

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH TÂY NINH
SỞ Y TẾ TÂY NINH

TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN ÔN THI
Tuyển dụng viên chức ngành y tế năm 2017
Đối tượng: Dân số y tế

Tây Ninh, tháng 6 năm 2017



NỘI DUNG ÔN TẬP LÝ THUYẾT VÀ THỰC HÀNH

1. Những kiến thức cơ bản về dịch vụ dân số - Kế hoạch hóa gia đình
2. Quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số
3. Mức sinh và các yếu tố ảnh hưởng
4. Lập kế hoạch tuần, tháng, quý về công tác dân số - KHHGD ở cơ sở
5. Bảng kiểm giám sát năm đối tượng thực hiện KHHGD
6. Bảng kiểm kỹ năng giao tiếp cơ bản
7. Bảng kiểm tư vấn kế hoạch hóa gia đình

Chương 1

NHỮNG KIẾN THỨC CƠ BẢN

VỀ DỊCH VỤ DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

I. KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

1. Định nghĩa

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới: KHHGD bao gồm những hoạt động giúp các cá nhân hay các cặp vợ chồng để đạt được những mục tiêu:

- Tránh những trường hợp sinh không mong muốn;
- Đạt được những trường hợp sinh theo ý muốn;
- Điều hòa khoảng cách giữa các lần sinh;
- Chủ động thời điểm sinh con cho phù hợp với lứa tuổi.

Như vậy, KHHGD là sự lựa chọn có ý thức của các cặp vợ chồng nhằm điều chỉnh số con, thời điểm sinh con và khoảng cách giữa các lần sinh con. KHHGD không chỉ là các biện pháp tránh thai mà còn giúp đỡ các cặp vợ chồng để có thai và sinh con.

Việt Nam xác định: “KHHGD là sự nỗ lực của nhà nước, xã hội để mỗi cá nhân, cặp vợ chồng chủ động, tự nguyện quyết định số con, thời gian sinh con và khoảng cách giữa các lần sinh nhằm bảo vệ sức khỏe, nuôi dạy con có trách nhiệm, phù hợp với chuẩn mực xã hội và điều kiện sống của gia đình”¹.

“Quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc thực hiện cuộc vận động dân số và kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản:

- Quyết định thời gian và khoảng cách sinh con;
- Sinh một hoặc hai con, trừ trường hợp đặc biệt do Chính phủ quy định”².

Nghị định số 20/2010/NĐ-CP ngày 08/3/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số và có hiệu lực thi hành từ ngày 29/4/2010.

“Điều 2. Những trường hợp không vi phạm quy định sinh một hoặc hai con:

1) Cặp vợ chồng sinh con thứ ba, nếu cả hai hoặc một trong hai người thuộc dân tộc có số dân dưới 10.000 người hoặc thuộc dân tộc có nguy cơ suy giảm số dân (tỷ lệ sinh nhỏ hơn hoặc bằng tỷ lệ chết) theo công bố chính thức của Bộ Kế hoạch và Đầu tư (Bộ Kế hoạch và Đầu tư định kỳ 5 năm, công bố tên dân tộc có số dân dưới 10.000 người và tên dân tộc có nguy cơ suy giảm số dân);

2) Cặp vợ chồng sinh lần thứ nhất mà sinh ba con trở lên;

¹ Khoản 9 Điều 3 Pháp lệnh Dân số Việt Nam 2003

² Pháp lệnh Dân số sửa đổi năm 2008

- 3) Cặp vợ chồng đã có một con đẻ, sinh lần thứ hai mà sinh hai con trở lên;
- 4) Cặp vợ chồng sinh lần thứ ba trở lên, nếu tại thời điểm sinh chỉ có một con đẻ còn sống, kể cả con đẻ đã cho làm con nuôi;
- 5) Cặp vợ chồng sinh con thứ ba, nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền, đã được Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương xác nhận (Bộ Y tế ban hành danh mục dị tật, bệnh hiểm nghèo để xác định đối tượng theo quy định tại khoản 5 này);
- 6) Cặp vợ chồng mà một hoặc cả hai người đã có con riêng (con đẻ), chỉ sinh một con hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh. Quy định này không áp dụng cho trường hợp tái hôn giữa hai người đã từng có hai con chung trở lên và hiện còn đang sống;
- 7) Phụ nữ chưa kết hôn sinh một hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh”.

Nghị định số 18/2011/NĐ-CP ngày 17/3/2011 của Chính phủ ban hành sửa đổi Điều 2 Nghị định số 20/2010/NĐ-CP ngày 08/3/2010 quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số và có hiệu lực thi hành từ ngày 12/5/2011:

“6) Cặp vợ chồng đã có con riêng (con đẻ):

- a) Sinh một con hoặc hai con, nếu một trong hai người đã có con riêng (con đẻ);
- b) Sinh một hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh, nếu cả hai người đã có con riêng (con đẻ). Quy định này không áp dụng cho trường hợp hai người đã từng có hai con chung trở lên và các con hiện đang còn sống”.

2. Lợi ích của KHHGD

Thực hiện KHHGD nhằm mục đích xây dựng gia đình ít con, khỏe mạnh, tạo điều kiện để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc và xây dựng đất nước phồn vinh. Việc quyết định thời gian sinh con, số con và khoảng cách giữa các lần sinh trước hết phải bảo đảm sinh ra những đứa con khỏe mạnh, nuôi dạy con được chu đáo; bảo vệ sự sống, sức khỏe của người mẹ; bảo đảm cho các cặp vợ chồng có đủ thời gian, sức khỏe và điều kiện phát triển toàn diện bản thân, đóng góp cho xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống của gia đình và toàn xã hội; cùng toàn dân thực hiện mục tiêu phát triển con người của đất nước.

Thực hiện KHHGD sẽ đem lại lợi ích cho các bà mẹ, lợi ích cho những đứa trẻ được sinh ra, lợi ích đối với các cặp vợ chồng, đối với sự phát triển kinh tế của gia đình và lợi ích đối với quốc gia.

- Lợi ích đối với bà mẹ: Tránh được những ốm đau do phải thường xuyên mang thai, sinh đẻ. Khoảng cách giữa hai lần sinh từ 3 đến 5 năm giúp người mẹ

phục hồi, cải thiện sức khỏe sau khi sinh cả về thể chất và tinh thần. Người mẹ có cơ hội được học tập, nâng cao nhận thức, trình độ chuyên môn và kỹ năng sống; có cơ hội tìm kiếm công việc làm và có thu nhập cao hơn ...

- Lợi ích đối với trẻ em: Tránh được những ốm đau về thể chất, về tinh thần do thiếu sự chăm sóc của cha, mẹ vì có đông con. Trẻ em có cơ hội được nuôi dưỡng, đào tạo giáo dục toàn diện và đầy đủ hơn để phát triển mọi mặt.

- Lợi ích đối với cặp vợ chồng: Có điều kiện để chăm sóc cho nhau nhiều hơn, có nhiều thời gian để chia sẻ hạnh phúc vợ chồng; tránh được sinh con quá muộn có nguy cơ vừa ảnh hưởng sức khỏe của mẹ vừa ảnh hưởng tới sự phát triển trí tuệ của bé; giúp các cặp vợ chồng được điều trị vô sinh để có con.

- Lợi ích đối với phát triển kinh tế gia đình: Giúp cho gia đình có điều kiện phát triển kinh tế, xóa đói giảm nghèo, có điều kiện mua sắm các trang thiết bị, tiện nghi cần thiết trong gia đình, có điều kiện tích lũy tiền của cho những kế hoạch tài chính trước mắt và lâu dài của gia đình.

- Lợi ích đối với quốc gia: Tránh được tình trạng đất chật người đông; giảm bớt gánh nặng cho xã hội về nhu cầu giáo dục, chăm sóc y tế, nhà ở, cung cấp điện, nước sinh hoạt, xây dựng hệ thống giao thông và hạn chế ô nhiễm môi trường v.v.

3. Các biện pháp tránh thai³

3.1. Đặt dụng cụ tử cung (DCTC)

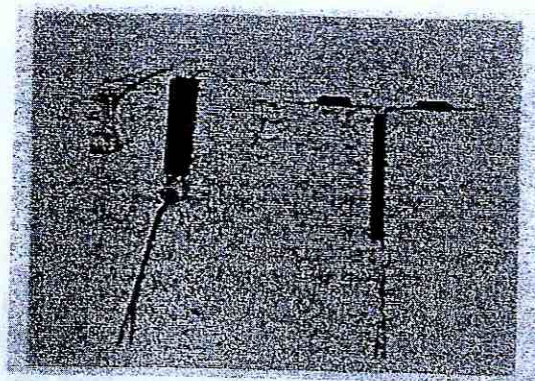
- Giới thiệu: Dụng cụ tử cung là dụng cụ tránh thai đặt trong buồng tử cung, có tên thường gọi là "vòng tránh thai". Đặt DCTC là một biện pháp tránh thai tạm thời, có hiệu quả cao (trên 95%), sử dụng một lần nhưng có tác dụng tránh thai nhiều năm.

