

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ VÀ AN NINH L-ƠNG THỰC

(Nghiên cứu tr-ởng hợp ở hai dân tộc thiểu số
tại vùng núi huyện Kỳ Sơn, tỉnh Nghệ An, Việt Nam)

ĐÀO QUANG VINH

1. Đặt vấn đề

Sức khỏe và an ninh l-ơng thực có mối quan hệ hữu cơ với nhau. Th-ớc đo giữa an ninh l-ơng thực và sức khỏe cộng đồng đ-ợc đánh giá bằng hai chỉ số chính là tình trạng nghèo đói và suy dinh d-ỡng. Trên hành tinh của chúng ta có ít nhất 12 triệu ng-ời chết vì đói nghèo mỗi năm, trong đó 2/3 là trẻ em. Có tới 44% dân số thế giới thuộc diện nghèo khổ tuyệt đối sống tại các n-ớc Nam Á (Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, 2003, tr. 95). Trong khi tỷ lệ tử vong trẻ em d-ới 5 tuổi ở các n-ớc giàu là d-ới 1% và tỷ lệ trẻ em d-ới 5 tuổi bị suy dinh d-ỡng là 5%, thì tỷ lệ này ở các n-ớc nghèo là trên d-ới 50% (Bộ Kế hoạch và Đầu t-, 2006, tr. 20-25).

Nghèo đói, bệnh tật, thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe ảnh h-ởng trực tiếp đến chất l-ợng cuộc sống. Việt Nam vẫn là một trong những n-ớc nghèo và lạc hậu trên thế giới: năm 2006, tỷ lệ hộ nghèo là 17% và vẫn còn 22% trẻ em d-ới 5 tuổi bị suy dinh d-ỡng. Có tới 34% trẻ em d-ới 5 tuổi ở Việt Nam bị thiếu sắt, tại các vùng nghèo tỷ lệ này lên tới 70% (Viện Dinh d-ỡng quốc gia, 2005). Từ khi có chính sách đổi mới (năm 1986) đến nay, Việt Nam đang là một trong những n-ớc có tốc độ phát triển kinh tế đứng thứ hai ở châu Á, sau Trung Quốc. Đại hội X

Đảng Cộng sản Việt Nam khẳng định mục tiêu đ-a đất n-ớc ra khỏi danh sách những n-ớc nghèo vào năm 2010 và cơ bản trở thành một n-ớc công nghiệp vào năm 2020. Cùng với sự phát triển kinh tế của đất n-ớc, công cuộc chăm sóc sức khỏe nhân dân không ngừng đ-ợc cải thiện. Nâng cao sức khỏe nhân dân không chỉ là nhiệm vụ riêng của ngành y tế mà là của toàn xã hội.

Nghiên cứu này cho biết mối liên quan giữa chăm sóc sức khỏe và an ninh l-ơng thực của một bản ng-ời Thái ở xã Phà Đánh và một bản ng-ời Khơ-mú ở xã Tà Cạ, huyện Kỳ Sơn, tỉnh Nghệ An. Trong quá trình nghiên cứu có sự so sánh với dân tộc Thái ở bản Natoum, huyện M-ờng Khăm, dân tộc Khơ-mú ở bản Đin Đăm, huyện Noọng Hét, tỉnh Xiêng Khoảng là hai điểm nghiên cứu tại Lào của Dự án này. Mục tiêu của nghiên cứu là: a) Khái quát tình hình chăm sóc sức khỏe tại địa bàn nghiên cứu; b) Tìm hiểu các yếu tố ảnh h-ởng đến chăm sóc sức khỏe các dân tộc thiểu số tại địa bàn nghiên cứu; c) Ảnh h-ởng của sức khỏe đến tình trạng an ninh l-ơng thực và cách ứng phó với nạn thiếu l-ơng thực của hộ gia đình; d) So sánh một số khía cạnh phát hiện từ nghiên cứu tại Việt Nam với hai điểm nghiên cứu tại Lào. Trên cơ sở đó, báo cáo sẽ đ-a ra một số khuyến nghị nhằm nâng cao

sức khoẻ cộng đồng tại địa bàn nghiên cứu, góp phần đảm bảo an ninh lương thực.

Nghiên cứu được áp dụng những phương pháp sau:

- Phương pháp liên ngành: kết hợp với nghiên cứu của các nhà dân tộc học nông - lâm nghiệp, và kinh tế, bằng cách thảo luận và trao đổi thông tin.

- Phương pháp phỏng vấn sâu: Tiến hành phỏng vấn cán bộ y tế xã, thôn bản, người dân - đặc biệt là những hộ có người mắc bệnh tật.

- Thảo luận nhóm: Tại mỗi điểm nghiên cứu, tổ chức thảo luận nhóm với các nhóm: cán bộ thôn bản, phụ nữ, nam giới, và nhóm tổng hợp.

- Quan sát tham dự: Trong quá trình nghiên cứu tại địa bàn, chúng tôi chú ý quan sát tình trạng sức khoẻ của người dân, điều kiện vệ sinh và cung cấp dịch vụ y tế...

- Phương pháp so sánh: So sánh giữa hai điểm nghiên cứu của mỗi nước và giữa các điểm nghiên cứu của hai nước.

2. Tổng quan tài liệu

Theo WHO/UNICEF, nguyên nhân tử vong trẻ em chủ yếu là do các bệnh có thể phòng, điều trị được bao gồm tiêu chảy, viêm phổi và thiếu ăn. Suy dinh dưỡng có liên quan đến khoảng 50% trẻ em tử vong trên toàn thế giới. Số liệu trên toàn cầu cho thấy suy dinh dưỡng liên quan tới 61% tử vong do tiêu chảy, 57% tử vong do sốt rét, 52% tử vong do viêm phổi và 45% tử vong do sởi. Khoảng 20% dân số ở khu vực Đông □ - Thái Bình Dương không được sử dụng nước sạch để ăn, uống; khoảng 1 tỷ người sống trong điều kiện thiếu vệ sinh... Những yếu tố này liên quan đến khoảng 90% trẻ em

hợp tử vong do tiêu chảy. Các quốc gia có tỷ lệ người dân ít được tiếp cận với nguồn nước sạch và vệ sinh nhất là những nơi có tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi cao nhất. Sự khác biệt lớn vẫn còn tồn tại giữa các vùng, giữa các khu dân cư - nghèo ở thành thị và nông thôn (WHO/UNICEF, 2006, tr. 5-9).

Việt Nam là nước nghèo, ngành có hệ thống y tế chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân phát triển tương ứng với những nước có thu nhập cao hơn Việt Nam. Tại Việt Nam, tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi - một chỉ số quan trọng liên quan đến nghèo đói đã giảm đáng kể, từ 50% năm 1990 xuống còn 22% năm 2006. Tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi giảm từ 46% năm 1990 xuống còn 18% năm 2005, bằng với mức phổ biến ở những nước có thu nhập đầu người cao gấp 2-3 lần Việt Nam. Tỷ lệ hộ nghèo đã giảm từ 58,1% năm 1993 xuống còn 17% năm 2006, tương ứng với trên 30 triệu người Việt Nam đã thoát nghèo. Tuy nhiên, trên 90% số hộ nghèo sống ở nông thôn, tập trung chủ yếu ở vùng Tây Bắc, Đông Bắc, Bắc Trung bộ và Tây Nguyên, hiện vẫn còn trên 65% dân tộc thiểu số bị nghèo (Bộ Kế hoạch và Đầu tư, 2006, tr. 20-25). Theo điều tra mức sống hộ gia đình năm 2004, có 7,32% dân số ở nhóm nghèo phải điều trị bệnh trong 12 tháng qua, trong khi nhóm giàu chỉ có 6,57% (UNDP, Tổng cục Thống kê, 2006).

