

## ỨNG XỬ VỚI BỆNH TẬT CỦA CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ Ở NƯỚC TA

PHẠM QUANG HOAN  
ĐÀO QUANG VINH

Trong quá trình phát triển hiện nay của đất nước, các dân tộc thiểu số đang phải đối đầu với một số thách thức và trở ngại. Các trở ngại đó là: Sự cách trở về địa lý tự nhiên, nền kinh tế còn nặng về tự cung, tự cấp và gặp nhiều rủi ro, thu nhập bình quân đầu người thấp, chất lượng đường xấu, tỷ lệ tăng dân số tự nhiên còn cao, trình độ dân trí thấp và tỷ lệ mù chữ cao, nhất là phụ nữ... Tất cả những trở ngại đó, ở các mức độ khác nhau, đang ảnh hưởng đến sức khỏe của các cộng đồng thiểu số ở nước ta.

Bài viết này tập trung vào phân tích tình trạng sức khỏe hiện nay của các dân tộc thiểu số, các nguyên nhân gây bệnh, các trở ngại trong việc chữa trị và cách ứng xử của các tộc người đối với bệnh tật.

### I. TÌNH HÌNH BỆNH TẬT Ở CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ

Có rất ít các nghiên cứu về tình trạng sức khỏe và dinh dưỡng của các dân tộc thiểu số. Những số liệu thu thập được dưới đây phần nào phản ánh được thực trạng tình hình sức khỏe và dinh dưỡng cũng như việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của các dân tộc thiểu số ở nước ta.

Sốt rét là vấn đề sức khỏe chủ yếu ở vùng núi cao và vùng các dân tộc thiểu số. Mặc dù chương trình phòng chống sốt rét được triển khai từ những năm 1960, song tỷ lệ mắc sốt rét không những không giảm mà còn tăng lên vào những năm 1979-1989. Kết quả điều tra tình hình kinh tế - xã hội vùng Tây Bắc cho thấy ở 19 xã của tỉnh Sơn La năm 1997 có 907 người bị bệnh sốt rét, quý I năm 1998 có 334 người bị sốt rét. Đáng chú ý là số người mắc bệnh sốt rét chủ yếu tập trung ở các khu vực có các dân tộc thiểu số cư trú. Ví dụ ở vùng núi phía Bắc, tỷ lệ sốt rét là 768,4/100.000 người, còn ở khu vực Tây Nguyên thì tỷ lệ sốt rét rất cao 2.281/100.000 người (Niên giám thống kê y tế năm 1998). Vào đầu những năm của thập kỷ 90, bệnh sốt rét có chiều hướng giảm, song một vài năm gần đây, bệnh sốt rét lại có xu hướng gia tăng. Theo một báo cáo mới nhất (Phúc An, 1999) cho thấy hiện nay dịch sốt rét đang phát triển mạnh trên địa bàn 5 huyện của tỉnh Bình Phước. Trong 6 tháng đầu năm, toàn tỉnh có 10.427 người mắc bệnh sốt rét, tăng gấp 3 lần so với năm 1998. Số ca sốt rét ác tính cũng tăng lên gấp 4 lần (161 ca) và đã có 13 ca tử vong. Đặc biệt nơi phát triển mạnh nhất là huyện Bù Đăng, bình quân mỗi tháng có 600 bệnh nhân sốt rét.

Một trong những nguyên nhân dẫn đến bệnh sốt rét gia tăng là do sự hạn chế hiểu biết về bệnh cũng như cách phòng tránh bệnh. Khi được phỏng vấn nhóm nam thanh niên của người Lự thì tất cả đều trả lời sốt rét là do con ma làm hoặc do khí hậu, thậm chí họ quan niệm con ma đó chính là những người thân trong gia đình chết đi biến thành ma hiện đang rất đói và đòi ăn. Nhóm nghiên cứu chúng tôi giải thích rất rõ ràng bệnh sốt rét là do muỗi đốt, chính vì thế mà hàng năm y tế xã phải phun thuốc diệt muỗi và tẩm thuốc vào màn cho nhân dân nằm không bị muỗi đốt. Nhưng khi hỏi sang những câu hỏi khác, rồi quay lại hỏi những người đã được

giải thích về nguyên nhân dẫn đến bệnh sốt rét thì vẫn được họ trả lời là do ma làm (Đào Quang Vinh, 1998, tr. 48). Tại bản Sao Cô Sín, xã Nấm Lư, huyện Mường Khương, tỉnh Lào Cai, nơi chỉ có người Hmông sinh sống, khi phỏng vấn nhóm, người dân cho rằng sốt rét là do "cứt trâu, cứt ngựa" gây nên và nằm màn là để cho "ấm, không bị rét", phần lớn người dân ở đây đều không có màn để ngủ. (Lê Ngọc Hưng, Nguyễn Chí Trung, Nguyễn Thị Phúc, Vũ Đình Lợi, 1996, tr. 78). Tại xã Ia-Péch, huyện Ia-Grai, tỉnh Gia Lai, khi đoàn điều tra phát hiện các thầy cô giáo (đều là người Kinh) tại trường tiểu học không nằm màn mặc dù vẫn có màn và hỏi tại sao thì tất cả các thầy cô giáo đều trả lời là quen muỗi rồi và nếu có bị sốt rét thì uống vài viên thuốc là khỏi. Khi hỏi, vậy các thầy cô giáo dạy cho học sinh như thế nào về bệnh sốt rét, thì được trả lời: bệnh này gặp tại đây thường xuyên, giống như cảm cúm vậy và một vài ngày dùng thuốc hoặc cúng rồi bệnh sẽ khỏi.

Bướu cổ, có nguyên nhân từ thiếu iốt là bệnh khá phổ biến và trầm trọng tại một số vùng dân tộc thiểu số. Lào Cai là tỉnh có nhiều đồng bào dân tộc sinh sống, có tới 42% dân số bị bệnh bướu cổ, trong khi chỉ cần 20% tỷ lệ dân mắc bệnh bướu cổ thì đã được cho là tỷ lệ mắc cao. Trong số 9 phụ nữ người Dao tham gia thảo luận nhóm tại thôn Khuổi Đăm (tỉnh Bắc Kạn), có tới 6 người bị bệnh bướu cổ. Họ cũng cho biết, trong thôn có rất nhiều người bị bệnh bướu cổ nhưng phải bằng các biện pháp y tế mới nhận biết được. Còn tại thôn bản Diếu (dân tộc Tày), trong số 5 phụ nữ tham gia thảo luận nhóm chung, có 3 người ở tuổi trung niên cũng bị bệnh này (Phạm Quang Hoan, Vương Xuân Tình, 1998, tr. 14).

Những người bị bệnh bướu cổ ở thôn bản Diếu giải thích rằng nguyên nhân nhiều người bị mắc bệnh bướu cổ là do dùng nguồn nước ăn từ núi đá vôi. Tại một số vùng người Mường ở xã Minh Đài, huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ có nhiều người bị bệnh bướu cổ. Trong khi các dân tộc miền núi phía Bắc có tỷ lệ bướu cổ rất cao thì các dân tộc vùng Tây Nguyên lại có tỷ lệ mắc bướu cổ thấp hơn. Bướu cổ gây ra bệnh đần độn, giảm trí nhớ, dị tật bẩm sinh. Từ khi có chủ trương của Đảng và Nhà nước vận động toàn dân ăn muối iốt, số người bị bệnh bướu cổ giảm đi rõ rệt, song những vùng dân tộc, vùng núi xa xôi, hẻo lánh thì tỷ lệ này vẫn còn cao. Nguyên nhân chính là do người dân chưa nhận thức việc ăn muối iốt để chống bệnh bướu cổ, mặt khác lượng muối iốt được chuyển lên vùng cao không phải lúc nào cũng sẵn có.

