

VẤN ĐỀ THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH Ở VÙNG CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ VIỆT NAM

THẾ ANH
PHẠM NĂNG AN

MỘT trong những biện pháp kiểm soát mức sinh có hiệu quả nhất, làm giảm tốc độ phát triển dân số. Vấn đề này đang được Chính phủ và toàn xã hội khuyến khích và vận động là sử dụng biện pháp tránh thai. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và từng loại biện pháp tránh thai ở Việt Nam nói chung, ở vùng dân tộc ít người nói riêng là chỉ báo rất quan trọng đánh giá hiệu quả của chương trình Dân số - Kế hoạch hoá gia đình cũng như chất lượng về công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em.

1. Về hiểu biết các biện pháp tránh thai

Trong công tác KHHGD, hiểu biết về các biện pháp tránh thai nhằm thay đổi thái độ và hành vi là vấn đề rất quan trọng, giúp cho người phụ nữ có quyết định chính xác việc lựa chọn cho mình một biện pháp tránh thai thích hợp.

Theo kết quả điều tra về kinh tế - xã hội của Bộ Lao động Thương binh xã hội, của Viện khoa học xã hội Việt Nam nay là Trung tâm Khoa học xã hội và

Nhân văn Quốc gia, của Bộ Y tế về KHHGD những năm trước thập kỷ 80 cho thấy, công tác KHHGD tuy được phát động song phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng ở miền núi và Trung du phía Bắc biết và thực hiện biện pháp tránh thai chủ yếu là vòng. Điều này thật dễ hiểu, bởi trong nhiều năm qua, chương trình KHHGD của Việt Nam chủ yếu tuyên truyền cho việc thực hiện đặt vòng tránh thai. Do vậy, trải qua thời gian khá dài, người ta hiểu KHHGD của Việt Nam chỉ là đặt vòng.

Từ khi Chính phủ ta thành lập UBQGDS - KHHGD năm 1984, đặc biệt từ sau đổi mới, công tác DS-KHHGD của Việt Nam đã có những chuyển biến đáng phấn khởi. Phụ nữ Việt Nam đã có những hiểu biết nhiều mặt về các biện pháp KHHGD. Phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng vùng dân tộc thiểu số dù ở miền núi và Trung du phía bắc, ở miền Tây của Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên - Huế hay Tây Nguyên ... đều có nghe và biết đến các biện pháp tránh thai.

Phụ nữ miền núi và trung du phía Bắc nghe và biết các biện pháp tránh thai chiếm 96,52% ; Tây Nguyên và biết các biện pháp tránh thai chiếm 77,53%.

Bảng 1 : Phụ nữ nghe, biết các biện pháp tránh thai (phân theo vùng) %

Vùng	Tổng số	Chia ra	
		Biết	Không biết
MNTD phía Bắc	100.0	96,52	3,48
ĐB Sông Hồng	100.0	96,94	3,06
Khu 4 cũ	100.0	90,51	9,49
Duyên hải miền Trung	100.0	80,57	12,43
Tây Nguyên	100.0	77,53	22,47
Đông Nam Bộ	100.0	84,52	15,48
ĐB Sông Cửu Long	100.0	90,64	9,36

Số phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng ở Yên Lập và Lập Thạch - nơi chúng tôi điều tra năm 1995 - biết đến vòng tránh thai chiếm 95%, bao cao su chiếm 83%, uống thuốc tránh thai chiếm 69,6%, triệt sản nữ bằng phẫu thuật chiếm 67,8%, triệt sản nam chiếm 49,2% (2). Các biện pháp tránh thai khác, người phụ nữ biết đến với tỷ lệ thấp.

Phân tích sâu về sự hiểu biết các biện pháp tránh thai cho thấy, số phụ nữ biết 1 biện pháp tránh thai là 6,8%, biết 2 biện pháp là 8,8%, biết 3 biện pháp là 15,2%, biết 4 biện pháp là 21,0%... Như vậy có tới 55,3% số phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng biết từ 4 biện pháp tránh thai trở xuống đến không biết biện pháp nào đã giải thích tại sao một bộ phận đáng kể phụ nữ không chọn được cho mình biện pháp tránh thai thích hợp.

