

ẢNH HƯỞNG CỦA YẾU TỐ TỘC NGƯỜI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

PHẠM VĂN QUYẾT

Kết quả nghiên cứu của nhiều dự án, đề tài cũng như kết quả của nhiều cuộc điều tra, khảo sát về các vấn đề dân số, sức khỏe sinh sản tại các vùng sâu, vùng xa trong thời gian qua đã gợi cho chúng ta nhiều điều về đặc tính dân tộc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản của đồng bào các dân tộc. Nghiên cứu về tình trạng sức khỏe sinh sản của các nhóm dân tộc khác nhau, nhất là đối với các nhóm dân tộc thiểu số không những giúp để thấy được mô hình ảnh hưởng của những yếu tố tâm lý, tập quán văn hoá dân tộc đến các vấn đề sức khỏe sinh sản ở các vùng sâu, vùng xa của Việt Nam, mà còn có ý nghĩa thực tiễn lớn cho công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản đối với đồng bào các dân tộc thiểu số.

Để thuận tiện cho việc so sánh đánh giá, các số liệu sử dụng cho bài viết này được lấy chủ yếu từ kết quả nghiên cứu dự án “Sức khỏe sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa” của Ủy ban Quốc gia Dân số kế hoạch hoá gia đình năm 2000. Các dữ liệu định tính và kết quả nghiên cứu của một số dự án, đề tài khác cũng được chúng tôi quan tâm và sử dụng ở mức độ phù hợp. Sự phân tích ở đây được tập trung vào 2 vấn đề cơ bản và nổi cộm nhất của sức khỏe sinh sản ở vùng sâu, vùng xa hiện nay là: mức sinh, điều hoà mức sinh và việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Do hạn chế từ nguồn số liệu điều tra của dự án

nên chúng tôi không đi sâu phân tích những khác biệt trong các vấn đề sức khỏe sinh sản giữa các nhóm dân tộc cụ thể, mà chỉ tập trung phân biệt theo hai nhóm dân tộc chủ yếu hiện đang cùng sinh sống trên các địa bàn điều tra là: dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số.

1. Sự khác biệt về mức sinh, điều hoà mức sinh giữa các nhóm dân tộc

Theo số liệu của dự án “Sức khỏe sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa” trong khi mức sinh của cả nước đang trong xu hướng giảm và duy trì ở mức thấp (trung bình một phụ nữ có 2,79 lần sinh), thì mức sinh của đồng bào các dân tộc ở vùng sâu, vùng xa vẫn còn duy trì ở mức độ khá cao (trung bình một phụ nữ có 4,66 lần sinh). Đây là một vấn đề rất đáng quan tâm vì nó liên quan trực tiếp tới các chính sách phát triển kinh tế xã hội, khả năng xoá đói giảm nghèo, khả năng nâng cao mức sống cho người dân các dân tộc ở vùng sâu, vùng xa. Nếu so sánh giữa nhóm dân tộc Kinh với nhóm các dân tộc thiểu số trên cùng các thôn bản được điều tra thì thấy mức sinh của cả hai nhóm đều cao, song mức sinh của nhóm các dân tộc thiểu số luôn ở mức cao hơn. Nhất là tỷ lệ phụ nữ sinh con thứ 4 trở lên ở các dân tộc thiểu số thường cao hơn nhiều so với phụ nữ thuộc dân tộc Kinh (xem bảng 1).