**Bảng 1: Tỷ lệ bướu cổ của trẻ em từ 8-12 tuổi chia theo vùng sinh thái**

| Vùng                          | Bướu cổ<br>1994 | Độ phủ muối iốt<br>≥ 200<br>mg/người 1998 | Bướu cổ<br>1998 | 1998 so với<br>1994 giảm<br>(5=4-2) |
|-------------------------------|-----------------|---|-----------------|-------------------------------------|
| <b>Toàn quốc</b>              | <b>23,06</b>    | <b>58,6</b>                               | <b>14,9</b>     | <b>-8,16</b>                        |
| 1. Miền núi Trung du Bắc Bộ   | 28,03           | 90,1                                      | 13,8            | -14,23                              |
| 2. ĐB sông Hồng và khu bốn cũ | 22,57           | 56,8                                      | 15,2            | -7,37                               |
| 3. Duyên hải miền Trung       | 24,63           | 72,3                                      | 9,2             | -15,43                              |
| 4. Tây Nguyên                 | 21,94           | 90,0                                      | 15,0            | -6,94                               |
| 5. Đông Nam Bộ                | 21,46           | 49,2                                      | 12,8            | -8,66                               |
| 6. ĐB Sông Cửu Long           | 18,36           | 39,6                                      | 19,2            | -0,84                               |

Nguồn: Niên giám thống kê y tế, 1998, tr. 84

Tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết và dịch tả cũng có chiều hướng tăng lên. Có hai lần dịch tả riêng biệt xảy ra tại tỉnh Đắk Lắk năm 1994. Tỷ lệ mắc lao, viêm phổi và loét dạ dày cũng có chiều hướng gia tăng. Điều kiện vệ sinh kém, tập quán ngủ không mắc màn chống muỗi, ngủ lại trong chòi nường ở trong rừng, chăn nuôi thả rông ở một số dân tộc, nhốt vật nuôi ở dưới gầm sàn nhà... cũng là những nguyên nhân góp phần cho sự gia tăng bệnh sốt xuất huyết. Theo thống kê của Bộ Y tế năm 1998, cả nước có tới 186.573 trường hợp bị bệnh sốt xuất huyết. Bệnh sốt xuất huyết được Bộ Y tế xếp vào hàng thứ 4 trong số những bệnh mắc cao nhất năm 1998. Tại một số tỉnh, bệnh sốt xuất huyết được xếp vào hàng thứ nhất như Quảng Bình, Quảng Ngãi, Phú Yên...

Tỷ lệ mắc kiết lỵ ở vùng Tây Nguyên cao nhất trong cả nước. Bệnh ỉa chảy và sốt rét cũng là những bệnh rất phổ biến và là nguyên nhân chính gây chết trẻ em. Nhiễm trùng đường hô hấp và suy dinh dưỡng thường hay gặp tại các vùng dân tộc. Nhiều phụ nữ dân tộc bị bệnh thiếu máu, đặc biệt trong thời gian có thai. Nhiều trẻ em thiếu vitamin A, là nguyên nhân chính dẫn đến mù loà. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng cao làm tăng sự thiếu dinh dưỡng dẫn đến suy dinh dưỡng ở trẻ em.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng tuy có giảm, song vẫn ở mức cao, đặc biệt là miền núi và vùng dân tộc, có những nơi tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi cao trên 50%. Vùng Bắc Trung Bộ và Tây Nguyên có tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cao hơn các vùng khác trong cả nước. Ngoài nguyên nhân do bệnh tật dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em, còn nguyên nhân nữa là do sự thiếu kiến thức nuôi con của các bà mẹ, chẳng hạn thay vì bát bột của trẻ phải có đủ các chất dinh dưỡng bao gồm chất bột, chất đạm, chất béo, nhóm rau hoa quả xanh (vitamin và muối khoáng) thì các bà mẹ người dân tộc chỉ cho trẻ ăn bột không (tức là mới có một nhóm chất bột), thậm chí có những bà mẹ chỉ nhai cơm với muối cho trẻ ăn. Theo nghị quyết 37/CP ngày 20/6/1996 của Chính phủ: đến năm 2000 giảm tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng xuống còn 30%, nhưng đến năm 1998 tỷ lệ suy dinh dưỡng chung của cả nước là 39,8%, nên đến năm 2000 chắc không thể đạt được 30% mặc dù Việt Nam xuất khẩu gạo đứng hàng thứ hai trên thế giới (Bộ Y tế, 1999, tr. 102).

*Bảng 2: Tình hình suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi*

| Vùng                        | 1996        | 1997        | 1998        |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Cả nước</b>              | <b>43,9</b> | <b>40,7</b> | <b>39,8</b> |
| 1. Miền núi Trung du Bắc Bộ | 50,1        | 41,9        | 40,7        |
| 2. Đồng bằng sông Hồng      | 43,3        | 36,9        | 40,3        |
| 3. Bắc Trung Bộ             | 49,6        | 52,7        | 47,0        |
| 4. Duyên hải miền trung     | 45,1        | 41,3        | 39,9        |
| 5. Tây Nguyên               | 50,0        | 45,0        | 42,2        |
| 6. Đông Nam Bộ              | 35,4        | 37,0        | 32,0        |
| 7. ĐB Sông Cửu Long         | 38,7        | 38,2        | 35,2        |

*Nguồn: Niên giám thông kê y tế 1998, tr. 63*

Bệnh giun, sán cũng rất phổ biến ở vùng dân tộc thiểu số. Nguyên nhân gây bệnh là do ăn uống thiếu vệ sinh mà xuất phát cũng từ sự thiếu hiểu biết của người dân. Chẳng hạn như hầu hết trẻ em đi chân đất, quần áo rất bẩn, chân tay bẩn, khi ăn trẻ dùng tay bẩn chưa rửa để bốc thức ăn. Chính vì thế có rất nhiều trẻ bị đi

ngoài ra giun, thậm chí nôn cả ra giun. Khi phỏng vấn 45 bà mẹ thì có tới 10 bà mẹ trả lời là đã từng có con bị đau bụng và đi ngoài ra giun. Tại huyện Sìn Hồ còn có bệnh sán lá phổi, tới thời điểm tháng 4/1998 đã có tổng số 59 ca bị mắc bệnh sán lá phổi. Bệnh nhân mắc chủ yếu ở lứa tuổi trẻ. Nguyên nhân do một loại sán ở trong những con cua ở các hốc đá dưới suối, khi trẻ bắt những con cua đó, nướng và ăn ngay. Những con sán đó chưa bị chết trong quá trình nướng đã chui được vào cơ thể của trẻ và gây bệnh. Hiện nay chính quyền địa phương đang phối hợp chặt chẽ với các cơ quan ban ngành có liên quan để thanh toán bệnh sán lá phổi này (Đào Quang Vinh, 1998, tr. 50).

