

Sức khỏe và hệ thống chăm sóc sức khỏe

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người. Vấn đề chăm lo cho sức khỏe của nhân dân ngày càng được quan tâm từ phía nhà nước và các tổ chức xã hội. Trong điều kiện chuyển sang nền kinh tế thị trường, hệ thống chăm sóc sức khỏe, nhất là các dịch vụ y tế đang chịu tác động mạnh và gặp phải thách thức nghiêm trọng. Hệ thống này phụ thuộc vào nhiều yếu tố: chính sách của nhà nước, cơ sở hạ tầng và đội ngũ cán bộ y tế, điều kiện ở và vệ sinh, sự tham gia cộng đồng và trợ giúp quốc tế, vị thế người phụ nữ...

Trong mục diễn đàn xã hội học kỳ này, chúng tôi giới thiệu một số ý kiến của các cán bộ xã hội học và các cán bộ y tế đề cập đến các vấn đề: sức khỏe và hệ thống y tế ở các vùng nông thôn, miền núi, sức khỏe của phụ nữ và trẻ em, sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình, vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu, dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Hệ thống y tế nhà nước ở nông thôn trong điều kiện kinh tế thị trường

PHÍ VĂN BA

Dịch vụ y tế là một trong những lĩnh vực hoạt động chịu ảnh hưởng trực tiếp và nặng nề nhất của những điều kiện chuyển đổi sang cơ chế thị trường. Trong những điều kiện của chế độ phân phối tập trung, dịch vụ y tế đã là một trong những giá trị được phân phối như là một trong những khoản trả công lao động xã hội. Khi chế độ bao cấp bị xóa bỏ, thực chất là cắt giảm khoản thanh toán này trong trả công lao động xã hội. Trong khi các khoản thanh toán khác không tăng lên tương ứng, dịch vụ y tế chuyển từ chế độ không phải trả tiền sang chế độ trả tiền. Những điều kiện của chế độ phi tư hữu nhiều thập kỷ qua đã là nguyên nhân trực tiếp của sự hẫng hụt trong khả năng chi phí của công dân cho nhu cầu dịch vụ này, tạo ra một cú "sốc" xã hội.

Tuy nhiên, mặt khác, những điều kiện kinh tế thị trường vừa mới xuất hiện cũng ít nhiều thể hiện tác động tích cực của nó lên các quá trình tự điều tiết, nói riêng là trong các quan hệ cung cầu dịch vụ y tế. Từ thói quen ý lại vào hệ thống y tế cho không, người ta đã bắt đầu nhận ra rằng cho dù phải lo kiếm tiền mua thuốc, còn hơn là không có thuốc để mua.

Đã từng có nhiều ý kiến nói về sự xuống cấp nghiêm trọng của hệ thống y tế cơ sở ở nông thôn sau khi chuyển sang cơ chế mới. Các cuộc khảo sát xã hội học của chúng tôi cho

thấy một khía cạnh của tình trạng xuống cấp này. Tuy nhiên, những biểu hiện xuống cấp này thể hiện ra ở những mức độ và tính chất khác nhau tùy theo năng lực vận động của các cộng đồng địa phương tương ứng. Vì vậy, theo chúng tôi, có lẽ cần nhìn nhận sự biểu hiện xuống cấp này như là một dấu hiệu của tính năng động thấp, chứ không phải dấu hiệu của quá trình sụp đổ chung. Xin điềm qua một số khía cạnh có liên quan trên cơ sở các kết quả khảo sát gần đây về hệ thống dịch vụ y tế nhà nước ở nông thôn để lý giải điều này.

1. Cơ sở vật chất - kỹ thuật của trạm y tế xã.

Trong những năm 1991 - 1992 các cuộc khảo sát xã hội học đã được tiến hành ở xã Văn Nhân, xã Hồng Minh, huyện Phú Xuyên, Hà Tây, xã Điện Hồng, huyện Điện Bàn và 14 xã thuộc hai huyện Tiên Phước và Trà My, tỉnh Quảng Nam - Đà Nẵng. Việc thu thông tin đã được tiến hành bằng bảng hỏi, phỏng vấn cá nhân và phỏng vấn nhóm. Ngoài ra, chúng tôi cũng đã thực hiện các cuộc phỏng vấn đối với cá nhân cũng như tập thể lãnh đạo địa phương, trực tiếp thu thập và xử lý số liệu thống kê của các cơ quan hữu quan ở địa phương.

Các kết quả xử lý số liệu thu được cho thấy rằng, nói chung, cơ sở vật chất kỹ thuật của đa số các trạm y tế xã đều đang nằm trong tình trạng rất sơ sài, thiếu cả những phương tiện tối thiểu đặc biệt ở các xã miền núi hẻo lánh, khó khăn về giao thông. Chẳng hạn, xã Trà Don, huyện Trà My, tỉnh Quảng Nam - Đà Nẵng, không có trạm y tế, mà chỉ có các cán bộ y tế (y sĩ, y tá) lưu động, thỉnh thoảng đến để phục vụ công tác phòng chống dịch. Xã Trà Núi nằm cách huyện lỵ Trà My vài chục cây số, nhưng trạm y tế xã này gần như không có gì: một túp nhà tranh, vài thứ dụng cụ để tiêm thuốc, một y tá người dân tộc, trong khi đó đối tượng cần đến dịch vụ y tế là 164 hộ gia đình với 917 khẩu sống cư ngụ thành nhiều điểm dân cư cách xa nhau trên địa bàn rừng núi khó đi lại. Ở một số xã thuận lợi hơn về địa lý và giao thông, trạm y tế có cơ sở vật chất - kỹ thuật khá hơn, nhưng vẫn còn xa dưới mức yêu cầu của dân cư về dịch vụ này. Trong khi đó, Trung tâm y tế huyện Trà My với nhiều khoa học khác nhau, được trang bị tương đối tốt, đội ngũ y - bác sĩ khá mạnh, đang đảm nhận phần lớn các dịch vụ y tế cho huyện lỵ và cho tất cả những trường hợp bệnh nhân chuyển đến từ 19 xã còn lại của huyện này. Phải chăng việc cắt giảm bao cấp đã hạn chế (thậm chí là xóa bỏ) khả năng phân tán lực lượng dịch vụ y tế nhà nước về các vùng xa xôi hẻo lánh?

Cũng trong các tỉnh Quảng Nam - Đà Nẵng, nhưng nhờ có những thuận lợi về giao thông, trạm y tế xã Điện Hồng, huyện Điện Bàn có nhiều điều kiện (chẳng hạn, có 16 giường cho bệnh nhân lưu trú, trang bị đủ dụng cụ thông thường, có đội ngũ y sĩ, y tá, hộ sinh có năng lực) để thực hiện các dịch vụ y tế cho dân cư địa phương.

Hai xã được chọn để lấy mẫu nghiên cứu ở khu vực đồng bằng Bắc Bộ là Văn Nhân và Hồng Minh, cùng thuộc huyện Phú Xuyên, tỉnh Hà Tây. Xã Văn Nhân có thể coi là thuộc loại xã trung bình thu hút tới gần 5.000 lượt người đến khám, chữa bệnh (năm 1987). Nhưng đến nay, với mấy gian nhà cấp 4 hư hỏng vì lâu ngày không được sửa chữa, trang bị, dụng cụ hầu như không có gì, lưu lượng bệnh nhân chỉ còn 875 lượt người (năm 1990). Trong khi đó với tính năng động cao, trạm y tế xã Hồng Minh vẫn duy trì và phát triển cơ sở vật chất - kỹ thuật và năng lực phục vụ y tế của mình, lưu lượng bệnh nhân gần như không giảm, mặc dù có sự cạnh tranh của các hoạt động dịch vụ y tế tư nhân phát triển khá phong phú và một cơ sở của bệnh viện huyện Phú Xuyên song song tồn tại.

Như vậy, việc xóa bỏ bao cấp có gây ra những khó khăn cho việc đầu tư vào cơ sở vật chất - kỹ thuật của trạm y tế xã nhưng nó có xuống cấp hay không thì còn tùy thuộc vào sự năng động và khả năng thích ứng của từng địa phương. Khi cơ sở vật chất - kỹ thuật

này không sử dụng vào hoạt động dịch vụ có lãi, thì nó không những không xuống cấp mà còn có khả năng tự củng cố và phát triển.

2- Khả năng cung cấp thuốc của trạm y tế xã

Nếu như việc xóa bỏ bao cấp trong lĩnh vực dịch vụ y tế đã gây ra những khó khăn cho đầu tư duy trì và phát triển cơ sở vật chất - kỹ thuật của các trạm y tế xã, thì khả năng cung cấp thuốc men còn chịu ảnh hưởng nặng nề và trực tiếp hơn. Thay vì cấp thuốc không mất tiền cho bệnh nhân (khoản này trước đây do nhà nước bao cấp hoàn toàn) các trạm y tế tổ chức bán thuốc theo giá mua vào (được hưởng một khoản 5% hư hao nên không lỗ vốn). Điều này tạo ra hai yếu tố mới: dân cư phải "thích ứng" dẫn đến những khó khăn trong việc trang trải cho nhu cầu sức khỏe của mình, đặc biệt là khi bệnh nặng hoặc hiểm nghèo. Tâm lý "hoang mang" đã nảy sinh trong các tầng lớp dân cư có thu nhập thấp. Các trạm y tế phải thích ứng với cơ chế "buôn bán" thuốc, trong khi cả tiền vốn và kinh nghiệm họ đều không có. Trong những điều kiện như thế, cùng với chính sách kinh tế thị trường, một hệ thống dịch vụ buôn bán thuốc đã phát triển tự phát ở những nơi có khả năng thu lợi nhuận cao. Có lẽ sự điều tiết tự nhiên này đã trợ giúp tích cực cho việc thỏa mãn nhu cầu của dân cư về dịch vụ này và bước đầu tạo điều kiện cho sự phát triển cơ chế mới.

Có thể nhận thấy hình dáng của những quá trình này qua một số kết quả nghiên cứu gần đây. Chẳng hạn năm 1991, Ủy ban nhân dân xã Văn Nhân cấp (từ ngân sách xã) không lãi cho trạm y tế ở đây 513.000 đồng để làm vốn kinh doanh thuốc phục vụ bệnh nhân. Với số vốn ít ỏi như vậy, trạm y tế đã phải dành 60% số tiền này để mua thuốc kháng sinh, tiền bán thuốc lại được dùng ngay để mua tiếp đợt sau. Ở xã Hồng Minh cũng theo cách tương tự, nhưng khả năng vốn "tự có" và năng lực cao hơn.

