

SỨC KHỎE VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH TẠI CÁC KHU VỰC DÂN TỘC THIỂU SỐ

PHẠM BÍCH SAN

Tháng 8 năm 1945, trong một khu rừng sâu âm u ở Việt Bắc, sau khi Quốc dân đại hội tuyên thệ, Chủ tịch Hồ Chí Minh chỉ vào các em bé đứng quanh mà nói với các quốc dân đại biểu: “Nhiệm vụ của chúng ta là làm sao cho các em bé này có cơm ăn, áo mặc, được học hành...”. Hai năm sau, 1947, nhà văn Nam Cao viết trong "Nhật ký ở rừng": “Nếu nước mình không độc lập, đời sống của họ không được nâng cao, họ sẽ chết mòn mất thôi. Trong những làng Mán xơ xác, lèo tèo, buồn như một cái gì sắp tắt”¹.

Đúng 50 năm đã qua những bà con dân tộc thiểu số đã làm hết sức của mình, và có lẽ còn hơn sức của mình, để góp phần xây dựng nên đất nước ngày hôm nay. Tuy nhiên, cách mạng, chiến tranh, xây dựng xã hội chủ nghĩa, chuyển sang kinh tế thị trường và vô vàn các công việc khác đã không cho phép nghĩ nhiều đến việc cải thiện đời sống cho họ. Những chương trình phát triển được triển khai tại các khu vực miền núi nơi vùng bà con dân tộc sinh sống, ví dụ: cải cách ruộng đất, hợp tác hóa, giải phóng phụ nữ, y tế nông thôn... đã đơn giản rập khuôn lại những gì đã được tiến hành tại các khu vực đồng bằng, nơi người Kinh cư trú. Yếu tố văn hóa cũng như các đặc điểm địa lý, kinh tế xã hội của khu vực miền núi, nói chung chưa được lưu tâm tới.

Những sự tăng trưởng kinh tế trong những năm Đổi Mới, điều kiện hợp tác đa phương rộng lớn hơn tạo tiền đề cho việc tăng cường đầu tư sự phát triển các khu vực miền núi, vùng sâu, của bà con dân tộc thiểu số, góp phần nâng cao đời sống cho người dân tộc. Và có lẽ nhân tố đầu tiên cần được tác động tới tại các khu vực đồng bào các dân tộc ít người là đầu tư cho việc cải thiện sức khỏe gia đình, giải quyết phần nào vấn đề gia tăng dân số, với mục tiêu rất đơn giản: tăng cường khả năng phát triển của người dân tộc cũng như khả năng cải thiện chất lượng con người cho tương lai. Cuộc nghiên cứu về sức khỏe gia đình được triển khai ở các vùng dân tộc thiểu số chính là nhằm vào việc tìm hiểu khả năng đó trên căn bản có tính đến các yếu tố văn hóa đặc thù cũng như những điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội chung của khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa.

1. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu cụ thể của cuộc nghiên cứu sâu này nhằm phát hiện những chuẩn mực sinh sản: kiến thức, thái độ và việc thực hiện kế hoạch gia đình của các nhóm dân tộc ít người, tình trạng chăm sóc sức khỏe, những yếu tố ảnh hưởng tới mức sinh cùng với việc chăm sóc thai nghén và sau khi sinh. Bên cạnh đó, cuộc nghiên cứu cũng tìm hiểu những điều kiện cung ứng của hệ thống dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe tại địa bàn sinh sống của các nhóm cư dân này đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình có sẵn, vì những lý do nào đó người dân

¹ *Ở rừng*. Tuyển tập Nam Cao. Nhà xuất bản Văn học. Hà Nội - 1997. Tập 2. Trang 345.

tộc tuy có điều kiện nhưng lại không sử dụng dịch vụ do những hệ thống này cung cấp cũng như những yếu tố gì đang tồn tại cản trở bà con dân tộc sử dụng tối đa những dịch vụ này. Đặc biệt những khía cạnh của hoạt động truyền thông về chăm sóc sức khỏe, kế hoạch hóa gia đình cũng được lưu tâm tới, chú ý đến khung cảnh của các nền văn hóa đặc thù trong các dân tộc thiểu số khác nhau.

2. Phương pháp nghiên cứu

Cuộc nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp phỏng vấn sâu. Những vấn đề liên quan đến đề tài nghiên cứu được soạn thảo chi tiết và sau đó sàng lọc thành một đề cương để người phỏng vấn có thể sử dụng trong quá trình tiến hành cuộc phỏng vấn. Nội dung cuộc phỏng vấn được ghi âm và sau đó xử lý bằng một chương trình nghiên cứu đặc biệt giành cho nghiên cứu định tính (Ethnograph software).

