

Về ứng xử của gia đình nông thôn trong phòng và chữa bệnh qua các khảo sát xã hội học gần đây

TRỊNH HÒA BÌNH

Khi đi vào tìm hiểu về ứng xử của cư dân trong chăm sóc sức khỏe, chúng tôi thấy rằng, cách xử lý và lựa chọn loại hình dịch vụ y tế của gia đình nông thôn, trong những lúc ốm đau không chỉ phản ánh khả năng thực tế của gia đình trong việc chăm sóc sức khỏe, mà còn thể hiện trình độ "*văn hóa y tế*". Trong điều kiện "*văn hóa y tế*" thấp thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng thấp và cách ứng xử của gia đình cũng thật đơn giản, đôi khi còn nhuần màu mê tín, lạc hậu. Ngược lại, trong điều kiện "*văn hóa y tế*" cao thì nhu cầu chữa trị cũng cao và sự lựa chọn các hình thức phục vụ y tế hợp lý, ngay cả trong điều kiện gia đình có những hạn hẹp về vật chất. Có hai đối tượng đáng lưu ý đặc biệt khi xem xét cách ứng xử của gia đình trong việc thực hiện vai trò chăm sóc sức khỏe, đó là phụ nữ - như là người lo toan chủ yếu trong vai trò này, và trẻ em - như là đối tượng được quan tâm trước hết trong gia đình và rất nhạy cảm trong các quan hệ đó. Viện Xã hội học trong thời gian gần đây đã tiến hành nhiều nghiên cứu về vấn đề này: chương trình Ba Ma Kô, 1994; nghiên cứu Xã hội học trong khuôn khổ Chương trình ARI Quốc gia 1993-1995; Chương trình nghiên cứu với sự tài trợ của "Tầm nhìn thế giới" về hệ thống chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình ở nông thôn miền núi Trung Bộ tại Trà My, Tiên Phước (Quảng Nam-Đà Nẵng), 1994; Điều tra cơ bản về Dân số-Kế hoạch hóa gia đình của Vụ Bảo vệ sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình ở Vĩnh Phú, 1995; Chương trình đánh giá hiệu quả công tác kế hoạch hóa gia đình, 1996; Chương trình nghiên cứu tiếp thị các biện pháp tránh thai phi lâm sàng, 1997; chương trình sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình, 1997; v.v... Những số liệu được trích dẫn trong bài viết này được lấy từ các nghiên cứu trên. Trong bài viết này chúng tôi đi vào phân tích có một số nhận xét về chủ đề ứng xử của gia đình của gia đình nông thôn trong việc phòng và chữa bệnh, chăm lo sức khỏe.

*

* *

1. Xin bắt đầu từ việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ trong thời gian thai sản, như là sự phản ánh rõ rệt nhất về trình độ "*văn hóa y tế*". Nếu như trước đây ở nông thôn nước ta thai nghén được coi là chức năng tự nhiên, việc chăm sóc trước và sau sinh chủ yếu dựa vào kinh nghiệm cổ truyền và theo các phương pháp thô sơ tại nhà, thì ngày nay đã có những sự thay đổi đáng kể, tuy cũng rất khác nhau ở mỗi địa phương, mỗi cộng đồng dân cư và tất nhiên cũng lệ thuộc vào những điều kiện chủ quan và khách quan khác nhau. Cuộc khảo sát ở Vĩnh Phú cho thấy đã có 38,2% phụ nữ mang thai thực hiện 3 lần khám thai trước khi sinh, nhưng cũng còn hơn 1/4 không hề khám thai; gần một nửa đã thực hiện tiêm phòng uốn ván đủ 2 lần, nhưng cũng còn hơn 40% không tiêm phòng vì nhiều lý do (trong đó 41,6% là do không biết phải tiêm, 20,4% - do không có vắc - xin và 14,5% - do không muốn tiêm). Thêm vào đó, có thể là do sự thúc ép của công việc làm ăn, cũng có thể là do cả tập quán lạc hậu trước đây,

