

## Hành vi chăm sóc sức khỏe trẻ em trong gia đình hiện nay

**Trần Quý Long**

Viện Gia đình và Giới

**Tóm tắt:** Hành vi chăm sóc sức khỏe trẻ em trong nghiên cứu này được xem xét ở hai khía cạnh là tiêm chủng đầy đủ và bổ sung vitamin A. Bài viết sử dụng số liệu từ cuộc Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam năm 2006 và mô hình hồi quy đa biến để phân tích ảnh hưởng của các biến số đến hành vi chăm sóc sức khỏe trẻ em. Kết quả cho thấy học vấn của người mẹ chi phối mạnh mẽ đến hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Không có bằng chứng về sự thiên vị giới tính chống lại con gái, tuy nhiên có bằng chứng rõ ràng về việc đẻ dày đẻ nhiều con là một bất lợi đối với trẻ em. Trẻ em có mẹ làm nông nghiệp hay trong lĩnh vực phi nông đều được chăm sóc sức khỏe như nhau. Những gia đình có mức sống cao hơn trẻ em được chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Giả thuyết cho rằng trẻ em ở thành thị được chăm sóc sức khỏe nhiều hơn nông thôn đã bị bác bỏ. Nghiên cứu này một lần nữa khẳng định sự bất lợi của trẻ em dân tộc thiểu số trong việc được chăm sóc sức khỏe từ phía gia đình và tác động tương đối mạnh của yếu tố vùng địa lý.

**Từ khóa:** Chăm sóc sức khỏe; Trẻ em; Gia đình; Hành vi chăm sóc sức khỏe trẻ em.

### 1. Đặt vấn đề

Việt Nam là quốc gia luôn nhận thức sâu sắc rằng “Trẻ em là thế hệ tương lai của đất nước”, Nhà nước và toàn xã hội có trách nhiệm đối với việc tăng cường đầu tư cho trẻ em, nhằm tạo ra những thế hệ thanh niên

khỏe mạnh, đủ sức khỏe, có thể lực tốt, thông minh, hiểu biết và sáng tạo cho quá trình xây dựng và bảo vệ Tổ quốc (Nguyễn Thị Bình Dương, 2008).

Việt Nam là nước đầu tiên ở Châu Á và nước thứ hai trên thế giới phê chuẩn Công ước Quốc tế Quyền Trẻ em vào năm 1990. Từ khi phê chuẩn Công ước, Chính phủ Việt Nam đã sửa đổi và ban hành một số luật và chính sách để thực hiện Công ước ở Việt Nam. Bên cạnh đó, công cuộc “Đổi mới” được tiến hành từ năm 1986 đã giúp cho nền kinh tế Việt Nam thoát khỏi tình trạng khủng hoảng và liên tục tăng trưởng.

Trẻ em Việt Nam với tỷ lệ 36% trong cơ cấu dân số đã được hưởng nhiều lợi ích từ những thành tựu phát triển kinh tế của đất nước. Việt Nam đạt được một số mục tiêu quan trọng về bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em, được quốc tế đánh giá cao: tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi giảm đáng kể trong hai thập kỷ qua. Trong khoảng thời gian từ năm 1990 cho đến năm 2006, tỉ lệ tử vong trẻ dưới năm tuổi giảm từ 58 xuống còn 27 trẻ trong 1.000 trẻ đẻ sống. Cũng trong thời gian này, tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh giảm từ 44 xuống còn 22 trẻ trong 1.000 trẻ đẻ sống ([www.unicef.org.vn](http://www.unicef.org.vn)).

Bên cạnh những thành quả đạt được, Việt Nam vẫn bị tụt hậu trong một số lĩnh vực chính liên quan tới sức khỏe trẻ em. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em còn quá cao (25% trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng). Mặc dù có sự giảm đáng kể về thiếu hụt Vitamin A, chủ yếu là kết quả của các hoạt động phân phối viên nang Vitamin A diện rộng, vẫn còn 12% trẻ em dưới 5 tuổi có mức Vitamin A thấp trong máu. Điều này làm giảm sức đề kháng của các em đối với bệnh tật, khoảng 50% bà mẹ đang nuôi con bú cũng có mức Vitamin A thấp, làm họ có nguy cơ bị quáng gà và các cháu bé cũng không nhận được đủ Vitamin A vào cơ thể qua sữa mẹ ([www.unicef.org.vn](http://www.unicef.org.vn)).

Sức khỏe rất quan trọng đối với sự an toàn của các cá nhân, vì vậy các hộ gia đình rất sẵn lòng dành nhiều thời gian và tiền của để duy trì và cải thiện tình trạng sức khỏe của các thành viên trong gia đình. Sức khỏe cũng là một yếu tố quan trọng trong môi trường công tác và trường học, bởi vì các cá nhân khỏe mạnh sẽ có khả năng làm việc và học tập nhiều hơn và hiệu quả hơn.

Hành vi chăm sóc sức khỏe đề cập tới “những công việc mà từng cá nhân và cả tập thể tiến hành để duy trì và khôi phục sức khỏe” (Indu Bhushan và cộng sự, 2001).