Đối tượng nghiên cứu là 6 nhóm dân tộc thiểu số lớn cùng với các nhóm người Kinh ở xen kẽ với họ lần lượt tại các khu vực Tây Bắc (Thái, H'Mông), Đông Bắc (Tày, Dao), Bắc Trung Bộ (Mường), Tây Nguyên (Êđê), Nam Bộ (Kh'mer). Tại một địa điểm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ với những đặc tính khác nhau như tuổi, trình độ học vấn, số con, điều kiện kinh tế gia đình. Sự lựa chọn các đối tượng là ngẫu nhiên. Đồng thời tại mỗi địa bàn nghiên cứu cũng tiến hành phỏng vấn 6/10 cán bộ y tế và kế hoạch hóa gia đình cấp xã và huyện. Tổng cộng đã nghiên cứu 256 phụ nữ và 48 cán bộ cấp xã và huyện.

3. Kết quả

Mặc dù không có tính chất đại diện, nhưng những đặc tính của người được phỏng vấn vẫn cho thấy một bức tranh khá đầy đủ và xác thực về các nhóm dân tộc thiểu số cũng như người Kinh đang sống xen kẽ với họ ở các khu vực khác nhau của đất nước. (Xem Bảng 1: Những thông số cơ bản về các nhóm phụ nữ được phỏng vấn).

Trước hết, có thể thấy rằng trình độ học vấn là rất thấp, nhất là đối với người H'Mông: 86,4% phụ nữ được phỏng vấn là mù chữ và chưa hề thấy triển vọng tình hình này được cải thiện trong khoảng từ nay đến năm 2000. Bên cạnh đó, có nhiều phụ nữ tuy đã từng được đi học nhưng nay đã tái mù trở lại do không có điều kiện cũng như không biết cần phải sử dụng số học vấn ít ỏi của mình để làm gì. Phụ nữ Kh'mer là một trường hợp đặc biệt vì tỷ lệ không có học cao: 42,3% nhưng rất có thể họ có đi học ở một loại trường nào do truyền bá tiếng Kh'mer, ví dụ như ở các chùa. Số phụ nữ có học vấn trên phổ thông cơ sở thấp: 14,6% trong đó chủ yếu là phụ nữ Kinh và Tày. Chữ viết dân tộc chỉ phổ biến ở mức độ thấp trong phụ nữ Êđê và Kh'mer còn ở các dân tộc khác chữ Việt thuận tiện hơn cho họ.

Trừ nhóm người Kinh và Kh'mer, tuyệt đại đa số cư dân các dân tộc thiểu số làm nghề nông. Nghề chủ yếu thứ hai sau nghề nông là buôn bán nhỏ. Cơ cấu nghề nghiệp của nhóm Kh'mer có sự nổi trội hơn cả với tỷ lệ người làm ruộng thấp nhất: 46,2% trong điều kiện một khu vực có nền nông nghiệp phát triển nhất trong cả nước. Đối với họ, buôn bán nhỏ là quan trọng nhưng đồng thời những nghề dịch vụ khác, ví dụ đưa hàng, chở xe ôm,...cũng là quan trọng: 23,1%. Sự thay đổi cơ cấu nghề nghiệp này cho phép sự hiểu biết và trình độ giao tiếp của người Kh'mer lớn hơn và đây là tiền đề rất chắc chắn cho sự tiếp nhận ý tưởng về quy mô gia đình ít con và sử dụng kế hoạch hóa gia đình.

Tuổi kết hôn lần đầu của bà con dân tộc thấp hơn so với của người Kinh tại đó. Đa phần người dân tộc thiểu số kết hôn từ 20 tuổi trở lại với một tỷ lệ rất đáng kể dưới 18 tuổi. Người

Kh'mer có tuổi kết hôn cao hơn và nằm ở mức tương đương với người Kinh: 50% từ 21 tuổi trở lên. Tuổi kết hôn cao là một nét rất đặc trưng cho khu vực đồng bằng sông Cửu Long và đóng một vai trò quan trọng trong việc đưa nhanh mức sinh giảm xuống tại khu vực này. Tuy nhiên, nguyên nhân gì khiến cho tuổi kết hôn lên cao ở đồng bằng sông Cửu Long hiện vẫn chưa được xác định rõ. Nhìn chung, tuổi kết hôn lần đầu phản ánh rất rõ trình độ phát triển xã hội của các nhóm dân tộc khác nhau với thứ tự: Kinh, Kh'mer, Mường, Tày, Êđê, Thái, H'Mông.

Tương ứng với tuổi kết hôn lần đầu thấp là tuổi sinh con đầu lòng thấp. Sự phù hợp giữa các con số là rất cao cho thấy rằng không có việc sử dụng biện pháp tránh thai sau khi cưới và cũng không có ý định nào chờ đợi một thời gian sau khi cưới mới sinh: chức năng sinh đẻ là chức năng chủ yếu của gia đình.

