





# Kiến thức và hành vi của cộng đồng dân tộc thiểu số về sức khỏe sinh sản

HÀ NỘI 2007

# Mục lục

Mục lục	i
Danh mục biểu bảng	ii
Danh mục từ viết tắt	iii
Lời mở đầu	1
<b>1 TÓM TẮT</b>	
Báo cáo tóm tắt	2
Tóm tắt về Chương trình Quốc gia 6 của Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc	5
<b>2 GIỚI THIỆU</b>	
Phần giới thiệu	6
Dự án nghiên cứu	6
Phương pháp nghiên cứu	7
<b>3 NGHIÊN CỨU</b>	
Kết quả nghiên cứu	9
Kế hoạch hoá gia đình	9
Làm mẹ an toàn	15
HIV/AIDS	19
Quyền, bình đẳng giới và bạo hành gia đình	21
Các phương tiện đại chúng trong các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi	24
<b>4 KẾT LUẬN</b>	28
Tài liệu tham khảo	29

# Danh mục biểu bảng

Bảng 1: Tỷ lệ người sử dụng các biện pháp tránh thai hiện nay . . . . .	10
Bảng 2: Số biện pháp tránh thai trung bình mà người trả lời phỏng vấn biết . . . . .	10
Bảng 3: Tỷ lệ phụ nữ khám thai từ 3 lần trở lên . . . . .	15
Bảng 4: Tỷ lệ người nói về các địa điểm của lần sinh con gần đây nhất và người đỡ đẻ . . . . .	16
Bảng 5: Tỷ lệ người đã nghe nói tới HIV/AIDS . . . . .	19
Bảng 6: Số lượng trung bình các đường lây nhiễm HIV/AIDS đúng mà người trả lời phỏng vấn biết (trong số 5 đường lây truyền đúng) . . . . .	20

# Danh mục từ viết tắt

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
HIV	Vi rút suy giảm miễn dịch ở người
KHHGĐ	Kế hoạch hóa Gia đình
SKSS	Sức khỏe sinh sản

# Lời mở đầu

Tháng 12 năm 2005, Chính phủ nước CHXHCN Việt Nam và Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA) đã hoàn thành Chương trình Hợp tác Quốc gia 6 (CP6). Để kết thúc giai đoạn hợp tác 5 năm (2001-2005), Quỹ Dân số Liên hiệp quốc đã tiến hành các nghiên cứu để đúc rút các bài học và những thực hành tốt trong quá trình thực hiện chương trình.

Báo cáo nghiên cứu này do Tiến sĩ nhân học xã hội Graham Forham soạn thảo. Báo cáo ghi lại hình thái kiến thức và hành vi sức khỏe sinh sản đang thay đổi của cộng đồng dân tộc thiểu số tại các tỉnh miền núi. Báo cáo này là kết quả của một nghiên cứu định tính tiến hành tại Hà Nội và các tỉnh Hoà Bình và Hà Giang ở miền Bắc Việt Nam từ cuối tháng 10 năm 2006 tới đầu tháng 1 năm 2007.

Đặc biệt, báo cáo nghiên cứu định tính này cố gắng chuyển tải các dữ liệu mô tả định lượng hiện có bằng cách đưa ra những phân tích chi tiết tới mức tối đa có thể. Các vấn đề chính được thảo luận trong báo cáo bao gồm kế hoạch hoá gia đình; làm mẹ an toàn; HIV/AIDS; quyền, bình đẳng giới và bạo hành gia đình; và cuối cùng là sự tham gia của các phương tiện thông tin đại chúng trong các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi. Trong báo cáo này có các bài học giá trị cho việc áp dụng trong tương lai các chương trình sức khỏe sinh sản của chính phủ, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan Liên hiệp quốc và các bên liên quan có quan tâm khác.

Tôi xin cảm ơn các nỗ lực của tiến sĩ Graham để hoàn thành báo cáo này. Tôi xin cảm ơn tiến sĩ Dương Văn Đạt của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại Việt Nam đã điều phối soạn thảo và xuất bản các bài học kinh nghiệm và những thực hành tốt nhất của các chương trình quốc gia của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc hy vọng rằng các bài học rút ra và các kinh nghiệm thu được từ Chương trình Hợp tác Quốc gia 6 sẽ được các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý chương trình, các nhà chuyên môn y tế và các nhà tài trợ sử dụng để thiết kế và thực hiện các chương trình sức khỏe sinh sản tại Việt Nam cho phù hợp với các Mục tiêu Phát triển của Thiên niên kỷ (MDG) và các cam kết tại Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD).

**Ian Howie**  
Trưởng đại diện  
Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại Việt Nam

# Báo cáo tóm tắt

## Tổng quan

Báo cáo này trình bày các bài học kinh nghiệm và các thực hành tốt của quá trình thực hiện Chương trình Hợp tác Quốc gia 6 đối với Việt Nam của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (2001-2005). Đây là kết quả của một nghiên cứu định tính được thực hiện từ cuối tháng 10 năm 2006 tới đầu tháng 1 năm 2007 tại Hà Nội, các tỉnh Hoà Bình và Hà Giang ở miền Bắc Việt Nam. Dữ liệu từ nghiên cứu này cùng với dữ liệu trong các báo cáo chương trình và báo cáo đánh giá hiện có của Quỹ dân số Liên hiệp quốc/Bộ y tế, đã được sử dụng để phân tích việc thực hiện và phân tích các kết quả của Chương trình quốc gia 6 nhằm xác định các bài học kinh nghiệm và các thực hành tốt.

Cần nhấn mạnh rằng đã có rất nhiều đánh giá được thực hiện liên quan tới Chương trình quốc gia 6, nên báo cáo này không lặp lại các công việc đó, mà tìm ra các lĩnh vực chưa được giải quyết, hoặc chỉ mới được giải quyết một phần. Đặc biệt, báo cáo này cố gắng chuyển tải các dữ liệu mô tả định lượng hiện có bằng cách đưa ra những phân tích, vẫn trong phạm vi các tham số nghiên cứu, chi tiết tới mức tối đa có thể và có thể áp dụng trong thực tế thực hiện Chương trình quốc gia 7 và các chương trình khác trong tương lai ở cấp quốc gia và cấp tỉnh.

## Kế hoạch hoá gia đình

- Nhìn chung tất cả khách hàng (gồm phụ nữ, nam giới và vị thành niên) đều đã được nâng cao kiến thức về các biện pháp tránh thai trong Chương trình quốc gia 6. Tuy nhiên, có sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh. Khách hàng ở các tỉnh miền núi và vùng sâu, vùng xa có trình độ kiến thức thấp hơn nhiều so với các khách hàng ở các tỉnh không phải vùng sâu vùng xa; phụ nữ và các em gái có kiến thức về các biện pháp tránh thai tốt hơn so với nam giới và các em trai vị thành niên.
- Việc có thai ngoài ý muốn của các em gái tuổi vị thành niên không nên chỉ coi là do thiếu kiến thức tránh thai. Nguyên nhân gốc rễ thường là thiếu kiến thức và kinh nghiệm trong các mối quan hệ. Mặc dù các em biết các biện pháp tránh thai, nhưng những người trẻ tuổi đang yêu vẫn dễ có thai với hy vọng mối quan hệ của họ sẽ dẫn tới hôn nhân, tuy nhiên mối quan hệ của họ lại chấm dứt trái với mong đợi.
- Chương trình truyền thông thay đổi hành vi trong tương lai hướng tới thanh thiếu niên nên chú trọng không chỉ nội dung tránh thai, mà cần hướng tới vấn đề các mối quan hệ tình cảm. Chương trình như vậy cần dựa trên các tài liệu về kỹ năng sống đã được Tổ chức Y tế Thế giới phổ biến. Những tài liệu này đã được sử dụng rộng rãi trong khu vực Đông Nam Á và có thể chỉnh sửa dễ dàng cho phù hợp với bối cảnh địa phương.
- Các hoạt động kế hoạch hoá gia đình trong các nhóm dân tộc thiểu số chỉ đạt được hiệu quả tối đa khi giải quyết đúng các trở ngại thực tế về văn hoá, thí dụ như mong muốn gia đình đông con, không thích bao cao su do những niềm tin về nam tính.

## Làm mẹ an toàn

- Các chương trình làm mẹ an toàn thực hiện trong nhóm dân cư dân tộc Kinh đa số đã làm tăng đáng kể tỷ lệ phụ nữ được khám thai từ ba lần trở lên và sinh con tại các cơ sở y tế công. Tuy nhiên lợi ích của các chương trình này nhìn chung chưa tiếp cận tới các nhóm dân tộc thiểu số. Kết quả là tại một số vùng dân tộc thiểu số, nhiều cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản có đầy đủ trang thiết bị nhưng không được sử dụng hết công suất, người cung cấp dịch vụ y tế đã qua đào tạo thì không có đủ việc làm.
- Khi người phụ nữ dân tộc Hmông hoặc các dân tộc thiểu số khác từ chối sử dụng dịch vụ chăm sóc thai nghén, hoặc từ chối sinh con tại các cơ sở y tế công, cần nhấn mạnh rằng điều này không phải vì lý do mà nhiều người tin là do phụ nữ ngại không muốn nam giới can thiệp, hoặc bất cứ kiểu từ chối chung chung nào. Các lý do liên quan tới các lễ nghi phức tạp xung quanh việc sinh đẻ nếu diễn ra ở nhà thì dễ dàng hơn. Vấn đề này còn kết hợp với các vấn đề thực tế khác như ngại đi xa trong thời kỳ cuối mang thai.
- Để dỡ bỏ các trở ngại và mở rộng việc chăm sóc thai nghén tới các phụ nữ Hmông và các dân tộc thiểu số khác, và để thúc đẩy một giải pháp trung gian giữa việc sinh đẻ an toàn tại trạm y tế xã và các trở ngại hiện đang cản trở không cho người phụ nữ tới để ở các cơ sở y tế, bên cạnh các buổi nói chuyện với các chị em phụ nữ, cần hướng nỗ lực vào việc đối thoại với các già làng, trưởng bản và dân bản nói chung.

## HIV/AIDS

- Trong giai đoạn Chương trình quốc gia 6, mức độ hiểu biết về HIV/AIDS liên quan tới các đường lây truyền HIV, các chiến lược phòng chống, các vấn đề về phát hiện người nhiễm HIV đã tăng lên. Tuy vậy, đa số người dân, kể cả người cung cấp dịch vụ y tế và khách hàng đều không cho là HIV/AIDS liên quan nhiều tới cuộc sống của họ - thay vào đó nó được coi là bệnh của những người khác - chủ yếu là người nghiện ma túy và gái mại dâm
- Đối với việc thiết kế và thực hiện các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi phòng chống HIV trong tương lai, cần tiến hành nghiên cứu tìm hiểu mức độ người dân quan niệm HIV/AIDS khác về chất so với các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục mà họ đã biết.

## Quyền, Bình đẳng giới và Bạo hành gia đình

- Các vấn đề về quyền và bình đẳng giới được hiểu theo nghĩa hẹp nhất, hậu quả là các kết quả chỉ giới hạn trong phạm vi hẹp. Cần có nỗ lực để mở rộng hiểu biết về các vấn đề này trong quá trình tập huấn.
- Các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi phòng chống bạo hành gia đình chỉ có hiệu quả tối thiểu. Gần một nửa số y tế thôn bản/cộng tác viên dân số không cho rằng đây là một vấn đề ưu tiên. Cần tập trung nâng cao hiểu biết về bạo lực giới và các vấn đề liên quan trong các hoạt động tư vấn truyền thông thay đổi hành vi và hoạt động tập huấn trong tương lai.