Việt Nam đã chính thức thực hiện Chương trình Mục tiêu quốc gia về Xóa đói giảm nghèo từ năm 1998 (Quyết định số 135/1998/QĐ-TTg ngày 31/7/1998). Đây là một trong những nỗ lực giảm nghèo của Việt Nam nhằm đạt được mục tiêu thiên niên kỷ và mục tiêu quốc gia. Chính phủ cũng đề ra Chương trình khám, chữa bệnh miễn phí cho người nghèo (Quyết định số 139/2002/QĐ-

TTg ngày 15/10/2002). Những chương trình quốc gia của Chính phủ đã góp phần rất lớn trong việc giảm nghèo, cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng về chi phí y tế cho hầu hết những người nghèo mà chủ yếu thuộc dân tộc thiểu số ở vùng sâu, vùng xa trong cả nước.

3. Những phát hiện chính từ nghiên cứu

3.1. Tình hình sức khỏe tại hai điểm nghiên cứu

3.1.1. Tình hình chăm sóc sức khỏe

Điều kiện sức khỏe là yếu tố quan trọng của vốn con người, có ảnh hưởng đến

an ninh lương thực. Qua điều tra cho thấy, các chỉ số liên quan đến sức khỏe giữa hai dân tộc có sự khác nhau rất lớn. Trong khi người Thái chỉ có 2,9% số hộ có người mắc các bệnh hô hấp, sốt rét thì tỷ lệ này ở người Khơ-mú là 12,7%; phụ nữ Thái không có biểu hiện da xanh thiếu máu trong thời kỳ mang thai thì phụ nữ dân tộc Khơ-mú có tới 22%. Chỉ có 2,9% trẻ em dân tộc Thái phát triển còi cọc thì tỷ lệ ấy ở trẻ em Khơ-mú là 19%. Các chỉ số khác ở hai dân tộc có tỷ lệ tương ứng như sau: mắc các bệnh hen, thần kinh, khớp: 17,6% và 15,9%; sức khỏe yếu không làm được việc nặng: 2,9% và 22% (Bảng 1).

Bảng 1: Tình hình một số bệnh tật ở hai điểm nghiên cứu

(Đơn vị: %)

Các chỉ số	Thái	Khơ-mú
Thành viên trong hộ, đặc biệt là trẻ em, hay bị mắc bệnh như hô hấp, sốt rét	2,9	12,7
Mắc các bệnh hen, thần kinh, khớp (theo người trả lời)	17,65	15,9
Trẻ em phát triển còi cọc	2,9	19,0
Thành viên nữ (đặc biệt đang trong giai đoạn mang thai) có biểu hiện da xanh	0,0	22,0
Sức khỏe yếu không làm được việc nặng (theo người trả lời)	2,9	22,0

Nguồn: Kết quả điều tra hộ gia đình, năm 2007.

Theo kết quả phân tích số liệu điều tra hộ gia đình cho thấy, có tới 14 hộ gia đình (14,3%), trong đó 5 hộ trung bình, 6 hộ nghèo và 3 hộ đói thường mắc các bệnh mãn tính, dị tật bẩm sinh, hoặc các bệnh khác. Trong khi đó, những hộ có kinh tế khá thì những thành viên trong gia đình thường không có những loại bệnh này.

Theo thông lệ, ở nhóm có thu nhập cao, tỷ lệ ốm đau thấp hơn nhóm có thu nhập thấp, vì những gia đình giàu có khả năng mua

được những loại thực phẩm giàu chất dinh dưỡng và vitamin hơn, vì vậy về mặt lý thuyết họ sẽ có sức khỏe hơn nhóm hộ gia đình nghèo. Điều này đã được chứng minh qua số liệu điều tra mức sống năm 1998. Những người thuộc nhóm chỉ tiêu bình quân đầu người thấp nhất bị mắc bệnh nhiều hơn (42,9%) so với những người thuộc nhóm giàu nhất (39,3%). Nam giới thuộc nhóm giàu có tỷ lệ ốm đau là 34,8%, trong khi tỷ lệ này thuộc nhóm nghèo lên tới 41,1%. Tỷ lệ ốm

đau ở khu vực nông thôn là 42,4%, cao hơn khu vực thành thị 38,7% (Tổng cục Thống kê, 1999). Những lý do khiến khu vực nông thôn có tỷ lệ ốm đau cao là do khu vực này có mức sống thấp, điều kiện lao động chân tay vất vả và có trình độ giáo dục thấp hơn.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, hộ gia đình nào có người ốm đau đều bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến thu nhập. Tại bản Piêng Phô, hầu hết hộ nghèo là những hộ có người mắc bệnh tật, phải chi tiêu nhiều tiền bạc cho việc chữa trị bệnh. Mặt khác, tình trạng sức khỏe vừa là nguyên nhân, vừa là kết quả của việc thiếu thốn lương thực. Qua Bảng 1, nếu đánh giá chung thì rõ ràng tình trạng sức khỏe của người dân bản Piêng Phô tốt hơn so với bản Bình Sơn 1. Kết quả quan sát và phỏng vấn tại bản Bình Sơn 1 cũng cho

thấy, phần lớn phụ nữ ở đây bị đau đầu, chóng mặt - một biểu hiện của chứng thiếu máu và thiếu dinh dưỡng.

3.1.2. Các loại bệnh tật, ốm đau

Theo báo cáo thống kê y tế xã năm 2006, có sự khác biệt về bệnh hay gặp giữa hai xã điều tra. Trong khi xã Tà Cạ, chủ yếu người dân mắc bệnh cúm 6,2% (so với số lần khám bệnh) thì xã Phà Đánh, người dân chủ yếu mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp 6,0%, ngoài ra các bệnh khác cũng hay gặp như viêm phế quản 3,4%, ỉa chảy 2,5% và viêm phổi 2,0%. Trong quá trình phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tại hai điểm nghiên cứu thì người dân thuộc bản Bình Sơn 1 (dân tộc Khơ-mú) có điều kiện sống, ăn ở, sinh hoạt và sức khỏe thấp hơn hẳn dân tộc Thái (ở điểm nghiên cứu Piêng Phô).

Bảng 2: Thống kê các hoạt động khám chữa bệnh và một số bệnh thường gặp ở hai xã năm 2006

TT	Các thông tin	Phà Đánh		Tà Cạ	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>A</i>	<i>Các hoạt động chung</i>				
1	Tổng dân số	2.735	-	4.120	-
2	Tổng số lần khám bệnh	1.809	100,0	1.190	100,0
	- Tỷ lệ số lần khám bệnh so với dân số	-	66,1	-	28,9
3	Tổng số khám phụ khoa (PK)	299	16,5	431	36,2
	- Tổng số chữa PK	167	9,2	326	27,4
	- Tỷ lệ chữa PK so với tổng số khám PK	-	55,9	-	75,6
4	Tổng số bệnh nhân điều trị nội trú	19	1,1	12	1,0
	- Tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú	1.256	69,4	145	12,2
<i>B</i>	<i>Một số bệnh thường gặp</i>				
1	Cúm	13	0,7	74	6,2
2	Bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp	109	6,0	12	1,0
3	Viêm phổi	37	2,0	18	1,5
4	Viêm phế quản	61	3,4	15	1,3
5	Bệnh nhân ỉa chảy	45	2,5	12	1,0

Ghi chú: Tỷ lệ phần trăm so với tổng số lần khám bệnh.

