

Sự hài lòng về sức khỏe và một số yếu tố ảnh hưởng

Dương Thị Thu Hương

Phân tích kết quả nghiên cứu sự hài lòng về sức khỏe và một số yếu tố ảnh hưởng được rút ra từ số liệu cuộc điều tra "Sự hài lòng về cuộc sống" do Đại học Quốc Gia Hà Nội tiến hành năm 2011. Đây là nghiên cứu định lượng với cỡ mẫu là 2400 mẫu và được tiến hành tại 4 thành phố, tỉnh trên toàn quốc: Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương, Hải Dương. Các đối tượng được chọn vào mẫu là những người từ 18 tuổi trở lên, bao gồm cả nữ và nam thuộc các ngành nghề, độ tuổi và trình độ học vấn khác nhau phản ánh đúng đặc điểm dân cư của mỗi tỉnh, thành phố được chọn. Khách thể nghiên cứu được chọn vào mẫu theo phương pháp chọn mẫu kết hợp giữa phân tầng với chọn mẫu ngẫu nhiên. Nghiên cứu sử dụng thang đo thứ bậc, từ 1 đến 5 điểm để đánh giá các mức độ hài lòng khác nhau và do người được hỏi tự đánh giá về bản thân. Kết quả nghiên cứu cho thấy người dân khá lạc quan về sức khỏe bản thân và điểm trung bình tự đánh giá mức độ hài lòng về sức khỏe là tương đối cao (3,75). Mức độ hài lòng về sức khỏe không có quá nhiều khác biệt giữa những người có những đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm xã hội khác nhau. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy những yếu tố có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng về sức khỏe bao gồm: thu nhập, giới tính, tuổi, địa bàn cư trú.

Từ khoá: sự hài lòng, hài lòng về sức khỏe, hài lòng về cuộc sống

Health satisfaction and different social factors predicting the differences of health satisfaction

Duong Thi Thu Huong

Data in this health satisfaction study was collected by Hanoi National University in 2011 for an annual survey named "Life satisfaction". This was a quantitative survey with the sample size of 2400 and the survey was conducted in 4 cities & provinces including Ha Noi, Ho Chi Minh city, Binh Duong, and Hai Duong province. The sample was chosen to demonstrate the population characteristics of its city/province, including people from 18 years old, both male and female, at different education levels and from different occupations. The sample was chosen by a mixed method: stratified sampling and random sampling. The satisfaction's level was evaluated by hierarchical scales from 1 to 5, which were equivalent from low to high level of satisfaction. The level was identified by respondents themselves. The findings showed that people from the survey sites seemed to satisfy with their health, which was reflected on the high score of the mean of the satisfaction (3.75). There were not so many differences in the health satisfaction level between different people who had

different demographic and social characteristics. The data from survey also showed the social factors, which predicted for the differences in health satisfaction, as follows: income, sex, age and living places.

Key words: satisfaction, health satisfaction, life satisfaction.

Tác giả:

Giảng viên bộ môn Xã hội học Y tế - sức khỏe, khoa Xã hội học, Học viện Báo chí và Tuyên truyền.

1. Đặt vấn đề

Nghiên cứu về sự hài lòng đối với các khía cạnh của cuộc sống là nghiên cứu được tiến hành khá phổ biến và thường niên tại các quốc gia trên thế giới. Để đánh giá sự hài lòng đối với cuộc sống nói chung, các nhà nghiên cứu tập trung vào xem xét rất nhiều yếu tố như hài lòng về thu nhập, tài sản, nghề nghiệp ... Bên cạnh đó, yếu tố hài lòng về sức khỏe thường được đề cập khá phổ biến trong nghiên cứu vì đây là chỉ báo quan trọng để đánh giá chất lượng sống của một cộng đồng dân cư, một thành phố hay một quốc gia.

