

Hướng tới việc chăm sóc liên tục cho mẹ và bé

Khám phá các Chương trình Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Hà Nội và Thái Nguyên

Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam

Trường Đại học Y Hà Nội, Việt Nam

Đại học Khoa học xã hội Amsterdam thuộc Đại học tổng hợp Amsterdam



Hướng tới việc chăm sóc liên tục cho mẹ và bé

Khám phá các Chương trình Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
tại Hà Nội và Thái Nguyên

Các tác giả

Pauline Oosterhoff

Nguyễn Thu Anh

Phạm Ngọc Yến

Pamela Wright

Anita Hardon

Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam

Trường Đại học Y Hà Nội, Việt Nam

Đại học Khoa học xã hội Amsterdam thuộc Đại học tổng hợp Amsterdam



Chịu trách nhiệm xuất bản: Giám đốc Hoàng Trọng Quang
Biên tập và chịu trách nhiệm nội dung: Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam
In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2008
In theo giấy phép xuất bản số 33-2008/CXB/436-175/YH, cấp ngày 06/03/2008

Design & Production by **Lotus Communications**, Hanoi – info@lotushanoi.com.vn

Mục lục

iii



Lời nói đầu	v
Lời cảm ơn	vi
Danh mục viết tắt	vii
Tóm tắt	viii
Cập nhật về PLTMC tại Việt Nam	xi
Phần I: Giới thiệu	1
Mục đích nghiên cứu	1
Các phương pháp	1
Quy trình chọn mẫu	1
Các công cụ thu thập dữ liệu	4
Lập biểu đồ phân tích	5
Nhóm nghiên cứu	5
Các vấn đề đạo đức	5
Liên kết với chương trình đang triển khai thực tế	5
Tổng quan về mô hình chăm sóc PLTMC được tiếp cận	6
Vấn đề kỳ thị và giới	6
Thông tin khái quát về quốc gia và các khu vực nghiên cứu	8
Đất nước Việt Nam	8
Bối cảnh kinh tế - xã hội	10
Tình hình lây nhiễm HIV ở Thái Nguyên và Hà Nội	10
Phần II: Tổng quan về đại dịch HIV và hoạt động phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam	12
Những vấn đề chính trong hoạt động kiểm soát HIV/AIDS ở Việt Nam	12
Hệ thống y tế quốc gia	13
Quan điểm một chính sách y tế công theo ngành dọc mạnh	13
Sự phân cấp trong hệ thống y tế	14
Kết hợp giữa nhà nước và tư nhân: chi phí cho bệnh nhân tăng lên	15
Sự tham gia của bệnh nhân và các nhóm tự lực dành cho người sống chung với HIV	16
Những mâu thuẫn trong chính sách về HIV	16
Phạm vi thực hiện PLTMC trên cả nước	17
Phần III: Kết quả đánh giá về PLTMC tại Thái Nguyên và Hà Nội	21
Trụ cột 1: Dự phòng nhiễm HIV ban đầu	21
Nhân tố 1.1: Truyền thông thay đổi hành vi	22
Nhân tố 1.2: Tính sẵn có của các dịch vụ xét nghiệm, Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện	29
Nhân tố 1.3: Khuyến khích sử dụng và cung cấp bao cao su	30
Nhân tố 1.4: Giảm tác hại	31

Trụ cột 2: Dự phòng mang thai ngoài ý muốn ở phụ nữ có HIV	33
Nhân tố 2.1: Mối quan hệ chuyển tuyến giữa TVXNTN và kế hoạch hoá gia đình	34
Nhân tố 2.2: Tiếp cận với nạo phá thai an toàn	36
Trụ cột 3: Phòng ngừa lây truyền từ một bà mẹ nhiễm HIV sang con của họ	36
Nhân tố 3.1: Độ bao phủ của các dịch vụ chăm sóc trước sinh	37
Nhân tố 3.2: Khả năng tiếp cận với xét nghiệm và tư vấn của phụ nữ mang thai	38
Nhân tố 3.3: Nhận kết quả xét nghiệm HIV - hệ thống thông báo.	41
Nhân tố 3.4: Cung cấp thuốc phòng ARV an toàn và hiệu quả	43
Nhân tố 3.5: Cung cấp các dịch vụ sản khoa phù hợp nhất	44
Nhân tố 3.6: Tư vấn và hỗ trợ việc nuôi trẻ an toàn	45
Trụ cột 4: Chăm sóc và hỗ trợ cho những bà mẹ có HIV, con và gia đình của họ	47
Nhân tố 4.1: Tiếp tục chăm sóc những bà mẹ có HIV dương tính	48
Nhân tố 4.2: Các dịch vụ chăm sóc tiếp theo cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.	49
Nhân tố 4.3: Hỗ trợ xã hội cho những phụ nữ có HIV dương tính và gia đình của họ.	53
Phần IV: Kết luận và khuyến nghị	61
Phần V: Tham khảo	64
Phần VI: Phụ lục	69
Danh sách bảng và hình	
Bảng 1: Số cuộc phỏng vấn và quan sát theo cơ sở y tế	3
Bảng 2: Phỏng vấn những người sống chung với HIV/AIDS	3
Bảng 3: Các thành tố của PLTMC được đánh giá trong nghiên cứu theo từng yếu tố trong mô hình của WHO	6
Bảng 4: Lây nhiễm HIV trong các nhóm dân số có nguy cơ tại Hà Nội (%)	11
Bảng 5: HIV Lây nhiễm HIV trong các nhóm dân số có nguy cơ tại Thái Nguyên (%)	11
Hình 1: Hai địa phương được chọn để thực hiện nghiên cứu.	9
Hình 2: Tỷ lệ nhiễm HIV theo vùng ở phụ nữ có thai năm 2002 (MOH, 2005a)	13
Hình 3: Cấu trúc Hệ thống y tế của Việt Nam (MOH, 1996)	14
Hình 4: Chỉ tiêu y tế nhà nước/tư nhân ở một số nước (<i>United Nations Country Team Vietnam, 2003</i>)	15
Hình 5: PLTMC: hệ thống theo chiều dọc trong hệ thống SKBMTE/KHHGD	19
Hình 6: Dừng ở hai con để nuôi dạy con tốt. (<i>những năm 1990</i>) phố Kim Mã, Hà Nội	22
Hình 7: Gái hay trai, Chỉ hai là đủ. (<i>những năm 1990</i>) Đường Nguyễn Trãi, Hà Nội	23
Hình 8: Nam giới nâng cao trách nhiệm, chia sẻ với phụ nữ việc nuôi con, xây dựng gia đình và thực hiện kế hoạch hóa gia đình!	23
Hình 9: Một số báo và tạp chí dành cho phụ nữ	25
Hình 10: Ảnh của nhóm Hoa hướng dương và Hoa xương rồng – Hà Nội	54

Lời nói đầu

V



Phiên họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên hiệp quốc năm 2001 về HIV/AIDS (UNGASS) đã đặt ra mục tiêu: tới năm 2010 cắt giảm 50% tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC). Tuy nhiên, mặc dù phương pháp điều trị cơ bản và chi phí thấp bằng ART có thể giảm 50% nguy cơ lây truyền mẹ con, hiện nay chỉ có 11% phụ nữ mang thai có HIV tại các nước thu nhập ở mức trung bình và thấp được nhận điều trị phòng bệnh bằng phương pháp này.

Thêm nữa, rất nhiều chương trình PLTMC đặc biệt tập trung vào trẻ em, và vì vậy bỏ qua nhu cầu sức khỏe của bà mẹ. Việc phòng mang thai ngoài ý muốn thông qua cung cấp thông tin tránh thai là một nhu cầu sức khỏe sinh sản cấp thiết nhưng lại chưa được đáp ứng của phụ nữ các nước đang phát triển. Chính vì thế, các chương trình PLTMC với cái nhìn còn hạn chế trở nên thiếu hiệu quả và hiệu lực, cả về mặt y tế, sức khỏe cộng đồng, sức khỏe tình dục, sức khỏe sinh sản và khía cạnh nhân quyền.

Cuốn sách này cung cấp các bằng chứng cho thấy việc tiếp cận tích hợp sức khỏe bà mẹ và trẻ em về ra viễn cảnh toàn thặng. Đây là kết quả của dự án hợp tác nghiên cứu ứng dụng nhằm viết ra hướng dẫn cho việc cải thiện các dịch vụ PLTMC tại Việt Nam. Trong bối cảnh đại dịch đang bị chi phối chủ yếu bởi nạn sử dụng và tiêm chích ma túy, thật cần thiết phải có một phương pháp tiếp cận đa nguyên tắc và toàn diện mà quan tâm tới nhu cầu cụ thể của bạn tình và con cái của những người sử dụng ma túy.

Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam cộng tác cùng Đại học Amsterdam đã đưa ra những bằng chứng cho thấy sự khả thi của các dịch vụ PLTMC và sức khỏe sinh sản theo hướng tích hợp trong bối cảnh nguồn lực còn hạn chế. Phương pháp tiếp cận được nhóm nghiên cứu sử dụng là phương tiện hữu dụng cho các bên tham gia, bao gồm các nhà nghiên cứu, cán bộ y tế, tổ chức phi chính phủ, tình nguyện viên, bản thân các bà mẹ và gia đình của họ.

Tôi hi vọng những kết quả từ nghiên cứu này sẽ thúc đẩy và cung cấp thông tin về chương trình tích hợp cho việc phòng chống HIV/AIDS, sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, đặc biệt là hướng tới lợi ích của những phụ nữ phải chịu thiệt thòi, bạn đời và con cái họ trên khắp thế giới.

Bert Koenders

Bộ trưởng Bộ hợp tác phát triển Vương quốc Hà Lan



Vì

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin cảm ơn các thành viên của các tổ chức đối tác đã dành thời gian chia sẻ thông tin và có những trợ giúp quý báu trong công tác nghiên cứu thực địa. Tại Hà Nội: Hội chữ thập đỏ quận Đống Đa, Trung tâm y tế quận Đống Đa, Bệnh viện Đống Đa, Nhà hộ sinh Đống Đa, Trạm y tế phường Khâm Thiên, Trạm y tế phường Thổ Quan, Hội Liên hiệp phụ nữ quận Đống Đa, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện phụ sản Hà Nội, Bệnh viện Xanh Pôn, Nhà hộ sinh A, Chi cục phòng chống tệ nạn xã hội Hà Nội, và Trung tâm Giáo dục – lao động xã hội số 2. Tại Thái Nguyên: Sở y tế tỉnh Thái Nguyên, Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, Bệnh viện A, Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, Trung tâm y tế tỉnh Thái Nguyên, Trạm y tế phường Phan Đình Phùng, Trạm y tế phường Quang Trung, Hội chữ thập đỏ tỉnh, Hội liên hiệp phụ nữ tỉnh, Sở lao động, thương binh và xã hội, và các trung tâm Giáo dục – lao động xã hội.

Chúng tôi đánh giá cao sự cố vấn kỹ thuật của Đại học khoa học xã hội Amsterdam thuộc Đại học tổng hợp Amsterdam, Mạng lưới tư vấn và đào tạo y tế cộng đồng, Trường Đại học Y Hà Nội và tiến sỹ Eileen Moyer. Xin cảm ơn bà Ruth Bowen đã biên tập báo cáo này.

Chúng tôi cũng xin cảm ơn các cán bộ của UBYTHL-VN, bà Willie Ruckert, bà Nguyễn Thị Thu Hương, bà Phạm Văn Trang, bà Bùi Minh Hào, và những cá nhân khác đã đóng góp vào nghiên cứu này.

Công trình là kết quả lao động nỗ lực và nghiêm túc của nhóm nghiên cứu. Ngoài các tác giả, nhóm nghiên cứu còn có Bác sĩ Vũ Thị Bích Diệp, bà Vũ Thị Kim Dung, bác sĩ Nguyễn Thị Tố Uyên, bác sĩ Phạm Công Chính, bà Ngô Thúy Hạnh và bác sĩ Đỗ Quan Hà. Xin cảm ơn những người đã đảm nhiệm công tác quản lý, thu thập và phân tích số liệu và cho ý kiến nhận xét về bản dự thảo của công trình.

Xin cảm ơn thành viên của các nhóm Hoa Hướng Dương, Hoa Xương Rồng, Cho bạn và cho tôi, Vì ngày mai tươi sáng và các nhóm Phụ nữ đồng cảm. Cảm ơn các bạn đã chia sẻ với chúng tôi những câu chuyện thật về chính cuộc đời các bạn.

Bản báo cáo cũng sẽ không thể thực hiện được nếu thiếu sự hỗ trợ tài chính, vì thế chúng tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn đến Bộ Ngoại giao Hà Lan (DGIS) đã hỗ trợ cho chương trình này.

Danh mục viết tắt

vii



AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ART	Điều trị bằng thuốc kháng vi-rút
ARV	(Thuốc) kháng vi-rút
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát bệnh
DOLISA	Sở lao động, thương binh và xã hội
GMD	Gái mại dâm
GIPA	Sự tham gia nhiều hơn của những người sống chung với HIV/AIDS
HAART	Điều trị bằng thuốc kháng vi-rút hiệu quả cao
HIV	Vi-rút gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
HĐTTN	Các hoạt động tạo thu nhập
KKHGĐ	Kế hoạch hoá gia đình
KHPTCN	Kế hoạch phát triển cá nhân
NCH	Người có HIV/AIDS
OI	Nhiễm trùng cơ hội
PCR	Phản ứng chuỗi Polymerase
PEPFAR	Kế hoạch khẩn cấp cứu trợ bệnh nhân AIDS của Tổng thống
PLTMC	Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
PV BCT	Phòng vấn bán cấu trúc
PVS	Phòng vấn sâu
RTI	Lây nhiễm qua đường sinh sản
SD-NV	Nevirapine liều đơn
SK BMTE	Sức khỏe bà mẹ và trẻ em
STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
TB	Bệnh lao
TCMT	Tiêm chích ma túy
TTTĐHV	Truyền thông thay đổi hành vi
TVXNTN	Tư vấn xét nghiệm tự nguyện
UBYTHL-VN	Ủy ban Y tế Hà Lan-Việt Nam
UNAIDS	Chương trình HIV/AIDS của Liên hiệp quốc
WHO	Tổ chức Y tế thế giới



Đánh giá đã sử dụng các phương pháp định tính để xem xét việc thực hiện các biện pháp can thiệp phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con tại hai địa phương có tỷ lệ cao là Thái Nguyên và Hà Nội.

Cho đến năm 2004, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khuyến khích một phương pháp tiếp cận dựa trên 3 yếu tố: (a) dự phòng tiên phát những ca nhiễm mới, (b) dự phòng mang thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV, và (c) dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tuy nhiên, điểm hạn chế của phương pháp này là không chú ý thích đáng đến sức khỏe và đời sống của phụ nữ. Chính vì lý do đó, WHO và UNAIDS đã bổ sung yếu tố thứ tư: chăm sóc và hỗ trợ các bà mẹ có HIV dương tính, con cái và gia đình họ (WHO & UNAIDS, 2004). Hiện nay, người ta đã chú ý tới sự cần thiết phải chăm sóc và hỗ trợ cho phụ nữ trong các chương trình PLTMC và vấn đề này đã được khẳng định tại Diễn đàn cấp cao các đối tác toàn cầu năm 2005. (High Level Global Partners Forum, 2005)

Yếu tố thứ nhất: Dự phòng tiên phát những ca nhiễm mới

Nghiên cứu đánh giá bản chất và phạm vi can thiệp của truyền thông thay đổi hành vi, các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, khuyến khích sử dụng và cung cấp bao cao su trong thực tế và các chương trình giảm tác hại tại các địa điểm nghiên cứu trên địa bàn hai tỉnh Thái Nguyên và Hà Nội.

Bản đánh giá cho thấy, Chính phủ và các nhà tài trợ quốc tế đã hỗ trợ một loạt các chiến lược dự phòng ban đầu. Truyền thông thay đổi hành vi phòng ngừa HIV/AIDS dưới các hình thức như các bảng quảng cáo tuyên truyền, các phương tiện thông tin đại chúng, các trang trợ giúp trên các tạp chí và các trang thông tin của Bộ Y tế đều cung cấp những thông điệp và thông tin về phòng chống HIV/AIDS. Đặc biệt, Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam đã có một mạng lưới nhân viên và hệ thống xuất bản

phẩm chất lượng tiếp cận sâu rộng xuống cộng đồng dân cư. Chính vì vậy, các nhân viên chăm sóc y tế, các nhóm đối tượng và những người nhiễm HIV đều có hiểu biết tốt về HIV/AIDS. Ở một số địa bàn tại hai tỉnh luôn sẵn có bao cao su, dịch vụ xét nghiệm, tư vấn tự nguyện, và kim tiêm sạch. Tại Hà Nội còn có cả một chương trình thuốc thay thế hê-rô-in.

Tuy nhiên, khi xét về phạm vi tác động của những nỗ lực dự phòng ban đầu, vẫn còn tồn tại những khoảng cách, đặc biệt do các cơ quan và các tổ chức cung cấp thông tin và dịch vụ không phối hợp một cách chặt chẽ, hoặc không có sự gắn kết trong cách tiếp cận. Một hạn chế khác cũng ảnh hưởng đến phạm vi tác động tới các nữ bạn tình của những người nghiện chích ma túy (NCMT) hoặc các đối tượng nam giới có nguy cơ cao khác là: xét trong tổng thể dân số, nữ giới lại không phải là một nhóm đối tượng của những nỗ lực dự phòng ban đầu. Các nhóm mục tiêu chính yếu của các can thiệp này là những nhóm nguy cơ cao, đặc biệt là nam giới tiêm chích ma túy. Việc tư vấn về tình dục an toàn và khuyến khích sử dụng bao cao su lại nhắm tới các cặp vợ chồng hoặc những đối tượng tiếp xúc với gái mại dâm, hơn là các bạn tình có mối quan hệ nhìn chung là ổn định. Các hoạt động dự phòng cũng không cảnh báo được các nam nữ thanh niên về nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Các nhóm nam giới có nguy cơ cao là đối tượng phục vụ chính của dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (TVXNTN) trong khi đối tượng là nữ thanh niên hiểu biết còn hạn chế về TVXNTN.

Các biện pháp giảm tác hại như trao đổi kim tiêm, điều trị methadone và phát bao cao su cho những cặp chưa xây dựng gia đình, cũng như quan điểm sinh con có lựa chọn đã bị hạn chế bởi một môi trường trong đó các nhà tài trợ trong nước và quốc tế còn thiếu những thay đổi nhanh chóng và kịp thời.

Kiến nghị:

- Tăng cường tư vấn và kiểm tra sức khỏe trước hôn nhân, bao gồm thông tin về nguy

cơ lây truyền HIV từ cha mẹ sang con và các cách thức dự phòng.

- Tăng cường sử dụng và phân phát bao cao su phục vụ mục tiêu kế hoạch hóa gia đình và dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là HIV, không chỉ cho những đối tượng có quan hệ với gái mại dâm, mà còn cho các cặp vợ chồng.
- Đưa các thông điệp về nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con vào các chương trình giảm tác hại hiện có, bao gồm cả thông tin về cách thức phòng ngừa nguy cơ này.

Yếu tố thứ hai: Dự phòng mang thai ngoài ý muốn cho những phụ nữ nhiễm HIV

Theo chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS của Bộ Y tế đến 2010, việc dự phòng có thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV là một thành tố quan trọng trong PLTMC. Ở cả hai tỉnh tiến hành nghiên cứu đều sẵn có các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình cũng như các cơ sở phá thai an toàn và hợp pháp. Tuy nhiên, thực tế lại cho thấy, hầu hết các chị em gần như không còn có sự lựa chọn nào khác ngoài việc phải tiếp tục giữ thai khi biết được mình bị nhiễm HIV, mà nguyên nhân chủ yếu là do việc xét nghiệm được thực hiện quá muộn. Phần lớn các chị em không biết được tình trạng của mình khi có thai mà chỉ sau khi được xét nghiệm, thường là muộn trong thai kỳ.

Việc chia nhỏ một cách rời rạc, thiếu kết nối các dịch vụ y tế thành các bộ phận như công tác kế hoạch hóa gia đình, TVXNTN, và xét nghiệm bắt buộc trước sinh hay trước phẫu thuật càng làm giảm hiệu quả của những nỗ lực dự phòng có thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV. Điều đó có nghĩa rằng, nam giới và phụ nữ có phản ứng dương tính với HIV đã không được tư vấn đầy đủ về các cách thức dự phòng mang thai ngoài ý muốn.

Kiến nghị:

- Cải thiện chất lượng tư vấn tại các trung

tâm TVXNTN, chú ý đưa vào các thông tin về kế hoạch hóa gia đình và PLTMC cho cả nam giới và nữ giới. Bệnh nhân, đặc biệt là những người phải thực hiện các xét nghiệm máu khác, phải thường xuyên được xét nghiệm HIV và tư vấn về loại vi-rút này.

Yếu tố thứ ba: Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Ở các khu vực thành thị, việc chăm sóc trước sinh được thực hiện rất tốt, và đó cũng chính là cơ sở cho hoạt động PLTMC. Tại Hà Nội, từ cấp quận/ huyện trở lên đều có các hệ thống xét nghiệm HIV thường xuyên, mặc dù việc xét nghiệm được thực hiện khá muộn trong thai kỳ, vào khoảng từ tháng thứ 7 đến tháng thứ 8. Ngoài Bệnh viện Phụ sản trung ương, các bệnh viện còn lại ở cả hai tỉnh đều bắt buộc sản phụ phải xét nghiệm - một việc bị xem là vi phạm nguyên tắc đạo đức xét theo các tiêu chuẩn y khoa quốc tế... Ở Hà Nội, bệnh nhân dễ dàng hơn trong việc tiếp cận với các liệu pháp điều trị an toàn và hiệu quả như thuốc ARV ba trong một hay Nevirapine liều đơn so với Thái Nguyên. Cán bộ y tế ở cả hai tỉnh đều hiểu về nguy cơ lây truyền thông qua việc nuôi con bằng sữa mẹ và tư vấn cho các chị em sử dụng sữa bột cho trẻ, nhưng các bà mẹ lại chịu áp lực phải nuôi con bằng sữa mẹ và các nhân viên y tế lại thường không có kinh nghiệm về vấn đề này khi tư vấn cho chị em.

Kiến nghị:

- Tăng cường khả năng chọn lựa và cải thiện sức khỏe cho tất cả phụ nữ và trẻ em thông qua việc chăm sóc trước sinh sớm trong khuôn khổ một hệ thống phối kết hợp chặt chẽ, cho phép tiếp cận với thuốc ARV, điều trị ART và các nhóm hỗ trợ.
- Tiến hành xét nghiệm HIV ngay trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ tại tất cả các cơ sở chăm sóc trước sinh (bao gồm các trạm y tế phường/xã) theo hình thức tại chỗ hoặc ở tuyến quận huyện, cho phép chị em có thể chọn lựa phương án phá thai nếu họ không

sẵn sàng chấp nhận khả năng rủi ro truyền vi-rút sang con mình.

- Thông báo trực tiếp kết quả xét nghiệm HIV cho chị em, từ đó tạo cơ hội cung cấp các thông tin tư vấn về PLTMC (bao gồm các thông tin về việc nạo phá thai, sinh nở và các phương án nuôi con, và sự cần thiết phải tiếp tục chăm sóc sức khỏe cho cả mẹ và con).
- Bảo đảm tất cả các phụ nữ có thai có kết quả dương tính khi xét nghiệm được chăm sóc y tế, bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán cần thiết cho bản thân và để dự phòng việc lây truyền sang con.
- Hợp tác với các chuyên gia y tế để cải thiện chất lượng chăm sóc cho các bà mẹ nhiễm HIV trong quá trình sinh nở.
- Cung cấp tư vấn cho tất cả các bà mẹ về cách chăm sóc trẻ sơ sinh, và đặc biệt với các bà mẹ có HIV dương tính, tập trung vào các vấn đề cụ thể liên quan đến việc cho ăn và sự cần thiết phải tiếp tục theo dõi và chăm sóc trẻ do các bà mẹ có HIV sinh ra.

Yếu tố thứ tư: Chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ nhiễm HIV, con cái và gia đình họ

Ở cả hai địa phương, các hệ thống chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ có HIV dương tính chưa được thiết lập tốt. Hình thức hỗ trợ xã hội thông qua các nhóm tự lực đưa ra một mô hình tiếp cận có thể cung cấp sự chăm sóc toàn diện góp phần vào một cuộc sống có chất lượng tốt hơn, trong đó những phụ nữ bị ảnh hưởng bởi HIV không chỉ được nhận những lợi ích về y tế, mà cả những lợi ích về xã hội, tâm lý và kinh tế.

Xét một cách tổng quát, việc thiếu toàn diện trong hệ thống chăm sóc sức khỏe do thiếu cách tiếp cận đa lĩnh vực đối với HIV/AIDS chính là một trở ngại chủ yếu trong việc tiếp tục chăm sóc sau sinh. Các phương pháp điều trị như cung cấp thuốc ARV và các loại thuốc khác để điều trị OI ngày càng sẵn có nhưng thường không đến được tay NCH do hệ thống

chuyển tuyến còn yếu và do sự kỳ thị của xã hội. Ở cả hai tỉnh nghiên cứu, phụ nữ nhiễm HIV và gia đình họ phải hội đủ nhiều yếu tố khác nhau mới được tiếp tục chăm sóc tại một loạt các cơ sở y tế xa nhau về khoảng cách địa lý và manh mún về chức năng. Chỉ duy nhất có chương trình của UBYTHL-VN tại Hà Nội mang đến cho các chị em sự hỗ trợ đa lĩnh vực (xã hội, y tế và kinh tế) được phối kết hợp một cách chặt chẽ, cho phép phụ nữ nhiễm HIV, con cái và gia đình họ được tiếp cận với sự chăm sóc toàn diện.

Kiến nghị:

- Thực hiện xã hội hóa y tế và triển khai quan điểm tiếp cận đa lĩnh vực trong phạm vi các chương trình HIV/AIDS, đặc biệt cần phải đưa vào các chương trình cho vay vốn, tạo việc làm và thu nhập, đồng thời chú ý thích đáng đến các thách thức và cơ hội xã hội.
- Giảm số lượng các chương trình sức khỏe theo ngành dọc và các cơ sở chăm sóc sức khỏe thông qua việc hợp nhất các dịch vụ NTLTQĐTD, HIV và kế hoạch hóa gia đình, trong thực tế, đảm bảo mọi người có thể tiếp cận với tất cả các loại dịch vụ mà họ cần.
- Bảo đảm các bà mẹ có HIV dương tính được tiếp tục chăm sóc sức khỏe và điều trị ARV, bao gồm việc xét nghiệm CD4 thường xuyên nhằm xác định thời điểm bắt đầu điều trị ARV.
- Cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng chăm sóc nhi khoa và hỗ trợ cho trẻ em bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.
- Đưa những hướng dẫn về nhu cầu dinh dưỡng của người lớn và trẻ em có HIV vào các chương trình dinh dưỡng tại cộng đồng cho toàn bộ người dân.
- Thu hút các gia đình vào mọi khía cạnh điều trị cho người lớn và trẻ em, nhằm tăng chất lượng chăm sóc trẻ có những nhu cầu đặc biệt do ảnh hưởng của nhiễm HIV, và tăng tuân thủ điều trị.

Cập nhật về PLTMC tại Việt Nam

Xi



Việt Nam là một đất nước đang đổi mới và phát triển nhanh chóng với nền kinh tế tăng trưởng thúc đẩy công nghiệp hoá, đô thị hoá và phát triển kỹ thuật. Chính quyền quốc gia, các nhà tài trợ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ (quốc tế) đã có cố gắng đáng kể trong việc ngăn chặn đại dịch HIV/AIDS cũng như cải thiện việc chăm sóc cho những người đã đang bị nhiễm và chịu ảnh hưởng. Kết quả cho những cố gắng này là tình hình đã được cải thiện trên nhiều phương diện. Hầu hết những khám phá trong báo cáo này đều vẫn có thể áp dụng cho tình hình hiện nay, tuy nhiên, một số vấn đề nhất định chưa từng được đề cập tới giờ đang nhận được nhiều quan tâm hơn. Một vài thay đổi thực tế đã được thực hiện nhằm trả lời cho các câu hỏi đặt ra trong quá trình nghiên cứu và các bằng chứng công trình đưa ra. Các tác giả cho rằng việc nhìn nhận và đánh giá đúng những tiến bộ rõ rệt đã đạt được là vô cùng quan trọng. Đề xuất của chúng tôi vẫn giữ nguyên, nhưng chúng tôi muốn chỉ ra một số thay đổi dưới đây:

- Luật HIV/AIDS mới được áp dụng từ năm 2007, dự thảo dựa trên tài liệu cung cấp bởi những người có H, đã bảo vệ tốt hơn quyền lợi của người nhiễm HIV. Luật HIV/AIDS hợp pháp hoá quyền được (không) làm xét nghiệm HIV miễn phí cho tất cả các phụ nữ đang mang thai tại Việt Nam. Tuy nhiên ngân sách tài trợ cho các xét nghiệm này vẫn chưa có sẵn. Thời gian khám bệnh trong thời kỳ mang thai, như chúng tôi đã đề cập là vô cùng quan trọng, vẫn chưa được luật chỉ ra cụ thể. Hệ thống thông báo vẫn giữ nguyên.

- Methadone đã chính thức được phép sử dụng từ năm 2007 tuy nhiên vẫn chưa sẵn có; việc thực hiện liệu pháp điều trị bằng methadone vẫn còn gặp nhiều trở ngại.
- Hướng dẫn về thủ tục PLTMC chuẩn quốc gia đã được hoàn thành năm 2007. Những đường lối chỉ đạo này hợp pháp hoá việc can thiệp về y tế thiết yếu của PLTMC trong nhánh 3 của tiếp cận PLTMC của WHO và nhìn nhận tầm quan trọng của việc chăm sóc và hỗ trợ phụ nữ sau sinh. Tuy nhiên vẫn chưa có chỉ đạo nào cho việc thi hành thủ tục này.
- Số nhóm hỗ trợ dành cho người có HIV và thành viên gia đình họ đang ngày càng gia tăng, trên khắp Việt Nam. Trong số đó có sáu nhóm Hoa Hướng Dương, bao gồm trong đó hai nhóm mới ở Thái Nguyên dành cho phụ nữ có HIV đang mang thai, hoặc những bà mẹ có HIV và người chăm sóc trẻ mồ côi. Sáu nhóm này cung cấp hỗ trợ cho 1500 thành viên để họ tiếp cận được với chăm sóc liên tục và điều trị ARV cho họ và con họ, cũng như tiếp cận được các nguồn vốn và đào tạo nghề. Tuy nhiên, độ bao phủ của các nhóm này còn hạn chế so với số bà mẹ có HIV ước tính có hiện nay; phụ nữ nông thôn rất hiếm có cơ hội tiếp cận với những nhóm này.

Vì thế, chúng ta có thể nhận thấy mặc dù chúng ta đang sai bước và đặc biệt là những thay đổi quan trọng rõ rệt về mặt thái độ và phương pháp tiếp cận, chúng ta vẫn cần tiếp tục nghiên cứu và ứng dụng trước khi một chương trình PLTMC chất lượng tốt sẽ có sẵn cho tất cả các phụ nữ nhiễm HIV có nhu cầu.

Phần I GIỚI THIỆU



Mục đích nghiên cứu

Nhiều quốc gia với các nguồn lực hạn chế và thiếu các chương trình điều trị bằng thuốc phổ biến để kiểm soát HIV trong đại bộ phận những người bị nhiễm, đã buộc phải thực hiện bước đi thực tế hơn, đó là mua các loại thuốc kháng vi-rút với mục đích dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC). Tuy nhiên, liệu pháp đó có nghĩa là điều trị cho người mẹ chỉ với mục đích giúp cho đứa trẻ, hơn là việc đưa vào những biện pháp can thiệp hướng tới giúp đỡ cả người mẹ, trong khuôn khổ một cách tiếp cận toàn diện hơn để kiểm soát HIV. Nói một cách khái quát hơn, đây chính là chương trình PLTMC đang được triển khai tại Việt Nam.

Đến thời điểm năm 2004, Tổ chức Y tế thế giới khuyến khích một phương pháp tiếp cận nhằm làm giảm sự lây truyền từ mẹ sang con gồm 03 yếu tố : dự phòng (a) những ca lây nhiễm mới ở những đối tượng sắp làm cha làm mẹ, (b) việc mang thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV, và (c) lây truyền HIV từ mẹ sang con. Hiện nay, do giá thuốc ARV đã giảm, đồng thời các nguồn dành cho điều trị trên toàn thế giới đã tăng thông qua các dự án lớn như Quỹ toàn cầu, Quỹ Gates và Quỹ khẩn cấp cho bệnh nhân AIDS của Tổng thống (PEPFAR), WHO và UNAIDS đã bổ sung vào phương pháp tiếp cận đó yếu tố thứ tư: chăm sóc và hỗ trợ những bà mẹ có HIV dương tính, con cái và gia đình họ (High Level Global Partners Forum, 2005; WHO & UNAIDS, 2004). Hiện nay, người ta đã công nhận một cách rộng rãi rằng, cần thiết phải có một chiến lược toàn diện để giảm tỷ lệ trẻ bị nhiễm HIV do các bà mẹ nhiễm HIV sinh ra và cho chúng cơ hội lớn lên một cách khỏe mạnh.

Mục tiêu của báo cáo này là trình bày chi tiết tính sẵn có và khả năng tiếp cận của các chương trình PLTMC tại hai địa phương có tỷ lệ nhiễm HIV cao ở miền Bắc Việt Nam, sử

dụng phương pháp có sự tham gia để nhận diện các cơ hội và thách thức trong từng yếu tố và giữa những yếu tố của phương pháp tiếp cận trên.

Để làm khung trình bày cho phương pháp tiếp cận này, chúng tôi sử dụng định nghĩa bốn yếu tố của WHO về PLTMC, trong đó nhấn mạnh sự cần thiết của việc chăm sóc liên tục. Báo cáo đánh giá nhanh này là một phần trong dự án nghiên cứu so sánh về chăm sóc liên tục trong lĩnh vực PLTMC ở Việt Nam và In-đô-nê-xi-a. Đây là báo cáo đầu tiên trong số một loạt báo cáo về chủ đề này với đối tượng nhắm tới là các học giả, các nhà hoạch định chính sách, các bác sỹ và những người có HIV. Thông tin thu thập được phục vụ bản báo cáo cũng đồng thời cung cấp những bằng chứng làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp nhằm giải quyết những vấn đề cốt lõi mà các cán bộ nghiên cứu và các đơn vị liên quan đã cộng tác và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình nghiên cứu nhận thấy.

Các phương pháp

Nhóm đã tiến hành thu thập các số liệu định tính và định lượng ở một số địa điểm tại hai địa bàn ở miền Bắc Việt Nam là thành phố Hà Nội và tỉnh Thái Nguyên để phục vụ nghiên cứu. Hai thành phố này đều có tỷ lệ nhiễm HIV cao và có nhiều nét tương đồng về văn hóa. Là thủ đô của cả nước, Hà Nội cũng là nơi tập trung nhiều bệnh viện trung ương và có nhiều kinh nghiệm về PLTMC và điều trị ARV hơn.

Quy trình chọn mẫu

Chọn địa điểm nghiên cứu

Việc chọn địa điểm nghiên cứu được thực hiện dựa trên tính sẵn có của các dịch vụ tại các địa điểm này, và cấp độ cũng như chức năng của chúng trong toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe (xem Phụ lục 1). Chúng tôi đã chọn tất cả các bệnh viện tại Hà Nội và Thái

Nguyên có điều trị ARV, PLTMC và OI, cũng như các bệnh viện phụ sản cấp trung ương và cấp tỉnh ở hai thành phố này. Chúng tôi cũng tiếp cận điều tra tất cả các cơ sở y tế mà tại đó có tiến hành xét nghiệm HIV.

Tại mỗi thành phố, chúng tôi chọn lựa các quận/huyện có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất. Chúng tôi tiến hành phỏng vấn và theo dõi từng quận/huyện ở tất cả các cơ sở y tế các cấp như: trung tâm y tế quận/huyện, nhà hộ sinh quận/huyện, Ủy ban chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hóa gia đình cấp quận/huyện, và các trung tâm y tế dự phòng, bao gồm cả các địa điểm xét nghiệm HIV. Ở mỗi quận/huyện, nhóm nghiên cứu cũng tiến hành xuống làm việc thực địa tại hai phường/xã có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất.

Chọn đối tượng phỏng vấn

Căn cứ để chọn đối tượng phỏng vấn là vị trí công tác, chức năng nhiệm vụ và kinh nghiệm của đối tượng đó trong việc xây dựng hoặc thực thi các chính sách về vấn đề PLTMC. Việc lựa chọn những người cung cấp thông tin chủ chốt được thực hiện với sự trợ giúp của Hội Liên hiệp phụ nữ và Sở Lao động, thương binh và xã hội (DOLISA). Các tổ chức và cơ quan phối hợp bố trí phòng riêng cho nhóm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn. Xin xem bảng 1 và 2 về số lượng các cuộc phỏng vấn.

Trước các cuộc phỏng vấn, nhóm nghiên cứu đều tiến hành sàng lọc đối tượng phỏng vấn với mục đích đảm bảo họ nắm giữ các vị trí công tác thích hợp trong ngành y tế, đồng thời có ít nhất một năm kinh nghiệm tại vị trí công tác đó, từ đó họ có thể cung cấp các thông tin chi tiết. Ở hầu hết các địa điểm, các nhà chuyên môn cũng như bệnh nhân, gia đình bệnh nhân và thành viên của các nhóm hỗ trợ đều tham gia một cách tích cực. Tại các bệnh viện cấp tỉnh và trung ương, hay các nhà hộ sinh cấp quận, nhóm nghiên cứu cũng tiến hành phỏng vấn một

số lượng nhỏ các bệnh nhân không nhiễm HIV và người nhà đi kèm.

Các nhóm trợ giúp như Hoa Hướng Dương, Vì ngày mai tươi sáng và các Nhóm Đồng cảm thuộc Hội Liên hiệp phụ nữ giúp nhóm nghiên cứu xác định những người bị nhiễm HIV và gia đình họ khi tham gia. Chúng tôi đề nghị các thành viên nòng cốt thông tin cho nhóm được biết về dự án và mời những tình nguyện viên, ưu tiên những người có lai lịch khác nhau. Những người mới nhiễm mà trước đó chưa từng tham gia bất kỳ nhóm trợ giúp nào được mời tham gia nghiên cứu tại các cơ sở y tế bằng cách nộp đơn; họ có thể liên hệ với nhóm nghiên cứu vào thời gian và địa điểm mà họ thấy thuận tiện. Tất cả những người được phỏng vấn đều ký vào phiếu đồng thuận giải thích về mục đích nghiên cứu. Tất cả những người nhiễm HIV đều được cung cấp thông tin về cách tiếp cận chăm sóc và hỗ trợ trong dự án. Những người được phỏng vấn được hỗ trợ một khoản kinh phí nhỏ cho việc đi lại và thời gian họ đã giành cho cuộc phỏng vấn. Để bảo vệ thông tin cá nhân của những người được phỏng vấn bị nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV, nhóm nghiên cứu đã đổi tên của những người này. Chúng tôi cũng không nêu tên của các cơ quan quản lý trong báo cáo này với mục đích bảo vệ thông tin cá nhân và tính bảo mật của họ.

Thảo luận nhóm tập trung

Nhóm nghiên cứu tiến hành ba cuộc thảo luận nhóm tập trung theo chủ đề về các kinh nghiệm liên quan đến bốn yếu tố của PLTMC với các học viên nam và nữ tại các trung tâm cải tạo tại Ba Vì, và ba cuộc thảo luận khác với các học viên tại một trung tâm ở Thái Nguyên. Ngoài ra, chúng tôi cũng thực hiện một cuộc thảo luận nhóm tập trung đối với một sinh viên tại Hà Nội, có sử dụng các công cụ trực quan là ảnh chụp các pa-nô, áp phích tuyên truyền về HIV/AIDS và về việc các loại ma túy trái phép được tìm thấy tại các địa điểm chiến lược ở các quận/huyện được lựa chọn.

Bảng 1: Số cuộc phỏng vấn và quan sát theo cơ sở y tế

Cơ sở y tế	Phỏng vấn bán cấu trúc với các bác sĩ	Phỏng vấn bán cấu trúc với các y tá/nữ hộ sinh	Phỏng vấn khi ra viện với bệnh nhân	Số ca quan sát tại cơ sở y tế
HÀ NỘI				
Cấp trung ương (3)	11	6	2	3
Cấp tỉnh (4)	9	9	1	4
Cấp huyện (4)	9	5	2	4
Cấp xã (2)	3	1	4	2
Tổng số tại Hà Nội	32	21	9	13
THÁI NGUYÊN				
Cấp trung ương (1)	6	3	5	1
Cấp tỉnh (2)	14	9	2	2
Cấp huyện (1)	5	1	1	1
Cấp xã (2)	2	1	2	2
Tổng số tại Thái Nguyên	27	14	5	6

Bảng 2: Phỏng vấn những người sống chung với HIV/AIDS

Đối tượng	Phỏng vấn sâu	Thảo luận nhóm tập trung	Thăm hộ gia đình
HÀ NỘI			
Phụ nữ HIV+	57		
Nam giới HIV+	34		
Mẹ, mẹ vợ/chồng của người HIV+	7		
Bố, bố vợ/chồng của người HIV+	2		
Khác (anh/chị em ruột/dâu/rể)	3		
Tổng số tại Hà Nội	103	3	27
THÁI NGUYÊN			
Phụ nữ HIV+	28		
Nam giới HIV+	13		
Mẹ, mẹ vợ/chồng của người HIV+	10		
Bố, bố vợ/chồng của người HIV+			
Khác (anh/chị em ruột/dâu/rể)			
Tổng số tại Thái Nguyên	51	3	0

Các công cụ thu thập dữ liệu

Phương pháp nghiên cứu tại chỗ

Chúng tôi đã thu thập hơn 300 tài liệu, bài báo và báo cáo về HIV/AIDS và sức khỏe sinh sản, sau đó nghiên cứu và đánh dấu bằng Endnote. Các tài liệu này khá đa dạng về chủng loại, có cả các tư liệu mang tính học thuật, và cả các tài liệu không công bố bao gồm các báo cáo của các tổ chức trong nước và quốc tế. Thêm vào đó, 34 tài liệu thuộc lĩnh vực chính sách là các nguồn tra cứu quan trọng phục vụ việc phân tích khung pháp lý và môi trường chính sách về sức khỏe sinh sản, các chương trình HIV/AIDS và đặc biệt là các chương trình PLTMC.

Các công cụ thu thập dữ liệu tại thực địa: câu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc

Các câu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc được xây dựng theo từng giai đoạn. Nhóm nghiên cứu bắt đầu bằng những cuộc phỏng vấn có cấu trúc xung quanh các chủ đề nghiên cứu có liên quan đến bốn yếu tố của mô hình chăm sóc liên tục. Ở một số cuộc phỏng vấn đầu tiên, tất cả các thành viên nhóm đều tham gia với mục đích trao đổi ý kiến, đồng thời học hỏi và rút kinh nghiệm từ các cách phỏng vấn riêng của từng thành viên nhóm, sau đó tách thành các nhóm nhỏ 2 người. Do các cơ sở y tế và các cá nhân được phỏng vấn có những dịch vụ và vai trò khác nhau trong việc chăm sóc liên tục nên mỗi cơ sở lại cung cấp những thông tin với các cấp độ cụ thể khác nhau. Từ đó, nhóm xây dựng những hướng dẫn phỏng vấn cụ thể hơn phù hợp với những vai trò và đặc điểm khác nhau đó. Trên cơ sở những cuộc phỏng vấn cấu trúc như vậy, chúng tôi xây dựng ba hướng dẫn phỏng vấn cho các nhóm người được phỏng vấn khác nhau: nhân viên y tế, các cặp nam nữ thanh niên hoặc các cặp sắp kết hôn, và nhóm người sống chung với HIV. (xem các Phụ lục 1, 2, 3). Thứ tự giới thiệu các chủ đề phụ thuộc vào tiến trình trao đổi cụ thể, nhưng phải bảo đảm mỗi cuộc phỏng vấn đều bao quát được tất cả các chủ đề. Trong quá trình phỏng vấn,

cán bộ nghiên cứu có thể bổ sung thêm các chủ đề mới ngoài dự kiến ban đầu.