Bảng 1. Mức sinh của phụ nữ các nhóm theo số con hiện có

Dân tộc	Tỷ lệ phụ nữ theo số con hiện có (%)				Tổng
	0-1 con	2 con	3 con	4 con trở lên	
Dân tộc Kinh	20,6	29,1	21,0	29,3	100,0
Dân tộc thiểu số	18,7	20,5	18,4	42,4	100,0

Các yếu tố nhân khẩu học thường được các nhà dân số học coi là các yếu tố quyết định gần sát có liên quan trực tiếp đến mức sinh của cộng đồng như tuổi trung bình, trung vị kết hôn lần đầu, tuổi trung bình, trung vị sinh con lần đầu. Các số liệu của dự án liên quan đến các yếu tố trên của phụ nữ các dân tộc thiểu số đều ở mức độ thấp hơn so với dân tộc Kinh trên cùng một địa bàn sinh sống (xem bảng 2):

của cộng đồng. Khi khoảng cách giữa các lần sinh càng ngắn, mức sinh sẽ càng cao và ngược lại. Các số liệu về khoảng cách giữa các lần sinh của dân tộc Kinh so với các dân tộc thiểu số trên cùng địa bàn sinh sống được thống kê ở nhiều đề tài, dự án hay số liệu thu được ở nhiều địa phương cũng tương đối nhất quán với các số liệu công bố của dự án.

Các số liệu cho thấy khoảng cách giữa 2

Bảng 2. Tuổi trung bình, trung vị kết hôn và sinh con lần đầu

Dân tộc	Kết hôn lần đầu		Sinh con lần đầu	
	Tuổi trung bình	Tuổi trung vị	Tuổi trung bình	Tuổi trung vị
Dân tộc Kinh	21,5	20,2	22,5	21,6
Dân tộc thiểu số	19,5	18,6	20,6	19,8

Khoảng cách giữa các lần sinh, nhất là giữa lần sinh con thứ nhất với lần sinh con thứ hai có tác động trực tiếp đến mức sinh

lần sinh của phụ nữ Kinh bao giờ cũng dài hơn khoảng cách này của phụ nữ các dân tộc thiểu số (xem bảng 3).

Bảng 3. Khoảng cách giữa 2 lần sinh của phụ nữ các nhóm

Dân tộc	Khoảng cách sinh (%)			Trung bình (tháng)
	Dưới 24 tháng	24- 48 tháng	Trên 48 tháng	
Dân tộc Kinh	18,8	50,3	30,9	44,4
Dân tộc thiểu số	25,9	58,5	15,6	34,4

Cũng cùng các điều kiện sống và hệ thống tổ chức xã hội ở các vùng sâu, vùng xa nhưng phụ nữ Kinh sinh 2 con với khoảng cách trên 4 năm chiếm tới gần 1/3 trong tổng số phụ nữ có 2 con trở lên và nhiều gần gấp 2 lần số phụ nữ của các dân tộc thiểu số có khoảng cách sinh tương tự. Bảng 3 còn cho thấy khoảng cách trung bình giữa 2 lần sinh của phụ nữ các dân tộc thiểu số ngắn hơn 10 tháng so với khoảng cách này của phụ nữ dân tộc Kinh. Các số liệu về tỷ lệ nam giới, phụ nữ các dân tộc thiểu số mong muốn sinh con ngay sau kết hôn hay ngay sau khi sinh con thứ nhất cũng cao hơn so với tỷ lệ này ở dân tộc Kinh.

Các yếu tố quyết định gắn sát đến mức sinh của một cộng đồng có liên quan trực tiếp đến việc chấp nhận và sử dụng các biện pháp tránh thai của các cặp vợ chồng đang trong tuổi sinh đẻ. Các số liệu đưa ra của dự án cũng cho thấy có sự khác nhau đáng kể trong việc chấp nhận sử dụng và việc lựa chọn các biện pháp tránh thai giữa phụ nữ Kinh và phụ nữ các dân tộc thiểu số; nhất là trong việc lựa chọn sử dụng các biện pháp tránh thai được gọi là “truyền thống” và việc không chấp nhận sử dụng một biện pháp tránh thai bất kỳ nào của những phụ nữ có chồng đang trong tuổi sinh đẻ (xem bảng 4).