Tại Việt Nam, trước đây chưa có một cuộc điều tra quy mô lớn nào về sự hài lòng của người dân về cuộc sống nói chung và các khía cạnh sức khỏe nói riêng. Bài viết này tập trung vào mô tả mức độ hài lòng về sức khỏe của người dân và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng về sức khỏe của họ. Mức độ hài lòng của người dân được phân tích dựa trên sự đánh giá chủ quan của chính người được hỏi chứ không dựa trên một quy chuẩn chung về quan niệm thế nào là sự hài lòng. Số liệu phân tích được lấy từ cuộc điều tra "Sự hài lòng về cuộc sống" do Đại học Quốc Gia Hà Nội tiến hành năm 2011 tại 4 thành phố, tỉnh trên toàn quốc: Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương, Hải Dương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Kết quả nghiên cứu về sự hài lòng về đời sống tinh thần được rút ra từ 2400 mẫu nghiên cứu được tiến hành tại 4 tỉnh/thành phố lớn trên cả nước: Hà Nội, Hải Dương, Bình Dương, Thành phố Hồ Chí

Minh. Các đối tượng được chọn vào mẫu là những người từ 18 tuổi trở lên, bao gồm cả nữ và nam, thuộc tất cả các nhóm tuổi, ngành nghề và trình độ học vấn nhằm hướng tới phản ánh đầy đủ đặc trưng cơ bản của dân số tỉnh/thành phố đó. Quá trình chọn mẫu tại mỗi tỉnh/ thành phố được tiến hành chọn qua các bước: chọn ngẫu nhiên quận/huyện, sau đó chọn tổ dân phố. Mẫu được chọn ngẫu nhiên có hệ thống trên cơ sở danh sách dân cư của các tổ dân phố. Quá trình chọn mẫu và thu thập thông tin được giám sát chặt chẽ bởi một nhóm tư vấn, giám sát độc lập. Việc thu thập thông tin được tiến hành bởi nhóm nghiên cứu đã qua tập huấn nhằm thống nhất về phương pháp, cách thức sử dụng bản điều tra và cách thức điền thông tin trong quá trình hỏi.

Về cơ cấu mẫu được chọn như sau: 50% số phiếu được thực hiện tại miền Bắc và 50% số mẫu được thực hiện tại miền Nam. Số phiếu này được phân chia ở 4 tỉnh/thành phố với tỉ lệ như sau: thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh - mỗi thành phố chiếm 33% tổng số mẫu; tỉnh Bình Dương và Hải Dương mỗi nơi chiếm 17% cơ cấu mẫu. Tỉ lệ nam và nữ là xấp xỉ ngang nhau trong tổng số mẫu với 49,2% là nam và 50,8% là nữ.

Biến số và phân tích số liệu.

Bên cạnh việc phân tích tương quan và so sánh giá trị trung bình, mô hình hồi quy đơn biến và đa biến (sử dụng phương pháp enter) sẽ lần lượt được xây dựng nhằm tìm hiểu ảnh hưởng của các biến số độc lập đến mức độ hài lòng về sức khỏe của người được hỏi. Có 2 nhóm biến số độc lập sẽ được đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến. Nhóm thứ nhất bao gồm các biến số thuộc đặc điểm nhân khẩu

học cá nhân như: giới tính, độ tuổi, tôn giáo, vùng miền cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn. Nhóm thứ hai bao gồm các biến số thuộc đặc điểm gia đình người được hỏi như: đặc điểm hôn nhân, quy mô gia đình (số người sống chung), kinh tế gia đình (tài sản có giá trị trong gia đình; thu nhập).

Biến số phụ thuộc là mức độ hài lòng về sức khỏe. Đây là thang đo tỉ lệ nhằm đánh giá các mức hài lòng khác nhau từ thấp đến cao. Mức độ hài lòng này được người trả lời tự đánh giá cho điểm từ 1 đến 5 với từng mức cụ thể là: 5 = hoàn toàn hài lòng, 4 = hài lòng, 3 = bình thường; 2 = không hài lòng; 1 = rất không hài lòng (Các điểm số này được diễn tả cụ thể bằng lời trong bảng hỏi để người được hỏi tự đánh giá). Giá trị trung bình về điểm số đánh giá mức độ hài lòng sẽ được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm khác nhau về các đặc điểm nhân khẩu học cá nhân và đặc điểm gia đình ảnh hưởng đến sự tự đánh giá về mức độ hài lòng đối với sức khỏe.

