hết sức thiết thực. Hút chân không được rất nhiều người cung cấp dịch vụ ở các cơ sở y tế khác nhau sử dụng (Bradley và cộng sự 1991, Ekwempu 1990, Hội đồng Dân số 2000a, Hội đồng Dân số 2000b, Đại học Bắc Carolina 2001).

Bảng 3.2 Dụng cụ, thuốc và các yêu cầu về cơ sở vật chất cho dịch vụ phá thai

Phương pháp	Dụng cụ và thuốc	Yêu cầu về cơ sở vật chất
Hút chân không	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ và vật tư y tế và phụ khoa cơ bản (vd. mỏ vịt, kẹp sát khuẩn hoặc kẹp nhẩn, dung dịch sát khuẩn, bông gòn, găng), kẹp cổ tử cung, Nén nong kim loại (Pratt hoặc Denniston), nén nong hút nước, hoặc misoprostol để làm mềm cổ tử cung - Bơm tiêm và thuốc gây tê cổ tử cung - Thuốc giảm đau - Bơm hút chân không bằng tay hoặc bằng điện và ống - Ống hút: ống mềm hoặc cứng, ống cong hoặc ống thẳng; các cỡ - Dụng cụ lọc và bát thủy tinh để kiểm tra tổ chức hút ra 	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ và thuốc - Nơi riêng tư, kín đáo để tư vấn - Khu vực điều trị sạch sẽ và riêng tư - Bàn khám có đỡ chân - Giường - Ghế đầu cho người cung cấp dịch vụ - Nước sạch - Hệ thống ánh sáng đầy đủ - Vật tư cho khử nhiễm, làm sạch và khử khuẩn ở mức độ cao các dụng cụ - Có khay đựng chất thải - Có đủ nhà vệ sinh
Phá thai bằng thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ và vật tư y tế và phụ khoa cơ bản (vd. mỏ vịt, bông gòn, băng vệ sinh, găng) - Phụ thuộc và phác đồ sử dụng: - Phối hợp Mifepristone + misoprostol hoặc gemeprost - Thuốc giảm đau - Bát thủy tinh để kiểm tra tổ chức hút ra 	<ul style="list-style-type: none"> - Khu vực riêng tư để tư vấn - Khu vực riêng tư có giường/ghế để đợi sẵn thai, riêng biệt với khu sinh con - Có đủ thiết bị vệ sinh - Có khả năng tiến hành hút thai hoặc chuyển tuyến
Phá thai ba tháng giữa Nong và Gấp	<ul style="list-style-type: none"> - Tất cả các loại đã liệt kê ở phần hút chân không - Nén nong to hơn và ống hút lớn hơn - Kẹp đặc biệt (vd. Sopher hoặc Bierer) đối với thủ thuật cho thai lớn - Oxytocin 	<ul style="list-style-type: none"> - Tất cả yêu cầu đã nêu ở phần hút chân không

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia (tiếp theo)

Dụng cụ hút thai chân không bằng tay được sản xuất để sử dụng một lần hoặc tái sử dụng nhiều lần. Ở cơ sở tái sử dụng dụng cụ, nhất thiết phải mua những dụng cụ có thể sử dụng và làm sạch nhiều lần. Dụng cụ sử dụng một lần có ưu điểm là đảm bảo độ tiệt khuẩn và vì thế đảm bảo độ an toàn cho người phụ nữ, cũng thuận tiện cho người cung cấp dịch vụ. Tuy nhiên cũng có nhược điểm là chi phí cao hơn và luôn phải có sẵn. Các dụng cụ này cũng cần phải được thải bỏ cẩn thận để tránh các nguy cơ cho người cung cấp dịch vụ và cộng đồng. Các dụng cụ có thể tái sử dụng tiết kiệm được chi phí, nhưng phải nghiêm túc tuân thủ quy trình làm sạch và khử khuẩn (xem chi tiết ở Chương 2, phần 2.5.1).

2.2.1 Yêu cầu quy định về thuốc và dụng cụ

Mỗi quốc gia có quy định riêng về đăng ký và nhập khẩu thuốc. Tuy nhiên, danh sách thuốc thiết yếu của Tổ chức Y tế Thế giới, đã được áp dụng thành công ở nhiều nước, bao gồm thuốc giảm đau không gây nghiện như các chất kháng viêm không có steroid (như ibuprofen), an thần (như diazepam) và thuốc gây tê tại chỗ (lidocaine) (Tổ chức Y tế Thế giới 2002b). Được liệt kê trong Danh mục Thuốc Thiết yếu Quốc gia thường có nghĩa là thuốc đã được đăng ký và sẵn có trong nước. Khi một loại thuốc chưa được đăng ký, một số quốc gia sẽ cho phép nhập khẩu thông qua Hệ thống Chứng nhận của WHO về Chất lượng các Dược phẩm Lưu thông trong Thương mại Quốc tế (tham khảo Phụ lục 1 về thông tin trực tuyến).

Tại một số quốc gia, cũng có quy định đăng ký về dụng cụ y tế. Các nhà quản lý chương trình cần kiểm tra xem có cần phải đăng ký sản phẩm hay không trước khi nhập khẩu các dụng cụ ví dụ như bộ dụng cụ hút thai chân không bằng tay.

Các phương tiện đặc thù được nêu ở Bảng 3.2 khi cung cấp dịch vụ phá thai cũng cần được liệt kê trong chương trình quản lý hậu cần và vật tư y tế quốc gia và phải sẵn có cho các cơ sở y tế cần sử dụng.

2.3 CƠ CHẾ CHUYỂN TUYẾN

Một vấn đề vô cùng quan trọng khi cung cấp dịch vụ phá thai an toàn là phải thiết lập được hệ thống chuyển tuyến hoạt động tốt. Tất cả các nhân viên của trung tâm y tế, phòng khám hoặc bệnh viện phải biết cách hướng dẫn người phụ nữ đến với dịch vụ thích hợp nếu dịch vụ đó không có ở cơ sở của họ. Cần phải thu xếp chuyển tuyến và phương tiện đi lại giữa các tuyến cơ sở khác nhau trong hệ thống y tế để đảm bảo rằng (a) người phụ nữ cần dịch vụ có thể nhận được dịch vụ kịp thời, (b) người phụ nữ cần được xử lý tai biến do phá thai không an toàn được điều trị ngay tức khắc. Nếu người phụ nữ có thai ngoài ý muốn không đủ tiêu chuẩn để phá thai, thì điều cốt yếu và người cung cấp dịch vụ phải hỗ trợ, cung cấp thông tin và/hoặc lời khuyên để giúp họ lập kế hoạch tiếp tục mang thai và giới thiệu sang dịch vụ trong chăm sóc thai nghén.

Các thành tố chính của một hệ thống chuyển tuyến và vận chuyển hoạt động tốt bao gồm:

Thủ tục chuẩn mực để xác định cần chuyển tuyến và cách thức chuyển đến, kể cả thu xếp phương tiện đi lại;

Thủ tục chuẩn mực về cơ sở y tế nhận và điều trị người phụ nữ được chuyển tuyến và để báo cáo lại cho cơ sở đã giới thiệu đi;

Các hướng dẫn về quản lý thông tin của khách hàng sao cho đảm bảo được chăm sóc an toàn và thích hợp và cũng đảm bảo được tính bí mật thông tin;

Các hướng dẫn về đánh giá nhu cầu của khách hàng để giới thiệu đến các dịch vụ khác như các dịch vụ về viêm nhiễm lây qua đường tình dục hoặc HIV, dịch vụ xã hội hoặc tư vấn, các dịch vụ tố tụng đối với phụ nữ bị cưỡng hiếp.

2.4 TÔN TRỌNG QUYẾT ĐỊNH CỦA NGƯỜI PHỤ NỮ KHI ĐÃ CÓ ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN, TỰ CHỊU TRÁCH NHIỆM, TÍNH BÍ MẬT VÀ RIÊNG TƯ, CÓ CHÚ Ý ĐẾN CÁC NHU CẦU ĐẶC BIỆT CỦA VỊ THÀNH NIÊN

Các nội quy, chuẩn mực và quy định của quốc gia phải hỗ trợ khả năng của người phụ nữ thực hiện quyền sinh sản và các quyền khác, hỗ trợ nhân viên y tế hoàn thành nhiệm vụ y

đức của họ. Trong khuôn khổ luật, nội quy, chuẩn mực phá thai của quốc gia phải thể hiện sự bảo vệ về việc tự do ra quyết định và ra quyết định khi đã có đầy đủ thông tin, tự chịu trách nhiệm khi ra quyết định, bí mật và riêng tư (Cook và Dickens 2000). Những chuẩn mực này được củng cố trong các chuẩn mực về nhân quyền quốc tế, cùng với các quyền khác, như Quyền Văn hóa, Xã hội, Kinh tế Quốc tế và Công ước Xóa bỏ mọi Hình thức Phân biệt đối xử Phụ nữ.

2.4.1 Tự quyết định và quyết định khi đã có đầy đủ thông tin

Những phụ nữ đang cố gắng giải quyết vấn đề mang thai ngoài ý muốn có thể thường cảm thấy dễ bị tổn thương, đặc biệt là đối với các dịch vụ y tế. Họ cần được đối xử tôn trọng và thông cảm. Vì thế người cung cấp dịch vụ nên hỗ trợ người phụ nữ và cung cấp thông tin sao cho chị ấy có thể hiểu và nhớ được, từ đó chị ấy có thể lựa chọn phá thai hoặc không trong phạm vi luật pháp cho phép, mà không bị chỉ huy, ép buộc hay phân biệt đối xử.

Người cung cấp dịch vụ cũng cần hiểu được các tình huống mà người phụ nữ có thể bị ép buộc phá thai ngoài mong muốn của bản thân, ví dụ như dựa vào tình trạng sức khỏe như có nhiễm HIV. Trong những trường hợp như vậy, người cung cấp dịch vụ phải cố gắng đảm bảo rằng người phụ nữ được nhận đầy đủ thông tin và tự ra quyết định.

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia (tiếp theo)

Người cung cấp dịch vụ có quyền từ chối cung cấp dịch vụ phá thai, nhưng họ lại có bổn phận y đức phải tuân theo đạo đức nghề nghiệp, có thể phải giới thiệu người phụ nữ tới đồng nghiệp thành thạo về kỹ năng và, về mặt nguyên tắc, không phản đối chấm dứt thai kỳ theo quy định của pháp luật. Nếu không có đồng nghiệp khác giúp đỡ, người cung cấp dịch vụ đó phải cung cấp dịch vụ phá thai để bảo vệ cuộc sống của người phụ nữ hoặc phòng tránh tổn thất vĩnh viễn cho sức khỏe của người phụ nữ theo quy định của luật pháp trong nước.

Khi một bệnh viện, phòng khám hoặc trung tâm y tế được phân cấp trách nhiệm cung cấp dịch vụ công theo quy định của pháp luật, cơ sở đó không được phép làm nguy hại đến tính mạng hoặc sức khỏe của người phụ nữ bằng cách từ chối dịch vụ. Cơ sở đó phải cung cấp cả dịch vụ phá thai theo quy định của luật pháp.

2.4.2 Tự chịu trách nhiệm khi quyết định (ủy quyền cho bên thứ ba)

Nguyên tắc đạo đức nền tảng bao gồm cả tôn trọng sự chịu trách nhiệm của mỗi con người. Tự chịu trách nhiệm có nghĩa là họ là người trưởng thành cả về tâm thần mà không cần sự cho phép của bên thứ ba (ủy quyền/ủy nhiệm), như chồng hoặc bạn tình, khi tiếp cận tới dịch vụ y tế. Vì thế, nhân viên y tế không được yêu cầu phải có sự ủy quyền của vợ/chồng trừ phi điều đó được luật pháp và các quy định có liên quan đòi hỏi. Tôn trọng một người cũng bao gồm cả bổn phận phải bảo vệ người dễ bị tổn

thương. Phụ nữ chưa lập gia đình, vị thành niên, những người sống trong cảnh vô cùng nghèo đói và những người đang bị bạo hành tại gia đình, có thể được coi là đặc biệt dễ bị tổn thương. Ngày càng có nhiều người bị sỉ nhục và phân biệt đối xử do khuyết tật về thể chất hay tinh thần và tình trạng sức khỏe như có HIV và đó có thể là một lý do để ép buộc người phụ nữ phải phá thai. Nhân viên y tế có trách nhiệm đảm bảo rằng những phụ nữ đó được nhận dịch vụ y tế cần thiết.

Liên quan đến sự cho phép (ủy quyền) của cha mẹ đối với vị thành niên, hầu hết các Chính phủ đều thông qua Công ước về Quyền Trẻ em (CRC). Điều 5 của Công ước nêu rằng “Các quốc gia phải tôn trọng trách nhiệm, quyền và nghĩa vụ của các bậc cha mẹ... để cung cấp, sao cho phù hợp với năng lực ngày càng phát triển của trẻ, các hướng dẫn và chỉ dẫn để trẻ thực hiện quyền của mình được nêu trong Công ước hiện tại.” Tuy nhiên, ngoài ra, Điều 3, gồm 1 trong 4 nguyên tắc chỉ đạo chung quy định sự thực hiện tất cả các quyền trong Công ước, nêu rằng, “Đối với tất cả các hành động liên quan đến trẻ em [được xác định là mọi công dân dưới 18 tuổi] được thực hiện bởi các tổ chức xã hội tư nhân hay nhà nước, tòa án, các nhà chức trách địa phương hay cơ quan lập pháp, trước tiên phải cân nhắc đến quyền lợi của trẻ em.”

Cán nhắc đặc biệt cho vị thành niên

Vị thành niên thiếu kiến thức về tình dục, tránh thai, thụ thai như thế nào, các dấu hiệu của thai nghén, các viêm nhiễm lây qua đường tình dục. Đặc biệt và các vị thành niên trẻ và chưa lập gia đình có thể không thú nhận có quan hệ tình dục và vì thế cũng từ chối khả năng có thai. Vị thành niên có ít kinh nghiệm giao tiếp với người lớn về các vấn đề như vậy và cũng hạn chế tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế để giải đáp các nhu cầu về SKSS và SKTD. Vị thành niên cần một môi trường thuận lợi để các em có thể biểu lộ nhu cầu, nỗi sợ hãi và sự lúng túng mà không bị phán xét hoặc “bị lên giọng kẻ cả”.

Người cung cấp dịch vụ phải vượt qua những khó chịu có thể có khi đối diện với vấn đề tình dục ở vị thành niên, đặc biệt là trong nhóm vị thành niên chưa lập gia đình, vì đó là hiện thực ở rất nhiều nơi trên thế giới. Họ cũng cần phải có kiến thức và kỹ năng phù hợp để cung cấp dịch vụ cho vị thành niên kể cả các kỹ năng khai thác tiền sử. Ví dụ, họ cần nhẹ nhàng và đặt câu hỏi đơn giản bằng ngôn ngữ dễ hiểu. Họ có thể phải nhắc đi nhắc lại câu hỏi, gợi hỏi thật cẩn thận và có suy xét. Họ có thể cần đề xuất một số phương án trả lời để khuyến khích vị thành niên nói vì vị thành niên thường cần thêm thời gian để bộc lộ các vấn đề của bản thân. Điều cốt yếu là người cung cấp dịch vụ phải đảm bảo tính bí mật thông tin, nói rõ ràng rằng họ sẽ không chia sẻ thông tin về lần thăm khám của vị thành niên cho bất kỳ ai.

