

SỨC KHỎE VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ Ở VIỆT NAM

ĐOÀN KIM THẮNG

1. Giới thiệu

Sức khỏe là một trong những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến sự phát triển của cộng đồng, nhất là đối với các dân tộc thiểu số. Từ nhiều năm nay, chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình là những vấn đề luôn được quan tâm hàng đầu của chiến lược về chương trình y tế quốc gia ở Việt Nam. Tuy nhiên, các nguồn lực được tập trung vào những chủ đề này chỉ thực sự bắt đầu từ giữa thập kỷ 80 (thế kỷ XX) và tăng lên đáng kể từ sau hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển tại Cairo, Ai Cập năm 1994.

Dựa trên những số liệu được lựa chọn từ kết quả *Điều tra y tế Quốc gia năm 2001-2002* của Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê, *Điều tra cuối kỳ tình hình sức khỏe sinh sản* do Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tiến hành năm 2006, và một số nghiên cứu về sức khỏe gần đây, những phân tích trong bài viết này sẽ góp phần cho thấy thực trạng sức khỏe và hành vi sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của một số nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam trong thời gian qua.

2. Vài nét về đặc điểm nhân khẩu và sức khỏe của các dân tộc thiểu số ở Việt Nam

2.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Theo số liệu Tổng điều tra dân số năm 1999, Việt Nam có 54 dân tộc. Trong đó, dân tộc Kinh gồm 65,8 triệu người, chiếm 86,2%; các dân tộc thiểu số khác có khoảng 10,5 triệu người, chiếm 13,8% tổng dân số

toàn Việt Nam. Đa số người dân tộc thiểu số (75%) sống ở vùng núi, chủ yếu là vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên. Dân tộc Tày, Thái, Mường, Nùng, Hmông, Dao, Sán Chay và Sán Dìu... là những dân tộc thiểu số sinh sống chủ yếu ở miền núi phía Bắc. Các dân tộc như Gia-rai, Ê-đê, Ba-na, Cơ-ho và Xê-đăng có mặt chủ yếu ở khu vực Tây Nguyên (Tổng cục Thống kê, 2001).

Quá trình Đổi mới ở Việt Nam được bắt đầu từ giữa thập niên 80 của thế kỷ trước đã tạo ra những cải thiện căn bản trong cuộc sống của đông đảo người dân. Tuy nhiên, sự phát triển kinh tế - xã hội và mức thu nhập không đều đã nhanh chóng xuất hiện giữa các khu vực trên cả nước. Mặc dù chỉ chiếm xấp xỉ 14% dân số cả nước, nhưng người dân tộc thiểu số đã chiếm gần 30% số người nghèo ở Việt Nam. Khoảng 75% đồng bào dân tộc sống dưới mức nghèo quốc tế, trong khi đó người Kinh chỉ có 31% (United Nation, 2002).

2.2. Các chỉ số về y tế

2.2.1 Tỷ suất chết trẻ em và tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi

Theo số liệu của Tổng cục Thống kê năm 2001, tỷ suất chết trẻ em (IMR) và tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi (CMR) ở nước ta có sự chênh lệch rất lớn giữa các vùng: 10,5‰ ở thành phố Hồ Chí Minh và 82,6‰ ở Kon Tum. Hầu hết các tỉnh có IMR và CMR cao là những tỉnh tập trung đông người dân tộc thiểu số. Có thể thấy rõ tình hình này qua bảng sau:

Bảng 1: Tỷ suất chết trẻ em và tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi phân theo giới và vùng địa lý

Khu vực	IMR (‰)			CMR (1-4 tuổi) ‰			Tuổi thọ	
	Chung	Nam	Nữ	Chung	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Việt Nam	36,7	40,2	32,9	2,2			66,5	70,1
Các vùng địa lý								
Đồng bằng sông Hồng	26,5	29,6	23,3	1,8	1,5	2,2	69,8	73,4
Đông Bắc	40,8	44,9	36,4	4,0	3,5	4,5	65,2	68,9
Tây Bắc	58,3	63,7	52,6	6,0	5,8	6,3	60,2	64,0
Ven biển Bắc Trung bộ	37,0	40,8	32,9	2,2	2,5	1,9	66,4	70,1
Ven biển Nam Trung bộ	40,6	44,7	36,2	2,2	2,3	2,1	65,3	69,0
Tây Nguyên	64,4	66,2	58,2	4,3	5,6	2,9	58,6	62,3
Đông Nam bộ	23,6	26,4	20,7	1,6	1,4	1,8	71,0	74,4
Đồng bằng sông Cửu Long	35,5	39,2	31,6	2,7	3,5	1,8	66,9	70,5

Nguồn: Tổng cục Thống kê, 2001.