DCTC hiện có 2 loại:

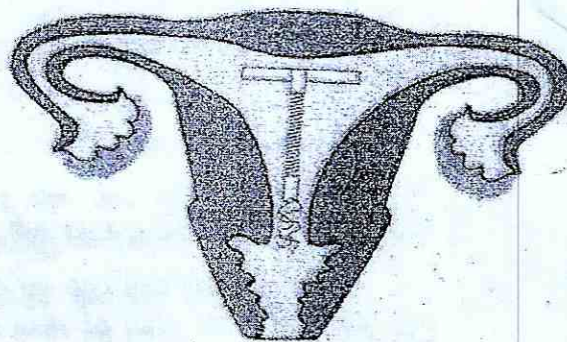
+ DCTC chứa đồng (TCu-380A và MultiloadCu-375SL) được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng. DCTC TCu-380A có tác dụng tránh thai trong 10 năm.

+ DCTC giải phóng levonorgestrel có một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày. DCTC giải phóng levonorgestrel có tác dụng tối đa 5 năm.

³ Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Bộ Y tế-2009.



DCTC Multiload 375SL và TCu380A



TCu380A đặt trong tử cung

Hình 1. Dụng cụ tử cung và DCTC đặt trong tử cung

- *Cơ chế tác dụng:* Cơ chế tác dụng tránh thai của DCTC có nhiều cách giải thích nhưng về tổng quát, cơ chế đó là:

- + Ngăn không cho noãn thụ tinh với tinh trùng.
- + Hoặc làm cho noãn đã thụ tinh không làm tổ được trong buồng tử cung.

- *Chỉ định:*

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một BPTT tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định hoặc phụ nữ muốn tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC chứa đồng).

- *Chống chỉ định:*

+ Chống chỉ định tuyệt đối (Nguy cơ đối với sức khỏe quá cao, không sử dụng được): Phụ nữ đang có thai, nhiễm khuẩn hậu sản, ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn, ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân; Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung; U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung; Đang viêm tiểu khung; Đang viêm mù cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu; Lao vùng chậu; Đang bị ung thư vú.

+ Chống chỉ định tương đối (Nguy cơ tiềm ẩn cao hơn so với lợi ích thu nhận được, nhưng có thể áp dụng nếu không có hoặc không sử dụng được BPTT khác): Trong vòng 48 giờ sau sinh (đối với DCTC giải phóng levonorgestrel); sau sinh (kể cả sinh mổ): 48 giờ đến 4 tuần đầu; bệnh nguyên bào nuôi lành tính; đã từng ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc bị ung thư buồng trứng. Có nguy cơ cao nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục; bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định; đang bị thuyên tắc mạch (với DCTC giải phóng levonorgestrel); đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim, chứng đau nửa đầu nặng (với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel).

Dùng bảng kiểm tra sức khỏe sau đây để xác định: Nếu đối tượng trả lời là "Không" với tất cả các câu hỏi thì tại thời điểm đó đối tượng có thể đặt được DCTC, nếu một câu trả lời "Có" thì hướng dẫn đối tượng đến cơ sở y tế để xác định.

Bảng 1. Bảng kiểm tra sức khỏe đặt DCTC

TT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Đang muốn có con đầu lòng		
2	Nghi đang có thai		
3	Khí hư hôi hoặc đau ngứa ở bộ phận sinh dục		
4	Chữa bệnh ở một cơ sở phụ khoa		
5	Rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh nhiều		
6	Chửa ngoài dạ con		
7	Mắc bệnh tim mạch		
8	Nghi ngờ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục		

- Cách sử dụng DCTC:

Đối với khách hàng chưa sử dụng biện pháp tránh thai nào:

+ Đặt DCTC bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày kể từ ngày đầu của kỳ kinh đối với DCTC chứa đồng. Đặt DCTC trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên đối với DCTC giải phóng levonorgestrel.

+ Đặt DCTC bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ nào khác đối với DCTC chứa đồng. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp đối với DCTC giải phóng levonorgestrel.

+ Sau đẻ (kể cả sau mổ lấy thai) và cho con bú:

- Sau đẻ 4 tuần trở đi, chưa có kinh: đặt DCTC bất kỳ lúc nào, nếu biết chắc là không có thai.
- Sau đẻ 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: đặt DCTC như trường hợp hành kinh bình thường.

+ Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): đặt DCTC ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

Đối với khách hàng đang sử dụng một biện pháp tránh thai khác, trước khi ngừng sử dụng BPTT đó:

+ Đặt DCTC ngay lập tức, nếu chắc chắn không có thai.

+ Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel: Đặt DCTC trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên và không cần sử dụng BPTT hỗ trợ. Nếu đặt DCTC quá 7 ngày kể từ ngày hành kinh đầu tiên: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

- Nếu chuyển đổi từ biện pháp tiêm tránh thai: Đặt DCTC tại thời điểm hẹn tiêm mũi tiếp theo, không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

- Đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp: Sau khi giao hợp không được bảo vệ, có thể đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp.

+ Đối với DCTC chứa đồng: Đặt DCTC trong vòng 5 ngày sau cuộc giao hợp không được bảo vệ. Nếu ước tính được ngày phóng noãn (ngày rụng trứng) có thể đặt muộn hơn 5 ngày sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 5 ngày kể từ ngày phóng noãn. DCTC chứa đồng không được sử dụng tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiệp dâm và nguy cơ nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao.

+ Nếu biết chắc ngày rụng trứng, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau rụng trứng, tức có thể muộn hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

+ Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel không được khuyến cáo sử dụng cho tránh thai khẩn cấp.

- *Đối tượng sau khi đặt DCTC cần phải:*

+ Nằm nghỉ ngơi tại chỗ ít nhất 1 giờ, làm việc nhẹ và kiêng giao hợp 1 tuần.

+ Dùng thuốc được cấp theo lời dặn của cán bộ Y tế.

+ Nếu thấy một trong các dấu hiệu sau: Chậm kinh, đau bụng dưới khi giao hợp, sốt và ra khí hư, hôi, tự kiểm tra không thấy dây vòng thì phải đến ngay cơ sở y tế để khám và kiểm tra.

- *Ưu điểm của biện pháp đặt DCTC:* Hiệu quả tránh thai cao, tác dụng lâu dài, dễ dùng, kín đáo, không phụ thuộc lúc giao hợp, không cần tái cung cấp; dễ phục hồi sinh đẻ sau khi tháo DCTC; có thể sử dụng để tránh thai khẩn cấp nếu đặt DCTC ngay sau khi giao hợp không được bảo vệ.

- *Nhược điểm của biện pháp đặt DCTC:* Không đặt được DCTC cho phụ nữ đang bị viêm âm đạo hoặc viêm nhiễm tiểu khung, phụ nữ chưa có thai; phụ nữ có tiền sử chữa ngoài tử cung; sau khi đặt DCTC có thể gặp ra máu âm đạo hoặc đau bụng (đối với DCTC chứa đồng); có thể có vô kinh sau đặt, ra máu giữa kỳ, ra máu thâm giọt hoặc đau nhẹ vùng chậu trong những tuần đầu (đối với DCTC giải phóng levonorgestrel). Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng DCTC nhưng BPTT này không giúp ngăn ngừa nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS.

QUY MÔ CƠ CẤU PHÂN BỐ VÀ CHẤT LƯỢNG DÂN SỐ

I. QUY MÔ DÂN SỐ

Khái niệm

Quy mô dân số của một vùng lãnh thổ (một địa phương, một nước, hay một châu lục...) là tổng số dân sinh sống trên vùng lãnh thổ đó.

Quy mô dân số có thể chia ra quy mô dân số thời điểm (đầu kỳ, cuối kỳ, một thời điểm nào đó) và quy mô dân số trung bình của một thời kỳ.

Quy mô dân số thời điểm là quy mô dân số được thống kê vào một thời điểm nhất định. Theo Tổng điều tra dân số và nhà ở vào thời điểm 0 giờ ngày 1/4/2009, quy mô dân số Việt Nam là 85.789.583 người.

Có nhiều chỉ tiêu tính toán quy mô dân số thời điểm. Cụ thể như sau:

+ *Dân số hiện có*: Là số người thực tế có mặt ở một địa phương tại thời điểm điều tra dân số, không kể người đó có sinh sống thường xuyên ở địa phương hay không.

+ *Dân số thường trú*: Là số người thường xuyên sinh sống tại một địa phương. Theo quy định hiện hành của Tổng cục Thống kê, nếu thời gian thường xuyên sinh sống tại một địa phương từ 6 tháng trở lên thì được coi là dân số thường trú tại địa phương đó.

Cần phân biệt giữa dân số thường trú theo định nghĩa này với dân số thường trú về mặt pháp lý (dân số có đăng ký hộ khẩu thường trú tại địa phương). Trong nhiều trường hợp, dân số thường trú và dân số có đăng ký hộ khẩu thường trú không trùng nhau. Điều này là do quá trình di cư tạo nên. Hiện nay ở nước ta có hiện tượng người dân di cư ra thành phố sinh sống nhiều năm nhưng họ vẫn đăng ký hộ khẩu thường trú tại nơi gốc (ở quê).

