

HỌC VIỆN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA HỒ CHÍ MINH

PHẠM GIA CƯỜNG

**MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH
CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN
HUYỆN THƯỜNG TÍN, THÀNH PHỐ HÀ NỘI**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ
CHUYÊN NGÀNH: XÃ HỘI HỌC
Mã số: 62 31 03 01**

Người hướng dẫn khoa học: 1. GS.TS Nguyễn Đình Tấn
2. TS. Lê Văn Toàn

HÀ NỘI – 2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, dưới sự hướng dẫn của GS.TS Nguyễn Đình Tấn và TS. Lê Văn Toàn. Các số liệu nêu trong luận án là trung thực, có nguồn gốc rõ ràng. Các số liệu và tài liệu tham khảo được trích dẫn theo quy định.

Tác giả

Phạm Gia Cường

MỤC LỤC

	Trang
MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU	12
1.1. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội và mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe trên thế giới	12
1.2. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội và mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam	22
1.3. Những nghiên cứu về mối quan hệ xã hội ở nông thôn Việt Nam	32
CHƯƠNG 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN NGHIÊN CỨU MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN	37
2.1. Các khái niệm	37
2.2. Các lý thuyết tiếp cận vấn đề nghiên cứu	46
2.3. Quan điểm của Hồ Chí Minh, của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước về chăm sóc sức khỏe	60
2.4. Đặc điểm địa bàn nghiên cứu	66
CHƯƠNG 3. THỰC TRẠNG MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN: ĐẶC ĐIỂM, TÍNH CHẤT VÀ HỖ TRỢ XÃ HỘI	71
3.1. Đặc điểm và tính chất của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn	71
3.2. Hỗ trợ của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	89
3.3. Tiếp cận dịch vụ y tế của người trong độ tuổi lao động	96
CHƯƠNG 4. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH, XU HƯỚNG BIẾN ĐỔI VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP	103
4.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	103
4.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn	111
4.3. Xu hướng biến đổi mạng lưới xã hội khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn	129
4.4. Những giải pháp thúc đẩy mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn	133
KẾT LUẬN	139
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN	142
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	143
PHỤ LỤC	156

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Bảo hiểm y tế:	BHYT
Bệnh không lây nhiễm:	BKLN
Chăm sóc sức khỏe:	CSSK
Cơ cấu kinh tế:	CCKT
Độ tuổi lao động:	ĐTLĐ
Hỗ trợ xã hội:	HTXH
Khám chữa bệnh:	KCB
Mạng lưới xã hội:	MLXH
Quan hệ xã hội:	QHXH

DANH MỤC CÁC BẢNG

Số thứ tự	Tên bảng	Trang
Bảng 1:	Phân bố cơ cấu mẫu phỏng vấn sâu	168
Bảng 2:	Phân bố cơ cấu mẫu sau khi khảo sát	169
Bảng 3.1:	Cơ cấu thành phần của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	71
Bảng 3.2:	Cơ cấu thành phần của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế	72
Bảng 3.3:	Các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế	170
Bảng 3.4:	Người chăm sóc chính cho người trong độ tuổi lao động theo cơ cấu kinh tế	170
Bảng 3.5:	Niềm tin của người trong độ tuổi lao động vào mối quan hệ phân theo cơ cấu kinh tế	171
Bảng 3.6:	Nội dung của các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội theo cơ cấu kinh tế	171
Bảng 3.7:	Nội dung của loại mạng lưới xã hội truyền thống	80
Bảng 3.8:	Nội dung của loại mạng lưới xã hội hiện đại	81
Bảng 3.9:	Nội dung của loại mạng lưới xã hội hỗn hợp	82
Bảng 3.10:	Mức độ người trong độ tuổi lao động hỏi ý kiến mọi người trong mạng lưới xã hội về những công việc quan trọng	171
Bảng 3.11:	Mức độ mọi người trong mạng lưới xã hội hỏi ý kiến người trong độ tuổi lao động về những công việc quan trọng	172
Bảng 3.12:	Mức độ quan trọng của các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội	172
Bảng 3.13:	Mức độ quan trọng của mối quan hệ với thành viên gia đình theo cơ cấu kinh tế	172
Bảng 3.14:	Mức độ quan trọng của mối quan hệ với họ hàng theo cơ cấu kinh tế	173
Bảng 3.15:	Mức độ quan trọng của mối quan hệ với hàng xóm theo cơ cấu kinh tế	173
Bảng 3.16:	Mức độ quan trọng của mối quan hệ với bạn bè theo cơ cấu kinh tế	173
Bảng 3.17:	Mức độ quan trọng của mối quan hệ với đồng nghiệp theo cơ cấu kinh tế	174

Bảng 3.18:	Mức độ quan trọng của mỗi quan hệ với nhân viên y tế theo cơ cấu kinh tế	174
Bảng 3.19:	Mức độ quan trọng của mỗi quan hệ với người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật theo cơ cấu kinh tế	174
Bảng 3.20:	So sánh các mối quan hệ xã hội trong mạng lưới khám chữa bệnh	85
Bảng 3.21:	Cách duy trì và mở rộng mối quan hệ xã hội của người trong độ tuổi lao động	175
Bảng 3.22:	Cách duy trì và mở rộng các mối quan hệ chủ yếu	88
Bảng 3.23:	Sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động	90
Bảng 3.24:	Loại hỗ trợ của thành viên gia đình đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	175
Bảng 3.25:	Loại hỗ trợ của họ hàng đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	175
Bảng 3.26:	Loại hỗ trợ của hàng xóm đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	176
Bảng 3.27:	Loại hỗ trợ của bạn bè đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	176
Bảng 3.28:	Loại hỗ trợ của đồng nghiệp đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	176
Bảng 3.29:	Loại hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	177
Bảng 3.30:	Loại hỗ trợ của nhân viên y tế đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	177
Bảng 3.31:	Loại hỗ trợ của người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	177
Bảng 3.32:	Mức độ hỗ trợ của mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động	178
Bảng 3.33:	Mức độ hỗ trợ của thành viên gia đình trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	178
Bảng 3.34:	Mức độ hỗ trợ của họ hàng trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	178
Bảng 3.35:	Mức độ hỗ trợ của hàng xóm trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	179

Bảng 3.36:	Mức độ hỗ trợ của bạn bè trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	179
Bảng 3.37:	Mức độ hỗ trợ của đồng nghiệp trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	179
Bảng 3.38:	Mức độ hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	180
Bảng 3.39:	Mức độ hỗ trợ của nhân viên y tế đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	180
Bảng 3.40:	Mức độ hỗ trợ của người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế	180
Bảng 3.41:	Sử dụng cơ sở y tế trong khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế	181
Bảng 3.42:	Số lần khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động	181
Bảng 3.43:	Tiêu chí sử dụng dịch vụ y tế của người trong độ tuổi lao động	182
Bảng 3.44:	Chất lượng dịch vụ y tế	182
Bảng 4.1:	Các mối quan hệ phân theo giới tính	183
Bảng 4.2:	Các mối quan hệ phân theo độ tuổi	183
Bảng 4.3:	Các mối quan hệ phân theo trình độ học vấn	183
Bảng 4.4:	Các mối quan hệ phân theo nghề nghiệp	184
Bảng 4.5:	Các mối quan hệ phân theo tình trạng việc làm	184
Bảng 4.6:	Các mối quan hệ phân theo tình trạng hôn nhân	184
Bảng 4.7:	Các mối quan hệ phân theo mức sống	185
Bảng 4.8:	Các mối quan hệ phân theo tham gia bảo hiểm y tế	185
Bảng 4.9:	Các mối quan hệ phân theo loại ốm đau, bệnh tật	185
Bảng 4.10:	Các mối quan hệ phân theo mức độ ốm đau, bệnh tật	186
Bảng 4.11:	Các mối quan hệ phân theo khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật	186
Bảng 4.12:	Các mối quan hệ phân theo nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật	186
Bảng 4.13:	Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với thành viên gia đình	187
Bảng 4.14:	Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với họ hàng	187
Bảng 4.15:	Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với nhân viên y tế	187
Bảng 4.16:	Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật	188
Bảng 4.17:	Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với bạn bè	188
Bảng 4.18:	Những yếu tố ảnh hưởng đến các mối quan hệ chủ yếu của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	128

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Số thứ tự	Tên biểu đồ	Trang
Biểu đồ 3.1:	Các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế	73
Biểu đồ 3.2:	Người chăm sóc chính cho người trong độ tuổi lao động theo cơ cấu kinh tế	76
Biểu đồ 3.3:	Niềm tin của người trong độ tuổi lao động vào mối quan hệ phân theo cơ cấu kinh tế	77
Biểu đồ 3.4:	Nội dung của các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội theo cơ cấu kinh tế	79
Biểu đồ 3.5:	Cách duy trì và mở rộng mối quan hệ xã hội của người trong độ tuổi lao động theo cơ cấu kinh tế	87
Biểu đồ 3.6:	Sử dụng cơ sở y tế trong khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế	97
Biểu đồ 3.7:	Số lần khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động trong 12 tháng	98
Biểu đồ 3.8:	Chất lượng dịch vụ y tế	100

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Số thứ tự	Tên sơ đồ	Trang
Sơ đồ 1:	Khung phân tích	6
Sơ đồ 2.1:	Ví dụ mô hình mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	42
Sơ đồ 2.2:	Bốn loại hỗ trợ xã hội chính	43
Sơ đồ 2.3:	Vai trò của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	50
Sơ đồ 2.4:	Mô hình mạng lưới xã hội – giai đoạn	53
Sơ đồ 3.1:	Mạng lưới xã hội của trường hợp Nguyễn Thị Th	71
Sơ đồ 3.2:	Các mối quan hệ xã hội chủ yếu trong mạng lưới khám chữa bệnh	72
Sơ đồ 3.3:	Các thành phần chủ yếu của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh	83

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

Sức khỏe và chăm sóc sức khỏe (CSSK) nói chung, khám chữa bệnh (KCB) nói riêng luôn gắn liền với xã hội loài người. CSSK là một trong những chức năng xã hội của nhà nước, không chỉ là trách nhiệm của ngành Y tế mà còn là trách nhiệm của mỗi người, của toàn xã hội. CSSK nói chung và KCB nói riêng là nhu cầu và cao hơn là quyền của mọi người ở các lứa tuổi, điều kiện tự nhiên, kinh tế và xã hội khác nhau. Nhu cầu KCB là một trong những yếu tố thúc đẩy người dân tham gia các mạng lưới xã hội (MLXH), từ đó tạo nên nền tảng quan trọng cho việc thực hiện hành vi sức khỏe.

Trong những năm gần đây, trên thế giới, lý thuyết MLXH đã được sử dụng như là một phương pháp tiếp cận và được áp dụng phổ biến trong nghiên cứu thực nghiệm ở nhiều lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực xã hội học, xã hội học y tế và CSSK. Việc mô hình hóa MLXH góp phần làm trực quan và khái quát hóa sự phản ánh xã hội, từ đó có thể thúc đẩy tiến bộ xã hội. Qua nghiên cứu MLXH sẽ có hiểu biết về các mô hình kết nối, sự truyền tải các giá trị và hành vi xã hội, cung cấp một phương pháp tiếp cận mới về xây dựng chính sách nói chung và chính sách bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nói riêng, trong đó có chính sách KCB.

Mạng lưới xã hội là một trong các yếu tố xã hội quan trọng ảnh hưởng đến sự công bằng xã hội về sức khỏe nói chung và KCB nói riêng [152]. Việc phối hợp kiến thức về MLXH vào các chiến lược CSSK theo hướng gắn kết với sự năng động của cá nhân, cộng đồng sẽ góp phần quản lý và phát triển hệ thống CSSK đáp ứng nhu cầu KCB của người dân.

Mạng lưới xã hội có thể ảnh hưởng đến sức khỏe - như là một công cụ lan truyền thông tin nhanh chóng về sức khỏe, do đó cải thiện khả năng tiếp cận các nguồn lực CSSK [71], [106]. Thông qua việc cung cấp các hỗ trợ như “tiền, chăm sóc điều dưỡng và vận chuyển, làm giảm căng thẳng tinh thần, thể chất và tạo ra mạng lưới an toàn” [133, tr. 327]. Thông qua việc củng cố các tiêu chí về sức khỏe và ảnh hưởng xã hội [71], [106], [133]. Bằng cách hỗ trợ tinh thần [71], có thể là

một “cơ chế kích hoạt tâm lý, kích thích hệ thống miễn dịch của con người chống lại bệnh tật và căng thẳng” [133, tr.327].

Hỗ trợ xã hội (HTXH) thường mang tính chất tự nhiên, thể hiện vai trò, trách nhiệm xã hội, có khả năng liên quan đến việc cho và nhận, diễn ra trong suốt cuộc đời của cá nhân. HTXH góp phần cải thiện việc tiếp cận các nguồn lực, giảm sự căng thẳng. Thông qua các mối quan hệ xã hội (QHXH), các cá nhân được hướng dẫn hành vi chuẩn mực. Nhưng các tương tác xã hội tiêu cực cũng dẫn đến xung đột, lạm dụng hoặc bỏ mặc có thể tác động mạnh mẽ đến sức khỏe.

Để thực hiện mục tiêu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân: “Bảo đảm mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Người dân được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ, nâng cao chất lượng dân số” [53], người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội đòi hỏi phát triển mạng lưới y tế cơ sở là tuyến y tế trực tiếp, người dân dễ tiếp cận.

Tuy nhiên, hiện nay mạng lưới y tế chính thức tại tuyến huyện, đặc biệt là tuyến xã còn rất nhiều bất cập về cơ sở vật chất và trang thiết bị chưa đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK [12]. Năng lực cung cấp dịch vụ của các đơn vị y tế cơ sở (tuyến huyện và xã) vẫn còn hạn chế cả về số lượng lẫn chất lượng dịch vụ, nguồn nhân lực còn thiếu; chưa thích ứng với sự phát triển của xã hội và sự thay đổi của cơ cấu bệnh tật; chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân [61] và yếu (kiến thức và thực hành hạn chế) [62].

Việc chuyển tuyến đối với người bệnh, đặc biệt là người bệnh có bảo hiểm y tế (BHYT) gặp khó khăn. Việc chuyển người bệnh trở lại tuyến dưới rất hạn chế và thiếu sự kết nối, phản hồi thông tin. Quản lý hệ thống thông tin y tế còn yếu, trạm y tế xã không có đủ thuốc và trang thiết bị theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới [102]. Người bệnh có xu hướng yêu cầu chuyển lên tuyến trên để khám và điều trị, kể cả những trường hợp bệnh viện tuyến dưới hoàn toàn có thể điều trị được [12].

Những hạn chế của hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở dẫn đến tình trạng quá tải bệnh viện, lạm dụng thuốc kháng sinh, mức độ đáp ứng thấp nhu cầu

KCB của người dân, người dân có thể bị nghèo hóa do chi phí y tế... Trong khi đó, dân số từ 15 tuổi trở lên của Việt Nam năm 2016 là 71.03 triệu người, ở nông thôn là 46.17 triệu người [55]. Việc đảm bảo KCB cho nhóm dân số trong độ tuổi lao động sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tăng năng suất lao động, cải thiện tình trạng kinh tế - xã hội ở khu vực nông thôn.

Như vậy, với những phân tích ở trên cho thấy người dân nói chung và người trong độ tuổi lao động (ĐTLĐ) nói riêng sẽ gặp khó khăn khi gặp vấn đề về sức khỏe, nhất là tiếp cận dịch vụ y tế. Vậy người trong ĐTLĐ sẽ liên hệ với cá nhân, tổ chức nào để có được sự hỗ trợ xã hội và tiếp cận được dịch vụ y tế kịp thời, phù hợp? Môi quan hệ nào đóng vai trò quan trọng đối với người trong ĐTLĐ khi đi KCB? Làm thế nào để giúp người trong ĐTLĐ xây dựng, phát triển và sử dụng các mối quan hệ để có được sự HTXH và tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng và hiệu quả?

Ở nước ta, nhiều nghiên cứu trong lĩnh vực y tế, sức khỏe như mối quan hệ trong bệnh viện, sự hài lòng của người bệnh, công bằng xã hội trong y tế... được tiến hành trên quy mô tỉnh, thành phố hay quốc gia. Nhưng nhìn chung các nghiên cứu đó tập trung vào khía cạnh y học, MLXH chính thức. Một số nghiên cứu trong lĩnh vực y tế đề cập đến các yếu tố xã hội, nhưng cũng chỉ là những bước đi ban đầu.

Xuất phát từ những luận giải trên, tác giả lựa chọn vấn đề: “*Mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội*” làm đề tài nghiên cứu của luận án. Thông qua cách tiếp cận xã hội học, đặc biệt là tiếp cận xã hội học y tế, luận án mong muốn nhận diện đặc điểm, tính chất, các yếu tố ảnh hưởng, xu hướng biến đổi và sự HTXH của MLXH trong việc giúp người trong ĐTLĐ ở nông thôn tiếp cận dịch vụ KCB, góp phần cung cấp bằng chứng cho việc cụ thể hóa và tổ chức thực hiện chính sách, quản lý và tổ chức hệ thống y tế nhằm cung cấp dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu KCB cho người dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng theo hướng hiệu quả, công bằng và phát triển tại địa phương.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Nhận diện đặc điểm, tính chất, HTXH, các yếu tố tác động và xu hướng biến đổi MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn huyện Thường Tín,

thành phố Hà Nội hiện nay. Trên cơ sở đó, cung cấp những bằng chứng và các giải pháp cho việc cụ thể hóa và tổ chức thực hiện chính sách khám chữa bệnh ở địa phương và phát triển chức năng của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở địa bàn nghiên cứu.

3. Nhiệm vụ nghiên cứu

- Hệ thống hóa các lý thuyết nghiên cứu về mạng lưới xã hội và làm rõ các khái niệm công cụ như: mạng lưới xã hội, mối quan hệ xã hội, hỗ trợ xã hội, vốn xã hội, sức khỏe, khám chữa bệnh, người trong ĐTLĐ và một số khái niệm có liên quan đến chủ đề nghiên cứu của luận án.

- Xác định đặc điểm, tính chất của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ ở nông thôn như: quy mô, các thành tố cấu thành mạng lưới xã hội (các mối quan hệ) và mức độ quan hệ giữa các thành viên trong MLXH.

- Xác định những yếu tố ảnh hưởng đến MLXH trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn.

- Làm rõ sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội đối với việc khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn.

- Xác định khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn thông qua mạng lưới xã hội.

- Dự báo xu hướng biến đổi mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

- Đề xuất một số giải pháp góp phần nâng cao hiệu quả hỗ trợ xã hội của mạng lưới xã hội đối với người trong ĐTLĐ ở huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

4. Đối tượng, khách thể và phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn thuộc huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

4.2. Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với 300 người trong độ tuổi lao động ở nông thôn thuộc huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

4.3. Phạm vi nghiên cứu

- Phạm vi thời gian: Quá trình chuẩn bị và triển khai nghiên cứu thông tin phục vụ cho luận án được thực hiện trong 3 năm, từ năm 2015 – 2017.

- Phạm vi không gian: 03 xã của huyện Thường Tín thuộc thành phố Hà Nội với tiêu chí về cơ cấu kinh tế - xã hội: Lựa chọn 01 xã có hoạt động sản xuất chủ yếu từ nông nghiệp, 01 xã có hoạt động sản xuất chủ yếu từ công nghiệp, tiểu thủ công và 01 xã có hoạt động buôn bán, dịch vụ.

- Nội dung: Đặc điểm, tính chất và sự hỗ trợ xã hội của mạng lưới khám chữa bệnh đối với người trong độ tuổi lao động ở nông thôn khi đi khám chữa bệnh.

5. Câu hỏi nghiên cứu, giả thuyết nghiên cứu và khung phân tích

5.1. Câu hỏi nghiên cứu

- Mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn có đặc điểm và tính chất gì?

- Có những yếu tố nào ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn?

- Làm thế nào để phát huy được chức năng tích cực của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn?

5.2. Giả thuyết nghiên cứu

- Giả thuyết thứ nhất: Mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ có quy mô nhỏ nhưng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ vật chất, tình cảm, thông tin và tư vấn đối với người trong độ tuổi lao động ở nông thôn. Trong đó, mối quan hệ ruột thịt là mối quan hệ mạnh có vai trò quan trọng nhất trong việc hỗ trợ vật chất, tình cảm đối với người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

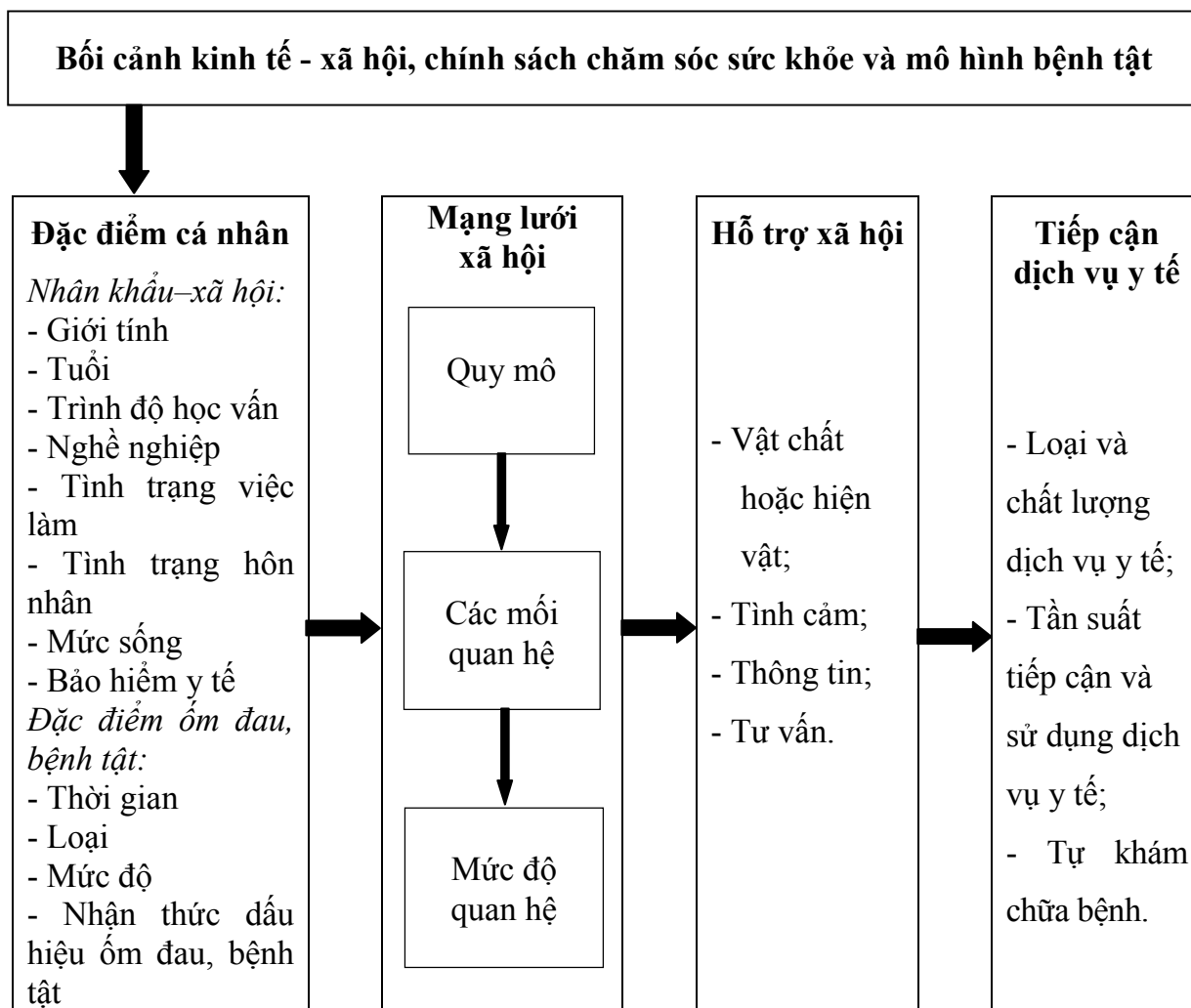
- Giả thuyết thứ hai: Các mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới xã hội khám chữa bệnh bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, mức sống, khoảng thời gian, mức độ và nhận thức đau hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn.

- Giả thuyết thứ ba: Nếu các thành phần của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh thực hiện chức năng có hiệu quả, đặc biệt tăng cường sự lãnh đạo, chỉ

đạo, kiểm tra và giám sát của các cấp ủy đảng, chính quyền và vai trò của gia đình trong chăm sóc sức khỏe nói chung và khám chữa bệnh nói riêng thì sẽ phát huy chức năng tích cực của toàn bộ hệ thống mạng lưới xã hội.

5.3. Khung phân tích

Để đạt được mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu và chứng minh giả thuyết nêu ra, luận án dựa trên khung phân tích sau:



Sơ đồ 1: Khung phân tích

5.4. Các nhóm biến số

- Nhóm biến số độc lập:

+ Đặc điểm thuộc về cá nhân: Giới tính, tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân, mức sống, bảo hiểm y tế.

+ Đặc điểm ốm đau, bệnh tật: Khoảng thời gian, loại, mức độ và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật.

Nhóm biến số độc lập thể hiện những yếu tố tác động đến mạng lưới xã hội và kết quả liên quan đến HTXH và tiếp cận dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

- Nhóm biến số phụ thuộc:

+ Mạng lưới xã hội: Quy mô (số lượng thành phần của mạng lưới xã hội), các mối quan hệ (gia đình; hàng xóm; bạn bè; đồng nghiệp; nhân viên y tế; người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật; chính quyền, cơ quan, tổ chức và những người khác) và mức độ của các mối quan hệ (sự gần gũi và phức tạp của các mối quan hệ).

+ Hỗ trợ xã hội: Vật chất hoặc hiện vật; tình cảm; thông tin; tư vấn.

+ Tiếp cận dịch vụ y tế: Loại và chất lượng dịch vụ y tế; tần suất tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế;

Nhóm biến số phụ thuộc thể hiện đặc điểm, tính chất và sự HTXH của MLXH trong KCB; tình trạng tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế và chất lượng KCB mà người trong ĐTLĐ ở nông thôn có được thông qua MLXH trong KCB.

- Nhóm biến số can thiệp:

+ Bối cảnh kinh tế – xã hội, mô hình bệnh tật;

+ Pháp luật, chính sách của Nhà nước về chăm sóc sức khỏe.

6. Phương pháp luận và phương pháp nghiên cứu

6.1. Phương pháp luận duy vật biện chứng

Nghiên cứu này dựa trên quan điểm lý luận và phương pháp luận của Chủ nghĩa Mác–Lênin, tư tưởng Hồ Chí Minh, chủ trương, đường lối của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước về bảo vệ, nâng cao và chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung và khám chữa bệnh nói riêng.

Nghiên cứu sử dụng lý thuyết hệ thống xã hội của Robert Talcott Parsons, lý thuyết mạng lưới xã hội để làm cơ sở cho việc nhìn nhận và đánh giá thực trạng MLXH trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

6.2. Phương pháp nghiên cứu

6.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng nhằm tìm hiểu quy mô, các mối quan hệ và mức độ của mối quan hệ xã hội, các yếu tố ảnh hưởng, xu hướng biến đổi và sự hỗ trợ của MLXH đối với người trong ĐTLĐ khi khám chữa bệnh.

6.2.2. Phương pháp phân tích tài liệu

Trong luận án, tác giả sưu tầm và phân tích những tài liệu có liên quan đến vấn đề nghiên cứu dưới dạng thứ cấp nhằm xây dựng cơ sở lý luận và thực tiễn của vấn đề nghiên cứu, bao gồm:

+ Các tài liệu có liên quan đến mạng lưới xã hội, khám chữa bệnh và mối quan hệ xã hội ở nông thôn.

+ Báo cáo phát triển kinh tế - xã hội, báo cáo về y tế của huyện Thường Tín, Sở Y tế thành phố Hà Nội và của Bộ Y tế.

6.2.3. Phương pháp thu thập thông tin định tính

Trên cơ sở phỏng vấn bằng bảng hỏi cấu trúc, tiến hành phỏng vấn sâu 15 người trong độ tuổi lao động ở nông thôn dựa trên cơ sở sự khác biệt về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức sống và đặc điểm ốm đau, bệnh tật (bảng 1, phụ lục 3) nhằm làm rõ các mối quan hệ, sự hỗ trợ của các mối quan hệ và các yếu tố tác động đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của cá nhân trong độ tuổi lao động ở nông thôn. Trong quá trình phỏng vấn, căn cứ vào đặc điểm của người được phỏng vấn, nội dung phỏng vấn được bổ sung đảm bảo khai thác thông tin cần thiết theo kế hoạch.

6.2.4. Phương pháp thu thập thông tin định lượng

Luận án sử dụng phương pháp phỏng vấn bằng bảng hỏi cấu trúc để thu thập thông tin về đặc điểm nhân khẩu – xã hội; đặc điểm ốm đau, bệnh tật; đặc điểm, các yếu tố ảnh hưởng, xu hướng biến đổi và sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ ở nông thôn bị ốm đau, bệnh tật và đi khám chữa

bệnh trong khoảng thời gian 12 tháng đến trước thời điểm nghiên cứu (tháng 3 năm 2016) và đang làm việc và sinh sống ở huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

Cách thức tính cỡ mẫu và chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm đến cấp thôn và kết hợp với phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện đối với việc lựa chọn người trong độ tuổi lao động. Dung lượng mẫu điều tra là 300 người trong độ tuổi lao động.

Đối với 29 xã, thị trấn của huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội được chia thành 3 nhóm dựa trên ba cơ cấu kinh tế chủ yếu (nông nghiệp; công nghiệp, tiểu thủ công và buôn bán, dịch vụ) và dựa trên nguyên tắc chọn mẫu cụm để chọn 03 xã trong 3 nhóm. Kết quả chọn được 03 xã là: Văn Bình, thị trấn Thường Tín và Quất Động. Dựa trên nguyên tắc chọn mẫu cụm để chọn 03 thôn trong một xã.

Trong một xã và thị trấn, từ danh sách người đi khám, chữa bệnh do cán bộ y tế xã và thôn lập và cung cấp để lựa chọn ngẫu nhiên thuận tiện 100 người trong độ tuổi lao động trong một xã đã đi khám chữa bệnh trong khoảng thời gian 12 tháng đến thời điểm nghiên cứu và đang sinh sống tại địa bàn.

Sai số chọn mẫu được tính theo công thức sau [44, tr.210]:

$$\varepsilon = \sqrt{\frac{p(1-p)(N-n)}{Nn}} \quad (1)$$

Trong đó:

ε : Sai số chọn mẫu;

n : Mẫu điều tra là 300 người;

N : Số lượng tổng thể của quần thể nghiên cứu là 156.504 người;

p : Mức tin cậy là 0,95 thì hệ số tin cậy $t = 1,96$ (tra bảng Student);

Áp dụng công thức (1), tính được sai số chọn mẫu (ε) là: $\pm 5,65\%$.

Xử lý số liệu các phiếu khảo sát thu thập được bằng phần mềm thống kê SPSS, thu được phân bố cơ cấu mẫu ở bảng 2 (phụ lục 3).

7. Ý nghĩa lý luận và thực tiễn của đề tài

7.1. Về mặt lý luận

Đề tài vận dụng những lý thuyết xã hội học để phân tích đặc điểm và tính chất của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi ở nông thôn thuộc địa bàn cụ thể nhằm cung cấp những luận cứ khoa học để kiểm chứng chức năng và những yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong việc hỗ trợ xã hội và giúp người trong độ tuổi lao động ở nông thôn tiếp cận dịch vụ y tế. Hơn nữa, đề tài hướng đến bổ sung vào hệ thống khái niệm và lý thuyết xã hội học, nhất là khái niệm mạng lưới xã hội, lý thuyết về mạng lưới xã hội và chức năng của mạng lưới xã hội trong việc hỗ trợ xã hội và giúp tiếp cận dịch vụ y tế tại nông thôn hiện nay.

7.2. Về mặt thực tiễn

Nghiên cứu nhận diện quy mô, các mối quan hệ, mức độ các mối quan hệ và hỗ trợ xã hội của mạng lưới xã hội trong việc giúp người trong độ tuổi lao động ở nông thôn tiếp cận dịch vụ y tế. Từ đó đưa ra những giải pháp trong việc cụ thể hóa và tổ chức thực hiện chính sách khám chữa bệnh, thúc đẩy sự phát triển mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

8. Đóng góp của luận án

Trên cơ sở phân tích và kế thừa các nghiên cứu về MLXH nói chung và MLXH trong chăm sóc sức khỏe nói riêng, luận án đã chỉ ra được đặc điểm, tính chất và hỗ trợ xã hội của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ ở nông thôn. Nhận diện các đặc điểm nhân khẩu – xã hội, nghề nghiệp, tình trạng việc làm, hôn nhân, mức sống, bảo hiểm y tế và ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ ảnh hưởng đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh.

Từ những phát hiện qua nghiên cứu, luận án đề xuất một số giải pháp trong việc tổ chức thực hiện chính sách khám chữa bệnh tại địa phương, thúc đẩy sự phát triển mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn nhằm giúp họ có được sự hỗ trợ xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng và hiệu quả.

9. Kết cấu của luận án

Ngoài phần mở đầu, phần kết luận, danh mục tài liệu tham khảo, phụ lục, nội dung luận án gồm 4 chương:

Chương 1: Tổng quan nghiên cứu về mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn

Chương 2: Cơ sở lý luận và thực tiễn nghiên cứu mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn

Chương 3: Thực trạng mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn: đặc điểm, tính chất và hỗ trợ xã hội

Chương 4: Những yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn, xu hướng biến đổi và một số giải pháp.

Chương 1

TỔNG QUAN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

Chương này trình bày các công trình nghiên cứu về MLXH nói chung và trong KCB nói riêng trên thế giới và ở Việt Nam, QHXX ở nông thôn Việt Nam dựa trên những tài liệu mà chúng tôi tiếp cận được, qua đó xem xét lịch sử vấn đề nghiên cứu. Chương này tập trung phân tích, tổng hợp những cách tiếp cận, nội dung và kết quả nghiên cứu có liên quan nhằm tìm ra khoảng trống nghiên cứu và cơ sở cho luận án.

1.1. NHỮNG NGHIÊN CỨU VỀ MẠNG LƯỚI XÃ HỘI VÀ MẠNG LƯỚI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRÊN THẾ GIỚI

1.1.1. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội trên thế giới

Granovetter cho rằng nghiên cứu về MLXH có nguồn gốc từ xã hội học, sau này được gọi là phân tích MLXH [93]. Có những định nghĩa khác nhau về MLXH, theo Wasserman và Faust đó là “tập hợp các chủ thể và các mối quan hệ giữa các chủ thể” [144] hoặc là “cấu trúc của các mối quan hệ liên kết giữa các chủ thể xã hội” [117, tr.2727]. Còn theo Faber và Wasserman, MLXH là cấu trúc đặc trưng cho tập hợp các mối quan hệ [92].

Về vai trò của các mối quan hệ trong MLXH, Pescosolido cho rằng các mối quan hệ hoặc những ràng buộc là nền tảng cơ bản tạo nên kinh nghiệm của con người và dựa vào đó có thể mô hình hóa các kết nối giữa các cá nhân [124]. Còn theo Knoke thì cấu trúc của các mối quan hệ giữa các chủ thể có ảnh hưởng quan trọng đối với cá nhân và toàn bộ hệ thống [111]. Tầm quan trọng của MLXH và các mối QHXX đã được khẳng định và chứng minh hành vi của cá nhân có thể phân loại theo quan hệ của họ với người khác.

Nghiên cứu MLXH có thể thực hiện ở quy mô nhỏ (cấp vi mô), MLXH thân mật của một người đến nghiên cứu hệ thống (cấp vĩ mô) tập trung vào cấu trúc tổ chức xã hội và cộng đồng lớn hơn. Trong khi Blau cho rằng cấu trúc xã hội chi phối các MLXH, nhưng theo Burt (1980) MLXH là bản chất của cấu trúc xã hội. Coleman và Pescosolido cho rằng MLXH như là một cơ chế kết nối các cấp độ vi mô và vĩ mô của đời sống xã hội [trích theo 126].

Cấu trúc và tương tác xã hội là vấn đề trung tâm của xã hội học. Các nhà xã hội học White và Wilson cho rằng khi nghiên cứu về cấu trúc xã hội đã chuyển trọng tâm từ các phạm trù tĩnh như tuổi tác, giới tính, chủng tộc sang bản chất các QHXX của các cá nhân và ảnh hưởng của các mối QHXX đến cuộc sống của con người [146], [148], [149]. Dưới các góc độ tiếp cận khác nhau, các nghiên cứu về MLXH đều cho thấy có mối liên kết giữa MLXH với cấu trúc và tương tác xã hội.

Về các loại MLXH, Các nhà nghiên cứu cho rằng MLXH của cá nhân không nhất quán trong tất cả các tình huống. MLXH khác nhau tùy thuộc vào bối cảnh và vấn đề. MLXH được phân loại theo nhiều cách khác nhau. Khi bàn về “cấu trúc xã hội của tự tử”, Durkheim (1951) đã đưa ra hai kiểu tương tác xã hội là đoàn kết và điều tiết xã hội. Chúng kết hợp với nhau để tạo nên bốn kiểu cấu trúc xã hội khác nhau: vô tổ chức, cuồng tín, vị tha, ích kỷ. Ông cho rằng tự tử là một hiện tượng xã hội và liên quan đến sự đoàn kết xã hội, tức là tự tử phụ thuộc vào các mối liên hệ gắn kết giữa cá nhân với nhóm và sự điều tiết xã hội.

Khi nghiên cứu sự dịch chuyển từ xã hội nông nghiệp sang xã hội công nghiệp, Simmel đã đưa ra sơ đồ MLXH: xã hội nông nghiệp tương ứng với xã hội “tiền hiện đại” là các vòng tròn xã hội đồng tâm và xã hội công nghiệp tương ứng với xã hội “hiện đại” là các vòng tròn có sự giao thoa với nhau. Ông cũng nghiên cứu và mô tả hiệu quả ảnh hưởng của MLXH đối với cá nhân, nhất là cách thức hình thành cấu trúc nhân cách và niềm tin của cá nhân.

Theo Blau và Giddens, MLXH tiền hiện đại thường mang tính bao bọc, tạo thuận lợi và cảm giác an toàn, sự đoàn kết, giảm thiểu những “căng thẳng” về tâm lý cho các cá nhân, nhưng không tiếp nhận thành viên mới vào MLXH [72], [92]. Nhưng Simmel cho rằng một cấu trúc MLXH như vậy lại hạn chế tự do, cá tính của cá nhân và sự đa dạng của MLXH. Blau cho rằng xã hội hiện đại được đặc trưng bởi các vòng tròn giao nhau. Ở đó, các cá nhân tham gia vào nhiều MLXH với nhiều mối quan hệ, nhưng có ít các quan hệ khăng khít và bền vững [72].

Theo Burt, giao điểm của các MLXH là nơi thể hiện cá tính độc đáo của cá nhân [73]. Khi MLXH làm cho các cá nhân thể hiện được tính độc đáo thì dễ tiếp

nhận thành viên mới vào MLXH. Mặt khác, theo Giddens các cá nhân phải đối mặt với sự không chắc chắn và ít nhận được sự hỗ trợ do có nhiều lựa chọn hơn [92].

Cách phân loại MLXH dựa vào xem xét các môi QHXXH “mạnh mẽ” và các môi QHXXH “yếu ớt” đặc trưng cho các mối quan hệ trong MLXH. Một cách khác để phân loại MLXH là chính thức hoặc không chính thức. Theo Agadjanian, MLXH chính thức mô tả địa chỉ liên lạc là những cá nhân đóng vai trò tổ chức thông tin và thường xuyên tương tác với các thành viên khác trong môi trường có kế hoạch hoặc cấu trúc (ví dụ: các hệ thống y tế, chính phủ, giáo viên, người sử dụng lao động). Ngược lại, MLXH không chính thức thường là những liên hệ cá nhân bao gồm các nguồn thông tin ngẫu nhiên hoặc tự phát và tương tác thường xảy ra trong môi trường không có kế hoạch hoặc không có cấu trúc (ví dụ như gia đình, bạn bè hoặc người quen) [64].

Các môi QHXXH của con người luôn là vấn đề trọng tâm của xã hội học. Sự ra đời của phương pháp tiếp cận cấu trúc luận về tương tác xã hội gắn với tác giả Georg Simmel (1908). Điểm khác biệt cơ bản của Simmel với các nhà khoa học xã hội và triết lý khác về tương tác xã hội là: “Xã hội sinh ra từ cá nhân và các cá nhân sinh ra từ sự kết giao” [127]. Simmel khẳng định chính bản chất của các mối quan hệ chứ không phải là nhóm xã hội là trung tâm của hành vi con người.

Theo Barabasi, các nghiên cứu MLXH theo truyền thống đã thành công trong việc tìm hiểu các hiện tượng của đời sống xã hội, nhưng không thể xem xét một cách riêng lẻ các hiện tượng của đời sống [66]. Trên cơ sở đó, tác giả lý luận về sức lan tỏa của Internet vốn đặt trọng tâm vào MLXH. Tuy có quan niệm khác nhau, nhưng các tác giả đều cho rằng việc xem xét ảnh hưởng của MLXH đòi hỏi phải tìm hiểu sự tác động giữa ba khía cạnh: cấu trúc, nội dung và sự giao thoa giữa cấu trúc và nội dung của MLXH. Trong đó, cấu trúc của MLXH có thể ảnh hưởng đến số lượng, còn nội dung quy định hướng ảnh hưởng của MLXH.

Về phương pháp nghiên cứu MLXH, những kỹ thuật đo lường các môi QHXXH, sơ đồ hóa các mối quan hệ giữa các cá nhân đã được J.L. Moreno phát triển trong phương pháp “trị liệu liên nhân” trong lĩnh vực tâm thần học. Moreno đã giới thiệu sơ đồ xã hội, đây là một kỹ thuật trực quan biểu thị các mối quan hệ giữa các chủ thể xã hội và trở thành công cụ phân tích chính trong kỹ thuật đo lường các môi

QHXX. Qua đó, cấu trúc của tình bạn, quan hệ lãnh đạo và quan hệ trong lớp học đã được làm rõ bằng hình ảnh. Mỗi vòng tròn đại diện cho cá nhân với các đường kết nối và đầu mũi tên cho biết nơi mỗi quan hệ đã được trao hoặc nhận.

Tuy nhiên, khi đưa thêm yếu tố nhân khẩu-xã hội vào sơ đồ xã hội, hoặc khi các mối quan hệ dày đặc hơn, sơ đồ xã hội trở nên khó hiểu hơn. Đó là tiền đề cho sự phát triển những kỹ thuật toán học để xử lý các MLXH lớn vào những năm 1940. Vào những năm 1970, Harrison White và cộng sự đã nhận ra các công cụ phân tích và khung lý thuyết có thể phù hợp với qui mô của các vấn đề liên quan đến cấu trúc xã hội. Họ đã sử dụng kỹ thuật đại số ma trận, lập cụm và mô hình hóa MLXH [trích theo 127].

Theo Pescosolido, phân tích MLXH dựa trên bốn cơ sở quan trọng. Một là, cấu trúc quan hệ giữa các thành viên và vị trí của các cá nhân trong mạng lưới lưới xã hội có những hành vi quan trọng, nhận thức và thái độ đối với từng đơn vị và cho cả hệ thống. Hai là, MLXH được xây dựng từ tương tác xã hội, có thể là những tương tác thường xuyên hoặc tự phát. Ba là, MLXH có thể ảnh hưởng tích cực (ví dụ như hỗ trợ tinh thần) và tiêu cực (ví dụ như sự thống trị/kiểm soát) đối với hành vi cá nhân. Bốn là, MLXH nắm giữ những nội dung quan trọng như thông tin, niềm tin và “quy trình hành động” [130].

Nhìn chung, các nghiên cứu về MLXH tiếp cận quần thể nghiên cứu theo bốn cách khác nhau: xem xét toàn bộ MLXH hoàn chỉnh hoặc đầy đủ, lấy cá nhân làm trung tâm, tập trung vào HTXH và tìm hiểu về vốn xã hội.

Hướng tiếp cận MLXH toàn bộ, hoàn chỉnh hoặc đầy đủ hướng vào mô tả và phân tích toàn bộ hệ thống MLXH. Đây là hướng nghiên cứu định lượng với cách tiếp cận thuần nhất. Trong đó, xem xét tất cả các mối quan hệ trong MLXH giữa các thành viên của một quần thể nghiên cứu cụ thể. Điều này cho phép lập bản đồ của toàn bộ cấu trúc MLXH nói chung. Theo Pescosolido các MLXH đầy đủ đã được mô tả trong các gia đình điển hình hoặc có ảnh hưởng, trong các bệnh viện, các hệ thống hoạch định chính sách và trường học,... [127].

Phương pháp này yêu cầu phải liệt kê tất cả các thành viên của cấu trúc xã hội và xác định các mối quan hệ hoặc các ràng buộc giữa các thành viên. Sau đó, tiến

hành thu thập dữ liệu từ tất cả các thành viên của quần thể nghiên cứu. Nếu có giả định phải điền dữ liệu thất lạc, thì giải pháp này không chắc đúng khi tỷ lệ trả lời điều tra giảm đi thậm chí đến mức được coi là chấp nhận được đối với những phiếu điều tra không nhận được câu trả lời. Hơn nữa, không giống như các kỹ thuật hồi quy, phương pháp này không có những lựa chọn được thiết lập sẵn và được thử nghiệm trước để đối phó với các dữ liệu thất lạc. Do đó, phải xác định được quần thể nghiên cứu và phải có tỷ lệ trả lời gần 100% hoặc tỷ lệ hoàn thành điều tra là 100%, điều này là không khả thi để thực hiện nghiên cứu theo cách tiếp cận này.

Phương pháp tiếp cận lấy cá nhân làm trung tâm tập trung vào mẫu nghiên cứu là tập hợp các chủ thể xã hội nhằm xác định các mối quan hệ xung quanh các cá nhân cụ thể của MLXH. Lựa chọn mẫu nghiên cứu theo cách tiếp cận này có thể theo cách thuận tiện hoặc có chủ ý. Cách tiếp cận này mang tính điển hình nhất và theo hướng nghiên cứu định lượng. Do vậy đòi hỏi về dữ liệu ít nghiêm ngặt, nhưng lại có nhiều hạn chế về nội dung phân tích. Theo Marsden, phương pháp tiếp cận này tập trung vào việc thu thập thông tin về MLXH từ một vị trí xác định của các chủ thể xã hội trong MLXH [118]. Bởi vì không thể thu thập thông tin từ tất cả các cá nhân trong một cộng đồng lớn, nên mỗi chủ thể xã hội được hỏi về những mối quan hệ cá nhân. Ở đây, yêu cầu mỗi chủ thể xã hội liệt kê các chủ thể xã hội khác để đáp ứng kỹ thuật phát tên. Danh sách này có thể ghi lại tất cả các cá nhân mà người trả lời có quan hệ bạn bè, vay tiền, nhận tiền, ...

Trong một số trường hợp, các cá nhân được gọi tên cũng có thể có liên lạc với nhau bằng cách sử dụng kỹ thuật hòn tuyết lăn. Những người trả lời ban đầu được gọi là người trả lời trọng tâm, những người mà người trả lời trọng tâm gọi tên và những người tiếp theo được gọi là người trả lời theo MLXH. Theo Pescosolido và Wright, những người trả lời theo MLXH có thể được hỏi về MLXH của người trả lời trọng tâm vì mục đích chứng thực hoặc lý do về mặt lý thuyết. Sau đó, hỏi người trả lời theo MLXH về các mối quan hệ của họ [129].

Việc sơ đồ hóa MLXH theo phương pháp tiếp cận lấy cá nhân làm trung tâm được giới hạn bởi các dữ liệu thu được. Có thể xây dựng và sử dụng các yếu tố như kích thước, mật độ, hoặc tính đối xứng (bằng cách yêu cầu người trả lời trọng tâm

trả lời về tình bạn, hay cung cấp hỗ trợ, ..., hoặc bằng cách hỏi người trả lời theo MLXH ở giai đoạn đầu của phương pháp hòn tuyết lăn) để kiểm tra lý thuyết về sự ảnh hưởng của MLXH. Có thể kiểm tra thông tin về các thuộc tính của mỗi chủ thể xã hội đã thu thập được từ mỗi mối quan hệ (ví dụ: giới tính, tuổi tác, dân tộc, thái độ, ...). Phương pháp tiếp cận này có thể phân tích sự tác động của quy mô và nội dung của MLXH đối với các cá nhân là thành viên của MLXH.

Phương pháp tiếp cận tập trung vào HTXH mang tính tổng quát và định hướng tới lý thuyết. Phương pháp tiếp cận này thường sử dụng mô hình MLXH nhưng có xu hướng tập trung vào các mối QHXXH của cá nhân và các biện pháp đối với MLXH. Hai hướng tiếp cận trên theo quan điểm cấu trúc luận thì phương pháp tiếp cận này chủ yếu theo quan điểm tâm lý xã hội. Theo Thoits, HTXH là nguồn lực tâm lý xã hội được nghiên cứu thường xuyên, nhiều nhất và có ảnh hưởng mạnh mẽ [140]. Barrera và Manuel cho rằng HTXH được nhìn nhận giống như các nguồn lực sẵn có từ gia đình, bạn bè, tổ chức và các chủ thể khác, thì các nhà nghiên cứu có xu hướng sử dụng chiến lược hội nhập xã hội mà ít xem xét đến cấu trúc MLXH [67]. HTXH được xem là một nguồn dự trữ xã hội có thể ngăn ngừa hoặc làm tăng các sự kiện bất lợi đối với cuộc sống của người dân.

Theo House và cộng sự, MLXH là một thành phần của HTXH [103]. Phương pháp tiếp cận HTXH có xu hướng xem HTXH là một loại QHXXH. Tuy nhiên, Barrera và cộng sự cho rằng HTXH vừa quan tâm đến cấu trúc vừa chú ý tới các chỉ báo về cấu trúc (ví dụ, cách thức tổ chức về quy mô, mật độ, độ phức tạp của các mối quan hệ của cá nhân) và cả hai đều rất quan trọng [67]. Haines và cộng sự cho rằng trọng tâm của cách tiếp cận HTXH là những phẩm chất duy trì các mối QHXXH [96]. Các nhà nghiên cứu có xu hướng tìm hiểu ở người được hỗ trợ về tự nhận thức hoặc đã nhận được các loại HTXH. Thực tế cho thấy, nghiên cứu HTXH đã xác định tự nhận thức sự hỗ trợ quan trọng hơn sự hỗ trợ thực tế. Trong khi đó Cohen và Thomas cho rằng chỉ báo đơn giản và mạnh nhất của HTXH là các cá nhân cho biết một mối quan hệ thân mật, tin cậy duy nhất [78].

Theo Lin, phương pháp tiếp cận dựa trên vốn xã hội tập trung vào những điều “tốt lành” xuyên suốt các mối quan hệ trong MLXH (sự tin tưởng, đoàn kết) bổ

sung cho vốn con người. Các nguồn lực xã hội được tích lũy ở các chủ thể xã hội, từ cấp độ cá nhân cho đến cấp độ quốc gia là kết quả của MLXH. Nghĩa là, các cá nhân sẽ thu được lợi ích nhất định phù hợp với mong muốn của cá nhân khi tham gia vào các nhóm xã hội, do vậy các cá nhân đầu tư và sử dụng các nguồn lực trong các MLXH [115].

Lin cũng cho rằng đối với các cá nhân, các nguồn lực xã hội tồn tại dưới dạng tiềm năng và không có sẵn sự bình đẳng trong việc sử dụng các nguồn lực xã hội cho tất cả các cá nhân. Sự phân phối các nguồn lực xã hội có sự khác biệt giữa các nhóm trong xã hội [115]. Các hình thức tồn tại của vốn xã hội như niềm tin, các chuẩn mực xã hội, sự có đi có lại, sự hợp tác và sự tham gia không nằm ở các cá nhân mà ở các mối QHXX. Các nhà lý luận về vốn xã hội thường đề cập đến chi phí và lợi ích của việc thiết lập các mối quan hệ, cũng như các chủ thể làm thế nào để xây dựng hoặc duy trì các mối quan hệ nhằm tạo ra những cơ hội và nguồn lực.

Qua các nghiên cứu về MLXH cho thấy các tác giả đã làm rõ khái niệm MLXH, các hướng nghiên cứu, các lý thuyết tiếp cận, phương pháp tiếp cận trong các lĩnh vực khác nhau qua đó đã phân tích đặc điểm và tính chất của MLXH.

1.1.2. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe trên thế giới

Khi tiếp cận dịch vụ CSSK, thường người bệnh và gia đình quyết định việc lựa chọn và sử dụng dịch vụ y tế. Việc lựa chọn và sử dụng dịch vụ y tế của người bệnh còn phụ thuộc vào các mối quan hệ của người bệnh và gia đình người bệnh với những người khác, giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, quy mô gia đình, khoảng cách địa lý, chi phí KCB, loại và mức độ của ốm đau, bệnh tật...

Theo Basu, những nghiên cứu về sử dụng dịch vụ y tế của người dân cho thấy, người lớn tuổi lựa chọn các cơ sở y tế tuyến trên ít hơn người trẻ tuổi bởi tình trạng giao thông và đi lại khó khăn [68]. Còn theo Jintanakul và Otto, khoảng cách tới bệnh viện càng xa thì xác suất chọn bệnh viện khác thay thế càng lớn [105]. Cisse cho rằng người có trình độ học vấn càng cao thường tin vào y học hiện đại, nam giới tin tưởng vào phương pháp điều trị của y học hiện đại hơn nữ giới và gia đình có quy mô lớn có xu hướng tự điều trị [76]. Người khá giả có xu hướng lựa chọn cơ

sở y tế tư nhân [113]. Tai và cộng sự cho rằng những người bệnh về tim mạch có xu hướng lựa chọn những cơ sở y tế có công nghệ phù hợp và thường ở xa nơi sinh sống [trích theo 35].

Các nghiên cứu cho thấy sự ảnh hưởng của các mối QHXXH đến sức khỏe của con người. Theo F.E. Beum và cộng sự, G. Veenstra, người có QHXXH rộng, tham gia vào nhiều hoạt động cộng đồng và xã hội hơn thì thường có xu hướng sức khỏe tốt hơn [trích theo 97]. Khi bàn về vai trò của MLXH đối với quá trình điều trị của người bệnh, Anna-Marie Lischka và cộng sự cho rằng tương tác giữa người bệnh với gia đình có vai trò lớn đối với quá trình điều trị và CSSK người bệnh [trích theo 35]. Barbara, Ethel và Francis cho rằng tương tác giữa bác sĩ với người bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc y tế và quá trình điều trị [trích theo 35]. Theo Rowe và cộng sự, niềm tin là nền tảng của mối quan hệ giữa bác sĩ và người bệnh, niềm tin xuất phát từ tính dễ bị tổn thương của người bệnh và sự bất đối xứng về thông tin trong kiến thức chuyên môn về y tế [134].

Theo Berkman và Glass; Smith và Christakis, MLXH ảnh hưởng đến sức khỏe thông qua các cơ chế khác nhau, bao gồm: cung cấp các HTXH (cả nhận thức và thực tế), ảnh hưởng xã hội (ví dụ, các chuẩn mực, kiểm soát xã hội), sự tham gia xã hội, mối liên lạc giữa người này với người khác (ví dụ, phơi nhiễm với tác nhân gây bệnh, hút thuốc lá thụ động) và việc tiếp cận với các nguồn tài nguyên (ví dụ, tiền bạc, công ăn việc làm, thông tin) [71], [138, tr.406]. Cấu trúc, chức năng và hiệu quả của MLXH đã được biết đến trong nghiên cứu hành vi thông tin và cách thức ảnh hưởng của MLXH trong tình trạng phân tán, Cross và Parker cho rằng: “Các nhà xã hội học có vị trí tốt để xem xét và làm sáng tỏ các yếu tố chủng tộc, giới tính và tầng lớp xã hội có thể ảnh hưởng đến quá trình của MLXH tạo ra và duy trì những bất bình đẳng có liên quan đến chính sách y tế” [82].

Fisher và cộng sự cho rằng MLXH có các cơ sở cung cấp thông tin không chính thức [88] đã tạo điều kiện hình thành những hình thức mới trong việc chia sẻ thông tin, đưa ra lời khuyên và tham vấn giữa những người bệnh, người chăm sóc và các chuyên gia CSSK [135]. Việc chia sẻ thông tin chứa đựng tiềm năng kết nối giữa nguồn vốn xã hội với hoạt động của tổ chức và sự tin tưởng có thể tạo ra sự

chia sẻ thông tin “mà từ đó tạo ra giá trị trong quan hệ trao đổi” [153]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Cohen và cộng sự cho thấy “trong trường hợp bị cô lập tương đối (về mặt xã hội) là nguy cơ rất mạnh mẽ đối với sức khỏe và có thể so sánh với những nguy cơ liên quan đến hút thuốc lá, huyết áp cao, béo phì và ngay cả sau khi kiểm soát được các yếu tố nguy cơ [79].

