





Sức Khỏe Sinh Sản Của Đồng Bào Hmông Tỉnh Hà Giang

Nghiên Cứu Nhân Học Y Tế

HÀ NỘI, 2008

Mục lục

Mục lục	i
Danh mục các bảng.....	ii
Danh mục chữ viết tắt.....	iii
Lời cảm ơn.....	iv
1 PHÂN GIỚI THIỆU	1
2 PHƯƠNG PHÁP	2
3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	4
3.1 Người Hmông và nền văn hóa riêng: kết quả từ nghiên cứu tổng quan và từ thực địa.....	4
3.2 Hệ lụy của thay đổi xã hội đối với sinh kế và sức khoẻ sinh sản của người Hmông.....	6
3.3 Những rào cản tiếp cận và sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản .	8
3.4 Đáp ứng đối với các dịch vụ sức khỏe sinh sản.....	12
3.5 Thực hiện các chính sách sức khỏe sinh sản ở Hà Giang	18
4 KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	20
Nhận thức và sử dụng các dịch vụ SKSS	20
Những rào cản trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ SKSS	20
Những nhân tố khác.....	21
Khuyến nghị các Chính sách quốc gia.....	21
Khuyến nghị về truyền thông SKSS	22
Khuyến nghị đối với cấp tỉnh và các tổ chức liên quan.....	23
Khuyến nghị đối với chương trình nghiên cứu.....	23
Các chủ đề nghiên cứu đề xuất	24
TÀI LIỆU THAM KHẢO	25

Danh mục các bảng

Bảng 1:	Đặc điểm dân số học huyện Mèo Vạc	3
Bảng 2:	Sử dụng các biện pháp tránh thai ở huyện Mèo Vạc và xã Cán Chu Phìn năm 2006	13

Danh mục chữ viết tắt

BLTĐTD	Các bệnh lây truyền đường tình dục
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CTQG6	Chương trình Hợp tác Quốc gia 6 của UNFPA
CTQG7	Chương trình Hợp tác Quốc gia 7 của UNFPA
DCTC	Dụng cụ tử cung
DTTS	Người dân tộc thiểu số
GSDG	Giám sát và đánh giá
HIV/AIDS	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)/Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)
IMR	Tỉ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
MMR	Tỉ suất tử vong mẹ
MNPB	Miền núi phía Bắc
RHIYA	Sáng kiến về sức khoẻ sinh sản cho thanh niên khu vực Châu Á
SKBMTE/KHHGD	Sức khoẻ bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình
SKSS	Sức khoẻ sinh sản
TFR	Tổng tỉ suất sinh
TTGDTT	Thông tin- Giáo dục-Truyền thông
TTTĐHV	Truyền thông thay đổi hành vi
TYTX	Trạm y tế xã
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc

Lời cảm ơn

Báo cáo này là kết quả của nghiên cứu định tính về vấn đề sức khỏe sinh sản ở Hà Giang được tiến hành trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 5 năm 2007 bởi Tiến sĩ Nhân chủng học y tế Nguyễn Trần Lâm.

Tôi xin cảm ơn những nỗ lực của Tiến sĩ Lâm trong việc hoàn thành báo cáo này. Tôi xin cảm ơn các cán bộ của UNFPA, bà Mere Kisekka, Tiến sĩ Dương Văn Đạt và Bác sĩ Nguyễn Tiến Dũng đã hỗ trợ và đóng góp nhiều ý kiến quý báu cho nghiên cứu này.

Tại Hà Giang, ông Nông Văn Thanh, quản đốc Dự án VNMPG 0001 đã giúp đỡ Tiến sĩ Lâm trong việc bố trí phỏng vấn tại huyện Mèo Vạc. Các cán bộ y tế của huyện Mèo Vạc và trạm y tế xã Cán Chu Phìn đã nhiệt tình giúp đỡ cho nghiên cứu. Cuối cùng, chúng tôi đánh giá cao sự đóng góp của những người dân Hmông tại thị xã Hà Giang và huyện Mèo Vạc. Nghiên cứu này không thể thành công nếu không có sự hợp tác và đóng góp nhiệt tình của họ.

Thay mặt UNFPA, tôi muốn nói rằng các kết quả của nghiên cứu này sẽ đặc biệt hữu ích cho các nhà hoạch định chính sách, quản lý chương trình, nhân viên y tế và các nhà tài trợ trong việc thiết kế và thực hiện các chương trình về sức khỏe sinh sản phù hợp hơn đối với cộng đồng dân tộc thiểu số nói chung và người dân Hmông nói riêng; theo đúng tinh thần của Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ và cam kết của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển.

Ian Howie

Trưởng đại diện
Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc tại Việt Nam

1. Phần giới thiệu

Báo cáo này trình bày kết quả của một nghiên cứu định tính nhân học y tế được tiến hành tại Hà Giang trong khoảng thời gian tháng 4 và tháng 5 năm 2007, với trọng tâm là người Hmông sống tại huyện Mèo Vạc. Báo cáo tập trung phân tích biện pháp hiện hành về dịch vụ sức khỏe sinh sản (SKSS) đối với người dân tộc thiểu số và đưa ra các khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ này trong khuôn khổ của Chương trình hợp tác Quốc gia 7 của Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc tại Việt Nam. Việc phân tích số liệu được trình bày theo hướng đặt các vấn đề SKSS ở Hà Giang vào bối cảnh chính trị xã hội của Việt Nam.

Vài nét về tỉnh Hà Giang

Hà Giang là một tỉnh thuộc vùng núi phía Bắc của Việt Nam, đặc trưng bởi những dãy núi đá vôi dốc đứng với độ cao trên 1.100 m so với mực nước biển. Khí hậu tương đối ôn hòa và đất đá ong hóa do điều kiện thời tiết.

Tổng diện tích đất của tỉnh là 7.884km² và dân số là 632.500 người (50,4% là phụ nữ). Năm nhóm dân tộc chính là: Hmông (chiếm 30,75% tổng dân số toàn tỉnh), Tày (24,94%), Dao (15,16%), Kinh (12,13%) và Nùng (9,69%). Về mặt hành chính, Hà Giang được chia thành 10 huyện và một thị xã và 195 xã trong đó 145 xã thuộc diện nghèo theo tiêu chuẩn của chính phủ. Tỷ lệ hộ nghèo của Hà Giang năm 2004 là 29,3% (IFAD 2006).

Hmông được coi là nhóm người nghèo nhất của tỉnh Hà Giang. Người Hmông Trắng sống ở các vùng núi cao của Hà Giang có cách làm nông nghiệp trong đá rất độc đáo. Đa số những cánh đồng của họ nằm xen lẫn những phiến đá và trông chờ vào mưa. Ngoại trừ một diện tích đất rất nhỏ trồng lúa nước trong thung lũng chỉ có thể trồng cây trong mùa mưa, hầu hết đất đai còn lại dùng để trồng ngô- lương thực chính của người Hmông Trắng.

Hệ thống y tế của tỉnh còn nghèo nàn và thiếu thốn nhiều thuốc men, trang thiết bị và nhân lực. Theo điều tra cơ bản do UNFPA tiến hành năm 2006, Hà Giang có 175 trạm y tế xã (TYTX), 21 phòng khám khu vực, 10 bệnh viện huyện, 3 bệnh viện tỉnh và 1 Trung tâm Bà mẹ Trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình.

Luận cứ của nghiên cứu

Trong khuôn khổ Chương trình Quốc gia 7 (CTQG 7) (2006-2010), Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc và Chính phủ Việt Nam đã ký kết một Kế hoạch Hành động Quốc gia. Chương trình này được thiết kế nhằm giúp đỡ Việt Nam trong việc thực hiện các chiến lược quốc gia về SKSS và dân số và phát triển. Chương trình này là một bước quan trọng trong việc nâng cao năng lực của các bộ ngành và các cơ quan liên quan của bảy tỉnh được lựa chọn: Hà Giang, Hoà Bình, Phú Thọ, Kon Tum, Ninh Thuận, Bến Tre và Tiền Giang. Hai hợp phần của chương trình, SKSS và dân số & phát triển có bao gồm lồng ghép các vấn đề về giới.

Từ năm 1997, UNFPA đã hỗ trợ Hà Giang thông qua các CTQG 5 và CTQG 6 và hiện nay tỉnh này là một trong bảy tỉnh được lựa chọn của CTQG 7. Tuy nhiên, mặc dù với các mục tiêu như vậy, vẫn có rất ít thông tin về các vấn đề SKSS và tác động của vấn đề này đối với cộng đồng dân tộc thiểu số, đặc biệt là các cộng đồng đang sinh sống ở những vùng núi xa xôi hẻo lánh. Cho đến nay có rất ít nghiên cứu định tính về SKSS được tiến hành ở Hà Giang, ảnh hưởng đến nỗ lực thiết kế các chiến lược SKSS nhạy cảm và hiệu quả. Mục đích của báo cáo này nhằm cung cấp những dữ liệu định tính thu thập được trong đợt nghiên cứu vừa qua, góp phần vào việc thiết kế các dự án khác về nâng cao chất lượng các dịch vụ và kênh cung cấp SKSS cho đồng bào dân tộc trong khu vực.

2. Phương pháp

Khung lý thuyết

Chuyên gia nghiên cứu (CGNC) đã xem xét các kiến thức dân gian về sinh lý dân tộc học và mối liên quan của nó với các thực hành sinh sản, trị liệu và tập tục. Chuyên gia đã nghiên cứu sâu về cấu trúc của quá trình ra quyết định cũng như những cân nhắc trước khi lựa chọn các phương án sinh sản (Browner and Sargent 1990). Nghiên cứu này cũng tham chiếu lý thuyết về sinh kế, tức là phân tích về các khả năng, giá trị (bao hàm các loại vốn: con người, tự nhiên, thể chất, tài chính, xã hội, thông tin, và văn hoá), và các hoạt động (De Haan 2000; Ellis 2000). Việc phân tích sâu về sự thay đổi sinh kế đặc thù ở miền núi phía Bắc giúp chúng ta hiểu được những bối cảnh tác động tới những hành động về SKSS.

Những chủ đề nghiên cứu

1. Những thực hành sinh đẻ truyền thống nào là phổ biến?
2. Những bối cảnh xã hội và văn hoá nào ảnh hưởng đến hành vi SKSS của người Hmông?
3. Người Hmông đánh giá thế nào về lợi ích và bất cập của các biện pháp tránh thai?
4. Người sử dụng dịch vụ phản ứng như thế nào về chất lượng chăm sóc SKSS thông qua chương trình KHHGD?
5. Người dân đánh giá như thế nào về các dịch vụ y tế nói chung?
6. Làm thế nào để nâng cao chất lượng các dịch vụ này nhằm đáp ứng nhu cầu của người sử dụng?
7. Những nhân tố chính sách nào tác động đến việc lập chương trình về SKSS ở Hà Giang?

Địa bàn nghiên cứu

Mèo Vạc là một huyện đông bắc của tỉnh Hà Giang, có số dân 53.915 người (1999). Huyện có 14 nhóm người dân tộc thiểu số nhưng đa số là người Hmông (41.428 người). Người Hmông Trắng trong huyện sống trên những đỉnh núi đá vôi chót vót, thiếu thốn đất trồng trọt, nước sinh hoạt, và khí hậu khắc nghiệt. Phương thức truyền thông chủ yếu là truyền khẩu chứ không phải bằng chữ viết.

Các dòng họ Hmông phổ biến trong vùng bao gồm: Vừng, Giàng, Sùng, Mùa, Lý, Lầu, Thề, Vừ, Và, Hà, Chu, Sinh, Cư, Chả, Lữ. Những dòng họ này có thể nhận biết qua màu sắc quần áo họ mặc, nét thêu trên quần áo, và sắc thái giọng nói. Tuy nhiên, các tập tục truyền thống đang dần dần phai nhạt trong quá trình phát triển giao thông và tương tác giữa các cộng đồng dân tộc. Một số đặc điểm dân số học của huyện Mèo Vạc được trình bày tại Bảng 1.

Bảng 1- Một số đặc điểm dân số học huyện Mèo Vạc

Diện tích	574 km ²
Số xã	18 (17 xã và 01 thị trấn)
Dân số	53.915 người
Nam	49%
Nữ	51%
Số hộ gia đình	11.505
- Số hộ thành thị	797
- Số hộ nông thôn	10.708
Số phụ nữ 15-49 tuổi	14.583
Số phụ nữ 15-49 tuổi có chồng	11.191
Các nhóm dân tộc	Dao, Tày, Giáy, Hmông, Nùng, Xông, Lô Lô, Clao, Cao Lan, Pu Béo, Mường, Hoa, Kinh, Bó Y

(Nguồn: UBND huyện Mèo Vạc, 2007)

Thu thập số liệu

Việc thu thập số liệu được chia làm hai giai đoạn. Giai đoạn 1 (từ tháng 3 đến tháng 4/2007), chuyên gia nghiên cứu tài liệu tại Hà Nội và phỏng vấn nhiều chuyên gia hoạt động trong lĩnh vực SKSS. Giai đoạn 2 (tháng 4-tháng 5/2007), chuyên gia tiến hành nghiên cứu thực địa tại Hà Giang trong khoảng thời gian mười ngày.