Có thể cần xây dựng dịch vụ y tế “thân thiện với vị thành niên” để đảm bảo rằng vị thành niên tiếp cận tới dịch vụ cần thiết. Loại hình dịch vụ này có thể được thiết lập bằng cách thay đổi các dịch vụ hiện có để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của vị thành niên. Điều đó có thể bao gồm cung cấp dịch vụ ở địa điểm và vào thời điểm thuận tiện cho vị thành niên, đảm bảo chi phí dịch vụ phải chăng. Cần thông báo cho vị thành niên và các gia đình biết về các dịch vụ như vậy và sự hỗ trợ của cộng đồng là vô cùng hữu ích đối với hoạt động này.

(Tổ chức Y tế Thế giới, 2002c)

2 Xây dựng quy định và chuẩn mực Quốc gia (tiếp theo)

Nhân viên y tế nên động viên vị thành niên hỏi ý kiến cha mẹ hoặc những người lớn tuổi được tin tưởng về tình trạng mang thai của bản thân. Nếu một bé gái cho biết rằng đó là điều không thể (ví dụ như cha là người lạm dụng), người cung cấp dịch vụ không nên yêu cầu phải có sự đồng ý của cha mẹ, trừ phi do yêu cầu của luật pháp và các quy định có liên quan. Người cung cấp dịch vụ cần được đào tạo cách thông báo, tư vấn và điều trị cho vị thành niên theo khả năng ngày càng phát triển của các em để các em hiểu rõ về điều trị và chăm sóc hiện tại chứ không phải vì các em thuộc lứa tuổi nào đó.

2.4.3 Tính bí mật

Người cung cấp dịch vụ có nhiệm vụ bảo vệ thông tin của khách hàng không bị phát tán khi không được phép, đảm bảo rằng các khách hàng tự cho phép chia sẻ thông tin bí mật cho người khác và trên cơ sở thông tin rõ ràng.

Sợ không được giữ bí mật đã hạn chế nhiều phụ nữ tìm đến với dịch vụ y tế - đặc biệt là vị thành niên và phụ nữ chưa lập gia đình và điều đó có thể dẫn đến việc họ tìm đến với những người cung cấp dịch vụ dấu diếm và nguy hiểm hoặc hành động tự phá thai. Trừ khi người phụ nữ đồng ý cho phép người cung cấp dịch vụ tiếp kiến với chồng hoặc cha mẹ hoặc người nào đó để đảm bảo dịch vụ an toàn và phù hợp, các thông tin đều được phải đảm bảo bí mật hoàn toàn.

2.4.4 Riêng tư

Với phạm vi tối đa cho phép, các nhà quản lý dịch vụ y tế cần đảm bảo có đủ cơ sở vật chất để đảm bảo sự riêng tư, kín đáo khi có cuộc trò chuyện giữa người phụ nữ và người cung cấp dịch vụ, cả khi cung cấp dịch vụ. Có thể tạo được sự riêng tư bằng cách, ví dụ, cung cấp dịch vụ cho chỉ một khách hàng mỗi lần, lắp rèm cửa sổ và cửa ra vào, có săng hoặc ga che cho người phụ nữ trong khi làm thủ thuật.

2.5 CUNG CẤP DỊCH VỤ ĐẶC BIỆT CHO PHỤ NỮ BỊ CƯỠNG HIẾP

Những người có thai do bị cưỡng hiếp đặc biệt có nhu cầu được nhận dịch vụ một cách tế nhị, tất cả các tuyến y tế đều phải cung cấp được các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp.

Các quy định và chuẩn mực về cung cấp dịch vụ phá thai cho các trường hợp như vậy cần phải được nêu chi tiết và có đào tạo. Các chuẩn mực đó không nên quy định các thủ tục hành chính hoặc tư pháp không cần thiết như yêu cầu người phụ nữ phải khai báo hoặc nêu rõ tên kẻ đã cưỡng hiếp (Billings và cộng sự 2002) (xem thêm Chương 4). Lý tưởng nhất là các chuẩn mực này là một phần trong quy định và chuẩn mực chung về điều trị tổng quát cho các nạn nhân bị cưỡng hiếp, bao gồm cả chăm sóc về tâm lý và thể chất, tránh thai khẩn cấp, điều trị các viêm nhiễm lây qua đường tình dục hoặc tổn thương, thu thập các bằng chứng pháp lý, tư vấn và chăm sóc theo dõi (Tổ chức Y tế Thế giới và Cao Ủy Liên Hợp quốc về Người Tỵ nạn 2002).

3 Đảm bảo kỹ năng của người cung cấp dịch vụ

3.1 KỸ NĂNG CỦA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ VÀ ĐÀO TẠO

Làm cho tất cả các phụ nữ đáp ứng đủ điều kiện tiếp cận được tới dịch vụ phá thai hợp pháp và an toàn yêu cầu phải có sự tham gia của cả các nhân viên y tế mức trung cấp bởi vì không thể có đủ các bác sĩ ở khắp mọi nơi trên thế giới. Ở một số quốc gia, nhân viên y tế trung cấp như nữ hộ sinh và các nhân viên y tế có năng lực khác không phải là bác sĩ cũng được đào tạo để cung cấp dịch vụ phá thai và chăm sóc sau phá thai có chất lượng cao (Billings và cộng sự 1999, Dickson-Tetteh và cộng sự 2000, Hội đồng Dân số 2000b, Đại học Bắc Carolina 2001, Yumkella và Githiori 2000). Một nghiên cứu so sánh cho thấy rằng không có sự khác nhau về tỷ lệ tai biến giữa những phụ nữ được phá thai ba tháng đầu bằng phương pháp hút chân không bằng tay do y sĩ/nữ hộ sinh và do bác sĩ tiến hành (Freedman và cộng sự 1986).

Nhân viên y tế đã thành thạo trong việc cung cấp dịch vụ phá thai cơ bản có thể được đào tạo để cung cấp dịch vụ phức tạp hơn. Ví dụ, nhân viên y tế tiến hành thành thạo các ca phá thai đến 9 tuần tuổi, có thể được đào tạo để phá thai với tuổi thai lớn hơn. Những người sử dụng hút thai chân không để điều trị phá thai không hoàn toàn có thể học kỹ thuật phá thai an toàn trong các khóa học bổ sung.

Đào tạo kỹ năng để cung cấp dịch vụ phá thai cần được đưa vào giáo trình trong trường đại học và đào tạo tại chỗ cho nhân viên y tế được phép cung cấp dịch vụ phá thai. Kỹ năng nhận biết và xử trí tai biến của phá thai cũng nên đưa vào giáo trình cho tất cả những người cung cấp dịch vụ điều trị cho phụ nữ. Tất cả nhân viên cũng cần được cập nhật định kỳ về các kỹ năng này.

Những người cung cấp dịch vụ trung cấp gồm tất cả những người không phải là bác sĩ, nữ hộ sinh, y tá, nhân viên phòng khám, y sĩ và những người khác được đào tạo và có trách nhiệm khác nhau đã được đào tạo về các thủ thuật lâm sàng cơ bản liên quan đến SKSS bao gồm khám khung chậu bằng hai tay để xác định thai nghén và tư thế tử cung, đo buồng tử cung, thủ thuật qua cổ tử cung, có thể được đào tạo để cung cấp dịch vụ phá thai sớm. [Định nghĩa này được các thành viên hội nghị đề xuất và nhất trí trong Hội nghị Kỹ thuật, tháng 9 năm 2000.]

3 Đảm bảo kỹ năng của người cung cấp dịch vụ (tiếp theo)

3.1.1 Các chương trình đào tạo

Các chương trình đào tạo, kể cả trong trường và đào tạo tại chỗ, cần được dựa vào kỹ năng bao gồm cả quan sát đủ số ca thực hành để cho nhân viên y tế thể hiện được sự thành thạo về lâm sàng. Các chương trình nên sử dụng các phương pháp dạy và học khác nhau và nên đề cập đến các kỹ năng lâm sàng và kỹ thuật, cũng như thái độ và niềm tin của người cung cấp dịch vụ. Điều này có thể đòi hỏi quá trình làm rõ giá trị, cho phép người cung cấp dịch vụ phân biệt rõ giá trị của bản thân và quyền của khách hàng đến nhận dịch vụ chất lượng. Các chương trình phải được tiến hành ở các cơ sở có đủ lưu lượng khách hàng để cho phép các học viên được thực hành đầy đủ, kể cả thực hành xử trí các tai biến.

Giáo trình có thể khác nhau về nội dung và thời gian của khóa học phụ thuộc vào kỹ năng của người cung cấp dịch vụ khi tham gia chương trình học (xem Bảng 3.3 để biết thêm chi tiết về nội dung thiết yếu). Tất cả các khóa đào tạo phải đảm bảo rằng nhân viên y tế có đủ năng lực để:

- Áp dụng các kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân để giao tiếp hiệu quả và giao tiếp với tất cả các khách hàng, tôn trọng nhân quyền, đối xử tôn trọng và giữ bí mật;

- Phổ biến và thảo luận có hiệu quả các thông tin tế nhị liên quan đến hành vi tình dục và thai nghén;
- Giúp khách hàng ra quyết định khi có đủ thông tin;
- Tiến hành khám khung chậu bằng hai tay chính xác và an toàn để chẩn đoán thai nghén, kích thước và tư thế tử cung và có quyết định phù hợp để tiến hành phá thai hoặc giới thiệu lên tuyến cung cấp dịch vụ cao hơn;
- Nhận biết hoặc nghi ngờ thai ngoài tử cung;
- Nhận biết chính xác dấu hiệu và triệu chứng viêm nhiễm đường sinh sản và viêm nhiễm lây qua đường tình dục;
- Nhận biết dấu hiệu bạo hành thân thể;
- kê đơn thuốc chính xác;
- Tiến hành thủ thuật phá thai an toàn và chính xác như đã được đào tạo;
- Quyết định hành động hiệu quả trong trường hợp có tai biến trước, trong và sau thủ thuật;
- Tiến hành giới thiệu/chuyển tuyến tới các dịch vụ khác thích hợp;
- Cung cấp thông tin và dịch vụ tránh thai;
- Làm sạch và đảm bảo mức độ an toàn của tất cả dụng cụ sử dụng trong thủ thuật;
- Ghi hồ sơ, sổ sách chính xác.

Bảng 3.3 Liệt kê nội dung đào tạo được đề xuất cho tất cả nhân viên y tế. Chi tiết về tài liệu đào tạo và các tài liệu tham khảo có liên quan được nêu ở Phụ lục 1.

Bảng 3.3 Nội dung thiết yếu của giáo trình về dịch vụ phá thai

Thông tin cơ bản về cung cấp dịch vụ phá thai

- Các điều khoản, chính sách, quy định hợp pháp
- Ảnh hưởng sức khỏe của phá thai không an toàn
- Trách nhiệm đạo đức trong phá thai
- Quy định và chuẩn mực quốc gia về chăm sóc phá thai

Tư vấn và giao tiếp giữa người cung cấp dịch vụ và khách hàng

- Làm rõ thái độ và niềm tin của người cung cấp dịch vụ liên quan tới phá thai
- Riêng tư và bí mật
- Giao tiếp giữa các cá nhân và kỹ năng tư vấn
- Thông tin về phá thai và tránh thai
- Các vấn đề và nguy cơ liên quan tới HIV và các viêm nhiễm lây qua đường tình dục
- Các nhóm cần chăm sóc đặc biệt, như vị thành niên, người tị nạn, phụ nữ có HIV hoặc viêm nhiễm lây qua đường tình dục
- Nhận biết các dấu hiệu người phụ nữ là nạn nhân của bạo hành, hướng dẫn chi ấy nhận dịch vụ và tư vấn bổ sung.

Kỹ năng lâm sàng

- Tâm sinh lý và giải phẫu liên quan đến thai nghén và phá thai
- Đánh giá trước thủ thuật: tiền sử, khám, ngày thụ thai, v.v.
- Sàng lọc viêm nhiễm lây qua đường tình dục
- Kỹ thuật phá thai
- Khống chế nhiễm khuẩn
- Thuốc giảm đau
- Nhận biết và xử trí hoặc chuyển tuyến các tai biến của phá thai
- Xử trí và chăm sóc sau thủ thuật, bao gồm thông tin và dịch vụ tránh thai
- Tiêu chí để chuyển tuyến và cách chuyển tuyến các ca vượt khả năng của người cung cấp dịch vụ

Các vấn đề về hành chính/quản lý và bảo đảm chất lượng

- Lưu trữ hồ sơ và báo cáo
- Điều kiện giữ riêng tư và bí mật
- Hậu cần, trang thiết bị, dụng cụ và quản lý kiểm kê
- Theo dõi và đánh giá
- Cơ chế chuyển tuyến hiệu quả và phương tiện đi tới các cơ sở có chất lượng cao
- Chuẩn mực giám sát

3 Đảm bảo kỹ năng của người cung cấp dịch vụ (tiếp theo)

3.2 GIÁM SÁT

Hệ thống dịch vụ được sắp xếp sao cho cho phép các giám sát viên đảm bảo rằng dịch vụ được cung cấp tuân thủ các quy định và chuẩn mực, làm hài lòng và tôn trọng quyền của khách hàng. Nhiệm vụ của giám sát viên bao gồm:

- Tạo ra được môi trường tôn trọng lẫn nhau thể hiện thái độ và hành vi hỗ trợ người cung cấp dịch vụ và khách hàng;
- Phân công công việc và nhiệm vụ của nhân viên y tế theo kỹ năng thích hợp và theo dõi công việc của họ để đảm bảo cả chất lượng chuyên môn và chất lượng chăm sóc tận tâm;

- Đảm bảo người cung cấp dịch vụ có trang thiết bị, vật tư cần thiết và đủ chỗ để tư vấn, cung cấp dịch vụ một cách riêng tư và giữ bí mật;

- Theo dõi nhu cầu đào tạo và đảm bảo có đào tạo tại chỗ cho nhân viên y tế;
- Theo dõi và đảm bảo khách hàng tiếp cận tới dịch vụ mà không bị phân biệt đối xử bất kể tuổi tác hay tình trạng hôn nhân, hoặc không đòi hỏi sự uỷ quyền của bên thứ ba nếu không cần thiết; và
- Đảm bảo cung cấp đầy đủ thông tin và khách hàng tự do quyết định về phá thai và áp dụng biện pháp tránh thai sau phá thai.

Công cụ quan trọng cho mỗi lần giám sát có thể gồm bảng kiểm các hạng mục mà giám sát viên theo dõi thường xuyên (xem Bảng 3.4). Mỗi cơ sở có thể tự xây dựng bảng kiểm để phản ánh thực trạng và tự theo dõi để quy trì chất lượng chăm sóc.

