

## **Thực trạng và vai trò của phụ nữ dân tộc thiểu số các tỉnh miền núi phía Bắc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản**

**Phan Thị Thanh Mai**

Viện Gia đình và Giới

**Tóm tắt:** Chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) của phụ nữ các dân tộc thiểu số (DTTS) nói riêng là một phần quan trọng trong chính sách của Đảng và Chính phủ nhằm quan tâm, giúp đỡ vùng rừng núi, vùng sâu vùng xa tiến kịp cùng vùng đồng bằng và thành phố. Tuy nhiên, hiện còn nhiều thách thức đối với việc CSSKSS của phụ nữ các dân tộc thiểu số phía Bắc. Bài viết phân tích và tổng hợp các kết quả nghiên cứu đã công bố nhằm tìm hiểu và đưa ra bức tranh chung về thực trạng và vai trò của phụ nữ DTTS các tỉnh miền núi phía Bắc. Kết quả cho thấy tình trạng kinh tế nghèo khó, trình độ học vấn thấp và sự hạn chế trong nhận thức của phụ nữ DTTS chính là những trở ngại trong việc tiếp cận với các biện pháp và các phương tiện CSSKSS hiện đại. Bên cạnh đó, một số phong tục tập quán lạc hậu của cộng đồng cũng cản trở người phụ nữ DTTS nắm bắt và thực hành việc CSSKSS một cách an toàn và khoa học.

**Từ khóa:** Chăm sóc sức khỏe sinh sản; Phụ nữ dân tộc thiểu số; Kế hoạch hóa gia đình; Chăm sóc con.

Hiện nay, ở Việt Nam có khá nhiều các nghiên cứu về chủ đề CSSK và CSSKSS của phụ nữ DTTS nói chung. Có thể chia các nghiên cứu về chủ đề này thành hai loại. Loại thứ nhất là các nghiên cứu tập trung vào chủ đề chính là chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số phía

Bắc. Loại thứ hai là các nghiên cứu đề cập đến nhiều mặt như kinh tế, văn hoá, giáo dục, y tế... trong đó có dành một phần nội dung về chăm sóc sức khoẻ sinh sản của phụ nữ DTTS phía Bắc. Kết quả của những nghiên cứu này hầu hết đã được công bố, vì vậy nguồn tài liệu được đăng tải trên các tạp chí khoa học trong khoảng 10 năm lại đây cũng khá phong phú và đa dạng. Các bài tạp chí này phản ánh rõ nét và cung cấp nguồn số liệu cụ thể về chủ đề CSSKSS của phụ nữ DTTS phía Bắc. Nội dung của các bài tạp chí đa dạng và có thể dựa vào đó để tìm ra những nét tương đồng cũng như những điểm khác biệt giữa các nghiên cứu. Đây là nguồn tư liệu chính được sử dụng để phân tích trong bài viết này.

## **1. Thực trạng chăm sóc sức khoẻ sinh sản của phụ nữ DTTS phía Bắc**

### **1.1 Ý thức về CSSK nói chung**

Xuất phát từ đời sống kinh tế còn thấp kém, trình độ học vấn thấp, đa số phụ nữ DTTS các tỉnh phía Bắc nói chung còn chưa có ý thức rõ rệt về CSSK và CSSKSS. Cũng như phần lớn người dân tộc thiểu số ở khu vực này, người phụ nữ dân tộc thiểu số các tỉnh phía Bắc chưa quen với việc sử dụng các dịch vụ và các hình thức chăm sóc sức khoẻ của xã hội hiện đại. Có một bộ phận lớn phụ nữ DTTS ở khu vực này hầu như vẫn quen với truyền thống khi ốm đau thì tự chăm sóc sức khoẻ bản thân bằng những cây thuốc lá sẵn có trong rừng. Kết quả là do bệnh nặng không được cứu chữa kịp thời khiến nhiều người dân tộc thiểu số khu vực này, trong đó có phụ nữ và trẻ em bị tử vong (Hoàng Thị Lịch, 1993).

Mặt khác, do không nhận thức được tầm quan trọng của việc ăn ở, sinh hoạt đảm bảo vệ sinh nên tỷ lệ mắc và khả năng lây lan các loại dịch bệnh là khá cao. “Thiếu ăn đã gây nên tình trạng suy dinh dưỡng. Ăn ở mất vệ sinh; lợn gà còn thả rong hoặc nuôi trong cùng nhà ở với người đã gây nên nhiều bệnh dịch. Nhà ở phần lớn là thấp, tối tăm thiếu ánh sáng và không khí. Nguồn nước sạch thiếu phải dùng chung cho ăn uống và tắm giặt nên cũng là một nguồn lây lan bệnh nhanh nếu có bệnh dịch xảy ra”(Hoàng Thị Lịch, 1993).

