

THỰC TRẠNG CỦA VIỆC THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH VÀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG Ở VÙNG CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH HIỆN NAY

ĐÀO QUANG VINH

1. Tâm quan trọng của việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở các vùng dân tộc thiểu số Việt nam

Nước ta có 54 dân tộc anh em, mỗi dân tộc đều có phong tục, tập quán và bản sắc riêng, trong đó dân tộc Việt (Kinh) chiếm trên 80 % và phân bố ở hầu khắp mọi miền của đất nước, đặc biệt tụ cư ở thành phố, đồng bằng và ven biển. Các dân tộc thiểu số trừ dân tộc Chăm, Hoa, Khơ-me, sống ở thành phố và đồng bằng còn lại 50 dân tộc thiểu số khác chủ yếu sống ở miền đồi núi xa, vùng sâu và những nơi hẻo lánh. Trong số các dân tộc thiểu số Việt Nam, có nhiều dân tộc còn sinh đẻ sớm, đẻ nhiều, đẻ dày nên dân số tăng nhanh, song cũng có những dân tộc có tỷ lệ sinh dưới mức thay thế hoặc đẻ con ra không nuôi được do điều kiện kinh tế, sự chăm sóc về y tế, sức khoẻ cộng đồng không được đảm bảo nên dân số không những không tăng mà còn giảm đi như dân tộc Brâu, Rơ-măm, Rục. Do vậy, việc tìm hiểu tình hình kinh tế, văn hoá, xã hội cũng như sự chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở vùng các dân tộc thiểu số trong bối cảnh đổi mới hiện nay có tầm quan trọng đặc biệt. Nó giúp cho đồng bào các dân tộc thiểu số từng bước thấy rõ được lợi ích của việc thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở đây. Đồng thời đồng bào các dân tộc thiểu số cũng sẽ được thừa

hưởng kết quả do KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng mang lại.

2. Quan điểm của Đảng và Nhà nước về việc thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở vùng các dân tộc thiểu số Việt Nam

Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta luôn luôn quan tâm đến công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân cũng như việc thực hiện công tác dân số và KHHGD. Điều đó được biểu hiện qua các Nghị quyết của Đảng và Chính phủ, đặc biệt là Nghị quyết Hội nghị lần thứ tư Ban Chấp Hành Trung ương Đảng khoá VII đã đề ra "Những vấn đề cấp bách trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân và chiến lược về dân số- KHHGD của Việt Nam". Quốc hội đã ban hành luật bảo vệ sức khoẻ nhân dân. Chính phủ Việt Nam đã ban hành nhiều chỉ thị, quyết định để thể chế hoá các chủ trương của Đảng. Ngành y tế và dân số đã có nhiều cố gắng trong việc tổ chức triển khai thực hiện các chủ trương và chính sách của Đảng, Nhà nước. Bởi vậy, công tác DS - KHHGD và chăm sóc bảo vệ sức khoẻ nhân dân đã đạt được những thành tựu quan trọng. Tuy nhiên, trong nhiều Chỉ thị, Nghị quyết về Ds - KHHGD chỉ có hai văn bản nhắc đến các dân tộc miền núi. Như ở Quyết định 94/CP năm 1970 có ghi "đối với các dân tộc thiểu số miền núi, rẻo cao cần khuyến khích phát triển dân số", ở Quyết định số 162/HĐBT năm 1988 có ghi "số con được sinh nói chung

tối đa là 2 con, và ở vùng núi phía Bắc, Tây nguyên và Tây nam bộ là 3 con".

3. Thực trạng và thành quả của việc thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khỏe cộng đồng các dân tộc thiểu số Việt nam.

Sau khi có Nghị quyết Trung ương IV và Quyết định 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ, mạng lưới y tế và DS - KHHGD ở cơ sở được củng cố một bước về tổ chức, cán bộ. Cấp trên đã đưa nhiều cán bộ chuyên môn tăng cường cho cơ sở. Nội dung hoạt động của ngành y tế và dân số cơ sở có nhiều đổi mới. Tới nay đã có 1.800 bác sĩ công tác tại các trạm y tế xã. 100% các xã đều có cán bộ chuyên trách về DS/KHHGD. Hầu hết các xã "trắng" về y tế đã được xóa (152 xã không có trạm y tế, cán bộ y tế ở vùng dân tộc thiểu số), xây dựng lại 700 trạm y tế xã. Đội ngũ cán bộ dân số, y tế cơ sở và y tế huyện được tăng cường, trình độ được nâng lên cả về mặt nghiệp vụ và chuyên môn.