- Trong phạm vi giải quyết bạo hành gia đình của những người cung cấp dịch vụ tại trạm y tế xã, vai trò của họ chỉ hạn chế ở việc sơ cứu y tế và tư vấn - bị động hơn là chủ động. Nên khuyến khích họ thực hiện phương pháp chủ động hơn trong việc giải quyết các vấn đề này.
- Rượu đóng vai trò kích thích bạo hành gia đình. Cần nghiên cứu tìm hiểu cách giải quyết vấn đề này một cách tốt nhất.

## **Phương tiện thông tin đại chúng trong việc thực hiện các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi**

- Cần sản xuất thêm các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi bằng ngôn ngữ dân tộc thiểu số để hỗ trợ các hoạt động tiếp xúc trực tiếp người dân. Cần hướng các nỗ lực tới việc đảm bảo để các thiết bị truyền thông được cấp cùng với thông tin truyền thông.
- Các phương tiện truyền thông như băng cát sét hiện đang sử dụng cho các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi đã trở nên lạc hậu. Các công nghệ bán dẫn mới sẽ có lợi hơn cho các cộng đồng tại các tỉnh vùng sâu, vùng xa và miền núi. Cần nghiên cứu thí điểm việc sử dụng các công nghệ này.
- Hệ thống phát thanh và truyền hình Việt Nam có thể phục vụ phát thanh truyền hình hướng tới các nhóm đối tượng rất hẹp. Do vậy, cần nghiên cứu thêm việc sử dụng công cụ này với mục đích thử nghiệm trên phạm vi hẹp các loại thông điệp khác nhau về truyền thông thay đổi hành vi nhằm hướng tới một số nhóm dân tộc thiểu số cụ thể.

# Tóm tắt về Chương trình Quốc gia 6 của Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc

Phối hợp với chính phủ Việt Nam, Quỹ dân số Liên Hiệp quốc đã xây dựng Chương trình hợp tác quốc gia 6 (CP6) hỗ trợ Việt Nam trong giai đoạn 2001 - 2005, nhằm hỗ trợ việc thực hiện Chiến lược Dân số Quốc gia giai đoạn 2001 - 2010 và Chiến lược quốc gia đầu tiên về chăm sóc Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 - 2010. Chương trình được xây dựng dựa trên kinh nghiệm và các bài học rút ra từ các chương trình trước đây, đáp ứng sự biến động dân số của đất nước và nhu cầu sức khỏe sinh sản. Chương trình nhằm góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân Việt Nam qua việc nâng cao sức khỏe sinh sản, cân đối hài hoà giữa biến động dân số và phát triển kinh tế xã hội bền vững, đạt được các cơ hội bình đẳng trong phát triển xã hội. Chương trình hợp tác quốc gia 6 chú trọng xây dựng năng lực quốc gia trong việc cải thiện công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, tạo môi trường chính sách thuận lợi để thực hiện các hoạt động dân số và sức khỏe sinh sản. Tương tự như Chương trình Quốc gia 5 và khác với các chương trình trước đó, Chương trình hợp tác quốc gia 6 chuyển hướng trọng tâm từ giảm sinh sang vấn đề chất lượng cuộc sống và sức khỏe sinh sản trong các hoạt động dân số.

Chương trình bao gồm hai tiểu chương trình là Sức khỏe sinh sản và Chiến lược Dân số và Phát triển. Tuyên truyền vận động, thông tin - giáo dục - truyền thông được lồng ghép vào hai tiểu chương trình trên.

Ngân sách cho Chương trình quốc gia 6 là 27 triệu đô la Mỹ, trong đó 20 triệu đô la Mỹ từ quỹ thường xuyên của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc, 7 triệu đô la Mỹ từ các nguồn khác<sup>1</sup>. Chính phủ Việt Nam cam kết 120 tỷ đồng Việt Nam (bằng tiền mặt và hiện vật), tương đương với khoảng 8 triệu đô la Mỹ, chịu trách nhiệm điều hành khoảng 75% ngân sách chương trình quốc gia. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc điều hành khoảng 25% ngân sách với trọng tâm là hỗ trợ về kỹ thuật và quản lý cho việc thực hiện chương trình.

---

<sup>1</sup> Cần lưu ý rằng chi phí thực tế của Chương trình quốc gia 6 trong giai đoạn 2001-2005 là 30.392.508 đô la Mỹ, trong đó 20.508.267 đô la Mỹ từ quỹ thường xuyên còn 9.884.241 đô la Mỹ từ nguồn vốn huy động

# Phần giới thiệu

## Dự án nghiên cứu

Báo cáo này dựa trên một nghiên cứu định tính quy mô nhỏ do Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tiến hành cuối năm 2006, tại các tỉnh Hoà Bình và Hà Giang ở miền Bắc Việt Nam. Cuộc nghiên cứu sử dụng cách tiếp cận định tính nhằm tìm hiểu sâu hơn bản chất mô tả của các dữ liệu định lượng hiện có trong các báo cáo về Chương trình hợp tác quốc gia 6 Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và nhằm tìm hiểu các vấn đề qua phân tích định lượng còn chưa có kết luận. Mục đích nghiên cứu là để hiểu chi tiết hơn về phương thức mà các cải cách chăm sóc sức khoẻ trong Chương trình hợp tác quốc gia 6 ảnh hưởng tới người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và khách hàng, và để xác định cách tiến hành các cải cách trong tương lai một cách hiệu quả hơn.

Một điều rất quan trọng cần lưu ý là bản chất của nghiên cứu định tính khác cơ bản so với nghiên cứu định lượng. Nghiên cứu định lượng hướng trọng tâm vào mẫu dữ liệu lớn và chủ yếu rút ra ý nghĩa qua phân tích các mối quan hệ thống kê. Ngược lại với nghiên cứu định lượng, nghiên cứu định tính chú trọng sâu tới các vấn đề ý nghĩa - nghiên cứu bản chất và nguồn gốc, tính lô gích của thực hành văn hoá, tư tưởng, và quan tâm sâu sắc tới các vấn đề hành vi theo thói quen - nhưng chỉ quan tâm hạn chế đối với các mối quan hệ thống kê. Một điều cũng rất quan trọng, ngược với nghiên cứu định lượng, nghiên cứu định tính chủ yếu làm việc sâu với một nhóm đối tượng tương đối nhỏ từ một hoặc một vài cộng đồng và do mức độ phân tích sâu và bản chất vấn đề được giải quyết nên kết quả của nghiên cứu định tính có thể xem xét áp dụng cho các quần thể lớn hơn.

Một điều cũng quan trọng là khi trình bày kết quả của nghiên cứu định tính, thường có một số dữ liệu văn hoá minh hoạ cho các kết luận rút ra từ việc phân tích dữ liệu. Đó là vì nghiên cứu định tính quan tâm tới việc thông tin đầy đủ cho người đọc về hoàn cảnh xã hội được nghiên cứu và mục đích là thu hút sự chú ý tới tính phức tạp của ý nghĩa và hành động xã hội. Vì thế nghiên cứu định tính là một cách hữu ích để hiểu được phản ứng của việc xây dựng chương trình, “lấp khoảng cách” giữa các mục đích của chương trình và đáp ứng của cộng đồng.

Qua kiểm tra tỉ mỉ các báo cáo điều tra đầu kỳ và cuối kỳ và nhiều tài liệu liên quan tới Chương trình quốc gia 6 (xem phần sau đây và phần tài liệu tham khảo), cùng với nghiên cứu định tính qui mô nhỏ thực hiện tại các tỉnh Hoà Bình và Hà Giang, nghiên cứu lần này chú trọng tới việc lựa chọn, hay “lọc” ra các vấn đề trong số nhiều vấn đề sức khỏe sinh sản được chương trình quốc gia 6 đề cập nhằm đúc rút các bài học và đưa ra các khuyến nghị về thực hành tốt cho Chương trình quốc gia 7 và các chương trình sức khỏe sinh sản tiếp theo.

Cần lưu ý rằng nghiên cứu và báo cáo này tập trung chủ yếu vào các bài học kinh nghiệm và các thực hành tốt chưa được xem xét kỹ trong các đánh giá khác về Chương trình hợp tác quốc gia 6. Báo cáo này chỉ đề cập tới thông tin được trình bày trong các báo cáo đã xuất bản khác trong trường hợp các thông tin này có thể bổ sung thêm những dữ liệu quan trọng ngoài các kết quả đã công bố.

## Phương pháp nghiên cứu

### Tổng quan tài liệu

Phần thứ nhất của cuộc nghiên cứu là nghiên cứu rà soát nhiều tài liệu liên quan tới Chương trình hợp tác quốc gia 6, bao gồm văn kiện của Chương trình quốc gia 6, báo cáo khảo sát đầu kỳ của Chương trình quốc gia 6, báo cáo khảo sát cuối kỳ của Chương trình quốc gia 6<sup>2</sup>. Trong số các tài liệu được xem xét có các báo cáo khảo sát cuối kỳ của hai tỉnh được lựa chọn để nghiên cứu thực địa, các báo cáo cuối kỳ của một số tỉnh khác, các mẫu khảo sát dùng để thu thập dữ liệu trong các cuộc khảo sát, các báo cáo về các hoạt động tập huấn được tiến hành trong Chương trình hợp tác quốc gia 6<sup>3</sup>. Các tài liệu khác cũng được nghiên cứu xem xét bao gồm báo cáo của hai tổ chức phi chính phủ PATH và Pathfinder và rất nhiều ấn phẩm của các tác giả khác về vấn đề sức khoẻ sinh sản và HIV/AIDS tại Việt Nam.

Chuyên gia nghiên cứu là một nhà chuyên môn về nhân học xã hội, đã tham khảo rất nhiều tài liệu nhân học về các vấn đề sức khoẻ sinh sản liên quan, các vấn đề về thay đổi xã hội và thay đổi thể chế, các khía cạnh văn hoá của các vấn đề sức khoẻ sinh sản liên quan đến nhiều nhóm dân tộc thiểu số Việt Nam<sup>4</sup>. Các cán bộ lãnh đạo của Bộ y tế và Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em Việt Nam cũng đã được hỏi ý kiến về việc thực hiện Chương trình quốc gia 6. Các cán bộ cao cấp của hai tổ chức phi chính phủ (PATH và Pathfinder International) và các nghiên cứu viên tại Trung tâm nghiên cứu dân số và sức khoẻ nông thôn của Trường Đại học Y khoa Thái Bình, cơ quan thực hiện các cuộc điều tra đầu kỳ và cuối kỳ cho Chương trình hợp tác quốc gia 6 cũng đã được phỏng vấn.

