



**Phân tích Tự Đánh giá Sức Khỏe
tại các Trạm Y Tế
Nghiên Cứu Trường Hợp ở các tỉnh Thái
Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long**

**XÂY DỰNG VÀ DUY TRÌ NĂNG LỰC THỰC HIỆN VÀ SỬ DỤNG
NGHIÊN CỨU XÃ HỘI VÀO VIỆC ĐÁNH GIÁ VÀ ĐỀ RA QUYẾT
ĐỊNH TRONG NGÀNH Y TẾ CỦA VIỆT NAM - GIAI ĐOẠN 2**

Số tài trợ: 21293

Thời gian tài trợ: Từ 1 tháng 7 năm 2012 đến 31 tháng 8 năm 2018

Mục đích tài trợ: Thông báo các hoạt động của tổ chức The Atlantic Philanthropies và các đơn vị được tài trợ thông qua việc đánh giá Chương Trình Sức Khỏe Dân Số tại Việt Nam và xây dựng năng lực nghiên cứu xã hội tại chỗ đối với việc đánh giá chương trình và đưa ra quyết định.

Tác giả:

Judith M. Tanur

Distinguished Teaching Professor Emerita (Giáo sư Danh dự Ưu Tú)
Đại học Stony Brook

Ngày 29 tháng 11 năm 2016

Đơn vị được tài trợ: Social Science Research Council

(Hội đồng Khoa học Xã hội Hoa Kỳ)

One Pierrepoint Plaza, Tầng 15 Brooklyn, NY 11201 Hoa Kỳ

Điện thoại: (00) 1 (212) 377-2700

Fax: (00) 1 (212) 377-2727

Web: www.ssrc.org

Phân Tích Tự Đánh giá Sức Khỏe tại các Trạm Y Tế: Nghiên Cứu Trường Hợp ở các Tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long

Judith M. Tanur

I. BỐI CẢNH

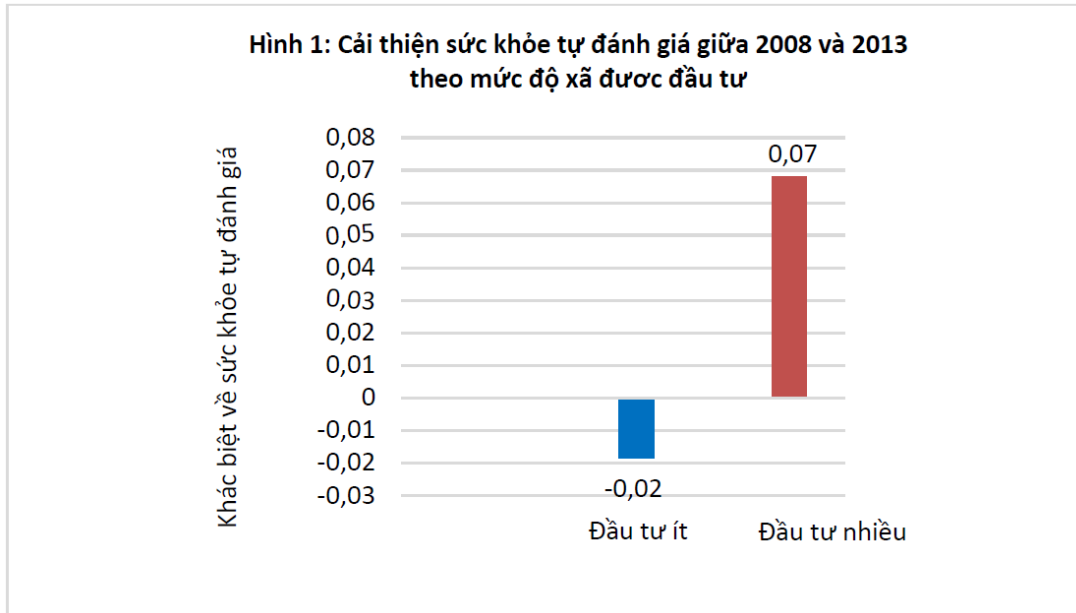
Báo cáo này đánh giá tác động của các đầu tư vào trạm y tế được tài trợ bởi tổ chức The Atlantic Philanthropies (AP) (một quỹ từ thiện có thời gian hoạt động hạn định (a limited life foundation)), chính phủ Việt Nam và các nhà tài trợ quốc tế khác. Sử dụng dữ liệu nghiên cứu lịch đại từ năm 2008 đến 2016 tại 12 xã ở các tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long, phân tích này xem xét tác động của những đầu tư đối với tình trạng tự đánh giá sức khỏe (self-reported health) của người dân.

Chúng tôi đã yêu cầu đối tượng được điều tra (respondents) đánh giá sức khỏe của chính mình theo thang đo có năm điểm từ 1 đến 5 (5-point scale), trong đó 1 là khỏe mạnh nhất và 5 là ít khỏe mạnh nhất. Các tài liệu nghiên cứu (Idler & Benyamini, 1997; Maeland & Havik, 1988; McCallum, Shadbolt, & Wang, 1994; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997; Mossey & Shapiro, 1982) đã cho thấy rằng những tự đánh giá như vậy có tương quan khá cao với các biện pháp đánh giá khách quan về tình trạng sức khỏe. Phân tích sau đây sử dụng thang đo 5 điểm này như thể nó là thang đo tỷ lệ và tính số trung bình cộng và kiểm định t (t-test). Mỗi thanh trong biểu đồ dạng cột cho thấy những thay đổi từ năm 2008 đến 2013, với những con số dương cho thấy sự cải thiện và số âm chỉ ra tình trạng xấu đi của sức khỏe bản thân người dân tự đánh giá.