Các trạm y tế xã ở những vùng núi cao hẻo lánh (chẳng hạn như các xã miền núi huyện Trà My) thì đặc biệt khó khăn trong việc cung cấp thuốc: trạm y tế không có điều kiện và phương tiện để đi mua thuốc về cung cấp cho dân cư, trừ những đợt chống dịch theo kế hoạch. Những người buôn tư nhân thì gần như không để ý đến khu vực này, vì những khó khăn về giao thông đã thắng sức hấp dẫn của lợi nhuận đối với họ. Một nguồn gần như duy nhất cung cấp thuốc cho dân cư chính là một số cán bộ y tế làm việc ở các trạm này - họ kiêm chức năng của những người buôn bán thuốc tư nhân.

Trong những điều kiện giao thông tốt như ở Điện Hồng thì việc cung cấp thuốc cho bệnh nhân thuận lợi hơn nhiều. Ở đây nói chung, trạm y tế có đủ số lượng và chủng loại thuốc bán cho bệnh nhân (tất nhiên, chủ yếu là thuốc trong nước sản xuất). Tuy nhiên, mức lưu thông mua - bán thuốc hàng tháng cũng chỉ trong khoảng 500.000 đồng. Có lẽ, ở đây đã có sự cạnh tranh mạnh của lực lượng bán thuốc tư nhân. Có thể nhận thấy điều này khi lưu ý đến tỷ lệ 36,36% khách hàng thường đến mua thuốc ở trạm y tế xã, so với 44,16% thường đến mua ở các hiệu thuốc tư nhân.

3- Cán bộ y tế xã

Mức biên chế cán bộ y tế xã trước đây được khống chế theo quy định của nhà nước. Ở tất cả các trạm y tế xã được nghiên cứu đều không có bác sỹ, còn số lượng y sỹ thì thay đổi tùy từng nơi. Chẳng hạn, ở xã Văn Nhân chỉ có 1 y sỹ trạm trưởng, 3 y tá và 1 nữ hộ sinh trung cấp, ở xã Hồng Minh (cùng huyện) có 4 y sỹ, 1 y tá, 1 nữ hộ sinh. Ở đây, trong điều kiện cạnh tranh mới, người ta đang thực hiện việc đào tạo một số y sỹ lên trình độ bác sỹ Các trạm y tế xã thuộc hai huyện Trà My và Tiên Phước - có từ 1-3 người, trong đó thường có 1 y sỹ. Trong khi đó, trạm y tế xã Điện Hồng có tới 10 người (biên chế chính thức và hợp đồng), gồm 3 y sỹ, 7 y tá, ngoài ra còn có 1 hộ lý. Có thể nhận xét rằng ở đâu

có năng lực thích ứng cao hơn với những điều kiện mới và có cơ chế "thoáng" thì trạm y tế đó bắt đầu phát triển, chứ không xuống cấp như người ta tưởng.

Về mặt đời sống, có lẽ cán bộ y tế xã là một trong những nhóm dân cư chịu tác động mạnh nhất của những biến đổi sau khi xóa bỏ bao cấp. Nếu như mức thu nhập của cán bộ y tế vốn đã thấp so với nhiều nhóm dân cư khác, thì trong điều kiện mới, thu nhập của họ lại càng thấp so với mặt bằng chung. Chẳng hạn, tại Điện Hồng, khi trả lời phỏng vấn của chúng tôi, một số cán bộ y tế ở đây cho biết mức lương tháng của họ vào thời gian 1990 - 1991) là 28.000 đồng. Trong thời gian này, ở xã Văn Nhân, tất cả cán bộ y tế của trạm xá xã đều làm thêm nông nghiệp để đảm bảo đời sống, và mức thu nhập của họ cũng rất thấp. Lương tháng của nữ hộ sinh trung cấp là 25.600 đồng. Lương phụ cấp của y sỹ - trạm trưởng (theo chế độ chuyển từ lương quân y sang) là 428.000 đồng, của các y tá - từ 27.000 đến 29.000 đồng. Tổng các khoản thu nhập của cả gia đình y sỹ - y tá khoảng 120.000 đến 150.000 đồng nhưng.

Tuy nhiên, do những đổi mới nhất định theo cơ chế "thoáng", gần đây cán bộ y tế xã bắt đầu tham gia vào việc cung cấp thuốc cho bệnh nhân và các dịch vụ y tế ngoài giờ (mở phòng khám, chữa bệnh, tiêm thuốc...), cho nên mức thu nhập cao hơn theo lao động nghề nghiệp đã bắt đầu khuyến khích họ trong các dịch vụ này. Mặt khác, ở những cơ sở năng động hơn, có khả năng chấp nhận cạnh tranh cao hơn thì các hoạt động dịch vụ này phát triển tốt hơn. Chẳng hạn, trạm y tế xã Hồng Minh, do chú ý đào tạo và bồi dưỡng chuyên môn cho cán bộ y tế, quan tâm đến chất lượng và chủng loại thuốc trong kinh doanh phục vụ, giữ chữ "tín" với khách hàng, cho nên trạm xá ở đây phát triển mạnh cả về cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ và khả năng phục vụ chuyên môn, đời sống của cán bộ y tế được cải thiện.

4- Vai trò phòng chống dịch bệnh.

Có thể nói, các kết quả thu được ở tất cả các địa phương được khảo sát đều cho thấy vai trò hàng đầu của y tế cơ sở trong việc tuyên truyền vệ sinh, phòng, chống dịch bệnh ở nông thôn. Chẳng hạn, trong nhiều năm, y tế xã Văn Nhân thực hiện việc tiêm chủng cho trẻ em dưới 1 tuổi đạt tỷ lệ 98,6% (năm 1987) đến 100% (các năm 1988 đến 1990). Tỷ lệ này ở trạm y tế Điện Hồng là 80,5% (năm 1987) tăng lên đến 100% (316/316 trẻ em trong xã năm 1990). Ở các xã miền núi thuộc huyện Trà Mỹ và Tiên Phước, các đội y tế lưu động được tổ chức thường kỳ để thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh. Trên thực tế, hiện nay chỉ có lực lượng y tế nhà nước ở cơ sở gánh vác các công việc vệ sinh - phòng chống dịch bệnh cho nhân dân. Nhưng cơ chế thị trường lại chưa được thực hiện với các dịch vụ này những chi phí và thù lao của nhà nước cho các hoạt động này còn quá thấp. Vậy là, một mặt, các cơ sở y tế phải đương đầu với "thị trường" để tồn tại và phát triển, mặt khác, họ phải gánh vác những công việc không có thu nhập, vốn là bổn phận của họ trong thời bao cấp. Nếu lưu ý đến hiệu quả xã hội to lớn của công tác vệ sinh và phòng chống dịch bệnh, thì có lẽ phải suy nghĩ về sự bất hợp lý này trong quan hệ thanh toán song phẳng giữa nhà nước và các đơn vị y tế cơ sở.

Các cuộc khảo sát của chúng tôi cũng cho thấy rằng y tế cơ sở vẫn được dân cư tín nhiệm về khả năng chuyên môn. Ngoài ra, những điều kiện thuận lợi khi cần chuyển lên tuyến trên cũng làm cho người bệnh an tâm hơn. Điều hạn chế đáng kể ở đây là mất thời gian chờ đợi, đi xa và những hạn chế về khả năng cung cấp thuốc ngoại, thuốc đặc trị. Như vậy, qua các kết quả khảo sát xã hội học gần đây có liên quan với hệ thống y tế nhà nước ở nông thôn, có thể bước đầu đưa ra những nhận xét và đề nghị sau:

- 1) Những dấu hiệu xuống cấp của hệ thống y tế nhà nước ở cơ sở đã và đang dần dần

mất đi, nhưng dấu hiệu phát triển đang xuất hiện và khẳng định năng lực dịch vụ y tế của hệ thống này trong điều kiện thị trường.

2) Nên thực hiện một cơ chế thoág (trong giới hạn pháp luật cho phép) theo cơ chế thị trường để khuyến khích năng lực và nhiệt tình phục vụ của đội ngũ cán bộ y tế địa phương, đồng thời tạo điều kiện cho họ cải thiện và nâng cao thu nhập bằng chính nghề nghiệp của mình.

3) Thị trường hóa mọi quan hệ dịch vụ giữa nhà nước và các đơn vị y tế cơ sở trong hoạt động tuyên truyền vệ sinh, phòng - chống dịch bệnh để đảm bảo tính công bằng và những điều kiện bình đẳng trong cạnh tranh phát triển.

Tìm hiểu kiến thức của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh đường hô hấp

HOÀNG HIỆP

1. Đặt vấn đề

Để đạt mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh phổi ở trẻ dưới 5 tuổi bà mẹ sẽ đóng vai trò rất quan trọng. Trẻ em có các dấu hiệu về viêm phổi có được đưa đến các cơ sở y tế để khám chữa kịp thời hay không là hoàn toàn phụ thuộc sự hiểu biết của bà mẹ. Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho thấy phần lớn trẻ tử vong là do được đưa đến cơ sở y tế quá muộn, với những dấu hiệu đã nặng như tím tái, rút lõm lồng ngực...

Với điều tra này chúng tôi muốn đưa ra được 3 vấn đề:

1. Tuổi và trình độ văn hóa của bà mẹ có ảnh hưởng gì đến sự hiểu biết hay không.
2. Tỷ lệ nhiều con, ít con ảnh hưởng như thế nào đến sự hiểu biết, sự chăm sóc trẻ...
3. Quan niệm về sự cần thiết đưa trẻ bị viêm phổi nặng đi bệnh viện và vấn đề lưu trữ thuốc hiện nay của các bà mẹ.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1448 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 50 xã của 5 tỉnh Hà Nội, Hà Tây, Nam Hà, Thái Bình và Cửu Long. Số bà mẹ này được chọn ngẫu nhiên, sau khi phân tích số liệu, 1448 bà mẹ được phân chia theo lứa tuổi sau:

<i>Lứa tuổi</i>	<i>Số bà mẹ điều tra</i>
Dưới 20 tuổi	9
20 - 29 tuổi	777
30 - 39 tuổi	528
40 - 49 tuổi	77

Trên 49 tuổi	4
Tổng cộng	1449

Bảng 1 cho thấy rõ đại đa số các bà mẹ có trình độ văn hóa cấp 2 - 3 và phần lớn những bà mẹ này nằm trong độ tuổi từ 20 - 39 tuổi. Đặc biệt có 5 bà mẹ không biết chữ nhưng nằm ở lứa tuổi trên.

