

Một số cách tiếp cận nghiên cứu sức khỏe đô thị

Đoàn Phương Thúy^(*)

Tóm tắt: Các đô thị đang không ngừng phát triển ở mọi quốc gia trên toàn thế giới, người dân sống tại các khu vực này cũng đang tiếp tục tăng lên từng ngày. Chính sự phát triển công nghiệp hiện đại, suy thoái môi trường tự nhiên, thói quen sinh hoạt, cư dân đông đúc tại các khu đô thị... đã và đang gây ra những vấn đề nổi cộm về sức khỏe cho người dân nơi đây. Nội dung bài viết khái quát một số quan niệm và lý thuyết về sức khỏe, đồng thời tổng quan các cách tiếp cận nghiên cứu sức khỏe đô thị trong bối cảnh đô thị hóa, biến đổi khí hậu và biến đổi xã hội hiện nay.

Từ khóa: Sức khỏe y tế, Chăm sóc sức khỏe, Nghiên cứu sức khỏe, Khu vực đô thị

Trong tiến trình của lịch sử nhân loại, rất nhiều thành tựu to lớn, có giá trị của loài người được tập trung ở các đô thị. Đô thị đóng vai trò là trung tâm văn hóa, kinh tế, chính trị, văn hóa - xã hội; là đầu tàu cho động lực tiến bộ và văn minh xã hội. Tuy nhiên, đô thị cũng đặt ra nhiều vấn đề nan giải về môi trường, xã hội hơn so với khu vực nông thôn do hệ quả của quá trình đô thị hóa nhanh; và đòi hỏi phải có những giải pháp cấp bách cho những vấn đề đó, trong đó có vấn đề sức khỏe.

Có thể nói, sức khỏe và việc chăm sóc sức khỏe của người dân đô thị là một trong những thành tố quan trọng trong những nghiên cứu về phát triển đô thị. Cải thiện, tăng cường chăm sóc sức khỏe đô thị là một nhiệm vụ phức tạp và đòi hỏi tiếp cận, giải quyết đa phương diện (Louis Jonah Opit, 1993).

I. Các quan niệm và lý thuyết về sức khỏe

Sức khỏe y tế được nghiên cứu từ nhiều hướng tiếp cận của các ngành khoa học khác nhau. Việc định nghĩa sức khỏe cùng với những phạm vi nghiên cứu chúng đang còn nhiều tranh cãi. Tuy nhiên, đã có một sự nhất trí chung rằng cần phải xem xét sức khỏe như một nhân tố quan trọng trong việc đánh giá chất lượng sống của một xã hội. Sự nhất trí còn thể hiện ở chỗ thừa nhận những thuật ngữ liên quan đến sức khỏe như sự mạnh khỏe, ốm yếu, bệnh tật là những khái niệm rất khó xác định.

Thêm vào đó, các quá trình sinh học và hiện tượng sinh học diễn ra bên trong những khái niệm trên đây đã và đang chịu sự chi phối ngày càng tăng của những thay đổi về kinh tế, chính trị, xã hội và cả văn hóa. Điều này được giải thích bởi lẽ, các vấn đề sức khỏe hay bệnh tật không tồn tại một cách trừu tượng mà luôn gắn với các điều kiện sống khác nhau của

^(*) ThS., Viện Xã hội học, Viện Hàn lâm KHXH Việt Nam; Email: mail.thuydp@gmail.com

những nhóm người cụ thể khác nhau. Mỗi xã hội đều có một đặc trưng để nhận biết và lý giải được các khái niệm về sức khỏe và bệnh tật. Cách giải thích này phụ thuộc chặt chẽ vào hệ thống các biểu tượng về thế giới, về sự sống và cái chết, về hệ thống tôn giáo và giá trị cũng như những mối liên quan đến môi trường sống. Do vậy, khái niệm sức khỏe và bệnh tật không phải là những thực thể bất biến, chúng là những khái niệm động, biến đổi theo sự thay đổi của cấu trúc xã hội.

