

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Thực trạng bất công bằng sức khỏe của một số dân tộc thiểu số tại Việt Nam năm 2019

Nguyễn Mai Hương^{1*}, Hoàng Văn Minh², Lưu Thị Kim Oanh², Khương Quỳnh Long², Lê Hồng Chung³, Nguyễn Thanh Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm mục đích mô tả thực trạng bất công bằng sức khỏe của một số dân tộc thiểu số (DTTS) tại Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thiết kế cắt ngang được thực hiện trên tổng số 5.024 người từ 15 tuổi trở lên thuộc 12 DTTS từ 12 tỉnh ở Việt Nam.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự bất công bằng ở mức rất nghiêm trọng có ý nghĩa thống kê đối với các vấn đề sức khỏe, sắp xếp theo thứ tự có chỉ số tập trung cao nhất trở xuống: Tỷ lệ người DTTS có vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua của dân tộc La Hủ theo nhóm tuổi (CI=0,84), ở dân tộc Mông theo tình trạng kinh tế (CI=0,79); Tỷ lệ tai nạn thương tích của dân tộc Gié Triêng theo giới tính (CI=0,68); 3) Tỷ lệ người DTTS mắc bệnh không lây nhiễm ở dân tộc Dao theo nhóm tuổi (CI=0,60).

Kết luận: Để giảm thiểu thực trạng sức khỏe này, cần có những giải pháp can thiệp mang tính tổng thể và đặc thù cho từng nhóm dân tộc, từng đặc điểm về nhân khẩu học.

Từ khóa: Bất công bằng sức khỏe; dân tộc thiểu số, Việt Nam.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Công bằng sức khỏe (CBSK) là một trong năm quan điểm chỉ đạo quan trọng của Đảng và Nhà nước để đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế. Tuy nhiên, CBSK của người dân Việt Nam nói chung và người DTTS còn nhiều bất cập. Đồng bào DTTS chiếm 14,0% dân số cả nước và sinh sống chủ yếu ở vùng cao và miền núi, với tỷ lệ đói nghèo rất cao khoảng 50,0% (1). Sự chênh lệch rõ rệt về tình trạng sức khỏe, sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) giữa người DTTS và dân tộc Kinh vẫn còn tồn tại (2).

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về CBSK vẫn còn rất hạn chế (3) và chủ yếu là so sánh sự

chênh lệch tình trạng sức khỏe của đồng bào DTTS và khả năng tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSK so với người Kinh. Tuy nhiên, việc đánh giá CBSK tại Việt Nam đang là một thách thức do còn thiếu quy chuẩn về phương pháp và dữ liệu (2).

Chuyên đề báo cáo này là một phần kết quả nghiên cứu sử dụng nguồn số liệu thứ cấp của đề tài cấp nhà nước “Những giải pháp cơ bản và cấp bách về chăm sóc sức khỏe đồng bào dân tộc thiểu số nước ta hiện nay”. Chuyên đề này tập trung cung cấp bức tranh về thực trạng bất công bằng sức khỏe ở một số DTTS tại Việt Nam về một số chỉ số liên quan tình trạng sức khỏe năm 2019.



Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Mai Hương

Email: maihuonghsph@gmail.com

¹Cục Dân số, Hà Nội

²Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

³Nghiên cứu viên tự do

Ngày nhận bài: 17/4/2024

Ngày phản biện: 17/6/2024

Ngày đăng bài: 24/6/2024

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0803SKPT24-029>

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu này sử dụng thiết kế cắt ngang gồm phương pháp nghiên cứu định lượng