Bảng 1. Trình độ văn hóa của bà mẹ

Trình độ văn hóa	Độ tuổi					Tổng cộng
	20	20-29	30-39	40- 49	49	
Không biết chữ		3	2			5
Cấp 1		64	75	21	3	16
Cấp 2	8	519	372	41	1	94
Cấp 3	1	190	127	13	0	33
Đại học		1	6	2		9
	9	777	582	77	4	144

Khả năng chăm sóc con cái của các bà mẹ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, một trong những yếu tố là số con mà bà mẹ có. Đa số các bà mẹ có 1- 2 con (76,1%) tuy nhiên cũng có một số đáng lưu ý là: cũng có bà mẹ dưới 20 tuổi đã có 3 con và số bà mẹ có 3 - 5 con không phải là ít (22%) và nằm trong độ tuổi từ 30 - 39 và đặc biệt có một số bà mẹ có tới 6 - 9 con.

Về vấn đề nghề nghiệp có liên quan như thế nào với đông con hay ít con, trong bảng 2 cho thấy đại đa phần những gia đình đông con (có 4 con trở lên) là nông dân (79%), điều này cho thấy chương trình kế hoạch hóa gia đình cũng cần đẩy mạnh hơn nữa ở khu vực nông thôn.

Bảng 2: Nghề nghiệp và số con của bà mẹ.

Nghề nghiệp	Số con								Tổng cộng
	1	2	4	5	6	7	8	9	
Làm ruộng	321	387	58	25	12	5	3	0	962
Giáo viên	69	57	7	1	0	0	0	0	152
Cán bộ công nhân viên	44	49	1	0	0	0	0	0	105
Cán bộ y tế	9	4	0	0	0	0	0	0	13
Buôn bán	20	25	4	1	2	0	0	0	63
khác	63	56	7	2	0	0	1	1	154
Tổng cộng	526	578	77	29	14	5	4	1	1449

Một trong những phương tiện góp phần không nhỏ trong công tác tuyên truyền kiến thức, đó là phương tiện nghe nhìn. Tỷ lệ gia đình có những phương tiện này không phải là cao: 536 / 1449 chiếm 37%, do vậy ngoài hình thức truyền thông đại chúng cần phải nghĩ đến các hình thức tuyên truyền giáo dục khác cho phù hợp với tình hình hiện nay.

3. Một số kết quả điều tra.

3.1 Sự hiểu biết về bệnh đường hô hấp

Có 1270 bà mẹ trong số 1449 (chiếm 87,6%) đã được phỏng vấn cho rằng viêm phổi là nguy hiểm cho trẻ em. Nhưng chỉ có 768 bà mẹ là biết viêm phổi thường biểu hiện bằng dấu hiệu gì.

Số còn lại: 681 (46,9%) sẽ là những đối tượng mà dễ dàng bỏ qua bệnh tình của con mình. Một số vấn đề đáng quan tâm là 77,8% tổng số bà mẹ (1128/1449) không biết khi nào cần mang con đến bệnh viện để đòi hỏi xử lý khẩn cấp. Đây chính là số bà mẹ dễ dàng dẫn con mình đến tử vong vì chắc chắn khi con họ được mang tới bệnh viện đã có những dấu hiệu nguy kịch khó lòng cứu chữa.

Bảng 3: Sự hiểu biết về bệnh tật và trình độ văn hóa của bà mẹ.

Trình độ văn hóa	Dấu hiệu viêm phổi		Tổng số
	Biết	Không biết	
Mù chữ	2-40%	3	5
Cấp 1	81-49,6%	82	163
Cấp 2	449-53%	442	941
Cấp 3	179-54%	152	331
Đại học	7-77,7%	2	9

3.2 Kiến thức về cách xử trí bệnh đường hô hấp

42,9% tổng số bà mẹ cho rằng cần phải dùng kháng sinh cho 1 trẻ bị ho đơn thuần, tuy nhiên cũng có tới 57,7% nghĩ rằng khi một trẻ bị ho đơn thuần không cần phải điều trị gì mà có thể tự khỏi được.

Về dùng thuốc để điều trị cho 1 trẻ bị viêm phổi thì đa số bà mẹ (76,6%) đều cho thấy cần phải dùng kháng sinh để điều trị cho trẻ bị viêm phổi. Số còn lại (339 bà mẹ) cho rằng dùng kháng sinh cho trẻ bị viêm phổi là không cần thiết và có thể điều trị bằng cách khác, 277 bà mẹ thấy có thể dùng Đông y để điều trị viêm phổi cho trẻ. Đây chính là điều cần lưu ý trong công tác giáo dục cho bà mẹ - chỉ có kháng sinh mới có thể điều trị khỏi viêm phổi mà thôi.

3.3 Các bà mẹ khi có con nhỏ thường có ý thức trữ thuốc trong nhà phòng khi bất trắc, điều này không mấy khi mang lại lợi ích mà thường dễ dàng làm cho trẻ bị nhờn thuốc do không điều trị đủ liều. Trong điều tra này chúng tôi có dịp tìm hiểu về tình trạng trữ thuốc trong nhà như sau:

Trữ thuốc	Có	Không
	432	1125
	22,2%	77,6%

Như vậy chỉ có số lượng không đáng kể trong số bà mẹ được phỏng vấn là có trữ thuốc tại nhà và 86,1% loại thuốc này là những thuốc thông thường như Ampicillin, Badrin...

4. Kết luận

- Các điểm được tiến hành điều tra mới triển khai chương trình được 1 năm do vậy việc tuyên truyền giáo dục các bà mẹ chưa tiến hành được bao nhiêu. Tuy nhiên chúng ta

không thể cùng một lúc tuyên truyền nhiều vấn đề mà nên sắp xếp từng ưu tiên một. Ví dụ như điều quan trọng đầu tiên, là làm cho các bà mẹ nhận biết được dấu hiệu của viêm phổi để kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế. Các đối tượng cần tập trung nhiều hơn là các bà mẹ ở nông thôn, những người có trình độ văn hóa thấp... Vì qua điều tra này các yếu tố đó có liên quan đến sự hiểu biết rất rõ ràng.

- Các tranh ảnh tuyên truyền cần lặp đi lặp lại một hình ảnh và dưới các hình thức tranh bướm để có thể phân phát đến tận tay các bà mẹ, có như vậy mới tạo phản xạ ứng xử khi trẻ mắc bệnh.

Một số vấn đề xã hội liên quan đến công tác kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Tiền Hải, Thái Bình

VŨ THẾ LONG

Trong một chương trình nghiên cứu phối hợp liên ngành do Trung tâm Nhân lực y tế (Bộ Y tế) và INCAR thuộc đại học Carolinska (Thụy Điển) tổ chức, chúng tôi đã có dịp tới khảo sát và nghiên cứu tại một xã trong huyện Tiền Hải và một vài điểm khác trong tỉnh Thái Bình. Những nơi chúng tôi đã khảo sát là:

- Hai xã Đông Minh và Đông Hoàng (hai xã chính ở Tiền Hải) và các xã Đông Long, Nam Thắng (cũng thuộc Tiền Hải)

- Các xã khác chỉ khảo sát ngắn là: Hoàng Diệu và Đông Mỹ thuộc ngoại vi thị xã Thái Bình, xã An Hiệp (Quỳnh Phụ).

Tại các địa điểm trên, chúng tôi đã thực hiện phỏng vấn sâu kết hợp với xâm nhập quan sát và ghi âm, ghi hình. Việc nghiên cứu về các khía cạnh xã hội này luôn luôn được thực hiện song song với một nhóm bác sĩ y khoa khác cũng cùng theo dõi về mặt y tế và sức khỏe của cùng cộng đồng được nghiên cứu.

Từ thực tế nghiên cứu, chúng tôi xin nêu vắn tắt mấy nhận xét bước đầu về một số mặt dưới đây:

1. Tâm lý, nguyện vọng và thực tế lựa chọn các dịch vụ y tế và kế hoạch hóa gia đình ở trạm y tế xã và trạm y tế lưu động của huyện phục vụ tại xã, dịch vụ y tế ở trạm kế hoạch hóa gia đình

Qua thực tế tìm hiểu cơ sở vật chất của các trạm y tế ở hai xã Đông Minh, Đông Hoàng và khảo sát ở trạm kế hoạch hóa gia đình đặt tại xã Đông Long, chúng tôi thấy ở các xã trên, cơ sở nhà cửa và một số trang thiết bị cơ bản như giường bệnh, bàn ghế, và các dụng cụ y tế khác đã được xã trang bị khá tốt. Trong khi đó, cũng tại địa bàn của xã Đông Hoàng, một trạm y tế lưu động của huyện đã được mở để phục vụ bà con trong khu vực xã này. Trạm y tế này hoàn toàn không có cơ sở trang bị tốt như cơ sở do xã xây dựng mà chỉ

là một căn nhà kho cũ của hợp tác xã với một số giương cũ, bàn ghế đã mục nát. Trạm kế hoạch hóa gia đình ở Đông Long thì được trang bị khá hoàn chỉnh cả nhà cửa lẫn thiết bị.

Về mặt cán bộ y tế thì ở Đông Hoàng đã có 1 bác sĩ trưởng trạm vốn là người địa phương, sau khi được đào tạo đã được cử về công tác tại quê nhà. Theo bà con kể lại thì khi mới về phục vụ tại đây, vị bác sĩ này đã được dân làng đón tiếp rất nồng nhiệt với niềm tự hào vì lần đầu tại nhà đã có bác sĩ, lại là bác sĩ người cùng làng. Đông Minh có một bác sĩ đông y làm trưởng trạm, ông cũng là con rể của xã này. Tại trạm kế hoạch hóa gia đình cũng có bác sĩ chuyên khoa phụ trách. Riêng ở trạm y tế lưu động trực thuộc huyện thì có những bác sĩ và các nhân viên y tế khác thuộc biên chế của bệnh viện huyện về phục vụ. Những cán bộ này tuy làm việc dưới xã nhưng vẫn thuộc biên chế của huyện và thường xuyên liên hệ với huyện về mọi mặt.

Thực tế tìm hiểu cho thấy trong khu vực này, bà con có xu hướng muốn đến khám và chữa bệnh tại trạm lưu động của huyện hoặc thực hiện các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình tại trung tâm kế hoạch hóa gia đình hơn là tới khám và điều trị tại trạm xá xã, nơi mà chính họ đã đóng góp để xây dựng và có một cơ sở khang trang hơn. Đi sâu tìm hiểu thì bà con cho biết sở dĩ có tình trạng trên là bởi những lí do sau:

- Do cung cách dịch vụ tại trạm lưu động của huyện tốt hơn. Cụ thể là do trình độ chuyên môn của các nhân viên và bác sĩ trong biên chế của bệnh viện cao hơn so với một số nhân viên ở trạm xá xã. Thuốc men của trạm lưu động huyện theo họ là đầy đủ và chính xác hơn, trị bệnh có hiệu quả hơn. Một số bệnh nhân được hỏi đã kể lại những trường hợp bản thân họ hoặc thân nhân của họ trước đây đã gặp phải khi đến khám và điều trị kém hoặc không có hiệu quả tại trạm xá của xã:

- Do trình độ của một số nhân viên y tế trong trạm xá còn thấp. Cụ thể là nhiều bà con phản ánh rằng ở một trong những trạm xá nói trên, bất cứ bệnh nhân nào đến khám cũng đều được chỉ định phải tiêm và phải mua thuốc tiêm do thầy thuốc cấp. Ở một trạm xá khác, chị em phụ nữ cảm thấy lo ngại mỗi khi phải tới khám tại đó vì những cung cách khám bệnh mà theo họ là không bình thường đối với chị em, do đó khi có việc cần, kể cả khi sinh đẻ, nhiều chị em thường lựa chọn hệ thống dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có trụ sở ở gần xã mình.