Bảng 4. Sử dụng biện pháp tránh thai của các nhóm phụ nữ (%)

Sử dụng các biện pháp tránh thai	Dân tộc Kinh	Các dân tộc thiểu số
Đang sử dụng 1 biện pháp bất kỳ	74,8	62,3
Vòng tránh thai	35,7	33,9
Bao cao su	5,3	2,8
Đình sản nữ	6,1	7,4
Đình sản nam	1,5	1,2
Tính vòng kinh	10,2	3,0
Xuất tinh ngoài	12,1	7,8
Hiện không sử dụng biện pháp nào	25,2	37,7

Như vậy, các số liệu đều cho thấy có sự khác nhau đáng kể về mức sinh và các yếu tố điều hoà mức sinh giữa nhóm dân tộc Kinh và nhóm các dân tộc thiểu số. Theo lý thuyết về các yếu tố ảnh hưởng đến mức sinh của một dân số, thì chính các yếu tố kinh tế, xã hội, văn hóa và lối sống của cộng đồng là nguyên nhân chính của sự khác biệt này. Tuy nhiên, điều cần được nhấn mạnh trong điều tra của dự án “Sức khoẻ sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa”, mẫu nghiên cứu là các hộ gia đình của các dân tộc (cả dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số) chung sống trên cùng một địa bàn là các thôn xóm, bản làng được lựa chọn ở các vùng sâu, vùng xa của đất nước. Vì cùng được lựa chọn trong các địa bàn hẹp, nên về cơ bản họ có hàng loạt điểm giống nhau về các điều kiện kinh tế, mức sống, hệ thống tổ chức xã hội và các dịch vụ cơ bản cho công tác dân số và kế hoạch hóa gia đình. Vì vậy, có thể nói sự tác động của các yếu tố kinh tế, xã hội chủ yếu đến mức sinh ở hai nhóm dân tộc đó là gần tương đương nhau. Sự khác biệt lớn ở đây chính là sự khác biệt liên quan đến các yếu tố văn hóa của các nhóm dân tộc và sự ảnh hưởng của nó đến mức sinh và các yếu tố điều hoà mức sinh của cộng đồng.

Trước hết về mong muốn sinh con: do tỷ suất chết ở trẻ em cao, chế độ sản xuất, canh tác thô sơ, nhu cầu về sức lao động cao, nên hầu hết đồng bào các dân tộc thiểu số đều mong muốn có nhiều con. Các số liệu của dự án trên đã chỉ ra rằng đồng bào các dân tộc vùng sâu, vùng xa thường mong muốn có nhiều con hơn đồng bào Kinh. Trong đề tài

“Nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố văn hóa địa phương đến việc tiếp nhận thông tin – giáo dục – truyền thông về sức khỏe sinh sản/ KHHGD của một số nhóm dân tộc ở Tây Nguyên” của Ủy ban Quốc gia dân số và KHHGD, năm 2002 cũng chỉ ra rằng đồng bào các dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên đều mong muốn có đông con. Bốn đến 6 con là số con mong muốn của nhiều gia đình Mnông, Ê-đê, Ba-na, Gia-rai. “*Một gia đình không nên dừng lại ở 2 con, chị muốn 4 đứa con...để sau này lớn lên chúng giúp bố mẹ*” (phụ nữ Ê-đê); “*Mỗi gia đình ở đây sinh 6 con là đủ*”(phụ nữ Gia-rai); “*Con gái 17,18 tuổi họ đã lập gia đình sau 35 tuổi họ vẫn đẻ*”(phụ nữ Mnông); “*Người Mnông nói rằng người phụ nữ phải đẻ cho đến khi nào không đẻ được thì thôi*”(Báo cáo kết quả nghiên cứu của đề tài, tr, 42, 71). Báo cáo của đề tài cũng đề cập đến tác động của già làng, dòng họ đến việc khuyến khích duy trì mức sinh cao, đến việc không chấp nhận sử dụng các biện pháp tránh thai của các nhóm dân tộc thiểu số Tây Nguyên.

