

R

**ỦY BAN DÂN SỐ – GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM VIỆT NAM
ỦY BAN DÂN SỐ – GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM CAO BẰNG**

**BÁO CÁO NGHIÊN CỨU
ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH DÂN SỐ Ở
VÙNG ĐỒNG BÀO DÂN TỘC ÍT NGƯỜI TẠI
TỈNH CAO BẰNG**

**Chủ nhiệm đề tài: BS Bùi Thị Yết
Cơ quan chủ trì : Cơ quan Dân số – Gia đình và trẻ em Cao Bằng**

Cao Bằng tháng 4 - 2004

Cơ quan chủ quản : ỦY BAN DÂN SỐ GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM

Cơ quan chủ trì đề tài : ỦY BAN DÂN SỐ GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM
TỈNH CAO BẰNG

Chủ nhiệm đề tài: Bác sĩ Bùi Thị Yết

Phó chủ nhiệm thường trực – Ủy ban Dân Số Gia đình và Trẻ Em Tỉnh Cao Bằng

Thư ký đề tài : ThS Dương Thị Minh Hiền

Trưởng phòng kế hoạch nghiệp vụ – Ủy Ban Dân Số gia Đình và Trẻ Em Tỉnh Cao Bằng

Những người tham gia chính :

Đinh Văn Eng – Phó chủ nhiệm UBND, GD&TE Tỉnh Cao Bằng

BS Hoàng Đức Viễn – Chuyên viên phòng KHN

BS Bé Thị Giang – Chuyên viên phòng KHN

BS Trần Thị Sâm Yến – Phó giám đốc Trung tâm BVBMTE/KHHGD

**PHIẾU ĐĂNG KÝ
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

**Tên đề tài : ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH DÂN SỐ Ở
VÙNG ĐỒNG BÀO DÂN TỘC ÍT NGƯỜI TẠI TỈNH CAO BẰNG**

Cơ quan chủ trì: ỦY BAN DÂN SỐ – GIA ĐÌNH VÀ TRẺ EM VIỆT NAM

35 - Trần Phú – Hà Nội

**Tổng kinh phí thực hiện: 100 triệu đồng
Từ nguồn kinh phí nghiên cứu khoa học năm 2002**

**Thời gian thực hiện: 12 tháng
Thời gian bắt đầu : 4/2003
Thời gian kết thúc: 4/2004**

Danh sách cán bộ nghiên cứu chính:

**BS Bùi Thị Yết
ThS Dương Thị Minh Hiền
CN Đinh Văn Eng
BS Hoàng Đức Viễn
BS Bé Thị Giang
BS Trần Thị Sâm Yến**

2004 - 22 - 198

Số đăng ký đề tài
Ngày

Số chứng nhận đăng ký KQNC
Ngày :

Tóm tắt kết quả nghiên cứu:

Kết quả của đề tài là những kết quả của thực hiện chính sách dân số tại vùng đồng bào dân tộc ít người của Tỉnh Cao Bằng. Những kết quả nghiên cứu này cho phép đánh giá việc thực hiện các chính sách dân số, các yếu tố tác động và các điều kiện ảnh hưởng tới kết quả như sau:

- Tuổi kết hôn và sinh con đầu lòng : Nếu định nghĩa kết hôn là số phụ kết hôn trước 18 tuổi, thì số tảo hôn của các phụ nữ ở tỉnh Cao bằng là :44,5%. Tỷ lệ phụ nữ làm mẹ trước tuổi 18 chiếm đến 13% và khoảng 2/3 đã làm mẹ trước tuổi 22. Tỷ lệ tảo hôn cao nhất ở những người thuộc dân tộc Mông(72%), tiếp theo là nhóm dân tộc dao (58,5%). Tuổi kết hôn và tuổi sinh con đầu lòng có liên quan tới trình độ học vấn .
- Số con hiện có và số con mong muốn : Nhìn chung ở Cao Bằng người phụ nữ vẫn muốn có nhiều con hơn ở những tỉnh đồng bằng. Hai nhóm dân tộc Mông và Dao muốn có nhiều con hơn các nhóm khác, có thể do phong tục tập quán cũng có thể do các dịch vụ chăm sóc SKBMTE không đáp ứng được nhu cầu.
- Mang thai ngoài ý muốn và nạo hút thai: Tỷ lệ này khác nhau theo một số đặc điểm như khu vực địa lý, dân tộc trình độ học vấn và tuổi của đối tượng.
- Kế hoạch hoá gia đình : Phụ nữ dân tộc Tày Nùng có tỷ lệ sử dụng BPTT cao nhất, cao hơn nhiều so với phụ nữ dân tộc Mông và dao. Tỷ lệ sử dụng BPTT cao hơn ở những người có trình độ học vấn cao và những người nhóm tuổi trẻ.
- Chăm sóc sức khoẻ Bà mẹ trẻ em : Gần một nửa số phụ nữ (47%) không được khám thai lần nào trong suốt quá trình mang thai lần cuối. Có sự khác nhau khá rõ về công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em ở khu vực vùng thấp và vùng cao của Cao Bằng.
- Bệnh phụ khoa và HIV/AIDS : Phụ nữ dân tộc tày có tỷ lệ biết về bệnh phụ khoa và HIV/AIDS cao nhất, tỷ lệ này tỷ lệ thuận với trình độ học vấn của những người tham gia phỏng vấn.

Kiến nghị về quy mô và đối tượng nghiên cứu :

- Tuy kết quả nghiên cứu chưa đại diện được hoàn toàn cho các nhóm dân tộc nhưng qua phân tích cho thấy, trong lĩnh vực Dân số – KHHGD kết quả đạt được của chương trình còn là một khoảng cách đáng kể so với kết quả chung của cả nước. Nếu không có các quyết sách và giải pháp tối ưu,

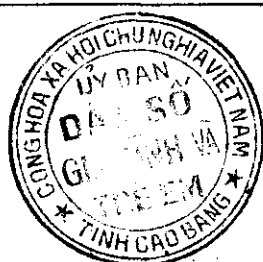
Cao Bằng khó có điều kiện để đạt được mức giảm sinh bền vững, do đó xin khuyến nghị một số giải pháp như sau :

+ Đối với Ủy ban nhân dân tỉnh : Sửa đổi bổ sung chính sách dân số cho phù hợp với nhiệm vụ giai đoạn mới.

+ Giáo dục truyền thông: Xây dựng nội dung tuyên truyền riêng phù hợp với từng vùng đồng bào dân tộc, trong đó có chính sách chế độ cho thông tin tuyên truyền.Đưa nội dung giáo dục sức khỏe sinh sản lồng ghép với các chương trình khác của các ban ngành đoàn thể .

+ Đối với lĩnh vực quản lý nhà nước : Ngành Y Tế khắc phục tình trạng thiếu cán bộ, cải thiện tình trạng cơ sở vật chất , trang thiết bị cho các cơ sở y tế, đào tạo lại cho cán bộ y tế cơ sở trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản.Ngành dân số, gia đình và trẻ em cần triển khai pháp lệnh dân số, tuyên truyền sâu rộng về các chiến lược dân số và chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản đến năm 2010.

Cần có chế độ chính sách hợp lý, và các nguồn lực đủ mạnh để thực hiện các chính sách dân số ở vùng đồng bào dân tộc ít người ở tỉnh Cao bằng.

Chức vụ	Cơ quan chủ trì đề tài	Chủ tịch hội đồng đánh giá chính thức	Cơ quan quản lý đề tài
Họ và tên học vị	Bác sĩ : Bùi Thị Yết	Bộ trưởng : Lê Thị Thu	TS. Nguyễn Ba' Thủy
Chữ ký			
Đóng dấu			

Hà Nội, ngày 23 tháng 4 năm 2004

BIÊN BẢN NGHIỆM THU ĐỀ TÀI CẤP BỘ

Đề tài: "*Đánh giá kết quả thực hiện chính sách dân số - KHHGD của đồng bào dân tộc ít người tại tỉnh Cao Bằng*" đã được Hội đồng nghiệm thu cấp Bộ (theo Quyết định số 208/QĐ-GDGDTE, ngày 01/4/2004 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Ủy ban DS, GD&TE) xem xét ngày 23 tháng 4 năm 2004, tại Ủy ban Dân số, Gia đình & Trẻ em, 35 Trần Phú, Hà Nội.

Thành phần dự họp gồm:

- Thành viên Hội đồng nghiệm thu (theo Quyết định). Trong đó:
Có mặt: 07 người. Vắng mặt: 0

- Ban Chủ nhiệm đề tài: BS. Bùi Thị Yết
Ông Đinh Văn Eng
Bà Dương Minh Hiền
BS. Nguyễn Thị Mỹ Hương

- Khách mời:

- + Đại diện Vụ Kế hoạch- Tài chính: TS. Nguyễn Đình Tôn, Phó Vụ trưởng
- + Đại diện Viện Khoa học DSGDTE: ThS. Hoàng Kim Dung
- + Đại diện Quản lý Khoa học: BS. Đào Thị Mùi

Chủ trì: Bộ trưởng Lê Thị Thu, Chủ tịch Hội đồng nghiệm thu.

Thư ký: ThS. Nguyễn Thị Thơm, Thư ký Hội đồng nghiệm thu.

Chương trình: (Xem chương trình kèm theo)

Những tài liệu sử dụng:

1. Báo cáo tổng hợp: 80 trang,



2. Báo cáo tóm tắt: 24 trang,
3. Phụ lục số liệu
4. Hồ sơ gốc đề tài
5. Hồ sơ nghiệm thu cấp cơ sở

Phân trình bày của Ban Chủ nhiệm đề tài:

Bs. Bùi Thị Yết, Chủ nhiệm đề tài trình bày tóm tắt kết quả nghiên cứu.
Các ý kiến phát biểu:

1. TS. Trần Văn Chiến - Phản biện 1 đọc bản nhận xét (Kèm theo).
2. TS. Trần Hoa Mai - Phản biện 2 đọc bản nhận xét (Kèm theo).
3. CN Đinh Công Thoan:
 - Việc nghiên cứu lựa chọn đề tài là cần thiết, đáp ứng yêu cầu thực tế đề ra đối với công tác DS-KHHGD ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số, phù hợp với đường lối của Đảng và Nhà nước.
 - Mục tiêu của đề tài rõ ràng, có ý nghĩa thiết thực.
 - Đề tài đã phân tích thông tin số liệu từ cuộc khảo sát rất rõ ràng, sâu sắc, phản ánh đúng thực trạng việc thực hiện mục tiêu, chính sách DS-KHHGD đối với đồng bào dân tộc thiểu số. Kết quả cho thấy công tác DS-KHHGD đối với đồng bào dân tộc là hết sức khó khăn, đặc biệt là công tác truyền thông chuyển đổi nhận thức và cung cấp dịch vụ, phản ánh thực trạng hết sức khó khăn của Cao Bằng. Đề tài đã nêu một số yếu tố tác động đến mức chết cao, chưa phân tích sâu.
 - Các kết luận và khuyến nghị của đề tài là xác đáng, xuất phát từ phân tích và thực tế, giúp cho các nhà quản lý định hướng cho việc xây dựng chính sách DS-KHHGD đối với đồng bào dân tộc thiểu số.
 - Tuy đề tài đã phân tích một số yếu tố tác động đến kết quả thực hiện mục tiêu và giải pháp của chính sách DS-KHHGD đối với đồng bào dân tộc thiểu số ở Cao Bằng nhưng việc phân tích còn khá mờ nhạt, chưa làm rõ được các yếu tố tác động đến việc thực hiện chính sách DS/KHHGD, đặc biệt là các yếu tố đặc thù đối với đồng bào dân tộc thiểu số như: Mông, Nùng, Dao.... Đề nghị đề tài phân tích kỹ hơn các yếu tố tác động thì sẽ có ý nghĩa nhiều hơn.
 - Đề tài mới tập trung vào mục tiêu, chưa đi sâu vào giải pháp. Cần đưa các khuyến nghị cụ thể hơn, định hướng rõ hơn.

4. TS. Phạm Bá Nhất: Nhất trí với các ý kiến của 2 phản biện. Đề tài có tính cấp thiết. Mục đích nghiên cứu rõ, phù hợp. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu cơ bản đáp ứng mục tiêu đề ra. Kết quả nghiên cứu đã nêu được các thông tin cơ bản về đối tượng điều tra, người cung cấp và cán bộ quản lý (Số năm làm việc trung bình của cộng tác viên cao...), về nạo phá thai, sử dụng biện pháp tránh thai, làm mẹ an toàn, bệnh phụ khoa. Tỷ lệ sử dụng tránh thai cao, cần phân tích rõ thêm. Hạn chế của đề tài là chỉ nghiên cứu về kết quả thực hiện chính sách DS-KHHGD của đồng bào dân tộc ít người tỉnh Cao Bằng, nhưng mục tiêu lại xem xét các yếu tố tác động đến kết quả thực hiện.

- Khuyến nghị: phần kết luận khuyến nghị nên ngắn gọn, cụ thể. Đề nghị thông qua, nghiệm thu.

5. ThS. Nguyễn Văn Tân:

- Đề tài là cần thiết để thực hiện công tác dân số đối với vùng sâu xa. Cỡ mẫu đủ. Phương pháp nghiên cứu phù hợp. Báo cáo có những phát hiện thú vị: Thời gian làm việc của cộng tác viên, ưa thích của cộng tác viên về biện pháp tránh thai, nhu cầu chưa được đáp ứng khoảng 30%, trình độ văn hóa... Đề tài đã đưa ra bức tranh tương đối phong phú.
- Các kiến nghị phù hợp, nhưng cần nêu cụ thể ví dụ như: Tuyên truyền như thế nào? Chính sách khuyến khích cụ thể như thế nào?
- Để báo cáo kết quả đề tài tốt hơn cần xem xét: Tên đề tài chưa khớp với mục tiêu nội dung. Nhiều phát hiện chưa đi sâu vào phân tích. Có mâu thuẫn như CPR cao nhưng chưa lý giải rõ, tỷ lệ thất bại do vòng cao chưa lý giải rõ. Mục tiêu 2 chưa sát với thời gian.

6. ThS. Nguyễn Thị Thơm:

- Nhất trí với ý kiến nhận xét của hai phản biện và các thành viên khác. Đây là một đề tài mang tính cấp thiết và là đề tài đầu tiên do Cao Bằng là một tỉnh miền núi còn nhiều khó khăn thực hiện. Vì vậy tôi đánh giá cao sự cố gắng nỗ lực của Ban Chủ nhiệm đề tài và nhóm nghiên cứu. Đề tài đã đưa ra được nhiều thông tin bổ ích về thực trạng công tác DS-KHHGD/SKSS đối với một số đồng bào dân tộc ít người tỉnh Cao Bằng, qua đó cho thấy những thách thức lớn của chương trình DS-KHHGD tại tỉnh Cao Bằng trong thời gian tới.
- Trong đề cương nghiên cứu ban đầu, phần bảng hỏi đã được xây dựng công phu và có nhiều thông tin phục vụ nội dung nghiên cứu nhưng chưa thấy thể hiện trong báo cáo. Một số yếu tố tác động nêu trong nội dung nghiên cứu như: điều kiện tự nhiên, phong tục tập quán của các dân tộc khác nhau; hiểu biết và thái độ đối với các biện pháp tránh

thai; các hoạt động cung cấp dịch vụ; các hoạt động của chương trình chưa được phân tích trong báo cáo. Trong báo cáo cần lý giải rõ tại sao CPR quá cao so với tỷ lệ chung của tỉnh, liệu có phải do sai sót trong quá trình thu thập số liệu hay không?. Nếu ban chủ nhiệm đề tài bổ xung được các nội dung nêu trên thì bản báo cáo sẽ rất có giá trị.

- Báo cáo nên bổ xung thêm phần tổng quan về đặc điểm, chính sách DS-KHHGD của tỉnh như phần báo cáo của Chủ nhiệm đề tài hôm nay.
- Phần kết luận và khuyến nghị nên viết ngắn gọn, cụ thể hơn.

7. TS. Nguyễn Đình Tôn: Nếu thực trạng của chương trình DS-KHHGD của Cao Bằng như kết quả nghiên cứu thì liệu Cao Bằng có đạt được mức sinh thay thế vào năm 2010 theo như chiến lược hay không? Giải pháp cần nêu rõ vai trò của chính quyền địa phương.

8. ThS. Hoàng Kim Dung: Đề tài có nhiều thông tin bổ ích. Cần giải thích tại sao cỡ mẫu là 400.

9. Chủ nhiệm đề tài: BS. Bùi Thị Yết thay mặt nhóm nghiên cứu cảm ơn ý kiến đóng góp quý báu của Hội đồng, xin tiếp thu mọi ý kiến để bổ xung, sửa đổi và hoàn thiện báo cáo

Kết luận của Chủ tịch Hội đồng nghiệm thu:

- Đề tài mang tính cấp thiết giúp cho Trung ương công tác chỉ đạo điều hành công tác dân số ở vùng sâu, vùng xa.
- Hoan nghênh Ban chủ nhiệm đề tài đã có nhiều cố gắng thực hiện đề tài.
- Tên đề tài và nội dung chưa phù hợp, đề tài mới nêu được thực trạng, chưa nêu được đánh giá kết quả về đầu tư, truyền thông... Đề tài cần nêu rõ tại sao CPR cao, trong khi đó tháo vòng nhiều, đẻ nhiều (có mâu thuẫn hay không?).
- Đề nghị Ban chủ nhiệm đề tài hoàn thiện báo cáo theo ý kiến đóng góp của Hội đồng.

Kết quả bỏ phiếu kín đánh giá: (biên bản kiểm phiếu kèm theo)

- Khá: 1/7 phiếu
- Trung bình: 6/7 phiếu

Kết luận chung: Hội đồng nghiệm thu thống nhất đánh giá kết quả đề tài đạt mức trung bình.



Cuộc họp nghiệm thu kết thúc vào lúc 16 giờ 30 ngày 23 tháng 4 năm 2004.

Tài liệu kèm theo:

Hai bản nhận xét của 2 phản biện, báo cáo toàn văn và báo cáo tóm tắt, biên bản kiểm phiếu.

THƯ KÝ



ThS. Nguyễn Thị Thơm

CHỦ TRÌ



Bộ trưởng Lê Thị Thu

Mục lục

Nội dung	Trang
1. Phần I Tổng quan về nghiên cứu	
1.1 Đặt vấn đề	1
Phần 2 : Mục tiêu nghiên cứu.....	10
Phần 3 : Nội dung nghiên cứu.....	10
3.1 Các yếu tố tác động đến kết quả thực hiện chính sách ở địa bàn nghiên cứu.....	10
4. Phương pháp nghiên cứu	
4.1 Địa bàn nghiên cứu	11
4.2 Đối tượng nghiên cứu	11
4.3 Phương pháp nghiên cứu.....	11
2. Phần II Kết quả nghiên cứu	13
2.1 Đặc tính chung của đối tượng điều tra	13
2.1.1 Nhóm phụ nữ 15 – 49 tuổi có chồng.....	13
2.1.2 Nhóm người cung cấp và quản lý	15
2.2 Sinh sản và nạo hút thai.....	21
2.2.1 Tuổi kết hôn và sinh con đầu lòng.....	21
2.2.2 Số con hiện có và số con mong muốn	23
2.2.3 Mang thai ngoài ý muốn và nạo hút thai	27
2.2 Kế hoạch hoá gia đình	32
2.3 Chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em.....	38
2.4 Bệnh phụ khoa và HIV/AIDS.....	45
3. Phần III Kết luận và khuyến nghị	
3.1 Kết luận	56
3.2 Khuyến nghị.....	61

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

UBND	Ủy ban nhân dân
UBND/KHHGD	Ủy ban dân số –Kế hoạch hoá gia đình
UBND/GD&TE	Ủy ban dân số gia đình và trẻ em
BPTT/KHHGD	Biện pháp tránh thai/ Kế hoạch hoá gia đình
CSSKSS	Chăm sóc sức khoẻ sinh sản
BVSKBMTE	Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em
TĐTDS	Tổng điều tra dân số
CT	Chuyên trách
CTV	Cộng tác viên
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
DHS	Điều tra nhân khẩu học và sức khoẻ .