+ *Dân số tạm trú*: Là những người không thường xuyên sinh sống tại một địa phương, nhưng lại có mặt vào thời điểm điều tra tại địa phương đó.

+ *Dân số tạm vắng*: Là những người thường xuyên sinh sống tại một địa phương, nhưng tại thời điểm điều tra lại vắng mặt tại địa phương đó.

Quy mô dân số trung bình là số trung bình cộng của các dân số thời điểm.

Có nhiều phương pháp tính quy mô dân số trung bình, việc áp dụng phương pháp tính nào phụ thuộc vào nguồn số liệu, mô hình gia tăng dân số và độ chính xác mong muốn. Có thể áp dụng theo công thức đơn giản sau:

$$\bar{P} = \frac{P_1 + P_0}{2}$$

Trong đó: P_0 : số dân tại thời điểm đầu kỳ (đầu năm)

P_1 : số dân tại thời điểm cuối kỳ (cuối năm)

Ví dụ: Dân số của xã A tại thời điểm 01/01/2009 là 2,912 nghìn người và tại thời điểm 31/12/2009 là 2,970 nghìn người. Vậy dân số trung bình của xã A năm 2009 được tính bằng:

$$P_{2009} = (2,912 + 2,970) / 2 = 2,941 \text{ (nghìn người)}$$

II. CƠ CẤU DÂN SỐ

1. Khái niệm cơ cấu dân số

Cơ cấu dân số là sự phân chia tổng số dân của một vùng thành các nhóm theo một hay nhiều tiêu thức (mỗi một tiêu thức là một đặc trưng nhân khẩu học nào đó).

Có rất nhiều loại cơ cấu dân số như: Cơ cấu dân số theo tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn, nghề nghiệp, mức sống, thành thị nông thôn... Việc nghiên cứu cơ cấu dân số cho phép chúng ta nghiên cứu một cách tỷ mỉ và kỹ lưỡng hơn dân số của một địa phương. Trong các loại cơ cấu dân số thì hai cơ cấu quan trọng nhất là cơ cấu tuổi và cơ cấu giới tính. Bởi vì cơ cấu theo tuổi và giới tính là các đặc tính quan trọng của bất kỳ nhóm dân số nào, nó ảnh hưởng đến mức sinh, mức chết, di dân trong nước và quốc tế, tình trạng hôn nhân, lực lượng lao động, thu nhập quốc dân thuần túy, kế hoạch phát triển giáo dục và an sinh xã hội.

Cơ cấu dân số theo tuổi được thể hiện thông qua sự phân chia dân số theo từng độ tuổi, nhóm 5 độ tuổi hoặc 10 độ tuổi hoặc các nhóm tuổi trẻ em (0-14 tuổi), nhóm tuổi lao động (15-59 tuổi), nhóm tuổi già (trên 60 tuổi). Cơ cấu giới tính là sự phân chia dân số thành hai nhóm nam và nữ.

2. Cơ cấu tuổi của dân số

Tuổi là khoảng thời gian được tính từ lúc một người được sinh ra đến thời điểm thống kê. Có thể phân thành 3 loại tuổi:

Tuổi đúng là độ tuổi được tính chính xác theo ngày, tháng, năm sinh, ví dụ 3 tuổi 2 tháng và 26 ngày.

Tuổi tròn là độ tuổi tính theo số lần sinh nhật đã qua, cứ mỗi lần sinh nhật qua đi thì người đó lại được tính thêm một tuổi.

Tuổi lịch là độ tuổi được tính bằng cách lấy năm thống kê trừ năm sinh. Trong dân số học, thông thường người ta tính theo tuổi tròn.

2.1. Tỷ trọng dân số ba nhóm tuổi cơ bản

Tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi trong tổng số dân (t_1)

Tỷ trọng dân số từ 15-64 tuổi trong tổng số dân (t_2)

Tỷ trọng người già trên 65 tuổi trong tổng số dân (t_3)

Tỷ trọng dân số ở các nhóm tuổi được tính toán theo công thức sau:

$$t_i = \frac{P_i}{P} * 100$$

Trong đó: P_i : Số dân thuộc nhóm tuổi i

P : Tổng số dân

t_i : Tỷ trọng dân số thuộc nhóm tuổi i trong tổng số dân

Ví dụ: Số liệu Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 1/4/2009, Dân số của Tỉnh Nghệ An là 2.912 nghìn người, trong đó dân số nhóm từ 0-14 tuổi là 749 nghìn người, dân số nhóm từ 15-64 là 1.951 nghìn người, dân số nhóm trên 65 là 212 nghìn người. Vậy tỷ trọng dân số nhóm tuổi 0-14 của dân số Nghệ An là:

$$t_1 = \frac{P_{0-14}}{P} * 100 = \frac{749}{2912} * 100 = 25,7\%$$

Tương tự, ta tính được tỷ trọng (t_1) của nhóm 15-64 tuổi là 67,0% và tỷ trọng nhóm tuổi trên 65 là 7,3%.

2.2. Tỷ số phụ thuộc của dân số

Tỷ số phụ thuộc của dân số biểu hiện quan hệ so sánh giữa dân số dưới 15 và trên 65 tuổi với tổng số người trong khoảng 15-64. Công thức để tính tỷ số phụ thuộc của dân số như sau:

$$DR = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} * 100$$

Trong đó: DR : Tỷ số phụ thuộc chung

P_{0-14} : Dân số trẻ em từ 0-14 tuổi

P_{65+} : Dân số trên 65 tuổi

P_{15-64} : Dân số từ 15-64 tuổi

Tỷ số phụ thuộc chung của dân số cho biết cứ 100 người trong độ tuổi từ 15 – 64 (dân số lao động) có bao nhiêu người dưới 15 tuổi và trên 65 tuổi (dân số phụ thuộc)

Tỷ số phụ thuộc chung của dân số có thể chia ra thành tỷ số phụ thuộc trẻ và tỷ số phụ thuộc già:

- *Tỷ số phụ thuộc trẻ*

$$DR_C = \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} * 100$$

Trong đó: DR_C : Tỷ số phụ thuộc trẻ

P_{0-14} : Dân số trẻ em từ 0-14 tuổi

P_{15-64} : Dân số từ 15-64 tuổi

Tỷ số phụ thuộc trẻ cho biết cứ 100 người trong độ tuổi từ 15-64 (dân số lao động) có bao nhiêu người dưới 15 tuổi

$$DR_A = \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} * 100$$

Trong đó: DR_A : Tỷ số phụ thuộc già

P_{65+} : Dân số trên 65 tuổi

P_{15-64} : Dân số từ 15-64 tuổi

Tỷ số phụ thuộc già cho biết cứ 100 người trong độ tuổi từ 15-64 (dân số lao động) có bao nhiêu người từ 65 tuổi trở lên.

Ví dụ, với số liệu của dân số Nghệ An nêu trên ta tính được tỷ số phụ thuộc của dân số Nghệ An như sau:

$$DR = \frac{749 + 212}{1951} * 100 = 49,3$$

Với cách tính tương tự, ta tính được tỷ số phụ thuộc trẻ của dân số Nghệ An là 38,4 và tỷ số phụ thuộc già của dân số Nghệ An là 10,9.

Ở Việt Nam, cơ cấu dân số trẻ nên tỷ số phụ thuộc trẻ em lớn hơn tỷ số phụ thuộc người già. Tuy nhiên, tỷ số phụ thuộc trẻ em đang giảm dần vì mức sinh của Việt Nam đã giảm thấp trong những năm gần đây (bảng 2.4).

Bảng 2.6: Cơ cấu tuổi của dân số Việt Nam từ 1979 đến 2009

Đơn vị: %

Nhóm tuổi	1979	1989	1999	2009
0-14	42,5	39,2	33,1	24,5
15-64	53,1	56,1	61,1	69,1
65+	4,4	4,7	5,8	6,4
Tổng số	100	100	100	100

Nguồn: Điều tra biến động Dân số và KHHGD ngày 1.4.2010. Tổng cục Thống kê. Tháng 2.2011. Hà Nội, Việt Nam: trang 20.

Năm 1979, dân số nước ta thuộc loại rất trẻ. Theo số liệu Tổng điều tra dân số 1/10/1979, nhóm 0-14 tuổi chiếm tới 42,5% tổng dân số. Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở ngày 1/4/2009, tỷ trọng nhóm dân số này giảm đi còn 24,5% và tỷ trọng

nhóm dân số trên 65 tuổi đã tăng lên 6,4%. Như vậy, dân số Việt Nam đã bước vào ngưỡng của dân số già.

Theo Luật Người cao tuổi của Việt Nam năm 2009, người cao tuổi được định nghĩa là những người từ 60 tuổi trở lên. Hiện nay dân số Việt Nam đang già đi với tỷ lệ người trên 60 tuổi chiếm gần 10% tổng dân số. Theo dự báo, đến năm 2035, tỷ trọng người trên 60 tuổi trong dân số Việt Nam sẽ lên đến 20%. Lúc này dân số Việt Nam trở thành dân số già.