Quan niệm và việc sử dụng hiệu quả các biện pháp tránh thai cũng có nhiều khác biệt giữa các dân tộc. Do tập quán làm ăn, sinh hoạt, do điều kiện sống mất vệ sinh, do hạn chế về sức khoẻ... nên tỷ lệ phụ nữ các dân tộc thiểu số sử dụng các biện pháp tránh thai bị tác dụng phụ/ tai biến cao hơn, từ đó xuất hiện những quan niệm không đúng và ngại sử dụng các biện pháp tránh thai, nhất là các biện pháp tránh thai hiện đại. “*Nghe tin người ta bảo là cái người hay đau đầu lâu dài thì không thể uống thuốc (viên thuốc uống tránh thai) được. Nếu uống thuốc có*

ảnh hưởng thế nào thì không biết” (phụ nữ Hmông, trong báo cáo dự án: “Sức khoẻ sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa”, tr. 54) hay “*Sinh hoạt không dùng thuốc, đặt vòng vì bị bệnh. Nhiều bệnh lắm, toàn là bệnh truyền nhiễm, nên không dám dùng biện pháp tránh thai*” (phụ nữ Gia-rai, trong Báo cáo kết quả nghiên cứu..., Tlđđ, tr. 67). Ở một số dân tộc, luật tục, người già ngăn không cho phụ nữ sử dụng các biện pháp tránh thai: “*Phong tục tập quán có cấm phụ nữ sử dụng các biện pháp tránh thai, nên các biện pháp đặt vòng, thuốc uống phụ nữ ít dùng lắm. Ông bà không cho dùng biện pháp tránh thai vì dân tộc thiểu số ít người*” (phụ nữ Ê-đê, trong Báo cáo kết quả nghiên cứu..., Tlđđ, tr. 64).

Do trình độ hạn chế nên tỷ lệ phụ nữ bị thất bại khi sử dụng các biện pháp tránh thai ở nhóm các dân tộc thiểu số cũng cao hơn, dễ dẫn đến tâm lý cộng đồng không tin tưởng vào các biện pháp tránh thai hiện đại. Ý kiến một người đàn ông Hmông sau đây cũng không phải hiếm gặp trong cộng đồng các dân tộc thiểu số ở nước ta: “...*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. Cũng 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...*” (Sức khoẻ sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa, Sđđ, tr. 49). Việc xấu hổ, ngại tiếp xúc, nhất là không muốn nêu tên trong cộng đồng về việc đã đến các cơ sở y tế thực hiện các dịch

vụ KHHGD cũng là những nguyên nhân để nhiều phụ nữ Ba-na, Ê-đê, Hmông, Sán Diu và nhiều phụ nữ các dân tộc thiểu số khác không sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại.

Sự hạn chế về ngôn ngữ cũng là một trong những nguyên nhân được một số tác giả nhắc đến. Nhiều phụ nữ các dân tộc thiểu số do trình độ học vấn rất thấp, không biết đọc, biết viết, không biết giao tiếp bằng tiếng Việt nên hầu như không tiếp nhận được các thông điệp truyền thông và giáo dục về dân số và kế hoạch hoá gia đình qua các kênh đang phổ cập tại các vùng sâu, vùng xa như đài, tờ rơi, báo chí, truyền hình...

2. Sự khác nhau trong chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em giữa các nhóm dân tộc

Do điều kiện kinh tế còn nghèo nàn, hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản còn chắp vá, việc đi lại nhiều khó khăn, nhận thức của người dân còn hạn chế, nên tình hình chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em của đồng bào các dân tộc ở vùng sâu vùng xa có rất nhiều bất cập. Ví dụ, có tới 45,3% trường hợp sinh mà người mẹ không đi khám thai ít nhất một lần (so với cả nước có 28,3%); có 68,5% số bà mẹ sinh con tại nhà (so với cả nước có 38,3%); tỷ suất chết ở trẻ sơ sinh ở vùng sâu vùng xa cũng cao hơn nhiều so với tỷ suất này của cả nước .v.v.