### **1.2 Nhận thức và tình trạng CSSKSS**

Khi mang thai, đa số phụ nữ DTTS chỉ xem đó là việc hết sức bình thường nên không có chế độ bồi dưỡng thai phụ hay chế độ nghỉ ngơi hợp lý. Một số các dân tộc lại có những chế độ kiêng khem lạc hậu và những quy định khá ngặt nghèo đối với phụ nữ mang thai và sinh nở. Ví dụ như tục lệ kiêng ăn một số loại thực phẩm giàu chất dinh dưỡng khi phụ nữ mang thai và sinh nở. Chế độ kiêng khem trong ăn uống này là một trong những nguyên nhân khiến cho tỷ lệ bà mẹ và trẻ em các DTTS bị suy dinh dưỡng cao. “Ở người Nùng Dín, trong suốt thời kỳ có thai tới lúc sinh đẻ

kiêng không ăn thịt vịt, thịt dê, gà trống, ba ba vì quan niệm rằng ăn thịt các loài động vật này sẽ khó đẻ con hoặc sinh con ra sẽ không có bộ phận sinh dục hoặc dị tật” (Viện Dân tộc học, 1992).

“Đồng bào Dao cho rằng, người phụ nữ trong lúc mang thai mà ăn thịt điều hâu, thịt các con vật bị hổ giết thì sau này cả mẹ và con sẽ mắc bệnh phong. Kiêng không ăn thịt gà rừng vì sợ sau này đứa trẻ sẽ chạy, nhảy nhiều; kiêng không ăn nhộng ong, nhộng tằm vì e ngại sau này con sinh ra chỉ thích ở trong nhà và sợ không dám đi ra ngoài; không ăn quả bí vì sợ bào thai sẽ biến dạng thành hình quả bí; kiêng ăn rau cải vì sợ sau này con sẽ hay đái dâm; kiêng ăn bất cứ loại quả chua nào vì sợ cả mẹ lẫn con bị đau bụng. Kiêng uống các loại thuốc nấu từ các loài cây có gai vì quan niệm những loài cây đó sẽ làm cho đứa bé bị mụn nhọt, ngứa ngáy quanh năm” (Phạm Quang Hoan, 1998).

Một số thực phẩm giàu chất dinh dưỡng rất sẵn có ở vùng rừng núi là địa bàn người dân tộc sinh sống cũng bị “kiêng” đối với phụ nữ mang thai, như thịt gà rừng, nhộng ong, nhộng tằm; các thực phẩm giàu vitamin như quả bí, rau cải, quả chua... đối với người Dao ở Lào Cai (Đào Huy Khuê, Triệu Thanh Vượng, 2005)

Việc sinh nở chủ yếu chỉ thực hiện ở nhà mà không đến các cơ sở y tế trong vùng. Cách đây một thập kỷ, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 30% phụ nữ tới nhà hộ sinh (Chu Tuấn Thanh, 1997). Tình hình này ít có thay đổi. “Phụ nữ người dân tộc thường sinh con tại nhà (khoảng hơn 80%) so với 30% ở người Kinh (FAO & UNDP, 2002). Trên 40% phụ nữ người dân tộc thiếu số sinh con không có người đỡ chuyên nghiệp. Ngoài ra, 60% phụ nữ dân tộc thiếu số không được chăm sóc trước khi sinh trong khi tỷ lệ này ở người Kinh là 30%” (Tổ chức y tế thế giới, 2003). “Ở các dân tộc thiểu số, tỷ lệ sản phụ sinh con tại nhà là 78,9%, gấp đôi so với tỷ lệ chung 39,4 trong cả nước” (Bùi Minh Đạo, 2003).

Trình độ học vấn của phụ nữ DTTS phía Bắc là yếu tố có tác động đến nhận thức của người phụ nữ trong vấn đề CSSKSS, ảnh hưởng đến tần suất đi khám thai của họ. Nghiên cứu tại Lào Cai cho thấy nhóm những phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn ở vùng này có số lần đi khám thai nhiều hơn so với nhóm phụ nữ có học vấn thấp hơn (Lê Ngọc Lan, 2005).