Nguồn: Báo cáo năm 2006 của Trạm y tế xã.

3.1.3. Nguồn cung cấp dịch vụ y tế và các chính sách - ưu tiên

3.1.3.1. Nguồn y học hiện đại và chính sách về y tế của Chính phủ

Trạm y tế xã của 2 điểm nghiên cứu của Việt Nam đã được xây dựng từ những năm 70 của thế kỷ trước, tuy nhiên, hoạt động thực sự có hiệu quả chỉ từ những năm cuối thập kỷ 90 trở lại đây. Tại Lào, không có cấp xã, nên không có trạm y tế xã mà chỉ có y tế thôn bản. Chức năng, nhiệm vụ của y tế thôn bản tại Lào vẫn còn hạn chế do trình độ chuyên môn, cũng như trang bị thuốc và dụng cụ y tế. Cán bộ y tế thôn bản tại Lào chỉ được cấp một số loại thuốc thông thường và còn nhiều cán bộ không biết tiêm, không biết đỡ đẻ, thậm chí có người chỉ được học một tuần để trở thành y tế thôn bản. Nếu bị ốm đau, người bệnh phải lên tận y tế huyện, hoặc sang Việt Nam chữa trị (nếu ở gần biên giới Việt-Lào).

Công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân thực sự có chuyển biến rõ rệt từ khi có chương trình khám chữa bệnh miễn phí cho người nghèo (Chương trình 139), năm 2002 và đặc biệt trẻ em dưới 6 tuổi đều được khám chữa bệnh miễn phí trên toàn quốc. Tuy nhiên, tại hai điểm nghiên cứu ở huyện Kỳ Sơn, Nghệ An, do thủ tục hành chính rườm rà, cùng với việc thất thoát giấy tờ nên có tới trên 20% số dân không nhận được thẻ khám chữa bệnh miễn phí. Mặt khác, thẻ khám chữa bệnh miễn phí đến được với người dân rất chậm, thậm chí quý III và quý IV họ mới nhận được nên giá trị thời gian của thẻ rất ngắn. Tại Lào, không có chương trình khám chữa bệnh miễn phí cho người nghèo hoặc trẻ em dưới 6 tuổi. Trong trường hợp gia đình nào thực sự nghèo khó, phải được cộng đồng và trường thôn/bản ký xác nhận. Tại bản Đin Đăm, nếu người dân mắc bệnh thông thường mà tới cơ sở y tế của Việt Nam ở biên giới (cách bản 2 km), thì sẽ được miễn phí tiền khám chữa bệnh và thuốc men.

Bảng 3: Sử dụng dịch vụ y tế theo kinh tế hộ gia đình

Nơi điều trị	Tình trạng kinh tế gia đình				Tổng số
	Khá	Trung bình	Nghèo	Đói	
Y tế thôn bản	3	7	17	9	36
	75,0%	17,5%	41,5%	69,2%	36,7%
Trạm y tế xã	1	19	16	3	39
	25,0%	47,5%	39,0%	23,1%	39,8%
Bệnh viện huyện, tỉnh, TW	0	7	3	1	11
	0,0%	17,5%	7,3%	7,7%	11,2%
Cửa hàng thuốc tư nhân	0	2	1	0	3
	0,0%	5,0%	2,4%	0,0%	3,1%
Thầy lang địa phương	0	2	2	0	4
	0,0%	5,0%	4,9%	0,0%	4,1%
Cúng làm lễ	0	1	0	0	1
	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	1,0%
Tự điều trị	0	2	1	0	3
	0,0%	5,0%	2,4%	0,0%	3,1%
Không chữa trị	0	0	1	0	1
	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	1,0%
Tổng số	4	40	41	13	98

Nguồn: Kết quả điều tra hộ gia đình, năm 2007.

Số liệu điều tra mức sống năm 2004 cho thấy có tới 17,1% số hộ nghèo tới trạm y tế xã để điều trị bệnh, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm giàu là 3,6%. Chỉ có 3,3% số hộ nghèo tới chữa bệnh tại cơ sở y tế nhân, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm hộ giàu gấp đôi nhóm hộ nghèo (7,1%). Trong nghiên cứu này, chủ yếu ng-ời dân chọn cơ sở khám chữa bệnh là y tế thôn bản (36,7%) và trạm y tế xã (39,8%), đặc biệt trong nhóm hộ khá, họ chỉ chọn hai cơ sở y tế này. Số liệu này cũng phù hợp vì những hộ khá tại hai điểm nghiên cứu không mắc những bệnh nặng. Có 11,2% số hộ có ng-ời ốm điều trị tại tuyến huyện trở lên, những hộ này chủ yếu là hộ trung bình, nghèo hoặc hộ đói. Vẫn còn 1 hộ sử dụng biện pháp cúng để chữa bệnh và 1 hộ không chữa trị gì khi ốm đau. Theo phản ánh tại cộng đồng, ng-ời Khơ-mú ở bản Bình Sơn 1 vẫn còn ảnh hưởng rất nhiều bởi phong tục cúng chữa bệnh. Một trong những nguyên nhân khiến phong tục cúng chữa bệnh vẫn phổ biến là do anh em, họ hàng cho gia đình ng-ời ốm m-ợn lợn, gà... để làm lễ cúng, đến khi nào gia đình họ có ng-ời ốm phải cúng thì mới phải trả nợ. Vì thế, rất nhiều gia đình nghèo vẫn có thể cúng chữa bệnh.

3.1.3.2. Vai trò của y học cổ truyền

Việc chữa bệnh bằng thuốc nam của dân tộc Thái và dân tộc Khơ-mú đã có từ lâu đời và đ-ợc truyền từ đời này sang đời khác. Tuy nhiên, việc chữa bệnh bằng thuốc nam của dân tộc Khơ-mú ở bản Bình Sơn 1 vẫn còn hạn chế hơn dân tộc Thái ở bản Piêng Phô: trong bản chỉ có 1 đến 2 ng-ời biết chữa thuốc nam và nếu biết cũng không chữa đ-ợc nhiều bệnh và ít ng-ời đến nhờ chữa bệnh. Trong khi đó, ở bản Piêng Phô có tới 7 ng-ời biết chữa bệnh bằng thuốc nam và chữa đ-ợc nhiều bệnh hơn. Mặt khác, trong khi ng-ời dân thuộc các dân tộc khác tự biết

và truyền cho nhau cùng biết rất nhiều bài thuốc nam để chữa bệnh thì ng-ời Khơ-mú rất ít quan tâm đến vấn đề này.

Nghề thuốc nam ở hai điểm nghiên cứu còn mang tính cộng đồng, t-ơng trợ giúp đỡ nhau rất cao. Nếu trong gia đình có ng-ời ốm, họ tìm đến nhà ng-ời biết chữa bệnh bằng thuốc nam để xin thuốc về chữa cho ng-ời bệnh mà không phải trả tiền hoặc bất kỳ thứ gì. Khi khỏi bệnh, họ mang một ít r-ợu, gạo hoặc một con gà sang nhà thầy thuốc để cảm ơn. Cũng có tr-ờng hợp lần đầu đi xin thuốc đã mang những thứ đó rồi và khi ng-ời nhà khỏi bệnh họ lại mang một lần nữa. Tại hai điểm nghiên cứu của Lào, nghề thuốc nam còn hạn chế hơn hai điểm nghiên cứu ở Việt Nam.

