

BỆNH TẬT VÀ KHÁC BIỆT GIỚI CỦA CƯ DÂN NÔNG THÔN VIỆT NAM

NGUYỄN THỊ NHUNG*

Bài viết dựa trên dữ liệu nghiên cứu về mười hai cộng đồng nông thôn ở ba vùng miền của Việt Nam năm 2013 - 2014 do Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam (VASS) và Hội đồng Khoa học xã hội Hoa kỳ (SSRC) phối hợp thực hiện để tìm hiểu điều gì tạo ra sự khác biệt giới về bệnh tật ở nông thôn Việt Nam. Tiếp cận trường phái lý thuyết tương đối văn hóa, nghiên cứu này lập luận rằng hành vi nam tính và nữ tính theo khuôn mẫu văn hóa ảnh hưởng đến việc nhận diện bệnh tật khác nhau giữa nam giới và nữ giới. Ngoài ra, quan niệm và hành vi theo khuôn mẫu “nam vô tửu như kỳ vô phong” hoặc “nam làm việc lớn nữ làm việc nhỏ” đã trực tiếp ảnh hưởng khác nhau đến sức khỏe của nam giới và nữ giới.

Từ khóa: bệnh cấp tính, bệnh mãn tính, khác biệt giới

Nhận bài ngày: 27/3/2020; *đưa vào biên tập:* 30/3/2020; *phản biện:* 5/4/2020; *duyet đăng:* 10/5/2020

1. MỞ ĐẦU

Theo Tổ chức Y tế Thế giới - WHO, sức khỏe là một trạng thái khỏe mạnh (well-being) hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ đơn thuần là không bệnh tật hoặc ốm yếu⁽¹⁾. Đối với nam và nữ thì việc kiến tạo giới về trạng thái khỏe mạnh hoàn toàn có sự khác nhau là do yếu tố sinh học của nam và nữ khác nhau, hay do bị chi phối bởi những điều kiện kinh tế, chính trị, xã hội và văn hóa của mỗi xã hội khác nhau? Phụ nữ sống lâu hơn đàn ông, trung bình là khoảng 5 năm, tuy nhiên phụ nữ có xu hướng bệnh nhiều hơn đàn ông (Apfel,

1982). Tuổi thọ của phụ nữ cao hơn nam giới là phổ quát ở tất cả các chủng tộc và tất cả các quốc gia; ngược lại, đàn ông có tỷ lệ bệnh đột tử chết người (fatal illnesses), tiếp xúc nghề nghiệp độc hại và có tỷ lệ bị thương tích cao hơn phụ nữ (Verbrugge, 1985). Có nhiều nghiên cứu giải thích tình trạng khác biệt về sức khỏe của nam và nữ do hai yếu tố là sinh học và văn hóa xã hội (Denton, Prus and Walters, 2004). Khác biệt về sinh học và tổ chức cơ thể của nam và nữ đưa đến những khác biệt về bệnh tật, chẳng hạn như ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới và ung thư cổ tử cung ở nữ giới. Bên cạnh đó, văn hóa, niềm tin, hành xử xã hội và thái độ bạo lực cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe

* Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ.

của nam và nữ khác nhau, ví dụ như việc cắt bao quy đầu không đúng cách gây nguy hiểm cho trẻ em trai và thanh niên hay việc xâm hại tình dục đối với trẻ em gái có thể gây cho trẻ em gái những bệnh về thể chất và tinh thần. Bài viết này góp phần lý giải tại sao nữ giới bệnh nhiều hơn nam giới trên cơ sở kiểm định trường phái lý thuyết tương đối văn hóa qua dữ liệu nghiên cứu tại ba vùng miền nông thôn Việt Nam.

2. LÝ THUYẾT VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trường phái lý thuyết tương đối văn hóa nhấn mạnh tác động của văn hóa đến hành vi của cá thể (Benedict, 1934; Mead, 1935) và trọng tâm của các nghiên cứu giới theo hướng tiếp cận này đưa đến kết luận rằng môi trường văn hóa xã hội (chủ yếu thông qua giáo dục) hay những giá trị, chuẩn mực xã hội quy định thái độ và hành vi của nam và nữ khác nhau (Rystrøm, 2003, 2004; Ngo, 2004; Vũ Hồng Phong, 2013). Nghiên cứu tiểu văn hóa giới (gendered subcultures) về việc sử dụng ngôn từ truyền tải từ thể hệ này sang thể hệ khác thông qua giáo dục, Tannen (1991) cho rằng trong văn hóa trung lưu Mỹ, khi ngôn từ của nữ nhấn mạnh hơn đến sự đồng cảm và quan hệ tình cảm, thì ngôn từ của nam nhấn mạnh nhiều hơn đến giải pháp và tôn ti. Tannen kết luận rằng phong cách diễn ngôn của nam và nữ phản ánh giá trị văn hóa, và đối với người nói, thể hiện nam tính hay nữ tính của họ.

Các nghiên cứu khoa học xã hội về giới và sức khỏe theo trường phái lý thuyết này, xoay quanh việc kiểm định giả thuyết nghiên cứu cho rằng cái gọi là nam tính trong xã hội Mỹ nhấn mạnh đến sức mạnh, không nói nhiều về cái yếu, và cái gọi là nữ tính nhấn mạnh đến phái yếu và biểu đạt nhiều hơn. Do đó các nghiên cứu kết luận nữ giới bệnh nhiều hơn nam giới, nam giới mạnh mẽ nên ít nói đến bệnh tật của mình hơn nữ giới. Robertson (2003: 112) cho rằng đàn ông phải mạnh mẽ, kiên định và im lặng trong những vấn đề liên quan đến sức khỏe. Tudiver và Talbot (1999: 47) nhận định: “đàn ông ít có cơ hội hơn phụ nữ để tìm kiếm chăm sóc y tế khi ốm đau và thay vào đó hãy chọn sự chịu đựng các tình huống khó khăn với quyết tâm cao”. Việc sử dụng không thường xuyên hay sự trì hoãn trong việc sử dụng dịch vụ y tế của nam giới thường được coi là một phần chính trong lời giải thích về tuổi thọ của đàn ông thấp hơn so với phụ nữ (White and Witty, 2009). Courtenay đã rút ra một liên kết trực tiếp giữa khước từ sự yếu đuối và từ chối sự giúp đỡ như là những thực hành chính của nam tính bá quyền (hegemonic masculinity). Theo ông (2000: 1389): “Những người đàn ông quyền lực nhất trong số những người đàn ông là những người mà sức khỏe và sự an toàn là không liên quan... Bằng cách loại bỏ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của họ, nam giới đang kiến tạo giới. Khi một người đàn ông khoe khoang 'tôi đã không đến bác sĩ trong nhiều năm' thì anh ta

đồng thời mô tả một thực hành sức khỏe và vị trí của mình trong một lĩnh vực nam tính”.