Bệnh có liên quan đến sức khỏe sinh sản của phụ nữ hiện nay là vấn đề đáng được quan tâm. Hầu hết các chị em phụ nữ không được khám thai định kỳ để phát hiện và kịp thời chữa bệnh, đặc biệt là những chị em phụ nữ dân tộc, chỉ trường hợp bệnh đã rất nặng rồi chị em mới đi khám và những trường hợp này khi đến bệnh viện đều ở giai đoạn muộn, nên không thể chữa được. Nếu được khám và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm thì khả năng chữa khỏi bệnh là rất cao. Tuy nhiên, cũng cần nói tới các yếu tố cản trở đến sự tiếp cận dịch vụ y tế của chị em như: do điều kiện kinh tế còn rất khó khăn, khoảng cách xa trung tâm y tế, không có chuyên khoa hoặc bác sĩ giỏi, và quan trọng hơn cả là sự hạn chế nhận thức của chị em về tầm quan trọng của việc khám và phát hiện bệnh sớm. Hàng năm ở Việt Nam có khoảng 5.000 phụ nữ chết vì bệnh ung thư cổ tử cung, 5.000 - 10.000 phụ nữ mắc bệnh ở giai đoạn muộn và 100.000 người mới mắc bệnh. Khoảng 70% phụ nữ Việt Nam mắc bệnh phụ khoa. Tỷ lệ mắc bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ Việt Nam hiện nay đang cao nhất, nhì trên thế giới (Hà Khanh, 1999). Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ các dân tộc thiểu số cũng thường mắc những bệnh phụ khoa mà nguyên nhân chủ yếu là ít hiểu biết về vệ sinh phụ nữ.

Tình trạng tai biến sản khoa là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong mẹ. Tỷ lệ tử vong mẹ của cả nước năm 1995 là 137/100.000 ca sinh sống. Trong khi đó, tỷ lệ này ở một số dân tộc lại rất cao như dân tộc Xtiêng ở Bình Phước là 1.080/100.000 ca đẻ sống, (Đào Quang Vinh, Nguyễn Như Toàn, Trịnh Hữu Vách, 1996, tr. 24); dân tộc Hrê tỉnh Quảng Ngãi là 605/100.000 ca sinh sống (Trịnh Hữu Vách, Nguyễn Như Toàn, 1996, tr. 52). Không khám trong thời gian mang thai và đẻ tại nhà là lý do chính dẫn đến tử vong mẹ của người dân tộc tăng cao. Trong một báo cáo có tới 100% người Lự tại xã Nậm Tám, huyện Sìn Hồ, tỉnh Lai Châu đẻ tại nhà và không đi khám trong thời kỳ mang thai (Đào Quang Vinh, 1998, tr. 33). Quảng Ngãi và Sông Bé (cũ) là hai tỉnh có tỷ lệ đẻ tại nhà cao (74,7% và 63,2%) thì cũng là hai tỉnh có tỷ lệ chết mẹ cao hơn tỉnh Vĩnh Phú (cũ) (tỷ lệ đẻ tại nhà là 49,4%) (Trần Thị Trung Chiến, Đỗ Trọng Hiếu, Trịnh Hữu Vách, Đào Quang Vinh, Robert Hanenberg, David Sokal: Hà Nội, 1997, tr. 79). Các nguyên nhân khác dẫn đến tình trạng tử vong mẹ cao ở các dân tộc như trình độ chuyên môn của cơ sở y tế kém, trang thiết bị lạc hậu, không có hoặc không đủ trang thiết bị và thuốc thiết yếu khi cần thiết để cấp cứu bệnh nhân, đường sá xa xôi cùng với không có phương tiện vận chuyển bệnh nhân cũng góp phần cho sự gia tăng tử vong mẹ.

Một trong những lý do góp phần cho sự gia tăng tai biến sản khoa và dẫn đến tử vong mẹ là người phụ nữ không đi khám thai trong quá trình mang thai. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế thì mỗi phụ nữ phải được khám thai ít nhất 3 lần trong thời gian có thai, song theo thống kê mà Bộ Y tế thu thập được thì trung bình một phụ nữ chỉ khám thai được 1,7 lần trong quá trình mang thai chung cho cả nước, còn ở các dân tộc vùng cao, vùng sâu thì người phụ nữ hầu như không được khám thai và cũng không biết lợi ích của việc khám thai. Các chuyên gia đầu ngành về sản có khuyến cáo, chỉ cần người phụ nữ khám thai lần đầu trong quá trình mang thai thì đã giảm được 50% nguy cơ của tai biến sản khoa. Phỏng vấn 45 phụ nữ đang nuôi con nhỏ thuộc dân tộc Lự xã Nậm Tắm, huyện Sìn Hồ, tỉnh Lai châu thì cả 45 người (tức 100%) không biết lợi ích của việc khám thai và chưa từng đi khám thai trong giai đoạn mang thai (Đào Quang Vinh, 1998, tr. 47).

Bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp chủ yếu gặp ở trẻ em và người già, bệnh hay gặp vào mùa rét, lạnh. Do điều kiện chăm sóc và phòng bệnh còn nhiều hạn chế, bên cạnh đó, điều kiện kinh tế khó khăn nên rất nhiều hộ không thể trang bị quần áo ấm cho trẻ trong điều kiện khí hậu rất lạnh. Bệnh hay gặp ở các dân tộc miền núi phía Bắc hơn ở các tỉnh Tây Nguyên.

Bệnh ỉa chảy ở trẻ em là bệnh khá phổ biến và xuất hiện nhiều vào các tháng mùa hè. Năm 1998 bệnh này được xếp ở vị trí số 1 với số lượng mắc bệnh là 250.337 trường hợp và tỷ lệ tử vong là 330,8/100.000 người. Theo thống kê của trạm y tế xã Ia-Péch, huyện Ia-Grai, tỉnh Gia Lai - nơi có chủ yếu là dân tộc Gia rai sinh sống, trung bình số ca ỉa chảy một tháng từ 30-40 ca. Tại xã Đắc Hà, huyện Đắc Tô, tỉnh Kon Tum, nơi chỉ có dân tộc Xơ đăng sinh sống, số ca mắc ỉa chảy ở trẻ em trung bình một năm là 300-400 ca, bệnh xuất hiện chủ yếu vào mùa hè trong khoảng thời gian từ tháng 4-8. Nguyên nhân chính dẫn đến bệnh ỉa chảy là do ăn uống thiếu vệ sinh, chủ yếu do trẻ ăn bần, uống nước lã, thức ăn ôi, thiu hoặc có nhiều ruồi, nhặng đã đậu vào mà vẫn ăn. Một nguyên nhân gián tiếp dẫn đến bệnh ỉa chảy là do môi trường bị ô nhiễm, trâu bò thả rông, phóng uế bừa bãi sinh ra nhiều ruồi muỗi gây bệnh tật. Bệnh ỉa chảy ở trẻ em là một trong những nguyên nhân gây nên bệnh suy dinh dưỡng ở trẻ em và góp phần cho sự gia tăng tỷ lệ chết trẻ em.