2.2.2. Tỷ lệ tử vong mẹ và một số vấn đề về sức khỏe sinh sản

Tỷ lệ tử vong mẹ (MMR) ở Việt Nam năm 2000 ước tính vào khoảng 100 ca trên 100.000 trẻ sinh ra còn sống. Tuy nhiên, theo những cuộc điều tra mới đây, có thể thấy tỷ lệ MMR còn cao hơn. Tỷ lệ này ở các nhóm đồng bào dân tộc thiểu số miền núi còn cao hơn rất nhiều. Phụ nữ người dân tộc thường sinh con tại nhà, chiếm khoảng 80%; tỷ lệ này là gần 30% đối với phụ nữ người Kinh. Trên 40% phụ nữ người dân tộc thiểu số sinh con không có người đỡ chuyên

nghiệp và khoảng 60% phụ nữ dân tộc thiểu số không được chăm sóc trước khi sinh, trong khi đó tỷ lệ này ở người Kinh là 30% (Bộ Y tế, 2003).

Cũng theo nguồn số liệu của Tổng cục Thống kê năm 2001, dân tộc Hoa vẫn là dân tộc có tỷ suất sinh thấp nhất, dưới mức sinh thay thế, tiếp đó là người Kinh và người Mường. Tuy nhiên, tỷ suất này vẫn cao ở người Hmông (7 trẻ em/bà mẹ), tiếp đó là người Gia rai và các nhóm dân tộc thiểu số khác (5 trẻ em/bà mẹ).

Bảng 2: Tổng tỷ suất sinh (TFR) theo dân tộc ở Việt Nam

Dân tộc	Tổng tỷ suất sinh		% TFR giảm
	1989	1999	
Kinh	3,60	1,87	48
Tày	4,30	2,1	51
Thái	5,70	2,56	55
Mường	4,40	1,95	56
Khơ-me	5,30	2,31	56
Hoa	2,90	1,46	50
Nùng	5,10	2,86	44
Hmông	9,30	7,06	24
Dao	6,90	3,62	48
Gia-rai	5,50	5,32	3
Các dân tộc khác	7,70	5,01	35

Nguồn: Tổng cục Thống kê Việt Nam, 2001.

Trong những năm gần đây, việc sử dụng các biện pháp tránh thai đã có chiều hướng tăng lên. Khoảng 80,6% cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai, trong đó 66,5% sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại. Trong số 9 biện pháp tránh thai được giới thiệu, biện pháp đặt vòng được nhiều người sử dụng hơn cả, tiếp đến là bao cao su, thuốc tránh thai... Tình hình sử dụng các biện pháp hiện đại ở các tỉnh có đồng bào dân tộc thiểu số cũng tương đương với mức trung bình trên cả nước (UNFPA, 2006)

Theo kết quả điều tra về sức khỏe sinh sản của Quý dân số Liên hiệp quốc, Việt Nam có tỷ lệ nạo hút thai cao. Việc tự nguyện phá thai được coi là một biện pháp kế hoạch hóa gia đình quan trọng. Khoảng 40% tổng số

trường hợp có thai đã phá thai và mỗi phụ nữ phá thai trung bình khoảng 2,5 lần trong đời. Tình trạng này đang có chiều hướng giảm đi. Năm 1999, số ca phá thai được thống kê trên 1000 phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ ở những tỉnh có nhiều người dân tộc thiểu số cũng giống như những tỉnh có ít người dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, ở những tỉnh có nhiều người dân tộc thiểu số, các ca phá thai thường được tiến hành ở giai đoạn muộn nên tỷ lệ nạo thai cao (Bộ Y tế, 2003).