Bảng 3.4 Các hạng mục cần có trong bảng kiểm của giám sát viên

- Trang thiết bị (sẵn có, số lượng, tình trạng, vệ sinh, tiệt khuẩn, bảo quản) Vật tư (đủ, không quá hạn, lưu kho thích hợp)
- Quan sát tư vấn
- Quan sát dịch vụ lâm sàng
- Đảm bảo riêng tư
- Vệ sinh sạch sẽ của cơ sở
- Độ chính xác và đầy đủ của hồ sơ sổ sách
- Xem xét số liệu thống kê và hồ sơ bệnh án của khách hàng xem có đầy đủ không
- Phân tích các số liệu thống kê dịch vụ cơ bản

3.3 CHỨNG NHẬN VÀ CẤP GIẤY PHÉP CHO NHÂN VIÊN Y TẾ VÀ CƠ SỞ Y TẾ

Ở cơ sở cần giấy chứng nhận cho người cung cấp dịch vụ phá thai, mục đích duy nhất là để đảm bảo rằng người cung cấp dịch vụ đạt các tiêu chí cốt yếu về cung cấp dịch vụ chăm sóc an toàn, các thủ thuật y tế khác. Giấy chứng nhận và giấy phép không được sử dụng để bỏ qua các quy định của một nhà chuyên môn. Như đã nêu ở phần 3.1 ở trên, có thể đào tạo nhiều loại hình nhân viên y tế để có thể cung cấp dịch vụ phá thai an toàn.

Ở các quốc gia có cấp giấy phép cho cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai, các yêu cầu của giấy phép phải đáp ứng tiêu chí quốc gia. Cấp giấy phép cho cơ sở y tế nhằm đảm bảo sự an toàn và chăm sóc toàn diện cho khách hàng. Tuy nhiên, các yêu cầu về giấy phép không nên đòi hỏi có các trang thiết bị, cơ sở hạ tầng tối tân hoặc đòi hỏi về nhân lực không thực sự thiết yếu cho việc cung cấp dịch vụ an toàn và có thể hạn chế sự tiếp cận tới dịch vụ một cách không cần thiết.

4 Theo dõi và đánh giá dịch vụ

Giống như tất cả các dịch vụ y tế, dịch vụ phá thai cũng cần được theo dõi và đánh giá. Thu thập số liệu thống kê dịch vụ chính xác và thường xuyên, theo dõi và đánh giá thường xuyên tại cơ sở là điều cốt yếu để duy trì và nâng cao chất lượng dịch vụ. Theo dõi và đánh giá cũng giúp đánh giá xem dịch vụ phá thai có thực sự sẵn có cho những phụ nữ có đủ điều

kiện hay không. Dần dần, nếu thu thập được thông tin cơ sở bao gồm số liệu về tỷ lệ tử vong và bệnh tật có liên quan đến phá thai không an toàn, nếu số liệu thống kê dịch vụ được thu thập thường xuyên và chính xác, các chương trình có thể đánh giá được phạm vi tiếp cận được tới các dịch vụ hợp pháp để giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật của bà mẹ. Các số liệu thống kê này và các thông tin khác được thu thập qua theo dõi và đánh giá cần được chia sẻ, thảo luận với các bên đối tác và được sử dụng trong quá trình ra quyết định cải thiện dịch vụ.

4.1 THEO DÕI

Theo dõi quá trình thực hiện dịch vụ kể cả các thay đổi theo thời gian. Theo dõi thường xuyên có thể giúp các nhà quản lý và giám sát viên xác định và giải quyết hoặc tránh được các vấn đề trước khi trở nên nghiêm trọng hoặc lan rộng. Theo dõi sát sao bao gồm cả lắng nghe ý kiến khuyến nghị của những người cung cấp dịch vụ để cải thiện chất lượng chăm sóc. Theo dõi sát sao sẽ giúp cho ban giám đốc các cơ sở y tế và giám sát viên đưa ý kiến phản hồi cho nhân viên về các vấn đề và động viên nhân viên tham gia vào quá trình thực hiện các giải pháp giải quyết vấn đề. Tại mỗi cơ sở y tế, quá trình và cơ chế giám sát dịch vụ bao gồm xem lại các trường hợp phá thai, xem lại sổ sách và hồ sơ y tế, quan sát dịch vụ, nghiên cứu cơ sở và kiểm tra các ca tử vong mẹ, tất cả những việc làm này đều nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc (xem Phụ lục 1 để biết thêm thông tin).

4 Theo dõi và đánh giá dịch vụ (tiếp theo)

Nếu có thể, các cơ sở cung cấp dịch vụ nên lồng ghép số liệu về dịch vụ phá thai vào hệ thống lưu trữ thường xuyên (ví dụ như biểu mẫu, sổ cái, hồ sơ nhập kho, bảng kiểm, hồ sơ khách hàng, sổ đăng ký dịch vụ hàng ngày) hơn là thiết lập ra một hệ thống riêng rẽ. Số liệu thống kê dịch vụ cơ bản bao gồm, tối thiểu là, sổ cái ghi lại toàn bộ các dịch vụ phá thai, phụ nữ đến khám nhưng không nhận dịch vụ, phụ nữ được giới thiệu lên tuyến trên, các ca điều trị tai biến của phá thai và số người chấp nhận biện pháp tránh thai. Số lượng và loại hình dịch vụ được ghi lại phải phù hợp với khả năng và khối lượng công việc của nhân viên. Thà có một hệ thống số liệu chính xác với cơ chế phản hồi hữu ích còn có giá trị hơn là đòi hỏi một hệ thống báo cáo mà nhân viên không thể hoặc không sẵn lòng thực hiện.

Một số số liệu được lựa chọn của cơ sở y tế phải được thường xuyên gửi lên tuyến trên để tạo điều kiện theo dõi so sánh giữa các cơ sở y tế và theo khu vực địa lý, phải được sử dụng tại tuyến trung ương để xây dựng chính sách và lập kế hoạch.

Có thể sẽ rất hữu ích nếu giám sát chi phí của cơ sở y tế cung cấp dịch vụ phá thai hợp pháp và điều trị các tai biến của phá thai không an toàn.

Theo dõi thường xuyên nên bao gồm:

- Dựa trên số liệu dịch vụ phân tích các vấn đề gặp phải trong cung cấp dịch vụ (ví dụ số phụ nữ đến khám nhưng không nhận dịch vụ phá thai, số ca tai biến, số người chấp nhận biện pháp tránh thai theo mỗi biện pháp)
- Tỷ lệ phụ nữ đến phá thai lần thứ hai trở lên
- Quan sát tư vấn và dịch vụ lâm sàng để đánh giá chất lượng giao tiếp với khách hàng trong suốt quá trình đến cơ sở y tế, để chỉnh sửa mọi khiếm khuyết liên quan đến chuyên môn, hoặc các thực hành khác làm giảm chất lượng chăm sóc (ví dụ như thái độ phán xét, đòi hỏi phải có "bên thứ ba chịu trách nhiệm")
- Chức năng hoạt động của hệ thống hậu cần để đảm bảo luôn có đầy đủ trang thiết bị và vật tư tiêu hao
- Tập hợp số liệu thường xuyên của cơ sở gửi lên tuyến trên
- Đánh giá sự tiến bộ trong giải quyết vấn đề được phát hiện trong các lần giám sát thường xuyên.

Bảng 3.5 Các nguồn số liệu và chỉ số trong giám sát và đánh giá dịch vụ phá thai

Số liệu dịch vụ thường xuyên

- Số ca phá thai, theo tuần tuổi thai và mỗi phương pháp phá thai
- Thời gian giữa lúc đến khám và phá thai
- Số phụ nữ được giới thiệu đi cơ sở khác, phân loại theo lý do
- Số phụ nữ được khám nhưng không nhận dịch vụ, phân loại theo lý do
- Số ca được điều trị tai biến, phân loại theo phương pháp phá thai
- Số người nhận biện pháp tránh thai, theo từng loại
- Số ca được giới thiệu đi cơ sở khác để nhận biện pháp tránh thai

Đánh giá định kỳ

- Tỷ lệ cơ sở cung cấp dịch vụ có cung cấp dịch vụ chăm sóc phá thai, sự phân bố địa lý và về tuyến y tế, tỷ lệ sử dụng dịch vụ
- Số người cung cấp dịch vụ phá thai và sự phân bố địa lý và tuyến y tế
- Số nhân viên y tế được đào tạo, theo mỗi loại; đánh giá chất lượng đào tạo
- Đánh giá chất lượng chăm sóc
- Chi phí dịch vụ phá thai và điều trị tai biến của phá thai, theo từng phương pháp phá thai, nhân viên y tế và chi phí dịch vụ
- Các nghiên cứu đặc biệt định kỳ (sự hài lòng của khách hàng, khoảng cách từ nhà khách hàng đến cơ sở y tế, chi phí, tác động, v.v.)
- Số nhân viên cần được đào tạo tại chỗ và số đã được đào tạo

Thông tin của khách hàng (lưu trong hồ sơ của khách hàng)

- Tuổi, số con hiện có, tình trạng hôn nhân
- Lý do giới thiệu đi cơ sở khác
- Lý do từ chối cung cấp dịch vụ
- Đã nhận dịch vụ chăm sóc gì
- Biện pháp tránh thai đã chọn
- Phí dịch vụ, nếu có

4 Theo dõi và đánh giá dịch vụ (tiếp theo)

4.2 ĐÁNH GIÁ

Đánh giá sự thích hợp, hiệu quả, hiệu suất, tính bền vững và tác động của dịch vụ sử dụng số liệu thống kê từ giám sát và các điều tra đặc biệt để đánh giá phạm vi mục đích của chương trình đã đạt được. Ví dụ, chất lượng có được cải thiện không? Tất cả phụ nữ có đủ điều kiện có nhận được dịch vụ hay không? Mục tiêu đào tạo định tính và định lượng có đạt được không? Số lượng cơ sở cung cấp dịch vụ có tăng không? Đánh giá có thể được tiến hành tại tuyến cơ sở y tế, vùng hoặc miền và tuyến trung ương và có thể được thiết kế sớm trong khi phát triển chương trình để có cả đánh giá cơ sở và lập kế hoạch đánh giá định kỳ trong giai đoạn thực hiện.

Đánh giá định kỳ dựa vào khách hàng nhằm đánh giá kinh nghiệm của người phụ nữ, tai biến, chất lượng chăm sóc được nhận và sự tiếp cận tới dịch vụ sẽ cung cấp các thông tin quan trọng để cải thiện cơ sở y tế và các dịch vụ lưu động. Có thể sử dụng bộ câu hỏi, bảng kiểm quan sát và câu hỏi phỏng vấn khách hàng trước khi ra về. Nên tiến hành đánh giá tương tự đối với người cung cấp dịch vụ để đánh giá thái độ, kiến thức, thực hành, nhu cầu và ý kiến nhằm cải thiện dịch vụ.

Đánh giá tác động có thể đo lường phạm vi cải thiện tính tiếp cận dịch vụ và chất lượng dịch vụ cung cấp cho phụ nữ có đủ điều kiện để giúp họ đạt được mục đích về sức khỏe. Ví dụ,

các nghiên cứu đặc biệt định kỳ tại một số mẫu cơ sở y tế và khu vực lân cận có thể đánh giá được mức độ tăng sử dụng dịch vụ hợp pháp. Các nghiên cứu đặc biệt cũng có thể kiểm tra các thay đổi về thủ tục nhập viện đối với các ca tai biến do phá thai không an toàn trước và sau khi có cải thiện chất lượng dịch vụ. Cũng giống như các đánh giá khác, đánh giá tác động đòi hỏi phải có bản báo cáo đánh giá cơ sở toàn diện, nội dung mục tiêu và chỉ số chương trình rõ ràng.

Đối với hầu hết các trường hợp, quan trọng hơn cả là xác định được một số ít các chỉ số đo lường được còn hơn là cố gắng thu thập một danh mục các số liệu toàn diện, đặc biệt là ở cơ sở có khả năng nghiên cứu hệ thống y tế hạn chế. Ở cơ sở khả năng thực hiện nghiên cứu, có thể tiến hành nghiên cứu tổng thể. Các đánh giá không chỉ có các chỉ số định tính mà còn phải có lượng giá. Lượng giá có thể bao gồm phỏng vấn người cung cấp dịch vụ, phụ nữ, nam giới và lãnh đạo cộng đồng để xác định hiểu biết của họ về dịch vụ và điều kiện thích hợp, nhu cầu sử dụng dịch vụ, quan điểm về dịch vụ hiện có.

5 Tài chính

Ngân sách cho các dịch vụ y tế cần gồm các chi phí sau:

- Trang thiết bị và dụng cụ, vật tư và thuốc cần thiết để bắt đầu cung cấp dịch vụ phá thai hoặc để cải thiện dịch vụ hiện có (xem Chương 2)
- Nhân công (làm bán thời gian hoặc cả thời gian)
- Các chương trình đào tạo
- Chi phí vốn một lần (thường là đơn giản) như để nâng cấp khu điều trị.

Vì dịch vụ phá thai an toàn không đòi hỏi các kỹ năng hoặc trang thiết bị bổ sung ngoài những gì đã có sẵn cho chăm sóc sản phụ khoa, các chi phí bổ sung để làm cho dịch vụ sẵn có đối với những phụ nữ đủ điều kiện sẽ không nhiều lắm so với dịch vụ chăm sóc về sức khỏe cho người phụ nữ. Hầu hết ngân sách cho y tế quốc gia đều có thể chi trả các chi phí này.

Nếu áp dụng phí dịch vụ, bảo hiểm y tế hoặc các biện pháp quay vòng vốn được áp dụng trong dịch vụ chăm sóc phá thai, thì các phương pháp tài chính này phải được thu xếp sao cho không ảnh hưởng đến sự tiếp cận tới dịch vụ của người phụ nữ.

5.1 CHI PHÍ ĐỐI VỚI CƠ SỞ Y TẾ HOẶC HỆ THỐNG Y TẾ

Các chi phí bao gồm các loại vốn đầu tư đơn giản, không thường xuyên cũng như các chi phí tái phát. Ví dụ về các chi phí vốn không thường xuyên để mua các dụng cụ như máy hút chân không, bàn khám, máy tiệt khuẩn hoặc một nồi hấp ướn; xây dựng hoặc nâng cấp phòng tư vấn và phòng điều trị. Chi phí tái phát bao gồm các chi phí liên quan đến mua bán dụng cụ và vật tư cần bổ sung trong kho định kỳ ví dụ như ống hút, bơm hút chân không bằng tay, thuốc, bông gòn, dung dịch sát khuẩn và chất tiệt khuẩn lạnh dùng trong xử lý dụng cụ; các chi phí phát sinh khác bao gồm đào tạo liên tục, nhân lực và chi phí hoạt động của cơ sở y tế. Như đã nêu ở phần trên, hầu hết các danh mục này đều đã sẵn có tại các cơ sở phục vụ sức khỏe cho phụ nữ mang thai.

Các quyết định về cung cấp các biện pháp phá thai nào và cách tổ chức dịch vụ ảnh hưởng trực tiếp đến chi phí cung cấp dịch vụ và khả năng chi trả của khách hàng. Có hai vấn đề thuộc về tổ chức đặc biệt quan trọng. Thứ nhất, như đã nêu ở phần trên, thay đổi từ phương pháp Nong

và Nạo sang hút thai chân không đã làm cho dịch vụ không chỉ an toàn đối với phụ nữ mà còn chứng tỏ giảm một cách đáng kể chi phí của hệ thống y tế (Jowett 2000). Hút chân không có thể được tiến hành ở khu vực phòng khám ngoại trú đơn giản bởi cán bộ y tế trung cấp đã được đào tạo, trong khi đó phương pháp Nong và Nạo đòi hỏi phải có phòng mổ và bác sĩ thực hiện. Hút chân không thường đòi hỏi ít thuốc giảm đau hơn phương pháp Nong và Nạo vì ít đau hơn (Grimes và cộng sự 1977) và người phụ nữ có thể ra về sớm hơn. Thứ hai, vì hệ thống y tế rất hiệu quả trong việc thông báo với người phụ nữ đến với cơ sở y tế khi thai còn ít tuần tuổi, vì thế các thủ thuật phá thai sớm có chi phí thấp hơn và khi thai lớn hơn thì chi phí thủ thuật sẽ tăng. Những điều này và các thay đổi trong cách quản lý khách hàng không chỉ làm giảm chi phí dịch vụ mà còn nâng cao chất lượng chăm sóc.