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước được thực hiện năm 2019 ở 12 tỉnh thuộc 4 vùng sinh thái có nhiều người/tộc đồng bào DTTS sinh sống; bao gồm 1) Vùng Trung du và miền núi phía Bắc: tỉnh Lai Châu (dân tộc La Hủ), tỉnh Hà Giang (dân tộc Mông), tỉnh Cao Bằng (dân tộc Tày) và tỉnh Quảng Ninh (dân tộc Dao); 2) Vùng Bắc Trung Bộ và miền Trung: tỉnh Bình Định (dân tộc Ba Na), tỉnh Quảng Trị (dân tộc Bru Vân Kiều), tỉnh Thừa Thiên Huế (dân tộc Tà Ôi) và tỉnh Ninh Thuận (dân tộc Chăm Ninh Thuận); 3) Vùng Tây Nguyên: tỉnh Kon Tum (dân tộc Gié Triêng) và tỉnh Đắk Lắk (dân tộc Mnông); 4) Vùng Đồng bằng sông Cửu Long: tỉnh An Giang (dân tộc Chăm An Giang) và tỉnh Sóc Trăng (dân tộc Khmer).

Đối tượng nghiên cứu: Giống với đối tượng nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước là người DTTS hiện đang sinh sống trên địa bàn của các địa điểm nghiên cứu, bao gồm: Chủ hộ/người quyết định chính trong gia đình, phụ nữ 15-49 tuổi, bà mẹ có con <5 tuổi, vị thành niên 10-19 tuổi, người cao tuổi ≥ 60 tuổi

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu:

- Đối tượng từ đủ 15 tuổi trở lên
- Có khả năng trả lời phỏng vấn
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đối tượng dưới 15 tuổi
- Đối tượng không có khả năng trả lời phỏng vấn
- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu giống với cỡ mẫu đề tài cấp Nhà nước. Với mỗi dân tộc, cỡ mẫu được tính theo công thức xác định 1 tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95%, tra bảng à hệ số $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: Tỷ lệ người dân tộc thiểu số có sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 1 năm qua, chọn mức 0,5 để có tỷ lệ lớn nhất

d: Sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,05$

Thay số ta được 384 người, dự phòng 10% phiếu không thu thập đủ thông tin làm tròn thành 420 người/dân tộc x 12 tỉnh = 5040 người.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu được thực hiện giống với đề tài cấp Nhà nước.

Bước 1: Nghiên cứu lựa chọn một số dân tộc theo tiêu chí chọn nhóm dân tộc theo 4 vùng. Tại mỗi vùng chọn 2 nhóm DTTS ít người và 2 nhóm DTTS đông người. Với mỗi dân tộc lựa chọn, chọn tỉnh có tỉ lệ người dân tộc đó sống cao nhất, ưu tiên các tỉnh chưa có nghiên cứu trước đó và ưu tiên theo vùng miền.

Bước 2: Tại mỗi tỉnh, chọn ra 01 xã có tỷ lệ đồng bào DTTS cao nhất tương ứng

Bước 3: Tại mỗi xã, dựa trên danh sách các đối tượng nghiên cứu, chọn ngẫu nhiên 84 người cho mỗi nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong trường hợp 1 xã không đủ số đối tượng sẽ chọn thêm 1 xã khác.

Như vậy, với mỗi dân tộc, tiến hành khảo sát trên cả 5 nhóm đối tượng và mỗi đối tượng chọn 84 người để phỏng vấn. Tổng số đối tượng khảo sát của 1 dân tộc là 420 người.

Với 12 dân tộc theo các tỉnh đã chọn, tổng số đối tượng tham gia khảo sát là 5.040.

Biến số nghiên cứu: Bất công bằng sức khỏe là khái niệm trái ngược với công bằng sức khỏe. Theo tác giả Bravemen năm 2006: “Công bằng sức là việc giảm thiểu tình trạng không còn sự khác biệt (chỉ bao gồm sự khác biệt có thể phòng tránh được hoặc chịu sự tác động của các chính sách) về sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe bao gồm nhưng không giới hạn trong hệ thống chăm sóc sức khỏe - giữa các nhóm dân thuộc các điều kiện và đặc quyền xã hội khác nhau...” (4). Trong khuôn khổ bài báo này, sẽ tập trung phân tích một số chỉ tiêu bất công bằng về tình trạng sức khỏe.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Phương pháp thu thập số liệu được thực hiện giống với đề tài cấp Nhà nước với phương pháp phỏng vấn trực tiếp được áp dụng. Các điều tra viên địa phương được lựa chọn và tập huấn để thu thập số liệu. Các nghiên cứu viên thực hiện việc giám sát quá trình thu thập số liệu, kiểm tra và đảm bảo chất lượng số liệu. Bộ công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi định lượng được thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được làm sạch, nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 16.0.