Trên đây chỉ là một số ghi nhận được qua phỏng vấn sâu, những nguyên nhân nêu trên có thể chưa thể hiện được đầy đủ thực trạng của khu vực chúng tôi nghiên cứu song có điều chắc chắn rằng hiện tượng nêu trên đã phần nào thể hiện sự yếu kém về năng lực, trình độ cũng như cung cách phục vụ ở các trạm xá này.

Từ thực tế trên, chúng ta có thể đặt ra những giải pháp khắc phục khác nhau. Hoặc là tìm cách nâng cao hiệu quả phục vụ của hệ thống trạm y tế xã, hoặc là dồn vào đầu tư nâng cấp cho hệ thống dịch vụ ở cấp huyện. Dẫu sao, theo chúng tôi nghĩ, sở dĩ hiện tại, hệ thống phục vụ lưu động ở cấp huyện được nhiều người ưa thích hơn một phần cũng vì lực lượng này hiện phải hoạt động trong cơ chế cạnh tranh với hệ thống dịch vụ y tế xã. Điều gì sẽ xảy ra một khi tất cả đều dồn cho huyện và không còn một đối tượng nào khác phải cạnh tranh thi đua nữa? Rõ ràng đây cũng là những vấn đề mà các nhà hoạch định chiến lược y tế của chúng ta cũng cần lưu tâm đến.

2. Một số tập quán liên quan tới việc xử lý phân, rác, sử dụng nguồn nước, sinh hoạt và ảnh hưởng của các vận động đổi mới đến các tập quán đó.

Trong khi chúng tôi thực hiện điều tra ở khu vực này thì một nghiên cứu ứng dụng khác nhằm vận động nhân dân xây dựng loại hố xí bán thấm, khoan giếng nước ngầm và

các phương án tiêu diệt các véc tơ truyền bệnh cũng đang được triển khai tại Đại học Y khoa Thái Bình. Thực tế cho thấy ngoài các hộ được trợ giúp kinh phí để xây dựng các hố xí mẫu hoặc khoan các giếng mẫu hầu hết các gia đình chúng tôi có dịp tìm hiểu đều vẫn sử dụng các hố xí kiểu cũ, dùng nước mưa trữ trong bể làm nước ăn, nước giếng khơi thường chỉ dùng để giặt, rửa hoặc ăn khi nước mưa đã cạn mà nước giếng thì không tanh, dùng nước giếng nấu không ngon cơm, ở một số nơi như nhà nghỉ Đồng Châu hay tại trụ sở Ủy ban nhân dân xã Đông Mỹ, chúng tôi thấy có những bộ giếng khoan bơm tay xây dựng rất tốn kém nhưng nằm chung trơ ở những vị trí không thích hợp cho việc sử dụng, nhiều bộ phận của bơm hoặc đã bị lấy cắp hoặc phải tháo cất đi. Mặt khác, với một số giếng có thể vận hành tốt thì kèm theo hệ thống giếng lại phải xây một hệ thống bể lọc cũng rất tốn kém. Do vậy, hầu như việc vận động khoan giếng ngầm ở khu vực này cũng rất ít hiệu quả mà ngoài lý do chính là quá tốn kém chưa phù hợp với điều kiện kinh tế của đa số bà con hiện nay, một lý do đáng chú ý khác là trong vùng này nước mạch thường chứa nhiều tạp chất không thích hợp với khẩu vị cũng như không dùng để giặt giũ được. Nên chăng bên cạnh việc xây dựng bể nước trữ nước mưa, nên nghiên cứu phát triển một loại giếng lịch ngang như một số kinh nghiệm cổ truyền đã được ứng dụng ở một số nơi. Tuy nhiên, trong tình hình sử dụng ngày càng nhiều thuốc trừ sâu và các hóa chất khác hiện nay thì việc dùng nước lọc ngang cũng cần phải tính toán cẩn thận hơn.

Cũng cần phải nói thêm là trong tình hình sản xuất nông nghiệp theo cơ chế hiện nay, nhu cầu phân bón nhất là phân chuồng và phân bắc vẫn là một thứ phân quý đối với bà con. Bởi vậy, hầu như không có hộ nào bỏ tiền để xây hố xí thắm vì vừa tốn kém vừa mất một nguồn phân theo họ là rất giá trị. Việc xử lý rác sinh hoạt ở khu vực này hầu như không có vấn đề nghiêm trọng vì hầu hết rác hữu cơ đã được sử dụng làm phân bón, các chất thải rắn khác chẳng có là bao.

3. Việc di chuyển địa bàn cư trú từ môi trường sống trên sông nước lên sống trên đất liền và những ảnh hưởng của môi trường mới đối với lối sống cổ truyền của họ và vấn đề chăm sóc sức khỏe.

Số đồng bào này trước đây sống trên thuyền, gần đây, do chủ trương của nhà nước, họ rời gia đình lên sống ở đất liền. Cuộc sống đổi thay nhưng nhiều tập quán cũ vẫn không đổi, trong đó có tập quán xử lý phân rác cứng có nguồn gốc từ xương hay vỏ động vật biển rất khó phân hủy được rải bừa bãi trên bờ đê. Hầu như việc xây dựng nhà vệ sinh không được chú ý đến trong các gia đình sống ở đây sẽ dễ dàng trở thành các ổ dịch bệnh khi dịch bệnh xảy ra.

Trong khu vực xóm chài này, chúng tôi thấy hầu như không nhà nào có vườn cây, nhà cửa phân bố rất tập trung và hầu hết các gia đình này nam giới thường xuyên đi biển xa nhà, khu vực này rõ ràng là việc chăm sóc sức khỏe cho nhân dân phải có một phương thức đặc biệt, phải quan tâm đến không những chỉ những người thường xuyên neo đơn sống ở đất liền mà cả những người đi biển.

Tới đây, một trong những giải pháp phát triển kinh tế của khu vực này sẽ là đưa một bộ phận dân cư ra khai thác tiềm năng của biển và vùng ven biển và khi đó, rõ ràng là việc chăm lo sức khỏe cho những cộng đồng này là một công tác không kém tầm quan trọng.

4. ảnh hưởng của vệ sinh lao động (lao động làm muối, làm đay phải ngâm mình trong nước bẩn, phun thuốc sâu...) đối với sức khỏe của phụ nữ và tác động gián tiếp của các điều kiện lao động ấy với công tác kế hoạch hóa gia đình.

Tại Thái Bình, có một bộ phận lớn chị em phụ nữ lao động trong ngành chế biến đay

và sản xuất muối. Trong công việc, chị em phải thường xuyên ngâm mình trong nước bẩn, bởi thế, tỉ lệ chị em bị mắc bệnh phụ khoa là rất cao (theo số liệu của bác sĩ Mai Bệnh viện Thái Bình thu thập trong cùng khu vực nghiên cứu), mặt khác, theo kết quả điều tra của ban dân số tỉnh và của trạm y tế Hoàng Diệu thì hầu hết số chị em phải nạo, phá thai là do không áp dụng các biện pháp phòng ngừa. Biện pháp phòng ngừa chủ yếu hiện nay vẫn là đặt vòng mà các chị em mắc các bệnh phụ khoa bởi nghề nghiệp nói trên lại không thể đặt vòng được trong khi việc áp dụng các biện pháp phòng tránh thai khác vẫn chưa được chú trọng. Bởi vậy, đây có thể là một trong những nguyên nhân gián tiếp có thể ảnh hưởng đến công tác kế hoạch hóa gia đình và làm cho tỉ lệ nạo phá thai ở đây rất cao.

Chúng tôi đã tận mắt thấy nhiều trường hợp chị em phụ nữ phun thuốc trừ sâu ngoài đồng giữa buổi trưa mà không sử dụng bất cứ một phương tiện phòng hộ lao động nào. Chúng tôi cũng đã thấy hàng loạt cá và những động vật khác ở nước khác bị chết hoặc say thuốc sâu nổi đầy mặt ruộng và trong ruộng nước. Chắc chắn ra việc sử dụng thuốc trừ sâu như thế đã dẫn đến những hậu quả xấu về nhiều mặt tới sức khỏe của chị em phụ nữ ở đây. Trong khi điều tra, các bà mẹ thuộc lớp tuổi cao ở đây đa số đều cho rằng sức khỏe của chị em phụ nữ hiện nay so với thế hệ trước đây ở cùng độ tuổi thì phụ nữ ngày nay yếu hơn. Nhiều người nghĩ rằng có lẽ một phần do ảnh hưởng của việc dùng thuốc sâu và ăn những thức ăn có nhiễm thuốc một cách gián tiếp. Cũng theo số liệu thống kê của bác sĩ Mai (khoa sản Bệnh viện Việt - Bun, Thái Bình) thì tỉ lệ phụ nữ ở Thái Bình mắc bệnh "vết trắng" là khá cao mà nguyên nhân của căn bệnh này có thể liên quan tới việc sử dụng thuốc trừ sâu không được bảo hộ chu đáo.

Như chúng ta đều biết, việc nghiên cứu các khía cạnh xã hội về mặt y tế đòi hỏi phải có nhiều thời gian và có một trình độ chuyên môn liên ngành cao. Với thời gian nghiên cứu có hạn, trình độ chuyên môn còn rất hạn chế, chúng tôi hy vọng rằng những cảm nhận nghiên cứu trình bày ở đây sẽ được chính bản thân và các bạn kiểm nghiệm nhằm hiểu được chân thực hơn các vấn đề đã nêu và tiến tới tìm ra những giải pháp can thiệp hữu hiệu.

