

VIỆN HÀN LÂM KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

NGUYỄN THỊ XUÂN

**SỰ KHÁC BIỆT TRONG HÀNH VI
KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI
Ở KHU VỰC MIỀN NÚI TÂY BẮC HIỆN NAY**
(Qua phân tích số liệu tại 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên)

Chuyên ngành: Xã hội học

Mã số: 8 31 03 01

LUẬN VĂN THẠC SĨ XÃ HỘI HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS. NGUYỄN TUẤN ANH

HÀ NỘI, 2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận văn này là kết quả nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong luận văn là trung thực và chưa được công bố trong bất kỳ một công trình nghiên cứu nào khác. Việc sử dụng kết quả, trích dẫn tài liệu của người khác đảm bảo theo đúng các quy định. Các nội dung trích dẫn và tham khảo các tài liệu, sách báo, thông tin được đăng tải trên các tác phẩm, tạp chí và trang web theo danh mục tài liệu tham khảo của luận văn.

Nếu nội dung luận văn của tôi trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào đã công bố, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm và tuân thủ kết luận đánh giá luận văn của Hội đồng khoa học.

Hà Nội, ngày 28 tháng 8 năm 2018

Tác giả luận văn

NGUYỄN THỊ XUÂN

MỤC LỤC

MỞ ĐẦU.....	1
CHƯƠNG 1 CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU.....	20
1.1. Định nghĩa và giải thích khái niệm làm việc	20
1.2. Thao tác hóa khái niệm “hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi” ..	23
1.3. Các lý thuyết vận dụng trong nghiên cứu.....	24
1.4. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu.....	27
CHƯƠNG 2 THỰC TRẠNG HÀNH VI KHÁM CHỮA BỆNH VÀ SỰ KHÁC BIỆT VỀ CÁC HÀNH VI KHÁM CHỮA BỆNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI.....	32
2.1. Thực trạng sức khỏe, bệnh tật và khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc.....	32
2.2. Sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi.....	42
KẾT LUẬN.....	59
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	64

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1: Tình hình sức khỏe của người cao tuổi phân theo tỉnh	33
Bảng 2.2. Tình hình mắc bệnh tật của người cao tuổi phân theo tỉnh	34
Bảng 2.3: Tình hình mắc bệnh tật của người cao tuổi ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính	35
Bảng 2.4: Tình hình bệnh tật của người cao tuổi thuộc hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi.....	37
Bảng 2.5: Tình hình khám sức khỏe của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc	38
Bảng 2.6: Nguồn tiền khám chữa bệnh của người cao tuổi phân theo tỉnh ...	39
Bảng 2.7: Số lần nằm viện của người cao tuổi phân theo tỉnh.....	40
Bảng 2.8: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi phân theo tỉnh.....	43
Bảng 2.9: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi tại hai tỉnh Hà giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi.....	44
Bảng 2.10: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo thời gian đến cơ sở y tế.....	55
Bảng 2.11: Hành vi lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh của người cao tuổi ở Hà Giang và Điện Biên phân theo khu vực	46
Bảng 2.12: Hành vi lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh của người cao tuổi ở Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính	48
Bảng 2.13: Tình hình khám sức khỏe của người cao tuổi phân theo khu vực	51
Bảng 2.14: Hành vi khám sức khỏe của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính	54
Bảng 2.15: Tình hình khám sức khỏe của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi	55

DANH MỤC CÁC BIỂU

Biểu đồ 2.1: Mức độ khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi phân theo tỉnh	49
Biểu đồ 2.2: Hành vi khám chữa bệnh khi thấy sức khỏe giảm sút của người cao tuổi phân theo thu nhập bình quân trên tháng	50
Biểu đồ 2.3: Tình hình người cao tuổi khám sức khỏe định kỳ phân theo nguồn tiền chi cho khám chữa bệnh	53

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài

Trong một vài năm trở lại đây do tỷ suất sinh, tỷ suất chết giảm, tuổi thọ trung bình tăng làm tỷ lệ người cao tuổi nước ta có sự thay đổi đáng kể cả về quy mô cũng như tuổi thọ so với tổng dân số. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê [30], đến năm 2017, tỷ lệ người cao tuổi đã chiếm hơn 10% dân số. Tuy nhiên chỉ một năm sau đó Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số, sớm hơn 6 năm so với dự báo. Báo cáo tổng kết cuối kỳ của Bộ Y tế [2] cũng cho thấy tuổi thọ trung bình tính từ khi sinh của người Việt có xu hướng tăng từ 72,9 tuổi năm 2010 lên 73,3 tuổi năm 2015 (70,7 tuổi ở nam và 76,1 tuổi ở nữ), tính đến năm 2016, tuổi thọ trung bình tính từ khi sinh đạt 73,4 tuổi.

Mặc dù tỷ lệ người cao tuổi đang có xu hướng tăng trong giai đoạn gần đây. Tuy nhiên, sức khỏe của người cao tuổi là một trong những vấn đề đáng lo ngại. Người cao tuổi Việt Nam đang phải đối mặt với vấn đề “thọ nhưng không khỏe”. Tuổi thọ của người cao tuổi có xu hướng tăng lên đi cùng với nó gánh nặng về bệnh tật cũng có xu hướng tăng theo. Mô hình bệnh tật ở người cao tuổi Việt Nam những năm gần đây đang có xu hướng thay đổi từ bệnh lây nhiễm sang bệnh không lây nhiễm [4], từ bệnh cấp tính sang bệnh mãn tính. Trung bình mỗi người cao tuổi mang trong mình 3 bệnh mãn tính. Việc người cao tuổi mắc cùng một lúc quá nhiều bệnh mãn tính gây khó khăn trong quá trình khám và điều trị, đặc biệt là ở các khu vực miền núi – khi trình độ chuyên môn cũng như cơ sở vật chất phục vụ cho quá trình khám chữa bệnh còn khá thiếu thốn [21].

Ở các vùng nông thôn Việt Nam nói chung và ở khu vực miền núi Tây Bắc nói riêng, hệ thống an sinh xã hội chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi. Do điều kiện sức khỏe cũng như hoàn cảnh sống và

khoảng cách đến cơ sở y tế, khi có nhu cầu khám chữa bệnh nhiều người cao tuổi lựa chọn đến khám tại các Trạm Y tế. Tuy nhiên, cơ sở vật chất của Trạm Y tế khu vực Tây Bắc thường chỉ được trang bị những thiết bị cấp cứu, sơ cứu ban đầu. Ngoài ra, trình độ chuyên môn của nhiều y, bác sỹ còn yếu, máy móc cấp về không sử dụng được, do đó khó có thể xử lý cũng như đáp ứng được nhu cầu của người cao tuổi. Ở khu vực Tây Bắc, việc chi trả trong quá trình khám chữa bệnh dường như trở thành gánh nặng cho nhiều người cao tuổi do nghề nghiệp chủ yếu trước đây là nông dân, trồng trọt dưới hình thức du canh du cư, kinh tế gia đình khó khăn không có tích góp trước đó, nên nhiều người dù có bệnh, dù mong muốn đến các cơ sở y tế tuyến trên để khám chữa nhưng do không đủ khả năng chi trả nên quyết định “ủ bệnh”.

Cũng tại khu vực Tây Bắc, theo thói quen của địa phương, các hộ gia đình trong đó có hộ gia đình người cao tuổi tương đối khác nhau. Do trình độ học vấn ở mức thấp, thu nhập thấp, không giao tiếp, nói chuyện được bằng tiếng Việt do đó người cao tuổi gặp khó khăn trong việc tiếp cận với các kiến thức chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh. Chính vì vậy, hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi dựa chủ yếu vào kinh nghiệm dân gian truyền lại của cộng đồng. Do hạn chế về địa bàn nghiên cứu của số liệu, chính vì vậy, tác giả quyết định chọn thêm tỉnh Hà Giang để so sánh với địa bàn nghiên cứu nhằm phân tích rõ hơn sự khác biệt giữa khu vực miền núi phía bắc của Việt Nam. Xuất phát từ thực tế này, tác giả quyết định lựa chọn nghiên cứu đề tài *“Sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc hiện nay – Qua phân tích số liệu tại 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên”*. Nghiên cứu muốn hướng đến tìm hiểu thực trạng tình hình khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực này, những khác biệt về giới tính, độ tuổi, khu vực nông thôn – đô thị, địa bàn cư trú trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi trong quá trình khám chữa bệnh, từ đó đưa ra những kết

luận phù hợp góp phần cải thiện thêm tình hình khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc nói chung.

2. Tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài

Trên thế giới, kể cả ở Việt Nam và nước ngoài, đã có không ít công trình, bài báo nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe, cũng như khám chữa bệnh của người cao tuổi. Qua các ấn phẩm đã công bố, các tác giả không chỉ đưa ra các định nghĩa mà còn đi sâu vào tìm hiểu thực trạng, khó khăn trong cách tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh... Với đối tượng vừa đa dạng vừa phong phú này, các nhà khoa học đi trước đã đạt được không ít thành tựu quan trọng. Tuy nhiên, trong khuôn khổ luận văn này tác giả chỉ đi vào tìm hiểu các nghiên cứu liên quan đến hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi. Cụ thể là: bức tranh tổng quan già hóa dân số, tình hình chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh của người cao tuổi và khó khăn trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi.

2.1. Già hóa dân số

Già hóa dân số đang diễn ra ở trên tất cả các khu vực và các quốc gia ở các tốc độ khác nhau. Già hóa dân số đang tăng với tốc độ nhanh nhất ở các nước đang phát triển trong đó có những nước có nhóm dân số trẻ đông đảo. Hiện nay có đến 7 trong số 15 nước có hơn 10 triệu người già thuộc các nước đang phát triển [32]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trung bình cứ một giây có hai người bước vào tuổi 60, tức mỗi năm thế giới có thêm khoảng 58 triệu người 60+. Trung bình cứ 9 người sẽ có một người 60+ và tỷ số này sẽ là 5:1 vào năm 2050. Hiện nay, thế giới có khoảng 901 triệu người cao tuổi (năm 2015), chiếm 12,3% dân số. Số này sẽ tăng lên hơn hai tỷ người vào năm 2050, chiếm 22% dân số thế giới [16] [36]. Già hóa dân số được coi là thành tựu của quá trình phát triển. Hiện nay có tới 33 quốc gia đạt được tuổi thọ trung bình trên 80 tuổi; trong khi đó 5 năm trước đây chỉ có 19 quốc gia đạt

con số đó. Năm 1950, toàn thế giới có 205 triệu người từ 60 tuổi trở lên. Đến năm 2012, số người cao tuổi đã tăng lên đến gần 810 triệu người. Dự báo đến năm 2050 con số này sẽ tăng lên 2 tỷ người [32]. Tỷ lệ nữ cao tuổi trên toàn cầu chiếm đa số trong tổng dân số người cao tuổi. Tính đến năm 2012, cứ 100 nữ giới từ 60 tuổi trở lên thì có 84 nam giới [32].

Đi liền với những thành tựu trên, quá trình già hóa dân số cũng tạo ra nhiều thách thức về mặt xã hội, kinh tế và văn hóa cho các cá nhân, gia đình, xã hội và cộng đồng trên toàn cầu [32]. Già hóa khiến nhiều quốc gia trên thế giới rơi vào tình trạng thiếu lao động, tạo nên gánh nặng cho ngành y tế cũng như phúc lợi xã hội của đất nước. Cụ thể hơn, già hóa dân số còn dẫn đến những sự thay đổi trong nhân khẩu học. Điều này đặt ra những thách thức mới cho các gia đình, cộng đồng và các quốc gia nói chung, đặc biệt là mô hình hạt nhân, ít thế hệ sinh sống trong một gia đình, trong việc quan tâm đến người cao tuổi. Không những thế, sự gia tăng nhanh chóng số lượng người cao tuổi tạo ra gánh nặng cho ngành y tế, gánh nặng cho các cơ sở khám chữa bệnh nói chung cũng như chi phí cho các dịch vụ này nói riêng [38] [39].

Ở Việt Nam, do tỷ suất sinh và tỷ suất chết giảm cùng với tuổi thọ tăng, điều này khiến dân số cao tuổi Việt Nam đang phát triển nhanh chóng về cả số lượng và tỷ lệ so với tổng dân số. Hiện nay, Việt Nam có khoảng 10,1 triệu người cao tuổi, chiếm 11% dân số. Riêng số người từ 80 tuổi trở lên là 2 triệu người. Dự báo đến năm 2030, tỷ trọng người cao tuổi Việt Nam chiếm 18% và năm 2050 là 26%. Nếu như các nền kinh tế phát triển mất vài thập kỷ, thậm chí hàng thế kỷ để chuyển từ giai đoạn già hóa dân số sang giai đoạn dân số già thì với tốc độ già hóa như hiện nay, Việt Nam chỉ mất 15 năm [16]. Việc gia tăng dân số già trên toàn quốc mô hình chung đã gây ra nhiều thách thức cho tăng trưởng kinh tế cũng như hạ tầng cơ sở và các dịch vụ xã hội. Xét theo vùng kinh tế - xã hội, người cao tuổi ở Việt Nam tập trung chủ yếu ở

vùng đồng bằng Sông Hồng và đồng bằng Sông Cửu Long – những vùng sản xuất nông nghiệp chủ yếu của đất nước.

2.2. Tình hình chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh của người cao tuổi

2.2.1. Thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi

Sức khỏe là tiêu chí ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống hàng ngày của người cao tuổi. Bước sang giai đoạn tuổi già, người cao tuổi không chỉ đối mặt với nguy cơ tử vong do những biến đổi về mặt sinh học mà còn phải đối mặt với những hạn chế về chức năng hoặc nguy cơ về đau ốm kinh niên [31].

Phân theo lứa tuổi, tình trạng sức khỏe của người cao tuổi phụ thuộc nhiều vào tuổi tác, tuổi càng tăng thì tỷ lệ người cao tuổi có tình trạng sức khỏe yếu càng cao, số bệnh mắc phải càng lớn và thời gian nằm viện càng dài. Trong khi đó, thách thức lớn nhất trong khám chữa bệnh cũng như chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi là do mô hình và nguyên nhân gây bệnh của người cao tuổi đang có xu hướng thay đổi nhanh chóng khiến cho gánh nặng “bệnh tật kép” ngày càng rõ ràng. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi chuyển từ bệnh lây nhiễm sang bệnh mãn tính, không lây nhiễm [31] [19].

Sự biến đổi này tạo nên thách thức lớn, đòi hỏi mỗi quốc gia, mỗi dân tộc phải xây dựng một chính sách, có các chương trình hoạt động cụ thể hướng đến chăm sóc sức khỏe cũng như khám chữa bệnh cho người cao tuổi. Tùy vào tình hình thực tế mỗi quốc gia, mà mỗi đất nước lựa chọn một phương thức, ban hành một chính sách riêng. Tại Nhật Bản, Nhà nước phải chi một khoản tiền lớn cho hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Những người cao tuổi từ 75 trở lên phải chi 10% tổng chi phí khám chữa bệnh, từ 70-74 tuổi tự chi trả 20% tổng chi phí khám chữa bệnh. Ở Hàn Quốc thì ngược lại, do tỷ lệ người cao tuổi ngày càng có xu hướng tăng nhanh, chính vì vậy nó tạo nên gánh nặng cho toàn ngành y tế của đất nước. Để giải

quyết vấn đề này, các hoạt động chăm sóc sức khỏe, dịch vụ khám chữa bệnh dành cho người cao tuổi nói chung và người dân nói riêng được chuyển sang các bệnh viện tư nhân. Ở Đài Loan, để đảm bảo quyền lợi cho người cao tuổi, Chính phủ Đài Loan đã thực hiện chính sách bao phủ Bảo hiểm y tế, qua đó chi phí trong quá trình khám chữa bệnh của người cao tuổi được thanh toán thông qua Bảo hiểm y tế. Ngoài ra, quốc gia này còn thực hiện các chương trình thúc đẩy sức khỏe cộng đồng cho người cao tuổi qua một số chủ đề như: các hoạt động thể chất, phòng chống ngã, dinh dưỡng, sức khỏe răng miệng, thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tinh thần...nhằm hướng đến nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cũng như khám chữa bệnh cho người dân [37] [39].

Ở Việt Nam, Chính phủ đã ban hành điều luật riêng về chăm sóc sức khỏe cho người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng. Ngay từ những năm 1970, Lãnh đạo Đảng, Nhà nước và Bộ Y tế đã đề ra chương trình nghiên cứu về y học tuổi già. Năm 1980, tại bệnh viện Bạch Mai đã thành lập đơn vị nghiên cứu chuyên y về tuổi già. Điều này cho thấy, Đảng và Nhà nước ta đặc biệt chú trọng đến chăm sóc người cao tuổi từ rất sớm. Không những thế, hàng năm, Bộ Y tế thường triển khai các đoàn bác sỹ tình nguyện đến thăm khám sức khỏe cho người dân trong các vùng sâu vùng xa, tại các địa bàn khó khăn của đất nước. Những người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên được cấp phát thẻ Bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh miễn phí. Khi đến khám chữa bệnh ở các bệnh viện, người cao tuổi được hưởng nhiều chế độ ưu tiên như được khám chữa bệnh trước, được cấp phát thuốc miễn phí theo danh mục thuốc của Bảo hiểm y tế.v.v... Ngoài ra, trong một vài năm trở lại đây, Việt Nam đã thành lập các khoa lão khoa trong các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh để khám chữa bệnh cho người cao tuổi. Hơn nữa, vào năm 2009, nước ta chính thức thành lập Bệnh viện Lão khoa Trung ương là cơ sở dành riêng chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh cho người cao tuổi [3].

