

**MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ CỘNG TẠO
DÂN SỐ KẾ HOẠCH HOẠ GIA ĐÌNH Ở MIỀN
DÂN TỘC VÀ MIỀN NÚI VIỆT NAM**

ĐÀO HUY KHUÊ

Nhện nay, nước ta có 54 dân tộc trong đó dân tộc thiểu số chiếm hơn 13% dân số cả nước; ngoài một bộ phận sinh sống ở đồng bằng ven biển, đông bào chủ yếu cư trú ở miền núi nơi chiếm 3/4 diện tích đất đai của cả nước. Mặc dù sinh sống trong những môi trường nhiều tài nguyên thiên nhiên song do nhiều nguyên nhân lịch sử để lại nên trình độ phát triển kinh tế- văn hoá của nhiều dân tộc còn thấp so với trình độ chung của cả nước. Vì vậy khoảng cách trình độ phát triển về mọi mặt của miền núi và nông thôn đồng bằng hoặc giữa các vùng của miền núi vẫn chưa được giải quyết, cuộc sống của các dân tộc ở nhiều nơi gặp nhiều khó khăn, mức sống thấp, dân trí ở một số dân tộc chậm phát triển.

Trong mấy chục năm qua, các Nghị quyết của Đảng và Hiến pháp của Nhà nước đã đề cập tới chính sách đối với dân tộc thiểu số. Từ tháng 8 năm 1952, Nghị quyết của Bộ Chính Trị đã chỉ rõ: "Các dân tộc sống trên nước Việt Nam đều được bình đẳng về quyền lợi và nghĩa vụ, phải đoàn kết giúp đỡ lẫn nhau để kháng chiến và kiến quốc". Trong giai đoạn quá độ đi lên CNXH, Nghị quyết Đại hội Đảng lần thứ III lại chủ trương "Đảng và Nhà nước cần phải có kế hoạch toàn diện và lâu dài phát triển kinh tế và văn hoá ở miền núi, làm cho miền núi tiến kịp miền xuôi, các dân tộc thiểu số tiến kịp dân tộc đa số, giúp các dân tộc phát

huy tinh thần cách mạng và khả năng to lớn của mình".

Về sự phát triển dân số của các dân tộc thiểu số

Miền núi là nơi sinh sống lâu đời của hầu hết các dân tộc thiểu số, trước đây dân số còn thưa thớt, nay do biến động lịch sử và sự phân bố lại lao động và dân cư, đã được tăng lên nhanh chóng. Thời kỳ 1979-1989, trong khi cả nước bình quân dân số tăng 2,07%/ năm thì ở miền núi, trung du phía Bắc là 2,46%. Tây Nguyên là 5,33%, đặc biệt Đắc Lắc tới 7,03%.

Sự phát triển dân số của các dân tộc thiểu số ở nước ta tăng khá nhanh. Theo Tổng điều tra 1/4/1989, trong vòng gần 10 năm từ 1/10/1979, người Kinh chỉ tăng bình quân 2,0- 2,1% năm còn dân số các dân tộc thiểu số tăng bình quân 3%/năm, nhiều dân tộc tăng trên 3%/ năm, như Thổ 8%/ năm, Kháng 5,5%/ năm, Gié-Triêng gần 5%/ năm, Dao 3,3%/ năm, Hmông 3,2%/ năm. Trong 48 dân tộc, theo kết quả điều tra dân số 1989, không có một dân tộc nào giảm số dân.

Sự phát triển rất mạnh dân số ở miền núi và các dân tộc ít người, trước hết liên quan tới mức sinh đẻ cao và gần như hằng định của dân cư các tộc người. Minh chứng là trong thời kỳ 1976-1985, tỷ lệ sinh thô ở miền núi phía Bắc và Tây Nguyên thay đổi rất ít, ở mức trên dưới 35‰ trong khi toàn quốc đã giảm từ 39‰ xuống 28,4‰. Giai đoạn 1979-

