

KHÁC BIỆT GIỚI VỀ HÀNH VI TÌM KIẾM SỰ GIÚP ĐỠ TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA CƯ DÂN NÔNG THÔN VIỆT NAM

ThS. Nguyễn Thị Nhung
Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ

Tóm tắt: Dựa trên dữ liệu nghiên cứu về sức khỏe dân số tại 12 xã nông thôn ở ba vùng miền của Việt Nam năm 2013 - 2014, với phương pháp hồi qui logistic và phân tích định tính, bài viết tìm hiểu các yếu tố tạo nên khác biệt giới về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của cư dân nông thôn nước ta. Từ góc độ thuyết tương đối văn hóa và lý thuyết kinh tế - chính trị cho thấy, giới ở những độ tuổi khác nhau, nhất là trong tuổi lao động có sự thể hiện khác biệt về vị trí và vai trò của nam và nữ. Điều kiện kinh tế gia đình là yếu tố quan trọng đối với việc nam và nữ có đi khám bệnh kịp thời hay không, nhưng nếu điều kiện như nhau thì nam giới thường ưu tiên cho nữ đi khám chữa bệnh. Việc kiến tạo giới - nam tính hay nữ tính chịu tác động của văn hóa.

Từ khóa: Hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ, khác biệt giới, khám chữa bệnh, nông thôn Việt Nam.

Ngày nhận bài: 9/9/2019; ngày gửi phản biện: 7/10/2019; ngày duyệt đăng: 5/12/2019

Mở đầu

Cornally và cộng sự (2011) cho rằng, gần đây khái niệm hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ (help-seeking behaviour) trở nên phổ biến như một phương tiện để khám phá và hiểu biết về việc trì hoãn hay hành động kịp thời của bệnh nhân khi tình trạng sức khỏe khác nhau. Đây là hành vi của người bệnh tìm đến các nhân viên y tế và những dịch vụ chăm sóc sức khỏe để tư vấn, chữa trị bệnh. Thuật ngữ này được mô tả như một phần của hành vi bệnh tật, hành vi sức khỏe. Theo đó, giới có liên quan đến tình trạng sức khỏe, ảnh hưởng đến việc tìm kiếm sự giúp đỡ và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Theo báo cáo về giới và sức khỏe thông qua dữ liệu điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam vào các năm 2004, 2006, 2008 của Tổng cục Thống kê cho thấy, phụ nữ sử dụng các dịch vụ chăm sóc ngoại trú và nội trú nhiều hơn nam giới (Nguyễn, 2012) và trong vòng một năm qua, tỷ lệ bệnh nhân nữ đến các dịch vụ y tế nhiều hơn nam (Rodgers và Menon, 2010). Từ cuộc khảo sát y tế quốc gia Việt Nam năm 2001 về giới và sức khỏe người già, Teerawichitchainan (2014) cho biết, nữ lớn tuổi tự đánh giá sức khỏe của họ tiêu cực hơn so với nam lớn tuổi và không có khác biệt về bệnh huyết áp cao giữa nam và nữ khi họ tự báo cáo, song nam lớn tuổi huyết áp cao nhiều hơn nữ lớn tuổi khi đo huyết áp trực tiếp. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng, nam giới thường bỏ qua các triệu chứng đến khi bệnh nghiêm

trọng, do đó họ có xu hướng tìm đến các dịch vụ y tế công trong lần đầu tiên mà không đến cơ sở y tế tư nhân. Trong khi, phụ nữ lại có xu hướng tìm kiếm các dịch vụ y tế tư nhân và tự uống thuốc trước khi đi khám tại các dịch vụ y tế công (Johansson và cộng sự, 2000).

Bài viết này tiếp cận khung lý thuyết tương đối văn hóa và kinh tế - chính trị để lý giải sự khác biệt giới trong hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ của cư dân nông thôn nước ta qua dữ liệu nghiên cứu tại ba vùng miền. Thuyết tương đối văn hoá nhấn mạnh tác động của văn hóa đến hành vi của cá thể, nên theo đó các nghiên cứu giới cho rằng, môi trường văn hoá - xã hội (chủ yếu thông qua giáo dục) hay những giá trị, chuẩn mực xã hội quy định thái độ, hành vi của nam và nữ khác nhau (Benedict, 1934; Mead, 1935), bởi cái gọi là nam tính tức phái mạnh thường ít nói về cái yếu, trong khi cái gọi là nữ tính lại nhấn mạnh đến phái yếu và biểu đạt nó nhiều hơn. Do đó, các nghiên cứu đã kết luận: nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam là do nam giới mạnh mẽ nên ít nói tới bệnh tật của mình hơn nữ (Tudiver và Talbot, 1999; Courtenay, 2000; Robertson, 2003; Addis và Mahalik, 2003; George và Fleming, 2004; White and Witty, 2009).