5.2 LÀM CHO DỊCH VỤ CÓ GIÁ CẢ PHẢI CHĂNG ĐỐI VỚI NGƯỜI PHỤ NỮ

Các cơ sở y tế thường quy định mức phí dịch vụ cao đến nỗi mà nhiều người phụ nữ khó có thể chi trả được. Một số chương trình tài chính công cộng cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế không mất tiền cho phụ nữ nghèo nhưng lại không chi trả cho dịch vụ phá thai hoặc chỉ chi trả một số thủ thuật nhất định. Ngoài ra, người phụ nữ còn có thể phải trả thêm tiền “lót tay” (là số tiền trả cho người cung cấp dịch vụ ngoài chi phí dịch vụ theo quy định của hệ thống y tế) kèm thêm tiền đi lại và chi phí cơ hội như thời gian bỏ dở công việc đang làm, đã trở thành rào cản mà nhiều phụ nữ không thể vượt qua được. Các thực hành như vậy đã làm tăng chi phí của hệ thống y tế về lâu dài do làm tăng số lượng phụ nữ tự phá thai hoặc tìm đến với những người cung cấp dịch vụ không an toàn và rồi lại kết thúc cấp cứu điều trị tại bệnh viện khi có tai biến nghiêm trọng.

5 Tài chính (tiếp theo)

Ở cơ sở phải trả tiền cho dịch vụ phá thai, số tiền đó phải phù hợp với khả năng chi trả của người phụ nữ và không được hạn chế sự tiếp cận tới dịch vụ của những người phụ nữ không có tiền trả, kể cả phụ nữ có thu nhập thấp và vị thành niên. Ngoài ra, tất cả các cơ sở y tế phải có quy định để đảm bảo rằng nhân viên y tế không áp đặt "tiền lót tay". Các bước khác có thể được tiến hành để làm cho nhiều phụ nữ trả được chi phí cho dịch vụ phá thai gồm trợ giá dịch vụ phá thai cho phụ nữ nghèo nhờ doanh thu từ các dịch vụ khác hoặc từ những phụ nữ có thu nhập cao hơn; giảm sự khác biệt về chi phí dịch vụ đối với phá thai ở tuổi thai khác nhau và bằng các phương pháp khác nhau, vì vậy người phụ nữ có thể tiếp cận tới dịch vụ phù hợp nhất với nhu cầu của họ và không có trở ngại về phí dịch vụ; và cung cấp thông tin về các dịch vụ phá thai hiện có và các chi phí có liên quan, do đó người phụ nữ có thể quyết định dựa trên hiểu biết chính xác về chi phí. Không được phép từ chối hoặc làm chậm trễ dịch vụ phá thai chỉ vì người phụ nữ không có khả năng chi trả phí dịch vụ.

Tài liệu tham khảo

Anonymous. (2000) Improving quality and reducing costs in post-abortion care in Peru. *Reproductive Health Matters* 8:189.

Billings DL, Ankrah V, Baird TL, Taylor JE, Ababio KP and Ntow S. (1999) Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 141-158.

Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramirez R, Martinez LV and Díaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.

Bradley J, Sikazwe N and Healy J. (1991) Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22:391-394.

Brambila C, Langer A, Garcia-Barríos C and Heimbürger A. (1999) Estimating costs of postabortion services at Dr Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. In Huntington D and Piet-Pelon NJ (eds). *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, pp 108-124.

Cook R and Dickens B. (2000) *Considerations for formulating reproductive health laws*. Second edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)

Coyaji K. (2000) Early medical abortion in India: three studies and their implications for abortion services. *Journal of American Medical Women's Association* 55(Suppl):191-194.

Dickson-Tetteh K, Mavuya LM, Gabriel M, Rees H, Billings DL and King TDN. (2000) *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the midwifery training program*. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.

Ekwempu CC. (1990) Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8:37-38.

El Shafei M, Hassan EO, Mashalli A, Shalan H and El Lakkany N. (1999) Improving reproductive health service by using manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology* 25:711-722.

- Freedman MA, Jillson D, Coffin RR and Novick LF. (1986) Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health* 76:550-554.
- Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4.
- Grimes D, Schulz KF, Cates W and Tyler CW. (1977) The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: a preliminary report. In Hern W and Andrikopolous B (eds). *Abortion in the seventies*. New York, National Abortion Federation, pp. 41-46.
- Jowett M. (2000) Safe motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy* 53:201-228.
- King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) *A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care*. Carrboro, Ipas.
- Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB and Ramick M. (1994) Abortion mortality, United States: 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372.
- Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S and Miller ET. (1976) A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 14:481-486.
- Mundigo AI and Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Visitaar Publications for the World Health Organization.
- Population Council. (2000a) *Burkina Faso: postabortion care. Upgrading postabortion care benefits patients and providers*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.
- Population Council. (2000b) *Senegal: postabortion care. Train more providers in postabortion care*. Washington DC, Population Council, Frontiers in Reproductive Health.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7*. London, RCOG Press.
- University of North Carolina. (2001) *PRIME postabortion care*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).
- Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.
- World Health Organization. (1999) *Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/HRP/IRR/99.2)
- World Health Organization. (2000) *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
- World Health Organization. (2002a) *Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/02.11)
- World Health Organization. (2002b) *Essential medicines: WHO model list (12th Edition)*. Geneva, World Health Organization. Available on-line at: <http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/expertcomm.shtml>
- World Health Organization. (2002c) *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/02.18)
- World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (2002) *Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*. Geneva, World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. (WHO/RHR/02.08)
- Yumkella F and Githiori F. (2000) *Expanding opportunities for postabortion care at the community level through private nurse-midwives in Kenya*. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).

Chương 4 Xem xét Luật pháp và Chính sách

Chương 4 Tóm tắt

- Phá thai không an toàn là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tỷ lệ bệnh tật cho người phụ nữ dù cho dịch vụ phá thai là hợp pháp trong các ngữ cảnh khác nhau của nhiều quốc gia. Vì dịch vụ phá thai an toàn hầu như không sẵn có kể cả khi dịch vụ đó được cung cấp một cách hợp pháp. Quá trình xem xét và đánh giá các chính sách tại Hội Nghị Dân Số và Phát Triển +5 tại Cai Rô (ICPD +5) đã nhất trí rằng tại những cơ sở mà dịch vụ phá thai là hợp pháp, “hệ thống y tế nên đào tạo và trang bị dụng cụ cho người cung cấp dịch vụ và phải sử dụng các biện pháp để đảm bảo rằng dịch vụ phá thai phải an toàn và khách hàng dễ dàng tiếp cận với dịch vụ”. Hiểu được hoàn cảnh xã hội-cơ sở dịch vụ phá thai là hợp pháp-việc xem xét các chính sách liên quan là hết sức quan trọng cho việc thực hiện tôn chỉ trên.
- Luật pháp các quốc gia, ít nhất cũng cho phép phá thai trong trường hợp thai nghén liên quan đến tính mạng của người mẹ. Luật pháp các quốc gia cũng cho phép phá thai nếu thai nghén đe dọa đến sức khỏe tinh thần và thể xác người mẹ; rất nhiều nước khác cho phép phá thai trong trường hợp người phụ nữ bị cưỡng hiếp hoặc việc mang thai làm tổn hại đến sức khỏe người mẹ. Rất nhiều luật cho phép phá thai vì lý do kinh tế và xã hội và theo yêu cầu của người phụ nữ.
- Một môi trường chính sách bảo đảm chắc chắn rằng mỗi phụ nữ đều có thể tiếp cận một cách hợp pháp tới dịch vụ phá thai chất lượng cao. Các chính sách cũng nên thiết kế thích hợp để đạt được những kết quả tốt về sức khỏe, cung cấp một hệ thống thông tin và dịch vụ về kế hoạch hóa gia đình thật tốt; đáp ứng các nhu cầu cụ thể của các nhóm dân số đặc biệt như phụ nữ nghèo, vị thành niên, nạn nhân bị cưỡng bức tình dục và phụ nữ nhiễm HIV.
- Các chính sách và các chương trình cần phải tháo gỡ những cản trở để cung cấp dịch vụ kịp thời. Những cản trở đó bao gồm thiếu hiểu biết về luật pháp hay có thể cung cấp dịch vụ phá thai ở đâu; Sự ủy quyền của đảng phái thứ ba hay các điều khoản khai báo, các điều kiện không cần thiết hay quá hạn chế; các thủ tục làm mất nhiều thời gian, thiếu tính riêng tư, các hạn chế quá mức về chuyên môn y tế hay giấy phép chính thức cho dịch vụ phá thai. Biểu 4.2 nêu ra một số cản trở và những gợi ý hành động để điều chỉnh các cản trở đó.

1 Sức khỏe phụ nữ và các thỏa ước Quốc tế

Hầu hết các trường hợp tử vong do phá thai không an toàn xảy ra tại các quốc gia đang phát triển cơ sở dịch vụ phá thai bị luật pháp hạn chế chặt chẽ (Viện Alan Guttmacher 1999). Tại các khu vực đang phát triển (trừ Trung Quốc), có 330 trường hợp tử vong trên 100,000 ca phá thai, tỷ lệ tử vong cao gấp hàng trăm lần so với tỷ lệ này ở các quốc gia phát triển. Tỷ lệ tử vong cao nhất ước tính là 680 ca trên 100,000 ca phá thai ở châu Phi (Viện Alan Guttmacher 1999, Tổ chức Y Tế Thế Giới 1998).

Hầu hết chính phủ các quốc gia đã phê duyệt các hiệp ước quốc tế/các hiệp định có tính pháp lý bảo vệ quyền con người, kể cả quyền phải được hưởng dịch vụ chăm sóc y tế chuẩn mực, quyền không bị phân biệt đối xử, quyền được tự do thoát khỏi những gì phi nhân đạo và bị đối xử không công bằng, quyền được tiếp cận với giáo dục và thông tin.

Xem xét tất cả những quyền con người nói trên, các chính phủ đồng ý với việc xem xét và đánh giá của Hội Nghị Dân Số và Phát Triển + 5 (ICPD+5) rằng "... ở những cơ sở mà dịch vụ phá thai là hợp pháp, hệ thống y tế nên đào tạo và trang bị cho người cung cấp dịch vụ và phải sử dụng các biện pháp để đảm bảo rằng dịch vụ phá thai là an toàn và khách hàng dễ dàng tiếp cận được. Các biện pháp hỗ trợ cần thiết phải được thực hiện để đảm bảo an toàn cho người phụ nữ". (Liên hiệp quốc 1999, chương 63.iii). Hiểu biết rõ về các luật pháp

liên quan đến phá thai cũng như việc xem xét các chính sách liên quan là cần thiết để đảm bảo rằng mọi phụ nữ được tiếp cận với các dịch vụ phá thai an toàn. Hơn nữa, hầu hết các chính phủ tại Hội Nghị Thế Giới lần thứ 4 năm 1995 đều đồng ý rằng họ nên "... xem xét, rà soát những biện pháp trừng phạt chống lại những người phụ nữ đã thực hiện phá thai không hợp pháp". (Liên hiệp quốc 1996, chương 106).

2 Luật pháp và thực hiện luật pháp

Khi thai nghén đe dọa cuộc sống của người mẹ, hầu hết các quốc gia đều cho phép phá thai để cứu người phụ nữ, xem Chương 1, Hình 1.1 (Vụ Dân số Liên hiệp quốc 1999). Gần 2/3 số quốc gia cho phép phá thai khi có dấu hiệu đe dọa đến sức khỏe tinh thần và thể chất của người phụ nữ. Hơn 40% các quốc gia kể cả những cơ sở cho phép phá thai nếu bị cưỡng hiếp hoặc loạn luân; cũng một tỷ lệ tương tự cho phép phá thai trong các trường hợp thai nghén đe dọa sức khỏe người mẹ.

Rất nhiều phụ nữ tìm kiếm dịch vụ phá thai bởi họ không có khả năng chăm sóc đứa trẻ. Bên cạnh đó, rất nhiều phụ nữ khác nhất là những phụ nữ trẻ, phụ nữ độc thân - đối với họ - việc tiếp tục mang thai là hết sức khó khăn hoặc xã hội không chấp nhận. Nhận thức rõ những vấn đề nêu trên, 1/3 các quốc gia trên thế giới cho phép phá thai căn cứ vào các điều kiện kinh tế-xã hội. Khoảng 27% các quốc gia cho phép phá thai theo yêu cầu vì họ nhận thức được rằng tất cả những phụ nữ tìm kiếm dịch vụ phá thai đều gặp phải một trong những vấn đề nêu trên.

2 Luật pháp và thực hiện luật pháp (tiếp theo)

Các luật phá thai được tự do vào đầu thế kỷ 20, khi mở rộng mạng lưới y tế các vấn đề về phá thai không an toàn mới bắt đầu được người ta chú ý. Việc khởi tố những người thực hiện phá thai bắt đầu biến mất ở một số nước vào thập kỷ 1930. Tại Anh, một bác sĩ y khoa đã khiến tòa án phải thận trọng về việc chống lại ông để tranh cãi công khai ủng hộ việc hợp pháp hóa việc phá thai vì lý do sức khỏe. Luật phá thai bắt đầu được ban hành ở châu Âu và Canada, Cu Ba, Ấn Độ, Mỹ, Zambia và rất nhiều nước khác trong thập kỷ 1960, 1970. Rất nhiều nước trên thế giới tiếp tục có cách thức làm hạn chế đối việc phá thai và trừng phạt vì lý do phá thai ở giữa thập kỷ 1980 - (Berer 2000, Rahman và cộng sự 1998).

Tại mỗi quốc gia, việc hình thành các luật pháp liên quan đến phá thai rất khác nhau, phản ánh lịch sử khác nhau của họ, cội gốc tôn giáo và lịch sử (Liên hiệp quốc 2001a, 2001b, 2002). Các điều khoản về phá thai có thể tìm thấy trong bộ luật hình sự hay luật dân sự hoặc trong cả hai bộ luật này. Ở một số nước, Luật Y Tế Công Cộng hoặc Luật Y Tế Dân Tộc có thể có một điều khoản - điều khoản này làm rõ về luật phá thai, song ở nhiều nước, không có

việc chính thức hóa hay các điều lệ đảm bảo. Tại một số nước khác, phá thai có thể không được quy định tại một bộ luật ban hành mà do các tòa án hiểu và giải thích. Ở một số quốc gia khác, sự tồn tại của văn bản phức tạp gây ra sự khó khăn cho việc xác định nghĩa chính xác của luật và chính sách liên quan đến phá thai bởi mâu thuẫn giữa các văn bản hoặc quá nhiều văn bản. Việc soạn thảo và thực hiện luật, các chính sách, các điều lệ phản ánh cách hiểu, diễn giải và sự tham gia của rất nhiều bên bao gồm tòa án, nghị viện, các nhà lập chính sách, các nhà cung cấp dịch vụ y tế ở các thời điểm khác nhau. Tất cả các yếu tố đó đều ảnh hưởng đến sự sẵn có của dịch vụ cũng như sự tiếp cận của phụ nữ đối với dịch vụ phá thai hợp pháp, an toàn.