Sự cô lập về mặt xã hội có ảnh hưởng đến tình trạng thoải mái - khỏe mạnh về thể chất. Nghiên cứu đã chỉ ra sự phát triển của bệnh tâm thần có liên quan đến mức độ QHXX của chủ thể. Một số nhà nghiên cứu cho rằng đây là do bản sắc của người dân gắn liền với các vai xã hội của họ. Bằng cách đáp ứng những mong đợi về vai trò, các cá nhân được trao cơ hội để nâng cao lòng tự trọng. Họ tin rằng những vai trò xã hội cho họ mục đích để sống. Điều này chứng tỏ ý thức về mục đích là một thành phần không thể thiếu trong tình trạng thoải mái - khỏe mạnh tâm lý [79].

Có nhiều nghiên cứu lý thuyết về cơ chế tác động của môi QHXX đến sức khỏe. L.F. Berkman cho rằng môi QHXX là thành phần quan trọng trong hoạt động KCB và cần tăng cường HTXH, đặc biệt là sự hỗ trợ của gia đình người bệnh và cộng đồng vào quá trình KCB của người bệnh. Cần đưa môi QHXX gia đình và cộng đồng vào quá trình thiết kế, thử nghiệm và thực hiện các biện pháp can thiệp. QHXX như là điểm then chốt trong chính sách sức khỏe. Các QHXX, cả về số lượng và chất lượng ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, thể chất, hành vi sức khỏe và nguy cơ tử vong [142].

Mạng lưới xã hội là một trong những yếu tố xã hội quyết định đến sức khỏe của người dân. Nghị quyết số A/67/L.36, năm 2012 của Đại hội đồng Liên hợp quốc thừa nhận để thực hiện được hiệu quả và bền vững bao phủ CSSK toàn dân cần có một hệ thống y tế “nhạy bén, có tính đáp ứng cao, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu một cách toàn diện, bao phủ toàn bộ các khu vực địa lý, gồm cả các khu vực vùng xa và khu vực nông thôn, có sự quan tâm đặc biệt tới khả năng tiếp cận của những nhóm dân cư có nhu cầu lớn nhất, với nguồn nhân lực y tế có kỹ năng phù hợp, được đào tạo tốt và có tấm lòng nhân ái, cũng như có năng lực thực hiện các giải pháp y tế công cộng, bảo vệ sức khỏe, giải quyết các yếu tố quyết định đối với sức khỏe thông qua các chính sách liên ngành” [143].

Về cách tiếp cận MLXH trong CSSK, có hai hướng chính tiếp cận MLXH khi nghiên cứu sức khỏe và hành vi liên quan đến sức khỏe. Một là, nghiên cứu MLXH xem xét đặc điểm của các môi QHXXH nằm ngoài HTXH, chẳng hạn như những tương tác tiêu cực, hành vi sức khỏe nguy hiểm, căng thẳng và khả năng dễ lây bệnh truyền nhiễm. Hai là, nghiên cứu sự hỗ trợ của MLXH trong việc cung cấp và nâng cao hiệu quả của HTXH.

Mối tương quan giữa HTXH và sức khỏe tốt đã được chứng minh. Theo Wilkinson và cộng sự, Liwin cho rằng HTXH được cho là một chức năng để quản lý căng thẳng và cách thức HTXH làm giảm tác động của sự căng thẳng. Sự hỗ trợ diễn ra ở cấp độ cá nhân và xã hội. Sự cô lập về mặt xã hội, sự cô đơn có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ tử vong sớm và sự suy giảm các cơ hội sống ở những người bị bệnh nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như các cơn đau tim. Những người ít nhận được HTXH mang tính cảm xúc và thực tế hơn những người khác, thường bị trầm cảm hơn, mức độ bất lực do các bệnh mạn tính cũng lớn hơn. Đối với phụ nữ trong thời kỳ mang thai, có nguy cơ biến chứng thai kỳ cao hơn [116], [147].

Khi chuyển trọng tâm từ cách tiếp cận môi QHXXH, MLXH với sức khỏe sang cách tiếp cận vốn xã hội với sức khỏe. Coleman đã xem xét vốn xã hội nằm trong các QHXXH có ảnh hưởng đến sức khỏe và thúc đẩy hành vi CSSK của con người. Khả năng tiếp cận các nguồn lực trong CSSK có mối liên hệ chặt chẽ và tích cực với vốn xã hội của cộng đồng [100].

Gần đây đã có nghiên cứu về tác động của hội nhập xã hội đối với sức khỏe của cá nhân. Nghiên cứu đã chỉ ra, việc tham gia vào MLXH đa dạng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe. Nghiên cứu về sự đa dạng của MLXH (số lượng các vai xã hội) và khả năng dễ mắc chứng cảm lạnh thông thường ở những người tham gia thử nghiệm tiếp xúc với một loại virus cảm lạnh, các nhà nghiên cứu đã tìm thấy sự đa dạng xã hội của chủ thể càng lớn, thì khả năng dễ mắc chứng truyền nhiễm càng ít hơn. Mặc dù vậy, các nhà nghiên cứu chưa phân tích được con đường dẫn đến sự liên quan giữa sự đa dạng xã hội với khả năng dễ mắc bệnh. Giả thuyết hàng đầu là sự đa dạng xã hội tăng lên, mức độ tiếp xúc với một bệnh nào đó cũng tăng lên. Do đó, hệ thống miễn dịch được chuẩn bị tốt hơn để tự bảo vệ chống lại bất kỳ sự phơi

niệm nào trong tương lai đối với chứng bệnh này. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu vẫn chưa có những thực nghiệm để khẳng định giả thuyết này.

Theo Ethier, MLXH ít được sử dụng trong nghiên cứu về y tế, mà chủ yếu sử dụng trong nghiên cứu liên quan đến phân tích MLXH chính thức. Lý do chính là các nghiên cứu về y tế thường có mẫu lớn và nhiều phiếu khảo sát hay nhiều cuộc phỏng vấn. Đối với những nghiên cứu về y tế thì việc đo lường định lượng chuyên sâu thường dành cho các trường hợp hiếm gặp. Trong đó, các nhà nghiên cứu xác định cần có nghiên cứu cho các trường hợp hiếm gặp. Do đó, nghiên cứu MLXH trong y tế không phải luôn luôn tuân thủ quy định khắt khe về học thuật như các nghiên cứu khác trong lĩnh vực MLXH. Nhưng không có nghĩa là các nghiên cứu về MLXH về sức khỏe không đáng tin cậy. Ngược lại, các nhà nghiên cứu cho rằng để hỗ trợ cho những kết luận một cách đầy đủ cần có thêm các nghiên cứu [85].

Nhưng theo Wu, MLXH đang được xem như là một giải pháp tiềm năng thay thế cho các sáng kiến CSSK hiện đại là những phương pháp tiếp cận không thay đổi, mang tính máy móc, được hoạch định hoặc theo chương trình đã được định sẵn [153]. Theo Cohen, các nghiên cứu xác định yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe như QHXX, HTXH, hội nhập xã hội và các tương tác xã hội mang tính tiêu cực thông qua các cơ chế khác nhau đã thúc đẩy HTXH và hội nhập xã hội, đồng thời giảm thiểu tiêu cực trong các tương tác xã hội [80].

Như vậy, trong lĩnh vực y tế, MLXH được tiếp cận dưới góc độ cấu trúc, chức năng. MLXH, HTXH ảnh hưởng đến sức khỏe, hành vi sức khỏe, quá trình điều trị người bệnh, cung cấp bằng chứng để xây dựng chính sách CSSK và là một trong những giải pháp CSSK cho người dân.

1.2. NHỮNG NGHIÊN CỨU VỀ MẠNG LƯỚI XÃ HỘI VÀ MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE Ở VIỆT NAM

1.2.1. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội ở Việt Nam

Khi nghiên cứu MLXH ở các lĩnh vực khác nhau, các tác giả có những quan niệm khác nhau về MLXH. Đặng Nguyên Anh cho rằng MLXH là một tập hợp liên kết giữa các cá nhân hay giữa các nhóm dân cư nhất định [1], còn theo Lê Ngọc Hùng, đó là phức thể các mối QHXX của con người [26]. Nguyễn Quý Thanh cho

rằng khái niệm mạng lưới QHXX đang được sử dụng ngày càng phổ biến trong Khoa học Xã hội ở Việt Nam, là một tập hợp các mối quan hệ liên kết, đan xen và bao bọc xung quanh chủ thể, tạo ra không gian xã hội của chủ thể. Mỗi cá nhân có một mạng lưới QHXX riêng của mình [48]. Theo Lê Minh Tiến, MLXH là một tập hợp các mối quan hệ giữa các thực thể xã hội hay chủ thể xã hội. Các thực thể xã hội này không nhất thiết chỉ là các cá nhân mà còn là các nhóm xã hội, tổ chức, thiết chế, công ty, xí nghiệp và cả các quốc gia [54].

Về cấp độ của MLXH, cấu trúc tổng hợp của MLXH bao gồm nhóm, tổ chức và cộng đồng. Lê Ngọc Hùng dựa vào quy mô của nhóm đã phân biệt MLXH vi mô với đặc trưng là tập hợp các mối QHXX trong nhóm nhỏ và MLXH vĩ mô dựa vào các quan hệ trong nhóm lớn hay cộng đồng trong xã hội [27]. Căn cứ vào vốn xã hội và vốn con người của cá nhân, Hoàng Bá Thịnh cho rằng MLXH có thể chia theo những cấp độ khác nhau: vi mô (quan hệ trong các nhóm nhỏ), trung mô, vĩ mô (QHXX trong các nhóm lớn, cộng đồng xã hội) [50].

Về các thành phần của MLXH, với tư cách là cấu trúc xã hội, Lê Ngọc Hùng cho rằng MLXH bao gồm các mối tương tác xã hội và trao đổi xã hội, hệ các giá trị, chuẩn mực và niềm tin [26]. Trong MLXH có các mối quan hệ chủ yếu là gia đình, họ hàng, bạn bè, người thân dựa trên nền tảng gia đình có vai trò quan trọng, ngoài ra còn có thành phần là các tổ chức xã hội. Đặng Nguyên Anh, Lê Ngọc Hùng cho rằng các mối QHXX này ngày càng mở rộng về phạm vi [1], [27]. Còn Nguyễn Quý Thanh và cộng sự cho rằng mạng lưới QHXX có những thành phần lõi, với các nút từ nhóm bạn bè, người thân và các kết nối tương ứng; và thành phần mở rộng với các nút và các kết nối khác của chủ thể. Chính mạng lõi là thành tố duy trì sự ổn định về hình thức và quy mô mạng lưới QHXX của chủ thể” [47].

Về quy mô mạng lưới QHXX của người Việt, Nguyễn Quý Thanh cho rằng mạng QHXX của người Việt có đặc tính là thích duy trì các mối quan hệ đồng nhất, có xu hướng tiếp xúc thường xuyên hơn với các quan hệ đa dạng khác ngoài quan hệ gia đình, họ hàng như đồng học, đồng nghiệp, đồng hương. Quy mô trung bình mạng lưới QHXX của người Việt là 5,9 (độ lệch chuẩn là 6) [46]. Quy mô lõi mạng

lưới QHXH của người Việt Nam (số lượng bạn thân) khá lớn khi so sánh với một số quốc gia khác như Hàn Quốc, Hoa Kỳ [47].

Regina Abrani cho rằng MLXH của người lao động bán hàng rong và người lao động tự do ở Hà Nội có xu hướng biến đổi từ mô hình thủ công sang mô hình đồng nghiệp và mô hình thứ bậc [trích theo 27]. Khi nghiên cứu vốn xã hội và QHXH, Lê Ngọc Hùng cho rằng nhóm có vốn người thấp thường chỉ giới hạn QHXH trong phạm vi gia đình và người thân quen, đối với người khác thì tỏ ra ít tin cậy và ứng xử thiếu tầm chiến lược. Vốn xã hội và QHXH của người Việt đang biến đổi từ mô hình MLXH kiểu truyền thống sang kiểu hiện đại, từ MLXH đồng đẳng, đơn giản sang MLXH phân tầng, phức tạp [27].

Về kiểu, loại MLXH, khi nghiên cứu MLXH trong việc tìm kiếm việc làm của sinh viên, Lê Ngọc Hùng đã xác định ba kiểu MLXH: kiểu truyền thống, cá nhân chủ yếu dựa vào các quan hệ gia đình để tìm kiếm việc làm; kiểu hiện đại, cá nhân chủ yếu dựa vào quan hệ chức năng với các cơ quan, tổ chức và các thiết chế của thị trường lao động để tìm việc làm; trong thời kỳ đổi mới kinh tế, sinh viên có xu hướng sử dụng mạng lưới hỗ trợ (kiểu kết hợp giữa truyền thống và hiện đại) để tìm việc làm [26].

Khi nghiên cứu MLXH của người lao động bán hàng rong và người lao động tự do ở Hà Nội, Regina Abrani đã xác định ba loại MLXH: thủ công, đồng nghiệp và thứ bậc. MLXH thủ công đặc trưng bởi quan hệ chủ - thợ trong phạm vi nhóm nhỏ, chủ yếu dựa vào mối quan hệ tình cảm. MLXH đồng nghiệp đặc trưng bởi sự xuất hiện của nhân vật trung gian. MLXH thứ bậc có đặc trưng là sự chuyên môn hóa theo thứ bậc trong nhóm và sự kết hợp các mối quan hệ chính thức và phi chính thức giữa các cá nhân và các nhóm trong mạng lưới [trích theo 27].

Về sự hình thành của MLXH, Đặng Nguyên Anh cho rằng mạng lưới di cư có thể tổ chức và phát triển đến mức tự nó có thể duy trì các dòng di chuyển giữa nông thôn và thành thị mà không cần sự can thiệp từ bên ngoài [1]. Theo Lê Ngọc Hùng, MLXH do con người xây dựng, duy trì và phát triển trong cuộc sống thực với tư cách là thành viên xã hội. Người Việt Nam quan tâm gây dựng vốn xã hội và duy trì các mối QHXH trong lĩnh vực sinh hoạt hàng ngày, buôn bán, sản xuất kinh doanh,

xây dựng, di cư, xóa đói giảm nghèo, tìm việc làm, khởi nghiệp và vận hành doanh nghiệp [27]. Hoàng Bá Thịnh cho rằng mạng lưới các quan hệ là sản phẩm của các chiến lược đầu tư, của các cá nhân hoặc tập thể, có ý thức hay không có ý thức nhằm thiết lập hoặc tái tạo các QHXXH được sử dụng trực tiếp trong giai đoạn ngắn hoặc lâu dài [50].

Khi nghiên cứu nguyên lý đồng dạng của mạng lưới QHXXH, Nguyễn Quý Thanh cho rằng: “Trong các xã hội có tính cộng đồng cao (như xã hội nông thôn truyền thống), mạng lưới QHXXH được hình thành dựa nhiều vào sự tương đồng về huyết thống, giá trị, quê hương. Khi xã hội chuyển từ nông thôn sang thành thị thì mạng lưới QHXXH của các cá nhân được xây dựng trên cơ sở phụ thuộc chức năng” [48, tr.62]. Khi tính cộng đồng thể hiện khá rõ ở cả khu vực nông thôn và thành thị thì tính cộng đồng trở thành môi trường hỗ trợ cho các QHXXH định hình theo nguyên lý đồng dạng.

Lê Ngọc Hùng cho rằng việc mở rộng MLXH và vốn xã hội phụ thuộc vào vốn con người. Nhóm có vốn người cao, thường có xu hướng đầu tư phát triển vốn con người và mở rộng MLXH với sự tham gia của các đầu mối chuyên môn, chuyên nghiệp [27]. Theo Nguyễn Quý Thanh, ngoài yếu tố môi trường thì sự hình thành MLXH của cá nhân còn phụ thuộc vào mong muốn, động cơ và cách đầu tư, phát triển mạng lưới QHXXH của cá nhân [48]. Khi các liên kết của các mối quan hệ trong MLXH không được bổ sung hay kiểm chế bởi các nhu cầu kết nối với những MLXH khác, sự gắn kết và tin cậy bên trong nhóm xã hội càng lớn càng có khả năng loại trừ những người bên ngoài nhóm [50].

Về tính chất của mạng lưới QHXXH, Nguyễn Quý Thanh, Cao Thị Hải Bắc đã xác định ba đặc tính đồng dạng của chủ thể trong xây dựng mạng lưới QHXXH là: kết bạn với đồng môn (người cùng học), người ngang cấp/tương đương vị trí công việc (đồng cấp) và với đồng hương (cùng quê). Tính chất đồng dạng thể hiện rõ rệt nhất qua các tiêu chí: cùng đặc tính giới tính, đồng môn, đồng hương và ngang cấp. Người dân đô thị có xu hướng kết bạn là “đồng hương” thấp hơn, nhưng hướng đến mạng lưới QHXXH đa dạng và mang tính chức năng nhiều hơn người dân nông thôn. Mức đồng dạng trong mạng lưới QHXXH của chủ thể dường như phụ thuộc vào mức

độ thân thiết. Người Việt Nam không quá coi trọng việc xây dựng mạng lưới mối QHXXH từ quan hệ họ hàng [47].

Về vai trò của MLXH, các tác giả đều cho rằng MLXH giữ vai trò quyết định đối với các cá nhân khi đưa ra quyết định và thực hiện hành vi khi tham gia MLXH và cung cấp sự HTXH về thông tin, tinh thần, vật chất, ... có hiệu quả, đồng thời giảm thiểu những rủi ro cho các thành viên của MLXH. Đặng Nguyên Anh cho rằng mạng lưới di cư là yếu tố quyết định nơi chuyển đến của người di cư [1]. Theo Lê Ngọc Hùng, trong MLXH, các thành viên của MLXH đều chia sẻ trách nhiệm, nghĩa vụ và có những lợi ích ràng buộc lẫn nhau. Trong điều kiện các thể chế kinh tế chưa phát triển đầy đủ và còn thiếu thông tin, thì MLXH là một loại thiết chế giảm các chi phí giao dịch và rủi ro [27].

Thông qua những quan hệ họ hàng, bạn bè, người thân, người di chuyển tiếp nhận được thông tin, sự trợ giúp cần thiết, giúp liên hệ việc làm, giảm thấp những rủi ro do thiếu thông tin, giảm chi phí di cư. Từ đó giúp người di cư tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế, giáo dục và hành chính tại nơi chuyển đến, hòa nhập vào thị trường lao động và cuộc sống mới, đồng thời tránh được những hậu quả tiêu cực [1], [26]. Các mối quan hệ giữa các chủ thể xã hội trong MLXH cũng có thể mang nhiều nội dung khác nhau từ sự tương trợ, trao đổi thông tin cho đến việc trao đổi hàng hóa, trao đổi dịch vụ... [54].

Quá trình di cư của phụ nữ phụ thuộc nhiều vào mạng lưới quan hệ gia đình. Các tổ chức kể cả cơ quan địa phương, cơ quan truyền thông đại chúng,... giữ vai trò nhỏ bé đối với người dân trong việc quyết định chuyển cư và quá trình sinh kế ở nơi nhập cư. Người di cư chủ yếu sử dụng mạng lưới QHXXH truyền thống (người nhà, người thân quen, bạn bè) để giao dịch kinh tế [1].

Về mối quan hệ giữa MLXH và vốn xã hội, các tác giả cũng có những quan niệm khác nhau. Lê Ngọc Hùng cho rằng vốn xã hội tồn tại trong từng quan hệ giữa các cá nhân, nhóm, tổ chức, tức là QHXXH giữa các đầu mối của MLXH [27]. Còn theo Hoàng Bá Thịnh, mối quan hệ của cá nhân với những người khác quy định vốn xã hội của cá nhân và sự phát triển của vốn xã hội phụ thuộc vào mức độ liên kết giữa các cá nhân, nhóm [50].

Trong khi đó, Nguyễn Quý Thanh cho rằng mạng lưới QHXXH được xem như thành tố của vốn xã hội, tạo cơ sở cho việc xây dựng lòng tin xã hội và sự gắn kết giữa các cá nhân (chủ thể), là không gian mà cá nhân đầu tư xây dựng nhằm thu lại các lợi ích về thông tin, sự giúp đỡ về tinh thần, tình cảm, vật chất (tài chính, sức lao động, thời gian). Và với tư cách là chủ thể tương tác, các cá nhân thông qua mạng lưới QHXXH tạo ra các nguồn lực tiềm tàng để cá nhân khai thác và sử dụng trong quá trình hướng đích của mình. Mỗi cá nhân có mạng lưới QHXXH riêng của mình” [48, tr.60].

Lê Ngọc Hùng cho rằng vốn xã hội đã có sẵn trong quan hệ gia đình, dòng họ, bạn bè và các tổ chức xã hội ở nông thôn, có khả năng giảm chi phí giao dịch khi tạo dựng những MLXH mới nhằm tạo ra sinh kế phù hợp [27]. Vốn xã hội và QHXXH có chức năng nâng cao khả năng tìm kiếm và huy động các nguồn lực kinh tế, cung cấp thông tin, đồng thời có thể phản chức năng như hạn chế việc mở rộng các mối QHXXH, gây nghi ngờ đối với người ngoài MLXH và gây khó khăn cho việc chuyển hóa giữa các loại vốn. Trong các nguồn vốn xã hội, theo Nguyễn Quý Thanh và cộng sự thì gia đình, họ hàng vẫn luôn là nguồn vốn xã hội quan trọng nhất trong việc giúp đỡ giải quyết những khủng hoảng về tinh thần và tình cảm. Các quan hệ hội đoàn đa dạng như đồng học, đồng nghiệp, đồng hương, tổ chức tình nguyện, ... ngày càng tỏ rõ ưu thế trong việc đem lại những giúp đỡ về tìm kiếm việc làm, làm nhà, hiếu hỉ, ... [46].

Khi nghiên cứu vai trò của mạng lưới thân thuộc trong chiến lược ứng phó rủi ro của người công nhân đang làm việc tại các khu công nghiệp tỉnh Bình Dương, Nguyễn Đức Lộc cho rằng nguồn vốn xã hội chủ yếu của công nhân là các mối quan hệ thân tộc và đồng hương. Hầu như công nhân chỉ nhờ sự hỗ trợ về giáo dục đào tạo, tài chính, tìm việc làm và KCB trong mạng lưới thân tộc – dòng họ hơn là nhờ sự giúp đỡ của các tổ chức từ thiện. Vai trò của mạng lưới thân tộc – họ hàng cũng được nhấn mạnh và có tầm ảnh hưởng nhất định đến cuộc sống của người công nhân nhập cư. Đối với người công nhân, dù đi đâu, ở đâu và làm gì, gia đình và họ hàng đóng vai trò rất quan trọng trong đời sống của họ. MLXH của người cùng quê được hình thành giúp công nhân cảm thấy thoải mái, có thể sẻ chia, hỗ trợ

nhau lúc khó khăn về y tế, có 27% nhờ sự giúp đỡ của bạn bè cùng quê. MLXH hỗ trợ đắc lực cho người công nhân trong các vấn đề liên quan đến nghề nghiệp, nhà ở, sức khỏe, giáo dục đào tạo [34].

Về cách tiếp cận nghiên cứu MLXH trong xã hội học, theo Đặng Nguyên Anh, các đặc điểm và tính chất của MLXH được nghiên cứu từ nhiều hướng tiếp cận khác nhau như lý thuyết hệ thống và tương tác xã hội [1]; Lê Ngọc Hùng có cách tiếp cận cấu trúc, chức năng [26]. Tác giả Hoàng Bá Thịnh lại cho rằng thuyết MLXH là một nhánh của khoa học xã hội đã được ứng dụng trong một phạm vi rộng của tổ chức con người, từ những nhóm nhỏ cho đến toàn bộ quốc gia [50].

Lê Ngọc Hùng cho rằng khi nghiên cứu MLXH cần được xem xét trong khung cảnh MLXH cụ thể là xã hội Việt Nam. Các nghiên cứu về MLXH theo lý thuyết cấu trúc, chức năng cần chứng minh giả thuyết: chức năng phương tiện, kinh tế của MLXH sẽ giảm đi cùng với hình thành và vận hành có hiệu quả hơn các thiết chế của kinh tế thị trường [27].

Khi phân tích MLXH, theo tác giả Lê Minh Tiến, phương pháp phân tích MLXH xuất phát từ định đề, không phải các đặc trưng của các QHXXH mà chính các QHXXH, mối quan hệ giữa các chủ thể xã hội mới là yếu tố quyết định đến hành vi; đồng thời sự khác biệt giữa các chủ thể không do các đặc trưng của các QHXXH quyết định, mà chính cấu trúc của các QHXXH sẽ quyết định [54].

Theo Lê Ngọc Hùng, có hai hướng tiếp cận xã hội học chủ yếu khi nghiên cứu MLXH là: (1) nghiên cứu định lượng, ví dụ tần suất tiếp xúc, cường độ giao tiếp, mật độ quan hệ, độ bền vững về mặt thời gian và quy mô, phạm vi phân bố trong không gian của mạng lưới; (2) nghiên cứu định tính, ví dụ như chiều, hướng, vị trí, kiểu, dạng, tính chất và độ tin cậy của các mối quan hệ tạo thành MLXH. Theo đó, khi nghiên cứu MLXH, cần tập trung nghiên cứu hình thù, khuôn mẫu, kiểu, loại, quy mô, đặc điểm và tính chất của sự hình thành, vận động và biến đổi MLXH [26].

Nguyễn Quý Thanh cho rằng các nghiên cứu hiện có về mạng lưới QHXXH chủ yếu tập trung phân tích những lợi ích mà chủ thể nhận được từ các QHXXH. Ít đề cập đến quy mô, mật độ hay tính đồng dạng của mạng lưới QHXXH. Để đo lường mạng lưới QHXXH, các nhà nghiên cứu thường đo các đặc tính là quy mô (tổng số lượng

người mà cá nhân quen biết; người quen biết và người lạ, tổng số người bạn thân; QHXX thực và các quan hệ ảo trong không gian số), mật độ, tần suất tương tác, cường độ và tính chất đồng dạng/phi đồng dạng, lợi ích (sự hỗ trợ) [48].

Như vậy với cách tiếp cận và cấp độ nghiên cứu khác nhau, các nghiên cứu về MLXH ở Việt Nam đều khẳng định các thành phần của MLXH bao gồm các thành phần và các mối quan hệ gia đình, họ hàng, người thân, bạn bè, những người khác, tổ chức, ... có vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ về vật chất, tình cảm, thông tin, tiếp cận dịch vụ xã hội và nguồn lực. Khi nghiên cứu MLXH cần xác định cấu trúc, quy mô và sự hỗ trợ của MLXH. Các nghiên cứu MLXH của người lao động nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng tập trung ở lĩnh vực di cư, việc làm, buôn bán, ..., chưa có nghiên cứu nào về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

1.2.2. Những nghiên cứu về mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam

Mối quan hệ xã hội nói chung, mối quan hệ giữa người bệnh với nhân viên y tế, cá nhân và tổ chức khác nói riêng có vai trò quan trọng tạo nền tảng cho việc thực hiện các hoạt động sống, cũng như hoạt động KCB của nhân viên y tế và sử dụng dịch vụ y tế của người bệnh. Tuy nhiên, những nghiên cứu về mối QHXX hay MLXH trong y tế ở Việt Nam vẫn còn ít.

Với cách tiếp cận quan hệ chức năng khi nghiên cứu về quan hệ thầy thuốc và người bệnh, Nguyễn Đức Truyền đã quan tâm tới tác động của các yếu tố kinh tế xã hội và đưa ra khuyến nghị cần xã hội hóa và định chế hóa mối quan hệ thầy thuốc và người bệnh theo tiêu chuẩn và quy tắc của từng xã hội. Trong các nhóm xã hội, nông thôn hay đô thị, miền núi hay miền xuôi, vai trò của thầy thuốc hay người bệnh đều bị chi phối và kiểm soát bởi những quan niệm, chuẩn mực và giá trị [56].

Hoàng Bá Thịnh cho rằng một số nghiên cứu MLXH trong y tế ở Việt Nam cho thấy MLXH là một trong những yếu tố tác động đến hành vi tìm kiếm sức khỏe [51]. Khi nghiên cứu về gia đình nông thôn và vấn đề CSSK cộng đồng, Trịnh Hòa Bình đã phân tích việc thực hành chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người dân nông thôn dưới góc nhìn từ khuôn mẫu ứng xử hay trình độ “văn hóa y tế” của cộng

đồng. Tác giả cho rằng mức sống của gia đình và cộng đồng quy định khả năng tiêu dùng các dịch vụ CSSK [9].

Hộ giàu có ý thức chi cho phòng bệnh biểu hiện ở việc bồi dưỡng cơ thể bằng thuốc cũng như ăn. Có xu hướng thích dùng thuốc tây, thuốc ngoại, muốn chữa bệnh tại thầy thuốc tư nhân có trình độ cao. Hộ nghèo có xu hướng không có khoản chi cho phòng bệnh, thích dùng thuốc đông y và muốn được chăm sóc tại các cơ sở y tế nhà nước. Trong ba yếu tố văn hóa, giáo dục và y tế thì văn hóa và giáo dục được người dân coi trọng hơn trong việc chi trả dịch vụ y tế.

Cộng đồng đóng vai trò quyết định việc cung cấp dịch vụ CSSK. Khi xây dựng kế hoạch sức khỏe cho cộng đồng, ngoài các yếu tố như vấn đề sức khỏe ưu tiên, lựa chọn dịch vụ thích hợp, ... cần tính tới hai yếu tố mức sống và trình độ “văn hóa y tế” (nhu cầu CSSK, mạng lưới dịch vụ và phương pháp chữa bệnh).

Khi nghiên cứu sự HTXH trong việc CSSK của gia đình nông thôn, tác giả Trịnh Hòa Bình cho rằng dân cư đã thay đổi quan niệm và thói quen trông chờ vào Nhà nước trong các yêu cầu phục vụ y tế, CSSK để quay trở lại với vai trò tích cực vốn có của gia đình trong các quan hệ này. Mỗi gia đình không còn là đối tượng thụ hưởng thụ động mà tham gia trực tiếp vào việc CSSK. Gia đình, hệ thống y tế cộng đồng hợp thành một hệ thống gắn bó, bổ sung cho nhau tạo ra những điều kiện thuận lợi nhất định cho việc CSSK con người. Tuy nhiên, theo tác giả, đa số cư dân nông thôn không có nội lực kinh tế riêng, không được bảo trợ xã hội nói chung, về y tế nói riêng, do đó gặp rất nhiều khó khăn trong đời sống, đặc biệt là khi bị ốm đau, bệnh tật [9].

Chăm sóc sức khỏe nhân dân luôn được Đảng và Nhà nước đã có những nỗ lực trong việc thực hiện mục tiêu CSSK toàn dân thông qua các chủ trương, đường lối, chính sách, chương trình y tế, miễn và giảm BHYT. Theo Trịnh Hòa Bình, sự hỗ trợ này có ý nghĩa rất lớn và căn bản, nhưng người dân nông thôn vẫn rất cần sự hỗ trợ cụ thể, thiết thực về vật chất để giúp gia đình, đặc biệt là các tầng lớp nghèo, thực hiện tốt vai trò CSSK: hệ thống trợ giúp miễn giảm chi phí y tế và BHYT [9].

Khi nghiên cứu về QHXX cơ bản trong môi trường bệnh viện công, Đặng Kim Khánh Ly đã nhận diện những QHXX cơ bản giữa người cung cấp và người sử

dụng dịch vụ CSSK trong bệnh viện công, bao gồm quan hệ chức năng, giao tiếp, quan hệ giá trị và thân quen. Đồng thời, cho rằng các QHXX có mối liên hệ với việc tiếp cận dịch vụ CSSK của người dân tại bệnh viện [35].

Trong lĩnh vực y tế, việc nghiên cứu MLXH thường liên quan đến hệ thống tổ chức bộ máy của mạng lưới y tế cơ sở [6], [7] và nhận thức của cộng đồng, đặc biệt là đối với các cấp ủy Đảng, chính quyền và các ngành, các tổ chức đoàn thể xã hội về vai trò của y tế cơ sở và cam kết chính trị mạnh mẽ đối với việc triển khai những giải pháp nhằm củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là việc thực hiện chuẩn quốc gia về y tế xã. Do vậy, cơ sở vật chất và trang thiết bị đã được đầu tư, đặc biệt là đối với các bệnh viện đa khoa huyện/bệnh viện đa khoa khu vực. Nhân lực y tế tại tuyến cơ sở cũng đã có nhiều chuyển biến tích cực về số lượng và chất lượng. Khả năng cung cấp dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở được cải thiện làm gia tăng việc sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở, đặc biệt là ở bệnh viện đa khoa.

Tuy nhiên, phát triển nguồn nhân lực y tế cơ sở gặp phải một số khó khăn về bổ sung nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn cao, thiếu nhân lực có trình độ chuyên khoa sâu tại các bệnh viện đa khoa huyện, định biên và cơ cấu nhân lực trạm y tế xã, cơ sở vật chất, trang thiết bị của y tế cơ sở chưa đáp ứng yêu cầu nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK.

Ở Việt Nam, xu hướng nghiên cứu về MLXH đã và đang được các nhà nghiên cứu quan tâm ở góc độ lý thuyết, phương pháp tiếp cận và đã có những nghiên cứu dưới góc độ thực nghiệm. Tuy nhiên, những nghiên cứu này tập trung vào phân tích vai trò của MLXH trong quá trình di cư, chăm sóc nạn nhân chất độc da cam, người cao tuổi và ảnh hưởng của mạng lưới trong tìm kiếm việc làm, trong CSSK. Gần đây có nghiên cứu MLXH của người chấp hành xong hình phạt tù. Chưa có những nghiên cứu chuyên sâu về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn. Các nghiên cứu về MLXH trong CSSK ở Việt Nam đã xác định vai trò quan trọng của các mối QHXX trong việc cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Phát triển mạng lưới y tế cơ sở giúp người dân tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản, góp phần thực hiện công bằng xã hội trong CSSK.

1.3. NHỮNG NGHIÊN CỨU VỀ MỐI QUAN HỆ XÃ HỘI Ở NÔNG THÔN VIỆT NAM

Với cách tiếp cận lịch đại và đồng đại, các tác giả đã nghiên cứu đặc điểm và vai trò của mối QHXXH trong MLXH ở nông thôn Việt Nam ở nhiều mặt khác nhau của đời sống xã hội.

Nhiều công trình nghiên cứu về QHXXH ở nông thôn đã chú ý tới sự đoàn kết xã hội trong làng xã, Nguyễn Văn Huyền cho rằng các thành viên trong làng có sự đoàn kết và đặc biệt khi quyền lợi cộng đồng bị xâm phạm: "... làng xã Việt Nam, ngoài tổ chức hành chính chính thức, còn vô số nhóm có những mối quan hệ rõ rệt. Do tinh thần tương trợ, các nhóm đóng vai trò tốt lành ở cái xứ sở ít tiền bạc này... Dù sao đi nữa, đúng là có một cộng đồng làng xã thật sự" [30, tr.148-149]. Làng của người Việt là một thiết chế giảm thiểu rủi ro, có sự đùm bọc giữa các thành viên của làng với trách nhiệm lớn của những người thuộc tầng lớp trên.

Khi nghiên cứu mối quan hệ thân tộc, Nguyễn Đông Chi, cho rằng "có sự cố kết lâu bền" trong quan hệ thân tộc nói riêng và "tinh thần tập thể rất cao" trong quan hệ làng xã nói chung của người nông dân [16]. Về mối quan hệ làng – họ, Trần Đình Hượu xem làng là "một thế giới riêng" và mọi người dân "có thể dựa vào thiết chế của làng, tinh thần cộng đồng, tình nghĩa bà con xóm làng mà sống, không cần ra khỏi làng..." [31, tr.20]. Diệp Đình Hoa khẳng định: "Tinh thần đoàn kết và cố kết đã gắn những người nông dân lại với nhau, gắn họ với làng xã và được họ coi là nhu cầu, là lẽ sống, là tình cảm sâu sắc, là một nghĩa vụ thiêng liêng" [23, tr.544]. Còn Đỗ Thái Đồng nhìn nhận, làng "có chức năng tổ chức, duy trì và tái tạo các quan hệ cộng đồng" và "là một hệ thống được biểu trưng về một sự an toàn xã hội vững chắc nhất" [18, tr.91].

Về mâu thuẫn giữa lợi ích cá nhân và nhóm, theo Trần Từ, mỗi làng của người Việt chính là một "biển" tiểu nông tư hữu, trong đó từng hộ nông dân tự do, dù thuộc giai cấp hay thành phần xã hội nào, vẫn là một tế bào kinh tế độc lập với "lí tưởng" vươn lên riêng rẽ của nó [59, tr.29]. Tuy "họ" của người Việt là một hình thức của gia đình mở rộng và chủ yếu có chức năng tạo ra sự đồng cảm dựa trên huyết thống, vai trò của nó sau này chỉ còn nằm ở lĩnh vực tâm tưởng hơn là đời

sống hiện thực. “Cho dù tổ chức họ có thỉnh thoảng cung cấp một chỗ dựa tinh thần cho từng gia đình nhỏ đang phải đương đầu với mâu thuẫn làng mạc thì bản thân nó đã là một cái túi chứa mâu thuẫn rồi” [59, tr.44].

Bên cạnh đó, Trần Ngọc Thêm cho rằng “cộng đồng” và “tự trị” là hai đặc trưng căn rễ dẫn đến “tính nước đôi” của người nông dân Việt: vừa có tinh thần đoàn kết tương trợ lại vừa có óc tư hữu, ích kỉ và thói cào bằng; vừa có tính tập thể hòa đồng lại vừa có tính bè phái, địa phương; vừa có nếp sống dân chủ bình đẳng lại vừa có tính gia trưởng tôn ty; vừa có sự cần cù, tự lập lại vừa có thói dựa dẫm, ỷ lại... [52, tr.197-198].

Làng xã Việt mang những đặc trưng kép là “tự trị và phụ thuộc”, “tự cung tự cấp và thị trường”, “đồng thuận và xung đột”, “biệt lập và giao lưu”. Tô Duy Hợp, Lương Hồng Quang cho rằng sự đồng thuận trong các QHXX là hằng số chính, còn xung đột là hằng số phụ và ở những làng hỗn hợp hoặc có hơi hướng phi nông như làng nghề, làng buôn hay làng ven đô thì những căn tính thuộc hằng số phụ bộc lộ mạnh hơn [25], [40]. Bùi Xuân Đính, cho rằng làng Việt vốn mang tính cộng đồng cao song lại là một cái gì đó rất dễ phân tán “về phương diện quyền lực” [17, tr.8].

Sau thời điểm bắt đầu Đổi mới năm 1986, làng xã Việt, đặc biệt là các QHXX trong làng xã được phục hồi/ tái cấu trúc đã thu hút sự quan tâm của không ít nhà nghiên cứu. Kleinen nói tới sự hồi sinh quá khứ ở nông thôn với vai trò quan trọng của giới tinh hoa vốn là những “người cũ”, mang trong mình những “giá trị cũ” [26] [33]. Sờ dĩ có sự phục hồi là do những hình thức QHXX truyền thống cũng như những thực hành văn hóa được trao truyền qua nhiều thế hệ đã đáp ứng được nhu cầu tinh thần vốn có của người dân.

Tim hiểu các tổ chức phi chính thức của làng xã qua trường hợp hội đồng niên, Lương Hồng Quang, cho rằng sự phục hồi của những tổ chức này có cơ sở từ việc lấy lại các khuôn mẫu vốn có và đưa thêm vào những yêu cầu mới của cuộc sống [40]. Trong sự phục hồi hội đồng niên có thể nhận thấy tính cộng đồng vẫn mạnh hơn tính cá nhân dẫu bối cảnh xã hội đã thay đổi. Mai Văn Hai và Ngô Thị Thanh Quý thì nhận định, mạng lưới họ hàng đóng vai trò đặc biệt quan trọng đối với các hoạt động kinh tế nông thôn trong bối cảnh kinh tế thị trường và mối liên kết kinh tế giữa các

thành viên trong mạng lưới họ hàng lấy cá nhân làm trung tâm là biểu hiện cụ thể của tâm lí cộng đồng vốn đã tồn tại từ rất lâu đời ở nông thôn Việt Nam trong lịch sử (mặc dù không còn bó hẹp trong phạm vi làng xã) [20].

Khi đề cập đến vai trò của các QHXH ở nông thôn trong phát triển kinh tế hộ gia đình, Mai Văn Hai và Phan Đại Doãn khẳng định, hiện tượng phục hưng dòng họ hiện nay có nguyên nhân từ sự tái lập kinh tế hộ gia đình và theo các tác giả, việc liên kết/hợp tác trong dòng họ diễn ra ở hầu hết các phương diện quan trọng nhất của nghề: việc sử dụng nguồn đất đai canh tác, việc sở hữu tư liệu sản xuất và thực hiện những công đoạn sản xuất cụ thể [19]. Nguyễn Đức Truyền có cùng quan điểm khi cho rằng sự tái lập kinh tế hộ gia đình đòi hỏi củng cố các quan hệ cộng đồng truyền thống - vốn được xem là giá đỡ chủ yếu cho sự phát triển của bản thân mô hình kinh tế, cũng như cho từng thành viên [56].

Khi nghiên cứu sử dụng vốn xã hội trong chiến lược sinh kế của nông dân ven đô Hà Nội dưới tác động của đô thị hóa, Nguyễn Duy Thắng đưa ra nhận định, sự biến đổi một cách nhanh chóng của vùng nông thôn ven Hà Nội để hòa nhập với đô thị đã làm cho MLXH của người nông dân ngày càng được mở rộng, làm cho họ có cơ hội tích lũy được nhiều vốn xã hội hơn trong chiến lược sinh kế [49].

Về quan hệ giữa tình đoàn kết và sự phụ thuộc trong cộng đồng làng quê ở miền Bắc Việt Nam, Tessier khẳng định rằng sẽ là ảo tưởng nếu chỉ thấy ở “hệ thống giúp đỡ” những biểu hiện của tình đoàn kết gia đình hay dấu vết cuối cùng của các quan hệ kinh tế xã hội trước kia bởi thực ra nó là công cụ điều tiết xã hội và kinh tế, hệ thống này có tính hợp đồng [45, tr.374]. Nguyễn Tuấn Anh cho biết, quan hệ họ hàng ở nông thôn Việt Nam đã được khai thác tích cực cho việc xây dựng vốn xã hội kể từ sau giai đoạn hợp tác hóa nông nghiệp, bao gồm vốn xã hội nội bộ (được sử dụng để giảm thiểu những rủi ro của hoạt động sản xuất) và vốn xã hội bắc cầu (được sử dụng để gia tăng lợi nhuận và cải thiện phúc lợi gia đình) [122, tr.225].

Khi nghiên cứu vai trò của cộng đồng làng trong hệ thống an sinh xã hội, Lê Mạnh Năm và Nguyễn Phan Lâm cho biết, họ hàng, láng giềng và những tổ chức tự nguyện có vai trò rất quan trọng trong hỗ trợ đối với người dân khi rủi ro, có việc,

gặp tình trạng đói nghèo... Lí do hành động của các chủ thể là “động viên tinh thần” và “hỗ trợ phần nào về kinh tế” với các đối tượng cần giúp đỡ, là tâm lí phòng thân “giúp người là giúp mình”, là nhận thức “tập thể và nhà nước không trợ cấp hết được” và cuối cùng là “làm theo lệ làng, phong tục của làng” [36, tr.72-74], tức có sự đan xen giữa tình cảm với việc ứng xử theo chuẩn mực và cân nhắc về lợi ích.

Lương Văn Hy đánh giá dòng quà là kết quả của mối tương tác giữa sự lựa chọn có tính chiến lược của từng cá nhân với quy ước văn hóa, xã hội cùng điểm nhấn của các chủ thể về tình cảm. Tác giả nhấn mạnh, ngay cả khi họ nói về tình cảm như là nền tảng của việc tặng quà ở mức độ nào, thì sự tặng quà đó cũng liên quan đến “những quyết định có suy nghĩ” trong việc sử dụng các nguồn lực vật chất. Ông kết luận rằng ý thức hệ và những quy ước văn hóa, xã hội đặc thù đã hòa quyện với sự tính toán và sự chủ động của người trong cuộc ở các địa bàn nghiên cứu [32, tr.420].

Như vậy, các nghiên cứu về mối QHXXH ở nông thôn Việt Nam đã trực tiếp hoặc gián tiếp đề cập đến vấn đề MLXH ở nông thôn thông qua xác định mối quan hệ giữa dòng họ với làng, sự gắn kết và vai trò của QHXXH đối với cá nhân và gia đình. Hành động của cá nhân trong mối quan hệ dòng họ, làng xã. Đồng thời xác định yếu tố văn hóa, xã hội mang tính khách quan ảnh hưởng đến mối QHXXH ở nông thôn.

Tiểu kết chương 1

Như vậy, nghiên cứu MLXH theo khuynh hướng cấu trúc, chức năng của các tương tác xã hội được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm. Các nghiên cứu về MLXH tập trung chủ yếu vào xác định quy mô, tính chất, nội dung của các mối QHXXH. Các nghiên cứu xem xét vai trò hay ảnh hưởng của MLXH.

Trên cơ sở tổng luận những nghiên cứu về MLXH mà tác giả tiếp cận được. Nhiều công trình xã hội học cho thấy nghiên cứu về MLXH khá phong phú, đa dạng và ngày càng có tính hệ thống hơn. Các nghiên cứu đã làm rõ các cách tiếp cận trong nghiên cứu MLXH, đã xác định cấu trúc, quy mô, kiểu loại, tính chất, nội

dung và chức năng, ... của MLXH tạo nên bức tranh tổng thể về nghiên cứu MLXH đa diện, nhiều chiều.

Có thể thấy rằng, các nghiên cứu về MLXH trong y tế ở Việt Nam vẫn còn thiếu những nghiên cứu có liên quan đến lĩnh vực MLXH trong KCB, đặc biệt là MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn. Những thay đổi trong chính sách kinh tế - xã hội đã tác động đến môi trường QHXXH trong KCB của người dân từ nhiều góc độ khác nhau. Tuy nhiên, không phải mọi tác động chính sách đều xuất phát từ thực trạng đa dạng về cấu trúc của MLXH trong KCB. Điều đó cho thấy cần có những nghiên cứu bổ sung làm rõ người dân sử dụng môi trường QHXXH nào trong KCB để cung cấp những bằng chứng cho việc ban hành những sách y tế phù hợp trong việc quản lý phát triển y tế theo hướng hiệu quả, công bằng và phát triển.

Trên cơ sở tiếp thu và kế thừa một số quan điểm, cách tiếp cận của các công trình khoa học có liên quan, nội dung của luận án trình bày một số nội dung sau:

- Đặc điểm, tính chất MLXH của người trong ĐTLĐ, trên cơ sở đó xác định các loại MLXH của người trong ĐTLĐ ở nông thôn theo cơ cấu kinh tế khác nhau.
- Phân tích vai trò của MLXH trong việc hỗ trợ xã hội và giúp người trong ĐTLĐ ở nông thôn tiếp cận dịch vụ y tế.
- Phân tích các yếu tố tác động đến MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.
- Dự báo xu hướng biến đổi và đề xuất một số giải pháp thúc đẩy sự phát triển MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

Chương 2
CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN NGHIÊN CỨU
MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH
CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN

2.1. CÁC KHÁI NIỆM

2.1.1. Người trong độ tuổi lao động ở nông thôn

- Khái niệm người lao động:

Tại Khoản 1, Điều 3 của Bộ Luật Lao động số 10/2012/QH13, ngày 18/6/2012, người lao động là người từ đủ 15 tuổi trở lên, có khả năng lao động, làm việc theo hợp đồng lao động, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành của người sử dụng lao động [42]. Tuổi nghỉ hưu là 55 tuổi đối với nữ và 60 tuổi đối với nam.

- Khái niệm lao động nông thôn:

Lao động nông thôn là người lao động làm việc trong lĩnh vực nông nghiệp và ngành nghề khác tại nông thôn hoặc tham gia hoạt động công ích, không bị pháp luật cấm, nhờ đó tạo ra sản phẩm cho xã hội và thu nhập cho cá nhân và gia đình tại khu vực nông thôn.

- Khái niệm người trong độ tuổi lao động ở nông thôn:

Người trong độ tuổi lao động ở nông thôn là người từ đủ 15 tuổi đến 55 tuổi đối với nữ và 60 tuổi đối với nam, làm việc theo hợp đồng lao động, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành của người sử dụng lao động hoặc tự tạo việc làm, tự trả lương ở khu vực nông thôn.

2.1.2. Chăm sóc sức khỏe và khám bệnh, chữa bệnh

- Khái niệm sức khỏe:

Theo Tổ chức Y tế Thế giới: “Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không chỉ là không có bệnh hay tật” [trích theo 16].

Đây là khái niệm đa chiều về sức khỏe. Trong đó, sức khỏe gồm 3 thành tố: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, sức khỏe xã hội. Ba yếu tố trên của sức khỏe liên quan chặt chẽ với nhau tạo ra sự thăng bằng, hài hoà của tất cả

những khả năng sinh học, tâm lý và xã hội của con người. Nó là cơ sở quan trọng tạo nền tảng cho hạnh phúc con người.

- Khái niệm chăm sóc sức khỏe:

Chăm sóc sức khỏe bao gồm bốn lĩnh vực chủ yếu là y tế công cộng; y tế dự phòng; cung cấp dịch vụ y tế; phục hồi chức năng và hòa nhập xã hội.

Y tế công cộng quan tâm tới các mối rủi ro cho sức khỏe tổng thể của một cộng đồng dựa trên phân tích sức khỏe dân cư và thường được chia ra một số lĩnh vực, như dịch tễ học, dịch vụ y tế, y tế môi trường, y tế xã hội, tuyên truyền thay đổi hành vi, y tế lao động, kinh tế y tế và tài chính y tế. Có hai đặc trưng của y tế công cộng, đó là: giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên bằng các biện pháp phòng bệnh và giải quyết các vấn đề sức khỏe của toàn thể cộng đồng dân cư chứ không phải từng cá nhân cụ thể.

Y tế dự phòng là khái niệm liên quan đến các biện pháp can thiệp để phòng bệnh, không phải để chữa bệnh. Y tế dự phòng can thiệp ở cấp độ cá nhân ở 4 cấp độ: Y tế dự phòng cấp 1 nhằm tránh sự xuất hiện của bệnh tật. Y tế dự phòng cấp 2 nhằm phát hiện bệnh sớm và tăng cơ hội để can thiệp sớm, phòng chống bệnh phát triển tiếp tục. Y tế dự phòng cấp 3 liên quan đến giảm tác hại của bệnh đã có bằng cách phục hồi chức năng, giảm biến chứng. Y tế dự phòng cấp 4 liên quan đến giảm hoặc tránh hậu quả của can thiệp y tế không cần thiết hoặc thừa trong hệ thống y tế.

Cung ứng dịch vụ y tế được coi là chức năng chủ yếu và có vai trò chi phối kết quả hoạt động của hệ thống y tế. Theo Tổ chức Y tế thế giới, dịch vụ y tế tốt là có hiệu lực, an toàn, có chất lượng, được cung cấp cho những người cần sử dụng tại thời điểm và nơi hợp lý, giảm thiểu chi phí nguồn lực [151].

Khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ được xem xét từ góc độ y tế dự phòng đến việc sử dụng dịch vụ y tế. Vì người trong ĐTLĐ khi bị ốm đau, bệnh tật ở mức độ khác nhau có thể sử dụng dịch vụ y tế ở cấp độ dự phòng và cấp độ cung cấp kỹ thuật cao.

- Khái niệm khám bệnh, chữa bệnh:

Tại Khoản 1 và 2, Điều 2 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009 đã xác định [41]:

Khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn 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.

Tự KCB là con người tự tìm hiểu về bệnh, thuốc chữa bệnh, cách thức chữa trị, từ đó tự đưa ra quyết định chữa bệnh và tự tổ chức quá trình chữa trị bệnh cho bản thân.

Trong nghiên cứu này, khám chữa bệnh là chức năng của nhân viên y tế, cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, những người được đào tạo về y học, những người khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền, thầy lang có uy tín trong cộng đồng. Tự khám chữa bệnh là hoạt động của cá nhân trong mạng lưới xã hội. Họ tìm hiểu về tình trạng ốm đau, bệnh tật, xác định phương pháp điều trị và thực hiện hoạt động chữa bệnh.

- Khái niệm ốm đau và bệnh:

Khái niệm ốm đau nói về những kinh nghiệm chủ quan của con người là cảm thấy ốm, yếu. Những điều này không chỉ vượt ra ngoài những hậu quả sinh học và sinh lý của bệnh mà còn ảnh hưởng cả đến chức năng xã hội của họ. Ốm đau được nhận diện ở sự thiếu vắng về trạng thái cơ thể bình thường và bằng những cảm nhận thay đổi có thể lan tỏa. Do vậy, ốm không chỉ đơn giản là một trạng thái thay đổi về sinh lý và còn trong tình trạng thay đổi điều kiện xã hội mà thường làm gián đoạn sinh hoạt hàng ngày và đây là điều con người không muốn.

Ốm là một quan niệm thường được gắn liền với các triệu chứng khách quan và các dấu hiệu lâm sàng. Các triệu chứng này được giải thích bằng kinh nghiệm chủ quan và có thể không quan sát trực tiếp được, còn các dấu hiệu mô tả đặc điểm của việc ốm và người khác có thể thấy được.

Ôm đau vừa có tính cá nhân, vừa có tính xã hội. Cá nhân người ốm muốn nói với những người khác để giải thích về những triệu chứng sinh lý, cảm nghĩ về bệnh và những chức năng bình thường của cơ thể giờ đây không còn. Trong khi họ lấy những suy nghĩ và kiến thức của mình về y – sinh học để giải thích sự đau ốm của họ, có người còn dùng những ý kiến thường phổ biến trong nhóm xã hội của mình để biểu hiện mình đau ốm và quyết định xem cần làm gì.

Trong truyền thông và giáo dục sức khỏe, bệnh là một khái niệm đề cập đến tình trạng giảm sút về sức khỏe của cá nhân khi đã xác định được nguyên nhân gây ra bệnh. Bệnh là tình trạng tổn thương hoặc rối loạn cấu trúc, chức năng của cơ thể hoặc cả hai và đang diễn tiến (có thể tăng hoặc giảm). Người bệnh có thể có: (1) Triệu chứng cơ năng là những cảm giác khó chịu do người bệnh cảm thấy và (2) Dấu hiệu hay triệu chứng thực thể là những biểu hiện mà người khác có thể nhận biết được.

- Khái niệm tiếp cận dịch vụ y tế:

Tiếp cận dịch vụ y tế là một khái niệm đa chiều. Các phương diện của tiếp cận bao gồm sự tiếp cận về địa lý, tính sẵn có, khả năng chi trả và sự chấp nhận của con người khi sử dụng dịch vụ KCB. Tiếp cận dịch vụ y tế là con người khi cần có khả năng đến nơi cung cấp để sử dụng dịch vụ KCB.

2.1.3. Khái niệm mạng lưới xã hội

Thuật ngữ MLXH được ứng dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực nghiên cứu. Tùy theo góc độ tiếp cận, mỗi nhà nghiên cứu lại đưa ra những quan niệm khác nhau về MLXH.

Mạng lưới xã hội là sự cá nhân hóa các mối quan hệ và có cấu trúc như cộng đồng. MLXH đã được định nghĩa rộng rãi, vừa là một hình thức hỗ trợ từ những người khác [77] và vừa là một “hình thức kết nối mạng lưới của tổ chức xã hội” [75, tr.500].

Mạng lưới xã hội là một tập hợp các “nút” hoặc điểm được kết nối với nhau bởi “các liên kết”. Trong các MLXH, các “nút” là những người hoặc những tổ chức; “các liên kết” là mối quan hệ. Các mạng lưới được xem như là các hình thức khác

nhau của tổ chức xã hội, khác với tổ chức truyền thống dựa trên thứ bậc, quyền hạn từ trên xuống để đạt được mục tiêu chiến lược [131]. MLXH mang tính cá nhân hóa cao độ, không phải là các thành viên gắn kết xung quanh mục đích chung.

Các MLXH được gắn bó chặt chẽ với bối cảnh bởi vì tất cả các hoạt động của con người đều ẩn chứa trong các mối QHXXH, nơi “các tương tác liên tục định dạng lại niềm tin, chuẩn mực, giá trị và hành động” [84]. Giá trị của MLXH là làm cho các cơ cấu tổ chức tiềm ẩn dưới tất cả các mối quan hệ và tương tác của con người trở nên rõ rệt hơn.

Tác giả Lê Ngọc Hùng cho rằng MLXH dùng để chỉ phức thể các mối QHXXH do con người xây dựng, duy trì và phát triển trong cuộc sống thực của họ với tư cách thành viên của xã hội [26]. Nguyễn Quý Thanh và Cao Thị Hải Bắc cho rằng mạng lưới QHXXH của chủ thể là tập hợp tất cả các đối tác (nút) và các kết nối có thể có của chủ thể. Mạng lưới QHXXH có những thành phần lõi, với các nút từ nhóm bạn bè, người thân và các kết nối tương ứng; và các thành phần mở rộng, với các nút và các kết nối khác của chủ thể. Chính mạng lõi mới là thành tố duy trì sự ổn định về hình thức và quy mô mạng lưới QHXXH của chủ thể [47].