2. Các biện pháp KHHGD đã từng được sử dụng

Chương trình KHHGD của nước ta đã được triển khai thực hiện từ những năm đầu của thập kỷ 60, đến những năm đầu của thập kỷ 70, chương trình KHHGD mới được triển khai ở các tỉnh miền núi và trung du phía Bắc. Các biện pháp tránh thai đã được sử dụng ngay từ những ngày đầu của chương trình và ngày càng được đẩy mạnh. Đặc biệt từ những năm đầu của thập kỷ 90, khi mạng lưới về DS - KHHGD được triển khai đến cơ sở thì công tác KHHGD ở vùng dân tộc thiểu số mới bắt đầu được quan tâm nhiều hơn. Việc quan tâm và đẩy mạnh công tác KHHGD thông qua các

(1) Điều tra mức sống Dân cư 1992, 1993

(2) Số liệu điều tra DS-KHHGD và BVBMT ở Yên Lập và Lập Thạch - Vĩnh Phú - 9.1995.

biện pháp tránh thai ở vùng dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc cũng như Tây Nguyên hay đồng bào Khơme ở Nam Bộ... có ý nghĩa rất quan trọng trong việc hình thành quy mô gia đình nhỏ, ít con, góp phần bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em, nâng cao mức sống và đảm bảo hạnh phúc gia đình người phụ nữ vùng dân tộc ít người. Theo số liệu điều tra mức sống năm 1992, 1993 số người sử

dụng một biện pháp tránh thai ở miền núi và trung du Bắc Bộ là 40,70%, sử dụng 2 biện pháp là 14,7%, sử dụng 3 biện pháp trở lên là 16%. Số người không sử dụng biện pháp nào chiếm 28,52%. Ở Tây Nguyên, số không sử dụng biện pháp tránh thai nào, chiếm tới 64,04%, số sử dụng một biện pháp chiếm 21,35%, hai biện pháp chiếm 3,37% và ba biện pháp trở lên chiếm 11,24%.

Bảng 2 : Số biện pháp tránh thai được sử dụng phân theo vùng (1) %

Vùng	TSố B.P	Không S.D	Chia ra		
			S.D1BP	S.D2BP	S. D3BP
MNTrungdu	100,00	28,52	40,70	14,78	16,00
ĐB sông Hồng	100,00	18,88	51,29	15,29	14,49
Bắc Trung Bộ	100,00	32,18	48,15	11,34	8,33
DHM. Trung	100,00	34,10	45,66	11,56	8,67
Tây Nguyên	100,00	64,04	21,35	3,37	11,24
Đông Nam Bộ	100,00	37,50	49,11	7,44	5,95
ĐB sông Cửu Long	100,00	34,15	39,90	13,14	12,81

Bảng 3 cho thấy nếu mỗi phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng ở miền núi và trung du phía Bắc và Tây nguyên chỉ chọn một biện pháp tránh thai có hiệu quả tránh thai cao nhất đã từng sử dụng thì số phụ nữ sử dụng vòng tránh thai ở miền núi và trung du phía Bắc chiếm tỷ lệ cao nhất (77,53%), Tây Nguyên chiếm 42,79%. Sau vòng tránh thai là tính vòng

kinh ở Tây Nguyên chiếm 30,89% ; miền núi và trung du phía Bắc chiếm 7,60%. Các biện pháp khác chiếm tỷ lệ rất thấp.

Kết quả trên chứng tỏ trong những năm qua cả nước nói chung và vùng các dân tộc ít người nói riêng, vòng tránh thai vẫn là biện pháp chủ đạo, các biện pháp khác có được quan tâm nhưng ít được sử dụng.

(1) Điều tra mức sống 1992, 1993

Bảng 3. Cơ cấu các biện pháp tránh thai được sử dụng của những phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng đến 1.4.1993

TT	Loại BP	Cả nước	MNTD	T.Nguyên
1	Bao cao su	2,56	1,72	3,37
2	Đặt vòng	64,85	77,53	42,79
3	Dinh sản nam	0,3	0,18	0,63
4	Dinh sản nữ T.Số	5,32	3,93	8,12
	trong đó	0,61	0,62	0,57
5	Thuốc uống T.Thai	3,28	2,00	4,17
6	Thuốc tiêm T.thai	0,35	0,11	0,27
7	Thuốc cấy dưới da	0,03	0,03	0,04
8	Màng ngăn âm đạo	0,03	0,06	0,06
9	Tính vòng kinh	15,29	7,60	30,89
10	Xuất tinh ngoài	0,96	4,84	8,12