Tại Hà Giang, chuyên gia trước hết gặp gỡ trao đổi với các nhân viên dự án UNFPA nhằm làm quen với hệ thống y tế và các vấn đề liên quan đến SKSS của tỉnh. Sau đó chuyên gia đã tiến hành các cuộc thảo luận với một số cán bộ y tế, cán bộ hoạch định chính sách của tỉnh, và cả các cán bộ đã về hưu nhằm thu thập bổ sung các thông tin về cuộc sống, phong tục và thực hành sức khỏe của người Hmông.

Tại Mèo Vạc, chuyên gia thu thập dữ liệu thông qua các phương pháp khác nhau, bao gồm: phỏng vấn dân tộc học, thảo luận nhóm, quan sát, và nghiên cứu trường hợp. Đối tượng phỏng vấn bao gồm: cán bộ y tế, thầy cúng, lang y, nhà thuốc tư nhân, người dân và thanh niên Hmông. Địa điểm và thời gian phỏng vấn tùy thuộc vào sự tiện lợi. Số liệu được phân tích bằng tay theo chủ đề nghiên cứu. Một trong những hạn chế của nghiên cứu là đại diện chính quyền địa phương tham dự các cuộc phỏng vấn; do đó hạn chế thu thập được những thông tin sâu về người Hmông.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1 Người Hmông và nền văn hoá riêng: kết quả nghiên cứu từ các tài liệu và thực địa

Người Hmông đến Việt Nam từ tỉnh Yunnan, Trung Quốc, khoảng 200-300 năm trước. Trên đường di cư xuống phía nam, một số bộ tộc Hmông đã quyết định định cư ở vùng núi phía bắc Việt Nam (MNPB), một số khác thì đạt sang Lào, đa số đi qua Lai Châu và Sơn La, rồi vào Xiêng Khoảng và Sầm Nưa (Lương 2000, Sơn 1996). Phong trào này được Christian Culas (2000:31) mô tả như “cuộc tháo chạy sau những trận nổi dậy, chiến tranh và thảm sát, cướp bóc và nạn đói”. Sau khi sống ở Lào khoảng ba đến bốn thế hệ, nhiều người Hmông chuyển đến định cư ở Nghệ An, Việt Nam (Lương 2000). Ngày nay, các hộ gia đình của các bộ tộc Hmông khác nhau có khuynh hướng sống xen lẫn với các nhóm dân tộc khác, một khuynh hướng khác hẳn với quá khứ, được phản ánh qua tên gọi của những gia đình mới nhập cư.

Trên thế giới, có khoảng bảy triệu người Hmông, sống rải rác ở Thái Lan, Lào, Trung Quốc, Mỹ, và các nước khác. Tại Việt Nam, khoảng 800.000 người Hmông đang sinh sống tại cả ba vùng Bắc, Trung, Nam, chiếm khoảng 1% dân số cả nước. Lịch sử, văn hoá và tập tục của người Hmông được truyền miệng từ thế hệ này sang thế hệ khác bởi vì họ không có chữ viết của riêng mình cho đến đầu những năm 1950 khi những nhà truyền giáo phương tây đến Đông Nam Á để giảng đạo Thiên chúa giáo cho người Hmông.

Về mặt lịch sử, đây là một xã hội theo kiểu bộ tộc, có chung tổ tiên, trong đó gia đình là đơn vị quan trọng nhất và thường được tổ chức theo kiểu phụ hệ. Đa số người Hmông được coi là những người theo trường phái vạn vật hữu linh, tức là tin rằng sự sống là sự hài hoà giữa các linh hồn cơ thể và các thần linh sống ngoài cơ thể. Trong nhiều thế kỷ, người Hmông áp dụng lối đốt nương làm rẫy- một kỹ thuật nông nghiệp có nhiều liên quan đến cách sống di cư của họ cho đến ngày nay. Người Hmông ở Việt Nam (còn gọi là người Mèo) được chia thành năm nhóm chủ yếu, dựa theo đặc tính quần áo phụ nữ, ngôn ngữ và phong tục: *Mèo Trắng* (còn gọi là *Hmông Đâu*, theo ngôn ngữ Mèo); *Mèo hoa* (*Hmông Lệnh*); *Mèo đen* (*Hmông Đu*); *Mèo xanh* (*Hmông Súa*); và *Mèo đỏ* (*Hmông pe*). Trong tất cả các nhóm Mèo thì Mèo trắng chiếm đông nhất. Hệ thống chữ viết của người Hmông dựa vào hệ chữ quốc ngữ (la tinh), được phát triển từ năm 1956.

Tôn giáo Hmông bị ảnh hưởng bởi Đạo Khổng và Đạo Lão (hai đạo của Trung Quốc đã tồn tại hàng nghìn năm). Những tôn giáo này ảnh hưởng đến văn hoá Hmông ở chỗ phụ nữ bị gắn chặt với những nghĩa vụ và trách nhiệm nhưng lại thiếu quyền lợi cá nhân bao gồm cả quyền về SKSS. Khi người Hmông nói về tôn giáo, họ có khuynh hướng mô tả việc họ làm và tập tục họ theo trong gia đình. Đối với họ, sự tồn tại của con người liên quan mật thiết với trái đất, thần linh, và nguồn gốc vũ trụ. Người Hmông tin rằng có rất nhiều thế lực siêu nhiên (thần mưa, thần đất, thần cây, thần động vật, thần nhà, thần tổ tiên) khống chế cuộc sống của họ. Đa số hoạt động của họ- từ xây nhà, đi săn, đám cưới, vv... cho đến khai phá thửa ruộng mới, hạnh phúc, bất hạnh và bệnh tật, đều được tạo bởi một vũ trụ phức tạp. Ví dụ, việc chọn đất trồng trọt là rất quan trọng, do đó có rất nhiều điều kiêng kỵ và hành xử thần linh xung quanh việc này (ví dụ chọn ngày tốt và giờ tốt).

Việc thờ cúng tổ tiên rất phổ biến. Bàn thờ của tổ tiên được treo trên tường, đối diện với cửa ra vào chính: bàn thờ đơn giản chỉ là một tấm giấy hình chữ nhật được làm từ vỏ cây zo, dài khoảng một gang tay rưỡi và rộng khoảng một gang, đã phủ sơn đỏ. Tấm giấy này được mua từ thầy cúng, được treo theo phương thẳng đứng trên tường ngay trước cửa ra vào, đúng ngày khai trương ngôi nhà. Trên đó có những dòng chữ Hán và được gắn thêm vài cái lông gà trống, được giết vào đúng ngày đó. Sau đó người ta cắm thêm lông gà và cây hương trong những buổi lễ sau này.

Đối với người Hmông, quy tắc tập tục hành vi rất đa dạng và việc tổ chức xã hội và kinh tế bị chi phối chủ yếu bởi quan hệ gia tộc, dòng dõi. Đứng đầu một dòng họ Hmông (gọi là hồ pẩu) là người rất có thế lực. Vị này có trách nhiệm thờ cúng tổ tiên, 'báo cáo' với tổ tiên về việc cưới xin và sinh đẻ của dòng tộc, tổ chức đám ma, giải quyết các tranh chấp giữa các gia đình trong dòng họ và giữa dòng họ này với dòng họ khác, huy động nguồn lực của dòng họ để giúp các gia đình khó khăn, đảm bảo việc truyền lại các qui ước và phong tục cho thế hệ sau, thậm chí ra quyết định về việc di cư. Việc nghe theo và tuân thủ với lời khuyên của hồ pẩu là qui tắc của tất cả các thành viên trong dòng họ mặc dù già làng cũng là đối tượng quan trọng của dòng họ trong việc đưa ra lời khuyên.

Bệnh tật và chăm sóc sức khỏe¹

Người Hmông tin vào thần linh, ma thuật, và các phép phù thủy. Họ cho rằng bệnh tật có thể do nhiều nguyên nhân gây nên. Mỗi cơ quan nội tạng có một linh hồn. Nếu thiếu bất cứ một linh hồn nào sẽ dẫn đến ốm đau và bệnh tật. Ví dụ nếu 'linh hồn bụng' ra đi, nó sẽ mang theo linh hồn của đầu và linh hồn của ngực, và điều đó có nghĩa là cái chết đang đến gần. Bệnh tật cũng do sự mất cân bằng giữa tình trạng thể chất của người đó và môi trường xung quanh hoặc do sự mất cân bằng trong chính cơ thể người đó. Bệnh tật có thể là triệu chứng của một nguyên nhân sâu xa: không vi phạm một điều cấm hoặc một điều kiêng kỵ nào đó, vv... Sự trầm trọng của bệnh phụ thuộc vào các 'vị thần' của căn bệnh đó: họ có thể ở gần, cách xa bệnh nhân hoặc cũng có thể bệnh do ma gây ra. Nếu có nhiều người chết tức là biểu hiện của các 'thần địa phương' không muốn con người chiếm đóng lãnh thổ của họ.

Phân loại bệnh tật

Bệnh tật được phân loại theo vị trí của chỗ đau (đầu, ngực...); mỗi chỗ được phân loại thành những bệnh chi tiết. Ví dụ: các bệnh dạ dày được phân thành đi ỉa chảy, kiết lỵ, táo bón, đau ruột thừa, vv. Dựa vào nguyên nhân gây bệnh mà người Hmông phân loại bệnh thành hai phạm trù khác nhau: các bệnh tự nhiên xã hội (như: chảy máu, đau mắt, đau răng, đau lưng, sốt, đau tim, rối loạn tâm thần...) và các bệnh do siêu nhiên gây ra (sự tách rời của linh hồn và trừng phạt của thần linh). Tuy nhiên những sự phân loại này phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và có thể thay đổi (Lâm 2006).

Dự phòng và điều trị bệnh

Người Hmông dùng nhiều cách khác nhau để dự phòng và điều trị bệnh tật như: lá thuốc, thuốc chế từ động vật, thuốc khoáng chất, phép ma thuật, kiêng kỵ trong ăn uống và sức khỏe,

¹ Phần này cơ bản dựa vào các nghiên cứu của Tap (1989), Lam (2006)

hoặc tổng hợp các cách này. Nói chung, để điều trị bệnh của trẻ em, đầu tiên người Hmông sẽ cậy nhờ đến ma thuật. Nếu phương pháp này không hiệu quả họ sẽ dùng cách điều trị bằng thuốc. Các tập tục tôn giáo là biện pháp quan trọng. Cây thuốc thường được dùng để chữa vô sinh, bệnh về kinh nguyệt, biến chứng sản khoa, và cũng dùng để làm chất bổ sau khi sinh.

3.2 Hệ lụy của thay đổi xã hội đối với sinh kế và SKSS của người Hmông

Một số nghiên cứu cho thấy số người trong gia đình đã giảm nhiều trong vòng hai thập kỷ qua, đó là vì diện tích đất, chất lượng đất và sản lượng lúa không còn đủ để nuôi sống một gia đình lớn (Zankel 1996, Lâm 2006). Theo các cán bộ ở huyện Mèo Vạc, 72% số dân trong huyện là hộ nghèo (theo chuẩn nhà nước qui định)², tuy nhiên trên thực tế người dân còn nghèo hơn nhiều so với tiêu chuẩn này. Người Hmông ở Mèo Vạc nói về cái nghèo của mình bằng những từ như 'dưới đáy nghèo'; 'mở mắt ra là nhìn thấy đá'; hoặc 'sống trên đá chết chôn trong đá'. Thật vậy mức độ đói nghèo ở vùng này thực sự lo ngại, đến nỗi nhiều trẻ em lứa tuổi 9-10 chưa bao giờ biết đến sữa.

Kết quả nghiên cứu tài liệu và phỏng vấn đưa ra một loạt nhân tố bối cảnh tác động đến sinh kế và SKSS của người Hmông trong khu vực này. Những nhân tố này bao gồm:

Chất lượng đất giảm sút và sự sử dụng các chất hoá học: đất bạc màu chủ yếu do các yếu tố bên ngoài tác động (như: mưa, xói mòn, sự tự phân huỷ của đất mùn và nito). Sự mất dưỡng chất chủ yếu do hậu quả của quá trình thay đổi hệ thống sinh thái rừng, từ rừng rậm sang rừng thưa. Sự giảm chất lượng đất buộc người nông dân Hmông hiện nay phải đầu tư phân bón hoá học nhiều hơn vào việc canh tác ngô và các cây trồng khác. Tại Hà Giang và nhiều tỉnh khác việc giám sát côn trùng sâu bệnh còn yếu kém; trong khi đó việc sử dụng phân bón hoá học lại tăng lên. Một số nghiên cứu cho thấy những người nông dân hay tiếp xúc với phân bón thường mắc các bệnh ngoài da (Pingali & cs. 1995; Sprince & cs. 2000). Do thời gian nghiên cứu thực địa quá ngắn, chuyên gia chưa có điều kiện đi sâu về vấn đề này. Tuy nhiên bằng chứng gợi ý rằng độc tính của các chất hoá học có thể là một trong những nguyên nhân của các bệnh phụ khoa mà phụ nữ Mèo Vạc thường đề cập.