Ghi chép và xử lý dữ liệu

Những người được phỏng vấn ký giấy cho phép ghi âm cuộc phỏng vấn. Trước khi bắt đầu cuộc phỏng vấn, cán bộ nghiên cứu sẽ yêu cầu những người được phỏng vấn đọc và ký vào giấy đồng ý, và đề nghị họ cho phép ghi âm cuộc phỏng vấn vào băng. Hầu hết tất cả những người được phỏng vấn đều đồng ý cho ghi âm. Những người không đồng ý đều là nam giới và thường có tiền sử sử dụng ma túy. Cán bộ nghiên cứu cũng thông báo với những người được phỏng vấn rằng, trong khi phỏng vấn có thể dừng ghi âm nếu có một câu hỏi nào đó mà người được phỏng vấn cho rằng có tính nhạy cảm và không muốn được ghi âm lại. Trong khi phỏng vấn, cán bộ phỏng vấn sẽ ghi chép lưu lại nội dung.

Kết thúc cuộc phỏng vấn, băng ghi âm sẽ được dừng, cán bộ nghiên cứu mời người được phỏng vấn đặt câu hỏi và đưa ra các nhận xét. Các cuộn băng ghi âm sẽ được gửi đi để gỡ băng và được sử dụng cho những phân tích sâu hơn bằng phần mềm NVivo. Dựa trên nội dung của cuốn băng và những gì ghi chép được, cán bộ nghiên cứu sẽ ghi lại một cách ngắn gọn, bao gồm cả những trích dẫn quan trọng liên quan đến mô hình bốn yếu tố trong khung nghiên cứu. Hai tuần một lần, các cán bộ nghiên cứu sẽ họp lại để chia sẻ kinh nghiệm và các kỹ năng ghi chép, đồng thời thống nhất về cách thức phỏng vấn cũng như cách thức ghi chép. Những ghi chép bằng tiếng Việt sẽ được dịch sang tiếng Anh và được những người phỏng vấn kiểm tra để đảm bảo dịch đúng các khái niệm văn hóa, tiếng lóng và những từ kỹ thuật. Chúng tôi đã tiến hành phân tích định tính tất cả các ghi chép tóm tắt để sử dụng cho báo cáo này.

Quan sát

Chúng tôi cũng tiến hành các chuyến tham quan đến 19 cơ sở dịch vụ y tế. Các nhân viên ở đây đưa chúng tôi đi thăm toàn bộ cơ sở như

thể chúng tôi là những người nhiễm HIV, hoặc những người không nhiễm nhưng đang cần khám thai, nạo phá thai, điều trị nhiễm trùng cơ hội, điều trị kháng virus hay điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Lập biểu đồ phân tích

Chúng tôi đã sử dụng một loạt các nguồn thông tin khác nhau để lập biểu đồ phân tích, trong đó bao gồm:

- Xem xét lại dữ liệu thứ cấp bao gồm các tài liệu về luật, chính sách, các báo cáo chương trình và các công trình nghiên cứu;
- Thu thập dữ liệu định tính thông qua các cuộc phỏng vấn sâu (PVS) với những người cung cấp thông tin chính, các cuộc thảo luận nhóm tập trung và các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc (PVBCT) có sử dụng hướng dẫn;
- Quan sát các cơ sở y tế;
- Thăm các hộ gia đình để tìm hiểu về các hoạt động tạo thu nhập;
- Phân tích các Kế hoạch phát triển cá nhân (KHPTCN). Mỗi thành viên của nhóm Hoa Hướng Dương đều lập một kế hoạch để phân tích các nhu cầu y tế, xã hội và kinh tế của mình, sau đó trình lên cơ quan có thẩm quyền để xin hỗ trợ;
- Phân tích trên các phương tiện thông tin đại chúng: phân tích tất cả các ấn bản trong vòng một năm của 5 tờ báo/tạp chí thuộc Hội Liên hiệp phụ nữ, phân tích định tính chi tiết các “Thư tâm sự” có liên quan đến năm nội dung chính của chủ đề;
- Phân tích SWOT (điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức) với những cá nhân, đơn vị liên quan chủ yếu ở hai thành phố về quy trình sử dụng các dịch vụ PLTMC.

Nhóm nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 4 thành viên có chuyên môn về y tế và 3 thành viên có chuyên môn về khoa học xã hội. Ngoài ra nhóm

nghiên cứu còn có 1 phiên dịch và một người quản lý thực địa.

Các vấn đề đạo đức

Tất cả những người tham gia nghiên cứu đều đồng ý tham gia một cách tự nguyện và được thông báo trước. Những người được phỏng vấn đều được thông báo trước là họ có thể yêu cầu kết thúc phỏng vấn ở bất kỳ thời điểm nào. Để đảm bảo giữ bí mật các thông tin cá nhân, chúng tôi không yêu cầu người tham gia phải khai tên, địa chỉ hay bất kỳ một thông tin nhận diện nào khác. Việc ghi băng các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm chỉ được thực hiện sau khi có sự đồng ý bằng văn bản của những người tham gia. Tất cả các bộ dữ liệu, các bộ câu hỏi và các băng ghi âm được lưu ở một nơi an toàn và không cho phép những người ngoài nhóm nghiên cứu tiếp cận. Sau khi nghiên cứu kết thúc, các băng ghi âm sẽ bị hủy. Chúng tôi chỉ bồi dưỡng cho những người được phỏng vấn một khoản tiền rất nhỏ để lấy chi phí đi lại và bù đắp thời gian.

Liên kết với chương trình đang triển khai thực tế

Nghiên cứu được liên kết với một chương trình thí điểm cung cấp chăm sóc toàn diện cho phụ nữ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS và ma túy do Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam hỗ trợ từ năm 2004. Dự án cung cấp một loạt các dịch vụ PLTMC cho các bà mẹ và phụ nữ mang thai nhiễm HIV thông qua một mạng lưới liên kết các bệnh viện trung ương và có thể tiếp cận thông qua nhóm hỗ trợ. Chương trình bắt đầu vào tháng 4 năm 2004 chỉ với 4 phụ nữ và tính đến thời điểm tháng 12 năm 2006, con số những người hưởng lợi đã tăng lên đến 600 gồm cả phụ nữ, trẻ em, những người chăm sóc và bạn đời. Nhiều phụ nữ mà cuộc đời họ được kể trong cuốn báo cáo này là những người mà các cán bộ nghiên cứu đã làm việc cùng mỗi tuần trong suốt hơn hai năm trời.

Tổng quan về mô hình chăm sóc PLTMC được tiếp cận

Khi đánh giá việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc liên tục trong PLTMC, chúng ta cần phải thống nhất về định nghĩa các thành tố của chiến lược đó. Mặc dù hiện nay đã có sự thống nhất về bốn yếu tố của chiến lược này (xem Bảng 3), người ta vẫn chưa xác định rõ cần phải đưa nội dung cụ thể nào vào từng yếu tố. Những gì cần thực hiện để đảm bảo việc phòng tránh HIV ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và những người sắp làm cha làm mẹ phụ thuộc vào từng hoàn cảnh cụ thể. Khi đại dịch tập trung vào những người tiêm chích ma túy, giống như ở In-đô-nê-xi-a và Việt Nam, cần phải có những chiến lược dự phòng ban đầu khác nhau. Trong trường hợp đại dịch tập trung vào đối tượng là những người hành nghề mại dâm, như ở Cam-pu-chia, cũng tương tự. Cả hai trường hợp này đều yêu cầu những chiến lược dự phòng rất khác nhau, không giống như những

gì thường được áp dụng trong những tình huống đại dịch thông thường.

Bảng 3 liệt kê những thành tố của từng yếu tố mà chúng tôi đưa vào đánh giá PLTMC. Nếu tất cả các thành tố này đều phát huy chức năng, khi đó ta có thể kết luận PLTMC được triển khai một cách toàn diện. Tuy nhiên, bảng này cũng chỉ ra rằng, PLTMC không phải là một chương trình có thể triển khai một cách đơn giản. Nó đòi hỏi sự cộng tác và phối hợp giữa các chương trình dự phòng và chăm sóc, cũng như giữa các chương trình phòng chống HIV/AIDS, kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản.

Vấn đề kỳ thị và giới

Trong đánh giá của chúng tôi có hai mối quan ngại chính là sự ảnh hưởng rất lớn của kỳ thị, và tác động của những quan hệ giới tính bất bình đẳng khi triển khai PLTMC tại Việt Nam.

Bảng 3: Các thành tố của PLTMC được đánh giá trong nghiên cứu theo từng yếu tố trong mô hình của WHO

1. Dự phòng ban đầu những ca lây nhiễm mới	2. Dự phòng có thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV	3. Dự phòng lây truyền từ các bà mẹ nhiễm HIV sang con	4. Cung cấp chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ có HIV dương tính, con cái và gia đình họ
- Truyền thông thay đổi hành vi về tình dục an toàn, cách sử dụng bao cao su, nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con. - Các dịch vụ xét nghiệm, bao gồm cả tư vấn trước và sau xét nghiệm - Các chương trình giảm tác hại (bao gồm trao đổi kim tiêm và điều trị thay thế) - Cung cấp bao cao su	- Liên kết chuyển tuyến giữa TVXNTN và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. - Khả năng tiếp cận các dịch vụ phá thai an toàn	- Các CSTS phát huy tác dụng tốt - Tiếp cận với xét nghiệm HIV sớm trong thai kỳ - Cung cấp thuốc dự phòng ARV an toàn và hiệu quả. - Tư vấn và hỗ trợ cho việc nuôi con an toàn - Cung cấp các dịch vụ sản khoa tối ưu - Có sự tham gia của nam giới	- Tiếp tục chăm sóc các bà mẹ có HIV dương tính - Tiếp tục chăm sóc trẻ. - Hỗ trợ xã hội cho người sống chung với HIV, gia đình họ và cộng đồng

Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS cản trở những nỗ lực của ngành y tế cộng đồng trong việc chống lại đại dịch này. (Malcolm et al., 1998) Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự kỳ thị đối với những người có HIV ở các cơ sở y tế trên toàn thế giới (Brown, Trujillo, & Macintyre, 2001). Một số tác giả khác tập trung phân chia khái niệm “kỳ thị” thành “*cảm thấy*” bị kỳ thị và việc “*bị kỳ thị*” (Brown, Trujillo, & Macintyre, 2001; Jacoby, 1994; Scrambler, 1998). Việc “*cảm thấy bị kỳ thị*” ám chỉ nỗi sợ hãi có thật hoặc tưởng tượng về thái độ của xã hội và sự phân biệt đối xử tiềm tàng nảy sinh từ một sự việc hoặc căn bệnh không mong muốn (như chứng động kinh hoặc HIV), hay liên quan đến một nhóm người cụ thể. Ví dụ, một cá nhân có thể từ chối đi xét nghiệm, phủ nhận nguy cơ HIV của mình hoặc từ chối tiết lộ tình trạng HIV vì sợ những phản ứng tiêu cực có thể xảy ra từ phía gia đình, bạn bè và xã hội. Sự “*bị kỳ thị*” ám chỉ sự phân biệt đối xử xảy ra thực. Ví dụ, việc tiết lộ tình trạng HIV của một cá nhân có thể dẫn đến việc mất đi hợp đồng cho thuê nhà/đất, mất việc làm, mất các lợi ích về sức khỏe hay bạn bè. Việc cảm thấy sự kỳ thị được xem như một chiến lược để kiểm chế nguy cơ xảy ra kỳ thị có thực, ví dụ, khi mọi người không tiết lộ hoặc nói dối về tình trạng HIV của họ nhằm tránh bị tẩy chay. Cả những người có HIV và những nhân viên y tế điều trị cho họ đều có thể bị ảnh hưởng bởi sự kỳ thị.

Bất bình đẳng giới là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự lây lan của đại dịch HIV ở hầu hết các nước. Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam vẫn còn đang tập trung mạnh ở nhóm nam giới nghiện chích ma túy, dẫn đến quan niệm rằng chỉ có nam giới mới có những hành vi nguy cơ cao. Tuy nhiên, một số tác giả đã cho rằng, trong một xã hội Châu Á, phụ nữ có HIV thường có xu hướng phải gánh chịu sự phân biệt đối xử trong gia đình và cộng đồng hơn nam giới (Bharat, Singhanetra-Renard, & Aggleton, 1998; Paxton et al., 2005) Các hình

thức phân biệt đối xử mà phụ nữ có HIV phải gánh chịu là sự nhạo báng và quấy rối, hành hung, và buộc phải thay đổi chỗ ở.

Phụ nữ Việt Nam thường phải gánh vác việc nhà cửa, chăm sóc con cái và những người ốm đau, nghe lời chồng và gia đình nhà chồng (Gammeltoft, 1999; Lynellyn, Le Ngoc Hung, Truitt, Le Thi Phuong Mai, & Dang Nguyen Anh, 2000) Phụ nữ Việt Nam chịu áp lực rất lớn từ phía gia đình và xã hội, về việc phải nêu cao tấm gương đạo đức của gia đình. Thường một người phụ nữ có HIV sẽ chịu đựng sự phê phán bởi khi ấy người đó sẽ bị xem là đã vi phạm một trong những tiêu chuẩn đạo đức quan trọng nhất của xã hội (Khuat Thu Hong, Nguyen Thi Van Anh, & Ogden, 2004)

Theo truyền thống Nho giáo, chỉ có con trai mới đền đáp được những sự hy sinh của các thế hệ tiền tổ và tiếp nối dòng dõi gia đình. Việc không có con, đặc biệt là con trai, là một sự sỉ nhục đối với các bậc tiền tổ và rất đáng xấu hổ (Belanger, 2002; Handwerker, 1998). Bởi vì con gái thường trước sau gì cũng sẽ rời khỏi gia đình, người ta thường kỳ vọng vào con trai hơn và coi đó như một khoản đầu tư (Houghton & Houghton, 1999). Cuộc đời của những phụ nữ được xem là chưa trọn vẹn nếu họ không sinh một đứa con, nhất lại là con trai. Phụ nữ lấy người con trai duy nhất trong một gia đình lại càng phải chịu áp lực lớn trong việc phải sinh con (trai). Những quan niệm về dòng dõi như vậy rất phổ biến và ảnh hưởng đến các quyết định về sức khỏe sinh sản của phụ nữ có HIV.

Cũng giống như ở nhiều nước khác trên thế giới, ở Việt Nam, phụ nữ thường có ít cơ hội tiếp cận giáo dục hơn và bị trả lương thấp hơn nam giới trong cùng điều kiện xã hội; tại các gia đình nghèo, sự khác biệt này càng lớn (National Committee for the Advancement of Women in Vietnam, 2002; UNDP, 2005). Nghèo đói và việc thiếu các cơ hội tiếp cận giáo dục đã hạn chế khả năng đấu tranh của phụ nữ, trong đó có cả sự kiểm soát đối với thân thể và quan hệ

tình dục. Người ta thường không thích những phụ nữ mạnh mẽ (Pham Van Bich, 1997). Sự hạn chế trong giáo dục cũng đồng thời là nguyên nhân gây ra những khó khăn trong giao tiếp giữa chị em và các nhân viên y tế, và thường trong những hoàn cảnh đó, chị em đã khó khăn lại càng khó khăn hơn vì các nhân viên y tế không mấy sẵn lòng lắng nghe những vấn đề hay những quan tâm, lo lắng của họ.

Trong nhiều xã hội, tôn ti trật tự căn cứ theo tuổi tác và giới tính sẽ ảnh hưởng đến việc ra quyết định trong gia đình (Visaria, 1993). Những gia đình nằm trong cộng đồng xã hội chịu ảnh hưởng từ quy tắc đó sẽ bị ảnh hưởng, mà vấn đề trực tiếp nhất là quyền quyết định của người phụ nữ. Những gì chúng ta phải quan tâm nghiên cứu không chỉ là quyền của phụ nữ trong việc quyết định những vấn đề sức khỏe của gia đình, mà còn là tất cả những khả năng lựa chọn của họ và liệu họ có hay không có quyền tham gia và thay đổi những khả năng lựa chọn này trong bối cảnh văn hóa của họ. Mặc dù có thể người phụ nữ trong gia đình không phải là người có khả năng đưa ra những quyết định về các vấn đề sức khỏe, họ lại thường được xem là người phải chịu trách nhiệm về sức khỏe của cả gia đình. Các chi phí phải trả ảnh hưởng trực tiếp tới phụ nữ bởi họ được xem là những người phải chịu trách nhiệm chi trả những chi phí này (Akram-Lodhi, 2002).

Chính phủ Việt Nam, giống như các nhà nước xã hội chủ nghĩa khác như Cuba và Bun-ga-ri, đã có những biện pháp mạnh mẽ để thúc đẩy bình đẳng giới, và một vài biện pháp đã rất thành công. Ví dụ, tỷ lệ nữ đại biểu trong Quốc hội ở Việt Nam dao động ở mức 26-27% - cao thứ 16 trên thế giới và tại khu vực Châu Á - Thái Bình Dương chỉ thấp hơn Australia (26.5%) và New Zealand (30.8%) một chút (Nation Master.com). Vào tháng 11 năm 2006, Quốc hội Việt Nam đã thông qua Luật bình đẳng giới (SRV, 2006). Thời gian sẽ trả lời liệu vị thế của người phụ nữ có dần dần được nâng

lên hay không, song trong thời điểm này, các vấn đề về giới vẫn tiếp tục ảnh hưởng đến vị thế của những phụ nữ có HIV và cả nam giới trong gia đình họ cũng như ngoài cộng đồng.

Thông tin khái quát về quốc gia và các khu vực nghiên cứu

Đất nước Việt Nam

Việt Nam vẫn là nhà nước xã hội chủ nghĩa, nhưng việc thực hiện chính sách Đổi mới năm 1986 đã đánh dấu sự chuyển đổi của đất nước từ nền kinh tế tập trung sang nền kinh tế thị trường, cùng với nhiều thay đổi về chính trị xã hội khác. Các chỉ số về y tế xã hội, chẳng hạn như trình độ dân trí, tỉ lệ tử trẻ em, tỉ lệ tử bà mẹ, của Việt Nam tương đối tốt so với các quốc gia khác cùng trình độ phát triển kinh tế. Năm 2005, theo Báo cáo phát triển con người (UNDP, 2007), Việt Nam đứng thứ 109 trên tổng số 177 quốc gia - cao hơn nhiều so với những mong đợi từ một nước có tổng sản phẩm quốc nội thấp hơn 400 đôla/người/năm. Tuổi thọ trung bình là 68, tỉ lệ người lớn biết chữ vẫn giữ trên mức 90%. Tỉ lệ tử vong bà mẹ đang dần giảm xuống, trong khi tỉ lệ tử sơ sinh và dưới 5 tuổi lần lượt là 19 và 42 phần 1000 (năm 2003). (United Nations Country Team Vietnam, 2005) Một số nhà tài trợ quốc tế hỗ trợ các chương trình y tế nhằm mục tiêu mở rộng qui mô và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tuy nhiên đóng góp chính cho hệ thống y tế vốn là từ ngân sách nhà nước.

Mặc dù những nghiên cứu từ các cơ quan nhà nước và các nhà tài trợ quốc tế sử dụng những thuật ngữ khác nhau để định nghĩa Nghèo (Nguyen Nguyet Nga & Rama, 2004), thông tin từ một cuộc điều tra dân số cho thấy tỉ lệ đói nghèo trên toàn quốc đã giảm đáng kể từ sau Đổi mới. (General Statistic Office, 2007; Ministry of Foreign Affairs, 2006; World Bank, 2004). Tuy nhiên tỉ lệ giảm và tỉ lệ đói nghèo phân cách rõ rệt giữa các vùng miền, và hiện nay tập trung chủ yếu tại các vùng núi phía Bắc,

cao nguyên Nam Trung bộ và vùng duyên hải Bắc Trung Bộ. Hơn nữa việc lực lượng lao động nghèo không có chuyên môn ồ ạt từ các vùng nông thôn đổ về các thành phố lớn như Hà Nội, Thái Nguyên, đặt ra những thách thức mới cho vùng thành thị về vấn đề đáp ứng nhu cầu cho lượng dân số mới nghèo khổ này. Rất nhiều dân di cư không đăng ký hộ khẩu tại thành thị và vì vậy gặp những cản trở khi muốn có phúc lợi xã hội, bao gồm cả chăm sóc y tế (Ministry of Plan and Investment, 2006)

Tại các vùng đô thị, một loạt những ảnh hưởng tiêu cực của thời kỳ Đổi mới thể hiện qua sự tăng mạnh trong tỉ lệ tội phạm, buôn bán ma túy trái phép, tỉ lệ nghiện ma túy và mua bán dâm. Tăng trưởng kinh tế nhanh, thay đổi văn hoá xã hội và hệ-rô-in tương đối sẵn có là các nhân tố góp phần đẩy nhanh số lượng nam giới sử dụng ma túy tại các địa bàn nghiên cứu. (Tran Thu Minh et al., 2006) Hơn nữa, việc sử dụng ma túy nhiều hơn và sự lây lan HIV/AIDS rõ ràng có tương quan với quá trình Đổi mới. (Werner & Belanger, 2002) Một nghiên cứu cho thấy khoảng một nửa số nam giới tiêm chích ma túy làm việc trong các ngành công nghiệp phát triển mạnh mẽ trong thời kỳ Đổi mới như mỏ, xây dựng, lái xe tải, các hoạt động đặt họ vào môi trường có nguy cơ nghiện ma túy và nhiễm HIV. (Nguyen Tran Hien, 2002) Với sự xuất hiện của Đổi mới, nam giới đối mặt với nhiều cơ hội mua bán tình dục ngoài hôn nhân hơn. (Phinney, 2005) Tại các vùng đô thị, nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân và nhà nghỉ, như quán karaoke, quán bar, hàng gội đầu và mát-xa, cũng thường chào mời dịch vụ mại dâm cho khách nam. Những phụ nữ làm việc tại đây thường là dân di cư từ các vùng nông thôn. (Nguyen-Vo Thu Huong, 2002; Walters, 2004)

Cũng giống như Trung Quốc, Việt Nam có một chính sách kế hoạch hóa gia đình mạnh mẽ nằm trong tổng thể các chính sách xây dựng chủ nghĩa xã hội. Những gia đình thực hiện tốt chính sách này sẽ nhận được những phần thưởng vật chất và phi vật chất, chẳng

hạn như được vay tiền từ “CLB những gia đình có 2 con” hay “CLB bà mẹ tốt”. Trong khi đó, những gia đình sinh đông con sẽ phải chịu những rào cản hoặc ngăn cấm nhất định như không được kết nạp Đảng.

Một gia đình “hạnh phúc” lý tưởng là một gia đình gồm bố mẹ và hai con, một con gái đầu lòng và một con trai kế tiếp, tất cả các thành viên gia đình đều có cuộc sống có ích, không mắc phải những tệ nạn xã hội như cờ bạc, ma túy, mại dâm và sách báo khiêu dâm. Lý do giải thích cho tư tưởng thích con gái đầu lòng là người chị thường có thể giúp dạy dỗ em trai mình. Mặc dù những năm gần đây, chính sách chính thức này đã được nới lỏng nhiều, người ta vẫn mong muốn duy trì quy mô gia đình nhỏ, và các cơ quan đoàn thể vẫn gây áp lực yêu cầu các chị em phải hạn chế số con mà họ sinh.

Hình 1: Hai địa phương được chọn để thực hiện nghiên cứu.



Các khu vực nghiên cứu: Thái Nguyên và Hà Nội

Bối cảnh kinh tế - xã hội

Tỉnh Thái Nguyên là trung tâm kinh tế - xã hội khu vực Đông Bắc Việt nam. Thái Nguyên cách Hà Nội khoảng 90km, và là cửa ngõ của các khu vực miền núi phía Bắc. Thái Nguyên có tổng số 180 xã, trong đó 125 xã thuộc các khu vực miền núi và vùng cao, số còn lại ở vùng trung du và các vùng đất thấp. Mật độ dân số ở các khu vực miền núi rất thấp, trong khi mật độ ở khu vực thành thị lại cao. Thái Nguyên có hai bệnh viện lớn, một thuộc tỉnh, một thuộc Trung Ương. Ngoài ra còn có các trung tâm y tế quận/huyện và các trạm y tế phường/xã.

Những năm gần đây Thái Nguyên luôn đạt tốc độ phát triển kinh tế nhanh, với con số 8,9% năm 2005, phần lớn từ khu vực công nghiệp và xây dựng. Tỉnh đã có nhiều nỗ lực cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe miễn phí cho người nghèo thông qua hình thức bảo hiểm y tế giành cho người nghèo trong hai năm. Trong hai năm đó, nếu đối tượng được bảo hiểm không thể thoát nghèo, thời gian bảo hiểm có thể được gia hạn. Tỉnh cũng là nơi có một số dân tộc thiểu số có truyền thống sử dụng thuốc phiện; trong khi thanh niên đang chuyển dần sang sử dụng hệ-rô-in.

Tỷ lệ nhiễm HIV ở Thái Nguyên hiện khá cao một phần bởi tỉnh có một lực lượng dân lưu tán lớn, thường xuyên rời khỏi địa phương để kiếm việc làm tại những hầm mỏ nơi điều kiện làm việc hết sức khó khăn. Trong bối cảnh đó, việc tìm đến ma túy để trốn tránh sự cô đơn, đau đớn và mệt mỏi trở nên phổ biến. Tỉnh hiện có một số lượng lớn thanh niên tiêm chích ma túy và bị nhiễm HIV, đặc biệt là trên địa bàn thủ phủ của tỉnh dọc con đường quốc lộ lên phía Bắc và biên giới với Trung Quốc.

Hà Nội, thủ đô của cả nước, là trung tâm kinh tế, văn hóa và chính trị của miền Bắc. Với số dân ước tính là 3,083,800 (2004), Hà Nội hiện là đô thị lớn thứ hai tại Việt nam (sau Thành

phố Hồ Chí Minh). Hà Nội là trung tâm chính trị của Việt nam nơi đặt trụ sở của tất cả các cơ quan đầu não như Ban chấp hành Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam, Quốc hội, các bộ ban ngành thuộc chính phủ và nhiều tổ chức khác. Năm 2002, GDP của Hà Nội là 20,280 tỷ đồng, với tốc độ tăng trưởng 10.37%. Nông nghiệp chỉ chiếm 2.4% nền kinh tế địa phương, trong khi đó công nghiệp và xây dựng cơ bản chiếm 38.8% và dịch vụ chiếm 34.8%. Đến thời điểm năm 2003, Hà Nội có 45 bệnh viện, 290 phòng khám và 5 bệnh viện quốc tế. Các bệnh viện trung ương ở Hà Nội phục vụ toàn bộ nửa phía bắc của đất nước.

Tình hình lây nhiễm HIV ở Thái Nguyên và Hà Nội

Tỷ lệ nhiễm HIV trong thanh niên đang tăng lên ở cả Thái Nguyên và Hà Nội, đặc biệt là trong số những đối tượng tiêm chích ma túy. Hầu hết những người sử dụng ma túy bắt đầu sử dụng các loại ma túy nặng không bằng cách thức tiêm chích. Tuy nhiên, họ chuyển sang hình thức này rất nhanh, chỉ trong vòng một thời gian ngắn – trung bình là 11 tháng. Hầu hết các đối tượng nam giới tiêm chích ma túy cũng đồng thời có quan hệ tình dục, trong đó có cả tình dục không an toàn. Một nghiên cứu tiến hành trong các đối tượng tiêm chích ma túy độ tuổi từ 16 – 29 tại Hà Nội cho thấy, rất ít người trong số họ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong vòng 30 ngày trước đó: 35,8% trả lời có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục qua đường âm đạo, 11,1% sử dụng khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn (theo kiểu nhận), và 52,2% khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Tổng số có tới 80.3% những người được hỏi sử dụng ma túy trước khi quan hệ tình dục, và 11.6% có bạn tình cũng tiêm chích ma túy trước khi giao hợp (Nguyen Tran Hien & Nguyen Minh Son, 2005). Số lượng vợ và bạn gái của những người tiêm chích ma túy bị nhiễm HIV ngày càng tăng, và họ luôn bị ảnh hưởng bởi HIV. Những người hành nghề mại dâm thường sử dụng ma túy để có thêm sức chịu đựng khi

tiếp khách, hoặc họ hành nghề mại dâm để đáp ứng nhu cầu sử dụng ma túy của mình hoặc bạn tình.

Xu hướng lây lan HIV tại các địa bàn nghiên cứu Thái Nguyên và Hà Nội có thể so sánh được. Nhóm lây lan HIV mạnh mẽ nhất là những người tiêm chích ma túy; ở cả 2 nơi khoảng 1/3 số người tiêm chích ma túy bị nhiễm HIV (Bảng 4 và 5). Các bảng biểu dưới đây cho thấy tỉ lệ lây nhiễm HIV tăng nhanh trong nhóm nguy cơ cao và xu hướng

chung tăng tỉ lệ phụ nữ bị nhiễm trong thập kỷ qua. Khác biệt lớn giữa lây nhiễm HIV của nhóm gái mại dâm giữa Hà Nội và Thái Nguyên có thể được giải thích bởi phương pháp quản lý khác nhau giữa 2 địa phương. Tại Thái Nguyên, gái mại dâm sử dụng ma túy được xếp vào nhóm tiêm chích ma túy trong khi tại Hà Nội họ được xếp vào nhóm gái mại dâm. Ở cả 2 tỉnh thành phố xu hướng của nhóm phụ nữ đang mang thai rất rõ rệt, cho thấy khả năng thoả mãn của các chương trình PLTMC là rất thấp

Bảng 4: Lây nhiễm HIV trong các nhóm dân số có nguy cơ tại Hà Nội (%)

HÀ NỘI	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Người tiêm chích ma túy	2,39	3,25	13,25	17,50	22,25	25,25	30,50	31,25	27,50
Gái mại dâm	0,84	3,75	6,50	10,00	11,50	14,50	15,00	15,50	13,00
Phụ nữ mang thai	<0,1	<0,1	<0,1	0,50	0,38	0,38	0,63	0,25	1,25
Lính nhập ngũ	-	0,13	0,25	0,75	0,50	0,75	0,50	0,50	0,00
Bệnh nhân mắc bệnh lây lan qua đường tình dục	<0,1	<0,1	0,75	3,00	7,00	3,00	4,00	3,50	4,75
Bệnh nhân lao	<0,1	<0,1	1,50	1,00	2,50	7,00	0,63	8,25	7,75

Nguồn: Báo cáo khảo sát về HIV 1994-2005 (Administration of HIV/AIDS Control, 2006)

Bảng 5: HIV Lây nhiễm HIV trong các nhóm dân số có nguy cơ tại Thái Nguyên (%)

THÁI NGUYÊN	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Người tiêm chích ma túy	12,27	6,71	7,97	9,70	27,49	28,40	29,20	32,00	33,25
Gái mại dâm	<0,1	0,24	<0,1	<0,1	<0,1	0,88	1,95	1,67	2,95
Phụ nữ mang thai	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	0,50	1,13	1,38	2,00
Lính nhập ngũ	<0,1	0,10	0,44	1,60	<0,1	1,25	0,99	1,25	-
Bệnh nhân mắc bệnh lây lan qua đường tình dục	<0,1	0,10	<0,1	<0,1	2,99	9,75	6,50	8,25	9,64
Bệnh nhân lao	<0,1	<0,1	0,75	1,73	3,00	2,98	10,50	11,25	12,54

Nguồn: Cục phòng chống HIV/AIDS. Báo cáo khảo sát về HIV 1994-2005 (Administration of HIV/AIDS Control, 2006)



Phần II

Tổng quan về đại dịch HIV và hoạt động phòng chống HIV/AIDS của Việt Nam

Những vấn đề chính trong hoạt động kiểm soát HIV/AIDS ở Việt Nam

Kể từ khi ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện tại Việt Nam năm 1990, đại dịch này đã liên tục phát triển trong tất cả các nhóm dân số được khảo sát (Avert, 2006). Tình trạng lây nhiễm HIV đã tăng lên trong phạm vi cả nước, đặc biệt trong đội ngũ những người nghiện chích ma túy; ở một số tỉnh, 50% số ca nhiễm HIV được phát hiện ở những người tiêm chích ma túy (UNAIDS, 2005). Tổng tỷ lệ gái mại dâm nhiễm HIV năm 2005 là 6,5%, tuy nhiên nhiều người trong số họ cũng đồng thời là những đối tượng tiêm chích ma túy (SRV, 2003d). Việc dùng chung kim tiêm diễn ra phổ biến; khi tiến hành khảo sát hành vi, kết quả cho thấy ít nhất có đến 28% số người tiêm chích ma túy dùng chung dụng cụ tiêm chích (UNAIDS & WHO, 2004).

Tính đến tháng 11/2005, tổng số ca nhiễm HIV thống kê được trên toàn bộ 64 tỉnh thành cả nước là 102.391, trong đó có 10.911 ca mới nhiễm, 16.917 đã bước sang giai đoạn AIDS và 9.862 người đã chết. Mười sáu phần trăm số ca nhiễm HIV thống kê được là nữ giới (UNGASS, 2005). Ước tính số người phải sống chung với vào thời điểm cuối năm 2005 là 263.000 (UNAIDS, 2005).

Các trung tâm cải tạo cho những đối tượng mắc phải các “tệ nạn xã hội” như mại dâm và sử dụng ma túy là một điểm mấu chốt có thể giúp chúng ta hiểu được mối quan hệ tương hỗ giữa HIV/AIDS và nạn tiêm chích ma túy bằng cách tiêm chích trực tiếp vào tĩnh mạch đang diễn ra tại Việt Nam. Một tỷ lệ lớn những người tiêm chích ma túy đang cai nghiện và cải tạo trong các trung tâm này. Mặc dù các điều kiện cụ thể có khác nhau, nhưng nhìn chung tình trạng nhiễm HIV khá phổ biến; khoảng 30-60% học viên có thể bị nhiễm HIV. Khi các học viên vào ra cộng đồng dân cư, HIV và các bệnh truyền nhiễm đó cũng đi theo họ.

Hiện tại, nạn dịch này vẫn tập trung chủ yếu ở các khu vực thành thị và một số khu vực nông thôn nghèo đói hơn, với tỷ lệ di cư cao. Các khu vực biên giới cũng rất quan trọng; có một tỷ lệ tập trung khá cao những người nhiễm HIV ở các khu vực miền núi phía Bắc, giáp với biên giới Việt – Trung, hoặc ở phía nam đồng bằng sông Cửu Long gần biên giới với Cam-pu-chia và ở các thành phố cảng như Hải Phòng.

Đáng báo động là hiện nay nạn dịch này đang bắt đầu di chuyển từ những nhóm nguy cơ cao sang những người dân bình thường, mà phần lớn là lây truyền qua con đường tình dục thông qua khách hàng của những người hành nghề mại dâm. Dẫn chứng cho sự chuyển dịch này là tỷ lệ lây nhiễm gia tăng trong số phụ nữ đi khám thai và nam thanh niên đi khám tuyển nghĩa vụ quân sự. Tỷ lệ nhiễm trong nhóm tân binh tại Việt Nam đã tăng từ 0,04% năm 1996 lên 0,95% năm 2000, sau đó giảm xuống 0,39% năm 2004. Tuổi trung bình của NCH tại Việt Nam đang có xu hướng giảm; hiện tại số người dưới 30 tuổi chiếm tới 64% tổng số người nhiễm HIV (SRV, 2003d).

Như đã trình bày ở phần trên, vợ và bạn gái của những đối tượng tiêm chích ma túy, trong đó có nhiều người đã và đang có kế hoạch xây dựng gia đình, đang bị gia tăng tỷ lệ nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV. Nhiều người trong số họ không sử dụng ma túy và cũng không hành nghề mại dâm. Trong số những chị em đi khám thai ở Hà Nội năm 1994, số ca nhiễm HIV là 0%. Nhưng đến năm 2005, tỷ lệ này đã tăng lên 1,25% (UNAIDS, 2005). Hình 3 cho biết sự phân bố tỷ lệ phụ nữ có thai nhiễm HIV trên cả nước. Năm 2002, tại Việt Nam, ước tính có khoảng 6.000 ca phụ nữ dương tính với HIV sinh con. Tuy nhiên chỉ có khoảng 8% trong số đó (500 người) được phát hiện bởi hệ thống chăm sóc y tế. (SRV, 2003c) Đến thời điểm năm 2004, các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con đã được lên kế hoạch ở 20 tỉnh thành trên cả

nước. Tuy nhiên, hiệu quả của các biện pháp này phụ thuộc vào chất lượng của những cơ sở y tế cung cấp dịch vụ, trong khi yếu tố này có sự biến thiên đáng kể giữa các địa phương trên cả nước.

Lây truyền HIV từ mẹ sang con (MTCT) có thể xảy ra trong các giai đoạn sau 1) khi mang thai, 2) khi chuyển dạ và sinh con hoặc 3) khi cho con bú. Ngay cả khi không có bất kỳ chiến lược can thiệp nào được áp dụng, hầu hết các trẻ sẽ không bị lây nhiễm. Tuy nhiên, tỷ lệ rủi ro lây truyền có thể rất khác nhau trong từng trường hợp cụ thể, đặc biệt là do tình trạng của người mẹ.

Ở các nước giàu, tỷ lệ PLTMC đã giảm xuống chỉ còn ở mức 1-2% số ca sinh con ở các phụ nữ nhiễm HIV sau khi người ta cho áp dụng trên diện rộng một số biện pháp can thiệp

như: kết hợp liệu pháp điều trị ARV cho các phụ nữ nhiễm HIV, tư vấn và xét nghiệm HIV, điều trị ngắn hạn bằng thuốc phòng ARV trước và sau khi sinh con, mổ đẻ có chọn lọc, và sử dụng sữa bột an toàn thay cho sữa mẹ (Mofenson & McIntyre, 2000). PLTMC ban đầu được đưa vào áp dụng ở những nước giàu, khi mà các loại ARV còn đắt đến mức việc các bệnh nhân ở các nước nghèo có thể được điều trị là một điều không tưởng.

Việt Nam đã nhận được những hỗ trợ quốc tế rộng rãi từ hệ thống các tổ chức thuộc Liên hiệp quốc, Ngân hàng thế giới, Ngân hàng phát triển Châu Á, và nhiều nhà quyền góp song phương bao PEPFAR, AUSAID, and DGIS. Dự phòng, Thông tin – giáo dục – truyền thông và giám sát đã đang được ưu tiên, tuy nhiên chăm sóc và điều trị hiện nay cũng đang nhận được tăng ngân sách. Chăm sóc và hỗ trợ là một ưu tiên PEPFAR, nhà quyền góp quốc tế lớn nhất, cung cấp 67 triệu đôla Mỹ trong năm 2007 và ước tính 84 triệu đô năm 2008.

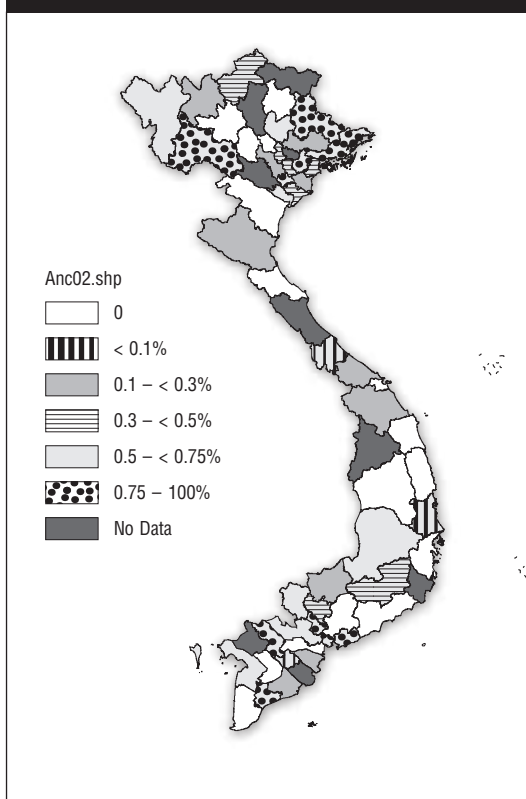
Tuy nhiên những phát triển tích cực trong việc chú ý hơn và tăng thêm quỹ cho việc điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, bên cạnh dự phòng, lại bị đối trọng bởi chính sách quốc gia, trong đó tiếp tục coi mua bán dâm và sử dụng ma túy là phạm tội cũng như môi trường quốc tế ngày càng bảo thủ, điển hình là (không phải chỉ duy nhất) chính sách PEPFAR hạn chế hoạt động của các chương trình HIV cho các đối tượng hành nghề mại dâm và tiêm chích ma túy.