PHẦN I. TỔNG QUAN

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình phát triển kinh tế xã hội của đất nước, Đảng và Nhà nước Việt nam đã có nhiều chính sách ưu tiên nhằm nâng cao đời sống cho đồng bào các dân tộc sống ở vùng sâu, vùng xa cũng như đẩy mạnh sự phát triển của miền núi. Tuy nhiên sự phát triển về kinh tế, văn hoá xã hội của khu vực thể hiện qua mức sống, trình độ dân trí, cơ sở hạ tầng, điều kiện chăm sóc y tế và phúc lợi xã hội này vẫn thấp hơn nhiều so với các khu vực khác của cả nước.

Bên cạnh đói nghèo, dân số và chất lượng chăm sóc là vấn đề đáng lo ngại và có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển kinh tế, xã hội tại khu vực này. Tuy đã có biểu hiện của sự giảm sinh nhưng mức sinh ở vùng sâu, vùng xa vẫn còn khá cao so với cả nước. Mức sinh ước lượng cho khu vực này ở những năm đầu thập kỷ 90 là 3,36 con so với 2,67 con của toàn quốc (DHS 1997). Hệ thống chăm sóc y tế và dịch vụ cung cấp các biện pháp tránh thai tại khu vực này còn có một khoảng cách khá xa so với cả nước. Theo kết quả DHS 97, có tới 45,3% trường hợp sinh mà người mẹ không đi khám thai lần nào. Tỷ lệ khám thai do các cán bộ y tế được đào tạo thực hiện chỉ là 53,6% so với tỷ lệ chung của cả nước là 70,5%. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai của khu vực này cũng thấp hơn so với cả nước. Có nhiều nguyên nhân tác động đến tình trạng yếu kém của khu vực này trong đó nổi bật lên là các nguyên nhân thuộc về nhận thức, trình độ học vấn, phong tục tập quán của địa phương và sự hoạt động thiếu hiệu quả của các chương trình chăm sóc sức khoẻ sinh sản cho đồng bào dân tộc vùng sâu, vùng xa. Mục tiêu về giảm qui mô dân số tại khu vực này của chương trình dân số còn gặp nhiều khó khăn nên những vấn đề

có liên quan đến nâng cao chất lượng dân số còn là vấn đề cần phải giải quyết kiên trì và lâu dài.

Là một tỉnh miền núi cao biên giới phía Bắc, trong những năm qua Cao bằng đã có rất nhiều nỗ lực trong triển khai thực hiện chương trình DS-KHHGD. Trong thập kỷ qua, mức sinh đã giảm từ 37,4 phần nghìn năm 1989 xuống còn 23,7 phần nghìn năm 1999. Tổng tỷ xuất sinh giảm từ 5 con xuống còn khoảng 3 con trong cùng giai đoạn (TĐTDS 1989, 1999). Tuy nhiên so với mức giảm sinh chung trong cả nước và các tỉnh trong cùng khu vực Đông bắc thì Cao bằng vẫn là một trong những tỉnh có mức sinh cao. Nhận thức của đồng bào đối với chương trình KHHGD còn rất hạn chế, công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em còn nhiều yếu kém, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng là 38% (năm 2000). đặc biệt tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi ở Cao bằng là 62‰, khá cao so với tỷ lệ chung trong toàn khu vực (42‰) (TĐTDS 1999).

Hơn nữa do những khó khăn về địa lý, phân bố dân cư, đặc điểm các dân tộc mà sự phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội của Cao bằng còn rất thấp, năm 2001, GDP bình quân đầu người chỉ bằng 60 % trong cả nước, GDP bình quân đầu người chỉ bằng 60% bình quân chung. Chỉ số HDI xếp thứ 55 trên 61 tỉnh thành phố. Tỷ lệ dân số từ 6 tuổi trở lên mù chữ chiếm 23%. Tỷ lệ nghèo đói chiếm 25%.

Điểm đặc trưng của Cao bằng là tính đa dân tộc. Toàn tỉnh có 8 dân tộc chính là Tày, Nùng, Mông, Dao, Kinh, Sán chay, Lô lô, Hoa, trong đó hai dân tộc có tỷ lệ lớn nhất là Tày (42,6%) và Nùng (32,9%), phần lớn tập trung tại các huyện vùng thấp như thị xã Cao bằng, Hoà an, Quảng hoà. Các dân tộc khác như Mông (8,5%), Dao (9,4%), Lô lô (0,39%) và Sán chay (1,23%) phần lớn tập trung tại hai huyện vùng cao, đặc biệt khó khăn là Bảo lộc và Bảo lâm. Đây là những huyện mà công tác dân số còn

gặp nhiều khó khăn. Theo kết quả TĐTDS năm 1999, tỷ xuất sinh của hai huyện này là 33 phần nghìn, cao hơn so với tỷ xuất sinh chung của toàn tỉnh (23,6%) và cao hơn rất nhiều so với các huyện vùng thấp như thị xã Cao bằng, Hoà an, Quảng hoà (tỷ xuất tương ứng là từ 11 đến 16 phần nghìn).

So với các nhóm dân tộc chiếm tỷ lệ cao và sống ở vùng thấp như Tày, Nùng thì tỷ lệ phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc Mông, Dao, Sán chay, Lô lô sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại thấp hơn nhiều. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc Mông có chồng sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại là 39%. Tỷ lệ này ở các nhóm dân tộc Dao là 43%, Sán chay là 47% và Lô lô là 49% so với 70% của phụ nữ dân tộc Tày và 65% của phụ nữ dân tộc Nùng.

Có nhiều nguyên nhân như đặc điểm địa lý, trình độ dân trí, phong tục, tập quán của các dân tộc khác nhau tác động đến nhận thức và thực hiện chương trình KHHGD của phụ nữ các nhóm dân tộc ít người của Cao bằng. Thêm vào đó các hoạt động của chương trình dân số - KHHGD của địa phương như công tác bảo vệ bà mẹ, trẻ em, chăm sóc sức khoẻ sinh sản và dịch vụ làm mẹ an toàn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân. Hậu quả là tỷ lệ suy dinh dưỡng và tỷ lệ chết trẻ em còn cao; tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai thấp. Tuy nhiên cho đến nay chưa có một nghiên cứu đánh giá về các hoạt động của chương trình DS-KHHGD cho đồng bào ít người được thực hiện ở Cao bằng. Chính vì vậy, nhu cầu đánh giá về tác động của các hoạt động chương trình DS-KHHGD đến các nhóm dân tộc này là rất cần thiết. Thông tin thu được sẽ giúp lãnh đạo Đảng, chính quyền tỉnh và các địa phương nhận thức được thực chất của công tác DS-KHHGD tại những địa bàn khó khăn, vùng sâu, vùng xa, trong nhóm đồng bào dân tộc ít người để kịp thời có những

điều chỉnh về chính sách và quản lý cho phù hợp nhằm đạt được mục tiêu của các chương trình DS-KHHGD của địa phương.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xem xét các yếu tố tác động đến kết quả thực hiện chính sách DS-KHHGD của phụ nữ các dân tộc ở Cao bằng, đặc biệt là nhóm các dân tộc ít người sinh sống tại các huyện vùng sâu, vùng xa.
2. Đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả việc thực hiện mục tiêu của chính sách DS-KHHGD giai đoạn 2001-2005 tại địa phương.

III. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

Các yếu tố tác động đến kết quả thực hiện chính sách DS-KHHGD ở địa bàn nghiên cứu.

- Các đặc trưng nhân khẩu – xã hội học cơ bản của phụ nữ 15-49 có chồng tại địa bàn nghiên cứu.
- Điều kiện tự nhiên, phong tục tập quán của các dân tộc khác nhau tác động tới hiệu quả của công tác DS-KHHGD.
- Tuổi kết hôn, sinh con đầu lòng
- Chăm sóc phụ nữ khi mang thai, sau khi sinh và nơi sinh.
- Chăm sóc trẻ em
- Sử dụng biện pháp tránh thai
- Các lý do sử dụng và không sử dụng biện pháp tránh thai.
- Hiểu biết và thái độ đối với các biện pháp tránh thai
- Hiểu biết và hành vi đối với nạo hút thai
- Hiểu biết và hành vi đối với viêm nhiễm đường sinh sản.
- Các hoạt động cung cấp dịch vụ:
 - Đào tạo
 - Truyền thông

- Dịch vụ
 - Hoạt động của cộng tác viên dân số
 - Quản lý, theo dõi và chăm sóc khách hàng
 - Trang thiết bị và cơ sở vật chất dịch vụ KHHGD
- Các hoạt động của chương trình:
- Sự chỉ đạo, đầu tư của địa phương
 - Kiểm tra, giám sát các cấp.

IV. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2. **Địa bàn nghiên cứu:** địa bàn nghiên cứu được chọn có chủ đích theo phương pháp chuyên gia trên cơ sở các đặc điểm như kết quả thực hiện DS-KHHGD, địa lý và phân bố dân tộc của các huyện trong tỉnh Cao bằng. Hai huyện Bảo lộc và Hà quảng được lựa chọn để đánh giá, mỗi huyện chọn 3 xã tham gia vào nghiên cứu, đó là các xã Xuân hoà, Sóc hà và Hạ thôn (Hà quảng); Thị trấn Bảo lộc, Hồng trị và Hồng an (huyện Bảo lộc).
3. **Đối tượng nghiên cứu:**
 - Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng tại địa bàn điều tra được lựa chọn ngẫu nhiên theo danh sách phụ nữ 15-49 có chồng tại địa bàn nghiên cứu. Tổng số mẫu là 400 người.
 - Cán bộ chuyên trách, y tế, cộng tác viên dân số: 60 người.
4. **Phương pháp nghiên cứu:**
 - a. *Thu thập số liệu:*
 - Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo bảng hỏi đã được thiết kế và thử nghiệm trước.

- Sử dụng thông tin sẵn có liên quan đến vấn đề nghiên cứu để so sánh và đánh giá.

b. *Xử lý, phân tích thông tin:*

- Lập trình, nhập và làm sạch số liệu bằng phần mềm EPI 2000.
- Phân tích, mô tả số liệu bằng chương trình ứng dụng SPSS.

PHẦN II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

I. ĐẶC TÍNH CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG ĐIỀU TRA

1. Nhóm phụ nữ 15-49 có chồng.

Đối tượng phỏng vấn bằng bảng hỏi cá nhân trong điều tra là tất cả những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng rơi vào mẫu. Những thông tin chung về phụ nữ gồm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tôn giáo, nghề nghiệp và nơi cư trú.

Số liệu trình bày ở bảng 1.1 dưới đây cho thấy tỷ lệ phụ nữ tham gia nghiên cứu ở huyện Bảo lộc là 212 người, chiếm 53%. Tỷ lệ này ở huyện Hà quang là 47%. Nhóm dân tộc có tỷ lệ cao nhất là Tày (41,3%), tiếp theo là phụ nữ thuộc các dân tộc Nùng, Dao, Mông (chiếm 8%, 13,3%, 23,3% tương ứng). Nhóm phụ nữ thuộc các dân tộc khác (kể cả dân tộc Kinh) chiếm hơn 14%. Dân tộc Tày phần lớn sống tại Huyện Hà quang là huyện vùng thấp (52,7%), trong khi đó, huyện Bảo lộc có tỷ lệ phụ nữ thuộc các dân tộc khác 4 dân tộc nêu trên lớn nhất (31%). Tỷ lệ phụ nữ thuộc các dân tộc khác như Nùng, Dao và Mông của hai huyện này tương tự như nhau.

Tỷ lệ phụ nữ theo một tôn giáo nào đấy (phần lớn là đạo Thần lũng) rất thấp trong nhóm phụ nữ nghiên cứu, chỉ khoảng 3% và phần lớn tập trung tại huyện Hà quang. 98% số phụ nữ sống tại huyện Bảo lộc không theo tôn giáo nào.

Trong việc thực hiện chính sách dân số - KHHGD thì trình độ học vấn có ảnh hưởng rất lớn tới khả năng nhận thức, hiểu biết về các vấn đề như y tế, sức khỏe sinh sản cũng như sử dụng các dịch vụ

chăm sóc sức khoẻ sinh sản tại cộng đồng. Cũng giống như tình trạng chung của các nhóm dân tộc thiểu số vùng sâu, vùng xa qua các cuộc điều tra khác, trình độ học vấn của nhóm phụ nữ tham gia nghiên cứu rất thấp, số người mù chữ chiếm gần một nửa (49,5%) số phụ nữ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ người không biết chữ ở huyện vùng cao Bảo lộc cao gấp hơn hai lần so với huyện Hà Quảng (66% và 31% tương ứng). Những người có trình độ phổ thông trung học trở lên chỉ chiếm khoảng 13% tổng số, trong đó những người có trình độ cao đẳng đại học trở lên chiếm chưa đến 1%.

Phần lớn đối tượng điều tra làm nông nghiệp (96,8%) và đang có chồng. Hầu hết thuộc nhóm tuổi có tiềm năng sinh sản cao, từ 20 đến 39 tuổi, tỷ lệ phụ nữ trong nhóm tuổi này chiếm đến 73,3% tổng số. Phụ nữ nhóm tuổi từ 40 trở lên chiếm khoảng một phần tư và phụ nữ nhóm tuổi 15-19 chỉ chiếm 2% tổng số. Hơn một nửa số phụ nữ tham gia nghiên cứu đã có từ 1 đến 2 con (57,5%). Tỷ lệ những người có trên 3 con cũng khá cao, gần 40% tổng số. Tuy tỷ lệ này ở huyện Bảo lộc cao hơn so với huyện Hà Quảng nhưng không nhiều (40,6% và 37% tương ứng). Chỉ có 3,5% số đối tượng điều tra là không hoặc chưa có con.

Bảng 1. 1. Phân bố tỷ lệ phần trăm phụ nữ theo địa bàn huyện và các đặc trưng cơ bản

		Huyện				Tổng số	
		Bảo lác		Hà Quảng			
		n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Tày	66	31.1	99	52.7	165	41.3
	Nùng	17	8.0	15	8.0	32	8.0
	Dao	28	13.2	25	13.3	53	13.3
	Mông	47	22.2	46	24.5	93	23.3
	Khác	54	25.5	3	1.6	57	14.3
Tôn giáo	Không	208	98.1	180	95.7	388	97.0
	Khác	4	1.9	8	4.3	12	3.0
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	205	96.7	182	96.8	387	96.8
	Khác	7	3.3	6	3.2	13	3.3
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	211	99.5	188	100.0	399	99.8
	Khác	1	.5			1	.3
Trình độ học vấn	Không biết chữ	140	66.0	58	30.9	198	49.5
	Tiểu học	41	19.3	23	12.2	64	16.0
	PTCS	28	13.2	59	31.4	87	21.8
	PTTH	2	.9	46	24.5	48	12.0
	CD,DIH	1	.5	2	1.1	3	.8
Nhóm tuổi	15-19	4	1.9	4	2.1	8	2.0
	20-24	32	15.1	24	12.8	56	14.0
	25-29	51	24.1	29	15.4	80	20.0
	30-34	33	15.6	42	22.3	75	18.8
	35-39	39	18.4	43	22.9	82	20.5
	40-44	25	11.8	33	17.6	58	14.5
	45-49	28	13.2	13	6.9	41	10.3
Số con còn sống	Không/ chưa có con	9	4.2	5	2.7	14	3.5
	1-2 con	117	55.2	113	60.1	230	57.5
	3-4 con	68	32.1	55	29.3	123	30.8
	>=5 con	18	8.5	15	8.0	33	8.3
Tổng số		212	100.0	188	100.0	400	100.0

2. Nhóm người cung cấp và quản lý

Bảng 1.2 trình bày một số đặc tính chung của người cung cấp và quản lý theo địa bàn nơi công tác theo khu vực địa lý là vùng 1 (vùng

thấp), vùng 2 (vùng núi cao) và vùng 3 (vùng núi cao đặc biệt khó khăn). Địa bàn nghiên cứu chỉ gồm 6 xã trong 2 huyện nên phần lớn số người được chọn vào nghiên cứu là cộng tác viên dân số xã (chiếm 91%), chỉ có 3,5% làm công tác cung cấp dịch vụ và 5,3% làm chuyên trách dân số.

BẢNG 1.2. MỘT SỐ ĐẶC TÍNH CHUNG CỦA NGƯỜI CUNG CẤP VÀ QUẢN LÝ

		Nơi làm việc						Tổng số	
		Vùng 1		Vùng 2		Vùng 3			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Kinh			1	8.3			1	1.8
	Tày	5	41.7	7	58.3	12	37.5	24	42.9
	Nùng	5	41.7	3	25.0	8	25.0	16	28.6
	Dao					2	6.3	2	3.6
	Mông	2	16.7	1	8.3	6	18.8	9	16.1
	Khác					4	12.5	4	7.1
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	3	25.0	1	9.1	16	50.0	20	36.4
	THCS	4	33.3	6	54.5	12	37.5	22	40.0
	PTTH	5	41.7	3	27.3	4	12.5	12	21.8
	CD,ĐH			1	9.1			1	1.8
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	1	8.3					1	1.8
	Y sĩ	1	8.3	1	8.3	3	9.4	5	8.9
	Y tá	1	8.3			1	3.1	2	3.6
	Nữ hộ sinh			1	8.3			1	1.8
	Khác	9	75.0	10	83.3	28	87.5	47	83.9
Công việc đang làm	CCDV xã					2	6.3	2	3.6
	Chuyên trách DS	1	8.3	2	16.7			3	5.4
	CTV	11	91.7	10	83.3	30	93.8	51	91.1
Nhóm tuổi	<30 tuổi	2	16.7	2	16.7	5	15.6	9	16.1
	30-40	7	58.3	3	25.0	15	46.9	25	44.6
	40-50	3	25.0	4	33.3	6	18.8	13	23.2
	>50 tuổi			3	25.0	6	18.8	9	16.1
Số năm tham gia công tác	< 3 năm	4	33.3	5	41.7	12	37.5	21	37.5
	Từ 3-5 năm			1	8.3	3	9.4	4	7.1
	> 5 năm	8	66.7	6	50.0	17	53.1	31	55.4
Tổng số		12	100.0	12	100.0	32	100.0	56	100

Cán bộ cung cấp dịch vụ, chuyên trách và CTV

Do số lượng cán bộ chuyên trách và cán bộ y tế cung cấp dịch vụ tham gia vào nghiên cứu ít, chỉ có 7 người, không đủ để phân tích nên ở báo cáo này chủ yếu là phân tích nhóm đối tượng làm cộng tác viên dân số tại cộng đồng. Cũng như nhóm phụ nữ đã phân tích ở trên, cộng tác viên dân số cũng thể hiện tính đa dân tộc: chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm cộng tác viên thuộc dân tộc Tày và Nùng (44% và 28% tương ứng), tiếp theo là cộng tác viên thuộc dân tộc Mông (15,8%) và nhóm các dân tộc khác chiếm gần 10%.