Rất lý thú khi nhìn bức tranh về cơ cấu sử dụng các biện pháp tránh thai. Sự khác biệt là rất rõ giữa hai khu vực miền Bắc và miền Nam. Nhóm có tỷ lệ không sử dụng biện pháp tránh thai cao ở miền Bắc chủ yếu là do địa hình khó khăn: nhóm H'Mông và Thái ở Tây Bắc. Nhưng khi kế hoạch hóa gia đình tiếp cận được thì vòng tránh thai là biện pháp chủ đạo. Người Mường tại khu vực nghiên cứu có nét đột phá chỉ là trường hợp cá biệt do chiến dịch triển khai triệt sản trong năm 1997. Trong khi đó ở phía Nam tỷ lệ không sử dụng cao nhưng sự đa dạng của các biện pháp là nét nổi bật. “Văn hóa vòng” không tồn tại ở các tỉnh phía Nam và đây có thể là nguyên nhân khiến cho hiệu quả của chương trình kế hoạch hóa gia đình ở phía Nam lớn hơn ở phía Bắc, điều có thể thấy qua việc mức sinh giảm nhanh ở đồng bằng sông Cửu Long trong một vài năm vừa qua.

Cuối cùng, dù số liệu không có tính đại diện nhưng dễ dàng thấy rằng nếu ở thế hệ trước số con của các bà mẹ dân tộc thiểu số ở mức như nhau, trừ người Mường có mức sinh thấp hơn có thể liên quan đến điều kiện sinh sống, thì hiện nay số con đó khác nhau đáng kể. Có những dân tộc đã giảm rất nhanh số con của mình như dân tộc Tày đã giảm từ 6,94 xuống còn 2,29. Tuy nhiên, mức sinh giảm khá lớn ở tất cả các dân tộc và người Kinh không hẳn đã chiếm ưu thế trong lĩnh vực này. Có thể nhiều người trong số họ vẫn còn để thêm con nữa nhưng không vì thế mà xu hướng bị thay đổi: mục tiêu ba con cho mỗi gia đình là chấp nhận được với các dân tộc thiểu số.

Việc phân tích chi tiết các văn bản phỏng vấn các nhóm phụ nữ khác nhau ngoài việc khẳng định thêm những xu hướng đã thấy qua các số liệu trên còn cho phép đi sâu vào tìm hiểu những kiến thức, thói quen, thái độ, hành vi trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Kết hợp chung với nhau có thể rút ra một số nét khái quát về tình trạng dân số, sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình của các nhóm dân tộc thiểu số trở thành một thứ không thể thiếu được trong lúc bản thân họ hoặc gia đình có người bị bệnh.

Vệ sinh ăn uống trong cộng đồng người Kh'mer là điều mà y tế ở địa phương cần quan tâm hơn nữa. Giữ sạch nguồn nước, có những hình thức vận động ăn chín uống sôi thích hợp để người dân thấy được tác hại đến sức khỏe của việc uống nước chưa sôi.

Việc nhấn mạnh vào 2 biện pháp tránh thai là vòng và đình sản để vận động cần phải cân nhắc đến một thực tế là người dân có rất nhiều ý kiến xung quanh 2 biện pháp này. Vì vậy cần những bằng chứng thuyết phục để làm cho họ yên tâm lựa chọn, sử dụng.

Số giờ và nội dung truyền thông của ban thông tin cấp xã cần được xem xét dưới góc độ của người tiêu dùng nó, nghĩa là nhu cầu của người dân trong xã đối với loại dịch vụ này như thế nào, nếu họ có nhu cầu thì lượng thông tin đến với họ bằng cách nào và nội dung nào sẽ là thích hợp.

4. Kết luận và kiến nghị

Khi nhìn những bản người Dao xơ xác nằm trên lưng chừng núi, cỏ tranh lan đến thêm nhà, rất dễ dàng có ý nghĩ là dường như chưa có gì thay đổi trong đời sống của các nhóm đồng bào dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, cuộc nghiên cứu đã cho thấy trong điều kiện cực kỳ khó khăn của chiến tranh và sau chiến tranh, nhiều thay đổi đã bắt đầu trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình.

Trước hết, phải thấy rằng trừ dân tộc H'Mông là dân tộc hã còn sống khá cách biệt, cô lập với các cộng đồng khác, các dân tộc đều chịu ảnh hưởng của sự phát triển kinh tế-xã hội chung của toàn thể Việt Nam. Đặc điểm vùng địa lý có quan hệ rất nhiều đối với sự phát triển kinh tế-xã hội và, như là hậu quả tất yếu, ảnh hưởng tới các dân tộc thiểu số. Sự giao tiếp giữa người dân tộc với các hoạt động chung của xã hội, với người Kinh là dễ dàng, và đều khắp. Nhiều chương trình phát triển của nhà nước đã hoạt động rất hiệu quả, ví dụ như chương trình tiêm chủng mở rộng, phòng chống sốt rét hay dùng muối iốt. Điều này đã tạo ra những tiền đề cho phép những chương trình tiếp theo có điều kiện thâm nhập dễ dàng hơn vào đời sống bà con dân tộc. Nếu có cách tiếp cận thích hợp và có sự kiên trì, chương trình sức khỏe gia đình chắc chắn sẽ xâm nhập được vào đồng bào các dân tộc thiểu số hình thành dần lối sống mới của họ.