Hầu hết trẻ em được sinh ra, nuôi dạy và lớn lên cùng gia đình, trong môi trường giáo dục quan trọng này, các em bị chi phối bởi hoạt động sống của hộ gia đình. Hành vi bảo vệ và chăm sóc trẻ em cũng không nằm ngoài quy luật đó. Chăm sóc sức khỏe là một nhu cầu cơ bản của con

người, một mục tiêu lâu dài của sự nghiệp phát triển xã hội. Là tương lai của đất nước, sức khoẻ và sức sống của trẻ em có ý nghĩa đặc biệt với sự trường tồn của mọi dân tộc. Thể trạng đau yếu của trẻ em ngày hôm nay sẽ để lại dấu ấn và hậu quả lâu dài cho xã hội mai sau (Đặng Nguyên Anh, 2000). Vậy thì, những yếu tố nào ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em trong gia đình? Những đặc trưng nhân khẩu học xã hội của phụ nữ và trẻ em có ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em không? Những yếu tố vĩ mô với các đặc điểm kinh tế xã hội khác nhau tác động đến gia đình như thế nào trong hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em?

## 2. Điểm luận tài liệu

Chăm sóc sức khoẻ là công việc đòi hỏi không chỉ tình thương yêu, lòng tận tụy, mà điều quan trọng là những hiểu biết cần thiết cho việc xử lý vấn đề trong quá trình phòng ngừa chăm sóc, chữa trị cho các thành viên gia đình khi ốm đau. Một nghiên cứu chăm sóc sức khoẻ ở nông thôn cho thấy, kiến thức của bà mẹ có ảnh hưởng trực tiếp nhất đến kết quả chăm sóc sức khoẻ gia đình. Học vấn giúp cho việc nhận thức được các phương pháp hữu hiệu để phòng bệnh, phát hiện các dấu hiệu bệnh tật và xử lý các tình huống trong việc chăm sóc chữa trị bệnh (Trịnh Hoà Bình, 1998). Tương tự, từ việc phân tích số liệu VLSS1998, Indu Bhushan và cộng sự (2001) cho thấy trình độ học vấn và kiến thức của các thành viên hộ gia đình có vai trò quan trọng. Nếu những người lớn trong gia đình được hưởng sự giáo dục tốt, họ có khả năng am hiểu tốt hơn về cách thức tận dụng các dịch vụ y tế. Trình độ học vấn của người mẹ ngày càng trở thành trung điểm quan tâm nhằm cải thiện sức khoẻ của trẻ em. Tại Việt Nam có thể thấy mối quan hệ tỷ lệ thuận giữa trình độ học vấn của bố mẹ và tình trạng dinh dưỡng của con cái (Dominique Haughton và cộng sự, 1999). Trình độ học vấn của người mẹ cũng liên quan mật thiết với tình trạng tiêm chủng của trẻ em (VNDHS, 2002; Nguyen Minh Thang et al., 2007).

Một nghiên cứu gần đây sử dụng số liệu Điều tra Sức khỏe Dân số (DHS) năm 1997 cho rằng khu vực địa lý có ảnh hưởng rất mạnh đến việc chăm sóc trẻ. Trẻ em các tỉnh đồng bằng sông Hồng có điều kiện phòng chống bệnh tật tốt nhất, trẻ em người Kinh được tiêm chủng đầy đủ hơn trẻ dân tộc. Các đặc điểm cơ bản khác của trẻ cũng có ảnh hưởng nhất định đến hành vi chăm sóc của gia đình, trẻ em trong gia đình đông con được tiêm phòng ít hơn nhiều so với gia đình có hai con. Phù hợp với kết quả nghiên cứu quốc tế, nghiên cứu này cho thấy học vấn của người mẹ chi phối mạnh mẽ nhất đến phòng và chữa bệnh cho con cái. Có tác động thuận chiều của học vấn mẹ đến chăm sóc sức khoẻ trẻ em từ tiêm phòng

đến điều trị. Mối quan hệ này thể hiện rõ sự liên hệ tuyến tính tức là cấp học của mẹ càng cao thì đứa trẻ càng được chăm sóc bảo vệ tốt hơn (Đặng Nguyễn Anh, 2000).

Hộ gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành hành vi đầu tư và tích lũy vốn nhân lực cho trẻ em, trong đó có vấn đề sức khỏe. Chính các hộ gia đình đã tính toán để đưa ra các quyết định có ảnh hưởng sâu sắc đến tình trạng sức khỏe và giáo dục của các thành viên trong gia đình. Nhìn chung các hộ gia đình coi cả hai loại dịch vụ này đều là “cơ bản”. Rất nhiều hộ gia đình sẵn sàng sử dụng phần lớn thu nhập cho y tế và giáo dục cho con cái mình. Ví dụ, ở Việt Nam các hộ gia đình dành trung bình 20% tổng chi phí ngoài lương thực thực phẩm cho y tế và giáo dục (Indu Bhushan và cộng sự, 2001).