Mặc dù vai trò của ph-ơng pháp chữa bệnh bằng thuốc nam là không thể phủ nhận, nh-ng ch-a có sự phối kết hợp giữa y học hiện đại (trạm y tế) và y học cổ truyền. Những ng-ời hành nghề chữa bệnh bằng thuốc nam đều tự phát và do gia truyền mà hầu nh- không có sự quản lý của ngành y tế. Tại trạm y tế cũng không có thầy thuốc đông y hoặc có kế hoạch phát triển ph-ơng pháp chữa bệnh bằng thuốc nam tại địa ph-ơng mặc dù Bộ Y tế khuyến cáo có 20% số bệnh nhân đ-ợc khám và chữa bệnh theo ph-ơng pháp y học cổ truyền tại tuyến xã.

4.1.4. Chi phí cho chăm sóc sức khoẻ

Quyết định 139 của Chính phủ về việc khám, chữa bệnh miễn phí cho ng-ời nghèo đã ảnh hưởng rất nhiều đến tình hình chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Tuy nhiên, mặc dù là miễn phí tiền thuốc, nh-ng chỉ đ-ợc miễn không quá 15.000 đồng tiền thuốc/tháng và 70.000 đồng/năm tại tuyến xã, nên với những ng-ời có bệnh thực sự hoặc bệnh nặng, bệnh nan y thì gia đình vẫn phải đóng góp rất nhiều.

Hộp 1: Anh Lò Văn Thuận, 41 tuổi (Bản Piêng Phò, Phà Đánh) bị đau dạ dày, hành tá tràng gần 10 năm nay. Anh phải bán 4 con bò, đ-ợc 12 triệu đồng, 3 lần đi bệnh viện tỉnh chữa bệnh hết 9 triệu đồng. Trong vòng 5 năm gần đây, anh đã phải chi phí gần 40 triệu đồng cho việc chữa bệnh mà vẫn ch-a khỏi. Mặc dù đ-ợc bảo hiểm, nh-ng do bệnh viện không có đủ các loại thuốc theo yêu cầu chữa bệnh nên vẫn phải mua ở bên ngoài.

Hộp 1 cho thấy, một gia đình khá giả, nh-ng nếu trong gia đình có ng-ời ốm đau, đặc biệt là ng-ời chủ gia đình thì sẽ gặp rủi ro rất lớn. Ngoài việc phải bán của cải vật chất trong gia đình để lấy tiền chữa bệnh, họ còn phải chi phí cho ng-ời trong gia đình đi phục vụ ng-ời ốm. Nh- vậy, cùng một lúc gia đình thiếu một số nhân lực cho lao động nên không có hoặc thu nhập giảm đi rất nhiều. Việc ốm đau nh- vậy đã ảnh h-ởng rất lớn đến kinh tế và an ninh l-ợng thực của

gia đình, thậm chí đã biến nhiều gia đình khá giả trở thành gia đình nghèo khó.

Bảng 4 cho thấy mặc dù có chênh lệch về chi tiêu cho y tế trong hộ gia đình nghèo nhất (4,31%) và hộ giàu nhất (5,77%) là không cao, song nếu tính theo số l-ợng tuyệt đối thì tỷ lệ này lại chênh đáng kể. Mỗi cá nhân hộ nghèo chỉ chi 298,8 nghìn đồng cho chăm sóc sức khỏe một năm, trong khi hộ giàu nhất chi 1.614,1 nghìn đồng, gấp 5,4 lần hộ nghèo.

Bảng 4: Chi tiêu cá nhân cho y tế năm 2002

	% đi khám chữa theo chuyên khoa	Nghìn đồng một năm					Tỷ lệ % trong chi tiêu của hộ	
		Điều trị	Thuốc	Dụng cụ y tế	Đóng góp	Bảo hiểm		Tổng cộng
Nghèo nhất	46,3	151,6	137,1	3,3	2,4	4,5	298,8	4,31
Gần nghèo nhất	48,4	254,4	187,1	5,5	2,3	7,4	456,7	5,02
Trung bình	48,8	365,9	213,0	6,2	2,0	10,9	598,1	5,28
Gần giàu nhất	52,6	553,9	262,9	8,6	1,9	16,8	844,0	5,78
Giàu nhất	56,3	1110,4	449,8	21,4	1,4	31,1	1614,1	5,77
Cả n-ớc	50,6	520,6	260,6	9,6	2,0	15,1	807,9	5,29

Chú thích: Chi tiêu cá nhân cho y tế đ-ợc tính trên một ng-ời bệnh có đi khám chữa hoặc mua thuốc.

Nguồn: □ớc tính sử dụng số liệu của Điều tra y tế quốc gia của Việt Nam năm 2002 và Điều tra mức sống hộ gia đình năm 2002 (Báo cáo Phát triển Việt Nam năm 2004, tr. 67).

Bảng 5 d-ới đây cho thấy mức chi phí về l-ợng thực và thực phẩm của hộ gia đình chiếm tới 65,8% tổng số chi tiêu trong gia đình. Ngoại trừ mức chi tiêu cho việc học hành của con cái 10,6%, còn lại các mức chi tiêu khác rất thấp nh- chi cho may mặc, quần áo, giày dép 5,7%, chi phí cho y tế 4,8%, chi phí sửa chữa nhà cửa 2,7%.

Hầu nh- không có chi phí cho vui chơi, giải trí. So sánh hai dân tộc thấy có sự khác biệt rõ rệt. Trên 50% kinh phí của ng-ời Khơ-mú dành cho việc mua gạo, trong khi tỷ lệ này của ng-ời Thái là 34,4%. Chi phí cho con cái học hành của ng-ời Thái cao gấp 4,7 lần và chi phí cho sức khỏe cao gấp 4 lần ng-ời Khơ-mú.

Bảng 5: Mức chi bình quân 1 tháng của hộ gia đình tại 2 điểm nghiên cứu (%)

Các khoản chi phí	Thái	Khơ-mú	Chung
Gạo ăn	34,4	50,8	43,1
Thực phẩm	24,9	20,8	22,7
Học hành của con cái	18,3	3,9	10,6
Lễ tết, ma chay, cưới xin	5,3	3,4	4,3
Thuốc, viện phí	8,0	2,0	4,8
Quần áo, giày dép	5,9	5,6	5,7
Đồ dùng, công cụ sản xuất	1,3	1,0	1,1
Thuế và phí	1,6	1,9	1,8
Dầu, điện, củi	0,1	1,9	1,1
Làm mới sửa chữa nhà của	0,2	5,0	2,7
Xăng	0,0	0,1	0,1
Điện thoại	0,0	3,6	1,9

Nguồn: Điều tra hộ gia đình, 2007.

Theo WHO, ngân sách dành cho y tế của Việt Nam là 7 USD/ng-ời/năm, chỉ cao hơn Lào và Campuchia ở khu vực Đông Nam □ (5 USD), và kém hơn hẳn các n-ớc trong khu vực (WHO, 2005). Theo điều tra mức sống năm 2004 tại Việt Nam, chi tiêu cho đời sống bình quân 1 nhân khẩu 1 tháng

là 359.690 đồng, trong đó nhóm giàu là 715.220 đồng, gấp hơn 4 lần nhóm nghèo (160.420 đồng). Chi cho y tế, chăm sóc sức khoẻ là 25.300 đồng, trong đó nhóm nghèo chỉ 11.040 đồng, chỉ bằng 1/5 chi của nhóm giàu (51.080 đồng) (UNDP, Tổng cục Thống kê, 2006) (xem Bảng 6).