Hệ thống y tế quốc gia

Quan điểm một chính sách y tế công theo ngành dọc mạnh

Việt Nam có một hệ thống y tế theo ngành dọc vững mạnh, vươn đến cả cấp làng bản (xem Hình 3 dưới đây). Tuy nhiên, sự phối kết hợp đa lĩnh vực cũng như sự phối kết hợp theo chiều ngang giữa các chương trình chuyên

Hình 2: Tỷ lệ nhiễm HIV theo vùng ở phụ nữ có thai năm 2002 (MOH, 2005a)



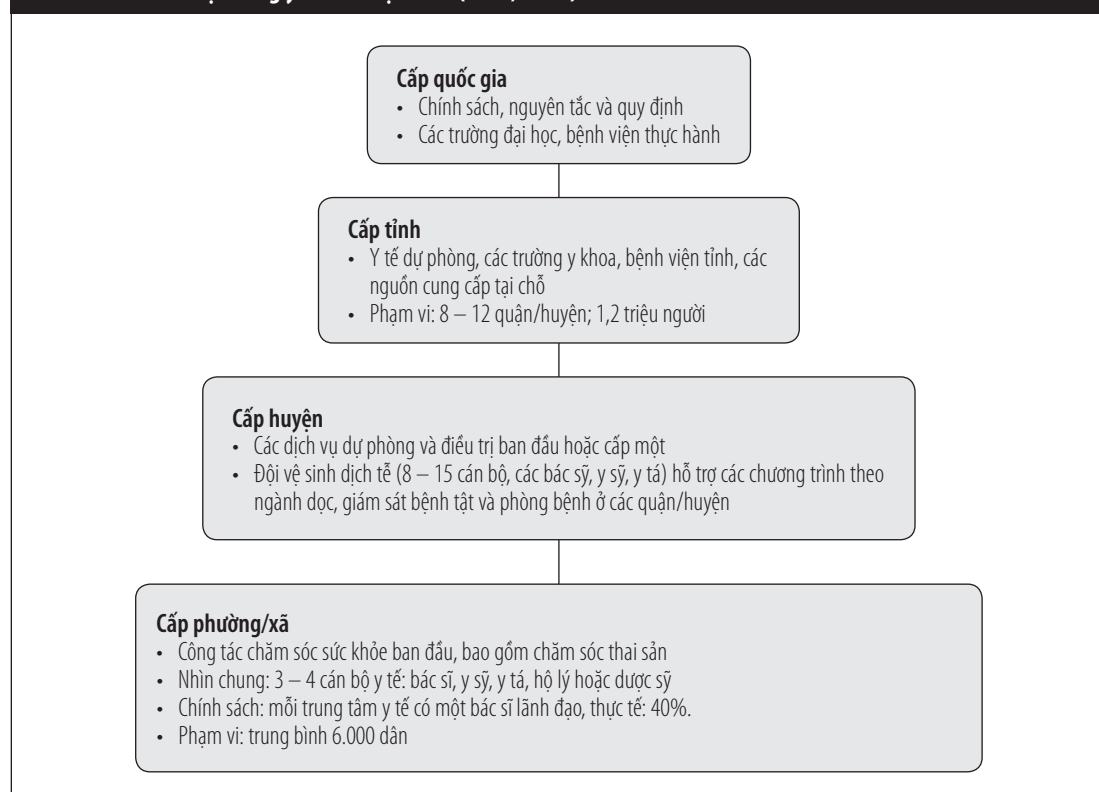
môn với mục đích gắn kết các yếu tố của cách tiếp cận toàn diện lại yếu, ví dụ như giữa chương trình phòng chống HIV/AIDS và chương trình kế hoạch hóa gia đình

Sự phân cấp trong hệ thống y tế

Thoạt nhìn sẽ có cảm tưởng bộ máy nhà nước tổ chức chặt chẽ và các cấp chính quyền từ trên xuống ở Việt Nam có vẻ mâu thuẫn với sự phân cấp ở mảng y tế, trong đó bao gồm sự tham gia của bệnh nhân vào hệ thống y tế. Tuy nhiên, trên thực tế, trong vòng hơn một thập kỷ qua, đã có những sự thay đổi căn bản trong chính sách y tế quốc gia dành cho cấp cơ sở và tại cấp cơ sở. Hội nghị lần thứ 4 Ban chấp hành Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam năm 1993 đã thông qua một Nghị quyết mang tính lịch sử, trong đó coi chăm sóc sức khỏe là nhiệm vụ chung của toàn xã hội và cần phải tập trung vào

y tế tuyến cơ sở nhằm tăng cường toàn bộ hệ thống y tế. Điều này cũng đồng nghĩa với việc nhà nước đã chú trọng hơn đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, trong đó có những người dân sống ở vùng nông thôn, rất xa các bệnh viện. Kể từ thời điểm đó, một loạt các Nghị định và Quyết định đã được phát triển và tăng cường hơn nữa quan điểm về thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu. (SRV, 1995b) Chăm sóc sức khỏe ban đầu phù hợp với ý tưởng “xã hội hoá y tế” tại Việt Nam, ý tưởng bắt nguồn từ suy nghĩ một số ban ngành nên tham gia vào việc cung cấp dịch vụ y tế (SRV, 1989). Hơn thế nữa, một loạt các nghị quyết và thông tư hỗ trợ tiếp cận y tế đa cấp (SRV, 1999). Những chính sách này phản ánh những cam kết đối với quốc tế của Việt Nam trong việc phát triển sức khỏe cộng đồng như Tuyên bố Alma Ata năm 1978 nhấn mạnh tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Hình 3: Cấu trúc Hệ thống y tế của Việt Nam (MOH, 1996)



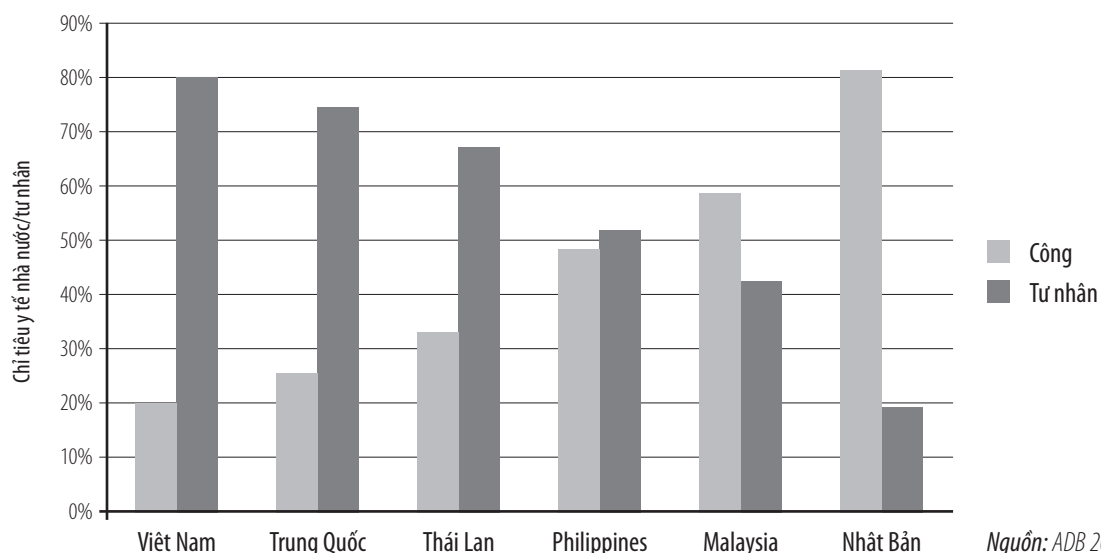
Việc thiếu sự đồng thuận chặt chẽ và phối hợp đồng bộ giữa các ban ngành, chẳng hạn như giữa Bộ y tế và Bộ lao động, thương binh và xã hội, và thậm chí là giữa các cấp y tế (chẳng hạn như giữa Vụ sức khoẻ sinh sản và Cục phòng chống HIV trong Bộ y tế), có thể là những trở ngại cho cách tiếp cận phối kết hợp đa ngành và phân cấp. Luật Ngân sách Nhà nước năm 2002 cho phép Quốc hội (ở cấp trung ương) và Ủy ban nhân dân (ở các cấp địa phương) có quyền phân bổ ngân sách giữa các ngành. (SRV, 2003a) Thêm nữa, vai trò cốt yếu này của Ủy ban nhân dân gây khó khăn cho các ngành cụ thể, ví dụ ngành y tế, khi tổ chức các cuộc họp hoặc phối hợp hoạt động với các ngành khác.

Kết hợp giữa nhà nước và tư nhân: chi phí cho bệnh nhân tăng lên

Mặc dù nhà nước có một hệ thống y tế quy mô lớn, ở Việt Nam hầu hết các chi phí y tế do người dân tự trả. Các khoản tự chi trả đang là nguồn tài chính chủ yếu cho khu vực y tế tư nhân, hiện lên tới gần 23 đô la Mỹ người/năm. Các khoản chi trả này bao gồm các khoản viện phí chính thức và không chính thức tại các

bệnh viện công và tư, của quá trình tự điều trị, và các loại thuốc được kê đơn. Việc áp dụng quy định viện phí đã mang lại các nguồn thu bổ sung cho khu vực y tế nhà nước (0,40 đô la Mỹ người/năm năm 2001) (United Nations Country Team Vietnam, 2003). Các tỉnh có quyền tự quyết định mức phí sẽ thu và các phương pháp thu. Tất cả các khoản phí đều phải nộp trước. Trước khi phẫu thuật hoặc sinh nở, bệnh nhân được yêu cầu phải trả phí xét nghiệm HIV và các bệnh khác. Các khoản phí này cao hơn nếu như bệnh nhân muốn được tiếp tục chăm sóc trong các bệnh viện và cũng cao hơn ở những vùng có mức sống cao. Nhà nước ban hành chính sách miễn viện phí đối với người được xác nhận thuộc diện nghèo, nhưng để đăng ký và được cấp thẻ bảo hiểm miễn phí đó, người dân phải qua rất nhiều thủ tục khó khăn. Ở các khu vực miền núi xa xôi, tất cả các làng bản đều nhận được thẻ khám chữa bệnh miễn phí. Gần đây một chính sách của nhà nước đã mở rộng việc khám chữa bệnh miễn phí cho tất cả trẻ em dưới 6 tuổi. Tuy nhiên, thu nhập của các nhân viên bệnh viện (phần lớn là các thầy thuốc) lại phụ thuộc vào viện phí của bệnh nhân, và đây có thể là một trong những nguyên nhân dẫn

Hình 4: Chi tiêu y tế nhà nước/tư nhân ở một số nước (United Nations Country Team Vietnam, 2003)



Nguồn: ADB 2000

đến việc phân biệt đối xử với những bệnh nhân nghèo và bệnh nhân thuộc diện được miễn viện phí đã được đề cập. Việc sử dụng các kỹ thuật y tế mới như siêu âm và các kỹ thuật hình ảnh trước sinh, và việc sử dụng các dịch vụ tư nhân hiện đang tăng nhanh. Các dịch vụ này không những thoả mãn nhu cầu của cả bệnh nhân lẫn các nhà cung cấp dịch vụ, đồng thời giúp nhà cung cấp kiếm thêm thu nhập (Gammeltoft & Nguyen Thi Thuy Hanh, 2007)

Sự tham gia của bệnh nhân và các nhóm tự lực dành cho người sống chung với HIV

Sự tham gia của khách hàng hay bệnh nhân vào hệ thống y tế và chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả việc thành lập các nhóm tự lực mà thành viên là những người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV, cũng phù hợp với các chính sách gần đây của nhà nước về dân chủ hóa. (SRV, 2003b, 2004) Số lượng các nhóm này đã tăng lên một cách đáng kể trong vòng 3 năm trở lại đây. Số lượng nhóm tự lực không trực tiếp chịu sự quản lý của nhà nước năm 2007 đã tăng hơn gấp đôi so với 2006, từ 34 lên 74 (Health Policy Initiative, 2007) Một số nhóm được các tổ chức quốc tế hỗ trợ. Đây là các hoạt động nằm trong những nỗ lực tăng cường sự tham gia của người có HIV vào các hoạt động phòng chống HIV/AIDS hiện nay. Trong khi đó, các tổ chức đoàn thể quần chúng, mà tiêu biểu là Hội Liên hiệp phụ nữ cũng đã tích cực hỗ trợ các gia đình có thành viên nhiễm HIV. Ví dụ, Hội Liên hiệp phụ nữ đã hỗ trợ cho hơn 300 nhóm đồng cảm với hơn 6000 thành viên trên khắp cả nước, hầu hết là cho các bà mẹ có con trai bị nhiễm HIV. Xét về mục tiêu, số lượng thành viên và mức độ tự kiểm soát của nhóm, cũng như tiểu sử của các thành viên, các nhóm này có sự khác nhau rất lớn.

Một phần nhờ khả năng tiếp cận ngày càng tăng với thuốc điều trị ARV và sự tự do hóa môi trường thể chế chính trị, ngày càng có nhiều nhóm bệnh nhân HIV được thành lập

Xét từ quan điểm của các nhà cung cấp dịch vụ y tế, các nhà tài trợ và các nhà hoạch định chính sách, việc khuyến khích thành lập tổ chức của các bệnh nhân là việc cần làm. Nếu sự phát triển của các tổ chức đó gắn liền với sự tăng cường tính tự chủ cho các cá nhân, gánh nặng trên vai nhà nước sẽ được giảm nhẹ phần nào. Sự gắn kết thành nhóm/tổ chức của bệnh nhân cũng rất hữu ích trong công tác dự phòng; vì nó có thể huy động các thành viên của mình tham gia vào các chiến lược chung trong cộng đồng dân cư thông qua các hoạt động “tiếp cận” hoặc “giáo dục đồng đẳng”. Với các cán bộ phát triển, những người thường làm việc với các nguồn vốn trong một thời gian nhất định, việc nhấn mạnh đến tính tự chủ liên quan đến vấn đề mang tên “chiến lược rút lui bền vững”. Ngược lại, từ quan điểm của nhóm bệnh nhân, sự kêu gọi “trao quyền”, “tự lực”, “quyền tự trị cao hơn” và “tự chủ” có thể không chỉ đơn thuần là hỗ trợ để có thể tự chủ hơn mà còn là nguy cơ bị bỏ rơi. Trong trường hợp chi phí y tế của các gia đình tăng lên, có thể sẽ xuất hiện những quan điểm trái ngược về việc tự lực, đặc biệt là trong số những người có HIV vốn tự cho và bị cho là phải điều trị suốt đời. Các nhóm tự lực có lẽ mong muốn nhận được thêm sự chăm sóc và hỗ trợ, chứ không phải là bớt đi.

Những mâu thuẫn trong chính sách về HIV

Trong bối cảnh nạn dịch HIV phát triển ở Việt nam, chính phủ các nước và các nhà tài trợ quốc tế dành ưu tiên cho các hoạt động dự phòng và giám sát. Mục tiêu trước nhất của các chính sách và chương trình hành động cụ thể về HIV/AIDS là kiểm soát sự lây lan của HIV. Người ta đặt ít sự quan tâm hơn cho việc chăm sóc và điều trị những người bị nhiễm và ảnh hưởng của HIV. Việc chú trọng đến hoạt động phòng ngừa đã mang lại thành công khi chống lại các bệnh dịch truyền nhiễm khác, như bại liệt, SARS và gần đây là cúm gia cầm. Một nghiên cứu sâu hơn mang tính lịch sử về các cơ quan phụ trách và chính sách về HIV/

AIDS ở Việt Nam trong vòng 25 năm qua cho thấy, đã có nhiều quan điểm chính sách trái ngược nhau về HIV/AIDS và tệ nạn xã hội. Những chính sách này phản ánh nỗ lực của Việt Nam trong việc kiểm soát các hoạt động phạm pháp, đặc biệt là việc sử dụng ma túy bất hợp pháp và hành nghề mại dâm, ngăn chặn đại dịch HIV/AIDS và điều trị cho những người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV/AIDS. Những quan điểm trái ngược nhau như vậy đã tạo ra (tái tạo ra) sự chuyển đổi một loạt các Ủy ban, Hội đồng và chương trình chịu trách nhiệm dự phòng và kiểm soát HIV/AIDS.

Vào cuối những năm 1980, Chương trình phòng chống AIDS quốc gia được thành lập với vai trò là chương trình kiểm soát một bệnh truyền nhiễm đặt dưới sự quản lý của Cục Phòng chống AIDS – Bộ Y tế. Năm 1990, Việt Nam thành lập Ủy ban đa ngành phòng chống AIDS quốc gia. Mười năm sau, vào năm 2000, Ủy ban này được sáp nhập với các Ủy ban phòng chống và kiểm soát ma túy bất hợp pháp và mại dâm, trở thành Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS, ma túy và mại dâm.

Thành viên của Ủy ban này bao gồm đại diện của Ban thường trực phòng chống ma túy quốc gia (Bộ Công an), Ban thường trực phòng chống AIDS quốc gia (Bộ Y tế) và Cục phòng chống tệ nạn xã hội (Bộ lao động – thương binh – xã hội). Năm 2003, Ủy ban phòng chống AIDS quốc gia trực thuộc Bộ Y tế, sau đó nhanh chóng được đổi thành Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS. Năm 2005, Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS được đổi tên thành Cục Y tế dự phòng. Kể từ năm 2005, chức năng hỗ trợ Bộ Y tế trong việc kiểm soát và tổ chức các hoạt động phòng chống và kiểm soát HIV/AIDS trên toàn quốc được trao cho một cơ quan mới là Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC), cũng trực thuộc trực tiếp Bộ Y tế.

Trong khi các cơ quan chịu trách nhiệm về HIV/AIDS liên tục thay đổi, những quan

điểm về tệ nạn xã hội cũng thay đổi đa dạng không kém. Sử dụng ma túy trái phép và hành nghề mại dâm bị coi là “các tệ nạn xã hội” làm suy thoái đạo đức, thuần phong mỹ tục và các truyền thống tốt đẹp của dân tộc, mang đến những ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, con cái, đời sống vật chất và tinh thần của nhân dân, an ninh xã hội, và để lại những hậu quả nghiêm trọng cho các thế hệ sau. Tất cả các hình thức tệ nạn xã hội cần phải được ngăn chặn, và những người vi phạm phải bị trừng phạt thích đáng (SRV, 1995a)

Hình thức trừng phạt được biết đến và gây tranh cãi nhiều nhất đối với những người nghiện ma túy và hành nghề mại dâm là cải tạo bắt buộc trong các trung tâm biệt lập nằm ngoài các thành phố. Quá trình cải tạo bao gồm cắt cơn giải độc (“cold turkey”) dạy nghề và giáo dục xã hội thông qua những đồng đảng viên trong các nhóm đồng đảng với thời gian kéo dài từ 3 tháng đến 2 năm. Các trung tâm này cũng tiếp nhận những người tự nguyện, những người mà thường được gia đình “tự nguyện” xin vào để cải tạo. Các gia đình phải trả tiền để con em họ được ở lại trại cải tạo. Việc xét nghiệm HIV là bắt buộc với các học viên. Hầu hết học viên là nam giới. Các học viên là nữ giới thường hay bị cô lập hơn; họ ít được thăm nom và nhận được ít viện trợ từ gia đình hơn.

Phạm vi thực hiện PLTMC trên cả nước

Một số văn bản chính sách ban hành đầu và giữa những năm 90 như Sắc Lệnh về phòng chống HIV/AIDS và Nghị định số 34/CP (SRV, 1996), đã ban hành một khung pháp lý nhấn mạnh đến sự cần thiết phải phòng chống HIV/AIDS. Một Chỉ thị của Ban chấp hành Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam ban hành năm 1995 về “Lãnh đạo công tác dự phòng và kiểm soát HIV/AIDS” đã cho thấy sự quan tâm của nhà nước đến đại dịch HIV/AIDS trong đó bao gồm 3 thành tố chính: thông tin, giáo dục và truyền thông an toàn tại các cơ sở y tế và lãnh đạo công tác dự phòng

và kiểm soát HIV/AIDS (SRV, 1995b). Tuy nhiên, Chỉ thị lại không đề cập đến PLTMC.

Mặc dù một tiểu ban về PLTMC được thành lập và đặt tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 1995, nhưng phải đến năm 2000 văn bản pháp lý đầu tiên trực tiếp quy định về PLTMC mới được ban hành, đó là “Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” (SRV, 2000a). Văn bản này cung cấp các hướng dẫn về điều trị dự phòng, quy định đối với nữ hộ sinh và điều trị sau sinh cho mẹ và con. Văn bản cũng đồng thời hướng dẫn, những phụ nữ nhiễm HIV có thai nếu muốn giữ thai cần phải được đưa tới khoa sản của các bệnh viện tỉnh và trung ương để chăm sóc và quản lý.

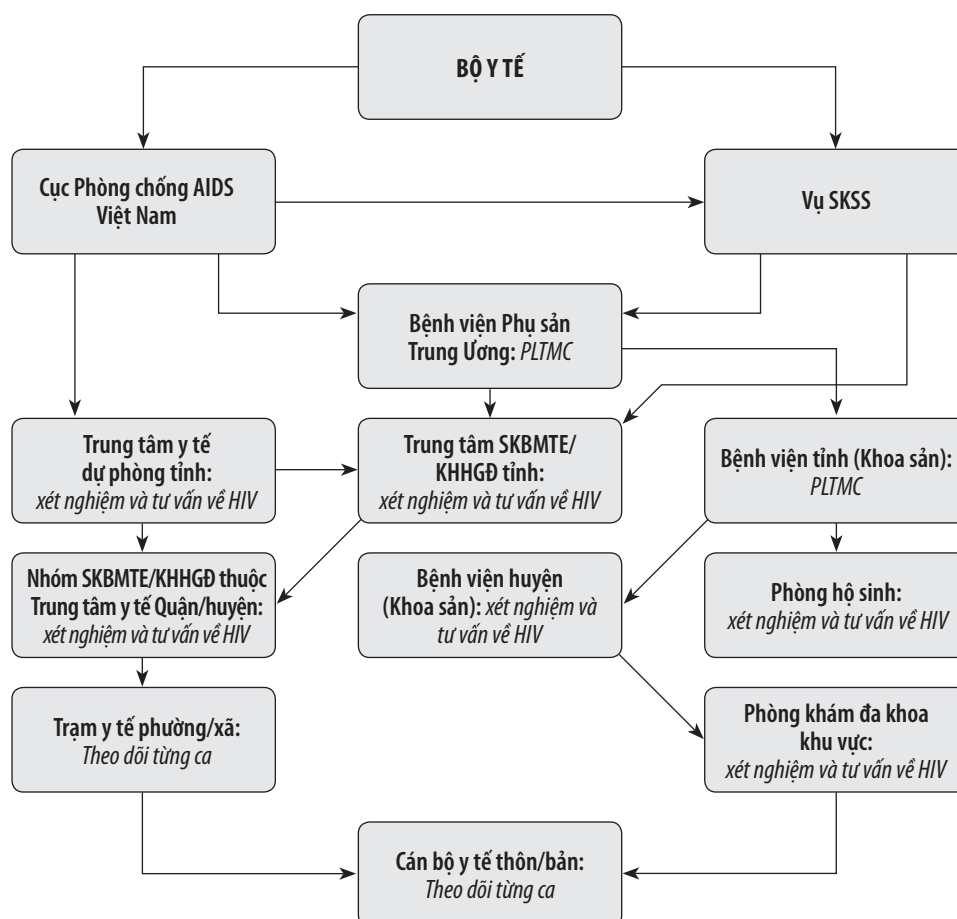
Chính phủ Việt Nam đã cam kết “đến 2005 giảm 20% và 2010 giảm 50% tỷ lệ trẻ sinh ra bị nhiễm HIV” tại khóa họp Đại Hội đồng Liên Hiệp quốc vào tháng 6 năm 2001 (UNGASS, 2005) Năm 2003, Thủ tướng Chính phủ ban hành một Chỉ thị hướng dẫn về cải thiện số lượng và chất lượng của các chương trình PLTMC (SRV, 2003c). PLTMC được xếp vào một trong chín chương trình hành động chủ chốt trong Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đến 2010 (MOH, 2004). PLTMC được mô tả là một chương trình toàn diện bao gồm: (1) nâng cao nhận thức trong phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ về nguy cơ lây truyền HIV và khả năng lây truyền từ mẹ sang con; (2) nâng cao năng lực của hệ thống tham gia vào PLTMC; (3) tăng cường các hoạt động liên quan đến PLTMC sớm; (4) chăm sóc trẻ bị nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV. Vụ sức khỏe sinh sản thuộc Bộ Y tế được chỉ định lên kế hoạch hành động chi tiết cho PLTMC và được hoàn thành trong năm 2006. Tuy nhiên, đường lối chỉ đạo PLTMC tới 2007 mới được hoàn thành. Chiến lược quốc gia về sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010 hướng tới giảm lây truyền qua đường tình dục, bao gồm cả HIV/AIDS, nhưng không đề cập cụ thể tới PLTMC.

Chương trình PLTMC quốc gia hiện thời định hướng vào trẻ em. Chương trình này tuy có

hướng tới đối tượng phụ nữ đang mang thai nhưng lại thờ ơ chống hay gia đình họ. Chương trình PLTMC bao gồm thông tin – giáo dục – truyền thông (IEC), xét nghiệm và tư vấn về HIV, và điều trị dự phòng cho bà mẹ và trẻ sơ sinh. Thực hiện các chính sách hướng dẫn, PLTMC đã được lồng ghép vào chương trình sức khỏe bà mẹ và trẻ em (SKBMTE) theo chiều dọc, và điều đó có nghĩa rằng tất cả các hoạt động ngoại trừ IEC sẽ được thực hiện bởi các bệnh viện/phòng khám sản phụ khoa. Ở cấp quốc gia, Bệnh viện Phụ sản trung ương là bệnh viện đầu ngành chịu trách nhiệm về PLTMC, còn ở cấp tỉnh, các trung tâm SKBMTE/KHHGD là các đơn vị chịu trách nhiệm về PLTMC.

Từ cấp huyện đến cấp trung ương, việc xét nghiệm HIV đối với các chị em sắp sinh nở được thực hiện thường xuyên tại các bệnh viện/phòng khám phụ sản. Thường thì việc xét nghiệm được tiến hành khá muộn trong thai kỳ (tháng thứ 7 hoặc 8). Trở ngại phổ biến nhất đối với việc xét nghiệm HIV cho toàn bộ phụ nữ có thai là thiếu phòng xét nghiệm và chi phí xét nghiệm. Hầu hết chị em đến các trạm y tế xã để được chăm sóc tiền sản, tuy nhiên tại cấp đó lại không có dịch vụ xét nghiệm. Tất cả các bệnh viện và phòng khám tuyến huyện đều thực hiện xét nghiệm nhanh, và tất cả các ca cho kết quả dương tính đều phải xét nghiệm khẳng định lại, mà việc này chỉ có thể thực hiện được ở các bệnh viện và Viện quốc gia ở cấp cao hơn. Chi phí xét nghiệm một lần khoảng 35.000 – 70.000 đồng (2-5 USD). Gần đây, với sự hỗ trợ của Quỹ Toàn cầu và CDC, xét nghiệm HIV đã được thực hiện miễn phí nằm trong dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện dự kiến triển khai tại các bệnh viện phụ sản ở 6 trên tổng số 64 tỉnh thành. Thật không ngạc nhiên chút nào khi khá nhiều phụ nữ dường như không hề được phát hiện trong hệ thống hiện thời, Năm 2005 hệ thống chăm sóc y tế phát hiện 659 phụ nữ nhiễm HIV+, trong khi con số ước tính từ dữ liệu khảo sát là 7,000-8,000. (MOH, 2006) Trên toàn quốc, 16,5% số phụ nữ được xét

Hình 5: PLTMC: hệ thống theo chiều dọc trong hệ thống SKBMTE/KHHGD



Nguồn: Báo cáo đánh giá công tác phối hợp đa ngành trong phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 1999-2004 (MOH, 2005b) và Chiến lược quốc gia về sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010 (SRV, 2000b).

nghiệm HIV trong khi đi khám thai. (General Statistic Office, 2007) Con số này phản ánh không chỉ thiếu nguồn nhân lực và vật lực của ngành y tế, mà cả sự yếu kém trong phân bổ nguồn lực. Cho dù lý do ẩn sau sự việc này là gì, hậu quả là các phụ nữ HIV+ cần được chăm sóc và hỗ trợ đều phải chịu thua thiệt và không được báo cáo trong hệ thống y tế hiện thời. Hiện tại, sau khi xét nghiệm, kết quả sẽ được gửi đến các Trung tâm y tế dự phòng cấp huyện, sau đó báo cáo lên Bộ Y tế và xuống các trạm y tế xã/phường, tại đó các nhân viên y tế sẽ chịu trách nhiệm theo dõi từng ca,

đồng thời có trách nhiệm thông báo kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân.

Hiện nay, phương pháp điều trị PLTMC chuẩn là sử dụng Nevirapine tại thời điểm sinh. Trong năm 2002, chỉ có 25,4% số phụ nữ có thai có kết quả xét nghiệm HIV dương tính được điều trị Nevirapine để dự phòng lây truyền mẹ con (UNGASS, 2005). Tại thời điểm đó, một số loại thuốc kháng khác hiệu quả hơn cũng chỉ mới được đưa vào sử dụng, và ước tính số chị em có thai có HIV dương tính được nhận HAART khoảng 2,35% trong

số 4,900 người (UNGASS, 2005). Thực tế đây cũng không phải vấn đề lớn bởi không phải tất cả phụ nữ có thai phát hiện có HIV dương tính đều cần sử dụng ARV khi sinh. Trong trường hợp đó, trước hết người đó phải làm các xét nghiệm CD4 để xác định xem có cần ART hay không. Vấn đề chính yếu ở đây là ở khâu xét nghiệm bởi hiện nay, chị em không biết xét nghiệm ở đâu, thêm vào đó họ phải trả phí xét nghiệm.

Với sự trợ cấp của chính phủ, hiện nay điều trị ARV đang được triển khai ở cấp trung ương và cấp tỉnh; ca thử nghiệm đầu tiên điều trị bằng Nevirapine đơn liều được bắt đầu năm 2001. Năm 2005, sau khi rút kinh nghiệm về vấn đề kháng Nevirapine, người ta đã bổ sung vào Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS một cơ chế kép (ZDV+NVP) và cơ chế HAART ban đầu để dự phòng lây truyền mẹ con. Vấn đề mấu chốt ở đây là ZDV và VP không phải lúc nào cũng sẵn có tại các phòng khám. Năm 2005, CDC bắt đầu một chương trình dự phòng lây truyền mẹ con trong đó các loại ARV được cấp miễn phí kể từ tuần mang thai thứ 36, và sữa bột miễn phí cho trẻ trong 6 tháng đầu sau khi sinh. Chương trình hiện đang được triển khai tại Hà Nội, Hải

Phòng, thành phố Hồ Chí Minh và tỉnh Quảng Ninh.

Mặc dù những phụ nữ có HIV được điều trị ARV miễn phí, trừ khi có bảo hiểm, họ vẫn phải trả các khoản viện phí cao giống các bệnh nhân khác. Nếu phải sinh mổ, chi phí cho ca sinh có thể cao hơn gấp 2 đến 3 lần so với các ca sinh thường.

Theo một đánh giá của UNDP việc có thành viên bị nhiễm HIV ảnh hưởng nhiều đến điều kiện kinh tế xã hội của gia đình. (UNDP, 2003) Chi phí cho y tế của hộ gia đình có thành viên nhiễm HIV/AIDS cao hơn đến 13 lần so với mức trung bình của các gia đình khác. Tại các gia đình được khảo sát, một phần ba số người đang sống chung với HIV/AIDS bị mất việc làm do hậu quả từ tình trạng hoặc sức khỏe của họ. Các thành viên khác trong gia đình của người có HIV cũng mất việc hoặc một phần thu nhập do phải dành nhiều thời gian để chăm sóc người bị bệnh. Việc gia tăng các chi phí cho sức khỏe liên quan đến HIV/AIDS cũng đồng thời dẫn đến việc giảm chi tiêu cho lương thực và các đồ dùng thiết yếu khác cần thiết cho việc duy trì một sức khỏe tốt.

Phần III

Kết quả đánh giá về PLTMC tại Thái Nguyên và Hà Nội

21



Ở đây, chúng tôi sẽ trình bày các đánh giá về việc thực hiện PLTMC tại Hà Nội và Thái Nguyên theo từng yếu tố trong mô hình PLTMC của Tổ chức Y tế thế giới (Diễn đàn cấp cao các đối tác toàn cầu 2005). Trên cơ sở đánh giá, chúng tôi sẽ đưa ra những kiến nghị cụ thể để cải thiện việc thực hiện PLTMC tại hai địa phương. Trong các phần tiếp theo, chúng tôi sẽ trình bày các kết quả đánh giá cụ thể theo từng thành tố đã được nhận diện trong từng yếu tố.

Trụ cột 1: Dự phòng nhiễm HIV ban đầu

Tóm tắt kết quả

Xét tổng quát, đánh giá của chúng tôi cho thấy, điểm mạnh của yếu tố này tại Hà Nội và Thái Nguyên nằm ở chỗ, chính phủ và các nhà tài trợ quốc tế đã tích cực ủng hộ và khuyến khích nhiều chiến lược dự phòng HIV/AIDS ban đầu. Cả các nhà tài trợ và chính phủ Việt Nam đều cam kết cải thiện IEC về HIV/AIDS. Vô tuyến truyền hình, các pa nô, áp phích quảng cáo, đài phát thanh, báo và tạp chí đã đều đề cập đến dự phòng HIV/AIDS. Các nhân viên y tế đã không có ý kiến phản đối gì việc phân phát bao cao su như một chiến lược dự phòng, xét về mặt văn hóa. Một số nơi ở cả hai tỉnh, bao cao su, kim tiêm sạch và các cơ sở tư vấn xét nghiệm tự nguyện luôn sẵn có để phục vụ cho những người có nhu cầu. Tại Hà Nội còn có Naltrexone, một loại chất thay thế heroin, được sản xuất trong nước.

Các tổ chức xã hội như Hội Liên hiệp phụ nữ có những mạng lưới rộng lớn về nhân lực và các phương tiện tuyên truyền, và họ đã sử dụng các kênh này để cung cấp cho người dân các thông tin về phòng chống HIV. Một chiến lược phòng chống có thể có nhiều thành tố. Nhân viên y tế, các nhóm mục tiêu và những người có HIV đều có hiểu biết tốt về HIV/AIDS, và đây rõ ràng là kết quả của những khóa tập huấn do các chuyên gia trong nước và quốc tế tiến hành cũng như nhờ những nỗ lực của truyền thông. Các nhân viên y tế và chính

quyền làm việc với các gia đình có người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV đều ý thức rất rõ rằng, không thể ngăn cấm những người có HIV xây dựng gia đình và có con, cũng như nhiều những vấn đề đạo đức khác liên quan tới sự phân biệt kỳ thị với người có HIV.

Tuy nhiên, cũng vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế lớn ở chỗ thông tin và các dịch vụ ở hai địa phương đều vẫn khó tiếp cận ở tất cả các cấp. Một nguyên nhân quan trọng giải thích cho vấn đề này là sự tổ chức manh mún về quản lý, tài chính và địa lý của các cơ quan cung cấp sản phẩm hay dịch vụ dự phòng ban đầu.

Một điểm yếu khác trong công tác PLTMC là tất cả các hoạt động dự phòng HIV ở mọi cấp trong hệ thống y tế đều chủ yếu nhằm tới các nhóm đối tượng nguy cơ cao đã được biết đến, đặc biệt là nam giới tiêm chích ma túy, mà ít nhận thức được nguy cơ của các bạn tình thường xuyên của họ. Mặt khác, hoạt động tư vấn về tình dục an toàn lại chỉ hướng đến các cặp vợ chồng, trong khi hiện nay, tại Hà Nội và Thái Nguyên có rất nhiều thanh niên có quan hệ tình dục trước hôn nhân.

Những nỗ lực dự phòng cũng một phần bị hạn chế bởi những khía cạnh chính trị. Những nỗ lực dự phòng ban đầu đã từng được thực hiện hiệu quả trên thế giới như trao đổi kim tiêm, điều trị bằng methadone và bao cao su cho những người chưa xây dựng gia đình, hay lựa chọn trước sinh, lại bị hạn chế bởi cả những quan ngại chính trị trong nước và những lực lượng bảo thủ trên thế giới, đặc biệt là chính phủ Mỹ.

Bốn thành tố chính có vai trò quan trọng trong yếu tố thứ nhất này là:

- 1.1 Truyền thông thay đổi hành vi (TTTĐHV) về tình dục an toàn, cách sử dụng bao cao su, và nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con;
- 1.2 Các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, bao gồm công tác tư vấn trước và sau xét nghiệm;

- 1.3 Khuyến khích sử dụng và cung cấp bao cao su;
1.4 Các chương trình giảm thiểu tác hại, bao gồm trao đổi kim tiêm và chất thay thế hê-rô-in.

Nhân tố 1.1: Truyền thông thay đổi hành vi

Truyền thông thay đổi hành vi (TTTĐHV) nhằm giảm thiểu những hành vi đặt cá nhân vào nguy cơ bị nhiễm HIV hoặc truyền loại vi-rút này sang những người chưa bị nhiễm. TTTĐHV cung cấp cho các cá nhân và toàn thể cộng đồng những thông tin chính xác về những rủi ro mà cá nhân có thể gặp phải, các hình thức lây truyền HIV, và các biện pháp hữu hiệu tránh lây truyền, trong đó có lây truyền từ mẹ sang con. Những thông tin này cần được cung cấp theo cách thức giúp khuyến khích các cá nhân sử dụng chúng một cách kiên định và phù hợp.

Nhà nước Việt Nam có một hệ thống thông tin và tuyên truyền rất ấn tượng; hai từ này thường được dùng lẫn cho nhau. Ví dụ, trên khắp đất nước Việt Nam, người ta có thể thấy và nghe những chiếc loa phóng thanh phát đi những thông tin về nhiều chủ đề, từ tin tức thời sự trong nước và quốc tế, âm nhạc (từ ô-pê-ra đến nhạc nhảy Trung Hoa), thông báo về thời gian thu gom rác, nhắc nhở các gia đình đưa con em đi tiêm chủng, lịch đến làm việc tại nhà của tổ công tác kế hoạch hóa gia đình, và để cử những công dân và tập thể kiểu mẫu. Những thông điệp này là sự khẳng định cam kết một cách mạnh mẽ của Nhà nước Việt Nam trong việc quan tâm đến hầu hết tất cả những khía cạnh của đời sống người dân. Nhân các dịp đặc biệt, ví dụ ngày phòng chống AIDS thế giới, các loa phát thanh ở Hà Nội sẽ

phát các thông tin chung về HIV/AIDS cho cộng đồng dân cư ở đó nghe.

Chúng tôi đã tiến hành phân tích các thông tin cung cấp qua các pa-nô, áp phích tuyên truyền, trên các tạp chí phụ nữ và các trang tin Internet.

TTTĐHV thông qua pa-nô, áp phích tuyên truyền:

Pa-nô, áp phích là một nét đặc trưng chủ yếu trong bức tranh đô thị của Việt Nam. Chúng chứa đựng những thông điệp của Nhà nước “khuyến khích” và thông tin tới người dân để ứng xử theo cách nhất định. Các pa-nô, áp phích này khá thu hút bởi đây là hình thức tuyên truyền đáng chú ý do Nhà nước bảo trợ. Hiện nay, tại Hà Nội và Thái Nguyên vẫn còn rất nhiều các pa-nô, áp phích tuyên truyền về kế hoạch hóa gia đình từ những năm 1990 khi vấn đề này là một đề tài “nóng” ở Việt Nam.



Hình 6: Dừng ở hai con để nuôi dạy con tốt.
(những năm 1990) phố Kim Mã, Hà Nội



Hình 7: Gái hay trai, Chỉ hai là đủ.
(những năm 1990) Đường Nguyễn Trãi, Hà Nội

Đây là áp phích phổ biến nhất về kế hoạch hóa gia đình. Bức tranh vẽ một gia đình có hai con gái, nhằm vào những gia đình muốn sinh con trai. Ước muốn có con trai để nối dõi tông đường là nguyên nhân chính dẫn đến việc các cặp vợ chồng sinh con thứ 3 sau khi đã có hai con gái.

Chính sách hạn chế sinh đẻ được kết hợp đồng thời với những nỗ lực nâng cao vấn đề bình đẳng giới.

Nhiều pa-nô, áp phích tuyên truyền cho vấn đề không sử dụng ma túy được đặt ở những vị trí nổi bật, tuy nhiên chúng không hề đề cập đến các thông tin về cách giảm tác hại do tiêm chích ma túy. Các pa-nô, áp phích tuyên truyền về HIV/AIDS được thực hiện bởi các cơ quan quản lý chuyên ngành về HIV/AIDS, mà như chúng tôi đã đề cập ở phần trên, các cơ quan này lại thường xuyên bị thay đổi. Kết quả là, chủ đề trên các pa-nô, áp phích đó cũng thường xuyên bị thay đổi, tùy thuộc vào những khẩu hiệu trong nước và trên thế giới phổ biến tại thời điểm chúng được dựng lên. Chính các cơ quan khác nhau chịu trách nhiệm về công tác phòng chống HIV/AIDS đã để lại một số lượng đáng kể các pa-nô, áp phích tuyên truyền trên khắp cả nước. Những hình ảnh đầu lâu và kim tiêm bên cạnh dòng chữ “HIV, ma túy và mại dâm” được đặt cạnh những pa-nô, áp phích mới với thông điệp “Không phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV/AIDS”. Đó thực sự là những minh chứng sinh động về sự thay đổi quan điểm của Nhà nước về HIV/AIDS qua thời gian.



Hình 8: Nam giới nâng cao trách nhiệm, chia sẻ với phụ nữ việc nuôi con, xây dựng gia đình và thực hiện kế hoạch hóa gia đình!

Do đã có nhiều thay đổi, các nhà chức trách được phỏng vấn cũng không biết được ai đã ra lệnh làm bảng tuyên truyền nào, hoặc thời gian mà chúng được dựng lên. Mỗi cơ quan chịu trách nhiệm về lĩnh vực HIV/AIDS lại bổ sung thêm những thông điệp mang dấu ấn của riêng họ, trong khi đó những biển cũ vẫn được giữ nguyên. Lý do mà các cơ quan đưa ra là không có kinh phí làm lại hoặc dỡ bỏ. Mặc dù đã được đặt ở đó hàng chục năm nay, người ta không hề thấy các hình vẽ lạ hoặc các bảng quảng cáo khác dán lên đó, dường như chứng tỏ người dân Việt Nam rất tôn trọng tài sản quốc gia. Tuy nhiên, những cuộc phỏng vấn ngẫu nhiên trên đường phố với những người qua đường hoặc các nhóm tâm điểm lại mang lại cảm giác người dân thờ ơ hơn là tôn trọng những thông điệp này.

Tại các cuộc thảo luận nhóm có trọng tâm, thanh niên Hà Nội đều cho rằng nội dung của các pa-nô, áp phích tuyên truyền rất dễ hiểu:

“Người đàn ông trong tranh là một bệnh nhân AIDS. Anh ta đang gầy ốm và suy sụp. Anh ta giờ tay ra xin được giúp đỡ, hoặc nói với mọi người đừng đi theo vết xe đổ của mình”.

“Có một sợi dây xích giữa hai chữ cái A và S. Điều đó có nghĩa là bạn không thể thoát khỏi nó cho dù chỉ thử dùng ma túy một lần. Nếu bạn dùng ma túy dù chỉ một lần, bạn rất dễ bị AIDS và chết, hoặc có kết cục tương tự... Nó giống như một sợi dây xích quấn quanh bạn”.

Tuy nhiên, thanh niên này cũng cho biết họ không bao giờ chú ý đến các pa-nô, áp phích tuyên truyền này. Một số người đã từng nhìn thấy nhưng không nhớ gì cho đến khi chúng tôi cho họ xem những bức ảnh chụp lại. Những người có HIV cũng khẳng định họ không hề chú ý đến chúng trước khi phát hiện mình đã nhiễm HIV. Phụ nữ ở ngoại thành Hà Nội cho chúng tôi biết, nơi họ sinh sống không hề có pa-nô, áp phích tuyên truyền hay

bất kỳ khẩu hiệu gì về HIV và ma túy, họ chỉ thấy chúng khi ra thành phố. Thậm chí một số người được hỏi còn cho rằng, những thông điệp về HIV chẳng có tác dụng gì; thậm chí còn khiến tình cảnh của những người có HIV trở nên tệ hơn khi họ thấy chúng, bởi những hình ảnh ấy lấy đi hy vọng sống của họ, khiến cho họ chỉ thấy cái chết – “rất phản cảm”.

Mặc dù những pa-nô, áp phích này có cung cấp một số thông tin về cách thức lây truyền HIV và các rủi ro, chúng không hề chỉ ra những cách thức phòng tránh bị lây truyền. Một số pa-nô, áp phích được dựng lên với mục đích thông tin về 3 con đường lây truyền, kèm theo bức tranh một người phụ nữ có thai. Nhưng một việc đơn giản mà tấm panô đó cần thực hiện như việc đưa ra những gợi ý có ích cho phụ nữ mang thai thì nó lại không làm được. Những thông điệp như “Hãy kiểm tra tình trạng HIV của bạn trước khi có thai.” “Hãy xét nghiệm trong ba tháng đầu.” hay “Hãy xét nghiệm trước khi lập gia đình.” không hề có trong những tấm panô áp phích này

Mặc dù những pa-nô, áp phích này cũng đã góp phần nâng cao ý thức của người dân về HIV song rõ ràng chúng chưa phải là nguồn thông tin hỗ trợ cần thiết cho hoạt động truyền thông thay đổi hành vi.