Tình hình sức khỏe, dinh dưỡng và kế hoạch hóa gia đình của phụ nữ tuổi sinh đẻ ở một số vùng nông thôn hiện nay

ĐOÀN KIM THẮNG

Phụ nữ: Sức khỏe, dinh dưỡng và kế hoạch hóa gia đình có mối liên quan chặt chẽ với nhau, vừa là căn nguyên vừa là kết quả. Để có một dân cư với chất lượng cao, thì giải quyết tốt mối quan hệ này được xem như là một đòi hỏi thiết thực. Trong khuôn khổ bài viết này, bước đầu đưa ra một số nhận xét về vấn đề đã nêu qua các kết quả điều tra xã hội học của Viện Xã hội học, Viện dinh dưỡng quốc gia và Trung ương Hội liên hiệp Phụ nữ Việt Nam năm 1991 tại một số vùng đồng bằng Bắc, Trung và Nam Bộ Việt Nam.

1. Theo kết quả điều tra của Viện Dinh dưỡng quốc gia khi khảo sát 1030 phụ nữ ở

độ tuổi sinh đẻ (15 - 49 tuổi) tại một số điểm thuộc Hải Hưng, Nam Hà, Quảng Nam - Đà Nẵng và Đắc Lắc cho thấy tình trạng phụ nữ thiếu dinh dưỡng kéo dài mãn tính. Tuổi càng cao, xu hướng càng gầy đi. Điều này hoàn toàn ngược lại với xu hướng thể lực của phụ nữ ở các nước công nghiệp phát triển, tình trạng này cũng đe dọa phụ nữ về mặt dinh dưỡng và sức khỏe nếu chữa đê.

Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ có cân nặng dưới 38 kg và chiều cao dưới 145cm⁽¹⁾

Địa phương	% cân nặng dưới 38 kg	% chiều cao dưới 145 cm
Hải Hưng	6%	11%
Nam Hà	28%	16%
Quảng Nam - Đà Nẵng	16%	8%
Đắc Lắc	8%	10%
Chung	15%	11%

Cũng theo số liệu điều tra tình hình sức khỏe của bà mẹ Việt Nam hiện nay thì trọng lượng trung bình của phụ nữ trưởng thành là 44,8 kg và chiều cao là 150 cm. Khi có thai dáng cơ thể người phụ nữ phải tăng từ 10 - 12 kg, nhưng ở miền Bắc phụ nữ có thai chỉ tăng 8,4 kg và phụ nữ miền Nam 8,9 kg. Điều đó có ảnh hưởng xấu đến việc bảo vệ và nuôi dưỡng thai nhi. Sự thiếu dinh dưỡng này một phần là do thiếu hiểu biết nhưng phần lớn là do gia đình quá đông con, người mẹ mang thai không có điều kiện để ăn một chế độ tốt hơn bình thường.

Khi xem xét về sức khỏe của phụ nữ, các kết quả điều tra cũng cho thấy tình trạng thiếu máu của phụ nữ trong nhóm tuổi 15 - 49 cao. Ở những vùng nông thôn, do điều kiện kinh tế sinh hoạt thấp kém, tỷ lệ thiếu máu dinh dưỡng cao từ 36 - 65% đặc biệt là nhóm có thai.

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ tuổi sinh đẻ qua chỉ tiêu huyết học (Hemoglobin)

Địa phương	Tỷ lệ % Hemoglobin dưới ngưỡng OMS		
	Nhóm có thai	Nhóm không có thai	Chung
Hải Hưng	43,1%	38,3%	36%
Nam Hà	90%	61,1%	65%

Tỷ lệ thiếu máu cao của phụ nữ tuổi sinh đẻ cũng rất dễ cắt nghĩa khi xem số liệu thống kê 1986 - 1991 (Nhà xuất bản Thống kê 1992), cho các số liệu sau về việc chi tiêu bình quân đầu người một tháng của gia đình nông dân là như sau:

Bảng 3. Khoản chi tiêu một đầu người/tháng (đồng)

Địa phương	Khoản chi			
	Vĩnh Phú	Hải Phòng	Nghệ Tĩnh	Tiền Giang
Chi ăn uống	20.336 đ	20.968	18.196	21.615
Chi mua sắm	776	699	420	998
Chi may mặc	863	785	637	1.031

60 *Diễn đàn...*

⁽¹⁾ Số liệu điều tra Viện Dinh dưỡng quốc gia, 1991.

Chi văn hóa, giáo dục	195	509	115	391
Chi y tế	426	502	179	615
Chi nhà ở	827	1.276	461	2.095
Chi đi lại	618	1.701	148	2.187

Người phụ nữ, nhất là các bà mẹ trong thời kỳ nuôi con, khẩu phần ăn đáng ra phải được ưu tiên, song nhìn vào khẩu phần ăn trong các bữa ăn hàng ngày thấy tỷ lệ gạo vẫn chiếm phần trăm cao nhất 396,2 gram/người/ngày, trong khi đó các loại đậu hạt đều rất thấp. Hoa quả chín hầu như không có trong các bữa ăn của người mẹ.

Khẩu phần thức ăn hàng ngày một phụ nữ tại các điểm khảo sát, (tính chung cho 4 tỉnh được khảo sát).

- * Gạo : 396 gram
- * Lương thực khác : 90,8
- * Thịt, các loại : 8,5
- * Mỡ, Dầu : 0,3
- * Trứng : 1,4
- * Rau : 169,1
- * Hoa quả chín : 0,2

Các căn bệnh mà nhóm phụ nữ (15 - 49 tuổi) ở nông thôn thường mắc, phản ánh nét đặc thù công việc sản xuất nông nghiệp. Cùng với các tiến bộ của khoa học kỹ thuật áp dụng vào nông nghiệp đã đưa năng suất lao động tăng lên, thì bên cạnh đó hậu quả của việc dùng phân hóa học và thuốc trừ sâu đã gây ô nhiễm môi trường nông thôn không nhỏ. Những vùng chiêm trũng thì ảnh hưởng này còn lớn hơn. Riêng đối với nữ mắc bệnh phụ khoa phân bố chủ yếu ở lứa tuổi 36 -49. Đó là chưa kể tới một số vùng nông thôn khác còn chịu ảnh hưởng của các chất thải công nghiệp từ các nhà máy lân cận.

Bảng 4. Tình hình bệnh tật chung của phụ nữ tuổi sinh đẻ

Bệnh tật và triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ % mắc (Tần xuất)				
	Hải Hưng	Nam Hà	Quảng Nam - Đà Nẵng	Đắc Lắc	Chung
1. Da xanh và niêm mạc nhợt	105	40,5	9,7	25,4	21,5
2. To tuyến giáp	0,3	5,6	4,8	7,9	5,0
3. Bệnh phụ khoa	248	159	21,7	14,3	19,0
4. Tai mũi họng	247	6,3	15,4	20,8	17,0
5. Bệnh mắt	36,1	31,6	38,7	30,5	34,0
6. Bệnh răng	46,9	26,6	43,6	49,1	42,0
7. Bệnh nội khoa	18,0	25,6	24,9	28,7	30,0

Qua những số liệu trên, cho thấy đời sống sinh hoạt vật chất của người nông dân là quá thấp và điều đó sẽ dẫn tới những hệ quả xấu khi mà có tới 14% trẻ em nước ta sinh ra không nặng quá 2.500 gam và trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng chiếm tới 51,1%. Trọng lượng các em ở tuổi 15 qua 10 năm bình quân giảm 1 kg và chiều cao giảm 1 cm⁽²⁾

Chất lượng dân cư được quy chiếu bởi nhiều yếu tố cấu thành, trong đó một yếu tố rất quan trọng là dân cư ấy được sinh ra trong một gia đình như thế nào, từ một bà mẹ có sức khỏe tốt hay không?. Để chương trình kế hoạch hóa gia đình đạt được hiệu quả, bên

⁽²⁾ Số liệu thống kê, Nhà xuất bản Thống kê, 1992.

cạnh việc vận động sinh đẻ có kế hoạch, khuyến khích quy mô gia đình nhỏ (gia đình có 1 hoặc 2 con), thì việc làm thế nào để cải thiện đời sống sức khỏe người phụ nữ là việc làm thiết thực.

2. Ở nước ta, cho đến nay nhìn chung trên phạm vi toàn quốc tỷ lệ tăng dân số hàng năm vẫn còn ở mức cao (khoảng 2,2 - 2,3%) so với chỉ tiêu phải đạt tới là 1,7%. Mỗi cặp vợ chồng vẫn có mức sinh đẻ trên 3 con, nhịp độ giảm mức sinh không ổn định. Các cuộc khảo sát thực tế cho thấy mâu thuẫn giữa nhận thức và thái độ ủng hộ của phụ nữ với chương trình kế hoạch hóa gia đình và đã đặt ra nhiều vấn đề bức xúc. Công cuộc vận động tuyên truyền sinh đẻ có kế hoạch trong những năm vừa qua đã trở thành một sự kiện xã hội quan trọng. Cho đến ngày hôm nay, mỗi người dân, mỗi người phụ nữ Việt Nam tuy không phải ai cũng hiểu biết đầy đủ về khái niệm như "bùng nổ dân số"... nhưng họ đều có được một nhận xét chung rằng sự phát triển dân số quá nhanh so với tốc độ phát triển kinh tế là một trong những nguyên nhân cơ bản cản trở việc nâng cao mức sống 98,6% số phụ nữ trong cuộc điều tra khẳng định rằng "nhiều con là khó khăn", hầu hết đều có một quan niệm rằng: ít con thì chẳng những nuôi nấng, chăm sóc tốt hơn (98,3%), mà cũng dạy dỗ tốt hơn (95,1%).

Việc áp dụng các biện pháp tránh thai cũng cho những chỉ số khá cao đối với phụ nữ (92,7%). Tuy nhiên, đặt vòng trong hiện tại vẫn là biện pháp có số % cao hơn cả.

Phụ nữ kết hôn sau tuổi 20 cũng được xem như phù hợp với tâm lý chung của đa số nữ thanh niên ngày nay nhất là thanh niên nông thôn trong các hoạt động phi sản xuất nông nghiệp. Số liệu điều tra cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa nhận thức và thái độ của phụ nữ với kế hoạch hóa gia đình. Chúng ta nên bắt đầu từ tuổi lấy chồng trên thực tế. Trả lời câu hỏi: "Lấy chồng ở tuổi nào thì tốt nhất?" chỉ có 2,8% số phụ nữ cho rằng nên lấy chồng sau tuổi 20 (trong đó tuổi 20 - 22: 53,6%; tuổi 23 - 25: 39,4%, tuổi 26 - 30: 2,8%; trên 30 tuổi: 1,4%). Trên thực tế có tới 23,1% số phụ nữ đã kết hôn trước tuổi 20 (Trong đó dưới 18 tuổi chiếm 4,7%; 18 - 19 tuổi: 48,4%).