3. Kết quả nghiên cứu

Phân tích từ số liệu điều tra cho thấy điểm trung bình chung của toàn mẫu điều tra về mức độ hài lòng đối với sức khỏe là 3,75. Trong tổng số những người được hỏi thì có 32,5% ý kiến cho rằng họ hoàn toàn hài lòng về sức khỏe và chỉ có 3,6% cho rằng hoàn toàn không hài lòng về sức khỏe bản thân.

3.1. Các yếu tố thuộc đặc điểm nhân khẩu học xã hội và gia đình

** Sự hài lòng về sức khỏe: ảnh hưởng từ các yếu tố nhân khẩu học xã hội của cá nhân*

Về nơi cư trú, nếu so sánh 4 tỉnh/thành phố trong mẫu điều tra với nhau thì thành phố Hồ Chí Minh có điểm trung bình về mức độ hài lòng đối với sức khỏe thấp nhất (3,55) và thấp hơn đáng kể so với Hà Nội và Hải Dương (3,88) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Nếu xem xét theo khu vực thì nông thôn và đô thị có điểm trung bình mức độ hài lòng về sức khỏe bằng nhau. Tương tự, mức độ hài lòng về sức khỏe không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa người theo tôn giáo và người không theo tôn giáo.

Về mối quan hệ giữa độ tuổi và sự hài lòng với sức khỏe, kết quả phân tích số liệu phản ánh đúng quy luật tự nhiên: tuổi càng cao thì xu hướng hài lòng với sức khỏe càng giảm. Số liệu cho thấy rất

Bảng 1. Điểm trung bình mức độ hài lòng về sức khỏe phân theo một số đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Mức độ hài lòng (Mean)	95% CI của giá trị trung bình	
		Giá trị thấp	Giá trị cao
Thành phố/tỉnh			
Thành phố HCM	3,55	3,47	3,64
Hải Dương	3,88	3,77	3,99
Hà Nội	3,88	3,81	3,95
Bình Dương	3,74	3,62	3,85
Vùng			
Nông thôn	3,75	3,69	3,8
Đô thị	3,75	3,66	3,84
Giới tính			
Nam giới	3,84	3,78	3,90
Nữ giới	3,66	3,59	3,72
Tuổi			
≤ 25	4,21	3,97	4,45
26 - 35	4,02	3,92	4,11
36 - 45	3,83	3,75	3,91
46 - 60	3,63	3,56	3,70
Trên 60	3,35	3,21	3,49
Tôn giáo			
Có theo tôn giáo	3,68	3,63	3,75
Không theo tôn giáo	3,78	3,73	3,81
Trình độ học vấn			
Không biết chữ	3,27	2,88	3,67
Tiểu học	3,48	3,36	3,59
Trung học cơ sở	3,80	3,73	3,86
Trung học phổ thông	3,80	3,70	3,89
Trung cấp	3,83	3,62	4,04
CD, ĐH, trên ĐH	3,95	3,82	4,08
Nghề nghiệp			
Nông dân	3,80	3,72	3,88
Công nhân	3,89	3,72	4,06
Công chức, viên chức	3,98	3,86	4,11
Tiểu thủ công nghiệp	3,58	3,37	3,79
Buôn bán	3,76	3,62	3,91
Giáo viên	3,67	3,44	3,89
Y được	3,57	3,44	3,71
Lao động tự do	3,83	3,70	3,95
Không việc làm	3,39	3,21	3,56

rõ xu hướng điểm số trung bình hài lòng về sức khỏe giảm cùng với mức độ tăng của độ tuổi. Điểm trung bình mức độ hài lòng về sức khỏe của nhóm trên 60 tuổi thấp hơn hẳn so với những nhóm trẻ tuổi hơn, đặc biệt là những nhóm dưới 45 tuổi. Bên cạnh đó, nhóm hài lòng nhất với sức khỏe của mình chính là nhóm trẻ nhất (dưới 26 tuổi). Về giới tính, giá trị trung bình về mức độ hài lòng đối với sức khỏe của nam giới là 3,84 và nữ giới là 3,66 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Về tác động từ phía nghề nghiệp, những nghề có mức độ hài lòng về sức khỏe cao nhất như: công