Hiểu biết về bệnh ỉa chảy ở trẻ em và kiến thức chăm sóc bệnh nhân ỉa chảy của các bà mẹ người dân tộc rất hạn chế cũng ảnh hưởng tới tình trạng bệnh nặng lên. Nhiều bà mẹ không biết rằng khi trẻ bị đi ỉa chảy thì vẫn phải cho trẻ bú và ăn bình thường, nếu có được gói oresol pha cho trẻ uống là tốt nhất, trường hợp không có thì phải pha nước muối đường theo tỷ lệ 8 thìa đường và 1 thìa muối trong 1 lít nước sôi để nguội. Trong thời gian đó vẫn phải đưa trẻ tới trạm y tế hoặc cơ sở y tế gần nhất để khám và chữa bệnh. Tuy nhiên, không phải bất cứ trạm y tế nào ở vùng dân tộc thiểu số cũng đủ oresol cho trẻ khi cần thiết, chưa kể đến rất nhiều xã vùng sâu vùng xa còn chưa có trạm y tế xã. Tại trạm y tế xã Nậm Tắm, huyện Sìn Hồ, tỉnh Lai Châu (là một phòng mượn của Ủy ban nhân dân xã), khi đoàn nghiên cứu tới khảo sát, một điều đáng quan tâm là cả trạm y tế không có một gói oresol nào. Tại trạm y tế xã Ia-péch, huyện Ia-Grai, tỉnh Gia Lai và trạm y tế xã Đắc Hà

(là một phòng mượn của Ủy ban nhân dân xã), huyện Đắc Tô, tỉnh Kon Tum hầu như không đủ gói oresol khi có dịch ỉa chảy xuất hiện.

**Bảng 3: Thống kê các loại bệnh thường gặp ở dân tộc Xơ Đăng tại xã Đắc Hà, huyện Đắc Tô, tỉnh Kon Tum, từ tháng 7-10 năm 1998**

*Đơn vị tính: Số ca*

| Các loại bệnh     | Tháng 7    | Tháng 8    | Tháng 9    | Tháng 10   |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| Lỵ trực trùng     | 5          | 1          | 10         | 3          |
| Lỵ amíp           | 2          | 3          | 6          | 4          |
| Ỉa chảy           | 11         | 6          | 36         | 8          |
| Sốt xuất huyết    | 23         | 53         | 98         | 24         |
| Sốt rét           | 10         | 17         | 35         | 11         |
| Cúm               | 48         | 32         | 122        | 18         |
| Phế quản phế viêm | 6          | 16         | 30         | 9          |
| Viêm phổi         | 26         | 12         | 64         | 13         |
| Tai nạn           | 2          | 1          | 3          | 1          |
| Lao               | 2          | 0          | 7          | 0          |
| Bướu cổ           | 0          | 0          | 7          | 0          |
| Bệnh khác         | 297        | 390        | 355        | 193        |
| <b>Tổng số</b>    | <b>432</b> | <b>531</b> | <b>773</b> | <b>283</b> |

*Nguồn: Phạm Quang Hoan, Vương Xuân Tình, Nguyễn Văn Minh, Đào Quang Vinh, 1998, tr. 35.*

Những kết quả nghiên cứu cho thấy lối sống không hợp vệ sinh đã tồn tại ở các dân tộc thiểu số từ bao đời nay. Các tập quán truyền thống không thay đổi như uống nước lã, thức ăn không hợp vệ sinh, ngủ không mắc màn hoặc thiếu những kiến thức vệ sinh cơ bản là những nguyên nhân dẫn đến bệnh tật.

Vấn đề thiếu nguồn nước sạch và vệ sinh môi trường cũng tác động nghiêm trọng đến sức khỏe của các dân tộc thiểu số, nhất là những xã vùng sâu, vùng xa. Theo báo cáo của Bộ Y tế, chỉ có 8,34% các hộ gia đình ở Quảng Ngãi tiếp cận với nguồn nước sạch. Các kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các dân tộc thiểu số vùng Đông Bắc và vùng Trường Sơn - Tây Nguyên đều sử dụng nguồn nước suối. Đây là nguyên nhân dẫn đến các bệnh dịch lây truyền như ỉa chảy, sốt rét, viêm đường hô hấp cấp, bướu cổ. Chúng tôi cũng quan sát thấy không có nhà vệ sinh và nhà tắm ở nhiều dân tộc thiểu số, điều này không đảm bảo cho vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân. Tập quán thả rông gia súc, gia cầm cũng ảnh hưởng đến môi trường. Súc vật nhốt ở gần nhà, không xử lý chất thải và phân của súc vật sẽ là mối nguy hiểm tới môi trường xung quanh và sức khỏe người dân.

## II. ỨNG XỬ CỦA CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ TRONG VIỆC CHỮA BỆNH

Việc lựa chọn loại hình dịch vụ y tế của các dân tộc thiểu số khi có người ốm đau phụ thuộc vào nhiều yếu tố: điều kiện kinh tế của gia đình, khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế, sự sẵn có của dịch vụ y tế, đặc điểm văn hoá, tín ngưỡng và phong tục tập quán của từng dân tộc...

Tài liệu thu thập được từ dự án điều tra kinh tế - xã hội tại một số vùng ở tỉnh Lai Châu cung cấp cho chúng ta những thông tin lý thú về cách lựa chọn hình thức khám chữa bệnh của một số dân tộc như sau:

**Bảng 4: Lựa chọn cách thức và nơi chữa bệnh của 317 hộ (trong đó có 276 hộ người Thái, 40 hộ Khơ mú) ở xã Mường Pồn, huyện Mường Lay, tỉnh Lai Châu.**

Đơn vị tính: %

| Các cách truyền thống |         | Chữa bệnh ở các cơ sở y tế tây y |                 |           |                               | Không chữa bệnh vì các lý do: |               |               |
|-----------------------|---------|----------------------------------|-----------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|
| Thuốc dân tộc         | Cúng ma | Trạm y tế xã                     | Bệnh viện huyện | Bác sĩ tư | Cơ sở y tế của đồn biên phòng | Cho rằng bệnh sẽ tự khỏi      | Không có tiền | Xa cơ sở y tế |
| 76,65                 | 3,78    | 93,16                            | 69,40           | 15,45     | 5,67                          | -                             | 0,63          | -             |

Nguồn: Nguyễn Duy Thiệu, 1998

**Bảng 5: Lựa chọn cách thức và nơi chữa bệnh của 132 hộ người Hmông ở xã Na U, huyện Mường Lay, tỉnh Lai Châu.**

Đơn vị tính: %

| Các cách truyền thống |         | Chữa bệnh ở các cơ sở y tế tây y |                 |           |                               | Không chữa bệnh vì các lý do |               |               |
|-----------------------|---------|----------------------------------|-----------------|-----------|-------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| Thuốc dân tộc         | Cúng ma | Trạm y tế xã                     | Bệnh viện huyện | Bác sĩ tư | Cơ sở y tế của đồn biên phòng | Cho rằng bệnh sẽ tự khỏi     | Không có tiền | Xa cơ sở y tế |
| 90,15                 | 21,21   | 51,51                            | 54,54           | 0,70      | 1,44                          | 9,10                         | 7,60          | 9,09          |

Nguồn: Nguyễn Duy Thiệu, 1997

Qua hai biểu trên cho thấy đại bộ phận các hộ khi có người ốm đều lựa chọn cách thức chữa bệnh bằng thuốc dân tộc hoặc đến các cơ sở y tế tây y. Chữa bệnh gần với tín ngưỡng còn giữ vai trò đáng kể (21,21%). Tỷ lệ chữa bệnh ở bác sĩ tư rất ít, chỉ chiếm 15,45 % và 0,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các dân tộc thiểu số (Tày, Nùng, Dao, Hmông ở hai tỉnh Lào Cai và Quảng Ninh), tùy thuộc vào một số tiêu chí như mức độ bệnh nặng hay nhẹ, khoảng cách, chất lượng dịch vụ, giá cả... mà có sự lựa chọn thích hợp trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế.