cho nên trước khi sinh đẻ, quá một nửa phụ nữ (51,8%) không nghỉ làm việc. Số còn lại hầu hết chỉ nghỉ làm việc dưới 4 tuần lễ. Sau khi sinh đẻ, thời gian nghỉ lao động dưới 4 tuần cũng chiếm tới 64,4%, trong vòng 4-8 tuần - 25,9%, từ 9 tuần trở lên chỉ chiếm 9,6%. Tính trung bình, phụ nữ phải tự làm công việc giặt giũ, nấu ăn sau khi sinh 3,1 tuần. Các nhu cầu về dịch vụ y tế khi sinh đẻ hầu như chỉ dựa vào y tế xã (54,3%) và nhờ bà đỡ đến nhà 934,1%; các lựa chọn khác đều chiếm tỷ lệ rất thấp. Đáng lưu ý là sự lựa chọn y tế tư nhân ở đây chỉ chiếm tỷ lệ 0,5%. Có thể có nhiều nguyên nhân khác nhau - hoàn cảnh kinh tế, điều kiện đi lại xa xôi..., trong đó cho thấy có một tương quan thuận trực tiếp với trình độ học vấn: nhóm mù chữ - 100% đẻ tại nhà, nhóm đại học - cao đẳng - 100% tại trạm y tế xã. Việc nhờ đến các "bà mụ vườn" khi sinh đẻ còn chiếm tỷ lệ trên dưới 20% và gần như ngang nhau ở tất cả các nhóm tuổi và tập trung ở nhóm học vấn từ tiểu học trở xuống.

Ở các khu vực trung du và miền núi Trung Bộ cũng có tình trạng tương tự. Tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ tại nhà chiếm tới 64,5%. Với các cộng đồng người dân tộc ở Trà My thì tỷ lệ này là 96,7%; ở bệnh viện: 23,5%; ở trạm y tế xã chỉ chiếm 6%. Các tỷ lệ này không thay đổi là bao giữa các nhóm có điều kiện kinh tế giàu - nghèo khác nhau. Nếu lưu ý đến các điều kiện giao thông và những hạn chế của hệ thống y tế hiện nay, thì có thể thấy đây là sự lựa chọn do hoàn cảnh khách quan tạo nên là chủ yếu. Ở nông thôn đồng bằng với những điều kiện thuận lợi về giao thông và mạng lưới y tế cơ sở phát triển thì cách ứng xử của phụ nữ trong các quan hệ này cho thấy những chỉ báo tích cực hơn. Tỷ lệ phụ nữ không khám thai chỉ chiếm 10%, còn lại đại đa số khám 2-3 lần. Sự lựa chọn nơi sinh con cũng cho những chỉ báo rất khả quan: 83,3% - 100% ở y tế cơ sở; chỉ có 5,3% sinh tại nhà với sự giúp đỡ của cán bộ y tế.

Các khảo sát trong chương trình ARI cho thấy, mặc dù có sự hỗ trợ về vật chất của Nhà nước và sự tuyên truyền cho các cộng đồng dân cư, nhưng trong số tử vong trẻ em dưới 5 tuổi vẫn có tới trên 50% do nguyên nhân không được đưa đến y tế mà gia đình tự xử lý tại nhà, 36% do không được xử lý kịp thời vì đưa đến các cơ sở y tế quá muộn. Trong số trẻ em tử vong do gia đình tự xử lý, không đưa đến cơ sở y tế, thì 19,5% là do không được điều trị gì, 10,7% do bà mẹ tự điều trị, 2,3 % điều trị đông y và 0,4% cầu cúng.