Theo số liệu của Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVY) thì tỷ lệ phụ nữ cho biết có đi khám thai trong lần đầu tiên là rất cao (83,3%), trong đó gần 90% ở thành thị và 82% ở nông thôn, nhưng phụ nữ dân tộc thiểu số chỉ có 64,4%. Có hơn 80% phụ nữ được tiêm phòng uốn ván trong lần có thai gần đây nhất với tỷ lệ thành thị và nông thôn gần bằng nhau, tuy nhiên nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số vẫn ít hơn một cách rõ rệt (63,7%).

Nhận thức hạn chế về việc CSSKSS còn thể hiện ở mức sinh cao. Sinh nhiều con, sinh dày vẫn là cái nếp quen và hầu như chưa có sự thay đổi cơ bản ở đồng bào dân tộc thiểu số phía Bắc. “Số liệu khảo sát cho thấy ở Lào Cai, có 32,5% phụ nữ sinh con 2 lần, 35,3% sinh 3-4 lần; 17,3% sinh 5-6 lần và 14,9% sinh trên 6 lần. Nhóm phụ nữ tuổi càng cao, càng có số lần sinh nhiều hơn (44% sinh trên 6 lần ở nhóm phụ nữ trên 50 tuổi)... Ở Lạng Sơn có tới 53,7% phụ nữ sinh 2 lần; 34,6% sinh 3-4 lần và hơn 10% sinh từ 5 lần trở lên” (Lê Ngọc Lan, 2005). “Tỷ lệ sinh trong những năm qua ở người Hmông là 8,8%, ở các dân tộc Tày, Nùng là 5,2%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ sinh trên 1% ở vùng người Kinh. Tại xã Mường Mùn, huyện Tuần Giáo, tỉnh Lai Châu, vào thời điểm năm 1999, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ người Hmông có số con bình quân là 5 người” (Bùi Minh Đạo, 2003).

Việc chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ sơ sinh của đồng bào các dân tộc vẫn còn rất sơ sài, đơn giản. Ngoài nguồn sữa mẹ ra, hầu như trẻ em ở vùng dân tộc không được ưu tiên chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng như ở người Kinh. “Khi đưa trẻ lọt lòng mẹ, người ta thường lấy các mảnh quần áo cũ làm tã lót hàng ngày cho bé. Đứa bé được tắm bằng nước lá bưởi. Ngoài nguồn sữa mẹ ra, đứa trẻ chỉ được nuôi dưỡng bằng cơm do mẹ mớm cho ăn hàng ngày. Trong cơm mớm cũng hiếm có đường và các loại rau, thịt mà phổ biến là dùng thứ chuối gọi là “cuối lạp”. (Viện Dân tộc học, 1992)

Thậm chí, trước đây, khi ốm đau, trẻ em cũng không được đưa đến cơ sở y tế do người bố người mẹ vẫn tin vào thầy cúng, thần linh và các cây thuốc lá trong dân gian (Viện Dân tộc học, 1992).

Hậu quả của đẻ nhiều, đẻ dày và thiếu khả năng chăm sóc sức khỏe của đồng bào DTTS ở khu vực này là tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và trẻ em cao. “Ở miền núi miền Bắc và Tây Nguyên, hai địa bàn có đông người dân tộc thiểu số, tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh trong những năm đầu thập niên 90 là 55/1000, cao hơn nhiều so với tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh chung 36/1000 của cả nước... Tài liệu của Bộ Y tế cho biết tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh ở Tây Nguyên và miền núi phía bắc cao gấp ba lần so với vùng đồng bằng Đông Nam Bộ và châu thổ sông Hồng” (Bùi Minh Đạo, 2003).

Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao cũng do kiến thức về nuôi dạy trẻ của phụ nữ các dân tộc còn thiếu, điều kiện kinh tế thấp kém và tập quán đẻ dày, đẻ nhiều. “Không có những số liệu riêng biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em trai và trẻ em gái nhưng các thông tin từ những người cung cấp thông tin chủ chốt cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em các dân tộc thiểu số tương đối cao do mức sống thấp kém và phần lớn các bà mẹ thiếu kiến thức chăm sóc trẻ. Vì thế, tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em các xã miền núi là tương đối cao, chẳng hạn ở Tả Văn năm 2003 là 32%” (Nguyễn Thanh Tâm, 2005)

Các tài liệu khác cũng cung cấp những con số tương tự về tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em người DTTS vùng núi phía Bắc: “Tại khu vực miền núi phía bắc, vào năm 1997, 54% trẻ em 6-7 tuổi bị còi cọc, vào năm 1998, 39% trẻ em dưới 5 tuổi có cân nặng thấp hơn cân nặng cần có” (N.Jamieson, 2000).