Môi trường xuống cấp: Người dân ở Mèo Vạc phản ánh rằng cách đây 30 năm ở Hà giang có tới 20 loài động vật quý hiếm, như báo, hổ, vượn đen, gấu đen. Tuy nhiên hiện nay rừng bị huỷ diệt nghiêm trọng đến mức những loài vật đó không còn nữa. Những sản phẩm của rừng đã từng là thức ăn chính nuôi sống người Hmông nhưng nay nguồn lực đó đã cạn kiệt. Kết quả là thu nhập của họ ngày càng ít ỏi nhưng họ lại phải chi tiêu nhiều hơn trong bối cảnh giá cả thị trường leo thang. Đa số người dân ở đây không thể trồng đủ ngô ăn nhưng họ lại phải bán ngô đi để chi tiêu vào những nhu cầu khác như: việc học hành của con cái, quần áo, muối ăn, dầu hỏa, nước mắm, phân bón, thuốc kháng sinh cho động vật ốm vv... Thêm vào đó họ cũng phải đối phó với những rủi ro khác nữa như đất lở, hạn hán, dịch bệnh súc vật.

Thiếu nước: đây là vấn đề mà người dân Mèo Vạc thường nhắc đến. Thiếu nước là vấn đề trầm trọng ở vùng này. Tùy theo mùa, một thùng nước được bán với giá 5.000-15.000 đồng (100.000 đồng một mét khối nước). Không có nhà tắm và rất ít nhà xí. Nước uống thiếu trầm trọng và nguồn nước thường ở rất xa. Người dân thường mất nhiều giờ để đi lấy nước. Trẻ em

² Chuẩn nghèo: thu nhập trung bình 80,000 đồng/người/tháng, theo Quyết định 1143/2000/QĐ-LĐTBXH. Chuẩn nghèo mới (có hiệu lực từ 2006-2010): thu nhập trung bình 200.000 đồng/người/tháng.

cũng phải bỏ học ở nhà lấy nước, đặc biệt về mùa đông. Cũng có một số bể nước xi măng (do UNICEF tài trợ) tuy nhiên chất lượng bể rất kém. Thiếu nước làm cho phụ nữ khó khăn trong việc tắm rửa và vệ sinh cá nhân trong kỳ kinh nguyệt. Đây là một trong những nguyên nhân làm gia tăng tỉ lệ các bệnh phụ khoa trong vùng.

Điều kiện nhà ở: Người dân ở Hà Giang thường nói rằng nếu muốn biết ai giàu ai nghèo, hãy nhìn ngôi nhà chủ nhân. Thật vậy, đa số các căn nhà ở Mèo Vạc đều cũ nát, xiêu vẹo, tồi tàn và thiếu vệ sinh. Người dân sống trong những ngôi nhà chật chội và không có cửa sổ. Nhà ở cũng đồng thời là nhà kho để chứa ngô khoai và thức ăn khác, làm cho căn nhà càng thêm chật chội. Người dân Hmông lại có thói quen nuôi súc vật sát nhà ở (dê, bò, vịt, gà, lợn...), càng làm cho môi trường sống trở nên ẩm thấp, mất vệ sinh và ô nhiễm.

Một vấn đề khác xem ra ít được đề ý đến đó là ô nhiễm môi trường ngay phía trong căn nhà. Theo phong tục Hmông, bếp là nơi linh thiêng và phải được đặt trong nhà. Việc tiếp xúc triền miên với khói bếp trong nhà lẫn mùi củi ô tạp, chất thải, phân súc vật và các nhiên liệu sinh khối (biomass) khác có thể gây ra một số bệnh tật. Phụ nữ lại thường là người nấu bếp và do vậy tiếp xúc nhiều hơn với sự ô nhiễm trong nhà hơn đàn ông.

Nhân lực và con cái: Nhu cầu bức thiết về sức lao động góp phần đáng kể trong việc giảm tuổi lập gia đình và tăng tỉ lệ sinh trong quần thể Hmông. Việc trồng trọt trên núi đá đòi hỏi nhiều sức lao động. Thu hoạch ngô là vất vả nhất vì phương tiện duy nhất để chuyên chở trên vùng núi cao này là chiếc bò đeo lưng. Trẻ con Hmông cũng thường bắt đầu lao động từ rất sớm. Các bé gái bắt đầu làm việc nhà từ khi 6-7 tuổi; các bé trai muộn hơn khoảng 10-12 tuổi. Bé gái tuổi 9-10 có thể tham gia vào công việc làm cỏ, lấy củi, xe sợi và thêu đan.

Làm việc nhiều giờ trong ngày là đặc thù của người phụ nữ và các cô gái Hmông. Họ phải làm tất cả, từ lên nương làm rẫy đến mọi việc trong nhà: chăm sóc con cái, nấu nướng, dệt áo cho tất cả thành viên gia đình. Phụ nữ phải làm việc từ mờ sáng đến tối mịt, đặc biệt là vào dịp mùa màng. Họ không có thời gian để chăm sóc bản thân mình, hướng chỉ là các vấn đề SKSS. Nhiều phụ nữ vừa làm nương vừa mang trên lưng đứa con 5-6 tháng tuổi. Mặc dù phụ nữ làm việc vất vả hơn đàn ông, đàn ông lại là người ra quyết định. Hơn nữa, đàn ông Hmông ít khi giúp phụ nữ trong việc nhà.

Thanh niên và quan hệ tình dục

Thanh niên Hmông quan hệ tình dục từ rất sớm, do phong tục tảo hôn từ lâu đời. Một người đàn ông Hmông nhận xét “Bây giờ vóc người Hmông nhỏ...là do tục kết hôn sớm. Ngày xưa vóc người Hmông lớn hơn nhiều”. Thật vậy, thường thường các cậu bé 16 tuổi và các cô bé 14 tuổi có thể lấy nhau. Mặc dù việc ly dị ít xảy ra, việc quan hệ tình dục trước hôn nhân lại diễn ra phổ biến. Mặc dù vấn đề trinh tiết là quan trọng, quan hệ tình dục trước hôn nhân vẫn không bị cấm đoán trong cộng đồng Hmông ngày nay. Nhiều phụ nữ chấp nhận thực tế rằng chồng họ có thể quan hệ tình dục với người khác. Nhiều người nói rằng quan hệ tình dục trước hôn nhân là điều tự nhiên và rằng tập tục của người Hmông cho phép họ như vậy. Thanh niên ở Mèo Vạc thường gặp gỡ và quan hệ tình dục vào thứ Bảy hoặc Chủ Nhật, hoặc tại chợ tình vì khi đó họ có thể giấu bố mẹ 'chuyện ấy'.

Mặc dù luật pháp không cho phép nhưng thanh niên Hmông tiếp tục kết hôn sớm; và đàn ông tiếp tục lấy nhiều vợ. Nhiều thanh niên Hmông hiện nay thích lấy vợ/chồng người dân tộc

khác. Trong khi ngồi uống rượu, thanh niên ở Mèo Vạc kể với chuyên gia nghiên cứu rằng 'người Hmông Trắng ở Hà Giang có thể kết hôn với bất kể dân tộc nào Kinh, Tày hay Dao... như bạn tôi đây vừa lấy một cô vợ Tày đấy'. Thật vậy, việc thay đổi kết cấu kinh tế xã hội đã làm thay đổi cơ bản các mối quan hệ, giữa người Hmông và người dân tộc khác trong vùng; và trong nội tại cộng đồng người Hmông (Trường 2001, Lâm 2006).

3.3 Những rào cản tiếp cận và sử dụng dịch vụ SKSS

Có nhiều nhân tố tác động đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ SKSS, bao gồm:

- Các nhân tố về văn hoá xã hội (giáo dục, tôn giáo, tập tục, giới, truyền thông, mạng lưới cộng đồng); và
- Các nhân tố liên quan đến dịch vụ (khoảng cách/giao thông đi lại, bất đồng ngôn ngữ, thái độ kỳ thị của nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị và thuốc men, các vấn đề về chẩn đoán và kê đơn, chi phí gián tiếp).

a) Các nhân tố văn hoá xã hội

Giáo dục. Người dân Mèo Vạc xem ra không quan tâm đến việc giáo dục con em họ, như một người đàn ông nói:

"Đi học á? Để làm gì? Hồi xưa nhiều người học hết lớp 5 đã trở thành cán bộ rồi. Bây giờ nhiều người sau 10 năm đi học, trở về bản và lại tiếp tục làm cái nương thôi"

Tôn giáo. Từ năm 2000 người Hmông ở Hà Giang có phong trào chuyển đạo (từ vạn vật hữu linh sang đạo Tin Lành). Nghiên cứu cho thấy các hoạt động kế hoạch hoá gia đình thường ít hiệu quả trong những người chuyển đạo Tin lành (Thắng 2005; Lâm 2005). Những người chuyển đạo thường không nạo thai vì đạo Tin Lành cấm thực hành này (Thắng 2005, Lâm 2006).

Phong tục. Để nhiều con là một chuẩn mực. Người Hmông dùng từ 'tua nhua' để diễn tả việc sinh nở. 'Tua nhua' theo tiếng Hmông có nghĩa là 'bắt' do vậy những người ít con thường phàn nàn rằng họ không thể 'bắt' nhiều con. Trên thực tế việc mong muốn có ít nhất 4-5 con vẫn còn phổ biến. Một cụ già Hmông nêu một nguyên nhân thú vị :

'Ngày xưa dòng họ chúng tôi đã bị huỷ diệt...nhiều người đã chết...vì thế ngày nay chúng tôi cần phải có nhiều con...không cần phải nuôi con nuôi làm gì...trên vùng núi này chẳng có gì nên con cháu là nguồn hạnh phúc duy nhất thôi'

Thật vậy, đối với người Hmông, sinh nở cũng có nghĩa là tái sinh nguồn lao động và thu nhập; con cái cũng có nghĩa là tài sản. Phụ nữ nào có ít con thường bị hàng xóm gièm pha. Gia đình giàu là gia đình có nhà cao cửa rộng, nhiều thóc gạo, trâu bò và đông con 8-10 người. Họ cần phải có cả con trai và con gái (tuy nhiên thích con trai hơn). Con trai là chỗ dựa của gia đình, và con gái là những nội gia tốt. Ngoài ra, người Hmông còn có tập tục làm chiếc giường mới nhưng hẹp cho cặp vợ chồng mới cưới nên hai người phải nằm sát vào nhau mới đủ, do vậy cũng dễ gây hứng khởi tình dục và dẫn đến sinh con sớm.

Những động thái về giới

Phụ nữ Hmông có thể được định nghĩa với năm vai trò: nội trợ, chăm sóc nhà cửa, phục vụ tình dục, kiếm thu nhập, và chăm sóc con cái. Mặc dù họ làm việc quần quật ngày đêm và nặng gánh như vậy, công việc của họ lại hay bị coi thường. Từ khi chào đời, bé đã phải chấp nhận thân phận thấp kém và triền miên như vậy cho đến khi nhắm mắt xuôi tay. Khi lớn lên, cô gái phải tuân thủ các tập tục về danh dự và phải sống tách biệt trong thời kỳ vị thành niên, để giữ gìn trong trắng trước khi lấy chồng- một chuẩn mực cộng đồng để đảm bảo trinh tiết mặc dù nhiều ông chồng cũng không quan tâm đến điều này.

Vị thế thấp kém của cô đối với họ hàng nhà chồng bắt đầu từ sau đám cưới. Cô cung phụng tình dục cho chồng và nai lưng hầu hạ nhà chồng. Thai nghén, trở dạ, sinh nở, nuôi con là trách nhiệm của cô. Nếu chưa làm tròn những trách nhiệm đó hoặc kháng cự, cô sẽ bị đánh hoặc đuổi ra khỏi nhà. Khả năng sinh con trai của cô là tối quan trọng đối với tương lai nhà chồng và dòng họ nhà chồng bởi vì trong môi trường cô đang sống, con trai là người duy nhất được phép làm công việc thờ cúng và duy trì tập tục dòng họ. Nếu cô, một người phụ nữ có chồng, không sinh được con hoặc không sinh được con trai thì hệ lụy nghiêm trọng sẽ đến. Cô không có quyền quyết định khi nào thì sinh hoặc sinh bao nhiêu con. Cũng như nhiều phụ nữ Hmông khác, cô không biết làm thế nào để giữ gìn vệ sinh khi bị kinh nguyệt. Những vấn đề liên quan đến tình dục và phụ khoa bị coi là những vấn đề xấu hổ và ngượng ngùng.

Người phụ nữ Hmông, dù sống ở Hà Giang hay các tỉnh khác cũng cùng chung số phận như vậy. Đó là bởi vì nhận thức cộng đồng bị ảnh hưởng bởi tập tục phụ hệ và Đạo Khổng- một tôn giáo đã tồn tại hàng nghìn năm. Đây là vấn đề ít được đề cập trong các chính sách về SKSS.