George và Fleming (2004: 345) nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự giúp đỡ của nam giới liên quan đến việc phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt qua phỏng vấn 12 người đàn ông tham gia một dịch vụ từ thiện ở Bắc Ireland và kết luận: “đàn ông trải qua các rào cản xã hội, tâm lý và cấu trúc để tìm kiếm sự giúp đỡ bao gồm cả mối đe dọa đối với nam tính, bối rối, sợ hãi và cảm giác tội lỗi khi sử dụng một dịch vụ y tế từ thiện”. Vì vậy, đàn ông trì hoãn việc tìm kiếm trợ giúp khi họ bị bệnh và không sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (George và Fleming, 2004: 346). Addis và Mahalik (2003: 11) cho rằng: “nam giới có thể gặp trở ngại trong việc tìm kiếm sự trợ giúp của các chuyên gia y tế khi họ nhận thấy những người đàn ông khác trong mạng lưới xã hội của họ coi thường quá trình này. Điều này đúng nếu như a) những người khác được coi là đồng ý về thái độ của họ, b) một số lượng lớn nam giới thể hiện thái độ tương tự, c) nam giới tự thấy mình khá giống với các thành viên của các nhóm tham khảo và d) các thành viên của các nhóm tham khảo của nam giới rất quan trọng đối với họ”.

Từ khung lý thuyết tương đối văn hóa, chúng tôi giả thuyết rằng, ở nông thôn Việt Nam, nữ giới được ghi nhận bệnh nhiều hơn nam giới là do yếu tố văn hóa đã kiến tạo nên nam tính và nữ

tính. Cụ thể, phụ nữ làm việc nhiều hơn nam giới nên bệnh tật cũng từ đó sinh ra nhiều hơn trong khi bệnh tật của nam giới được cho là do hút thuốc và uống rượu. Và, nam giới thể hiện nam tính của mình qua cách đối phó với các triệu chứng bệnh tật mạnh mẽ hơn phụ nữ, ngược lại phụ nữ thì thường lo lắng cho bệnh tật hơn cho nên phụ nữ báo bệnh nhiều hơn nam giới. Ngoài ra, nam giới là trụ cột của gia đình cho nên họ hạn chế báo bệnh và do đó bệnh tật của họ cũng ít được nhận diện hơn nữ giới.

Mặc dù đây là một nghiên cứu lịch đại, dữ liệu nền năm 2008 - 2009 và dữ liệu lặp lại năm 2013 - 2014, nhưng bài viết này chỉ sử dụng kết quả nghiên cứu năm 2013 - 2014, do Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam (VASS) và Hội đồng Khoa học xã hội Hoa kỳ (SSRC) phối hợp thực hiện⁽²⁾. Dữ liệu định lượng, điều tra tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long, mỗi tỉnh chọn 2 huyện, mỗi huyện chọn 2 xã, tổng cộng là 12 xã. Năm 2008 - 2009, tại mỗi xã điều tra 300 hộ gia đình và toàn cuộc điều tra là 3.600 hộ gia đình. Các tỉnh, huyện, xã được chọn mẫu theo phương pháp phân tầng phù hợp với các mục tiêu của cuộc nghiên cứu. Tiêu chí chính của phân tầng ở huyện là bao gồm huyện nghèo và huyện không nghèo. Tiêu chí chọn xã là bên cạnh chọn xã nghèo và xã không nghèo, thì có thêm tiêu chí xa/gần quốc lộ/tỉnh lộ và trung tâm huyện. Các hộ gia đình được chọn mẫu theo phương pháp ngẫu

nhiên hệ thống. Kết quả phân tích trong bài dựa trên số liệu đã được gia trọng. Năm 2013 - 2014, điều tra lặp lại các hộ gia đình năm 2008 - 2009. Đồng thời, để đảm bảo độ tin cậy của mẫu khi dân số gia tăng lên sau năm năm, nghiên cứu sử dụng phương pháp sau: Thứ nhất, chọn phỏng vấn tất cả những hộ gia đình tách ra từ những hộ gia đình điều tra năm 2008 - 2009 đang sống tại địa phương (xã khảo sát) với giả định rằng những thành viên trong những hộ gia đình có tách ra này cũng tương đồng với những thành viên trong những hộ gia đình trong mẫu không tách ra. Thứ hai, những hộ gia đình khác mới chuyển đến cộng đồng sinh sống từ năm 2008 - 2009 cũng được bổ sung vào danh sách điều tra.

Dữ liệu định tính gồm phỏng vấn sâu 360 hộ gia đình trong 10% hộ gia đình trong mẫu điều tra định lượng vào năm 2008 - 2009. Phương pháp chọn mẫu phỏng vấn sâu được chọn theo phương pháp lấy mẫu định mức (quota sampling). Chọn mẫu theo hai tiêu chí, tiêu chí thứ nhất là điều kiện kinh tế hộ gia đình và tiêu chí thứ hai là loại bệnh. Năm 2013 - 2014, chúng tôi phỏng vấn lặp lại những hộ gia đình đã được phỏng vấn 2008 - 2009. Điều kiện kinh tế hộ gia đình bao gồm hộ trên trung bình và dưới trung bình, được xác định ngay tại địa bàn khảo sát sau khi vừa điều tra xong bản hỏi định lượng. Thu nhập bình quân đầu người là 1.250.000 đồng/người/tháng vào năm 2013 - 2014. Tiêu chí thứ hai

là loại bệnh, bao gồm bệnh cấp tính và bệnh mãn tính, cũng được xác định ngay sau khi vừa điều tra xong bản hỏi định lượng. Bệnh cấp tính được xác định trong vòng 1 tháng trước cuộc điều tra. Bệnh mãn tính được xác định trong vòng 12 tháng trước cuộc điều tra. Phương pháp chọn mẫu cho phương pháp định tính này không nhằm đại diện cho những hộ trong mẫu nghiên cứu định lượng. Tháng 10/ 2018 và tháng 10/2019, chúng tôi đã phỏng vấn sâu bổ sung tại bốn xã của hai tỉnh Thái Nguyên và Vĩnh Long. Tiêu chí để chọn mẫu bổ sung lần này là giới, tức phỏng vấn những cặp vợ chồng đều có bệnh. Các hộ chọn phỏng vấn lần này đã được phỏng vấn năm 2013 - 2014, nhưng chỉ phỏng vấn vợ hoặc chồng mặc dù cả hai vợ chồng đều có bệnh (cấp tính hoặc mãn tính). Với phương pháp phỏng vấn tách biệt nam và nữ nhằm làm rõ những quyết định của nam và nữ trong hành vi nhận diện và giải quyết bệnh tật của họ mà không bị lệ thuộc lẫn nhau.

3. TƯƠNG QUAN GIỮA BỆNH TẬT VÀ GIỚI

Cuộc khảo sát của chúng tôi hỏi về bệnh tật, bao gồm bệnh cấp tính và bệnh mãn tính của cư dân nông thôn Việt Nam. Bệnh cấp tính được xác định trong vòng 1 tháng trước cuộc điều tra. Bệnh mãn tính được xác định trong vòng 12 tháng trước cuộc điều tra. Dữ liệu nghiên cứu được thống kê theo phân loại 22 loại bệnh và triệu chứng của bệnh dưới đây.