## **2. Vai trò của phụ nữ DTTS phía Bắc trong CSSKSS**

### **2.1 Phụ nữ đảm nhận trách nhiệm chính trong kế hoạch hoá gia đình**

Phụ nữ DTTS đảm nhận trách nhiệm chính trong việc sử dụng các biện pháp tránh thai.

Đặt vòng là phương pháp được khuyến khích và sử dụng nhiều nhất. Các phương pháp phòng tránh thai ở nam giới ít được bàn bạc và khuyến khích rộng rãi”(Tổ chức y tế thế giới, 2003).

Một nghiên cứu ở Mai Châu (Hòa Bình) cho thấy “Huyện Mai Châu với 62% người Thái và 6,9% người Hmông cư trú, có số lượng đình sản rất thấp, đặc biệt là đình sản nam có rất ít người chấp nhận. Huyện có nhiều người Tày và Dao là Đà Bắc cũng có ít nam giới chấp nhận đình sản. Trong khi đó vòng tránh thai lại được chấp nhận rộng rãi” (Khổng Diễn, 2001). Như vậy, phụ nữ dân tộc thiểu số ở khu vực này trở thành người đảm đương chính trách nhiệm phòng tránh thai trong gia đình.

Ở vùng sâu vùng xa, tỷ lệ phụ nữ triệt sản rất cao so với nam giới. Sự khác biệt này có thể là do tâm lý và quan niệm đang tồn tại trong các thôn xóm, làng bản là sau khi đình sản người đàn ông bị ngu dần đi nhiều. Một người Tày, 40 tuổi, 3 con, học hết lớp 7 nói: “... Đàn ông đi đình sản thì sợ ngu người, chưa có ai đầu tiên xung phong đi, chỉ có bảo đàn bà đi đặt vòng, đi đình sản thôi...”. Chồng của một phụ nữ Hmông bị lỡ kế hoạch trong khi dùng bao cao su nói: “... Dùng bao cao su không hợp vì nó bị thủng nên có thai. Dùng bao cao su không thành thì không muốn dùng biện pháp khác nữa. Cùng thấy nhiều biện pháp rồi nhưng dùng bao cao su vẫn có thai thì khả năng là sau đó không dùng biện pháp khác nữa...” (Viện Xã hội học và Future Group International, 1997).

Một nghiên cứu khác đưa ra con số thống kê như sau: “Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở vùng sâu, vùng xa thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (66,4% so với 75,3%). Trong tổng số 51,3 % trường hợp sử dụng biện pháp hiện đại, vòng tránh thai được sử dụng nhiều nhất (34,5%); tiếp đó là đình sản nữ (7%); thuốc tránh thai (4,8%) và 3,7% đối tượng áp dụng bao cao su. Thuốc tiêm tránh thai hầu như không được sử dụng ở khu vực vùng sâu vùng xa và biện pháp đình sản nam cũng ít được áp dụng (1,3%) (Nguyễn Minh Thắng, 2000).

Mặc dù đồng bào dân tộc thiểu số đã được nâng cao nhận thức hơn

trước về tầm quan trọng của kế hoạch hoá gia đình và dần dần tiếp cận được với các biện pháp tránh thai hiện đại nhưng quan niệm phải “có nếp có tẻ” vẫn làm tăng mức sinh và gây nên áp lực đối với người phụ nữ. “Trong số phụ nữ các dân tộc thiểu số mà chúng tôi đã gặp thì phụ nữ người Hmông muốn có con nhiều hơn cả, họ không những thích có nhiều con trai mà còn thích có nhiều con gái nữa. Quan niệm muốn có nhiều con và muốn có con trai của người Hmông xuất phát từ nhiều lý do: con trai để nối dõi, con trai để lao động gánh vác những việc nặng và chõ dựa lúc về già” (Nguyễn Hữu Nhân, Đào Huy Khuê, 2000).