2.2.2. Thực trạng khám chữa bệnh cho người cao tuổi

Thách thức cao nhất đối với việc chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi hiện nay là mô hình và nguyên nhân bệnh tật. Tuổi càng cao thì người cao tuổi càng có nguy cơ mắc nhiều bệnh. 95% người cao tuổi có bệnh và chủ yếu là bệnh mãn tính không lây nhiễm như bệnh xương khớp (40.62%), bệnh tim mạch và huyết áp (45.6%), tiền liệt tuyến (63.8%) và rối loạn tiểu tiện (35.7%) [10] [31] [8].

Ở một số quốc gia trên thế giới, việc thay đổi đời sống và việc làm là nguyên nhân dẫn đến sự thay đổi về mô hình bệnh tật. Ở các quốc gia phát triển, mối quan tâm hàng đầu về sức khỏe là phòng và điều trị các bệnh mãn tính, tăng hiệu quả chăm sóc nội trú, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu có hiệu quả, dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi. Tuổi già còn là nguyên nhân dẫn đến tình trạng tàn phế và các bệnh mãn tính. Những bệnh tàn phế thường gặp là giảm thị lực, giảm thính lực và ngã chấn thương. Trên thế giới có 180 triệu người bị tàn phế thị giác, khoảng 4% người cao tuổi bị khiếm thị mà nguyên nhân chính là do bị đục thủy tinh thể, tăng huyết áp, thoái hóa điểm vàng và bệnh võng mạc do đái tháo đường.

Do không đi khám chữa bệnh thường xuyên và nhiều thói quen ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe như hút thuốc, uống rượu, ăn đồ ăn nhiều dầu mỡ... nên đối với người cao tuổi ở Việt Nam thì việc mắc các bệnh không lây nhiễm càng trở thành vấn đề nghiêm trọng. Đây là một trong những nguyên nhân khiến người cao tuổi quyết định tìm đến các cơ sở y tế để khám chữa bệnh, cần đến sự chăm sóc khi ốm đau bệnh tật của các thành viên trong gia đình. Điều quan trọng thứ hai là sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, nghèo khổ, di dân, sự thay đổi các giá trị xã hội là một trong những nguyên nhân làm mai một khả năng chăm sóc của gia đình đối với người cao

tuổi. Tuổi thọ trung bình của người cao tuổi tăng, tỷ lệ người cao tuổi tăng đồng nghĩa với việc làm thay đổi mô hình bệnh tật trong xã hội hiện nay [20].

Xét về chi phí khám chữa bệnh, chi phí trung bình để chăm sóc sức khỏe cho một người cao tuổi bằng 7-8 lần chi phí trung bình để chăm sóc sức khỏe cho một trẻ em. Trong khi đó, mức độ hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi còn thấp. Người cao tuổi không biết về các biểu hiện tăng huyết áp, không biết nguy cơ nào gây ra tăng huyết áp, hoặc cách phòng chống đau xương khớp [22].

Ngoài những căn bệnh ảnh hưởng đến cơ thể người già, nhiều người cao tuổi còn mắc thêm một số loại bệnh do thay đổi lối sống như sa sút tinh thần và trầm cảm... do rời bỏ hoạt động nghề nghiệp, thói quen công việc đã gắn bó trong nhiều năm hoặc là do những người cao tuổi di cư sang nước ngoài sinh sống. Những căn bệnh sau khi về hưu có thể dễ dàng được chữa trị hơn với các căn bệnh về mặt sinh lý do phải di cư sang sinh sống tại một quốc gia khác. Do bất đồng văn hóa, bất đồng ngôn ngữ, nhiều người cao tuổi khi di cư sang nước ngoài có xu hướng mắc các bệnh liên quan đến tâm thần, triệu chứng bệnh thần kinh. Mặc dù xuất hiện những hiện tượng tâm lý bất thường nhưng người cao tuổi Việt Nam sống tại nước ngoài có xu hướng không thừa nhận những triệu chứng đó. Họ rất ngại khi phải chỉ ra những triệu chứng bệnh lý trên cơ thể, những cảm giác khó chịu, không thoải mái trong người như các bệnh ngoài da và người cao tuổi chỉ kể ra những vấn đề tâm lý khi bản thân các cụ cảm thấy thoải mái hơn rất nhiều [29].

Các cuộc nghiên cứu về tình trạng sức khỏe của người cao tuổi tại 6 vùng kinh tế xã hội của Việt Nam chỉ ra rằng, có đến 50% người cao tuổi cho rằng tình trạng sức khỏe của mình đang ở mức yếu hoặc rất yếu. Khi đi khám chữa bệnh 40% người cao tuổi được chuẩn đoán có bệnh huyết áp, trên 30% người cao tuổi được chuẩn đoán viêm khớp. Về các bệnh mãn tính, người cao

tuổi ở khu vực thành thị có xu hướng mắc các bệnh tiểu đường cao hơn nông thôn. Hơn 80% người cao tuổi bị chấn thương trong 12 tháng qua được điều trị bởi cán bộ y tế. Trong số những người cao tuổi phải trả tiền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gần 50% trong số họ không đủ tiền chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe [33].

2.2.3. *Khó khăn trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh*

Số người cao tuổi tăng lên sẽ làm tăng gánh nặng kinh tế, xã hội để duy trì ổn định cuộc sống khỏe mạnh của nhóm người cao tuổi. Ngay cả khi tỷ lệ phụ thuộc trẻ em giảm đi cũng không thể bù đắp được những chi phí xã hội tăng lên, do chi phí chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi lớn hơn nhiều chi phí chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Chính vì vậy, vấn đề cung cấp tài chính cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ trở thành quan trọng nhất với những quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi cơ cấu bệnh tật sang các bệnh mãn tính. Số liệu của các quốc gia công nghiệp giàu có cho thấy, chi phí cho chăm sóc sức khỏe bình quân đầu người dành cho người cao tuổi tăng gấp 3 so với người lao động trưởng thành. Phí dịch vụ cũng vì thế có xu hướng tăng do ứng dụng ngày một nhiều hơn những công nghệ hiện đại [28].

Hơn nữa, khả năng và tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở các nhóm người cao tuổi hết sức khác nhau và đây là một nguyên nhân khiến một bộ phận không nhỏ người cao tuổi không được điều trị, chăm sóc đầy đủ ngay cả khi phát hiện ra bệnh sớm. Nhóm người cao tuổi ở vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo – nhóm chiếm tỷ lệ cao trong dân số người cao tuổi – lại rất khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này nhưng nguyên nhân chủ yếu là do hệ thống y tế còn yếu về thiếu thuốc men và trang thiết bị chữa bệnh cho người cao tuổi; phân bố Trạm, Trung tâm Y tế không phù hợp đặc biệt là khu vực nông thôn và miền núi [30].

Khó khăn về chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe trong đó có khám chữa bệnh, gánh nặng chi tiêu về chăm sóc sức khỏe trong đó có khám chữa bệnh có xu hướng lệch về những nhóm dân số cao tuổi khó khăn hơn. Chi tiêu tiền túi bình quân cho chăm sóc sức khỏe của hộ gia đình người cao tuổi, thể hiện bằng số tiền chi trả và tỷ lệ phần trăm của chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe trong tổng chi tiêu của hộ gia đình. Chi tiêu y tế của hộ gia đình chủ yếu là chi tiêu tiền túi và phần chi tiêu từ Bảo hiểm xã hội chỉ chiếm tỷ trọng nhỏ. Chi tiêu trung bình của người cao tuổi ở khu vực nông thôn cho khám chữa bệnh thấp hơn nhiều so với chi tiêu trung bình của người cao tuổi ở khu vực đô thị. Tuy nhiên tỷ lệ chi tiêu cho khám chữa bệnh ở hai khu vực này không chênh lệch đáng kể nên gánh nặng chi tiêu y tế có xu hướng lệch về hướng nông thôn. Không những thế, nhóm dân số cao tuổi ở nhóm có thu nhập thấp nhất lại có tỷ lệ chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe so với tổng chi tiêu của hộ gia đình tương đương với nhóm dân số cao tuổi có thu nhập cao nhất nhưng số lần khám chữa bệnh cao nhất chỉ bằng một nửa [18].

Nguyên nhân tiếp theo khiến việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi khó khăn là do dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi còn hạn chế, phương pháp xử lý bệnh và thái độ phục vụ của cán bộ y tế là một trong những điểm cần lưu tâm. Nhìn chung phương pháp xử lý của cán bộ y tế được người cao tuổi nhìn nhận ở mức bình thường thậm chí là không tốt. Mặc dù, tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng nhưng mạng lưới y tế phục vụ người cao tuổi Việt Nam còn rất yếu, trong đó số nhân viên y tế phục vụ tại cộng đồng còn thiếu và nghiệp vụ kỹ năng phát hiện điều trị chăm sóc người cao tuổi còn thấp [10].

Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi còn hạn chế. Hiện nay, mạng lưới y tế của Việt Nam từ trung ương đến địa phương đã được củng cố. Nhiều dịch vụ y tế được nghiên cứu và đưa vào áp

dụng trong thực tế. Vấn đề Bảo hiểm y tế, quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo được Đảng và Nhà nước quan tâm. Tuy nhiên, việc triển khai quỹ khám chữa bệnh còn gặp nhiều khó khăn do chất lượng dịch vụ y tế còn hạn chế, kiến thức về các vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người dân còn chưa đầy đủ về các dịch vụ truyền thông... Tình hình chăm sóc y tế còn yếu, mạng lưới y tế phục vụ cho người cao tuổi chưa có, số nhân viên y tế phục vụ tại cộng đồng vừa thiếu về số lượng vừa yếu về nghiệp vụ trong khi nhu cầu chăm sóc y tế lại rất lớn. Theo con số điều tra của Viện Lão khoa Quốc gia tại ba địa bàn Hà Nội, Thừa Thiên Huế và Bà Rịa-Vũng Tàu, phần lớn người cao tuổi đều trả lời là không được bác sỹ và nhân viên y tế tới nhà khám, cụ thể là ở Phương Mai- Hà Nội là 51%, Phú Xuân-Thừa Thiên Huế là 83,6%, ở Hoà Long - Bà Rịa Vũng Tàu là 78,3%. Có tới 75,8% các cụ cho rằng mình cần được khám chữa bệnh tốt hơn so với hiện tại. Tỷ lệ này cao nhất ở Phương Mai 86,6%, Hoà Long 72,7% cuối cùng là Phú Xuân 68,2% [28].

Tiểu kết

Như vậy, tùy theo mục tiêu nghiên cứu, mỗi tác giả hay nhóm tác giả đã đưa ra những nội dung phân tích trên các mốc thời gian, không gian cụ thể về vấn đề chăm sóc sức khỏe trong đó có khám chữa bệnh của người cao tuổi. Có điều, dù cho mục tiêu có khác nhau như thế nào, song khi bàn về vấn đề khám chữa bệnh của người cao tuổi nói chung cũng như vấn đề khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi nói riêng thì người ta không thể không xác định và so sánh sự thay đổi trạng thái của hiện tượng ở các mốc thời gian, dưới tác động của các điều kiện chính trị - xã hội riêng của chúng. Dựa trên cơ sở này, nhà nghiên cứu không chỉ biết được sự khác biệt về khám chữa bệnh của người cao tuổi diễn ra như thế nào, mà còn trả lời được câu trả lời tại sao có sự khác biệt.

Nói tóm lại, cho đến nay, việc nghiên cứu liên quan đến vấn đề khám chữa bệnh dù đã thu được không ít thành tựu, nhưng nhìn chung vẫn còn khá tản mạn. Nguyên nhân cơ bản, theo tác giả là ở chỗ từ trước đến nay chúng ta vẫn coi vấn đề khám chữa bệnh của người cao tuổi chưa là một nghiên cứu độc lập mà thường hòa tan nó vào nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe. Theo tác giả, sự khu biệt này có thể góp phần xây dựng một hệ thống tri thức độc lập về khám chữa bệnh cho người cao tuổi đồng thời tránh được tình trạng hòa tan các nghiên cứu về khám chữa bệnh vào chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi mà lâu nay chúng ta vẫn gặp.

Từ cách nhìn nhận như trên, luận văn của tác giả với tư cách là một nghiên cứu phân tích số liệu thứ cấp sẽ cố gắng đi sâu phân tích và tổng hợp nhằm góp phần chỉ ra sự khác biệt trong việc khám chữa bệnh, hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi ở hai khu vực miền núi Hà Giang và Điện Biên. Thông qua đó, luận văn hi vọng góp một phần nào đó làm phong phú thêm cho các tri thức về khám chữa bệnh cho người cao tuổi đã được định hình từ trước.

3. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

3.1. Mục đích nghiên cứu

Luận văn này đem lại một sự hiểu biết tương đối về hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi thuộc khu vực miền núi Tây Bắc, qua đó chỉ ra sự khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu – xã hội trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi thuộc khu vực này. Về mặt khoa học, kết quả nghiên cứu góp phần bổ sung thêm những tri thức về hành vi chăm sóc sức khỏe, trong đó có khám chữa bệnh của người cao tuổi đã được định hình từ trước.

3.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Để thực hiện mục đích trên, trong luận văn này, tác giả tập trung vào những nhiệm vụ sau:

-Thu thập các tài liệu nghiên cứu trong nước và quốc tế liên quan đến vấn đề chăm sóc sức khỏe, hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi, phân tích các tài liệu về chăm sóc sức khỏe, các thông tin có sẵn về người cao tuổi trên cơ sở đó trình bày cơ sở lý luận nghiên cứu về hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc.

-Sử dụng bộ số liệu đề tài “*thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi*” điều tra năm 2015 tại 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên để phân tích sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi bao gồm: Hành vi khám sức khỏe định kỳ và hành vi lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh.

- Kiểm chứng các giả thuyết nghiên cứu.

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên.

4.2. Khách thể nghiên cứu

1) Là những người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên.

2) tính đến thời điểm nghiên cứu, nhóm người cao tuổi này hiện đang sinh sống ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên.

3) Là những người cao tuổi mắc bệnh tật và đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm nghiên cứu.

4.3. Phạm vi nghiên cứu

- *Phạm vi không gian:*

Lấy hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên là quê gốc hoặc quê vợ/chồng hoặc nơi người cao tuổi đã đến định cư và sống từ 5 năm trở lên.

- *Phạm vi thời gian:* 2015

5. Cơ sở lý luận và phương pháp nghiên cứu

5.1. Cơ sở lý luận

Câu hỏi nghiên cứu

- Thực trạng tình hình bệnh tật của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc như thế nào?

- Sự khác biệt trong hành vi khám sức khỏe định kỳ, hành vi lựa chọn cơ sở của người cao tuổi ở khu vực Tây Bắc như thế nào?

Giả thuyết nghiên cứu

Với mỗi câu hỏi đặt ra, tác giả đều đưa ra những giả thuyết tương ứng. Cụ thể là:

- Người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc hiện đang phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật kép. Phần đa người cao tuổi hiện đang mắc các bệnh mãn tính.

- Có sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực Tây Bắc. Những người cao tuổi có thu nhập cao hơn thường có lựa chọn nhiều hơn. Những người cao tuổi có tuổi thấp hơn thường lựa chọn các cơ sở y tế nhiều hơn. Những người cao tuổi ở đô thị thường lựa chọn cơ sở y tế ở tuyến cao hơn nhiều hơn. Những người nam giới có xu hướng lựa chọn cơ sở y tế ở tuyến trên cao hơn nhóm phụ nữ cao tuổi.

- Những người cao tuổi ở Điện Biên đi khám sức khỏe định kỳ nhiều hơn Hà Giang, những người cao tuổi có Bảo hiểm y tế thường đi khám sức khỏe nhiều hơn, những người cao tuổi được con cháu chi trả tiền khám sức khỏe đi khám chữa bệnh nhiều hơn, những người cao tuổi ở đô thị thường đi khám sức khỏe nhiều hơn, nam giới cao tuổi đi khám sức khỏe nhiều hơn.

Các biến số và khung phân tích

Biến số độc lập

- Tỉnh: Hà Giang và Điện Biên

-Khu vực: Nông thôn – Đô thị

-Giới tính: thể hiện qua chỉ báo nhóm nam và nhóm nữ

- Học vấn: được chia làm 3 nhóm: nhóm có học vấn thấp, nhóm có học vấn trung bình và nhóm có học vấn cao.

- Nghề nghiệp: được chia làm 3 nhóm: Nhóm thuần nông, nhóm hỗn hợp (vừa nông nghiệp và vừa phi nông) và nhóm phi nông.

- Tình trạng sống: được chia làm 3 nhóm: Sống một mình, sống với vợ/chồng/con cái và sống với anh/chị/em/ họ hàng.

-Thu nhập

- Nhóm tuổi: nhóm tuổi được chia làm 3 loại: 60 tuổi đến 69 tuổi, 70 tuổi đến 79 tuổi, từ 80 tuổi trở lên.

-Thời gian đi di chuyển đến cơ sở y tế: chia làm 4 loại: dưới 10 phút, 11-30 phút, 31-60 phút, trên 1 tiếng.