3. Hành vi sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và sức khỏe sinh sản

3.1. Hành vi chăm sóc sức khỏe khi bị ốm

Tự điều trị khi bị ốm đau là hình thức phổ biến nhất của tất cả các nhóm thu nhập

ở Việt Nam từ trước đến nay. Đối với các nhóm dân tộc thiểu số, tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế công rất thấp, trừ khi người dân mắc phải các bệnh nặng. Theo số liệu của cuộc Điều tra y tế Quốc gia năm 2002, các nhóm dân tộc khác nhau có những cách thức tìm kiếm dịch vụ y tế khá khác nhau. Một đặc điểm dễ nhận thấy ở một số nhóm người dân tộc thiểu số tại Tây Nguyên và miền núi phía Bắc là mỗi khi trong gia đình có người ốm phải đi nằm viện là cả nhà họ đi theo để chăm sóc. Việc này không những làm cho bệnh viện phải chịu tải về điện, nước, vệ sinh... mà còn tăng đáng kể các chi phí cơ hội trong thời gian đau ốm (Đoàn Kim Thảng, 2006).

Mỗi dân tộc đều có phương thuốc truyền thống của mình. Người dân tộc thiểu số dùng rất nhiều loại thảo mộc để chữa các triệu chứng như sốt, tiêu chảy, đau đầu và những bệnh thông thường khác. Ở các cơ sở y tế công cộng, người Kinh cũng thường dùng thuốc nam kết hợp với thuốc Tây y.

3.2. Hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản

Chăm sóc trước, trong và sau khi sinh là những vấn đề rất quan trọng. Người Kinh thường nhận thức được những nguy hiểm có thể xảy ra khi mang thai và điều đó được thể hiện qua câu tục ngữ: "*Người chừa, của má*". Người Tày cũng có câu tục ngữ tương tự: "*Thắc lục, thắc cộ mây*" có nghĩa là "*mang con là mang hòm trong bụng*".

Chăm sóc trước khi sinh: Theo một khảo sát gần đây do Viện Xã hội học tiến hành, tỷ lệ khám thai định kỳ của phụ nữ dân tộc thiểu số hiện nay còn thấp. Hiện chỉ có 69,9% phụ nữ đến khám thai tại các cơ sở y tế và có đến 30,1% phụ nữ không đi khám

thai trong lần sinh gần đây nhất. Khoảng 41% số phụ nữ mang thai cho rằng cứ để thai phát triển tự nhiên không cần phải khám gì hết; 26% phụ nữ cho rằng khi có thai thì hỏi người xung quanh trong làng bản; 23,5% hỏi các bà mẹ vườn và 5% không quan tâm đến việc thai nghén (Viện Xã hội học, 2006). Những chỉ số này cho thấy, nhiều phụ nữ trong thời gian mang thai còn rất chủ quan về tình trạng thai nghén của mình và thực hành về chăm sóc sức khỏe sinh sản trong thời gian mang thai của họ còn bị chi phối rất nhiều bởi các kinh nghiệm bản thân cũng như môi trường văn hóa địa phương.

Chăm sóc sức khỏe trong thời gian sinh đẻ: Các khảo sát gần đây cũng chỉ ra rằng phụ nữ dân tộc thiểu số vẫn chưa tiếp cận được các cơ sở y tế khi sinh nở. Có khoảng 64,1% số phụ nữ ở Tây Nguyên vẫn sinh đẻ tại nhà; 31,8% sinh đẻ tại cơ sở y tế Nhà nước; 2,6% sinh đẻ ở các cơ sở y tế tư nhân và 1,6% sinh đẻ ở cơ sở bán công và các cơ sở khác (Viện Xã hội học, 2006).