### **1.2 Phụ nữ là trụ cột trong việc nuôi dưỡng và chăm sóc con cái**

Người phụ nữ thường phải lao động cho đến tận giờ sinh và sinh con ngay trên nương rẫy. Họ không có thời gian và tiền bạc để đi khám thai hay thực hiện chế độ nghỉ ngơi trong quá trình thai nghén. Chính điều này đã gây nguy hiểm cho họ và đứa trẻ sơ sinh. Một nghiên cứu tiến hành năm 2000, với mẫu nghiên cứu có 4/10 dân tộc thiểu số là thuộc nhóm các dân tộc thiểu số ở các tỉnh phía Bắc cho biết: “Đại bộ phận phụ nữ của 10 dân tộc thiểu số trong mẫu nghiên cứu đều không được chăm sóc về dinh dưỡng trong quá trình mang thai. Họ phải lao động đến tận lúc sinh và trở lại làm việc sớm sau khi sinh” (Nguyễn Hồng Quang, 2002).

Một nghiên cứu khác cho rằng yếu tố chính chi phối đến quyết định việc đi khám thai của phụ nữ vùng sâu, vùng xa vẫn là kinh tế. Với tình trạng kinh tế nghèo, người phụ nữ hầu như không có tiền để dành cho việc chăm sóc sức khoẻ bản thân khi mang thai. “...Lúc có thai thì không kiêng gì đâu, vẫn làm việc bình thường..., ở nhà nửa tháng sinh đẻ này thôi, qua tháng này thì phải đi làm, không có người đi thì phải lấy cả con đi theo làm nương làm ruộng... mang theo con lên nương...” (Phụ nữ Hmông, 26 tuổi, 4 con (2 đã chết), làm ruộng, không đi học) (Nguyễn Thiện Thảo, Mạc Văn Hùng, 2000).

Chính phụ nữ DTTS là người chăm sóc chính khi con còn nhỏ và lúc con ốm đau, bệnh tật. Trẻ em người DTTS sinh ra được nuôi dưỡng chủ yếu bằng nguồn sữa mẹ. Thậm chí đến khi đứa bé lên bốn, năm tuổi mới được mẹ cai sữa. Trong khi phần lớn các bà mẹ này luôn phải lao động nặng nhọc, không có nhiều thời gian nghỉ ngơi sau khi sinh nở và cũng không có bất cứ sự bồi dưỡng ăn uống đặc biệt nào dành cho bà mẹ cho con bú thì việc bảo đảm cung cấp nguồn sữa cho con bú là một điều rất khó khăn. “Trẻ sơ sinh được nuôi bằng sữa mẹ là chính, khi đứa trẻ được 6 tháng đến một tuổi mới bắt đầu cho ăn bột và khi mọc răng thì cho ăn cơm. Trường hợp sản phụ thiếu sữa thì gia đình có thể xin sữa của những người phụ nữ trong bản” (Phạm Quang Hoan, 1998). “Đứa trẻ được bú mẹ cho đến khi người mẹ có sữa tiếp theo hoặc đến 4-5 tuổi mới thôi bú”

(Nguyễn Hồng Quang, 2002).

Phụ nữ DTTS chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc nuôi dạy con cái vì thế họ không có cả thời gian để tham gia các hoạt động xã hội. “... Người Mông ta nói gì thì chồng cũng đi thôi mà. Con gái thì chỉ ở nhà nuôi dạy con thôi. Nó không đi. Người Hmông ta thì cho chồng nó đi thôi, vợ không đi đâu...” (Hmông, 32 tuổi, 7 con). (Nguyễn Thị Vân Anh, 1998). “Đi họp nghe phổ biến... tập trung nhà trưởng bản, cùng nhau sinh hoạt nó nói cho, dạy cho đấy. Có mấy người nó không có nhà, nó không đi, nó ngủ trong rừng, trông nương. Người phụ nữ phải về coi nhà, ban đêm con nó khóc thế là nó không đi họp... Đi họp người nam đi, người nữ ít đi...” (Hmông, 37 tuổi, 4 con). (Nguyễn Thị Vân Anh, 1998).

Như vậy, tuy chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc và nuôi dạy con, song không vì thế mà địa vị của người phụ nữ trong gia đình được nâng cao mà ngược lại rất thấp. Phụ nữ dân tộc Hmông hầu như chỉ ở nhà trông con và làm các công việc gia đình, mọi sinh hoạt bên ngoài xã hội dành cho người chồng, vì thế họ càng khó tiếp cận với các nguồn thông tin, trong đó bao gồm cả thông tin về CSSK và CSSKSS. Tình trạng đó cũng xảy ra tương tự đối với phụ nữ ở các DTTS miền núi phía Bắc khác.