Bảng 1. Các bệnh và triệu chứng của bệnh sau khi đã điều chỉnh theo y học

1. Hệ tiêu hóa	12. Nhiễm vi rút (sốt xuất huyết, sởi, sốt rét...)
2. Hệ tim mạch, máu-mạch máu	13. Bệnh phụ khoa
3. Hệ xương cơ khớp	14. Ung thư
4. Hệ nội tiết (đái tháo đường, gút, cường giáp)	15. Chấn thương
5. Hệ tiết niệu	16. Gan
6. Hệ hô hấp, tai-mũi-họng	17. Nha
7. Di ứng-ngoài da	18. Các loại u, bướu không xác định được bệnh
8. Mắt (tất cả các bệnh liên quan đến mắt)	19. Trĩ
9. Thần kinh	20. Bệnh về não
10. Tâm thần	21. Bệnh khác
11. Các triệu chứng (có triệu chứng) nhưng không xác định được bệnh	22. Các bệnh/ triệu chứng khác nhưng không ghi - do người điều tra viên không ghi cụ thể

Nguồn: VASS - SSRC. Số liệu điều tra hộ gia đình ở nông thôn Việt Nam 2013 - 2014.

Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ có bệnh cấp tính là 17% so với tổng dân số của cuộc khảo sát, và không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ (16,5% đối với nam và 17,4% đối với nữ); tỷ lệ có bệnh mãn tính là 31,3% so với tổng dân số của cuộc khảo sát, và có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, tỷ lệ nữ bệnh nhiều hơn nam (28,1% đối với nam và 34,4% đối với nữ). Tuy nhiên, xét trong từng nhóm tuổi thì chỉ có

nhóm 15-59 tuổi là có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, nữ bệnh nhiều hơn nam; nhóm 0-14 tuổi và nhóm 60 tuổi trở trên không khác biệt. Tỷ lệ nữ bệnh nhiều hơn nam ở nhóm 15-59 tuổi (cả bệnh cấp tính và mãn tính) ở cả ba vùng miền.

Để tìm hiểu tương quan giữa bệnh tật và giới, chúng tôi phân tích hồi quy đa biến.

Biến số phụ thuộc:

- Tỷ suất giữa những người có bệnh cấp tính với những người không bệnh cấp tính.

- Tỷ suất giữa những người có bệnh mãn tính với những người không bệnh mãn tính.

Biến số độc lập:

- Giới: nữ, nam

- Nhóm tuổi: 0-14 tuổi, 15-59 tuổi, từ 60 tuổi trở lên.

- Học vấn: số năm hoàn thành lớp học (0-16 lớp).

. 0 = chưa đi học/chưa từng đi học.

. 1 = lớp 1.

. ...

. 12 = lớp 12.

. 13 = đang học trung cấp nghề.

. 14 = tốt nghiệp trung cấp nghề.

. 15 = đang học cao đẳng/đại học.

. 16 tốt nghiệp cao đẳng/đại học.

- Dân tộc: dân tộc khác, Kinh/Hoa

- Thu nhập: Thu nhập bình quân đầu người trong một năm (triệu đồng) (0 đến 560 triệu đồng).

- Bảo hiểm y tế: không có bảo hiểm y tế, có bảo hiểm y tế.

- Tỉnh: Thái Nguyên, Khánh Hòa, Vĩnh Long.

Chúng tôi phân thành ba nhóm theo cách phân nhóm tuổi lao động ở Việt Nam: dưới độ tuổi lao động (0-14 tuổi), trong độ tuổi lao động (15-59 tuổi), và trên độ tuổi lao động hoặc tuổi người già (từ 60 tuổi trở lên). Chúng tôi giả định rằng, nhóm 0-14 tuổi là nhóm tuổi chưa bị tác động của văn hóa quy định thái độ và hành vi cho nam và nữ. Nhóm tuổi trên độ tuổi lao động (người cao tuổi) thì ở Việt Nam người cao tuổi thông thường chịu sự chi phối của con cái về mọi chuyện, kể cả khi

ốm đau, bệnh tật.

Kết quả phân tích mô hình hồi qui (Bảng 2, Bảng 3) cả bệnh cấp tính và bệnh mãn tính cho thấy sau khi kiểm soát nhiều biến số độc lập khác, thì biến số giới có tác động đến nhóm tuổi 15-59, và các nhóm tuổi khác không có tác động của yếu tố giới. Ngoài ra, mô hình hồi qui cũng cho thấy các biến số độc lập khác có ảnh hưởng đến bệnh cấp tính như học vấn, tỉnh và nhóm tuổi; các biến số độc lập khác có ảnh hưởng đến bệnh mãn tính như học vấn, dân tộc, tỉnh, bảo hiểm y tế và nhóm tuổi.

Bảng 2. Mô hình hồi qui binary logistic xem xét yếu tố giới và các yếu tố khác đối với tỷ suất có bệnh cấp tính so với không bệnh cấp tính

Các biến số độc lập	Bệnh cấp tính (chung cho tất cả các nhóm tuổi)		Bệnh cấp tính chia theo nhóm tuổi					
			Bệnh cấp tính (Nhóm tuổi 0-14)		Bệnh cấp tính (Nhóm tuổi 15-59)		Bệnh cấp tính (Nhóm tuổi 60+)	
	N=14783		N=3712		N=9625		N=1446	
	R=.035		R=.047		R=.009		R=.011	
	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.
Thu nhập (triệu đồng)	1.001	.914	.999	.756	1.001	.559	.982	.027
Học vấn (lớp)	.957	.000	.887	.000	.968	.000	1.014	.560
Kinh/Hoa	.989	.848	1.008	.928	.951	.532	.952	.821
Dân tộc khác								
Khánh Hòa	1.335	.000	1.785	.000	1.179	.021	1.280	.212
Vĩnh Long	1.157	.013	1.791	.000	.939	.407	1.047	.813
Thái Nguyên								
Nữ	1.058	.203	.946	.470	1.190	.003	.887	.444
Nam								
Có bảo hiểm y tế	1.074	.182	1.424	.012	.962	.535	1.060	.764
Không bảo hiểm y tế								
Nhóm tuổi 0-14	1.484	.000						
Nhóm tuổi 60 và trên	.920	.319						
Nhóm tuổi 15-59								

Nguồn: VASS - SSRC. Số liệu điều tra hộ gia đình ở nông thôn Việt Nam 2013 - 2014.

