

NHỮNG YẾU TỐ KINH TẾ - XÃ HỘI ẢNH HƯỞNG TỚI THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỘNG ĐỒNG Ở MIỀN NÚI HIỆN NAY

(Qua nghiên cứu so sánh trường hợp hai xã Hiền Lương, Hoà Bình và Chiềng Ngâm, Sơn La)

BẾ VĂN HẬU

Trong những năm qua, quá trình tăng trưởng kinh tế - xã hội ở nước ta đã tác động mạnh mẽ đến lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ cộng đồng, trong đó có khu vực miền núi. Thực tế là, tại rất nhiều xã miền núi, các trạm y tế với đội ngũ thầy thuốc đã có thể phần nào đáp ứng được các nhu cầu tối thiểu về chữa bệnh cho cư dân. Thực trạng đó thể hiện qua số lượt người dân đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế ngày một tăng lên. Lòng tin vào các thầy thuốc tây y ở người dân được củng cố bởi hiệu quả đạt được trong khám chữa bệnh. Có lẽ cũng bởi thế, đã tồn tại một thực tế là cùng với sự khẳng định vai trò của tây y, vị thế của y học cổ truyền tại miền núi dường như lại có phần suy giảm. Điều này thấy rõ khi Nhà nước đẩy mạnh đầu tư cho y tế hiện đại ở khu vực miền núi nói chung. Hệ thống các trạm y tế, bệnh viện tại các xã, huyện ngày được đầu tư các trang thiết bị hiện đại, tay nghề thầy thuốc ngày được nâng cao. Đáng chú ý là đội ngũ y tế thôn bản được khuyến khích và tập trung xây dựng để chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho từng hộ gia đình. Nhìn một cách khái quát, có thể nói hệ thống y tế Nhà nước ở cơ sở đã có nỗ lực lớn, thu hút người dân miền núi đến chữa bệnh khá đông và thường xuyên. Đó là một thực tế đáng mừng, ít nhất là trên bình diện bề nổi của vấn đề. Tuy nhiên, thực trạng chất lượng khám chữa bệnh, hành vi và thái độ của cư dân miền núi với việc chăm sóc sức khoẻ như thế nào là những vấn đề cần được quan tâm nghiên cứu đầy đủ và toàn diện. Hơn nữa, trong điều kiện kinh tế - xã hội miền núi hiện nay còn kém phát triển, việc khám chữa bệnh nói riêng, các dịch vụ y tế chăm sóc sức khoẻ nói chung vẫn còn bất cập, chưa đáp ứng hiệu quả đối với nhu cầu v.v. Tất cả những điều đó đặt ra cho chúng tôi nhiệm vụ là mạnh dạn đi vào tìm hiểu những tác nhân kinh tế - xã hội ảnh hưởng tới thực trạng chăm sóc sức khoẻ cộng đồng cư dân miền núi hiện nay, nhằm góp thêm tiếng nói khiếm tốn trong nghiên cứu hoạt động chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở cư dân nông thôn miền núi hiện nay.

Trên cơ sở các số liệu điều tra xã hội học của phòng Xã hội học Nông thôn (Viện Xã hội học) được tiến hành vào cuối năm 1998 tại hai điểm nghiên cứu là xã Hiền Lương (thuộc tỉnh Hoà Bình) và xã Chiềng Ngâm (thuộc tỉnh Sơn La), chúng tôi đặt vấn đề tìm hiểu một số tác nhân kinh tế - xã hội ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở hai khu vực này. Ở xã Hiền Lương (Hoà Bình) phiếu hỏi tập trung vào hai dân tộc: Mường và Dao, còn ở Chiềng Ngâm (Sơn La) chúng tôi chủ yếu khảo sát người Thái, bên cạnh đó một số ít là người Khơ Mú. Dù sao chúng tôi vẫn hy vọng qua những nghiên cứu nhỏ này có thể rút ra được một vài suy nghĩ cho giải pháp tăng cường công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở miền núi trong điều kiện kinh tế - xã hội còn kém phát triển, thậm chí cả trong hoàn cảnh những khu vực có đời sống còn đặc biệt khó khăn.

1. Vài nét về tình trạng sức khoẻ và chăm sóc sức khoẻ tại xã Hiền Lương và Chiềng Ngâm

a. Tình trạng mắc bệnh

Để nắm rõ tình hình sức khoẻ đồng bào tại hai xã Hiền Lương và Chiềng Ngâm, chúng ta cùng xem xét số liệu trong bảng 1.

Bảng 1: Người trong gia đình bị ốm (đv%)

	Xã Hiền Lương (Hoà Bình)	Xã Chiềng Ngâm (Sơn La)
Ốm năm 1998		
Có	43,3	68,9
Không	56,7	31,1
Loại bệnh		
Tai mũi họng	0	0,8
Răng hàm mất	1,1	4,6
Bệnh ngoài da	5,6	3,1
Tim mạch	2,2	4,6
Phổi, phế quản	6,7	5,3
Đường tiêu hoá	20,2	11,5
Gan, thận	2,2	3,1
Xương khớp	7,9	6,1
Thần kinh, não	3,4	2,3
Bệnh phụ khoa	0	0,8
Cảm sốt, đau đầu	12,4	6,1
Sốt rét	30,3	49,6
Suy dinh dưỡng, suy nhược	7,9	1,5
Sởi	0	0,8

Nguồn: Phòng Xã hội học Nông thôn, Viện Xã hội học. Năm 1998.