Một vấn đề khác là tình hình bạo hành giới trong các cộng đồng dân tộc thiểu số. Vấn đề này đang diễn ra tràn lan trong các nhóm dân tộc phụ hệ ở Miền núi phía Bắc (như dân tộc Hmông, Tày, Dao) và đặc biệt trong quần thể Người Hmông Trắng ở Hà Giang. Nhiều phụ nữ Hmông bị chồng đánh đập thường xuyên hoặc bị ép quan hệ tình dục. Tình hình bạo động này do nhiều nguyên nhân: trước hết phải kể đến bản chất của chế độ phụ hệ và Đạo Khổng, với quan niệm chung cho rằng vợ là người hầu. Nếu sau vài năm chung sống, người vợ không có biểu hiện thai nghén gì, lúc đó cả gia đình sẽ lo lắng. Người phụ nữ bị thúc ép đến gặp các ông lang hoặc phù thủy; và họ bị chồng hoặc bố mẹ chồng buộc tội vì 'quái thai' hoặc 'đồ vô sinh'. Hai phụ nữ Hmông nói họ không bao giờ sử dụng các biện pháp tránh thai bởi vì sợ bị chồng đánh hoặc gia đình nhà chồng mắng mỏ.

Nguyên nhân thứ hai của việc bạo hành giới liên quan đến một thực tế là những người vợ Hmông thường trông già hơn chồng, ít nhất là hình dáng bên ngoài. Đây là một trong những nguyên nhân mà đàn ông thường phàn nàn rằng họ cảm thấy chán mấy bà vợ 'vừa già vừa xấu'. Điều này dẫn đến tình trạng ngoại tình phát triển trong giới đàn ông Hmông.

Thứ ba là, việc uống rượu và hút thuốc phiện- hai 'thói quen tập tục' của đàn ông Hmông- có thể dẫn đến những hành động bạo lực đối với vợ. Phỏng vấn sâu với phụ nữ Mèo Vạc và các cán bộ xã khẳng định tình trạng này diễn ra thường xuyên.

Thông tin-Giáo dục-Truyền thông (TTGDTT)

Mức độ nhận thức về vấn đề SKSS của người dân vùng này rất thấp, chủ yếu là do chất lượng của công tác TTGDTT. Đa số hộ gia đình vẫn chưa có điện lưới; thậm chí một số nhà có thì

họ cũng không dùng nhiều (đèn chỉ bật khoảng một đến hai giờ một ngày lúc ăn tối). Rất ít gia đình có đài; và chỉ có lãnh đạo xã mới có vô tuyến (Chủ tịch ủy ban Nhân dân xã và Chủ tịch Hội đồng nhân dân xã). Một số gia đình có đài nhưng không dùng nhiều hoặc không biết cách dùng thế nào. Hơn nữa thời lượng phát sóng cũng rất hạn chế. Theo báo cáo của Phòng dân số huyện thì các vấn đề về dân số đã được phát trên hệ thống truyền thanh 7 lần trong năm 2006, với tổng thời lượng 65 phút. Đây là chưa nói đến chất lượng của các thông điệp và sự sẵn có về thời gian của nông dân- những người lao động cực nhọc suốt ngày và không có thời gian để nghe đài.

Công tác TTGDĐT của hệ thống y tế công cộng lại càng khó khăn do điều kiện về giao thông: đường xấu gập ghềnh cũng có nghĩa là tốn nhiều xăng hơn. Cả cán bộ dân số huyện và xã bày tỏ sự mong muốn được trang bị xe máy và trợ cấp về xăng xe cho công tác TTGDĐT ở vùng núi cao này.

Tại Trung tâm y tế huyện, chuyên gia nghiên cứu cũng nhìn thấy một số tài liệu truyền thông (do dự án UNFPA hỗ trợ) nhưng các cán bộ địa phương nói rằng những tài liệu này dày quá nên ít được cán bộ SKSS sử dụng. Cũng có một số thông điệp về bệnh lao bằng tiếng Hmông (phiên âm) được gắn trên tường. Tuy nhiên xem ra không có ai để ý vì có lẽ họ không hiểu thông điệp nói gì.

Công tác truyền thông của các tổ chức đoàn thể như Hội phụ nữ còn yếu. Một số người dân Hmông phàn nàn rằng cán bộ áp đặt họ chứ không phải khuyến bảo họ thực hiện các biện pháp KHHGD. Đa số các cộng tác viên dân số còn trẻ và thiếu kinh nghiệm về truyền thông, và do vậy họ gặp khó khăn trong việc thuyết phục những người dân lớn tuổi hơn họ thay đổi hành vi. Rõ ràng là, truyền thông trong khu vực này không thể thành công nếu thiếu sự giảng giải tỉ mỉ cho người dân.

Kết quả từ phỏng vấn nhóm cho thấy người Hmông thích hình thức truyền thông nghe nhìn. Điều này cũng hợp lý bởi vì người dân nơi đây ít có cơ hội xem vô tuyến hay chiếu phim. Những người tham dự phỏng vấn nhóm khuyến nghị rằng truyền thông có thể tiến hành thông qua các sự kiện văn hoá (ví dụ như dịp Tết, lễ hội Gầu Tào- một lễ hội truyền thống của người Hmông, chợ trời, hay chợ tình). Một số người gợi ý rằng bởi vì người Hmông không có ngôn ngữ riêng của mình trong khi lại có nhiều tập tục kiêng kỵ, sẽ là lý tưởng nếu lồng ghép thông điệp truyền thông về SKSS vào các câu chuyện dân gian Hmông.

Mạng lưới

Có lẽ kênh truyền thông hiệu quả nhất trong vùng này là truyền khẩu. Phỏng vấn cho thấy trong khi ở nhà phụ nữ không nói chuyện với bố mẹ về SKSS nhưng khi lên nương họ lại nói chuyện với nhau về các biện pháp tránh thai và tác dụng phụ của vòng tránh thai. Nếu phụ nữ Hmông biết về các trường hợp phụ nữ dân tộc khác ví dụ Kinh, Tày hoặc Hmông có ít con mà lại có cuộc sống tốt hơn thì họ có thể quan tâm hơn và học theo để hiểu được tác dụng của các phương pháp KHHGD.

Kênh thứ hai là thông qua các hoạt động ở chợ. Đối với người Hmông đi chợ là một hoạt động văn hoá và chợ chính là nơi lý tưởng để truyền trò, trao đổi thông tin với nhau. Ngày chợ phiên là cơ hội tốt đối với phụ nữ Hmông và gia đình họ gặp gỡ những phụ nữ người Kinh và các nhóm dân tộc khác, hỏi han nhau các vấn đề về sức khoẻ và SKSS- những thông tin mà họ không biết qua báo đài.

Kênh thứ ba là thông qua các cộng tác viên dân số thôn bản- những người mà đa số người dân trong thôn đều biết. Tuy nhiên, do tuổi còn trẻ, năng lực có hạn trong khi lại phải tiếp cận với nhiều phụ nữ có nhu cầu về thông tin SKSS, những cộng tác viên này không thể đảm bảo chất lượng công việc của họ.

Kênh thứ tư, và có lẽ là kênh truyền thông yếu nhất hiện nay, đó là qua cán bộ y tế và cán bộ địa phương. Mặc dù trên hình thức mạng lưới tương đối tốt (Ủy ban nhân dân, ngành dân số, tổ chức đoàn thể, lãnh đạo thôn bản, cộng tác viên dân số thôn bản), trên thực tế việc điều phối mạng lưới này còn nhiều yếu kém. Một vấn đề khác là việc tuyển chọn cán bộ về SKSS. Kết quả thảo luận nhóm cho thấy việc chọn ai làm cộng tác viên dân số thôn bản là một đặc ân. Trong nhiều trường hợp, những CTV này là những người họ hàng với cán bộ huyện, xã. Một số người gọi đó là mô hình kiểu 'gia đình trị cấp xã', có nghĩa là chủ tịch ủy ban nhân dân, cán bộ dân số, và cán bộ y tế có họ hàng với nhau. Mặc dù mô hình này xem ra là tốt theo lý thuyết mạng lưới, đó cũng là bất lợi nếu xét về mặt trách nhiệm cá nhân.

b) Những nhân tố liên quan đến dịch vụ

Khoảng cách/giao thông đi lại: Trạm y tế xã (TYTX) cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản cho nhân dân, ví dụ tiêm phòng cho trẻ em, cấp thuốc thiết yếu, chuyên gửi bệnh nhân lên trung tâm y tế huyện. Tuy nhiên, đối với nhiều người Hmông, việc đến TTYT huyện có thể mất nửa ngày hoặc hơn. Đa số họ phải đi bộ qua những con đường đất đá và dốc cheo leo. Trong những trường hợp cấp cứu, xe máy là phương tiện giao thông xa xỉ. Một vấn đề khác đó là TYTX nằm ngay trên nền đất với UBND xã và Trường tiểu học, và do vậy cản trở việc tiếp cận các dịch vụ y tế mang tính nhạy cảm như SKSS hoặc phân phát bao cao su.

Bất đồng ngôn ngữ: Đa số cán bộ y tế cấp huyện và xã là người Kinh hoặc Tày, họ không nói được tiếng Hmông. Bất đồng ngôn ngữ ảnh hưởng đến thái độ đối xử của CBYT người Kinh/Tày đối với người bệnh là người Hmông. Ngôn ngữ không chỉ là một cản trở chính trong truyền thông hiệu quả giữa bệnh nhân và CBYT mà cả giữa CBYT xã với cán bộ Hmông công tác tại xã như hội phụ nữ và đoàn thanh niên.

Thái độ kỳ thị: Một nhân tố luôn được đối tượng phỏng vấn nhấn mạnh (vì nó ảnh hưởng đến việc lựa chọn hình thức dịch vụ) đó là thái độ phục vụ của các CBYT đối với bệnh nhân. Nhân tố này được coi là quan trọng hơn cả sự tiện lợi của dịch vụ hoặc chi phí y tế. Theo phản ánh, CBYT cấp cao hơn (tỉnh, huyện) thường ứng xử thô lỗ hơn CBYT cấp xã.

Một khía cạnh khác là sự thiếu nhiệt tình của CBYT trong việc cung cấp thông tin cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân về tình hình bệnh tật, hoặc chuyển gửi bệnh nhân lên cấp dịch vụ cao hơn. Thường thường các ca bệnh nghiêm trọng được chuyển lên cấp cao hơn nhưng do năng lực hạn chế và sợ trách nhiệm, trong nhiều trường hợp, bệnh nhân có bệnh nhẹ cũng được chuyển gửi lên trên huyện hoặc tỉnh. Hơn nữa, các dịch vụ y tế này lại thường do người Kinh phụ trách. Một phụ nữ Hmông diễn tả cảm xúc bị kỳ thị khi đến bệnh viện huyện như sau:

“ Chúng tôi bị đối xử thô lỗ và [CBYT] người Kinh cười nhạo chúng tôi đồng thời hỏi là chúng tôi đã cố giết bao nhiêu con trâu cho căn bệnh này rồi!”

Thiếu trang thiết bị và thuốc men: Nhà nước có chính sách cấp thuốc miễn phí cho người dân tộc thiểu số. Tuy nhiên đó chỉ là một số loại thuốc đơn giản và rẻ tiền, dùng để điều trị một số bệnh như viêm phổi, ỉa chảy, cảm cúm thông thường). Trên thực tế, các loại thuốc tốt thường không được cấp cho bệnh nhân có nhu cầu. Một nghiên cứu khác về người Hmông cũng cho thấy thuốc đôi khi bị bán (Lâm 2006). Các CBYT ở Trung tâm y tế Mèo Vạc cũng nói rằng một số trang thiết bị y tế do dự án UNFPA cung cấp bị hỏng hóc (các bộ đỡ đỡ, bộ cắt tầng sinh môn) vì không có tiền và chuyên gia để bảo trì.

Chẩn đoán và kê đơn: Chuyên gia nghiên cứu tiến hành quan sát kỹ lưỡng tại TYTX và nhận thấy các triệu chứng/biểu hiện bệnh của bệnh nhân không được ghi lại trong sổ khám bệnh. Một vấn đề khác là việc lạm dụng kê đơn thuốc kháng sinh, một vấn đề lan tràn không chỉ ở Hà Giang mà còn các tỉnh khác. Việc kê đơn quá mức thuốc kháng sinh liên quan đến vấn đề thu nhập của CBYT. Vì thu nhập của CBYT phụ thuộc vào việc kê đơn như vậy, khái niệm "dùng thuốc an toàn, hợp lý" trở nên vô nghĩa trong bối cảnh này.

Các chi phí y tế gián tiếp

Trong khi bệnh nhân nghèo có thể được cấp thuốc miễn phí thì những bệnh nhân được chuyển gửi lên trên (huyện hoặc tỉnh) lại phải trả một số khoản khác, như: chi phí đi lại và ăn ở hàng ngày (đối với bệnh nhân và người nhà). Những chi phí gián tiếp này còn cao hơn nhiều so với chi phí thuốc men. Hơn nữa, những người trong hoàn cảnh này lại phải đối mặt với nhiều sự lo lắng khác (như bỏ nương rẫy và gia súc không ai chăm sóc, không có ai ở nhà để chăm sóc trẻ, vv.). Nhiều người buộc phải bỏ dở điều trị giữa chừng bởi họ không thể trang trải các chi phí cao ngoài dự tính như vậy. Các chi phí về ăn uống hàng ngày cho cả bệnh nhân và người nhà đi cùng là khoảng 3 đô la một ngày- một gánh nặng đối với nhiều gia đình.

