

Phòng, chống và Ứng phó đối với Bạo lực Gia đình ở Việt Nam

Bài học từ Mô hình Can thiệp tại tỉnh Phú Thọ và Bến Tre



Phòng, chống và Ứng phó đối với Bạo lực Gia đình ở Việt Nam

Bài học từ Mô hình Can thiệp tại tỉnh Phú Thọ và Bến Tre

Mục lục

Lời nói đầu	03
Tổng quan	04
1. GIỚI THIỆU	06
1.1. Cam kết quốc tế với việc giải quyết bạo lực trên cơ sở giới	06
1.2. Bạo lực trên cơ sở giới, bạo lực với phụ nữ hay bạo lực gia đình: vấn đề nào?	06
1.3. Phòng, chống và ứng phó với BLG/BLGD	07
1.4. Dự án UNFPA-SDC	08
1.5. Phương pháp nghiên cứu và mục đích của báo cáo	09
2. MÔ HÌNH CAN THIỆP TOÀN DIỆN	10
2.1. Vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn	12
2.2. Nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông, và các hoạt động truyền thông chuyển đổi hành vi, tập trung vào đối tượng là người dân	15
2.3. Ứng phó của ngành y tế cho nạn nhân của BLG/BLGD	17
2.4. Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD	20
2.5. Chiến lược lồng ghép	26
3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	27
3.1. Vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn	27
3.2. Các hoạt động nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông, truyền thông chuyển đổi hành vi, tập trung vào đối tượng là người dân	28
3.3. Ứng phó của ngành y tế cho nạn nhân của BLG/BLGD	28
3.4. Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD	28
PHỤ LỤC A. Tài liệu tham khảo.....	30
A.1. Báo cáo nội bộ và báo cáo nghiên cứu	30
A.2. Tài liệu tham khảo	31
PHỤ LỤC B. Tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông được xây dựng cho dự án UNFPA-SDC	32
B.1. Cho các cán bộ chuyên môn	32
B.2. Cho người dân	32

Lời nói đầu

Cùng với Chính phủ Việt Nam, các tổ chức đoàn thể, và các tổ chức xã hội dân sự, Liên hợp quốc tại Việt Nam cam kết mạnh mẽ trong việc phòng, chống bạo lực trên cơ sở giới. Trong Chương trình Hợp tác Quốc gia lần thứ 7 với Chính phủ Việt Nam (2006-2010), Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) đã phối hợp với Cơ quan Hợp tác và Phát triển của Thụy Sĩ (SDC) hỗ trợ Chính phủ Việt Nam thúc đẩy bình đẳng giới và giải quyết vấn đề bạo lực trên cơ sở giới thông qua đối thoại chính sách, vận động chính sách, tuyên truyền, hỗ trợ kỹ thuật, các biện pháp can thiệp thông qua ngành y tế và tại cộng đồng.

Mục đích của báo cáo tổng kết này là rút ra những bài học từ việc đánh giá những điểm mạnh, điểm yếu, kết quả đạt được, và những thách thức đặt ra đối với những biện pháp can thiệp do UNFPA-SDC hỗ trợ ở cấp chính sách và chương trình ở hai tỉnh Phú Thọ và Bến Tre. UNFPA mong muốn giới thiệu những bài học này cho các nhà hoạch định chính sách, những người làm quản lý chương trình, và những người quan tâm tới việc xây dựng và đưa vào hoạt động một hệ thống phòng, chống và ứng phó nhằm chấm dứt bạo lực trên cơ sở giới tại Việt Nam sao cho phù hợp và hiệu quả nhất. UNFPA và các đối tác LHQ sẽ tiếp tục phối hợp với Chính phủ Việt Nam áp dụng những bài học này vào việc giải quyết bạo lực trên cơ sở giới trong khuôn khổ Một Kế hoạch chung của Liên Hiệp Quốc (2012-2016).

UNFPA xin trân trọng cảm ơn hai chuyên gia, chị Sarah De Hovre và Tiến sỹ Vũ Mạnh Lợi, về công sức của họ trong việc tổng kết và lược trình những bài học rút ra từ hoạt động này. Chúng tôi xin cảm ơn các Ban Quản lý Dự án của hai tỉnh Phú Thọ và Bến Tre về sự hợp tác, hỗ trợ và ủng hộ. Chúng tôi cũng đánh giá cao những đóng góp của Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em (Bộ Y tế), Vụ Gia đình (Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch), Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình, Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Đoàn Thanh niên, và Hội Nông dân. Sau cùng, chúng tôi xin trân trọng cảm ơn tất cả các vị lãnh đạo, các cán bộ và các nhóm cộng đồng ở Bến Tre và Phú Thọ về sự tham gia của họ trong việc tổng kết và chia sẻ ý kiến về mô hình can thiệp thí điểm.



Mandeep K. O'Brien
Quyền Trưởng đại diện, UNFPA tại Việt Nam

Tổng quan

Bạo lực trên cơ sở giới (hay bạo lực giới) (BLG) là một vấn đề lớn liên quan đến sức khỏe cộng đồng và quyền con người. Trên thế giới, cứ ba phụ nữ thì có ít nhất một người bị đánh đập, bị cưỡng ép quan hệ tình dục, hoặc bị lạm dụng trong cuộc đời của họ¹. Ở Việt Nam, kết quả từ Nghiên cứu Quốc gia về Bạo lực Gia đình đối với Phụ nữ năm 2010 cũng cho thấy con số tương tự.

Cùng với Chính phủ Việt Nam, UNFPA tại Việt Nam bắt đầu tập trung giải quyết vấn đề bạo lực đối với phụ nữ từ năm 2004. Những nỗ lực này được tiếp tục mở rộng trong Chương trình Quốc gia lần thứ 7 giai đoạn 2006-2010 khi UNFPA cùng với Cơ quan Hợp tác Phát triển của Thụy Sĩ (SDC) triển khai thí điểm mô hình can thiệp toàn diện nhằm phòng, chống và ứng phó đối với bạo lực gia đình ở hai tỉnh Phú Thọ và Bến Tre.

Mục đích của Báo cáo về các Bài học Kinh nghiệm là xác định những điểm mạnh và điểm yếu của mô hình can thiệp thí điểm này; phân tích xem liệu toàn bộ hay từng cấu phần của mô hình này có thể được nhân rộng ra cả nước hay không. Những bài học kinh nghiệm rút ra lần này sẽ là phương hướng chiến lược cho việc ứng phó với BLG/BLGD ở Việt Nam, bao gồm cả thông tin giúp cho Việt Nam xây dựng mô hình can thiệp phù hợp với nhu cầu của xã hội, văn hóa, thể chế chính trị và bộ máy hành chính của Việt Nam.

Phần đầu của Báo cáo giới thiệu tổng quan về BLG/BLGD trên thế giới và ở Việt Nam. Phần này cũng sẽ cung cấp các định nghĩa, số liệu và khung pháp luật và chính sách liên quan. Phần thứ hai của Báo cáo trình bày về mô hình can thiệp thí điểm, trong đó tập trung vào bốn biện pháp can thiệp: (1) Vận động Chính sách và Nâng cao Năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và những người làm công tác chuyên môn; (2) Nâng cao Nhận thức và TTGDĐT (IEC), đối tượng tập trung là người dân nói chung; (3) Ứng phó của ngành y tế đối với nạn nhân của BLG/BLGD; (4) Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD. Phần này cũng chỉ ra bài học kinh nghiệm được rút ra từ từng biện pháp can thiệp này. Phần cuối cùng đưa ra những kiến nghị về các biện pháp phù hợp cần thiết để thực hiện triệt để Luật Phòng, chống Bạo lực Gia đình nhằm đảm bảo việc phòng, chống BLG/BLGD ở Việt Nam, đồng thời đảm bảo sẵn có những dịch vụ cần thiết cho các nạn nhân.

¹ Garcia-Moreno C., Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L, *Nghiên cứu đa quốc gia của WHO về sức khỏe phụ nữ và bạo lực gia đình với phụ nữ: Báo cáo tổng kết kết quả ban đầu về tình trạng bạo lực gia đình với phụ nữ, vấn đề sức khỏe, và phản ứng của phụ nữ*. Tổ chức Y tế Thế giới, Gio-ne-vo, 2005.

Từ viết tắt

TTCĐHV	Truyền thông chuyển đổi hành vi
CEDAW	Công ước về Xóa bỏ Mọi Hình thức Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ
Vụ CSSKBMTE	Vụ Chăm sóc Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em (thuộc Bộ Y tế)
Sở VH TTDL	Sở Văn hóa, Thể thao và Du lịch
BLGD	Bạo lực gia đình
PTBLGD	Phòng tránh bạo lực gia đình
PCBLGD	Phòng, chống bạo lực gia đình
KHHGD	Mặt trận Tổ quốc
KHHGD	Kế hoạch hóa gia đình
BLG	Bạo lực trên cơ sở giới
ĐĐG	Bình đẳng giới
TCDSKHHGD	Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (thuộc Bộ Y tế)
Sở Y tế HN	Sở Y tế Hà Nội
HTTTQLYT	Hệ thống Thông tin Quản lý Y tế (của Bộ Y tế)
ICPD	Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển
TTGDTT	Thông tin, Giáo dục, Truyền thông
GS&ĐG	Giám sát và Đánh giá
Bộ VH TTDL	Bộ Văn hóa, Thể thao, và Du lịch
Bộ GD&ĐT	Bộ Giáo dục và Đào tạo
Bộ TC	Bộ Tài chính
Bộ Y tế	Bộ Y tế
UBDSGĐTE	Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em
DSPT	Dân số và Phát triển
CCDSKHHGD	Chi cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình
UBND tỉnh	Ủy ban Nhân dân tỉnh
SKSS	Sức khỏe Sinh sản
SDC	Cơ quan Hợp tác Phát triển Thụy Sĩ
SKTD	Sức khỏe Tình dục
SKSSTD	Sức khỏe Sinh sản và Sức khỏe Tình dục
TOT	Đào tạo Giảng viên nguồn
LHQ	Liên hợp quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên hợp quốc
Hội ND	Hội Nông dân
Hội LHPNVN	Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam
Đoàn TN	Đoàn Thanh niên

1. GIỚI THIỆU

1.1. Cam kết quốc tế với việc giải quyết bạo lực trên cơ sở giới

Bạo lực trên cơ sở giới (BLG) là một vấn đề toàn cầu và có lẽ là hành vi vi phạm các quyền con người phổ biến và được xã hội khoan dung nhất. Nó bao gồm tất cả các hình thức bạo lực về thể chất, tinh thần và kinh tế. Đặc trưng cơ bản của BLG là nó bắt nguồn từ mối quan hệ quyền lực bất bình đẳng giữa con người với nhau dựa trên những quy phạm, cấu trúc và vai trò xã hội đang tồn tại có ảnh hưởng tới cuộc sống của nam và nữ giới. Mặc dù BLG có thể ảnh hưởng tới cả nam và nữ, nhưng nó chủ yếu xảy ra đối với phụ nữ và trẻ em gái.

Trên thế giới, BLG được coi là một vấn đề ưu tiên cơ bản liên quan tới sức khỏe của người dân với những khía cạnh pháp lý, xã hội, văn hóa, kinh tế và tâm lý. Nó cần được tất cả các chính phủ quan tâm, phù hợp với những cam kết của họ về thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG) và thực hiện các quyền cơ bản của con người được quy định trong các công ước quốc tế.

Kể từ Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994 (ICPD) và Hội nghị Thế giới về Phụ nữ lần thứ 4 năm 1995, xóa bỏ bạo lực đối với phụ nữ đã trở thành một nội dung quan trọng trong hoạt động của Liên hợp quốc trên toàn thế giới. Đặc biệt, Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) có vai trò nổi bật trong hệ thống LHQ trong việc thúc đẩy bình đẳng giới (BDG), nâng cao quyền năng cho phụ nữ và phòng, chống BLG. Cơ sở lý luận hoạt động của UNFPA chính là phòng tránh BLG phải gắn liền với việc cải thiện sức khỏe sinh sản cho phụ nữ, đặc biệt trên hết là địa vị của họ trong xã hội.

1.2. Bạo lực trên cơ sở giới, bạo lực với phụ nữ hay bạo lực gia đình: vấn đề nào?

Trọng tâm của UNFPA vẫn là giải quyết vấn đề bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em gái, vì tuyệt đại đa số những đối tượng này bị bạo hành. Phụ nữ và trẻ em gái không chỉ có nguy cơ cao về BLG, mà họ còn phải chịu nhiều hậu quả nghiêm trọng hơn so với những gì mà nam giới chịu đựng. Do sự phân biệt giới và địa vị kinh tế-xã hội của họ thấp kém hơn, nên phụ nữ ít có cơ hội và nguồn lực hơn để có thể giúp họ tránh hoặc thoát khỏi những trường hợp bị lạm dụng và tìm kiếm công lý. Họ cũng phải chịu những hệ lụy liên quan tới sức khỏe tình dục (SKTD) và sức khỏe sinh sản (SKSS), bao gồm cả việc mang thai cưỡng bức và ngoài ý muốn, nạo phá thai không an toàn và tử vong do những hậu quả liên quan, chấn thương do bị rò âm đạo, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV. UNFPA tập trung nỗ lực xóa bỏ mọi hình thức bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em gái, đặc biệt phù hợp với sứ mệnh của mình là xây dựng chương trình về các vấn đề liên quan đến SKSS như bạo lực gia đình, bạo lực tình dục và các tác nhân có hại².

Tuyên bố của LHQ về Xóa bỏ Bạo lực đối với Phụ nữ (1993) đưa ra định nghĩa về bạo lực đối với phụ nữ như sau: “Bất kỳ hành vi bạo lực nào dựa trên cơ sở giới dẫn tới hoặc có khả năng dẫn tới sự phung phí hoặc gây ra sự chịu đựng về thể chất, tinh dục, tâm lý cho phụ nữ, bao gồm cả những hành vi đe dọa thực hiện những hành vi trên, sự cưỡng bức, hoặc tước đoạt tự do một cách tùy tiện, bất kể trong đời sống sinh hoạt công hay cá nhân”³. Hành vi như vậy bao gồm cả hành vi bạo lực trong gia đình, hay còn gọi là bạo lực gia đình (BLGD).

² UNFPA. *Chiến lược và Khung hành động hướng tới việc giải quyết bạo lực trên cơ sở giới giai đoạn 2008-2011*. New York, 2008.

³ Hội đồng Kinh tế và Xã hội của LHQ. *Báo cáo của nhóm công tác về bạo lực với phụ nữ*, E/CN.6WG.2/1992/11.3. Vienna, 1992.