Các chương trình phát triển của nhà nước có một uy tín cao trong bà con các dân tộc. Sự tin tưởng của bà con dân tộc vào ích lợi của các chủ trương do nhà nước đưa ra có phần còn cao hơn so với cộng đồng người Kinh sống trên cùng địa bàn và chắc chắn là hơn hẳn so với cộng đồng người Kinh dưới xuôi. Tuy nhiên, cũng phải thấy rằng sự tin tưởng đó chủ yếu dựa vào trực giác đơn thuần và dễ bị mất đi nếu chương trình có một vài thất bại. Phải cố gắng tối đa nhằm tránh sai lầm dù là nhỏ nhất là nét đặc biệt khó khăn của chương trình nên sự chuẩn bị kỹ lưỡng cho việc triển khai chương trình là cần thiết, hết sức tránh việc mở rộng theo phong trào có tính phô trương, đảm bảo làm được đến đâu chắc đến đó.

Sự quá độ dân số đã diễn ra tại các dân tộc thiểu số. Mức chết đã được giảm một cách căn bản, đặc biệt là trong thập kỷ 90. Và điều nay không loại trừ một sắc tộc nào, kể cả người dân tộc H'Mông, những người sống cách biệt nhất với thế giới bên ngoài. Sự suy giảm mức sinh cũng đã bắt đầu được thể hiện. Trước hết, đó là trong ý thức của phụ nữ về sự không cần thiết phải có đông con như các bậc cha mẹ họ ngày xưa. Nhiều người đã có ý nghĩ về một số con mà họ cho là tốt nhất đối với họ. Tiếp đó, ý thức này đã được thể hiện qua việc áp dụng các biện pháp tránh thai trong một số không nhỏ phụ nữ dân tộc. Nếu không có biến động gì đặc biệt nghiêm trọng, sự quá độ dân số này sẽ tiếp tục. Vấn đề đặt ra là đẩy nhanh hơn thời gian của sự quá độ này như thế nào.

Yếu tố đầu tiên có ảnh hưởng lớn trong việc chăm sóc sức khỏe đồng bào các dân tộc thiểu số là thu nhập. Thu nhập của bà con dân tộc, nhất là vùng Tây Bắc và Bắc Trung Bộ, thấp hơn các vùng khác và thấp hơn so với người Kinh tại cùng khu vực đó. Thời gian lao động và cường độ lao động lớn, có khá nhiều phụ nữ không có đủ tiền để chữa dứt bệnh hoặc chỉ đủ tiền để mua một hai viên thuốc, nhiều gia đình không thể sử dụng dịch vụ y tế thường xuyên mà chỉ trong trường hợp hiểm nghèo, điều khiến cho nhu cầu phòng, chữa bệnh rất lớn nhưng các trạm y tế xã vẫn không có khách hàng.

Trình độ học vấn thấp, sự không thông thạo tiếng Kinh của nhiều phụ nữ khiến cho việc phổ biến thẩu đáo kiến thức chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình gặp nhiều khó khăn. Đặc biệt, việc thiếu các cộng tác viên dân số là người dân tộc và là phụ nữ đó là một trở lực rất lớn cho việc triển khai chương trình. Các chương trình truyền thông dường như chỉ nhấn mạnh đến hạn

chế sinh con thứ ba còn những vấn đề khác như dân khoảng cách sinh hoặc các vấn đề nâng cao sức khỏe của người phụ nữ vẫn chưa được chú trọng tại các xã đã có chương trình truyền thông lồng ghép.

Nhiều phong tục, tập quán của bà con dân tộc thiểu số không phù hợp khoa học. Có thể thấy rõ những tập tục này trong việc chăm sóc sức khỏe phụ nữ trước và sau khi sinh, chế độ dinh dưỡng, nuôi dạy con. Đời sống đơn điệu cũng khiến cho tuổi kết hôn nằm ở độ tuổi rất thấp, trong khi hôn nhân và việc lập gia đình lại là thủ tục quan trọng nhất của đời người. Trừ dân tộc Thái, địa vị phụ nữ thực tế của các dân tộc là rất thấp, kể cả ở một dân tộc theo chế độ mẫu hệ là dân tộc Êđê.

Sự sẵn có của các phương tiện tránh thai và sự đa dạng của các biện pháp tránh thai cũng là điểm rất yếu của người dân tộc. Đặc biệt là ở các tỉnh phía Bắc. Văn hóa vùng phổ biến ở phía Bắc và theo bước người di dân đi vào khu vực Tây Nguyên. Ở phía Nam, sự lựa chọn có đa dạng hơn nhưng không phải là sẵn có và liên tục có. Phụ nữ dân tộc cũng có thể chấp nhận phá thai như biện pháp cuối cùng để giới hạn số con, nhưng việc thu phí khi nạo, hút điều hòa kinh nguyệt là một nhân tố hạn chế phụ nữ sử dụng biện pháp này. Một mặt, nhu cầu về kế hoạch hóa gia đình ở các nhóm dân tộc thiểu số thấp hơn so với người Kinh tại chỗ và thấp hơn nhiều so với khu vực dưới xuôi. Mặt khác, với nhu cầu hiện thời thì sự đáp ứng đầy đủ với chất lượng trung bình là khó. Thực sự đã xuất hiện nhu cầu không được đáp ứng đối với các biện pháp kế hoạch hóa gia đình.