Nghiên cứu từ rất nhiều quốc gia cho thấy theo các điều khoản của luật thì phụ nữ khó có thể tiếp cận với dịch vụ (Gupte và cộng sự 1997, Iyengar và Iyengar 2002, Koster-Oyekan 1998, Mundigo và Indriso 1999). Các lý do kể cả lý do thiếu đào tạo cho người cung cấp dịch vụ, sự không tự nguyện của người cung cấp dịch vụ, các hạn chế của chính phủ về loại hình các dịch vụ và người cung cấp dịch vụ - những người có thể thực hiện phá thai hoặc bị thất bại - nhằm cung cấp cho họ những quyền ủy

thác cần thiết. Các lý do đó bao gồm cả việc thiếu các nguồn lực để thực hiện dịch vụ, sự cam kết và việc cung cấp các dịch vụ an toàn có chất lượng cao ở tại các tuyến chăm sóc y tế (Berer 2000). Bên cạnh đó, rất nhiều người - kể cả người cung cấp dịch vụ lẫn người phụ nữ - đơn giản là không biết luật pháp cho phép điều gì. Ví dụ, tại một khu vực - cơ sở cho phép phá thai tới 20 tuần, hơn 75% phụ nữ và nam giới đã kết hôn không biết rằng phá thai là được luật pháp cho phép (Iyengar và Iyengar 2002).

Tại những nước có luật pháp hạn chế, thái độ thận trọng của người cung cấp dịch vụ kết hợp với những yêu cầu hết sức tỉ mỉ về thủ thuật khiến cho quá trình phê duyệt được cung cấp dịch vụ phá thai trở nên phức tạp và đáng sợ, nhất là đối với những phụ nữ sống ở nông thôn và những người mù chữ.

3 Nhìn nhận những cơ sở pháp lý cho việc phá thai

Điều hết sức cơ bản cho những người làm công tác về y tế và những người khác chẳng hạn như các nhân viên tòa án, cảnh sát cũng như công chúng, có những hiểu biết rõ ràng, thông tin chính xác về những gì là được luật pháp cho phép tại nước họ. Trong khi những giải thích có tính pháp lý luôn rất cụ thể cho từng quốc gia, có thể có một vài nhận xét chung dựa trên những hoàn cảnh mà tại đó việc phá thai hầu hết là được phép (Liên hiệp quốc 2001a, 2001b, 2002).

3.1 KHI CÓ SỰ ĐE DỌA ĐẾN TÍNH MẠNG CỦA NGƯỜI PHỤ NỮ

Hầu hết các quốc gia đều cho phép thực hiện việc phá thai để cứu người mẹ. Có một số nước cung cấp một danh mục chi tiết về tình huống thể nào thì được coi là đe dọa đến tính mạng người mẹ. Các danh mục này thường cung cấp những tình huống minh họa - những tình huống này không có nghĩa ngăn cản các chẩn đoán lâm sàng của nhân viên y tế về thể nào là đe dọa tính mạng của người mẹ cụ thể nào đó. Tuy nhiên, những danh mục này có thể hiểu một cách hạn chế hoặc bị coi là hơi quá, trong thực tế những danh mục này không phải là như vậy. Ví dụ, nếu một danh mục những nguy cơ về thể lực đe dọa tính mạng được coi là hơi quá, danh mục đó cũng loại trừ các điều kiện về sức khỏe tâm thần có thể đang đe dọa cuộc sống.

Tất cả các nhân viên y tế đều nên biết nguy cơ cao gây tử vong và bệnh tật cho người phụ nữ do phá thai không an toàn và họ có thể tư vấn cho người phụ nữ về phá thai an toàn một cách hợp pháp. Trong một vài trường hợp, nhân viên y tế có thể thảo luận về việc cần thiết đến với dịch vụ phá thai an toàn, bởi nếu không người phụ nữ có thể bị nguy hiểm đến tính mạng nếu họ đến một nhân viên y tế không có kỹ năng thực hiện dịch vụ phá thai an toàn (Oye-Adeniran và cộng sự 2002).

Kể cả những cơ sở chỉ cho phép phá thai để bảo vệ cuộc sống của người phụ nữ, điều cơ bản là người cung cấp dịch vụ phải được đào tạo, dịch vụ phá thai phải sẵn có và được mọi người biết đến, việc điều trị tai biến do phá thai không an toàn cũng phải sẵn có song song với các dịch vụ KHHGĐ.

3 Nhìn nhận những cơ sở pháp lý cho việc phá thai (tiếp theo)

3.2 KHI CÓ SỰ ĐE DỌA VỀ SỨC KHỎE TINH THẦN VÀ THỂ CHẤT

Trong khi “sức khỏe thể lực” và “sức khỏe tinh thần” đôi khi tồn tại riêng biệt như là lý do để thực hiện dịch vụ phá thai thì ở nhiều nước luật pháp lại không chỉ rõ các khía cạnh về y tế được quan tâm mà chỉ đơn thuần chỉ ra rằng phá thai là được phép thông báo nguy cơ tổn thương đối với sức khỏe người phụ nữ (Tổ chức Y tế Thế giới 2001).

Khi “sức khỏe tinh thần” được đề cập cụ thể trong luật, một vài nước hiểu “sức khỏe tinh thần” bao gồm cả nỗi đau về tâm lý gây ra do ví dụ: cưỡng hiếp, loạn luân, hoặc do chẩn đoán hỏng thai. Ở những ngữ cảnh khác, một số nước gộp trong việc diễn giải của họ về một số đe dọa đến sức khỏe tinh thần của người phụ nữ, đau đớn do các hoàn cảnh kinh tế xã hội bất lợi gây ra.

3.3 KHI THAI NGHÉN LÀ KẾT QUẢ CỦA CƯỠNG HIẾP HOẶC LOẠN LUÂN

Ở rất nhiều nước, các trường hợp đó được hiểu rằng đó là những lý do về sức khỏe tinh thần để thực hiện việc phá thai. Một số nước chấp nhận như là bằng chứng về việc báo cáo của người phụ nữ. Một số nước khác yêu cầu những bằng chứng có tính pháp lý của việc quan hệ tình dục, hay đòi hỏi bằng chứng rằng việc quan hệ tình dục đó là không tự nguyện hay có tính bóc lột. Ví dụ, họ có thể yêu cầu

rằng đó là hành động hiếp dâm để làm hài lòng vị quan tòa người có thể yêu cầu phải có sự xác nhận của một nhân chứng đối với hành động bạo hành, hoặc họ có thể yêu cầu rằng phải thuyết phục được nhân viên cảnh sát rằng người phụ nữ đã bị bạo hành trước khi cho phép chị ta được phá thai.

Những yêu cầu này được đặt ra nhằm sàng lọc các trường hợp bị đặt song phần nào bằng những lời phàn nàn hợp pháp đã không khuyến khích người phụ nữ tìm kiếm dịch vụ phá thai sớm, an toàn. Những chậm trễ do phán quyết của tòa án hay các yêu cầu của cảnh sát thường đẩy người phụ nữ vào tình huống chấp nhận dịch vụ phá thai không an toàn như là một phương sách cuối cùng hay phải rút lui quyết định phá thai do thai đã quá lớn. Trong tình huống đó cần phải giảm thiểu hoặc xóa bỏ các yêu cầu về hành chính hay phương sách như vậy và các qui định rõ ràng cần phải được thiết lập cho cả cảnh sát lẫn người cung cấp dịch vụ để tạo điều kiện nhanh chóng cho người phụ nữ có thể tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế thích hợp (Billings và cộng sự 2002, Veira Villela và de Oliveira Araujo 2000).

3.4 KHI BỊ HỒNG THAI

Ngày càng có nhiều quốc gia cho phép phá thai vì lý do này ở cơ sở có luật pháp hạn chế việc phá thai bởi lẽ ngày càng có nhiều điều kiện để chẩn đoán để xem xét thai nghén đó có hoàn hảo không hay bị dị tật bẩm sinh có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của đứa trẻ sau này. Ở một số nước khác, không có điều khoản tham khảo cụ thể trong luật hiện hành về dị tật thai nghén; hơn nữa, nền tảng sức khỏe tinh thần sau này có thể xảy ra bao gồm cả những kết quả chẩn đoán thai nghén bị dị tật bẩm sinh.

3.5 ĐỐI VỚI CÁC LÝ DO VỀ KINH TẾ VÀ XÃ HỘI

Hầu hết ở những nước cho phép việc phá thai được phép do lý do kinh tế và xã hội, thường cũng bao gồm cả môi trường kinh tế và xã hội của người phụ nữ có thai - các điều kiện đó là hiện trạng hay dự báo. Sẽ có việc đánh giá xem người phụ nữ có bị suy kiệt vì hiện trạng của chi ta hay không. Một số điều luật còn bao gồm cả sự mở rộng các nguy cơ kể cả xem việc có thêm đứa con nữa có ảnh hưởng đến tình trạng của những đứa con đang nuôi hay không.

3.6 THEO YÊU CẦU

Một phụ nữ được luật pháp cho phép nhận dịch vụ phá thai mà không cần phải giải thích lý do. Cho phép phá thai theo yêu cầu vì nhiều nước nhận thấy rằng nhiều phụ nữ tìm kiếm dịch vụ này không phải là một lần mà có thể nhiều lần. Các quốc gia đó đã chấp nhận việc phá thai là hợp pháp.

3.7 HẠN CHẾ TUỔI THAI

Cứu sống tính mạng một người phụ nữ có thể là cần thiết ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ. Thực hiện ca phá thai khi thai bị bất thường hầu như lại chỉ thực hiện được khi thai đó được 12 tuần. Luật pháp và các chính sách cho phép phá thai vì điều kiện kinh tế và xã hội hay theo yêu cầu, thường đặt ra hạn chế về tuổi thai. Thường là ở 12 tuần tuổi kể từ lần có kinh lần cuối trở xuống. Một số quốc gia cho phép giới hạn đến 18, 22 hoặc 24 tuần tuổi trong khi một số nước khác lại không chỉ rõ hạn chế tuổi thai. Luật pháp có chỉ rõ tuần tuổi hạn chế thường cho phép

phá thai muộn, trong một số hoàn cảnh hoặc có điều kiện kèm theo chẳng hạn phải được ít nhất là hai bác sĩ đồng ý cho phép. (Viện Alan Guttmacher 1999, Rahman và cộng sự 1998).

3.8 CÁC HẠN CHẾ KHÁC

Luật phá thai và các chính sách đôi khi có những hạn chế không cần thiết về cơ sở hạ tầng y tế hay người cung cấp dịch vụ được phép thực hiện thủ thuật. Họ cũng có thể yêu cầu phải có sự cho phép của thành viên trong gia đình. Những yêu cầu này được đề ra để bảo vệ sức khỏe người phụ nữ, song đôi khi lại có những ảnh hưởng ngược lại do gây cản trở đến việc tiếp cận dịch vụ của người phụ nữ. (Iyengar và Iyengar 2002, Koster-Oyekan 1998).

Một bộ luật cũng có thể xác định khi nào việc phá thai là không hợp pháp, hơn là chỉ chỉ ra thế nào là hợp pháp, ví dụ, một luật pháp chỉ ra rằng việc phá thai đó là không hợp pháp nếu không có sự đồng ý của người phụ nữ; hay thủ thuật được thực hiện không an toàn; hay thủ thuật được thực hiện tại một cơ sở không đủ tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ phá thai; hay thực hiện thủ thuật vì mục đích lợi nhuận (Alvarez-Lajonchere 1989).

4 Tạo ra môi trường chính sách đảm bảo

Các chính sách được thể hiện dưới nhiều hình thức và có thể bao gồm cả qui định có tính pháp lý, hướng dẫn, các hướng dẫn đạo tạo, các qui định này thường do Bộ Y Tế hoặc các tổ chức hiệp hội nghề nghiệp ban hành. Những yếu tố then chốt

4 Tạo ra môi trường chính sách đảm bảo (tiếp theo)

của một chính sách yêu cầu phải đảm bảo tính tiếp cận với dịch vụ phá thai an toàn ở phạm vi mở rộng mà luật pháp cho phép như dưới đây.

Trong khi chưa có ngay một chính sách toàn diện, việc thực hiện các hiệp định của Hội nghị Dân Số và Phát Triển (ICPD Liên Hiệp Quốc) và ICPD+5 (Liên Hiệp quốc 1999) là cần thiết vì dịch vụ phá thai hợp pháp phải an toàn như đã nêu ra trong phần 4.1-4.7. Các chính sách hiện hành cần phải được rà soát để tìm ra những bất cập cũng như những gì cần phải cải thiện.

4.1 MỤC TIÊU

Các chính sách cần phải tính đến các điều kiện hiện hành của các dịch vụ y tế trong nước và cần phải nhằm đến các nội dung sau:

- Giảm thiểu tỷ lệ thai ngoài ý muốn, tỷ lệ phá thai do vậy phải cung cấp tốt những thông tin về KHHGD và các dịch vụ KHHGD, kể cả thuốc tránh thai khẩn cấp;
- Cần phải đảm bảo rằng mỗi phụ nữ phải được tiếp cận một cách hợp pháp tới dịch vụ phá thai an toàn;
- Đáp ứng các nhu cầu đặc biệt của các nhóm như phụ nữ nghèo, vị thành niên, người tị nạn, phụ nữ bị nhiễm HIV, nạn nhân bị cưỡng bức, những người cần sự giúp đỡ và hỗ trợ đặc biệt.

Để đạt được những mục tiêu này, các chính sách phải đề cập đến những vấn đề sau đây.

4.2 CHÙM DỊCH VỤ

Ở mức độ tối thiểu, cần phải cung cấp những thông tin y tế chính xác về dịch vụ phá thai, cung cấp tư vấn gián tiếp về dịch vụ KHHGD cũng như các dịch vụ phá thai lâm sàng (xem Chương 2 và 3 để biết chi tiết). Cung cấp thông tin về các biện pháp tránh thai, các dịch vụ và chuyên tuyến, điều trị tai biến do phá thai không an toàn, giúp ngăn ngừa thai ngoài ý muốn và giảm nhu cầu phá thai.

4.3 CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÁ THAI

Điều đáng khích lệ là cung cấp các lựa chọn phá thai thích hợp với năng lực của hệ thống y tế như mô tả chi tiết trong chương 2. Kể cả hệ thống y tế có nhiều điều kiện hay điều kiện rất khó khăn thì cũng nên cung cấp dịch vụ phá thai sử dụng bơm hút chân không bằng tay một cách an toàn đối với những tuổi thai nhỏ ở các tuyến y tế thích hợp trong hệ thống chăm sóc y tế và chuyển người phụ nữ lên tuyến chăm sóc cao hơn nếu cần thiết. Bơm hút chân không bằng tay cần phải sẵn có để điều trị tai biến cho những phụ nữ gặp tai biến do phá thai không an toàn hoặc sót thai.

