

Chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số nhìn từ khía cạnh giới

Đặng Thị Hoa

Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới

Tóm tắt: Chăm sóc sức khỏe là một trong những chỉ số quan trọng đánh giá chất lượng cuộc sống và cơ hội phát triển của con người. Mặc dù Việt Nam đã có khá nhiều chính sách hỗ trợ trong chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số nhưng phụ nữ dân tộc thiểu số vẫn nằm trong nhóm có nguy cơ bị loại trừ trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đại, đặc biệt là trong chăm sóc sức khỏe sinh sản. Kết quả nghiên cứu tại tỉnh Ninh Thuận, Đắk Lắk và Sóc Trăng cho thấy có sự khác biệt rõ nét giữa nam và nữ trong mô hình bệnh tật và lựa chọn nơi khám chữa bệnh ở một số tộc người. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em vùng dân tộc thiểu số vẫn còn khá nhiều vấn đề đặt ra, là những trở ngại, thách thức không nhỏ trong chiến lược thực hiện các chỉ tiêu của mục tiêu Thiên niên kỷ về tăng trưởng toàn diện và bao trùm ở Việt Nam⁽¹⁾.

Từ khóa: Dân tộc thiểu số; Chăm sóc sức khỏe; Bình đẳng giới.

Ngày nhận bài: 17/12/2018; ngày chỉnh sửa: 7/1/2019; ngày duyệt đăng: 31/1/2019.

1. Đặt vấn đề

Tăng trưởng bao trùm là một định hướng quan trọng trong phát triển ở Việt Nam, trong đó, trung tâm của sự phát triển là con người với tầm nhìn hướng tới sự bình đẳng về cơ hội phát triển cho tất cả mọi người. Việt Nam

là một trong những nước có nhiều nỗ lực hoàn thành các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ như xóa đói giảm nghèo, phổ cập giáo dục tiểu học, kiểm soát các bệnh truyền nhiễm và thúc đẩy bình đẳng giới. Chính phủ Việt Nam đã ban hành nhiều chính sách chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và người dân tộc thiểu số (DTTS) như Quyết định số 139/QĐ-TTg về khám và chữa bệnh cho người nghèo; Nghị định 39/2015 quy định hỗ trợ cho phụ nữ DTTS nghèo khi sinh con; Nghị quyết số 20/NQ-TW của Ban Chấp hành Trung ương Đảng ra ngày 25 tháng 10 năm 2017 quy định việc tăng cường bảo vệ, chăm sóc và cải thiện sức khỏe cộng đồng trong đó có người DTTS trong tình hình mới. Đây là những nỗ lực của Chính phủ nhằm thực hiện chính sách không ai bị bỏ lại phía sau trong quá trình phát triển, giúp cải thiện rõ nét các cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế có sự hỗ trợ của các nhân viên y tế trong chăm sóc sức khỏe của đồng bào các DTTS. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn còn nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm và sử dụng các dịch vụ y tế của người nghèo DTTS, đặc biệt là phụ nữ DTTS, đặc biệt là trong chăm sóc sức khỏe sinh sản và phòng chống suy dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai và nuôi con nhỏ.

Một số nghiên cứu cho rằng sự tách biệt xã hội về chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam thể hiện rõ xu hướng phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ DTTS, luôn bị thiệt thòi. Mức độ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ vùng nông thôn và vùng DTTS vẫn còn hạn chế và mức giảm tỷ suất chết mẹ ở vùng sâu, vùng xa và vùng dân tộc thiểu số trong 10 năm qua còn chậm. Phụ nữ trẻ DTTS gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận thông tin và dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, bao gồm cả dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Nhận thức của trẻ em gái DTTS về sức khỏe sinh sản và tình dục cũng như thực hành vệ sinh còn rất hạn chế. Tỷ lệ người DTTS sử dụng thẻ bảo hiểm trong khám chữa bệnh không cao, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái (ADB, 2006; WB, 2009; Tổng cục Thống kê, Ủy ban Dân tộc, 2015; UN Women, 2015).

Nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe vùng DTTS cho thấy sự chênh lệch tỷ lệ khám thai ít nhất 4 lần của nhóm phụ nữ DTTS và phụ nữ Kinh năm 2014 là 58 điểm phần trăm (16% so với 74% trung bình toàn quốc) - có nghĩa là chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ phụ nữ DTTS đi khám thai đủ 4 lần trong suốt thai kỳ. Hạn chế về cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế, tâm lý xấu hổ, những khó khăn trong sử dụng tiếng Kinh cũng là yếu tố khiến phụ nữ DTTS ngại đi khám thai (UNFPA, 2017). Sinh đẻ ở nhà vẫn được một số nhóm phụ nữ DTTS lựa chọn với 30,7% phụ nữ DTTS sinh con ở nhà so với 0,5% phụ nữ dân tộc Kinh (Tổng cục Thống kê, Ủy ban Dân tộc, 2015). Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng, ngay cả khi các chính sách bình

đăng giới và đầu tư phát triển cho đồng bào người dân tộc được chú trọng, nguy cơ người phụ nữ DTTS bị loại trừ xã hội vẫn là rất lớn (Đặng Nguyên Anh, 2016). Phụ nữ không được chăm sóc đầy đủ về mặt dinh dưỡng, không được nghỉ ngơi đầy đủ khi sinh con ảnh hưởng tới cả sức khỏe của bà mẹ và trẻ em. Các hộ gia đình DTTS phải trả nhiều hơn khả năng chi trả của họ cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe so với các hộ gia đình người Kinh (Bộ Y tế, 2015, 2013, 2010).

Bài viết phân tích vấn đề chăm sóc sức khỏe của người dân tộc thiểu số từ khía cạnh giới dựa vào các tư liệu thống kê quốc gia, các tài liệu thực địa thu thập được từ các tỉnh Trà Vinh, Quảng Trị và Hà Giang về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, và từ kết quả khảo sát tại 3 tỉnh ở phía Nam: Ninh Thuận, Đắk Lắk và Sóc Trăng. Điểm khảo sát ở 3 tỉnh này là nơi cư trú của các dân tộc thiểu số thuộc nhóm theo chế độ mẫu hệ, gồm các dân tộc Chăm, Khơ me, Ê đê và Xơ đăng (song hệ). Tổng số mẫu khảo sát là 950 người, trong đó 44,6% (424) người trả lời là nam và 55,4% (526) là nữ; 218 người Xơ đăng, 226 người Ê đê, 250 người Chăm và 250 người Khơ me. Như vậy, với số mẫu tương đối hài hòa về giới tính và dân tộc, có thể phân tích khác biệt giới trong chăm sóc sức khỏe của người dân tộc thiểu số từ kết quả khảo sát.

2. Thực trạng về sức khỏe của người DTTS từ khía cạnh giới

Trong điều kiện cư trú ở vùng sâu vùng xa, hầu hết người DTTS phải lao động nặng nhọc gắn với sản xuất nông nghiệp trong điều kiện môi trường tự nhiên khắc nghiệt, do vậy, điều kiện chăm sóc sức khỏe của họ là rất hạn chế. Gánh nặng bệnh tật đang là một trong những cản trở cho sự phát triển của con người, nhất là đối với phụ nữ DTTS. Bất bình đẳng về chăm sóc sức khỏe ngày một gia tăng giữa các vùng miền do các yếu tố tác động từ địa lý, kinh tế, văn hóa (Bộ Y tế, 2015).

Kết quả khảo sát tại 3 tỉnh Sóc Trăng, Đắk Lắk và Ninh Thuận cho thấy tỷ lệ người dân bị ốm khá cao, có tới 69,6% số người trả lời cho rằng họ bị ốm trong 12 tháng qua (kể từ thời điểm khảo sát), trong đó có tới 75,3% nữ bị ốm và 62,5% nam bị ốm.

Theo kết quả bảng 1, chênh lệch tỷ lệ giữa nam và nữ về tình trạng bị ốm trong 12 tháng qua có sự khác biệt rất rõ nét. Phụ nữ các dân tộc Xơ đăng, Ê đê bị ốm trong 12 tháng qua có tỷ lệ cao hơn nhiều so với nam giới. Phụ nữ ở nhóm hộ trung bình, nghèo cũng có tỷ lệ bị ốm cao hơn so với nam giới.

Bảng 1. Tình trạng bị ốm của người dân trong 12 tháng qua chia theo giới tính, dân tộc và mức sống

	N	Chung	Nam (n=424)	Nữ (n=526)
Chung ***	950	69,6	62,5	75,3
Dân tộc***				
Xơ đăng	218	76,1	62,2	87,5
Ê đê	226	76,5	70,4	81,2
Chăm	250	66,0	60,5	70,6
Khơ me	250	61,0	57,5	63,8
Mức sống***				
Khá	27	50,0	46,8	55,6
Trung bình	217	66,6	59,2	72,8
Nghèo	264	74,7	68,3	79,2
Rất nghèo	17	80,8	88,9	76,5

Mức ý nghĩa thống kê: *<0,1; **<0,05; ***P<0,001

Nguồn: Kết quả khảo sát tại 3 tỉnh Sóc Trăng, Đắk Lắk và Ninh Thuận, 2018.