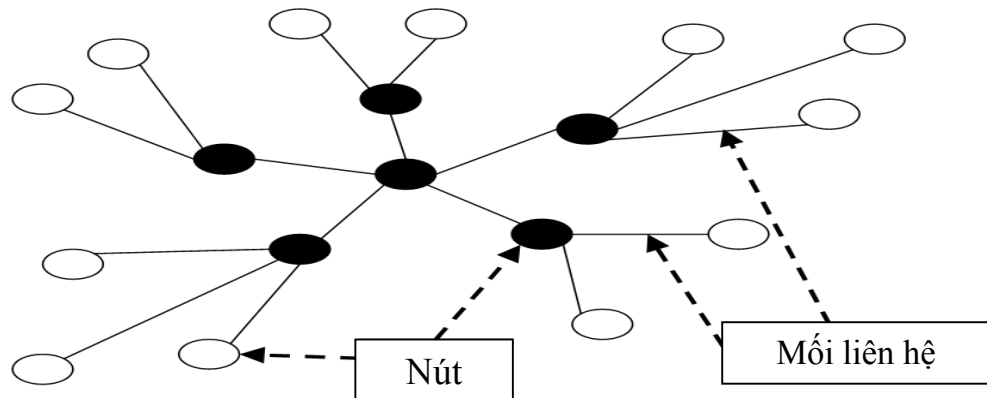
Các định nghĩa khác nhau nhưng đều có các điểm chung là: (1) cấu trúc của một xã hội, (2) phức hợp các mối QHXXH, (3) lợi ích của MLXH. Các yếu tố trên có liên hệ mật thiết với nhau. Trong luận án này, khái niệm MLXH trong KCB nhấn mạnh mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với người khác khi có vấn đề liên quan đến CSSK và tiếp cận dịch vụ y tế với các nhóm xã hội khác, như: nhóm người thân trong gia đình; họ hàng; hàng xóm; bạn bè; đồng nghiệp/người cùng làm việc; người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật; nhân viên y tế; chính quyền, cơ quan, tổ chức.

Qua phân tích và nghiên cứu, có thể đưa ra khái niệm về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn - tập hợp các thành phần cấu trúc là những cá nhân (thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, đồng nghiệp, nhân viên y tế, thầy lang, lương y, người bán thuốc, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, ...), tổ chức (gia đình, chính quyền, đoàn thể, cơ quan, đơn vị cung cấp dịch vụ y tế, ...) và các mối quan hệ giữa các thành phần cấu trúc trong bối cảnh khám chữa bệnh để giúp

người trong độ tuổi lao động có được nguồn lực cần thiết và tiếp cận được dịch vụ y tế nhằm giúp người bệnh khám chữa bệnh, phục hồi và nâng cao sức khỏe.

Khái niệm mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe có nội hàm rộng hơn khái niệm mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh. Mạng lưới xã hội trong chăm sóc sức khỏe – tập hợp các thành phần cấu trúc là cá nhân, tổ chức và mối quan hệ giữa các thành phần cấu trúc trong bối cảnh phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và hòa nhập cộng đồng.

Mối QHXXH của người trong ĐTLĐ với những cá nhân, nhóm xã hội khác được mô tả và phân tích dựa trên đặc điểm và tính chất của từng loại QHXXH, bao gồm mối quan hệ mạnh và yếu.



Sơ đồ 2.1: Ví dụ mô hình mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh

(Nguồn: Haythornthwaite, 1996) [98]

- *Khái niệm mối quan hệ xã hội:*

Mối QHXXH là sự tương tác giữa con người với con người, với nhóm, cộng đồng và xã hội nhằm hợp tác, chia sẻ thông tin và tình cảm giữa con người với nhau và với xã hội.

Dựa trên cơ sở chức năng xã hội của cá nhân, tổ chức thì có các mối QHXXH chức năng và phi chức năng. Quan hệ chức năng là những mối quan hệ được xây dựng trên cơ sở các chức năng của cá nhân trong mối quan hệ với người khác, nhóm, cộng đồng và với xã hội. Các quan hệ chức năng được sử dụng đối lập với các quan hệ gia đình, thân tộc. Nếu như các quan hệ gia đình, thân tộc là đặc trưng quan hệ trong các xã hội truyền thống thì các quan hệ chức năng được sử dụng phổ

biến trong xã hội hiện đại. Các quan hệ chức năng chính là các quan hệ mang tính chất công việc, xã hội. Nó đề cao yếu tố duy lý và ít bị chi phối bởi tình cảm. Còn quan hệ phi chức năng là quan hệ mang tính tình cảm, không chính thức, bị chi phối bởi yếu tố duy tình.

- *Khái niệm hỗ trợ xã hội:*

Trong các tài liệu, HTXH và MLXH thường được sử dụng thay thế cho nhau. Nghiên cứu về HTXH thường tập trung vào sự đóng góp của các thành viên trong MLXH. Hay nói cách khác, HTXH là một cách tiếp cận tập trung vào nội dung. Còn nghiên cứu về MLXH có xu hướng tập trung vào những mối QHXXH [128]. HTXH có thể xảy ra thông qua các mối quan hệ trong một MLXH. Rõ ràng là HTXH và MLXH có liên quan mật thiết với nhau. HTXH được đưa ra và nhận được thông qua các mối quan hệ có cấu trúc được mô tả trong MLXH. MLXH và HTXH có một điểm cơ bản giống nhau là sức mạnh của “người khác” sẽ ảnh hưởng đến hành vi cá nhân. Tuy nhiên, cách tiếp cận khác nhau dẫn đến kết quả khác nhau.

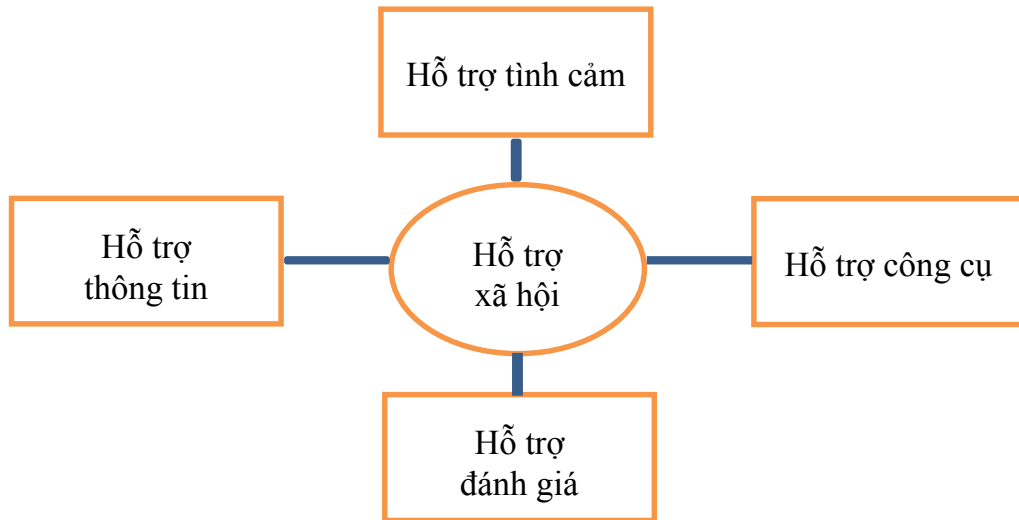
Năm 1976, Cobb đã định nghĩa HTXH là “một cảm giác được yêu thương và chăm sóc, được coi trọng và được đánh giá cao và thuộc về một mạng lưới giao tiếp và nghĩa vụ tương hỗ”. Cobb đã xác định ba yếu tố riêng biệt của HTXH, các yếu tố này quan trọng trong việc cung cấp hỗ trợ, giúp đỡ những người bị căng thẳng [trích theo 116], cụ thể là:

- Hỗ trợ về tình cảm (những biểu hiện sự hiểu biết, tin tưởng, cảm thông, hỗ trợ và chăm sóc);

- Hỗ trợ với sự quý mến (biểu hiện yêu thích, quý mến và tôn trọng);

- Hỗ trợ mạng lưới (hội nhập xã hội và vật chất, thiết bị hỗ trợ hữu hình).

Định nghĩa của S. Cobb tập trung chủ yếu vào những hỗ trợ phi vật chất. Mặc dù không nêu ra định nghĩa cụ thể, nhưng Heaney và Israel, dựa trên cách phân loại của House, đã nêu bốn loại HTXH chính: tình cảm, công cụ, thông tin và đánh giá, như hình dưới đây [99].



Sơ đồ 2.2: Bốn loại hỗ trợ xã hội chính (Nguồn: Heaney và Israel, 2001) [99]

Theo các tác giả này, trong bốn loại HTXH, hỗ trợ công cụ là những HTXH hữu hình. Các loại kia đều mang tính trừu tượng. *Hỗ trợ công cụ* mang đến cho người thụ hưởng những thứ hoặc những dịch vụ có lợi trực tiếp (ví dụ: công lao động, tiền, hiện vật,...). *Hỗ trợ tình cảm* bao gồm những giúp đỡ về cảm xúc, ví dụ: tình yêu thương, sự đồng cảm, sự quan tâm và tin tưởng. *Hỗ trợ thông tin* là sự giúp đỡ bằng cách cung cấp thông tin và lời khuyên hay hướng dẫn/gợi ý để giúp người thụ hưởng giải quyết vấn đề của riêng mình. *Hỗ trợ đánh giá* là việc giúp người đó bằng cách đưa ra các thông tin có ích nhờ đó họ tự đánh giá bản thân. HTXH theo loại này có thể là các phản hồi mang tính xây dựng hoặc những lời xác nhận.

Nghiên cứu này tập trung xem xét HTXH là một chức năng của MLXH, hỗ trợ người trong ĐTLĐ ở nông thôn về tiền, hiện vật, tình cảm, thông tin và tiếp cận dịch vụ y tế. Trong đó, chúng tôi tách loại hỗ trợ về thông tin thành hai nhóm nhỏ: hỗ trợ không chính thức về thông tin (gọi tắt là thông tin) và hỗ trợ chính thức theo cách tư vấn của nhà chuyên môn (gọi tắt là tư vấn).

- *Khái niệm vốn xã hội:*

Thuật ngữ về vốn xã hội đã được bàn luận ở nhiều khía cạnh và nội dung khác nhau. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có sự thống nhất. Đây là một khái niệm đa chiều, thể hiện ở nhiều cấp độ, nội dung và hình thức khác nhau [48].

Từ góc độ xã hội học, khi phân biệt vốn kinh tế, vốn con người, vốn văn hóa với tư cách là hình thức biểu hiện và chuyển hóa của vốn xã hội, Bourdieu đã đưa ra định nghĩa “vốn xã hội là tập hợp các nguồn lực thực tế hoặc tiềm tàng gắn liền với việc nắm giữ một mạng lưới bền vững gồm các mối quan hệ quen biết và thừa nhận lẫn nhau ít nhiều được thể chế hóa” [trích theo 27].

Vốn xã hội gồm QHXX cho phép cá nhân có quyền tiếp cận những nguồn lực thuộc sở hữu của những người cùng nhóm và những nguồn lực được đo bằng số lượng và chất lượng. Ông cũng cho rằng, quy mô của vốn xã hội phụ thuộc vào quy mô của mạng lưới QHXX và quy mô của mỗi loại vốn kinh tế hay vốn văn hóa hoặc vốn biểu tượng mà cá nhân nắm giữ khi quan hệ với nhau. Vốn xã hội khó có thể tồn tại độc lập mà phụ thuộc vào các hình thức tồn tại khác của vốn [trích theo 27].

Theo Bourdieu, vốn kinh tế là nguồn gốc của các loại vốn phi kinh tế (vốn xã hội, vốn con người, vốn văn hóa) và vốn xã hội có thể dẫn tới vốn kinh tế. Sự chuyển hóa giữa các loại vốn là cơ chế tái sản xuất ra các loại vốn.

Tác giả James Coleman đưa ra định nghĩa vốn xã hội là các nguồn lực cấu trúc - xã hội mà cá nhân có thể sử dụng như là nguồn vốn tài sản. Vốn xã hội là những giá trị của những yếu tố của mối quan hệ xã hội mà chủ thể có thể sử dụng như là những nguồn lực để thực hiện mục đích nhất định.

Quan niệm vốn xã hội của Putnam tương đối gần gũi với quan niệm của Coleman trên khía cạnh các thành tố chính cấu thành vốn xã hội: “Các đặc trưng của đời sống xã hội – các mạng lưới, các chuẩn mực và lòng tin – những cái cho phép người ta hành động với nhau một cách hiệu quả hơn nhằm theo đuổi các mục đích được chia sẻ. Tóm lại, vốn xã hội chỉ các liên kết xã hội, các chuẩn mực và niềm tin kèm theo” [trích theo 48]. Putnam quan tâm tới tính “hành động với nhau” trong sự vận hành của vốn xã hội – cái tạo ra sự liên kết xã hội. Như vậy, vốn xã hội

giúp cho các cá thể kết nối với nhau, tạo ra ảnh hưởng sâu sắc tới sự phát triển thông qua chia sẻ các hành động và mục đích chung.

Mặc dù tiếp cận khác nhau về vốn xã hội, nhưng các tác giả đều gặp nhau ở những điểm sau: gắn liền với mạng lưới xã hội, quan hệ xã hội; là nguồn lực cần thiết cho các loại hoạt động của con người; được tạo ra thông qua việc đầu tư vào việc xây dựng các quan hệ xã hội, hoặc mạng lưới xã hội và các cá nhân có thể sử dụng vốn xã hội để tìm kiếm hoặc tăng cường những lợi ích nhất định; bao gồm chuẩn mực, sự tin cậy và quan hệ qua lại.

2.2. CÁC LÝ THUYẾT TIẾP CẬN VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

2.2.1. Lý thuyết mạng lưới xã hội

2.2.1.1. Đặc điểm mạng lưới xã hội

Nghiên cứu về MLXH, nhiều nhà nghiên cứu khẳng định MLXH có những đặc điểm sau [Trích theo 21]:

- Mạng lưới xã hội là một thành tố quan trọng của cơ cấu xã hội, có ích cho các cá nhân và quan trọng trong hầu hết các xã hội. Không có cá nhân nào đứng ngoài MLXH.

- Mạng lưới xã hội không có ranh giới rõ ràng, các thành viên có thể có hoặc không tương tác trên một cơ sở đều đặn, không thường xuyên có nhận thức thuộc về mạng lưới, hoặc cần có những mục đích chung.

- Trong một MLXH, con người phải xử lý phức hợp nhiều mối QHXXH mà không bắt buộc phải thực hiện một cách cứng nhắc những quy định trong mỗi QHXXH.

- Mạng lưới xã hội có quy mô, kích cỡ không đồng nhất.

- Những mạng lưới nhỏ và khép kín thì ít hữu ích đối với các thành viên hơn là các mạng lưới mở rộng có nhiều liên kết lỏng của các cá nhân trong mạng lưới với những cá nhân ở bên ngoài mạng lưới.

2.2.1.2. Các thành phần trong mạng lưới xã hội

Tiếp cận MLXH, chúng ta không thể không xem xét các thành phần của MLXH. MLXH là các thực thể được phân cụm chặt chẽ mà phần lớn được khám

phá thông qua phương pháp phân tích MLXH, trong đó bao gồm các thành phần: cấu trúc và quan hệ của MLXH.

Cấu trúc của MLXH chính là tập hợp những mối liên hệ của hai hay nhiều chủ thể liên kết với nhau. Trong khi nghiên cứu cách thức tìm kiếm việc làm, Mark Granvetter đã đưa ra nguyên tắc để phân biệt các hình thức liên hệ trong cấu trúc của MLXH thông qua các tiêu chí: độ dài (thời gian duy trì quan hệ); xúc cảm, tình cảm (cường độ của mối quan hệ); sự tin cậy và sự tương tác của các mối quan hệ.

Theo Lê Ngọc Hùng, với tư cách là cấu trúc xã hội, MLXH bao gồm các mối tương tác xã hội và trao đổi xã hội, trong đó hệ các giá trị, chuẩn mực và niềm tin được hình thành, biểu lộ. Với tư cách là thiết chế xã hội, MLXH không những có chức năng gắn kết xã hội mà còn có chức năng cung cấp thông tin [26].

Trong các thành viên của MLXH có một vị trí trung gian không thể thiếu gọi là lỗ trống cấu trúc trong MLXH, theo Burt, một chủ thể nào đó trong mạng lưới được gọi là người thứ ba hưởng lợi khi người đó có quan hệ với các chủ thể trong mạng lưới nhưng các chủ thể đó lại không có mối quan hệ với nhau. Lỗ trống cấu trúc trong mạng lưới xảy ra khi hai chủ thể nào đó trong mạng lưới chỉ có thể quan hệ với nhau thông qua chủ thể thứ ba hoặc hai chủ thể đó không thể liên kết với nhau để chống lại chủ thể thứ ba nào đó [trích theo 54]. Trong MLXH, các thực thể trung gian có kiến thức và kỹ thuật đóng một vai trò quan trọng trong các MLXH thông qua sự kiểm soát thông tin và kiến thức.

Trong một MLXH, ta có thể nói về “khoảng cách” giữa hai người (còn được gọi là “khoảng cách ngắn nhất” hoặc “mức độ tách biệt”), đó là con đường ngắn nhất từ người này sang người khác trong MLXH” [89]. Các ràng buộc xã hội liên tục hình thành và tái hình thành, tuy nhiên cũng có sự suy giảm (biến mất hoặc không biến động), do thiếu sự hỗ trợ của MLXH hoặc do có xung đột xảy ra [114, tr.88].

Như vậy, trọng tâm của MLXH được thể hiện rõ ở vai trò của các mối quan hệ, quy tắc gắn kết, việc sử dụng các kết nối mạng lưới và những khuôn mẫu cấu trúc nổi bật tạo nên đặc trưng trong việc nghiên cứu MLXH có tổ chức, cho phép đưa ra các quan điểm đa dạng từ những lý thuyết. Một MLXH có chứa hai thành phần cốt lõi: các cá nhân và các mối quan hệ (các ràng buộc xã hội) giữa các cá nhân.

Trong luận án này, những yếu tố cơ bản nhất tạo nên MLXH của người trong ĐTLĐ ở nông thôn là các thành viên trong gia đình, mối quan hệ ruột thịt; họ hàng, bạn bè gần gũi; hàng xóm, láng giềng; nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và những người khác. Trong đó, người có hiểu biết về CSSK, kết nối các dịch vụ y tế và có uy tín trong mối quan hệ giữ vai trò điều tiết trong việc hỗ trợ người trong ĐTLĐ tiếp cận các nguồn lực và dịch vụ y tế.

2.2.1.3. Kiểu loại mạng lưới xã hội

Về các loại MLXH. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng MLXH của một người không phải là nhất quán trên tất cả các tình huống. Các MLXH khác nhau tùy thuộc vào hoàn cảnh và vấn đề cần giải quyết của các thành viên trong MLXH. Có nhiều cách phân loại MLXH khác nhau.

Durkheim đã phân biệt hai hình thức cơ bản của sự đoàn kết xã hội (đoàn kết xã hội là khái niệm để chỉ các mối quan hệ giữa cá nhân và xã hội, giữa cá nhân với nhau, giữa cá nhân với nhóm xã hội) là đoàn kết cơ học và đoàn kết hữu cơ [trích theo 28]. Áp dụng vào nghiên cứu MLXH thì mạng lưới quan hệ chức năng đặc trưng cho kiểu đoàn kết hữu cơ của xã hội hiện đại và mạng lưới quan hệ phi chức năng đặc trưng cho kiểu đoàn kết cơ học của xã hội truyền thống.

Dựa trên đặc trưng của các mối quan hệ, có thể khái quát ba kiểu MLXH: kiểu mạng tình cảm (truyền thống), kiểu mạng công việc (hiện đại) và kiểu mạng hỗn hợp (truyền thống và hiện đại). Trong xã hội hiện nay, kiểu quan hệ hỗn hợp tỏ ra có hiệu quả cao hơn so với hai kiểu MLXH tình cảm và công việc.

Dựa trên quy cách của các mối quan hệ người ta phân loại mạng xã hội chính thức hoặc không chính thức. MLXH chính thức có mối quan hệ giữa các cá nhân có hành động như hệ thống tổ chức thông tin và các tương tác thường diễn ra trong một khung kế hoạch hoặc có cấu trúc (ví dụ hệ thống y tế, chính phủ, giáo viên, sử dụng lao động). Ngược lại MLXH phi chính thức thường có những mối quan hệ cá nhân mà thông tin có nguồn gốc tự phát và các tương tác thường diễn ra trong môi trường không có kế hoạch hoặc không có cấu trúc (ví dụ gia đình, bạn bè, hoặc người quen) [64].

Dựa vào những đặc điểm chung nhất tạo nên sự chia sẻ giữa các cá nhân hoặc cộng đồng từ đó hình thành nên MLXH, Miller McPherson đã xác định hai loại

MLXH: đồng dạng nền tảng và đồng dạng khác biệt. Đồng dạng nền tảng chủ yếu nhấn mạnh những mối quan hệ liên quan đến nhân khẩu (dân tộc, nhóm tuổi) và những bối cảnh xã hội mang tính giới hạn (lớp học, công ty, giai cấp). Đồng dạng khác biệt nhấn mạnh tính duy lý của cá nhân hình thành những nhóm, tổ chức theo sở thích. Những yếu tố hình thành đồng dạng khác biệt như giới tính và giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp. Đồng dạng khác biệt hình thành từ nền tảng của đồng dạng căn bản [119].

Dựa vào nội dung trao đổi của các chủ thể trong mạng lưới, người ta đã xác định mối quan hệ cân xứng và phi cân xứng. Mối quan hệ cân xứng là khi hai chủ thể có quan hệ tương hỗ và cùng nội dung. Mối quan hệ phi cân xứng là khi hai chủ thể có quan hệ tương hỗ nhưng không cùng nội dung [trích theo 54].

Một cách khác mà Granovetter phân loại MLXH là xem xét tính chất của mối quan hệ trong MLXH, đó là mối QHXXH “mạnh” và các mối QHXXH “yếu”. Các mối quan hệ mạnh bao gồm mối quan hệ với gia đình hoặc bạn bè và các mối quan hệ yếu chỉ bao gồm những người quen hoặc những mối liên hệ xa.

Theo M. Granovetter, mối quan hệ yếu là các mối quan hệ không chiếm nhiều thời gian của chủ thể, ít nội dung, cường độ xúc cảm yếu và sự tin cậy lẫn nhau không cao (chẳng hạn quan hệ với bà con ở xa, quan hệ giữa những người “biết” nhau nhưng không “thân” với nhau). Quan hệ mạnh là các mối quan hệ chiếm nhiều thời gian của các chủ thể, đa nội dung, cường độ xúc cảm và sự tin cậy lẫn nhau rất cao (chẳng hạn qua hệ giữa các thành viên trong gia đình, các nhóm bạn thân) [trích theo 54]. Trong bối cảnh cụ thể, mối quan hệ yếu có sức mạnh và đóng vai trò quan trọng đối với các chủ thể trong mạng lưới.

Các mối quan hệ mạnh có nhược điểm lớn là các chủ thể thường tự khép kín trong mạng lưới của mình và dành nhiều thời gian cho các mối quan hệ này nên thông tin lưu chuyển trong mạng lưới có tính lặp lại và ít mới mẻ. Xét về sự tin cậy lẫn nhau như là một yếu tố thuộc vốn xã hội thì mối quan hệ mạnh có hiệu quả hơn, nhưng dễ dẫn đến “sự chia cắt xã hội” hơn mối quan hệ yếu [trích theo 54].

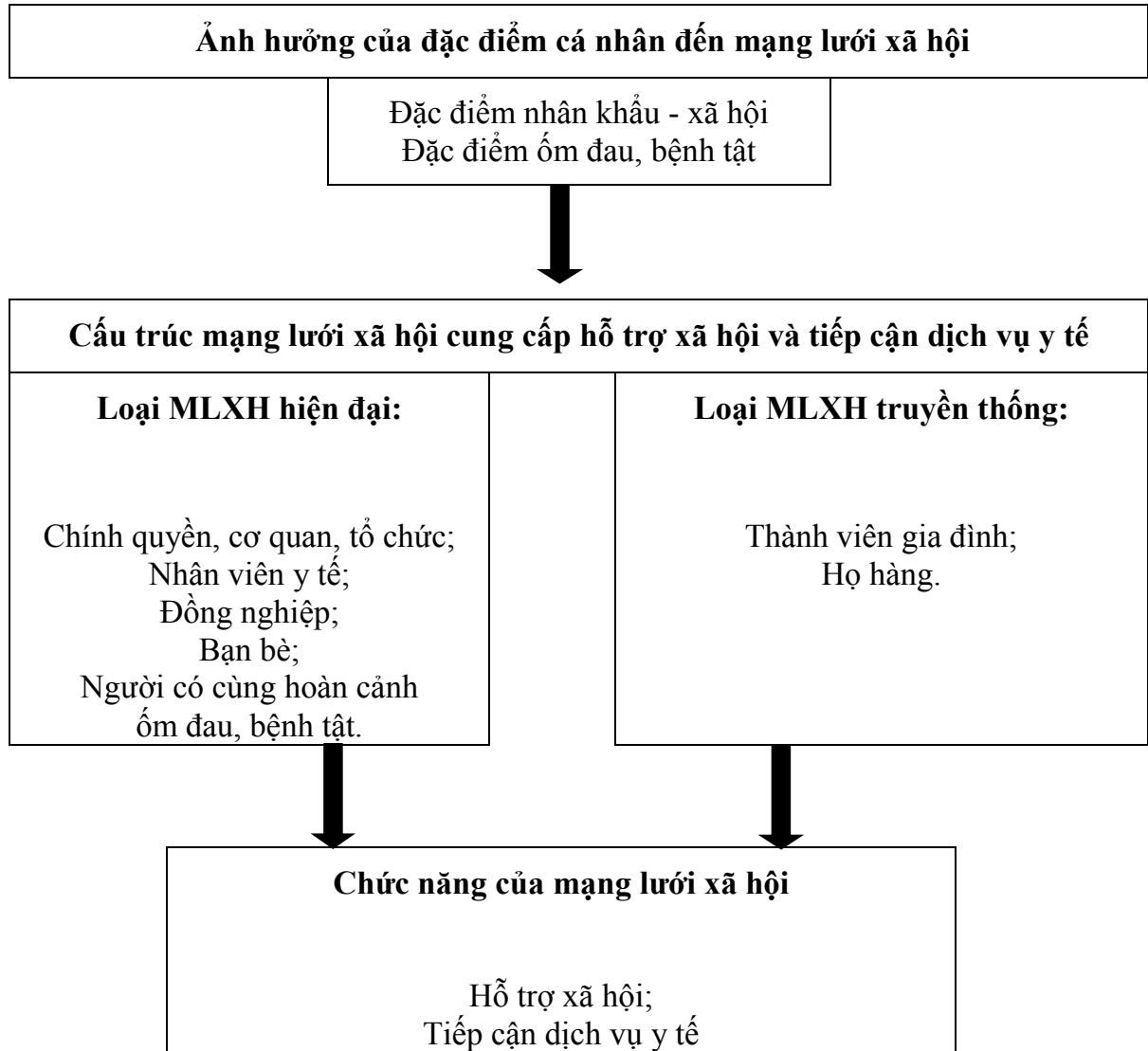
Các mối quan hệ yếu lại thường “hướng ngoại”, thời gian quan hệ ít nhưng thông tin chia sẻ phong phú và mới mẻ hơn các mối quan hệ mạnh. Giúp mở rộng MLXH của cá nhân, là yếu tố chính làm tăng “vốn xã hội” của chủ thể [trích theo 54]. Theo Granovetter, một trong những đặc điểm của các mối quan hệ yếu là các mối quan hệ có một nội dung giữa hai hoặc nhiều chủ thể.

Lý thuyết về các mối quan hệ yếu cho rằng các mối quan hệ yếu quan trọng hơn cho việc truyền thông tin mới trong MLXH. Mối quan hệ yếu cho phép phạm vi thông tin rộng hơn so với các mối quan hệ mạnh mẽ có xu hướng hiểu biết lẫn nhau và duy trì mức độ thông tin tương tự. Granovetter cho rằng khi cá nhân đưa ra quyết định về công việc mới, thì những thông tin quan trọng và hữu ích nhất thu được từ các cá nhân có liên hệ thỉnh thoảng hoặc hiếm có. Mối quan hệ mạnh mẽ đóng vai trò là người xác nhận thông tin. Như vậy, người quen gần gũi sẽ có thể đưa ra ý kiến về tầm quan trọng và tính hữu ích của thông tin nhận được từ các mối quan hệ yếu [94]. Nhìn chung, Granovetter cho rằng những quan hệ yếu được sử dụng để có được thông tin mới và mối quan hệ vững chắc được sử dụng để áp dụng hoặc hành động trên các thông tin mới.

Loại MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn là không chính thức, nhưng có các mối quan hệ chính thức mang tính chức năng (kiểu hiện đại) và các mối quan hệ không chính thức mang tính chất tình cảm (kiểu truyền thống). Các mối quan hệ chính thức mang tính chức năng là mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với các thành phần: nhân viên y tế, đồng nghiệp, tổ chức, đoàn thể, đơn vị sử dụng lao động.

Các mối quan hệ không chính thức là mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với các thành phần: thành viên gia đình, dòng họ, hàng xóm, bạn bè, người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật. Đặc điểm của mối quan hệ dựa trên nội dung trao đổi, chức năng của từng thành viên, tính chất của mối quan hệ và các yếu tố cơ cấu kinh tế, giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức sống và đặc điểm ốm đau, bệnh tật trong việc cung cấp các HTXH và tiếp cận dịch vụ y tế.

Có thể mô hình hóa vai trò của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ theo sơ đồ 2.3 như sau:



Sơ đồ 2.3: Vai trò của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh

(Nguồn: Tổng hợp của tác giả)

2.2.1.4. Hướng sử dụng lý thuyết mạng lưới xã hội vào nghiên cứu mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh

Các nhà khoa học xã hội trong CSSK thường tập trung vào vấn đề người bệnh làm thế nào để đưa ra quyết định y khoa. Có hai quan điểm trong lĩnh vực này, đầu tiên là người bệnh tự đưa ra quyết định. Quan điểm thứ hai là người bệnh đưa ra quyết định trên cơ sở tham khảo ý kiến của người khác [125]. Trong quan điểm thứ

hai, nghiên cứu xã hội học xem xét các tác động của sự tương tác cá nhân và sức khỏe đã có một quá trình lâu dài với nội dung phong phú.

Ý tưởng về các mối quan hệ giữa con người với con người là một khái niệm cơ bản trong nghiên cứu MLXH. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tầm quan trọng của mối quan hệ đối với hành vi cá nhân. Tuy nhiên, các nhà khoa học cũng cho rằng không nhất thiết có nhiều mối QHXXH là tốt hơn có ít mối QHXXH. MLXH có thể gây bất lợi khi có quá nhiều người bên ngoài tham gia mạng lưới là những người không có sự lựa chọn, không thích hợp, làm tăng kỳ vọng, hoặc truyền đạt nghĩa vụ không đúng chỗ [128].

Nghiên cứu MLXH trong CSSK đã chấp nhận tầm quan trọng của QHXXH bên ngoài hệ thống CSSK ảnh hưởng đến việc đưa ra quyết định và kết quả sức khỏe của người bệnh. Nhiều thông tin liên lạc về sức khỏe diễn ra bên ngoài các cơ quan chính thức là các phòng khám sức khỏe hoặc tại quầy dược phẩm [139]. Vì vậy, khi xác định MLXH trong các cơ sở CSSK, các nhà nghiên cứu đã sử dụng cách phân loại chính thức/phi chính thức (được xác định trước) của các MLXH để mô tả các mối QHXXH [1].

Tuy nhiên, các nghiên cứu đã mô tả khác nhau sự phân loại này. Ví dụ, một cách để mô tả sự tương phản giữa MLXH chính thức và phi chính thức trong CSSK là phân biệt MLXH “bên ngoài” hoặc “bên trong” trong cơ sở CSSK [130]. Sự phân loại này mô tả các mối QHXXH trong MLXH là “bên ngoài” trong khi các mối quan hệ giữa các nhà cung cấp với người bệnh hoặc các mối quan hệ nghề nghiệp khác trong hệ thống CSSK được gọi là “bên trong” MLXH.

Nghiên cứu về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn được tiến hành ở nhóm đối tượng là người trong ĐTLĐ và trong bối cảnh cộng đồng. Do vậy trong luận án này, thuật ngữ mối quan hệ giữa người với người được xem xét dựa trên đặc trưng và tính chất của các mối quan hệ. Từ đó xác định ba kiểu MLXH: kiểu mạng lưới tình cảm (truyền thống), kiểu mạng công việc (hiện đại) và kiểu mạng hỗn hợp. Kiểu mạng lưới truyền thống bao gồm các mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với thành viên gia

đình, họ hàng. Kiểu mạng lưới công việc bao gồm các mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với bác sĩ, dược sĩ, hoặc y tá, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật. Kiểu mạng lưới hỗn hợp bao gồm các mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với các thành phần của hai kiểu MLXH nói trên.

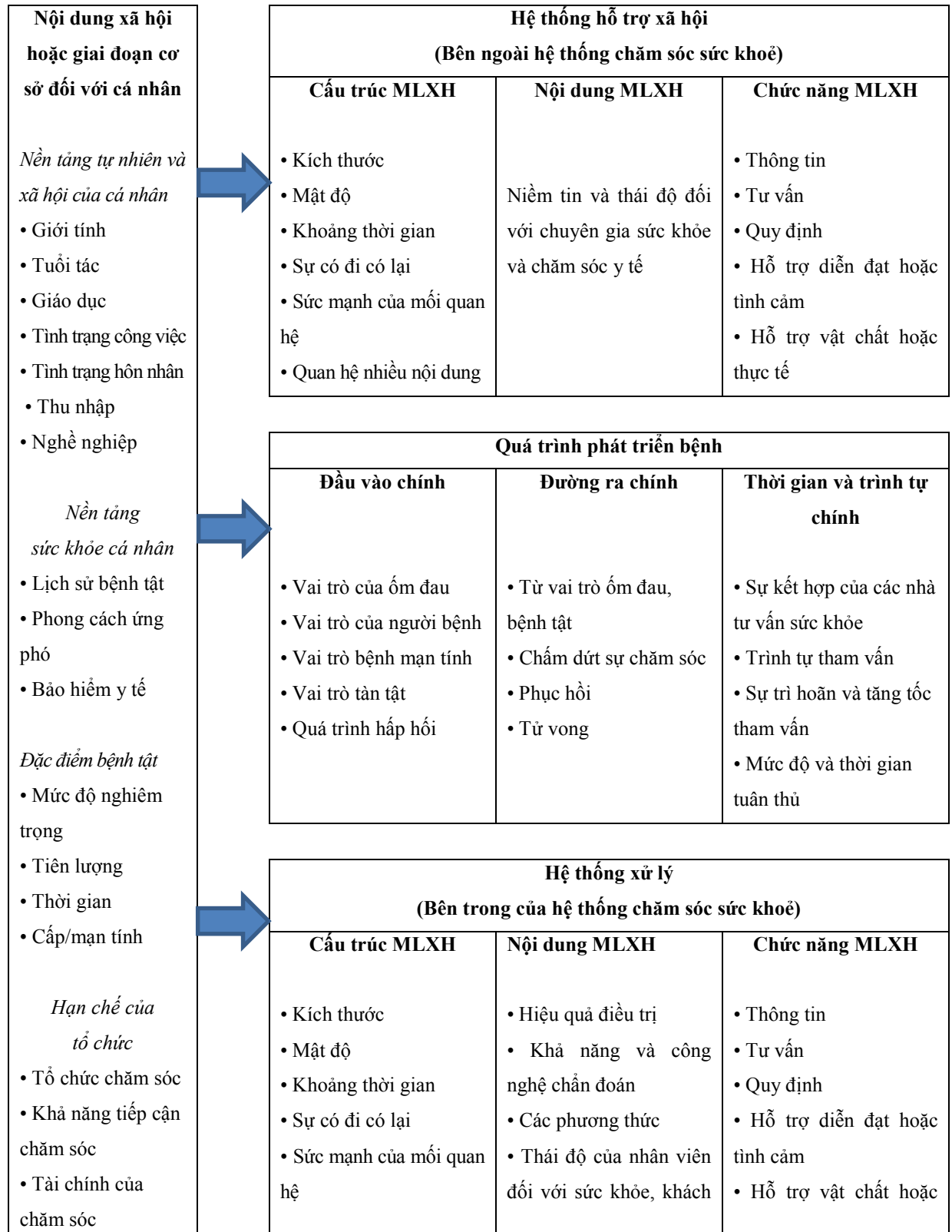
Mạng lưới xã hội ảnh hưởng và có liên quan đến sức khỏe như các vấn đề sức khỏe mạn tính, nhận dạng và tìm sự giúp đỡ cho vấn đề sức khỏe, chăm sóc, tuân thủ điều trị và kết quả chữa bệnh [128]. Ngoài ra, cách tiếp cận MLXH có hiệu quả trong việc chuyển tải các thông tin y tế [108]. Các MLXH có tác động tích cực và tiêu cực đối với sức khỏe và bệnh tật [1], [90]. Những ảnh hưởng tích cực của MLXH được sử dụng như một nguồn phòng ngừa hoặc HTXH. Tuy nhiên, tác động tiêu cực của MLXH có thể làm chậm sự thay đổi thái độ và hành vi cần thiết trong các can thiệp y tế.

Hỗ trợ xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ ở nông thôn có thể được áp dụng và tiếp tục khám phá trong bối cảnh sức mạnh của các mối quan hệ trong MLXH của người trong ĐTLĐ. Để hiểu làm thế nào người trong ĐTLĐ sử dụng MLXH trong việc có được thông tin về chính sách y tế, đau ốm, bệnh tật, thuốc, cách chữa bệnh, sự HTXH và tiếp cận dịch vụ y tế.

Khung khái niệm cơ bản của nghiên cứu được bắt nguồn từ “chiến lược tổ chức xã hội” của nhà xã hội học y tế Bernice Pescosolido [130]. Ý tưởng chính là tập trung vào bản chất xã hội của con người, bao gồm cả các mối quan hệ quan trọng với những người khác. Người ta cho rằng các mối quan hệ tạo thành nền tảng cho hành động của cá nhân.

Pescosolido cung cấp một mô hình tích hợp các quan điểm MLXH của chiến lược tổ chức xã hội và ứng xử của cá nhân đối với sức khỏe và bệnh tật (Sơ đồ 2.4). Mô hình này là toàn diện và công nhận tầm quan trọng của kinh nghiệm sống, những sắc thái của quá trình phát triển bệnh, việc sử dụng dịch vụ y tế và tư vấn sức khỏe ở bên trong và bên ngoài hệ thống y tế [130]. Tính chất toàn diện của mô hình

phù hợp với các ứng dụng của nghiên cứu này trong bối cảnh KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.



	• Quan hệ nhiều nội dung	hàng, cộng đồng và tổ chức	thực tế
--	--------------------------	----------------------------	---------

Sơ đồ 2.4: Mô hình mạng lưới xã hội – giai đoạn

(Nguồn: Mô hình mạng lưới xã hội – giai đoạn của Pescosolido, 2006).

Luận án tập trung vào nghiên cứu quy mô, các loại quan hệ và mức độ các loại quan hệ trong MLXH khám chữa bệnh thực hiện chức năng HTXH đối với người trong ĐTLĐ và tiếp cận dịch vụ y tế thông qua MLXH. Xác định ảnh hưởng của cơ sở y tế, đặc điểm gia đình và cá nhân người trong ĐTLĐ ảnh hưởng đến sự hỗ trợ xã hội và giúp người trong ĐTLĐ tiếp cận dịch vụ y tế. Trên cơ sở đó có thể đóng góp sự hiểu biết về bối cảnh xã hội của người trong ĐTLĐ tham gia và tiếp nhận HTXH, tiếp cận dịch vụ y tế khi bị ốm đau, bệnh tật. Giúp nhà quản lý có cơ sở để đưa ra chính sách tổ chức và quản lý hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Giúp cơ sở cung cấp dịch vụ y tế và nhân viên y tế có những điều kiện thuận lợi trong việc cung cấp các dịch vụ y tế cho người bệnh.

2.2.2. Lý thuyết hệ thống xã hội của Talcott Parsons

2.2.2.1. Nội dung lý thuyết hệ thống xã hội của Talcott Parsons

Mạng lưới xã hội trong KCB của người trong ĐTLĐ là một hệ thống xã hội ở cấp độ trung mô, bao gồm các thành phần và các mối quan hệ. Để xác định và lý giải chức năng của MLXH và các thành phần trong MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn. Luận án sử dụng lý thuyết tổng quát của T. Parsons.

Năm 1951, T. Parsons đưa ra lý thuyết tổng quát trong xã hội học. Theo Talcott Parsons, một hệ thống xã hội chứa đựng các tác nhân hành động riêng biệt và có sự tương tác với nhau trong một tình huống do sự tác động vật lý hoặc môi trường gây ra. Các tác nhân hành động bị thúc đẩy bởi xu hướng đi tới “tính lạc quan của sự ban thưởng” và mối quan hệ của họ với môi trường bao gồm từng cá thể, được xác định và dàn xếp trong phạm vi của một hệ thống có cấu trúc văn hoá và có chung các biểu tượng. Các hệ thống xã hội là các hệ thống mở với các quá trình trao đổi phức tạp với các hệ thống môi trường xung quanh [trích theo 29].

Talcott Parsons đã xem xét ba chiều của hệ thống xã hội: chiều cấu trúc (hệ thống nào cũng có cấu trúc), đa năng (hệ thống luôn nằm trong trạng thái động, vừa

tự biến đổi, vừa tự trao đổi với môi trường) và chiều kiểm soát (điều khiển và tự điều khiển).

Theo Parsons: “Xã hội là một kiểu hay loại hệ thống xã hội đáp ứng được tất cả các đòi hỏi chức năng cơ bản của một sự tồn tại lâu bền từ các nguồn lực bên trong của nó”. Ông cũng cho rằng “Hệ thống xã hội là hệ thống của các quá trình tương tác giữa các chủ thể” và “cấu trúc của hệ thống xã hội về cơ bản là cấu trúc của các mối quan hệ giữa các tác nhân tham gia vào quá trình tương tác” [trích theo 28].

Theo Parsons [trích theo 29] có thể hình dung sự phân hóa cấu trúc của hệ thống xã hội trong một khung hay hệ tọa độ hai chiều chức năng. Trên một chiều này chức năng bị phân hóa thành chức năng bên trong, hướng nội và chức năng bên ngoài, hướng ngoại. Trên một chiều khác chức năng bị phân hóa thành chức năng phương tiện, công cụ và chức năng mục tiêu, mục đích. Sự kết hợp hai chiều chức năng này tạo nên một hệ tọa độ gồm bốn chức năng hay bốn yêu cầu chức năng được Parsons lần lượt đặt tên là AGIL. Cụ thể:

- A (Adaptation – Thích ứng; tọa độ “hướng ngoại – công cụ”): Một hệ thống phải đương đầu với các nhu cầu khẩn yếu của hoàn cảnh bên ngoài. Nó phải thích ứng với môi trường của mình và làm cho môi trường thích ứng với nhu cầu của nó.

- G (Goal Attainment - Đạt mục tiêu; tọa độ “hướng ngoại - mục đích”): Một hệ thống phải xác định và đạt được các mục tiêu cơ bản của nó.

- I (Intergration - Liên kết; tọa độ “hướng nội - mục đích”): Một hệ thống phải điều hòa mối liên quan của các thành tố bộ phận. Nó cũng phải điều hành mối quan hệ trong ba yếu tố chức năng còn lại (A, G, L).

- L (Latency – Duy trì khuôn mẫu; tọa độ “hướng nội – công cụ”): Một hệ thống phải cung cấp, duy trì và kiến tạo cả động lực thúc đẩy của các cá thể cũng như các khuôn mẫu văn hoá đã sáng tạo, tức duy trì khuôn mẫu và quản lý sự căng thẳng.

Lý thuyết tổng quát cho rằng có thể xem xét về mặt cấu trúc của tất cả các loại hệ thống xã hội trong một trục tọa độ gồm hai hệ quy chiếu lưỡng phân tạo thành bốn “vấn đề chức năng”. Theo hệ quy chiếu “bên trong – bên ngoài”: bất kỳ một hệ thống nào cũng cần phải đảm bảo cân bằng mối quan hệ bên trong – bên ngoài và

đảm bảo sự ổn định bên trong cũng như thích ứng với bên ngoài. Đồng thời bất kỳ một hệ thống nào cũng bị kiểm soát bởi hệ thống ở cấp độ cao hơn nó.

Cách tiếp cận lý thuyết hệ thống tổng quát của Talcott Parsons áp dụng trong nghiên cứu hệ thống xã hội cho biết một số quy luật như: Trên chiều cạnh chức năng, sự phân hóa cấu trúc của hệ thống xã hội bị quy định bởi các yêu cầu chức năng đặt ra đối với cả hệ thống và do vậy tương ứng với các yêu cầu chức năng, hệ thống bị phân hóa cấu trúc thành các thành phần mà mỗi thành phần thực hiện một chức năng nhất định. Nói cách khác, do các yêu cầu chức năng nhất định mà hệ thống bị phân hóa cấu trúc thành các tiểu hệ thống hay các thành phần của hệ thống mà mỗi thành phần thực hiện một chức năng nhất định và có mối quan hệ nhất định với các thành phần khác [29].

Như vậy, Talcott Parsons đề xuất lý thuyết tổng quát có khả năng phân tích chức năng để xác định các loại chức năng của cấu trúc và phân tích cấu trúc để xác định các cấp độ thứ bậc cao - thấp của các hệ thống xã hội. Có nghĩa là, có thể phân tích hệ thống thành các tiểu hệ thống và các mối quan hệ giữa chúng theo các chiều dọc và chiều ngang, chiều rộng và chiều sâu của cấu trúc hệ thống xã hội, ví dụ như phân tích từ cấu trúc của mỗi tương tác xã hội giữa các cá nhân đến cấu trúc của cả hệ thống tổng thể xã hội.

Talcott Parsons đã vận dụng phương pháp tiếp cận chức năng trong nghiên cứu cấu trúc của hệ thống xã hội, nghĩa là căn cứ vào sự biến đổi cấu trúc để giải thích những biến đổi chức năng. Theo ông, cấu trúc của một hệ thống xã hội là cấu trúc của các mối quan hệ chức năng giữa bốn tiểu hệ thống tương ứng với bốn chức năng cơ bản là: thích ứng, hướng đích, hội nhập và duy trì các khuôn mẫu lặn của cả hệ thống.

2.2.2.2. Hướng vận dụng lý thuyết hệ thống xã hội của Talcott Parsons

Mạng lưới xã hội trong KCB của người trong ĐTLĐ được xác định là một hệ thống xã hội bị phân hóa cấu trúc thành các thành phần, mỗi thành phần thực hiện một chức năng nhất định và có mối quan hệ nhất định với các thành phần khác. Cụ thể:

- Tiểu hệ thống thích ứng có chức năng cung cấp phương tiện, nguồn lực và năng lượng để thực hiện các mục đích đã xác định. Trong nghiên cứu này, MLXH

trong KCB là một hệ thống cần phải thích ứng với những đòi hỏi của môi trường bên ngoài MLXH, đồng thời đáp ứng nhu cầu HTXH và tiếp cận dịch vụ KCB của người trong ĐTLĐ.

- Tiêu hệ thống kinh tế của MLXH trong KCB chính là mối quan hệ giữa các thành viên trong mạng lưới và với các cá nhân, tổ chức bên ngoài mạng lưới có thể giúp các thành viên nhận được sự HTXH, tiếp cận được dịch vụ y tế, thực hiện quá trình KCB, ...

- Tiêu hệ thống hướng đích đóng vai trò xác định các mục tiêu và định hướng cho toàn bộ hệ thống vào việc thực hiện mục đích đã xác định. Tiêu hệ thống hướng đích của MLXH trong KCB là các mối quan hệ giúp người trong ĐTLĐ tiếp cận được cá nhân, tổ chức có khả năng đáp ứng nhu cầu HTXH và KCB của người trong ĐTLĐ. Trong nghiên cứu này, tiêu hệ thống hướng đích MLXH trong KCB là hệ thống chính trị cấp xã, như ủy ban nhân dân, Đảng ủy xã, chính quyền thôn, chi bộ thôn, đoàn thể, tổ chức chính trị - xã hội, ... Dựa theo mục tiêu đó, hệ thống MLXH trong KCB hoạt động theo quỹ đạo nhất định, được điều chỉnh và đo lường bằng các chuẩn mực hoặc các tiêu chuẩn.

Tiêu hệ thống liên kết thực hiện chức năng gắn kết giữa các cá nhân, các nhóm, đồng thời kiểm soát xã hội thông qua giám sát, kiểm tra, đánh giá, điều chỉnh, trừng phạt để giải quyết các quan hệ mâu thuẫn, xung đột nhằm tạo nên sự ổn định, đoàn kết và trật tự xã hội. Chức năng liên kết của hệ thống MLXH trong KCB là sự tự điều chỉnh các mối quan hệ giữa các thành viên trong mạng lưới và sự tự điều chỉnh của cả mạng lưới. MLXH trong KCB cần tự điều chỉnh trong việc thực hiện chức năng để tạo ra nguồn lực bên trong hệ thống, đồng thời kết nạp các thành viên mới vào hệ thống và nguồn lực bên ngoài hệ thống làm cho hệ thống tồn tại và phát triển.

Hệ thống xã hội muốn tồn tại và phát triển cần có tiêu hệ thống bảo tồn thực hiện chức năng khuyến khích, động viên các cá nhân và nhóm xã hội, đồng thời đảm nhiệm chức năng quản lý và bảo trì các khuôn mẫu hành vi, ứng xử của các thành viên. Chức năng khuyến khích, động viên các thành viên, nhóm của MLXH trong KCB thực hiện các khuôn mẫu, hành vi sức khỏe được dựa trên cơ sở các thiết chế, giá trị, chuẩn mực xã hội trong CSSK.

Các tiểu hệ thống của MLXH trong KCB có mối quan hệ qua lại với nhau theo nguyên lý chức năng để tạo thành MLXH trong KCB. Các tiểu hệ thống của MLXH trong KCB trao đổi với nhau thông qua các phương tiện và công cụ xã hội như HTXH, vốn xã hội, uy tín, sự liên kết.

2.3. QUAN ĐIỂM CỦA HỒ CHÍ MINH, CỦA ĐẢNG VÀ CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT CỦA NHÀ NƯỚC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

2.3.1. Quan điểm của Hồ Chí Minh về chăm sóc sức khỏe

Quan niệm về sức khỏe của Hồ Chí Minh trước hết là sự thống nhất giữa ba yếu tố: thể chất, tinh thần và xã hội. Theo quan điểm của Hồ Chí Minh, một người khỏe mạnh không chỉ có cơ thể cường tráng mà còn có tinh thần thoải mái, lành mạnh. Ngược lại, tinh thần có lành mạnh thì cơ thể mới khỏe khoắn. Đó chính là điều kiện để con người phát triển trí tuệ và tài năng cũng như sở trường của bản thân. Sức khỏe gắn liền với cuộc sống lao động, gắn với một nếp sống đẹp.

Trong tư tưởng của Người, sức khỏe cá nhân gắn liền với sức khỏe cộng đồng - quan điểm sức khỏe toàn dân, sức khỏe cộng đồng. Vì vậy, Người đặc biệt quan tâm đến vấn đề sức khỏe của toàn thể dân tộc. Ngay từ những ngày đầu sau Cách mạng Tháng Tám, Hồ Chí Minh đã hết sức quan tâm đến sức khỏe của mỗi người dân, sức khỏe của toàn thể dân tộc. Người cho rằng: “Mỗi một người dân yếu ớt, tức là cả nước yếu ớt, mỗi một người dân khỏe mạnh tức là cả nước khỏe mạnh, ... dân cường thì quốc thịnh”. Như vậy, Hồ Chí Minh đã đặt mối quan hệ sức khỏe cá nhân với sức khỏe xã hội, sức khỏe cộng đồng trong tính thống nhất và biện chứng. Sức khỏe cá nhân không tách rời cộng đồng, song sức mạnh cộng đồng góp phần tăng cường sức mạnh cá nhân. Quan điểm sức khỏe toàn dân, sức khỏe cộng đồng được Hồ Chí Minh coi là một nhiệm vụ quan trọng trong Cách mạng, một trong những nhân tố thúc đẩy sự nghiệp “giữ gìn dân chủ, xây dựng nước nhà, gây đời sống mới”.

Hồ Chí Minh đề cao sức mạnh tinh thần, coi trọng sức mạnh ý chí. Quan

niệm của Người về sức khỏe là sự kết hợp hài hoà hai yếu tố: thể chất và tinh thần, chúng là điểm tựa, luôn bổ sung và thúc đẩy lẫn nhau. Tại Đại hội Đại biểu toàn quốc Đoàn Thanh niên Lao động Việt Nam, Người nói: “Phải rèn luyện cơ thể cho khỏe mạnh. Khỏe mạnh thì mới có đủ sức tham gia một cách dẻo dai, bền bỉ những công việc ích nước lợi nhà”. Có sức khỏe thì bản thân mỗi người mới có sự hăng hái trong lao động, để từ đó học hỏi và định hướng những cách đi đúng đắn trong công việc, biết nỗ lực vươn lên trong cuộc sống, khắc phục những khó khăn. Chính vì thế, cần phải có một tinh thần, ý chí mạnh mẽ, khẳng định sức mạnh cũng như lập trường bản thân để vượt qua thử thách, phát huy khả năng trong học tập, lao động và sản xuất.

2.3.2. Quan điểm của Đảng về chăm sóc sức khỏe

Việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là quyền và trách nhiệm của mỗi người. Tại Khoản 1 Điều 20, Hiến pháp năm 2013 đã xác định: “Mọi người có quyền bất khả xâm phạm về thân thể, được pháp luật bảo hộ về sức khỏe, danh dự và nhân phẩm; không bị tra tấn, bạo lực, truy bức, nhục hình hay bất kỳ hình thức đối xử nào khác xâm phạm thân thể, sức khỏe, xúc phạm danh dự, nhân phẩm” [43]. Tại Khoản 1 Điều 38, Hiến pháp năm 2013 nêu rõ: “Mọi người có quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế và có nghĩa vụ thực hiện các quy định về phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh” [43].

Trên cơ sở Hiến pháp, Đảng ta đã xác định chủ trương, đường lối trong lĩnh vực y tế nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và chất lượng nguồn nhân lực. Đảng ta luôn quan tâm đến công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân với quan điểm “Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ” [6] và “Gắn kết chặt chẽ chính sách kinh tế với chính sách xã hội, phát triển kinh tế với nâng cao chất lượng

cuộc sống của nhân dân, bảo đảm để nhân dân được hưởng thụ ngày một tốt hơn thành quả của công cuộc đổi mới, xây dựng và phát triển đất nước” [5, tr.135-136].

Năm 1986, nước ta bước vào thời kỳ “Đổi mới”, kinh tế từng bước tăng trưởng và đời sống nhân dân được cải thiện, nhưng CSSK lại đứng trước những thử thách hết sức gay gắt. Năm 1993, Hội nghị lần thứ 4 Ban Chấp hành Trung ương Đảng khoá VII đã đề ra nghị quyết để “phục hồi và phát triển nền y tế trong thời kỳ đổi mới”. Năm 2002, Ban Bí thư Trung ương Đảng ra Chỉ thị số 06-CT/TW về: “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở” và đến năm 2005, Bộ Chính trị Ban Chấp hành Trung ương ban hành Nghị quyết số 46-NQ/TW về “Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”. Trên cơ sở tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, Ban Chấp hành Trung ương đã ban hành Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 về việc tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.

Điểm xuyên suốt và nhất quán trong các quan điểm về CSSK của Đảng ta là xác định đúng vai trò quan trọng của sức khỏe và công tác CSSK, tính chất công bằng xã hội trong CSSK, xã hội hoá y tế và đa dạng hóa ngành Y tế Việt Nam. Xác định mạng lưới y tế cơ sở (gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá, trật tự an toàn xã hội, tạo niềm tin của nhân dân với chế độ xã hội chủ nghĩa, Ban Chấp hành Trung ương đã xác định: “Đổi mới mạnh mẽ cơ chế và phương thức hoạt động của y tế cấp xã để thực hiện vai trò là tuyến đầu trong phòng bệnh, chăm sóc sức khoẻ. Triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong quản lý trạm y tế, tiêm chủng, quản lý bệnh tật, hồ sơ sức khoẻ người dân gắn với quản lý thẻ, thanh toán bảo hiểm y tế” [6].

Để giúp nhân dân tiếp cận dịch vụ y tế, giảm chi phí trực tiếp cho KCB và tiến tới công bằng trong CSSK, Đảng ta đã xác định nguyên tắc cơ bản trong xây dựng mạng lưới y tế và cơ chế tài chính chi trả cho việc KCB là bảo đảm phục vụ sự nghiệp CSSK nhân dân theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển. Đảng ta đã xác định bảo hiểm y tế là một trong những chính sách lớn của Đảng và Nhà nước. Để thực

hiện chính sách này góp phần thực hiện công bằng xã hội trong CSSK, Đảng ta đã ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW, ngày 22/11/2012 về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, BHYT giai đoạn 2012-2020.