Cuối cùng, cuộc nghiên cứu đã được triển khai ở hai khu vực có định hướng hết sức khác nhau đối với y tế tư nhân. Việc sử dụng các dịch vụ y tế có trả tiền là chấp nhận được ở phía Nam nhưng khó chấp nhận hơn ở phía Bắc. Và ở đây, không đơn thuần chỉ là vấn đề thu nhập kinh tế của các khu vực phía Bắc có phần thấp hơn so với khu vực phía Nam mà còn là thói quen đối với kinh tế thị trường. Người dân tộc phía Bắc cũng phải chi tiền để chữa bệnh nhưng khi bệnh đã nặng và thái độ phục vụ trong nhiều trường hợp của các nhân viên y tế là cần được bàn tới. Còn phía Nam, việc chữa bệnh lấy tiền cũng khiến cho những người có thu nhập thấp, mà hầu hết là các nhóm dân tộc thiểu số, không có được sự phục vụ y tế tối cần thiết. Làm thế nào để phát huy được thế mạnh của cả hai cách tiếp cận trong việc chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình là điều rất cần được quan tâm tới.

Trên căn bản những đặc điểm của các khu vực cũng như của các dân tộc thiểu số, chương trình sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình tại những khu vực này nên lưu ý tới một số điểm sau:

1. Cần hiểu rằng bà con dân tộc nhìn nhận mọi thứ căn cứ nhiều vào trực giác và họ rất tin tưởng ở các chương trình của Chính phủ. Giữ cho được niềm tin đó là điều tối cần thiết. Do vậy, chương trình nên triển khai một cách từ từ, chắc chắn, đảm bảo đem lại kết quả ở những nơi đã triển khai. Điều này tùy thuộc vào nhiều thứ nhưng trước hết là tùy thuộc vào số cán bộ, cộng tác viên có thể có được tại mỗi khu vực. Việc phát động các chiến dịch nên được cân nhắc kỹ lưỡng về hiệu quả cũng như việc đảm bảo đầy đủ, ổn định các dịch vụ tiếp theo sau chiến dịch.

2. Kiến thức và sự hiểu biết của bà con dân tộc về chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình nằm ở mức rất thấp. Sẽ là rất hiệu quả cho chương trình nếu các hoạt động IEC được đẩy mạnh. Sự khó khăn nhất là khả năng giao tiếp bằng tiếng và chữ viết phổ thông rất khó khăn đối với nhiều dân tộc trong khi các chương trình bằng tiếng dân tộc lại rất hạn chế và việc đọc bằng chữ dân tộc đối với bà con dân tộc còn khó khăn hơn đọc bằng tiếng phổ thông. Do vậy, hoạt động IEC phải rất đơn giản, dễ hiểu và chủ yếu dựa vào hình ảnh cho các dân tộc tương đối kém phát

triển hơn cũng như nên có các chương trình truyền thanh bằng tiếng dân tộc với những thông tin phong phú để hấp dẫn người nghe.

Định hướng vào vòng vẫn nổi bật tại các khu vực phía Bắc và bắt đầu có phần lan ra ở các tỉnh phía Nam. Đình sản, một biện pháp rất hữu hiệu, chưa nhận được sự tin tưởng của nhân dân. Các biện pháp phi lâm sàng khác hoặc chưa được phổ biến hoặc nguồn cung cấp thiếu và rất không ổn định. Đối với các dân tộc thiểu số miền núi nên xác định sử dụng các biện pháp phi lâm sàng là chủ yếu và từng bước triển khai biện pháp đình sản. Bước đầu là huấn luyện lại cho các cán bộ y tế cấp cơ sở về kiến thức và thái độ đối với các biện pháp ngoài vòng.

3. Việc phát triển các hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản là rất cần thiết cho các bà con dân tộc nhưng hiện đang chưa được quan tâm đúng mức. Các hoạt động kế hoạch hóa gia đình cần triển khai đồng thời với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ dân tộc và điều này sẽ góp phần nâng cao hiệu quả của chương trình.

4. Hệ thống cung cấp dịch vụ, cả chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình, nên được xây dựng lại với sự chú trọng vào cấp bản và thôn. Điều này cho phép giải quyết những yêu cầu y tế ban đầu kết hợp với dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Khó khăn lớn chính là việc tuyển lựa và huấn luyện đội ngũ cán bộ và cộng tác viên tại chỗ người dân tộc và công việc này nên được coi là nhiệm vụ trọng tâm của chương trình trong 3 năm đầu. Các trạm y tế đa khoa liên khu vực có thể có ý nghĩa rất lớn cũng như có đủ điều kiện cần thiết để hỗ trợ cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình ở vùng miền núi và vùng sâu vùng xa.