Quan niệm về sức khỏe ở phương Đông được xây dựng trên nền tảng của Triết học phương Đông, lấy âm dương để giải thích nguồn gốc sự vận động trong vũ trụ cũng như những hoạt động sinh lý - bệnh lý của con người. Y học phương Đông (mà đại diện là Trung Quốc và Ấn Độ) khẳng định con người khỏe mạnh là nhờ sự tồn tại cân bằng của vũ trụ. Bệnh tật là kết quả của thói quen và lối sống trái với tự nhiên, là biểu hiện của sự mất cân bằng trong cơ thể.

Còn theo phương pháp tiếp cận mác xít và Liên Xô (cũ), nhiều tác giả đã giải thích sự chăm sóc sức khỏe như là một bộ phận của phương thức sản xuất. Điều đó có nghĩa là các hành vi sức khỏe vốn là những hành động chính trị, bởi trong mỗi giai đoạn của sự phát triển kinh tế-xã hội, các hành vi này có những thay đổi để đạt tới sự chăm sóc sức khỏe tốt nhất.

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) xác định tình trạng sức khỏe tốt không chỉ là tình trạng không có ốm đau, bệnh tật mà còn là sự khỏe mạnh cả về thể chất, tinh thần và có mối quan hệ, mạng lưới xã hội vững chắc, tốt đẹp. Chăm sóc sức khỏe là quyền cơ bản của con người. Chính sách về y tế, sức khỏe góp phần đảm bảo công bằng xã hội, và thậm chí góp phần quan trọng trong quá trình giảm nghèo.

Trường phái của thuyết xung đột về y học và sức khỏe nhấn mạnh rằng, sự không bình đẳng trong xã hội đã ảnh hưởng đến mô hình bệnh tật và chăm sóc sức khỏe. Sự mất cân đối, không bình đẳng về sức khỏe chính là hậu quả của sự phân tầng xã hội, phân biệt chủng tộc và giai cấp. Đối với những người theo thuyết xung đột, sức khỏe tốt cũng là một giá trị cao như những nguồn giá trị khác trong xã hội (như quyền lực, sự giàu có về của cải, uy tín xã hội...) đã bị phân chia một cách không đồng đều trong xã hội.

Talcott Parsons là một trong những người có công xây dựng nền tảng của khoa học xã hội về sức khỏe. Đóng góp lý thuyết quan trọng của Talcott Parsons với tư cách là nhà xã hội học và là người đứng đầu trường phái chức năng là sự khẳng định của ông về vai trò của sự đau ốm (sick role). Với Talcott Parsons, bệnh tật cũng được coi là một kiểu lệch lạc xã hội đặc biệt theo nghĩa người ốm hành động không theo những chuẩn mực nhất định.

Khi đề cập tới cơ sở lý luận tiếp cận nghiên cứu sức khỏe đô thị, một số lý thuyết cơ bản nghiên cứu về đô thị đã được vận dụng để nghiên cứu như: lý thuyết hiện đại hóa; lý thuyết thiên vị đô thị; lý thuyết về hành động xã hội...

Lý thuyết thiên vị đô thị cố gắng giải thích cho tình trạng đô thị hóa “quá mức” ở các nước đang phát triển, đó là việc tập trung quá mức các nguồn lực phát triển vào các khu vực đô thị, trong khi bỏ quên các vùng nông thôn lạc hậu (York W. Bradshaw, 1987).