Ở Việt Nam, việc thông qua Luật Bình đẳng giới năm 2006 và Luật Phòng, chống Bạo lực Gia đình (PCBLGD) năm 2007 đã tạo ra hành lang pháp lý vững chắc cũng như môi trường thuận lợi để chống bạo lực đối với phụ nữ. Tiếp sau việc thông qua hai đạo luật này, nhiều nghị định, thông tư, chiến lược và kế hoạch hành động đã được xây dựng để hướng dẫn thực hiện luật. Do hành lang pháp lý hiện nay của Việt Nam chủ yếu tập trung vào việc giải quyết BLGD, chứ không phải BLG, Văn phòng UNFPA tại Việt Nam đang hỗ trợ Chính phủ Việt Nam giải quyết BLGD, nhưng sẽ tiếp tục vận động chính sách mở rộng hơn phạm vi vấn đề BLGD nhằm giải quyết các hình thức BLG khác.

Luật Phòng, Chống Bạo lực Gia đình định nghĩa BLGD là “hành vi cố ý của thành viên gia đình gây tổn hại hoặc có khả năng gây tổn hại về thể chất, tinh thần, kinh tế đối với thành viên khác trong gia đình”. Như vậy có thể hiểu BLGD bao gồm nhiều hình thức bạo lực do một thành viên này làm tổn hại đến một thành viên khác trong gia đình, và BLGD bao gồm hành vi bạo lực đối với phụ nữ, nam giới, trẻ em và người cao tuổi. Tuy nhiên, trên thực tế, hình thức BLGD phổ biến nhất là hành vi bạo lực đối với phụ nữ do chồng hoặc bạn tình thực hiện. ***Chính vì vậy, nếu không có quy định cụ thể nào khác, BLGD trong báo cáo này có nghĩa là BLGD đối với phụ nữ.***

Số liệu từ Nghiên cứu Quốc gia về Bạo lực Gia đình đối với Phụ nữ ở Việt Nam do Tổng Cục Thống kê (TCTK) thực hiện năm 2010 cho thấy 58% phụ nữ đã có gia đình từng trải qua ít nhất một hình thức bạo lực về thể chất, tinh dục hay tinh thần trong đời; 32% bị bạo lực về thể chất; 5% bị đánh đập khi đang mang thai⁴. Hơn 60% phụ nữ từng bị chồng/bạn tình bạo hành khi được hỏi đã trả lời rằng hành vi bạo lực đã ảnh hưởng đến sức khỏe của họ, và 26% phụ nữ từng bị đánh đập hoặc bị bạo lực tình dục cho biết đã bị tổn thương do bị bạo lực.

1.3. Phòng, chống và ứng phó với BLG/BLGD

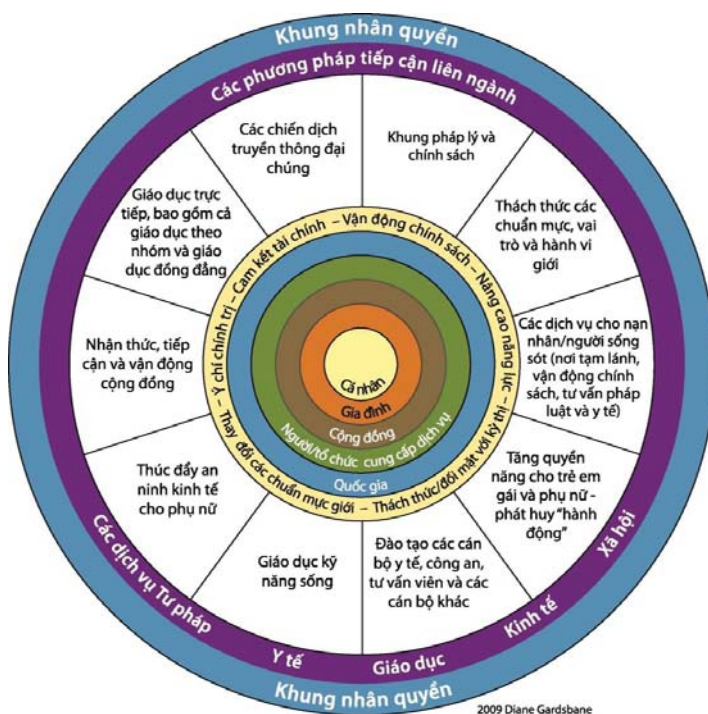
Nghiên cứu và kinh nghiệm quốc tế cho thấy muốn chấm dứt BLG/BLGD đòi hỏi phải hành động ở nhiều cấp khác nhau và có sự tham gia của nhiều ngành. Để phòng, chống có hiệu quả, cần thiết phải có một cơ chế phối hợp phòng, chống ở cấp cơ sở giữa các bên tham gia thực hiện, và ở cấp cao hơn về chính sách, ngân sách hoạt động, theo dõi và giám sát và trách nhiệm giải trình. Mô hình can thiệp BLG ở trang bên là một cách tiếp cận toàn diện và tổng hợp về phòng, chống BLG⁵. Cấu phần then chốt trong cách tiếp cận đó chính là cơ chế phối hợp giữa nhiều chương trình, chiến lược và hoạt động khác nhau. Trên cơ sở đó, cách tiếp cận tổng hợp sẽ được thực hiện, giám sát, đánh giá và tài trợ.

Ở Việt Nam, một vài chương trình đã được triển khai áp dụng ở các cấp khác nhau và thu hút sự tham gia của nhiều ngành trong việc phòng, chống các hình thức khác nhau của BLG/BLGD. Theo một phác đồ được nhóm các Đối tác Hành động về Giới (GAP) đưa ra năm 2009, có khoảng 40 tổ chức đang triển khai các dịch vụ và biện pháp can thiệp liên quan đến BLG/BLGD và được nhiều nhà tài trợ và tổ chức quốc tế tài trợ. Trong số các chương trình này, một số được triển khai thành các dự án thí điểm quy mô nhỏ⁶.

⁴ TCTK, LHQ. *Kết quả nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ ở Việt Nam 2010*. Hà Nội, 2010.

⁵ LHQ tại Việt Nam. *Bạo lực trên cơ sở giới: Báo cáo chuyên đề*. Hà Nội, 2010.

⁶ LHQ Việt Nam. *Bạo lực trên cơ sở giới: Báo cáo chuyên đề*. Hà Nội, 2010.



1.4. Dự án UNFPA-SDC

UNFPA và Cơ quan Hợp tác Phát triển Thụy Sĩ (SDC) đã quyết định cùng nhau hỗ trợ Chính phủ Việt Nam dự án phòng, chống BLGĐ trong khuôn khổ các chương trình rộng lớn hơn về dân số và sức khỏe sinh sản. Mục tiêu tổng quát của dự án này là góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân Việt Nam thông qua (a) nâng cao chất lượng và tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản, và (b) tăng cường thực hiện chính sách và chương trình liên quan đến dân số và phát triển, sức khỏe sinh sản và lồng ghép giới. Dự án có hai mục tiêu cụ thể sau: (1) tăng cường cơ chế phòng, chống BLGĐ cho phụ nữ nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ xã hội, y tế, pháp luật và bảo vệ cho nạn nhân; và (2) nâng cao nhận thức và thay đổi thái độ và hành vi của nam và nữ về BĐG và BLGĐ.

Dự án UNFPA-SDC khởi động từ tháng 10/2006 đến tháng 12/2011. Các cơ quan thực hiện Dự án gồm Tổng Cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình thuộc Bộ Y tế, Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Hội Nông dân Việt Nam, và một số đối tác khác ở cấp trung ương và ở cấp tỉnh, huyện và xã của hai tỉnh Phú Thọ và Bến Tre. Ban đầu có 2 huyện và 12 xã được chọn tiến hành hoạt động thúc đẩy BĐG và phòng, chống BLGĐ cho phụ nữ thông qua mô hình can thiệp toàn diện. Dần dần, số xã được tăng lên và đến khi dự án kết thúc, mô hình can thiệp đã được thí điểm ở tổng số 48 xã.

Mặc dù dự án UNFPA-SDC chủ yếu tập trung vào BLGĐ, song một số hợp phần khác của dự án cũng liên quan đến các loại BLG khác. Chính vì vậy, báo cáo này mới sử dụng cụm từ kết hợp là BLG/BLGĐ.

1.5. Phương pháp nghiên cứu và mục đích của báo cáo

Báo cáo những Bài học Kinh nghiệm này được thực hiện trong hai giai đoạn⁷. Trong giai đoạn đầu, một nghiên cứu đánh giá nhanh đã được tiến hành thông qua việc kết hợp các phương pháp khác nhau: (a) phân tích và rà soát các văn bản quan trọng, (b) thảo luận nhóm⁸ ở cấp xã, huyện và (c) phỏng vấn sâu⁹ ở cấp xã, huyện và trung ương. Kết quả nghiên cứu này là một bản báo cáo rà soát gồm 46 trang, trong đó chỉ ra những điểm mạnh và điểm yếu, những kết quả đạt được và thách thức của các biện pháp can thiệp ở cấp chính sách và chương trình. Trong giai đoạn hai, công việc rà soát được tổng hợp và bổ sung với những phát hiện mới từ các báo cáo tổng kết và đánh giá gần đây nhất về dự án¹⁰.

Các nhà hoạch định chính sách cần các mô hình xây dựng chương trình thành công và dựa trên bằng chứng để đưa ra những chính sách, chiến lược, chương trình và quyết định về ngân sách một cách phù hợp để phát triển và cung cấp các dịch vụ cho nạn nhân của BLG/BLGD. Những bài học kinh nghiệm này là định hướng chiến lược cho hoạt động phòng, chống BLG/BLGD ở Việt Nam, trong đó bao gồm cả thông tin giúp các nhà hoạch định chính sách xây dựng mô hình can thiệp phù hợp với nhu cầu của xã hội, văn hóa, chế độ chính trị và hệ thống quản lý hành chính nhà nước của Việt Nam.



Cung cấp thông tin về BLGD cho cộng đồng

⁷ Lấn lượt vào tháng 11-12/2009 và tháng 12/2011.

⁸ Thảo luận nhóm tập trung được tổ chức với: (1) Ban Chỉ đạo PCBLGD, (2) Ban Cố vấn PCBLGD ở bệnh viện huyện, và (3) lãnh đạo Hội PN và Hội ND lồng ghép các thông điệp về PCBLGD vào các hoạt động của nhóm/câu lạc bộ của họ.

⁹ Tại cấp xã và huyện, phỏng vấn được tiến hành với: (1) cán bộ Ban Quản lý Dự án, (2) cán bộ tư vấn và giám đốc bệnh viện huyện, (3) Chủ tịch và Phó chủ tịch Ban chỉ đạo PCBLGD, (4) Trạm trưởng Trạm y tế xã. Tại cấp trung ương, phỏng vấn được tiến hành với (1) Vụ Gia đình của Bộ VHTTDL, (2) TC DSKHHGD/BYT, (3) Vụ SKSS BHYT, và (4) Hội LHPN, Đoàn TN và Hội ND.

¹⁰ Tất cả các tài liệu được rà soát được liệt kê trong phần Phụ lục.

2. MÔ HÌNH CAN THIỆP TOÀN DIỆN

Mô hình can thiệp bao gồm bốn biện pháp can thiệp:

- (1) Truyền thông vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là các lãnh đạo và cán bộ chuyên môn¹¹
- (2) Nâng cao nhận thức và thông tin, giáo dục và truyền thông, tập trung vào đối tượng là người dân¹²
- (3) Ứng phó của ngành y tế với nạn nhân của BLG/BLGD¹³
- (4) Ứng phó của cộng đồng đối với BLG/BLGD¹⁴

Dự án UNFPA-SDC áp dụng mô hình can thiệp toàn diện, tập trung vào các nhóm **hưởng lợi** khác nhau, bao gồm cả nam giới và phụ nữ, người dân trong cộng đồng, cán bộ y tế và cán bộ làm các dịch vụ khác, truyền thông đại chúng, lãnh đạo cộng đồng và các nhà hoạch định chính sách.

Mô hình can thiệp tập trung vào các chiến lược **phòng ngừa ban đầu và thứ cấp**¹⁵. Theo đó, các chiến lược này nhằm ngăn chặn bạo lực trước khi diễn ra và đưa ra biện pháp ứng phó kịp thời với bạo lực. Đầu tư để ngăn chặn BLG/BLGD trước khi diễn ra sẽ bảo vệ và thúc đẩy được phúc lợi và sự phát triển của mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội.

Trong khi các hoạt động vận động chính sách, nâng cao năng lực, nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông được triển khai thực hiện ở cả **cấp trung ương và địa phương**, thì các mạng lưới và dịch vụ nhằm ứng phó với BLG/BLGD mới chỉ được thiết lập ở cấp thôn/bản, xã và huyện. Đây là những nơi các trường hợp BLG/BLGD xảy ra và được ứng phó thực sự.

Ngoài những hoạt động cụ thể này, một khía cạnh rất quan trọng của dự án là **chiến lược lồng ghép**, trong đó tập trung lồng ghép các sáng kiến về BDG và phòng, chống BLG/BLGD vào các chính sách, chương trình và hoạt động về SKSSTD, KHHGD và dân số đang được triển khai. Đây là những nội dung cốt lõi trong chức năng nhiệm vụ của UNFPA.

Sơ đồ ở trang tiếp theo giới thiệu tổng quan cấu trúc mô hình can thiệp này.

¹¹ Như đã được trình bày trong đầu ra 1, 2 và 6 của dự án.