5. Hệ thống y tế tư nhân rất tích cực ở các khu vực phía Nam và hoạt động được ở các tỉnh phía Bắc. Hoạt động này cần được khuyến khích chứ không nên bị cấm đoán (như trường hợp tỉnh Lai Châu), đồng thời, quy chế kiểm tra và kiểm soát các dịch vụ y tế tư nên được xây dựng. Sự cạnh tranh của y tế tư nhân với y tế công sẽ có lợi trong việc nâng cao tinh thần phục vụ của các cán bộ y tế công cũng như cho phép các định hướng nhằm vào các nhóm dân số bị thiệt thòi trong xã hội được quan tâm hơn. Trước mắt, cần bảo đảm mức thu nhập tối thiểu để có thể chấp nhận được cho các cán bộ y tế/kế hoạch hóa gia đình và nâng cao kỹ thuật ngành với một quyết tâm cao.

6. Nhà nước nên xây dựng các chương trình phát triển kinh tế - xã hội tính tới quyền lợi của các nhóm dân tộc thiểu số. Nâng cao thu nhập cho người dân tộc nên được coi là vấn đề ưu tiên hàng đầu trong việc phát triển.

7. Xét về từng dân tộc, cả 6 nhóm dân tộc được khảo sát vẫn còn bị thiệt thòi rất nhiều tuy mức độ có khác nhau so với từng dân tộc, có dân tộc bị thiệt thòi hơn, có dân tộc có nhiều thuận lợi hơn. Dầu sao những dân tộc này thật sự là dân tộc *thiểu số*. Những dân tộc này có những nét văn hóa riêng biệt khác hẳn với những nét văn hóa chung của cả nước. Những dân tộc này với tiếng nói, ngôn ngữ riêng, là dân tộc sống nghèo khổ, đa số có trình độ văn hóa thấp, hoặc hầu như mù chữ hoặc tái mù chữ. Những nhóm dân tộc thiểu số thường bị tụt lại sau trong tiến trình phát triển, do đó, những cố gắng để đem lại dịch vụ y tế và kế hoạch hóa gia đình cho họ và thúc đẩy một phương thức chăm sóc sức khỏe có kết quả hơn còn đang gặp phải rất nhiều khó khăn.

8. Truyền thông đại chúng cho những nhóm dân tộc thiểu số hiện đang gặp phải một số trở ngại nên chưa thể phát huy hiệu quả tiềm năng to lớn của nó, những khó khăn này là :

- Mức độ rất hạn chế về tiếng phổ thông và trình độ văn hóa rất thấp, đặc biệt là phụ nữ.
- Thiếu hụt rất lớn những tài liệu, ấn phẩm truyền thông
- Thiếu hụt sách, báo, tạp chí tại các khu vực khảo sát

- Thiếu hụt đài, Tivi, một số vùng cao không có phủ sóng Tivi hoặc chất lượng phủ sóng rất kém.

- Mức độ sử dụng truyền thông đại chúng còn rất hạn chế, chưa có sự thay đổi do còn có nhiều sức ỳ cản trở nên cần có nhiều nỗ lực để thay đổi.

- Chỉ có những thông điệp truyền thông trong giai đoạn đầu sẽ có tác động yếu kém nếu như thiếu sự củng cố từ những hoạt động truyền thông theo hình thức giao tiếp cá nhân và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

Do đó sẽ là hữu hiệu nếu có những hình thức tuyên truyền có chọn lựa đối với đa số người Kinh sống trong khu vực và những nhóm dân tộc thiểu số thành thạo tiếng phổ thông, biết đọc, viết hoặc là có thể tiếp cận dễ dàng tới kênh truyền thông đại chúng phổ biến là đài và Tivi. Tuy vậy, đối với những dân tộc có hạn chế về tiếng phổ thông và trình độ văn hóa thấp, hơn nữa lại không thể tiếp cận một cách thường xuyên tới đài và Tivi thì lại phải có một cách tiếp cận hoàn toàn khác để có thể tạo ra thay đổi thực sự trong nhận thức và hành vi của họ.

9. Nếu như đối với những dân tộc thiểu số vùng cao và vùng sâu, truyền thông đại chúng chưa thể đem lại hiệu quả mong muốn thì hình thức tiếp cận trực tiếp lại càng đóng một vai trò thiết thực hơn.

Ở cấp độ thôn bản điều này có nghĩa là cần thiết phải hỗ trợ cho mạng lưới cộng tác viên sinh sống tại các thôn bản như để họ được hưởng một khoản trợ cấp của Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình hàng tháng để làm công việc không thường xuyên hàng ngày là vận động kế hoạch hóa gia đình và cung cấp bao cao su. Do hiện nay khoản trợ cấp quá ít ỏi và huấn luyện không đầy đủ nên đội ngũ này không ổn định, và nhiều xã còn thiếu cộng tác viên để có thể phủ khắp trên một địa bàn các thôn bản rộng lớn. Nhưng đâu sao những người trả lời trong cuộc khảo sát đều thường xuyên nhắc tới cộng tác viên dân số như là một nguồn thông tin về kế hoạch hóa gia đình, cung cấp biện pháp tránh thai. Điều này cho thấy vai trò khá thiết thực của mạng lưới cộng tác viên dân số trong việc chuyển tải chương trình tới những thôn bản xa xôi, hẻo lánh.