Biến số phụ thuộc

Biến số phụ thuộc ở đây được hiểu là những “hành vi khám chữa bệnh” bao gồm 2 yếu tố cơ bản: người cao tuổi tự nhận định về tình trạng sức khỏe, tình trạng bệnh tật, khám sức khỏe định kỳ và lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh, cụ thể:

- Tự nhận định về tình trạng sức khỏe: được chia làm 3 nhóm: tốt, trung bình, kém

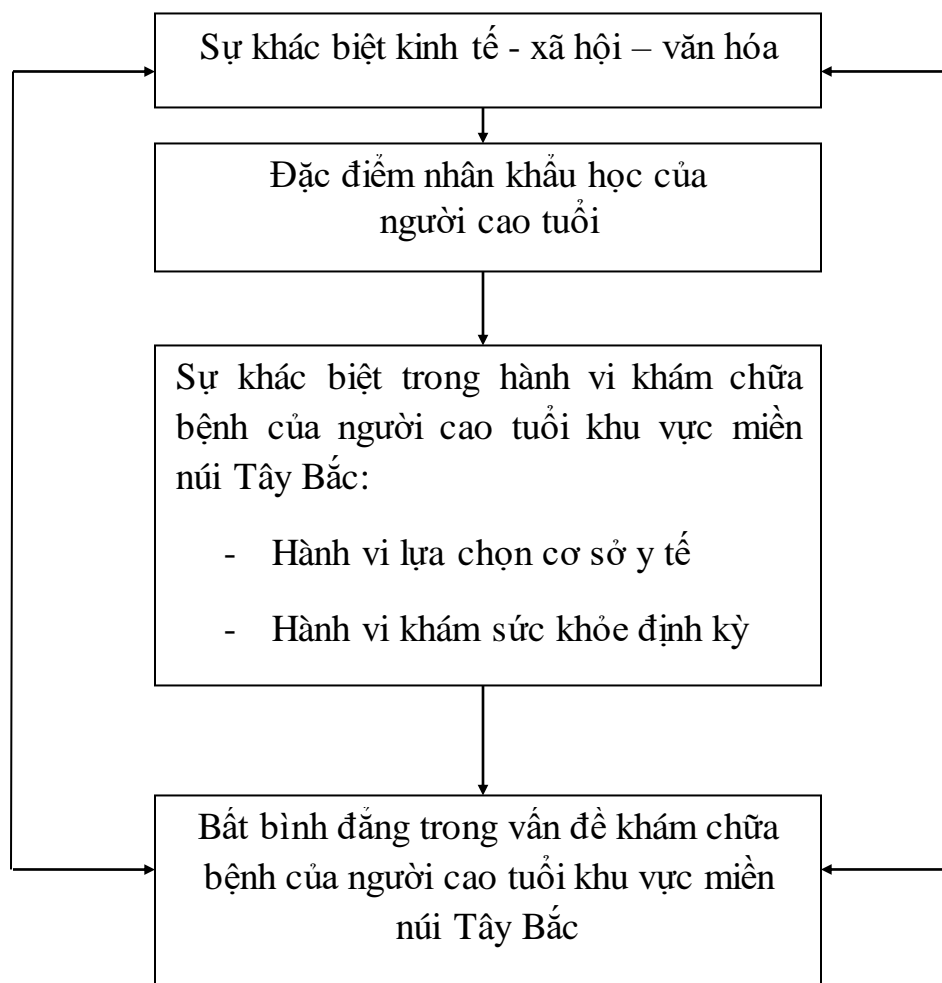
Tình trạng bệnh tật: được chia làm 3 nhóm: nhóm không mắc bệnh, nhóm mắc 1 bệnh, nhóm mắc 2 bệnh trở lên.

-Hành vi khám sức khỏe định kỳ: được thể hiện qua câu hỏi mức độ thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ.

-Hành vi đi khám chữa bệnh khi phát hiện dấu hiệu bệnh: được thể hiện thông qua số lần đi khám chữa bệnh trong 12 tháng qua nhằm hướng đến việc tìm hiểu tần suất khám chữa bệnh của người cao tuổi.

- Hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh: tìm hiểu hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi. Liệu rằng ở khu vực miền núi, người cao tuổi sẽ lựa chọn cơ sở y tế công lập hay tư nhân, trạm xá hay các bệnh viện cấp huyện, cấp tỉnh, cấp Trung ương.

Khung phân tích



5.2. Phương pháp nghiên cứu

Các phương pháp nghiên cứu được dùng để thực hiện nghiên cứu này là: Phương pháp phân tích tài liệu, phương pháp phân tích số liệu thứ cấp. Cụ thể như sau:

-Phương pháp phân tích tài liệu

Phương pháp nghiên cứu tài liệu thứ cấp là việc biên soạn lại các thông tin có sẵn trong các tài liệu hay nói cách khác là xem xét các thông tin có sẵn trong các tài liệu để rút ra các thông tin cần thiết, có liên quan đến mục tiêu nghiên cứu của đề tài. Trong luận văn này, tác giả sử dụng các nguồn tài liệu như: các văn bản pháp luật, các công trình nghiên cứu, các bài báo, bài tạp chí liên quan đến vấn đề chăm sóc sức khỏe trong đó có vấn đề khám chữa bệnh của người cao tuổi. Từ đó phát triển thêm các hướng nghiên cứu mới hoặc nghiên cứu tại các khu vực mà chưa được các nghiên cứu khác đề cập tới.

-Phương pháp phân tích số liệu thứ cấp

Luận văn lựa chọn phân tích bộ số liệu có sẵn về “*Thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi*” của Viện Người cao tuổi Việt Nam – hội Người cao tuổi Việt Nam tiến hành khảo sát thành 2 đợt năm 2014 và năm 2015. Trong cuộc điều tra lần 2 năm 2015, nghiên cứu đã tiến hành khảo sát tại 3 tỉnh là Hà Giang, Thừa Thiên Huế và Điện Biên. Cuộc điều tra sử dụng bảng hỏi định lượng với cỡ mẫu là 600. Kết cấu nghiên cứu trong bảng hỏi được chia làm 4 phần như sau: đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu về nhu cầu ăn uống, nhu cầu mặc, nhu cầu ăn ở, đi lại, nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe và nghiên cứu về quan niệm của người cao tuổi đối với những nhu cầu cơ bản của mình. Thông qua các mục nghiên cứu trong bảng hỏi, đề tài sẽ tiến hành trích xuất những mục liên quan đến nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên với cỡ mẫu 400, từ đó dùng những phương pháp phân tích và xử lý số liệu định lượng, cụ thể luận văn sử dụng phân tích số liệu định lượng thu thập được bằng phần mềm SPSS 22.0 để đưa ra được các tương quan biến số nhằm kiểm chứng mục tiêu và giả thuyết nghiên cứu đã đặt ra. Thông qua những biến số như vậy, luận văn sẽ

mô tả các biến số và đưa ra các giả thuyết nhận định ban đầu về vấn đề nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc.

6. Ý nghĩa lý luận và thực tiễn

6.1. Ý nghĩa lý luận

Với việc thao tác hóa khái niệm “hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi” cũng như việc phân tích sự khác biệt của nó qua các đặc điểm nhân khẩu học của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc, luận văn sẽ góp phần làm sáng tỏ thêm khái niệm này, qua đó làm phong phú thêm cho vốn từ vựng và thuật ngữ trong nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe trong đó có khám chữa bệnh nói chung và hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi nói riêng. Việc vận dụng các lý thuyết xã hội học như lý thuyết hành động xã hội của Max Weber, lý thuyết sự lựa chọn hợp lý trong quá trình nghiên cứu cũng góp phần tìm hiểu tính phổ biến, độ tin cậy và khả năng áp dụng các lý thuyết này vào thực tiễn nghiên cứu ở khu vực miền núi Tây Bắc nói chung và thực tiễn nghiên cứu ở nước ta nói riêng.

6.2. Ý nghĩa thực tiễn

Kết quả nghiên cứu của đề tài mong muốn có thể góp phần trở thành tài liệu tham khảo cho việc hoạch định kế hoạch về chăm sóc sức khỏe và các mô hình chăm sóc sức khỏe, trong đó có vấn đề nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực trung du miền núi Tây Bắc Việt Nam hiện nay. Kết quả nghiên cứu cũng có thể là tài liệu tham khảo cho sinh viên, học viên trong học tập và nghiên cứu với chủ đề chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc, trong đó có vấn đề nhu cầu khám chữa bệnh.

7. Kết cấu của luận văn

Ngoài phần mở đầu và phần kết luận, trong luận văn này, chương 1 sẽ trình bày cơ sở lý luận và cơ sở thực tiễn của đề tài, trong đó có các định

nghĩa và thao tác hóa khái niệm làm việc, giới thiệu các tiếp cận lý thuyết và địa bàn nghiên cứu.

Tiếp đó, ở phần nghiên cứu thực nghiệm, tác giả tổ chức thành 3 phần. phần 1 trình bày về thực trạng sức khỏe bệnh tật, khám chữa bệnh của người cao tuổi, phần 2 trình bày về sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi khu vực miền núi phía bắc và phần 3 trình bày về hành vi khám sức khỏe của họ. Mỗi chương đều có nhiệm vụ mô tả và phân tích một số khía cạnh nhân khẩu học trong nhu cầu cũng như hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi, từ đó chỉ ra được sự khác biệt trong mỗi khía cạnh, cũng như kiểm chứng lý thuyết và những giả thuyết đặt ra.

Sau cùng là phần phụ lục với bảng hỏi của cuộc khảo sát. Đây là những tư liệu quan trọng hình thành nên nội dung của luận văn.

Chương 1

CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

1.1. Định nghĩa và giải thích khái niệm làm việc

Trong nghiên cứu này sẽ làm rõ khái niệm: hành vi, bệnh tật, hành vi khám chữa bệnh, người cao tuổi, khu vực miền núi Tây Bắc. Riêng khái niệm “hành vi khám chữa bệnh” sẽ được thao tác cụ thể để xác định nội dung nghiên cứu.

1.1.1. Khái niệm hành vi

Theo từ điển Xã hội học (2010) [34]: “*Hành vi cá nhân tuyệt nhiên không phải là sản phẩm của một sự tùy tiện hay một sự tự do tuyệt đối. Nó bao giờ cũng phát triển trong một hệ thống cưỡng chế hay ít nhiều rõ rệt đối với chủ thể hành vi. Nó không phải là sự dân thân cũng không phải hoàn toàn do các cơ cấu xã hội khách quan quy định. Nó là hành vi cá nhân diễn ra trong quá trình xã hội hóa, nhưng nó không phải là hệ quả máy móc của xã hội hóa. Nó dựa trên ý định và động cơ của chủ thể hành vi, cũng như vào những phương tiện hành vi của chủ thể.*”

Theo Vũ Quang Hà Và Nguyễn Thị Hồng Xoan (2002) [12]: “*Hành vi hay ứng xử là biểu hiện của mối liên hệ giữa kích thích và phản ứng. Lúc này không có chỗ cho sự cân nhắc, tính toán kỹ càng mà chỉ là phản ứng đối với kích thích mà thôi.*”

Theo Phạm Tất Dong và Lê Ngọc Hùng (1997) [9]: “*Hành vi được hiểu hàm ý là hành vi xã hội. Theo đó, các cá nhân phải suy nghĩ, đối chiếu và cân nhắc...trước mỗi tác nhân trước khi phản ứng, chứ không phải phản ứng một cách máy móc.*”

Trong luận văn này, khái niệm hành vi được hiểu là các hành vi xã hội của người cao tuổi. Các hành vi mà cụ thể là hành vi khám sức khỏe định kỳ,

hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh của người cao tuổi thực hiện dựa trên bối cảnh xã hội cụ thể như thời gian đến cơ sở y tế, mức độ nặng nhẹ của bệnh, tiền khám chữa bệnh ...trong đó có suy nghĩ, cân nhắc, đối chiếu trước mỗi hoàn cảnh nhằm hướng đến phục vụ tốt hơn lợi ích của từng người cao tuổi.

1.1.2. Khái niệm bệnh tật

Bệnh tật theo nghĩa rộng nhằm chỉ bất kỳ tình trạng nào làm suy yếu chức năng bình thường. Bệnh tật là khía cạnh sinh học của sự không khỏe, chủ yếu là rối loạn chức năng sinh lý.

Theo Emile Durkhiem (2012): *“Bệnh tật là sự đau đớn có thể được xem như dấu hiệu của bệnh tật, về đại thể hai loại sự kiện này chắc chắn có mối quan hệ, nhưng không phải mối quan hệ đều đặn và rõ ràng. Có những căn bệnh nghiêm trọng nhưng không gây đau đớn, nhưng có những rối loạn không nghiêm trọng, như muội than rơi vào mắt lại gây nên nỗi thống khổ thực sự... Trong một trường hợp nào đó, chính cảm giác không đau đớn, thậm chí cảm giác thích khoái, là những triệu chứng của bệnh...”* (Emile Durkhiem (2012), dẫn lại Vũ Thị Minh Ngọc, 2017 [20])

Theo nghiên cứu của Macleod (1993) bệnh tật được phân làm 3 loại bệnh nhẹ, bệnh thường và bệnh nặng (Dẫn theo Hoàng Bá Thịnh, 2010 [26]). Trong nghiên cứu này, bệnh tật được hiểu là trạng thái bất thường trong cơ thể con người biểu hiện ra ngoài thông qua tình trạng sức khỏe, được chuẩn đoán và điều trị tại các cơ sở y tế.

1.1.3. Khái niệm người cao tuổi

Theo Pháp lệnh Người cao tuổi và Luật Người cao tuổi Việt Nam năm 2009 [25]: *“người cao tuổi là những người từ 60 tuổi trở lên. Nếu căn cứ trên cơ sở tuổi về hưu theo quy định của Bộ Luật lao động, tuổi về hưu của nam là 60 tuổi và của nữ là 55 tuổi”*.

Theo tổ chức y tế thế giới (World Health Organization, 2001 [39]): *“người cao tuổi là những người từ 55 tuổi trở lên”*.

Theo Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA, 2011[31]): *“người cao tuổi là những người từ 65 tuổi trở lên. Ở hầu hết các nước phát triển, người cao tuổi cũng được xác định có độ tuổi cao hơn ở Việt Nam khoảng 5 tuổi, được tính từ 65 tuổi trở lên.”*

Theo Forman và cộng sự (Forman, Berman, McCabe, Baim, & Wei, 1992 [37]): *“người cao tuổi là được chia làm 3 nhóm: 60-69, 70-79 và 80 trở lên”*.

Nghiên cứu này sử dụng khái niệm người cao tuổi theo khái niệm của Forman và cộng sự tức là người cao tuổi được chia làm 3 nhóm: Nhóm người cao tuổi từ 60-69 tuổi, nhóm người cao tuổi từ 70-79 tuổi và nhóm người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên hiện đang sinh sống trên địa bàn nghiên cứu.

1.1.4. Khái niệm khu vực miền núi Tây Bắc

Theo sự phân vùng địa lý, khu vực miền núi Tây Bắc là vùng miền núi phía tây của miền bắc Việt Nam. Khu vực này có chung biên giới với Lào và Trung Quốc. Đây được coi là một trong 3 vùng tiểu địa lý tự nhiên của Bắc Bộ Việt Nam. Khu vực miền núi Tây Bắc gồm có các tỉnh: Hòa Bình, Sơn La, Điện Biên, Lai Châu, Lào Cai, Yên Bái, Cao Bằng, Bắc Cạn, Lạng Sơn, Thái Nguyên, Bắc Giang. Đây được coi là vùng tập trung nhiều đồng bào dân tộc thiểu số với đa màu sắc văn hóa. Theo cách phân chia tương đối của giai đoạn gần đây, Việt Nam được chia thành 6 vùng địa lý. Khu vực Tây Bắc và Đông Bắc được gộp lại thành khu vực trung du miền núi phía bắc. Do đó, hai tỉnh thuộc địa bàn nghiên cứu này không phân chia theo cách sắp xếp khu vực địa lý mà ngụ ý đây là hai tỉnh nằm ở phía Tây Bắc của tổ quốc.

1.2. Thao tác hóa khái niệm “hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi”

Trước khi tìm hiểu về khái niệm “hành vi khám chữa bệnh”, cần phải xác định thế nào là khám chữa bệnh?

Theo Luật Khám chữa bệnh số 40/2009/QH12 của Quốc hội [24]: *“Khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chuẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận. Chữa bệnh là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh. Người bệnh là người sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh”*.

Theo khái niệm trên thì nhân viên y tế là chủ thể trong hoạt động khám chữa bệnh. Tuy nhiên một số nghiên cứu trong lĩnh vực xã hội học y tế và sức khỏe thì người bệnh mới là chủ thể trong hoạt động khám chữa bệnh.

Theo Sarah Nettleton (1995) trong khám chữa bệnh, cá nhân không còn thụ động điều trị khi ốm đau, mà phải là người tham gia tích cực đồng thời chủ động ra quyết định trong việc duy trì sức khỏe của chính họ [20]. Điều này cho thấy, trong quá trình khám chữa bệnh các cá nhân sẽ cân nhắc, tính toán và quyết định lựa chọn một phương thức khám chữa bệnh phù hợp sao cho việc khám chữa bệnh đạt hiệu quả cao nhất. Ở đây, bản thân người bệnh được coi là chủ thể trong hoạt động khám chữa bệnh.

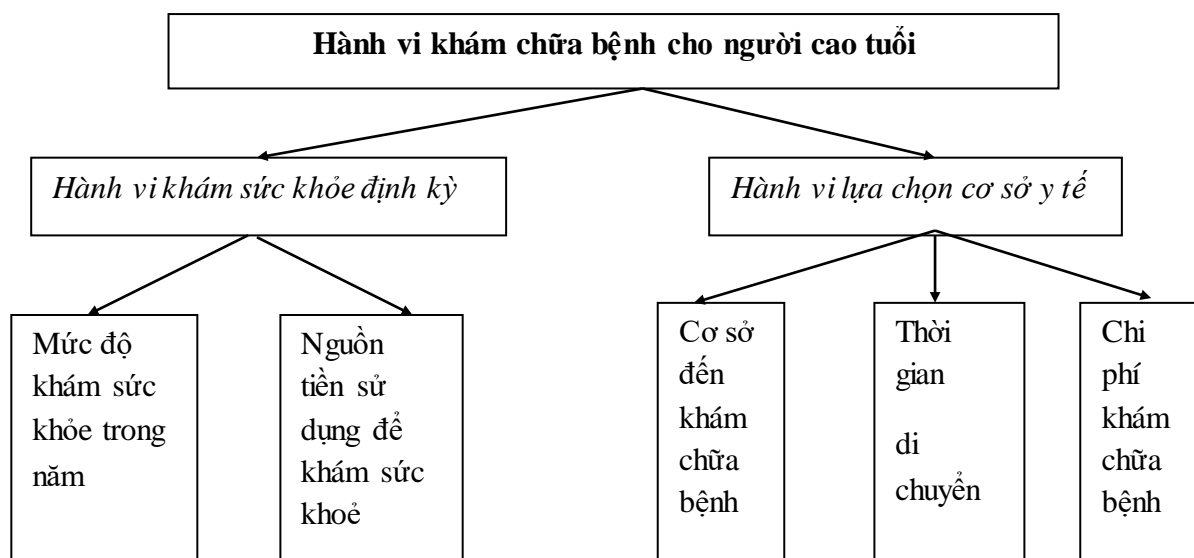
Kế thừa các tiếp cận về khái niệm về hành vi khám chữa bệnh từ góc nhìn xã hội học y tế và sức khỏe, tác giả nhận thấy có sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của từng bệnh nhân nói chung trong đó có hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi nói riêng. Việc quyết định thực hiện hành vi này mà không thực hiện hành vi khác được thiết lập dựa trên chủ thể người khám chữa bệnh chứ không dựa trên sự quyết định của cán bộ y tế. Thông qua

các biểu hiện bệnh tật, người cao tuổi đưa ra quyết định và lựa chọn đến khám ở đâu? Lựa chọn cách thức khám như thế nào? Trong luận văn này, hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi được thể hiện thông qua 2 yếu tố: khám sức khỏe định kỳ và lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh.