Các số liệu thống kê ở bảng 1 cho thấy sự chênh lệch tương đối cao về tỷ lệ người ốm giữa hai khu vực. Tỷ lệ người ốm ở Hoà Bình (xã Hiền Lương) thấp hơn ở Sơn La (xã Chiềng Ngâm) khoảng 25%. Ở Hiền Lương (Hoà Bình) sốt rét là bệnh phổ biến trong những người được hỏi, chiếm tới 30,3%, sau đó là bệnh đường tiêu hoá (chiếm 20,2%), cảm sốt, đau đầu (chiếm 12,4%). Các loại bệnh khác như xương, khớp, bệnh phổi phế quản, bệnh ngoài da v.v. chiếm tỷ lệ không cao và có chỉ số xấp xỉ nhau giữa những người được hỏi (7,9%, 6,7% và 5,6%). Các loại bệnh khác cũng có, nhưng tỷ lệ rất thấp như: răng hàm mất, tim mạch, gan, thận, thần kinh não, sởi, phụ khoa v.v... Ở Sơn La, tuy số liệu thống kê về bệnh tật có sự chênh lệch với Hoà Bình nhưng cũng có một số điểm tương đồng. Bệnh sốt rét ở đây cũng có tỷ lệ cao hơn Hoà Bình (49,6%) và tỷ lệ này cao hơn Hoà Bình rất nhiều. “Bệnh sốt rét vẫn còn là một vấn đề sức khoẻ cộng đồng nghiêm trọng ở các vùng núi và vùng dân tộc thiểu số và càng trầm trọng hơn sử dụng thuốc quá liều và hiện tượng kháng thuốc” (*Hướng tới tương lai*, Báo cáo đánh giá chung về tình hình Việt Nam của Liên Hiệp Quốc - Hà Nội, tháng 12 năm 1999). Sau bệnh sốt rét là bệnh đường tiêu hoá (chiếm 11,5%), nhưng so với Hoà Bình thì ở Sơn La bệnh này có tỷ lệ thấp hơn. Như vậy, cho đến nay, tại

nhiều vùng miền núi, bệnh sốt rét vẫn chưa bị đẩy lùi và là vấn đề cần được tiếp tục quan tâm hơn nữa.

Cũng qua bảng thống kê trên có thêm một nhận xét là hai loại bệnh chiếm tỷ lệ rất thấp, là bệnh suy dinh dưỡng suy nhược cơ thể và bệnh phụ khoa. Nếu tại Hoà Bình, bệnh suy dinh dưỡng suy nhược cơ thể có tỷ lệ 7,9% thì ở Sơn La chỉ có 1,5%!; bệnh phụ khoa ở Hoà Bình số là 0% và Sơn La cũng chỉ 0,8%. Sở dĩ chúng tôi nhấn mạnh đến hai loại bệnh này là vì, suy dinh dưỡng và bệnh phụ khoa thường mắc phải không chỉ ở nông thôn đồng bằng Bắc Bộ mà còn cả ở nông thôn miền núi. Do điều kiện sống còn thấp thì tỷ lệ mắc rất cao. Như vậy, số liệu thống kê trên có phản ánh đúng thực tế khách quan không? Tham khảo từ những nghiên cứu về chăm sóc sức khoẻ sinh sản một số tỉnh miền núi phía Bắc bằng phỏng vấn sâu, đã khẳng định hai loại bệnh này có tỷ lệ mắc rất cao ở hầu hết các tỉnh miền núi, đặc biệt là các tỉnh vùng sâu, vùng xa và vùng cao. “*Các nguyên nhân chính của tình trạng suy dinh dưỡng là chăm sóc và nuôi dưỡng kém và ở các vùng sâu vùng xa là các hộ gia đình không có an ninh về lương thực và tình trạng thiếu đói theo mùa vụ với nguyên nhân sâu xa là nghèo khổ. Tình trạng này dẫn đến lượng calo, lượng đạm và các chất vi lượng không có đủ cho cơ thể và để lại ảnh hưởng rất tiêu cực... Con số về chậm phát triển do thiếu dinh dưỡng chiếm 47% số trẻ em nông thôn, gấp ba lần tỷ lệ này ở các tỉnh thành phố Việt Nam*” (Hướng tới tương lai, tài liệu đã dẫn). Đối với hầu hết phụ nữ ở các khu vực vừa nêu trên nằm trong độ tuổi sinh sản từ 15-49 tuổi đều mắc phải bệnh phụ khoa (chiếm 80%), đó là một vấn đề đáng lo ngại. Bệnh suy dinh dưỡng trẻ em cũng chiếm 50-60%, và con số này cũng thật sự đáng lo ngại.

Kết quả điều tra ở hai khu Hoà Bình và Sơn La, thì tỷ lệ mắc bệnh phụ khoa và suy dinh dưỡng lại quá thấp, nếu không muốn nói là hầu như không có so với các vùng miền núi chúng tôi đã nghiên cứu, tham khảo? Chúng tôi có thể khẳng định, tỷ lệ người mắc hai loại bệnh suy dinh dưỡng và phụ khoa tại Hoà Bình và Sơn La là phổ biến và chiếm tỷ lệ cao như ở một số vùng miền núi khác. Lý do của vấn đề là, những người được hỏi đã không trả lời đúng sự thực, bởi lẽ, bệnh phụ khoa là loại bệnh “kín” của phụ nữ, nên khi được phỏng vấn, người ta e ngại trả lời hoặc trả lời qua loa, hoặc che dấu bệnh? Đây là trường hợp rất phổ biến mà người nghiên cứu đã gặp phải ở nhiều dân tộc, ở nhiều địa bàn miền núi. Đó là nguyên nhân sâu xa làm người phỏng vấn không dễ dàng khám phá. Còn với bệnh suy dinh dưỡng chỉ ở trẻ em đang phát triển, nếu nhìn bề ngoài đứa trẻ phát triển một cách bình thường, nghĩa là không ốm đau, không quặt quẹo thì bố mẹ chúng đều cho rằng cơ thể con cái mình phát triển tốt và chúng không hề bị suy dinh dưỡng. Do vậy, bệnh phụ khoa và suy dinh dưỡng là những bệnh phổ biến ở miền núi nhưng với đồng bào lại là những bệnh không xác định rõ ràng. Từ đó, nếu chỉ căn cứ vào số liệu điều tra xã hội học thì chúng ta sẽ nhận được những thông tin chưa hoàn toàn chính xác, thậm chí có thể còn sai lệch.