Trường phái lý thuyết kinh tế - chính trị nhấn mạnh những rào cản cấu trúc với tác động của kinh tế, chính trị tới hành vi cá thể và những giai tầng xã hội khác nhau (Wolf, 1982). Các nghiên cứu về giới theo thuyết này đã lý giải nguồn gốc bất bình đẳng giới là quyền tư hữu và ảnh hưởng của nó đến phụ nữ (Leacock, 1983), đồng thời chú trọng đến những rào cản kinh tế, chính trị tác động đến giới và bệnh tật. “Thay vì đơn giản là hỏi phụ nữ được đối xử thế nào trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe khác nhau, thì xu hướng kinh tế - chính trị muốn hiểu về lịch sử những mối quan hệ xã hội vốn khơi lên các vai trò giới một cách cụ thể, mối quan hệ giữa các nhóm và nhà nước hay giữa các giai tầng xã hội. Những quan hệ xã hội này đưa đến sự tăng lên đặc biệt của vai trò giới và quan hệ giữa những nhóm với chính phủ hay trong các giai tầng xã hội” (Whiteford, 1996: 248). Theo Navarro (1974), nguyên nhân chính của chết chóc, bệnh tật ở người nghèo tại nhiều nơi trên thế giới là thiếu nguồn lực, thiếu tiến trình công nghiệp hóa, thậm chí là sự bùng nổ dân số được báo trước, nhưng hơn thế nữa nó còn là do một khuôn mẫu kiểm soát quyền lực của những quốc gia này (dẫn theo Whiteford, 1996: 247).

2. Phương pháp nghiên cứu

Tuy 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 hiện¹. 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 12 xã. Năm 2008 - 2009, mỗi xã điều tra

¹ xem: <http://www.ssrc.org/programs/component/vietnam-program/vietnam-population-health-programme-strategic-learning-assessment/>

300 hộ gia đình và tổng cộng là 3.600 hộ, chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Các tỉnh, huyện, xã được chọn mẫu theo phương pháp phân tầng phù hợp với các mục tiêu của cuộc nghiên cứu. Cách chọn mẫu định lượng này đại diện cho ba vùng miền ở nông thôn Việt Nam. Năm 2013 - 2014, điều tra lặp lại các hộ gia đình năm 2008 - 2009. Để đảm bảo độ tin cậy của mẫu khi dân số tăng lên sau 5 năm, chúng tôi sử dụng phương pháp sau: (1) Phỏng vấn tất cả những hộ gia đình tách ra từ các hộ gia đình điều tra năm 2008 - 2009 mà đang sống tại địa phương (xã khảo sát) vì giả định rằng, những thành viên trong các hộ gia đình này tách ra cũng bằng với những thành viên trong các hộ gia đình không phải trong mẫu tách ra; (2) 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, chiếm 10% số hộ trong mẫu điều tra định lượng vào năm 2008 - 2009. Mẫu phỏng vấn sâu chọn bằng cách lấy mẫu định mức (quota sampling), theo hai tiêu chí: điều kiện kinh tế hộ gia đình và loại bệnh. Điều kiện kinh tế hộ 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 bảng hỏi định lượng. Tiêu chí loại bệnh gồm bệnh cấp tính và mãn tính, cũng được xác định ngay sau khi vừa điều tra xong bảng hỏi định lượng. Tháng 10/2018, chúng tôi đã phỏng vấn sâu bổ sung tại hai xã của tỉnh Vĩnh Long. Tiêu chí để bổ sung mẫu lần này là về giới, tức phỏng vấn những hộ có cặp vợ/chồng hoặc nam/nữ đều có bệnh. Các hộ chọn phỏng vấn lần này đã được phỏng vấn năm 2013 - 2014, nhưng chỉ phỏng vấn vợ hoặc chồng tuy cả hai đều có bệnh cấp tính hoặc mãn tính, đồng thời phải tách biệt giữa nữ và nam để biết được những quyết định của nam và nữ về nhận diện và giải quyết bệnh tật của họ mà không bị lệ thuộc lẫn nhau.