II. PHÂN TÍCH THEO CẤP ĐỘ ĐƯỢC ĐẦU TƯ CỦA XÃ

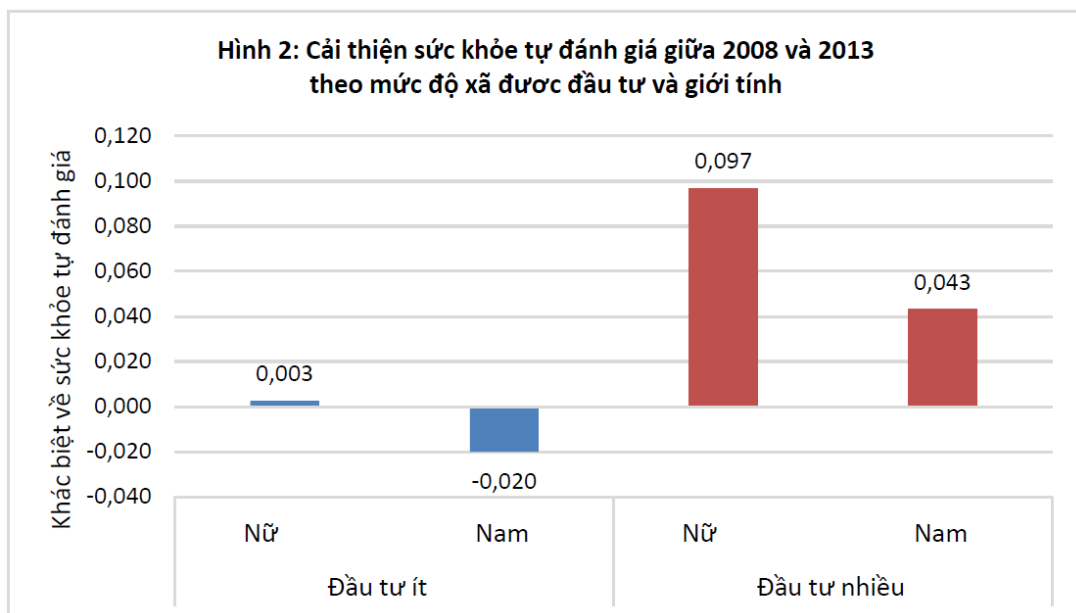
Mỗi xã trong 12 xã được điều tra nhận được một nhà trạm được xây mới hoặc được nâng cấp, thiết bị y tế thiết yếu và các đầu tư cung cấp dịch vụ ở các mức độ khác nhau. Để phục vụ phân tích này, các xã được chấm điểm dựa trên mức độ đầu tư này và số lượng mô hình dịch vụ được thí điểm và các xã được chia thành hai nhóm, mỗi nhóm có sáu xã: (1) các xã được đầu tư ít hơn, tiến hành thí điểm từ 1 đến 2 mô hình dịch vụ và (2) nhóm được đầu tư nhiều hơn, tiến hành thí điểm 3 đến 5 mô hình dịch vụ. Các mô hình dịch vụ bao gồm (1) Trang thiết bị xét nghiệm và thiết bị kỹ thuật cao (high tech equipment and para-lab tests), ví dụ như máy siêu âm và thiết bị xét nghiệm bệnh tiểu đường; (2) năng lực sử dụng máy tính để quản lý thông tin y tế; (3) đào tạo bác sĩ y học gia đình; (4) tiếp thị xã hội và mô hình nhượng quyền để thay đổi thái độ của nhân viên và tăng cường sử dụng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình/sức khỏe sinh sản tại trạm y tế; và (5) và cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh qua mô hình “Chăm Sóc từ Nhà đến Bệnh Viện”, là chương trình tiến hành bồi dưỡng, cung cấp thiết bị nhằm giúp các bà mẹ tiếp cận được với dịch vụ cấp cứu và thiết yếu có chất lượng tại trạm y tế và bệnh viện công, cũng như giáo dục thay đổi hành vi để tăng cường nhận thức, tiếp cận các hộ gia đình nhằm thúc đẩy những hành vi làm mẹ an toàn và xây dựng phòng dành cho trẻ sơ sinh tại các bệnh viện huyện và tỉnh. Để biết biểu đồ về điểm số và sự đầu tư của xã, hãy tham khảo bài viết “Tăng Cường Trạm Y Tế ở Việt Nam: Đánh Giá Tác Động của tổ chức AP từ năm 2008 đến 2016 của Giáo sư Tiến sĩ Lương Văn Hy.

Nhìn chung, trong Hình 1 chúng ta thấy tình trạng sức khỏe tự đánh giá đã tăng có ý nghĩa thống kê ở các xã được đầu tư nhiều hơn ($p < 0,01$) và giảm nhẹ (nhưng không có ý nghĩa thống kê) ở các xã được đầu tư ít hơn.