TTĐHV thông qua sách báo dành cho phụ nữ:

Ngoài những thông điệp đặt ở các nơi công cộng, Nhà nước còn sở hữu và hỗ trợ một loạt các báo và tạp chí có thể đến tận tay người dân. Hội Liên hiệp phụ nữ có một lượng lớn các ấn phẩm được phân phối qua mạng lưới của họ trên toàn quốc, và một phần bán ra thị trường. Để tìm hiểu thêm về quan điểm của nhà nước về PLTMC thông qua chiến lược thông tin ít phô trương hơn nhưng lại tập trung hơn này (nhắm tới nữ giới), nhóm nghiên cứu đã xem lại năm ấn phẩm báo viết của Trung ương Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam từ tháng 6/2004 đến tháng 6/2005. Các ấn phẩm này có mặt ở cả hai tỉnh và trên cả nước: *Phụ nữ Việt Nam*¹; *Phụ nữ Việt Nam* –

cuối tuần²; *Thế giới phụ nữ* (bìa đỏ)³, *Thế giới phụ nữ* (bìa xanh)⁴ và *Hạnh phúc gia đình*⁵. Hội Liên hiệp phụ nữ là tổ chức độc lập nhưng lại liên kết chặt chẽ với Chính phủ; nhiều người còn nhìn nhận Hội như một trong những cầu nối chính giữa Chính phủ và người dân. Xét từ góc nhìn đó, các ấn phẩm này là cách thể hiện quan trọng những tư tưởng và chính sách của nhà nước đối với phụ nữ.

Các cán bộ nghiên cứu đã thu thập các “Thư tâm sự” trong đó các cá nhân đặt câu hỏi và nhận được ý kiến tư vấn từ các chuyên gia nằm trong đội ngũ cán bộ của tạp chí, và các bài báo về các chủ đề: HIV, quan hệ mẹ chồng – nàng dâu, hành vi tình dục của nam giới và nữ giới; mong ước trở thành ông bà; yêu/kết hôn với người nghiện ma túy. Ở đây chúng tôi chỉ đề cập đến các kết quả liên quan đến HIV,

Hình 9: Một số báo và tạp chí dành cho phụ nữ



¹ Phụ nữ Việt Nam là một ấn phẩm ra 3 số một tuần vào các ngày Thứ Hai, Thứ Năm và Thứ Sáu. Ấn phẩm có nhiều mục, trong đó có 2 mục là “Lá thư giúp đỡ” – “Hôn nhân và gia đình” (thường được bố trí ở các trang giữa và “Hộp thư bạn gái”. Hầu hết những cây bút tham gia mục này đều là phụ nữ và các bạn gái trẻ. Giá: 2500 đồng.

² Phụ nữ Việt Nam cuối tuần là tạp chí tuần, xuất bản mỗi tuần một số. Đây là ấn phẩm đặc biệt của báo Phụ nữ Việt Nam. Tạp chí đăng tải ít tin tức hơn báo; thay vào đó, số lượng “Lá thư giúp đỡ” và các nội dung tâm tình, đặc biệt là của chị em, được đăng tải nhiều hơn. Giá: 4000 đồng.

³ Thế giới Phụ nữ (bìa đỏ) là tạp chí tháng, xuất bản mỗi tháng 2 kỳ. Có nhiều mục dành riêng cho nam giới: tâm sự đàn ông, những điều nam giới cần biết, tâm lý đàn ông, nam giới nghĩ gì về phụ nữ. Nhiều mục lại dành riêng cho nữ giới như thời trang, sức khỏe, các mẫu chuyện về tình yêu, hôn nhân. Có một mục dành cho các bậc cha mẹ: Cha mẹ và con cái. “Lá thư giúp đỡ” thường được đăng tại các mục: “Câu chuyện tuần này”, “Chuyện nhà mình”. Giá: 9000 đồng.

⁴ Thế giới Phụ nữ (bìa xanh) là tạp chí tháng, xuất bản mỗi tháng 1 kỳ. Về cơ bản, nó giống tạp chí Thế giới Phụ nữ (bìa đỏ), nhưng nhỏ hơn và tập trung vào các vấn đề xã hội và tâm lý. Tạp chí có một chuyên mục pháp luật với tên gọi “Luật gia trả lời”. Giá: 4000 đồng.

⁵ Hạnh phúc gia đình là tạp chí tuần, mỗi số về một chuyên đề, ví dụ, chuyên đề về con dâu, khi hôn nhân không có tình yêu. Giá: 3500 đồng.

sống với người tiêm chích ma túy và hành vi tình dục. Các lá thư tư vấn của các cá nhân rất hữu ích bởi chúng phản ánh quan điểm của nhà nước trong việc xử lý những vấn đề riêng tư cá nhân của người dân. Trong số tất cả các ấn phẩm của Hội Liên hiệp Phụ nữ, năm ấn phẩm kể trên đăng tải nhiều thư tâm sự nhất, nhiều hơn cả những ấn phẩm chính thức khác như “Gia đình”, hay “ Gia đình và Xã hội”.

Chính vì những ấn phẩm này mang tính đại diện cho nhà nước, các cán bộ biên tập đều rất thận trọng trong việc đưa ra câu trả lời cho những “lá thư tâm sự” này. Chịu trách nhiệm trả lời là một nhóm các chuyên gia bao gồm các bác sĩ tư vấn và các nhà tâm lý học. Các lá thư gửi đến tòa soạn sẽ được biên tập viên phân bổ đến các chuyên gia khác nhau trả lời, tùy theo lĩnh vực hoạt động hoặc chuyên môn cần có. Khi trả lời, các chuyên gia hoặc nhóm chuyên gia sẽ sử dụng bí danh, ví dụ như “Thanh Tâm” - một cái tên rất phổ biến cho những người trả lời thư tâm sự. Cách thức mà người tư vấn đưa ra trong phần trả lời những lá thư tâm sự này phản ánh rất rõ những đặc điểm văn hóa và chính trị phổ biến trong các cơ quan và gia đình Việt Nam, nó cũng phản ánh cả tư tưởng Nho giáo và tư tưởng chính trị xã hội chủ nghĩa về quyền và nghĩa vụ của cá nhân đối với tập thể và đất nước.

Một số lá thư trực tiếp hoặc gián tiếp hỏi về trách nhiệm của con cái và tiết lộ về người tiêm chích ma túy và tình trạng nhiễm HIV trong gia đình. Một cô gái trẻ có anh trai nghiện ma túy đã bày tỏ sự thất vọng đối với cha mẹ khi họ muốn dùng tiền làm công cụ tìm vợ cho người anh đó. Cha mẹ cô tin rằng hôn nhân có thể “làm nhẹ bớt nỗi đau trong gia đình” và có thêm lợi ích thực tế khi có người chăm sóc người con trai nghiện. Người viết thư muốn nói lên sự thật cho gia đình cô dâu tương lai được biết nhưng mặt khác lại sợ phạm tội bất hiếu. Cô đặt câu hỏi mình phải làm gì. Trong trường hợp này, nhân viên tư vấn đã khuyên cô nên để cho gia đình cô dâu biết sự thật và khẳng định với cô rằng việc làm

đó không phải là một sự bất hiếu (Báo Phụ nữ Việt Nam, 23/6/2005).

Ở nhiều trường hợp khác, tự bản thân những lá thư đã cho thấy những ý niệm văn hóa mạnh mẽ về đạo hiếu và tình vợ chồng. Một phụ nữ kể, chồng cô bị nhiễm HIV vì đã “dắm phải một chiếc kim tiêm của một người nghiện hê-rô-in trên đường phố”. Gia đình cô rất buồn và không biết phải làm gì. Tòa soạn đã gửi ý kiến tư vấn đến cho riêng cô, khuyên cô không nên lo lắng và hãy ở bên cạnh chồng để giúp đỡ anh ấy. Lá thư tư vấn cũng đồng thời nhắc nhở cô về khả năng có thể nhiễm HIV nếu quan hệ tình dục không có biện pháp bảo vệ và khuyên cô nên sử dụng bao cao su (Báo Phụ nữ Việt Nam, 2005b). Một số người gửi thư có chồng bị nhiễm HIV hoặc là bệnh nhân AIDS. Thư trả lời những câu hỏi của họ thường tập trung vào các vấn đề y tế như cơ chế điều trị hoặc loại thuốc nên sử dụng, và các biện pháp điều trị khác.

Mặc dù nhiều phần trả lời cho những bức thư này có khuyến nghị phải sử dụng bao cao su đúng cách, nhưng không có phần nào nhắc đến khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Những thông tin về thực hành đeo bao cao su đúng cách hoặc làm thế nào để có thể thảo luận việc sử dụng bao cao su với chồng cũng không hề được đề cập đến.

Yêu và kết hôn với người sử dụng ma túy và nhiễm HIV cũng là một vấn đề được nhiều người gửi thư đến tâm sự. Nhiều cô gái gửi thư nói họ muốn cưới người nghiện ma túy và giúp anh ta quay trở lại cuộc sống lương thiện. Các nhà tư vấn luôn khuyên những cô gái đó nên rời bỏ người bạn trai sử dụng ma túy và đừng cố biến mình thành “anh hùng rơm”. Tuy nhiên, họ lại luôn ủng hộ nếu anh ta đã từ bỏ ma túy.

Một cô gái viết thư nói muốn kết hôn với một nam giới nhiễm HIV. Anh ta nói với cô là anh ta bị nhiễm khi quan hệ tình dục với một gái mại dâm. Cô viết cô ý thức được khả năng có

thể bị lây nhiễm qua con đường tình dục nhưng lại muốn có con. Chuyên gia tư vấn khẳng định với cô rằng, ý muốn của cô không hề trái pháp luật, nhưng đồng thời khuyên cô nên suy nghĩ kỹ lại. Các chuyên gia cũng khen tình yêu của cô vì nó đã giúp anh ta không buồn chán và tuyệt vọng, và điều đó có nghĩa là cô đã làm một việc có ích cho xã hội. Chuyên gia cũng khuyên cô, sẽ là rất mạo hiểm nếu họ có con, và nêu khả năng có thể thụ tinh nhân tạo, mặc dù ngay cả phương pháp đó cũng không hoàn toàn bảo đảm đứa trẻ sinh ra có bị nhiễm vi-rút HIV hay không (Báo Thế giới phụ nữ, 2004)

Một cô gái khác muốn kết hôn với một người sử dụng ma túy nhiễm HIV dương tính. Mặc dù chưa kết hôn và biết anh ta nhiễm HIV, cô vẫn quan hệ tình dục với anh ta. Cha mẹ cô buộc cô phải ở nhà nhằm tách cô ra khỏi anh ta, gây cho cô rất nhiều đau khổ bởi cô không thể sống xa anh ta. Cô rất lo lắng cho anh ta và viết trong thư rằng cô rất yêu anh ta. Chuyên gia tư vấn đã gửi cho cô câu trả lời thẳng thắn, chê trách cô và gọi cô là một kẻ say mê mù quáng. Họ khuyên cô đừng sống một cách ngu ngốc như thế, và rằng cô đang tự hủy hoại mình. Họ cũng khuyên cô đừng nên nói về tình yêu trong khi bản thân cô không hề có ý thức gì về giá trị và nhân phẩm bản thân, đồng thời bày tỏ hy vọng cô gái chưa bị nhiễm HIV và có thể bắt đầu một cuộc đời mới (Báo Phụ nữ Việt Nam, 2005a)

Xin lời khuyên về việc kết hôn với người vẫn đang sử dụng ma túy hoặc nhiễm HIV chỉ thấy từ phía các bạn gái, chứ không phải từ mẹ hay bà của họ. Không bao giờ thấy các bà

mẹ vợ/chồng hay ông bà tương lai hỏi liệu con trai hoặc con gái họ có nên kết hôn với một người sử dụng ma túy hay nhiễm vi-rút HIV hay không.

Trong một vài trường hợp, độc giả cũng ủng hộ quan điểm của các chuyên gia tư vấn. Có một trường hợp khi một phụ nữ viết thư nói muốn kết hôn với một người từng nghiện ma túy, đã có 68 bạn đọc cùng trả lời. Trong đó, 10 người khuyên rằng họ có thể kết hôn bất chấp sự phản đối của hai bên gia đình nếu họ thực sự cho rằng tình yêu có thể giúp họ vượt qua tất cả những khó khăn trở ngại. Nhưng 54 người lại khuyên họ nên đợi đến khi gia đình cô gái đồng ý, khi đó họ đã có đủ thời gian suy nghĩ lại về tình yêu của mình. Chỉ có 4 người cho rằng cô gái nên suy nghĩ lại trước khi quyết định, bởi cô có thể gặp rất nhiều khó khăn, trong đó có cả rủi ro người đàn ông mà cô muốn kết hôn sẽ tái nghiện (Báo Thế giới phụ nữ, 2005).

TTĐHV thông qua Internet

Internet là một nguồn thông tin mới và rất phổ biến trong giai đoạn hiện nay, ở đó mọi người có thể tìm thấy những ý tưởng về phòng lây truyền mẹ con và HIV. Ủy ban Nhân dân các tỉnh và một số Bộ, trong đó có Bộ Y tế, đã có trang web đăng tải các thông tin về HIV/AIDS⁶. Nhóm nghiên cứu đã cùng tìm hiểu kỹ hơn về một trang web của một tổ chức phi chính phủ Việt Nam do nước ngoài tài trợ. Đây được coi là trang web được yêu thích đối với giới trẻ về những vấn đề sức khỏe sinh sản.⁷ Toàn bộ trang này có khoảng 30.000 lượt truy cập một ngày, một tỷ lệ cao, nhưng không chỉ chuyên về HIV/AIDS. Trong trang web

⁶ <http://aids-cd.hiv.com.vn/>. <http://www.moh.gov.vn/hiv/>

⁷ <http://www.tamsubantre.org/>. Đây là trang web của dự án: “Tư vấn về HIV/AIDS, tình dục và sức khỏe sinh sản cho tuổi teen” do một tổ chức phi chính phủ của Việt Nam thực hiện, Quỹ Ford tài trợ với sự hợp tác về chuyên môn của Tổ chức cứu trợ trẻ em Anh (SCUK)

Trang web này đã được on-line từ ngày 15/11/2002. Các số liệu cho diễn đàn này đã được cập nhật từ tháng 6, 2004 (khi trang web được nâng cấp).

này, có hai phần được dành cho những vấn đề liên quan tới HIV/AIDS, một phần cung cấp thông tin, còn phần kia có xu hướng đi sâu vào chia sẻ kinh nghiệm với các đồng đẳng viên. Tuy nhiên cả hai phần này đều không được ưa thích lắm. Trang thông tin giới thiệu 117 bài báo về 23 chủ đề trong khi trang dành cho việc trao đổi giao lưu với đồng đẳng viên có 54 chủ đề và 442 bài báo. Giữa hai diễn đàn về các thông tin riêng về sức khỏe sinh sản của “nam” và “nữ” thì mảng thông tin bên “nữ” thu hút được sự chú ý nhiều nhất. Không biết là có bao nhiêu nam và bao nhiêu nữ tham gia vào diễn đàn này vì không có chương trình đếm số lượng người tham gia. Nhiều người truy cập sử dụng nickname như wooper, telelove, con rỗng nhỏ, đời là bể khổ, lip girl... Không có câu chuyện riêng tư nào về phòng lây truyền mẹ con xuất hiện trên trang web nhưng có một số câu chuyện về những phụ nữ ‘khác’. Ví dụ, có một câu chuyện về một người phụ nữ lấy chồng vì tiền và biết được là cô đã bị nhiễm HIV từ chồng khi mang thai. Một câu chuyện khác về một người phụ nữ đã từng là gái mại dâm và muốn làm lại cuộc đời nhưng không thể vì người ta đã biết cô có H trước khi cô lấy chồng.

Số lượt truy cập thấp vào những phần chuyên biệt về HIV thuộc một trang web tư vấn, so với số lượng rất lớn những người truy cập vào các vấn đề sức khỏe sinh sản và tình dục trên cùng trang web đó cho thấy thanh niên không mấy mặn mà với những thông tin về HIV, những thông tin không trực tiếp đề cập đến mối quan tâm hàng đầu của họ là tình dục.

TTĐHV qua giáo dục đồng đẳng

Một chương trình giáo dục đồng đẳng quốc gia về những vấn đề HIV đã ra đời năm 1993 nhưng độ bao phủ của nó còn rất hạn chế. Một đánh giá cho thấy các giáo dục viên đồng đẳng đã thực hiện khoảng 7000 tiếp xúc với nhóm dân có nguy cơ cao hàng tháng. Các chương trình giáo dục viên đồng đẳng thay vì xây dựng các kỹ năng và thúc đẩy những thay đổi về hành vi nhằm làm giảm nguy cơ về

HIV, lại chủ yếu tập trung vào việc cung cấp thông tin bằng cách tư vấn thông qua tờ rơi, tờ gấp hoặc trong một số trường hợp cũng phát bơm kim tiêm sạch. (Ha et al., 2004)

Các dịch vụ y tế ở cả hai tỉnh đã tuyển giáo dục viên đồng đẳng để đi tiếp cận, và thường có sự hỗ trợ về chuyên môn và tài chính quốc tế. Tuy nhiên, việc tiếp cận cộng đồng đối với việc tư vấn xét nghiệm tự nguyện của giáo dục viên đồng đẳng thường hướng tới các nhóm có nguy cơ cao như những người hành nghề mại dâm và tiêm chích ma túy, mà không phải là bạn tình hay cha mẹ của họ. Ở Hà Nội cũng đã có một số chương trình giáo dục đồng đẳng của ngành y tế và những ngành khác. Tuy nhiên, việc thực hiện hoạt động giáo dục đồng đẳng có hiệu quả đối với những người hành nghề mại dâm và những người sử dụng ma túy lại vô cùng khó khăn, thậm chí là không thể vì cả hai hoạt động này đều phạm pháp. Cảnh sát có thể chất vấn các giáo dục viên đồng đẳng nếu tìm thấy họ mang bao cao su hoặc bơm kim tiêm. Vì những lý do pháp lý và thực tế, các quan chức y tế đôi khi tuyển những người đã từng nghiện ma túy cho dù sau đó họ có thể có nguy cơ tái nghiện vì họ phải tiếp xúc với ma túy.

TTĐHV thông qua tư vấn tình dục an toàn

Hầu hết phụ nữ Việt Nam đều mong muốn có con ngay trong năm đầu sau khi cưới. Điều này có nghĩa là một khi một cặp cưới nhau họ chắc chắn sẽ có quan hệ tình dục không bảo vệ. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng cứ có ba nam giới độc thân ở thành phố thì có một người (33,4%), từ 22-25 tuổi có quan hệ tình dục trước hôn nhân so với chỉ 3,7% nữ là bạn tình của họ. Các con số này cũng hoàn toàn đúng ở khu vực nông thôn, nam ở lứa tuổi từ 22-25 có quan hệ tình dục trước hôn nhân là 26% so với 3,3% nữ là bạn tình của họ. Nếu các đôi thanh niên Việt Nam có quan hệ tình dục trước hôn nhân, đứng về quan điểm y tế công cộng, việc tư vấn về tình dục cho thanh niên để họ có quan hệ tình dục tích cực dường như rất logic. Tuy

nhiên điều này lại không thực tế ở Việt Nam do tư tưởng văn hoá vẫn không chấp nhận tình dục trước hôn nhân.

Nhân tố 1.2: Tính sẵn có của các dịch vụ xét nghiệm, Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện

Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (TVXNTN) là một thành phần quan trọng trong dự phòng ban đầu vì nó cho phép người ta biết về tình trạng HIV của mình và tạo cơ hội cho việc tư vấn. Là một phần của dự phòng ban đầu lây truyền mẹ con, nam và nữ cần được khuyến khích tới gặp nhà tư vấn trước khi quyết định trở thành cha mẹ. Tư vấn về xét nghiệm tự nguyện nói chung được thảo luận trong phần này. Bên cạnh đó, xét nghiệm cho nhóm đối tượng đích đặc thù là phụ nữ mang thai, nhân tố chính nhằm dự phòng lây truyền mẹ con được đề cập trong yếu tố thứ ba của mô hình.

Các dịch vụ TVXNTN được đưa ra theo nhiều cách khác nhau và tại các địa điểm khác nhau trong hai tỉnh nghiên cứu. Một số nhà tài trợ quốc tế, đặc biệt là CDC, đã tài trợ cho các khóa đào tạo nhân viên, mua trang thiết bị và chi phí hoạt động. TVXNTN có thể có tại các địa điểm riêng hoặc trong bệnh viện. TVXNTN cũng được cung cấp tại hầu hết các bệnh viện tỉnh và trung ương bên cạnh việc xét nghiệm trước khi phẫu thuật hoặc sinh nở.

Tại Thái Nguyên, TVXNTN có tại trung tâm y tế dự phòng tỉnh, Viện da liễu và hoa liễu và tại 5 trung tâm y tế huyện, đều bằng nguồn vốn và hỗ trợ kỹ thuật của các nhà tài trợ nước ngoài. Các giáo dục viên đồng đẳng tiếp cận với các nhóm nguy cơ cao.

Tại Hà Nội, TVXNTN có tại Bệnh viện Bạch Mai, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương, Sở Y tế Hà Nội, Trung tâm Y tế Dự phòng Hà Nội, Bệnh viện Xanh-pôn, Bệnh viện Đống Đa và các trung tâm y tế quận/huyện, cũng như tại các trung tâm TVXNTN riêng. Bệnh viện Bạch Mai là địa điểm TVXNTN đông nhất, với 250–300 kết quả xét nghiệm HIV mỗi

tháng. Vào những ngày đông bệnh nhân, con số này lên đến khoảng 30 lượt người đến xét nghiệm (phòng vấn riêng bác sĩ Khoa truyền nhiễm). Sau khi xét nghiệm tại các địa điểm này, nếu kết quả là dương tính, máu của người đó phải được xét nghiệm lại tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Tuy nhiên, ngay cả trong trường hợp đó, các trung tâm TVXNTN vẫn là nơi thông báo kết quả xét nghiệm cho bệnh nhân.

Đôi khi người xét nghiệm muốn biết kết quả, nhưng họ lại không muốn nhân viên y tế đưa kết quả đó với hồ sơ của họ. Trong trường hợp này, có một cách là để một người khác, có thể là mẹ, anh trai hoặc bạn bè cầm phiếu hẹn đến lấy kết quả thay mình.

Nghiên cứu viên: “Ai là người lấy kết quả xét nghiệm?”

Tư vấn viên: “Thông thường trực tiếp người xét nghiệm đến lấy kết quả”

Nghiên cứu viên: “Làm sao ông/bà biết?”

Tư vấn viên: “Nhiều khi có những người nói với chúng tôi là họ đến lấy kết quả cho người khác, thường là họ hàng của họ. Chúng tôi nói với họ, việc tư vấn cho những người trực tiếp được xét nghiệm là rất quan trọng.” (bác sỹ nữ, bệnh viện trung ương, Hà Nội)

Các nhân viên y tế cũng biết là bệnh nhân nhờ người khác đi lấy kết quả hộ, nhưng họ chẳng biết làm thế nào về việc đó.

“Thông thường chúng tôi trao kết quả trực tiếp cho bệnh nhân. Những người đến lấy kết quả hộ bạn hoặc người nhà cũng thường nói thẳng với chúng tôi. Trong trường hợp đó, chúng tôi sẽ hỏi tên và tuổi của bệnh nhân để kiểm tra. Chúng tôi không thể làm gì hơn. Chúng tôi muốn trực tiếp bệnh nhân đến lấy kết quả.” (bác sỹ nữ, bệnh viện trung ương, Hà Nội)

Thực ra cách giao tiếp gián tiếp như vậy phần nào nói lên rằng họ muốn giữ thể diện. Tất cả mọi người đều muốn tránh xung đột và giữ thể diện bất cứ khi nào có thể. Nếu nhân viên y tế không đồng ý trao kết quả cho người đến lấy thay, cũng khó mà bắt bệnh nhân “thật” đến để tư vấn vì khi đó tất cả các bên có thể bị “mất mặt” vì tranh cãi.

Hầu hết những người đến các trung tâm TVXNTN là nam thanh niên có tiền sử sử dụng ma túy và hiện vẫn sống chung với cha mẹ. Tại Thái Nguyên, cán bộ nghiên cứu chứng kiến một số mẹ hoặc bà đưa con trai hoặc cháu trai đến trung tâm TVXNTN. Những thanh niên này tuổi đời còn rất trẻ, và mặc dù họ không còn ở độ tuổi vị thành niên theo quy định của pháp luật, nhưng họ vẫn bị gia đình coi và đối xử như những trẻ vị thành niên. Việc có mặt các thành viên gia đình cũng thuận lợi cho các nhân viên y tế bởi cùng lúc họ có thể thông tin trực tiếp đến cả bệnh nhân và người nhà của họ về biện pháp điều trị và chăm sóc trong cùng một buổi gặp.

Ngoại trừ một người có HIV đã từng sử dụng ma túy, tất cả những người được phỏng vấn ở tất cả các cấp ở cả hai tỉnh đều đồng ý rằng cần phải đẩy mạnh hoạt động tư vấn trước hôn nhân trong quá trình xét nghiệm và tư vấn tự nguyện. Tuy nhiên, cả các nhân viên y tế và những người có HIV đều cho rằng không cần phải bắt buộc xét nghiệm HIV trước hôn nhân vì những lý do nhân quyền và rằng tất cả mọi người đều có quyền lập gia đình. Một nam giới đã làm lây HIV sang vợ cho rằng, trước khi cưới họ không cần phải xét nghiệm HIV; anh ta nói “*Nếu vậy thì vợ tôi chẳng bao giờ lấy tôi cả*”.

Hầu hết những người nhiễm HIV đều ước rằng giá mà họ được xét nghiệm trước khi cưới. Tuy vậy, họ cũng cho rằng nếu yêu cầu điều đó với người yêu, với chồng/vợ sắp cưới của mình thì rất xấu hổ và trên thực tế thì khó mà thực hiện được. Một số người thậm chí sợ phải xét nghiệm bởi họ không muốn biết sự thật.

“Tôi đã làm cho vợ tôi bị lây. Đó là lỗi của tôi, tôi đã không dùng cảm đối mặt với sự thật, vì vậy tôi đã không đi xét nghiệm trước khi cưới.” (Một người cha 26 tuổi nhiễm HIV, Hà Nội)

Hầu hết những người được phỏng vấn đều nói, kinh nghiệm từ thực tế bản thân họ cho thấy mọi người thấy đều nên đi xét nghiệm HIV trước khi cưới. Đàn ông cho rằng điều này là cần thiết bởi họ mong muốn có thể bảo vệ vợ mình và những đứa con – “nối dõi tông đường”. Còn phụ nữ khuyên như vậy bởi họ cho rằng đó là quyền và mong muốn được lựa chọn cuộc sống cho mình, một cuộc sống bình thường và có thể bảo vệ cho con cái. Sự khác nhau trong những quan điểm này phản ánh một thực tế của bệnh dịch, cho thấy chồng thường làm lây truyền sang vợ nhiều hơn.

Nhân tố 1.3: Khuyến khích sử dụng và cung cấp bao cao su

Bao cao su hiện được bán rộng rãi tại Việt Nam, thông qua các công ty trong nước hoặc trong khu vực, thường được tiếp thị bởi các tổ chức quốc tế như DKT. Hội phụ nữ được hỗ trợ để cung cấp cho các thành viên của mình một loại bao cao su mang nhãn hiệu riêng là “Hello”. Hội Liên hiệp phụ nữ tỉnh Thái Nguyên có chương trình đặc biệt, cung cấp bao cao su Hello cho các thành viên với giá ưu đãi (500 đồng/3 chiếc). Hội phụ nữ còn có một chương trình hướng dẫn các bà mẹ cách sử dụng bao cao su, sau đó khuyến khích họ nói chuyện và hướng dẫn con trai mình tại nhà. Bao cao su được bán tại rất nhiều quán ka-ra-ô-kê, nhà nghỉ, khách sạn, nhưng tuyệt nhiên không có tại các nhà tù hay trại cải tạo mà chúng tôi đến thăm.

Bao cao su cũng được cung cấp thông qua hệ thống y tế nhà nước. Các cơ sở kế hoạch hóa gia đình cấp phát bao cao su miễn phí khi có yêu cầu, nhưng không rộng rãi. Nguồn cung cấp bao cao su miễn phí ít được biết tới và bản

thân những người trong nhóm nghiên cứu cũng không tìm hiểu được nguồn bao cao su miễn phí này được tài trợ từ đâu. Một yếu tố khác là bao cao su không phổ biến lắm trong công tác kế hoạch hóa gia đình, và người ta không đầu tư nhiều cho công tác tiếp thị bao cao su vì mục đích này. Đặt vòng là hình thức kế hoạch hóa gia đình được sử dụng nhiều nhất; ước tính có khoảng 80% phụ nữ Việt nam sử dụng biện pháp này. Nhân viên tại các cơ sở kế hoạch hóa gia đình không có trách nhiệm, và cũng không xem mình có trách nhiệm đối với công tác phòng chống HIV. Một vấn đề khác là ngay cả khi họ có cấp phát bao cao su, họ cũng không có tài liệu gì giúp giải thích cách sử dụng. Ví dụ, nhóm nghiên cứu không hề thấy các mô hình dương vật dùng để hướng dẫn cách sử dụng bao cao su ở bất kỳ địa điểm nghiên cứu nào. Ngay cả tại các trung tâm TVXNTN hay phòng chống HIV cũng không có.

Đối với các nhân viên y tế, quan điểm đạo đức về vấn đề cấp phát bao cao su là rất thực tế: không khuyến khích thanh niên quan hệ tình dục trước hôn nhân nhưng bao cao su lại có tác dụng phòng tránh HIV và việc có thai ngoài ý muốn. Không có ai khi được hỏi phản đối việc cấp phát bao cao su hay việc thanh niên sử dụng bao cao su. Tất cả các cơ quan đều khuyến nghị nên cấp phát bao cao su cho “các nhóm nguy cơ cao” như những người hành nghề mại dâm và tiêm chích ma túy thông qua giáo dục đồng đẳng, các cơ quan y tế và các tổ chức quần chúng. Những người bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV cũng đề nghị cần đẩy mạnh việc cấp phát bao cao su cho thanh niên.

Mặc dù có bao cao su, phụ nữ không dễ gì tác động đến hành vi tình dục của bạn tình; những nỗ lực của phụ nữ trong việc tìm cách chủ động hơn trong quan hệ tình dục được coi là hành động có tội và đáng xấu hổ. Đàn ông có thể ở bên ngoài bất cứ khi nào họ muốn, và chỉ dùng những khoản thu nhập của gia đình vào nhậu nhẹt và vui vẻ với những phụ nữ

khác, trong khi phụ nữ bị quan niệm phải ở nhà chăm sóc gia đình, chồng con nhất là khi họ không đi làm kiếm tiền. Rất ít khi chị em nhận được sự ủng hộ của gia đình nhà chồng khi chồng họ chìm đắm trong những cuộc “vui chơi” bên ngoài.

Tuy nhiên, hầu hết những người có HIV có quan hệ hôn nhân hoặc quan hệ lâu dài với bạn tình và đã thông báo với bạn tình về tình trạng HIV của họ - đều nói họ chẳng gặp vấn đề gì khi sử dụng bao cao su, và còn dẫn ra những lý do y tế giải thích vì sao sử dụng bao cao su là tốt.

“Chúng tôi sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Điều đó tốt cho sức khỏe và giúp tránh thai. Ban đầu nó mang lại cảm giác hơi bất tiện, nhưng bây giờ chúng tôi đã quen với nó. Chúng tôi thích quan hệ tình dục bởi vì chúng tôi rất yêu nhau (một bà mẹ 30 tuổi nhiễm HIV tại Hà Nội).”

Nhìn chung, nam giới thường phàn nàn nhiều hơn nữ giới về việc sử dụng bao cao su: họ nói nó làm mất cảm giác. Những phụ nữ có chồng đã chết vì AIDS và những phụ nữ có HIV, khi có những mối quan hệ mới, họ rất khó thuyết phục bạn tình sử dụng bao cao su, đặc biệt với những người không biết về tình trạng HIV của họ. Khi một người không biết được về tình trạng HIV của một phụ nữ và cô ta cũng không muốn tiết lộ, sẽ rất khó để người phụ nữ đó yêu cầu anh ta sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục vì cô sợ mất anh ta, đồng thời làm lộ tẩy bí mật của chính mình. Trong một số cuộc phỏng vấn, đầu tiên các chị em nói rằng họ sử dụng bao cao su khi quan hệ với bạn tình, nhưng sau đó lại tâm sự thật rằng, thực ra họ có đề nghị sử dụng bao cao su nhưng không dứt khoát khi bạn tình từ chối.

Nhân tố 1.4: Giảm tác hại

Với thực tế là số người nhiễm HIV trong nhóm người sử dụng ma túy chiếm tỷ lệ lớn, hoạt động giảm tác hại được coi là một thành

tổ cần thiết trong PLTMC. Trong Chiến lược quốc gia về phòng chống và kiểm soát HIV/AIDS đến 2010, Chính phủ Việt Nam đã đặt công tác giảm tác hại ở vị trí ưu tiên. Các biện pháp can thiệp giảm tác hại bao gồm: *xây dựng hành lang pháp lý cho phép triển khai đồng bộ các hoạt động can thiệp giảm tác hại và phòng chống truyền nhiễm HIV/AIDS; tăng cường ủng hộ các chương trình can thiệp giảm tác hại; và mở rộng các biện pháp can thiệp giảm tác hại nhằm triển khai các chương trình can thiệp giảm tác hại toàn diện, trong đó có chương trình trao đổi bơm và kim tiêm sạch.*

Điều trị thay thế bằng methadone được Nhà nước phê duyệt từ năm 2006, tuy nhiên đến nay methadone mới chỉ có ở những địa điểm thí điểm chính thức. Vào thời điểm viết báo cáo này, cả Hà Nội và Thái Nguyên đều không có hoạt động thí điểm này. Chương trình giảm tác hại bao gồm những hoạt động và dịch vụ trong đó buộc phải công nhận việc các cá nhân tiếp tục sử dụng ma túy, và nhằm tới mục tiêu giảm thiểu các tác hại về sức khỏe, xã hội và kinh tế mà hành vi đó gây ra cho các cá nhân, cộng đồng và xã hội. Các chương trình giảm tác hại thường bao gồm một chương trình trao đổi kim tiêm tối thiểu, chất thay thế ma túy như Methadone hay Naltrexone, và truyền thông thay đổi hành vi, đặc biệt là giáo dục đồng đẳng. Các biện pháp can thiệp nêu trên đã làm chậm lại tốc độ lan truyền của đại dịch HIV ở một số quốc gia khác trong khu vực, trong đó đáng chú ý là Hồng Kông.

Trong khi các nhà hoạch định chính sách ở cấp độ quốc gia có vẻ chấp nhận việc trao đổi bơm kim tiêm sạch, thì tuy nhiên, theo đánh giá của các giáo dục viên đồng đẳng và cán bộ y tế, người dân tại hai tỉnh tiến hành nghiên cứu lại có vẻ không mặn mà lắm với biện pháp này. Theo ý kiến phản ánh của các nhân viên y tế và gia đình những người sử dụng ma túy, methadone có vẻ dễ chấp nhận hơn vì nó có khả năng giảm tội phạm. Chính phủ Việt Nam nghiêng về sử dụng Naltrexone hơn vì loại

thuốc này có khả năng cắt cơn nghiện hê-rô-in thay vì thay thế hê-rô-in bằng một loại thuốc phiên khác như khi sử dụng methadone. Naltrexone được sản xuất tại Việt Nam từ tháng 12 năm 2004. Một thử nghiệm hiệu quả chống tái nghiện Naltrexone được thực hiện vào tháng 8 năm 2005 tại Hà Nội. Tuy nhiên, đến nay người ta vẫn chưa công bố kết quả của chương trình này.

Việc kê đơn thuốc có những ý nghĩa xã hội của nó (Reynolds, van der Geest, & Hardon, 2002). Việc chọn lựa một sản phẩm nào đó phần nào dựa trên những thói quen xã hội, và trong trường hợp này, loại thuốc được kê có thể tạo ra cảm giác yên tâm nơi người bệnh chính nhờ ý nghĩa xã hội của nó (Reynolds, van der Geest, & Hardon, 2002). Các bác sĩ Việt Nam được hỏi đều tin rằng các liều thuốc Tây có sử dụng nguyên liệu là ma túy có thể “quá liều” đối với cơ thể của người Việt. Trong một thử nghiệm methadone tại bệnh viện Bạch Mai, các bác sĩ Việt Nam đã cùng các thành viên gia đình bệnh nhân kê một đơn thuốc theo liều chuẩn “Việt Nam” theo đúng cách “Việt Nam” và nhận được kết quả khả quan; 80% bệnh nhân không bị tái phát bệnh. Điều này cho thấy hiệu quả của methadone dường như chịu ảnh hưởng sự can thiệp của gia đình và các yếu tố xã hội khác, chứ không chỉ bởi liều dùng.

Chính phủ Việt Nam hiện đang khuyến khích sử dụng Naltrexone, một loại dược phẩm chi phí cao đối với nước nghèo. Có báo cáo cho thấy loại thuốc này có thể trầm trọng hoá bệnh trầm cảm và tăng kháng thuốc có chất gây nghiện nhưng cũng có thể giúp những người có ý chí ngừng sử dụng ma túy hoàn toàn. (Burnet Institute, 2008; Ritter, 2002) Mặc dù loại ma túy thay thế là gì đi nữa thì gia đình vẫn có vai trò then chốt trong việc giúp người nghiện phục hồi. Các gia đình và nhân viên y tế ở tất cả các cấp đều ủng hộ cả hai lựa chọn trên chừng nào chúng cùng giúp giảm tình trạng phạm tội và cho phép người nghiện tiếp tục sống với gia đình.

Cơ quan Y tế dự phòng cấp tỉnh ở cả Hà Nội và Thái Nguyên đều đã bắt đầu các chương trình trao đổi kim tiêm cách đây hơn 10 năm. Hà Nội bắt đầu chương trình từ năm 1995. Cả hai tỉnh đều có những sáng kiến trao đổi kim tiêm quy mô nhỏ ở cấp quận/huyện nơi có tỷ lệ người nghiện cao nhất. Các chương trình này được hỗ trợ bởi các nhà tài trợ quốc tế (trừ Mỹ) và Quỹ Toàn cầu.

Nhân viên các Cơ quan Y tế dự phòng ở tất cả các cấp đều ủng hộ và coi trao đổi kim tiêm là một chiến lược thực tế và quan trọng.

“Chúng ta cần có cách tiếp cận song hành. Phòng ngừa những ca nghiện mới và phòng chống tác hại trong nhóm đang sử dụng ma túy thông qua trao đổi kim tiêm, sử dụng methadone và giáo dục đồng đẳng. Những người đang nghiện sẽ không thể cai được; chúng ta nên nhận ra và chấp nhận điều đó như một thực tế. Chúng ta phải cải thiện hệ thống thu gom kim tiêm nhằm làm cho chương trình có thể được chấp nhận. Nhiều người kêu ca về việc kim tiêm bị vứt lại ở những nơi công cộng. Hiện tỷ lệ thu gom chỉ đạt 70-80 % tỷ lệ thải ra.” (Bác sĩ nam, cơ quan y tế dự phòng, cấp huyện tại Hà Nội).

Hệ thống ở Hà Nội có nhiều nét giống một chương trình phân phát kim tiêm hơn là trao đổi kim tiêm. Mặc dù kim tiêm khá rẻ, những giáo dục viên đồng đẳng vẫn cố tình bán chúng.

“Tôi bảo con trai tôi giữ kim tiêm sạch mà dùng vì nó có tới hai hộp được nhận về khi làm giáo dục viên đồng đẳng, nhưng nó lúc nào cũng cần tiền. Và thế là nó bán đi một hộp, chỉ giữ lại một hộp để phát và sử dụng.” (Mẹ của một con trai nhiễm HIV đã chết).

Kim tiêm chỉ được phát miễn phí thông qua các chương trình phòng chống HIV chính thức do các trung tâm y tế dự phòng thực hiện; việc cấp phát này không được tích hợp vào các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV

khác. Ở Việt Nam, có nhiều thông điệp công cộng trong đó tiêm chích ma túy được gắn với HIV. Tuy nhiên, không có thông điệp nào cảnh báo những người sử dụng ma túy nên dùng kim tiêm sạch hay có thể mua chúng ở đâu. Những thông tin thực tế như vậy cũng không hề thấy tại các phòng TVXNTN và các cơ quan phòng chống HIV mà chúng tôi đến thăm.

Trụ cột 2: Dự phòng mang thai ngoài ý muốn ở phụ nữ có HIV

Tóm tắt kết quả

Phòng ngừa những ca sinh nở ngoài ý muốn ở những phụ nữ có HIV trong độ tuổi sinh đẻ là một chiến lược rất hữu hiệu nhằm phòng ngừa lây truyền mẹ - con. Chiến lược này đòi hỏi chị em phụ nữ cần có các biện pháp tránh thai và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình an toàn, được xét nghiệm sớm trong thai kỳ, đồng thời được tiếp cận với các phương pháp phá thai an toàn và những dịch vụ PLTMC khác. Trong Chiến lược quốc gia về phòng chống HIV/AIDS đến 2010, Bộ y tế đã nhấn mạnh, phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn ở phụ nữ có HIV phải trở thành một thành tố trong các chương trình PLTMC.

Tại Việt Nam, các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình được cung cấp một cách rộng rãi và rất dễ tiếp cận, mang đến cho phụ nữ nhiều lựa chọn khác nhau. Thông tin về các phương tiện kế hoạch hóa gia đình được cung cấp qua nhiều kênh và qua các phương tiện thông tin đại chúng. Hầu hết chị em phụ nữ đều có thể kiểm soát và giới hạn quy mô gia đình khi họ muốn. Việc phá thai ở Việt Nam là hợp pháp, và ở cả hai tỉnh, các phương pháp phá thai an toàn đều sẵn có và dễ tiếp cận.

Mặc dầu vậy, chúng tôi thấy hầu hết chị em đều buộc phải tiếp tục mang thai khi phát hiện ra mình bị nhiễm HIV, mà nguyên nhân chủ yếu là do họ được xét nghiệm quá muộn. Hầu hết phụ nữ nhiễm HIV đều không biết về tình

trạng của mình khi bắt đầu mang thai. Hầu hết tất cả những phụ nữ được phỏng vấn đều nói họ sẽ không có con nếu biết trước được là mình nhiễm HIV; nếu họ biết sớm hơn thì họ sẽ phá thai.

Việc chia nhỏ cơ quan y tế thành các bộ phận phụ trách TVXNTN, điểm xét nghiệm trước khi phẫu thuật và sinh nở, kế hoạch hóa gia đình và phá thai đã làm giảm hiệu quả của các nỗ lực phòng ngừa có thai ngoài ý muốn ở phụ nữ nhiễm HIV ở cả hai tỉnh.

Đánh giá của chúng tôi về trụ cột này được chia làm hai phần chính:

- 2.1 Liên kết giữa các điểm xét nghiệm HIV và cơ sở kế hoạch hóa gia đình
- 2.2 Tiếp cận các dịch vụ phá thai an toàn.