Có tới 27,4% số phụ nữ muốn rằng trên 4 năm sau khi cưới mới có con, nhưng trong thực tế chỉ có 8,1% số phụ nữ sinh con lần đầu sau 4 năm cưới. Cũng như vậy 47,1% người được hỏi trả lời rằng khoảng cách từ con đầu lòng đến con thứ hai tốt nhất là trên 4 năm, còn thực tế khoảng cách đó chỉ có 12,0% số người thực hiện. Điều đáng chú ý là mô hình gia đình chỉ có 1 hoặc 2 con chưa chiếm tỷ lệ cao trong thực tế, cũng như trong quan niệm các cặp vợ chồng. Số liệu điều tra tại Hà Nội, Hải Hưng, Quảng Nam - Đà Nẵng cho thấy chỉ có 30,8% số cặp vợ chồng có 2 con, số cặp vợ chồng có 1 - 2 con là 52,5%; có 43,6% gia đình có từ 3 con trở lên, tăng lên, vì có ít nhất là 28,1% cặp vợ chồng muốn có thêm con và 10% các cặp vợ chồng khác chưa có quyết định thêm hay không¹.

Điều tra về số con mong muốn, chỉ có 40,1% số phụ nữ muốn có 1 hoặc 2 con (5,4% muốn có 1 con và 34,7% muốn có 2 con). Gần 60% số gia đình muốn có 3 con trở lên, điều này được cắt nghĩa bởi nhiều lý do, song cũng phải khẳng định rằng sự phân biệt con trai, con gái và quan niệm có "nếp", có "tê" cũng còn rất phổ biến, để tới 70,2% số người được hỏi cho rằng "nhất thiết phải có con trai", 60,8 đồng ý với quan niệm "con trai thích hơn con gái", 78% cho rằng phải có cả con trai lẫn con gái.

Khi xem xét vấn đề phụ nữ với kế hoạch hóa gia đình, việc phân biệt về mức độ chấp nhận của phụ nữ đối với chương trình kế hoạch hóa gia đình tùy theo trình độ văn hóa, nghề nghiệp, truyền thống gia đình, khu vực lãnh thổ cũng là điều cần quan tâm. Các số liệu của cuộc khảo sát cho thấy tỷ lệ những người có con thứ ba trở lên tỷ lệ nghịch với trình độ văn hóa của mẹ. Đối với người mẹ có trình độ văn hóa cấp I, tỷ lệ này chiếm 47,4%; cấp II: 81,1%; cấp III: 23,3% và trình độ đại học: 17,0%:

¹. Số liệu khảo sát của trung ương Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, 1991.

Khu vực lãnh thổ cũng có những tỷ lệ số con khác nhau. Số phụ nữ có 1 - 2 con ở nội thành Hà Nội nhiều hơn các khu vực khác và số người có 3 con trở lên, lại ít hơn.

Bảng 5. Số con của các cặp vợ chồng theo lãnh thổ

Khu vực /số con	1-2 con	3 con trở lên
Nội thành Hà Nội	79,12	18,2
Hải Hưng	50,4	45,0
Quảng Nam - Đà Nẵng	40,5	56,3
Chung	52,5	46,3

Truyền thống sinh đẻ của gia đình cũng có ảnh hưởng đến mức độ sinh của các gia đình trẻ. Ở bảng trên chúng ta thấy ở Quảng Nam - Đà Nẵng số cặp vợ chồng có từ 3 con trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%), tiếp đó là Hải Hưng (45,0%). Nội thành Hà Nội có tỷ lệ cặp vợ chồng có 3 con trở lên lại ít hơn cả (18,2%). Điều tra của Viện Xã hội học trong thời gian gần đây càng cho thấy sự khác biệt về số con trung bình ở thành phố và nông thôn, cũng như các nhóm xã hội nghề nghiệp khác nhau. Chẳng hạn số con trung bình của các tầng lớp cư dân nội thành là 2,54 con/gia đình. Nhóm trí thức có số con trung bình là 1,69 con, nhóm gia đình công nhân là 2 con và nhóm những người làm nghề tự do là 3,59 con. Ở nông thôn Bắc Bộ, hiện trung bình mỗi phụ nữ có 3,4 con. Ở thành phố phụ nữ ngày càng có xu hướng chấp nhận mô hình gia đình 2 con, trong khi đó ở nông thôn tâm lý muốn có nhiều con và coi trọng con trai hơn con gái vẫn chi phối mạnh mẽ hành vi sinh đẻ của họ. Điều tra một xã nông thôn Bắc Bộ, số liệu Viện Xã hội học cho thấy 78,6% số cặp vợ chồng muốn có từ 3 con trở lên, chỉ có 20,4% muốn có 2 con và hầu như không có cặp vợ chồng nào muốn có 1 con, một số cặp vợ chồng ở nông thôn tuy chấp nhận mô hình gia đình 2 con, nhưng chỉ với điều kiện là đã có con trai rồi.

*

* *

Việc phân tích một số kết quả thông qua các cuộc điều tra xã hội học về sức khỏe phụ nữ và kế hoạch hóa gia đình tại một số vùng nông thôn, cho thấy tình hình sức khỏe dinh dưỡng của phụ nữ tuổi sinh đẻ là điều đáng quan tâm. Tình trạng thiếu dinh dưỡng mãn tính khá cao ở các điểm điều tra, khẩu phần ăn còn thiếu đạm và mỡ động vật, tính mất cân đối của khẩu phần thể hiện rõ rệt. Tỷ lệ phụ nữ mắc các bệnh thông thường cao, bệnh phụ khoa cũng có chỉ số đáng kể nhất là các vùng chiêm trũng và chủ yếu tập trung ở lứa tuổi 36 - 49.

Do đặc thù của vùng nông thôn còn bảo lưu nhiều quan niệm cũ về sinh đẻ, thêm vào đó là sự hạn chế của dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở nông thôn, nên qua khảo sát một số vùng nông thôn cho thấy mới chỉ có 39,7% số phụ nữ trong độ tuổi áp dụng các biện pháp tránh thai mà chủ yếu là biện pháp đặt vòng. Tuy nhiên, với trình độ học vấn ở nông thôn (trong đó có phụ nữ) được nâng cao chúng ta cũng đi đến tin tưởng rằng xu hướng giảm tốc độ gia tăng dân số ở nước ta trong giai đoạn hiện tại và tương lai là có thể thực hiện được. Vấn đề là ở chỗ chúng ta cần phải làm gì để nhanh chóng rút ngắn khoảng cách của thời kỳ quá độ về dân số từ giai đoạn cũ với mức sinh cao, nhưng chưa ổn định sang giai đoạn mới với mức sinh thấp ổn định và mức tử thấp ổn định. Nên chăng, bên cạnh việc nhà nước và các tổ chức xã hội có liên quan cần kiên trì và bền bỉ tiến hành cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong mọi tầng lớp nhân dân về mô hình gia đình mới. Cần có sự kết hợp chặt chẽ và đồng bộ giữa các cơ quan và các tổ chức xã hội, các phương tiện thông tin đại chúng trong công tác kế hoạch hóa gia đình. Trọng tâm của cuộc vận động sinh đẻ có kế

hoạch cần hướng về khu vực nông thôn, nơi tập trung 80% dân cư cả nước, nơi có nhiều yếu tố cản trở việc hình thành gia đình mới như trình độ văn hóa thấp, nơi bảo lưu nhiều tập tục lạc hậu... Đặc biệt quan trọng là những chính sách xã hội phù hợp với chính sách dân số nhằm trước hết cải thiện đời sống nhân dân, giải quyết công ăn việc làm cho người lao động (đặc biệt là lao động nữ). Chỉ có trên cơ sở thay đổi những điều kiện kinh tế - xã hội mới có thể thay đổi vững chắc quan niệm về sinh đẻ, thực hiện có hiệu quả những chương trình kế hoạch hóa gia đình.

Phụ nữ nông thôn với chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu qua điều tra xã hội học tại hai huyện đồng bằng Bắc Bộ

NGÔ MINH PHƯƠNG

Để góp phần tìm hiểu vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng nông thôn hiện nay, trong thời gian tháng 6 và 7 năm 1992 một cuộc nghiên cứu liên ngành y - xã hội học đã được tiến hành tại một số xã nông nghiệp thuộc huyện Yên Phong (tỉnh Hà Bắc) và huyện Sóc Sơn (Hà Nội). Phương pháp điều tra đã sử dụng chủ yếu là phỏng vấn nhóm tập trung và phỏng vấn sâu. Trong phạm vi bài viết này chủ yếu giới hạn trình bày những kết quả nghiên cứu vấn đề người phụ nữ nông thôn với chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu.

1. Phụ nữ nông thôn - đối tượng quan trọng của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu

* *Phụ nữ nông thôn chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng dân cư*: Nếu đối tượng chăm sóc sức khỏe ban đầu là toàn thể dân cư của cộng đồng, thì phụ nữ luôn chiếm số lượng quá nửa của cộng đồng. Các số liệu điều tra thu được trong đợt nghiên cứu này đã phản ánh rõ: Tỷ lệ phụ nữ ở một xã thuộc huyện Sóc Sơn (Hà Nội, như xã Đông Xuân là 50,5%, Thanh Xuân là 51,8% và Xuân Giang là 54%. Số liệu cùng loại thu được trong điều tra ở huyện Yên Phong (tỉnh Hà Bắc) tương tự chẳng hạn tỷ lệ phụ nữ ở xã Vạn An là 54%. Các số liệu này về cơ bản là phù hợp với kết quả cuộc tổng điều tra dân số năm 1989 (phụ nữ chiếm 56% dân số miền Bắc). Bởi thế nếu quan tâm tới chăm sóc sức khỏe ban đầu, chính đã là quan tâm tới quá nửa số dân cư của cộng đồng.

* *Phụ nữ nông thôn chiếm quá nửa lực lượng lao động chính của cộng đồng*: Nếu coi việc chăm sóc sức khỏe cho lực lượng lao động chính ở nông thôn là quan trọng vì lực lượng này làm ra của cải vật chất đảm bảo đời sống cho cộng đồng cư dân thì phụ nữ cũng lại chiếm quá nửa lực lượng lao động chính ở nông thôn: Thí dụ như ở xã Đông Xuân (huyện Sóc Sơn) lao động chính nữ chiếm 58% và nói riêng ở phạm vi hẹp trong một thôn thì số lao động chính nữ cũng đến 57% như thôn Cầu Giữa xã Yên Phụ (huyện Yên Phong). Bởi vậy quan tâm chăm sóc sức khỏe phụ nữ cũng chính là quan tâm bảo vệ lực lượng lao động chủ yếu ở nông thôn.