Trong lý thuyết về hành động xã hội, hành động xã hội được hiểu là sự trao đổi trực tiếp giữa các cá nhân cũng như các khuôn mẫu quan hệ được cấu trúc hóa bên trên các nhóm, tổ chức, thiết chế và xã hội. Một thực thể có thể quan sát được

trong mọi tình huống cá nhân và cộng đồng hàng ngày là hành động xã hội của con người diễn ra theo những quy tắc nhất định và trong những hình thái nhất định, những quy tắc và hình thái này có sự bất biến tương đối. Để hiểu được hành động và hành vi sức khỏe của con người, xã hội học đề xuất ba khái niệm cơ bản: “ý nghĩa”, “chuẩn mực” và “giá trị” (Irwin M. Rosenstock, 1974). Dựa trên những khái niệm có tính chất tiên nghiệm được trình bày ở trên, xã hội học hành động xã hội đưa ra một số tiền đề nghiên cứu như sau:

- Con người hành động trong các tình huống nhất định trên cơ sở của các ý nghĩa mà họ tự gắn vào các hành động của bản thân và đối tác.

- Khi đi vào các tình huống hành động cụ thể, mỗi người đều đã có một tri thức hàng ngày được cấu trúc hóa trước đó. Thế giới trong đó người ta hành động đã là một thế giới văn hóa, được lý giải.

- Hành động là một quá trình có tính lý giải, diễn ra một cách mới/ khác đi đối với hành động. Trong quá trình đó, các ý nghĩa cấu trúc hóa nên những kỳ vọng.

- Văn hóa là một hệ thống các chuẩn mực và giá trị mà con người có thể hiểu được và chịu sự dẫn dắt của nó.

II. Các hướng tiếp cận nghiên cứu sức khỏe đô thị

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam hiện nay, hệ vấn đề và phạm vi nghiên cứu sức khỏe được xác định trên cơ sở của nhận thức lý luận, đó là sức khỏe của con người luôn chịu sự tác động tổng hợp và phức tạp của *các nhân tố sinh học-xã hội*. Nó được quy định trước hết bởi chức năng của các hệ thống sinh lý và các quy định đặc thù sinh học (như giới tính, lứa tuổi, sự di truyền và thể trạng bẩm sinh...). Bên cạnh đó, sức khỏe cũng phụ thuộc rất

nhều vào sự tác động của môi trường bên ngoài, đặc biệt là môi trường xã hội.

Vấn đề sức khỏe và hành vi chăm sóc sức khỏe của cư dân đô thị trong bối cảnh đô thị hóa và biến đổi xã hội được tiếp cận nghiên cứu từ tác động của nhiều nhân tố khác nhau: vấn đề về điều kiện môi trường sống và cơ hội tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe y tế của cư dân, các yếu tố cá nhân, gia đình, cộng đồng (*mức sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nguồn lực gia đình, các đặc điểm văn hóa, thói quen...*). Ngoài ra, còn có cách tiếp cận về *sự bất bình đẳng* trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa các nhóm xã hội có thu nhập khác nhau ở đô thị.

Một khung nghiên cứu về sức khỏe đô thị đã được áp dụng trong nhiều nghiên cứu về sức khỏe đô thị từ cả ba hướng tiếp cận (tiếp cận nghiên cứu sức khỏe môi trường; tiếp cận nghiên cứu văn hóa sức khỏe và hành vi; tiếp cận nghiên cứu bất bình đẳng xã hội trong tiếp cận dịch vụ y tế - chăm sóc sức khỏe). Đó là khung nghiên cứu *Các tầng tác động đến sức khỏe* (The determinants of health) của Goran Dahlgren và Margaret Whitehead.

Các tầng tác động đến sức khỏe



Nguồn: Goran Dahlgren, Margaret Whitehead, 1991.

Theo Goran Dahlgren và Margaret Whitehead, sức khỏe của con người chịu tác động từ nhiều yếu tố, từ vĩ mô đến vi mô: *mạng lưới cộng đồng xã hội xung quanh nơi sống* của các cá nhân đó; *điều kiện tự nhiên và điều kiện kinh tế-xã hội*.