Tuy nhìn về tổng thể, tỷ lệ cộng tác viên có trình độ học vấn từ phổ thông cơ sở trở lên chiếm hơn 60% nhưng vẫn còn một tỷ lệ đáng kể chưa tốt nghiệp tiểu học (36%), tỷ lệ này cao nhất ở những người thuộc vùng sâu, vùng xa của huyện Bảo lộc, gần một nửa số cộng tác viên dân số ở khu vực này chưa tốt nghiệp tiểu học. Như vậy có thể thấy ở Cao bằng trình độ học vấn thấp không chỉ xảy ra ở những phụ nữ dân tộc thiểu số mà còn ở những người làm công tác phân phối và quản lý chương trình dân số - KHHGD. Thực trạng này cũng phù hợp với báo cáo kết quả đánh giá về cán bộ chuyên trách và cộng tác viên dân số năm 2001 của Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em tỉnh Cao bằng (gọi tắt là báo cáo 2001) cho thấy 55,84% số cộng tác viên chưa tốt nghiệp tiểu học và mù chữ. Tuy công việc của cộng tác viên tại cộng đồng khá đơn giản là chỉ vận động khách hàng và phân phối biện pháp tránh thai phi lâm sàng nhưng công tác dân số cũng có tính đặc thù riêng là thông tin về biện pháp tránh thai phải được hiểu và truyền đạt đúng, nếu không sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến tỷ lệ chấp nhận biện pháp tránh thai, do đó trình độ học vấn thấp của cộng tác viên dân số tại địa bàn điều tra sẽ là một hạn chế rất lớn tới quản lý chương trình ở cấp xã. Điều này phản ánh qua nhận thức và hiểu biết của cộng tác viên dân số đối với việc thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hoá gia đình sẽ được phân tích ở các phần tiếp theo.

Tuổi trung bình của nhóm cộng tác viên dân số ở nghiên cứu này là 40 tuổi. Trong đó, nhóm cộng tác viên ở vùng 1 có độ tuổi trung bình thấp nhất (38 tuổi $\pm$ 5,6 tuổi) và nhóm ở vùng 2 có độ tuổi trung bình cao nhất (43 tuổi $\pm$ 9 tuổi). Có thể nói đó là độ tuổi lý tưởng cho những người làm công tác này do họ đã phần nào ổn định công việc gia đình, có thời gian tham gia công việc xã hội và tạo lập được uy tín trong cộng đồng. Gần một nửa số cộng tác viên tham gia nghiên cứu là những người ở độ tuổi từ 30 đến 40, tiếp theo là nhóm từ 40 đến 50 tuổi. Nhóm cộng tác viên dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ khá nhỏ trong số đối tượng nghiên cứu ở cả 3 vùng.

Thời gian công tác của một cộng tác viên cũng là một trong những yếu tố tác động đến hiệu quả công tác vì có liên quan đến đào tạo và kinh nghiệm công tác. Trung bình thời gian công tác của cộng tác viên dân số chung cho cả nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là gần 6 năm. Tuy nhiên có sự khác nhau về thời gian làm việc theo khu vực địa lý, lâu nhất (trên 6 năm) là những người ở khu vực thấp (vùng 1). Tiếp theo là nhóm cộng tác viên ở vùng 3 (trên 5 năm). Cộng tác viên ở vùng 2 có thời gian công tác trung bình là gần 5 năm (bảng 1.3). Như vậy cộng tác viên dân số ở Cao bằng có thời gian tham gia công tác dân số khá lâu và đó là một yếu tố thuận lợi cho việc quản lý khách hàng và phân phối phương tiện tránh thai tại địa bàn do cộng tác viên có điều kiện tham dự các lớp tập huấn và đào tạo, đào tạo lại về chương trình DS-KHHGD, tích lũy kinh nghiệm trong tuyên truyền vận động, tư vấn, quản lý dân cư trên địa bàn phụ trách tốt hơn.

BẢNG 1.3. TRUNG BÌNH TUỔI, SỐ NĂM CÔNG TÁC CỦA CỘNG TÁC VIÊN DÂN SỐ VÀ TRUNG BÌNH SỐ HỘ, SỐ PHỤ NỮ MỘT CỘNG TÁC VIÊN PHỤ TRÁCH THEO KHU VỰC ĐỊA LÝ

		Nơi làm việc			
		Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Tổng số
Tuổi	N	11	10	30	51
	Trung bình	37.91	42.40	40.17	40.12
	độ lệch chuẩn	5.80	8.91	9.78	8.86
thời gian công tác	N	11	10	30	51
	Trung bình	6.64	4.90	5.43	5.59
	độ lệch chuẩn	3.07	3.73	3.32	3.34
Số hộ phụ trách	N	11	10	30	51
	Trung bình	55.27	52.60	50.43	51.90
	độ lệch chuẩn	37.96	23.66	28.37	29.32
Số phụ nữ 15-49 có chồng	N	11	10	30	51
	Trung bình	43.73	73.30	56.07	56.78
	độ lệch chuẩn	29.98	91.35	46.65	55.10

Cộng tác viên DS

Trung bình một cộng tác viên dân số phụ trách khoảng trên 50 hộ gia đình (khoảng 57 người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng). Tuy nhiên có sự khác nhau đáng kể trong chỉ báo này theo địa bàn nơi công tác và giữa những người cộng tác viên. Nhìn chung một cộng tác viên phụ trách từ 23 đến 81 hộ gia đình và sự khác nhau này có thể thấy rõ nhất là thuộc vùng 1 (từ 17 đến 93 gia đình). Sự chênh lệch này, đặc biệt là sự chênh lệch về số phụ nữ mà một cộng tác viên phụ trách (như trình bày trong bảng thông qua chỉ báo độ lệch chuẩn (SD), đặc biệt là ở vùng 2) cho thấy người cộng tác viên không nhớ được chính xác số hộ gia đình và số phụ nữ mà mình phụ trách hoặc bỏ sót, tính trùng số đối tượng này. Đây là một vấn đề thuộc về chất lượng của công tác đào tạo và chất lượng của cộng tác viên của Cao bằng. Minh chứng từ báo cáo năm 2001 cho thấy do hiểu biết hạn chế nên

cộng tác viên dân số chỉ tính số hộ quản lý là những hộ đã đăng ký hộ khẩu tại địa phương. Gần ¼ số cộng tác viên không tính những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ chưa đăng ký hộ khẩu vào danh sách đối tượng theo dõi về DS-KHHGD. Tỷ lệ cộng tác viên không thực hiện đúng qui định về ghi chép và báo cáo biến động DS-KHHGD hoặc ghi theo trí nhớ còn khá cao (gần 24%). Do hiểu không đúng về phương pháp tính tuổi và chuyển tuổi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nên 2,3% số đối tượng này đã bị bỏ sót trong báo cáo của cán bộ chuyên trách dân số. Số trường hợp sinh bị bỏ sót của các xã thuộc khu vực vùng 3 (vùng đặc biệt khó khăn) là từ 40% đến 100% (tất cả các trường hợp sinh đều không được báo cáo), cao hơn rất nhiều so với các xã ở vùng thấp (18,5%) (báo cáo 2001).

Trung bình khoảng cách đến hộ gia đình xa nhất của một cộng tác viên là khoảng 3km (khoảng 81% số phụ nữ phụ trách nằm trong khoảng cách này) và trung bình khoảng cách đến hộ gần nhất là khoảng 1 km (số liệu không trình bày trong bảng). Nếu ở khu vực đồng bằng, khoảng cách này không phải là quá xa, nhưng với một tỉnh miền núi cao với điều kiện địa lý đi lại khó khăn, dân cư sống không tập trung là những hạn chế đáng kể cho việc chấp nhận sử dụng và phân phối các biện pháp tránh thai tại Cao bằng.

Như vậy thực tế từ kết quả điều tra cho thấy với độ tuổi trung bình khoảng 40 và thời gian công tác trung bình khá cao là những yếu tố thuận lợi cho việc vận động, phân phối biện pháp tránh thai và quản lý khách hàng tại địa bàn do cộng tác viên có điều kiện tham dự các lớp tập huấn, đào tạo, tích lũy kinh nghiệm trong công việc. Tuy nhiên chất lượng cộng tác viên còn chịu tác động của nhiều yếu tố khác như điều kiện làm việc, trình độ học vấn, tuyên truyền, tư vấn và sự hiểu biết về vai trò, trách nhiệm của mình đối với nhiệm vụ quản lý công tác dân số tại cộng đồng. Điều đó liên quan đến

nội dung, phương pháp đào tạo và yếu tố này hiện đang là một tồn tại rất lớn của chương trình dân số KHHGD của tỉnh Cao bằng.

II. SINH SẢN VÀ NẠO HÚT THAI

1. Tuổi kết hôn và sinh con lần đầu

Về tổng thể, phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng kết hôn và có con không sớm lắm nếu chỉ nhìn vào trung bình tuổi kết hôn lần đầu và tuổi sinh con đầu lòng. Theo số liệu trình bày trong bảng 2.1, tuổi kết hôn trung bình là 19 tuổi và tuổi sinh con đầu lòng là 21. Độ tuổi này không chênh lệch nhiều lắm so với độ tuổi kết hôn chung của cả nước trong khi Cao bằng là một tỉnh miền núi với nhiều dân tộc thiểu số và phong tục tập quán khác nhau. Tuy nhiên, khi xem xét chỉ báo này theo tỷ lệ của từng độ tuổi và từng huyện có thể thấy lệ tảo hôn là một vấn đề đáng báo động tại Cao bằng. Nếu định nghĩa tảo hôn là số phụ nữ kết hôn trước 18 tuổi thì có thể thấy gần một nửa số phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng đã tảo hôn (44,5% trong đó 47,3% ở Bảo Lạc và 41,4% ở Hà Quảng) và hầu hết số phụ nữ này đã kết hôn trước tuổi 22. Tỷ lệ phụ nữ làm mẹ trước 18 tuổi chiếm đến 13% và khoảng hai phần ba đã làm mẹ trước tuổi 22. Tỷ lệ tảo hôn cao tồn tại ở tất cả các nhóm dân tộc trên địa bàn Cao bằng. Các dân tộc Mông, Dao và nhóm dân tộc khác đều có tỷ lệ kết hôn trước 18 tuổi trên 50%, tỷ lệ tảo hôn cao nhất ở những người thuộc dân tộc Mông, gần hai phần ba đã có chồng trước 18 tuổi (72%). Tiếp theo là nhóm dân tộc Dao (58,5%) và các dân tộc khác (54,4%) (bảng 2.2).

Tuy phần lớn những người kết hôn trước 18 tuổi tập trung ở nhóm phụ nữ mù chữ nhưng tỷ lệ tảo hôn ở những người có một trình độ học vấn nhất định cũng khá cao. Ở những người phụ nữ không biết chữ, hơn 60% đã kết hôn trước 18 tuổi và đến 22 tuổi thì hầu như toàn bộ số phụ nữ này đã kết

hôn, trong khi đó, từ 33% đến gần 40% phụ nữ có trình độ học vấn phổ thông cơ sở và tiểu học đã kết hôn trước 18 tuổi và khoảng hai phần ba đã kết hôn khi chưa đến 22 tuổi.

**Bảng 1.2. TUỔI KẾT HÔN VÀ TUỔI SINH CON ĐẦU LÒNG
THEO ĐỊA BÀN HUYỆN**

			Bảo lộc	Hà quang	Tổng số
Tuổi kết hôn lần đầu _group	<18 tuổi	n	96	75	171
		%	47.3	41.4	44.5
	19-22 tuổi	n	85	81	166
		%	41.9	44.8	43.2
	>23 tuổi	n	22	25	47
		%	10.8	13.8	12.2
Tuổi sinh con đầu tiền_group	< 18 tuổi	n	28	22	50
		%	13.8	12.2	13.0
	19-22 tuổi	n	115	102	217
		%	56.7	56.4	56.5
	>23 tuổi	n	60	57	117
		%	29.6	31.5	30.5
Tổng số	n		203	181	384
		%	100.0	100.0	100.0
Tuổi kết hôn lần đầu	Trung bình		19	20	19
Tuổi sinh con lần đầu	Trung bình		21	21	21

BẢNG 2.2. TUỔI KẾT HÔN LẦN ĐẦU THEO DÂN TỘC VÀ TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN

		Tuổi kết hôn lần đầu_group						Tổng số	
		<18 tuổi		19-22 tuổi		>23 tuổi			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Tày	40	24.2	93	56.4	32	19.4	165	100.0
	Nùng	10	31.3	15	46.9	7	21.9	32	100.0
	Dao	31	58.5	21	39.6	1	1.9	53	100.0
	Mông	67	72.0	22	23.7	4	4.3	93	100.0
	Khác	31	54.4	21	36.8	5	8.8	57	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	120	60.6	63	31.8	15	7.6	198	100.0
	Tiểu học	25	39.1	31	48.4	8	12.5	64	100.0
	PTCS	29	33.3	44	50.6	14	16.1	87	100.0
	PTTH	4	8.3	33	68.8	11	22.9	48	100.0
	CD,ĐH	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0
Tổng số		179	44.8	172	43.0	49	12.3	400	100.0

2. Số con hiện có và số con mong muốn

Số liệu trong bảng 2.3 dưới đây trình bày số con mong muốn của người phụ nữ theo một số đặc tính chung. Nhìn chung ở Cao bằng người phụ nữ vẫn muốn có nhiều con hơn ở những tỉnh đồng bằng. Tuy tỷ lệ trả lời muốn có từ 1-2 con khá cao nhưng vẫn còn một tỷ lệ rất lớn muốn có 3 đến 4 con, thậm chí 5 con trở lên. Gần 30% số người được hỏi ở Bảo Lạc muốn có trên 3 con. Tỷ lệ này tuy có thấp hơn ở huyện Hà Quảng nhưng cũng có đến gần một phần năm số người được hỏi (18,6%) muốn có từ 3 con trở lên.

Mông và Dao là hai nhóm dân tộc muốn có nhiều con hơn các nhóm khác. Trong khi chỉ khoảng 7% phụ nữ dân tộc Tày và 16% phụ nữ dân tộc Nùng muốn có trên 3 con thì tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông chiếm hơn một nửa (59,2%) và khoảng gần 30% phụ nữ thuộc dân tộc Dao muốn có trên 3 con. Do phong tục, tập quán của đồng bào hai dân tộc này

muốn có nhiều con, nhưng cũng có thể do các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em không đáp ứng được nhu cầu dẫn đến tỷ lệ chết trẻ em cao và các hoạt động truyền thông về dân số - KHHGD của Cao bằng chưa thực sự được thực hiện ở khu vực của đồng bào dân tộc ít người chưa được tập trung triển khai tích cực, đồng bộ nên thực sự chưa đến được với người dân.

BẢNG 2.3. SỐ CON MONG MUỐN THEO MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC

		Số con mong muốn						Tổng số	
		1-2 con		3-4 con		>=5 con		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Huyện	Bảo lộc	149	70.3	49	23.1	14	6.6	212	100.0
	Hà quảng	153	81.4	29	15.4	6	3.2	188	100.0
Dân tộc	Tày	153	92.7	10	6.1	2	1.2	165	100.0
	Nùng	27	84.4	5	15.6			32	100.0
	Dao	38	71.7	10	18.9	5	9.4	53	100.0
	Mông	38	40.9	45	48.4	10	10.8	93	100.0
	Khác	46	80.7	8	14.0	3	5.3	57	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	117	59.1	63	31.8	18	9.1	198	100.0
	Tiểu học	57	89.1	6	9.4	1	1.6	64	100.0
	PTCS	79	90.8	7	8.0	1	1.1	87	100.0
	PITH	46	95.8	2	4.2			48	100.0
	CD,ĐH	3	100.0					3	100.0
Nhóm tuổi	15-19	5	62.5			3	37.5	8	100.0
	20-24	45	80.4	9	16.1	2	3.6	56	100.0
	25-29	61	76.3	17	21.3	2	2.5	80	100.0
	30-34	57	76.0	17	22.7	1	1.3	75	100.0
	35-39	64	78.0	15	18.3	3	3.7	82	100.0
	40-44	41	70.7	13	22.4	4	6.9	58	100.0
	45-49	29	70.7	7	17.1	5	12.2	41	100.0
Số con còn sống	Không/ chưa có con	2	14.3			12	85.7	14	100.0
	1-2 con	215	93.5	14	6.1	1	.4	230	100.0
	3-4 con	70	56.9	53	43.1			123	100.0
	>=5 con	15	45.5	11	33.3	7	21.2	33	100.0
Tổng số		302	75.5	78	19.5	20	5.0	400	100.0

Trình độ học vấn có tác động tỷ lệ nghịch và tuổi tác có tác động tỷ lệ thuận đến số con mong muốn của phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng. Trong khi hầu hết những người có trình độ từ phổ thông cơ sở trở lên chỉ muốn có từ 1 đến 2 con thì tỷ lệ muốn có trên 3 con ở nhóm không biết chữ chiếm đến 41% và ở nhóm có trình độ tiểu học chiếm đến 10%. Phụ nữ ở các nhóm tuổi cao hơn thì muốn có nhiều con hơn, điều này thể hiện rõ ở tỷ lệ mong muốn có 5 con trở lên của nhóm phụ nữ từ 35 đến 49 tuổi còn chiếm đến 12% so với 7% ở nhóm tuổi trước đó.

