

BÀI BÁO TỔNG QUAN

Công bằng sức khỏe bà mẹ và trẻ em và một số yếu tố ảnh hưởng theo dân tộc ở Việt Nam: kết quả nghiên cứu tổng quanĐoàn Thị Thùy Dương^{1*}, Bùi Thị Thu Hà¹, Ghazala Mir²**TÓM TẮT**

Mục tiêu: Nghiên cứu này mô tả thực trạng và tổng hợp các yếu tố ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe giữa nhóm người dân tộc thiểu số (DTTS) ở Việt Nam và dân tộc Kinh/Hoa từ hệ thống Pubmed và Cochrane.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tổng quan hệ thống các bài báo được định danh trên hệ thống Pubmed và Cochrane trong giai đoạn 2012 – 2018 về dân tộc thiểu số tại Việt Nam.

Kết quả: 27 nghiên cứu đã được đưa vào tổng quan. So với người Kinh/Hoa, bà mẹ DTTS ít sử dụng các dịch vụ khám thai, đẻ tại cơ sở y tế, trẻ em ít được tiêm chủng hơn. Các yếu tố ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe được đề cập đến, trong đó có học vấn, kinh tế hộ gia đình, ảnh hưởng của chồng, cộng đồng, gia đình, niềm tin đối với dịch vụ y tế và dịch vụ y tế chưa phù hợp với văn hóa, phong tục tập quán của người dân tộc.

Kết luận: Vẫn còn bất công bằng trong sức khỏe bà mẹ, trẻ em giữa nhóm dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ sức khỏe bà mẹ, trẻ em trong nhóm DTTS và các yếu tố này tương tác với nhau. Cần có thêm các nghiên cứu về các yếu tố vĩ mô như bối cảnh kinh tế, xã hội, chính sách và thực thi chính sách trong nhóm này.

Từ khóa: công bằng, sức khỏe, dân tộc thiểu số, bà mẹ, trẻ em.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu đáng kể trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em (BMTE). Trong giai đoạn 1990 – 2015, tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi, tử vong trẻ dưới 1 tuổi và tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng đều giảm, đạt được Mục tiêu thiên niên kỷ 4 về chăm sóc sức khỏe trẻ em (1). Tỷ lệ tử vong mẹ cũng giảm từ 81 [61-102] xuống 54 [41-74] bà mẹ/100.000 trẻ đẻ sống (2). Tuy nhiên vẫn còn sự khác biệt rất lớn về sức khỏe và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe BMTE giữa nhóm người Kinh và nhóm dân tộc

thiểu số (DTTS). Những chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trong nhóm DTTS đều thấp hơn khoảng 30% so với nhóm dân tộc Kinh (3). Sự khác biệt lớn nhất quan sát được ở dịch vụ y tế cần sự chăm sóc nhiều lần như khám thai đủ 4 lần trở lên hoặc các dịch vụ cần thực hiện tại cơ sở y tế như đẻ tại cơ sở y tế (4).

Công bằng là nguyên tắc cơ bản nhất trong xây dựng các chính sách về chăm sóc sức khỏe con người. Với cách nhìn rộng, hướng đến sức khỏe cộng đồng và coi sức khỏe là một phạm trù của công bằng xã hội, công



*Địa chỉ liên hệ: Đoàn Thị Thùy Dương

Email: dtd@huph.edu.vn

¹Trường Đại học Y tế công cộng²Trường Đại học Leeds

Ngày nhận bài: 31/01/2018

Ngày phản biện: 14/03/2018

Ngày đăng bài: 25/06/2018

bằng trong sức khỏe là tình trạng không còn sự khác biệt về chăm sóc, khám chữa bệnh giữa các nhóm dân cư khác nhau về điều kiện kinh tế, xã hội và địa bàn sinh sống (5). Tại Việt Nam, rất nhiều các can thiệp tập trung vào nhóm DTTS đã và đang được triển khai để giảm tử vong và nâng cao sức khỏe BMTE. Chiến lược công tác dân tộc giai đoạn 2021 – 2030, trong đó có chiến lược nâng cao sức khỏe cho người dân tộc đã và đang được nghiên cứu xây dựng.

Phân tích và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người DTTS rất quan trọng trong việc xây dựng các can thiệp hiệu quả, phù hợp với văn hóa, phong tục tập quán, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người DTTS. Năm 2012, Malqvist đã tổng quan hệ thống nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến công bằng trong chăm sóc sức khỏe BMTE tại Việt Nam, sử dụng hệ thống dữ liệu chính từ Pubmed và ProQuest (6). Các vấn đề sức khỏe của người DTTS cũng được ông tổng quan cho đến năm 2011 (7).