1. Cách tiếp cận nghiên cứu sức khỏe - môi trường

Sức khỏe môi trường đang là mối quan tâm của các nhà xã hội học nói chung và xã hội học môi trường nói riêng. Các nghiên cứu xã hội học trên thế giới quan tâm đến ba hướng nghiên cứu, bao gồm: những nguyên nhân xã hội dẫn đến biến đổi khí hậu, hệ quả kinh tế-xã hội của biến đổi khí hậu, cũng như giảm thiểu ảnh hưởng của biến đổi khí hậu (W. Neil Adger et al, 2009; Ulrich Beck, 2010; Constance Lever-Tracy, 2008; Joseph J. Molnar, 2010). Hiện nay, nghiên cứu xã hội học chủ yếu hướng vào thái độ môi trường (environmental attitudes) qua việc tìm hiểu thái độ của cộng đồng đối với các vấn đề môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, trong đó chú trọng đến các nhân tố độ tuổi, học vấn, tư tưởng chính trị.

Jorge Hardoy và các cộng sự chỉ ra rằng, người dân nghèo đô thị đặc biệt phải trải qua những rắc rối với chính sức khỏe của mình liên quan đến sinh sản, các bệnh truyền nhiễm qua đường tiêu hóa, hô hấp, các bệnh tiêu chảy, sốt vàng da và kí sinh đường ruột (Jorge Hardoy et al, 1992). Ngoài ra, thuốc lá và thói quen ăn uống không hợp lý cùng với việc lạm dụng các thuốc chứa chất kích thích cũng làm gia tăng chứng bệnh đau tim, ung thư phổi và suy hô hấp của người dân đô thị (Robert Potter, Sally Lloyd-Evans, 1998).

Sức khỏe cộng đồng là một vấn đề hết sức quan trọng trong nghiên cứu về biến đổi khí hậu, và hiện nay chưa được chú ý

hiều dưới góc độ khoa học xã hội. Trong các nghiên cứu xã hội học, vấn đề sức khỏe được đặt trong bối cảnh sự thay đổi về môi trường sống, tác động của biến đổi khí hậu đến người dân. Sức khỏe và bệnh tật là thước đo để đánh giá hiệu quả của sự kết hợp các yếu tố văn hóa và sinh học của những nhóm dân cư sống trong môi trường đó (Dẫn theo: Nguyễn Văn Thắng, Đặng Vũ Trung, 2003: 54).

Xã hội học y tế quan tâm đến mối quan hệ giữa văn hóa, sinh thái và y tế trong nghiên cứu các vấn đề sức khỏe của con người. Ở cấp vi mô, xã hội học y tế xem xét các tín ngưỡng, tập quán có vai trò chi phối những cách ứng xử của con người với bệnh tật. Ở cấp vĩ mô, xã hội học y tế xem xét những mối quan hệ tương tác giữa các nhóm người trong cộng đồng, sự di dân và sự mất cân đối về nguồn tài nguyên mang tính toàn cầu đối với bệnh tật (Steven P. Brown, W. Leigh Thomas, 1996). Sức khỏe của con người phụ thuộc vào khả năng xã hội kiểm soát sự tương tác giữa con người với môi trường. Sự kiểm soát này bao gồm duy trì một khí hậu ổn định và tính liên tục của nguồn tài nguyên thiên nhiên, cũng như duy trì chức năng mang tính liên tục của các hệ thống tự nhiên để có thể tiếp nhận các chất thải của xã hội loài người (Phạm Văn Linh, Võ Văn Thắng, 2008: 21).

Các nghiên cứu xã hội học đã hướng đến một số vấn đề chính về sức khỏe cộng đồng cư dân trong bối cảnh ô nhiễm môi trường và biến đổi khí hậu như:

- Đánh giá nguy cơ dịch bệnh tại các vùng dễ bị tổn thương do biến đổi khí hậu.
- Đánh giá thực trạng sức khỏe của các nhóm cư dân dễ tổn thương ở đô thị do biến đổi khí hậu như người nghèo, phụ nữ, trẻ em suy dinh dưỡng, người già...
- Tìm hiểu hành vi ứng xử của cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe ứng phó

với biến đổi khí hậu; những tập quán, tín ngưỡng chi phối như thế nào đối với hành vi của con người với bệnh tật; kiến thức bản địa trong chăm sóc sức khỏe; kinh nghiệm chữa bệnh của người dân trong cộng đồng và vai trò của người phụ nữ.