### Nghiên cứu thực địa

Hợp phần nghiên cứu của dự án bao gồm các chuyến công tác thực địa ba ngày tại mỗi tỉnh Hoà Bình và Hà Giang, khảo sát hai xã của từng tỉnh và trạm y tế của các xã đó. Tại tỉnh Hoà Bình, đã khảo sát xã Liên Sơn huyện Lương Sơn, xã Phú Minh huyện Kỳ Sơn. Tại huyện Xín Mần tỉnh Hà Giang đã khảo sát các xã Nà Trì và Pa Vay Su. Tại mỗi tỉnh, xã được chọn để khảo sát gồm một xã được coi là khá thành công và một xã kém thành công. Các xã Liên Sơn và Nà Trì được coi là các xã thành công hơn. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc đặc biệt quan tâm tới các vấn đề của các nhóm dân tộc thiểu số vì hầu như chưa hiểu rõ bản chất của các vấn đề này và Chương trình quốc gia 6 cũng đã khuyến nghị

---

<sup>2</sup> Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Chương trình 6 hỗ trợ nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt nam của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Hà Nội. nd. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc, Báo cáo khảo sát đầu kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khoẻ sinh sản tại 12 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội. 2003; Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khoẻ sinh sản tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội. 2006. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc, Báo cáo cuối cùng: Chương trình quốc gia 6 hợp tác giữa Việt Nam và Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (2001 – 2005). Quỹ dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội.

<sup>3</sup> Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Thực trạng cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản tại tỉnh Hoà Bình. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội; Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. 2006. Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Thực trạng cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản tại tỉnh Hà Giang. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Hà Nội. 2006; Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và Trung tâm Dân số - Trường đại học kinh tế quốc dân. 2004 Các phát hiện chính và các khuyến nghị (theo dõi các hoạt động tập huấn tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ, Chương trình hợp tác quốc gia 6, 2004). Hà Nội: 2004. Trung tâm Dân số - Trường đại học kinh tế quốc dân. Hà Nội. 2004.

<sup>4</sup> Ghi chú: chỉ có các tài liệu nhân chủng học có liên quan trực tiếp đến việc phân tích trong báo cáo này được trích dẫn ở đây.

rằng một số vấn đề cụ thể đối với các nhóm dân tộc thiểu số chưa được giải quyết thoả đáng, nên cuộc nghiên cứu đã chú trọng đặc biệt tới các nhóm này.

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn và tổ chức thảo luận nhóm trọng tâm với nhiều đối tượng (người cung cấp dịch vụ sức khoẻ sinh sản và người dân bản là các khách hàng của họ). Nhóm khảo sát đã phỏng vấn các nhà quản lý trung tâm y tế huyện, người cung cấp dịch vụ các cấp từ tỉnh tới huyện, xã và thôn bản, nhóm nghiên cứu cũng phỏng vấn các tập huấn viên và cộng tác viên dân số và cán bộ các tổ chức quần chúng (Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên). Bên cạnh việc phỏng vấn và thảo luận nhóm trọng tâm với người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Các nghiên cứu viên đã dành thời gian để phỏng vấn và nói chuyện với các nhân viên y tế thôn bản và một số gia đình trong thôn (thông qua sự liên hệ của y tế thôn bản). Tại tỉnh Hoà Bình các gia đình được phỏng vấn tại nhà. Tuy nhiên ở tỉnh Hà Giang do thời gian có hạn và các thôn ở rất xa trạm y tế xã nên các gia đình tới gặp các nghiên cứu viên tại trạm y tế xã.

Cuộc nghiên cứu do Tiến sĩ Graham Fordham thực hiện thông qua phiên dịch viên (bác sĩ Phạm Thúy Minh và bác sĩ Nguyễn Xuân Hồng) của văn phòng Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tại Hà Nội. Các cuộc phỏng vấn được thực hiện bằng tiếng Việt và dịch sang tiếng Anh cho nghiên cứu viên. Ở xã Pa Vay Su tỉnh Hà Giang, vì người dân bản không thạo tiếng Việt nên các cuộc phỏng vấn được tiến hành bằng tiếng Hmông qua sự trợ giúp của một người địa phương thông thạo cả tiếng Việt và tiếng Hmông, sau đó dịch sang tiếng Anh. Tiến sĩ Fordham đã kết hợp tốc ký tiếng Anh để ghi chép nghiên cứu đầy đủ và các phiên dịch viên ghi lại những khái niệm ngôn ngữ và văn hoá quan trọng bằng tiếng Việt.

# Kết quả nghiên cứu

Phần này của báo cáo sẽ trình bày các phát hiện của cuộc nghiên cứu về các bài học kinh nghiệm/thực hành tốt rút ra trên cơ sở thực tế thực hiện Chương trình quốc gia 6 trong một số lĩnh vực lớn, mỗi lĩnh vực giải quyết một số vấn đề cụ thể. Các lĩnh vực được giải quyết bao gồm: các vấn đề về kế hoạch hoá gia đình, làm mẹ an toàn, HIV/AIDS, thông tin tuyên truyền giáo dục sức khỏe trong việc thực hiện truyền thông thay đổi hành vi, các vấn đề liên quan tới quyền khách hàng, bình đẳng giới và bạo hành gia đình.

## Kế hoạch hoá gia đình

Kế hoạch hoá gia đình cần được coi là một trong những thành công của Chương trình hợp tác quốc gia 6. Theo Bảng 1, tỷ lệ người chấp nhận biện pháp tránh thai tăng trong thời kỳ dự án từ 77,9% lên tới mức 80,6% tại thời điểm khảo sát cuối kỳ năm 2005. Ngoài ra, Bảng 2 cho thấy khách hàng (nam giới, phụ nữ và vị thành niên) nói chung có nâng cao kiến thức về các biện pháp tránh thai trong thời kỳ dự án. Vì thế đối với cả 9 biện pháp tránh thai có thể sử dụng, con số trung bình mà những người được phỏng vấn đưa ra là 3,4 trong khảo sát đầu kỳ và 3,6 trong khảo sát cuối kỳ. Tuy nhiên Bảng 1 cũng cho thấy có sự khác biệt lớn giữa một số tỉnh, người trả lời ở các tỉnh vùng sâu vùng xa, vùng miền núi có ít kiến thức về tránh thai hơn so với các vùng không thuộc vùng sâu, vùng xa. Nhìn chung người trưởng thành có kiến thức tốt hơn về tránh thai so với nam hoặc nữ vị thành niên. Tương tự phụ nữ và các em gái vị thành niên có kiến thức tốt hơn về các biện pháp tránh thai so với nam giới hoặc các nam vị thành niên. Điều này chỉ ra mối quan ngại lớn hơn về hậu quả có thai ngoài ý muốn đối với phụ nữ và các em gái vị thành niên. Quan trọng là, nghiên cứu còn khuyến nghị cần nghiên cứu thêm về vấn đề bình đẳng giới trong việc chia sẻ trách nhiệm tránh thai.

### *Các quyền khách hàng/các vấn đề tư vấn liên quan tới biện pháp tránh thai*

Các cuộc thảo luận với những người cung cấp dịch vụ và khách hàng đều cho thấy rằng nói chung công tác tư vấn về biện pháp tránh thai đạt kết quả tốt. Phụ nữ được giới thiệu nhiều biện pháp tránh thai và có cơ hội thay đổi biện pháp tránh thai. Một người cung cấp dịch vụ tại một trạm y tế xã đã nói:

“Hiện nay các khách hàng cảm thấy vui và rất ngạc nhiên. Trước đây nếu như họ có hỏi về một biện pháp tránh thai, tôi sẽ chọn biện pháp mà tôi cho là thích hợp nhất. Bây giờ thì tôi nói cho họ biết ba hoặc bốn loại biện pháp tránh thai và chi tiết về các biện pháp đó, sau đó khách hàng lựa chọn một loại mà họ thấy phù hợp nhất”.

**Bảng 1: Tỷ lệ người sử dụng các biện pháp tránh thai hiện nay**

Sử dụng các biện pháp tránh thai	Phụ nữ		Nam giới		Trung bình	
	2003 n=2.310	2005 n=2.305	2003 n=2.305	2005 n=2.303	2003 n=4.615	2005 n=4.608
Có sử dụng	73,0	77,4	82,7	83,8	77,9	80,6
Không sử dụng	27,0	22,6	17,3	16,2	22,1	19,4

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khỏe sinh tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 94.

**Bảng 2: Số biện pháp tránh thai trung bình mà người trả lời phỏng vấn biết**

Tỉnh	Phụ nữ		Nam giới		Vị thành niên						Trung bình	
					Nam		Nữ		Trung bình			
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Thái Bình	4,6	5,3	4,8	5,5	2,8	2,9	2,9	2,8	2,9	2,8	4,1	4,6
Phú Thọ	3,6	4,4	3,7	4,2	2,6	3,8	2,7	3,5	2,7	3,6	3,3	4,1
Quảng Nam	4,8	4,5	3,6	4,5	2,3	3	2,6	3,2	2,5	3,1	3,6	4,0
Đà Nẵng	5,8	5	4,2	3,9	2,6	2,4	2,8	2,9	2,7	2,7	4,2	3,9
Bình Dương	4,8	4,4	3,6	4,2	2,3	2,1	2,7	2,5	2,6	2,3	3,7	3,6
Yên Bái	4,6	5	3	3,4	2,1	1,8	2,2	1,9	2,2	1,9	3,3	3,4
Hoà Bình	4	4,1	4	3,4	2,2	2,3	2,5	2,8	2,4	2,6	3,5	3,4
Khánh Hòa	3,4	3,9	4,1	4	2,1	1,9	2,4	2,5	2,2	2,3	3,2	3,4
Tiền Giang	3,8	4	3,4	3,4	2,2	2,3	2,5	2,6	2,4	2,5	3,2	3,3
Bình Phước	3,6	3,6	3,1	3,6	1,8	1,5	2,3	1,8	2,1	1,7	2,9	3,0
Hà Giang	2,5	2,8	2,8	2,8	1,1	1,7	1,3	1,9	1,3	1,8	2,2	2,5
Trung bình	4,1	4,3	3,7	3,9	2,2	2,4	2,5	2,6	2,4	2,5	3,4	3,6

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khỏe sinh tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 93.

Khi thảo luận về vấn đề này, tất cả phụ nữ tham gia thảo luận đều nói rằng họ đánh giá rất cao những thực hành mới này. Người cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình cũng đã cho biết so với trước, chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi về kế hoạch hoá gia đình rất thành công. Cụ thể thành công của chiến dịch chính là ở chỗ một tỷ lệ lớn phụ nữ đã biết lựa chọn biện pháp tránh thai. Chiến dịch truyền thông còn thành công ở chỗ hiện nay người phụ nữ thường tới các trạm y tế xã để hỏi về một biện pháp tránh thai cụ thể. Trong một số trường hợp, kiến thức của người phụ nữ rất chi tiết. Một người cung cấp dịch vụ tại trạm y tế xã của tỉnh Hoà Bình đã cho biết những phụ nữ yêu cầu đặt vòng tránh thai đều đã biết trước họ muốn loại nào vì họ biết loại nào gây khó chịu hoặc các vấn đề khác, loại nào có khả năng thành công nhất. Các cuộc phỏng vấn đã khẳng định lại các kết quả của khảo sát cuối kỳ cho rằng yếu tố thuận tiện và hiệu quả là các yếu tố cơ bản mà mọi người cân nhắc khi lựa chọn một biện pháp tránh thai.

Một điều quan trọng như nhận xét của một người cung cấp dịch vụ ở một xã của tỉnh Hà Giang cho rằng việc cải thiện kiến thức KHHGĐ của phụ nữ và các hoạt động sức khỏe sinh sản nói chung không chỉ là thành công của chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi, mà còn là kết quả của “hiệu ứng ảnh hưởng lan truyền” mà công tác tư vấn tốt đem lại. Trả lời câu hỏi về thời gian cần thiết để thực hiện một cuộc tư vấn thành công, người cung cấp dịch vụ này chỉ ra rằng:

“Vâng, tuy mất thời gian khi tư vấn cho họ, nhưng sau đó họ sẽ nói cho những người khác và sau này đỡ mất thời gian”.