Báo cáo nghiên cứu tổng quan này được thực hiện qua các báo cáo trên hệ thống Pubmed và Cochrane từ 1/2012 – 6/2018 đối với nhóm DTTS để 1) Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về sức khỏe BMTE, 2) Mô tả công bằng trong chăm sóc sức khỏe BMTE, 3) Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe BMTE.

Qua đó gợi ý các khoảng trống trong nghiên cứu, chiến lược, giải pháp cần được thực hiện để người DTTS tiếp cận được với dịch vụ y tế nhiều hơn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chiến lược tìm kiếm tài liệu

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tổng quan hệ thống, nguồn thông tin từ Pubmed và Cochrane. Đối với cơ sở dữ liệu Pubmed, các từ khóa được sử dụng để tìm kiếm dữ liệu bao gồm: dân tộc, thiểu số, Việt Nam (ethnic* AND minor* AND Vietnam) giới hạn từ 2012 trở lại. Tổng số có 76 bài báo được tìm thấy vào ngày 01/7/2018. Đối với cơ sở dữ liệu Cochrane, từ khóa được sử dụng để tìm kiếm dữ liệu bao gồm dân tộc và Việt Nam (ethnic* Vietnam) và sắp xếp lại các tài liệu được xuất bản từ 2012 trở lại. Tổng số 15 tài liệu đã được tìm thấy từ cơ sở này.

Tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ

Tiêu chí lựa chọn

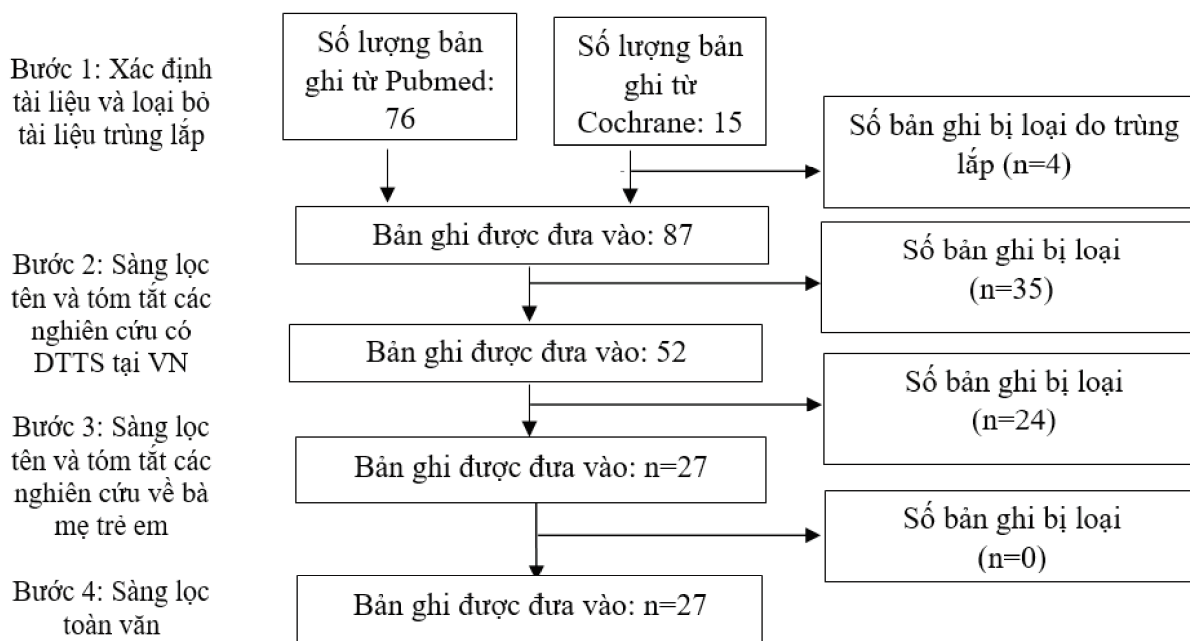
Toàn bộ các nghiên cứu bằng tiếng Anh về yếu tố liên quan/ảnh hưởng sử dụng dịch vụ y tế, sức khỏe BMTE của người DTTS ở Việt Nam. Báo cáo nghiên cứu thuộc dạng nghiên cứu gốc.

Tiêu chí loại trừ

Phương pháp nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, bình luận, tóm tắt luận án, luận văn, thông tin khoa học công nghệ y-dược, đề cương nghiên cứu, đề xuất công cụ đo lường, tổng quan tài liệu.