3. Miêu tả hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ

Như đã trình bày, cuộc khảo sát tập trung về bệnh cấp tính và mãn tính của cư dân nông thôn Việt Nam. Bệnh cấp tính được xác định 1 tháng trước cuộc điều tra, bệnh mãn tính được xác định 12 tháng trước cuộc điều tra. Một số người cung cấp thông tin sẽ không phân biệt được đâu là bệnh và đâu là triệu chứng của bệnh, nên khi thiết kế bảng hỏi đã phân loại 28 bệnh, gồm cả bệnh và triệu chứng bệnh, dùng chung cho bệnh cấp tính và mãn tính. Để biết được hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ, cần đặt câu hỏi: khi đã có bệnh (những bệnh kể trên) thì người bệnh có đi khám chữa bệnh hoặc điều trị dùng thuốc ở nhà hay nơi khác? Theo kết quả phân tích hồi qui (Bảng 1), sau khi kiểm soát nhiều biến số độc lập thì biến số giới có tác động đến việc có khám chữa bệnh ở nhóm tuổi 15 - 59, các nhóm tuổi khác không có tác động của giới. Mô hình hồi qui binary logistic với biến số phụ thuộc là tỷ suất giữa những người có khám chữa bệnh với những người không khám chữa bệnh mãn tính với biến số độc lập sau: (i) Biến số phụ thuộc: tỷ suất giữa những người có bệnh cấp tính với những người không bệnh cấp tính; (ii) Biến số độc lập: giới tính nam, nhóm tuổi, học vấn, dân tộc, thu nhập, bảo hiểm y tế, tỉnh.

Bảng 1. Mô hình hồi qui binary logistic xem xét yếu tố giới và các yếu tố khác đối với tỷ suất có đi khám bệnh mãn tính so với không đi khám bệnh mãn tính

Hồi qui có đi khám bệnh khi bệnh mãn tính (binary logistic)	Bệnh mãn tính (chung cho tất cả các nhóm tuổi)		Có đi khám bệnh khi 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=4649		N=268		N=3297		N=1066	
	R= 0.032		R =0.085		R=0.020		R=0.088	
	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.	Tỷ suất	Sig.
Thu nhập (ngàn đồng)	1.000	.176	1.000	.464	1.000	.313	1.000	.230
Học vấn (lớp)	1.030	.001	.963	.190	1.031	.003	1.069	.002
Kinh/Hoa	1.091	.511	2.307	.038	.900	.505	1.501	.199
Dân tộc khác								
Khánh Hòa	1.398	.004	2.991	.020	1.232	.114	2.295	.005
Vĩnh Long	1.777	.000	.907	.827	1.610	.001	4.329	.000
Thái Nguyên								
Nữ	1.240	.022	.767	.468	1.247	.038	1.691	.045
Nam								
Có BHYT	1.508	.000	1.596	.361	1.435	.001	1.621	.129
Không BHYT								
Nhóm tuổi 0-14	1.088	.666						
Nhóm tuổi 60 và trên	1.626	.000						
Nhóm tuổi 15-59								

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

4. Kiến tạo giới về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ

Điều gì đã kiến tạo nam và nữ khác biệt trong hành vi tìm kiếm sự trợ giúp của nhân viên y tế cho vấn đề sức khỏe của họ. Theo thuyết tương đối văn hóa, nam giới ít đi khám bệnh khi có bệnh mãn tính do họ xem thường và nhận thức về bệnh tật đơn giản hơn nữ. Bằng chứng các phỏng vấn sâu dưới đây cho thấy, những hành xử của nam giới về bệnh tật. Hộ ở 129.02 Tân Thái (huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên) có thu nhập trên trung bình, người bệnh là nam, 68 tuổi, bệnh huyết áp; người trả lời là con của người bệnh, nam, 38 tuổi, làm nông nghiệp, không bệnh.

Phỏng vấn: Thế ông bị huyết áp thấp sao không khuyên ông đi điều trị?

Người trả lời: Có chứ nhưng ông không chịu đi cứ bảo là bệnh của tao thì tao biết, bảo nhiều nhưng ông có đi đâu.

Phỏng vấn: Theo anh thì lý do mà ông nhà anh không đi khám là gì?

Người trả lời: Chẳng biết được vì ông cứ bảo bệnh này thì có là gì đâu, nhiều cái va chạm ghê gớm hơn tao còn không sợ nữa là cái này. Không phải vấn đề về tiền, nói thật với anh là kinh tế gia đình thì cũng không có gì eo hẹp quá.