Đa số người dân tộc thiểu số không có thói quen sinh con ở các cơ sở y tế. Ở một số nơi, hơn 90% ca đẻ không có người đỡ hoặc chỉ có sự giúp đỡ của ai đó trong gia đình. Tập quán đóng một vai trò quan trọng trong việc lựa chọn nơi sinh đẻ và cách thức chăm sóc cho sản phụ. Trong gia đình người Hmông, người chồng thường đỡ đẻ cho vợ. Đối với đứa con đầu thì mẹ chồng sẽ hướng dẫn cho con trai mình. Một số nhóm dân tộc ở Tây Nguyên như Xê-đăng, Cơ-tu theo tập tục cũ, phụ nữ thường đẻ một mình trong một túp lều dựng ngoài rừng. Hiện nay, họ thường đẻ ở nhà rẫy. Tuy nhiên, sự hạn chế trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và chất lượng dịch vụ thấp cũng là những trở ngại lớn.

Chất lượng dịch vụ ở các trạm y tế xã không phải lúc nào cũng được coi là tốt hơn ở nhà. Trả lời về lý do tại sao sinh con ở nhà, một phụ nữ Thái cho biết: “*để con ở nhà vì đã học được cách đẻ rồi, đưa đầu đã đến bệnh viện để học cách đẻ, cho nên đưa thứ hai có thể ở nhà*” (Phụ nữ Thái ở Lai Châu, 30 tuổi, 2 con).

Chăm sóc sức khỏe sau sinh là một giai đoạn rất quan trọng để bảo đảm cho đứa trẻ sau khi sinh ra được khỏe mạnh và sức khỏe người mẹ được bình phục trở lại sau một quá trình nuôi dưỡng thai nhi và vượt cạn vất vả. Số liệu khảo sát về sức khỏe sinh sản tại Hà Giang năm 2006 do UNFPA tiến hành cho biết: Kiến thức của phụ nữ dân tộc về chăm sóc sau sinh được đánh giá thông qua câu hỏi: “*Những dấu hiệu nào là nguy hiểm cho người phụ nữ sau sinh?*”. Hiểu biết của phụ nữ dân tộc thiểu số về các dấu hiệu nguy hiểm cho phụ nữ sau sinh còn rất hạn chế. Trong số 5 dấu hiệu nguy hiểm cho người phụ nữ sau sinh, dấu hiệu nguy hiểm sau sinh được nhiều đối tượng phỏng vấn biết hơn cả là “*chảy máu kéo dài và tăng lên*” (30,6%) và “*đau bụng kéo dài và tăng lên*” (12,7%) (UNFPA, 2006).

Phần lớn phụ nữ dân tộc thiểu số (76,2%) cho con bú ngay sau khi sinh và 23,8% không cho con bú ngay. Mặc dù tỷ lệ phụ nữ cho con bú ngay khi sinh tương đối cao, song trong số họ chỉ có 39,6% biết được những lợi ích của việc cho con bú sớm, còn lại 60,2% không biết hoặc không quan tâm. Bú hoàn toàn tức là chỉ cho trẻ bú sữa mẹ, không cho ăn thêm bất cứ thức ăn, nước uống nào khác. Bộ Y tế khuyến cáo là nên cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 4 đến 6 tháng. Kết quả phỏng vấn cho thấy: 39,5% phụ nữ

dân tộc biết nên cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 4 đến 6 tháng. Như vậy, đa số phụ nữ dân tộc thiểu số được hỏi đã nhận thức và biết cách thực hành về thời gian cho con bú sau khi sinh, nhưng kiến thức về nuôi con bằng sữa mẹ chưa thật tốt (UNFPA, 2006).

Sau khi sinh, trẻ sơ sinh cần được tiêm chủng phòng bệnh. Theo kết quả khảo sát, hiểu biết về các bệnh cần tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi của phụ nữ dân tộc thiểu số chưa thật tốt. Uốn ván và sởi là các bệnh cần phải tiêm phòng được nhiều người kể đến nhất; tuy nhiên, cũng không quá 60% phụ nữ dân tộc thiểu số biết được điều này. Vẫn còn 15,9% phụ nữ dân tộc thiểu số không biết hoặc không kể đúng bất kỳ bệnh nào cần tiêm phòng cho trẻ dưới 1 tuổi. Cuộc khảo sát tại Tây Nguyên, cũng cho những kết quả tương tự đối với nhận thức của người phụ nữ về chăm sóc trẻ sau sinh. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số được hỏi biết dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sau sinh với các triệu chứng là bỏ bú và sốt cao (63,8%), co giật (57,6%), khó thở (43,8%), lạnh toàn thân (42,7%), ngủ li bì (39,5%), ít cử động (36,3%), chảy máu rốn (43,5%), da xanh tái (39,6%) và các biểu hiện khác thường (16,4%) (Viện Xã hội học, 2006).