Lựa chọn tài liệu

Hai tác giả tìm kiếm và thực hiện lựa chọn nghiên cứu, đánh giá nghiên cứu và trích dẫn dữ liệu liên quan độc lập theo 4 bước sàng lọc dữ liệu phương pháp tổng quan Prisma(8): sàng lọc tên và tóm tắt các nghiên cứu về DTTS tại Việt Nam, sàng lọc tên và tóm tắt các nghiên cứu về sức khỏe bà mẹ, trẻ em có liên quan đến DTTS, còn lại 27 tài liệu được đưa vào tổng quan. Sơ đồ lựa chọn tài liệu được trình bày tại Hình 1.



Hình 1. Các bước sàng lọc dữ liệu

Trích dẫn tài liệu tham khảo được tải trực tiếp về EndNote XVII từ Pubmed theo định dạng của Pubmed. Các dữ liệu tổng hợp được phân tích theo phương pháp xử lý thống kê bằng Excel.

KẾT QUẢ

Đặc điểm các nghiên cứu

Tổng số 27 báo cáo nghiên cứu được đưa vào tổng quan. Về thời gian xuất bản, năm 2016 có số lượng xuất bản nhiều nhất, 9/27 bài báo, tiếp đó là các năm 2017 (5 bài), 2015 (4 bài), các năm còn lại mỗi năm từ 1 – 3 bài. Về tác giả, có 13/27 bài báo có tác giả tên tiếng Việt là người đứng đầu, trong đó có 3 bài báo với tất cả các tác giả là tên tiếng Việt, còn lại các bài báo khác đều có sự cộng tác với các tác giả từ quốc gia khác.

Về chủ đề nghiên cứu, 17 báo cáo về sức khỏe bà mẹ, 8 báo cáo về sức khỏe trẻ em, 2 báo cáo về sức khỏe BMTE. Về bà mẹ, khám thai (12 báo cáo), được đỡ đẻ bởi người được đào

trào (8 báo cáo) được phân tích nhiều nhất. Ngoài ra có thiếu máu, mang gen tan máu, bổ sung vi chất trong quá trình mang thai, sử dụng dịch vụ tư vấn dinh dưỡng, hiệu suất sử dụng dịch vụ. Về trẻ em, các chủ đề được đề cập đến bao gồm tử vong trẻ, tiêm chủng đầy đủ và đúng hẹn, tiêm vắc xin sởi, suy dinh dưỡng, bú mẹ hoàn toàn.

Về phương pháp nghiên cứu, 10 báo cáo có thiết kế nghiên cứu cắt ngang, phương pháp định lượng; 9 nghiên cứu phân tích các bộ dữ liệu cắt ngang lặp lại từ MICs, DHSs, 4 nghiên cứu định tính; 1 điền dã, 2 thuần tập, 1 can thiệp, 1 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng có làm mù, và 1 phân tích hiệu suất Order-m. Trong số các nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu dao động trong khoảng 300 (9) cho đến khoảng 2500 bà mẹ người DTTS (10). Mẫu có thể được chọn tại hộ gia đình hoặc tại nơi các bà mẹ đi khám thai, ví dụ như trạm y tế xã, bệnh viện.

Về dân tộc nghiên cứu, có 8/24 nghiên cứu đề cập đến dân tộc cụ thể, trong đó có Cơ Tu

(9), Edê-Mnông (11), Thái - Mường (11-15), Tày Nùng (11, 16), Hmong (12, 13, 15), Xơ Đăng (12). Các nghiên cứu còn lại so sánh sự khác biệt giữa DTTS và đa số (Kinh/Hoa). Theo Nghị định 05/2011/NĐ-CP DTTS là những dân tộc có số dân ít hơn so với dân tộc đa số tại Việt Nam, tuy nhiên do đặc thù phát triển kinh tế - xã hội và tình trạng sức khỏe, đa số các nghiên cứu đều gộp phân tích chung Kinh/Hoa thành một nhóm.

Trừ 4 báo cáo định tính và 1 báo cáo điền dã dân tộc học, còn lại có 6/22 báo cáo có phân tích các mối liên quan đến công bằng trong sử dụng dịch vụ sức khỏe của nhóm DTTS. 16 báo cáo còn lại coi DTTS là một yếu tố liên quan. Phần sau đây trình bày kết quả tổng quan về công bằng trong chăm sóc sức khỏe BMTE và một số yếu tố ảnh hưởng. Các kết quả này không bao gồm kết quả từ hai nghiên cứu tổng quan của Malvist về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe (6) và các vấn đề sức khỏe của người DTTS (7) được thực hiện trước năm 2012.