Tuy nhiên, nếu không có được một sự củng cố thật sự thì hiệu quả của mạng lưới cộng tác viên sẽ rất hạn chế. Sự củng cố này có thể bao gồm: tăng cường số lượng cộng tác viên dân số ở những xã có địa bàn rộng và số lượng thôn bản nhiều, tăng trợ cấp cho cộng tác viên hoặc có những hình thức khuyến khích vật chất để tăng lòng nhiệt tình của các cộng tác viên và có chương trình đào tạo, giám sát thường xuyên. Tại những địa bàn thiếu vắng kênh truyền thông đại chúng, thì cộng tác viên dân số là người thực hiện giao tiếp trực tiếp với người dân (bao gồm cả trong các cuộc họp thôn bản) và chính họ là những tác nhân kích thích *liên tục* khuyến khích việc chấp nhận kế hoạch hóa gia đình của người dân

Hiện nay, tại xã Nà Tấu đang thử nghiệm mô hình đào tạo y tá bản với sự giúp đỡ giám sát của phòng khám đa khoa huyện đặt tại địa bàn. Nguồn lương trả cho y tá bản được đào tạo có thể do nhà nước hoặc do thôn bản (người dân thôn bản góp trả). Mô hình này nên được tiếp tục thử nghiệm.

10. “Phòng tuyến bảo vệ” của cả hệ thống y tế lẫn kế hoạch hóa gia đình là trung tâm y tế xã. Những trung tâm y tế cấp xã trong những địa bàn được khảo sát có chất lượng rất kém cả về trình độ và số lượng nhân viên, về trang thiết bị lẫn cơ sở vật chất. Trong nhiều trường hợp những hạn chế này đã làm tổn hại đến uy tín của trạm y tế, khiến cho nhiều người không tin tưởng vào

việc chữa chạy tại trạm nên có xu hướng lần lữa việc chữa chạy hoặc tìm tới các cách chữa chạy truyền thống.

Việc cải thiện chất lượng trạm y tế xã cần bao gồm việc nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và cả chất lượng lẫn số lượng nhân viên y tế, tóm lại là các trạm y tế vùng núi và vùng xa rất cần có một sự cải tạo căn bản để có thể có một dịch vụ có chất lượng hơn. Tuy nhiên, cũng cần phải đề cập thêm ở đây là khoảng cách giữa các thôn bản tới trạm y tế xã và những khó khăn về đường sá và phương tiện giao thông sẽ vẫn là vấn đề lớn cản trở việc tiếp cận của người dân tới các dịch vụ y tế và kế hoạch hóa gia đình.

11. Các đội dịch vụ kế hoạch hóa gia đình của huyện vẫn đóng một vai trò chủ chốt trong việc cung cấp các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe tại vùng núi và vùng xa, tuy nhiên hệ thống này vẫn cần được nâng cấp đầu tư về một số mặt như tăng cường về chuyên môn và đội ngũ cán bộ dịch vụ để có lịch trình tới từng xã được thường xuyên hơn, mở rộng loại hình và đối tượng dịch vụ, tăng cường các hoạt động dịch vụ tức thời, *đặc biệt tại những xã có trạm y tế quá yếu kém và không có phòng khám đa khoa liên xã*. Những phụ nữ được hỏi đã đề cập đến vai trò rõ ràng của các đội dịch vụ di động, nhưng cũng đề cập đến việc chậm trễ khi phải chờ đợi thời điểm dịch vụ đến địa bàn.

12. Về các biện pháp tránh thai, vấn đề đa dạng hóa các biện pháp tránh thai cần được mở rộng và tăng cường. Rất nhiều phụ nữ được phỏng vấn than phiền về tác dụng phụ của vòng tránh thai và có kiến thức sai lệch về một số biện pháp tránh thai khác. Phụ nữ của các nhóm dân tộc thiểu số này (trừ dân tộc Tày ở xã Yên Ninh) không nhận được nhiều kiến thức về các biện pháp tránh thai và không có tư vấn hoặc sự đảm bảo nào làm yên lòng người sử dụng hoặc tạo lòng tin cho người đang có nhu cầu sử dụng. Dư luận xung quanh tác dụng phụ của các biện pháp tránh thai hiện đại đã ngăn cản và làm nản lòng một số cặp vợ chồng sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại. Kinh nghiệm của các nước trên thế giới cho thấy việc đa dạng hóa các biện pháp tránh thai hiện đại tạo nhiều thuận lợi cho các cặp vợ chồng lựa chọn được một biện pháp tránh thai thích hợp, do đó làm gia tăng tỷ lệ người sử dụng.