Nhân tố 2.1: Mối quan hệ chuyển tuyến giữa TVXNTN và kế hoạch hoá gia đình

Tư vấn viên ở các địa điểm TVXNTN coi việc thông tin cho khách hàng về an toàn tình dục và sự cần thiết phải sử dụng bao cao su là một phần công việc của họ. Nhưng họ không nói về HIV trong mối quan hệ với kế hoạch hoá gia đình hoặc việc có con vì họ coi đó là công việc của cơ sở phụ trách công tác kế hoạch hoá gia đình. Về phần mình, cơ quan kế hoạch hoá gia đình lại coi việc cung cấp thông tin về HIV/AIDS là công việc của lĩnh vực HIV và giới thiệu bệnh nhân sang đó. Một số nhân viên TVXNTN nói rằng, họ bị sốc khi nhận được tin mình nhiễm HIV và vì thế đó không phải là thời điểm thích hợp để nói chuyện về kế hoạch hoá gia đình. Hơn nữa, hầu hết các khách hàng đến địa điểm TVXNTN là nam giới. Tư vấn viên không hoàn toàn nhận thức được việc những người đàn ông này có thể lây bệnh sang cho vợ và con mình, từ đó cần lời khuyên về tình dục an toàn.

Tất cả các cán bộ y tế, cơ quan chính quyền, người có HIV và thành viên gia đình họ đều biết rằng bao cao su có thể ngăn ngừa lây

nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, và cũng có thể được sử dụng trong công tác kế hoạch hoá gia đình. Tất cả các cán bộ y tế được phỏng vấn đều biết rất rõ rằng bao cao su là công cụ chính trong phòng chống HIV/AIDS và luôn nhắc đến điều này. Nhiều khảo sát KAP khác nhau về HIV/AIDS cho thấy mức độ hiểu biết cao đó. Ví dụ, nghiên cứu cho thấy 97,5% thanh thiếu niên lứa tuổi từ 14-25 và 80-90% người hành nghề mại dâm và người tiêm chích ma túy (General Statistics Office, NIHE, & ORC Macro, 2006) có kiến thức tốt về vấn đề trên. Tuy nhiên, các nhân viên y tế ở Hà Nội biết về HIV và phòng lây truyền mẹ con tốt hơn nhân viên ở Thái Nguyên. Ví dụ, một số nhân viên y tế tại phòng hộ sinh, khoa nhi và các trung tâm y tế huyện của tỉnh Thái Nguyên cho rằng, mọi trẻ sinh ra từ các bà mẹ có HIV sẽ bị nhiễm HIV đương tính.

Nhân viên tại các cơ sở xét nghiệm và kế hoạch hoá gia đình thường có đầy đủ kiến thức nhưng không sử dụng vì họ coi HIV/AIDS và kế hoạch hoá gia đình là hai mảng công việc hoàn toàn khác nhau.

“Chúng tôi cũng tư vấn cho họ dùng bao cao su. Nếu một ai đó hỏi tôi là nên làm gì để tránh có thai ngoài ý muốn thì khi đó tôi mới nói với họ. Tôi không có bao cao su để cấp miễn phí cho họ để kế hoạch hoá gia đình”.(Nhân viên tại địa điểm TVXNTN, Hà Nội).

“Nói với khách hàng về các biện pháp kế hoạch hoá gia đình không phải là nhiệm vụ của chúng tôi. Có một trung tâm tư vấn kế hoạch hoá gia đình ở đằng kia [cô chỉ tay].” (Nhân viên ở địa điểm TVXNTN Hà Nội).

Nhân viên tư vấn TVXNTN và KHHGĐ cũng quan tâm nhiều hơn tới các yếu tố văn hoá và xã hội, đặc biệt là mối quan hệ giới trong gia đình. Gia đình đóng vai trò quyết định tới việc sinh đẻ chứ không phải tự cá nhân. Phụ nữ thường muốn có con ngay sau khi kết

hôn; thường họ không có lý do thực sự chính đáng để không có con.

Trong các gia đình Việt Nam, cuộc sống của người phụ nữ thường được xem là không vẹn toàn nếu họ không có con, đặc biệt là con trai. Người phụ nữ lấy chồng là con một trong gia đình sẽ phải chịu áp lực là phải có con trai để nối dõi tông đường. Vấn đề về nối dõi tông đường hiện vẫn đang rất phổ biến. Điều đó thực sự làm ảnh hưởng tới việc thực hành và tư vấn kế hoạch hoá gia đình.

Mong ước có một gia đình là một vấn đề không phải bàn cãi. Bệnh nhân, cán bộ y tế và cán bộ trong các cơ quan quản lý đều tỏ ra rất ngạc nhiên khi chúng tôi hỏi họ tại sao mọi người lại nhất thiết muốn có con. Một số người tham gia vào nhóm nghiên cứu cũng nói rằng họ chỉ hỏi câu hỏi này “vì nghiên cứu viên của phương tây yêu cầu họ hỏi một số câu hỏi “kỳ quặc” như vậy.” Khi cô ấy nói ở nước cô ấy một số người không muốn có con, cô đã nhận được những ánh mắt quan tâm, lo lắng, ái ngại và ngạc nhiên.

Cán bộ y tế và những người nhiễm HIV nhấn mạnh rằng không ai chọn việc không có con. Một số cán bộ y tế nghĩ rằng, phụ nữ thậm chí sẵn sàng đổi cả cuộc đời của mình để có một đứa con.

“Tôi nghĩ cuộc sống sẽ vô nghĩa nếu chúng tôi không có con. Tôi biết rằng tôi nên khuyên những người có HIV không nên có con, nhưng tất cả phụ nữ đều muốn có con. Họ muốn có ít nhất là một đứa con ngay cả khi họ có thể chết ngay sau khi sinh chúng ra. Phụ nữ chấp nhận điều đó.” (nữ y tá, cấp quận, Hà Nội).

Cán bộ y tế cùng chia sẻ với bệnh nhân về tầm quan trọng của việc có con và vấn đề nối dõi tông đường có thể ảnh hưởng tới vấn đề phòng chống HIV/AIDS. Cả cán bộ y tế và những người nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV đều không nói rằng những phụ nữ nhiễm

HIV không có quyền có con. Thay vào đó, họ nhấn mạnh về nhu cầu cần có đủ cha mẹ của đứa trẻ, họ chỉ ra rằng cha mẹ có HIV có thể chết và con cái họ sẽ trở thành những đứa trẻ mồ côi. Hoặc họ sẽ nói bóng gió về những điều “đau khổ” khác nữa nên tránh.

“Những phụ nữ có HIV không nên có con, nhưng gần như tất cả phụ nữ Việt Nam đều muốn có con. Quyết định có con hay không phụ thuộc vào quan điểm, kiến thức về HIV của họ và việc có thuốc hay không.” (nữ bác sĩ, cấp quận, Hà Nội).

“Nếu trước đây tôi biết mình nhiễm HIV, tôi sẽ không quyết định sinh con. Hoặc giả như tôi biết được tình trạng bệnh tật của tôi trong giai đoạn đầu của thai kỳ, tôi sẽ lựa chọn giải pháp phá thai vì tôi yêu con tôi nên tôi không muốn chúng sinh ra đã bất hạnh”. (một phụ nữ có HIV, 30 tuổi).

“Chúng tôi đã không bao giờ nghĩ tới việc có con vì CD4 của người yêu tôi thấp. Nếu có thuốc phòng ngừa lây truyền mẹ con và CD4 của người yêu tôi tăng lên, chúng tôi sẽ có con (một người đàn ông có HIV dương tính, 32 tuổi).

Trong thực tế, các cán bộ y tế thể hiện một thái độ nước đôi đối với mong muốn có con của những phụ nữ có HIV. Họ tôn trọng mong muốn có con của những người này, đồng thời lại có vẻ cho rằng những người này không nên có vì lý do sức khỏe. Nhiều người gợi ý họ nên nhận con nuôi hoặc trở thành một người chăm sóc không chính thức như một phương án thay thế, nhưng khi đưa ra những lời khuyên đó, chính họ cũng không cảm thấy được thuyết phục trong chính lời nói của mình và họ thường nhìn đi nơi khác.

Nam giới phải chịu sức ép rất lớn từ phía các bà mẹ về việc phải có con:

“Mẹ tôi muốn có một đứa trẻ trong nhà. Bà chỉ có một con trai duy nhất. Mẹ tôi mong

muốn có nhiều cháu vì chồng bà vừa chết và bà cảm thấy rất cô đơn. Mẹ rất quan trọng đối với tôi. Bà từ chối cháu ngoại. Bà nói, cháu ngoại là cháu người ta, cháu nội mới là cháu mình. Tôi nói với mẹ tôi rằng tôi sẽ có cháu vì bà. Tôi không bao giờ nghĩ tới việc nhận con nuôi vì thậm chí đó còn không phải là cháu ngoại, mà là một dòng máu khác” (một nam thanh niên có HIV dương tính, 27 tuổi, Hà Nội).

Nhân tố 2.2: Tiếp cận với nạo phá thai an toàn

Một nhân tố quan trọng trong dự phòng lây truyền mẹ con đối với phụ nữ là lựa chọn việc chấm dứt mang thai ngoài ý muốn, điều đó có nghĩa là tiếp cận với việc phá thai an toàn. Việc nạo phá thai ở Việt Nam là hợp pháp, và nó còn được sử dụng như một biện pháp kế hoạch hoá gia đình trên quy mô lớn. Việt Nam là một trong ba quốc gia có tỷ lệ phá thai cao nhất thế giới. 82% phụ nữ ở lứa tuổi sinh đẻ đã ít nhất một lần phá thai (General Statistics Office, 2005; MOH & UNFPA, 1999) Hàng năm, 40% trong tổng số các trường hợp có thai ở Việt Nam kết thúc bằng việc phá thai (UNFPA, 2007). Những ước tính dựa trên số liệu của Bộ y tế năm 1998 cho thấy, những phụ nữ chưa kết hôn chiếm 30% tổng số các trường hợp phá thai.

Phá thai phổ biến đến mức người ta có thể khẳng định rằng, hầu hết những phụ nữ đến chăm sóc trước sinh đều muốn có con, còn nếu không họ đã đi thẳng tới các dịch vụ phá thai. Tuy nhiên cũng có những ngoại lệ. Một phụ nữ mới lập gia đình có thể không được phép phá thai nếu cô ta không chứng minh được rằng người chồng hợp pháp của mình đồng ý cho cô ta phá thai. Do vậy, những rào cản về văn hoá đã được chuyển thành những rào cản về hành chính tại các cơ quan y tế.

“Nếu một phụ nữ tôi đây và cô ấy vừa mới cưới thì tôi muốn đảm bảo chắc chắn rằng gia đình cô ấy đồng ý với quyết định của cô ấy. Đối với những nữ thanh niên chưa kết

hôn thì việc đó lại hoàn toàn khác. Cô ấy không muốn bất cứ ai trong gia đình mình biết và không muốn hoặc không cần sự đồng ý của họ.” (nhân viên y tế nữ, cấp quận, Hà Nội).

Những phụ nữ đã hoàn thành nghĩa vụ với gia đình “hạnh phúc” của mình không cần có sự chấp thuận của gia đình. Một số ít phụ nữ sớm phát hiện tình trạng nhiễm HIV của mình trong thai kỳ đã được khuyến khích phá thai. Tuy nhiên, việc xét nghiệm HIV thường chỉ được thực hiện vào tháng thứ bảy của thai kỳ. Vì vậy, ở thời điểm này, việc lựa chọn phá thai đã là quá muộn. Và thậm chí ngay cả khi một phụ nữ có HIV tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế đúng lúc đi chăng nữa, có thể cô ấy cũng không nhận được những lời khuyên hữu ích.

“Có một bác sĩ thật khủng khiếp. Bà ta bảo tôi đứng cách xa bà ta ra. Bà ta hỏi tôi là tôi có muốn phá thai không. Mà để phá thai tôi phải trở về nhà viết đơn có chữ ký của bố mẹ tôi. Bà ta sẽ phá thai cho tôi nếu tôi có chữ ký. Nếu tôi muốn giữ đứa trẻ, thì cũng không sao. Vì vậy, tôi đã chẳng biết điều gì khi rời phòng khám. Tôi thực sự mong muốn người ta trao đổi với tôi về căn bệnh, tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con, tình hình tài chính của tôi, tôi có nên cho trẻ uống sữa ngoài hay không hoặc nếu tôi chết tôi cần phải làm gì, ai sẽ chăm sóc con tôi? Nhưng bà ta đã không nói gì về những vấn đề này với tôi hết (một phụ nữ có HIV, 33 tuổi).”

Ở một vài nơi, phụ nữ muốn phá thai trước tiên sẽ được xét nghiệm HIV nhưng việc tư vấn về HIV và phá thai không đi liền với việc kế hoạch hoá gia đình,

Trụ cột 3: Phòng ngừa lây truyền từ một bà mẹ nhiễm HIV sang con của họ

Tóm tắt kết quả

Khu vực đô thị ở cả hai tỉnh đều có độ bao phủ về dịch vụ chăm sóc trước sinh tốt (CSTS)

và một chương trình CSTS tốt có thể tạo ra một cơ sở hoàn hảo cho các chương trình dự phòng lây truyền mẹ con (PLTMC). PLTMC lần đầu tiên được giới thiệu ở Việt Nam vào năm 1995 với việc cung cấp thuốc phòng Nevirapine đơn liều (SD-NVP) cho phụ nữ có thai nhằm ngăn ngừa việc truyền HIV từ mẹ sang con. Gần đây hơn, vào năm 2005, cơ chế phòng ngừa này đã được mở rộng trong đó có các phác đồ điều trị phối hợp hai thuốc và ba thuốc với sự hỗ trợ từ CDC.

Chúng tôi nhận thấy, các bệnh viện đã có các hệ thống xét nghiệm HIV định kỳ như một phần của dịch vụ chăm sóc trước sinh, kèm theo các xét nghiệm khác. Cả phụ nữ mang thai và nhân viên y tế đều ủng hộ việc xét nghiệm HIV trước sinh. Phụ nữ đánh giá cao tư vấn về xét nghiệm trước sinh của các cán bộ y tế có chuyên môn.

Phác đồ ARV 3 thuốc an toàn, hiệu quả và phác đồ một liều duy nhất Nevirapine đang ngày càng sẵn có tại Hà Nội. Cán bộ y tế ở cả hai tỉnh đều nhận thức được nguy cơ lây truyền HIV thông qua bú sữa mẹ. Hiện nay, hệ thống chuyển tuyến hai chiều giữa bệnh viện và các dịch vụ hỗ trợ chất lượng cao dành cho phụ nữ mang thai và các bà mẹ cũng đã được thực hiện.

Tuy nhiên, theo quan sát của chúng tôi, việc phòng bệnh bằng ARV cho PLTMC vẫn chưa có tại Thái Nguyên. Trong các phòng khám và bệnh viện ở cả hai tỉnh, trừ bệnh viện Phụ sản Trung ương, phụ nữ bị buộc phải xét nghiệm HIV trước khi sinh; đây là một việc làm không hợp với đạo đức xét theo các tiêu chuẩn y tế quốc tế. Các nhân viên y tế cấp quận thực hiện các xét nghiệm HIV thường kỳ khi các bà mẹ mang thai ở tháng thứ 7 đến tháng thứ 8. Các mẫu dương tính được gửi tới phòng xét nghiệm đạt chuẩn quốc gia để kiểm tra lại. Nếu kết quả vẫn là dương tính, những phụ nữ này sẽ được thông báo kết quả thông qua hình thức thông báo kết quả dựa vào cộng đồng. Nhân viên y tế cấp quận sẽ chuyển những phụ

nữ mang thai có HIV tới các bệnh viện tỉnh và trung ương để họ sinh tại đó.

Phụ nữ hiếm khi tới các điểm TVXNTN trong thời gian mang thai vì các điểm này nhắm tới đối tượng đích là nhóm có nguy cơ cao. Các nhân viên ở đó chỉ xét nghiệm HIV chứ không khám hay xét nghiệm các bệnh khác hoặc những vấn đề về sức khỏe quan trọng khác đối với phụ nữ có thai. Nhân viên y tế tránh chuyển những phụ nữ này tới các cơ sở chỉ xét nghiệm HIV, ngay cả khi dịch vụ ở đó miễn phí, do vấn đề phân biệt, kỳ thị đi kèm với HIV.

Bệnh nhân và gia đình của họ hoàn toàn không hài lòng với hệ thống thông báo kết quả xét nghiệm HIV. Việc nhân viên y tế thông báo kết quả xét nghiệm dương tính cho chồng của họ và những người khác mà không có sự đồng ý của bệnh nhân là vi phạm quyền của người bệnh, và làm tăng sự bất bình đẳng giới và lứa tuổi ở cấp độ gia đình.

Chúng tôi đã đánh giá 6 nhân tố đặc biệt quan trọng đối với sự thành công của yếu tố thứ ba này:

- 3.1 Các dịch vụ CSTS
- 3.2 Tiếp cận với xét nghiệm HIV sớm trong thai kỳ.
- 3.3 Cung cấp kết quả xét nghiệm HIV cho phụ nữ và gia đình của họ (hệ thống thông báo)
- 3.4 Cung cấp thuốc phòng bệnh ARV an toàn và hiệu quả cho phụ nữ mang thai có HIV.
- 3.5 Cung cấp các dịch vụ sinh sản phù hợp nhất cho phụ nữ mang thai có HIV.
- 3.6 Tư vấn và hỗ trợ nuôi trẻ an toàn.

Nhân tố 3.1: Độ bao phủ của các dịch vụ chăm sóc trước sinh

Chất lượng và số lượng của dịch vụ CSTS quyết định khả năng tiếp cận việc sinh đẻ an toàn của phụ nữ, trong đó có phụ nữ nhiễm HIV. Tại Hà Nội, hầu hết phụ nữ được cung

cấp dịch vụ CSTS trong suốt thời gian mang thai và sinh con tại các bệnh viện. Tỷ lệ phụ nữ sinh tại nhà không có sự giúp đỡ của nhân viên y tế ở khu vực Đông Bắc (trong đó có Thái Nguyên) là 32,6% và 1,7% ở lưu vực sông Hồng (trong đó có Hà Nội). Tính trung bình, tỷ lệ phụ nữ ở khu vực thành thị tới dịch vụ trước sinh ít nhất 1 lần là 90,4%, ba lần là 72,6%, được cung cấp dịch vụ sinh an toàn là 40,5% và được kiểm tra cân nặng là 63,5% (MOH, General Statistical Office, & Coverage of Public Health Programs, 2003).

Ở những vùng sâu, vùng xa và nông thôn của Thái Nguyên, nhiều phụ nữ sinh con tại các trạm y tế xã. Chất lượng của các dịch vụ chăm sóc trước sinh thay đổi theo các cấp. Phụ nữ mang thai có thể tiếp cận chăm sóc trước sinh tại cấp xã, nhưng có thể cần chuyển tuyến để có thể tiếp cận với dịch vụ này ở cấp huyện hoặc cấp tỉnh. Đối với việc chuyển tuyến lên cấp trung ương, về hình thức phải có hồ sơ y tế, nhưng thường thì các bệnh viện trung ương khó có thể từ chối bệnh nhân. Chi phí chăm sóc trước sinh và sinh nở đối với những ca không phức tạp ở tuyến dưới sẽ thấp hơn so với việc đưa lên tuyến trên. Trong thực tế, nhiều phụ nữ có khả năng chi trả cho các dịch vụ y tế sinh đẻ ở tuyến trên nên đến đó để sinh, góp phần vào tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Nhóm nghiên cứu chú ý thấy rằng các bác sĩ sản khoa, đặc biệt là trong các phòng hộ sinh tại bệnh viện tuyến huyện, có nhiều thời gian và không gian dành cho các sản phụ hơn là các bác sĩ đã bị quá tải tại tuyến trung ương.

Cán bộ y tế ở tuyến dưới không lo lắng lắm về vấn đề HIV một phần là do những ca phức tạp như nhiễm HIV đã được đưa lên tuyến trên. Cần phải lưu ý tới sự thiếu quan tâm của cán bộ y tế chăm sóc trước sinh vì tình trạng nhiễm HIV của hầu hết phụ nữ chỉ được biết đến khi thai đã 7, 8 tháng tuổi. Tuy nhiên, trước đó những phụ nữ nhiễm HIV có thể tới các cơ sở y tế cấp xã hoặc cấp huyện để được chăm sóc trước sinh, do vậy các cán

bộ, nhân viên tại đó có thể bị phơi nhiễm mà không hề biết. Số lượng phụ nữ có thai được phát hiện nhiễm HIV trong hệ thống y tế còn ít cũng góp phần vào sự thiếu quan tâm tới vấn đề HIV của các nhân viên y tế. Cán bộ y tế ở tất cả các tuyến đều lo ngại về viêm gan B mặc dù rất ít người nhớ rằng họ đã được tiêm phòng.

Nhân tố 3.2: Khả năng tiếp cận với xét nghiệm và tư vấn của phụ nữ mang thai

Quy trình xét nghiệm thường kỳ có thể giúp xác định tình trạng HIV ở phụ nữ mang thai, từ đó họ có thể được nhận thuốc ARV PLTMC khi sinh. Ở cả hai tỉnh đều có sẵn các cơ sở dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện và thường kỳ, và trong một số trường hợp, các bệnh viện cũng cung cấp miễn phí dịch vụ này nhằm tới các nhóm có nguy cơ cũng như cung cấp các xét nghiệm HIV thường xuyên trước khi phẫu thuật hoặc sinh đẻ.

Tại các bệnh viện ở cả hai tỉnh, tất cả các bệnh nhân đều được xét nghiệm HIV thường kỳ cùng với các xét nghiệm khác (như công thức máu, nhóm máu, chức năng gan, chức năng thận và HBV) trước khi phẫu thuật và sinh đẻ. Ở cả hai tỉnh, tất cả phụ nữ mang thai muốn sinh ở một bệnh viện cấp tỉnh đều phải xét nghiệm HIV, thường vào tháng thứ 7 - 8 hoặc ngay trước khi sinh. Mặc dầu xét nghiệm thường kỳ bắt buộc không hoàn toàn hợp pháp song tất cả các cán bộ y tế được phỏng vấn đều khẳng định một cách cởi mở việc xét nghiệm trước sinh. Tuy nhiên, ở Thái Nguyên, nhiều phụ nữ đã tới sinh tại cơ sở y tế cấp xã hoặc cấp huyện vùng xa nơi không có dịch vụ xét nghiệm. Ở Hà Nội, tại các điểm mà chúng tôi khảo sát, bệnh nhân khó có thể tránh được xét nghiệm HIV trước khi sinh, song bên cạnh đó nhân viên y tế và phụ nữ cũng thông tin cho chúng tôi rằng việc xét nghiệm ít được thực hiện một cách nghiêm ngặt tại các huyện ngoại thành. Việc xét nghiệm HIV sớm chỉ được khuyến nghị khi nhân viên y tế nhận thấy các dấu hiệu nghi ngờ.

“Khoa chúng tôi chỉ xét nghiệm HIV với các trường hợp nghi ngờ. Việc xét nghiệm là không bắt buộc. Ở đây chúng tôi chỉ có xét nghiệm nhanh. Nếu các kết quả xét nghiệm dương tính, để khẳng định kết quả, chúng tôi phải chuyển bệnh nhân tới Trung tâm y tế dự phòng để làm các xét nghiệm khác (một nam bác sĩ ở bệnh viện tuyến tỉnh, Thái Nguyên).”

“Những người đến đây không phải khai với chúng tôi là họ có HIV. Nhưng nếu chúng tôi nhận thấy một điều gì đó khác thường, và chúng tôi nghi ngờ thì chúng sẽ khuyên họ đi xét nghiệm. Nhưng nếu họ không muốn và từ chối, chúng tôi phải chấp nhận và cố gắng thật cẩn thận (một nữ y tế, bệnh viện tuyến quận, Hà Nội).”

Khi nhân viên y tế khuyên những phụ nữ này đi xét nghiệm sớm, họ đã không giới thiệu cụ thể các điểm TVXNTN miễn phí để xét nghiệm HIV.

Nhân viên y tế cũng không có các tiêu chí rõ ràng về các dấu hiệu để trên cơ sở đó họ khuyên bệnh nhân đi xét nghiệm. Các dấu hiệu đó bao gồm cả các dấu hiệu xã hội như ‘trông giống như người nghiện’, hay đi cùng một ai đó trông như nghiện, có các nghề nghiệp như “làm tại khách sạn” hoặc “lái xe” và các dấu hiệu về y tế như có các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc trông rất gầy.

Một phát hiện rất thú vị cho thấy không có phụ nữ nào được phỏng vấn cho rằng việc xét nghiệm HIV thường kỳ trước sinh hoặc phẫu thuật là không hợp lý. Nguyên nhân thường thấy nhất mà họ đưa ra là “Bác sĩ cần biết những điều nhất định để có thể làm đúng chức năng của họ”, “Nó cũng giống như các xét nghiệm khác. Họ làm tất cả điều đó cùng một lúc.” “Các bác sĩ cần phải bảo vệ chính bản thân họ trong công việc”; và “Họ cần biết điều đó để giúp tôi”.

“Đối với chúng tôi, việc dự phòng lây truyền sẽ dễ hơn nếu chúng tôi biết ai trong

số các bệnh nhân bị nhiễm HIV” (một nữ hộ sinh, bệnh viện trung ương, Hà Nội)

“Tôi cảm thấy thoải mái vì tôi thấy cần phải xét nghiệm HIV. Tôi cho rằng tôi nên được biết kết quả.” (một phụ nữ mang thai HIV âm tính, 25 tuổi, Hà Nội)

Nhân viên y tế và những người có HIV đều không thấy có sự khác biệt lớn nào giữa xét nghiệm HIV và những xét nghiệm y tế khác như xét nghiệm viêm gan B hay lao.

“Khi bác sĩ lấy máu, tôi đồng ý. Tôi nghĩ là sự khác biệt chủ yếu giữa xét nghiệm HIV và lao hoặc những xét nghiệm khác là tìm ra virus của từng bệnh. Xét nghiệm HIV và viêm gan B đều quan trọng như nhau vì chúng đều là những căn bệnh chết người.” (một phụ nữ có HIV, 20 tuổi)

Việc xét nghiệm HIV thường kỳ trước sinh được xem là bình thường. Hầu hết phụ nữ dù có hay không có HIV đều cho rằng không cần thiết phải nghe thêm lý do vì sao cần xét nghiệm HIV hay các xét nghiệm khác. Bệnh nhân chỉ muốn được biết rằng sức khỏe của mẹ và con là bình thường. Tư vấn cá nhân thường bắt đầu bằng việc chuyên gia tư vấn nói với họ về một loạt các trách nhiệm mà có thể họ không muốn; thay vào đó, họ muốn chuyên gia tư vấn giúp họ ra quyết định đối với kết quả các loại xét nghiệm của họ. Việc xét nghiệm thường kỳ trong các bệnh viện sẽ giúp các bác sĩ có trách nhiệm trong việc ra quyết định, và điều đó có vẻ hợp với cả bệnh nhân và nhân viên y tế. Các nhân viên y tế cũng giải thích các nguyên nhân về kinh tế và chuyên môn đối với việc xét nghiệm thường kỳ muộn.

“Có cả rào cản về kinh tế và chuyên môn trong việc cung cấp xét nghiệm sớm hơn. Chúng tôi xét nghiệm viêm gan B và các xét nghiệm máu cần thiết khác cùng lúc trước khi sinh để chuẩn bị cho việc sinh đẻ an toàn. Không thể xét nghiệm sớm hơn vì

các kết quả thay đổi trong thời gian mang thai và điều này có thể nguy hiểm tới sức khoẻ của người phụ nữ vào thời điểm sinh đẻ. CSTS ở đây là một gói dịch vụ. Nếu chúng tôi tách riêng xét nghiệm HIV ra thì có thể sẽ làm tăng sự kỳ thị vì đó sẽ là ca phải xử lý theo cách tiếp cận có nguy cơ cao hoặc theo triệu chứng. Nếu chúng ta tách hoặc xét nghiệm hai lần sớm và sau đó muộn trong thời gian mang thai thì cũng rất đắt. Chúng ta hiện nay phải làm 1000 xét nghiệm để có 6 ca dương tính và xét về chi phí là không hiệu quả (nam bác sĩ, bệnh viện trung ương, Hà Nội).

Theo các nhân viên y tế, viêm gan B là vấn đề cấp bách hơn đối với họ. Viêm gan B có khả năng lây nhiễm cao và hiện có tỷ lệ mắc cao hơn HIV ở Việt Nam. Nỗi lo sợ viêm gan B và dường như sự thiếu lo ngại về HIV cũng liên quan tới hệ thống chuyển tuyến trong hệ thống y tế. Nhân viên ở tuyến dưới không lo ngại về HIV vì họ có thể chuyển những phụ nữ có HIV lên tuyến trên trong khi họ không thể làm như vậy với những phụ nữ bị viêm gan B. Không phải tất cả các nhân viên y tế đều được tiêm phòng viêm gan B và điều đó có thể lý giải một phần nỗi sợ hãi của họ. Những người được phỏng vấn tỏ ra sợ hãi nhất không phải những người đang làm việc tại khoa sản, mà là những người có tiếp xúc trực tiếp với các bệnh nhân ở các khoa khác nơi việc xét nghiệm thường kỳ không được thực hiện.

Trong khi các nhân viên chăm sóc y tế cho rằng việc xét nghiệm HIV trước khi sinh là quan trọng, không phải tất cả đều nhất trí rằng việc tư vấn là cần thiết đối với các bệnh nhân. Tuy nhiên, những người ủng hộ có vẻ như nghĩ rằng việc tư vấn nên tập trung vào “tăng kiến thức” và bảo đảm “hiểu biết tốt hơn về các xét nghiệm” và ít hướng tới các quyền của người bệnh.

“Tôi nghĩ 100% phụ nữ mang thai nên được xét nghiệm nhưng họ nên được tư vấn

trước khi xét nghiệm để có thời gian chuẩn bị. Phụ nữ nên biết gói dịch vụ khám sức khoẻ CSTS bao gồm những gì, họ sẽ làm bao nhiêu xét nghiệm và tại sao”. (Nữ hộ sinh, bệnh viện trung ương Hà Nội).

Mặt khác, các bà mẹ có HIV rất ủng hộ việc xét nghiệm HIV thường kỳ sớm. Theo ý kiến của một số nhân viên y tế, phụ nữ nên được tư vấn về toàn bộ quá trình CSTS thay vì chỉ tư vấn về HIV như một cái gì đó tách biệt và đặc biệt.

Hầu hết những phụ nữ có HIV chỉ biết được tình trạng nhiễm của mình khi đã mang thai đến tháng thứ 7 thông qua xét nghiệm thường kỳ tại các bệnh viện. Nhưng đối với những phụ nữ sinh tại tuyến xã, xét nghiệm HIV cũng như các xét nghiệm khác mà những phụ nữ mang thai phải thực hiện là một điều xa xỉ. Đối với nhiều phụ nữ nghèo phải trả 30.000 đồng (xấp xỉ 2 USD) để sinh tại trạm y tế xã thì một xét nghiệm HIV giá 50.000 đồng là quá đắt. Tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương, phụ nữ mang thai được trợ cấp 50% chi phí xét nghiệm nhưng không một bệnh viện hay cơ sở sản khoa nào khác tại hai tỉnh có thể chi trả được khoản trợ cấp này.

Trừ trường hợp cần người nối dõi tông đường, còn nếu không hầu hết các bậc cha mẹ sẽ lựa chọn việc không có con khi họ biết mình có HIV:

“Nếu trước đây tôi biết tình trạng của mình, tôi sẽ không muốn có con vì tôi sợ sẽ không đem lại một cuộc sống tốt đẹp cho chúng.” (một phụ nữ có HIV, 21 tuổi)

Hầu hết các bà mẹ có HIV lẽ ra sẽ không có con nếu họ biết tình trạng của mình trước khi mang thai, hoặc đủ sớm để lựa chọn phá thai. Một số trường hợp biết được tình trạng HIV của mình sớm để có thể phá thai, nhưng đã lựa chọn việc giữ đứa bé do họ kết hôn với con trai duy nhất, hoặc con trưởng trong gia đình, hoặc đã mất một đứa con vì AIDS.

Ở nhiều nơi, bệnh nhân bị từ chối chăm sóc nếu họ không đồng ý làm xét nghiệm HIV. Tuy nhiên, trừ cán bộ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, không ai đề cập điều này như một vấn đề đạo đức liên quan tới việc xét nghiệm thường kỳ. Từ chối không điều trị cho người bệnh khi họ không đồng ý xét nghiệm là vi phạm các tiêu chuẩn y tế quốc tế. Điều đó dường như dựa trên một nỗi lo sợ phi lý rằng, nếu người bệnh được phép từ chối, họ có thể từ chối xét nghiệm HIV và sẽ đặt các nhân viên y tế vào tình trạng có nguy cơ. Như chúng tôi thấy, thực tế hầu hết các bệnh nhân đều rất hợp tác và sẵn sàng xét nghiệm HIV và bất kỳ những thứ gì mà bác sĩ khuyến khích.

Nhân tố 3.3: Nhận kết quả xét nghiệm HIV - hệ thống thông báo.

Việc thực hiện thông báo HIV trong các cộng đồng là một nhân tố đặc trưng trong chiến lược của Việt Nam nhằm tập trung vào việc ngăn chặn và kiểm soát đại dịch HIV. Một hệ thống xét nghiệm HIV thường kỳ và thông báo phúc tạp đã ra đời. Xét nghiệm và tư vấn tự nguyện cũng như các xét nghiệm bắt buộc đối với những phụ nữ mang thai gần đến ngày sinh để được cung cấp ở khắp nơi. Nghị định về việc thực hiện Luật HIV/AIDS mới đã ra đời vào đầu năm 2007. Các chính sách đã quy định nghiêm ngặt việc tuyển y tế nào có thể thực hiện và khẳng định xét nghiệm HIV, ai có quyền thông báo cho các cá nhân, gia đình và cộng đồng thông qua Ủy ban Nhân dân. Tuyển dưới trong hệ thống y tế không thể thông báo trực tiếp cho các gia đình hoặc cá nhân mà không có sự khẳng định từ các tuyến trên, thậm chí ngay cả khi họ biết kết quả xét nghiệm. Ở Hà Nội, các nhà chức trách về y tế đã nhận thức được những vấn đề liên quan tới việc xét nghiệm nhưng chưa nhận ra những vấn đề liên quan tới việc thông báo cho bệnh nhân thông qua hệ thống thông báo hiện tại:

“Nếu chúng tôi không thông báo cho họ biết kết quả thì bệnh nhân sẽ nghĩ là có gì đó không bình thường. Họ sẽ hỏi chúng tôi tại

sao họ được xét nghiệm nhưng khi đến lấy kết quả, họ lại bị yêu cầu tới nơi khác. Và rằng nếu chúng tôi không có quyền nói cho họ biết kết quả thì tại sao chúng tôi lại xây dựng phòng TVXNTN?” (Nữ tư vấn viên, Khoa Vi sinh, Hà Nội).

Các tuyến dưới ở cộng đồng chỉ có thể thông báo cho bệnh nhân nhiễm HIV và gia đình họ sau khi họ nhận được kết quả xét nghiệm đã được khẳng định ở tuyến trên. Bệnh nhân đã được xét nghiệm tại các địa điểm TVXNTN của nhà nước có thể được thông báo trực tiếp kết quả tại địa điểm đó. Khi địa điểm đó ở tuyến tỉnh, thì các kết quả cần phải được thông báo lên tuyến trên nhằm mục đích giám sát và tuyến trên sau đó sẽ hướng dẫn Ủy ban Nhân dân thông báo cho gia đình và người nhiễm. Nếu địa điểm là ở tuyến trung ương thì kết quả không cần phải đưa xuống tuyến tỉnh, và do vậy bệnh nhân sẽ không được thông báo thông qua hệ thống này. Mục đích của việc truyền đạt thông tin tới các gia đình là để đảm bảo rằng người bệnh có thể được nhận hỗ trợ. Một số phụ nữ được giới thiệu tới các nhóm hỗ trợ và được cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên biệt từ chính quyền địa phương, và họ cảm thấy thực sự hữu ích.

“Sau khi xét nghiệm, họ đến tư vấn cho gia đình và chồng tôi và nhiều lần cho tôi. Họ khuyên tôi cố gắng giữ gìn sức khỏe và hãy lạc quan.” (một phụ nữ có HIV 30 tuổi, Hà Nội)

Trong thực tế, việc thông báo trong cộng đồng mà không có sự đồng ý của bệnh nhân cũng góp phần làm tăng sự kỳ thị và mất sự theo dõi:

“Tại trung tâm y tế xã, cái cách mà họ nhìn chúng tôi khi chúng tôi đến khám sức khỏe hoặc lấy thuốc thật rõ ràng. Vì thế chúng tôi thường đi khám tại các phòng khám tư nhưng giấu tình trạng HIV của mình. Trong suốt ba năm đầu chúng tôi không hỏi

hoặc tiếp xúc với bất kỳ ai về HIV vì chúng tôi quá buồn và tuyệt vọng”. (một phụ nữ có HIV 28 tuổi, Hà Nội).

Hệ thống thông báo đó nhằm hướng tới việc vận động sự chăm sóc và hỗ trợ của gia đình và cộng đồng đối với người có HIV, nhưng trong thực tế, nó không hề có tác dụng như mong muốn.

Bệnh nhân và nhân viên y tế có quan điểm khác nhau về mục đích và chất lượng của hệ thống thông báo, và về việc ai có thể và nên được thông báo. Nhân viên y tế không phản đối nguyên tắc thông báo cho chính quyền, nhưng cho rằng cần cải thiện việc thực hiện để đạt được hiệu quả tốt hơn. Nhân viên y tế nhấn mạnh những lợi ích y tế công cộng cho cả cá nhân lẫn cộng đồng. Làm thế nào mà bạn có thể giúp ai đó nếu như bạn không biết họ ở đâu và họ có bao nhiêu người. Nhân viên y tế cho rằng thông báo là một điều kiện giúp người bệnh được nhận sự chăm sóc và hỗ trợ, cũng như để ngăn chặn sự lan truyền của HIV sang người khác. Nhiều người cũng nhấn mạnh rằng thông báo không nên chỉ là sự lựa chọn mang tính cá nhân mà cần phải là chính sách quốc gia.

“Chúng tôi phải xét đến những nguy cơ có thể xảy ra cho các cán bộ y tế trong công việc của họ, cả những bệnh nhân khác và quyền lợi của người có HIV, và chúng tôi phải làm theo những hướng dẫn của Bộ Y tế.” (nữ bác sĩ, bệnh viện tuyến quận, Hà Nội).

Ngược lại, những người có HIV phản nản rất nhiều về việc thông báo mà không có sự đồng ý của họ. Họ coi hệ thống thông báo như một nguyên nhân chính dẫn tới việc điều trị y tế kém, sự kỳ thị ở những người hàng xóm và cả việc bị mất việc làm.

“Hội phụ nữ đến phường chúng tôi vì người ta thông báo cho họ. Họ kể cho hàng xóm còn trước cả khi nói với tôi. (bà mẹ có HIV, 27 tuổi, một con, Hà Nội).

Cán bộ y tế thường nói rằng: “những người nhiễm HIV thực sự cần được chăm sóc và hỗ trợ”, nhưng dường như lại không nhận ra rằng bệnh nhân cũng muốn được tư vấn trước khi bị dán nhãn là một người cần được “chăm sóc và hỗ trợ”. Nhân viên y tế có thể mong muốn giúp đỡ bệnh nhân thông qua việc thông báo, nhưng họ thiếu một sự hiểu biết sâu sắc về môi trường xã hội của bệnh nhân và vì thế đem đến những điều vấn đề tệ hại cho họ.

Mặt khác, một số bệnh nhân được xét nghiệm trước khi phẫu thuật do tai nạn hoặc trước một ca đẻ khó đã không hề từ chối việc lấy máu để xét nghiệm HIV. Cả vợ/chồng hay gia đình của họ khi được thông báo về việc xét nghiệm cũng không phản đối việc này. Trong thực tế, họ rất biết ơn vì đã được giúp đỡ. Họ nhấn mạnh rằng bản thân họ vào thời điểm đó là rất yếu và gia đình cũng như nhân viên y tế đã mong muốn bảo vệ họ bằng cách không trực tiếp chia sẻ thông tin với họ.

“Một phụ nữ vừa trải qua một lần cấp cứu sinh nói: “Khi tôi đến sinh, bác sĩ phải hoàn thành bệnh án; họ đã lấy máu của tôi để xét nghiệm HIV. Vào lúc đó, họ lấy máu của cả chồng tôi và tôi. Tôi nghĩ điều đó là bình thường. Sau khi con tôi chào đời, bác sĩ đến và nói cho tôi biết về tình trạng bệnh của tôi và tư vấn cho tôi là không nên cho con bú.” (một bà mẹ có HIV, 28 tuổi, Hà Nội)

Nhân viên y tế đã vài lần đề cập tới việc họ quá bận không thông báo được cho bệnh nhân, và lấy đó là lý do giải thích cho việc họ không phải là người thông báo kết quả xét nghiệm:

“Chúng tôi không thể thông báo cho tất cả các bệnh nhân [về tình trạng của họ] vì chúng tôi phải xử lý các ca đẻ.” (một nữ bác sĩ, tuyến quận, Hà Nội)

Tuy nhiên, phần lớn những người có HIV phản nản một cách cay đắng về nguyên tắc thông báo, cách thức họ được thông báo và chất lượng thông tin mà họ nhận được. Nhân

viên y tế không hỏi ý kiến của họ trước khi thông báo cho các thành viên gia đình và đồng nghiệp của họ.

“Họ chuyển kết quả của tôi từ bệnh viện tới phòng nơi tôi đang sống, từ phòng xuống tới tổ dân phố nhà tôi. Ông tổ trưởng gào lên qua cổng nhà tôi “Này, vợ thằng T, cô đưa con đi xét nghiệm HIV. Đây, kết quả đây.”. Tôi đã quá xấu hổ đến mức không sao trả lời được. Chồng tôi để thêm rằng tôi đã thật ngớ ngẩn khi cho họ địa chỉ thật nhà tôi khi tôi đi xét nghiệm. Anh ta cũng nói tôi làm thế cứ như thể là tôi mong họ đến cho chúng tôi quả.” (một bà mẹ có H, 29 tuổi).

Chị em cũng phàn nàn về cách nhân viên y tế thông báo kết quả cho họ tại bệnh viện. Một phụ nữ đang rất mệt không được phép ngồi xuống sau khi nghe kết quả, trong khi nhiều người khác đang được thông báo kết quả của mình trước mặt bao nhiêu người. Trong một số trường hợp, nhân viên chăm sóc y tế đã bị cáo buộc là không thông báo cho người phụ nữ và bảo vệ lợi ích của gia đình nhà chồng (tương lai) quá nhiều.

“Bà của anh ấy không nói với tôi là người yêu tôi bị nhiễm HIV. Bà ấy chỉ nói với tôi là anh ấy mắc phải một căn bệnh hiểm nghèo, và bà phải tìm thời điểm thích hợp để nói với tôi. Trên huyện yêu cầu bà nói với tôi chứ họ không nói với tôi mặc dù họ biết mối quan hệ của chúng tôi. Bà anh ấy sau đó đã thừa nhận là bà ấy sợ nếu nói với tôi sự thật, tôi sẽ bỏ cháu bà và anh ấy sẽ lại buồn chán và quay trở lại với ma túy.” (một phụ nữ có H, 27 tuổi)

Hệ thống thông báo đã gây ra những điều phiền toái, khó chịu và sự không rõ ràng giữa nhân viên y tế và bệnh nhân. Khi một bệnh nhân bị nghi ngờ là có HIV, thường do việc điều trị không mang lại kết quả và người bệnh có những triệu chứng giống với các bệnh nhân AIDS, nhân viên y tế sẽ đề nghị họ xét nghiệm. Nhưng khi nhân viên đó làm việc tại

một bệnh viện không có thẩm quyền thông báo, thì họ cũng không được phép thông báo chính thức kết quả. Tại bệnh viện quận Đống Đa, giám đốc bệnh viện mới có thẩm quyền thông báo chính thức kết quả. Tuy nhiên, rõ ràng là người giám đốc sẽ không có thời gian để làm việc đó. Điều này tạo ra một tình huống là tất cả các nhân viên y tế đều biết về tình trạng của bệnh của người bệnh nhưng lại không thể nói với người bệnh về những gì đang diễn ra. Người bệnh có thể được chuyển tới các bệnh viện có thẩm quyền điều trị và chăm sóc các bệnh nhân HIV mà không biết vì sao họ bị chuyển đi.