- Đánh giá tác động của chính sách và các chương trình can thiệp lên vấn đề chăm sóc sức khỏe. Những chương trình chăm sóc sức khỏe luôn lôi cuốn được sự tham gia của cộng đồng. Tìm hiểu nhu cầu của các cộng đồng khác nhau, đặc điểm về quan niệm, niềm tin của cộng đồng đó về sức khỏe và bệnh tật của chính họ để có chương trình can thiệp phù hợp. Nhân học y tế sẽ giúp tìm ra những nhu cầu và những trường hợp đặc biệt của những cộng đồng khác nhau, đặc điểm về quan niệm, niềm tin của cộng đồng đó về sức khỏe và bệnh tật của chính họ để có chương trình can thiệp hiệu quả.

2. Cách tiếp cận nghiên cứu văn hóa sức khỏe và hành vi sức khỏe

Văn hóa sức khỏe hay văn hóa y tế (Health literacy), cũng có thể gọi là năng lực hoặc hiểu biết sức khỏe, là một chủ đề thời sự đang nổi lên trong chương trình sức khỏe toàn cầu. WHO nhấn mạnh văn hóa sức khỏe liên quan đến sự trao quyền, và tổ chức này bắt đầu có nhu cầu hỗ trợ trao quyền bằng cách thiết kế các can thiệp văn hóa sức khỏe dựa vào nhu cầu cộng đồng và những vấn đề ưu tiên trong bối cảnh chính trị, văn hóa, xã hội và sự hài lòng của cộng đồng về khả năng nhận biết, hành động dựa trên kiến thức, vượt qua rào cản của sức khỏe (WHO, 2009).

Theo định nghĩa của Viện Y học Mỹ (Institute of Medicine): “Văn hóa sức khỏe là mức độ năng lực của mỗi cá nhân về đánh giá, phân tích và hiểu các thông tin và dịch vụ y tế cơ bản cần thiết để đưa

ra quyết định thích hợp” (Theo: Nancy Berkman et al, 2010).

Ý nghĩa của văn hóa sức khỏe được mở rộng bao gồm nhiều năng lực phức tạp và có sự liên kết với nhau, phụ thuộc vào cách tiếp cận có hiệu quả với dịch vụ y tế công cộng và nâng cao sức khỏe hay không. Một cách cụ thể, sự liên quan giữa hiểu biết về cơ thể và văn hóa sức khỏe thấp có thể dẫn đến giảm tuân thủ điều trị của bệnh nhân, thiếu hiểu biết về bệnh, không tuân thủ việc tự quản lý chăm sóc và dẫn đến kết quả điều trị kém. Mặt khác, những người có văn hóa sức khỏe thấp cũng ít có khả năng thực hiện các hành vi nâng cao sức khỏe và các hoạt động phòng bệnh. Văn hóa sức khỏe là một phần quan trọng của nâng cao sức khỏe. Văn hóa sức khỏe là chỉ số quan trọng trong kết quả giáo dục sức khỏe, một trong các chiến lược nâng cao sức khỏe, nỗ lực hành động để hình thành và tăng cường những hiểu biết về sức khỏe.

Hành vi sức khỏe là một khái niệm quan trọng của văn hóa sức khỏe. Khái niệm này để chỉ toàn bộ các ứng xử của con người đối với các hoạt động tăng cường, phòng chống và chữa trị bệnh tật; đó là các phản ứng của con người trước những vấn đề sức khỏe trong những môi trường sống cụ thể, bao gồm môi trường tự nhiên và môi trường xã hội.