Bảng 2: Chữa bệnh như thế nào (đv%)

Địa điểm	Hoà Bình		Sơn La	
Các phương án chữa bệnh				
Tự khỏi, không cần nghỉ	1,1		0	
Tự khỏi, nghỉ ở nhà	1,1		0	
Tự chữa bằng thuốc dân tộc	5,6		3,1	

Tự mua thuốc	29,2	13,0
Đi khám, mời thầy thuốc	5,6	6,1
Đến bệnh viện huyện, tỉnh	56,2	74,8
Cúng bái	0	0,8
Khác	1,1	2,3

Nguồn: Phòng Xã hội học Nông thôn, Viện Xã hội học, năm 1998

b. Khám chữa bệnh

Trước đây, ở miền núi khi tây y chưa phát triển, nguồn thuốc (tân dược) khan hiếm, thầy thuốc ít, các hình thức dịch vụ y tế chưa phát triển (trạm xá rất hiếm, chỉ có bệnh viện huyện, tỉnh) thì đồng bào thường chữa bệnh theo cách riêng. Nhưng tựu trung có hai cách chữa bệnh chủ yếu: chữa bằng đông y mà thầy thuốc là các ông lang vườn và chữa bệnh bằng cúng bái (thầy cúng phổ biến ở miền núi). Phương pháp chữa bệnh thứ nhất có hiệu quả nhưng chỉ chữa được một số bệnh thông thường, còn những bệnh hiểm nghèo hầu hết đành chịu bó tay, bất lực. Cách thứ hai, là “chữa bệnh” mê tín, và thường rơi vào tình trạng bệnh nặng mà các loại thuốc đều không có kết quả, bệnh nhân lâm vào tình trạng tuyệt vọng hoặc còn được tỉnh táo nhưng quá tin vào thần linh, thì họ dùng cách chữa kiểu này. Thông thường những dân tộc có trình độ kinh tế - xã hội còn nghèo nàn, lạc hậu hay chữa bệnh bằng cầu cúng do không có điều kiện chữa bệnh bằng phương pháp khác.

Với số liệu nghiên cứu tại Hiền Lương (Hoà Bình) và Chiềng Ngâm (Sơn La), chúng ta thấy khi gia đình có người ốm đau thì đến “bệnh viện huyện, tỉnh” (56,2% và 74,8%), sau là phương án “tự mua thuốc” về chữa (29,2% và 13%). Đặc biệt tại Hoà Bình không hề có cúng bái khi ốm đau. Sơn La, trường hợp chữa bệnh bằng cúng bái có xảy ra nhưng tỷ lệ hết sức nhỏ (0,8%). Chữa bằng thuốc dân tộc (ở đây hiểu theo nghĩa chữa bằng Đông y) cũng có tỷ lệ rất thấp, ở Hoà Bình (5,6%) và Sơn La (3,1%).

Vậy, những chỉ số trên bảng 2 có phản ánh đúng thực tế hay không và cách thức chữa bệnh theo phương pháp truyền thống ở những khu vực này đã hoàn toàn biến mất chưa? Như chúng ta đều biết, trong chừng mực nào đó, con số thống kê trên đã không phản ánh đúng thực tế đang diễn ra, bởi, những người được hỏi thường trả lời rất ước lệ hoặc trả lời không đúng sự thật. Trong trường hợp này, theo đánh giá của chúng tôi, phương án trả lời của những người được hỏi “đến bệnh viện huyện, tỉnh” ở Hoà Bình và Sơn La hiện nay phản ánh đúng thực tế và đúng những suy nghĩ của họ. Thói quen, nếp nghĩ, nếp sống của một dân tộc dù ở trong điều kiện xã hội phát triển cũng khó mai một. Tuy ở miền núi hiện nay, các ông lang, bà lang cũng không còn nhiều như xưa nhưng chúng tôi tin rằng, khi đồng bào mắc những bệnh thông thường thì ứng xử đầu tiên của họ vẫn là tìm những bài thuốc dân gian để chữa bệnh. Cách ứng xử khác như cúng bái, thực tế hiện nay được khôi phục ở miền núi giống như một số hủ tục lạc hậu khác. Như chúng ta biết, cúng bái phần nào mang màu sắc mê tín, song theo chúng tôi, xét về mặt tâm lý nó giải thoát tâm lý, hướng đến một hy vọng cho dù rất mỏng manh.

Hai điểm nghiên cứu trên, về vị trí địa lý, cách huyện lỵ không xa, đường giao thông, đi lại khá thuận tiện, trình độ dân trí tương đối cao so với nhiều vùng miền núi (khu vực này chủ yếu là vùng sinh sống của người Mường và người Thái) nên việc chữa bệnh bằng y học hiện đại là điều dễ

hiểu. Trong hoàn cảnh đó, khi ốm đau nặng, đồng bào đến bệnh viện huyện, tỉnh hoặc mua thuốc tân dược để chữa trị bệnh. Còn những khu vực miền núi xa huyện lỵ, giao thông cách trở, cách ứng xử của họ trong chữa bệnh khác hơn.