Theo số liệu điều tra nhân khẩu học giữa kỳ năm 1994, phụ nữ có chồng ở miền núi và trung du hiện đang sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào chiếm 59,95% trong đó sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại chiếm 44,49%, không hiện đại chiếm 15,46%. Ở Tây Nguyên phụ nữ có chồng hiện đang sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào chiếm 39,35%, trong đó biện pháp tránh thai hiện đại chiếm 23,21% và không hiện đại chiếm 16,14%. Tỷ lệ phụ nữ thực hiện KHHGD ở hai vùng này phản ánh chung cho cả phụ nữ và người Việt sống ở đây. Nếu xét riêng phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng là người dân tộc thiểu số KHHGD ở hai vùng này hiện chỉ mới là sự bắt đầu.

3. Ảnh hưởng của phong tục tập quán các dân tộc ít người đến KHHGD

Chúng tôi đã có dịp khảo sát về DS - KHHGD của phụ nữ người Cao Lan,

Sán Diu ở xã Tân Thịnh, huyện Định Hoá, Bắc Thái năm 1993, phụ nữ người Mường ở Hoà Bình năm 1994, phụ nữ người Dao ở Yên Lập - Vĩnh Phú năm 1995, phụ nữ người Giáy, người Tu Dí ở Yên Bình, Yên Bái năm 1995 và phụ nữ người Gia Rai, Êđê ở Gia Lai năm 1995. Những phụ nữ này sống chủ yếu ở vùng sâu, vùng xa, khu vực hẻo lánh của địa bàn nghiên cứu. Nơi đây, giao thông đi lại rất khó khăn, văn hoá, giáo dục, y tế cộng đồng còn nhiều hạn chế. Nhiều tập tục còn quá lạc hậu. Tệ mê tín dị đoan đã ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện KHHGD của đồng bào nói chung và phụ nữ dưới 49 tuổi có chồng nói riêng. Sự chi phối mạnh mẽ bởi tục lệ quyết định trực tiếp đến số phận, theo quan niệm của đồng bào dân tộc không phải do chính họ hay do đời sống vật chất, tinh thần trong xã hội mà do Giàng hay một đấng Siêu nhân nào đó tồn tại bên ngoài cuộc sống quyết định.

Hơn nữa, đây còn là vùng thường xuyên xảy ra dịch bệnh, chết chóc. Do vậy, tuổi thọ bình quân của đồng bào dân tộc thiểu số hiện nay khoảng 45-50 tuổi. Tỷ lệ chết trẻ em (Bảng 4) ở miền núi và trung du phía Bắc năm 1992 là 48,8% ; ở Tây Nguyên là 61,6%. Tình trạng tử vong cao kéo dài ở nhiều dân tộc đã hình thành tâm lý sinh nhiều con để dự phòng cho những đứa có thể chết. Tình trạng sinh nhiều con ở một số dân tộc nhằm chứng tỏ một gia đình, một

dòng họ có uy thế trong bản, trong buôn làng. Ở đây đồng bào thường so sánh số lượng thành viên của mỗi gia đình, mỗi dòng họ là để khuyến khích các cặp vợ chồng của một số dân tộc sinh nhiều con. Đúng như già làng, trưởng bản thường nói : Cặp vợ chồng nào nhiều con là cặp vợ chồng được trời ban phúc, ban lộc. Ngược lại, cặp vợ chồng nào hiếm con hoặc không có con là do trời phạt.