Bảng 2. Thực trạng mắc bệnh trong 12 tháng qua của người dân tộc thiểu số chia theo giới tính, dân tộc và mức sống

	N	Cấp tính		Mãn tính	
		Nam	Nữ	Nam	Nữ
Dân tộc					
Xơ đăng	218	8,3	9,5	36,7	31,4
Ê đê	226	8,7	11,5	27,5	22,1
Chăm	250	17,4	8,3	21,7	36,5
Khơ me	250	15,6	6,8	29,7	38,6
Mức sống					
Khá	27	13,6	6,7	18,2	26,7
Trung bình	217	9,2	8,2	26,6	28,5
Nghèo	264	13,7	10,5	33,9	34,0
Rất nghèo	17	25,0	0	0	46,2

Nguồn: Kết quả khảo sát tại 3 tỉnh Sóc Trăng, Đắk Lắk và Ninh Thuận, 2018.

So sánh khía cạnh giới về tình trạng mắc các bệnh cấp tính và mãn tính trong mẫu khảo sát tại 3 tỉnh cho thấy các bệnh cấp tính ở nam giới cao hơn so với phụ nữ nhưng bệnh mãn tính thì phụ nữ lại mắc nhiều hơn so với nam giới. Đặc biệt bệnh mãn tính có tỷ lệ khá cao ở phụ nữ thuộc hộ nghèo và rất nghèo. Đây cũng là lý do khiến phụ nữ DTTS phải đến bệnh viện khám chữa bệnh nhiều hơn so với nam giới.

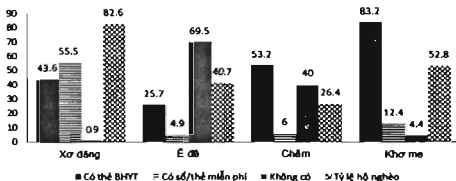
3. Tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người DTTS

Lựa chọn nơi khám chữa bệnh và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế có vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Đối với người DTTS, Chính phủ đã có nhiều chính sách hỗ trợ cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho các hộ dân tộc thiểu số ở các xã nghèo, vùng biên giới và vùng sâu, vùng xa. Nhờ đó, người DTTS đã có nhiều cơ hội hơn tiếp cận tới các dịch

vụ chăm sóc sức khỏe hiện đại (Vũ Hồng Anh, 2010, Báo cáo quốc gia, 2015, Bộ Y tế, 2015).

Trong mẫu khảo sát, có tới 52,3% số hộ gia đình có bảo hiểm y tế và 19,1% số hộ được hưởng chính sách hỗ trợ, miễn phí khám chữa bệnh, chỉ có 28,6% số hộ không có thẻ bảo hiểm y tế và không được hưởng chính sách bảo hiểm y tế và miễn phí khám chữa bệnh. So sánh giữa các dân tộc, dân tộc Xơ đàng có tỷ lệ nghèo cao nhất (77,1%) thì có tới 99% người dân có thẻ bảo hiểm y tế, trong đó có tới 55,5% người dân được khám chữa bệnh miễn phí. Dân tộc Chăm cư trú ở vùng duyên hải tỉnh Ninh Thuận, có tỷ lệ hộ nghèo thấp (26,4%) nhưng cũng đã có tới 53,2% số người dân có thẻ bảo hiểm y tế. Trên thực tế, việc tiếp cận tới các cơ sở y tế và sử dụng thẻ bảo hiểm y tế thường xuyên trong chăm sóc sức khỏe vẫn còn là khoảng cách đối với một số dân tộc thiểu số.

Biểu đồ 1. Thực trạng người DTTS có bảo hiểm y tế và số/thẻ khám bệnh miễn phí (%)



Nguồn: Kết quả khảo sát tại 3 tỉnh Sóc Trăng, Đắk Lắk và Ninh Thuận, 2018.