-Hành vi khám sức khỏe định kỳ: trong hành vi này thao tác hóa ở 2 khía cạnh: số lần đi khám sức khỏe định kỳ trong năm và nguồn tiền người cao tuổi sử dụng để khám chữa bệnh.

-Hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh: trong hành vi này thao tác hóa ở 3 khía cạnh: cơ sở người cao tuổi chọn đến khám chữa bệnh, thời gian đi chuyển đến cơ sở y tế và chi phí sử dụng để khám chữa bệnh.

Việc thao tác hóa hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi được thực hiện như sau:



1.3. Các lý thuyết vận dụng trong nghiên cứu

Luận văn sử dụng 2 lý thuyết để giải thích cho vấn đề nghiên cứu đó là: lý thuyết hành động xã hội của Max Weber, lý thuyết sự lựa chọn hợp lý.

1.3.1. Lý thuyết hành động của Max Weber

Max Weber (1864-1920) là một trong những học giả nổi tiếng người Đức cuối thế kỷ 19 đầu thế kỷ 20. Ông là người đưa ra ý tưởng về hành động

xã hội. Ông cho rằng xã hội học là khoa học nghiên cứu về hành động xã hội của con người.

Max Weber nhận định rằng, hành động được coi là hành động xã hội khi nó tương quan với định hướng và hành động của người khác theo ý đã được nhận thức bởi chủ thể hành động. Có thể thấy hành động xã hội luôn có ý nghĩa chủ quan của nó. Hành động xã hội tính đến phản ứng của người khác ở quá khứ, hiện tại và tương lai [13].

Trong nghiên cứu này, hành vi khám chữa bệnh được coi là một hành động xã hội, bởi khi chủ thể ốm đau, bệnh tật, các quyết định lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh, việc tương tác với bác sĩ trong quá trình thăm khám, hay việc quyết định khám sức khỏe định kỳ như thế nào đều đặt trong tương quan và định hướng vào hành động với người khác dựa trên nhận thức và nhu cầu của người cao tuổi.

Hơn thế nữa, nếu trạng thái bệnh tật của con người được coi là một sản phẩm xã hội thì hành vi khám chữa bệnh, lựa chọn hình thức khám cũng như cơ sở y tế đến thăm khám được coi như kết quả của nhận thức và nhu cầu về sản phẩm xã hội đó. Kết quả này dựa trên sự tính toán chủ quan về phản ứng của các thành viên khác trong cộng đồng định hướng hành động khám chữa bệnh của người cao tuổi [20].

Có thể thấy, việc người cao tuổi lựa chọn hình thức khám, địa điểm khám chữa bệnh có thể dựa trên tình trạng bệnh tật, chi phí khám chữa bệnh, thời gian di chuyển đến cơ sở y tế, từ đó người cao tuổi cân nhắc và đưa ra quyết định phù hợp với điều kiện và hoàn cảnh của bản thân họ. Ngoài lý do này thì việc dựa trên kinh nghiệm của những người dân đã từng thăm khám trước cũng là một trong những lý do khiến người cao tuổi quyết định đến thăm khám tại một trong các cơ sở y tế hiện có tại địa bàn. Đây là kết quả của

hành động xã hội tính đến phản ứng của người khác trong quá khứ, hiện tại hay tương lai và ý nghĩ chủ quan đó định hướng hành động.

Tuy nhiên, khi tìm hiểu hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc, tiếp cận từ góc độ lý thuyết hành động xã hội của Max Weber chưa đủ để chúng ta tìm hiểu sâu hơn về động cơ của hành động cũng như kết quả lựa chọn của chủ thể hành động, chính vì vậy, tác giả luận văn lựa chọn thêm lý thuyết sự lựa chọn hợp lý để giải thích cụ thể hơn hành vi khám chữa bệnh của nhóm xã hội này.

1.3.2. Lý thuyết lựa chọn duy lý

Lý thuyết lựa chọn duy lý có nguồn gốc từ Triết học, Kinh tế học và Nhân học. Lý thuyết này cho rằng con người là một chủ thể duy lý trong việc xem xét và lựa chọn hành động. Trước khi quyết định một hành động nào đó, người ta luôn thận trọng tính toán các khoản chi phí – lợi ích, cái mất – cái được, cái hại – cái lợi của từng phương án và lựa chọn phương án tốt nhất. George Homans – người được xem là một trong những đại diện tiêu biểu của lý thuyết lựa chọn duy lý. Theo ông, cá nhân đứng trước những phương án cần lựa chọn, họ thường tính toán, xem xét phương án nào có tích số giá trị lợi ích mong muốn và tính khả thi của hành động cao hơn thì phương án đó sẽ có nhiều ưu tiên hơn [13].

Trong đó, tính duy lý hay là dựa trên lý tính trong hành động cá nhân còn chịu sự chi phối của nhóm trong các bối cảnh cụ thể. Trong việc lựa chọn hành vi khám chữa bệnh cũng vậy. Người cao tuổi ở khu vực miền núi nói chung và ở 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên nói riêng dựa trên sự cân nhắc giữa điều “lợi” và “không có lợi” trong việc quyết định có đi khám chữa bệnh hay không, khám chữa bệnh ở đâu và khám như thế nào.

Những người theo đuổi quan điểm lựa chọn duy lý cho rằng, các nhóm xã hội có thể tồn tại lâu dài vì nó đáp ứng được lợi ích của từng thành viên.

Điều này được thể hiện thông qua việc nhóm xã hội người cao tuổi cân nhắc lợi ích mà họ nhận được khi quyết định khám chữa bệnh hay không khám chữa bệnh. Vì là những người thuộc khu vực miền núi, do đó người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc được cấp phát Bảo hiểm y tế miễn phí, khi họ quyết định đi khám chữa bệnh, người cao tuổi ở khu vực này sẽ không phải tốn nhiều chi phí cho dịch vụ này. Thứ hai, việc quyết định đến các cơ sở y tế khám chữa bệnh còn tạo cho họ lợi ích sẽ được chữa khỏi bệnh. Từ đó, hàng ngày họ không còn phải hứng chịu những cảm giác khó chịu do bệnh tật mang lại. Hơn nữa, khỏi bệnh là động lực khiến họ không còn phải mất tiền chi phí thuốc thang nữa và điều quan trọng hơn là có lại sức khỏe, nhiều người cao tuổi có thể đi làm lại, kiếm thêm thu nhập và ổn định cuộc sống.

Theo tác giả, việc lựa chọn, quyết định khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc là một sự lựa chọn duy lý. Người cao tuổi thậm chí người thân trong gia đình người cao tuổi dựa trên biểu hiện bệnh tật mà họ mang trong người thường đã có sự suy tính giữa cái “lợi” và cái “không có lợi” trong bối cảnh xã hội cụ thể để đưa ra quyết định có khám chữa bệnh hay không, có đi các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh, tuyến trung ương hay chỉ đi các Trạm Y tế xã... Trong lý thuyết lựa chọn duy lý, tính cá nhân, sự khác biệt trong việc đưa ra quyết định của từng người cao tuổi được thể hiện một cách rõ nét. Lý thuyết này nhằm hướng đến bổ sung thêm cho lý thuyết hành động xã hội của Max Weber trong việc giải thích sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc.

1.4. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu

1.4.1. Hà Giang

Hà Giang là một tỉnh thuộc vùng núi phía Bắc Việt Nam. Tỉnh Hà Giang phía đông giáp tỉnh Cao Bằng, phía tây giáp tỉnh Yên Bái và Lào Cai, phía nam giáp tỉnh Tuyên Quang. Về phía bắc, Hà Giang giáp châu tự trị dân

tộc Choang và Miêu Văn Sơn thuộc tỉnh Vân Nam và địa cấp thị Bách Sắc thuộc tỉnh Quảng Tây của Cộng hòa Nhân dân Trung Hoa. Hà Giang có 1 thành phố, 10 huyện và 196 đơn vị cấp xã bao gồm 5 phường, 13 thị trấn và 177 xã. Tổng diện tích tự nhiên của huyện là 7946 km². Theo điều tra dân số năm 2016, dân số Hà Giang là 820.427 người. Mật độ dân số trung bình của tỉnh là 79 người/km². Hà Giang là tỉnh miền núi có nhiều dân tộc khác nhau sinh sống. Ngoài dân tộc kinh trên địa bàn tỉnh còn có một số dân tộc như: Mông (32,0%) Tày (23,3 %), Dao (15,1 %), Nùng (9,9 %)..

Trong một vài năm qua, được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước tình hình kinh tế- xã hội của tỉnh liên tục phát triển ổn định, nhịp độ tăng trưởng GDP năm sau cao hơn năm trước. Đến nay, đã có 100% xã có đường ô tô và điện lưới đến trung tâm xã, 100% xã có nhà lớp học 2 tầng trở lên, 160 xã có trạm y tế xã 2 tầng, và 163 xã có trụ sở 2 tầng, làm được trên 1600 km đường giao thông nông thôn loại B, trên 1000km kên mương nội đồng. Hỗ trợ kinh phí cho gia đình chính sách, hộ nghèo thực hiện chương trình mái nhà, bể nước, con bò, hỗ trợ trên 3,7 vạn bể nước, cung cấp tấm lợp cho 3,2 vạn hộ, hỗ trợ lãi suất trong 5 năm cho hơn 5 vạn hộ mua trâu, bò chăn nuôi. Thu nhập bình quân/đầu người năm 2008 đạt triệu đồng năm 2009. Thu ngân sách năm 2008 đạt tỷ đồng năm 2009 đạt tỷ đồng. *Về nông nghiệp*, Hà Giang đang hình thành các vùng sản xuất hàng hóa tập trung như: chè 14.800ha, đậu tương 15.000ha, cam 4.700ha, tập trung phát triển trồng cỏ gắn liền với chăn nuôi gia súc hàng hoá. *Về lâm nghiệp*, tài nguyên đất rừng là thế mạnh của Hà Giang, tổng diện tích đất lâm nghiệp có rừng là 375,723ha. Trong đó đất rừng phòng hộ có 226.698 ha, trong đó có trên 100 ha rừng kinh tế, có 300.000ha đất trống có thể xây dựng và phát triển 100.000 đến 200.000ha rừng kinh tế. Nguồn tài nguyên này góp phần phát triển ngành công nghiệp giấy, công nghiệp chế biến gỗ... *Về công nghiệp*, do địa hình hiểm trở, có nhiều sông,

suối có độ dốc cao, nhiều ghềnh. Đây là tiềm năng giúp Hà Giang có thể phát triển ngành công nghiệp thủy điện nhỏ. Về du lịch, Hà Giang được coi là điểm du lịch thu hút nhiều khách tham quan trong cả nước. Hà Giang có nhiều địa điểm thăm quan đẹp, hoang sơ. Đây là một trong những hoạt động tạo nguồn thu cho ngân sách của tỉnh.

Về văn hóa, Hà Giang có đặc điểm địa hình núi đá cao, cảnh quan thiên nhiên hùng vĩ như dãy Tây Côn Lĩnh, Cổng trời (Quản Bạ); Cột cờ – Lũng Cú (Đồng Văn); Sông Nho Quế, Đỉnh Mã Pì Lèng (Mèo Vạc)... Hà Giang là tỉnh đa sắc tộc. Nhiều dân tộc có phong tục tập quán, văn hoá truyền thống và lễ hội dân gian đậm nét và sinh động, các dân tộc lại được cư trú trên mảnh đất nên thơ, hùng vĩ, điển hình là 04 huyện vùng cao phía Bắc – là địa bàn có tiềm năng lớn về du lịch sinh thái và du lịch văn hoá. Các điều kiện trên là tiêu điểm hội tụ, hỗ trợ cho ngành du lịch sinh thái và du lịch văn hoá đan xen phát triển.

Về hoạt động khám chữa bệnh, tính trong năm 2017, Hà Giang có trên 52,3 nghìn người cao tuổi được khám sức khoẻ định kỳ; trên 55,3 nghìn người cao tuổi được lập hồ sơ theo dõi quản lý sức khoẻ; trên 19,2 nghìn lượt người cao tuổi được khám bệnh mãn tính; trên 48,8 nghìn lượt người cao tuổi được phổ biến kiến thức về chăm sóc và tự chăm sóc sức khoẻ... Ngoài ra, cơ quan chuyên môn, đơn vị hữu quan còn thực hiện ưu tiên khám chữa bệnh cho người cao tuổi nhân dịp ngày người cao tuổi Việt Nam (6.6), ngày Quốc tế người cao tuổi (1.10) hoặc phối hợp tổ chức các đợt phẫu thuật các bệnh về mắt tại cộng đồng cho người cao tuổi [23].

1.4.2. Điện Biên

Điện Biên là một tỉnh miền núi ở vùng Tây Bắc. Điện Biên giáp tỉnh Sơn La về phía Đông và Đông Bắc, giáp tỉnh Lai Châu về phía Bắc, giáp tỉnh Vân Nam của nước Trung Quốc về phía Tây Bắc và giáp nước Lào về

phía tây và Tây Nam. Tổng diện tích đất tự nhiên của tỉnh là 9541 km², tính đến năm 2016, dân số của Điện Biên là 557.400 người. Mật độ dân số trung bình của tỉnh là 58 người/km².

Về kinh tế, kinh tế Điện Biên thuộc nhóm trung bình. Trong bảng xếp hạng về Chỉ số năng lực cạnh tranh cấp tỉnh của Việt Nam năm 2016, tỉnh Điện Biên xếp ở vị trí thứ 53 trên 63 tỉnh thành.

Dự ước tổng sản phẩm trên địa bàn tỉnh chỉ tiêu kinh tế tổng hợp theo giá so sánh năm 2016 đạt 9223,2 tỷ đồng. Trong đó: khu vực nông – lâm nghiệp và thủy sản tăng 3,56%; công nghiệp – xây dựng tăng 6,07%; dịch vụ tăng 8,64%. Cơ cấu kinh tế tiếp tục chuyển dịch theo hướng xác định, trong đó: khu vực nông – lâm nghiệp và thủy sản chiếm 23,77%, giảm 1,08%; công nghiệp – xây dựng chiếm 25,29%, tăng 0,03%; dịch vụ chiếm 48,48%, tăng 1,04% so với năm 2015. Thu nhập bình quân đầu người ước đạt 22,31 triệu đồng/người/năm, tăng 7,87% so với năm 2015.

Về văn hóa, Điện Biên là một trong những tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc có nhiều đồng bào dân tộc ít người sinh sống. Chính vì vậy, đây là khu vực có đa dạng sắc màu văn hóa với các lễ hội truyền thống như lễ Tủ Cải của dân tộc Dao Quần chẹt, hội mừng mưa ròi của dân tộc Khơ Mú, lễ hội Hạng Khuống ... [17].

Tính đến năm 2018, toàn tỉnh có 34.288 người cao tuổi được cấp thẻ Bảo hiểm y tế, đạt 98% số người cao tuổi; 29.000 người cao tuổi được tư vấn chăm sóc sức khỏe, trong đó 8.296 người cao tuổi được khám định kỳ và lập hồ sơ theo dõi sức khỏe. Bệnh nhân người cao tuổi vào khám và điều trị tại các bệnh viện được quan tâm chăm sóc chu đáo hơn. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh vẫn duy trì Khoa Lão khoa ghép với khoa tim mạch, bố trí 93 giường bệnh và 16 bác sĩ điều trị. Các phòng khám đa khoa khu vực và bệnh viện tuyến huyện đều dành một số giường bệnh cho người cao tuổi [11].

Hội người cao tuổi tỉnh, các huyện phối hợp với ngành Y tế tổ chức triển khai hiệu quả Chương trình phòng chống mù lòa, "Mắt sáng cho người cao tuổi". Khám sàng lọc, tư vấn về mắt cho trên 8.000 người cao tuổi; chữa mắt miễn phí 555 người cao tuổi; 438 người cao tuổi được mổ mắt miễn phí, trong đó 358 người được mổ thay thủy tinh thể. Phối hợp tổ chức khám các bệnh về mắt và tặng 1.088 kính nâng thị lực cho người cao tuổi [11].