Nói chung, ngoài hình thức chăm sóc tại nhà thì Trạm y tế xã là loại hình dịch vụ y tế rẻ nhất. Các dịch vụ y tế cấp huyện và tỉnh rõ ràng là tốn kém, kể cả đối với trường hợp điều trị ngoại trú. Nhập viện tuyến trên thường là nỗi sợ về tài chính với nhiều người nghèo. Đôi khi quan trọng hơn cả chi phí là thời hạn phải trả tiền chữa trị bệnh. Người cung cấp dịch vụ tư nhân như thầy cúng hoặc nhà thuốc cấp huyện thường linh hoạt về vấn đề này hơn là các CBYT nhà nước. Thường thường, bệnh nhân có thể trì hoãn thời hạn trả tiền với y tế xã dễ hơn đối với y tế cấp huyện hay tỉnh.

3.4 Đáp ứng đối với các dịch vụ SKSS

Thống kê về các biện pháp tránh thai và số người sử dụng ở Mèo Vạc và Cán Chu Phìn được trình bày ở Bảng 2 dưới đây (dựa theo báo cáo của Trung tâm y tế Mèo Vạc và trạm y tế Cán Chu Phìn).

Bảng 2. Các biện pháp tránh thai và số người sử dụng ở Mèo Vạc và Cán Chu Phìn năm 2006

	<i>Số người sử dụng ở Mèo Vạc</i>	<i>Số người sử dụng ở Cán Chu Phìn</i>
Số người đặt vòng	2153 (trong đó 385 trường hợp phải đổi vòng)	75
Số người dùng thuốc	640	15
Số người dùng bao cao su	588	25
Số người nạo hút thai	156	-
Số người triệt sản	26	02
Khác	-	30

Ghi chú:

- Tổng dân số Cán Chu Phìn: 4.725 (805 hộ)
- Số phụ nữ tuổi 15-49: 886 trong đó 807 có chồng
- Số phụ nữ có thai năm 2006: 91

Bảng trên cho thấy, đặt vòng là phương pháp được phụ nữ áp dụng nhiều nhất ở Mèo Vạc, do tính lâu dài và tiện lợi. Đặt vòng nhằm mục đích tránh thai lâu dài và được ưa dùng hơn triệt sản. Tuy nhiên, một số phụ nữ phản nản rằng họ vẫn có thai sau khi đặt vòng và họ không biết lý do tại sao.

Các tác dụng phụ là nguyên nhân quan trọng nhất đối với việc gián đoạn đặt vòng. Các tác dụng phụ sau đây thường được nhắc đến: đau đầu, chóng mặt, thay đổi trọng lượng cơ thể, mệt mỏi, lo âu, buồn nôn, nôn mửa, và đặc biệt là chảy máu bất thường. Sự thay đổi kinh nguyệt bất thường có thể xảy ra dưới nhiều dạng: không chảy máu, chảy máu bất thường, hoặc ra máu nhiều và kéo dài. Những chuyện này làm phụ nữ xấu hổ với chồng hoặc với hàng xóm. Những người đã từng đặt vòng cho biết nếu họ tháo vòng các triệu chứng trên sẽ chấm dứt. Đa số những người gặp tác dụng phụ như vậy đều muốn tháo vòng; tuy nhiên việc tháo vòng theo yêu cầu có thể không được giải quyết vì các nhân viên y tế thường khuyên là nên đợi đến khi nào kinh nguyệt trở lại bình thường.

Một số phụ nữ quyết định không đặt vòng vì họ sợ đưa bất kỳ một vật lạ nào vào cơ thể. Những phụ nữ này giải thích rằng vì điều này 'trái với tập tục', và do vậy việc đặt vòng là không phù hợp. Một người đàn ông nói rằng theo quan niệm của người Hmông mỗi bộ phận cơ thể có một linh hồn (pli) chế ngự. Khi một vật được đưa vào cơ thể hoặc khi một bộ phận cơ thể bị tách rời, cơ thể đó không còn nguyên vẹn nữa. Kết quả là linh hồn sẽ mất đi khả năng tìm thấy tổ tiên mình trong thế giới thần linh sau khi chết hoặc nó có thể hiện thân thành 'một số phận xấu'. Do vậy đặt vòng và nạo thai có thể không được cho là biện pháp phòng tránh hoặc chữa bệnh và có thể bị cho là có hại đối với cơ thể, tác động đến cuộc sống của con người không những thế hệ này mà cả các thế hệ về sau. Một cộng tác viên dân số thôn bản kể rằng trong một số trường hợp, người ta còn tháo vòng trước khi chôn phụ nữ đó.

Viên thuốc tránh thai thường được phụ nữ Hmông áp dụng cho mục đích giãn sinh cho đến khi họ có số con mong muốn. Tuy nhiên, do bận rộn công việc và thiếu thông tin, họ thường quên uống thuốc, và sau đó không biết làm thế nào, có khi dùng luôn 2-3 viên một ngày. Những phụ nữ này thường gặp khó khăn khi chuyển từ vỉ thuốc cũ sang vỉ thuốc mới. Vào những ngày chợ phiên nhiều phụ nữ Hmông lại mua thuốc ở hiệu thuốc huyện³ mà không có kê đơn hay tư vấn gì. Mức độ hiểu biết của phụ nữ về tác dụng của các BPTT rõ ràng có liên quan đến tính sẵn có và chất lượng của các dịch vụ tư vấn.

Một số BPTT khác ít được áp dụng hơn bao gồm bao cao su hoặc kết hợp dùng bao cao su và tính kỳ kinh. Cũng giống như viên tránh thai, bao cao su có thể áp dụng cho mục đích giãn sinh nhưng tỉ lệ sử dụng gián đoạn rất cao. Một số phụ nữ nói rằng họ thích tiêm bởi biện pháp này nhanh và tiện lợi; hơn nữa cũng giúp họ 'tránh được đồn đại và giữ được bí mật', thậm chí đối với cả chồng.

Phương pháp triệt sản hiếm khi được áp dụng. Các cán bộ y tế phản ánh rằng một phụ nữ Hmông ở Mèo Vạc áp dụng biện pháp này nhưng sau đó chị vẫn có thai. Đa số người được phỏng vấn, cả đàn ông và phụ nữ, đều hiểu rất mơ hồ về triệt sản. Nói chung biện pháp này không được người Hmông chấp nhận. Họ sợ bị triệt giống, ngu muội hoặc liệt dục.

Một số phụ nữ nói rằng họ chưa bao giờ áp dụng biện pháp tránh thai nào. Nguyên nhân là do: a) không biết hoặc biết rất ít về các biện pháp tránh thai; b) sợ bị chồng đánh hoặc bố mẹ chồng mắng nhiếc; c) phong tục Hmông không cho phép làm như vậy; d) nghe nói về tác dụng phụ và những trường hợp những phụ nữ khác phải tháo bỏ vòng (dẫn đến vô sinh); e) không có thời gian đến cơ sở y tế. Những người khác thì lưỡng lự áp dụng các BPTT và nói rằng họ muốn có 'những biện pháp bí mật' bởi vì người thân của họ (chồng, gia đình bên chồng, bố mẹ đẻ) có thể cấm họ áp dụng. Nói chung các cô gái không muốn mọi người cho là mình hay dùng đến các BPTT.

Nhìn chung, nghiên cứu cho thấy phụ nữ áp dụng các BPTT để giảm mức sinh trong tương lai chứ không phải để giãn sinh (xem thêm Zankel 1996). Thật vậy, phụ nữ nói rằng họ sẽ cân nhắc áp dụng các BPTT khi họ đạt được số con mong muốn, khoảng 4-5 con; hoặc sau khi đã đạt được số 'trao gái theo ý muốn'. Số con trai hay con gái mong muốn tùy thuộc vào từng gia đình cụ thể (quyết định của đàn ông, tình trạng kinh tế, đất đai) nhưng ít nhất một phụ nữ phải có một đến hai con trai.

Nạo phá thai

Ở Việt Nam nạo phá thai là hợp pháp mặc dù tất cả các tôn giáo đều không chấp nhận. Đa số người Hmông ở Hà Giang theo đạo Tin Lành không áp dụng biện pháp nạo phá thai. Trong nghiên cứu này, do thời gian có hạn nên vấn đề này không được nghiên cứu kỹ. Tuy nhiên một số quan sát sau đây nên được nghiên cứu thêm:

Đối với người Hmông, nạo phá thai được cho là một hành động vô đạo đức và do vậy ít được áp dụng (xem Bảng 2). Đa số phụ nữ Hmông sợ đến các trung tâm y tế để nạo hút thai với lý do việc đó rất mất thời gian và tốn tiền. Một phụ nữ nói rằng chị không sợ chết nhưng chỉ sợ 'lời đồn đại xấu'. Phụ nữ cũng sợ bị vô sinh nếu bị nạo phá thai cầu thả và điều này có thể dẫn đến sự trừng phạt nghiêm khắc của thần linh.

³ Có 3 hiệu thuốc ở huyện Mèo Vạc

Nghiên cứu cũng cho thấy có nhiều vấn đề về việc dùng thuốc không kê đơn. Một số phụ nữ Hmông có thể nhờ ai đó đi chợ phiên để mua thuốc nạo thai của những thầy lang. Một số phụ nữ khác lại dùng lá thuốc, hoặc như người địa phương nói, 'ăn lá thuốc để nạo thai'. Hơn nữa, vì nạo thai bị coi là một hành động phi đạo đức nên trong nhiều trường hợp, các lang y thường chỉ kê những loại thuốc tăng cường cho thai nhi.

Đa số phụ nữ Hmông không được tư vấn về nạo thai. Khảo sát ở Hà Giang năm 2003 cho thấy chỉ có 50% số người cung cấp dịch vụ cấp huyện và 6% số người cung cấp dịch vụ cấp xã có kiến thức về tư vấn nạo thai cho khách hàng. Tại Mèo Vạc, tình trạng diễn ra tương tự, cho thấy tầm quan trọng của việc phát triển và nâng cao kỹ năng tư vấn cho các CBYT.

Sẩy thai/chết non

Kết quả phỏng vấn sâu ở Mèo Vạc và tổng quan tài liệu cho thấy các kết quả tương tự như nghiên cứu của Zankel (1996) nói về năm nguyên nhân dẫn đến tỉ lệ cao về sẩy thai và/hoặc chết non trong quần thể người Hmông Trắng:

- a) Cường độ làm việc cao hàng ngày của một phụ nữ trong suốt quá trình ở tuổi sinh nở có thể gây ra tai nạn (như ngã) và dẫn đến sẩy thai.
- b) Điều kiện dinh dưỡng kém trong suốt quá trình mang thai, làm tăng tỉ lệ trẻ bị sinh non hoặc suy dinh dưỡng.
- c) Tần suất cao về mang thai và sinh đẻ.
- d) Bị sốt rét trong quá trình mang thai.
- e) Vị trí thai nhi bất thường, chuyển dạ khó khăn hoặc kéo dài.

Chăm sóc trước sinh

Đa số phụ nữ Hmông không có thói quen đi khám trước sinh. Nhiều phụ nữ thậm chí còn không biết những dấu hiệu của sự kiện có thai là gì. Thường thì họ không đến y tế cho đến khi gần sinh. Đa số phụ nữ chỉ đi khám thai nếu họ gặp khó khăn trong lần mang thai hay sinh nở đầu tiên. Đây cũng là kết quả của một số nghiên cứu khác (Zankel 1996, Futures Group 1997). Có một số nguyên nhân về vấn đề này:

- Phụ nữ dân tộc thiểu số nói chung và phụ nữ Hmông nói riêng không được khám và chăm sóc trước sinh thường qui; đa số phụ nữ thiểu số ở Hà Giang chưa bao giờ được tư vấn về giáo dục sức khỏe liên quan đến tầm quan trọng của việc đi khám trước sinh định kỳ.
- Những phụ nữ có thai sống cách xa y tế xã hay huyện và họ chỉ đến đó nếu bị những vấn đề nghiêm trọng trong quá trình mang thai (xem thêm Zankel 1996). Tại Mèo Vạc, phụ nữ nói rằng đi khám thai có thể làm họ sẩy thai bởi vì họ phải leo lên leo xuống dốc, và phải mất rất nhiều sức lực.
- Quan điểm chung trong cộng đồng cho rằng phụ nữ Hmông thường dễ đẻ và 'mất đứa trẻ này ta sẽ có đứa trẻ khác- đó là báu vật của Trời'.
- Đa số CBYT tại TYTX không được đào tạo, hoặc như Zankel (1996) đề cập, họ không được đào tạo để trở thành 'CBYT đa năng'. Họ thiếu cả năng lực và thiết bị cần thiết để

khám thai. Thảo luận nhóm cho thấy nếu CBYT là đàn ông, người Kinh hay Tày, những phụ nữ Hmông thường xấu hổ nên không thể truyền đạt ý của mình.