4. Những thuận lợi và khó khăn trong việc cải thiện tình hình sức khỏe sinh sản của đồng bào dân tộc thiểu số

4.1. Thuận lợi

Chính sách của Nhà nước đã tạo ra môi trường thuận lợi cho việc chăm sóc sức khỏe và sức khỏe sinh sản cho đồng bào dân tộc thiểu số. Điều này được thể hiện trong Hiến pháp của Nhà nước ta kể từ năm 1946 cũng như Hiến pháp sửa đổi năm 1992. Song song

với việc tạo ra một môi trường pháp lý thuận lợi, Chính phủ cũng rất quan tâm đến vùng có nhiều đồng bào dân tộc và miền núi với các chương trình phát triển kinh tế xã hội như Chương trình xóa đói giảm nghèo (Chương trình 133) và Chương trình phát triển Kinh tế - Xã hội cho các xã đặc biệt khó khăn ở vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa (Chương trình 135).

Đề tăng ngân sách cho các dịch vụ y tế, từ năm 1989 mức viện phí nhất định đã được quy định. Tuy nhiên, Chính phủ đã ban hành các Nghị định về việc cung cấp dịch vụ y tế miễn phí ở các cơ sở y tế công cộng tại những xã thuộc diện khó khăn, nơi hầu hết đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Năm 2002, Ban chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Chỉ thị về việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, trong đó quán triệt

rõ ràng: “*Xây dựng và ban hành chính sách ưu tiên chăm sóc sức khỏe nhân dân miền núi, vùng sâu, vùng xa, đặc biệt quan tâm tới sức khỏe đồng bào các dân tộc thiểu số, nhằm cải thiện rõ rệt chất lượng chăm sóc sức khỏe, góp phần nâng cao đời sống nhân dân trong vùng*” (Bộ Y tế, 2002).

Hệ thống y tế công cộng ngày càng phát triển là thuận lợi tiếp theo phải kể đến trong công cuộc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân ở nước ta. Hầu hết ở mỗi xã của Việt Nam đều có một trạm y tế. Nhìn chung, số lượng bệnh viện tỉnh, bệnh viện huyện và số giường bệnh ở các tỉnh có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống cao hơn so với trung bình của cả nước. Ở những vùng nông thôn, hầu hết mỗi thôn bản đều có một nhân viên y tế thôn bản và hiện nay Chính phủ vẫn ưu tiên hoàn thiện mạng lưới này.

Bảng 3: Ngân sách dành cho y tế công cộng, số cơ sở y tế và số lần khám chữa bệnh đối với các tỉnh có tỷ lệ nhiều và ít đồng bào dân tộc thiểu số¹

Khu vực	Kinh phí/đầu người (nghìn đồng)	Cho 10.000 dân			Cho 1 người dân
		Số bệnh viện	Số giường	Số bác sỹ	Lần khám chữa bệnh/năm
Cả nước	35,9	0,09	11,82	4,71	1,79
10 tỉnh có tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số thấp nhất	28,2	0,09	11,82	4,32	1,51
10 tỉnh có tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số cao nhất	48,7	0,18	13,85	4,16	1,34

Nguồn: Niên giám Thống kê y tế năm 2001, 1USD = 15.000 đồng Việt Nam

¹ 10 tỉnh có tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số cao nhất là: Cao Bằng, Hà Giang, Bắc Kạn, Lạng Sơn, Lai Châu, Sơn La, Hòa Bình, Lào Cai, Kon Tum, Tuyên Quang (30% đến >70%).

10 tỉnh có tỷ lệ đồng bào dân tộc thiểu số thấp nhất: Hải Dương, Hưng Yên, Hà Nam, Nam Định, Hà Tĩnh, Long An, Đồng Tháp, Tiền Giang, Bến Tre (<1%).