chức, viên chức, công nhân, nông dân, lao động tự do. Nhóm nghề nghiệp có chỉ số hài lòng về sức khỏe thấp bao gồm: không việc làm, y dược, giáo viên. Số liệu về điểm trung bình mức độ hài lòng về sức khỏe phân theo trình độ học vấn cho thấy người có trình độ học vấn cao có xu hướng hài lòng với sức khỏe cao hơn những người có trình độ học vấn thấp, mặc dù sự khác biệt này là không quá lớn.

** Sự hài lòng về sức khỏe: tác động từ các yếu tố thuộc đặc điểm gia đình người được hỏi: hôn nhân, quy mô gia đình, kinh tế gia đình*

Bên cạnh các đặc điểm thuộc về cá nhân thì những người có đặc điểm gia đình khác nhau như tình trạng hôn nhân hay quy mô gia đình lớn hay nhỏ có thể ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của họ đối với sức khỏe.

Bảng 2. Điểm trung bình hài lòng về sức khỏe phân theo đặc điểm gia đình người được hỏi

Đặc điểm gia đình	Mức độ hài lòng về sức khỏe (Mean)	95% CI của giá trị trung bình	
		Giá trị thấp	Giá trị cao
Hôn nhân			
Chưa kết hôn	3,82	3,63	4,02
Có vợ, chồng	3,76	3,71	3,80
Ly thân/ ly hôn/góa	3,58	3,41	3,76
Số người chung sống			
1-2 người	3,49	3,34	3,64
3-4 người	3,86	3,8	3,92
5-6 người	3,73	3,65	3,81
Trên 6 người	3,51	3,37	3,66
Kinh tế gia đình			
Dư thừa	4,05	3,84	4,12
Vừa đủ	3,82	3,65	4,02
Không đủ	3,17	3,01	3,3

Kết quả nghiên cứu trên ở 4 tỉnh/thành ở Việt Nam cho thấy những người sống trong tình trạng ly thân/ly hôn/góa có mức độ hài lòng về sức khỏe thấp nhất, tuy nhiên, sự khác biệt này so với nhóm có vợ/chồng hoặc chưa kết hôn là không đáng kể và cũng không mang ý nghĩa thống kê.

Về quy mô gia đình xét trên số lượng thành viên sống chung: Số liệu ở bảng trên cho thấy những gia đình có trên 6 người hoặc những gia đình chỉ có 1 đến 2 người thì điểm trung bình về mức độ hài lòng đối với sức khỏe thấp hơn các mô hình gia đình còn lại. Sự khác biệt về giá trị trung bình này mặc dù nhỏ nhưng nó có ý nghĩa thống kê.

Về kinh tế gia đình, số liệu điều tra cho thấy khá rõ sự hài lòng về sức khỏe có sự khác biệt ở những nhóm người thuộc những gia đình có hoàn cảnh kinh

tế dư thừa so với nhóm có kinh tế không đủ ăn.

3.2. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố tác động đến mức độ hài lòng về sức khỏe.

Khi phân tích đơn biến, các yếu tố được xác định có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng về sức khỏe ($p < 0,05$) bao gồm: giới tính, tuổi, địa bàn sinh sống, trình độ học vấn, tôn giáo, số người cư trú tại gia đình, kinh tế gia đình, tài sản gia đình. Tuy nhiên, khi tiến hành phân tích đa biến sử dụng phương pháp enter, kết quả như sau:

Bảng 3. Hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng/tác động đến mức độ hài lòng về sức khỏe (mô hình 1)