Theo một nhân viên y tế thôn bản của tỉnh Hoà Bình giải thích, các khách hàng có thể được tư vấn tại trạm y tế xã, hoặc tại nhà. Chị ta đưa ra thí dụ về một cô gái trẻ mới cưới đến trạm y tế xã gặp chị để xin tư vấn về KHHGĐ. Chị ta cho biết sau đó đã đi thăm cô gái tại nhà bố mẹ chồng để tư vấn cho cả hai vợ chồng cùng một lúc.

### *Tránh thai và các yếu tố ảnh hưởng*

Đối với một số trường hợp, một phần quan trọng của cuộc tư vấn cho khách hàng là thuyết phục người chồng về việc anh ta cần chấp nhận trách nhiệm tránh thai và sử dụng bao cao su, nếu người vợ không sử dụng được các biện pháp tránh thai khác như viên uống tránh thai hay đặt vòng tránh thai. Tuy nhiên, một nhân viên y tế thôn bản đã chỉ ra vấn đề là một số nam giới không sẵn sàng chấp nhận trách nhiệm này vì họ không thích bao cao su. Họ nói sự bất tiện và giảm khoái cảm là lý do chính khiến nam giới không thích bao cao su. Các cộng tác viên dân số chỉ ra rằng:

“Đa số nam giới hiểu các ưu điểm của việc sử dụng bao cao su cho việc kế hoạch hoá gia đình, phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục và AIDS. Nhưng họ cũng nói bao cao su không thoải mái nên họ không sử dụng”.

Vì thế, chắc chắn trong một số trường hợp những cặp vợ chồng được ghi vào danh sách có sử dụng bao cao su cho kế hoạch hoá gia đình thì trên thực tế không sử dụng thường xuyên vì lí do này. Cũng cần lưu ý rằng việc không thích bao cao su là một vấn đề cần giải quyết trong việc lập chương trình truyền thông thay đổi hành vi về HIV/AIDS.

Tuy nhiên, chắc chắn bên cạnh những thừa nhận không thích bao cao su và không sử dụng hoặc sử dụng không thường xuyên bao cao su để tránh thai, đối với một số cặp vợ chồng việc sử dụng bao cao su (và các biện pháp tránh thai khác như viên uống tránh thai - những biện pháp có thể bị “quên”) cho mục đích kế hoạch hoá gia đình có thể là một cách qua đó các cặp vợ chồng duy trì về mặt hình thức việc chấp hành các chương trình kiểm soát mức sinh, nhưng vẫn có thể bí mật tiếp tục cố gắng sinh con trai. Nghiên cứu gần đây của Belanger chỉ ra rằng mặc dù đôi khi người ta tự cho là “cổ hủ” hay “lạc hậu” trong mong muốn có con trai, dù đã nhận thức được các chi phí tài chính khi có nhiều



con. Vẫn còn các áp lực xã hội về việc sinh con trai cho cả nam giới và phụ nữ<sup>5</sup>. Trong cuộc nghiên cứu tiến hành ở tỉnh Hà Tây, Belanger chỉ ra rằng<sup>6</sup>:

“Tất cả phụ nữ dưới 40 tuổi vượt giới hạn hai con đã đổ lỗi cho thất bại của biện pháp tránh thai nhằm biện hộ cho những lần chữa đẻ sau đó ... Những lời biện hộ này được cho là có thể chấp nhận và bình thường”.

Belanger cũng cho rằng trong trường hợp đặt vòng tránh thai, cán bộ y tế hoặc dân số có thể kiểm tra tính xác thực trong lý do mà phụ nữ giải thích cho sự thất bại của biện pháp tránh thai, dẫn chứng bằng các thí dụ phụ nữ bị phạt hoặc bị mắng vì tháo vòng tránh thai. Tuy nhiên, đối với trường hợp bao cao su (hoặc thuốc uống tránh thai) thì thất bại của biện pháp tránh thai có thể bị đổ lỗi do bao cao su thủng, hoặc quên uống thuốc. Các cán bộ làm công tác kế hoạch hoá gia đình không có cơ sở để nói là người phụ nữ cố tình có thai. Quan trọng là Belanger đã chỉ ra sự thành công của chương trình kế hoạch hoá gia đình như sau<sup>7</sup>:

“Mức sinh thay đổi không có nghĩa thay đổi các giá trị truyền thống, ngược lại thậm chí có thể dẫn đến các cố gắng duy trì các giá trị này”

Vấn đề này quan trọng đối với những người làm công tác kế hoạch hoá gia đình ở trạm y tế xã. Nếu người cung cấp dịch vụ biết rằng những khách hàng muốn có con trai có thể cố tình làm cho biện pháp tránh thai thất bại để tránh bị người cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản và bạn bè chê trách, người cung cấp dịch vụ có thể cải thiện điều này qua tư vấn phù hợp. Đặc biệt, cách tư vấn cho trường hợp này không phải là về biện pháp tránh thai, mà về cơ cấu xã hội, thay đổi xã hội và các giá trị mới về giới của thế giới hôm nay.

Hai vấn đề đang được coi là gây trở ngại lớn đến hiệu quả của các hoạt động của chương trình kế hoạch hoá gia đình. Vấn đề thứ nhất là tránh thai của vị thành niên nhằm giải quyết các nội dung như sinh hoạt tình dục sớm, tránh mang thai ngoài ý muốn, kiểm soát các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV. Những người cung cấp dịch vụ tại trạm y tế xã Nà Trì, tỉnh Hà Giang (nơi có 90% dân số là dân tộc Tày) đã chỉ ra một vấn đề đối với sức khỏe sinh sản trong vị thành niên. Đó là việc những người trẻ tuổi đang yêu và có hoạt động tình dục, đôi khi được sự đồng ý của cha mẹ, nhưng mối quan hệ của họ tan vỡ ngoài ý muốn khiến cho người nữ mang thai và phải phá thai, đôi khi ở thai kỳ rất muộn.

<sup>5</sup> D. Belanger. 2006. “Indispensable Sons: Negotiating Reproductive Desires in Rural Vietnam,” Gender, Place and Culture. tập. 13/3. tr. 251 - 265.

<sup>6</sup> D. Belanger. 2006. “Indispensable Sons: Negotiating Reproductive Desires in Rural Vietnam,” Gender, Place and Culture. tập. 13/3. tr. 262

<sup>7</sup> D. Belanger. 2006. “Indispensable Sons: Negotiating Reproductive Desires in Rural Vietnam,” Gender, Place and Culture. tập. 13/3. tr. 260.

Điều quan trọng cần nhấn mạnh đây không chỉ là vấn đề của dân tộc thiểu số. Một nghiên cứu định tính mới đây ở (miền Bắc) Việt Nam về việc sinh hoạt tình dục không được bảo vệ và có thai ngoài ý muốn trong thanh thiếu niên Việt Nam cũng cho biết rằng đa số nhu cầu phá thai của những người trẻ tuổi chưa lập gia đình thường không phải là kết quả của việc thiếu kiến thức tránh thai khi có quan hệ tình dục sớm. Nó là kết quả của mối quan hệ tình yêu và tình bạn (đôi khi phim ảnh tạo ra khái niệm tình yêu lãng mạn). Đó là kết quả của quan niệm cho rằng việc không sử dụng biện pháp tránh thai là biểu hiện của tính chân thực trong quan hệ tình cảm. Tuy nhiên mối quan hệ đã không dẫn tới hôn nhân như mong đợi mà lại kết thúc ngoài ý muốn, làm cho bạn gái có rất ít lựa chọn và phải chấp nhận phá thai<sup>8</sup>. Ít trao đổi về các vấn đề tình dục từ phía bạn trai và bạn gái, niềm tin mong manh rằng biện pháp tránh thai chỉ dành cho các cặp vợ chồng đã cưới cũng góp phần dẫn tới việc có thai ngoài ý muốn của các bạn gái<sup>9</sup>.

Tất cả những người được phỏng vấn đều nói rằng mặc dù các vấn đề tình dục và sức khỏe sinh sản hiện nay đã được đưa vào chương trình của trường phổ thông, nhưng cách giải quyết các vấn đề này còn rất lý thuyết và hiệu quả chỉ tương đối. Vì thế các tuyên truyền viên về sức khỏe sinh sản và y tế thôn bản của trạm y tế xã đóng vai trò rất quan trọng trong việc truyền thông về kiến thức sức khỏe sinh sản cho các nhóm vị thành niên. Báo cáo cũng chỉ ra rằng trong các bài học thu được từ lĩnh vực y tế, vấn đề chính để nâng cao nhận thức về biện pháp tránh thai và các vấn đề có liên quan phụ thuộc vào hiệu quả của các chiến dịch truyền thông. Nó cũng liên quan tới các kỹ năng “làm việc nhóm” của người cung cấp dịch vụ để giải quyết sự e ngại và thiếu tự tin của vị thành niên. Nội dung của tài liệu cần củng cố kiến thức về biện pháp tránh thai, thực hiện tình dục an toàn, vấn đề về các mối quan hệ. Nếu tiến hành các hoạt động có sử dụng các tài liệu về kỹ năng sống của WHO đang được sử dụng rộng rãi trong khu vực Đông Nam Á thì sẽ hiệu quả và hiện có rất nhiều tài liệu có thể dễ dàng điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh địa phương<sup>10</sup>.

Trở ngại lớn thứ hai đối với việc thực hiện có hiệu quả chương trình kế hoạch hoá gia đình là tỷ lệ áp dụng các biện pháp kế hoạch hoá gia đình thấp trong các nhóm dân tộc thiểu số. Theo các dữ liệu trong Bảng 2, tại các tỉnh như Hà Giang nơi phần lớn dân số là các nhóm dân tộc thiểu số có ít kiến thức về các biện pháp tránh thai hơn so với dân cư tại các tỉnh có người Kinh chiếm đa số. Tuy nhiên thất bại trong việc sử dụng các biện pháp tránh thai của người dân một số nhóm dân tộc thiểu số không chỉ vì lý do ngôn ngữ và trở ngại văn hoá. Phỏng vấn dân bản người Hmông cho thấy mặc dù họ có kiến thức về các biện pháp tránh thai, nhưng vẫn có bằng chứng cho thấy về mặt văn hoá họ thích gia đình đông con. Cho đến nay, vấn đề này vẫn chưa được giải quyết tối ưu trong các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi. Dân bản biết rõ gánh nặng kinh tế và chi phí nuôi con trong cuộc sống hiện nay bao gồm cả các nhu cầu giáo

<sup>8</sup> T. Gammeltoft. 2002. “Seeking Trust and Transcendence: Sexual Risk-Taking Among Vietnamese Youth,” *Social Science and Medicine*. tập. 55. tr. 483 – 496.

<sup>9</sup> D. Belanger. et al. 1999. “Single Women’s Experiences of Sexual Relationships and Abortion in Hanoi, Vietnam,” *Reproductive Health Matters*. tập. 7/14. tr. 71 – 82.

<sup>10</sup> Tổ chức Y tế Thế giới. 1994. *The Development and Dissemination of Life Skills Education: An Overview*. Geneva: WHO.