2. Ứng xử của các thành viên gia đình khi bị ốm đau phản ánh nhiều điều đáng lưu ý. Khi cảm nhận cơ thể bị ốm với các triệu chứng không bình thường, trên một nửa (56,1%) số người vẫn làm việc bình thường. "**Tham công tiếc việc**" vốn là bản tính của người nông dân Việt Nam, cho nên dù cảm thấy có thể không bình thường, thậm chí có những triệu chứng ốm đau rõ rệt, người ta vẫn cố gắng làm việc cho đến khi nào không thể cố được nữa mới chịu nghỉ. Ngày nay, trong điều kiện kinh tế thị trường, sự thúc ép của đời sống cũng như tham vọng vượt lên về kinh tế, bản tính cần cù lại càng có cơ hội được khôi phục lại sau những năm làm ăn đứng đỉnh theo kiểu bao cấp. Các kết quả khảo sát cũng cho thấy ở đây không có sự bó buộc của hoàn cảnh gia đình neo đơn. Bởi vì với loại hộ 1-2 người và loại hộ ≥ 7 người các tỷ lệ này cũng gần như nhau, trong khi các loại hộ từ 3-6 người lại có các tỷ lệ thấp hơn đáng kể. Các tương quan tương tự cũng nhận thấy khi so sánh các loại hộ theo số thành viên trên 16 tuổi: các tỷ lệ cao nhất là ở các hộ có số người lớn từ 4-5 người trở lên. Nếu xét theo học vấn của chủ hộ, có thể thấy rằng với học vấn cấp 2 các tỷ lệ này thấp nhất. Tuy nhiên, các điều kiện kinh tế cũng thể hiện sự tác động nào đó đến thái độ ứng xử này: ở nhóm hộ giàu, tỷ lệ này thấp nhất và cách biệt hẳn (44,0%), không nhận thấy sự cách biệt giữa nhóm hộ nghèo (60,5%) và nhóm hộ khá giả (61,0%), còn các hộ trung bình và trên trung bình có tỷ lệ thấp hơn chút ít (56,4% và 58,4%). Như vậy, ở đây có lẽ có sự tác động của yếu tố tập quán,

thói quan tâm lý đã hình thành trong điều kiện dân trí và đời sống khó khăn từ nhiều đời nay.

Để tìm hiểu đầy đủ hơn các hành vi ứng xử trong việc chữa trị bệnh ở gia đình, đã phỏng vấn theo 4 cấp độ hành động khi cảm nhận thấy tình trạng ốm đau. Về những hành vi đầu tiên, có 34,1% người trả lời không làm gì cả, mặc dù biết mình đã bị ốm. Tiếp theo là "làm việc ít đi" (27,0%), bao gồm cả giảm bớt thời gian và cường độ làm việc. Đáng lưu ý là tỷ lệ "không làm gì cả" cao hơn hẳn (47,1%) ở huyện Hiệp Hòa, tiếp đến là Vũ Thư (35,1%). Nhưng cách ứng xử "làm việc ít đi" thì ngược lại - tỷ lệ cao áp đảo (51,0%) ở Vũ Thư và giảm cho đến thấp nhất và khác biệt đột ngột ở Hiệp Hòa (9,4%). Một tỷ lệ đáng kể quan tâm đến việc đi khám ở các thầy thuốc công và tư. Các tỷ lệ dưới 3% thuộc về các hành vi khác: xông, dùng bài thuốc dân gian tại nhà, mua đủ liều thuốc hoặc một ít thuốc để dùng, đi khám ở thầy lang và tự chữa trị lấy.

Trong các hành vi thứ hai, tiếp theo, tỷ lệ những người "không xử lý gì cả" chỉ còn không đáng kể (0,7%), trong khi đó việc mua thuốc uống, đi khám thầy thuốc công, tư chiếm tỷ lệ cao áp đảo. Đồng thời ở đây có sự phân hóa rất cách biệt: trong khi ở Vũ Thư chỉ có 8,3% mua đủ liều thuốc, 32,5% đến khám thầy thuốc công, 37,9% đến khám thầy thuốc tư, thì ở Hiệp Hòa các tỷ lệ tương ứng là 46,2%; 23,1% và 15,4%.

Đến hành vi thứ ba thì quá một nửa (54,5%) lựa chọn việc mua đủ liều thuốc để uống; một tỷ lệ đáng kể mua một phần liều thuốc và đi khám thầy thuốc công (tương ứng là 13,0% và 15,9%) với những sự phân hóa phức tạp.

Cuối cùng, hành vi thứ tư cũng gồm 53,0% mua đủ liều thuốc về dùng, 15,4% mua một phần và 14,1% đến thầy thuốc công; trên 6% ở các hai hành vi thứ 3 và thứ 4 là sự lựa chọn thầy thuốc tư.