Ngành y tế đã tích cực phối hợp với các cơ quan chính quyền địa phương và đoàn thể nhân dân vận động, tuyên truyền giáo dục nhân dân xây dựng phong trào vệ sinh phòng bệnh, phòng dịch, tích cực triển khai phòng chống dịch bệnh. Nhờ vậy, số mắc và chết do các bệnh truyền nhiễm gây dịch từng bước được khống chế và đẩy lùi. Trong những năm gần đây, ngành y tế đã phối hợp được với đoàn thể quần chúng duy trì được tỷ lệ tiêm chủng trên 85%. Tỷ lệ bệnh tật và tử vong phòng chống bằng vaccin giảm rõ rệt, đã phần nào khống chế và giảm tỷ lệ tử vong do sốt rét. Các bệnh như lao, phong, bấu cổ ... cũng thu được những thành tựu đáng kể ở các vùng dân tộc thiểu số.

Y học cổ truyền ở vùng cao bắt đầu được củng cố và sắp xếp phù hợp với cơ chế quản lý mới, hướng về sức khỏe

cộng đồng làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, gắn với chương trình phát triển kinh tế xã hội và xoá đói giảm nghèo đồng thời chữa từ các chứng bệnh thông thường cho nhân dân ở cộng đồng các dân tộc thiểu số và đa số.

Tình hình sức khỏe nhân dân cũng như công tác DS/KHHGD ở vùng dân tộc thiểu số được cải thiện một bước. Tuổi thọ trung bình có tăng lên, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng, tỷ lệ chết trẻ em dưới một tuổi và dưới 5 tuổi, tỷ lệ chết mẹ, tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng dưới 2500 gam đều giảm. Một số chỉ tiêu sức khỏe cộng đồng nói chung đã đạt được mức của các nước có thu nhập cao hơn nước ta 2 đến 3 lần.

Đối với dân tộc Kinh, các chỉ tiêu về việc thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khỏe cộng đồng đều cao hơn các dân tộc thiểu số.

Chương trình dân số - KHHGD quốc gia đã đề ra các khẩu hiệu nhằm hạ bớt tỷ lệ sinh và tỷ lệ phát triển dân số cho toàn quốc là:

- Mỗi gia đình chỉ có một hoặc hai con.
- Không đẻ trước 22 tuổi
- Khoảng cách giữa hai lần sinh là 5 năm.

Mục tiêu phấn đấu của ngành y tế và DS/KHHGD về tình trạng sức khỏe cộng đồng đến năm 2000 như sau:

1. Tuổi thọ trung bình tăng lên đạt tới 70 tuổi (10 năm tăng thêm 5 tuổi, theo tốc độ hiện nay - 1989: 65 tuổi).
2. Tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi (IMR) hạ xuống 30% trẻ đẻ sống (bình quân mỗi năm giảm đi 1% như tốc độ hiện nay - 1989: 45%).
3. Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi hạ xuống còn 40% (năm 1988 tỷ suất này là 57,08%).
4. Tỷ lệ trẻ em mới đẻ có trọng lượng dưới 2500 gam giảm còn 7% (năm 1992 là 11%, bình quân 10 năm giảm đi

một nửa). Trên cơ sở tăng dinh dưỡng cho người có thai với trọng lượng bình quân 10kg trong thời kỳ có thai.

5. Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng còn 30 % (hiện nay là 45%)

6. Tỷ suất chết mẹ (MMR) giảm đi một nửa (hiện nay là 136/100.000 ca đẻ sống).

7. Giảm tổng tỷ suất sinh (TFR) từ 3,1 con xuống còn 2,7 con

8. Hàng năm tăng tỷ lệ các cặp vợ chồng chấp nhận các biện pháp tránh thai lên 2 %.

9. Giảm số nạo thai xuống còn một nửa so với hiện nay, do hiệu quả của KHHGD thấp.

10. Chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam đạt 1m65 vào năm 2020.

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 KT-XH của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Viện KHXH Việt Nam (nay là Trung tâm KHXH 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 15-49 tuổi có chồng ở miền núi và trung du phía Bắc biết và thực hiện biện pháp tránh thai chủ yếu là dụng cụ tử cung. Điều này dễ hiểu, bởi trong những năm đó chương trình KHHGD của Việt nam chủ yếu tuyên truyền cho việc đặt DCTC. Do vậy trải qua thời gian khá dài, người ta hiểu KHHGD của Việt nam chỉ là đặt DCTC.

Từ khi Chính phủ Việt Nam thành lập UBQGDS/KHHGD năm 1984, đặc biệt từ sau khi 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 đa dạng về

các biện pháp tránh thai. Phụ nữ 15-49 tuổi có chồng vùng dân tộc thiểu số ở miền núi và trung du phía Bắc, ở miền tây của Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Quảng Trị, Thừa Thiên hay Tây Nguyên.... đều có nghe và biết các biện pháp tránh thai chiếm 96,52%, Tây Nguyên chiếm 77,53%.

Số phụ nữ 15-49 có chồng ở Yên Lập và Lập Thạch (Vĩnh Phú), nơi chúng tôi điều tra năm 1995 biết đến vòng tránh thai chiếm 95%, bao cao su chiếm 83%, thuốc uống tránh thai chiếm 69,6%, triệt sản nữ bằng phẫu thuật chiếm 49,2%. Các biện pháp tránh thai khác, người phụ nữ biết với tỷ lệ thấp.

Phân tích sâu về sự hiểu biết các biện pháp tránh thai cho thấy, số phụ nữ biết một 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%.... Như vậy có tới 55,3% số phụ nữ 15-49 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.

Chương trình KHHGD của Việt nam 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 màng lưới về dân số - KHHGD ở vùng dân tộc thiểu số mới bắt đầu được quan tâm đúng mức. Việc quan tâm và đẩy mạnh công tác KHHGD thông qua các biện pháp tránh thai ở vùng dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc cũng như Tây Nguyên hay đồng bào Khơ-me ở Nam Bộ...có ý nghĩa rất quan trọng trong việc hình thành gia đình quy mô 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 40,7%, sử dụng hai biện pháp là 17,8%, sử dụng 3 biện pháp trở lên là 16%. Số người không sử dụng biện pháp nào chiếm 28,5%. Ở Tây Nguyên số người không sử dụng biện pháp nào chiếm tới 64,0% trong khi đó số sử dụng một biện pháp tránh thai chiếm tới 21,4%, hai biện pháp chiếm 3,4%, và ba biện pháp chiếm 11,2%. Vòng tránh thai ở miền núi và trung du chiếm 42%.

Kết quả trên chứng tỏ trong những năm qua ở Việt Nam 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.

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 người Việt sống ở đây. Nếu xét riêng phụ nữ 15-49 có chồng là người dân tộc thì KHHGD ở hai vùng này hiện mới chỉ là sự bắt đầu.

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, Thái Nguyên năm 1993, phụ nữ người Mường ở Hoà Bình năm 1994, phụ nữ người Dao ở Yên Lập Phú Thọ năm

1995 và phụ nữ người Gia-rai, Ê-đê 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. Những tập tục ở đây còn lạc hậu. Tệ mê tín dị đoan đã ảnh hưởng không nhỏ đến công tác BVSKBMTE và việc thực hiện KHHGD của đồng bào nói chung và phụ nữ 15-49 tuổi có chồng nói riêng. Sự chi phối mạnh mẽ bởi tục lệ quyết định trực tiếp đến số phận 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 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, 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 phước lộc. Ngược lại, cặp vợ chồng nào ít con hoặc không có con là do trời phạt.

Hiện nay, ở Tây Nguyên vẫn còn một số gia đình theo chế độ mẫu hệ như dân tộc Gia - rai, Ê - đê, Chu-ru... . Đối với gia đình mẫu hệ, các con khi sinh ra được lấy theo họ của mẹ. Theo truyền

thống của gia đình mẫu hệ, dòng họ cũng đóng vai trò rất quan trọng. Tục nổi nòi hiện vẫn diễn ra, ví như gầy cái gùi phải thay thế, gầy cái ráp phải thay thế, người chết chồng hoặc vợ - phải nổi nòi... 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, thì 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 Ê - đê, người Gia - rai khẳng định họ tiếp tục sinh đẻ có con gái; và để có 2 con gái họ phải sinh từ 4-6 con gái. Cũng như vậy 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 1 con trai họ phải sinh 3-4 con trai... Đó là do công tác chăm sóc và bảo vệ BMTE ở vùng dân tộc thiểu số chưa tốt nên họ phải sinh nhiều con để dự phòng.

Mặc dù phải sinh con gái để nối nòi, 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, 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 bắt 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; Mông là 6,7 con; Ê-đê, Ba-na là 6,8 con; Gié-Triêng là 7,5 con.

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 như buôn làng ở Tây Nguyên, công tác y tế và giáo dục hầu như còn "trắng". Tình trạng mắc bệnh phong, broun cổ, dịch hạch, ỉa chảy... xảy ra thường xuyên và gây chết nhiều người. Cuộc điều tra về tử vong mẹ ở Vĩnh Phú, Sông Bé và Quảng Ngãi năm 1994-1995 cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ rất cao. Nguyên nhân 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 qui định. Đặc biệt khi sinh hầu hết người dân tộc thiểu số 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 55% trong khi ở đồng bằng Bắc Bộ và Đông Nam Bộ chiếm 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 8-10 lần sinh nay chỉ có hai con. Tình trạng hữu sinh vô dưỡng diễn ra ở nhiều đồng bào thiểu số. Đầu 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%; người Cơ lao có các tỷ lệ trên là 91% và 96%. Ở Lai Châu, tỷ lệ mù chữ chung là 55%, riêng nữ 65%; Sơn La số người mù chữ chiếm 45%, nữ chiếm 56%. Điều tra ở Tây Nguyên số dân mù chữ của dân tộc Ba Na, chiếm 56%, dân tộc Gia-rai chiếm 59% trong khi người kinh sống trên địa bàn này chỉ có 6,6% mù chữ. Ở xã Dakchong (Kon Tum) có 2559 người dân chỉ có một giáo viên về hưu là có trình độ văn hoá cấp III, một người cấp II; 38 người cấp I. 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%, người Mạ là 64,7%, người Mnông là 57,3%, người Gia-rai là 70,6% và người Bru - Vân Kiều là 63,5% (Số liệu điều tra của Viện Chính trị Quốc gia HCM - Đà Nẵng, năm 1995).

4. Những mặt tồn tại và thách thức

- Kinh tế: Đa số các dân tộc thiểu số canh tác theo phương thức đốt rừng, làm rẫy, hoặc khai thác rừng đến cạn kiệt, năng suất cây trồng thấp, bấp bênh, thu nhập không đáp ứng nhu cầu tối thiểu của cuộc sống thường nhật. Kinh tế hàng hoá chưa phát triển.

- Văn hoá - Giáo dục: Trình độ mù chữ của các dân tộc thiểu số rất cao, do vậy ảnh hưởng rất lớn đến việc thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở các dân tộc thiểu số. Phim ảnh ít được xem, sách báo hầu như không có đang là những thách thức và trở ngại. Nhiều bản còn trắng về giáo dục.

- Y tế, DS-KHHGD: Những xã ở vùng cao còn "trắng" về y tế, trang thiết

bị thiếu thốn, hoặc có thì rất cũ và lạc hậu, thuốc chữa bệnh hiếm. Việc thực hiện KHHGD đang là trở ngại lớn ở đây. Thói quen của đồng bào các dân tộc dùng thuốc phiện để chữa bệnh để lại hậu quả nghiêm trọng là rất nhiều người mắc nghiện từ việc trị bệnh bằng thuốc phiện.

- Xã hội: Tệ mê tín đang phát triển mạnh. Phong tục tập quán rất nặng nề. Ma chay, cưới xin tổ chức rất linh đình. Nghiện hút phát triển...

- Giao thông: Do sống ở vùng cao, vùng sâu, vùng xa, giao thông đi lại rất khó khăn nên đồng bào các dân tộc thiểu số thiệt thòi nhiều về thực hiện KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng.

5. Những giải pháp

1. Tập trung tuyên truyền công tác dân số- KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng 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 và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng dân tộc Việt nam.

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 và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng của từng gia đình luôn gắn liền với lợi ích DS-KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng 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 dần số con, thực hiện tốt công tác DS-KHHGD.

4. Từng bước giúp đồng bào dân tộc thiểu số thấy rõ những phong tục tập (Xem tiếp trang 14)