Tóm lại, Hà Giang và Điện Biên là 2 địa bàn đã và đang có nhiều thay đổi về kinh tế - văn hóa – xã hội. Vẫn được coi là địa điểm có nhiều nền văn hóa đa dạng, là điểm thăm quan du lịch nổi tiếng trên đất nước với nhiều nét văn hóa truyền thống, với nhiều danh lam thắng cảnh thiên nhiên hùng vĩ. Về người cao tuổi, số lượng người cao tuổi ở Hà Giang đang có xu hướng tăng, trong khi đó điều kiện kinh tế, sinh hoạt tương đối khó khăn. Người cao tuổi phải đối mặt với nhiều căn bệnh khác nhau. Tuy nhiên, việc khám chữa bệnh cũng như chăm sóc khi mắc bệnh tật chưa được đáp ứng tốt. Vậy, trước tình hình trên, người cao tuổi thực hiện những hành vi gì, đưa ra những quyết định gì để cải thiện hơn tình trạng bệnh tật, nâng cao sức khỏe của bản thân? Trong chương 2 này, tác giả sẽ đi sâu vào phân tích tìm hiểu thực trạng cũng như sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của nhóm xã hội này. Đồng thời, chỉ ra những khác biệt xã hội trong hành vi khám chữa bệnh của nhóm người cao tuổi.

Chương 2

THỰC TRẠNG HÀNH VI KHÁM CHỮA BỆNH VÀ SỰ KHÁC BIỆT VỀ CÁC HÀNH VI KHÁM CHỮA BỆNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trong chương 2, luận văn sẽ trình bày về thực trạng sức khỏe, bệnh tật và khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực miền núi Tây Bắc. Từ thực trạng này, phân tích những khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi khu vực này.

2.1. Thực trạng sức khỏe, bệnh tật và khám chữa bệnh của người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc

2.1.1. Thực trạng sức khỏe, bệnh tật của người cao tuổi

Kết quả điều tra người cao tuổi Việt Nam (2011) cho thấy, 2/3 người cao tuổi tự đánh giá có tình trạng sức khỏe yếu và rất yếu. Tỷ lệ người cao tuổi cho rằng tình trạng sức khỏe của họ tốt hoặc rất tốt chỉ chiếm 5% [14]. Kết quả tự đánh giá tình trạng sức khỏe của người cao tuổi hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên trong năm 2015 cũng tương tự như vậy. Tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên, người cao tuổi tự đánh giá bản thân có tình trạng sức khỏe chủ yếu là bình thường và không tốt (bình thường: 56.6%, Kém: 35.7%), 7.7% người cao tuổi ở hai tỉnh này cho biết tình trạng sức khỏe của họ ở mức tốt.

Bảng 2.1: Tình hình sức khỏe của người cao tuổi phân theo tỉnh *

(Đơn vị: %)

		Tỉnh				Tổng	
		Điện Biên		Hà Giang			
		N	%	N	%	N	%
Tình hình sức khỏe hiện tại của người cao tuổi	Tốt	9	4.7	21	10.7	30	7.7
	Bình thường	107	55.4	113	57.7	220	56.6
	Kém	77	39.9	62	31.6	139	35.7
Tổng		193	100	196	100	389	100

Nguồn: *Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của viện Người cao tuổi Việt Nam*

So sánh tình trạng sức khỏe kém ở hai tỉnh, Người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên có tình trạng sức khỏe kém cao hơn so với tỉnh Hà Giang (Điện Biên: 39.9% và Hà Giang: 31.6%). Hơn nữa, sở dĩ có nhiều người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu có tình trạng sức khỏe kém là bởi Hà Giang và Điện Biên là 2 trong số các tỉnh thuộc địa đầu cực bắc của tổ quốc. Đây là khu vực có địa hình núi cao với mùa đông lạnh giá. Chính điều kiện khí hậu khắc nghiệt cùng với sự thiếu thốn cơm ăn, áo mặc, sức khỏe suy yếu là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe, các triệu chứng bệnh tật của người cao tuổi. Không chỉ có vậy, theo kết quả phân tích số liệu đề tài của Viện Người cao tuổi Việt Nam, do trình độ học vấn của người cao tuổi ở khu vực này chủ yếu từ trung học cơ sở, chính vì vậy, người cao tuổi không có hoặc có rất ít kiến thức về chăm sóc sức khỏe, ăn uống đủ dinh dưỡng, khám

* P=0.038

sức khỏe định kỳ. Chính điều này khiến người cao tuổi phải gánh chịu, đương đầu với các bệnh mãn tính khi về già.

Cùng với đó, tuổi càng cao sức đề kháng của con người càng thấp, khả năng chống chịu với bệnh tật càng yếu, người cao tuổi càng dễ dàng mắc bệnh hơn.

Bảng 2.2. Tình hình mắc bệnh tật của người cao tuổi phân theo tỉnh

(Đơn vị: %)

	Tỉnh				Tổng	
	Điện Biên		Hà Giang			
	%	N	%	N	%	N
Không mắc bệnh	6.5	12	13.3	26	9.9	38
Mắc 1 bệnh mãn tính	28.0	52	30.6	60	29.3	112
Mắc từ 2 bệnh mãn tính trở lên	43.5	81	32.1	63	37.7	144
Mắc các bệnh cấp tính	22.0	41	24.0	47	23.0	88
Tổng	100	186	100	196	100	382

Nguồn: *Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam*

Tỷ lệ người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính, 2 bệnh mãn tính trở lên hoặc mắc các bệnh cấp tính dao động từ 23% đến 37.7%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc từ 2 bệnh mãn tính trở lên chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với hai nhóm còn lại. Tỷ lệ người cao tuổi mắc 2 bệnh mãn tính trở lên cao gấp 1,2 lần so với tỷ lệ người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính và cao gấp 1,6 lần so với nhóm người cao tuổi mắc từ 2 bệnh cấp tính trở lên. Nguyên nhân là do trong một vài năm trở lại đây, tuổi thọ của cả người cao tuổi nam và người cao tuổi nữ có xu hướng tăng lên (73 tuổi đối với nữ và 69 tuổi đối với nam). Tuy nhiên, tuổi thọ khỏe mạnh của Việt Nam lại chưa cao, trung bình mỗi người cao tuổi Việt Nam phải chịu 15.3 năm bị bệnh tật trong cuộc đời. Người cao tuổi Việt

Nam phải chịu gánh nặng bệnh tật kép, trong đó có sự thay đổi từ bệnh lây nhiễm sang bệnh không lây nhiễm và các bệnh mãn tính [4]. Đây là một trong những nguyên nhân khiến người cao tuổi trong cả nước nói chung và người cao tuổi tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên nói riêng phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật và gánh nặng bệnh tật kép.

So sánh số lượng người cao tuổi mắc bệnh ở cả hai tỉnh về tình trạng mắc bệnh mãn tính, tỷ lệ người cao tuổi ở Điện Biên có xu hướng mắc từ hai bệnh mãn tính cao hơn so với nhóm người cao tuổi ở khu vực tỉnh Hà Giang.

Bảng 2.3: Tình hình mắc bệnh tật của người cao tuổi ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính *

(Đơn vị: %)

	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	N	%	N	%	N	%
Mắc một bệnh mãn tính	63	37.3	49	29.3	112	33.3
Mắc hai bệnh mãn tính trở lên	71	42	73	43.7	144	42.9
Mắc bệnh thông thường	35	20.7	45	26.9	80	23.8
Tổng	169	100	167	100	336	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của viện Người cao tuổi Việt Nam

So sánh giữa giới tính của người cao tuổi với tình trạng bệnh tật, cũng cho thấy có sự khác biệt về giới. Tỷ lệ bệnh tật của nhóm người cao tuổi nam và nữ khác nhau phân theo loại bệnh và số lần mắc bệnh. Đối với người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính. Người cao tuổi nam có xu hướng mắc nhiều hơn. Trong khi đó, tỷ lệ người cao tuổi nữ mắc hai bệnh mãn tính trở lên, mắc các bệnh thông thường lại cao hơn so với nhóm nam. Theo kết quả điều tra

* P=0.022

quốc gia về người cao tuổi năm 2011 (ISMS, 2012), Trong vòng 12 tháng trong thời điểm điều tra có 37% người cao tuổi bị ốm hoặc bị chấn thương. Tỷ lệ phụ nữ cao tuổi cũng là nhóm có tỷ lệ ốm hoặc chấn thương cao hơn so với nhóm nam giới. Trên thực tế, phụ nữ, trẻ em và người già là một trong những nhóm yếu thế và dễ bị tổn thương. Phụ nữ cao tuổi là một trong những nhóm như vậy. Người cao tuổi nữ thường có sức đề kháng kém hơn so với nam giới. Chính vì vậy, nguy cơ mắc bệnh của người cao tuổi nữ thường cao hơn nam.

Hơn thế nữa, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, mặc dù cả nam cao tuổi và nữ cao tuổi tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên cùng gánh chịu các bệnh mãn tính và các bệnh cấp tính. Tuy nhiên, nhóm nữ cao tuổi lại có xu hướng gánh chịu gánh nặng bệnh tật kép nhiều hơn (nam: 42,0%; nữ: 43.7%). Bởi phụ nữ cao tuổi và những người cao tuổi có mức kinh tế nghèo có kiến thức về phòng bệnh kém hơn so với các nhóm khác (Đàm Viết Cương, Trần Thị Mai Oanh và cộng sự, 2007 [7]).

Sống chung với người thân hay sống một mình cũng là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến tình trạng bệnh tật của người cao tuổi. Theo truyền thống “trẻ cậy cha già cậy con” của người Việt Nam, những người cao tuổi lúc về già thường về sống chung với con trai để mong được các con chăm sóc khi đau, yếu, bệnh tật. Cùng với đó, khi tuổi tác càng cao con người càng gặp khó khăn nhiều trong quá trình vận động, chính vì vậy việc có người sống chung trong một mái nhà không những có tác động góp phần chăm lo thêm cho cuộc sống của người cao tuổi mà còn là động lực tinh thần, món ăn tinh thần làm các cụ vui sống, sống khỏe, sống có ích từ đó giảm thiểu các bệnh tật.

Tương quan giữa tình hình bệnh tật của người cao tuổi tại 2 tỉnh thuộc địa bàn nghiên cứu cũng cho thấy sự khác biệt về tình hình bệnh tật giữa các nhóm tuổi.

**Bảng 2.4: Tình hình bệnh tật của người cao tuổi thuộc hai tỉnh
Hà Giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi***

(Đơn vị: %)

	nhóm tuổi						Tổng	
	60 - 69		70 - 79		80+			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mắc một bệnh mãn tính	67	35.4	32	31.4	13	28.9	112	33.3
Mắc từ 2 bệnh mãn tính trở lên	69	36.5	55	53.9	20	44.4	144	42.9
Mắc các bệnh cấp tính	53	28.0	15	14.7	12	26.7	80	23.8
Tổng	220	100	117	100	45	100	382	100

Nguồn: *Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam*

Tách độc lập tình hình bệnh tật của từng nhóm cho thấy, không có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm tuổi về tình hình bệnh tật. Ở nhóm 60 tuổi đến 69 tuổi sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật ở 3 loại hình bệnh không mấy khác biệt. Tỷ lệ người cao tuổi ở nhóm mắc từ hai bệnh mãn tính vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất - nhóm người cao tuổi bị hai bệnh mãn tính cao hơn 1% so với nhóm mắc một bệnh mãn tính và cao hơn nhóm người cao tuổi mắc các bệnh cấp tính 8.5% (khoảng 1,3 lần). Nhưng từ 70 tuổi đến 79 tuổi, sự khác biệt về việc mắc các loại bệnh có xu hướng khác biệt rõ ràng hơn. Tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh cấp tính (cảm, nhức đầu, sổ mũi...) có xu hướng giảm xuống (từ 28.0% xuống 14.7%). Tỷ lệ người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính cũng giảm nhẹ (giảm 4%), thay vào đó tỷ lệ mắc các một từ hai bệnh mãn tính có xu hướng tăng lên (tăng 1,5 lần). Ở nhóm 80 tuổi, tỷ lệ người cao tuổi mắc từ hai bệnh mãn tính vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên, con số này có chiều

* P=0.033

hướng giảm đi so với nhóm 70-79 tuổi, nhóm người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính cũng giảm, thay vào đó là nhóm mắc các bệnh cấp tính tăng lên. Sở dĩ có sự thay đổi về tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh cấp tính ở nhóm tuổi này bởi càng tuổi cao sức đề kháng của người cao tuổi càng có xu hướng giảm. Hơn nữa, các tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc thường có mùa đông lạnh giá. Đây là một trong những nguyên nhân khiến các bệnh cấp tính có xu hướng tăng lên ở nhóm tuổi này.

2.1.2. Thực trạng khám chữa bệnh của người cao tuổi

Phần đa người cao tuổi ở 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên đang phải gánh chịu “gánh nặng bệnh tật kép”. Chính vì vậy, khám chữa bệnh là một trong những hành vi tất yếu mà người cao tuổi thực hiện nhằm hướng đến mong muốn chữa khỏi bệnh.

***Bảng 2.5: Tình hình khám sức khỏe của người cao tuổi
khu vực miền núi Tây bắc (%)***

	N	%
Chỉ đi khám khi sức khỏe giảm sút	173	43.3
Một tháng một lần	227	56.8
Tổng	400	100.0

Nguồn: *Kết quả đề tài thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của viện Người cao tuổi Việt Nam*

Có 56.8% người cao tuổi sống tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên thường xuyên đi khám sức khỏe hàng tháng, và từ 43.3% trở xuống người cao tuổi ở thành thị chỉ khám sức khỏe khi sức khỏe đã giảm sút, không có người cao tuổi nào đi khám sức khỏe hàng quý và hàng năm. Điều này cho thấy, việc khám sức khỏe của người cao tuổi ở đây còn gặp nhiều khó khăn. Tỷ lệ 56.8% người cao tuổi đi khám hàng tháng không phải là do họ quan tâm đến sức khỏe mà do mang trong mình các bệnh mãn tính. Chính vì lý do này mà

người cao tuổi phải đến các cơ sở y tế định kỳ hàng tháng để kiểm tra và nhận cấp phát thuốc miễn phí.

Ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên không hề có người cao tuổi đi kiểm tra sức khỏe hàng quý và hàng năm để theo dõi tình hình sức khỏe và phát hiện sớm bệnh tật. Nguyên nhân chủ yếu là do thu nhập của người cao tuổi còn khó khăn. Tính đến 31/12/2016, 80% người cao tuổi vẫn phải tự làm việc để kiếm sống hoặc nhờ vào sự nuôi dưỡng của con cháu; 81,2% thuộc diện hộ nghèo, hộ cận nghèo [1].

Bảng 2.6: Nguồn tiền khám chữa bệnh của người cao tuổi phân theo tỉnh*

(Đơn vị: %)

		Tỉnh				Tổng	
		Điện Biên		Hà Giang			
Nguồn tiền khám chữa bệnh	Bản thân	84	21	133	34.8	217	27.7
	Bảo hiểm y tế	166	41.5	131	34.3	297	37.9
	Con/Cháu	150	37.5	118	30.9	265	33.9
Tổng		400	100	382	100	782	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

Nhìn chung, nguồn tiền mà phần đa người cao tuổi hai tỉnh sử dụng để khám chữa bệnh là từ Bảo hiểm y tế (37.9%), tiếp đó là con/cháu (33.9%) và cuối cùng là từ chính bản thân người cao tuổi chi trả (27.7%).

Ở mỗi tỉnh, nguồn tiền chủ yếu mà người cao tuổi sử dụng để khám chữa bệnh cũng có sự khác biệt riêng. Ở Điện Biên, nguồn tiền mà người cao tuổi sử dụng chủ yếu để khám chữa bệnh là từ Bảo hiểm y tế (41.5%), tiếp

* P=0.012

đến là tiền do con/cháu chi trả (37.5%). Trong khi đó, ở Hà Giang, nguồn tiền mà người cao tuổi sử dụng chủ yếu để khám chữa bệnh là từ chính kinh tế của bản thân họ (34.8%); nguồn tiền cao thứ hai là từ Bảo hiểm y tế (34.3%).

**Bảng 2.7: Số lần nằm viện của người cao tuổi
phân theo tỉnh***

(Đơn vị: %)

		<i>Tỉnh</i>				<i>Tổng</i>	
		<i>Điện Biên</i>		<i>Hà Giang</i>			
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Số lần phải nằm viện của NCT trong 12 tháng qua	Không lần nào	149	74.5	162	81	311	77.8
	Một lần	44	22.0	25	12.5	69	17.3
	Hai lần trở lên	7	3.5	13	7	20	5.1
Tổng		200	100	200	100	400	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

Mặc dù nhiều người cao tuổi mang trong mình “gánh nặng bệnh tật kép” nhưng phần đa người cao tuổi chỉ đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng chứ không nằm viện. Khi được hỏi về số lần phải nằm viện trong 12 tháng qua, phần đa người cao tuổi tham gia nghiên cứu trả lời rằng họ không phải nằm viện (77.8%), và nằm viện một lần (17.3%). Tỷ lệ người cao tuổi phải nằm viện từ 2 lần trở lên chiếm một tỷ lệ nhỏ (2 lần: 4.3%; 3 lần (0.8%)).

Ở từng tỉnh, mức độ khám chữa bệnh của người cao tuổi cũng có sự khác biệt. Về mức độ không phải nằm viện lần nào, người cao tuổi ở Hà Giang có xu hướng không nằm viện cao hơn so với tỉnh Điện Biên. Trong khi

* P=0.026

đó, tỷ lệ người cao tuổi phải nằm viện một lần/năm thì lại có xu hướng ngược lại. Tỷ lệ người cao tuổi ở Điện Biên phải nằm viện ở mức nào cao hơn so với người cao tuổi ở Hà Giang.

Tóm lại, về thực trạng sức khỏe, bệnh tật, phần lớn người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc đang phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật. Tình hình bệnh tật của người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên có xu hướng cao hơn so với tỉnh Hà Giang.

Nghề nghiệp trước khi về già là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật của người cao tuổi. Nhóm bị một bệnh mãn tính tập trung nhiều ở người cao tuổi trước đây là công nhân. Trong khi đó nhóm bị từ 2 bệnh mãn tính lại tập trung nhiều ở nhóm làm nông dân.