Bảng 3. Lựa chọn nơi khám chữa bệnh của người dân tộc thiểu số

Dân tộc	N	Tự mua thuốc ở hiệu thuốc		Y tế thôn bản		Trạm Y tế		Bệnh viện huyện		Bệnh viện tỉnh	
		Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Xơ đàng	218	29,5	30,5	8,2	12,4	36,1	41,9	41,0	30,5	3,3	4,8
Ê đê	226	34,8	25,0	0	1,0	15,9	9,6	29,0	29,8	11,6	11,5
Chăm	250	18,8	17,7	2,9	4,2	11,6	13,5	37,7	35,4	14,5	14,6
Khơ me	250	15,6	20,5	17,2	23,9	29,7	28,4	9,4	8,0	29,7	23,9
Mức sống											
Khả	27	27,3	40,6	9,1	6,7	4,5	20,0	27,3	46,7	18,2	13,3
Trung bình	217	31,2	25,9	3,7	7,0	22,0	15,8	24,8	28,5	13,8	12,7
Nghèo	264	19,2	21,1	8,0	12,4	27,2	27,3	34,4	25,4	15,2	13,4
Rất nghèo	17	25,0	15,4	25,0	7,7	37,5	53,8	12,5	7,7	0	7,7

Mức ý nghĩa thống kê: * $<0,1$; ** $<0,05$; *** $P<0,001$

Nguồn: Kết quả khảo sát tại 3 tỉnh Sóc Trăng, Đắk Lắk và Ninh Thuận, 2018.

Số liệu khảo sát cho thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ trong lựa chọn nơi khám chữa bệnh ở một số dân tộc thiểu số, chẳng hạn ở người Xơ đăng, tỷ lệ nam lựa chọn khám chữa bệnh ở bệnh viện huyện cao hơn nhiều so với nữ, trong khi nữ lựa chọn khám chữa bệnh ở y tế thôn bản và trạm y tế xã nhiều hơn. Trong khi đó, ở các dân tộc Chăm, Khơ me lại không có sự khác biệt giới trong lựa chọn nơi khám chữa bệnh.

Như vậy, mặc dù các chính sách ưu đãi hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho người DTTS và người nghèo đã được thực hiện khá tốt, tỷ lệ người DTTS được tiếp cận với các dịch vụ y tế hiện đại ở các cơ sở khám chữa bệnh cấp huyện, cấp tỉnh nhiều hơn. Đặc biệt là chính sách bảo hiểm y tế đã phát huy hiệu quả tốt ở vùng DTTS. Nhưng khoảng cách trong sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế cấp huyện và cấp tỉnh có sự khác biệt rõ nét giữa các DTTS. Với các dân tộc cư trú ở vùng đồng bằng (Chăm, Khơ me), ở vùng thung lũng (Tày, Mường, Thái) thì tỷ lệ khám chữa bệnh khá cao, thậm chí cao hơn so với người Kinh (Khơ me). Nhưng với các dân tộc cư trú ở vùng cao như Hmông, Dao thì tỷ lệ có đi khám chữa bệnh ở cơ sở y tế khá thấp mặc dù những dân tộc này đang được hưởng chính sách miễn phí trong khám và chữa bệnh (Vũ Hồng Anh, 2010; Phạm Ngọc Tiến, 2016; Bộ Y tế, 2015).

4. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở người DTTS

Chăm sóc phụ nữ khi mang thai và khi sinh con

Chăm sóc sức khỏe thai sản là những tiêu chí quan trọng để đạt được mục tiêu thiên niên kỷ và tiến tới bình đẳng cho phụ nữ DTTS. Theo số liệu của MICS năm 2014, việc cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở các vùng khó khăn là một yêu cầu cấp thiết để tiến tới sự bình đẳng, thu hẹp các khoảng cách trong sử dụng dịch vụ y tế giữa phụ nữ Kinh và phụ nữ DTTS và giữa các tộc người thiểu số. Năm 2014, tỷ lệ trẻ em sinh ra được hỗ trợ bởi đội ngũ nhân viên y tế đã qua đào tạo là 93,8% trên toàn quốc, nhưng chỉ đạt 68,3% ở phụ nữ DTTS và 73,4% ở nhóm hộ nghèo nhất. Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai từ 4 lần trở lên là 73,7% trên toàn quốc, nhưng chỉ đạt 32,7% ở nhóm dân tộc thiểu số và 38,6% ở nhóm hộ nghèo nhất. Trong khi đó, tỷ lệ này là 96% ở nhóm giàu nhất (Tổng cục Thống kê và UNICEF, 2015; Trần Thị Mai Oanh, 2012). Tình trạng phụ nữ DTTS duy trì thói quen không đi khám thai đầy đủ trong quá trình mang thai và thuận theo sự sinh nở tự nhiên còn khá phổ biến, nhất là ở các xã vùng sâu, vùng xa ở cách xa các trung tâm thị trấn, thị tứ (Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng, 2016; Trần Thị Mai Oanh, 2012). Tỷ lệ phụ nữ không khám thai cao nhất là dân tộc Hmông (63,5%),

Kháng (55,9%), Dao (41,3%), Hrê (30,1%), Bru Vân Kiều (28%), Tà Ôi (11,5%)... (Tổng cục Thống kê, Ủy ban Dân tộc, 2015).