“Tôi đã kết hôn vào năm 2000 và vợ tôi đến nhà Hộ sinh A để sinh. Nhưng bác sĩ ở đó xét nghiệm máu của cô ấy và nói rằng cô ấy sẽ đẻ khó vì thế họ chuyển cô ấy tới viện C. Mặc dù tôi có một người họ hàng là bác sĩ làm tại đó nhưng không một ai nói cho chúng tôi biết tại sao chúng tôi phải chuyển viện. Khi tôi đưa vợ tôi tới viện C, họ chuyển chúng tôi tới một phòng cách ly để sinh, tôi đã cảm thấy lạ lùng nhưng tôi vẫn không được biết điều gì. Cuối cùng, đi của tôi làm ở Hộ sinh A đã lấy máu của tôi và mang đi xét nghiệm. Khi đó đi ấy mới nói sự thật cho tôi. Cả hai chúng tôi đều bị sốc. Vợ tôi và tôi sau đó đã bình tĩnh trở lại và tôi chăm sóc vợ và con tôi (một ông bố có H, có một con, Hà Nội)

Cả bệnh nhân và cán bộ y tế đều không thoải mái với hoàn cảnh đó. Nó tạo ra quá nhiều khoảng trống cho những đánh giá mang tính cá nhân của cán bộ y tế trong khi chính họ hoàn toàn không thoải mái khi bị đặt vào vị trí như vậy. Làm sao họ có thể chuyển người bệnh mà không thông báo tình trạng nhiễm HIV cho họ?

Nhân tố 3.4: Cung cấp thuốc phòng ARV an toàn và hiệu quả

Bệnh viện Phụ sản Trung ương tại Hà Nội đã có phác đồ điều trị Nevirapine một viên, phục

vụ công tác dự phòng lây truyền mẹ con được vài năm. Thuốc cũng có tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, nhưng không đều. Tại Thái Nguyên, chương trình PLTMC đã được lập kế hoạch được vài năm, nhưng thậm chí cho tới năm 2007 vẫn chưa có và chưa thể tiếp cận được với thuốc phòng ARV. Thuốc kháng virus ARV cho người lớn đã có từ năm 2006. Phụ nữ ở Hà Nội được xét nghiệm sớm để chuyển lên điều trị tại thành phố. Phụ nữ ở Thái Nguyên có thể được chuyển tới các bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội. Nhưng ở cả hai tỉnh, chỉ một vài phụ nữ là thực sự được tiếp cận với các thuốc này vì đơn giản là họ không được thông báo về việc họ cần gì và làm thế nào để có được.

“Các bác sĩ không hề nhắc tới việc có thuốc phòng lây truyền mẹ con (một bà mẹ có HIV, 35 tuổi).

Do tính chất rải rác trong hệ thống y tế tại Việt Nam, phụ nữ ngay cả ở Hà Nội phải đối mặt với vấn đề khoảng cách xa xôi về mặt địa lý để có thuốc ARV và PLTMC, mà hơn thế nữa là hoàn toàn thiếu đi sự phối kết hợp đồng bộ giữa các bệnh viện. Phụ nữ có HIV có thể đến để tại bệnh viện Bạch Mai, nhưng cho đến nay chưa có ca nào như vậy. Họ chỉ có thể đến hai bệnh viện khác là Bệnh viện Phụ sản Trung Ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Tại Hà Nội, các phác đồ điều trị ARV có thể có sẵn nhưng không phải lúc nào cũng cùng một lúc. Phổ biến nhất là Nevirapine đơn liều dành cho những phụ nữ đến bệnh viện ngay trước khi sinh. Hiện nay, những phụ nữ đến chăm sóc trước sinh và được xác định là có HIV dương tính trước 28-36 tuần mang thai sẽ được nhận Zidovudine và Nevirapine. Người ta vừa giới thiệu một phác đồ thuốc ba viên cho những phụ nữ đến CSTS và được xác định là có HIV dương tính sau 36 tuần mang thai. Tuy nhiên, trong thực tế các phác đồ kết hợp hiếm khi được sử dụng do thiếu thuốc. Xiro NVP chỉ có đủ để dành cho một số trẻ nhỏ cũng vì lý do là thiếu thuốc.

Cán bộ y tế tại tất cả các địa điểm điều trị thuốc kháng và thuốc phòng ARV đều phải làm việc quá tải và phụ nữ phàn nàn về việc họ phải đợi rất lâu để gặp nhân viên y tế. Họ cũng phàn nàn về việc thiếu tư vấn tuân thủ thuốc. Họ không biết khi nào phải uống thuốc. Trong một số trường hợp, họ cho chúng tôi biết, lịch uống thuốc ở nhà lại khác với lịch uống thuốc ở bệnh viện. Ví dụ, họ uống thuốc ở nhà lúc 7h sáng và 7 giờ tối nhưng ở bệnh viện họ được uống thuốc lúc 9h sáng và 9h tối vì thể trạng của họ sẽ thay đổi lên xuống một cách không cần thiết. Hoặc là họ có thể sẽ phải đợi trong một thời gian dài để được cấp thuốc tại bệnh viện, việc này cũng ảnh hưởng tới tình trạng hiện tại của họ và tác dụng của thuốc.

“Hầu như lần nào tôi cũng phải đợi bác sĩ từ sáng tới chiều để lấy thuốc” (một phụ nữ có HIV, 24 tuổi)

“Tôi thường uống thuốc lúc 7h sáng. Nhưng vì tôi ở bệnh viện để chờ đẻ nên tôi phải uống lúc 9 giờ sáng vì đó là lúc mà y tá phát thuốc.” (một phụ nữ có HIV, 26 tuổi)

Rõ ràng là mặc dù ở Hà Nội có đủ thuốc ARV nhưng nhiều phụ nữ không thể tiếp cận với điều trị, hoặc nếu có được điều trị thì việc tư vấn và giám sát tuân thủ điều trị cũng chưa đủ tốt để đảm bảo điều trị có hiệu quả.

Nhân tố 3.5: Cung cấp các dịch vụ sản khoa phù hợp nhất

Các dịch vụ sản khoa phù hợp nhất ở đây mang nghĩa là cung cấp các dịch vụ sinh đẻ an toàn và thoải mái, bao gồm việc tránh sử dụng các kỹ thuật sinh đẻ can thiệp vào bên trong tử cung và sinh con bằng phương pháp mổ đẻ. Ở Hà Nội, những phụ nữ có HIV được đẻ trong một phòng riêng cùng với các bệnh nhân bị viêm gan B. Họ thường muốn ra bệnh viện càng sớm càng tốt để họ hàng không đặt câu hỏi là tại sao họ phải đẻ trong phòng cách ly. Nếu họ hàng tới thăm và những phụ nữ này không muốn để

lộ tình trạng bệnh của mình có thể nói là họ bị viêm gan B, mà viêm gan B thì không bị kỳ thị.

Ở Thái Nguyên, phụ nữ nhiễm HIV để cùng phòng với những người khác nhưng sau đó họ được chuyển từ phòng sản sang khoa truyền nhiễm. Nhân viên y tế ở các nơi đều nói họ phải mang các thiết bị bảo hộ để tránh các bệnh truyền nhiễm, và họ cho rằng những thiết bị này cũng sẽ bảo vệ không bị nhiễm HIV/AIDS.

Các nhân viên y tế được phỏng vấn cũng nhận thức được rủi ro của kỹ thuật đẻ can thiệp vào tử cung đối với cả những phụ nữ này và nhân viên y tế không được bảo vệ. Một phụ nữ có con sinh ra sử dụng focxép được nhân viên y tế thông báo con chị có khả năng nhiễm HIV cao hơn do phương pháp sinh đó.

“Bác sĩ nói với tôi trước khi sinh là nguy cơ con trai tôi nhiễm HIV sẽ cao hơn nếu tôi sinh con sử dụng focxép.” (một phụ nữ có HIV, 30 tuổi)

Nhiều phụ nữ có HIV muốn được mổ đẻ vì họ nghĩ rằng việc đó sẽ làm tăng cơ hội để họ có một đứa trẻ khỏe mạnh. Tuy nhiên, cán bộ y tế không nhiệt tình với việc mổ đẻ lắm vì kỹ thuật này không được khuyến nghị sử dụng riêng cho những phụ nữ có HIV trừ phi họ sinh khó và phức tạp. Việc trao đổi giữa bác sĩ và bệnh nhân về những vấn đề pháp lý và thuốc cũng chưa được tốt.

“Bác sĩ nói với tôi rằng tôi không thể mổ đẻ vì tôi sẽ làm lây HIV sang các cán bộ y tế.” (một người mẹ có HIV, 24 tuổi)

“Tôi đã đau 4 ngày rồi và tôi yêu cầu được mổ nhưng họ từ chối vì họ nói rằng nếu mổ thì nhiều người sẽ phải tham gia vào ca mổ và tất cả bọn họ có thể sẽ bị nhiễm vì thế tôi phải sinh theo cách tự nhiên.” (một bà nhiễm HIV, 32 tuổi)

Rõ ràng là những phụ nữ này không thường xuyên nhận được những chăm sóc cần thiết,

hoặc những thông tin cần thiết về việc chăm sóc họ đang được nhận.

Nhân tố 3.6: Tư vấn và hỗ trợ việc nuôi trẻ an toàn

Sau khi sinh, phụ nữ cần được tư vấn và hỗ trợ việc lựa chọn cách nuôi trẻ phù hợp. Trong thời gian 6 tháng đầu nếu trẻ được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ, tỷ lệ nhiễm HIV sẽ thấp hơn nhiều so với những trẻ vừa bú mẹ và dùng sữa ngoài. Tuy nhiên việc thay thế sữa mẹ vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi trong các chương trình PLTMC.

Cộng đồng quốc tế khuyến khích chỉ nuôi trẻ bằng sữa mẹ, nhưng việc cho bú cũng có thể làm lây truyền HIV cho trẻ. Mặc dù việc cho bú mẹ là một yếu tố quyết định chính tạo ra sự khác biệt trong tỷ lệ lây nhiễm giữa các quốc gia giàu và nghèo, nhưng các lựa chọn thay thế sữa an toàn không phải lúc nào cũng có sẵn ở các nước nghèo. Ở nhiều nước, việc cho con bú cũng là một việc mang tính xã hội, và việc họ thay vì cho con bú mà chỉ dùng sữa ngoài cũng có thể làm cho những phụ nữ này bị kỳ thị vì khi đó mọi người có thể xác định được là họ đã nhiễm HIV. Việc tư vấn hướng dẫn cho trẻ ăn sữa ngoài cũng cần được thực hiện theo quy trình chuẩn bởi những nhân viên đã qua đào tạo. Việc thiếu nước sạch có thể là một rào cản nghiêm trọng tới việc khuyến nghị sử dụng sữa ngoài. Việc thiếu nước uống không còn là vấn đề lớn ở Hà Nội vì nước có thể uống trực tiếp từ vòi, nhưng ở Thái Nguyên lại là cả một vấn đề vì nước ở đó cần phải được đun sôi.

Sau khi sinh, chị em thường không được nhận bất kỳ một sự tư vấn nào từ các nhân viên y tế về cách nuôi trẻ tốt nhất.

“Khi sắp sinh đôi, tôi đã đến bệnh viện để thử máu và tôi đã được biết tôi bị nhiễm HIV, chồng tôi cũng được thông báo vì anh ấy đưa tôi tới bệnh viện. Bác sĩ ở bệnh viện đó không tư vấn cho tôi bất kỳ một điều gì

nên tôi vẫn cho trẻ bú mẹ và tôi cũng không nhận được thuốc phòng.” (một phụ nữ có HIV có hai con bị nhiễm, 31 tuổi, Hà Nội).

Việc cho bú là một điều gây căng thẳng đối với hầu hết phụ nữ Việt Nam cho dù họ ở trình độ học vấn nào. Việc cho bú mẹ được xã hội đề cao. Người ta khuyên chị em ăn uống, nhiều khi đến mức thái quá để tăng cường việc cho con bú. Ví dụ, ăn cháo chân giò, chân chó đen hầm, hoặc các thực phẩm nóng và có nhiều muối.

Trong khi việc nuôi con bằng sữa mẹ được đề cao, nó cũng gây ra nhiều vấn đề với nhiều người khi họ được khuyến nghị nuôi con bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu sau đó lại kéo dài tới 12 tháng. Trong thực tế, nhiều trẻ được nuôi bằng nước cơm, thức ăn rắn hoặc sữa đặc từ khi trẻ mới 3 tuần tuổi, thường do các bà mẹ lúc đó phải đi làm. Với những phụ nữ có HIV, việc không cho con bú trong một môi trường mà hầu hết những người khác đều làm như vậy là một điều rất khó.

Việc thiếu những hỗ trợ về mặt xã hội là một lý do khiến phụ nữ không cho trẻ bú bình. Pha sữa cho trẻ bú vài lần trong đêm khi bé khóc rất mất thời gian và mệt mỏi. Các ông chồng không giúp đỡ vợ, còn các thành viên trong gia đình thì phàn nàn về việc bé khóc. Điều đó có nghĩa là đối với phụ nữ việc cho bú mẹ sẽ dễ đem lại sự yên tĩnh và hạnh phúc cho tất cả mọi người. Mẹ chồng có vai trò quan trọng trong việc quyết định xem trẻ sẽ ăn gì. Nếu mẹ chồng không biết về tình trạng HIV, bà ấy sẽ muốn con dâu cho con bú mẹ. Một số phụ nữ có HIV sinh hoạt trong nhóm hỗ trợ thường biết cách khôn khéo để nghị bệnh viện cho lời khuyên và được điều trị bằng hormone để không cho sữa chảy ra.

“Tôi uống thuốc, thành ra tôi bị mất sữa. Đó là cách duy nhất để đảm bảo rằng người ta sẽ không bắt tôi cho con bú mà vẫn giữ được bí mật (một người mẹ có HIV, 25 tuổi, Hà Nội).

Một phụ nữ khác được điều trị phòng lây truyền mẹ con và biết rằng trẻ sẽ bị lây nhiễm nếu cho bú mẹ, nhưng không muốn tiết lộ tình trạng bệnh tật của mình. Mẹ chồng cô bắt cô phải cho con bú trong hai tháng cho đến khi nghe được về thuốc này. Cô đã kể câu chuyện của mình khi tư vấn viên đồng đẳng lấy cô làm ví dụ về các kiểu hành vi mà một số phụ nữ đã phải chịu đựng mẹ chồng.

Tất cả các nhân viên y tế được phỏng vấn đều khuyên chị em dùng sữa bột và tất cả những phụ nữ có HIV được phỏng vấn đều biết rằng họ nên cho trẻ bú bình. Tuy nhiên, cán bộ y tế không phải lúc nào cũng biết về những địa điểm mà những phụ nữ này có thể lấy sữa, và họ cũng không thảo luận một cách tích cực với chị em về cách thức nuôi trẻ an toàn. Nhóm trợ giúp Hoa Hướng Dương có chương trình cung cấp sữa bột miễn phí cho trẻ trong 9 tháng đầu cho các bà mẹ có HIV ở Hà Nội từ năm 2003. Sữa bột cũng có sẵn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương do quốc tế hỗ trợ từ năm 2006 và Bệnh viện Nhi Trung ương cũng cung cấp một số loại sữa. Những phụ nữ quá nghèo không thể mua sữa thường không có sự lựa chọn nào khác ngoài cách cho con bú.

“Sau khi sinh, người ta bảo tôi không nên cho trẻ bú mẹ nhưng vì tôi không đủ tiền mua sữa bột nên tôi đành phải cho con bú cho đến khi cháu được 13 tháng tuổi (một phụ nữ có H, 27 tuổi, Hà Nội).

Cán bộ y tế thiếu kinh nghiệm làm việc với phụ nữ có HIV thường cho rằng vấn đề tài chính là nguyên nhân khiến phụ nữ có HIV cho con bú và dường như ít nhận thức được về áp lực xã hội đối với việc cho con bú.

“Tôi phải hỏi họ xem là liệu họ có tiền để mua sữa bột cho con hay không. Nếu họ có, họ nên mua sữa bột cho bé nhưng nếu họ không có, họ không có sự lựa chọn nào khác và tôi đành phải để họ cho con của họ bú mẹ.” (nữ hộ sinh, tuyến trung ương, Hà Nội)

Một lần nữa, có thể thấy dường như thông tin tư vấn và những lời khuyên của nhân viên y tế vẫn chưa đủ đối với những phụ nữ này mặc dù cũng có một số nhân viên y tế cố gắng hỗ trợ phù hợp với tình hình của từng người. Việc cho con bú là một vấn đề mang nặng tính văn hoá và những phụ nữ này phải sử dụng đến cả những mảnh khoé để tránh sự kỳ thị nếu họ không muốn cho con bú.

Trụ cột 4: Chăm sóc và hỗ trợ cho những bà mẹ có HIV, con và gia đình của họ

Tóm tắt kết quả

Khi một người phụ nữ rời khỏi bệnh viện với đứa con mới sinh của mình, cô ấy sẽ có rất nhiều vấn đề cần giải quyết và nhiều vấn đề phải đối mặt, đặc biệt là hoàn cảnh gia đình và các dịch vụ chăm sóc y tế hiện có. Đối với những phụ nữ có HIV dương tính, phải đối mặt với sự kỳ thị cũng như một loạt các vấn đề về sức khoẻ của chính đứa con của mình thì một mạng lưới các dịch vụ hỗ trợ tin cậy có thể giúp họ tiếp cận với nhiều loại hình chăm sóc và hỗ trợ từ các nguồn khác nhau là vô cùng cần thiết.

Chính sách của Việt Nam về việc xã hội hoá y tế, cam kết của Việt Nam đối với Tuyên bố Alma Ata, luật pháp quốc gia về sự phân quyền cũng như các chính sách cụ thể về lĩnh vực HIV/AIDS đã khích lệ mạnh mẽ một cách tiếp cận đa lĩnh vực nhằm chăm sóc và hỗ trợ những bà mẹ có HIV dương tính và con của họ. Một hệ thống y tế mạnh và hệ thống các tổ chức xã hội từ trung ương đến địa phương đã được trang bị nhằm hỗ trợ việc thực hiện cách tiếp cận đa lĩnh vực này.

Một chương trình đa lĩnh vực do Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam thực hiện ở Hà Nội cộng tác và triển khai trong khuôn khổ những cấu trúc hiện có của Việt Nam nhằm cung cấp sự tiếp tục chăm sóc cho những phụ nữ, trẻ em và gia đình họ đã mang lại các kết quả khả quan về y tế, xã hội và kinh tế. Những phụ nữ

có HIV dương tính đang tham gia vào các nhóm hỗ trợ đã được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc phù hợp, tuân thủ điều trị tốt, có được sự tự tin, có công ăn việc làm và tạo thu nhập cho chính bản thân họ và người khác và được gia đình, cộng đồng nhìn nhận như là một thành viên có ích. Các đối tác đa cấp và đa lĩnh vực hợp tác và làm việc với một kế hoạch phát triển cá nhân và nhóm. Chương trình này đã đáp ứng tốt các nhu cầu về y tế, xã hội và kinh tế của những phụ nữ, trẻ em và gia đình của họ. Kết quả đạt được một cách nhanh chóng nhờ những nỗ lực đa lĩnh vực này đã là động cơ thúc đẩy các đối tác Việt Nam và mô hình này đã được phát triển tại ba tỉnh miền bắc khác.

Điều trị ARV và nhiễm trùng cơ hội ngày càng phổ biến và dễ dàng tiếp cận hơn ở cả hai tỉnh. Tại Hà Nội, đã có nhiều nỗ lực nhằm kết hợp việc điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội với điều trị phòng ARV mặc dù việc này vẫn đang diễn tiến chậm và hầu hết đều được các nhóm hỗ trợ giám sát. Nhiều nhóm hỗ trợ do chính phủ tài trợ có hoặc không có nguồn tài chính từ các tổ chức nước ngoài đã cung cấp những hỗ trợ về xã hội và y tế phù hợp cho các thành viên ở cả hai tỉnh Hà Nội và Thái Nguyên. Các câu lạc bộ đồng cảm của Hội phụ nữ có nhiều thành viên và có một mạng lưới tiếp cận cộng đồng và hỗ trợ xã hội mạnh. Ở Thái Nguyên, một bệnh viện tỉnh và một bệnh viện trung ương ở trung tâm tỉnh cung cấp việc điều trị bằng thuốc kháng ARV từ năm 2006. Vì có ít các địa điểm và dịch vụ y tế hơn nên việc tìm kiếm điều trị cho các bệnh nhân ở Thái Nguyên, xét ở mức độ nào đó, sẽ dễ dàng hơn mặc dù các bệnh nhân phải đếm CD4 tại một bệnh viện và lấy thuốc tại một bệnh viện khác. Ở Hà Nội, các bệnh nhân có thể tìm kiếm việc điều trị các triệu chứng khác nhau tại năm bệnh viện lớn; hầu hết các quận, huyện và phường xã đều đã cung cấp một vài lĩnh vực điều trị và chăm sóc bao gồm một số phương pháp điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội tiên tiến hơn. Bệnh nhân có thuận lợi là có thêm sự lựa chọn, nhưng cũng có những bất lợi là

một số dịch vụ chuyển sang nhau được nhưng không có hệ thống chuyển tuyến dẫn tới việc bệnh nhân phải làm nhiều thủ tục hành chính tại các địa điểm khác nhau nếu muốn có được những dịch vụ chăm sóc họ cần.

Việc hợp tác đa ngành ở Việt Nam nói chung còn yếu và việc hỗ trợ cho những phụ nữ có HIV dương tính cũng không phải là một ngoại lệ. Ở Hà Nội, việc chăm sóc toàn diện kết hợp với những vấn đề nghèo đói, giới tính và HIV chỉ có ở các chương trình thí điểm của Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam từ năm 2004. Chương trình thí điểm này đã được mở rộng ra 3 tỉnh Thái Nguyên, Cao Bằng và Quảng Ninh vào cuối năm 2006. Vị trí của người phụ nữ ở Thái Nguyên kém hơn ở Hà Nội. Ở đó cũng có nhiều phụ nữ goá chồng tuyệt vọng và thiếu thốn cơ cực hơn, đó là những người phải lấy một người nhiễm HIV và tiêm chích ma túy để tiếp tục tồn tại. Ngoài chương trình thí điểm này không có một chương trình dinh dưỡng nào dựa vào cộng đồng và hướng tới gia đình ở cả hai tỉnh, và không có sự nhận thức về mối tương quan giữa dinh dưỡng, giới và HIV cho người lớn và cha mẹ.

ARVs đang bước vào hệ thống y tế mà không có một sự hỗ trợ chuyên môn đầy đủ và theo một cách thức manh mún trong cả các chương trình quốc gia và quốc tế. Sự phát triển một hệ thống song song về HIV/AIDS trong lĩnh vực y tế làm kiệt quệ các nguồn nhân lực và tăng cường sự chống lẩn các dịch vụ như kế hoạch hoá gia đình trong các trụ cột riêng biệt. Việc kéo dài cam kết của những nhà tài trợ như PEPFAR và Quỹ toàn cầu đối với những chương trình lớn hơn là không chắc chắn, mà điều này sẽ làm xói mòn niềm tin của những nhà tài trợ đối với chính quyền Việt Nam.

Những nhân tố chính mà chúng tôi đã đánh giá cho trụ cột này là:

4.1 Tiếp tục chăm sóc sau sinh cho các bà mẹ có HIV dương tính

4.2 Tiếp tục chăm sóc trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

4.3 Hỗ trợ xã hội cho những phụ nữ có HIV dương tính và gia đình họ.

Nhân tố 4.1: Tiếp tục chăm sóc những bà mẹ có HIV dương tính

Sau khi sinh, những phụ nữ sẽ được ra viện ngay khi họ được coi là đã khoẻ về thể chất. Trong cả hai tỉnh nghiên cứu, chị em sau sinh sẽ được thăm khám tại nhà. Theo hướng dẫn về điều trị ARV năm 2005, họ cần phải được xét nghiệm CD4 thường xuyên để đánh giá xem liệu họ đã cần được điều trị thuốc kháng ARV hay chưa. Trong hệ thống y tế Hà Nội, không có sự tiếp tục chăm sóc cho phụ nữ và trẻ em sau khi sinh tại một trong các bệnh viện sản. Các bệnh viện cung cấp một số dịch vụ chăm sóc tại nhà cho những ca đẻ khó và phức tạp theo quy định của chính sách nhà nước, tuy nhiên các y tá cung cấp dịch vụ này theo hình thức tư nhân. Trẻ sơ sinh không ở trong bệnh viện sản quá 4 tuần. Khi một trẻ sơ sinh có những vấn đề về sức khoẻ, người ta sẽ chuyển trẻ tới một bệnh viện khác, ví dụ Viện Nhi. Việc thiếu những chăm sóc tiếp theo trong các bệnh viện sản không phải là kết quả của sự lựa chọn cá nhân của các bác sĩ; nhiều bác sĩ muốn biết điều gì đã xảy ra với bệnh nhân của họ sau khi đẻ. Hơn nữa, việc thiếu những dịch vụ tiếp theo là do thiếu tính liên tục trong hệ thống y tế, mà điều này dẫn tới việc không tạo ra được một dòng thông tin giữa các cơ sở y tế trong hệ thống.

Thái Nguyên không có các bệnh viện sản riêng nên không có sự phân biệt giữa trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Một trẻ sơ sinh có vấn đề về sức khoẻ sẽ được điều trị trong cùng một khoa với những trẻ khác dưới 16 tuổi. Theo các nhân viên y tế và bệnh nhân ở Thái Nguyên, việc chăm sóc tại nhà là do cá nhân chi trả nhưng các cán bộ trong chính quyền y tế cho rằng 98% phụ nữ tại tất cả các xã phường bao gồm cả vùng sâu vùng xa và cả những phụ nữ dân tộc thiểu số đã được nhận dịch vụ chăm

sóc này. Không một ai trong số những phụ nữ nhiễm HIV được phỏng vấn thực sự được nhận những dịch vụ chăm sóc tiếp theo sau sinh. Sự khác biệt này cho thấy, hệ thống thông tin y tế hoặc trong khâu báo cáo cung cấp dịch vụ đang có vấn đề.

Ở Hà Nội, nhóm hỗ trợ Hoa Hướng dương cung cấp các dịch vụ chăm sóc tiếp theo cho những phụ nữ nhiễm HIV và trẻ sơ sinh theo một gói các dịch vụ toàn diện bao gồm cả ba mảng y tế, xã hội và kinh tế dựa trên kế hoạch phát triển cá nhân của mỗi thành viên.

Tuy nhiên, một loạt các rào cản về pháp lý và thực tế liên quan tới đời tư của bệnh nhân đã ngăn cản những thành viên nhiễm HIV của nhóm hỗ trợ thực hiện việc tiếp cận có hiệu quả đối với các đồng đẳng viên trong môi trường bệnh viện. Việc tư vấn tại các địa điểm TVXNTN do các thành viên nhóm hỗ trợ thực hiện gặp khó khăn về pháp lý do luật quy định về tính riêng tư và sự tiếp cận hạn chế đối với các dữ liệu y tế. Các kết quả xét nghiệm HIV mà một giáo dục viên đồng đẳng cần để xác định xem họ có phải là người cần tư vấn hay không được coi là thông tin mang tính bảo mật được lưu giữ trong các hồ sơ bệnh án. Tờ rơi, danh thiếp và áp phích của nhóm hỗ trợ được treo trong phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện, và một số nhân viên y tế sẽ giới thiệu chúng một cách tích cực tới nhóm. Nhưng gần đây những phụ nữ được chẩn đoán rất ngại tiết lộ tình trạng của mình cho bất kỳ ai. Những kinh nghiệm với nhóm hỗ trợ Hoa Hướng Dương, một nhóm các bà mẹ có HIV dương tính, những người chăm sóc và gia đình của họ ở Hà Nội cho thấy những cuộc tiếp xúc cá nhân trực tiếp của các đồng đẳng viên (một người phụ nữ khác sinh đẻ trong cùng một bệnh viện) hoặc của bác sĩ y tế của Ủy ban Y tế Hà Lan - Việt Nam đang làm việc với nhóm là cách tốt nhất để những phụ nữ có thai có đủ tự tin để tham gia vào nhóm hỗ trợ. Việc bảo vệ tính bảo mật cho những người bà mẹ vừa sinh con có HIV dương tính đòi hỏi không một ai tiếp cận hoặc nói chuyện với

những phụ nữ này theo cách có thể làm lộ tình trạng bệnh của họ. Ở Hà Nội, những phụ nữ có HIV dương tính vừa sinh con sẽ được chuyển sang phòng có bệnh nhân có viêm gan B và HIV. Họ khó có thể nói chuyện với một giáo dục viên đồng đẳng mà không làm lộ tình trạng nhiễm HIV của mình. Việc treo các áp phích trên tường các phòng bệnh cũng là một vấn đề vì các áp phích về HIV có thể làm cho những người khác nghi ngờ khi đến thăm bệnh nhân.

Cho đến tháng 7 năm 2006, khi Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam hỗ trợ thành lập ba nhóm Hoa Hướng Dương mới, tại các tỉnh khác vẫn chưa cho nhóm hỗ trợ cho các bà mẹ nhiễm HIV. Tuy nhiên, hiện nay những phụ nữ có HIV dương tính, ít nhất là ở các tỉnh dự án như Thái Nguyên, Cao Bằng, và Quảng Ninh đã có thêm cơ hội nhận các dịch vụ sau sinh toàn diện.

Nhân tố 4.2: Các dịch vụ chăm sóc tiếp theo cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Những phụ nữ biết mình nhiễm HIV muộn trong thời gian mang thai và sinh ra những đứa trẻ có HIV dương tính kể lại rằng, khi một trẻ bị ốm, người ta sẽ đổ lỗi cho người mẹ nên việc cho họ và gia đình của họ biết rằng đứa bé đã có HIV dương tính sẽ tốt hơn.

“Bác sĩ không nói cho chúng tôi hoặc gia đình chúng tôi biết cháu đã bị nhiễm HIV. Bởi vậy khi cháu ốm, cả gia đình đổ hết lỗi lên đầu chúng tôi và buộc tội chúng tôi không biết chăm sóc cháu. Họ cho việc cháu bị viêm phổi là là lỗi của chúng tôi. Cháu trông không gầy mà vẫn to và khỏe mạnh nên không nghĩ là cháu bị AIDS.” (một bà mẹ có HIV dương tính, 39 tuổi có con đã chết vì AIDS khi cháu được 11 tháng tuổi).

Ở Thái Nguyên, hầu hết những phụ nữ nhiễm HIV trong các nhóm hỗ trợ là những người goá chồng và hầu hết những đứa con của họ cũng đã chết hoặc bị nhiễm HIV.

Hệ thống thông báo ở Hà Nội cho phép xét nghiệm các trẻ bị nghi ngờ là có HIV, sau đó chuyển tới Viện nhi Trung ương mà không cần thông báo cho bố mẹ lý do tại sao lại có sự chuyển tuyến này. Nguyên tắc thông báo như vậy cũng làm cho việc hỗ trợ cho các trẻ và cha mẹ chúng trở nên khó khăn khi ở bên ngoài môi trường bệnh viện.

Một số tuần sau khi trẻ sinh, có thể thực hiện các xét nghiệm PCR và khi đó ta có thể phát hiện được sự hiện diện của các virus trong đó có HIV. Việc này rất quan trọng vì chúng cho phép phát hiện sớm vi - rút HIV ở trẻ bị nhiễm. Các trẻ do mẹ có HIV sinh ra khi xét nghiệm sẽ cho kết quả HIV dương tính khi các xét nghiệm phát hiện thấy kháng thể HIV do đã tiếp nhận kháng thể HIV khi nằm trong tử cung của người mẹ. Những kháng thể này sẽ mất đi khi trẻ 18 tháng. Vì nhiều bậc cha mẹ không hiểu rằng nhiều trẻ xét nghiệm dương tính nhưng sẽ âm tính sau 18 tháng nên họ có thể hiểu sai là đứa trẻ đã bị dương tính. Một kết quả xét nghiệm âm tính sớm có thể làm giảm bớt việc bỏ rơi trẻ trong suốt thời kỳ thơ ấu, trong khi một kết quả là dương tính có thể gần như là bản tuyên án tử hình nếu gia đình đó không chấp nhận đứa trẻ. Hà Nội hiện có xét nghiệm PCR nhưng khó tiếp cận. Đã có một dự án nghiên cứu cung cấp dịch vụ xét nghiệm PCR miễn phí tại một bệnh viện sản, tuy nhiên lại không có mạng lưới chuyển tuyến giữa các dự án khác và bệnh viện/khoa sản khác. Trẻ bị bỏ rơi từ các trung tâm lao động và xã hội cũng có thể được xét nghiệm miễn phí, mặc dù đâu đó người ta cũng đã thông tin là việc tiếp cận với các xét nghiệm thường bị gián đoạn. Bệnh viện Xanh Pôn ở Hà Nội có kế hoạch cung cấp các dịch vụ xét nghiệm PCR miễn phí cho người lớn để giám sát việc điều trị ARV tại bệnh viện Đống Đa, nhưng họ không lập kế hoạch để giúp trẻ em có thể tiếp cận với các xét nghiệm PCR. Gần đây có những kế hoạch cung cấp các dịch vụ xét nghiệm PCR trong các bệnh viện nhi và sản.

Việc sử dụng thiết bị thí nghiệm PCR sẽ cần một hệ thống chuyển tuyến từ các bệnh viện

sản. Vào thời điểm thu thập số liệu, gần như chưa có hệ thống chuyển tuyến giữa các bệnh viện, gia đình và cộng đồng.

“Không có sự kết nối với các bệnh viện sản, họ chưa bao giờ thông báo hoặc khẳng định trực tiếp với chúng tôi. Để biết bệnh nhân HIV hay trẻ HIV dương tính nào đã được chuyển tới bệnh viện nhi để tiếp tục theo dõi ở các bệnh viện là một việc làm khó. Chúng tôi không chữa trị cho các bà mẹ ở đây. Chúng tôi chỉ tư vấn cho họ. Nhóm hỗ trợ à? Có một số nhưng chúng tôi không biết họ ở đâu”. Nhân viên y tế, tuyến quận Hà Nội.).

UBYTHL-VN đã hỗ trợ hoạt động phối hợp giữa hai bệnh viện sản chính, Bệnh viện nhi trung ương và Nhóm Hoa Hướng Dương. Tại mỗi bệnh viện, các giáo dục viên đồng đẳng đã qua đào tạo làm việc với các bác sĩ và y tá nhằm cải thiện việc chuyển tuyến tới các bệnh viện khác, cũng như hoạt động điều trị và chăm sóc tại chính các bệnh viện này. Các đổi tác này cũng đạt được kết quả thành công và ba tỉnh khác hiện nay cũng đang học tập theo mô hình này.

Cho tới thời gian gần đây, việc điều trị thuốc ARV cho trẻ ở Hà Nội chỉ tồn tại trên giấy. Chất lượng điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội cũng rất kém. Từ tháng 12/2005, các thuốc dành cho trẻ em đã có tại Bệnh viện Nhi Trung ương nhưng nhiều trẻ được điều trị quá muộn. Từ năm 2006, bệnh viện bắt đầu cung cấp việc hỗ trợ tuân thủ thông qua các đồng đẳng viên đã qua đào tạo. Việc hỗ trợ chăm sóc nhi khoa có sự giám sát về y tế trong cộng đồng bắt đầu được thực hiện trong các nhóm hỗ trợ tại Chũ Thập đổ vào năm 2006.

Khi thuốc điều trị ARV cho trẻ càng ngày càng nhiều, việc cung cấp thông tin cho trẻ càng trở nên quan trọng. Khi trẻ không biết là mình nhiễm HIV, chúng có thể cảm thấy vô cùng bối rối về một loạt những vấn đề liên quan như ốm đau, thuốc men, giáo dục, mồ côi hoặc sống trong các trung tâm và mắc AIDS.

Trẻ ở các giai đoạn phát triển và lứa tuổi khác nhau sẽ có những phản ứng khác nhau với những vấn đề đó. Một nghiên cứu ở Brazil cho thấy, trẻ dưới 6 tuổi có thể học cách tiếp nhận thuốc và sẽ không hỏi các câu hỏi liên quan tới căn bệnh, trong khi những trẻ lớn tuổi hơn có thể phản ứng bằng các hành vi giận dữ (Abadia-Barrero & LaRusso, 2006). Điều này cho thấy rằng những thông tin về HIV/AIDS sẽ gắn liền với tuổi của trẻ.

Một số trẻ trong nghiên cứu này đã uống ARV mà không biết lý do vì sao. Vì việc uống thuốc này sẽ cần phải tuân thủ, cần quan tâm tới việc này khi trẻ có thể phản ứng bằng cách không uống thuốc theo đúng chỉ dẫn, hoặc có những hành vi bạo lực mà cha mẹ thường có xu hướng cho là “nhạy cảm”. Người mẹ có thể phản ứng theo hướng im lặng, còn người bố có thể không thực sự đồng ý với điều đó nhưng cũng không biết cách thảo luận với con trai của mình như thế nào.

Cha mẹ mong muốn bảo vệ con mình và nhiều người viện vào độ tuổi nhỏ của trẻ làm có không tiết lộ. Nhiều cha mẹ cũng rất ngại thông báo cho trẻ biết tình trạng của chúng vì điều đó cũng đồng nghĩa với việc tiết lộ tình trạng của chính mình và có lẽ sẽ bị mọi người yêu cầu giải thích là vì sao họ bị nhiễm. Bất chấp tình trạng HIV của trẻ như thế nào, nhiều cha mẹ có HIV dương tính rất ngại nói cho con mình biết tình trạng của mình.

“Tôi ước là tôi sẽ sống đến khi con gái tôi 14-15 tuổi, khi đó tôi sẽ nói cho con gái tôi về tình trạng bệnh tật của mình (một phụ nữ đã từng sử dụng ma túy, 23 tuổi, có HIV dương tính).”

“Tôi đã gửi con gái tôi (9 tuổi) vào nhà của chị gái tôi vì tôi không muốn cháu biết được bệnh của tôi. Cháu sẽ coi thường tôi và cho rằng tôi là một người mẹ tồi (một người phụ nữ có HIV dương tính, 31 tuổi).”

Tuổi không phải là lý do duy nhất để giữ kín vấn đề này, mà ngay cả đối với những trẻ lớn hơn một số bậc cha mẹ cũng không muốn nói cho chúng biết.

“Tôi không nói với con gái 18 tuổi của tôi vì tôi sợ là cháu sẽ không thể lấy chồng được (một bà mẹ có HIV dương tính, 41 tuổi).”

Việc các bậc cha mẹ sợ nói với con cái về tình trạng bệnh tật của mình có vẻ có liên quan tới việc họ không biết họ sẽ có thể ở bên chúng để chăm sóc cho chúng được bao lâu. Đáng chú ý là, không một ai trong các bậc cha mẹ nhắc tới nỗi lo sợ phải đối mặt với giai đoạn AIDS. Điều này trái ngược với ý kiến của nhiều nhân viên y tế. Họ cho rằng nỗi lo sợ về giai đoạn cuối của AIDS là lý do khiến cho cha mẹ không muốn nói cho con cái của họ. Những nhân viên y tế cho rằng những người nhiễm HIV không muốn người ta nhắc tới giai đoạn cuối cùng này; có lẽ bởi vì giai đoạn này là giai đoạn mà nhân viên y tế đã quá quen thuộc. Những ông bố bà mẹ nhiễm HIV cho thấy họ rất lo lắng đến tương lai của con cái.

“Tôi không muốn nói cho các con của tôi. Chúng có thể đã biết. Tôi thường xuyên nghĩ tới việc chấm dứt cuộc đời tôi. Tôi đã uống ARV để tồn tại vì khi tôi chết các con tôi sẽ phải sống trong sự kỳ thị. Chúng sẽ phải sống với một thực tế là mẹ chúng là một người sử dụng ma túy, đã ly dị và đã chết vì AIDS. Chúng sẽ bị cộng đồng và hàng xóm kỳ thị vì tôi (một người đã từng sử dụng ma túy, có H, Hà Nội).”

Tôi rất yêu con gái tôi nhưng tôi không nói cho cháu biết chúng tôi bị nhiễm. Các con dâu và con rể của tôi đều không biết là chồng tôi và tôi bị nhiễm. Tôi sợ sự kỳ thị trong gia đình và từ phía những người hàng xóm. Con gái tôi rất thông minh, cháu học rất giỏi ở trường và cũng rất tò mò giống như tất cả mọi người Việt Nam (cười). Vì thế, tôi đã gửi cháu cho mẹ tôi. Tôi không

muốn con gái tôi biết được về tình trạng của tôi và cháu có thể tìm thấy các tờ rơi về HIV trên tường nhà bếp hoặc nghe tôi nói hoặc một cái gì đó tương tự như thế.” (một người mẹ có H và là người đã từng sử dụng ma túy, Hà Nội).

Thật khó có thể tưởng tượng được là trong nhiều tình huống trẻ và gia đình không hề biết về tình trạng bệnh của những thành viên trong gia đình. Nhiều người nói rằng họ thấy lo lắng về “những tờ áp phích dán trên tường bếp”. Một số giải thích là họ bị phát hiện về tình trạng bệnh tật vì những tờ giấy mà họ “để một cách ngẫu nhiên trên bàn”.

Thậm chí khi những nhà chức trách thông báo với các thành viên gia đình về tình trạng HIV của một thành viên, họ có thể cũng không trực tiếp nói với nhau mà sử dụng cách giao tiếp phi ngôn ngữ để thay thế.

“Chúng tôi không nói về HIV một cách trực tiếp ở trong nhà. Tôi không nghĩ là bạn cần thảo luận trực tiếp về HIV để có một cuộc đối thoại thực sự và cởi mở. Mẹ tôi chỉ nhìn tôi khi tôi ăn hoặc bà ấy bảo tôi ăn và cả hai chúng tôi đều biết rất rõ tại sao bà ấy chỉ nói điều đó với tôi vào thời điểm cụ thể đó. Chúng tôi hiểu nhau rất rõ. Mẹ tôi chỉ nhìn tôi và bảo tôi ăn bằng một cái nhìn đặc biệt và thể hiện rằng bà ấy đã biết mọi chuyện. Và tôi gật đầu và làm theo như mẹ tôi bảo. Con tôi biết về tình trạng của tôi rồi, tôi nghĩ thế, vì mọi người trong làng xóm, xã và trường học đều biết tôi đã lên Tivi. Con tôi 9 tuổi. Đôi khi cháu tiến lại gần tôi và ôm chặt lấy tôi thật lâu. Tôi cảm thấy tình thương yêu của cháu cho thấy cháu biết và muốn yêu thương và ủng hộ tôi. Nhưng chúng tôi không bao giờ nói trực tiếp về tình trạng của tôi. Tôi không chắc là mọi người cần nói chuyện để chia sẻ và giao tiếp.” (một người cha có H, 35 tuổi).