Bảng 3. Mô hình hồi qui binary logistic xem xét yếu tố giới và các yếu tố khác đối với tỷ suất có bệnh mãn tính so với không bệnh mãn tính

Biến số độc lập	Bệnh mãn tính (chung cho tất cả các nhóm tuổi)		Bệnh mãn tính chia theo nhóm tuổi					
			Bệnh mãn tính (Nhóm tuổi 0-14)		Bệnh mãn tính (Nhóm tuổi 15-59)		Bệnh mãn tính (Nhóm tuổi 60+)	
	N=14785		N=3712		N=9625		N=1446	
	R= .240		R =.013		R=.077		R=.060	
	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.
Thu nhập (triệu đồng)	1.001	.800	.988	.066	1.001	.323	.991	.127
Học vấn (lớp)	.909	.000	1.089	.000	.883	.000	1.023	.258
Kinh/ Hoa	1.362	.000	.996	.975	1.539	.000	1.086	.659
Dân tộc khác								
Khánh Hòa	.718	.000	.980	.891	.615	.000	1.323	.091
Vĩnh Long	.799	.000	.851	.338	.739	.000	1.257	.138
Thái Nguyên								
Nữ	1.211	.000	1.004	.975	1.269	.000	1.294	.051
Nam								
Có bảo hiểm y tế	1.636	.000	1.002	.994	1.671	.000	2.967	.000
Không bảo hiểm y tế								
Nhóm tuổi 0-14	.082	.000						
Nhóm tuổi 60 và trên	3.509	.000						
Nhóm tuổi 15-59								

Nguồn: VASS-SSRC. Số liệu điều tra hộ gia đình ở nông thôn Việt Nam 2013 - 2014.

4. KHÁC BIỆT GIỚI TRONG BỆNH TẬT

Số liệu bệnh cấp tính và bệnh mãn tính đều cho thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ ở nhóm 15-59 tuổi và ở cả ba vùng miền Việt Nam, tỷ lệ bệnh tật của nữ cao hơn nam. Vậy điều gì đã tạo nên sự khác biệt trong dữ liệu về bệnh tật giữa nam và nữ ở nhóm 15-59 tuổi? Với những bằng chứng phong phú của dữ liệu định tính, chúng tôi tiến hành kiểm định giả thuyết nghiên cứu từ khung lý thuyết tương đối văn hóa.

Nhìn chung, người dân cho là do môi trường không khí, môi trường nước,

môi trường làm việc của từng địa phương cũng như ở nông thôn lao động vất vả đã ảnh hưởng đến sức khỏe. Tuy nhiên, cả nam và nữ đều cho rằng phụ nữ bệnh nhiều hơn nam giới, do phụ nữ làm việc nhiều hơn nam giới và làm những công việc dễ ảnh hưởng đến sức khỏe.

Phỏng vấn: *Phụ nữ và nam giới ở đây ai làm việc vất vả hơn?*

Người bệnh (nữ): *Đàn ông ở đây ít hoặc không làm ruộng, trong khi đó ruộng thì bọn cô toàn làm ruộng thật (ruộng ngập nước), ngâm tới ngực cả ngày dưới nước sao mà không bệnh được, đặc biệt là bệnh phụ khoa. Phụ*

nữ ngoài miền Bắc này vất vả lắm, làm ruộng nhiều, làm chè... mọi thứ đều làm hết, từ việc cấy, cày, đến phun thuốc trừ sâu... do cơ giới hóa chưa được, phụ nữ đều làm hết. Nam giới đi xây, làm mộc, làm hồ cá, đi làm ăn xa... nói chung là làm những việc nặng kiếm ra tiền. Nhưng bây giờ đàn ông đi xây sướng hơn ngày xưa rất nhiều, không vất vả vì đã cơ giới hóa nhiều rồi. Không còn khuân vác, hay trộn vữa (trộn hồ) như ngày xưa nữa mà toàn bộ máy móc làm hết. Cho nên phụ nữ vất vả hơn là cái thứ nhất, cái thứ hai là sức khỏe cũng không được như nam giới. (Hộ 239TT - Đại Từ, Thái Nguyên).

Hầu hết nam và nữ khi được hỏi về việc phân chia lao động trong gia đình, thì đều cho rằng đàn ông làm những việc lớn (hoặc việc nặng) và làm những việc kiếm ra tiền, còn những việc của phụ nữ chỉ là những công việc nhẹ và những công việc vặt vãnh. Mặc dù cả nam và nữ đều thừa nhận phụ nữ vất vả hơn nhưng họ đều cho rằng công việc của phụ nữ chỉ là những công việc nhỏ nhặt. Việc lớn (việc nặng) là những việc bên ngoài, tức là những việc ngoài nông nghiệp như thợ xây, thợ hồ, thợ mộc, buôn bán, đi làm ăn xa..., những việc kiếm ra tiền ngay. Việc nhỏ, vặt vãnh (việc nhẹ) là những việc trong gia đình, bao gồm cả làm nông nghiệp cho gia đình, những công việc không kiếm ra tiền ngay.

Phỏng vấn: *Phụ nữ và đàn ông ở đây ai vất vả hơn?*

Người bệnh (nam): *Nam, nữ gì cũng vất vả hết. Ở ngoài Bắc này phụ nữ vất vả lắm. Người đàn ông người ta làm việc lớn, việc nặng, nhưng người phụ nữ cũng vất vả lắm. Nhiều khi vất vả lắm chứ không bình thường đâu, chỉ trừ công nhân viên chức, giáo viên hoặc làm công nhân. Việc lớn là những việc nặng. Việc lớn và nặng phần đa là đàn ông làm, thí dụ như thợ hồ, cày bừa đàn ông gánh - gánh mạ nặng thì đàn ông làm. Phụ nữ cũng cày bừa, gánh nhưng người ta biết làm vừa sức người ta. (Hộ 281TT - Đại Từ, Thái Nguyên).*

Mặc dù ở nông thôn thì cả nam và nữ đều lao động vất vả nhưng nhận định chung thì phụ nữ (đặc biệt là phụ nữ Bắc Bộ) lao động vất vả hơn đàn ông, do đó bệnh tật của họ từ đó cũng sinh ra nhiều hơn nam giới. Tất nhiên, phụ nữ Trung Bộ và Nam Bộ ít làm những công việc đồng áng hơn phụ nữ Bắc Bộ, và nông nghiệp ở Trung Bộ và Nam Bộ cũng đã được cơ giới hóa nhiều hơn ở Bắc Bộ, mặc dù vậy phụ nữ Trung Bộ và Nam Bộ cũng lao động vất vả hơn nam giới. Các nghiên cứu cũng chỉ ra trong công việc gia đình phụ nữ vất vả hơn nam giới và số giờ làm việc của phụ nữ trong gia đình nhiều hơn nam giới (Nguyen, 2012: 12-13; Rodgers và Menon, 2010: 23-25; The United Nations in Viet Nam, 2002: 36). Ngoài ra, nam giới ở Trung Bộ và Nam Bộ (kể cả Bắc Bộ) di cư nhiều đến các khu đô thị hơn nữ giới (Luong, 2018: 613; Nguyễn Ngọc Toại, 2017) nên các công việc chăm sóc gia

đình đã đè nặng lên đôi vai người phụ nữ ở lại quê nhà.

Như vậy, nhiều căn cứ cho thấy phụ nữ bệnh nhiều hơn nam giới là do phụ nữ lao động vất vả hơn nam giới.