Như vậy, không phải tiền bạc mà là nhận thức về bệnh tật của nam khác nữ. Nam thường thể hiện nam tính mạnh hơn nữ về bệnh tật. Hộ ở 27 Loan Mỹ (huyện Tam Bình, tỉnh Vĩnh Long) có thu nhập trên trung bình. Người bệnh là nam, 45 tuổi, làm nông nghiệp, bệnh đau xương sống, bệnh trĩ; người trả lời là vợ của người bệnh, 43 tuổi, làm nông, bệnh thoát vị đĩa đệm.

Phỏng vấn: Sức khỏe mọi người có thay đổi gì không?

Người trả lời: Chú có nhức xương sống, nhưng không chịu đi khám cho biết bệnh gì; chú nhức từ nhỏ rồi vì hồi nhỏ cha chú mất sớm nên phải làm nặng, khiêng máy rồi đi bê lúa nên đau, êm được mấy năm thì vài năm nay làm nhiều trở lại thì đau, chú nói cái bệnh từ hồi nhỏ vậy đó nên chú không đi trị. Chú có 2 bệnh, là bệnh nhức xương sống với bệnh trĩ.

Phỏng vấn: Mà cô có khuyên chú đi khám bệnh không?

Người trả lời: Có, nhưng khuyên mà không đi. Hai đứa con cũng khuyên đi khám tổng quát mà cũng không đi nữa. Thằng lớn nói: “Cha mẹ ơi, giờ người ta 6 tháng đi khám một lần, bây giờ cha mẹ chịu khó đi đi”, nói vậy mà chú cũng không chịu đi.

Ngược lại với trường hợp của người chồng, người vợ ở hộ 27 Loan Mỹ đi khám liền và không đợi cho bệnh nặng mới đi khám.

Phỏng vấn: Bây giờ cháu muốn hỏi kỹ hơn về căn bệnh của cô?

Người bệnh: Cô bị thoát vị đĩa đệm cũng lâu rồi. Hồi đó cô đâu có nghĩ là bị thoát vị đĩa đệm, nhưng cô điều trị lâu rồi mà không hết, rồi bác sĩ kêu bây giờ đi chụp MRI để mình biết đường mà điều trị.

Phỏng vấn: Mà cô có bàn với ai trong gia đình không?

Người bệnh: Hai vợ chồng bàn nhau, kêu lên Sài Gòn xem như thế nào, bệnh gì để điều trị.

Do xem thường và ít quan tâm đến bệnh tật nên nam giới thường phải đợi bệnh nghiêm trọng mới khám bệnh. Trong hầu hết các phỏng vấn sâu, nam giới thường ít than phiền về bệnh tật và ít chịu đi khám bệnh, đợi đến khi bệnh nặng; trong khi, nữ giới lại thường nhắc đến bệnh tật và đi khám nhiều hơn.

Hộ ở 161 Tiên Hội (huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là nam, 39 tuổi, người Tày, bệnh mắt kém.

Phỏng vấn: Anh bị một bên mắt có hiện tượng mờ, vậy anh đã đi kiểm tra ở đâu chưa?

Người bệnh: Chưa đi kiểm tra. Nó cũng xuất hiện khoảng một năm nay rồi. Lúc đầu anh cũng nghĩ là hay là mình đi làm ở hầm mỏ nó bị nhiễm những chất axen các thứ ấy, đang nghĩ như thế nhưng mà về cũng chả chạy chữa gì nói chung là vẫn kệ.

Phỏng vấn: Vậy anh có định đi khám về mắt không?

Người bệnh: Anh cũng chưa định đi khám vì mình vẫn chỉ gọi mờ thôi, hơi hơi thôi không phải đã bị nhiều. Kệ nó bao giờ bị nặng lúc đấy tính.

Hộ ở 137 Mỹ An (huyện Mang Thít, tỉnh Vĩnh Long), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là chồng, 41 tuổi, tài xế xe xúc, bị bệnh gan nhiễm mỡ, thấp khớp. Người trả lời là vợ, 41 tuổi, chăn nuôi, bệnh viêm xoang, thoái hóa cột sống, thận cận vôi. Chồng là người tạo ra thu nhập chính của gia đình nên khi phỏng vấn, người vợ luôn có tâm lý lo cho chồng nhiều hơn.