Tuy những phân tích ở trên mới chỉ là đánh giá kết quả của câu trả lời cho câu hỏi “chị muốn có mấy con” trong nghiên cứu nhưng cũng thấy rằng có sự mâu thuẫn trong số liệu về số con hiện có và số con mong muốn qua số liệu thu thập được. Trong nhóm bà mẹ có từ 3-4 con thì có đến 57% trả lời chỉ muốn có từ 1-2 con. Tương tự, tỷ lệ trả lời muốn có từ 1-2 con ở nhóm những bà mẹ có trên 5 con cũng chiếm đến hơn 45%. Chỉ có khoảng 21% số bà mẹ này trả lời là muốn có nhiều con như vậy và 33% chỉ muốn có từ 3 đến 4 con. Do nhu cầu về kế hoạch hoá gia đình của phụ nữ dân tộc ở Cao bằng không được đáp ứng vì vậy người phụ nữ phải sinh số con nhiều hơn thực sự mong muốn. Để kiểm tra điều này, mỗi phụ nữ tham gia nghiên cứu được yêu cầu kể lại tiền sử thai nghén của mình và nguyện vọng có con ở từng lần mang thai thực tế. Kết quả cho thấy mong muốn có nhiều con vẫn là một thực tế tồn tại trong nhóm phụ nữ các dân tộc khác nhau ở Cao bằng, đặc biệt là hai nhóm Mông và Dao (bảng 2.4). Tỷ lệ muốn có 3 con chiếm hơn 30% trong nhóm phụ nữ dân tộc Tày, 44% dân tộc Nùng, 60% dân tộc Dao, 67% dân tộc Mông và 52% ở nhóm các dân tộc khác. Thậm chí vẫn có gần 30% phụ nữ dân tộc Mông muốn có con ở lần mang thai thứ 5 và tỷ lệ này là khoảng 23,6% ở lần mang thai thứ 6 và 17% ở lần mang thai thứ 7. Ở nhóm phụ nữ dân tộc Dao, các tỷ lệ này là 20%, 8% và 2% tương ứng. Qua

kết quả này có thể thấy rằng nguyện vọng và muốn có nhiều con là một thực tế hiện đang tồn tại ở phụ nữ các dân tộc thiểu số của Cao bằng và các chương trình và chính sách dân số - kế hoạch hoá gia đình của Cao bằng còn rất nhiều việc phải làm trong công tác truyền thông vận động nâng cao nhận thức và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em cho phụ nữ các nhóm dân tộc này, đặc biệt là hai nhóm Dao và Mông nhằm thay đổi hành vi sinh sản của họ, giúp họ vừa có được số con mong muốn của mình vừa thực hiện đúng các chủ trương, chính sách về dân số, kế hoạch hoá gia đình của địa phương.

BẢNG 2.4. NGUYỆN VỌNG CÓ THAI THEO THỨ TỰ SỐ LẦN MANG THAI, THEO DÂN TỘC

		Dân tộc										Tổng số	
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Lần 1	Có	163	98.8	31	96.9	49	92.5	88	94.6	54	94.7	385	96.3
	Không	2	1.2	1	3.1	4	7.5	5	5.4	3	5.3	15	3.8
Lần 2	Có	125	75.8	24	75.0	41	77.4	75	80.6	46	80.7	311	77.8
	Không	40	24.2	8	25.0	12	22.6	18	19.4	11	19.3	89	22.3
Lần 3	Có	52	31.5	14	43.8	30	56.6	60	64.5	28	49.1	184	46.0
	Không	113	68.5	18	56.3	23	43.4	33	35.5	29	50.9	216	54.0
Lần 4	Có	20	12.1	7	21.9	21	39.6	42	45.2	14	24.6	104	26.0
	Không	145	87.9	25	78.1	32	60.4	51	54.8	43	75.4	296	74.0
Lần 5	Có	8	4.8	4	12.5	10	18.9	26	28.0	4	7.0	52	13.0
	Không	157	95.2	28	87.5	43	81.1	67	72.0	53	93.0	348	87.0
Lần 6	Có	2	1.2	1	3.1	4	7.5	21	22.6	2	3.5	30	7.5
	Không	163	98.8	31	96.9	49	92.5	72	77.4	55	96.5	370	92.5
Lần 7	Có			1	3.1	1	1.9	15	16.1			17	4.3
	Không	165	100.0	31	96.9	52	98.1	78	83.9	57	100.0	383	95.8
Lần 8	Có			1	3.1			5	5.4			6	1.5
	Không	165	100.0	31	96.9	53	100.0	88	94.6	57	100.0	394	98.5
Lần 9	Có			1	3.1			1	1.1			2	.5
	Không	165	100.0	31	96.9	53	100.0	92	98.9	57	100.0	398	99.5
Lần 10	Không	165	100.0	32	100.0	53	100.0	93	100.0	57	100.0	400	100.0
Tổng số		165	100.0	32	100.0	53	100.0	93	100.0	57	100.0	400	100.0

3. Mang thai ngoài ý muốn và nạo hút thai

Một chỉ báo được sử dụng để đánh giá tính hiệu quả của các chương trình dân số - KHHGD là sự đáp ứng nhu cầu KHHGD của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, thể hiện qua số con thực tế và số con mong muốn của người phụ nữ cũng như tỷ lệ có thai không mong muốn. Sự khác nhau giữa số con mong muốn và số con thực tế đã được phân tích ở trên. Bảng 2.5 trình bày tỷ lệ mang thai không mong muốn theo một số đặc điểm nhân khẩu học của những người tham gia nghiên cứu đã từng có thai. Nhìn chung, tỷ lệ đã từng mang thai ngoài kế hoạch của nhóm này chiếm khoảng 18% tổng số. Tỷ lệ này khác nhau theo một số đặc điểm như khu vực địa lý, dân tộc, trình độ học vấn và tuổi của đối tượng. Phụ nữ sống ở vùng thấp Hà Quảng có tỷ lệ mang thai không mong muốn cao gần gấp 3 lần so với huyện Bảo Lạc. Khoảng một phần tư số phụ nữ dân tộc Tày đã từng có thai không mong muốn, cao hơn rất nhiều so với các dân tộc khác, tiếp theo là phụ nữ dân tộc Mông (19%), Nùng (12,5%), Dao và nhóm các dân tộc khác (từ 7% đến 8%).

BẢNG 2.5. TỶ LỆ CÓ THAI NGOÀI Ý MUỐN THEO MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC

		Đã từng có thai ngoài ý muốn						Tổng số	
		Chưa từng mang thai		Có		Không			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Huyện	Bảo lộc	8	3.8	18	8.5	186	87.7	212	100.0
	Hà quang	4	2.1	52	27.7	132	70.2	188	100.0
Dân tộc	Tày	2	1.2	41	24.8	122	73.9	165	100.0
	Nùng			4	12.5	28	87.5	32	100.0
	Dao	3	5.7	4	7.5	46	86.8	53	100.0
	Mông	4	4.3	17	18.3	72	77.4	93	100.0
	Khác	3	5.3	4	7.0	50	87.7	57	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	10	5.1	18	9.1	170	85.9	198	100.0
	Tiểu học	1	1.6	13	20.3	50	78.1	64	100.0
	PTCS	1	1.1	23	26.4	63	72.4	87	100.0
	PTTH			14	29.2	34	70.8	48	100.0
	CD,ĐH			2	66.7	1	33.3	3	100.0
Nhóm tuổi	15-19	3	37.5			5	62.5	8	100.0
	20-24	2	3.6	3	5.4	51	91.1	56	100.0
	25-29	2	2.5	10	12.5	68	85.0	80	100.0
	30-34	1	1.3	13	17.3	61	81.3	75	100.0
	35-39	3	3.7	21	25.6	58	70.7	82	100.0
	40-44	1	1.7	12	20.7	45	77.6	58	100.0
	45-49			11	26.8	30	73.2	41	100.0
Số con còn sống	Không/ chưa có con	12	85.7			2	14.3	14	100.0
	1-2 con			29	12.6	201	87.4	230	100.0
	3-4 con			31	25.2	92	74.8	123	100.0
	>=5 con			10	30.3	23	69.7	33	100.0
Tổng số		12	3.0	70	17.5	318	79.5	400	100.0

388 số phụ nữ đã từng có thai

Tỷ lệ phụ nữ cho rằng đã từng mang thai không mong muốn tỷ lệ thuận với trình độ học vấn, những người có trình độ học vấn cao thì tỷ lệ mang thai không mong muốn cũng cao. Trong khi chưa đến 10% số phụ nữ không biết chữ đã từng có thai không mong muốn thì tỷ lệ này tăng lên gấp đôi ở nhóm phụ nữ có trình độ học vấn tiểu học (20,6%) và gấp gần 7 lần ở

nhóm phụ nữ có trình độ cao đẳng và đại học (66,7%). Những người phụ nữ thuộc nhóm tuổi cao (35-49 tuổi) có tỷ lệ mang thai không mong muốn cao hơn những người phụ nữ thuộc nhóm tuổi trẻ (20 – 34 tuổi).

Những nguyên nhân của thai ngoài kế hoạch là do không sử dụng biện pháp tránh thai, biện pháp tránh thai không sẵn có hoặc do thất bại khi thực hiện kế hoạch hoá gia đình. Không sử dụng biện pháp tránh thai trong khi không muốn có con nữa là nguyên nhân có thai ngoài ý muốn có tỷ lệ cao nhất, hơn một nửa số người đã từng có thai ngoài ý muốn là do không sử dụng biện pháp tránh thai. Trong tổng số phụ nữ tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ thất bại do biện pháp tránh thai chiếm 6,7% (26/388 phụ nữ). Tỷ lệ không sử dụng biện pháp tránh thai trong nhóm những người đã từng có thai ngoài kế hoạch chiếm hơn 51%, cao hơn nhiều so với mang thai do thất bại của biện pháp tránh thai (37%). Các nguyên nhân khác chỉ chiếm hơn 10% tổng số người mang thai không mong muốn (bảng 2.6). Đây là các chỉ báo quan trọng để kiểm định tính hiệu quả của các hoạt động truyền thông và cung cấp dịch vụ tại cộng đồng.

Phân tích lý do có thai ngoài ý muốn theo một số đặc tính chung có thể thấy rằng tuy huyện Hà Quảng có tỷ lệ người mang thai ngoài kế hoạch do không sử dụng biện pháp tránh thai cao hơn so với huyện Bảo Lạc nhưng sự chênh lệch của tỷ lệ này không lớn (54% và 45% tương ứng). Trái lại, tỷ lệ mang thai do thất bại khi sử dụng biện pháp tránh thai ở Hà Quảng gần như cao gấp đôi so với huyện Bảo Lạc (42% và 22% tương ứng). Tỷ lệ này cũng rất cao ở một số dân tộc. Thí dụ tỷ lệ thất bại của biện pháp tránh thai chiếm đến 46% trong số phụ nữ đã từng có thai không mong muốn thuộc dân tộc Tày, tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông là 35% và 25% ở phụ nữ dân tộc Nùng. Tuy đây chỉ là số liệu tính toán từ những người đã từng mang thai ngoài kế hoạch nhưng cũng rất đáng lưu ý trong việc đánh giá hiệu quả của

chương trình DS-KHHGD, nhất là vận động sử dụng và sử dụng có hiệu quả biện pháp tránh thai của Cao bằng.

Tương tự, tỷ lệ mang thai ngoài kế hoạch do thất bại của biện pháp tránh thai đều rất cao ở tất cả các nhóm phụ nữ có trình độ học vấn khác nhau, kể cả những người có trình độ từ phổ thông trung học trở lên. Nhóm phụ nữ từ 30 – 40 tuổi có tỷ lệ mang thai ngoài kế hoạch do thất bại của biện pháp tránh thai cao hơn các nhóm tuổi khác. Những người có nhiều con thì có tỷ lệ thất bại của biện pháp tránh thai cao hơn.

Nhìn chung không phải tất cả những người phụ nữ đã từng có thai ngoài kế hoạch đều chọn nạo hút thai như một biện pháp để duy trì số con mong muốn của mình. Chỉ có 57% số phụ nữ này đã từng nạo hút thai, số còn lại để sinh con. Số phụ nữ đã từng nạo hút thai ở hai huyện Hà Quảng và Bảo Lạc tương tự như nhau nhưng khác nhau theo từng dân tộc. Phụ nữ dân tộc Nùng có xu hướng sử dụng nạo hút thai khi có thai không mong muốn cao nhất (100%), tỷ lệ này của phụ nữ dân tộc Tày là 68%, và nhóm các dân tộc khác là 50%, cao hơn rất nhiều hơn so với phụ nữ thuộc dân tộc Dao (25%) và Mông (29%). Những người có trình độ học vấn cao thường có xu hướng sử dụng nạo hút thai trong khi những người có trình độ học vấn thấp lại thường để sinh con. Trong khi chỉ khoảng 1/3 số người có trình độ học vấn dưới tiểu học sử dụng nạo hút thai đối với thai nghén ngoài kế hoạch thì có đến 2/3 số người có trình độ học vấn từ phổ thông cơ sở trở lên sử dụng phương pháp này. Nhóm tuổi từ 25-39 có tỷ lệ đã từng nạo hút thai cao hơn những nhóm tuổi khác. Nhóm có ít con có tỷ lệ nạo hút thai cao hơn (bảng 2.6). Một trong những nguyên nhân khiến phụ nữ các dân tộc ít người ở Cao bằng ít sử dụng nạo hút thai ở những lần có thai không mong muốn là do công tác tuyên truyền và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các địa bàn vùng sâu, vùng xa không đáp ứng kịp thời nhu cầu của người

phụ nữ khi cần thiết. Đa số các trường hợp khi phát hiện có thai thì đã quá muộn, hơn nữa phần lớn những người phụ nữ này sống quá xa trung tâm y tế huyện, điều kiện đi lại khó khăn nên thường không có sự lựa chọn nào khác là đẻ sinh con. Ngoài ra, khi nạo hút thai người phụ nữ phải trả tiền cho dịch vụ y tế và đó cũng là một trong những trở ngại đối với họ khi muốn sử dụng dịch vụ này.

BẢNG 2.6. NGUYÊN NHÂN CÓ THAI NGOÀI Ý MUỐN VÀ TỶ LỆ PHỤ NỮ ĐÃ TỪNG NẠO HÚT THAI

		Lý do có thai ngoài ý muốn						Đã bao giờ nạo hút thai				Tổng số	
		Thất bại của BPTT		Không dùng BPTT		Khác		Có		Không		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Huyện	Bảo lộc	4	22.2	8	44.4	6	33.3	9	50.0	9	50.0	18	100.0
	Hà Quảng	22	42.3	28	53.8	2	3.8	31	59.6	21	40.4	52	100.0
Dân tộc	Tày	19	46.3	19	46.3	3	7.3	28	68.3	13	31.7	41	100.0
	Nùng	1	25.0	3	75.0			4	100			4	100.0
	Dao			2	50.0	2	50.0	1	25.0	3	75.0	4	100.0
	Mông	6	35.3	8	47.1	3	17.6	5	29.4	12	70.6	17	100.0
	Khác			4	100.0			2	50.0	2	50.0	4	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	6	33.3	8	44.4	4	22.2	6	33.3	12	66.7	18	100.0
	Tiểu học	3	23.1	6	46.2	4	30.8	5	38.5	8	61.5	13	100.0
	PTCS	11	47.8	12	52.2			17	73.9	6	26.1	23	100.0
	PTTH	5	35.7	9	64.3			11	78.6	3	21.4	14	100.0
	CD,ĐH	1	50.0	1	50.0			1	50.0	1	50.0	2	100.0
Nhóm tuổi	20-24			2	66.7	1	33.3	1	33.3	2	66.7	3	100.0
	25-29	2	20.0	8	80.0			6	60.0	4	40.0	10	100.0
	30-34	5	38.5	8	61.5			8	61.5	5	38.5	13	100.0
	35-39	13	61.9	7	33.3	1	4.8	15	71.4	6	28.6	21	100.0
	40-44	3	25.0	8	66.7	1	8.3	7	58.3	5	41.7	12	100.0
	45-49	3	27.3	3	27.3	5	45.5	3	27.3	8	72.7	11	100.0
Số con còn sống	1-2 con	8	27.6	19	65.5	2	6.9	25	86.2	4	13.8	29	100.0
	3-4 con	15	48.4	14	45.2	2	6.5	13	41.9	18	58.1	31	100.0
	>=5 con	3	30.0	3	30.0	4	40.0	2	20.0	8	80.0	10	100.0
Tổng số		26	37.1	36	51.4	8	11.4	40	57.1	30	42.9	70	100.0

70 = số phụ nữ đã từng có thai ngoài ý muốn

III. KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Một điều bất thường là tỷ lệ phụ nữ sử dụng biện pháp tránh thai ở Cao bằng rất cao qua số liệu thu thập được từ cuộc điều tra này, đến 75,8% số người được hỏi trả lời hiện đang sử dụng một biện pháp tránh thai bất kỳ. Ở hai huyện Bảo lộc và Hà Quảng tỷ lệ này là 72% và 79%. Phụ nữ dân tộc Tày và Nùng có tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai cao nhất, từ 84% đến 89%, cao hơn rất nhiều so với phụ nữ dân tộc Mông (58%) và Dao (66%). Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai cao hơn ở những người có trình độ học vấn cao và những người thuộc nhóm tuổi trẻ có tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai thấp hơn so với nhóm phụ nữ nhiều tuổi hơn (bảng 1.3).

BẢNG 3.1. TỶ LỆ ĐANG SỬ DỤNG BIỆN PHÁP TRÁNH THAI THEO MỘT SỐ ĐẶC TÍNH CHUNG

		Hiện đang sử dụng BPTT				Tổng số	
		Có		Không			
		n	%	n	%	n	%
Huyện	Bảo lộc	154	72.6	58	27.4	212	100.0
	Hà Quảng	149	79.3	39	20.7	188	100.0
Dân tộc	Tày	147	89.1	18	10.9	165	100.0
	Nùng	27	84.4	5	15.6	32	100.0
	Dao	35	66.0	18	34.0	53	100.0
	Mông	54	58.1	39	41.9	93	100.0
	Khác	40	70.2	17	29.8	57	100.0
	Không biết chữ	130	65.7	68	34.3	198	100.0
Trình độ học vấn	Tiểu học	48	75.0	16	25.0	64	100.0
	PTCS	79	90.8	8	9.2	87	100.0
	PTTH	44	91.7	4	8.3	48	100.0
	CD,ĐH	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Nhóm tuổi	15-19			8	100.0	8	100.0
	20-24	22	39.3	34	60.7	56	100.0
	25-29	60	75.0	20	25.0	80	100.0
	30-34	66	88.0	9	12.0	75	100.0
	35-39	76	92.7	6	7.3	82	100.0
	40-44	49	84.5	9	15.5	58	100.0
	45-49	30	73.2	11	26.8	41	100.0
Tổng số		303	75.8	97	24.3	400	100.0

BẢNG 3.2. SỬ DỤNG BIỆN PHÁP TRÁNH THAI THEO BIỆN PHÁP, THEO DÂN TỘC VÀ THỜI GIAN SỬ DỤNG

		Biện pháp TT hiện đang sử dụng										Tổng số			
		Thuốc uống		Vòng tránh thai		Thuốc tiêm		Bao cao su		Đình sản nữ		BP khác			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Tày	1	.7	124	84.4	12	8.2	1	.7	6	4.1	3	2.0	147	100
	Nùng			25	92.6	1	3.7			1	3.7			27	100
	Dao			30	85.7	2	5.7			3	8.6			35	100
	Mông			47	87.0	3	5.6	1	1.9			3	5.6	54	100
	Khác	4	10.0	36	90.0									40	100
Thời gian sử dụng BPTT (năm)	< 1	2	5.3	22	57.9	12	31.6	1	2.6	1	2.6			38	100
	> 5	1	.8	119	96.0	1	.8			2	1.6	1	.8	124	100
	1-3	1	1.4	63	86.3	5	6.8			3	4.1	1	1.4	73	100
	3-5	1	1.8	49	87.5			1	1.8	4	7.1	1	1.8	56	100
	Knhớ			9	75.0							3	25.0	12	100
Tổng số		5	1.7	262	86.5	18	5.9	2	.7	10	3.3	6	2.0	303	100

303= số người hiện đang sử dụng biện pháp tránh thai

Số liệu trong bảng 3.2 trình bày biện pháp tránh thai sử dụng theo dân tộc và theo thời gian sử dụng. Có thể thấy tuy cơ cấu sử dụng biện pháp tránh thai chung trong cả nước đã thay đổi, tỷ lệ sử dụng vòng tránh thai đã giảm nhiều và tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai khác đã tăng lên nhưng ở Cao bằng, vòng tránh thai vẫn là một biện pháp được sử dụng chủ yếu. Tỷ lệ này chiếm đến 86,5% tổng số người sử dụng, các biện pháp tránh thai còn lại đều có tỷ lệ sử dụng rất thấp (thuốc tiêm 5,9%; triệt sản 3,3%, thuốc uống 1,7% và bao cao su 0,7%). Hầu như tất cả phụ nữ dân tộc Nùng (hơn 92%) và nhóm các dân tộc khác (90%) sử dụng dụng cụ tử cung để kế hoạch hoá gia đình. Tỷ lệ sử dụng dụng cụ tử cung của các dân tộc còn lại cũng rất cao:

Mông (37%), Dao (86%) và Tày (84%). Biện pháp tránh thai có số người sử dụng nhiều thứ hai là thuốc tiêm tránh thai DMPA, trong đó cao nhất là nhóm dân tộc Tày (8,2%), tiếp đến là các nhóm dân tộc Dao (5,7%), Mông (5,6%) và Nùng (3,7%). Thuốc uống tránh thai và bao cao su có số người sử dụng rất ít ở tất cả các nhóm dân tộc.