Như vậy, Đảng ta đã xác định CSSK là một trong những nhiệm vụ quan trọng, ưu tiên hàng đầu trong các hoạt động của Đảng, kết hợp hài hòa giữa sự phát triển kinh tế - xã hội với phát triển con người nói chung và sức khỏe nói riêng nhằm hướng tới xây dựng hệ thống y tế công bằng, hiệu quả và phát triển.

2.3.3. Chính sách, pháp luật của Nhà nước về chăm sóc sức khỏe

Để thực hiện quyền con người và quan điểm của Đảng về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, Nhà nước đã ban hành và tổ chức thực hiện nhiều chính sách CSSK nhân dân như Luật Bảo vệ và CSSK nhân dân năm 1989, Luật Khám bệnh, Chữa bệnh, Luật BHYT, Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030, Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề và cơ sở hành nghề khám bệnh, chữa bệnh; các quy định chuyên môn kỹ thuật; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ thuật và giải quyết khiếu nại của người bệnh và điều kiện bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh.

Mục tiêu chung của Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân: “Bảo đảm mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Người dân được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ, nâng cao chất lượng dân số” [53]. Và mục tiêu đến năm 2030, hệ thống y tế từ trung ương đến địa phương được hoàn thiện, hiện đại, phù hợp với từng vùng, miền; mạng lưới y tế cơ sở được củng cố vững chắc; y tế chuyên sâu, y tế mũi nhọn đạt ngang tầm với các nước tiên tiến trong khu vực. Hài hòa giữa y tế công lập và y tế ngoài công lập, trong đó y tế công lập giữ vai trò nòng cốt; kết hợp tốt y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc; mọi

người dân đều được hưởng các dịch vụ CSSK cơ bản có chất lượng cao. Tài chính cho y tế chủ yếu từ ngân sách nhà nước và BHYT. Mọi người dân được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần, đáp ứng yêu cầu nhân lực cho sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Những chính sách của Nhà nước liên quan đến CSSK nhân dân đã bao phủ các đối tượng khác nhau về lứa tuổi, lĩnh vực hoạt động nghề nghiệp, mức sống, môi trường làm việc, ... Về chính sách CSSK liên quan đến người lao động, người lao động được hưởng các chính sách CSSK như những người dân nói chung, nhưng với đặc điểm nghề nghiệp và môi trường làm việc, nên cũng có những chính sách CSSK người lao động liên quan đến bệnh nghề nghiệp, điều kiện an toàn lao động, những rủi ro do nghề nghiệp, đặc biệt là môi trường làm việc độc hại.

Để đảm bảo sức khỏe cho người lao động và chất lượng nguồn nhân lực, Nhà nước luôn coi việc bảo đảm an toàn vệ sinh lao động là lợi ích thiết thực nhất đối với người lao động. Không đánh đổi việc phát triển kinh tế bằng mọi giá. Đối với ngành y tế, nhiệm vụ bảo vệ và CSSK người lao động được tổ chức triển khai từ năm 1964 theo Điều lệ Vệ sinh, Luật số 84/2015/QH13 về An toàn, vệ sinh lao động được Quốc hội ban hành ngày 25/6/2015, ...

Lao động nữ được CSSK thường xuyên bằng việc khám sức khỏe định kỳ và được khám chuyên khoa phụ sản. Ngoài ra, lao động nữ trong thời gian hành kinh sẽ được nghỉ 30 phút mỗi ngày, tối thiểu là 3 ngày trong một tháng, thời gian nghỉ vẫn được hưởng đủ tiền lương theo hợp đồng lao động. Thời gian nghỉ cụ thể sẽ do người lao động thỏa thuận với người sử dụng lao động. Cùng với đó, người sử dụng lao động phải đảm bảo các điều kiện về vật chất cho người lao động như buồng tắm, buồng vệ sinh phù hợp tại nơi làm việc.

Nhà nước ta đã sớm ban hành những chính sách liên quan đến CSSK cho người nghèo từ năm 1989, đó là Nghị định số 45/HĐBT ngày 24/4/1989 của Hội đồng Bộ trưởng quy định các loại phí sử dụng dịch vụ y tế trong hệ thống y tế nhà nước. Năm 1994, Chính phủ ban hành Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994 và Thông tư liên bộ số 20/TTLB ngày 23/11/1994 để hướng dẫn thực hiện. Việc miễn phí lần đầu tiên được mở rộng tới những người quá nghèo. Năm 1999, Liên Bộ Y

Tế - Bộ Tài chính – Bộ Lao động Thương binh và Xã hội đã ban hành Thông tư liên tịch số 05/TTLT-BLĐTBXH-BYT-BTC ngày 20/1/1999 về “BHYT và khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho người nghèo”, theo đó 100% số “hộ đói” và 30% số hộ nghèo nhất trong số các hộ nghèo được nhận thẻ khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Ngày 05/10/2002, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg về khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo. Phạm vi bao phủ của chính sách này toàn bộ người nghèo có mức sống dưới chuẩn nghèo, người dân các xã “135” và người dân tộc thiểu số vùng Tây Nguyên và 6 tỉnh khó khăn miền núi phía Bắc. Đến nay, có một số chính sách liên quan như Nghị định số 63/2005/NĐ-CP về quy chế BHYT cho phép toàn bộ đối tượng sống dưới chuẩn nghèo được bao phủ bởi cơ chế BHYT bắt buộc và được chi trả cho chi phí đi lại khi chuyển tuyến.

Về chính sách khám bệnh, chữa bệnh cho người cận nghèo. Theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, quỹ khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo được sử dụng để hỗ trợ cho người cận nghèo hoặc các trường hợp vô gia cư và các nhóm dễ bị tổn thương khác vì lý do không được nhận thẻ BHYT hoặc thẻ khám bệnh, chữa bệnh theo Quyết định 139, trong trường hợp họ gặp khó khăn về tài chính do bệnh nặng đòi hỏi chi phí cao. Mức hỗ trợ và đối tượng hỗ trợ do ủy ban nhân dân tỉnh/thành phố quyết định. Năm 2008, Chính phủ ra Quyết định số 289/QĐ-TTg ngày 18/3/2008 về “ban hành một số chính sách hỗ trợ đồng bào dân tộc thiểu số, hộ thuộc diện chính sách, hộ nghèo, hộ cận nghèo và ngư dân”.

Hiện nay, BHYT chi trả hầu hết các chăm sóc y tế nội và ngoại trú tại các cơ sở y tế nhà nước, ngoại trừ những dịch vụ nằm trong diện hỗ trợ của các chương trình y tế khác như HIV/AIDS, các loại thuốc men không nằm trong danh mục được bảo hiểm do Bộ Y tế quy định, các dịch vụ “cao cấp” như phẫu thuật thẩm mỹ, nha khoa, hoặc cai nghiện, v.v. Hiện tại, BHYT chi trả khoảng 80% toàn bộ các chi phí chăm sóc y tế và người sử dụng trả 20% phần còn lại (trừ một số nhóm đối tượng được BHYT chi trả 100% như sĩ quan quân đội, người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo và sắp tới có

thêm các đối tượng: người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội đặc biệt khó khăn, thân nhân chủ yếu của người có công với cách mạng (cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con của liệt sỹ, người có công nuôi dưỡng liệt sỹ), 95% cho người cận nghèo, người đang hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng và sẽ chi trả cho thân nhân khác của người có công.

Thực hiện chủ trương của Đảng về BHYT nhằm giúp nhân dân nói chung và người lao động nói riêng thực hiện trách nhiệm xã hội, có điều kiện sử dụng dịch vụ y tế và ngăn ngừa rủi ro khi bị ốm đau, bệnh tật, Quốc hội khóa XII đã ban hành Luật BHYT số 25/2008/QH12, ngày 14/11/2008. Để mở rộng đối tượng tham gia và khuyến khích nhân dân tham gia BHYT, Quốc hội khóa XIII đã ban hành Nghị quyết số 68/2013/QH13, ngày 29/11/2013 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT, tiến tới BHYT toàn dân và Luật số 46/2014/QH13, ngày 13/06/2014 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT. Luật BHYT quy định về chế độ, chính sách BHYT, trong đó có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia BHYT, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT, quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến BHYT.

Luật BHYT sửa đổi, bổ sung với nhiều quy định mới, quan trọng, tác động mạnh mẽ tới việc thực hiện chính sách BHYT như: thông tuyến khám, chữa bệnh tại các bệnh viện huyện trên phạm vi cả nước; thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ khám, chữa bệnh thống nhất trên toàn quốc từ ngày 01/3/2016; kết nối liên thông dữ liệu khám, chữa bệnh BHYT... Luật BHYT sửa đổi, bổ sung năm 2014 đã xác định “BHYT là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật này để CSSK, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện”. Đây là điểm sửa đổi mang tính căn bản so với Luật BHYT năm 2008, nhằm thực hiện mục tiêu tiến tới BHYT toàn dân, để tất cả người dân được tham gia và thụ hưởng chính sách khám chữa bệnh BHYT, có sự hỗ trợ kinh phí tham gia và chi phí KCB từ ngân sách nhà nước.

Nhà nước sử dụng cơ chế hỗ trợ ngân sách trực tiếp cho một bộ phận người dân tham gia BHYT, cũng như cơ chế chính sách về giá dịch vụ y tế để thúc đẩy

toàn dân tham gia BHYT. Đây là giải pháp đột phá hết sức quan trọng thể hiện quyết tâm chính trị nhằm thúc đẩy thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân theo tinh thần của Hiến pháp năm 2013 và Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 của Bộ Chính trị về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, BHYT giai đoạn 2012 – 2020, tạo cơ chế pháp lý bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT và tính bền vững của quỹ BHYT.

Trước đây, tại bệnh viện tuyến huyện, người dân đi khám chữa bệnh không đúng tuyến theo quy định thì quỹ BHYT sẽ chỉ thanh toán 70% chi phí KCB. Theo Luật BHYT sửa đổi, bổ sung thì bắt đầu từ ngày 01/01/2016 quỹ BHYT sẽ thanh toán 100% chi phí KCB đối với những đối tượng KCB trong cùng địa bàn tỉnh. Và từ ngày 01/01/2021, quỹ BHYT chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng cho người tham gia BHYT khi khám, chữa bệnh không đúng tuyến tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước.

Như vậy, Việt Nam vẫn đang tiếp tục hoàn thiện các chính sách, tìm kiếm những giải pháp thích hợp để bảo vệ và CSSK nhân dân nhằm đảm bảo sức khỏe và hỗ trợ tốt nhất cho các nhóm dễ bị rủi ro, trong đó có những người có thu nhập thấp, đặc biệt là người nghèo để giúp họ giảm được chi phí y tế đang có xu hướng tăng cao hiện nay khi đi khám bệnh, chữa bệnh. Việc giảm được chi phí y tế khi khám chữa bệnh sẽ hạn chế được nguy cơ rơi xuống nghèo đói hoặc lún sâu vào nghèo đói của nhóm người có thu nhập thấp hoặc trung bình, đặc biệt là người nghèo.

2.4. ĐẶC ĐIỂM ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

2.4.1. Bối cảnh về địa lý, dân cư của huyện Thường Tín

Huyện Thường Tín nằm ở phía Nam và là cửa ngõ của thành phố Hà Nội, có diện tích 127,59 km², trải dài theo đường quốc lộ 1A. Phía Đông giáp với huyện Văn Giang và Khoái Châu của tỉnh Hưng Yên. Tiếp giáp với các quận, huyện thuộc thành phố Hà Nội: phía Bắc tiếp giáp với quận Hoàng Mai, phía Tây tiếp giáp với huyện Thanh Oai và phía Nam tiếp giáp với huyện Phú Xuyên.

Huyện Thường Tín có 28 xã và 1 thị trấn huyện lỵ, với dân số là 243.362 người. Trong đó, dân số trong ĐTLĐ là 156.504 người, chiếm 64,31% (tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2015). Thu nhập đầu người ước đạt 27,5 triệu đồng/người/năm. Huyện Thường Tín có 1.365 hộ nghèo (năm 2015), chiếm 2,04% so với tổng số hộ trên địa bàn huyện [3].

2.4.2. Bối cảnh kinh tế, văn hóa, xã hội của huyện Thường Tín

Huyện Thường Tín có 46 làng nghề, 06 cụm công nghiệp, 04 cụm tiểu thủ công nghiệp và trên 900 doanh nghiệp, hàng vạn hộ sản xuất kinh doanh trong lĩnh vực công nghiệp, tiểu thủ công nghiệp. Năm 2015, giá trị sản xuất công nghiệp – xây dựng ước đạt 11.022 tỷ đồng, tốc độ tăng bình quân 14,8%/năm. Tổng giá trị thương mại, dịch vụ ước thực hiện 5.834 tỷ đồng, tốc độ tăng bình quân đạt 14,3%/năm. Giá trị sản xuất nông nghiệp và thủy sản tính theo giá so sánh ước đạt 1.419 tỷ đồng, tốc độ tăng bình quân 5 năm là 1,73 %/năm.

Cơ cấu kinh tế phát triển theo hướng tăng tỷ trọng kinh tế công nghiệp, giảm tỷ trọng nông nghiệp. Trong đó, tỷ trọng kinh tế công nghiệp - xây dựng chiếm 53,4%; thương mại dịch vụ chiếm 32,5% và nông nghiệp chiếm 14,1%. Huyện Thường Tín đang từng bước đạt các tiêu chí phổ cập bậc trung học. Năm 2016, huyện Thường Tín có 16 xã đạt chuẩn nông thôn mới, là: Nhị Khê, Liên Phương, Duyên Thái, Vạn Điểm, Hồng Vân, Hà Hồi, Khánh Hà, Văn Bình, Văn Tảo, Minh Cường, Thống Nhất, Ninh Sở, Quất Động, Thắc Lợi, Chương Dương và Văn Phú; còn lại 12 xã đạt và cơ bản đạt từ 10 tiêu chí trở lên [3].

2.4.3. Bối cảnh chăm sóc sức khỏe của huyện Thường Tín

Theo Báo cáo năm 2015 của Phòng Y tế huyện Thường Tín, hệ thống y tế của huyện có 1 bệnh viện đa khoa, 1 trung tâm y tế, 1 phòng khám đa khoa khu vực, 29 trạm xá, 83 cơ sở hành nghề y - dược tư nhân. Ngoài ra, còn có Bệnh viện Tâm thần trung ương đặt trên địa bàn huyện. Huyện Thường Tín có 25/29 xã, thị trấn đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020.

Bệnh viện đa khoa huyện Thường Tín là bệnh viện hạng 2, có 233 cán bộ, nhân viên. Trong đó, cán bộ có trình độ đại học là 49 (02 bác sĩ chuyên khoa II, 02 thạc sỹ,

13 bác sĩ chuyên khoa I, 19 bác sĩ, 03 dược sĩ, 07 điều dưỡng đại học, 04 đại học kế toán). Bệnh viện Thường Tín được giao chỉ tiêu 220 giường bệnh, với các trang thiết bị y tế thiết yếu như: máy X-Quang kỹ thuật số, máy siêu âm màu 4D, máy xét nghiệm sinh hóa tự động, máy gây mê, máy nội soi, máy thở, máy điện tim, hệ thống nội soi tiêu hóa, nội soi tai mũi họng, hệ thống phẫu thuật nội soi tiêu hóa và tiết niệu. Khoa Ngoại của Bệnh viện đã được Bệnh viện Thanh Nhàn chuyển giao kỹ thuật mổ cắt túi mật, nối mật ruột, mổ sỏi tiết niệu, mổ bướu giáp, mổ ruột thừa bằng phương pháp nội soi, mổ nội soi u xơ tiền liệt tuyến.

Bệnh viện đã chủ động thực hiện các phẫu thuật bằng phương pháp nội soi như: phẫu thuật u nang buồng trứng, chữa ngoài tử cung, phẫu thuật cắt 2/3 dạ dày, sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật, các phẫu thuật trên đường tiêu hóa, phẫu thuật kết xương, lấy phương tiện kết xương: xương đòn, xương cánh tay, cẳng tay, bánh chè, cẳng chân, mổ đẻ lần 2, lần 3, phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu, cắt tử cung bán phần, cắt tử cung toàn thể, phẫu thuật u nang buồng trứng xoắn. Đặc biệt, xử trí cấp cứu các ca cấp cứu ngoại khoa như: chấn thương ổ bụng, vỡ lách, vỡ gan, vỡ tạng rỗng, chữa ngoài tử cung.

Bệnh viện là cơ sở khám chữa bệnh, phục hồi sức khỏe cho người bệnh. Do vậy, bệnh viện đã lấy người bệnh làm trung tâm, lấy sự hài lòng của người bệnh để đánh giá chất lượng của cơ sở khám chữa bệnh. Trong năm 2015, Bệnh viện đã đón tiếp và khám cho 105.721 lượt người, thu dụng 12.490 lượt người bệnh vào điều trị nội trú. Công suất sử dụng giường bệnh đạt 101,8 %. Tổng số ca phẫu thuật ngoại khoa là 935 ca và phẫu thuật sản khoa là 430 ca.

Trung tâm Y tế và Phòng khám đa khoa khu vực Tô Hiệu hiện tại có 100 cán bộ, nhân viên. Trong đó có 13 bác sĩ, 16 y sĩ, 01 dược sĩ, 07 dược sĩ trung học, 01 điều dưỡng đại học, 02 điều dưỡng cao đẳng, 33 điều dưỡng trung học. Phòng khám đa khoa khu vực Tô Hiệu đã được củng cố về cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho việc khám, điều trị cho người bệnh. Cán bộ viên chức thường xuyên được đi đào tạo bồi dưỡng các lớp ngắn hạn, dài hạn tại các trường đại học y để nâng cao trình độ chuyên môn đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân tại các xã khu vực

phía Nam của huyện Thường Tín. Phòng khám đa khoa khu vực Tô Hiệu có đội cấp cứu cơ động được trang bị dụng cụ cấp cứu đầy đủ phục vụ công tác cấp cứu.

Năm 2015, Phòng khám đa khoa Tô Hiệu đã khám cho tổng số 8.303 ca; khám BHYT người lớn: 1.978 ca; BHYT trẻ em: 3.451 ca; khám tự nguyện: 2.529 ca; Siêu âm: 718 ca; X-Quang: 1.734 ca; xét nghiệm: 2.645 ca, không có tai biến trong điều trị. Năm 2015, số người bệnh đến khám ở các trạm y tế xã, thị trấn là 88.740 lượt. Các trạm y tế đã thực hiện nghiêm các quy chế chuyên môn, nâng cao tinh thần phục vụ người bệnh. Sổ khám bệnh được ghi chép đầy đủ rõ ràng, chỉ định dùng thuốc hợp lý an toàn. Nơi khám bệnh có các nội quy khám bệnh, phác đồ cấp cứu thuốc phản vệ, bảng giá thu dịch vụ, có bảng phân công trực cụ thể, sổ theo dõi chống nhầm lẫn thuốc và phản ứng thuốc.

Công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân trên địa bàn huyện Thường Tín trong năm 2015 đã đạt được những kết quả nhất định. Chất lượng KCB và CSSK nhân dân được nâng lên. Công tác quản lý nhà nước về y tế, y dược tư nhân được tăng cường. Hoạt động y tế dự phòng được chú trọng, dịch bệnh nguy hiểm được kiểm soát. Các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế được thực hiện có hiệu quả. Ngành y tế đã phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể của huyện và các địa phương làm tốt công tác phòng chống dịch, nhất là bệnh sởi và sốt xuất huyết, hạn chế thấp nhất những thiệt hại do dịch bệnh gây ra. Công tác tiêm chủng mở rộng được quan tâm, không để sai sót chuyên môn xảy ra. Công tác tuyên truyền giáo dục y đức, thái độ phục vụ người bệnh cho đội ngũ cán bộ, công nhân viên y tế được chú ý. Công tác xây dựng chuẩn quốc gia về y tế xã được triển khai theo đúng kế hoạch.

Bên cạnh những kết quả đạt được, công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân còn một số tồn tại như: vệ sinh môi trường ở một số khu vực, một số xã chưa được đảm bảo làm ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân; cơ sở vật chất, trang thiết bị của một số cơ sở y tế công lập đã xuống cấp, ảnh hưởng đến công tác khám chữa bệnh; công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân còn để xảy ra một số vụ tai nạn nghề nghiệp.

Tiểu kết chương 2

Trên cơ sở phân tích những quan điểm, chủ trương của Đảng và chính sách, pháp luật của Nhà nước về CSSK nhân dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng để xác định những ưu điểm và hạn chế, đồng thời xác định những rào cản làm cho người trong ĐTLĐ khó tiếp cận dịch vụ y tế, từ đó xác định đối tượng tác động nhằm tổ chức và nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ CSSK cho người trong ĐTLĐ theo hướng công bằng, hiệu quả.

Việc xác định và sử dụng lý thuyết MLXH để nghiên cứu MLXH trong KCB nhằm xác định quy mô, các loại quan hệ và tính chất của các mối quan hệ của người trong ĐTLĐ khi đi KCB, từ đó lý giải đặc điểm, tính chất và sự hỗ trợ của MLXH trong KCB. Sử dụng lý thuyết hệ thống của Talcott Parsons để nghiên cứu MLXH trong KCB ở cấp độ trung mô với tư cách là một hệ thống xã hội nhằm xác định các thành phần của MLXH – tiểu hệ thống thuộc hệ thống lớn hơn có chức năng HTXH và giúp người trong ĐTLĐ ở nông thôn tiếp cận dịch vụ y tế.

Chương 3

THỰC TRẠNG MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN: ĐẶC ĐIỂM, TÍNH CHẤT VÀ HỖ TRỢ XÃ HỘI

3.1. ĐẶC ĐIỂM VÀ TÍNH CHẤT CỦA MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN

3.1.1. Quy mô mạng lưới xã hội

Quy mô của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn được đo lường qua tiêu chí cơ cấu số lượng thành phần. Kết quả khảo sát ở bảng 3.1 cho thấy, số lượng thành phần MLXH của người trong ĐTLĐ có cơ cấu 3 và 4 thành phần có tỷ lệ bằng nhau và cao nhất (27%), cơ cấu 2 thành phần là 18,7% và cơ cấu 5 thành phần là 16,3%, cơ cấu 1 và 6 thành phần lần lượt là 6,0% và 5,0%.

Bảng 3.1: Cơ cấu thành phần của MLXH trong KCB

Số lượng thành phần	Trường hợp	Tỷ lệ (%)
1	18	6,0
2	56	18,7
3	81	27,0
4	81	27,0
5	49	16,3
6	15	5,0
Tổng	300	100
Trung bình	3,44	
Ít nhất	1	
Nhiều nhất	6	

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Như vậy, cơ cấu chủ yếu của mạng lưới là 3 và 4 thành phần, cơ cấu trung bình của MLXH là từ 3 đến 4 thành phần (ít nhất là 1 và nhiều nhất là 6 thành phần). Qua nghiên cứu cơ cấu thành phần của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở địa bàn nghiên cứu cho thấy người trong ĐTLĐ sử dụng các kiểu MLXH với các thành phần khác nhau (ít nhất là một thành phần và nhiều nhất là sáu thành phần).

Khi xem xét cơ cấu thành phần của MLXH trong KCB theo cơ cấu kinh tế, kết quả khảo sát ở bảng 3.2 cho thấy, có mối tương quan giữa cơ cấu kinh tế với cơ cấu

thành phần của mạng lưới ($p = 0,000 < 0,05$). Cơ cấu thành phần của MLXH ở xã có cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao hơn xã có cơ cấu kinh tế công nghiệp và nông nghiệp, lần lượt là 4 thành phần, 3 thành phần và 2 thành phần, có tỷ lệ cao tương ứng là 32,0%, 36,0% và 32,0%.

Bảng 3.2: Cơ cấu thành phần của MLXH trong KCB theo cơ cấu kinh tế

Số lượng thành phần	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Một thành phần	18,0	0,0	0,0	6,0
Hai thành phần	32,0	18,0	6,0	18,7
Ba thành phần	18,0	36,0	27,0	27,0
Bốn thành phần	26,0	23,0	32,0	27,0
Năm thành phần	5,0	20,0	24,0	16,3
Sáu thành phần	1,0	3,0	11,0	5,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Qua kết quả khảo sát về cơ cấu thành phần của MLXH trong KCB ở địa bàn nghiên cứu cho thấy MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ có số lượng ít thành phần và giữa cơ cấu kinh tế với cơ cấu thành phần của MLXH có mối tương quan có ý nghĩa thống kê.

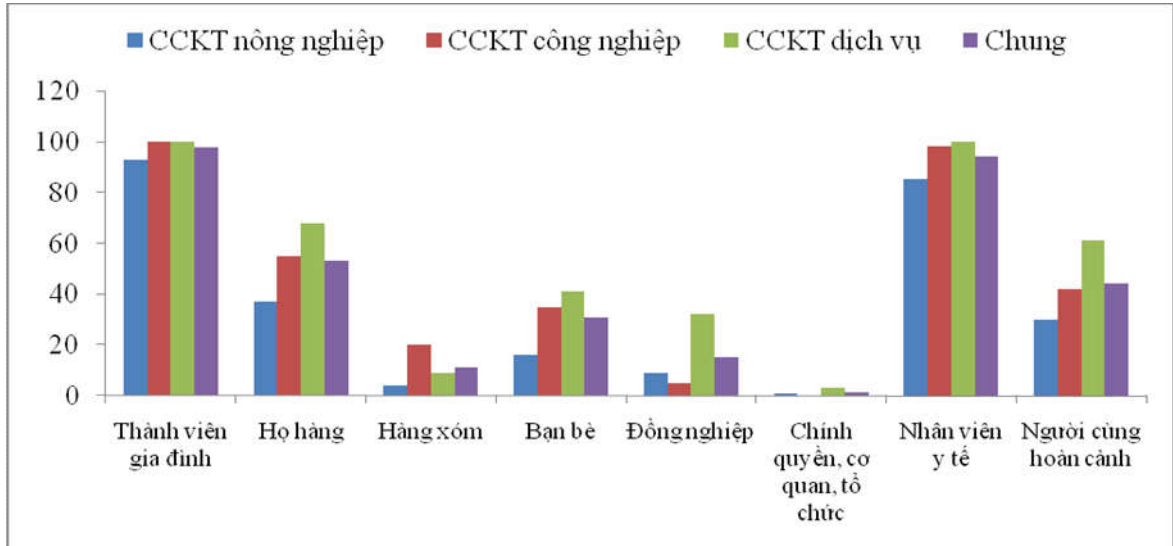
3.1.2. Các loại quan hệ trong mạng lưới xã hội

Khi hỏi người trong ĐTLĐ rằng anh/chị sử dụng mối quan hệ nào khi đi KCB? Kết quả ở bảng 3.3 (phụ lục 3) được thể hiện ở biểu đồ 3.1 cho thấy, mối quan hệ mà họ sử dụng nhiều nhất là các thành viên gia đình (97,7%), nhân viên y tế (94,3%), họ hàng (53,3%), người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (44,3%) và bạn bè (30,7%). Mối quan hệ được họ sử dụng có tỷ lệ thấp nhất là chính quyền, cơ quan, tổ chức (1,3%).

Như vậy khi KCB, người trong ĐTLĐ sử dụng các mối quan hệ truyền thống (gia đình, họ hàng) và các mối quan hệ hiện đại (nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè) và có thể cả mối quan hệ truyền thống và hiện đại.

Kết quả này phù hợp với nhận định của tác giả Lê Ngọc Hùng về các thành phần của MLXH: “những yếu tố cơ bản, quan trọng nhất tạo nên MLXH là các thành viên gia đình, những người khác, những nhóm và tổ chức xã hội mà họ có

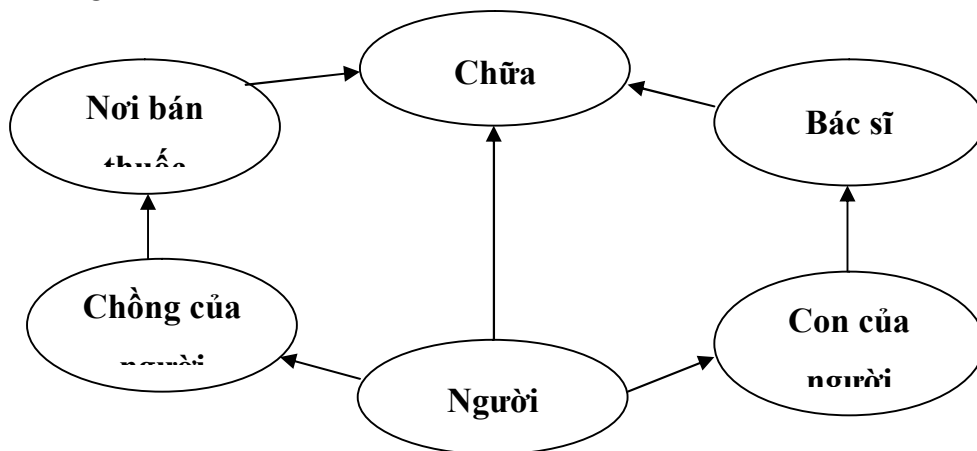
mối liên hệ nhất định trong quá trình sống, học tập và tham gia vào thị trường lao động xã hội” [26]. Về kiểu loại MLXH cũng cho kết quả phù hợp với nhận định của tác giả về các kiểu MLXH mà người trong ĐTLĐ sử dụng khi đi KCB.



Biểu đồ 3.1: Các mối quan hệ trong mạng lưới KCB theo cơ cấu kinh tế

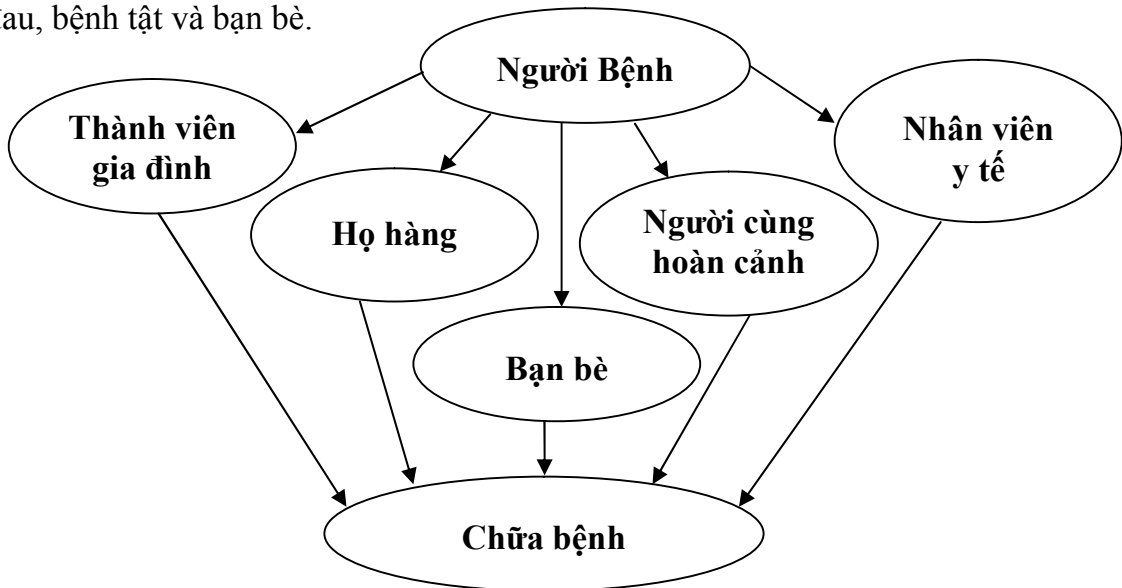
Có nhiều bằng chứng được thể hiện trong dữ liệu định lượng và định tính của nghiên cứu chứng minh người trong ĐTLĐ sử dụng các mối quan hệ khi đi KCB.

“*Khi bị ốm, tôi thường ở nhà và làm những việc nhẹ, nhờ chồng đi mua thuốc về uống. Tháng trước, tôi bị mệt, uống thuốc mãi không khỏi nên con tôi đã liên hệ với bác sĩ để đưa tôi đi khám bệnh*” (PVS, Nguyễn Thị Th, nữ, 53 tuổi, nông dân, xã Văn Bình). Có thể mô hình hóa MLXH trường hợp của Nguyễn Thị Th, nữ, 53 tuổi, làm nông dân ở xã Văn Bình theo hình sau:



Sơ đồ 3.1: Mạng lưới xã hội của trường hợp Nguyễn Thị Th, nữ, 53 tuổi.

Như vậy, có năm mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ là: thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè.



Sơ đồ 3.2: Các mối quan hệ xã hội chủ yếu trong mạng lưới KCB

Khi xem xét các mối quan hệ trong mạng lưới KCB theo cơ cấu kinh tế, số liệu khảo sát ở bảng 3.3 (phụ lục 3) cho thấy các mối quan hệ trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, có tỷ lệ cao ở các mối quan hệ: thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, bạn bè. Tuy nhiên, tỷ lệ của mối quan hệ này đều thấp hơn so với tỷ lệ chung (93,0%; 85,0%; 37,0%; 30,0% và 16,0% so với 97,7%; 94,3%; 53,3%; 44,3% và 30,7%).

Trong khi đó, MLXH của người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế chủ yếu là công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao ở năm mối QHXXH: thành viên gia đình (100,0% và 100,0%), nhân viên y tế (98,0% và 100,0%), họ hàng (55,0% và 68,0%), người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (42,0% và 61,0%) và bạn bè (35,0% và 41,0%). Nhưng mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ở cơ cấu kinh tế chủ yếu là công nghiệp có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (42,0% so với 44,3%). Hay nói cách khác, người trong ĐTLĐ ở xã có cơ cấu kinh tế dịch vụ và công nghiệp có tỷ lệ cao hơn xã có cơ cấu kinh tế nông nghiệp về năm mối quan hệ trong MLXH. Zunzunegui và cộng sự cho rằng những người sống trong khu vực không giàu có sẽ có những giới hạn trong các mối quan hệ xã hội ví dụ như trong các

khu vực chủ động và tự do. Con người sống trong những môi trường này thường ít có cơ hội tiếp cận với giáo dục và phải đối mặt với nhiều rủi ro [154].

Qua nghiên cứu các thành phần của mạng lưới trong KCB của người trong ĐTLĐ, cho thấy các thành phần cơ bản của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ bao gồm: gia đình, họ hàng, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và một số rất ít (1,3%) người thuộc chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức. Do tỷ lệ thấp nên trong luận án không tập trung phân tích thành phần này.

Khi KCB, người trong ĐTLĐ sử dụng năm mối quan hệ chủ yếu, bao gồm: thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Luận án tập trung phân tích năm mối quan hệ chủ yếu này. Các mối quan hệ của người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ về năm mối quan hệ chủ yếu thấp hơn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ.

3.1.3. Mức độ quan hệ xã hội trong mạng lưới xã hội khám chữa bệnh

Mức độ quan hệ trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ được xác định bằng các chỉ số: sự gần gũi (người chăm sóc chính; niềm tin vào các mối QHXXH); sự phức tạp của mạng lưới KCB (nội dung trao đổi; mức độ hỏi ý kiến các vấn đề quan trọng và sự quan trọng của mối quan hệ giữa các thành viên trong MLXH).

3.1.3.1. Sự gần gũi trong mạng lưới xã hội

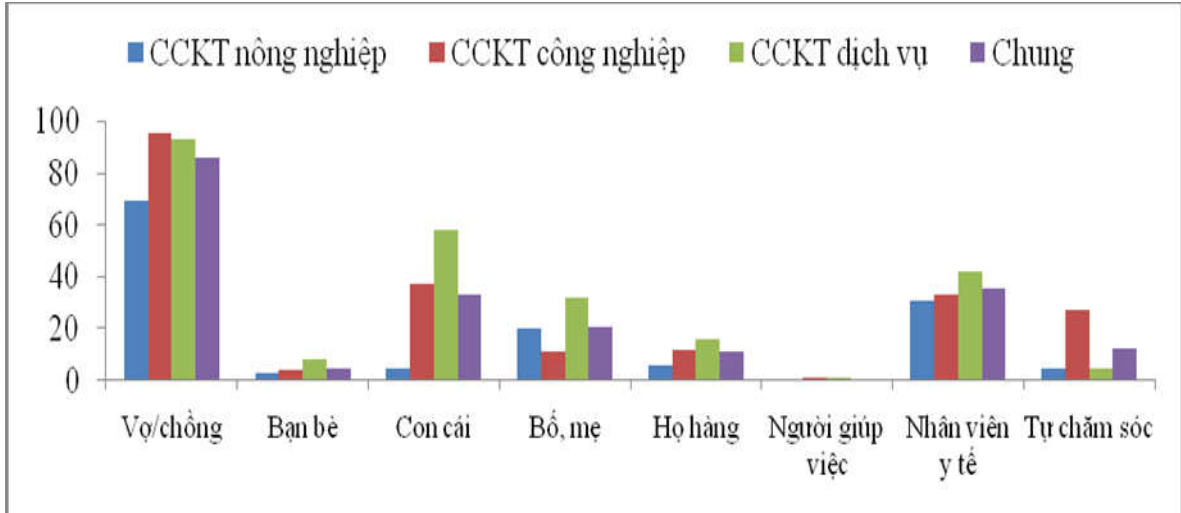
- Người chăm sóc chính cho người trong độ tuổi lao động:

Qua thông tin người trong ĐTLĐ cung cấp ở bảng 3.4 (phụ lục 3) và được thể hiện ở biểu đồ 3.2 cho biết, người chăm sóc chính chủ yếu cho người trong ĐTLĐ khi bị ốm đau, bệnh tật là vợ/chồng (85,7%), nhân viên y tế (35,3%), con cái (33,3%), bố, mẹ (21,0%), tự chăm sóc (12,3%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là người giúp việc và bạn bè (0,7% và 5,0%).

“Khi tôi hoặc chồng tôi ốm đau thì thường hai vợ chồng chăm sóc nhau vì các con tôi đang làm ăn ở xa, khi nào chúng tôi cần đến mới gọi điện cho chúng về” (PVS, Nguyễn Thị H, nữ, 50 tuổi, xã Văn Bình, huyện Thường Tín).

So với tỷ lệ chung, người chăm sóc chính ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp chủ yếu là vợ/chồng (69,0%) thì ở cơ cấu kinh tế công nghiệp là vợ/chồng, con cái, họ

hàng và tự chăm sóc (95,0%; 37,0%; 12,0% và 27,0%). Còn ở cơ cấu kinh tế dịch vụ là vợ/chồng; con cái; bố, mẹ; họ hàng và nhân viên y tế (93,0%; 58,0%; 32,0% và 42,0%).



Biểu đồ 3.2: Người chăm sóc chính cho người trong ĐTLĐ theo cơ cấu kinh tế

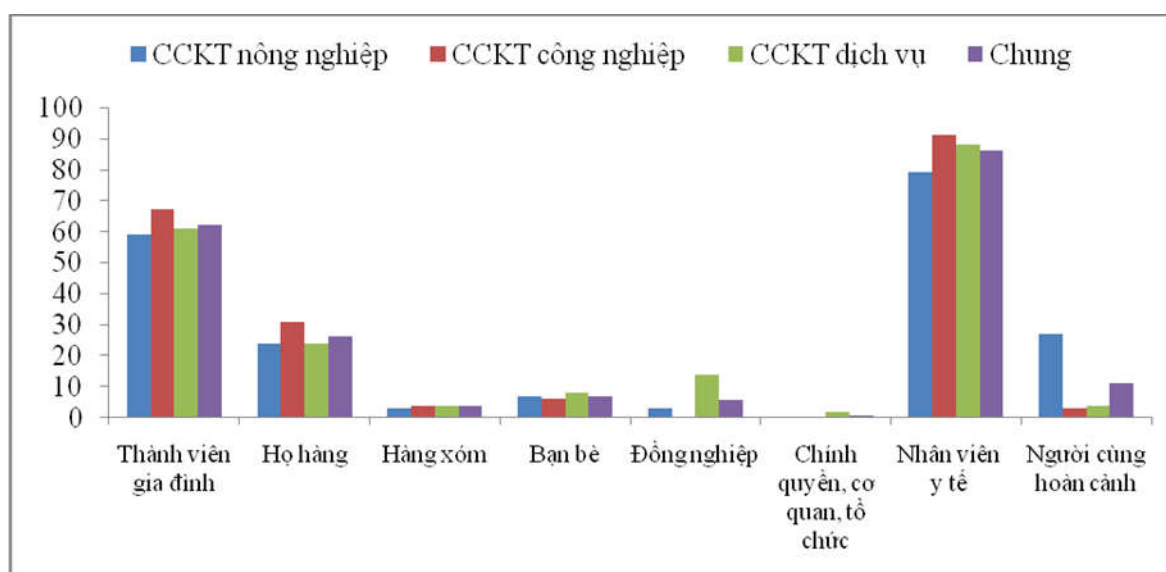
Tuy nhiên, chỉ có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa cơ cấu kinh tế với người chăm sóc chính là vợ/chồng; con cái; bố, mẹ và tự chăm sóc ($p = 0,000$; $0,000$; $0,001$; $0,000$). Mối tương quan không có ý nghĩa thống kê giữa cơ cấu kinh tế với người chăm sóc chính cho người trong ĐTLĐ là bạn bè, họ hàng, người thân, người giúp việc và nhân viên y tế ($p = 0,229$; $0,080$; $0,604$; $0,223$). Như vậy, người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có ít thành phần chăm sóc chính hơn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ.

- Niềm tin của người trong độ tuổi lao động vào các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội:

Cùng với việc sử dụng các mối quan hệ trong KCB, người trong ĐTLĐ có niềm tin vào mối quan hệ đó. Số liệu kết quả khảo sát ở bảng 3.5 (phụ lục 3) và thể hiện ở biểu đồ 3.3 cho kết quả tương ứng giữa niềm tin và việc sử dụng các mối QHXXH trong mạng lưới.

Niềm tin của người trong ĐTLĐ vào mối quan hệ với nhân viên y tế có tỷ lệ cao nhất (86,0%), thành viên gia đình (62,3%), họ hàng (26,3%), người cùng có hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (11,3%) và niềm tin vào các mối quan hệ có tỷ lệ thấp

là bạn bè (7,0%), đồng nghiệp (5,7%), hàng xóm (3,7%) và có tỷ lệ thấp nhất là với chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (0,7%).



Biểu đồ 3.3: Niềm tin của người trong ĐTLĐ vào mối quan hệ theo cơ cấu kinh tế

Kết quả này phù hợp với nhận định của các tác giả Nguyễn Quý Thanh, Cao Thị Hải Bắc (2015): “Người Việt Nam không quá coi trọng vào việc xây dựng MLXH từ quan hệ họ hàng” [47].

Trường hợp của chị Nguyễn Thị X: “*Khi tôi hay con cái bị ốm đau, tôi gọi điện cho bác sĩ và đến khám bệnh. Những người khác hỏi nơi KCB, tôi cũng cho số điện thoại và giới thiệu họ đến chỗ bác sĩ để khám*” (PVS, Nguyễn Thị X, nữ, 35 tuổi, Xã Quất Động).

Kết quả khảo sát cũng cho thấy người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao về niềm tin vào mối quan hệ với nhân viên y tế (79,0%), thành viên gia đình (59,0%), người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (27,0%) và hộ hàng (24,0%). Nhưng có tỷ lệ thấp hơn so với tỷ lệ chung về niềm tin vào mối quan hệ với thành viên gia đình (59,0% so với 62,3%) và hộ hàng (24,0% so với 26,3%).

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ niềm tin cao vào mối quan hệ với nhân viên y tế (91,0%), thành viên gia đình (67,0%), hộ hàng (31,0%) và cao hơn so với tỷ lệ chung. Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có niềm tin vào mối quan hệ với nhân viên y tế (88,0%), thành viên gia đình (61,0%), hộ hàng

(24,0%), đồng nghiệp (người cùng làm việc) (14,0%). Nhưng có tỷ lệ niềm tin vào mối quan hệ với thành viên gia đình thấp hơn so với tỷ lệ chung (61,0% so với 62,3%).

Tuy nhiên, kết quả xử lý số liệu cho thấy chỉ có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa cơ cấu kinh tế với niềm tin của người trong ĐTLĐ với các mối quan hệ trong MLXH: đồng nghiệp, nhân viên y tế và người cùng có hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ($p = 0,000; 0,039; 0,000$). Và mối tương quan không có ý nghĩa thống kê giữa niềm tin của người trong ĐTLĐ với các mối quan hệ trong MLXH theo cơ cấu kinh tế khác nhau: thành viên gia đình, họ hàng, hàng xóm, bạn bè, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ($p = 0,478; 0,431; 0,910; 0,858; 0,134$).

Như vậy, người trong ĐTLĐ ở các cơ cấu kinh tế khác nhau đều có niềm tin vào mối quan hệ với nhân viên y tế. Khi người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ niềm tin vào người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật hơn là người ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ (27,0% so với 3,0% và 4,0%) thì người ở cơ cấu dịch vụ lại có tỷ lệ niềm tin vào người cùng làm việc hơn là người ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và công nghiệp (14,0% so với 3,0% và 0,0%).

3.1.3.2. Sự phức tạp của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh

- Nội dung của các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội:

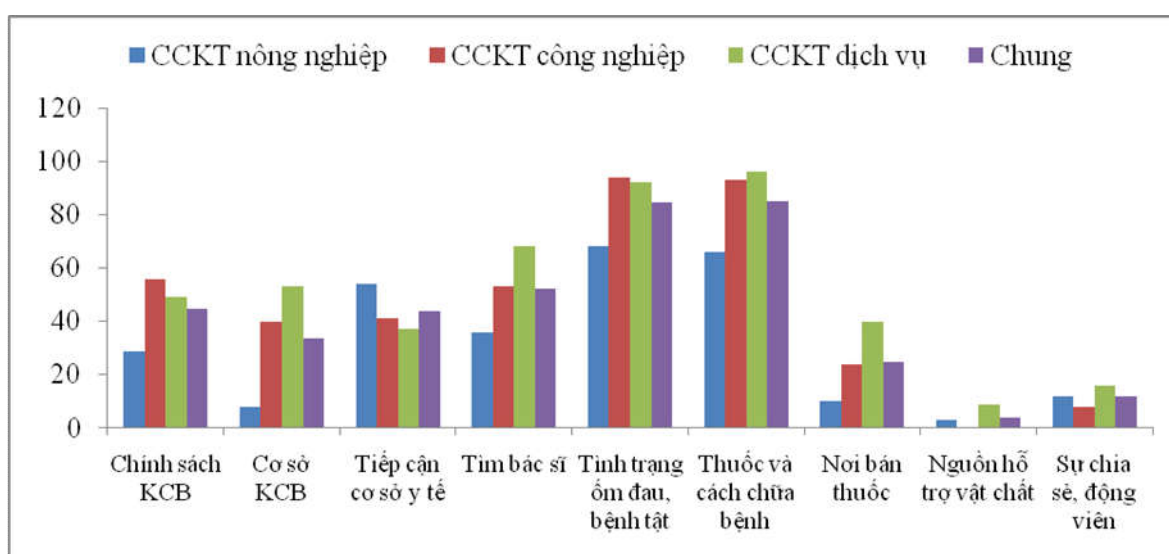
Theo kết quả hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ ở bảng 3.6 (phụ lục 3) và thể hiện ở biểu đồ 3.4 cho biết, có tỷ lệ cao về các nội dung trao đổi với các thành viên trong mạng lưới là: Thuốc và cách chữa bệnh (85,0%), tình trạng ốm đau, bệnh tật (84,7%), tìm được bác sĩ (52,3%), thông tin về chính sách liên quan đến KCB (44,7%), tiếp cận được cơ sở y tế (44,0). Còn có tỷ lệ thấp về các nội dung: thông tin liên quan đến cơ sở KCB (33,7%), nơi bán thuốc (24,7%), nguồn chia sẻ, đồng viên (12,0%) và nguồn hỗ trợ vật chất (4,0%) chiếm tỷ lệ thấp.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, người trong ĐTLĐ khi đi KCB thường hỏi những thành viên khác để tìm bác sĩ, chính sách liên quan đến KCB và hỏi nhân viên y tế để tìm hiểu về ốm đau, bệnh tật; thuốc và cách chữa bệnh.

“Khi bác sĩ nói tôi đã mắc bệnh gout, tôi đã hỏi bác sĩ bệnh gout là gì? Có chữa khỏi được không? Bác sĩ nói rằng dùng thức ăn ít chất đạm và hạn chế dùng rượu, bia sẽ đỡ. Nhưng sau khi dùng hết đơn thuốc, tôi vẫn đau và ai nói dùng cái

này, cái kia sẽ khỏi và chỉ cho nơi chữa tôi cũng đến” (PVS, Trần Văn M, nam, 46 tuổi, thị trấn Thường Tín).

Trong MLXH theo cơ cấu kinh tế nông nghiệp, nội dung trao đổi giữa các thành viên có tỷ lệ cao về tình trạng ốm đau, bệnh tật; thuốc và cách chữa bệnh; tiếp cận được cơ sở y tế; tìm được bác sĩ theo mong muốn và thông tin về chính sách liên quan đến KCB. Nhưng so với tỷ lệ chung, chỉ có nội dung về tiếp cận cơ sở y tế có tỷ lệ cao hơn tỷ lệ chung (54,0% so với 44,0%) và cao hơn tỷ lệ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ (54,0% so với 41,0% và 37,0%) ($p = 0,041$).



Biểu đồ 3.4: Nội dung của các mối quan hệ trong MLXH theo cơ cấu kinh tế

Trong MLXH theo cơ cấu kinh tế công nghiệp, nội dung trao đổi giữa các thành viên có tỷ lệ cao về tình trạng ốm đau, bệnh tật; thuốc và cách chữa bệnh; thông tin về chính sách liên quan đến KCB; tìm được bác sĩ theo mong muốn; tiếp cận được cơ sở y tế và thông tin về cơ sở KCB. Nhưng so với tỷ lệ chung, thì nội dung về tiếp cận cơ sở y tế có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (41,0% so với 44,0%).

Trong MLXH theo cơ cấu kinh tế dịch vụ, nội dung trao đổi giữa các thành viên có tỷ lệ cao về thuốc và cách chữa bệnh; tình trạng ốm đau, bệnh tật; tìm được bác sĩ theo mong muốn; thông tin về cơ sở KCB, chính sách liên quan đến KCB; nơi bán thuốc và tiếp cận được cơ sở y tế. Nhưng so với tỷ lệ chung, thì nội dung về tiếp cận cơ sở y tế có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (37,0% so với 44,0%) và thấp hơn tỷ lệ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và nông nghiệp (37,0% so với 41,0% và 54,0%).

Như vậy, nội dung trao đổi trong MLXH ở cơ cấu kinh nông nghiệp có một nội dung là tiếp cận cơ sở y tế. Còn trong MLXH ở cơ cấu kinh tế dịch vụ và công nghiệp có nhiều nội dung hơn (5 nội dung và 6 nội dung). Nội dung trao đổi trong MLXH theo cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao hơn MLXH ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ về tiếp cận được cơ sở y tế và có tỷ lệ ít quan tâm tới thông tin về cơ sở KCB và chính sách liên quan đến KCB. Ngoài ra, nội dung trao đổi trong MLXH ở cơ cấu kinh tế dịch vụ khác với cơ cấu kinh tế nông nghiệp và công nghiệp là quan tâm tới nơi bán thuốc.

Dựa trên cách phân chia của Lê Ngọc Hùng về các kiểu loại MLXH, chúng tôi phân chia thành: kiểu truyền thống (các mối quan hệ gia đình và họ hàng); kiểu hiện đại (các mối quan hệ mang tính chức năng: bạn bè, đồng nghiệp, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan đến KCB); kiểu hỗn hợp: là người trong ĐTLĐ dựa trên các mối quan hệ truyền thống và chức năng.

Khi xem xét nội dung của các mối quan hệ trong MLXH theo các loại MLXH cho thấy nội dung trao đổi chủ yếu của loại MLXH truyền thống về các nội dung có tỷ lệ cao hơn tỷ lệ chung của MLXH (bảng 3.7): tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh; về đau ốm, bệnh tật; tìm được bác sĩ theo mong muốn, thông tin về chính sách liên quan đến KCB, thông tin về cơ sở KCB và nơi bán thuốc. Có tỷ lệ nội dung về tiếp cận cơ sở y tế thấp hơn tỷ lệ chung (43,7% và 42,5% so với 44,0%).

Bảng 3.7: Nội dung của loại mạng lưới xã hội truyền thống

Nội dung	Thành viên gia đình	Họ hàng	Chung
Thông tin về chính sách KCB	45,4	59,4	44,7
Thông tin về cơ sở KCB	34,5	36,9	33,7
Tiếp cận được cơ sở y tế	43,7	42,5	44,0
Tìm bác sĩ theo mong muốn	53,2	58,8	52,3
Tìm hiểu về đau ốm, bệnh	85,7	89,4	84,7
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	86,0	93,8	85,0
Nơi bán thuốc	25,3	30,0	24,7
Nguồn hỗ trợ vật chất	4,1	1,2	4,0
Sự chia sẻ, động viên	11,9	10,0	12,0

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Nội dung của kiểu MLXH hiện đại (nhân viên y tế, bạn bè, người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật) có tỷ lệ cao hơn tỷ lệ chung của MLXH trong KCB về các nội dung (bảng 3.8): tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh, về đau ốm, bệnh, tìm bác sĩ theo mong muốn, thông tin về chính sách liên quan đến KCB, thông tin về cơ sở KCB và nơi bán thuốc.

Bảng 3.8: Nội dung của loại MLXH hiện đại

Nội dung	Nhân viên y tế	Bạn bè	Người cùng hoàn cảnh	Chung
Thông tin về chính sách KCB	46,6	56,5	54,9	44,7
Thông tin về cơ sở KCB	35,0	38,0	38,3	33,7
Tiếp cận được cơ sở y tế	45,6	42,4	45,9	44,0
Tìm bác sĩ theo mong muốn	54,4	62,0	57,9	52,3
Tìm hiểu về đau ốm, bệnh tật	87,3	93,5	95,5	84,7
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	88,0	93,5	96,2	85,0
Tìm nơi bán thuốc	25,1	40,2	31,6	24,7
Nguồn hỗ trợ vật chất	3,2	3,3	3,8	4,0
Sự chia sẻ, động viên	11,0	12,0	12,8	12,0

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Trong loại MLXH hiện đại, nội dung trao đổi về tiếp cận cơ sở y tế trong mối quan hệ bạn bè có tỷ lệ thấp hơn trong mối quan hệ với nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (42,4% so với 45,6% và 45,9%) và thấp hơn so với tỷ lệ chung của MLXH trong KCB (44,0%). Như vậy, có thể khẳng định người trong ĐTLĐ ít trao đổi với bạn bè về nội dung tiếp cận cơ sở y tế. Nội dung trao đổi về nguồn hỗ trợ vật chất và sự chia sẻ, động viên trong loại MLXH hiện đại cũng có tỷ lệ thấp giống với loại MLXH truyền thống. Vậy mối quan hệ nào hỗ trợ người trong độ tuổi về vật chất và tinh cảm khi bị ốm đau, bệnh tật và KCB?

Nội dung của loại mạng lưới xã hội hỗn hợp có tỷ lệ cao hơn tỷ lệ chung của MLXH trong KCB về (bảng 3.9): thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe; thuốc và cách chữa bệnh và cùng có tỷ lệ (89,0%). Tiếp đến là những nội dung về tìm bác sĩ; chính sách KCB; tiếp cận cơ sở y tế, cùng với đó là thông tin về cơ sở y tế và tìm nơi bán thuốc.

Bảng 3.9: Nội dung của loại mạng lưới xã hội hỗn hợp

Nội dung	Loại mạng lưới hỗn hợp	Chung
Thông tin về chính sách KCB	47,3	44,7
Thông tin về cơ sở KCB	35,6	33,7
Tiếp cận được cơ sở y tế	45,2	44,0
Tìm bác sĩ theo mong muốn	54,8	52,3
Tìm hiểu về đau ốm, bệnh tật	89,0	84,7
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	89,0	85,0
Tìm nơi bán thuốc	25,6	24,7
Nguồn hỗ trợ vật chất	3,2	4,0
Sự chia sẻ, động viên	10,7	12,0

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Như vậy, nội dung trao đổi giữa người trong ĐTLĐ với các thành phần chủ yếu của MLXH tập trung ở các nội dung: tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh; về đau ốm, bệnh tật; tìm được bác sĩ theo mong muốn; thông tin về chính sách KCB; thông tin về cơ sở KCB. Qua đây cho thấy, người trong ĐTLĐ thiếu những thông tin về chính sách y tế, cơ sở y tế và những kiến thức chuyên môn về CSSK. Đây là lợi thế của nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật vì khi bị ốm đau, bệnh tật họ thường tìm hiểu về bệnh và có những trải nghiệm khám chữa bệnh.