Các hành vi sức khỏe không phải là các ứng xử mang tính ngẫu nhiên, mà nó là sự phản ánh các quan niệm, giá trị, các chuẩn mực về sức khỏe. Các hành vi chăm sóc sức khỏe tiên tiến, đáp ứng các chuẩn về tăng cường thể lực, phòng chống bệnh tật, chữa trị đúng, kịp thời... lại được coi là các mô hình, là chuẩn mới cho các hành vi chăm sóc sức khỏe.

Điều khác biệt trong quan niệm về hành vi sức khỏe từ tiếp cận văn hóa là coi

đó như một hiện tượng của nhóm xã hội, chứ không đơn thuần là một hiện tượng của cá nhân. Các hành vi đơn lẻ có thể được coi là một hành động ngẫu nhiên, nhưng một chuỗi các hành vi, đặc biệt là sự đồng dạng và những khác biệt về mặt hành vi chăm sóc sức khỏe của một hay giữa các nhóm xã hội khác thì lại là các vấn đề mang tính xã hội.

Mối quan hệ giữa phát triển kinh tế và sức khỏe con người có ý nghĩa tương quan. Ở những nước nghèo, vấn đề thu nhập giải quyết được điều kiện vệ sinh kém, điều kiện sống và làm việc nghèo nàn, thiếu thốn và dinh dưỡng không đảm bảo. Một vấn đề xã hội đặt ra trong sự phát triển kinh tế đó là sự bất bình đẳng trong thu nhập; sự bất bình đẳng này có mối liên quan đến tỷ suất tử vong - điều này đã được chứng minh trong một nghiên cứu của Angus Deaton (2003).

Theo các nghiên cứu văn hóa sức khỏe và hành vi sức khỏe, các yếu tố sau đây cũng ảnh hưởng nhiều đến hành vi sức khỏe của người dân: *i)* Tăng trưởng kinh tế (tạo cơ sở vững chắc hơn cho quá trình chăm sóc sức khỏe của người dân); *ii)* Kinh tế thị trường (cùng đồng nghĩa với những thay đổi lớn trong hệ thống an sinh xã hội, nhất là lĩnh vực y tế, giáo dục; tạo ra nhiều loại hình dịch vụ xã hội mới và người dân đã dần dần làm quen, trong đó có thông tin, truyền thông đại chúng); *iii)* Các chương trình kinh tế-xã hội (đã tập trung hơn cho cộng đồng, tuy hiệu quả chưa cao nhưng đã đóng góp đáng kể cho sự phát triển kinh tế-xã hội nói chung).

Các nghiên cứu về văn hóa sức khỏe và hành vi sức khỏe cá nhân tập trung vào phân tích, đánh giá kiến thức, thái độ, khả năng ứng phó và kết quả là hành vi sức khỏe của con người dưới các tác động đa tầng của biến đổi môi trường, xã hội; từ

đó đưa ra những giải pháp can thiệp cho chất lượng sức khỏe tốt hơn.

Nghiên cứu về quản lý các tác động của biến đổi khí hậu tới sức khỏe con người của Anthony Costello và cộng sự cho thấy, biến đổi khí hậu gây ra những hiểm họa về sức khỏe thông qua dịch bệnh. Biến đổi khí hậu và ô nhiễm môi trường làm gia tăng bất bình đẳng giàu nghèo và gây thêm gánh nặng bệnh tật, chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo - nhóm người dễ bị tổn thương nhất, với điều kiện kinh tế khó khăn và cũng không được trang bị đầy đủ kiến thức để đối phó với biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường. Vì vậy, những chương trình can thiệp y tế cộng đồng là rất cần thiết, đặc biệt là đối với nhóm người nghèo trong xã hội (Anthony Costello et al, 2009). Một nghiên cứu khác của WHO cũng chỉ ra thực trạng gia tăng của những căn bệnh không lây nhiễm, đặc biệt ở các nước đang phát triển, đòi hỏi phải có định hướng nhận thức đúng đắn về dinh dưỡng và rèn luyện thân thể của con người. Căn nguyên của bùng phát các căn bệnh không lây nhiễm hiện nay là do sử dụng thực phẩm không an toàn, lạm dụng các chất kích thích và sự lỏng lẻo về sức khỏe thể chất lẫn tinh thần của con người hiện đại (Xem: Amalia W., 2005). Do đó, các giải pháp tập trung vào một số vấn đề như:

- Nhận thức, thái độ của người dân về biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường, vệ sinh nước sạch, an toàn thực phẩm, các bệnh lây nhiễm và các bệnh nan y, mãn tính, chất lượng dịch vụ y tế, bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ y tế.

- Hành vi về lối sống đô thị: ăn uống, lạm dụng chất kích thích, thói quen sinh hoạt và các hoạt động thể chất.

- Khả năng ứng phó với các vấn đề về sức khỏe: biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi

trường, tình trạng bệnh tật, thay đổi lối sống...

3. Cách tiếp cận nghiên cứu bất bình đẳng xã hội trong tiếp cận dịch vụ y tế - chăm sóc sức khỏe

Tất cả các xã hội (cả quá khứ lẫn hiện tại) đều được đặc trưng bởi các khác biệt xã hội. Đó là một quá trình trong đó con người tạo nên khoảng cách do ứng xử khác nhau bởi các địa vị, vai trò và những đặc điểm khác. Sự khác biệt xã hội, chuẩn bị cho bất bình đẳng xã hội, là một điều kiện trong đó con người có cơ hội không ngang bằng về sử dụng của cải, quyền lực và uy tín. Sự khác biệt ấy chính là tiền đề của bất bình đẳng xã hội.

Sức khỏe là mối quan tâm hàng đầu của mỗi cá nhân và có tác động sâu sắc đến sự phát triển kinh tế-chính trị của mỗi quốc gia. Người dân có sức khỏe sẽ làm tăng khả năng tạo ra nguồn của cải cho quốc gia và ngược lại. Thế nhưng, một tỷ lệ lớn người dân trên thế giới vẫn đang phải sống trong tình trạng thiếu thốn về lương thực, thực phẩm, nguồn nước sạch và các điều kiện vệ sinh không được bảo đảm. Điều này đã tác động tiêu cực đến sức khỏe của một bộ phận không nhỏ người dân. Bên cạnh đó, sự phân biệt đối xử giữa các nhóm xã hội khác nhau vẫn đang tồn tại, dẫn đến sự không ngang bằng nhau về chất lượng cuộc sống nói chung và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói riêng.

Sức khỏe là quyền cơ bản của con người. Sự bất bình đẳng, sự nghèo đói, nạn bóc lột, bạo lực và bất công là nguyên nhân chính gây ra bệnh tật, chết chóc cho người nghèo. Khi nói đến sức khỏe cho mọi người, điều đó có nghĩa là phải xem xét xem mọi người dân đã có

sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe hay chưa.

Tình trạng sức khỏe và khả năng tiếp cận các dịch vụ xã hội, trong đó có tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân, chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố quyết định sức khỏe và điều kiện xã hội nơi họ sống và làm việc, còn gọi là các yếu tố quyết định xã hội. Các yếu tố quyết định xã hội này có thể là nguyên nhân gây nên sự bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ xã hội và dịch vụ y tế của người dân.

Các nghiên cứu về bình đẳng y tế, sức khỏe thường tiếp cận nghiên cứu nguyên nhân-kết quả của sự bất bình đẳng, chỉ ra sự bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe giữa các nhóm xã hội khác nhau, đồng thời đưa ra giải pháp nhằm nâng cao quyền lợi của các nhóm yếu thế thông qua các chương trình can thiệp y tế cộng đồng. Nghiên cứu của Michael Marmot (2007) cho rằng, muốn giải quyết được gốc rễ bất bình đẳng trong y tế, chăm sóc sức khỏe cần phải “trao quyền” và giải phóng sự “tự do” của các cá nhân, nhóm xã hội. Nghiên cứu hàm ý đã đến lúc cần giải quyết vấn đề cấp bách về bất bình đẳng trong y tế-sức khỏe.