Nhân viên y tế và chính quyền không khuyến khích cha mẹ nói cho con cái của họ nghe về

tình trạng của mình. Không một ai trong số những người chúng tôi phỏng vấn nói rằng việc thông báo cho những đứa con bé nhỏ của họ là điều cần thiết. Tất cả cho rằng ít nhất trẻ phải 13 tuổi trở lên thì họ mới nên có một cuộc đối thoại về vấn đề này. Điều này phản ánh một niềm tin mang tính đạo đức và văn hoá chung là trẻ cần phải được bảo vệ, và chúng cần có một cuộc sống bình thường trong một “gia đình hạnh phúc” hay “mái ấm gia đình”.

Nhưng các bậc cha mẹ đã không thành công trong việc bảo vệ con của họ lâu dài. Trong một cuộc phỏng vấn với một phụ nữ nhiễm HIV với sự có mặt của đứa con ba tuổi của chị, chị nói rằng con của chị “không biết gì” trong khi đứa bé hét lên: “con sẽ sống với ông bà và ăn kẹo khi mẹ chết”. Các bà mẹ thường đưa con tới những nơi công cộng và tham gia vào các hoạt động ở đó, kể cả tới tham gia sinh hoạt nhóm, nhưng người ta lại cho rằng chúng không biết những gì đang diễn ra, thậm chí khi những cuộc đối thoại đó về chủ đề HIV và ma túy. Một số bà mẹ cũng đã thể hiện sự chiều chuộng quá mức đối với đứa con của mình vì họ cảm thấy có tội khi bị nhiễm HIV và/hoặc đã kết hôn với một người chồng “tối tệ”.

Một số ông bà đã ngăn cản người mẹ mới sinh tiếp xúc với con của mình vì tình trạng nhiễm HIV của người mẹ. Điều này dẫn tới sự bỏ rơi về tình cảm và chối bỏ quyền làm mẹ của người phụ nữ này với con của chính mình.

“Tôi cấm con dâu tôi ở gần cháu của tôi vì cháu có thể bị lây nhiễm bệnh của mẹ nó. Tôi yêu cầu gia đình phía con dâu tôi đưa nó về nhà họ. Nó có thể đến thăm con trai nhưng không được quá một lần một tuần. Thậm chí, tôi cũng không bao giờ để nó ôm cháu tôi, nó chỉ có thể được nhìn mà thôi.” (Bố chồng của một người phụ nữ có HIV dương tính).

Trong những ngày đầu thực hiện dự án thí điểm, con của những phụ nữ nhiễm HIV cũng

bị trường học từ chối thậm chí ngay cả khi chúng không hề bị nhiễm.

“Tôi rất buồn vì những người sống xung quanh ngôi nhà của tôi biết về tình trạng của tôi nên họ không cho con trai tôi đến trường. Chúng phải ở với bà và chúng không được học gì cả. Tôi rất lo lắng: liệu chúng có thể có cơ hội nào được đến trường không (một bà mẹ có HIV dương tính có hai đứa con nhiễm, Hà Nội).

“Bây giờ, con gái tôi đã lên ba nhưng cháu không được đến trường vì một số người xung quanh đã biết về tình trạng bệnh tật của chúng tôi. Họ không muốn con cái họ gần con cái của tôi. Tôi định gửi con gái tôi tới Trung tâm Bảo vệ Trẻ em Số 3 nhưng tôi cũng không biết liệu tôi có thể làm thế được không. Nếu tôi không cho cháu tới đó, tôi sẽ phải đợi đến năm sau khi cháu được 4 tuổi; tôi muốn cho cháu vào học ở trường mẫu giáo. Cháu cũng có quyền giống như những đứa trẻ khác (một người mẹ nhiễm HIV dương tính, Hà Nội).

“Tôi đưa con trai tôi tới trường mẫu giáo nhưng cô giáo nói là lớp đã quá đông nên con tôi không được vào học. Khi con tôi chơi với các đứa trẻ hàng xóm, họ bảo cháu phải tránh xa chúng ra. Chúng không chơi với cháu. Điều đó đã chĩa vào lòng tôi nhiều nỗi đau. (một phụ nữ có HIV dương tính, 30 tuổi, Hà Nội).

Các bà mẹ không tham gia vào một nhóm hỗ trợ nào hoặc là những thành viên mới luôn cảm thấy rằng, con cái của họ hầu như không có một cơ hội nào có được một cuộc sống bình thường nếu như những người hàng xóm biết về tình trạng HIV dương tính của mẹ hay bố chúng. Nhân viên y tế và những phụ nữ này nhắc đến nỗi lo sợ rằng con của họ sẽ không được đến trường và coi đó là lý do quan trọng để giấu tình trạng của mình càng lâu càng tốt.

Tuy nhiên, sau hai năm thí điểm, ở Hà Nội, hầu hết các trẻ đã có thể đến trường và trong một số trường hợp, trường học cũng biết về tình trạng nhiễm HIV của trẻ. Các thành viên của nhóm hỗ trợ đã giải thích rằng sở dĩ có sự cải thiện này là vì họ đã tự tin hơn và có khả năng đàm phán với những người phụ trách trường học. Điều này họ học được từ nhóm. Đôi khi trẻ nhiễm HIV bị bỏ rơi do thiếu sự hỗ trợ xã hội từ phía gia đình và cộng đồng. Ở miền Bắc Việt Nam, bao gồm cả Hà Nội và Thái nguyên, những trẻ mồ côi bị nhiễm HIV không có ai chăm sóc sẽ được đưa tới trung tâm lao động xã hội Ba Vì, ở đó chúng được những học viên nữ của trung tâm chăm sóc. Nhiều trẻ trong số đó cũng bị gia đình bỏ rơi.

Nhân tố 4.3: Hỗ trợ xã hội cho những phụ nữ có HIV dương tính và gia đình của họ.

Một khi tình trạng của họ đã không được giữ kín, những phụ nữ (nam giới) có HIV dương tính sẽ phải đối mặt với không chỉ là những vấn đề về sức khỏe mà còn là những vấn đề về kinh tế và xã hội; nhiều công việc đã không còn mở cho những người có HIV dương tính. Nhóm hỗ trợ hướng tới mục tiêu giải quyết những rào cản nhằm cải thiện mọi mặt đời sống của họ bằng cách đảm bảo sự hỗ trợ từ phía các ngành liên quan tới từng mặt vấn đề. Sự cô đơn do cảm thấy bị kỳ thị là một chủ đề luôn được đề cập trong các cuộc phỏng vấn với cả nam giới và phụ nữ. Nhiều người được phỏng vấn gần như không có cuộc sống xã hội bên ngoài gia đình riêng của họ và nhóm hỗ trợ. Nhóm hỗ trợ đã hỗ trợ cho họ cả về tình cảm và xã hội cần thiết.

“Em trai tôi đã chết vì AIDS. Bản thân của tôi cũng đã rời bỏ tôi. Tôi không muốn có bạn. Những người bạn duy nhất của tôi là những người trong nhóm hỗ trợ. Tôi không cảm thấy rằng tôi giống như những người không bị nhiễm. Tôi cảm thấy thoải mái với những người trong nhóm hỗ trợ nhưng tôi thường xuyên ở nhà với mẹ tôi. Những người có thể tới sinh hoạt nhóm là những

người khỏe mạnh; còn những người ốm thì ở nhà. Tôi không muốn có bạn gái nữa vì tôi không muốn làm hại thêm cho bất kỳ ai nữa.” (một thanh niên độc thân có HIV dương tính, 26 tuổi, Hà Nội).

Một số người trở nên thờ ơ và tình nguyện rút ra khỏi những mối quan hệ yêu đương.

“Tôi đã thông báo cho gia đình tôi, hàng xóm láng giềng và bạn bè nhưng không một ai tới thăm tôi. Tôi chỉ có một mình. Tôi không được hỗ trợ, nhưng cũng không bị kỳ thị, phân biệt đối xử. Tôi tham gia nhóm hỗ trợ vì các bạn tôi cũng là thành viên. Tôi đã có bạn gái nhưng tôi rút khỏi mối quan hệ này khi tôi biết tôi nhiễm HIV dương tính. Tôi chưa bao giờ nói cho cô ấy biết. Tôi cũng không thể có cuộc sống gia đình với cô ấy nên tôi đã không gặp cô ấy nữa.” (một người đàn ông độc thân, có HIV dương tính, Hà Nội).

Nhóm hỗ trợ có thể là một nơi mà người nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV có thể chia sẻ kinh nghiệm và cảm xúc tự do với những người cùng cảnh ngộ. Nhiều nhóm hỗ trợ đã được tập huấn nâng cao năng lực với sự hỗ trợ về tài chính của các tổ chức quốc tế, nhằm tiếp nhận các thành viên bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV và quản lý nhóm. Một số nhóm đã tham gia vào các lớp tập huấn truyền thông vì các thành viên thường cần giúp để học cách giao tiếp với người khác. Tại thời điểm nhóm Hoa Hướng Dương mới ra đời, các thành viên không nói chuyện nhiều trực tiếp với nhau, họ cãi nhau nhiều và thường buồn đưa lê. Họ cũng cần nhiều lớp tập huấn về các kỹ năng giao tiếp để học cách chia sẻ. Người ta sử dụng máy quay để chỉ cho thành viên nhóm thấy họ đã giao tiếp trong nhóm như thế nào, và họ đã phân biệt đối xử với một số thành viên như thế nào.

Mặc dù các nhóm hỗ trợ khác nhau sử dụng các chiến lược khác nhau để tăng cường không

Hình 10: Ảnh của nhóm Hoa hướng dương và Hoa xương rồng – Hà Nội



khí thân mật, nhưng hầu hết những người được phỏng vấn trong các nhóm hỗ trợ khác nhau ở cả hai tỉnh đều nói rằng nhóm là nguồn hỗ trợ chủ yếu về tình cảm và xã hội.

“Nhóm hỗ trợ đã giúp tôi trở nên bình tĩnh trở lại và chấp nhận thực tế. Ở đây tôi có thể đến và chia sẻ.” (một phụ nữ có HIV dương tính, Thái Nguyên).

Các thành viên gia đình của những người nhiễm HIV cho rằng, những hỗ trợ xã hội của nhóm cũng giúp ích cả cho họ.

“Tôi đã từng cảm thấy xấu hổ vì chính tôi. Tôi đã luôn cố gắng làm mọi việc thật tốt trong cuộc đời mình và trở thành người có ích cho xã hội. Nhưng tôi đã thất bại với con gái tôi. Tôi rất xấu hổ khi đến nhóm những bây giờ tôi cảm thấy đây là mái nhà thứ hai của tôi. Bây giờ tôi có thể tự do nói chuyện.” (một người mẹ của một nữ tù nhân có HIV dương tính đã có con, Hà Nội).

Những phụ nữ trong một nhóm hỗ trợ không có sự hỗ trợ đặc biệt nào để thúc đẩy bình đẳng giới nhận thấy rằng người ta khuyến khích họ chấp nhận vai trò tăng cường sự bất bình đẳng giới. Một lựa chọn để giải quyết những vấn đề về kinh tế và xã hội là kết hôn với “một người đồng cảnh”. Những người đàn ông bị nhiễm được phỏng vấn về kết hôn với những phụ nữ góa chồng bị AIDS đã rất hạnh phúc với giải pháp này; những phụ nữ này đã giúp họ được sống cả về tinh thần và thể chất.

“Tôi đã rất cô đơn khi tôi được ra tù. Khi tôi gặp người vợ hiện tại của tôi trong nhóm, mọi thứ ở cô ấy đều hấp dẫn tôi. Bây giờ tôi đã rất hạnh phúc vì có cô ấy.” (một người đàn ông có HIV dương tính, Thái Nguyên).

“Thật tuyệt vời khi tham gia vào nhóm hỗ trợ. Cứ khi nào có một thành viên mới là nữ thì tất cả bọn đàn ông chúng tôi đều rất hồi hộp. Tất cả chúng tôi đều muốn tìm

kiếm một người phụ nữ để cùng chung sống.” (một người đàn ông có HIV dương tính, Thái Nguyên).

Nhưng cơ hội cho phụ nữ lại ít hơn; một số người phụ nữ mô tả cảm giác về tình huống tiến thoái lưỡng nan của mình.

“Mọi người trong nhóm đều nói với tôi rằng tôi nên kết hôn với người đàn ông đó trong nhóm hỗ trợ. Tôi nghĩ anh ta yêu tôi. Gia đình anh ấy cũng nghĩ điều đó là tốt. Nhưng anh ấy bị mù vì AIDS và đó sẽ là gánh nặng công việc cho tôi. Gia đình tôi không giúp tôi.” (một phụ nữ góa, có HIV dương tính, Thái Nguyên).

Mặc dù tất cả các nhóm hỗ trợ rõ ràng là đang cung cấp những hỗ trợ xã hội cần thiết, nhưng vấn đề về giới, đặc biệt là bất bình đẳng giới, cần phải được đặc biệt chú trọng và cải thiện. Những phụ nữ đã xét nghiệm có HIV dương tính phải đối mặt với nhiều những phân biệt, kỳ thị hơn nam giới; xã hội coi thường họ vì HIV/AIDS được coi là căn bệnh xuất phát từ những người hành nghề mại dâm. Một người đàn ông nhiễm HIV có thể được tha thứ vì chẳng qua là họ “xả láng hơi quá” và là một “nạn nhân” của “tiêu cực xã hội”. Khi đó, những phụ nữ này tự hạ thấp mình và tự kỳ thị chính mình.

Người nghiên cứu: “Chị có cảm thấy là bạn bè chị phân biệt đối xử với chị không?”

Người được phỏng vấn: “Tôi không thấy điều đó, nhưng vì tôi có HIV dương tính nên tôi luôn cảm thấy tự ti.” (một phụ nữ có HIV dương tính, là người đã từng tiêm chích ma túy).

“Tất cả mọi người hàng xóm đều biết. Sự kỳ thị là rất lớn. Mẹ chồng tôi không quan tâm tới tôi, chỉ quan tâm tới con của tôi. Chỉ có mẹ tôi và chồng tôi là giúp đỡ tôi. Những người hàng xóm đến thăm tôi chỉ vì tò mò. Một số người kỳ thị chúng tôi bằng cách

đứng cách xa chúng tôi và dùng những lời lẽ hết sức tồi tàn như hỏi “Tại sao một người nhiễm HIV lại có thể làm bố mẹ được nhỉ?” (một phụ nữ có HIV dương tính, 28 tuổi).

“Người bán hàng ăn không muốn bán đồ ăn cho chúng tôi vào bát của bà ta và để nghị tôi về nhà lấy bát vì bà ta sợ là tôi sẽ ngồi ở hàng và làm ảnh hưởng tới khách hàng của bà ấy. (một phụ nữ 27 tuổi có HIV dương tính).

Để có một việc làm luôn là một thách thức lớn đối với những phụ nữ (nam giới) có HIV dương tính; nếu họ có con, động lực thúc đẩy họ tìm kiếm cách để có đủ thu nhập nhằm đáp ứng nhu cầu tốt nhất cho con lại càng cao hơn.

Vào tháng 12 năm 2005, Thủ tướng Việt Nam đã quyết định hỗ trợ thêm cho những người nhiễm HIV/AIDS và cho những người trực tiếp quản lý, điều trị và chăm sóc cho những người nhiễm HIV/AIDS trong các tổ chức hỗ trợ xã hội của Chính phủ. Những người nhiễm HIV/AIDS không thể làm việc, không có thu nhập, không nhà cửa, đang sống trong các trung tâm bảo trợ xã hội của chính phủ một cách tự nguyện có thể được nhận một khoản trợ cấp tài chính tối thiểu là 140.000 đ/1 tháng (xấp xỉ 9USD) cộng thêm với 100.000 đ mỗi năm để chữa các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Tuy nhiên, hầu hết những người nhiễm HIV có tiền sử hay không có tiền sử sử dụng ma túy không sống ở các trung tâm mà sống ở nhà. Sự tự kỳ thị liên quan tới HIV/AIDS làm hạn chế cơ hội kinh tế của tất cả những gia đình có người nhiễm HIV, trong khi đó việc chăm sóc và điều trị HIV lại rất đắt đỏ thậm chí chỉ có thể phù hợp với những hộ gia đình ở tầng lớp trung lưu hoặc giàu có.

Thậm chí kể cả khi được tiếp cận với thuốc ARV miễn phí thì những chi phí về y tế của các gia đình cho những người có HIV dương tính

cũng rất cao so với thu nhập. Một thành viên trong nhóm hỗ trợ của UBYTHL-VN hiện nay đã kiếm được 2 triệu đồng một tháng (xấp xỉ 130 USD) sau khi được vay vốn. Đây là một khoản thu nhập cao vì nó cao gấp đôi so với lương chính thức của một bác sĩ chuyên khoa. Tuy nhiên, chỉ trong một năm, cô ấy cũng đã tiêu tốn 10 triệu đồng chi phí y tế cho bản thân và chồng mặc dù cả hai đều đã được uống ARV miễn phí. Những phụ nữ nhiễm HIV có chồng sử dụng ma túy phải đối mặt với những chi phí về sức khỏe, tiêu thụ ma túy trái phép, nuôi chồng tại trại cai nghiện hoặc trong tù. Làm thế nào mà một thợ may kiếm được 300.000 đồng một tháng có thể chi trả 450.000 đồng một tháng để nuôi chồng trong tù, hay 240.000 đồng một tháng để xét nghiệm CD4 trong khi đây là điều kiện tiên quyết để cho cô ấy được uống ARV miễn phí? Sự phát triển kinh tế nhanh chóng ở cả hai tỉnh nghiên cứu vẫn được tích lũy trong các hộ gia đình, trong đó mỗi gia đình có một số thành viên đóng góp chủ yếu. Một mình một phụ nữ cho dù có HIV hay không có HIV chắc chắn sẽ không thể sống được nếu không được sự trợ giúp từ những người khác trong gia đình của mình hoặc gia đình chồng.

Một số người cho biết họ đã không quay lại với công việc cũ sau chẩn đoán vì sợ bị kỳ thị ở nơi làm việc. Những người quay lại với công việc cũ có nhiều trải nghiệm trái ngược nhau. Trong một số trường hợp, người sử dụng lao động hoặc nhân viên y tế tại công ty thực lòng giúp đỡ, nhưng các đồng nghiệp thì phớt lờ hoặc xa lánh họ tại nơi làm việc và không cho họ tham gia vào những hoạt động chung như bữa ăn trưa. Trong một số trường hợp khác, những người đồng nghiệp sẵn sàng làm việc với họ nhưng người lãnh đạo lại sa thải họ. Nhiều người trong số họ làm việc tại các khu vực không chính thức đã bị mất thu nhập vì khách hàng tránh họ hoặc rũ nhau biến mất. Những tác động kinh tế do AIDS kèm theo những kỳ thị liên quan tới AIDS đã đẩy hầu hết những người nhiễm HIV và toàn thể gia đình của họ vào một vòng xoáy của sự nghèo đói, bệnh tật, xấu hổ và tách biệt.

“Chúng tôi sống dựa vào đồng lương của mẹ tôi. Bố tôi đã chết khi tôi còn rất bé. Tôi không thể đóng góp được gì cho gia đình nữa. Tôi đã từng đi làm thợ xây nhưng sức khoẻ của tôi quá yếu. Từ khi tôi biết mình bị nhiễm HIV, tôi đã không làm thợ xây nữa. Tôi muốn tìm một việc gì đó để tránh phải suy nghĩ. Tôi đã hỏi nhóm hỗ trợ Vì ngày mai tươi sáng và Hoa sữa nhưng không một ai muốn làm gì giúp tôi cả. Tôi ở trong nhà cả ngày. Tôi không có phương tiện đi lại, thậm chí không có cả xe đạp. Tất cả các bạn tôi đều có công ăn việc làm, họ có thể ra ngoài. Tôi sẽ chẳng đi đến đâu.” (một người đàn ông độc thân nhiễm HIV, Hà Nội).

“Gia đình tôi thường làm biển quảng cáo cho các cửa hàng nhưng khi phở phát hiện tôi bị HIV dương tính, các khách hàng đã không đến với chúng tôi nữa. Bây giờ chúng tôi cố gắng kiếm tiền bằng cách đóng gói quần áo trẻ em tại nhà.” (một người đàn ông độc thân nhiễm HIV, Hà Nội).

Đối với những người nông dân và những người dân khác ở nông thôn, việc bị cộng đồng tẩy chay còn nghiêm trọng hơn và thường đem lại những hậu quả trực tiếp và nghiêm trọng.

“Bây giờ khi họ biết tôi bị nhiễm HIV, họ không muốn làm đồng, làm ruộng với chúng tôi nữa. Họ nghĩ rằng những con đĩa cần tôi cũng có thể làm họ bị nhiễm. Tôi đã từng kiếm thêm tiền bằng cách làm cỗ cho các gia đình ở trong làng, nhưng bây giờ không ai mời tôi nữa. Họ không muốn ăn những đồ ăn do người nhiễm HIV nấu.” (một bà mẹ goá chồng nhiễm HIV, Thái Nguyên).

Nếu không có sự giúp đỡ từ gia đình hoặc những người ngoài, nhiều người phụ nữ goá chồng nhiễm HIV từ người chồng tiêm chích ma tuý nhiễm HIV đã lên thành phố để tìm cách giúp bản thân và nhiều người trong số họ đã bị rơi vào con đường nghèo khó cùng cực hoặc mại dâm. Họ không thể kiếm sống ở

Thái Nguyên hoặc ở Hà Nội. Một khi đã sống ở thành phố, những phụ nữ này không thể quay trở lại nông thôn; họ trở thành người thành thị, đã bị vùng đất nông thôn nơi đã từng là nhà của họ chối bỏ.

Những phụ nữ goá di cư này có thể chấp nhận những mối quan hệ bị bóc lột cao độ vì quá tuyệt vọng. Một thành viên nhóm Hoa Hướng Dương, một phụ nữ goá chồng ở ngoại ô Hà Nội, đã sống một mình với sự giúp đỡ của những người bạn trai để chạy trốn khỏi sự ngược đãi của những thành viên gia đình người chồng cũ đang sống ở Hà Nội. Cô ấy thuê nhà hết 300.000 đ/1 tháng, đó là khoản tiền cô ấy nhận được khi thực hiện các chuyến tiếp cận cộng đồng tới những phụ nữ bị nhiễm HIV. Trong suốt thời gian tiếp cận, cô đã gặp gia đình của một người đàn ông tiêm chích ma tuý bị AIDS, người con trai duy nhất trong một gia đình giàu có. Họ đã đề nghị trả tiền cho cô để cô sinh cho họ một đứa con nối dõi tông đường vì họ biết rằng nếu cô theo những hướng dẫn về phòng lây truyền mẹ con, cô sẽ có cơ hội sinh ra một đứa con khoẻ mạnh.

“Tôi không biết làm gì. Tôi rất lo lắng về sức khoẻ của tôi. Gia đình anh ấy rất tốt và anh ấy sẵn sàng cưới tôi và tôi có thể sống trong ngôi nhà của họ sau khi anh ấy chết nhưng tôi sẽ phải sinh cho anh một đứa con. Tôi biết tôi có thể sinh một đứa con khoẻ mạnh nhưng còn sức khoẻ của tôi? Điều gì sẽ diễn ra với tôi?”. (một người phụ nữ goá có HIV dương tính, Hà Nội).

Các nhóm Hoa Hướng Dương và đối tác của Ủy ban Y tế Hà Lan đang giúp đỡ người phụ nữ này đàm phán với người chồng cũ và người chồng tương lai của cô để cho cô sống với một trong hai người mà không phải sinh con, trong khi cùng lúc cố gắng tạo chỗ ở tập thể có trợ cấp cho những phụ nữ như cô.

Những phụ nữ, trẻ em bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV và gia đình họ là một nhóm đa dạng về tình trạng sức khoẻ, trình độ văn hoá, kinh

tế, tính cách và nền tảng gia đình. Hầu hết những người nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV đều có những vấn đề phức tạp dẫn tới việc họ bị rơi vào hoặc cảm thấy bị rơi vào một vòng xoáy của sự nghèo đói, kỳ thị, sức khoẻ kém và cô đơn. Không phải tất cả những phụ nữ này đều nghèo; họ đều tham gia vào các nhóm hỗ trợ HIV/AIDS. Bị nhiễm cũng có thể mang đến những cơ hội kinh tế mới. Việc trở thành một giáo dục viên đồng đẳng là một lựa chọn cho những người nhiễm HIV có thể tạo thu nhập. Khả năng chia sẻ kinh nghiệm và thông tin trong các cộng đồng, và khả năng giúp người khác có thể là một kinh nghiệm tích cực cho một số người nhiễm. Tuy nhiên, chỉ có một thị trường giới hạn dành cho những người là giáo dục viên đồng đẳng, và thị trường đó phần lớn phụ thuộc vào những nhà tài trợ quốc tế, mà không có gì bảo đảm họ sẽ tiếp tục hỗ trợ trong tương lai.

Trong dự án của UBYTHL-VN, mỗi một phụ nữ tham gia vào nhóm hỗ trợ đều nhận được sự giúp đỡ từ ngành y tế, Hội chữ thập đỏ Việt Nam và Hội Liên hiệp phụ nữ để xây dựng một kế hoạch phát triển cá nhân nhằm đáp ứng những nhu cầu cá nhân về y tế, xã hội và tài chính. Cán bộ của những tổ chức cung cấp dịch vụ và các đối tác khác đều được đào tạo để sử dụng kế hoạch phát triển cá nhân, một công cụ do UBYTHL-VN phát triển cho người khuyết tật nhằm giúp những phụ nữ có HIV dương tính xác định được những nhu cầu của mình một cách rõ ràng sau đó thiết lập những ưu tiên và lập ra một kế hoạch cải thiện tình hình kinh tế, y tế và xã hội của mình. Những kế hoạch phát triển cá nhân như vậy được nhiều ngành khác nhau hỗ trợ. Các nhóm chọn các thành viên để quản lý và đánh giá kế hoạch với các cấp chính quyền ban ngành.

Khi dự án bắt đầu, hầu hết những phụ nữ này đều muốn trở thành những người giáo dục viên đồng đẳng vì họ không biết họ có thể làm gì khác nữa. Tuy nhiên sau đó càng ngày càng có nhiều những phụ nữ tiên phong đã có và giữ được các công việc 'bình thường' nên

nhận thức về các cơ hội sẵn có cho các thành viên nhóm đã được mở rộng. Ví dụ, nhiều sinh viên muốn tiếp tục học và làm việc trong lĩnh vực lựa chọn chuyên môn của mình.

"Mặc dù tôi có HIV nhưng điều đó không phải là lý do làm tôi dừng theo đuổi giấc mơ của mình. Tôi muốn học nhạc ở nước ngoài. Tôi muốn tiếp tục học. Tôi muốn biểu diễn." (một phụ nữ có HIV dương tính, Hà Nội).

"Tôi muốn có thể chăm sóc bản thân bằng nghề nghiệp của mình. Tôi đã phải bỏ học đại học vì con tôi bị nhiễm HIV nhưng tôi muốn trở thành một nhà thiết kế. (một phụ nữ có HIV dương tính, Hà Nội).

Một số phụ nữ chỉ muốn có công ăn việc làm, trong khi những người khác muốn được học nghề để có bằng cấp cao hơn và cũng để có nghề nghiệp tốt hơn. Sau khi ổn định cuộc sống tinh thần và vật chất của họ, những phụ nữ này đã tìm được những công việc tương đối ổn định với sự giúp đỡ của những thành viên khác.

"Sau khi bị nhiễm, tôi không thể nghĩ là mình có thể xin được một công việc bình thường. Tôi nghĩ rằng tôi chỉ có thể là một giáo dục viên đồng đẳng. Nhưng một thành viên nhóm hỗ trợ đã bảo tôi nộp đơn xin việc làm một nhà tư vấn thị trường mỹ phẩm. Hiện nay tôi làm việc toàn thời gian giống như bất kỳ một người nào khác." (một bà mẹ nhiễm HIV dương tính, Hà Nội).

Bên cạnh việc hỗ trợ về y tế và xã hội, UBYTHL-VN và Hội phụ nữ đã hỗ trợ cho 16 thành viên nhóm Hoa Hướng Dương tự khởi nghiệp bằng các nghề như chăn nuôi, may mặc, bán hàng ăn uống. Để đánh giá xem liệu những phụ nữ này có thành công hay không, những đánh giá hoạt động nội bộ và từ bên ngoài sẽ được thực hiện sau hai năm bắt đầu dự án.

Theo phần đề cập đến lĩnh vực kinh tế trong Kế hoạch phát triển cá nhân, phần lớn những

phụ nữ này ban đầu không có công ăn việc làm, thu nhập của họ thấp hoặc không có thu nhập. Nhưng nhờ được vay vốn, họ đã tự xây dựng kế hoạch kinh doanh của mình, tự tạo công ăn việc làm và tăng thu nhập. Một số người từ chỗ không có thu nhập đến chỗ kiếm được 1 triệu đồng/tháng bằng lương chính thức của một bác sĩ chuyên môn tại một bệnh viện tỉnh. Hai phụ nữ được vay vốn có thu nhập bằng nhau. Tuy nhiên, trước khi được vay vốn, họ đã làm việc chung với chị gái, người mà họ phải lệ thuộc về tình cảm và tài chính. Sau khi có vốn, họ bắt đầu công việc kinh doanh riêng của mình và trở nên độc lập hơn.

Một số người phụ nữ có tay nghề nhưng cần vốn để bắt đầu.

“Tôi biết về kinh doanh bất động sản. Tôi cần tiền để được vào công ty và với số vốn vay từ nhóm Hoa Hướng Dương, tôi đã có thể gia nhập vào công ty.” (một người phụ nữ có HIV dương tính).

Những phụ nữ này không chỉ tự khởi nghiệp từ số vốn vay mà họ còn tạo công ăn việc làm cho các thành viên trong gia đình với những công việc như giúp việc chăn nuôi gia súc, gia cầm. Lợi nhuận thu được được sử dụng để mua đồ dùng trong gia đình như điện thoại di động, tivi, và tủ lạnh và mua bảo hiểm cho con cái. Một số gia đình bắt đầu đầu tư lại cho những phụ nữ này, và mua những đồ đạc trong gia đình cho họ khi họ nhận thấy rằng họ đang giành lại được cuộc sống và trông hoàn toàn khỏe mạnh. Lợi nhuận cũng được dùng để trả vốn vay, và hầu hết những phụ nữ này đã trả vốn vay đúng hạn. Trong thời kỳ vay vốn, một phần lợi nhuận được dùng vào mục đích khám sức khỏe định kỳ và xét nghiệm CD4 cho những phụ nữ có HIV dương tính, chồng và con của họ.

Cán bộ của Hội Liên hiệp phụ nữ cấp quận huyện quản lý vốn vay của nhóm Hoa Hướng Dương với sự hỗ trợ của HPN cấp trung ương. Sáu người vay vốn đã không trả được vốn vay

đầy đủ theo cam kết vì nhiều lý do khác nhau. Một người sử dụng vốn vay vào việc tổ chức tang lễ cho chồng, một người khác sử dụng số tiền đó vào việc khám sức khỏe và điều trị bệnh gan cho chồng, một người mở rộng kinh doanh bằng cách mua một quầy bar, bàn ghế và một bị chết vì tai nạn ô tô. Một số gia đình, đặc biệt là những gia đình không có người sử dụng ma túy làm kiệt quệ nguồn tài chính, đã có thu nhập cao đến mức họ đủ để chi trả tiền thuốc trong tương lai. Những hộ gia đình có người nghiện ma túy cũng tăng thu nhập nhưng họ không thể ổn định cuộc sống kinh tế của mình.

Có nhiều nhóm hỗ trợ khác ở Thái Nguyên nhưng họ không có hệ thống quản lý đa ngành và tiếp cận mang tính hoà nhập có hiệu quả để hỗ trợ cho nhóm hoặc các thành viên như nhóm Hoa Hướng Dương đã làm. Đó là lý do tại sao những thành viên của họ không thể tiếp cận các loại dịch vụ toàn diện như những thành viên của nhóm Hoa Hướng Dương đã có. Trong một số đánh giá chủ quan và khách quan, các thành viên nhóm Hoa Hướng Dương đã nhấn mạnh, việc phối hợp các hoạt động tạo thu nhập, hỗ trợ về y tế và tâm lý xã hội đã cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. Những phụ nữ có các hoạt động tạo thu nhập hiệu quả nhất, có địa vị tốt nhất trong cộng đồng và gia đình thường là những người được chồng hỗ trợ. Họ đã có thể sử dụng những hỗ trợ từ bên ngoài để giúp toàn thể gia đình và từ đó tăng vị trí của họ trong gia đình cũng như trong cộng đồng. Sự kỳ thị mà tất cả những phụ nữ tham gia nhóm Hoa Hướng Dương đều coi là một vấn đề lớn, đã giảm đi rất nhiều theo thời gian khi họ đã tận dụng thành công những hỗ trợ từ bên ngoài mà họ được tiếp cận.

“Người ta đã từng coi thường tôi. Tôi đã là một người phụ nữ nghèo không có trình độ cao và bị nhiễm HIV. Lúc đó tôi thật là khủng khiếp. Còn bây giờ tôi đã thực sự kiểm ra nhiều tiền hơn một số người hàng xóm của tôi. Người ta đã đến nhà tôi để

*học tập cách làm ăn kinh doanh của tôi.
Bây giờ họ đã tôn trọng tôi.” (một bà mẹ có
HIV dương tính, Hà Nội).*

Những đối tác của chương trình của UBYTHL-VN đều nhất trí rằng, cách tiếp cận đa ngành trong đó nhóm hỗ trợ đóng vai trò là điều phối mạnh, là cách thức có hiệu quả nhất trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của những phụ nữ, mặc dù để làm được điều đó hoàn toàn không dễ.

“Khi bắt đầu, chúng tôi không biết cách giúp những phụ nữ này như thế nào. Chúng tôi đã luôn lo lắng về sức khỏe của họ, chồng, con họ, thuốc men và những người hàng xóm của họ. Vạn sự khởi đầu nan vì họ cần mọi thứ cùng một lúc và chúng tôi không biết bắt đầu từ đâu. Họ cũng tranh cãi nhau rất nhiều. Nhưng bây giờ khi nhìn họ, tôi thấy thật hạnh phúc. Họ xinh đẹp, khỏe mạnh và đối xử với nhau rất tốt.” (một nữ quan chức chính phủ, cấp quận, Hà Nội).

Các đối tác đều thống nhất rằng để có được điều đó, những phụ nữ phải xây dựng được các kế hoạch phát triển cá nhân và theo dõi, thực hiện được bản kế hoạch này và vai trò chính của chính quyền là cung cấp những hỗ trợ về tài chính và chính trị.

“Tôi phải công nhận rằng, những phụ nữ trong nhóm có thể đã phối hợp tốt hơn chúng tôi. Họ biết vị trí và vấn đề của nhau tốt hơn chúng tôi.” (nữ quan chức chính phủ, Hà Nội).

Khi nhân viên của UBYTHL-VN bắt đầu các hoạt động của mình hai năm trước đây, họ thừa nhận rằng những phụ nữ này đã tức giận và phẫn uất với chồng vì chồng họ đã truyền căn bệnh chết người này cho họ. Nhưng theo thời gian, chúng tôi nhận thấy nhiều người trong số họ đã thực sự yêu chồng, và thậm chí kể cả khi họ không còn yêu thì HIV cũng chưa bao giờ là lý do chính làm tan vỡ hôn nhân

của họ. Tuy nhiên, những phụ nữ này tức giận vì bạo lực và sự bóc lột kinh tế, và đó là lý do chính để họ không còn chung thủy. Một số người xử sự bằng cách dùng “chiến tranh lạnh” và không nói chuyện với chồng, trong khi những người khác thì tìm người yêu khác. Có một trường hợp một chị bị chồng đánh đập dã man và quá mệt mỏi vì phải cung ứng tiền chơi thuốc cho chồng đã trả tiền cho cảnh sát để họ bắt anh ta và tống anh ta vào trung tâm lao động xã hội.

Đối với nhiều cặp được phỏng vấn, bị nhiễm được coi là một khó khăn lớn nhưng cũng là một cơ hội để thay đổi mối quan hệ theo cách tích cực và mang tính hỗ trợ cho nhau nhiều hơn. Những phụ nữ được chồng hỗ trợ sẽ có những cải thiện rất ấn tượng trong cuộc sống về tình trạng sức khỏe, kinh tế và xã hội. Ở những cặp này, nhiễm HIV đã thay đổi vai trò về giới trong gia đình. Nam giới nghiện ma túy có thể không từ bỏ được ma túy nhưng một số người nghiện dường như đã hài lòng với nhiệm vụ truyền thống của một người phụ nữ như nấu nướng, chăm sóc gia đình trong khi những phụ nữ đi làm và giải quyết những vấn đề bên ngoài.

Có một số nam giới và gia đình đã lợi dụng những phụ nữ dễ bị tổn thương này. Những người khác rõ ràng đang cố gắng bù đắp lại những lỗi lầm trong quá khứ của mình. Trong thời gian nghiên cứu, một số người vào cuối buổi phỏng vấn đã nói rằng họ rất biết ơn vì được hỏi những câu hỏi khó khiến họ phải nhìn vào sự thật cuộc sống và tương lai của mình.

“Chúng tôi, những người đàn ông cần phải giúp phụ nữ và trẻ em. Nếu không có phụ nữ chúng tôi cũng sẽ chết. Vợ tôi và tôi đã mất một đứa con vì HIV/AIDS. Với tư cách là một người đàn ông, tôi muốn và cần phải làm gương cho những người đàn ông khác và cộng đồng. Tôi muốn hỗ trợ cho một nhóm phụ nữ.” (Chồng của một người phụ nữ có HIV, Thái Nguyên).

Phân IV Kết luận và khuyến nghị

61



Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá việc thực hiện phòng lây truyền mẹ con ở hai huyện có tỷ lệ người nhiễm HIV cao thuộc hai tỉnh miền Bắc Việt Nam, nơi đang thực hiện mô hình chăm sóc toàn diện do Tổ chức Y tế Thế giới thông qua như một khuôn khổ chung.

Bốn trụ cột làm cơ sở cho nghiên cứu này là:

- Phòng ngừa lây nhiễm cấp một
- Phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn của những phụ nữ có HIV.
- Phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con; và
- Cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ nhiễm HIV, con và gia đình của họ

Kết luận

Chúng tôi nhận thấy, trong từng thành phần của bốn trụ cột, vẫn tồn tại những lỗ hổng trong việc thực hiện phòng lây truyền mẹ con trong mặc dù tại các khu vực nghiên cứu của Việt nam đều có các dịch vụ chăm sóc trước sinh và xét nghiệm HIV đầy đủ.

Về công tác dự phòng cấp độ một (**nhân tố một**), vấn đề đầu tiên là phụ nữ không được xếp vào nhóm đối tượng mục tiêu của các hoạt động can thiệp phòng ngừa cấp độ một chống lây truyền HIV. Trọng tâm của những can thiệp này là những nhóm có hành vi nguy cơ cao như nhóm những nam giới tiêm chích ma túy nam. Mặc dù những phụ nữ mang thai có hiểu biết tốt về HIV, nhiều người trong số họ không coi họ có nguy cơ cao. Bao cao su chủ yếu được sử dụng cho các chương trình kế hoạch hoá gia đình, không dành cho việc phòng ngừa lây truyền bệnh, nên không có sẵn tại các trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện. Chúng chủ yếu được sử dụng trong các mối quan hệ tình dục với gái mại dâm, không được sử dụng giữa các đối tác trong một mối quan hệ lâu dài.

Chương trình phòng ngừa cũng không thông tin cho thanh thiếu niên nam nữ về nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nữ thanh thiếu niên chưa có đủ kiến thức về tư vấn xét nghiệm tự nguyện; những người được xác định là trong nhóm có nguy cơ là những khách hàng chính của các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

Về dự phòng mang thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV (**nhân tố hai**), chúng tôi lưu ý việc thiếu kết hợp giữa chương trình kế hoạch hoá gia đình và chương trình phòng chống HIV/AIDS. Cả nam và nữ có HIV dương tính không được tư vấn về cách tránh mang thai ngoài ý muốn.

Một vấn đề về văn hoá là kể cả những cặp vợ chồng có HIV dương tính vẫn có thể bị áp lực từ phía cha mẹ là phải sinh con để nối dõi tông đường. Nói chung, tất cả những phụ nữ đã kết hôn đều mong muốn có con. Do đó, việc kiểm soát vấn đề sinh đẻ trong số những người có HIV dương tính không phải là một vấn đề để được đưa ra thảo luận tại các buổi tư vấn.

Đánh giá này cũng cho thấy có một hệ thống xét nghiệm gần như bắt buộc tại các bệnh viện mà hầu hết những phụ nữ đến đó để sinh con. Những phụ nữ này không được phép sinh con trong bệnh viện nếu họ chưa được xét nghiệm. Họ và các nhân viên y tế chấp nhận quy định này, và coi đó là một chính sách tốt nhằm bảo vệ các nhân viên y tế không bị lây nhiễm và cung cấp các dịch vụ chăm sóc thích hợp nhất cho phụ nữ. Việc tiếp cận dễ hơn với các loại thuốc chữa AIDS, tiếp tục những ca nhiễm HIV mới và cả những ca chưa được phát hiện đã cùng nhau thúc đẩy mong muốn chấm dứt đặc tính ngoại lệ của HIV và thay bằng việc xét nghiệm một cách thường xuyên hoặc “tự chọn” trên toàn thế giới, trong đó có cả nước Mỹ (CDC, 2006; Jayaraman, Preiksaitis, & Larke, 2003; Simpson, Johnstone, Goldberg,

Gormley, & Graham, 1999; Weiser, Heisler, Leiter, Percy-de Korte, & Tlou, 2006) Tuy nhiên, người ta không khuyến nghị xét nghiệm bắt buộc, thậm chí còn coi đó là hành vi vi phạm các tiêu chuẩn đạo đức quốc tế.

Về nỗ lực phòng ngừa lây truyền trong thời gian mang thai và sau khi sinh (**nhân tố 3**), việc xét nghiệm nói chung được thực hiện muộn trong thời gian mang thai khi chị em không còn cơ hội để phá thai. Họ thường không được thông báo là đang được xét nghiệm HIV. Khi họ được xét nghiệm tại các bệnh viện quận, huyện hay tỉnh, thường thì các nhân viên y tế không thông báo về tình trạng HIV trực tiếp cho người được xét nghiệm, mà họ nhận thông tin này từ hệ thống thông báo. Nhân viên y tế xã hoặc huyện tới nhà họ khi tình trạng của họ đã được khẳng định. Hệ thống này được thiết kế nhằm mục đích chăm sóc và hỗ trợ cho những người có HIV dương tính trong cộng đồng, nhưng thường mang lại những hệ quả xã hội tiêu cực như sự kỳ thị và thậm chí còn làm cho người bệnh tránh sử dụng các dịch vụ y tế. Các hệ thống chăm sóc và hỗ trợ (**nhân tố 4**) được xây dựng chưa tốt, đặc biệt trong trường hợp trẻ sinh ra từ những phụ nữ có HIV dương tính. Hỗ trợ xã hội thông qua các nhóm tự lực tạo ra một mô hình tiếp cận nhằm cung cấp những hỗ trợ toàn diện để đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt hơn, không chỉ mang lại những lợi ích về sức khỏe mà còn những lợi ích kinh tế, xã hội và tâm lý cho những phụ nữ bị ảnh hưởng bởi HIV.