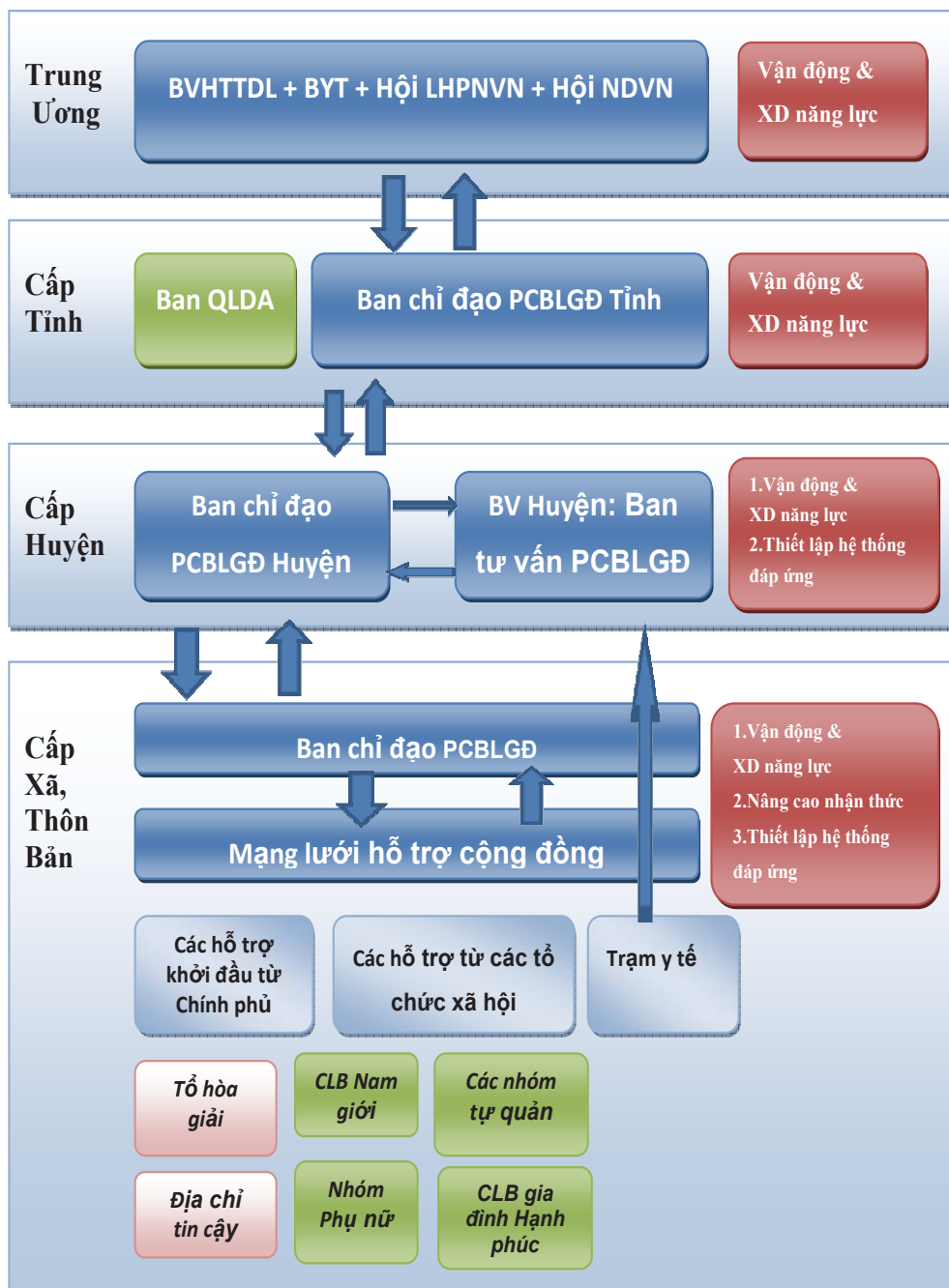
¹² Như đã được trình bày trong đầu ra 4 và 5 của dự án.

¹³ Như đã được trình bày trong đầu ra 3 của dự án.

¹⁴ Như đã được trình bày trong đầu ra 4 của dự án.

¹⁵ Từ góc độ y tế công, chiến lược phòng ngừa được phân loại thành 3 loại: Phòng ngừa ban đầu nhằm ngăn chặn bạo lực trước khi xảy ra, ví dụ: chiến dịch nâng cao nhận thức cộng đồng. Phòng ngừa thứ cấp tập trung vào các biện pháp ứng phó kịp thời với bạo lực, ví dụ: điều trị nhu cầu về sức khỏe thể chất và sức khỏe sinh sản. Phòng ngừa cấp ba tập trung vào chăm sóc dài hạn sau bạo lực, ví dụ: phục hồi và tư vấn dài hạn. - Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới. *Phòng tránh bạo lực tình dục và bạo lực do bạo tình gây ra đối với phụ nữ: hành động và dẫn chứng*. Giơ-ne-va, 2010.

Hình 1: Tổng quan cấu trúc mô hình can thiệp



2.1. Vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn

Nâng cao năng lực là nền tảng cho việc thực hiện thành công mô hình can thiệp. Nhìn chung, kiến thức của cán bộ chính quyền địa phương, cán bộ y tế, cán bộ công an, chuyên gia pháp lý, và hội viên của các đoàn thể về BĐG và BLG/BLGD còn hạn chế. Những người này cũng thiếu thái độ và kỹ năng nhạy cảm về giới để có thể làm việc được với các nạn nhân của BLG/BLGD. Chính vì vậy, những cán bộ chuyên môn và tình nguyện viên cộng đồng có tiếp xúc với gia đình và nạn nhân của BLG/BLGD đều cần được đào tạo một cách bài bản.

Trong suốt chu kỳ dự án, khoảng 2.800 lượt người đã tham dự các khóa tập huấn và đào tạo để nâng cao nhận thức và kỹ năng liên quan đến BĐG và BLG/BLGD. Các hoạt động nâng cao năng lực hướng vào các thành phần đối tượng khác nhau và tập trung vào nhu cầu cụ thể của từng đối tượng, như: kiến thức pháp luật, tư vấn, truyền thông, phối hợp, giám sát và đánh giá, lồng ghép hoạt động vào các sự kiện kinh tế-xã hội và văn hóa ở địa phương, và/hoặc thu thập dữ liệu và xây dựng báo cáo. Trong tương lai, cần bổ sung các chủ đề khác như ứng xử của nam giới, các vấn đề của nam giới, lối sống lành mạnh, kỹ năng và kiến thức tình dục, sức khỏe sinh sản và kỹ năng sống. Để tăng cường và duy trì năng lực quốc gia, một khóa đào tạo giảng viên nòng cốt đã được tổ chức ở cấp tỉnh nhằm xây dựng nhóm giảng viên nòng cốt, những người sau đó tự tổ chức các hoạt động đào tạo nâng cao năng lực cho các cán bộ cung cấp dịch vụ khác.

⇒ Kết quả can thiệp

Việc nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên môn và tình nguyện viên cộng đồng đã góp phần nâng cao kiến thức về BLG/BLGD của cán bộ chủ chốt liên quan ở cấp tỉnh, huyện và xã, đồng thời nâng cao năng lực của họ khi xử lý các trường hợp BLG/BLGD.

Ở cấp trung ương, việc vận động chính sách dài hạn những năm trước đây đã góp phần thúc đẩy cam kết chính trị, dẫn tới việc thông qua Luật về BĐG và Luật về PCBLGD, và tiếp đó là việc xây dựng các nghị định, thông tư, chiến lược và kế hoạch hành động¹⁶.

Khung chính sách và pháp luật quốc gia về phòng, chống bạo lực gia đình		
Luật	Chính sách	Chiến lược
<ul style="list-style-type: none"> Hiến pháp Việt nam, 1992 Bộ luật Dân sự, 1995 Luật Hôn nhân và Gia đình, 2000 Bộ luật Hình sự, 2003 Bộ luật Tố tụng Dân sự, 2004 Luật Bình đẳng Giới, 2006 Luật Phòng, chống Bạo lực Gia đình, 2007 Pháp lệnh Dân số 03/2003/PL-UBTVH11 	<ul style="list-style-type: none"> Bộ VHTTDL, Chỉ thị số 16/2008/CT-TTG (hướng dẫn phối hợp từng bộ có trách nhiệm với Luật PCBLGD) Bộ VHTTDL, Nghị định số 08/2009/ND-CP (hướng dẫn thực hiện một số điều của Luật PCBLGD) Bộ Y tế, Thông tư số 16/2009/TT-BYT-2009 (hướng dẫn tiếp nhận và cung cấp dịch vụ y tế và báo cáo về bệnh nhân là nạn nhân của BLGD tại các cơ sở y tế) Bộ VHTTDL, Thông tư số 02/2010/TTBVHTTDL-2010 (ban hành quy định chi tiết về thủ tục liên quan đến các cơ sở, dịch vụ và cán bộ tư vấn) Bộ TC-Bộ VHTTDL, Thông tư số 143/2011/TTLT/BTC-BVHTTDL (hướng dẫn quản lý và sử dụng ngân sách nhà nước cho hoạt động PCBLGD) 	<ul style="list-style-type: none"> Bộ VHTTDL, Kế hoạch Hành động về PCBLGD, 2008-2015 Chiến lược Quốc gia về Gia đình, 2005-2010 Chiến lược Phát triển Gia đình Việt Nam đến năm 2020, tầm nhìn 2030.

¹⁶ Danh sách đầy đủ các văn bản pháp luật và chính sách tại Phụ lục 1.

Việc triển khai thực hiện ở địa phương diễn ra chậm, không phải do thiếu cam kết, mà vì ba nguyên nhân chủ yếu được xác định trong quá trình đánh giá dự án như sau: (1) hầu hết các văn bản mới được ban hành gần đây và vẫn chưa đến được hết các cán bộ chính quyền địa phương; (2) các nguồn lực để đưa chính sách mới vào thực tiễn không được đảm bảo; và (3) quan trọng nhất, nhận thức và kiến thức về BDG và BLG/BLGD trong số các nhà lãnh đạo ở địa phương còn hạn chế. Mặc dù tác động của những văn bản này còn chưa thấy rõ, nhưng chúng tạo ra một chính sách và cơ sở pháp lý cho những sáng kiến mới và trở thành động lực để thúc đẩy sự tiến bộ trong việc phòng, chống BLG/BLGD ở cơ sở, tạo thêm cơ sở pháp lý cho chính quyền địa phương để can thiệp những trường hợp BLGD.

Cam kết của các nhà lãnh đạo chính trị ở cấp tỉnh, huyện và xã là yếu tố quyết định cho việc thực hiện thành công dự án UNFPA-SDC. Việc phòng, chống BLGD đòi hỏi có sự phối hợp của nhiều ngành và tổ chức khác nhau. Việc này chỉ có thể làm được với sự tham gia và hỗ trợ tích cực của các nhà lãnh đạo cao nhất ở mỗi cấp chính quyền. Cam kết chính trị có ý nghĩa quan trọng nhằm (1) đảm bảo việc phân bổ nguồn lực thuận lợi, (2) thúc đẩy sự hợp tác và phối hợp liên ngành một cách có hiệu quả, và (3) góp phần vào quá trình thay đổi nhận thức và hành vi của người dân.

⇒ Những thách thức

Lý giải đúng về sự gia tăng số vụ BLGD được báo cáo – Kinh nghiệm quốc tế cho thấy rằng các chương trình phòng, chống và can thiệp BLGD thành công, kết hợp với các chiến dịch nâng cao nhận thức cộng đồng và nâng cao năng lực, đều dẫn đến việc gia tăng số vụ BLGD được báo cáo, nhưng không tăng tương ứng số vụ BLGD trên thực tế. Đây là dấu hiệu của việc nâng cao nhận thức của người dân nói chung và phụ nữ nói riêng, cũng như việc thực hiện pháp luật của cán bộ tư pháp và công an hiệu quả hơn. Vì vậy, số vụ BLGD được báo cáo tăng cần phải được lý giải như một chỉ số của sự thành công của mô hình can thiệp và là tác động tích cực của dự án. Điều này về cơ bản là có ý nghĩa trong bối cảnh của Việt Nam, nơi mới chỉ đang ở giai đoạn khởi đầu của việc chống lại truyền thống khoan dung với bạo lực trong gia đình từ bao thế kỷ nay. Trước khi có dự án, người dân vẫn nghiễm nhiên cho rằng nam giới được “đạy” vợ bằng bạo lực. Tuy nhiên, kể từ khi dự án bắt đầu, người dân nói chung, mà đặc biệt là phụ nữ, ngày càng nhận thức được rằng BLGD là hành vi vi phạm pháp luật và đáng bị xã hội lên án.

Tuy nhiên, trong các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu¹⁷ với cán bộ địa phương, một số đã bày tỏ quan ngại rằng sự gia tăng số vụ BLGD được báo cáo có thể có tác động tiêu cực tới uy tín của họ vì số “gia đình văn hóa” trên địa bàn của họ có nguy cơ giảm. Họ lo ngại rằng dự án phòng, chống BLGD thành công (nghĩa là sẽ có sự tranh luận sôi nổi, các chiến dịch truyền thông quy mô lớn, và gia tăng số vụ) có thể cho thấy rằng nhiều gia đình ở địa phương không đáp ứng được tiêu chí là gia đình văn hóa. Nói một cách lờ-gíc, hai khái niệm – một bên là phòng, chống BLGD và bên kia là xây dựng gia đình văn hóa – đứng ở hai thái cực đối lập. Do vậy, nguy cơ thực sự tồn tại là những cán bộ địa phương không được thông tin một cách chính xác và đầy đủ có thể sẽ che dấu các trường hợp BLGD để “giữ thể diện”. Vì thế, cần phải phân tích phong trào “gia đình văn hóa” để xem liệu phong trào này có ảnh hưởng và ảnh hưởng như thế nào tới việc lãnh đạo địa phương sẵn sàng giải quyết một số vấn đề liên quan.

¹⁷ Các buổi thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu này được tiến hành trong tháng 11-12/2009 trong khuôn khổ nghiên cứu đánh giá nhanh được đề cập trong Mục “1.5. Phương pháp nghiên cứu và mục đích”.

Tính sẵn có của các nguồn lực – Để đảm bảo tính sẵn có của các nguồn lực, Bộ Tài chính (BTC) đã ban hành hai thông tư¹⁸, quy định chính quyền cấp tỉnh phải bổ sung nguồn ngân sách vào kế hoạch tài chính hàng năm để phục vụ việc thực hiện Luật BĐG và Luật PCBLGĐ. Tuy nhiên, cả hai thông tư này đều được thông qua vào dịp cuối năm, lần lượt vào tháng 10/2009 và 2011, khi hầu hết các tỉnh đã xây dựng xong kế hoạch ngân sách hàng năm cho năm tiếp theo. Do vậy, tác động của những thông tư này vẫn chưa được đánh giá. Thậm chí ngay cả khi có cam kết ở cấp tỉnh, cũng rất khó có thể phân bổ đủ nguồn lực cho hoạt động phòng, chống BLG/BLGĐ, đặc biệt là ở những nơi thiếu về nguồn lực, cán bộ lãnh đạo thường xuyên chịu áp lực phải ưu tiên cho phát triển kinh tế nhiều hơn so với phát triển xã hội.

Ngoài ngân sách nhà nước, cũng có các nguồn tài trợ khác và các nguồn tài trợ này cũng cần được đánh giá. Ở một trong những địa bàn thí điểm, lãnh đạo bệnh viện huyện đã huy động đóng góp tài chính từ một công ty tư nhân để trang trải viện phí cho những nạn nhân không có bảo hiểm y tế. Cách thu hút sự tham gia của công ty tư nhân như thế này có thể được xem xét áp dụng ở những địa bàn khác.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn

- **Nâng cao năng lực** là nền tảng cho việc thực hiện thành công mô hình can thiệp.
- **Cán bộ chuyên môn và cán bộ làm dịch vụ đã qua đào tạo** góp phần thay đổi thái độ và hành vi của người dân và có vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ cần thiết.
- **Cam kết chính trị** của lãnh đạo ở trung ương, tỉnh, huyện và xã là yếu tố quan trọng và mang tính quyết định.
- **Vận động chính sách thường xuyên** là cần thiết để xây dựng, tăng cường và duy trì cam kết chính trị này.
- Những bài học kinh nghiệm rút ra từ các sáng kiến dựa vào cộng đồng có thể **phục vụ cho hoạt động vận động chính sách ở cấp tỉnh và trung ương**.
- Sự gia tăng số vụ **BLG/BLGĐ được báo cáo** là một chỉ số tích cực về sự thành công của mô hình can thiệp. Những thông điệp vận động chính sách gửi tới các nhà lãnh đạo chính trị trong tương lai cần lưu ý tới chỉ số này và nhấn mạnh rằng sự gia tăng số vụ BLG/BLGĐ được báo cáo là một dấu hiệu về mức độ nhận thức gia tăng của người dân nói chung và của phụ nữ nói riêng, cũng như của cán bộ thực thi pháp luật.
- Cần đảm bảo đủ **nguồn lực** được phân bổ cả về ngắn hạn và dài hạn.