3. Như vậy, có thể hình dung bức tranh chung về cách ứng xử của dân cư nông thôn trong việc chữa trị bệnh: khi mới bị bệnh người ta không quan tâm hoặc chỉ nghĩ ngợi đôi chút, đồng thời đi khám bệnh ở các thầy thuốc công và tư chủ yếu để biết xem mình bị bệnh gì, có nguy hiểm không. Đến khi tình trạng bệnh nặng hơn người ta mới nghĩ đến việc đi khám và mua thuốc chữa trị. Các giai đoạn tiếp theo, khi bệnh đã rõ ràng và các cách ứng xử lý ban đầu không giải quyết được, người ta chủ yếu vẫn chỉ lựa chọn việc mua thuốc để uống. Đáng lưu ý là các chỉ báo "mua một phần thuốc", nhờ đến thầy thuốc tư nhân chiếm tỷ lệ đáng kể. Một điều nữa rất đáng lưu ý là tỷ lệ lựa chọn thuốc đông y khá thấp. Có thể là do trước đây, nhất là trong điều kiện chiến tranh, người dân đã quá quen và tôn sùng tân dược và tây y vì nhu cầu cấp cứu và hiệu quả chữa trị nhanh. Và bây giờ, người ta cũng e chữa trị nhanh, mặt khác, cũng có thể là đông y chữa phát triển do những hạn chế nào đó mà tỷ lệ lựa chọn đông y không cao.

Sự lựa chọn của các gia đình nông thôn về các phương tiện y tế cũng cho thấy đôi điều lý thú. Khi mới cảm nhận thấy tình trạng ốm đau, trung bình có 63,0% không sử dụng các phương tiện y tế (riêng ở Vũ Thư, tỷ lệ này tăng vọt - 87,3%), 16,4% nhờ đến hiệu thuốc tư nhân, 13,0% đến trạm xá; còn hiệu thuốc nhà nước, bệnh viện huyện, bệnh viện tỉnh đều có tỷ lệ rất thấp. Điều này cũng phù hợp với các chỉ báo đã nêu. Ở giai đoạn tiếp theo, khi đã cảm nhận tình trạng ốm đau nặng lên, thì hiệu thuốc tư nhân và trạm xá được nhờ cậy đến nhiều hơn cả.

Các kết quả điều trị phản ánh tổng quát bức tranh chung về hậu quả của sự lựa chọn các cách ứng xử và phương tiện y tế được sử dụng. Bình quân cả 4 huyện trong mẫu khảo sát,

tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn là 66,1%; vẫn còn ốm: 18,6% và còn tạm thời chưa làm việc được: 13,5%. Đáng lưu ý nhất là các tỷ lệ ưu trội rõ rệt ở 2 huyện của tỉnh Hà Bắc so với Thái Bình, đặc biệt là huyện Kiến Xương (là điểm đối sánh): Ở đây tỷ lệ khỏi bệnh chỉ là 35,5%; còn ốm là 36,4%; tạm thời không làm việc được: 26,8%. Xét theo quy mô gia đình thì các tỷ lệ này kém nhất và rõ rệt ở loại hộ neo đơn (1-2 người) và tốt nhất ở loại hộ đông người (≥ 7 người). Có thể nhận thấy ưu thế nổi bật trong chăm sóc sức khỏe của loại hộ gia đình đông người và ưu thế rõ rệt của các loại hộ gia đình đông người và ưu thế rõ rệt của các loại hộ từ khá đến giàu so với nhóm các hộ nghèo.

Mức độ và sự lựa chọn trong các chi phí của dân cư nông thôn cho yêu cầu y tế phản ánh khả năng thực tế về mặt vật chất cũng như các điều kiện xã hội cụ thể. Đối với khu dịch vụ y tế tư nhân, bình quân có 56,8% phải trả tiền khám bệnh, với sự chênh lệch rõ ở các địa phương được khảo sát. Trong khi ở Thái Bình trên 65% phải trả tiền khám bệnh cho y tế tư nhân thì ở Hà Bắc tỷ lệ này chỉ là 48%, đặc biệt ở Hiệp Hòa - chỉ là 39,8%. Xét theo mức thu nhập, ở các hộ khá và giàu tỷ lệ phải trả tiền khám bệnh cho tư nhân thấp nhất - tương ứng 53,0 và 48,2%, trong khi ở các hộ nghèo tỷ lệ này lại cao nhất: 63,9%. Rõ ràng, việc sử dụng dịch vụ y tế tư nhân ở đây không xuất phát từ yêu cầu dịch vụ cao cấp và phục vụ chu đáo, mà là do sự tiện lợi và giá rẻ. Y tế tư nhân thực ra mới chỉ phát triển ở mức độ rất bình dân, thực hiện các dịch vụ khám chữa bệnh lặt vặt, thông thường.