Thu nhập đóng một vai trò quan trọng, người nghèo ít có khả năng đầu tư vào vốn nhân lực hơn so với người giàu. Thu nhập khiêm tốn của họ thậm chí không đủ khả năng để duy trì những bữa ăn nghèo dinh dưỡng, nên càng không thể đủ tiền chữa bệnh hoặc cho con đi học. Những gia đình khá giả hơn có đủ khả năng tài chính không chỉ về thức ăn, chỗ ở, quần áo cho các thành viên trong gia đình mà còn có thể cho con học đại học và trả cho các dịch vụ y tế hiện đại (Indu Bhushan và cộng sự, 2001). Sự chấm dứt chế độ bao cấp về y tế, sự cạnh tranh trong kinh tế thị trường với hậu quả phân hoá ngày càng gay gắt về thu nhập và mức sống đã tạo ra sự cách biệt ngày càng lớn trong khả năng chăm sóc sức khỏe của mỗi gia đình (Trịnh Hoà Bình, 1998).

Bằng cách rà soát các nghiên cứu có liên quan, một tài liệu cho thấy nhóm dân tộc của phụ nữ là yếu tố quan trọng trong việc thúc đẩy hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em, phụ nữ dân tộc thiểu số hiếm có hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em hơn (Julia Samueison và cộng sự, 1995).

Tác động của địa bàn cư trú (nông thôn hay thành thị) được tác giả Đặng Nguyễn Anh (2000) xem xét thông qua biến số di dân. Kết quả phân tích cho thấy trẻ nhập cư có xác suất tiêm phòng uốn ván cao nhưng lại không được tiêm vắc xin đầy đủ. Đúng như nhận xét của tác giả, do không thuộc diện quản lý trong các chương trình chăm sóc sức khỏe tại địa bàn đô thị nên trẻ em di cư sẽ bị thiệt thòi. Trẻ em thuộc khu vực thành thị có tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ cao hơn so với khu vực nông thôn (Nguyen Minh Thang et al., 2007). Những khác biệt lớn nhất về số phần trăm trẻ em được tiêm chủng đầy đủ là theo nơi cư trú, tỷ lệ tiêm chủng cao nhất ở đồng bằng sông Hồng và thấp nhất ở Miền núi – Trung du Bắc bộ (VNDHS, 2002).

### 3. Giả thuyết, số liệu, phương pháp phân tích

#### 3.1 Giả thuyết

- Tuổi của phụ nữ càng cao càng quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe cho con.
- Những phụ nữ có học vấn cao hơn, hoạt động trong lĩnh vực phi nông nghiệp có hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em tích cực hơn những phụ nữ khác.
- Trẻ em trai nhận được sự chăm sóc sức khỏe nhiều hơn trẻ em gái.
- Trẻ em trong những gia đình có nhiều con dưới 5 tuổi thì gặp bất lợi hơn trong việc tiếp cận điều kiện chăm sóc sức khỏe.
- Những gia đình có mức sống cao hơn, thuộc nhóm dân tộc Kinh/Hoa, cư trú ở thành thị có thuận lợi hơn trong việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ em.
- Có sự khác biệt giữa các vùng trong việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ em, những vùng có điều kiện kinh tế xã hội phát triển hơn thì trẻ em nhận được nhiều điều kiện chăm sóc sức khỏe hơn.

##### 3.1.1. Biến số phụ thuộc

Sức khỏe liên quan đến nhiều khía cạnh và không có một thước đo đơn lẻ nào đối với tình trạng sức khỏe. Hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em có thể được nghiên cứu với nhiều chỉ tiêu. Trong nghiên cứu này, hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em sẽ được tập trung phân tích 2 lĩnh vực sau đây:

*Tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em:* Tiêm chủng là một trong hai biến số có quan hệ tương hỗ mạnh nhất với mức độ tử vong của trẻ em, gần 25% trẻ em không tiêm chủng đã chết trong ngay trong năm đầu tiên, trong khi 7% tử vong vào thời kỳ tiếp theo tính từ khi đầy năm đến lúc tròn 4 tuổi. Ngược lại các tỷ lệ này đều thấp hơn ở nhóm trẻ được tiêm chủng, khoảng 1% trẻ em chết trong năm đầu và chỉ có 0,8% trẻ em chết trong thời gian từ cuối 12 tháng đến 48 tháng. Vì hầu hết các mũi tiêm chủng được tiến hành vào năm đầu tiên, kết quả cho thấy tiêm chủng là một biện pháp hữu hiệu góp phần hạ thấp mức độ tử vong trẻ em (ĐTINKHGK 1994).

Tiêm chủng đầy đủ là trẻ em phải được nhận 6 loại kháng nguyên phòng 6 bệnh: 1 mũi BCG để phòng lao, 3 mũi DPT để phòng bạch hầu, ho gà, uốn ván; 3 liều phòng bại liệt và 1 mũi phòng sởi cho trẻ em 9 tháng tuổi. Biến số tiêm chủng đầy đủ bằng 1 nếu trẻ em nhận/uống các loại kháng nguyên trong 8 lần và bằng 0 nếu ngược lại.