**Bảng 6: Địa chỉ khám bệnh và mức độ bệnh**

|                   | Nhẹ |       | Vừa |       | Nặng |        | Tổng số |
|-------------------|-----|-------|-----|-------|------|--------|---------|
| Thầy thuốc tư     | 8   | 6,4%  | 6   | 4,4%  | 0    |        | 14      |
| Trạm y tế xã      | 98  | 78,4% | 72  | 53,3% | 5    | 21,74% | 175     |
| Thầy lang/lương y | 2   | 1,6%  | 1   | 0,7%  | 0    |        | 3       |
| Bệnh viện         | 13  | 10,4% | 55  | 40,7% | 18   | 78,26% | 86      |
| Khác              | 4   | 3,2%  | 1   | 0,7%  | 0    |        | 5       |
| Tổng số           | 125 |       | 135 |       | 23   |        | 283     |

Nguồn: Nguyễn Đức Chính, 1999

Bảng 7: Lý do chọn cơ sở chữa bệnh và mức độ bệnh

| Lý do          | Nặng |       | Vừa |       | Nhẹ |       | Tổng số |
|----------------|------|-------|-----|-------|-----|-------|---------|
| Gần nhà        | 11   | 47,8% | 92  | 68,6% | 99  | 82,5% | 202     |
| Rẻ tiền        | 0    |       | 0   |       | 0   |       |         |
| Chất lượng tốt | 7    | 30,4% | 21  | 15,7% | 8   | 6,7%  | 36      |
| Tiện lợi       | 2    | 8,7%  | 12  | 9,0%  | 8   | 6,7%  | 22      |
| Vì có BHYT     | 2    | 8,7%  | 6   | 4,5%  | 5   | 4,2%  | 13      |
| Thái độ tốt    | 0    |       | 3   | 2,2%  | 0   |       | 3       |
| Khác           | 1    | 4,3%  | 0   |       | 0   |       | 1       |
| Tổng số        | 23   |       | 134 |       | 120 |       | 277     |

Nguồn: Nguyễn Đức Chính, 1999

Kết quả thảo luận nhóm ở người Dao (bản Khuổi Dăm, xã Quảng Bạch, huyện Chợ Đồn, tỉnh Bắc Kạn) cho thấy 90% người lớn tuổi trong bản có thể chữa bệnh bằng thuốc dân tộc, nhưng mức độ hiểu biết các bài thuốc và cách chữa bệnh của mỗi người là khác nhau và không có người nào chữa bệnh chuyên nghiệp. Họ có thể tự chữa khỏi một số bệnh như: đau đầu, cảm cúm, mụn nhọt, thấp khớp và cả sốt rét. Người dân chỉ đi điều trị tại trạm xá hay bệnh viện khi gặp các bệnh mãn tính, hiểm nghèo (Phạm Quang Hoan, Vương Xuân Tình, Nguyễn Văn Minh, 1998).

Theo một nghiên cứu ở người Dao (xã Tu Lý, huyện Đà Bắc tỉnh Hoà Bình) cho thấy năm 1997 có 2.031 lượt người khám bệnh tại trạm y tế xã, trong đó có 32 người điều trị nội trú và 1.953 người điều trị tại nhà; trường hợp bệnh nặng phải chuyển lên tuyến trên là 37 người. Người bệnh đến mua thuốc tại trạm y tế xã, sau đó về nhà dùng thuốc tây và thuốc nam kết hợp, nhất là các bệnh ở trẻ em. (Nguyễn Thị Minh Nguyệt, 1998, tr. 46-47).

Khi được hỏi: "Lúc ốm đau thì chữa trị bằng cách nào?" đồng bào Tày ở bản Diếu và Duôn, xã Quảng Bạch, huyện Chợ Đồn, tỉnh Bắc Kạn trả lời là: Với các bệnh nhẹ thì mua thuốc của trạm y tế xã, còn bệnh nặng thì đưa đi khám và chữa bệnh tại bệnh viện huyện Chợ Đồn.

Các dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên lại có sự lựa chọn của mình phù hợp với điều kiện ở địa phương và đặc điểm dân tộc. Từ các nghiên cứu ở Tây Nguyên cho thấy việc lựa chọn cách chữa bệnh truyền thống của người Mường từ lòng hồ Hoà Bình chuyển cư vào và của người Kinh từ Thái Bình đi xây dựng kinh tế mới chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu chữa bệnh tại bệnh viện huyện (99,0% ở người Mường và 100,0% ở người Kinh). Do điều kiện kinh tế gia đình khá giả, nhiều hộ gia đình người Kinh cũng chữa bệnh ở bác sĩ tư (74,0%). Tại địa bàn cư trú mới ở Tây Nguyên, hai dân tộc này lựa chọn các giải pháp chữa bệnh tây y. Trong khi đó, một số cư dân bản địa ở đây lựa chọn việc chữa bệnh kết hợp với cúng ma chiếm tỷ lệ khá cao. Cá biệt như người Brâu, một dân tộc chỉ có 237 người, có mức sống thấp thì tỷ lệ chọn giải pháp cúng ma để chữa bệnh lại rất cao (78,0%). Tỷ lệ cư dân các dân tộc bản địa đến cơ sở y tế của đồn biên phòng để khám chữa bệnh khá cao, thậm chí có những nơi là 100% (người Ka dong ở thôn Đắk Răng). (Nguyễn Duy Thiệu, 1998).

Cũng cần lưu ý rằng số người có bệnh mà không chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao ở các dân tộc bản địa mà nguyên nhân được người dân giải thích là không có đủ tiền. Về chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ở khu vực miền núi phía Bắc, kết quả

điều tra ở người Thái và người Mường tại huyện Mai Châu, tỉnh Hoà Bình cho thấy trung bình mỗi hộ gia đình phải chi 392.000 đồng cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, bằng 60% tổng chi phí tiền mặt của mỗi hộ trong cả năm.

Rõ ràng, chi phí cao so với khả năng chi mới chỉ là một lý do, còn nhiều lý do khác khiến cho đồng bào các dân tộc thiểu số hạn chế trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ.

**Bảng 8: Tỷ lệ người ốm không đi khám bệnh và mức độ bệnh**

|            | Nặng |     | Vừa |       | Nhẹ |       | Tổng số |
|------------|------|-----|-----|-------|-----|-------|---------|
| Không khám | 8    | 25% | 78  | 36,6% | 175 | 58,3% | 261     |
| Có khám    | 23   | 75% | 135 | 62,4% | 125 | 41,7% | 183     |
| Tổng số    | 31   |     | 213 |       | 300 |       | 544     |

*Nguồn: Nguyễn Đức Chính, 1999*

Nhiều trường hợp gia đình có người bệnh nhưng không đưa đến chữa trị tại các cơ sở y tế. Lý do được đồng bào giải thích là không biết mức độ bệnh hoặc là không có khả năng đi đến cơ sở y tế vì nhà xa và lo không có khả năng chi trả.