Biến số	B	Stand. Beta	P value
Giới tính	,236	,105	,000
Tuổi	-,019	-,211	,000
Học vấn (có trình độ đại học/không có trình độ đại học)	,071	,018	,385
Tình trạng hôn nhân	-,036	-,011	,594
Tôn giáo	,023	,010	,641
Miền (bắc, nam)	-,264	-,118	,000
Vùng (nông thôn, đô thị)	-,025	-,010	,625
Số người cư trú trong gia đình	-,018	-,030	,134
Đánh giá thu nhập so với nhu cầu (đáp ứng/không đáp ứng)	,484	,165	,000
Số lượng các tài sản có giá trị	,019	,036	,100

*R-square: 0,104
Adjusted R-square: 0,100
F = 26,657, p = ,000*

Mười yếu tố thuộc đặc điểm nhân khẩu học và gia đình người được hỏi liệt kê trong bảng trên giải thích được 10% sự khác biệt về mức độ hài lòng về sức khỏe. Khi phân tích hồi quy đa biến, rất nhiều yếu tố không còn ý nghĩa thống kê như: trình độ học vấn, hôn nhân, tôn giáo, số lượng người cư trú trong gia đình (vì $p > 0,05$). Các yếu tố còn lại có ý nghĩa thống kê giải thích sự khác biệt về mức độ hài lòng về sức khỏe bao gồm: giới tính, tuổi, miền, thu nhập và tài sản có giá trị ($p < 0,05$).

Khi loại bỏ bớt những biến không có ý nghĩa thống kê, mô hình tự đánh giá về mức độ hài lòng đối với sức khỏe còn lại 4 biến số như: giới tính, tuổi, miền, đánh giá thu nhập so với nhu cầu có khả năng giải thích được 10,2% sự khác biệt về mức độ hài lòng đối với sức khỏe.

Khi thêm biến số "mức độ hài lòng về nghề nghiệp" vào mô hình đánh giá, Adjusted R - square đã tăng lên đáng kể (0,151 so với 0,101), chứng tỏ

mô hình đã tốt hơn. Đặc biệt, khi thêm biến số mới: sự hài lòng về đời sống tinh thần vào mô hình, Adjusted R - square đã tăng lên đáng kể (0,375), cụ thể mô hình mới như sau:

Bảng 4. Hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng/tác động đến mức độ hài lòng về sức khỏe (mô hình 2)

Biến số	B	Stand. Beta	P value
Giới tính	,155	,070	,000
Tuổi	-,019	-,204	,000
Miền (bắc/nam)	-,174	-,079	,000
Đánh giá thu nhập so với nhu cầu (đáp ứng/không đáp ứng)	,139	,047	,000
Mức độ hài lòng về nghề nghiệp	,089	,093	,000
Mức độ hài lòng về đời sống tinh thần	,552	,509	,000

R-square: 0,376
Adjusted R-square: 0,375
F = 219,296, p = 0,000

Như vậy, mô hình với 6 yếu tố kể trên đã giải thích được 37,5% sự thay đổi của mức độ hài lòng về sức khỏe. Các yếu tố tác động mạnh đến sự hài lòng về sức khỏe lại là sự hài lòng về nghề nghiệp, đặc biệt là hài lòng về đời sống tinh thần. Những người có đời sống tinh thần tốt thì giống như một liều thuốc bổ tự nhiên giúp họ có sự cảm nhận, đánh giá về sức khỏe tích cực hơn. Ngoài ra, các biến số khác cũng tác động một phần nhỏ đến sự thay đổi của biến phụ thuộc bao gồm: giới tính, tuổi, miền, thu nhập gia đình.

4. Bàn luận

Phân tích số liệu từ nghiên cứu tại 4 tỉnh thành phố Việt Nam nói trên cho thấy người Việt Nam khá hài lòng về cuộc sống, trong đó có yếu tố sức khỏe. Nếu so sánh mặt bằng chung về chất lượng cuộc sống thì có thể chất lượng sống và các tiêu chí sức khỏe của người Việt Nam có thể còn thua các nước trên thế giới cũng như các nước trong khu vực. Tuy nhiên trong nghiên cứu nói trên, số liệu được thu thập dựa trên sự nhận định chủ quan của chính bản thân người được hỏi và kết quả trung bình đánh giá mức độ hài lòng về sức khỏe của họ là 3,75. Con số đánh giá ở mức không nhỏ này phần nào thể hiện tinh thần lạc quan của người Việt nói chung.