- *Mức độ hỏi ý kiến giữa các thành viên trong mạng lưới xã hội về những vấn đề quan trọng:*

+ Mức độ người trong ĐTLĐ hỏi ý kiến các thành viên trong MLXH về những vấn đề quan trọng:

Số liệu ở bảng 3.10 (phụ lục 3) cho biết người trong ĐTLĐ hỏi ý kiến mọi người trong MLXH về những công việc quan trọng ở mức độ rất thường xuyên và thường xuyên là thành viên gia đình với tỷ lệ lần lượt là 17,7% và 71,0%, ở mức độ thỉnh thoảng có tỷ lệ cao nhất là người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (71,3%), họ hàng (65,3%), bạn bè (64,7%), đồng nghiệp (59,0%) và nhân viên y tế có tỷ lệ thấp nhất (43,0%). Người trong ĐTLĐ hiếm khi hỏi ý kiến: hàng xóm (71,7%); chính quyền, cơ quan, tổ chức (48,7%), nhân viên y tế (48,3%) và đồng nghiệp (32,0%). Còn ở mức độ chưa bao giờ người trong ĐTLĐ hỏi ý kiến có tỷ lệ cao nhất là chính quyền, cơ quan, tổ chức (46,7%).

Kết quả phỏng vấn cho biết: “Khi tôi có những vấn đề hệ trọng, tôi thường hỏi ý kiến của chồng. Khi tôi bị mệt, tôi thường nói với chồng và con cái. Và họ thường hỏi bác sĩ khi tôi bị ốm nặng và hỏi xem phải làm thế nào” (PVS, Nguyễn Thị Th, nữ, 52 tuổi, xã Quất Động, huyện Thường Tín).

+ Mức độ các thành viên trong MLXH hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ về những vấn đề quan trọng:

Mức độ mọi người trong MLXH hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ về những công việc quan trọng chủ yếu tập trung ở mức độ thỉnh thoảng và tập trung ở các đối tượng bên ngoài các mối quan hệ gia đình, có liên quan đến ốm đau, bệnh tật, công việc và tình cảm (bảng 3.11, phụ lục 3). Cụ thể: Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (78,3%), bạn bè (66,7%), đồng nghiệp (65,7%), họ hàng (60,7%).

Ở mức độ thường xuyên, các thành viên gia đình có tỷ lệ cao nhất trong việc hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ (72,3%). Mức độ hiếm khi hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ có tỷ lệ cao nhất là hàng xóm (71,3%), nhân viên y tế (61,3%), chính quyền, cơ quan, tổ chức (49,0%). Mức độ chính quyền, cơ quan, tổ chức chưa bao giờ hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ có tỷ lệ 45,0%.

- Mức độ quan trọng của các mối quan hệ trong mạng lưới KCB:

Theo đánh giá của người trong ĐTLĐ (bảng 3.12, phụ lục 3), mức độ rất quan trọng có tỷ lệ cao nhất ở mối quan hệ với thành viên gia đình, nhưng tỷ lệ này cũng chỉ có 37,0% và có tỷ lệ thấp nhất ở người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (0,0%).

Mức độ quan trọng của mối quan hệ có tỷ lệ cao nhất ở mối quan hệ với thành viên gia đình (54,3%), đồng nghiệp (53,3%), nhân viên y tế (53,3%), họ hàng (53,0%) và người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (34,7%). Mức độ quan trọng của mối quan hệ ở mức bình thường có tỷ lệ cao ở tất cả các mối quan hệ (trừ mối quan hệ với thành viên gia đình). Đa số người trong độ tuổi lao động đánh giá mối quan hệ trong mạng lưới của họ ở mức độ từ bình thường trở lên, tỷ lệ không quan trọng và không có ý kiến có tỷ lệ rất thấp (dao động từ 0,0% đến 5,0%).

Khi xem xét mức độ quan trọng của các mối quan hệ trong MLXH theo cơ cấu kinh tế cho thấy (từ bảng 3.13 đến bảng 3.19 ở phụ lục 3) người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao đánh giá mối quan hệ với thành viên gia đình ở

mức độ rất quan trọng và quan trọng (48,0% và 46,0%). Ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ cao ở mức độ quan trọng và bình thường (74,0% và 19,0%). Còn ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao ở mức độ rất quan trọng.

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao đánh giá mối quan hệ với họ hàng ở mức độ quan trọng (74,0% và 54,0%). Còn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp lại có tỷ lệ cao đánh giá ở mức độ bình thường (66,0%).

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao đánh giá ở mức độ bình thường mối quan hệ với hàng xóm (91,0%; 94,0% và 87,0%), bạn bè (88,0%; 88,0% và 78,0%) và đồng nghiệp (86,0%; 88,0% và 70,0%). Tuy nhiên, ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ thấp nhất và thấp hơn tỷ lệ chung (87,0%; 78,0% và 70,0% so với 90,7%; 84,7% và 81,3%) và có tỷ lệ đánh giá mức độ quan trọng của mối quan hệ với bạn bè và đồng nghiệp cao hơn ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và công nghiệp.

Mức độ quan trọng của nhân viên y tế được người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và công nghiệp đánh giá ở mức độ quan trọng (58,0% và 56,0%). Ở cơ cấu kinh tế dịch vụ cũng đánh giá ở mức độ này nhưng có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (46,0% so với 53,3%) và có tỷ lệ cao đánh giá ở mức độ bình thường (46,0%).

Mức độ quan trọng của mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật được người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao đánh giá ở mức độ quan trọng (49,0%; 41,0% và 14,0%) và bình thường (46,0%; 59,0% và 83,0%). Tuy nhiên, ở mức độ quan trọng thì người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (14,0% so với 34,7%) và ở mức độ bình thường thì người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và công nghiệp có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (46,0%; 59,0% so với 62,7%).

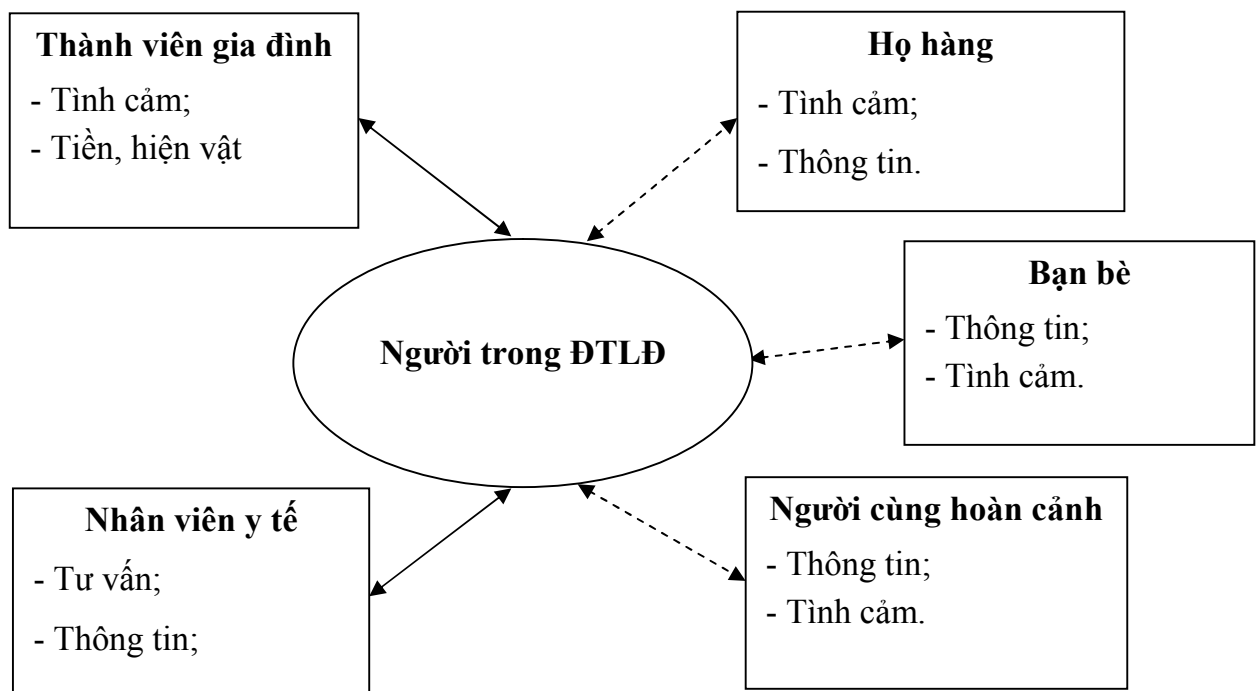
Như vậy, khi nghiên cứu quy mô, các loại, mức độ quan hệ mạng lưới xã hội trong KCB của người trong ĐTLĐ cho biết MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ có quy mô nhỏ và có năm mối quan hệ chủ yếu với tính chất và đặc điểm khác nhau. Trong đó, mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với thành viên gia đình, nhân viên y tế là mối quan hệ mạnh; mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè là mối quan hệ yếu.

Qua cách thức sử dụng các mối QHXH trong KCB của người trong ĐTLĐ, có thể vận dụng lý thuyết sức mạnh của các mối quan hệ vào tìm hiểu mối quan hệ của người trong ĐTLĐ trong bối cảnh KCB ở nông thôn. Đặc điểm và tính chất của các mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ được tổng hợp ở bảng 3.20 như sau:

Bảng 3.20: So sánh các mối quan hệ xã hội trong mạng lưới KCB

Thành phần	Cường độ	Mức độ	Tin cậy	Tính chất	Cấu trúc
Thành viên gia đình	Thường xuyên	Quan trọng	Cao	Tình cảm	Mạnh
Họ hàng	Thỉnh thoảng	Quan trọng	Thấp	Tình cảm	Yếu
Bạn bè	Thỉnh thoảng	Bình thường	Thấp	Chức năng	Yếu
Nhân viên y tế	Hiếm khi	Quan trọng	Cao	Chức năng	Mạnh
Người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật	Thỉnh thoảng	Bình thường	Thấp	Chức năng	Yếu

Trên cơ sở đặc điểm và tính chất của các mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới KCB, có thể mô hình hóa MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ như sau:



Sơ đồ 3.3: Các thành phần chủ yếu của MLXH trong KCB

3.1.4. Sự hình thành mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động

Trong bối cảnh ốm đau, bệnh tật và khám chữa bệnh, người trong ĐTLĐ gặp khó khăn trong việc tự phục vụ, ứng xử với ốm đau, bệnh tật và sử dụng dịch vụ y tế. Cùng với đó, MLXH của người trong ĐTLĐ có quy mô nhỏ và quan hệ xã hội tương đối khép kín nên họ rất khó có được thông tin về sức khỏe hoặc nguồn thông tin hữu ích và đúng thời điểm. Bên cạnh đó, nghiên cứu cho thấy kiến thức y tế (ốm đau, bệnh tật, dịch vụ và chính sách y tế) của người trong ĐTLĐ còn hạn chế. Do đó, việc thu thập và xử lý thông tin thu được từ MLXH có thể còn thiếu.

Trường hợp của Nguyễn Th H, 40 tuổi: *“Tôi nhớ lần tôi bị bệnh lần đầu cách đây mấy tháng trước, khi tôi bị đau bụng, chồng tôi đã lấy dầu gió xoa vào bụng và bảo một lúc nữa sẽ khỏi. Nhưng mấy tiếng sau không đỡ, chồng tôi đã đưa tôi lên trạm xá. Khi khám xong, bác sĩ nói không rõ nguyên nhân và chuyển tôi lên bệnh viện huyện. Do lần đầu đi viện nên tôi và chồng tôi tìm mãi mới thấy phòng khám”* (PVS, Nguyễn Th H, 40 tuổi, xã Văn Bình).

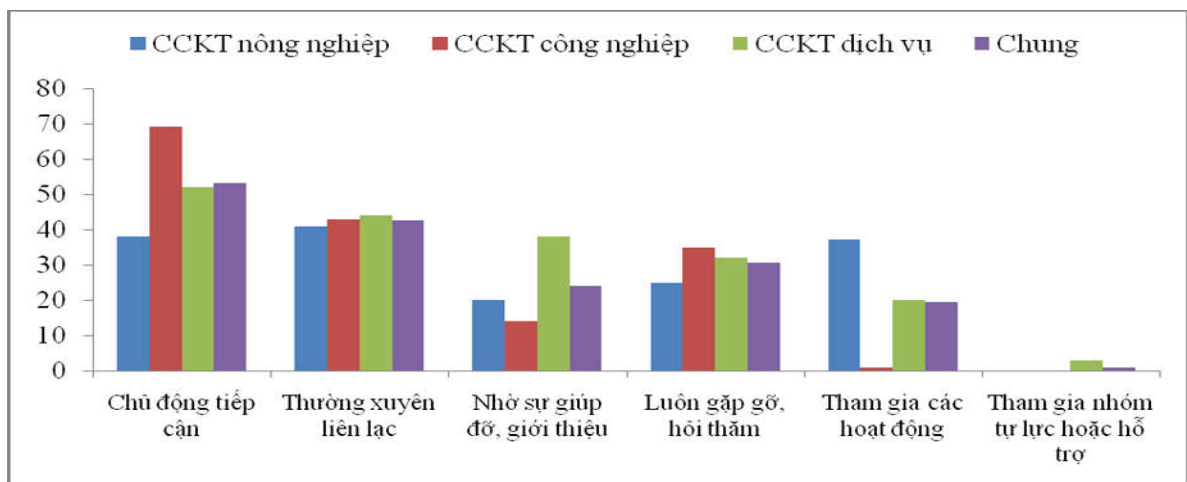
Các mối quan hệ gia đình, họ hàng cung cấp sự hỗ trợ sẵn có được coi là tạo ra nhiều loại nguồn lực hỗ trợ và MLXH cung cấp sự hỗ trợ, các nguồn lực cần thiết để giúp người trong ĐTLĐ đối phó với những khó khăn khi trải qua bệnh tật và sử dụng dịch vụ y tế.

“Tháng trước, tôi bị tiêu chảy và bị sốt cao, tôi ở trên giường trong ba ngày. Nhờ có vợ tôi chăm sóc và đến gặp và nhờ nhân viên y tế đến khám bệnh rồi mua thuốc cho tôi uống, sau đó một ngày thì khỏi” (PVS, Lê Văn V, 46 tuổi, xã Quất Động).

Khi tham gia MLXH, người trong ĐTLĐ không chỉ có được sự hỗ trợ về tình cảm, tiền từ các thành viên gia đình, mà còn có được sự hỗ trợ về thông tin, tư vấn của các mối quan hệ ngoài gia đình nhờ đó họ có được nguồn hỗ trợ và tiếp cận được dịch vụ y tế.

“Khi tôi bị ốm nặng, bạn bè, đồng nghiệp đã đến thăm và động viên tôi. Họ đã giới thiệu tôi với bác sĩ. Tôi nghĩ sẽ khó khỏi, nhưng gia đình đã động viên tôi đến gặp bác sĩ và cung cấp tiền chữa bệnh cho tôi” (PVS, Thái Văn Đ, 36 tuổi, xã Quất Động).

Việc tìm hiểu người trong ĐTLĐ duy trì và mở rộng các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội giúp xác định sự gắn kết giữa người trong ĐTLĐ với các thành viên của MLXH. Qua việc hỏi ý kiến của người trong ĐTLĐ về việc đã làm gì để duy trì và mở rộng các mối quan hệ trong mạng lưới KCB, thì người trong ĐTLĐ cho biết họ sử dụng nhiều cách khác nhau (bảng 3.21, phụ lục 3 và thể hiện ở biểu đồ 3.5) theo tỷ lệ giảm dần như sau: chủ động tiếp cận (53,0%); thường xuyên liên lạc (42,7%); gặp gỡ và hỏi thăm (30,7%). Có tỷ lệ sử dụng thấp ở cách nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu (24,0%); tham gia các hoạt động (19,3%) và nhóm tự lực (1,0%).



Biểu đồ 3.5: Cách duy trì và mở rộng mối QHXX của người trong ĐTLĐ theo cơ cấu kinh tế

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ rất thấp sử dụng cách tham gia nhóm tự lực hoặc hỗ trợ (0,0%; 0,0% và 3,0%). So với tỷ lệ chung, người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ sử dụng cách duy trì và mở rộng mối quan hệ chủ yếu là tham gia hoạt động (37,0% so với 19,3%), còn các cách khác có tỷ lệ cao nhưng thấp hơn tỷ lệ chung như: chủ động tiếp cận, thường xuyên liên lạc, luôn gặp gỡ và hỏi thăm, nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu (38,0%; 41,0%; 25,0%; 20,0% so với 53,0%; 42,7%; 30,7% và 24,0%).

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ cao hơn tỷ lệ chung trong việc sử dụng cách duy trì và mở rộng mối quan hệ như chủ động tiếp cận, thường xuyên liên lạc và luôn gặp gỡ và hỏi thăm (69,0%; 43,0% và 35,0% so với 53,0%; 44,0% và 30,7%). Nhưng có tỷ lệ thấp trong việc sử dụng cách nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu (14,0%); tham gia các hoạt động (1,0%), các nhóm tự lực hoặc hỗ trợ (0,0%).

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao sử dụng cách duy trì và mở rộng mối quan hệ như chủ động tiếp cận (52,0%); thường xuyên liên lạc (44,0%); nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu (38,0%); luôn gặp gỡ và hỏi thăm (32,0%); tham gia các hoạt động (20,0%). Nhưng có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung về cách chủ động tiếp cận (52,0% so với 53,0%).

Tuy nhiên, số liệu thống kê cho thấy chỉ có mối tương quan giữa phương thức duy trì và mở rộng các mối quan hệ với cơ cấu kinh tế về cách chủ động tiếp cận; nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu; tham gia các hoạt động; các nhóm tự lực hoặc hỗ trợ ($p = 0,000; 0,000; 0,000; 0,048$). Mối tương quan không có ý nghĩa thống kê giữa cơ cấu kinh tế với cách duy trì và mở rộng mối quan hệ như thường xuyên liên lạc và luôn gặp gỡ và hỏi thăm ($p = 0,909; 0,290$). Như vậy, người trong ĐTLĐ theo cơ cấu kinh tế dịch vụ sử dụng nhiều cách duy trì và mở rộng mối quan hệ hơn người ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và nông nghiệp.

Khi tìm hiểu cách người trong ĐTLĐ duy trì và mở rộng các mối quan hệ chủ yếu trong MLXH khám chữa bệnh, số liệu ở bảng 3.22 cho thấy trong mối quan hệ với thành viên gia đình, người trong ĐTLĐ có tỷ lệ cao nhất sử dụng cách thường xuyên liên lạc (53,9%) ($p = 0,361$) thì với các mối quan hệ họ hàng, bạn bè, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, người trong ĐTLĐ có tỷ lệ cao nhất sử dụng cách chủ động tiếp cận (57,5%; 56,5%; 53,4% và 57,9%). Tuy nhiên, mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,060; 0,246; 0,398; 0,081$).

Bảng 3.22: Cách duy trì và mở rộng các mối quan hệ chủ yếu

Cách duy trì và mở rộng	Các mối quan hệ				
	Gia đình	Họ hàng	Bạn bè	Nhân viên y tế	Người cùng hoàn cảnh
Chủ động tiếp cận	43,0	57,5	56,5	53,4	57,9
Thường xuyên liên lạc	53,9	42,5	51,1	43,8	47,4
Nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu	23,9	31,2	27,2	25,1	25,6
Luôn gặp gỡ và hỏi thăm	31,1	32,5	40,2	31,4	33,1
Tham gia các hoạt động	18,8	17,5	13,0	18,4	21,8
Tham gia nhóm tự lực hoặc hỗ trợ	1,0	1,9	2,2	1,1	2,3

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Trong việc duy trì và mở rộng các mối quan hệ chủ yếu, người trong ĐTLĐ có tỷ lệ rất thấp sử dụng cách tham gia các hoạt động, nhóm tự lực và hỗ trợ. Tuy nhiên, chỉ có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa cách tham gia các hoạt động để duy trì và mở rộng các mối quan hệ với bạn bè ($p = 0,044$).

Khi bị ốm đau, bệnh tật và đi khám chữa bệnh, người trong ĐTLĐ gặp phải những khó khăn thể hiện ở nội dung trao đổi với các thành viên và mức độ quan trọng của các mối quan hệ trong mạng lưới xã hội KCB và đây chính là lý do mà người trong ĐTLĐ xây dựng, tham gia và duy trì MLXH trong KCB. Những khó khăn chủ yếu như: tìm thuốc và cách chữa bệnh; tìm hiểu tình trạng ốm đau, bệnh tật; tìm được bác sĩ, thông tin về chính sách liên quan đến KCB, tiếp cận được cơ sở y tế. Khi người trong ĐTLĐ bị bệnh nặng hoặc điều kiện kinh tế khó khăn hoặc có ít mối quan hệ hỗ trợ thì càng thúc đẩy họ tham gia MLXH.

3.2. HỖ TRỢ CỦA MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH

3.2.1. Nội dung hỗ trợ của mạng lưới xã hội

Khi xem xét nội dung hỗ trợ xã hội theo các loại mạng lưới xã hội, kết quả khảo sát ở bảng 3.23 cho thấy loại MLXH truyền thống (thành viên gia đình và họ hàng) có tỷ lệ hỗ trợ cao nhất về tình cảm và tiền, hiện vật từ thành viên gia đình và họ hàng. Cùng với đó, loại MLXH truyền thống còn hỗ trợ về thông tin. Nhưng các thành viên gia đình có tỷ lệ hỗ trợ về thông tin thấp nhất so với các thành viên của mạng lưới và tỷ lệ hỗ trợ của họ hàng về thông tin chỉ cao hơn chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (55,7% so với 36,0%).

Loại MLXH hiện đại bao gồm các thành viên: hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật có tỷ lệ hỗ trợ cao về thông tin (có tỷ lệ cao nhất so với các thành viên khác trong MLXH là người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật với 90,0%) và tư vấn (nhân viên y tế có tỷ lệ cao nhất với 71,7%).

Thông qua MLXH, người trong ĐTLĐ nhận được sự hỗ trợ chủ yếu về tình cảm và vật chất từ MLXH truyền thống và nhận được sự hỗ trợ về thông tin, tư vấn từ MLXH hiện đại. Đặc biệt sự hỗ trợ về thông tin của người có cùng hoàn cảnh ốm

đau, bệnh tật. Họ có nhiều thông tin về y tế và sức khỏe là do có kinh nghiệm sử dụng dịch vụ y tế, tìm hiểu về ốm đau, bệnh tật, ...

Granovetter đã khẳng định, các mối quan hệ yếu quan trọng hơn cho việc truyền thông tin mới trong MLXH. Quan hệ giữa đối tượng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật là một mối quan hệ yếu do mới hình thành và có tính chất tình huống. Kiểu quan hệ này cho phép phạm vi thông tin rộng hơn so với các mối quan hệ mạnh có xu hướng hiểu biết lẫn nhau và duy trì mức độ thông tin tương tự. Theo lý thuyết của Granovetter những thông tin quan trọng và hữu ích nhất thu được từ các cá nhân khi họ đương đầu với vấn đề mới trong mối quan hệ “thình thoảng hoặc hiếm có” [93].

Bảng 3.23: Sự hỗ trợ của MLXH đối với người trong ĐTLĐ

Loại MLXH		Loại hỗ trợ					
		Tiền	Hiện vật	Tình cảm	Thông tin	Tư vấn	Chưa hỗ trợ
Truyền thống	Thành viên gia đình	54,7	15,7	94,0	20,3	8,7	0,0
	Họ hàng	5,7	13,0	63,7	55,7	3,0	0,0
Hiện đại	Hàng xóm	0,0	8,0	52,0	58,3	2,7	6,0
	Bạn bè	0,0	2,0	36,7	79,3	6,7	2,0
	Đồng nghiệp	0,7	2,3	38,0	76,7	11,0	2,7
	Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	0,0	7,0	14,3	36,0	4,7	47,0
	Nhân viên y tế	0,3	1,0	15,0	56,0	71,7	0,0
	Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật	0,0	0,7	34,0	90,0	5,3	2,0

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Trong khi đó, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức có vai trò tổ chức, cung cấp và quản lý dịch vụ y tế, cung cấp thông tin về chính sách cho người trong ĐTLĐ có tỷ lệ thấp (36,0%). Đặc biệt, 47% người trong ĐTLĐ cho rằng họ chưa nhận được sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức.

Nhân viên y tế có vai trò quan trọng đối với người bệnh thông qua uy tín và khả năng KCB, nhưng người trong ĐTLĐ cho rằng sự hỗ trợ của nhân viên y tế về thông tin chỉ cao hơn sự hỗ trợ của họ hàng và thấp hơn sự hỗ trợ của hàng xóm,

bạn bè, đồng nghiệp. Thế mạnh của nhân viên y tế là tư vấn cho người bệnh về cách điều trị, CSSK và sử dụng dịch vụ y tế đã được người trong ĐTLĐ khẳng định.

Trường hợp Thái Văn Đ: *“Khi tôi đi viện, gia đình lo hết về chi phí. Qua sự giúp đỡ của người thân, tôi đã tiếp xúc với bác sĩ và được chỉ dẫn về cách điều trị bệnh nên tôi rất yên tâm chữa bệnh. Tôi về nhà, họ hàng, hàng xóm đến thăm hỏi, có quà động viên và xem có cần giúp đỡ gì không”* (PVS, Thái Văn Đ, nam, 54 tuổi, xã Quất Động).

“Tôi vào viện được mấy hôm thì có một người bạn đến viện thăm, ông ấy kể là cũng bị bệnh như tôi và đã chữa khỏi bằng thuốc đông y do con của ông ấy quen và lấy thuốc của một bác sĩ đông y. Tôi đã nói với ông ấy là nhờ cháu lấy thuốc giúp. Hiện nay sức khỏe của tôi đã trở lại bình thường” (PVS, ông Nguyễn Văn Th, 55 tuổi, Xã Văn Bình).

Như vậy, MLXH trong KCB ở địa bàn điều tra có nhiều thành phần hay có thể gọi là loại MLXH hỗn hợp và mỗi thành phần của mạng lưới tham gia vào nhiều nội dung hỗ trợ ở các mức độ khác nhau.

Khi xem xét nội dung hỗ trợ xã hội của các mối quan hệ theo cơ cấu kinh tế, kết quả khảo sát về loại hỗ trợ của các mối quan hệ trong MLXH KCB theo cơ cấu kinh tế (từ bảng 3.24 đến bảng 3.31 ở phụ lục 3) cho thấy:

- Về sự hỗ trợ của thành viên gia đình người trong ĐTLĐ:

Thành viên trong gia đình ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao ở hai loại hỗ trợ về tình cảm và tiền, nhưng sự hỗ trợ về tiền có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ hỗ trợ chung (97,0% và 18,0% so với 94,0% và 54,7%).

Ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ cao ở bốn loại hỗ trợ tình cảm, tiền, hiện vật và thông tin, nhưng sự hỗ trợ về thông tin có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ hỗ trợ chung (98,0%; 74,0%; 19,0% và 16,0% so với 94,0%; 54,7%, 15,7% và 20,3%).

Thành viên gia đình ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao tất cả loại hỗ trợ về tình cảm, tiền, thông tin, hiện vật và tư vấn, nhưng có tỷ lệ hỗ trợ về tình cảm thấp hơn so với tỷ lệ hỗ trợ chung (87,0%; 72,0%; 39,0%; 27,0% và 21,0% so với 94,0%; 54,7%; 20,3%; 15,7% và 8,7%).

- Về sự hỗ trợ của họ hàng đối với người trong ĐTLĐ:

Họ hàng ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao về hai loại hỗ trợ: tình cảm và thông tin, nhưng thấp hơn so với tỷ lệ chung (48,0% và 55,0% so với 63,7% và 55,7%). Ở cơ cấu kinh tế công nghiệp, họ hàng có tỷ lệ cao về ba loại hỗ trợ về thông tin, tình cảm và hiện vật cao hơn so với tỷ lệ chung, nhưng có tỷ lệ hỗ trợ về tình cảm thấp hơn tỷ lệ chung (62,0%; 58,0% và 21,0% so với 63,7%; 55,7% và 13,0%).

Họ hàng ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao ở bốn loại hỗ trợ về tình cảm, thông tin, hiện vật và tiền cao hơn tỷ lệ chung, nhưng có tỷ lệ hỗ trợ về thông tin thấp hơn tỷ lệ chung (81,0%; 54,0%; 16,0% và 15,0% so với 63,7%; 55,7%; 13,0% và 5,7%). Tuy nhiên, sự khác nhau về sự hỗ trợ thông tin của họ hàng giữa các cơ cấu kinh tế không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0893$).

- Sự hỗ trợ của hàng xóm đối với người trong độ tuổi lao động:

Hàng xóm ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao về hai loại hỗ trợ thông tin và tình cảm, nhưng có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (55,0% và 39,0% so với 58,3% và 52,0%).

Ở cơ cấu kinh tế công nghiệp, hàng xóm có tỷ lệ cao về ba loại hỗ trợ về thông tin, tình cảm và hiện vật, nhưng có tỷ lệ hỗ trợ về tình cảm thấp hơn tỷ lệ chung (64,0%; 44,0% và 23,0% so với 58,3%; 52,0% và 8,0%).

Hàng xóm ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ cao ở hai loại hỗ trợ về tình cảm, thông tin, nhưng có tỷ lệ hỗ trợ về thông tin thấp hơn tỷ lệ chung (73,0%; và 56,0% so với 52,0% và 58,3%). Tuy nhiên, sự khác nhau về sự hỗ trợ thông tin của hàng xóm giữa các cơ cấu kinh tế không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,367$).

- Sự hỗ trợ của bạn bè đối với người trong độ tuổi lao động:

Bạn bè ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao về hai loại hỗ trợ thông tin và tình cảm. Nhưng bạn bè ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ thấp hơn so với tỷ lệ chung về cả hai loại hỗ trợ (71,0% và 29,0% so với 79,3% và 36,7%). Bạn bè ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ hỗ trợ tình cảm thấp hơn tỷ lệ chung (24,0% so với 36,7%). Còn bạn bè ở cơ cấu kinh tế dịch vụ lại có tỷ lệ hỗ trợ thấp về thông tin so với tỷ lệ chung (76,0% so với 79,3%).

- Sự hỗ trợ của đồng nghiệp đối với người trong độ tuổi lao động:

Trong khi đồng nghiệp ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao ở hai loại hỗ trợ thông tin và tình cảm thì đồng nghiệp ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao ở ba loại hỗ trợ thông tin, tình cảm và tư vấn. Nhưng đồng nghiệp ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ thấp hơn so với tỷ lệ chung về cả hai loại hỗ trợ (68,0% và 28,0% so với 76,7% và 38,0%). Đồng nghiệp ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ hỗ trợ tình cảm thấp hơn tỷ lệ chung (28,0% so với 38,0%). Còn đồng nghiệp ở cơ cấu kinh tế dịch vụ lại có tỷ lệ hỗ trợ thông tin, tình cảm và tư vấn cao hơn so với tỷ lệ chung (78,0%; 58,0% và 14,0% so với 76,7%; 38,0% và 11,0%).

- Sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức đối với người trong độ tuổi lao động:

Số liệu ở bảng 3.29 (phụ lục 3) cho thấy chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ hỗ trợ chủ yếu về tình cảm (18,0%), thì ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ hỗ trợ chủ yếu về thông tin (54,0% và 46,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các cơ cấu kinh tế về hỗ trợ tình cảm của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức không có ý thống kê ($p = 0,431$).

Kết quả khảo sát cho thấy người trong ĐTLĐ cho rằng chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức chưa hỗ trợ họ. Trong đó có tỷ lệ cao nhất là ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp (71,0%), còn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ thấp và thấp hơn tỷ lệ chưa hỗ trợ chung (28,0% và 43,0% so với 47,3%). Điều này cũng chứng tỏ người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp gặp nhiều khó khăn hơn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ.

- Sự hỗ trợ của nhân viên y tế đối với người trong độ tuổi lao động:

Nhân viên y tế ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ cao về hai loại hỗ trợ tư vấn và tình cảm (80,0% và 30,0%), nhưng tỷ lệ hỗ trợ về tình cảm thấp hơn tỷ lệ chung (56,0%) (bảng 3.30 ở phụ lục 3). Ở cơ cấu kinh tế công nghiệp, nhân viên y tế có tỷ lệ cao về hai loại hỗ trợ thông tin và tư vấn (63,0% và 60,0%), nhưng có tỷ lệ hỗ trợ tư vấn thấp hơn tỷ lệ chung (72,0%). Còn ở cơ cấu kinh tế dịch vụ, nhân

viên y tế có tỷ lệ cao về ba loại hỗ trợ tư vấn, thông tin và tình cảm (76,0%; 75,0% và 25,0%) và cao hơn so với tỷ lệ chung (72,0%; 56,0% và 15,0%).

- Sự hỗ trợ của người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong độ tuổi lao động:

Kết quả khảo sát ở bảng 3.31 (phụ lục 3) cho thấy người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao ở hai loại hỗ trợ thông tin và tình cảm. Nhưng người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ hỗ trợ thấp hơn tỷ lệ chung (86,0% và 23,0% so với 90,0% và 34,0%). Tuy nhiên, sự khác nhau về sự hỗ trợ thông tin của người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ở các cơ cấu kinh tế không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,236$).

3.2.2. Mức độ hỗ trợ của mạng lưới xã hội

Khi xem xét mức độ hỗ trợ của các loại mạng lưới xã hội, kết quả khảo sát ở bảng 3.32 (phụ lục 3) cho thấy:

- Mức độ hỗ trợ của loại MLXH truyền thống (thành viên gia đình và họ hàng) có tỷ lệ cao trong việc hỗ trợ người trong ĐTLĐ ở mức độ thường xuyên (thành viên gia đình) và hiếm khi (họ hàng). Thành viên gia đình có tỷ lệ cao ở mức độ hỗ trợ thường xuyên (73,0%), nhưng họ hàng lại có tỷ lệ cao ở mức độ hỗ trợ thỉnh thoảng (72,0%).

- Mức độ hỗ trợ của loại MLXH hiện đại, có tỷ lệ cao trong việc hỗ trợ người trong ĐTLĐ ở mức độ thỉnh thoảng (bạn bè, đồng nghiệp, người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật) và hiếm khi (hàng xóm, nhân viên y tế, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức). Ngoài ra, có tỷ lệ 38,3% người trong ĐTLĐ chưa nhận được sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức.

- Mức độ hỗ trợ của loại mạng lưới hỗn hợp có tỷ lệ cao trong việc hỗ trợ người trong ĐTLĐ ở mức độ thỉnh thoảng.

Mức độ hỗ trợ trên thể hiện sự khác biệt nhất định giữa loại mạng lưới hiện đại với loại mạng lưới truyền thống xét về sự ràng buộc trong MLXH của họ liên quan đến KCB.

Khi xem xét mức độ hỗ trợ của mạng lưới xã hội theo cơ cấu kinh tế, kết quả khảo sát (từ bảng 3.33 đến 3.40 ở phụ lục 3) cho thấy thành viên gia đình ở các cơ cấu kinh tế có tỷ lệ hỗ trợ cao đối với người trong ĐTLĐ ở mức độ thường xuyên. Tuy nhiên, ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ mức độ hỗ trợ thấp nhất và thấp hơn tỷ lệ chung (53,0% so với 73,0%), nhưng có tỷ lệ mức độ hỗ trợ thường xuyên cao hơn tỷ lệ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và nông nghiệp (40,0% so với 12,0% và 6,0%).

Mức độ hỗ trợ của họ hàng, bạn bè, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong ĐTLĐ ở các cơ cấu kinh tế khác nhau có tỷ lệ cao ở hai loại mức độ thỉnh thoảng và hiếm khi.

Tuy nhiên, mức độ hỗ trợ của bạn bè; đồng nghiệp; chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có thêm tỷ lệ cao ở mức độ thường xuyên. Riêng mức độ hỗ trợ của nhân viên y tế ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ có thêm tỷ lệ cao ở mức độ thường xuyên. Đặc biệt, mức độ hỗ trợ của người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có thêm tỷ lệ cao ở mức độ thường xuyên.

Qua kết quả nghiên cứu về nội dung và mức độ hỗ trợ của MLXH trong KCB cho thấy các loại MLXH, các mối QHXXH có vai trò khác nhau trong việc hỗ trợ người trong độ tuổi khi đi khám chữa bệnh. Loại MLXH truyền thống hỗ trợ về tiền, hiện vật và tình cảm; loại MLXH hiện đại hỗ trợ về tư vấn, thông tin và cả tình cảm; loại mạng lưới hỗn hợp hỗ trợ về tiền, hiện vật, tình cảm, thông tin, tư vấn. Mức độ hỗ trợ thường xuyên, chủ yếu là thành viên gia đình. Mức độ hỗ trợ của các thành phần khác của MLXH trong KCB tập trung ở mức độ thỉnh thoảng. Đặc biệt, có tỷ lệ cao nhất người trong ĐTLĐ chưa nhận được sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức.

Các kết quả nghiên cứu khẳng định lại các nghiên cứu trước đây cho rằng không phải tất cả các mối QHXXH đều hỗ trợ, có sự khác biệt về loại, tần suất và mức độ hỗ trợ. MLXH bị giới hạn, có ít mối QHXXH và gia đình, ít có niềm tin thì luôn có ít sự hỗ trợ khi cần [141], tăng nguy cơ cô đơn và cô lập [140], [145].

Các tác giả đã chỉ ra MLXH ảnh hưởng đến sự cung cấp HTXH cũng ảnh hưởng đến sức khỏe. Theo Berkman, những loại hình MLXH này có điểm chung là yếu tố gắn kết xã hội, trong đó mức độ gắn kết xã hội trước có trình độ cao và cấp độ sau có mức độ thấp. Điều này cho thấy sự gắn kết xã hội là thành phần năng động trong MLXH [70]. Theo Barrena, nghiên cứu trước đây cho thấy những người có tần xuất liên lạc xã hội thấp nhận được sự HTXH ít [67]. Wenger cũng cho thấy những người có QHXX hạn chế thường có nguy cơ bị bệnh tật. Sự ủng hộ xã hội không có ý nghĩa trong các mối QHXX và loại MLXH cục bộ tự cung tự cấp. Điều này có thể là do sự giúp đỡ không sẵn có và không đáng tin cậy trong cuộc sống của các thành viên [145]. Kết quả là, các cá nhân có thể học được sự tự hỗ trợ và hạn chế sự hỗ trợ lẫn nhau.

Wenger cũng đề cập đến những người trong MLXH ít có yêu cầu hỗ trợ trong tình trạng khẩn cấp và cho rằng tự làm là một sức mạnh. Sự HTXH làm tăng hoặc giảm sự phụ thuộc vào các thành viên trong gia đình [145]. Còn theo Sabatelli và cộng sự cho rằng một số người đã lập luận bản chất của sự nhận thức về gánh nặng với các thành viên trong gia đình và sự không gắn kết với đồng nghiệp có thể là nguyên nhân khiến cá nhân thấy thất vọng [136].

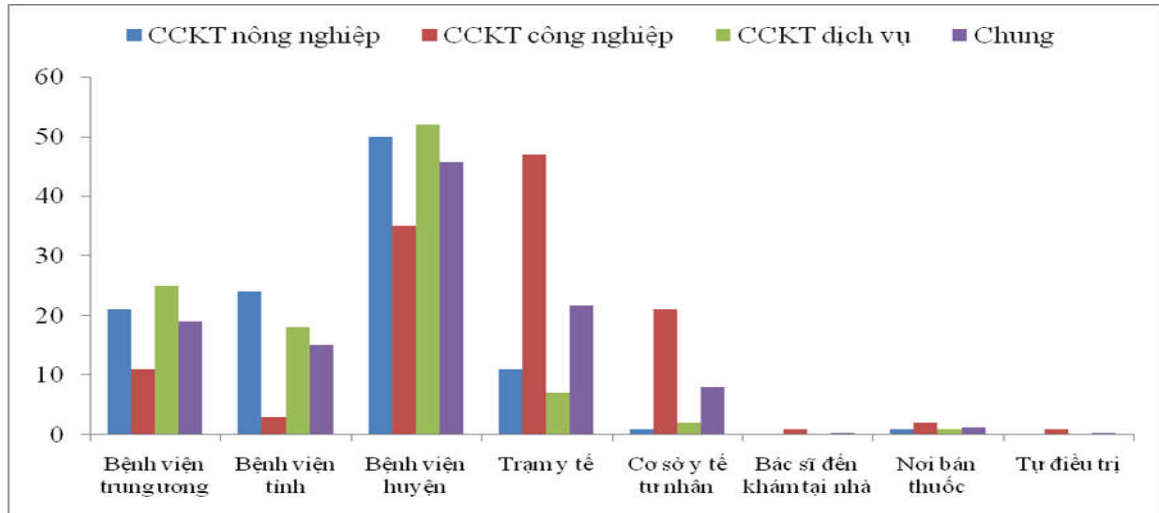
3.3. TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG

Trong KCB, MLXH tạo thuận lợi cho quá trình phục hồi sức khỏe. Khi loại hỗ trợ và phạm vi nguồn hỗ trợ là những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình đó, thì tiếp cận dịch vụ y tế được coi là yếu tố không chỉ quyết định đến sự phục hồi sức khỏe mà còn quyết định sự công bằng xã hội trong KCB. Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ nhờ sự hỗ trợ của MLXH được tìm hiểu qua các chỉ số nơi KCB, số lần KCB và chất lượng dịch vụ y tế theo đánh giá của người trong ĐTLĐ.

3.3.1. Sử dụng cơ sở y tế của người trong độ tuổi lao động

Khi được hỏi về nơi KCB, người trả lời khảo sát cho biết họ thường lựa chọn nhiều hơn một địa điểm (kết quả ở bảng 3.41, phụ lục 3 và thể hiện ở biểu đồ 3.6). Đa số đối tượng khảo sát thường đi KCB ở bệnh viện công lập (có tỷ lệ thấp nhất là bệnh viện tuyến tỉnh và có tỷ lệ cao nhất là bệnh viện tuyến huyện). Việc mời bác sĩ

đến khám tại nhà, nơi bán thuốc và tự chữa bệnh được người lao động sử dụng rất ít. Điều này có thể giải thích là các cơ quan, đơn vị tổ chức KCB cho người trong ĐTLĐ tại đơn vị y tế của cơ quan, tổ chức. Trong khi đó, trạm y tế xã chỉ KCB khi người dân tìm đến. Người trong ĐTLĐ lựa chọn KCB ở tuyến cao hơn.



Biểu đồ 3.6: Sử dụng cơ sở y tế trong khám chữa bệnh theo cơ cấu kinh tế

Kết quả khảo sát này cũng cho kết quả tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khánh Phương và cộng sự, trong số các cơ sở y tế nhà nước cung ứng dịch vụ KCB cho người có BHYT thì trạm y tế xã và bệnh viện huyện đóng vai trò chủ yếu với 55% tổng số lượt KCB và lên tới 86% số lượt người KCB tại cơ sở y tế nhà nước [39].

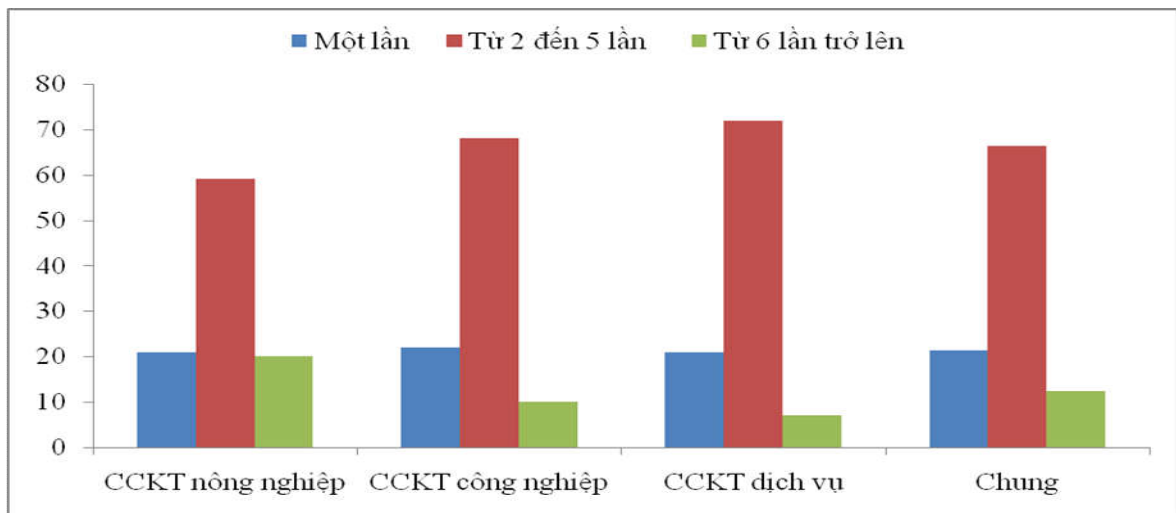
Khi nghiên cứu về sử dụng dịch vụ y tế ở các cơ cấu kinh tế cho thấy, có mối tương quan giữa cơ cấu kinh tế với việc sử dụng dịch vụ y tế là bệnh viện trung ương, tỉnh, huyện, trạm y tế và cơ sở y tế tư nhân. Trong khi người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ cao sử dụng dịch vụ y tế là bệnh viện huyện, tỉnh và trung ương thì ở cơ cấu kinh tế công nghiệp lại có tỷ lệ cao sử dụng dịch vụ y tế là trạm y tế, bệnh viện huyện và cơ sở y tế tư nhân.

3.3.2. Số lần khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động

Số liệu ở bảng 3.42 (phụ lục 3) và được thể hiện ở biểu đồ 3.7 cho thấy, nhìn chung, phần lớn người trong ĐTLĐ cho biết họ đi KCB từ 2 đến 5 lần trong một năm (66,3%). Có 21,3% người trong ĐTLĐ KCB một lần trong một năm.

Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp, công nghiệp và dịch vụ đều có tỷ lệ cao về số lần KCB từ hai đến 5 lần. Nhưng người trong ĐTLĐ ở cơ cấu

kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ thấp hơn tỷ lệ chung (59,0% so với 66,3%). Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế công nghiệp có tỷ lệ số lần KCB là một lần cao hơn cơ cấu kinh tế nông nghiệp và dịch vụ (22,0% so với 21,0% và 21,0%). Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp và dịch vụ có tỷ lệ số lần KCB là một lần thấp hơn so với tỷ lệ chung. Người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ số lần KCB là 6 lần trở lên cao hơn cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ (20,0% so với 10,0% và 7,0%) và cao hơn so với tỷ lệ chung.



Biểu đồ 3.7: Số lần khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ trong 12 tháng

Tuy nhiên, sự khác nhau về số lần KCB ở các cơ cấu kinh tế không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,064$). Điều này cho thấy, dù người trong ĐTLĐ ở thành phần cơ cấu kinh tế nào họ đều khá tích cực đi KCB.

Khi nghiên cứu nhu cầu CSSK và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người có thẻ BHYT tại vùng nông thôn, tác giả Nguyễn Khánh Phương và cộng sự cho biết tỷ lệ đi KCB khi ốm nhìn chung ở mức khá lạc quan với mức 58,6%. Tỷ lệ KCB ở nhóm có BHYT cao hơn một chút so với nhóm không có BHYT nhưng không có ý nghĩa thống kê (58,9% so với 57,2%). Số lượt đi KCB bình quân đầu người trong năm trên toàn mẫu là 2 lượt và tần suất đi KCB của nhóm BHYT tự nguyện là cao nhất (3,34 lượt/người/năm), nhóm có BHYT người nghèo (2,63 lượt/người/năm) và học sinh (1,74 lượt/người/năm) [39].

3.3.3. Tiêu chí lựa chọn chất lượng dịch vụ y tế

Theo ý kiến của người trong ĐTLĐ (bảng 3.43, phụ lục 3), họ sử dụng dịch vụ do người khác giới thiệu dựa trên mười tiêu chí xếp theo thứ tự từ thấp đến cao: Cán bộ y tế giỏi; người bệnh được đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng; chi phí y tế phù hợp với khả năng chi trả; không phải chờ đợi lâu; có người quen; gần nhà, đi lại dễ dàng; thủ tục KCB và thanh toán viện phí nhanh, chính xác; nhân viên y tế cởi mở, lịch sự, tôn trọng người bệnh; trang thiết bị y tế, thuốc men đầy đủ; tiếp cận dễ dàng với chuyên gia y tế.

Người trong ĐTLĐ được khảo sát ít lựa chọn những tiêu chí về sự tham gia vào quá trình điều trị và bảo vệ quyền riêng tư. Họ lựa chọn các tiêu chí đáp ứng nhu cầu trước mắt và chưa đề cao quyền lợi của họ khi đi KCB. Đó có thể là nguyên nhân làm cho việc đi KCB của họ còn thụ động và chưa thỏa mãn mong đợi cá nhân. Họ đặt nhiều mong đợi vào lực lượng y tế.

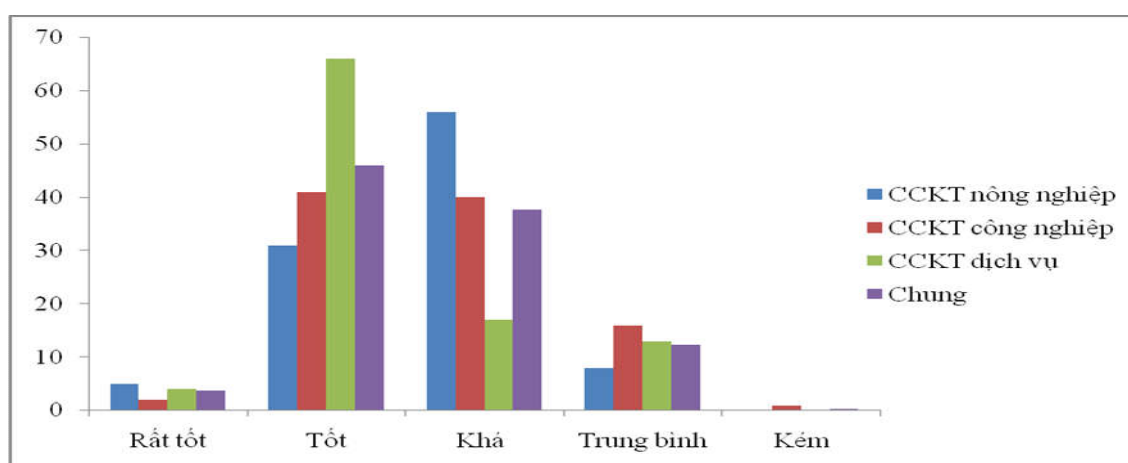
Giữa cơ cấu kinh tế với việc lựa chọn chất lượng dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ có mối tương quan có ý nghĩa thống kê về các tiêu chí: cán bộ y tế giỏi; người bệnh được đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng; chi phí y tế phù hợp với khả năng chi trả; không phải chờ đợi lâu; có người quen; gần nhà, đi lại dễ dàng; trang thiết bị y tế, thuốc men đầy đủ; tiếp cận dễ dàng với chuyên gia y tế ($p = 0,000; 0,000; 0,000; 0,000; 0,035; 0,000; 0,000; 0,005$). Tuy vậy, mối tương quan không có ý nghĩa thống kê giữa cơ cấu kinh tế với việc lựa chọn thủ tục KCB và thanh toán viện phí nhanh, chính xác ($p = 0,284$). Điều này có thể do người trả lời khảo sát cho rằng thủ tục KCB và thanh toán viện phí đã được ấn định, khó có thể tác động để thay đổi.

3.3.4. Đánh giá chất lượng dịch vụ y tế của người trong độ tuổi lao động

Đánh giá của người trong ĐTLĐ đối với dịch vụ y tế mà họ sử dụng (bảng 3.44, phụ lục 3 và được thể hiện ở biểu đồ 3.8) cho thấy dịch vụ y tế thường được cho là tốt và khá (46%, 37,7%). Điều này chứng tỏ MLXH đã giúp người trong ĐTLĐ tiếp cận được dịch vụ y tế phù hợp và người trong ĐTLĐ có niềm tin với nhân viên y tế và cơ sở cung cấp dịch vụ y tế.

Trong khi người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế dịch vụ có tỷ lệ đánh giá chất lượng dịch vụ y tế ở mức độ tốt thì người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp

và công nghiệp có tỷ lệ đánh giá chất lượng dịch vụ ở mức độ khá ($p = 0,000$). Có thể lý giải thực trạng trên như sau: y tế là loại dịch vụ và người lao động trong khu vực dịch vụ chia sẻ nhiều hơn với quan điểm chất lượng dịch vụ y tế nên đánh giá cao hơn so với người lao động trong khu vực kinh tế kia. Mặc dù còn có hạn chế về trình độ chuyên môn, cơ sở vật chất, trang thiết bị kỹ thuật, nhưng các cơ sở y tế công lập tại địa bàn khảo sát đã đạt chuẩn quốc gia về y tế, đặc biệt các trạm y tế xã đều có một bác sĩ.



Biểu đồ 3.8: Chất lượng dịch vụ y tế

Như vậy, qua kết quả khảo sát cho thấy, người trong ĐTLĐ có tỷ lệ cao sử dụng dịch vụ y tế ở tuyến huyện và xã với tỷ lệ cao ở số lần KCB từ 2 đến 5 lần. Việc sử dụng dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ qua sự hỗ trợ của mạng lưới với các tiêu chí và chất lượng dịch vụ y tế có tỷ lệ đánh giá là tốt và khá.

Có thể thấy rằng, sự hỗ trợ của MLXH trong KCB đối với người trong ĐTLĐ ở nông thôn (trường hợp khảo sát) có tính đa dạng, đáp ứng cơ bản nhu cầu KCB của người trong ĐTLĐ. Sự hỗ trợ của các thành viên trong MLXH có tính đa chiều nhưng chưa sâu và theo chức năng, kinh nghiệm, hiểu biết và nguồn lực có thể huy động được.

Ý kiến của người trong ĐTLĐ cho thấy vai trò của chính quyền, tổ chức, đơn vị sử dụng lao động, cơ sở y tế, cũng như các tổ chức chính trị - xã hội còn mờ nhạt, chưa đáp ứng đầy đủ mong đợi của họ trong việc cung cấp thông tin về y tế nói chung; thông tin về tổ chức, quản lý và cung cấp dịch vụ CSSK, kết nối nguồn lực và với các cơ sở y tế nói riêng để tổ chức KCB cho người trong ĐTLĐ.

Tiểu kết chương 3

Qua nghiên cứu thực trạng mạng lưới hỗ trợ KCB của người trong ĐTLĐ đã làm rõ những nội dung sau:

1. Mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ là tập hợp các mối quan hệ đan chéo, từ quan hệ gia đình, họ hàng, bạn bè, hàng xóm đến các quan hệ với nhân viên y tế, chính quyền, các tổ chức đoàn thể, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật mà người trong ĐTLĐ duy trì và phát triển trong quá trình khám chữa bệnh thông qua các mối quan hệ trong MLXH;

2. MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ có quy mô nhỏ và có ít thành phần. Có năm mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ là: thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè.

3. MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ có các mối quan hệ mạnh với thành viên gia đình, nhân viên y tế và các quan hệ yếu với họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, bạn bè. Có sự khác nhau về các mối quan hệ trong mạng lưới KCB theo các cơ cấu kinh tế. Các mối quan hệ của người trong ĐTLĐ ở cơ cấu kinh tế nông nghiệp có tỷ lệ về năm mối quan hệ chủ yếu thấp hơn ở cơ cấu kinh tế công nghiệp và dịch vụ.

4. Các mối quan hệ có vai trò khác nhau trong việc hỗ trợ người trong ĐTLĐ khi đi KCB với nhiều nội dung. Thành viên gia đình hỗ trợ về tiền, tình cảm; nhân viên y tế hỗ trợ về tư vấn; các thành phần khác của mạng lưới hỗ trợ về tình cảm và thông tin. Sự hỗ trợ của MLXH ở mức độ thường xuyên, chủ yếu là thành viên gia đình. Mức độ hỗ trợ của các thành phần khác của mạng lưới tập trung ở mức độ thỉnh thoảng. Đặc biệt, người trong ĐTLĐ chưa nhận được sự hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức có tỷ lệ cao nhất.

Có mối liên hệ giữa sự hỗ trợ của MLXH với mức sống của gia đình người trong ĐTLĐ trong các mối quan hệ với hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp (người cùng làm việc), chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức; ít có mối liên hệ với các thành

viên gia đình, họ hàng; không có mối liên hệ với nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

5. Qua sự hỗ trợ của MLXH, người trong ĐTLĐ sử dụng dịch vụ y tế ở tuyến huyện và xã với số lần KCB từ hai đến năm lần. Việc sử dụng dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ qua sự hỗ trợ của mạng lưới với các tiêu chí và chất lượng dịch vụ y tế được đánh giá là tốt. MLXH đã hỗ trợ và đáp ứng phần lớn nhu cầu KCB của người trong ĐTLĐ.

Chương 4
NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MẠNG LƯỚI XÃ HỘI
TRONG KHÁM CHỮA BỆNH, XU HƯỚNG BIẾN ĐỔI
VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP

4.1. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH

4.1.1. Ảnh hưởng từ nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa

Kể từ Đại hội Đảng lần thứ VI đến nay, Đảng ta kiên định đường lối đổi mới. Thể hiện ở đường lối phát triển kinh tế, trong Văn kiện Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX, đã thể hiện rõ: “Đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa, xây dựng nền kinh tế độc lập tự chủ, đưa đất nước ta trở thành nước công nghiệp, ưu tiên phát triển lực lượng sản xuất, đồng thời xây dựng quan hệ sản xuất phù hợp theo định hướng xã hội chủ nghĩa” [4].