2. Những yếu tố kinh tế - xã hội ảnh hưởng đến chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở Hoà Bình và Sơn La

a. Vài nét về thực trạng đời sống kinh tế ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khoẻ cộng đồng

Hai điểm khảo sát là những xã có đời sống kinh tế đặc biệt khó khăn. Xã Hiền Lương (Hoà Bình) bị ảnh hưởng của hồ thuỷ điện Hoà Bình đã làm cho đời sống đồng bào bị xáo trộn di dời nhiều lần, đất ruộng bị ngập, phải canh tác trên nương rẫy v.v. do đó ảnh hưởng nghiêm trọng đến sản xuất và thu nhập. Xã Chiềng Ngâm tuy không có những xáo trộn như Hiền Lương nhưng là xã vùng sâu của Sơn La, chưa bị tác động của kinh tế hàng hoá nên trình độ kinh tế còn tự cấp tự túc. Vì vậy, đời sống kinh tế của họ vẫn ở mức hết sức thấp kém.

Xem xét nguồn thu nhập và mức thu nhập chính của cư dân tại hai điểm được nghiên cứu (xem bảng 3, 4), chúng tôi có một số nhận xét dưới đây.

Bảng 3: Nguồn thu nhập chính (đv%)

Nghề nghiệp	Địa điểm	
	Hoà Bình	Sơn La
Trồng trọt	89,8	98,0
Chăn nuôi	47,1	73,5
Lâm nghiệp	3,8	0
Thuỷ sản	3,2	0
Nghề thủ công	6,0	0
Buôn bán, dịch vụ	7,0	0
Lương	9,6	1,3
Khác	3,8	0,7

Bảng 4: Tổng thu nhập (đồng)

Thu nhập	Địa điểm	
	Hoà Bình	Sơn La
Tổng thu nhập gia đình/tháng (đồng)	503.32	705.34
Tổng thu nhập trung bình người/tháng (đồng)	113.69	116.68
Mức thu ≤ 60.000 đồng	28.0%	20.8%
Mức thu 60.000 đồng - 20.000 đồng	43.9%	41.3%
Mức thu trên 120.000 đồng	28.0%	38.7%

1. Về nguồn thu nhập chính, ở cả Hoà Bình và Sơn La, trồng trọt và chăn nuôi chiếm tỷ trọng cao trong cơ cấu phát triển kinh tế gia đình (89,8% và 98%), các ngành nghề khác như lâm nghiệp, nghề thủ công, buôn bán dịch vụ chiếm tỷ lệ không đáng kể trong nguồn thu kinh tế hộ gia đình, hay nói cách khác, chiếm tỷ trọng rất nhỏ trong cơ cấu thu nhập. Đã cho thấy, chỉ dựa vào trồng trọt và chăn nuôi, độc canh về cây trồng nên bức tranh cơ cấu kinh tế gia đình ở 2 khu vực này rất đơn điệu.

2. Nguồn thu nhập đơn điệu nên thu nhập tính theo đầu người/ tháng cả hai điểm được khảo sát ở Hoà Bình và Sơn La là rất thấp (113.900 đồng, 116.800 đồng). Theo Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội thì vùng nông thôn miền núi hải đảo có thu nhập 80.000 đồng đầu người/ tháng (960.000 đồng/ năm) và vùng nông thôn đồng bằng 100.000 đồng/ tháng (1.200.000 đồng/ năm), vùng thành thị 150.000 đồng / tháng (1.800.000 đồng / năm) thì thuộc nhóm nghèo. Như vậy, tổng thu nhập đầu người/ tháng tại đây tuy chưa phải dưới mức 100.000 đồng, nhưng cũng thuộc nhóm nghèo. Ở Hoà Bình chỉ có 28% có mức thu nhập trên 120.000 đồng đầu người/ tháng. Ở Sơn La, tỷ lệ có mức thu nhập như vậy chiếm cao hơn, nhưng cũng chỉ có khoảng 38,7%. Như vậy, có nghĩa là ở điểm nghiên cứu Hoà Bình có khoảng 70% và ở điểm nghiên cứu Sơn La có khoảng 60% người được hỏi có mức thu nhập dưới 120.000 đồng/ tháng - là thuộc mức nhóm nghèo; chỉ có 30% không thiếu ăn ở Hoà Bình và có 40% không thiếu ăn ở Sơn La. Mức thiếu ăn phổ biến nhất tại cả hai điểm nghiên cứu là từ 1-3 tháng (26,1% và 50,3%). Mức thu nhập thấp sẽ ảnh hưởng đến chi tiêu gia đình, đến các nhu cầu tối thiểu: ăn, ở, mặc. Do thu nhập thấp, người ta sẽ chỉ dành cho những nhu cầu thiết yếu, nên ảnh hưởng lớn đến việc các hộ gia đình dành tiền khám chữa bệnh và tiếp cận với các dịch vụ y tế (xem bảng 5).

Bảng 5: Mức thu nhập và chi tiêu cho các dịch vụ y tế

	Hoà Bình			Sơn La		
	Mức thu nhập			Mức thu nhập		
	<60.000 đ	60.000 đ - 120.000 đ	>120.000 đ	<60.000 đ	60.000 đ - 120.000 đ	> 120.000 đ
Chi cho y tế công	150.000 đ/năm	146.000 đ/năm	208 đ/năm	330.670 đ/năm	425.81 đ/năm	217.000 đ/năm
Chi cho y tế tư	0	0	0	0	8.870 đ/năm	0

Qua bảng số liệu về chi phí cho dịch vụ y tế, ở Hoà Bình và Sơn La có điểm giống nhau: không có chi cho dịch vụ y tế tư nhân. Điều này chứng tỏ, y tế tư nhân chưa xuất hiện và các nhân viên y tế ở trạm xá địa phương không làm dịch vụ tư nhân về y tế.