Trong khi quá chăm lo vào việc xây nhà dựng cửa thì người nông dân chưa quan tâm tới các công trình vệ sinh. Xã Yên Phụ (Yên Phong) có 1.364 hộ gia đình thì mới chỉ đào

được 416 giếng nước và cũng chỉ 3/4 số hộ có hố xí kiểu giản đơn và còn tập quán sử dụng phân bắc, và cũng chỉ có 1/3 số hộ có nhà để tắm giặt.

Trong mỗi hộ gia đình việc quy hoạch khu vệ sinh, chuồng trại chăn nuôi cũng như việc đầu tư xây dựng để đảm bảo tránh ô nhiễm môi trường chưa được quan tâm thích đáng và trở thành nguồn gây bệnh dịch ảnh hưởng tới sức khỏe của từng người dân. Thêm vào đó cần phải lưu tâm tới trình độ vệ sinh môi trường công cộng còn thấp kém của mỗi làng xã. Nó thể hiện ở hệ thống thoát nước thải sinh hoạt (cống rãnh) còn tùy tiện và tệ nạn nuôi lợn thả rông ngoài ngõ chung khá phổ biến.

Nói tới điều kiện sinh hoạt của phụ nữ nông thôn còn cần phải nói đến cả chế độ dinh dưỡng hàng ngày. Chưa cần nói tới mức sống của những hộ khó khăn (số hộ thiếu ăn 3 tháng trong một năm ở xã Yên Phụ (Yên Phong) là 8 - 10%, mà ngay cả những hộ gọi là đủ ăn và khá giả, thói quen tần tiện và nhường nhịn chồng con cộng với nhiều tập tục kiêng cử bắt buộc đối với người phụ nữ khi sinh nở khiến cho chế độ dinh dưỡng của phụ nữ nông thôn không tương xứng với các chức năng xã hội nặng nề mà họ đảm nhiệm.

Tóm lại điều kiện sinh hoạt của phụ nữ nông thôn nói chung nhiều khó khăn và chính nó ảnh hưởng đáng kể tới tình trạng sức khỏe của người phụ nữ.

** Phụ nữ nông thôn phải chịu những tác động của các yếu tố xã hội nặng nề hơn nam giới:* Nếu hiểu sức khỏe của con người không chỉ phụ thuộc vào các tác động sinh học mà còn phải kể đến các tác động của những yếu tố xã hội thì người phụ nữ nông thôn Việt Nam luôn phải gánh chịu những tác động nặng nề hơn từ phía xã hội.

Quan niệm: "Trọng nam khinh nữ" vẫn còn tác động mạnh mẽ trong cộng đồng nông thôn. Một người phụ nữ đã ly hôn sẽ lập gia đình lại khó hơn người chồng. Một người phụ nữ có chồng mà chưa sinh được một đứa con trai cho chồng sẽ luôn tự mang một mặc cảm có tội với chồng mà lại có con thì như phạm vào điều xấu xa nhất.

Như vậy sức nặng từ những phong tục tập quán xã hội đã đè lên tâm lý người phụ nữ nông thôn để từ đó xói mòn không ít tới sức khỏe của họ.

Ngoài ra không thể không kể tới đời sống tinh thần rất nghèo nàn của phụ nữ nông thôn. Mặc dầu không ít gia đình ở nông thôn đã có ti vi, đầu vi deo nhưng người phụ nữ nói chung không mấy khi có thời gian dành cho giải trí tinh thần, đọc sách báo, chính điều này làm cho đời sống tinh thần của họ càng thêm nghèo nàn và tri thức của họ càng không có điều kiện để nâng cao.

2. Khả năng và vai trò của phụ nữ nông thôn tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu

** Phụ nữ là người chủ chốt để chăm sóc sức khỏe của các thành viên trong gia đình:* Đã từ lâu quan niệm xã hội vẫn coi phụ nữ là nội tướng, quán xuyến mọi việc trong gia đình, nên phụ nữ chính là người thực sự phải lo toan, săn sóc, thuốc thang mỗi khi có người trong gia đình đau yếu. Điều này càng dễ xảy ra hơn trong các gia đình mà người chồng thoát ly công tác hay đi làm ăn nơi xa.

Một người vợ muốn được đánh giá là đảm đang, một người con dâu muốn được coi là có hiếu, họ càng phải lo toan hết mình chạy chữa thuốc thang cho con cái hay bố mẹ chồng lúc đau yếu.

** Phụ nữ là người chăm sóc con thơ, thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng có hiệu quả tốt.* Trên phương diện sinh lý tự nhiên (người mẹ nuôi dưỡng con nhỏ bằng sữa của mình) và cả trên phương diện tập quán xã hội, đã từ lâu người ta coi việc nuôi con hiền nhiên là chỉ của người mẹ. Có thể nói chính người phụ nữ là người quyết định sinh mệnh

và sức khỏe của đứa con mình và chương trình tiêm chủng nằm trong chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu có được thực hiện hoàn hảo hay không cũng là do vai trò của người mẹ quyết định.

* Phụ nữ là người quán xuyến công việc bếp núc, nên cũng là người quyết định chế độ dinh dưỡng của cả gia đình: sức khỏe gắn liền với chế độ dinh dưỡng hay khẩu phần ăn. Vậy mà chính người phụ nữ lại là người điều hành việc ăn uống của gia đình và cũng là người gắn bó trực tiếp với công việc bếp núc. Bởi vậy nếu người phụ nữ có hiểu biết càng cao về khoa học dinh dưỡng, vệ sinh thực phẩm và kỹ thuật chế biến thì sức khỏe của các thành viên trong gia đình càng được nâng cao.

* Phụ nữ là người lo toan gánh vác những "công việc vặt" nhưng lại ảnh hưởng lớn đến vệ sinh môi trường: Trong sinh hoạt gia đình, có rất nhiều những công việc mà tập quán dân gian vẫn coi không phải là việc đáng để đàn ông làm là "việc vặt". Thí dụ như quét nhà, quét sân, dọn chuồng lợn, trâu, bò, cả chuồng tiêu... tiếng gọi là việc vặt nhưng những công việc này lại ảnh hưởng lớn đến vệ sinh môi trường và từ đó ảnh hưởng đến sức khỏe của cả gia đình và cộng đồng. Bởi thế người phụ nữ có kiến thức và siêng năng thì vệ sinh môi trường càng được nâng cao và hạn chế được dịch bệnh cũng như tăng cường được sức khỏe cho cả gia đình và cộng đồng.

* Phụ nữ là người tham gia trực tiếp và có hiệu quả vấn đề kế hoạch hóa gia đình: Do sự hạn chế về phương diện cũng như quan niệm, cho tới nay ở Việt Nam việc phòng tránh thai chỉ mới triển khai chủ yếu trong nữ giới mà biện pháp chính vẫn là đặt vòng tránh thai. Trong tương lai chắc chắn nó sẽ được triển khai rộng rãi hơn và toàn diện hơn nhưng dù sao vẫn có thể khẳng định rằng cuộc vận động KHHGD chỉ có thể thực hiện tốt đẹp nếu có sự tham gia tích cực của phụ nữ.

3. Những đặc điểm của phụ nữ nông thôn làm hạn chế kết quả của họ khi tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu

* Phụ nữ nông thôn nhìn chung có trình độ học vấn thấp: tâm lý "trọng nam khinh nữ" khiến cho việc học hành của nữ giới nói chung thường bị coi nhẹ hơn so với nam giới. Hậu quả của điều này là nữ giới thường thôi học sớm và dừng lại ở trình độ học vấn thấp (cấp I hay cấp II là cùng). Trình độ học vấn thấp của phụ nữ làm kéo theo sự hạn hẹp trong các kiến thức về y tế, vệ sinh, dinh dưỡng,... Và do đó cả sự hạn chế kết quả tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu của họ. Cũng cần nói thêm là chính sự hạn chế về trình độ học vấn cũng là tiền đề để dẫn đến sự mê tín dị đoan, gây cản trở cho việc thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cần lưu ý thêm là xu hướng học vấn của phụ nữ còn có thể giảm sút nữa do tình hình bỏ học có hướng gia tăng ở nông thôn hiện nay.

* Phụ nữ nông thôn còn mang nặng tâm lý tự ti: do sống lâu đời trong lễ giáo phong kiến người phụ nữ nông thôn còn mang nặng tâm lý tự ti an phận. Người phụ nữ dễ dàng chấp nhận những lo toan tính toán, những quyết định của chồng hay của con trai đồng thời họ cũng hết lòng tận tụy, nhường nhịn chồng con tất cả. Điều này không khỏi cản trở người phụ nữ trong khi thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu mà đặc biệt là vấn đề kế hoạch hóa gia đình.

* Phụ nữ nông thôn cũng mang nặng tâm lý bảo thủ: do học vấn thấp và thói quen làm việc chủ yếu bằng kinh nghiệm truyền lại nên phụ nữ nông thôn cũng thường mang nặng tính bảo thủ. Điều đó cũng khiến cho họ khó tiếp nhận những cái mới nói chung, kiến thức mới, phương pháp mới, công nghệ mới. vậy mà chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu lại hàm chứa nhiều yếu tố mới.

4. Kết luận

- Phụ nữ chiếm quá nửa cộng đồng dân cư và trong lực lượng lao động chính ở nông

thôn. Bởi vậy mới chỉ xét trên phương diện số lượng họ đã thực sự đáng coi là đối tượng quan trọng của chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hơn thế nữa, xét trên phương diện các chức trách mà họ phải đảm nhận trong đời sống cộng đồng cũng như những điều kiện lao động sinh hoạt và cả điều kiện xã hội của họ, việc dành cho phụ nữ sự quan tâm cao trong chăm sóc sức khỏe ban đầu là điều hoàn toàn xứng đáng và cần thiết. Phải coi đó là trách nhiệm của xã hội đối với sự tồn tại và phát triển hiện nay và mai sau của cộng đồng

Mức sống và "văn hóa y tế"

đã ảnh hưởng tới sự tiêu dùng

các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng như thế nào?

CHÍNH BÌNH

Trong vài năm trở lại đây, bộ mặt nông thôn nước ta đã có những thay đổi rõ rệt. Thành tựu trên các lĩnh vực đạt được tuy chưa lớn, chưa rộng khắp và toàn diện song nó cũng mở ra một thời kỳ mới cho sự phát triển phù hợp với quy luật khách quan. Trong quá trình chuyển đổi kinh tế, nhất là sau nghị quyết 10 các năng lực sản xuất nông nghiệp được giải phóng làm cho kinh tế nông nghiệp có sự tăng trưởng kéo theo sự tiến bộ về văn hóa xã hội, tạo nên một diện mạo mới cho các cộng đồng cư dân nông thôn.