4.4 ĐỘI NGŨ NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ

Luật pháp thường yêu cầu rằng dịch vụ phá thai phải do những người cung cấp dịch vụ được đào tạo, có bằng cấp thực hiện. Tuy nhiên luật pháp và các chính sách cũng cho phép nữ hộ sinh thực hiện hay y tá cung cấp dịch vụ dưới sự giám sát của bác sĩ nếu cần.

Các nữ hộ sinh có thể được đào tạo để cung cấp dịch vụ phá thai sớm một cách an toàn. Đào tạo và trang bị cho nữ hộ sinh có thể đảm bảo sự sẵn có của dịch vụ, sự tiếp cận dễ dàng nhất là ở những cơ sở ít hoặc không có bác sĩ (xem Chương 3).

4.5 PHÍ DỊCH VỤ

Nếu các phí dịch vụ chính thức hay “không chính thức” đối với dịch vụ phá thai an toàn, hợp pháp mà quá cao thì nó sẽ làm tăng nguy cơ đối với việc phá thai không an toàn nhất là đối với phụ nữ nghèo, vị thành niên - những người thường có rất ít tiền. Nếu việc thu phí dịch vụ hay các chi phí khác là cần thiết thì phải sắp xếp giá dịch vụ một cách hợp lý để người phụ nữ có thể chi trả được hoặc miễn phí cho những người quá nghèo không có khả năng chi trả. Đối với các dịch vụ y tế công, giá dịch vụ chỉ nên ở mức bù đắp các chi phí để giảm thiểu phá thai không an toàn cũng như gánh nặng do tai biến phá thai gây nên cho ngành y tế.

4.6 CÁC YÊU CẦU ĐỐI VỚI HỆ THỐNG Y TẾ/CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ

Chương 3 thảo luận về chương trình và các chuẩn mực, yếu tố lâm sàng và đào tạo cập nhật, hệ thống hậu cần, hệ thống quản lý thông tin, hỗ trợ kỹ thuật và cơ chế giám sát, việc cung cấp ngân sách cho y tế. Tất cả các yếu tố đó cần phải được soạn thảo kỹ lưỡng trong một chính sách khả thi.

Điều cơ bản là hệ thống nhân sự của ngành y tế cần phải cung cấp các thông tin cần thiết để thông báo cho người phụ nữ biết là họ có thể đến đâu và làm thế nào để tiếp cận với các dịch vụ một cách hợp pháp.

4.7 THÔNG TIN CÔNG CỘNG

Các chương trình giáo dục y tế cần phải bao gồm cả những thông tin cơ bản về quá trình thụ thai, các dấu hiệu có thai, các biện pháp tránh thai và địa điểm phân phát, cách tiếp cận được với dịch vụ phá thai hợp pháp (Bảng 4.1).

Trong khi có nhiều quốc gia cần phải có thời gian để xây dựng các chính sách toàn diện, tất cả các quốc gia có thể ngay lập tức thực hiện các bước ban đầu cần thiết để mở rộng việc tiếp cận các dịch vụ phá thai an toàn trong khuôn khổ luật pháp cho phép và nâng cao chất lượng dịch vụ hiện có.

Bảng 4.1 Thông tin cơ bản cho giáo dục cộng đồng

- Phụ nữ có *quyền tự do quyết định và có trách nhiệm* với việc khi nào họ muốn có con mà không bị cưỡng ép, phân biệt đối xử hay bạo hành.
- *Nguyên lý cơ bản về sức khỏe sinh sản*, kể cả việc thụ thai diễn ra như thế nào, những biểu hiện và hiện tượng của thai nghén.
- Làm thế nào để *ngừa thai ngoài ý muốn*, kể cả việc có thể có các biện pháp tránh thai ở đâu, làm thế nào để có được các biện pháp tránh thai đó.
- Ở *những hoàn cảnh* cho phép việc phá thai.
- Việc quan trọng là tìm đến với các dịch vụ phá thai an toàn hợp pháp *càng sớm càng tốt* khi người phụ nữ quyết định chấm dứt thai nghén.
- Dịch vụ phá thai sẵn có ở *đâu và khi nào*, phí dịch vụ là bao nhiêu
- Làm thế nào để *nhận ra được tai biến* của sảy thai và phá thai không an toàn; Người phụ nữ có thể tiếp cận các dịch vụ điều trị vào khi nào và ở đâu.
- Tầm quan trọng của việc *tìm kiếm dịch vụ ngay lập tức*.

5 Xóa bỏ các rào cản về qui định và hành chính

Một số qui định hay hướng dẫn liên quan đến luật thường có thể gây ra các rào cản khi tiếp cận dịch vụ phá thai. Nhưng thực chất, ngay trong bộ luật lại không đòi hỏi hay ghi cụ thể các rào cản này. Đôi khi những rào cản đó chỉ đơn giản là vấn đề thi hành luật hoặc do cơ quan luật pháp yêu cầu hay do hiểu sai. Tất cả các rào cản này đều nằm trong phạm vi mà Bộ Y tế và các hiệp hội liên quan nên xem xét và xóa bỏ các rào cản đó nhằm đảm bảo việc tiếp cận dịch vụ trên cơ sở luật cho phép. Bộ Y tế có thể giải thích rõ các yêu cầu của luật pháp, cung cấp thông tin cho các cá nhân và người cung cấp dịch vụ rằng vẫn có một số hạn chế tiếp cận dịch vụ trong khuôn khổ luật pháp. Bảng 4.2 cho ta những ví dụ về các rào cản về hành chính, quy tắc và các rào cản khác và việc có thể loại bỏ hoặc sửa đổi để nâng cao việc tiếp cận với dịch vụ phá thai cho phụ nữ có đủ điều kiện.

Tùy thuộc vào hoàn cảnh của mỗi quốc gia, các rào cản liệt kê trong Bảng 4.2 có thể đã nảy sinh do chính các quy định hoặc đơn giản là do thủ tục hành chính. Một số rào cản liệt kê ở cột bên trái có thể là do các yêu cầu của các thực hành hiện được xem là lỗi thời. Ví dụ, việc cung cấp dịch vụ phá thai bằng phương pháp Nong và Nạo có thể tạo ra một số hạn chế về nhân lực hoặc cơ sở được phép tiến hành thủ thuật, trong khi đó nếu áp dụng phương pháp hút chân không thì lại là điều không bị hạn chế. Các rào cản khác như yêu cầu sự đồng ý của vợ/chồng, mức phí dịch vụ

hoặc khoảng thời gian chờ đợi lại thường là những rào cản về thủ tục hành chính do chính người cung cấp dịch vụ gây nên. Với những trường hợp như vậy thì luật pháp, trong các chính sách cũng không nêu và cũng không yêu cầu và cũng không cần thiết phải nêu trong luật.

Thành tích mà khu vực y tế công cộng đạt được trong việc loại bỏ các rào cản tiếp cận dịch vụ là rất đáng kể. Cột giữa của Bảng 4.2 mô tả các hành động minh họa về việc vượt qua các rào cản như thế nào. Thường thì các hành động này khá dễ dàng, song ở một số trường hợp, ví dụ như hỗ trợ giáo dục cộng đồng, thì cần thiết phải lập kế hoạch cẩn thận và phải có đầu tư thời gian và các nguồn lực. Những nhiệm vụ thể hiện trong cột “hành động” cũng được nêu rất chi tiết ở các phần khác nhau trong bảng này. Cột thứ ba - “Cơ sở lý luận” phác thảo ra những lý do cho các hành động, đồng thời cũng được đề cập chi tiết hơn trong toàn bộ hướng dẫn này.

Bảng 4.2 Các rào cản về quy định và hành chính khi tiếp cận dịch vụ phá thai an toàn và hợp pháp, và các biện pháp để loại bỏ các rào cản đó

Rào cản	Các hành động có thể thực hiện	Cơ sở lý luận
Phụ nữ và nhân viên y tế không hiểu biết về luật và không biết sử dụng dịch vụ phá thai ở đâu là hợp pháp	Có các nhân viên nhà nước hoặc luật sư giải thích về luật. Hỗ trợ các chương trình giáo dục cộng đồng. Đưa các thông tin về luật vào các khóa đào tạo, cập nhật kiến thức cho nhân viên y tế.	Thiếu thông tin là nguyên nhân chính khiến phụ nữ tìm đến những dịch vụ phá thai không an toàn. Thiếu hiểu biết về hệ thống luật pháp cơ bản về phá thai khiến người cung cấp dịch vụ hạn chế người phụ nữ tiếp cận dịch vụ.
Đòi hỏi sự nhất trí của một hay nhiều cán bộ y tế (hay đôi khi cả một hội đồng).	Cho phép người phụ nữ tự quyết định. Nếu luật pháp quy định, thì tránh việc phải có quá nhiều chữ ký hay một hội đồng nào đó phê chuẩn bằng cách qui rõ trách nhiệm cho cán bộ y tế có năng lực có ngay trong hệ thống y tế	Phê duyệt bởi một người nào đó mà không vì lý do y tế (trừ một số hoàn cảnh hãn hữu khi việc phá thai có thể có nguy cơ về y tế đối với người phụ nữ).
Hạn chế thời gian mà không phải vì chỉ định lâm sàng hoặc qui định của luật pháp về tuổi thai được phép thực hiện phá thai.	Sửa đổi hay xóa bỏ những hạn chế về tuổi thai mà về mặt lâm sàng hay luật pháp không đòi hỏi.	Ví dụ ở một số nước, hạn chế tuổi thai ở 8 tuần cho việc áp dụng phương pháp hút thai chân không bằng tay, trong khi bác sĩ được đào tạo vẫn thực hiện được thủ thuật tới thai 12 tuần tuổi một cách an toàn
Yêu cầu thời gian chờ đợi từ khi yêu cầu bỏ thai đến khi được thực hiện thủ thuật hay để khách hàng vào trong danh sách chờ	Loại bỏ thời gian chờ đợi mà đó không phải là yêu cầu về phía y tế, và mở rộng dịch vụ để đáp ứng nhu cầu của tất cả khách hàng có đủ điều kiện một cách nhanh chóng	Thời gian chờ đợi làm chậm trễ cung cấp dịch vụ một cách không cần thiết và làm giảm sự an toàn của dịch vụ.

Bảng 4.2 Các rào cản về quy định và hành chính khi tiếp cận dịch vụ phá thai an toàn và hợp pháp, và các biện pháp để loại bỏ các rào cản đó (tiếp theo)

Rào cản	Các hành động có thể thực hiện	Cơ sở lý luận
Đòi hỏi phải có sự cho phép của người chồng, cha mẹ hay chính quyền	Nếu không phải do luật pháp yêu cầu, cần bảo đảm rằng người cung cấp dịch vụ không ép buộc phải có sự cho phép của người chồng hay cha mẹ. Nếu luật pháp yêu cầu, trong trường hợp phụ nữ độc thân nên cho phép ai đó đảm bảo chứ không phải là cha mẹ trong trường hợp người phụ nữ không được cha mẹ ủng hộ.	Những đòi hỏi như vậy sẽ ngăn cản người phụ nữ tìm kiếm dịch vụ kịp thời và dẫn đến nguy cơ họ sẽ tự phá thai hay tìm dịch vụ không an toàn.
Một số nhóm phụ nữ sẽ bị chính người cung cấp dịch vụ loại trừ.	Cho phép tất cả những phụ nữ được luật pháp cho phép tiếp cận dịch vụ phá thai mà không bị phân biệt đối xử về tình trạng hôn nhân, hay bất kỳ lý do gì mà luật pháp không yêu cầu. Đào tạo cho người cung cấp dịch vụ không được phân biệt đối xử và có hình thức phạt những người vi phạm	Các tài liệu quốc tế đều ghi nhận chung rằng quyền của các cá nhân tiếp cận với dịch vụ họ tự chọn để điều hòa hành vi sinh đẻ mà không đi ngược luật pháp
Đòi hỏi các nạn nhân bị cưỡng hiếp hoặc loạn luân có các chứng cứ người xâm hại, báo cáo của cảnh sát hay tòa án hay phải hoàn thành các bước khám kiểm tra y tế không cần thiết để xác định cho việc phá thai	Giảm thiểu các yêu cầu, xây dựng và sử dụng các phác đồ rõ ràng để tạo thuận lợi cho việc chuyển viện nhanh chóng và tiếp cận dịch vụ chăm sóc. Đào tạo cho cảnh sát, nhân viên tòa án và người cung cấp dịch vụ hiểu về nhu cầu nhanh chóng chuyển viện hoặc có hành động kịp thời phối hợp theo luật.	Các yêu cầu xét xử làm chậm trễ việc chăm sóc cần thiết làm tăng nguy cơ phá thai không an toàn.
Những hạn chế không cần thiết về loại hình cơ sở dịch vụ được phép cung cấp dịch vụ phá thai sẽ hạn chế người phụ nữ tiếp cận dịch vụ theo qui định của luật.	Tuân thủ quyền con người trên cơ sở không kỳ thị, mở rộng dịch vụ đáp ứng yêu cầu an toàn để tất cả phụ nữ được luật cho phép có thể tiếp cận dịch vụ không phân biệt nơi cư trú, thu nhập hay các yếu tố khác.	Hạn chế không cần thiết về địa điểm đặt dịch vụ ngăn cản người phụ nữ tiếp cận dịch vụ sớm, tăng chi phí và có thể khiến người phụ nữ tìm kiếm dịch vụ ở những cơ sở không được đào tạo.

Bảng 4.2 Các rào cản về quy định và hành chính khi tiếp cận dịch vụ phá thai an toàn và hợp pháp, và các biện pháp để loại bỏ các rào cản đó (tiếp theo)

Rào cản	Các hành động có thể thực hiện	Cơ sở lý luận
Đòi hỏi các chuẩn mực về y tế quá cao để thực hiện dịch vụ phá thai như (siêu âm bắt buộc, lưu viện, gây mê toàn thân, phòng mổ...)	Loại bỏ các yêu cầu không phải về mặt y tế. Sửa các hướng dẫn dịch vụ và yêu cầu rõ các cơ sở đào tạo phải tuân thủ.	Quá chú trọng đến mặt y tế sẽ làm tăng phí dịch vụ, giảm sự sẵn có của dịch vụ mà không hề nâng cao chất lượng dịch vụ và thậm chí còn có thể giảm thiểu sự an toàn và chất lượng chăm sóc.
Chỉ cho phép bác sĩ đã được đào tạo thực hiện dịch vụ phá thai	Đào tạo nữ hộ sinh để họ cung cấp dịch vụ trong khuôn khổ luật pháp cho phép.	Đặc biệt ở những nơi có tỷ lệ bác sĩ trên tổng số bệnh nhân là thấp, đòi hỏi này cản trở phụ nữ tìm kiếm dịch vụ sớm, tăng chi phí và làm cho người phụ nữ tìm đến dịch vụ ở những cơ sở không được đào tạo. Cán bộ trung cấp đã được đào tạo (ví dụ như nữ hộ sinh) có thể thực hiện thủ thuật hút thai chân không bằng tay một cách an toàn và cung cấp dịch vụ phá thai bằng thuốc.
Một số cán bộ y tế từ chối cung cấp dịch vụ vì không đồng tình với việc phá thai song lại không chuyển khách hàng đến cán bộ y tế khác.	Yêu cầu các cán bộ y tế không đồng tình với việc phá thai phải tuân thủ các chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp.	Các chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp luôn yêu cầu cán bộ y tế phải chuyển khách hàng đến cán bộ y tế khác - những người sẵn lòng cung cấp dịch vụ đã được đào tạo, có thể ở cùng một cơ sở hoặc tới cơ sở gần nhất. Trong trường hợp không thể chuyển được khách hàng đi mà tính mạng người phụ nữ đang bị đe dọa thì cán bộ y tế đó phải thực hiện thủ thuật như luật pháp qui định. Cán bộ trung cấp đã được đào tạo (ví dụ như nữ hộ sinh) có thể thực hiện thủ thuật hút thai chân không bằng tay một cách an toàn và cung cấp dịch vụ phá thai bằng thuốc.