Chi phí cho dịch vụ y tế cộng đồng của Hoà Bình thấp hơn ở Sơn La và những gia đình có thu nhập đầu người/ tháng cao (120.000 đồng/ tháng trở lên) thì chi phí cho y tế cao hơn gia đình có thu nhập thấp. Ở Sơn La, những gia đình có mức thu nhập trên 120.000 đồng/ tháng thì chi phí cho y tế lại ít hơn. Những gia đình có mức thu dưới 120.000 đồng lại chi phí cho y tế rất cao, bằng khoảng 30% mức thu nhập đầu người/ tháng. Điều này chúng tôi chưa giải thích được chính xác.

Phải chăng, do mức thu nhập kém, đời sống thấp hơn thì bị đau ốm nhiều và do đó họ phải chi phí cho y tế nhiều hơn những người có thu nhập cao ít ốm đau hơn ?.

Nếu lấy tổng thu nhập đầu người/ tháng so sánh với số tiền chi phí cho y tế thì ta cũng nhận thấy rằng ở Hoà Bình, chi phí cho y tế có vẻ hợp lý hơn, còn ở Sơn La thì chi phí cho y tế là quá lớn so với thu nhập. Số tiền chi cho y tế tính theo đầu người/ tháng ở 2 điểm nghiên cứu so với các khu vực phát triển thì hết sức nhỏ bé, nhưng cũng ảnh hưởng lớn đến kinh tế gia đình. Hơn nữa, mức sống càng thấp thì ốm đau bệnh tật càng tăng, mà khi bị bệnh thì phải đi đến các dịch vụ y tế, và chi phí là điều không tránh khỏi và người ta khó có thể cân đối giữ thu nhập và chi phí trong gia đình một cách hợp lý. Khi phỏng vấn về vấn đề này, chúng tôi đều nhận được sự trả lời: “Đau ốm không ai biết trước được. Vì vậy, khi gia đình có người bệnh, dù có bán tài sản đi để lấy tiền chữa bệnh thì cũng phải chịu”.

Vùng đồng bằng và đô thị, vấn đề bảo hiểm y tế đã được tổ thực hiện ở nhiều nơi nhưng ở miền núi bảo hiểm y tế còn là vấn đề hết sức mới mẻ (xem bảng 6).

Bảng 6. Mua bảo hiểm y tế năm 1998/ thu nhập theo đầu người

	Hoà Bình			Sơn La			Tổng
	≤ 60.000	60.000-120.000	≥ 120.000	≤ 60.000	60.000-120.000	≥ 120.000	
Không mua	77,3%	85,5%	45,5%	80,0%	74,%	69%	72,6%
Một số người trong gia đình mua	15,9%	11,6%	40,9%	6,7%	9,7%	24,1%	17,9%
Mọi người trong gia đình mua	2,3%	0%	9,1%	0%	0%	0%	1,6%
Không biết về bảo hiểm y tế	4,5%	2,9%	4,5%	13,3%	16,1%	6,9%	7,8%

Một điều khá lý thú là ở Hoà Bình và Sơn La lại có điểm tương đồng, với mức thu nhập trên 120.000 đồng người/ tháng có tỷ lệ mua bảo hiểm y tế đều thấp so mức thu nhập dưới 60.000 đồng/ người/ tháng và 60.000 -120.000 đồng/ người/ tháng. Tỷ lệ không mua bảo hiểm y tế ở nhóm thu nhập thấp ở cả Hoà Bình và Sơn La khá bằng nhau. Song, số người không mua bảo hiểm y tế có tỷ lệ rất cao, theo chúng tôi, là do người dân nhận thấy ý nghĩa và tác dụng của bảo hiểm y tế chưa có tác dụng đối với đồng bào. Nếu như bảo hiểm y tế có chương trình tuyên truyền sâu rộng và các bệnh viện làm đúng những gì mà bảo hiểm y tế đặt ra thì chắc chắn người mua sẽ đông hơn. Trong điều kiện nền kinh tế còn thấp, bảo hiểm y tế chưa đem lại lợi ích đích thực đối với người dân thì thái độ thờ ơ với bảo hiểm y tế là điều không tránh khỏi.

b. Ảnh hưởng của một số yếu tố xã hội đến chăm sóc sức khoẻ cộng đồng

Kinh tế ảnh hưởng đến chăm sóc sức khoẻ cộng đồng rất dễ hiểu, vì khi đời sống ổn định, việc chăm lo sức khoẻ cho cộng đồng được đẩy mạnh. Còn yếu tố gia đình, xã hội ảnh hưởng đến chăm sóc sức khoẻ lại thuộc về thói quen, tâm thức, nếp sống, nếp nghĩ của con người trong cộng đồng v.v., vì rằng mỗi cá nhân trong cộng đồng thường có thói quen và nếp nghĩ, nếp sống riêng.

Trong quá trình sống (quá trình này đã bao hàm cả hoạt động khám chữa bệnh) họ đã tạo ra một sự thích nghi.

Hai thí dụ dưới đây liên quan đến tình hình chăm sóc sức khoẻ của họ.