Hình thành MLXH trong khám chữa bệnh như là một hệ quả tất yếu của xu thế thời đại mà đặc trưng là nền kinh tế thị trường. MLXH trong KCB có thể được xem như là một bộ phận trong hệ thống CSSK nhằm đáp ứng các nhu cầu đa dạng của nhân dân về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

Việc đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa có tác động lớn đến lĩnh vực y tế, trong đó có CSSK, nhiều nhu cầu mới về CSSK của nhân dân được phát triển trong thời kỳ đổi mới. Điều này có thể lý giải bằng sự tăng trưởng kinh tế do quá trình đổi mới đem lại. Người dân có thu nhập cao hơn. Kinh tế nhiều thành phần trong đó tỷ trọng phát triển công nghiệp và dịch vụ ngày càng tăng. Sức mua của nhân dân càng nhiều nên lại kích thích quá trình hoàn thiện, đầu tư các loại hình CSSK tốt lên [25].

Trước xu thế của thời đại mang lại cho hệ thống y tế, MLXH trong KCB đã chia sẻ gánh nặng cho bệnh viện, bác sĩ, người bệnh và gia đình. Đường lối đổi mới đã ảnh hưởng đến MLXH trong KCB hiện nay. MLXH trong KCB mang lại lợi ích trực tiếp cho người bệnh, mặt khác phát triển các loại hình dịch vụ CSSK trong tương lai. Tuy nhiên, nếu MLXH trong KCB không được phát triển đúng hướng sẽ

phản chức năng, người dân sẽ bị mất phương hướng bởi những luồng thông tin không được cung cấp rõ ràng, chưa được kiểm chứng, ảnh hưởng đến sức khỏe, tài chính, thời gian, tăng sự lo lắng, làm cho việc KCB không kịp thời, hiệu quả thấp, ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống của người bệnh, ...

Người dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng có nhu cầu CSSK nhưng chưa có thói quen theo dõi sức khỏe thông qua khám sức khỏe định kỳ. Do vậy, họ không lường trước được thời điểm mắc bệnh, khi bị mắc bệnh thì bệnh thường nặng nên gặp khó khăn khi chi trả dịch vụ y tế không biết trước được mà vẫn phải sử dụng, ít có giải pháp lựa chọn. Mặt khác, khi sử dụng dịch vụ y tế, người trong ĐTLĐ thường không chủ động lựa chọn dịch vụ y tế mà do cơ sở y tế quyết định. Cùng với đó, thị trường y tế phát triển nhưng không phải là thị trường tự do, không có sự thỏa thuận giá dịch vụ giữa người sử dụng và cung cấp dịch vụ. Bên cung cấp dịch vụ quyết định giá dịch vụ và phương pháp điều trị. Như vậy, người trong ĐTLĐ khi đi khám chữa bệnh gặp khó khăn trong việc lựa chọn dịch vụ y tế và những thông tin liên quan đến tình trạng bệnh tật, quá trình khám chữa bệnh, thiếu những nguồn lực, ... nên họ phải thiết lập và sử dụng các mối quan hệ để giúp họ lựa chọn và sử dụng dịch vụ y tế phù hợp. Cùng với đó, MLXH trong khám chữa bệnh của họ được hình thành và phát triển.

4.1.2. Ảnh hưởng từ các chính sách về y tế

Thời gian qua, Đảng và Nhà nước đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách về y tế và CSSK nhân dân. Chủ trương, chính sách, pháp luật về y tế đã tạo ra cơ sở pháp lý quan trọng cho việc đảm bảo an sinh xã hội, tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Tuy nhiên, việc tổ chức thực hiện chính sách y tế còn nhiều hạn chế dẫn đến tình trạng thiếu công bằng xã hội trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế. Người nghèo, cận nghèo khu vực nông thôn, người lao động phi chính thức chưa tiếp cận được với dịch vụ y tế tối thiểu.

Nước ta đang trong quá trình chuyển đổi sang cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, các cơ chế chính sách và mô hình tổ chức hoạt động đối với lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân chưa theo kịp. Quản lý nhà nước về y tế còn nhiều hạn chế. Việc quản lý điều hành các cơ sở y tế, nhất là các bệnh viện

công còn chậm đổi mới, quản lý còn yếu. Phương thức quản lý và hoạt động của các đơn vị y tế công lập còn chịu ảnh hưởng không nhỏ bởi tư duy bao cấp, dẫn đến chưa phát huy được tính năng động và sáng tạo của người thầy thuốc.

Đầu tư cho y tế chưa đáp ứng được nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Tỷ lệ chi từ tiền túi hộ gia đình còn cao (45%) dễ dẫn đến tình trạng nghèo hóa ở những gia đình có thu nhập trung bình khi có người ốm đau. Việc triển khai các giải pháp thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân còn nhiều lúng túng. Vẫn còn gần 20% người dân chưa tham gia BHYT, đặc biệt là nông dân, ngư dân, diêm dân và những đối tượng có thu nhập trung bình.

Cơ chế tài chính y tế còn nhiều bất cập, giá dịch vụ y tế chưa được tính đúng, tính đủ chi phí; cải cách thủ tục hành chính trong KCB chuyển biến chậm; việc liên doanh, liên kết lắp đặt trang thiết bị y tế trong các cơ sở y tế công lập chưa được quản lý chặt chẽ, dẫn đến tình trạng lạm dụng kỹ thuật cao, lạm dụng xét nghiệm, ... làm tăng chi phí trong KCB của người dân. Sự chênh lệch lớn về chất lượng dịch vụ y tế và các chỉ số về sức khỏe của người dân giữa các vùng, miền đang tạo ra sự thiếu công bằng trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Việc khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện còn chậm, chưa vững chắc; chất lượng KCB BHYT còn hạn chế, khả năng đáp ứng của dịch vụ y tế còn nhiều bất cập, nhất là ở tuyến y tế cơ sở.

Cùng với đó là những thách thức đang đặt ra cho ngành Y tế [13], như: Tách rời công tác bảo vệ môi trường với sự phát triển kinh tế-xã hội diễn ra phổ biến ở nhiều ngành, nhiều cấp, dẫn đến tình trạng ô nhiễm môi trường rất đáng báo động, chủ yếu là do hoạt động sản xuất của nhà máy trong các khu công nghiệp, hoạt động làng nghề và sinh hoạt.

Quá trình công nghiệp hóa cũng đặt ra những gánh nặng cho hệ thống y tế trong việc bảo đảm cung cấp dịch vụ CSSK cho hàng triệu lao động tập trung ở các khu công nghiệp và khu chế xuất. Trong khi thu nhập của công nhân và người lao động ở khu vực không chính thức có thể chưa bảo đảm mức sống tối thiểu làm ảnh hưởng đến khả năng tham gia và đóng phí BHYT. Đô thị hóa thiếu quy hoạch tổng thể, chưa đồng bộ dẫn đến thiếu các hạ tầng y tế đi kèm, làm tăng áp lực và gia tăng gánh nặng về CSSK cho một số khu vực tập trung đông dân.

Bối cảnh nền kinh tế thị trường với nhiều chính sách tác động đa chiều đến y tế, sự phân hóa giàu nghèo ngày càng tăng đặt ra nhiều thách thức trong việc xây dựng hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và chất lượng. Nếu không được kiểm soát tốt, hệ thống y tế sẽ dễ bị chia cắt, phân mảnh; mất cân đối giữa phát triển y tế cơ sở, CSSK ban đầu để mọi người dân được hưởng dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng với việc phát triển y tế chuyên sâu, kỹ thuật cao; không thực hiện được CSSK toàn diện, liên tục, lồng ghép; thực hiện công bằng trong bối cảnh chi tiêu công cho y tế còn thấp.

Để giúp người dân tiếp cận dịch vụ y tế và giảm chi phí từ tiền túi dẫn đến nghèo hóa do chi phí y tế, Bộ y tế đã ban hành Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01/01/2016. Thông tư này quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong đó đã xác định người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu có thể lựa chọn, chuyển tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương đương từ tuyến xã, tuyến huyện, tuyến trung ương và phù hợp với tình trạng ốm đau, bệnh tật và điều kiện công tác, học tập, làm việc lưu động hoặc tạm trú dưới 12 tháng tại địa phương khác.

Để phát triển đối tượng tham gia BHYT nói chung, tham gia BHYT hộ gia đình nói riêng, các cơ quan liên quan đã ban hành các văn bản tháo gỡ những khó khăn, tạo thuận lợi cho người dân tham gia BHYT. Trong quá trình thực hiện Công văn số 777/BHXH-BT ngày 12/3/2015 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn một số nội dung về thu bảo hiểm y tế, đã có phản ánh vướng mắc trong việc kê khai, xác nhận thông tin thành viên hộ gia đình tham gia BHYT; Bộ Y tế ban hành Công văn số 3638/BYT-BH ngày 29/5/2015 về việc đơn giản thủ tục tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình và Bảo hiểm xã hội Việt Nam yêu cầu BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thực hiện một số nội dung theo Văn bản số 2085/BHXH-BT ngày 08/6/2015 về việc đơn giản thủ tục tham gia BHYT theo hộ gia đình. Đó là, khi người tham gia BHYT theo hộ gia đình không phải trình cơ quan quản lý các loại giấy tờ để chứng minh về đặc điểm nhân thân đối tượng, về sự tham gia BHYT của thành viên trong hộ gia đình. Đồng thời phổ biến đến ủy ban

nhân dân cấp xã và đại lý thu để tổ chức thực hiện, đồng thời thông báo rộng rãi đến từng hộ gia đình biết về thủ tục và địa điểm tham gia BHYT, tạo điều kiện thuận lợi nhất cho mọi người dân khi tham gia BHYT theo hộ gia đình.

Tuy nhiên, cơ chế, chính sách về bảo hiểm y tế, giá dịch vụ,... còn thiếu đồng bộ. Vẫn còn có tình trạng người dân lựa chọn ngược khi tham gia BHYT, chỉ có người ốm mới tham gia BHYT, gây nguy cơ mất cân đối quỹ BHYT, giảm tính chia sẻ cộng đồng của người dân và tạo thêm gánh nặng cho quỹ BHYT. Chưa có quy định nhiều mức BHYT theo các gói dịch vụ y tế khác nhau, do vậy người tham gia BHYT chưa có nhiều lựa chọn để đáp ứng nhu cầu KCB.

Qua kết quả phân tích cho thấy, các chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước chủ yếu đề cập đến vấn đề tổ chức bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, hầu như không có văn bản luật, chính sách nào đề cập đến MLXH trong KCB. Những hạn chế trong việc tổ chức thực hiện các chủ trương, chính sách y tế đã ảnh hưởng đến đáp ứng nhu cầu CSSK của nhân dân, qua đó cũng ảnh hưởng đến nhu cầu tiếp nhận thông tin về những vấn đề liên quan đến CSSK, như chính sách, nơi cung cấp dịch vụ y tế và nguồn hỗ trợ người bệnh... Do vậy, người dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng thường tiếp nhận các thông tin về chính sách y tế thông qua các mối quan hệ phi chính thức hay thúc đẩy sự phát triển MLXH trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ.

4.1.3. Ảnh hưởng từ hệ thống y tế

Nước ta có hệ thống y tế, trong đó có các cơ sở KCB được phân bố rộng khắp nhưng không đồng đều, theo địa giới hành chính, không theo mô hình bệnh tật. Các cơ sở KCB đang được phân tuyến: trung ương, tỉnh, huyện, xã, dẫn đến hành chính hóa hoạt động KCB, không khuyến khích các bệnh viện phát triển, nâng hạng bệnh viện. Người dân chưa được tạo điều kiện thuận lợi khi đi KCB ở tuyến cao hơn theo nhu cầu, tình trạng bệnh tật mà phải chuyển tuyến hành chính. Sự mất cân đối trong cung ứng dịch vụ KCB theo các tuyến, sự thiếu kết nối và chăm sóc liên tục giữa các tuyến trong điều trị, chăm sóc, tư vấn cho người bệnh.

Các bệnh viện lớn chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn làm cho người nghèo, người lao động khó tiếp cận với dịch vụ CSSK kỹ thuật cao. Mạng lưới y tế

phát triển rộng khắp nhưng chủ yếu là có “danh” hơn “thực” khi trang bị thiết bị y tế, chất lượng cán bộ y tế cơ sở còn nhiều hạn chế, đầu tư của ngân sách nhà nước cho khu vực này còn khá khiêm tốn trong khi đầu tư ngân sách thường tập trung vào các bệnh viện lớn [63]. Y tế dự phòng chưa được quan tâm đích đáng, tiềm ẩn nguy cơ bùng phát dịch bệnh, mức chi ngân sách nhà nước cho y tế dự phòng quá thấp.

Chất lượng KCB tại một số cơ sở y tế còn hạn chế, chưa đáp ứng được yêu cầu chuyên môn; quyền lợi của người tham gia BHYT có lúc chưa được đảm bảo (đặc biệt tại các trạm y tế xã); việc dự trữ cung ứng thuốc sử dụng tại một số trạm y tế xã hàng tháng chưa kịp thời, chưa sát với thực tế, dẫn đến thiếu thuốc, nên vẫn còn tình trạng kê đơn thuốc trong danh mục BHYT cho người bệnh tự mua; chưa giải thích kịp thời cho người bệnh khoản tiền thu ngoài quy định thanh toán của quỹ BHYT; còn có cơ sở KCB chưa tiên lượng được tình trạng diễn biến bệnh của người bệnh khi vượt quá khả năng chuyên môn của đơn vị, dẫn đến chuyển tuyến chuyên môn chậm chưa kịp thời, ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh. Không ít các bệnh viện tuyến dưới không đủ điều kiện để chữa trị bệnh nhưng vẫn tìm cách để “giữ chân” người bệnh. Chỉ đến khi người bệnh nguy kịch thì bệnh viện tuyến dưới mới vội vàng cho chuyển tuyến, song đã quá muộn hoặc người bệnh phải mất thêm thời gian dài để điều trị vì bệnh quá nặng...

Trịnh Minh Hoan cho rằng hệ thống y tế nhà nước đang có nhiều dấu hiệu xuống cấp. Cụ thể trên các chỉ số về tỷ lệ người dân đến trạm y tế và người bệnh nằm điều trị ở tuyến cơ sở giảm. Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế ở nhiều tuyến y tế xuống cấp, lạc hậu không đáp ứng được tình hình thực tế. Đội ngũ nhân lực y tế không đồng đều, bác sĩ và nhân viên y tế có trình độ thường tập trung ở các thành phố lớn [22]. Theo Nghị quyết số 20-NQ/TW: “Hệ thống tổ chức y tế còn thiếu ổn định, hoạt động chưa thực sự hiệu quả, đặc biệt là y tế dự phòng, y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Chất lượng dịch vụ, nhất là ở tuyến dưới chưa đáp ứng yêu cầu. Tình trạng quá tải ở một số bệnh viện tuyến trên chậm được khắc phục. Thái độ phục vụ thiếu chuẩn mực của một bộ phận cán bộ y tế, một số vụ việc, sự cố y khoa gây phản cảm, bức xúc trong xã hội. Lợi thế của y, dược cổ truyền, dược liệu dân tộc chưa được phát huy tốt” [6].

Sự ra đời của y tế tư nhân đã góp phần giảm thiểu gánh nặng cho y tế nhà nước. Mặc dù Nhà nước đã có những quy định rất rõ ràng và minh bạch, nhưng thời gian qua, những bất cập trong việc liên kết công tư của nhiều cơ sở y tế đã xuất hiện. Người bệnh và người nhà người bệnh lại chính là đối tượng bị thiệt thòi trong việc liên kết này.

Trong quá trình khám chữa bệnh, người trong ĐTLĐ thường có ít hiểu biết về bệnh tật và phương pháp điều trị và lợi thế này thuộc về nhân viên y tế. Cùng với đó, nhân viên y tế là người đưa ra quyết định điều trị mà ít có sự tham gia của người bệnh, người nhà người bệnh hoặc người đóng vai trò trung gian giữa người bệnh và nhân viên y tế. Việc đưa ra quyết định điều trị thường dựa trên loại và mức độ ốm đau, bệnh tật mà không dựa vào đặc điểm tâm lý – xã hội của người bệnh. Vấn đề này nếu không kiểm soát được sẽ dẫn đến tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế từ phía cung cấp dịch vụ, tăng chi phí điều trị và người bệnh gặp khó khăn trong quá trình khám chữa bệnh. Các cơ sở y tế cũng chưa quan tâm tổ chức các nhóm người bệnh để chia sẻ thông tin về bệnh tật, thực hiện quy trình chữa bệnh, nguồn hỗ trợ người bệnh, ... Điều này hạn chế MLXH của người trong ĐTLĐ khi khám chữa bệnh.

Do vậy, sự phức tạp và thiếu đồng bộ của hệ thống y tế có ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ. Có nghĩa là khi tiếp cận dịch vụ y tế, người trong ĐTLĐ phải tự tìm hiểu dịch vụ y tế, tình trạng ốm đau, bệnh tật, phương pháp điều trị và những khoản chi phí, ... thông qua các mối quan hệ xã hội ở trong và ngoài bệnh viện.

4.1.4. Ảnh hưởng từ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân

Sự phát triển về kinh tế kéo theo hàng loạt các biến đổi về giáo dục và y tế. Các nhu cầu và yêu cầu về CSSK nhân dân ngày một đa dạng, tăng về số lượng, loại hình và chất lượng các dịch vụ y tế trong việc tư vấn về vấn đề sức khỏe, KCB với kỹ thuật cao và phương tiện hiện đại.

Cơ cấu gánh nặng bệnh tật, tử vong có sự thay đổi với sự gia tăng tỷ trọng các BKLN. Các số liệu thống kê, nghiên cứu cho thấy cơ cấu giữa 3 nhóm bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm và tai nạn, thương tích đã có sự thay đổi nhanh chóng trong vòng hơn 30 năm trở lại đây với sự gia tăng nhanh tỷ trọng của các BKLN. Tình

trạng này cùng với tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm vẫn đang ở mức cao tạo nên gánh nặng bệnh tật kép.

Trong những năm tiếp theo, gánh nặng do các BKLN vẫn tiếp tục gia tăng và chiếm ưu thế trong tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong chung. Sự gia tăng của các BKLN gây nên gánh nặng về bệnh tật và kinh tế cho cả người bệnh, gia đình người bệnh, hệ thống y tế và xã hội [13]. Theo Hoàng Văn Minh và cộng sự, tỷ số chênh về khả năng gặp chi phí thảm họa và nghèo hóa do chi phí y tế ở những hộ gia đình có người mắc BKLN lần lượt cao hơn 3,2 và 2,3 lần so với hộ gia đình không có người mắc bệnh [101].

Bên cạnh đó, các bệnh lây nhiễm hiện nay thường khó kiểm soát hơn và gây ra gánh nặng kinh tế lớn hơn trước đây vì chi phí điều trị cao hơn do thay đổi môi trường, tình trạng đề kháng với các loại thuốc, hóa chất, một số bệnh mới chưa có phương pháp điều trị, phòng ngừa đặc hiệu [13].

Trong cơ cấu dân số, số lượng vị thành niên và thanh niên chiếm đến một phần ba dân số, cùng với ảnh hưởng của lối sống và CSSK sinh sản đang đặt ra nhiều thách thức đáng kể cho ngành y tế và xã hội. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, tỷ lệ thất nghiệp của lực lượng lao động trong độ tuổi từ 15 trở lên ở nước ta trong những năm gần đây là 2,8% năm 2010; 2,2% năm 2011; 1,96% năm 2012; 2,2% năm 2013 và 2,31% năm 2015. Tỷ lệ thất nghiệp ở đối tượng thanh niên thường cao hơn so với tỷ lệ thất nghiệp chung trong ĐTLĐ (năm 2015 là 6,85%). Tỷ lệ thất nghiệp ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và chăm sóc y tế. Với mỗi cá nhân, sống trong tình trạng thiếu việc làm, lo sợ mất việc hoặc thất nghiệp gây ra nhiều ảnh hưởng xấu cho sức khỏe của bản thân cũng như các thành viên gia đình. Thất nghiệp dẫn tới khủng hoảng tài chính, nợ nần, đời sống vật chất suy giảm, thiếu dinh dưỡng, suy nhược dễ mắc bệnh cả về tinh thần cũng như thể chất.

Quá trình đô thị hoá và công nghiệp hóa để lại nhiều tác động đến môi trường tự nhiên, cũng như nảy sinh nhiều tệ nạn xã hội. Theo báo cáo điều tra về chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh năm 2014, các vấn đề kinh tế xã hội mà người dân lo ngại nhất hầu hết đều có ảnh hưởng hoặc liên quan trực tiếp đến

sức khỏe như tệ nạn ma túy (43%), tai nạn giao thông (41%), an toàn thực phẩm (33%), chất lượng y tế (22%), việc làm (16%) và thu nhập (13%) [14].

Nguyễn Đình Tuấn cho rằng yếu tố nhận thức, trình độ học vấn của người bệnh cũng có ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế và CSSK của người bệnh. Không ít người bệnh khi có bệnh đã không tìm đến các cơ sở KCB để điều trị mà thường dựa vào kinh nghiệm để chữa trị, hoặc tìm đến thầy lang, họ không có ý thức là phải đến bệnh viện hướng gì tham khảo, xin tư vấn ý kiến thông tin KCB từ các thành viên trong MLXH [58].

Hệ thống y tế ở nước ta hiện nay bắt đầu triển khai sự hỗ trợ người bệnh về tư vấn, tiếp cận các nguồn lực trong CSSK, nên chưa giúp người bệnh chủ động trong việc thu thập thông tin về KCB. MLXH trong KCB của người bệnh rất hẹp và chưa có một “nút” có thể là trung gian để kết nối người bệnh với cơ quan tổ chức và thực hiện chính sách CSSK, BHYT, dịch vụ y tế, hỗ trợ xã hội. Trước sự gia tăng về số lượng người bệnh có nhu cầu và yêu cầu CSSK ngày càng cao và đa dạng, MLXH vì thế cũng hình thành và phát triển nhằm đáp ứng tốt nhất nhu cầu khám chữa bệnh.

4.2. NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN

4.2.1. Hệ thống chính trị ở cơ sở

Nghị quyết số 20-NQ/TW, ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương đã xác định: “Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là nghĩa vụ, trách nhiệm của mỗi người dân, của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội, đòi hỏi sự tham gia tích cực của các cấp uỷ, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể, các ngành, trong đó ngành Y tế là nòng cốt” [6]. Trong công tác lãnh đạo, quản lý, tổ chức triển khai thực hiện các chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân nói chung và người trong ĐTLĐ đã được hệ thống chính trị cơ sở, đặc biệt là y tế cơ sở, tổ chức chính quyền và đoàn thể quan tâm nhằm nâng cao nhận thức về quyền và trách nhiệm của người trong ĐTLĐ trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe. Đồng thời tổ chức, quản lý và cung cấp dịch vụ y tế để người trong ĐTLĐ có khả năng sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng và hiệu quả.

Về trách nhiệm chỉ đạo, tổ chức thực hiện Luật BHYT sửa đổi, bổ sung năm 2014 có quy định uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn: Trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về BHYT; đảm bảo kinh phí đóng BHYT cho các đối tượng thuộc trách nhiệm của uỷ ban nhân dân cấp xã quản lý, thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về BHYT. Ngoài ra còn có trách nhiệm lập danh sách tham gia BHYT trên địa bàn cho các đối tượng quy định của Luật BHYT.

Trong những năm qua, công tác bảo vệ, CSSK và nâng cao sức khỏe của nhân dân ở Huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội đã đạt được những kết quả quan trọng [3]:

Một là, thực hiện tốt các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình y tế học đường, phòng chống tai nạn thương tích. Tập trung chỉ đạo trong công tác phòng, chống dịch bệnh nguy hiểm. Tăng cường giám sát và kiểm tra hành nghề Y - Dược tư nhân, đã kiểm tra được 83 cơ sở y dược tư nhân, xử phạt vi phạm hành chính 01 cơ sở hành nghề chưa có chứng chỉ; công tác giám sát, duy trì chuẩn quốc gia về y tế xã, thị trấn theo tiêu chí mới 2011-2020 được đảm bảo triển khai đồng bộ; năm 2015 có thêm 06 xã, thị trấn đạt chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020.

Hai là, nâng cao chất lượng KCB không để tai biến xảy ra. Số người bệnh đến khám tại Bệnh viện đa khoa huyện, Phòng khám đa khoa Tô Hiệu, Trạm Y tế xã, thị trấn là 224.153 lượt. Nhiều ca nặng đã được chẩn đoán và điều trị kịp thời, cứu sống người bệnh.

Ba là, mạng lưới y tế từ huyện đến cơ sở tiếp tục được củng cố; đội ngũ cán bộ y tế được bổ sung, thường xuyên được bồi dưỡng, nâng cao y đức và chuyên môn nghề nghiệp; 100% trạm y tế xã có bác sỹ, thôn có nhân viên y tế. Trung tâm Y tế, Bệnh viện đa khoa huyện và một số trạm y tế xã được tăng cường, nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị, thực hiện đông - tây y kết hợp. Chất lượng KCB và CSSK nhân dân được nâng lên. Công tác quản lý nhà nước về y tế, y dược tư nhân được tăng cường. Hoạt động y tế dự phòng được chú trọng, dịch bệnh nguy hiểm được kiểm soát. Các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế được thực hiện có hiệu quả. Toàn huyện có 65,5% xã, thị trấn đạt tiêu chí xã chuẩn quốc gia về y tế giai đoạn 2011 - 2020 [3].

Tuy nhiên, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân của huyện Thường Tín đang gặp phải những khó khăn và hạn chế như [3]: Cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế tuy đã được đầu tư nâng cấp, nhưng chưa đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ và còn dễ xảy ra một số vụ tai nạn nghề nghiệp. Đội ngũ nhân lực y tế có cơ cấu chưa hợp lý, hạn chế về trình độ chuyên môn và nghiệp vụ. Một số cấp ủy, chính quyền chưa quyết liệt trong lãnh đạo, chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện các chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân; việc tổ chức, triển khai thực hiện mang tính hành chính, chưa tích cực tìm ra phương thức triển khai thực hiện mới; chưa thấy hết vai trò to lớn của y tế dự phòng, y tế cơ sở trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Một số cấp ủy, chính quyền, đơn vị và người dân vẫn còn tư tưởng coi công tác bảo vệ, chăm sóc và sức khỏe nhân dân là của riêng ngành Y tế.

Y tế địa phương và các cơ sở khám, chữa bệnh chưa quan tâm đến việc quản lý sức khỏe, cung cấp cho nhân dân những thông tin về chất lượng dịch vụ y tế; quy trình KCB; hỗ trợ người bệnh trong khám chữa bệnh và sau điều trị; thiếu sự kết nối giữa các cơ sở y tế trên địa bàn và với y tế tuyến trên. Thiếu nguồn kinh phí hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng cận nghèo, các nhóm đối tượng là hộ nông, lâm, ngư, diêm nghiệp; học sinh, sinh viên... Số người tham gia BHYT hộ gia đình còn thấp. Tỷ lệ tham gia BHYT của một số nhóm đối tượng còn thấp, như học sinh, sinh viên tham gia BHYT chưa đạt 100%. Nhóm hộ cận nghèo ngoài các nguyên nhân về điều kiện kinh tế, thì nhận thức về chính sách BHYT còn hạn chế. Đa số người tham gia BHYT là những người mắc bệnh mạn tính, bệnh có chi phí điều trị cao.

Nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân ngày càng cao; ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu, các bệnh dịch diễn biến phức tạp, khó lường, mô hình bệnh tật thay đổi đã và đang là những thách thức cho sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Người dân chưa nhận thức đầy đủ quyền lợi khám chữa bệnh khi tiếp cận dịch vụ y tế. Thậm chí nhiều người tự mặc định sử dụng BHYT sẽ gặp khó khăn khi khám chữa bệnh vì sợ nhân viên y tế phân biệt đối xử với người đi khám chữa bệnh dịch vụ, dẫn đến việc không thụ hưởng đầy đủ quyền lợi khám chữa bệnh BHYT.

Sự tham gia của hệ thống chính trị cơ sở, toàn xã hội và mỗi người dân đã tạo nên MLXH chứa đựng nguồn vốn xã hội mà người bệnh nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng, kể cả mạng lưới y tế cơ sở có thể sử dụng trong quá trình cung cấp dịch vụ y tế, CSSK cho các thành viên trong cộng đồng. Tuy nhiên, “năng lực tổ chức thực hiện các nghị quyết của Đảng, pháp luật của Nhà nước còn hạn chế. Nhận thức về vai trò, vị trí của công tác bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân có nơi, có lúc còn chưa đầy đủ, sâu sắc; chưa coi công tác này là một trụ cột trong phát triển nhanh, bền vững đất nước” [6] đã làm hạn chế sử dụng nguồn vốn xã hội trong CSSK nói chung và KCB nói riêng hay làm yếu chức năng của MLXH trong KCB ảnh hưởng đến việc cung cấp của y tế cơ sở và tiếp cận dịch vụ y tế của người trong độ tuổi lao động.

4.2.2. Ảnh hưởng của đặc điểm nhân khẩu – xã hội và ốm đau, bệnh tật đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

4.2.2.1. Ảnh hưởng của giới tính đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Số liệu ở bảng 4.1 (phụ lục 3) cho thấy, nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ giới trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, đồng nghiệp, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và với bạn bè (97,7%; 56,8%; 37,9%; 17,4%; 97,7%; 55,3% so với 97,6%; 50,6%; 25,0%; 13,7%; 91,7%; 35,7%).

Ngược lại, nữ giới lại có tỷ lệ cao hơn nam giới trong các mối quan hệ với hàng xóm, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (13,1%; 2,4% so với 8,3%; 0,0%). Đặc biệt, MLXH của nam giới có số lượng đầu mối ít hơn nữ giới (7 so với 8 đầu mối) về thành phần chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức.

Tuy nhiên, sự khác biệt giới tính của người trong ĐTLĐ không có ý nghĩa thống kê về các mối quan hệ trong MLXH là thành viên gia đình, họ hàng, hàng xóm, đồng nghiệp và chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ($p = 0,631; 0,170; 0,130; 0,232; 0,097$).

Điều này có thể giải thích là ốm đau, bệnh tật của nữ thường liên quan đến giới tính, nữ giới ít có mối QHXX hơn nam giới nhưng tham gia các tổ chức xã hội

nhều hơn và thường ít chia sẻ tình trạng ốm đau, bệnh tật với người khác giới. Ngược lại, nam giới khi bị ốm đau, bệnh tật thường có người chăm sóc, có nhiều mối QHXXH nhưng ít tham gia các tổ chức xã hội và thường nói về tình trạng ốm đau, bệnh tật của mình thoải mái hơn nữ giới.

Theo Ajrouch và cộng sự, sự khác biệt về giới tính trong MLXH có thể liên quan đến sự khác biệt trên khía cạnh gia đình và bạn bè cũng như những vấn đề quan trọng của cuộc sống. Phụ nữ được cho rằng thích các mạng lưới xã hội tích hợp địa phương vì chúng có ảnh hưởng tích cực đến ý thức của họ về sự gắn bó và sự tự tin [65]. Ngoài ra, các vấn đề quan trọng của cuộc sống như chăm sóc, nuôi dạy con cái và chăm lo gia đình có thể làm cho phụ nữ thích quan hệ ngoài xã hội hơn là các quan hệ trong gia đình. Mặt khác, nam giới phù hợp với sự tự do cá nhân và tập trung vào các quan hệ xã hội rộng lớn nên họ độc lập trong các quan hệ xã hội và tháo gỡ những hành vi tìm kiếm sự hỗ trợ. Theo Zunzunegui, các nghiên cứu đã tập trung xem xét những ảnh hưởng của giới và sức khỏe đã phát hiện ra trong xã hội có nhiều sự thiệt thòi về mặt xã hội, sự khác biệt giới về nguồn lực và vấn đề giới liên quan đến sức khỏe ở những quốc gia có vai trò giới xác định chưa rõ ràng [154].

4.2.2.2. Ảnh hưởng của độ tuổi đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.2 (phụ lục 3) cho thấy, các nhóm tuổi đều có tỷ lệ cao trong các mối quan hệ với thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các độ tuổi không có ý nghĩa thống kê về các mối quan hệ là thành viên gia đình và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ($p = 0,250; 0,210$).

Nhóm tuổi từ 50 tuổi đến 60 tuổi có tỷ lệ lựa chọn họ hàng là thành viên của mạng lưới KCB cao hơn so với nhóm tuổi từ 35 tuổi đến 49 tuổi và từ 15 đến 34 tuổi (61,4% so với 56,0% và 41,1%) ($p = 0,015$). Có tỷ lệ lựa chọn nhân viên y tế là thành viên của mạng lưới KCB cao hơn so với nhóm tuổi từ 35 tuổi đến 49 tuổi và từ 15 đến 34 tuổi và (97,0% so với 96,3% và 88,9%) ($p = 0,015$). Nhóm tuổi từ 35 tuổi đến 49 tuổi có tỷ lệ lựa chọn bạn bè là thành viên của mạng lưới KCB cao hơn

so với nhóm tuổi từ 15 đến 34 tuổi và từ 50 tuổi đến 60 tuổi (41,3% so với 28,9% và 20,8%) ($p = 0,005$).

Người có độ tuổi từ 50 đến 60 tuổi có tỷ lệ cao hơn độ tuổi từ 15 đến 34 tuổi và từ 35 đến 49 tuổi trong mối quan hệ với hàng xóm (12,9% so với 7,8% và 11,9%) và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (50,5% so với 37,8% và 44,0%). Nhưng có tỷ lệ thấp trong mối quan hệ với đồng nghiệp (9,9% so với 17,4% và 18,9%). Người có độ tuổi từ 50 đến 60 tuổi và từ 15 đến 34 tuổi có tỷ lệ thấp hơn độ tuổi từ 35 đến 49 tuổi trong mối quan hệ với chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (1,0% và 0,9% so với 2,2%). Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi của người trong ĐTLĐ với các mối quan hệ của MLXH là thành viên gia đình, hàng xóm, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ($p = 0,250; 0,494; 0,170; 0,697; 0,210$).

Chúng ta thấy rằng, con người càng cao tuổi thì sức khỏe càng giảm sút do quá trình lão hóa, ốm đau, bệnh tật, phạm vi hoạt động và các mối quan hệ thu hẹp lại, nhưng lại có nhiều thời gian hơn những người trẻ tuổi, họ tham gia các hoạt động mang tính thiết thực trong đó có các hoạt động liên quan đến CSSK.

4.2.2.3. Ảnh hưởng của trình độ học vấn đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả nghiên cứu ở bảng 4.3 (phụ lục 3) cho thấy MLXH của người có trình độ học vấn biết đọc, biết viết có số lượng đầu mối ít hơn người có trình độ học vấn tiểu học, trung cấp trở lên (6 so với 8 đầu mối). Người có trình độ học vấn khác nhau đều có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh, ốm đau, bệnh tật và bạn bè.

Người có trình độ học vấn biết đọc, biết viết có tỷ lệ thấp hơn người có trình độ học vấn tiểu học, trung cấp và cao đẳng trở lên trong các mối quan hệ với thành viên gia đình (94,4% so với 98,5% và 96,5%), hàng xóm (2,8% so với 12,5% và 10,9%), đồng nghiệp (0,0% so với 12,0% và 34,4%), chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (0,0% so với 1,0% và 3,1%) và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (22,2% so với 48,0% và 45,3%).

Trong mối quan hệ với nhân viên y tế, người trong ĐTLĐ có trình độ học vấn ở bậc tiểu học đến trung cấp nghề và biết đọc biết viết có tỷ lệ cao hơn người có trình độ học vấn cao đẳng, đại học (98,0% và 91,7% so với 84,4%).

Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các trình độ học vấn của người trong ĐTLĐ không có ý nghĩa thống kê về các mối quan hệ của MLXH là thành viên gia đình, hàng xóm, đồng nghiệp, bạn bè và chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ($p = 0,297; 0,117; 0,229; 0,147; 0,330$).

Điều này có thể giải thích là người có trình độ học vấn cao thường có vị trí xã hội, có kiến thức và khả năng CSSK, họ có khả năng tự tìm hiểu về ốm đau, bệnh tật và có khả năng tự CSSK hơn người có trình độ học vấn thấp hơn. Những người có nền tảng giáo dục tốt thì có kiến thức tốt hơn về chăm sóc sức khỏe [trích theo 65]. Theo Hourse và cộng sự, những người có trình độ học vấn thấp hơn thường có tỷ lệ hút thuốc và uống rượu cao cũng như lười tập thể dục và kiểm tra sức khỏe [104]. Theo Wenger, nghiên cứu trước đây đã chỉ ra những người có trình độ học vấn cao lựa chọn các mối QHXX với MLXH đa dạng hơn là quan hệ trong gia đình [145]. Điều này phản ánh trình độ nhận thức và kỹ năng của cá nhân là công cụ cần thiết để duy trì và phát triển các mối QHXX [65]. Theo Wilson, một số nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng chứng tỏ người có vị trí xã hội và trình độ học vấn thấp hơn thường tập trung vào gia đình trong mạng xã hội bởi vì họ phụ thuộc nhiều vào mối quan hệ gia đình hơn là với bạn bè [149].

4.2.2.4. Ảnh hưởng của nghề nghiệp đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.4 (phụ lục 3) cho thấy học sinh, sinh viên và người làm nông nghiệp, tiểu thủ công có số lượng đầu mối trong mạng lưới ít hơn người làm buôn bán, dịch vụ và cán bộ, viên chức (7 đầu mối so với 8 đầu mối). Người trong ĐTLĐ có nghề nghiệp khác nhau đều có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè.

Trong mối quan hệ với thành viên gia đình, học sinh/sinh viên và buôn bán, dịch vụ có tỷ lệ thấp hơn cán bộ, viên chức và người làm nông nghiệp, tiểu thủ công (86,7% và 99,0% so với 96,1% và 99,1%) ($p = 0,015$).

Trong mối quan hệ với họ hàng, người buôn bán, dịch vụ có tỷ lệ cao hơn người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp; cán bộ, viên chức và học sinh, sinh viên (61,2% so với 54,5%; 46,8% và 26,7%) ($p = 0,043$).

Trong mối quan hệ với nhân viên y tế, người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp và người tham gia buôn bán, dịch vụ có tỷ lệ cao hơn cán bộ, viên chức và học sinh, sinh viên (97,3% và 96,9% so với 89,6% và 80,0%) ($p = 0,007$).

Trong mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật thì người trong ĐTLĐ là học sinh/sinh viên và buôn bán, dịch vụ có tỷ lệ thấp hơn cán bộ, viên chức và người làm nông nghiệp, tiểu thủ công (20,0% và 42,9% so với 48,1% so với 46,4%). Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,231$).

Trong mối quan hệ với bạn bè thì người trong ĐTLĐ là cán bộ, viên chức và người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp có tỷ lệ thấp hơn người buôn bán, dịch vụ và học sinh/sinh viên (20,8% và 30,9% so với 37,8% và 33,3%). Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,116$).

Trong mối quan hệ với hàng xóm, người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp có tỷ lệ cao hơn người tham gia buôn bán, dịch vụ; học sinh, sinh viên và cán bộ, viên chức (18,2% so với 7,1%; 6,7% và 6,5%) ($p = 0,027$).

Trong mối quan hệ chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức thì người trong ĐTLĐ là nông nghiệp, tiểu thủ công và buôn bán, dịch vụ có tỷ lệ thấp hơn cán bộ, viên chức và học sinh, sinh viên (0,0% và 1,0% so với 2,6% và 6,7%). Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,125$).

Trong mối quan hệ với đồng nghiệp, học sinh/sinh viên và người làm nông nghiệp, tiểu thủ công có tỷ lệ thấp hơn cán bộ, viên chức và buôn bán, dịch vụ (0,0% và 1,8% so với 36,4% và 16,3%) ($p = 0,000$).

4.2.2.5. Ảnh hưởng của tình trạng việc làm đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả ở bảng 4.5 (phụ lục 3) cho thấy MLXH của người thất nghiệp và việc làm không thường xuyên có số lượng đầu mối ít hơn người có việc làm thường

xuyên (6 và 7 so với 8 đầu mỗi). Có tỷ lệ cao về tình trạng việc làm của người trong ĐTLĐ ở nông thôn trong mối quan hệ với thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Tuy nhiên, những số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,640; 0,609; 0,765; 0,195; 0,561$).

Người thất nghiệp và việc làm không thường xuyên có tỷ lệ về mối quan hệ với đồng nghiệp (người cùng làm việc) ít hơn người có việc làm thường xuyên (0,0% và 4,1% so với 18,0%) ($p = 0,028$).

4.2.2.6. Ảnh hưởng của tình trạng hôn nhân đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.6 (phụ lục 3) cho thấy MLXH của người ly thân/ly hôn có số lượng đầu mối ít hơn người đang có vợ/có chồng và chưa có vợ/có chồng (5 so với 8 đầu mỗi). Người trong ĐTLĐ ở các tình trạng hôn nhân khác nhau đều có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè.

Trong mối quan hệ với thành viên gia đình, người trong ĐTLĐ có tình trạng hôn nhân khác nhau đều có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình (100,0% so với 98,5% và 90,3%) ($p = 0,016$). Trong mối quan hệ với họ hàng, người đang có vợ/chồng có tỷ lệ cao hơn những người ly thân/ly hôn và chưa có vợ/chồng (56,7% so với 33,3% và 29,0%) ($p = 0,009$). Trong mối quan hệ với nhân viên y tế, người ly thân/ly hôn và chưa có vợ/chồng có tỷ lệ thấp hơn người đang có vợ/chồng (83,3% và 83,9% so với 95,8%) ($p = 0,012$).

Tuy nhiên, sự khác biệt về tình trạng hôn nhân của người trong ĐTLĐ không có ý nghĩa thống kê trong các mối quan hệ với hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ($p = 0,458; 0,744; 0,357; 0,607; 0,483$).

4.2.2.7. Ảnh hưởng của mức sống đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.7 (phụ lục 3) cho thấy người có mức sống trung bình trở lên có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

Người có mức sống dưới mức trung bình tập trung vào hai mối quan hệ là thành viên gia đình và nhân viên y tế và có ít đầu mối (2 đầu mối) hơn người có mức sống trung bình, trên trung bình (8 đầu mối) và khá giả (7 đầu mối).

Có tỷ lệ cao trong các mối quan hệ giữa mức sống với mỗi quan hệ là thành viên gia đình, họ hàng, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Tuy nhiên, mỗi tương quan giữa mức sống với các mối quan hệ với họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,238; 0,812; 0,292$).

Trong mỗi quan hệ với gia đình, người có mức sống khá giả có tỷ lệ thấp hơn người có mức sống trên trung bình, trung bình và dưới mức trung bình (85,7% so với 98,5%; 98,6% và 100%) ($p = 0,003$). Trong mỗi quan hệ với nhân viên y tế, người có mức sống khác nhau đều có tỷ lệ cao, nhưng người có mức sống dưới trung bình có tỷ lệ cao hơn những người có mức sống trung bình, khá giả và trên trung bình (100,0% so với 95,8%; 95,2% và 93,3%) ($p = 0,041$).

Trong mỗi quan hệ với chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức, người có mức sống khá giả và dưới mức trung bình có tỷ lệ thấp nhất so với người có mức sống trung bình và trên trung bình (0,0%; 0,0% so với 0,7 và 2,2%). Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$).

Theo Wilson, những nghiên cứu trước đó đã chỉ ra sự giới hạn về kinh tế liên quan đến nghèo đói và sự ưu tiên có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe [149]. Theo Wenger, các cá nhân với vị thế kinh tế - xã hội thấp không có nhiều cơ hội tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt [145]. Theo Kirby và cộng sự, những người sống ở những vùng khó khăn thường không có nhu cầu cũng như thiếu thốn chăm sóc y tế và y tế dự phòng [109]. Ngoài ra, các nghiên cứu đã chỉ ra những nhóm có vị thế kinh tế - xã hội thấp hơn thường có các biểu hiện tiêu cực, bệnh tật và áp lực tâm lý cao hơn [69], [107].

4.2.2.8. Ảnh hưởng của tham gia bảo hiểm y tế đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả ở bảng 4.8 (phụ lục 3) cho thấy người trong ĐTLĐ có hoặc không tham gia BHYT đều có tỷ lệ thấp trong mỗi quan hệ với nhân viên y tế và chính

quyền địa phương, cơ quan, tổ chức. Người trong ĐTLĐ không tham gia BHYT có tỷ lệ cao hơn người trong ĐTLĐ tham gia BHYT ở các mối quan hệ với thành viên gia đình, bạn bè, đồng nghiệp nhưng có tỷ lệ thấp hơn ở mối quan hệ với họ hàng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau bệnh tật.

Tuy nhiên, sự khác biệt giữa người tham gia BHYT và không tham gia BHYT chỉ có ý nghĩa thống kê trong mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau bệnh tật ($p = 0,040$).

4.2.2.9. Ảnh hưởng của loại ốm đau, bệnh tật đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.9 (phụ lục 3) cho thấy MLXH của người trong ĐTLĐ chưa xác định được loại bệnh tật có số lượng đầu mối ít hơn người bệnh cấp tính và mạn tính (7 so với 8 đầu mối). Có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè.

Trong mỗi quan hệ với thành viên gia đình, người chưa xác định được loại ốm đau, bệnh tật có tỷ lệ thấp hơn người bệnh mạn tính và cấp tính (95,5% so với 97,7% và 99,0%). Tuy nhiên, số liệu không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,327$).

Trong mỗi quan hệ với nhân viên y tế, họ hàng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, người trong ĐTLĐ chưa xác định được loại ốm đau, bệnh tật có tỷ lệ thấp hơn người bệnh cấp tính và mạn tính (86,4% so với 95,1% và 97,7%; 42,4% so với 51,0% và 60,6%; 25,8% so với 42,2% và 55,3%) ($p = 0,005; 0,045; 0,000$).

Trong mỗi quan hệ với bạn bè, người chưa xác định loại ốm đau, bệnh tật và người có bệnh mạn tính có tỷ lệ bằng nhau (30,3%) và thấp hơn người có bệnh cấp tính (31,4%). Người chưa xác định loại ốm đau, bệnh tật có tỷ lệ mối quan hệ với hàng xóm cao hơn người bệnh cấp tính và mạn tính (13,6% so với 9,8% và 10,6%). Tuy nhiên, những số liệu trên không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,982; 0,727$).

Điều này có thể giải thích là thời gian ốm đau, bệnh tật kéo dài, tiếp xúc thường xuyên hơn với những người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, nhân viên y tế và luôn lo lắng, tìm hiểu về tình trạng ốm đau, bệnh tật của mình. Kết quả khảo sát cũng cho biết tỷ lệ người bị bệnh cấp tính có mối liên hệ với đồng nghiệp (người

cùng làm việc) cao hơn người bị bệnh mạn tính và chưa xác định (21,6% so với 15,9% và 4,5%) ($p = 0,011$).

4.2.2.10. Ảnh hưởng của mức độ ốm đau, bệnh tật đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Khi xem xét các mối quan hệ trong MLXH dưới khía cạnh mức độ ốm đau, bệnh tật cho thấy MLXH của người bị bệnh rất nặng có ít đầu mối hơn người bị bệnh nặng và nhẹ (5 so với 8 đầu mối). Có tỷ lệ cao theo mức độ ốm đau, bệnh tật trong các mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

Số liệu ở bảng 4.10 (phụ lục 3) cho biết trong mối quan hệ với thành viên gia đình, người có mức độ ốm đau, bệnh tật nhẹ có tỷ lệ thấp hơn người có mức độ ốm đau, bệnh tật rất nặng và nặng (66,7% so với 98,7% và 96,5%) ($p = 0,000$). Điều này có thể giải thích là người lao động khi bị ốm đau, bệnh tật rất nặng và nặng thường bị tình trạng bệnh tật làm hạn chế các mối quan hệ với những người khác ngoài các mối quan hệ gia đình, họ hàng.

Trong mối quan hệ với nhân viên y tế, họ hàng và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, người trong ĐTLĐ có mức độ ốm đau, bệnh tật rất nặng có tỷ lệ thấp hơn người có mức độ ốm đau, bệnh tật nặng và nhẹ (83,3% so với 96,5% và 94,1%; 16,7% so với 45,6% và 56,1%; 33,3% so với 40,4% và 45,6%). Tuy nhiên, những số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,391$; 0,069; 0,669).

Người có mức độ ốm đau, bệnh tật khác nhau có tỷ lệ thấp trong mối quan hệ với chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức (0,0%; 1,8% và 1,2%), đồng nghiệp (0,0%; 8,8% và 17,3%) và hàng xóm (0,0%; 10,5% và 11,4%). Tuy nhiên, những số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,920$; 0,159; 0,673).

4.2.2.11. Ảnh hưởng của khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.11 (phụ lục 3) cho biết có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

Người trong ĐTLĐ có khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật từ 12 tháng trở lên có tỷ lệ cao hơn người có khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật từ dưới 12 tháng trở xuống trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật. Tuy nhiên, số liệu này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,916; 0,129; 0,407; 0,521$).

4.2.2.12. Ảnh hưởng của nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật đến các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh

Kết quả khảo sát ở bảng 4.12 (phụ lục 3) cho thấy có tỷ lệ cao trong mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, bạn bè, nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

Người trong ĐTLĐ có nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật có tỷ lệ cao hơn người chưa có nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật trong các mối quan hệ với thành viên gia đình (97,8% so với 97,0%), họ hàng (54,7% so với 42,4%), nhân viên y tế (96,3% so với 78,8%), người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật (46,8% so với 24,2%) và bạn bè (31,1% so với 27,3%).

Tuy nhiên, số liệu chỉ có ý nghĩa thống kê về sự khác biệt nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ trong các mối quan hệ với nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật ($p = 0,001; 0,010$) và không có ý nghĩa thống kê về sự khác biệt nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ trong các mối quan hệ với thành viên gia đình, họ hàng, hàng xóm, bạn bè, đồng nghiệp, chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức ($p = 0,562; 0,126; 0,289; 0,410; 0,218; 0,374$).

Điều này có thể giải thích là người trong ĐTLĐ cảm nhận sự mệt mỏi là bình thường, khi quá mệt mỏi không chịu đựng được hoặc bệnh nặng mới đến cơ sở y tế và chỉ xác định được các dấu hiệu ốm đau, bệnh tật khi đi KCB và so sánh những biểu hiện với những người bị ốm đau, bệnh tật tương tự.

Như vậy có mối tương quan giữa các mối quan hệ trong mạng lưới KCB với cơ cấu kinh tế, đặc điểm nhân khẩu – xã hội (giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn), nghề nghiệp, tình trạng việc làm, tình trạng hôn nhân, mức sống, tham gia bảo hiểm

y tế và đặc điểm ốm đau, bệnh tật (loại, mức độ, khoảng thời gian, nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật).

4.2.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn

Tác giả sử dụng mô hình hồi quy logistic để phân tích sự ảnh hưởng của các yếu tố nhân khẩu học – xã hội và nghề nghiệp, tình trạng việc làm, hôn nhân, mức sống, bảo hiểm y tế và ốm đau, bệnh tật của người trong độ tuổi lao động đến từng thành phần chủ yếu trong MLXH, bao gồm: 1. Nhân viên y tế; 2. Thành viên trong gia đình; 3. Họ hàng; 4. Người có cùng hoàn cảnh ốm đau bệnh tật; 5. Bạn bè. Từ đó, xác định những yếu tố ảnh hưởng đến từng mối quan hệ và MLXH trong KCB. Trong mô hình hồi quy logistic chỉ mô tả những yếu tố có ảnh hưởng và không tác động đồng thời đến từng mối quan hệ trong MLXH khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ ở nông thôn.

4.2.3.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với thành viên trong gia đình

Mô hình hồi quy logistic regression ở bảng 4.13 (phụ lục 3) cho thấy có ba yếu tố ảnh hưởng tỷ lệ thuận với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với thành viên gia đình: tình trạng hôn nhân, mức sống và mức độ ốm đau, bệnh tật.

Kết quả kiểm định về độ phù hợp tổng quát của mô hình hồi quy có mức quan sát $\text{sig} = 0,000$ nên không có sự tác động đồng thời của các yếu tố tình trạng hôn nhân, mức sống và mức độ ốm đau, bệnh tật đến mối quan hệ với thành viên gia đình.

Hệ số hồi quy logistic cho thấy các yếu tố tình trạng hôn nhân (+2,221), mức sống (+1,458) và mức độ ốm đau, bệnh tật (+2,035) có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với thành viên gia đình khi KCB. Với tỷ lệ dự đoán đúng của toàn bộ mô hình là 98,0%, có thể đưa ra những dự báo như sau:

- Người trong ĐTLĐ đã lập gia đình sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình nhiều hơn người chưa có vợ có chồng khi KCB (trong số liệu của luận án, 100% người ly/ thân ly hôn sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình khi đi KCB, nhưng do số lượng người ly thân/ly hôn thấp (2%) nên đã đưa ra dự báo trên).

- Người trong ĐTLĐ có mức sống cao hơn, sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình ít hơn người trong ĐTLĐ có mức sống thấp hơn khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có mức độ ốm đau, bệnh tật nặng hơn, sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình nhiều hơn người trong ĐTLĐ ốm đau, bệnh tật nhẹ khi KCB.

4.2.3.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với họ hàng

Mô hình hồi quy logistic regression ở bảng 4.14 (phụ lục 3) cho thấy có ba yếu tố độ tuổi, khoảng thời gian và mức độ ốm đau, bệnh tật ảnh hưởng tỷ lệ thuận với mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với họ hàng.

Kết quả kiểm định về độ phù hợp tổng quát của mô hình hồi quy có mức quan sát $\text{sig} = 0,000$ nên không có sự tác động đồng thời của các yếu tố độ tuổi, khoảng thời gian và mức độ ốm đau, bệnh tật đến mối quan hệ với họ hàng.

Hệ số hồi quy logistic cho thấy các yếu tố độ tuổi (+0,514), khoảng thời gian (+0,250) và mức độ ốm đau, bệnh tật (+0,613) có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận với mối quan hệ của người trong ĐTLĐ với họ hàng khi KCB. Với tỷ lệ dự đoán đúng của toàn bộ mô hình là 61,7%, có thể đưa ra những dự báo như sau:

- Người trong ĐTLĐ có độ tuổi cao hơn, sử dụng mối quan hệ với họ hàng nhiều hơn người trong ĐTLĐ có độ tuổi thấp hơn khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật dài hơn, sử dụng mối quan hệ với họ hàng nhiều hơn người có thời gian ốm đau, bệnh tật ít hơn khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có mức độ ốm đau, bệnh tật nhẹ hơn, sử dụng mối quan hệ với họ hàng nhiều hơn người có mức độ ốm đau, bệnh tật nặng khi KCB.

4.2.3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với nhân viên y tế

Mô hình hồi quy logistic regression ở bảng 4.15 (phụ lục 3) cho thấy có ba yếu tố giới tính, trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với nhân viên y tế.

Kết quả kiểm định về độ phù hợp tổng quát của mô hình hồi quy có mức quan sát $\text{sig} = 0,000$ nên không có sự tác động đồng thời của các yếu tố giới tính, trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật đến mối quan hệ với nhân viên y tế.

Hệ số hồi quy logistic cho thấy yếu tố giới tính (+1,418) có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với nhân viên y tế khi ốm đau,

bệnh tật và KCB. Còn yếu tố trình độ học vấn (-1,022) và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật (-1,896) của người trong ĐTLĐ có ảnh hưởng theo tỷ lệ nghịch với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với nhân viên y tế khi KCB. Trong đó, yếu tố nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật có ảnh hưởng theo tỷ lệ nghịch lớn hơn. Với tỷ lệ dự đoán đúng của toàn bộ mô hình là 94,3%, có thể đưa ra những dự báo như sau:

- Người trong ĐTLĐ là nam giới sử dụng mối quan hệ với nhân viên y tế cao hơn nữ giới khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có trình độ học vấn cao ít sử dụng mối quan hệ với nhân viên y tế hơn người có trình độ học vấn thấp khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật ít sử dụng mối quan hệ với nhân viên y tế hơn người chưa nhận thức được dấu hiệu ốm đau bệnh tật.

Như vậy, nếu cải thiện được trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ sẽ giúp người lao động CSSK tốt hơn.

4.2.3.4. Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau bệnh tật

Mô hình hồi quy logistic regression ở bảng 4.16 (phụ lục 3) cho thấy có bốn yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau bệnh tật: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật.

Kết quả kiểm định về độ phù hợp tổng quát của mô hình hồi quy có mức quan sát $\text{sig} = 0,000$ nên không có sự tác động đồng thời của các yếu tố giới tính, độ tuổi và trình độ học vấn và nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật đến mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với người có cùng hoàn cảnh đau ốm, bệnh tật.

Hệ số hồi quy logistic cho thấy yếu tố giới tính (+0,757), độ tuổi (+0,363) và trình độ học vấn (+0,622) có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với người có cùng hoàn cảnh đau ốm, bệnh tật. Còn yếu tố nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật (-0,989) ảnh hưởng tỷ lệ nghịch với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật khi KCB.