### **2.3 Khả năng tiếp cận hệ thống CSSKSS và những tiến bộ gần đây**

Một số nghiên cứu có đề cập đến những yếu tố có ảnh hưởng đến vai trò, địa vị của người phụ nữ phía Bắc trong chăm sóc sức khỏe, những yếu tố này liên quan đến chính sách, pháp luật của nhà nước. Trong đó có các yếu tố được nhắc đến như chính sách chưa phù hợp, cơ sở CSSK còn thấp kém, các kênh truyền thông chưa đến được với người dân v.v.. “Hệ thống CSSK và kế hoạch hoá gia đình đã được xây dựng tương đối hoàn chỉnh và hoạt động khá rộng rãi trên phạm vi cả nước, tuy nhiên không phải mọi người dân đều được chăm sóc chu đáo như nhau, đặc biệt là đồng bào vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo. Trong lĩnh vực chăm sóc thai sản, tỷ lệ khám thai cho những trường hợp sinh do bác sỹ, y sỹ, y tá, nữ hộ sinh tại các cơ sở y tế thực hiện ở các khu vực này thấp hơn so với cả nước” (Nguyễn Thiện Hào, Mạc Văn Hùng, 2000).

Một nghiên cứu khác đề cập đến vấn đề về cung cấp dịch vụ CSSK sinh sản phụ nữ các dân tộc ít người cũng nói về trình độ chuyên môn, thiếu hiểu biết về kiến thức xã hội cũng như những khó khăn về mặt chính sách đối với đội ngũ cộng tác viên dân số miền núi.

“Phần lớn nhân viên y tế thôn bản chưa được đào tạo chuyên môn, trang thiết bị công tác lại thiếu thốn. Ở Yên Bái 93,8% y tế thôn bản chưa được trang bị túi đựng dụng cụ đơn giản... Trong khi đó, y tế thôn bản đang hoạt động đang hoạt động trong một cơ chế quản lý và trợ cấp không thống nhất... Chế độ trợ cấp cho họ chưa đủ, và do nhiều nguồn cung cấp

khác nhau” (Trần Bình, 2001).

Tuy nhiên, một số các nghiên cứu cũng cho thấy tình hình CSSKSS của phụ nữ dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc phần nào được cải thiện trong những năm gần đây, khi mà người dân tộc thiểu số bắt đầu làm quen và tiếp cận được với các phương tiện chăm sóc y tế hiện đại. Chẳng hạn như một số nghiên cứu cho thấy người phụ nữ DTTS các tỉnh phía Bắc vẫn duy trì tập quán sinh con tại nhà nhưng họ đã bắt đầu biết tìm đến các cơ sở y tế trong trường hợp để khó. Một nghiên cứu của Phạm Quang Hoan về người Dao đỏ ở Hà Giang cho thấy trước đây hầu hết phụ nữ người Dao Đỏ và Dao áo Dài đều sinh con tại nhà những tập tục đó đang ít nhiều có sự thay đổi: “Hiện nay, ở những vùng dịch vụ y tế phát triển và đường sá đi lại thuận tiện, phụ nữ Dao không ngần ngại đến sinh đẻ tại trạm xá xã” (Phạm Quang Hoan, 1998).

Cũng có một dấu hiệu tiến bộ là một nam giới ở một số dân tộc ít người đang chung vai gánh trách nhiệm kế hoạch hoá gia đình với nữ giới. Cụ thể trong một cứu có nói về trách nhiệm này ở người đàn ông dân tộc Thái ở Lai Châu. “Bên cạnh đặt vòng, các biện pháp tránh thai truyền thống, với đặc điểm là phải có sự tham gia và chủ động của nam giới đã được sử dụng nhiều ở các cặp vợ chồng người Thái. Điều này cho thấy rằng việc hạn chế sinh đẻ đang trở thành một nhu cầu trong cộng đồng người Thái nơi đây...việc chấp nhận sử dụng nó cũng cho thấy trách nhiệm hạn chế sinh đẻ đã được nam giới dân tộc Thái chia sẻ với người vợ trong gia đình” (Đoàn Kim Thắng, Nguyễn Lan Phương, 1998). “Ở người Mường nói chung đồng bào chấp nhận đình sản nhiều, xã Phú Lương dẫn đầu về đình sản (chủ yếu là nữ), xã Bình Chân dẫn đầu về đình sản nam trong toàn tỉnh. Ở các xã này và một số xã khác, tỷ trọng đình sản và dùng vòng tránh thai không chênh lệch nhau nhiều, thậm chí tỷ trọng đình sản còn cao hơn so với vòng tránh thai” (Khổng Diễm, 2001).