Trong báo cáo kết quả chuyên đề này, nghiên cứu sử dụng 2 phương pháp tiếp cận cơ bản để phân tích thực trạng bất công bằng, gồm: 1) So sánh mô tả; 2) Chỉ số tập trung.

Để phân tích mức độ bất bình đẳng, công bằng về một số chỉ số đã được lựa chọn, các nhóm dân số được sắp xếp từ nhóm “yếu thế” nhất đến nhóm có lợi thế nhất:

- Giới tính (1: Nữ, 2. Nam)
- Nhóm tuổi (xếp từ nhóm trẻ nhất đến nhóm già nhất)
- Trình độ học vấn (Xếp hạng từ trình độ học vấn thấp nhất đến trình độ học vấn cao nhất)
- Tình trạng kinh tế hộ gia đình (HGD) (Xếp hạng từ những người nghèo nhất đến những người giàu nhất).

Tiêu chí và thang đo sử dụng trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu này tạm quy ước về mức độ bất bình đẳng theo giá trị của chỉ số tập trung như sau: (**Bảng 1**):

Bảng 1. Mức độ bất bình đẳng theo giá trị của chỉ số tập trung

Giá trị tuyệt đối của chỉ số tập trung	Ý nghĩa
0	Hoàn toàn bình đẳng
< 0,2	Bất bình đẳng ít
0,2 - 0,39	Bất bình đẳng trung bình
0,4 - 0,59	Bất bình đẳng nghiêm trọng
> 0,6	Bất bình đẳng rất nghiêm trọng

• **Chỉ số tập trung:** Đây là chỉ số thường được sử dụng để đo lường mức độ bất bình đẳng, CBSK. “Chỉ số này được tính bằng 2 lần tỷ lệ diện tích nằm giữa biểu đồ tập trung và đường bình đẳng”. Độ lớn của chỉ số này

nằm trong khoảng -1 và +1.

• **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng (Quyết định số 435/2018/YTCC-HD3 ngày 01/10/2018).

KẾT QUẢ

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu (từ 15 tuổi trở lên) là 5.024 người. Cơ mẫu nghiên cứu phân bố tương đối đồng đều ở các tỉnh, trong đó chiếm tỷ lệ nhiều nhất là tỉnh Lai Châu, Quảng Ninh và Thừa Thiên Huế và chiếm tỷ lệ thấp nhất là tỉnh Ninh Thuận (7,0%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tham gia nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nữ giới (chiếm 55,4%), nhóm tuổi 25-34 (chiếm 23,2%); nhóm có trình độ cấp II (chiếm 29,1%); nhóm đang đi làm (chiếm 77,9%), nhóm không theo tôn giáo (chiếm 70,6%) và nhóm không nghèo (chiếm 71,5%).

Thực trạng bất công bằng sức khỏe về một số chỉ tiêu

Trong bài viết này, phân tích bất công bằng sức khỏe sẽ tập trung vào nhóm biến số về tình trạng sức khỏe của một số DTTS.

Tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm của đồng bào dân tộc thiểu số

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người DTTS mắc bệnh không lây nhiễm trong 12 tháng qua là 23,1% và chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm: 1) Tà Ôi (chiếm 45,5%) ($p < 0,05$); 2) Vùng Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (chiếm 31,2%) ($p < 0,05$); 3) Nữ giới (chiếm 23,3%); 4) Nhóm tuổi trên 65 tuổi (47,6%) ($p < 0,05$); 5) Nhóm không nghèo (chiếm 24,2%) (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh bất bình đẳng về tỷ lệ người dân tộc thiểu số bị bệnh không lây nhiễm trong 12 tháng trước cuộc điều tra tại 12 tỉnh