Tuy cùng chịu chung những điều kiện sống đầy khó khăn, song theo hàng loạt đặc trưng liên quan sức khoẻ bà mẹ và trẻ em vẫn tồn tại những khác biệt lớn giữa dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số.

Chúng ta sẽ cùng phân tích theo một số chỉ báo liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trước, trong và sau khi sinh như số lần đi khám thai, nơi sinh con... của các bà mẹ. Khi so sánh về số lần đi khám thai của các bà mẹ dân tộc Kinh và các bà mẹ dân tộc thiểu số, số liệu thống kê của Dự án cho thấy có một sự chênh lệch khá lớn (xem bảng 5).

tộc Kinh và các bà mẹ dân tộc thiểu số mang thai tiêm vắc xin phòng uốn ván, bại liệt cũng thể hiện sự khác biệt tương tự. Chỉ báo cơ bản khác là nơi sinh con và “bà đỡ” cũng thể hiện rất rõ sự khác biệt giữa dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số. Trong khi số đông các bà mẹ dân tộc Kinh sinh con tại các cơ sở y tế, thì phần lớn các bà mẹ thuộc các dân tộc thiểu số sinh con tại nhà. Tương tự

Bảng 5. Số lần đi khám thai của các bà mẹ mang thai theo dân tộc (%)

Dân tộc	Số lần đi khám thai cho một lần mang thai			
	Không lần nào	1 lần	2-3 lần	4 lần trở lên
Dân tộc Kinh	22,0	20,5	49,3	8,2
Các dân tộc thiểu số	56,3	19,6	21,2	2,9
Cả nước	28,3	14,8	41,6	15,2

Trong khi đa số bà mẹ mang thai người Kinh có ít nhất 2 lần đi khám thai trở lên cho một lần mang thai, thì đa số các bà mẹ của các dân tộc thiểu số không đi khám thai lần nào. Các dữ liệu về số lượng các bà mẹ dân

vậy, có rất ít bà mẹ dân tộc Kinh nhờ bà đỡ hay người thân khi sinh con, trong khi một tỷ lệ khá lớn (40%) bà mẹ các dân tộc thiểu số nhờ bà đỡ hay người thân khi sinh con (xem bảng 6)

Bảng 6. Nơi sinh con và người đỡ đẻ của các bà mẹ theo nhóm (%)

Dân tộc	Nơi sinh con		Người đỡ đẻ			
	Cơ sở y tế	Tại nhà	Bác sỹ	Y tá, y sỹ	Bà đỡ	Người thân
Dân tộc Kinh	52,7	47,3	18,0	68,0	14,3	0,0
Dân tộc thiểu số	21,5	78,5	16,4	43,8	31,0	9,0
Cả nước	61,7	38,3	27,0	50,0	11,9	10,9

Trong những nghiên cứu khác cũng đều cho thấy số đông phụ nữ các dân tộc thiểu số có xu hướng sinh con tại nhà và người đỡ đẻ thường là bà lang vườn hoặc người thân.

Trong đề tài “Nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố văn hóa địa phương đến việc tiếp nhận thông tin – giáo dục – truyền thông về sức khỏe sinh sản/ KHHGD của một số nhóm dân tộc ở Tây Nguyên” của Ủy ban Quốc gia dân số và KHHGD, năm 2002 cũng cho thấy có tới 90% phụ nữ các dân tộc ở Tây Nguyên sinh con tại nhà trong lần sinh gần nhất với cuộc điều tra. Số liệu cụ thể ở các dân tộc được thể hiện trong bảng 7

tộc này. Điều đó được thể hiện qua số liệu về việc tiêm chủng cho trẻ em ở độ tuổi phải được tiêm chủng đầy đủ. Trong “Chương trình tiêm chủng mở rộng” mà chính phủ Việt Nam thực hiện theo hướng dẫn của WHO, mỗi trẻ em đến 12 tháng tuổi phải được tiêm đủ 3 liều vắc xin bại liệt, 3 liều vắc xin phòng uốn ván, ho gà, bạch hầu (DPT), một liều vắc xin phòng lao (BCG), một liều phòng sởi. Nhằm tạo điều kiện cho tất cả trẻ em được tiêm chủng đầy đủ, ngoài việc tuyên truyền, vận động một cách sâu rộng tới mọi tầng lớp đối tượng ở mọi vùng miền của đất nước, các cơ sở y tế còn triển khai công tác tiêm chủng thường xuyên tới