Các mô hình chăm sóc sức khoẻ tại cộng đồng đã góp phần nâng cao nhận thức của người phụ nữ đối với hoạt động chăm sóc sức khoẻ và sức khoẻ sinh sản. Cụ thể trong cuộc khảo sát của Viện Xã hội học tiến hành tại Hòa Bình thì tỷ lệ phụ nữ DTTS khám thai đã tăng lên đáng kể qua các năm: “Số phụ nữ mới sinh con trong 2 năm gần đây tỉ lệ có khám thai là 95,8%, tăng đáng kể so với chỉ tiêu đạt được trong các năm 1999-2000 (78,4%). Sự khác biệt thể hiện rõ nét đối với các bản có xây dựng nhà y tế bản. Tỷ lệ phụ nữ ở bản có nhà y tế bản khám thai trong lần có thai gần nhất đối với thời kỳ 1995-2000 là 70,8%, và đối với thời kỳ 2000-2002 là 96,2%. Tỷ lệ tương tự ở những bản không có nhà y tế bản là 74,9% và 94,7%. Ngoài ra, số lần khám thai cũng tăng nhiều so với thời gian bắt đầu thực hiện mô hình. Trong số phụ nữ có khám thai 2 năm gần đây, tỷ lệ khám



3 lần trở lên là 82,6%. Trong khi đó tỉ lệ khám thai 3 lần trở lên đối với phụ nữ sinh con trong thời kỳ 1999-2000 là 42%” (Viện Xã hội học, 2003).

Việc chăm sóc con cái của người phụ nữ DTTS cũng có những điểm tiến bộ nhất định. Trước đây các bà mẹ ở một số DTTS phía Bắc duy trì tục lệ kiêng cử không cho con bú ngay sau khi sinh và cho con thôi bú sớm. Đứa trẻ sinh ra cũng không được đưa đi tiêm chủng đầy đủ. Những điểm hạn chế đó đã được khắc phục. “...Kết quả cho thấy đã có sự tiến bộ đáng kể trong công tác phòng bệnh và nuôi con của những người phụ nữ miền núi: hầu hết các bà mẹ đều cho con bú ngay sau khi sinh và cho bú ít nhất đến 12 tháng, chỉ trừ một số bà mẹ hoặc vì ốm đau bệnh tật, hoặc vì không có sữa mà cho thôi bú sớm; số còn lại cho con bú từ 13-18 tháng mới cai. Thông tin về tiêm chủng mở rộng cho trẻ sơ sinh cho thấy có 91,6% bà mẹ đã đưa trẻ đi tiêm chủng theo chương trình tiêm chủng mở rộng” (Nguyễn Hữu Minh, Lê Phương 2001).

### 3. Kết luận

Những phân tích ở phần trên cho thấy có rất nhiều thách thức ảnh hưởng đến vai trò, địa vị phụ nữ DTTS phía Bắc trong CSSK và CSSKSS. Đó là những khó khăn do yếu tố khách quan và chủ quan, liên quan đến chính sách, pháp luật, cộng đồng và cá nhân, có ảnh hưởng đến vai trò của người phụ nữ DTTS trong CSSKSS. Trong đó, những thách thức liên quan đến cộng đồng và yếu tố cá nhân được đề cập đến nhiều nhất. Chính phong tục tập quán lạc hậu của một số dân tộc thiểu số kết hợp với sự những điểm hạn chế trong nhận thức của cá nhân người phụ nữ DTTS đã trở thành thách thức đối với việc CSSKSS. Trình độ học vấn thấp, sự hạn chế trong nhận thức và tình trạng kinh tế nghèo khó của phụ nữ DTTS là một cản trở trong quá trình họ tiếp cận với các biện pháp và các phương tiện CSSKSS hiện đại. Tiếp đó là yếu tố liên quan đến cộng đồng. Chính phong tục tập quán lạc hậu của cộng đồng là một bước cản trở người phụ nữ DTTS hoà nhập với nền văn minh hiện đại, trong đó bao hàm cả vấn đề CSSKSS. ■