*

* *

Sức khỏe là một trong những yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến quá trình phát triển của cộng đồng, quốc gia. Cùng với sự phát triển của kinh tế-xã hội, đời sống vật chất của người dân được nâng cao, vấn đề chăm sóc sức khỏe trở thành vấn đề hàng đầu trong chiến lược y tế quốc gia ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đặc biệt ở các khu vực đô thị. Bài viết này hy vọng góp phần gợi mở những nghiên cứu về sức khỏe đô thị sâu rộng hơn, và phát triển những chương trình can thiệp sức khỏe cộng đồng □

Tài liệu tham khảo

1. Amalia Waxman (2005), "Why a global strategy on diet, physical activity and health?", *Nutrition and Fitness: Mental Health, Aging, and the Implementation of a Healthy Diet and Physical Activity Lifestyle*, Vol.95: 162-166, Karger Publishers.
2. Angus Deaton (2003), "Health, inequality and economic development", *Journal of Economic literature*, 41(1): 113-158.
3. Anthony Costello, et al (2009), "Managing the health effects of climate change", *The Lancet*, 373(9676): 1693-1733.
4. Constance Lever-Tracy (2008), "Global warming and sociology", *Current Sociology*, 56(3): 445-466.
5. Goran Dahlgren, Margaret Whitehead (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future studies, Stockholm.
6. Irwin M. Rosenstock (1974), "The health belief model and preventive health behavior", *Health Education & Behavior*, 2(4): 354-386.
7. Jorge Hardoy, Diana Mitlin, David Satterthwaite (1992), *The Future city*, Island Press, Washington D.C.
8. Joseph J. Molnar (2010), "Climate change and societal response: livelihoods, communities and the environment", *Rural Sociology*, 75(1): 1-16.
9. Louis Jonah Opit (1993), "The measurement of health service outcomes", *Oxford textbook of public health*, 3.
10. Michael Marmot, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health (2007), "Achieving health equity: From root causes to fair outcomes", 370(9593): 1153-1163.
11. Michael Senior, Bruce Viveash (1998), *Health and Illness*, Macmillan Press Ltd., London.
12. Mildred Blaxter (2003), *Health and lifestyles*, Routledge.
13. Nancy D. Berkman, Terry C. Davis and Lauren McCormack (2010), "Health literacy: What is it?", *Journal of Health communication*, 15(S2): 9-19.
14. Nguyễn Văn Thắng, Đặng Vũ Trung (2003), *Nhân học y tế ứng dụng*, Nxb. Đại học Y tế công cộng Hà Nội, Hà Nội.
15. Phạm Văn Linh, Võ Văn Thắng (2008), *Nhân học y tế*, Nxb. Đại học Y Dược Huế, Huế.
16. Robert B. Potter, Sally Lloyd-Evans, (1998), *The City in the Developing World*, Longman Harlow.
17. Steven P. Brown and W. Leigh Thomas (1996), "A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance", *Journal of Applied psychology*, 81(4): 358-368.
18. Ulrich Beck (2010), "Climate for change, or how to create a green modernity?", *Theory, Culture & Society*, 27(2-3): 254-266.
19. World Health Organization (2009), *World health statistics*, World Health Organization.
20. W. Neil Adger, et al (2009), "Are there social limits to adaptation to climate change?", *Climate change*, 93(3-4): 335-354.
21. York W. Bradshaw (1987), "Urbanization and Underdevelopment: A Global study of Modernization, Urban Bias and Economic Dependency", *American Sociology Review*, 52(2): 224-239.