Bảng 7. Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại nhà theo các dân tộc (%)

Lần sinh con	Dân tộc				Chung
	Ba - na	Ê - đê	Mnông	Gia - rai	
Lần sinh gần đây nhất	97	73	97	92	90
Lần sinh trước đó	98	93	99	96	96

Vấn đề chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh cũng có sự khác biệt đáng kể ở hai nhóm dân

tận các thôn xóm, bản làng. Bảng 8 dưới đây cho biết tỷ lệ trẻ em từ 12 đến 24 tháng tuổi

Bảng 8. Tỷ lệ trẻ 12-24 tháng tuổi được tiêm vắc xin theo dân tộc (%)

Dân tộc	Các loại vắc xin phòng bệnh			
	BCG	DPT (3 liều)	Bại liệt (3 liều)	Sởi
Dân tộc Kinh	66,1	40,7	37,3	45,8
Dân tộc thiểu số	56,6	35,8	30,2	38,7
Cả nước	89,5	65,9	61,2	77,1

của dân tộc Kinh và của các dân tộc thiểu số đã được tiêm chủng các loại vắc xin đó như thế nào.

Như vậy, có cùng các điều kiện về vận động, tổ chức triển khai công tác tiêm chủng và khoảng cách đến các cơ sở tiêm chủng (cùng các thôn bản), nhưng tỷ lệ các bà mẹ dân tộc Kinh đưa

trẻ em dân tộc Kinh mắc tiêu chảy được điều trị tại các cơ sở y tế, thì phần lớn trẻ em thuộc các dân tộc thiểu số được chữa tại nhà hoặc không được điều trị (xem bảng 9)

Số liệu so sánh về việc điều trị các bệnh khác thường gặp ở trẻ em giữa dân

=

Bảng 9. Tỷ lệ trẻ em dưới 3 tuổi mắc tiêu chảy được điều trị (%)

Dân tộc	Điều trị tại cơ sở y tế	Chữa tại nhà	Không được điều trị
Dân tộc Kinh	61,5	7,7	23,1
Dân tộc thiểu số	45,9	16,2	40,5

con đi tiêm chủng luôn luôn cao hơn so với các bà mẹ dân tộc thiểu số.

Việc chạy chữa bệnh cho trẻ sơ sinh khi bị mắc một số bệnh cũng cho chúng ta những số liệu tương tự. Kết quả điều tra về nơi điều trị trẻ em dưới 3 tuổi mắc bệnh tiêu chảy cho thấy trong khi đa số

tộc Kinh với các dân tộc thiểu số cũng cho chúng ta những kết quả tương tự. Tất cả những điều trên dẫn đến tỷ suất chết ở các nhóm trẻ em dưới 5 tuổi được thống kê trong khoảng 10 năm trước cuộc điều tra theo 2 nhóm dân tộc này là khác nhau khá lớn (xem bảng 10).

Bảng 10. Tỷ suất chết trẻ sơ sinh và trẻ em theo dân tộc (‰)

Dân tộc	Dưới 1 tháng tuổi	Từ 1 tháng đến 1 năm	Trẻ sơ sinh	Dưới 5 tuổi
Dân tộc Kinh	17,3	20,4	37,4	49,3
Dân tộc thiểu số	38,2	34,3	71,2	93,5
Chung	31,5	29,8	60,4*	79,4

Tỷ suất chết các nhóm trẻ em dưới 5 tuổi của các dân tộc thiểu số luôn cao hơn nhiều so với các tỷ suất đó của trẻ em thuộc dân tộc Kinh. Điều đó chứng tỏ trong cùng điều kiện kinh tế, chính sách, tổ chức xã hội và ở cùng phạm vi lãnh thổ là các thôn bản vùng sâu vùng xa, việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ em của các dân tộc thiểu số còn nhiều vấn đề bất cập so với trẻ em dân tộc Kinh.