- Cường độ công việc cao khi thời vụ cũng làm cản trở phụ nữ trong việc đi khám thai.

Sinh đẻ

Đa số phụ nữ Hmông sinh con tại nhà. Những phụ nữ được phỏng vấn cho biết họ thấy sự có mặt của người thân trong lúc sinh đẻ là rất cần thiết. Thường thường, không có phương thuốc sẵn có nào để làm giảm sự đau đớn khi trở dạ. Sự đau đớn được coi là tự nhiên và cần thiết để có thể đẻ nhanh. Thường thường, dây rốn được cắt bằng kéo (hoặc bằng một que tre) sau đó buộc vào một sợi chỉ đay. Một người đàn ông cho biết 'sau đó phơi khô khoảng 3 ngày trước khi chôn nó dưới cột nhà'. Nếu đứa trẻ là trai, nhau thai sẽ được chôn dưới cột nhà chính (cột ở gần bếp và được coi là 'cột thiêng' và được gọi là 'ma cột'). Nếu đứa trẻ là gái, nhau thai sẽ được chôn dưới gầm giường. Trong trường hợp đẻ khó hoặc biến chứng khi đẻ, người ta sẽ tổ chức *'lễ cúng cầu mẹ tròn con vuông'*. Nói chung người Hmông không sợ đứa bé sinh ra bị chết bởi vì họ tin rằng đây là sự hiện thân của thần linh. Quan điểm này là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến tỉ lệ sinh cao trong quần thể người Hmông⁴.

Người già nói rằng phụ nữ Hmông muốn đẻ ở nhà bởi vì họ không muốn đẻ trong môi trường lạ như bệnh viện, lại không có người thân xung quanh. Việc đẻ tại nhà giúp thai phụ yên tâm cả về tinh thần và hỗ trợ của người thân trong quá trình sinh nở. Ngoài ra người Hmông cho rằng đẻ ở nhà tốt hơn vì không có thời gian và phương tiện để đưa thai phụ đến trạm y tế kịp thời. Trên thực tế, nhiều phụ nữ Hmông đẻ ngay trên nương, trong rừng, hoặc trên đường về nhà. Trong những trường hợp đó, người phụ nữ phải tự mình xoay xở cho việc sinh nở mà không có ai hỗ trợ. Thai phụ tự đẻ, rồi cắt rốn bằng một mẫu tre sắc nhọn hoặc bằng liềm, sau đó tự rửa ráy cho đứa bé và bản thân, rồi nằm xuống ngất lịm. Phụ nữ Mèo Vạc còn cho biết, trong nhiều trường hợp, không có người lớn ở nhà trợ giúp vào lúc đẻ do vậy thai phụ phải tự làm mọi việc. Một người đàn ông ở Cán Chu Phìn kể rằng khi vợ ông sinh đứa con thứ năm, bà đẻ nó ngay trên đường đến TYTX; tuy nhiên *'bà ấy có thể làm mọi việc dễ như ăn bát mèn mèn thôi mà'*⁵.

Kinh nghiệm trong việc đỡ đẻ được đánh giá cao hơn là kỹ thuật hiện đại. Bà đỡ có thể là một nữ hộ sinh chuyên nghiệp, có thể là mẹ đẻ của thai phụ, mẹ chồng, chị em ruột, chị em chồng, hoặc bất kỳ phụ nữ lớn tuổi nào trong làng có kinh nghiệm đỡ đẻ.

Chỉ có một số ít bà đỡ dân gian là biết chữ hoặc được đào tạo chính thống về đỡ đẻ. Một số người học cách đỡ đẻ qua việc đi cùng với người thân như mẹ đẻ hoặc mẹ chồng; một số người biết qua vài lần đỡ đẻ. Tuy bà đỡ dân gian có thể giúp thai phụ trong vài công đoạn của quá trình sinh nở, họ lại không có ống nghe hoặc phương tiện phát hiện tai biến thai, mà chỉ có thể sờ bụng thai phụ. Họ không có khả năng xử lý các tai biến sản khoa.

⁴ TS Lâm đã có dịp sống với người Hmông ở Lào Cai trong khoảng thời gian 6 tháng và quan sát thấy nhiều phụ nữ Hmông không khóc khi con bị chết. Điều này xuất phát từ quan niệm về chu trình đời người của người Hmông, cho rằng nếu sống có đức, một người khi chết đi sẽ được về Trời với tổ tiên hoặc hoá thân thành một người khác (Lâm 2006).

⁵ "Mèn mèn" là một món ăn đặc thù của người Hmông, được chế biến từ bột ngô, có thể ăn cùng với súp rau hoặc đậu.

Việc đẻ tại nhà có thể không sao nếu là đẻ thường. Tuy nhiên thai phụ cần được đưa tới các cơ sở y tế trong trường hợp đẻ khó. Theo báo cáo của TYTX năm 2006, có 78 trường hợp đẻ khó có biến chứng được chuyển lên TTYT huyện (mặc dù không rõ chi tiết về triệu chứng và chẩn đoán của các ca này). Theo các CBYT ở Hà Giang, việc đẻ ở bệnh viện là rất hiếm và thường chỉ xảy ra khi sự sống của thai phụ và đứa con bị đe dọa; hoặc trong trường hợp biến chứng nghiêm trọng như đẻ ngược hoặc đẻ khó.

Việc chẩn đoán những rủi ro có thể xảy ra cần được thực hiện sớm sao cho có đủ thời gian để đưa thai phụ đến trung tâm y tế huyện. Vấn đề ở chỗ bệnh viện huyện thường quá xa và phương tiện đi lại quá nghèo nàn (cũng có một xe cứu thương tại bệnh viện huyện nhưng có thể nó lại được dùng vào việc khác vào đúng thời điểm cần thiết). Việc liên hệ bằng điện thoại có thể bị gián đoạn vì điều kiện địa lý cũng là một cản trở lớn đối với việc cấp cứu. Trong nhiều trường hợp người Hmông sẽ mời một thầy cúng tới nhà giúp chứ không phải là CBYT. Một nghiên cứu ở Hà Giang do tổ chức PATH tiến hành cho thấy tại tất cả các bệnh viện trong nghiên cứu, CBYT thiếu kỹ năng và kiến thức cần thiết trong việc giải quyết những biến chứng sản khoa hoặc cấp cứu trẻ sơ sinh.

Sau khi sinh

Nói chung trong lúc mang thai người phụ nữ và người nhà của họ thường quan tâm nhất đến đứa bé tương lai, đặc biệt là giới tính của nó, chứ không quan tâm nhiều đến việc chăm sóc thai phụ. Cho bú sữa ngay sau khi đứa trẻ chào đời là một thực hành thường thấy ở phụ nữ Hmông. Một số phụ nữ ở Mèo Vạc giải thích rằng việc cho bú ngay sau khi sinh nhằm tránh bị 'cứng lưỡi'. Nếu phụ nữ không biết về tầm quan trọng của sữa non, họ có thể trì hoãn thời điểm cho con bú sữa non.

Do tình trạng quá nghèo, sữa là một thứ xa xỉ và sữa mẹ chính là nguồn thức ăn tốt nhất thay thế. Đôi khi mèn mèn cũng được dùng thay cho sữa. Những thức ăn khác (như cơm, thịt nghiền) cũng được cho đứa trẻ ăn ngay tháng đầu sau sinh. Thức ăn đối với người mẹ dựa theo nguyên lý nóng-lạnh với món gà đen (hoặc thịt lợn nạc) và cơm nóng là hai món khoái khẩu của phụ nữ sau khi đẻ.

Nhiễm khuẩn đường sinh sản

Đây là vấn đề ít được biết đến trong giới trẻ Hmông. Một trong những nguyên nhân đó là do phụ nữ thường cảm thấy xấu hổ khi nói chuyện về những vấn đề nhạy cảm với bác sĩ là nam giới. Mặc dù tỉ lệ viêm nhiễm phụ khoa khá cao, nhiều nữ thanh niên không sử dụng dịch vụ y tế để khám phụ khoa. Theo báo cáo của trạm y tế xã Cán Chu Phìn, trong số 3260 bệnh nhân đến khám ở đây năm 2006, có 650 trường hợp khám viêm nhiễm phụ khoa.

Vô sinh

Các bệnh nghiêm trọng như vô sinh thường được chữa bằng lá thuốc hoặc thuốc dân gian. Người Hmông có thể nhờ cậy các vị lang y Hmông hoặc thầy cúng khi họ gặp vấn đề về sức khoẻ (như vô sinh, sinh con toàn gái) hoặc làm lễ (trong trường hợp khó đẻ hoặc muốn có con trai). Thầy cúng là người được cho là có khả năng thoát khỏi thế giới vật chất và điều hành được thần linh để tìm ra và điều trị nguyên nhân huyền bí của những rủi ro. Đối với bệnh tật, việc chữa trị đạt hiệu quả khi thầy cúng tìm cách gọi lại được những linh hồn đã thất lạc hoặc bị bắt của người bệnh, thông qua một lễ tục đặc biệt.

3.5 Thực hiện các chính sách về SKSS ở Hà Giang

- a. **Các chính sách đa cấp.** Các chính sách và qui định thường đa cấp và chồng chéo, có thể làm cán bộ địa phương và người dân tộc thiểu số hiểu nhầm và lẫn lộn. Theo Chiến lược quốc gia về dân số giai đoạn 2001-2010 và Chiến lược về SKSS Quốc gia 2001-2010, chính quyền các cấp cần chú trọng đến việc chăm sóc SKSS cho người dân tộc thiểu số thông qua việc hoạch định các chính sách, hướng dẫn và chương trình hành động nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc SKSS. Tuy nhiên, những chính sách lại chồng chéo. Các CBYT ở Mèo Vạc nói với chuyên gia nghiên cứu rằng nhiều khi họ chẳng hiểu nên theo văn bản nào.
- b. **Cấu trúc thể chế** vô cùng phức tạp và thường xuyên thay đổi, gây khó khăn cho việc phối hợp giữa các ngành khác nhau và cả trong nội bộ một ngành dẫn đến việc khó điều phối ở tất cả các cấp, làm bỏ lỡ các cơ hội nâng cao chất lượng dịch vụ SKSS.
- c. **Chính sách về nhân sự.** Chính phủ đã ban hành chính sách khuyến khích CBYT đến làm việc tại vùng núi (như trợ cấp thêm 35% lương chính, bố trí công việc cho vợ/chồng, có chính sách ưu tiên về đất đai). Tuy nhiên đa số CBYT vẫn không muốn lên vùng núi làm việc vì họ nghi ngờ việc thực hiện những chính sách như vậy. Những cán bộ có khả năng có khuynh hướng làm việc ở thành phố hoặc trong bệnh viện tỉnh.

Do có thay đổi về chính sách mới đây, tại các cấp đã diễn ra nhiều sự xáo trộn thay đổi về nhân sự cán bộ, làm ảnh hưởng đến việc quản lý và công tác kỹ thuật y tế, đặc biệt là những người làm việc ở tuyến dưới. Tất cả CBYT phàn nàn về khối lượng công việc và lương thấp, mà theo họ đó là hai trở ngại lớn nhất ảnh hưởng đến chất lượng công việc. Bởi vì một người phải cáng đáng nhiều công việc khác nhau, nên nhiều khi CBYT không có mặt thường xuyên tại cơ sở y tế (cả cấp huyện và xã)

- d. **“Hội chứng mục tiêu”.** Nói chung các kế hoạch và báo cáo thường nói về mục tiêu cần đạt được nhưng không nói đến các trở ngại và giải pháp cụ thể. Điều này được phản ánh qua các báo cáo mà chuyên gia nghiên cứu thu thập được ở Hà Giang.
- e. **Phân bổ kinh phí.** Theo qui định, ngân sách quốc gia được phân bổ cho các tỉnh tính theo đầu người chứ không theo điều kiện địa lý. Chính sách này ảnh hưởng đến nhiệt huyết công việc của các CBYT vùng cao. Theo một bác sĩ ở Hà Giang, những giảng viên y tế cấp tỉnh không muốn xuống huyện để dạy vì trợ cấp quá thấp, thậm chí không có chi phí xăng xe (đi xe máy trên những con đường đá cheo leo ở Mèo Vạc tốn xăng gấp hai lần đi đường ở vùng đất thấp). Vị bác sĩ này ám chỉ sự không công bằng khi nói rằng giảng viên ở vùng núi Hà Giang và giảng viên ở vùng đồng bằng như Thái Bình được trợ cấp như nhau.
- f. **Quan liêu.** Theo Chiến lược dân số quốc gia 2001-2010 và Chiến lược SKSS 2001-2010, chính phủ cần ban hành các văn bản chính sách cần thiết để tăng cường công tác thanh tra giám sát việc chăm sóc SKSS cho người dân tộc thiểu số. Tại Hà Giang, khoa sản bệnh viện huyện cử cán bộ xuống huyện hoặc những xã lựa chọn hai lần một năm để giám sát đánh giá. Họ mang theo cuốn “Hướng dẫn Giám sát đánh giá dịch vụ SKSS” (Bộ Y tế 2004) làm cẩm nang cho công việc. Nhận định chung cho rằng các CBYT làm công tác thanh tra, giám sát, đánh giá cấp trên khi đi công tác địa phương ít khi đến các vùng núi xa xôi mà thường ở lại thị trấn. Kết quả là, những cán bộ này khó mà phản ánh đúng những gì họ thực sự nhìn thấy qua 'chuyến công tác'.

g. Hệ thống báo cáo. Các cán bộ y tế ở Hà Giang phản nản rằng biểu mẫu báo cáo của Bộ Y tế khó hiểu. Họ phản ánh rằng CBYT ở huyện và xã năng lực thấp trong việc thu thập thông tin và rằng đối với họ rất khó đánh giá được chất lượng các hoạt động SKSS ở cộng đồng. CBYT cấp xã thì báo cáo rằng họ chưa được tập huấn đầy đủ về vấn đề báo cáo.