Bảng 4.2 Các rào cản về quy định và hành chính khi tiếp cận dịch vụ phá thai an toàn và hợp pháp, và các biện pháp để loại bỏ các rào cản đó (tiếp theo)

Rào cản	Các hành động có thể thực hiện	Cơ sở lý luận
Hạn chế các phương pháp phá thai một cách không cần thiết.	Giới thiệu tất cả các biện pháp phá thai hiện có phù hợp với năng lực của hệ thống y tế.	Ví dụ tại một số quốc gia chỉ sử dụng phương pháp nạo & nạo để phá thai mặc dù phương pháp hút chân không là phương pháp được ưa thích, ít tổn kém, an toàn hơn và thích hợp cho tất cả các cơ sở y tế ở các tuyến. Giới thiệu phương pháp phá thai bằng thuốc song song với các phương pháp phá thai ngoại khoa để mở rộng sự lựa chọn của khách hàng
Những chi phí chính thức và không chính thức có thể giảm sự tiếp cận với dịch vụ phá thai nhất là đối với phụ nữ nghèo và vị thành niên.	Xây dựng và thực hiện phí dịch vụ đủ để trang trải chi phí để giúp khách hàng tiếp cận được dịch vụ kể cả người không có đủ tiền. Định mức phí dịch vụ theo chi phí, đồng thời giám sát và chấm dứt các khoản thu không chính thức	Giảm giá dịch vụ để tăng sự tiếp cận. Chi phí bao cấp có thể thu được nhờ giảm tỷ lệ tai biến do phá thai không an toàn.
Tính bí mật của khách hàng không được tôn trọng	Xây dựng quy định đảm bảo tính bí mật cho khách hàng, đào tạo nhân viên, giám sát việc thực hiện. Chính sửa sổ sách ghi chép để giữ được tính bí mật của khách hàng. Đảm bảo tính riêng tư khi tư vấn tránh người khác nghe được cuộc tư vấn.	Tính bí mật là yếu tố quan trọng của đạo đức nghề nghiệp; việc sai sót trong giữ bí mật khiến khách hàng có thể tìm kiếm dịch vụ không an toàn

Tài liệu tham khảo

- Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.
- Alvarez-Lajonchere C. (1989) Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Supplement 3:93/95.
- Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.
- Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramirez R, Martinez LV and Díaz MR. (2002) Constructing access to legal abortion services in Mexico City. *Reproductive Health Matters* 10(19):87-95.
- Gupte M, Bandewar S and Pisal H. (1997) Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters* 5(9):77-86.
- Iyengar K and Iyengar SD. (2002) Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Reproductive Health Matters* 10(19):55-64.
- Koster-Oyekan W. (1998) Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science and Medicine* 46:1303-1312.
- Mundigo AI and Indriso C (eds). (1999) *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.
- Oye-Adeniran BA, Umoh AV and Nnatu SNN. (2002) Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. *Reproductive Health Matters* 10(19):19-22.
- Rahman A, Katzive L and Henshaw SK. (1998) A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives* 24:56-64.
- United Nations. (1995) *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)
- United Nations. (1996) *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)
- United Nations. (1999) *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations. (A/S-21/5/Add.1)
- United Nations. (2001a) *Abortion policies: a global review. Volume I Afghanistan to France*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/187)
- United Nations. (2001b) *Abortion policies: a global review. Volume II Gabon to Norway*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/191)
- United Nations. (2002) *Abortion policies: a global review. Volume III Oman to Zimbabwe*. New York, United Nations. (ST/ESA/SER.A/196)
- United Nations Population Division. (1999) *World abortion policies 1999*. New York, United Nations Population Division. (ST/ESA/SER.A/178)
- Veira Villela W and de Oliveira Araujo MJ. (2000) Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 8(16):77-82.
- World Health Organization. (1998) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2001) *Basic documents*. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.

Phụ lục 1 Tài liệu tham khảo và đọc thêm

- American College of Obstetricians and Gynecologists. *Domestic violence. ACOG educational bulletin. (2000) International Journal of Gynecology and Obstetrics 71:79-87.*
- Annett H and Rifkin S. (1995) *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs. Geneva, World Health Organization.*
- AVSC International. (1995) *Postabortion women. In AVSC International. Family planning counseling - a curriculum prototype. New York, AVSC International.*
- AVSC International. (1999) *Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics. New York, AVSC International.*
- AVSC International. (2000) *Infection prevention: multimedia package (Training CD-ROM and reference booklet). New York, AVSC International.*
- Baird DT, Grimes DA and Van Look PFA (eds). (1995) *Modern methods of inducing abortion. Oxford, Blackwell Science.*
- Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000) *Clinician's guide for second-trimester abortion. Carrboro, NC, Ipas.*
- Baird TL and Flinn SK. (2001) *Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, NC, Ipas.*
- Baker A. (1995) *Abortion and options counseling: a comprehensive reference. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.*
- Bertrand J and Tsui A. (1995) *Indicators for reproductive health program evaluation. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.*
- Brazier E, Rizzuto R and Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for action. New York, Family Care International.*
- Center for Reproductive Law and Policy. (2000) *Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action. New York, Center for Reproductive Law and Policy.*
- Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus™ - Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).*
- Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.*
- Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.*
- Cook R and Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.5)*
- Cook RJ, Dickens BM and Bliss LE. (1999) *International developments in abortion law from 1988 to 1998. American Journal of Public Health 89:579-586.*
- Counseling the postabortion patient: training for service providers. Trainer's guide (draft). (1999) New York, AVSC International.*
- DataPAC Core Questionnaire Series. Final Report. (1998) Carrboro, NC, Ipas. (2001)*
- DeBruyn M. (2001) *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action. Chapel Hill, NC, Ipas.*
- Dickson-Tetteh K, Gabriel M, Rees H, Gringle R and Winkler J. (1998) *Abortion care manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.*
- Foreit R and Frejka T (eds). (1998) *Family planning operations research. New York, Population Council.*
- Gerhardt AJ, Hausknecht R, Baird TL and Shochet T. (2000) *Manual vacuum aspiration. Slide presentation on one compact disc. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.*
- Germain A and Kim T (1998) *Expanding access to safe abortion: strategies for action. New York, International Women's Health Coalition.*

- Hord CE. (2001) *Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- Hord CE, Baird TL and Billings DL. (1999) *Advancing the role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions*. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC, Ipas.
- Huber D. (1997) *Postpartum and postabortion contraception: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.
- Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). (1999) *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.
- Pereira IG and Novaes da Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei [Manual for establishing services for providing abortion foreseen by law]*. Carrboro, NC, Ipas.
- Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion slide and lecture presentation*. New York, Physicians for Reproductive Choice and Health.
- Polcar MJ and Pollack AE. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.
- Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) *Refugee reproductive health needs assessment field tools*. New York, RHR Consortium.
- Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) *Five-day training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings*. New York, RHR Consortium.
- Rinehart W, Rudy S and Drenna M. (1998) *GATHER guide to counseling*. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Santana F, Sloan NL, Schiavon R, Billings D, King T, Pobia, B and Langer A. (2000) *Guidelines and instructions for monitoring and evaluation of postabortion care services (electronic version 1.0)*. New York, The Population Council.
- Solter C, Farrell B and Gutierrez M. (1997) *Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course*. Watertown, MA, Pathfinder International.
- Talluri-Rao S and Baird TL. (1999) *Counseling and information guide for medical abortion with training guide*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. For further information related to International Human Rights Covenants, Conventions and other documents see: www.unhchr.ch.
- Varkey SJ, Fonn S and Kethhapile M. (2001) *Health workers for choice: working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand.
- WHO Certification scheme on the quality of pharmaceutical products moving in international commerce. For online information see www.who.int/medicines/library/dap.
- Winkler J and Gringle R. (1999) *Postabortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- Wolf M and Benson J. (1994) Meeting women's needs for postabortion family planning: report of a Bellagio technical working group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45 (Supplement).
- World Health Organization. (1995) *Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (1996) *Studying unsafe abortion: a practical guide*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.25)

Phụ lục 1 Tài liệu tham khảo và đọc thêm (tiếp theo)

World Health Organization. (1997) *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/97.20)

World Health Organization. (1999) *Interpreting reproductive health*. Geneva, World Health Organization. (WHO/CHS/RHR/99.7)

World Health Organization. (2000) *Strengthening the provision of adolescent friendly health services to meet the health and development needs of adolescents in Africa. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/CAH/01.16 and AFR/ADH/01.3)

Yordy L, Leonard AH and Winkler J. (1993) *Manual vacuum aspiration guide for clinicians*. Carrboro, NC, Ipas.

Phụ lục 2 Các văn bản thống nhất quốc tế liên quan đến phá thai an toàn

Trong vài thập kỷ gần đây, hiểu biết quốc tế về quyền cơ bản của con người về kinh tế, xã hội đã được nâng cao và đang dần được cụ thể hóa trong các công ước, hiệp định cũng như các văn bản quốc tế khác. Những văn bản này tạo một cơ sở vững chắc cho việc nâng cao mức sống của con người, bởi vì với việc phê chuẩn những văn bản này các quốc gia đã tự cam kết ủng hộ các quyền ghi trong đó bao gồm cả việc điều chỉnh luật và các chính sách.

Một loạt các Hội nghị quốc tế diễn ra trong những năm 90 đã xây dựng các tài liệu liên quan đến lĩnh vực sức khỏe sinh sản. Những tài liệu quốc tế này, đã được đa số các quốc gia thông qua, dựa trên khung làm việc của các cơ quan nhân quyền và đã cụ thể hóa trong các quyền về sức khỏe sinh sản. Dưới đây là những tuyên bố trích từ tài liệu quốc tế có nêu bật các vấn đề liên quan đến phá thai an toàn.

1974 Hội nghị dân số thế giới, Kế hoạch hành động Bucharest

“Tất cả các cặp vợ chồng và cá nhân có quyền tự quyết định một cách tự do và có trách nhiệm về số con, khoảng cách sinh con và có quyền có thông tin, giáo dục và các phương tiện để thực hiện quyền trên.”

Đoạn 14(f)

1984 Những khuyến nghị cho việc thực hiện sâu hơn Kế hoạch hành động dân số thế giới, Mexico City

“Theo một nguyên tắc của Kế hoạch hành động dân số thế giới, tất cả các cặp vợ chồng và cá nhân có quyền tự quyết định một cách tự do và có trách nhiệm về số con và khoảng cách sinh con. Để quyền này được công nhận, các cặp vợ chồng và cá nhân phải có những điều kiện cần thiết về giáo dục, thông tin và phương tiện cho việc sinh sản, bất kể mục tiêu tổng quát về dân số của quốc gia đó là gì.”
Đoạn 24

1994 Chương trình hành động thông qua tại Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển tại Cairo

“Cải thiện sự công bằng và bình đẳng giới và tăng quyền năng cho người phụ nữ và đảm bảo khả năng tự kiểm soát của phụ nữ về sinh sản là nền tảng của các chương trình liên quan đến dân số và phát triển.”

Nguyên tắc 4

“Sức khỏe sinh sản là trạng thái thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, của tất cả những gì liên quan tới hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản chứ không phải là không có bệnh hay không có khuyết tật ở bộ máy đó. Như vậy sức khỏe sinh sản có nghĩa là mọi người có cuộc sống tình dục có trách nhiệm, được thỏa mãn và an toàn đồng thời họ phải có khả năng sinh sản và quyền lựa chọn có sinh sản hay không, số con và thời điểm có con.

Điều kiện sau bao hàm quyền của đàn ông và đàn bà phải được thông tin, tư vấn và khả năng tiếp cận các biện pháp kế hoạch hóa gia đình an toàn, có hiệu quả, hợp với khả năng và chấp nhận được theo sự lựa chọn của bản thân cũng như những biện pháp khác theo sự lựa chọn để điều hòa sinh sản mà không trái với quy định của pháp luật...”

Đoạn 7.2

“Sức khỏe sinh sản bao hàm một số quyền của con người đã được công nhận trong các luật trong nước, luật quốc tế, tài liệu nhân quyền quốc tế và các tài liệu tương tự khác. Những quyền này dựa trên quyền cơ bản của các cặp vợ chồng và cá nhân được tự do và có trách nhiệm khi quyết định số con, khoảng cách và thời điểm sinh con, có quyền có thông tin và phương tiện để thực hiện các quyền, cũng như có quyền có được các điều kiện tốt nhất về sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản. Sức khỏe sinh sản cũng bao gồm quyền được quyết định đối với sự tự do sinh sản mà không bị kì thị, ép buộc và bạo hành... Việc thúc đẩy thực hành các quyền này một cách có trách nhiệm sẽ là cơ sở cho các chính sách, chương trình hỗ trợ của chính phủ và cộng đồng đối với lĩnh vực sức khỏe sinh sản bao gồm cả kế hoạch hóa gia đình.”

Đoạn 7.3

“Các chính phủ cần tạo điều kiện để các cặp vợ chồng và cá nhân thực hiện trách nhiệm của họ đối với sức khỏe sinh sản của bản thân bằng cách dỡ bỏ những rào cản không cần thiết về pháp lý, y tế và điều tiết đối với việc tiếp nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình ”

Đoạn 7.20

Phụ lục 2 Các văn bản thống nhất quốc tế liên quan đến phá thai an toàn (tiếp theo)

“Trong bất kể trường hợp nào phá thai an toàn không được phép coi là một biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Tất cả các chính phủ, tổ chức liên chính phủ, phi chính phủ đều được khuyến khích tăng cường cam kết về sức khỏe phụ nữ, để giải quyết vấn đề tác động sức khỏe đối với phá thai không an toàn như là một mối lo ngại chính về sức khỏe cộng đồng và làm giảm khả năng dẫn đến phá thai thay bằng sự nâng cao và mở rộng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Việc ngăn ngừa khả năng có thai ngoài ý muốn luôn phải là ưu tiên số một và mọi nỗ lực phải được thực hiện nhằm giảm thiểu nhu cầu phá thai. Những phụ nữ có thai ngoài ý muốn cần được tiếp cận với các thông tin và tư vấn tin cậy. Bất cứ biện pháp hoặc sự thay đổi nào trong hệ thống y tế có liên quan đến phá thai chỉ có thể được quyết định ở cấp quốc gia hoặc cấp địa phương tùy thuộc thủ tục pháp lý của quốc gia đó. Trong trường hợp mà phá thai không bị pháp luật cấm, hoạt động phá thai phải được thực hiện an toàn.

Trong mọi trường hợp phụ nữ phải được tiếp cận với các dịch vụ chất lượng tốt để có thể kiểm soát được các biến chứng do phá thai. Cần giới thiệu kịp thời dịch vụ tư vấn, giáo dục sau phá thai, các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, vì các dịch vụ này cũng góp phần phòng tránh phá thai lặp lại.