- *Lý do bệnh tật.* Đàn ông được nhận định bệnh nhiều là do uống rượu và hút thuốc nhiều. Tỷ lệ hút thuốc của nam giới ở Việt Nam là một trong những tỷ lệ cao nhất trên toàn cầu, ước tính lên tới 70% nam giới. Tổ chức Y tế Thế giới đã ước tính nếu tình hình không thay đổi hoàn toàn, hơn 10% người Việt Nam còn sống hiện nay sẽ chết sớm do ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc lá (The United Nations in Viet Nam, 2002: 44). Ngoài ra, hành vi hút thuốc khiến nam giới gặp nhiều rủi ro về sức khỏe. WHO ước tính khoảng một nửa số người hút thuốc trên toàn cầu sẽ chết vì những nguyên nhân liên quan đến thuốc lá. Khoảng cách giới tương tự cũng tồn tại liên quan đến việc sử dụng rượu, có khoảng 5,7% nam giới Việt Nam bị xem là nghiện rượu nặng trong khi nữ giới chỉ là 0,6% (Ngân hàng Thế giới, 2011: 43).

Phòng vấn: *Anh thấy nam giới ở đây bệnh gì nhiều?*

Người bệnh (nam): *Bệnh thực quản, dạ dày nhiều. Do uống rượu nhiều. Thực quản kiểu như viêm loét, ung thư thực quản. Nhiều người chết vì ung thư. Hầu như nguyên nhân do ăn uống, rượu chè. Như tôi chữa khỏi vài ba tháng tôi lại tiếp tục uống rượu, không bỏ được. Xong thấy hiện tượng lại đi khám, uống thuốc, khám khỏi lại*

uống lại rượu. Về bệnh của nam giới đa số là do rượu. (Hộ 239TT - Đại Từ, Thái Nguyên).

Phòng vấn: *Chị thấy nam giới ở đây bệnh gì nhiều?*

Người bệnh (nữ): *Nam giới chủ yếu bệnh phổi, dạ dày. Toàn ung thư dạ dày, ung thư phổi. Chắc là do hút thuốc lá. Anh em trong xóm này thì nhiều lắm, toàn chết vì bệnh ấy. Toàn đàn ông thôi.* (Hộ 281TT - Đại Từ, Thái Nguyên).

Với nhiều lý do giải thích cho bệnh tật của nam và nữ khác nhau, chúng ta thấy rằng, có một sự bất bình đẳng giới ngay trong nguyên nhân dẫn đến bệnh tật. Như đã trình bày, phụ nữ bệnh nhiều hơn nam là do lao động nhiều, trong khi đó, nam giới bệnh nhiều là do hút thuốc và uống rượu. Giải thích này được cả nam và nữ xác nhận. Đặc biệt, công việc của phụ nữ Bắc Bộ rất nặng nhọc như việc đi cấy, phun thuốc trừ sâu, trộn vữa nhưng cũng được chính nam giới và nữ giới ở đây cho là công việc nhẹ, trong khi nam giới làm công việc như thợ xây, thợ mộc... hiện tại đã được cơ giới hóa rất nhiều nhưng cũng được cho là những việc nặng hoặc việc lớn.

- *Hạn chế trong việc tầm soát bệnh tật.*

Tầm soát bệnh tật thông qua việc khám bệnh tổng quát định kỳ. Khảo sát cho thấy, việc tầm soát bệnh tật ở nông thôn còn hạn chế, nam và nữ đều không tầm soát bệnh tật của mình do không sắp xếp thời gian, yếu tố

kinh tế và do chủ quan của người dân nông thôn. Mặc dù không quan tâm khám tổng quát định kỳ nhưng họ đều biết khám tổng quát định kỳ sẽ giúp biết sớm bệnh tật và điều trị ít tốn kém. Đối với họ, sức khỏe cũng quan trọng nhưng các công việc khác trong gia đình như công ăn việc làm, vấn đề tiền nong... còn quan trọng hơn.

Phòng vấn: *Tại sao mình không nghĩ là mình đi khám định kỳ thì phát hiện bệnh sớm, trị dễ hơn và ít tiền hơn?*

Người bệnh (nữ): *Cũng nghĩ thế nhưng mà công việc đâm ra là không đi khám, chẳng làm sao mà đang đi làm tự nhiên bảo đi khám thì chả ai đi. Ít lắm, ít người đi khám định kỳ. Trong nông thôn mình hầu như không đâu là không ai đi khám định kỳ. Nhà nông phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tiền nong, thời gian. Đi về thành phố (Thái Nguyên) khám, tiền xe đi, nếu khám bảo hiểm y tế thì sót ruột, khám dịch vụ thì nhiều tiền. Khi nào không chịu được mới bồng bế nhau đi, không thì thôi.* (Hộ 239TT - Đại Từ, Thái Nguyên).

Một thực tế khác ở nông thôn là đa phần những gia đình điều kiện kinh tế khó khăn, thì hầu như họ không muốn khám tổng quát định kỳ. Họ cho rằng khi phát hiện bệnh thì sẽ lo lắng hơn, vì không có tiền chữa trị.

Phòng vấn: *Tại sao mình không đi khám tổng quát định kỳ?*

Người bệnh (nam): *Bọn anh chẳng đi khám đâu, chẳng có tiền, hót lắm. Đi khám họ nói ra nhiều bệnh sợ lắm. Sợ là khám ra bệnh nên kệ coi như mình*

chả có bệnh tật gì đi, khi nào ốm rồi tính. Thời gian, tiền bạc không có, có khi có tiền thì không có thời gian. Sợ lắm, khi khám họ khám ra đủ thứ bệnh.

Phòng vấn: *Vậy là chủ quan?*

Người bệnh (nam): *Cũng biết là chủ quan, đến lúc ốm thật thì tốn tiền hơn và không thể chữa được, biết thế nhưng cũng không đi, vì không có tiền là chính nên đâm ra nhiều cái lẩn tẩn. Trong người sức khỏe thì cũng khỏe nhưng không biết được.* (Hộ 187TH - Đại Từ, Thái Nguyên).

Phòng vấn: *Chị, có nghĩa là mình ngại đi khám bởi vì mình thấy kinh tế của mình cũng không dư dả hay là mình thấy sức khỏe tốt nên không đi?*

Người bệnh (nữ): *Chị nói thật lòng thì nhiều khi chị cũng thấy kinh tế mình không có, rồi sợ rằng nhiều khi lỡ khám ra bệnh gì mà tốn tiền nhiều quá rồi mất công. Gia đình biết rồi rầu lo, chồng con rầu lo rồi mình cũng rầu lo nữa. Khả năng mình không có rồi khám ra, đổ ra cái bệnh đó nặng rồi sao. Cho nên chưa thấy có gì hết tron thì thôi nên không đi khám, thấy chưa có dấu hiệu gì nặng thì thôi.* (Hộ 137MA - Mang Thít, Vĩnh Long).

Kết quả phỏng vấn về việc có đi khám bệnh tổng quát định kỳ cho thấy, so với nữ, nam hầu như ít đi khám bệnh tổng quát định kỳ để tầm soát bệnh tật hơn, do đó bệnh tật của nam thường cũng ít được phát hiện hơn. Ở cả ba vùng miền của Việt Nam, dữ liệu định tính cũng cho thấy nữ giới bệnh nhiều hơn nam giới.