Thật vậy, trong các báo cáo cấp huyện và xã mà chuyên gia nghiên cứu đã cố gắng xoay xở để có, có nhiều chi tiết không rõ ràng (ví dụ các báo cáo được sử dụng để lập kế hoạch cho năm sau chứ không phải để chỉnh sửa các hoạt động hiện hành cho phù hợp; thường thì các con số được đưa ra nhưng chỗ điền năm và tháng lại bỏ trống; phần trăm thì tăng lên nhưng 'phần trăm của cái gì' lại không được đề cập, vv.).

Tại địa bàn nghiên cứu, các triệu chứng và dấu hiệu nghi bệnh không được đưa vào hồ sơ hoặc có được đưa vào thì cũng rất cầu thả trong cuốn sổ khám bệnh tại TYTX. Đây là một lỗ hổng lớn trong thực hành chuẩn y tế xã đồng thời phản ánh sự thiếu hụt giám sát của cấp trên trong công tác chăm sóc y tế nói chung; và điều nguy hại nhất là khó mà đánh giá chính xác được chất lượng của công tác chẩn đoán.

4. Kết luận và Khuyến nghị

Nhận thức và sử dụng dịch vụ SKSS

- Một số phụ nữ chưa bao giờ áp dụng các biện pháp tránh thai là do: a) kiến thức hạn chế về vấn đề này; b) bị chồng đánh đập hoặc gia đình chồng mắng nhiếc; c) phong tục người Hmông không cho phép họ làm như vậy; d) sợ xảy ra tác dụng phụ và vô sinh; e) không có thời gian đến các cơ sở y tế.
- Một số phụ nữ lưỡng lự không áp dụng các biện pháp tránh thai là do: a) sợ bị chồng, gia đình chồng, bố mẹ biết; b) không muốn người khác biết mình là 'những người hay sử dụng BPTT'.
- Phụ nữ áp dụng BPTT để hạn chế sinh đẻ trong tương lai chứ không phải để giãn sinh.
- Đặt vòng là BPTT áp dụng nhiều nhất ở Mèo Vạc. Tuy nhiên các tác dụng phụ là nguyên nhân quan trọng trong việc ngừng đặt vòng. Một số phụ nữ quyết định không dùng biện pháp này bởi vì họ sợ mang bất cứ vật lạ nào trong cơ thể.
- Viên thuốc tránh thai thường được dùng để giãn sinh cho đến khi đạt được số con mong muốn. Một số phụ nữ mua thuốc ở hiệu thuốc tư mà không có kê đơn.
- Một số BPTT khác ít được áp dụng bao gồm bao cao su hoặc kết hợp dùng bao cao su và tính kỳ kinh. Một số phụ nữ nói rằng họ thích tiêm bởi vì biện pháp này nhanh, tiện lợi lại dễ áp dụng.
- Triệt sản hiếm khi được áp dụng do thiếu kiến thức và do tập tục lâu đời.
- Nạo thai bị coi là hành động vô đạo đức, tuy nhiên một số phụ nữ vẫn dùng lá thuốc để phá thai.
- Đa số phụ nữ Hmông không đi khám thai trước sinh, hoặc chỉ đi nếu lần mang thai hoặc sinh con đầu tiên gặp khó khăn. Đó là do thiếu kiến thức về tầm quan trọng của khám thai trước sinh, thói quen trì hoãn sử dụng dịch vụ y tế, khoảng cách và điều kiện đi lại đến TYTX, cảm thấy xấu hổ hoặc khó khăn khi tiếp xúc nói chuyện với CBYT.
- Sinh con tại nhà rất phổ biến và mang nặng nhiều tập tục nghi lễ. Quan điểm chung cho rằng việc sinh đẻ là dễ dàng và rằng người phụ nữ có thể tự xoay xở được trong trường hợp đẻ trên nương hay trong rừng. Phụ nữ Hmông thích đẻ tại nhà, có người thân xung quanh để giúp đỡ về tinh thần. Bà đỡ dân gian đóng vai trò quan trọng trong việc sinh nở tuy nhiên họ lại thiếu đào tạo và thiết bị cần thiết. Chỉ trong trường hợp đẻ khó người ta mới cần đến sự trợ giúp của các dịch vụ y tế công.

Những rào cản trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ SKSS

- Kiến thức hạn chế và công tác truyền thông có nhiều vấn đề. Chất lượng của các thông điệp truyền thông và phương pháp tiếp cận đối tượng còn chưa phù hợp và hiệu quả. Hai kênh truyền thông hiệu quả nhất là nghe nhìn và truyền khẩu.

- Hệ thống y tế đang đối mặt với nhiều khó khăn như: địa điểm TYTX chưa phù hợp, bất đồng ngôn ngữ giữa người sử dụng dịch vụ và người cung cấp dịch vụ, mức độ lòng tin của người dân đối với dịch vụ, thái độ kỳ thị của CBYT, thiếu trang thiết bị và thuốc men, tư vấn chưa phù hợp, lạm dụng kê đơn kháng sinh, bất cập trong phân bổ thuốc và hệ thống chuyển tuyến.
- Nhiều chi phí cao mà người sử dụng dịch vụ phải chi trả nếu được chuyển lên tuyến trên (các chi phí về đi lại, ăn ở).
- Sự tác động của người thân, bạn bè, và cộng đồng trong bối cảnh văn hoá riêng.
- Sự ảnh hưởng sâu sắc của các quan niệm tôn giáo (Đạo Khổng, Đạo Lão, vạn vật hữu linh), các tập tục, thế giới quan (có nhiều con, hiện thân, thần linh, thầy cúng), các quan điểm bản địa về tính an toàn và hiệu quả trong chăm sóc y tế.

Những nhân tố khác

- Nghèo kinh niên và các vấn đề liên quan (suy dinh dưỡng, điều kiện nhà ở tồi tàn, và công việc nặng nhọc của phụ nữ) đã tác động tiêu cực đến sức khoẻ nói chung và SKSS nói riêng.
- Thiếu nước là một trong những nguyên nhân gia tăng tỉ lệ cao các bệnh về phụ khoa.
- Quan hệ tình dục sớm và tảo hôn còn phổ biến trong thanh niên Hmông, tác động trực tiếp đến tỉ lệ sinh, đặc biệt ở những vùng công tác KHHGD chưa làm tốt.
- Bạo hành giới là vấn đề báo động trong quần thể Hmông, nguyên nhân đa phần do tập quán (chế độ phụ hệ, quan điểm Đạo Khổng coi người phụ nữ là người hầu) cộng với thói quen của đàn ông (nghiện rượu, thuốc phiện).

Khuyến nghị Chính sách quốc gia

Nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt tại vùng núi cao dân tộc thiểu số, chính phủ cần chú ý đến những vấn đề sau:

- Phát triển các chính sách theo hướng giải quyết những nhu cầu và quan tâm thực tế của cán bộ và người dân miền núi
- Phân bổ ngân sách và đặt mục tiêu dựa trên những bối cảnh về địa lý và văn hoá chứ không phải tính theo đầu người.
- Điều chỉnh các chính sách về SKSS theo hướng đảm bảo vấn đề người dân tộc thiểu số, đặc biệt là thanh niên, được thể hiện rõ ràng hơn trong các chương trình.
- Nâng cao nhận thức về vấn đề dân tộc thiểu số, bằng cách thể hiện rõ vấn đề này hơn trong các văn bản luật và chính sách, như: Luật bình đẳng giới (2007), Luật phòng chống HIV/AIDS (2006), và Kế hoạch tổng thể về làm mẹ an toàn (2003).
- Đào tạo CBYT về cung cấp dịch vụ SKSS và thông tin cho người DTTS sao cho phù hợp về văn hoá của từng dân tộc.

- Điều chỉnh chế độ phụ cấp và điều kiện công tác nhằm thu hút các bác sĩ miền xuôi lên công tác ở miền núi. Cần tăng chế độ phụ cấp lương đối với các cộng tác viên dân số thôn bản.
- Truyền bá rộng rãi các vấn đề về đạo đức y tế cho các cán bộ y tế công tác tại miền núi.
- Lồng ghép các dự án về SKSS với các dự án về phát triển nhằm giảm thiểu nạn đói nghèo kinh niên còn đang xảy ra tại nhiều tỉnh miền núi.

Khuyến nghị về truyền thông SKSS

Nhiều dự án đã cố gắng tổ chức tập huấn cho các cán bộ SKSS nhưng hay gặp thất bại vì thiếu kiến thức về bối cảnh và văn hoá địa phương. Điều này càng thể hiện rõ tầm quan trọng nên áp dụng một phương pháp linh hoạt khi tiến hành các chương trình đào tạo nhằm đảm bảo rằng các CTV dân số, y tế thôn bản được trang bị kiến thức và tài liệu truyền thông phù hợp với nhu cầu của đồng bào thiểu số. Hiệu quả của công tác đào tạo cho CTV dân số không thể coi nhẹ bởi vì họ chính là những người được người dân tiếp cận đầu tiên trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu. CBYT xã và CTV dân số cần được hỗ trợ về truyền thông và cách xác định đối tượng cần thiết cho việc chuyển tuyến điều trị. Nhằm giảm thiểu khó khăn về việc đi lại, các dự án về truyền thông cần cân nhắc việc cung cấp xe máy hoặc trợ cấp xăng xe cho các cán bộ truyền thông.

Công tác truyền thông đối với người dân miền núi cần mang tính dân tộc đặc thù, phù hợp văn hoá và lấy cộng đồng làm trọng tâm, và có sự tham gia tích cực của người dân địa phương, bao gồm cả học sinh tiểu học hay trung học trong việc thiết kế, phát triển và phân phát tài liệu. Các em học sinh có thể truyền bá những thông điệp học được cho người lớn.

Tại nhiều vùng miền núi, truyền thông về y tế thông qua hợp nhóm do chính quyền thôn bản tổ chức thường không hiệu quả bởi vì đa số người đến dự là nam giới. Tại Hà Giang hoặc bất kỳ tỉnh miền núi nào, mạng lưới địa phương là một nhân tố quan trọng nên được vận dụng cho công tác truyền thông, phương pháp truyền khẩu qua phụ nữ hoặc hàng xóm là một biện pháp nên áp dụng.

Cụ thể, các thông điệp truyền thông cần:

- Ngắn gọn, đơn giản, lồng ghép với màu sắc và tranh ảnh.
- Lồng ghép với các sự kiện xã hội, ca hát dân gian, kể chuyện dân gian, ru con.
- Có thể in thông điệp lên chiếc quây tấu như một lời nhắc nhở hàng ngày đối với phụ nữ.
- Thử nghiệm với sự tham gia của người dân Hmông

Do ảnh hưởng mạnh mẽ của đạo Khổng⁶, thanh niên cảm thấy khó khăn trong việc thảo luận những vấn đề tình dục một cách cởi mở. Điều này có nghĩa là phương pháp truyền thông ở trường học hiện nay chưa hiệu quả.

⁶Theo tôn chỉ của Đạo Khổng, các quan hệ tình dục được coi là không đứng đắn, không được đề cập đến khi nói chuyện với những người bề trên đáng kính và khi giảng dạy triết lý về Đạo Khổng.

Giáo dục tình dục đối với người dân tộc nói chung và người Hmông nói riêng cần dựa vào những quan điểm dân gian về sinh lý học dân tộc của việc sinh sản và phù hợp với mỗi nhóm đối tượng, loại tuổi hoặc tầng lớp xã hội. Nội dung giáo dục sức khỏe và giáo dục tình dục cần linh hoạt và phù hợp về độ tuổi, đáp ứng nhu cầu cụ thể của trẻ em, thanh thiếu niên, cha mẹ, người thân, người già.

