

Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay

Trần Quý Long

Viên Gia đình và Giới

Tóm tắt: Trẻ em là nguồn nhân lực quý giá trong tương lai, chính vì vậy việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ em có ý nghĩa rất quan trọng. Chăm sóc sức khỏe trẻ em không chỉ phụ thuộc vào những yếu tố vĩ mô từ các chính sách của Đảng và Nhà nước mà còn bị chi phối trực tiếp từ các đặc trưng kinh tế - xã hội của từng hộ gia đình. Qua việc phân tích các yếu tố tác động đến việc chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam, bài viết cho thấy trẻ em ở những hộ gia đình có mức sống thấp, là người dân tộc thiểu số, sống vùng sâu vùng xa gặp nhiều bất lợi hơn trong việc được chăm sóc sức khỏe so với nhóm trẻ em khác. Điều này phần nào phản ánh sự khác biệt về điều kiện địa lý, cơ cấu kinh tế xã hội, về hệ thống y tế và cũng như thái độ đối với hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Nghiên cứu nhấn mạnh đến vai trò của gia đình, đặc biệt là vai trò quan trọng của người mẹ trong suốt chu trình mang thai, sinh đẻ, nuôi nấng chăm sóc trẻ tới lúc trưởng thành. Để chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em đạt hiệu quả hơn nữa, bên cạnh việc tổ chức tuyên truyền giáo dục tới những người mẹ cũng cần phải cuốn hút nam giới tham gia nhằm làm thay đổi khả năng nhận thức và hành vi ứng xử trong chăm sóc sức khỏe trẻ em.

Từ khóa: Trẻ em; Chăm sóc sức khỏe trẻ em

1. Đặt vấn đề

Việc chăm sóc sức khỏe tối cho trẻ em không chỉ đảm bảo cho các em khả năng sống còn và an toàn, mà còn tăng khả năng hòa nhập với xã hội.

Chăm sóc sức khỏe trẻ em là một quá trình liên tục kế tiếp nhau từ khi còn là bào thai tới tuổi vị thành niên. Khoa học hiện đại đã chứng minh sức khỏe thể chất và tinh thần của người mẹ có ảnh hưởng trực tiếp đến thai nhi. Việc chăm sóc bà mẹ tốt hơn trước và sau khi sinh sẽ giải quyết được thách thức của một phần ba số trẻ em tử vong trong những ngày đầu tiên của cuộc đời (Liên Hợp Quốc, 2006).

Mặc dù sức khỏe trẻ em có ý nghĩa quan trọng như vậy nhưng không phải tất cả mọi trẻ em đều được hưởng sự chăm sóc chu đáo như nhau trong các gia đình và cộng đồng. Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em không chỉ phụ thuộc vào những yếu tố vĩ mô từ các chính sách và hành động của Nhà nước mà còn phụ thuộc vào những đặc điểm của gia đình.

2. Những yếu tố ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam

2.1. Chính sách của Đảng và Nhà nước

Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề chăm sóc sức khỏe trẻ em, nguồn nhân lực quý giá trong tương lai đối với công cuộc xây dựng và phát triển đất nước, Đảng và Nhà nước Việt Nam đã đề ra nhiều chính sách và chiến lược ưu tiên giảm tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong trẻ em, bao gồm phát triển nguồn lực con người, cải thiện năng lực quản lý trong ngành y tế, củng cố và phát triển y tế cơ sở, cải thiện chất lượng các dịch vụ. Đáng chú ý là việc chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em đã được coi trọng hết sức và triển khai sâu rộng bằng một hệ thống các văn bản chỉ đạo có ý nghĩa pháp quy, kèm theo đó là những cơ chế bảo đảm cho việc thực thi, từ khâu chăm sóc, hướng dẫn người mẹ lúc mang thai, khi sinh nở đến việc hướng dẫn người mẹ cho trẻ em ăn uống đủ chất, hợp vệ sinh, học hỏi tri thức nuôi dạy con cũng như quy định đối với cha mẹ trong việc cho con đi kiểm tra sức khỏe định kỳ, tiêm chủng, uống vắc-xin theo kế hoạch. Điều 46 của Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân ban hành năm 1989 đề cập đến việc bảo vệ sức khỏe trẻ em ghi rõ: “1) Trẻ em được y tế cơ sở quản lý sức khỏe, được tiêm chủng phòng bệnh, phòng dịch, được khám bệnh, chữa bệnh; 2) Ngành y tế có trách nhiệm củng cố và phát triển mạng lưới chăm sóc sức khỏe trẻ em; 3) Cha mẹ, người nuôi dưỡng trẻ em có trách nhiệm thực hiện những quy định về kiểm tra sức khỏe và tiêm chủng theo kế hoạch của y tế cơ sở, chăm sóc trẻ em khi đau ốm và thực hiện quyết định của thầy thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em”.