Ảnh: Đoàn Bảo Châu

đục, nhưng về mặt văn hoá (hoặc các yếu tố về lối sống) vẫn thúc đẩy họ tới ý muốn có gia đình đông con. Ba nam tình nguyện viên thôn bản Pa Vay Su của Hà Giang đã chỉ ra rằng trước đây người Hmông muốn có nhiều con để bảo vệ đất đai của họ khỏi bị xâm chiếm, hiện nay điều này không cần thiết nữa.

Điều quan trọng là các cuộc phỏng vấn cho thấy người Hmông thích đặt vòng vì họ tin rằng nếu đàn ông sử dụng biện pháp tránh thai, đặc biệt là triệt sản (và ngay cả bao cao su) sẽ làm cho họ yếu đi khiến họ không làm được công việc nặng ngoài ruộng. Đôi khi cũng phát hiện thấy trong các nền văn hóa khác những niềm tin tương tự cho rằng nam tính có liên quan tới việc tinh dịch được chảy tự do, nếu bị ngăn cản sẽ mất cân bằng thể dịch và yếu sức khoẻ. Nếu không giải quyết đúng, niềm tin này sẽ gây trở ngại lớn

cho việc thực hiện thành công các chương trình kế hoạch hoá gia đình và phòng tránh HIV. Để thực hiện hiệu quả các chương trình kế hoạch hoá gia đình trong nhóm Hmông và các nhóm dân tộc thiểu số khác, hoặc các nhóm đối tượng mục tiêu đặc biệt trong người Kinh, cần xây dựng các chương trình trên cơ sở hiểu rõ các giá trị văn hoá tương ứng.

### Tóm tắt

- Tất cả khách hàng (nam giới, phụ nữ và vị thành niên) nhìn chung có kiến thức về các biện pháp tránh thai trong giai đoạn dự án. Tuy nhiên, có khác biệt lớn giữa các tỉnh. Khách hàng tại các tỉnh miền núi và vùng sâu, vùng xa có kiến thức thấp hơn nhiều so với những người ở các tỉnh không phải vùng sâu vùng xa. Phụ nữ và các em gái vị thành niên có kiến thức về các biện pháp tránh thai tốt hơn so với nam giới và em trai vị thành niên
- Tư vấn tốt có “ảnh hưởng lan truyền” trong cộng đồng vì khách hàng chia sẻ kiến thức mới với mọi người
- Đối với trường hợp có thai ở tuổi vị thành niên, thông thường vấn đề không phải là thiếu kiến thức tránh thai mà thiếu kiến thức và kinh nghiệm trong quan hệ. Những người trẻ tuổi đang yêu để cho có thai vì họ mong quan hệ của họ sẽ dẫn tới hôn nhân, nhưng sau đó mối quan hệ của họ lại chấm dứt ngoài dự kiến khiến cho các cô gái có thai ngoài ý muốn
- Các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi cho thanh niên không nên chỉ đề cập về kiến thức KHHGD mà cần có thêm nội dung về các mối quan hệ tình cảm
- Các chương trình kế hoạch hoá gia đình cho các nhóm dân tộc thiểu số chỉ đạt hiệu quả tối đa khi giải quyết được các trở ngại văn hoá thực tế

## Làm mẹ an toàn

Chương trình hợp tác quốc gia 6 đã dành một phần lớn nguồn lực cho việc nâng cấp các phòng đẻ, các trang thiết bị, tập huấn cho nhân viên và các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi tại cộng đồng để đạt tỷ lệ cao số phụ nữ sử dụng các cơ sở y tế công cho mục đích khám thai và sinh con. Nhìn chung, các chương trình đều có hiệu quả. Theo bảng 3 và 4 giữa khảo sát đầu kỳ năm 2003 và khảo sát cuối kỳ năm 2006, tỷ lệ phụ nữ khám thai ba hoặc bốn lần đã tăng từ 81,5% lên 87,1%. Cũng trong cùng thời gian này tỷ lệ phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế công tăng từ 85,1% to 91,7% (Bảng 4).

Tuy vậy, mặc dù các kết quả tại 11 tỉnh rất đáng khích lệ, nhưng tại các tỉnh có nhiều nhóm dân tộc thiểu số các kết quả này rất thấp. Chỉ có một số ít phụ nữ được khám thai, rất ít phụ nữ sử dụng các cơ sở y tế để sinh con, thay vào đó họ thích đẻ tại nhà. Thí dụ tại tỉnh Hà Giang, tỷ lệ phụ nữ được khám thai ít nhất ba lần đã tăng từ 36,2% lên 45,2% trong thời kỳ dự án. Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế tăng từ 32% lên 53,1%. Tuy nhiên, nhóm dân tộc Hmông đặc biệt ngần ngại sinh con tại các cơ sở y tế công.

Khi nhóm nghiên cứu tới xã Pa Vay Su ở tỉnh Hà Giang (nơi có tới 97% là người Hmông), họ phát hiện rằng trong năm qua 100% cuộc sinh con được thực hiện tại nhà với sự trợ giúp của người chồng, một số cuộc có y tế thôn bản đỡ (đa số là nam giới). Ngược lại, tại xã Na Chi nơi có tới 90% dân số là người Tày, 52 cuộc sinh con đã tiến hành tại trạm y tế xã, chỉ có 6 cuộc tiến hành tại nhà.

Cuộc nghiên cứu đã tìm hiểu vấn đề làm mẹ an toàn, đặc biệt là các chương trình làm mẹ an toàn cho các nhóm dân tộc thiểu số. Làm mẹ an toàn đã được thực hiện rộng khắp

**Bảng 3: Tỷ lệ phụ nữ khám thai từ 3 lần trở lên**

Tỉnh	Phụ nữ		Nam giới		2003	2005
	2003	2005	2003	2005		
Tiền Giang	88,1	99,0	83,3	96,1	85,7	97,6
Đà Nẵng	85,7	93,3	82,9	94,3	84,3	93,8
Hoà Bình	85,2	92,8	74,8	93,2	80,0	93,0
Phú Thọ	87,1	94,3	72,9	89,0	80,0	91,6
Thái Bình	95,7	97,1	85,7	83,8	90,7	90,5
Bình Dương	90,5	95,7	88,0	83,3	89,2	89,5
Khánh Hòa	82,9	90,5	74,8	84,8	78,8	87,6
Quảng Nam	89,0	91,9	68,8	73,3	78,9	82,6
Yên Bái	84,8	89,5	71,9	67,1	78,3	78,3
Bình Phước	71,0	67,9	62,9	77,7	66,9	72,9
Hà Giang	36,2	45,2	38,8	57,6	37,5	51,4
Tổng số	81,5	87,1	73,1	81,8	77,3	84,4

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Việc cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 89.

**Bảng 4: Tỷ lệ người nói về các địa điểm của lần sinh con gần đây nhất và người đỡ đẻ**

Các tỉnh	Nơi sinh con				Người cung cấp dịch vụ			
	Tại nhà		Tại cơ sở y tế		Cán bộ y tế		Khác	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Phú Thọ	11,0	4,1	89,0	95,9	91,7	98,8	8,3	1,2
Hà Giang	68,0	46,9	32,0	53,1	42,5	58,1	57,5	41,9
Quảng Nam	8,9	6,7	91,1	93,3	92,8	95,2	7,2	4,8
Bình Phước	18,1	12,1	81,9	87,9	85,0	91,4	15,0	8,6
Yên Bái	22,6	12,4	77,4	87,6	89,8	92,4	10,2	7,6
Bình Dương	0,7	0,2	99,3	99,8	98,1	98,3	1,9	1,7
Hoà Bình	14,3	3,1	85,7	96,9	93,1	97,4	6,9	2,6
Thái Bình	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Tiền Giang	1,0	0,0	99,0	100,0	99,3	99,5	0,7	0,5
Đà Nẵng	2,1	1,2	97,9	98,8	98,1	99,5	1,9	0,5
Khánh Hoà	16,9	4,3	83,1	95,7	85,5	96,7	14,5	3,3
Trung bình	14,9	8,3	85,1	91,7	88,7	93,4	11,3	6,6

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Việc cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 91.

trong các nhóm dân tộc thiểu số, nếu vấn đề được giải quyết thành công trong các nhóm như người Hmông thì mô hình này có thể thay đổi cho phù hợp và sử dụng cho các nhóm dân tộc thiểu số khác.

### *Vấn đề của các nhóm dân tộc thiểu số và việc ít sử dụng các cơ sở y tế công*

Có rất nhiều giải thích khác nhau đã được đưa ra cho lý do vì sao người dân tộc thiểu số không muốn sử dụng các cơ sở y tế công để khám thai và sinh con, đặc biệt là người Hmông. Đa số đều có lời giải thích dựa trên nền tảng về giới hoặc văn hoá. Một số cho rằng người Hmông không cho phép người khác đặc biệt là nam giới có mặt trong nhà khi người phụ nữ sinh con. Một số khác cho rằng vị trí của các bản Hmông ở rất xa các trạm y tế xã nên phụ nữ có thai không thể đi được. Tuy nhiên, với tư cách là một nhà nghiên cứu nhân học, nghiên cứu viên không thực sự hài lòng với các cách giải thích này. Ý tưởng cho rằng những người khác không được phép có mặt trong nhà khi người phụ nữ sinh con, hoặc không được phép nhìn thấy cơ quan sinh dục của người phụ nữ dường như chỉ là một cách giải thích chủ quan chứ không phải là một lý do thực sự. Và lý do vì “đường xa” nên ngại đến trạm y tế xã cũng là một cách diễn đạt mang tính văn hoá - và điều này cần phải xem xét trong điều kiện là những người phụ nữ Hmông thường phải vượt khoảng cách xa trong các hoạt động hàng ngày từ thôn bản nơi họ sống ra đến ngoài ruộng.

Thực vậy, theo một báo cáo gần đây của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc /PATH đã trích dẫn lời của một y tế thôn bản cho rằng có nhiều lý do để nghi ngờ việc khái quát đơn giản hoá vấn đề này. Thí dụ báo cáo đó đã trích dẫn một cán bộ cung cấp dịch vụ tại trạm y tế

xã Nan Ma (huyện Xín Mần tỉnh Hà Giang) nói rằng “phụ nữ Hmông rất e thẹn và không cho ai khám kể cả chồng cũng không được chạm vào,” nhưng báo cáo đó cũng trích dẫn một phụ nữ Hmông nói rằng “lý do mà phụ nữ không đến trạm y tế xã không liên quan tới sự e thẹn<sup>11</sup>.”

### *Sinh con*

Như đã nói trên, tại xã Pa Vay Su tỉnh Hà Giang, trong năm qua có 100% ca sinh tại nhà cho dù một số ca sinh tại nhà có cán bộ y tế đỡ. Lý do phổ biến giải thích cho tỷ lệ thấp người Hmông khám thai và sự ngần ngại sử dụng dịch vụ sinh đẻ tại trạm y tế xã, như đã nói trên đây không giống như phát hiện của nghiên cứu này. Nghiên cứu phát hiện ra rằng phụ nữ Hmông rất sẵn sàng tới trạm y tế xã để đặt vòng do y sĩ nam thực hiện, một số cuộc đẻ tại nhà cũng do y tế thôn bản là nam giới đỡ (xã này không có nữ hộ sinh). Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng phụ nữ Hmông không xấu hổ vì có đàn ông lạ đỡ đẻ.