Có khác biệt rất lớn giữa các DTTS về tỷ lệ phụ nữ khám thai ở các cơ sở y tế và sinh con tại nhà. Trong khi một số dân tộc có tỷ lệ phụ nữ đi khám thai và theo dõi thai kỳ ở các cơ sở y tế đạt tới 84% như Khơ me, Chăm, Cơ ho và tương ứng với tỷ lệ sinh con tại nhà chỉ có 8,2% (Khơ me), 15,7% (Chăm) và 18,4% (Cơ ho) thì ở một số dân tộc vùng Tây Nguyên và miền núi phía Bắc, tỷ lệ khám thai định kỳ chỉ đạt dưới 36% và sinh con tại nhà tới 77,4% như dân tộc Hmông. Cá biệt như dân tộc La Hủ, tỷ lệ khám thai chỉ có 9,1% và tỷ lệ sinh con tại nhà lên tới 95%. Việc đảm bảo an toàn cho sản phụ và trẻ sơ sinh rất khó khăn trong điều kiện thiếu nhân viên y tế tuyến thôn bản được đào tạo, thiếu trang thiết bị cần thiết để đảm bảo an toàn cho cuộc sinh đẻ (xem bảng 4).

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ DTTS đến cơ sở y tế sinh đẻ và khám thai

Tên dân tộc	Tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có đến cơ sở y tế khám thai (%)	Tỷ lệ phụ nữ đến cơ sở y tế sinh con (%)	Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại nhà (%)
Người DTTS (chung)	70,9	63,6	36,3
Thái	65,4	42,6	57,3
Khơ me	84,1	91,3	8,2
Hmông	36,5	22,4	77,4
Dao	59,7	54,5	45,3
Gia Rai	58,1	47,2	52,3
Ê Đê	78,5	72,1	27,8
Ba Na	64,5	43,3	56,5
Chăm	84,2	84,2	15,7
Cơ Ho	84,7	81,6	18,4
Xơ Đăng	66,3	31,8	68,0
Hrê	66,9	34,3	65,2
Raglay	71,4	67,6	32,1
Mnông	75,0	50,6	49,1
Khơ mú	47,4	26,6	73,3
Bru Vân Kiều	72,0	62,7	37,0
Cơ Tu	76,8	61,1	38,7
Tà Ôi	88,5	80,2	19,8
Mạ	80,3	77,8	22,2
Gié Triêng	78,6	65,6	34,2
Cơ	62,4	36,0	63,5
Chu Ru	84,3	83,7	16,3
La Hủ	9,1	4,5	95,1
Rơ Măm	63,8	46,4	53,6
Brao	75,9	55,1	44,9

Nguồn: Ủy ban Dân tộc, Tổng cục Thống kê, Điều tra kinh tế - xã hội 53 dân tộc thiểu số, 2015.

Một trong những chỉ số quan trọng trong việc đánh giá tiến độ giảm thiểu tỷ số tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản là tỷ lệ ca sinh có sự trợ giúp của cán bộ có chuyên môn. Tình trạng sinh nở tại nhà không có hỗ trợ nhân viên y tế, cộng với nhiều nguyên nhân khác, có tác động tới tỷ lệ trẻ em chết dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi ở một số dân tộc như Bru Vân Kiều, Cơ Tu, Tà Ôi, Chứt và Gié Triêng (Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng, 2016). Tỷ lệ chết của trẻ em ở các dân tộc trên, theo điều tra của Ủy ban Dân tộc, cao gần gấp đôi so với tỷ lệ chết chung của trẻ em toàn quốc (14,9 phần nghìn trẻ chết dưới 1 tuổi và 22,44 phần nghìn trẻ chết dưới 5 tuổi). Điều kiện sống khó khăn, xa bệnh viện tuyến huyện và bị nhiều rào cản bởi phong tục tập quán, tình trạng suy dinh dưỡng và bệnh tật ở trẻ em dưới 5 tuổi vùng dân tộc thiểu số cho đến nay chưa có nhiều thay đổi (Tổng cục Thống kê, Ủy ban Dân tộc, 2015).