Bài viết này dựa trên một số tư liệu điều tra về tình hình kinh tế xã hội nông thôn gần đây và những điều tra chuyên biệt của ngành y tế phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như những nhận xét định tính rút ra từ các khảo sát xã hội học gần đây nhất trong khuôn khổ chương trình ARI quốc gia nhằm góp phần làm rõ các yếu tố mức sống và trình độ "văn hóa y tế" của cư dân đã chi phối như thế nào đến sự tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng, trên cơ sở đó đưa tới những khuyến nghị cho người lập kế hoạch sức khỏe mỗi cộng đồng.

1. Phân tầng mức sống và ảnh hưởng của nó tới sự tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Nông thôn nước ta ngày nay đã có sự phân tầng về mức sống rõ rệt. Mức chênh lệch đời sống, thu nhập của các tầng lớp nhân dân ở các vùng có cơ sở từ các điều kiện tự nhiên, kinh tế, trình độ dân trí, khả năng lãnh đạo quản lý. Xu thế chung về mức chênh lệch ngày càng lớn. Thời kỳ trước chênh lệch thu nhập giữa hộ giàu và hộ nghèo là 1,5 - 2 lần, ngày nay sự chênh lệch đó là 6 - 8 lần (*)

Quá trình phân tầng về kinh tế và mức sống đã làm cho định hướng giá trị thay đổi, người nông dân có phân chú trọng lợi ích kinh tế hơn giá trị tinh thần. Một nghiên cứu của chương trình BAMACO (**) thấy rằng ở nhóm đủ ăn trở lên tần số sinh hoạt văn hóa là 1,8 lần/tháng trong khi ở nhóm thiếu ăn, tần số này chỉ từ 0,1 đến 0,4 lần. Theo điều tra tại 9 tỉnh trọng điểm, các hộ giàu (21,9%) mức chi tiêu bình quân là 71.000 đồng/người/tháng.

(*) Kinh tế xã hội nông thôn Việt Nam ngày nay - Nhà xuất bản Tư tưởng Văn hóa, 1991

(**) Nghiên cứu tình hình kinh tế xã hội tại Yên Phong - Hà Bắc 12/1992, chương trình BAMACO.

Cơ cấu chi tiêu của hộ như sau: chi cho ăn 77,7%, may mặc 3,0%, học hành 2,6%, chữa bệnh 2,6%, chi khác 12,1%. Như vậy mức chi cho học hành và chữa bệnh là như nhau khoảng 21.000 đồng/người/tháng. Điều tra 469 hộ nghèo với mức chi trung bình 21.000 đồng/người/tháng, cơ cấu chi tiêu ngoài chi cho ăn, các chi phí khác không được tính đến. Mặc dù trong khi phỏng vấn về nguyên nhân nghèo đói có tới 45,5% cho là do bệnh tật, ốm đau. Rất đáng chú ý là có đến 39,0% số người ốm không có tiền chữa bệnh (***) .

Các khảo sát trong khuôn khổ chương trình ARI cũng cho thấy có nhiều điều đáng chú ý: Chương trình ARI miền Nam cho biết, trong số trẻ em dưới 5 tuổi bị tử vong có tới trên 50% xảy ra tại nhà, 36% không được xử lý kịp thời, thích hợp. Những con số đó cho thấy không chỉ có vấn đề kiến thức của người dân cũng như của nhân viên y tế về phòng - chữa bệnh nói chung, về ARI nói riêng còn hạn chế mà còn có vấn đề khả năng kinh tế có hạn đã trói buộc, khiến một bộ phận cư dân đã không đưa con cái đến y tế để có lời khuyên cũng như cách chữa kịp thời, đúng đắn. Khảo sát xã hội học định tính của chương trình ARI quốc gia thực hiện đại Hà Tây trong năm 1992 cho thấy, kể cả ở Thượng Mỗ (Đan Phượng) là nơi chưa triển khai chương trình cũng như ở Minh Tân (Phú Xuyên) là nơi triển khai chương trình 4 năm nay đều có số trẻ em mắc bệnh được giữ lại ở nhà tương đương nhau (Thượng Mỗ:50%, Minh Tân:53,4%). Điều này có nghĩa là, ngay cả khi người dân đã được trang bị kiến thức về y tế nói chung, ARI nói riêng thì vấn đề mức sống vẫn là một tác nhân ảnh hưởng lớn đến việc lựa chọn hình thức chữa trị. Trong nhiều phỏng vấn sâu chúng tôi thấy rằng hộ giàu có ý thức chi cho phòng bệnh, biểu hiện bằng việc bồi dưỡng cơ thể bằng thuốc cũng như ăn. Có xu hướng thích dùng thuốc tây, thuốc ngoại muốn chữa bệnh tại thầy thuốc tư có trình độ cao. Trong khi đó xu hướng hộ nghèo không có khoản chi cho phòng bệnh thì thích dùng thuốc đông y và muốn được chăm sóc tại các cơ sở y tế nhà nước.

Như vậy rõ ràng mức sống của cộng đồng quy định khả năng tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong ý thức người nông dân phần nào hiểu được cái vòng luẩn quẩn của sự đói nghèo và bệnh tật song vì "lực bất tòng tâm" mà đành chịu.

2. Trình độ "văn hóa y tế" và sự tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Như trên chúng ta đã thấy mức sống ảnh hưởng đến sự tiêu dùng các dịch vụ văn hóa. Sự tiêu dùng này xuất phát từ cơ cấu văn hóa của các loại mức sống, nó phản ánh trình độ dân trí nói chung và trình độ "văn hóa y tế" nói riêng. Một thí dụ về cơ cấu văn hóa của 2 cộng đồng giàu nghèo ở nông thôn hiện nay:

Hộ giàu		Hộ nghèo	
Biết đọc, biết viết	0,6%	Mù chữ	24,3%
Cấp 1	18,9%	Cấp 1	24,3%
Cấp 2	47,2%	Cấp 2	20,3%
Cấp 3	33,3%	Cấp 3	1,8% (***)

Phỏng vấn một số hộ giàu về mục đích xem, nghe các phương tiện thông tin cho thấy đại đa số là nghe thời sự, giải trí, một ít nói đến thông tin khoa học nhưng chỉ là phục vụ cho sản xuất, chưa thấy nói đến tìm hiểu về sức khỏe, bệnh tật. Còn các hộ nghèo do thiếu các phương tiện văn hóa thịnh vượng có xem, nghe nhờ thì mục đích chỉ là giải trí đơn thuần.

Xem xét một cách cụ thể hơn, trình độ "văn hóa y tế" thể hiện ở nhu cầu chăm sóc

(***) , (***) *Giàu nghèo trong nông thôn hiện nay* - Nhà xuất bản Nông nghiệp 1993

sức khỏe, mạng lưới dịch vụ và phương pháp chữa bệnh. Khi mà "văn hóa y tế" còn hạn chế, hệ thống nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân thật giản đơn. Người ta chỉ nghĩ khi thực sự không làm việc được. Sức khỏe chưa bao giờ được coi là vốn quý, họ cho rằng đó là nguồn năng lượng tự nhiên cứ mặc nhiên khai thác. Ở các cộng đồng nghèo, trình độ văn hóa thấp người ta thấy rất rõ là mạng lưới y tế rất nghèo nàn, phương pháp chữa bệnh giản đơn, đôi khi còn mê tín và lạc hậu.

Khi phỏng vấn các hộ giàu có mức sống cao, họ có khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế song không ít hộ hoàn toàn không có ý thức chi cho phòng bệnh, xây dựng các công trình phụ, vệ sinh môi trường... Cơ cấu chi tiêu của những hộ đó chỉ là phục vụ sản xuất, xây dựng cơ bản, tích lũy một ít dành cho học hành của con cái. Trong ba yếu tố văn hóa, y tế giáo dục thì văn hóa và giáo dục là hai yếu tố được người dân coi quan trọng hơn trong việc chi trả. Tuy nhiên trong tiếp cận cộng đồng chúng tôi cũng gặp những hộ mức sống còn nghèo nhưng lại y thức được "tài sản sức khỏe" của mình và sự chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe là thích đáng.

Những vấn đề trên chỉ có thể giải thích được bằng trình độ "văn hóa y tế" của mỗi cộng đồng. Rõ ràng "văn hóa y tế" là yếu tố quan trọng sau mức sống đã quy định việc tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của cư dân nông thôn.

3. Xây dựng kế hoạch sức khỏe cộng đồng phải tính tới hai yếu tố mức sống và trình độ "văn hóa y tế".

Cùng với sự chuyển đổi của nền kinh tế nói chung, ngành y tế trong những năm gần đây cũng đã có sự chuyển đổi để phù hợp. Y tế nhà nước từ vai trò quyết định và là người mang đến cộng đồng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nay đã và đang chuyển thành người cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cộng đồng là người quyết định. Trong những năm tới chúng ta cần có nhận thức mới về tầm quan trọng của vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Cùng với sự hỗ trợ của quốc tế, chúng ta đang từng bước kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở về tổ chức, về cơ chế hoạt động, về khả năng thiết bị và năng lực chuyên môn. Xây dựng được các kế hoạch sức khỏe cho cộng đồng chính là nhằm mục đích trên. Một kế hoạch sức khỏe tốt ngoài các nhân tố như vấn đề sức khỏe ưu tiên, lựa chọn dịch vụ thích hợp... phải tính tới hai yếu tố mức sống và trình độ "văn hóa y tế" của cộng đồng. Mỗi kế hoạch sức khỏe phải xuất phát từ tình hình kinh tế - xã hội của mỗi cộng đồng, không áp đặt kế hoạch của cộng đồng có mức sống cao cho cộng đồng có mức sống thấp và ngược lại ngoài sự hỗ trợ từ bên ngoài phải biết phát huy tiềm năng tại chỗ của cộng đồng, biết phát huy tính tự quản của cộng đồng về chăm sóc sức khỏe đã có truyền thống từ lâu. Mỗi kế hoạch sức khỏe cũng phải xuất phát từ trình độ văn hóa y tế của cộng đồng nhằm phát huy thể mạnh, tận dụng tri thức, truyền thống, phong tục tốt đẹp của cộng đồng. Mặt khác phải biết cách đưa tri thức mới vào cộng đồng sao cho phù hợp về cả liều lượng, thời gian và phương pháp.

Những ý kiến trên đây của chúng tôi đã ghi nhận được trong quá trình tiến hành nghiên cứu ở những cộng đồng nông thôn mà nghề nông là chuyên hoặc trọng nông là chủ yếu Còn ở những cộng đồng nông thôn có xu hướng đô thị hóa, cơ cấu kinh tế chủ yếu là phi nông nghiệp như ngành nghề hoặc dịch vụ... thì những yếu tố ảnh hưởng đến sự tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có sự khác nhau. Chúng tôi hy vọng sẽ trở lại vấn đề này trong một dịp khác.