Các cuộc phỏng vấn sâu được thực hiện với y tế thôn bản, và người dân (cả nam giới và phụ nữ) trong bản để xác định và hiểu rõ một số thực hành văn hoá liên quan tới quá trình sinh nở của người Hmông. Các cuộc phỏng vấn cho thấy phụ nữ Hmông thường sinh con tại nhà do chồng đỡ đẻ. Người chồng cho vợ uống một loại nước lá cây trước khi sinh để giúp đẻ dễ. Sau khi sinh cho uống một loại lá cây khác để giúp co hồi tử cung và tránh chảy máu nhiều. Người chồng cũng xoa bóp bụng cho vợ để giúp sổ nhau thai ra. Trong ba ngày liền sau khi sinh, người phụ nữ nằm đất cạnh bếp lửa. Sau khi hết bản do chảy máu người phụ nữ lên giường nằm. Giống như nhiều nhóm văn hoá khác, người Hmông tin rằng quá trình sinh nở làm người mẹ mất rất nhiều hơi ấm<sup>12</sup>. Vì thế lửa không chỉ để giữ ấm trong thời tiết lạnh mà còn được cho là quan trọng để bù đắp lại “hơi ấm” đã mất, theo niềm tin của người Hmông, lửa cũng giúp làm co hồi tử cung sau khi sinh. Mặc dù các cuộc phỏng vấn không hỏi về rượu nhưng do tin rằng rượu làm cho ấm lên, phụ nữ Hmông thường uống rượu mạnh sau khi sinh vì coi đó là phục hồi hơi ấm đã mất trong quá trình sinh nở.

Khuyến nghị ở đây là những thực hành về sinh đẻ trong nhóm người Hmông là các vấn đề cần được giải quyết trong hoạt động của Chương trình hợp tác quốc gia 7 nhằm tăng tỷ lệ phụ nữ Hmông được khám thai ít nhất ba lần, tăng tỷ lệ phụ nữ Hmông sinh con tại các cơ sở y tế. Không sử dụng các cơ sở y tế để sinh con hoặc không sử dụng các dịch vụ của các nhân viên y tế thôn bản là kết quả của các thực hành truyền thống. Các thực hành này có thể thay đổi qua việc sử dụng các cuộc tham vấn thôn bản thích hợp kết hợp với các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi. Đặc biệt, trong một báo cáo gần đây của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc/PATH đã chỉ ra rằng khi vấn đề được giải quyết qua tham vấn

<sup>11</sup> Quỹ Dân số liên hợp quốc/PATH. 2006. Đánh giá nhanh nhu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ sơ sinh tại các tỉnh ở Việt Nam được Quỹ Dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ (Dự thảo). UNFPA: Hà Nội.

<sup>12</sup> C. Fishman và cộng sự. 1988. “Warm Bodies, Cool Milk: Conflicts in Post Partum Food Choice for Indochinese Women in California,” *Social Science and Medicine*. Số. 26/11. Tr. 1125 – 1132

cộng đồng, không nên chỉ quan tâm tới phụ nữ và chồng họ, mà cần phối hợp với các già làng trưởng bản<sup>13</sup>:

“Vì nam giới và các thành viên lớn tuổi trong gia đình thường ra quyết định trong gia đình, nên điều đặc biệt quan trọng là các hoạt động truyền thông cần hướng tới các nhóm này”.

Có thể cách tốt nhất là nghiên cứu thí điểm trong một nhóm người Hmông tại một xã thuộc tỉnh Hà Giang, sau khi thành công sẽ nhân rộng ra các huyện khác. Đối với những phụ nữ quyết định đẻ tại cơ sở y tế công, có thể cần phối hợp với người chồng. Người chồng có thể xoa bóp bụng cho vợ v.v. Đó là sự điều chỉnh hợp lý cho phép người dân tộc thiểu số giữ gìn một số nét văn hoá truyền thống trong quá trình sinh nở. Cũng có thể sau khi sinh con, đưa cho người chồng nhau thai để mang về nhà thực hiện các nghi lễ truyền thống cần thiết. Khi nêu vấn đề này ra thảo luận với dân bản, họ nói rằng các gợi ý trên cũng có vẻ khả quan, nhưng đây là vấn đề cần phải được thảo luận thêm.

Đặc biệt, để có cách xoá bỏ những trở ngại đang tăng lên đối với công tác làm mẹ an toàn trong các nhóm dân tộc thiểu số, cần nhớ rằng các thực hành văn hoá thuộc về một mạng lưới hoặc một cụm chứ không tồn tại đơn độc. Nếu các vấn đề này được giải quyết hiệu quả, tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số được chăm sóc thai nghén và sinh đẻ an toàn sẽ cao hơn (sinh tại nhà do cán bộ y tế đỡ, hoặc tại các cơ sở y tế công). Khi đó, do mức độ tiếp xúc với các phụ nữ dân tộc thiểu số này tăng lên, sẽ có thêm cơ hội tiến hành các hoạt động giáo dục quan trọng về các vấn đề như tiêm phòng uốn ván, phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh.

### **Tóm tắt**

- Tại một số vùng dân tộc thiểu số, các cơ sở chăm sóc sức khoẻ sinh sản hầu như không được sử dụng, những người các cán bộ cung cấp dịch vụ đã được tập huấn thiếu việc làm. Đó là một sự lãng phí nguồn lực.
- Khi nghiên cứu tìm ra các yếu tố văn hoá để giải thích các hành động của từng nhóm dân tộc thiểu số chúng ta cần đảm bảo hiểu đầy đủ hoàn cảnh và không được cố gắng giải thích các hoàn cảnh phức tạp bằng cách đơn giản hoá chúng thành các yếu tố nhân quả đơn điệu.
- Tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số ít sử dụng dịch vụ chăm sóc thai nghén và ít sử dụng các cơ sở y tế để sinh con không phải vì e ngại không muốn cho phép nam giới can thiệp hoặc bất kỳ kiểu từ chối chung chung nào.
- Phụ nữ dân tộc thiểu số không sử dụng các cơ sở sinh đẻ vì nhiều nghi lễ phức tạp quanh việc sinh đẻ nếu tiến hành tại nhà thì dễ dàng hơn. Bên cạnh đó có các trở ngại thực tế như ngại đi xa trong giai đoạn cuối của thai kỳ.
- Cần hướng nỗ lực vào việc đối thoại với già làng, trưởng bản và dân bản nói chung, nhằm thúc đẩy giải pháp trung gian giữa sinh đẻ an toàn tại các cơ sở y tế xã và những trở ngại không cho người phụ nữ tới đẻ tại các cơ sở y tế.

<sup>13</sup> Quỹ Dân số Liên hợp quốc/PATH. 2006. Đánh giá nhanh nhu cầu chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ sơ sinh tại các tỉnh của Việt Nam được Quỹ Dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ (Dự thảo). UNFPA: Hà Nội. tr.89.

## HIV/AIDS

Trong quá trình thực hiện dự án, kiến thức của người dân về HIV đã tăng lên đáng kể, bao gồm kiến thức về các đường lây nhiễm HIV, các chiến lược phòng tránh, về việc không thể nhận ra người bị nhiễm HIV. Như Bảng 5 (dưới đây) cho thấy hiện nay trong toàn bộ dân cư có tỷ lệ nhận thức bệnh này rất cao, mức độ nhận thức đã tăng lên trong quá trình dự án.

**Bảng 5: Tỷ lệ người đã nghe nói tới HIV/AIDS**

Câu trả lời	Phụ nữ		Nam giới		Vị thành niên						Trung bình	
					Nam		Nữ		Trung bình			
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
n	2.310	2.305	2.305	2.303	998	997	1.306	1.310	2.304	2.307	6.919	6.915
Có	94,4	95,0	97,2	97,8	95,9	96,3	96,3	97,3	96,1	96,9	95,9	96,6
Không	5,6	5,0	2,8	2,2	4,1	3,7	3,7	2,7	3,9	3,1	4,1	3,4

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khỏe sinh tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 984.

Tuy nhiên, cần khuyến nghị rằng để xóa bỏ trở ngại tiềm tàng đối với thành công của các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi về HIV/AIDS, sẽ rất có ích nếu tổ chức điều tra dân bản nhận thức thế nào về HIV theo cách hiểu là một căn bệnh được cho là khác về bản chất (hoặc rất có thể không xem là khác biệt) so với các bệnh lây truyền qua đường tình dục/bệnh lây truyền qua đường sinh sản khác mà có thể họ đã quen. Kinh nghiệm của các nơi khác về HIV là trong giai đoạn đầu của đại dịch, như Việt Nam hiện nay, người dân thường hiểu HIV như là một hình thức khác của bệnh lây truyền qua đường tình dục, vì thế không nhận thức được sự khác biệt của HIV so với các bệnh lây truyền qua đường tình dục<sup>14</sup>. Trong trường hợp đó, sự hiểu biết “cũ” này sẽ cản trở lớn tới hiệu quả các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi về HIV/AIDS.

Về kiến thức các đường lây truyền HIV, Bảng 6 (dưới đây) cho thấy mức độ hiểu biết cao về lĩnh vực này nói chung trừ tỉnh Hà Giang. Tại tỉnh Hà Giang các câu trả lời trong các khảo sát đầu kỳ và cuối kỳ cho thấy người dân ở tỉnh này có kiến thức hạn chế về các đường lây truyền HIV, người trả lời phỏng vấn chỉ có thể nói được 2,7 trong số 5 đường lây truyền có thể xảy ra. Tuy nhiên, trái với kiến thức khá tốt về các đường lây truyền HIV, kiến thức về các biện pháp phòng tránh HIV tại tất cả các tỉnh lại thấp hơn nhiều. Trong số 7 biện pháp phòng tránh có thể thực hiện, số phương pháp phòng tránh mà người trả lời biết cao nhất ở Thái Bình (3,5 - 4,3 cách), còn thấp nhất ở Hà Giang (1,2 - 1,6 cách).

Cách tránh HIV thông thường nhất nêu ra là tránh có nhiều bạn tình (70,1%), tỷ lệ người trả lời tránh không dùng chung kim tiêm thấp hơn rất nhiều (57,1%) và không tiêm chích ma túy là (57,9%). 53,7% người trả lời nói sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục là một biện pháp phòng tránh lây nhiễm HIV.

<sup>14</sup> G. Fordham. 2004. A New Look at Thai AIDS: Perspectives From the Margin. Berghahn: Oxford and New York.



**Bảng 6: Số lượng trung bình các đường lây nhiễm HIV/AIDS đúng mà người trả lời phỏng vấn biết (trong số 5 đường lây truyền đúng)**

Tỉnh	Phụ nữ		Nam giới		Vị thành niên						Trung bình	
					Nam		Nữ		Trung bình			
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Bình Dương	4,6	4,7	4,6	4,9	4,7	4,6	4,8	4,6	4,8	4,6	4,7	4,7
Tiền Giang	4,7	4,7	4,7	4,6	4,5	4,6	4,5	4,8	4,5	4,7	4,6	4,7
Quảng Nam	4,6	4,6	4,0	4,6	4,4	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,4	4,6
Phú Thọ	4,4	4,5	4,7	4,3	4,4	4,6	4,5	4,6	4,4	4,6	4,5	4,5
Yên Bái	4,5	4,4	4,6	4,3	4,7	4,6	4,9	4,7	4,8	4,7	4,6	4,5
Thái Bình	5,0	4,7	4,4	4,4	4,9	4,6	4,9	4,5	4,9	4,6	4,8	4,5
Đà Nẵng	4,9	4,7	4,7	3,5	4,9	4,8	5,0	4,8	4,9	4,8	4,9	4,4
Khánh Hoà	3,9	4,2	4,0	4,7	4,5	4	4,4	4,6	4,5	4,4	4,1	4,4
Hoà Bình	4,3	4,2	4,5	4,2	4,8	3,9	4,7	3,9	4,7	3,9	4,5	4,1
Bình Phước	4,1	3,4	4,3	4	4,3	4,4	4,4	4,5	4,4	4,5	4,3	4,0
Hà Giang	2,4	2,3	3,3	2,5	2,8	3,2	3,0	3,2	2,9	3,2	2,9	2,7
Trung bình	4,3	4,2	4,4	4,2	4,4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,3

Nguồn: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khỏe sinh sản tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. tr. 99.