Phòng vấn: *Chú thấy ở đây phụ nữ hay đàn ông bệnh nhiều?*

Người bệnh (nam): *Đàn bà bệnh nhiều hơn, bệnh ung thư, đường huyết. Nếu cái làng này đi khám bệnh chắc cả làng ung thư. Tính ra là ung thư nhiều nhưng người ta chưa tầm soát. Ở đây thì không có bao nhiêu người tầm soát, những người mà đã bệnh rồi, có biến chứng nặng rồi thì mới đi khám thì mới lòi ra bệnh nặng. (Hộ 1TAH - Mang Thít, Vĩnh Long).*

Hai vợ chồng hộ gia đình 239 Tân Thái, trong khi người vợ luôn luôn lo lắng cho sức khỏe của mình - theo bà, có sức khỏe tốt sẽ là nguồn động viên tinh thần tốt nhất cho con cái cho nên bà thường khám bệnh tổng quát định kỳ của mình, trong khi người chồng lại không bao giờ chịu đi khám tổng quát định kỳ.

Phòng vấn: *Cô có khám tổng quát định kỳ sáu tháng hay một năm một lần không?*

Người bệnh (vợ): *Bởi vì thực sự mà nói là người phụ nữ mình thì bao giờ cũng lo công việc cho gia đình. Lo như thế này nè khi mình chết đi con cái mình khổ nè, gia đình nó khổ nè, phụ nữ bao giờ cũng suy nghĩ như vậy. Còn đàn ông thì chủ quan, vượt qua sức khỏe, đến lúc mà vượt qua thì sức khỏe nó quá đi, không trị được.*

Phòng vấn: *Chú có khám tổng quát định kỳ sáu tháng hay một năm một lần không?*

Người bệnh (chồng): *Không, tui chỉ khi nào có bệnh gì thì đi khám luôn*

một thể. Ví dụ như đau dạ dày thì khám dạ dày thì khám luôn tổng thể một lần. Tôi không đi và hầu như dân ở đây không đi, bởi thực ra cơ bản là thời gian, rồi khám tư nhiều vì khám ở bệnh viện theo bảo hiểm y tế đông người chờ đợi lâu lắm. Nói cô thông cảm chứ dân mình khi nào ốm không ăn uống được nữa thì mới đi khám, còn nếu cứ ăn uống bình thường mà đi khám định kỳ thì ít lắm. Khi nào có hiện tượng mới đi, chứ bình thường như thế này thì không đi, khi nào mệt mới quá... Mà hầu như đàn ông con trai ai cũng ngại đi khám, cứ để nặng mới đi. (239TT - Đại Từ, Thái Nguyên)

Khám tổng quát định kỳ ở Việt Nam hiện nay không được bảo hiểm y tế chi trả hoặc chi trả một phần. Ghi chép điền dã của một nghiên cứu viên⁽⁴⁾ tại các xã khảo sát của tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa vào tháng 6 và tháng 8/2013 và tỉnh Vĩnh Long vào tháng 4/2014 ghi nhận rằng những hộ gia đình có điều kiện kinh tế khá giả thì họ thường xuyên khám tổng quát, ngược lại những hộ gia đình kinh tế khó khăn thì đến khi nào phát hiện có bệnh họ mới khám và điều trị. Hộ 95 Mỹ An cả hai vợ chồng đều từng khám tổng quát định kỳ nhưng người chồng đi khám do sự thúc ép từ người vợ.

Phòng vấn: *Tại sao mà chú không đi khám tổng quát?*

Người bệnh (chồng): *Vì tôi sợ bệnh, vì tôi là trụ cột của gia đình, nên tôi sợ bệnh. Bả bệnh rồi mà tôi bệnh nữa, cả hai đưa bệnh hết sao được.*

Người bệnh (vợ): Ông sợ có bệnh lắm, nên ông không đi khám. Tui nói với ông phải đi khám bệnh đi, khám đi rồi mới biết mình có bệnh thì mới trị được, mà ông không chịu đi, ông sợ. Tui nói là trong người mình không biết được, mình phải đi khám định kỳ, nhất là xét nghiệm máu tổng quát để tìm coi có bệnh không, chứ nó ẩn trong đó mình đâu có biết. Còn ông thì ông sợ khám ra bệnh, tui kêu dữ lắm ông mới chịu đi khám, khám mới lòi bệnh đó (bệnh tiểu đường). Đi mới lòi bệnh ra mới trị rớt tới giờ. Tui nói với ông là nhiều bệnh người ta không biết, tới chừng biết thì trị không kịp. Cắt nghĩa với ông vậy.

Phòng vấn: Tại sao mà chú sợ bệnh, nếu có thì đã có rồi, sao lại sợ là phát hiện bệnh?

Người bệnh (vợ): Đàn ông rất sợ bệnh mà nằm bệnh viện, làm như đàn ông đi tới đó nó tù túng sao đó, đàn ông người ta đi tới đi lui hoạt động, tới đó nằm một chỗ người ta không muốn. Còn tui không có, tui thấy trong người không ổn là tui kêu đưa tui đi bệnh viện liền, có gì người ta điều trị liền cho nó dễ. Những cái bệnh của chú là nhờ cô động viên mới ra bệnh. (Hộ 95MA - Mang Thít, Vĩnh Long).

Đa số hộ gia đình kinh tế khó khăn đều không khám tổng quát định kỳ, tuy nhiên, nếu có xảy ra thì việc khám tổng quát định kỳ cũng sẽ chỉ dành ưu tiên hơn cho người vợ. Hộ 1 Tân An Hội, khi hỏi người chồng (không hỏi được người vợ vì bệnh tâm thần) về việc khám tổng quát định kỳ của cả

hai vợ chồng, người chồng cho rằng anh không khám tổng quát mà nhường cho vợ.

Phòng vấn: Anh có khám tổng quát định kỳ không?

Người bệnh (chồng): Không có.

Phòng vấn: Nhà mình không ai khám tổng quát định kỳ hết?

Người bệnh (chồng): Vợ tui nó có khám nhưng nó khám không thường xuyên.

Phòng vấn: Anh thấy nam hay nữ ở đây (cộng đồng) người ta khám tổng quát định kỳ nhiều hơn?

Người bệnh (chồng): Nữ khám tầm soát nhiều hơn nam. Tâm lý chung của đàn ông là ít người lo về bệnh lắm, khi nào có bệnh thì mới có trị, còn phụ nữ thì người ta có sự quan tâm với bản thân nhiều hơn. Còn đàn ông đa số bất cần nhiều. Thứ nhất, tại vì tâm lý chung người ta nghĩ là khi nào có bệnh hãy tính chứ chưa có bệnh đi chi vừa tốn công vừa tốn tiền. Thứ hai nữa là đối với tầm soát định kỳ thì chi phí so với nông thôn là rất cao, nên người ta cũng ngán tiền nữa. Đi khám một lần là khoảng một triệu mấy hai triệu, mà sáu tháng một lần, vậy một năm là mất 3, 4 triệu rồi. Đa số những người nông thôn có thu nhập thấp thì người ta không thể. Nói thì nói vậy - nói là đàn ông bất cần nhưng do điều kiện kinh tế không cho phép vẫn là yếu tố quyết định.