*Bổ sung vitamin A cho trẻ em:* Vitamin A là một vi chất dinh dưỡng quan trọng đối với sức khỏe. Thiếu vitamin A không chỉ gây hậu quả trầm trọng là khô mắt dẫn đến mù lòa mà còn dẫn đến suy giảm chức năng miễn dịch, tăng nguy cơ tử vong lên 30% (UNICEF, 1994). Thiếu vitamin A tiền

lâm sàng là nguyên nhân làm tăng cao tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và làm chậm phát triển trí tuệ ở trẻ, đồng thời làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa và tử vong với bà mẹ mang thai.

Chỉ tiêu sử dụng để phân tích là tỷ lệ trẻ em dưới 60 tháng tuổi được uống bổ sung ít nhất 1 lần vitamin A liều cao. Biến số này bằng 1 nếu trẻ đã từng uống vitamin A ít nhất 1 lần và bằng 0 nếu ngược lại.

### 3.1.2 Biến số độc lập.

Sau khi rà soát những nghiên cứu trước đây, chiến lược của nghiên cứu này tiếp tục khẳng định và bổ sung thêm những phân tích thống kê về những yếu tố tác động đến hành vi chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. Những yếu tố có thể ảnh hưởng đến hành vi này bao gồm:

+ *Các đặc điểm nhân khẩu học của phụ nữ và trẻ em:*

- *Tuổi của mẹ:* được phân chia thành 4 nhóm: dưới 25 tuổi, 25-29 tuổi, 30-34 tuổi, và từ 35 tuổi trở lên.

- *Trình độ học vấn mẹ:* được phân chia thành 4 nhóm: không bằng cấp, tốt nghiệp Tiểu học, tốt nghiệp Trung học cơ sở và tốt nghiệp Trung học phổ thông trở lên.

- *Nghề nghiệp mẹ:* được xây dựng thành biến số nhị phân với hai giá trị: nông nghiệp và phi nông nghiệp.

- *Giới tính trẻ:* biến nhị phân có 2 giá trị nam và nữ.

+ *Các yếu tố đặc điểm gia đình:*

- *Số trẻ dưới 5 tuổi:* chia thành các nhóm có 1, 2 và 3-4 trẻ.

- *Mức sống:* được chia theo 5 nhóm: nghèo nhất, cận nghèo, trung bình, khá, và giàu.

- *Nhóm dân tộc:* được chia thành 2 nhóm: dân tộc Kinh/Hoa và dân tộc ít người.

+ *Các yếu tố vĩ mô:*

- *Khu vực cư trú:* bao gồm thành thị và nông thôn.

- *Vùng địa lý:* được chia theo 8 vùng sinh thái bao gồm: Đồng bằng sông Hồng, Đông Bắc, Tây Bắc, Bắc Trung Bộ, Duyên hải Nam Trung Bộ, Tây Nguyên, Đông Nam Bộ, và Đồng bằng sông Cửu Long.

### 3.2 Số liệu

Nghiên cứu này sử dụng số liệu từ cuộc Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam năm 2006 (MICS3). Cuộc điều tra này được thiết kế nhằm cung cấp các ước lượng tin cậy cho nhiều chỉ tiêu phản ánh tình hình trẻ em và phụ nữ ở cấp quốc gia. Có 3 loại bảng câu hỏi được sử dụng trong cuộc điều tra: 1) Bảng câu hỏi hộ gia đình được sử dụng để thu

thập thông tin chung về hộ gia đình và tất cả các thành viên hộ gia đình; 2) Bảng câu hỏi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 15-49 tuổi; và 3) Bảng câu hỏi trẻ em dưới 5 tuổi.

Mẫu điều tra đã được chọn từ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1999 với 250 địa bàn được thực hiện ở 8 vùng và 61 tỉnh/thành trên cả nước. Tổng số, có 8.355 hộ gia đình, 9.347 phụ nữ 15-49 tuổi và 2.680 trẻ dưới năm tuổi đã được phỏng vấn thành công, đạt tỷ lệ trả lời tương ứng là gần 100%, 94,1% và 99% (TCTK, 2006).

### 3.3 Phương pháp phân tích

Kỹ thuật phân tích mô tả mặc dù thông dụng nhưng không cho phép lý giải chính xác phát hiện thu được và nhất là không loại trừ ảnh hưởng của các yếu tố khác. Phân tích đa biến sẽ cho thấy tác động của từng biến số độc lập đầy đủ hơn khi đã tính đến tác động của các biến số khác. Bởi vì các biến phụ thuộc là biến nhị phân, do đó sử dụng mô hình hồi quy logistic là phù hợp với loại hình phân tích này.

## 4. Kết quả phân tích

### 4.1 Tiêm chủng

Một trong những mục tiêu của chương trình tiêm chủng quốc gia là tiêm chủng đầy đủ các liều vắc xin cho trẻ em, vì vậy ở phần này sẽ tập trung nghiên cứu về các yếu tố tác động lên việc trẻ nhận đầy đủ các liều vắc xin theo quy định.