Công ước về Quyền Trẻ em là văn bản quốc tế có giá trị nhân văn và pháp lý quan trọng góp phần thúc đẩy thay đổi quan niệm truyền thống

của gia đình về quyền trẻ em, trong đó có quyền được chăm sóc sức khỏe. Việt Nam là quốc gia đầu tiên của châu Á và là quốc gia thứ hai trên thế giới phê chuẩn Công ước về Quyền Trẻ em của Liên Hợp Quốc vào năm 1990. Từ khi phê chuẩn Công ước về Quyền trẻ em, Chính phủ Việt Nam đã sửa đổi và ban hành một số luật và chính sách theo hướng phù hợp với Công ước quốc tế trong giải quyết vấn đề trẻ em có tính đến đặc điểm văn hóa của Việt Nam. Các vấn đề về quyền trẻ em đã trở thành một phần của các chương trình kinh tế-xã hội ở Việt Nam.

Luật Bảo vệ, Chăm sóc và Giáo dục trẻ em sửa đổi năm 2004 xác định rõ quyền của trẻ em dưới 6 tuổi được cung cấp dịch vụ y tế miễn phí, và nêu rõ trách nhiệm cụ thể của Nhà nước và các cơ quan y tế trong việc đảm bảo thực hiện các quyền này. Việc ban hành chính sách khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi và cho các hộ gia đình nghèo đánh dấu sự đổi mới trong tư duy về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho trẻ em ở Việt Nam. Chính sách này đã thay đổi nhận thức, hành vi của người dân quan tâm đến sức khỏe trẻ em, góp phần giảm tử vong trẻ em thông qua việc đưa trẻ em đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế kịp thời, giúp cho việc chẩn đoán điều trị kịp thời. Ngoài ra, Luật Bảo vệ, Chăm sóc và Giáo dục trẻ em còn tạo điều kiện cho trẻ em nghèo, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt được dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng, phụ nữ có thai và trẻ em dưới 5 tuổi đã được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng thích hợp. Chính phủ chịu trách nhiệm cấp ngân sách hàng năm cho việc thực thi chính sách miễn phí chăm sóc sức khỏe cho trẻ dưới 6 tuổi. Chính phủ Việt Nam đã đầu tư hàng triệu đô-la vào chương trình này, tính đến tháng 6 năm 2006, 8,5 triệu trẻ em dưới 6 tuổi (tương đương với 96% trẻ dưới 6 tuổi trong cả nước) đã được cấp thẻ khám chữa bệnh miễn phí (UNICEF Việt Nam, 2008).

Việt Nam cam kết thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Liên Hợp Quốc (MDG), trong đó có 2 mục tiêu liên quan đến sức khỏe trẻ em là giảm 2/3 tỷ lệ tử vong trẻ em và giảm 3/4 số lượng sản phụ chết vào năm 2015. Việc cam kết thực hiện các MDG có ý nghĩa quan trọng không chỉ đối với các mục tiêu phát triển kinh tế - xã hội, mà còn quan trọng đối với hoạt động chăm sóc sức khỏe trẻ em. Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt nhiều thành tựu về MDG, trong đó có giảm tỷ suất tử vong trẻ sơ sinh (IMR) và tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi (U5MR). So với các quốc gia có mức thu nhập tương tự, tỷ suất chết trẻ em của Việt Nam thuộc loại thấp nhất ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương (IMR và U5MR của Việt Nam chỉ bằng 50%). Theo Báo cáo Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ năm 2010, tỷ suất tử vong bà mẹ đã giảm từ 233‰ vào năm 1990 xuống 80‰ vào

năm 2005 và xuống 69% vào năm 2009 (Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, 2010). Xu hướng đó cho thấy, nếu tiếp tục cải thiện chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc trước sinh thì Việt Nam có khả năng đạt được mục tiêu thiên niên kỷ vào năm 2015 với tỷ suất tử vong mẹ là 58,3‰.

2.2. Các đặc trưng của gia đình

Ở Việt Nam, các đặc trưng của hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành hành vi đầu tư và tích lũy vốn nhân lực cho trẻ em, trong đó có vấn đề sức khỏe. Hộ gia đình chính là nơi đưa ra các quyết định có ảnh hưởng sâu sắc đến tình trạng sức khỏe và giáo dục của các thành viên trong gia đình. Rất nhiều hộ gia đình sẵn sàng sử dụng phần lớn thu nhập vào y tế và giáo dục cho con cái mình. Ví dụ, ở Việt Nam các hộ gia đình dành trung bình 20% tổng chi phí ngoài lương thực thực phẩm cho y tế và giáo dục (Indu Bhushan và nnk, 2001). Phần trình bày sau đây sẽ xem xét một số đặc trưng của hộ gia đình có tác động trực tiếp đến chăm sóc sức khỏe của trẻ em ở Việt Nam.