¹⁸ Thông tư số 191/2009/TT-BTC của Bộ Tài chính và Thông tư liên tịch số 143/2011/TTLT/BTC-BVHTTDL giữa Bộ Tài chính-Bộ VHTTDL. Xem phần trên để biết tên đầy đủ của văn bản này.

2.2. Nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông, và các hoạt động truyền thông chuyển đổi hành vi, tập trung vào đối tượng là người dân

Các tài liệu mẫu về **TTGDDT và TTCĐHV** được xây dựng ở cấp trung ương, sau đó được điều chỉnh để phù hợp với hoàn cảnh của địa phương và phân phát ở những địa bàn thí điểm. Các chiến dịch truyền thông được chính quyền, các tổ chức đoàn thể và cơ quan đại chúng ở địa phương tiến hành ở tất cả các cấp. Những thông tin liên quan đến BĐG và BLG/BLGD được phổ biến thông qua nhiều kênh truyền thông khác nhau, như: truyền hình, phát thanh, hệ thống loa phát thanh công cộng của địa phương, báo, tấm áp phích, tờ rơi, tờ gấp, các buổi trình diễn nghệ thuật, kịch, các đội văn hóa lưu động, và các diễn đàn truyền thông trực tiếp.

Các kênh và hình thức **truyền thông khác nhau** được sử dụng trong chiến dịch này đã giúp nâng cao nhận thức của lãnh đạo và người dân địa phương. Sự đa dạng về kênh và hình thức truyền thông này có ý nghĩa quan trọng trong việc thu hút sự quan tâm của người dân, đặc biệt khi đối tượng truyền thông có sự đa dạng về độ tuổi, giới, trình độ học vấn, việc làm, thời gian, và khả năng tiếp cận các kênh truyền thông. Hoạt động truyền thông cũng hướng vào **nam giới**, vì cần phải thu hút sự tham gia của nam giới vào việc thay đổi nhận thức về giới, thái độ xã hội và hành vi, cũng như để họ trở thành những tấm gương tích cực cho con trai và các thành viên nam giới khác trong gia đình họ.

Sự tham gia của **lãnh đạo cấp cao nhất và những người có ảnh hưởng** (như các trí thức đã nghỉ hưu, trưởng thôn, các hội viên tích cực của Hội LHPN và Hội ND, hay các lãnh tụ tôn giáo) trong các sự kiện truyền thông đã giúp tạo những chuyển biến tích cực trong thái độ và hành vi của người dân. Việc huy động sự tham gia của những người này là cách hữu hiệu để thu hút sự quan tâm của người dân. Thông qua uy tín cá nhân, những người này sẽ có sức thuyết phục lớn và có thể đóng vai trò quan trọng trong việc dẫn dắt quá trình chuyển đổi hành vi.

⇒ Kết quả can thiệp

Khi bắt đầu dự án, nhận thức của người dân địa phương về BĐG, BLG/BLGD và các dịch vụ hỗ trợ rất hạn chế. Một mặt, nhiều phụ nữ không nhận thức được rằng họ đang phải chịu BLGD và không tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài. Mặt khác, nhiều nam giới không biết rằng những hành động của họ là trái với pháp luật. Họ đơn giản là vẫn tiếp tục những truyền thống có hàng thế kỷ, trong đó nam giới thống lĩnh cuộc sống gia đình, được phép “dạy” vợ và con cái, thậm chí bằng bạo lực.

Hoạt động truyền thông đã giúp **nâng cao nhận thức và sự hiểu biết** của người dân về BĐG, BLGD, pháp luật và quyền của người dân. Ở cấp tỉnh, huyện và xã, dự án đã góp phần làm thay đổi tư duy của lãnh đạo, của cán bộ các đoàn thể, chính quyền địa phương và người dân, những người vốn xem BLGD là vấn đề riêng tư của gia đình. Giờ đây, những người này hiểu rằng BLGD là một hành vi vi phạm nghiêm trọng cần phải được chấm dứt. Ở những địa bàn thí điểm, phụ nữ hiện nay cho thấy đã trở nên tích cực hơn trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ từ chính quyền địa phương, các phòng tư vấn, và các cơ sở y tế.

⇒ Những thách thức

Chất lượng của các tài liệu TTGDĐT – Nội dung của một số tài liệu TTGDĐT cần phải được sửa đổi dựa trên những ý kiến đóng góp thu được trong quá trình đánh giá dự án¹⁹ và nghiên cứu đánh giá nhanh²⁰. Đặc biệt, các tài liệu này cần gắn kết vấn đề BLG/BLGD với những vấn đề liên quan khác như BĐG, SKSS, KHHGĐ, và/hoặc HIV/AIDS, để người dân có một cách nhìn tổng quan về vấn đề. Ngoài ra, các tài liệu này cần mở rộng ra ngoài phạm vi vấn đề bạo lực thể chất và bổ sung thêm thông tin về những hình thức bạo lực khác như bạo lực ngôn ngữ, bạo lực kinh tế và bạo lực tình dục. Với những tài liệu phong phú và bổ ích về nội dung như vậy, việc xây dựng một **cơ sở dữ liệu** trực tuyến gồm những tài liệu TTGDĐT từ dự án này và những dự án khác sẽ rất hữu ích. Cơ sở dữ liệu này có thể được lấy trực tiếp từ in-to-nét và/hoặc được Bộ VHTTDL cung cấp trực tiếp theo yêu cầu.

Vai trò của truyền thông đại chúng – Truyền thông đại chúng đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi tư duy của con người. Trong quá trình thực hiện dự án, một số nhà báo và người trực tiếp làm công tác truyền thông đã tham gia một khóa đào tạo để học cách đưa tin về những vấn đề liên quan đến BĐG và các trường hợp BLG/BLGD theo cách tiếp cận dựa trên quyền và nhạy cảm về giới. Do vậy, các trường hợp BLG/BLGD đã ngày càng nhận được sự quan tâm của truyền thông đại chúng. Tuy nhiên, các bài viết mới chỉ đưa tin về những vụ bạo lực nghiêm trọng về thể chất và những vụ được đưa ra tòa án xét xử. Trong tương lai, những người trực tiếp làm công tác truyền thông cần được tập huấn đào tạo thêm về vấn đề BĐG và BLG/BLGD để không chỉ tăng số bài viết được đăng tải, mà quan trọng nhất là đảm bảo rằng nội dung của những bài viết này mang tính nhạy cảm về giới và bảo đảm tính bảo mật thông tin cho những gia đình liên quan.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông, và các hoạt động truyền thông chuyển đổi hành vi, tập trung vào đối tượng là người dân, nam giới và phụ nữ

- Nâng cao nhận thức cho người dân, TTGDĐT và TTCĐHV cần phải được triển khai trên cơ sở **thường xuyên**, sử dụng nhiều biện pháp **đa dạng** khác nhau, và phải được **lồng ghép** vào các chương trình/thông điệp khác.
- Nhờ nâng cao nhận thức và hoạt động TTGDĐT, **phụ nữ đã trở nên tích cực hơn** trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ của chính quyền địa phương, phòng tư vấn và các cơ sở y tế.
- Việc hợp tác với **nam giới và trẻ em trai** với tư cách là các đối tác góp phần thúc đẩy BĐG và phòng, chống BLG/BLGD.
- **Truyền thông** đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi nhận thức, và vì vậy cần tăng cường đào tạo để phản ánh tính nhạy cảm về giới khi đưa tin về BLG/BLGD.
- Tất cả các **tài liệu TTGDĐT** được xây dựng cho dự án này²¹ đều được công bố và có thể sử dụng trong những lĩnh vực khác hoặc được áp dụng rộng rãi trong cả nước. Việc xây dựng một cơ sở dữ liệu trực tuyến sẽ tạo điều kiện chia sẻ thông tin được dễ dàng hơn.

¹⁹ Để biết thêm chi tiết, xem các tài liệu sau: (1) UNFPA và SDC. Báo cáo đánh giá dự án. Lồng ghép phòng chống bạo lực gia đình với phụ nữ vào các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam; (2) UNFPA và SDC. Báo cáo tổng kết dự án từ tháng 11/2006 đến tháng 12/2010. Lồng ghép phòng chống bạo lực gia đình với phụ nữ vào các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam.

²⁰ Đây là nghiên cứu đánh giá nhanh đã được đề cập trong Mục "1.5. Phương pháp nghiên cứu và mục đích".

²¹ Danh sách đầy đủ các tài liệu về TTGDĐT tại Phụ lục 3.

2.3. Ứng phó của ngành y tế cho nạn nhân của BLG/BLGD

Biện pháp ứng phó trong hệ thống ngành y tế gồm:

- (1) Sàng lọc tất cả các bệnh nhân nữ từ 15 tuổi trở lên để xác định nạn nhân của BLGD;
- (2) Tiến hành điều trị và hỗ trợ cho chị em phụ nữ bị BLGD;
- (3) Chuyển/giới thiệu chị em phụ nữ sang các dịch vụ khác nếu cần thiết; và
- (4) Thu thập dữ liệu và ghi chép lại các trường hợp BLGD.

Ở **cấp huyện**, mỗi bệnh viện lập một **Ban Cố vấn** gồm lãnh đạo các phòng/ban/khoa liên quan của bệnh viện (ví dụ: phẫu thuật, cấp cứu, khám sức khỏe và sản khoa) có trách nhiệm chỉ đạo và giám sát các sáng kiến phòng, chống BLGD. Ban Cố vấn này tổ chức họp định kỳ (thường là mỗi tháng một lần), xây dựng một bộ “Quy định của Bệnh viện về cách Ứng phó của cán bộ, nhân viên Y tế với BLG/BLGD”. Quy định này bao gồm quy trình sàng lọc, xác định, hỗ trợ và ghi chép lại các trường hợp BLG/BLGD.

Mỗi bệnh viện lập một **phòng tư vấn** chỉ dành riêng cho việc giải quyết những trường hợp BLG/BLGD. Các chị em phụ nữ có thể được giới thiệu đến phòng tư vấn từ các bộ phận khác trong bệnh viện, các trạm y tế xã, hoặc ban chỉ đạo PCBLGD. Tuy nhiên, chị em phụ nữ cũng có thể trực tiếp đến phòng tư vấn mà không cần qua giới thiệu. Các cán bộ tư vấn là những cán bộ nhân viên y tế ở các khoa khác nhau trong bệnh viện, thường làm kiêm nhiệm ở phòng tư vấn và tại khoa chuyên môn của họ. Một số người nhận làm việc tại phòng tư vấn là công việc định kỳ thường xuyên của họ.

Tại **phòng tư vấn**, bệnh nhân được phổ biến kiến thức về BLG/BLGD, các quy định pháp luật hiện hành, các quyền được pháp luật quy định, và các dịch vụ hỗ trợ sẵn có dành cho họ và con cái họ; được cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe như SKSS, KHHGD và HIV/AIDS. Họ cũng có thể được giới thiệu đến các cơ quan khác như công an, tư pháp, hoặc Ban Chỉ đạo PCBLGD ở cấp huyện hoặc xã để tiếp nhận thêm sự hỗ trợ nếu cần thiết. Do vậy, phòng tư vấn có vai trò kết nối ngành y tế với hệ thống ứng phó trong cộng đồng.

Ở **cấp xã**, các trạm y tế xã được hướng dẫn các bước tiến hành sàng lọc và ghi chép những trường hợp BLG/BLGD theo mẫu được xây dựng ở cấp huyện.

Hệ thống sàng lọc và ghi chép dựa trên hai mẫu. Mẫu thứ nhất được sử dụng để sàng lọc tất cả chị em phụ nữ từ 15 tuổi trở lên khi đến trạm y tế hay bệnh viện. Mẫu này giúp thu thập những thông tin chung (như tên, ngày đến khám, tình trạng hôn nhân, lý do đến khám, và đã từng là nạn nhân của BLGD, lạm dụng trẻ em hay cưỡng dâm chưa). Mẫu thứ hai được sử dụng để thu thập thêm thông tin cụ thể về bạo lực nếu câu trả lời đối với bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến bạo lực trong mẫu thứ nhất là có.

Hệ thống thu thập và ghi chép dữ liệu này sẽ được kết nối với hệ thống ứng phó tại cộng đồng (đó là dữ liệu báo cáo của phòng tư vấn và trạm y tế xã được gửi tới Ban Chỉ đạo PCBLGD ở cấp huyện và xã) cũng như kết nối với Hệ thống Thông tin Quản lý Y tế của Bộ Y tế (đó là phần mềm thu thập dữ liệu thông tin BLGD trực tuyến được xây dựng sau khi Bộ Y tế ban hành Thông tư số 16 và tiến hành thử nghiệm ở các huyện và xã có dự án với những kết quả khả quan).

Trong thời gian thực hiện dự án, khoảng 500 lượt cán bộ y tế được tập huấn đào tạo. Tất cả các cán bộ của một số bệnh viện huyện và trạm y tế xã theo lựa chọn đều tham dự một hoặc nhiều khóa **tập huấn** về các chủ đề khác nhau như nhạy cảm giới, BĐG, BLG/BLGD, các vấn đề pháp lý liên quan đến BLGD, và các kỹ năng sàng lọc, tư vấn và ghi chép các trường hợp BLG/BLGD theo Thông tư số 16/2009/TT-BYT của Bộ Y tế. Nhằm nâng cao và duy trì năng lực quốc gia, một khóa đào tạo giảng viên nguồn (ToT) đã được tổ chức ở cấp tỉnh để xây dựng một nhóm giảng viên nòng cốt. Những người này sau đó đã tổ chức các hoạt động tập huấn nâng cao năng lực cho các cán bộ y tế khác.

⇒ Kết quả can thiệp

Sàng lọc bệnh nhân nữ trở thành một cơ chế quan trọng để phát hiện các trường hợp BLG/BLGD. Ví dụ, từ tháng 9/2009 đến tháng 12/2010, Bệnh viện Huyện Đoàn Hùng đã sàng lọc được 13.042 bệnh nhân nữ từ 15 tuổi trở lên và đã xác định được 155 nạn nhân của BLGD.

Việc lập một **phòng tư vấn** riêng để phục vụ công tác tư vấn về BLG/BLGD đã có tác động tích cực trong việc hỗ trợ các nạn nhân. Ví dụ, từ tháng 9/2009 đến tháng 12/2010, phòng tư vấn tại Bệnh viện Huyện Đoàn Hùng đã tiến hành 196 lượt tư vấn, trong đó tư vấn cho 107 lượt bệnh nhân được các khoa khác của bệnh viện giới thiệu sang, 26 lượt bệnh nhân từ các trạm y tế xã giới thiệu đến, và 63 lượt bệnh nhân trực tiếp đến đề nghị được tư vấn. Sau lần tư vấn đầu tiên, bệnh nhân có xu hướng trở lại để được tư vấn thêm.