Sử dụng mô hình hồi quy đa biến bằng thủ tục logistic cho thấy có sự bình đẳng giữa trẻ em nam và nữ trong việc được tiêm chủng đầy đủ. Khi tính đồng thời tác động của các biến số khác, biến số trẻ em là nam không có ảnh hưởng đến việc được tiêm chủng cao hơn trẻ em nữ vì không có ý nghĩa thống kê (Bảng 1). Những đứa trẻ có thêm anh chị em dưới 5 tuổi thì xác suất được tiêm chủng càng ít hơn ( $p < 0,01$ ). Nếu như trẻ có thêm 1 anh chị em thì xác suất được tiêm chủng giảm xuống 59% so với xác suất 65,4% ban đầu và nếu có thêm 2 anh chị em thì xác suất tiếp tục giảm xuống còn 52%. Rõ ràng là việc đẻ dày, đẻ nhiều con đã ảnh hưởng rất lớn đến phúc lợi trẻ em trong gia đình.

Tuổi của người mẹ có tác động đến việc trẻ em được tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin, so với nhóm dưới 25 tuổi, các nhóm tuổi cao hơn có xác suất đưa con đi tiêm phòng cao hơn, hệ số  $\text{Exp}(B)$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) lần lượt là 1,5; 2,0 và 1,7 đối với các nhóm 25-29 tuổi, 30-34 tuổi và 35 tuổi trở lên. Mối quan hệ thuận chiều giữa giáo dục của người mẹ và tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ phòng bệnh cho trẻ em đã được chứng minh qua khảo sát MICS3. Xác suất trẻ em được tiêm chủng lớn hơn khi người mẹ được học đến các bậc học cao hơn so với những người

**Bảng 1. Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố tác động đến tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 5 tuổi**

Yếu tố	Biến số độc lập	Hệ số	Hệ số Exp(B)	Xác suất ước tính tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em khi biến số độc lập thay đổi một đơn vị, và xác suất ban đầu là 0,654
<b>Giới tính trẻ</b>	Nam (=1)	-,030	,970	0,65
<b>Số trẻ &lt; 5 tuổi</b>	1 (nhóm so sánh)			
	2	-,267	,766**	0,59
	3 - 4	-,547	,579**	0,52
<b>Tuổi mẹ</b>	< 25 (nhóm so sánh)			
	25 - 29	,418	1,519***	0,74
	30 - 34	,702	2,017***	0,79
	35 +	,571	1,770***	0,77
<b>Trình độ học vấn mẹ</b>	Không bằng cấp (nhóm so sánh)			
	Tốt nghiệp Tiểu học	,488	1,629***	0,75
	Tốt nghiệp Trung học cơ sở	,462	1,588**	0,75
	Tốt nghiệp THPT trở lên	,488	1,629**	0,75
<b>Nghề nghiệp</b>	Nông nghiệp (=1)	,032	1,033	0,66
<b>Dân tộc</b>	Kinh + Hoa (=1)	,490	1,632***	0,76
<b>Mức sống</b>	Nghèo nhất (nhóm so sánh)			
	Cận nghèo	,089	1,093	0,67
	Trung bình	,222	1,249**	0,70
	Khá	,223	1,250**	0,70
	Giàu	,445	1,560***	0,75
<b>Khu vực</b>	Nông thôn (=1)	,126	1,135	0,68
<b>Vùng</b>	Đồng bằng sông Hồng (nhóm s/sánh)			
	Đông Bắc	-,052	,949	0,64
	Tây Bắc	-,388	,678**	0,56
	Bắc Trung Bộ	-,129	,879	0,62
	Duyên hải Nam Trung Bộ	-,484	,617**	0,54
	Tây Nguyên	,236	1,266*	0,71
	Đông Nam Bộ	-,124	,884	0,63
	Đồng bằng sông Cửu Long	-,337	,714**	0,57
<b>Hằng số</b>		,329	1,390***	0,72

N=2680, Nagelkerke R Square=0,114  
Mức ý nghĩa: \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001.



mẹ không bằng cấp.

Nghề nghiệp của mẹ lại không có ảnh hưởng đến hành vi tiêm chủng cho trẻ em, nghĩa là người mẹ làm nông nghiệp hay không thì trẻ em vẫn được tiêm chủng đầy đủ như nhau. Qua đó, chúng ta thấy không có sự sao nhãng trong chăm sóc sức khỏe cho trẻ em giữa những phụ nữ làm nông và phụ nữ làm những nghề phi nông khác.

Tác động của yếu tố dân tộc vẫn không thay đổi khi đưa các yếu tố vào cùng một lúc để phân tích, nếu như một người phụ nữ di chuyển từ nhóm dân tộc ít người sang nhóm người Kinh và Hoa thì xác suất trẻ em được tiêm chủng tăng lên 76% ( $p < 0,001$ ). Trình độ học vấn thấp, sự không thông thạo tiếng Kinh của nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số khiến cho việc tiếp cận các kiến thức về tiêm chủng hạn chế có lẽ đã tạo ra sự khác biệt này.