Khi được hỏi, người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản nói rằng dân bản trong xã họ biết về HIV, nhưng kiến thức của họ chưa thực sự “tốt”. Quan trọng là, họ nhấn mạnh rằng trong đa số trường hợp, kiến thức về HIV và nguy cơ thực tế về sự hiện diện của HIV là những vấn đề rất trừu tượng, vì HIV là khái niệm rất mới và mối đe dọa của HIV dường như rất xa với cuộc sống của đa số dân chúng. Một người cung cấp dịch vụ tại trạm tế xã nói:

“Kiến thức về mối nguy hiểm của AIDS rất thấp. Mọi người không hiểu biết đầy đủ các cách tự bảo vệ mình không bị lây nhiễm, bởi vì AIDS là một căn bệnh mới”

Có thể hạn chế thực sự về kiến thức HIV/AIDS của dân bản (và người cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản) là việc họ không đánh giá được mối nguy hiểm tiềm ẩn mà HIV đặt ra trong địa bàn của họ. Các nghiên cứu viên nghe thấy người cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản và dân bản nhận xét như sau:

“Ở đây không có AIDS”, hoặc “ở đây không có nguy cơ vì nam giới chỉ ngủ với vợ mình”, “người ở đây biết bao cao su để phòng tránh”, “không có tiêm chích ma túy ở đây” hoặc “ở đây không có vấn đề gì vì chúng tôi biết tất cả những người tiêm chích ma túy”.

Trong một trường hợp, khi được hỏi về vấn đề lây nhiễm HIV qua đường tình dục, một người cung cấp dịch vụ tại một trạm y tế xã (tỉnh Hoà Bình) nói rằng “ở đây không có vấn đề gì vì không có gái mại dâm trong xã”.

Một khía cạnh quan trọng khác là kiến thức HIV/AIDS được cải thiện nhưng không nhiều trong thời gian dự án. So với khảo sát đầu kỳ, tới năm 2005 tỷ lệ người tin rằng họ có thể biết ai đang nhiễm HIV thông qua vẻ bề ngoài hoặc lối sống giảm đi (19,9% so với 27,4%). Tuy nhiên sự thật có khá nhiều người vẫn tin rằng họ có thể xác định người bị nhiễm HIV theo cách này. Đó là một trở ngại đáng kể đối với vấn đề an toàn HIV/AIDS và vấn đề này cần được xem xét lại.

Nhiều tài liệu nghiên cứu về đại dịch HIV/AIDS ở Việt Nam khuyến nghị rằng các yếu tố như dễ di chuyển qua biên giới, giao thông nội tỉnh tốt, một lượng lớn người lao động di cư và nạn mại dâm có sự phối hợp giữa sử dụng ma túy và mua bán tình dục có nghĩa là giai đoạn “cửa sổ” hiện nay của Việt Nam trước đại dịch AIDS sẽ không kéo dài vô hạn. Đáng tiếc là các yếu tố này cho thấy rất có khả năng đại dịch lây truyền từ nhóm dân cư có nguy cơ cao như sử dụng ma túy và mại dâm sang cộng đồng<sup>15</sup>. Tài liệu về AIDS từ Thái Lan và các nơi khác cũng khuyến cáo rằng tiến trình này rất có khả năng xảy ra. Câu hỏi không phải là giai đoạn quá độ có xảy ra không mà là khi nào thì nó xảy ra. Vì thế dân bản và người cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản cần nhận thức tốt hơn về nguy cơ HIV hiện diện tại cộng đồng của họ, để họ không coi HIV chỉ là mối đe dọa đối với người nghiện ma túy và gái mại dâm.

### **Tóm tắt**

- Dân bản và người cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản cần có hiểu biết cao hơn về nguy cơ thực sự của HIV/AIDS
- Chúng ta cần biết chính xác mọi người hiểu thế nào về HIV/AIDS từ góc độ là một căn bệnh khác về bản chất so với các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm khuẩn đường sinh sản
- Nhiều việc còn cần làm để uốn nắn lại sự hiểu nhầm cho là có thể nói ai nhiễm HIV/AIDS qua lối sống và vẻ bề ngoài
- Cần có thêm công tác về truyền thông thay đổi hành vi để làm cho mọi người nhận ra được sự thật là AIDS không chỉ là căn bệnh của những người sử dụng ma túy và gái mại dâm mà nó là căn bệnh của mọi người

## **Quyền, Bình đẳng giới và Bạo hành gia đình**

Các vấn đề về quyền khách hàng, bình đẳng giới và những nỗ lực ban đầu giải quyết bạo hành gia đình là một phần trong tập huấn về truyền thông thay đổi hành vi của nhân viên y tế và các tổ chức phối hợp. Tuy nhiên, các hoạt động này ít được chú ý hơn so với kế hoạch hóa gia đình và làm mẹ an toàn. Báo cáo năm 2004 của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc/Trung tâm Dân số - Trường Đại học Kinh tế quốc dân cho thấy chủ đề tập huấn truyền thông phổ biến nhất là các biện pháp tránh thai (60%) và làm mẹ an toàn (50%),

---

<sup>15</sup> Trung Nam Tran, Detels, R., and Hoang Phuong Lan. 2006. “Condom Use and its Correlates Among Female Sex Workers in Hà Nội, Vietnam,” *Aids and Behaviour*. Vol. 10/2. pp. 159 – 167; Trung Nam Tran et al. 2005. “Drug Use Among Female Sex Workers in Hanoi, Vietnam,” *Addiction*. Vol. 100. pp. 619 – 625; Khuất Thu Hồng. 2003. *Sức khỏe sinh sản vị thành niên ở Việt Nam: hiện trạng, các chính sách, chương trình và vấn đề*. Dự án chính sách: Hà Nội.

còn bình đẳng giới và phòng chống bạo hành gia đình chỉ chiếm 30% và 10%. Một điều đáng lo ngại là bản báo cáo cho thấy mặc dù tại tất cả các tỉnh đều thấy có bạo hành gia đình và 1/3 số người cung cấp dịch vụ đã từng phải giải quyết các khách hàng là những người bị bạo hành gia đình, nhưng gần một nửa (43%) y tế thôn bản/cộng tác viên dân số không coi phòng chống bạo hành gia đình là nhiệm vụ của họ<sup>16</sup>.

Bên cạnh việc ít chú ý tới các lĩnh vực này, các yếu tố như các khái niệm còn quá mới đối với người cung cấp dịch vụ và người dân nói chung, các khó khăn mà y tế thôn bản/cộng tác viên dân số gặp phải trong việc thực hiện các chương trình truyền thông thay đổi hành vi hiệu quả và cũng do thời gian can thiệp có hạn, nên kết quả của lĩnh vực này không cao lắm. Thí dụ, về các quyền, đã có một số thành công, tuy nhiên các quyền này được định nghĩa khá hẹp. Như đã nêu ở trên, việc chú ý tới các quyền sinh sản đã mang lại cho phụ nữ khả năng lựa chọn các biện pháp tránh thai và quyền thay đổi biện pháp nếu họ muốn. Tương tự, các áp phích ghi lại các quyền khách hàng đã được trưng bày tại hầu hết các trạm y tế xã, nhưng đa số viết bằng tiếng Việt ngay cả ở các địa phương đa số khách hàng là người dân tộc thiểu số biết rất ít tiếng Việt. Vì thế các tấm áp phích không tiếp cận đến được một tỷ lệ lớn đối tượng.

Về vấn đề bình đẳng giới, phân nghiên cứu thực địa đã giải quyết vấn đề này trong các cuộc phỏng vấn người cung cấp dịch vụ và dân bản, phát hiện thấy rằng các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi đã tạo ra một số thay đổi thực sự trong lĩnh vực bình đẳng giới. Tuy nhiên ở đây các kết quả cũng chỉ trong phạm vi khá hẹp. Trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản, các kết quả chỉ là nam giới tại các huyện đã được tư vấn về việc chia sẻ trách nhiệm tránh thai. Tại xã Phú Minh tỉnh Hoà Bình, các cán bộ y tế xã và y tế thôn bản cũng chỉ ra rằng trong nhóm dân tộc Mường các chiến dịch bình đẳng giới đã có một số ảnh hưởng, thí dụ khác với trước đây, hiện nay phụ nữ và nam giới cùng nhau ăn và phụ nữ được chấp nhận có quyền bình đẳng (cùng với chồng) ra mời khách vào nhà. Có thể trở ngại chính cho công tác truyền thông thay đổi hành vi hiệu quả hơn trong những lĩnh vực này là các vấn đề chỉ được hiểu theo nghĩa hẹp nhất, nghĩa là kết quả chỉ có thể đạt hiệu quả cao hơn nếu cán bộ các cấp hiểu biết rộng hơn các khái niệm này.

Tuy nhiên, về bạo hành gia đình nghiên cứu chỉ ra rằng các chiến dịch phòng chống bạo hành gia đình không có hiệu quả ngoại trừ việc có nâng cao một số nhận thức và đặt tên gọi cho một hành vi đã quá quen thuộc<sup>17</sup>. Các cuộc phỏng vấn tại cấp xã ở tỉnh Hoà Bình cho thấy đôi khi phụ nữ bị bạo hành gia đình đến trạm y tế xã để được chăm sóc y tế. Tuy nhiên, nghiên cứu viên cảm thấy rằng các nhân viên y tế thôn bản/cộng tác viên dân số

---

<sup>16</sup> Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và Trung tâm Dân số - Trường đại học kinh tế quốc dân. 2004 Các phát hiện chính và các khuyến nghị (theo dõi các hoạt động tập huấn tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ, Chương trình hợp tác quốc gia 6, 2004). Hà Nội: 2004: NEUPC. tr. 30

<sup>17</sup> J. Bourk-Martignoni. nd. Violence Against Women in Vietnam: Report Prepared for the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. OMCT: Geneva; H. Rydstrom. 2003. "Encountering 'Hot' Anger: Domestic Violence in Contemporary Vietnam. Violence Against Women. tập. 9/6. tr. 676 – 697; Lê Thị. 2006. Phụ nữ độc thân ở Việt Nam. Hà Nội: Nhà xuất bản Thế Giới.

coi vai trò của họ đối với bạo hành gia đình chỉ là “thụ động” và “chữa cháy” khi chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và tư vấn cho người nữ.

Bằng chứng cho thấy sự can thiệp trực tiếp tới các tình huống bạo hành gia đình không phải là điều thường xảy ra, việc giao cho cảnh sát hay chính quyền địa phương giải quyết chỉ được thực hiện đối với các trường hợp nghiêm trọng đang diễn ra. Các cuộc thảo luận với người cung cấp dịch vụ cho thấy tư vấn về bạo hành gia đình chỉ giới hạn trong việc động viên các nạn nhân lựa theo hoàn cảnh và tránh các bối cảnh bạo lực chứ không hướng tới quyền được sống không sợ hãi, không bạo hành của người phụ nữ.