Với tỷ lệ dự đoán đúng của toàn bộ mô hình là 62,7%, có thể dự báo như sau:

- Người trong ĐTLĐ là nam giới, sử dụng mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh đau ốm, bệnh tật nhiều hơn nữ giới khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có độ tuổi càng cao, sử dụng mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh đau ốm, bệnh tật nhiều hơn người có độ tuổi ít hơn khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có trình độ học vấn cao sử dụng mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh đau ốm, bệnh tật nhiều hơn người có trình độ học vấn thấp khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ chưa nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật thì có mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật nhiều hơn người nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật khi KCB.

Như vậy, nếu việc nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ được cải thiện thì mối quan hệ của họ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật sẽ giảm.

4.2.3.5. Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với bạn bè

Mô hình hồi quy logistic regression ở bảng 4.17 (phụ lục 3) cho thấy các yếu tố: giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với bạn bè.

Kết quả kiểm định về độ phù hợp tổng quát của mô hình hồi quy có mức quan sát $\text{sig} = 0,000$ nên không có sự tác động đồng thời của các yếu tố giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp đến mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với bạn bè.

Hệ số hồi quy logistic cho thấy yếu tố giới tính (+0,715), trình độ học vấn (+0,448) và nghề nghiệp (+0,435) có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với bạn bè.

Với tỷ lệ dự đoán đúng của toàn bộ mô hình là 68,7%, có thể đưa ra những dự báo như sau:

- Người trong ĐTLĐ là nam giới sử dụng mối quan hệ với bạn bè nhiều hơn nữ giới khi KCB.

- Người trong ĐTLĐ có trình độ học vấn cao sử dụng mối quan hệ với bạn bè nhiều hơn người có trình độ học vấn thấp.

- Người trong ĐTLĐ là cán bộ, viên chức ít sử dụng mối quan hệ với bạn bè hơn người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp, buôn bán và dịch vụ.

Tổng hợp kết quả phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với các thành viên chủ yếu của MLXH trong KCB ở bảng 4.18 cho thấy có các yếu tố nhân

khẩu học – xã hội và ốm đau, bệnh tật ảnh hưởng đến các mối quan hệ chủ yếu của người trong ĐTLĐ (thành viên gia đình, họ hàng, nhân viên y tế, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè), gồm có: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, mức sống, khoảng thời gian, mức độ và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật. Trong đó:

- Các yếu tố ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận: giới tính, độ tuổi, tình trạng hôn nhân, mức sống, khoảng thời gian và mức độ ốm đau, bệnh tật;

- Yếu tố trình độ học vấn vừa có ảnh hưởng theo tỷ lệ thuận và nghịch;

- Yếu tố nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật có ảnh hưởng theo tỷ lệ nghịch với mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với nhân viên y tế và người có hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật. Yếu tố nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật có ảnh hưởng theo tỷ lệ nghịch với mối quan hệ với nhân viên y tế nhiều hơn mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

Yếu tố nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ có ảnh hưởng theo tỷ lệ nghịch nhiều hơn yếu tố trình độ học vấn trong mối quan hệ với nhân viên y tế.

Bảng 4.18: Những yếu tố ảnh hưởng đến các mối quan hệ chủ yếu của MLXH trong KCB

Các yếu tố	Các mối quan hệ chủ yếu				
	Nhân viên y tế	Thành viên gia đình	Họ hàng	Người cùng hoàn cảnh	Bạn bè
Giới tính	+1,418			+0,757	+0,715
Độ tuổi			+0,514	+0,363	
Trình độ học vấn	-1,022			+0,622	+0,448
Nghề nghiệp					+0,435
Tình trạng hôn nhân		+2,221			
Mức sống		+1,458			
Khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật			+0,250		
Mức độ ốm đau, bệnh tật		+2,035	+0,613		
Nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật	-1,896			-0,989	

Nguồn: Số liệu thu thập của tác giả.

Qua kết quả phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ chủ yếu của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn, có thể thấy rằng khi hình thành MLXH nói chung, các mối quan hệ trong MLXH nói riêng có nhiều yếu tố thúc đẩy người trong ĐTLĐ tham gia MLXH, nhưng cần quan tâm hơn đến trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ khi đi khám bệnh vì hai yếu tố này không được cải thiện thì người trong ĐTLĐ sẽ rời bỏ MLXH, đặc biệt trong mối quan hệ với nhân viên y tế và người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật.

4.3. XU HƯỚNG BIẾN ĐỔI MẠNG LƯỚI XÃ HỘI KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN

Trên cơ sở phân tích việc thực hiện các chính sách liên quan đến KCB, kết quả nghiên cứu MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn và những yếu tố tác động đến KCB, đặc biệt sự tác động của các yếu tố đến MLXH, chúng tôi đưa ra một số dự báo xu hướng biến đổi MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội như sau:

Xu hướng đa dạng hóa các thành phần mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh:

Kết quả nghiên cứu cho thấy các thành phần của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ bao gồm năm thành phần chủ yếu: nhân viên y tế, thành viên gia đình, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Nhưng trong thời gian tới sẽ có thêm thành phần mới, đó là những người tham gia quá trình KCB bên trong và bên ngoài cơ sở y tế như nhân viên công tác xã hội trong cộng đồng và trong các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Nhân viên công tác xã hội trong y tế đảm nhận các vai trò khác nhau, như đánh giá những đặc điểm tâm lý - xã hội của người bệnh và gia đình người bệnh, cung cấp những thông tin về người bệnh cho nhân viên y tế, tham gia vào quá trình điều trị, xây dựng kế hoạch xuất viện, kết nối các nguồn lực để hỗ trợ người bệnh và những người có liên quan đến CSSK.

Quy mô MLXH của người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật trong ĐTLĐ có xu hướng mở rộng, do sự chuyển đổi mô hình bệnh tật từ lây nhiễm sang BKLN, sau khi xuất viện họ được giới thiệu đến nhóm cùng loại bệnh tật có tính đến những

đặc điểm nhân khẩu học – xã hội để học hỏi cách chăm sóc và thích ứng với bệnh tật, đặc biệt là những người trong ĐTLĐ bị bệnh mạn tính hoặc chăm sóc người bệnh mạn tính.

Mối quan hệ giữa người trong ĐTLĐ với nhân viên y tế có xu hướng ổn định và bền vững hơn do ngành y tế đang triển khai mô hình bác sĩ gia đình, thực hiện liên thông giữa các cơ sở y tế ở các tuyến trong KCB. Thông qua đó, sức khỏe của người dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng được quản lý, theo dõi và giới thiệu đến cơ sở y tế phù hợp với tình trạng ốm đau, bệnh tật và điều kiện kinh tế - xã hội của người bệnh.

Xu hướng về đặc điểm, kiểu loại và sử dụng mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn:

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu về đặc điểm, kiểu loại và các yếu tố ảnh hưởng đến MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ, cho thấy:

- Xu hướng về đặc tính MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ sẽ dần biến đổi từ mạng lưới đa dạng nhiều nội dung, thiếu tính ổn định, phi chức năng sang mạng lưới đa dạng, theo chức năng, nhiều nội dung và liên kết chặt hơn.

- Số lượng thành phần tham gia MLXH trong KCB ngày càng đa dạng;

- Trong những năm tới, người trong ĐTLĐ vẫn sử dụng kiểu MLXH hỗn hợp trong KCB. Có ba thành phần trong MLXH trong KCB không thể thiếu, đó là: nhân viên y tế, người bệnh và người nhà người bệnh.

- Trong mối quan hệ với thành viên gia đình: Người trong ĐTLĐ có mức sống càng cao có xu hướng ít sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình. Nhưng khi mức độ ốm đau, bệnh tật nặng có xu hướng sử dụng mối quan hệ với thành viên gia đình.

- Trong mối quan hệ với họ hàng: Người trong ĐTLĐ có độ tuổi càng cao, khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật càng dài có xu hướng sử dụng quan hệ với họ hàng càng nhiều. Có mức độ ốm đau, bệnh tật nhẹ có xu hướng sử dụng mối quan hệ với họ hàng nhiều hơn người có mức độ ốm đau, bệnh tật nặng.

- Trong mối quan hệ với nhân viên y tế: Người trong ĐTLĐ là nam giới có xu hướng sử dụng mối quan hệ với nhân viên y tế hơn nữ giới. Có trình độ học vấn cao và nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật có xu hướng ít sử dụng mối quan hệ với

nhân viên y tế. Nếu cải thiện được trình độ học vấn và nhận thức về tình trạng sức khỏe và cách CSSK của người trong ĐTLĐ sẽ giúp người lao động CSSK tốt hơn.

- Trong mối quan hệ với người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật: Người trong ĐTLĐ là nam giới, có độ tuổi lao động càng cao và nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật, có xu hướng sử dụng mối quan hệ với người cùng hoàn cảnh hơn nữ giới, người có độ tuổi thấp, chưa nhận thức được dấu hiệu ốm đau, bệnh tật.

- Trong mối quan hệ với bạn bè: Người trong ĐTLĐ là nam giới, có trình độ học vấn cao có xu hướng sử dụng mối quan hệ với bạn bè hơn nữ giới, người có trình độ học vấn thấp. Người trong ĐTLĐ là cán bộ, viên chức ít sử dụng mối quan hệ với bạn bè hơn người làm nông nghiệp, tiểu thủ công nghiệp, buôn bán và dịch vụ.

Sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh đối với người trong độ tuổi lao động ở nông thôn sẽ thiết thực hơn:

Trong thời gian tới, việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nói chung và người trong ĐTLĐ được Đảng, Nhà nước, các cấp chính quyền và ngành y tế đặc biệt quan tâm, hướng tới xây dựng mô hình cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm, CSSK ban đầu làm nền tảng, bao phủ CSSK toàn dân. Cụ thể [14]:

Một là, ban hành quy định về phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế. Vai trò, trách nhiệm của ban chỉ đạo CSSK các cấp tại địa phương tiếp tục được tăng cường và có sự phân công nhiệm vụ cụ thể cho các ban, ngành đoàn thể, các tổ chức xã hội, cộng đồng. Tổ chức thực hiện và hoàn thiện các chính sách có liên quan đến tổ chức và hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, như: Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã đến 2020; Thông tư số 43/2013/TT-BYT của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Thông tư số 40/2015/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám, chữa bệnh BHYT; các dự án liên quan đến tăng cường mạng lưới y tế cơ sở,...

Hai là, thực hiện các quy định liên quan đến việc thực hiện chức năng giải trình để bảo đảm tính công khai, minh bạch trong quản lý, cung ứng dịch vụ y tế. Thực hiện kế hoạch tổng thể tăng cường mạng lưới y tế cơ sở để đẩy mạnh CSSK ban đầu, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân.

Ba là, xây dựng và thực hiện cơ chế, giải pháp phối hợp, lồng ghép giữa các đơn vị y tế, các tuyến y tế, các chương trình y tế và giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng. Quy định mối quan hệ và trách nhiệm chỉ đạo chuyên môn của bệnh viện, trung tâm y tế huyện đối với các trạm y tế xã.

Bốn là, mạng lưới y tế cơ sở hoạt động như một thể thống nhất, một trung tâm kết nối với các cơ sở y tế chuyên khoa tuyến trên, phù hợp với mô hình CSSK liên tục, lồng ghép, lấy CSSK ban đầu làm nền tảng. Gắn phòng bệnh, nâng cao sức khỏe với KCB, phục hồi chức năng, kết hợp y dược học hiện đại với y dược học cổ truyền. Cung ứng các dịch vụ lồng ghép, phối hợp đối với cả 3 nhóm bệnh: bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm và tai nạn thương tích. Tạo điều kiện để mở rộng các hình thức CSSK dựa vào cộng đồng ở tuyến cơ sở.

Năm là, đa dạng hóa các hình thức cung ứng dịch vụ y tế để thực hiện chăm sóc chủ động: cung ứng dịch vụ y tế tại cơ sở y tế huyện, xã; tổ chức cung ứng dịch vụ y tế lưu động, vận chuyển người bệnh tới cơ sở y tế có chuyên môn phù hợp... Phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình. Lồng ghép mô hình bác sĩ gia đình và cách tiếp cận của y học gia đình vào các hoạt động CSSK ban đầu của mạng lưới y tế cơ sở. Tăng cường nhân lực cho y tế cơ sở và mở rộng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản. Phát huy vai trò của y tế tư nhân và mở rộng hình thức nhà nước đặt hàng và kết hợp công tư trong cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản.

Sáu là, tăng cường quản lý sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ và phục hồi chức năng tại nhà, tại cộng đồng, đặc biệt đối với các BKLN. Thực hiện chủ trương “Phòng bệnh hơn chữa bệnh”. Áp dụng mô hình quản lý sức khỏe hộ gia đình. Nâng cao năng lực trong khám, phát hiện, sàng lọc, chuyển người bệnh lên tuyến trên linh hoạt, hiệu quả và tiếp nhận, theo dõi, điều trị người bệnh từ tuyến trên chuyển về, đặc biệt là đối với các BKLN.

Bảy là, hệ thống thông tin y tế được xây dựng và chuẩn hóa, kết nối thông tin giữa cơ sở y tế các tuyến nhằm quản lý sức khỏe, xác định nhu cầu CSSK và thực hiện cung ứng dịch vụ y tế lồng ghép và liên tục, phục vụ cho quản lý hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở. Công tác truyền thông, phổ biến kiến thức về bệnh tật và các yếu tố nguy cơ được chú trọng để hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng tự biết cách chăm sóc và kiểm soát sức khỏe, cũng như lựa chọn đúng dịch vụ CSSK.

Cùng với đó, thành phố Hà Nội đã có Kế hoạch số 29/KH-UBND ngày 13/2/2017 của Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội về xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở, trong đó xác định mục tiêu phát triển nguồn nhân lực để nâng cao năng lực cung ứng và chất lượng dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở, thực hiện quản lý sức khỏe toàn dân, bảo đảm cung ứng đầy đủ các dịch vụ CSSK ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh cho người dân trên địa bàn, cung ứng dịch vụ theo hướng toàn diện, liên tục, phối hợp và lồng ghép chặt chẽ giữa dự phòng và điều trị, giữa các cơ sở y tế trên địa bàn với tuyến trên, bảo đảm công bằng, hiệu quả trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

4.4. NHỮNG GIẢI PHÁP THỨC ĐẨY MẠNG LƯỚI XÃ HỘI TRONG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI TRONG ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở NÔNG THÔN

4.4.1. Nhà nước

Nghị quyết số 20-CT/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương đã chỉ rõ: “Năng lực tổ chức thực hiện các nghị quyết của Đảng, pháp luật của Nhà nước còn hạn chế. Nhận thức về vai trò, vị trí của công tác bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân có nơi, có lúc còn chưa đầy đủ, sâu sắc; chưa coi công tác này là một trụ cột trong phát triển nhanh, bền vững đất nước. Trong nhận thức và hành động, chưa thực sự coi y tế cơ sở, y tế dự phòng là gốc, là căn bản. Tư duy bao cấp, ỷ lại vào Nhà nước còn nặng, thiếu cơ chế đồng bộ, phù hợp để người dân tham gia bảo hiểm y tế và thu hút mạnh mẽ nguồn lực ngoài nhà nước đầu tư phát triển y tế” [6].

Cùng với việc lãnh đạo, chỉ đạo, quản lý, kiểm tra và giám sát việc thực hiện các văn bản pháp luật liên quan đến CSSK nói chung và KCB nói riêng, Nhà nước cần quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo chính quyền địa phương, các tổ chức chính trị - xã hội và xã hội - nghề nghiệp tuyên truyền, giáo dục kiến thức về CSSK, thông tin về dịch vụ y tế, củng cố mạng lưới y tế cơ sở nhằm giúp người dân tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng và hiệu quả. Tăng cường chỉ đạo chính quyền địa phương kiểm tra, giám sát việc thực hiện chính sách đối với người lao động, nhất là thực hiện chính sách KCB, bảo hiểm xã hội và BHYT của các cơ sở sử dụng lao động.

MLXH là một trong những yếu tố quyết định đến công bằng xã hội trong CSSK. Do vậy, cần xác định mỗi QHXX của người bệnh là một trong những yếu tố

tác động đến quá trình thiết kế, thử nghiệm và thực hiện các chính sách CSSK và coi đó là điểm then chốt của việc thực hiện chính sách CSSK. Tăng cường tính liên thông từ trên xuống dưới và từ dưới lên trên và sự phối hợp liên ngành trong việc KCB cho người dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng.

Hiện nay, cộng đồng đã có vai trò cung cấp dịch vụ y tế cho người dân. Tuy nhiên, việc cung cấp dịch vụ mang tính hành chính, chưa dựa vào mô hình bệnh tật và đặc điểm nhân khẩu học – xã hội của người bệnh. Do vậy cần bổ sung vào Luật Khám bệnh, chữa bệnh về vai trò của cộng đồng dân cư trong việc lựa chọn dịch vụ y tế và sự tham gia của gia đình người bệnh, người chăm sóc trong quá trình khám chữa bệnh, xuất viện, phục hồi chức năng và hòa nhập cộng đồng cho người bệnh.

Nhằm đảm bảo công bằng trong CSSK nói chung và KCB nói riêng, ngành y tế cần tăng cường HTXH đối với người bệnh trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và các nguồn lực xã hội, sự hiểu biết của nhân viên y tế về MLXH của người bệnh để hỗ trợ người bệnh tốt hơn. Để tăng cường trách nhiệm xã hội và giảm thiểu nghèo hóa do chi phí y tế, cùng với việc tăng cường bao phủ BHYT, cần xây dựng các gói BHYT tương ứng với gói dịch vụ y tế để khuyến khích người dân tham gia BHYT và thực hiện trách nhiệm xã hội.

4.4.2. Chính quyền địa phương

Nghị quyết số 20-CT/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương đã xác định: “Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là nghĩa vụ, trách nhiệm của mỗi người dân, của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội, đòi hỏi sự tham gia tích cực của các cấp uỷ, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể, các ngành, trong đó ngành Y tế là nòng cốt” [6]; thực hiện Kế hoạch số 29/KH-UBND ngày 13/2/2017 của Ủy ban Nhân dân thành phố Hà Nội về “Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới trên địa bàn thành phố Hà Nội” và vai trò lãnh đạo, chỉ đạo việc cụ thể hóa và tổ chức thực hiện chính sách CSSK nói chung và KCB nói riêng. Để phát huy vai trò và hiệu quả của mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ, chính quyền địa phương cần thực hiện một số nội dung sau:

Một là, tăng cường hiệu lực, hiệu quả quản lý nhà nước về y tế và BHYT, cải cách thủ tục hành chính trong KCB. Nâng cao chất lượng KCB, bảo đảm cho người dân dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản.

Hai là, trong việc tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về y tế cần coi MLXH của người trong ĐTLĐ là một yếu tố tác động. Sử dụng MLXH này như là một giải pháp trong CSSK nói chung và KCB nói riêng.

Ba là, trên cơ sở nhận thức được người trong ĐTLĐ sử dụng MLXH trong KCB để tổ chức cung cấp dịch vụ y tế cho phù hợp. Thực hiện liên thông giữa các cơ sở y tế và tuyến KCB để người dân tiếp cận dịch vụ y tế. Phát huy vai trò của nhân viên y tế thôn trong việc cung cấp thông tin về người bệnh, tham gia chương trình CSSK, giúp người bệnh tiếp cận dịch vụ y tế và nguồn lực của cộng đồng.

Bốn là, sử dụng MLXH trong KCB để tổ chức các nhóm người bệnh và chăm sóc người bệnh tại cộng đồng nhằm giúp người trong ĐTLĐ trao đổi thông tin về y tế, hòa nhập cộng đồng, phát huy vai trò của gia đình và nâng cao năng lực của cộng đồng trong CSSK.

Năm là, nâng cao chất lượng và hiệu quả công tác giáo dục, truyền thông về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nói chung và người trong ĐTLĐ nói riêng. Cung cấp thông tin cho người dân về các cơ sở y tế công và tư, những người KCB bằng y học cổ truyền, đặc biệt là chữa những BKLN và những nguồn lực mà người dân có thể tiếp cận trong quá trình KCB.

4.4.3. Đối với cơ sở y tế và nhân viên y tế

Nghị quyết số 20-CT/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương đã xác định ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn và kỹ thuật trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Do vậy, y tế cơ sở có chức năng thực hiện kế hoạch CSSK và tổ chức cung cấp dịch vụ y tế cho người dân. Để cung cấp dịch vụ y tế phù hợp, đòi hỏi cơ sở y tế và nhân viên y tế cần có hiểu biết về các mối quan hệ của người trong ĐTLĐ trong KCB, thiết lập mối quan hệ giữa cơ sở y tế ở các tuyến với người trong ĐTLĐ và các nguồn lực có liên quan để tổ chức cung cấp dịch vụ y tế và hỗ trợ người bệnh.

Các cơ sở y tế cần cung cấp thông tin về quy trình KCB, chất lượng, hiệu quả dịch vụ y tế, nhất là các dịch vụ y tế chuyên khoa và kể cả những sai sót trong quá trình điều trị để giúp người bệnh sử dụng có hiệu quả dịch vụ y tế, tăng niềm tin của người sử dụng dịch vụ y tế.

Phối hợp với các cơ sở sử dụng lao động để thực hiện các chương trình khám sức khỏe định kỳ. Tăng cường nhân lực cho trạm y tế trong việc KCB nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả dịch vụ y tế tuyến xã, đồng thời giúp người trong ĐTLĐ có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế.

Khi người bệnh đến cơ sở y tế họ thường lo lắng do bệnh tật, chưa biết thực hiện quá trình KCB. Do vậy, cơ sở y tế và nhân viên y tế cần hướng dẫn người bệnh thực hiện quá trình KCB, giúp người bệnh và người nhà người bệnh lựa chọn bác sĩ trong quá trình điều trị, kết nối với các cơ sở CSSK, các nguồn lực hỗ trợ theo yêu cầu của người bệnh và gia đình.

Thành lập các nhóm người bệnh và người nhà người bệnh trong cơ sở cung cấp dịch vụ y tế và cộng đồng nơi người bệnh sinh sống để giúp họ trao đổi thông tin về bệnh tật, tuân thủ quy trình điều trị, giải quyết những khó khăn trong quá trình KCB, cách CSSK bản thân, ...

4.4.5. Đối với gia đình và họ hàng

Qua kết quả khảo sát cho thấy vai trò của gia đình và họ hàng rất quan trọng trong việc HTXH cho người trong độ tuổi lao động khi KCB. Để nâng cao khả năng hỗ trợ của gia đình và họ hàng đối với người trong ĐTLĐ trong quá trình KCB, gia đình và họ hàng cần:

Một là, tăng cường chức năng gắn kết các thành viên trong gia đình, dòng họ để thực hiện quá trình CSSK và cung cấp HTXH cho người thân khi cần thiết, đặc biệt là người nhiều tuổi, người ốm đau, kéo dài và nặng.

Hai là, tổ chức việc cung cấp thông tin về sức khỏe, cách bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe, sử dụng các nguồn lực của gia đình, họ hàng trong quá trình CSSK.

Ba là, tăng cường năng lực và trách nhiệm của các thành viên gia đình, dòng họ trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho bản thân, người khác, gia đình và cộng đồng để phát triển mối gắn kết với cộng đồng, đồng thời có thêm nguồn lực trong việc CSSK nói chung và KCB nói riêng.

4.4.6. Đối với người trong độ tuổi lao động

Nhà xã hội học người Pháp Pierre Bourdieu cho rằng mỗi người trong xã hội đều có ba loại vốn: vốn kinh tế (tài sản), vốn xã hội (MLXH) và vốn văn hóa (trình độ học vấn, chuyên môn, tay nghề). Chính sự khác biệt về vốn đã làm cho mỗi cá nhân có vị trí xã hội khác nhau trong thang bậc giá trị.

Qua nghiên cứu cho thấy người trong ĐTLĐ có vốn xã hội và vốn người hạn chế thể hiện MLXH của họ có cơ cấu số lượng thành phần ít. Họ có niềm tin vào thành viên gia đình, nhân viên y tế và bạn bè. Để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nói chung và KCB có hiệu quả, đòi hỏi người trong ĐTLĐ cần thực hiện những nội dung sau:

Một là, cùng với quá trình lao động, người trong ĐTLĐ cần khám sức khỏe định kỳ để xác định bệnh sớm, tăng hiệu quả điều trị và giảm chi phí y tế, giảm thiểu những rủi ro về sức khỏe và bệnh nghề nghiệp, bảo đảm sức khỏe cho bản thân, tăng chất lượng và hiệu quả công việc, giảm rủi ro tai nạn nghề nghiệp.

Hai là, tham gia BHYT để thực hiện trách nhiệm công dân đối với bản thân, người khác và cộng đồng, xã hội. Đồng thời, yêu cầu người sử dụng lao động thực hiện chính sách CSSK nói chung, KCB nói riêng và chính sách BHXH, BHYT để tránh nguy cơ bị nghèo hóa do chi phí y tế khi bị ốm đau, bệnh tật.

Ba là, ngoài thời gian lao động, người trong ĐTLĐ cần tham gia các hoạt động của các nhóm, tổ đội nơi mình làm việc và nơi sinh sống nhằm nâng cao sức khỏe, tăng tính gắn kết xã hội và tạo ra các nguồn lực phục vụ cho công việc và cuộc sống.

Bốn là, người trong ĐTLĐ khi bị ốm đau, bệnh tật cần kịp thời đến cơ sở y tế và tự tin chia sẻ tình trạng sức khỏe của mình với người khác, đặc biệt là với những người có trình độ chuyên môn.

Tiểu kết chương 4

Hoạt động của người trong ĐTLĐ khi đi KCB được thực hiện trên nền tảng các mối QHXXH. Các mối QHXXH sẽ cung cấp những điều kiện và nguồn lực cho con người thực hiện các hoạt động có hiệu quả. Khi chất lượng và hiệu quả của dịch vụ y tế chưa đáp ứng nhu cầu, cùng với đó, người trong ĐTLĐ gặp khó khăn khi KCB đã thúc đẩy người trong ĐTLĐ tìm kiếm các mối quan hệ bên ngoài dịch vụ y tế. Tuy nhiên, do nhiều yếu tố ảnh hưởng khác nhau về mặt chính sách, sự lãnh đạo của chính quyền địa phương trong việc tổ chức cung cấp các dịch vụ xã hội, mặt trái của cơ chế thị trường, việc thiết lập và vận hành các mối QHXXH đã ảnh hưởng đến việc KCB của người trong ĐTLĐ.

Có các yếu tố ảnh hưởng đến MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ, đó là: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, mức sống và đặc điểm ốm đau, bệnh của người trong ĐTLĐ như: khoảng thời gian, mức độ và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật.

Để giúp người trong ĐTLĐ tiếp cận dịch vụ y tế, cần đưa MLXH trong KCB vào các văn bản pháp luật, chương trình CSSK như là một đối tượng cần tác động và là giải pháp thực hiện CSSK và cung cấp dịch vụ y tế. Chính quyền địa phương cần tổ chức cung cấp có hiệu quả các dịch vụ xã hội và thông tin cho mọi người dân. Các tổ chức chính trị - xã hội của người trong ĐTLĐ, người sử dụng lao động cần đảm bảo môi trường làm việc, đảm bảo quyền CSSK, đồng thời tổ chức hướng dẫn người trong ĐTLĐ bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

Tăng cường sự gắn kết người trong ĐTLĐ với các dịch vụ HTXH trong cộng đồng. Đẩy mạnh công tác quản lý và tư vấn sức khỏe ngay tại gia đình và cộng đồng, đồng thời kết nối với các dịch vụ y tế, HTXH để giúp người dân tiếp cận dịch vụ y tế và nguồn hỗ trợ phù hợp với đặc điểm cá nhân, gia đình của người bệnh. Vấn đề quan trọng đó là tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ y tế, đồng thời giúp người trong ĐTLĐ có khả năng tự bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

KẾT LUẬN

Tổng quan tài liệu nghiên cứu MLXH cho thấy nghiên cứu về MLXH khá phong phú, đa dạng và ngày càng có tính hệ thống hơn. MLXH được nghiên cứu theo khuynh hướng cấu trúc, chức năng và tập trung chủ yếu xác định quy mô, kiểu loại, tính chất, nội dung, chức năng của các môi QHXXH trong MLXH tạo nên bức tranh tổng thể về nghiên cứu MLXH đa diện, nhiều chiều.

Ở Việt Nam, vẫn còn ít nghiên cứu về MLXH trong lĩnh vực KCB. Những thay đổi trong chính sách kinh tế - xã hội đã tác động đến môi QHXXH trong KCB của người dân từ nhiều góc độ khác nhau. Tuy nhiên, không phải mọi tác động chính sách đều xuất phát từ thực trạng đa dạng về cấu trúc của MLXH trong KCB. Điều đó cho thấy cần có những nghiên cứu bổ sung làm rõ người dân sử dụng môi QHXXH nào trong KCB để cung cấp những bằng chứng cho việc ban hành những sách y tế phù hợp theo hướng hiệu quả, công bằng và phát triển.

Nghiên cứu sử dụng lý thuyết MLXH và lý thuyết hệ thống xã hội của Talcott Parsons để lý giải đặc điểm, tính chất và chức năng của MLXH trong việc hỗ trợ xã hội và giúp người trong ĐTLĐ khám chữa bệnh. Luận án đã thực hiện được mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu, trả lời được các câu hỏi và chứng minh các giả thuyết nghiên cứu, qua đó phản ánh thực trạng MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

Luận án đã phân tích các đặc điểm và tính chất của MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ về quy mô, các mối quan hệ xã hội trong MLXH, đồng thời chỉ ra sự hỗ trợ xã hội của MLXH đối với người trong ĐTLĐ khi khám chữa bệnh. Trên cơ sở phân tích các yếu tố tác động đến MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ đã đưa ra dự báo xu hướng biến đổi MLXH và một số giải pháp nhằm nâng cao chức năng hỗ trợ xã hội của mạng lưới trong việc giúp người trong ĐTLĐ khám chữa bệnh.

Luận án đã kiểm chứng các giả thuyết nghiên cứu:

1. Các mối quan hệ trong mạng lưới khám chữa bệnh. Mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở nông thôn có quy mô nhỏ và có ít thành phần.

Có năm mối quan hệ chủ yếu trong mạng lưới KCB của người trong ĐTLĐ là: thành viên gia đình, nhân viên y tế, họ hàng, người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật và bạn bè. Trong đó, người trong ĐTLĐ có mối quan hệ mạnh với thành viên gia đình, nhân viên y tế và có mối quan hệ yếu với họ hàng, bạn bè, người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật. Có mối tương quan giữa các mối quan hệ trong mạng lưới KCB với cơ cấu kinh tế.

2. Sự khác nhau về các mối quan hệ và tiếp nhận sự hỗ trợ trong mạng lưới khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động theo mức sống.

Người có mức sống trung bình và trên trung bình đều có chung năm mối quan hệ trong mạng lưới KCB, nhưng người có mức sống trung bình có tỷ lệ cao hơn người có mức sống trên trung bình và khá giả về mối quan hệ với thành viên gia đình và nhân viên y tế.

Người trong ĐTLĐ có mức sống trung bình thường nhận được sự hỗ trợ của các thành viên gia đình cao hơn những người trong ĐTLĐ có mức sống cao hơn, nhưng nhận được ít sự hỗ trợ hơn từ các mối quan hệ khác trong mạng lưới KCB.

3. Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong ĐTLĐ cho thấy, chính sách, pháp luật của Nhà nước, cơ chế thị trường, hệ thống chính trị ở cơ sở, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người trong độ tuổi lao động có những tác động tích cực đến sự hỗ trợ của MLXH đối với người trong ĐTLĐ khi KCB. Ngoài ra, các mối quan hệ trong mạng lưới KCB bị ảnh hưởng mạnh bởi các yếu tố nhân khẩu – xã hội, tình trạng hôn nhân, mức sống và ốm đau bệnh tật của người trong độ tuổi lao động. Cụ thể:

- Trong mối quan hệ với nhân viên y tế bị ảnh hưởng bởi những yếu tố: giới tính, trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ;

- Trong mối quan hệ với thành viên gia đình bị ảnh hưởng bởi những yếu tố: tình trạng hôn nhân, mức sống và mức độ ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ;
- Trong mối quan hệ với họ hàng, có những yếu tố ảnh hưởng: độ tuổi, khoảng thời gian và mức độ ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ;
- Trong mối quan hệ với người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật, có những yếu tố ảnh hưởng: giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn và nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật của người trong ĐTLĐ;
- Trong mối quan hệ với bạn bè, yếu tố giới tính của người trong ĐTLĐ ảnh hưởng đến mối quan hệ này.

4. Để củng cố và phát triển MLXH trong KCB của người trong độ tuổi lao động thì các thành phần và toàn bộ MLXH trong KCB phải tăng cường và thực hiện có hiệu quả chức năng nhằm tạo nên vốn xã hội, sự gắn kết và nguồn lực hỗ trợ người trong ĐTLĐ và những người khác. Đồng thời tăng cường tính liên thông theo chiều dọc và chiều ngang giữa các cấp độ MLXH trong KCB nhằm quản lý sức khỏe, giúp người trong ĐTLĐ tiếp cận dịch vụ y tế kịp thời, phù hợp và có hiệu quả, đồng thời giúp người bệnh hòa nhập cộng đồng và nâng cao sức khỏe.

Trong thời kỳ hội nhập và phát triển cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, các cơ sở sử dụng lao động cần thực hiện có hiệu quả chính sách đối với người lao động, đặc biệt là chính sách y tế, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và cải thiện môi trường làm việc nhằm bảo đảm sức khỏe, đời sống người lao động, giảm thiểu những nguy cơ ảnh hưởng đến cuộc sống, góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả lao động và phát triển bền vững.

Những phân tích về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn về các khía cạnh quy mô, các loại và mức độ quan hệ, hỗ trợ xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế thông qua số liệu khảo sát về cơ bản đã trả lời được câu hỏi nghiên cứu, chứng minh được các giả thuyết nghiên cứu đặt ra. Qua đó phản ánh được thực trạng MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ ở nông thôn trên địa bàn nghiên cứu.

Tuy nhiên những kết quả nghiên cứu về MLXH trong KCB của người trong ĐTLĐ chỉ đúng cho địa bàn nghiên cứu ở huyện Thường Tín. Cần có nghiên cứu tiếp theo để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến toàn bộ MLXH trong KCB.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ
LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Đào Văn Dũng, Phạm Gia Cường (2015), “Công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe nhân dân”, *Tạp chí Khoa học xã hội*, (1), tr. 75 – 83.
2. Nguyễn Quốc Trung, Phạm Gia Cường (2017), “Mối quan hệ giữa nhân viên y tế và người bệnh – yếu tố quyết định chất lượng và hiệu quả công tác khám chữa bệnh”, *Tạp chí Tuyên giáo*, (2), tr. 69 – 70, 80.
3. Nguyễn Đình Tấn, Phạm Gia Cường (2017), “Thực trạng mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động ở huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội”, *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Nghiên cứu Chính sách và Quản lý*, 1 (33), tr. 30- 38.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Đặng Nguyên Anh (1998), “Vai trò của mạng lưới xã hội trong quá trình di cư”, *Tạp chí Xã hội học*, (2), tr.16-24.
2. Ban Bí thư khóa (IX), *Chỉ thị số 06-CT/TW, ngày 22/1/2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở*.
3. Ban Chấp hành Đảng bộ huyện Thường Tín, *Báo cáo chính trị khóa XXII, ngày 14/7/2015*.
4. Ban Chấp hành Trung ương Đảng (2001), *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội.
5. Ban Chấp hành Trung ương Đảng (2016), *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XII*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội.
6. Ban Chấp hành Trung ương (2017), *Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về việc tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
7. Ban Tuyên giáo Trung ương và Bộ Y tế (2012), *Đánh giá kết quả 10 năm thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW và đề xuất giải pháp về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian sắp tới*.
8. Trịnh Hòa Bình (1993), “Mức sống và “văn hóa y tế” đã ảnh hưởng tới sự tiêu dùng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng như thế nào?”, *Tạp chí Xã hội học*, (2), tr.66-68.
9. Trịnh Hòa Bình (1997), “Sự hỗ trợ xã hội trong việc chăm sóc sức khỏe của gia đình nông thôn”, *Tạp chí Xã hội học*, (2), tr.69-73.
10. Bộ Chính trị (2012), *Nghị quyết số 21-NQ/TW, ngày 22/11/2012 về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012-2020*.
11. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội và Tổng cục Thống kê (2016), *Bản tin cập nhật thị trường lao động Việt Nam*, (11), quý 3.
12. Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế (2013), *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2013 - hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội.

13. Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế (2015), *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*, Hà Nội.
14. CECODES, VFF-CRT và UNDP (2015), *Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2014: Đo lường từ kinh nghiệm thực tiễn của người dân*, Hà Nội.
15. Nguyễn Đồng Chi (1978), “Sự tồn tại của quan hệ thân tộc trong làng xã Việt Nam” trong Ủy ban Khoa học xã hội Việt Nam, Viện Sử học, *Nông thôn Việt Nam trong lịch sử*, tập 2, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
16. Đào Văn Dũng và Đỗ Văn Dung (2013), *Y học xã hội và Xã hội học sức khỏe*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội.
17. Bùi Xuân Đính (2007), “Từ một kiểu chia làng, suy nghĩ về tính thống nhất và đồng thuận của làng Việt thời phong kiến”, *Tạp chí Dân tộc học*, (5), tr.3-9.
18. Đỗ Thái Đồng (1995), “Làng hiện thực và biểu trưng” trong Mạc Đường (chủ biên), *Làng xã ở châu Á và ở Việt Nam*, NXB Thành phố Hồ Chí Minh.
19. Mai Văn Hai, Phan Đại Doãn (2000), *Quan hệ dòng họ ở châu thổ sông Hồng: Qua hai làng Đào Xá và Tứ Kỳ*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
20. Mai Văn Hai, Ngô Thị Thanh Quý (2012), “Vai trò của mạng lưới họ hàng lấy cá nhân làm trung tâm trong hoạt động kinh tế ở nông thôn hiện nay”, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, (5), tr.42-52.
21. Nguyễn Thị Thu Hòa (2012), *Mạng lưới xã hội của người chấp hành xong hình phạt tù: Nghiên cứu trường hợp Thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sĩ Xã hội học, Học viện Chính trị - Hành chính quốc gia Hồ Chí Minh, Hà Nội.
22. Trịnh Minh Hoan (2004), *Vai trò của y tế tư nhân qua nghiên cứu trường hợp tại thành phố Đà Nẵng*, Luận án tiến sĩ Xã hội học, Học viện Chính trị quốc gia Hồ Chí Minh, Hà Nội.
23. Diệp Đình Hoa (1990), *Tìm hiểu làng Việt*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
24. Hội nghị lần thứ tư Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá VII (1993), *Nghị quyết 04-NQ/HNTW ngày 14/01/1993 về những vấn đề cấp bách của sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân*, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội.

25. Tô Duy Hợp (2003), *Định hướng phát triển làng-xã đồng bằng sông Hồng ngày nay*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
26. Lê Ngọc Hùng (2003), “Lý thuyết và phương pháp tiếp cận mạng lưới xã hội: trường hợp tìm kiếm việc làm của sinh viên”, *Tạp chí Xã hội học*, (2), tr.67-75.
27. Lê Ngọc Hùng (2008), “Vốn xã hội, vốn con người và mạng lưới xã hội qua một số nghiên cứu ở Việt Nam”, *Tạp chí Nghiên cứu con người*, (4), tr.45-54.
28. Lê Ngọc Hùng (2009), *Lịch sử và lý thuyết xã hội học*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
29. Lê Ngọc Hùng (2014), *Lý thuyết xã hội học hiện đại*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
30. Nguyễn Văn Huyền (2000), “Văn minh Việt Nam”, Đỗ Trọng Quang dịch (từ tiếng Pháp), trong Phạm Minh Hạc và Hà Văn Tấn (chủ biên), *Nguyễn Văn Huyền toàn tập*, tập 1, NXB Giáo dục, Hà Nội.
31. Trần Đình Hượu (1989), ““Làng - Họ”, những vấn đề của quá khứ và hiện tại”, *Tạp chí Xã hội học*, (3), tr.18-27.
32. Lương Văn Hy (2010), “Quà và vốn xã hội ở hai cộng đồng nông thôn Việt Nam”, trong Lương Văn Hy và cộng sự, chủ biên, *Hiện đại và động thái của truyền thống ở Việt Nam: Những cách tiếp cận nhân học*, quyển 1, NXB Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
33. Kleinen, J. (2007), *Đối diện tương lai hồi sinh quá khứ: Nghiên cứu biến đổi xã hội ở một làng Bắc Việt Nam*, NXB Đà Nẵng.
34. Nguyễn Đức Lộc (2015), “Vai trò của mạng lưới thân thuộc trong chiến lược ứng phó rủi ro của người công nhân đang làm việc tại các khu công nghiệp tỉnh Bình Dương”, *Tạp chí Phát triển Khoa học và Công nghệ*, (18), tr.119-131.
35. Đặng Kim Khánh Ly (2016), *Quan hệ xã hội trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân tại bệnh viện công hiện nay*, Luận án Tiến sĩ Xã hội học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.
36. Lê Mạnh Năm và Nguyễn Phan Lâm (2007), “Cộng đồng làng trong hệ thống an sinh xã hội hiện nay”, *Tạp chí Xã hội học*, (1), tr.66-75.

37. Nông Bằng Nguyên (2009), “Nghiên cứu mạng lưới xã hội: Những đóng góp của nhân học và xã hội học”, *Tạp chí Nghiên cứu con người*, (2), tr.58-65.
38. Phòng Y tế huyện Thường Tín, *Báo cáo số 07/BC-YT ngày 11/12/2015 về kết quả hoạt động y tế năm 2015 và phương hướng nhiệm vụ năm 2016*.
39. Nguyễn Khánh Phương, Đặng Đức Phú và Nguyễn Thị Xuyên (2009), “Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và tình hình sử dụng dịch vụ y tế của người có thể bảo hiểm y tế tại vùng nông thôn”, *Tạp chí Y học Thực hành*, (5), tr.61-63.
40. Lương Hồng Quang (2010), “Các tổ chức phi quan phương trong làng - xã vùng châu thổ Việt (trường hợp hội đồng niên)”, trong Lương Văn Hy và cộng sự, chủ biên, *Hiện đại và động thái của truyền thống ở Việt Nam: Những cách tiếp cận nhân học*, quyển 1, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Tp. Hồ Chí Minh.
41. Quốc hội (2009), *Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23/11/2009*.
42. Quốc hội (2012), *Bộ Luật Lao động số 10/2012/QH13, ngày 18/6/2012*.
43. Quốc hội (2013), *Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, ngày 28/11/2013*.
44. Phạm Văn Quyết và Nguyễn Quý Thanh (2012), *Phương pháp nghiên cứu Xã hội học*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
45. Tessier, O. (2010), ““Giúp đỡ” và tương trợ trong cộng đồng làng quê ở miền Bắc Việt Nam: Quan hệ giữa tình đoàn kết và sự phụ thuộc”, trong Lương Văn Hy và cộng sự, chủ biên, *Hiện đại và động thái của truyền thống ở Việt Nam: Những cách tiếp cận nhân học*, quyển 1, NXB Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh.
46. Nguyễn Quý Thanh, Cao Thị Hải Bắc (2012), “Quan hệ xã hội và vốn xã hội: Nghiên cứu so sánh Việt Nam và Hàn Quốc”, *Tạp chí Xã hội học*, (3), tr.35-44.
47. Nguyễn Quý Thanh, Cao Thị Hải Bắc (2015), “Nguyên lý đồng dạng: Nghiên cứu khám phá cơ chế định hình mạng lưới xã hội của người Việt Nam”, *Tạp chí Xã hội học*, (1), tr.37-59.
48. Nguyễn Quý Thanh (2016), *Phép đặc tam giác về vốn xã hội của người Việt Nam mạng lưới quan hệ - lòng tin – sự tham gia (sách chuyên khảo)*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

49. Nguyễn Duy Thắng (2007), “Sử dụng vốn xã hội trong chiến lược sinh kế của nông dân ven đô Hà Nội dưới tác động của đô thị hóa”, *Tạp chí Xã hội học*, (4), tr.37-47.
50. Hoàng Bá Thịnh (2009), “Vốn xã hội, mạng lưới xã hội và những phí tổn”, *Tạp chí Xã hội học*, (1), tr.67-75.
51. Hoàng Bá Thịnh (2010), *Xã hội học sức khỏe (sách chuyên khảo)*, NXB Đại học Quốc gia, Hà Nội.
52. Trần Ngọc Thêm (2001), *Tìm về bản sắc văn hóa Việt Nam*, NXB thành phố Hồ Chí Minh.
53. Thủ tướng Chính phủ (2013), *Quyết định 122/QĐ-TTg, ngày 10/1/2013, Phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030*.
54. Lê Minh Tiến (2010), “Phân tích mạng lưới xã hội”, trong Bùi Thế Cường, chủ biên, *Phương pháp nghiên cứu xã hội và lịch sử*, NXB Từ điển Bách khoa, tr.130-150.
55. Tổng cục Thống kê (2017), *Báo cáo điều tra lao động việc làm năm 2016*, NXB Thống kê.
56. Nguyễn Đức Truyền (2000), “Quan hệ thầy thuốc – bệnh nhân với tác động của những yếu tố kinh tế - xã hội”, *Tạp chí Xã hội học*, (2), tr.24-29.
57. Nguyễn Đức Truyền (2003), *Kinh tế hộ gia đình và các quan hệ xã hội ở nông thôn đồng bằng sông Hồng trong thời kì đổi mới*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
58. Nguyễn Đình Tuấn (2013), *Một số yếu tố ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người nghèo ở nước ta hiện nay: thực trạng và một số vấn đề đặt ra nhìn từ góc độ phát triển con người*, Đề tài cấp cơ sở, Viện Nghiên cứu con người, Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam.
59. Trần Từ (1984), *Cơ cấu tổ chức của làng Việt cổ truyền ở Bắc Bộ*, NXB Khoa học xã hội, Hà Nội.
60. Ủy ban Nhân dân huyện Thường Tín, *Báo cáo số 54 /BC-UBND, ngày 09/12/2015 về tình hình thực hiện nhiệm vụ phát triển kinh tế-xã hội năm 2015 và phương hướng, nhiệm vụ trọng tâm năm 2016*.

61. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2009), *Thực trạng nhu cầu và sử dụng bác sĩ sau ra trường*, Đề tài cấp viện, Hà Nội.
62. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2011), *Đánh giá việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế xã tại các vùng miền*, Đề tài cấp viện, Hà Nội.
63. Đặng Thị Lệ Xuân (2012), “Chính sách y tế và chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân: Thực trạng và khuyến nghị”, *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, (181), tr.48-56.

Tài liệu tham khảo tiếng Anh

64. Agadjanian, V. (2002), “Informal social networks and epidemic prevention in a third world context: cholera and HIV/AIDS compared”, in Levy, J.A. and Pescosolido, B.A., editors, *Advances In Medical Sociology*, (8) (*Social Networks and Health*), JAI-Elsevier Science, pp.201-221.
65. Ajrouch, K., Blandon, A. and Antonucci, T. (2005), “Social Networks among Men and Women: The Effects of Age and Socioeconomic Status”, *Journal of Gerontology*, (6), pp. S311-317.
66. Barabasi, A. (2003), *Linked: How Everything is Connected to Everything Else and What It Means*, Plume, Reissue edition (April 29, 2003), Popularizes the science of networks.
67. Barrera, M. (1986), “Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models”, *American Journal of Community Psychology*, (14), pp.413-455.
68. Basu, S. (2005), *Semi-supervised Clustering: Probabilistic Models, Algorithms and Experiments*, Doctoral Dissertation, The University of Texas at Austin.
69. Berkman, L.F., Leo-Summers, L. and Horwitz, R.I. (1992), “Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction: A Prospective, Population-based Study of the Elderly”, *Annals of Internal Medicine*, (117), pp.1003-1009.
70. Berkman, L.F. (1995), “The Role of Social Relations in Health Promotion, Psychosomatic Medicine”, *Journal of Biobehavioral Medicine*, (57), pp.245-254.
71. Berkman, L.F., Glass, T. (2000), “Social Integration, Social Networks, Social Support and Health”, in Berkman, L. F. and Kawachi, I., editors, *Social Epidemiology*, New York: Oxford University Press, pp.137-173.

72. Blau, P.M. (1993), *Social Contracts and Economic Markets*, New York: Plenum.
73. Burt, R.S. (1976), "Positions in Networks", *Social Forces*, (55), pp.93-122.
74. Carrington, P.J., Scott, J. and Wasserman, S. (2005), *Models and Methods in Social Network Analysis*, Cambridge, England: Cambridge University Press.
75. Castells, M. (2000), "Toward a Sociology of the Network Society", *Contemporary Sociology*, (29), pp.693-699.
76. Cisse, A. (2011), *Analysis of Health Care Utilization in Côte d'Ivoire*; AERC Research Paper 201; African Economic Research Consortium, Nairobi, Kenya.
77. Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck T. and Hoberman, H.M. (1985), "Measuring the Functional Components of Social Support", in Sarason, I.G. and Sarason, B.R., editors, *Social Support: Theory, Research, and Applications*, The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
78. Cohen, S. and Thomas, A.W. (1985), "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis", *Psychological Bulletin*, (98), pp.310-357.
79. Cohen, S, et al. (2000), "Social Integration and Health: The Case of the Common Cold", *Journal of Social Structure*, (1), pp.1-7.
80. Cohen, S. (2004), "Social Relationships and Health", *American Psychologist*, (59), pp.676-684.
81. Coleman, J.S. (1988), "Social Capital in the Creation of Human-Capital", *American Journal of Sociology*, (94), pp.95-120.
82. Cross, R. and Parker, A. (2004), *The Hidden Power of Social Networks: Understanding How Work Really Gets Done in Organizations*, Cambridge, MA, Harvard Business Press.
83. Cross, R. and Thomas, R. (2011), "Managing Yourself: A Smarter Way to Network (Digest Summary)", *Harvard Business Review*, (89), pp.149-153.
84. Dietz, T. and Henry, A.D. (2008), "Context and the Commons", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, (105), pp.13189-13190.
85. Ethier, J. (2006), *Current Research in Social Network Theory*, Boston: Northeastern University.

86. Etzioni, A. (2001), "Is Bowling Together Sociologically Lite?" *Contemporary Sociology*, (3), pp.23-24.
87. Faber, A.D. and Wasserman, S. (2002), "Social Support and Social Networks: Synthesis and Review", in Levy, J.A. and Pescosolido, B.A., editors, *Social Networks and Health*, Boston: Elsevier Science Ltd, (8), pp.29-72.
88. Fisher, K. E., et al. (2004), "Information Grounds and the Use of Needbased Services by Immigrants in Queens", New York: A Context-based, Outcome Evaluation Approach, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, (55), pp.754-766.
89. Fowler, J. and Christakis, N. (2008), "The Dynamic Spread of Happiness in a Large Social Network", *BMJ: British Medical Journal*, (337), pp.1-9.
90. Gallant, M.P., Spitze, G.D. and Prohaska, T.R. (2007), "Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-management among Older Adults", *Research on Aging*, (29), pp.375-409.
91. Garton, L., Haythornthwaite, C. and Wellman, B. (1997), "Studying Online Social Networks", *Journal of Computer - Mediated Communication*, (3).
92. Giddens, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Stanford, CA: Stanford University Press.
93. Granovetter, M.S. (1973), "The Strength of Weak Tie", *American Journal of Sociology*, (78), pp.1360-1380.
94. Granovetter, M.S. (1982), "The Strength of Weak Ties: a Network Theory Revisited", in Marsden, P.V. and Lin, N., editors, *Social Structure and Network Analysis*, Beverly Hills, CA: Sage Publications, pp.105-130.
95. Gretzel, U. (2001), *Social Network Analysis: Introduction and Resources*, Available from: <http://lrs.ed.uiuc.edu/tse-portal/analysis/social-network-analysis>, [accessed 20 September 2016].
96. Haines, V.A., Beggs, J.J. and Hurlbert, J.S. (2002), "Exploring the Structural Contexts of the Support Process: Social Networks, Social Statuses, Social Support, and Psychological Distress", in Levy, J.A. and Pescosolido, B.A., editors, *Social Networks and Health*, New York: Elsevier Science, pp.269-292.

97. Halpern, D. (2005), *Social Capital*, Polity press, Cambridge, UK.
98. Haythornthwaite, C. (1996), "Social Network Analysis: An Approach and Technique for the Study of Information Exchange", *Library and Information Science Research*, (18), pp.323-342.
99. Heaney, C.A. and Israel, B.A. (2001), "Social Networks and Social Support", in Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M, editors, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, San Francisco: Jossey-Bass, pp.185-209.
100. Hendryx, M.S, et al. (2002), "Access to Health Care and Community Social Capital", *Health Services Research*, (37), pp.87-103.
101. Hoang Van Minh and Tran Xuan Bach (2012), "Assessing the Household Financial Burden Associated with the Chronic Non-communicable Diseases in a Rural District of Vietnam", *Global Health Action*, (5), pp.1-7.
102. Hoang Van Minh, et al. (2013), "Describing the Primary Care System Capacity for the Prevention and Management of Non-communicable Diseases in Rural Vietnam (Accepted)", *International Journal of Health Planning and Management*, doi: 10.1002/hpm.2179.
103. House, J.S., Landis, K.R., and Umberson, D. (1988), "Social Relationships and Health", *Science*, (241), pp.540-545.
104. House, J.S. et al. (1994), "The Social Stratification of Aging and Health", *Journal of Health and Social Behaviour*, (35), pp.213-234.
105. Jintanakul, K. and Otto, D. (2009), "Factors Affecting Hospital Choice for Rural Iowa Residents", *The Review of Regional Studies*, (39), pp.171-187.
106. Kawachi, I., Kennedy, B. and Glass, R. (1999), "Social Capital and Self-rated Health: a Contextual Analysis", *American Journal of Public Health*, (89), pp.1187-1193.
107. Kessler, R.C. and Neighbors, H.W. (1986), "A New Perspective on the Relationships Among Race, Social Class, and Psychological Distress", *Journal of Health and Social Behaviours*, (27), pp.107-115.

108. Kincaid, D.L. (2000), "Social Networks, Ideation, and Contraceptive Behavior in Bangladesh: a Longitudinal Analysis", *Social Science and Medicine*, (50), pp.215-231.
109. Kirby, J.B. and Kaneda, T. (2005), "Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and Access to Health Care", *Journal of Health and Social Behavior*, (46), pp.15-31.
110. Knoke, D. and Kuklinski, J.H. (1982), *Network Analysis*, Beverly Hills: Sage Publications.
111. Knoke, D. (1990), *Political Networks*, New York: Cambridge University Press.
112. Korsch, B.M.; Gozzi, E.K. and Francis, V. (1968), "Gaps in Doctor-patients Communication. 1. Doctor-patient Interaction and Patient Satisfaction", *American Academy of Pediatrics*, (42), pp.855-871.
113. Kosimbei, G. (2005), "Child Healthcare Seeking Behaviour in Kenya", Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis (KIPPRA), *Discussion paper Number 50 (ISBN 9966 949 968)*.
114. Kossinets, G. and Watts, D. (2006), "Empirical Analysis of an Evolving Social Network", *Science*, (311), pp.88-90.
115. Lin, N. (2000), "Inequality in Social Capital", *Contemporary Sociology*, (29), pp.785-795.
116. Litwin, H. (2006), "Social Networks and Self-Rated Health: A Cross-Cultural Examination Among Older Israelis", *Journal Aging Health*, (18), pp.335-358.
117. Marsden, P. (2000), "Social Networks", in Borgatta, E.F and Montgomery, R.J.V, *Encyclopedia of Sociology*, New York: Macmillan, pp.2727-2735.
118. Marsden, P. (2005), "Recent Developments in Network Measurement", in Carrington, P.J., Scott, J. and Wasserman, S., editors, *Models and Methods in Social Network Analysis*, New York: Cambridge University Press, pp.8-30.
119. McPherson, M., et al. (2001), "Birds of a Feather: Homophily in Social Networks", *Annual Review of Sociology*, pp.415-444.
120. Monge, P.R. and Contractor, N.S. (2003), *Theories of Communication Networks*, New York: Oxford University Press.