Như vậy, cũng tương tự như phân tích về mức sinh, theo các chỉ báo của vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cũng luôn luôn tồn tại sự khác biệt giữa nhóm dân tộc Kinh và nhóm các dân tộc thiểu số, trong khi cả hai nhóm đều được điều tra trên cùng phạm vi các thôn, bản có tỷ lệ hộ nghèo cao nhất nước. Lý giải về vấn đề này, một số nhà nghiên cứu đã đề cập đến một số yếu tố chính như sự chênh lệch về mức sống, khoảng cách từ nơi ở đến các cơ sở y tế và dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của từng nhóm và sự khác nhau về phong tục tập quán lối sống của từng cộng đồng.

Số liệu thống kê ở các xã vùng sâu, vùng xa đều cho thấy: ngay trong cùng một xã, một thôn luôn tồn tại sự khác biệt về mức sống và khoảng cách đến các cơ sở y tế ở hai nhóm dân tộc này. Cụ thể: tỷ lệ hộ nghèo, đói ở các dân tộc thiểu số thường cao hơn ở dân tộc Kinh; đồng bào các dân tộc thiểu số thường có xu hướng ở xa thị trấn, thị tứ hoặc các trung tâm của thôn xã hơn so với đồng bào Kinh. Tuy nhiên, trên thực tế cũng như kết quả nghiên cứu ở nhiều đề tài, dự án lại cho thấy: trong nhiều trường hợp ở cùng một xã, đồng bào dân tộc thiểu số có mức sống

tương đương, thậm chí cao hơn mức sống của đồng bào Kinh, khoảng cách thôn bản của họ đến trung tâm y tế gần hơn nhiều so với những thôn bản người Kinh mới đến khai hoang kinh tế, nhưng tỷ lệ đi khám thai, sinh con tại các cơ sở y tế của họ luôn thấp hơn so với nhóm dân tộc Kinh. Điều đó có nghĩa sự khác nhau về mức sống và khoảng cách đến cơ sở y tế cũng là nguyên nhân song không phải là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến sự khác biệt trong chăm sóc sức khỏe sinh sản giữa hai nhóm dân tộc này. Nguyên nhân cơ bản ở đây chính là sự khác biệt trong quan niệm, tập quán lối sống của từng nhóm dân tộc.

Mỗi một dân tộc có những quan niệm truyền thống, những tập quán ứng xử riêng đối với các bà mẹ khi mang thai, sinh con và chăm sóc con nhỏ. Với đa số bà mẹ các dân tộc thiểu số do trình độ học vấn còn rất thấp nên những quan niệm truyền thống, những tập tục của cộng đồng đều có thể coi là những yếu tố quan trọng trực tiếp tác động tới hành vi lựa chọn của họ trong chăm sóc sức khỏe sinh sản. Trước hết, như đã tồn tại từ bao đời nay trong quan niệm của đa số đồng bào các dân tộc thiểu số, việc mang thai, sinh đẻ và nuôi con là những chuyện tự nhiên, bình thường trong đời sống hàng ngày. Chỉ khi nào bị đau ốm hay mang thai, sinh đẻ, nuôi con có “vấn đề” thì mới đến bác sỹ, đến cơ sở y tế khám chữa: “*Biết ở trong mình khỏe rồi nó vẫn tốt... ở đây thì người nào đi tốt, khỏe rồi thì không đi khám, có lúc nào đau mới đi khám thôi*” (Sức khỏe sinh sản của nhóm dân tộc vùng