Mức sống của gia đình có tác động khá mạnh đến hành vi tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em. Hệ số chênh lệch Exp(B) tăng dần ở các nhóm có mức sống cao hơn và có ý nghĩa thống kê. So với nhóm nghèo nhất có xác suất tiêm chủng cho trẻ em là 65,4% thì nhóm giàu nhất là 75% ( $p < 0,001$ ).

Không có sự khác nhau giữa người thành thị và nông thôn trong việc tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em, thậm chí ở nông thôn đã có xu hướng tiêm chủng cao hơn thành thị, tuy nhiên sự tác động này không chắc chắn vì không có ý nghĩa thống kê. Điều đó cho thấy hiệu quả của hoạt động tuyên truyền phổ biến về lợi ích của tiêm chủng đã làm thay đổi nhận thức của người dân ở nông thôn.

Mặc dù không rõ nét, nhưng kết quả ước lượng hồi quy cho thấy các vùng địa lý khác có xác suất tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em thấp hơn Đồng bằng sông Hồng. Khi chuyển từ vùng đồng bằng sông Hồng sang các vùng khác thì xác suất trẻ được tiêm chủng đầy đủ giảm xuống (vì các hệ số của các vùng mang dấu (-)), ngoại trừ vùng Tây Nguyên. Điều này chứng tỏ Đồng bằng sông Hồng và Tây Nguyên có xu hướng chú trọng tới việc tiêm chủng đầy đủ hơn các vùng khác. Sở dĩ Đồng bằng sông Hồng có tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em cao hơn có thể là do được tiếp nhận vắc xin ngay từ những năm 1960 nên người dân hiểu rõ hơn tác dụng quan trọng của tiêm chủng (DHS, 1997).

#### **4.2 Bổ sung Vitamin A**

Tương tự như tiêm chủng, không có sự khác biệt giữa trẻ em nam và trẻ em nữ trong việc nhận bổ sung vitamin A, kết quả ước lượng hồi quy logistic cho thấy, trẻ em nam và nữ đều được bổ sung vitamin A như nhau (Bảng 2). Tuy nhiên những trẻ có thêm anh chị em từ 5 tuổi trở xuống thì lại có xác suất uống vitamin A thấp hơn. Trong gia đình có 2 đứa trẻ dưới 5 tuổi thì xác suất đứa bé được uống vitamin A giảm xuống còn 75% so

với 87% và nếu như trong gia đình có 3-4 đứa trẻ thì xác suất tiếp tục giảm xuống còn 56% ( $p < 0,001$ ).

Tuổi của người mẹ tác động mạnh mẽ đến hành vi bổ sung vitamin A cho trẻ em. Khi tính đến tác động của các biến số khác, tác động của tuổi mẹ vẫn không thay đổi với mức ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điều này cho thấy kinh nghiệm nuôi con là rất quan trọng, khi tuổi cao hơn (và có thêm con) người mẹ có khả năng nhận thức tốt hơn về tầm quan trọng của vitamin A và chủ động bổ sung viên nang này cho con cái.

Học vấn của mẹ tác động tương đối mạnh mẽ đến hành vi của họ trong việc cho con uống bổ sung vitamin A. So với những người không bằng cấp, hệ số Exp(B) của những người tốt nghiệp Tiểu học và Trung học cơ sở cao hơn 1,4 lần ( $p < 0,001$ ) và những người có bằng Trung học phổ thông trở lên cao hơn gần 1,1 lần ( $p < 0,01$ ).

Khi tất cả các biến được kiểm soát, tác động của nghề nghiệp người mẹ có sự thay đổi. Trẻ em có mẹ làm nông nghiệp lại có xu hướng được uống vitamin A cao hơn trẻ có mẹ làm nghề phi nông. Điều đó chưa được khẳng định qua mô hình phân tích, nhưng nó cũng chỉ ra xu hướng là việc được bổ sung vitamin A không phụ thuộc vào nghề nghiệp của người mẹ.

Phù hợp với giả thuyết, trẻ em người Kinh/Hoa được bổ sung uống vitamin A nhiều hơn trẻ dân tộc ít người. Hệ số Exp(B) đặc biệt cao và đạt mức ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Có thể nói rằng những khía cạnh khác nhau của gia đình có ảnh hưởng đến bổ sung vitamin A cho trẻ em. Nhìn chung những gia đình có mức sống cao hơn trẻ em được uống bổ sung vitamin A nhiều hơn. Xác suất trẻ em nhận được vitamin A cao hơn khi gia đình có mức sống cao hơn, so với nhóm gia đình có mức sống nghèo nhất, nhóm gia đình có mức sống giàu nhất có xác suất bổ sung vitamin A cho trẻ em tăng lên ở mức 90% so với 80,7%. Kết quả thu được hoàn toàn phù hợp với những quan sát trong thực tế đời sống hàng ngày. Gia đình có tiềm năng kinh tế dồi dào sẽ có nhiều thuận lợi hơn trong việc tìm kiếm sức khỏe cho trẻ em.