4.2. Một số khó khăn thách thức trong việc cải thiện tình hình sức khỏe của đồng bào dân tộc thiểu số

Trong những năm qua điều kiện về đi lại và đường sá tới các cơ sở y tế đã được cải thiện một cách đáng kể. Hệ thống đường sá ở miền núi, vùng sâu, vùng xa được nâng cấp không ngừng. Những bản ở quá xa đường giao thông được khuyến khích chuyển đến gần đường. Đường tới các trạm y tế xã đã được cải tạo bảo đảm cho ô tô có thể đi đến được trạm. Việc xây dựng mạng lưới y tế thôn bản được đặc biệt khuyến khích và số cơ sở y tế dành cho đồng bào dân tộc thiểu số so với dân số cũng khá cao. Mặc dù đã có nhiều cố gắng, nhưng sự khác biệt về ngôn ngữ và văn hóa vẫn còn là những rào cản đặc biệt với các nhóm dân tộc nhỏ.

Tuy nhiên, các khía cạnh tài chính đã nhanh chóng trở thành trở ngại chủ yếu đối với việc tiếp cận các cơ sở y tế công cộng. Những mức giá quy định đối với dịch vụ y tế là tương đối bất lợi cho người nghèo, vì nó chiếm tỷ lệ quá cao trong chi tiêu của người dân. Số liệu của cuộc Điều tra y tế Quốc gia năm 2002 cũng cho thấy phương án tự điều trị có thể được lựa chọn vì các cách điều trị khác là quá đắt. Tỷ lệ người ốm tự mua thuốc chữa bệnh có sự chênh lệch không nhiều giữa các nhóm trình độ học vấn và mức sống. Sự khác biệt lớn nhất là theo nhóm dân tộc của chủ hộ. Tỷ lệ số lần ốm tự mua thuốc về chữa của các hộ người dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên là 49%; tỷ lệ này ở miền núi phía Bắc là 74%.

Trong những năm qua, y tế tư nhân đã phát triển nhanh chóng ở Việt Nam, nhưng chất lượng phục vụ thì rất khác nhau. Ở những vùng nghèo của nước ta, nơi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, dịch vụ

y tế tư nhân có chất lượng hầu như rất hiếm. Đa số những người hành nghề y tế tư nhân là cán bộ của các cơ sở y tế công cộng hoặc những người bán thuốc chưa qua đào tạo. Trong 3 năm kể từ năm 2000 đến năm 2002, chỉ có 34% các xã/phường có các thầy thuốc tư nhân đạt trình độ cao được tập huấn về chương trình nhiễm khuẩn hô hấp cho trẻ em (ARI), 29% được tập huấn về suy dinh dưỡng, 27% về nhi khoa, 38% về khám chữa bệnh, chỉ có 6% về phục hồi chức năng và 18% về được (Bộ Y tế, 2003).

Thiếu cán bộ y tế có trình độ, biết nói tiếng dân tộc và hiểu biết về phong tục, tập quán địa phương là một trở ngại lớn của các cơ sở y tế ở vùng nông thôn. Số cán bộ y tế trung bình/cơ sở y tế ở miền núi thấp hơn so với đồng bằng. Tỷ lệ cán bộ y tế nữ người dân tộc thiểu số ở những vùng đồng bào dân tộc ít người cư trú chiếm rất ít. Ở vùng sâu, vùng xa rất khó tìm được những người đủ tiêu chuẩn tối thiểu như biết đọc, biết viết để đào tạo thành y tế thôn bản.

Phong tục tập quán từ trước tới nay của các dân tộc thiểu số vẫn được xem là một trong những nhân tố ảnh hưởng lớn đến nhận thức và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe và sức khỏe sinh sản của phụ nữ dân tộc. Thực tế cho thấy hiện nay, tại các cộng đồng dân tộc thiểu số vẫn còn tồn tại nhiều phong tục có ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe cộng đồng. Phụ nữ dân tộc thiểu số còn quan niệm sinh đẻ là việc bí mật của phụ nữ và họ rất e ngại khi đi khám thai hoặc khám phụ khoa. Ở một số nơi các dân tộc còn giữ tập tục cúng bái khi có vấn đề về sức khỏe và khi sinh đẻ. Điều này đã ít nhiều gây cản trở tới việc phụ nữ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản hiện có tại địa phương, đồng thời cũng là

những thách thức lớn nhất hiện nay để giúp người dân tộc thiểu số tiếp cận ngày càng nhiều hơn các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe sinh sản có chất lượng.