121. Moreno, J.L. and Jennings, H.H. (1938), "Statistics of Social Configurations", *Sociometry*, (1), pp.342-374.
122. Nguyen, T.A. (2010), *Kinship as Social Capital: Economic, Social and Cultural Dimensions of Changing Kinship Relations in a Northern Vietnamese Village*, Doctoral Dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam, The Netherlands.
123. Northway, M.L. (1940), "A Method for Depicting Social Relationships Obtained by Sociometric Testing", *Sociometry*, (3), pp.144-150.
124. Pescosolido, B.A. (1991) "Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance", in Albrecht, G. and Levy, J., editors, *Advances in Medical Sociology*, Greenwich, CT: JAI Press, pp.161-184.
125. Pescosolido, B.A. (1992), "Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help", *American Journal of Sociology*, (97), pp.1096-1138.
126. Pescosolido, B.A. (1994), "Bringing Durkheim into the 21st Century: A Social Network Approach to Unresolved Issues in the Study of Suicide", in Lester, D., editor, *Mile Durkheim: Le Suicide-100 Years Later*, Philadelphia, PA: Charles Press, pp.264-295.
127. Pescosolido, B.A and Rubin, B.A. (2000), "The Web of Group Affiliations Revisited: Social Life, Postmodernism and Sociology", *American Sociological Review*, (65), pp.52-76.
128. Pescosolido, B.A. and Levy, J.A. (2002), "The Role of Social Networks in Health, Illness, Disease and Healing: the Accepting Present, the Forgotten Past, and the Dangerous Potential for a Complacent Future", in Levy, L.A. and Pescosolido, B.A., editors, *Social Networks and Health*, (8), Boston: Elsevier Science Ltd, pp.3-25.
129. Pescosolido, B.A. and Wright, E.R. (2002), "Sorry, I Forgot: The Role of Recall Error in Longitudinal Personal Network Studies", *Social Networks and Health*, (8), pp.113-129.
130. Pescosolido, B.A. (2006), "Of Pride and Prejudice: The Role of Sociology and Social Networks in Integrating the Health Sciences", *Journal of Health and Social Behavior*, (47), pp.189-208.

131. Plastrik, P. and Taylor, M. (2006), *Net gains: A handbook for Network Builders Seeking Social Change*, Alexandria, VA: Wendling Foundation.
132. Portes, A. (1998), "Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology", *Annual Review of Sociology*, (24), pp.1124.
133. Putnam, R. (2000), *Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York.
134. Rowe, R. and Calnan, M. (2006), "Trust Relations in Health care—the New Agenda", *European Journal of Public Health*, (16), pp.4-6.
135. Ruiz-Azarola, A. and Perestelo-Perez, L. (2012), "Citizens' Participation in Health: Education and Shared Decision-making", *SESPAS Report 2012, Gaceta sanitaria/S.E.S.TR.A.S*, (26), pp.158-161.
136. Sabatelli, R. and Waldron, R. (1995), "Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood", *Journal of Marriage and the Family*, (57), pp.969-980.
137. Seeman, T.E., et al. (1993), "Inter-community Variations in the Association Between Social Ties and Mortality in the Elderly: A Comparative Analysis of three Communities", *Annals of Epidemiology*, (3), pp.325-335.
138. Smith, K. and Christakis, N. (2008), "Social Networks and Health", *Annual Review of Sociology*, (34), pp.405-429.
139. Tardy, R.W. and Hale, C.L. (1998), "Getting "Plugged in": a Network Analysis of Health Information Seeking Among "Stay-at-home-moms"", *Communication Monographs*, (65), pp.336-357.
140. Thoits, P. (1995), "Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?", *Journal of Health and Social Behavior*, (36), pp.53-79.
141. Uchino, B. (2004), "Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships", *New Haven, CT: Yale University Press*.
142. Umberson, D. and Montez, J.K. (2010), "Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy", *Journal of Health Social Behavior*, (51), pp.54-66.

143. United Nations (2012), "Global Health and Foreign Policy", in *General Assembly Resolution A/67/L.36: Global Health and Foreign Policy*, Agenda item 123, New York.
144. Wasserman, S. and Katherine F. (1994), *Social Network Analysis: Methods and Applications (Structural Analysis in the Social Sciences)*, Cambridge University Press.
145. Wenger, G.C. (1997), "Social Networks and Prediction of Elderly People at Risk", *Aging and Mental Health*, (1), pp.311-320.
146. White, H.C. (1992), "Identity and Control: A Structured Theory of Social Action", *Princeton*, NJ: Princeton University Press.
147. Wilkinson, R. and Marmot, M. (editors) (2003), *Social determinants of health – The solid facts*, Second Edition, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
148. Wilson, W.J. (1987), *The Truly Disadvantaged: The Inner-City, the Underclass, and Public Policy*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
149. Wilson, W.J. (1996), *When Work Disappears: The World of the New Urban Poor*, New York: Knopf.
150. Wilson, J. (2001), "Review: Dr. Putnam's Social Lubricant", *Contemporary Sociology*, (30), pp. 225-227.
151. World Health Organization (2007), *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes-WHO's framework for action*, Geneva.
152. World Health Organization (2008), *Commission on Social Determinants of Health, Closing the Gap in a Generation*, final report.
153. Wu, W. (2008), "Dimensions of Social Capital and Firm Competitiveness Improvement: The Mediating Role of Information Sharing", *Journal of Management Studies*, (45), pp.122-146.
154. Zunzunegui et al., (2004), Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65, *Social Science and Medicine*, (58), pp.2069-2081.

PHỤ LỤC 1:**BẢNG HỎI THU THẬP THÔNG TIN**

Chào anh/chị! Để nâng cao sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và những người khác đối với anh/chị trong khám chữa bệnh, kính mong anh/chị cho biết thông tin về những nội dung dưới đây bằng cách đánh dấu X vào ô . Những thông tin của anh/chị cung cấp sẽ được giữ kín và chỉ phục vụ cho nghiên cứu khoa học. Rất mong nhận được sự hợp tác của anh/chị.

Xin chân thành cảm ơn anh/chị!

Câu hỏi 1: Anh/chị cho biết những thông tin về bản thân

Họ và tên:

C1.1. Giới tính:

Nữ	<input type="checkbox"/> 1
Nam	<input type="checkbox"/> 2

C1.2. Tuổi của anh/chị:

Từ 15 đến 34 tuổi	<input type="checkbox"/> 1
Từ 35 đến 49 tuổi	<input type="checkbox"/> 2
Từ 50 đến 60 tuổi	<input type="checkbox"/> 3

C1.3. Trình độ học vấn của anh/chị:

Biết đọc, biết viết	<input type="checkbox"/> 1
Từ bậc tiểu học đến trung cấp nghề	<input type="checkbox"/> 2
Cao đẳng, đại học	<input type="checkbox"/> 3

C1.4. Nghề nghiệp chính của anh/chị:

Cán bộ, viên chức nhà nước	<input type="checkbox"/> 1
Sản xuất nông nghiệp (trồng trọt, chăn nuôi), tiểu thủ công nghiệp	<input type="checkbox"/> 2
Buôn bán, dịch vụ	<input type="checkbox"/> 3
Học sinh/sinh viên	<input type="checkbox"/> 4
Nghề khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C1.5. Tình trạng việc làm của anh/chị:

Có công việc ổn định thường xuyên	<input type="checkbox"/> 1
Làm việc không thường xuyên	<input type="checkbox"/> 2
Thất nghiệp không tìm kiếm việc làm	<input type="checkbox"/> 3

C1.6. Tình trạng hôn nhân của anh/chị:

Chưa có vợ/chồng	<input type="checkbox"/> 1
Đang có vợ/chồng	<input type="checkbox"/> 2
Ly hôn	<input type="checkbox"/> 3
Ly thân	<input type="checkbox"/> 4
Khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/> 77

C1.7. Thu nhập của gia đình anh/chị từ các nguồn trong 12 tháng qua khoảngtriệu đồng**Trong đó:**

Từ sản xuất nông nghiệp triệu đồng
Từ dịch vụ triệu đồng
Từ các nguồn khác (tiết kiệm, hỗ trợ, ...) triệu đồng

C1.8. Xin anh/chị ước tính chi phí các khoản trong 12 tháng qua trong gia đình?

Các khoản chi trong 12 tháng qua	Nghìn đồng
Chi cho ăn uống trung bình hàng ngày	
Chi cho ăn mặc trong 12 tháng qua	
Chi phí sản xuất trong 12 tháng qua	
Mua sắm, sửa chữa, làm mới nhà cửa	
Chi cho giáo dục, y tế và chăm sóc sức khỏe	
Chi cho hiếu hỉ, ốm đau và các khoản chi khác	
Tổng chi (triệu đồng)	

C1.9. Trong cộng đồng anh/chị sinh sống, anh chị tự đánh giá mức sống của mình như thế nào?

Khá giả	<input type="checkbox"/> 1
Trên mức trung bình	<input type="checkbox"/> 2
Trung bình	<input type="checkbox"/> 3
Dưới mức trung bình (cận nghèo)	<input type="checkbox"/> 4
Nghèo	<input type="checkbox"/> 5
Không tự đánh giá được	<input type="checkbox"/> 77

C1.10. Ở địa phương anh/chị, gia đình anh/chị có thuộc diện hộ nghèo hay không?

Có	<input type="checkbox"/> 1
Không	<input type="checkbox"/> 2

C1.11. Gia đình anh/chị có sử dụng thường xuyên Internet không?

Rất thường xuyên	<input type="checkbox"/> 1
Thường xuyên	<input type="checkbox"/> 2
Thỉnh thoảng	<input type="checkbox"/> 3
Hiếm khi	<input type="checkbox"/> 4
Chưa bao giờ	<input type="checkbox"/> 5

C1.12. Anh/chị sử dụng Internet vào việc gì?

Tìm thông tin về tình trạng ốm đau, bệnh	<input type="checkbox"/> 1
Tìm dịch vụ y tế	<input type="checkbox"/> 2
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 3
Hỏi ý kiến mọi người về quy trình khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 4
Tìm hiểu các thủ tục, giấy tờ liên quan đến khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 6
Tìm người hỗ trợ	<input type="checkbox"/> 7
Khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C1.13. Anh/chị có thể bảo hiểm y tế hay không?

Có	<input type="checkbox"/> 1
Không	<input type="checkbox"/> 2

C1.14. Anh/chị có khám chữa bệnh ở cơ sở y tế nào không?

Có	<input type="checkbox"/> 1
Không	<input type="checkbox"/> 2

C1.15. Thẻ bảo hiểm y tế giúp gì cho anh/chị khi đi khám chữa bệnh?

Giảm chi phí y tế khi phải chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 1
Thuận lợi hơn khi đi khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 2
Yên tâm hơn khi đi khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 3
Giúp trao đổi với người khác khi đi khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 4
Thấy được việc quản lý quá trình khám chữa bệnh từ cơ sở y tế	<input type="checkbox"/> 5
Khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

Câu hỏi 2: Đặc điểm đau ốm của anh/chị**C2.1. Anh/chị cho biết anh/chị đã và đang bị bệnh gì?**

STT	Đã bị bệnh	Đang bị bệnh
1		
2		
3		
4		

C2.2. Anh/chị cho biết khoảng thời gian anh/chị bị đau ốm, bệnh tật gần đây nhất?

Dưới 1 tháng	<input type="checkbox"/> 1
Từ 1 tháng đến dưới 3 tháng	<input type="checkbox"/> 2
Từ 3 tháng đến dưới 1 năm	<input type="checkbox"/> 3
Từ 1 năm trở lên	<input type="checkbox"/> 4

C2.3. Anh/chị cho biết mức độ đau ốm, bệnh tật của anh/chị là gì?

Rất nặng	<input type="checkbox"/> 1
Nặng	<input type="checkbox"/> 2
Nhẹ	<input type="checkbox"/> 3

C2.4. Anh/chị cho biết loại đau ốm, bệnh tật của anh/chị?

Cấp tính	<input type="checkbox"/> 1
Mạn tính	<input type="checkbox"/> 2
Không xác định	<input type="checkbox"/> 3

C2.5. Anh/chị có hay không nhận thức được dấu hiệu đau ốm, bệnh tật?

Có	<input type="checkbox"/> 1
Không	<input type="checkbox"/> 2

Câu hỏi 3. Về mạng lưới xã hội**C3.1. Khi bị ốm đau, bệnh tật thì anh chị làm gì?**

Tìm hiểu về đau ốm, bệnh	<input type="checkbox"/> 1
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 2
Cố chịu đựng cho đến khi bệnh nặng	<input type="checkbox"/> 3
Tìm dịch vụ y tế	<input type="checkbox"/> 4
Tìm người giúp đỡ để đi khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 5
Đến bác sĩ để khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 6
Mời bác sĩ đến nhà để khám	<input type="checkbox"/> 7
Tự chữa bệnh theo cách dân gian, lá cây	<input type="checkbox"/> 8
Mua thuốc theo đơn cũ/mua thuốc tự điều trị	<input type="checkbox"/> 9
Khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.2. Ai là người chăm sóc sức khỏe chính cho anh/chị khi bị ốm, đau, bệnh tật?

Vợ/chồng	<input type="checkbox"/> 1
Bạn bè	<input type="checkbox"/> 2
Con cái	<input type="checkbox"/> 3
Bố, mẹ	<input type="checkbox"/> 4
Họ hàng, người thân	<input type="checkbox"/> 5
Người giúp việc	<input type="checkbox"/> 6
Nhân viên y tế	<input type="checkbox"/> 7
Tự chăm sóc	<input type="checkbox"/> 8
Người khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.3. Khi đi khám chữa bệnh, anh/chị sử dụng các mối quan hệ nào?

Thành viên gia đình	<input type="checkbox"/> 1
Họ hàng	<input type="checkbox"/> 2
Hàng xóm	<input type="checkbox"/> 3
Bạn bè	<input type="checkbox"/> 4
Đồng nghiệp	<input type="checkbox"/> 5
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương	<input type="checkbox"/> 6
Nhân viên y tế	<input type="checkbox"/> 7
Người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật	<input type="checkbox"/> 8
Người khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.4. Những người hỗ trợ anh/chị trong khám, chữa bệnh đang sống ở đâu?

Cùng hộ gia đình	<input type="checkbox"/> 1
Cùng xóm	<input type="checkbox"/> 2
Cùng làng	<input type="checkbox"/> 3
Cùng xã	<input type="checkbox"/> 4
Cùng huyện	<input type="checkbox"/> 5
Cùng thành phố	<input type="checkbox"/> 6
Nơi khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.5. Anh/chị nhờ người khác giúp đỡ về nội dung gì?

Thông tin về chính sách liên quan đến khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 1
Thông tin về cơ sở khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 2
Tiếp cận được cơ sở y tế	<input type="checkbox"/> 3
Tìm được bác sĩ theo mong muốn	<input type="checkbox"/> 4
Tìm hiểu về đau ốm, bệnh	<input type="checkbox"/> 5
Tìm hiểu về thuốc và cách chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 6
Tìm nơi bán thuốc	<input type="checkbox"/> 7
Nguồn hỗ trợ vật chất	<input type="checkbox"/> 8
Sự chia sẻ, động viên	<input type="checkbox"/> 9
Khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.6. Anh/chị đặt niềm tin vào mối quan hệ nào khi đi khám, chữa bệnh?

Thành viên gia đình	<input type="checkbox"/> 1
Họ hàng	<input type="checkbox"/> 2
Hàng xóm	<input type="checkbox"/> 3
Bạn bè	<input type="checkbox"/> 4
Đồng nghiệp	<input type="checkbox"/> 5
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương	<input type="checkbox"/> 6
Nhân viên y tế	<input type="checkbox"/> 7
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật	<input type="checkbox"/> 8
Người khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C3.7. Anh/chị làm gì để duy trì và mở rộng mối quan hệ của mình?

Chủ động tiếp cận	<input type="checkbox"/> 1
Thường xuyên liên lạc	<input type="checkbox"/> 2
Nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu	<input type="checkbox"/> 3
Luôn gặp gỡ và hỏi thăm	<input type="checkbox"/> 4
Tham gia các hoạt động	<input type="checkbox"/> 5
Tham gia nhóm tự lực hoặc hỗ trợ	<input type="checkbox"/> 6
Khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

Câu hỏi 4: Về sự hỗ trợ của mạng lưới xã hội**C4.1. Anh/chị đã nhận được sự hỗ trợ gì từ mọi người?**

Nguồn hỗ trợ	Loại hỗ trợ					
	Tiền	Hiện vật	Tình cảm	Thông tin	Tư vấn	Chưa nhận được
Thành viên gia đình						
Họ hàng						
Hàng xóm						
Bạn bè						
Đồng nghiệp						
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương						
Nhân viên y tế						
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật						
Người khác						

C4.2. Anh/chị cho biết mức độ hỗ trợ của mọi người đối với anh/chị?

Nguồn hỗ trợ	Mức độ hỗ trợ				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình					
Họ hàng					
Hàng xóm					
Bạn bè					
Đồng nghiệp					
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương					
Nhân viên y tế					
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật					
Người khác					

C4.3. Mức độ anh/chị hỏi ý kiến mọi người về những công việc quan trọng của mình?

Người hỏi ý kiến	Mức độ hỏi ý kiến				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình					
Họ hàng					
Hàng xóm					
Bạn bè					
Đồng nghiệp					
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương					
Nhân viên y tế					
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật					
Người khác					

C4.4. Mức độ mọi người hỏi ý kiến anh/chị về những công việc quan trọng của họ?

Người hỏi ý kiến	Mức độ hỏi ý kiến				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình					
Họ hàng					
Hàng xóm					
Bạn bè					
Đồng nghiệp					
Cơ quan, tổ chức, chính quyền địa phương					
Nhân viên y tế					
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật					
Người khác					

C4.5. Anh/chị có thể hỗ trợ người khác những gì?

Nguồn hỗ trợ	Loại hỗ trợ					
	Tiền	Hiện vật	Tình cảm	Thông tin	Tư vấn	Chưa giúp
Thành viên gia đình						
Họ hàng						
Hàng xóm						
Bạn bè						
Đồng nghiệp						
Nhân viên y tế						
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật						
Người khác						

C4.6. Anh/chị hỗ trợ người khác ở mức độ nào?

Nguồn hỗ trợ	Mức độ hỗ trợ				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình					
Họ hàng					
Hàng xóm					
Bạn bè					
Đồng nghiệp					
Nhân viên y tế					
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật					
Người khác					

C4.7. Anh/chị có ý kiến gì về mối quan hệ của mọi người đối với anh/chị?

Mối quan hệ	Mức độ				
	Rất quan trọng	Quan trọng	Bình thường	Không quan trọng	Không có ý kiến
Thành viên gia đình					
Họ hàng					
Hàng xóm					
Bạn bè					
Đồng nghiệp					
Nhân viên y tế					
Người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật					
Người khác					

Câu hỏi 5: Anh/chị cho biết tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế**C5.1. Trong 12 tháng qua, anh/chị đi khám, chữa bệnh ở cơ sở y tế nào?**

Bệnh viện trung ương	<input type="checkbox"/> 1
Bệnh viện tỉnh	<input type="checkbox"/> 2
Bệnh viện huyện	<input type="checkbox"/> 3
Trạm y tế	<input type="checkbox"/> 4
Cơ sở y tế tư nhân	<input type="checkbox"/> 5
Bác sĩ đến khám tại nhà	<input type="checkbox"/> 6
Nơi bán thuốc	<input type="checkbox"/> 7
Tự điều trị	<input type="checkbox"/> 8
Nơi khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C5.2. Anh/chị đã đi khám chữa bệnh bao nhiêu lần trong 12 tháng qua?

Một lần	<input type="checkbox"/> 1
Từ 2 đến 5 lần	<input type="checkbox"/> 2
Từ 6 lần trở lên	<input type="checkbox"/> 3

C5.3. Anh/chị chọn nơi khám chữa bệnh theo sự giới thiệu của người khác là do?

Người bệnh được đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng	<input type="checkbox"/> 1
Người bệnh được vận chuyên phù hợp với tình trạng bệnh	<input type="checkbox"/> 2
Bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh	<input type="checkbox"/> 3
Thủ tục khám chữa bệnh và thanh toán viện phí nhanh, chính xác	<input type="checkbox"/> 4
Trang thiết bị y tế, thuốc men đầy đủ	<input type="checkbox"/> 5
Tiếp cận dễ dàng với chuyên gia y tế	<input type="checkbox"/> 6
Nhân viên y tế cởi mở, lịch sự, tôn trọng người bệnh	<input type="checkbox"/> 7
Cán bộ y tế giỏi	<input type="checkbox"/> 8
Cơ sở vật chất phục vụ người bệnh đầy đủ, sạch sẽ	<input type="checkbox"/> 9
Được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	<input type="checkbox"/> 10
Quyền riêng tư được tôn trọng	<input type="checkbox"/> 11
Đặt được lịch khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/> 12
Chi phí y tế phù hợp với khả năng chi trả	<input type="checkbox"/> 13
Ý kiến của người bệnh được tiếp nhận, phản hồi và giải quyết	<input type="checkbox"/> 14
Không phải chờ đợi lâu	<input type="checkbox"/> 15
Gần nhà, đi lại dễ dàng	<input type="checkbox"/> 16
Có người quen	<input type="checkbox"/> 17
Lý do khác (nêu cụ thể)	<input type="checkbox"/> 77

C5.4. Anh chị sử dụng dịch vụ y tế mà người khác giới thiệu ở mức độ nào?

Rất thường xuyên	<input type="checkbox"/> 1
Thường xuyên	<input type="checkbox"/> 2
Thỉnh thoảng	<input type="checkbox"/> 3
Hiếm khi	<input type="checkbox"/> 4
Chưa bao giờ	<input type="checkbox"/> 5

C5.5. Khoảng cách từ nhà anh/chị đến nơi khám chữa bệnh khoảng mấy km?

Dưới 1 km	<input type="checkbox"/> 1
Từ 1 km đến dưới 3 km	<input type="checkbox"/> 2
Từ 3 đến 10 km	<input type="checkbox"/> 3
Trên 10 km	<input type="checkbox"/> 4
Không biết	<input type="checkbox"/> 77

C5.6. Nếu anh/chị sử dụng nơi khám chữa bệnh theo giới thiệu của người khác, anh/chị cho biết chất lượng dịch vụ y tế như thế nào?

Rất tốt	<input type="checkbox"/> 1
Tốt	<input type="checkbox"/> 2
Khá	<input type="checkbox"/> 3
Trung bình	<input type="checkbox"/> 4
Kém	<input type="checkbox"/> 5

Trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 2:**PHIẾU HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN****I. Thông tin chung về cuộc phỏng vấn**

Ngày tháng năm 2016

Thời gian bắt đầu:

Thời gian kết thúc:

Họ và tên người phỏng vấn:

Thông tin về người trả lời

Họ và tên người trả lời:

- Giới tính:
- Tuổi:
- Tình trạng hôn nhân:
- Nghề nghiệp:
- Tình trạng ốm đau, bệnh tật:

II. Mở đầu

Thưa anh/chị, chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu về mạng lưới xã hội trong khám chữa bệnh của người trong độ tuổi lao động nhằm tìm hiểu người trong độ tuổi lao động sử dụng mối quan hệ của mình trong khám chữa bệnh và cung cấp những bằng chứng để đề xuất những chính sách khám chữa bệnh đối với người trong độ tuổi lao động.

Xin anh/chị vui lòng cho biết một số ý kiến về vấn đề này. Những thông tin mà anh/chị cung cấp chỉ phục vụ cho việc nghiên cứu khoa học.

Xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ của anh/chị!

III. Nội dung trao đổi

Tiếp theo tôi muốn hỏi anh/chị một số câu hỏi về những người gần gũi nhất với anh/chị. Xin hãy nghĩ về những người mà anh/chị có thể thảo luận các vấn đề và trao đổi ý kiến. Tôi sẽ hỏi tên của những người đó.

Câu 1: Anh/chị gặp khó khăn gì khi bị ốm đau, bệnh tật?

- 1.....
- 2.....

- 3.....
 4.....
 5.....

Câu 2: Anh/chị có thể cho biết tên của 5 người mà anh/chị cho là gần gũi nhất với anh/chị?(bắt đầu nêu tên người gần gũi nhất)

STT	Họ và tên	Giới tính		Mối quan hệ	Nơi sống
		Nam	Nữ		
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 2					
<input type="checkbox"/> 3					
<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> 5					

Câu 3: Trong số 5 người đã nêu, anh/chị sẽ liên lạc với người nào nếu anh/chị có vấn đề khẩn cấp về sức khỏe hoặc cần giúp đỡ? (Hãy ghi tên người đó)

.....

Câu 4: Trong số 5 người đã nêu, anh/chị có khả năng nói với người nào nhất về vấn đề đau ốm, bệnh tật và khám chữa bệnh? (Hãy ghi tên người đó)

.....

Câu 5: Trong số 5 người đã nêu, anh/chị có khả năng liên lạc với người nào nhất nếu đang cảm thấy bị quá sức hoặc lo lắng về vấn đề ốm đau, bệnh và khám chữa bệnh? (Hãy ghi tên người đó)

.....

Câu 6: Trong số 5 người đã nêu, ai đã giúp anh/chị sử dụng dịch vụ y tế? (Hãy ghi tên người đó):

.....

Trân trọng cảm ơn!

PHỤ LỤC 3: KẾT QUẢ THỐNG KÊ BẢNG HỎI

Bảng 1: Phân bố cơ cấu mẫu phỏng vấn sâu

Các đặc điểm của mẫu khảo sát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	9	60,0
Nam	6	40,0
Độ tuổi		
Từ 15 đến 34 tuổi	4	26,67
Từ 35 đến 49 tuổi	6	40,00
Từ 50 đến 60 tuổi	5	33,33
Trình độ học vấn		
Biết đọc, biết viết	3	20,00
Từ bậc tiểu học đến trung cấp nghề	8	53,33
Cao đẳng, đại học	4	26,67
Nghề nghiệp		
Cán bộ, viên chức nhà nước	6	40,00
Sản xuất nông nghiệp (trồng trọt, chăn nuôi), tiểu thủ công nghiệp	5	33,33
Buôn bán, dịch vụ	4	26,67
Mức sống		
Khá giả	3	20,00
Trên mức trung bình	3	20,00
Trung bình	6	40,00
Dưới mức trung bình (cận nghèo và nghèo)	3	20,00
Loại ốm đau, bệnh tật		
Cấp tính	6	40,0
Mạn tính	9	60,0
Mức độ ốm đau, bệnh tật		
Rất nặng	1	6,67
Nặng	8	53,33
Nhẹ	6	40,00
Khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật		
Dưới 1 tháng	2	3,33
Từ 1 tháng đến dưới 3 tháng	5	33,33
Từ 3 tháng đến dưới 1 năm	4	26,67
Từ 1 năm trở lên	4	26,67
Nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật		
Có	13	96,67
Không	2	3,33

Bảng 2: Phân bố cơ cấu mẫu sau khi khảo sát

Các đặc điểm của mẫu khảo sát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	168	56,0
Nam	132	44,0
Độ tuổi		
Từ 15 đến 34 tuổi	90	30,0
Từ 35 đến 49 tuổi	109	36,3
Từ 50 đến 60 tuổi	101	33,7
Trình độ học vấn		
Biết đọc, biết viết	36	12,0
Từ bậc tiểu học đến trung cấp nghề	200	66,7
Cao đẳng, đại học	64	21,3
Nghề nghiệp		
Cán bộ, viên chức nhà nước	77	25,7
Sản xuất nông nghiệp (trồng trọt, chăn nuôi), tiểu thủ công nghiệp	110	36,7
Buôn bán, dịch vụ	98	32,7
Học sinh/sinh viên	15	5,0
Tình trạng việc làm		
Có công việc ổn định thường xuyên	245	81,7
Làm việc không thường xuyên	49	16,3
Thất nghiệp không tìm kiếm việc làm	6	2,0
Tình trạng hôn nhân		
Chưa có vợ/chồng	31	10,3
Đang có vợ/chồng	263	87,7
Ly hôn/ly thân	6	2,0
Mức sống		
Khá giả	21	7,0
Trên mức trung bình	134	44,7
Trung bình	143	47,7
Dưới mức trung bình (cận nghèo và nghèo)	2	0,6
Tham gia bảo hiểm y tế		
Có	262	87,3
Không	38	12,7
Loại ốm đau, bệnh tật		
Cấp tính	102	34,0
Mạn tính	132	44,0
Không xác định	66	22,0
Mức độ ốm đau, bệnh tật		
Rất nặng	6	2,0
Nặng	57	19,0
Nhẹ	237	79,0

Các đặc điểm của mẫu khảo sát	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật		
Dưới 1 tháng	60	20,0
Từ 1 tháng đến dưới 3 tháng	97	32,3
Từ 3 tháng đến dưới 1 năm	77	25,7
Từ 1 năm trở lên	66	22,0
Nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật		
Có	267	89,0
Không	33	11,0

Bảng 3.3: Các mối quan hệ trong mạng lưới KCB theo cơ cấu kinh tế

Các mối quan hệ	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Thành viên gia đình	93,0	100,0	100,0	97,7
Họ hàng	37,0	55,0	68,0	53,3
Hàng xóm	4,0	20,0	9,0	11,0
Bạn bè	16,0	35,0	41,0	30,7
Đồng nghiệp	9,0	5,0	32,0	15,3
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	1,0	0,0	3,0	1,3
Nhân viên y tế	85,0	98,0	100,0	94,3
Người có cùng hoàn cảnh	30,0	42,0	61,0	44,3

Bảng 3.4: Người chăm sóc chính cho người trong ĐTLĐ theo cơ cấu kinh tế

Người CSSK chính	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Vợ/chồng	69,0	95,0	93,0	85,7
Bạn bè	3,0	4,0	8,0	5,0
Con cái	5,0	37,0	58,0	33,3
Bố, mẹ	20,0	11,0	32,0	21,0
Họ hàng	6,0	12,0	16,0	11,3
Người giúp việc	0,0	1,0	1,0	0,7
Nhân viên y tế	31,0	33,0	42,0	35,3
Tự chăm sóc	5,0	27,0	5,0	12,3

Bảng 3.5: Niềm tin của người trong ĐTLĐ vào mối quan hệ

theo cơ cấu kinh tế

Niềm tin vào các mối quan hệ	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Thành viên gia đình	59,0	67,0	61,0	62,3
Họ hàng	24,0	31,0	24,0	26,3
Hàng xóm	3,0	4,0	4,0	3,7
Bạn bè	7,0	6,0	8,0	7,0
Đồng nghiệp	3,0	0,0	14,0	5,7
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	0,0	0,0	2,0	0,7
Nhân viên y tế	79,0	91,0	88,0	86,0
Người cùng hoàn cảnh	27,0	3,0	4,0	11,3

Bảng 3.6: Nội dung của các mối quan hệ trong MLXH theo cơ cấu kinh tế

Nội dung	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Thông tin về chính sách KCB	29,0	56,0	49,0	44,7
Thông tin về cơ sở KCB	8,0	40,0	53,0	33,7
Tiếp cận được cơ sở y tế	54,0	41,0	37,0	44,0
Tìm được bác sĩ	36,0	53,0	68,0	52,3
Tình trạng ốm đau, bệnh tật	68,0	94,0	92,0	84,7
Thuốc và cách chữa bệnh	66,0	93,0	96,0	85,0
Nơi bán thuốc	10,0	24,0	40,0	24,7
Nguồn hỗ trợ vật chất	3,0	0,0	9,0	4,0
Sự chia sẻ, động viên	12,0	8,0	16,0	12,0

Bảng 3.10: Mức độ người trong ĐTLĐ hỏi ý kiến mọi người trong MLXH về những công việc quan trọng

Người được hỏi ý kiến	Mức độ hỏi ý kiến				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình	17,7	71,0	10,7	0,7	0,0
Họ hàng	1,3	11,7	65,3	21,0	0,7
Hàng xóm	0,0	2,0	22,0	71,7	4,3
Bạn bè	0,0	7,3	64,7	27,3	0,7
Đồng nghiệp	0,0	7,7	59,0	32,0	1,3
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	0,0	1,0	3,7	48,7	46,7
Nhân viên y tế	0,0	6,0	43,0	48,3	2,7
Người cùng hoàn cảnh	0,0	3,0	71,3	24,7	1,0

Bảng 3.11: Mức độ mọi người trong MLXH hỏi ý kiến người trong ĐTLĐ về những công việc quan trọng

Người hỏi ý kiến	Mức độ hỏi ý kiến				
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa bao giờ
Thành viên gia đình	13,7	72,3	13,0	1,0	0,0
Họ hàng	0,7	15,0	60,7	23,0	0,7
Hàng xóm	0,0	1,0	23,0	71,3	4,7
Bạn bè	0,0	8,3	66,7	23,7	1,3
Đồng nghiệp	0,0	6,3	65,7	26,3	1,7
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	0,0	0,7	5,3	49,0	45,0
Nhân viên y tế	0,0	6,7	24,7	61,3	7,3
Người cùng hoàn cảnh	0,0	4,7	78,3	15,0	2,0

Bảng 3.12: Mức độ quan trọng của các mối quan hệ trong MLXH

Mối quan hệ	Mức độ trọng của các mối quan hệ				
	Rất quan trọng	Quan trọng	Bình thường	Không quan trọng	Không có ý kiến
Thành viên gia đình	37,0	54,3	8,7	0,0	0,0
Họ hàng	1,3	53,0	43,7	2,0	0,0
Hàng xóm	0,3	3,7	90,7	5,0	0,3
Bạn bè	0,3	14,0	84,7	1,0	0,0
Đồng nghiệp	2,0	53,3	40,3	4,3	0,0
Nhân viên y tế	2,0	53,3	40,3	4,3	0,0
Người cùng hoàn cảnh	0,0	34,7	62,7	2,3	0,3

Bảng 3.13: Mức độ quan trọng của mỗi quan hệ với thành viên gia đình theo cơ cấu kinh tế

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	48,0	7,0	56,0	37,0
Quan trọng	46,0	74,0	43,0	54,3
Bình thường	6,0	19,0	1,0	8,7
Không quan trọng	0,0	0,0	0,0	0,0
Không có ý kiến	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,000)

**Bảng 3.14: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với họ hàng
theo cơ cấu kinh tế**

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	0,0	4,0	1,3
Quan trọng	74,0	31,0	54,0	53,0
Bình thường	24,0	66,0	41,0	43,7
Không quan trọng	2,0	3,0	1,0	2,0
Không có ý kiến	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,000)

**Bảng 3.15: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với hàng xóm
theo cơ cấu kinh tế**

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	0,0	1,0	0,3
Quan trọng	3,0	2,0	6,0	3,7
Bình thường	91,0	94,0	87,0	90,7
Không quan trọng	6,0	4,0	5,0	5,0
Không có ý kiến	0,0	0,0	1,0	0,3
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,533)

**Bảng 3.16: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với bạn bè
theo cơ cấu kinh tế**

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	0,0	1,0	0,3
Quan trọng	11,0	11,0	20,0	14,0
Bình thường	88,0	88,0	78,0	84,7
Không quan trọng	1,0	1,0	1,0	1,0
Không có ý kiến	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,355)

Bảng 3.17: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với đồng nghiệp theo cơ cấu kinh tế

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	1,0	1,0	0,7
Quan trọng	13,0	7,0	28,0	16,0
Bình thường	86,0	88,0	70,0	81,3
Không quan trọng	1,0	4,0	1,0	2,0
Không có ý kiến	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,002)

Bảng 3.18: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với nhân viên y tế theo cơ cấu kinh tế

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	0,0	6,0	2,0
Quan trọng	58,0	56,0	46,0	53,3
Bình thường	37,0	40,0	44,0	40,3
Không quan trọng	5,0	4,0	4,0	4,3
Không có ý kiến	0,0	0,0	0,0	0,0
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,026)

Bảng 3.19: Mức độ quan trọng của mối quan hệ với người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật theo cơ cấu kinh tế

Mức độ quan trọng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Rất quan trọng	0,0	0,0	0,0	0,0
Quan trọng	49,0	41,0	14,0	34,7
Bình thường	46,0	59,0	83,0	62,7
Không quan trọng	5,0	0,0	2,0	2,3
Không có ý kiến	0,0	0,0	1,0	0,3
Tổng	100,0	100,0	100,0	100,0

(Pearson Chi-Square = 0,000)

Bảng 3.21: Cách duy trì và mở rộng mối QHXX của người trong ĐTLĐ theo cơ cấu kinh tế

Cách duy trì và mở rộng	Cơ cấu kinh tế			Chung
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
Chủ động tiếp cận	38,0	69,0	52,0	53,0
Thường xuyên liên lạc	41,0	43,0	44,0	42,7
Nhờ sự giúp đỡ, giới thiệu	20,0	14,0	38,0	24,0
Luôn gặp gỡ và hỏi thăm	25,0	35,0	32,0	30,7
Tham gia các hoạt động	37,0	1,0	20,0	19,3
Tham gia nhóm tự lực hoặc hỗ trợ	0,0	0,0	3,0	1,0

Bảng 3.24: Loại hỗ trợ của thành viên gia đình đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	18,0	74,0	72,0	54,7	0,000
Hiện vật	1,0	19,0	27,0	15,7	0,000
Tình cảm	97,0	98,0	87,0	94,0	0,001
Thông tin	6,0	16,0	39,0	20,3	0,000
Tư vấn	4,0	1,0	21,0	8,7	0,000

Bảng 3.25: Loại hỗ trợ của họ hàng đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	1,0	1,0	15,0	5,7	0,000
Hiện vật	2,0	21,0	16,0	13,0	0,000
Tình cảm	48,0	62,0	81,0	63,7	0,000
Thông tin	55,0	58,0	54,0	55,7	0,893
Tư vấn	2,0	0,0	7,0	3,0	0,011

Bảng 3.26: Loại hỗ trợ của hàng xóm đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hiện vật	0,0	23,0	1,0	8,0	0,000
Tình cảm	39,0	44,0	73,0	52,0	0,000
Thông tin	55,0	64,0	56,0	58,3	0,367
Tư vấn	0,0	3,0	5,0	2,7	0,087
Chưa hỗ trợ	11,0	2,0	5,0	6,0	0,024

Bảng 3.27: Loại hỗ trợ của bạn bè đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hiện vật	0,0	4,0	2,0	2,0	0,130
Tình cảm	29,0	24,0	57,0	36,7	0,000
Thông tin	71,0	91,0	76,0	79,3	0,001
Tư vấn	0,0	11,0	9,0	6,7	0,004
Chưa hỗ trợ	4,0	0,0	2,0	2,0	0,130

Bảng 3.28: Loại hỗ trợ của đồng nghiệp đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	1,0	0,0	1,0	0,7	0,604
Hiện vật	0,0	7,0	0,0	2,3	0,001
Tình cảm	28,0	28,0	58,0	38,0	0,000
Thông tin	68,0	84,0	78,0	76,7	0,026
Tư vấn	2,0	17,0	14,0	11,0	0,002
Chưa hỗ trợ	5,0	0,0	3,0	2,7	0,087

Bảng 3.29: Loại hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hiện vật	1,0	18,0	2,0	7,0	0,000
Tình cảm	18,0	13,0	12,0	14,3	0,431
Thông tin	8,0	54,0	46,0	36,0	0,000
Tư vấn	3,0	4,0	7,0	4,7	0,378
Chưa hỗ trợ	71,0	28,0	43,0	47,3	0,000

Bảng 3.30: Loại hỗ trợ của nhân viên y tế đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	1,0	0,0	0,0	0,3	0,367
Hiện vật	0,0	2,0	1,0	1,0	0,364
Tình cảm	9,0	11,0	25,0	15,0	0,003
Thông tin	30,0	63,0	75,0	56,0	0,000
Tư vấn	80,0	60,0	76,0	72,0	0,004

Bảng 3.31: Loại hỗ trợ của người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Loại hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Tiền	0,0	0,0	0,0	0,0	
Hiện vật	0,0	2,0	0,0	0,7	0,134
Tình cảm	23,0	44,0	35,0	34,0	0,007
Thông tin	86,0	91,0	93,0	90,0	0,236
Tư vấn	2,0	6,0	8,0	5,3	0,157
Chưa hỗ trợ	1,0	0,0	5,0	2,0	0,028

Bảng 3.32: Mức độ hỗ trợ của MLXH đối với người trong độ tuổi lao động

Loại MLXH		Mức độ hỗ trợ					Tổng
		Rất thường xuyên	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Chưa nhận được	
Truyền thống	Thành viên gia đình	19,3	73,0	7,7	0,0	0,0	100,0
	Họ hàng	0,7	16,3	72,0	11,0	0,0	100,0
Hiện đại	Hàng xóm	0,0	2,0	37,0	58,7	2,3	100,0
	Bạn bè	0,0	6,0	68,3	24,7	1,0	100,0
	Đồng nghiệp	0,0	6,7	66,0	25,7	1,7	100,0
	Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	0,0	0,7	10,0	51,0	38,3	100,0
	Nhân viên y tế	0,3	13,7	41,3	43,7	1,0	100,0
	Người cùng hoàn cảnh	0,0	4,7	78,7	15,0	1,7	100,0

Bảng 3.33: Mức độ hỗ trợ của thành viên gia đình trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	6,0	12,0	40,0	19,3	0,000
Thường xuyên	89,0	77,0	53,0	73,0	
Thỉnh thoảng	5,0	11,0	7,0	7,7	
Hiếm khi	0,0	0,0	0,0	0,0	
Chưa nhận được	0,0	0,0	0,0	0,0	

Bảng 3.34: Mức độ hỗ trợ của họ hàng trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	2,0	0,7	0,001
Thường xuyên	5,0	25,0	19,0	16,3	
Thỉnh thoảng	79,0	64,0	73,0	72,0	
Hiếm khi	16,0	11,0	6,0	11,0	
Chưa nhận được	0,0	0,0	0,0	0,0	

Bảng 3.35: Mức độ hỗ trợ của hàng xóm trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Mức sống			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Trung bình		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	0,0	0,0	0,000
Thường xuyên	2,0	0,0	4,0	2,0	
Thỉnh thoảng	17,0	49,0	45,0	37,0	
Hiếm khi	77,0	50,0	49,0	58,7	
Chưa nhận được	4,0	1,0	2,0	2,3	

Bảng 3.36: Mức độ hỗ trợ của bạn bè trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	0,0	0,0	0,000
Thường xuyên	2,0	1,0	15,0	6,0	
Thỉnh thoảng	61,0	88,0	56,0	68,3	
Hiếm khi	37,0	11,0	26,0	24,7	
Chưa nhận được	0,0	0,0	3,0	1,0	

Bảng 3.37: Mức độ hỗ trợ của đồng nghiệp trong mạng lưới xã hội đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	0,0	0,0	0,000
Thường xuyên	2,0	2,0	16,0	6,7	
Thỉnh thoảng	60,0	81,0	57,0	66,0	
Hiếm khi	36,0	17,0	24,0	25,7	
Chưa nhận được	2,0	0,0	3,0	1,7	

Bảng 3.38: Mức độ hỗ trợ của chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	1,0	0,0	1,0	0,7	0,000
Thường xuyên	2,0	7,0	21,0	10,0	
Thỉnh thoảng	40,0	67,0	46,0	51,0	
Hiếm khi	57,0	26,0	32,0	38,3	
Chưa nhận được	0,0	0,0	0,0	0,0	

Bảng 3.39: Mức độ hỗ trợ của nhân viên y tế đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	1,0	0,3	0,000
Thường xuyên	6,0	18,0	17,0	13,7	
Thỉnh thoảng	16,0	64,0	44,0	41,3	
Hiếm khi	76,0	18,0	37,0	43,7	
Chưa nhận được	2,0	0,0	1,0	1,0	

Bảng 3.40: Mức độ hỗ trợ của người cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật đối với người trong độ tuổi lao động phân theo cơ cấu kinh tế

Mức độ hỗ trợ	Cơ cấu kinh tế			Chung	Chi-Square Tests
	Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ		
Rất thường xuyên	0,0	0,0	0,0	0,0	0,007
Thường xuyên	2,0	10,0	2,0	4,7	
Thỉnh thoảng	84,0	79,0	73,0	78,7	
Hiếm khi	12,0	11,0	22,0	15,0	
Chưa nhận được	2,0	0,0	3,0	1,7	

Bảng 3.41: Sử dụng cơ sở y tế trong KCB theo cơ cấu kinh tế

STT	Nơi KCB	Cơ cấu kinh tế			Chung
		Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
1	Bệnh viện trung ương	21,0	11,0	25,0	19,0
2	Bệnh viện tỉnh	24,0	3,0	18,0	15,0
3	Bệnh viện huyện	50,0	35,0	52,0	45,7
4	Trạm y tế	11,0	47,0	7,0	21,7
5	Cơ sở y tế tư nhân	1,0	21,0	2,0	8,0
6	Bác sĩ đến khám tại nhà	0,0	1,0	0,0	0,3
7	Nơi bán thuốc	1,0	2,0	1,0	1,3
8	Tự điều trị	0,0	1,0	0,0	0,3

Bảng 3.42: Số lần KCB của người trong ĐTLĐ trong 12 tháng

STT	Số lần KCB	Cơ cấu kinh tế			Chung
		Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
1	Một lần	21,0	22,0	21,0	21,3
2	Từ 2 đến 5 lần	59,0	68,0	72,0	66,3
3	Từ 6 lần trở lên	20,0	10,0	7,0	12,3
Tổng		100,0	100,0	100,0	100,0

Bảng 3.43: Tiêu chí sử dụng dịch vụ y tế của người trong ĐTLĐ

STT	Tiêu chí chọn nơi KCB	Cơ cấu kinh tế			Chung
		Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
1	Cán bộ y tế giỏi	53,0	84,0	88,0	75,0
2	Người bệnh được đón tiếp và chỉ dẫn rõ ràng	23,0	97,0	91,0	70,3
3	Chi phí y tế phù hợp với khả năng chi trả	44,0	86,0	74,0	68,0
4	Không phải chờ đợi lâu	50,0	59,0	71,0	60,0
5	Có người quen	60,0	48,0	42,0	50,0
6	Gần nhà, đi lại dễ dàng	45,0	65,0	28,0	46,0
7	Thủ tục KCB và thanh toán viện phí nhanh, chính xác	38,0	45,0	49,0	44,0
8	Nhân viên y tế cởi mở, lịch sự, tôn trọng người bệnh	9,0	62,0	60,0	43,7
9	Trang thiết bị y tế, thuốc men đầy đủ	28,0	31,0	71,0	43,3
10	Tiếp cận dễ dàng với chuyên gia y tế	24,0	44,0	27,0	31,7
11	Cơ sở vật chất phục vụ người bệnh đầy đủ, sạch sẽ	7,0	25,0	53,0	28,3
12	Được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	14,0	29,0	26,0	23,0
13	Đặt được lịch KCB	12,0	19,0	27,0	19,3
14	Người bệnh được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh	11,0	26,0	18,0	18,3
15	Bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh	11,0	15,0	28,0	18,0
16	Quyền riêng tư được tôn trọng	7,0	17,0	30,0	18,0
17	Ý kiến của người bệnh được tiếp nhận, phản hồi và giải quyết	3,0	6,0	16,0	8,3

Bảng 3.44: Chất lượng dịch vụ y tế theo cơ cấu kinh tế

STT	Chất lượng dịch vụ y tế	Cơ cấu kinh tế			Chung
		Nông nghiệp	Công nghiệp	Dịch vụ	
1	Rất tốt	5,0	2,0	4,0	3,7
2	Tốt	31,0	41,0	66,0	46,0
3	Khá	56,0	40,0	17,0	37,7
4	Trung bình	8,0	16,0	13,0	12,3
5	Kém	0,0	1,0	0,0	0,3
Tổng		100,0	100,0	100,0	100,0

Bảng 4.1: Các mối quan hệ phân theo giới tính

Các mối quan hệ	Giới tính	
	Nữ	Nam
Thành viên gia đình	97,6	97,7
Họ hàng	50,6	56,8
Hàng xóm	13,1	8,3
Bạn bè	25,0	37,9
Đồng nghiệp	13,7	17,4
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	2,4	0,0
Nhân viên y tế	91,7	97,7
Người có cùng hoàn cảnh	35,7	55,3

Bảng 4.2: Các mối quan hệ phân theo độ tuổi

Các mối quan hệ	Độ tuổi		
	Từ 15 – 34	Từ 35 - 49	Từ 50 - 60
Thành viên gia đình	95,6	99,1	98,0
Họ hàng	41,1	56,0	61,4
Hàng xóm	7,8	11,9	12,9
Bạn bè	28,9	41,3	20,8
Đồng nghiệp	18,9	17,4	9,9
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	2,2	0,9	1,0
Nhân viên y tế	88,9	96,3	97,0
Người có cùng hoàn cảnh	37,8	44,0	50,5

Bảng 4.3: Các mối quan hệ phân theo trình độ học vấn

Các mối quan hệ	Trình độ học vấn		
	Biết đọc, biết viết	Từ tiểu học đến trung cấp	Cao đẳng, đại học
Thành viên gia đình	94,4	98,5	96,9
Họ hàng	47,2	57,5	43,8
Hàng xóm	2,8	12,5	10,9
Bạn bè	16,7	33,0	31,2
Đồng nghiệp	0,0	12,0	34,4
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	0,0	1,0	3,1
Nhân viên y tế	91,7	98,0	84,4
Người có cùng hoàn cảnh	22,2	48,0	45,3

Bảng 4.4: Các mối quan hệ phân theo nghề nghiệp

Các mối quan hệ	Nghề nghiệp			
	Cán bộ, viên chức	nông nghiệp, tiểu thủ công	Buôn bán, dịch vụ	Học sinh/ sinh viên
Thành viên gia đình	96,1	99,1	99,0	86,7
Họ hàng	46,8	54,5	61,2	26,7
Hàng xóm	6,5	18,2	7,1	6,7
Bạn bè	20,8	30,9	37,8	33,3
Đồng nghiệp	36,4	1,8	16,3	0,0
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	2,6	0,0	1,0	6,7
Nhân viên y tế	89,6	97,3	96,9	80,0
Người có cùng hoàn cảnh	48,1	46,4	42,9	20,0

Bảng 4.5: Các mối quan hệ phân theo tình trạng việc làm

Các mối quan hệ	Tình trạng việc làm		
	Thường xuyên	Không thường xuyên	Thất nghiệp
Thành viên gia đình	98,0	95,9	100,0
Họ hàng	52,7	55,1	66,7
Hàng xóm	11,8	6,1	16,7
Bạn bè	30,6	28,6	50,0
Đồng nghiệp	18,0	4,1	0,0
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	1,6	0,0	0,0
Nhân viên y tế	94,7	91,8	100,0
Người có cùng hoàn cảnh	46,5	32,7	50,0

Bảng 4.6: Các mối quan hệ phân theo tình trạng hôn nhân

Các mối quan hệ	Tình trạng hôn nhân		
	Chưa có vợ/chồng	Đang có vợ/chồng	Ly thân/ Ly hôn
Thành viên gia đình	90,3	98,5	100,0
Họ hàng	29,0	56,7	33,3
Hàng xóm	6,5	11,8	0,0
Bạn bè	32,3	30,8	16,7
Đồng nghiệp	9,7	16,3	0,0
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	3,2	1,1	0,0
Nhân viên y tế	83,9	95,8	83,3
Người có cùng hoàn cảnh	35,5	45,6	33,3

Bảng 4.7: Các mối quan hệ phân theo mức sống

Các mối quan hệ	Mức sống			
	Khá giả	Trên trung bình	Trung bình	Dưới trung bình
Thành viên gia đình	85,7	98,5	98,6	100,0
Họ hàng	57,1	49,3	57,3	0,0
Hàng xóm	19,0	9,0	11,9	0,0
Bạn bè	28,6	31,3	30,8	0,0
Đồng nghiệp	19,0	12,7	17,5	0,0
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	0,0	2,2	0,7	0,0
Nhân viên y tế	95,2	93,3	95,8	100,0
Người có cùng hoàn cảnh	33,3	48,5	42,7	0,0

Bảng 4.8: Các mối quan hệ phân theo tham gia bảo hiểm y tế

Các mối quan hệ	Tham gia bảo hiểm y tế	
	Có	Chưa có
Thành viên gia đình	97,6	100,0
Họ hàng	53,4	50,0
Hàng xóm	10,9	16,7
Bạn bè	30,3	50,0
Đồng nghiệp	15,0	33,3
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	1,0	0,0
Nhân viên y tế	0,3	0,0
Người có cùng hoàn cảnh	94,9	66,7

Bảng 4.9: Các mối quan hệ phân theo loại ốm đau, bệnh tật

Các mối quan hệ	Loại ốm đau, bệnh tật		
	Cấp tính	Mạn tính	Chưa xác định
Thành viên gia đình	99,0	97,7	95,5
Họ hàng	51,0	60,6	42,4
Hàng xóm	9,8	10,6	13,6
Bạn bè	31,4	30,3	30,3
Đồng nghiệp	21,6	15,9	4,5
Chính quyền địa phương, cơ quan, tổ chức	3,0	0,8	0,0
Nhân viên y tế	95,1	97,7	86,4
Người có cùng hoàn cảnh	42,2	55,3	25,8

Bảng 4.10: Các mối quan hệ phân theo mức độ ốm đau, bệnh tật

Các mối quan hệ	Mức độ ốm đau, bệnh tật		
	Rất nặng	Nặng	Nhẹ
Thành viên gia đình	98,7	96,5	66,7
Họ hàng	16,7	45,6	56,1
Hàng xóm	0,0	10,5	11,4
Bạn bè	16,7	28,1	31,6
Đồng nghiệp	0,0	8,8	17,3
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	0,0	1,8	1,2
Nhân viên y tế	83,3	96,5	94,1
Người có cùng hoàn cảnh	33,3	40,4	45,6

Bảng 4.11: Các mối quan hệ phân theo khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật

Các mối quan hệ	Khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật			
	Dưới 1 tháng	Từ 1 đến dưới 3 tháng	Từ 3 đến dưới 12 tháng	Từ 12 tháng trở lên
Thành viên gia đình	96,7	97,9	97,4	98,5
Họ hàng	43,3	49,5	59,7	60,6
Hàng xóm	13,3	6,2	15,6	10,6
Bạn bè	23,3	37,1	24,7	34,8
Đồng nghiệp	15,0	8,2	22,1	18,2
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	1,7	1,0	1,3	1,5
Nhân viên y tế	95,0	93,8	97,4	90,9
Người có cùng hoàn cảnh	46,7	38,1	48,1	47,0

Bảng 4.12: Các mối quan hệ phân theo nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật

Các mối quan hệ	Nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật	
	Có	Không
Thành viên gia đình	97,8	97,0
Họ hàng	54,7	42,4
Hàng xóm	10,5	15,2
Bạn bè	31,1	27,3
Đồng nghiệp	16,1	9,1
Chính quyền, cơ quan, tổ chức	1,1	3,0
Nhân viên y tế	96,3	78,8
Người có cùng hoàn cảnh	46,8	24,2

Bảng 4.13: Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với thành viên gia đình trong khám chữa bệnh

Các yếu tố	Hệ số hồi quy logistic(B)	Sai số chuẩn (S.E.)	Mức ý nghĩa (Sig.)
Tình trạng hôn nhân	2,221	0,879	0,012
Mức sống	1,458	0,724	0,044
Mức độ ốm đau, bệnh tật	2,035	0,646	0,002
-2 Log likelihood	46,533 ^a		
Cox & Snell R Square	0,064		
Nagelkerke R Square	0,323		
Homer and Lemeshow Test	Chi-square	19,912	Sig 0,000

Bảng 4.14: Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với họ hàng trong KCB

Các yếu tố	Hệ số hồi quy logistic(B)	Sai số chuẩn (S.E.)	Mức ý nghĩa (Sig.)
Độ tuổi	0,514	0,156	0,001
Khoảng thời gian ốm đau, bệnh tật	0,250	0,118	0,034
Mức độ ốm đau, bệnh tật	0,613	0,272	0,024
-2 Log likelihood	394,882 ^a		
Cox & Snell R Square	0,063		
Nagelkerke R Square	0,085		
Homer and Lemeshow Test	Chi-square	19,672	Sig 0,000

Bảng 4.15: Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với nhân viên y tế trong khám chữa bệnh

Các yếu tố	Mô hình hồi quy logistic		
	Hệ số hồi quy logistic(B)	Sai số chuẩn (S.E.)	Mức ý nghĩa (Sig.)
Giới tính	1,418	0,672	0,035
Trình độ học vấn	-1,022	0,456	0,025
Nhận thức dấu hiệu ốm đau, bệnh tật	-1,896	0,559	0,001
-2 Log likelihood	109,172 ^a		
Cox & Snell R Square	0,069		
Nagelkerke R Square	0,195		
Homer and Lemeshow Test	Chi-square	21,445	Sig 0,000

Bảng 4.16: Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với người có cùng hoàn cảnh ốm đau, bệnh tật trong khám chữa bệnh

Các yếu tố	Hệ số hồi quy logistic(B)	Sai số chuẩn (S.E.)	Mức ý nghĩa (Sig.)	
Giới tính	0,757	0,245	0,002	
Độ tuổi	0,363	0,168	0,031	
Trình độ học vấn	0,622	0,238	0,009	
Nhận thức về dấu hiệu ốm đau, bệnh tật	-0,989	0,439	0,024	
-2 Log likelihood	386,072 ^a			
Cox & Snell R Square	0,083			
Nagelkerke R Square	0,111			
Homer and Lemeshow Test	Chi-square	25,955	Sig	0,000

Bảng 4.17: Những yếu tố ảnh hưởng đến mối quan hệ với bạn bè trong khám chữa bệnh

Các yếu tố	Hệ số hồi quy logistic(B)	Sai số chuẩn (S.E.)	Mức ý nghĩa (Sig.)	
Giới tính	0,715	0,261	0,006	
Trình độ học vấn	0,448	0,236	0,058	
Nghề nghiệp	0,435	0,152	0,004	
-2 Log likelihood	354,199 ^a			
Cox & Snell R Square	0,051			
Nagelkerke R Square	0,072			
Homer and Lemeshow Test	Chi-square	15,646	Sig	0,001