1989 cả nước có 7 tỉnh có tỷ suất sinh thô (CBR) cao (38-46,6‰) thì có 5 tỉnh miền núi (Lai Châu, Sơn La, Hoàng Liên Sơn, Gia Lai- Kon Tum và Đắk Lắk). Theo Đặng Thu (Báo cáo khoa học đề tài KX-04-03), hiện nay khi tỷ lệ gia tăng dân số bình quân hàng năm của cả nước là 2,3% thì vẫn còn 37 dân tộc có mức gia tăng dân số từ 3% trở lên trong đó 12 dân tộc có mức từ 3,5-3,9%. Số con được sinh ra (1985-1989) của một phụ nữ ở các dân tộc thiếu số đều rất cao. Phụ nữ Hmông trung bình sinh 8,8 con, Cơ-tu 8,7 con, Xinhmun 8,4 con. Có 9 dân tộc mà phụ nữ sinh trung bình 8-9 con, 11 dân tộc sinh 7-8 con, 20 dân tộc sinh 6-7 con, 9 dân tộc sinh 5-6 con, trong khi dân tộc Kinh sinh 3,84 con và người Hoa thấp nhất chỉ có 2,92 con. So với 5 năm trước có 28 dân tộc tăng số con và 19 dân tộc giảm số con, nói lên rằng thời kỳ 1985-1989 các dân tộc thiếu số cơ bản chưa thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

Nói chung, CBR của hầu hết các nhóm dân tộc ít người đều rất cao và dao động trong phạm vi khá lớn. Theo ước lượng của Tổng cục Thống kê từ kết quả tổng điều tra dân số năm 1989, CBR dao động từ 34‰ (Tày) tới 53,4‰ (Hmông) trong khi người Kinh là 29,8‰. Do mối liên hệ tương quan giữa CBR và tổng tỷ suất sinh (TFR) là thuận và chặt chẽ nên đặc điểm của TFR cũng tương tự, dân tộc có TFR cao nhất là Hmông 9,3con, Dao 6,9 con, Kinh 3,6 con, Hoa thấp nhất là 2,9 con, còn lại các dân tộc khác trung bình 7,7 con. Như vậy, mức sinh và mô hình sinh của các nhóm dân tộc ít người vẫn còn cao hơn người Kinh, đặc biệt cao ở dân tộc Hmông, Dao, Thái, Gia-rai và các dân tộc khác. Mặc dù Nhà nước trong chương trình dân số - KHHGD không chính thức quy định các nhóm dân tộc ít người thực hiện mô hình gia đình 2 con nhưng mức sinh cao như thế sẽ làm tăng nguy cơ tử vong của trẻ em và bà mẹ. Mô hình sinh của 7 dân tộc Hmông, Dao,

Thái, Gia-rai, Khơ-me và nhóm dân tộc khác hiện đang thuộc loại tự nhiên, phụ nữ có xu hướng đẻ con sớm và cho đến hết tuổi sinh đẻ nên cần phải làm cho họ nhận thức được tác hại của việc đẻ con sớm, đẻ dày và lớn tuổi vẫn đẻ.

Hầu hết các nhóm dân tộc ít người đều có mức sinh cao. Rõ ràng các điều kiện kinh tế, xã hội đã tác động mạnh đến mức độ sinh. Ở nước ta càng ở vùng cao càng có mức độ sinh cao. Đó là do ở các vùng núi cao, người dân thường sống cách biệt, ít giao lưu với các cộng đồng dân cư, trình độ văn hoá thấp, người dân sống theo tập tục cổ truyền nhiều hơn. Những yếu tố này thuận lợi cho việc đẻ nhiều, ví dụ người Hmông, Dao, Thái sống chủ yếu ở vùng núi cao nên CBR cao, còn người Hoa sống chủ yếu ở vùng thành phố, thị xã nên CBR rất thấp, chỉ 24,6%.

Tuổi kết hôn cũng liên quan tới quỹ thời gian vợ chồng chung sống và tác động làm tăng mức sinh. Tuổi kết hôn cao làm giảm mức sinh cao ở những phụ nữ trẻ. Tuổi kết hôn của nữ ở miền núi thấp nhất trong mấy chục năm về trước nay đã được tăng lên đáng kể. Theo Đặng Thu thì nữ ở Lai Châu, Sơn La còn có tuổi kết hôn cao hơn nữ Ấn Độ. Tuy nhiên tệ tảo hôn ở ta vẫn còn xảy ra mặc dù không đáng kể, chỉ có 10,9% ở nhóm tuổi 15-19. Do vậy vẫn cần vận động nâng cao tuổi kết hôn ở nữ nông thôn, miền núi, giảm tỷ lệ tảo hôn. CBR cao liên quan đến mức chết trẻ em cao. Phụ nữ dân tộc thường có con sớm, người phụ nữ ngoài 30 tuổi thường đã có nhiều con nhưng phổ biến là nạn "hữu sinh vô dưỡng" nên tỷ suất chết thô (CDR) và tỷ suất chết trẻ con dưới một tuổi thường cao. Mức tử vong khác nhau nhiều giữa các tỉnh, thấp ở các tỉnh vùng đồng bằng nhất là các thành phố lớn; càng xa các thành phố và đồng bằng mức tử vong càng cao. Mức tử vong đặc biệt cao ở vùng núi, nhất là những vùng dọc biên giới Trung Quốc, Lào và Campuchia. Kết