Bệnh không lây nhiễm trong 12 tháng qua	Có bệnh	p-value
<i>Chung</i>	1.163 (23,1)	<i>0,00</i>
Dân tộc		
La Hủ	37 (7,5)	
Chăm An Giang	129 (29,5)	
Chăm Ninh Thuận	72 (20,6)	
Dao	50 (11,3)	
Gié Triêng	151 (42,8)	
Khmer	120 (31,2)	
Mông	22 (5,4)	
Ba Na	128 (34,8)	
Mnông	83 (21,4)	
Tày	50 (11,8)	
Tà Ôi	210 (45,5)	
Bru Vân Kiều	91 (21,4)	
Khác	20 (22,7)	
Vùng		<i>0,00</i>
Trung du và miền núi phía Bắc	166 (9,2)	
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	504 (31,2)	
Tây Nguyên	234 (31,0)	
Đồng bằng sông Cửu Long	259 (30,4)	

Bệnh không lây nhiễm trong 12 tháng qua	Có bệnh	p-value
Giới		0,79
Nam	515 (23,0)	
Nữ	648 (23,3)	
Nhóm tuổi		0,00
15-24	126 (11,0)	
25-34	146 (12,5)	
35-44	176 (18,1)	
45-54	88 (23,7)	
55-64	229 (42,9)	
Trên 65 tuổi	398 (47,6)	
Điều kiện kinh tế HGD		0,01
Nghèo	162 (19,2)	
Cận nghèo	130 (22,1)	
Không nghèo	871 (24,2)	

Kết quả phân tích chỉ số tập trung cho thấy, mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ người DTTS mắc bệnh không lây nhiễm ở mức độ rất nghiêm trọng ở dân tộc Dao theo khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo nhóm tuổi (0,60). Tiếp theo là nhóm dân tộc La Hủ, Chăm An Giang, Chăm Ninh Thuận, Khmer, Ba Na, Tày, Bru Vân Kiều với mức độ bất bình đẳng nghiêm trọng về tỷ lệ người DTTS mắc bệnh không lây nhiễm khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo nhóm tuổi (có chỉ số tập trung dao động từ 0,40 đến 0,58).

Tỷ lệ tai nạn thương tích trong 12 tháng qua

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người DTTS bị tai nạn thương tích trong 12 tháng qua là 1,7% và chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm: 1) Bru Vân Kiều (chiếm 4,0%); 2) Vùng Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (chiếm 3,0%); 3) Nam giới (chiếm 2,5%); 4) Nhóm tuổi 35-44 (2,4%); 5) Nhóm trình độ cấp III trở lên (chiếm 2,1%); 6) Nhóm không nghèo (chiếm 1,9%) (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh bất bình đẳng về tỷ lệ người dân tộc thiểu số bị tai nạn thương tích trong 12 tháng trước cuộc điều tra tại 12 tỉnh năm 2019

Tai nạn thương tích 12 tháng trước cuộc điều tra	Có
Chung	84 (1,7)
Dân tộc	
La Hủ	2 (0,4)
Chăm An Giang	4 (0,9)
Chăm Ninh Thuận	11 (3,1)
Dao	5 (1,1)
Gié Triêng	2 (0,6)
Khmer	5 (1,3)

Tai nạn thương tích 12 tháng trước cuộc điều tra	Có
Mông	0 (0,0)
Ba Na	7 (1,9)
Mnông	6 (1,5)
Tày	7 (1,7)
Tà Ôi	12 (2,6)
Bru Vân Kiều	17 (4,0)
Khác	6 (7,1)
Vùng	
Trung du và miền núi phía Bắc	15 (0,8)
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	48 (3,0)
Tây Nguyên	8 (1,1)
Đồng bằng sông Cửu Long	13 (1,6)
Giới tính	
Nam	56 (2,5)
Nữ	28 (1,0)
Nhóm tuổi	
15-24	13 (1,1)
25-34	21 (1,8)
35-44	23 (2,4)
45-54	8 (2,2)
55-64	5 (0,9)
Trên 65 tuổi	14 (1,7)
Học vấn	
Mù chữ	20 (1,4)
Cấp 1	12 (1,2)
Cấp 2	28 (1,9)
Cấp 3 trở lên	24 (2,1)
Điều kiện kinh tế HGD	
Nghèo	12 (1,4)
Cận nghèo	5 (0,9)
Không nghèo	67 (1,9)