Đã có những thay đổi tích cực trong **thái độ của cán bộ y tế** về BĐG và BLG/BLGD. Những cán bộ này nay trở nên tích cực hơn trong việc sàng lọc và xác định các trường hợp BLG/BLGD. Những trường hợp bạo lực được sàng lọc và xác định không chỉ là bạo lực về thể chất, mà còn cả bạo lực tinh thần. Các cán bộ y tế này chính là những người góp phần phá vỡ sự im lặng xung quanh vấn đề BLG/BLGD.

⇒ Thách thức

Sàng lọc – Các cán bộ y tế đều cho rằng quá trình sàng lọc phức tạp, tốn thời gian và khó giữ được thông tin riêng tư. Điều này cho thấy rằng cần phải tổ chức tập huấn nhiều hơn và nâng cao nhận thức cho cán bộ y tế cũng như lãnh đạo các cấp để đảm bảo rằng các bệnh viện chấp hành theo các quy định và bố trí cán bộ phù hợp làm việc chuyên trách tại phòng tư vấn.

Cơ chế chuyển/giới thiệu nạn nhân – Khi cán bộ y tế muốn chuyển/giới thiệu nạn nhân sang cho dịch vụ pháp lý hay đến nơi tạm lánh, thường cán bộ y tế không có đầy đủ thông tin, hoặc dịch vụ này vẫn chưa sẵn có tại xã/huyện. Vì vậy, cần xây dựng và thể chế hóa chính thức cơ chế chuyển/giới thiệu nạn nhân, kèm theo đó là danh mục cập nhật các dịch vụ sẵn có trên địa bàn.

Thực hiện Thông tư của Bộ Y tế – Việc ban hành Thông tư số 16/2009/TT-BYT của Bộ Y tế là một bước tiến quan trọng của chính phủ, tạo động lực cho các cơ sở y tế tăng cường việc lưu giữ hồ sơ ghi chép các trường hợp BLGD và báo cáo các trường hợp này lên Sở y tế. Tuy nhiên, việc thực hiện thông tư này vẫn cần phải bổ sung thêm hướng dẫn để giải quyết một vài vấn đề. Trước hết, Thông tư quy định đối với nạn nhân của BLGD mà có bảo hiểm y tế, thì phí khám và điều trị cho họ sẽ được thanh toán qua bảo hiểm y tế của họ²². Theo quy

²² Thông tư, Điều 7.

định về bảo hiểm y tế, các nạn nhân cần phải có giấy xác nhận của Ủy ban Nhân dân đề nghị thanh toán qua bảo hiểm y tế của họ. Tuy nhiên, việc cấp giấy xác nhận như vậy không bao giờ diễn ra ngay. Thủ tục phức tạp và có thể khiến việc điều trị và chăm sóc nạn nhân của BLGĐ bị chậm lại. Thứ hai, Thông tư quy định các cơ sở y tế cung cấp chỗ tạm lánh cho nạn nhân của BLGĐ²³. Trên thực tế, việc này rất phức tạp vì các trạm y tế xã không có đủ không gian hoặc điều kiện vật chất để cấp cho nạn nhân một phòng tạm lánh và đồ ăn, và quan trọng nhất là không thể bảo đảm sự an toàn cho chị em phụ nữ và cán bộ y tế.

Phòng ngừa thứ cấp so với phòng ngừa ban đầu và phòng ngừa cấp ba²⁴ – Hiện nay, sự tham gia của ngành y tế mới chỉ tập trung vào biện pháp phòng ngừa thứ cấp, nghĩa là triển khai áp dụng biện pháp ứng phó ngay lập tức với bạo lực thông qua điều trị nhu cầu về sức khỏe sinh sản và thể chất, điều trị các vấn đề tâm lý cấp tính. Tuy nhiên, trong tương lai, ngành y tế cần tham gia vào các sáng kiến phòng ngừa ban đầu trước khi bạo lực xảy ra (ví dụ: lồng ghép nội dung BLG vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu để nâng cao nhận thức của cộng đồng và phòng ngừa BLG) và các sáng kiến phòng ngừa cấp ba để phục vụ việc chăm sóc dài hạn (ví dụ: chăm sóc và phục hồi sức khỏe tâm thần).

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Ứng phó của ngành y tế cho nạn nhân của BLG/BLGĐ

- Dịch vụ y tế thường là **điểm đến đầu tiên** đối với nạn nhân của BLG/BLGĐ. Do vậy, cán bộ y tế cần phải có năng lực để hỗ trợ cho các nạn nhân.
- **Sàng lọc** là một cơ chế quan trọng để phát hiện các trường hợp BLG/BLGĐ.
- **Phòng tư vấn tại bệnh viện** cho nạn nhân của BLG/BLGĐ là nơi an toàn cho chị em phụ nữ chia sẻ những vấn đề của họ và nhận sự hỗ trợ cần thiết.
- Để đảm bảo chất lượng và tính bền vững của các dịch vụ, cần bố trí **cán bộ y tế có chuyên môn làm việc chuyên trách** tại phòng tư vấn của bệnh viện
- Hiện tại đã có **quy chế, quy trình và tài liệu tập huấn** được xây dựng để phục vụ việc sàng lọc, giám sát và ghi chép các trường hợp bạo lực. Những quy chế, quy trình và tài liệu này có thể được sử dụng ở những địa phương khác và/hoặc có thể nhân rộng ra cả nước.
- Trong khi các dịch vụ y tế thường chỉ tập trung vào giai đoạn phòng ngừa thứ cấp²⁵, các dịch vụ này cũng cần tham gia vào giai đoạn **phòng ngừa ban đầu và cấp ba**.
- Cần thiết lập và thể chế hóa chính thức **cơ chế chuyên/giới thiệu nạn nhân** sang các dịch vụ khác, ví dụ dịch vụ trợ giúp xã hội, kinh tế và pháp lý.
- Việc thực hiện **Thông tư số 16 của Bộ Y tế** đòi hỏi phải có sự giám sát và chỉ đạo sát sao từ trung ương.

²³ Thông tư, Điều 6.

²⁴ Xem trang 8 và chú thích 15 về các định nghĩa.

²⁵ Xem trang 8 và chú thích 15 về các định nghĩa.

2.4. Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD

Ứng phó của cộng đồng bao gồm:

- (1) Tổ chức hoạt động nâng cao nhận thức cộng đồng, thông tin, giáo dục và truyền thông, và truyền thông chuyển đổi hành vi;
- (2) Trợ giúp chị em phụ nữ bị BLGD;
- (3) Chuyển/giới thiệu chị em phụ nữ sang các dịch vụ khác nếu cần thiết;
- (4) Áp dụng biện pháp với người thực hiện hành vi bạo lực; và
- (5) Thu thập dữ liệu và ghi chép các trường hợp BLGD.

Tại mỗi huyện và xã được lựa chọn, **Ban Chỉ đạo PCBLGD** đã được thành lập. Ban này là một cơ chế phối hợp liên ngành có chức năng đảm bảo sự phối hợp giữa cộng đồng với các ban ngành liên quan. Ban Chỉ đạo PCBLGD gồm khoảng 20 thành viên, trong đó gồm (1) Phó Chủ tịch Ủy ban Nhân dân là Trưởng Ban Chỉ đạo PCBLGD, (2) đại diện của Chi cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình làm Phó Trưởng ban, (3) lãnh đạo của các ban ngành liên quan như y tế, công an, tư pháp, dân số, văn hóa và giáo dục, và (4) lãnh đạo của các tổ chức đoàn thể như Hội LHPN, Hội Nông dân, và Đoàn TNCSHCM. Ban Chỉ đạo thường xuyên tổ chức họp định kỳ. “Quy chế làm việc” của Ban quy định rõ chức năng và nhiệm vụ của Ban, phù hợp với trách nhiệm của từng ngành được quy định trong Luật PCBLGD.

Để triển khai các hoạt động PCBLGD, mô hình can thiệp thí điểm được xây dựng dựa trên **mạng lưới và các cơ chế trợ giúp do chính phủ điều hành** hiện đang hoạt động tại cấp cộng đồng, ví dụ **các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng** do Ủy ban Nhân dân, Mặt trận Tổ quốc, Hội LHPN, và Chi cục DSKHHGD (ví dụ: các nhóm tự quản, các nhóm gia đình, câu lạc bộ gia đình hạnh phúc, câu lạc bộ nam giới) ở địa phương tổ chức. Những nhóm/câu lạc bộ này là nơi nam giới và phụ nữ định kỳ gặp nhau để nghe phổ biến các văn bản pháp luật, các quy định và các chính sách mới về một loạt các chủ đề. Ở những nơi chưa có các câu lạc bộ/nhóm cộng đồng, các nhóm/câu lạc bộ mới đã được thành lập.

Tất cả các thành viên của Ban Chỉ đạo PCBLGD và các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng đều tham dự một hoặc nhiều khóa **tập huấn** về những chủ đề sau: nhạy cảm giới, BĐG, BLG/BLGD, pháp luật và chính sách liên quan đến BLGD, kỹ năng xác định và tư vấn cho các nạn nhân, kỹ năng tuyên truyền và giải quyết vấn đề, cũng như kỹ năng về cách thức thực hiện, giám sát và chỉ đạo các hoạt động/chương trình PCBLGD. Để nâng cao và duy trì năng lực quốc gia, các khóa tập huấn được tổ chức theo hai bước, trong đó khóa đào tạo giảng viên nguồn được tổ chức ở cấp tỉnh để xây dựng một nhóm các giảng viên nòng cốt, tiếp đó là các khóa tập huấn ở cấp thấp hơn.

Mô hình can thiệp thí điểm dựa nhiều vào mạng lưới của **ngành dân số và y tế** vì mạng lưới này đã được tổ chức tốt với sự tham gia của đội ngũ nhân viên của ngành. Họ là những cán bộ đã có kinh nghiệm và qua đào tạo ở cấp xã và thôn bản, chẳng hạn như “cán bộ chuyên trách dân số” và “cộng tác viên dân số/nhân viên y tế thôn bản”.

Trong suốt thời gian dự án, khung pháp luật và chính sách về PCBLGD đã được phát triển và theo đề nghị của Bộ VHTTDL, nhiều mô hình trợ giúp khác theo sáng kiến của chính phủ đã được giới thiệu để tham gia vào mô hình can thiệp thí điểm, ví dụ như **địa chỉ tin cậy và các tổ hòa giải**.

Các địa chỉ tin cậy do Hội phụ nữ tổ chức. Đó là nhà của các cá nhân, nơi chị em phụ nữ có thể đến tạm lánh trong trường hợp bị bạo lực. Những địa chỉ này là nơi tạm lánh an toàn cho các nạn nhân khi họ không tìm kiếm được sự hỗ trợ từ gia đình, người thân hay bạn bè của họ. Những gia đình sẵn sàng giúp đỡ và có uy tín cao trong cộng đồng có thể đăng ký làm địa chỉ tin cậy. Các tổ hòa giải thuộc hệ thống của Bộ Tư pháp²⁶. Các tổ này hoạt động như cánh tay của Bộ Tư pháp ở địa phương nhằm “hướng dẫn, hỗ trợ và thuyết phục” các cá nhân đạt được thỏa thuận về những tranh chấp nhỏ. Ngoài ra, các tổ này cũng hỗ trợ dưới hình thức trung gian và tư vấn cho các gia đình và những chị em phụ nữ bị bạo lực.

⇒ Kết quả can thiệp

Các hoạt động nâng cao nhận thức và TTGDDT được lồng ghép vào cơ cấu hoạt động và cuộc họp của các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng với những chủ đề liên quan như: Luật về BĐG, Luật PCBLGD, quyền của phụ nữ, cách thức nhận biết BLGD, hoặc cách thức tìm kiếm sự hỗ trợ của chính quyền địa phương. Những chủ đề này được ban tổ chức nhóm/câu lạc bộ trình bày cho những người đến tham dự. Ngoài ra, nhiều vấn đề khác cũng được đưa ra thảo luận.

Các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng là một đầu mối phổ biến thông tin về BLG/BLGD rất hiệu quả. Trong khi việc lồng ghép các buổi phổ biến thông tin về BĐG và BLG/BLGD vào hoạt động của các nhóm/câu lạc bộ phụ nữ tương đối dễ dàng, thì dự án cũng thành công trong việc lồng ghép những buổi phổ biến thông tin như vậy vào hoạt động của các nhóm/câu lạc bộ dành cho nam giới, đặc biệt là những nhóm/câu lạc bộ do Hội Nông dân tổ chức. Kinh nghiệm từ dự án này cho thấy lãnh đạo của nhóm/câu lạc bộ có thể học những kỹ năng và cách tiếp cận mới để thu hút sự tham gia của nam giới vào các sáng kiến liên quan đến BĐG và phòng, chống BLG/BLGD.

Việc đánh giá dự án²⁷ bao gồm cả số cuộc họp được tổ chức về chủ đề BLG/BLGD, cũng như số chị em phụ nữ và nam giới tham gia. Mặc dù không thể định lượng từ những chỉ số này là có bao nhiêu người sẽ thực sự thay đổi hành vi của họ sau khi tham dự những cuộc họp này, nhưng sự tham gia thực tế thuần túy của họ để tìm hiểu về BLG/BLGD cần được xem là một sự thành công của dự án và sẽ tạo động lực cho sự thay đổi trong tương lai.

Đây thực sự là những bằng chứng cho thấy rằng các hoạt động truyền thông thông qua các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng đã đem lại tác dụng rõ ràng. Ở cấp thôn, các tổ chức đoàn thể và các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng đã bắt đầu lên tiếng khi có trường hợp BLGD xảy ra trong cộng đồng. Những phụ nữ bị BLGD đã chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ của Ban Chỉ đạo PCBLGD tại địa phương. Những người có hành vi bạo lực đã được yêu cầu cam kết sửa đổi hành vi của họ trong các cuộc họp của thôn hoặc các cuộc họp của nhóm tự quản.

Bên cạnh các hoạt động truyền thông, các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng cũng tham gia **giải quyết từng trường hợp BLGD**. Nhìn chung, các nạn nhân hoặc người có hành vi bạo lực sau khi được phát hiện đều miễn cưỡng nói về vấn đề của họ trong sinh hoạt nhóm. Tuy nhiên, các nhóm tự quản đã thành công trong việc giải quyết từng trường hợp BLGD và chuyển/giới thiệu chị em phụ nữ sang chính quyền hoặc cơ sở y tế địa phương khi cần thiết.