Bảng 6: Chi tiêu cho đời sống bình quân 1 nhân khẩu 1 tháng chia theo 5 nhóm thu nhập

Đơn vị: Nghìn đồng

Các khoản chi	Chung	5 nhóm thu nhập				
		Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5
Cả nước	359.69	160.42	225.99	293.84	403.92	715.22
<i>Chi ăn uống, hút</i>	<i>192.47</i>	<i>106.62</i>	<i>138.16</i>	<i>169.18</i>	<i>213.19</i>	<i>335.61</i>
Lương thực	45.66	43.18	45.79	46.40	46.24	46.72
Thực phẩm	98.73	47.60	68.57	87.50	113.12	177.11
Chất đốt	9.97	7.14	7.79	8.68	10.84	15.41
Ăn uống ngoài gia đình	27.57	4.17	9.87	17.99	31.60	74.32
Uống và hút	10.54	4.53	6.14	8.62	11.39	22.06
<i>Chi không phải ăn uống, hút</i>	<i>167.22</i>	<i>53.80</i>	<i>87.84</i>	<i>124.66</i>	<i>190.73</i>	<i>379.61</i>
May mặc, mũ nón, giày dép	16.39	8.25	11.42	14.15	18.51	29.64
Nhà ở, điện nước, vệ sinh	14.87	4.13	6.63	9.95	15.51	38.18
Thiết bị và đồ dùng gia đình	32.68	10.68	17.65	25.69	38.30	71.17
Y tế, chăm sóc sức khoẻ	25.30	11.04	16.33	20.19	27.93	51.08
Đi lại và bưu điện	38.80	7.72	14.94	26.92	46.82	97.74
Giáo dục	22.75	8.13	13.80	17.91	27.47	46.52
Văn hoá, thể thao, giải trí	4.52	0.21	0.53	1.21	3.43	17.25
Chi phí về đồ dùng và dịch vụ khác	11.91	3.63	6.52	8.63	12.77	28.03

Nguồn: Điều tra mức sống hộ gia đình năm 2004.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chăm sóc sức khoẻ và nguyên nhân gây bệnh

3.2.1. Đói nghèo và dinh dưỡng

L- ơng thực, thực phẩm cùng với chế độ ăn uống, khẩu phần và cơ cấu bữa ăn là những yếu tố cơ bản tạo ra dinh dưỡng cung cấp cho cơ thể con người và là nhu cầu không thể thiếu được. Tổ chức L- ơng thực thế giới (FAO) quy ra công thức chuẩn chung tính bằng Kcalo như sau: Xứ lạnh, bình quân mỗi người một ngày phải có 3.000 Kcalo; Xứ nóng, bình quân mỗi người một ngày phải có 2.500 Kcalo. Người ở các nước đang phát triển, bình quân chỉ đạt dưới 2.000 Kcalo/ngày, không đủ năng lượng làm việc.

Tại Việt Nam, do điều kiện sống quá chênh lệch giữa thành thị và nông thôn, nhất là vùng xa, vùng sâu, tỷ lệ phụ nữ và trẻ em bị suy dinh dưỡng rất cao. Theo báo cáo điều tra của Viện Dinh dưỡng có gần 20% số hộ ở nông thôn có mức ăn dưới 2.000 Kcalo/ngày (Viện Dinh dưỡng quốc gia, 2005).

So sánh về dinh dưỡng của hai dân tộc thấy có sự khác biệt đáng kể. Người Thái luôn đảm bảo 3 bữa ăn trong ngày, kể cả thời gian giáp hạt; ngay những gia đình nghèo, vẫn tìm

mọi cách để có đủ 3 bữa. Trong bữa ăn, ngoài cơm (cơm nếp hoặc cơm tẻ), bao giờ cũng có một trong những món khác như thịt, cá, đậu, trứng... và rau xanh. Như vậy, bữa ăn của họ luôn đảm bảo đầy đủ 4 chất dinh dưỡng là chất đạm, chất béo, tinh bột và vitamin. Bên cạnh mỗi nhà, thường có một vườn rau sạch, mùa nào thứ đó. Rau sạch, vì hầu như họ không bón phân hóa học hoặc phun hoá chất cho rau. Bữa ăn của người Khơ-mú thường không đảm bảo đủ chất dinh dưỡng. Rất ít gia đình đảm bảo được 3 bữa ăn trong ngày, nhất là khi giáp hạt hoặc những gia đình nghèo không đủ ăn. Rất ít gia đình có vườn rau xanh quanh nhà. Khi thiếu ăn, họ cũng không chịu tìm kiếm những thức ăn thay thế, mà chủ yếu đi làm thuê để lấy tiền mua gạo, thậm chí chờ đợi hỗ trợ của Nhà nước. Trong khi người Thái biết nghề dệt, làm thủ công, biết đan lát, bắt cá... thì người Khơ-mú rất hạn chế trong lĩnh vực này.

Bảng 7 dưới đây cho thấy sự khác biệt về phân loại hộ giữa hai dân tộc Thái và Khơ-mú. Trong khi ở bản người Thái có 67,7% hộ khá và trung bình, chỉ có 26,5% hộ nghèo và 5,9% hộ đói thì tại bản Khơ-mú chỉ có 31,8% hộ khá và trung bình, người Khơ-mú có tới 50,8% hộ nghèo và 17,5% hộ đói.

Bảng 7: Phân loại hộ giàu nghèo theo nhóm hộ gia đình và theo dân tộc

Dân tộc	Phân loại theo nhóm hộ gia đình				Tổng số
	Khá	Trung bình	Nghèo	Đói	
Thái	2	21	9	2	34
	5,9%	61,8%	26,5%	5,9%	100,0%
Khơ- mú	2	18	32	11	63
	3,2%	28,6%	50,8%	17,5%	100,0%
Kinh	0	1	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Chung	4	40	41	13	98
	4,1%	40,8%	41,8%	13,3%	100,0%

Nguồn: Kết quả điều tra hộ gia đình, năm 2007.

Hai dân tộc Thái và Khơ-mú tại hai điểm nghiên cứu ở Lào có nhiều điểm giống hai dân tộc tại hai điểm nghiên cứu ở Việt Nam. Tuy nhiên, ng-ời Khơ-mú ở bản Đin Đăm do ở mặt đ-ờng quốc lộ, lại gần biên giới Việt - Lào, có sự giao l-u nên đời sống của họ có phần khá hơn dân tộc Khơ-mú ở bản Bình Sơn 1 tại Việt Nam.