Phỏng vấn: Anh có đi khám bệnh không chị?

Người trả lời: Nhiều khi mình nói ở dưới quê, kệ để lướt lướt qua rồi bệnh tới nặng phát hiện, bệnh nặng rồi mới trị chứ không có phải trị trước.

Phỏng vấn: Nhưng mà chị có đoán được vì sao mà anh không mua thuốc không, sợ tốn tiền hay là cảm thấy sức khỏe mình vẫn còn đủ để mà tiếp tục lao động hoặc là vì một lý do nào khác mà anh không mua thuốc về uống?

Người trả lời: Theo chị là chắc anh nghĩ mình còn sức khỏe nên thấy cái bệnh đó bình thường. Khi khám thì bác sĩ cũng tư vấn về cái đó cũng không đến nỗi nguy hiểm đến tính mạng. Nhiều khi cái kiểu lướt lướt qua được thì lướt luôn vậy đó.

Ngoài văn hóa kiến tạo giới về hành vi tìm kiếm sự giúp đỡ thì kinh tế cũng là yếu tố quyết định đến việc có đi điều trị bệnh kịp thời hay không, kể cả nam và nữ. Bảng 2 bên

dưới được chia theo ba nhóm thu nhập: nhóm thấp nhất, nhóm trung bình, nhóm cao nhất. Kết quả cho thấy, tỷ lệ có bệnh mãn tính nhưng không đi khám bệnh thì nhóm 2 có khác biệt giữa nam và nữ. Xét theo tỉnh, ở nhóm thu nhập thấp nhất, Thái Nguyên là nơi có tỷ lệ nữ không đi khám bệnh nhiều hơn nam, còn Vĩnh Long thì ngược lại, tỷ lệ nam không đi khám bệnh cao hơn nữ. Ở nhóm thu nhập trung bình, Vĩnh Long là tỉnh có tỷ lệ nam không đi khám bệnh nhiều hơn nữ.

Bảng 2. Tỷ lệ không đi khám bệnh khi có bệnh chi theo nhóm thu nhập và tỉnh

p1s0q1prov Province			Giới		Tổng số
			Nam	Nữ	
Thái Nguyên	Nhóm 1 (thấp nhất)	(1) Tỷ lệ số người có bệnh nhưng không khám chữa bệnh	9.7%	21.6%	16.8%
		(2) Tổng số người có bệnh trong độ tuổi	154	227	381
	Nhóm 2 (trung bình)	(1)	16.4%	14.7%	15.5%
		(2)	250	286	536
	Nhóm 3 (cao nhất)	(1)	13.6%	10.1%	11.7%
		(2)	338	406	744
	Tổng số	(3) Tỷ lệ số người có bệnh nhưng không khám chữa bệnh	13.7%	14.4%	14.1%
		(4) Tổng số người có bệnh trong tỉnh	742	919	1661
Khánh Hòa	Nhóm 1 (thấp nhất)	(1)	14.4%	11.1%	12.6%
		(2)	264	333	597
	Nhóm 2 (trung bình)	(1)	10.2%	10.5%	10.4%
		(2)	235	294	529
	Nhóm 3 (cao nhất)	(1)	11.7%	10.0%	10.8%
		(2)	196	211	407
	Tổng số	(3)	12.2%	10.6%	11.4%
		(4)	695	838	1533
Vĩnh Long	Nhóm 1 (thấp nhất)	(1)	11.7%	5.6%	8.1%
		(2)	231	322	553
	Nhóm 2 (trung bình)	(1)	14.3%	7.0%	10.2%
		(2)	251	330	581
	Nhóm 3 (cao nhất)	(1)	10.6%	8.0%	9.1%
		(2)	198	262	460
	Tổng số	(3)	12.4%	6.8%	9.2%
		(4)	680	914	1594
Tổng số	Nhóm 1 (thấp nhất)	(1)	12.3%	11.8%	12.0%
		(2)	649	882	1531
	Nhóm 2 (trung bình)	(1)	13.7%	10.5%	12.0%
		(2)	736	910	1646
	Nhóm 3 (cao nhất)	(1)	12.3%	9.4%	10.7%
		(2)	732	879	1611

	Tổng số	Tỉ lệ số người có bệnh nhưng không khám chữa bệnh	12.8%	10.6%	11.6%
		Tổng dân số có bệnh	2117	2671	4788

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

Bảng chứng từ các cuộc phỏng vấn sâu ở các hộ gia đình thu nhập thấp cho thấy, ở Thái Nguyên nữ ít đi khám bệnh hơn nam. Hộ ở 281 Tân Thái (huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là nữ, 41 tuổi, làm nông, bệnh thoái hóa đốt sống.