Kết quả phân tích chỉ số tập trung cho thấy, mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ người DTTS bị tai nạn thương tích ở mức độ rất nghiêm trọng ở dân tộc Gié Triêng, với mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ này lớn nhất khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo giới tính (0,68). Bất bình đẳng về tỷ lệ người DTTS bị

tai nạn thương tích ở mức độ nghiêm trọng ở các nhóm dân tộc La Hủ, với mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ này lớn nhất khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo trình độ học vấn (0,48), theo giới tính (-0,46) và ở dân tộc Tà Ôi theo giới tính (-0,42).

Tỷ lệ người dân tộc thiểu số có vấn đề về sức khỏe tâm thần

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người DTTS có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua là 2,0% và chiếm tỷ lệ cao hơn

trong nhóm: 1) Mnông (chiếm 4,9%); 2) Vùng Tây Nguyên (chiếm 4,0%) ; 3) Nhóm 45-54 tuổi (chiếm 3,6%); 4) Nhóm mù chữ (chiếm 3,0%) ; 5) Nhóm không nghèo (chiếm 2,1%) (Bảng 4).

Bảng 4. So sánh bất bình đẳng về tỷ lệ người dân tộc thiểu số có vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng trước điều tra tại 12 tỉnh năm 2019

Có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng trước điều tra	Có
Chung	101 (2,0)
Dân tộc	
La Hủ	2 (0,4)
Chăm An Giang	8 (1,8)
Chăm Ninh Thuận	11 (3,1)
Dao	3 (0,7)
Gié Triêng	11 (3,1)
Khmer	6 (1,6)
Mông	1 (0,3)
Ba Na	8 (2,2)
Mnông	19 (4,9)
Tày	6 (1,4)
Tà Ôi	21 (4,5)
Bru Vân Kiều	3 (0,7)
Khác	2 (2,4)
Vùng	
Trung du và miền núi phía Bắc	13 (0,7)
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	43 (2,7)
Tây Nguyên	30 (4,0)
Đồng bằng sông Cửu Long	15 (1,8)
Giới tính	
Nam	46 (2,1)
Nữ	55 (2,0)
Nhóm tuổi	
15-24	15 (1,3)
25-34	20 (1,7)
35-44	16 (1,6)
45-54	13 (3,6)
55-64	15 (2,8)
Trên 65 tuổi	22 (2,6)

Có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng trước điều tra	Có
Học vấn	
Mù chữ	41 (3,0)
Cấp 1	23 (2,3)
Cấp 2	21 (1,4)
Cấp 3 trở lên	16 (1,4)
Điều kiện kinh tế HGD	
Nghèo	17 (2,0)
Cận nghèo	10 (1,7)
Không nghèo	74 (2,1)

Kết quả phân tích chỉ số tập trung cho thấy, mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ người DTTS có vấn đề về sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua ở mức độ rất nghiêm trọng ở dân tộc La Hủ, với mức độ bất bình đẳng về tỷ lệ này lớn nhất khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo nhóm tuổi (0,84), theo trình độ học vấn (-0,69) và giới tính (-0,63). Bất bình đẳng ở mức độ nghiêm trọng về tỷ lệ người DTTS Khmer có vấn đề về sức khỏe tâm thần khi so sánh giữa các nhóm dân cư phân tầng theo nhóm tuổi (0,55); dân tộc Dao theo tình trạng kinh tế (-0,52) và giới tính (-0,48).