Ví dụ thứ nhất về bệnh sốt rét: Sốt rét chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại bệnh ở hai điểm được nghiên cứu (Hoà Bình và Sơn La), mà sốt rét là bệnh lây nhiễm qua muỗi Anophen. Khí hậu và môi trường miền núi là điều kiện thích hợp cho loại muỗi này phát sinh. Trong nhiều thập kỷ qua, nhiều vùng miền núi, đặc biệt là ở khu vực nông thôn, bệnh sốt rét từng hoành hành dữ dội, đe dọa con người. Song hiện nay, do tiến bộ vượt bậc của nền y học, do điều kiện kinh tế - xã hội không ngừng được cải thiện ở miền núi, do chính sách tuyên truyền về vệ sinh và vệ sinh môi trường..., việc phòng ngừa và chống sốt rét đã được làm rất tốt. Tuy nhiên, qua bảng số liệu ở trên, tỷ lệ bệnh sốt rét vẫn cao ở cả hai địa bàn Hoà Bình (xã Hiền Lương) và Sơn La (xã Chiềng Ngâm). Nguyên nhân bệnh sốt rét còn chiếm tỷ lệ cao là do:

1. *Thói quen không nằm màn* : ở miền núi nói chung và hai điểm được nghiên cứu nói riêng, thói quen này đã ăn sâu vào trong sinh hoạt hàng ngày của người dân miền núi. Nằm màn là một trong những cách phòng, chống sốt rét hiệu quả vì không cho muỗi Anophen truyền bệnh.

2. *Thói quen thờơ gia súc, gia cầm xung quanh nhà ở làm ô nhiễm vệ sinh môi trường:* Tại xã Hiền Lương (Hoà Bình) và xã Chiềng Ngâm (Sơn La), xung quanh nhà ở là các bụi cây rậm rạp, không được phát quang. Đồng bào chăn thả gia súc, gia cầm dưới gầm nhà sàn và xung quanh nhà ở. Các loại vật nuôi này thải ra lượng chất thải rất lớn, gây nên tình trạng ô nhiễm môi trường nặng nề cho con người. Đó là điều kiện cho ruồi, muỗi sinh sôi nảy nở. Ý thức giữ vệ sinh môi trường ở bà con đã không được chú ý. Số liệu điều tra cho thấy ở Hoà Bình và Sơn La, những người được hỏi trả lời không có nhà vệ sinh chiếm tỷ lệ khá cao (Hoà Bình: 21,7% và Sơn La: 32,9%). Còn tình trạng chỉ có hố xí tạm chiếm phần lớn (76,4% ở Hoà Bình và 67,1% ở Sơn La). Không có nhà vệ sinh là đồng nghĩa với phóng uế bừa bãi. Điều kiện vệ sinh ăn ở như vừa trình bày đã là bạn đồng hành góp phần gây ra các bệnh về đường tiêu hoá có tỷ lệ cao ở hai khu vực Hoà Bình và Sơn La. Một nguyên nhân gây bệnh đường tiêu hoá do thói quen nguồn nước tự nhiên không đun sôi. Tại hai khu vực Hoà Bình và Sơn La, tỷ lệ người được hỏi trả lời đã sử dụng loại nước này phục vụ cho nhu cầu sinh hoạt ăn uống hàng ngày là 38% ở Hoà Bình và 70,9% ở Sơn La. Khi được hỏi về chất lượng nước ăn, có 35% người được hỏi tại Hoà Bình cho là nước sạch và tại Sơn La, ý kiến tương tự như vậy có tỷ lệ 24,2%. Cũng ở đây, ý kiến cho rằng nguồn nước ăn và sinh hoạt chỉ dùng tạm được có tỷ lệ rất cao trong những người được phỏng vấn (Hoà Bình: 58% và Sơn La: 63,8%).

Khi đồng bào ở Hoà Bình và Sơn La được hỏi về chất lượng nước ăn, theo cảm nhận trực tiếp của những người sử dụng thì chưa đảm bảo vệ sinh. Nguồn nước ăn như vậy là yếu tố gây nên bệnh tiêu hoá. Một vấn đề nữa là, đồng bào miền núi có thói quen uống nước lã trong sinh hoạt hàng ngày. Đặc biệt trong lao động sản xuất trên ruộng nương, đồng bào thường xuyên uống nước lã (nguồn nước tại chỗ) khi có nhu cầu. Do vậy, chất lượng nước đã không được sạch, lại thường xuyên uống nước không đun sôi thì chắc chắn là dù cơ thể có thích nghi với điều kiện sống như thế nào, thì bệnh đau bụng cũng khó tránh khỏi.

Ví dụ thứ hai, với bệnh phụ khoa: Bệnh phụ khoa chủ yếu là do chăm sóc vệ sinh thân thể người phụ nữ không tốt. Trong cuộc sống hàng ngày và sinh hoạt vợ chồng, người phụ nữ miền núi

thường không chú ý vệ sinh thường xuyên. Tại hai điểm nghiên cứu Hoà Bình và Sơn La, hầu hết các hộ gia đình được phỏng vấn đều không có nhà tắm. Không có nhà tắm không phải do điều kiện kinh tế thấp mà do thói quen của đồng bào ở đây không làm nhà tắm. Đàn ông cũng như phụ nữ sau giờ lao động sản xuất thường rửa ráy qua loa bằng nguồn nước tự nhiên không được sạch. Do không có nhà tắm và thói quen không dùng nhà tắm, người phụ nữ rất ngại làm vệ sinh thân thể tại nhà. Có lẽ họ chỉ tắm rửa khi có nhu cầu bức bách hoặc tắm định kỳ theo tháng. Do vậy, trường hợp mắc bệnh phụ khoa với phụ nữ miền núi có nguyên nhân từ vệ sinh trong sinh hoạt vợ chồng kém, tắm rửa không thường xuyên và những thói quen này cho đến nay vẫn còn tồn tại phổ biến.

Người phụ nữ miền núi rất e ngại, ngượng ngùng khi nói về những việc thầm kín, tế nhị, và do đó, khi người phỏng vấn động chạm đến vấn đề này, đa số họ đều dẩu diếm và che đậy sự thật. Đặc điểm tâm lý e ngại đó cản trở nhận thức về bệnh tật, về sự nguy hại của bệnh tật.