Công bằng trong sức khỏe bà mẹ và trẻ em người Kinh và người DTTS

Sức khỏe bà mẹ

Bà mẹ DTTS có nguy cơ về sức khỏe nhiều hơn, ví dụ gần 1/2 (47,3%) bà mẹ Cơ Tu tại Huế có mang gen tan máu bẩm sinh thalassemia (9), có nguy cơ thiếu máu cao hơn 1,49 lần so với dân tộc Kinh (17)

Về sử dụng dịch vụ, trong số 19 báo cáo về sức khỏe bà mẹ hoặc cả BMTE, dịch vụ được phân tích nhiều nhất là khám thai (9 báo cáo) và người đỡ đẻ có kỹ năng (6 báo cáo). Tỷ lệ khám thai của người DTTS đã tăng từ 26,3% (2000) lên tới 73,2% (2011) (18). Tuy nhiên đa số các nghiên cứu cho thấy so với người Kinh, người DTTS đi khám thai ít hơn từ 2 – 5 lần (19-21). Khám thai đủ 4 lần là một

trong các chỉ số bất công bằng cao nhất so sánh giữa người DTTS và người Kinh (4). Xét nghiệm máu và xét nghiệm nước tiểu ở người DTTS cũng thấp hơn 1,41 lần so với người Kinh (22). Tuy nhiên cũng có nghiên cứu chỉ ra rằng người DTTS đi khám thai sớm hơn so với người Kinh (23).

Trong quá trình mang thai, bà mẹ DTTS ít tuân thủ việc bổ sung vi chất dinh dưỡng sắt và acid folic hơn khoảng 1,3 lần so với bà mẹ người Kinh (24). Tỷ lệ đẻ được người đỡ đẻ đỡ trong nhóm DTTS đã tăng từ 19,5% (2000) lên 63,4% (2011)(18). Tuy nhiên so với người Kinh, tỷ lệ phụ nữ DTTS sinh con được đỡ đẻ bởi người đỡ có kỹ năng thấp hơn từ 7 – 19 lần sau khi đã kiểm soát với các yếu tố khác như học vấn và kinh tế của bà mẹ (4, 20). Sự khác biệt giữa dân tộc Kinh và DTTS còn lớn hơn nữa với chỉ số đẻ tại cơ sở y tế. Đây là dịch vụ có sự khác biệt lớn nhất trong tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe BMTE (4).

Một số nghiên cứu khác cho thấy so với người Kinh, người DTTS lại tiếp cận dịch vụ thuộc dự án tốt hơn. Ví dụ với mô hình Phòng tư vấn Mặt trời bé thơ là mô hình thuộc dự án Alive & Thrive triển khai trong hệ thống y tế. Tại đây phụ nữ mang thai và bà mẹ có trẻ nhỏ được tư vấn về chăm sóc và nuôi dưỡng con. Kết quả cho thấy bà mẹ DTTS đến nhận tư vấn dinh dưỡng đủ số lần khuyến nghị tối thiểu cao gấp 2 lần so với bà mẹ dân tộc Kinh (25). Trong cùng một nguồn lực y tế công cộng, các bà mẹ DTTS cũng có khả năng sử dụng gói chăm sóc phù hợp với hiệu suất tốt hơn 4,2 lần so với các bà mẹ dân tộc Kinh (26).

Sức khỏe trẻ em

Năm 1997, tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi trong nhóm DTTS tương ứng là 55,6 và 72,5 trên 100.000 trẻ đẻ sống và

giảm xuống còn 33,8 và 43 trên 100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2006. Tuy nhiên, so với trẻ em người Kinh, trẻ em DTTS có nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần và khoảng cách này có xu hướng tăng theo thời gian (4, 27). Cụ thể tỷ suất bệnh giữa tử vong trẻ dưới 5 tuổi giữa người DTTS và dân tộc Kinh tăng từ 2,1 lần (1997) lên tới 2,3 lần (2006) (4). Phân tích đa biến từ các cuộc điều tra MICS cũng cho thấy bà mẹ DTTS có con tử vong cao gấp 1,57 lần so với bà mẹ Kinh (28). Trẻ em DTTS cũng có nguy cơ suy dinh dưỡng thể thấp còi và có chỉ số phát triển ngôn ngữ thấp hơn so với trẻ em dân tộc Kinh (29). Tỷ lệ trẻ em người DTTS bị suy dinh dưỡng, sinh nhẹ cân, mắc bệnh tiêu chảy đều thấp hơn so với trẻ em người Kinh. Tuy nhiên báo cáo không có phân tích đa biến để kiểm soát các yếu tố liên quan khác (4).