Tuy nhiên kết quả trên cũng cho thấy có vấn đề về số liệu thu được từ điều tra này. Về lý thuyết, những số liệu này có lẽ không phản ánh đúng thực trạng sử dụng biện pháp tránh thai tại địa bàn điều tra do tỷ lệ sử dụng tránh thai khó có thể đạt được trên 80%, nhất là đối với một tỉnh miền núi như Cao Bằng và đối tượng là phụ nữ các dân tộc. Nguyên nhân có thể do sai sót trong khi chọn mẫu khi điều tra viên lấy danh sách từ cộng tác viên nên phần lớn số người rơi vào mẫu là những người hiện đang sử dụng biện pháp tránh thai hoặc do điều tra viên là những người hiện đang làm công tác dân số các cấp nên đối tượng điều tra không dám trả lời đúng thực trạng sử dụng biện pháp tránh thai của mình do sợ bị phạt, phê bình.

Qua số liệu thu thập được có thể thấy phần lớn phụ nữ các dân tộc ít người ở Cao Bằng sử dụng vòng tránh thai và thời gian sử dụng cũng khá lâu. Số liệu trình bày trong bảng 3.2 cho thấy trong số những người hiện đang áp dụng KHHGD, hơn 40% đã có thời gian sử dụng trên 5 năm, 18% từ 3 đến 5 năm; 24% từ 1 đến 3 năm và chỉ có 12% có thời gian sử dụng chưa đến 1 năm. Số liệu về thời gian sử dụng biện pháp tránh thai này cũng khá phù hợp với số liệu của báo cáo 2001 (phần lớn phụ nữ sử dụng BPTT từ 3 đến 6 năm, khoảng 16% có thời gian sử dụng từ 7 đến dưới 10 năm và khoảng 7% có thời gian sử dụng trên 10 năm). Trong số các biện pháp tránh thai, vòng tránh thai vẫn là biện pháp có thời gian sử dụng lâu nhất, trong số những người hiện đang sử dụng vòng, tỷ lệ sử dụng từ 3 năm trở lên chiếm trên 64% và gần một phần tư có thời gian sử dụng từ 1 đến 3 năm. Các biện

pháp tránh thai khác như thuốc tiêm, thuốc uống tránh thai và bao cao su có thời gian sử dụng ngắn chưa đến 1 năm.

BẢNG 3.3. BIỆN PHÁP TRÁNH THAI BỊ THẤT BẠI THEO DÂN TỘC

		Biện pháp tránh thai bị thất bại								Tổng số	
		Vòng tránh thai		BCS		TT tự nhiên		Cho con bú			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dân tộc	Tày	20	111.1	1	5.6			2	11.1	18	100.0
	Nùng	1	100.0			1	100.0			1	100.0
	Mông	6	120.0							5	100.0
Tổng số		27	112.5	1	4.2	1	4.2	2	8.3	24	100.0

24= số phụ nữ đã từng thất bại do biện pháp tránh thai

Như đã phân tích ở trên, thất bại do biện pháp tránh thai là một trong những nguyên nhân mang thai không mong muốn trong số phụ nữ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ này chỉ chiếm 6,7% trong tổng số mẫu nhưng lại chiếm đến 37% số trường hợp đã từng có thai ngoài kế hoạch. Số liệu trong bảng 3.2 trên đây phân tích tỷ lệ thất bại khi sử dụng biện pháp tránh thai theo từng biện pháp và theo dân tộc. Tỷ lệ này cao nhất ở nhóm phụ nữ dân tộc Tày (75% số trường hợp thất bại) và vòng tránh thai là biện pháp có tỷ lệ thất bại cao nhất. Vòng tránh thai cũng là biện pháp có số trường hợp bị thất bại lặp lại cao nhất (tổng số lớn hơn 100% chỉ ra rằng có những người bị thất bại từ 2 lần trở lên từ cùng một biện pháp).

Thực tế ở Cao bằng cho thấy phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ còn gặp rất nhiều khó khăn khi muốn sử dụng biện pháp tránh thai, đặc biệt là vòng tránh thai do phần lớn các trạm xá xã chưa thực hiện được dịch vụ này. Khách hàng muốn sử dụng vòng tránh thai phải đợi đội dịch vụ KHHGD lưu động của huyện đến đặt. Nhưng số liệu từ điều tra này lại cho thấy rằng vòng tránh thai là biện pháp có tỷ lệ người sử dụng nhiều nhất, có thời gian

sử dụng lâu nhất và cũng là biện pháp có tỷ lệ thất bại cao nhất. Như vậy vấn đề được đặt ra ở đây là liệu có phải thực chất vòng tránh thai là biện pháp tối ưu đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở Cao bằng hay còn có sự tác động của các yếu tố khác như thiên kiến của những người làm công tác quản lý dân số - KHHGD hoặc các yếu tố thuộc về chính sách. Những phân tích về biện pháp tránh thai dưới khía cạnh người cung ứng dưới đây sẽ cố gắng giải đáp phần nào câu hỏi này.

Theo ý kiến của cộng tác viên dân số về sự ưa thích các biện pháp tránh thai của phụ nữ tại cộng đồng theo 4 mức độ ưa thích nhất, bình thường, không thích và rất không thích cho thấy 100% số cộng tác viên được hỏi cho rằng vòng tránh thai là biện pháp được người sử dụng ưa thích nhất. Những biện pháp rất không được ưa thích bao gồm biện pháp tránh thai tự nhiên và triệt sản nữ (82% và 72,6% tương ứng). Bao cao su cũng là biện pháp tránh thai không được ưa thích, tỷ lệ cộng tác viên cho rằng phụ nữ không thích sử dụng bao cao su chiếm đến 88% số người trả lời (số liệu không trình bày trong bảng). Đây cũng là một trong những yếu tố quan trọng có thể định hướng sự vận động của cộng tác viên dân số đối với một biện pháp tránh thai mà họ cho rằng được ưa thích hơn trong cộng đồng và tránh đề cập đến những biện pháp mà họ cho rằng phụ nữ không thích sử dụng, khó vận động.

BẢNG 3.4. NHỮNG LÝ DO ƯA THÍCH BPTT THEO ĐỊA BÀN CÔNG TÁC CỦA CTV

		Nơi làm việc					
		Vùng 1		Vùng 2		Vùng 3	
		n	%	n	%	n	%
Lý do ưa thích sử dụng BPTT	Hiệu quả tránh thai cao	12	100.0	12	100.0	32	100.0
	Tác dụng lâu dài	12	100.0	12	100.0	31	96.9
	Thuận tiện	6	50.0	8	66.7	21	65.6
	ít tác dụng phụ	10	83.3	9	75.0	12	37.5
	ít ảnh hưởng đến sức khỏe	11	91.7	9	75.0	12	37.5
	Không ảnh hưởng đến QHTD	12	100.0	8	66.7	17	53.1
	Không ảnh hưởng lao động	11	91.7	8	66.7	23	71.9
Dịch vụ tốt nhất		2	16.7	3	25.0	3	9.4

Cộng tác viên DS
Câu có nhiều lựa chọn

Cũng theo nhận xét của cộng tác viên, biện pháp tránh thai được người sử dụng ưa thích nhất là những biện pháp có hiệu quả tránh thai cao, tác dụng lâu dài, không ảnh hưởng đến sức khỏe, đến quan hệ tình dục, thuận tiện, ít tác dụng phụ. Tuy nhiên, tỷ lệ ưa thích theo các lý do trên lại khác nhau theo khu vực công tác của cộng tác viên. Thí dụ cộng tác viên vùng thấp (vùng 1 và 2) cho rằng ngoài tính hiệu quả và tác dụng lâu dài của biện pháp thì lý do không ảnh hưởng đến quan hệ tình dục và không ảnh hưởng đến sức khỏe, lao động là những lý do quyết định sự ưa thích của biện pháp tránh thai trong khi cộng tác viên ở khu vực 3 lại thiên về những lý do như không ảnh hưởng đến lao động, thuận tiện. Đáng lưu ý là chất lượng cung cấp dịch vụ của biện pháp tránh thai lại có ảnh hưởng rất ít đến mức độ ưa thích của biện pháp đó (bảng 3.4).

Tất nhiên để đánh giá mức độ ưa thích một biện pháp tránh thai thì tốt nhất là trực tiếp từ quan điểm của người sử dụng. Tuy nhiên ý kiến của cộng tác viên dân số cũng phản ánh được yếu tố này do họ là những người trực

tiếp làm việc tại cộng đồng, trực tiếp tiếp cận đối tượng để vận động và phân phối biện pháp tránh thai. Hơn nữa, thiên kiến của cộng tác viên đối với một biện pháp tránh thai hoặc chính sách của địa phương về một biện pháp tránh thai nào đó cũng rất quan trọng vì có thể vì đó họ sẽ chỉ tập trung vận động cho biện pháp được ưa thích mà bỏ qua các biện pháp khác. Như vậy, ngoài một số ưu điểm như hiệu quả tránh thai cao, tác dụng lâu dài thì cũng còn một số yếu tố khác thuộc về chính sách cũng được cho là có tác động đến tỷ lệ sử dụng vòng tránh thai cao. Những yếu tố này sẽ được tiếp tục phân tích ở những phần tiếp theo.

III. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BÀ MẸ, TRẺ EM

Như đã trình bày ở trên, phần lớn phụ nữ các dân tộc ở Cao bằng mong muốn có nhiều con và thực tế là tỷ lệ có từ 3 con trở lên rất cao trong số phụ nữ tham gia phỏng vấn. Chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản quốc gia rất chú trọng đến nội dung chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em vì số con mong muốn cho một gia đình hoặc sử dụng biện pháp tránh thai phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại cộng đồng. Tuy nhiên, nhiều yếu tố như kinh tế nghèo nàn, giao thông đi lại khó khăn, mạng lưới dịch vụ chưa hoàn thiện cũng có tác động rất lớn đến các khu vực vùng sâu, vùng xa thể hiện qua sự quan tâm và chất lượng của các dịch vụ này vừa thiếu lại vừa yếu. Điều này đã thể hiện rất rõ qua kết quả nghiên cứu khi các chỉ báo về chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai đều cho thấy rằng hầu hết phụ nữ các dân tộc ở Cao bằng đều không nhận được sự chăm sóc đầy đủ khi mang thai cũng như khi sinh. Về tổng thể gần một nửa số phụ nữ (47%) không được khám thai lần nào trong suốt quá trình mang thai lần cuối, hơn 50% số phụ nữ không nhận được hướng dẫn chăm

sóc khi mang thai. Có sự khác nhau khá rõ về công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở khu vực vùng thấp và vùng cao của Cao bằng. 61% số bà mẹ ở huyện Bảo lộc không được hướng dẫn chăm sóc khi mang thai. Tỷ lệ này ở Hà Quảng là 41%. Ngoài ra gần 30% số bà mẹ ở Hà Quảng không được tiêm phòng uốn ván khi mang thai và tỷ lệ này cao hơn rất nhiều ở huyện Bảo lộc (gần 75%) (số liệu không trình bày trong bảng). 74% bà mẹ không được uống viên sắt, gần 80% số phụ nữ trả lời là vẫn phải làm việc như khi không mang thai, khoảng 81% không quan tâm đến số cân nặng của mình khi mang thai hoặc không được cân và hơn 70% sinh con tại nhà.

Sự khác nhau trong việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản giữa các dân tộc cũng khá rõ. Tỷ lệ không đi khám thai đều khá cao ở tất cả các nhóm dân tộc thiểu số tại Cao bằng nhưng tỷ lệ này cao hơn ở những người sống ở vùng sâu, vùng xa, cao nhất là nhóm những dân tộc khác (63%), tiếp theo là ở phụ nữ dân tộc Mông (56%), Dao (42%), Tày (41%) và Nùng (34%) . Nguyên nhân do các bà mẹ thấy không cần thiết phải đi khám thai (83% số người được hỏi cho rằng cảm thấy bình thường, không cần đi khám). 42% bà mẹ thuộc dân tộc Dao được uống viên sắt khi mang thai. Ở các dân tộc như Tày, Nùng, Mông, tỷ lệ này là 20%, thấp nhất là các bà mẹ thuộc nhóm các dân tộc khác (gần 10%). Phụ nữ dân tộc Tày và Dao nhận được hướng dẫn về chăm sóc thai nghén cao nhất (56%), tiếp theo là dân tộc Mông (45%), dân tộc Nùng (34%). Tỷ lệ phụ nữ thuộc các dân tộc khác chỉ khoảng 24%. Sự khác nhau còn thể hiện ở chỉ báo về tiêm phòng uốn ván khi mang thai, có 64% số phụ nữ dân tộc Tày được tiêm phòng khi mang thai lần cuối, tỷ lệ này là 44% ở phụ nữ dân tộc Dao, 38% ở phụ nữ dân tộc Mông, 34% ở phụ nữ dân tộc Nùng và 11% ở nhóm phụ nữ các dân tộc khác. Có đến 56% số người được hỏi cho rằng vì không biết là cần phải tiêm phòng khi mang thai,

22% cho rằng không cần phải tiêm và có 8.8% cho rằng trạm y tế xã không có thuốc tiêm cho phụ nữ mang thai (bảng 4.3).

BẢNG 4.1. MỘT SỐ CHỈ BÁO VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BÀ MẸ THEO DÂN TỘC

		Dân tộc										tổng số	
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Số lần khám thai	Không khám lần nào	68	41.7	11	34.4	21	42.0	50	56.2	34	63.0	184	47.4
	Khám 1 lần	24	14.7	11	34.4	12	24.0	9	10.1	7	13.0	63	16.2
	Khám 2 lần	33	20.2	3	9.4	7	14.0	14	15.7	9	16.7	66	17.0
	Khám 3 lần	38	23.3	5	15.6	6	12.0	13	14.6	3	5.6	65	16.8
	> 3 lần					1	2.0	3	3.4			4	1.0
	Không nhớ			2	6.3	3	6.0			1	1.9	6	1.5
Uống viên sắt khi có thai	Có	41	25.2	7	21.9	21	42.0	20	22.5	5	9.3	94	24.2
	Không	121	74.2	23	71.9	25	50.0	69	77.5	49	90.7	287	74.0
	Không nhớ	1	.6	2	6.3	4	8.0					7	1.8
Hướng dẫn chăm sóc thai nhi	Có	92	56.4	11	34.4	28	56.0	40	44.9	13	24.1	184	47.4
	Không	71	43.6	20	62.5	21	42.0	48	53.9	41	75.9	201	51.8
	Không nhớ			1	3.1	1	2.0	1	1.1			3	.8
Tiêm phòng uốn ván khi mang thai	Có	105	64.4	11	34.4	22	44.0	34	38.2	6	11.1	178	45.9
	Không	58	35.6	20	62.5	23	46.0	55	61.8	48	88.9	204	52.6
	Không nhớ			1	3.1	5	10.0					6	1.5
Làm việc khi mang thai	Nhiều hơn	2	1.2			3	6.0	3	3.4			8	2.1
	Như trước	129	79.1	27	84.4	35	70.0	67	75.3	51	94.4	309	79.6
	ít hơn	32	19.6	3	9.4	10	20.0	19	21.3	2	3.7	66	17.0
	Không nhớ			2	6.3	2	4.0			1	1.9	5	1.3
Tăng cân khi mang thai	Không nhớ	120	73.6	28	87.5	45	90.0	76	85.4	47	87.0	316	81.4
	< 5 kg	9	5.5	2	6.3	1	2.0	4	4.5	2	3.7	18	4.6
	Từ 5-10 kg	31	19.0	1	3.1	4	8.0	8	9.0	5	9.3	49	12.6
	Từ 10-15 kg	3	1.8	1	3.1			1	1.1			5	1.3
Nơi sinh cuối cùng	Tại nhà	85	52.1	17	53.1	46	92.0	81	91.0	49	90.7	278	71.6
	Cơ sở y tế	77	47.2	14	43.8	3	6.0	7	7.9	3	5.6	104	26.8
	Khác	1	.6	1	3.1	1	2.0	1	1.1	2	3.7	6	1.5
Tổng số		163	100.0	32	100.0	50	100.0	89	100.0	54	100.0	388	100.0

Cũng trong bảng 4.1 trên đây có thể thấy tỷ lệ sinh con tại nhà rất cao ở tất cả các nhóm dân tộc. Các dân tộc Dao, Mông và các dân tộc khác là

trên 90% và hơn 50% trẻ em các dân tộc Tày, Nùng được sinh tại nhà. Có lẽ sinh tại nhà là một điều bình thường đối với đồng bào dân tộc do ảnh hưởng của phong tục, tập quán, trình độ học vấn còn thấp của người phụ nữ hoặc xu hướng bình thường hoá sinh sản ở những lần sinh sau và đó cũng là hạn chế của màng lưới dịch vụ sức khoẻ sinh sản ở miền núi khi các điều kiện địa lý, khoảng cách, đi lại và kinh tế đều không thuận lợi. Ngoài ra, một trong các yếu tố góp phần làm giảm nguy cơ tai biến do sinh sản là những người đỡ đẻ có chuyên môn, được đào tạo tại xã lại chưa có. Phần lớn phụ nữ khi sinh con tại nhà không được chăm sóc bởi bác sĩ hay y tá, nữ hộ sinh. Số liệu trong bảng 4.2 cho thấy chỉ có 10% số bà mẹ sinh con tại nhà được sự trợ giúp của nữ hộ sinh và hầu hết số trường hợp này rơi vào nhóm phụ nữ dân tộc Tày và Nùng. Nếu có thể coi bà mụ vườn là những người có đôi chút kinh nghiệm thì tỷ lệ này cũng chỉ là 13%. Trong khi đó, tỷ lệ bà mẹ sinh con tại nhà không nhận được sự giúp đỡ chuyên môn rất cao, hơn 70% số này chỉ được những người trong gia đình giúp và hơn 4% là tự sinh con mà không có người giúp đỡ.