quả Tổng điều tra dân số năm 1989 cho thấy mức tử vong khác nhau đáng kể giữa các dân tộc, vào năm 1989, CDR thay đổi từ mức thấp nhất là 7,2‰ ở dân tộc Hoa tới cao nhất là 14,9‰ ở dân tộc Hmông. Ở người Hmông tỷ lệ tử vong rất cao: trẻ em dưới một tuổi tới 106‰ gấp 3,5 lần người Hoa và 2,8 lần người Kinh. Hậu quả là người Hmông có tuổi thọ ngắn nhất, bình quân chỉ có 52,8 năm. Mức tử vong cao thứ hai là dân tộc Gia-rai (13,7‰) sau đó là nhóm các dân tộc khác 13,2‰ và người Dao là 11,8‰. Có nhóm dân tộc mặc dù sống ở đồng bằng sông Cửu Long song CDR khá cao, ví dụ người Khơ-me là 10,4‰ khiến cho tuổi thọ trung bình của người Khơ-me là 59,9 năm, chênh 7,8 năm so với người Kinh. Một số dân tộc có mức tử vong tương đối lớn thường sống ở vùng núi cao với cơ sở hạ tầng thấp kém, điều kiện y tế thiếu và mức sống thấp. Để giúp đỡ các dân tộc ít người có mức tử vong cao cần có các chương trình chăm sóc sức khoẻ riêng, đặc biệt là chống các bệnh dễ lây truyền như sốt rét... Mức tử vong thay đổi theo các đặc trưng của dân số như tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và các yếu tố như: khí hậu, độ cao, dinh dưỡng, nước uống, điều kiện vệ sinh, chất lượng phục vụ y tế và cả các đặc điểm phong tục tập quán dân tộc. Do đó một khi các chính sách về phát triển kinh tế- xã hội của Nhà nước dành sự ưu tiên cho miền núi làm cho điều kiện sống được cải thiện thì sự cách biệt về mức tử vong giữa các tỉnh, các vùng và các dân tộc hy vọng sẽ giảm đi.

Về tình hình thực hiện các biện pháp tránh thai và tránh đẻ

- Có 6 dân tộc có tổng tỷ suất sinh (TFR) trên 8 con là: Tà-ôi, Kháng, Lào, Xinh-mun, Cơ-tu, và Hmông, thông thường chưa áp dụng nhiều biện pháp tránh thai.

Tỷ trọng người dân tộc thiểu số theo tổng điều tra dân số 1-4-1989 (13,17%) lớn hơn so với 10 năm trước, chứng tỏ tốc độ phát triển dân số người dân tộc thiểu số cao hơn người Kinh, nguyên nhân do công tác KHHGD ở người dân tộc thiểu số chậm hơn người Kinh.

- Kiến thức về tránh thai thấp nhất được ghi nhận ở 3 vùng: Miền núi trung du Bắc Bộ, đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên. Ở Tây Nguyên chỉ có dưới 70% phụ nữ biết về hai biện pháp tránh thai nào đó (tự nói ra và nói ra sau khi được gợi ý). Về nguồn cung cấp các BPTT Tây Nguyên cũng là vùng biết ít nhất chỉ chiếm 63% (tự nói ra và sau khi gợi ý), nên cần cố gắng hơn nữa trong việc phổ biến kiến thức tránh thai ở vùng này.

- Theo kết quả điều tra nhân khẩu học giữa kỳ năm 1994 của Tổng cục Thống kê, tỷ lệ phụ nữ đã từng sử dụng BPTT thấp nhất là ở Tây Nguyên (45,9%) sau đó là đồng bằng sông Cửu Long và vùng núi trung du Bắc Bộ (67,5%). Tỷ lệ phụ nữ đang sử dụng BPTT cũng thấp nhất ở Tây Nguyên (39,3%) trong đó biện pháp hiện đại chỉ có 23,2%; vùng núi trung du Bắc Bộ và đồng bằng sông Cửu Long cũng thấp, tương ứng là 60 và 60,1% trong đó biện pháp hiện đại là 44,5% và 33,9%. Do đó, muốn tăng được số người dùng BPTT, đặc biệt là các BPTT hiện đại, công tác thông tin- giáo dục- tuyên truyền (TGT) phải sâu rộng tới mọi người dân ở vùng sâu, vùng xa và vùng cao.