#### Tài liệu tham khảo

- Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, UNICEF, WHO. *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam*. Báo cáo tổng hợp.
- Đào Huy Khuê, Triệu Thanh Vượng. 2005. “Tập quán chăm sóc thai sản và đặt tên con của người Dao Đỏ ở Lào Cai”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 4.
- Đỗ Thị Bình. 1999. *Nghiên cứu về giới tại các cộng đồng người Tày, Nùng tỉnh Cao Bằng: Dự án phát triển nông thôn Cao Bằng-Bắc Cạn*. H.: Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn; Liên minh Châu Âu.
- Đoàn Kim Thắng, Nguyễn Lan Phương. 1998. “Địa vị phụ nữ và sức khoẻ sinh sản nghiên cứu so sánh giữa hai dân tộc Thái và Êđê”. *Tạp chí Xã hội học*, số 1.

- Hoàng Thị Lịch. 1993. *Người phụ nữ và gia đình ở miền núi phía Bắc*. Báo cáo tổng hợp.
- Khổng Diễn chủ biên. 2001. *Dân số - Kế hoạch hoá gia đình các dân tộc ở Hoà Bình*. H.: Khoa học Xã hội.
- Lê Ngọc Lân. 2005. “Phụ nữ các dân tộc miền núi phía Bắc: về hôn nhân, văn hoá giáo dục và chăm sóc sức khoẻ”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 6.
- Neil, Jamieson. 2000. *Tổng quan kinh tế xã hội vùng núi phía Bắc và khu vực dự án*. Bản tiếng Việt.
- Nguyen Minh Thang. 2000. *Reproductive Health for Minorities in Vietnam*. H.: National Committee for Population and Family Planning.
- Nguyễn Hữu Minh, Lê Phụng. 2001. “Về thực trạng và nhận thức về chăm sóc sức khoẻ sinh sản của phụ nữ ở các xã nghèo miền núi phía Bắc”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 2.
- Nguyễn Hữu Nhân, Đào Huy Khuê. 2000. “Tập quán chăm sóc thai nghén và sinh đẻ ở một vài dân tộc thiểu số Việt Nam”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 4.
- Nguyễn Thanh Tâm. 2005. *Thu nhập, việc làm và địa vị của phụ nữ dân tộc thiểu số trong quá trình phát triển kinh tế thị trường - những phân tích qua lăng kính giới*. Báo cáo.
- Nguyễn Thị Vân Anh. 1998. “Những yếu tố văn hoá xã hội ảnh hưởng tới việc tiếp nhận hiệu quả chương trình truyền thông dân số của phụ nữ dân tộc thiểu số ở một số xã miền núi phía Bắc”. *Tạp chí Xã hội học*, số 1.
- Nguyễn Thiện Hào, Mạc Văn Hùng. 2000. “Một số đặc điểm sức khoẻ sinh sản vùng sâu, vùng xa”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 5.
- Nguyễn Thế Huệ. 2000. *Dân số các dân tộc miền núi và trung du Bắc bộ từ sau đổi mới*. H.: Văn hoá dân tộc.
- Phạm Bích San. 1998. “Sức khoẻ và kế hoạch hoá gia đình tại các khu vực dân tộc thiểu số”. *Tạp chí Xã hội học*, số 1.
- Phạm Quang Hoan. 1998. “Một số tập quán sinh đẻ và nuôi con của người Dao ở Hà Giang”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 3.
- Phạm Quang Hoan. 1997. “Một số thách thức đối với việc thực hiện chính sách dân số và KHHGD ở các dân tộc thiểu số ở Việt Nam”. *Tạp chí Dân tộc học*, số 2.
- Tổ chức Y tế Thế giới. 2003. *Sức khoẻ và người thiểu số ở Việt Nam*. Báo cáo chuyên môn.
- Trần Bình. 2002. “Một số vấn đề về nhận thức-thái độ-hành vi chăm sóc sức khoẻ sinh sản của phụ nữ các dân tộc ít người ở Hà Giang”. *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, số 2.
- Viện Dân tộc học. 1992. *Các dân tộc Tày Nùng ở Việt Nam*.
- Viện nghiên cứu Chính sách Dân tộc và miền núi. 2002. *Vấn đề dân tộc và định hướng xây dựng chính sách dân tộc trong thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa*. H.: Chính trị Quốc gia.
- Viện Xã hội học. 2003. *Kết quả đánh giá mô hình Lồng ghép Dân số và Phát triển ở các xã nghèo huyện Đà Bắc, tỉnh Hòa Bình*. Báo cáo chính thức.