Hoàn cảnh kinh tế gia đình tác động rất rõ đến cách thức ứng xử của các dân tộc thiểu số trong việc chữa bệnh. Khi cần chi phí cho việc chăm sóc sức khoẻ, người dân thường phải bán các vật nuôi có giá trị kinh tế như: trâu bò, lợn, gà... Trong trường hợp bệnh nặng phải chuyển lên tuyến trên đòi hỏi phải chi phí nhiều, có gia đình người Mnông (buôn Jang Trum, xã Đắc Rồ, huyện Krông Nô, tỉnh Đắk Lắk) đã bán cả đất ruộng để chữa chạy bệnh tật.

Khi bị ốm đau hầu như người dân tộc Gia rai ở thôn O sơ, xã Ia-Péch, huyện Ia-Grai, tỉnh Gia Lai đều cúng lễ cho khỏi bệnh. Có những trường hợp ốm rất nặng, cúng mãi không khỏi và phải bán hết cả đồ đạc trong nhà đi để cúng nhưng bệnh vẫn không khỏi, sau đó được cán bộ và những người hiểu biết trong bản khuyên giải mãi gia đình mới mang người bệnh đi chữa tại bệnh viện.

Một đặc điểm đáng lưu ý là các quan niệm truyền thống, một số phong tục tập quán của một số dân tộc thiểu số đến nay vẫn tác động đáng kể đến công tác chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em. Trong số những trường hợp tử vong mẹ (Bộ Y tế, 1997) tại tỉnh Quảng Ngãi có tới 77,2% số bà mẹ không đi khám thai, tỉnh Sông Bé (cũ) có 60,4% số bà mẹ không đi khám thai và đây cũng là hai tỉnh có tỷ lệ tử vong mẹ cao hơn tỉnh Vĩnh Phú (cũ) (có 48,6% số bà mẹ không đi khám thai). Điều này có thể giải thích là hầu hết các dân tộc đẻ tại nhà do bà mẹ vườn dõ, đều cắt rốn bằng cật tre, nứa, dao thậm chí cả mảnh chai không được sát trùng là nguyên nhân chính dẫn đến uốn ván sơ sinh, một bệnh gây tử vong cao ở trẻ sơ sinh. Một số dân tộc thay vì mẹ vườn dõ để cho sản phụ là chồng, mẹ, hoặc chị em họ hàng, thậm chí bản thân sản phụ tự dõ đẻ lấy. Theo kết quả điều tra về tình hình kinh tế - xã hội các tỉnh vùng Tây Bắc (Viện Dân tộc học, 1998), đa số phụ nữ dân tộc thiểu số vẫn đẻ tại nhà (70,2%). Tỷ lệ này đạt mức cao ở người Dao (100%), người Lự (98,1%), người Kháng (96%), người La Ha (95,9%) và cả người Thái (84,8%). Riêng người Mảng, số phụ nữ sinh con tại nhà chỉ chiếm 22,3%, nhưng lại có tới 77,7% phụ nữ đẻ ở lều dựng trong vườn và trong rừng. Ở các dân tộc thiểu số của huyện Trà My, tỉnh Quảng Nam tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà là 96,7% và chỉ có 6% đẻ tại trạm y tế xã (Trịnh Hoà Bình, 1998. tr. 96).

Những vấn đề y tế chủ yếu của các dân tộc thiểu số tập trung vào các bệnh dịch hay lây như sốt rét, nhiễm trùng hô hấp cấp và ỉa chảy. Bướu cổ cũng là một vấn đề trầm trọng với tỷ lệ mắc cao ở nhiều dân tộc, có nguy cơ đe dọa sự phát triển bình thường của cả người lớn và trẻ em. Bệnh phong là một vấn đề nghiêm trọng ở các tỉnh Tây Nguyên. Suy dinh dưỡng cũng là hiện tượng phổ biến ở hầu hết các cộng đồng thiểu số mà nguyên nhân là do thiếu lương thực kèm theo sự thiếu hiểu biết từ phía người mẹ không biết nuôi con và cách cho con ăn. Tỷ lệ chết của trẻ sơ sinh, tỷ lệ chết của trẻ em dưới 5 tuổi và tỷ lệ chết của sản phụ ở các dân tộc thiểu số cao hơn nhiều tỷ lệ trung bình của cả nước. Phụ nữ mắc nhiều bệnh, nhất là các bệnh phụ khoa, thiếu máu, khớp... Kiến thức của người dân về những nguyên nhân gây bệnh rất hạn chế và trong nhiều trường hợp còn tin vào các lực lượng suy nhân nào đó. Nhiều dân tộc đến nay vẫn uống nước lã từ các sông suối, giếng mà những nguồn nước này bị ô nhiễm nghiêm trọng. Điều kiện sinh hoạt chưa đảm bảo vệ sinh. Các dân tộc thiểu số hiểu biết ít về tác động của lối sống như trên đến sức khoẻ của họ. Nói chung người dân tộc thiểu số gặp nhiều trở ngại trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế hiện có ở địa phương.

Các trở ngại chủ yếu là: Sự cách trở về địa lý tự nhiên, nền kinh tế còn nặng về tự cung, tự cấp và gặp nhiều rủi ro, thu nhập bình quân đầu người thấp, chất lượng đường xấu, tỷ lệ tăng dân số tự nhiên còn cao và còn di dân tự phát ở nhiều nơi, trình độ dân trí thấp và tỷ lệ mù chữ cao, nhất là phụ nữ, đời sống đói nghèo không đủ tiền để chi trả viện phí, dịch vụ y tế kém, không đủ thuốc chữa cho người bệnh... Tất cả những trở ngại đó, ở các mức độ khác nhau, đang ảnh hưởng đến sức khoẻ của các cộng đồng thiểu số.

Rõ ràng, các công cụ chính sách về y tế cần tập trung vào giải quyết những trở ngại này nhằm giúp các cộng đồng thiểu số có cơ hội tiếp cận tốt và sử dụng cao với các dịch vụ y tế công cộng.

### III. MỘT SỐ KIẾN NGHỊ VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CHO CÁC DÂN TỘC THIỂU SỐ

Mục tiêu của công tác chăm sóc sức khoẻ cho các cộng đồng thiểu số ở nước ta nhằm làm sao cải thiện được tình trạng sức khoẻ cho các dân tộc thiểu số, đặc biệt các nhóm dân tộc nghèo và có nguy cơ (bà mẹ và trẻ em); Nâng cao năng lực cho các dịch vụ khám, chữa và phòng bệnh ở cấp cộng đồng; Cải thiện sự tiếp cận và chấp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, đặc biệt là chăm sóc sức khoẻ ban đầu của các dân tộc thiểu số.

Nhiệm vụ chủ yếu của công tác chăm sóc sức khoẻ cho các cộng đồng thiểu số gồm:

- Đào tạo được đội ngũ nhân viên y tế có năng lực chuyên môn ở các cộng đồng. Đội ngũ này sẽ phục vụ tại cộng đồng.
- Thu hút sự tham gia tích cực của cộng đồng trong việc xây dựng và duy trì sự bền vững hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu.
- Đào tạo được các thầy lang, bà mụ vườn có kiến thức tây y cần thiết trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ của người dân tộc thiểu số.
- Hình thành các vườn thuốc dân tộc cổ truyền ở những nơi có thể.
- Biên soạn cuốn sách - ảnh song ngữ về cách phòng và chữa một số bệnh thông thường tại cộng đồng, phù hợp với sự hiểu biết và văn hoá của các dân tộc thiểu số.