BẢNG 4.2. SỐ TRƯỜNG HỢP SINH CON TẠI NHÀ THEO DÂN TỘC VÀ NGƯỜI GIÚP ĐỠ KHI SINH

		Dân tộc										tổng số	
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ai giúp đỡ khi sinh tại nhà	Nữ hộ sinh	26	30.6	1	5.9					1	2.0	28	10.1
	Bà mụ vườn	14	16.5	1	5.9	9	19.6	6	7.4	6	12.2	36	12.9
	Người thân	43	50.6	14	82.4	36	78.3	65	80.2	42	85.7	200	71.9
	Tự sinh	2	2.4	1	5.9	1	2.2	8	9.9			12	4.3
	Khác							2	2.5			2	.7
tổng số		85	100.0	17	100.0	46	100.0	81	100.0	49	100.0	278	100.0

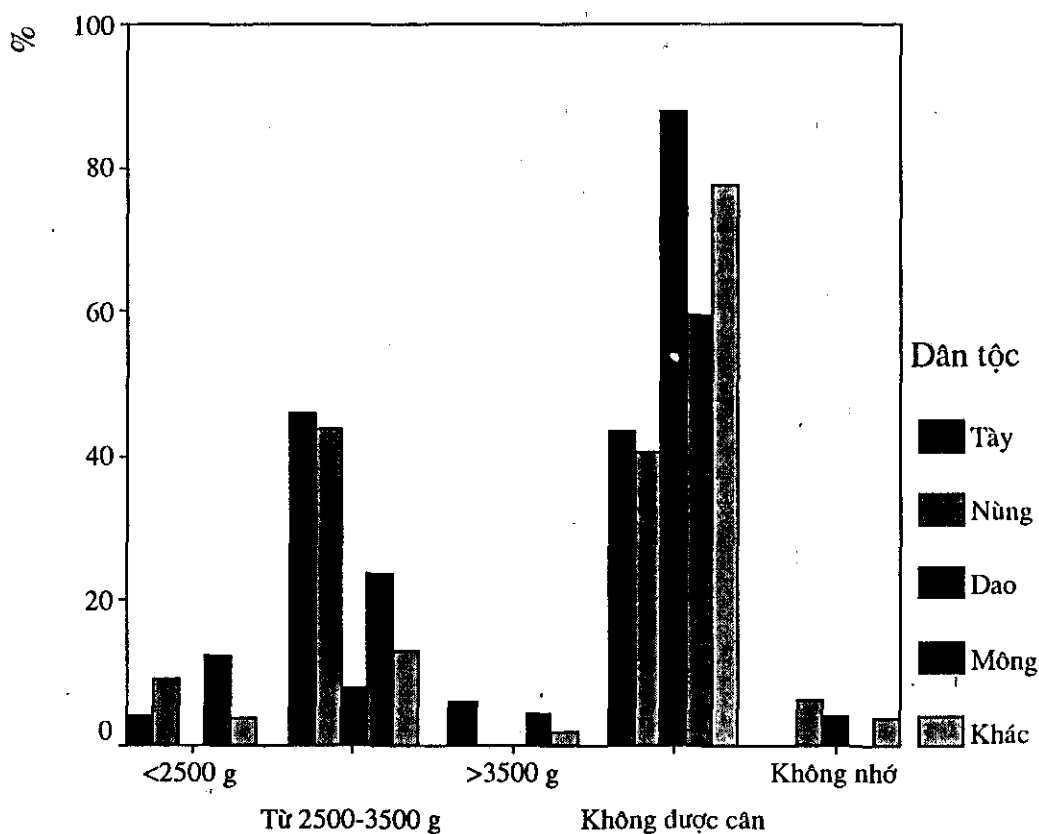
Số lần khám ở một lần mang thai là một trong những chỉ báo đánh giá về hiệu quả của công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Để có thể theo dõi được sức khỏe bà mẹ, sự phát triển của thai nhi và những yếu tố bất thường, một người phụ nữ khi mang thai nên đi khám thai 3 lần ở những giai đoạn khác nhau. Tuy nhiên tỷ lệ phụ nữ đi khám thai đủ 3 lần rất thấp như đã phân tích ở trên. Một trong số những lý do được đưa ra để giải thích cho việc không đi khám thai lần nào của các bà mẹ là “cảm thấy bình thường, không cần phải đi khám”, tỷ lệ này chiếm đến hơn 80% số bà mẹ không đi khám thai, tiếp theo là các lý do khác như nhà ở xa cơ sở y tế (10%), cảm thấy không thoải mái khi đến cơ sở y tế (3,8%), không có thời gian và không có người đưa đi (khoảng 1%).

**BẢNG 4.3. NHỮNG LÝ DO KHÔNG NHẬN ĐƯỢC SỰ CHĂM SÓC KHI MANG THAI
THEO DÂN TỘC**

		Dân tộc										tổng số	
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Không biết	29	50	15	75	15	65.2	36	65.5	20	41.7	115	56.4
Lý do không	Không cần	6	10.3	2	10	1	4.3	12	21.8	24	50.0	45	22.1
tiêm phòng	Xã không có												
uốn ván	tiêm phòng	12	20.7	1	5			3	5.5	2	4.2	18	8.8
	Khác	11	19.0	2	10	7	30.4	4	7.3	2	4.2	26	12.7
tổng số		58	100.0	20	100	23	100.0	55	100.0	48	100.0	204	100.0
	BThường	60	88.2	10	90.9	15	71.4	41	82.0	27	79.4	153	83.2
	Không có												
	thời gian					1	4.8	1	2.0	1	2.9	3	1.6
Lý do không	Không có												
khám thai	người giúp	1	1.5					1	2.0			2	1.1
	Không thích												
	khám	3	4.4			1	4.8	3	6.0			7	3.8
	Khác	4	5.9	1	9.1	4	19.0	4	8.0	6	17.6	19	10.3
tổng số		68	100.0	11	100.0	21	100.0	50	100.0	34	100.0	184	100.0
	Mẹ	57	62.0	8	72.7	18	66.7	25	62.5	12	92.3	120	65.6
	Cán bộ y tế												
Hướng dẫn	xã	66	71.7	8	72.7	18	66.7	23	57.5	6	46.2	121	66.1
chăm sóc	Cán bộ phụ												
thai nghén	nữ	17	18.5	1	9.1	4	14.8	5	12.5	2	15.4	29	15.8
	Cộng tác												
	viên DS	7	7.6			5	18.5	14	35.0	1	7.7	27	14.8
	Khác	5	5.4	1	9.1			1	2.5	1	7.7	8	4.4
Tổng số		92	165.2	11	163.6	27	166.7	40	170.0	13	169.2	183	166.7

Ghi chú: TS=204: số người không tiêm phòng uốn ván; TS=184: số người không khám thai;
TS=183 số người được hướng dẫn chăm sóc thai nghén. Tổng số >100%: câu có nhiều lựa chọn

Như vậy, có thể thấy còn rất nhiều tồn tại trong công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ khi mang thai và khi sinh ở Cao bằng qua các chỉ báo như tỷ lệ không khám thai lần nào khi mang thai rất cao, tỷ lệ tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt thấp và tỷ lệ sinh con tại nhà rất cao. Chính vì vậy, việc theo dõi, chăm sóc trẻ sơ sinh cũng không được thực hiện đầy đủ thể hiện qua tỷ lệ trẻ em sinh ra không được cân cũng rất cao ở các nhóm dân tộc thiểu số. Thậm chí có những nhóm như dân tộc Dao, Mông và nhóm dân tộc thiểu số khác có từ trên 60% đến trên 80% trẻ em sinh ra không được cân.



Ngoài ra, các chỉ báo về tiêm chủng cho trẻ em đều không cao. Số liệu bảng 4.4 cho biết nhìn chung khoảng 67% trẻ em đã được uống phòng bại liệt, 71% được tiêm phòng ho gà, bạch hầu, uốn ván, 70% được tiêm phòng

sởi, 68% tiêm phòng lao và 67% được uống vitamin A. Tuy nhiên có thể thấy tỷ lệ trẻ em dân tộc Dao được tiêm chủng thấp nhất trong các nhóm dân tộc nghiên cứu ở Cao bằng, tiếp đến là nhóm dân tộc Mông và các dân tộc khác.

BẢNG 4.4. MỘT SỐ CHỈ BÁO VỀ CHĂM SÓC TRẺ EM THEO DÂN TỘC

		Dân tộc										Tổng số	
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác		n	%
		%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Bại liệt	Có	85.3	23	71.9	21	42.0	53	59.6	33	61.1	269	69.3	
	Không	8.6	7	21.9	12	24.0	24	27.0	21	38.9	78	20.1	
	Không nhớ	6.1	2	6.3	17	34.0	12	13.5			41	10.6	
Ho gà + Uốn ván + Bạch hầu	Có	85.3	25	78.1	23	46.0	54	60.7	36	66.7	277	71.4	
	Không	8.0	5	15.6	11	22.0	26	29.2	17	31.5	72	18.6	
	Không nhớ	6.7	2	6.3	16	32.0	9	10.1	1	1.9	39	10.1	
Sởi	Có	84.7	24	75.0	25	50.0	52	58.4	34	63.0	273	70.4	
	Không	8.0	5	15.6	11	22.0	24	27.0	18	33.3	71	18.3	
	Không nhớ	7.4	3	9.4	14	28.0	13	14.6	2	3.7	44	11.3	
Lao	Có	81.6	22	68.8	23	46.0	52	58.4	33	61.1	263	67.8	
	Không	8.0	6	18.8	11	22.0	24	27.0	18	33.3	72	18.6	
	Không nhớ	10.4	4	12.5	16	32.0	13	14.6	3	5.6	53	13.7	
Vitamin A	Có	84.0	23	71.9	19	38.0	50	56.2	32	59.3	261	67.3	
	Không	8.6	6	18.8	16	32.0	28	31.5	22	40.7	86	22.2	
	Không nhớ	7.4	3	9.4	15	30.0	11	12.4			41	10.6	
Tổng số		100.0	32	100.0	50	100.0	89	100.0	54	100.0	388	100.0	

IV. BỆNH PHỤ KHOA VÀ HIV/AIDS

Nhằm đánh giá thực trạng hiểu biết của phụ nữ các dân tộc khác nhau ở Cao bằng về bệnh phụ khoa, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS, một số câu hỏi có liên quan đến các vấn đề này được sử dụng trong điều tra này. Kết quả trình bày trong bảng 5.1 cho thấy nhìn chung khoảng 60% phụ nữ dân tộc thiểu số trả lời có biết thế nào là bệnh phụ khoa. Tỷ lệ này khác nhau theo các đặc tính nhân khẩu học khác nhau. Có thể thấy

tỷ lệ này cao gấp đôi ở nhóm phụ nữ các dân tộc thiểu số ở huyện Hà Quảng (vùng thấp) so với huyện Bảo Lạc (83% và 40% tương ứng). Phụ nữ dân tộc Tày có tỷ lệ biết về bệnh phụ khoa cao nhất (83%), tỷ lệ này khá thấp ở các

BẢNG 5.1. TỶ LỆ TRẢ LỜI BIẾT VỀ BỆNH PHỤ KHOA THEO MỘT SỐ ĐẶC TÍNH NHÂN KHẨU HỌC

		Biết về bệnh phụ khoa						Tổng số	
		Có		Không		Không trả lời		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Huyện	Bảo Lạc	85	40.1	120	56.6	7	3.3	212	100.0
	Hà Quảng	156	83.0	28	14.9	4	2.1	188	100.0
Dân tộc	Tày	137	83.0	25	15.2	3	1.8	165	100.0
	Nùng	20	62.5	11	34.4	1	3.1	32	100.0
	Dao	23	43.4	26	49.1	4	7.5	53	100.0
	Mông	50	53.8	42	45.2	1	1.1	93	100.0
	Khác	11	19.3	44	77.2	2	3.5	57	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	77	38.9	114	57.6	7	3.5	198	100.0
	Tiểu học	44	68.8	18	28.1	2	3.1	64	100.0
	PTCS	73	83.9	13	14.9	1	1.1	87	100.0
	PTTH	45	93.8	2	4.2	1	2.1	48	100.0
Nhóm tuổi	15-19	3	37.5	5	62.5			8	100.0
	20-24	28	50.0	26	46.4	2	3.6	56	100.0
	25-29	50	62.5	28	35.0	2	2.5	80	100.0
	30-34	51	68.0	20	26.7	4	5.3	75	100.0
	35-39	54	65.9	28	34.1			82	100.0
	40-44	34	58.6	22	37.9	2	3.4	58	100.0
	45-49	21	51.2	19	46.3	1	2.4	41	100.0
Tổng số		241	60.3	148	37.0	11	2.8	400	100.0

Tổng số phụ nữ

nhóm dân tộc còn lại. Thấp nhất là nhóm phụ nữ các dân tộc thiểu số khác (19%). Tỷ lệ này tỷ lệ thuận với trình độ học vấn của những người tham gia phỏng vấn, từ 39% ở nhóm không biết chữ tăng lên đến 69% ở nhóm có trình độ tiểu học và hơn 90% ở nhóm có trình độ phổ thông trung học trở lên. Phụ nữ nhóm tuổi từ 30-40 có tỷ lệ trả lời có biết về bệnh phụ khoa cao

nhất so với các nhóm tuổi còn lại. Tuy nhiên sự hiểu biết về bệnh phụ khoa chỉ giới hạn trong hai biểu hiện thường gây sự khó chịu cho người phụ nữ là ngứa và khí hư âm đạo. Tỷ lệ đề cập đến hai triệu chứng này là ngứa bộ phận sinh dục (100%), ra khí hư (75%). Các dấu hiệu khác thường ít được đề ý đến và có tỷ lệ trả lời biết đến thấp hơn là ra máu bất thường và đái buốt, đái dắt (15%) (số liệu không trình bày trong bảng).

Chính vì sự hiểu biết về bệnh phụ khoa còn hạn chế như vậy nên tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số ở Cao bằng cho rằng mình đã từng bị bệnh phụ khoa không cao, 18% trong tổng số mẫu trả lời rằng mình đã từng bị bệnh phụ khoa thông qua các dấu hiệu trên (chiếm 30% số người trả lời biết về bệnh phụ khoa). Cũng tương tự như sự hiểu biết về bệnh, tỷ lệ này cũng khác nhau theo các đặc tính nhân khẩu học khác nhau (bảng 5.2). Tỷ lệ phụ nữ cho rằng mình đã từng gặp các dấu hiệu của bệnh phụ khoa ở huyện Bảo lộc cao hơn so với huyện Hà Quảng (37,6% so với 26,9%). Gần 42% phụ nữ dân tộc Tày được hỏi cho rằng mình đã từng bị bệnh phụ khoa trong khi đó, tỷ lệ này chỉ là 30% ở phụ nữ dân tộc Nùng, gần 22% ở phụ nữ dân tộc Dao và khoảng 10% ở phụ nữ dân tộc Mông và nhóm các dân tộc khác.

Tỷ lệ cho rằng mình đã từng gặp các dấu hiệu của bệnh phụ khoa cũng tỷ lệ thuận với trình độ học vấn và tuổi của đối tượng nghiên cứu. Nhóm phụ nữ có trình độ học vấn nhất định (tiểu học trở lên) và nhóm phụ nữ tuổi từ 25 trở lên cho rằng mình đã từng gặp các dấu hiệu trên cao hơn so với những nhóm phụ nữ còn lại.

BẢNG 5.2. TỶ LỆ TRẢ LỜI ĐÃ GẶP NHỮNG DẤU HIỆU VỀ BỆNH PHỤ KHOA THEO MỘT SỐ ĐẶC TÍNH CHUNG

		Đã gặp dấu hiệu của viêm nhiễm phụ khoa						Tổng số	
		Có		Không		Không nhớ, không trả lời			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Huyện	Bảo lộc	32	37.6	51	60.0	2	2.4	85	100.0
	Hà quang	42	26.9	113	72.4	1	.6	156	100.0
Dân tộc	Tày	57	41.6	79	57.7	1	.7	137	100.0
	Nùng	6	30.0	14	70.0			20	100.0
	Dao	5	21.7	17	73.9	1	4.3	23	100.0
	Mông	5	10.0	44	88.0	1	2.0	50	100.0
	Khác	1	9.1	10	90.9			11	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	13	16.9	63	81.8	1	1.3	77	100.0
	Tiểu học	16	36.4	26	59.1	2	4.5	44	100.0
	PTCS	30	41.1	43	58.9			73	100.0
	PTTH	15	33.3	30	66.7			45	100.0
	CD,ĐH			2	100.0			2	100.0
Nhóm tuổi	15-19			2	66.7	1	33.3	3	100.0
	20-24	2	7.1	26	92.9			28	100.0
	25-29	15	30.0	35	70.0			50	100.0
	30-34	17	33.3	34	66.7			51	100.0
	35-39	21	38.9	33	61.1			54	100.0
	40-44	13	38.2	21	61.8			34	100.0
	45-49	6	28.6	13	61.9	2	9.5	21	100.0
Tổng số		74	30.7	164	68.0	3	1.2	241	100.0

241= số phụ nữ trả lời biết về bệnh phụ khoa

Qua những phân tích ở trên có thể thấy tỷ lệ có hiểu biết về bệnh phụ khoa cũng như nhận thức về nguy cơ mắc bệnh của phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng khá thấp. Ngay cả ở số người được cho là có hiểu biết về bệnh thì sự hiểu biết này cũng chỉ giới hạn ở những dấu hiệu mà người phụ nữ không thể bỏ qua được như ngứa hoặc khí hư âm đạo, các dấu hiệu khác thường bị bỏ qua dẫn đến việc không xử lý hoặc xử lý không đúng cách khi gặp phải những dấu hiệu này. Điều này cũng thể hiện qua số liệu được trình bày trong bảng 5.3 dưới đây. Có đến 40% phụ nữ dân tộc Dao, 33% phụ nữ

dân tộc Nùng, 25% phụ nữ dân tộc Mông và 15% phụ nữ dân tộc Tày không làm gì cả khi phát hiện thấy xuất hiện những dấu hiệu của viêm nhiễm phụ khoa lần đầu tiên. Nếu có đến cơ sở y tế thì trạm xá xã được phần lớn phụ nữ các dân tộc thiểu số lựa chọn đến khám và chữa bệnh. Điều đó cho thấy vai trò của trạm xá xã trong việc chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ các dân tộc ở Cao bằng, đặc biệt là trong việc phòng tránh và điều trị viêm nhiễm đường sinh dục, các bệnh lây truyền qua đường tình dục là rất quan trọng.