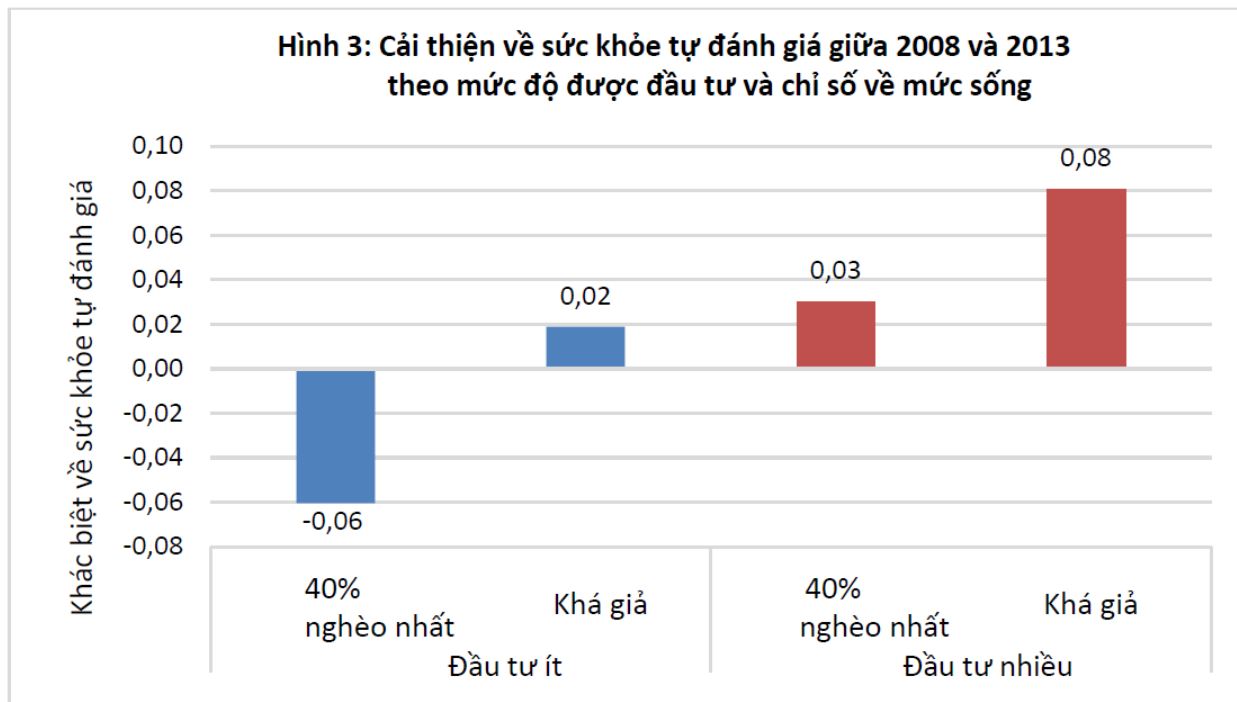


Phân tích sâu hơn các nhóm dễ bị tổn thương mà tổ chức The Atlantic Philanthropies đặc biệt quan tâm cho thấy sự tương phản về những thay đổi mức độ sức khỏe tự đánh giá của các nhóm dễ bị tổn thương và sự thay đổi ở những nhóm ít bị tổn thương hơn, xét về giới tính, nghèo đói, dân tộc và tuổi tác, cùng với mức độ xã được đầu tư.

Ở Hình 2, chúng ta thấy rằng ở các xã được đầu tư ít hơn, cả nam lẫn nữ đều không có nhiều thay đổi về sức khỏe tự đánh giá từ năm 2008 đến 2013, trong khi đó ở các xã được đầu tư nhiều hơn, sức khỏe tự đánh giá của cả hai giới tăng lên, ở nữ giới sự gia tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