²⁶ Các tổ hòa giải được thành lập theo Pháp lệnh số 09/PL-UBTVQH10/1998 ở các thôn/bản và tổ dân phố để trung gian (“hòa giải”) các trường hợp mâu thuẫn và tranh chấp ở khu dân cư. Các tổ hòa giải này cũng được sử dụng trong các trường hợp mâu thuẫn gia đình theo Luật Hôn nhân và Gia đình (2000). Thành viên tổ hòa giải là đại diện của UBND và các tổ chức đoàn thể, trưởng thôn hay thị trấn nơi họ gia đình sống.

²⁷ Để biết thêm chi tiết, xem các tài liệu sau: (1) UNFPA và SDC. *Báo cáo đánh giá dự án. Lồng ghép phòng chống bạo lực gia đình vào các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam*; (2) UNFPA và SDC. *Báo cáo tổng kết dự án từ tháng 11/2006 đến tháng 12/2010: Lồng ghép phòng chống bạo lực gia đình với phụ nữ vào các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam*.

Khi được thông báo về một trường hợp BLGĐ trong xã, các thành viên của **Ban Chỉ đạo PCBLGD** sẽ liên hệ với người phụ nữ để đề nghị giúp đỡ. Tất cả những trường hợp BLGĐ được xử lý ở phòng tư vấn tại bệnh viện đều được đưa ra thảo luận trong các cuộc họp của Ban Chỉ đạo PCBLGD. Trong khi hầu hết các trường hợp BLGĐ đều được xử lý tại cấp xã, song cũng có những trường hợp được chuyển lên cho Ban Chỉ đạo PCBLGD ở cấp huyện để tìm giải pháp tăng cường hỗ trợ cho nạn nhân.

⇒ Thách thức

Hệ thống chuyển/giới thiệu – Mục tiêu ban đầu của mô hình can thiệp là khuyến khích việc chuyển/giới thiệu nạn nhân từ dịch vụ này sang dịch vụ khác. Trong khi việc chuyển nạn nhân từ cơ sở y tế cấp xã lên cấp huyện diễn ra thuận lợi, thì việc chuyển nạn nhân từ dịch vụ y tế sang các dịch vụ khác như công an, tư pháp hay các dịch vụ xã hội, hoặc ngược lại không diễn ra thuận lợi. Kết quả đánh giá dự án²⁸ cho thấy rằng các tổ chức vẫn thiếu thông tin về tính sẵn có của các dịch vụ khác nhau. Được xem là điểm tiếp xúc đầu tiên đối với nhiều nạn nhân của BLG/BLGD, phòng tư vấn tại bệnh viện cần đóng vai trò trung tâm trong hệ thống chuyển/giới thiệu nạn nhân này.

Trong một hệ thống chuyển/giới thiệu nạn nhân hiệu quả, cán bộ làm việc cho từng loại hình dịch vụ (gồm trợ giúp pháp lý, y tế, công an, tư pháp, Ủy ban Nhân dân, Hội LHPN, nhà tạm lánh và các dịch vụ khác) cần trở thành một mắt xích liên kết chắc chắn trong toàn bộ chuỗi dây chuyền hỗ trợ, trong đó nạn nhân có thể được chuyển/giới thiệu từ một loại hình dịch vụ này sang một loại hình dịch vụ khác. Một hệ thống như vậy có thể được thiết lập một cách hoàn toàn dễ dàng thông qua việc cung cấp danh mục các dịch vụ sẵn có, kèm theo địa chỉ và số điện thoại được thường xuyên cập nhật. Ngoài ra, việc thiết lập và cung cấp số điện thoại đường dây nóng sẽ rất hữu ích trong việc cung cấp thông tin và chỉ dẫn cho nạn nhân và các gia đình có nạn nhân bị BLG/BLGD.

Vai trò của các địa chỉ tin cậy – Trong khi các địa chỉ tin cậy được chị em phụ nữ đánh giá cao, coi đó như là nơi tin cậy mà họ có thể tránh được bạo lực trong vài giờ và giải bày cảm xúc, có một số vấn đề liên quan phát sinh. Thứ nhất, trong trường hợp chị em phụ nữ cần một nơi để ở lại trong vài ngày, thì câu hỏi đặt ra sẽ là tính khả thi, chi phí liên quan cũng như sự an toàn của chị em và gia đình cho lưu trú. Thứ hai, chưa có tiêu chí áp dụng để xác định một địa chỉ tin cậy và người cung cấp địa chỉ tin cậy đó chưa qua đào tạo để có thể bảo vệ, tư vấn hoặc hỗ trợ chuyên môn cho nạn nhân. Vì vậy, các thành viên trong địa chỉ tin cậy ở khu vực dự án thì điểm đầu được phát một bộ dụng cụ sơ cứu và tham dự khóa đào tạo về các khái niệm BĐG và BLG/BLGD. Tuy nhiên, hệ thống này cần được đánh giá.

Vai trò của các tổ hòa giải – Trong khi trung gian hòa giải có thể là một phương thức hiệu quả để giải quyết xung đột hoặc tranh chấp đất đai giữa hàng xóm với nhau, thì có một số vấn đề phát sinh khi giải quyết các trường hợp BLGĐ. Thứ nhất, các thành viên của tổ hòa giải đều là những tình nguyện viên cộng đồng, chưa qua đào tạo về tư vấn và việc tư vấn hoàn toàn dựa trên sự hiểu biết của cá nhân và kinh nghiệm cuộc sống. Do vậy, các tổ hòa giải này thường chỉ khuyên chị em phụ nữ nín nhịn và tiếp tục chung sống với chồng. Thứ hai, việc hòa giải không giải quyết nguyên nhân gốc rễ của BLG/BLGD. Như cách gọi đã thể hiện, các tổ hòa giải chỉ tập trung vào thuyết phục cả hai phía nhường nhịn lẫn nhau để giữ hòa khí gia đình. Như vậy, việc hòa giải chỉ đơn thuần là tiếp tục duy trì sự bất bình đẳng giới theo truyền thống. Thứ ba, chưa có tiêu chí cụ thể để quyết định liệu việc hòa giải có phù hợp hay không, chưa có hướng dẫn về quy trình hòa giải đối với trường hợp BLGĐ, và chưa có chế độ theo dõi từng trường hợp sau hòa giải. Hoạt động đầu tiên nhằm xử lý những vấn đề này là các tổ hòa giải ở những địa bàn thí điểm đã được tổ chức tập huấn đặc biệt về kỹ năng hòa giải nhạy cảm giới, các khái niệm về BĐG, BLG/BLGD, và kiến thức pháp luật.

²⁸ Như trên.

Các biện pháp với người có hành vi bạo lực – Một số thành viên của Ban Chỉ đạo PCBLGD có thẩm quyền áp dụng một số biện pháp phù hợp với người có hành vi bạo lực. Ví dụ, **Luật PCBLGD** quy định việc Chủ tịch Ủy ban Nhân dân được ra “lệnh cấm tiếp xúc”. Tuy nhiên, trên thực tế, quy định này chưa bao giờ được thực hiện. **Nghị định 110** quy định một loạt các biện pháp hành chính có thể được áp dụng đối với người có hành vi BLGD. Tuy nhiên, các chế tài này không có hiệu lực: ví dụ, phạt tiền đôi khi lại phản tác dụng vì cuối cùng chính nạn nhân là người phải đóng tiền phạt thay cho người chồng bạo lực của họ. Có thể, trung ương phải có thêm hướng dẫn bổ sung về việc Ủy ban Nhân dân được ra “lệnh cấm tiếp xúc” và các biện pháp khác, chẳng hạn như bắt buộc lao động công ích hoặc lao động xã hội. Việc này có thể có nhiều tác động hơn.

Thu thập số liệu và ghi chép các trường hợp BLGD – mô hình can thiệp dựa vào **Ban Chỉ đạo PCBLGD** như một cơ quan đóng vai trò trung tâm trong việc điều phối thu thập và tổng hợp số liệu từ cấp xã và cấp huyện. Số liệu được thu thập thông qua ngành y tế và thông tin từ cộng đồng. Trên thực tế, có nhiều khó khăn nảy sinh. Số liệu có thể dễ dàng bị bỏ sót hoặc bị đếm thừa. Mỗi ngành có một hệ thống thu thập số liệu khác nhau khiến việc tổng hợp và/hoặc so sánh số liệu về các trường hợp BLGD trở nên khó khăn. Vẫn chưa có một danh mục các chỉ số hay một bộ số liệu thống nhất để giám sát mức độ phổ biến BLG/BLGD, số nạn nhân được nhận bảo trợ xã hội và trợ giúp pháp lý, số trường hợp BLGD được ngành công an và tòa án xử lý, v.v... Vẫn chưa có một cách tiếp cận có hệ thống trong việc thu thập, giám sát và báo cáo số liệu BLG/BLGD từ cấp xã lên đến cấp trung ương.

Cần có một cơ chế thu thập số liệu thống nhất và hài hòa từ cấp cộng đồng lên đến cấp trung ương, trong đó phải có một cơ quan điều phối đóng vai trò trung tâm (tốt nhất là Bộ VHTTDL) trong việc tổng hợp số liệu và giám sát một khung theo dõi và đánh giá chung. Khi in-tơ-nét đã có thể dễ dàng được truy cập ở cấp xã và thôn, việc nhập và quản lý số liệu cho chương trình quản lý số liệu dựa trên mạng sẽ trở nên thuận tiện hơn.

Quản lý duy trì kiến thức cho Ban Chỉ đạo PCBLGD – Mặc dù các Ban Chỉ đạo PCBLGD đều được thành lập ở cả cấp huyện và xã ở những địa bàn thí điểm, nhưng mức độ hiệu quả hoạt động của Ban Chỉ đạo PCBLGD phụ thuộc vào cam kết và năng lực cá nhân của người đứng đầu. Việc luân chuyển cán bộ và thay đổi lãnh đạo cũng tác động đến kết quả hoạt động. Trong những trường hợp như vậy, việc chuyển giao hiệu quả là phải đảm bảo toàn bộ năng lực và kiến thức của Ban Chỉ đạo PCBLGD không bị mất. Việc luân chuyển cán bộ và thay đổi lãnh đạo là không thể không diễn ra, do vậy mô hình can thiệp cần phải xây dựng một chiến lược hoặc cơ chế quản lý duy trì năng lực và kiến thức cho Ban Chỉ đạo PCBLGD.

Sự tham gia hạn chế của một số ngành – Mô hình can thiệp thí điểm chủ yếu tập trung vào việc tăng cường biện pháp ứng phó của cộng đồng và ngành y tế với BLG/BLGD. Chính vì vậy, sự tham gia của các chủ thể khác trong xã hội còn hạn chế. Tuy nhiên, để tạo môi trường thuận lợi cho công tác phòng, chống BLG/BLGD, cần thu hút sự tham gia của tất cả các tổ chức đoàn thể và các ngành, gồm: y tế, công an, tư pháp, giáo dục, và văn hóa. Sự tham gia của tất cả các thành phần trong xã hội là cần thiết vì phòng, chống BLG/BLGD không thể diễn ra hiệu quả nếu chỉ do một ngành thực hiện.

Do Bộ VHTTDL được chỉ định là cơ quan quản lý nhà nước trong việc thực hiện Luật PCBLGD, **ngành văn hóa** có điều kiện đóng vai trò cao hơn²⁹ trong mô hình can thiệp thí điểm. Ở cấp tỉnh và thấp hơn, Sở VHTTDL cần nhân lực nói chung và chuyên gia về PCBLGD

²⁹ Nguyên nhân chính về vai trò giới hạn của Bộ VHTTDL là việc tổ chức lại Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE) và việc phân công lại trách nhiệm giữa TCDSKHHGD thuộc Bộ Y tế và Bộ VHTTDL từ năm 2007 khi dự án UNFPA-SDC đã được triển khai. Do việc tổ chức lại diễn ra trong giai đoạn thực hiện dự án, hầu hết mọi hoạt động của dự án vẫn đặt dưới sự chủ trì của các cán bộ thuộc UBDSGDTE trước đây đang làm tại TCDSKHHGD thuộc Bộ Y tế.

nói riêng. Ví dụ, ở cấp xã, “Cán bộ Văn hóa - Xã hội” chịu trách nhiệm về tất cả các vấn đề xã hội, do vậy họ hầu như không còn thời gian cho PCBLGD. Sở VH TTDL cần xem xét tập trung vào vai trò điều phối ở cấp tỉnh và huyện.

Sự tích cực tham gia của ngành **công an và tư pháp** trong PCBLGD là quan trọng nhằm đảm bảo một mạng lưới an toàn và bảo vệ cho nạn nhân và gia đình của họ. Ví dụ, sự tham gia của những cơ quan này trong các cuộc họp của Ban Chỉ đạo PCBLGD là cần thiết để có sự theo dõi bao quát hơn, tăng sự phối hợp và điều phối sự hỗ trợ từ các ngành khác nhau. Trên thực tế, nhiều cán bộ công an không nhìn nhận vấn đề BLGD một cách nghiêm túc. Điều này khiến nhiều nạn nhân miễn cưỡng thông báo các trường hợp bạo lực hoặc gọi công an để giúp đỡ. Chính vì vậy, nâng cao năng lực cho công an là cần thiết để thay đổi thái độ và cách thức xử lý các trường hợp BLGD. Ngoài ra, cần phối hợp với Bộ Tư pháp để tổ chức đào tạo cho các trung tâm trợ giúp pháp lý và vận động các trung tâm này cung cấp dịch vụ miễn phí cho nạn nhân của BLG/BLGD.

Sự tham gia của **ngành giáo dục** vẫn chưa tích cực. Trong bối cảnh cấu trúc và quan hệ quyền lực trong gia đình đang thay đổi, trong đó trẻ em và thanh thiếu niên ngày nay được ra nhiều quyết định liên quan đến các mặt của đời sống cá nhân hơn³⁰, cần phải tăng cường hoạt động TTGDĐT cũng như TTCDHV để làm chuyển biến nhận thức của giới trẻ thông qua cách tiếp cận dựa vào nhà trường.

Điều phối sự phối hợp liên ngành – Bên cạnh sự tham gia của tất cả các ngành liên quan, một trong những yếu tố quan trọng để phòng, chống BLGD thành công là sự phối hợp hiệu quả giữa tất cả các bên liên quan. Trên thực tế, để phòng, chống BLG/BLGD có hiệu quả đòi hỏi phải triển khai đồng bộ các hoạt động của các ngành khác nhau.