2.3. *Dư lợi dân số hay còn gọi là cơ cấu dân số vàng*¹

Dư lợi dân số là thuật ngữ dùng để phản ánh một dân số có tỷ lệ người trong độ tuổi 15-64 đạt tối đa và tỷ lệ người phụ thuộc đạt ở mức thấp nhất (người từ 0-14 và trên 65 tuổi). Tỷ số phụ thuộc của dân số đạt giá trị tối thiểu, qua ngưỡng đó thì tỷ số phụ thuộc lại tăng lên. Trong giai đoạn dư lợi dân số, quốc gia đó có cơ hội “vàng” về dân số. Điều này có nghĩa là tại giai đoạn dư lợi dân số, số người trong độ tuổi lao động (có thể tham gia lao động) là cao nhất. Nếu quốc gia đó có kế hoạch sử dụng hiệu quả nguồn lao động sẽ tận dụng được cơ hội để phát triển. Nếu quốc gia đó không tận dụng được cơ hội này, khi tỷ số phụ thuộc tăng trở lại, dân số sẽ già đi và gánh nặng về an sinh xã hội tăng thêm. Hiện nay, các nhà khoa học thường dùng thuật ngữ “cơ cấu dân số vàng” thay cho thuật ngữ “dư lợi dân số”.

Trong cơ cấu dân số vàng, mỗi người lao động “gánh ít” số người ăn theo, tạo điều kiện tốt cho kinh tế gia đình và nền kinh tế quốc dân phát triển.

Các nhà khoa học cho rằng một dân số đạt được cơ cấu dân số vàng nếu tỷ số phụ thuộc chung của dân số ở mức xấp xỉ 50. Điều này có nghĩa là cứ 100 người trong độ tuổi 15-64 chỉ có tổng số khoảng 50 người, gồm những người dưới 15 tuổi hoặc trên 65 tuổi. Hay nói một cách khác, cứ 2 người trong độ tuổi 15-64 thì có 1 người dưới 15 tuổi hoặc trên 65 tuổi. Nếu tỷ số phụ thuộc chung của dân số tăng trở lại thì dân số đó đã hết cơ cấu dân số vàng. Theo các nhà khoa học, giai đoạn cơ cấu dân số vàng có thể kéo dài từ 30 năm đến 40 năm. Hiện nay, Việt Nam đã bước vào giai đoạn cơ cấu dân số vàng (dự báo từ 2005 đến 2042) (Nguyễn Đình Cừ, 2010).

Cửa sổ dân số là thuật ngữ chỉ giai đoạn mà một dân số nào đó sắp bước vào giai đoạn có cơ cấu dân số vàng.

Những năm có cơ cấu dân số vàng là thời cơ quý báu để quốc gia và gia đình có cơ hội phát triển. Tuy nhiên, nếu không có những chính sách phù hợp thì không thể phát huy được lợi thế của dư lợi dân số cho mục tiêu phát triển thậm chí còn phải đối mặt với vấn đề việc làm cho số người lao động tăng thêm. Trong giai đoạn cơ cấu dân số vàng bên cạnh việc cần có chính sách đào tạo, phát triển và sử dụng

¹ PGS.TS. Nguyễn Đình Cừ (2007), “*Những xu hướng biến đổi dân số ở Việt Nam*”. Nhà xuất bản Nông nghiệp, Hà Nội.

nguồn nhân lực thì cần tuyên truyền để gia đình, cộng đồng, xã hội quan tâm đến người già về các vấn đề: việc làm, đời sống, sức khỏe... Bên cạnh đó, cần nhân rộng mô hình tốt về chăm sóc, tạo việc làm và tạo cuộc sống vui tươi lành mạnh cho người già.

2.4. Già hóa dân số và đặc trưng của già hóa dân số

Già hóa dân số là quá trình tăng tỷ trọng người già trên 65 tuổi (trên 60 tuổi đối với Việt Nam) trong tổng số dân.

Đặc trưng của già hóa dân số trên thế giới thể hiện rõ nhất là người cao tuổi trên thế giới ngày càng tăng cả về số tuyệt đối và tỷ trọng trong tổng số dân

Số liệu bảng 2.7 cho thấy đến giữa thế kỷ 21 cả thế giới có tới 21% người già. Trong đó, tỷ trọng người già ở các nước đang phát triển là 19% và tại các nước phát triển cứ ba người dân thì có một người già (tỷ trọng người già chiếm 33,5%).

Bảng 2.7: Số lượng người già và tỷ trọng dân số già trong tổng số dân trên thế giới

Năm	Thế giới		Các nước phát triển		Các nước đang phát triển	
	Số NCT (triệu)	Tỷ lệ (%)	Số NCT (triệu)	Tỷ lệ (%)	Số NCT (triệu)	Tỷ lệ (%)
1950	205	8,2	95	11,7	110	6,4
Dự báo 2020	606	10,0	232	19,4	374	7,73
Dự báo 2050	1.964	21,1	395	33,5	1.569	19,3

Nguồn: PGS.TS. Nguyễn Đình Cử, *Những xu hướng biến đổi dân số ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Nông nghiệp. Hà Nội-2007

Theo số liệu Tổng điều tra Dân số và Nhà ở ngày 1/4/2009, trong tổng số 63 tỉnh/thành phố của Việt Nam, 20 tỉnh/thành phố có người từ 60 tuổi trở lên chiếm trên 10%, trong đó cao nhất là tỉnh Thái Bình (14,1%), tiếp đến là Hà Tĩnh (13,3%). Có 6 tỉnh/thành phố có tỷ trọng người từ 60 tuổi trở lên trên 9% tổng số dân. Số lượng các tỉnh/thành phố có tỷ lệ người già dưới 6% là 7 tỉnh, trong đó tỷ trọng này thấp nhất là ở tỉnh Đắk Nông (4,0%) và Lai Châu (4,8%) (bảng 2.8).

2.5. Tỷ số già hoá dân số (Tỷ số ông-bà/cháu)

Khi so sánh tỷ trọng dân số nhóm tuổi từ 65 trở lên với tỷ trọng dân số nhóm tuổi từ 0-14 tuổi, ta thấy rất rõ xu hướng già hoá dân số. Chỉ báo này được gọi là tỷ số già hoá dân số. Nó được tính theo công thức sau:

$$AR = \frac{P_{65+}}{P_{0-14}} * 100$$

Trong đó: AR: Tỷ số già hoá dân số

P_{65+} : Dân số 65 tuổi trở lên

P_{0-14} : Dân số từ 0-14 tuổi

Tỷ số này cho biết cứ 100 trẻ em từ 0-14 tuổi có bao nhiêu người trên 65 tuổi.

Bảng 2.9: Biến động tỷ số già hoá dân số ở Việt Nam 1979 - 2010

Năm	1979	1989	1999	2009	2010
Tỷ số già hoá	16,0	18,2	24,3	35,5	37,9

Nguồn: Điều tra biến động Dân số và KHHGD ngày 1.4.2010. Tổng cục Thống kê. Tháng 2.2011. Hà Nội, Việt Nam: trang 20.

Nhìn vào số liệu trên, ta thấy tốc độ già hoá của dân số Việt Nam rất lớn. Đây là vấn đề cần chú ý trong hoạch định các chính sách dân số, chính sách kinh tế-xã hội thời gian tới.

3. Cơ cấu dân số theo giới tính

Cơ cấu dân số theo giới tính là sự phân chia tổng số dân của một vùng thành hai nhóm nam và nữ. Để đo lường cơ cấu dân số theo giới tính, người ta dùng các thước đo sau:

3.1. Tỷ số giới tính

Tỷ số giới tính biểu thị quan hệ so sánh giữa bộ phận dân số nam với bộ phận dân số nữ. Công thức tính như sau:

$$SR = \frac{P_m}{P_f} * 100$$

Trong đó: SR: Tỷ số giới tính

P_m : Dân số nam của địa phương

P_f : Dân số nữ của địa phương

Tỷ số giới tính cho biết cứ 100 nữ trong dân số tương ứng có bao nhiêu nam.

Công thức này có thể áp dụng để tính tỷ số giới tính chung cho toàn bộ dân số cũng như tính tỷ số giới tính riêng cho từng nhóm tuổi. Tỷ số giới tính do ba yếu tố sau quyết định: Tỷ số giới tính khi sinh, sự khác biệt về mức chết theo giới tính, sự khác biệt về di cư theo giới tính.

Ví dụ, theo số liệu Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2009, nước ta có 85.789.573 người trong đó có 42.483.378 nam và 43.306.195 nữ. Như vậy, cứ 100 nữ ở nước ta có 98,1 nam.