Về trình độ học vấn, tỷ lệ người cao tuổi mắc một bệnh mãn tính tập trung cao nhất ở nhóm người cao tuổi có trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên, trong khi đó nhóm mắc hai bệnh mãn tính trở lên lại tập trung đông ở nhóm người cao tuổi không biết chữ và tiểu học.

Về giới tính, người cao tuổi nữ thường có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn so với nhóm nam cao tuổi. Do đặc điểm sinh học của nữ cao tuổi dễ nhiễm bệnh hơn so với nhóm nam.

Về nhóm tuổi, diễn biến bệnh tật ở các nhóm tuổi không giống nhau, càng tuổi cao thì người cao tuổi ở các tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc nói chung càng gánh chịu gánh nặng bệnh tật kép nhiều hơn. Ngoài các bệnh mãn tính, người cao tuổi còn phải gánh chịu thêm các bệnh cấp tính.

Về khám chữa bệnh, có hai loại hình khám sức khỏe chính cho người cao tuổi là khám khi sức khỏe giảm sút và khám một tháng một lần. Không có người cao tuổi nào tại thăm khám sức khỏe định kỳ 6 tháng hoặc 1 năm một lần để kiểm tra sức khỏe và phát hiện sớm bệnh tật. Nguồn tiền mà người cao tuổi hai tỉnh sử dụng để khám chữa bệnh là từ Bảo hiểm y tế và từ con cháu.

2.2. Sự khác biệt trong hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi

2.2.1. Sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh

Hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh là một trong những tiêu chí thể hiện khả năng tiếp cận của nhóm người cao tuổi tại các tỉnh miền núi Tây Bắc với các cơ sở y tế như thế nào? Người cao tuổi có lựa chọn đến các cơ sở bệnh viện tuyến trên hay không hay chỉ có thể tiếp cận với những cơ sở y tế khám chữa bệnh ban đầu?

Theo thang đo về tiếp cận cơ sở khám chữa bệnh của đề tài “*Thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi*”. Quá trình tiếp cận cơ sở y tế của người cao tuổi được đo trên 6 chỉ báo:

- ✓ Mời cán bộ y tế đến nhà
- ✓ Trung tâm y tế tư nhân
- ✓ Trạm Y tế
- ✓ Bệnh viện tuyến huyện
- ✓ Bệnh viện tuyến tỉnh
- ✓ Bệnh viện tuyến Trung ương

Kết quả nghiên cứu nghiên cứu của đề tài “*Thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi*” cho thấy trong 6 loại hình cơ sở y tế, người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc chỉ đến 3 địa điểm: Trạm Y tế (73.3%), Bệnh viện tuyến huyện (26.8%), Bệnh viện tuyến tỉnh (10.0%) (Nguyễn Thế Huệ, 2015 [14]). Trạm Y tế là cơ sở y tế được nhiều người cao tuổi lựa chọn nhất, tiếp sau là bệnh viện tuyến huyện và cuối cùng là bệnh viện tuyến tỉnh.

**Bảng 2.8: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi
phân theo tỉnh***

(Đơn vị: %)

		Điện Biên		Hà Giang		Tổng	
		N	%	N	%	N	%
Cơ sở khám chữa bệnh NCT hay đến	Trạm Y tế	155	77.5	138	69	293	73.3
	Bệnh viện tuyến huyện	29	14.5	38	19	67	17.3
	Bệnh viện tuyến tỉnh	16	8.0	24	12	40	16.8
Tổng		200	100	200	100	400	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

Hành vi lựa chọn cơ sở y tế ở mỗi tỉnh có một sự khác biệt khác nhau. Tại các Trạm Y tế, tỷ lệ người cao tuổi ở Điện Biên có xu hướng đi khám sức khỏe/khám chữa bệnh cao hơn so với nhóm người cao tuổi ở Hà Giang. Trong khi đó, các cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến tỉnh thì hoàn toàn ngược lại. Nhóm người cao tuổi ở Hà Giang có xu hướng lựa chọn đi khám chữa bệnh ở các tuyến này nhiều hơn so với Điện Biên. Như đã phân tích ở trên, do thu nhập ở mức từ 3 triệu trở lên của người cao tuổi Hà Giang cao hơn hẳn so với người cao tuổi ở Điện Biên, chính vì vậy, việc người cao tuổi Hà Giang lựa chọn và quyết định đến những cơ sở y tế này là điều dễ hiểu. Điều này cũng đúng với cách giải thích trong lý thuyết sự lựa chọn hợp lý. Trong quá trình quyết định lựa chọn điểm đến. Người cao tuổi ở hai tỉnh có cân nhắc đến “cái lợi” và “cái hại”. Ở đây, người cao tuổi cân nhắc dựa trên tiêu chí giữa thu

* P=0.015

nhập hiện có và bệnh viện có chất lượng có khả năng khám chữa bệnh tốt hơn, từ đó đưa ra quyết định lựa chọn cơ sở y tế đến thăm khám sức khỏe/bệnh tật.

Dưới một góc nhìn khác, tỷ lệ người cao tuổi đến các cơ sở y tế đến khám chữa bệnh cũng có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi.

**Bảng 2.9: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của người cao tuổi
Tại hai tỉnh Hà giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi***

(Đơn vị: %)

Điện Biên			
	60-69	70-79	80+
Trạm Y tế	77	76.7	50
Bệnh viện tuyến huyện	13.5	14.8	25
Bệnh viện tuyến tỉnh	9.5	5.6	25
Tổng	100	100	100
Hà Giang			
	60-69	70-79	80+
Trạm Y tế	74	67.2	55.2
Bệnh viện tuyến huyện	16.3	23.9	17.2
Bệnh viện tuyến tỉnh	9.6	9.0	27.6
Tổng	100	100	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của viện Người cao tuổi Việt Nam

Trên bình diện toàn bộ miền núi Tây Bắc, người cao tuổi ở các nhóm tuổi vẫn tập trung đi khám chữa bệnh chủ yếu ở Trạm Y tế và giảm dần từ bệnh viện tuyến huyện đến bệnh viện tuyến tỉnh. Ở Trạm Y tế, người cao tuổi

* P=0.05

càng có tuổi thọ thấp hơn thì càng đến Trạm Y tế khám chữa bệnh nhiều hơn (60-69: 75.7%; 70-79: 72.7%; 80+: 63.3%). Ở bệnh viện tuyến huyện và bệnh viện tuyến tỉnh thì hoàn toàn ngược lại, những người cao tuổi có tuổi thọ càng cao thì càng có xu hướng đi khám chữa bệnh nhiều hơn.

Ở Hà Giang và Điện Biên, kết quả nghiên cứu ở các nhóm tuổi cũng cho con số tương tự. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám ở Trạm Y tế nhiều nhất tập trung ở nhóm từ 60 đến 69 tuổi, trong khi đó ở các tuyến cơ sở y tế phía trên thì nhóm tập trung cao lại là nhóm từ 80 tuổi trở lên.

Bảng 2.10: Hành vi lựa chọn cơ sở y tế của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo thời gian đến cơ sở y tế*

(Đơn vị: %)

	Trạm Y tế	Bệnh viện tuyến huyện	Bệnh viện tuyến tỉnh
Dưới 10 phút	21.8	20.9	20
11-30 phút	70.6	46.3	22.5
31-60 phút	7.5	28.4	32.5
Trên 1 tiếng	0	4.5	25
Tổng	100	100	100

Nguồn: Kết quả nghiên cứu đề tài “thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi”. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam.

Nguyên nhân chủ yếu giải thích cho kết quả này là do thời gian di chuyển đến cơ sở y tế quá lâu. Về thời gian đi đến Trạm Y tế, phần lớn người cao tuổi phải mất 11-30 phút để đi từ nhà đến Trạm Y tế (70.6%) và có đến 7.5% người cao tuổi phải đi mất 31-60 phút để đến được Trạm Y tế.

* P<0.001

Về thời gian đến các bệnh viện tuyến huyện còn xa hơn nữa. Có 46.3% người cao tuổi phải đi mất 11 phút đến 30 phút để đến được bệnh viện, 28.4% người cao tuổi phải đi mất 31-60 phút và đáng chú ý có 4.5% người cao tuổi đi mất trên 1 tiếng mới đến được bệnh viện.

Về thời gian đến bệnh viện tuyến tỉnh, có 32.5% người cao tuổi phải đi 31-60 phút để đến bệnh viện, 25% phải đi trên 1 tiếng mới đến.

Với thời gian di chuyển quá lâu như vậy, trong khi đó, tình trạng sức khỏe của người cao tuổi chủ yếu ở mức trung bình và kém, thu nhập thấp. Người cao tuổi càng có tuổi thọ cao càng khó có thể tiếp cận được với những cơ sở y tế có chất lượng. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến nhiều người cao tuổi lựa chọn đến khám chữa bệnh ở các Trạm Y tế.

Bảng 2.11: Hành vi lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh của Người cao tuổi ở Hà Giang và Điện Biên phân theo khu vực *

(Đơn vị: %)

	Điện Biên		Hà Giang	
	Nông thôn	Đô thị	Nông thôn	Đô Thị
Trạm Y tế	88	66	66	72
Bệnh viện tuyến huyện	6	20	21	17
Bệnh viện tuyến tỉnh	5	14	13	11
Tổng	100	100	100	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của viện Người cao tuổi Việt Nam

Có sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế khi đến khám chữa bệnh theo khu vực. Người cao tuổi ở nông thôn có xu hướng chọn đến cơ sở y tế khám chữa bệnh nhiều hơn (nông thôn: 77.5%; đô thị: 69.0%) trong khi đó

* P=0.043

người cao tuổi ở khu vực đô thị có xu hướng đến khám chữa bệnh ở tuyến huyện (nông thôn: 15.0%; đô thị: 18.5%) và tuyến tỉnh (nông thôn: 7.5%; đô thị: 12.5%) nhiều hơn.

Ở hai tỉnh Điện Biên và Hà Giang, cho thấy kết quả nghiên cứu tương tự. Nhóm người cao tuổi tại khu đô thị có xu hướng tiếp cận được với các cơ sở y tế tuyến trên, có chất lượng nhiều hơn so với nhóm người cao tuổi ở khu vực nông thôn.

So sánh hành vi lựa chọn cơ sở y tế tuyến huyện và tỉnh ở 2 khu vực thành thị và nông thôn tại 2 địa bàn nghiên cứu cho thấy, người cao tuổi ở nông thôn tỉnh Điện Biên có xu hướng tiếp cận các cơ sở y tế tuyến trên thấp hơn so với nhóm người cao tuổi ở nông thôn tỉnh Hà Giang. Trong khi đó, nhóm người cao tuổi đô thị Điện Biên lại có xu hướng tiếp cận với các cơ sở tuyến trên nhiều hơn. Điều này cho thấy, người cao tuổi ở nông thôn Điện Biên và đô thị Hà Giang có xu hướng tiếp cận được các cơ sở y tế tuyến trên nhiều hơn. Việc tiếp cận các cơ sở y tế tuyến trên không những giúp người cao tuổi có thể tiếp cận các dịch vụ y tế nhiều hơn mà còn được tiếp cận với các cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cao hơn, máy móc hiện đại hơn. Điều này giúp việc khám chữa bệnh của người cao tuổi được thuận lợi hơn, cơ hội chữa khỏi bệnh nhiều hơn so với các tuyến dưới.

**Bảng 2.12: Hành vi lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh
của người cao tuổi ở Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính ***

(Đơn vị: %)

Điện Biên				
	Nam		Nữ	
	N	%	N	%
Trạm Y tế	93	78.8	62	75.6
Bệnh viện tuyến huyện	16	13.6	13	15.9
Bệnh viện tuyến tỉnh	9	7.6	7	8.5
Tổng	118	100	111	100
Hà Giang				
	Nam		Nữ	
	N	%	N	%
Trạm Y tế	60	67.4	78	70.3
Bệnh viện tuyến huyện	20	22.5	18	16.2
Bệnh viện tuyến tỉnh	9	10.1	15	13.5
Tổng	89	100	111	100

Nguồn: *Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam*

Tương quan giữa hành vi lựa chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh của người cao tuổi và giới tính cho thấy, ở Trạm Y tế và bệnh viện tuyến huyện người cao tuổi nam có xu hướng lựa chọn khám ở các cơ sở y tế này nhiều hơn so với nhóm phụ nữ cao tuổi. Tuy nhiên, người cao tuổi nữ có hành vi lựa chọn đến bệnh viện tuyến tỉnh nhiều hơn so với nhóm nam cao tuổi.

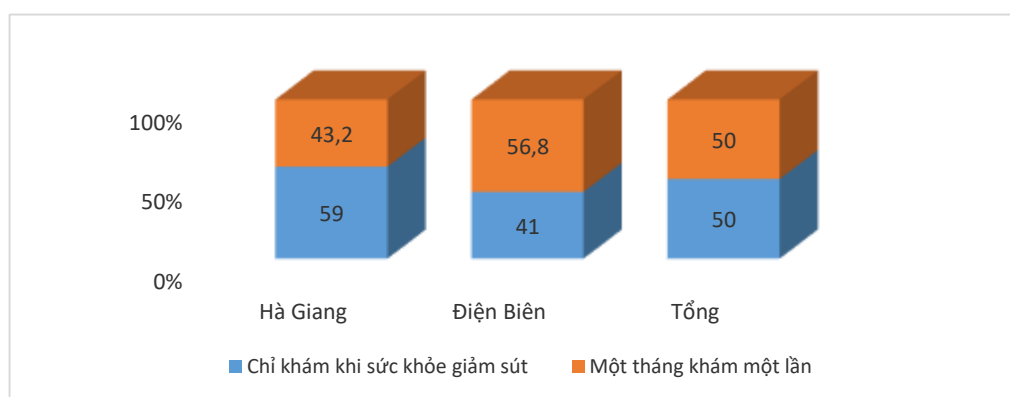
Người cao tuổi nam và nữ ở Điện Biên lựa chọn đến khám chữa bệnh tại Trạm Y tế nhiều hơn so với nhóm người cao tuổi nam và nữ ở Hà Giang.

* P=0.033

Tuy nhiên, ở các cơ sở y tế tuyến trên như bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh, người cao tuổi nam và nữ ở Hà Giang lại có hành vi lựa chọn nhiều hơn.

2.2.2. Sự khác biệt trong hành vi khám sức khỏe định kỳ

Như đã phân tích ở trên, người cao tuổi sống tại hai tỉnh Điện Biên và Hà Giang có tình trạng sức khỏe tập trung đông ở ngưỡng bình thường và kém. Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh tập trung ở hai dạng là bệnh mãn tính và bệnh thông thường, trong đó người cao tuổi mắc từ hai bệnh mãn tính trở lên chiếm tỷ lệ cao. Xuất phát từ lý do này thúc đẩy hành vi chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh, trong đó có hành vi khám sức khỏe định kỳ.



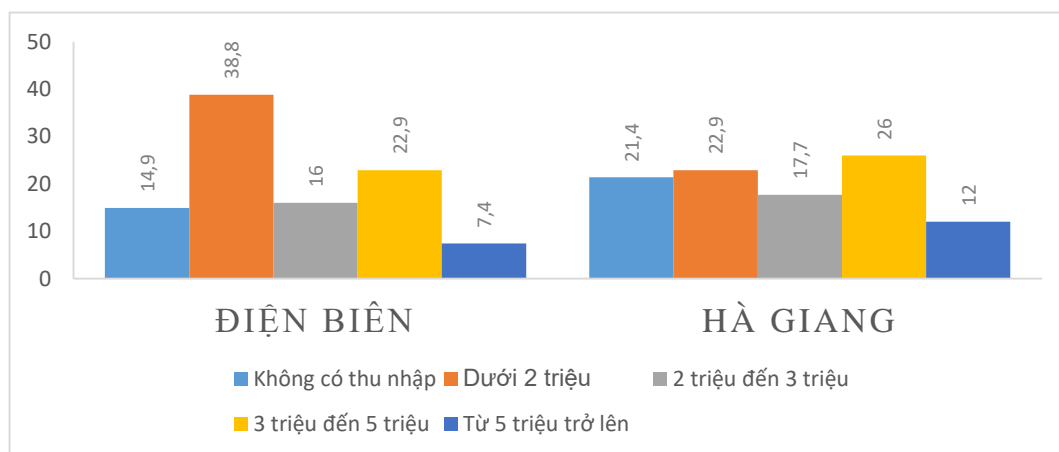
Biểu đồ 2.1: Mức độ khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi phân theo tỉnh

Trong tổng số 400 người cao tuổi tham gia khảo sát, có sự cân bằng về tỷ lệ người cao tuổi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng và nhóm chỉ khám khi sức khỏe giảm sút (50%). Điều này cho thấy, ½ người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu tại hai địa bàn khảo sát thường xuyên quan tâm đến tình trạng sức khỏe của bản thân. Tuy nhiên, vẫn có đến ½ người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu chỉ khám sức khỏe khi thấy sức khỏe giảm sút. Hành vi không thăm khám sức khỏe thường xuyên này là một trong những nguyên nhân khiến việc “ủ bệnh” nếu có kéo dài.

So sánh hành vi khám sức khỏe định kỳ tại hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên ta thấy có sự khác biệt rõ rệt. Người cao tuổi tỉnh Hà Giang có hành vi khám sức

khỏe định kỳ hàng tháng ít hơn so với người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên. Mặc dù tỷ lệ người cao tuổi ở hai tỉnh đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng chiếm từ 49% trở lên. Tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi tại hai tỉnh chỉ khám sức khỏe khi thấy sức khỏe yếu đi vẫn chiếm tỷ lệ cao (Hà Giang: 59%; Điện Biên: 41%).

Một trong những nguyên nhân khiến người cao tuổi tại hai khu vực này không đi khám sức khỏe thường xuyên không chỉ là do họ không có ý thức, không chú ý đến việc chăm sóc sức khỏe của bản thân mà còn do điều kiện kinh tế của họ không cho phép.