Học vấn người mẹ

Chăm sóc sức khỏe là công việc đòi hỏi không chỉ xuất phát từ tình thương yêu, lòng tận tụy mà điều quan trọng người chăm sóc cũng cần phải có kinh nghiệm và hiểu biết nhất định về chăm sóc sức khỏe và y tế để xử lý các vấn đề trong quá trình phòng ngừa, chăm sóc, chữa trị cho các thành viên gia đình khi ốm đau. Phân tích số liệu VLSS 1998, Indu Bhushan và cộng sự (2001) cho thấy trình độ học vấn và kiến thức của các thành viên hộ gia đình có vai trò quan trọng đối với việc sử dụng các dịch vụ y tế. Nếu những người lớn trong gia đình được hưởng sự giáo dục tốt, họ có khả năng am hiểu tốt hơn về cách thức tận dụng các dịch vụ y tế (Indu Bhushan và nnk, 2001). Một số nghiên cứu khác cũng cho rằng việc nâng cao trình độ học vấn của bố mẹ góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng của con cái (Haughton Dominique và cộng sự, 1999), hay học vấn của người mẹ càng cao thì đứa trẻ càng được chăm sóc bảo vệ tốt hơn (Đặng Nguyên Anh, 2000).

Học vấn giúp hiểu biết các phương pháp hữu hiệu để phòng bệnh, phát hiện các dấu hiệu bệnh tật và xử lý các tình huống trong việc chăm sóc chữa trị bệnh, cũng như cung cấp kiến thức chung về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe (Trịnh Hòa Bình, 1998). Tài liệu của Nhóm Hành động chống đói nghèo (2002) nhận định, những phụ nữ có học vấn cao có nhiều khả năng được chăm sóc trước khi đẻ hơn, trong đó có tiêm phòng vắc-xin uốn ván. Những phụ nữ ít học có nguy cơ tử vong cao hơn bởi lẽ họ thường

mang thai sớm hơn, có nhiều con hơn và đẻ dày hơn (Nhóm Hành động chống đói nghèo, 2002).

Kết quả Khảo sát Mức sống dân cư Việt Nam năm 1997-1998 cho thấy trình độ học vấn của người mẹ có ảnh hưởng lớn đến khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của trẻ em, đặc biệt là trẻ em gái. Tỷ lệ trẻ em gái bị ốm được tiếp cận dịch vụ y tế tăng lên 88% khi số năm đi học của người mẹ mới chỉ tăng từ 1 đến 4 năm (FAO và UNDP, 2002). Sự khác nhau trong tuổi thọ và tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi cũng được thấy rõ theo trình độ học vấn của người mẹ. Trẻ em có mẹ chưa đi học có kỳ vọng sống 65,8 năm so với kỳ vọng sống 75 năm đối với trẻ em có mẹ có trình độ trên Trung học phổ thông. Tỷ suất chết dưới 1 tuổi của trẻ em có mẹ chưa đi học là 45 trên 1000 trẻ sinh ra sống so với 17 trên 1000 đối với mẹ có trình độ trên Trung học phổ thông (Bộ Y tế, 2006).

Mức sống

Vẫn còn tồn tại những khác biệt quan trọng giữa người giàu và người nghèo về sự tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Phụ nữ thuộc tầng lớp thu nhập thấp nhất được chăm sóc trước khi sinh ít hơn so với các tầng lớp trung bình trở lên (Nhóm Hành động chống đói nghèo, 2002). Điều tra Mức sống dân cư 1992-1993 và 1997-1998 cho biết, khi thu nhập tăng lên, việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước khi sinh cũng tăng lên theo. Khoảng cách về chất lượng và số lượng chăm sóc trước khi sinh đang tăng lên do bất công bằng trong chi tiêu. Về tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em, nhóm nghèo vẫn đứng sau nhóm không nghèo và mặc dù tỷ lệ được tiêm phòng đầy đủ của nhóm nghèo đã tăng lên nhưng cũng không thể bắt kịp với nhóm chi tiêu giàu nhất (Indu Bhushan và nnk, 2001).