Đối với nhóm trẻ em mới sinh, ta cũng có thể áp dụng công thức này để tính tỷ số giới tính khi sinh.

$$SR_o = \frac{B_m}{B_f} * 100$$

Trong đó: SR_o : Tỷ số giới tính khi sinh

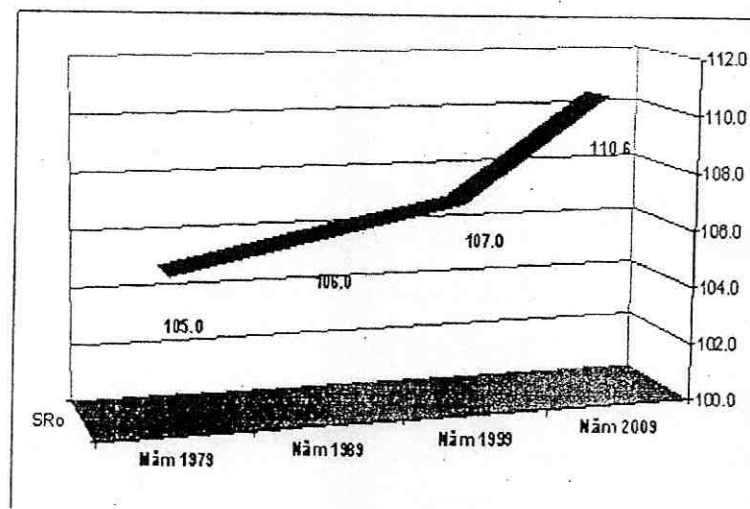
B_m : Số bé trai sinh sống ở địa phương trong năm

B_f : Số bé gái sinh sống ở địa phương trong năm

Công thức trên cho ta thấy cứ 100 bé gái được sinh ra sẽ có bao nhiêu bé trai được sinh ra. Thông thường cứ 100 bé gái được sinh ra sẽ có tương ứng khoảng 105-107 bé trai. Nếu con số này vượt quá 107 (tính trên ít nhất 10.000 ca sinh sống) thì được coi là tỷ số giới tính khi sinh cao (mất cân bằng cơ cấu giới tính).

Tuy nhiên, cần lưu ý khi tính tỷ số giới tính khi sinh, để đảm bảo độ tin cậy và tính chính xác của kết quả thu được, số lượng thống kê ít nhất cần đạt 10.000 ca sinh. Vì vậy, không nên tính toán chỉ báo này ở cấp huyện và xã (vì số ca sinh thường ít hơn 10.000 ca trong một năm).

Theo số liệu của các Tổng điều tra Dân số và Nhà ở các năm 1979, 1989, 1999, 2009, tỷ số giới tính của trẻ em khi sinh như sau:



Hình 2.1 : Tỷ số giới tính khi sinh của trẻ em Việt Nam qua các TĐT 1979 - 2009

Nguồn: Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở 2009 : Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam – Các bằng chứng mới về thực trạng, xu hướng và sự khác biệt. Tổng cục Thống kê. Tháng 5.2011. Hà Nội, Việt Nam : trang 17.

Chương 3

MỨC SINH VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

I. KHÁI NIỆM VÀ CÁC THUỐC ĐO MỨC SINH

1. Khái niệm sinh đẻ và mức sinh

1.1. Sinh đẻ

Sinh đẻ (birth), hoặc đơn giản hơn là sinh, chỉ việc một người phụ nữ sinh ra một đứa trẻ sống. Trong nhiều văn bản, việc sinh ra một đứa trẻ sống được gọi đơn giản là sinh sống, hay đứa trẻ được sinh ra sống.

Ta lưu ý điều kiện “sống” trong định nghĩa này. Một đứa trẻ được gọi là sinh ra sống nếu ngay sau khi ra khỏi bụng mẹ, nó có biểu hiện của cuộc sống như thở, có nhịp tim, cử động, hay cất tiếng khóc. Điều này nghe có vẻ đương nhiên, song trên thực tế việc nhấn mạnh điều kiện “sống” trong khái niệm sinh đẻ là rất quan trọng. Trường hợp thai nhi đã chết trước khi được sinh ra (thai đã chết lưu) không được coi là *sinh sống* và không được thống kê cùng những đứa trẻ sinh ra sống. Nếu đứa trẻ được sinh ra có biểu hiện của cuộc sống nhưng chết ngay sau đó ít lâu, sau một vài ngày, hoặc sau một vài giờ, hoặc thậm chí sau một vài phút. Những đứa trẻ như vậy được coi là *sinh ra sống* và cần phải thống kê như những trường hợp *sinh sống*. Tuy nhiên, trên thực tế những trường hợp như vậy, gia đình, và có thể cả một số nhân viên y tế không coi là các trường hợp sinh sống và họ không thống kê những ca sinh đẻ như vậy. Điều này khiến cho thống kê số trẻ sinh ra sống không chính xác. Việc lưu ý đến điều kiện “sống” trong định nghĩa về sinh đẻ, vì vậy rất quan trọng đối với việc theo dõi mức sinh hay mức tử vong ở trẻ sơ sinh.

1.2. Mức sinh

Mức sinh (fertility) chỉ số trẻ do phụ nữ sinh ra sống (đôi khi còn được gọi là số sinh). Mức sinh của một phụ nữ là số trẻ mà phụ nữ đó sinh ra sống.

Trong các tài liệu về dân số ở Việt Nam, mức sinh còn được dùng để chỉ tổng số trẻ em sinh ra sống trong một năm tại một cộng đồng nhất định hay trên phạm vi cả nước. Lưu ý là *mức sinh* hiểu theo nghĩa này là kết quả tổng hợp của các quyết định và hành vi sinh đẻ của hàng triệu cặp vợ chồng.

Khả năng sinh sản là khả năng sinh lý, khả năng có thể có con của người phụ nữ. Khả năng sinh sản đối lập với khả năng vô sinh. Lưu ý rằng có những phụ nữ có khả năng sinh sản nhưng không sinh con.

2. Tỷ suất sinh thô (CBR)

Đây là thước đo được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức sinh. Nó biểu thị số trẻ em sinh ra trong một năm so với 1000 người dân.

$$CBR = \frac{B}{P} * 1000 \text{ (phần nghìn)}$$

Trong đó: CBR: tỷ suất sinh thô;

B: số trẻ em sinh ra trong năm của địa phương;

$\bar{P}$: dân số trung bình của địa phương trong năm.

Tỷ suất sinh thô cho biết trong một năm ở dân số nghiên cứu cứ 1000 người dân có bao nhiêu trẻ em được sinh ra.

Ưu điểm: Đơn giản, dễ tính toán, cần ít số liệu, cho phép ước lượng sơ bộ số dân tăng thêm trong năm, chẳng hạn như nếu biết tỷ suất sinh thô và dân số trung bình ta có thể ước lượng số trẻ em sinh ra trong năm.

Nhược điểm: chỉ tiêu này chịu ảnh hưởng của nhiều cơ cấu dân số như: tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân.

Ví dụ: Ở tỉnh A, năm 2009, có 27.300 trẻ em được sinh ra. Dân số trung bình của tỉnh A trong năm 2009 là 853.373 người. Tỷ suất sinh thô của tỉnh A năm 2009 là:

$$CBR_{\text{tỉnh A}} = \frac{27.300}{853.373} * 1000 = 32 \text{ (phần nghìn)}$$

Đối với các vùng khác nhau, trong các thời kỳ khác nhau, tỷ suất sinh thô rất khác nhau. Ở Việt Nam, năm 1976, khi đất nước mới được giải phóng, CBR là 39,5‰, đến năm 1990 là 30‰; năm 1999 là 19,9‰ và năm 2009 là 17,6‰.

2. Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (ASFR)

Đối với mỗi độ tuổi khác nhau, mức độ sinh khác nhau. Để đánh giá mức độ sinh của từng độ tuổi (nhóm tuổi) người ta dùng các tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi.

$$ASFR_x = \frac{B_x}{W_x} * 1000 \text{ (phần nghìn)}$$

Trong đó: $ASFR_x$: tỷ suất sinh đặc trưng của tuổi x.

B_x : số trẻ em sinh trong năm của phụ nữ tuổi x.

W_x : số phụ nữ trung bình ở tuổi x.

Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi cho biết cứ 1.000 phụ nữ ở độ tuổi x thuộc độ tuổi sinh đẻ trong vòng một năm sinh ra được bao nhiêu trẻ sống.

Ví dụ. Tại tỉnh A năm 2009 có số phụ nữ trung bình nhóm tuổi 25-29 là 310.000 người, số trẻ được sinh sống từ những phụ nữ nhóm tuổi 25-29 trong năm 2009 là 65.100 trẻ. Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi của phụ nữ nhóm tuổi 25-29 ở tỉnh A là:

$$ASFR_{29-29 \text{ tỉnh A}} = \frac{65.000}{310.100} * 1000 = 210 \text{ phần nghìn}$$

Thước đo này đã loại bỏ hoàn toàn cơ cấu tuổi và giới đối với mức sinh. Tuy nhiên, để xác định được nó cần có số liệu chi tiết mức sinh cho từng độ tuổi. Trong thực tế thường chỉ tính cho từng nhóm tuổi.