Tóm lại, sự phân cắt hệ thống chăm sóc y tế thành các trụ cột chuyên ngành theo chiều dọc trong đó có một chương trình phòng chống HIV/AIDS theo chiều dọc là rào cản chính cho việc cung cấp chăm sóc liên tục. Việc điều trị thuốc, trong đó có thuốc ARV và thuốc nhiễm trùng cơ hội, đang ngày càng sẵn có nhưng thường không đến được với người đang sống chung với HIV vì hệ thống chuyển tuyến yếu và kỳ thị xã hội. Trong cả hai tình huống, chúng tôi nhận thấy, những phụ

nữ nhiễm HIV và gia đình họ phải xác định những nhân tố cần thiết khác nhau để tiếp cận với dịch vụ chăm sóc liên tục tại các cơ sở và dịch vụ khác nhau ở từng nơi. Tại thời điểm này, chỉ có các chương trình tại Hà Nội của UBYTHL-VN đi theo cách tiếp cận phối hợp đa ngành, tạo nên một mạng lưới chăm sóc toàn diện cho trẻ bị nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV và gia đình trẻ.

Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số khuyến nghị có thể cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản hiện có đối với phụ nữ nhiễm HIV và gia đình họ.

1. Về dự phòng lây nhiễm cấp một

- Tăng cường tư vấn và xét nghiệm y tế trước sinh, bao gồm các thông tin về nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con và cách phòng ngừa.
- Tăng cường sử dụng và phát bao cao su, không chỉ cho chương trình kế hoạch hoá gia đình mà còn để phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là HIV và dành cho các cặp vợ chồng, hoặc bạn tình chứ không chỉ dừng lại ở những người hành nghề mại dâm.
- Kết hợp các thông điệp về nguy cơ lây truyền mẹ con với các nỗ lực giảm tác hại hiện có, trong đó có các thông tin về cách phòng ngừa.

2. Về phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn ở những phụ nữ nhiễm HIV.

- Cải thiện chất lượng tư vấn tại các trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện, đặc biệt về các thông tin kế hoạch hoá gia đình và phòng lây truyền mẹ con cho cả nam và nữ. Nên xét nghiệm và tư vấn về HIV định kỳ trên cơ sở của bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân tới thực hiện các xét nghiệm về máu khác.

3. Về dự phòng lây truyền từ mẹ có HIV sang con:

- Tăng cường khả năng lựa chọn và sức khoẻ cho cả phụ nữ và trẻ em bằng cách tăng cường chăm sóc trước sinh sớm theo một hệ thống phối hợp cho phép chuyển tuyến tới các dịch vụ uống thuốc ARV phòng lây truyền, điều trị bằng ARV và các nhóm hỗ trợ.
- Cung cấp xét nghiệm HIV trong thời kỳ đầu của thai kỳ tại tất cả các cấp cung cấp dịch vụ trước sinh (kể cả các trạm y tế xã/phường) tại chỗ hoặc cấp quận, huyện để những phụ nữ này có thêm lựa chọn là phá thai trong trường hợp họ không muốn đối mặt với nguy cơ sẽ lây truyền HIV sang cho con.
- Cung cấp các kết quả xét nghiệm HIV trực tiếp cho chính những phụ nữ này để có cơ hội tư vấn về lây truyền từ mẹ sang con (*bao gồm vấn đề phá thai, sinh đẻ và nuôi dưỡng và sự cần thiết phải chăm sóc liên tục cho mẹ và con*).
- Đảm bảo tất cả những phụ nữ mang thai xét nghiệm có kết quả dương tính được chăm sóc y tế, bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán cần thiết cho bản thân họ và để dự phòng lây truyền sang con.
- Phối hợp với các chuyên gia y tế nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc cho các bà mẹ có HIV dương tính trong thời gian sinh đẻ.
- Tư vấn cho tất cả các bà mẹ về chăm sóc trẻ sơ sinh và các bà mẹ có HIV dương tính, đặc biệt tập trung vào những vấn đề đặc biệt như nuôi dưỡng và sự cần thiết phải theo dõi và chăm sóc liên tục cho trẻ sinh ra từ những bà mẹ có HIV dương tính.

4. Về việc chăm sóc và hỗ trợ cho các bà mẹ nhiễm HIV, con và gia đình của họ.

- Thực hiện xã hội hoá y tế và cách tiếp cận đa ngành trong các chương trình HIV, đặc biệt là các hoạt động vay vốn, tạo việc làm, và phối hợp tạo thu nhập bằng cách chú trọng tới các thách thức cũng như cơ hội xã hội.
- Giảm số lượng các chương trình theo chiều dọc và các địa điểm chăm sóc y tế bằng cách tích hợp các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình với các bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV khi triển khai để nhân viên y tế có thể cung cấp nhiều dịch vụ khác nhau tại cùng một địa điểm. Điều này sẽ giúp bảo đảm rằng khách hàng có thể tiếp cận với mọi dịch vụ mà họ cần.
- Đảm bảo các bà mẹ có HIV dương tính có thể tiếp cận với điều trị ARV và được chăm sóc liên tục, bao gồm được xét nghiệm CD4 định kỳ để xác định khi nào họ cần bắt đầu điều trị ARV.
- Cải thiện khả năng tiếp cận và chất lượng của dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ nhi khoa cho trẻ nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.
- Chú ý tới các nhu cầu dinh dưỡng cho người lớn và trẻ nhiễm HIV trong các chương trình dinh dưỡng dựa vào cộng đồng cho toàn dân.
- Thu hút các gia đình tham gia vào công tác điều trị cho người lớn và trẻ em nhằm mục tiêu tăng cường chất lượng chăm sóc cho trẻ có nhu cầu đặc biệt do nhiễm HIV và tăng sự tuân thủ phác đồ điều trị.



- Abadia-Barrero, C. E., & LaRusso, M. D. (2006). The Disclosure Model versus a Developmental Illness Experience Model for Children and Adolescents Living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(1), 36-43.
- Administration of HIV/AIDS Control. (2006). *Report on HIV Sentinel Surveillance Survey 1994-2005*. Hanoi: MOH.
- Akram-Lodhi, H. (2002). All decisions are top-down: Engendering public expenditure in Vietnam. *Feminist Economics*, 8(3), 1-19.
- Avert. (2006). Southeast Asia, HIV/AIDS statistics Retrieved July 27, 2007, from <http://www.avert.org/aidssoutheastasia.htm>
- Báo Phụ nữ Việt Nam. (23/6/2005). Thư tâm sự. Phụ nữ Việt Nam, p. 8.
- Báo Phụ nữ Việt Nam. (2005a). Đừng chết vì thiếu hiểu biết. Phụ nữ Việt Nam, p. 7.
- Báo Phụ nữ Việt Nam. (2005b). Thư tâm sự: Làm gì khi chồng bị nhiễm HIV? Phụ nữ Việt Nam, p. 8.
- Báo Thế giới phụ nữ. (2004). Muốn kết hôn với người có HIV. Thế giới Phụ nữ (bìa xanh), p. 10.
- Báo Thế giới phụ nữ. (2005). Tâm sự về tình yêu và HIV. Phụ nữ Việt Nam, p. 64.
- Belanger, D. (2002). Son preference in a rural village in North Vietnam. *Studies in Family Planning*, 33(4), 321-334.
- Bharat, S., Singhanetra-Renard, A., & Aggleton, P. (1998). Household and community response to HIV/AIDS in Asia: the case of Thailand and India *AIDS*, 12(suppl. B), S117-S122.
- Brown, L., Trujillo, L., & Macintyre, K. (2001). *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?* New Orleans: Horizons Project.
- Burnet Institute. (2008). Fact sheet: Drug Substitution Retrieved January 3, 2008, from <http://www.burnet.edu.au/freestyler/gui/files//Drug%20substitution.pdf>
- CDC. (2006). *Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings*. Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention.
- Gammeltoft, T. (1999). *Women's Bodies, Women's Worries: Health and Family Planning in a Vietnamese Rural Community*. Surrey, Great Britain: Curzon Press.
- Gammeltoft, T., & Nguyen Thi Thuy Hanh. (2007). Fetal conditions and fatal decisions: Ethical dilemmas in ultrasound screening in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2248-2259.
- General Statistic Office. (2007). Health, Culture, Sport and Living standard. Retrieved August 9, 2007, from <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=512&idmid=5&ItemID=6106>
- General Statistics Office. (2005). Abortion rate in Vietnam is one of the highest one in the world [Electronic Version]. Retrieved February 8, 2007 from <http://vnexpress.net/Vietnam/Xa-hoi/2005/12/3B9E53F1/>.
- General Statistics Office, NIHE, & ORC Macro. (2006). Vietnam population and AIDS indicator survey in 2005. Retrieved July 27th 2007, from <http://synergyaids.com/documents/VietNamPop&AIDSIndictorSurvey.pdf>

-
- Ha, D. V., Pham, H. T., Chu, T. V., Le, H. T., Nguyen, H. V., Kamb, M. L., et al. (2004, July 11-16). Improving efficacy of community based outreach programs (CBO) in Vietnam. Retrieved January 3, 2008, from http://www.unaids.org.vn/resource/topic/abstract/bkk/020_community%20based%20outreach%20programs.doc
- Handwerker, L. (1998). The consequences of modernity for women in China. In M. Lock & P. A. Kaufert (Eds.), *Pragmatic women and body politics*, . Cambridge: Cambridge University Press.
- Haughton, D., & Haughton, J. (1995). Son Preference in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 26, 325-338.
- Health Policy Initiative. (2007). *Mapping of PLHIV groups Viet Nam, August 2006-2007*. (Unpublished). Hanoi.
- High Level Global Partners Forum. (2005). Call to Action: *Towards an HIV-free and AIDS-free generation. Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)*. Retrieved February 8, 2007, from http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/523_filename_abuja_call-to-action.pdf.
- Jacoby, A. (1994). Felt versus enacted stigma: A concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social Science and Medicine*, 38(2), 269-274.
- Jayaraman, G. C., Preiksaitis, J. K., & Larke, B. (2003). Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates. *Canada Medical Association Journal*, 168 (6), 679-682.
- Khuat Thu Hong, Nguyen Thi Van Anh, & Ogden, J. (2004). *Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination*. Hanoi: ISDS.
- Lynellyn, D. L., Le Ngoc Hung, Truitt, A., Le Thi Phuong Mai, & Dang Nguyen Anh. (2000). *Changing Gender Relations in Vietnam's Post Doi Moi Era*. Hanoi: World Bank.
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P., & Verrall, S. (1998). HIV-related stigmatisation and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4), 347-370.
- Ministry of Foreign Affairs. (2005). Outstanding features of Vietnam's exports in recent years. Retrieved February 8, 2007, from http://www.mofa.gov.vn/en/tt_baochi/nr041126171753/ns051026080004
- Ministry of Plan and Investment. (2006). Poverty in Vietnam. Retrieved March 8, 2007, from <http://www.mpi.gov.vn/ttkh-xh.aspx?Lang=4&mabai=1667>
- Mofenson, L. M., & McIntyre, J. A. (2000). Advances and research directions in the prevention of mother to child HIV transmission. *Lancet*, 355, 2237-2244.
- MOH. (1996). *Health Strategy for the year 2000 to 2020*. Hanoi.
- MOH. (2004). *HIV/AIDS Estimates and projections 2005-2010*. Retrieved Feb 2nd 2007, from http://www.unaids.org.vn/resource/topic/epidemiology/e%20&%20p_english_final.pdf.
- MOH. (2005a). *HIV prevalence in Vietnam*. Hanoi: General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control
- MOH. (2005b). *Report on Assessment of Multi-sectoral Collaboration in HIV/AIDS Prevention 1999-2004*. Hanoi: Health Strategy and Policy Institute.

- MOH. (2006). *Decision 149/BC-BYT Five-year review workshop on HIV/AIDS prevention and control in 2001-2005 and action plan for 2006-2010*. Hanoi: Hanoi Medical Publishing House.
- MOH, General Statistical Office, & Coverage of Public Health Programs. (2003). *National Health Survey 2001-2002*. Hanoi: Medical Publishing House.
- MOH, & UNFPA. (1999). *Report: Review of studies on reproductive health in Vietnam during 1993-1998*. Hanoi.
- Nation Master.com. Female parliamentarians (most recent) by country Retrieved July 27, 2007, from http://www.nationmaster.com/graph/dem_fem_par-democracy-female-parliamentarians
- National Committee for the Advancement of Women in Vietnam. (2002). *Statistics on Women and Men in Vietnam*. Hanoi
- Nguyen-Vo Thu Huong. (2002). Governing Sex: Medicine and Governmental Intervention in Prostitution. In J. Werner & D. Belanger (Eds.), *Gender, Household, State: Doi Moi in Viet Nam*. Ithaca, New York: Southeast Asia Program Publications.
- Nguyen Nguyet Nga, & Rama, M. (2004). *A Comparison of Quantitative and Qualitative Poverty Targeting Methods in Vietnam*. Q-Squared Working Paper No. 32 Washington D.C: World Bank.
- Nguyen Tran Hien. (2002). *Epidemiology of HIV/AIDS in Viet Nam*. Amsterdam, Vrije Universiteit.
- Nguyen Tran Hien, & Nguyen Minh Son. (2005). *Sexual behaviour of male youth aged 16-29 who are IDUs in Hanoi*. Paper presented at the National Conference on HIV/AIDS.
- Paxton, S., Gonzales, G., Uppakaew, K., Abraham, K. K., Okta, S., Green, C., et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 17(4), 413-424.
- Pham Van Bich. (1997). The Changes in the Vietnamese family in the Red river Delta. *Monograph from the Department of Sociology*, 65(Gothenburg).
- Phinney, H. M. (2005). Rice is essential but tiresome, you should get some noodles - The political-economy of married women's HIV risk in Ha Noi, Viet Nam: Department of Anthropology University of Washington.
- Reynolds, W. S., van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). *Social Lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ritter, A. J. (2002). Naltrexone in the treatment of heroin dependence: relationship with depression and risk of overdose. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 224-228.
- Scrambler, G. (1998). Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet*, 352(9133), 1054-1055.
- Simpson, W. M., Johnstone, F. D., Goldberg, D. J., Gormley, S. M., & Graham, H. J. (1999). Antenatal HIV testing: assessment of a routine voluntary approach. *BMJ*, 318, 1660-1661
- SRV. (1989). *Law of Public Health Protection (June 30th)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/vi/1981_to_1990/1989/198906/198907110001.
- SRV. (1995a). *No 87/CP Government strengthens management of cultural activities and abolishes serious social evils*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/vi/1991_to_2000/1995/199512/199512120001_en.

- SRV. (1995b). *Ordinance on the prevention and control of HIV/AIDS (May 31st 1995)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/vi/1991_to_2000/1995/199512/199512120001_en.
- SRV. (1996). *Decree No.34/CP on Government guiding the implementation of the ordinance on the prevention and control of HIV/AIDS infection (June 1st 1996)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/en/1991_to_2000/1996/199606/199606010001_en/lawdocument_view.
- SRV. (1999). *Decree 73/1999/ND-CP on the policy of encouraging socialization of the activities in education, health care, culture and sport (August 19)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/vi/1991_to_2000/1999/199908/199908190001_en.
- SRV. (2000a). *Decision 1451/2000/QĐ-BYT of Ministry of Health on Guideline on diagnosis and treatment of HIV/AIDS in Vietnam*. Hanoi: MOH.
- SRV. (2000b). *Decision No. 136/2000/QĐ-TTg approving the National Strategy on Reproductive Health Care 2001 - 2010*. Retrieved. from <http://www.moh.gov.vn/homebyt/en/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1974&ID=1625>.
- SRV. (2003a). *Decree No. 60/2003/ND-CP on detailing and guiding the implementation of the State Budget Law (June 6th)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/en/2001_to_2010/2003/200306/200306060004_en.
- SRV. (2003b). *Decree No. 88/2003/ND-CP providing for the organisation, operation and management of associations (July 30th)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/en/2001_to_2010/2003/200307/200307300003_en.
- SRV. (2003c). *Directive 02/2003/CT-TTg of Primer Ministry on Strengthening HIV/AIDS prevention and control (February 24th)*. Retrieved. from http://unaids.org.vn/local/legaldocs/240203_pm_directive.pdf.
- SRV. (2003d). *Second Country Report on Following up the Implementation to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS January 2003 - December 2005*. Retrieved. from http://data.unaids.org/Topics/UNGASS2003/Asia-Pacific/viet_nam_ungassreport_2003_en.pdf.
- SRV. (2004). *Circular No 01/2004/TT-BNV of Januray 15, 2004 guiding the implementation of a number of articles of the governments's decree no 88/2003 ND-CP of July 30, 2003 providing for the organisation, operation, and management of associations*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/en/2001_to_2010/2004/200401/200401150010_en/lawdocument_view.
- SRV. (2006). *Law number 73/2006/QH11 on Gender Equity (November 29)*. Retrieved. from http://vbqppl.moj.gov.vn/law/vi/2001_to_2010/2006/200611/200611290009.
- The World of Women. (2004). Want to get married with PLHIV. *Help letter: The World of Women (Blue weekly)*, 180, 10.
- Tran Thu Minh, Nguyen Tran Hien, Yatsuya. H., Hamajima, N., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). HIV prevalence and factors associated with HIV infection among male injection drug users under 30: a cross-sectional study in Long An, Vietnam. *BMC Public Health*, 6(248), 1471-2458.
- UNAIDS. (2005). *Asia Fact Sheet*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, & WHO. (2004). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Retrieved July 10, 2007, from http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/vietnam_EN.pdf

- UNDP. (2003). *Socio-economic impact of HIV/AIDS in Vietnam: A preliminary note*. Retrieved February 8, 2007, from <http://www.unaids.org.vn/resource/topic/children/seimpacte.pdf>.
- UNDP. (2005). *Impact of HIV/AIDS on household vulnerability and poverty in Viet Nam*. Hanoi: UNDP.
- UNDP. (2007). Human Development Report 2006 - Human Development indicators - Country factsheets - Vietnam. Retrieved September 10, 2007, from http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/country_fact_sheets/cty_fs_VNM.html
- UNFPA. (2007). *Population Growth in Viet Nam, What the Data from 2006 Can Tell Us*. Hanoi: UNFPA.
- UNGASS. (2005). *Socialist republic of Vietnam country report on follow-up to the declaration of commitment on HIV/AIDS*. Hanoi.
- United Nations Country Team Vietnam. (2003). *Health care financing in Vietnam*. Hanoi: UNDP.
- United Nations Country Team Vietnam. (2005). *MDG and Vietnam's Social-Economic Development Plan 2006-2010*. Hanoi: UNDP.
- Vietnamese women newspapers. (August 5, 2005). Don't die because of lack of knowledge. *Vietnamese women newspapers*, p. 7.
- Vietnamese Women newspapers. (January 13, 2005). Consulting section on love and HIV. *Vietnamese Women newspapers*, p. 17.
- Vietnamese women newspapers. (January 24, 2005). Help letter: What should be done when husband is infected? *Vietnamese women newspapers*, p. 8.
- Vietnamese Women Newspapers. (June 23, 2005). Help letter. *Vietnamese Women Newspapers*, p. 8.
- Visaria, L. (1993). *Female autonomy and fertility behaviour: An exploration of Gujarat data*. Paper presented at the International Population Conference of International Union for Scientific Study of Population, Montreal, Liege, Belgium.
- Walters, I. (2004). Dutiful Daughters and Temporary Wives: Economic Dependency on Commercial Sex in Vietnam. In E. Miccolier (Ed.), *The social construction of sexuality and sexual risk in a time of AIDS* (pp. 76-97). London: Routledge Curzon.
- Weiser, S. D., Heisler, M., Leiter, K., Percy-de Korte, F., & Tlou, S. (2006). Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns. *PLoS Med*, 3(7), 261.
- Werner, J., & Belanger, D. (2002). *Gender, Household, State: Doi Moi in Viet Nam*. New York: Cornell University Southeast Asia Program Publications
- WHO, & UNAIDS. (2004). *Ensuring equitable access to antiretroviral treatment for women - WHO/UNAIDS Policy Statement*: Department of Gender, Women and Health (GWH) in collaboration with the Department of HIV/AIDS in WHO and UNAIDS.
- World Bank. (2004). *Vietnam Development Report 2004 - Poverty* Hanoi: World Bank.



Phụ lục 1: Hướng dẫn phỏng vấn sâu dành cho nhóm phụ nữ có HIV

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	Phụ nữ có HIV dương tính độc thân	Phụ nữ có HIV dương tính đang mang thai	Các bà mẹ có HIV
Thông tin cá nhân (có thể điền cuối cùng)			
Địa điểm cuộc phỏng vấn	X	X	X
Tuổi			
Nghề nghiệp			
Trình độ học vấn			
Tình trạng hôn nhân			
Số con			
Số con bị nhiễm			
Tình trạng nhiễm HIV			
Số anh chị em và giới trong gia đình chị			
Số anh chị em và giới trong gia đình nhà chồng			
Có phải / hoặc có kết hôn với con trai cả trong gia đình không?			
Có phải / có kết hôn với con trai duy nhất không?			
Số người có HIV trong gia đình?			
Số người mất vì HIV trong gia đình?			
Số người đang uống ARV?			
Dự phòng tiên phát những ca nhiễm mới			
* Việc sử dụng bao cao su			
* Truyền thông thay đổi hành vi cho các cá nhân, gia đình, cộng đồng và thanh niên			
* Phòng và chữa trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục			
* TVXNTN và tư vấn xét nghiệm trước hôn nhân			
* Giảm kỳ thị đối với người sống chung với HIV			
Nếu đã kết hôn, các bạn gặp nhau như thế nào? Yêu nhau ra sao? Anh/chị yêu người đó nhất ở điểm nào? Bây giờ thì sao?	X	X	X
Nếu chưa kết hôn? Bạn đã có người yêu/ người tình chưa?			
Bạn có muốn có con không? Tại sao? Có gặp khó khăn gì không?			
Quá trình mang thai (Cơ bản: bao lâu? lần đầu? bình thường không? Có kế hoạch không? số lần kiểm tra khám thai?)			
Vấn đề sinh sản: Bạn có dùng các phương tiện tránh thai không? (thuốc, bao cao su ...) Tại sao? Nếu không dùng bao cao su, bạn có biết phải mua bao cao su ở đâu không?			
Nếu không có người yêu, bạn có quan hệ tình dục không? Với ai?	X	X	X
Bạn có nhìn thấy những thông điệp về HIV/ AIDS không? Bạn thấy ra sao? Theo bạn, nó hướng tới đối tượng nào?			
Bạn làm gì để chống nhiễm trùng cơ hội?	X	X	X

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	Phụ nữ có HIV dương tính độc thân	Phụ nữ có HIV dương tính đang mang thai	Các bà mẹ có HIV
TVXNTN: Bạn đã bao giờ xét nghiệm chưa? Khi nào? Tại sao? Bạn có tự nguyện xét nghiệm không? Bạn có được tư vấn không? CBYT nói gì với bạn? Bạn nhận kết quả như thế nào? Bạn có tự mình đi lấy kết quả không? (nếu không thì ai lấy?)	X	X	X
Xét nghiệm HIV có khác với các loại xét nghiệm khác không? (viêm gan B, lao hay các xét nghiệm máu khác?)			
Chồng bạn có HIV không? Có ai trong gia đình bạn hoặc gia đình nhà chồng bạn có HIV không?	X	X	X
Bạn có dùng ma túy không? Tại sao? Loại gì? Bạn có sử dụng kim tiêm sạch không?			
Nếu bạn đã từng dùng ma túy, tại sao bạn bỏ và như thế nào?			
Việt Nam có nên có xét nghiệm trước hôn nhân không?	X	X	X
Tại sao phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV?	X	X	X
Theo bạn, tại sao một số người không muốn tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác biết?	X	X	X
Tại sao cha mẹ lại giấu tình trạng nhiễm của mình với con cái mình?	X	X	X
Dự phòng mang thai ngoài ý muốn của phụ nữ có HIV			
* Kết nối mạng lưới giữa dịch vụ TVXNTN và KHHGĐ * Đẩy mạnh hoạt động bảo vệ kép (mang thai ngoài ý muốn và nhiễm trùng qua đường tình dục) * KHHGĐ tự nguyện * Nạo phá thai an toàn			
Bạn đã từng đến dịch vụ KHHGĐ chưa? Bạn nghĩ gì về dịch vụ ở những nơi này?	X	X	X
Bạn đã từng được giới thiệu đến cơ sở KHHGĐ chưa? Hay bạn đã nhận được thông tin gì về KHHGĐ khi bạn được tư vấn sau xét nghiệm chưa? Nếu có, tư vấn viên nói về điều gì? (Hỏi kỹ)	X	X	X
Bạn có biết làm thế nào để tự bảo vệ bản thân khỏi nhiễm trùng qua đường tình dục và mang thai ngoài ý muốn không?	X	X	X
Nếu bạn xét nghiệm có kết quả dương tính và có thể bỏ thai, bạn có giữ đứa bé không? (Hỏi kỹ)	X	X	X

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	Phụ nữ có HIV dương tính độc thân	Phụ nữ có HIV dương tính đang mang thai	Các bà mẹ có HIV
Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con			
* Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ toàn diện * TVXNTN * Thuốc ARV * Tư vấn và hỗ trợ nuôi con bằng sữa ngoài an toàn * Thực hiện sinh nở an toàn * Vấn đề giới, kỳ thị từ phía CBYT			
Bạn có được giới thiệu từ tuyến thấp hơn hay các dịch vụ khác tới đây không? (Bạn được chuyển vào tuần nào và mất bao lâu?)	x	x	X
Bạn định sinh ở đâu? Liên quan như thế nào? Hỗ trợ gì? Sinh nở ra sao?	x	x	X
Bạn có nhận được điều trị PLTMC không? Nếu có thì như thế nào?			X
Bạn có nhận được tư vấn về nuôi con sữa ngoài chưa? (người ta khuyên bạn như thế nào)			X
Bạn có nhận được hỗ trợ cho việc nuôi con bằng sữa ngoài không? (nếu có thì hỗ trợ gì?)			X
Bạn có khả năng thực hiện cho con bú sữa ngoài không? Người ta có hỏi bạn tại sao cho con bú sữa ngoài không và bạn đã nói gì?			
Chất lượng dịch vụ mà bạn nhận được như thế nào? Bạn có dự định đến đó sinh lần tới không?	x	x	X
Cung cấp chăm sóc hỗ trợ cho bà mẹ có HIV và con , gia đình họ			
* Chăm sóc sau sinh cho các bà mẹ * Tiếp cận tích hợp ARV và KHHGĐ * Chăm sóc sau sinh cho trẻ nhỏ (nhận định tình hình, điều trị liên quan tới tình hình nhiễm HIV) * Hỗ trợ xã hội cho gia đình và cộng đồng bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, đặc biệt là trẻ mồ côi * Môi trường không có sự kỳ thị			X
Bạn cần những sự chăm sóc nào sau sinh? Bạn có nhận được không? Ai chăm sóc bạn?	x	x	X
Sức khỏe của bạn ra sao? Sức khỏe của chồng / vợ bạn và con bạn?			
Bạn kiểm tra cho con khi nào và ở đâu?			X
Bạn làm gì khi bị ốm? Hoặc bị nhiễm trùng cơ hội (Có tiếp cận được không? Ở đâu?)			
Bạn có tiếp cận được thuốc ARV cho mình không (có/không/ loại/ như thế nào/ ở đâu/giá cả/ vấn đề tư vấn làm cách nào để sử dụng ARV)			X

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	Phụ nữ có HIV dương tính độc thân	Phụ nữ có HIV dương tính đang mang thai	Các bà mẹ có HIV
Tiếp cận ARV cho con? Chồng? Các thành viên có H khác trong gia đình?	x	x	X
Sự hài lòng với ARV (phản ứng phụ, nguồn cung cấp thường xuyên, tư vấn hỗ trợ)			
CBYT có tư vấn bạn nơi nhận được hỗ trợ xã hội không? Loại nào? Có ai đến nhà bạn tư vấn không? Ai ?			
Gia đình bạn thế nào? Bạn có nói với bố mẹ mình không? Gia đình nhà chồng?			x
Gia đình có hỗ trợ bạn không?			x
Bạn tham gia nhóm khi nào?			x
Làm thế nào mà bạn biết về nhóm?			
Nhóm hỗ trợ đã ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bạn như thế nào?			
Chuyện gì xảy ra khi bạn biết mình đã nhiễm HIV?			
Xét nghiệm HIV có khác với các xét nghiệm khác không (VD XN lao)			
Bạn nói tình trạng của mình với ai? Như thế nào?			
Con bạn có biết tình trạng nhiễm của bạn không? Làm sao chúng biết?			
Bạn sẽ nói với con bạn về tình trạng của bạn chứ?			
Hỗ trợ tâm lý xã hội (bạn thân, người để chia sẻ, tình trạng nhiễm? có sử dụng ma túy không)			
Kỳ thị (chính thức và không chính thức)			
Bạn nghĩ mình may mắn hay không may mắn?			
Bạn mong muốn điều gì cho tương lai?			

Phụ lục 2: Hướng dẫn phỏng vấn bán cấu trúc dành cho cán bộ y tế

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	
Địa điểm Tuổi Giới Học vấn Thời gian làm việc Vị trí trong cơ sở y tế Nhiệm vụ và chức năng của cơ sở y tế (phòng/ban/khoa)	
Dự phòng tiên phát những ca nhiễm mới	
* Việc sử dụng bao cao su * Truyền thông thay đổi hành vi cho các cá nhân, gia đình, cộng đồng và thanh niên * Phòng và chữa trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục * TVXNTN và tư vấn xét nghiệm trước hôn nhân * Giảm kỳ thị đối với người sống chung với HIV	
Mô tả công việc và nhiệm vụ	
Chỗ bạn có cung cấp BCS không? Cho ai? Có các loại BCS khác nhau cho mục đích khác nhau không? Khả năng tiếp cận?	
Chương trình trao đổi bơm kim tiêm? Được thực hiện ra sao? Hỗ trợ từ cộng đồng và các tổ chức khác? Chất lượng? Thành công hay không? Khó khăn? Khả năng tiếp cận?	
Quan điểm về mong muốn có con của NCH? Bạn cung cấp tư vấn và chuyển tuyến ra sao? NCH quyết định ra sao?	
Nội dung các chương trình truyền thông? Ai quyết định nội dung và hình thức? Bạn có nghĩ đó là những thông tin phù hợp, có tính đến yếu tố giới, dễ hiểu, thân thiện? Nhóm đối tượng hướng đích?	
Quan điểm về việc lọc sạch tình trùng?	
Có cơ chế chuyển tuyến giữa các nhóm dựa vào cộng đồng (bao gồm nhóm hỗ trợ) và các cơ sở y tế không? Nếu có, cho ví dụ	
Việc thực hiện PLTMC trong hệ thống?	
Những ai cần TVXNTN?	
Tại sao người ta dùng tên giả ở các cơ sở TVXNTN hay để người khác đến lấy kết quả XN?	
Tư vấn và quan niệm về xét nghiệm HIV trước hôn nhân, trước khi mang thai và trong 3 tháng đầu mang thai?	
Tính sẵn có và quan điểm về chất lượng của việc XN và chữa trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục? Kinh nghiệm về việc thông báo kết quả đó?	
Tại sao một số CBYT sợ HIV/AIDS? Bạn thì sao?	
Cơ sở của bạn có làm gì nhằm giảm kỳ thị với NCH không? Nó có giúp bạn không?	
Tại sao cha mẹ lại giấu tình trạng nhiễm với con mình?	
Xây dựng năng lực cho CBYT: tập huấn chính thức, tập huấn lại, tập huấn hướng dẫn, mức độ thường xuyên?	

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	
Dự phòng mang thai ngoài ý muốn của phụ nữ có HIV	
* Tập huấn cán bộ KHHGĐ về HIV/AIDS (và LTMC) và các biện pháp phòng chống thai liên quan tới nhiễm HIV (chỉ cho CBYT) * Kết nối mạng lưới giữa dịch vụ TVXNTN và KHHGĐ * Đẩy mạnh hoạt động bảo vệ kép (mang thai ngoài ý muốn và nhiễm trùng qua đường tình dục) * KHHGĐ tự nguyện * Nạo phá thai an toàn	
Bạn đã được tập huấn về HIV/AIDS chưa? Khi nào? Bao lâu? Ý kiến của bạn ?	
Có mối liên hệ giữa TVXNTN và các dịch vụ KHHGĐ không? Như thế nào?	
Mục đích của việc sử dụng BCS? Ai yêu cầu BCS?	
Bạn tư vấn gì về KHHGĐ cho NCH? Tư vấn như thế nào thì phù hợp về mặt văn hoá cho phụ nữ độc thân? phụ nữ đã kết hôn với con trai một? phụ nữ có con có HIV? phụ nữ đã tiếp cận với ARV, PLTMC?	
Bạn có cung cấp tư vấn về triệt sản cho nam giới và phụ nữ có HIV không?	
Chỉ có gợi ý nên chọn ngày khám thai nào để đề nghị phụ nữ tham gia TVXNTN không? Nếu như họ xét nghiệm dương tính thì đưa ra những lựa chọn như thế nào?	
Chất lượng của dịch vụ nạo phá thai?	
Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	
* Các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ toàn diện * TVXNTN * Thuốc ARV * Tư vấn và hỗ trợ nuôi con bằng sữa ngoài an toàn * Thực hiện sinh nở an toàn * Vấn đề giới, kỳ thị từ phía CBYT	
Dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em nào được cung cấp ở cơ sở này? Làm thế nào bạn thấy được chất lượng của dịch vụ đó? Công việc có quá tải không? Chương trình KHHGĐ được thực hiện ra sao? (ở cơ sở y tế và cộng đồng?) Tại sao người ta đến đây / không đến đây?	
Hệ thống xét nghiệm chuẩn cho phụ nữ mang thai như thế nào? Khi nào thì xét nghiệm này được đưa ra và tại sao?	
Quan điểm về “tính tự nguyện”, “tư vấn”, “tính bí mật” của xét nghiệm HIV	
Chất lượng của truyền thông liên cá nhân giữa người cung cấp và người nhận dịch vụ	
Làm thế nào bạn biết người nào đó có nguy cơ hay là người có H?	
Xét nghiệm HIV? (khi nào thì xét nghiệm HIV được thực hiện? loại nào? Xét nghiệm khẳng định? Ai nên được thông báo kết quả và khi nào? Tại sao?	
Có kết nối nào giữa cơ sở PLTMC và ARV không? Xin mô tả? Những cơ sở được giới thiệu tới?	
Có kết nối nào giữa cơ sở PLTMC và điều trị lao không? Xin mô tả? Những cơ sở được giới thiệu tới?	

Câu hỏi gợi ý về sự tiếp cận chăm sóc liên tục trong chương trình PLTMC	
Có kết nối và chăm sóc sau sinh không? Có liên kết với các nhóm dựa vào cộng đồng không?	
Báo cáo cho ai trong bệnh viện? Ngoài bệnh viện?	
Chính sách ở nơi làm việc của bạn về việc mổ đẻ? Kinh nghiệm của bạn về việc này?	
Bạn có nghĩ người có HIV muốn có con không? Họ đã chọn như thế nào?	
Phụ nữ có H được cung cấp những tư vấn gì? Bạn có làm việc với chồng họ không? Như thế nào? Cơ sở của bạn có chính sách thông báo và làm việc với chồng của những phụ nữ này không?	
Bên bạn cung cấp tư vấn về khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con qua đường bú mẹ như thế nào? (nuôi con, cho con bú ra sao, ngừng bú, chăm sóc vú ...)Nhận biết điểm mạnh yếu của các lựa chọn khác nhau. Bạn có gợi ý những cách họ thực hiện ngoài môi trường của họ (ví dụ mẹ chồng?)	
Điểm mạnh và điểm yếu của chương trình PLTMC?	
Bạn làm việc ra sao với bệnh nhân đang điều trị trong thời gian mang thai?	
Cung cấp chăm sóc hỗ trợ cho bà mẹ có HIV và con, gia đình họ	
* Chăm sóc sau sinh cho các bà mẹ * Tiếp cận tích hợp ARV và KHHGĐ * Chăm sóc sau sinh cho trẻ nhỏ (nhận định tình hình, điều trị liên quan tới tình hình nhiễm HIV) * Hỗ trợ xã hội cho gia đình và cộng đồng bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, đặc biệt là trẻ mồ côi * Môi trường không có sự kỳ thị	
Làm thế nào để ngăn ngừa trẻ mồ côi do AIDS?	
Có những dịch vụ chăm sóc nào cho mẹ sau sinh? Ai cung cấp? Ở đâu? Số lượng?	
Bà mẹ có HIV và con họ cần những chăm sóc gì sau sinh?	
Chúng ta có thể cung cấp hỗ trợ gì cho những cặp vợ chồng không muốn tiết lộ tình trạng nhiễm của họ cho gia đình biết?	
ARV có sẵn có không? Ở đâu? Giá cả? Ai có thể tiếp cận? Cá nhân hay cả đôi?	
Ai chịu trách nhiệm cung cấp thông tin về sức khỏe sinh sản cho họ? bao gồm KHHGĐ? Ai nhận tư vấn và khi nào?	
Chăm sóc nào dành cho trẻ sau sinh? PCR có sẵn có cho trẻ không? ở đâu? Giá cả? Có xét nghiệm kháng thể cho trẻ không? Ở đâu? Giá cả?	
Tư vấn liên tục về việc nuôi con an toàn ra sao sau khi họ rời viện? Ai cung cấp?	
Trẻ mồ côi do AIDS sẽ ra sao?	
Bạn có biết nhóm hỗ trợ nào ngoài cộng đồng không? Bạn có giới thiệu cho họ không? Các nhóm này có làm việc với cơ sở y tế không? Làm việc ra sao?	
Có điều trị NTCH không? Ở đâu? Giá cả? Ai có thể tiếp cận? Cá nhân hay cả đôi?	

Phụ lục 3:

Thỏa thuận tham gia nghiên cứu "Chăm sóc liên tục dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con"

Tên tôi là....., là cán bộ của Ủy ban Y tế Hà Lan - Việt Nam. Hiện nay, chúng tôi đang tiến hành 1 cuộc đánh giá nhanh tìm hiểu về cuộc sống của những người có H và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của họ. Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Bây giờ, tôi xin phép giới thiệu về nội dung nghiên cứu. Sau khi nghe giới thiệu, nếu không muốn tham gia, anh chị có thể từ chối tham gia nghiên cứu này

Mục đích của nghiên cứu nhằm tìm hiểu về cuộc sống, nhu cầu của người có H và đặc biệt là chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kết quả của nghiên cứu sẽ được đưa ra thảo luận với các nhà hoạch định chính sách nhằm lập kế hoạch xây dựng chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con phù hợp hơn. Khi tham gia vào nghiên cứu này, chúng tôi mong muốn anh chị chia sẻ câu chuyện về cuộc đời mình, các mối quan hệ với vợ / chồng, gia đình, họ hàng, bạn bè, cán bộ y tế, cộng đồng, kinh nghiệm đã trải qua từ khi phát hiện bị nhiễm, những khó khăn hiện tại và kế hoạch trong tương lai.

Buổi phỏng vấn có thể kéo dài từ 1 đến 2 tiếng. Nếu anh chị đồng ý, chúng tôi xin phép được ghi âm cuộc nói chuyện này chỉ với mục đích ghi lại chính sách những gì chúng ta trao đổi mà không sử dụng với bất cứ mục đích nào khác. Sau khi nghiên cứu hoàn thành, toàn bộ băng ghi âm sẽ được hủy bỏ. Tất cả những thông tin trong buổi phỏng vấn này sẽ được giữ bí mật hoàn toàn. Chúng tôi sẽ không hỏi tên thật và địa chỉ của anh chị

Nghiên cứu này có thể không mang lại lợi ích trực tiếp cho anh chị. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu sẽ giúp chúng tôi lập kế hoạch hỗ trợ phù hợp hơn cho người có H. Chúng tôi có thể giúp giới thiệu anh chị tới một số dịch vụ chăm sóc nếu anh chị mong muốn. Trong buổi nói chuyện này, có thể tôi sẽ hỏi một số câu hỏi nhạy cảm, hoặc gọi lại chuyện buồn của anh chị, vì vậy rất mong anh chị thông cảm

Anh chị sẽ được bồi dưỡng 30 000 nếu tham gia cuộc phỏng vấn dưới 2 giờ hoặc 50 000 đồng nếu tham gia cuộc phỏng vấn trên 2 giờ. Anh chị hoàn toàn có thể dừng cuộc phỏng vấn bất cứ lúc nào, hoặc từ chối bất kỳ câu hỏi nào anh chị cảm thấy không thoải mái trả lời

Nếu anh chị có câu hỏi nào liên quan đến nghiên cứu, xin liên hệ với chị Nguyễn Thu Hương, Ủy ban Y tế Hà Lan Việt Nam, điện thoại 835 9005 (số lẻ 21) trong giờ hành chính.

Phần thỏa thuận

Tôi đã đọc tất cả những thông tin trên đây và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi hiểu rằng tôi có thể quyết định dừng trả lời vào bất cứ lúc nào tôi muốn.

.....ngày..... tháng..... năm.....

Chữ ký người được phỏng vấn

Chữ ký của nghiên cứu viên

Thoả thuận tham gia nghiên cứu "Chăm sóc liên tục dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con"

Tên tôi là....., là cán bộ của Ủy ban Y tế Hà Lan - Việt Nam. Hiện nay, chúng tôi đang tiến hành 1 cuộc đánh giá nhanh tìm hiểu về cuộc sống của những người có H và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của họ. Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Bây giờ, tôi xin phép giới thiệu về nội dung nghiên cứu. Sau khi nghe giới thiệu, nếu không muốn tham gia, anh chị có thể từ chối tham gia nghiên cứu này

Mục đích của nghiên cứu nhằm tìm hiểu về các dịch vụ dự phòng, tư vấn, chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV, đặc biệt là chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kết quả của nghiên cứu sẽ được đưa ra thảo luận với các nhà hoạch định chính sách nhằm lập kế hoạch xây dựng chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con phù hợp hơn.

Buổi phỏng vấn có thể kéo dài từ 30 phút đến 1 tiếng. Nếu anh chị đồng ý, chúng tôi xin phép được ghi âm cuộc nói chuyện này chỉ với mục đích ghi lại chính sách những gì chúng ta trao đổi mà không sử dụng với bất cứ mục đích nào khác. Sau khi nghiên cứu hoàn thành, toàn bộ băng ghi âm sẽ được huỷ bỏ. Tất cả những thông tin trong buổi phỏng vấn này sẽ được giữ bí mật hoàn toàn. Chúng tôi sẽ không ghi tên thật và nơi công tác của anh chị

Nghiên cứu này có thể không mang lại lợi ích trực tiếp cho anh chị. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu sẽ giúp chúng tôi lập kế hoạch cho chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con phù hợp hơn. Anh chị sẽ được bồi dưỡng 50 000 đồng khi tham gia vào cuộc phỏng vấn này. Anh chị hoàn toàn có thể dừng cuộc phỏng vấn này bất cứ lúc nào, hoặc từ chối bất kỳ câu hỏi nào anh chị cảm thấy không thoải mái trả lời

Nếu anh chị có câu hỏi nào liên quan đến nghiên cứu, xin liên hệ với chị Nguyễn Thu Hương, Ủy ban Y tế Hà Lan Việt Nam, điện thoại 835 9005 (số lẻ 21) trong giờ hành chính.

Phản thoả thuận

Tôi đã đọc tất cả những thông tin trên đây và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi hiểu rằng tôi có thể quyết định dừng trả lời vào bất cứ lúc nào tôi muốn.

.....ngày..... tháng..... năm.....

Chữ ký người được phỏng vấn

Chữ ký của nghiên cứu viên



ỦY BAN Y TẾ HÀ LAN – VIỆT NAM

1A B5 Nam Thành Công, Láng Hạ
Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
Điện thoại: (84-4) 835 9005
Email: pauline_oosterhoff@yahoo.com
mcnv@netnam.vn