3.2.2. Môi tr-ờng vệ sinh và sử dụng n-ớc sạch

Giữa hai điểm nghiên cứu của dân tộc Thái và dân tộc Khơ-mú ở cả hai n-ớc Việt Nam và Lào có những điểm khác nhau rõ rệt. Về vệ sinh môi tr-ờng, bản dân tộc Thái sạch sẽ hơn hẳn bản Khơ-mú. Cả hai bản đều có khu nhốt riêng trâu bò, trong khi bản Khơ-mú lại nuôi lợn thả rông, trẻ em ăn mặc không đủ ấm và không đảm bảo vệ sinh, thậm chí nhiều trẻ em không có hoặc không mặc quần, áo, ng-ời và chân tay rất bẩn. Điều này là nguyên nhân chính dẫn đến những bệnh liên quan tới “chân-tay-miệng”

nh- bệnh giun sán, bệnh tiêu hoá, ỉa chảy, thậm chí những bệnh nặng nh- viêm gan, viêm não... Công tác vệ sinh môi tr-ờng ở hai bản đ-ợc nghiên cứu của Lào khá hơn hẳn hai bản ở Việt Nam. Tại bản Natoum (dân tộc Thái), trâu bò đ-ợc nhốt một khu riêng, nếu gia đình nào để trâu bò đi vào bản thì sẽ bị phạt nặng.

Cả 4 điểm nghiên cứu tại Việt Nam và Lào đều có nguồn n-ớc sạch đ-ợc dẫn từ núi về hoặc n-ớc giếng khoan. Tuy nhiên, theo báo cáo của chính quyền địa ph-ơng, nguồn n-ớc của bản Piêng Phô không hợp vệ sinh do đầu nguồn rất gần khu ruộng của dân có bón phân và thuốc trừ sâu. Tại hai điểm nghiên cứu của Lào, n-ớc vẫn hạn chế hơn so với hai điểm nghiên cứu của Việt Nam, nhất là về mùa khô. Tập quán uống n-ớc lã tại hai điểm nghiên cứu của Lào hiện vẫn còn phổ biến hơn hai điểm nghiên cứu tại Việt Nam, điều này ảnh h-ởng rất lớn tới công tác chăm sóc sức khoẻ, đặc biệt là bệnh đ-ờng ruột và giun sán...

Bảng 8: Các chỉ số về n-ớc sạch và vệ sinh môi tr-ờng, so sánh với hai n-ớc

Các chỉ số	Việt Nam		Lào	
	Bản Piêng Phô	Bản Bình Sơn 1	Bản Natoum	Bản Đin Đăm
Tỷ lệ có hộ xí	100%	0%	100%	100%
Tỷ lệ có hố xí hợp vệ sinh	6,9%	-	72,6%	100%
Tỷ lệ dùng n-ớc sinh hoạt sạch	100%	100%	100%	100%

Nguồn: Điều tra hộ gia đình và nghiên cứu thực địa, năm 2007 và 2008.

Riêng công trình vệ sinh thì hai điểm nghiên cứu tại Lào hơn hẳn hai điểm nghiên cứu tại Việt Nam. Tại bản Piêng Phô có 100% số hộ có hố xí thì chỉ duy nhất có một hộ (của chủ tịch xã) là có hố xí tự hoại, còn lại đều là hố xí đào. Trong khi đó, 100% số hộ ở bản Bình Sơn 1 (dân tộc Khơ-mú) đều không có hố xí, thậm chí chỉ là hố xí đào. Do

không có hố xí, nên tập quán phóng uế bừa bãi trên rừng, ngoài n-ơng rẫy, sông, suối... đã ảnh h-ởng rất lớn tới vệ sinh môi tr-ờng, liên quan đến nguồn n-ớc sinh hoạt và công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng. Mặc dù theo báo cáo của trạm y tế xã, tỷ lệ mắc bệnh ở đây rất thấp. Theo thông tin từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, những bệnh liên

quan do mất vệ sinh môi trường ở đây rất hay gặp như tiêu chảy, giun sán, bệnh đường tiêu hoá... Cả hai bản nghiên cứu tại Lào đều có 100% số hộ có nhà vệ sinh, trong khi bản Natoum chỉ có 72,6%, thì bản Đin Đăm có tới 100% số hộ có hố xí bán tự hoại. Nếu như bản Đin Đăm, việc làm hố xí này là do giúp đỡ của dự án, thì những hộ có hố xí bán tự hoại ở bản Natoum lại chủ yếu do người dân tự làm. Điều này đã góp phần giảm đáng kể những bệnh liên quan đến vệ sinh môi trường như bệnh giun sán, tiêu chảy...

3.2.3. Phong tục, tập quán ảnh hưởng tới sức khoẻ

Trước kia, khi có bệnh, người dân chủ yếu chữa bệnh theo phương pháp truyền thống của dân tộc như dùng thuốc nam, lá cây rừng, cúng, bói bệnh, tự chữa... mà không hề tiếp cận và chữa bệnh theo phương pháp y học hiện đại.

Ngày nay, tuy phong tục cúng, bói để chữa bệnh đã giảm đi rất nhiều nhưng không phải không còn nữa, đặc biệt trong cộng đồng dân tộc Khơ-mú. Sự biến đổi này xảy ra từ khi bắt đầu có trạm y tế xã, người dân được tuyên truyền vận động để tiếp cận và chữa bệnh bằng phương pháp y học hiện đại. Bên cạnh đó, còn có những chính sách của Nhà nước dành riêng cho nơi có đồng bào dân tộc và vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn như chính sách phát thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo, bảo hiểm y tế cho người dân sống ở những xã thuộc Chương trình 135... Nhờ đó, nhân dân không phải lo khoản chi phí cho khám chữa bệnh thông thường.

Cho tới nay, người Khơ-mú vẫn còn chịu nhiều ảnh hưởng của phong tục cúng chữa bệnh hơn người Thái. Qua điều tra cho thấy, tình trạng cúng chữa bệnh ở bản Bình Sơn 1 vẫn diễn ra phổ biến, trong khi ở bản

Piêng Phô hầu như không thấy. Tình trạng này cũng tương tự như hai điểm nghiên cứu của người Thái và người Khơ-mú tại Lào. Tuy nhiên, hai dân tộc Thái và Khơ-mú ở Lào vẫn còn chịu ảnh hưởng của các phong tục cúng chữa bệnh nhiều hơn hai dân tộc Thái và Khơ-mú tại Việt Nam.

3.2.4. Hành vi xã hội và lối sống ảnh hưởng tới sức khoẻ

Hai bản có người Thái ở Lào và Việt Nam đều không có người nghiện ma túy hoặc liên quan đến ma túy, mại dâm và HIV/AIDS. Tuy nhiên, tại hai bản của người Khơ-mú ở Lào và Việt Nam do địa hình nằm trên đường vận chuyển ma túy, nên ít nhiều cũng có liên quan. Theo thống kê chi tiết đầy đủ, cả hai bản này đều có người liên quan đến ma túy. Điều này sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống nói chung và sức khoẻ nói riêng của người dân trong bản. Bởi vì từ việc buôn ma túy, sẽ là con đường rất gần dẫn đến nghiện ma túy, tiêm chích, mại dâm và nhiễm HIV.

Phong tục uống rượu vào những dịp Tết, dịp lễ hoặc dịp vui nào đó vẫn còn. Việc say rượu dẫn đến xô xát thường xảy ra. Thói quen uống rượu như vậy làm cho nhiều người bị nghiện rượu, phụ thuộc vào rượu, dẫn đến suy gan, xơ gan và tử vong. Tại bản Bình Sơn 1, người dân thường uống rượu rất nhiều, cùng với điều kiện dinh dưỡng hạn chế, nên sức khoẻ càng không tốt. Trong thời gian công tác ở bản Bình Sơn 1, chúng tôi quan sát thấy trong nhà ở ở bản có tới mấy chục bình rượu cần (tổng cộng tới vài trăm lít rượu) để chuẩn bị cưới cho con trai.