Phòng vấn: Nhưng vì điều kiện kinh tế gia đình thì nam với nữ trong gia đình cũng như nhau mà?

Người bệnh (chồng): *Nhưng mà phụ nữ vì quá quan tâm đến sức khỏe, nếu mọi người trong gia đình mà quan tâm hết tâm soát thì điều kiện kinh tế không cho phép, đàn ông cảm thấy không cần và nhường cơ hội đó cho phụ nữ. Kệ, nếu có tiền sẽ đi. Nếu bảo hiểm có thì người ta cũng đi. Như điều kiện con cái học hành, cho vợ con, nên cả gia đình đều như vậy (khám tổng quát) thì điều kiện không cho phép. (Hộ 1TAH - Mang Thít, Vĩnh Long).*

Như vậy, so với nữ nam giới ít tâm soát bệnh tật hơn nên bệnh của nam cũng ít được phát hiện, thường đến khi bệnh nặng thì mới đi điều trị.

- Sự khác biệt về giới khi đề cập đến sức khỏe bản thân. Phụ nữ thể hiện nữ tính nên thường lo cho sức khỏe của mình hơn và hay than phiền về bệnh tật của mình, trong khi đàn ông thể hiện nam tính nên không thích nói nhiều về bệnh tật. Do đó, việc nam báo bệnh ít hơn nữ là do nam tính. Người vợ hộ 239 Tân Thái luôn luôn lo lắng cho sức khỏe của mình, trong khi đó người chồng không muốn lắng nghe những than phiền từ người vợ.

Phòng vấn: *Vì sao phụ nữ lo cho sức khỏe hơn vậy cô?*

Người bệnh (vợ): *Cô lo cho sức khỏe lắm, cô nghĩ thôi bây giờ mình già rồi không làm được mình cũng cần có sức khỏe để cho con cái nó có chỗ dựa tinh thần.*

Phòng vấn: *Cô có hay nói chuyện bệnh tật của mình cho hàng xóm hay người quen không?*

Người bệnh (vợ): *Trong nhà cũng có, đi ra ngoài thì cũng thảo luận, ngồi với nhau cũng nói chuyện với nhau, người ta khuyên nên đi điều trị. Cô uống lá bàng này cũng do chị em khuyên. Rồi người ta cho lá dân tộc uống cho dạ dày. Họ lấy tận trên dân tộc về. Có nghĩa là chữa cái gì là cô cứ uống, thấy người ta uống khỏi thì mình cứ uống, với lại thuốc lá thì nó cũng không ảnh hưởng.*

Phòng vấn: *Còn chú, chú có hay nói chuyện bệnh tật của chú không?*

Người bệnh (vợ): *Tính chú là không thích nói chuyện với ai, cả cô mà nói chuyện bệnh của cô, chú còn nói là bà nói ít thôi, nói nhiều rách việc. Do đó, nhiều khi cô nghĩ chú không thích nghe nên mình cũng không muốn phân nản làm gì. Đây là cô nói thật lòng, thật lòng mà nói là thế này nè, người ta không thích nghe thì mình cũng không thích nói làm gì. Có những lúc đúng thật sự rất mệt mỏi nhưng không muốn nói ra, nói ra thì chú lại bảo là bà lúc nào bả cũng kêu, tính chú thế, không thích nói. (Hộ 239TT - Đại Từ, Thái Nguyên).*

Trong hầu hết các phỏng vấn sâu, kể cả đàn ông trực tiếp nói về họ hay người khác nói về họ, thì đàn ông luôn thể hiện rằng họ có sức khỏe nên chủ quan về bệnh tật. Ngoài ra, sức chịu đựng của đàn ông tốt hơn phụ nữ nên nhiều khi họ xem như mình không có bệnh.

Phòng vấn: *Sao mình không thử đi khám coi xem mình có bệnh gì?*

Người bệnh (nam): *Một mình em là từ hầu như ngoài đồng cho đến hồ, từ thuốc sâu cho đến đánh cá, nói chung là làm hết mọi việc, làm đêm làm ngày có khi cả ngày đêm ngủ được ba tiếng có khi chẳng ngủ. Sức khỏe vẫn ổn định.*

Phòng vấn: *Anh không khám là do anh nghĩ sức khỏe ổn định hay anh khám anh sợ ra bệnh?*

Người bệnh (nam): *Không tôi chẳng sợ gì cả, xác định là có sinh có tử. Công việc thì nhà chẳng còn ai nên chẳng phải lo, chỉ còn một thằng cu chưa vợ nên chẳng phải lo. (Hộ 89TT - Đại Từ, Thái Nguyên).*

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 12 cộng đồng nông thôn ở ba vùng miền của Việt Nam cho thấy tỷ lệ phụ nữ có bệnh nhiều hơn nam giới, cả bệnh cấp tính và bệnh mãn tính, đặc biệt là ở nhóm tuổi 15-59 tuổi. Hành vi nam tính và nữ tính theo khuôn mẫu văn hóa ảnh hưởng đến việc nhận diện bệnh tật và hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ về y tế khác nhau. Phụ nữ thể hiện nữ tính là thường lo lắng cho sức khỏe và hay than phiền về bệnh tật hơn nam giới; ngược lại, nam giới thể hiện nam tính qua cách đối phó với bệnh tật và các triệu chứng bệnh tật mạnh mẽ hơn phụ nữ. Do đó, phụ nữ báo bệnh nhiều hơn nam giới. Ngoài ra, ở nông thôn Việt Nam việc tầm soát bệnh tật còn rất kém. Việc không khám bệnh tổng quát định kỳ của cả nam và nữ nói chung là do nhiều yếu tố như chủ quan, thời

gian và kinh tế... Tuy nhiên, việc nam giới ít khám tổng quát định kỳ đã làm cho thông báo bệnh tật của nam giới và nữ giới khác nhau. Nam giới tự cho mình sức khỏe tốt hơn nữ giới, nên trong những gia đình có điều kiện kinh tế không khá giả, thì nam giới thường nhường việc khám tổng quát cho nữ; và ngược lại phụ nữ là phái yếu luôn luôn quan tâm đến sức khỏe của mình, nên họ thường đi khám bệnh tổng quát, do đó họ cũng được phát hiện bệnh nhiều hơn nam.