Theo quan niệm tộc người, việc sinh đẻ của người phụ nữ là việc hệ trọng, có ảnh hưởng nhiều đến đời sống sinh hoạt và sức khỏe nên phải thực hiện khá nhiều kiêng cử trong quá trình mang thai và sinh đẻ. Do vậy, một số tộc người thiểu số thường ưa thích lựa chọn sinh con tại nhà để phù hợp với phong tục tập quán tộc người. Với người Hmông, phụ nữ khi chuyển dạ thường phải nằm trong buồng để thực hiện cuộc đẻ với sự chứng kiến của người thân và sự thừa nhận thành viên mới về mặt tín ngưỡng, mặc dù có điều kiện để sinh con tại trạm y tế xã nhưng phần lớn phụ nữ Hmông cho đến nay vẫn thực hiện các cuộc sinh tại nhà. Dân tộc Bru Vân Kiều và Tà Ôi ở một số địa phương của tỉnh Quảng Trị coi việc sinh nở của phụ nữ là việc không sạch sẽ vì thể sản phụ phải sinh con ở lều ngoài nhà và không được làm ô uế ngôi nhà họ đang ở, vì vậy vẫn duy trì tập quán sinh con tại các lều được dựng tạm cạnh nhà. Khi phụ nữ chuyển dạ, có dấu hiệu sinh con thì người chồng làm cho họ một cái lều cạnh nhà để đẻ. Trong quá trình sinh đẻ, người phụ nữ Tà Ôi và Bru Vân Kiều phải tự mình đẻ, cắt rốn và băng rốn cho con, tự làm vệ sinh và tự chăm sóc bản thân.

Mang thai vị thành niên và đẻ non, đẻ nhẹ cân

Vấn đề mang thai vị thành niên cũng liên quan đến địa vị kinh tế, khu vực cư trú và dân tộc, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm 1/5 số người nghèo nhất, và trong số phụ nữ ở khu vực Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, nơi tập trung đông người dân tộc thiểu số và là nơi có tỷ lệ sinh đẻ vị thành niên cao gấp khoảng 3 lần so với các khu vực khác do tập tục tảo hôn và hôn nhân trẻ em (Tổng cục Thống kê và UNICEF, 2015). Trong số 77 trường hợp sinh con của phụ nữ người Dao ở xã Sùng Máng, huyện Mèo Vạc năm 2016, có tới 29 phụ nữ có tuổi đời dưới 19 tuổi. Trong số 29 sản phụ đó, có 3 trường hợp dưới tuổi 19 nhưng đã sinh con lần thứ 2. Có

tới 18 trường hợp trẻ ở tuổi 16, 17 tuổi đã sinh con lần đầu⁽²⁾. Do kết hôn sớm, mang thai và sinh con khi còn ở tuổi vị thành niên, những sản phụ này chưa thể có được những kiến thức cơ bản về sức khỏe sinh sản và phụ thuộc khá nhiều vào lời khuyên, dạy bảo của những người phụ nữ lớn tuổi trong gia đình. Các hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản và dinh dưỡng thường phụ thuộc vào người khác và chưa có được những kiến thức hay tự quyết định trong sinh hoạt cá nhân của mình.

Khảo sát thực địa ở một số địa phương cho thấy, tỷ lệ sinh non, sinh nhẹ cân khá phổ biến ở các huyện vùng cao, đặc biệt là các huyện đặc biệt khó khăn thuộc chương trình 30a của Chính phủ.

"Huyện Đắk Rông là huyện vùng cao của tỉnh Quảng Trị, trong những năm gần đây, vấn đề trẻ sinh nhẹ cân và tỷ lệ bà mẹ bị sẩy thai ở địa phương là khá phổ biến. Nhiều trường hợp sinh non khi mẹ là trẻ vị thành niên. Đặc biệt là trong những năm gần đây, tỷ lệ đẻ non lại tăng đột biến dẫn tới tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh rất lớn" (TLN Trung tâm y tế huyện Đắk Rông).

Tiêm vaccin cho trẻ mới sinh và trẻ dưới 5 tuổi

Do tỷ lệ sinh con tại nhà tập trung khá cao ở một số dân tộc thiểu số nên tại các địa phương có các tộc người này cư trú, tỷ lệ tiêm vaccin mũi đầu không đạt được chỉ tiêu theo yêu cầu của Bộ Y tế. Theo số liệu báo cáo MICs 2014, có tới 7,4% số trẻ em DTTS mới sinh không được tiêm các mũi tiêm phòng chống lao và viêm gan B, trong khi đó, ở trẻ em dân tộc Kinh, tỷ lệ này chỉ khoảng 0,5%. Đặc biệt là mũi tiêm vaccin viêm gan B sơ sinh trong vòng 24 giờ ở trẻ em dân tộc DTTS chỉ đạt 44,5% so với 84% ở trẻ em dân tộc Kinh (Tổng cục Thống kê và UNICEF, 2015).