Làm cách nào để có thể đa dạng hóa được các biện pháp tránh thai? Ở đây cần phải có sự cải thiện đồng bộ hệ thống cung cấp: mạng lưới cộng tác viên sẽ có thể là nguồn cung cấp thường xuyên các biện pháp phi lâm sàng (bao cao su và cả thuốc nếu có được tập huấn cơ bản). Trạm y tế xã nếu được nâng cấp về chất lượng sẽ có thể thực hiện được các biện pháp tránh thai lâm sàng như đặt vòng và dịch vụ nạo, hút thai. Các đội dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể cung cấp dịch vụ tại mỗi xã thường xuyên hơn. Hơn nữa, việc cung cấp các biện pháp tránh thai phi lâm sàng cần được thường xuyên và bảo đảm hơn - thí dụ, việc giảm số lượng cung cấp bao cao su cho đối tượng sử dụng đưa lại ấn tượng tại một địa phương là nguồn cấp bao cao su bị thiếu hụt, việc này dường như mang ẩn ý là người sử dụng cần dùng kết hợp bao cao su với các biện pháp tránh thai truyền thống.

13. Cho đến hiện nay, việc xao nhãng trong chăm sóc thai nghén và những ca sinh con không có tư vấn vẫn là vấn đề phổ biến tại các xã vùng cao và vùng sâu, vùng xa. Người phụ nữ chỉ đi khám trong trường hợp có xảy ra sự cố hoặc cảm thấy không bình thường. Người phụ nữ mang thai vẫn làm các công việc đồng áng, nương rẫy và không nhận thức được sự hữu ích của việc khám thai định kỳ.

Việc sinh con vẫn chủ yếu diễn ra tại nhà với sự giúp đỡ của người thân hoặc các bà mụ vườn hoặc y tá thôn. Những tập quán này đều có thể dẫn đến việc gia tăng tỷ suất chết hoặc tình

trạng bệnh tật của bà mẹ và trẻ sơ sinh trong các nhóm dân tộc thiểu số. Nếu như việc thăm khám thai định kỳ có thể dự báo được một số ca sinh khó, việc làm thay đổi nhận thức và hành vi chăm sóc thai nghén sẽ diễn ra chậm chạp tại các nhóm dân tộc thiểu số này. Hơn nữa, chăm sóc cấp cứu cho những ca sinh khó còn phụ thuộc rất nhiều vào đường xá, phương tiện giao thông, chuyên chở và nơi cấp cứu gần nhất. Việc có được các cơ sở hạ tầng cần thiết là chưa thể thực hiện được trong ngày một ngày hai.

14. Việc thăm khám sau khi sinh cũng ở tình trạng tương tự như đối với chăm sóc thai nghén. Một vấn đề đặc biệt cần nhấn mạnh ở đây là những phong tục kiêng cử sau khi sinh, nhất là những kiêng cử liên quan tới chế độ ăn uống kiêng khem khá chặt chẽ của sản phụ, ở hầu hết các nhóm dân tộc đều thể hiện tình trạng dinh dưỡng không đầy đủ cho người mẹ. Ngoài trừ việc kiêng sinh hoạt tình dục trong một tháng sau khi sinh, các tập quán kiêng cử hầu như đều không có lợi cho sức khỏe của người mẹ hoặc không có ý nghĩa. Hầu hết phụ nữ đều cho con bú nhưng có một số nhóm dân tộc vẫn còn cho con bú sau vài ngày với lý do sữa ban đầu không tốt. Để thay đổi những hành vi và tập quán này, truyền thông phổ biến kiến thức chăm sóc sức khỏe và nuôi con nhỏ cho người mẹ đóng một vai trò quan trọng song song với truyền thông dân số-kế hoạch hóa gia đình thông qua mạng lưới cán bộ cơ sở/cộng đồng và tuyên truyền trực tiếp tới đối tượng.

15. Sự hiểu biết về HIV/AIDS của các nhóm dân tộc thiểu số đang còn rất sơ đẳng. Hiện tượng nhiễm HIV tại các vùng miền núi này, và những yếu tố gây ra nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm đường sinh sản và các bệnh hoa liễu còn chưa được người dân biết đến. Do đó việc phổ biến rộng rãi những kiến thức về các đề tài này cũng là rất cần thiết, và ở đây mạng lưới cộng tác viên, nhân viên cộng đồng cùng với các kênh truyền thông chính thức khác cũng sẽ đóng một vai trò quan trọng.

Tóm lại, cuộc khảo sát với 304 cuộc phỏng vấn sâu phụ nữ thuộc 6 nhóm dân tộc thiểu số và phụ nữ Kinh sinh sống tại các vùng cao, vùng xa trong những hoàn cảnh khó khăn, cho thấy sự thiếu hụt về kiến thức, hành vi và sự yếu kém của mạng lưới dịch vụ tại các khu vực này. Cuộc khảo sát cho thấy sự bất lợi lớn của họ trong hầu hết các chỉ báo kinh tế-xã hội cũng như những chỉ báo về sức khỏe và vệ sinh.