5. Kết luận

Trong nhiều năm qua, Việt Nam đã có nhiều nỗ lực đáng kể để cải thiện tình trạng sức khỏe và sức khỏe sinh sản cho người dân. Tuy nhiên cũng phải thừa nhận rằng còn nhiều vấn đề về sức khỏe và sức khỏe sinh sản của các dân tộc cần phải được cải thiện, chẳng hạn như tỷ lệ chết trẻ em nói chung và trẻ em dưới 5 tuổi còn cao, tỷ lệ người dân sử dụng dịch vụ y tế công cộng còn thấp...

Đồng bào dân tộc thiểu số thuộc những nhóm nghèo ở nước ta và họ phải đối mặt với nhiều khó khăn nhất để vượt qua nghèo khổ. Những nhân tố cản trở sự phát triển kinh tế - xã hội và nâng cao sức khỏe của đồng bào dân tộc thiểu số là khoảng cách địa lý, giao thông đi lại khó khăn, trình độ văn hóa thấp và nhiều phong tục tập quán không còn phù hợp khiến người dân ít tiếp cận các dịch vụ xã hội có chất lượng. Bên cạnh đó, các cơ sở y tế ở đây cũng còn nhiều hạn chế về nhân lực, cơ sở vật chất và trang thiết bị so với vùng đồng bằng. Sự kết hợp của các yếu tố này dẫn đến sự hạn chế trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe sinh sản, cùng với tình trạng sức khỏe kém của các nhóm dân tộc. Sức khỏe kém sẽ cản trở sự phát triển kinh tế - xã hội và dẫn đến vòng luẩn quẩn giữa đói nghèo và bệnh tật.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế (2000), *Niên giám Thống kê y tế*, Phòng Thống kê và Tin học, Vụ Kế hoạch, Hà Nội.

Bộ Y tế (2001), *Niên giám Thống kê*, Phòng Thống kê và Tin học, Vụ Kế hoạch, Hà Nội.

Bộ Y tế (2002), *Health policies and guidelines*, Medical Publishing House, Hanoi.

Bộ Y tế (2003), *Điều tra y tế Quốc gia 2001 - 2002*, Nxb Y học, Hà Nội.

Chỉ thị số 95- CP, ngày 27/8/1994.

Dự án y tế Việt Nam - Thụy Điển (2000), *Tài liệu Dự án 1999 - 2001: Hỗ trợ cho các vùng khó khăn ở Việt Nam*, Hà Nội.

Đoàn Kim Thắng (2003), "Mô hình nhà y tế bản: Những vấn đề từ góc nhìn xã hội", *Báo cáo đánh giá cuối kỳ Dự án Dân số - Sức khỏe gia đình*, Ủy ban Quốc gia Dân số - KHHGD, Hà Nội

Đoàn Kim Thắng (2006), *Báo cáo đánh giá thực tế tiếp cận của người dân với chính sách khám chữa bệnh cho người nghèo - 139/2002/QĐ - TTg tại Ninh Thuận*. Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Việt Nam, Hà Nội.

Nhóm hành động chống đói nghèo (2002), *Đẩy mạnh công tác phát triển đối với các dân tộc thiểu số*, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2000), *Điều tra mức sống Việt Nam 1997 - 1998*, Nxb Thống kê, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2001), *Điều tra dân số và nhà ở năm 1999*, Nxb Thế giới, Hà Nội.

United Nation (2002), *Millennium Development Goals: Bringing the MDGs close to the people*. United Nations in Vietnam.

UNDP (2002), *Overview of official development assistance in Vietnam*.

UNFPA (1999), *Mid-term Review of UNFPA - Assisted firth country programme 1997 - 2000*.

UNFPA (2006), *Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ SKSS tại 11 tỉnh ở Việt Nam*.

World Bank (2001), *Vietnam growing healthy: A review of Vietnam's health sector*.