Khuyến nghị đối với cấp tỉnh và các tổ chức liên quan

- Bất kỳ dự án nào về SKSS đối với người dân tộc cần lưu ý rằng phải mất nhiều thời gian để thay đổi những thói quen văn hoá đã tồn tại hàng trăm năm; do vậy phải chú trọng đến các nhân tố kinh tế xã hội và văn hóa SKSS giữa các nhóm và trong từng nhóm dân tộc ở tất cả các giai đoạn của dự án. Bộ Y tế nên cân nhắc khi lập chương trình về SKSS.
- Người dân địa phương cần được huy động tham gia vào quá trình từ thiết kế đến thực hiện dự án: đây là vấn đề thường được nói đến nhưng lại không được thực hiện trên thực tế, mặc dù điều này quan trọng cho sự thành công của dự án. Một số đối tượng vốn bị sao nhãng nay cần chú ý hơn, ví dụ: các cộng tác viên dân số thôn bản, bà đỡ dân gian, già làng trưởng bản, lãnh đạo tôn giáo, lang y, thầy cúng, dược sĩ tư nhân, người chữa bệnh bằng cây thuốc, người già, và học sinh. Do vậy cần có sự hợp tác chặt chẽ hơn giữa các cán bộ chương trình của UNFPA, cán bộ địa phương và người dân trong toàn bộ quá trình thực hiện dự án.
- Đối với nhiều dự án nói chung và dự án UNFPA nói riêng, đội ngũ dự án địa phương còn chưa hiểu rõ nhiệm vụ mình làm. Điều này làm ảnh hưởng đến việc điều phối và chất lượng công việc. Để có tính bền vững, các cán bộ dự án quốc gia và cấp tỉnh cần gặp nhau thường xuyên hơn nhằm tạo sự tin tưởng, thảo luận các vấn đề dự án, phát triển mối quan hệ và nâng cao kiến thức về nhiệm vụ và trách nhiệm của mình.
- Bộ Y tế nên phát triển các loại hình đào tạo phù hợp với môi trường miền núi. Các trường trung cấp y tại các tỉnh được chọn cần liên kết vào các dự án của UNFPA thông qua các chương trình đào tạo và đào tạo lại cho các cán bộ SKSS. Nội dung đào tạo cần bao gồm các vấn đề xã hội của SKSS (như tôn giáo, tập tục, điều kiêng kỵ, y đức).
- Bạo lực giới. Mặc dù đang lan rộng, vấn đề bạo lực giới vẫn chưa được chú tâm đúng mức từ phía các nhà hoạch định chính sách và cán bộ y tế. Do vậy cần phát triển một chương trình vận động chính sách hiệu quả đối với các nhà hoạch định chính sách và cán bộ y tế ở tất cả các cấp, nhằm nâng cao kiến thức về các vấn đề bạo lực giới, đồng thời nhấn mạnh rằng bạo lực giới là hành vi bất hợp pháp. Cần triển khai các chương trình đào tạo đối với Hội Phụ nữ, Mặt trận Tổ quốc và già làng trưởng bản. Cần phát triển ngay các dịch vụ hỗ trợ luật pháp, đầu tiên là ở cấp huyện và xã, liên kết với cán bộ y tế, cộng tác viên dân số và chính quyền địa phương.

Khuyến nghị đối với chương trình nghiên cứu

Trước nghiên cứu SAVY 2005, chưa có nghiên cứu qui mô lớn nào về vấn đề thanh niên dân tộc thiểu số⁷. Các kết quả của nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai một chương trình nghiên cứu qui mô dân tộc học về SKSS trong cộng đồng người dân tộc.

⁷ Nghiên cứu SAVY năm 2005 có so sánh một số khía cạnh về SKSS của người thanh niên người Kinh và thanh niên dân tộc thiểu số. Tuy nhiên nghiên cứu này không nêu được sự khác nhau giữa các dân tộc thiểu số, mà trái lại gộp tất cả các nhóm dân tộc thiểu số thành một nhóm.

Các nghiên cứu định lượng giúp xác định ý nghĩa và mức độ sử dụng các biện pháp tránh thai ở các môi trường xã hội văn hoá khác nhau. Các nghiên cứu định tính lại có ích trong việc mô tả biện pháp tránh thai nào phụ nữ và nam giới cho là quan trọng, và tại sao. Một nhà nhân học người dân tộc thiểu số có thể hiểu sâu sắc về các giá trị, nhu cầu và quan tâm của cộng đồng mình, và do vậy đóng góp quan trọng cho sự phát triển của các chương trình KHHGD phù hợp với văn hoá. Đến nay chưa có chương trình đào tạo nào được thiết kế riêng cho các nhà nghiên cứu là người dân tộc.

Thật vậy, các chương trình đào tạo cần được phát triển nhằm hướng dẫn các nhà nghiên cứu người dân tộc về phương pháp nhân học y tế. Rõ ràng là họ có thể mang lại những nghiên cứu với kết quả tốt vì họ sống và làm việc với cộng đồng của mình.

Các chủ đề nghiên cứu đề xuất

- a. **Hành vi sinh sản:** nghiên cứu động lực của phụ nữ hoặc nam giới người dân tộc trong việc thích nhiều hay ít con và phương cách họ làm để đạt được mục đích đó. Ví dụ, mức độ sinh đẻ có thể bị tác động bởi các hình thái kết hôn, nạo thai và sử dụng các biện pháp tránh thai. Nhân học về sinh sản tập trung nghiên cứu những động cơ và loại hình hành vi kèm theo.
- b. **Tác động của thay đổi xã hội** (thay đổi môi trường, thay đổi chính sách, thay đổi sinh kế, thay đổi tính dục) đối với SKSS trong cộng đồng dân tộc.
- c. **Nghiên cứu mạng lưới:** nâng cao kiến thức về các biến động về SKSS đang tồn tại trong các cộng đồng người dân tộc. Ví dụ, các cơ cấu thể chế cần được nghiên cứu để tìm ra nguyên nhân tại sao truyền thông y tế công cộng trong cộng đồng dân tộc vẫn chưa hiệu quả.
- d. **Tương tác mẹ-con gái** và mối liên quan với giáo dục tình dục.
- e. **Quan điểm của người dân tộc và phản ứng về sự thay đổi** - sẽ giúp ích cho việc phát triển các chương trình SKSS phù hợp.
- f. **Quan điểm của các đối tượng liên quan:** thầy cúng, phù thủy, lang y, bói toán, dược sĩ tư.
- g. **Các tập tục nạo thai**, bối cảnh và mối liên quan với tôn giáo, vô sinh và y học dân tộc.
- h. **Bạo lực giới:** nghiên cứu các giá trị văn hoá và niềm tin của các cộng đồng dân tộc khác nhau nhằm đảm bảo chất lượng cho công tác truyền thông về bạo lực giới sao cho linh hoạt, phù hợp và nhạy cảm.

Tài liệu tham khảo

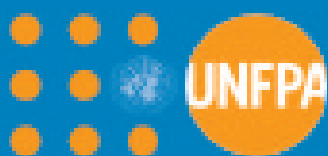
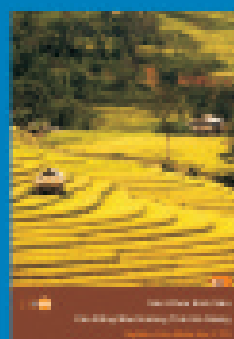
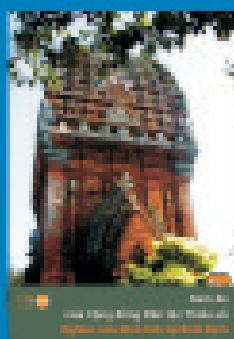
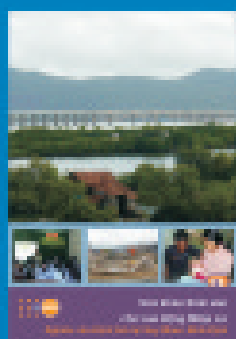
- Chambers R, Conway G. 1992.** Sustainable rural livelihoods: practical concepts for the 21st century. IDS Discussion Paper 296, Institute of Development Studies: Brighton.
- Culas C. 2000.** Migrants, runaways and opium growers: origins of the H'mong in Laos and Siam in the nineteenth and early twentieth centuries. In *Turbulent Times and Enduring Peoples: The Mountain Minorities of the Southeast Asian Massif*, Michaud J. (ed.); Curzon Press: London; 27-47.
- De Haan A. 2002.** Migration and livelihoods in historical perspective: a case study of Bihar, India. *The Journal of Development Study* 38: 115-142.
- De Haan L, Zoomers A. 2003.** Development geography at the crossroads of livelihood and globalization. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie* 94: 350-362.
- Ellis F. 2000.** *Rural Livelihood Diversity in Developing Countries: Analysis, Policy, Methods*. Oxford University Press: Oxford.
- Hien, PTT et al 2004.** Gynecological Problems among ethnic women in Huong Hoa, Quang Tri, Vietnam.
- IFAD 2006.** Decentralized Programme for Rural Poverty Reduction. Hanoi, Vietnam.
- Khong Dien. 1995.** *Ethnic minorities in Vietnam*. Social Science Publishing House.
- Lam, N.T. 2004.** Minority People in Northern Mountains Vietnam: Poverty and Infectious Diseases. Oral paper, S111, 36th IIS Congress "Social Change in the Age of Globalisation", Beijing.
- Lam, N.T. 2005.** The Dynamics of Sexuality among the H'mong in Vietnam. Paper presented at the Symposium at the 3rd Asia Pacific Conference on Sexual Reproductive Health, Kuala Lumpur.
- Lam, N.T. 2005.** Transborder Migration and Religion: The Social Context of Religious Conversion among the Hmong in Vietnam. Paper for the SEASREP 10th Anniversary Conference Nov 2005, Chiangmai, Thailand.
- Lam, NT. 2006.** Social Change and Infectious Diseases in the Northern Mountains Vietnam. In A.Sleigh, C.H. Leng, P.K. Hong et al. (eds.) *Population Dynamics and Infectious Diseases in Asia*. WorldScientific, Singapore, p.138-157.
- Lam, NT. 2006.** The Dynamics of Development in Vietnam: A study among the Tay and the Hmong; in "Indigenous People: Development Process or Domestication?" ed. Frederic Bourdier & Jeremy Ironside", All India Press, (accepted for publication).
- Lam, NT. 2007.** Development, Health, and Religion: A Case Study among The Tay and the Hmong in Vietnam. International Conference Health and Mobility in Asia and the Pacific, Melbourne 25 June 2007

- Lam, NT. 2007.** The Dilemma of Development in Vietnam. Paper presented at The 6th International Graduate Student Conference Feb 15-17, 2007, East West Center, Hawaii
- Luong HX. 2000.** Van Hoa Nguoi Hmong o Nghe An [Hmong Culture in Nghe An]. Ethnic Culture Publishing House: Hanoi, Vietnam.
- Michaud J. 1997.** From Southwest China into Upper Indochina: an overview of Hmong (Miao) migrations. *Asia Pacific Viewpoint* 38: 119-130.
- Michaud J. 2000.** The Montagnards and the state in Northern Vietnam from 1802 to 1975: a historical overview. *Ethnohistory* 47: 333-368.
- MOH 2001.** Current regulations on RH care. Ha Noi, Vietnam.
- MOH 2001.** National Strategy promulgated for RH care in the period 2001-2010, People's Army Publishing House, Ha Noi, Vietnam.
- National Committee for Population, Family and Children 2002:** Community Action for Preventing HIV/AIDS Project 2002. Baseline Survey Report Community Action for Preventing HIV/AIDS in: Lai Chau, Quang Tri, Dong Thap, An Giang, and Kien Giang 2002. Hanoi, Vietnam.
- Rambo AT. 1997.** Development trends in Vietnam's Northern Mountain Region. In *Development Trends in Vietnam's Northern Mountain Region. Vol.1*, Dorovan D, Rambo T, Fox J, Cuc LT, Vien TD (eds.); National Political Publishing House: Hanoi; 5-52.
- Son TH. 1996.** Van Hoa Hmong [Hmong Culture]. Ethnic Culture Publishing House: Hanoi, Vietnam.
- Tapp N. 1989.** The impact of Missionary Christianity upon marginalized ethnic minorities: the case of the Hmong. *Journal of Southeast Asian Studies* 20: 70-95.
- The Futures Group International. 1997.** Family Planning and Reproductive Health among Ethnic Groups in Vietnam.
- Truong, T.T. (2001).** Hmong and Vietnamese women's perception of domestic violence: An exploratory study. MA Thesis, California State University, Fresno
- UNFPA 2007.** Research on reproductive health in Vietnam: a review for the period 2000-2006. Hanoi, Vietnam
- UNFPA, 2006.** The current status of provision and utilization of RH care services in Hagiang. Hanoi, Vietnam.
- UBND Meo Vac 2007.** Bao cao tong ket cong tac dan so-gia dinh va tre em. Ha Giang, Vietnam.
- VPFC 2001. Vietnam Population Strategy 2001-2010.** Medical Publishers. Hanoi, Vietnam.
- Zankel S. 1996.** A Health Strategy for Ethnic Minorities Living in Vietnam.

CÁC BÁO CÁO VỀ SỨC KHOẺ SINH SẢN UNFPA XUẤT BẢN NĂM 2007



NĂM 2008



Tầng 1, Khu căn hộ Liên Hợp Quốc
2E Vạn Phúc, Quận Ba Đình
Hà Nội, Việt Nam
Tel: +84 4 3 823 6632
Fax: +84 4 3 823 2822
Website: <http://vietnam.unfpa.org>
Email: unfpa-fo@unfpa.org.vn