Tỷ lệ những người phải trả các chi phí ở trạm xá gần như nhau ở tất cả 4 huyện được khảo sát - 35,9 - 38,9%. Có lẽ điều này liên quan đến chế độ quy định chung ở cấp cơ sở. Đối với các cấp bệnh viện, tỷ lệ này khác nhau. Đáng lưu ý là tỷ lệ phải trả tiền có sự chênh lệch rõ và giảm dần từ cấp y tế cơ sở lên trên: với y tế tư nhân tỷ lệ này cao nhất 56,8%; ở trạm xá 37,0%; thấp nhất là ở bệnh viện huyện 21,7%. Nguyên nhân ở đây có lẽ là từ việc bảo hiểm y tế: một phần lớn đến khám - chữa bệnh tại bệnh viện là những người có mua bảo hiểm y tế (chủ yếu là do Nhà nước bao cấp). Không nhận thấy tác động phân hóa thuận của tình trạng kinh tế gia đình lên các quan hệ này.

Mức độ chi phí thuốc men cho thấy khả năng vật chất của gia đình và tương quan giữa các loại dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe cho cư dân nông thôn. Đối với y tế tư nhân, mức chi phí 1-10 ngàn đồng chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7%, với những sự khác biệt lớn giữa các địa phương: ở Yên Phong tỷ lệ này là 50,3%, trong khi ở Hiệp Hòa (trung du - miền núi tỉnh Hà Bắc) chỉ là 24,2%; tương tự, ở Vũ Thư là 36,8%, còn ở Kiến Xương là 16,6%. Các chi phí thuốc men ở trạm xá cũng tương tự. Đối với bệnh viện, mức chi phí từ 100 ngàn trở lên chiếm tỷ lệ cao áp đảo: 42,2% và gần như đồng đều ở các địa phương, trừ một ngoại lệ và huyện Hiệp Hòa: 27,1%. Tiếp theo là các mức trong khoảng 20-50 ngàn đồng - 18,8%, với sự chênh lệch nhỏ, trừ ngoại lệ là Kiến Xương.

Mặc dù, về mặt suy lý, mức chi phí có sự lệ thuộc nhất định vào hoàn cảnh kinh tế của gia đình, nhưng các kết quả khảo sát cho thấy yếu tố quyết định ở đây là tình trạng bệnh tật và những đòi hỏi tương ứng cho yêu cầu điều trị: chi phí cao (từ 100 ngàn trở lên) có tỷ lệ cao ở các nhóm hộ nghèo và gần như nhau (trên 40%) ở tất cả các nhóm khi điều trị tại bệnh viện. Chính ở đây, có thể nhận thấy một vấn đề bức xúc: một phần đông dân cư nghèo, không đủ khả năng chi trả theo mức "xóa bap cấp", có thể bị chết oan hoặc mang bệnh suốt đời do không có tiền chữa bệnh.

4. Hoàn cảnh kinh tế thể hiện tác động rất rõ lên cách thức ứng xử để lo tiền cho việc chữa trị bệnh. Khi cần chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe, trước hết người ta dùng đến tiền