Bảng 4. Tỷ lệ chết trẻ em chia theo vùng (1)

Năm	Vùng							%
	MN TD	DBSH	BTg. Bô	DHMT	TNg	DNB	ĐBSCL	
1987	52,1	39,3	50,1	2,1	65,8	33,4	47,2	
1992	48,8	36,8	46,9	48,8	61,6	31,3	44,2	

Hiện nay, ở Tây Nguyên vẫn còn một số dân tộc mà gia đình ở đó theo chế độ mẫu hệ như dân tộc Gia Rai, Êđê, Chơ-ru, Mnông... Đối với gia đình mẫu hệ, các con khi sinh ra được lấy theo họ của mẹ. Người kế nghiệp dòng họ theo gia đình mẫu hệ là phụ nữ. Người chồng, khi vợ chết phải trở về gia đình mình tay không, con cái để lại gia đình bên vợ. Theo truyền thống của gia đình mẫu hệ, dòng họ cũng đóng vai trò rất quan trọng. Tục nối nôi hiện vẫn diễn ra, ví như gãy cái gùi phải thay thế, gãy cái ráp phải thay thế, người chết chồng hoặc vợ - phải nối nôi. Theo tục lệ này, khi

chồng chết, người đàn bà dân tộc có quyền đòi hỏi gia đình bên chồng một người em chồng để nối nôi... Theo họ, đó là quan hệ hôn nhân hợp lệ, mang lại nhiều yếu tố may mắn, tốt đẹp cho gia đình, dòng họ. Với quan niệm truyền thống như vậy đã dẫn tới khả năng sinh đẻ của mỗi thành viên được phát huy triệt để. Những dân tộc theo chế độ phụ hệ có nhu cầu sinh con trai để nối dõi dòng họ, còn ở những dân tộc theo chế độ mẫu hệ lại có nhu cầu sinh con gái để nối dõi. Theo tài liệu điều tra của chúng tôi ở Thái Bình, Tây Nguyên cho thấy, nếu 80% người Kinh mong muốn

có con trai thì các dân tộc Tây Nguyên theo chế độ mẫu hệ có tới 85% mong muốn có con gái. Cũng ở tài liệu này, có tới 85% người Kinh được hỏi nhất thiết phải có con trai, thì 82% người Êđê, Giarai khẳng định họ tiếp tục sinh để có con gái ; và để có 2 con gái họ phải sinh từ 4 - 6 con gái. Cũng như thế để có 2 con trai, đủ một tay cưa, người Hmông phải sinh từ 3 con trai trở lên. Còn dân tộc Mạ, muốn có một con trai họ phải sinh 3 - 4 con trai...

Mặc dù phải sinh con gái để nối dõi, các dân tộc theo chế độ mẫu hệ cũng ý thức được rằng cần phải có nhiều con trai bởi theo họ sức mạnh của dòng họ ngoài số lượng nhân khẩu còn phải có sức mạnh thực thụ. Đó là lực lượng mạnh nhằm bảo vệ gia đình, dòng họ, buôn làng của mình. Hơn nữa, do sống ở vùng sâu, vùng xa, vùng biên giới, nơi trình độ sản xuất chưa phát triển, còn lạc hậu, sức lao động chủ yếu bằng cơ bắp, vai trò của người đàn ông cực kỳ quan trọng. Những công việc như chặt cây, đốt rừng, làm rẫy, làm nhà, săn bắn thú... thường chỉ đàn ông mới làm được. Do phong tục tập quán của dân tộc và nhu cầu của cuộc sống thường nhật, nên số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ của dân tộc Xtiêng là 6,5 con ; Gia rai là 6,6 con ; Mnông là 6,7 ; Êđê là 6,8 con ; Bana là 6,8 con ; Gié - Triêng là 7,5 con.

4. Ảnh hưởng của y tế - giáo dục - đến KHHGD tộc người

Việc sinh nhiều con của đồng bào dân tộc thiểu số một mặt do tục lệ và do cần nhiều lao động. Mặt khác do công tác y tế, giáo dục ở đây chưa được quan tâm đúng mức. Ở nhiều bản làng của miền núi phía Bắc cũng cũng như buôn làng ở Tây Nguyên, công tác y tế và giáo dục hầu như còn "trắng". Tình trạng mắc bệnh phong, bấu cổ, dịch bệnh, ỉa chảy... xảy ra thường xuyên và gây chết nhiều người. Cuộc điều tra về tử vong mẹ ở Vĩnh Phú và Sông Bé năm 1996 cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ rất cao. Đó là do suy dinh dưỡng, không đủ ăn, thiếu máu, thiếu trọng lượng, không được nghỉ ngơi, không được chăm sóc trước và sau khi sinh, không được khám thai theo quy định. Đặc biệt khi sinh phần lớn phụ nữ người dân tộc thiểu số đều sinh tại nhà, không đến trạm y tế vì quá xa hoặc vì không có tiền trả viện phí. Số liệu điều tra tử vong trẻ em từ 0 - 4 tuổi ở Tây Nguyên chiếm trên 55% trong khi ở đồng bằng Bắc Bộ và Đông Nam Bộ là 27%. Một tài liệu khác cho hay, ở Tây Nguyên hiện có hơn 90% phụ nữ đã sinh con là người dân tộc thiểu số có con bị chết. Có gia đình người dân tộc ở phía Bắc cũng như Tây Nguyên, phụ nữ đã qua 8 đến 10 lần sinh nay chỉ còn có 2 con. Tình trạng hữu sinh vô dưỡng diễn ra ở nhiều gia đình đồng bào thiểu số. Đâu đó, người ta vẫn kêu gọi đưa y