sâu, vùng xa, Tlđđ, tr. 59). Vì vậy, việc đi khám thai, đi tiêm phòng, đưa trẻ đi tiêm phòng của nhiều phụ nữ các dân tộc thiểu số thường chỉ xảy ra do kết quả của sự vận động hoặc dưới một sức ép nào đó. Ở một số dân tộc, ngay cả khi người mẹ khó sinh, con cái ốm đau cũng không được đưa đến cơ sở y tế chạy chữa, mà thay vào đó là việc mời thầy cúng, thầy mo về để “cúng giàng”, “bắt con ma”. Tâm lý ngại tiếp xúc, xấu hổ của phụ nữ các dân tộc thiểu số cũng là những cản trở đáng kể việc họ đến các cơ sở y tế thực hiện chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Trong phần lớn các dân tộc thiểu số ở nước ta, người phụ nữ khi mang thai, sinh con đều phải kiêng cử nhiều thứ cả trong công việc, sinh hoạt, giao tiếp, chọn nơi sinh con và ăn uống. Người Mnông khi mang thai không được gùi đá mài, cuốc, không được ăn nhiều thức ăn ngon. Người Ê-đê khi sinh con kiêng không ăn thịt cá, chỉ ăn cơm muối. Người Gia-rai có tục kiêng không cho người khác sờ vào bụng phụ nữ có thai, vì sợ con chết... (Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài: Nghiên cứu sự ảnh hưởng của các yếu tố văn hóa địa phương..., Tlđđ, tr. 69). “Phụ nữ Dao Tả pan và Dao áo dài có tục đẻ ngồi ngay trong buồng ngủ của mình. Kiêng đẻ ở nơi khác” (Hoàng Lương, 1998). Người Thái, người Hmông, người Tày, người Sán Dìu... Ở các tỉnh phía bắc, người Chăm, người Khơ me ở các tỉnh phía nam cũng có rất nhiều tập tục yêu cầu phụ nữ phải kiêng cử khi mang thai và sinh con. Những tập tục cụ thể của từng dân tộc có thể khác nhau, nhưng trong quan niệm chung của đa số các dân tộc thiểu

số thì phụ nữ đều phải lao động trên nương rẫy, ruộng vườn cho đến tận ngày sinh; khi sinh con thì sinh tại nhà và thời gian nghỉ sau sinh thường rất ngắn. Những điều đó tất yếu dẫn đến hàng loạt hạn chế trong tình trạng sức khỏe sinh sản của nhóm các dân tộc thiểu số so với nhóm dân tộc Kinh, khi họ sinh sống trên cùng một địa bàn. -

Như vậy có thể nói trong điều kiện kinh tế xã hội còn thấp kém, mạng lưới dịch vụ chăm sóc sức khỏe có nhiều hạn chế, trình độ nhận thức của người dân còn thấp, các yếu tố liên quan đến phong tục, tập quán, lối sống của từng dân tộc có vai trò đặc biệt quan trọng đối với hành vi sinh sản và chăm sóc sức khỏe của các cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

- Hoàng Lương. *Một số kiêng kỵ và tục lệ liên quan đến sinh đẻ, chăm sóc trẻ sơ sinh của người Dao Tả pan và Dao áo dài ở Hà Giang*. Kỷ yếu hội thảo Quốc tế về sự phát triển văn hóa xã hội của Người Dao. Trung tâm Khoa học Xã hội, 1998.

- Ủy ban Quốc gia Dân số kế hoạch hoá gia đình. *Nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố văn hóa địa phương đến việc tiếp nhận thông tin-giáo dục-truyền thông về sức khỏe sinh sản/KHHGD của một số nhóm dân tộc ở Tây Nguyên*. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài khoa học, Hà Nội, 2002

- Ủy ban Quốc gia Dân số kế hoạch hoá gia đình. *Sức khoẻ sinh sản của nhóm dân tộc vùng sâu, vùng xa*. Dự án Dân số sức khỏe Gia đình, Hà Nội, 2000.