Về tiêm chủng mở rộng, so với trẻ người Kinh, trẻ em DTTS ít tiêm chủng đầy đủ và đúng thời gian hơn (30), ít tiêm sởi đầy đủ hơn (31), trẻ Tày Nùng ít được bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, trẻ Thái Mường ít được bú mẹ hoàn toàn trong vòng 6 tháng đầu (11), nhận được chế độ dinh dưỡng tối thiểu (cả về số lượng và tính đa dạng bữa ăn) (11). Tuy nhiên trẻ dân tộc Ede – Mong lại được bú mẹ hoàn toàn trong vòng 6 tháng đầu cao hơn gấp khoảng 2 lần so với bà mẹ dân tộc Kinh (11).

Các yếu tố ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe bà mẹ, trẻ em

Trong phần này, chúng tôi cũng giới hạn chỉ tổng quan những báo cáo phân tích sự khác biệt trong cùng nhóm DTTS (10 báo cáo, trong đó 4 báo cáo định tính và 6 báo cáo định lượng).

Về phía người sử dụng dịch vụ

Về học vấn, người dân tộc có học vấn cao hơn thì sử dụng dịch vụ khám thai gấp 3 lần,

được người đỡ đẻ có kỹ năng đỡ cao gấp 6 lần so với người có trình độ học vấn thấp hơn (19). Trình độ học vấn cao và tiếp xúc nhiều với các phương tiện truyền thông cũng tăng khả năng khám thai đầy đủ và có chất lượng so với nhóm có trình độ học vấn tốt hơn (23).

Về kinh tế, nghèo giới hạn khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế, đặc biệt khi người dân cần chuyển tuyến (14). Phụ nữ trong hộ nghèo đi khám thai ít hơn 3 lần và được người đỡ đẻ có kỹ năng đỡ ít hơn 6 lần so với hộ không nghèo (19). Điều kiện sống thiếu các cơ sở vệ sinh cơ bản cũng là rào cản quan trọng trong việc triển khai các chương trình vệ sinh an toàn tại nhà cho trẻ em (32). Tuy nhiên vẫn còn khoảng 18% - 25% là do các nguyên nhân khác, không phải kinh tế (19).

Thiếu kiến thức về y tế, chăm sóc sức khỏe cũng hạn chế người dân sử dụng dịch vụ, giảm khả năng trao đổi, thương thuyết với cán bộ y tế và cảm thấy không có khả năng tham gia vào các quyết định y tế (14). Hiểu biết về trầm cảm sau sinh trong nhóm phụ nữ dân tộc Tày ở Thái Nguyên cũng rất hạn chế (16). Biết về các dịch vụ cung cấp, biết nhà của cô đỡ thôn bản là yếu tố thúc đẩy sử dụng dịch vụ cô đỡ thôn bản (12).

Rào cản về ngôn ngữ, đây cũng là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ y tế. Sự khác biệt ngôn ngữ ảnh hưởng đến việc được người đỡ đẻ có kỹ năng đỡ (13), dạy trẻ giữ gìn vệ sinh (32), tiếp nhận thông tin và trao đổi, thương thuyết với cán bộ y tế (14).

Với người Hmong, Thái, trước đây họ thường đẻ một mình nhưng hiện tại thì đều mong muốn có chồng đỡ đẻ và chồng cũng thường tham gia đỡ đẻ (13). Phụ nữ cũng cần phải thảo luận về nơi sinh với chồng (13). Vợ

chồng trao đổi với nhau về các vấn đề liên quan đến sinh đẻ, chồng đưa vợ đi khám thai cũng là yếu tố thúc đẩy phụ nữ sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe BMTE (33). Việc lựa chọn nơi sinh cũng ảnh hưởng bởi những thành viên lớn tuổi trong gia đình như bố mẹ chồng, bố mẹ đẻ (13). Mỗi quan hệ trong gia đình ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tâm thần của phụ nữ (16).

Những thành viên khác trong cộng đồng cũng ảnh hưởng đến quyết định sử dụng dịch vụ y tế. Phụ nữ đẻ tại nhà vì “nhiều người khác cũng đẻ tại nhà” (13), sử dụng dịch vụ cô đỡ thôn bản vì nghĩ rằng rất nhiều các bà mẹ trong thôn biết về cô đỡ thôn bản (12, 34).

Dịch vụ y tế

Khoảng cách đến cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cũng được đề cập đến (14). Người dân sống gần nhà của cô đỡ thôn bản cũng là yếu tố thuận lợi cho việc sử dụng dịch vụ cô đỡ thôn bản nhiều hơn (12).

Thông tin y tế cung cấp cả nói và viết thường không cụ thể, không điều chỉnh phù hợp với bối cảnh khiến người nhận dịch vụ cần tương tác và giải thích nhiều hơn. Tuy nhiên do khác biệt ngôn ngữ và giới, thời gian hạn chế nên người DTTS ngại đưa ra các câu hỏi, tự phiên giải các thông tin nhận được theo nhiều cách khác nhau và ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe (15).