tiết kiệm 45,0%. Tỷ lệ này thấp nhất ở Kiến Xương (11,0%) và cao nhất ở Yên Phong (68,8%) là điều dễ hiểu, nếu lưu ý đến tỷ lệ gửi tiền tiết kiệm thường xuyên ở Kiến Xương thấp nhất (5,5%), còn ở Yên Phong cao nhất (42,9%). Sau tiền tiết kiệm là đến việc bán lúa (13,9%). Nếu lưu ý đến tâm lý phổ biến của người nông dân đồng bằng Bắc Bộ "*tích cốc phòng cơ*", thì có thể hiểu rằng người ta chỉ bán lúa khi thật cần kíp. Có thể thấy điều này qua các giai đoạn ứng xử tiếp theo. Ở giai đoạn 2, các nguồn tiền được sử dụng cho chữa bệnh đã có những tỷ lệ phân tán rộng và phức tạp: giảm chi phí các khoản không cần thiết (24,1%), bán lúa (20,3%), giảm chi tiêu ăn uống (17,1%), bán súc vật, vay bạn bè (trên 12%). Ở mức thứ ba, yêu cầu chi tiêu cho chữa bệnh đã căng thẳng, tỷ lệ hộ bán lúa tăng lên 32,2%, bán súc vật 20,0%, vay bạn bè, 15,6%. Ở mức cuối cùng, bán lúa 34,6%, bán súc vật 26,9%, giảm chi tiêu 15,4%, bán tư trang 11,5 %, vay bạn bè 7,7%, vay người cho vay lãi 3,8%. Rất đáng lưu ý ở đây là sự khác nhau của các điều kiện kinh tế địa phương. Từ giai đoạn 2 trở đi, chỉ báo "*bán lúa*" ở các huyện trồng lúa đồng bằng cao hơn hẳn so với các huyện Hà Bắc, và sự chênh lệch đạt tới tối đa (75% ở Vũ Thư) và tối thiểu (0% ở Yên Phong, Hiệp Hòa) vào giai đoạn 4.

Hoàn cảnh kinh tế của gia đình cũng tác động lớn đến sự lựa chọn. Nhóm giàu sử dụng tiền tiết kiệm là chủ yếu (68,7% so với 31,0% ở nhóm nghèo); "*bán lúa*" chiếm tỷ lệ thấp hơn so với các nhóm nghèo, hầu như họ không phải vay mượn và không lâm vào cảnh bức bách về tiền chữa bệnh (tất cả các chỉ báo ở giai đoạn 4 đều bằng không). Nhóm khá giả cũng có ưu thế tương tự, nhưng thấp hơn rõ rệt so với nhóm giàu (còn 50% phải bán lúa và 50% bán súc vật ở giai đoạn 4).

5. Đối với người nông dân Việt Nam, trong những ứng xử với bệnh tật, với sức khỏe của bản thân và gia đình còn bao gồm cả kho tàng tri thức về phòng bệnh, dưỡng sinh, giải trí.v.v. Nhiều kiến thức phòng - chữa bệnh đã trở thành truyền thống của cộng đồng (phạm vi lớn), và cũng có nhiều kiến thức trở thành gia truyền trong họ tộc.v.v.

Đi vào phân tích truyền thống dân gian Việt Nam trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe quả thật là việc làm không đơn giản. Mặc dù vậy, đó vẫn là một chủ đề lý thú, nhất là trong bối cảnh đổi mới, khi mà nền kinh tế thị trường, kể cả ở nông thôn đang đòi hỏi mạnh mẽ hơn bao giờ hết những sự huy động tổng hợp sức mạnh của gia đình - cộng đồng - xã hội trên nhiều lĩnh vực, ngay từ việc chăm sóc sức khỏe cho con người. Có thể chỉ ra được nhiều bài học quý của kho tàng kinh nghiệm phong phú dân gian. Từ lựa chọn hướng nhà khi xây cất, người nông dân nói chung đã chọn hướng nam, cốt yếu để tránh nắng, có được cái mát mẻ .v.v. điều đó thật sự có lợi cho việc bảo vệ sức khỏe, đề phòng tật bệnh. Trong sổ tay ghi chép của tác giả, tại các vùng nông thôn đã thực hành các nghiên cứu xã hội học của mình, chúng tôi thấy có tới trên 80% số hộ gia đình nông dân đã lựa chọn hướng nam để bố trí khuôn viên. Loại trừ các mê tín, dị đoan của một bộ phận dân cư mà đã buộc phải chọn hướng đông, hướng bắc... Còn thì tuyệt đại bộ phận, khi vị trí quần cư cho phép, các gia đình đều đã chọn cách xử sự "*lấy vợ đàn bà, làm nhà hướng Nam*". Kinh nghiệm làm nhà hướng Nam được xem như một chuẩn mực ứng xử, nhằm tạo thuận lợi cho sự phát đạt của mỗi gia đình nông dân, trước tiên là giữ gìn sức khỏe, chống lại khí hậu, thời tiết và ngoại cảnh khắc nghiệt.

Tri thức phòng - chữa bệnh của các gia đình nông thôn Việt Nam hiện nay ngay trong Đổi mới, với sự hối thúc của kinh tế thị trường cũng vẫn luôn luôn có sự góp mặt của những phương cách phòng bệnh, chữa bệnh của cây thuốc nam sẵn sàng trong gia đình. Những bạc hà, tía tô, hương nhu, lá tre, cúc tần, lá bỏng, ngải cứu, .v.v. dường như sẵn có đâu đó trong vườn, trong hàng rào của mỗi gia đình, của hàng xóm để sẵn sàng giúp mỗi gia đình ứng phó khi cảm sốt, đau mình, nhức mỏi...

Tri thức và ứng xử đó còn hàm chứa ngay trong "**văn hóa ăn**" của cư dân nông thôn Việt Nam. Người nông dân Việt Nam có những kinh nghiệm và hiểu biết về ý nghĩa, tác dụng của những đồ ăn, thức uống mình dùng. Thậm chí, ngay cả trong cảnh nghèo, họ còn biết bổ sung thức ăn giàu đạm từ đậu, đỗ .v.v. thay vì thịt cá,.v.v. Một khía cạnh khác đáng chú ý là, trong truyền thống ứng xử của người nông dân Việt Nam còn có sự kết hợp các thuộc tính , sắc thái của đồ ăn dân dã, điều đó phản ánh rõ nét ý thức phòng, chữa bệnh, săn sóc sức khỏe ngay trong đời sống thường ngày. Xung quanh nội dung này, thật là có nhiều kinh nghiệm vô cùng phong phú.

Song, điều cao hơn các ví dụ đó là, trong đời sống vất vả của mình, từ xưa tới nay, người nông dân Việt Nam đã chủ động bố trí, sắp đặt một nền nếp sinh hoạt, tổ chức đời sống hài hòa, họ đi ngủ sớm và thức dậy sớm cùng với mặt trời. Triết lý phương Đông, lô gíc của đời sống giản dị, mạnh khỏe chính là chủ trương một cuộc sống lành mạnh, "*tự nhiên như thiên*", chủ động hòa đồng trên cơ sở thừa nhận thiên nhiên.

Trong điều kiện kinh tế thị trường, sự bình lặng của đời sống nông thôn ít nhiều có biến động, nhưng những kinh nghiệm cổ truyền về chăm sóc sức khỏe vẫn giữ nguyên giá trị, và giữ một vị trí xứng đáng, đầy ý nghĩa trong hệ ứng xử của gia đình nông thôn. Và, thật sự có ý nghĩa nếu những vấn đề đại loại đó được giới khoa học quan tâm khai thác, nghiên cứu và đánh giá.

*

* *

Qua những kết quả khảo sát và sự lý giải ở trên, có thể đi đến nhận xét rằng có nhiều yếu tố và điều kiện tác động đến cách ứng xử thực tế trong việc thực hiện vai trò chăm sóc sức khỏe của gia đình ở những mức độ khác nhau, từ những điều kiện chủ quan của hộ gia đình đến các điều kiện xã hội trên địa bàn. Nhưng đáng lưu ý nhất có lẽ là trình độ "*văn hóa y tế*" nói chung còn thấp, từ đó chưa nhận thấy thái độ coi trọng đúng mực trong cách ứng xử chữa trị ốm đau. Vì vậy, đó là điều thật đáng lưu tâm đối với những người làm công tác quản lý xã hội, chăm sóc sức khỏe của nhân dân, những người làm công tác phát triển cộng đồng,v.v... là bằng các nỗ lực không mệt mỏi, tuyên truyền vận động để không ngừng nâng cao dân trí nói chung và "*văn hóa y tế - sức khỏe*" cho nhân dân.