Thêm nữa, những phong tục tập quán ở mỗi địa phương cũng tác động không nhỏ đến tình trạng chăm sóc sức khoẻ và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng. Điều này biểu hiện rõ nhất qua kết quả điều tra ở bảng 7.

Bảng 7: Nơi thường sinh đẻ (đv %)

Nơi sinh đẻ	Địa điểm	
	Hoà Bình	Sơn La
Tại nhà, tự đỡ lấy	17,6	37,6
Tại nhà, nhờ bà đỡ	36,6	57,0
Tại nhà, nhờ nhân viên y tế	2,0	2,7
Trạm xá, trung tâm y tế xã	31,4	2,0
Bệnh viện huyện, tỉnh	9,8	7
Tuỳ từng trường hợp	1,3	0
Nơi khác	0,7	0
Không biết	0,7	0

Nguồn: Phòng Xã hội học Nông thôn, Viện Xã hội học. 1998.

Tại điểm nghiên cứu Hoà Bình, những người được hỏi về nơi thường sinh đẻ đều trả lời “tại nhà, tự đỡ lấy” (17,6%), “tại nhà, nhờ bà đỡ” (36,6%) và “trạm xá, trung tâm y tế xã” (31,4%). Tỷ lệ đến “trạm xá, trung tâm y tế xã” sinh đẻ của đồng bào ở đây tương đối cao đã phản ánh thực tế tác dụng và ý nghĩa của trạm y tế xã đối với nhu cầu nơi sinh đẻ. Nhưng ở Sơn La, nơi sinh đẻ của phụ nữ chủ yếu vẫn là “tại nhà, tự đỡ lấy” (37,6%) và “tại nhà, nhờ bà đỡ” (57,0%). Họ ít đến trạm xá đẻ đẻ (2,0%).

Sự khác nhau như vừa nói trước hết có lẽ do mỗi địa phương có những quan niệm riêng về nơi sinh đẻ, mà không phải do điều kiện tiện nghi trạm xá xã quyết định. Ở Hoà Bình cũng như Sơn La, tại hai điểm khảo sát, chúng tôi thấy không có sự khác nhau lớn về tiện nghi và trình độ cán bộ y tế xã. Hiện nay ở rất nhiều vùng nông thôn miền núi, còn tồn tại phong tục phụ nữ thường đẻ ở nhà, họ ít đến trạm y tế xã, trừ những trường hợp đẻ khó. Ở Sơn La, số liệu điều tra cũng phản

ánh đúng hành vi này. Còn ở Hoà Bình đã có thay đổi về quan niệm, tuy nhiên tỷ lệ phụ nữ đẻ ở nhà vẫn chiếm con số cao. Hành vi sinh đẻ tại nhà, theo chúng tôi, đối với đồng bào miền núi thay đổi là cả một quá trình lâu dài vì trước hết là thói quen, phong tục tập quán đã ăn sâu vào trong đời sống của họ.

3. Kết luận và một vài kiến nghị

1. Trước hết chúng tôi có thể nói rằng, thực trạng khám chữa bệnh ở miền núi hiện nay có xu hướng tiếp cận với y học hiện đại (tây y) do tính hiệu quả cao của y học này. Y học cổ truyền đang có xu hướng suy giảm và người dân miền núi ngày nay chỉ sử dụng nó để chữa các loại bệnh thông thường. Đảng và Nhà nước ta đã đầu tư mạnh mẽ nên y học hiện đại cho khu vực miền núi nên dù trình độ kinh tế - xã hội vẫn còn nhiều khó khăn, thấp kém, song đồng bào tại các khu vực đó vẫn có nhiều cơ hội đến với tây y. Đó chính là sự thành công rất to lớn trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở miền núi hiện nay.

2. Số liệu điều tra nghiên cứu cho thấy, bệnh sốt rét chiếm tỷ lệ cao ở miền núi. Thực tế đó đặt ra như nhiệm vụ cấp bách trong việc phòng và chữa bệnh. Đảng và Nhà nước ta đã nỗ lực tạo điều kiện cho đồng bào phòng và chống bệnh sốt rét, nhưng đồng bào chưa ý thức sâu sắc đến việc phòng và chống bệnh này có hiệu quả. Do vậy, theo chúng tôi, vấn đề không chỉ ở chỗ dùng loại thuốc gì để chống bệnh sốt rét, vấn đề cốt lõi vẫn là giáo dục, tuyên truyền để đồng bào tự phòng bệnh, hạn chế tới mức cao nhất khả năng bệnh có thể xảy ra. Bệnh phụ khoa ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có tỷ lệ rất cao. Do vậy, cần đặc biệt lưu ý đến bệnh này và tuyên truyền giáo dục để chị em phụ nữ có cách nhìn đúng, sâu sắc hơn về loại bệnh đó. Có như vậy mới giúp họ khám và chữa bệnh có hiệu quả.

3. Hiện nay, y học hiện đại đã mang lại hiệu quả cao trong phòng, chữa bệnh tại cộng đồng cư dân miền núi. Song không phải vậy mà, chúng ta quên đi y học cổ truyền. Trong bối cảnh ngày nay không phải người dân nào cũng có khả năng đến bệnh viện huyện, tỉnh một cách dễ dàng để khám chữa bệnh bởi dịch vụ y tế Nhà nước chưa phù hợp với khả năng kinh tế của mọi người lao động. Nhưng một điều đáng mừng là ở một số địa phương miền núi đã có đội ngũ y tế thôn bản chăm sóc sức khoẻ ban đầu rất tốt cho nhân dân. Họ là những người được trang bị kiến thức tối thiểu về tây y và y học cổ truyền. Vì thế, nên khuyến khích đội ngũ này hợp tác với những thầy thuốc dân gian khám chữa bệnh (mức độ đơn giản) cho đồng bào. Làm được như vậy, chắc chắn công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng sẽ thực hiện được toàn diện hơn, kinh tế hơn v.v.