Người dân thiếu niềm tin vào chất lượng dịch vụ y tế tại địa phương, có trải nghiệm không tốt với dịch vụ y tế tại địa phương trước đó (14). Thiếu niềm tin do thường xuyên phải chuyển tuyến (14), dịch vụ y tế không thống nhất (13), trạm y tế thường xuyên thiếu điện (13). Tin tưởng vào cô đỡ thôn bản, được cán bộ y tế giới thiệu về cô đỡ thôn bản là yếu tố thúc đẩy sử dụng dịch vụ cô đỡ thôn bản (12).

Dịch vụ y tế chưa phù hợp với văn hóa, ví dụ như chồng không được cho vào phòng đẻ là mối quan tâm, thậm chí gây căng thẳng cho phụ nữ khi sinh (13), không đáp ứng được nhu cầu đẻ ở tư thế ngồi, đẻ ở nơi có lửa và được giữ ấm, chôn rau tại nhà của người dân. Cán bộ y tế có đưa rau thai cho người nhà mang về chôn, tuy nhiên việc này không được thực hiện thường xuyên và hệ thống (13).

BÀN LUẬN

Sức khỏe bà mẹ trẻ em là chủ đề liên quan đến người DTTS được xuất bản quốc tế nhiều nhất trong số các xuất bản (27/52). Chủ đề nghiên cứu cũng khá đa dạng và phong phú, đã xuất hiện các chủ đề mới được quan tâm như trầm cảm sau sinh trong nhóm DTTS. Tuy nhiên vẫn còn một số chỉ số thuộc về sức khỏe bà mẹ, trẻ em chưa được đề cập đến như tuổi thọ trung bình của phụ nữ dân tộc, tỷ suất sinh, tỷ suất sinh thô, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai. Các chỉ số này còn chưa được đề cập đến một phần là do thiết kế nghiên cứu tổng quan hệ thống giới hạn chỉ tìm kiếm các bài báo xuất bản trên các tạp chí quốc tế bằng tiếng Anh mà không tổng quan các bài báo xuất bản trên các tạp chí tiếng Việt hay các báo cáo điều tra. Đây là hạn chế của báo cáo nghiên cứu.

Một số yếu tố ảnh hưởng như rào cản về ngôn ngữ, khoảng cách đến cơ sở y tế, dịch vụ y tế chưa phù hợp với phong tục tập quán, kinh tế, học vấn là các yếu tố tiếp tục được đề cập tới trong nghiên cứu này so với nghiên cứu tổng quan đã được thực hiện trước đó (6). Một số yếu tố ảnh hưởng đã được phân tích sâu hơn so với nghiên cứu tổng quan trước đó (6). Ví dụ như về giới và vai trò của người chồng trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ của người dân tộc, ví dụ như về niềm tin vào dịch vụ y tế. Tuy nhiên, theo khung lý thuyết về các yếu

tổ ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe được phát triển bởi Tổ chức Y tế thế giới (35), các nghiên cứu về bối cảnh kinh tế, chính trị xã hội, quản trị, chính sách, giá trị văn hóa xã hội của người dân tộc thiểu số hiện nay vẫn còn chưa được đề cập đến.

Mặc dù Pubmed và Cochrane là cơ sở dữ liệu lớn để tìm kiếm các bài báo. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu chưa có điều kiện để tiếp cận với các cơ sở dữ liệu khác như Embase, ProQuest, CINAHL. Do vậy số bài báo tìm kiếm được có thể ít hơn so với số lượng các bài báo đã xuất bản.

KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2012 – 2018, Việt Nam có nhiều nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe BMTE cho người DTTS so với các chủ đề nghiên cứu khác được xuất bản quốc tế. Thiết kế nghiên cứu cũng đa dạng, nhiều loại thiết kế nghiên cứu, trong đó có phân tích các bộ số liệu quốc gia nhiều vòng từ MICs, DHS. Thiết kế nghiên cứu có độ mạnh bằng chứng cao như thuần tập, can thiệp, thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Chủ đề nghiên cứu đa dạng, bắt đầu quan tâm đến chất lượng dịch vụ hơn chỉ là có sử dụng dịch vụ.