Ngoài ra, nam tính và nữ tính ảnh hưởng trực tiếp đến bệnh tật. Hành vi làm theo khuôn mẫu giới như “nam vô tửu như kỳ vô phong” hoặc “phụ nữ chỉ làm những việc nhỏ (nhẹ/lặt vặt)” cũng ảnh hưởng trực tiếp đến sự nhận diện khác nhau về bệnh tật. Ở Việt Nam có sự bất bình đẳng giới trong bệnh tật. Phụ nữ bệnh nhiều hơn nam giới do phụ nữ làm việc nhiều hơn, kể cả các công việc đồng áng, các công việc trong gia đình và làm những công việc dễ ảnh hưởng đến sức khỏe; còn nam giới bị bệnh thông thường là do việc uống rượu và hút thuốc. Công việc của phụ nữ đều được định danh là công việc nhẹ, kể cả những việc nặng như các công việc đồng áng và các việc khác làm thay cho đàn ông khi đàn ông vắng nhà vì những công việc này không kiếm ra tiền; trong khi công việc của đàn ông đều được định danh là công việc nặng vì công việc này là xảy ra bên ngoài hộ gia đình và kiếm tiền. □

CHÚ THÍCH

⁽¹⁾ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO), <http://www.who.int/about/mission/en/>, truy cập ngày 12/4/2018.

⁽²⁾ Chúng tôi xác nhận rằng việc sử dụng dữ liệu này đã được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học xã hội Hoa Kỳ. Dữ liệu này được tài trợ của tổ chức Atlantic Philanthropies.

⁽³⁾ Bao gồm: 1. sốt, 2. ho, 3. tiêu chảy, 4. đau đầu, 5. đau lưng/cột sống đau, 6. đau khác (khớp/đau ngực...), 7. đục thủy tinh thể (bệnh về mắt), 8. lao/Viêm phổi, 9. huyết áp cao, 10. huyết áp thấp, 11. hen suyễn, 12. động kinh, 3. bệnh tâm thần, 14. đau dạ dày, 15. bệnh tim, 16. viêm họng và amidan cấp, 17. viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp, 18. viêm dạ dày và tá tràng, 19. sốt xuất huyết và sốt virus khác, 20. đái tháo đường, 21. sỏi thận, 22. ung thư, 23. bệnh ruột thừa, 24. gút/thống phong, 25. chấn thương, 26. bệnh cấp tính khác, 27. bệnh mãn tính khác, 28. các triệu chứng khác, chỉ định. Trong đó, các triệu chứng chưa xác định được bệnh như sốt, ho, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, mệt, nhức mỏi, đau bụng, khó thở...

⁽⁴⁾ Nghiên cứu viên Nguyễn Đặng Minh Thảo, Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ, thành viên nhóm nghiên cứu của đề tài.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. Addis, M.E., J.R. Mahalik. 2003. "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking". *American Psychologist*, 58(1), pp. 5-14.
2. Apfel, R.J, 1982. How are Women Sicker than Men? An Overview of Psychosomatic Problems in Women. *Psychother Psychosom.* 1982; 37(2), pp. 106-108.
3. Benedict, R., 1934. *Patterns of Culture*. New York: Houghton Mifflin Company.
4. Courtenay, W. 2000. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, 50 (10), pp. 1385-1401.
5. Denton, M., S. Prus & V. Walters. 2004. "Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial - Structural and Behavioural Determinants of Health". *Social Science & Medicine* 58(2004), pp. 2585-2600.
6. George, A. & P. Fleming. 2004. "Factors Affecting Men's Help-seeking in the Early Detection of Prostate Cancer: Implications for Health Promotion". *Journal of Men's Health and Gender*, (4), pp. 345-352.
7. Luong, V. Hy. 2018. "The Changing Configuration of Rural-Urban Migration and Remittance Flow in Vietnam". *Sojourn* XXXIII(3), pp. 602-646.
8. Mead, M. 1935. *Sex and Temperament in Primitive Societies* (Nhập môn về giới tính và tính khí trong ba xã hội nguyên thủy) (Lê Sơn Phương Ngọc dịch, Nghiêm Liên Hương hiệu đính, chưa xuất bản).
9. Ngân hàng Thế giới. 2011. *Đánh giá tình hình giới ở Việt Nam*. <https://www.adb.org/vi/documents/viet-nam-country-gender-assessment>, truy cập ngày 01/2/2020.
10. Ngo, Thi Ngan Binh. 2004. "The Confucian Four Feminine Virtues (tu duc): the Old Versus the New" - Ke thua versus Phat huy. In H. Rydstrom & L. Drummond (Eds), *Gender*

Practices in Contemporary Vietnam. Singapore: Singapore University Press.

11. Nguyễn Ngọc Toại. 2017. “Di cư đến các đô thị vùng Nam Bộ hiện nay: tầm nhìn so sánh”, trong kỷ yếu hội thảo khoa học quốc gia: *Đô thị hóa và phát triển đô thị bền vững vùng Nam Bộ: Lý luận, thực tiễn và đối thoại chính sách*. Hà Nội: Nxb. Khoa học Xã hội, tr. 73-82.
12. Nguyen, Cuong. 2012. “Gender Equality in Education, Health Care, and Employment: Evidence from Vietnam”. *MPRA*. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/54222/>, truy cập ngày 2/10/2019.
13. Robertson, S. 2003. “Men Managing Health”. *Men’s Health Journal*, 2(4), pp. 111-113.
14. Rodgers, Y. & Menon, N. 2010. “Gender Differences in Socioeconomic Status and Health: Evidence from the 2008 Vietnam Household Living Standard Survey”, http://www.brandeis.edu/departments/economics/RePEc/brd/doc/Brandeis_WP18.pdf, truy cập ngày 2/10/2019.
15. Rydstrøm, H. 2003. *Embodying Morality: Growing Up in Rural Northern Vietnam*. Honolulu: University of Hawai’i Press.
16. Rydstrøm, H. 2004. “Female and Male ‘Characters’: Images of Identification and Self-identification for Rural Vietnamese Children and Adolescents”. In H. Rydstrom & L. Drummond (Eds). *Gender Practices in Contemporary Vietnam*. pp. 75-96. Singapore: Singapore University Press.
17. Tannen, D. 1991. *You Just Don’t Understand: Women and Men in Conversation*. Ballantine Books.
18. The United Nations in Viet Nam. 2002. *Gender Briefing Kit*. http://www.undp.org/content/dam/vietnam/docs/Publications/21966_5539_00210_-_gbk_e_.pdf, ngày truy cập 01/2/2020
19. Tudiver, F. & Y. Talbot. 1999. “Why Don’t Men Seek Help? Family Physicians’ Perspectives on Help-seeking Behaviour in Men”. *Journal of Family Practice*, 48(1), pp. 47-52.
20. Vũ Hồng Phong. 2013. “Bàn về nam tính ở Việt Nam”. Tác giả dịch và sửa chữa từ bản tiếng Anh: “Reviewing Vietnamese Masculinities”. *Vietnam Journal of Family and Gender Studies*, June 2010, Volume 5, 64-78. Dùng cho lớp *Đào tạo thường niên về Giới, Tình dục, và Sức khỏe khóa 5 (VNIGSH 5)* do Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHP) và Viện Nghiên cứu phát triển xã hội (ISDS) đồng tổ chức tại Hà Nội từ 11 đến 20/5/2012, tài trợ chính bởi Oxfam.
21. White, A. & K. Witty. 2009. “Men’s Under Use of Health Services - Finding Alternative Approaches”. *Journal of Men’s Health*, 6(2), pp. 95-97.