**XỬ LÝ KHI GẶP CÁC DẤU HIỆU VIÊM NHIỄM PHỤ KHOA
THEO DÂN TỘC VÀ TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN**

			Dân tộc				
			Tày	Nùng	Dao	Mông	Khác
Xử lý lần 1	Không làm gì	n	8	2	2	1	
		%	15.1	33.3	40.0	25.0	
	BV tỉnh	n			1		
		%			20.0		
	BV huyện	n	3	3	1	1	
		%	5.7	50.0	20.0	25.0	
	Trạm xá xã	n	45	1	2	3	1
		%	84.9	16.7	40.0	75.0	100.0
	Y tế tư nhân	n	1				
		%	1.9				
Xử lý lần 2	Tự chữa	n	2				
		%	3.8				
	BV tỉnh	n					
		%					
	BV huyện	n	10	4	1		
		%	18.9	66.7	33.3		
	Trạm xá xã	n	44	3	2	4	1
		%	83.0	50.0	66.7	100.0	100.0
	Y tế tư nhân	n	1				
		%	1.9				
	Tự chữa	n	2				
		%	3.8				

Tổng >100% _ câu có nhiều lựa chọn

Bảng 5.4 dưới đây cho thấy nhìn chung tỷ lệ phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng hiểu biết về hội chứng suy giảm hệ thống miễn dịch rất thấp, chưa đến một nửa số người được hỏi (41%) đã từng nghe nói về HIV/AIDS, tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung của toàn quốc (trên 90%), thậm chí còn thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ hiểu biết của phụ nữ vùng sâu, vùng xa trong điều tra nhân khẩu học và sức khỏe năm 1997 (81%).

Tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS của phụ nữ khác nhau theo các đặc tính chung như địa bàn, dân tộc, trình độ học vấn và tuổi. Tỷ lệ phụ nữ sống ở Hà Quảng đã từng nghe nói về HIV/AIDS cao hơn rất nhiều so với phụ nữ sống ở Bảo Lạc (65% so với gần 20%). Phụ nữ dân tộc Tày, Nùng có tỷ lệ biết về HIV/AIDS khá cao (76% và 53%), tỷ lệ phụ nữ ở các dân tộc như Dao, Mông và các dân tộc khác hiểu biết về HIV rất thấp, từ 5% đến 17%.

Cũng như hiểu biết về bệnh phụ khoa, hiểu biết về HIV/AIDS của phụ nữ các dân tộc có quan hệ tỷ lệ thuận với trình độ học vấn. Chỉ có 11% phụ nữ mù chữ biết về HIV/AIDS trong khi đó tỷ lệ này đã tăng lên gấp ba lần (34%) ở những người có trình độ học vấn tiểu học và khá cao ở những người có trình độ phổ thông cơ sở trở lên.

Phụ nữ các nhóm tuổi biết về căn bệnh này tương đối khác nhau, cao nhất là những phụ nữ thuộc nhóm tuổi từ 30-39 (trên 50%), phụ nữ thuộc các nhóm tuổi còn lại có tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS thấp hơn.

**Bảng 5.4. Tỷ lệ đã từng nghe nói về HIV
theo một số đặc tính chung của đối tượng phỏng vấn**

		Đã từng nghe nói về HIV/AIDS				Tổng số	
		Có		Không			
		n	%	n	%	n	%
Huyện	Bảo lộc	42	19.8	170	80.2	212	100.0
	Hà Quảng	123	65.4	65	34.6	188	100.0
Dân tộc	Tày	125	75.8	40	24.2	165	100.0
	Nùng	17	53.1	15	46.9	32	100.0
	Dao	9	17.0	44	83.0	53	100.0
	Mông	11	11.8	82	88.2	93	100.0
	Khác	3	5.3	54	94.7	57	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	22	11.1	176	88.9	198	100.0
	Tiểu học	22	34.4	42	65.6	64	100.0
	PTCS	76	87.4	11	12.6	87	100.0
	PTTH	43	89.6	5	10.4	48	100.0
	CD,ĐH	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Nhóm tuổi	15-19			8	100.0	8	100.0
	20-24	17	30.4	39	69.6	56	100.0
	25-29	28	35.0	52	65.0	80	100.0
	30-34	40	53.3	35	46.7	75	100.0
	35-39	43	52.4	39	47.6	82	100.0
	40-44	25	43.1	33	56.9	58	100.0
	45-49	12	29.3	29	70.7	41	100.0
Tổng số		165	41.3	235	58.8	400	100.0

Tuy tỷ lệ hiểu biết về HIV của đối tượng phỏng vấn thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ chung của phụ nữ vùng sâu, vùng xa nhưng ở những người đã từng nghe nói về HIV có tỷ lệ trả lời đúng về các đường truyền này khá cao. Các nguyên nhân như quan hệ tình dục với người mắc bệnh, mẹ truyền sang con, tiêm chích ma túy và truyền máu đều có tỷ lệ lựa chọn khá cao. Tuy nhiên lây nhiễm HIV theo đường truyền máu có tỷ lệ hiểu biết khá thấp. Chỉ có 27% số phụ nữ dân tộc Mông biết về HIV biết rằng HIV có thể lây qua

đường máu. Tỷ lệ này ở những người mù chữ và những người trên 45 tuổi là 45,5% (bảng 5.5).

**Bảng 5.5. Tỷ lệ trả lời đúng về các đường lây truyền HIV
Theo một số đặc tính chung**

		Hiểu biết đúng về đường lây truyền HIV							
		QHTD với người mắc bệnh		Mẹ truyền sang con		Tiêm chích ma túy		Truyền máu	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Huyện	Bảo lộc	40	95.2	31	73.8	36	85.7	26	61.9
	Hà quang	118	95.9	118	95.9	120	97.6	111	90.2
Dân tộc	Tày	119	95.2	114	91.2	121	96.8	111	88.8
	Nùng	17	100.0	16	94.1	14	82.4	13	76.5
	Dao	9	100.0	8	88.9	8	88.9	7	77.8
	Mông	10	90.9	8	72.7	10	90.9	3	27.3
	Khác	3	100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0
Trình độ học vấn	Không biết chữ	21	95.5	17	77.3	18	81.8	10	45.5
	Tiểu học	19	86.4	20	90.9	20	90.9	16	72.7
	PTCS	74	97.4	68	89.5	73	96.1	71	93.4
	PTTH	42	97.7	42	97.7	43	100.0	38	88.4
	CD,ĐH	2	100.0	2	100.0	2	100.0	2	100.0
Nhóm tuổi	20-24	17	100.0	15	88.2	16	94.1	14	82.4
	25-29	27	96.4	24	85.7	27	96.4	22	78.6
	30-34	39	97.5	37	92.5	40	100.0	34	85.0
	35-39	40	93.0	41	95.3	42	97.7	38	88.4
	40-44	24	96.0	22	88.0	21	84.0	21	84.0
	45-49	11	91.7	10	83.3	10	83.3	8	66.7

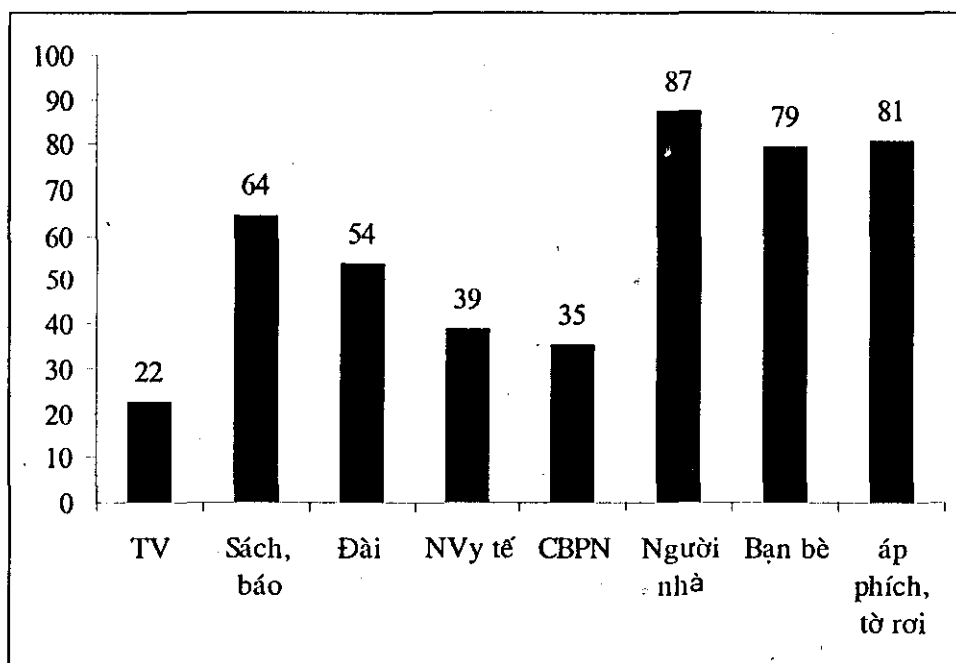
Trong số phụ nữ đã từng nghe nói đến HIV

Tổng >100= câu có nhiều lựa chọn

Có thể thấy sự hiểu biết về HIV của phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng là thông qua nhiều kênh truyền thông khác nhau. Tuy nhiên đối với phụ nữ ở vùng sâu, vùng xa thì thông tin về HIV/AIDS lại qua bạn bè hoặc người thân cung cấp là chủ yếu. Hình 2 dưới đây cho thấy đối với phụ nữ

các dân tộc thiểu số ở Cao bằng, nguồn thông tin qua gia đình, bạn bè, tờ rơi và áp phích chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 79% đến 87%), tiếp theo là thông tin thu được từ các kênh khác như sách báo (64%), đài (54%). Đáng lưu ý là kênh cung cấp thông tin qua cán bộ y tế và cán bộ hội phụ nữ địa phương chỉ chiếm từ 35% đến 39% và ngược lại với các vùng khác trong cả nước, TV là kênh cung cấp thông tin về HIV/AIDS được ít người sử dụng nhất (22%).

Hình 2. Tỷ lệ biết về các nguồn cung cấp thông tin về HIV



Như trên đã phân tích, tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS trong số phụ nữ tham gia nghiên cứu là rất ít và nguồn cung cấp thông tin cho họ chủ yếu thông qua người thân và bạn bè, là những kênh truyền thông còn chịu nhiều ảnh hưởng của tính chính xác của thông tin và định kiến xã hội và đó là một trong những hạn chế đối với việc phòng tránh HIV lây truyền trong cộng đồng. Điều đó thể hiện qua sự hiểu biết của phụ nữ các dân tộc thiểu số khác

nhau về cách phòng tránh HIV/AIDS được trình bày trong bảng 5.6 dưới đây.

Số liệu trong bảng cho thấy phần lớn những người đã từng nghe nói đến HIV đều có kiến thức nhất định về cách phòng tránh HIV. Trong số họ, chỉ có 3,2% phụ nữ dân tộc Tày không biết về cách phòng tránh HIV, tỷ lệ này cao hơn ở nhóm phụ nữ dân tộc Nùng (gần 12%), Dao (11%) và Mông (9%).

Bảng 5.6. Tỷ lệ hiểu biết về các cách phòng tránh HIV theo dân tộc

		Dân tộc									
		Tày		Nùng		Dao		Mông		Khác	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cách phòng tránh HIV	Không biết	4	3.2	2	11.8	1	11.1	1	9.1		
	Không SHTD với nhiều người	101	80.8	12	70.6	7	77.8	10	90.9	3	100.0
	Không SHTD với người lạ	86	68.8	11	64.7	8	88.9	6	54.5	2	66.7
	Dùng BCS	110	88.0	12	70.6	8	88.9	5	45.5	3	100.0
	Không QHTD với gái mãi dâm	66	52.8	9	52.9	7	77.8	4	36.4	2	66.7
	Không dùng chung đồ với người bệnh	10	8.0	4	23.5					1	33.3
	Ngủ nằm màn	12	9.6	3	17.6			1	9.1	1	33.3
	Không dùng chung kim tiêm	81	64.8	7	41.2	8	88.9	8	72.7	2	66.7
	Sử dụng đồ dùng riêng	6	4.8	4	23.5	1	11.1				
	Tránh tiếp xúc với người nghi nhiễm bệnh	2	1.6	2	11.8						

Trong số phụ nữ đã từng nghe nói đến HIV
Tổng >100= câu có nhiều lựa chọn

Một số cách phòng tránh lây truyền HIV đúng như không sinh hoạt tình dục với nhiều người, với người lạ hoặc với gái mãi dâm là những biện pháp có tỷ lệ người lựa chọn cao, tuy nhiên, sự hiểu biết này không giống nhau ở các nhóm dân tộc khác nhau. Phụ nữ dân tộc Mông có tỷ lệ lựa chọn các cách phòng tránh này thấp hơn so với các dân tộc khác (bảng 5.6). Trong

khi từ 66% đến 89% phụ nữ các nhóm dân tộc như Tày, Nùng, Dao biết rằng không nên quan hệ tình dục với người lạ thì tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông là chưa đến 55% hoặc từ hơn 50% đến 78% phụ nữ các nhóm dân tộc Tày, Nùng, Dao... cho rằng không nên có quan hệ tình dục với gái mãi dâm thì tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông là 36%.

Sử dụng bao cao su để phòng tránh HIV cũng được khá nhiều người trong nhóm những người có hiểu biết nhất định về HIV lựa chọn (từ trên 70% ở nhóm phụ nữ dân tộc Nùng đến 100% ở nhóm phụ nữ các dân tộc khác và nhóm phụ nữ dân tộc Mông cũng có tỷ lệ hiểu biết thấp nhất về cách sử dụng bao cao su để tránh lây truyền HIV (45%) và nhóm phụ nữ dân tộc Nùng lại có tỷ lệ biết về cách phòng tránh HIV qua việc không sử dụng chung kim tiêm thấp nhất (41%) so với các nhóm dân tộc khác (từ trên 60% đến gần 90%).

Ngoài những hiểu biết đúng về cách phòng tránh HIV như đã phân tích ở trên, trong nhóm phụ nữ biết về HIV cũng tồn tại những hiểu biết sai lệch về các cách phòng tránh HIV như không dùng chung đồ với người bị bệnh, tránh muỗi đốt hoặc tránh tiếp xúc với người có bệnh. Sự hiểu biết sai lệch này khác nhau ở những nhóm dân tộc khác nhau như số liệu đã trình bày trong bảng 5.6.

PHẦN III. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

I. Kết luận

Cao bằng là một tỉnh miền núi phía Bắc có những khó khăn về địa lý, phân bố dân cư, đặc điểm các dân tộc dẫn đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội còn thấp. Không chỉ nhận thức và thực hiện chương trình KHHGD của phụ nữ các nhóm dân tộc thiểu số ở Cao bằng còn thấp mà các hoạt động của chương trình dân số - KHHGD của địa phương như bảo vệ bà mẹ, trẻ em, chăm sóc sức khỏe sinh sản và dịch vụ làm mẹ an toàn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân. Điều đó thể hiện ở kết quả đánh giá về tác động của các hoạt động chương trình DS-KHHGD đến các nhóm dân tộc như đã phân tích ở trên. Qua phân tích những thông tin thu được có thể rút ra một số kết luận như sau:

1. Hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn thấp:

- Có tới 49,5% số phụ nữ tham gia nghiên cứu là những người mù chữ. Huyện vùng cao Bảo Lạc có tỷ lệ những người không biết chữ cao gấp hơn hai lần so với huyện Hà Quảng (66% và 31% tương ứng).

- Tỷ lệ muốn có con thứ 3+ nhóm không biết chữ chiếm đến 41% và ở nhóm có trình độ tiểu học chiếm đến 10%. ở dân tộc H'mông 67%, dân tộc Dao 60% và các nhóm dân tộc khác là 52%.

- Tỷ lệ cộng tác viên có trình độ học vấn từ phổ thông cơ sở trở lên chiếm hơn 60% nhưng vẫn còn số lớn chưa tốt nghiệp tiểu học (36%), tỷ lệ này cao nhất ở những người thuộc vùng sâu, vùng xa (vùng núi cao), nơi có gần một nửa số cộng tác viên dân số chưa tốt nghiệp tiểu học. Do đó trình độ học vấn thấp của cộng tác viên dân số tại địa bàn điều tra sẽ là một hạn chế rất lớn tới quản lý chương trình ở cấp xã qua nhận thức và hiểu biết của cộng tác viên dân số đối với việc thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hoá gia đình

2. Tảo hôn là một vấn đề đáng báo động tại Cao bằng khi gần một nửa số phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng kết hôn trước 18 tuổi (44,5% ở Bảo Lạc và 41,4% ở Hà Quảng) và đến trước 22 tuổi thì hầu hết số phụ nữ này đã kết hôn.

13% đã làm mẹ trước 18 tuổi và khoảng hai phần ba ở trước tuổi 22. Tỷ lệ tảo hôn cao tồn tại ở tất cả các nhóm dân tộc ít người, tỷ lệ này cao nhất ở phụ nữ dân tộc Mông (72%). Tiếp theo là nhóm dân tộc Dao (58,5%) và các dân tộc khác (54,4%).

3. Tỷ lệ phụ nữ các dân tộc ít người ở Cao bằng cho rằng mình đã từng có thai không mong muốn không cao lắm (khoảng 18%). khoảng 25% phụ nữ dân tộc Tày đã từng có thai không mong muốn, tiếp theo là phụ nữ dân tộc Mông (19%), Nùng (12,5%), Dao và nhóm các dân tộc khác (từ 7% đến 8%). số phụ nữ không biết chữ, tăng lên gấp đôi ở nhóm phụ nữ có trình độ học vấn tiểu học (20,6%) và gấp gần 7 lần ở nhóm phụ nữ có trình độ cao đẳng và đại học (66,7%). Có nghĩa rằng tỷ lệ có thai không mong muốn tỷ lệ với trình độ học vấn.

Không sử dụng biện pháp tránh thai trong khi không muốn có thêm con là nguyên nhân chính của mang thai ngoài kế hoạch 51%, trong khi tỷ lệ này do thất bại của biện pháp tránh thai chỉ có 37%. Ngoài ra tỷ lệ này cũng khá cao ở tất cả các nhóm dân tộc ít người ở Cao bằng (46% ở dân tộc Tày, 35% ở dân tộc Mông và 25% ở dân tộc Nùng) và đây là một điều rất đáng lưu ý trong việc đánh giá hiệu quả của chương trình DS-KHHGD của Cao bằng. Các nguyên nhân khác chỉ chiếm hơn 10% tổng số người mang thai không mong muốn

4. Cơ cấu sử dụng biện pháp tránh thai của Cao Bằng còn nhiều bất hợp lý

- Vòng tránh thai là biện pháp được nhiều người sử dụng (87% tổng số người sử dụng biện pháp tránh thai), số người sử dụng vòng có thời gian trên 5 năm chiếm 40% và 12% có thời gian sử dụng dưới 1 năm.

- Các biện pháp tránh thai hiện đại khác như đình sản, bao cao su, thuốc uống, tiêm tránh thai đều chiếm một tỷ lệ nhỏ trong cơ cấu sử dụng biện pháp tránh thai của Cao Bằng: thuốc tiêm tránh thai chiếm 5,9%, đình sản chiếm 3,3%, thuốc uống 1,7% và bao cao su 0,7%.

Riêng thuốc tiêm tránh thai DMPA mới được triển khai từ tháng 7 năm 2001. Như vậy vòng tránh thai là biện pháp tối ưu đối với chị em phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở Cao bằng. Ngoài ra chính sách bồi dưỡng khuyến khích người thực hiện KHHGD, người cung cấp dịch vụ kỹ thuật đặt vòng tại quyết định 430 UB-QĐ-TH ngày 11 tháng 5 năm 1993 và nay là quyết định 1215 – QĐ-VX-UB ngày 16 tháng 8 năm 1998 cũng là những yếu tố tác động đến việc chấp nhận sử dụng vòng tránh thai như là một biện pháp kế hoạch hoá gia đình cơ bản.