Mức sống còn ảnh hưởng nhiều đến việc sử dụng dịch vụ y tế. Những gia đình giàu có hơn thường quan tâm hơn đến việc tìm sự giúp đỡ về y tế cho con khi bị ốm (Bùi Thị Thanh Hà và Phạm Quỳnh Hương, 1999). Người nghèo ít có khả năng đầu tư vào vốn nhân lực hơn so với người giàu. Thu nhập khiêm tốn của họ thậm chí không đủ khả năng để duy trì những bữa ăn nghèo dinh dưỡng, nên càng không thể đủ tiền chăm sóc sức khỏe cho con cái (Indu Bhushan và nnk, 2001). Mặc dù Nhà nước đã có nhiều chính sách hỗ trợ cho trẻ em trong khám chữa bệnh, nhưng ảnh hưởng của yếu tố kinh tế lên việc sử dụng dịch vụ y tế của trẻ em vẫn khá rõ ràng. Chỉ khoảng một phần ba số trẻ em dưới 6 tuổi thuộc nhóm gia đình giàu không điều trị hoặc tự điều trị khi bị ốm, so với khoảng một nửa số trẻ của gia đình có thu nhập trung bình và hai phần ba của nhóm trẻ em nghèo không điều trị hoặc tự điều trị. Trẻ em thuộc nhóm giàu có khả năng được

điều trị ở tuyến trên cao hơn nhiều lần so với trẻ em thuộc nhóm có điều kiện kinh tế kém hơn (Bộ Y tế, 2006). Tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi của nhóm nghèo cao hơn gấp hai lần so với nhóm giàu và gần như không thay đổi qua các năm, trong khi tỷ suất này có sự thay đổi đáng kể ở các nhóm khác. Trong nhóm nghèo, 16,5% trẻ em chết trước khi đến 6 tuổi so với chỉ 3,6% trong nhóm giàu (Bộ Y tế, 2006).

Thành phần dân tộc

Người dân tộc thiểu số phải đối mặt với các hạn chế đáng kể về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến sức khỏe trẻ em (Nhóm hành động chống đói nghèo, 2002). Dựa trên kết quả điều tra phụ nữ 15-49 tuổi tại 6 xã nghèo ở tỉnh Hòa Bình, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Minh và Lê Phương (2001) cho rằng những hạn chế trong nhận thức và hành vi chăm sóc sức khỏe của một bộ phận dân cư miền núi lý giải vì sao tỷ lệ trẻ em chết sơ sinh ở miền núi luôn luôn cao hơn những khu vực khác. Kết quả Khảo sát Thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY) trong độ tuổi 14-25 năm 2003 chỉ ra rằng nữ thanh niên các dân tộc thiểu số ít được tiếp cận các dịch vụ và các biện pháp can thiệp cụ thể như bổ sung viên sắt và tiêm phòng uốn ván so với nhóm nữ thanh niên nông thôn và càng ít hơn nhiều so với nữ thanh niên thành thị. So với nhóm thanh thiếu niên người Kinh, nhóm nữ thanh niên dân tộc thiểu số thường không sử dụng dịch vụ y tế công trừ trường hợp trầm trọng (Bộ Y tế và các cơ quan khác, 2005). Trẻ em là người Kinh được tiêm chủng đầy đủ hơn trẻ em người dân tộc thiểu số đã được phát hiện ở một số nghiên cứu khác (Đặng Nguyên Anh 2000, Nguyen Minh Thang et al, 2007). Phân tích số liệu Khảo sát Y tế Việt Nam năm 2001-2002, Bussarawan T. và James F. Philips (2007) kết luận rằng bố mẹ của trẻ em dân tộc thiểu số ở những vùng xa ít quan tâm hơn đến việc chăm sóc sức khỏe cho con cái cho dù là tự điều trị hay nhờ giúp đỡ của các dịch vụ về y tế, kể cả hai nhóm mức sống nghèo và không nghèo.

Nơi cư trú

Có sự khác biệt khá rõ trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em trong hộ gia đình ở khu vực thành thị và nông thôn. Khảo sát mức sống 1997-1998 phát hiện rằng 62% phụ nữ nông thôn được chăm sóc tiền sản so với 81% phụ nữ thành thị (FAO và UNDP, 2002). Khảo sát DHS 2002 cho biết tỷ lệ phụ nữ được tiêm phòng uốn ván 2 mũi trở lên ở khu vực thành thị là 81,6% còn ở khu vực nông thôn là 68,1%. Có thể yếu tố tập quán, thói quen tâm lý đã hình thành trong điều kiện dân trí thấp và đời sống khó khăn vẫn còn bảo lưu. Người dân nông thôn vẫn còn quan

niệm thai nghén là hiện tượng tự nhiên, việc chăm sóc trước khi sinh chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cổ truyền, lời khuyên của người thân trong gia đình và cộng đồng, và theo các phương pháp đơn giản tại nhà (Trịnh Hòa Bình, 1998; UNICEF, 1994). Ngoài ra, ở thành thị các cơ sở y tế hiện đại hơn với đội ngũ nhân viên y tế lành nghề hoặc là do các dịch vụ y tế tư nhân phát triển hơn, vì thế phụ nữ đã sử dụng dịch vụ chất lượng cao của y tế công hoặc tiếp cận các cơ sở y tế tư nhân nhiều hơn.