Thói quen hút thuốc lá, thuốc Lào cũng rất phổ biến ở 2 điểm nghiên cứu, đặc biệt là bản dân tộc Khơ-mú. Khi được hỏi, nhiều người không biết tác hại của việc hút

thuốc lá, thuốc lào và cho đó là chuyện bình thường, vì từ x- a tới nay mọi người vẫn hút.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Việt Nam được đánh giá là một trong những quốc gia có tỷ lệ hút thuốc cao nhất thế giới với 56,1% ở nam giới và 1,8% ở nữ giới (WHO, 2005). Theo báo cáo của Bộ Y tế, mỗi năm Việt Nam có 30.000 đến 40.000 người chết vì các bệnh liên quan đến thuốc lá. Tổ chức Y tế thế giới cảnh báo, nếu không ngăn chặn kịp thời, khoảng 10% dân

số Việt Nam sẽ chết sớm vì thuốc lá (WHO/UNICEF, 2006).

3.3. Ảnh hưởng của sức khỏe đến tình trạng an ninh lương thực và cách ứng phó với nạn thiếu lương thực của hộ gia đình

Phần này tập trung phân tích ảnh hưởng của sức khỏe đến tình trạng an ninh lương thực thông qua 5 nguồn vốn là vốn tự nhiên, vốn con người, vốn xã hội, vốn tài chính và vốn vật chất.

Hộp 2: *Chị L- Thị Mau, dân tộc Khơ-mú (bản Bình Sơn 1), 27 tuổi, không nói được tiếng Kinh. Chị có 2 đứa con gái, cháu lớn 5 tuổi, cháu bé mới được 4 tháng tuổi. Ngoài ra, chị còn có 1 cháu mới sinh ra đã tử vong (sinh lần 2). Bản thân chị bị ốm từ 5 năm trở lại đây. Người mệt mỏi, đau đầu, chóng mặt không ăn được. Chị đi chữa bệnh nhưng không được miễn phí, do thất lạc thẻ nên không có bảo hiểm. Cả gia đình ở trong một căn nhà tạm lụp sụp. Gia đình vẫn thiếu ăn từ 7 đến 9 tháng mỗi năm, người chồng chỉ biết đi làm thuê cho người dân tộc Thái hoặc dân tộc Hmông lấy tiền về nuôi vợ con.*

Gia đình có người ốm chữa lâu ngày không khỏi là một trong những nguyên nhân đẩy họ vào hoàn cảnh cực kỳ khó khăn. Những đột biến về sức khỏe thường gây ra sự giảm sút về nguồn lao động và tạo ra chi phí đáng kể cho chữa trị bệnh và các chi phí khác có liên quan. Những đột biến về sức khỏe thường được nêu ra như một nguyên nhân gây nghèo đói cho hộ gia đình. Giảm các chi phí trực tiếp cũng gián tiếp cho việc chữa bệnh cho các hộ nghèo cũng có thể tạo ra một mạng lưới an sinh quan trọng. Đặc biệt ở những gia đình có người bị bệnh nặng mà trạm y tế xã không chữa được, phải chuyển lên tuyến huyện hoặc tuyến cao hơn. Chi phí cho chữa bệnh, mặc dù được miễn phí nhưng vẫn khá lớn và nhiều khi quá sức của hầu hết các gia đình, nhất là họ lại là những gia đình dân tộc thiểu số thuộc Chương trình 135.

Gia đình chị Mau nói trên là một ví dụ điển hình. Cả gia đình sống trong một túp

lều tạm. Không có tài sản gì đáng giá tiền trăm. Cả nhà chỉ có một con lợn nhỏ đem bán được 100 ngàn để chữa bệnh. Chị có vay cũng không vay được nhiều vì những gia đình trong cộng đồng cũng không khá nhiều hơn gia đình chị; mặt khác, nếu họ có, họ cũng không dám cho chị vay nhiều bởi vì họ biết nếu cho chị vay thì chắc chắn chị không trả được. Trong quá trình chữa bệnh chị cũng chỉ vay được 350 ngàn đồng. Như vậy, nếu phân tích liên quan đến 5 nguồn vốn thì gia đình chị nghèo cả 5 nguồn vốn đó: Vốn tự nhiên: Không đủ đất để canh tác; Vốn con người: Một người làm để nuôi 4 người; Vốn xã hội: Không thể trợ cấp đủ được vì cả cộng đồng ở đó đều nghèo; Vốn tài chính và vốn vật chất của gia đình chị thì không có. Tất cả đã trở thành vòng xoáy luẩn quẩn. Chị không thể dựa vào bất kỳ một vốn nào để bứt phá được khỏi vòng luẩn quẩn đó. Nếu xét về chuyên môn y tế thì bản thân chị không có bệnh gì nặng lắm, chủ yếu là suy nhược cơ

thể mà do những yếu tố phân tích ở trên đã đẩy bản thân và gia đình chị tới một hoàn cảnh cùng cực. Đây là một ví dụ điển hình sự liên quan, ảnh hưởng của sức khỏe đến tình trạng an ninh lương thực. Cách ứng phó với tình trạng khan hiếm lương thực mà gia đình chị Mau áp dụng là đi làm thuê để lấy tiền về mua lương thực. Vì chỉ đủ tiền để mua lương thực nên rất hiếm khi gia đình được cải thiện bữa ăn, nói cách khác là bữa ăn không đảm bảo dinh dưỡng, không đủ chất dinh dưỡng và được nhiên không đảm bảo sức khỏe. Đây cũng là một vòng luẩn quẩn nữa.

4. Kết luận

- Công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân đã được Đảng và Chính phủ Việt Nam coi trọng ngay từ khi giành được độc lập và được phát huy có hiệu quả từ khi Việt Nam có chính sách đổi mới, đặc biệt, từ khi có chính sách miễn giảm kinh phí chữa bệnh cho người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi.

- Tại các điểm nghiên cứu ở hai nước Việt Nam và Lào, dân tộc Thái có trình độ dân trí cao hơn, biết giữ gìn vệ sinh, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe tốt hơn dân tộc Khơ-mú. Tuy nhiên, nếu chỉ xét riêng về công trình vệ sinh, thì hai điểm nghiên cứu ở Lào hơn hẳn ở Việt Nam.

- Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng tại 2 điểm nghiên cứu, đặc biệt là bản dân tộc Khơ-mú, là vấn đề nước sạch, vệ sinh môi trường chưa được đảm bảo; kiến thức và ý thức trong việc chăm sóc sức khỏe trong nhân dân còn thiếu (thể hiện qua chất lượng bữa ăn cũng như kiến thức chung về chăm sóc sức khỏe). Thói quen uống rượu trong sinh hoạt hàng ngày cũng ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của nhân dân.

- Việc sử dụng thuốc nam để chữa bệnh trong nhân dân tại 2 điểm nghiên cứu hoàn toàn mang tính tự phát và chưa có được sự khuyến khích động viên từ phía chính quyền, cũng như y tế địa phương. So với hai điểm nghiên cứu tại Lào thì nhân dân tại hai điểm nghiên cứu ở Việt Nam sử dụng thuốc nam để chữa bệnh nhiều hơn.

- Phong tục tập quán ảnh hưởng đến công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng tuy đã được hạn chế nhiều, nhưng vẫn còn tồn tại ở 2 điểm nghiên cứu, điển hình là bản dân tộc Khơ-mú. Phong tục cúng chữa bệnh ở hai bản được nghiên cứu tại Việt Nam đã hạn chế rất nhiều so với trước, nhưng vẫn còn tồn tại đối phổ biến tại hai bản ở Lào.