Khoảng cách lớn nhất trong sử dụng dịch vụ BMTE là các dịch vụ cần sử dụng nhiều lần như khám thai đủ 4 lần và dịch vụ cần can thiệp y tế nhiều như sinh đẻ tại cơ sở y tế. Các yếu tố ảnh hưởng đến công bằng sức khỏe được đề cập đến, trong đó có học vấn, kinh tế hộ gia đình, ảnh hưởng của chồng, cộng đồng, gia đình, niềm tin đối với dịch vụ y tế và dịch vụ y tế chưa phù hợp với văn hóa, phong tục tập quán của người dân tộc. Cần có nhiều hơn nữa các nghiên cứu về ảnh hưởng của bối cảnh kinh tế văn hóa xã hội, chính sách, quản trị đến công bằng sức khỏe cho người DTTS.

Lời cảm ơn: Bài báo này là một phần của Dự án nghiên cứu về Social Inclusive Cities, trong cơ sở hợp tác giữa trường Đại học Y tế công cộng và Trường Đại học Leeds.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO representative Office Vietnam. Child health fact sheet. 2016.
2. Bongaarts J. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: World Health Organization, 2015. Population and Development Review. 2016;42(4):726-.
3. Chuong NC, Van Minh H, Thi Thuy Duong D, Duc DM, Anh Dao LT, Duy Anh N. Progress on maternal health care in Vietnam: Findings from Vietnam Multiple Indicator Cluster Survey 2000, 2006, 2011, and 2014. Health care for women international. 2017:1-9.
4. Axelson H, Gerdtham UG, Ekman B, Dinh TP, Alfvén T. Inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health in Vietnam: a retrospective study of survey data for 1997-2006. BMC health services research. 2012;12:456.
5. Braveman P. What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. Public Health Reports. 2014;129(Suppl 2):5-8.
6. Malqvist M, Hoa DT, Thomsen S. Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. BMC public health. 2012;12:641.
7. Malqvist M, Hoa DT, Liem NT, Thorson A, Thomsen S. Ethnic minority health in Vietnam: a review exposing horizontal inequity. Global health action. 2013;6:1-19.
8. Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: The PRISMA Statement 2009.
9. Nguyen VH, Sanchaisuriya K, Wongprachum K, Nguyen MD, Phan TT, Vo VT, et al. Hemoglobin Constant Spring is markedly high in women of an ethnic minority group in Vietnam: a community-based survey and hematologic features. Blood cells, molecules & diseases. 2014;52(4):161-5.
10. Nguyen PH, Gonzalez-Casanova I, Nguyen H, Pham H, Truong TV, Nguyen S, et al. Multicausal etiology of anemia among women of reproductive age in Vietnam. European