Các chỉ số đầu ra về chăm sóc sức khỏe trẻ em được phản ánh trong sự khác nhau giữa các vùng địa lý của Việt Nam. Mặc dù tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi giảm ở hầu hết các vùng khó khăn (Tây Bắc, Tây Nguyên), nhưng vẫn còn sự chênh lệch lớn so với các vùng có điều kiện kinh tế xã hội phát triển hơn (Đông Nam Bộ, Đồng bằng sông Hồng). Chênh lệch giữa vùng Tây Bắc và vùng Đông Nam Bộ có xu hướng giảm từ 3 lần vào năm 2005 (33,9‰ và 10,6‰) xuống còn khoảng 2,5 lần năm 2008 (21‰ và 8‰), nhưng mức chênh lệch còn rất lớn. Mức chênh lệch giữa các vùng miền cũng được thể hiện ở tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng. Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng ở các vùng Tây Nguyên, Tây Bắc cao nhất nước (28,5% và 24,6% so với tỷ lệ chung cả nước là 18,9%) (Bộ Y tế, 2010).

Kết quả phân tích số liệu DHS năm 2002 chỉ ra rằng việc sử dụng các dịch vụ thai sản cao nhất ở đồng bằng sông Hồng. Tây Nguyên và Miền núi trung du Bắc Bộ là những vùng mà người mẹ tiếp cận dịch vụ ít nhất, với khoảng một phần tư người mẹ không đi khám thai. Tương tự, trong lĩnh vực tiêm phòng uốn ván cho phụ nữ mang thai, Tây Nguyên và vùng cao phía Bắc có sự tụt lại xa hơn so với các vùng khác (DHS, 2002). Có lẽ do các tín ngưỡng văn hóa ngự trị trong việc chăm sóc khi mang thai và sinh đẻ đã góp phần tạo ra những khác biệt này (Nhóm Hành động chống đói nghèo, 2002).

Một nghiên cứu sử dụng số liệu Điều tra Mức sống dân cư 1999 cho biết, trẻ em ốm đau ít được đi khám nhất ở vùng Bắc Trung Bộ và miền núi phía Bắc (Bùi Thị Thanh Hà và Phạm Quỳnh Hương, 1999). Sử dụng kết quả khảo sát DHS 1997, nghiên cứu của Đặng Nguyên Anh cho thấy ảnh hưởng của khu vực địa lý là rất mạnh đến chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Trẻ em ở các tỉnh đồng bằng sông Hồng có điều kiện phòng chống bệnh tật tốt nhất, trong khi trẻ ở Đông Nam Bộ được khám chữa bệnh khi ốm đau cao nhất. So với hai khu vực này, việc chăm sóc sức khỏe trẻ em ở các vùng địa lý khác đều kém hơn (Đặng Nguyên Anh, 2000). Cuộc khảo sát DHS 2002 cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ tiêm chủng cao nhất ở đồng bằng sông Hồng và thấp nhất ở Miền núi – Trung du Bắc bộ (DHS,

2002). Nghiên cứu của Phạm Tất Dong và nnk (2000) cũng chỉ ra rằng trẻ em ở những vùng miền núi không được người lớn đáp ứng nhu cầu được quan tâm chăm sóc, nhiều trẻ bệnh đã tới hồi nguy kịch mới được gia đình đưa đến cơ sở khám chữa bệnh của nhà nước.

3. Thảo luận và kết luận

Sự nghiệp bảo vệ chăm sóc và giáo dục trẻ em được Đảng và Nhà nước Việt Nam rất coi trọng, điều này không chỉ là thể hiện tình cảm đạo đức, đạo lý của dân tộc đối với thế hệ tương lai mà còn là trách nhiệm, nghĩa vụ của toàn xã hội, của các tổ chức chính trị - xã hội, đoàn thể, của mỗi gia đình và mỗi cá nhân. Trong những năm qua, công tác chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng cho trẻ em đã được cải thiện rõ rệt. Độ bao phủ và chất lượng của các dịch vụ y tế đã được cải thiện ngày một phù hợp hơn cho trẻ em, góp phần thu hẹp khoảng cách trong việc hưởng thụ các dịch vụ y tế. Tuy nhiên, cơ sở vật chất và trang thiết bị chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở tuyến cơ sở còn hạn chế. Trẻ em miền núi, nông thôn chưa được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Vẫn tồn tại sự khác biệt lớn về sức khỏe trẻ em giữa các vùng địa lý. Việc thiếu đầu tư tài chính dẫn đến không cung cấp đủ các dịch vụ cần thiết và có chất lượng cho trẻ em (Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, 2007).