- Mối liên quan giữa an ninh lương thực và chăm sóc sức khỏe được thể hiện rất rõ tại 2 điểm nghiên cứu này, đặc biệt là bản dân tộc Khơ-mú. Nó liên quan và ảnh hưởng trực tiếp tới 5 nguồn vốn: vốn tự nhiên, vốn con người, vốn xã hội, vốn tài chính và vốn vật chất. Nếu trong gia đình có người ốm, sẽ ảnh hưởng lớn tới 5 vốn đó. Điều này cũng diễn ra tương tự ở bản Khơ-mú tại Lào.

5. Kiến nghị

- Phát huy và duy trì tính hiệu quả của các chính sách đối với các dân tộc thiểu số, đặc biệt là những chính sách ưu tiên trong lĩnh vực sức khỏe. Đây là những kinh nghiệm quý báu trong công tác xóa đói giảm nghèo nói chung và chăm sóc sức khỏe nhân dân cho các dân tộc thiểu số nói riêng.

- Việc tuyên truyền, giáo dục để nhân dân biết cách tự bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cần được tiến hành thường xuyên. Những nội dung cần tuyên truyền giáo dục là: Sử dụng

và bảo quản n-ớc sạch, vệ sinh môi tr-ờng, phòng chống suy dinh d-ỡng trẻ em, bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, cách chế biến một bữa ăn có đủ thành phần chất dinh d-ỡng cho cả ng-ời lớn và trẻ em...

- Duy trì và cải thiện tốt hơn nữa nguồn n-ớc sinh hoạt trong nhân dân. Có đ-ợc những biện pháp hữu hiệu để bảo vệ và sử dụng nguồn n-ớc sạch.

- Phát huy tính hiệu quả của việc nuôi gia súc tập trung, không thả rông lợn. Vận động để nhân dân xây và sử dụng hố xí hợp vệ sinh nh- hố xí tự hoại, bán tự hoại. Có thể áp dụng kinh nghiệm từ các bản của Lào. Không phóng uế bừa bãi. Xử lý chất thải, đặc biệt là phân gia súc, gia cầm vật nuôi ở đ-ờng làng, ngõ xóm.

- Duy trì, nâng cao hiệu quả và chất l-ợng dịch vụ y tế địa ph-ơng bằng cách đào tạo và đào tạo lại nhân viên y tế để cập nhật kiến thức về chuyên môn, kể cả y tế thôn bản.

- Hạn chế tới mức tối đa việc sử dụng r-ợu trong nhân dân. Nên có những qui -ớc phạt những tr-ờng hợp say r-ợu gây mất an ninh, trật tự tại địa ph-ơng.

- Chính quyền và y tế địa ph-ơng khuyến khích, động viên nhân dân phát huy, duy trì cũng nh- tăng c-ờng sử dụng cây thuốc nam sẵn có tại địa ph-ơng để chữa bệnh, kể cả bài thuốc chữa bệnh thông th-ờng cũng nh- bài thuốc chữa bệnh hiểm nghèo.

- Dẫn xoá bỏ những phong tục tập quán có ảnh h-ởng đến công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng nh- cúng chữa bệnh,

kiêng khem quá kỹ trong khi có thai và sinh đẻ...

- Cần tiến hành song song hai nhiệm vụ đảm bảo an ninh l-ợng thực và chăm sóc sức khoẻ; có ph-ơng án đảm bảo l-ợng thực của hộ gia đình. Đây là một trong những yêu cầu của sự phối hợp đồng bộ giữa các ban ngành nh- y tế, nông-lâm nghiệp và không thể thiếu đ-ợc sự chỉ đạo của chính quyền địa ph-ơng.

Tài liệu tham khảo

1. Báo cáo phát triển của Việt Nam năm 2000: *Tấn công nghèo đói*.

2. Ban Chỉ đạo quốc gia thực hiện Chiến l-ợc toàn diện về tăng tr-ởng và xoá đói giảm nghèo (2005), *Việt Nam tăng tr-ởng và giảm nghèo □ Báo cáo th-ờng niên 2004-2005*.

3. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thông (2001), *Thực trạng về an ninh l-ợng thực ở Việt Nam □ Những tiến bộ đạt đ-ợc kể từ Hội nghị th-ợng đỉnh thế giới về l-ợng thực năm 1996*.

4. Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thông (2002), *Thực trạng về an ninh l-ợng thực ở Việt Nam*.

5. Bộ Kế hoạch và Đầu t- (2006), *Thành tựu về Phát triển Kinh tế □ Xã hội qua 20 năm Đổi mới (1986 □ 2005) và Kế hoạch Phát triển Kinh tế □ Xã hội 5 năm 2006 □ 2010*.

6. Bộ Ngoại giao Việt Nam (2004), *Tổng quan một số nét kinh tế Việt Nam*.

7. Chính phủ Việt Nam (2002), *Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và xóa đói giảm nghèo*.
8. Chính phủ Việt Nam (2003), *Việt Nam: Quan hệ đối tác phục vụ phát triển* □ Báo cáo không chính thức tại Hội nghị Nhóm T- vấn các Nhà tài trợ cho Việt Nam.
9. International Food Policy Research Institute (IFPRI), Institute of Development Studies (IDS), New Zealand Agency for International Development (NZAID) (2004), *Đói nghèo và Bất bình đẳng ở Việt Nam*.
10. Liên Hợp quốc tại Việt Nam (2004), *Báo cáo đánh giá chung của Liên Hợp quốc về Việt Nam*.
11. Liên Hợp quốc tại Việt Nam (2003), *Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ - Xóa bỏ khoảng cách Thiên niên kỷ*.
12. Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia (2003), *Chính sách và Chiến lược giảm bất bình đẳng và nghèo khổ*.
13. Quyết định số 135/1998/QĐ-TTg ngày 31/7/1998, *Phê duyệt chương trình phát triển kinh tế - xã hội các xã đặc biệt khó khăn miền núi và vùng sâu, vùng xa*.
14. Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002, *Về việc khám, chữa bệnh cho người nghèo*.
15. Tài liệu thứ cấp tại 3 điểm nghiên cứu năm 2004-2005.
16. Thông t- liên bộ 77/2003/TTLB-BTC-BYT, *Về thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện*.
17. Tổng cục Thống kê (1999), *Điều tra mức sống ở Việt nam năm 1998*.
18. Viện Dinh d-ỡng quốc gia (2005), *Báo cáo tại Hội thảo về dinh d-ỡng toàn quốc*.
19. UNDP, Tổng cục Thống kê (2001), *Mức sống trong thời kỳ kinh tế bùng nổ Việt Nam*.
20. UNDP, Tổng cục Thống kê (2006), *Điều tra mức sống năm 2004*.
21. UNDP, Department For International Development (DFID) (2005), *Ngoài xóa đói giảm nghèo: Khuôn khổ hệ thống bảo hiểm xã hội quốc gia hợp nhất ở Việt Nam*.
22. WHO (2005), *Báo cáo thế giới về sức khỏe năm 2005. Vì tất cả bà mẹ và trẻ em*.
23. WHO (2005), *Báo cáo Phát triển con người*.
24. WHO/UNICEF (2006), *Chiến lược khu vực về sự sống còn trẻ em* □ Tăng cường và duy trì hành động hướng tới mục tiêu phát triển thiên niên kỷ 4.