BÀN LUẬN

Về bất bình đẳng tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm của đồng bào DTTS, các nghiên cứu ở Việt Nam hiện nay chưa có số liệu chung về tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm nói chung ở người DTTS mà chủ yếu là tỷ lệ mắc các bệnh cụ thể. Theo báo cáo tóm tắt về đánh giá tiếp cận chăm sóc sức khỏe của các nhóm DTTS của Quỹ King's Fund ở Anh năm 2006, một số bệnh phổ biến người DTTS như bệnh tim mạch, bệnh tiểu đường ở người Nam Á (chiếm tỷ lệ cao gấp 5 lần so với dân số nói chung) (5). Kết quả nghiên cứu về sự chênh lệch tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm mãn tính của nhóm người cao tuổi (từ ≥ 60 tuổi) tại vùng nông thôn Tây Nam, Trung Quốc cũng chỉ ra rằng

những người tham gia là nữ và lớn tuổi có xác suất mắc nhiều bệnh không lây nhiễm cao hơn ($p < 0,01$) (6). Ngoài ra, những người lớn tuổi có trình độ học vấn cao hơn và tiền sử gia đình mắc bệnh không lây nhiễm, đồng thời cũng là những người hiện đang hút thuốc, nghiện rượu, béo phì và không hoạt động thể chất có xác suất mắc nhiều bệnh không lây nhiễm cao hơn ($p < 0,01$) (6). Như vậy kết quả nghiên cứu này có sự tương đương về tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm người cao tuổi và nữ giới.

Về bất công bằng tỷ lệ người DTTS có vấn đề về sức khỏe tâm thần, tỷ lệ nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Cara V. James và cộng sự năm 2017 về sự chênh lệch tình trạng sức khỏe theo dân tộc/chủng tộc của người trưởng thành khu vực nông thôn ở Mỹ, cho thấy tình trạng mắc bệnh tâm thần thường xuyên (≥ 14 ngày sức khỏe tinh thần kém trong 30 ngày qua) của nhóm người AI/AN (chiếm 17,1%) và người da đen không gốc Tây Ban Nha (chiếm 13,9%), nhưng thấp hơn ở người châu Á và NHOPI (chiếm 5,4%) (7). Nghiên cứu sử dụng số liệu trong 4 năm từ 2017-2020 tại bang Georgia ở Mỹ cũng cho thấy, tỷ lệ trầm cảm sau sinh chiếm tỷ lệ cao ở người châu Á (17,6%), người gốc Tây Ban Nha (14,4%) và người da đen (14,3%) (8). Nghiên cứu của tác giả Yakubu RA và cộng sự giai đoạn 2016-

2018 về phụ nữ da đen và người Mỹ gốc Ấn Độ/thổ dân Alaska cho biết họ gặp nhiều biến cố căng thẳng nhất trong cuộc sống 12 tháng trước khi sinh con (9). Nghiên cứu tác giả Giurgescu C và cộng sự năm 2018 cũng chỉ ra việc hút thuốc và các biến cố căng thẳng trong cuộc sống vẫn tồn tại dai dẳng ở phụ nữ thuộc các nhóm chủng tộc và DTTS, góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ ở những nhóm dân số này. Phụ nữ da đen mang thai tự báo cáo đã phải trải qua việc phân biệt đối xử và thiên vị chủng tộc, căng thẳng tâm lý, sống ở những khu dân cư khó khăn, gặp các triệu chứng trầm cảm (10).

KẾT LUẬN

Trong số các chỉ tiêu về sức khỏe, có sự bất công bằng ở mức rất nghiêm trọng có ý nghĩa thống kê đối với các vấn đề sức khỏe, sắp xếp theo thứ tự có chỉ số tập trung cao nhất trở xuống: (1) Tỷ lệ người DTTS có vấn đề sức khỏe tâm thần trong 12 tháng qua của dân tộc La Hủ theo nhóm tuổi (CI=0,84), ở dân tộc Mông theo tình trạng kinh tế (CI=0,79); (2) Tỷ lệ tai nạn thương tích của dân tộc Gié Triêng theo giới tính (CI=0,68); (3) Tỷ lệ người DTTS mắc bệnh không lây nhiễm ở dân tộc Dao theo nhóm tuổi (CI=0,60).