“Phá thai không an toàn được định nghĩa là một thủ thuật chấm dứt thai ngoài ý muốn do những người thiếu các kỹ năng cần thiết thực hiện và trong một môi trường thiếu các tiêu chuẩn cơ bản về y tế hoặc thiếu cả hai.
(WHO)”

Đoạn 8.25

1995 Hội nghị Quốc tế lần 4 về Phụ nữ tại Bắc Kinh

“Quyền của phụ nữ bao gồm quyền được kiểm soát và tự do quyết định và có trách nhiệm về các vấn đề liên quan đến hoạt động tình dục, bao gồm sức khỏe sinh sản và tình dục, không bị ép buộc, phân biệt đối xử và bị bạo hành. Mối quan hệ bình đẳng giữa đàn ông và đàn bà trong các vấn đề về quan hệ tình dục, sinh sản bao hàm cả sự tôn trọng con người, yêu cầu tôn trọng lẫn nhau, có trách nhiệm chia sẻ và làm hài lòng nhau về hành vi tình dục cũng như những hậu quả của nó.”

Đoạn 96

“Các chính phủ, kết hợp với các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức của người lao động và người chủ lao động cùng dưới sự ủng hộ của các thể chế quốc tế (cần phải):

- j. Thừa nhận và đương đầu với các ảnh hưởng sức khỏe của phá thai không an toàn như là một mối lo ngại chính về sức khỏe cộng đồng, như đã nhất trí trong đoạn 8.25 của chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển;
- k. Theo tinh thần đoạn 8.25 của chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển... cần xem xét lại các đạo luật có các biện pháp trừng phạt đối với những phụ nữ thực hiện phá thai bất hợp pháp”

Đoạn 106.

1999 Các hành động chủ yếu cho việc thực hiện sâu hơn Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân Số và Phát triển

“(i) Trong bất kể trường hợp nào phá thai an toàn không được phép coi là một biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Tất cả các chính phủ, tổ chức liên chính phủ, phi chính phủ đều bị hối thúc trong việc tăng cường cam kết về sức khỏe phụ nữ, để giải quyết vấn đề tác động sức khỏe đối với phá thai không an toàn như là một mối lo ngại chính về sức khỏe cộng đồng và làm giảm khả năng dẫn đến phá thai bằng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình được nâng cao và mở rộng. Việc ngăn ngừa khả năng có thai ngoài ý muốn luôn phải là ưu tiên số một và mọi nỗ lực phải được thực hiện nhằm loại trừ nhu cầu phá thai. Những phụ nữ có thai ngoài ý muốn cần được tiếp cận với các thông tin và tư vấn tin cậy. Bất cứ biện pháp hoặc sự thay đổi nào trong hệ thống y tế có liên quan đến phá thai chỉ có thể được quyết định ở cấp quốc gia hoặc cấp địa phương tùy thuộc thủ tục pháp lý của quốc gia đó. Trong trường hợp mà phá thai không bị pháp luật cấm, hoạt động phá thai phải được thực hiện an toàn. Trong mọi trường hợp phụ nữ phải được tiếp cận với các dịch vụ chất lượng tốt để có thể kiểm soát được các biến chứng do phá thai. Cần giới thiệu kịp thời dịch vụ tư vấn, giáo dục sau phá thai, các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, vì các dịch vụ này góp phần phòng tránh phá thai lặp lại.

(ii) Các chính phủ cần thực hiện những bước đi thích hợp nhằm giúp đỡ phụ nữ tránh phá thai, mà trong mọi trường hợp đều không được

coi đó là một biện pháp KHHGD, trong mọi trường hợp phải đối xử nhân đạo và cung cấp tư vấn cho những phụ nữ cần phá thai.

(iii) Để công nhận và thực hiện những điều nêu trên, ở những cơ sở phá thai không bị coi là bất hợp pháp thì hệ thống y tế cần đào tạo và trang bị cho các cán bộ y tế và cần thực hiện những biện pháp khác nữa để đảm bảo các hoạt động phá thai được an toàn và có thể tiếp cận. Cũng cần thực hiện các biện pháp phụ trợ để đảm bảo sức khỏe của phụ nữ”.

Đoạn 63

2000 Hành động và sáng kiến để thực hiện Tuyên bố Bắc Kinh và nền tảng cho Hành động

“Thiết kế và thực hiện các chương trình với sự tham gia đầy đủ của vị thành niên, để giáo dục họ, cung cấp thông tin cũng như các dịch vụ phù hợp, cụ thể, thân thiện và dễ tiếp cận mà không có sự phân biệt để nêu bật một cách hiệu quả những nhu cầu của họ về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục; trong đó có đề cập đến quyền của họ về sự riêng tư, tính bảo mật, tôn trọng và sự đồng ý và trách nhiệm cũng như quyền và nghĩa vụ của bố mẹ, sự bảo đảm của pháp luật phù hợp với năng lực của thanh niên trong việc tạo cho họ những định hướng và chỉ dẫn một cách phù hợp để thực hiện các quyền đã được công nhận trong Công ước về quyền trẻ em và phù hợp với CEDAW đồng thời đảm bảo rằng mọi hành động liên quan đến trẻ em, những quyền lợi tốt nhất của trẻ em đều được cân nhắc hàng đầu”

Đoạn 115fbis

Phụ lục 3 Dụng cụ và vật tư hút thai chân không bằng tay (MVA)

Các trang thiết bị cơ bản

- Bộ truyền dịch và các dung dịch (muối natri, glucose, nước muối)
- Bơm hút (ống hút) (5, 10 và 20 ml)
- Kim (kim chọc tủy sống 22 để phong bế cổ tử cung; kim 21 để tiêm thuốc) găng tay tiệt trùng (nhỏ, trung bình, to), gạc bông hoặc gạc xốp có dung dịch sát khuẩn (không phải dạng cồn)
- Chất tẩy hoặc xà phòng
- Nước sạch
- Chlorine hoặc glutaraldehyde dùng để tẩy uế/khử nhiễm
- Chất khử khuẩn ở mức độ cao hoặc chất tiệt trùng.

Dụng cụ và trang thiết bị

- Mỏ vịt
- Kẹp cổ tử cung
- Kẹp (kẹp nhấn) sát khuẩn
- Nong cổ tử cung Pratt hoặc Denniston: cỡ từ 13 đến 27 French
- Cốc đựng dung dịch khử nhiễm
- Thiết bị lọc (bằng kim loại, thủy tinh hoặc bằng vải)
- Khay thủy tinh sạch để kiểm tra mô

Thuốc

- Thuốc giảm đau (ví dụ acetaminophen, ibuprofen, hoặc pethidine)
- Thuốc giảm căng thẳng (ví dụ diazepam)
- Thuốc gây tê/mê chlorprocaine (1-2%) hoặc lidocaine (0,5-2%) không có epinephrine
- Ôxytocin 10 đơn vị hoặc ergometrine 0,2mg

Dụng cụ hút chân không bằng tay

- Bơm hút chân không
- Ống hút với nhiều cỡ
- Khớp nối, nếu cần thiết
- Silicone để bôi trơn ống hút, nếu cần thiết

Phụ lục 4 Biện pháp tránh thai sau phá thai

Biện pháp	Thời gian sử dụng sau khi phá thai	Lưu ý
Tránh thai đường uống (viên kết hợp và viên chỉ có progestogen)	Có thể bắt đầu dùng viên kết hợp hoặc viên chỉ có progestogen ngay lập tức, kể cả vào ngày thực hiện phá thai	<ul style="list-style-type: none">■ Nếu không được tư vấn và thông tin đầy đủ, chưa cho uống viên tránh thai, thay vào đó phát bao cao su.■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV■ Có thể dùng ngay lập tức, thậm chí cả khi có dấu hiệu nhiễm trùng
Thuốc tiêm tránh thai (DMPA, NET-EN, Cyclofem và Mesigyna)	Có thể dùng ngay	<ul style="list-style-type: none">■ Nếu không được tư vấn và thông tin đầy đủ, chưa tiêm vội, thay vào đó phát bao cao su■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV■ Có thể dùng ngay lập tức, thậm chí cả khi có dấu hiệu nhiễm trùng
Cấy dưới da	Có thể dùng ngay	<ul style="list-style-type: none">■ Nếu không được tư vấn và thông tin đầy đủ, không cấy, thay vào đó phát bao cao su■ Cần có các cán bộ y tế có kỹ năng cấy và ghép■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV■ Có thể dùng ngay lập tức, thậm chí cả khi có dấu hiệu nhiễm trùng

Phụ lục 4 Biện pháp tránh thai sau phá thai (tiếp theo)

Biện pháp	Thời gian sử dụng sau khi phá thai	Lưu ý
Dụng cụ tử cung	Nếu có rủi ro hoặc nhiễm trùng có thể lấy dụng cụ ra Không dùng dụng cụ tử cung cho đến khi vết thương đã lành, xuất huyết đã được kiểm soát và không còn thiếu máu cấp tính	<ul style="list-style-type: none">■ Nếu không được tư vấn và thông tin đầy đủ, không sử dụng dụng cụ tử cung, thay vào đó phát bao cao su■ Cần có cán bộ y tế có kỹ năng đặt dụng cụ tử cung■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV■ Có một số lo ngại về nguy cơ tụt dụng cụ tử cung cao hơn khi đặt sau phá thai ba tháng giữa, có thể xảy ra khả năng rách cổ tử cung.■ Nếu có viêm nhiễm, không nên đặt dụng cụ tử cung ít nhất trong 3 tháng sau thủ thuật phá thai.
Bao cao su (dành cho nam giới hoặc nữ giới)	Sử dụng ngay khi quan hệ tình dục	<ul style="list-style-type: none">■ Là một biện pháp tạm thời tốt trong khi chờ đợi sử dụng một biện pháp khác nhưng không nên bắt đầu sử dụng ngay; cũng là biện pháp tốt nếu áp dụng thường xuyên và đúng cách.■ Bao cao su nam là biện pháp duy nhất ngăn chặn khả năng có thai và lây nhiễm viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV■ Bao cao su nữ giúp ngăn chặn khả năng lây nhiễm HIV/viêm nhiễm lây qua đường tình dục, nhưng có thể ít hiệu quả hơn so với bao cao su nam

Phụ lục 4 Biện pháp tránh thai sau phá thai (tiếp theo)

Biện pháp	Thời gian sử dụng sau khi phá thai	Lưu ý
Chất diệt tinh trùng (bọt, kem, phim, keo, viên đặt âm đạo, thuốc viên)	Sử dụng khi quan hệ tình dục	<ul style="list-style-type: none"> ■ Có thể là biện pháp tạm thời trong khi phải ngưng sử dụng biện pháp khác ■ Thực chất ít có hiệu quả hơn các biện pháp khác ■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV
Các biện pháp rào cản (màng ngăn có chất diệt tinh trùng; mũ cổ tử cung)	<p>Có thể đặt màng ngăn ngay sau khi phá thai 3 tháng đầu</p> <p>Sau khi phá thai 3 tháng giữa, không đặt màng ngăn cho đến khi tử cung trở lại kích thước trước khi có thai (trong vòng 6 tuần)</p> <p>Không đặt mũ cổ tử cung khi tử cung chưa trở lại kích thước trước khi có thai (trong vòng 4-6 tuần)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Màng ngăn đã đặt vừa khít trước khi phá thai 3 tháng giữa có thể trở nên quá nhỏ ngay sau khi thực hiện thủ thuật này, nguyên nhân là do sự thay đổi biểu mô âm đạo và/hoặc cổ tử cung ■ Màng ngăn có thể giúp ngăn chặn viêm nhiễm lây qua đường tình dục; không ngăn chặn lây nhiễm HIV
Biện pháp tính ngày kinh	<p>Không nên áp dụng ngay sau khi phá thai</p> <p>Phụ nữ có thể dùng biện pháp này sau khi đã có 3 kỳ kinh kể từ khi phá thai</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hiệu quả cao nếu sử dụng đúng ■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV

Phụ lục 4 Biện pháp tránh thai sau phá thai (tiếp theo)

Biện pháp	Thời gian sử dụng sau khi phá thai	Lưu ý
Thắt ống dẫn trứng	<p>Thắt ống dẫn trứng (tiểu phẫu hoặc nội soi) có thể thực hiện ngay sau khi phá thai không biến chứng</p> <p>Trong trường hợp nhiễm trùng hoặc sốt sau phá thai, ra máu nhiều sau phá thai, tổn thương nặng bộ phận sinh dục, hoặc ứ máu tử cung cấp tính, cần điều trị hết các triệu chứng trên và/hoặc vết thương đã lành mới tiến hành thủ thuật</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Cần tư vấn và xin ý kiến chấp thuận trước khi thực hiện thủ thuật triệt sản tự nguyện (thắt ống dẫn trứng và thắt ống dẫn tinh)■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV
Viên uống tránh thai khẩn cấp (chỉ có levonorgestrel và viên kết hợp estrogen-progestogen)	Sử dụng ngay sau khi quan hệ tình dục không được bảo vệ	<ul style="list-style-type: none">■ Không nên sử dụng như một biện pháp tránh thai thường xuyên■ Là một biện pháp hỗ trợ quan trọng sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ■ Không giúp phòng tránh viêm nhiễm lây qua đường tình dục/HIV

Nguồn: Thông tin ở bảng này dựa vào cuốn Nâng cao sự tiếp cận tới chất lượng chăm sóc trong kế hoạch hóa gia đình - Tiêu chí y tế để sử dụng biện pháp tránh thai. Tổ chức Y tế Thế giới (2000). Xuất bản lần 2. Geneva, Tổ chức Y tế Thế giới. (WHO/RHR/00.2)

Tháng 6 năm 1999, một phiên họp đặc biệt của Đại Hội đồng liên hợp quốc đã xem xét và ca ngợi những tiến bộ về việc thực hiện Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) tổ chức tại Cairo, năm 1994. Tại phiên họp đặc biệt này, các chính phủ trên thế giới một lần nữa công nhận phá thai không an toàn là một mối lo ngại chính của y tế cộng đồng, cam kết làm giảm nhu cầu phá thai thông qua các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình nâng cao và mở rộng. Các chính phủ này cũng nhất trí rằng “ở những cơ sở mà phá thai không bị coi là phạm pháp, hệ thống y tế cần đào tạo và trang bị cho các cán bộ y tế và cần thực hiện các biện pháp nữa để đảm bảo rằng phá thai ở đó là an toàn và có thể tiếp cận được. Cũng cần có thêm các biện pháp nhằm đảm bảo sức khỏe của phụ nữ.”

Ấn phẩm hướng dẫn về chính sách và kỹ thuật này là thành quả của Nhóm tư vấn kỹ thuật, của những nghiên cứu dẫn chứng và những đánh giá khác do các chuyên gia trên khắp thế giới trong các lĩnh vực y tế, khoa học xã hội, luật, đạo đức học, cung cấp dịch vụ và thông tin và chính sách y tế thực hiện. Ấn phẩm này cần được sử dụng rộng rãi trong nhóm các chuyên gia y tế, các chuyên gia lĩnh vực khác, thuộc và không thuộc chính phủ, những người đang tham gia các hoạt động nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và bệnh tật mẹ. Ấn phẩm này cung cấp một cái nhìn toàn diện của các hoạt động có thể được thực hiện nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận tới các dịch vụ phá thai có chất lượng được thực hiện theo pháp luật cho phép.

World Health Organization
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27, Switzerland
www.who.int/reproductive-health