4. Đảng và Nhà nước đã có chính sách đầu tư và phát triển mọi mặt cho miền núi. Tuy vậy, trong lĩnh vực y tế, đối với người miền núi, đặc biệt những xã vùng sâu, vùng xa, vùng cao, chúng ta cần quan tâm hơn nữa vì người dân ở đây trình độ văn hoá xã hội còn hạn chế nên rất khó tiếp cận với dịch vụ y tế Nhà nước. Nhiều xã miền núi đã có trạm y tế, nhưng đội ngũ thầy thuốc năng lực chuyên môn còn kém, rất ít trạm y tế xã có bác sỹ. Đặc điểm miền núi là địa hình phức tạp, đường sá đi lại khó khăn, đồng bào cư trú không tập trung như đồng bằng... do đó, khi cấp cứu đi lại gặp rất nhiều khó khăn và đã nhiều trường hợp không đến kịp. Do vậy, dịch vụ y tế cấp xã với miền núi, theo chúng tôi, có ý nghĩa cực kỳ to lớn, nếu như chúng ta giải quyết tốt vấn đề chuyên môn của đội ngũ cán bộ tại chỗ. Tất nhiên, để làm được điều này là hàng loạt vấn đề khác như chính sách cho đội ngũ cán bộ y tế cơ sở, trang thiết bị v.v. song dù thế nào đi nữa chúng ta không thể không tính đến hướng đầu tư này.

5. Trong điều kiện hiện nay, khi ốm đau, hành vi đến “bệnh viện huyện, tỉnh” chiếm đa số phương án chữa bệnh. Nhưng chúng ta thấy rằng, hành vi đó là bắt buộc, nghĩa là họ phải đến dịch vụ y tế Nhà nước vì nơi đây các dịch vụ y tế tư nhân không phát triển. Đối với người nghèo, có thu nhập thấp, cũng phải tiếp cận với dịch vụ y tế Nhà nước. Để vấn đề chăm sóc sức khoẻ cộng đồng có sự tham gia của người nghèo, các dịch vụ y tế Nhà nước nên mở rộng hơn nữa cánh cửa phục vụ với những phương thức thích hợp với nhóm dân cư có thu nhập thấp. Làm được như thế, chúng ta sẽ góp phần tăng cường khả năng chăm sóc sức khoẻ cho đồng bào miền núi.

Thông qua nghiên cứu nhỏ này, cho dù chỉ là nét phác hoạ, chấm phá hết sức đơn giản về một số yếu tố kinh tế - xã hội ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khoẻ cộng đồng ở miền núi, chúng tôi hy vọng ít nhiều đóng góp, gợi mở - cho vấn đề phát triển y tế miền núi – một lĩnh vực quan trọng giúp nâng cao chất lượng dân cư miền núi trong công cuộc hiện đại hoá đất nước ngày nay.

Tài liệu tham khảo

1. Trịnh Hoà Bình. *Gia đình nông thôn và vấn đề chăm sóc sức khoẻ cộng đồng*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội, 1998.
2. Vũ Phạm Nguyên Thanh. *Cơ sở lý thuyết và thực tiễn cho những nghiên cứu xã hội học về sức khoẻ bệnh tật và y tế* // Xem: *Xã hội học từ nhiều hướng tiếp cận và những thành tựu bước đầu*. Tương Lai (chủ biên), Khoa học xã hội, Hà Nội, 1994.
3. Tô Duy Hợp (chủ biên). *Sự biến đổi của Làng - Xã Việt Nam ngày nay ở Đồng bằng sông Hồng*. NXB Khoa học xã hội, Hà Nội, 2000.
4. *Hướng tới tương lai* (Báo cáo đánh giá chung về tình hình Việt Nam của Liên Hợp Quốc), Liên Hợp Quốc, Hà Nội, 1999.
5. Sở Y tế – UBDS/KHHGĐ tỉnh Hà Giang // Dự án VIE 97/P03. *Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đề tài "Thực trạng và vai trò của đội BVBMTE/KHHGĐ, y tế thôn bản, cộng tác viên dân số trong công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản, tại Hà Giang"*. Hà Giang: 1999.
6. *Sức khoẻ và hành vi đi tìm sức khoẻ của cư dân nông thôn - những kiến nghị về chính sách* // Đề tài cấp Bộ, Trung tâm KHXH và Nhân văn, năm 2000. Chủ nhiệm đề tài: Trịnh Hoà Bình.
7. *Hệ thống chăm sóc sức khoẻ nhìn từ góc độ đổi mới và phát triển*. Báo cáo xã hội năm 2000 // Đề tài khoa học cấp Viện, Viện Xã hội học, 2000. Chủ nhiệm đề tài: Trịnh Hoà Bình.
8. Bế Văn Hậu. *Vấn đề vệ sinh và vệ sinh môi trường ở nông thôn miền núi hiện nay (qua điểm nghiên cứu Hoà Bình và Sơn La)* // Tạp chí Dân tộc học, số 1 năm 2000.
9. Bế Văn Hậu. *Ảnh hưởng của hộ Hoà Bình đến kinh tế hộ gia đình tại Hiền Lương, một xã vùng lòng hồ* // Tạp chí Khoa học về phụ nữ, số 2 năm 2000.