Biểu đồ 2.2: Hành vi khám chữa bệnh khi thấy sức khỏe giảm sút của người cao tuổi phân theo thu nhập bình quân trên tháng

Thu nhập trung bình của nhóm người cao tuổi này chỉ tập trung là 2.937.000. Tỷ lệ người cao tuổi không có thu nhập ở cả hai tỉnh tương đối cao (Điện Biên: 14.9% và Hà Giang: 21.4%), hơn thế nữa, tỷ lệ người cao tuổi ở hai tỉnh tập trung đông nhất ở hai mức dưới 2 triệu và 3 triệu đến 5 triệu. Với mức kinh tế này, nhiều người cao tuổi tại hai tỉnh nói rất khó có cuộc sống vật chất đầy đủ chứ chưa nói đến việc có thể chăm sóc sức khỏe định kỳ hàng tháng. Cũng theo số liệu thống kê năm 2014, cả nước có 9,5 triệu người cao tuổi, nhưng độ bao phủ của chính sách an sinh xã hội đối với người cao tuổi chưa phủ kín. Chỉ có 1,4 triệu người nhận trợ cấp người có công, đối tượng

chính sách hàng tháng; hơn 1,4 triệu người cao tuổi từ 80 tuổi nhận trợ cấp xã hội; chỉ hơn 2 triệu người cao tuổi có lương hưu [6].

Do không đi khám chữa bệnh thường xuyên trong khi mô hình bệnh tật của người cao tuổi đang có xu hướng chuyển từ bệnh lây nhiễm sang bệnh không lây nhiễm, từ các bệnh cấp tính sang các bệnh mãn tính cùng với đó là những thói quen ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe (hút thuốc, uống rượu...) nên đối với người cao tuổi bệnh không lây nhiễm càng ngày càng trở nên nghiêm trọng và việc điều trị, chữa trị rất tốn kém do bệnh thường chỉ được phát hiện ở giai đoạn muộn [32].

Sở dĩ người cao tuổi ở Điện Biên có xu hướng khám sức khỏe định kỳ nhiều hơn so với người cao tuổi ở Hà Giang bởi như kết quả phân tích mô hình bệnh tật ở trên, người cao tuổi tỉnh Điện Biên có xu hướng mắc các bệnh mãn tính cao hơn so với nhóm người cao tuổi Hà Giang. Trong khi đó, khi mắc các bệnh mãn tính người cao tuổi phải đến thăm khám và lấy thuốc hàng tháng tại các cơ sở y tế. Đây là nguyên nhân khiến số lượng người cao tuổi ở đây đến khám sức khỏe hàng tháng cao hơn.

Bảng 2.13: Tình hình khám sức khỏe của người cao tuổi phân theo khu vực*

(Đơn vị: %)	Điện Biên		Hà Giang	
	Nông thôn	Đô Thị	Nông thôn	Đô Thị
Chỉ đi khám khi thấy sức khỏe giảm sút	26	45	62	40
Một tháng một lần	74	55	38	60
Tổng	100	100	100	100

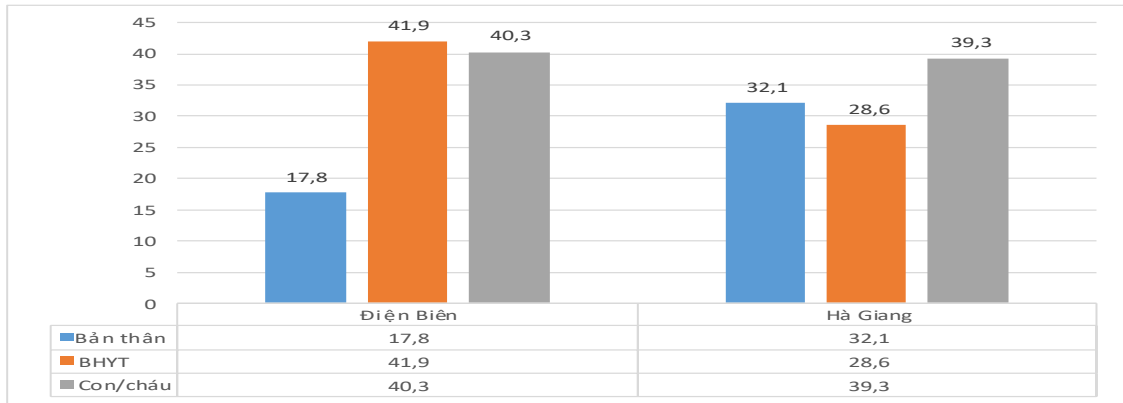
Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

* P=0.008

Mức độ đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng tại khu vực nông thôn và đô thị ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên cũng có sự khác biệt. Hành vi khám sức khỏe của người cao tuổi đô thị ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên có sự chênh lệch. Có 60.0% người cao tuổi ở Hà Giang đi khám sức khỏe mỗi tháng một lần, trong khi đó tỷ lệ này ở Điện Biên là 55.0%. Đối với nhóm người cao tuổi chỉ đi khám sức khỏe khi thấy sức khỏe giảm sút là 40.0% - Hà Giang và 45.0% - Điện Biên. So sánh giữa hai nhóm chỉ số khám sức khỏe giữa hai khu vực thành thị cho thấy không có sự chênh lệch nhiều về tỷ lệ các loại hình khám sức khỏe. Điều này càng khẳng định rằng, tại khu vực miền núi Tây Bắc mặc dù sống ở khu vực nào đi chăng nữa, vẫn còn rất nhiều người cao tuổi không/hoặc không thể chăm sóc sức khỏe cho bản thân thường xuyên.

Ở nhóm người cao tuổi sống ở khu vực nông thôn, tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe định kỳ và không đi khám sức khỏe định kỳ có sự chênh lệch (44.0% và 56.0%). Ở Điện Biên, người cao tuổi khu vực nông thôn có xu hướng chú trọng đến chăm sóc sức khỏe bản thân. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe hàng tháng chiếm đến 74%, cao hơn 2,8 lần so với nhóm người cao tuổi chỉ đi khám sức khỏe khi sức khỏe giảm sút cùng tỉnh, cao hơn 1,8 lần so với nhóm người cao tuổi đi khám sức khỏe hàng tháng ở Hà Giang. Kết quả phân tích mức độ khám sức khỏe của người cao tuổi vùng nông thôn, miền núi Hà Giang cũng lại cho kết quả người lại. Phần đông người cao tuổi ở khu vực Hà Giang chỉ đi khám sức khỏe khi có biểu hiện bệnh tật (62%), cao hơn số người cao tuổi đi khám sức khỏe định kỳ tới 2 lần, cao hơn 2,3 lần so với người cao tuổi cùng nhóm ở Điện Biên.

Sở dĩ người cao tuổi khu vực nông thôn tỉnh Điện Biên đi khám sức khỏe hàng tháng nhiều hơn so với tỉnh Hà Giang bởi nguồn chi phí khám chữa bệnh mà người cao tuổi ở Điện Biên phần lớn do Bảo hiểm y tế (41,9%) và con/cháu trong gia đình chi trả (40,3%).



Biểu đồ 2.3: Tình hình người cao tuổi khám sức khỏe định kỳ phân theo nguồn tiền chi cho khám chữa bệnh (%)

Trong khi đó, ở Hà Giang nguồn tiền chi phí cho khám sức khỏe của người cao tuổi chủ yếu là con cháu (39,3%) và bản thân chi trả (32,1%). Do nguồn thu nhập của người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu chủ yếu dao động từ 5 triệu trở xuống, nguồn thu nhập chính của người cao tuổi là từ lương hưu (62,8%), và nông nghiệp (17,1%) (Nguyễn Thế Huệ, 2015 [14]), hơn nữa, người cao tuổi thuộc 2 tỉnh Hà Giang và Điện Biên không hề nhận được các nguồn hỗ trợ từ các cơ quan, tổ, chức, các cá nhân hảo tâm trong quá trình khám chữa bệnh (100%). Chính vì vậy, nhiều người cao tuổi sống tại Hà Giang không có khả năng chi trả có các dịch vụ khám chữa bệnh. Điều này có tác động trực tiếp đến hành vi khám chữa bệnh của họ và tạo nên sự chênh lệch về tỷ lệ giữa hai tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc này.

Bảng 2.14: Hành vi khám sức khỏe của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo giới tính*

(Đơn vị: %)

	Điện Biên				Hà Giang			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Chỉ đi khám khi thấy sức khỏe giảm	37	31.4	34	41.5	40	44.9	62	55.9
Một tháng một lần	81	68.6	48	58.5	49	55.1	49	44.1
Tổng	118	100	82	100	89	100	111	100

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

Hành vi khám sức khỏe tại hai tỉnh cũng có sự khác biệt theo giới. Nhóm phụ nữ cao tuổi có xu hướng khám sức khỏe định kỳ hàng tháng ít hơn so với nhóm nam giới cao tuổi (nam giới cao tuổi: 62.8% và phụ nữ cao tuổi: 50.3%). Phần lớn phụ nữ cao tuổi chỉ đi khám khi thấy sức khỏe giảm sút (nam giới cao tuổi: 37.2%; nữ giới cao tuổi: 49.7%). Sở dĩ người cao tuổi nam ở Điện Biên có ý thức hơn trong việc khám sức khỏe là do tỷ lệ người cao tuổi có sức khỏe kém ở nhóm nam cao hơn so với nhóm nữ (nam: 61.0%; nữ: 39.0%). Tuy nhiên, ở Hà Giang, mặc dù tình trạng sức khỏe kém ở nhóm nữ cao tuổi cao hơn so với nhóm nam giới cao tuổi (nam: 35.5% và nữ: 64.5%) nhưng người cao tuổi nam vẫn có ý thức hơn trong việc chăm sóc sức khỏe.

So sánh hành vi đi khám sức khỏe của phụ nữ cao tuổi và nam giới cao tuổi cho thấy có sự khác biệt về hành vi chăm sóc sức khỏe giữa hai tỉnh.

Ở mức độ khám sức khỏe định kỳ hàng tháng, nhóm người cao tuổi là nam và nhóm người cao tuổi nữ ở Điện Biên có xu hướng đi khám sức khỏe nhiều hơn so với nhóm nam giới và phụ nữ cao tuổi ở Hà Giang (Điện Biên:

* P=0.004

Nam giới cao tuổi: 68.8%, phụ nữ cao tuổi: 58.5%; Hà Giang: nam giới cao tuổi: 55.1%; phụ nữ cao tuổi: 44.1%), ở nhóm nam giới và phụ nữ cao tuổi chỉ đi khám khi tình trạng sức khỏe giảm sút thì lại hoàn toàn trái ngược. Tỷ lệ này ở nhóm nam giới và phụ nữ cao tuổi cao hơn hẳn so với nhóm người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên. Điều này cho thấy, nam giới ở hai tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc có xu hướng quan tâm chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với nhóm phụ nữ cao tuổi. Mặc dù, theo kết quả điều tra quốc gia về người cao tuổi năm 2011 cách đó 4 năm, nhóm phụ nữ cao tuổi là nhóm dễ mắc bệnh hơn so với nam giới. Nguyên nhân khiến người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên có hành vi khám sức khỏe nhiều hơn so với người cao tuổi ở Hà Giang bởi diễn biến bệnh mãn tính ở Điện Biên luôn cao hơn so với tỉnh Hà Giang. Đây là một trong những nguyên nhân khiến người cao tuổi tỉnh Điện Biên phải đi khám và lấy thuốc định kỳ hàng tháng.

Bảng 2.15: Tình hình khám sức khỏe của hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên phân theo nhóm tuổi *

(Đơn vị: %)

		Điện Biên			Hà Giang		
		60-69	70-79	80 +	60-69	70-79	80+
Chỉ đi khám khi thấy sức khỏe giảm sút	N	37	23	11	57	33	12
	%	29.4%	42.6%	55.0%	54.8%	49.3%	41.4%
Một tháng một lần	N	89	31	9	47	34	17
	%	70.6%	57.4%	45.0%	45.2%	50.7%	58.6%
Tổng	N	126	54	20	104	67	29
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nguồn: Kết quả phân tích số liệu thực trạng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Nghiên cứu của Viện Người cao tuổi Việt Nam

* P=0.014

Dưới một góc nhìn khác, có sự khác biệt về nhóm tuổi với mức độ khám sức khỏe của người cao tuổi. Người cao tuổi ở nhóm tuổi thấp hơn có xu hướng khám sức khỏe định kỳ hàng tháng nhiều hơn so với nhóm người cao tuổi có tuổi thọ cao hơn (nhóm 60-69 tuổi: 59.1%; nhóm 70-79 tuổi: 53.7%; nhóm 80+: 53.1%) và điều dĩ nhiên, tỷ lệ nhóm người cao tuổi chỉ đi khám khi thấy sức khỏe giảm sút tập trung ở nhóm người có tuổi từ 80 tuổi trở lên (Nhóm 60-69 tuổi: 40.9%; nhóm 70-79 tuổi: 46.3%; nhóm 80+: 46.9%)

So sánh mức độ khám sức khỏe ở hai địa bàn nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mức độ thăm khám của người cao tuổi. Nhìn chung, ở Điện Biên người cao tuổi càng có tuổi thọ thấp hơn thì càng có hành vi chăm sóc sức khỏe nhiều hơn trong khi đó nhóm người ở tỉnh Hà Giang thì ngược lại, những người cao tuổi có tuổi thọ nhiều hơn càng chăm sóc sức khỏe nhiều hơn.

Ở từng mức độ khám sức khỏe, hành vi khám của người cao tuổi hai tỉnh cũng có sự khác biệt khá rõ rệt. Về kết quả khám sức khỏe định kỳ hàng tháng, người cao ở nhóm tuổi từ 60-69 và 70-79 đi khám sức khỏe ở nhóm này tại Điện Biên (60-69: 70.6%; 70-79: 57.4%) cao hơn so với nhóm người cao tuổi ở Hà Giang (60-69: 45.2%; 70-79: 50.7%). Trong khi đó, nhóm người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên ở Hà Giang (58.6%) lại cao hơn so với Điện Biên (45.0%). Về kết quả người cao tuổi chỉ khám khi sức khỏe giảm sút thì ngược lại so với kết quả khám sức khỏe định kỳ hàng tháng. Mặc dù tỷ lệ người cao tuổi ở hai tỉnh đi khám sức khỏe tập trung đông ở nhóm 60 tuổi đến 69 tuổi và giảm dần ở nhóm 80+.

Sở dĩ những người cao tuổi ở nhóm tuổi thấp hơn đi khám chữa bệnh nhiều hơn so với những nhóm khác một phần bởi địa hình miền núi ở khu vực miền núi Tây Bắc. Do địa hình đi lại tương đối hiểm trở, nhiều bản/làng cách khá xa so với Trạm Y tế. Hơn nữa, trong nghiên cứu này, người cao tuổi chủ yếu sống với vợ chồng (67%) (Nguyễn Thế Huệ, 2015), chính việc hai người

cao tuổi sống nương tựa vào nhau và không có người chăm sóc, trong khi nhiều Trạm Y tế ở khu vực này cách khá xa khu dân cư, đây là một trong những nguyên nhân khiến nhiều người không thể tiếp cận với Trạm Y tế để khám sức khỏe.

Tiểu kết chương

Về hành vi lựa chọn cơ sở y tế, người cao tuổi tại khu vực miền núi Tây Bắc thường lựa chọn 3 cơ sở y tế để đi khám: Trạm Y tế, bệnh viện tuyến huyện và bệnh viện tuyến tỉnh. Phần đa người cao tuổi lựa chọn đến khám ở các Trạm Y tế thôn/bản. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám chữa bệnh giảm dần theo mức độ phân tuyến của các cơ sở y tế. Người cao tuổi ở khu vực miền núi Tây Bắc có xu hướng đi khám chữa bệnh ít hơn so với nhóm người cao tuổi sống ở khu vực miền núi Đông Bắc. *Về nhóm tuổi*, những người cao tuổi có tuổi thọ ít hơn thường đi khám sức khỏe nhiều hơn. Về khu vực nông thôn – đô thị, người cao tuổi ở nông thôn có hành vi lựa chọn đến khám ở Trạm Y tế nhiều hơn, trong khi đó, nhóm người cao tuổi ở đô thị có hành vi lựa chọn đến khám ở bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh nhiều hơn. Về giới tính, nhóm người cao tuổi nam có hành vi lựa chọn cơ sở y tế cao hơn so với nhóm nữ.

Về hành vi khám sức khỏe định kỳ, người cao tuổi ở cả hai tỉnh có xu hướng chăm sóc sức khỏe thường xuyên, chính vì vậy, tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe hàng tháng cao hơn so với nhóm chỉ khám khi sức khỏe giảm sút. Nhóm người cao tuổi Hà Giang có xu hướng đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng cao hơn so với nhóm người cao tuổi ở Điện Biên. Người cao tuổi ở đô thị có xu hướng khám sức khỏe định kỳ nhiều hơn so với người cao tuổi khu vực nông thôn. nhóm nam giới cao tuổi có xu hướng đi khám chữa bệnh

nhiều hơn so với nhóm phụ nữ cao tuổi. Tuổi càng thấp thì càng có xu hướng khám sức khỏe nhiều hơn.

Một trong những nguyên nhân có sự chênh lệch trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế giữa các nhóm tuổi ở hai tỉnh là do thời gian di chuyển từ nhà đến cơ sở khám chữa bệnh. Phần đa người cao tuổi đến Trạm Y tế thôn/bản khám chữa bệnh là do thời gian di chuyển đến đó ít hơn so với các cơ sở y tế tuyến trên.

Động lực khiến người cao tuổi tỉnh Điện Biên đi khám chữa bệnh nhiều hơn bởi tỷ lệ người cao tuổi ở tỉnh này mắc các bệnh mãn tính cao hơn hẳn so với nhóm người cao tuổi ở tỉnh Hà Giang.