Trẻ em ở vùng nông thôn được bổ sung vitamin A ngang bằng với trẻ em thành thị, bởi vì tác động của biến số thành thị không có ý nghĩa thống kê. Điều đó có thể cho thấy công tác tuyên truyền và việc bổ sung vitamin A cho trẻ em thực sự được trải rộng trên địa bàn thành thị lẫn nông thôn.

Tác động của khu vực địa lý là rất mạnh đến hành vi bổ sung vitamin A cho trẻ em. Trẻ em ở đồng bằng sông Hồng vẫn có điều kiện được uống vitamin A nhiều hơn các vùng khác. Kết quả phân tích đưa ra khẳng định xác suất được uống vitamin A ở tất cả các vùng khác, đặc biệt là Đồng bằng sông Cửu Long thấp hơn so với đồng bằng sông Hồng, sự khác biệt

**Bảng 2. Mô hình hồi quy logistic về các yếu tố tác động đến bổ sung vitamin A cho trẻ em dưới 5 tuổi**

Yếu tố	Biến số	Hệ số	Hệ số Exp(B)	Xác suất ước tính bổ sung Vitamin A cho trẻ em khi biến số độc lập thay đổi một đơn vị, và xác suất ban đầu là 0,807
<b>Giới tính trẻ</b>	Nam (=1)	,014	1,014	0,81
<b>Số trẻ &lt; 5 tuổi</b>	1 (nhóm so sánh)		1	
	2	-,342	,710**	0,75
	3 - 4	-1,198	,302***	0,56
<b>Tuổi mẹ</b>	< 25 (nhóm so sánh)		1	
	25 - 29	,475	1,608***	0,87
	30 - 34	,650	1,916***	0,89
	35 +	,727	2,069***	0,90
<b>Trình độ học vấn mẹ</b>	Không bằng cấp (nhóm so sánh)		1	
	Tốt nghiệp Tiểu học	,369	1,446***	0,86
	Tốt nghiệp Trung học cơ sở	,401	1,494***	0,86
	Tốt nghiệp THPT trở lên	,010	1,010*	0,81
<b>Nghề nghiệp</b>	Nông nghiệp (=1)	,216	1,242	0,84
<b>Dân tộc</b>	Kinh + Hoa (=1)	1,069	2,914***	0,92
<b>Mức sống</b>	Nghèo nhất (nhóm so sánh)		1	
	Cận nghèo	,205	1,228***	0,84
	Trung bình	,512	1,669***	0,87
	Khá	,285	1,330***	0,85
	Giàu	,810	2,249***	0,90
<b>Khu vực</b>	Nông thôn (=1)	-,133	,876	0,79
<b>Vùng</b>	Đồng bằng sông Hồng (nhóm s/sánh)		1	
	Đông Bắc	-1,589	,204***	0,46
	Tây Bắc	-,911	,402***	0,63
	Bắc Trung Bộ	-1,358	,257***	0,52
	Duyên hải Nam Trung Bộ	-1,321	,267***	0,53
	Tây Nguyên	-1,277	,279***	0,54
	Đông Nam Bộ	-1,572	,208***	0,46
	Đồng bằng sông Cửu Long	-1,753	,173***	0,42
<b>Hằng số</b>		1,001	2,720***	0,92

N=2641, Nagelkerke R Square=0,143  
Mức ý nghĩa: \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001.

này là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

## 5. Kết luận

Sự ra đời của đứa trẻ, một thành viên mới trong gia đình, không chỉ là biểu trưng của hạnh phúc mà còn là niềm tự hào của gia tộc. Sự khoẻ mạnh và chất lượng cuộc sống của trẻ là mục đích cao nhất của gia đình. Ngay từ khi chưa ra đời, trẻ em phụ đã phụ thuộc và sự chăm sóc và tìm kiếm sức khoẻ của người mẹ.

Phân tích bằng mô hình hồi quy đa biến khẳng định giả thuyết học vấn của người mẹ chi phối mạnh mẽ nhất đến hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em. Mỗi quan hệ này thể hiện rất rõ cấp học của mẹ càng cao thì trẻ em càng được chăm sóc bảo vệ tốt hơn. Nhưng điều quan trọng là vẫn tiếp tục cung cấp giáo dục và thông tin để trang bị cho các bà mẹ khả năng nhận thức và thay đổi hành vi trong việc chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em.

Không có bằng chứng về sự thiên vị giới tính chống lại con gái trong hành vi chăm sóc sức khoẻ, tuy nhiên có bằng chứng rõ ràng về việc đẻ dày đẻ nhiều con là một bất lợi đối với việc chăm sóc sức khoẻ trẻ em. Con của người mẹ làm nông nghiệp hay trong lĩnh vực phi nông đều được chăm sóc sức khoẻ như nhau.