Bảng 3.1: Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi của Việt Nam, năm 2009

Nhóm tuổi bà mẹ	Số phụ nữ 15-49 (người)	Số trẻ sinh sống trong 12 tháng trước TĐT (người)	ASFR (‰)
15 - 19	4.257.045	102.092	24
20 - 24	3.968.673	480.071	121
25 - 29	3.828.866	508.562	133
30 - 34	3.389.906	273.972	81
35 - 39	3.243.539	118.996	37
40 - 44	3.022.031	28.824	10
45 - 49	2.815.996	3.943	1

Nguồn: Tác giả tính toán dựa trên số liệu Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1989, 1999.

Nhìn vào bảng trên ta thấy, đối với các độ tuổi khác nhau, mức sinh rất khác nhau. Mức sinh tăng dần từ độ tuổi 15 - 19 và đạt đỉnh cao ở độ tuổi 25 - 29 hoặc 20 - 24.

4. Tổng tỷ suất sinh (TFR)

Đây là thước đo đánh giá mức sinh được sử dụng rất rộng rãi. Phương pháp xác định tổng tỷ suất sinh khá đơn giản, nếu ta xác định được các tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi.

$$TFR = \frac{\sum_{x=15}^{49} ASFR_x}{1000} \text{ (con/phụ nữ)}$$

Hoặc:

$$TFR = \frac{5 * \sum_{a=1}^7 ASFR_a}{1000} \text{ (con/phụ nữ)}$$

Trong đó: TFR: tổng tỷ suất sinh.

ASFR_a: tỷ suất sinh đặc trưng cho từng nhóm tuổi (5 năm).

Ví dụ: Theo số liệu ở bảng 3.1 tổng tỷ suất sinh của Việt Nam năm 2009 là:

$$TFR = \frac{5 * (24 + 121 + 133 + 81 + 37 + 10 + 1)}{1000} = 2,03 \text{ (con/phụ nữ)}$$

Về bản chất, tổng tỷ suất sinh là số trẻ em bình quân mà một người phụ nữ có thể có trong suốt cuộc đời sinh sản của mình, nếu bà ta sống đến 50 tuổi và trong suốt cuộc đời của mình bà ta có các tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi ($ASFR_x$) như đã xác định cho các độ tuổi khác nhau trong một năm nào đó.

Như vậy, đây là số trẻ sinh sống bình quân cho một thể hệ bà mẹ giả định, chứ không phải của một thể hệ bà mẹ thực tế.

Năm 1999, TFR của Việt Nam là 2,3 con/phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trong đó thành thị là 1,7, nông thôn là 2,6. Theo số liệu Điều tra biến động dân số và nguồn lao động 1/4/2005, TFR của Việt Nam là 2,08 và theo Tổng điều tra Dân số và nhà ở Việt nam 1/4/2009 thì chỉ tiêu này là 2,03 con/1 phụ nữ.

5. Tỷ lệ sinh con thứ ba trở lên

Tỷ lệ sinh con thứ ba là số so sánh giữa số trẻ sinh ra trong năm là con thứ 3 trở lên với tổng số trẻ sinh sống của địa phương trong năm ấy.

Công thức tính tỷ lệ sinh con thứ ba:

$$\text{Tỷ lệ sinh con } 3+ = \frac{\text{Số sinh sống lần thứ 3 trở lên của một địa phương}}{\text{Tổng số sinh của địa phương trong năm}} * 100 = \text{(phần trăm)}$$

Ví dụ, tại tỉnh A có tổng số trẻ sinh sống trong năm 2010 là 10,987 trẻ em. Số sinh từ lần thứ 3 trở lên là: 2007 em. Tỷ lệ sinh con thứ 3+ được tính như sau:

$$\text{Tỷ lệ sinh con } 3+_{\text{tỉnh A}} = \frac{2007}{10987} * 100 = 18,26 \text{ (phần trăm)}$$

Vậy tỷ lệ sinh con thứ 3+ của phụ nữ tại tỉnh này là 18,26%. Có nghĩa là cứ 100 trẻ em sinh ra sống có 18 trẻ là con thứ 3 trở lên.

6. Cách tính tỷ lệ các cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai:

- Tỷ lệ các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ sử dụng các BPTT (viết tắt là CPR) là tỷ lệ phần trăm số cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ (vợ từ 15-49 tuổi) đang sử dụng BPTT (BPTT hiện đại hoặc BPTT truyền thống) so với tổng số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) đang có chồng, tại 1 thời điểm nhất định.

$$\text{CPR} = \frac{\text{Số cặp vợ chồng đang sử dụng BPTT}}{\text{Tổng số phụ nữ 15-49 tuổi đang có chồng}} \times 100$$

- Tỷ lệ các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ sử dụng các BPTT hiện đại (viết tắt là MCPR) là tỷ lệ phần trăm số cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ (vợ từ 15-49 tuổi) đang sử dụng BPTT hiện đại (Triệt sản, đặt DCTC, sử dụng thuốc tránh thai uống, tiêm, cấy, dán qua da, thuốc diệt tinh trùng, bao cao su) so với tổng số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) đang có chồng

$$\text{MCPR} = \frac{\text{Số cặp vợ chồng đang sử dụng các BPTT hiện đại}}{\text{Tổng số phụ nữ 15-49 tuổi đang có chồng}} \times 100$$

* Ghi chú: cặp vợ chồng là những người đã được luật pháp hoặc phong tục thừa nhận, bao gồm cả những cặp sống chung như vợ chồng.

(Tài liệu Bồi dưỡng nghiệp vụ dân số - KHHGD của Tổng cục Dân số - KHHGD năm 2009)

4

III. LẬP KẾ HOẠCH TUẦN, THÁNG, QUÝ Ở CƠ SỞ

Ở tuyến cơ sở (xã, phường) lập kế hoạch (hay thường gọi là chương trình công tác) tuần, tháng, quý thường là lập kế hoạch hoạt động, nên sẽ là kế hoạch công tác của Ban chỉ đạo DS-KHHGD xã và kế hoạch công tác của cán bộ DS-KHHGD xã.

1. Sự cần thiết phải lập chương trình công tác tuần, tháng, quý

- Chương trình công tác tuần, tháng rất hữu ích cho cán bộ cơ sở và những người giám sát (*Các nhà quản lý đồng cấp và cấp trên*).

- Chương trình công tác tuần, tháng sẽ được mô tả chi tiết kế hoạch năm và phải trả lời được các câu hỏi:

- Các hoạt động được triển khai khi nào?
- Ở đâu?
- Ai thực hiện?
- Ai phối hợp?
- Bằng phương tiện gì?
- Nguồn kinh phí là bao nhiêu? Từ đâu?

2. Lợi ích của việc lập chương trình công tác tuần, tháng, quý

- Các thành viên trong Ban DS-KHHGD xã được phân công công việc cụ thể.

- Mỗi người đều biết công việc của người khác.

- Thấy rõ được sự cần thiết phải phối hợp công tác.

- Thuận lợi cho việc kiểm tra, giám sát, điều hành.

3. Một số yêu cầu khi xây dựng chương trình công tác tuần, tháng, quý

- Các hoạt động cụ thể phải được thể hiện trên lịch công tác tuần, tháng, quý: Xây dựng các hoạt động cụ thể hàng ngày/tuần cho việc tuyên truyền, vận động, thăm hộ gia đình, ghi chép và kiểm tra số liệu trong sổ hộ gia đình.

- Các hoạt động cần được nêu rõ ràng, được sắp xếp hợp lý theo thời gian, nguồn nhân lực và tài chính đã được phê duyệt theo kế hoạch công tác năm.

- Các hoạt động như họp giao ban, tập huấn, chiến dịch... cũng phải được thể hiện trên lịch công tác.

- Cần chỉ rõ ai là người thực hiện, người phối hợp, địa điểm thực hiện, các phương tiện hỗ trợ và trong thời gian nào (*có thể là hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng dựa trên mức độ quản lý của kế hoạch*).

- Cần đảm bảo tính khả thi của các hoạt động. Có thể điều chỉnh chương trình công tác khi thấy cần thiết.

Ví dụ: Mẫu biểu chương trình công tác tuần/tháng/quý.

3.1. Chương trình công tác Quý/tháng của Ban chỉ đạo DS-KHHGD xã

Ủy ban nhân dân xã

Ban chỉ đạo DS-KHHGD

CHƯƠNG TRÌNH CÔNG TÁC QUÝ/THÁNG NĂM.....