Chi phí sử dụng cho hoạt động này chủ yếu do Bảo hiểm y tế và con cháu trong gia đình chi trả là chủ yếu trong khi đó nhóm người cao tuổi Hà Giang phần nhiều phải tự chi hoặc do con cháu chi. Chính điều này đã mô hình chung ảnh hưởng đến quyết định khám chữa bệnh của họ.

KẾT LUẬN

Về thực trạng sức khỏe, bệnh tật của người cao tuổi:

Nhìn chung, phần lớn người cao tuổi ở hai tỉnh Hà Giang và Điện Biên đang phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật. Tính đến năm 2015, hầu như mỗi người cao tuổi đều mang trong mình một hoặc hơn một bệnh mãn tính. Tỷ lệ người cao tuổi chỉ mắc các bệnh thông thường như nhức đầu, ho, sổ mũi...chiếm tỷ lệ thấp hơn so với hai nhóm còn lại. Tình hình bệnh tật của người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên có xu hướng cao hơn so với tỉnh Hà Giang.

Xét về mối quan hệ giữa bệnh tật và các yếu tố đặc điểm cá nhân cho thấy, bệnh tật của người cao tuổi và giới tính, tôn giáo và nhóm tuổi có mối liên hệ tương liên với nhau. Về giới tính, người cao tuổi nữ thường có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn so với nhóm nam cao tuổi. Do đặc điểm sinh học của nữ cao tuổi dễ nhiễm bệnh hơn so với nhóm nam.

Về nhóm tuổi, diễn biến bệnh tật ở các nhóm tuổi không giống nhau, càng tuổi cao thì người cao tuổi ở Hà Giang và Điện Biên nói riêng và người cao tuổi ở các tỉnh thuộc khu vực miền núi Tây Bắc nói chung càng gánh chịu gánh nặng bệnh tật kép nhiều hơn. Ngoài các bệnh mãn tính, do tình hình sức khỏe ngày càng giảm sút, người cao tuổi còn phải gánh chịu thêm các bệnh cấp tính như ốm, sổ mũi, nhức đầu...

Về thực trạng khám chữa bệnh của người cao tuổi

Có hai loại hình khám sức khỏe chính cho người cao tuổi là khám khi sức khỏe giảm sút và khám một tháng một lần. Không có người cao tuổi nào tại hai tỉnh thuộc địa bàn nghiên cứu thăm khám sức khỏe định kỳ 6 tháng hoặc 1 năm một lần để kiểm tra sức khỏe và phát hiện sớm bệnh tật.

Nguồn tiền mà người cao tuổi hai tỉnh sử dụng để khám chữa bệnh là từ Bảo hiểm y tế và từ con cháu. Tuy nhiên, ở mỗi tỉnh nguồn tiền mà người cao

tuổi sử dụng có sự khác biệt. Người cao tuổi ở Điện Biên sử dụng chính hai nguồn tiền từ con cháu và bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh trong khi đó ở Hà Giang nguồn tiền mà người cao tuổi sử dụng chính là từ bản thân họ và Bảo hiểm y tế.

Phần đa người cao tuổi chỉ đi khám chữa bệnh định kỳ hàng tháng chứ không phải nằm viện. Tỷ lệ người cao tuổi phải nằm viện giảm dần theo số lần nằm viện. Trong 12 tháng trước đó tính từ thời điểm tiến hành điều tra, mức độ nằm viện tối đa của người cao tuổi ở địa bàn nghiên cứu dừng lại ở 2 lần. Nam giới cao tuổi có xu hướng có mức độ nằm viện nhiều hơn phụ nữ cao tuổi.

Khi phải nằm viện, người chăm sóc chính cho người cao tuổi là con/cháu họ. Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ người cao tuổi phải tự chăm sóc bản thân hay nói cách khác không có người trông nom, chăm sóc.

Về sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế khám chữa bệnh:

Người cao tuổi tại khu vực miền núi Tây Bắc nói chung và hai tỉnh Điện Biên, Hà Giang nói riêng thường lựa chọn 3 cơ sở y tế để đi khám: Trạm Y tế, bệnh viện tuyến huyện và bệnh viện tuyến tỉnh. Phần đa người cao tuổi lựa chọn đến khám ở các Trạm Y tế thôn/bản. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám chữa bệnh giảm dần theo mức độ phân tuyến của các cơ sở y tế. Người cao tuổi ở tỉnh Hà Giang có xu hướng đi khám chữa bệnh nhiều hơn so với nhóm người cao tuổi sống ở tỉnh Điện Biên. Phân tích cụ thể sự khác biệt về các đặc điểm nhân khẩu/xã hội của người cao tuổi tại 2 tỉnh cho kết quả như sau:

Về nhóm tuổi, những người cao tuổi có tuổi thọ ít hơn thường đi khám sức khỏe nhiều hơn. Ở nhóm từ 70 tuổi trở lên, nhóm người cao tuổi có tuổi thọ cao hơn lại có xu hướng lựa chọn những cơ sở y tế tuyến trên để khám chữa bệnh nhiều hơn. Tình hình khám chữa bệnh của hai tỉnh cũng tương tự như vậy. Một trong những nguyên nhân có sự chênh lệch trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế giữa các nhóm tuổi ở hai tỉnh là do thời gian di chuyển từ nhà đến cơ sở khám

chữa bệnh. Phần đa người cao tuổi đến Trạm Y tế thôn/bản khám chữa bệnh là do thời gian di chuyển đến đó ít hơn so với các cơ sở y tế tuyến trên.

Về khu vực nông thôn – đô thị, người cao tuổi ở nông thôn có hành vi lựa chọn đến khám ở Trạm Y tế nhiều hơn, trong khi đó, nhóm người cao tuổi ở đô thị có hành vi lựa chọn đến khám ở bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh nhiều hơn. So sánh hành vi khám chữa bệnh ở bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh cho thấy, người cao tuổi ở khu vực nông thôn Điện Biên có xu hướng lựa chọn các cơ sở y tế tuyến trên thấp hơn so với nhóm người cao tuổi ở khu vực nông thôn tỉnh Hà Giang. Trong khi đó, nhóm người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên lại có xu hướng tiếp cận với các bệnh viện tuyến trên nhiều hơn so với người cao tuổi sống ở khu vực đô thị tỉnh Hà Giang.

Về giới tính, nhóm người cao tuổi nam có hành vi lựa chọn cơ sở y tế cao hơn so với nhóm nữ. So sánh giữa hai tỉnh cho thấy, người cao tuổi là nam ở tỉnh Điện Biên có xu hướng chọn đến khám ở Trạm Y tế, bệnh viện tuyến huyện cao hơn so với nhóm người cao tuổi nam ở Hà Giang, tuy nhiên, ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh thì tỷ lệ phụ nữ cao tuổi lại cao hơn so với nhóm nam giới.

Về sự khác biệt trong hành vi khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi:

Nhìn chung, người cao tuổi ở cả hai tỉnh có xu hướng chăm sóc sức khỏe thường xuyên, chính vì vậy, tỷ lệ người cao tuổi đi khám sức khỏe hàng tháng cao hơn so với nhóm chỉ khám khi sức khỏe giảm sút.

Nhóm người cao tuổi Hà Giang có xu hướng đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng cao hơn so với nhóm người cao tuổi ở Điện Biên. Tuy nhiên, khi so sánh mức độ khám sức khỏe phân theo các đặc điểm kinh tế xã hội của hai tỉnh thì lại cho thấy một kết quả khá thú vị. Mặc dù người cao tuổi ở tỉnh Hà Giang có thu nhập trung bình cao hơn so với tỉnh Điện Biên, tuy nhiên, tỷ lệ người cao tuổi ở tỉnh Điện Biên lại đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng cao hơn so với tỉnh Hà Giang. Động lực khiến người cao tuổi tỉnh Điện Biên đi khám chữa

bệnh nhiều hơn bởi tỷ lệ người cao tuổi ở tỉnh này mắc các bệnh mãn tính cao hơn hẳn so với nhóm người cao tuổi ở tỉnh Hà Giang.

So sánh về sự khác biệt khu vực đô thị - nông thôn với hành vi khám sức khỏe cho thấy, người cao tuổi ở đô thị có xu hướng khám sức khỏe định kỳ nhiều hơn so với người cao tuổi khu vực nông thôn. Tuy nhiên, ở mỗi địa bàn nghiên cứu, mức độ khám sức khỏe lại có sự khác biệt rõ nét. Với mức độ khám sức khỏe định kỳ hàng tháng, khu vực đô thị Hà Giang có xu hướng khám sức khỏe ở mức này nhiều hơn. Tuy nhiên, ở nhóm đi khám khi thấy sức khỏe giảm sút thì lại cho kết quả ngược lại. Người cao tuổi ở khu vực nông thôn Hà Giang lại chính là nhóm thuộc diện này nhiều hơn. Nguyên nhân khiến người cao tuổi ở khu vực nông thôn Điện Biên đi khám sức khỏe nhiều người so với người cao tuổi ở nông thôn Hà Giang bởi chi phí sử dụng cho hoạt động này chủ yếu do Bảo hiểm y tế và con cháu trong gia đình chi trả là chủ yếu trong khi đó nhóm người cao tuổi Hà Giang phần nhiều phải tự chi hoặc do con cháu chi. Chính điều này đã mô hình chung ảnh hưởng đến quyết định khám chữa bệnh của họ.

So sánh về sự khác biệt giữa giới tính với hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi cho thấy, nhóm nam giới cao tuổi có xu hướng đi khám chữa bệnh nhiều hơn so với nhóm phụ nữ cao tuổi.

So sánh sự khác biệt giữa nhóm tuổi với hành vi khám chữa bệnh của người cao tuổi cho thấy, tuổi càng thấp thì càng có xu hướng khám sức khỏe nhiều hơn. Ở Điện Biên, người cao tuổi ở có tuổi thọ thấp hơn thì càng có hành vi khám sức khỏe cao hơn, trong khi đó, ở Hà Giang những người cao tuổi có tuổi thọ cao hơn lại có xu hướng khám sức khỏe nhiều hơn.

Như vậy, ngay từ đầu cuộc nghiên cứu chúng tôi đã đưa ra 3 giả thuyết là 1) người cao tuổi ở khu vực tây bắc hiện đang phải gánh chịu gánh nặng bệnh tật kép. Phần đa người cao tuổi đang mắc các bệnh mãn tính; 2) có sự khác biệt trong hành vi lựa chọn cơ sở y tế đến khám chữa bệnh của người cao tuổi; 3) có

sự khác biệt trong hành vi khám sức khỏe định kỳ của người cao tuổi. Đến đây có thể nói, cả 3 giả thuyết của cuộc nghiên cứu đều được kiểm nghiệm và được xác nhận là đúng.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo Ủy ban Nhân dân tỉnh Hà Giang (2017) *Kế hoạch số 208/ KH-UBND về kế hoạch thực hiện đề án Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Hà Giang giai đoạn 2017-2025*, ban hành ngày 19/07/2017, Hà Giang.
2. Bộ Y tế (2016) “Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân”, <http://jahr.org.vn/downloads/JAHR2015/JAHR2015_full_VN.pdf>, (6/2016).
3. Bệnh viện lão khoa trung ương (2010) “Lịch sử hình thành”, <<http://benhvienlaokhoa.vn/lich-su-hinh-thanh>>, (16/7/2010).
4. Thái Bình (2014) “Mỗi người cao tuổi mắc 3 bệnh mãn tính”, <<http://suckhoedoisong.vn/moi-nguoi-cao-tuoi-mac-3-benh-man-tinh-n84758.html>> , (23/7/2018).
5. Chính phủ (2013) *Quyết định phê duyệt chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030*, ban hành ngày 10/01/2013, Hà Nội.
6. Mai Chi (2015) “Đảm bảo người cao tuổi có thu nhập bền vững” <<http://hoinguoicaotui.vn/c/bao-dam-nguoi-cao-tuoi-co-thu-nhap-ben-vung-2983.htm>>, (23/6.2015).
7. Đàm Việt Cương và Trần Thị Mai Oanh và cộng sự (2007) “*Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam*”, <<http://www.hspi.org.vn/vcl/Nghien-cuu-danh-gia-tinh-hinh-CSSK-nguoi-cao-tuoi-o-Viet-Nam-t67-973.html>>, (28/6/2017)
8. Bùi Thế Cường (2005) *Trong miền an sinh xã hội*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
9. Phạm Tất Dong và Lê Ngọc Hùng (1997) *Xã hội học đại cương*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.

10. Đàm Hữu Đắc và cộng sự (2010) *Chính sách phúc lợi xã hội và phát triển dịch vụ xã hội: Chăm sóc người cao tuổi trong nền kinh tế thị trường định hướng XHCN và hội nhập*, Nxb Lao động - Xã hội, Hà Nội.

11. Thanh Hà (2018) “Tỉnh Điện Biên: Người cao tuổi ngày càng được chăm sóc tốt hơn” <<http://ngaymoionline.com.vn/tin-tuc-dia-phuong/tinh-dien-bien-nguoi-cao-tuoi-ngay-cang-duoc-cham-soc-tot-hon.html2120.html>>, (05/04/2018).

12. Vũ Quang Hà và Nguyễn Thị Hồng Xoan (2002) *Xã hội học đại cương*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.

13. Lê Ngọc Hùng (2002) *Lịch sử và lý thuyết xã hội học*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.

14. Nguyễn Thế Huệ (2015) *Thực trạng nhu cầu ăn, mặc, ở, đi lại chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh của người cao tuổi*, đề tài cấp bộ, Hội người cao tuổi Việt Nam.

15. ISMS (2012) *Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011: Những kết quả chủ yếu*. Hà Nội.

16. Thiên Lam (2017) “Việt Nam đang có tốc độ già hóa dân số nhanh” <<http://www.nhandan.com.vn/suckhoe/tin-tuc/item/33489902-viet-nam-dang-co-toc-do-gia-hoa-dan-so-nhanh.html>>, (17/07/2017).

17. Hoàng Lâm (2015) “Đa dạng sắc màu văn hóa Điện Biên”, <<https://dacsandantoc.net/da-dang-sac-mau-van-hoa-dien-bien>>, (25/07/2018).

18. Giang Thanh Long (2010) *Toward an Aging Population: Mapping the Reform Process in the Public Delivery of Social Protection Services in Vietnam*. Background paper for the 2010 Vietnam Human Development Report (VNHDR), VASS and UNDP.

19. Bế Quỳnh Nga (2010) “Người cao tuổi: phúc lợi xã hội và một số mô hình chăm sóc sức khỏe”, Tạp chí *Xã hội học*, số 2, tr. 31-42.

20. Vũ Thị Minh Ngọc (2017) *Hoạt động khám chữa bệnh của người dân Đăk Lăk hiện nay*, Luận án tiến sỹ, Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

21. Như Ngọc (2017) “Trung bình mỗi người cao tuổi mắc 3 bệnh mãn tính”, <<https://baomoi.com/trung-binh-moi-nguoi-cao-tuoi-mac-3-benh-man-tinh/c/23373453.epi>>, (25/09/2017).

22. Trần Thị Mai Oanh (2010) *Sức khỏe, chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh, Hải Dương*, Luận án tiến sỹ, đại học Y tế Công Cộng.

23. Thu Phương (2017) “Đẩy mạnh quan tâm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi”, <<http://www.baohagiang.vn/xa-hoi/201709/day-manh-quan-tam-cham-soc-suc-khoe-nguoi-cao-tuoi-711542>> (30/09/2017).

24. Quốc hội (2009) *Luật khám bệnh, chữa bệnh*, ban hành ngày 23/11/2009, Hà Nội.

25. Quốc hội (2009) *Luật người cao tuổi*, ban hành ngày 23/11/2009, Hà Nội.

26. Hoàng Bá Thịnh (2010) *Xã hội học sức khỏe*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội.

27. Phạm Thắng (2011) “Tình hình bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam qua một số nghiên cứu dịch tễ học tại cộng đồng” <<http://giadinh.net.vn/dan-so/tinh-hinh-benh-tat-cua-nguoi-cao-tuoi-viet-nam-qua-mot-so-nghien-cuu-dich-te-hoc-tai-cong-dong-20111215044655798.htm>>, (15/12/2011).

28. Phạm Thắng và cộng sự (2009) *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già và thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi ở Việt Nam*, Bộ Y tế và quỹ Dân số Liên hợp quốc.

29. Thomas Trang (1998) “Vấn đề người cao tuổi Việt Nam ở Úc trong Việt nam học”, kỷ yếu hội thảo quốc tế lần thứ nhất, Nxb Thế Giới, Hà Nội.

30. UNFPA (2011) *Già hóa dân số ở Việt Nam: thực trạng và một số khuyến nghị chính sách*, Hà Nội.

31. UNFPA (2011) *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: thực trạng, dự báo và gợi ý chính sách*. Hà Nội.

32. UNFPA (2012) *Già hóa trong thế kỷ 21: thành tựu và thách thức*, Hà Nội.

33. VNAS (2012) *Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam*, Hội thảo công bố kết quả điều tra, Hà Nội.

34. Nguyễn Khắc Viện (2010) *Từ điển Xã hội học*. Nxb Thế giới, Hà Nội.

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

35. Britta Monika Baer (2017) *Ageing and health: regional strategy and experiences*, Apec Workshop, Ha Noi.

36. Forman, D. E., Berman, A. D., McCabe, C. H., Baim, D. S., & Wei, J. Y (1992) "PTCA in the elderly: The young-old", *Journal of the American Geriatrics Society*, pg.19–22.

37. John Knodel Napaporn Chayovan (2008) "Population ageing and the well-being of older persons in Thailand: Past trends, current situation and future challenges", <<https://www.psc.isr.umich.edu/pubs/abs/5664>>, (23/7/2017).

38. World Health Organization (2001) "Indicators for the Minimum Data Set Project on Ageing: A Critical Review in sub-Saharan Africa", <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_mds_report_en_daressalaam.pdf>, (22/7/2000).