- journal of clinical nutrition. 2014;69(1):107-13.
11. Nguyen TT, Nguyen PH, Hajeebhoy N, Nguyen HV, Frongillo EA. Infant and young child feeding practices differ by ethnicity of Vietnamese mothers. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):214.
 12. Doan DT, Bui HT, Le TM, Duong DM, Luu HT, Dinh TA, et al. Utilization of services provided by village based ethnic minority midwives in mountainous villages of Vietnam. *International journal of women's health*. 2016;8:571-80.
 13. White J, Oosterhoff P, Huong NT. Deconstructing 'barriers' to access: minority ethnic women and medicalised maternal health services in Vietnam. *Global public health*. 2012;7(8):869-81.
 14. Binder-Finnema P, Lien PT, Hoa DT, Malqvist M. Determinants of marginalization and inequitable maternal health care in North-Central Vietnam: a framework analysis. *Global health action*. 2015;8:27554.
 15. McKinn S, Duong TL, Foster K, McCaffery K. 'I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. *International journal for equity in health*. 2017;16(1):190.
 16. Abrams D, Nguyen LT, Murphy J, Lee YA, Tran NK, Wiljer D. Perceptions and experiences of perinatal mental disorders in rural, predominantly ethnic minority communities in northern Vietnam. *International journal of mental health systems*. 2016;10:10.
 17. Nguyen PH, Gonzalez-Casanova I, Nguyen H, Pham H, Truong TV, Nguyen S, et al. Multicausal etiology of anemia among women of reproductive age in Vietnam. *European journal of clinical nutrition*. 2015;69(1):107-13.
 18. Van Minh H, Oh J, Giang KB, Kien VD, Nam YS, Lee CO, et al. Multiple vulnerabilities and maternal healthcare in Vietnam: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2000, 2006, and 2011. *Global health action*. 2016;9:29386.
 19. Goland E, Hoa DT, Malqvist M. Inequity in maternal health care utilization in Vietnam. *International journal for equity in health*. 2012;11:24.
 20. Malqvist M, Lincetto O, Du NH, Burgess C, Hoa DT. Maternal health care utilization in Viet Nam: increasing ethnic inequity. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(4):254-61.
 21. Van Minh H, Giang KB, Hoat LN, Chung le H, Huong TT, Phuong NT, et al. Analysis of selected social determinants of health and their relationships with maternal health service coverage and child mortality in Vietnam. *Global health action*. 2016;9:28836.
 22. Ngo TT, Nguyen TD, Goyens P, Robert A. Misuse of antenatal care and its association with adverse outcomes of pregnancy in a Southern rural area of Vietnam. *Health care for women international*. 2018;39(4):472-92.
 23. Trinh HN, Korinek K. Ethnicity, education attainment, media exposure, and prenatal care in Vietnam. *Ethnicity & health*. 2017;22(1):83-104.
 24. Gonzalez-Casanova I, Nguyen PH, Young MF, Harding KB, Reinhart G, Nguyen H, et al. Predictors of adherence to micronutrient supplementation before and during pregnancy in Vietnam. *BMC public health*. 2017;17(1):452.
 25. Nguyen PH, Kim SS, Nguyen TT, Tran LM, Hajeebhoy N, Frongillo EA, et al. Supply- and Demand-Side Factors Influencing Utilization of Infant and Young Child Feeding Counselling Services in Viet Nam. *PloS one*. 2016;11(3):e0151358.
 26. Radin E, Ariana P, Broekel T, Tran TK. Analyzing demand-side efficiency in global health: an application to maternal care in Vietnam. *Health policy and planning*. 2016;31(9):1281-90.
 27. Malqvist M, Hoa DP, Persson LA, Ekholm Selling K. Effect of Facilitation of Local Stakeholder Groups on Equity in Neonatal Survival; Results from the NeoKIP Trial in Northern Vietnam. *PloS one*. 2015;10(12):e0145510.
 28. Lee HY, Van Do D, Choi S, Trinh OT, To KG. Trends and determinants of infant and under-five childhood mortality in Vietnam, 1986-2011. *Global health action*. 2016;9:29312.
 29. Lavin T, Preen DB, Newnham EA. Access to Obstetric Care and Children's Health, Growth and Cognitive Development in Vietnam: Evidence from Young Lives. *Maternal and child health journal*. 2017;21(6):1277-87.
 30. Minh An DT, Lee JK, Van Minh H, Trang NT, Thu Huong NT, Nam YS, et al. Timely immunization completion among children in Vietnam from 2000 to 2011: a multilevel analysis of individual and contextual factors. *Global health action*. 2016;9:29189.
 31. Kien VD, Van Minh H, Giang KB, Mai VQ, Tuan NT, Quam MB. Trends in childhood measles vaccination highlight socioeconomic inequalities in Vietnam. *International journal of public health*. 2017;62(Suppl 1):41-9.

32. Rheinlander T, Samuelsen H, Dalsgaard A, Konradsen F. Teaching minority children hygiene: investigating hygiene education in kindergartens and homes of ethnic minority children in northern Vietnam. *Ethnicity & health*. 2015;20(3):258-72.
33. Bui HTT, Le TM, Van Pham T, Doan DTT, Nguyen DA, Nguyen CC, et al. The Association Between Gender Inequalities and Women's Utilization of Maternal Health Services: A Cross-Sectional Survey in Eight South Central Coast Provinces, Vietnam. *Journal of public health management and practice : JPHMP*. 2018;24 Suppl 2 Supplement, Public Health in Vietnam:S19-S27.
34. Doan DTT, Mirzoev T, Nguyen CC, Bui HTT. Utilization of Services Provided by Village-Based Ethnic Minority Midwives in Vietnam: Lessons From Implementation Research. *Journal of public health management and practice : JPHMP*. 2018;24 Suppl 2 Supplement, Public Health in Vietnam:S9-S18.
35. Organization WH. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010.

Equity and determinants of maternal and child health by ethnicity in Vietnam: a systematic review

Doan Thi Thuy Duong¹, Bui Thi Thu Ha¹, Ghazala Mirr²

¹ Hanoi University of Public Health

²University of Leeds

Objective: This work is to review maternal and child health inequity and determinants of health among ethnic minority groups, one of the most vulnerable groups in Vietnam. **Methods:** The systematic review retrieved publications from Pubmed and Cochrane in the 2012 – 6/2018 periods. **Main findings:** A total of 27 original articles were included in the review. Ethnic minority people less used antenatal care, skilled birth attendance, immunization. Drivers of health inequity among ethnic minority in Vietnam included household economic, maternal education, roles of husband, family and community, trust in health services provision, and culturally-adapted health services. **Conclusions:** Maternal and child health remain inequity by ethnicity in Vietnam. Multi-layers of the drivers of maternal and child health inequity among ethnic minority groups were found. There is a need for developing further inclusive strategies for ethnic minority groups in Vietnam.

Keywords: equity, health, ethnic minority, maternal, children.