Thiết kế của mô hình can thiệp thí điểm là có một cơ chế phối hợp với Ban Chỉ đạo PCBLGD ở cấp huyện và xã. Ở những địa bàn thí điểm, cơ chế phối hợp ứng phó với BLG/BLGD được triển khai tốt hơn ở cấp **huyện**. Sở dĩ có được điều này một phần là do trên thực tế nhiều hoạt động được triển khai trong và xung quanh phòng tư vấn của bệnh viện huyện. Ở cấp **tỉnh**, chính quyền thiêu nguồn lực và có nhiều ưu tiên khác nhau; còn ở cấp xã, nguồn lực tài chính và nhân lực có hạn. Ngoài ra, sự phối hợp giữa Hội LHPN, Hội Nông dân, và Chi cục DSKHHGD ở địa phương cũng gặp khó khăn do những tổ chức này thiếu sự phối hợp với nhau. Do vậy, mỗi tổ chức báo cáo lên Ban Chỉ đạo PCBLGD một cách độc lập. Không có sự chia sẻ thông tin giữa các ngành với nhau khiến cơ quan điều phối gặp khó khăn trong việc theo dõi và điều phối hoạt động một cách hiệu quả.

Năm 2010, nhờ vận động chính sách nhằm thực hiện hiệu quả hơn Luật PCBLGD, tỉnh Phú Thọ và Bến Tre cũng đã thành lập Ban Chỉ đạo PCBLGD ở cấp tỉnh. Mục đích chính của việc thành lập thêm Ban Chỉ đạo ở cấp này là để thống nhất hướng dẫn và chỉ đạo từ cấp trung ương xuống cấp địa phương. Cơ chế phối hợp được rà soát và điều chỉnh cho phù hợp với cấp trung ương, trong đó Bộ VH TTDL sẽ đóng vai trò chủ trì theo chức năng là cơ quan quản lý nhà nước về thực hiện Luật PCBLGD.

Vai trò chủ trì của Bộ VH TTDL – Luật PCBLGD có hiệu lực sau khi dự án đã được triển khai được một năm và Bộ VH TTDL được chỉ định là Cơ quan Quản lý Nhà nước về thực hiện luật này. Điều này có nghĩa rằng Bộ VH TTDL không tham gia vào quá trình thiết kế và triển khai thực hiện dự án từ đầu. Chính vì vậy, cần vận động và nâng cao năng lực cho ngành VH TTDL ở tất cả các cấp để có thể quản lý và chủ trì mô hình can thiệp được thí điểm. Mặc dù dự án có thể do các cơ quan khác triển khai thực hiện, song các cán bộ của Bộ VH TTDL và Sở VH TTDL cần chủ trì các hoạt động điều phối, giám sát và đánh giá.

³⁰ Bộ VH TTDL, TCTK, UNICEF, Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới. *Kết quả điều tra khảo sát toàn quốc về gia đình ở Việt Nam năm 2006*. Hà Nội, 2008.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD

- Dựa vào **mô hình trợ giúp xã hội hiện có** do chính quyền và các tổ chức đoàn thể ở địa phương chủ trì là chìa khóa cho sự thành công của mô hình can thiệp. Việc này đem lại nhiều thuận lợi: (1) ít trùng lặp hoạt động hơn, (2) sử dụng hiệu quả nguồn lực sẵn có, (3) ít cạnh tranh giữa các tổ chức/cơ quan có thẩm quyền, và (4) bền vững hơn.
- Việc thu hút sự tham gia của **tất cả các ban ngành của nhà nước và các tổ chức đoàn thể** ở cấp địa phương đảm bảo việc thực hiện hiệu quả và phạm vi tác động rộng của mô hình can thiệp.
- Việc thành lập **Ban Chỉ đạo PCBLGD** ở cấp huyện và xã, do Ủy ban Nhân dân chỉ đạo, là bước đi đầu tiên tiến tới cơ chế phối hợp và hợp tác liên ngành thành công trong lĩnh vực PCBLGD. Mô hình này có thể được sử dụng trong những lĩnh vực khác và nhân rộng ra cả nước với cơ chế rõ ràng và sự hướng dẫn, chỉ đạo từ cấp trung ương xuống cấp xã. Cần xây dựng một chiến lược phát huy và duy trì kiến thức và năng lực để bảo đảm tính kế thừa và tránh sự lãng phí kiến thức và năng lực khi có sự luân chuyển cán bộ.
- Cần có thêm hướng dẫn, chỉ đạo để đảm bảo một **hệ thống chuyển/giới thiệu** nạn nhân, trong đó mỗi cán bộ làm dịch vụ liên quan trở thành mắt xích vững chắc kết nối toàn bộ chuỗi dây chuyền hỗ trợ. Lý tưởng nhất là hệ thống chuyển/giới thiệu nạn nhân đó được thể chế hóa.
- Cần có một cách tiếp cận thống nhất và có hệ thống để **thu thập, giám sát và báo cáo số liệu** về BLG/BLGD. Cần xây dựng một hệ thống thu thập, ghi chép và thẩm định số liệu thống nhất và dễ dàng cho người sử dụng, bao gồm cả việc tổ chức đào tạo cho những người sử dụng hệ thống này.
- Cần tăng cường **vai trò của Bộ VHTTDL** ở tất cả các cấp để không chỉ thực hiện và giám sát Luật PCBLGD, mà còn giám sát tất cả các mặt liên quan đến phòng, chống BLG/BLGD.
- Hệ thống **địa chỉ tin cậy** được chị em phụ nữ đánh giá cao, nhưng cần phải xây dựng tiêu chí và tổ chức tập huấn cho người cung cấp địa chỉ tin cậy để bảo đảm sự an toàn cho cả chị em phụ nữ và con cái họ.
- Các **tổ hòa giải** cần được tập huấn và có tài liệu hướng dẫn rõ ràng về cách thức tiến hành hòa giải đối với những trường hợp BLGD. Cần rà soát và đánh giá lại vai trò của những tổ hòa giải này và điều chỉnh cho phù hợp trong bối cảnh xã hội, các mối quan hệ trong gia đình đang thay đổi, và những vấn đề phức tạp của BLGD.
- **Ủy ban Nhân dân** cần có hướng dẫn bổ sung của Bộ Tư pháp về việc ban hành “lệnh cấm tiếp xúc” và việc áp dụng những biện pháp hành chính khác đối với người có hành vi bạo lực.
- Ở cấp cơ sở, việc dựa vào **mạng lưới ngành y tế và dân số** là giải pháp tốt nhất vì họ có mạng lưới cán bộ có kinh nghiệm được tổ chức tốt cả ở cấp xã và thôn.
- Nâng cao nhận thức và năng lực cho **cán bộ công an và tư pháp** là rất cần thiết để thiết lập một mạng lưới an toàn và bảo vệ cho bản thân nạn nhân, con cái và gia đình nạn nhân.
- Mô hình can thiệp cần được mở rộng và thu hút thêm sự tham gia của các **ngành khác** như công an, tư pháp, và giáo dục.

2.5. Chiến lược lồng ghép

Bên cạnh các biện pháp can thiệp được đề cập ở trên, một khía cạnh rất quan trọng của mô hình là **chiến lược lồng ghép**, trong đó bao gồm việc lồng ghép BĐG và các sáng kiến phòng, chống BLG/BLGD vào các chính sách, chương trình và hoạt động về SKSS, KHHGD, và dân số hiện hành. Đây là những hoạt động cốt lõi trong chức năng và nhiệm vụ của UNFPA.

Việc lồng ghép BĐG và phòng, chống BLG/BLGD vào các chương trình, hoạt động và sáng kiến hiện nay được thực hiện bằng nhiều cách ở các cấp khác nhau, như: (a) xây dựng và vận hành hệ thống ứng phó cộng đồng trong các mô hình hỗ trợ hiện nay của chính quyền địa phương và các tổ chức đoàn thể, (c) bổ sung một mục về BLG/BLGD vào bộ Hướng dẫn Tiêu chuẩn Quốc gia về SKSS và vào chương trình đào tạo cho cán bộ y tế, (d) xây dựng các chỉ số về BLG/BLGD cho hệ thống thông tin quản lý y tế của Bộ Y tế, và (e) lồng ghép thông điệp về BĐG và BLG/BLGD vào các hoạt động TTGDĐT và TTCĐHV.

⇒ Kết quả can thiệp

Việc lồng ghép BĐG và phòng, chống BLG/BLGD vào các chính sách, chiến lược và chương trình liên quan đến SKSS&SKTD, KHHGD, và DS&PT ở cấp trung ương có tác động tích cực tới việc đạt được những kết quả của dự án UNFPA-SDC ở cấp cơ sở. Ví dụ: (1) vấn đề giới được lồng ghép hoàn toàn vào Chiến lược Dân số và SKSS&SKTD; (2) cán bộ y tế được tập huấn để sàng lọc bệnh nhân nữ ở tất cả các phòng khám chữa bệnh, chứ không chỉ ở khoa sức khỏe bà mẹ như thông thường. Việc này đã giúp xác định được những nạn nhân mới.

Lồng ghép phòng, chống BLG/BLGD vào các hoạt động kinh tế-xã hội của các tổ chức đoàn thể (như các hoạt động tín dụng vi mô của Hội LHPN, hay việc cung cấp các dịch vụ khuyến nông của Hội Nông dân) đã làm tăng sự quan tâm của người dân về chủ đề này. Việc dựa vào các hoạt động và mô hình đang hoạt động có hai lợi thế bổ sung: (1) sự hỗ trợ về tài chính được tăng cường và (2) sự can thiệp có khả năng bền vững hơn.

Sự thành công của chiến lược lồng ghép cũng được minh chứng qua việc lồng ghép Luật BĐG và Luật PCBLGD vào các chiến lược và kế hoạch hành động của các đối tác dự án khác nhau (ví dụ: Chiến lược Gia đình; Chiến lược Phát triển Kinh tế-Xã hội; Kế hoạch Hành động về BGD của Bộ Y tế, Bộ VHTTDL, Bộ LĐTBXH; Kế hoạch Hành động về Luật PCBLGD của Hội LHPN và Hội Nông dân). Những văn kiện này được các cơ quan có thẩm quyền phê duyệt đã đảm bảo giá trị hiệu lực trên phạm vi toàn quốc và tăng tính bền vững của các dự án như dự án của UNFPA-SDC.

⇒ Thách thức

Tăng cường hoạt động và nâng cao năng lực – Cách tiếp cận lồng ghép đặt ra yêu cầu phải có động lực và kỹ năng đặc biệt. Đặc biệt, cách tiếp cận này đòi hỏi phải tăng cường tổ chức tập huấn cho lãnh đạo các tổ chức đoàn thể và lãnh đạo của các cơ quan ở tất cả các cấp, và quan trọng hơn, tập huấn về kiến thức liên quan đến các chủ đề cơ bản (như: SKSS, KHHGD, BĐG, BLG/BLGD) và kỹ năng truyền thông cho những người tổ chức và điều hành hoạt động của các nhóm/câu lạc bộ cộng đồng.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Chiến lược lồng ghép

- Chiến lược **lồng ghép BĐG và phòng, chống BLG/BLGD** vào các chương trình và mô hình hiện hành là hiệu quả về mặt chi phí và bền vững.
- Lồng ghép BĐG và BLG/BLGD vào các **thông điệp TTGDĐT và TTCĐHV** cho phép tiếp cận tới đối tượng rộng hơn và làm tăng sự quan tâm của người dân về chủ đề này.
- Cần tổ chức **tập huấn** về cách thức lồng ghép BĐG và phòng, chống BLG/BLGD cho lãnh đạo chính quyền và các tổ chức đoàn thể ở địa phương.

3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nhìn chung, mô hình can thiệp được triển khai thí điểm thông qua dự án UNFPA-SDC ở 2 huyện và 48 xã thuộc tỉnh Phú Thọ và Bến Tre từ năm 2006 đến năm 2011 đã thành công, trong đó nhận thức và kiến thức của người dân tăng, cam kết chính trị về BDG và phòng, chống BLG/BLGD tăng, dịch vụ hỗ trợ cho nạn nhân, con cái và gia đình của nạn nhân sẵn có.

Một số khía cạnh của mô hình can thiệp có thể dễ dàng được nhân rộng sang các tỉnh khác với một vài điều chỉnh để áp dụng những bài học kinh nghiệm. Tuy nhiên, sẽ vẫn cần rất nhiều thời gian và nguồn lực để đạt được mức độ cần thiết để có thể nhân rộng ra cả nước, đặc biệt liên quan đến việc tập huấn và nâng cao năng lực cho tất cả các tỉnh nguyện viên cộng đồng và những người làm công tác chuyên môn khi họ tham gia.

Dưới đây là một vài khuyến nghị được đưa ra dựa trên những bài học kinh nghiệm từ việc thực hiện và đánh giá mô hình can thiệp thí điểm:

3.1. Vận động chính sách và nâng cao năng lực, tập trung vào đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn

1. Đảm bảo sự lãnh đạo của chính quyền và **cam kết chính trị** của tất cả các cấp lãnh đạo ở các ngành thông qua **vận động chính sách** và nâng cao nhận thức.
2. Đảm bảo việc **thực hiện Luật BDG và Luật PCBLGD** và các văn bản pháp luật chính sách liên quan khác ở cấp địa phương thông qua **nâng cao năng lực** cho tất cả những người làm công tác quản lý, chuyên môn và tình nguyện viên cộng đồng ở địa phương tham gia vào hoạt động PCBLGD. Những nơi nào đã có tài liệu tập huấn, cần xem xét thể chế hóa chính thức các khóa tập huấn này vào chương trình đào tạo.
3. Mở rộng mô hình can thiệp để thu hút sự tham gia của **các ngành khác**, như công an, tư pháp và giáo dục. Hợp tác với các cơ quan khác của LHQ và các tổ chức quốc tế đã xây dựng các tài liệu tập huấn và tài liệu về TTGDĐT cho những ngành này.
4. **Hỗ trợ Bộ VHTTDL** thực hiện tốt vai trò là cơ quan quản lý nhà nước về PCBLGD. Điều này đòi hỏi phải tổ chức tập huấn để nâng cao năng lực điều phối và giám sát của ngành VHTTDL ở tất cả các cấp nhằm phòng, chống BLG/BLGD một cách có hiệu quả, và để thực hiện tốt Luật PCBLGD. Cần xây dựng cơ chế chia sẻ thông tin mang tính khả thi giữa Bộ VHTTDL và các đối tác khác, bất kể đó là cơ quan nào đóng vai trò chủ trì trong việc thực hiện các hoạt động này.
5. Tiếp tục triển khai thực hiện chiến lược **lồng ghép BDG và phòng, chống BLG/BLGD** vào các văn kiện chính sách khác trong thời gian tới để tăng cường trách nhiệm liên ngành trong phòng, chống BLG/BLGD.
6. Tiến hành **phân tích lợi ích chi phí** của mô hình can thiệp này ở những địa bàn thí điểm. Việc đánh giá kinh tế mô hình này sẽ giúp xác định được nguồn lực cần thiết để nhân rộng hoặc mở rộng mô hình can thiệp hiện hành, đồng thời giúp đánh giá chi phí và lợi ích để xác định liệu những lợi ích thu được có xứng đáng với những chi phí đầu tư hay không.
7. Vận động để có **sự phân bổ ngân sách nhà nước** phù hợp ở cả cấp trung ương và địa phương nhằm thúc đẩy hơn nữa BDG, phòng, chống BLG/BLGD, và cung cấp dịch vụ điều trị, bảo vệ, tư pháp và hỗ trợ cho các nạn nhân của BLG/BLGD.