- Thành lập các câu lạc bộ ở cấp cộng đồng để cung cấp cho người dân các kiến thức về phòng tránh bệnh, chăm sóc sức khoẻ, giữ gìn vệ sinh môi trường...
- Bước đầu hình thành hệ thống dữ liệu thông tin y tế và đội ngũ nhân viên y tế có thể sử dụng nó ở cấp làng bản và xã.
- Cải thiện, nâng cấp hoặc xây dựng mới các trạm y tế và nhà y tế thôn bản đồng thời cung cấp các trang thiết bị và các loại thuốc phù hợp với tình hình bệnh tật và nhu cầu chữa bệnh tại địa phương, cộng đồng.

Các hoạt động cụ thể của công tác chăm sóc sức khoẻ cho các cộng đồng thiểu số gồm:

\* Đào tạo:

- Đào tạo và đào tạo lại đội ngũ nhân viên y tế xã về kỹ năng khám và điều trị bệnh thường gặp tại cộng đồng. Mở những lớp ngắn hạn và đào tạo theo phương châm "dạy cụ thể, thực hành ngay và cầm tay chỉ việc". Hình thức đào tạo này có thể tiến hành cả lý thuyết lẫn kỹ năng thực hành lâm sàng tại trạm y tế xã thông qua đội ngũ cán bộ y tế tuyến huyện, tỉnh. Một số nội dung dưới đây được khuyến nghị sử dụng trong chương trình đào tạo như: chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp, ỉa chảy, các sơ cứu ban đầu tại cộng đồng, cấp cứu sản khoa, bệnh ngoài da, sốt cao co giật, chẩn đoán và điều trị các trường hợp nhiễm ký sinh trùng, mắc lao tại nhà, nguyên lý dùng kháng sinh...

- Đào tạo y tế thôn bản về giáo dục sức khoẻ, phát hiện và điều trị các bệnh thông thường, các dịch bệnh xuất hiện tại cộng đồng. Đối với lượng thuốc đưa về y tế thôn bản cần phải có tập huấn về cách sử dụng, liều lượng, tác dụng phụ... một cách cụ thể trước khi phát thuốc. Việc đào tạo theo phương châm "dạy cụ thể, thực hành ngay và cầm tay chỉ việc" cũng nên áp dụng với y tế thôn bản. Cần có những phác đồ điều trị thật cụ thể những bệnh đơn giản để họ có thể áp dụng ngay tại cộng đồng. Việc đào tạo lại cho y tế thôn bản được duy trì hàng năm cũng như cập nhật những kiến thức mới cần thiết.

- Đào tạo và đào tạo lại cho các bà đỡ dân gian: Những bà đỡ dân gian sẽ được đào tạo về cách đỡ đẻ sạch, đỡ đẻ an toàn, cách làm rốn, chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh, cách phát hiện những ca đẻ khó để kịp thời xử trí và chuyển tuyến trên.

\* Duy trì, phát triển và sử dụng nguồn thuốc nam sẵn có tại địa phương, nhất là các bài thuốc hay của các dân tộc. Tại mỗi trạm y tế xã cần có vườn trồng cây thuốc nam. Phổ biến những bài thuốc nam đơn giản, dễ sử dụng cho nhiều người dân biết và sử dụng.

\* Tăng cường thông tin giáo dục truyền thông (IEC) tới dân bản

- Giáo dục người dân có ý thức phòng tránh bệnh như: giữ gìn vệ sinh thôn bản, vệ sinh môi trường sạch sẽ, ăn chín, uống sôi, nằm màn, ăn muối iốt...

- Sử dụng nguồn nước sạch: Có những dự án xây dựng các nguồn nước sạch cho nhân dân các dân tộc như dự án lấy nước sạch ở các khe suối chảy về, giếng nước Unicef, dùng các nguồn nước đã được sử lý...

- Hướng dẫn đồng bào làm nhà vệ sinh. Không thả rông gia súc, gia cầm. Có chuồng gia súc, gia cầm riêng và xa nhà ở.

- Cung cấp các tờ rơi, sách - ảnh được in đơn giản, dễ hiểu bằng hai thứ tiếng (tiếng Việt và tiếng dân tộc). Các tờ rơi theo từng chủ đề hoặc kết hợp các chủ đề tuyên truyền như: phòng chống sốt rét, bướu cổ, phòng chống bệnh ỉa chảy, phòng chống giun sán, phòng chống suy dinh dưỡng, tiêm chủng mở rộng, kế hoạch hoá gia đình...

- Thành lập các câu lạc bộ: các câu lạc bộ sinh hoạt theo nhiều chủ đề khác nhau như giáo dục sức khoẻ, vệ sinh phụ nữ, phòng tránh suy dinh dưỡng trẻ em, cách chăm sóc bà mẹ trẻ em trước và sau sinh, KHHGD... Câu lạc bộ này có trách nhiệm hướng dẫn cụ thể cho các bà mẹ nói riêng và người dân nói chung cách phòng tránh bệnh cụ thể, dễ hiểu, cách chăm sóc và dinh dưỡng cho trẻ em như thực hành nấu một bát bột có đủ chất dinh dưỡng cần thiết cho trẻ, đổi chế độ ăn hàng ngày, cách pha chế gói oresol khi trẻ bị tiêu chảy, hoặc cách pha nước muối đường trong trường hợp không có gói oresol...

- Hướng dẫn đồng bào dân tộc làm kinh tế để xoá đói giảm nghèo thông qua hình thức vay vốn tín dụng. Hướng dẫn cách chế biến bữa ăn có đủ chất dinh dưỡng, hợp vệ sinh bằng các thức ăn sẵn có tại địa phương.

\* Thiết lập hệ thống dữ liệu thông tin về y tế ở cấp làng bản và xã.

Đào tạo đội ngũ nhân viên để thu thập thông tin y tế tại cấp làng bản và xã để tiến hành thu thập thông tin trên thực địa, lúc đầu chọn một số điểm làm thử nghiệm ở một số vùng của dự án, sau đó nhân rộng ra đến các vùng khác của dự án. Giai đoạn đầu các chuyên gia của Bộ Y tế (hoặc Sở Y tế) làm giảng viên và trực tiếp thu thập dữ liệu cùng với học viên là người của trung tâm y tế huyện, xã. Giai đoạn sau, công tác đào tạo sẽ được chuyển giao dần từ Sở xuống huyện và cộng đồng và người dân tộc thiểu số sẽ đảm nhiệm công tác đào tạo và thu thập dữ liệu. Phương pháp đào tạo là vừa học vừa làm. Mục tiêu của việc thu thập dữ liệu thông tin y tế là nhằm tăng cường trao đổi đối thoại hai chiều giữa cấp trên và cộng đồng để nắm bắt được thông tin và nhu cầu của nhau, từ đó Nhà nước sẽ xây dựng được các chính sách phù hợp trong lĩnh vực y tế đồng thời các nguyện vọng và nhu cầu của người dân tộc thiểu số sẽ được phản ánh kịp thời lên cấp trên.

\* Những xã chưa có trạm y tế sẽ được xây dựng mới theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế, đồng thời cung cấp đủ nhân viên y tế cũng như trang thiết bị và thuốc thiết yếu. Cần được sửa chữa và nâng cấp cho những xã có trạm y tế xã xây dựng quá lâu và xuống cấp.