Với chủ trương xã hội hoá của Đảng và Nhà nước, công tác bảo vệ và chăm sóc trẻ em ngày nay không chỉ là bốn phần của từng gia đình mà còn là trách nhiệm của toàn xã hội, tuy nhiên trong mối tương quan đó, gia đình vẫn là yếu tố trụ cột. Gia đình được coi là môi trường đầu tiên và nhỏ nhất thực hiện chức năng bảo vệ và chăm sóc sức khỏe trẻ em. Gia đình cũng là mạng lưới đầu tiên kết nối các hoạt động chăm sóc với người ốm đau. Các thành viên trong gia đình không chỉ là những người chăm sóc người đau ốm, chi trả chi phí khám chữa bệnh mà còn là những nhân tố quan trọng trong việc cung cấp kiến thức cũng như là mắt xích quan trọng trong quan hệ giữa người bệnh và các cơ sở y tế. Họ là những người chăm sóc đầu tiên cho bà mẹ và trẻ em ở tuyến hộ gia đình và cộng đồng. Kiến thức và kỹ năng thực hành của họ rất quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe và sự phát triển của trẻ em.

Tiềm lực kinh tế và địa vị xã hội của gia đình có ý nghĩa quan trọng đối với việc chăm sóc trẻ em. Trẻ em là người dân tộc thiểu số, trong những gia đình nghèo và sinh sống ở vùng sâu vùng xa gặp nhiều bất lợi hơn trong việc được chăm sóc sức khỏe so với những trẻ em khác. Nhiều kết quả nghiên cứu ở nước ta cho thấy trẻ em dân tộc thiểu số có tỷ lệ suy dinh dưỡng, bệnh tật, tử vong cao hơn trẻ em người Kinh (Trần Quý Long, 2009).

Sức khỏe được hiểu theo nghĩa rộng là những tài sản phục vụ sản xuất của cá nhân và là kết quả của một quá trình đầu tư lâu dài. Bất bình đẳng trong thu nhập có thể khắc phục được trong một thời gian tương đối ngắn, trong khi đó những bất công bằng về chăm sóc sức khỏe có thể để lại hậu quả nghiêm trọng qua nhiều thế hệ. Đầu tư vào chăm sóc sức khỏe cho trẻ em là giải pháp cơ bản để phá vỡ vòng luẩn quẩn của sự nghèo đói. Nhìn chung những gia đình có mức sống cao hơn thì trẻ em được chăm sóc sức khỏe nhiều hơn. Khái quát này hoàn toàn phù hợp với những quan sát trong thực tế đời sống hàng ngày và phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Một trong những hạn chế chính bên cạnh nhu cầu về sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em đối với hộ nghèo là khả năng chi trả cho các dịch vụ. Báo cáo Phát triển Thế giới (2006) đã nhận xét rằng, người giàu xem ra vừa có sức khỏe vừa có trình độ học vấn tối hơn những người khác. Người nghèo nhất trong nhóm nghèo có số năm đi học ít nhất và chỉ số về sức khỏe cũng kém nhất. Phải hợp lý hóa cơ cấu tài chính y tế và làm cho nó công bằng hơn là một đòi hỏi cấp thiết và chính đáng. Xét theo quan điểm tầm vĩ mô, sẽ là hiệu quả hơn nếu tất cả trẻ em trong mọi gia đình đều có khả năng và đều được tăng cường sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật như nhau.

Sự khác biệt giữa các vùng địa lý có mức độ phát triển kinh tế-xã hội, hệ thống y tế khác nhau đối với việc chăm sóc trẻ em, đòi hỏi phải có chú ý đặc biệt đối với những vùng kém phát triển để phát hiện hành vi tìm kiếm sức khỏe cho trẻ em thấp là do thói quen, phong tục tập quán hay là do nhận thức. Nhà nước vẫn phải tiếp tục đầu tư cho công tác tuyên truyền giáo dục về hành vi tìm kiếm sức khỏe cho trẻ em trong các gia đình, đặc biệt là phụ nữ cũng như cung cấp các nguồn lực về cơ sở hạ tầng, thuốc men, đội ngũ nhân viên y tế cho những vùng sâu, vùng xa, vùng kém phát triển. Trên phương diện quốc gia, những nỗ lực nhằm nâng cao tỷ lệ chăm sóc sức khỏe trẻ em giai đoạn thai sản và giai đoạn nuôi dưỡng, đặc biệt đối với trẻ em dân tộc thiểu số, ở vùng sâu vùng xa, v.v. chắc chắn sẽ góp phần hạ thấp tỷ lệ tai biến, bệnh tật và tử vong trẻ em ở Việt Nam. Cần cung cấp cho cộng đồng những thông tin đầy đủ, hỗ trợ cho các gia đình và những người chăm sóc trẻ những phương thức xử lý đúng lúc và kịp thời (Trần Quý Long, 2009).