8. Xem xét tiến hành phân tích phong trào “**gia đình văn hóa**” để xác định xem phong trào này ảnh hưởng như thế nào tới việc lãnh đạo địa phương muốn giải quyết một số vấn đề và tính tin cậy của số liệu. Việc này không chỉ có ý nghĩa đối với công tác phòng, chống BLG/BLGD, mà còn đối với nhiều vấn đề xã hội khác. Xem xét điều chỉnh phong trào này để phản ánh thực tiễn cấu trúc gia đình và chuẩn mực xã hội đang thay đổi ở Việt Nam.

3.2. Các hoạt động nâng cao nhận thức, thông tin, giáo dục và truyền thông, truyền thông chuyển đổi hành vi, tập trung vào đối tượng là người dân

9. Xây dựng **chiến lược quốc gia về TTCĐHV** nhằm nâng cao nhận thức và thay đổi cách ứng xử và thái độ bất bình đẳng giới vốn tồn tại lâu nay trong người dân. Thu hút sự tham gia của cả nam giới và trẻ em trai để họ trở thành đối tác trong việc thúc đẩy BĐG và phòng, chống BLG/BLGD.
10. Xây dựng **cơ sở dữ liệu** trực tuyến về các tài liệu TTGDĐT được tập hợp không chỉ từ dự án này mà còn từ các dự án khác. Các tài liệu này có thể được lấy trực tiếp từ in-tơ-net, hoặc được Bộ VH-TDL cung cấp trực tiếp theo yêu cầu.
11. **Nâng cao năng lực cho phụ nữ** để giải quyết vấn đề bạo lực trong cuộc sống của họ thông qua tập huấn nâng cao kỹ năng sống, các nhóm tự lực, giáo dục, đào tạo nghề, trợ giúp pháp lý, và hỗ trợ tài chính.
12. Đưa chiến lược **lồng ghép BĐG và phòng, chống BLG/BLGD** vào các hoạt động TTGDĐT và TTCĐHV để tiếp cận tới nhiều đối tượng hơn, và gắn kết với các vấn đề khác về y tế, gia đình và phát triển xã hội.

3.3. Ứng phó của ngành y tế cho nạn nhân của BLG/BLGD

13. Vận động để tăng tính chủ động **tham gia của Bộ Y tế** trong việc thực hiện Thông tư số 16 tại cấp địa phương, bao gồm cả việc bố trí và cam kết đủ ngân sách và nhân lực ở tất cả các cấp.
14. Xây dựng cơ chế theo dõi và giám sát để đảm bảo rằng việc **sàng lọc** bệnh nhân nữ được thực hiện đúng với nguyên tắc quy định (như: thông tin cá nhân, tính bảo mật, sự an toàn).
15. Thường xuyên tổ chức **tập huấn** cho cán bộ y tế về cách thức sàng lọc nạn nhân, cách điều trị biểu lộ sự thông cảm đối với các nạn nhân cũng như kỹ năng và kiến thức về cách thức làm việc với các ngành khác như công an, tư pháp và xã hội để giải quyết vấn đề BLG/BLGD theo cơ chế phối hợp liên ngành.
16. Lồng ghép hệ thống **thu thập, giám sát và báo cáo số liệu** vào Hệ thống Thông tin Quản lý Y tế của Bộ Y tế.

3.4. Ứng phó của cộng đồng với BLG/BLGD

17. Mở rộng phạm vi mô hình can thiệp để áp dụng với **tất cả các hình thức BLG/BLGD**, đặc biệt là BLGD với trẻ em, nam giới, người cao tuổi và người tàn-khuyết tật như đã đề cập trong Luật PCBLGD.

18. Bảo đảm rằng **gói can thiệp toàn diện tối thiểu** về phòng, chống, chăm sóc, điều trị, bảo vệ và hỗ trợ cho nạn nhân BLG/BLGD luôn sẵn và rằng những dịch vụ này dễ dàng tiếp cận và mọi người có thể chi trả chi phí dịch vụ.
19. Phân tích khái niệm, mục đích, việc triển khai thực hiện, và kết quả của các **địa chỉ tin cậy** và các **tổ hòa giải** như một phương thức để giải quyết các trường hợp BLGD. Vai trò của các địa chỉ tin cậy và tổ hòa giải này cần được rà soát đánh giá và điều chỉnh cho phù hợp trong bối cảnh xã hội, các mối quan hệ gia đình đang thay đổi cũng như tính phức tạp của vấn đề BLGD. Để nâng cao chất lượng can thiệp của địa chỉ tin cậy và tổ hòa giải, cần xây dựng tiêu chí, tài liệu hướng dẫn về quy trình tư vấn đối với những trường hợp BLGD.
20. Tăng cường và thể chế hóa **hệ thống chuyên/giới thiệu** để đảm bảo rằng tất cả các đối tác tham gia mô hình can thiệp đều trở thành những mắt xích liên kết chắc chắn trong toàn bộ chuỗi hỗ trợ cho nạn nhân. Cần xây dựng và chia sẻ danh sách được cập nhật thường xuyên về các đầu mối, trong đó có thông tin về địa chỉ và số điện thoại của các dịch vụ hiện có cho các nạn nhân của BLG/BLGD. Với vai trò là đầu mối đầu tiên cho các nạn nhân, phòng tư vấn tại bệnh viện cần đóng vai trò trung tâm trong hệ thống chuyên/giới thiệu nạn nhân.
21. Tăng cường và hợp nhất quy trình **thu thập, ghi chép và thẩm định số liệu** vào hệ thống tập trung và thống nhất ở cấp trung ương do Bộ VHTTDL quản lý. Việc này đòi hỏi phải tổ chức tập huấn cho những người sử dụng hệ thống này.



Thảo luận về PCBLGD tại một cuộc họp tổ nhân dân tự quản ở huyện Bình Đại, tỉnh Bến Tre

PHỤ LỤC A. Tài liệu tham khảo

A.1. Báo cáo nội bộ và báo cáo nghiên cứu

- Tỉnh Bến Tre. Báo cáo Hội thảo về xây dựng kế hoạch thực hiện bền vững các biện pháp can thiệp phòng, chống bạo lực gia đình. (2011)
- Hội LHPN Bến Tre. Báo cáo kết quả thực hiện nhiệm vụ “Hỗ trợ phụ nữ phát triển kinh tế, tạo công ăn việc làm, và tăng thu nhập” và “Xây dựng gia đình giàu, bình đẳng, tiến bộ, và hạnh phúc”. (2009)
- Ban Chỉ đạo PCBLGD Bình Đại. Báo cáo hoạt động phòng, chống bạo lực gia đình trong 10 tháng đầu năm 2009. (2009)
- Ban Chỉ đạo PCBLGD Bình Đại. Báo cáo hoạt động phòng, chống bạo lực gia đình năm 2009 và nhiệm vụ năm 2010. (2009)
- Ban Chỉ đạo PCBLGD Đồn Hùng. Báo cáo triển khai thực hiện dự án phòng, chống bạo lực gia đình ở huyện Đồn Hùng từ tháng 5/2007 đến tháng 10/2009. (2009)
- Ban Chỉ đạo PCBLGD Đồn Hùng. Báo cáo về phòng, chống bạo lực gia đình trong 9 tháng đầu và nhiệm vụ Quý IV năm 2009. (2009)
- Bệnh viện đa khoa Đồn Hùng. Báo cáo triển khai thực hiện dự án VNM7PG0002 về phòng, chống bạo lực gia đình năm 2009. (2009)
- Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, và Sở Y tế Hà Nội. Đánh giá xây dựng mô hình phòng, chống bạo lực gia đình ở huyện Bình Đại thuộc tỉnh Bến Tre và huyện Đồn Hùng thuộc tỉnh Phú Thọ. (2007)
- Tỉnh Phú Thọ. Báo cáo Hội thảo về xây dựng kế hoạch thực hiện bền vững các biện pháp can thiệp PCBLGD. (2011)
- Hội LHPN Phú Thọ. Báo cáo thực hiện Luật PCBLGD năm 2009. (2009)
- UNFPA và TS Vũ Mạnh Lợi. Báo cáo nghiên cứu: Chính sách và xây dựng chương trình về bạo lực dựa trên cơ sở giới/bạo lực gia đình trong các chương trình về dân số và sức khỏe sinh sản của UNFPA trong giai đoạn 2006-2010. (2011)
- UNFPA. Báo cáo Hội thảo: Triển khai các bước tiếp theo: Giải quyết bạo lực trên cơ sở giới ở Việt Nam. (2010)
- Nhóm Giới của UNFPA. Báo cáo công tác sau chuyến đi khảo sát ở Bến Tre. (2011)
- UNFPA và SDC. Báo cáo đánh giá dự án. Lồng ghép phòng, chống bạo lực gia đình đối với phụ nữ vào chương trình về dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam. (2010)
- UNFPA và SDC. Báo cáo tổng kết dự án từ tháng 11/2006 đến tháng 12/2010: Lồng ghép phòng, chống bạo lực gia đình đối với phụ nữ vào chương trình dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam. (2010)

A.2. Tài liệu tham khảo

- Bộ VHTTDL, TCTK, UNICEF, Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới. *Kết quả điều tra khảo sát toàn quốc về gia đình ở Việt Nam*. Hà Nội, 2008.
- Garcia-Moreno C., Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L, *Nghiên cứu đa quốc gia của Tổ chức Y tế Thế giới về sức khỏe của phụ nữ và bạo lực gia đình đối với phụ nữ: Báo cáo tổng kết kết quả ban đầu về tình trạng bạo lực gia đình với phụ nữ, vấn đề sức khỏe và phản ứng của phụ nữ*. Giơ-ne-vơ, 2005.
- Tổng cục Thống kê, LHQ. *Kết quả nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ ở Việt Nam năm 2010*. Hà Nội, 2010.
- Hội đồng Kinh tế và Xã hội của LHQ, *Báo cáo của Nhóm Công tác về Bạo lực đối với Phụ nữ, E/CN.6WG.2/1992/11.3*. Vienna, 1992.
- UNFPA. *Bạo lực gia đình: Sự chuyển dịch ở Việt Nam – những phát hiện và khuyến nghị từ dự án UNFPA/SDC*. Hà Nội, 2006.
- UNFPA. *Phòng, chống bạo lực gia đình: Nhu cầu hiện tại và những ưu tiên can thiệp ở tỉnh Phú Thọ và Bến Tre*. Hà Nội, 2007.
- UNFPA. *Bạo lực trên cơ sở giới: Đánh giá việc xây dựng chương trình*. Hà Nội, 2008.
- UNFPA. *Chiến lược và Khung hành động của UNFPA hướng tới việc giải quyết bạo lực dựa trên cơ sở giới giai đoạn 2008-2011*. New York, 2008.
- LHQ Việt Nam. *Bạo lực trên cơ sở giới: Báo cáo chuyên đề*. Hà Nội, 2010.
- Vũ Mạnh Lợi, Vũ Tuấn Huy, Nguyễn Hữu Minh, và Jennifer Clement. *Bạo lực trên cơ sở giới ở Việt Nam*. Hà Nội, 1999.
- Tổ chức Y tế Thế giới, Trường Y học Nhiệt đới và Vệ sinh Luân Đôn. *Phòng tránh bạo lực tình dục và bạo lực do bạn tình đối với phụ nữ: hành động và dẫn chứng*. Giơ-ne-vơ, 2010.

PHỤ LỤC B. Tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông được xây dựng cho dự án UNFPA-SDC

B.1. Cho các cán bộ chuyên môn

1. Tài liệu truyền thông “Những thông điệp chính về phòng, chống bạo lực gia đình”
2. Bộ tranh lật về bạo lực trên cơ sở giới
3. Cẩm nang về lồng ghép giới trong công tác dân số và sức khỏe sinh sản (cho học viên)
4. Tài liệu tập huấn về lồng ghép giới trong công tác dân số và sức khỏe sinh sản (cho giảng viên)
5. Tờ tin về BĐG và lồng ghép BĐG trong các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản
6. Sổ tay về BĐG và BLG/BLGD trong các chương trình dân số và sức khỏe sinh sản
7. Hai bộ tài liệu tập huấn TOT về phòng, chống bạo lực gia đình (cho giảng viên và học viên)
8. Cẩm nang về hướng dẫn điều hành Câu lạc bộ/nhóm cộng đồng sinh hoạt nội dung PCBLGD (cho cán bộ truyền thông)
9. Công cụ giám sát về hoạt động PCBLGD (cho cán bộ không trong ngành y tế)
10. Chương trình hành động của Hội Nông dân Việt Nam về thực hiện Luật PCBLGD
11. Công cụ giám sát của Hội Nông dân Việt Nam về thực hiện Luật PCBLGD
12. BĐG và PCBLGD – Tài liệu tham khảo
13. Sổ tay “Những điều chị em phụ nữ cần biết về Luật PCBLGD” (cho cán bộ Hội LHPN)
14. Cẩm nang về thực hiện Luật PCBLGD (cho cán bộ Hội LHPN)
15. Kế hoạch hành động của Hội LHPN về thực hiện Luật PCBLGD
16. Hướng dẫn thành lập địa chỉ tin cậy tại cộng đồng
17. Kế hoạch hành động của Đoàn TNCSHCM về thực hiện Luật PCBLGD
18. Tài liệu tập huấn về BĐG và PCBLGD cho thanh niên
19. Rà soát chương trình BLG
20. Đánh giá nhu cầu ở Phú Thọ và Bến Tre
21. Đánh giá kết thúc dự án SDC
22. Bộ tài liệu tập huấn cho cán bộ y tế về PCBLGD
23. Công cụ giám sát hoạt động PCBLGD (cho cán bộ y tế)
24. Tài liệu hướng dẫn lồng ghép nội dung PCBLGD vào chương trình ngoại khóa trong nhà trường

B.2. Cho người dân

1. Hai tờ rơi về BĐG trong sức khỏe sinh sản cho thanh niên và nam giới
2. Sổ tay “Đàn ông xây tổ ấm”
3. Hỏi và Đáp về Luật PCBLGD
4. Một số điều cần biết về BĐG trong gia đình
5. Tờ rơi “Bạn không đơn độc, chúng tôi luôn ở bên bạn” và “Chấm dứt bạo lực gia đình”
6. Hai áp phích “PCBLGD là trách nhiệm cộng đồng” và “Đừng im lặng”
7. Tuyển tập tranh vẽ về BLGD để phục vụ sinh hoạt nhóm/câu lạc bộ
8. Hai tranh áp phích “PCBLGD là trách nhiệm của toàn xã hội” và “4 loại bạo lực gia đình”
9. Tờ rơi về PCBLGD

In... cuốn khổ 17 x 25 cm tại CÔNG TY CỔ PHẦN IN LA BÀN

Đăng ký GPXB số:....

In xong và nộp lưu chiểu Quý IV năm 2012