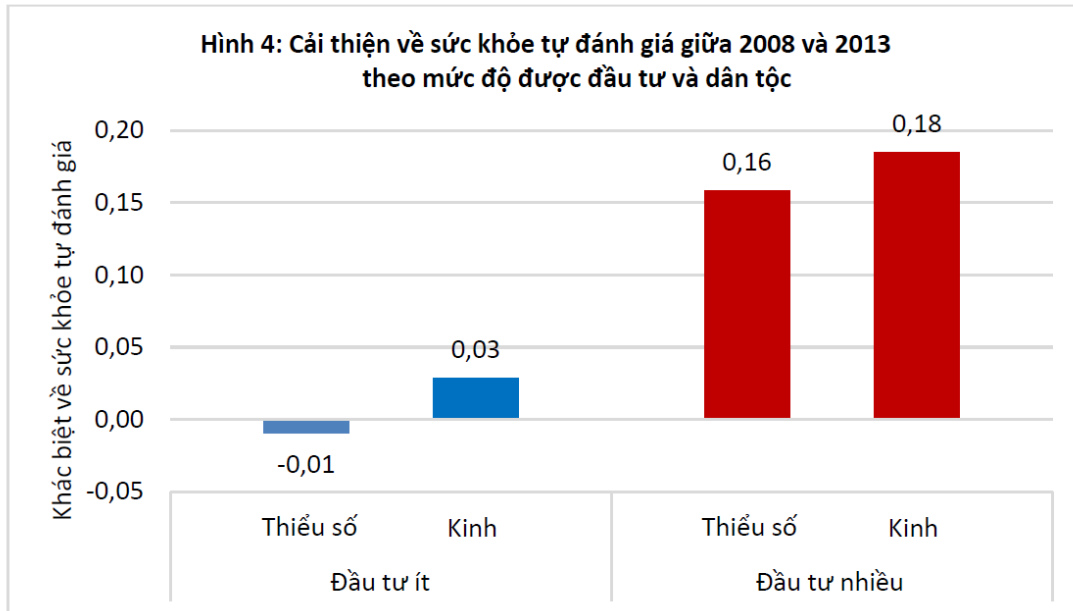


Ở Hình 3, chúng tôi xem xét các điều kiện kinh tế, sử dụng Chỉ số về mức sống (wealth index) được gọi là “nhóm 40% nghèo nhất” cho nhóm 40% nghèo nhất theo Chỉ số về mức sống.¹ Chúng tôi thấy rằng ở các xã được đầu tư ít hơn, thì tình trạng sức khỏe tự đánh giá của nhóm khá giả hơn tăng nhẹ, còn ở nhóm “nhóm 40% nghèo nhất” thì giảm nhẹ, nhưng số liệu về sự thay đổi ở cả 2 nhóm không đạt ý nghĩa thống kê. Ngược lại, ở các xã được đầu tư nhiều hơn, tình trạng sức khỏe tự đánh giá của cả 2 nhóm tăng lên, nhưng số liệu chỉ mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) ở nhóm người khá giả.

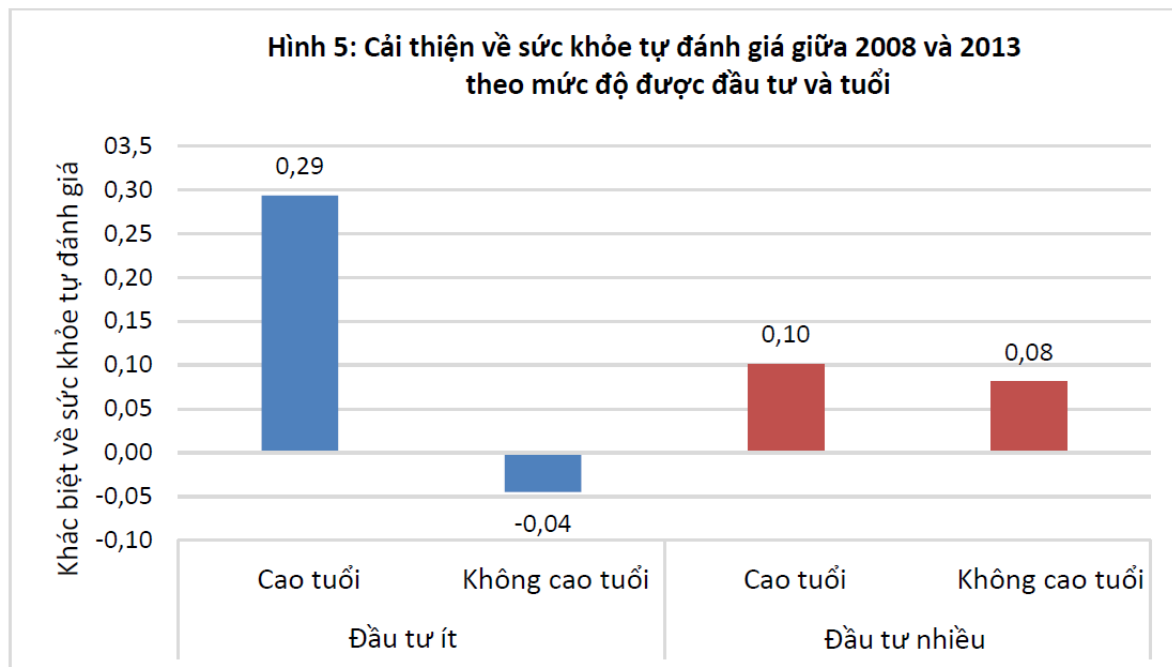


Phân tích theo nhóm dân tộc là không chắc chắn, vì chỉ 4 xã có số người dân tộc thiểu số đủ lớn để phân tích, 3/4 số xã này được đầu tư ít hơn và 1/4 xã được đầu tư nhiều hơn. Kết quả phân tích như trong Hình 4. Ở các xã được đầu tư ít hơn, tình trạng sức khỏe tự đánh giá của cả người dân tộc thiểu số và người Kinh vẫn ổn định theo thời gian, nhưng đối với xã được đầu tư nhiều hơn, thì cả 2 nhóm sự cải thiện sức khỏe tự đánh giá có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), và cải thiện này ở dân tộc thiểu số thì hơi ít hơn so với người Kinh.

¹ Để phân tích sức khỏe tự đánh giá theo tình trạng kinh tế xã hội, phương pháp thành phần chính (phân tích nhân tố) được sử dụng để có được chỉ số tình trạng kinh tế xã hội (SES), dựa trên các câu hỏi khảo sát hộ gia đình về điều kiện nhà ở (biệt thự, nhà thường trú, bán trú, hay tạm thời), nguồn nước, loại nhà vệ sinh và 16 tài sản trong gia đình (TV, đầu đĩa video / DVD, radio, máy tính, điện thoại, tủ lạnh, điều hòa, máy giặt, máy nước nóng, máy bơm nước, máy xay xát gạo, xe máy, xe đạp, ô tô / xe tải, và thuyền). Dựa trên giá trị của chỉ số, các hộ gia đình được chia thành 2 nhóm: nhóm 40% nghèo nhất theo Chỉ số về mức sống và nhóm gia đình khá giả trong khi phân tích nhằm tìm hiểu về những thay đổi về sức khỏe tự đánh giá.