T T	Nội dung hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Người thực hiện	Người phối hợp	Kinh phí	Nguồn kinh phí	Kết quả dự kiến

3.2. Lịch công tác tháng/tuần của cán bộ DS-KHHGD xã

Ủy ban nhân dân xã

Ban chỉ đạo DS-KHHGD

LỊCH CÔNG TÁC THÁNG/TUẦN

TT	Thời gian	Công việc	Địa điểm	Người phối hợp	Kết quả cần đạt	Ghi chú

IV. TỔ CHỨC THỰC HIỆN KẾ HOẠCH

1. Xây dựng kế hoạch triển khai

5

Bảng kiểm 1**GIÁM SÁT NĂM ĐÔI TƯỢNG THỰC HIỆN KHHGD**

Huyện:

Xã:

Thôn/Xóm:

Giám sát viên:

Ngày giám sát:

Các hoạt động	Có	Không
- Năm được tổng số đôi tượng		
- Biết được số phụ nữ có gia đình trong độ tuổi sinh đẻ		
- Biết được số phụ nữ có từ 1-2 con trong độ tuổi sinh đẻ		
- Năm được các cặp vợ chồng mới xây dựng gia đình		
- Năm được số phụ nữ đang mang thai		
- Dự đoán được ngày đẻ cho số phụ nữ đang mang thai		
- Năm được số phụ nữ đang đặt DCTC (vòng tránh thai)		
- Biết được số cặp vợ chồng đang sử dụng bao cao su		
- Năm được số phụ nữ đang sử dụng thuốc uống tránh thai		
- Năm được số phụ nữ đang sử dụng thuốc tiêm tránh thai		
- Năm được số phụ nữ đang sử dụng thuốc cấy tránh thai		
- Năm được số cặp vợ chồng đang áp dụng các BPTT khác		
- Năm được số nam giới đã triệt sản		
- Năm được số phụ nữ có nguy cơ khi chưa đẻ		
- Năm được số cặp vợ chồng có nhu cầu triệt sản		
- Năm được số cặp vợ chồng có nhu cầu đặt vòng tránh thai		
- Năm được số cặp vợ chồng có nhu cầu sử dụng bao cao su		
- Năm được số cặp vợ chồng có nhu cầu sử dụng thuốc uống tránh thai		
- Năm được số phụ nữ có nhu cầu sử dụng thuốc tiêm tránh thai		
- Năm được số phụ nữ có nhu cầu sử dụng thuốc cấy tránh thai		

5.3. Đánh giá hoạt động của cộng tác viên

Đánh giá để đo lường, xem xét kết quả đạt được của một việc hoặc một hoạt động nào đó của cộng tác viên tại thôn, xóm thực hiện. Qua đó rút kinh nghiệm và người cán bộ chuyên trách đưa ra quyết định đúng.

BẢNG KIỂM KỸ NĂNG GIAO TIẾP CƠ BẢN

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	CHUẨN BỊ		
1.	NVYT mang trang phục theo quy định của CSYT.	Tạo hình ảnh NVYT chuyên nghiệp với KH.	Trang phục theo đúng quy định của CSYT.
2.	Chuẩn bị các tài liệu, phương tiện truyền thông tư vấn cần thiết.	Giúp tăng thêm hiệu quả giao tiếp.	Phù hợp với mục đích giao tiếp của NVYT.
	THỰC HIỆN		
	<i>Giới thiệu</i>		
3.	- NVYT chào hỏi KH khi gặp gỡ, mời KH ngồi ngang hàng; - Tự giới thiệu tên, chức danh, nhiệm vụ tại CSYT.	Tạo sự thân thiện, thoải mái, tin cậy với KH.	KH biết cụ thể NVYT mà mình đang tiếp xúc.
4.	Tạo môi trường thích hợp, thân thiện, thoáng mát, đủ ánh sáng và đảm bảo riêng tư khi KH chia sẻ các thông tin cá nhân.	Hỗ trợ giao tiếp hiệu quả.	Môi trường giao tiếp bảo đảm sự thoải mái, riêng tư cho KH.
	<i>Đặt câu hỏi</i>		
5.	Hỏi những thông tin liên quan đến thủ tục hành chính của KH đến khám hoặc đang được chăm sóc, điều trị tại cơ sở y tế.	Thu nhận thông tin ghi hồ sơ KH.	Đầy đủ, chính xác theo yêu cầu.
6.	Thu thập thông tin về các vấn đề sức khỏe hiện tại của KH.	Thu thập được chính xác các vấn đề sức khỏe hiện tại của KH.	- Sử dụng câu hỏi mở, đóng, một cách đa dạng và hợp lý, dễ hiểu và phù hợp với trình độ nhận thức, tuổi tác, giới tính của KH và phù hợp với văn hóa vùng miền; - Sử dụng câu hỏi đóng để kiểm chứng lại thông tin nếu cần (... có phải không? hoặc... có đúng không?).
7.	Thu thập các thông tin liên quan đến vấn đề sức khỏe hiện tại của KH: Thời điểm xuất hiện (các triệu chứng cơ năng và thực thể), mức độ và diễn biến, các biện pháp đã được áp	Thu thập chính xác và khách quan các thông tin liên quan đến diễn biến các vấn đề sức khỏe của KH.	- Sử dụng các câu hỏi mở (khi nào? tính chất và diễn biến ra sao?...) và các câu hỏi đóng (có/không?... phải không?... có đúng không?...) một cách đa dạng và hợp lý,

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	dụng trước đó để giải quyết các vấn đề sức khỏe của KH?		đễ hiểu và phù hợp với nhận thức, tuổi, giới tính của KH và phù hợp với văn hóa vùng miền để thu thập và kiểm chứng thông tin.
3.	Thu thập các thông tin về tiền sử bản thân và tiền sử gia đình liên quan đến vấn đề sức khỏe hiện tại của KH.	Thu thập chính xác và khách quan các thông tin của bản thân và gia đình KH có liên quan đến vấn đề sức khỏe hiện tại của KH.	- Sử dụng câu hỏi mở (có bao giờ mắc không? Có ai bị bệnh như vậy không? Môi trường xung quanh ra sao?...) và các câu hỏi đóng (có/không?... phải không? có đúng không?...), một cách đa dạng và hợp lý, dễ hiểu và phù hợp với nhận thức, tuổi, giới tính của KH và phù hợp với văn hóa vùng miền để thu thập và kiểm chứng thông tin.
9.	Sử dụng hiệu quả các kỹ năng lắng nghe trong quá trình giao tiếp.	Khuyến khích KH nói hết những thông tin cần cho việc khám, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc KH.	Áp dụng hiệu quả các kỹ năng lắng nghe trong suốt quá trình giao tiếp với KH: - Giao tiếp bằng ánh mắt, cử chỉ, nét mặt, điệu bộ... thể hiện sự sẵn sàng quan tâm và chia sẻ những điều KH đang đề cập; - Thêm các từ đệm (ồ, à, vâng...) hoặc đặt câu hỏi hợp lý để thể hiện sự quan tâm và khuyến khích KH chia sẻ hết những vấn đề liên quan đến tình trạng sức khỏe của họ; - Hạn chế ngắt lời KH, không làm việc khác trong khi nghe KH nói; - Ghi nhớ được các ý chính KH đã đề cập.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
10.	Sử dụng hiệu quả kỹ năng trình bày - Nói rõ ràng, nhanh vừa phải; - Dùng đại từ nhân xưng và các từ ngữ trong giao tiếp phù hợp với tuổi, giới và văn hóa vùng miền; - Phối hợp dùng ngôn ngữ không lời phù hợp: thể hiện sự đồng cảm, ánh mắt, nụ cười và khuyến khích KH chia sẻ suy nghĩ và lo lắng của họ.	Khẳng định các thông tin đã thu được từ KH và cung cấp các thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của KH.	- Kết hợp hài hòa các ngôn ngữ có lời và không lời trong suốt quá trình giao tiếp, tập trung vào vấn đề sức khỏe hiện tại của KH; - Đảm bảo KH hiểu đúng những gì NVYT đã nói và tương tác hai chiều với NVYT.
11.	Sử dụng hiệu quả kỹ năng phản hồi tích cực - Khen ngợi kịp thời khi KH có kiến thức/thái độ/thực hành đúng; - Trả lời các câu hỏi của KH, giúp họ hiểu được nguyên nhân các vấn đề sức khỏe hiện tại; - Đưa ra các lời khuyên khách quan, phù hợp thực tế để KH ra quyết định giải quyết vấn đề sức khỏe của bản thân; - Tôn trọng các thói quen, phong tục tập quán không có hại cho sức khỏe của KH; kiên trì hướng dẫn, tư vấn để KH thay đổi những thói quen có hại cho sức khỏe.	KH biết được vấn đề sức khỏe và hướng giải quyết tiếp theo.	KH biết được vấn đề sức khỏe của bản thân, hướng xử trí tiếp theo tại CSYT và biết cách phối hợp với NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị tiếp theo.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT XOA BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC KẾT HỢP THỔI NGẠT