Tỉnh Quảng Trị có 2 trong tổng số 41 xã đạt được 70%, 5 trong tổng số 41 xã đạt dưới 70% đầy đủ các mũi vaccin cho trẻ. Tỉnh Trà Vinh có 9/69 xã trẻ em được tiêm chủng dưới 70% và 13/69 xã đạt dưới 70% đầy đủ mũi vaccin⁽³⁾. Như vậy, có thể thấy, tỉnh Trà Vinh tuy không phải là tỉnh miền núi nhưng lại có đông người Khơ me sinh sống, có tỷ lệ tiêm đầy đủ các mũi vaccin cho trẻ thấp nhất. Có nhiều yếu tố làm cản trở việc tiêm vaccin cho trẻ, đáng chú ý là tập quán đưa trẻ theo mẹ đi làm nương rẫy ở cách xa nhà. Thời gian trẻ theo mẹ đi làm nương từ 1 đến 3 tháng nên nhân viên y tế không thể tiếp cận trẻ để tiêm đúng thời hạn, đặc biệt là các mũi tiêm nhắc lại. Thêm vào đó, phần lớn các bà mẹ DTTS đang nuôi con nhỏ không biết chữ hoặc không biết tiếng phổ thông nên rất ngại hoặc không muốn đưa con đi tiêm phòng tại trạm y tế. Việc đưa con đi tiêm phòng lại phụ thuộc vào quyết định của người đàn ông trong gia đình khi vai trò của

người đàn ông có tính quyết định đưa con đi tiêm hoặc đồng ý cho con tiêm thì trẻ mới được tiêm kịp thời.

"Việc tiêm chủng cho trẻ các loại bệnh cần triển khai trước 24 giờ thì cũng bị tỉ lệ thấp cũng là do vấn đề này các mẹ nhất trí nhưng phải chờ chồng, xin phép chồng nếu như chồng không đồng ý thì không tiêm. Chồng không đưa đi tiêm thì cũng thôi, việc tiêm phòng cho trẻ phụ thuộc nhiều vào ý kiến ông chồng" (TLN, cán bộ y tế Đak Rông).

Có thể thấy, vấn đề chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ khi mang thai, sinh nở và chăm sóc sức khỏe cho trẻ sơ sinh lại phụ thuộc khá nhiều vào nhận thức và các hành vi văn hóa theo tập quán tộc người. Những chỉ tiêu cơ bản như khám thai đủ 4 lần trong suốt thai kỳ, sinh con tại cơ sở y tế và tiêm chủng đầy đủ và đúng thời gian cho trẻ em không chỉ phụ thuộc vào điều kiện kinh tế của hộ gia đình, chính sách hỗ trợ y tế của nhà nước mà còn phụ thuộc khá nhiều vào nhận thức và thay đổi hành vi chăm sóc sức khỏe của người dân tộc thiểu số, đặc biệt đối với nam giới là chủ gia đình.

5. Một số nhận xét

Chăm sóc sức khỏe luôn được đánh giá là một trong những chỉ tiêu quan trọng trong phát triển con người. Với người dân tộc thiểu số, mặc dù đã được sự quan tâm đặc biệt của Chính phủ vùng với các chính sách hỗ trợ hữu hiệu, nhưng vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số vẫn đặt ra những thách thức.

Có sự khác biệt đáng kể trong mô hình bệnh tật và hình thức khám chữa bệnh giữa nam và nữ người DTTS và sự khác biệt giữa các dân tộc. Với các dân tộc cư trú ở vùng đồng bằng, có tỷ lệ đói nghèo thấp thì sự khác biệt giới trong chăm sóc sức khỏe là không đáng kể. Các dân tộc cư trú ở vùng miền núi, vùng sâu vùng xa, có tỷ lệ hộ nghèo cao thì có sự khác biệt đáng kể trong lựa chọn nơi khám chữa bệnh giữa nam và nữ. Qua khảo sát thực tế tại ba tỉnh, phụ nữ DTTS thường lựa chọn nơi khám chữa bệnh ở gần nhà (y tế thôn bản hoặc trạm y tế xã). Trong khi tại các cơ sở y tế này, nguồn nhân lực y tế trong khám chữa bệnh còn rất hạn chế về trình độ chuyên môn và trang thiết bị. Đây là những thiệt thòi đáng kể đối với phụ nữ dân tộc thiểu số trong tiếp cận dịch vụ y tế của họ.