5. Thực trạng công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em ở Cao bằng còn nhiều tồn tại đáng lưu ý thể hiện ở các chỉ báo số lần khám thai, tiêm phòng uốn ván, uống viên sắt, chế độ làm việc khi mang thai và nơi sinh con. Hầu hết các nhóm phụ nữ dân tộc ít người đều không nhận được sự chăm sóc đáng kể khi mang thai cũng như khi sinh.

- 47% không được khám thai lần nào và hơn 50% không nhận được hướng dẫn chăm sóc thai nghén.

- 74% bà mẹ không được uống viên sắt, gần 80% vẫn phải làm việc như bình thường, khoảng 81% không quan tâm đến số cân nặng của mình khi mang thai hoặc không được cân.

Nhóm phụ nữ thuộc các dân tộc Mông, Dao ít nhận được sự chăm sóc khi mang thai hơn các dân tộc khác. Hơn 70% sinh con tại nhà và tỷ lệ này cao

hơn rất nhiều ở nhóm phụ nữ dân tộc Mông, Dao. Phần lớn họ không nhận được sự chăm sóc của nhân viên y tế. Chỉ có 10% số bà mẹ sinh con tại nhà được sự trợ giúp của nữ hộ sinh và hầu hết số trường hợp này rơi vào nhóm phụ nữ dân tộc Tày và Nùng. Hơn 4% là tự sinh con mà không có người giúp đỡ. Đó có thể do ảnh hưởng của phong tục, tập quán, trình độ học vấn còn thấp của người phụ nữ hoặc có thể là hạn chế của mạng lưới dịch vụ sức khỏe sinh sản ở miền núi khi các điều kiện địa lý, khoảng cách, đi lại và kinh tế đều không thuận lợi như khu vực đồng bằng hoặc trung du.

-Trẻ em thuộc các dân tộc ít người ở Cao bằng cũng không nhận được sự chăm sóc đầy đủ khi được sinh ra. Hầu hết trẻ em sinh ra không được cân, tỷ lệ này ở dân tộc Dao, Mông lên đến 60% - 80% . Tuy tỷ lệ trẻ được tiêm chủng có cao hơn nhưng cũng chỉ khoảng 67% trẻ em được uống phòng bại liệt, 71% được tiêm phòng ho gà, bạch hầu, uốn ván, 70% được tiêm phòng sởi, 68% tiêm phòng lao và 67% được uống vitamin A. Tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng thuộc dân tộc Dao thấp nhất so với các nhóm dân tộc khác.

6. Tỷ lệ biết về bệnh phụ khoa chỉ chiếm khoảng 60% và chỉ giới hạn ở hai dấu hiệu dễ gây chú ý nhất là ngứa và khí hư âm đạo. Tỷ lệ này cao gấp đôi ở nhóm phụ nữ sống ở vùng thấp so với phụ nữ sống ở vùng cao (83% và 40% tương ứng). Ngoài dân tộc Tày có tỷ lệ biết về bệnh phụ khoa cao nhất (83%) thì tỷ lệ này khá thấp ở các nhóm dân tộc còn lại. Sự hiểu biết về bệnh phụ khoa tỷ lệ thuận với trình độ học vấn của những người tham gia nghiên cứu (tăng từ 39% ở nhóm không biết chữ lên đến 69% ở nhóm có trình độ tiểu học và hơn 90% ở nhóm có trình độ phổ thông trung học trở lên).

40% phụ nữ dân tộc Dao, 33% phụ nữ dân tộc Nùng, 25% phụ nữ dân tộc Mông và 15% phụ nữ dân tộc Tày không làm gì cả khi phát hiện thấy xuất hiện những dấu hiệu của viêm nhiễm phụ khoa lần đầu tiên. Cơ sở y tế

được phần lớn phụ nữ các dân tộc lựa chọn đến khám và chữa bệnh là trạm xá xã.

Nhìn chung, tỷ lệ phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng hiểu biết về hội chứng suy giảm hệ thống miễn dịch rất thấp, chưa đến một phần hai số người được hỏi (41%) đã từng nghe nói về HIV/AIDS. Phụ nữ các dân tộc Tày, Nùng, sống ở vùng thấp biết về HIV/AIDS cao hơn rất nhiều so với các nhóm dân tộc còn lại (76% và 53% so với từ 5% đến 17% ở dân tộc Dao, Mông). Trình độ học vấn có quan hệ tỷ lệ thuận với hiểu biết về HIV/AIDS. Chỉ có 11% phụ nữ mù chữ biết về HIV/AIDS trong khi đó tỷ lệ này đã tăng lên gấp ba lần (34%) ở những người có trình độ học vấn tiểu học và khá cao ở những người có trình độ phổ thông cơ sở trở lên.

Hiểu biết về HIV/AIDS và các đường lây truyền của đối tượng phỏng vấn thấp. Các nguyên nhân như quan hệ tình dục với người mắc bệnh, mẹ truyền sang con, tiêm chích ma túy và truyền máu đều có tỷ lệ lựa chọn khá cao. Tuy nhiên lây nhiễm HIV theo đường truyền máu có tỷ lệ hiểu biết khá thấp. Chỉ có 27% số phụ nữ dân tộc Mông biết về HIV biết rằng HIV có thể lây qua đường máu.

- Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu là người thân và bạn bè, tờ rơi và áp phích chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 79% đến 87%), tiếp theo là thông tin thu được từ các kênh khác như sách báo (64%), đài (54%). Đáng lưu ý là kênh cung cấp thông tin qua cán bộ y tế và cán bộ hội phụ nữ địa phương chỉ chiếm từ 35% đến 39% và ngược lại với các vùng khác trong cả nước, TV là kênh cung cấp thông tin về HIV/AIDS được ít người sử dụng nhất (22%).

Phần lớn những người đã từng nghe nói đến HIV đều có kiến thức nhất định về cách phòng tránh HIV. Trong số họ, chỉ có 3,2% phụ nữ dân tộc Tày không biết về cách phòng tránh HIV, tỷ lệ này cao hơn ở nhóm phụ nữ dân tộc Nùng (gần 12%), Dao (11%) và Mông (9%).

- Trong khi từ 66% đến 89% phụ nữ các nhóm dân tộc như Tày, Nùng Dao biết rằng không nên quan hệ tình dục với người lạ thì tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông là chưa đến 55% hoặc từ hơn 50% đến 78% phụ nữ các nhóm dân tộc Tày, Nùng, Dao... cho rằng không nên có quan hệ tình dục với gái mãi dâm thì tỷ lệ này ở phụ nữ dân tộc Mông là 36%.

Sử dụng bao cao su để phòng tránh HIV cũng được khá nhiều người trong nhóm những người có hiểu biết nhất định về HIV lựa chọn (từ trên 70% ở nhóm phụ nữ dân tộc Nùng đến 100% ở nhóm phụ nữ các dân tộc khác). Phụ nữ dân tộc Mông cũng có tỷ lệ thấp nhất biết về cách sử dụng bao cao su để tránh lây truyền HIV (45%). Tuy nhiên nhóm phụ nữ dân tộc Nùng lại có tỷ lệ biết về cách phòng tránh HIV qua việc không sử dụng chung kim tiêm thấp nhất (41%) so với các nhóm dân tộc khác (từ trên 60% đến gần 90%).

II. Khuyến nghị

Kết quả phân tích trên cho thấy trong những năm qua tuy Đảng, chính phủ và các bộ ngành đã rất quan tâm tới Cao bằng, nhất là trong lĩnh vực Dân số - Kế hoạch hoá gia đình nhưng kết quả đạt được của chương trình đang còn là một khoảng cách đáng kể. Khoảng cách đó đang là một lực cản rất lớn tới việc thực hiện mục tiêu chiến lược Dân số giai đoạn 2001-2010. Nếu không có các quyết sách và giải pháp tối ưu, Cao bằng cũng như các tỉnh miền núi khác khó có điều kiện để đạt được mức giảm sinh bền vững và nâng cao chất lượng dân số. Do đó, xin có một số khuyến nghị sau:

1. Đối với Ủy ban nhân dân tỉnh: sửa đổi bổ xung chính sách dân số cho phù hợp với nhiệm vụ giai đoạn mới như điều chỉnh lại chính sách khuyến khích cho người đặt vòng và cán bộ cung cấp dịch vụ, người vận động và xây dựng những chính sách khuyến khích người sử dụng các biện pháp tránh thai phi lâm sàng như thuốc uống, thuốc tiêm, bao cao su. Lồng ghép chính sách dân

số với các chính sách phát triển kinh tế, xã hội của địa phương. Các chính sách này phải thật cụ thể trên cơ sở lưu ý đến thực trạng của phụ nữ các dân tộc thiểu số ở Cao bằng như trình độ học vấn thấp, vẫn muốn có nhiều con và tiềm năng sinh sản còn rất cao.

2. Giáo dục tuyên truyền: xây dựng nội dung tuyên truyền riêng cho vùng đồng bào dân tộc ít người trong đó có chính sách, chế độ cho thông tin, tuyên truyền. Tập trung tuyên truyền về kiến thức pháp luật, chống nạn tảo hôn, tuyên truyền về sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ sinh sản vị thành niên. Các ngành, đoàn thể thể hiện tích cực hơn nữa sự tham gia vào chương trình dân số và chăm sóc sức khoẻ sinh sản như Mặt trận tổ quốc chỉ đạo xây dựng, đưa chính sách dân số vào hương ước, qui ước. Hội phụ nữ tập trung chỉ đạo các chi hội vận động tuyên truyền không đẻ con, cháu tảo hôn. Tham gia tuyên truyền trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ sinh sản, lồng ghép với công tác xoá đói, giảm nghèo, tham gia vận động xoá mù, nâng cao vị thế của người phụ nữ. Đoàn thanh niên chỉ đạo vận động đoàn viên không cưới sớm, không đẻ sớm, xây dựng phong trào đoàn viên thanh niên chống việc tảo hôn. Hội nông dân huy động nam giới tham gia vào công tác dân số và chăm sóc sức khoẻ sinh sản. Ngành giáo dục huy động trẻ em đến trường, giảm tỷ lệ bỏ học, thất học. Tổ chức hệ thống bổ túc văn hóa, xoá mù, xoá tái mù cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đưa nội dung giáo dục sức khoẻ sinh sản vị thành niên vào trong nhà trường từ những năm cuối cấp phổ thông cơ sở.

3. Để đảm bảo cho thành công sự tham gia của các ban ngành đoàn thể này, UBND tỉnh cần có các chủ trương, chính sách, và đầu tư cụ thể và mạnh mẽ cho công tác truyền thông Dân số/SKSS ở vùng sâu vùng xa, có cơ chế phối hợp liên ngành cụ thể qui định rõ trách nhiệm, nhiệm vụ từng cơ quan ban ngành trong việc thực hiện các chính sách về dân số. Hướng đầu tư tập trung

chủ yếu cho đội ngũ cán bộ thực hiện chương trình này ở cơ sở, kiện toàn đội ngũ cán bộ kỹ thuật và hệ thống cung cấp dịch vụ: đầu tư trang thiết bị thiết yếu, vật tư kỹ thuật phục vụ dịch vụ CSSKSS/KHHGD. Đi đôi với chính sách mới cần tăng cường giám sát, đánh giá kết quả thực hiện công tác DS/KHHGD, công tác CSSKSS, CSSKBMTE... ở các vùng này, rà soát việc thực hiện các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về công tác dân số vùng đồng bào dân tộc ít người. Tăng cường công tác đào tạo, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác dân số ở cơ sở. Đặc biệt là số cán bộ đồng bào dân tộc ít người

4. Đối với lĩnh vực quản lý nhà nước: ngành y tế khắc phục tình trạng thiếu cán bộ, cải thiện tình trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của các cơ sở y tế tại địa bàn bằng cách tập trung đào tạo, đào tạo lại cho cán bộ y tế cơ sở trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình và các kiến thức về tư vấn, tuyên truyền, vận động. Trong thời gian chờ đợi hoàn thiện cơ sở vật chất và đào tạo đội ngũ cán bộ có thể xây dựng các đội lưu động tổng hợp (gồm cả cán bộ tuyên truyền vận động và cán bộ kỹ thuật) định kỳ đến các xã vùng 2, vùng 3 nhằm đảm bảo đáp ứng kịp thời phần lớn nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản và kế hoạch hoá gia đình. Trong thời gian hoạt động tại xã, đội có thể đáp ứng được việc cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, khám và điều trị bệnh phụ khoa, chăm sóc bà mẹ và trẻ em và chữa trị các bệnh xã hội. Muốn làm được như vậy phải xây dựng được chính sách cụ thể về chế độ, chính sách cho những cán bộ đi lưu động và cung cấp được đầy đủ trang thiết bị cho từng đội như vậy.

Ngành dân số, gia đình và trẻ em cần triển khai thực hiện pháp lệnh dân số, tuyên truyền sâu rộng về các chiến lược dân số và chiến lược chăm sóc sức khoẻ sinh sản đến năm 2010. Xây dựng mô hình truyền thông nhóm nhỏ, thu thập thông tin và tăng cường đào tạo, tập huấn kỹ năng quản lý, tư vấn và

tuyên truyền vận động cho đội ngũ cán bộ chuyên trách và cộng tác viên dân số cơ sở. Lưu ý đến thực trạng về trình độ học vấn và thời gian công tác của cộng tác viên dân số mà xây dựng được chương trình đào tạo và bộ tài liệu truyền thông phù hợp, dễ sử dụng.

Ngành tư pháp tuyên truyền phổ biến thực hiện luật hôn nhân, gia đình, chống nạn tảo hôn.

Các giải pháp thực hiện

Kết quả” Nghiên cứu tình hình thực hiện chính sách dân số vùng đồng bào dân tộc ít người tại tỉnh Cao Bằng” cho thấy thực trạng và bức tranh toàn cảnh của công tác DS/KHHGD, công tác CSSKSS cũng như CSSKBMTE còn nhiều vấn đề bức xúc, thiết thực. Nó đặt ra vấn đề cấp thiết cho công tác DS/KHHGD đặc biệt là ở vùng đồng bào dân tộc ít người, nhất là việc hướng tới thực hiện các mục tiêu của chiến lược dân số giai đoạn 2001 – 2010 . Để thực hiện được các mục tiêu đó trong thời gian còn lại và việc phấn đấu nâng cao chất lượng dân số thì cần có các giải pháp mạnh, tập trung và ưu tiên cho vùng đồng bào các dân tộc ít người. Chúng tôi mạnh dạn đề ra các giải pháp sau:

1/ Trong giai đoạn 2005 – 2010 cần tập trung mọi nguồn lực để giải quyết và khắc phục tình trạng yếu kém của hệ thống cung ứng dịch vụ KHHGD và CSSKSS. Chuyển cách tiếp cận bấy lâu nay là để đối tượng chờ tới để thực hiện dịch vụ thì nay chủ động, tích cực đưa dịch vụ tới người dân thông qua mô hình hoạt động của đội lưu động. Chính bằng mô hình đội lưu động cùng một bước ta giải quyết được hai mục đích:

+ Đó là đáp ứng và giải quyết các nhu cầu về DS/KHHGD và nhu cầu khám, chữa các bệnh phụ khoa, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, chăm sóc sức khỏe trẻ em và một số bệnh xã hội khác như: sốt rét, bước cổ, lao và HIV/AIDS..

+ Với sự chủ động và tính đa năng của đội lưu động sẽ khắc phục được sự chia cắt về điều kiện địa lý, đưa dịch vụ tới tận gần dân. Mô hình đội lưu động chính là sự thu nhỏ của hệ thống kỹ thuật và tuyên truyền vận động, giải quyết được nhu cầu của đồng bào các dân tộc ở vùng sâu, vùng xa vùng đặc biệt khó khăn.

Sự hoạt động của đội lưu động chắc chắn sẽ cải thiện tốt, có hiệu quả tình trạng của công tác DS/KHHGD và CSSKSS/CSSKBMTE ở vùng đồng bào dân tộc ít người, phục vụ thiết thực cho mục tiêu của ngành phấn đấu nâng cao vai trò và vị thế của chị em phụ nữ dân tộc ít người đối với gia đình, cộng đồng và xã hội - Đảm bảo sự công bằng giới và còn có ý nghĩa xã hội rất lớn trong việc thực hiện các chủ trương chính sách của Đảng, Nhà nước về phát triển kinh tế xã hội trong giai đoạn hiện nay.

Đội lưu động được tổ chức và hoạt động trên cơ sở tinh, gọn và hiệu quả. về biên chế đội lưu động gồm:

- + 01 BS sản khoa
- + 01 BS nhi khoa
- + 02 KTV hoặc nữ hộ sinh trung cấp
- + 01 BS chuyên khoa về các bệnh xã hội.
- + 01 cán bộ truyền thông

Đội lưu động được bố trí 01 xe ô tô có khả năng thích hợp cho thực hiện công tác chuyên môn kỹ thuật và bền, khoẻ có thể đi được trong mọi điều kiện địa hình của miền núi.

Để đảm bảo cho hoạt động của đội lưu động là các thiết bị, phương tiện chuyên môn kỹ thuật để tác nghiệp.

Đội lưu động sẽ chủ động hoạt động theo hình thức cuốn chiếu, định kỳ các khu vực khó khăn của tỉnh giải quyết nhu cầu của PN đồng bào các dân tộc về KHHGD, CSSKSS, CSSK trẻ em cũng như một số bệnh bất thường khác thường gặp, các bệnh xã hội..... đồng thời đội lưu động còn tư vấn và tuyên

truyền các chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước về công tác DS/KHHGD

2/ Cần có chế độ chính sách hợp lý và các nguồn lực đủ mạnh để thực hiện các chính sách dân số ở vùng đồng bào dân tộc ít người. Với mức kinh phí đầu tư trong những năm qua và mục tiêu của chiến lược dân số trong giai đoạn tới thì Nhà nước cần có đầu tư mạnh hơn nữa về kinh phí thực hiện công tác DS/KHHGD, cần có định mức riêng, cụ thể và phù hợp cho các vùng này, không thể tính mức đầu tư kinh phí bình quân như vùng khác được. Vấn đề cơ bản trong đầu tư kinh phí là phải xuất phát từ điều kiện thực tế của các vùng đặc biệt khó khăn, vùng sâu, vùng xa để từ đó có được các định mức kinh phí, trang thiết bị, thuốc men hợp lý.

3/ Đẩy mạnh công tác truyền thông tư vấn bằng nhiều hình thức, đặc biệt xây dựng mô hình truyền thông trực tiếp nhóm nhỏ, lựa chọn nội dung truyền thông, hình thức truyền thông phù hợp với điều kiện thực tế về trình độ người dân. Ngôn ngữ chuyển tải thông tin sử dụng chính ngôn ngữ của đồng bào, khắc phục tình trạng bất đồng ngôn ngữ. Đồng thời cần thường xuyên nâng cao khả năng chuyên môn cho đội ngũ cán bộ chuyên trách, công tác viên dân số ở những vùng này – Có như vậy tính bền vững của các chính sách dân số và mục tiêu chiến lược dân số giai đoạn này mới có thể thành hiện thực.