Bên cạnh đó, các phân tích tương quan đều cho thấy không có quá nhiều sự khác biệt về mức độ hài lòng đối với sức khỏe giữa những người có những

đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm gia đình khác nhau. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố thuộc đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm gia đình thực sự ảnh hưởng đến sự hài lòng về sức khỏe bao gồm: giới tính, tuổi, địa bàn cư trú, thu nhập.

Về khác biệt giới tính, trong rất nhiều nền văn hóa, bao gồm cả phương Đông và phương Tây có tồn tại sự khác biệt về giới tính liên quan đến hành vi sức khỏe và chăm sóc sức khỏe. Đây là vấn đề quan tâm của rất nhiều các nghiên cứu về hành vi liên quan đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu của Kandrack (1991)[9] hay tổng quan nghiên cứu của John (2005)[8] đã chỉ ra những bằng chứng mang tính "nghịch lý" rằng phụ nữ thường đau ốm nhiều hơn, đi khám bác sỹ nhiều hơn, sử dụng nhiều các loại vitamin, thuốc bổ hơn so với nam giới nhưng thường có tuổi thọ cao hơn nam giới. Nam giới thường tỏ ra khỏe mạnh và hài lòng về sức khỏe của mình nhưng lại có tuổi thọ thấp hơn so với phụ nữ. Các nghiên cứu cũng đưa ra những lý giải về sự khác biệt này dựa trên cơ sở vai trò giới, định kiến, giới và kỳ vọng về giới. Nam giới trong các xã hội thường đảm nhận vai trò trụ cột trong gia đình lẫn nơi làm việc, nên họ được kỳ vọng khỏe mạnh, không được ốm để đảm nhận tốt vai trò này. Họ thường ít khi đi thăm khám định kỳ hay sử dụng thuốc cho đến khi biểu hiện bệnh tật rõ ràng. Nữ giới là người đảm nhận chức năng chăm sóc gia đình, trong đó bao gồm cả chăm sóc sức khỏe của các thành viên. Cũng vì vai trò này mà có thể họ thường lo lắng thái quá về vấn đề sức khỏe và có vẻ như ít hài lòng hơn về sức khỏe của mình (John 2005)[8]. Ở Việt Nam chưa có những nghiên cứu tổng thể về sự khác biệt về giới tính đối với hành vi sức khỏe và chăm sóc sức khỏe do vậy rất khó có thể đưa ra bình luận hay so sánh với số liệu rút ra từ cuộc nghiên cứu này. Tuy nhiên, rất có thể quy luật và xu hướng nói trên phần nào cũng phù hợp để lý giải tại Việt Nam. Có lẽ một phần vì lý do này mà nam giới cũng có xu hướng lạc quan về sức khỏe hơn, do vậy họ hài lòng đối với sức khỏe bản thân hơn so với nữ giới.

Về tác động của yếu tố tuổi, người được hỏi đến mức độ hài lòng về sức khỏe, kết quả nghiên cứu cũng phản ánh đúng xu hướng thực tế bệnh tật luôn là gánh nặng của người cao tuổi - quy luật tự nhiên vẫn được đúc kết từ trước đến nay "sinh - lão - bệnh - tử". Với tình trạng suy giảm về sức khỏe của người cao tuổi như vậy thì việc họ không thật sự hài lòng đối với sức khỏe bản thân là hoàn toàn hợp lý.