Phỏng vấn: Thế là sau hơn 6 tháng thì mới đi khám bệnh?

Người bệnh: Mấy tháng, phải đến hàng nửa năm sau.

Phỏng vấn: Trong quá trình ở nhà ấy, không hề uống thuốc gì chỉ xoa dầu thôi?

Người bệnh: Xoa dầu.

Phỏng vấn: Sau cái lần uống thuốc lá đầy thì bệnh thoái hóa đốt sống của chị không hề phải dùng thêm thuốc nào nữa?

Người bệnh: Không, từ đấy đã dùng cái gì đâu. Đến tận bây giờ, cứ đau là lại lấy dầu gió. Cứ lấy dầu bôi, đánh gió cạo, mai nó dễ chịu thì lại thôi.

Trong những hộ gia đình ở nông thôn miền Bắc, phụ nữ phải làm đồng áng nhiều hơn nam, nên họ phải lo làm việc mà ít đi khám bệnh. Hộ ở 261 Đồng Liên (huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là nữ, 54 tuổi, làm nông, bệnh viêm khớp.

Phỏng vấn: Trong một năm qua cô điều trị bệnh viêm khớp này như thế nào?

Người bệnh: Nó đau cô cứ kệ nó, cô chả điều trị cái gì.

Phỏng vấn: Nhưng không chịu được mình vẫn chịu đựng?

Người bệnh: Vẫn làm, đau nhưng vẫn làm, vẫn làm ruộng, vẫn cày.

Phỏng vấn: Thế cô có nghĩ mình liều quá không?

Người bệnh: Phải liều chứ làm thế nào cháu, nhà nông thì chả làm thế nào. Cô đau, nhưng vẫn làm. Từ năm ngoái lại còn xuất hiện đau thần kinh, sườn, đau nó cứ chạy khắp cả người.

Kinh tế là yếu tố quyết định đến việc nam/nữ có đi khám bệnh kịp thời hay không. Hộ ở số 4 Sơn Trung (huyện Khánh Sơn, tỉnh Khánh Hòa), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là nữ, 35 tuổi, dân tộc Ra-glai, làm nông nghiệp, bệnh sỏi mật.

Phỏng vấn: Thế vì sao mình lại không đi chữa?

Người bệnh: Không có tiền đi.

Phòng vấn: Chị bệnh sỏi mật thì trước kia có uống thuốc gì không?

Người bệnh: Không, chị không có uống thuốc.

Phòng vấn: Thế hiện nay như bệnh của chị thì có đau như bệnh sỏi mật không?

Người bệnh: Thì có lâu lâu nó đau. Đau cũng không biết làm gì hết và cũng không chữa trị. Đau tự mình chịu thôi.

Có điều trị bệnh nhưng không chữa dứt điểm thường thấy ở nhiều bệnh nhân vì điều kiện kinh tế gia đình không cho phép. Hộ ở 404 Phú Thịnh (huyện Tam Bình, tỉnh Vĩnh Long), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh 40 tuổi, làm thuê nông nghiệp, bệnh gai cột sống, nhức đầu.

Phòng vấn: Cái đợt đi khám đó, mình không đi khám luôn bệnh đau đầu à?

Người bệnh: Dạ không. Tại không đủ tiền nên không có đi khám.

Phòng vấn: Vậy đợt đó mình khám hết bao nhiêu tiền anh?

Người bệnh: Lúc đó em đi đâu cũng 700.000 - 800.000 đồng gì đó, rồi cũng tính chụp luôn cái đầu nhưng do mình chạy vượt tuyến và không đủ tiền nên thôi, lo trị cột sống thôi đặt cho nó đừng có đau để còn đi làm, còn cái đầu thì để mình có tiền rồi mình khám.

Như vậy, tỷ lệ nam trong tuổi lao động khi có bệnh ít đi khám hơn nữ, song xét ở nhóm thu nhập thấp nhất, tại Thái Nguyên nữ ít khám bệnh hơn nam. Ngoài trách nhiệm của họ với gia đình thì điều kiện kinh tế chiếm một tỷ lệ đáng kể chi phối việc nam và nữ không đi khám bệnh.