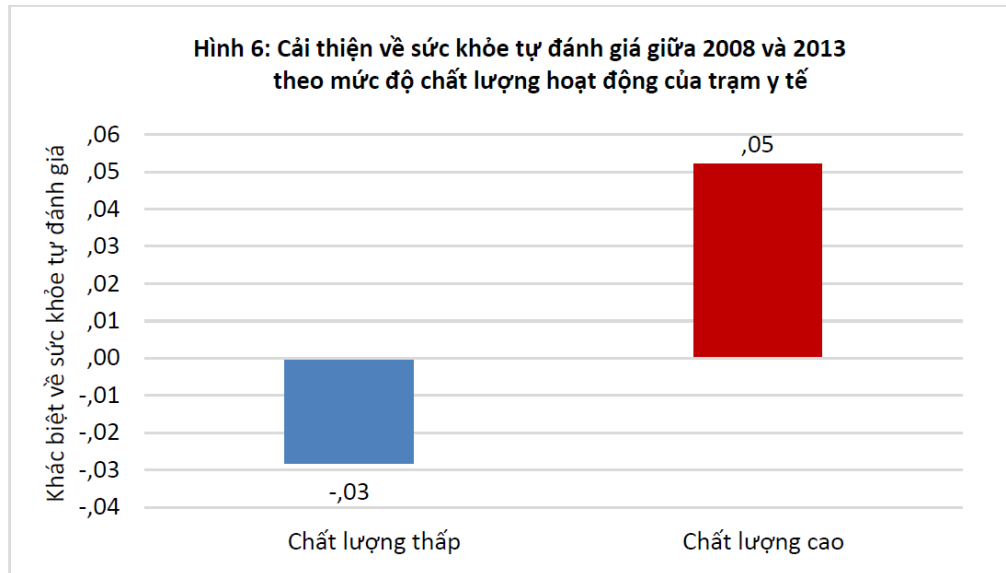


Cuối cùng, phân tích theo tuổi tác như trong Hình 5 cho thấy một bức tranh khó hiểu hơn. Người cao tuổi (ở đây được xác định là những người 60 tuổi trở lên) cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) về sức khỏe tự đánh giá ở các xã được đầu tư ít hơn, trong khi đó, con số này ở những người không già chủ yếu vẫn giữ nguyên theo thời gian. Tuy nhiên, ở các xã được đầu tư nhiều hơn, cả hai nhóm đều cho thấy sự cải thiện tương tự nhau và có ý nghĩa thống kê theo thời gian ($p < 0,05$ đối với người cao tuổi; $p < 0,01$ đối với người không già).