Có sự bất công bằng ở mức nghiêm trọng (CI dao động từ 0,4 đến 0,59) về các vấn đề sức khỏe bao gồm: 1) Tỷ lệ tai nạn thương tích ở dân tộc La Hủ, Tà Ôi; 2) Tỷ lệ DTTS có vấn đề về sức khỏe tâm thần ở dân tộc Dao, Khơ me.

Lời cảm ơn: Để hoàn thành được bài báo này, nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ, hỗ trợ của các cơ quan, đơn vị gồm Ủy ban Dân tộc, Trường Đại học Y tế công cộng, Trung tâm Nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng và các tập thể, cá nhân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Committee on Ethnic Minority Affairs & UNICEF. Multidimensional poverty of Vietnamese children in the ethnic minority region, status, change, and challenges, Prin. Hanoi. Hanoi; 2015.
2. Trung tâm Nghiên cứu Phát triển Y tế Cộng đồng. Công bằng sức khỏe- Những vấn đề của người dân tộc thiểu số ở Việt Nam. Hà Nội: Nhà xuất bản Hồng Đức; 2016.
3. Đàm Viết Cương. Tiến tới thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân: Vấn đề và giải pháp. Hà Nội: Nhà xuất bản Chính trị quốc gia; 2005.
4. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:167-94.
5. King's Fund. Access to health care and minority ethnic groups briefing. 2006.
6. Du YR, Liu L, Zhao Y, Huang JJ, Golden AR, Cai L. Ethnic disparities in prevalence of chronic non-communicable diseases and its multimorbidity among older adults in rural southwest China. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1217.
7. James CV, Moonesinghe R, Wilson-Frederick SM, Hall JE, Penman-Aguilar A, Bouye K. Racial/Ethnic Health Disparities Among Rural Adults - United States, 2012-2015. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries* (Washington, DC : 2002). 2017;66(23):1-9.
8. Ramisetty-Mikler S, Willis A, Tiwari C. Pre-pregnancy Weight and Racial-Ethnic Disparities in Pregnancy-Associated Conditions in the State of Georgia: A Population-Based Study. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 2024.
9. Yakubu RA, Ajayi KV, Dhaurali S, Carvalho K, Kheyfets A, Lawrence BC, et al. Investigating the Role of Race and Stressful Life Events on the Smoking Patterns of Pregnant and Postpartum Women in the United States: A Multistate Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Phase 8 (2016-2018) Analysis. *Maternal and child health journal*. 2023;27(Suppl 1):166-76.
10. Giurgescu C, Misra DP. Psychosocial Factors and Preterm Birth Among Black Mothers and Fathers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2018;43(5):245-51.

The health inequality situation among some ethnic minority groups in Vietnam in 2019

Nguyen Mai Huong^{1*}, Hoang Van Minh², Luu Thi Kim Oanh², Khuong Quynh Long², Le Hong Chung³, Nguyen Thanh Ha²

¹Viet Nam Population Authority, Hanoi

²Hanoi University of Public Health, Hà Nội

³Freelance researcher

Objectives: This study aims at describing the situation of health inequity among some ethnic minorities groups in Vietnam. **Study method:** This cross-sectional study which was conducted on a total of 5024 people aged 15 years and older belonging to 12 ethnic minorities (EMs) from 12 provinces in Vietnam. The results show that there is a very serious and statistically significant inequity in the following health issues, arranged from the highest to the lowest: 1) Rate of ethnic minorities having mental health problems in the past 12 months among the La Hu ethnic group by age (CI=0.84), among the Mong ethnic group by economic status (CI=0.79); 2) Rate of accidents and injuries among the Gie Trieng ethnic group by gender (CI=0.68); 3) Rate of ethnic minorities with non-communicable diseases among the Dao ethnic group by age (CI=0.60). **Conclusions:** To minimize this health situation, a comprehensive intervention solution based on specific ethnic group and demographic characteristics are required.

Keywords: *Health inequality; ethnic minorities, Vietnam.*