Nam giới thường cho mình có sức khỏe tốt và ít đi khám bệnh, đặc biệt là những bệnh mãn tính không truyền nhiễm. Hộ ở 46 Tân Kim (huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên), thu nhập dưới trung bình. Người bệnh là nam, 37 tuổi, làm nông, bệnh viêm đại tràng.

Phòng vấn: Anh đi khám từ năm 2010 ở Phú Bình từ đó anh có đi nữa không?

Người bệnh: Tôi không đi đâu nữa. Năm vừa rồi vợ giục anh đi khám, rồi đi viện chữa nhưng tôi không đi, bây giờ đi viện không phải là một bệnh mà rất nhiều bệnh.

Phòng vấn: Thế anh không đi khám à?

Người bệnh: Đi khám thế nào thì tôi không biết. Nhưng tự nhiên mà bảo đi khám tôi ngại, cứ bước chân đến viện là tôi ngại.

Đàn ông nông thôn thường cho mình là trụ cột gia đình nên ít đi khám bệnh tuy họ biết rằng nếu khám sẽ có nhiều bệnh. Ngoài tính cách mạnh mẽ của họ, trách nhiệm với gia đình cũng rất quan trọng. Hộ ở 76 Ninh Quang (Ninh Hòa, Khánh Hòa), thu nhập dưới trung bình, có hai vợ chồng, hai con. Chồng 32 tuổi, bảo vệ trường học, bệnh dạ dày và thận. Dù

biết bệnh nhưng anh chưa đi khám vì khám là phải điều trị, không có người đi làm kiếm tiền cho gia đình.

Người bệnh: Tôi đau bao tử lâu rồi chứ không phải mới bị, thường nó đau râm ran vậy chứ khi ăn nó hay bị ới.

Phỏng vấn: Sao mình không đi khám?

Người bệnh: Không đi khám. Khám thì phải điều trị nên mình không đi khám. Tôi đi làm kiếm tiền để nuôi cả nhà không chứ ai làm. Điều trị vậy ai làm cho mà nằm ở nhà điều trị.

Phỏng vấn: Ngoài bao tử ra còn có bị bệnh gì khác không?

Người bệnh: Chắc bên trong bị bệnh nhiều, bệnh thận, nhưng tôi cũng chưa đi trị luôn. Tới đâu hay đó.

Ngoài ra, các cá nhân trong gia đình còn phải hy sinh việc khám chữa bệnh để chi tiêu cho con cái học hành và các chi phí khác. Hộ ở 194 Sơn Lâm (huyện Khánh Sơn, tỉnh Khánh Hòa), thu nhập trên trung bình. Người bệnh là nam dân tộc Kinh, 43 tuổi, làm nông nghiệp, bệnh trĩ.

Phỏng vấn: Trong 10 năm nay anh có chữa trị gì không?

Người bệnh: Nhiều khi anh cũng muốn chữa trị. Nhiều người nói điều trị cũng rẻ, chừng 4 - 5 triệu thôi, mà chữa trị rồi tiền bạc, con cái học hành khó khăn lắm.

Phỏng vấn: Nhưng mà anh sống chung với bệnh lâu năm như vậy anh cảm thấy khó chịu không?

Người bệnh: Nói chung khó chịu thì không khó chịu lắm mà nó xuống cấp làm yếu con người, mình bị yếu.

Lo toan cho gia đình mà bỏ qua bệnh tật của cá nhân là một phần truyền thống văn hóa của gia đình Việt Nam. Hộ ở 142 Loan Mỹ (Tam Bình, tỉnh Vĩnh Long), thu nhập dưới trung bình, người bệnh là nam, 47 tuổi, buôn bán, bệnh trĩ; người trả lời là vợ, 46 tuổi, bệnh đau bao tử.

Phỏng vấn: Còn như anh, anh có khám chữa như thế nào?

Người trả lời: Không cô ơi, bệnh cũng ráng đỡ lắm, đi ra nhà thuốc mua hai lần uống rồi nó đâu có nhảm cái gì đâu. Bệnh trĩ mà uống có hai lần nó đâu có hết. Nhà thuốc người ta nói bệnh trĩ này là phải uống lâu ngày nó mới hết, uống nhiều ngày thì tốn tiền quá, không uống. Rồi giờ để vậy, chưa đi chữa trị ở đâu hết trơn.

Phỏng vấn: Trong năm rồi anh có khám lần nào không chị?

