

CHIỀU CẠNH SỨC KHỎE CỦA CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG: KHÁC BIỆT GIỚI TRONG HIỆN TƯỢNG TỰ TỬ

Hoàng Bá Thịnh

Trường Đại học Đông Á

Email: thinhhoangba@yahoo.co.uk

Ngày nhận bài: 12/8/2024; ngày hoàn thành phản biện: 26/8/2024; ngày duyệt đăng: 4/9/2024

TÓM TẮT

Ngày nay, chất lượng cuộc sống được coi như một thước đo phát triển của mỗi quốc gia và là mục tiêu mà mỗi người trong xã hội theo đuổi. Nhìn chung, chất lượng cuộc sống tỷ lệ thuận với sự hài lòng, hạnh phúc trong cuộc sống của cá nhân. Với mỗi quốc gia, chất lượng cuộc sống song hành với trình độ phát triển của đất nước, quốc gia phát triển có chất lượng sống cao hơn các quốc gia đang phát triển. Bài viết này xem xét thành tố sức khỏe của chất lượng cuộc sống liên quan đến hành vi tự tử, tập trung vào phân tích sự khác biệt giữa nam và nữ. Bài viết giới thiệu các nội dung: 1) Sơ lược khái niệm; 2) Thực trạng tự tử hiện nay; 3) Khác biệt giới trong tự tử; và 4) Mối liên hệ giữa tự tử và một số yếu tố của chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, giới, khác biệt giới trong tự tử, tự tử.

1. MỞ ĐẦU

Chất lượng cuộc sống (CLCS) ngày càng được xem là một chỉ số quan trọng đánh giá sự phát triển của một quốc gia và là một khát vọng chung của các cá nhân trong xã hội. Mối tương quan tích cực giữa CLCS và mức độ hài lòng, hạnh phúc cá nhân đã được ghi nhận rộng rãi. Ở cấp độ quốc gia, CLCS thường song hành với trình độ phát triển kinh tế - xã hội, với các quốc gia phát triển có xu hướng đạt được mức CLCS cao hơn so với các quốc gia đang phát triển. Trong phạm vi đa chiều của CLCS, sức khỏe thể chất và tinh thần đóng vai trò then chốt. Bài viết này tập trung xem xét một khía cạnh nghiêm trọng liên quan đến sức khỏe tinh thần, đó là hành vi tự tử, và đặc biệt đi sâu vào phân tích sự khác biệt về giới trong hiện tượng này. Cụ thể, nghiên cứu này nhằm mục tiêu làm rõ thực trạng tự tử hiện nay, khám phá các khác biệt đáng chú ý giữa nam và nữ, đồng thời bước đầu tìm hiểu mối liên hệ tiềm năng giữa hành vi tự tử và một số thành tố khác của CLCS.

2. NỘI DUNG

2.1. Cơ sở lý luận

Có nhiều nghiên cứu về chất lượng cuộc sống từ các cách tiếp cận khác nhau, như: Triết học, Xã hội học, Tâm lý học, Văn hóa học, Kinh tế học. Bên cạnh đó, còn có cách tiếp cận liên ngành nghiên cứu về chất lượng cuộc sống. Bài viết này trên cơ sở phân tích và tổng luận tài liệu thứ cấp trong nước và quốc tế, tiếp cận nghiên cứu chiều cạnh sức khỏe của chất lượng cuộc sống qua lăng kính giới.

2.1.1. Chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống (Quality of life) được coi như một chỉ số thể hiện mức độ hạnh phúc của con người khi được thỏa mãn cả về đời sống vật chất cũng như tinh thần. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chất lượng cuộc sống là nhận thức cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống, trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà họ đang sống, cũng như liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ. Tổ chức Liên Hợp Quốc đã thiết lập Chỉ số Phát triển Con người (Human Development Index –HDI) là chỉ số để đo lường chất lượng cuộc sống của một quốc gia. Đây là tiêu chí tổng hợp phản ánh chất lượng cuộc sống bởi chỉ số này dựa trên các khía cạnh cơ bản cơ bản nhất như GDP, giáo dục và tuổi thọ. Trong khi đó, Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) đưa ra bảng xếp hạng căn cứ vào chỉ số chất lượng cuộc sống bao gồm các tiêu chí như tình hình việc làm, tuổi thọ, chất lượng giáo dục của người dân hay tính cộng đồng của một người [5]. Chất lượng cuộc sống có thể được định nghĩa rộng rãi là một khái niệm đa chiều diễn tả nhận thức của một cá nhân về sức khỏe thể chất, tâm lý và xã hội, cũng như mối quan hệ của người đó với các đặc điểm quan trọng của môi trường của họ [4].

2.2.2. Giới

Luật bình đẳng giới (2006) giải thích thuật ngữ “Giới chỉ đặc điểm, vị trí, vai trò của nam và nữ trong tất cả các mối quan hệ xã hội” (khoản 1, điều 5). Từ lăng kính xã hội học, giới được hiểu là “Khái niệm giới không chỉ đề cập đến nam và nữ mà cả mối quan hệ giữa nam và nữ. Trong mỗi quan hệ ấy có sự phân biệt về vai trò, trách nhiệm, hành vi hoặc sự mong đợi mà xã hội quy định cho mỗi giới tính. Những quy định/mong đợi xã hội này phù hợp với đặc điểm văn hóa, chính trị, kinh tế, xã hội và tôn giáo; vì thế nó luôn biến đổi theo giai đoạn lịch sử và có khác biệt giữa các cộng đồng, xã hội.”. Giới có các đặc trưng về tính quan hệ, tính thứ bậc, tính lịch sử, bối cảnh, tính thể chế và giới có tính cá nhân và xã hội.

2.1.3. Sức khỏe

Theo WHO, sức khỏe là “*Sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội và không chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật*” [8]. Hay nói cách khác, sức khỏe con người gồm 3 phần: Sức khỏe Thể chất - Sức khỏe Tâm thần và Sức khỏe Xã hội.”. Sức khỏe tâm thần là trạng thái lành mạnh về tinh thần và ở đó, cá nhân nhận ra những năng lực của chính mình, có thể đương đầu với các stress thông thường của cuộc sống, có thể làm việc năng suất và hiệu quả, có thể tạo ra những hiệu quả lao động từ trí óc và tinh thần cho chính bản thân, cộng đồng của mình. Theo từ điển tâm lý học; sức khỏe tâm thần “là một trạng thái thoải mái, dễ chịu về tinh thần, không có các biểu hiện rối loạn về tâm thần, một trạng thái đảm bảo cho sự điều khiển hành vi, hoạt động phù hợp với môi trường”. Trong bài viết này, chúng tôi tập trung vào chiều cạnh sức khỏe tâm thần và sức khỏe xã hội, liên quan đến hành vi tự tử.

2.1.4. Tự tử

Từ cuối thế kỷ 19, khi nghiên cứu xã hội học về tự tử, nhà xã hội học nổi tiếng người Pháp là E. Durkheim đã đưa ra định nghĩa: *Tự tử được áp dụng đối với tất cả các trường hợp chết là kết quả trực tiếp hoặc gián tiếp của hành động chủ động hay thụ động của chính nạn nhân, hành động mà anh ta biết sẽ tạo ra kết quả này* [6].

Tự tử là hành động tự kết liễu cuộc đời mình theo những cách khác nhau. Đây là cái chết xảy ra khi một người tự làm hại mình vì họ muốn kết thúc cuộc sống của mình. Tự tử thường bắt nguồn từ cảm giác tuyệt vọng sâu sắc khi gặp bế tắc trong cuộc sống, không có khả năng nhìn thấy giải pháp cho các vấn đề hoặc đối phó với những hoàn cảnh sống đầy thách thức có thể khiến mọi người coi việc tự tử là giải pháp duy nhất cho hoàn cảnh lúc đó. Tự tử là hành động cố ý gây ra cái chết của chính mình và thường liên quan đến những căng thẳng phức tạp và các vấn đề sức khỏe. Tự tử xảy ra ở mọi lứa tuổi, giới tính, thu nhập, dân tộc và các yếu tố xã hội khác [7]. Thông thường, mọi người có ý định tự tử khi họ mất hy vọng và cảm thấy bất lực. Họ muốn chấm dứt nỗi đau khổ/tuyệt vọng của mình vì họ có thể không thấy lối thoát nào khác. Tự tử cũng có thể là một hành động bốc đồng xảy ra sau khi sử dụng chất gây nghiện, hoặc do một sự khủng hoảng tâm lý. Trong một số trường hợp, những người mắc các bệnh như tâm thần phân liệt có thể nghe thấy những giọng nói bảo họ tự làm hại mình. Trầm cảm là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến tự tử; những yếu tố khác bao gồm sử dụng chất gây nghiện, bệnh tật mãn tính, tiền sử gia đình tự tử và đã từng cố gắng tự tử. Sự bốc đồng thường thấy ở những thanh thiếu niên tự tử.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Trên cơ sở khai thác tài liệu trong nước và quốc tế (số liệu thống kê, bài tạp chí, báo cáo), bài viết tổng hợp, phân tích và so sánh thực trạng tự tử các quốc gia trên thế giới, tập trung vào phân tích sự khác biệt theo giới tính. Do điều kiện hạn chế nên bài

viết này không đi sâu tìm hiểu và phân tích sự khác biệt theo giới về nguyên nhân dẫn đến tự tử, cũng như không đề cập đến hành vi tự tử của nhóm LGBTQ+, đồng thời cũng chưa đi sâu phân tích mối tương quan về thu nhập và tự tử theo giới tính. Bên cạnh đó, bài viết không phân tích đa chiều các biện pháp phòng ngừa, can thiệp nhằm giảm thiểu hành vi tự tử. Hy vọng có dịp trở lại với chủ đề này.

2.3. Tự tử và khác biệt giới trong tự tử

2.3.1. Sơ lược về hiện tượng tự tử hiện nay

Theo WHO, hàng năm trên thế giới có khoảng 800.000 người chết vì tự tử, và con số có ý định tự tử còn cao hơn thế. Cứ 40 giây lại có một người chết vì tự tử ở đâu đó trên thế giới. Các nước thu nhập thấp và trung bình (LMICS) đặc biệt có nguy cơ về tự tử chiếm 75% số vụ tự tử trên toàn cầu năm 2012, trong đó các nước thu nhập thấp và trung bình ở khu vực Đông Nam Á chiếm tỷ lệ cao nhất, gần 40% tổng số vụ tự tử¹.

Năm 2022, có 5.642 vụ tự tử được ghi nhận tại Anh và xứ Wales (10,7 ca tử vong trên 100.000 người); con số này với năm 2021 (5.583 ca tử vong; 10,7 trên 100.000 người). Theo vùng của Anh, các vùng Đông Bắc, Tây Bắc, Yorkshire và The Humber, và Tây Nam có tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ chung của Anh và xứ Wales. Tỷ lệ cao nhất là ở Đông Bắc (12,8 ca tử vong trên 100.000 người), mặc dù tỷ lệ này đã giảm so với năm 2021 (14,2 ca tử vong trên 100.000 người). Tỷ lệ thấp nhất vào năm 2022 là ở London (7,0 ca tử vong trên 100.000 người), thấp hơn về mặt thống kê so với bất kỳ vùng nào của Anh [10].

Tại Việt Nam, Blum và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 17.000 trẻ vị thành niên và thanh thiếu niên; kết quả cho thấy tỷ lệ có ý định tự tử trong vòng 12 tháng so với thời điểm nghiên cứu là 2,3% tại Hà Nội, thấp nhất trong mẫu nghiên cứu (so với 8,1% tại Thượng Hải và 17% tại Đài Bắc) [2]. Tương tự, ít hơn 1% thanh thiếu niên Việt Nam có hành vi tự sát, trong khi con số này ở Thượng Hải là 1,3% và Đài Bắc là 6,9%. Báo cáo SAVY I cũng đưa ra tỷ lệ tự tử nói chung ở mức thấp - khoảng 3,4% số người được hỏi cho biết có ý định tự tử trong năm 2003 [3]. Tỷ lệ này có tăng lên trong điều tra SAVY II - 4,1% số người trong độ tuổi 14-25 cho biết họ có ý định tự tử [3]. Theo WHO, năm 2019 Việt Nam có 7249 ca tự tử, trong đó 2249 nữ và 5000 nam giới (chiếm 66,23%)².

Có sự khác biệt về tự tử theo quốc gia, vùng miền. Nước Bỉ là quốc gia Tây Âu duy nhất có tỷ lệ tự tử cao đặc biệt, xếp thứ 11 với 18,3 vụ tự tử trên 100.000 người, tỷ lệ tự tử ở Hàn Quốc cao thứ tư trên thế giới. Trong khi nhiều quốc gia gặp nhiều rắc rối nhất trên thế giới lại có tỷ lệ tự tử tương đối thấp. Afghanistan có 4,1 vụ tự tử trên

¹ WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative, Geneva, Switzerland.

² WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative, Geneva, Switzerland.

100.000 người; Iraq có 3,6 vụ và Syria chỉ có 2,0 vụ. Tổng số ca tự tử ở Nhật Bản nằm ngoài top 10, nhưng tự tử vẫn là mối quan ngại nghiêm trọng ở đó. Tự tử là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở nam giới trong độ tuổi từ 20-44 và phụ nữ trong độ tuổi từ 15-34 tuổi. Ở Trung Quốc, tự tử là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ năm và chiếm hơn một phần tư số vụ tự tử trên toàn thế giới. Sau đây là các nước có tỷ lệ tự tử cao nhất và thấp nhất (xem bảng)

Bảng 1. Mười quốc gia có tỷ lệ tự tử cao nhất và thấp nhất trên thế giới, năm 2024 (tính trên 100 ngàn dân)*

Quốc gia	Tỷ lệ tự tử	Quốc gia	Tỷ lệ tự tử
Lesotho	72.4	Antigua và Barbuda	0.4
Guyana	40.3	Barbados	0.6
Eswatini	29.4	Grenada	0.7
Hàn Quốc	28.6	Saint Vincent và Grenadines	1.0
Kiribati	28.3	Sao Tome và Principe	1.5
Micronesia	28.2	Jordan	1.6
Lithuania	26.1	Syria	2.0
Suriname	25.4	Venezuela	2.1
Nga	25.1	Honduras	2.1
Nam phi	23.5	Philippines	2.2

* Tác giả lập bảng theo số liệu từ *Suicide Rate by Country 2024*

2.3.2. Khác biệt giới trong tự tử

Trong tác phẩm nổi tiếng của nhà xã hội học E. Durkheim về *Tự tử: Một nghiên cứu xã hội học*, ông đã dành chương 3, quyển 2 để so sánh tỷ lệ tự tử giữa nam giới và nữ giới, giữa các nhóm tuổi khác nhau, tình trạng kết hôn, nơi cư trú,..

Bảng 2. Tự tử ở các độ tuổi khác nhau (trên 1 triệu người) *

Nhóm tuổi	Pháp		Phổ		Đức		Italia	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
16	2,2	1,2	10,5	3,2	9,6	2,4	3,2	1,0
16-20	36,5	31,7	122,0	50,3	210	85	32,3	12,2
20-30	130,5	44,5	231,1	60,8	396	108	77,0	18,9

30-40	155,6	44,0	235,1	55,6	-	-	72,3	19,6
40-50	204,7	64,7	347,0	61,6	551	126	102,3	26,0
50-60	217,9	74,8	-	-	906	207	140	32
60-70	274,2	83,7	-	-	-	-	147,8	34,5
70-80	317,3	91,8	529	113,9	-	-	124,3	29,1
80+	345,1	84,1	-	-	917	297	103,8	33,8

* E. Durkheim, 1995, Table IX, tr.50 (với ghi chú: số liệu bảng trên đây được lấy từ Morselli)

Bảng trên cho thấy, tỷ lệ tự tử ở nam giới nhìn chung đều cao gấp khoảng ba lần so với phụ nữ. Nước Pháp có tỷ lệ tự tử cao hơn các quốc gia khác, với cả hai nam và nữ. Đáng chú ý, độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tự tử càng nhiều, phổ biến ở cả bốn quốc gia. Nghiên cứu của E. Durkheim cũng cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ tự tử theo giới tính, cho dù theo nhóm tuổi hay tình trạng hôn nhân (bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ tự tử theo nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân và giới tính (trên 100.000 dân)*

	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	Trên 75
Nam giới							
Đã kết hôn	10,51	10,58	18,77	24,08	26,29	20,76	9,48
Độc thân/Góa	5,69	25,73	66,95	90,72	150,08	229,27	333,35
Nữ							
Đã kết hôn	2,63	2,76	4,15	5,55	7,09	4,67	7,64
Độc thân/Góa	2,99	6,14	13,23	17,05	25,98	51,93	34,69
<i>Số vụ tự tử của những người độc thân nhiều hơn bao nhiêu lần so với những người đã kết hôn (cùng giới tính và độ tuổi)</i>							
Nam	0,5	2,4	3,5	3,7	5,7	11,0	37,0
Nữ	1,13	2,22	3,18	3,04	3,66	11,12	4,5

* E. Durkheim 1952, trang .131

Nghiên cứu của Durkheim cho kết luận, dù ở độ tuổi nào, tình trạng hôn nhân ra sao và sống ở đâu, thì tỷ lệ nam giới tự tử luôn cao hơn nữ giới.

Theo WHO, vào năm 2019 toàn cầu có 759.028 (523883 nam và 235145 nữ) ca tử vong do tự tử được báo cáo trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong do tự tử toàn cầu là 9,0/100000 dân ở cả hai giới (12,6 ở nam so với 5,4 ở nữ). Tỷ lệ tự tử chuẩn hóa theo độ tuổi ở nam giới cao hơn 2,3 lần so với nữ giới. Tỷ lệ tự tử nam/nữ lớn hơn 1 cho thấy tỷ lệ tự tử ở nam giới cao hơn ở nữ giới. Trong khi tỷ lệ này chỉ hơn 3 một chút ở các quốc gia có thu nhập cao, thì tỷ lệ này lại thấp hơn ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình (các quốc gia có thu nhập thấp: 2,9; các quốc gia có thu nhập trung bình thấp: 1,8; các quốc gia có thu nhập trung bình cao: 2,6)³.

Ở cả hai giới, tỷ lệ tự tử cao nhất được tìm thấy ở khu vực châu Phi với tỷ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi (ASR = Age-Standardized Rates) là 11,2, trong khi tỷ lệ thấp nhất được báo cáo ở Đông Địa Trung Hải (ASR = 6,4). Khu vực châu Mỹ đã chứng kiến sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ tử vong do tự tử trong giai đoạn 2000-2019 không giống như các khu vực khác có xu hướng giảm. Trong số 133 quốc gia có tỷ lệ tử vong do tự tử giảm, Barbados tỷ lệ thay đổi phần trăm trung bình hàng năm (AAPC: Average Annual Percent Change) = -10,0%), Grenada (AAPC = -8,5%), Serbia (AAPC = -7,6%) và Venezuela (AAPC = -6,2%) cho thấy tỷ lệ tử vong giảm đáng kể nhất. Trong số 26 quốc gia có tỷ lệ tử vong do tự tử tăng, Lesotho (AAPC = +6,0%), Síp (AAPC = +5,1%), Paraguay (AAPC = +3,0%), Saudi Arabia (AAPC = +2,8%), Brunei (AAPC = +2,6%), Hy Lạp (AAPC = +2,6%), Georgia (AAPC = +2,1%) và Mexico (AAPC = +2,0%) nằm trong số những quốc gia có tỷ lệ tử vong tăng cao nhất [12].

Trên phạm vi toàn cầu, đối với cả hai giới, tự tử là nguyên nhân tử vong đứng thứ 4 ở những người trẻ tuổi từ 15-29 tuổi vào năm 2019 [18]. Năm 2019, tại một số quốc gia (như Australia, Belarus, Canada, Phần Lan, Đức, Nhật Bản, Kazakhstan, Mông Cổ, Montenegro, Hà Lan, Na Uy, Hàn Quốc, Liên bang Nga, Singapore, Thụy Điển, Thụy Sĩ và Anh), tự gây thương tích là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở những người trong độ tuổi từ 15 đến 34 đối với cả hai giới⁴. Các ước tính từ Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD) năm 2019 xếp hạng tự gây thương tích là nguyên nhân

³ WHO (2021) Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁴ World Health Organization (2021b). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva, Switzerland: World Health Organization.

thứ ba trong số các nguyên nhân hàng đầu gây ra những năm sống điều chỉnh theo khuyết tật ở thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 10 đến 24 ⁵.

Tại Anh và xứ Wales: Khoảng ba phần tư số vụ tự tử được ghi nhận vào năm 2022 là nam giới (4.179 ca tử vong; 74,1%), tương đương với 16,4 ca tử vong trên 100.000 người. Tỷ lệ ở nữ giới là 5,4 ca tử vong trên 100.000 người vào năm 2022, tương ứng với tỷ lệ từ năm 2018 đến năm 2021.

Số liệu thống kê các quốc gia thuộc OECD cũng cho thấy xu hướng chung nam tự tử nhiều hơn nữ.

Bảng 4. Tỷ lệ tự tử ở các quốc gia OECD, 2000-2019 (trên 100.000 dân) *

Năm	Chung	Nam	Nữ	Năm	Chung	Nam	Nữ
2019	11.97	18.10	6.06	2009	13.18	19.93	6.63
2018	12.16	18.39	6.11	2008	12.77	19.27	6.48
2017	12.35	18.82	6.10	2007	12.50	18.78	6.42
2016	12.22	18.54	6.10	2006	12.39	18.77	6.23
2015	12.48	18.80	6.38	2005	12.73	19.27	6.40
2014	12.61	19.01	6.39	2004	12.80	19.39	6.43
2013	12.77	19.28	6.45	2003	13.00	19.79	6.45
2012	12.76	19.32	6.41	2002	12.71	19.36	6.29
2011	13.09	19.75	6.60	2001	12.47	19.10	6.08
2010	13.04	19.74	6.56	2000	12.55	19.12	6.19

*OECD members Suicide Rate 1960-2024

Số liệu bảng trên cho thấy, nhìn chung tỷ lệ nam giới tự tử cao gấp khoảng 3 lần so với nữ giới, tương tự như tỷ lệ tự tử của Durkheim công bố năm 1897. Trong các lý thuyết về tâm lý, sinh học, xã hội học và nhân chủng học, sự khác biệt về giới trong tự tử phần lớn được giải thích bằng sự khác biệt trong các phương pháp tự tử được nam giới và nữ giới sử dụng, có thể khác nhau về mức độ tử vong, tính khả dụng và khả năng chấp nhận về mặt văn hóa (Hawton, 2000, Värnik và cộng sự, 2008).

Một điều đáng chú ý là, ở hầu hết các quốc gia, chúng ta thấy một “nghịch lý giới”: phụ nữ và trẻ em gái có tỷ lệ nữ trầm cảm cao hơn nam giới và có ý định và hành

⁵ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396:1204–1222.

vi tự tử cao hơn, nhưng tỷ lệ tử vong do tự tử của họ thấp hơn so với trẻ em trai và nam giới, trong khi tỷ lệ nam giới tự tử “thành công” cao hơn nữ giới. Điều này có thể do đặc điểm nam tính và nữ tính. Nghiên cứu giới qua lăng kính xã hội học có thể giải thích cho sự khác biệt về giới trong hành vi tự tử, bao gồm sự khác biệt về vai trò giới và kỳ vọng của xã hội. Ngoài ra, giới tính cũng có thể ảnh hưởng đến phương pháp mà một người quen thuộc hoặc có thể dễ dàng sử dụng. Ví dụ, nam giới thường có nhiều khả năng quen thuộc với súng ống và sử dụng chúng trong cuộc sống hàng ngày hơn phụ nữ, do đó họ có thể chọn phương pháp này thường xuyên hơn

2.3.4. Mối liên hệ giữa hành vi tự tử và chất lượng cuộc sống

Như đã nói ở trên, hành vi tự tử là do sự bế tắc trong cuộc sống (nghèo đói, thất nghiệp, thất tình, ly hôn, bệnh tật, hay những thất bại khác trong cuộc sống,...) dù là từ nguyên nhân nào (một hoặc hai hay nhiều nguyên nhân) khiến cho ai đó có hành vi tự tử, thì nó cũng ít nhiều có liên quan đến các chỉ báo/thành tố của chất lượng cuộc sống gặp trục trặc, nếu theo quan điểm phát triển con người (thu nhập, giáo dục, tuổi thọ).

Công trình kinh điển về tỷ lệ tự tử trong xã hội chắc chắn là tác phẩm "*Tự tử: Một nghiên cứu xã hội học*" của Durkheim (1897). Dựa trên một cuộc điều tra thực nghiệm cẩn thận, Durkheim đưa ra giả thuyết rằng tự tử như một hiện tượng xã hội được xác định bởi hai điều kiện xã hội: hòa nhập xã hội và quy định xã hội. Điều này thể hiện ở động cơ thúc đẩy cá nhân đi đến quyết định tự tử.

Theo Sennett, các điều kiện kinh tế đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong khuôn khổ của Durkheim về tự tử do mức độ hòa nhập và quy định xã hội thấp (còn gọi là tự tử vô tổ chức) [9]. Lý thuyết này dự đoán rằng những thay đổi kinh tế đột ngột như thay đổi về thất nghiệp và thu nhập bình quân đầu người (theo cả hai hướng) ảnh hưởng đến sự hòa nhập xã hội bằng cách gây nhầm lẫn và mất phương hướng cho mọi người. Mức độ hòa nhập xã hội thấp hơn sau đó sẽ được phản ánh trong tỷ lệ tự tử cao hơn. Một lý thuyết xã hội học khác cho phép dự đoán liên quan đến các biến kinh tế là lý thuyết Henry và Short. Theo Lester (1989), lý thuyết này nhấn mạnh đến sự thất vọng do sự thay đổi trong thứ hạng địa vị của các cá nhân [11]. Theo lý thuyết của Hendry và Short, tỷ lệ tự tử sẽ đặc biệt cao trong các nhóm xã hội chịu nhiều thiệt thòi nhất trong suy thoái kinh tế. Có lẽ nghiên cứu toàn diện nhất sử dụng dữ liệu vi mô là do Qin và cộng sự (2003) cung cấp. Các tác giả điều tra toàn bộ tập hợp hơn 21.000 vụ tự tử xảy ra ở Đan Mạch từ năm 1981 đến năm 1997. Sử dụng mã định danh cá nhân duy nhất được cấp cho mỗi người sống ở Đan Mạch, họ liên kết các mục nhập trong sổ đăng ký tử vong với thông tin hàng năm từ Cơ sở dữ liệu tích hợp cho Nghiên cứu thị trường lao động. Qin và cộng sự (2003) ước tính hồi quy logistic và kiểm soát các yếu tố kinh tế xã hội, dân tộc, khu vực cư trú, bệnh tật và nhập viện tâm thần. Họ phát hiện ra rằng nguy cơ tự tử của những cá nhân trong tứ phân vị thu nhập thấp nhất cao hơn đáng kể so với tứ phân vị thu nhập cao nhất. Tác động này rõ rệt hơn ở nam giới so với

nữ giới [14]. Những kết quả này được xác nhận bởi Agerbo, Sterne và Gunnell (2007) [1].

Các mô hình được xác định bởi tài liệu tâm lý phù hợp với kết quả từ kinh tế học hạnh phúc. Một phát hiện mạnh mẽ của tài liệu này là mối liên hệ tích cực giữa hạnh phúc chủ quan tự báo cáo và thu nhập cá nhân trong một nhóm cá nhân (Frey và Stutzer 2002, Easterlin 2001). Theo Easterlin (2001), hạnh phúc phụ thuộc vào khoảng cách giữa các điều kiện vật chất thực tế và nguyện vọng. Những điều sau được hình thành bởi sự so sánh xã hội (ví dụ: thu nhập tương đối) và kinh nghiệm trong quá khứ (hoàn cảnh gia đình và so sánh với bạn bè đồng trang lứa khi còn nhỏ). Ở một mức thu nhập nhất định, tiện ích kinh nghiệm cao hơn khi mong muốn về thu nhập thấp hơn. Về tình trạng thất nghiệp, Di Tella, và cộng sự (2001) phát hiện ra rằng tình trạng thất nghiệp của cá nhân làm giảm mức độ hài lòng với cuộc sống 0,33 điểm trên thang điểm từ 1 đến 4 trong một mẫu gồm 12 quốc gia châu Âu và Hoa Kỳ. Trong khi đó, tỷ lệ thất nghiệp tăng 1% làm giảm mức độ hạnh phúc trung bình 0,02 điểm. Mối liên hệ tiêu cực và có ý nghĩa cao giữa tình trạng thất nghiệp và hạnh phúc đã được xác nhận bởi các nghiên cứu khác (xem Frey và Stutzer 2002).

Một nghiên cứu dựa trên 26 quốc gia châu Âu báo cáo rằng cứ tăng 1% tỷ lệ thất nghiệp có liên quan đến 0,79% nguy cơ tự tử dành cho nhóm tuổi dưới 65 tuổi [15]. Mức độ khó khăn về tài chính và vấn đề loại trừ xã hội cũng trở nên tồi tệ hơn, đặc biệt là đối với những người đã có nguy cơ. Tuy nhiên, theo số liệu của WHO, năm 2019 cho thấy không phải tất cả các nước có thu nhập cao thì tỷ lệ tự tử thấp hơn các quốc gia có thu nhập thấp và ngược lại⁶.

Từ những kết quả của nghiên cứu khác nhau, có thể thấy rằng ý định tự tử không chỉ bị ảnh hưởng bởi một yếu tố duy nhất mà có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Tự tử là sự kết hợp của các yếu tố như đặc điểm tính cách của cá nhân, mức độ căng thẳng hoặc khả năng đối phó với các sự kiện khác nhau, sự hỗ trợ xã hội, mức độ hội nhập và những hạn chế về tinh thần hoặc thể chất ảnh hưởng đến hành vi tự tử. Tùy theo độ tuổi hoặc các đặc điểm nhân khẩu học mà có thêm các yếu tố như: bị bắt nạt, cô đơn, lạm dụng chất gây nghiện/bia rượu; gia đình có tiền sử tự tử, hoặc nghiện Internet...vv, sẽ tạo thêm động lực thúc đẩy hành vi tự tử của một con người.

3. KẾT LUẬN

Tự tử xảy ra trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến mọi cá nhân ở mọi quốc gia, nền văn hóa, tôn giáo, giới tính và tầng lớp xã hội, là nguyên nhân đứng thứ 17 trong các

⁶ WHO (2021) Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

nguyên nhân dẫn đến tử vong. Có dấu hiệu cho thấy cứ mỗi người lớn chết vì tự tử thì có thể có hơn 20 người khác cố gắng tự tử⁷. Trầm cảm là một yếu tố có tầm quan trọng, nhưng các yếu tố khác cần xem xét là học vấn, hiệu suất, tình trạng thể chất, sức khỏe tinh thần và hạnh phúc, tình hình kinh tế, khó khăn về tài chính, hiệu suất làm việc và sự hài lòng chung về cuộc sống. Ngoài ra, các yếu tố bẩm sinh khác, chẳng hạn như rối loạn tâm thần và bất thường khi sinh, có thể làm tăng khả năng mắc chứng trầm cảm của một người, dù là một đợt thỉnh thoảng hay một căn bệnh suốt đời.. Dữ liệu thống kê trên phạm vi toàn cầu hay từng quốc gia đều cho thấy dù ở độ tuổi nào nam giới luôn tự tử nhiều hơn phụ nữ. Theo vai trò giới truyền thống, nam giới chịu nhiều áp lực do công việc, cạnh tranh trong sự nghiệp, vai trò trụ cột trong gia đình,..vv. nên khi gặp thất bại, bế tắc trong cuộc sống thì dễ có hành vi tuyệt vọng, tự gây tổn hại đến sinh mạng.

Nếu như chất lượng cuộc sống được đo bằng trình độ phát triển của quốc gia hay chỉ số phát triển con người, thì có thể thấy về số lượng thống kê cơ bản đúng theo quy luật: chất lượng cuộc sống cao thì tỷ lệ tự tử thấp, dù có một vài ngoại lệ, như Hàn Quốc và Nhật Bản. Quy luật này cũng đúng nếu so sánh tự tử theo giới. Năm 2022, có khoảng 35,3 nam và 15,1 nữ tử vong do tự tử trên 100.000 dân ở Hàn Quốc. Tỷ lệ tự tử ở nam giới cao gấp đôi so với nữ giới. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy ở các quốc gia có thu nhập cao khi có bất ổn kinh tế có mối tương quan tích cực với tự tử, trong khi không có mối liên hệ nào được ghi nhận ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp.

Tự tử là một vấn đề nghiêm trọng trong lĩnh vực sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là sức khỏe tâm thần. Tự tử gây nên những mất mát nghiêm trọng không chỉ về sinh mạng mà còn tổn thất về kinh tế. Gánh nặng kinh tế do tự tử và tự gây tổn thương của nước Mỹ mỗi năm khoảng 500 tỷ USD. Tại Australia, năm 2022, “tự tử và thương tích tự gây ra” là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trong số tất cả mọi người, với tổng số năm bị mất (YLL : years of life lost) ước tính là 159.200. Khoảng 121.200 YLL đã mất do tự tử và tự gây thương tích ở nam giới và 38.000 YLL ở nữ giới (Australian Institute of Health and Welfare, 2022)

Do tầm quan trọng của vấn đề tự tử, nên WHO và Mục tiêu Phát triển Bền vững của Liên Hợp Quốc đặt mục tiêu giảm một phần ba tỷ lệ tử vong do tự tử vào năm 2030⁸. Giảm một phần ba tỷ lệ tử vong do tự tử trên toàn cầu vừa là chỉ số vừa là mục tiêu (mục tiêu duy nhất về sức khỏe tâm thần) trong Mục tiêu Phát triển Bền vững

⁷ WHO (2021) Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁸ WHO (2021) Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(SDG) do Liên Hợp Quốc giao phó “Bảo đảm cuộc sống khỏe mạnh và tăng cường hạnh phúc cho mọi người ở mọi lứa tuổi...” (Mục tiêu 3). Để giảm tỷ lệ tử vong do tự tử, các quốc gia cần giải quyết nhiều yếu tố cơ bản phổ biến cộng lại và khiến một người có nhiều khả năng chọn tự tử như một lối thoát. Bên cạnh các liệu pháp trị liệu tâm lý giải quyết sự lo lắng, trầm cảm, căng thẳng do những áp lực khác nhau trong cuộc sống, thì việc tạo việc làm và tăng thu nhập là một giải pháp tốt trong phòng ngừa tự tử. Một nghiên cứu dữ liệu về tự tử ở 175 quốc gia trong thời gian 27 năm cho thấy, GDP có thể đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tự tử: cứ tăng 1.000 USD trong GDP bình quân đầu người, tỷ lệ tự tử giảm 2%. Nghĩa là, nếu GDP bình quân đầu người trên thế giới tăng 1.000 USD, mức tăng này sẽ đi kèm với việc giảm 14.000–15.000 ca tử vong do tự tử mỗi năm trên toàn cầu (tức là 2% số ca tử vong do tự tử hàng năm, khoảng 800.000) [13]. Nghiên cứu này cũng cho thấy, khi kinh tế khủng hoảng, bấp bênh thì số ca tự tử tăng. Ví dụ, tình trạng thất nghiệp ảnh hưởng đến tỷ lệ tự tử ở nam và nữ khác nhau, đồng thời cũng gây ra những tác động theo độ tuổi: tỷ lệ thất nghiệp tăng 1% làm tăng tỷ lệ tự tử ở nam giới thêm 1% so với nữ giới; nếu chỉ xét đến tác động của tình trạng thất nghiệp đối với riêng nam giới, con số này sẽ tương ứng với hơn 5.000 ca tử vong do tự tử ở nam giới mỗi năm. Cũng cần có quan niệm linh hoạt về vai trò giới, không nên mặc định nam giới là trụ cột kinh tế của gia đình, cần thay đổi quan niệm truyền thống về nam giới là “người kiếm bánh mì” còn phụ nữ là người nội trợ, chăm sóc gia đình. Tương tự, quan niệm về nam tính và nữ tính cũng không nên cứng nhắc, không nên định kiến nam giới là phái mạnh còn phụ nữ là phái yếu. Ngoài ra, cần xây dựng môi trường gia đình, cộng đồng thân thiện, chia sẻ, quan tâm và hỗ trợ lẫn nhau, nhất là với những người có hoàn cảnh khó khăn, yếu thế. Làm được như vậy, chính là nâng cao chất lượng sống, để chỉ số phát triển con người tăng dần theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Agerbo, E., J. S. Sterne, and D. J. Gunnell (2007). Combining Individual Level and Ecological Data to Determine Compositional and Contextual Socio-Economic Risk Factors of Suicide, *Social Science & Medicine*, 64, 451 - 461.
- [2]. Blum, R., Sudhinaraset, M. and Emerson, M.R., (2012). Youth at Risk: Suicidal Thoughts and Attempts in Viet Nam, China, and Taiwan, *Journal of Adolescent Health*, 50 (3 SUPPL.). Elsevier Inc.: S37-44
- [3]. Bộ Y Tế (2005). *Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam*, Bộ Y tế Việt Nam, Hà Nội.
- [4]. Di Tella, R., R. J. MacCulloch, and A. J. Oswald (2001). *Preferences over Inflation and Unemployment: Evidence from Surveys of Happiness*, *The American Economic Review*, 91(1), 335-342
- [5]. Divine R.L., Lepisto L. (2005). Analysis of the healthy lifestyle consumer, *J. Consum. Mark.* ;22:275–283. doi: 10.1108/07363760510611707.
- [6]. Durkheim, E. (1952). *Suicide: A Study in Sociology*. (G. Simpson, Ed., J. A. Spaulding, & G. Simpson, Trans.)m London: Routledge
- [7]. Easterlin, R. A. (2001). Income and Happiness: Towards a Unified Theory, *The Economic Journal*, 111(473), 465-484
- [8]. Farhud D.D (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iran. J. Public Health.* ;44:1442–1444.
- [9]. Frey, B. S., and A. Stutzer (2002) What Can Economists Learn From Happiness Research?, *Journal of Economic Literature*, 40(2), 402-435
- [10]. Lauren Revie, Emyr John and David Mais (2023) Suicides in England and Wales: 2022 registrations; *Office for National Statistics* (ONS), ONS website, statistical bulletin.
- [11]. Lester, D. (1989). *Suicide from a Sociological Perspective*, Charles C Thomas
- [12]. Milena Ilic and Irena Ilic (2022). *Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis*; *World J Psychiatry*. 2022 Aug 19; 12(8): 1044–1060.
- [13]. Nicola Meda, Alessandro Miola, Irene Slongo, Mauro Agostino Zordan, and Fabio Sambataro (2022) The impact of macroeconomic factors on suicide in 175 countries over 27 years, *Suicide Life Threat Behav.* 2022 Feb; 52(1): 49–58
- [14]. Qin, P., E. Agerbo, and P. B. Mortensen (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National RegisterBased Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997, *American Journal of Psychiatry*, 160, 765{772
- [15]. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323.

HEALTH DIMENSIONS OF QUALITY OF LIFE: GENDER DIFFERENCES IN SUICIDE

Hoang Ba Thinh

Dong A Univierstiy

Email: thinhhoangba@yahoo.co.uk

ABSTRACT

Quality of life is considered as a fundamental indicator of a nation's development and as an aspirational goal pursued by every individual in society. In general, quality of life is proportional to the individual's overall satisfaction and sense of happiness. At the national level, quality of life is closely linked to the country's stage of development; developed countries typically exhibit higher quality of life standards compared to developing nations. This article investigates the health-related aspect of quality of life as it pertains to suicidal behavior, emphasizing the analysis of gender differences between males and females. The article introduces the following contents: 1) Overview of the concept; 2) Current status of suicide; 3) Gender differences in suicide; and 4) The relationship between suicide and some factors of quality of life.

Key word: Gender, gender differences in suicide, quality of life; suicide.



Hoàng Bá Thịnh sinh ngày 14/02/1956 tại Bắc Giang. Ông tốt nghiệp cử nhân chuyên ngành Triết học năm 1988 và ngành Xã hội học năm 1991 tại trường Đại học Tổng hợp Hà Nội; tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Xã hội học năm 1997 và hoàn thành luận án Tiến sĩ vào năm 2001 tại trường Đại học KHXH&NV Hà Nội. Ông công tác tại trường Đại học KHXH&NV, ĐHQG Hà Nội từ năm 1995 tới nay.

Lĩnh vực nghiên cứu: Gia đình và Giới, Dân số và An sinh xã hội.