Vấn đề chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ khi mang thai, sinh con tại nhà và chăm sóc trẻ nhỏ vẫn còn nhiều thách thức. Tỷ lệ phụ nữ DTTS khám thai, sinh con tại cơ sở y tế còn rất thấp và cũng có sự khác biệt đáng kể giữa các tộc người thiểu số. Bên cạnh đó, chăm sóc phụ nữ khi mang thai và khi sinh con cũng như việc tiêm chủng cho trẻ nhỏ lại phụ thuộc khá nhiều vào sự quyết định của người đàn ông trụ cột trong gia đình. Thực tế này đang

đặt ra những vấn đề mới trong xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe đối với người dân tộc thiểu số, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe phụ nữ và trẻ em. Diện bao trùm trong chăm sóc sức khỏe rất khó hoàn thành với các chỉ tiêu cơ bản trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở vùng dân tộc thiểu số. Đây cũng là vấn đề cấp bách đặt ra trong chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số trong chiến lược phát triển toàn diện và bền vững. ■

Chú thích

(1) Bài viết là sản phẩm của Đề tài nghiên cứu cấp Nhà nước "Một số vấn đề cơ bản về bình đẳng giới ở vùng dân tộc thiểu số nước ta" (Mã số CTDĐT.21.17/16-20).

(2) Số liệu từ sổ theo dõi sinh của Trạm y tế xã Sùng Máng, huyện Mèo Vạc, Hà Giang.

(3) Báo cáo của các sở Y tế tỉnh Quảng Trị và tỉnh Trà Vinh năm 2017.

Tài liệu trích dẫn

ADB. 2006. *Báo cáo phân tích tình hình giới ở Việt Nam*.

Bộ Y tế. 2015. *Báo cáo tổng quan ngành y tế*.

Bộ Y tế. 2010. *Điều tra cơ bản chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh Dự án Giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh*.

Bộ Y tế. 2013. *Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*.

Đặng Nguyễn Anh. 2016. *Hướng tới sự nhận thức rõ hơn chiều cạnh giới của tách biệt xã hội: Nghiên cứu trường hợp phụ nữ dân tộc ít người ở Tây Nguyên*, in trong *Các chiều cạnh giới của sự tách biệt xã hội hướng tới chính sách toàn diện hơn đối với phụ nữ*. Nxb. Khoa học xã hội, Hà Nội.

Nước CHXHCN VN. 2015. *Báo cáo quốc gia: kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ của Việt Nam*.

Phạm Ngọc Tiến. 2016. "Một số vấn đề bình đẳng giới và các chương trình giải quyết bất bình đẳng giới ở khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa". Trong: *Các chiều cạnh giới của sự tách biệt xã hội hướng tới chính sách toàn diện hơn đối với phụ nữ*. Nxb. Khoa học xã hội, Hà Nội.

Oxfam. 2017. *Thu hẹp khoảng cách: cùng giảm bất bình đẳng ở Việt Nam*. Nxb. Khoa học xã hội. Hà Nội.

Tổng cục Thống kê. 2014. *Điều tra mức sống hộ gia đình*.

Tổng cục Thống kê và UNICEF. 2015. *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICs 2014)*.

Tổng cục Thống kê, Ủy ban Dân tộc. 2015. *Tổng quan thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số: Dựa trên kết quả phân tích số liệu điều tra thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số năm 2015*.

- Trần Thị Mai Oanh và cộng sự. 2012. *Tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo dân tộc thiểu số tại 5 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên*.
- Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng (Pahe). 2016. *Công bằng sức khỏe: những vấn đề của người dân tộc thiểu số ở Việt Nam*. (Nhóm nghiên cứu Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Chí Trung, Đặng Thu Trang, Phạm Thái Hằng). Nxb. Hồng Đức, Hà Nội.
- UNFPA. 2017. *Exploring barriers to accessing maternal health and family planning services in Ethnic minorities communities in Vietnam*.
- UN Women. 2015. *Tình hình phụ nữ và trẻ em gái dân tộc thiểu số ở Việt Nam*. (Báo cáo tóm tắt).
- Vũ Hồng Anh. 2010. *Báo cáo hiện trạng bất bình đẳng giới trong cộng đồng người dân tộc thiểu số*.
- WB. 2009. *Phân tích Xã hội quốc gia: Dân tộc và Phát triển ở Việt Nam*.