TT	NỘI DUNG	HS	0	1
1.	Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn			
2.	Lay gọi nạn nhân kiểm tra tri giác			
3.	Sờ động mạch cảnh, áp sát vào tai nạn nhân kiểm tra mạch và hơi thở	2		
4.	Nới rộng quần áo			
5.	Dùng ngón trỏ quần khăn sạch hoặc gác móc hòng nạn nhân để lấy dị vật	2		
6.	Lau sạch mũi – miệng nạn nhân			
7.	Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu ưỡn ra sau, chêm lót dưới vai	2		
8.	Cấp cứu viên quỳ ngang đầu nạn nhân			
9.	Một tay đẩy cằm nạn nhân ra trước, tay còn bóp cánh mũi			
10.	CCV hít hơi thật sâu, áp chặt miệng nạn nhân – thổi ngạt 2 cái	3		
11.	CCV sờ mũi ức, xác định vị trí xoa bóp tim			
12.	CCV đặt cườm tay lên vị trí, 2 bàn tay bắt chéo vuông góc, 2 cánh tay thẳng góc với lồng ngực – ấn lồng ngực 15 lần	4		
13.	Thực hiện thao tác thổi ngạt 2 lần / xoa bóp tim 15 lần			
14.	Thực hiện thao tác 2 phút kiểm tra mạch và hơi thở 1 lần			
15.	Ngừng thao tác khi nạn nhân tỉnh, thở trở lại, mạch đập...			
16.	Giúp người bệnh thoải mái, nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện			

BẢNG KIỂM TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
	CHUẨN BỊ		
1.	Nơi tư vấn (phòng tư vấn).	Tạo cảm giác tin tưởng, thoải mái.	Kín đáo, riêng tư.
2.	Dụng cụ: tranh ảnh, tờ rơi, phương tiện tránh thai mẫu.	Giúp KH dễ hiểu.	Có càng nhiều càng tốt.
3.	Người tư vấn mang trang phục theo quy định.	Tạo cảm giác tin tưởng cho KH.	Đúng quy định của cơ sở tư vấn.
	THỰC HIỆN		
	<i>G1 - Gặp gỡ</i>		
4.	- Tiếp đón; - Chào hỏi KH và người nhà niềm nở.	Gây thiện cảm.	Tôn trọng, niềm nở, phù hợp với văn hóa, tuổi KH.
5.	Mời KH ngồi ngang hàng với người tư vấn, nếu KH đồng ý cho người nhà đi cùng có mặt trong cuộc tư vấn thì mời họ ngồi bên cạnh, không để họ phải đứng.	Tạo an tâm cho KH ngay từ đầu.	KH và người nhà ngồi đúng chỗ, thuận lợi trong giao tiếp.
6.	Người tư vấn tự giới thiệu tên, chức vụ, nhiệm vụ chính tại CSYT.	Tạo lòng tin cho KH.	Chính xác, rõ ràng đầy đủ.
	<i>G2 - Gợi hỏi</i>		
7.	Hỏi tên, tuổi, địa chỉ và những yêu cầu về hành chính theo quy định.	Hiểu những thông tin đầu tiên về KH.	Rõ ràng đầy đủ, theo đúng quy định.
8.	Hỏi về nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, tiền sử bệnh tật, sinh đẻ.	Hiểu thêm thông tin về KH giúp quá trình tư vấn sau này.	Câu hỏi rõ ràng, phù hợp về tuổi, văn hóa, phong tục.
9.	Hỏi về tình trạng hôn nhân, gia đình và nhu cầu tránh thai.	Nắm được nhu cầu tránh thai của KH.	Hỏi tế nhị, phù hợp với trình độ, văn hóa.
10.	Lý do KH cần tư vấn KHHGĐ, nhận thức, quan niệm và những lo lắng của KH.	Hiểu rõ nhu cầu và những băn khoăn của KH.	Câu hỏi dễ hiểu, đầy đủ để thu thập thông tin chính xác. Sử dụng hầu hết câu hỏi mở.
11.	Hỏi KH những hiểu biết về biện pháp KHHGĐ mà họ đã biết hay đã sử dụng.	Nắm được những hiểu biết của KH giúp cho quá trình tư vấn.	Hỏi, lắng nghe và đồng cảm. Không được tỏ thái độ chê bai, coi thường.
	<i>G3 - Giới thiệu</i>		
12.	Giới thiệu cho KH các BPTT dựa trên nhu cầu của họ về KHHGĐ (biết được qua gợi hỏi).	Giúp KH hiểu sơ lược về các BPTT.	Thông tin chính xác, ngôn ngữ rõ ràng, dễ hiểu, dùng cả tờ rơi, tranh và mẫu BPTT để minh họa khi giới thiệu.

TT	CÁC ĐƯỢC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
13.	Giới thiệu những thuận lợi và không thuận lợi của từng biện pháp, tác dụng phụ ngoài ý muốn và cả tai biến (nếu có) của các BPTT.	Giúp KH hiểu đầy đủ hơn về các BPTT.	Thông tin chính xác. Không nói quá về tác dụng phụ, tai biến của các BPTT.
14.	Trình bày những điều KH muốn biết, sửa lại những hiểu biết chưa đúng.	Giúp KH hiểu đúng hơn về các BPTT.	Khéo léo chỉnh lại những kiến thức chưa đúng của KH.
15.	Quan sát thái độ cử chỉ của KH và đặt câu hỏi cho họ về những điều đã giới thiệu để đánh giá mức độ hiểu đúng về các điều đã được nghe.	Kiểm tra mức độ hiểu và thu nhận thông tin của KH.	Quan sát KH; đặt câu hỏi kiểm tra lại đảm bảo KH hiểu đúng các thông tin.
	<i>G4 - Giúp đỡ</i>		
16.	Giúp KH hiểu biết đầy đủ các BPTT đang có để họ tự chọn.	KH tự lựa chọn BPTT.	KH chọn được BPTT phù hợp nhất với họ và không có chống chỉ định.
17.	Nếu KH chọn BPTT không phù hợp (có chống chỉ định) thì nhẹ nhàng giải thích để KH lựa chọn một BPTT khác.	Giúp KH lựa chọn lại giải pháp phù hợp hơn.	- KH lựa chọn lại BPTT phù hợp với sự hỗ trợ của người tư vấn; - Không áp đặt và lựa chọn thay cho KH.
	<i>G5 - Giải thích</i>		
18.	Giải thích cho KH biết quy trình để áp dụng BPTT họ chọn: cả hành chính và chuyên môn.	Giúp KH hiểu rõ về thủ tục sử dụng BPTT họ đã chọn.	Thông tin đầy đủ, chính xác, cả quy trình hành chính và chuyên môn.
19.	Giải thích đầy đủ cách sử dụng, những ưu điểm, hạn chế của BPTT đã lựa chọn.	Giúp KH hiểu rõ về BPTT đã chọn.	Rõ ràng, đầy đủ, cả ưu điểm và hạn chế.
20.	Nếu KH có những quan niệm hay hiểu biết chưa phù hợp về BPTT họ lựa chọn thì góp ý, giải thích.	Giúp KH nhận biết đúng về BP đã lựa chọn.	Nhẹ nhàng, chia sẻ thông tin đầy đủ. Không tỏ thái độ bức dọc, coi thường KH.
21.	Giải thích những nguyên nhân có thể làm BPTT thất bại, cách theo dõi xử trí khi gặp các vấn đề phát sinh để sử dụng BPTT hiệu quả.	Giúp KH hiểu nguyên nhân thất bại và cách xử trí.	Thông tin cần thiết, rõ ràng, đầy đủ.
22.	Giải thích các dấu hiệu cảnh báo về tai biến, dấu hiệu bất thường nên đi khám ngay.	Giúp KH biết về các dấu hiệu bất thường nên đến khám sớm.	Thông tin về những dấu hiệu phải đi khám và khám ở đâu.
23.	Giải thích lịch phải khám kiểm tra định kỳ và khuyến KH thực hiện sau này.	Kiểm tra hiệu quả việc sử dụng BPTT và phát hiện sớm những bất thường.	KH biết rõ lịch khám và biết tại sao phải đi khám đúng hẹn.

TT	CÁC BƯỚC	Ý NGHĨA	YÊU CẦU CẦN ĐẠT
24.	Giải thích khả năng phục hồi sinh sản sau khi dùng BPTT.	KH yên tâm.	Thông tin chính xác cho BPTT đã chọn.
25.	Đề nghị KH nhắc lại một số điểm chính đã tư vấn để đảm bảo KH đã hiểu, nhớ và có thể thực hiện.	Kiểm tra lại sự hiểu biết của KH và đánh giá hiệu quả tư vấn.	- Câu hỏi mở, thông tin thu thập liên quan đến hiểu biết của KH về nội dung buổi tư vấn; - Nhấn mạnh lại những điểm chính với KH nếu KH chưa nhớ được.
	<i>G6 - Gặp lại</i>		
26.	Hẹn KH thời gian khám lại gần nhất.	Kiểm tra việc sử dụng BPTT của KH, đánh giá độ an toàn với KH.	KH biết chính xác thời gian đi khám, địa chỉ khám lại, lý do đi khám lại.
27.	Khuyến khích KH gặp lại khi cần tìm hiểu về BPTT của bản thân hay gia đình.	Tạo niềm tin và tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ của KH.	KH hài lòng về việc sử dụng dịch vụ và mong muốn tiếp tục được sử dụng dịch vụ.
28.	Chào tạm biệt và tiễn KH.	Tạo sự tôn trọng KH.	Thái độ ân cần niềm nở.
29.	Hoàn thiện hồ sơ KH.	Lưu và theo dõi.	Theo đúng quy định.