Chăm sóc sức khỏe trẻ em là sự kiện kết nối các thành viên gia đình nhưng việc thực hiện hầu hết là do người phụ nữ. Vai trò chăm sóc sức khỏe trẻ em của người mẹ được xây dựng thông qua mạng lưới của các quan hệ xã hội và kinh tế, trong phạm vi gia đình và nơi làm việc. Vai trò của người phụ nữ đặc biệt quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ em

trong suốt chu trình mang thai, sinh đẻ, nuôi nấng chăm sóc tới lúc trưởng thành. Người mẹ được coi là nhân tố quan trọng nhất trong việc tiếp xúc trực tiếp đối với nhân viên y tế cũng như các cơ sở y tế, là tác nhân tham gia vào quá trình nối dài thêm các quan hệ mạng lưới chăm sóc sức khỏe trong gia đình tới những mạng lưới của các thiết chế y tế. Nhằm hoàn thành tốt nhất sự chăm sóc cho bản thân và trẻ em, phụ nữ cần có kiến thức đúng đắn và phù hợp, kỹ năng và sự giúp đỡ. Nhóm phụ nữ học vấn thấp thường ít có nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và chăm sóc sức khỏe trẻ em. Như một nghiên cứu đã đề cập (Ngân hàng Thế giới, 2001), người mẹ quyết định việc khuyến khích sự thông minh và sự phát triển về thể lực trong những năm đầu của đứa trẻ. Học vấn kém và phụ thuộc vào những người khác của người mẹ sẽ lấy đi sự hiểu biết và tự tin, làm suy yếu khả năng chăm sóc, tìm kiếm sức khỏe cho con cái của họ.

Đối với những phụ nữ được học hành chu đáo về sức khỏe và chăm sóc trẻ em, thì trở ngại lớn nhất đối với họ là thời gian. Những gánh nặng công việc trong và ngoài gia đình có thể cản trở phụ nữ chăm sóc con cái đầy đủ. Becker (1991) nhận định rằng thực tế việc tăng đầu tư về thời gian của người mẹ là một trong những cách chủ yếu để các gia đình cân bằng giữa số lượng hoặc chất lượng của những đứa con của họ (dẫn theo Indu Bhushan và nnk, 2001). Điều quan trọng là tiếp tục cung cấp giáo dục và thông tin để trang bị cho các bà mẹ khả năng nhận thức và thay đổi hành vi trong việc tìm kiếm sức khỏe cho trẻ em. Cần phải tiến hành các hoạt động truyền thông có trọng điểm và thích hợp về văn hóa để làm thay đổi thói quen nhằm gia tăng nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho trẻ em (Nhóm Hành động chống đói nghèo, 2002). Cùng với việc tăng cường quyền năng cho người phụ nữ, các chương trình tuyên truyền giáo dục cần phải cuốn hút nam giới và chú ý đến họ trong các chiến dịch nhằm làm thay đổi nhận thức và hành vi, ứng xử trong việc chăm sóc sức khỏe trẻ em.

Như vậy, có thể thấy vấn đề chăm sóc sức khỏe trẻ em không chỉ phụ thuộc vào những yếu tố vĩ mô từ các chính sách của Đảng và Nhà nước mà còn bị chi phối trực tiếp từ các đặc trưng kinh tế - xã hội của từng hộ gia đình, trong đó nổi lên vai trò đặc biệt quan trọng của người mẹ. Trong thập niên qua, công tác chăm sóc sức khỏe cho trẻ em ở Việt Nam đã được cải thiện rõ rệt, khoảng cách trong việc hưởng thụ dịch vụ chăm sóc y tế cho trẻ em giữa các vùng miền và hộ gia đình đã thu hẹp đáng kể. Tuy nhiên, những khó khăn trong chăm sóc sức khỏe trẻ em ở nhóm hộ gia đình có mức sống thấp, là người dân tộc thiểu số, sống vùng sâu vùng xa cho thấy các chiến dịch tuyên truyền giáo dục về y tế cộng đồng không

chỉ hướng đối tượng phụ nữ, mà cần thu hút sự tham gia của nam giới nhằm tăng khả năng nhận thức và hành vi ứng xử trong chăm sóc sức khỏe trẻ em ở cấp hộ gia đình. Bên cạnh đó, Nhà nước cũng cần có sự ưu tiên đầu tư tài chính để hoàn thiện hệ thống dịch vụ y tế dành cho trẻ em ở vùng sâu, vùng xa, vùng nông thôn và dân tộc thiểu số nhằm thu hẹp khoảng cách trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hướng tới mục tiêu đảm bảo mọi trẻ em đều có quyền được chăm sóc và hưởng thụ các dịch vụ y tế một cách công bằng. ■