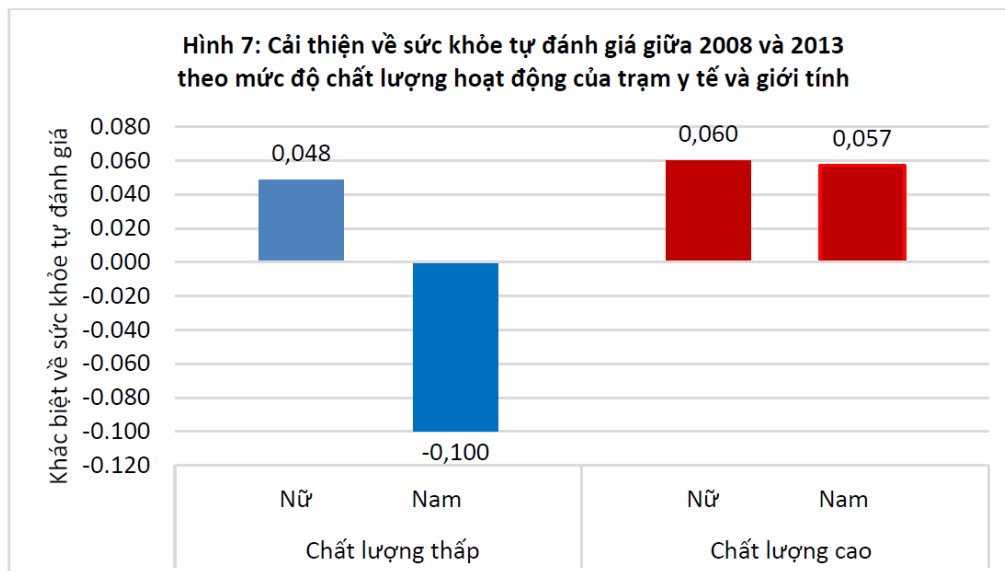


III. PHÂN TÍCH THEO CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG CỦA TRẠM Y TẾ

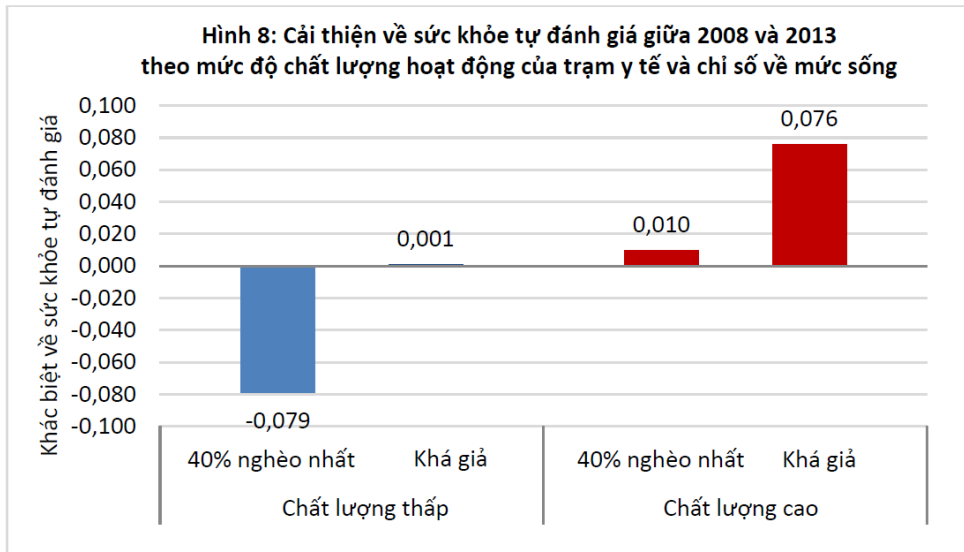
Khi xem việc đánh giá chất lượng hoạt động của các trạm y tế như là biến độc lập, thì chúng tôi nhận được kết quả tương tự, nhưng có phần ít rõ ràng hơn. Hình 6 cho thấy đối với các xã có trạm y tế có chất lượng thấp hơn, thì sức khỏe tự đánh giá giảm theo thời gian, nhưng không có ý nghĩa thống kê; còn đối với các xã có trạm y tế có chất lượng cao hơn, thì sức khỏe tự đánh giá cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê theo thời gian ($p < 0,05$).



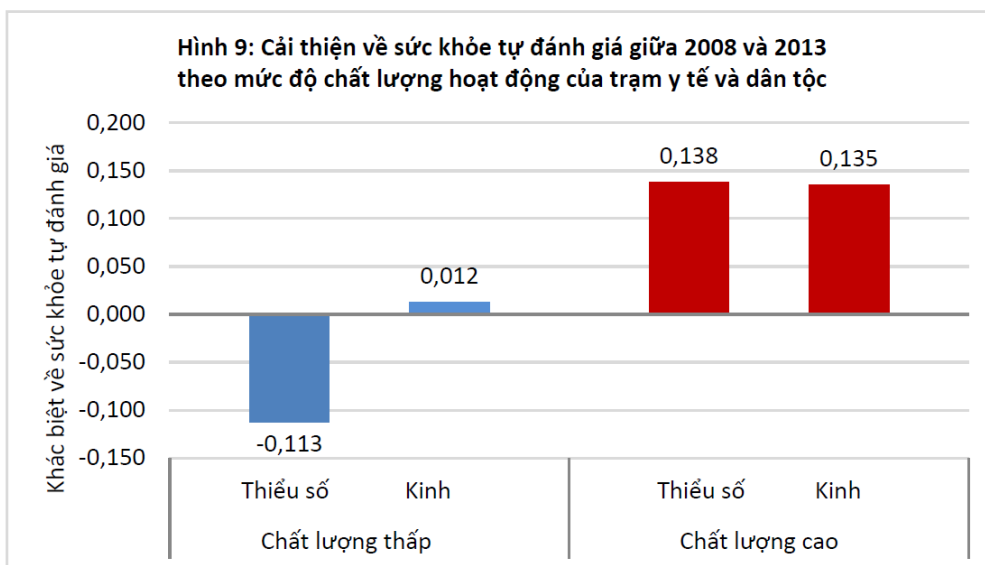
Như Hình 7 cho thấy, ở các xã có trạm y tế có chất lượng thấp hơn, sức khỏe tự đánh giá đối với nữ được cải thiện theo thời gian nhưng dữ liệu không có ý nghĩa thống kê và giảm đối với nam. Ở các xã có trạm y tế có chất lượng cao hơn, sức khỏe tự đánh giá cho cả 2 giới được cải thiện theo thời gian, và sự cải thiện đạt ý nghĩa thống kê đối với nữ giới ($p < 0,05$) nhưng đối với nam giới thì không.



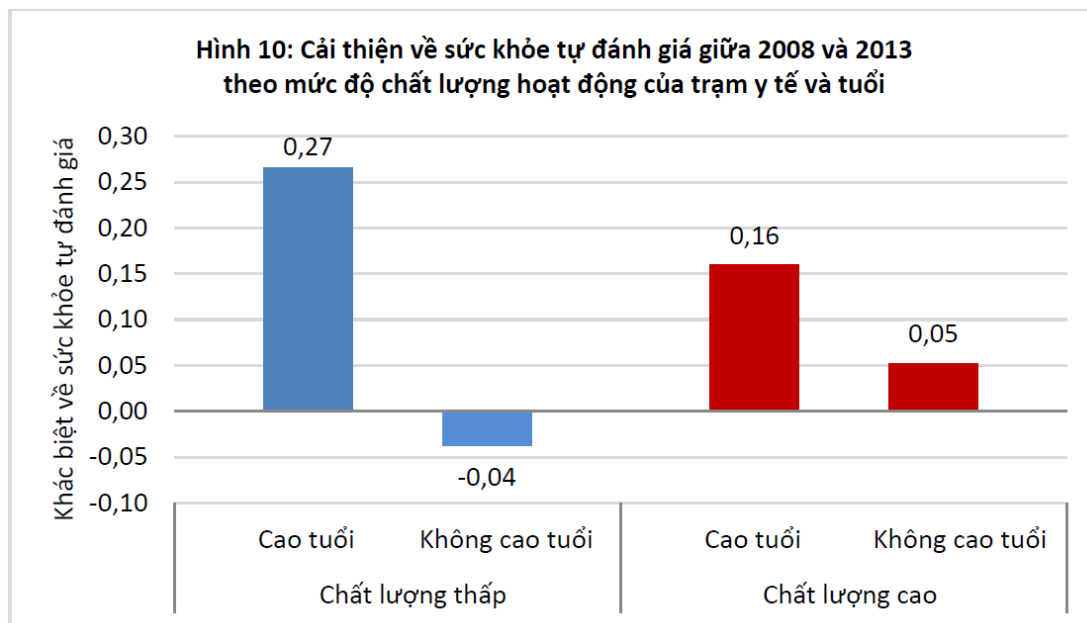
Hình 8 cho thấy những phát hiện của chỉ số về mức sống. Ở các xã có trạm y tế có chất lượng thấp hơn, sức khỏe tự đánh giá của những người ở nhóm 40% nghèo nhất giảm xuống theo thời gian ($p < 0,05$), ngược lại, ở nhóm khá giả thì điều này vẫn không đổi. Ở các xã có trạm y tế chất lượng cao hơn, sức khỏe tự đánh giá của người khá giả tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), trong khi ở nhóm 40% nghèo nhất, thì điều này về cơ bản không thay đổi.