\* Cung cấp các trang thiết bị cần thiết và thuốc thiết yếu cho trạm y tế xã, y tế thôn bản.

- Thuốc thiết yếu cho trạm y tế và y tế thôn bản bao gồm:

+ Các loại thuốc cấp cứu, thuốc cảm cúm và kháng sinh thông thường, thuốc cho sản khoa, các loại thuốc phòng chống các bệnh như sốt rét, bướu cổ, ỉa chảy, phòng chống giun sán... Những loại thuốc thông thường cũng được cấp cho y tế thôn, bản.

+ Thành lập quỹ quay vòng mua thuốc: Có các dự án thành lập quỹ quay vòng thuốc. Trạm y tế sẽ có một số vốn nhất định ban đầu để mua thuốc thiết yếu về phục vụ nhân dân, số tiền vốn sẽ để quay vòng, còn tiền lãi sẽ phục vụ các hoạt động của trạm y tế xã.

+ Trang thiết bị cần thiết cho trạm y tế và y tế thôn bản: bao gồm huyết áp kế, ống nghe, nôi hấp và lược dụng cụ, bộ dụng cụ khám phụ khoa.... (cho trạm y tế). Cung cấp theo nhu cầu và khả năng sử dụng của từng trạm, từng vùng. Không để tình trạng nơi không cần thì lại được cung cấp, nơi được cung cấp lại không biết sử dụng hoặc không cần sử dụng. Y tế thôn bản cũng được cung cấp các dụng cụ cần thiết như bơm tiêm, ống nghe, bông băng, cồn gạc...

+ Cung cấp gói đỡ đẻ sạch cho trạm y tế, nhất là các bà đỡ dân gian tại các thôn bản nơi thường dùng dụng cụ cắt rốn cho trẻ sơ sinh bằng dao, mảnh tre, nứa...

+ Các phương tiện giao thông và phương tiện cấp cứu: các xã vùng sâu, vùng xa, nhất là những xã chưa có đường ô tô vào cần được cung cấp xe máy cho y tế xã, các phương tiện cấp cứu như võng, cáng... Cung cấp xe đạp cho y tế thôn (nếu có thể).

+ Cung cấp các phương tiện cần thiết cho phòng chống bệnh như màn chống muỗi, thuốc tắm màn chống muỗi, muối iốt ...

\* Cần có chế độ chính sách đối với người nghèo, người có thu nhập thấp, người sống tại vùng sâu, vùng xa cũng được hưởng dịch vụ y tế

Nhà nước cần có chính sách hỗ trợ, tạo điều kiện thuận lợi để các dân tộc được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế (giảm chi phí về khám chữa bệnh, hỗ trợ về giá thuốc, miễn cho đối tượng nghèo, cấp bảo hiểm y tế cho các đối tượng đặc biệt khó khăn và có thu nhập thấp...)

\* Đảm bảo chế độ chính sách cho cán bộ y tế cơ sở

Xây dựng các chính sách liên quan chế độ cho cán bộ y tế tuyến cơ sở, đặc biệt là y tế xã và y tế thôn bản vùng núi và vùng dân tộc (có chế độ trả lương, phụ cấp vùng sâu, vùng xa thích đáng...)

## Tài liệu trích dẫn

1. Phúc An, *Dịch sốt rét ở tỉnh Bình Phước*, Báo Lao Động 16/8/1999
2. Trịnh Hòa Bình, *Gia đình nông thôn và vấn đề chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội, 1998
3. Trần Thị Trung Chiến, Đỗ Trọng Hiếu, Trịnh Hữu Vách, Đào Quang Vinh, Robert Hanenberg, David Sokal, *Tử vong mẹ tại Việt Nam*, Nxb Y học, Hà Nội, 1997
4. Nguyễn Đức Chính và cộng sự, *Sử dụng và chất lượng dịch vụ y tế tại trạm y tế xã, Chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển*, Hà Nội, 1999
5. Khổng Diễn, *Dân số và dân số tộc người ở Việt Nam*, Nxb Khoa học xã hội, Hà Nội, 1995
6. Phạm Quang Hoan, Vương Xuân Tình, *Báo cáo tổng hợp - Hệ thống dữ liệu phát triển các dân tộc thiểu số*, Hà Nội, 1998
7. Phạm Quang Hoan, Vương Xuân Tình, Nguyễn Văn Minh, Đào Quang Vinh, *Hệ thống dữ liệu phát triển các dân tộc thiểu số (Gia lai, Kon Tum, Đăk Lăk)*, Hà Nội, 1998

8. Lê Ngọc Hưng, Nguyễn Chí Trung, Nguyễn Thị Phúc, Vũ Đình Lợi, *Đánh giá về chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở xã Nậm Lự, huyện Mường Khương, tỉnh Lào Cai*. Hà Nội, 1996
9. Viện Dân tộc học, *Điều tra kinh tế - xã hội các dân tộc thiểu số ở Đông Bắc*, Hà Nội, 1998
10. Viện Dân tộc học, *Điều tra kinh tế - xã hội các dân tộc thiểu số ở Tây Bắc*, Hà Nội, 1998
11. Bộ Y tế, *Báo cáo đánh giá về hiệu quả tổ chức và hoạt động của trạm y tế xã*. Hà Nội, Tháng 2/1997
12. Bộ Y tế, *Báo cáo tổng hợp về thực hiện mô hình y tế địa phương từ cấp tỉnh đến cấp làng bản*, Hà Nội, Tháng 3/1998
13. Bộ Y tế, *Niên giám thống kê y tế*, Hà Nội, 1998
14. Hà Khanh, *70% phụ nữ Việt Nam mắc bệnh phụ khoa?*, *Báo gia đình và xã hội*, Số 24, 1999
15. Nguyễn Thị Minh Nguyệt, *Tập quán sinh đẻ và chăm sóc sức khoẻ của người Dao ở huyện Đà Bắc, tỉnh Hòa Bình*, Hà Nội, 1998
16. Nguyễn Duy Thiệu, *Điều tra về kinh tế - xã hội ở vùng biên giới Tây Bắc*, Hà Nội, 1998
17. Nguyễn Duy Thiệu, *Điều tra về kinh tế - xã hội ở vùng biên giới Tây Nguyên*, Hà Nội, 1998
18. Trịnh Hữu Vách, Nguyễn Như Toàn, *Tử vong mẹ của dân tộc Hrê tỉnh Quảng Ngãi*, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 11, 1996
19. Tổng điều tra dân số Việt Nam năm 1989, *Dự báo mức sinh và tử của các tỉnh và các dân tộc thiểu số Việt Nam*, năm 1989, Nxb Thống kê, 1994
20. Tổng điều tra dân số Việt Nam năm 1989, *Kết quả Tổng điều tra dân số (quyển I)*, Ủy ban điều tra dân số, Hà Nội, 1991
21. Việt Nam, *Đất và con người*, Nxb Thế Giới, Hà Nội, 1997
22. Đào Quang Vinh, *Tập quán sinh đẻ và nuôi con ở người Lự huyện Sơn Hồ, tỉnh Lai Châu*, Hà Nội, 1998
23. Đào Quang Vinh, Nguyễn Như Toàn, Trịnh Hữu Vách, *Tình trạng tử vong phụ nữ dân tộc Xiêng tỉnh Sông Bé*, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 11, 1996