Tài liệu tham khảo

- Bộ Y tế. 2006. *Báo cáo Y tế Việt Nam 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới*. Nxb. Y học, Hà Nội.
- Bộ Y tế. 2010. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam 2010: Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm 5 năm 2011-2015*. Hà Nội.
- Bộ Y tế và các cơ quan khác. 2005. *Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và thanh niên Việt Nam*, Hà Nội.
- Bùi Thị Thanh Hà và Phạm Quỳnh Hương. 1999. "Sức khỏe trẻ em". Trong *Hộ gia đình Việt Nam qua phân tích định lượng*. Dominique và nnk (cb). Nxb. Chính trị quốc gia, Hà Nội.
- Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2007. *Báo cáo quốc gia kiểm điểm giữa kỳ tình hình thực hiện Văn kiện "Một thế giới phù hợp với trẻ em" của Liên Hợp Quốc*. Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em. Hà Nội.
- Đặng Nguyên Anh. 2000. "Cấu trúc hộ gia đình và sức khỏe trẻ em: những phát hiện qua khảo sát nhân khẩu học và sức khỏe 1997". *Tap chí Xã hội học* (số 4), tr. 61-74.
- DHS 2002. *Điều tra nhân khẩu học và Sức khỏe 2002*. Nxb. Thống kê, Hà Nội.
- FAO và UNDP. 2002. *Khác biệt giới trong nền kinh tế chuyển đổi ở Việt Nam*.
- Haughton Dominique và cộng sự. 1999. "Sở thích con trai" Trong *Hộ gia đình Việt Nam qua phân tích định lượng*. Dominique và nnk (cb). Nxb. Chính trị quốc gia, Hà Nội.
- Indu Bhushan và nnk 2001. *Vốn nhân lực của người nghèo*. Ngân hàng phát triển châu Á và Bộ Lao động Thương binh – xã hội, Hà Nội.
- Julia Samueison và cộng sự. 1995. *Tình trạng sức khỏe phụ nữ ở Việt Nam*. Ủy ban Quốc gia Vì sự tiến bộ của phụ nữ và Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Hà Nội.
- Liên Hợp Quốc. 2006. "Báo cáo các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ 2005". *Tap chí Dân số và Phát triển*, (Số 2), tr. 5-11
- Ngân hàng Thế giới. 2006. *Báo cáo Phát triển Thế giới 2006: Công bằng và phát triển*. Nxb. Văn hóa thông tin, Hà Nội.

- Ngân hàng Thế giới. 2001. *Đưa vấn đề giới vào phát triển*. Nxb. Văn hóa thông tin, Hà Nội.
- Nguyễn Hữu Minh và Lê Phương. 2001. "Về thực trạng và nhận thức về chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ ở các xã nghèo miền núi phía Bắc". *Tạp chí Khoa học về Phụ nữ*, (số 2), tr. 50-56.
- Nguyễn Thu Nhan. 1994. *Tình hình sức khỏe và bệnh tật – khái niệm và nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em. Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe trẻ em tại cộng đồng*. Nxb. Y học, Hà Nội.
- Nhóm hành động chống đói nghèo. 2002. *Cải thiện tình trạng sức khỏe và giảm bớt những bất bình đẳng*. Báo cáo chung của các nhà tài trợ. Hà Nội.
- Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2010. *Việt Nam: 213 chặng đường thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ, hướng tới năm 2015*. Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Hà Nội.
- Phạm Tái Dong và nnk. 2000. *Nghiên cứu đặc điểm nhu cầu phát triển của trẻ em Việt Nam trong thời kỳ đổi mới*. Ủy ban Bảo vệ chăm sóc trẻ em Việt Nam, Hà Nội.
- Trần Quý Long. 2009. "Hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em trong gia đình hiện nay". *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, (số 1), tr. 67-79.
- Trịnh Hòa Bình. 1998. *Gia đình nông thôn và vấn đề chăm sóc sức khỏe cộng đồng*. Nxb. Khoa học xã hội, Hà Nội.
- Trịnh Hòa Bình, Nguyễn Đức Chính. 2001. "Một số vấn đề cần quan tâm hiện nay của hệ thống chăm sóc sức khỏe". *Tạp chí Xã hội học*, (số 2), tr. 49-57.
- UNFPA. 2005. *Tình trạng dân số thế giới 2005 - Lời hứa về công bằng, bình đẳng giới, sức khỏe sinh sản và các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ*.
- UNICEF. 1994. *Phân tích tình hình phụ nữ và trẻ em*. Hà Nội.
- UNICEF Việt Nam. 2008. *Phân tích tình hình trẻ em ở Việt Nam sử dụng cách tiếp cận dựa vào quyền*. Hà Nội.
- Bussarawan T. and James F. Philips. 2007. *Ethnic Differential in Parental Health Seeking for Childhood Illness in Vietnam*. Population Council, New York.
- Nguyen Minh Thang et al. 2007. "Child immunization in Vietnam: Situation and barriers to coverage". *Journal of Biosoc.Sci.*, (39), tr. 41-58.