tế lên vùng cao, vùng sâu, vùng biên giới, song thực tế chưa đáp ứng được nhiều cho đồng bào thiểu số... Do vậy, bệnh tật và tử vong nhiều là đương nhiên và hệ quả tất yếu đồng bào phải sinh nhiều con để dự phòng. Bên cạnh công tác y tế, trình độ dân trí của đồng bào các dân tộc thiểu số còn thấp. Theo kết quả cuộc tổng điều tra dân số năm 1989 người Hmông có 90% mù chữ trong đó nữ chiếm 97,3% ; người Cơ Lao có các tỷ lệ trên là 91% và 96% ; người Xinh Mun có tỉ lệ 72% và 82%. Ở Lai Châu, tỷ lệ mù chữ chung là 55%, riêng nữ 65% ; Sơn La số người mù chữ chiếm 45%, nữ 56% ; Hà Tuyên có tỷ lệ mù chữ chung là 37%, riêng nữ 42%. Mới đây, người ta đã tiến hành điều tra ở Tây Nguyên số dân mù chữ của dân tộc Bana, chiếm 56%, dân tộc Giarai, chiếm 59% trong khi người Kinh sống trên địa bàn này chỉ có 6,6% mù chữ. Ở xã Đak Chong (Kontum) có 2.359 người dân chỉ có 1 giáo viên về hưu là có trình độ văn hoá cấp 3, một người cấp 2 ; 38 người cấp 1, số còn lại hầu hết là mù chữ. Ở Đắc Lắc, số người mù chữ trong độ tuổi đi học của người Êđê là 57,13%, người Mạ là 64,74%, người Mnông là 57,32%, người Gia-rai là 70,6% và người Bru - Vân Kiều là 63,52% (1)

(1) Số liệu điều tra của Phân viện Chính trị Quốc gia HCM Đà Nẵng, năm 1995

5. Khuyến nghị

Sự phân tích trên đây giúp chúng tôi rút ra một số khuyến nghị :

1. Tập trung tuyên truyền công tác DS-KHHGD cho từng dân tộc, đến từng người theo ngôn ngữ và phong tục tập quán của từng dân tộc nhằm tạo sự chuyển biến đồng bộ, hoà nhập vào công tác DS-KHHGD của cả nước.

2. Nâng cao trình độ dân trí cho đồng bào dân tộc thiểu số, đặc biệt là trình độ học vấn nhằm giúp đồng bào các dân tộc nhận thức rõ lợi ích KHHGD của từng gia đình luôn gắn liền với lợi ích DS - KHHGD của Quốc gia.

3. Phát triển mạng lưới y tế ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số tới bản làng nhằm xoá điểm trắng về y tế, đảm bảo sức khoẻ và sự bình yên trong cuộc sống của đồng bào, đồng thời từng bước hạn chế tỷ lệ tử vong, giảm dân số con, thực hiện tốt công tác DS-KHHGD.

4. Từng bước giúp đồng bào dân tộc thiểu số thấy rõ cần thay đổi những phong tục, tập quán lạc hậu, tạo sự chuyển biến tốt trong đồng bào ý thức sinh ít con để nuôi con khoẻ, dạy con ngoan.

5. Giải quyết mối quan hệ giữa đường, trường, trạm và nâng cao mức sống cho đồng bào với công tác DS-KHHGD các dân tộc thiểu số ở Việt Nam.