Với chủ trương xã hội hoá của Chính phủ, công tác bảo vệ và chăm sóc trẻ em ngày nay không chỉ là bổn phận của từng gia đình mà còn là trách nhiệm của toàn xã hội, song trong mối tương quan đó, gia đình vẫn là yếu tố chủ đạo. Có thể nói rằng những khía cạnh khác nhau của gia đình có ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em. Nhìn chung những gia đình có mức sống cao hơn trẻ em được chăm sóc sức khoẻ tốt hơn. Kết quả thu được hoàn toàn phù hợp với giả thuyết và những quan sát trong thực tế đời sống hàng ngày.

Nghiên cứu này một lần nữa khẳng định sự bất lợi của những trẻ em dân tộc thiểu số trong việc nhận sự chăm sóc sức khoẻ từ phía gia đình và cộng đồng. Nhiều kết quả nghiên cứu ở nước ta cũng cho thấy trẻ em dân tộc thiểu số có tỷ lệ suy dinh dưỡng, bệnh tật, tử vong cao hơn trẻ em người Kinh/Hoa là xuất phát từ những khác biệt này.

Kết quả phân tích cho thấy nông thôn đã tiến kịp thành thị trong công tác bảo vệ, chăm sóc trẻ em ở lĩnh vực tiêm chủng và bổ sung vitamin A. Vì thế giả thuyết cho rằng trẻ em ở thành thị được chăm sóc sức khoẻ nhiều hơn nông thôn đã bị bác bỏ.

Tác động vùng địa lý tương đối mạnh, có lẽ nó không chỉ phải ảnh các điều kiện địa lý mà còn phản ánh cơ cấu kinh tế xã hội, phạm vi và chất lượng của hệ thống y tế cơ sở và thái độ đối với hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em. Cần có những nghiên cứu đối với những vùng kém phát triển

để phát hiện hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em thấp là do thói quen, phong tục tập quán hay là do nhận thức. Chính phủ cần tiếp tục đầu tư cho công tác tuyên truyền giáo dục về hành vi chăm sóc sức khoẻ cho trẻ em trong các gia đình, đặc biệt là phụ nữ cũng như cung cấp các nguồn lực về cơ sở hạ tầng, thuốc men, đội ngũ nhân viên y tế cho những vùng sâu, vùng xa, vùng kém phát triển. Trên phương diện vĩ mô, những nỗ lực nhằm nâng cao tỷ lệ tiêm phòng đầy đủ và bổ sung vitamin A kịp thời, đặc biệt đối với trẻ em dân tộc, ở vùng sâu vùng xa... chắc chắn sẽ góp phần hạ thấp tỷ lệ tai biến, bệnh tật và tử vong của trẻ em. ■

#### Tài liệu tham khảo

- Đặng Nguyên Anh. 2000. “Cấu trúc hộ gia đình và chăm sóc sức khoẻ trẻ em”. *Tạp chí Xã hội học*, số 4.
- DHS. 1997. *Tiêm chủng trẻ em*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê (2000).
- Dominique Haughton và cộng sự. 1999. *Hộ gia đình qua phân tích định lượng*. Hà Nội: Nhà xuất bản chính trị quốc gia.
- ĐTNKHGK. 1994. *Khoảng cách sinh và tử vong của trẻ em Việt Nam*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê (1996).
- Indu Bhushan và cộng sự. 2001. *Vốn nhân lực của người nghèo ở Việt Nam*. Hà Nội: Ngân hàng phát triển châu Á và Bộ Lao động Thương binh – xã hội.
- Julia Samueison và cộng sự. 1995. *Tình trạng sức khoẻ phụ nữ ở Việt Nam*. Hà Nội: Ủy ban quốc gia vì sự tiến bộ của phụ nữ và Quỹ dân số Liên Hợp Quốc.
- Nguyen Minh Thang et al. 2007. “Child immunization in Vietnam: Situation and barriers to coverage”. *Journal of Biosoc.Sci*, 39.
- Nguyễn Thị Bình Dương. 2008. “Đầu tư cho trẻ em là đầu tư cho phát triển”. *Tạp chí cộng sản*, số 10 (154).
- NHTG. 2001. *Đưa vấn đề giới vào phát triển*. Hà Nội: Nhà xuất bản Văn hoá Thông tin.
- Sarah Bales. 1999. “Yếu tố quyết định cân nặng trẻ sơ sinh thấp”. In trong *Hộ gia đình Việt Nam qua phân tích định lượng*. Hà Nội: Nhà xuất bản Chính trị quốc gia.
- TCTK. 2006. *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2006 (MICS3)*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê.
- Trịnh Hoà Bình. 1998. *Gia đình nông thôn và vấn đề chăm sóc sức khoẻ cộng đồng*. Hà Nội: Nhà xuất bản Khoa học xã hội.
- UNFPA. 2005. *Tình trạng dân số thế giới*. Hà Nội: Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc.
- UNICEF. 1994. *Phân tích tình hình phụ nữ và trẻ em*. Hà Nội: UNICEF Việt Nam.
- VNDHS. 2003. *Điều tra nhân khẩu học và Sức khoẻ 2002*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê.