BAN KHOA GIÁO TRUNG ƯƠNG

TRIỂN KHAI THỰC HIỆN

CHỈ THỊ 54-CT/TW CỦA BAN BÍ THƯ TRUNG ƯƠNG ĐẢNG KHÓA IX VỀ TĂNG CƯỜNG LÃNH ĐẠO CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS TRONG TÌNH HÌNH MỚI

(Tài liệu lưu hành nội bộ)

HÀ NỘI - 02/2006

BAN KHOA GIÁO TRUNG ƯƠNG

ĐẢNG ỦY KHỐI CƠ QUAN KHOA GIÁO TW

TRIỂN KHAI THỰC HIỆN CHỈ THỊ 54-CT/TW CỦA BAN BÍ THƯ TRUNG ƯƠNG ĐẢNG KHÓA IX VỀ TĂNG CƯỜNG LÃNH ĐẠO CÔNG TÁC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS TRONG TÌNH HÌNH MỚI

(LƯU HÀNH NỘI BỘ)

HÀ NỘI – 2006

Chủ biên: GS. TSKH. Phạm Mạnh Hùng

Nhóm biên tập:

Ths. Vũ Thị Kim Anh

BS. Nguyễn Thị Kim Liên

BS. Lê Duy Sớm

BS. Nguyễn Đình Thuyên

TS. Trương Anh Tuấn

TS. Võ Đình Vinh

Tài liệu bồi dưỡng cán bộ khoa giáo các cấp và cán bộ làm công tác lãnh đạo chỉ đạo phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc sức khỏe sinh sản ở cơ sở

(Cuốn sách này được in với sự tại trợ của UNDP và SIDA)

MỤC LỤC

Lời nói đầu 5

- Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng (khóa IX) về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới 9
- Hướng dẫn thực hiện Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng (Khóa IX) về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới 14
- Quán triệt Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương đảng (khóa IX) "về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới" 19
- Đổi mới công tác thông tin, giáo dục và truyền thông trong phòng, chống HIV/AIDS 57
- Một số vấn đề sức khoẻ tình dục và sinh sản qua cuộc điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên việt nam 69
- Ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội 123
- Dịch tễ và dự báo xu hướng phát triển HIV/AIDS ở Việt nam 141
- Chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS 167
- Chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS 191
- Giảm tác hại đề phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS 215

Phụ lục 1: Nội dung chính bài giảng "Sức khỏe sinh sản thanh thiếu niên" 230

Phụ lục 2: Một số khai niệm liên quan đến HIV/AIDS 241

Phụ lục 3: Mối tương quan đơn biến của các biến độc lập với các biến phụ thuộc và ý nghĩa của thông kê 245

LỜI NÓI ĐẦU

Trên thế giới, HIV/AIDS đã trở thành đại dịch và là mối hiểm hoạ đối với nhân loại. Nhận thấy tính chất nguy hiểm của HIV/AIDS, ngày 11 tháng 3 năm 1995, Ban Bí thư Trung ương Đảng (khoá VII) đã ban hành Chỉ thị số 52-CT/TW "về lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS". Sau 10 năm thực hiện Chỉ thị của Ban Bí thư, công tác phòng chống HIV/AIDS đã thu được những kết quả nhất định, kiềm chế được tốc độ gia tăng số người nhiễm HIV/AIDS.

Tuy nhiên, đến nay ở nước ta, tình hình lây nhiễm HIV/AIDS vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp và đang đe dọa trực tiếp đến sức khoẻ, tính mạng con người, trật tự an toàn xã hội. Trước tình hình đó, ngày 30 tháng 11 năm 2005 Ban Bí thư Trung ương Đảng (Khóa IX) đã ban hành Chỉ thị số 54- CT/TW "về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới".

Chỉ thị của Ban Bí thư đã chỉ rõ những thành tích đạt được, những khó khăn, yếu kém và nguyên nhân chủ yếu trong quá trình thực hiện Chỉ thị 52-CT/TW đồng thời nêu lên những khó khăn, thách thức đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS của nước ta trong thời gian tới.

Chỉ thị cũng đề ra những nhiệm vụ cấp bách và những giải pháp cần thực hiện trong công tác lãnh đạo, chỉ đạo phòng chống HIV/AIDS trong thời gian tới.

Chỉ thị số 54- CT/TW "về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới" là cơ sở chính trị quan trọng để nâng cao nhận thức và trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo, tổ chức triển khai thực hiện và kiểm tra giám sát của các cấp uỷ đảng, chính

quyền, các tổ chức, đoàn thể chính trị-xã hội và của từng đảng viên đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS; tăng cường lãnh đạo sự phối hợp liên ngành, đẩy mạnh xã hội hóa, động viên toàn dân, toàn xã hội tham gia hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Nhằm nâng cao nhận thức và vai trò của hệ thống khoa giáo các cấp đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS trong quá trình chỉ đạo, tổ chức triển khai Chỉ thị 54- CT/TW ở cơ sở, Ban Khoa giáo Trung ương đã chỉ đạo biên soạn cuốn tài liệu " Triển khai thực hiện Chỉ thị số 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng khóa IX về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới".

Tài liệu này do tập thể cán bộ của Ban Khoa giáo Trung ương biên soạn trên cơ sở kết quả của các Hội thảo khoa học về Phòng, chống HIV/AIDS đã được tiến hành trong quá trình chuẩn bị Chỉ thị 54- CT/TW.

Tài liệu gồm 3 phần chính:

- Phần I trình bày nguyên văn Chỉ thị 54-CT/TW và Hướng dẫn thực hiện Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư "về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới".

- Phần II trình bày các bài giảng về quán triệt Chỉ thị 54 CT/TW và chăm sóc sức khỏe sinh sản (một chuyên đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe vị thành niên và thanh niên và phòng, chống HIV/AIDS).

- Phần III là các chuyên đề về HIV/AIDS.

Ngoài ra còn có phụ lục trình bày một số khái niệm liên quan đến HIV/AIDS nhằm giúp người đọc dễ tiếp thu những nội dung được trình bày trong tài liệu.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng trong quá trình biên tập song chắc chắn không tránh khỏi những khiếm khuyết. Chúng tôi trân trọng và xin cám ơn các ý kiến góp ý để tài liệu được hoàn thiện.

Nhân dịp này Ban Khoa giáo Trung ương xin cám ơn Hội đồng dân số về sự phối hợp với Ban trong việc bồi dưỡng và nâng cao nhận thức và kỹ năng của cán bộ khoa giáo các cấp trong lĩnh vực tham mưu và chỉ đạo công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại cơ sở.

Chúng tôi cũng xin cám ơn UNDP và SIDA đã hỗ trợ cho việc in ấn tài liệu.

GS. TSKH Phạm Mạnh Hùng

Phó Trưởng ban Khoa giáo Trung ương

BAN CHẤP HÀNH TRUNG ƯƠNG **ĐẢNG CỘNG SẢN VIỆT NAM**

*

Số 54 - CT/TW *Hà Nội, ngày 30 tháng 11 năm 2005*

CHỈ THỊ
CỦA BAN BÍ THƯ

Về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới

---

Trên thế giới, HIV/AIDS đã trở thành đại dịch và là mối hiểm hoạ đối với nhân loại. Nhận thấy tính chất nguy hiểm của HIV/AIDS, ngày 11 tháng 3 năm 1995, Ban Bí thư Trung ương Đảng (khoá VII) đã ban hành Chỉ thị số 52-CT/TW "về lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS". Sau 10 năm thực hiện Chỉ thị của Ban Bí thư, công tác phòng chống HIV/AIDS đã thu được những kết quả nhất định, kiềm chế được tốc độ gia tăng số người nhiễm HIV/AIDS.

Tuy nhiên, đến nay ở nước ta, tình hình lây nhiễm HIV/AIDS vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp. HIV/AIDS xuất hiện ở tất cả các tỉnh, thành phố và có xu hướng ngày càng lan rộng. Ngoài các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cao (tiêm chích ma tuý, mại dâm, tình dục đồng giới ...), tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ mang thai, trẻ em và thanh

niên cũng tăng nhanh. HIV/AIDS đang đe dọa trực tiếp đến sức khoẻ, tính mạng con người, trật tự an toàn xã hội, đến sự phát triển của đất nước, tương lai của giống nòi.

Tình hình trên do nhiều nguyên nhân, nhưng nguyên nhân chủ yếu là các cấp uỷ đảng, chính quyền chưa nhận thức đầy đủ về trách nhiệm lãnh đạo thực hiện và kiểm tra, giám sát việc thực hiện Chỉ thị 52-CT/TW của Ban Bí thư. Công tác tuyên truyền, giáo dục còn hạn chế; sự phối hợp giữa các cấp, các ngành, các tổ chức trong hệ thống chính trị chưa chặt chẽ, còn kém hiệu quả; tổ chức bộ máy phòng, chống HIV/AIDS không ổn định, đội ngũ cán bộ chuyên trách làm công tác này vừa thiếu, vừa yếu; đầu tư quá thấp so với yêu cầu nhiệm vụ.

Quyết không để HIV/AIDS phát triển tràn lan thành đại dịch ở nước ta thời gian tới, Ban Bí thư yêu cầu các cấp uỷ đảng tăng cường lãnh đạo lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS, thực hiện tốt những yêu cầu sau đây:

1. Tạo chuyển biến mạnh mẽ về nhận thức và ý thức trách nhiệm của các cấp uỷ đảng, các cấp chính quyền, các đoàn thể xã hội và của mọi người dân đối với nhiệm vụ lãnh đạo và tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS. Các cấp uỷ đảng và các cấp chính quyền cần xác định rõ phòng, chống HIV/AIDS là nhiệm vụ vừa cấp bách vừa lâu dài; thường xuyên theo dõi, phân tích, đánh giá tình hình lây nhiễm HIV/AIDS trong ngành và địa phương, có kế hoạchthực hiện các giải pháp cần thiết nhằm phòng, chống HIV/AIDS gắn với phòng, chống các tệ nạn ma túy, mại dâm và với các chương trình

phát triển kinh tế - xã hội; lãnh đạo, chỉ đạo chặt chẽ việc tổ chức thực hiện và kiểm tra, giám sát thực hiện.

2. Các ngành chức năng coi trọng xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS; ban hành chính sách, chế độ để hỗ trợ việc chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, quan tâm thích đáng đến quyền lợi của người tham gia phòng, chống HIV/AIDS.

3. Đổi mới, đa dạng hoá và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là đến các thanh, thiếu niên và nhóm người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS (tiêm chích ma tuý, mại dâm và tình dục đồng giới nam..), nhằm xây dựng nhận thức đúng về nguy cơ và hiểm họa của dịch HIV/AIDS, có thái độ, hành vi, cư xử đúng đối với người nhiễm HIV/AIDS, có tinh thần tích cực tham gia phòng, chống căn bệnh này; gắn phòng, chống HIV/AIDS với xây dựng gia đình văn hoá, làng, bản văn hoá, cơ quan, đơn vị văn hoá; xây dựng lối sống lành mạnh, phù hợp với chuẩn mực đạo đức xã hội.

4. Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS từ Trung ương đến địa phương. Nâng cao hiệu quả phối hợp liên ngành trong phòng, chống HIV/AIDS.

5. Tăng mức đầu tư của Nhà nước, tích cực huy động sự đóng góp của toàn xã hội, mở rộng hợp tác nhằm tranh thủ tối đa sự hỗ trợ của cộng đồng quốc tế cho nhiệm vụ phòng, chống HIV/AIDS. Quản lý chặt chẽ, sử dụng có hiệu quả các nguồn đầu tư; ưu tiên đầu tư cho

việc mở rộng và nâng cao chất lượng các hoạt động tuyên truyền, giáo dục, cho công tác chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS, quản lý và giám sát dịch tễ, tăng cường nghiên cứu khoa học và triển khai ứng dụng các thành tựu nghiên cứu trong, ngoài nước về phòng, chống HIV/AIDS.

6. Đẩy mạnh xã hội hoá công tác phòng, chống HIV/AIDS. Phát huy truyền thống tương thân, tương ái, chăm sóc, giúp đỡ của cộng đồng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS; tạo điều kiện để những người nhiễm bệnh và gia đình họ thấy rõ trách nhiệm, tự giác tham gia tích cực các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS; khuyến khích các đoàn thể chính trị - xã hội, các tổ chức phi chính phủ, cá nhân trong nước và nước ngoài tham gia phòng, chống HIV/AIDS; tiến tới thành lập tổ chức xã hội phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam.

Đảng đoàn Quốc hội chỉ đạo việc xây dựng và bổ sung, hoàn thiện hệ thống luật pháp; Ban cán sự đảng Chính phủ chỉ đạo việc xây dựng và triển khai chương trình hành động, các cơ chế, chính sách có liên quan để thực hiện Chỉ thị.

Các cấp uỷ đảng, ban cán sự đảng các bộ, ngành, Đảng đoàn Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Liên hiệp thanh niên Việt Nam, đảng đoàn các đoàn thể chính trị - xã hội xây dựng các chương trình, kế hoạch hành động cụ thể thực hiện chương trình hành động của Chính phủ và Chỉ thị của Ban Bí thư.

Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với Ban cán sự đảng Bộ Văn hoá - Thông tin và các cơ quan liên quan chỉ đạo

tăng cường và nâng cao chất lượng công tác thông tin, tuyên truyền, giáo dục về phòng, chống HIV/AIDS.

Ban Khoa giáo Trung ương chủ trì, phối hợp với Ban cán sự đảng Bộ Y tế hướng dẫn, kiểm tra, đánh giá và định kỳ báo cáo Ban Bí thư về tình hình thực hiện Chỉ thị.

Chỉ thị này được phổ biến và quán triệt đến chi bộ.

T/M BAN BÍ THƯ

(đã ký)

Phan Diễn

Nơi nhận:
- Các tỉnh uỷ, thành uỷ,
- Các ban đảng, ban cán sự đảng, đảng đoàn, đảng uỷ trực thuộc TW,
- Các đồng chí Uỷ viên Ban Chấp hành Trung ương,
- Lưu Văn phòng Trung ương.

BAN CHẤP HÀNH TRUNG ƯƠNG
BAN KHOA GIÁO
*
Số 15 - HD/BKGTW-BCSĐ

ĐẢNG CỘNG SẢN VIỆT NAM

Hà Nội, ngày 14 tháng 02 năm 2006

HƯỚNG DẪN

Thực hiện Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư "về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới"

Ngày 30 tháng 11 năm 2005, Ban Bí thư đã ban hành Chỉ thị số 54-CT/TW về việc tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới (sau đây gọi tắt là Chỉ thị 54).

Thực hiện nhiệm vụ được Ban Bí thư phân công, Ban Khoa giáo Trung ương thống nhất với Ban cán sự Đảng Bộ Y tế hướng dẫn việc tổ chức quán triệt và triển khai thực hiện Chỉ thị 54 như sau:

I. YÊU CẦU

1. Các cấp uỷ đảng, chính quyền, các tổ chức chính trị - xã hội, đảng viên và nhân dân cần nhận thức sâu sắc tầm quan trọng Chỉ thị 54 trong công tác phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta; phải tạo được sự chuyển biến mạnh mẽ nhận thức về mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp của công tác phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới. Các

cấp uỷ đảng phải xác định phòng, chống HIV/AIDS là nhiệm vụ vừa cấp bách, vừa lâu dài, gắn với các chương trình phát triển kinh tế-xã hội của ngành và địa phương; phải nhận thức rõ trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo, tổ chức triển khai thực hiện và kiểm tra, giám sát của các cấp uỷ đảng, chính quyền, các tổ chức chính trị - xã hội và từng đảng viên đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2. Xây dựng chương trình hành động và kế hoạch triển khai thực hiện Chỉ thị 54 một cách thiết thực, cụ thể phù hợp với tình hình thực tế của từng địa phương, bộ, ngành, đoàn thể.

3. Coi trọng công tác kiểm tra giám sát, sơ kết, tổng kết báo cáo rút kinh nghiệm trong quá trình thực hiện Chỉ thị 54.

II. TỔ CHỨC QUÁN TRIỆT CHỈ THỊ

1. Ban khoa giáo Trung ương phối hợp với Ban cán sự Đảng Bộ Y tế tổ chức quán triệt Chỉ thị 54 đến cán bộ chủ chốt, cán bộ quản lý của các bộ, ngành, đoàn thể và các tỉnh, thành phố; đến cán bộ chuyên trách khoa giáo các tỉnh, thành uỷ và các quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh.

2. Ban cán sự đảng các bộ, ngành, Đảng đoàn các đoàn thể Trung ương, Ban Thường vụ tỉnh, thành uỷ trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm tổ chức việc học tập, quán triệt cho đội ngũ cán bộ, đảng viên thuộc địa bàn và phạm vi phụ trách.

3. Ban Tuyên giáo tỉnh uỷ, thành uỷ chỉ đạo Ban Tuyên giáo các quận, huyện, thị xã tham mưu cho cấp uỷ tổ chức quán triệt Chỉ thị 54 tới từng chi bộ và đảng viên.

III. TỔ CHỨC CHỈ ĐẠO THỰC HIỆN CHỈ THỊ

1. Xây dựng chương trình hành động

Các cấp uỷ đảng các tỉnh, thành uỷ, Ban cán sự đảng các bộ, ngành, Đảng đoàn Mặt trận Tổ quốc Việt nam, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Hội Liên hiệp Thanh niên Việt nam, Đảng đoàn các đoàn thể chính trị, xã hội lãnh đạo và chỉ đạo việc xây dựng chương trình hành động cụ thể để thực hiện Chỉ thị 54.

Một số điểm cần lưu ý khi xây dựng chương trình hành động:

Chương trình hành động thực hiện Chỉ thị 54 cần căn cứ vào nội dung Chỉ thị; bám sát các mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp trong Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 đã được chính phủ phê duyệt; cần phù hợp với thực tiễn từng địa phương, từng bộ, ngành.

Chương trình hành động cần xác định rõ các mục tiêu, giải pháp cụ thể để thực hiện, trong đó chú trọng đến giải pháp đầu tư các nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Chương trình hành động của các tỉnh, thành phố cần được Hội đồng Nhân dân cùng cấp thông qua.

2. Tổ chức thực hiện chương trình hành động

Việc tổ chức triển khai chương trình hành động thực hiện Chỉ thị 54 cần được phân ra từng giai đoạn và thời gian cụ thể để giải quyết một cách có trọng điểm và hiệu quả từng nhiệm vụ, mục tiêu đã đề ra.

Khẩn trương kiện toàn tổ chức, bộ máy làm công tác phòng, chống HIV/AIDS từ Trung ương đến cơ sở để đáp ứng với yêu cầu, nhiệm vụ. Chú trọng đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ chuyên trách và cộng tác viên làm công tác phòng, chống HIV/AIDS ở xã, phường, thôn, bản...

Hàng năm, các cấp, các ngành, các địa phương cần bố trí đủ kinh phí đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ của công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Ban Tuyên giáo các tỉnh, thành ủy phối hợp với tổ chức đảng Sở Y tế tham mưu cho tỉnh, thành ủy xây dựng chương trình hành động và tổ chức thực hiện thành công chương trình hành động thực hiện Chỉ thị 54.

IV. KIỂM TRA VÀ BÁO CÁO

Cấp ủy đảng các bộ, ngành, đoàn thể, các địa phương, thường xuyên tổ chức kiểm tra (định kỳ và đột xuất) việc thực hiện Chỉ thị 54.

1. Ban Tuyên giáo tỉnh, thành uỷ phối hợp với tổ chức đảng Sở Y tế kiểm tra, đánh giá tình hình của địa phương, kịp thời giải quyết những vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hiện Chỉ thị 54; 6 tháng, một năm tổng hợp, đánh giá rút kinh nghiệm báo cáo Ban Thường vụ tỉnh, thành uỷ, Hội đồng Nhân dân cùng cấp để có biện pháp lãnh đạo, chỉ đạo phù hợp.

2. Ban Khoa giáo Trung ương phối hợp với Ban cán sự Đảng Bộ Y tế kiểm tra, đánh giá việc thực hiện Chỉ thị 54 tại các bộ, ngành và địa phương.

3. Định kỳ 6 tháng, một năm, Ban Thường vụ tỉnh uỷ, thành uỷ, Ban cán sự Đảng đoàn các bộ, ngành, đoàn thể Trung ương gửi báo cáo kết quả thực hiện Chỉ thị 54 về Ban Khoa giáo Trung ương để Ban tổng hợp trình Ban Bí thư.

T/M BAN CÁN SỰ ĐẢNG BỘ Y TẾ	**TRƯỞNG BAN KGTW**
BÍ THƯ	
(đã ký)	*(đã ký)*
Trần Thị Trung Chiến	**Đỗ Nguyên Phương**

Nơi nhận:

- Như trên
- Ban Bí thư (để báo cáo);
- Đ/c Nguyễn Khoa Điềm (để báo cáo);
- Phó thủ tướng Phạm Gia Khiêm (để báo cáo);
- Văn Phòng TW Đảng; Các Ban của Đảng; Đảng đoàn QH; Ban Cán sự Đảng Chính phủ; Ban Cán sự Đảng và Đảng đoàn các bộ, ngành, đoàn thể TW
- Ban Thường vụ, Ban Tuyên giáo các tỉnh, thành uỷ
- Lưu Ban KGTW, Bộ Y tế.

QUÁN TRIỆT CHỈ THỊ 54/CT-TW VÀ CÁC VĂN KIỆN ĐẠI HỘI X CỦA ĐẢNG VỀ " TĂNG CƯỜNG LÃNH ĐẠO CÔNG TÁC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS TRONG TÌNH HÌNH MỚI"

GSTSKH Phạm Mạnh Hùng

Phó trưởng ban Ban KGTW

Năm 1990, trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở nước ta được phát hiện tại thành phố Hồ Chí Minh. Sau 5 năm, ngày 30 tháng 11 năm 1995 khi số người nhiễm HIV/AIDS tích luỹ trong cả nước mới là 2280 trường hợp, Ban Bí thư TW đảng khoá VII đã ra Chỉ thị số 52/CT-TW về "lãnh đạo công tác phòng chống AIDS". Chỉ thị 52/CT-TW được ban hành một cách kịp thời, thể hiện sự cam kết cao nhất của Đảng và Nhà nước ta về phòng chống HIV/AIDS. Những nội dung cơ bản của chỉ thị vẫn giữ nguyên giá trị trong công cuộc phòng chống HIV/AIDS, đó là: sự khẳng định tính chất nguy hiểm của đại dịch; trách nhiệm lãnh đạo của các cấp uỷ đảng; tính chất phối hợp liên ngành và huy động toàn xã hội tham gia; gắn việc phòng chống HIV/AIDS với việc phòng chống ma tuý, mại dâm; vai trò công tác y tế (an toàn truyền máu, đảm bảo thanh tiệt trùng các phương tiện, dụng cụ y tế); củng cố bộ máy tổ chức, quản lý điều hành để đạt hiệu quả cao. Chỉ thị 52/CT-TW đã được thực hiện trong 10 năm. Ngày 30 tháng 11 năm 2005, Ban Bí thư TW Đảng khoá IX đã ban hành một chỉ thị mới nhằm đẩy mạnh công tác phòng chống HIV/AIDS ở nước ta. Chỉ thị này là sự tiếp tục và phát triển Chỉ thị 52/CT-TW của Ban Bí thư TW đảng khoá VII . Nội dung của Chỉ thị 54/CT-TW có 3 phần chính:

Một là: nhận định về những thành tựu và yếu kém, bất cập của công cuộc phòng chống HIV/AIDS ở nước ta trong 10 năm qua.

Hai là: những nhiệm vụ của công cuộc phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới.

Ba là: phân công thực hiện nhiệm vụ.

Khi nói tới nhiệm vụ trong thời gian tới về "thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước và từng chính sách phát triển", báo cáo chính trị của Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá IX trình trước Đại hội X đã nhấn mạnh "Phòng chống HIV bằng các biện pháp mạnh mẽ, kiên trì và có hiệu quả" [1] . Báo cáo về phương hướng, nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2006 – 2010 trình trước Đại hội cũng đã nói rõ: "Nâng cao năng lực giám sát, phát hiện và khống chế dịch bệnh, đặc biệt là HIV/AIDS."[2]

I. Nhận định về những thành tựu và yếu kém, bất cập của công cuộc phòng chống HIV/AIDS ở nước ta trong 10 năm qua.

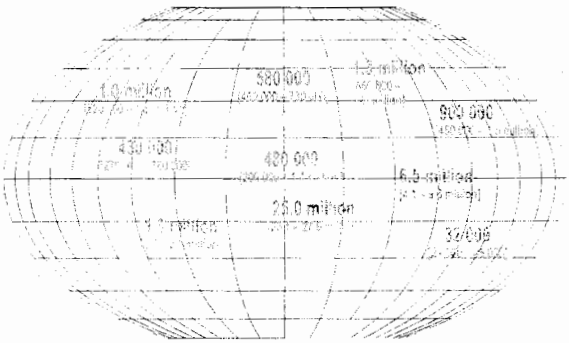
1.1.Mở đầu Chỉ thị 54/CT-TW, Ban Bí thư đã nhận định: Trên thế giới: HIV/AIDS đã trở thành ***đại dịch***, mối ***hiểm hoạ*** với nhân loại". Cơ sở của nhận định này là tình hình nhiễm HIV/AIDS trên thế giới. Căn cứ theo số liệu của UNAIDS (tổ chức AIDS của Liên Hiệp Quốc) thì đến nay số người nhiễm HIV còn đang sống trên toàn cầu là khoảng 42 - 44 triệu người *(hình1)*, phân bố ở khắp các châu lục (chỉ trừ châu Nam Cực). *Có thể nói ở đâu có con người cư trú thì ở đấy có mặt HIV,* châu Phi là nơi có số người nhiễm cao nhất (25 triệu người),

---

[1] Đảng Cộng Sản Việt Nam: Báo cáo chính trị của Ban chấp hành TW đảng khoá IX tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X của đảng". Tháng 4 năm 2006.

[2] Đảng Cộng Sản Việt Nam: "Báo cáo của BCHTW khoá IX về phương hướng, nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2006 – 2010 tại Đại hôi đại biểu toàn quốc lần thứ X

Tổng: 39.4 (35.9 – 44.3) triệu người nhiễm



Hình 1: Số người nhiễm HIV hiện còn trên toàn cầu 2004

tiếp theo là vùng Nam Á – Thái Bình Dương (khoảng 7 triệu người)[3]. Ở châu phi có những quốc gia tỷ lệ HIV/AIDS trong dân số lên đến 15 – 20%, đặc biệt ở Botswana và Swaziland tỷ lệ này lên đến 39%[4]. Tuy vậy, Nam Á – Thái Bình Dương hiện được dự đoán sẽ là nơi lây lan HIV/AIDS nhanh nhất trong những năm tới (vì đại bộ phận các nước ở khu vực này là những quốc gia nghèo; dân số đông; sự định hình trong lối sống chưa bền vững ; có các vùng sản xuất thuốc phiện nổi tiếng thế giới, đó là "Tam Giác Vàng" và "Lưỡi Liềm Vàng")

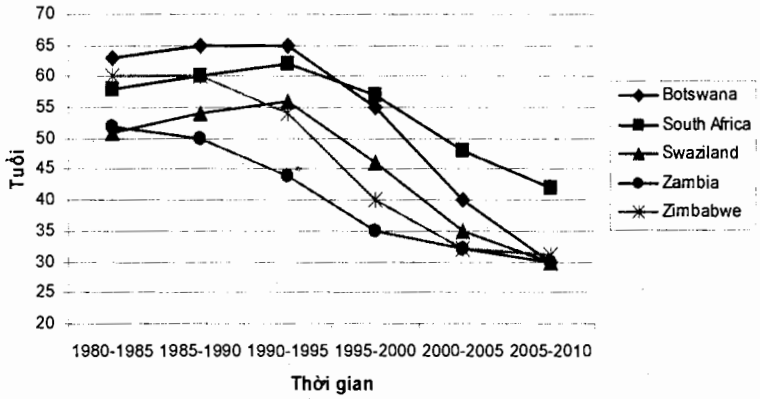
---

[3] UNAIDS: "2004 report on the global AIDS epidemic." 4th global report

[4] UNAIDS: "Bệnh dịch AIDS tonà cầu không có dấu hiệu thuyên giảm; số người nhiễm HIV và số người tử vong do AIDS tăng cao nhất từ trước tới nay".Thông cáo báo chí 25/11/2003.

HIV/AIDS đang gây tác động xấu đến nhiều khía cạnh cuộc sống của nhân loại : an ninh chính trị, an ninh tài chính, an ninh lương thực, nghèo đói, giảm tuổi thọ và suy giảm giống nòi, tăng gánh nặng bệnh tật, tăng bất bình đẳng giới (phụ nữ bị thiệt thòi lớn hơn trong tình cảnh HIV/AIDS phát triển)... Chỉ lấy một số ví dụ: Một là, tuổi thọ trung bình của một số nước châu Phi (Botswana, Swaziland, Nam phi, Zambia, Zimbabwe) đã đạt từ trên 50 đến 65 năm tuổi vào 1980 – 1985; nhưng do HIV/AIDS, tuổi thọ của các nước này sẽ chỉ còn khoảng 30 – 40 tuổi vào năm 2010 *(biểu đồ 1).*

Biểu đồ 1: Sự giảm tuổi thọ trung bình diễn ra ở 5 nước châu Phi do HIV/AIDS



Hai là, GDP/ đầu người năm 1999 của Zambia giảm 20% so với năm 1980 (370US$ so với 505US$; lượng calo hàng ngày giảm từ 2273 xuống còn 1934 vào năm 2002; Ba là, tại Zimbabwe, tỷ lệ nhiễm

HIV/AIDS trong dân cư là 25%, đến năm 2000 đã mất đi 5 – 10% lực lượng lao động nông nghiệp. [5]

1.2.Về tình hình phòng chống HIV/AIDS trong 10 năm qua ở nước ta, Chỉ thị đã nhận định như sau: "Sau 10 năm thực hiện Chỉ thị của Ban Bí thư, công tác phòng, chống HIV/AIDS đã thu được những kết quả nhất định, kiềm chế được tốc độ gia tăng số người nhiễm HIV/AIDS.Tuy nhiên, đến nay ở nước ta, tình hình lây nhiễm HIV/AIDS vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp. HIV/AIDS xuất hiện ở tất cả các tỉnh, thành phố và có xu hướng ngày càng lan rộng. Ngoài các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cao (tiêm chích ma tuý, mại dâm, tình dục đồng giới...), tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ mang thai, trẻ em và thanh niên cũng tăng nhanh. HIV/AIDS đang đe doạ trực tiếp đến sức khoẻ, tính mạng con người, trật tự an toàn xã hội, đến sự phát triển của đất nước, tương lai của giống nòi."

1.2.1.Những kết quả thu được trong 10 năm qua thể hiện chính như sau:

- Trên cơ sở của Chỉ thị 52/CT-TW, hàng loạt các văn bản quy phạm pháp luật (Pháp lệnh của Quốc hội, Nghị định của Chính phủ, hơn 80 văn bản khác của các Bộ, Ban ngành) đã được ban hành, giúp cho việc phòng chống HIV/AIDS có cơ sở pháp lý.

- Việc phòng chống HIV/AIDS đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc; công tác truyền thông, giáo dục đã làm cho nhận thức về HIV/AIDS (phương thức lây lan, cách phòng chống....) của người dân đặc biệt là thanh thiếu niên có nhiều tiến bộ.

---

[5] UNAIDS:"2004 report on the global AIDS epidemic." 4th global report

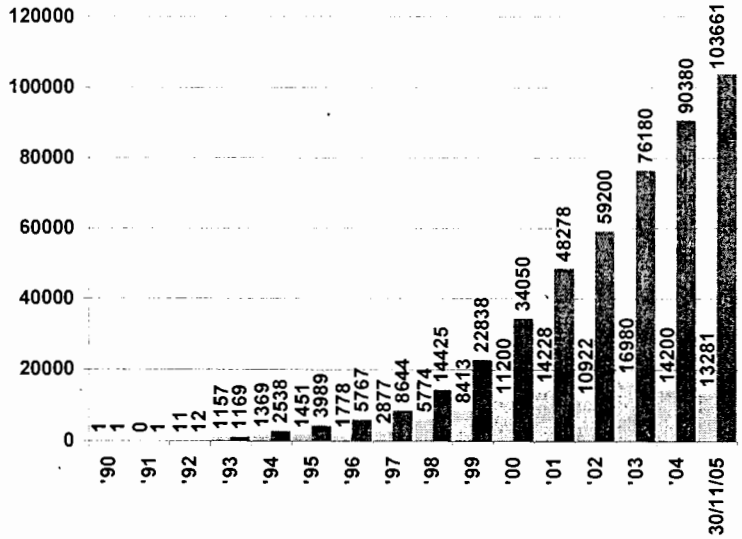
- Tổ chức phòng chống HIV/AIDS đã được hình thành: bộ máy phòng chống HIV/AIDS đã được thành lập từ Trung ương đến các cấp địa phương; sự phối hợp liên ngành và sự tham gia của nhiều đoàn thể, tổ chức quần chúng đã làm cho công tác phòng chống HIV/AIDS trở thành một phong trào rộng khắp; đầu tư tài chính cho phòng chống HIV/AIDS tuy còn ít ỏi, nhưng đã có nguồn từ ngân sách nhà nước hàng năm, kết hợp với viện trợ của các nước và các tổ chức quốc tế.

Sở dĩ nhận định "kiềm chế được tốc độ gia tăng số người nhiễm HIV/AIDS" là vì tuy số nhiễm mới HIV/AIDS ở nước ta còn tiếp tục tăng, nhưng so với nhiều nước khác trong khu vực thì tốc độ gia tăng vẫn ở mức thấp, dịch HIV/AIDS ở giai đoạn tập trung trong các nhóm nguy cơ cao và tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư tại nước ta ở mức 0,23% (vào năm 2003). Con số HIV/AIDS có đăng ký tích luỹ từ năm 1990 đến nay (tháng 3 măm 2006) là 106.288 người. Đó là "phần nổi của tảng băng HIV/AIDS". Theo phương pháp ước tính dịch tễ học, toàn bộ số người nhiễm HIV hiện có sẽ gấp khoảng 2 đến 3 lần con số này, tức là khoảng 200.000 đến 300.000 người. Khi so sánh với con số dự tính của các tổ chức quốc tế về nhiễm HIV ở Việt Nam vào năm 2000 nếu không triển khai có hiệu quả việc phòng chống HIV/AIDS ở nước ta[6] (khoảng 500.000 được thiết lập năm 1994 dựa trên tốc độ gia tăng nhiễm HIV trên thế giới và khu vực trong thời kỳ này), thì con số 200.000 hay 300.000 ở thời điểm 2005 còn thấp hơn. Trên thực tế, trong một số năm gần đây, đồ thị nhiễm HIV mới hàng năm của một số ít địa phương có

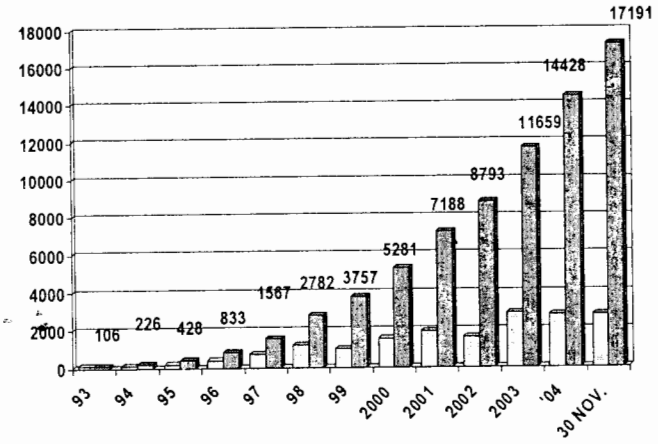
[6]Ban KGTW và Ban cán sự đảng Bộ Y tế: "Báo cáo đánh giá 10 năm thực hiện Chỉ thị 52/CT-TW của Ban Bí thư TW đảng khoá VII về lãnh đạo công tác phòng chống AIDS". Báo cáo số 62/BC- BCSĐ-BKGTW ngày 27 tháng 4 năm 2005

chiều hướng đi ngang chứ không tăng vọt như trước đây. Điều này chứng tỏ trong những năm qua chúng ta đã có những hoạt động rất tích cực trong phòng chống HIV/AIDS và kiềm chế được tốc độ gia tăng nhiễm HIV/AIDS.

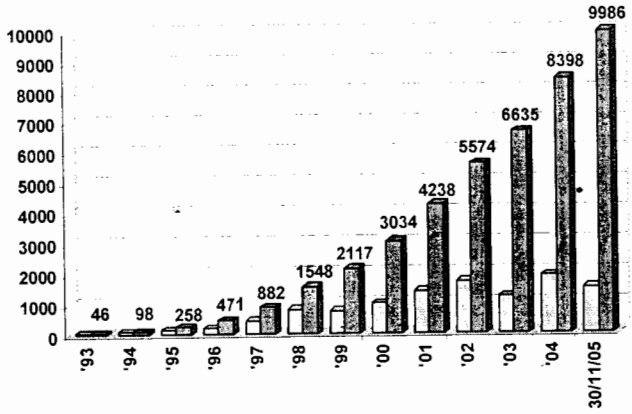
1.2.2. Vì sao lại nhận định: "đến nay ở nước ta, tình hình lây nhiễm HIV/AIDS vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp". Có những lý do sau đây:



Biểu đồ 2: Tích luỹ số nhiễm HIV và số nhiễm mới hàng năm



Biểu đồ 3: Tích luỹ số AIDS và số bị AIDS mới hàng năm-



Biểu đồ 4: Tích luỹ số chết do AIDS và số chết mới hàng năm do AIDS

Một là: số người nhiễm HIV vẫn tiếp tục gia tăng *(biểu đồ 2,3,4)* Tính đến 31 tháng 03 năm 2006[7], tích luỹ số HIV từ năm 1990 là 106.288.Tích luỹ số AIDS là 17.829. Tích luỹ số chết do AIDS là 10.378. Riêng số nhiễm mới trong năm 2005 là 13.731, số mắc AIDS mới trong năm là 2.861 và số mới chết trong năm là 1.673.

- Hai là: HIV lan rộng ra các địa phương. Đến năm 1998 tất cả các tỉnh thành của cả nước đã có người nhiễm HIV. Hiện nay, khoảng 60% số xã, 90% số huyện đã có người nhiễm HIV [8]. Có một số địa phương do việc giám sát dịch tễ HIV chưa thường xuyên, đến nay mới làm ráo riết thì thấy bất ngờ về số nhiêm HIV/AIDS trên địa bàn. Ví dụ như tỉnh Bắc Kạn (hiện Bắc Kạn có 800 người nhiễm, với số dân là 270.000, như vậy tỷ lệ nhiễm HIV của Bắc Kạn là 290/ 100.000 dân - một tỷ lệ cao so với cả nước). Báo cáo của ban chấp hành Trung ương Đảng khoá IX về phương hướng, nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2006-2010 tại Đại hội X cũng nhận định: "Bệnh dịch HIV/AIDS tiếp tục gia tăng"[9]

- Ba là: HIV tiếp tục tăng trong các nhóm có nguy cơ cao. Tỷ lệ những người tiêm chích heroin bị nhiễm HIV tăng lên nhanh ở tất cả

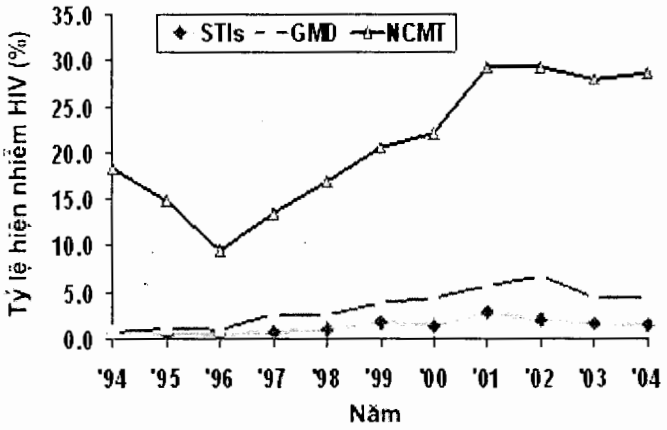
---

[7]Bộ Y tế: "Báo cáo tình hàng tháng của Bộ Y tế về tình hình HIV/AIDS".Báo cáo 3290/BYT-AIDS

[8] UNDP: "Vietnam achieving the Millennium Development Goals". August 2005.

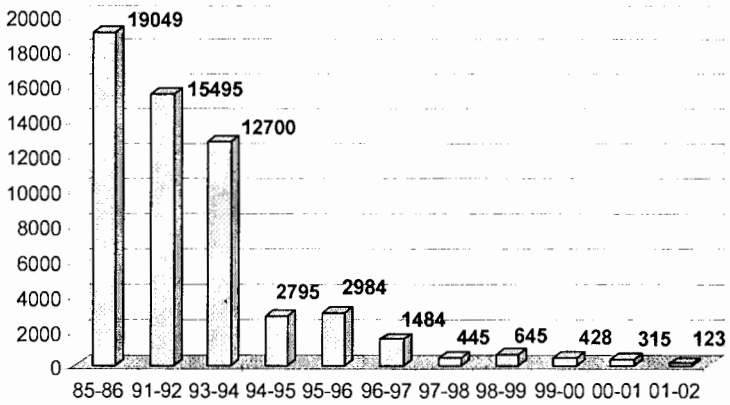
[9] Đảng Cộng Sản Việt Nam: Báo cáo của BCHTW khoá IX về phương hướng, nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2006 – 2010 tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X

các địa phương *(biểu đồ 5)*.Tỷ lệ này chung cho cả

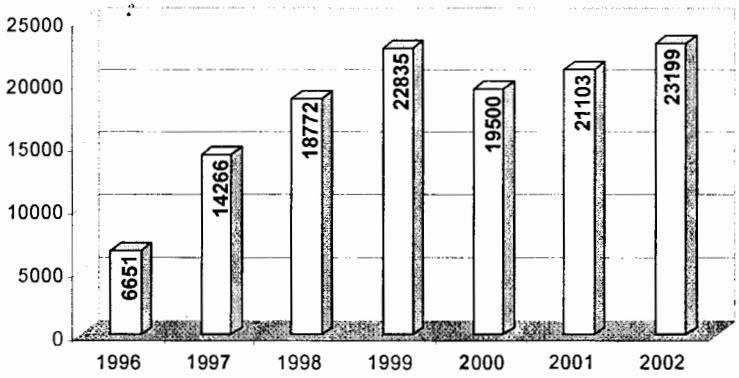


Biểu đồ 5: Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong các nhóm nguy cơ cao: tiêm chích ma tuý, mại dâm và bị bệnh lây lan qua đường tình dục (STD)

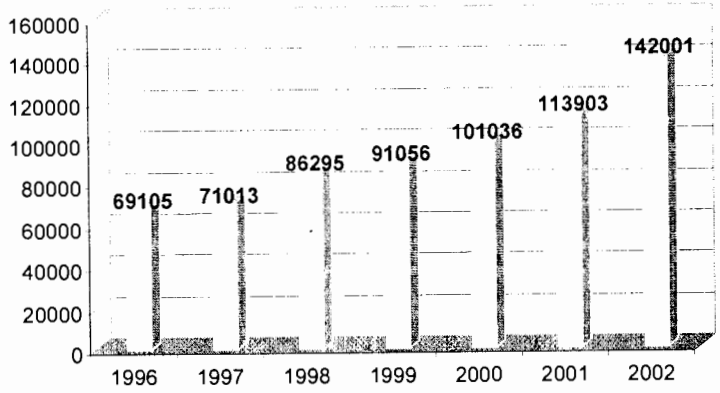
nước là khoảng 30%, nhưng ở một số địa phương như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Khánh Hoà, Quảng Ninh là 50% đến 70%. Tuy nước ta có nhiều cố gắng trong việc giúp những người dân vùng cao có thói quen trồng cây thuốc phiện chuyển sang trồng các cây khác có hiệu quả kinh tế *(biểu đồ 6*), nhưng số vụ buôn bán thuốc phiện bị bắt và xử ngày càng tăng (*biểu đồ 7*), kèm theo là số người nghiện có đăng ký cũng ngày càng tăng (chủ yếu là tiêm chích heroin)(*biểu đồ 8). Cần ghi nhớ rằng:tiêm chích ma tuý là phương thức lây lan HIV/AIDS hàng đầu ở nước ta, 60% số người nhiễm HIV là nhóm tiêm chích ma tuý và 30 – 70% số người tiêm chích ma tuý đã nhiễm HIV*. Tiếp theo nhóm tiêm chích ma tuý là nhóm mại dâm, hiện nay khoảng 30% số gái mại dâm trong các Trung tâm 05 (Trung tâm Chữa bệnh – Giáo dục – Lao động xã hội) đã bị nhiễm HIV (*biểu đồ 9*). Tỷ lệ này còn cao hơn nhiều ở một số



Biểu đồ 6: Sự giảm diện tích trồng cây thuốc phiện qua từng năm ở Việt Nam

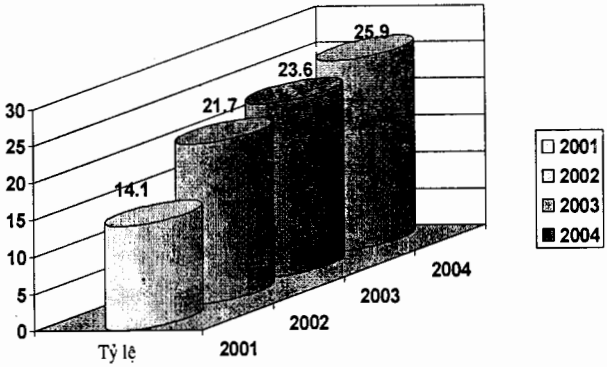


Biểu đồ 7: Số đối tượng phạm tội về ma tuý bị bắt giữ Theo báo cáo của Việt nam tại hội nghị MOU 2003

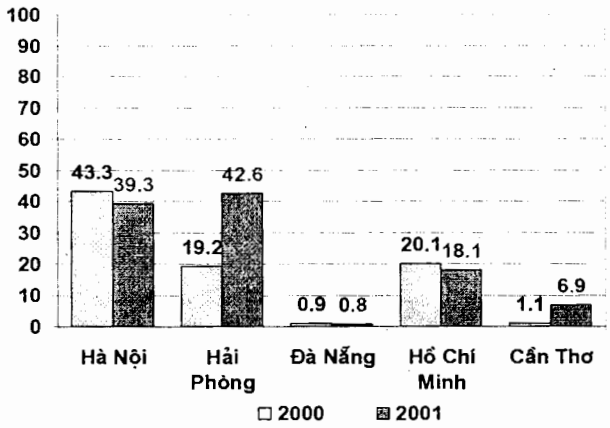


Biểu đồ 8: Số người nghiện có hồ sơ quản lý
Theo báo cáo của Việt Nam tại hội nghị MOU 2003

tỉnh như An Giang, Kiên Giang...Điều đáng quan ngại là hiện nay gái mại dâm lại tiêm chích heroin. Tỷ lệ gái mại dâm tiêm chích heroin tăng nhanh ở một số địa phương , có nơi lên đến 40% (*biểu đồ 10*).

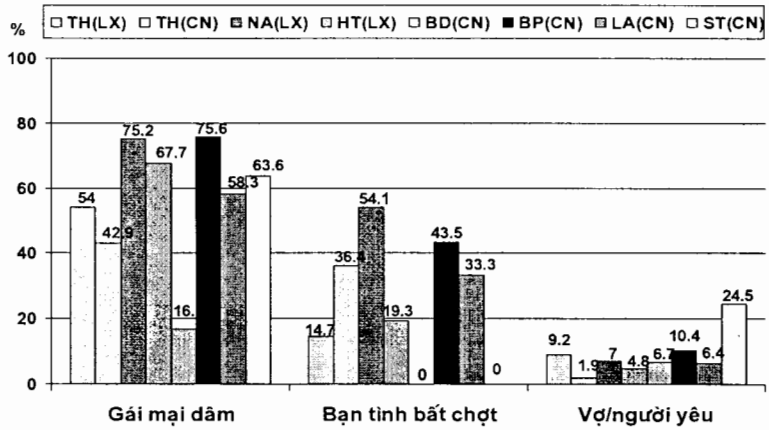


Biểu đồ 9:Tỷ lệ gái mại dâm bị nhiễm HIV/AIDS vào các Trung tâm giáo dục – lao động – xã hội ngày càng tăng



Biểu đồ 10:Tỷ lệ gái mại dâm sử dụng heroin qua giám sát hành vi tại một số tỉnh

Điều này làm cho phương thức lây lan HIV càng thêm phức tạp: sự lây lan HIV/AIDS trong nhóm mại dâm sẽ tăng nhanh do sử dụng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích heroin, từ đó gái mại dâm sẽ làm lây lan sang nhóm khách làng chơi do quan hệ tình dục không an toàn. Ở nước ta mại dâm chưa được công nhận là một nghề, có loại mại dâm hoạt động trong các nhà hàng, khách sạn; nhưng có loại hoạt động di động trên đường phố. Vì vậy công tác giám sát mại dâm về bệnh tật và địa bàn làm ăn còn nhiều khó khăn. Nhóm nguy cơ cao thứ ba là nhóm dân làm ăn di động (lái xe đường dài, lao động ngoại tỉnh như công nhân xây dựng). Qua giám sát hành vi, nhóm người này cũng có một tỷ lệ đáng kể tiêm chích ma tuý và quan hệ tình dục không an toàn (*biểu đồ 11*) . Do thông tin, truyền thông, giáo dục được tăng cường đối với nhóm đối tượng này, nên họ đã biết sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái mại dâm nhà hàng, nhưng khi quan hệ với bạn tình bất chợt thì tỷ lệ sử dụng bao

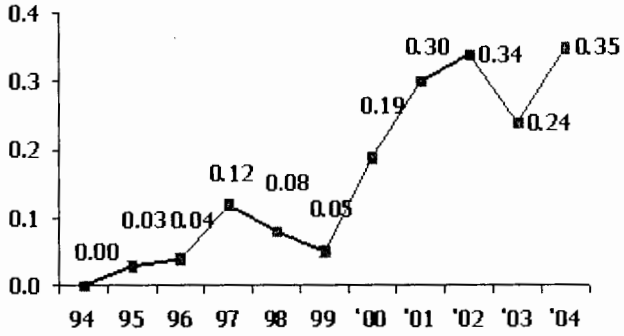


Biểu đồ 11: Tỷ lệ dùng bao cao su trong quan hệ tình dục của nhóm dân di động qua giám sát hành vi tại các tỉnh khác nhau

cao su còn thấp. Đặc biệt lúc trở về gia đình sau một thời gian xa vắng, họ ít sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với vợ hay người yêu. Đó cũng là lý do vì sao ở một số nơi có đông người đi làm ăn xa quê hương thì có tỷ lệ cao nhiễm HIV/AIDS (xã Vũ Tây, Thái Bình có 7000 dân nhưng đã có hơn 100 người nhiễm HIV/AIDS). Gần đây, đã xuất hiện một nhóm nguy cơ cao thứ tư ở nước ta trong lây lan HIV/AIDS, đó là: những người có quan hệ tình dục đồng giới nam (QHTD-ĐGN). Theo điều tra, ở thành phố Hồ Chí Minh đã có khoảng 20.000 người, Hà Nội có khoảng 10.000, các thành phố lớn khác đều có. Những người này quan hệ tình dục với nhau qua đường miệng hay đường hậu môn, gây xây sướt, chảy máu, làm lây lan HIV/AIDS từ người đã nhiễm sang người chưa nhiễm (xin lưu ý: phương thức lây lan này rất phổ biến ở các nước Bắc Mỹ và Nam Mỹ

[10]. Theo một nghiên cứu 25% những người có QHTD-ĐGN ở các nước này bị nhiễm HIV/AIDS, trong những người QHTD-ĐGN da đen tỷ lệ này lên đến 50%). Tỷ lệ này ở Thái Lan là 17%, ở Căm-pu-chia là 15%.[11]

- Bốn là: HIV/AIDS bắt đầu lây lan sang những nhóm dân cư khác, đặc biệt là phụ nữ có thai, trẻ em và thanh niên. Tỷ lệ phụ nữ có thai bị nhiễm HIV/AIDS chung cho cả nước là 0,4% (*biểu đồ 12*).



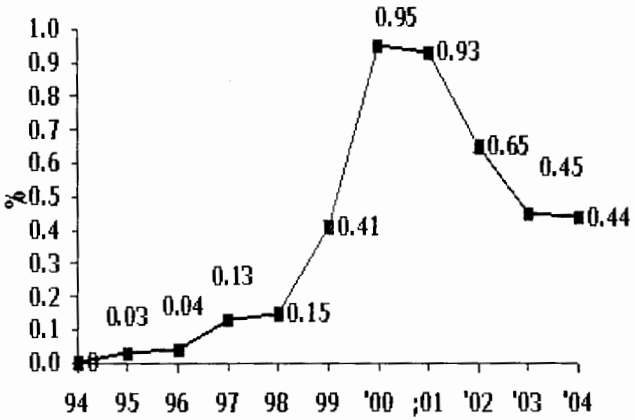
Biểu đồ 12:Tỷ lệ phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV/AIDS qua các năm

Tuy vậy có những nơi (như bệnh viện Từ Dũ – Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện đa khoa Uông Bí - Quảng Ninh tỷ lệ này đã lên trên 1%). Trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS cũng tăng, theo một công bố mới đây của UNDP vả Bộ Kế hoạch - Đầu tư thì ở nước ta có chừng 20.000 cháu bị nhiễm HIV/AIDS. Hiện nay có hàng trăm cháu khi mẹ đẻ ra đã bị nhiễm HIV do mẹ truyền sang. Ở nước ta hàng năm có trên 2 triệu phụ nữ mang thai, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV là

[10] UNAIDS: "2004 report on the global AIDS epidemic" 4th global report

[11]The MAP network : "AIDS in Asia: Face the facts"..2004

0,4%. Như vậy mỗi năm có hàng nghìn phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV.Tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con là 30 -40 %. Như vậy số lượng trẻ đẻ ra đã nhiễm HIV là rất lớn. Tỷ lệ nhiễm HIV trong số thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự hàng năm cũng tăng nhanh (có năm gần đến 1%) (*biểu đồ 13*).



Biểu đồ 13:Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm thanh niên khám nghĩa vụ quân sự qua các năm

- Năm là: HIV/AIDS đã bắt đầu gây ra những hậu quả về nhiều mặt, đang đe doạ trực tiếp đến sức khoẻ, tính mạng con người, trật tự an toàn xã hội, đến sự phát triển của đất nước, tương lai của giống nòi. Thể hiện của những hậu quả do HIV/AIDS gây ra chưa thấy rõ ở mức vĩ mô và trên phạm vi cả nước, nhưng đã bắt đầu thấy rõ ở mức độ hộ gia đình, thậm chí ở một số địa phương ở mức độ nhóm nhỏ dân cư. Trước hết là lực lượng lao động trong gia đình có người nhiễm HIV/AIDS bị kiệt quệ, vì 85% số người nhiễm HIV/AIDS ở lứa tuổi 20 - 49. Cấu trúc một số gia đình bị đảo lộn (cha mẹ đã bị chết, chỉ còn ông, bà và các cháu bé; ông bà già phải kiếm sống để nuôi các cháu và tương lai gần các

cháu này cũng sẽ chết trước ông bà). Cơ cấu bệnh tật bị thay đổi: hiện nay, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện do HIV lại chiếm cao nhất (40%) trong một số bệnh viện, như bệnh viện Đống Đa - Hà Nội, bệnh viện đa khoa Quảng Ninh....Chi tiêu trong gia đình bị rối loạn: Ước lượng chi phi đầy đủ cho điều trị AIDS: chi phí điều trị rất tốn kém (phải chi 62.444.399đ /năm/người để điều trị bằng 3 thứ thuốc; 37.964.399đ /năm /người cho phác đồ điều trị 2 thuốc; trên thực tế đai bộ phận gia đình người nhiễm đang chi 13.478.614đ/năm/người. Tình trạng "nghèo hoá" sẽ xuất hiện đối với những gia đình này và phải đối phó bằng cách: vay tiền từ họ hàng, người thân (36%), vay từ người cho vay nặng lãi lãi (27,2%), bán tài sản, đất và nhà cửa (26,4%), bớt ăn (28,8%), giảm chi tiêu y tế với các thành viên khác trong gia đình (25,6%), người già đi làm để có thu nhập (17,6%), con cái bỏ học (3,2%).[12]

1.3.Chỉ thị đã vạch ra những nguyên nhân của tình hình này. Có 5 nguyên nhân:

- Một là: Nguyên nhân chủ yếu là các cấp uỷ đảng, chính quyền chưa nhận thức đầy đủ về trách nhiệm lãnh đạo thực hiện và kiểm tra, giám sát việc thực hiện Chỉ thị 52-CT/TW của Ban Bí thư. Việc quán triệt và tổ chức triển khai thực hiện Chỉ thị 52/CT-TW ở một số địa phương, bộ, ngành chưa tốt, chưa thành hệ thống, chưa kiểm tra, giám sát, sơ kết một cách thường xuyên. Hình thức quán triệt nội dung của Chỉ thị 52/CT-TW cũng rất khác nhau: có 36/53 tỉnh, thành tổ chức dưới dạng hội nghị học tập và triển khai, 17/52

[12]Dự án VIE/98/006 do UNDP và AusAID tài trợ: "Tác động của HIV/AIDS đến tình trạng dễ bị tổn thương và nghèo đói của các hộ gia đình tại Việt Nam." . 8/2005

tỉnh, thành chỉ đạo quán triệt trong họp chi bộ (theo báo cáo của các Ban Tuyên giáo tỉnh thành gửi về Ban KGTW). Một số địa phương chưa chủ động, còn lúng túng trong xây dựng kế hoạch thực hiện Chỉ thị 52/CT-TW, do đó việc điều hành và chỉ đạo việc phòng chống HIV/AIDS của các địa phương này còn nhiều bất cập. Theo báo cáo của các Ban Tuyên giáo các tỉnh, thành uỷ, còn 20 tỉnh và thành phố chưa xây dựng được các văn bản nhằm cụ thể hoá tinh thần của Chỉ thị 52/CT-TW vào tình hình địa phương. Việc nhắc nhở và truyền đạt lại những nôi dung Chỉ thị cho những cán bộ mới bổ nhiệm vào chức vụ có liên quan diễn ra không đều khắp và thường xuyên, nên một bộ phận không nhỏ cán bộ lãnh đạo không nắm được nội dung của chỉ thị. Theo một điều tra trên 98 cán bộ đảng viên tại Khánh Hoà và 92 cán bộ đảng viên tại Quảng Ninh, chỉ có 78,6% ở Khánh Hoà và 69,6% ở Quảng Ninh biết là có Chỉ thị 52/CT-TW; 51% ở Khánh Hoà và 38% ở Quảng Ninh biết có Pháp lệnh phòng chống AIDS; 20,4% ở Khánh Hoà và 19,6% ở Quảng Ninh biết có Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến 2010 và tầm nhìn 2020; chỉ có 7,1% ở Khánh Hoà và 4,3% ở Quảng Ninh biết cả ba văn bản này[13] . Trong một cuộc điều tra gần đây của Trung tâm nghiên cứu dư luận xã hội – Ban TTVHTW, 35% những người được điều tra vẫn cho rằng cần tạo dựng những hình ảnh khiếp sợ và kinh khủng về

[13] Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng (CCRD): Báo cáo đánh giá nhận thức của cán bộ đảng viên và một số khía cạnh thực hiện Chỉ thi 52/CT-TW của Ban Bí thư TW đảng khóa VII về lãnh đạo công tác phòng chống AIDS . 12/2004

HIV/AIDS, để càng khiếp sợ càng tốt[14]. Việc kiểm tra, giám sát thực hiện Chỉ thị 52/CT-TW còn yếu kém, vì vậy một số địa phương chưa coi phòng chống HIV/AIDS là một nhiệm vụ trong tâm trọng chương trình phát triển kinh tế - xã hội.

- Hai là: Công tác tuyên truyền, giáo dục còn hạn chế, chậm đổi mới về phương pháp, hình thức để đáp ứng với tình hình và nhu cầu thực tế. Nhận thức của các cấp uỷ đảng, chính quyền, đảng viên, cán bộ và các tầng lớp nhân dân tuy có chuyển biến nhưng còn hạn chế ở nhiều mặt: tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS còn khá phổ biến (Trong cuộc điều tra của Trung tâm nghiên cứu dư luận xã hội – Ban TTVHTW, 58% những người được điều tra cho rằng HIV/AIDS là tệ nạn xã hội, chỉ có 20% cho rằng HIV/AIDS không phải là tệ nạn xã hội[15]). Công tác truyền thông, giáo dục còn chưa bao phủ hết các địa phương, đặc biệt là vùng sâu, vùng xa; những người thuộc các nhóm có nguy cơ cao trong lây nhiễm HIV/AIDS chưa được tập hợp đầy đủ, còn ít hiểu biết cả về bệnh tật, cách phòng chống lẫn trách nhiệm tham gia vào phòng chống HIV/AIDS; chưa tạo tạo được sự gắn kết chặt chẽ và thường xuyên giữa công tác phòng chống HIV/AIDS với phong trào xây

---

[14] Trung tâm nghiên cứu dư luận xã hội:, Ban Tư tưởng Văn hoá TW " nhận thức, thái độ, nhu cầu đào tạo của cán bộ các cơ quan đảng, chính quyền, nhằm triển khai hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống HIV/AIDS" 3/2006

[15] Trung tâm nghiên cứu dư luận xã hội, Ban Tư tưởng Văn hoá TW: "nhận thức, thái độ, nhu cầu đào tạo của cán bộ các cơ quan đảng, chính quyền, nhằm triển khai hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống HIV/AIDS" 3/2006.

dựng đơn vị văn hoá, làng xóm văn hoá và với việc giáo dục lối sống phù hợp với chuẩn mực đạo đức.

- Ba là: sự phối hợp giữa các cấp, các ngành, các tổ chức trong hệ thống chính trị chưa chặt chẽ, còn kém hiệu quả, nhiều hoạt động còn chồng chéo nhưng lại thiếu đồng bộ. Chưa tạo ra sự đồng thuận giữa các ngành trong triển khai các giải pháp can thiệp trong phòng chống HIV/AIDS. Các cấp uỷ đảng chưa nhận thức đầy đủ trách nhiệm lãnh đạo việc phối hợp giữa các ban ngành cùng cấp trong phòng chống HIV/AIDS, có tình trạng khoán trắng cho chính quyền đặc biệt là các cơ quan y tế thực hiện những nhiệm vụ phòng chống HIV/AIDS.

- Bốn là: tổ chức bộ máy phòng, chống HIV/AIDS và đội ngũ cán bộ chuyên trách làm công tác phòng chống HIV/AIDS không ổn định. Năm 1987 thành lập Tiểu ban phòng chống SIDA trực thuộc Viện VSDT TW. Năm 1990 thành lập Uỷ ban quốc gia AIDS với 14 bộ ngành do Bộ trưởng Bộ Y tế làm Chủ tịch. Năm 1995: UBQG AIDS nâng cấp lên cơ quan trực thuộc Chính phủ do Phó Thủ tướng làm Chủ tịch. Năm 2000, UBQG AIDS kết hợp với UBQG PC Ma tuý và mại dâm để thành UBQG PC AIDS, PC ma tuý và mại dâm trực thuộc Chính phủ. Dưới uỷ ban có các văn phòng phụ trách các mặt : phòng chống HIV/AIDS (trực thuộc Bộ Y tế), phòng chống ma tuý (trực thuộc Bộ Công An), phòng chống mại dâm (trực thuộc bộ LĐ – TB – XH). Nhưng hoạt động của văn phòng phòng chống HIV/AIDS bị thay đổi luôn: đầu tiên VP PC AIDS trực thuộc Bộ Y tế, đến năm 2003 VP PC AIDS sáp nhập với Cục YTDP thành Cục YTDP & PCHIV, đến năm 2005 lại tách ra và thành lập riêng Cục PC HIV/AIDS. Cơ cấu tổ chức phòng chống HIV/AIDS của các địa phương cũng chưa thống nhất và chưa có tính hệ thống. Đội ngũ cán bộ nhất là cán bộ lãnh đạo phần đông là kiêm nhiệm và bị xáo trộn

luôn, vì vậy đã ảnh hưởng không nhỏ đến tính liên tục trong chỉ đạo và thực hiện. Mạng lưới chuyên môn y tế để chăm sóc và điều trị còn mỏng và thiếu nhiều thày thuốc được đào tạo bài bản (Theo một nhận xét của UNAIDS thì ở Việt Nam cứ 12.000 người nhiễm HIV/AIDS mới được chăm sóc bởi 1 thầy thuốc được đào tạo với đầy đủ tiêu chí (trong khi ở Nhật Bản tỷ lệ này là 24/1).

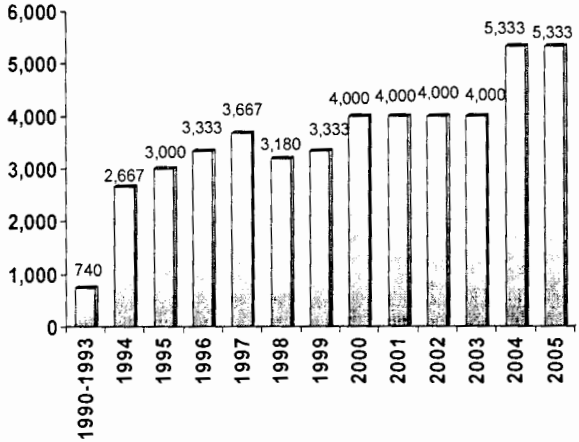
- Năm là: đầu tư quá thấp so với yêu cầu nhiệm vụ. Những năm gần đây kinh phí phòng chống HIV/AIDS hàng năm do ngân sách nhà nước cấp vào khoảng 60 tỷ đến 80 tỷ đồng/ năm[16], và do viện trợ nước ngoài cũng khoảng 80 tỷ đồng/ năm. Như vậy số tiền đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS cho một người dân mới chỉ khoảng 2000 đồng/ người. Trong khi ở một số nước trong khu vực con số này là 1 Đôla Mỹ/ người (*biểu đồ 14, 15*). Trong khi nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước còn hạn chế, thì các giải pháp xã hội hoá trong phòng chống HIV/AIDS nhằm thu hút nguồn đầu tư từ các tổ chức nghề nghiệp xã hội , từ thiện cũng chưa được phát huy cao độ.

2. Những nhiệm vụ của công cuộc phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới.

Mở đầu phần thứ hai, Chỉ thị 54/CT-TW có câu:"**Quyết không để HIV/AIDS phát triển tràn lan thành đại dịch ở nước ta trong thời gian tới,** Ban Bí thư yêu cầu các cấp uỷ đảng tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS, thực hiện tốt những yêu

[16] UNDP: "Vietnam Achieving the Millennium Development Goals", August 2005.

cầu sau đây". Điều này thể hiện một sự cam kết trách nhiệm cao nhất và mạnh

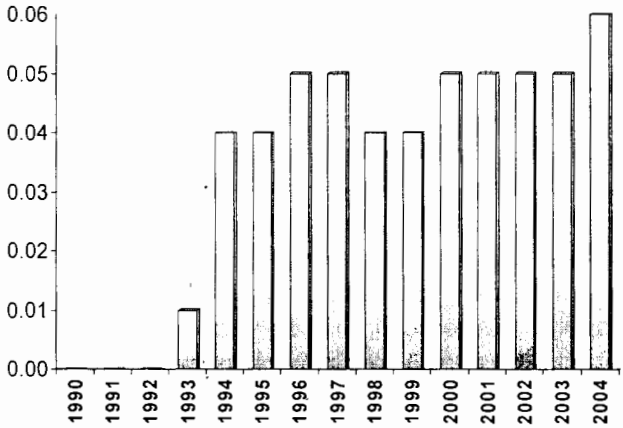


Biểu đồ 14: Ngân sách nhà nước dành cho phòng chống HIV/AIDS qua các năm (ngàn Đôla Mỹ)

mẽ nhất của lãnh đạo đảng và nhà nước ta đối với công cuộc phòng chống HIV/AIDS của đất nước. Có 6 nhiệm vụ đã được chỉ ra cụ thể trong Chỉ thị:

2.1.- Nhiệm vụ I: " Tạo chuyển biến mạnh mẽ về nhận thức và ý thức trách nhiệm của các cấp uỷ đảng, các cấp chính quyền, các đoàn thể xã hội và của mọi người dân đối với nhiệm vụ lãnh đạo và tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS. Các cấp uỷ đảng và các cấp chính quyền cần xác định rõ phòng, chống HIV/AIDS là nhiệm vụ vừa cấp bách, vừa lâu dài; thường xuyên theo dõi, phân tích, đánh giá tình hình lây nhiễm HIV/AIDS trong ngành và địa phương, có kế hoạch thực hiện các giải pháp cần thiết nhằm phòng, chống

HIV/AIDS gắn với phòng, chống các tệ nạn ma tuý, mại dâm và với các chương trình phát triển kinh tế - xã hội; lãnh đạo, chỉ đạo chặt chẽ việc tổ chức thực hiện và kiểm tra, giám sát thực hiện". Cần quán triệt mấy ý như sau:



Biểu đồ: 15: Ngân sách nhà nước (chưa bao gồm nguồn viện trợ nước ngoài) cho một người dân trong phòng chống HIV/AIDS (Đôla Mỹ)

2.1.1.Một là: Nhiệm vụ này đề cập đến việc tăng cường nhận thức và ý thức trách nhiệm của mọi người, từ lãnh đạo Trung ương và các cấp đến mọi người dân trong sự nghiệp phòng chống HIV/AIDS. Các cấp uỷ và chính quyền có trách nhiệm lãnh đạo và mọi người đều có trách nhiệm tham gia. Như vậy không một ai đứng ngoài công cuộc phòng chống HIV/AIDS.

2.1.2.Hai là: đây là một nhiệm vụ vừa cấp bách vừa lâu dài. Cấp bách vì tình hình HIV/AIDS đã lan rộng trong các nhóm có

nguy cơ cao (30% và có nơi 70% những người tiêm chích ma tuý, gần 30% gái mại dâm trong các trại 05 đã bị nhiễm HIV) và bắt đầu lan ra cộng đồng (tỷ lệ chung của HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư là 0,24%, nhưng có một số địa phương tỷ lệ này đã gần 1%, như huyện Tân Châu – An Giang hoặc xã Vũ Tây – Thái Bình. Số tỉnh thành có trên 1000 trường hợp nhiễm đang ngày càng lan rộng trên bản đồ HIV/AIDS của nước ta. Nhưng phòng chống HIV/AIDS cũng là một nhiệm vụ lâu dài. Bởi vì HIV/AIDS có những thách thức riêng làm cho tính nghiêm trọng có khác so với một số bệnh: một là, bệnh do virut gây ra; hai là, đã do virut gây ra thì cho đến nay chưa thể có thuốc chữa khỏi bệnh hoàn toàn (các thuốc được tập họp dưới một tên chung là ARV – anti retrovirus – và dùng để điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS chỉ có tác dụng ức chế sự nhân bản của virut, chứ không tiêu diệt được virut); ba là, chưa có vaccin để phòng bệnh đặc hiệu (trong khi một số bệnh khác do virut gây ra như Đậu mùa, Bại liệt, Sởi, Viêm gan B... đã có vaccin phòng bệnh hữu hiệu) ; cách lây lan lại liên quan chặt chẽ với thú vui trong lối sống không dễ loại trừ, đó là ma tuý và tình dục (trong khi một số bệnh khác do virut gây ra tuy có thể rất nguy hiểm như SARS, cúm gà H5N1 lại có thể dễ loại trừ cách lây lan vì chúng lây qua đường hô hấp). Chính vì vậy ở đâu có người cư trú ở đấy thường có HIV, trong khi chưa chắc đã có SARS hay cúm gà H5N1. Trong thực tế, có một số người cứ nghĩ đơn giản rằng công cuộc phòng chống HIV/AIDS chỉ kéo dài vài năm. Đó là một sự ngộ nhận sai lầm cần được đề phòng và khắc phục.

2.1.3.Ba là: Trách nhiệm lãnh đạo và thực hiện được nêu ra rất cụ thể trên các mặt công tác sau:

- Thường xuyên theo dõi, phân tích, đánh giá tình hình lây nhiễm HIV/AIDS trong ngành và địa phương. Tức là làm tốt công tác giám sát dịch tễ học (trong đó có giám sát trọng điểm và giám sát

hành vi) để 100% tỉnh, thành phố có khả năng tự đánh giá và tự dự báo về diễn biến của nhiễm HIV/AIDS tại địa phương. Đây là một trong những chỉ tiêu được vạch ra trong "Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến 2010 và tầm nhìn 2020"

- Có kế hoạch thực hiện các giải pháp cần thiết nhằm phòng, chống HIV/AIDS gắn với phòng, chống các tệ nạn ma tuý, mại dâm và với các chương trình phát triển kinh tế - xã hội. "Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến 2010 và tầm nhìn 2020" cũng đề ra chỉ tiêu 100% các đơn vị, địa phương trên cả nước đưa hoạt động phòng chống HIV/AIDS trở thành một trong những mục tiêu ưu tiên của chương trình phát triển kinh tế - xã hội tại các đơn vị và các địa phương.

- Lãnh đạo, chỉ đạo chặt chẽ việc tổ chức thực hiện và kiểm tra, giám sát thực hiện

Ngoài những kinh nghiệm và bài học của bản thân chúng ta trong hơn 10 năm qua, những nội dung của trách nhiệm lãnh đạo và thực hiện còn được dựa trên những lý do mà thế giới đã rút ra từ những thất bại trong phòng chống HIV/AIDS của một số nước. Đó là:

- Các đáp ứng của các quốc gia thường được dựa trên các thông tin mơ hồ hơn là bằng chứng thực tế về HIV/AIDS (do khả năng giám sát dịch tễ học kém cỏi)

- Các nỗ lực quốc gia thường quá chậm chạp và thường là đối phó hơn là chủ động, không có kế hoạch chiến lược.

- HIV/AIDS thường không được coi là vấn đề ưu tiên so với các vấn đề y tế công cộng khác.

- Các bài học thành công của một số nước như Uganda, Thái Lan chưa được nghiên cứu áp dụng vào các kế hoạch mang tính chiến lược.

Thế giới đã rút ra nhiều bài học cho sự thành công của phòng chống HIV/AIDS, trong đó bài học số một là: *" Chính phủ phải lãnh đạo và coi HIV/AIDS là vấn đề ưu tiên".*[17]

2.2.- Nhiệm vụ 2: "Các ngành chức năng coi trọng xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS; ban hành chính sách, chế độ hỗ trợ việc chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, quan tâm thích đáng đến quyền lợi của người tham gia phòng, chống HIV/AIDS". Đối với nhiệm vụ này cần quán triệt mấy ý sau:

2.2.1. Trong quá trình giải quyết vấn đề HIV/AIDS có nhiều vấn đề nhạy cảm, mang tính mâu thuẫn xuất hiện cần được luật pháp phân định rõ ràng. Chúng ta cần nhìn nhận và xem xét một cách thực tế những điều sau:

- Một là : Có nên và có được đồng nhất vấn đề HIV/AIDS với vấn đề tệ nạn xã hội hay không?, hay nói cách khác có nên và có được nhìn nhận HIV/AIDS là tệ nạn xã hội hay không?. Mặc dù hiện nay ở nước ta nguyên nhân lây lan chủ yếu của HIV/AIDS là do tiêm chích ma tuý và quan hệ tình dục không an toàn (mại dâm, quan hệ tình dục đồng giới nam...), nhưng HIV/AIDS không chỉ gói gọn trong những nhóm có nguy cơ cao này mà nay đã lan ra cộng đồng

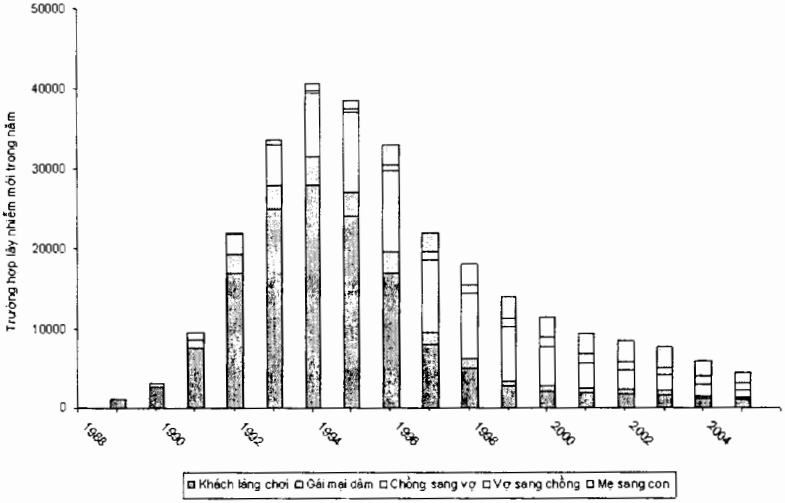
---

[17] Nguyễn Trần Hiển: "Đại dịch HIV/AIDS : Những số liệu và bằng chứng cập nhật làm cơ sở cho công tác lập kế hoạch và xây dựng các chương trình truyền thông phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam" .Kỷ yếu đổi mới công tác truyền thông về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam - Ban Tư tưởng văn hoá TW 2005

dân cư. Ngoài những người nhiễm nằm trong các nhóm nguy cơ cao, còn có một số người không hề tham gia các tệ nạn xã hội cũng bị nhiễm. Đó là những người vợ hiền lành và chất phác bị nhiễm do người chồng lây sang; đó là những cháu bé bị nhiễm ngay từ khi lọt lòng mẹ. Nếu chúng ta coi HIV/AIDS là tệ nạn xã hội và ai mắc HIV/AIDS đều là người tham gia tệ nạn xã hội thì chả lẽ 20.000 trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS và nhiều bà mẹ bị nhiễm HIV/AIDS lây từ chồng cũng là những người tham gia tệ nạn xã hội hay sao(?). Hơn thế, HIV/AIDS là một bệnh có căn nguyên là virut HIV, bởi vậy hễ ai đã bị mắc bệnh thì cần được điều trị. Điều trị không phải chỉ là để cho bệnh nhân mà còn là một biện pháp tích cực đề phòng bệnh cho cộng đồng. Thực tế của việc phòng chống HIV/AIDS trong 20 năm qua trên thế giới đã cho một bài học: nếu không tạo môi trường xã hội thuận lợi để những người đã nhiễm HIV/AIDS (dù đã bị lây lan do bất cứ lý do gì) không bị kỳ thị, không bị phân biệt đối xử, mà cứ phải lẩn tránh ,trốn lủi khỏi cộng đồng thì không thể ngăn được sự lây lan HIV/AIDS và thậm chí sự lây lan còn nhanh hơn. Ngoài ra, số người nhiễm HIV/AIDS ngày nay không còn nhỏ, họ đã trở thành một bộ phận trong xã hội. Thời gian mang bệnh của họ kéo dài có khi đến 20 năm kể từ ngày bị nhiễm, do vậy họ cũng cần được sống và sống sao có ích cho xã hội bằng sức lao động của họ (chí ít là biết cách không để bệnh lay sang người khác chưa bị nhiễm). Tính nhân đạo của con người không cho phép dồn họ vào bước đường cùng chỉ có chết chóc. Vì vậy nếu đồng nhất vấn đề HIV/AIDS với vấn đề

ma tuý và mại dâm ở mọi khía cạnh thì sẽ có một cách nhìn sai lầm về HIV/AIDS đồng thời cũng sẽ có những giải pháp sai lầm.

- Hai là: ma tuý là cách lây lan chủ yếu của HIV/AIDS ở nhiều quốc gia không chỉ ở Việt Nam, nhưng phải thừa nhận



Biểu đồ 16: Sự giảm số lây nhiễm mới HIV/AIDS trong các nhóm đối tượng khác nhau ở Cămpuchia những năm gần đây

rằng tất cả các quốc gia này chưa có khả năng tiêu diệt tận gốc nạn ma tuý (thông qua giảm cung cấp và giảm sử dụng). Ngược lại tình hình cung cấp và sử dụng ma tuý vẫn tăng lên ở một số địa phương. Nước ta đã có nhiều cố gắng trong giảm diện tích trồng cây thuốc phiện (năm 1985 có khoảng 20.000 ha, đến năm 2002 chỉ còn khoảng dưới 100 ha), nhưng số vụ buôn bán thuốc phiện qua biên giới vào trong nước ngày một tăng và số người nghiện ngày một tăng (năm 2003 có khoảng 140.000 người nghiện có đăng ký) Ngoài ra chưa có những giải pháp thật sự hữu hiệu trong cai nghiện ma tuý, tỷ

lệ tái nghiện sau khi tập trung lao động cải tạo còn rất cao (tới 90% các trường hợp cai nghiện). Cần phân biệt khái niệm "cai nghiện ma tuý" và "cắt cơn nghiện ma tuý": cai nghiện là làm cho đoạn tuyệt với sử dụng ma tuý, còn cắt cơn nghiện chỉ làm cho vượt qua cơn đói ma tuý. Gần đây người ta coi nghiện ma tuý không chỉ là một thói quen xấu, mà còn là một bệnh có liên quan đến phản xạ có điều kiện. Vì vậy người ta nói đến khái niệm điều trị nghiện ma tuý. Điều trị bao gồm nhiều giải pháp được áp dụng đồng bộ: lao động liệu pháp, tâm lý liệu pháp, thuốc ....Với những người mà các giải pháp trên không có hiệu quả thì người ta dùng phương pháp điều trị thay thế bằng methadone (methadone cũng gây nghiện nhưng so với heroin có nhiều thuận lợi hơn: rẻ hơn, không tăng liều trong thời gian sử dụng, uống chứ không tiêm vì vậy không sợ lây lan HIV/AIDS do dùng chung bơm kim tiêm, do rẻ hơn nên người nghiện ít có hành vi gây án hình sự hơn....). Vì vậy thái độ của cộng đồng với người nghiện cũng cần có thay đổi cho phù hợp hơn: giúp họ điều trị để khỏi nghiện ma tuý và **cần bảo vệ họ trước đại dịch HIV/AIDS**.

- Ba là:Mại dâm, quan hệ tình dục đồng giới nam không phải mới xuất hiện, mà đã tồn tại hàng ngàn năm trong lịch sử loài người. Thế giới đã từng tranh luận mại dâm là một nghề được công khai hành nghề hay không được coi là một nghề và phải nghiêm cấm. Dù mất nhiều giấy bút tranh luận và đã có nhiều giải pháp để cấm đoán, nhưng thực tế mại dâm vẫn tồn tại và phát triển nhanh ở một số nơi (không phải chỉ chốn đô thị mà cả ở vùng nghèo khó). Vậy một câu hỏi được đặt ra là: mại dâm chưa được tiêu diệt tận gốc trong khi HIV/AIDS - căn bệnh của thế kỷ gây nhiều tổn hại cho loài người - lại lây lan do quan hệ tình dục không an toàn, thì làm gì đây để HIV/AIDS không, hay ít lây lan ra cộng đồng trước hết là trong nhóm người hay có quan hệ tình dục không an toàn?. Phải coi vấn đề quan hệ tình dục an toàn là vấn đề ưu tiên và cũng phải biết bảo vệ những người dễ có quan hệ tình dục không an toàn trước đại dịch

HIV/AIDS. Do đó giải pháp phân phát bao cao su rộng rãi được áp dụng.

- Bốn là: Về mặt luật pháp, tồn tại một thực tế là: khi giải quyết các vấn đề ma tuý, mại dâm hay HIV/AIDS, các văn bản quy phạm pháp luật mới chỉ quan tâm và đề cập đến từng vấn đề riêng rẽ , hoặc chống ma tuý và mại dâm hoặc phòng chống HIV/AIDS, mà chưa đề cập cùng một lúc đến cả hai vấn đề trong cùng một khuôn khổ pháp luật. Vì vậy giải quyết vấn đề này thì không giải quyết được vấn đề kia, và việc giải quyết vấn đề kia lại mâu thuẫn về mặt luật pháp với vấn đề này. Ví dụ: theo luật phòng chống ma tuý thì hễ ai sử dụng ma tuý là phạm pháp và bị truy cứu trách nhiệm hình sự, nhưng thực tế cho thấy HIV/AIDS ngày càng lây lan nhanh thông qua con đường tiêm chích ma tuý; theo pháp lệnh phòng chống mại dâm thì việc hành nghề mại dâm là phạm pháp, việc mang bao su trong người là một biểu hiện của hành vi mại dâm, nhưng trong thực tế HIV/AIDS lây lan nhanh thông qua con đường quan hệ tình dục không an toàn với gái mại dâm. Sự việc này diễn ra ở nhiều quốc gia, chứ không chỉ riêng nước ta.

Những mâu thuẫn trên làm cho người ta phải tìm cách đặt cả hai vấn đề (một bên là phòng chống ma tuý và mại dâm và một bên là phòng chống HIV/AIDS) trong cùng một khuôn khổ pháp luật và phải mềm dẻo hơn trong việc đề ra mục tiêu cũng như giải pháp, ưu tiên từng mục tiêu và từng giải pháp trong từng giai đoạn. Ví dụ: một mặt, kiên quyết trừng trị và chống việc cung cấp, buôn bán ma tuý; mặt khác, với các con nghiện cần có giải pháp tập họp họ để giáo dục và giúp họ tránh lây lan HIV/AIDS từ người này sang người khác (bằng hướng dẫn họ dùng bơm kim tiêm sạch, phân phát bơm kim tiêm mới và thu hồi bơm kim tiêm đã dùng để huỷ an toàn, điều trị nghiện thay thế). Cũng phải làm như vậy với vấn đề quan hệ tình dục bằng cách khuyến khích sử dụng bao cao su để có quan hệ tình dục

an toàn. **Phải bảo vệ những người nghiện chích matúy và những người hay có quan hệ tình dục không an toàn trước đại dịch HIV/AIDS và biết cách bảo vệ họ trước đại dịch HIV/AIDS chính là để bảo vệ cộng đồng trước đại dịch nguy hiểm này.** Tất cả các giải pháp này được gọi là "can thiệp giảm tác hại". Những giải pháp này cần được thống nhất trên mặt luật pháp, có như vậy mới tạo điều kiện cho phòng chống HIV/AIDS thắng lợi.Vì vậy Chỉ thị 54/CT-TW đã nhấn mạnh: "coi trọng xây dựng và hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật đồng bộ để tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS". Bài học thành công của một số quốc gia (Căm pu chia, Uganda...) trong thời gian gần đây đã cho thấy không thể hạn chế được sự lây lan HIV/AIDS nếu không áp dụng các giải pháp này ở phạm vi quốc gia[18],[19].

2.2.2 Ngoài ra, Chỉ thị nêu rõ việc cần thiết có những chính sách nhằm:

- Hỗ trợ việc chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS: đây là một việc làm mang tính nhân đạo cao đối với những người nhiễm. Đại bộ phận những người nhiễm rơi vào cảnh cùng quẫn về tinh thần cũng như về kinh tế, khó tìm được việc làm, có một số người trở nên không nơi nương tựa (hậu quả của sự kỳ thị và phân biệt đối xử), chi phí điều trị lớn, trong khi khả năng lao động và kiếm sống bị hạn

[18] The MAP: "AIDS in Asia: face the facts". MAP report 2004

[19] Nguyễn Trần Hiển: "Đại dịch HIV/AIDS: Những số liệu và bằng chứng cập nhật làm cơ sở cho công tác lập kế hoạch và xây dựng các chương trình truyền thông phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam". Kỷ yếu đổi mới công tác truyền thông về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam – Ban Tư tưởng văn hoá TW 2005

chế, vì vậy cần có những chính sách xã hội để hỗ trợ cuộc sống và điều trị cho họ.

- Quan tâm thích đáng đến quyền lợi của người tham gia phòng, chống HIV/AIDS. Trong công cuộc phòng chống HIV/AIDS có nhiều người đã tham gia một cách tích cực, với một tấm lòng nhân đạo cao cả. Đó là những tấm gương cần được nhân rộng trong xã hội. Bên cạnh việc khích lệ tinh thần (tuyên dương trên các phương tiện thông tin đại chúng, tặng bằng khen, kỷ niệm chương và huy chương, huân chương....) cũng cần quan tâm đến quyền lợi vật chất (chế độ phụ cấp trách nhiệm, phụ cấp nghề nghiệp) cho những người trực tiếp phục vụ công tác phòng chống HIV/AIDS (bao gồm không chỉ các thầy thuốc trực tiếp chăm sóc, điều trị, mà cả những người trực tiếp quản lý và tiếp xúc với người nhiễm trong các ngành nghề khác...).

Việc Quốc hội nước ta sẽ ban hành luật phòng chống HIV/AIDS là một sự kiện quan trọng không chỉ trong lĩnh vực phòng chống HIV/AIDS mà cả trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ nói chung. Chắc chắn đây sẽ là hành lang pháp lý quan trọng để công tác phòng chống HIV/AIDS đạt được thắng lợi ở nước ta.

2.3. Nhiệm vụ 3: "Đổi mới, đa dạng hoá và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là đến các thanh, thiếu niên và những nhóm người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS (tiêm chích ma tuý, mại dâm và tình dục đồng giới nam...), nhằm xây dựng nhận thức đúng về nguy cơ và hiểm hoạ của dịch HIV/AIDS, có thái độ, hành vi, cư xử đúng đối với người nhiễm HIV/AIDS, có tinh thần tích cực tham gia phòng, chống căn bệnh này; gắn phòng, chống HIV/AIDS với xây dựng gia đình văn hoá, làng, bản văn hoá, cơ quan, đơn vị văn hoá; xây dựng lối sống lành

mạnh, phù hợp với chuẩn mực đạo đức xã hội". Có mấy ý sau cần được quán triệt:

2.3.1.Yêu cầu của nhiệm vụ này là đổi mới, đa dạng hoá, và đẩy mạnh thông tin, tuyên truyền và giáo dục. Thực tế cho thấy, thời gian qua công tác truyền thông phòng chống HIV/AIDS đã đạt được một số kết quả nhất định, nâng cao được nhận thức của nhân dân về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Tuy nhiên các hình thức thông điệp, biểu tượng thông tin phần nào còn mang tính hù doạ, chưa chuyển tải hết được tinh thần trách nhiệm " vừa chống sự lây nhiễm, vừa chống kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS". Công tác thông tin, giáo dục và truyền thông chưa thật sự làm cho mọi người hiểu biết, có trách nhiệm thay đổi hành vi, chống kỳ thị và phân biệt đối xử , tăng cường sự giúp đỡ của xã hội đói với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình của họ. Nội dung, hình thức thông tin cũng cần tính đến các rào cản văn hoá, thói quen tập tục, nhằm rút ngắn, xoá bỏ khoảng cách giữa thông tin và hành vi đối với HIV/AIDS.[20]

2.3.2. Đối tượng của công tác thông tin, giáo dục, truyền thông là: các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là đến các thanh, thiếu niên và những nhóm người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS (tiêm chích ma tuý, mại dâm và tình dục đồng giới nam...)

2.3.3. Nội dung của công tác này là:

- Xây dựng nhận thức đúng về nguy cơ và hiểm hoạ của dịch HIV/AIDS: HIV/AIDS thật sự là mối đe doạ không loại trừ bất kỳ một

[20] Đào Duy Quát: Phát biểu khai mạc hội nghị "Đổi mới công tác truyền thông về phòng chống HIV/AIDS" , Kỷ yếu hội nghị đổi mới công tác truyền thông về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam,Ban TTVHTW 2005

quốc gia nào trên thế giới. Nhiễm HIV/AIDS không phân biệt ai, bất kỳ ai có hành vi nguy cơ đều có thể bị nhiễm HIV/AIDS.

- Có thái độ, hành vi, cư xử đúng đối với người nhiễm HIV/AIDS: kỳ thị được biểu hiện dưới nhiều hình thức và là rào cản chủ yếu trên mọi khía cạnh của công cuộc phòng chống HIV/AIDS.

- Có tinh thần tích cực tham gia phòng, chống căn bệnh này: thảm hoạ này có thể loại trừ được bằng chính sự nỗ lực và ý thức trách nhiệm hành động của mỗi cá nhân trong cộng đồng.

- Gắn phòng, chống HIV/AIDS với xây dựng gia đình văn hoá, làng, bản văn hoá, cơ quan, đơn vị văn hoá; xây dựng lối sống lành mạnh, phù hợp với chuẩn mực đạo đức xã hội.:

2.4.Nhiệm vụ 4: "Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS từ Trung ương đến địa phương. Nâng cao hiệu quả phối hợp liên ngành trong phòng, chống HIV/AIDS".

2.4.1. Phải nghiên cứu và đề xuất các giải pháp bổ sung, tăng cương hệ thống phòng chống HIV/AIDS ở cấp quốc gia lẫn các ban, ngành và địa phương để bảo đảm sự tập trung về lãnh đạo và thể hiện rõ sự điều phối trong hoạt động đa ngành.Tiến đến thành lập các trung tâm Phòng chống HIV/AIDS nằm trong đội hình sở y tế các tỉnh thành để làm đầu mối về chuyên môn y tế trong phòng chống HIV/AIDS. Bố trí cán bộ chuyên trách với một tỷ lệ thích hợp với từng loại cơ quan phòng chống HIV/AIDS và có kế hoạch chủ động đào tạo đội ngũ này để họ có thể tham mưu và thực hiện một cách chuyên nghiệp việc phòng chống HIV/AIDS.

2.4.2. Phối hợp liên ngành và hoạt động đa ngành là một chiến lược quan trọng trong phòng chống HIV/AIDS. Phải lôi kéo được sự tham gia của mọi tổ chức, đoàn thể trong xã hội và mọi

thành viên cộng đồng vào công cuộc phòng chống HIV/AIDS. Sự phối hợp liên ngành không chỉ thể hiện ở cấp quốc gia mà phải ở các cấp tỉnh, huyện, phường xã. Các cấp uỷ đảng phải có trách nhiệm lãnh đạo chính quyền cùng cấp thường xuyên quan tâm và tổ chức việc phối hợp liên ngành trong phòng chống HIV/AIDS. Kiên quyết loại trừ tác phong khoán trắng cho một ngành, nhất là y tế trong phòng chống HIV/AIDS.

2.5. Nhiệm vụ 5: "Tăng mức đầu tư của Nhà nước, tích cực huy động sự đóng góp của toàn xã hội, mở rộng hợp tác nhằm tranh thủ tối đa sự hỗ trợ của cộng đồng quốc tế cho nhiệm vụ phòng, chống HIV/AIDS. Quản lý chặt chẽ, sử dụng có hiệu quả các nguồn đầu tư; ưu tiên đầu tư cho việc mở rộng và nâng cao chất lượng các hoạt động thông tin tuyên truyền, giáo dục, cho công tác chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS, quản lý và giám sát dịch tễ, tăng cường nghiên cứu khoa học và triển khai ứng dụng các thành tựu nghiên cứu trong, ngoài nước về phòng, chống HIV/AIDS"

- Cần xác định và coi trọng các nguồn đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS là: ngân sách Chính phủ, các nguồn đóng góp của xã hội, viện trợ của nước ngoài

- Song song với việc tăng nguồn đầu tư, phải tăng cường công tác quản lý các nguồn đầu tư và sử dụng có hiệu quả

- Các lĩnh vực cần đầu tư ưu tiên là:

+ Mở rộng và nâng cao chất lượng các hoạt động thông tin tuyên truyền, giáo dục.

+ Công tác chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV/AIDS

+ Quản lý và giám sát dịch tễ.

+ Tăng cường nghiên cứu khoa học và triển khai ứng dụng các thành tựu nghiên cứu trong, ngoài nước về phòng, chống HIV/AIDS.

2.6. Nhiệm vụ 6: "Đẩy mạnh xã hội hoá công tác phòng, chống HIV/AIDS. Phát huy truyền thống tương thân, tương ái, chăm sóc, giúp đỡ của cộng đồng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS; tạo điều kiện để những người nhiễm bệnh và gia đình họ thấy rõ trách nhiệm, tự giác tham gia tích cực các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS; khuyến khích các đoàn thể chính trị - xã hội, các tổ chức phi chính phủ, cá nhân trong nước và nước ngoài tham gia phòng, chống HIV/AIDS; tiến tới thành lập tổ chức xã hội phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam". Nội dung của xã hội hoá trong phòng chống HIV/AIDS là:

- Phát huy truyền thống tương thân, tương ái, chăm sóc, giúp đỡ của cộng đồng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.

- Tạo điều kiện để những người nhiễm bệnh và gia đình họ thấy rõ trách nhiệm, tự giác tham gia tích cực các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Cần lưu ý nhận thức đúng tầm quan trong của vai trò những người nhiễm và gia đình của họ trong tham gia phòng chống HIV/AIDS. Tiếng nói của những người nhiễm HIV/AIDS cũng như gia đình họ có sức thuyết phục cao đối với những người cùng hoàn cảnh và những kinh nghiệm của bản thân họ có sức thuyết phục cao trong vận động phòng chống lây lan HIV/AIDS.

- Khuyến khích các đoàn thể chính trị - xã hội, các tổ chức phi chính phủ, cá nhân trong nước và nước ngoài tham gia phòng, chống HIV/AIDS

- Tiến tới thành lập tổ chức xã hội phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam nhằm tập hợp mọi lực lượng, tổ chức và cá nhân có tinh thần tích cực trong phòng chống HIV/AIDS và hướng mọi hoạt động phòng chống HIV/AIDS theo những mục tiêu đã được vạch ra trong Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến 2010 và tầm nhìn 2020. Đây cũng là một biện pháp đẩy mạnh hoạt động liên ngành và đa ngành trong phòng chống HIV/AIDS.

3. Phân công thực hiện.

Chỉ thị đã chỉ rõ trách nhiệm thực hiện của các cấp uỷ đảng trực tiếp lãnh đạo các thành viên trong hệ thống chính trị ở nước ta và đảng viên trong toàn đảng như sau:

Đảng đoàn Quốc hội chỉ đạo việc xây dựng và bổ sung, hoàn thiện hệ thống luật pháp.

Ban Cán sự đảng Chính phủ chỉ đạo việc xây dựng và triển khai chương trình hành động, các cơ chế, chính sách có liên quan để thực hiện Chỉ thị.

Các cấp uỷ đảng, Ban Cán sự đảng các Bộ, Ngành, Đảng đoàn Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Liên hiệp Thanh niên Việt Nam, đảng đoàn các đoàn thể chính trị - xã hội xây dựng các chương trình, kế hoạch hành động cụ thể thực hiện chương trình hành động của Chính phủ và Chỉ thị của Ban Bí thư.

Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với Ban Cán sự đảng Bộ Văn hoá - Thông tin và các cơ quan có liên quan chỉ đạo tăng cường và nâng cao chất lượng công tác thông tin, tuyên truyền, giáo dục về phòng, chống HIV/AIDS.

Ban Khoa giáo Trung ương chủ trì, phối hợp với Ban cán sự đảng Bộ Y tế hướng dẫn, kiểm tra, đánh giá và định kỳ báo cáo Ban Bí thư về tình hình thực hiện Chỉ thị.

Chỉ thị này được phổ biến và quán triệt đến chi bộ

Trên đây là những nét chính khi quán triệt Chỉ thị 54/CT-TW về "Tăng cường lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới" của Ban Bí thư TW Đảng khoá IX được ban hành ngày 30 tháng 11 năm 2005 và tinh thần của Văn kiện Đại hội X về công tác phòng chống HIV/AIDS. Sự ra đời Chỉ thị 54/CT-TW cũng như tinh thần của các văn kiện Đại hội X về phòng chống HIV/AIDS là một sự khẳng định lại ở mức cao hơn và quyết tâm hơn trách nhiệm lãnh đạo của Đảng và Nhà nước ta và là cơ sở chính trị vững chắc đối với công cuộc phòng chống HIV/AIDS ở nước ta trong giai đoạn mới. Để sự nghiệp phòng chống HIV/AIDS thắng lợi, chúng ta không chỉ dừng ở việc ra chỉ thị, nghị quyết mà phải đưa mọi nội dung của chỉ thị và nghị quyết này vào chương trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước từ cấp quốc gia đến mọi cấp vùng và địa phương. Trước mắt chúng ta phấn đấu khống chế tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng dân cư dưới mức 0,3% vào năm 2010 và không tăng sau 2010[21], như mục tiêu chung của Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến 2010 và tầm nhìn 2010 đã vạch ra.

---

[21] Uỷ ban quốc gia phòng chống AIDS, phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm: "Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020. Nhà xuất bản Y học 2004.

ĐỔI MỚI CÔNG TÁC THÔNG TIN, GIÁO DỤC VÀ TRUYỀN THÔNG TRONG PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

PGS, TS. Đào Duy Quát

1. Vai trò của công tác thông tin, giáo dục và truyền thông trong phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam

Đại dịch HIV/AIDS đã và đang trở thành mối hiểm hoạ đối với nhân loại, tác động nặng nề đến sự phát triển kinh tế và an toàn xã hội, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khoẻ con người, đến tương lai nòi giống của của mỗi quốc gia, dân tộc.

Đảng và Nhà nước Việt Nam đã sớm nhận thấy nguy cơ của đại dịch HIV/AIDS, coi phòng, chống AIDS là nhiệm vụ trọng tâm, cấp bách và lâu dài. Nhiều chủ trương, chính sách của Đảng, văn bản pháp luật của Nhà nước đã được ban hành cùng với các giải pháp đồng bộ và các hoạt động ưu tiên phù hợp từng giai đoạn. Đồng thời, tích cực thực hiện cam kết quốc tế, tăng cường hợp tác đa phương, song phương, mở rộng hợp tác với các nước trong khu vực và trên thế giới trong phòng, chống HIV/AIDS. Nhờ đó, công tác phòng, chống HIV/AIDS đã thu được một số kết quả nhất định: nâng cao được nhận thức và hiểu biết của nhân dân về HIV/AIDS, về các biện pháp phòng lây nhiễm cũng như cách tiếp cận, chăm sóc và điều trị đối với người có HIV/AIDS.

Tuy nhiên, dịch HIV/AIDS ở nước ta vẫn tiếp tục gia tăng và diễn biến ngày càng phức tạp. Theo Báo cáo của Bộ Y tế, tính đến cuối năm 2005 dịch đã lan tràn khắp 64 tỉnh, thành trong cả nước, phát

hiện tới 103.084 trường hợp nhiễm HIV/AIDS, trong đó, 17.124 trường hợp đã chuyển sang giai đoạn AIDS.

Tình hình trên do nhiều nguyên nhân, như Chỉ thị 52 -CT/TW của Ban Bí thư về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới đã chỉ rõ: "nguyên nhân chủ yếu là các cấp uỷ đảng, chính quyền chưa nhận thức đầy đủ về trách nhiệm lãnh đạo thực hiện và kiểm tra, giám sát... Công tác tuyên truyền, giáo dục còn hạn chế; sự phối hợp giữa các cấp, các ngành, các tổ chức trong hệ thống chính trị chưa chặt chẽ, còn kém hiệu quả,..."

Để đáp ứng yêu cầu của công tác phòng, chống HIV/AIDS hiện nay, quyết không để HIV/AIDS phát triển lan tràn thành đại dịch ở nước ta trong thời gian tới, ngày 17/3/2004 Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, theo đó ngay trong Điều 1, mục e về các hoạt động *ưu tiên* đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới, đã nhấn mạnh: *Tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi; phối hợp với các chương trình khác để ngăn ngừa, giảm thiểu lây nhiễm HIV/AIDS.* Đồng thời, đây cũng là nội dung đầu tiên trong 9 vấn đề của Chương trình hành động thực hiện Chiến lược của Chính phủ. Bên cạnh đó, trên cơ sở nhận thức rõ về vai trò, tầm quan trọng của công tác thông tin, giáo dục và truyền thông trong phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta hiện nay, Ban Bí thư Trung ương Đảng khoá IX đã ban hành *Chỉ thị số 54- CT/TW, ngày 30/11/2005 về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới,* trong đó nội dung công tác truyền thông được đặc biệt coi trọng.

Chỉ thị mới của Ban Bí thư Trung ương ra đời thể hiện sự quan tâm sâu sắc và ý chí của Đảng ta trong chỉ đạo công tác phòng,

chống HIV/AIDS, cùng với sự quản lý, tổ chức của Nhà nước nhằm huy động toàn thể cộng đồng, các đoàn thể xã hội, các tổ chức tôn giáo ngày một đông đảo, chủ động và tích cực hơn trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, nhằm thực hiện thành công Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

Trên tinh thần đó, các cơ quan chức năng nhà nước cũng thể chế hoá thành các văn bản pháp luật, đặc biệt là Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Đổi mới công tác thông tin - giáo *dục - truyền thông phòng, chống HIV/AIDS* là một trong những nội dung quan trọng đã được đề cập đến trong Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng, trong đó nêu rõ: "Đổi mới, đa dạng hoá và đẩy mạnh hoạt động thông tin, tuyên truyền, giáo dục rộng rãi trong xã hội, đến các cộng đồng dân cư, từng người dân, từng gia đình, nhất là đến các thanh thiếu niên và những nhóm người có nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS, nhằm xây dựng nhận thức đúng về nguy cơ và hiểm hoạ của dịch HIV/AIDS, có thái độ, hành vi, cư xử đúng đối với người nhiễm HIV/AIDS, có tinh thần tích cực tham gia phòng, chống căn bệnh này; gắn phòng, chống HIV/AIDS với xây dựng gia đình văn hoá, làng, bản văn hoá, cơ quan, đơn vị văn hoá; xây dựng lối sống lành mạnh, phù hợp với chuẩn mực đạo đức xã hội". Như vậy, xét về khái niệm, *công tác thông tin, truyền thông, giáo dục trong phòng, chống HIV/AIDS là tổng thể các hoạt động có mục đích nhằm chuyển tải các thông tin, kiến thức từ chủ thể tác động đến các đối tượng cần tác động thông qua các phương tiện truyền thông nhằm mục đích giảm thiểu lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng.*

Trong bối cảnh dịch HIV/AIDS đang lây nhiễm lan tràn và trong khi chúng ta vẫn chưa có vắc -xin đặc trị căn bệnh thế kỷ này, công

tác thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi được coi là liều vắc xin hữu hiệu trong công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Quán triệt tinh thần chỉ đạo của Chỉ thị mới của Ban Bí thư về đa dạng hoá và đẩy mạnh các hoạt động truyền thông thay đổi nhận thức, hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS, công tác truyền thông cần có sự đổi mới mạnh mẽ từ nhận thức của các cấp, ngành ở Trung ương và địa phương, cho đến việc xác định những vấn đề ưu tiên cải tiến các chương trình truyền thông, đề ra các giải pháp cụ thể cả về nội dung, hình thức, cách thức, kỹ năng, thời lượng, thông điệp, biểu tượng quảng bá thông tin, cũng như cách thức tổ chức điều hành các hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS.

Truyền thông thay đổi hành vi cần phải đạt mục đích nâng cao được ý thức của mọi người dân, làm cho họ có đủ khả năng nhận thức, hiểu biết và niềm tin trong việc tự bảo vệ mình và giúp những người khác có ý thức hơn trong phòng tránh được sự lây nhiễm của dịch HIV/AIDS. Như vậy, các thông điệp truyền thông cần đưa ra được những định hướng tăng cường dự phòng, nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, chống kỳ thị và phân biệt đối xử, tư vấn xét nghiệm, tăng cường giúp đỡ cả về mặt tinh thần và vật chất đối với những người bị nhiễm HIV và gia đình của họ.

Để tránh được những mặc cảm kỳ thị và phân biệt đối xử, nội dung, hình thức, cách thức chuyển tải thông tin cần vượt qua được các rào cản về mặt văn hoá, thói quen, tập tục ảnh hưởng đến công tác phòng tránh HIV/AIDS, dần xoá bỏ khoảng cách giữa thông tin và hành vi đối với HIV/AIDS, đạt được hiệu quả cao trong công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Như vậy, trong các hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông thì truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS là hết sức quan trọng, đây là biện pháp tiếp cận ở nhiều cấp độ nhằm khuyến khích và duy trì việc thay đổi hành vi, làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS cho mỗi cá nhân và cộng đồng bằng cánh phổ biến các thông điệp về sức khoẻ qua nhiều kênh thông tin khác nhau. Tuy nhiên, cũng cần nhấn mạnh rằng, hiệu quả của công tác thông tin, giáo dục và truyền thông chỉ có thể đạt kết quả tốt khi thực hiện đồng bộ với các biện pháp khác.

2. Thực trạng của công tác truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS hiện nay

2.1. Những thuận lợi trong công tác thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS

- Có hệ thống phòng chống HIV/AIDS từ Trung ương tới địa phương. Hầu hết các địa phương đã thành lập Ban Chỉ đạo phòng chống HIV/AIDS và phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm theo mô hình của cơ quan Trung ương.

- Có hệ thống văn bản qui phạm pháp luật về phòng chống HIV/AIDS tương đối hoàn chỉnh, là cơ sở pháp lý để thực hiện các hoạt động truyền thông phòng chống HIV/AIDS.

- Có sự phối hợp trong công tác truyền thông của các bộ, ngành, đoàn thể trong phòng chống HIV/AIDS.

- Thông tin, giáo dục truyền thông được coi là hoạt động then chốt trong công tác phòng, chống HIV/AIDS. Công tác truyền thông đã được thực hiện dưới nhiều hình thức đa dạng, phong phú với với sự

tham gia hầu hết của các ban, ngành, đoàn thể, tổ chức chính trị xã hội và quần chúng nhân dân.

- Các hoạt động can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cũng được tăng cường triển khai trên nhiều nhóm đối tượng.

- Công tác huy động cộng đồng có nhiều bước chuyển biến tích cực, huy động được sự tham gia của các tổ chức xã hội, tôn giáo và cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt trong việc chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS;

2.2. Những hạn chế trong công tác thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS

- Thông tin truyền thông chưa phủ khắp, chưa đến được vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc ít người, chưa tiếp cận được nhóm có nguy cơ lây nhiễm cao, nhóm đối tượng đích;

- Hoạt động truyền thông còn mang tính hình thức, phong trào, chưa đi vào lòng người; nội dung thông tin còn nghèo nàn, nhiều khi thiếu tính chính xác, cập nhật, nên thường thiếu tính thuyết phục, thiếu tính hiệu quả;

- Các hình thức, thông điệp, biểu tượng thông tin còn mang tính hù doạ, gây phản cảm, chưa chuyển tải hết được tinh thần trách nhiệm "vừa phòng lây nhiễm, vừa chống kỳ thị với người nhiễm HIV".

- Công tác tuyên truyền, giáo dục pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS chưa được quan tâm triển khai thường xuyên, kịp thời đáp ứng được tình hình lây nhiễm đang gia tăng;

- Công tác quản lý, kiểm tra, đánh giá chưa được cơ quan chức năng triển khai thường xuyên, có hệ thống;

- Chưa có đội ngũ tuyên truyền viên, báo chí chuyên sâu về HIV/AIDS, đồng thời còn thiếu sự kết hợp đồng bộ giữa các cơ quan, các bộ, ban, ngành tham gia công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.

- Sự chỉ đạo công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS của các cấp chính quyền ở một số địa phương chưa thật sự được coi trọng; một bộ phận không nhỏ đội ngũ lãnh đạo ở các cấp cơ sở và một bộ phận dân cư nhận thức chưa đầy đủ về công tác này.

- Hệ thống pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS tuy được đánh giá là khá đầy đủ nhưng có một số quy định chậm được sửa đổi, bổ sung, các văn bản pháp qui về phòng chống HIV/AIDS, phòng chống tệ nạn ma tuý, mại dâm còn chưa đồng bộ, gây nhiều vướng mắc, dẫn tới giảm hiệu lực khi triển khai, thực hiện.

- Các thông điệp truyền thông đôi khi còn đánh đồng giữa dịch HIV/AIDS với các loại tệ nạn xã hội đặc biệt là ma tuý, mại dâm đã làm tăng sự phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.

- Chưa triển khai được chương trình thông tin về các biện pháp can thiệp giảm thiểu tác hại đồng bộ và trên diện rộng như: chương trình trao đổi bơm kim tiêm sạch, các biện pháp điều trị thay thế, chương trình 100% bao cao su.

- Lực lượng làm công tác truyền thông chưa đáp ứng yêu cầu về chuyên môn nghiệp vụ, hầu hết các cán bộ kiêm nhiệm, chưa có bộ máy điều hành chuyên trách về lĩnh vực này.

Xuất phát từ thuận lợi và khó khăn trên, nhiệm vụ đặt ra cho công tác truyền thông là cần thiết phải đổi mới, đa dạng hoá mạnh mẽ các hoạt động truyền thông, nhằm thay đổi hành vi, nâng cao nhận thức và trách nhiệm của mọi cấp, mọi ngành và của toàn xã hội trong việc

thực hiện thành công Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS theo tinh thần chỉ đạo của Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới.

3. Những giải pháp chủ yếu

3.1. Triển khai mạnh mẽ và đồng bộ các hoạt động TT-GD-TT thay đổi hành vi

- Tận dụng và phối hợp các kênh truyền thông, các loại hình truyền thông hiện có để chuyển tải các kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS cho người dân, đặc biệt những nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

- Phân công cụ thể trách nhiệm thực hiện công tác TT-GD-TT TĐHV cho từng bộ, ngành.

- Uỷ ban nhân dân các cấp tăng cường chỉ đạo, triển khai các hoạt động TT-GD-TT TĐHV, tập trung cho các khu vực nông thôn, vùng sâu, vùng xa, các vùng bị ảnh hưởng nặng nề của dịch.

- Tổ chức các chiến dịch truyền thông với quy mô lớn trên toàn quốc ít nhất mỗi năm hai lần, đưa giáo dục truyền thông dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS vào các ngày lễ, các sự kiện lớn về chính trị, kinh tế, văn hoá, xã hội hàng năm của đất nước.

3.2. Truyền thông góp phần xây dựng và phát triển các kỹ năng cá nhân trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.

- Sử dụng cách tiếp cận phù hợp với từng đối tượng cụ thể để tuyên truyền, vận động, chú trọng hình thức truyền thông trực tiếp, truyền thông theo nhóm nhỏ, giáo dục đồng đẳng.

- Xây dựng đội ngũ tuyên truyền viên gắn liền với đội ngũ cộng tác viên y tế thôn bản và cán bộ các ban, ngành, đoàn thể ở cấp cơ sở xã, phường.

- Triển khai và nâng cao chất lượng hiệu quả chương trình đào tạo về dự phòng lây nhiễm HIV. Nâng cao thời lượng giảng dạy về công tác phòng, chống HIV/AIDS cho hệ thống trường y, tổ chức tập huấn, đào tạo cho cán bộ giảng dạy về HIV/AIDS.

3.3. Tăng cường hoạt động TT-GD-TT TĐHV của các nhóm cộng đồng

- Hỗ trợ lãnh đạo các nhóm cộng đồng trong việc đánh giá nguy cơ nhiễm HIV/AIDS, tác động của đại dịch tới KT-XH, hoạch định chính sách, lập kế hoạch và tổ chức thực hiện các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, đáp ứng với đại dịch của cộng đồng mình.

- Huy động các nguồn lực của chính các nhóm cộng đồng và sự hỗ trợ của Chính quyền, của các tổ chức nhân đạo, từ thiện, các doanh nghiệp cho việc thực hiện các biện pháp TT-GD-TT TĐHV.

- Nâng cao số lượng, chất lượng các tài liệu và thông điệp truyền thông.

- Hỗ trợ chuyên môn, kỹ thuật cho các ban, ngành liên quan trong việc biên tập mới, sửa đổi, bổ sung, cập nhật thông tin, kiến thức mới về phòng, chống HIV/AIDS.

- Các tài liệu và thông điệp truyền thông cần tập trung vào những nội dung mang tính hướng dẫn, định hướng thay đổi hành vi và các biện pháp thực hiện hành vi an toàn phòng, chống HIV/AIDS, phù hợp với từng đối tượng.

- Đa dạng hoá các loại hình truyền thông, xuất bản các ấn phẩm bằng các thứ tiếng, ngôn ngữ để tuyên truyền giáo dục cho đồng bào dân tộc ít người, dân tộc thiểu số và người khuyết tật.

- Các bộ, ngành chỉ đạo các cấp theo ngành dọc chủ động lập kế hoạch đầu tư kinh phí cho việc sản xuất các tài liệu truyền thông phục vụ hoạt động TT-GD-TT TĐHV của ngành mình phụ trách.

3.4. Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi cho thanh niên và các vấn đề liên quan đến giới

- Phát triển chương trình đào tạo kỹ năng sống dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho các trường học của hệ thống giáo dục và dạy nghề.

- Thiết lập các dịch vụ thu hút giới trẻ.

- Phát triển các biện pháp can thiệp có định hướng để đưa vào hoạt động giáo dục kỹ năng sống, tiếp cận các dịch vụ, hỗ trợ và chăm sóc về mặt xã hội cho nhóm thanh niên.

- Mở rộng các cơ hội cho thanh niên tham gia và đóng góp ý kiến vào việc phát triển và thiết kế tất cả các hoạt động của thanh niên liên quan đến HIV/AIDS.

- Nâng cao nhận thức về giới và thúc đẩy bình đẳng giới trong các chương trình chăm sóc và phòng, chống HIV/AIDS.

- Tăng cường năng lực vận động ủng hộ cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu và các tổ chức cộng đồng để đảm bảo vấn đề giới được đề cập đến trong quá trình thiết kế và triển khai các chính sách và chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

- Tiến hành các nghiên cứu xã hội về tác động của giới đối với phòng, chống HIV/AIDS và chăm sóc điều trị, đặc biệt là tác động của vai trò và giá trị giới đối với các hành vi, quan hệ tình dục, tính dễ tổn thương đối với người sống chung với HIV/AIDS.

4. Tổ chức thực hiện

1. Bộ Văn hoá - Thông tin chủ trì phối hợp với Bộ Y tế hoàn chỉnh các Thông điệp truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.

2. Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với Bộ Văn hoá -Thông tin chỉ đạo các phương tiện thông tin đại chúng chuyển tải đều đặn các thông điệp đến các nhóm đích, tới cộng đồng dân cư ở các vùng miền và trong toàn xã hội.

3. Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế tiến hành khảo sát, thường xuyên cập nhật thông tin và xây dựng các tài liệu phục vụ tập huấn và công tác truyền thông.

4. Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với Bộ Văn hoá - Thông tin tổ chức tập huấn các cán bộ, văn nghệ sĩ, sáng tác các loại hình nghệ thuật, thay đổi pano, áp phích phù hợp với yêu cầu đổi mới công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.

5. Bộ Y tế chủ trì nghiên cứu triển khai thực hiện từng bước có kiểm soát việc sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch...

6. Ban Tuyên giáo tỉnh, thành phố phối hợp với Sở Văn hoá, Sở Y tế triển khai kế hoạch truyền thông phòng, chống HIV/AIDS ở địa phương, đơn vị.

7. Coi trọng phát hiện, tuyên truyền những nhân tố mới, những kinh nghiệm hay trong thực hiện phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta.

8. Ban Tư tưởng - Văn hoá Trung ương chủ trì, phối hợp với các cơ quan chức năng định kỳ kiểm tra, đánh giá kết quả và chỉ đạo thực hiện.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TÌNH DỤC VÀ SINH SẢN QUA CUỘC ĐIỀU TRA QUỐC GIA VỀ VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN VIỆT NAM

TS. Vũ Quý Nhân

1. Mở đầu

Năm 2004, phối hợp với một số tổ chức quốc tế và cơ quan trong nước, Bộ Y tế đã tiến hành một cuộc nghiên cứu qui mô lớn chưa từng có ở Việt Nam về sức khoẻ của thanh viên và vị thành niên Việt Nam (gọi tắt là SAVY). Cuộc Điều tra đã phỏng vấn 7584 nam nữ trong độ tuổi 14-25 thuộc 42 tỉnh thành trong cả nước. Đây là cuộc điều tra kiểu hộ gia đình (household survey), nhưng các nam nữ thanh thiếu niên đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu này sau khi được chọn theo hộ gia đình, sẽ được mời đến một nơi tập trung để được phỏng vấn. Tại đây, các đối tượng nghiên cứu đã được điều tra viên phỏng vấn, và đồng thời họ cũng được yêu cầu tự trả lời (điền vào phiếu) cho một số câu hỏi có tính nhậy cảm. Tỷ lệ thanh thiếu niên tham gia trả lời phỏng vấn là 85%. Cuộc điều tra SAVY này đã cung cấp khá đầy đủ các thông tin về về thanh thiếu niên Việt Nam hiện nay.

Các vấn đề nghiên cứu đã được khảo sát bao gồm: nhân khẩu học, học vấn, việc làm, tuổi dạy thì, hẹn hò và mối quan hệ khác giới, nhiễm HIV/AIDS, chấn thương, thể lực, hiểu biết/thái độ/niềm tin về một số vấn đề, bạo lực, sức khoẻ tâm thần, thông tin đại chúng và

nguyện vọng. Kết quả của Điều tra đã được công bố trong một báo cáo tổng hợp.

Bên cạnh báo cáo chung còn có các chuyên đề đi sâu phân tích từng vấn đề của thanh thiếu niên như giáo dục, việc làm, SKSS, sử dụng các chất gây nghiện, tự tử và tai nạn, và mơ ước về tương lai. Chuyên đề này chỉ đi sâu phân tích về **sức khoẻ sinh sản của thanh thiếu niên**. Nội dung sức khoẻ sinh sản tương đối rộng, nhưng báo cáo chuyên đề này sẽ chỉ đề cập đến một số vấn đề chọn lọc về sức khoẻ sinh sản của thanh thiếu niên mà xã hội quan tâm. Đó là quan hệ tình dục trước hôn nhân cùng các hệ lụy của nó như thai nghén ngoài ý muốn, và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

1.1 Mục tiêu

Mục tiêu của chuyên đề này bao gồm:

- Đưa ra các dẫn chứng và số liệu liên quan đế SKSS của vị thành niên và thanh niên để giúp cho việc xây dựng Chiến lược sức khoẻ vị thành niên và thanh niên

- Đưa ra các thông tin chi tiết và phân tích các vấn đề bức xúc về SKSS của VTN và TN, các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi SKSS của VTN và TN, từ đó đưa ra các khuyến nghị về can thiệp phù hợp.

1.2. Hiểu biết hiện nay về sức khoẻ sinh sản thanh thiếu niên việt nam

Năm 2000, trên thế giới đã có 1,7 tỷ người trong độ tuổi 10-24t, tức trên 1/4 dân số thế giới, mà phần lớn (85%) sống tại các nước đang phát triển. Lực lượng trẻ là tương lai của đất nước, nhưng để có thể đáp ứng nhu cầu về chăm sóc sức khoẻ, học tập và công ăn việc làm của nhóm dân số trẻ này cũng lại là thách thức của nhiều quốc

gia đang phát triển. Chương trình hành động (POA) của Hội nghị Cairo (ICPD) đã kêu gọi các chính phủ và hệ thống y tế thiết lập, mở rộng và điều chỉnh các chương trình nhằm đáp ứng nhu cầu về SKSS của vị thành niên, tôn trọng quyền được riêng tư và kín đáo, và nhân viên y tế không được có thái độ hạn chế vị thành niên tiếp cận với thông tin và dịch vụ về SKSS [23].

Năm 2003, Uỷ ban của LHQ theo dõi việc triển khai Công ước về Quyền của Trẻ em đã viết: "Các quốc gia cần cung cấp cho vị thành niên sự tiếp cận với thông tin về SKSS và SKTD, bao gồm KHHGĐ và các biện pháp tránh thai, về các nguy hiểm của có thai sớm, phòng ngừa HIV/AIDS và phòng và chữa các bệnh LTĐTD. Ngoài ra, các quốc gia cần đảm bảo cung cấp thông tin đầy đủ bất kể tình trạng hôn nhân ra sao, hoặc có sự đồng ý trước của cha mẹ hay người đỡ đầu hay không" [23].

Về khía cạnh sức khoẻ sinh sản, nhóm tuổi trẻ có một số vấn đề đáng quan tâm: [1]

- Quan hệ tình dục sớm và nhiều hơn và các hệ quả của nó như mắc các bệnh lây truyền đường tình dục (LTĐTD), thai nghén ngoài ý muốn, phá thai và sinh nở sớm.

- Các biến chứng của thai nghén, sinh nở và phá thai không an toàn là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong cho các phụ nữ trong nhóm tuổi 15-19t

- Nhóm tuổi trẻ 10-24t có tỷ lệ mắc các bệnh LTĐTD cao nhất, kể cả nhiễm HIV.

Ngoài các vấn đề SKSS, vị thành niên còn có các vấn đề sức khoẻ khác thuộc về dinh dưỡng như thiếu máu và suy dinh dưỡng. Tuổi trẻ ngày nay bước vào dạy thì (trưởng thành sinh dục) sớm hơn và cũng

lại lập gia đình muộn hơn các thế hệ trước đây và do đó phải trải qua một thời gian dài hơn giữa dạy thì và hôn nhân. Trong thời kỳ này, do đã trưởng thành về sinh dục nên họ có thể có quan hệ tình dục trước hôn nhân. [29] Nhiều nghiên cứu cho thấy khi quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân lần đầu, phần đông vị thành niên thiếu hiểu biết về sinh sản và tình dục; không được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, và các biện pháp tránh thai. Nữ vị thành niên (VTN) thường không có đủ quyền lực, thiếu tự tin và kỹ năng ra quyết định để từ chối QHTD khi họ không mong muốn. Trong QHTD lần đầu, thường là các em gái bị nài ép hơn là tự nguyện [29]. Một khi có hoạt động tình dục, nhóm người trẻ tuổi này cũng dễ gặp các vấn đề có liên quan đến hoạt động tình dục như: thai nghén ngoài ý muốn, tai biến do thai nghén và sinh nở, phá thai không an toàn và các bệnh LTĐTD, và nhiễm HIV/AIDS. Do những yếu tố sinh lý và xã hội đặc thù của giới, nữ vị thành niên dễ bị các biến chứng liên quan đến thai nghén; dễ bị mắc bệnh LTĐTD kể cả HIV/AIDS và phá thai không an toàn hơn là ở phụ nữ đã lớn tuổi. [1], [29].

Việt Nam có cấu trúc dân số trẻ, với 53% dân số dưới 25t theo kết quả của Tổng điều tra dân số lần cuối vào năm 1999. Trong suốt hai thập kỷ qua, nhóm dân số tuổi trẻ 10-24t luôn chiếm khoảng 1/3 tổng dân số, nhưng số lượng tuyệt đối trong thập kỷ qua đã tăng thêm 6 triệu người (từ 18 triệu người năm1979 lên 24 triệu người năm1999). Do mức sinh của Việt Nam trước đây cao, nên trong những năm tới dẫu rằng tỷ lệ sinh chung đã giảm, nhưng dân số Việt Nam vẫn tiếp tục gia tăng về số lượng do tác động của "*xung lượng dân số*" (population momentum) do những đứa trẻ sinh ra trước đây nay đã bước vào tuổi trưởng thành. Theo Tổng cục thống kê, phải đến năm 2010 nhóm dân số 10-14t mới giảm từ 9 triệu xuống còn 7 triệu người.

Theo một số nghiên cứu gần đây thì tuổi dậy thì của vị thành niên (VTN) Việt Nam ngày nay đã giảm xuống được 1 tuổi so với thập niên 70. Tuổi thấy kinh lần đầu ở các em gái (*menarche*) là 13,5 tuổi và tuổi xuất tinh lần đầu (*spermache*) ở các em trai là 15,3 tuổi. Trẻ em thành phố dậy thì sớm hơn trẻ em nông thôn, và trẻ em ở vùng đồng bằng dậy thì sớm hơn trẻ em miền núi [3]. Trong khi đó tuổi kết hôn lần đầu đã tăng lên trong thập kỷ qua với nam là 24,5t (năm 1989) và 25,5 tuổi (năm 1999), với nữ tương ứng là 23,2t và 24t. Như vậy, nếu so với các nước trong khu vực, Việt Nam có tỷ lệ kết hôn lần đầu tương đối muộn hơn [2].

- Quan niệm về quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân ở TTN.

Trong xã hội miền Bắc Việt Nam trước năm 1975, nam nữ bình đẳng bình quyền đã được Hiến pháp qui định, tự do hôn nhân được khuyến khích nhưng quan hệ tình dục trước hôn nhân và ngoài hôn nhân vẫn được xem là một lỗi nặng về đạo đức. Người thiếu nữ có QHTD trước hôn nhân thường bị dư luận xã hội lên án, và cha mẹ họ cũng cảm thấy xấu hổ. Khi có QHTD trước hôn nhân, người phụ nữ thường bị thiệt thòi nhiều hơn, bị phê phán/kỷ luật nặng nề và dễ bị ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình sau này. Trong khi đó, cha mẹ và nhà trường lại không hề quan tâm đến những vấn đề liên quan đến giới tính và tình dục của VTN.

Sau thời kỳ Đổi mới, dư luận xã hội không còn khắt khe với QHTD trước hôn nhân như trước đây. Có thể nói QHTD trước hôn nhân ở TTN ngày càng trở nên phổ biến hơn và được một bộ phận thanh thiếu niên chấp nhận. Dư luận xã hội tuy đã bớt lên án, nhưng cũng chưa tới mức công khai tán đồng hay ủng hộ hành vi này.

Người ta không còn coi QHTD trước hôn nhân là vấn đề kém đạo đức nữa mà chỉ xem là "tác phong sinh hoạt" của con người.

Với sự giúp đỡ của Quĩ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA), đầu thập kỷ 80 Bộ Giáo dục đã thí điểm Dự án "Giáo dục dân số trong nhà trường" và từ năm 1989 Bộ Giáo dục đã tiếp tục thí điểm dự án "Giáo dục đời sống gia đình và giới tính" trong trường phổ thông [4] và một cuộc thăm dò sau đó đã cho thấy phụ huynh học sinh hưởng ứng việc đưa chương trình nói trên vào nhà trường. [4] [5]

1.3. Nghiên cứu về SKSS ở vị thành niên (VTN) và thanh thiếu niên (TTN)

Ở Việt Nam bắt đầu từ những năm đầu của thập kỷ 90, chúng tôi đã chọn ra ba công trình nghiên cứu với mẫu tương đối lớn để trong một chừng mực nào đó có thể so sánh hoặc bổ sung vào kết quả của điều tra SAVY. Hơn nữa, các nghiên cứu này sẽ cung cấp thêm thông tin về hành vi tình dục của hai nhóm đối tượng đặc thù mà cuộc Điều tra SAVY không có dịp tìm hiểu, đó là **học sinh trung học phổ thông** (THPT) và **sinh viên đại học**. Ba nghiên cứu tiêu biểu đã được lựa chọn để so sánh với điều tra SAVY gồm: điều tra về vị thành niên nói chung (trong đó có SKSS), một nghiên cứu về SKSS ở sinh viên đại học và một nghiên cứu về hành vi QHTD ở học sinh cấp 3.

+ *"Điều tra Vị thành niên và Biến đổi xã hội ở Việt Nam"*, do Viện Xã hội học và Hội đồng Dân số tiến hành năm 1999 tại 6 tỉnh và thành phố Hồ Chí Minh với 2.126 thanh thiếu niên trong độ tuổi từ 13-22t. Nội dung khảo sát: SKSS (hẹn hò, QHTD trước hôn nhân, thai nghén và phá thai); sử dụng chất gây nghiện, học hành và việc làm. Riêng về khía cạnh SKSS, nghiên cứu cho thấy 10% nam TN

(n=764) và 5% nữ TN (n=733) trong độ tuổi 15-22t, chưa có gia đình, đã có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Trong số phụ nữ chưa chồng nói trên, có 4 người cho biết đã có thai ngoài ý muốn (0,5%), thì 3 người phá thai và một giữ thai và sinh con. (Barbara, M và Cs. 2003)

+ "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi (KAP survey) tính dục của sinh viên lứa tuổi 18-24t chưa lập gia đình tại thành phố Hồ Chí Minh" (Dương Đăng Hanh, Luận văn Thạc sĩ Y học, 1999). Tổng số 1.508 nam nữ sinh viên thuộc 14 trường Đại học đóng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh đã tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên có thái độ rất cởi mở về quan hệ tình dục trước hôn nhân (QHTD THN), nhất là khi đã yêu nhau hay đã hứa hôn; và nam dễ chấp nhận hơn nữ. Tỷ lệ có QHTD THN chung cho cả hai giới là 12,8% (nam nhiều gấp 4 lần nữ, lần lượt là 19,76% và 5,59%). Tuổi QHTD lần đầu trung bình là 20t, sớm nhất là 16t; và trong lần QHTD đầu tiên, 53,57% không sử dụng biện pháp tránh thai.

+ "*Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi quan hệ tình dục của học sinh cấp 3, tại thành phố Hồ Chí Minh*" (Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Luận văn Tiến sĩ Y học, 2003). Nghiên cứu xem xét về tuổi dậy thì, quan tâm đến bạn khác giới; quan hệ tình dục (nam 11,72% và nữ 4,55%); và tuổi QHTD lần đầu (nam: 17,6t và nữ: 17,2t); và các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi QHTD (mức sống, hệ học : công, bán công, tư thục), quan hệ với cha mẹ, kiến thức và thái độ của học sinh). Nghiên cứu này còn tìm hiểu cả quan điểm của thày cô giáo và cha mẹ học sinh về các chủ đề nói trên.

Kết quả các nghiên cứu nói trên cho ta một số thông tin quan trọng về SKSS và TD ở thanh thiếu niên (TTN). Đó là : một bộ phận

thanh thiếu niên Việt Nam ngày nay đã có QHTD trước hôn nhân, trong đó nam nhiều hơn nữ, và họ ít sử dụng tránh thai trong lần QHTD đầu tiên.

1.4. Các chính sách liên quan đến SKSS của TTN

Cũng trong khoảng thời gian 5 năm trở lại đây, Nhà nước Việt Nam đã quan tâm hơn tới sức khoẻ sinh sản của TTN cùng là các hậu quả của QHTD trước hôn nhân như: các bệnh LTĐTD kể cả nhiễm HIV, thai nghén ngoài ý muốn và phá thai. Ngày nay, xã hội không thể phủ nhận hay làm ngơ trước nhu cầu chính đáng của TTN về dịch vụ và tư vấn SKSS. Nếu như chương trình KHHGĐ quốc gia trong nhiều thập kỷ trước đây chỉ coi các cặp vợ chồng là đối tượng của chương trình, thì nay đã bắt đầu quan tâm đến TTN như là một nhóm đối tượng đặc thù của chương trình. Các ban, ngành và đoàn thể có liên quan cũng đã có chương trình về SKSS của TTN.

Đặc biệt có hai văn bản quan trọng:

- *Chiến lược Sức khoẻ sinh sản 2001-2010* do Bộ Y tế xây dựng và đã được Thủ tướng chính phủ phê duyệt ngày 28/11/2000 (số 136/2000/QĐ-TTg). Trong phần nói về các vấn đề tồn tại, mục II.3 có viết: "Dân số Việt Nam mỗi năm tăng thêm 1 triệu người. Vì thế, ước tính đến năm 2020 dân số có thể xấp xỉ 100 triệu người gồm 22 triệu vị thành niên tuổi từ 10 đến 19. Nhóm dân số này là nguồn nhân lực chủ yếu của đất nước trong tương lai, và đồng thời cũng lại là nhóm có nguy cơ cao về SKSS. *Tuy nhiên, việc chăm sóc SKSS cho vị thành niên làm được ít*". Do vậy mà trong Phần II về Mục đích và mục tiêu, mục tiêu 6 có viết: "*Cải thiện tình hình SKSS, bao gồm cả sức khoẻ tình dục, cho vị thành niên qua giáo dục, tư vấn và cung cấp dịch vụ SKSS phù hợp theo lứa tuổi*". Về giải pháp, cũng có một mục riêng về SKSS của vị thành niên (VTN). Phần này nói rõ việc

thành lập các trung tâm tư vấn và dịch vụ SKSS cho vị thành niên. Lần đầu tiên trong lịch sử chương trình KHHGĐ của Việt Nam có một văn bản chính qui đề cập đến *cung cấp dịch vụ SKSS cho vị thành niên.*

- *Chiến lược Dân số Việt Nam – 2001-1010* do Uỷ ban Quốc gia Dân số-KHHGĐ (nay là Uỷ ban Dân số, Gia đình và Trẻ em) xây dựng và cũng đã được Thủ tướng chính phủ phê duyệt. Trong phần II về Hạn chế và Trở ngại, Mục 2. có viết: "...Do áp lực cao của tỷ lệ gia tăng dân số nhanh lên phát triển kinh tế-xã hội, và ảnh hưởng tiêu cực đến việc cải thiện mức sống của nhân dân, *chương trình DS-KHHGĐ chỉ tập trung vào giảm sinh mà chưa chú ý đúng mức đến cấu trúc, chất lượng và phân bố dân số cũng như các khía cạnh khác của SKSS*" (tác giả gạch dưới). Trong phần IV về Các giải pháp, Mục 3.1. "Đáp ứng đầy đủ nhu cầu về KHHGĐ/SKSS cho nhân dân và cải thiện chất lượng dịch vụ để đảm bảo giảm sinh một cách an toàn và giảm nhanh tỷ lệ phá thai/hút ĐHKN", có đoạn viết "*Chú ý thích đáng cung cấp dịch vụ (SKSS) cho thanh niên và vị thành niên*" (tác giả gạch dưới).

2. Mô tả một số vấn đề sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tình dục của vị thành niên và thanh niên việt nam theo số liệu của cuộc Điều tra quốc gia về SKSS VTN (SAVY)

Cuộc Điều tra SAVY đã xem xét nhiều vấn đề của TN và VTN như: giáo dục, việc làm, SKSS, sử dụng các chất gây nghiện, tự tử và tai nạn, và mơ ước về tương lai. Trong chuyên khảo này, người viết chỉ tập trung vào một số vấn đề chủ yếu về sức khoẻ sinh sản (SKSS) và sức khoẻ tình dục (SKTD) của thanh niên và vị thành niên (TN & VTN).

Các phân tích dưới đây đều có ý nghĩa thống kê với các mức độ có ý nghĩa (*p value*) khác nhau (xem Phụ lục 2)

2.1. Hiểu biết về các vấn đề Sức khoẻ Sinh sản

Trong cuộc Điều tra này (SAVY) phần tìm hiểu về kiến thức của TTN về SKSS bao gồm một số nội dung chính như: thai nghén, tránh thai, bệnh LTĐTD; nhiễm HIV/AIDS, và tình dục đồng giới nam (*homosexuality*). Đồng thời cuộc điều tra cũng tìm hiểu xem các TTN thu nhận các thông tin về từng nội dung của SKSS từ các nguồn thông tin nào.

Với tổng số mẫu, trung bình thanh thiếu niên đã từng nghe nói/biết 3,4 trong số 4 nhóm chủ đề về SKSS (KHHGĐ; sự thụ thai/kinh nguyệt; giới tính và tình dục; và tình yêu, hôn nhân, gia đình) với tỷ lệ phần trăm rất cao (từ 78% trở lên), nhất là chủ đề về KHHGĐ (95,5%). Nhóm TTN chưa lập gia đình cũng hiểu biết tương tự như TTN trong tổng số mẫu.

2.1.1 Về Thai nghén

Với câu hỏi về thời kỳ dễ thụ thai trong một vòng kinh, với tổng số mẫu nghiên cứu, 28,7% nam nữ TTN trả lời đúng, nữ trả lời đúng nhiều hơn nam (34,1% so với 21,8%). Sự khác biệt còn thấy giữa thành thị (33,2%) và nông thôn (26,1%); nhưng không khác biệt theo nhóm tuổi và dân tộc, cũng như giữa nhóm TTN độc thân và đã lập gia đình.

2.1.2 Tuổi dậy thì và kinh nguyệt lần đầu

Cuộc Điều tra SAVY cho thấy nữ dậy thì sớm hơn nam (14,4t so với 15,6t), dựa trên tuổi thấy kinh/xuất tinh lần đầu, và vào tuổi 14t đã có 60% thiếu nữ dây thì. Những biến đổi thể chất và tâm lý của

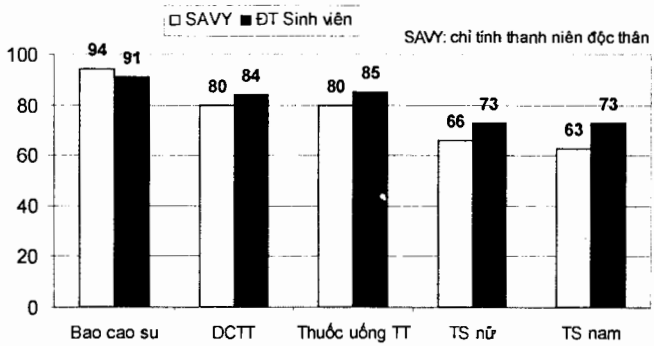
thời kỳ dậy thì, nhất là hành kinh đầu tiên đối với các em gái, thường làm cho các em lo sợ nếu như các em không được chuẩn bị tinh thần từ trước. Với tổng số mẫu điều tra của SAVY, đa số (80,6%) các em gái khi gặp hiện tượng này thường trao đổi với người khác. Có thể xuất tinh lần đầu không làm cho các em trai lo sợ bằng , nên chỉ có 14,9% các em nam trao đổi việc này với người khác. Tương tự với nhóm VTN và TN *chưa có gia đình*, trong khi 80,4% các em gái trao đổi với người khác thì chỉ có 15,4% nam làm việc này. Có sự khác biệt giữa nam và nữ về đối tượng được các em chia sẻ những băn khoăn, đại đa số nữ TTN (92,6%) chia sẻ là người thân trong gia đình, họ hàng (92,6%), trong khi các em nam (72%) thích chia sẻ với bạn bè hơn. Tỷ lệ tương ứng ở nhóm chưa có gia đình lần lượt là 86,2% và 69,3%.

Điều tra trên học sinh cấp 3 (n=3.169) tại thành phố Hồ Chí Minh [8] cho thấy tuổi hành kinh lần đầu (menarche) của các em gái cuả khu vực thành thị là 12,33t và tuổi xuất tinh lần đầu ở các em trai và 14,25t. Điều tra này cho thấy 21,4% nam sinh viên trao đổi về mộng tinh với các bạn, và 5,89% trao đổi với cha mẹ; tỷ lệ tương ứng ở nữ sinh là 33,4% (với bạn) và 90,59% (với mẹ).

2.1.3. Hiểu biết về tránh thai

Đối tượng phỏng vấn được hỏi lần lượt từng biện pháp tránh thai một trong danh mục liệt kê 10 biện pháp. Với từng biện pháp tránh thai, nếu đối tượng trả lời *có biết* một biện pháp nào đó sẽ được hỏi tiếp xem trước đây và hiện nay có dùng biện pháp đó hay không. Với tổng số mẫu, tuyệt đại đa số TTN (97%) biết ít nhất một biện pháp tránh thai, nhóm tuổi lớn hơn tỷ lệ biết cao hơn. Trung bình một TTN

biết 5,6 biện pháp tránh thai, không có sự khác biệt theo vùng, giới tính, riêng nhóm dân tộc ít người biết ít biện pháp hơn (4,8 so với 5,8) so với dân tộc đa số. Tuyệt đại đa số (98,5%) biết là dùng bao cao su có thể tránh có thai lẫn tránh mắc các bệnh LTĐTD (bảo vệ kép). Với nhóm *chưa lập gia đình*, biện pháp tránh thai được biết nhiều nhất là bao cao su (94%), sau đó là DCTC và thuốc uống TT(80%), triệt sản nữ (66%), triệt sản nam (62,9%), và các biện pháp khác ít được biết hơn như: thuốc tiêm TT(44,4%), tính vòng kinh (38%), xuất tinh ngoài âm đạo (30%), và tránh thai khẩn cấp (30,8%)[Hình 1] ·



Hình 1: Hiểu biết về tránh thai

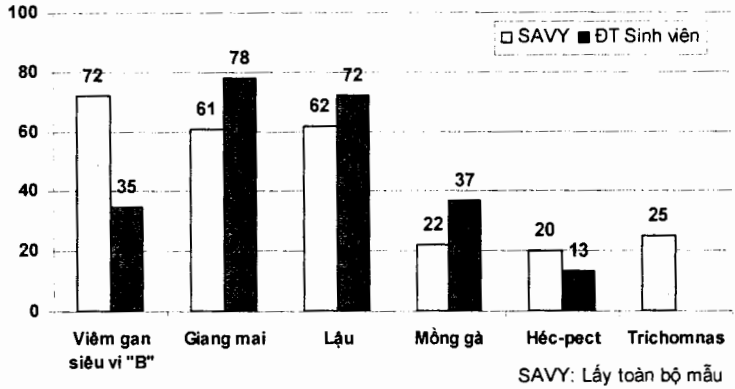
Điều tra trên *sinh viên các trường Đại học* trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh [7] cho thấy đa số sinh viên biết bốn loại biện pháp TT phổ biến trong chương trình KHHGĐ của Việt Nam, đó là: bao cao su (91,21%), vòng TT hay dụng cụ tử cung (84,18%), thuốc uống TT

(84,58%) và đình sản nam/nữ (73,16%). Tỷ lệ SV biết các biện pháp TT khác là rất thấp [Hình. 1]

2.1.4. Kiến thức về các bệnh LTĐTD

Về các bệnh LTĐTD, bộ câu hỏi được thiết kế để cho điều tra viên (ĐTV) đọc lần lượt 9 loại bệnh trong nhóm các bệnh LTĐTD (không kể HIV/AIDS). Kết quả cho thấy trung bình mỗi thanh niên nghe nói 3 loại bệnh LTĐTD. *Với tổng số mẫu*, viêm gan siêu vi "B" lại được TTN *biết* nhiều nhất (72,2%), sau đó mới đến bệnh giang mai và lậu (lần lượt là 61% và 62,7%). Tỷ lệ này ở nhóm chưa có gia đình cũng tương tự và lần lượt là 72,3% (viêm gan B), và 65,9% (Lậu và Giang mai). [Hình.2] Các bệnh LTĐTD khác ít được TTN biết đến (từ 20-25%) Nhìn chung, sự hiểu biết về các bệnh LTĐTD không khác nhau theo khu vực thành thị và nông thôn, hay giới tính, nhưng nhóm dân tộc ít người hiểu biết về các bệnh này ít hơn so với người Kinh. Trung bình một TTN người Kinh biết 3 bệnh LTĐTD, trong khi TTN người dân tộc biết 2 bệnh. Nếu tính từng bệnh trong nhóm các bệnh LTĐTD được hỏi, người dân tộc đều biết ít hơn người Kinh.

Điều tra SAVY cũng cho thấy *rất ít TTN (0,3%)* cho biết đã từng mắc bệnh LTĐTD và phần lớn đã điều trị ở các cơ sở y tế công. Nhiều thày thuốc hành nghề tư nhân cho biết thường thì TTN khi mắc các bệnh LTĐTD lại không đến cơ sở y tế công mà tự chữa theo kinh nghiệm của bạn bè. Kết quả là bệnh dễ trở nên mãn tính, khó chữa hoặc khiến họ tìm đến các thày thuốc tư.



Hình 2: Hiểu biết về bệnh LTĐTD

Điều tra trên *sinh viên các trường Đại học* trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh [7] cho thấy đại đa số sinh viên biết về HIV/AIDS (94,44%), giang mai (78,33%), lậu (71,54%), chỉ khoảng 1/3 biết bệnh viêm gan B (35,19%), bệnh mồng gà (37,11%), và rất ít biết bệnh Herpes (12,83%). Nguồn thông tin về các bệnh LTĐTD chủ yếu là sách báo (92,11%), TV (10,55%), rađiô (51,57%), bạn bè (48,22%), thày cô (43,13%), cha mẹ (27,98%) và thày thuốc (27,29%).

2.1.5. Hiểu biết về tình dục đồng giới

Trong SAVY, với tổng số mẫu, khoảng 36,7% thanh thiếu niên *không biết* về đồng tính luyến ái; có sự khác nhau giữa thành thị (20,9%) và nông thôn (45,7%), giữa người Kinh (31,9%) và các dân tộc ít người khác (66,4%) và giữa người đã có gia đình (34,9%) và TTN độc thân (46,6%). Trong số những người biết đồng tính luyến ái là gì, thì 80% không chấp nhận có bạn là người đồng tính, và trên thực tế chỉ có 4,7% TTN nói trên cho biết có bạn là người đồng tính.

Vấn đề đồng tính luyến ái nam là vấn đề nhạy cảm, trước đây ít được quan tâm và công chúng vẫn cho đó là điều bất thường về hành vi tình dục.

2.2. Thái độ và niềm tin về một số vấn đề SKSS

2.2.1. Thái độ đối với quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân

Việc TTN ngày nay có QHTD trước hôn nhân phần nào cũng được thể hiện qua sự thay đổi quan niệm của họ về việc này. Trước kia, người ta cho QHTD trước hôn nhân là vi phạm đạo đức, nhất là với nữ thanh niên. Ngày nay, quan niệm đã đổi thay, Điều tra SAVY cho thấy một phần ba (31,7%) TTN cho rằng có thể QHTD trước hôn nhân với tình huống "*nếu cả hai cùng tự nguyện*" làm việc đó. Có sự khác biệt giữa nam (41,2%) và nữ (22,2%). Cũng có sự khác biệt giữa TTN thành thị (36,6%) và nông thôn (30,1%); và nhóm tuổi (25,3% cho nhóm 14-17t và 39,7% với nhóm 22-25t). Tuy nhiên, sự khác biệt không đáng kể giữa dân tộc ít người (29,5%) và dân tộc đa số (32,1%). Với hoàn cảnh "*cả hai bên yêu nhau*", chỉ có 1/4 mẫu (23,4%) tán thành và có sự khác biệt đáng kể giữa nam (32,2%) và nữ (14,7%) và giữa nhóm tuổi nhỏ và nhóm lớn tuổi hơn (17,5% so với 33,4%). Không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn. Đặc biệt, dân tộc ít người tán thành điều kiện này nhiều hơn (27,7%) so với người Kinh (22,7%), và TTN độc thân có tỷ lệ tán thành thấp hơn (21,7%) so với TTN đã có gia đình (32,6%).

Trường hợp nếu " *hai người dự định làm đám cưới*", nam vẫn dễ chấp nhận hơn so với nữ (37% nam và 17,4% nữ) là có thể QHTD trước hôn nhân . Tỷ lệ này tăng theo nhóm tuổi, thành thị nhiều hơn nông thôn, và nhóm dân tộc ít người tán thành nhiều hơn (36,7%) so với dân tộc đa số (26,6%).

Hơn nữa với tình huống "*nếu người phụ nữ biết tránh thai*" thì 37% nam và 20,2% nữ TTN cho rằng có thể QHTD trước hôn nhân. Khi xem xét nhóm TTN *chưa lập gia đình*, kết quả cũng tương tự như với tổng số mẫu.

Kết quả thăm dò thái độ của TTN đối với các tình huống giả định trên cho ta thấy quan niệm về QHTD trước hôn nhân của TTN ngày nay đã "thoáng" hơn . Kết quả này đáng được những người có trách nhiệm về thanh niên biết để có những đáp ứng phù hợp. Mặt khác, nó giúp chúng ta hiểu và lý giải một phần tại sao TTN ngày nay có QHTD trước hôn nhân dễ dãi và nhiều hơn trước kia.

Điều tra trên sinh viên Đại học [7] cũng cho thấy khuynh hướng tương tự. Với tình huống "*Được phép QHTD khi đã hứa hôn*" có 39,32% nam trả lời đồng ý (ĐY) và 3,29% rất đồng ý (RĐY), tỷ lệ này ở nữ sinh viên lần lượt là 9,14% và 0,95%. Với tình huống "*có thể QHTD khi yêu nhau*", 21,04% nam SV trả lời ĐY và 3,2% RĐY, với nữ SV thì chỉ có 4,09% là ĐY và 1,09% RĐY. Và với tình huống "*chỉ quen và thích nhau là QHTD được rồi*", chỉ có 4,49% là ĐY và 1,65% RĐY, còn với nữ SV 0,14% ĐY và 0,68% RĐY. Có vẻ như sinh viên dè dặt hơn và không tán thành QHTD một cách dễ dàng như trong điều tra quốc gia SAVY về VTN và TN. Điều mâu thuẫn ở đây là trong các câu hỏi về thái độ có vẻ không tán thành QHTD trước hôn nhân một cách dễ dãi, nhưng trên thực tế là 19,76% nam SV và 5,95% nữ SV đã từng có QHTD trước hôn nhân. Như thế, có một khoảng cách giữa các câu trả lời phỏng vấn và hành vi thực tế của sinh viên về QHTD trước hôn nhân.

2.2.2 Về gái mại dâm

Trong điều tra SAVY, có thăm dò thái độ nam nữ TTN đối với gái mại dâm khi đưa ra ba nhận định. Với ý kiến cho rằng "*bán dâm là vô đạo đức*", có 57,5% tổng số mẫu nghiên cứu đồng tình với nhận định trên. Có sự khác nhau theo khu vực (thành thị: 60,2%; nông thôn: 56,6%); nhóm tuổi (14-17t: 60,7%; 22-25t: 53,6%); và dân tộc (Kinh: 58,3%; dân tộc ít người: 52,6%). Với câu "*bán dâm là không tốt, nhưng có khi do hoàn cảnh bắt buộc*", cũng có 43,4% tán thành. Thanh thiếu niên ở thành thị có tỷ lệ tán thành cao hơn (52,3%) so với nông thôn (40,6%); TTN thuộc dân tộc đa số tán thành nhiều hơn (45,5%) dân tộc ít người (30,7%), và nhóm tuổi 22-25t tán thành nhiều hơn nhóm tuổi 14-17t (45,7% so với 41,1%). Cũng có sự khác biệt theo tình trạng hôn nhân (TTN có gia đình: 40,3%; độc thân: 44.0%). Với câu "*bán dâm xấu hay không tuỳ theo cách nghĩ của từng người*" , tỷ lệ tán thành chung tuy có thấp hơn hai tình huống trên, nhưng vẫn là 38,7%. Tỷ lệ này khác nhau theo khu vực thành thị (42,5%) và nông thôn (37,5%); theo nhóm tuổi 34,9% (nhóm 14-17t) và 42,3% (nhóm 22-25t); và dân tộc (Kinh: 39,7% so với dân tộc ít người: 32,4%). Thái độ tán thành không khác nhau về giới và tình trạng hôn nhân.

Từ thái độ tán thành có thể dẫn đến việc dễ dàng chấp nhận sau này (thực hành), do đó thông tin này rất bổ ích cho các nhà lập chính sách cho TTN.

2.2.3. Thái độ với đồng tính luyến ái

Đồng tính luyến ái, nhất là đồng tính luyến ái nam (*homosexuality* hay *gay*) ngày nay không còn là điều hiếm thấy ở nước ta nữa. Báo chí cũng bắt đầu nói tới nhiều kể cả quan hệ đồng tính đơn thuần

không có quan hệ mua bán lẫn hiện tượng mại dâm nam. Trước đây ở Việt Nam dư luận cho rằng chuyện đó chỉ có ở các nước Âu, Mỹ và rất hiếm có ở các nước châu Á, nhất là Việt Nam. Dư luận chung hiện nay vẫn còn thành kiến với nhóm người này và coi họ có cái gì "bất thường", tuy rằng hiện nay trên thế giới quan niệm về đồng tính đã thay đổi, thậm chí có nước đã công nhận hôn nhân đồng giới. Ngoài thái độ đúng sai về đồng tính còn đang gây tranh cãi ra, có một thực tế là hiện nay với nạn dịch HIV/AIDS thì chuyện QHTD đồng giới nam trở thành vấn đề đáng quan tâm, vì đây là một trong những đường lan truyền HIV/AIDS mà ta cần biết để có cách dự phòng tích cực và hiệu quả.

Cuộc điều tra SAVY cho thấy với tổng mẫu có 41,2% TTN không biết về đồng tính. Có sự khác biệt theo giới (nam:38,3%; nữ: 44,1%); thành thị và nông thôn (23,4% so với 47,0%) ; theo nhóm tuổi (14-17t: 50,3%; 22-25t: 35,0%); dân tộc (Kinh: 37,3%; dân tộc ít người: 67,2%) và hôn nhân (có gia đình: 48,1%; độc thân: 39,8%).

Về thái độ đối với đồng tính, với tổng số mẫu có 88,3% không tán thành, và không có sự khác biệt theo giới, thành thị hay nông thôn, lứa tuổi hay dân tộc. Rõ ràng TTN Việt Nam đa số vẫn không thành kiến với đồng tính nam và thành kiến này cũng có thể dẫn đến có thái độ và hành động kỳ thị đối với nhóm người này.

2.2.4. Lý do không sử dụng biện pháp tránh thai.

Trong số TTN chưa lập gia đình nhưng đã có QHTD thì 80% đã không sử dụng biện pháp tránh thai trong lần QHTD đầu tiên. Lý do không sử dụng TT của nhóm này bao gồm: bản thân không muốn dùng (30%), không biết dùng (18,6%), không định QHTD (8,3%), bạn tình không muốn (4,2%), và các lý do khác (30%). Ngoài các lý

do nêu trên, các quan niệm không đúng về một biện pháp tránh thai nào đó cũng dẫn đến việc không sử dụng tránh thai (thí dụ cho rằng bao cao su làm giảm khoái cảm, chỉ dùng cho mại dâm hay người không đứng đắn, không chung thuỷ).

Trong các câu hỏi thăm dò về thái độ của TTN đối với bao cao su, nói chung TTN nhận định đúng về mặt tích cực của nó. Thí dụ, bao cao su giúp tránh thai với 98,6% trả lời đúng và không có sự khác biệt theo giới, thành thị /nông thôn, lứa tuổi, và dân tộc. Có 97,8% TTN trả lời đúng bao cao su giúp tránh nhiễm HIV/AIDS. và cũng chỉ khác biệt về nhóm dân tộc (dân tộc ít người: 3%, dân tộc đa số: 17,7%).

Tuy nhiên, quan niệm chưa đúng về bao cao su vẫn còn, khi mà 54,4% TTN cho rằng "*phụ nữ mang theo bao cao su có thể là không đứng đắn*", đặc biệt là nữ TTN lại kém nghiêm khắc với vấn đề này hơn (47,4%) so với nam TTN (61,4%); và có sự khác biệt về thành thị (48,1%) và nông thôn (56,4%); về tình trạng hôn nhân (đã kết hôn: 59,7%; độc thân : 53,4%). Với ý kiến cho rằng "*đàn ông mang theo bao cao su là không đứng đắn*", với tổng số mẫu có 53,0% tán thành, có sự khác biệt về giới (nam: 55,4%; nữ: 50,5%), tình trạng hôn nhân (có gia đình: 59,0%; độc thân : 51,8%); và thành thị (46,6%) và nông thôn (55,0%). Với ý kiến cho rằng "*bao cao su chỉ dành cho người mại dâm và kẻ không chung thuỷ*", tổng mẫu có 30,2% tán thành, có sự khác biệt về giới (nam: 34,2%; nữ: 26,0%); thành thị (22,8%) và nông thôn (32,6%) và dân tộc (Kinh: 29,6% ; dân tộc khác: 34,3%) và hôn nhân (có gia đình: 33,2%; độc thân: 29,6%). Vẫn còn 2/3 (71,0%) TTN cho rằng bao cao su làm giảm

khoái cảm. Có sự khác biệt về giới (nữ: 64,1%; nam: 76,1%), và không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân và dân tộc. Quan niệm không đúng này về bao cao su cũng góp phần khiến cho một số TTN không chịu dùng biện pháp tránh thai này.

Sau khi có QHTD lần đầu, tuyệt đại đa số TTN nói trên (92%) cho biết họ vẫn tiếp tục có QHTD, nhưng trên một nửa (55%) nói rằng họ có sử dụng biện pháp TT.

2.3. Nguồn thông tin về SKSS

Trong điều tra SAVY, TTN đã được hỏi xem họ đã nhận các thông tin về lĩnh vực sức khoẻ sinh sản (SKSS) từ những nguồn nào. Trong bộ câu hỏi đã đưa ra các nguồn thông tin khác nhau và khi phân tích đã được các nhà nghiên cứu xếp thành 4 nhóm chính:

- Thông tin đại chúng bao gồm: TV, đài phát thanh, báo , tạp chí và sách

- Thành viên gia đình bao gồm cha mẹ, anh chị em

- Nhân viên có chuyên môn như: giáo viên, nhân viên y tế, cộng tác viên dân số, và

- Bạn bè, người yêu.

Kết quả điều tra cho thấy trung bình mỗi TTN nhận thông tin về SKSS nhiều hơn 3 trong số 4 nguồn nói trên. Nhóm nam dân tộc thiểu số nhận ít nguồn thông tin nhất (2,6) và cao nhất là nhóm nữ TTN thành thị nhóm tuổi 22-25t (3,5)

Kết quả chung cho thấy, nguồn *thông tin đại chúng* là nguồn chủ yếu cung cấp thông tin về SKSS cho thanh thiếu niên, và không có sự khác biệt nhiều giữa thành thị (97%) và nông thôn (92%). Tiếp theo, là các nhân viên chuyên môn như y tế và giáo dục (80,2%). Sau cùng là kênh thông tin từ gia đình, và có sự khác nhau về giới : 84,9% nữ và 62,7% nam TTN nhận thông tin từ gia đình. Nữ TTN nhận thông tin chủ yếu qua người mẹ.

2.3.1. Internet

Trong điều tra SAVY, tỷ lệ chung sử dụng Internet còn thấp (7,2%), và có sự khác nhau về giới (nam: 8,1% và nữ: 6,2%). Đặc biệt TTN khu vực thành thị tiếp xúc với Internet nhiều gấp 4 lần nông thôn (16,0% so với 4,4%). Điều này hoàn toàn dễ hiểu vì Internet chỉ sẵn có nhiều ở khu vực thành thị và thị trấn huyện đồng bằng. Cũng vậy, sự tiếp xúc với Internet của TTN dân tộc Kinh gấp trên 7 lần dân tộc ít người (8,1% so với 1,4%). Điều tra cũng cho thấy TTN độc thân tiếp xúc với Internet gần gấp 2 lần TTN đã có gia đình (7,8% so với 3,5%). Như vậy, hiện nay Internet *chưa phải là kênh thông tin thích hợp cho TTN nông thôn, vùng sâu vùng xa và các dân tộc ít người*.Tuy nhiên, tình hình trong mấy năm tới có thể thay đổi nhanh chóng.

2.3.2. Các ấn phẩm

Do tỷ lệ biết chữ ở Việt Nam tương đối cao, nên các ấn phẩm cũng là kênh thông tin quan trọng có thể đến với nhiều người. Điều tra SAVY cho thấy 2/3 đối tượng nghiên cứu (71,1%) có tiếp xúc với các ấn phẩm để có thông tin về SKSS. Tỷ lệ này cao hơn ở thành thị

(80,3%) so với nông thôn (68,1%); dân tộc đa số có tỷ lệ cao hơn (75,0%) so với dân tộc ít người (47,4%); TTN độc thân tiếp xúc với thông tin về SKSS qua ấn phẩm nhiều hơn (74,8%) so với nhóm đã có gia đình (50,9%). Nhóm TTN ít tuổi hơn lại có tỷ lệ tiếp xúc với ấn phẩm nhiều hơn các nhóm lớn hơn (14-17t: 74,6%; 18-21t: 71,2% và 22-25t: 63,7%).

2.3.3 Vô tuyến truyền hình (TV) trung ương và địa phương

Với tổng số mẫu, TV là nguồn cung cấp thông tin quan trọng nhất về SKSS với (88,4%) TTN, nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ (90,4% so với 86,4%). Tỷ lệ này ở thành thị cao hơn (93,9%) nhưng nông thôn cũng tương đối cao (86,7%); TTN độc thân có tỷ lệ cao hơn (89,5%) so với TTN đã có gia đình (82,8%) và dân tộc đa số tiếp xúc với TV nhiều hơn (91,4%) dân tộc ít người (70,5%) và điều này cũng dễ hiểu.

2.3.4. Đài phát thanh/truyền thanh quốc gia và địa phương

Với tổng số mẫu, 72,6% TTN nhận thông tin về SKSS qua radio, có sự khác nhau về giới tính (nam: 75,8% và nữ: 69,3%). Điều không ngạc nhiên là tỷ lệ tiếp cận với radio của TTN ở nông thôn lại cao hơn thành thị (74,8% so với 65,5%), để bù đắp cho sự thua kém về tỷ lệ tiếp cận với TV. Nhóm tuổi lớn hơn có tỷ lệ tiếp cận với radio cao hơn, và nhóm có gia đình cao hơn nhóm độc thân (75,9% so với 71,9%).

Tóm lại, các kênh truyền thông đại chúng đều có vai trò quan trọng trong việc chuyển tải thông tin về SKSS đến TTN trong cả nước. Hiểu rõ tính năng đặc thù của từng kênh thông tin đại chúng và

ảnh hưởng của chúng đối với từng nhóm TTN cụ thể, các nhà lập chính sách có thể sử dụng thế mạnh của từng kênh để tiếp cận với từng nhóm đối tượng đặc thù một cách phù hợp.

2.4. Hành vi Sức Khoẻ Sinh Sản

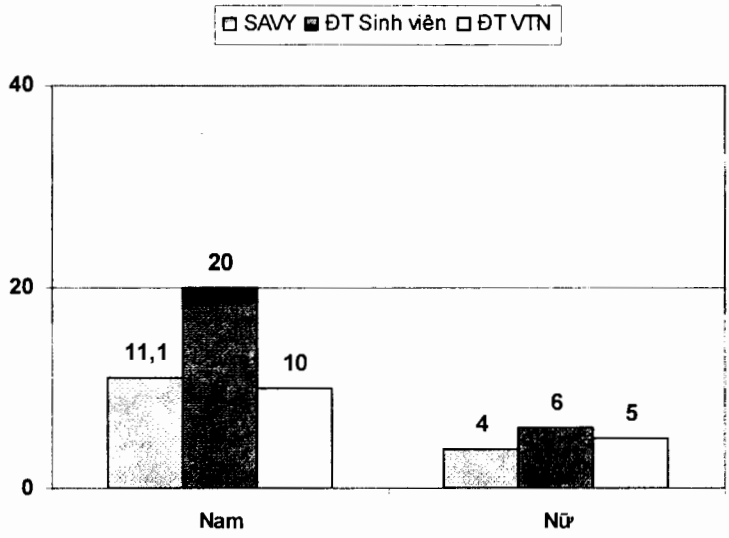
Trong phần này sẽ xem xét các hành vi sinh sản thường gặp như: (1) QHTD trước hôn nhân; (2) sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất; (3) đã từng phá thai (nữ TTN); (4) đã từng có thai ngoài ý muốn(nữ TTN); (5) đã từng QHTD với gái mại dâm (riêng với nam TTN) và (6) đã từng mắc bệnh LTĐTD. Trong các hành vi sinh sản trên đây, chủ yếu là QHTD trước hôn nhân, hành vi này là nguyên nhân dẫn đến các hành vi khác.

2.4.1. Đã từng có QHTD trước hôn nhân

Quan hệ với bạn khác giới: Theo Điều tra SAVY, trong số các nam nữ thanh niên độc thân đã từng có bạn trai/bạn gái, 60% cho biết họ đã từng hôn nhau, tỷ lệ này tăng theo tuổi (độ tuổi 14-17: 36,2%; 18-21t : 59,1% và 22-25t : 78,1%). Hành vi ở cấp độ thân mật hơn như đụng chạm vào bộ phận kín, cũng tăng lên theo các nhóm tuổi (lần lượt là 12,4%, 26,7% và 43,3%).

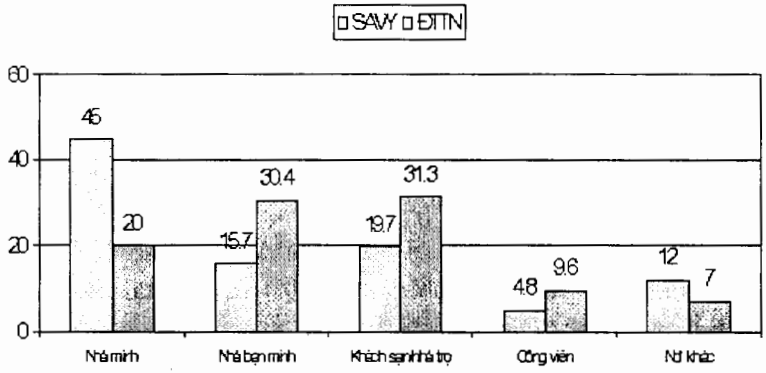
Quan hệ tình dục trước hôn nhân [Hình.3]; Trong *tổng số mẫu* điều tra, tức gồm cả TTN chưa có gia đình và đã có gia đình, tỷ lệ đã từng có QHTD chung là 7,65% tỷ lệ này ở nam gần gấp ba lần ở nữ (11,1% so với 4,0%). Có sự khác nhau giữa TTN thành thị và nông thôn (9,0% so với 7,1%); dân tộc ít người và người Kinh (11,9% so với 6,9%). Nhóm có gia đình có tỷ lệ QHTD trước hôn nhân cao gấp hơn 4 lần TTN độc thân (22,2% so với TTN độc thân 4,9%). Chung cho cả hai giới, QHTD trước

hôn nhân chủ yếu ở nhóm tuổi 22-25t (20,1%), trong khi các nhóm tuổi trẻ hơn có tỷ lệ thấp hơn (14-17t : 0,7% ; và 18-21t: 8,6%)



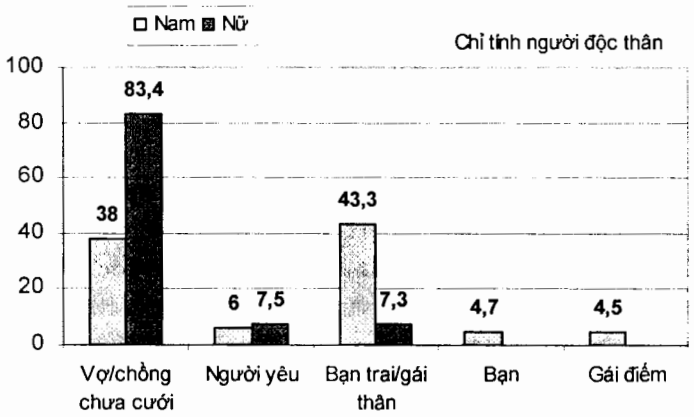
Hình 3: Quan hệ tình dục trước hôn nhân

Với nhóm đã *có gia đình,* tỷ lệ có QHTD trước hôn nhân cao hơn rõ rệt, với nam là 28,2% và nữ là 14,7%. Với nhóm chưa lập gia đình tỷ lệ tương ứng là 8,1% và 1,1%. Có thể giải thích sự khác biệt về tỷ lệ có QHTD trước hôn nhân ở hai nhóm độc thân và đã có gia đình như sau: với những người đã có gia đình thì việc thừa nhận trước đây có QHTD dễ dàng hơn những người còn độc thân. Mặt khác, một bộ phận TTN có QHTD trước hôn nhân với người mà sẽ tiến tới hôn nhân như đã hứa hôn. Chỉ có 15% nam TTN có QHTD với người mà sau này không trở thành vợ mình.



SAVY: Chỉ tính người độc thân

Hình 5.1: Nam quan hệ tình dục lần đầu ở đâu trong điều tra SAVY và ĐTSV



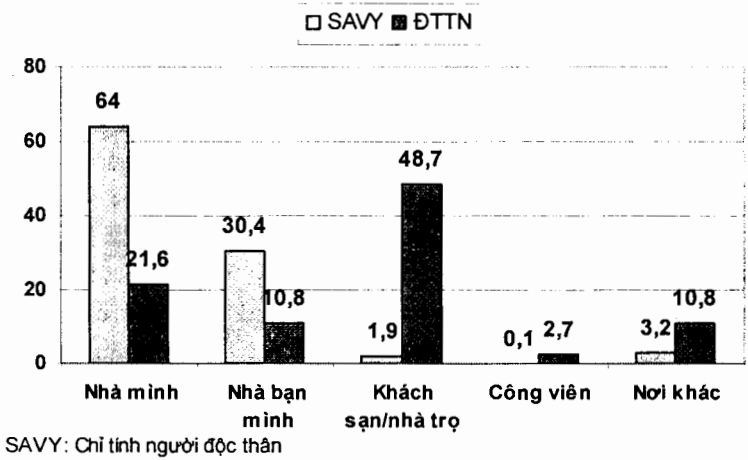
Hình 4: Quan hệ tình dục lần đầu với ai trong điều tra SAVY

Trong nhóm thanh thiếu niên *chưa lập gia đình*, tỷ lệ đã từng có quan hệ tình dục trước hôn nhân (QHTD) là 5,6% (so với nhóm đã có gia đình là 23%). Nam có tỷ lệ này cao hơn gần 7 lần nữ (8,2% so với 1,1%); thành thị có tỷ lệ cao hơn nông thôn (7,1% so với 4,1%). Tất nhiên với nhóm tuổi càng lớn thì tỷ lệ này càng tăng, và lần lượt là 0,6%; 6,3% và 18,2%.

Trong Điều tra SAVY, người mà TTN độc thân có QHTD với gồm: vợ chưa cưới là 70%, bạn gái (23,4%) và gái mại dâm (2%). Với thanh niên *độc thân*, 91% nữ thanh niên cho biết đối tượng QHTD lần đầu là chồng chưa cưới so với 44,7% nam TTN. Và trong số nam TTN độc thân này, 4.5% QHTD lần đầu với gái mại dâm. (Bảng 14.7 mới) [Hình.4] Nơi mà TTN chưa có gia đình có QHTD lần đầu là nhà mình (55,3%), nhà bạn tình (23,8%), khách sạn /nhà trọ (9,8%), nhà người khác (3,6%). Đáng chú ý là có sự khác nhau giữa nam và nữ về tỷ lệ QHTD lần đầu ở khách sạn/nhà trọ, với nam là 19%, và nữ chỉ có 1,9%. [Hình.5] Vẫn theo SAVY, với nhóm tuổi 22-25, nam TTN đều có tỷ lệ QHTD nhiều hơn nữ, kể cả ở khu vực thành thị (nam: 33,9%) so với nữ: (3,6%) và nông thôn (nam: 26,1%) so với nữ: 3,6%). Trong cuộc điều tra này, 39,8% nam và 26,1% nữ TTN người dân tộc đã từng có QHTD. Do đó, cần nghiên cứu phong tục tập quán của từng dân tộc ít người về QHTD trước hôn nhân và chú ý giáo dục và cung cấp dịch vụ TT cho họ một cách phù hợp với văn hoá của họ đồng thời vẫn giúp họ tránh được thai nghén ngoài ý muốn hay các bệnh LTĐTD và lây nhiễm HIV.

Điều tra Vị thành niên tại 6 tỉnh [6] cho thấy tỷ lệ các em có hẹn hò đi chơi riêng với bạn khác giới (dating) tăng dần theo nhóm tuổi. Với nam VTN trong độ tuổi 15-19t tỷ lệ có bạn gái là 14%, với nhóm tuổi 20-22t là 39%. Tỷ lệ tương ứng cũa nữ VTN có bạn trai theo các

nhóm tuổi trên lần lượt là 19% và 40%.Điều tra này cũng cho thấy 10% nam và 5% nữ cho biết đã có QHTD. Nhưng có sự khác biệt rất lớn giữa các tỉnh về tỷ lệ có QHTD trước hôn nhân, với nam từ 0% đến 19%, với nữ từ 2% đến 9%. Do cuộc điều tra này có ít nam giới đã lập gia đình, nên chỉ phân tích về số nữ đã lập gia đình. Trong một nửa số nữ vị thành niên trong mẫu đã lập gia đình, và họ cho biết 18% đã từng có QHTD trước hôn nhân.



Hình 5.2: Nữ quan hệ tình dục lần đầu ở đâu trong điều tra SAVY và ĐTSV

. Khảo sát trên *sinh viên Đại học* [7] cho thấy tỷ lệ có QHTD ở nam sinh viên chưa có gia đình (18-24t) là 19,76%, và ở nữ sinh viên là 5,95%. Tuổi có QHTD lần đầu trung bình là 20t (thấp nhất 16t và cao nhất 24t). Với nữ sinh, 91% bạn tình của lần QHTD đầu tiên là bạn trai (n=41/45), còn với nam sinh viên bạn tình của lần QHTD lần đầu chủ yếu là bạn gái thân (79,34%), nhưng cũng có quan hệ cả với gái đứng đường (10,74%), gái nhà hàng (7,44%). Tỷ lệ sử dụng biện

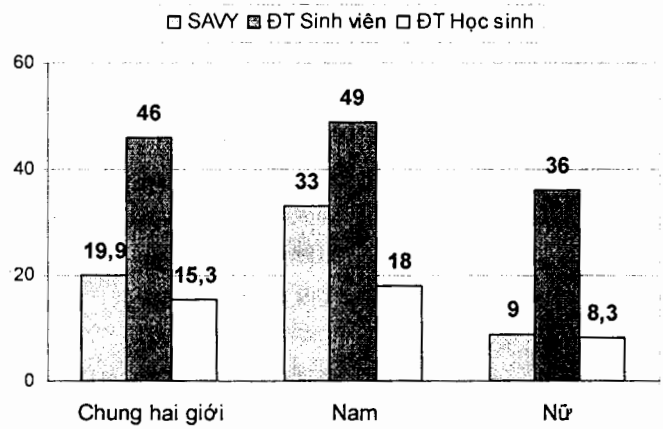
pháp tránh thai trong lần QHTD lần đầu là 46% (nam: 49%, nữ: 36%). Lý do không sử dụng tránh thai trong QHTD lần đầu là: không tính trước sẽ có QHTD (57,83%), không có sẵn phương tiện tránh thai (13,25%), không nghĩ là sẽ bị có thai (12%), và nghĩ là bạn tình sẽ chuẩn bị tránh thai (8,43). Với các lý do trên, không có sự khác nhau giữa nam và nữ. Biện pháp tránh thai sử dụng trong lần QHTD đầu tiên: bao cao su, xuất tinh ngoài, và thuốc viên tránh thai. Nơi QHTD lần đầu bao gồm: khách sạn (30,92%), nhà bạn tình (25,66%), nhà mình (20,39%), công viên (7,89%), và quán trọ (4,61%).

Điều tra trên Học sinh cấp 3 tại Tp HCM [8] cho thấy tỷ lệ học sinh có người yêu tăng lên theo năm học (lớp), và đồng thời cũng là tăng theo tuổi. Tỷ lệ học sinh cho biết có người yêu, với lớp 10 là 19,20% (nam 7,62% và nữ 26,58%), lớp 11 là 34,66% (nam: 39,07%, nữ: 31,86%) và lớp 12 là 46,13% (nam: 53,31%, nữ: 41,56%). Như thế có thể kết luận là ngày nay, nam nữ học sinh PTTH (cấp 3) đã có người yêu, với lớp đầu cấp tỷ lệ đã là 19,2% (xấp si 1/5). Như thế, ta thấy rằng chuyện yêu đương của nam nữ học sinh PTTH là có thực, nhất là vào cuối cấp có đến 50% học sinh đã yêu đương.

Học sinh cấp 3 tại thành phố Hồ Chí Minh trong mẫu nghiên cứu cũng đã có QHTD với tỷ lệ 8,17% (261 trường hợp trên mẫu 3.169 HS), tỷ lệ này ở nam HS cao gấp 2,6 lần so với nữ sinh. Tuổi QHTD lần đầu trung bình là 17,6t với nam HS, và 17,2t ở nữ sinh. Tuổi QHTD sớm nhất ở nữ HS là 15t, và với nam sinh là 16t. Các em nam thường có QHTD lần đầu sau khi xuất tinh lần đầu từ 1 đến 3 năm. Nữ có QHTD lần đầu sau khi thấy kinh lần đầu từ 4 đến 5 năm. Một điểm đáng chú ý là tỷ lệ có QHTD ở học sinh tăng nhanh trong những năm

cuối cấp. Tỷ lệ học sinh lớp 12 có QHTD cao gấp 9 lần so với học sinh lớp 10.

2.4.2. Sử dụng tránh thai



Hình 6: Tránh thai trong quan hệ tình dục lần đầu

Sử dụng tránh thai trong quan hệ tình dục lần đầu [Hình.6]: Trong điều tra SAVY có 14% đối tượng cho biết đã từng sử dụng biện pháp TT, và vào thời điểm điều tra có 11% vẫn đang sử dụng biện pháp TT.

Với nhóm thanh niên chưa lập gia đình nhưng có QHTD, đã được hỏi xem lần QHTD lần đầu họ có dùng biện pháp tránh thai hay không và nếu có là biện pháp gì. Điều tra cho thấy khoảng 20% trường hợp QHTD lần đầu có dùng biện pháp tránh thai. Các biện pháp đó là bao cao su (61,6%), thuốc uống tránh thai (17,8%) và xuất tinh ra ngoài (9,8%). Như vậy, tỷ lệ sử dụng tránh thai chung trong

QHTD lần đầu là thấp (1/5) và như thế TTN vẫn có nhiều nguy cơ có thể mang thai ngoài ý muốn.

Trong điều tra ở sinh viên đại học [7], trong số 192 trường hợp có QHTD thì có 139 người sử dụng biện pháp TT (72,39%), tỷ lệ sử dung theo từng biện pháp TT: bao cao su (54%), thuốc uống TT (15,83%), xuất tinh ngoài (9,35%). Với sinh viên, nơi cung cấp biện pháp TT chủ yếu là nhà thuốc (69,91%), cơ sở y tế công (11,5%), bác sĩ tư (8,85%), bạn bè (6,19%), và gái mại dâm (1,77%).

Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở những học sinh phổ thông [8] có QHTD rất thấp với 15,32% (nam HS :18%, nữ HS: 8,3%), chủ yếu là bao cao su và giao hợp ngắt quãng (biện pháp không đáng tin cậy ở người trẻ tuổi). Tuổi QHTD lần đầu với nam là: 17,6t và nữ là 17,2t

Sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất. Điều tra SAVY cũng hỏi về việc sử dụng biện pháp tránh thai trong *lần QHTD gần đây nhất*. Kết quả cho thấy trong lần QHTD gần nhất, 56,4% TTN đã có sử dụng biện pháp tránh thai. Không có sự khác biệt về giới, thành thị và nông thôn, nhưng có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm dân tộc đa số và dân tộc ít người (60,6% so với 43,6%); và theo tình trạng hôn nhân (có gia đình: 71,3%; độc thân : 53,1%) . Đáng tiếc là bảng hỏi đã bỏ sót không tìm hiểu về các biện pháp tránh thai cụ thể được sử dụng trong lần QHTD gần nhất này.

Trong điều tra SAVY, có đa số VTN và TN không có QHTD trước hôn nhân vì một lý do nào đó. Nhưng khó có thể biết khi nào họ sẽ có QHTD trong tương lai. Vì thế, các nhà lập chính sách cần coi họ là nhóm luôn có sẵn *"tiềm năng"* QHTD trước hôn nhân vì điều này có thể xảy ra bất cứ lúc nào khi phát sinh hoàn cảnh thuận lợi.

2.4.3. Đã từng có thai và phá thai (nữ)

Trong toàn thể nữ TTN của mẫu điều tra SAVY, tỷ lệ có thai chung là 19,7%; trong đó nữ TTN người dân tộc ít người có tỷ lệ gần gấp đôi nữ người đa số (30,9% so với 17,8%); và nông thôn gấp rưỡi khu vực thành thị (21,8% so với 13,3%). Tất nhiên, tỷ lệ này tăng theo nhóm tuổi, và một nửa số có thai thuộc nhóm tuổi lớn nhất (22-25t).

Với tổng số mẫu, trong số phụ nữ đã từng có thai, 85% kết thúc bằng sinh con, 3,6% bị sảy thai tự nhiên và *7,2%* đã kết thúc bằng *phá thai.* Tỷ lệ phá thai trong số các nữ TTN có thai ở thành thị cao gấp đôi nông thôn (12,6% so với 6,2%). Với TTN *chưa có gia đình*, tỷ lệ thai nghén kết thúc bằng sinh con là 63%, và phá thai (27,3%).

Chú ý là trong điều tra SAVY, tỷ lệ phá thai khi tính chung cho tổng số nữ TTN là 1,4% (n= 54), tỷ lệ này ở khu vực thành thị cao hơn (1,5% ; n= 20) so với nữ ở nông thôn (1,3% ; n= 34); và chủ yếu ở nhóm tuổi lớn 22-25t (4,9%). Trong số 54 trường hợp phá thai thì 51 trường hợp (95%) ở phụ nữ đã có gia đình, và 3 là phụ nữ độc thân.

Khảo sát trên sinh viên Đại học [7] cho thấy trong số 192 sinh viên có QHTD, có 26 trường hợp có thai ngoài ý muốn, với tỷ lệ 13,54%. Trong số 26 trường hợp có thai thì 17 trường hợp là bạn gái của nam SV, và 6 trường hợp là ở nữ SV. Tất cả 26 trường hợp (100%) có thai ngoài ý muốn này đều kết thúc bằng phá thai.

2.4.4. Đã từng có thai nghén ngoài ý muốn

Với điều tra SAVY (tổng số mẫu), 20% nữ TTN được phỏng vấn, cho biết đã từng có thai (n=717), nữ nông thôn có tỷ lệ cao hơn so với nữ thành thị, lần lượt là 21,8% và 13,3%. Với nhóm tuổi 22-25,

tỷ lệ đã từng có thai ở thành thị cao hơn ở nông thôn (36,3% so với 65,4%).

Nếu chỉ tính riêng cho số nữ TTN *đã từng có quan hệ tình dục*, cả nữ TTN thành thị và nông thôn đều có tỷ lệ đã từng có thai rất cao, lần lượt là 84,4% và 89,3%. Tỷ lệ có thai ở nữ TTN nói chung tăng dần theo nhóm tuổi, 69.4% (14-17t); 83,1% (18-21t) và 91,9% (22-25t), và cũng tương ứng với tỷ lệ có chồng tăng lên theo các nhóm tuổi này là 0,4%; 14,1% và 50%. Vào lứa tuổi 22-25, trong 2 nữ TTN thì một người đã có thai.

Tỷ lệ có thai riêng của nhóm nữ TTN *chưa chồng*, nhưng đã có QHTD là 27,5% , vỡi nữ thành thị là: 20% và nữ nông thôn, 35%. Trong số nữ TTN chưa có gia đình, nhưng đã có hoạt động tình dục 27,3% đã từng nạo/phá thai (n=11), nữ thành thị có tỷ lệ phá thai cao hơn (50%) so với nông thôn (14,3%).

2.4.5. Đã từng quan hệ với gái mại dâm

Trong Điều tra SAVY, với *tổng số mẫu* nam TTN, có 98 trường hợp cho biết đã từng có QHTD với gái mại dâm (5,3%). Nếu xét theo khu vực, thì nam TTN thành thị có tỷ lệ QHTD với gái mại dâm gấp 3 lần nam TTN ở nông thôn (13,0% so với 3,4%). Đáng chú ý là nhóm ít tuổi nhất (14-17t) lại có tỷ lệ QHTD với gái mại dâm cao nhất (13,8%) so với nhóm tuổi lớn hơn (18-21t: 5,5% và 22-25t: 4,9%). Tuy nhiên, cần thận trọng khi xem xét các tỷ lệ này vì số lượng tuyệt đối TTN 14-17t có QHTD với gái mại dâm lại ít (n= 32). Điều này dễ hiểu vì ở các thành thị sẵn gái mại dâm hơn, TTN thành thị có thể có khả năng kinh tế hơn và cũng dễ đua đòi theo bạn bè hơn so với nông thôn. Trong số nam TTN đã có quan hệ với gái

mại dâm, nam TTN độc thân có tỷ lệ cao gấp 22 lần TTN có gia đình TTN có gia đình (21,8% so với 1,0%).

Với nam TTN *chưa có gia đình*, trong số bạn tình của lần QHTD lần đầu, gái mại dâm chiếm tỷ lệ 11,7%. Không có sự khác nhau giữa nam thành thị (12%) và nam nông thôn (11,3%). Một điều đáng lưu ý là 93,2% các trường hợp QHTD với gái mại dâm này đều có dùng bao cao su.

2.4.6. Đã từng bị bệnh LTĐTD

Trong điều tra SAVY, rất ít trường hợp (0,3%) cho biết đã từng mắc bệnh LTĐTD. Điều này có thể là đúng, nhưng có nhiều khả năng đối tượng nghiên cứu xấu hổ không muốn nói ra, tuy đã được giải thích bộ câu hỏi không ghi tên tuổi họ, và với những câu hỏi nhạy cảm đã để cho họ tự điền.

3. Yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đối với một số hành vi SKSS & TD của TTN.

Trong phần này chúng tôi tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đối với một số vấn đề SKSS đáng quan tâm của TTN như quan hệ tình dục trước hôn nhân; sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất; và nam TTN có QHTD với gái mại dâm. Do phá thai chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ trong tổng mẫu nghiên cứu với tỷ lệ 1,4% (n=54), và rất ít trường hợp phá thai (3/54) của nhóm độc thân, nên chúng tôi không đi sâu phân tích ảnh hưởng của yếu tố nguy cơ và bảo vệ đối với hành vi SKSS này, dẫu rằng phá thai ở thanh thiếu niên đang là vấn đề được quan tâm hiện nay. Cũng vậy, tuy các bệnh LTĐTD là một vấn đề SKSS cần nghiên cứu sâu, nhưng trong điều tra SAVY có rất ít (0,3%) TTN cho biết đã từng mắc bệnh LTĐTD, nên chúng tôi không có đủ số liệu để phân tích kỹ về vấn đề này.

Thanh thiếu niên chịu ảnh hưởng của môi trường mà họ sinh sống, học tập và làm việc bao gồm gia đình, nhà trường và xã hội. Trong các mối quan hệ xã hội của TTN thì bạn bè đóng vai trò quan trọng, vì TTN dù làm gì và ở đâu thì cũng luôn có bạn bè cùng giới cũng như khác giới (bạn học, bạn công tác, và bạn bè ngoài xã hội). Chuyên khảo này chỉ xem xét đến một số hành vi SKSS &TD của TTN.

Trong 5 nhóm các biến độc lập của Khung phân tích (Hình.7): gia đình, nhóm đồng đẳng, nhà trường, công việc và cá nhân, chúng tôi đã chọn ra được 60 biến độc lập có mối quan hệ nhị biến với các hành vi SKSS như: QHTD trước hôn nhân, sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất và nam TTN có QHTD với gái mại dâm. Các mối tương quan này đều có ý nghĩa thống kê với giá trị $p<.005$ đến $p<.000$ (Phụ lục 1)

Quan hệ đơn biến của các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ

Dưới đây, chúng tôi chỉ trình bày các mối tương quan đơn biến giữa các biến độc lập nêu ra ở trên.

Quan hệ tình dục trước hôn nhân: Khi so sánh những TTN có QHTD trước hôn nhân với nhóm đồng đẳng, có một số nhân tố có vẻ có ý nghĩa. Đặc biệt khi ta xem xét các nhân tố *cha mẹ/gia đình*, chúng ta có thể thấy các nhân tố sau đây có quan hệ có ý nghĩa với việc đã từng có QHTD trước hôn nhân: khi đối tượng có cha mẹ ly dị hay thuộc gia đình có đông anh chị em.

Với *cấp độ nhóm đồng đẳng* những TTN cho biết gắn bó nhiều với bạn bè hay báo cáo đã từng có QHTD trước hôn nhân hơn. Cũng vậy, *nhà trường* là nhân tố bảo vệ chống lại QHTD trước hôn nhân . Đặc biệt những người hiện còn đang theo học hay có học vấn cao

hơn, ít cho biết có QHTD hơn so với nhóm đồng đẳng có trình độ học vấn thấp hơn.

Với *cấp độ cá nhân*, các nhân tố có vẻ đi kèm với QHTD trước hôn nhân bao gồm: có việc làm, thái độ tích cực với QHTD trước hôn nhân (thí dụ, đồng ý QHTD nếu cả hai phía đồng ý; khi hai người yêu nhau; nếu sắp làm đám cưới; nếu cả hai bên đã trưởng thành, và nếu biết thực hành tình dục an toàn). Cũng vậy, nếu như TTN đã thừa nhận gái mại dâm thì cũng hay báo cáo có QHTD nhiều hơn. Cũng có mối quan hệ dương tính giữa QHTD trước hôn nhân và hiểu biết về các bệnh LTĐTD; sử dụng rượu, hút thuốc lá và ma túy.

Sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất: So sánh với các hành vi SKSS khác, không có nhiều yếu tố nguy cơ hay yếu tố bảo vệ có quan hệ một cách có ý nghĩa thống kê đối với việc sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần đây nhất. Điều nhận thấy là đã từng đi học và trình độ học vấn cao hay sử dụng tránh thai nhiều hơn trong lần QHTD lần gần nhất. Có việc làm cũng đi kèm theo việc tăng sử dụng các biện pháp tránh thai. Những người biết nhiều về các bệnh LTĐTD cũng như biết nhiều về biện pháp tránh thai hay sử dụng tránh thai hơn nhóm đồng đẳng có trình độ học vấn kém hơn.

QHTD với gái mại dâm: Trong điều tra SAVY chỉ có nam TTN cho biết đã từng có QHTD với gái mại dâm. Nhìn chung tất cả các yếu tố có quan hệ với hành vi QHTD trước hôn nhân thì đều có tương quan dương tính với việc nam TTN có QHTD với gái mại dâm. Ở *cấp độ gia đình*, khi cha mẹ ly dị hay nhà đông anh chị em, nam TTN hay cho biết đã từng có QHTD với gái mại dâm hơn.

Nhóm biến về gia đình, nam TTN có cha mẹ ly dị thì hay có QHTD với gái mại dâm, trái lại nếu là con của gia đình đông anh em (nhiều

hơn 5) thì TTN đó lại ít có QHTD với gái mại dâm. Học vấn cao thường đi kèm tỷ lệ thấp có QHTD với gái mại dâm.

Ở *cấp độ cá nhân*, sử dụng rượu, thuốc lá và ma tuý có mối liên quan mạnh với việc có QHTD với gái mại dâm.

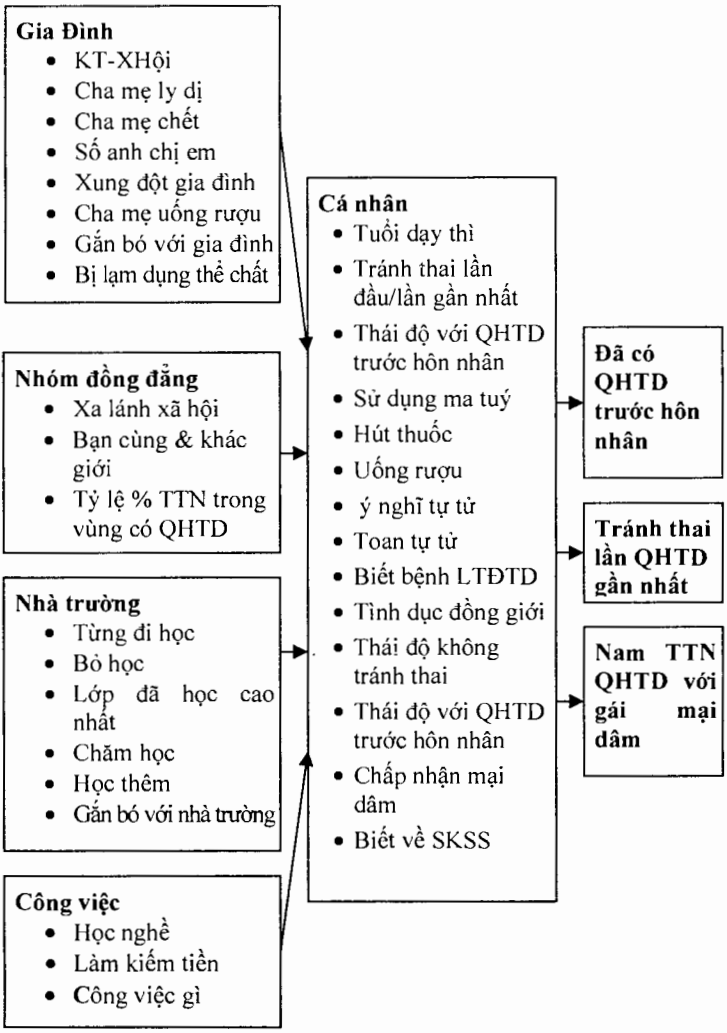
Trong *nhóm biến về bạn bè*, thì có bạn cùng giới, bạn khác giới, có bạn cả 2 giới và không có bạn, thì có tỷ lệ QHTD với gái mại dâm thấp hơn.

Với *nhóm biến về học hành*, đã từng theo học và hiện theo học là hai yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ có QĐT với gái mại dâm, so với nhóm chưa từng đi học và hiện không theo học, trong khi trình độ học vấn cao lại có tỷ lệ thấp.

Với *nhóm biến về việc làm*, biến đã từng được đào tạo làm cho tỷ lệ cao hơn, trong khi đã từng đi làm lại không tương quan đến QĐT với gái mại dâm.

Phân tích hồi qui đa biến (multivariate logistic regssion)

Từ những biến có mối tương quan có ý nghĩa với các hành vi SKSS (như QHTD trước hôn nhân, sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần đây nhất và QHTD với gái mại dâm) khi xem xét sự tương quan đơn biến, chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật phân tích hồi qui đa biến (multivariate logistic regression) để xác định một số biến quan trọng nhất ảnh hưởng tới các hành vi SKSS nói trên. Trong phân tích này, tất cả các biến trên đều qui về nhị phân (có và không hay cao và thấp) . (Phụ lục 2)



Trong Mô hình 1- QHTD trước hôn nhân: có 45 biến độc lập đã được sử dụng cho phân tích hồi qui đa biến. Sau khi loại ra các biến

ít ý nghĩa, còn lại 12 biến được đưa vào mô hình để phân tích hồi qui đa biến. Đó là các biến độc lập sau: giới, nhóm tuổi 22-25, qui mô gia đình, gắn bó với gia đình, gắn bó với nhóm đồng đẳng, cho rằng mại dâm là vô đạo đức, trình độ học vấn, biết về biện pháp tính vòng kinh, có quan điểm tích cực với bao cao su, có thể có QHTD nếu an toàn, từng say rượu, và toan tự tử.

Kết quả phân tích cho thấy chỉ có 6 biến sau đây là có ý nghĩa đối với hành vi QHTD trước hôn nhân ở TTN trong mẫu Điều tra SAVY

- Giới (nam)	OR: 3.75	coef: 1.32146	p<0.038
- Nhóm tuổi lớn (22-25t)	OR: 5.72	coef: 1.74408	p<0.014
- Gắn bó với gia đình	OR: 0.34	coef: -1.08269	p<0.004
- Trình độ học vấn cao hơn	OR: 0.09	coef:- 2.410379	p<0.052
- Chấp nhận QHTD trước HN	OR: 34.80	coef: 3.549682	p<0.000
- Đã toan tự tử	OR: 10.03	coef: 2.305187	p<0.003

Qua Mô hình 1 ta thấy đối với QHTD trước hôn nhân ở TTN có hai yếu tố bảo vệ là "gắn bó với gia đình" và "trình độ học vấn cao". Hai yếu tố trên đã giảm tỷ lệ QHTD trước hôn nhân trong nhómTTN được nghiên cứu. Mặt khác hai yếu tố lại liên quan rất mạnh với việc đã từng có QHTD trước hôn nhân vì cho rằng QHTD trước hôn nhân là có thể chấp nhận được và đã từng toan tự tử. Số liệu ở đây cho

thấy nếu một TTN cho rằng có thể chấp nhận QHTD trước hôn nhân và khi biện pháp tránh thai sẵn có thì dễ có khả năng QHTD trước hôn nhân tăng gấp 34 lần so với nhóm đồng đẳng.

Với Mô hình 2 - Sử dụng biện pháp tránh thai trong lần QHTD gần đây nhất, tất cả có 26 biến độc lập đã được sử dụng cho phân tích. Sau khi sàng lọc đã chọn được 11 biến có ý nghĩa nhất được đưa vào phân tích hồi qui đa biến như sau: biết về DCTC, trình độ học vấn , nhóm tuổi 18-21, nhóm tuổi 22-25, đã từng hút thuốc phiện, hiểu giá trị của bao cao su, biết về thuốc uống tránh thai, biết tình dục đồng giới trình độ học vấn thấp, biết về biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo, và trình độ học vấn trung bình.

Kết quả có 4 biến độc lập có ý nghĩa nhất đối với việc sử dụng biện pháp tránh thai trong lần QHTD gần đây nhất.

Đó là :

- Nhóm tuổi lớn (22-25t)	OR: 2.95	coef 1.043168	p<0.019
- Hiểu biết biện pháp suất tinh	OR: 1.54	coef: .4371155	p<0.001
- Trình độ học vấn thấp	OR: 0.64	coef: -.5386283	p<0.012
- Biết về DCTC	OR: 1.77	coef. 5640581	p<0.025

Điều lý thú là, những người có học vấn thấp thường cho biết là hay sử dụng biện pháp tránh thai trong lần QHTD lần gần đây nhất.

Đáng ngạc nhiên và phần nào khó giải thích bởi vì khi phân tích đơn biến (cũng như một số nghiên cứu khác) cho thấy điều ngược lại là đúng. Như ta thường hiểu, một khi TTN biết nhiều về các biện pháp tránh thai như tính vòng kinh hay dụng cụ tránh thai trong tử cung thì hay sử dụng tránh thai hơn.

Với việc sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất, chỉ có một yếu tố bảo vệ, đó là "trình độ học vấn thấp". Các yếu tố nguy cơ (thật ra trong trường hợp này lại có ý nghĩa tích cực là tăng sử dụng biện pháp tránh thai) là "nhóm tuổi 22-25", "biết về biện pháp tránh thai (xuất tinh ngoài âm đạo và DCTC). Vì câu hỏi về sử dụng tránh thai trong lần QHTD gần nhất đa số xảy ra trong số TTN đã có gia đình và nhóm tuổi lớn cũng là nhóm tuổi có tỷ lệ kết hôn cao. Hiểu biết về biện pháp tránh thai có liên quan đến QHTD vì những người có QHTD thường xuyên đã sử dụng tránh thai vì sợ có thai (TTN độc thân) hay để kế hoạch (TTN đã lập gia đình). Trình độ học vấn thấp lại ít sử dụng biện pháp tránh thai.

Với Mô hình 3 - QHTD với gái mại dâm có tất cả 39 biến độc lập được đưa vào mô hình hồi qui đa biến để phân tích. Có 15 biến đã bị loại vì mức độ có ý nghĩa thấp (p>.04) nên rút cục còn lại 24 biến sau đây được đưa vào phân tích hồi qui đa biến : khu vực TT/NT, đã từng hút thuốc nhóm tuổi 22-25, tiếp xúc với Internet, đã từng kết hôn, cha mẹ ly dị, bao cao su (BCS) gây giảm khoái cảm, quan điểm tiêu cực về BCS, nghe nói về SKSS qua nhóm đồng đẳng, gắn bó với nhóm đồng đẳng, đã thử ma tuý, mại dâm là vô đạo đức, hiện đang theo học đã từng say rượu, có quan điểm tích cực về bao cao su, trình độ học vấn cao, đã từng đi làm thái độ đối với QHTD trước hôn nhân : chỉ cần 2 bên đồng tình nếu hai người yêu nhau, và nếu

tiến tới hôn nhân, biết biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo, nghe nói về bệnh giang mai, mại dâm là xấu tuỳ theo cách nghĩ.

Kết quả cho thấy có 7 biến độc lập có ý nghĩa khi phân tích theo phương pháp hồi qui đa biến sau đây:

- Thái độ tiêu cực với BCS	OR: 2.25	Coef: .8108095	p<0.046
- Nghe nói về bệnh giang mai	OR: 4.31	Coef: 1.461943	p<0.011
- Đã từng kết hôn	OR: 0.24	Coef: -1.431901	p<0.000
- BCS giảm khoái cảm	OR: 8.38	Coef: .8251257	p<0.001
- Từng hút hê-rô-in	OR: 18.91	Coef: 2.939951	p<0.000
- Đã từng đi làm	OR: 0.31	Coef: -1.181481	p<0.031
- Qui mô gia đình lớn	OR: 2.28	Coef: .8251257	p<0.029

Cả tiền sử hôn nhân và việc làm có vẻ là yếu tố bảo vệ đối với hành vi có QHTD với gái mại dâm, trong khi các yếu tố còn lại là các yếu tố nguy cơ. Đáng ngạc nhiên khi mà những người có thái độ tiêu cực với bao cao su và người đã từng hút hê-rô-in lại dễ có QHTD với gái mại dâm hơn

4. Kết luận và khuyến nghị

Chiến lược phát triển kinh tế-xã hội, thời kỳ 2000 đến 2010" do Uỷ ban Trung ương Đảng trình bày tại Đại hội IX của Đảng có nêu ra mục tiêu chung là : "*Đưa đất nước thoát khỏi tình trạng kém phát triển; cải thiện đáng kể đời sống vật chất và tinh thần của nhân dân; đặt nền tảng để biến nước ta thành một nước theo hướng công nghiệp hoá vào năm 2020. Đảm bảo nguồn nhân lực, năng lực khoa học kỹ thuật, hạ tầng cơ sở và tăng cường tiềm năng kinh tế, quốc phòng và an ninh; thể chế của một nền kinh tế theo hướng thị trường được thiết lập một cách cơ bản; và nâng cao vị thế của nước ta trên trường quốc tế*"

Để thực hiện tốt được kế hoạch phát triển kinh tế xã hội nói trên, một trong các khâu then chốt nhất vẫn là nguồn nhân lực. Nước ta có một cấu trúc dân số trẻ, nên hàng năm có trên 1 triệu người gia nhập lực lượng lao động. Muốn đóng góp cho công cuộc công nghiệp hoá và hiện đại hoá đất nước, ngoài tri thức VTN và TN còn cần phải có sức khoẻ về thể chất, tinh thần và lành mạnh về mặt xã hội nữa. Với VTN và TN thì có được một sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản lành mạnh là điều rất quan trọng để họ có thể học tập và lao động có hiệu quả cũng như có thể cống hiến tốt cho xã hội.

Từ kết quả Điều tra SAVY cũng như các nghiên cứu tương tự đã được phân tích trên đây, có thể rút ra một số kết luận về SKSS của thanh thiếu niên Việt Nam ngày nay như sau:

- Một bộ phận nam nữ thanh thiếu niên đã có *quan hệ tình dục trước hôn nhân*, trong đó có cả sinh viên, học sinh phổ thông.

- Tỷ lệ *sử dụng tránh thai* trong QHTD lần đầu còn thấp, do đó nhiều khả năng bị có thai ngoài ý muốn .

- Đặc biệt, trong số nam thanh thiếu niên đã có QHTD trước hôn nhân có một bộ phận *quan hệ với gái mại dâm*, trong đó có cả sinh viên. Như vậy, nguy cơ lây nhiễm các bệnh LTĐTD kể cả nhiễm HIV là có thực.

Hậu quả hay gặp của QHTD trước hôn nhân ở VTN và TN là **thai nghén ngoài ý muốn**. Hầu hết các trường hợp này thường được kết thúc bằng *phá thai*. Phá thai sớm nếu được thực hiện ở các cơ sở y tế chuyên khoa có thể tránh được các biến chứng trước mắt, nhưng vẫn còn có thể có biến chứng muộn về sau. Thai nghén ở VTN và TN thường phát hiện muộn do người thiếu nữ chưa có kinh nghiệm hay đã phải suy nghĩ nhiều trước khi đi đến quyết định phá thai. Phá thai muộn ở người trẻ tuổi thường có nhiều tai biến hơn và có thể ảnh hưởng đến tương lai sinh sản sau này.

Trường hợp nữ TTN giữ thai để *sinh con,* có thể có các nguy cơ do thai nghén và sinh nở gây ra như: sảy thai tự nhiên, đẻ non, thai chết lưu hay thai kém phát triển trong tử cung đều nhiều hơn so với các bà mẹ đã trưởng thành. Có thể gặp tai biến cả cho mẹ và con khi sinh nở như : đẻ khó, thai bị ngạt hay tử vong do cơ thể người mẹ chưa phát triển đầy đủ.

Hệ thống xương của phụ nữ chỉ phát triển hoàn chỉnh vào tuổi 18, và đường sinh sản phát triển đày đủ muộn hơn, vào tuổi 20-21[29].

Ngoài tác hại về mặt sức khoẻ, thai nghén ngoài ý muốn ở TTN còn khiến em gái phải bỏ học (nếu còn đang đi học), hoặc bị mất việc do nghỉ đẻ, nuôi con nhỏ (nếu đã đi làm). Trường hợp thai nghén ngoài hôn thú kết thúc bằng hôn nhân gượng ép hay chưa sẵn sàng thì đôi lứa gặp nhiều khó khăn khi chung sống, hôn nhân có thể không có hạnh phúc.

Phá thai. Tuy trong Điều tra SAVY, tỷ lệ phá thai chung không nhiều (1,4%), và phần tuyệt đại đa số (95%) ở thiếu nữ đã có chồng. Các tổ chức y tế và dư luận rất lo ngại tỷ lệ phá thai ở thiếu nữ chưa chồng, nhất là vị thành niên. Hầu hết thai nghén ngoài ý muốn ở nữ VTN và nữ TN thường kết thúc bằng phá thai vì họ chưa sẵn sàng đón nhận nó. Ở Việt Nam do phá thai tương đối đơn giản về thủ tục và an toàn về mặt y học, nên nhiều người có khuynh hướng coi phá thai là vô hại, thậm chí có người thà chấp nhận phá thai thay cho việc sử dụng biện pháp tránh thai vì sợ các tác dụng phụ của một số biện pháp TT.

Bệnh lây truyền đường tình dục (LTĐTD) là hậu quả của QHTD trước hôn nhân ở VTN và TN. Trong cuộc Điều tra SAVY, rất ít (0,3%) TTN cho biết đã từng mắc bệnh LTĐTD. Điều này dễ khiến chúng ta chủ quan cho rằng các bệnh đó không nguy hiểm đối với TTN. Kinh nghiệm nhiều nước cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh LTĐTD trong TTN tăng lên theo tỷ lệ có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Nói chung, TTN thiếu hiểu biết về các bệnh LTĐTD và cách phòng tránh chúng. Về mặt sinh học, nữ vị thành niên dễ mắc các bệnh này hơn nhóm phụ nữ lớn tuổi [29]. Viêm tắc vòi trứng do Lậu sẽ có thể để lại hậu quả về sau này như chửa ngoài dạ con, áp-xe buồng trứng-vòi trứng và vô sinh. Tỷ lệ nhiễm HIV ở Việt Nam tính đến 31/05/2004, cả nước có 81.206 người bị nhiễm HIV; 12.684 trường hợp đã chuyển thành AIDS và 7.200 trường hợp đã chết vì AIDS. Đại dịch HIV/AIDS đã hầu như lan rộng ra khắp cả nước, với 61/64 tỉnh thành phố; 93% tổng số huyện và 49% số xã. Bệnh có xu hướng trẻ hoá (62% thuộc nhóm tuổi 13-29) và nam chiếm đa số (85,1%)[18]. Nhiễm HIV ở VTN và TN được trình bày kỹ trong một chuyên khảo khác.

Tóm lại, hậu quả hay gặp của QHTD trước hôn nhân ở TTN là thai nghén ngoài ý muốn, phá thai, sinh đẻ sớm và các mắc các bệnh LTĐTD. Các hậu quả này tác động xấu không chỉ tới bản thân thanh thiếu niên, mà còn tác động lên gia đình họ, và sự phát triển chung của xã hội và đất nước.

Muốn giải quyết vấn đề SKSS ở TTN cần có chính sách và chiến lược tổng thể với sự tham gia của toàn xã hội bao gồm : Nhà nước, xã hội, gia đình, cộng đồng và bản thân nam nữ TTN.

Cấp độ Nhà nước có thể xây dựng hệ thống các chính sách và luật pháp ủng hộ cho việc giáo dục và cung cấp thông tin, dịch vụ SKSS cho TTN. Thí dụ, Bộ Giáo dục và Đào tạo bắt buộc các trường (phổ thông và đại học, cao đẳng, và dạy nghề) phải dạy giáo dục SKSS&TD cho nam nữ TTN ; Bộ Y tế bắt buộc các cơ sở y tế thích hợp phải có bộ phận cung cấp dịch vụ và tư vấn về SKSS&TD dành riêng cho TTN chưa lập gia đình ; có chính sách miễn phí hay giảm bớt phần nào chi phí cho dịch vụ SKSS hay tránh thai cho đối tượng là TTN ; hoặc Bộ Quốc phòng bắt buộc dạy về SKSS và TD cho tất cả các thanh niên thực hiện nghĩa vụ quân sự.

Về cấp độ xã hội, cần có sự đồng thuận của các cơ quan, ban ngành và đoàn thể cũng như dư luận xã hội, thì việc cung cấp thông tin, tư vấn và dịch vụ SKSS&TD cho TTN chưa lập gia đình mới có thể thực hiện một cách thuận lợi .

*Cấp độ gia đình, v*ai trò của *cha mẹ* học sinh/ sinh viên cũng rất quan trọng, để góp phần cùng nhà trường trong việc giáo dục con cái về SKSS & TD.

*Cấp độ cá nhân, q*uan trọng hơn cả vì *bản thân nam nữ TTN* phải nhận thức được trách nhiệm của mình đối với QHTD trước hôn nhân,

trước hết vì lợi ích bản thân, bạn tình và sau đó là gia đình, xã hội và cộng đồng. TTN cũng cần được tạo điều kiện để họ tham gia góp ý cho các chính sách, chiến lược cũng như được tham gia thực hiện các chương trình/dự án về SKSS&TD dành cho họ.

Như đã trình bày ở trên, mọi vấn đề bức xúc về sức khoẻ sinh sản của VTN và TN chưa lập gia đình nêu ra trên đây đều do *QHTD trước hôn nhân* gây ra. Do đó, cần tập trung can thiệp tích cực vào khâu này.

Lý tưởng là làm cách nào để TTN không có QHTD trước hôn nhân, như thế sẽ tránh được các hệ lụy do mối quan hệ đó gây ra. Liệu chúng ta có thể ngăn cấm TTN có QHTD trước hôn nhân ? Tất nhiên còn nhiều người, nhất là bậc cha mẹ muốn cách làm này. Giải pháp này không những không có tính khả thi mà còn xâm phạm quyền tự do yêu đương của TTN. Luật pháp Việt Nam chỉ cấm tảo hôn (Luật Hôn nhân & Gia đình) chứ không cấm VTN và TN có QHTD trước hôn nhân. Cha mẹ chỉ có thể khuyên răn và không thể ngăn cấm con cái có QHTD. Dư luận xã hội nghiêm khắc trước đây nay trở nên dễ dãi hơn. Điều kiện sống tốt và giao lưu thuận tiện, nơi vui chơi giải trí nhiều, khiến cho nam nữ VTN và TN có nhiều cơ hội kết bạn quan hệ thân mật kể cả QHTD. Giải pháp ngăn cấm của gia đình, xã hội hay nhà trường hoặc đoàn thể đều không có tính khả thi, nếu như bản thân TTN không biết tự mình kiềm chế và chịu trách nhiệm về quyết định của chính họ.

Nếu không ngăn cấm được TTN có QHTD trước hôn nhân, thì *nên dũng cảm thừa nhận* nó, đồng thời tích cực giúp đỡ TTN trì hoãn, hoặc QHTD một cách có trách nhiệm và an toàn cho bản thân và đối tượng của mình.

Cần có một *hệ thống giải pháp tổng thể và đồng bộ* cho vấn đề này bao gồm tích cực giúp TTN tránh có QHTD và đáp ứng được nhu cầu chính đáng về tư vấn và dịch vụ SKSS và SKTD cho VTN và TN. Các giải pháp sau đây cần tiến hành đồng thời hay xen kẽ tuỳ thuộc điều kiện cụ thể ở từng nơi, với từng nhóm TTN đặc thù và bao gồm: giáo dục SKTD&SS, giáo dục kỹ năng sống, tư vấn và cung cấp dịch vụ SKSS cần thiết cho VTN và TN. Giáo dục sức khoẻ tình dục và sức khoẻ sinh sản (SKTD&SS) mới chỉ là cung cấp thông tin cho VTN và TN. Cần giáo dục thêm *kỹ năng sống* (life-skills) cho VTN và TN để họ biết tự bảo vệ mình, cũng như ra quyết định.

Tôi xin đề suất một số **khuyến nghị** sau:

Đẩy mạnh và phổ cập giáo dục sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tình dục (SKSS & TD) cho TTN trong và ngoài nhà trường.

Do có một tỷ lệ đáng kể nam nữ VTN và TN trong độ tuổi 14-25 hiện đang theo học ở các trường THPT hay Cao đẳng, Đại học, nên việc có một Chương trình Giáo dục SKSS&TD cho nhóm đối tượng này ngay trong nhà trường là cách tiếp cận tốt nhất. Kinh nghiệm về giáo dục SKSS&TD trên thế giới đã được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Uỷ ban AIDS của LHQ (UN- AIDS) tổng kết các nghiên cứu trên thế giới cho thấy: Giáo dục tình dục (GDTD) không hề khuyến khích thanh niên có QHTD, trái lại đã giúp họ trì hoãn QHTD lần đầu và tăng việc thường xuyên sử dụng biện pháp tránh thai và thực hiện tình dục an toàn. [1] Giáo dục TD cho vị thành niên cần *thực hiện sớm*, từ trước khi các em bước vào tuổi dạy thì. Với học sinh THPT, có thể thu hút thêm sự tham gia của Hội phụ huynh học sinh bằng những chương trình thích hợp để phối hợp với nhà trường trong hoạt động này. Việc đưa nội dung giáo dục SKSS&TD vào nhà trường trước đây thường được bàn cãi và chưa

thật sự có sự đồng thuận, nay thì ngành giáo dục cũng đã thấy sự cần thiết và cấp bách. [14]. Trong khuôn khổ một dự án do Quĩ Dân số LHQ (UNFPA) thuộc Chu kỳ VI (2001-2005), Bộ Giáo dục và Đào tạo đang nỗ lực đẩy nhanh và hoàn tất việc lồng ghép Giáo dục Sức khoẻ sinh sản (GDSKSS) vị thành niên vào trong chương trình bậc PTTH tại 12 tỉnh [28] và các trường Đại học Sư phạm của các thành phố Hà Nội, Huế và Tp. Hồ Chí Minh. [28]

Với thanh niên *ngoài nhà trường* và đang đi làm thì tùy điều kiện cần có chương trình giáo dục SKSS&TD phù hợp, thông qua hoạt động của tổ chức Đoàn TN, Công Đoàn, Hội LHPNVN hay Hội nông dân, hoặc nhóm Giáo dục đồng đẳng (GDĐĐ) cho các công nhân phải di chuyển nhiều (ngư nghiệp, xây dựng, và giao thông vận tải). Chương trình giáo dục SKSS cho thanh niên tại các nhà máy, xí nghiệp, công trường cũng đã được thí điểm ở nhiều nước. Giáo dục bắt buộc về SKSS và TD cho tất cả thanh niên làm NVQS cũng sẽ rất bổ ích cho họ trong khi làm nghĩa vụ cũng như sau này trở về quê hương hay nơi làm việc.

Trong giáo dục SKSS&TD cho TTN, cần đặc biệt *chú ý đến nam TTN*, vì thực tế cho thấy nam có tỷ lệ QHTD trước hôn nhân nhiều hơn nữ; một phần các trường hợp QHTD lần đầu của nam TTN là quan hệ với gái mại dâm và ít dùng biện pháp tránh thai; và nam giới thường chủ động hơn trong QHTD. Cần làm cho nam giới thấy rõ trách nhiệm của họ trong quyết định QHTD một cách *an toàn* và *có trách nhiệm*.

Giáo dục kỹ năng sống

Điều tra SAVY cũng cho thấy tác động của nhóm đồng đẳng đối với hành vi tình dục của TTN. Nhiều nghiên cứu tương tự cũng cho

thấy TTN hay bị bạn bè rủ rê, lôi kéo hay khích bác khiến cho TTN đua đòi nhiều thứ, kể cả QHTD trước hôn nhân. Một phần cũng vì các em thiếu "bản lãnh" và không biết cách từ chối, và do thiếu "kỹ năng sống". Bên cạnh giáo dục SKSS cần giáo dục về "kỹ năng sống" cho TTN. Các kỹ năng sống cần thiết để giúp vị thành niên ứng phó với cuộc sống bao gồm: kỹ năng giao tiếp và tự nhận thức; kỹ năng xác định giá trị; kỹ năng ra quyết định; kỹ năng kiên định và kỹ năng đạt mục tiêu. Các kỹ năng này áp dụng trong lĩnh vực sức khoẻ sinh sản của vị thành niên đã được đề cập kỹ trong cuốn "Cẩm nang Giáo dục kỹ năng sống về sức khoẻ sinh sản vị thành niên" của một dự án của Đoàn TNCS Hồ Chí Minh thực hiện với sự tài trợ của Quĩ Dân số LHQ. [26] . Dự án cũng đã thí điểm mô hình "Đội kỹ năng sống" tại một tỉnh. [27] Gần đây, Bộ Giáo dục và Đào tạo đang xây dựng *Chương trình giáo dục từ xa* trọng tâm là Dân số/SKSS và Kỹ năng sống cho vị thành niên. [28]

Việc sử dụng các "thần tượng" của VTN&TN rất có tác dụng, như các tài năng khoa học trẻ, ca sĩ, người mẫu, vận động viên thể thao, hay doanh nhân trẻ thành đạt để khuyên nhủ TTN cần có cuộc sống lành mạnh, ham mê nghiên cứu khoa học, chơi thể thao, âm nhạc hay hội hoạ để bớt thời gian cho yêu đương hay QHTD.

Cung cấp rộng rãi thông tin/tư vấn về SKSS và SKTD

Thiết lập các Trung tâm tư vấn chuyên về SKSS&TD cho VTN và TN. Đã có nhiều mô hình về công tác tư vấn SKSS cho vị thành niên đã được thử nghiệm trong những năm qua. Trung ương Đoàn TNCS Hồ Chí Minh với Dự án "Hỗ trợ cho việc cải thiện SKSS vị thành niên" (1997-2000) đã có các mô hình : "Trung tâm tư vấn về SKSS vị thành niên" tại Hà Nội và Tp Hồ Chí Minh; "Câu lạc bộ SKSS vị thành niên và phòng chống HIV/AIDS trong nhà trường"; "Đội lưu

động về giáo dục SKSS vị thành niên " và "Nhóm cổ động viên về kỹ năng số và sức khoẻ thanh niên cộng đồng". Các mô hình trên đã được thực nghiệm tại 6 tỉnh của do Quĩ Dân số LHQ (UNFPA) tài trợ. [19] Điều quan trọng là biết đánh giá, tổng kết và chọn lọc các mô hình tốt (hay các yếu tố tốt của từng mô hình), phù hợp với từng nhóm đối tượng/địa phương và quyết tâm phổ cập, duy trì được các mô hình này lâu dài bằng nguồn lực trong nước.

Quĩ Dân số LHQ (UNFPA) phối hợp với Liên minh châu Âu (EC) tài trợ cho một số tiểu dự án nhằm cải thiện SKSS và SKTD bằng các dịch vụ thân thiện và tăng cường công tác giáo dục truyền thông, thông qua các tổ chức phi chính phủ như "Cửa sổ tình yêu" là chương trình phát thanh về SKSS cho vị thành niên hay "Ngôi nhà tuổi trẻ" cung cấp tư vấn và dịch vụ SKSS cho vị thành niên, và là nơi để vị thành niên được giao lưu và trao đổi về SKSS.[20] Quĩ Dân số LHQ tiếp tục hỗ trợ cho các Trung tâm tư vấn của thuộc Trung ương Đoàn và Uỷ ban Dân số, Gia đình và Trẻ em; giúp đào tạo nhân viên tư vấn và xây dựng Tài liệu tư vấn cho vị thành niên về kỹ năng sống; tình dục an toàn, sử dụng bao cao su.[28] Cần tổng kết, đánh giá các mô hình tư vấn hoặc tư vấn kết hợp với dịch vụ SKSS&TD cho vị thành niên và thanh niên để có thể áp dụng mô hình thích hợp vào các hoàn cảnh cụ thể, nhằm tăng cường cung cấp thông tin cho VTN và TN. Nhiều nước người ta thường kết hợp giáo dục SKSS cho thanh niên bằng cách kết hợp giáo dục và giải trí. [1] Gần đây, người ta nói nhiều đến "Truyền thông thay đổi hành vi" (BCC, *behavioral change com-munication*) bao gồm các nội dung về sinh lý sinh sản; phát triển của người; các quan hệ và cảm xúc; tình dục; truyền thông và thương thảo; các vấn đề về giới; thực hành tình dục an toàn (bao gồm cả kiêng giao hợp, chậm quan hệ tình dục lần

đầu và hạn chế số bạn tình), và các biện pháp ngừa thai và phòng tránh nhiễm HIV.[23]

Cung cấp dịch vụ SKSS và SKTD

Thiết lập các Trung tâm dịch vụ SKSS&TD thân thiện và thuận tiện cho VTN&TN riêng biệt hay lồng ghép với các cơ sở y tế sẵn có nhằm cung cấp tư vấn và dịch vụ thân thiện về SKSS&TD cho VTN&TN. Cho tới những năm gần đây, thanh thiếu niên chưa lập gia đình mới được chính thức coi là đối tượng của chương trình KHHGĐ quốc gia. [21, 22] Tuy nhiên, việc cung cấp dịch vụ SKSS và SKTD cho TTN mới đang được thử nghiệm bằng cách tạo ra một đơn vị SKSS để cung cấp các dịch vụ SKSS có tính thân thiện dành cho TTN. Đa số các đơn vị SKSS dành cho TTN này vẫn nằm chung với các cơ sở y tế khác. Cần có thêm thời gian để xem mô hình nào là phù hợp nhất với TTN và có thể duy trì lâu dài một cách có hiệu quả.

Tóm lại, để góp phần phòng ngừa và giải quyết được những hậu quả mà QHTD trước hôn nhân ở nam nữ thanh thiếu niên, cần có một giải pháp tổng thể và đồng bộ. Nhiều ngành và tổ chức chịu trách nhiệm về sức khoẻ, học tập, việc làm của TTN, do đó hoạt động liên ngành là điều tất yếu. Cần làm cho các hoạt động liên ngành có hiệu quả, các giải pháp không đối lập hay triệt tiêu nhau, mà phải trở thành một "vec-tơ hợp lực" nhằm phát huy tối ưu tính hiệu quả. Điều quan trọng nhất vẫn là lôi cuốn TTN vào cuộc thật sự, từ việc xây dựng chính sách, chương trình can thiệp đến việc tổ chức tư vấn hay cung cấp dịch vụ SKSS&TD cho họ.

Tài liệu tham khảo:

1. Barbara S.Mensch, Wesley H. Clark, and Đặng Nguyên Anh (2003). Adolescents in Vietnam: Looking Beyond Reproductive Health. Studies in Family Planning; 34[4]:249-262.

2. Bộ Giáo dục và Quĩ Dân số LHQ (2003). Giáo dục Sức khoẻ sinh sản Vị thành niên (tài liệu tự học dành cho giáo viên, Dự án VIE/01/P11)

3. Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê (2003). Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002: Chuyên đề: Thực trạng các mục tiêu quốc gia.

4. Bộ Y tế (2001). Chiến lược quốc gia về Sức khoẻ sinh sản 2001-1010.

5. Care quốc tế tại Việt Nam, Trung tâm giáo dục không chính qui UNESCO và EC/UNFPA (2001). Giáo dục sức khoẻ sinh sản vị thành niên (Dự án RAS/98/P20)

6. Cao Quốc Việt và Nguyễn Phú Đạt. Tuổi dạy thì ở trẻ em. Báo cáo toàn văn điều tra cơ bản các chỉ tiêu sinh học người Việt Nam thập kỷ 90. Đại học Y Hà Nội , 2001.

7. Dương Đăng Hanh (1999). Nghiên cứu Kiến thức, thái độ, Hành vi tính dục của sinh viên lứa tuổi 18-24 chưa lập gia đình tại thành phố Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

8. Đặng Xuân Hoài, 1992. Appreciation of Assessment by Parents of Children attending Experimental Program on Family Life and Sex Education (FLSE). Report to UNFPA.

9. Đoàn TNCS Hồ Chí Minh-Quĩ Dân số LHQ (2003). Cẩm nang Giáo dục kỹ năng sống về sức khoẻ sinh sản vị thành niên. Dự án VIE/01/P12.

10. Hội KHHGĐ (2000). Sức khoẻ sinh sản vị thành niên.

11. Huệ Trinh & Thanh Thuỷ ."Oan trái". Báo Công An Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 28/08/2004, trang 11.

12. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi quan hệ tình dục của học sinh cấp 3 (tại thành phố Hồ Chí Minh). Luận án Tiến sĩ Y học (2003) của Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

13. Ngô Đặng Minh Hằng et al, 1992. Evaluation on the Effectiveness and Impact of the Family Life and Sex Education Curriculum for the Experimental Phase. Report to UNFPA (Project VIE/88/P09)

14. Phạm Mạnh Hùng (2004). Một số vấn đề HIV/AIDS tại Việt Nam. Báo cáo tại Hội thảo "Trao đổi thông tin, chia sẻ kinh nghiệm về sự lãnh đạo của cấp uỷ Đảng trong công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản và phòng chống HIV/AIDS" do Vụ Sức khoẻ Ban Khoa Giáo Trung Ương và Hội đồng Dân số tổ chức tại Hà Nội ngày 30/07/2004.

15. Population Reference Bureau. The World's Youth 2000

16. Population Reference Bureau (PRB) & Uỷ ban Dân số Gia đình và Trẻ em (VCPFC) (2003). Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (song ngữ Anh-Việt).

17. Reaching Out-of-school Youth with Reproductive Health and HIV/AIDS Information and Services. Youth Isues Paper 4. Family Health International, 2004.

18. Safe Motherhood Factsheets: Delay Marriage and First Birth. Family Care International (FCI) & the Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG), New York 1998.

19. Shireen J Jejeebhoy and Mary Philip Sebastian (2003). Actions that protect: promoting Sexual and Reproductive Health and Choice among Young People in India. Population Council, New Delhi, India.

20. The Allan Guttmacher Institute (1999). Induced Abortion Worldwide. Facts in briefs

21. The Allan Guttmacher Institute. (2002) Induced Abortion . Facts in briefs

22. Tiếng nói Vị thành niên. Bản tin của Trung tâm giáo dục Dân số, Sức khoẻ; Môi trường của Trung ương Đoàn. Số 1, tháng 10/2003.

23. Tổng cục Thống kê (2000). Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 1999.

24. Trần Thị Phương Mai (2002). Nạo hút thai ở Việt Nam: Tình hình và Giải pháp. Báo cáo tại Hội thảo Quốc gia về "Phá thai bằng thuốc ở Việt Nam". Hà Nội 24/04/2002.

25. UNFPA (2001) EC/UNFPA Reproductive health Initiative: The Alliance Project for Adolescent Reproductive health in Vietnam" (Annual report, 2001)

26. UNFPA (2001) Final Project Report of the Project "Support to the Implementation of Adolescent Reproductive health" (VIE/97/P12)

27. UNFPA (2003) State of World Population 2003.

28. UNFPA (2004). Country Brief: Mid-Term Review of Vietnam-UNFPA Sixth Country Programme (2001-2005).

29. Uỷ Ban Quốc gia Dân số-KHHGĐ (2001). Chiến lược Dân số Việt Nam 2001-1010

30. Vũ Qúy Nhân & Ngô Đặng Minh Hằng (1996). Reproductive Behaviour of Unmarried Urban Students of Age 17-24 in Vietnam.

ẢNH HƯỞNG CỦA HIV/AIDS ĐỐI VỚI SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ - XÃ HỘI

BS. Nguyễn Đình Thuyên

Tóm tắt

Dịch HIV/AIDS đã và đang là thách thức lớn cho việc thực hiện mục tiêu thiên niên kỷ đầu tiên về xóa đói nghèo của các nước châu Á trong đó có Việt Nam. Có thể nói HIV/AIDS là một nguy cơ làm gia tăng, nghèo đói của hộ gia đình.

Việt Nam là một trong các nước có tỷ lệ chi tiêu của hộ gia đình cho chăm sóc sức khoẻ khá cao và tác động của nó đến đói nghèo cao nhất thế giới. Các hộ gia đình có người nhiễm HIV/ AIDS phải dành một tỷ lệ chi tiêu rất lớn cho việc chăm sóc, điều trị người thân nhiễm HIV/AIDS, nguy cơ các hộ gia đình này rơi vào tình trạng đói nghèo là rất cao.

Dịch HIV/AIDS là một thách thức đối với các vấn đề phúc lợi xã hội như làm tăng số trẻ em mồ côi, trẻ em không nơi nương tựa, trẻ em thất học, các chi phí cho những bệnh nhân HIV/AIDS tăng cao gây áp lực nặng nề cho hệ thống y tế.

Mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình có người nhiễm HIV/AIDS bị đảo lộn, gánh nặng trong việc chăm sóc người bệnh và lo toan kinh tế gia đình đè nặng lên vai người phụ nữ và các bé gái. Cuộc sống nghèo đói là một trong những nguyên nhân đẩy phụ nữ vào các hoạt động mại dâm và ma tuý khiến nguy cơ lây nhiễm

HIV/AIDS ngày càng cao. Khi phụ nữ nhiễm HIV/AIDS họ thường bị coi là người xấu và phải chịu sự kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề.

Dịch HIV/AIDS làm cho nhiều chính sách kinh tế, xã hội phải thay đổi, phải điều chỉnh nhằm tạo điều kiện cho sự phối hợp chặt chẽ giữa kiểm soát ma tuý, mại dâm và phòng chống HIV/AIDS.

Để giảm thiểu tác động tiêu cực của HIV/AIDS đến quá trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước (của địa phương) chúng ta cần phải xoá bỏ sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và phải coi họ như những bệnh nhân khác. Cần có sự giúp đỡ về mọi mặt của các cấp chính quyền và cộng đồng đối với các gia đình có người nhiễm HIV/AIDS để họ có điều kiện vươn lên. Công tác phòng chống HIV/AIDS chỉ có hiệu quả khi có sự tham gia tích cực của các ban, ngành, đoàn thể, cá nhân và các tổ chức xã hội, kể cả những người nhiễm HIV/AIDS.

Tăng cường công tác nghiên cứu, tổng kết đánh giá về tác động kinh tế - xã hội của HIV/AIDS dưới các cấp độ và góc độ khác nhau, làm cơ sở tham mưu cho các cấp uỷ đảng và chính quyền địa phương có được các chính sách đúng nhằm giảm thiểu các tác động tiêu cực của HIV/AIDS đến quá trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

1. Tác động của HIV/AIDS đến tình trạng đói nghèo ở Châu Á và Việt Nam

1.1. Tác động của HIV/AIDS đến đói nghèo ở Châu Á

Nghiên cứu của Future Group cho thấy các nước châu Á đang nỗ lực nhằm đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDG) đầu tiên về xóa đói nghèo, nhưng đại dịch AIDS có thể làm xóa sổ một số thành tựu

đã đạt được trong lĩnh vực này ở hầu hết các nước trong khu vực. Nghiên cứu cho thấy, dịch HIV/AIDS có thể làm giảm nhịp độ của công cuộc xóa đói giảm nghèo tới 1/10. Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội và xóa đói giảm nghèo của các quốc gia cần xem xét HIV/AIDS như một nguy cơ làm gia tăng khả năng tổn thương của hộ gia đình mặt nghèo đói và do đó cần được nhìn nhận một cách đầy đủ trong các đánh giá nghèo đói và được chính thức đưa vào trong các chiến lược xoá đói giảm nghèo của chính phủ.

Thực tiễn cho thấy AIDS làm cho mối quan hệ giữa sức khoẻ, nghèo đói và sự phát triển trở nên bức bách và rõ rệt hơn nhiều. Điều này đã được nhấn mạnh trong khóa họp toàn thể đặc biệt về HIV/AIDS của Liên Hiệp Quốc và cũng được phản ánh trong kết quả trưng cầu ý kiến về chiến lược phát triển cho thiên niên kỷ cũng như trong báo cáo của Uỷ ban Kinh tế Vĩ mô về Sức khỏe của Liên Hiệp quốc.

1.2. Tác động của HIV/AIDS đến tình trạng đói nghèo ở Việt Nam

Ở Việt Nam tỉ lệ chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe của hộ gia đình khá cao. Một phần ba số hộ gia đình chi hơn 5% thu nhập cho chăm sóc sức khỏe. Theo kết quả nghiên cứu của Wagstaff năm 2001, Việt Nam là một trong các nước mà chi tiêu dành cho sức khoẻ có tác động đến nghèo đói đạt mức cao nhất trên toàn cầu. Điều này có nghĩa là các hộ gia đình có người nhiễm HIV sẽ phải dành một tỉ lệ chi tiêu rất lớn cho việc chăm sóc và điều trị cho người thân. Do đó nguy cơ các hộ gia đình đó bị rơi vào tình trạng đói nghèo là rất dễ xảy ra.

Một số ý kiến đặt vấn đề, làm sao để đo được tác động của HIV/AIDS đến GDP. Theo các đại biểu này, số liệu đó cho thấy tác động của HIV/AIDS đến GDP sẽ là một bằng chứng hùng hồn để thuyết phục các nhà chính sách về tầm quan trọng của việc đầu tư cho phòng chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, các nhà khoa học cho biết việc tính toán tác động của HIV/AIDS đến GDP là rất phức tạp. Việc tách các loại chi phí, bao gồm cả chi phí cơ hội và các chi phí xã hội liên quan đến HIV/AIDS ra khỏi các chi phí khác là vô cùng khó khăn. Đặc biệt ở bối cảnh Việt Nam khi dịch HIV/AIDS mới chỉ đang ở giai đoạn tập trung thì việc tính toán càng khó hơn. Đã có những cố gắng để tính toán thử nghiệm ở Thành phố Hồ Chí Minh nhưng không thể thu thập số liệu theo yêu cầu.

Mặc dù chúng ta chưa chứng minh được sự giảm sút của GDP do HIV/AIDS nhưng tác động của HIV/AIDS đối với công cuộc giảm nghèo thì khá rõ.

Hiện nay ở Việt Nam việc thu thập số liệu khó khăn một phần vì gánh nặng liên quan đến HIV/AIDS đều do gia đình và bản thân người có HIV/AIDS cáng đáng còn Nhà nước chưa có can thiệp đáng kể. Việc chăm sóc và chữa trị thì mới được bắt đầu, Vì vậy chưa có số liệu để tính toán sự ảnh hưởng của HIV/AIDS đến ngân sách quốc gia.

Việc nghiên cứu tác động kinh tế, chính trị xã hội của HIV/AIDS là khó khăn nhưng chúng ta cũng vẫn phải tiếp tục thu thập bằng chứng để thuyết phục các nhà lãnh đạo. Chúng ta không thể đợi đến lúc dịch HIV/AIDS lan tràn rộng đến mức có thể thu thập được đủ bằng chứng, lúc đó đã quá muộn.

Về tác động của HIV/AIDS đến tình trạng đói nghèo ở cấp vĩ mô, nghiên cứu này khẳng định, HIV/AIDS cản trở tốc độ giảm nghèo. Đa số hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS, ngoại trừ 20% hộ giàu nhất, sẽ bị đẩy xuống dưới chuẩn nghèo, 40% hộ gia đình nghèo nhất có người nhiễm HIV/AIDS sẽ bị đẩy xuống dưới chuẩn nghèo. Ước tính vào năm 2004, có 126.000 người, sẽ bị nghèo hoặc bị đẩy sâu hơn vào nghèo đói. Con số này sẽ là 500.000 người vào năm 2015. Tình hình đó đặt ra câu hỏi Việt Nam sẽ thực hiện Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ và mục tiêu phát triển kinh tế quốc gia như thế nào?

2.Tác động chính trị xã hội của HIV/AIDS

2.1. Tác động tiêu cực đến sự phát triển bền vững quốc gia của HIV/AIDS

HIV/AIDS có thể tác động tiêu cực đến sự phát triển bền vững của quốc gia vì nó có tác động trực tiếp đến mọi khía cạnh xã hội. Nếu không được kiểm soát kịp thời và hiệu quả HIV/AIDS sẽ phải chi một khoản kinh phí rất lớn làm đảo lộn nền kinh tế tài chính, gây tổn hại đáng kể cho lực lượng lao động, đặt ra các vấn đề về an ninh chính trị, trật tự xã hội, làm xói mòn các quan hệ xã hội, làm giảm tuổi thọ bình quân của dân số v.v... Kinh nghiệm một số quốc gia ở châu Phi cho thấy dịch HIV/AIDS có thể kéo lùi tiến trình phát triển hàng chục năm và để lại những hậu quả nặng nề cho toàn dân tộc. HIV/AIDS tấn công chủ yếu vào những người ở độ tuổi lao động (20-49) dẫn đến khủng hoảng thiếu lao động và không thể bù đắp bằng lực lượng lao động kế tiếp.

Dịch HIV/AIDS sẽ là một thách thức đối với các vấn đề phúc lợi xã hội, sẽ làm tăng số lượng trẻ em mồ côi và số trẻ em không được đến trường học. HIV/AIDS khiến gia đình rơi vào tình trạng bần

cùng hóa. Các chi phí cho HIV/AIDS sẽ gây áp lực nặng nề cho hệ thống y tế.

Đặc biệt về mặt chính trị, nếu để dịch HIV/AIDS lan tràn không kiểm soát được, việc đối phó với nó đòi hỏi phải thay đổi hệ thống chính sách và có thể tạo ra những bất đồng trong xã hội. HIV/AIDS có thể làm gia tăng nhóm người sống tự do, tuỳ tiện và tham gia vào các tệ nạn xã hội.

Nếu không vận động, tổ chức các thành phần xã hội tham gia phòng chống HIV/AIDS cũng có thể tạo nên những căng thẳng xã hội. Nếu không tuyên truyền giáo dục làm giảm kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người sống chung với HIV/AIDS và người có liên quan sẽ làm nảy sinh các mâu thuẫn và dẫn đến các xung đột xã hội.

2.2. Tác động đối với phụ nữ và giới ở Việt Nam của HIV/AIDS

Việt Nam đang ở trong bối cảnh dịch HIV/AIDS có nguy cơ lan rộng. Phụ nữ sống chung với người nhiễm HIV/AIDS chiếm trên 14% trong tổng số người được phát hiện là có HIV/AIDS, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV tăng gấp 10 lần trong 10 năm qua, đã làm tăng số trẻ em nhiễm HIV. Ngoài nguyên nhân giải phẫu và sinh lý, phụ nữ Việt Nam có nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS hơn nam giới vì sự bất bình đẳng trong gia đình và ngoài xã hội. Phụ nữ ít có cơ hội học tập và bị thiệt thòi hơn trong việc tiếp cận các nguồn lực, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do đó họ thiếu kiến thức và hiểu biết để bảo vệ sức khỏe và phòng chống HIV/AIDS. Nghèo đói cũng là một trong các nguyên nhân đẩy phụ nữ vào con đường mại dâm và ma túy, bị buôn bán và bị lợi dụng tình dục khiến nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS càng cao hơn.

HIV/AIDS đã làm gia tăng gánh nặng của phụ nữ. Ở Việt Nam, hầu hết việc chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS diễn ra tại gia đình và đều do phụ nữ phải cáng đáng là chính. Trong thực tế, mặc dù xã hội đánh giá cao việc "chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS tại nhà", nhưng rất ít người nhận rõ vai trò của người chăm sóc - phần lớn họ là phụ nữ. Họ đang gặp rất nhiều khó khăn về kinh tế (mất việc, nghỉ việc để chăm sóc người ốm, giảm thu nhập gia đình), về sức khỏe giảm sút khi phải chăm sóc người bệnh. Nhiều người mất cơ hội làm việc và học hành. Hầu hết họ không được đào tạo chính quy để có kiến thức, kỹ năng phù hợp với việc chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS (để thực hiện công việc đòi hỏi có chuyên môn về y tế). Hầu hết họ không được hỗ trợ cần thiết cả về vật chất cũng như tinh thần để thực hiện công việc chăm sóc có tính yêu cầu cao này.

Trong nhiều gia đình, phụ nữ, thậm chí trẻ em gái hoặc phụ nữ cao tuổi, trở thành người trụ cột về kinh tế do người chồng/cha hoặc con trai mất đi vì HIV/AIDS.

Khi phụ nữ có HIV/AIDS họ thường bị cộng đồng đánh giá là người xấu và phải chịu đựng sự kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề. Những phụ nữ này thường bị bạn tình bỏ rơi, bị ly hôn, bị chồng đánh đập, đuổi ra khỏi nhà. Nhiều người bị mất việc làm, mất cơ hội học tập. Hầu hết phụ nữ bị HIV/AIDS phải tự chăm sóc bản thân mà ít khi nhận được sự chăm sóc của chồng hoặc bạn tình. Nhiều người phải tự kiếm sống để nuôi bản thân và con bị nhiễm HIV.

- Tác động ngày càng lớn của HIV/AIDS lên phụ nữ và trẻ em gái đòi hỏi sự phối hợp hành động để hỗ trợ những phụ nữ đang sống chung với HIV/AIDS và đang tham gia các tổ chức mạng lưới của họ; đảm bảo nguồn lực để đáp ứng các nhu cầu cấp thiết của phụ nữ và giám sát chặt chẽ các nguồn lực đó để đảm bảo cho phụ nữ và các

em nữ vị thành niên đó có lợi; đảm bảo cho phụ nữ được tiếp cận với các dịch vụ điều trị, tư vấn và xét nghiệm tự nguyện; tăng cường phổ cập giáo dục tiểu học và trung học cho trẻ em gái; công nhận và hỗ trợ những người chăm sóc bệnh nhân AIDS tại nhà; chống bạo lực với phụ nữ và trẻ em gái dưới bất cứ hình thức nào, tăng cường và bảo vệ quyền của phụ nữ và trẻ em gái.

Như vậy, cần phải có sự lãnh đạo mạnh mẽ ở tất cả các cấp, các ngành để giải quyết vấn đề bất bình đẳng giới, phải coi đó là một trong các vấn đề trọng tâm của công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Đa số người nhiễm HIV/AIDS là nam giới nhưng gánh nặng chăm sóc chủ yếu dồn lên vai phụ nữ, kể cả trong gia đình và xã hội. Một số gia đình ở Quảng Ninh, nếu người anh bị nhiễm HIV/AIDS thì trong gia đình người khổ nhất là bà mẹ, sau đó là em gái phải bỏ học để chăm sóc cho anh trai.

2.3. Sức ép đối với các dịch vụ xã hội của HIV/AIDS

HIV/AIDS có thể tạo ra một sức ép lớn đối với các dịch vụ xã hội cơ bản, nhất là y tế, đặc biệt là lĩnh vực y tế công cộng. Với sự gia tăng người nhiễm HIV/AIDS, nhu cầu cần chăm sóc và điều trị của họ cũng tăng mạnh, gây sức ép đối với hệ thống y tế quốc gia. Chi phí khám chữa bệnh của hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS cũng tăng gấp nhiều lần, đẩy nhiều gia đình đến chỗ khánh kiệt. Chi phí của nhà nước cho ngành y tế cũng tăng từ khi có HIV/AIDS (kể từ năm 1990, ngân sách Nhà nước hàng năm giành cho chương trình phòng chống HIV/AIDS ngày càng tăng và đến năm 2004 đã đạt tới mức 80 tỷ đồng).

Trong nội bộ ngành y tế, HIV/AIDS đòi hỏi sự thay đổi lớn trong cơ cấu của ngành, ví dụ như đầu tư về chuyên môn và nguồn lực cho

hệ thống y tế dự phòng từ khi có AIDS gia tăng mạnh trong khi hệ thống này vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc đương đầu với các dịch bệnh khác. Vì không có phương pháp kiểm soát đặc hiệu đối với HIV/AIDS nên gánh nặng của công tác y tế dự phòng càng lớn hơn, kể cả nguồn nhân lực và quỹ thời gian.

Công tác chăm sóc và điều trị cũng gặp nhiều khó khăn. Hơn 70% người có HIV/AIDS có nhu cầu được chăm sóc y tế. Số lần khám bệnh của họ tăng hơn nhiều so với những người khác. Các chi phí xét nghiệm cho bệnh nhân có HIV/AIDS cũng tăng lên nhiều, nhất là khi họ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Đòi hỏi của họ về điều trị bằng thuốc nhiễm trùng cơ hội cũng tăng lên và đặc biệt gia tăng nhu cầu về thuốc điều trị đặc hiệu. Đối với bệnh nhân HIV/AIDS, thời gian nằm viện dài hơn so với các bệnh nhân khác. Các chi phí nằm viện bao gồm viện phí, thuốc điều trị, chi phí liên quan đến thời gian chăm sóc của người nhà và các chi phí cơ hội cũng rất lớn.

Bản thân Ngành Y tế vốn lúc nào cũng ở trong tình trạng quá tải từ khi có HIV/AIDS lại càng quá tải hơn và tình trạng này sẽ ngày càng trầm trọng hơn với sự tiến triển của dịch. Ở Campuchia, 12% số giường bệnh là dành cho bệnh nhân AIDS. Đầu tư cho trang thiết bị chẩn đoán và vô trùng cũng gia tăng đáng kể. Chi phí nói chung cho khấu hao máy móc phương tiện y tế cũng tăng lên nhiều.

Nhà nước phải bao cấp hầu hết các bệnh nhân HIV/AIDS vì phần lớn là những người mà gia đình đã lâm vào cảnh khó khăn, không có khả năng chi trả viện phí. Nhiều cơ sở y tế còn phải nuôi dưỡng trẻ em bị các bà mẹ nhiễm HIV/AIDS bỏ rơi ngay sau khi sinh. Gánh nặng chăm sóc một số bệnh nhân HIV/AIDS không có gia đình hoặc bị gia đình bỏ rơi cũng dồn lên vai các cơ sở y tế. Tình trạng các cơ

sở y tế phải chi trả cho việc chôn cất bệnh nhân tử vong do HIV/AIDS cũng gia tăng.

Nói tóm lại, mặc dù chưa có nghiên cứu sâu về các chi phí y tế liên quan đến HIV/AIDS nhưng chỉ qua một vài số liệu thống kê và quan sát có thể thấy gánh nặng mà dịch HIV/AIDS đối với Ngành Y tế ngày càng tăng, kéo theo các khoản chi phí khổng lồ nếu HIV/AIDS không được kiểm sóat và ngăn chặn một cách hữu hiệu.

Về áp lực lên Ngành Y tế trong đối phó với HIV/AIDS, một số công trình nghiên cứu chỉ rõ hơn bất cứ một ngành nào khác, Ngành Y tế đang gánh chịu ảnh hưởng trực tiếp và rất sớm của HIV/AIDS. Chi phí cho trang thiết bị năm 2000 là 33,37 tỷ đồng, bằng 283% so với mức chi tiêu năm 1999. Chi phí ngoài trang thiết bị năm 2000 là 16,58 tỷ VND (1,2 triệu USD), bằng 281% chi phí năm 1999. Dự đoán chi phí chẩn đoán, chăm sóc và điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS là khoảng 55 triệu USD vào năm 2005, 50 triệu USD năm 2006 và 23 triệu USD năm 2007.

2.4. Một số vấn đề về chính sách xã hội liên quan đến HIV/AIDS

Những khó khăn trong việc kiểm soát ma túy và mại dâm cũng là thách thức đối với việc kiểm soát và ngăn chặn HIV/AIDS, vì phần lớn người có HIV/AIDS ở Việt Nam bộ lây nhiễm qua tiêm chích ma túy. (Trong khi số người sử dụng ma túy ngày càng tăng). Hiện nay, theo số liệu từ hồ sơ được quản lý, cả nước có 172.000 người nghiện ma túy, đa số là thanh thiếu niên, 80% sử dụng heroin và chủ yếu là tiêm chích. Số phụ nữ làm nghề mại dâm có hồ sơ quản lý là 13.500 người. Tuy nhiên, con số này còn rất xa với thực tế. Hàng năm nhà nước phải chi một khoản kinh phí lớn cho hoạt động chữa trị và cai

nghiện bao gồm 83 trung tâm cai nghiện với tổng số trên 50.000 người. Chi phí này tăng lên kể từ khi có HIV/AIDS. Bên cạnh các chi phí về nhân lực và tài lực cho công tác giáo dục truyền thông phòng chống HIV/AIDS trong các trung tâm, một phần đáng kể kinh phí phải dành cho việc xét nghiệm HIV/AIDS, khám và điều trị cho người cai nghiện có HIV/AIDS tại trung tâm. Hiện nay các hoạt động giảm tác hại cũng đang được triển khai tại các cơ sở nói trên. Điều đó cũng đồng nghĩa với việc gia tăng các chi phí mà nhà nước và gia đình phải cáng đáng.

Tóm lại, kiểm soát được tệ nạn ma túy và mại dâm sẽ góp phần vào việc kiểm sóat HIV/AIDS. Nhưng thực tế đã chứng minh rằng việc đó hoàn toàn không dễ dàng. Mặt khác sự lan tràn của HIV/AIDS cũng làm cho tác hại của ma túy và mại dâm càng trở nên sâu sắc hơn. Giải quyết các tệ nạn xã hội nói trên liên quan đến các vấn đề giáo dục thanh thiếu niên, tạo việc làm, phát triển kinh tế v.v. là những giải pháp lâu dài và khó khăn, trong khi đó dịch HIV/AIDS ngày càng có xu hướng lan rộng. Các chính sách xã hội cần phải tạo điều kiện cho sự phối hợp chặt chẽ giữa kiểm soát ma túy, mại dâm và phòng chống HIV/AIDS.

2.5. Những hệ lụy từ HIV/AIDS ở cấp cộng đồng

Một nghiên cứu điển hình về các hệ lụy kinh tế - xã hội của dịch HIV/AIDS tại xã Vũ Tây, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình.

Vũ Tây có số dân là 9.370 người sống trong 2.535 hộ. Số hộ giầu chiếm 20%, trong đó những hộ mới nổi lên trong những năm gần đây là những gia đình có người đi lao động ngoại tỉnh. Số hộ trung bình chiếm 55%. Số hộ nghèo chiếm 25% và chủ yếu các hộ thuần nông.

Vũ Tây có thể đại diện cho phần lớn các xã ở đồng bằng sông Hồng nơi bình quân đất canh tác chỉ có một sào một nhân khẩu. Trong bối cảnh như vậy, thu nhập từ nông nghiệp rất thấp với trung bình hàng năm chỉ thu được 1000 đồng từ 1 m2 đất. Ngoài ra các hộ gia đình ở đây chỉ trông mong vào nguồn thu không đáng kể từ chăn nuôi và buôn bán nhỏ. Để cải thiện kinh tế gia đình, nhiều nam giới ở Vũ Tây đi làm ăn ở Sơn La, Lai Châu, Quảng Ninh và các thành phố lớn như Hà Nội, Hải Phòng và Thành phố Hồ Chí Minh. Phần lớn những người này tự đi kiếm việc làm ở các địa phương nói trên. Một hình thức khác là người lao động đi theo người chủ nhận công trình, thu nhập của những người lao động ngoại tỉnh, kể cả từ lao động giản đơn cũng cao hơn lao động nông nghiệp từ 3 đến 4 lần. Ví dụ, một người lái máy xúc hoặc máy ủi nhận được 2 triệu đồng một tháng. Trong số những người đi lao động ngoại tỉnh có một số người xây được nhà ở khang trang, mua sắm được một số tiện nghi. Điều này càng khuyến khích những người khác đi tìm cơ hội đổi đời.

Hầu hết những người lao động ngoại tỉnh ở Vũ Tây không hiểu biết về HIV/AIDS. Người chủ nhận công trình không quan tâm đến việc giáo dục cho người lao động về phòng chống HIV/AIDS. Nhiều người lao động sau một thời gian nghiện ma túy, (có trường hợp cả người chủ nhận công trình và con em của họ). Người chủ nhận công trình cũng không có bất cứ sự hỗ trợ nào cho người làm thuê khi họ mất khả năng lao động do nhiễm HIV/AIDS và phải trở về quê.

HIV/AIDS đã để lại hậu quả nặng nề cho Vũ Tây. Gia đình của những người nghiện ma túy hoặc nhiễm HIV/AIDS thì hầu như đều rơi vào tình trạng khánh kiệt. Năm 2003, hai trong số 70 phụ nữ có thai ở xã Vũ Tây được phát hiện nhiễm HIV là vợ của những người lao động ngoại tỉnh. Trong số 4.125 người của Vũ Tây đi lao động

ngoại tỉnh thì có 210 người nghiện ma túy. Năm 2004, cả xã có 127 người được phát hiện nhiễm HIV/AIDS, 39 người đã tử vong vì HIV/AIDS. Đại đa số những người nhiễm HIV/AIDS ở độ tuổi dưới 40. Hơn 70% những người nhiễm HIV rơi vào các hộ gia đình thuộc diện nghèo. Trong số các gia đình có người nhiễm HIV/AIDS 33% ở trong tình trạng ly hôn hoặc góa vợ hoặc chồng. Trong số trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS cho đến nay có 3 cháu có HIV dương tính, 45 cháu mồ côi cha và 5 cháu mồ côi mẹ, 5 cháu khác mồ côi cả cha lẫn mẹ. Nhiều cháu phải bỏ học để lao động phụ giúp gia đình hoặc chăm sóc bệnh nhân HIV/ AIDS trong nhà. Tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử khá phổ biến. Cộng đồng sợ bị lây nhiễm nên không dám tiếp xúc, hạn chế quan hệ làm ăn với người nhiễm HIV/AIDS hoặc gia đình của họ. Trẻ em đi học bị thầy cô giáo và các bạn kỳ thị, hạn chế giao tiếp. Những người nhiễm HIV/AIDS và gia đình của họ bị cô lập, mặc cảm và tự kỳ thị, không muốn cố gắng hòa nhập cộng đồng.

Hiện nay lãnh đạo và nhân dân xã Vũ Tây đang triển khai một số hoạt động nhằm nâng cao nhận thức cho cộng đồng và đặc biệt là nhóm lao động ngoại tỉnh về nguy cơ HIV/AIDS. Một số hoạt động giảm tác hại cũng được tiến hành nhu phát bao cao su, bơm kim tiêm sạch. Các sáng kiến nhằm giảm thiểu sự kỳ thị thông qua các hoạt động thăm hỏi và hỗ trợ các gia đình có người nhiễm HIV/AIDS đang được thực hiện và đã thu được những thành công ban đầu. Mô hình bạn giúp bạn, giáo dục đồng đẳng đã được xây dựng trong nhóm những người có HIV/AIDS đã thu được những thành quả đáng khích lệ.

2.6. Tác động của HIV/AIDS đến hộ gia đình

Kết quả nghiên cứu năm 2002 của Dự án VIE/98/006 do Bộ Y tế thực hiện với sự tài trợ của UNDP-AUSAID.

Đây là một nghiên cứu thí điểm gồm hai phần: Phần thứ nhất là tác động của HIV/AIDS đến tình trạng dễ bị tổn thương của các hộ gia đình tại 4 tỉnh, thành phố: tỉnh Thái Bình, tỉnh An Giang, Thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh, Thành phố Hồ Chí Minh; trên 125 hộ gia đình với tổng số 129 người nhiễm HIV/AIDS. Các thông tin được thu thập bao gồm phúc lợi cá nhân và hộ gia đình, thu nhập và chi tiêu, tiếp cận dịch vụ y tế và hỗ trợ xã hội, các chiến lược ứng phó. Phần thứ hai là nghiên cứu về tác động của HIV/AIDS đến chi phí bệnh viện. Các số liệu về chi phí trực tiếp được thu thập tại Bệnh viện Đống Đa. Chi phí gián tiếp được ước tính trên cơ sở tổng chi phí trực tiếp tại Bệnh viện Đống Đa và cơ cấu chi phí của Bệnh viện Xanh Pôn (Nghiên cứu của Ngân hàng phát triển Châu Á - ADB).

Nghiên cứu đánh giá các tác động đến đói nghèo ở cấp vĩ mô thông qua xây dựng mô hình đánh giá sử dụng dữ liệu, điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam và dữ liệu chính thức về dự báo và đánh giá HIV/AIDS của Bộ Y tế, đánh giá tác động đến Ngành Y tế (sử dụng dữ liệu và các đánh giá của Bộ Y tế).

Nghiên cứu đã chỉ ra HIV/AIDS tác động trực tiếp đến kinh tế và mối quan hệ giữa các thành viên trong hộ gia đình của người nhiễm HIV/AIDS khiến họ dễ dàng bị đẩy vào nhóm người "nghèo" hoặc "đói". Tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khoẻ của hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS được xác định là cao gấp 13 lần so với mức chi tiêu trung bình cho chăm sóc sức khoẻ của hộ gia đình Việt Nam. Gia đình cũng phải chịu chi phí tổ chức tang lễ trung bình là 3,4 triệu

đồng nhưng lại không nhận được sự đóng góp giúp đỡ từ người thân và láng giềng. Nghiên cứu đã chứng minh rằng HIV/AIDS tác động đến thu nhập của người nhiễm HIV/AIDS và gia đình. Đối với người bị nhiễm HIV/AIDS, 18% bị giảm sút thu nhập do nhiễm HIV/AIDS; 50% bỏ việc. Tổn thất thu nhập trung bình hàng tháng là khoảng 750.000 đồng. Đối với gia đình mà cụ thể là người chăm sóc, 24% người chăm sóc phải bỏ việc. Tổn thất thu nhập trung bình hàng tháng là 480.000 đồng. 36,2% cho biết bị giảm sút thu nhập với mức trung bình hàng tháng là 478.000 đồng. Trung bình có 0,9 người chăm sóc cho một người bị nhiễm HIV/AIDS, trong đó 67% người chăm sóc là mẹ và vợ của người nhiễm HIV/AIDS.

Về các chiến lược đối phó của hộ gia đình, 36% hộ gia đình vay mượn bạn bè và người thân, 27,2% đi vay trả lãi. Nhiều hộ rơi vào tình trạng nợ nần kéo dài. Gia đình phải cắt giảm đầu tư vào các lĩnh vực khác: nhiều hộ gia đình cảm thấy khó có thể đáp ứng được nhu cầu về giáo dục (18%); nhu cầu lương thực (36%) và nhu cầu chăm sóc sức khoẻ cho người thân trong gia đình (16%). Có thể thấy rằng HIV/AIDS không chỉ tác động vào kinh tế gia đình mà còn tác động đến các khía cạnh xã hội khác.

Nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố làm trầm trọng thêm tác động của HIV/AIDS đến hộ gia đình. Trước hết đó là việc cá nhân phải tự chi trả cho chăm sóc sức khoẻ mà ít khi nhận được sự hỗ trợ của nhà nước. Tình trạng phân biệt và đối xử cũng hạn chế sự giúp đỡ của cộng đồng đối với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình của họ. Sự hạn chế về tính sẵn có và khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cũng là một yếu tố tác động tiêu cực đến hộ gia đình. Chi phí chăm sóc và điều trị cao, đặc biệt là điều trị bằng ARV cũng

làm cho hộ gia đình có người nhiễm HIV dễ rơi vào tình trạng khó khăn hơn các hộ khác.

3. Các giải pháp nhằm giảm thiểu tác động của HIV/AIDS đối với tiến trình phát triển kinh tế - xã hội và gia đình Việt Nam

3.1. Một số khuyến nghị nhằm giảm thiểu tác động tiêu cực của HIV/AIDS đối với tiến trình phát triển kinh tế - xã hội và gia đình Việt Nam

Trên cơ sở các phát hiện, nghiên cứu một số tác giả đưa ra các khuyến nghị nhằm giảm thiểu tác động của HIV/AIDS như *giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, đưa vấn đề HIV/AIDS vào các nỗ lực giảm nghèo; chăm sóc và hỗ trợ "toàn diện", bao gồm hỗ trợ chính thức cho hộ gia đình có người bị nhiễm HIV/AIDS hoặc hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS; cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị một cách đầy đủ, dễ dàng, phù hợp với khả năng chi trả cho những người bị nhiễm HIV/AIDS.*

3.2. Đẩy mạnh công tác nghiên cứu, tổng kết đánh giá tác động của HIV/AIDS đối với tiến trình phát triển kinh tế - xã hội nhằm cung cấp căn cứ khoa học giúp các cấp uỷ Đảng, chính quyền đưa ra các chính sách đúng

Đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học cũng như tổng kết đánh giá về tác động của HIV/AIDS đối với tiến trình phát triển kinh tế - xã hội. Tuy nhiên, cho đến nay việc tổ chức nghiên cứu, tổng kết đánh giá về chủ đề này còn bị coi nhẹ. Một số báo cáo hiện gần đây chủ yếu đề cập đến khía cạnh lý thuyết và chỉ dựa trên các giả định chứ chưa có các số liệu sống động để giúp cho việc đưa ra quyết định. Độ tin cậy của các nghiên cứu cũng phải được đề cao. Cần phải

đầu tư xây dựng các tiêu chí đánh giá cũng như kỹ thuật và kinh nghiệm đánh giá.

Chúng ta chưa có tập quán sử dụng nghiên cứu cho các cơ sở khoa học, điều đó không khuyến khích các nhà nghiên cứu mạnh dạn tiến hành các nghiên cứu khó về các vấn đề kinh tế, xã hội nói chung và HIV/AIDS nói riêng. Chỉ thị 54 – CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng (khoá IX) về *"tăng cường lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS trong tình hình mới"* chỉ đạo tăng cường nghiên cứu khoa học và triển khai ứng dụng các thành tựu nghiên cứu trong, ngoài nước về phòng chống HIV/AIDS. Điều đó sẽ thúc đẩy xây dựng về chương trình nghiên cứu về HIV/AIDS từ các khía cạnh xã hội, kinh tế và chính trị. Trên cơ sở nghiên cứu khoa học chúng ta có bằng chứng để tham mưu cho các nhà hoạch định chính sách. Chúng ta cũng cần phải đẩy mạnh các nghiên cứu về tác động của HIV/AIDS đối với trẻ em, hiện nay có 300.000 trẻ em ở Việt Nam bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS. Những em này chịu nhiều thiệt thòi về mặt dinh dưỡng và các tiếp cận các dịch vụ xã hội. Ngân sách quốc gia, ngân sách tỉnh, thành phố cần phải đầu tư cho công tác nghiên cứu này. Không nên chờ tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS như Thái Lan rồi mới làm nghiên cứu. Chúng ta có thể áp dụng những công thức mà các nước khác đã làm. Đội ngũ khoa học cũng phải tham khảo các nghiên cứu quốc tế quan trọng để ứng dụng.

3.3. Có sự phối hợp liên ngành và của nhóm người nhiễm HIV/AIDS

Để đạt được hiệu quả trong việc giảm thiểu tác động của HIV/AIDS, nhất thiết phải có sự phối hợp đa ngành hay sự tham gia của các cơ quan, ban, ngành, đoàn thể và các tổ chức khác nhau bao gồm các tổ chức quốc tế, các cơ quan chính phủ, khu vực nhà nước

và tư nhân, xã hội dân sự và những người đang sống chung với HIV/AIDS.

Cần phải chú ý hơn nữa để giảm thiểu tác động tiêu cực của HIV/AIDS đối với phụ nữ và trẻ em. Bình đẳng giới phải là nguyên tắc chủ chốt xuyên suốt các nỗ lực phòng chống HIV/AIDS.

Các sáng kiến tự hỗ trợ của các nhóm người có HIV/AIDS cần được khuyến khích và hỗ trợ. Cần nỗ lực để cải thiện khung pháp lý cho phép thành lập các tổ chức của những người có HIV/AIDS.

DỊCH TỄ VÀ DỰ BÁO XU HƯỚNG PHÁT TRIỂN HIV/AIDS Ở VIỆT NAM

BS Nguyễn Thị Kim Liên

Tóm tắt

Ở Việt Nam, kể từ khi trường hợp HIV được phát hiện đầu tiên năm 1990 cho đến nay, dịch đã và đang lan ra khắp các tỉnh; 100% tỉnh, thành phố, trên 93% số huyện, thị , trên 50% số xã, phường đã có người nhiễm HIV/AIDS. Dịch đang tác động trực tiếp đến sức khoẻ, tính mạng con người, tương lai nòi giống, sự phát triển kinh tế, văn hoá và trật tự an toàn xã hội. Công tác phòng,chống HIV/AIDS ở nước ta hiện nay đang đòi hỏi sự đáp ứng tích cực, kịp thời của quốc gia và các địa phương.

Tăng cường giám sát dịch tễ học và dự báo xu hướng phát triển HIV/AIDS ở Việt Nam có một vị trí, vai trò quan trọng trong công tác phòng, chống HIV/AIDS. Đây là cơ sở để giúp các cơ quan tham mưu hoạch định chính sách, xây dựng kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS tại cấp tỉnh và cấp quốc gia nhằm đáp ứng với tình hình dịch.

Bài viết này cung cấp một số kiến thức cơ bản và thông tin cập nhật về tình hình dịch tễ HIV/AIDS, xu hướng phát triển dịch tễ HIV/AIDS ở Việt Nam trên cơ sở luận chứng khoa học cũng như các chương trình dự phòng.

1. Dịch tễ HIV/AIDS ở Việt Nam

1.1. Tình hình dịch tễ HIV/AIDS tính đến 30/12/2005

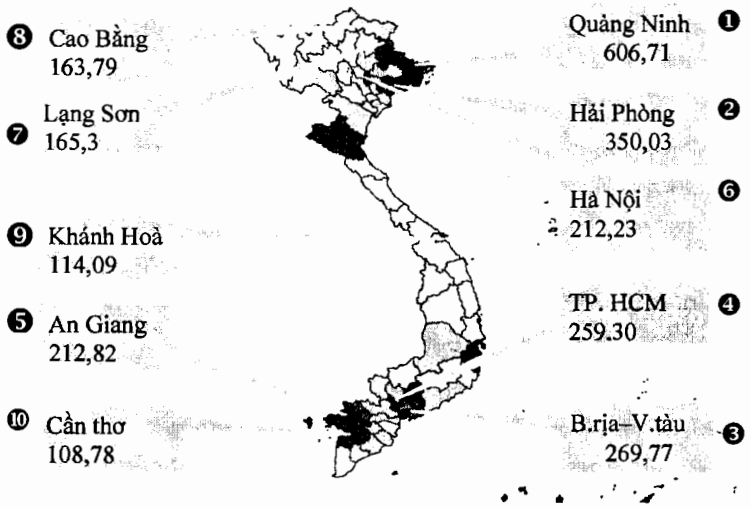
- Trường hợp nhiễm HIV đầu tiên ở Việt Nam được phát hiện vào tháng 12/1990 và cho đến ngày 30/12/2005:

+ Tích luỹ số nhiễm HIV trên toàn quốc: 104.111

+ Tích luỹ số trường hợp chuyển thành AIDS: 17.289

+ Tích luỹ số trường hợp tử vong do AIDS: 10.071

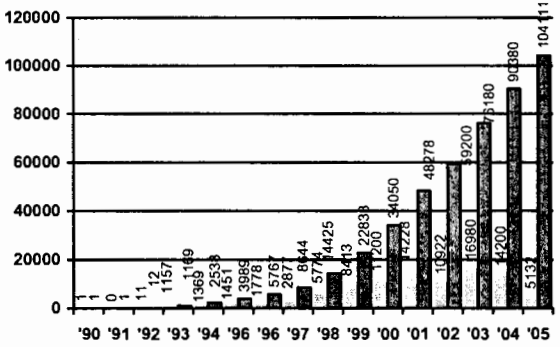
- HIV/AIDS đã có ở 64 tỉnh, thành phố; nhiều tỉnh thành phố 100% số xã, phường đã có người nhiễm HIV/AIDS.



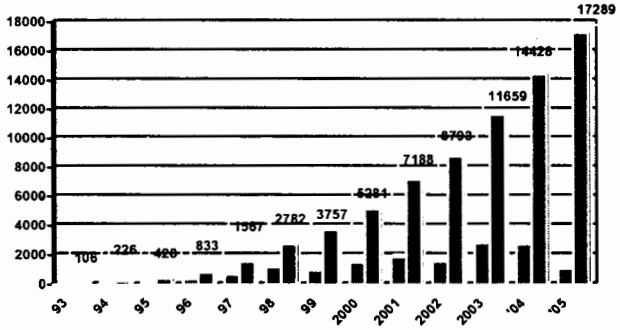
Biểu đồ 1

- 10 tỉnh thành phố có tỉ lệ nhiễm HIV/100.000 dân cao nhất. (Biểu đồ 1).

- Các trường hợp HIV/AIDS báo cáo theo năm (Biểu đồ 2).

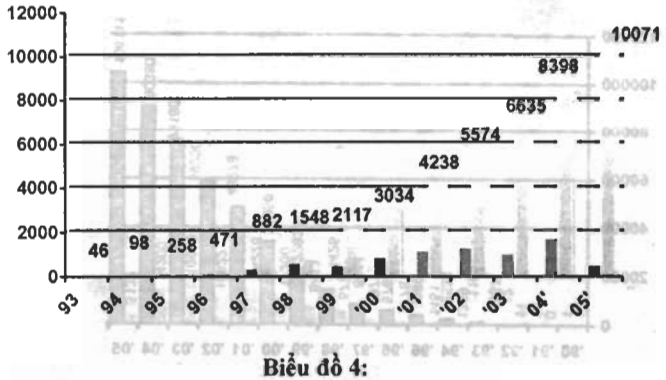


Biểu đồ 2



Biểu đồ 3

- Các trường hợp AIDS báo cáo theo năm (Biểu đồ 3).

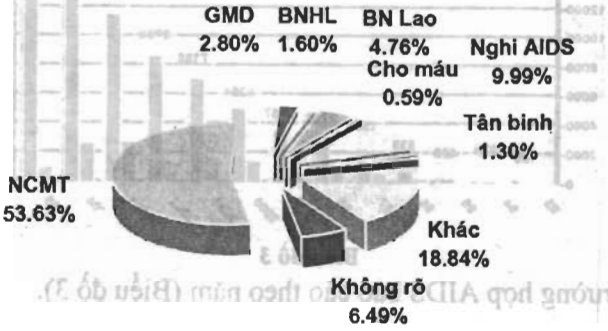


Biểu đồ 4:

- Các trường hợp tử vong do AIDS báo cáo theo năm. (Biểu đồ 4).

1.2. Đặc điểm tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

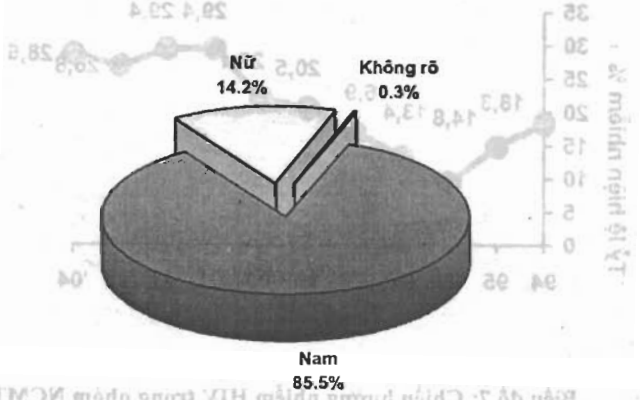
- Dịch HIV/AIDS tiếp tục có chiều hướng gia tăng (Biểu đồ 5).



Biểu đồ 5

+ Giám sát trọng điểm[1] HIV cho thấy: Tỉ lệ nhiễm HIV có chiều hướng tiếp tục gia tăng trong nhóm đối tượng có nguy cơ cao, đồng thời có biểu hiện gia tăng trong các nhóm đối tượng được coi là không có nguy cơ cao. Dịch tễ HIV/AIDS tại Việt Nam có liên quan mật thiết với tình trạng tiêm chích ma tuý và mại dâm.

+ Phân tích các trường hợp nhiễm HIV theo nhóm đối tượng: lây nhiễm HIV chủ yếu qua tiêm chích ma tuý. (Biểu đồ 5)



Biểu đồ 6

+ Phân tích các trường hợp nhiễm HIV theo giới cho thấy nam giới có tỉ lệ nhiễm cao tới 85% (Biểu đồ 6).

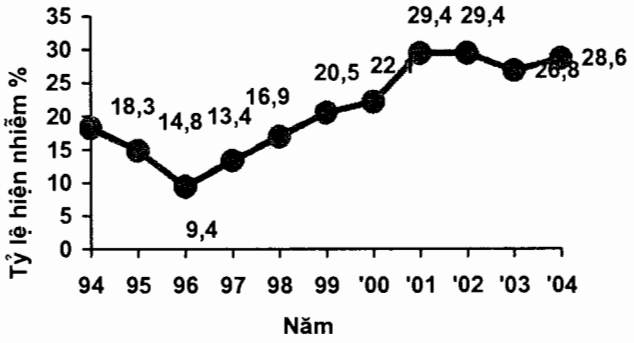
- Tiêm chích ma tuý là cách lây lan HIV chủ yếu ở Việt Nam.

---

[1] Giám sát trọng điểm HIV là sự thu thập có hệ thống và liên tục các số liệu về chiều hướng nhiễm HIV ở trong các nhóm quần thể có nguy cơ khác nhau (quần thể trọng điểm), ở một số nơi đã được lựa chọn (vị trí trọng điểm).

+ Đa số người nhiễm HIV là người nghiện chích ma tuý (khoảng 60%).

+ Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma tuý tăng từ 9,4% năm 1996 lên tới 29,4% vào năm 2002, ở một số địa phương tỉ lệ này tăng cao hơn 50% (trong 100 người nghiện chích ma tuý có từ 30 - 50 người nhiễm HIV) (Biểu đồ 7)

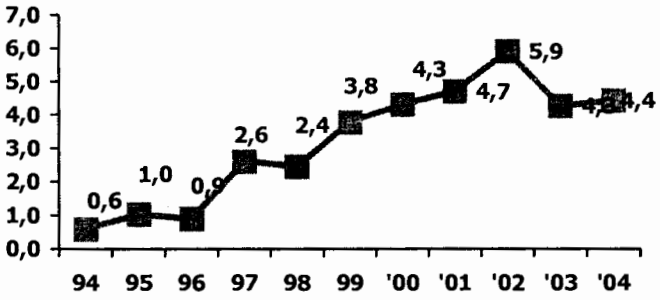


Biểu đồ 7: Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm NCMT

+ Nguy cơ lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma tuý ở mức rất cao do tình trạng nghiện chích ma tuý gia tăng, đặc biệt là lớp trẻ; tình trạng dùng chung bơm kim tiêm vẫn còn phổ biến; người đã nhiễm HIV tiếp tục tiêm chích ma tuý và dùng chung bơm kim tiêm với bạn chích (trên 50%).

- Mại dâm: Nguy cơ lây nhiễm HIV cao thứ hai sau tiêm tích ma tuý.

+ Chiều hướng lây nhiễm HIV trong nhóm gái mại dâm vẫn đang gia tăng, năm 1994 là 0,6% tăng lên 6% năm 2002. (Biểu đồ 8)



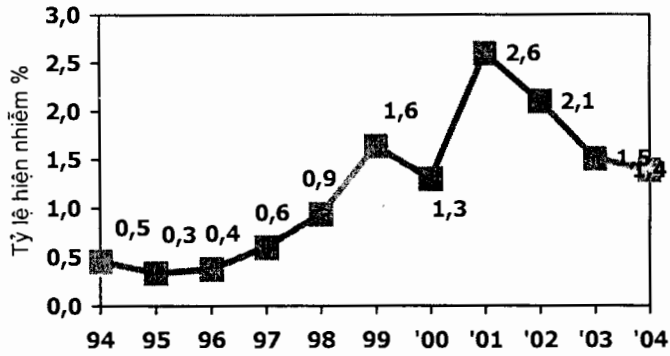
Biểu đồ 8: Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm Gái MD

+ Sự giao thoa giữa việc sử dụng chung bơm kim tiêm và mại dâm trong nhóm nghiện chích ma tuý và mại dâm làm cho nguy cơ lây nhiễm HIV càng tăng cao.

+ Tỉ lệ gái mại dâm có tiêm chích ma tuý khá cao (theo điều tra hành vi cho thấy hơn 40% gái mại dâm tại Hà Nội có tiêm chích ma tuý).

- Lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục có xu hướng gia tăng và giao động.

+ Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục tăng qua các năm. Năm 1995 là 0.3% tăng lên 2,6% năm 2001. (Biểu đồ 9)



Biểu đồ 9: Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân hoa liễu

+ Nguy cơ nhiễm HIV qua quan hệ tình dục tiếp tục gia tăng và khả năng lây nhiễm HIV ra cộng đồng là rất lớn, do gia tăng tỉ lệ nghiện chích ma tuý, người nhiễm HIV tiếp tục có quan hệ với gái mại dâm và tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với gái mại dâm thấp.

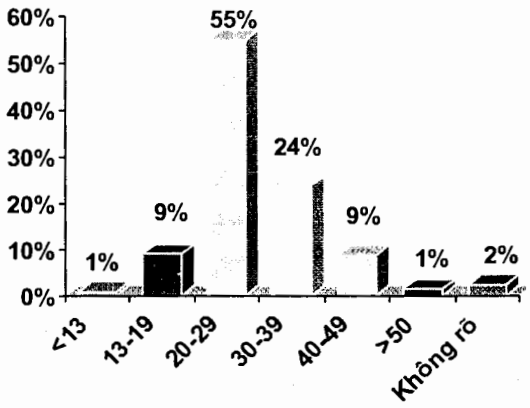
+ Qua các điều tra trong thời gian gần đây cho thấy, tỉ lệ sử dụng bao cao su trong lớp trẻ chiếm tỉ lệ thấp và điều này cảnh báo nguy cơ lây nhiễm HIV trong lứa tuổi trẻ.

+ Quan hệ tình dục đồng giới nam cũng là một nguy cơ cao trong lây nhiễm HIV/AIDS. Theo một điều tra, người nghiện chích ma tuý tại Hải Phòng có quan hệ tình dục đồng giới nam là 4% và 7% tương ứng với người có gia đình và chưa có gia đình. Theo Báo phụ nữ Thủ Đô: Hà Nội hiện có trên 10.000 người đồng tính.

Vì vậy, ngăn chặn lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma tuý, mại dâm có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong việc khống chế sự lan tràn HIV ở Việt Nam.

- Đối tượng nhiễm HIV có xu hướng "trẻ hoá" ngày càng rõ rệt.

+ Tỉ lệ người nhiễm HIV ở lứa tuổi 20 - 29 là 15% vào năm 1993 đã tăng lên đến 62% vào cuối năm 2002 (Biểu đồ 10).



Biểu đồ 10: Phân bố các trường hợp nhiễm HIV báo cáo theo lứa tuổi

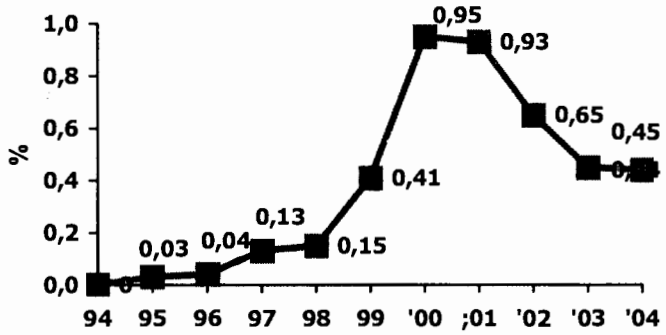
+ Người nhiễm HIV ở lứa tuổi 15 - 49 chiếm 95% các trường hợp nhiễm.

+ Nhiễm HIV ở lứa tuổi vị thành niên (từ 10 - 19 tuổi) chiếm 8,3 các trường hợp nhiễm.

- Dịch HIV/AIDS đã có dấu hiệu lan ra cộng đồng.

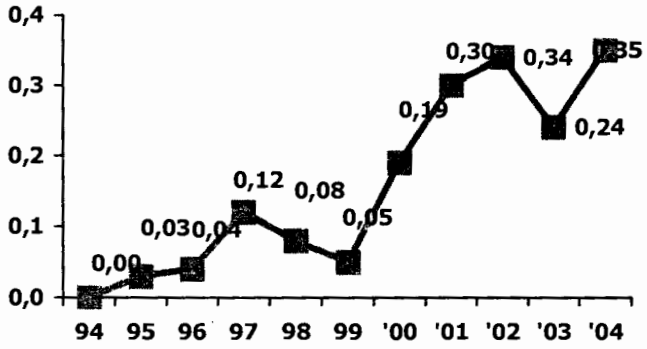
+ Mức độ lây lan của dịch từ nhóm nguy cơ cao ra cộng đồng biểu hiện qua tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm phụ nữ mang thai và nhóm thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự.

+ Tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự tăng tới 0,93% năm 2001; tỉ lệ thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự nhiễm HIV chiếm 1,47% trong tổng số các trường hợp nhiễm HIV theo nhóm đối (Biểu đồ 11).



Biểu đồ 11: Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm thanh niên KTNVQS

+ Tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai năm 2004 là 0,35% (Biểu đồ 12).



Biểu đồ 12: Chiều hướng nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai

+ HIV lây truyền từ mẹ sang con.

Hàng năm ở nước ta có trên 2 triệu phụ nữ mang thai, tỉ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV là 0,39%, như vậy mỗi năm có hàng nghìn phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV. Tỉ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con là 30 - 40%, như vậy số lượng trẻ đẻ ra nhiễm HIV là rất lớn.

- Đối tượng nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam đa dạng, có ở mọi địa phương, diễn biến phức tạp.

+ Đối tượng nhiễm HIV ở Việt Nam không còn tập trung trong một số nhóm nguy cơ cao, mà đã xuất hiện trong nông dân, học sinh, sinh viên, tân binh, công chức, đặc biệt nhóm dân cư di động. Cả 64 tỉnh, thành phố trên toàn quốc, trên 93% số quận, huyện và trên 50% số xã, phường đã phát hiện các trường hợp nhiễm HIV. Ước tính có khoảng 20 - 50% số đối tượng tại các trung tâm 05, 06 nhiễm HIV, trong đó có nhiều trường hợp đã tiến triển thành AIDS và tử vong do AIDS.

1.3. Các nguy cơ tiềm tàng làm lan truyền dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

- Ảnh hưởng của nền kinh tế thị trường.

+ Sự phân hoá giàu, nghèo tăng lên.

+ Sự di cư từ nông thôn ra thành phố, các khu công nghiệp...

- Việt Nam gần khu vực "Tam giác vàng" là nơi sản xuất ma tuý lớn nhất thế giới và là nơi các hoạt động buôn bán vận chuyển ma tuý diễn ra rất phức tạp.

- Sự gia tăng các tệ nạn xã hội như ma tuý, mại dâm, đặc biệt là ở thanh thiếu niên.

- Số báo cáo các bệnh lây truyền qua đường tình dục tăng lên, ước tính khoảng 700.000 đến 1.200.000 bệnh nhân. Đa số bệnh nhân này đi khám ở các cơ sở y tế tư nhân nên không nhận được chẩn đoán và điều trị phù hợp.

- Lan truyền HIV qua khu vực biên giới với Trung Quốc, Lào, Căm pu chia qua các nhóm gái mại dâm, người buôn bán, thương gia, người nghiện chích ma tuý.

- Hành vi nguy cơ cao ở các nhóm.

+ Ở người nghiện chích ma tuý: Dùng chung bơm kim tiêm 24 - 44%.

+ Ở gái mại dâm: Tiêm chích ma tuý (20 - 43%) và tỉ lệ dùng bao cao su thường xuyên thấp (40 - 80%).

+ Ở người nghiện chích ma tuý nhiễm HIV: Vẫn dùng chung bơm kim tiêm (35 - 70%) và tình dục không dùng bao cao su với các loại bạn tình (10 - 55%).

1.3. Các nguy cơ tiềm tàng làm lan truyền dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

- Ảnh hưởng của nền kinh tế thị trường.

+ Sự phân hoá giàu, nghèo tăng lên.

+ Sự di cư từ nông thôn ra thành phố, các khu công nghiệp...

- Việt Nam gần khu vực "Tam giác vàng" là nơi sản xuất ma tuý lớn nhất thế giới và là nơi các hoạt động buôn bán vận chuyển ma tuý diễn ra rất phức tạp.

- Sự gia tăng các tệ nạn xã hội như ma tuý, mại dâm, đặc biệt là ở thanh thiếu niên.

- Số báo cáo các bệnh lây truyền qua đường tình dục tăng lên, ước tính khoảng 700.000 đến 1.200.000 bệnh nhân. Đa số bệnh nhân này đi khám ở các cơ sở y tế tư nhân nên không nhận được chẩn đoán và điều trị phù hợp.

- Lan truyền HIV qua khu vực biên giới với Trung Quốc, Lào, Cămpuchia qua các nhóm gái mại dâm, người buôn bán, thương gia, người nghiện chích ma tuý.

- Hành vi nguy cơ cao ở các nhóm.

+ Ở người nghiện chích ma tuý: Dùng chung bơm kim tiêm 24 - 44%.

+ Ở gái mại dâm: Tiêm chích ma tuý (20 - 43%) và tỉ lệ dùng bao cao su thường xuyên thấp (40 - 80%).

+ Ở người nghiện chích ma tuý nhiễm HIV: Vẫn dùng chung bơm kim tiêm (35 - 70%) và tình dục không dùng bao cao su với các loại bạn tình (10 - 55%).

- Nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm thanh, thiếu niên

+ Nghiên cứu SAVY (2003): Thanh, thiếu niên từ 14 - 25 tuổi.

- Quan hệ tình dục sớm hơn, tuổi bắt đầu quan hệ tình dục trung bình là 19,6 (nam 20, nữ 19,4).
- 1/3 nam thanh niên thành thị độc thân và 1/4 nam thanh niên nông thôn độc thân tuổi 22 - 25 có quan hệ tình dục trước hôn nhân.
- 21,5% nam thanh niên độc thân và 1% nam thanh niên đã lập gia đình có quan hệ tình dục với gái mại dâm.

+ Số người nạo hút thai vị thành niên chiếm khoảng 20% trong tổng số các trường hợp nạo hút thai.

1.4. Tóm tắt tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

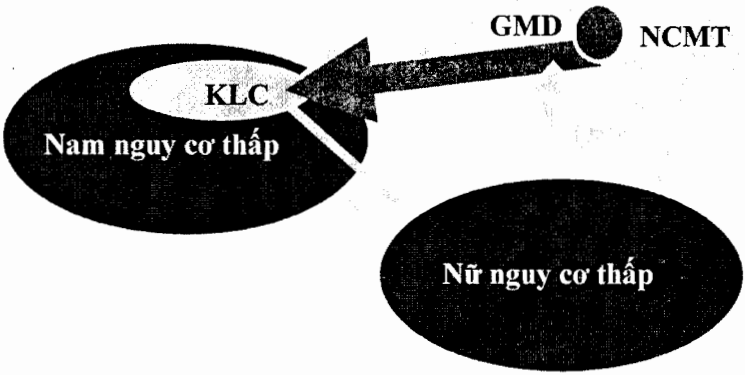
- Việt Nam hiện đang ở giai đoạn dịch tập trung chủ yếu ở nhóm người có hành vi nguy cơ cao.

+ Rất cao ở người nghiện chích ma tuý.

+ Cao ở gái mại dâm và bệnh nhân hoa liễu.

+Thấp ở phụ nữ trước đẻ (< 0,5%) và tân binh (< 1%).

- Tiến triển dịch HIV ở Việt Nam, thể hiện nguy cơ đan xen giữa quần thể nguy cơ cao: Một số người TCMT quan hệ tình dục với GMD; một số người TCMT là nam quan hệ đồng tính, trong đó một số có quan hệ tình dục với phụ nữ; một số GMD quan hệ tình dục với người TCMT; một số GMD cũng TCMT; một số người TCMT và GMD là vợ/chồng/bạn tình.



(KLC: Khách làng chơi; GMD: gái mại dâm; NCMT: nghiện chích ma túy)

2. Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam giai đoạn 2003 - 2010

2.1. Ước tính và dự báo tình hình HIV/AIDS ở Việt Nam nhằm mục đích

- Đánh giá tình hình và chiều hướng nhiễm HIV ở Việt Nam.

- Đưa ra số liệu ước tính và dự báo 2003 - 2010.

- Cung cấp thông tin cho việc hoạch định chính sách và lập kế hoạch chiến lược về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

- Xác định những thông tin thiếu hụt về HIV/AIDS.

- Đưa ra các khuyến cáo về nâng cao chất lượng giám sát HIV/AIDS ở Việt Nam.

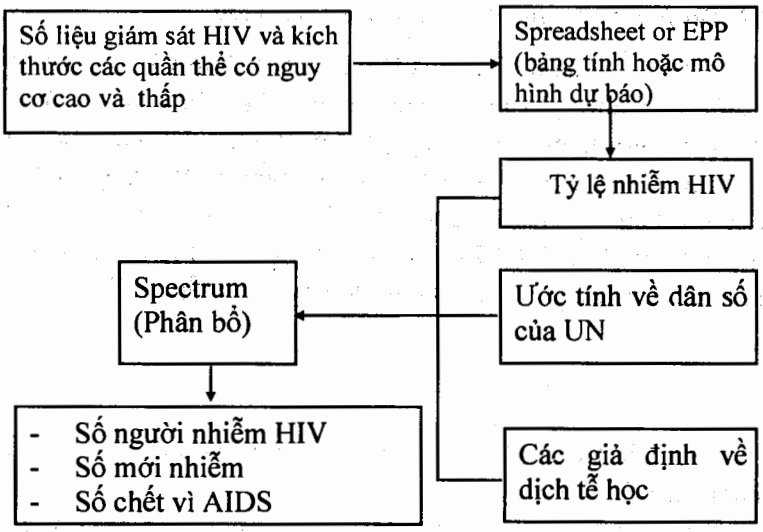
2.2. Dự báo tình hình HIV/AIDS ở Việt Nam

Theo kết quả dự báo của Bộ Y tế phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới và Chương trình Phòng chống HIV/AIDS của Liên Hợp quốc (tiến hành năm 2001, sử dụng mô hình Epimodel) vào năm 2005 sẽ có khoảng 197.500 trường hợp nhiễm HIV, trung bình mỗi năm sẽ có thêm khoảng 12.000 - 18.000 người nhiễm mới. Dự báo vào năm 2010 sẽ có 350.970 trường hợp nhiễm HIV, trung bình mỗi năm sẽ có thêm khoảng 20.000 - 30.000 người nhiễm mới.

Luỹ tích các trường hợp nhiễm HIV/AIDS và tử vong do AIDS Giai đoạn 2003 – 2010

Năm	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HIV	165.444	185.757	197.500	207.375	256.185	284.277	315.568	350.970
AIDS	30.755	39.340	48.864	59.400	70.941	83.516	97.175	112.227
Tử vong	27.135	35.047	44.102	54.132	65.171	77.228	90.346	104.701

Mô hình dự báo HIV/AIDS



3. Hệ thống giám sát, theo dõi-đánh giá HIV/AIDS/STI (Các bệnh lây truyền qua đường tình dục) ở Việt Nam hiện nay

3.1 Các hệ thống giám sát, theo dõi và đánh giá (GTĐ) hiện tại

- Hệ thống giám sát HIV/AIDS
  - Hệ thống báo cáo nhiễm HIV và mắc AIDS
  - Hệ thống GTĐ HIV
- Hệ thống Giám sát STI
  - Hệ thống báo cáo mắc STI
  - Hệ thống GTĐ STI

- Hệ thống Giám sát hành vi[22]

- Hệ thống Giám sát thế hệ hai[23]

3.2 Thành tựu của giám sát nhiễm HIV/AIDS

Xác định tỷ lệ nhiễm HIV và phân bố nhiễm HIV trong các nhóm dân chúng.

Theo dõi chiều hướng tỷ lệ nhiễm HIV theo thời gian.

Xác định ưu tiên cho việc lập kế hoạch và đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

Cung cấp các thông tin cho việc ước tính và dự báo HIV/AIDS.

3.3 Hạn chế của hệ thống GTĐ HIV

- Quần thể giám sát không đại diện, dựa chủ yếu vào các Trung tâm hay bệnh viện.

Quần thể giám sát không ổn định và thay đổi theo thời gian.

Thay đổi cách chọn mẫu và định nghĩa quần thể.

Cỡ mẫu nhỏ, khó tiếp cận --> thay đổi vị trí để tăng cỡ mẫu.

---

[22] Giám sát hành vi là một cuộc điều tra cắt ngang được thực hiện ở những quần thể có nguy cơ cao và được thực hiện một cách có hệ thống lặp đi lặp lại để xác định, cảnh báo sớm về các hành vi có nguy cơ cao ở quần thể nhỏ. Giám sát hành vi cũng cung cấp các thông tin tốt nhất để xây dựng những hoạt động can thiệp và xác định các nguồn lực.

[23] Giám sát thế thệ hai là giám sát bảo đảm tất cả các dữ liệu thu thập được sử dụng.

Thiếu số liệu vùng nông thôn.

Thiếu thông tin về tỷ lệ mới nhiễm.

Thiếu thông tin về:

- Tỷ lệ nhiễm HIV ở khách làng chơi.
- Tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới 15-49 tuổi (quần thể bình thường).
- Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm tình dục đồng giới nam.

Thiếu thông tin cho ước tính và dự báo HIV/AIDS/STI

- Tỷ lệ nam giới có tình dục với GMD (KLC), và tần suất quan hệ tình dục với GMD.
- Hành vi TCMT và tình dục của thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự.
- Tỷ suất nam/nữ nhiễm HIV/AIDS, nhiễm HIV ở bệnh nhân lao, người cho máu.
- Ước lượng số người ở các nhóm nguy cơ cao: GMD, NCMT, KLC
- Hạn chế của hệ thống GTĐ hiện tại

Số liệu thu thập được là những thông tin về các chỉ số của bản thân các chương trình.

Các thông tin thu thập được không tuân theo các yêu cầu quốc tế về báo cáo chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia.

Chưa có hệ thống hoàn chỉnh để theo dõi và đánh giá:

+ Thiếu bộ chỉ số đánh giá,

+ Chưa chuẩn bị các thông tin đánh giá cho kết quả chung và những thành tích mà các chương trình AIDS đã đạt được cũng như nền tảng chung cho lập kế hoạch.

Những nghiên cứu về đánh giá thường tản mát; thiếu sự tổng hợp và phối hợp ở mức quốc gia; không so sánh được với các kết quả khác.

Không có hướng dẫn quốc gia về theo dõi và đánh giá các chương trình phòng chống AIDS tại Việt Nam.

Thiếu các đơn vị/trung tâm tập hợp, phân tích và diễn giải các thông tin hiện có về HIV/AIDS.

Những thông tin về HIV/AIDS chưa được sử dụng để lập kế hoạch một cách hiệu quả.

Ngân sách dành cho theo dõi và đánh giá các chương trình phòng chống và kiểm soát HIV/AIDS thường thấp.

4. Tầm quan trọng của dịch tễ và dự báo xu hướng phát triển HIV/AIDS đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS

- Các số liệu giám sát dịch tễ có vai trò quan trọng trong việc xây dựng kế hoạch dự phòng HIV/AIDS cấp tỉnh và cấp quốc gia. Tuy nhiên hiện nay việc sử dụng các số liệu này vẫn còn hạn chế và chưa hiệu quả.

- Các đáp ứng quốc gia thường dựa trên các thông tin mơ hồ hơn là bằng chứng thực tế về HIV/AIDS, nên quá chậm, thiếu chủ động và thiếu kế hoạch.

- Nguyên nhân chủ yếu là do nhận thức chưa đầy đủ về tầm quan trọng của giám sát dịch tễ; đội ngũ cán bộ chuyên trách chưa được

đào tạo và thiếu ổn định; đầu tư kinh phí còn hạn chế; vai trò của các NGO trong công tác phòng, chống HIV/AIDS chưa được đề cao.

- Các cấp lãnh đạo Đảng, chính quyền cần thấy rõ hơn nữa vai trò của công tác giám sát dịch tễ HIV, từ đó quan tâm đến hệ thống tổ chức và đầu tư kinh phí phù hợp.

- Xây dựng một hệ thống giám sát HIV phải bao gồm: phát hiện, báo cáo số nhiễm mới, giám sát trọng điểm; giám sát các bệnh lây truyền qua đường tình dục; giám sát hành vi...

- Củng cố hệ thống giám sát, hệ thống báo cáo; xác định các chỉ tiêu, thường qui chuẩn và cách chọn mẫu.

5. Chương trình giám sát, theo dõi-đánh giá.

Mục tiêu chung chương trình GTĐ: Đánh giá và theo dõi chiều hướng HIV/STI và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV, dự báo chiều hướng lây nhiễm HIV, theo dõi và đánh giá các hoạt động và hiệu quả của chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS

Các mục tiêu cụ thể chương trình GTĐ:

+ Xây dựng và duy trì hệ thống GTĐ mang tính đáp ứng, khả thi và ổn định dựa trên một chương trình khung quốc gia lồng ghép GTD HIV/AIDS.

+ Tăng cường khả năng của tuyến huyện, tỉnh và quốc gia trong việc triển khai các hoạt động theo dõi và đánh giá HIV/AIDS.

+ Tăng cường sử dụng số liệu cho việc hoạch định chính sách, lập kế hoạch cho các chương trình can thiệp.

5.1. Kế hoạch đến 2010: Mục tiêu 1

Xây dựng và duy trì hệ thống GTĐ mang tính đáp ứng, khả thi và ổn định dựa trên một chương trình khung quốc gia lồng ghép giám sát, theo dõi, đánh giá HIV/AIDS.

5.1.1 Thiết lập hệ thống theo dõi và đánh giá

Thành lập các đơn vị theo dõi và đánh giá từ trung ương đến tỉnh và huyện bao gồm:

Nhân sự: phải có một đội ngũ chuyên gia về dịch tễ học, xã hội học, tin học, thống kê, phân tích và báo cáo.

Trang thiết bị: văn phòng, máy tính, máy fax, ...

5.1.2 Phát triển các hướng dẫn quốc gia

Thường quy chuẩn quốc gia có lồng ghép :

Giám sát trọng điểm HIV.

Giám sát STI.

Giám sát hành vi.

Giám sát thế hệ hai.

Thông báo số trường hợp HIV/AIDS.

Kiểm tra chất lượng hệ thống giám sát.

Quản lý chất lượng và đảm bảo chất lượng các phòng xét nghiệm HIV và STI.

5.1.3. Phát triển các chỉ số và công cụ cho theo dõi và đánh giá

Phát triển các chỉ số theo dõi và đánh giá thích hợp cho từng mức độ (các chỉ số cơ bản và chỉ số tuỳ chọn), tuỳ thuộc vào nguồn lực hiện có.

Phát triển phương pháp và công cụ theo dõi và đánh giá thích hợp cho từng mức độ.

Phát triển hướng dẫn chuẩn quốc gia về TD&ĐG.

5.2. Kế hoạch đến 2010: Mục tiêu 2

Tăng cường khả năng của tuyến huyện, tỉnh và quốc gia trong việc triển khai các hoạt động theo dõi và đánh giá HIV/AIDS.

5.2.1 Củng cố hệ thống xét nghiệm HIV/STI

Thiết lập các phòng xét nghiệm tiêu chuẩn quốc tế cho các viện và vùng cho các bệnh viện trung ương.

Thiết lập các phòng xét nghiệm HIV đạt chuẩn quốc gia tại 64 tỉnh thành (một tỉnh có ít nhất một PXN) vào cuối năm 2007.

Mở rộng xét nghiệm sàng lọc HIV cho tuyến huyện đến cuối năm 2007.

Theo dõi thường xuyên để đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV.

Xây dựng các PXN STI đạt tiêu chuẩn quốc gia tại 10 tỉnh đến cuối năm 2006, (mỗi năm tăng thêm 10 tỉnh).

5.2.2. Tang cường khả năng nhân viên y tế làm việc trong hệ thống giám sát, theo dõi và đánh giá HIV/AIDS/STI

Tổ chức định kỳ các lớp tập huấn về:

- Xét nghiệm HIV.

- Xét nghiệm STI.
- Báo cáo phát hiện HIV/AIDS và STI.
- Giám sát trọng điểm HIV, STI.
- Các phương pháp giám sát hành vi.
- Giám sát thế hệ hai.
- Các phương pháp theo dõi đánh giá HIV/AIDS/STI.

5.2.3 Xây dựng hệ thống giám sát HIV thế hệ hai

7 tỉnh triển khai giám sát thế hệ hai: lồng ghép giám sát huyết thanh học HIV, Giám sát hành vi, và giám sát STI.

5.2.4 Thu thập các thông tin về các chỉ số TD&ĐG HIV/AIDS/STI

Tiến hành điều tra quốc gia hộ gia đình trên nhóm quần thể bình thường.

Tiến hành điều tra trong các trường học, công ty, nhà máy (nhà nước và tư nhân), cơ sở y tế.

Tiến hành các nghiên cứu đặc biệt: tính kháng thuốc, hiệu quả điều trị, các nghiên cứu xã hội khác, ...

5.2.5. Củng cố hệ thống báo cáo thông tin TD&ĐG

Thiết lập hệ thống quản lý và báo cáo bằng máy tính tại các đơn vị TD&ĐG.

5.2.6 Tăng cường giám sát hỗ trợ để đảm bảo các hướng dẫn quốc gia về cách lấy mẫu, xét nghiệm, phân tích và báo cáo số liệu giám sát được tuân thủ chặt chẽ.

5.3. Kế hoạch đến 2010: Mục tiêu 3

Tang cường sử dụng số liệu cho việc hoạch định chính sách, lập kế hoạch cho các chương trình can thiệp.

5.3.1 Thu thập toàn bộ thông tin từ tất cả các nguồn khác nhau.

Thu thập các thông tin hiện có từ các hệ thống thông báo HIV/AIDS/STI.

Thu thập các báo cáo từ các tổ chức Chính phủ, Phi chính phủ và các tổ chức quốc tế tham gia vào các hoạt động phòng chống AIDS.

5.3.2 Tiến hành phân tích các yếu tố nguy cơ HIV, các mô hình can thiệp.

Triển khai phân tích tổng hợp các hoạt động phòng chống AIDS tại 2 tỉnh và thành phố trong năm 2005 và tăng thêm 3 tỉnh trong năm 2006.

5.3.3 Tăng cường sử dụng số liệu giám sát hoạch định chính sách và lập kế hoạch cho các chương trình can thiệp

Tăng cường trao đổi thông tin giữa các tỉnh, vùng và quốc gia.

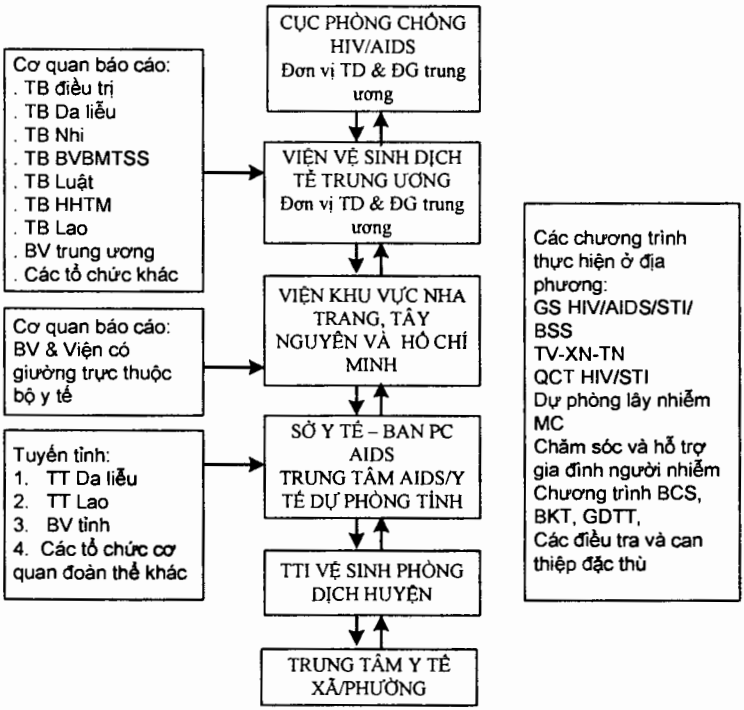
Thông báo số liêu và thông tin của TD&ĐG một cách thích hợp đến toàn bộ những người cần sử dụng.

Cung cấp thường xuyên các thông tin và các kết quả giám sát trên trang WEB.

Cập nhật ước tính và dự báo HIV/AIDS hai năm một lần nhằm theo dõi, đánh giá và huy động sự trợ giúp cho các hoạt động phòng chống AIDS.

Sử dụng số liệu giám sát cho hoạch định chính sách, huy động sự trợ giúp, lập kế hoạch, theo dõi và đánh giá các chương trình.

5.4. Sơ đồ và tổ chức thực hiện TD&ĐG HIV/AIDS/STI



Tài liệu tham khảo:

1. Báo cáo kết quả hội thảo "Tình hình dịch tễ và xu hướng phát triển của dịch HIV/AIDS tại Việt Nam" ngày 6/9/2005 do UNDP- Ban Khoa giáo Trung ương và SIDA đồng tổ chức tại Hà Nội.

2. Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2005, chỉ tiêu kế hoạch năm 2006 của Bộ Y tế.

3. Chỉ thị 54-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng về "tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới".

4. Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.

5. Nguyễn Trần Hiển: "Tình hình, chiều hướng nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và ở Việt Nam". Báo cáo tại Hội nghị khoa học quốc gia phòng, chống HIV/AIDS lần thứ III.

6. Nguyễn Trần Hiển: "Hệ thống giám sát, theo dõi – đánh giá HIV/AIDS/STI ở Việt Nam: hiện tại và tương lai", báo cáo tại Hội thảo "Tình hình dịch tễ và xu hướng phát triển của dịch HIV/AIDS tại Việt Nam" ngày 6/9/2005 do UNDP- Ban Khoa giáo Trung ương và SIDA đồng tổ chức tại Hà Nội.

7. Trịnh Quân Huấn "Chương trình giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS", báo cáo tại Hội thảo khoa học về tình hình dịch tễ và xu hướng phát triển của HIV/AIDS.

8. Phạm Mạnh Hùng: Quán triệt chỉ thị 54-CT/TW, báo cáo tại Hội nghị tổng kết và tập huấn công tác khoa giáo toàn quốc năm 2005.

CHỐNG KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

Bác sĩ Lê Duy Sớm

Tóm tắt

Một trong những vấn đề lớn nhất mà công cuộc phòng, chống HIV/AIDS trên phạm vi toàn cầu, ở nhiều quốc gia và cả ở Việt Nam phải đương đầu đó là vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS và những người có liên quan tới HIV/AIDS. Nỗi lo sợ và hãi hùng về căn bệnh này đã làm cho mọi người xa lánh, kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người bị nhiễm HIV/AIDS và những người có liên quan tới HIV/AIDS.

Tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đã làm trầm trọng thêm tình cảnh khốn cùng của những người nhiễm HIV/AIDS: Nhiều người nhiễm HIV do bị kỳ thị và phân biệt đối xử đã có những phản ứng tiêu cực, mà hậu quả nghiêm trọng của nó là dịch bệnh càng có nguy cơ lan nhiễm với tốc độ nhanh hơn vì cái "phần chìm của tảng băng" càng phình ra do không được kiểm soát, không được dự phòng. Người có hành vi nguy cơ cao đã không tự nguyện đi xét nghiệm phát hiện HIV, để rồi khi nhiều người trong số họ đã chuyển sang giai đoạn AIDS mới được phát hiện là nhiễm HIV. Chính điều đó đã làm cho HIV có điều kiện lây nhiễm nhanh ra cộng đồng.

Trong phần này với mong muốn làm sáng tỏ hơn một số nội dung cơ bản:

1. Khái niệm về kỳ thị và phân biệt đối xử cũng như các dạng của chúng; những biểu hiện thường gặp của sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS tại gia đình, nơi công cộng, tại cơ sở y tế, trong trường học, nơi làm việc, trong cộng đồng cũng như trong các chính sách.

2. Mô tả khái quát thực trạng sự kỳ thị và phân biệt đối xử của cán bộ, đảng viên đối với người bị nhiễm HIV/AIDS.

3. Phân tích những hậu quả không mong muốn của sự kỳ thị và phân biệt đối xử tác động tiêu cực đến bệnh nhân HIV/AIDS, đến gia đình và cộng đồng có người nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt đến các chương trình quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS.

4. Phân tích một số nguyên nhân cơ bản dẫn đến sự kỳ thị và phân biệt đối xử, đó là do tính chất của bệnh HIV/AIDS, do truyền thông, nhận thức cũng như quan niệm của xã hội, do bất bình đẳng về giới và do một vài chính sách cũng như quan điểm chính trị của quốc gia không thích hợp.

5. Trình bày những lý do, quan điểm và các giải pháp để chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.

6. Tổng hợp một số nội dung của Luật pháp quốc tế và của Việt Nam về việc xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử.

1. Một số khái niệm cơ bản

1.1. Kỳ thị (stigma)

Kỳ thị là **thái độ tiêu cực** của cá nhân, gia đình và cộng đồng đối với một cá nhân hay một nhóm người khác; kỳ thị có ảnh hưởng xấu tới uy tín và phẩm giá của cá nhân hay nhóm người bị kỳ thị.

Kỳ thị là một quá trình hình thành và áp đặt những quan niệm và cách nghĩ tiêu cực nào đó của một cá nhân, gia đình, bạn bè, cộng đồng, cán bộ y tế hay ngay cả những người cầm quyền lên một nhóm người hoặc cá nhân.

Kỳ thị thường được biểu thị bởi từng cá nhân, nhưng lại gắn liền với những quan niệm và giá trị mà xã hội hoặc cộng đồng bảo lưu.

Các dạng của kỳ thị: *(1) tự kỳ thị*, là khi một người hay một nhóm người tự thấy mình đáng xấu hổ trước những người khác hay trước cộng đồng; *(2) bị kỳ thị*, là cá nhân hay nhóm người bị người khác, gia đình hay cộng đồng nhìn mình khác biệt.

Câu chuyện của một bà mẹ 23 tuổi ở Hà Nội bị nhiễm HIV có con gửi nhà trẻ: "Tôi cảm thấy cay đắng, tủi nhục và giận giữ khi tôi đưa con trai đến nhà trẻ. Một hôm Bà Hiệu trưởng nhà trẻ gọi tôi lên phòng và thông báo với tôi rằng các phụ huynh khác sẽ không đưa con đến lớp nếu con tôi còn ở lớp này. Mới đầu tôi nghĩ Bà ta nói đùa. Sau đó Bà ta thông báo rằng họ không chấp nhận con trai tôi học cùng lớp bởi vì con trai tôi nhiễm HIV, và khuyên tôi nên để con trai ở nhà. Tôi hoàn toàn bị sốc".

1.2. Phân biệt đối xử (discrimination)

Phân biệt đối xử là **hành vi đối xử không công bằng** của cá nhân, gia đình hay cộng đồng đối với một cá nhân hay một nhóm người

khác. Phân biệt đối xử là bất cứ một hành vi nào biểu hiện sự từ chối, hạn chế hay cấm đoán quyền của một cá nhân hay một nhóm người khác.

Cũng có 2 dạng phân biệt đối xử: *1) phân biệt đối xử một cách tuỳ tiện*, loại này thường xảy ra tự phát giữa mối quan hệ của các cá nhân do nhận thức và đánh giá của họ; *2) phân biệt đối xử có tổ chức*, loại này thể hiện qua các thể chế chính trị, chính sách mà hình thành những hành vi đối xử của cả một tổ chức hay cộng đồng.

Câu chuyện của một bà mẹ trẻ 21 tuổi ở Đà Nẵng: "Một hôm tôi đưa con đến bệnh viện khám bệnh. Sau khi xem giấy tờ, cô y tá bắt tôi mua 2 túi ni lông, một cái để lót cho con tôi ngồi, cái khác để con tôi nằm. Tôi đợi suốt buổi sáng mà không có ai đến khám cho con tôi. Tôi đành đưa con về nhà. Từ đó, tôi không bao giờ đưa con tới bệnh viện".

Hoặc câu chuyện khác của một phụ nữ 23 tuổi ở Hà Nội: "Tôi được giới thiệu đến bệnh viện X, ở đó người ta lại chuyển đến bệnh viện Y, rồi bệnh viện Y lại giới thiệu đến bệnh viện G. Tôi phải đi lại nhiều lần đến nhiều bệnh viện khác nhau, song tôi không hiểu tại sao người ta không nhận tôi vào điều trị. Tuyệt vọng, tôi bỏ mặc số phận cho Trời".

1.3. Những biểu hiện thường gặp của sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS

Kỳ thị và phân biệt đối xử biểu hiện đa dạng và có nhiều mức độ khác nhau tuỳ theo hoàn cảnh, khi rất rõ nét, lúc khó nhận ra, nơi thì mãnh liệt, chỗ thì phảng phất.

Trong gia đình, người bị nhiễm HIV/AIDS thường bị cách ly, đặc biệt phải cách ly với trẻ em, phải dùng riêng các đồ dùng sinh hoạt

thông thường như bát đũa, quần áo, chăn màn, nhà vệ sinh... tồi tệ hơn là họ bị xua đuổi ra khỏi nhà.

Tại các cửa hàng ăn, quán nước, chợ búa, họ bị từ chối không được phục vụ, nếu được thì bị phục vụ rất miễn cưỡng; khách hàng trông thấy bỏ đi chỗ khác, xì xào đàm tiếu...

Tại nơi vui chơi giải trí công cộng, người nhiễm HIV/AIDS bị tránh xa không cho chơi cùng, bị khinh bỉ...

Tại các cơ sở y tế, họ bị cán bộ y tế từ chối đùn đẩy chăm sóc, nếu được chăm sóc thì rất miễn cưỡng với thái độ sợ sệt phòng ngừa quá mức, hay cho xuất viện sớm khi tình trạng bệnh chưa ổn định, họ bị cách ly và đối xử khác biệt, những bệnh nhân khác hoặc người nhà bệnh nhân sợ hãi, tò mò, xì xào, để ý... hoặc bắt buộc phải xét nghiệm HIV đối với phụ nữ khi sinh đẻ, hay bệnh nhân trước khi phẫu thuật, nhiều trẻ em sinh ra bị nhiễm HIV đã bị bố mẹ bỏ rơi.

Tại trường học, con cái người bị nhiễm HIV/AIDS phải ngồi riêng, không được chơi cùng, thậm chí phải nghỉ học; giáo viên bị nhiễm HIV/AIDS có khi buộc phải thôi việc.

Tại nơi làm việc, phải xét nghiệm HIV đối với người mới nhận việc, người nhiễm HIV/AIDS không được tôn trọng, đồng nghiệp xa lánh, phải chuyển việc làm và có khi buộc phải cho thôi việc.

Trong cộng đồng, người nhiễm HIV/AIDS không những bị khinh rẻ mà còn gặp nhiều khó khăn trong việc phát triển kinh tế gia đình, có địa phương không cho người nhiễm HIV/AIDS hay gia đình có người nhiễm HIV/AIDS vay vốn làm ăn.

Đối với hệ thống luật pháp hay chính sách của một quốc gia nào đó đôi khi cũng có những điều khoản mang tính kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV/AIDS.

Đối với những người nhiễm HIV/AIDS, họ cũng tự kỳ thị, cảm thấy tội lỗi, cay đắng, xấu hổ với mọi người xung quanh. Nhiều người chồng khi biết mình nhiễm HIV do sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử nên đã không dám thông báo cho người thân trong gia đình, ngay cả với vợ mình.

2. Thực trạng tình hình kỳ thị và phân biệt đối xử ở nước ta

2.1. Từ góc độ chính sách

Hệ thống chính sách và pháp luật của Việt Nam về phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt về chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và liên quan đến HIV/AIDS tuy khá đầy đủ, nhưng vẫn còn thiếu một số điểm quan trọng như:

- Những vấn đề liên quan đến trẻ em và quyền của trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS và trẻ em có liên quan đến HIV/AIDS.

- Những quy định pháp luật liên quan đến việc xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử với trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS và trẻ em có liên quan đến HIV/AIDS trong việc chăm sóc, nuôi dưỡng, học hành, quyền thừa kế khi bố mẹ chết vì HIV/AIDS...

- Chưa có đủ các quy định pháp lý về giới và quyền bình đẳng giới trong quan hệ tình dục, trong quyết định sinh con và HIV/AIDS, trong việc xác định trách nhiệm sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục để phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS.

- Cùng với những điều nói về quyền lợi của người nhiễm HIV/AIDS còn thiếu nhiều điều xác định trách nhiệm của xã hội và trách nhiệm cá nhân người nhiễm HIV/AIDS trong việc phòng ngừa lây nhiễm HIV và trách nhiệm của họ cùng cộng đồng xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

2.2. Trong cán bộ, đảng viên, cán bộ y tế

Trong hai năm 2004 và 2005, Trung tâm Nghiên cứu và Phát triển y tế cộng đồng tiến hành nghiên cứu đánh giá nhận thức của cán bộ, đảng viên, cán bộ y tế về HIV/AIDS, đã đưa ra kết quả như sau:

32,8% cán bộ, đảng viên coi HIV/AIDS như là một tệ nạn xã hội; 26,3% người cho rằng HIV/AIDS chỉ ảnh hưởng đến các đối tượng có hành vi nguy cơ cao như hoạt động mại dâm hoặc tiêm chích ma tuý; còn tới 26% cán bộ, đảng viên được hỏi cho rằng không nên giữ kín kết quả xét nghiệm nhiễm HIV mà cần phải thông báo cho cho người thân trong gia đình và cộng đồng biết để họ có ý thức bảo vệ; có 7,4% người được hỏi cho rằng không nên để người nhiễm HIV/AIDS sống chung trong cộng đồng.

Ở một số cơ sở y tế, phụ nữ có thai nhiễm HIV/AIDS vẫn còn bị thành kiến, cho rằng những người phụ nữ này chắc là do tiêm chích ma tuý hoặc mại dâm, cán bộ y tế sợ hãi người nhiễm HIV/AIDS qua các tiếp xúc thông thường (ví dụ khi người nhiễm HIV/AIDS hắt xì hơi cũng sợ bị lây, không muốn cho người nhiễm HIV/AIDS ngồi xuống ghế vì cũng sợ bị lây sang người khác...) do vậy có các hành vi phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS như đùn đẩy bệnh nhân từ bệnh viện này sang bệnh viện khác, phải trả viện phí cao hơn bình thường vì do các chi phí phát sinh cho việc phòng, chống nhiễm khuẩn tại bệnh viện (ví dụ, quần áo, chăn, màn, chiếu

nằm của bệnh viện khi bệnh nhân thay hay trả đều bị vứt hết... do vậy bệnh nhân phải chi thêm các khoản này).

Kết quả nghiên cứu đã đưa ra một số nhận định về thực trạng vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam như sau:

- Tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS trong đội ngũ cán bộ, đảng viên và cán bộ y tế vẫn còn nặng nề.

- Nguyên nhân của tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS là do việc thông tin, giáo dục, truyền thông trong thời gian qua có phần thiếu khoa học, thiếu chính xác, dẫn tới nhận thức của không ít cán bộ, đảng viên có phần sai lệch trong hiểu biết về bản chất và phương thức lây truyền HIV/AIDS, cho rằng HIV/AIDS là tệ nạn xã hội; một bộ phận cán bộ, đảng viên, cán bộ y tế chưa nghiên cứu kỹ, chưa hiểu biết đầy đủ các chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS.

3. Hậu quả của kỳ thị và phân biệt đối xử

3.1. Đối với cá nhân người nhiễm HIV/AIDS

Đối với cá nhân người nhiễm HIV/AIDS khi bị người khác, gia đình hay cộng đồng kỳ thị và phân biệt đối xử sẽ:

- Trầm cảm và tuyệt vọng, giảm sút lòng tự trọng, mất tính tự tin, chán nản không muốn tiếp tục học tập, lao động và công tác, tự cô lập và xa lánh mọi người. Nguy hiểm hơn là có người trở lên vô đạo đức, hận đời, trả thù đời bằng các hành vi đồi truỵ để lây nhiễm HIV sang những người khác.

- Quyền con người bị xâm phạm: Nhiều người khi bị cơ quan biết có nhiễm HIV đã buộc phải thôi việc, bị cộng đồng tẩy chay, người thân trong gia đình thiếu trách nhiệm thiếu tình thương yêu có khi còn bị xua đuổi, họ bị mất vị thế trong xã hội, bị người yêu ruồng bỏ; họ thường bị từ chối khi đến khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế; nếu là trẻ em thì bị từ chối đến trường học.

- Giảm cơ hội thụ hưởng các dịch vụ y tế và chăm sóc tại cộng đồng: Người nhiễm HIV/AIDS khi bị kỳ thị và phân biệt đối xử thường miễn cưỡng và không sẵn sàng chủ động hợp tác khi tiếp cận với các dịch vụ y tế, họ nghĩ cần phải bí mật về tình trạng HIV của mình nên các hoạt động như chăm sóc, hỗ trợ cũng như ngăn ngừa kém hiệu quả hay nhiều khi không đến được những nhóm cần tác động; họ không muốn đến các cơ sở y tế và cũng không muốn cán bộ y tế gặp gỡ để tư vấn, hỗ trợ, chăm sóc, điều trị... dẫn đến họ mau chóng suy sụp về tinh thần, giảm sút về sức khoẻ và tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng.

3.2. Đối với gia đình và cộng đồng có người nhiễm HIV/AIDS

Là gánh nặng của gia đình cả về tinh thần lẫn kinh tế. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử không những chỉ đối với người nhiễm HIV/AIDS mà ngay cả đối với gia đình và người thân của người nhiễm HIV/AIDS. Người thân trong gia đình người nhiễm HIV/AIDS, nhất là vợ hoặc con chịu ảnh hưởng nhiều nhất, con cái bị cộng đồng khinh rẻ, không được tiếp tục học tập, nếu đang có người yêu cũng bị từ bỏ... Nhiều gia đình bị khánh kiệt về kinh tế do phải chạy chữa cho người bệnh, không có cơ hội làm ăn, tình cảm gia đình xáo trộn, nhiều gia đình khi bố mẹ bị chết do HIV/AIDS để lại các cháu nhỏ là gánh nặng về tinh thần và kinh tế cho ông bà. Không ít các trường hợp chồng nhiễm HIV lây sang vợ, con và người thân trong gia đình.

Trong cộng đồng có người nhiễm HIV/AIDS sẽ làm tăng nguy cơ lây truyền bệnh; tiềm năng kinh tế-xã hội của cộng đồng bị ảnh hưởng vì không những sự đóng góp của những người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ bị hạn chế, mà họ còn là gánh nặng cho cộng đồng, sự đoàn kết trong cộng đồng cũng bị ảnh hưởng do dị nghị, kỳ thị và phân biệt đối xử.

3.3. Đối với chương trình quốc gia phòng, chống HIV/AIDS

Người bị nhiễm HIV hay người có hành vi nguy cơ cao do thấy những bệnh nhân HIV/AIDS khác bị gia đình, cộng đồng, xã hội kỳ thị và phân biệt đối xử nên không dám đến các cơ sở y tế làm xét nghiệm, đó là lý do chính dẫn đến chính quyền và các cơ sở y tế không quản lý được các đối tượng nhiễm HIV/AIDS, do vậy không có điều kiện giúp đỡ, tư vấn, chăm sóc họ.

Hiện tượng kỳ thị và phân biệt đối xử sẽ gây hoang mang trong dân chúng, thiếu đoàn kết trong xã hội. Tốc độ phát triển kinh tế-xã hội của quốc gia bị ảnh hưởng vì phải tăng chi phí chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt ảnh hưởng xấu đến sức lao động và nguồn nhân lực. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử càng rõ rệt thì dịch HIV/AIDS càng nhanh chóng lan rộng cả về tốc độ và quy mô.

4. Nguyên nhân dẫn đến kỳ thị và phân biệt đối xử

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, ví dụ:

4.1. Do tính chất của bệnh

AIDS là bệnh lây truyền qua đường máu, quan hệ tình dục không an toàn hoặc từ mẹ sang con trong thời kỳ mang thai hay cho con bú.

AIDS là bệnh chết người, hiện vẫn chưa có thuốc đặc trị và vắc xin phòng bệnh.

4.2. Do nhận thức không đầy đủ và thiếu chính xác

Nhiều người cho rằng chỉ có người tiêm chích ma tuý, hay hoạt động mại dâm mới bị nhiễm HIV/AIDS. Thực tế, tất cả mọi người đều có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS, ví dụ: phụ nữ bị nhiễm HIV/AIDS từ chồng, trẻ em mắc HIV/AIDS do từ mẹ, thày thuốc chỉ vì do sơ xuất trong quá trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS, những chiến sĩ công an trong khi làm nhiệm vụ với người sống chung với HIV/AIDS cũng vô tình bị lây nhiễm HIV/AIDS, bệnh nhân truyền máu bằng dụng cụ và máu có nhiễm HIV, bệnh nhân khám, chữa bệnh ở cơ sở y tế bằng các trang thiết bị có nhiễm HIV, cạo râu tại hiệu cắt tóc dùng dao cạo chung nhiễm HIV, phụ nữ chăm sóc ở các hiệu thẩm mỹ với những dụng cụ bị nhiễm HIV...

Do một thời nội dung tuyên truyền về HIV/AIDS thiếu chính xác, do vậy nhận thức và suy nghĩ của nhiều người cho rằng HIV/AIDS chỉ là hậu quả của mại dâm và tiêm chích ma túy, gắn HIV/AIDS với tệ nạn xã hội. Thực tế, HIV/AIDS chỉ là vấn đề xã hội, là một loại bệnh chứ không phải là tệ nạn xã hội. Bệnh nhân HIV/AIDS chỉ đơn thuần là người bị nhiễm HIV.

Do quá lo sợ bị nhiễm HIV, trong khi đó không đủ hiểu biết về con đường lây nhiễm của HIV, nhiều người cho rằng HIV dễ dàng lây nhiễm qua các hành vi giao tiếp thông thường với người nhiễm HIV như dùng chung các đồ vật thông thường, bị muỗi đốt, ngồi gần nhau, ôm, bắt tay... dẫn đến người nhiễm HIV/AIDS bị xa lánh.

Nỗi sợ hãi thông thường vì cho rằng nhiễm HIV/AIDS thì hết phương cứu chữa, là lĩnh án tử hình, không có hy vọng vào tương lai

sẽ không có thuốc đặc trị và vắc xin phòng bệnh. Thực tế người nhiễm HIV vẫn có thể sống và làm việc hàng chục năm nếu họ được tư vấn đầy đủ chính xác, có cách sống lành mạnh, nuôi dưỡng hợp lý, đặc biệt nếu họ được người thân, gia đình và cộng đồng thương yêu quan tâm chăm sóc giúp đỡ. Hiện nay đã có thuốc điều trị HIV/AIDS, đó là ARV có thể giúp cho bệnh nhân AIDS sống được lâu hơn.

4.3. Do truyền thông gây quá sợ hãi

Ngay từ ngày đầu tiên khi dịch HIV/AIDS xảy ra, bệnh này được mô tả như một bức chân dung của một căn bệnh gắn liền với sự vô cùng sợ hãi, hết phương cứu chữa và không có vắc xin phòng bệnh; HIV/AIDS được tuyên truyền gắn liền với *đầu lâu xương chéo*, với những *bộ quần áo đen của sự chết chóc*.

4.4. Do quan niệm về đạo đức và văn hoá

Có nhiều người nhiễm HIV/AIDS do tiêm chích ma tuý hoặc hoạt động mại dâm. Trong khi đó người tiêm chích ma tuý hay hoạt động mại dâm thường bị xã hội khinh miệt, kỳ thị và phân biệt đối xử. Có một thời, truyền thông đại chúng truyền tải những thông điệp tiêu cực và không chính xác về HIV/AIDS, về những nguy cơ gây cho cộng đồng và đời sống của những người nhiễm HIV/AIDS... dẫn đến nhiều người liên tưởng và gắn HIV/AIDS với tệ nạn xã hội, với những hành vi vô đạo đức, cho rằng HIV/AIDS là chỉ do mại dâm và ma tuý.

4.5. Do bất bình đẳng giới

Theo truyền thống, phụ nữ thường là người bị động trong sinh hoạt tình dục, dẫn đến phụ nữ khó mà phản đối khi bị quan hệ tình dục không an toàn. Hơn nữa về sinh học, phụ nữ dễ bị nhiễm HIV

hơn nam giới. Khi bị nhiễm HIV, phụ nữ ít được cảm thông và bị lên án nặng nề hơn nam giới, họ bị kỳ thị và phân biệt đối xử tàn ác hơn nam giới.

4.6. Do chính sách và quan điểm chính trị không thích hợp

Có những chính sách vì mục đích bảo vệ sức khoẻ cộng đồng song lại xúc tác làm tăng sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS. Ví dụ, có chính sách nghiêm cấm người nhiễm HIV/AIDS làm việc ở một số ngành nghề, hoặc bắt buộc phải xét nghiệm HIV khi xin việc làm mới, khi sinh đẻ hay trước khi phẫu thuật... những điều này càng làm tăng sự kỳ thị và phân biệt đối xử của cộng đồng, xã hội đối với người nhiễm HIV/AIDS.

Nhiều quốc gia cho rằng phải kiểm soát người nhiễm HIV chặt chẽ để "*bảo vệ*" cộng đồng.

5. Lý do, quan điểm và giải pháp chống phân biệt đối xử

5.1. Lý do

Chống kỳ thị và phân biệt đối xử là biện pháp quan trọng để tạo môi trường thuận lợi cho các chương trình phòng ngừa, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS.

Chống kỳ thị và phân biệt đối xử không những khuyến khích được mỗi người trong cộng đồng đều có trách nhiệm và thực hiện các hành vi phòng ngừa, mà còn thúc đẩy lòng tự trọng và nhân cách của người nhiễm HIV/AIDS và chịu tác động của HIV.

Tất cả mọi người, nếu không may rất có thể bị nhiễm HIV/AIDS, do vậy người nhiễm HIV/AIDS không phải là người có tội mà cần phải thông cảm, thương yêu đùm bọc và giúp đỡ họ.

Người nhiễm HIV/AIDS nếu được tư vấn, chăm sóc, điều trị, nếu có cuộc sống lành mạnh vẫn có khả năng sống và làm việc lâu dài có ích cho bản thân, gia đình, cộng đồng và xã hội, đặc biệt họ sẽ là những tuyên truyền viên tích cực và có hiệu quả trong công cuộc phòng, chống HIV/AIDS.

5.2. Quan điểm

Người nhiễm HIV/AIDS không bị phân biệt đối xử nhưng phải thực hiện các biện pháp phòng, chống lây truyền bệnh để bảo vệ sức khoẻ cộng đồng theo quy định của pháp luật (*điều 4, Pháp lệnh phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS*).

Chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người bị nhiễm HIV/AIDS, tăng cường trách nhiệm của gia đình, xã hội với người nhiễm HIV/AIDS và của người nhiễm HIV/AIDS với gia đình, xã hội (*chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*).

Cần phải xoá bỏ những quan niệm không đúng mà từ đó làm gia tăng tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử, như: coi HIV/AIDS gắn liền với tệ nạn ma tuý, mại dâm hoặc là chỉ là hậu quả của tệ nạn ma tuý, mại dâm; gắn kết HIV/AIDS với các chuẩn mực, đạo đức xã hội, coi những người nhiễm HIV/AIDS là xấu xa; gắn kết HIV/AIDS với các hình ảnh tiêu cực; nghĩ rằng tương lai sẽ không có thuốc đặc trị và vắc xin dự phòng, nhiễm HIV/AIDS chỉ dẫn đến cái chết.

5.3. Các giải pháp chiến lược

Kỳ thị liên quan tới thái độ, trong khi đó *phân biệt đối xử* thể hiện bằng những hành vi đối với người nhiễm HIV/AIDS và liên quan tới HIV/AIDS, do vậy chống kỳ thị cũng đồng thời chống được những

hành vi phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS và liên quan tới HIV/AIDS.

5.3.1. Nhóm giải pháp về thông tin, giáo dục, truyền thông

Tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông đặc biệt về con đường lây nhiễm HIV, về hậu quả của việc kỳ thị và phân biệt đối xử nhằm nâng cao nhận thức, chuyển đổi thái độ, hành vi của mỗi người dân, toàn cộng đồng đối với những người bị nhiễm HIV/AIDS. Đặc biệt quan tâm thông tin, giáo dục, truyền thông tại các cơ sở y tế, trường học và nơi công cộng.

Đẩy mạnh các hoạt động chống kỳ thị và phân biệt đối xử ở mọi nơi, mọi cấp, mọi cộng đồng. Khơi dậy tấm lòng tương thân tương ái, sự cưu mang, đùm bọc của mỗi cá nhân, gia đình và của cộng đồng đối với những người không may bị nhiễm HIV/AIDS.

Tạo điều kiện để người nhiễm HIV/AIDS chủ động và tích cực tham gia vào các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông và các hoạt động liên quan đến phòng, ngừa, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ cho chính người nhiễm HIV/AIDS. Tạo những hình ảnh tích cực về người nhiễm HIV/AIDS trên các phương tiện thông tin đại chúng. Các chương trình thông tin, giáo dục, truyền thông không nên quá nhấn mạnh mối liên hệ HIV/AIDS với tệ nạn xã hội; cần có các thông điệp thay đổi nhận thức của xã hội đó là HIV/AIDS không phải là án tử hình vì có các phương pháp chữa trị và công nghệ mới đối với HIV/AIDS.

5.3.2. Nhóm giải pháp về pháp lý

Tách HIV/AIDS và người nhiễm HIV/AIDS ra khỏi tệ nạn xã hội. HIV là vi rút, AIDS là một loại bệnh chứ không phải tệ nạn xã hội, phải phân biệt rạch ròi giữa tình trạng có HIV với các hành vi tệ nạn

xã hội. Bệnh nhân HIV/AIDS không phải là người có tội, cần phải có cách tiếp cận hợp lý, phê phán hành vi tệ nạn xã hội mà không kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.

Thay đổi, bổ sung về luật pháp và chính sách có liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt về vấn đề chống kỳ thị và phân biệt đối xử. Nghiêm cấm sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Nghiêm cấm các cơ quan, xí nghiệp, chủ sử dụng lao động có hành vi phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS, hoặc người nghi ngờ nhiễm HIV/AIDS trong tuyển dụng, bố trí việc làm, thay đổi công việc hay sa thải người nhiễm HIV/AIDS, trừ một số công việc đặc thù do Bộ Y tế và Bộ Lao động-Thương binh & Xã hội ban hành mà người nhiễm HIV/AIDS cần phải thay đổi chuyển sang làm việc khác. Nghiêm cấm các trường học từ Mầm non đến đại học sa thải giáo viên hay học sinh bị nhiễm HIV/AIDS.

Mọi cơ sở y tế kể cả nhà nước hay tư nhân đều có trách nhiệm tiếp nhận, chăm sóc, điều trị, tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS.

5.3.3. Nhóm giải pháp đối với gia đình, cộng đồng và các ban, ngành, đoàn thể

Hầu hết người nhiễm HIV/AIDS sống tại gia đình và cộng đồng, do vậy vai trò của gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc, động viên, giúp đỡ họ là rất quan trọng. Gia đình là môi trường tốt nhất để chăm sóc, động viên và giúp đỡ người nhiễm HIV/AIDS. Nếu người nhiễm HIV/AIDS bị người thân, gia đình và cộng đồng ruồng bỏ họ sẽ phải đối phó với rất nhiều khó khăn trong cuộc sống kể cả về tình cảm, tâm lý và kinh tế.

Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ, Hội chữ thập đỏ... có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc, giúp đỡ người nhiễm HIV/AIDS.

5.3.4. Nhóm giải pháp đối với người nhiễm HIV/AIDS

Người nhiễm HIV/AIDS có trách nhiệm tích cực tham gia các hoạt động và chương trình phòng, chống HIV/AIDS; nhà nước khuyến khích người nhiễm HIV/AIDS tham gia đầy đủ các hoạt động thông qua việc công khai hoá những thông tin về mình và chia sẻ những trải nghiệm của mình với công chúng. Người nhiễm HIV/AIDS có trách nhiệm không cố tình lây truyền HIV/AIDS cho người khác, bao gồm các biện pháp như dùng bao cao su, sử dụng bơm kim tiêm riêng biệt...

Người nhiễm HIV/AIDS khi được tham gia các hoạt động xã hội sẽ giảm bớt sự *tự kỳ thị* và được gia đình, cộng đồng yêu mến tôn trọng hơn không những có tác động tốt đến tư tưởng, tinh thần và sức khoẻ của họ mà còn giảm những nguy cơ lây nhiễm HIV ra cộng đồng.

6. Luật pháp quốc tế và Việt Nam về xỏa bỏ kỳ thị va phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS

6.1. Quốc tế

Ngay một thời gian sau khi HIV/AIDS trở thành đại dịch ở nhiều quốc gia, đặc biệt là ở châu Phi, đáp ứng lại với tình hình dịch, việc xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và những người có liên quan đến HIV/AIDS đã trở thành vấn đề luôn luôn nóng hổi, cấp bách. Tại các hội nghị quốc tế về HIV/AIDS chủ đề chống kỳ thị và phân biệt đối xử luôn là chủ đề xuyên suốt và nóng bỏng. Tinh thần chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến

HIV/AIDS không chỉ được nhìn nhận dưới góc độ nhân đạo, nhân quyền mà quan trọng hơn là dưới góc độ dự phòng tích cực nhằm hạn chế tốc độ lan truyền HIV/AIDS ra cộng đồng.

Đỉnh cao của cam kết quốc tế về chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS được thể hiện trong "*Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS*" tại khoá họp đặc biệt lần thứ 21 của Đại hội đồng Liên Hiệp quốc về HIV/AIDS tại New York từ ngày 25 đến ngày 27 tháng 6 năm 2001. Tuyên bố cam kết nhận định: "*Nhận thấy sự kỳ thị, im lặng, phân biệt đối xử, loại trừ cũng như sự không tôn trọng bí mật cá nhân gây nguy hại cho các nỗ lực dự phòng, chăm sóc và chữa trị và làm tăng ảnh hưởng của bệnh dịch đối với các cá nhân, gia đình, cộng đồng, quốc gia và phải được giải quyết*" (Điểm 13).

Điểm 16 của Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS: "*Nhận thấy việc thực hiện đầy đủ các quyền con người và các quyền tự do cơ bản cho tất cả mọi người là một yếu tố thiết yếu trong sự đáp ứng toàn cầu đối với đại dịch HIV/AIDS, kể cả trong các lĩnh vực dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị; và nhận thấy rằng việc này làm giảm tính dễ bị tổn thương đối với HIV/AIDS và ngăn ngừa sự kỳ thị và phân biệt đối xử có liên quan tới những người chung sống với HIV/AIDS hoặc có nguy cơ bị nhiễm HIV/AIDS*".

Tuyên bố cam kết đã coi trọng vấn đề nhân quyền: "*Ban hành, tăng cường hoặc thực thi các điều luật, các quy định và các biện pháp khác nhằm xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với những người chung sống với HIV/AIDS và các thành viên các nhóm dễ bị tổn thương và đảm bảo cho họ được hưởng đầy đủ tất cả các quyền thừa kế, việc làm, chăm sóc sức khoẻ, các dịch vụ xã hội và y tế, dự phòng hỗ trợ, điều trị, thông tin và sự bảo hộ của luật pháp, trong khi tôn trọng sự riêng tư và bí mật của họ; xây dựng các chiến*

lược chống lại sự kỳ thị và thái độ ruồng bỏ của xã hội gắn liền với bệnh dịch" (Điểm 58).

Việc xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS được cộng đồng quốc tế đặc biệt coi trọng việc tăng quyền cho phụ nữ, nhất là các hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ. Phụ nữ bị tác động rất nặng nề bởi đại dịch HIV/AIDS, họ là nhóm xã hội dễ bị HIV/AIDS tấn công nhất, đồng thời những hậu quả nặng nề của HIV/AIDS về kinh tế, về gia đình và về kỳ thị và phân biệt đối xử cũng tác động tới phụ nữ một cách nặng nề nhất. Điểm 61 của Bản tuyên bố nêu rõ: "*Đảm bảo việc xây dựng và đẩy mạnh thực hiện các chiến lược quốc gia tăng quyền cho phụ nữ, thúc đẩy và bảo vệ việc thụ hưởng đầy đủ tất cả các quyền con người của phụ nữ và giảm khả năng dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS của họ thông qua việc xoá bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử, cũng như tất cả các hình thức bạo lực chống lại phụ nữ và các bé gái, kể cả các tập quán truyền thống có hại, việc lạm dụng, hãm hiếp và các dạng bạo lực khác, đánh đập và buôn bán phụ nữ và các em gái*".

Đại dịch HIV/AIDS sẽ làm tăng số lượng trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS và trẻ em mồ côi có liên quan đến HIV/AIDS. Các em chịu tác động nặng nề nhiều mặt bởi đại dịch, đặc biệt cũng như những người lớn nhiễm HIV/AIDS các em cũng bị kỳ thị và phân biệt đối xử hết sức nặng nề trên mọi phương diện như quyền được sống, được nuôi dưỡng, được học tập, được vui chơi giải trí... Điểm 66 của Bản tuyên bố xác định: "*Đảm bảo không phân biệt đối xử và sự hưởng thụ đầy đủ và bình đẳng tất cả các quyền con người thông qua việc thúc đẩy một chính sách tích cực và công khai nhằm xoá bỏ sự kỳ thị đối với trẻ em bị mồ côi và dễ bị tổn thương do HIV/AIDS*".

6.2. Việt Nam

Việt Nam đã sớm nhận thức được tác hại nặng nề của sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người nhiễm HIV/AIDS và liên quan tới HIV/AIDS. Chính vì vậy, khi hoạch định đường lối phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta đã hết sức chú trọng tạo dựng một hành lang pháp lý phù hợp với các thông lệ quốc tế và phù hợp với những yếu tố văn hoá truyền thống của nước ta nhằm chống lại và xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với những người nhiễm HIV/AIDS và những người dễ bị tổn thương bởi HIV/AIDS.

Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS của Uỷ ban Thường vụ Quốc hội ban hành ngày 31 tháng 5 năm 1995, tại Điều 4 đã khẳng định: *"Người nhiễm HIV/AIDS không bị kỳ thị và phân biệt đối xử, nhưng phải thực hiện các biện pháp phòng, chống lây truyền bệnh để bảo vệ sức khoẻ của cộng đồng theo luật pháp"*. Đây là một quan điểm hết sức tiến bộ và phù hợp với quan điểm bảo vệ sức khoẻ cộng đồng. Xuất phát từ quan điểm ấy, việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan tới HIV/AIDS phải được đặt trong mối quan hệ nhân quả với việc bảo vệ sức khoẻ cộng đồng.

Việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS phải được tiến hành đồng thời trên bình diện cả gia đình và cộng đồng, nhưng trước hết phải tại gia đình. Cũng chính vì vậy mà tại Điều 11, Mục 2 ghi rõ: "*Mọi người trong gia đình của người bị nhiễm HIV/AIDS có trách nhiệm cùng xã hội chăm sóc sức khoẻ, động viên tinh thần người bị nhiễm HIV/AIDS để họ được sống hoà nhập trong gia đình và cộng đồng*". Điều 11 cũng quy định việc chăm sóc, hỗ trợ người bị nhiễm HIV/AIDS là trách nhiệm không phải chỉ riêng gia đình mà là còn của xã hội. Điều quy định này nói

lên bản chất của HIV/AIDS không phải chỉ là vấn đề y tế mà còn là vấn đề tinh thần, vấn đề xã hội rộng lớn.

Việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử còn là trách nhiệm và nghĩa vụ của ngành Y tế nói chung và của đội ngũ cán bộ y tế nói riêng. Trước hết, việc xét nghiệm phát hiện HIV là trách nhiệm của các cơ sở y tế. Khi có những người tự nguyện xét nghiệm các cơ sở y tế không được từ chối. Điều 16, Mục 1 quy định rõ: "*Cơ sở y tế có trách nhiệm xét nghiệm cho người tự nguyện xét nghiệm nhiễm HIV/AIDS*". Điều quy định này vừa nói lên Nhà nước ta đảm bảo quyền được xét nghiệm để hiểu rõ việc có nhiễm HIV/AIDS hay không của mỗi người, mặt khác cũng mang ý nghĩa dự phòng tích cực, động viên những người có hành vi nguy cơ tự nguyện đi xét nghiệm HIV để bảo vệ sức khoẻ cho chính bản thân mình và bảo vệ người thân cũng như cộng đồng khỏi bị lây nhiễm HIV/AIDS.

Người bị nhiễm HIV/AIDS được luật pháp đảm bảo việc giữ bí mật về tên, tuổi, địa chỉ và tình trạng bị nhiễm HIV/AIDS. Điều 18 của Pháp lệnh quy định: "*Cán bộ xét nghiệm và cơ sở xét nghiệm của ngành Y tế có trách nhiệm giữ bí mật tên, tuổi, địa chỉ của người đến xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV/AIDS. Chỉ có người có trách nhiệm của các cơ sở y tế mới được quyền thông báo kết quả xét nghiệm của người bị nhiễm HIV/AIDS cho vợ hoặc chồng hoặc người thân trong gia đình của người đó và cho cơ quan, tổ chức, người có trách nhiệm trực tiếp chăm sóc sức khoẻ của người bị nhiễm HIV/AIDS. Nghiêm cấm việc đưa tin công khai về tên, tuổi, địa chỉ, hình ảnh của người bị nhiễm HIV/AIDS, trừ trường hợp được sự đồng ý của người đó*". Vấn đề giữ bí mật tên, tuổi, địa chỉ của người nhiễm HIV/AIDS còn được khẳng định trong Mục 2 và Mục 3, Điều 5 của Nghị định 34/CP ngày 01 tháng 6 năm 1996 của Chính phủ như sau: "*Các cơ quan, tổ*

chức, cá nhân nhận được thông báo kết quả xét nghiệm của người bị nhiễm HIV/AIDS có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin đó; không được đưa tin về tên, tuổi, địa chỉ, hình ảnh của người bị nhiễm HIV/AIDS nếu không được sự đồng ý của người đó; trường hợp người bị nhiễm HIV/AIDS đã chết thì phải được sự đồng ý của bố, mẹ, vợ hoặc chồng, hoặc người giám hộ của người đó".

Về việc làm của người nhiễm HIV/AIDS, Điều 22 của Pháp lệnh quy định: *"Người nhiễm HIV/AIDS không được làm việc trong một số ngành dễ bị lây truyền HIV/AIDS. Bộ Lao động-Thương binh & Xã hội phối hợp với Bộ Y tế quy định danh mục những ngành nghề này"* (có 02 nhóm nghề mà người nhiễm HIV/AIDS không được làm, đó là: Các dịch vụ y tế có tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch sinh học của cơ thể người; và các dịch vụ phẫu thuật chỉnh hình, dịch vụ thẩm mỹ có tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch sinh học của cơ thể người).

Để thực hiện Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS, Thủ tướng Chính phủ đã quy định phạt tiền từ 2.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau:

- Tiết lộ bí mật về việc xét nghiệm, thông báo kết quả xét nghiệm HIV cho người đến xét nghiệm hoặc người khác khi không được phép.

- Vi phạm các quy định về giữ bí mật tên, tuổi, địa chỉ, hình ảnh của người nhiễm HIV.

- Đưa tin trên các phương tiện thông tin đại chúng về tên, tuổi, địa chỉ, hình ảnh của người nhiễm HIV mà không được sự đồng ý của người đó hoặc thân nhân người nhiễm, trong trường hợp người đó chết hoặc mất năng lực hành vi dân sự.

- Từ chối chữa bệnh cho người nhiễm HIV.

Phạt tiền từ 5.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng trong trường hợp thông báo kết quả xét nghiệm dương tính không đúng đối tượng thông báo theo quy định.

Đặc biệt, ngày 17 tháng 3 năm 2004, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, trong đó có ghi: "*Chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, tăng cường trách nhiệm của gia đình, xã hội với người nhiễm HIV/AIDS và của người nhiễm HIV/AIDS với gia đình và xã hội*".

Tóm lại, hệ thống chính sách và luật pháp của Việt Nam đã thể hiện bản chất ưu việt của chế độ ta, coi trọng vấn đề con người và quyền con người, phù hợp với đường lối quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS và chống lại sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan tới HIV/AIDS; hệ thống chính sách và luật pháp là những điều kiện cần thiết tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho việc xó bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Tài liệu tham khảo:

1. Ban Bí thư Trung ương đảng (Khóa VII): Chỉ thị 52-CT/TW "*Về lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS*" ban hành ngày 11 tháng 3 năm 1995.

2. Uỷ ban Thường vụ Quốc hội: Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS ban hành ngày 31 tháng 5 năm 1995.

3. Bộ Tư pháp: Các Văn bản quy phạm pháp luật hiện hành về phòng, chống HIV/AIDS, Hà Nội 2003.

4. UNDP: Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS "Khủng hoảng toàn cầu – Hành động toàn cầu", Hà Nội.

5. Chính phủ: Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 2004.

6. Trung tâm nghiên cứu phát triển y tế cộng đồng (CCRD): Báo cáo điều tra đánh giá độc lập tình hình 9 năm thực hiện Chỉ thị 52-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương đảng "*Về lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS*".

7. UNAIDS: Phòng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người chung sống với HIV/AIDS ở Việt Nam, Hà Nội, tháng 11 năm 2003.

8. National Academy Press: Preventing HIV transmission, Washington, DC 1995.

9. Oxford Univercity Press: Confronting AIDS Public Priorities in a Global Epidemic, 2003.

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIV/AIDS

Ths. Vũ Thị Kim Anh

Tóm tắt

Dịch HIV/AIDS đang có xu hướng gia tăng mạnh ở Việt Nam trong những năm gần đây. Từ trường hợp nhiễm HIV đầu tiên vào năm 1990 cho đến nay, trên 64 tỉnh thành trong cả nước đã có người nhiễm HIV/AIDS. Điều này cho thấy HIV/AIDS đang tiếp tục gia tăng một cách nhanh chóng, số bệnh nhân AIDS ngày một nhiều. Chính vì vậy, hiện nay nhu cầu được tiếp cận với chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bao gồm điều trị ARV của người nhiễm HIV đã trở thành một yêu cầu cấp bách.

Kinh nghiệm phòng chống HIV/AIDS tại một số nước như Brazil, Thái Lan, Nam Phi... cho thấy, triển khai chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV là biện pháp tốt nhất để giúp cho nhiều người nhiễm HIV/AIDS và những người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS nhận được sự chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cần thiết nhằm kéo dài tuổi thọ, cải thiện cuộc sống, dự phòng lây nhiễm HIV và giảm tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng. Tại Việt Nam, đã có một số chính sách liên quan đến chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS được quy đinh trong các văn bản pháp quy như Luật bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân..; chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS đã được triển khai trên phạm vi toàn quốc, từ Trung ương tới tuyến huyện, tuy nhiên vẫn còn gặp không ít khó khăn như về bộ máy chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, chế độ chính sách cho

cán bộ trực tiếp chăm sóc bệnh nhân, thiếu sự hợp tác liên ngành, còn kỳ thị, phân biệt đối xử...

Mục tiêu đến năm 2010 là tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cần thiết cho người nhiễm HIV/AIDS và người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS. Để đạt được mục tiêu đó, cần phải phát triển hệ thống chăm sóc, hỗ trợ toàn diện; tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS; phát huy tính chủ động tham gia của người nhiễm HIV/AIDS và chống phân biệt đối xử; tăng cường sự sẵn có và khả năng tiếp cận với thuốc ARV; tăng cường hệ thống điều trị bệnh nhân HIV/AIDS; tăng cường tiếp cận thuốc nhiễm trùng cơ hội; xây dựng, ban hành các hướng dẫn về chẩn đoán, điều trị các nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân AIDS tại các cơ sở y tế và tại cộng đồng cũng như quy trình điều trị và quản lý ARV; tăng cường khả năng lồng ghép, phối hợp chương trình; hoàn thiện các chính sách trong lĩnh vực điều trị.

1. Thực trạng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

1.1 Trên thế giới

Trước năm 1995, các nước ít quan tâm đến vấn đề điều trị vì cho rằng đây là một bệnh không chữa khỏi được. Do vậy, hầu hết những người nhiễm HIV diễn biến thành AIDS rồi tử vong. Mọi nỗ lực điều trị tập trung vào dự phòng các bệnh cơ hội như dự phòng viêm phổi bằng Bactrime, dự phòng lao bằng INH

Sau năm 1995, với thành công của các phác đồ phối hợp nhiều thuốc ARV (anti-retrovirus), công tác điều trị AIDS bắt đầu được chú trọng nhằm làm chậm sự phát triển của bệnh. Mặc dù đây không phải là những thuốc chữa khỏi bệnh nhưng đã kéo dài được cuộc

sống khoẻ mạnh của người bệnh, biến AIDS từ một bệnh gây chết người thành một bệnh mạn tính kéo dài.

Những bằng chứng từ nhiều nơi trên thế giới cho thấy việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho những cộng đồng bị nhiễm có thể làm giảm sự sợ hãi, kỳ thị, và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, làm tăng số người đến xét nghiệm và tư vấn HIV/AIDS, cũng như củng cố thêm những nỗ lực trong phòng lây nhiễm.

Tại Thái lan, với sự cam kết mạnh mẽ của chính phủ, ngày càng nhiều người nhiễm HIV/AIDS được tiếp cận với việc chăm sóc và điều trị đặc biệt điều trị ARV, năm 2004 có 50.000 người được tiếp cận điều trị ARV, năm 2005 có 80.000 người và dự kiến đến cuối năm 2006 tất cả người nhiễm HIV/AIDS tại Thái lan được tiếp cận với chăm sóc và điều trị ARV. Tại Brazil, từ năm 1994-2002 có khoảng 90.962 người chết vì AIDS. Giữa năm 2002 có khoảng 115.000 người được tiếp cận thuốc ARV nhà nước cấp miễn phí, do đó giảm tỷ lệ tử vong xuống còn 50%. Từ năm 1997 đến năm 2000 chế độ điều trị bằng thuốc đã tiết kiệm cho ngân sách khoảng gần một tỷ USD về kinh phí nhập viện và điều trị nhiễm trùng cơ hội.

1.2 Việt Nam

Trong những năm qua, với sự quan tâm của chính phủ, chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS đã được triển khai phạm vi toàn quốc và đã đạt được một số kết quả như sau:

Công tác điều trị AIDS được bắt đầu từ năm 1993 tại 3 Trung tâm: Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Huế và Trung tâm bệnh nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, với nguồn ngân sách hạn hẹp, mỗi năm chỉ có 20-50 bệnh

nhân được tiếp cận ARV. Phần lớn công tác điều trị tập trung chữa trị các nhiễm trùng cơ hội. Trước nhu cầu chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đang gia tăng, chính phủ đã ban hành chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 với 9 chương trình hành động trong đó có chương trình hành động tiếp cận chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV/AIDS.

Tháng 8 năm 2005, Cục Phòng chống AIDS Việt Nam đã ra đời nhằm thúc đẩy mạnh mẽ công cuộc phòng chống HIV/AIDS tai nước ta. Hệ thống điều trị trong các cơ sở y tế nhà nước cũng đang cố gắng chuyển mình để đáp ứng với nhu cầu điều trị và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS. Tuyến Trung ương với 3 Trung tâm điều trị là Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện bệnh nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh.

Ba trung tâm điều trị tuyến Trung ương dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế thực hiện công tác chỉ đạo, tổ chức thực hiện công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị, tổ chức kiểm tra, giám sát, đánh giá các hoạt động tại địa phương. Các tỉnh đều triển khai các hoạt động chăm sóc và điều trị bệnh nhân nội trú và ngoại trú, đặc biệt tại 40 tỉnh thành trên cả nước có sự hỗ trợ của dự án Life/GAP đã thiết lập tại các tỉnh tham gia dự án các phòng khám ngoại trú, phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện, gắn tư vấn xét nghiệm HIV với dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Tuyến huyện, dự án" Tăng cường chăm sóc, tư vấn và điều trị HIV/AIDS dựa vào cộng đồng" do Quỹ toàn cầu tài trợ ngoài việc tổ chức thực hiện các phòng tư vấn, xét nghiệm tự nguyện và hoạt động chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS tại tuyến tỉnh còn thiết lập hệ thống tư vấn, xét nghiệm và chăm sóc, hỗ trợ và điều trị tại 100 huyện trong 20 tỉnh của dự án trong năm 2005 và dự kiến

củng cố và mở rộng các hoạt động dự án thêm 40 huyện trong năm 2006- 2007 với mục đích tăng cường năng lực cho hệ thống y tế tuyến quận huyện để người nhiễm HIV có thể dễ dàng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho tại gần nơi họ sinh sống, đặc biệt để bảo đảm hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV và chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV lâu dài, suốt cuộc đời

Tuy nhiên công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn như :

- Bộ máy tổ chức chăm sóc và điều trị HIV/AIDS chưa được chuẩn bị tốt, các hoạt động tổ chức chăm sóc, hỗ trợ và điều trị còn hạn chế, chưa đáp ứng được yêu cầu về chuyên môn, nghiệp vụ, hầu hết cán bộ điều trị là cán bộ kiêm nhiệm đặc biệt hệ thống y tế tuyến huyện chưa đủ điều kiện sẵn sàng để có thể tiếp nhận chăm sóc, quản lý người nhiễm HIV và điều trị ARV. Hệ thống chính thống để thu dung điều trị bệnh nhân AIDS, phân tuyến hoạt động chưa rõ ràng, nhiều tỉnh còn gặp lúng túng về vấn đề này.

- Chế độ chính sách cho cán bộ trực tiếp chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS còn nhiều bất cập

- Đa số bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS là người nghèo, một số không có nơi nương tựa, chế độ về bảo hiểm y tế, viện phí cho chăm sóc và điều trị chưa rõ ràng, còn nhiều hạn chế dẫn tới khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người nhiễm HIV/AIDS còn rất thấp ngoại trừ một số cơ sở y tế có các dự án tài trợ

- Hoạt động đào tạo chưa có sự điều phối hợp lý, một số nhân viên y tế thường xuyên được tập huấn, một số khác không được tập huấn, chưa có sự thống nhất về tổ chức và chương trình đạo tạo cấp quốc gia.

- Phòng chống HIV/AIDS cần sự hợp tác liên ngành nhưng ở nhiều tỉnh, sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể trong hỗ trợ việc làm, giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, chăm sóc hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS còn rất hạn chế. Các dịch vụ về việc làm, về chăm sóc trẻ nhiễm HIV/AIDS bị bỏ rơi, chăm sóc trẻ bị mồ côi về HIV/AIDS rất thiếu.

- Những người nhiễm HIV/AIDS sống trong các trung tâm do Bộ Lao động và Bộ công an quản lý chưa được tư vấn và chăm sóc đầy đủ. Một mặt, rất ít người được thông báo về tình trạng nhiễm HIV vì sợ có những phản ứng tiêu cực, mặt khác, cơ sở vật chất trang thiết bị y tế ở các trung tâm này rất nghèo nàn nên cũng không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc và điều trị. Bên cạnh đó, sự phối hợp giữa các trung tâm giáo dục và lao động xã hội với cơ sở y tế còn nhiều hạn chế, chưa có cơ chế rõ ràng cho việc giới thiệu chuyển tiếp người nhiễm HIV/AIDS sau khi ra khỏi trung tâm tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc y tế

- Sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS hiện nay là rào cản lớn làm cho những người nhiễm HIV và gia đình của họ gặp một số khó khăn khi hoà nhập với cộng đồng.

- Thiếu kinh phí cho hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

- Hệ thống theo dõi, đánh giá các hoạt động chăm sóc và điều trị còn yếu

2. Cơ sở cho hình thành các chiến lược chăm sóc, điều trị HIV/AIDS

2.1 Cơ sở sinh học

Bản chất sinh học của nhiễm HIV là dịch bệnh do vi-rút gây ra nhưng có các đặc điểm sinh bệnh học rất đặc biệt. Đa dạng về đường lây truyền *(HIV lây qua máu, qua quan hệ tình dục, mẹ truyền cho con)* và phương thức lây truyền này liên quan chặt chẽ với các thú vui trong sinh hoạt con người (ma tuý, tình dục), thời gian ủ bệnh kéo dài có thể tới 15 năm, tính né tránh miễn dịch của vi-rút, khả năng biến dị rất lớn, chưa có vắc-xin phòng bệnh, không có thuốc điều trị đặc hiệu đã làm cho công tác phòng chống HIV/AIDS thêm khó khăn.

Hệ miễn dịch của cơ thể mà chủ yếu là các tế bào lympho giúp cho cơ thể chống lại mọi tác nhân gây bệnh từ bên ngoài xâm nhập vào cơ thể. Trong đó, tế bào lympho T4 đóng vai trò nhận diện, báo động, huy động và điều hoà hệ miễn dịch tấn công tiêu diệt vi sinh vật lạ khi chúng vào cơ thể. Khi vào cơ thể, HIV tấn công có lựa chọn vào các tế bào lympho T4. Khi HIV gắn vào tế bào, nó bỏ phần vỏ lipít ở bên ngoài và bơm ARN vào trong tế bào. Khác với nhiều loại vi-rút khác, nhờ có men phiên mã ngược, ARN 1 sợi sẽ được sao chép thành ADN 2 sợi và gắn vào ADN của tế bào. Vi-rút có thể ở trong trạng thái ngủ trong nhiều tháng, thậm chí trong nhiều năm. Nhưng nếu tế bào nhiễm HIV bị hệ thống miễn dịch của cơ thể hoạt hoá để chống lại một bệnh khác, HIV sẽ bắt đầu bị nhân lên và tiếp tục gây nhiễm các tế bào khác. ADN vi-rút chỉ thị cho tế bào của cơ thể sản xuất các thành phần của vi-rút như protein và ARN là 2 thành phần chính của vi-rút. Các thành phần này di chuyển đến màng tế bào, tiếp theo là quá trình nảy chồi, vô số vi rút hình thành và được giải phóng ra ngoài và tiếp tục gắn vào các tế bào lympho T4 khác.

Kết quả là số lượng tế bào lympho T4 giảm kèm theo hệ thống miễn dịch suy giảm, cơ thể không được bảo vệ, dễ mắc các bệnh nhiễm trùng mà bình thường một người khoẻ mạnh có thể chống đỡ được hay ung thư, và cuối cùng dẫn đến tử vong. HIV là một loại vi-rút có tính đột biến cao do vậy, đến nay, thế giới vẫn chưa tìm được vắcxin phòng bệnh có hiệu quả.

Sức đề kháng: vi-rút có thể sống vài ngày ở bên ngoài cơ thể trong điều kiện khô và vài tuần trong dung dịch ở nhiệt độ phòng thí nghiệm. Tuy nhiên, vi-rút rất nhạy cảm với nhiệt độ và các chất tẩy uế thông thường. Ở nhiệt độ 56 độ C, HIV chết sau 30 phút. Vi-rút chết nhanh khi bị đun sôi.

2.2 Cơ sở xã hội

2.2.1 HIV và ma tuý, mại dâm

Tệ nạn ma tuý và mại dâm *(con đường phổ biến nhất, ngắn nhất dẫn đến HIV/AIDS)* tuy bị khống chế song vẫn phát triển, lan rộng. Theo những phân tích tình hình dịch tễ học chúng ta đều nhận thấy hình thái lây nhiễm HIV chủ yếu qua tiêm chích ma tuý, tỷ lệ gái mại dâm có tiêm chích ma tuý khá cao (*40% gái mại dâm có tiêm chích ma tuý theo 1 kết quả điều tra tại Hà Nội)*, mặt khác tỷ lệ sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục của các nhóm đối tượng có nguy cơ cao khá thấp... đây đang là những nguyên nhân chính và trực tiếp làm lan truyền HIV/AIDS ở Việt Nam hiện nay. Việc chăm sóc điều trị HIV/AIDS cho người nghiện chích ma tuý, mại dâm phải gắn với chương trình can thiệp giảm tác hại.

Ma tuý và mại dâm luôn là bất hợp pháp do vậy rất dễ bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Một khi những người trong nhóm này bị nhiễm HIV thì sự bị kỳ thị và phân biệt đối xử tăng gấp đôi.

2.2.2 HIV và vấn đề giới

Phần lớn những người nhiễm HIV/AIDS hiện nay ở Việt Nam là nam giới. Tuy nhiên so với những năm đầu của dịch, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nữ giới đã tăng lên. So với nam giới, nữ giới là người rất dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS do: cấu trúc giải phẫu, niêm mạc sinh dục nữ rộng hơn của nam giới, trong quan hệ tình dục nữ giới là người nhận tinh dịch nên dễ bị lây nhiễm; nữ giới mang thiên chức sinh sản, khi chửa đẻ dễ bị mất máu, nếu truyền máu không an toàn cũng dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS; nữ giới dễ tiếp cận với các dịch vụ thẩm mỹ và do không kiểm soát được vấn đề tiệt trùng dụng cụ nên dễ bị lây nhiễm HIVAIDS do sử dụng chung các dụng cụ xuyên chích qua da không được vô trùng; do không bình quyền trong xã hội và gia đình nên nữ giới không chủ động được việc áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm HIV như sử dụng bao cao su....

Khi phụ nữ bị nhiễm HIV/AIDS có thai lại dễ dàng truyền bệnh cho con qua nhau thai, trong khi đẻ và khi cho con bú sữa mẹ. Bản thân phụ nữ không những dễ bị lây nhiễm HIV mà còn phải gánh chịu mọi hậu quả khi có chồng, con bị nhiễm HIV.

Vì vậy cần có các chính sách về chăm sóc điều trị cho trẻ em bị bỏ rơi/trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS

2.2.3 Hậu quả tác động về Y tế -xã hội

- Về dân số

Hậu quả về dân số của đại dịch đã được thấy ở vùng Sahara châu Phi. Ở nhiều thành phố miền Tây và Trung Phi, một phần ba người lớn đang ở độ tuổi hoạt động tình dục bị nhiễm HIV/AIDS. Tỷ lệ tử vong của trẻ em đã giảm một cách đáng kể trong mười năm qua do kết quả của tiêm chủng và những chương trình sức khoẻ khác nay lại

đang tăng ngược lại ở mức độ năm 1980 do chết vì AIDS. Đồng thời, tỷ lệ tử vong của những người lớn cũng đã tăng gấp ba lần trong một thời gian ngắn là 5 năm.

- Về y tế

Khi đã xuất hiện người bị AIDS và chết vì AIDS cần phải nâng cấp tất cả các cơ sở y tế từ Trung ương đến địa phương về công tác vô trùng và tiệt trùng, cung cấp đầy đủ các trang thiết bị phục vụ cho công tác phòng chống và chữa bệnh như găng tay, bơm kim tiêm, trang bị máy móc, sinh phẩm phục vụ cho chẩn đoán và điều trị bệnh cơ hội ... Thực hiện an toàn truyền máu, đào tạo lại đội ngũ cán bộ đòi hỏi nhiều kinh phí chưa kể kinh phí trực tiếp chi cho điều trị người bệnh mà người đó vẫn chết. Tuy nhiên chi phí gián tiếp do mất ngày công lao động của người nhà bệnh nhân, của cơ quan, xí nghiệp, công đoàn phải đi thăm nom người bệnh, chi phí do ma chay... còn tốn kém hơn nhiều.

Bản thân hệ thống Y tế luôn có nguy cơ quá tải khi thực hiện việc chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS do vậy nếu chỉ ngành y tế lo việc này thì không thể đáp ứng được nhu cầu của bệnh nhân và xã hội.

Khi chăm sóc, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, người chăm sóc có nguy cơ bị lây nhiễm HIV từ người bệnh.

Thuốc sử dụng để kéo dài cuộc sống người bệnh đắt tiền, sử dụng kéo dài nên ngân sách nhà nước dành cho y tế không thể bù đắp nổi. Điều đó đòi hỏi phải có những chính sách tiếp cận với ARV giá rẻ thông qua nhập khẩu song song, hoặc sản xuất thuốc trong nước.

- Về phát triển kinh tế xã hội

Khi HIV/AIDS lan tràn trong cộng đồng sẽ làm cho nhiều người trong độ tuổi lao động bị chết dẫn đến giảm thu nhập, giảm GDP ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển kinh tế của đất nước. HIV gia tăng sẽ làm bùng nổ bệnh Lao. Cả hai căn bệnh này đều có tỷ lệ tử vong cao làm tăng gánh nặng về kinh tế do phải tăng chi phí khám chữa bệnh.

2.2.4. Nhu cầu về chăm sóc hỗ trợ của người nhiễm HIV/AIDS

Người bị nhiễm luôn có tình trạng khủng hoảng, sợ bị phân biệt đối xử, lo lắng buồn rầu, muốn tự tử hoặc có phản ứng tiêu cực làm lây nhiễm HIV.

Người bị nhiễm HIV/AIDS có nhu cầu được chăm sóc toàn diện và luôn xuất hiện các nhu cầu sau :

- Hiểu biết về căn bệnh và biết cách tự chăm sóc mình.
- Chăm sóc các rối loạn về tâm lý
- Hỗ trợ về kinh tế
- Bảo vệ nhân quyền
- Chăm sóc trẻ em - con cái của họ
- Cung cấp kiến thức về dự phòng lây nhiễm HIV và kỹ năng cho người chăm sóc họ ngay tại nhà.
- Chăm sóc về y tế, thuốc men khi bệnh nặng.

Như vậy, ở giai đoạn cuối cùng của bệnh, người nhiễm HIV/AIDS mới cần nhiều đến chăm sóc về Y tế. Trong giai đoạn nhiễm HIV, nhu cầu quan trọng nhất của họ là tư vấn.

2.2.5 Lợi ích của điều trị HIV/AIDS bằng ARV

- Làm giảm số l ượng HIV trong máu

- Làm tăng lượng tế bào CD4 trong máu dẫn đến làm giảm các nhiễm trùng cơ hội

- Tạo niềm tin vào cuộc sống cho người nhiễm , qua tư vấn điều trị giúp bệnh nhân áp dụng các biện pháp dự phòng làm giảm lây lan HIV

- Góp phần chống kỳ thị và phân biệt đối xử

2.2.6 Cơ sở pháp lý của công tác chăm sóc điều trị

- Nghị quyết 46/NQ-TW của Bộ Chính trị về bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân dân

- Chỉ thị 52/CT-TW ngày 17/3/1995 và 54/CT-TW ngày 30/11/2005 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về tăng cường lãnh đạo công tác phòng chống HIV/AIDS

- Pháp lệnh và Dự thảo luật phòng chống HIV/AIDS

- Quyết định 36/2003/QĐ-TTg ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020

- Các thông tư liên bộ

- Các hướng dẫn chuyên môn

3. Nguyên tắc chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

- HIV/AIDS được coi là một bệnh mạn tính do đó cần phải được chăm sóc, hỗ trợ và điều trị kéo dài suốt đời;

- Các thuốc ARV là những thuốc độc, một khi đã dùng thuốc thì phải dùng thuốc liên tục nên việc tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV rất quan trọng nhằm tránh kháng thuốc và thất bại điều trị;

- Người nhiễm HIV/AIDS cần được chăm sóc điều trị toàn diện vì những người bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS bao gồm gia đình và trẻ em phải đối mặt với nhiều khó khăn trong cuộc sống cả về mặt thể chất, tâm lý, kinh tế , xã hội và vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử;

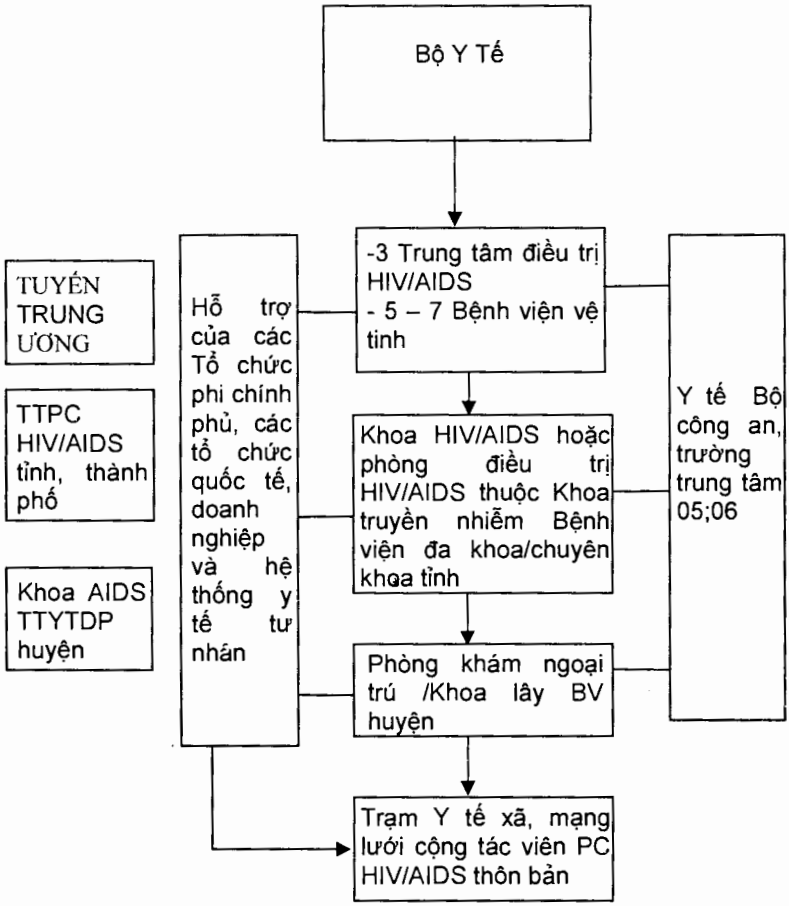
- Tăng cường chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS chính là góp phần giảm kỳ thị, phân biệt đối xử và giúp họ sống hoà nhập với cộng đồng nhằm dự phòng lây nhiễm HIV. Chăm sóc điều trị HIV/AIDS cũng chính là dự phòng lây lan HIV, và giảm chi phí các dịch vụ sức khoẻ. Do vậy một cách tiếp cận toàn diện về chăm sóc và điều trị là cần thiết để kéo dài và nâng cao chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS;

- Lấy người nhiễm HIV/AIDS là trọng tâm của vấn đề chăm sóc, điều trị sao cho họ có thể tiếp cận dịch vụ dễ dàng, tuân thủ điều trị và đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc;

- Đảm bảo an toàn trong chăm sóc điều trị thông qua các dự phòng phổ cập;

- Gắn liền chăm sóc điều trị với dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS thông qua tăng cường các dịch vụ chăm sóc, điều trị và dự phòng các bệnh cơ hội.

4. Hệ thống chăm sóc điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam



SƠ ĐỒ HỆ THỐNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

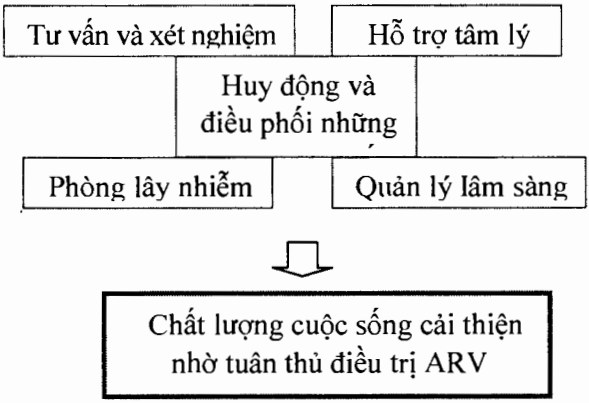
Hệ thống bệnh viện từ Trung ương đến địa phương. Lấy hệ thống điều trị bệnh truyền nhiễm là cơ sở thu dung điều trị. Có 3 trung tâm

lớn là Viện Y học lâm sàng bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP.Hồ Chí Minh. Tại mỗi khu vực có một số bệnh viện vệ tinh liên tỉnh. Hoạt động điều trị chủ yếu là ngoại trú kết hợp với hệ thống chuyển tuyến.

Hệ thống điều trị của các cơ sở y tế của các Bộ ngành như các cơ sở điều trị của quân đội công an và ngành lao động thương binh xã hội.

5. Nội dung chăm sóc điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam

Bảng dưới đây mô tả tóm tắt các nội dung chính của công tác điều trị HIV/AIDS



5.1. Tư vấn xét nghiệm tự nguyện

Đây được coi là hoạt động chủ chốt của mọi hoạt động dự phòng và điều trị. VCT ở đây ngoài việc tư vấn trước và sau xét nghiệm, vấn đề chính là tư vấn thay đổi hành vi và tư vấn tuân thủ điều trị sao

cho người bệnh cảm thấy thoải mái và yên tâm để tham gia quá trình điều trị lâu dài suốt đời.

5.2. Hỗ trợ tâm lý và kinh tế xã hội

Yếu tố tâm lý rất quan trọng trong quá trình điều trị. Bên cạnh nhu cầu điều trị bằng ARV, trước đó, người nhiễm HIV vẫn khoẻ mạnh và làm việc bình thường. Họ cần được hỗ trợ về công ăn việc làm, sống hoà nhập với cộng đồng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử không chỉ với người nhiễm HIV/AIDS mà cả với các thành viên trong gia đình họ nhất là con cái của họ trong các cơ hội tìm việc làm, đi học...

5.3 Gắn điều trị với dự phòng lây nhiễm HIV

Dù chi phí điều trị rất cao nhưng ARV cũng không phải là thuốc chữa khỏi AIDS do vậy, ngay cả khi bệnh nhân được sử dụng ARV cũng vẫn phải áp dụng các biện pháp dự phòng. Các hoạt động dự phòng bao gồm:

- Khám chữa sớm các bệnh lây truyền qua đường tình dục

- Tư vấn dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

- Dự phòng phổ cập tránh lây nhiễm HIV trong quá trình chăm sóc.

- Tư vấn về dự phòng và dinh dưỡng

5.4. Quản lý lâm sàng

Điều trị dự phòng, chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng cơ hội nhất là điều trị phối hợp lao/HIV; Quản lý điều trị ARV, hỗ trợ tuân thủ điều trị; Điều trị triệu chứng và giảm đau trong chăm sóc giảm nhẹ.

5.5. Điều phối và phối hợp liên ngành trong chăm sóc và điều trị HIV/AIDS

Hệ thống phòng chống HIV/AIDS quốc gia từ trung ương đến địa phương đóng vai trò điều phối cho công tác chăm sóc điều trị HIV/AIDS.

Vai trò lãnh đạo chỉ đạo của các cấp uỷ đảng chính quyền rất quan trọng trong huy động mọi nguồn lực cho công tác điều trị.

Người nhiễm là trung tâm cho việc chăm sóc điều trị, cần phát huy vai trò của người nhiễm trong việc tìm kiếm dịch vụ và hỗ trợ lẫn nhau trong chăm sóc điều trị.

Xã hội hoá trong công tác phòng chống HIV/AIDS

6. Các chính sách về chăm sóc điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam

Các chính sách liên quan đến chăm sóc điều trị được quy định trong các văn bản pháp quy sau :

- Luật bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân dân qui định tại Điều 1 về quyền mọi người được chăm sóc sức khoẻ.

- Nghị quyết 46/2005/NQ-TW về chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong đó nêu rõ việc phải triển khai chương trình phòng chống HIV/AIDS bao gồm cả vấn đề chăm sóc điều trị cho người nhiễm HIV.

- Điều 10 - 14 của Pháp lệnh phòng chống vi-rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người đã quy định rõ vai trò trách nhiệm của người nhiễm, gia đình, cộng đồng, các cơ sở y tế... trong việc tổ chức triển khai các hoạt động chăm sóc điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

-Trong dự thảo Luật Phòng chống HIV/AIDS trình Quốc hội thông qua đã dành riêng chương 4 quy định về chăm sóc điều trị HIV/AIDS

- Thông tư 51/TTLT YT-TC quy định về chế độ chăm sóc điều trị HIV/AIDS

- Thông tư 75/TTLT YT-TC-LĐ về chế độ bảo hiểm rủi ro nghề nghiệp

- Các quy định chuyên môn: Quyết định 06/2005/QĐ-BYT về phác đồ chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, Quyết định 2557/QĐ-BYT năm 1996 về quy định chuyên môn xử lý nhiễm HIV/AIDS...

- Chính sách về tiếp cận ARV

- Chính sách về bảo hiểm y tế

- Chính sách về thuốc ARV : Nhập khẩu song song, theo giấy phép cưỡng chế, sản xuất trong nước

- Chính sách huy động xã hội và phối hợp liên ngành trong chăm sóc điều trị...

7. Kế hoạch chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS đến năm 2010

7.1. Mục tiêu

7.1.1. Mục tiêu chung

Tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cần thiết cho người nhiễm HIV/AIDS và người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS nhằm dự phòng lây nhiễm HIV, giảm lây nhiễm HIV trong cộng đồng và kéo dài cuộc sống cho người nhiễm.

7.1.2. Mục tiêu cụ thể đến năm 2010

- Tăng cường khả năng tiếp cận với sự chăm sóc, hỗ trợ và điều trị có hiệu quả, thích hợp bao gồm điều trị kháng retrovirus cho người nhiễm HIV/AIDS:

+ Tăng 10% bệnh nhân AIDS được tiếp cận với thuốc điều trị HIV/AIDS mỗi năm và đến năm 2010 có khoảng 70% bệnh nhân AIDS được tiếp cận với thuốc điều trị ARV;

+ Quản lý, chăm sóc và điều trị thích hợp cho 100% trẻ em bị nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS

+ Điều trị bằng thuốc đặc hiệu ARV cho 70% bệnh nhân AIDS

- Tăng cường năng lực chẩn đoán và điều trị bệnh nhân AIDS ở Việt Nam

+ Có ít nhất 50% các cơ sở điều trị AIDS tuyến tỉnh được cung cấp đủ các phương tiện chẩn đoán, điều trị hiện đại;

+ Bảo đảm thiết lập hệ thống chăm sóc, hỗ trợ và điều trị toàn diện cho người nhiễm HIV tại 70 % số huyện trong cả nước

+ 100% cán bộ làm công tác điều trị AIDS được đào tạo;

7.2. Nội dung kế hoạch

7.2.1. Phát triển hệ thống chăm sóc, hỗ trợ toàn diện

- Thiết lập hệ thống chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV trên nền tảng của hệ thống y tế với sự phối hợp chặt chẽ với các cơ quan, ban ngành địa phương. Xác định gia đình, cộng đồng là yếu tố cơ bản trong chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS.

- Lấy y tế làm nòng cốt, phối hợp với các ban ngành và huy động hỗ trợ của chính quyền các cấp để thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị, tư vấn cho người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng. Đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ để người nhiễm HIV/AIDS ổn định cuộc sống, hoà nhập và được chăm sóc tại gia đình và cộng đồng.

- Xác định tuyến huyện là trung tâm của công tác chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS. Tại mỗi quận/huyện thành lập một phòng hay còn gọi là đơn vị chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS do Trung tâm y tế quận/huyện là cơ quan thường trực với việc huy động thêm sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể.

- Khuyến khích việc hình thành các trung tâm chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm dựa vào cộng đồng. Khuyến khích các tổ chức tôn giáo, từ thiện, các tổ chức nhân đạo hình thành các khu chăm sóc bệnh nhân AIDS cuối đời, bệnh nhân AIDS không nơi nương tựa.

- Có các chính sách động viên, khuyến khích lĩnh vực tư nhân trong chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS. Khuyến khích việc áp dụng những hình thức chữa bệnh bằng y học dân tộc.

7.2.2. Tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS

- Tăng cường phối hợp liên ngành để đảm bảo tính sẵn có của các dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ để người nhiễm HIV được tiếp cận dễ dàng. Tạo điều kiện để những người nhiễm HIV hoặc ma túy, mại dâm trong các trung tâm giáo dục xã hội, trại giam được tiếp cận với các dịch vụ y tế.

- Tổ chức tập huấn về chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS cho cán bộ y tế, cán bộ tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS.

Tập huấn chống phân biệt đối xử, đảm bảo tính bí mật, riêng tư và cung cấp các dịch vụ có chất lượng.

- Nghiên cứu bổ sung việc người nhiễm HIV được tham gia bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội tự nguyện.

- Tăng cường khả năng tiếp cận với các thuốc đặc hiệu kháng vi-rút HIV cho người nhiễm HIV/AIDS.

7.2.3 Phát huy tính chủ động tham gia của người nhiễm HIV/AIDS và chống phân biệt đối xử

- Giáo dục, truyền thông, tư vấn tập trung cho nhóm người nhiễm HIV nhằm nâng cao nhận thức, trách nhiệm của người nhiễm HIV đối với bản thân, gia đình và cộng đồng để ngăn ngừa lây nhiễm HIV/AIDS.

- Khuyến khích việc thành lập các câu lạc bộ người nhiễm HIV/AIDS, các nhóm tự chăm sóc, hỗ trợ lẫn nhau của người nhiễm. Chương trình AIDS có các chính sách để hỗ trợ, động viên người nhiễm tham gia các hoạt động phòng chống HIV/AIDS.

- Có các chính sách hỗ trợ cho gia đình bao gồm cả chính sách y tế và xã hội khi tiến hành chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS.

- Đảm bảo các quy định về mặt luật pháp không có các điều khoản phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS. Đảm bảo quyền bình đẳng của người nhiễm HIV/AIDS.

7.2.4. Tăng cường nội lực và năng lực sản xuất thuốc điều trị

Đàm phán giảm giá thuốc; Nhập khẩu song song; Tăng cường tiếp cận thuốc ARV bằng cho phép sản xuất thuốc trong nước.

7.2.5. Tăng cường hệ thống điều trị bệnh nhân HIV/AIDS

- Ngoài việc củng cố 03 Trung tâm quốc gia về điều trị AIDS, tăng cường đầu tư về cở sở vật chất, mở rộng số lượng giường bệnh, cung cấp các trang thiết bị phục vụ chẩn đoán và điều trị bệnh nhân AIDS kể cả các trang thiết bị kỹ thuật cao. Tăng cường cơ sở vật chất cho tuyến tỉnh và tuyến huyện nhất là các trang thiết bị chẩn đoán bệnh cơ hội và máy đếm tế bào CD4. Lấy tuyến huyện là tâm điểm cho quá trình chăm sóc điều trị.

- Thiết lập hệ thống giám sát và theo dõi kháng thuốc, tăng cường đầu tư cho tiến hành các nghiên cứu thử nghiệm, đánh giá tương đương sinh học để tìm kiếm phác đồ điều trị thích hợp cũng như các thuốc có chất lượng cho bệnh nhân AIDS ở Việt Nam. Sửa đổi, ban hành các phác đồ điều trị ARV thích hợp, các tiêu chuẩn lựa chọn điều trị và các ưu tiên trong điều trị.

- Tăng cường đào tạo về chăm sóc điều trị cho các bác sĩ, y tá , điều dưỡng...

- Tăng cường các hoạt động hợp tác Quốc tế trong lĩnh vực tiếp cận thuốc ARV. Tham quan, học tập, trao đổi kinh nghiệm cập nhật những thông tin mới về lĩnh vực dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS của các nước trên thế giới.

7.2.6. Tiếp cận thuốc nhiễm trùng cơ hội

- Đưa danh mục các thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội vào danh mục thuốc thiết yếu của các bệnh viện, các cơ sở y tế kể cả trạm y tế xã phường để người nhiễm HIV/AIDS có thể tiếp cận dễ dàng với các thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội. Bộ Y tế chịu trách nhiệm quy định chi tiết danh mục các loại thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân AIDS ở Việt Nam.

7.2.7. Xây dựng, ban hành các hướng dẫn về chẩn đoán, điều trị các nhiễm trùng cơ hội cho bệnh nhân AIDS tại các cơ sở y tế và tại cộng đồng cũng như quy trình điều trị và quản lý ARV. Triển khai tốt các chương trình chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV dựa vào gia đình, cộng đồng.

7.2.8. Tăng cường khả năng lồng ghép, phối hợp chương trình giữa chương trình phòng chống Lao và HIV/AIDS.

7.2.9. Hoàn thiện các chính sách trong lĩnh vực điều trị. Khuyến khích việc áp dụng các thuốc đông y trong điều trị bệnh nhân AIDS, tăng cường áp dụng các loại hình điều trị bằng y học cổ truyền để tăng cường sức đề kháng và nâng cao thể trạng cho bệnh nhân AIDS.

Tài liệu tham khảo:

1. Uỷ ban quốc gia phòng chống AIDS-Tiểu ban lâm sàng: Tài liệu tập huấn về quản lý lâm sàng bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS cho cán bộ y tế 6/1993.

2. Ban phòng chống AIDS – Bộ Y tế : Sổ tay chăm sóc nhiễm HIV/AIDS, Nxb y học 1999.

3. Ban phòng chống AIDS – Bộ Y tế : Sổ tay hướng dẫn tư vấn HIV/AIDS, Nxb yhọc năm 2000.

4.Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2000 – 2005.

5. Ban Bí thư Trung ương Đảng, Chỉ thị số 54/CT-TW ngày 30/11/2005

6. Uỷ Ban Thường vụ Quốc hội , Pháp lệnh phòng chống vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người.

7. Phạm Song, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS/SIDA, Nxb y học 1993.

8. E.Pilly: Maladies infectieuses, 11^{e} edition, 1990. Editions C. et. R:infection à VIH p.596-616.

9. Bộ Y tế , Quyết định 1451/QĐ-BYT ngày 8/5/2000 về việc ban hành " Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS".

10. Bộ 0059 tế, Quyết định số 2557/QĐ-BYT ngày 26/12/1998 Ban hành qui định chuyên môn về xử lý nhiễm HIV/AIDS

11. B1ED9 Y tế, Quyết định 06/2005/QĐ-BYT về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS.

GIẢM TÁC HẠI ĐỂ PHÒNG, CHỐNG LÂY NHIỄM HIV/AIDS TRONG CỘNG ĐỒNG

TS. Võ Đình Vinh

Tóm tắt

Hiện nay, những người nhiễm HIV đã trở thành một nhóm cộng đồng cùng tồn tại trong bất cứ một quốc gia nào. Họ mong muốn được làm việc, hoà đồng với mọi người mà không bị phân biệt, đối xử; họ cần được xã hội quan tâm và bảo vệ trong những năm, tháng còn lại của cuộc đời. Cộng đồng những người chưa bị nhiễm HIV không thể làm ngơ trước những nguyện vọng chính đáng đó của họ. Nhưng trước hết, chúng ta phải làm cách gì để dịch bệnh này không lây lan ra cộng đồng những người chưa bị nhiễm HIV, trong khi tiêm chích ma tuý và mại dâm là những nguyên nhân chính của tình trạng lây lan HIV/AIDS hiện nay ở nước ta và nhiều nước khác trên thế giới.

Nhằm đối phó với sự phát triển nhanh chóng của đại dịch HIV/AIDS, người ta đã đưa ra một nhóm giải pháp quan trọng để giảm bớt sự lây lan của HIV, được gọi là "giảm tác hại" (Harm Reduction). Tại Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17-3-2004 về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến 2010 và tầm nhìn 2020, Thủ tướng Chính phủ đã nhấn mạnh "đẩy mạnh các biện pháp can thiệp giảm thiểu tác hại là một trong các hoạt động ưu tiên đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới".

Để hiểu rõ hơn về sự cần thiết và cách thức tiến hành các giải pháp "giảm tác hại" để phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng, chúng tôi xin trân trọng giới thiệu với bạn đọc những nội dung cơ bản của chuyên đề này.

1. Thực trạng, nguyên nhân của sự lây nhiễm HIV/AIDS hiện nay ở nước ta và khái niệm "giảm tác hại"

1.1. Thực trạng và nguyên nhân chủ yếu của sự lây nhiễm HIV/AIDS hiện nay

- Từ những năm 1980, dịch HIV/AIDS đã trở thành một thử thách lớn ảnh hưởng đến sức khoẻ và phát triển của hầu hết các quốc gia. Đã có hơn 100 nước trên thế giới báo cáo về tình trạng dịch HIV/AIDS có liên quan đến sử dụng ma tuý thông qua: lây truyền trực tiếp (do dùng chung dụng cụ tiêm chích đã nhiễm HIV) và gián tiếp (do quan hệ tình dục không an toàn). Thực tế cho thấy người nghiện ma tuý đa số ở lứa tuổi trẻ (18 đến 25) khi mới bắt đầu sử dụng ma tuý, họ có nhu cầu quan hệ tình dục rất mạnh. Mặt khác, có một nguy cơ đan xen giữa sử dụng ma tuý và hoạt động mại dâm (hơn 40% gái mại dâm đường phố ở Hà Nội có sử dụng ma tuý).

- Ở nước ta, bùng nổ dịch HIV/AIDS cũng gắn liền với sự xuất hiện nạn tiêm chích ma tuý và mại dâm. Hiện tượng này xảy ra ở hầu hết các tỉnh, thành từ những năm 1994 (mặc dù, trước đó đã xảy ra ở thành phố Hồ Chí Minh). Vì nhiều lý do khác nhau, những người nghiện đã dùng chung bơm, kim tiêm để tiêm chích heroin nên đã làm lây lan rất nhanh HIV trong nhóm đối tượng này. Theo thống kê dịch tễ học, ở nước ta có khoảng 30-40% người nghiện đã bị nhiễm HIV (nhiều tỉnh, thành phố con số này đã lên đến 70-80% như thành phố Hồ Chí Minh, Quảng Ninh, Lạng Sơn, Hà Nội, Đắc Lắc, Hải

Phòng, Đồng Nai ...). Việc lây lan nhanh chóng trong nhóm nghiện chích ma tuý đã làm cho nhóm này chiếm tỷ lệ cao nhất trong số những người nhiễm HIV (khoảng 60%). Bên cạnh đó, nạn mại dâm cũng là một cách làm lây lan nhanh HIV ra cộng đồng (theo số liệu của Bộ Y tế: số gái mại dâm nghiện ma tuý đã tăng từ 17% năm 2001 lên tới 32,6% năm 2004).

- Hầu hết chính phủ các nước trên thế giới đều chủ trương bài trừ ma tuý, coi ma tuý là hiểm hoạ của quốc gia; "ma tuý huỷ hoại cuộc sống và cộng đồng, ảnh hưởng đến sự phát triển bền vững của con người và làm phát sinh tội phạm" (Tuyên bố UNGASS 1998). Nhiều nước, trong đó có Việt Nam đã tập trung mọi cố gắng vào việc giải quyết vấn đề này bằng các chính sách "giảm cung" và "giảm cầu" trong phòng, chống ma tuý. Để giảm cung cấp thuốc phiện và các chế phẩm gây nghiện của thuốc phiện, nhiều chính phủ vận động người dân không trồng và tiến hành phá huỷ cây thuốc phiện, đồng thời thực hiện hàng loạt các biện pháp phát triển kinh tế-xã hội và tạo công ăn việc làm khác cho những người đã quen trồng cây có chất ma tuý. Tại nước ta, nhờ những giải pháp tích cực đó mà diện tích trồng cây thuốc phiện đã giảm từ 20.000 ha (năm 1985) xuống còn dưới 100 ha (năm 2002).

- Để giảm cầu, người ta thực hiện cai nghiện, phục hồi chức năng và tái hoà nhập cộng đồng song song với việc tuyên truyền, vận động phòng chống tái nghiện, phòng chống lạm dụng ma tuý và tăng cường kiểm soát việc buôn bán, vận chuyển ma tuý. Tuy đã có nhiều cố gắng trong lĩnh vực giảm cầu, nhưng việc buôn bán thuốc phiện và các chất ma tuý khác xuyên biên giới vẫn không bị đẩy lùi, trái lại có xu hướng gia tăng hàng năm. Việc sử dụng ma tuý cũng chưa có dấu hiệu giảm. Theo báo cáo của Bộ Lao động-Thương binh và xã

hội, cả nước có hơn 170.400 người nghiện có hồ sơ quản lý (2004), trong số này tỷ lệ nghiện heroin bằng đường tiêm chích lên đến 90% tại nhiều tỉnh, thành phố. Như vậy, nghiện ma tuý trong đó phần lớn là tiêm chích heroin chưa bị triệt tiêu và việc dùng chung bơm kim tiêm trong nhóm nghiện chích đã và đang làm tăng nhanh chóng số người nhiễm HIV/AIDS. Do vậy, một câu hỏi được đặt ra là: "Làm gì để giảm lây lan HIV/AIDS trong khi chưa tiêu diệt được ma tuý"? Câu hỏi này cũng giống như "làm gì để không đổ nhà và chết người trong khi chưa thể loại bỏ được bão, lụt hoặc động đất?". Như vậy, xuất xứ chính của "giảm tác hại" là làm thế nào để bảo vệ an toàn cho cộng đồng những người khoẻ mạnh chưa bị nhiễm HIV/AIDS? làm sao để không lây lan và tăng thêm các trường hợp nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng?

- Hơn nữa, "giảm tác hại" được đặt ra hết sức cấp bách đối với nước ta hiện nay là vì số lượng những người nhiễm HIV/AIDS không còn nhỏ bé và không khu trú tại một nơi. Theo Bộ Y tế, số bị nhiễm HIV/AIDS tích luỹ đến hết tháng 12-2005 là hơn 103 nghìn người, trong đó bệnh nhân AIDS là hơn 17 nghìn người và hơn 10 nghìn người đã tử vong vì AIDS. Trong số 64 tỉnh, thành của cả nước, đã có 93% số quận, huyện và hơn 50% số xã, phường có người nhiễm HIV/AIDS. Cộng đồng những người nhiễm HIV muốn được hoà nhập, sống chung và cùng lao động trong xã hội. Họ cần được biết tình trạng nhiễm HIV/AIDS của bản thân, được trao đổi học hỏi lẫn nhau về kinh nghiệm sống, cũng như cần sự tư vấn và hỗ trợ của xã hội về cách sống, cách làm việc ... muốn hay không thì những người nhiễm HIV đã trở thành một nhóm cộng đồng trong xã hội, họ cần được xã hội quan tâm và bảo vệ trong những năm, tháng còn lại của cuộc đời. Chúng ta không thể làm ngơ trước những nguyện vọng chính đáng đó của họ. Như vậy, sự xuất hiện các giải pháp "giảm tác

hại" còn biểu hiện sự chăm lo quyền lợi của xã hội đối với cộng đồng những người nhiễm HIV/AIDS.

- Ngoài ra, việc áp dụng các giải pháp giảm tác hại còn liên quan đến hai vấn đề khác trong cuộc sống: *Một là,* trong tương lai gần, việc dùng bơm kim tiêm để tiêm thuốc điều trị sẽ trở thành phổ biến do sự gia tăng của bệnh tiểu đường týp 2 (ước tính đến năm 2010 sẽ có khoảng 6-8% dân số nước ta bị mắc bệnh này), khi đó chương trình bơm kim tiêm sạch cho những bệnh nhân này cũng phải được đặt ra. *Hai là,* ngoài HIV/AIDS, một loại bệnh nguy hiểm khác là viêm gan C (hepatitis C) do virus lây lan bằng đường máu, mà hậu quả là thường dẫn đến ung thư gan. Như vậy, các giải pháp giảm tác hại như đã phân tích ở trên, ngoài làm giảm lây truyền HIV/AIDS còn hạn chế lây lan viêm gan C.

1.2. Khái niệm về "giảm tác hại"

- Theo "Từ điển thuật ngữ về ma tuý", "giảm tác hại" nhằm đề cập đến chính sách, chương trình giảm những tác hại do việc sử dụng ma tuý bất hợp pháp gây nên nhưng không nhất thiết phải yêu cầu từ bỏ ngay việc sử dụng ma tuý.

Một số chương trình giảm tác hại được hình thành nhằm trước hết sử dụng ma tuý một cách an toàn hơn, sau đó hoặc đồng thời thực hiện các nỗ lực tiếp theo để từ bỏ hẳn ma tuý (ví dụ, chương trình phát bơm kim tiêm sạch và chương trình cung cấp bao cao su là những hoạt động giảm tác hại nhằm giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV/AIDS trong số những người nghiện chích ma tuý). Như vậy, "giảm tác hại" là một chiến lược khác hẳn với "giảm cung" và "giảm cầu", nhưng hoàn toàn có thể phối hợp, lồng ghép với một chiến lược giảm cầu ma tuý toàn diện.

- Theo nội dung của "Chiến lược Quốc gia", khái niệm "giảm tác hại" liên quan đến các hoạt động dự phòng lây truyền HIV qua đường tiêm chích ma tuý và qua đường quan hệ tình dục.

2. Các biện pháp giảm tác hại phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng

Giảm tác hại bao gồm những biện pháp được tiến hành song song và phối kết hợp với nhau, cụ thể như sau:

2.1. Tuyên truyền giáo dục; trao đổi kinh nghiệm; hướng dẫn về tiêm chích và tình dục an toàn cho người nghiện chích ma tuý thông qua các hình thức: tiếp cận cộng đồng, giáo dục viên đồng đẳng và tổ chức sinh hoạt câu lạc bộ nhằm giảm bớt khó khăn và nâng cao chất lượng cuộc sống của những người nhiễm HIV/AIDS. Hình thức này giúp họ không né tránh và mạnh dạn hơn trong tiếp xúc với cộng đồng.

2.2. Tổ chức xét nghiệm tự nguyện; tư vấn, giúp người nhiễm HIV/AIDS biết được tình trạng bệnh của mình và nhận được lời khuyên về các mặt trong sinh hoạt, chữa bệnh, kể cả sinh hoạt tình dục và sức khoẻ sinh sản ...

2.3. Hướng dẫn dùng bơm kim tiêm sạch; tổ chức các địa điểm cung cấp (bán hoặc phân phát) bơm kim tiêm sạch cho những người nghiện ma tuý đã đăng ký và thu hồi bơm kim tiêm đã sử dụng để tiêu huỷ một cách an toàn; tổ chức các điểm thu gom và không vứt bừa bãi bơm kim tiêm sau khi sử dụng.

2.4. Phân phát rộng rãi bao cao su cho những ai cần sử dụng. Đây là biện pháp vừa thực hiện kế hoạch hoá gia đình, vừa có tác dụng

phòng, chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục vừa phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS.

2.5. Hướng dẫn và tổ chức sử dụng liệu pháp thay thế heroin bằng methadone và điều trị duy trì chống tái nghiện bằng naltrexone và các thuốc điều trị thay thế khác với sự kiểm tra, giám sát của cơ sở y tế (methadone cũng là một chất dạng thuốc phiện nên thay thế được heroin, từ đó làm mất hiện tượng thèm khát bằng mọi giá của người nghiện heroin. Tác dụng của methadone trong não tồn tại lâu hơn heroin rất nhiều nên mỗi ngày chỉ cần uống một liều là người nghiện có thể tiếp tục lao động và học tập bình thường, còn heroin cứ 3 giờ lại phải tiêm một liều nên không lao động được gì. Methadone không có tính dung nạp cao, vì vậy hàng ngày chỉ cần dùng một liều nhất định, không phải liên tục tăng liều như khi sử dụng heroin. Methadone chỉ pha dưới dạng siro và chỉ uống trước sự giám sát của nhân viên y tế tại cơ sở điều trị, do vậy tránh được việc tiêm chích có thể lây lan HIV. Đây là những ưu điểm chính của methadone có tác dụng giảm hại nhiều mặt nên đã và đang được áp dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới như Mỹ, 1964; Ôxtraylia, 1969; Hồng Kông, 1972; Trung quốc, 2001 ....).

2.6. Khi tiến hành các giải pháp "giảm tác hại", chúng ta cần lưu ý một số điểm sau:

- Nắm vững mục tiêu của giảm tác hại: thứ nhất, giúp người sử dụng ma tuý tiếp tục sống khoẻ mạnh và có ích trong khi cố gắng tiếp tục điều trị cai nghiện; thứ hai, bảo vệ cộng đồng thông qua việc giảm tội phạm và giảm lây nhiễm chéo HIV/AIDS; thứ ba, theo đuổi mục tiêu ngắn hạn dẫn tới kết quả lâu dài.

- Nắm chắc các nguyên tắc của giảm tác hại:

+ Một là, để đạt mục tiêu thực tế ngắn hạn, cần thực hiện ngay các biện pháp giảm tác hại sớm và nhanh trước khi tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma tuý trên 5%;

+ Hai là, giảm được nguy cơ lây nhiễm HIV theo cấp độ (nhằm khuyến khích mọi người không dùng ma tuý; nếu dùng thì không tiêm chích; nếu chích thì không chích chung; nếu dùng chung thì phải làm sạch dụng cụ bơm, kim tiêm);

+ Ba là, phải là nhóm giải pháp đa chiến lược (kết hợp giữa các biện pháp: thông tin truyền thông; cai nghiện và điều trị thay thế; tiếp cận cộng đồng và giáo dục đồng đẳng; cung cấp bơm kim tiêm sạch và tiêu huỷ bơm kim tiêm bẩn; tháo dỡ rào cản về luật pháp đối với việc tiêm, chích an toàn; giảm tình dục không an toàn; tư vấn và xét nghiệm HIV cho người tiêm chích ma tuý và hoạt động mại dâm; chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục; dự phòng và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội; điều trị và chăm sóc bệnh nhân AIDS; dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; chống phân biệt và kỳ thị; chăm sóc và hỗ trợ cho trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng của HIV/AIDS; hỗ trợ kinh tế-xã hội, dạy nghề, tạo việc làm cho người sau cai nghiện nhằm tái hoà nhập cộng đồng);

+ Bốn là, có sự tham gia của người sử dụng ma tuý (người sử dụng ma tuý và người đã từ bỏ ma tuý đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS; sự tham gia của họ làm tăng thêm tính phù hợp và độ tin cậy của chương trình dành cho chính họ; góp phần xây dựng chiến lược giảm tác hại).

- Không nên nghĩ các giải pháp của giảm tác hại chỉ áp dụng và có lợi cho những nơi có nhiều người nhiễm HIV/AIDS mà ngay cả

những nơi có ít người nhiễm cũng cần phải tiến hành càng sớm càng tốt để ngăn chặn sự lây lan của virus chết người này.

- Đã xuất hiện những lo lắng không đúng khi cho rằng các giải pháp trên, nhất là giải pháp cung cấp bơm kim tiêm dùng một lần và cung cấp bao cao su làm tăng hành vi nghiện chích ma tuý và nạn mại dâm. Các trung tâm khoa học lớn trên thế giới đã nghiên cứu và khẳng định không có bằng chứng nào cho thấy các giải pháp "giảm tác hại" làm tăng tần suất tiêm chích heroin và nạn mại dâm.

3. Hướng dẫn cấp uỷ đảng và chính quyền các cấp tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo và tổ chức thực hiện các giải pháp giảm tác hại nhằm phòng, chống lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

3.1. Về cơ sở pháp lý:

3.1.1. Chúng ta đã có Chỉ thị số 54-CT/TW ngày 30-11-2005 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS trong tình hình mới. Đây là cơ sở chính trị quan trong giúp cho công tác lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy đảng và chính quyền các cấp.

3.1.2. Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17-3-2004 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt "Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020" là cơ sở pháp lý để tổ chức thực hiện các biện pháp giảm tác hại, trong đó:

- Quan điểm trong Chiến lược đã khẳng định: "Đẩy mạnh các biện pháp can thiệp giảm thiểu tác hại là một trong các hoạt động ưu tiên đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS trong thời gian tới".

- Mục tiêu của Chiến lược đã nêu rõ: "Khống chế lây nhiễm HIV/AIDS từ nhóm nguy cơ cao ra cộng đồng thông qua việc triển khai đồng bộ các biện pháp can thiệp giảm thiểu tác hại: thực hiện các biện pháp can thiệp đối với tất cả các đối tượng có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS; 100% tiêm chích an toàn và sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục có nguy cơ".

- Chiến lược của Chính phủ đã cho phép: "Tăng cường tuyên truyền về chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại. Triển khai chương trình can thiệp giảm thiểu tác hại một cách đồng bộ bao gồm chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao cao su. Nghiên cứu các kinh nghiệm quốc tế để xây dựng và áp dụng các mô hình triển khai chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao cao su và các chương trình can thiệp khác ở Việt Nam".

- Chiến lược còn khẳng định: Uỷ ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm trực tiếp chỉ đạo, triển khai thực hiện nội dung và các chương trình hành động của Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS từ nay đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 trên địa bàn tỉnh, thành phố, thông qua việc: *Một là*, xây dựng và xác lập các mục tiêu phòng, chống HIV/AIDS trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh, thành phố. *Hai là*, ngoài nguồn ngân sách của Trung ương cấp, các địa phương chủ động đầu tư ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS. *Ba là,* tập trung chỉ đạo, triển khai các biện pháp can thiệp giảm thiểu tác hại bao gồm chương trình bơm kim tiêm sạch, chương trình bao

cao su dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS. Tổ chức tốt việc chăm sóc, điều trị hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS.

3.2. Các nhiệm vụ cụ thể

3.2.1. Đẩy mạnh tuyên truyền nâng cao nhận thức của cán bộ, đảng viên và nhân dân về lý do của việc thực hiện các giải pháp giảm tác hại. Trong đó lưu ý làm rõ một số nội dung cơ bản như:

- Cách lây lan chính của HIV/AIDS hiện nay là tiêm chích ma tuý và mại dâm. Trong khi chưa loại trừ được ma tuý và mại dâm thì làm gì để không tiếp tục lây lan HIV/AIDS ra người chưa bị lây nhiễm;

- Những người bị nhiễm HIV/AIDS đã trở thành một nhóm, họ muốn sống cùng cộng đồng và cần được hướng dẫn, chăm sóc;

- Tương lai việc dùng bơm kim tiêm sẽ rất phổ biến do yêu cầu của việc điều trị bệnh tiểu đường typ 2. Vì vậy, phải thực hiện chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch và tiêu huỷ bơm kim tiêm bẩn để phòng tránh lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền khác qua đường máu;

- Ngoài HIV/AIDS, cũng cần đề phòng viêm gan C, viêm gan B là những bệnh gây ra ung thư gan. Những bệnh này lây lan như cách lây lan của HIV/AIDS.

- Nguy cơ lây nhiễm HIV do tiêm chích ma tuý có thể giảm hoặc loại bỏ bằng cách không dùng chung bơm kim tiêm.

3.2.2. Làm cho cán bộ, đảng viên và nhân dân nắm được các nội dung cơ bản của giảm tác hại, bao gồm:

- Tiếp cận cộng đồng thông qua việc hình thành đội ngũ giáo dục viên đồng đẳng;

- Tư vấn và tổ chức xét nghiệm tự nguyện nhằm phát hiện HIV;

- Thực hiện chương trình cung cấp bơm kim tiêm sạch và huỷ bơm kim tiêm an toàn;

- Tổ chức điều trị cai nghiện ma tuý bằng các thuốc điều trị thay thế như methadone, naltrexone và các loại thuốc khác do ngành y tế đảm nhiệm;

- Thực hiện chương trình cấp phát bao cao su cho những người có nhu cầu nhằm giảm lây nhiễm HIV qua đường tình dục.

3.2.3. Các cấp uỷ đảng và chính quyền trực tiếp lãnh đạo, chỉ đạo thí điểm chương trình giảm tác hại tại địa phương:

3.2.3.1. Thống nhất trong lãnh đạo, chỉ đạo và cam kết thực hiện chương trình, bao gồm:

- Tổ chức các cuộc họp với cấp uỷ đảng, chính quyền và các ban, ngành liên quan của tỉnh để tạo sự đồng thuận về nhận thức và nội dung thực hiện;

- Tổ chức các hội nghị phổ biến về chương trình giảm tác hại với sự tham gia rộng rãi của các đơn vị, các ngành tại cấp huyện, cấp xã, các cụm dân cư và các điểm nóng về ma tuý và HIV/AIDS;

- Tổ chức các hoạt động thông tin, giáo dục truyền thông qua các phương tiện thông tin đại chúng nhằm quảng bá cho chương trình như: tổ chức họp báo, diễn đàn, toạ đàm, nói chuyện chuyên đề trên truyền hình, truyền thanh tỉnh và huyện về chương trình với sự tham gia của các chuyên gia, các nhà hoạch định chính sách, lãnh đạo ngành y tế, lao động, công an ...

- Tổ chức tập huấn cán bộ cho các ban, ngành liên quan của tỉnh, của cấp huyện, cấp xã ... về các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong nhóm nghiện chích ma tuý và mại dâm.

3.2.3.2. Triển khai hoạt động "giáo dục đồng đẳng" và "cộng tác viên" cho nhóm nghiện chích ma tuý

- Thành lập nhóm cộng tác viên, giám sát viên tuyến huyện;

- Thành lập nhóm giáo dục viên đồng đẳng, cộng tác viên đối với người nghiện chích ma tuý tuyến huyện hoặc tuyến xã, phường.

- Chọn điểm và chọn giải pháp thích hợp cho chương trình giảm tác hại;

- Tổ chức tập huấn cho đội ngũ giáo dục viên đồng đẳng và cộng tác viên về các biện pháp giảm tác hại;

- Lãnh đạo tập trung, coi trọng sự phối hợp liên ngành;

- Có giám sát đánh giá và tiến hành sơ kết, rút kinh nghiệm và nhân diện rộng.

Hiện nay, Việt Nam đã có nhiều người nhiễm HIV/AIDS, nhưng chưa lây lan rộng ra cộng đồng mà còn giới hạn trong một số nhóm đối tượng có nguy cơ cao. Trong những nhóm có nguy cơ cao, đáng ngại nhất là nhóm tiêm chích ma tuý và nhóm hoạt động mại dâm, vì họ là nguyên nhân chính làm lây lan và tăng nhanh số trường hợp nhiễm HIV/AIDS ở nước ta. Vì vậy, cùng với tăng cường các giải pháp truyền thông giáo dục phòng chống HIV/AIDS, thì việc tiến hành ngay các giải pháp "giảm tác hại" là biện pháp can thiệp tốt nhất để hạn chế và giảm sự lây lan HIV/AIDS trong các nhóm có nguy cơ cao và không để dịch bệnh này lây lan ra cộng đồng.

Kinh nghiệm thực tế vừa qua cho thấy: Chúng ta có sự hỗ trợ quốc tế về kỹ thuật và tài chính cho một số nơi làm thí điểm. Tuy vậy, trong thời gian tới cần tiếp tục tạo một sự đồng thuận mạnh mẽ hơn nữa trong các văn bản quy phạm pháp luật về "giảm tác hại" để mọi địa phương, mọi ngành vững tâm vận dụng và thực hiện các giải pháp này. Các địa phương cần tổ chức làm thí điểm và nhân rộng các mô hình tốt, tránh tình trạng làm qua loa, hình thức và không tính đến hiệu quả. Việc trao đổi kinh nghiệm giữa các địa phương đã làm, đang làm và có ý định làm là rất cần thiết. Cuối cùng, cần nhấn mạnh rằng: tăng cường sự lãnh đạo của các cấp uỷ đảng và chính quyền các cấp để tạo được sự đồng thuận là một nhân tố quyết định sự thành công của chương trình "giảm tác hại" nhằm phòng, chống lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thanh Long: "Tình hình nhiễm HIV/AIDS trong nhóm nghiện chích ma tuý". Báo cáo tại Hội thảo Quốc gia "Điều trị thuốc thay thế nhằm dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS: Kinh nghiệm quốc tế và những vấn đề đặt ra ở Việt Nam", Hà Nội ngày 15-16 tháng 11 năm 2005.

2. Myat Htoo Razak và ThS Vương Thị Hương Thu: "Tình hình và thử thách của công cuộc phòng, chống HIV/AIDS liên quan đến tiêm chích ma tuý ở châu Á và Việt Nam". Báo cáo tại Hội thảo Khoa học "Giảm thiểu tác hại trong phòng, chống HIV/AIDS", Hà Nội ngày 6-9-2005.

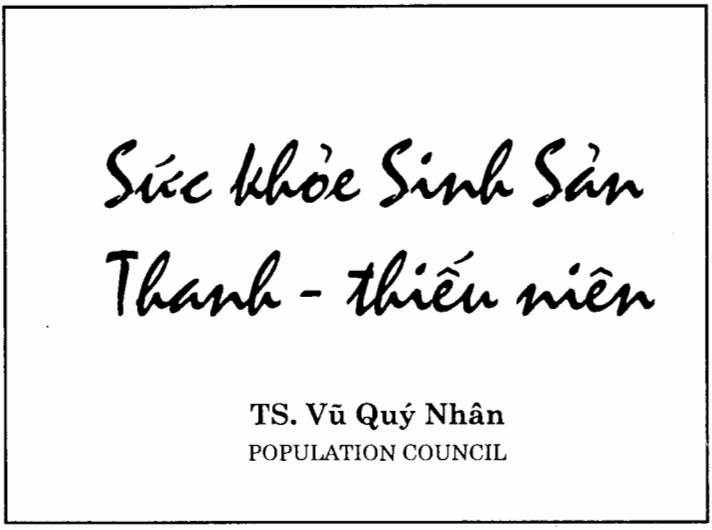
3. Phạm Mạnh Hùng: "Tăng cường vai trò lãnh đạo của các cấp uỷ Đảng trong thực hiện giảm thiểu tác hại liên quan đến phòng chống HIV/AIDS". Báo cáo tại Hội thảo Khoa học "Giảm thiểu tác hại trong phòng, chống HIV/AIDS", Hà Nội ngày 6-9-2005.

4. Nguyễn Minh Tuấn: "So sánh kết quả điều trị chống tái nghiện heroin bằng naltrexone và methadone tại Viện Sức khoẻ tâm thần. Báo cáo tại Hội thảo Quốc gia "Điều trị thuốc thay thế nhằm dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS: Kinh nghiệm quốc tế và những vấn đề đặt ra ở Việt Nam", Hà Nội ngày 15-16 tháng 11 năm 2005.

5. "Từ điển Thuật ngữ về ma tuý Anh Việt" Cơ quan Phòng chống ma tuý và tội phạm của Liên hợp quốc. Văn phòng Đại diện tại Việt Nam (chủ biên Nguyễn Tường Dũng). Nhà Xuất bản Thế giới, năm 2004.

Phụ lục 1:

Nội dung chính bài giảng "Sức khỏe sinh sản Thanh- thiếu niên"



Định nghĩa sức khỏe sinh sản

Sức khỏe sinh sản là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, và không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hoặc tàn phế của hệ thống sinh sản. Điều này cũng hàm ý là mọi người, cả nam lẫn nữ, đều có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp tránh thai an toàn, có hiệu quả và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, đảm bảo cho người phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh nở an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may nhất để sinh được đứa con lành mạnh.

(TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI /WHO)

2

Cần chú ý định nghĩa SKSS

- **TÌNH DỤC VÀ SINH SẢN**
- **CẢ HAI GIỚI : NAM VÀ NỮ**
- **TRÁNH THAI VÀ SINH CON**

KHÔNG CHỈ TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN

3

Định nghĩa VTN, TTN

- VỊ THANH NIÊN: 10-19 TUỔI
  (adolescent, teen-ager) (WHO)
- THANH NIÊN : 19-24 TUỔI
  (youth)
- THANH - THIẾU NIÊN: 14-25 TUỔI
  (adolescent+young adult (điều tra SAVY)

3

Thanh thiếu niên (TTN) trên thế giới

- **1,7 TỶ NGƯỜI THUỘC NHÓM TUỔI 10-24T**
  (1/4 DÂN SỐ THẾ GIỚI, NĂM 2000)
- **85% TTN SỐNG TẠI CÁC NƯỚC ĐANG PHÁT TRIỂN**

4

Thanh thiếu niên ở Việt Nam

- **TỶ LỆ: NHÓM TUỔI 10-24T CHIẾM 1/3 DÂN SỐ**
- **SỐ LƯỢNG TUYỆT ĐỐI : 24 TRIỆU NGƯỜI**

(Tổng điều tra dân số năm 1999)

6

Đặc điểm SKSS ở TTN Việt Nam

- **DẬY THÌ SỚM** (nữ : 13,5, nam: 15,3t)
- **KẾT HÔN MUỘN** (nữ: 24t, nam: 25,5t)

TĐT dân số năm 1999

- **KHOẢNG CÁCH DẬY THÌ - KẾT HÔN KÉO DÀI** (10-11 năm)

Điều có thể xảy ra

- **QUAN HỆ TÌNH DỤC TRƯỚC HÔN NHÂN**
- **THAI NGHÉN NGOÀI Ý MUỐN VÀ CÁC HỆ LỤY: PHÁ THAI VÀ SINH CON**
- **NGUY CƠ NHIỄM CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN ĐƯỜNG TÌNH DỤC, KỂ CẢ HIV/AIDS**
- **LẠM DỤNG/CƯỠNG ÉP TÌNH DỤC**

8

Sức khỏe sinh sản VTN

- **QUAN HỆ TÌNH DỤC SỚM VÀ NHIỀU HƠN THẾ HỆ TRƯỚC ĐÂY, HẬU QUẢ CÓ THỂ GẶP:**

- - Thai nghén ngoài ý muốn
  - Phá thai và hệ quả
  - T hai nghén và sinh con sớm
  - Bệnh lây truyền đường tình dục
  - Nhiễm HIV/AIDS

9

Tình hình SKSS của TTN Việt Nam qua nghiên cứu trước 2004

- Điều tra vị thành niên và biến động xã hội:

  - Mẫu nghiên cứu: 2.126 TTN nam & nữ (13-22t), tại 6 tỉnh, năm 1999
  - Quan hệ tình dục trước hôn nhân:
    nam: 10%, nữ: 5%
  - Có thai ngoài ý muốn: 4 trường hợp (phá thai: 3 và giữ thai: 1)

10

Điều tra sinh viên tại Thành phố Hồ Chí Minh

- **MẪU ĐIỀU TRA: 1.508 NAM, NỮ SINH VIÊN TUỔI 18-24T, CHƯA LẬP GIA ĐÌNH, NĂM 1999**

  - Quan hệ tình dục: nam sv (19,76%), nữ sv (5,59%)

  - Tuổi QHTD lần đầu 20t (sớm nhất 16t)

  - 53,6% không sử dụng biện pháp tránh thai trong qhtd lần đầu

11

Điều tra về hành vi QHTD của học sinh cấp 3 (Tp Hồ Chí Minh)

- Mẫu điều tra: 3.196 học sinh nam nữ, cấp 3 tại Thành phố HCM, năm 2003
  - Tỷ lệ QHTD: nam (11,72%), nữ (4,55%)
  - Tuổi QHTD lần đầu: 17t

12

Điều tra quốc gia về TTN Việt Nam (2002)

- **MẪU: 7,584 TTN NAM NỮ ĐỘ TUỔI 14-25, TỪ 42 TỈNH THÀNH, NĂM 2002**

- Dạy thì: nữ (14,4t); nam (15,6t)
- QHTD trước hôn nhân: nam (11,1%), nữ (4%)
- Tuổi QHTD lần đầu: 19t
- Trong số nam TTN độc thân đã có qhtd, 12% quan hệ với gái mại dâm
- Sử dụng tránh thai trong QHTD lần đầu: 52% (nam: 54,5%, nữ 31,6%)

13

Điều tra quốc gia về TTN Việt Nam (2002)

- **HẬU QUẢ CỦA QHTD TRƯỚC HÔN NHÂN:**

  - **TỶ LỆ CÓ THAI Ở NỮ TTN ĐỘC THÂN: 27,5% (THÀNH THỊ: 20%, NÔNG THÔN: 35%)**

  - **TỶ LỆ PHÁ THAI Ở NỮ TTN CÓ QHTD: 27,3%**

14

Thực trạng về hành vi SKSS của TTN Việt Nam

- **MỘT BỘ PHẬN NAM SỮ TTN NGÀY NAY CÓ QHTD TRƯỚC HÔN NHÂN** (kể cả sinh viên đại học và học sinh cấp 3)

- **NAM TTN CÓ QHTD VỚI GÁI MẠI DÂM**

- **PHÁ THAI Ở NỮ TTN CHƯA CHỒNG**

15

Có thể làm gì?

- **CẤM TTN CÓ QHTD TRƯỚC HÔN NHÂN?**
- **GIÚP TTN TRÌ HOÃN QHTD, NẾU CÓ QHTD THÌ CẦN AN TOÀN VÀ CÓ TRÁCH NHIỆM**

16

Thuận lợi

- **"CẢI THIỆN TÌNH HÌNH SKSS, BAO GỒM SỨC KHỎE TÌNH DỤC, CHO VỊ THÀNH NIÊN QUA GIÁO DỤC, TƯ VẤN VÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ SKSS PHÙ HỢP VỚI LỨA TUỔI**

  Chiến lược Sức khỏe sinh sản 2001-2010

- **"... CHÚ Ý THÍCH ĐÁNG CUNG CẤP DỊCH VỤ (SKSS) CHO THANH NIÊN VÀ VỊ THÀNH NIÊN**

  Chiến lược Sức khỏe sinh sản 2001-2010

17

Đề xuất giải pháp

- GIÁO DỤC SKSS VÀ SKTD
- GIÁO DỤC KỸ NĂNG SỐNG
- TƯ VẤN VÀ SKSS VÀ SK TD
- DỊCH VỤ SKSS VÀ SKTD

18

Cách thực hiện

- CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH TỔNG THỂ
- TRIỂN KHAI Ở CÁC CẤP ĐỘ:
  - NHÀ NƯỚC
  - XÃ HỘI
  - GIA ĐÌNH
  - BẢN THÂN THANH THIẾU NIÊN (quan trọng nhất)

19

Xin cám ơn sự chú ý lắng nghe!

TS. Vũ Quý Nhân

20

Phụ lục 2:

MỘT SỐ KHÁI NIỆM LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

Virus: là tác nhân gây bệnh, có kích thước nhỏ hơn nhiều lần so với kích thước của vi khuẩn, chúng chỉ có khả năng nhân lên trong tế bào sống của cá thể khác. HIV có đường kính bằng 1/20 đường kính của vi khuẩn E.Coli và bằng 1/70 đường kính của tế bào T4.

HIV: (*human immunodeficiency virus*) là loại retrovirus (virut sao bản ngược) làm suy giảm miễn dịch cơ thể người và có thể gây ra AIDS. Đã phát hiện được 2 dòng HIV chính là HIV-1 và HIV-2 (*HIV-1 phổ biến hơn, gặp ở tất cả các quốc gia trên thế giới; trong khi đó HIV-2 chỉ gặp ở các nước phương Tây*) và trong mỗi dòng HIV còn có các chủng, dưới chủng... HIV khác nhau.

AIDS: (*Acquired immunodeficiency syndrome - hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải*) là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người; là giai đoạn cuối thể hiện tình trạng rất trầm trọng của người nhiễm HIV, đến giai đoạn này hệ thống miễn dịch của cơ thể bị tổn thương và suy yếu nghiêm trọng.

Nhiễm trùng cơ hội: (*Opportunistic infections*) là những bệnh nhiễm trùng (*hiếm khi gặp, hoặc nếu có thì mức độ nguy hiểm cũng không trầm trọng như người khoẻ mạnh*) xảy ra khi hệ thống miễn dịch cơ thể người bị suy giảm do HIV, ung thư, sử dụng thuốc ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch.

Miễn dịch: (*Immunity*) khả năng của cơ thể con người chống lại sự tấn công của các tác nhân gây bệnh, như: vi khuẩn, nấm, vi rút, độc tố, ký sinh trùng...

Hệ thống miễn dịch: (*Immune system*) bao gồm:

- Tập hợp các tế bào tương tác lẫn nhau trong cơ thể, có chức năng chọn lọc để bảo vệ cơ thể chống lại sự tấn công của các tác nhân gây bệnh, như: vi khuẩn, nấm, vi rút, độc tố, ký sinh trùng...

- Tập hợp các cơ quan lymphô trong cơ thể con người (ví dụ: hệ thống hạch bạch huyết, tuyến ức- (thymus) lách, tuỷ xương...) để sản sinh ra các tế bào trên.

Kháng nguyên: (*Foreign materials - Antigen*) là các tác nhân lạ xâm nhập vào cơ thể con người gây bệnh, ví dụ: tế bào lạ, vi khuẩn, nấm, vi rút, độc tố, ký sinh trùng...

Kháng thể: (*Antibodies*) là các loại protein tạo ra bởi hệ thống miễn dịch có chức năng tấn công và tiêu diệt kháng nguyên khi tấn công vào cơ thể; mỗi loại kháng thể có chức năng tấn công và tiêu diệt các loại kháng nguyên khác nhau.

Xét nghiệm phát hiện HIV: Vì vi rút có kích thước rất nhỏ không thể phát hiện trực tiếp được, do vậy người ta phải dùng phương pháp xét nghiệm máu để tìm kháng thể kháng HIV. Hiện nay có 2 phương pháp xét nghiệm máu, đó là phương pháp ELISA (*Enzyme-linked immunosorbent assay*) và phương pháp Western blot assay (*để xác nhận kết quả dương tính của phương pháp ELISA*). Chỉ khẳng định chắc chắn có nhiễm HIV khi ít nhất 2 lần phương pháp ELISA dương tính.

Thời kỳ cửa sổ: (*Window period or seroconversion period*) là khoảng thời gian từ khi HIV xâm nhập vào cơ thể đến khi có thể phát hiện được kháng thể trong máu. Khoảng thời gian này có thể kéo dài từ 2 tuần đến 6 tháng, nghĩa là một người nào đó sau khi có các hành vi nguy cơ cao (*dùng chung bơm kim tiêm, quan hệ tình dục không an toàn... với người nhiễm HIV*) mặc dù đã bị HIV xâm nhập vào cơ thể, thì cũng phải sau 2 tuần đến 6 tháng hệ thống miễn dịch của cơ thể mới có thể sản sinh ra kháng thể, và khi đó mới có thể làm xét nghiệm thường quy xem người đó có bị nhiễm HIV hay không. Trong khi đó, ở thời kỳ *cửa sổ* người mới nhiễm HIV vẫn có thể lây nhiễm HIV sang các người khác qua các hành vi như dùng chung bơm kim tiêm hay quan hệ tình dục không an toàn...

Người sống chung với HIV/AIDS: (*People living with HIV or AIDS – PLWHAS*) là những người nhiễm HIV hoặc đã trở thành bệnh nhân AIDS.

Người có H: (*HIV-infected person*) là những người bị nhiễm HIV.

Dịch: (*Epidemic*) là *một tình trạng bệnh* (kể cả các bệnh không truyền nhiễm) xảy ra *trong một khoảng thời gian* nhất định, có tỷ lệ mắc mới vượt quá *tỷ lệ mắc trung bình* ở khu vực đó trong một thời gian dài.

Bệnh: ở đây được quan niệm kể cả một trạng thái, một hiện tượng sức khoẻ nào đó không bình thường (ví dụ, như chứng huyết áp cao là trạng thái nguy cơ đầu tiên của các bệnh tim mạch, bệnh mạch máu não, các bệnh về thận...).

Khoảng thời gian có thể dài một vài năm (như ung thư phổi...), hoặc có thể ngắn hơn nhưng đủ để thấy xu thế tăng giảm của bệnh (ví

dụ chỉ một vài giờ đối với nhiễm độc thức ăn, vài tuần đối với cúm...).

Tỷ lệ mắc trung bình trong một thời gian nào đó còn tuỳ thuộc vào tình hình cụ thể của từng bệnh trong khu vực đó.

Giới hạn của khu vực xảy ra dịch cũng không cố định, có thể nhỏ trong một khu vực có điều kiện tự nhiên hay xã hội nhất định (*endemic-dịch địa phương*), có thể ở nhiều khu vực rất lớn có điều kiện tự nhiên hay xã hội khác nhau (*pandemic-đại dịch*).

Phụ lục 3:

MỐI TƯƠNG QUAN ĐƠN BIẾN CỦA CÁC BIẾN ĐỘC LẬP VỚI CÁC BIẾN PHỤ THUỘC VÀ Ý NGHĨA THỐNG KÊ

Bảng 1: TƯƠNG QUAN CHƯA LẤY QUYỀN SỐ (UNWEIGHED CORRELATION)

Biến phụ thuộc: QHTD trước hôn nhân

TT	Biến độc lập	Có (% hoặc Hệ số (score)	Không (% hoặc Hệ số (score)	Giá trị **p**
1	Cha mẹ ly dị	16,4%	8,0%	.000
2	Mất cha/mẹ khi còn nhỏ tuổi	11,9	8,0	.010
3	Qui mô gia đình	1-2: 6,4	+5: 10,4	.000
4	Hoàn cảnh gia đình tích cực (score)	1.00: 16,0	8.00: 6,2	.006
5	Biết một số vấn đề qua gia đình	7,1	10,2	.000
6	Gắn bó với gia đình (score)	0.00:10,2	4.00:9,8	.000
7	Biết một số vấn đề qua nhóm đồng đẳng	9,6	3,8	.000

8	Gắn bó với nhóm đồng đẳng (score)	0.00: 3,8	2.00: 24,0	.000
9	Không có bạn			NS
10	Có bạn:			
	1. cả 2 giới	9,2	90,8	.000
	2. cùng giới	5,4	94,6	.000
	3. không có bạn	7,8	92,2	.000
11	Từng đi học	7,8	18,5	.000
12	Hiện đang theo học	2,2	12,7	.000
13	Trình độ học vấn	Never: 18,4	BA+: 12,2	.000
14	Chăm học	Agree: 2,0	DisAg: 3,8	.026
15	Từng đi làm	14,7	6,6	.000
16	Từng làm kiếm tiền	12,7	2,8	.000
17	Hiện làm kiếm tiền	14,9	4,6	.000
18	Tuổi dạy thì	16-25: 14,9	<15: 6,4	.000
19	Quan hệ tình dục trước hôn nhân (TDTHN) nếu cả 2 đồng ý	18,3	3.3	.000
20	TDTHN nếu yêu nhau	24,4	3,3	.000

21	TDTHN nếu sẽ lấy nhau	21,3	3,1	.000
22	TDTHN nếu đã trưởng thành.	18,5	3,9	.000
23	TDTHN nếu biết giữ an toàn	20,4	3,4	.000
24	Từng hút thuốc phiện	51,2	8,0	.000
25	Từng hút thuốc lá	22,6	4,0	.000
26	Từng say rượu	17,2	4,2	.000
27	Nghĩ đến tự tử	15,6	8,0	.000
28	Đã toan tự tử	33,3	12,6	.001
29	Nghe nói về bệnh Giang mai	9,1	6,6	.000
30	Nghe nói về bệnh lậu	9,4	5,9	.000
31	Biết số nhiễm bệnh LTĐTD?	1: 5,2	4: 9,5	.000
32	Biết về đồng tính	6,7	9,3	.000
33	Quan điểm tích cực về BCS (score)	0.00:3,6	8.00: 8,2	.000
34	Quan điểm tiêu về BCS (score)	0.00: 7,3	3.00: 9,5	.015
35	Giá trị của BCS (score)	0.00: 3,7	3.00: 8,6	.008

36	BCS giảm khoái cảm	13,7	8,6	.000
37	BCS đắt			NS
38	BCS ngừa thai nghén			NS
39	BCS ngừa bệnh LTĐTD			NS
40	BCS nhăn nhiễn HIV			NS
41	Phụ nữ mang BCS là không đứng đắn	9,5	7,5	.003
42	Đàn ông mang BCS là không đứng đắn			NS
43	BCS là dành cho gái điếm			NS
44	Mại dâm là vô đạo đức	6,8	10,2	.000
45	Mại dâm do hoàn cảnh	9,6	7,1	.000
47	Mại dâm do người ta nghĩ	10,1	7,0	.000
48	Từng được đào tạo nghề	14,7	6,6	.000
49	Từng làm việc	12,7	2,8	.000
50	Biết đúng thời kỳ dễ thụ thai			NS
51	Biết bao nhiêu biện	1: 4,5	4: 7,8	.000

	pháp TT			
52	Biết DCTC	8,5	6,6	.022
53	Biết thuốc tránh thai	8,7	6,0	.001
54	Biết BCS	8,5	4,4	.003
55	Biết biện pháp xuất tinh	14,7	4,6	.000
56	Biết tính vòng kinh	10,3	6,7	.000
57	Chấp nhận đồng tính			NS
58	Internet	10,8	8,0	.009
59	ấn phẩm	7,5	10,2	.000
60	TV			NS
61	Radio	8,8	6,8	.003

Bảng 2. TƯƠNG QUAN CHƯA LẤY QUYỀN SỐ (UNWEIGHED CORRELATION)

Biến phụ thuộc: Sử dụng tránh thai trong QHTD lần cuối

TT	Biến độc lập	Có (% hoặc Hệ số (score)	Không (% hoặc Hệ số (score)	Giá trị p
1	Cha mẹ ly dị			NS
2	Mất cha/mẹ khi còn			NS

3	Qui mô gia đình	1-2: 63	+5: 50,8	.009
4	Hoàn cảnh gia đình tích cực (score)			NS
5	Biết một số vấn đề qua gia đình			NS
6	Gắn bó với gia đình (score)			NS
7	Biết một số vấn đề qua nhóm đồng đẳng			NS
8	Gắn bó với nhóm đồng đẳng (score)			NS
9	Không có bạn			NS
10	Có bạn:			NS
	1. cả 2 giới			
	2. cùng giới			NS
	3. không có bạn			NS
11	Từng đi học	56,2	36,0	.000
12	Hiện đang theo học			NS
13	Trình độ học vấn	Never: 36,7	BA+: 64,6	.000
14	Chăm học			NS

15	Từng đi làm			NS
16	Từng làm kiếm tiền	56,2	46,2	.002
17	Hiện làm kiếm tiền			NS
18	Tuổi dạy thì			NS
19	Quan hệ tình dục trước hôn nhân (TDTHN) nếu cả 2 đồng ý			NS
20	TDTHN nếu yêu nhau			NS
21	TDTHN nếu sẽ lấy nhau			NS
22	TDTHN nếu đã trưởng thành.			NS
23	TDTHN nếu biết giữ an toàn			NS
24	Từng hút thuốc phiện			NS
25	Từng hút thuốc lá			NS
26	Từng say rược			NS
27	Nghĩ đến tự tử			NS
28	Đã toan tự tử			NS
29	Nghe nói về bệnh Giang mai	57,4	48,9	.001
30	Nghe nói về bệnh lậu	57,2	48,6	.002

31	Biết số nhiễm bệnh LTĐTD?			NS
32	Biết về đồng tính	48,1	59,1	.000
33	Quan điểm tích cực về BCS (score)	0.00:40,9	8.00: 62,2	.002
34	Quan điểm tiêu về BCS (score)			NS
35	Giá trị của BCS (score)	0.00: 36,8	3.00: 54,6	.000
36	BCS giảm khoái cảm			NS
37	BCS đắt			NS
38	BCS ngừa thai nghén	55,4	25,0	.003
39	BCS ngừa bệnh LTĐTD			NS
40	BCS nhăn nhiễn HIV			NS
41	Phụ nữ mang BCS là không đứng đắn	9,5	7,5	.003
42	Đàn ông mang BCS là không đứng đắn			NS
43	BCS là dành cho gái điếm			NS
44	Mại dâm là vô đạo đức			NS
45	Mại dâm do hoàn cảnh			NS

47	Mại dâm do người ta nghĩ			NS
48	Từng được đào tạo nghề			NS
49	Từng làm việc	56,2	46,2	.002
50	Biết đúng thời kỳ dễ thụ thai			NS
51	Biết bao nhiêu biện pháp TT	1: 23,5	4: 52,1	.000
52	Biết DCTC	56,4	32,3	.000
53	Biết thuốc tránh thai	56,4	37,6	.000
54	Biết BCS			NS
55	Biết biện pháp xuất tinh	60,7	44,2	.000
56	Biết tính vòng kinh	59,3	45,8	.000
57	Chấp nhận đồng tính			NS
58	Internet			NS
59	ấn phẩm	57,4	50,1	.005
60	TV	56,3	43,3	.000
61	Radio			NS

Bảng 3: TƯƠNG QUAN CHƯA LẤY QUYỀN SỐ UNWEIGHED CORRELATION)

Biến Phụ thuộc: Đã từng QHTD với gái mại dâm

TT	Biến độc lập	Có (% hoặc Hệ số (score)	Không (% hoặc Hệ số (score)	Giá trị **p**
1	Cha mẹ ly dị	24,4%	5,9%	.000
2	Mất cha/mẹ khi còn nhỏ tuổi			NS
3	Qui mô gia đình	1-2: 15,8	+5: 3,2	.000
4	Hoàn cảnh gia đình tích cực (score)			NS
5	Biết một số vấn đề qua gia đình	4,7	9,6	.000
6	Gắn bó với gia đình (score)	0.00:10,2	4.00:9,8	.001
7	Biết một số vấn đề qua nhóm đồng đẳng	7,5	0,8	.000
8	Gắn bó với nhóm đồng đẳng (score)	0.00: 0,8	2.00: 8,3	.000
9	Không có bạn	1,9	7,7	.000
10	Có bạn:			

	1. cả 2 giới	8,6	91,4	.000
	2. cùng giới	4,2	95,8	.000
	3. không có bạn	1,9	98,1	.000
11	Từng đi học	7,1	0,0	.001
12	Hiện đang theo học	17,2	6,4	.000
13	Trình độ học vấn	Cấp1: 3,2	BA+:23,2	.000
14	Chăm học			NS
15	Từng đi làm	10,8	4,8	.000
16	Từng làm kiếm tiền			NS
17	Hiện làm kiếm tiền	7,9	4,4	.006
18	Tuổi dạy thì			NS
19	Quan hệ tình dục trước hôn nhân (TDTHN) nếu cả 2 đồng ý	11,2	2,2	.000
20	TDTHN nếu yêu nhau	10,8	3,3	.000
21	TDTHN nếu sẽ lấy nhau	11,1	2,6	.000
22	TDTHN nếu đã trưởng thành.	11,4	2,9	.000
23	TDTHN nếu biết giữ an toàn	10,6	3,1	.000

24	Từng hút thuốc phiện	65,2	5,6	.000
25	Từng hút thuốc lá	15,3	1,1	.000
26	Từng say rược	13,0	1,4	.000
27	Nghĩ đến tự tử	12,3	6,2	.050
28	Đã toan tự tử			NS
29	Nghe nói về bệnh Giang mai	9,7	0,7	.000
30	Nghe nói về bệnh lậu	9,2	1,0	.000
31	Biết số nhiễm bệnh LTĐTD?	1:0,0	4: 14,9	.000
32	Biết về đồng tính	1,9	9,7	.000
33	Quan điểm tích cực về BCS (score)	3.00:1,2	8.00: 3,1	.000
34	Quan điểm tiêu về BCS (score)	0.00: 5,9	3.00: 3,8	.000
35	Giá trị của BCS (score)			NS
36	BCS giảm khoái cảm	9,5	3,3	.000
37	BCS đắt	2,5	9,5	.000
38	BCS ngừa thai			NS

	nghén			
39	BCS ngừa bệnh LTĐTD			NS
40	BCS nhăn nhiễn HIV			NS
41	Phụ nữ mang BCS là không đứng đắn			NS
42	Đàn ông mang BCS là không đứng đắn	4,7	8,8	.002
43	BCS là dành cho gái điếm	4.4	7,7	.018
44	Mại dâm là vô đạo đức	4,1	9,3	.000
45	Mại dâm do hoàn cảnh	10,6	2,9	.000
47	Mại dâm do người ta nghĩ	8,4	4,9	.007
48	Từng được đào tạo nghề	10,8	4,8	.000
49	Từng làm việc			NS
50	Biết đúng thời kỳ dễ thụ thai			NS
51	Biết bao nhiêu biện pháp TT			NS

52	Biết DCTC			NS
53	Biết thuốc tránh thai			NS
54	Biết BCS			NS
55	Biết biện pháp xuất tinh	8,4	3,4	.000
56	Biết tính vòng kinh			NS
57	Chấp nhận đồng tính			NS
58	Internet	18,1	5,6	.000
59	ấn phẩm	9,0	2,9	.000
60	TV	7,2	2,2	.004
61	Radio			NS

In 2.000 cuốn, khổ 14.5 x 19.5 cm Tại Xí nghiệp in TTTT Thương Mại. Giấy phép XB: 163/GP-CXB cấp ngày 12/06/2006. In xong nộp lưu chiểu quý II năm 2006.

BAN KHOA GIÁO TRUNG ƯƠNG