Hình 9 cho thấy kết quả theo nhóm dân tộc. Ở các xã có trạm y tế có chất lượng thấp hơn, thì sức khỏe tự đánh giá của người Kinh không thay đổi theo thời gian, nhưng sức khỏe tự đánh giá của các nhóm dân tộc thiểu số giảm xuống, mặc dù không có ý nghĩa thống kê. Còn ở các xã trạm y tế có chất lượng cao hơn, thì sức khỏe tự đánh giá của cả 2 nhóm tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,02$ đối với người dân tộc thiểu số, và $p < 0,05$ đối với người Kinh)



Cuối cùng, Hình 10 cho thấy kết quả theo tuổi tác, giữa người cao tuổi (những người 60 tuổi trở lên) với người trẻ hơn. Cũng như trong phân tích theo mức độ đầu tư, kết quả một lần nữa có phần khó hiểu. Ở các xã có trạm y tế có chất lượng thấp hơn, thì sức khỏe tự đánh giá của người không cao tuổi giảm nhẹ nhưng không có ý nghĩa thống kê; ngược lại, sức khỏe tự đánh giá của người cao tuổi tăng lên đáng kể ($p < 0,05$). Ở các xã có trạm y tế có chất lượng cao hơn, thì sức khỏe tự đánh giá của cả 2 nhóm tăng lên có ý nghĩa thống kê (đối với người không cao tuổi $p < 0,02$; đối với người cao tuổi $p < 0,01$).