Đối với tác động từ kinh tế đến sức khỏe, các quốc gia phát triển về kinh tế thường cũng là những quốc gia đầu tư nhiều cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, chính vì vậy các chỉ báo về sức khỏe ở những quốc gia này cũng cao hơn ở những nước nghèo, đang phát triển. Tương tự như vậy, các hộ gia đình nghèo thường cũng sẽ gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe hơn, và đầu tư cho chăm sóc sức khỏe của họ cũng thấp kém hơn so với những gia đình có kinh tế khá giả. Thực tế, số liệu thu được từ cuộc điều tra mức sống dân cư năm 2010 về sự chênh lệch về đầu tư cho chăm sóc sức khỏe ở các nhóm kinh tế giàu và nghèo ở Việt Nam là rất khác nhau. Kết quả phân tích số liệu cho thấy chi tiêu cho y tế, chăm sóc sức khỏe bình quân 1 người 1 tháng của nhóm hộ giàu nhất cao gấp 3,6 lần so với nhóm hộ nghèo nhất (Tổng cục thống kê)[2]. Hoặc có thể tồn tại một giả thuyết khác, những người nghèo thường sẽ có xu hướng phải làm việc quá sức, làm ngoài giờ hoặc làm những công việc nặng nhọc, ảnh hưởng đến sức khỏe. Số liệu từ bảng trên cho thấy rất rõ những người đánh giá kinh tế gia đình dư thừa thì cũng đồng nghĩa với việc mức độ hài lòng với sức khỏe cao hơn so với nhóm kinh tế không đủ. Sự khác biệt về giá trị trung bình mức độ hài lòng với sức khỏe của nhóm có kinh tế dư thừa cao hơn hẳn

so với nhóm kinh tế không đủ và sự khác biệt này có mang ý nghĩa thống kê.

Mặc dù đây là nghiên cứu định lượng được tiến hành trên quy mô rộng, với cỡ mẫu tương đối lớn nhưng nó vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định. Một trong những hạn chế của nghiên cứu là chỉ áp dụng phương pháp định lượng do vậy còn thiếu những bằng chứng định tính lý giải sâu hơn tại sao sự hài lòng về sức khỏe lại có xu hướng chịu ảnh hưởng bởi một số biến độc lập kể trên. Để có được sự lý giải chi tiết hơn về sự hài lòng của cộng đồng đối với sức khỏe, trong tương lai rất cần có những nghiên cứu định tính bổ sung để làm rõ thêm các số liệu định lượng có được từ nghiên cứu này.

Cho đến hiện nay, các nghiên cứu về sự hài lòng của người dân đối với các khía cạnh của cuộc sống nói chung và sức khỏe nói riêng ở Việt Nam còn khá ít. Kết quả nghiên cứu nói trên về sự hài lòng của người dân 4 tỉnh/thành phố của Việt Nam góp phần cung cấp những số liệu cơ bản giúp định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo, đồng thời có thể là cơ sở giúp các cơ quan chức năng đưa ra những giải pháp phù hợp góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân nói chung, trong đó bao gồm cả khía cạnh nâng cao sức khỏe và sự hài lòng đối với sức khỏe.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010. Nhà xuất bản thống kê, Tổng cục thống kê.
2. Lý Ngọc Kính (2011). Chính sách chăm sóc sức khỏe của Việt Nam: cơ hội và thách thức giữa khu vực nhà nước và khu vực tư nhân.
(http://www.hspl.org.vn/vcl/vn/upload/info/attach/12496180116560_Chinh_sach_CSSK_tai_Viet_Nam.pdf)

Tiếng Anh

3. Angus Deaton (2010). Income, aging, health and well being around the World: evidence from Gallup World Poll. University of Chicago Press.
4. David Wainwright. A Sociology of health. Los Angeles; London: SAGE, 2008
5. Erdman Palmore & Clark Luikart (1972). Health and

social factors related to life satisfaction. American Sociological Association, số 13: trang 68 - 80

6. Faragher và cộng sự (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta - analysis. Occupation Environment Medicine, số 62: 105-112
7. Jeffrey Levin & Linda Chatters (1994). Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. Social Science, số 50, trang 154-163
8. John Germov (2005). Second opinion: an introduction to health sociology, South Melbourne: Oxford University Press.
9. Mary - Anne Kandrack (1991). Gender differences in health related behavior: some unanswered questions. Social science & Medicine. Vol 32, No 5 (579 - 590).
10. Yu - Wen Ying (1992). Life satisfaction among San Francisco Chinese - Americans. Social Indicators Research. Vol. 26, No 1