- Tây Nguyên cũng là vùng người phụ nữ sử dụng các BPTT tự nhiên cao nhất trong cả nước (50,7% tổng số các BPTT), ngược lại số người dùng vòng tránh thai lại thấp nhất trong cả nước (32,3%). Các biện pháp hiện đại khác ở Tây Nguyên còn lại rất thấp, do đó việc tránh thai ở Tây Nguyên chưa có hiệu quả cao, cần được chuyển biến về cơ cấu sử dụng các BPTT hiện đại và không hiện

đại. Theo Đặng Thu tỷ lệ sử dụng các BPTT thấp nhất ở Tây Nguyên và có tới 7 tỉnh (Cao Bằng, Lai Châu, Lào Cai, Lạng Sơn, Kon Tum, Gia Lai và Đắk Lắk) có tỷ lệ sử dụng BPTT dưới 50%. Cả nước có hơn 4 triệu phụ nữ ở độ tuổi 15- 49 đã kết hôn nhưng không dùng biện pháp tránh thai tập trung phần lớn ở vùng nông thôn. Những tỉnh không dùng BPTT nhiều nhất đều ở miền núi. Có 2 nguyên nhân để người dân không dùng BPTT chiếm tỷ trọng đáng kể là: "ảnh hưởng phụ, sức khoẻ yếu và chưa hiểu biết về KHHGD"; chủ yếu ở miền núi là "chưa hiểu biết về KHHGD".

Cũng do ít sử dụng các BPTT nên các trường hợp sinh con ngoài ý muốn nhiều, làm cho tỷ lệ nạo hút thai cao, tập trung cao nhất ở vùng núi trung du phía Bắc, trong khi ở đây các điều kiện y tế còn nhiều khó khăn, khó đảm bảo được an toàn cho người phụ nữ.

Nam giới có ảnh hưởng không nhỏ đến việc điều hoà sinh sản và ý thích sinh sản của cư dân, nhưng tỷ lệ dùng bao cao su còn thấp hơn tỷ lệ xuất tinh ngoài và tính vòng kinh, đặc biệt triệt sản nam còn rất ít, chỉ dao động từ 0-0,5% trong tổng

số các BPTT. Do đó nam giới phải được tuyên truyền, giải thích vận động tốt để cùng chia sẻ trách nhiệm tránh thai với người vợ của họ.

Đối với nhóm dân tộc quá ít người vấn đề không phải chỉ là giảm mức sinh mà cần phải chăm sóc sức khoẻ ban đầu, bảo vệ SKBMTE, chống suy dinh dưỡng, giảm tỷ lệ chết chung và chết trẻ em, thanh toán sốt rét và bướu cổ, đồng thời phát triển kinh tế - văn hoá- xã hội cho đồng bào các dân tộc này. Phải nghiên cứu để đặt ra mục tiêu về tổng tỷ suất sinh cho phù hợp với nhóm các dân tộc ít người nhằm hoà nhập được với mục tiêu của cả nước.

Khi hoạch định các chính sách DS - KHHGD với các dân tộc cần phải căn cứ vào đặc điểm phong tục, tập quán, truyền thống, nơi cư trú của từng dân tộc cụ thể để xây dựng và điều chỉnh kịp thời cho phù hợp. Một ví dụ về chiến dịch truyền thông lồng ghép với dịch vụ KHHGD ở dân tộc Hmông (Hoà Bình) gần đây không thu được kết quả như mong muốn là vì không phù hợp với tập quán dân tộc của họ.

TÓM TẮT....(Xem tiếp trang 82)

- 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 cao, giảm dân số con, thực hiện công tác KHHGD.

4. Xây dựng mối quan hệ chặt chẽ, gắn bó giữa đội ngũ cán bộ làm công tác DS- KHHGD với già làng, trưởng tộc và những người có uy tín trong cộng đồng và động viên con cháu thực hiện công tác DS- KHHGD.

5. Khuyến khích rộng rãi tục nuôi con nuôi và ở rể của đồng bào Dao cho các gia đình không có con trai trong phạm vi cả nước.

6. Nghiên cứu và phổ biến rộng rãi việc ngừa thai hoặc muốn có thai bằng thuốc dân gian của đồng bào dân tộc Nùng và một số dân tộc khác.

7. Giải quyết tốt mối quan hệ giữa điện, đường, trường, trạm và nâng cao mức sống cho đồng bào với công tác DS- KHHGD và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng nhằm phát triển bền vững các dân tộc ở Việt Nam.