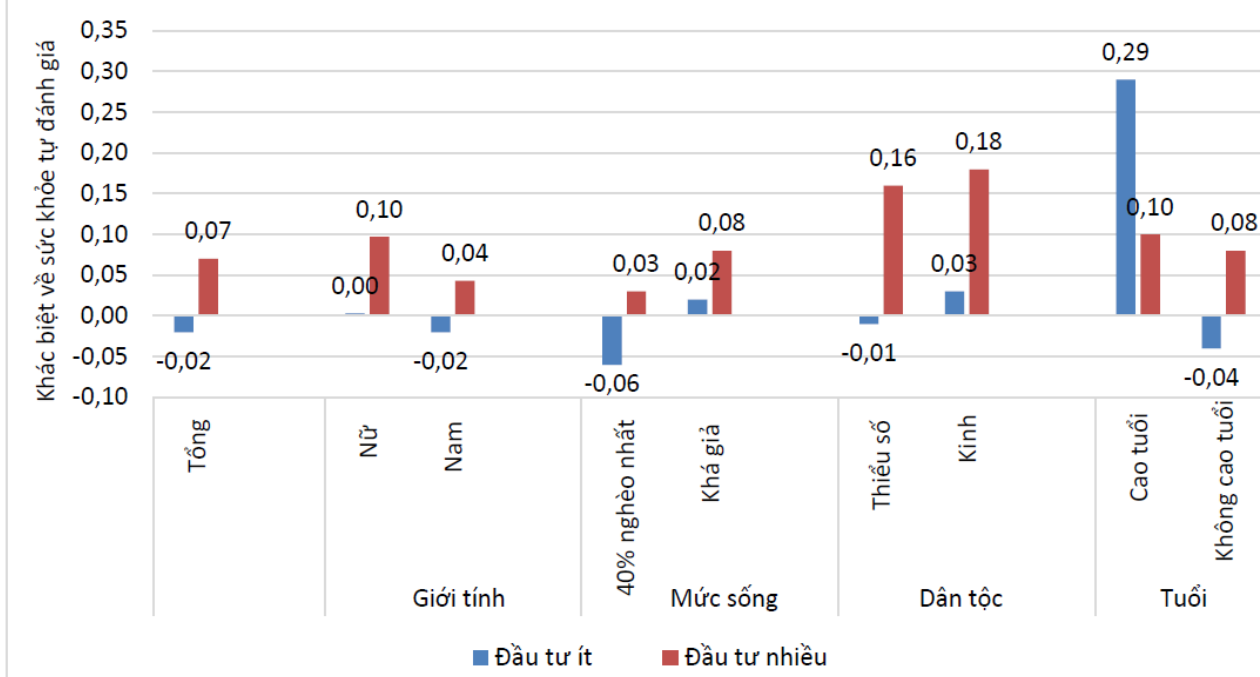


IV. TÓM TẮT KẾT QUẢ

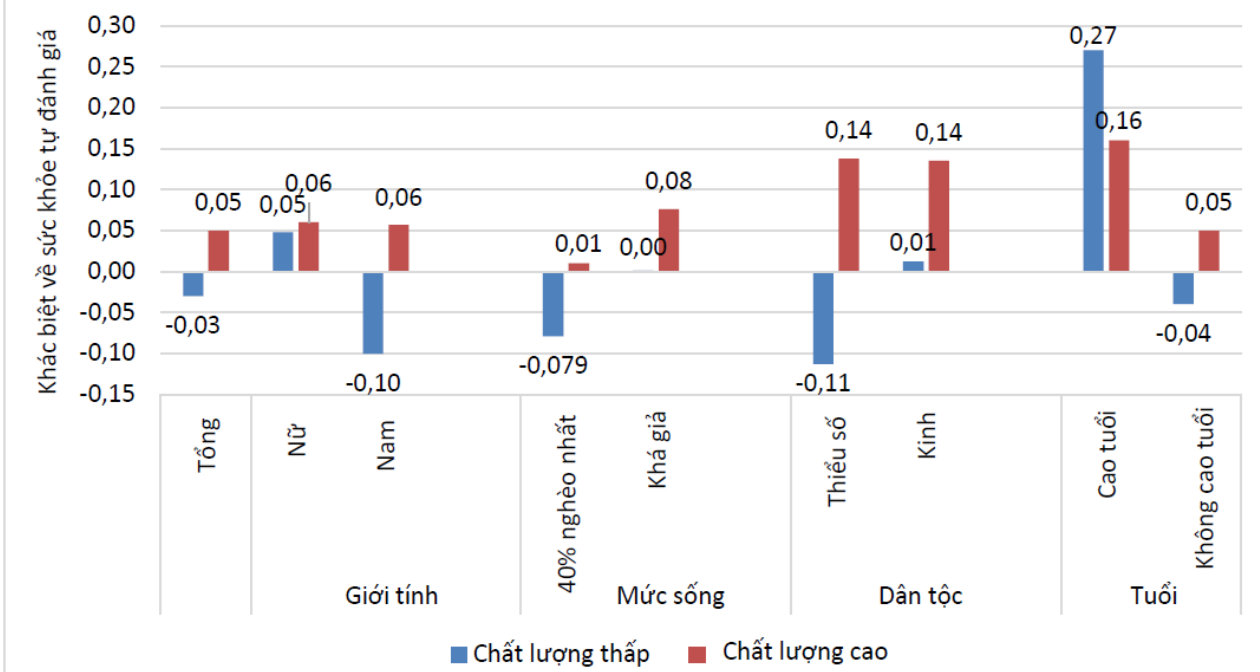
Hình 11 (theo mức đầu tư) và Hình 12 (theo chất lượng của trạm y tế) tóm tắt kết quả phân tích. Ở các xã được đầu tư nhiều hơn hoặc nhìn chung có chất lượng tốt hơn sức khỏe tự đánh giá trung bình của tất cả các nhóm đặc biệt, tăng từ vòng 1 đến vòng 2. Trong 14/18 nhóm, sự cải thiện này đạt được ý nghĩa thống kê ở mức thông thường. Ngược lại, ở các xã được đầu tư ít hơn hoặc có chất lượng thấp hơn, thì 10/18 xã có thay đổi về sức khỏe tự đánh giá trung bình là kém đi, và nhóm duy nhất có cải thiện đáng kể về mặt thống kê giữa các vòng khảo sát là nhóm người cao tuổi.

Cải thiện trung bình của nữ cao hơn của nam tại các xã được đầu tư nhiều hơn và có chất lượng tốt hơn, nhưng không xảy ra ở các xã được đầu tư ít hơn hay có chất lượng thấp hơn. Nhóm dân cư khá giả có mức độ cải thiện trung bình cao hơn nhóm 40% nghèo nhất trong tất cả các xã. Trung bình các nhóm dân tộc thiểu số ít có cải thiện hơn so với người Kinh, ngoại trừ ở các xã có chất lượng cao hơn, nơi mà các nhóm thiểu số có cải thiện trung bình cao hơn một ít. Người cao tuổi có cải thiện trung bình nhiều hơn người không cao tuổi, và sự khác biệt lớn nhất có ở các xã được đầu tư ít hơn hoặc có chất lượng thấp hơn.

Hình 11: Tóm tắt cải thiện về sức khỏe tự đánh giá theo mức độ đầu tư



Hình 12: Tóm tắt cải thiện về sức khỏe tự đánh giá theo chất lượng



TÀI LIỆU THAM KHẢO

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Luong, H. (2018). Strengthening Commune Health Centers in Vietnam: Assessing the Impact of The Atlantic Philanthropies 2008-16.

Maeland, J. G., & Havik, O. E. (1988). Self-assessment of Health before and after a Myocardial Infarction. *Social Science and Medicine*, 27(6), 597-605.

McCallum, J., Shadbolt, B., & Wang, D. (1994). Self-rated Health And Survival: A 7-year Follow-up Study of Australian Elderly. *American Journal of Public Health*, 84(7), 1100-1105.

Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the working-Age Population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528.

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-80