Người trả lời: Quanh năm không khám, mua thuốc uống một hai lần, chứ chừng nào đi hết nổi mới đi khám. Dạng như không có tiền đó cô, tiết kiệm để lo cho con cái ăn học.

Kết luận

Dựa vào kết quả nghiên cứu, khi có bệnh thì nam trong nhóm 15 - 59 tuổi ít đi khám chữa bệnh hơn nữ. Bởi vì nam giới ít khi chú ý đến bệnh tật và nhận thức về bệnh tật đơn giản hơn nữ. Điều này đúng với khung lý thuyết tương đối văn hóa, cho rằng nam giới thường thể hiện nam tính và thường mạnh mẽ hơn nữ về bệnh tật, nên họ thường phải đợi khi bệnh nặng mới đi khám bệnh; ngược lại, nữ giới thường nhắc đến bệnh tật và hay đi khám bệnh nhiều hơn. Nhiều trường hợp, người đàn ông tự cho mình là trụ cột trong gia đình nên họ nghĩ không được phép bệnh và đi khám bệnh mặc dù đa số họ biết rằng nếu khám bệnh thì sẽ có nhiều bệnh.

Kinh tế gia đình cũng là yếu tố quan trọng quyết định đến việc nam và nữ có đi khám bệnh kịp thời hay không. Dữ liệu cũng cho phép kiểm định lý thuyết kinh tế - chính trị cho rằng, những ràng buộc về điều kiện kinh tế đã hạn chế việc nam và nữ không nhanh chóng đi khám bệnh. Song, nếu xét về văn hóa, nếu điều kiện kinh tế như nhau thì nam giới thường ưu tiên việc khám chữa bệnh cho nữ. Việc kiến tạo giới - nam tính hay nữ tính ở nông thôn nước ta chịu tác động của yếu tố văn hóa. Ngoài ra, các cá nhân trong gia đình đã phải hy sinh khám chữa bệnh của họ để chi tiêu cho việc học hành của con cái và các chi phí khác. Việc lo toan cho gia đình mà bỏ qua bệnh tật của cá nhân là một phần truyền thống văn hóa của gia đình Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

1. Addis, M. E., J. R. Mahalik (2003), "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking", *American Psychologist*, 58 (1), pp. 5-14.
2. Benedict, R. (1934), *Patterns of Culture*, New York: Houghton Mifflin Company.
3. Cornally N., G. McCarthy (2011), "Help-seeking behaviour: a concept analysis", *Int J Nurs Pract*, 2011 Jun, 17 (3), pp. 280-8.
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. 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*, 1 (4), pp. 345-52.

6. Johansson, E., N.H. Long, V.K. Diwan, & A. Winkvist (2000), “Gender and Tuberculosis Control Perspectives on Health Seeking Behaviour among Men and Women in Vietnam”, *Health Policy*, 52 (2000) pp. 33-51.
7. Leacock, E., (1983), “Giải thích nguồn gốc bất bình đẳng giới: một số vấn đề lịch sử và quan niệm”, trong sách: *Lý thuyết nhân loại học: giới thiệu lịch sử*. Nxb. Từ điển Bách khoa, 2010, tr. 626-645.
8. Mead, M. (1935), *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. Nguyen, Cuong (2012), *Gender Equality in Education, Health Care, and Employment: Evidence from Vietnam*, MPRA. Online at: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/54222/>
10. Robertson, S. (2003), “Men Managing Health”, *Men’s Health Journal*, 2 (4), pp. 111-13.
11. Rodgers, Y. & Menon, N. (2010), *Gender Differences in Socioeconomic Status and Health: Evidence from the 2008 Vietnam Household Living Standard Survey*, Online at http://www.brandeis.edu/departments/economics/RePEc/brd/doc/Brandeis_WP18.pdf
12. Teerawichitchainan, B. (2014), *Gender and Health Status of Older Adults in Vietnam*, DOI: 10.13140/2.1.5126.2245
13. 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.
14. White, A. & K. Witty (2009), “Men’s Under Use of Health Services - Finding Alternative Approaches”, *Journal of Men’s Health*, 6 (2), pp. 95-7.
15. Whiteford, L. (1996), “Political Economy, Gender and the Social Production of Health and Illness”, In: *Gender and Health: An International Perspective*, Sargent C.F., C.B. Brettell (Eds.), Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall.
16. Wolf, E. (1982), *Europe and the People Without History*, Berkeley: University of California Press.