Báo cáo dự án gần đây của Ủy ban Quốc gia Dân số, Gia đình và Trẻ em Việt Nam ghi nhận các kết quả đạt được của các hoạt động trong các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản/kế hoạch hoá gia đình như sau<sup>18</sup>:

“Nhận thức, thái độ và hành vi liên quan tới chăm sóc sức khỏe sinh sản/kế hoạch hoá gia đình và bình đẳng giới vẫn rất hạn chế, đặc biệt trong nhóm nam giới [nguyên văn] và tại các vùng sâu, vùng xa và vùng dân tộc thiểu số nơi mà kiến thức của người dân thấp và các phong tục và tập quán lạc hậu vẫn còn tồn tại”

Trong cả ba mảng (quyền, bình đẳng giới và bạo hành gia đình) vẫn còn nhiều việc cần phải làm. Như các bài học kinh nghiệm từ các can thiệp đào tạo trong lĩnh vực y tế, đối với các trở ngại cản trở việc thực hiện thành công các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, nghiên cứu này đề xuất trọng tâm của đào tạo trong cả ba mảng trên cần dẫn đến kết quả không chỉ thuần túy là kiến thức về các sự kiện. Quan trọng hơn cần dẫn tới sự hiểu biết đầy đủ và cảm thông. Nghiên cứu này cũng đồng thời đề xuất là các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi không chỉ nêu bật về quyền của khách hàng, bình đẳng giới và giảm bạo hành gia đình. Các hoạt động còn cần tập trung nhiều hơn tới việc thảo luận các cơ chế thực tế để có thể đạt được các mục tiêu này.

Đi vào cụ thể, bạo hành gia đình thường có mối quan hệ với việc uống rượu<sup>19</sup>. Một số báo cáo của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc về các vấn đề của Chương trình quốc gia 6 đã có nhắc đến về mức độ uống rượu cao trong các nhóm xã hội khác nhau, đặc biệt trong số các dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, có rất ít dữ liệu trong lĩnh vực này. Những công trình nghiên cứu về bạo hành giới trong tương lai cần phải tiến hành nghiên cứu cả định tính và định lượng ở chất lượng cao để hiểu rõ hơn về hình thái của thói quen uống rượu, về việc uống rượu liên quan như thế nào với tổng thể văn hoá, việc các hình thái của thói quen uống rượu chuyển đổi như thế nào theo các thay đổi kinh tế và xã hội đang diễn ra ở Việt Nam. Chỉ khi hiểu rõ tình hình thì các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi mới định hướng tới vấn đề này như là một trong số các nguyên nhân quan trọng nhất của bạo hành giới.

<sup>18</sup> Ủy ban Quốc gia về Dân số, Gia đình và Trẻ em Việt Nam. 2006. Báo cáo cuối cùng VIE/01/P12. VCPFC: Hà Nội.

<sup>19</sup> G. Fordham. 2005. “Wise” Before Their Time: Young People, Gender-Based Violence and Pornography in Kandal Stung District. Phnom Penh: World Vision Cambodia.

### Tóm tắt

- Các vấn đề về quyền và bình đẳng giới được hiểu theo nghĩa hẹp nhất dẫn đến hậu quả là các kết quả bị hạn chế trong một phạm vi hẹp. Các khóa đào tạo và tập huấn nên mở rộng sự hiểu biết về các vấn đề này
- Các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi chống lại bạo hành gia đình chỉ có hiệu quả tối thiểu và gần một nửa số y tế thôn bản/cộng tác viên dân số không coi việc giải quyết vấn đề này là một phần quan trọng trong vai trò của họ. Vấn đề này cần được giải quyết thông qua tập huấn
- Trong việc giải quyết bạo hành gia đình của người cung cấp dịch vụ vai trò của họ chỉ giới hạn trong việc sơ cứu y tế và tư vấn - bị động hơn là chủ động. Cán động viên họ sử dụng phương pháp tích cực hơn
- Rượu có vai trò thúc đẩy bạo hành gia đình. Cần nghiên cứu để tìm cách giải quyết vấn đề này.

### Các phương tiện truyền thông đại chúng trong các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi



Ảnh: Đoàn Bảo Châu

Nhiều báo cáo của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và báo cáo khác cho thấy ở Việt Nam có rất nhiều dân tộc thiểu số và tỷ lệ biết chữ trong số họ nói chung rất thấp kể cả ngôn ngữ dân tộc họ và tiếng Việt. Chính điều này đã tạo ra khó khăn lớn đối việc phát triển các tài liệu thông tin giáo dục truyền thông/truyền thông thay đổi hành vi phù hợp. Quan trọng là mặc dù đa số công việc truyền thông thay đổi hành vi ở Việt Nam thường dựa vào “một kênh” phương tiện thông tin đại chúng cho các hoạt động đó, thông tin đại chúng, ấn phẩm, truyền thông trực tiếp với cá nhân v.v... Tuy nhiên, thực hành tốt nhất trong lĩnh vực này là sử dụng nhiều kênh can thiệp (củng cố lẫn nhau), thí dụ kết hợp giữa truyền thông trực tiếp với cá nhân, truyền thông sử dụng tranh lật phối hợp với phương tiện thông

tin điện tử để đạt được kết quả cao hơn nhiều so với các can thiệp sử dụng một kênh truyền thông<sup>20</sup>.

Các bước giải quyết việc thiếu các tài liệu thông tin giáo dục truyền thông cho các nhóm dân tộc thiểu số gồm việc phát triển một số tài liệu thông tin giáo dục truyền thông bằng ngôn ngữ dân tộc thiểu số, sử dụng tranh áp phích và các tờ gấp có ảnh phù hợp với các nhóm dân tộc thiểu số tương ứng. Tại một số huyện (như huyện Xin Mần) nơi tỷ lệ có tivi thấp và hạn chế về nguồn điện, phần lớn người dân không thạo tiếng Việt, các buổi thuyết trình truyền thông thay đổi hành vi bằng tiếng địa phương được tiến hành vào các ngày chợ phiên trong tuần. Các trạm y tế xã được cung cấp các băng cát xét về truyền thông thay đổi hành vi bằng tiếng địa phương. Tuy nhiên, thường có khó khăn về thiết bị cho các hoạt động này. Thí dụ tại xã Pa Vay Su cuộc nghiên cứu cho thấy các băng cát xét truyền thông thay đổi hành vi cung cấp cho trạm y tế xã không thể dùng được vì chưa được cung cấp máy cát xét.

### ***Các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi ở cấp thôn bản***

Đề xuất xây dựng các băng cát xét thông tin giáo dục truyền thông/truyền thông thay đổi hành vi bằng tiếng địa phương để tuyên truyền phổ biến các dịch vụ sức khỏe sinh sản tới các nhóm dân tộc thiểu số là đáng khen ngợi. Tuy nhiên có hai điểm cần cân nhắc về việc sử dụng các công nghệ hiện nay. Thứ nhất, hiện nay băng cát xét và máy cát xét đã là công nghệ lạc hậu, phụ thuộc vào nguồn pin thường không dùng được lâu và không có đồ thay thế thường xuyên. Thứ hai, băng cát xét và máy cát xét đều rất dễ vỡ, dễ hỏng ở các vùng sâu vùng xa, miền núi nơi rất ẩm ướt và nhiều bụi.

Cần nghiên cứu việc sử dụng các thiết bị bán dẫn nhỏ như máy nghe nhạc MP3 để chuyển tải các thông điệp thông tin giáo dục truyền thông/truyền thông thay đổi hành vi trong các nhóm dân tộc thiểu số vùng sâu. Nếu sử dụng loa tăng âm kích cỡ nhỏ, các thiết bị này sẽ có đủ âm lượng phát ra phục vụ cho cả số đông. Máy MP3 có nhiều thuận lợi thực tế hơn máy cát xét. Các thiết bị này rất rẻ ít tốn năng lượng và có khả năng thu phát cao hơn nhiều so với băng cát xét. Hơn thế, máy MP3 nhẹ, dễ vận chuyển, ít chịu ảnh hưởng do thời tiết thay đổi. Các yếu tố này sẽ có lợi cho các cộng đồng ở các huyện vùng sâu, miền núi, nơi mà các tuyên truyền viên và các tình nguyện viên sức khỏe sinh sản có thể phải đi bộ khá xa để tới các nhóm khách hàng. Nội dung của thông điệp có thể cập nhật dễ dàng hơn và hiệu suất cao hơn so với băng cát xét. Cần thử nghiệm các thiết bị này tại một vùng sâu như Hà Giang, đánh giá sự tiện dụng, tính hiệu quả tổng thể và khả năng chịu đựng các điều kiện khí hậu.

### ***Truyền thông thay đổi hành vi và việc sử dụng phương tiện thông tin đại chúng***

Các tuyên truyền viên và y tế thôn bản cho biết trong thời kỳ thực hiện Chương trình quốc gia 6 việc sử dụng các phương tiện thông tin điện tử phối hợp với các ấn phẩm truyền

---

<sup>20</sup> G. Laverack et al. 2003. "Transforming Information, Education and Communication in Vietnam," *Health Education*. tập. 103/6. tr. 366.

thông để phổ biến các thông tin dân số/kế hoạch hoá gia đình đã làm cho công việc của họ dễ dàng hơn. Họ cũng tỏ ra có nhận thức hơn về các vấn đề SKSS cơ bản. Điều này khiến họ dễ dàng thu hút mọi người tham gia trao đổi trong các buổi thảo luận đồng người<sup>21</sup>. Tại các vùng sâu như tỉnh Hà Giang nơi rất hạn chế tiếp cận tivi do nghèo khó hoặc do thiếu điện, các ngày chợ phiên được sử dụng làm nơi phổ biến các thông điệp về sức khoẻ sinh sản bằng các băng cát xét thu sẵn hoặc băng hình.

Khi tiến hành nghiên cứu thực địa tại tỉnh Hoà Bình, nhóm nghiên cứu may mắn do văn phòng dự án tỉnh Hoà Bình đã mời giám đốc đài truyền hình tỉnh tham gia cuộc họp giữa các nghiên cứu viên và các nhà quản lý cấp tỉnh. Nhờ có cuộc họp ban đầu này, nghiên cứu viên đã tổ chức một cuộc họp tiếp theo tại đài truyền hình tỉnh để tìm hiểu các lĩnh vực quan tâm. Tại cuộc họp này nhóm nghiên cứu được thông báo về hiệu quả phát thanh truyền hình tại nhiều tỉnh miền núi Việt Nam. Do địa hình miền núi của nhiều tỉnh, mạng lưới phát thanh truyền hình phải sử dụng nhiều trạm tiếp sóng để đảm bảo vùng phủ sóng, mỗi trạm tiếp sóng chỉ bao phủ được cho một “khu vực” địa lý hẹp. Đây là tình hình khác với nhiều nước nơi có địa hình bằng phẳng hơn, kết quả truyền dẫn sóng truyền hình từ mỗi cột phát sóng bao phủ được một khu vực khá rộng.

Phương thức phát thanh truyền hình ở Việt Nam cho phép “phủ sóng hẹp”, có nghĩa là cho phép xây dựng một số chương trình, hay một số thông điệp truyền thông chọn lọc cho một bộ phận công chúng cụ thể được xác định bởi các giá trị văn hoá, sở thích, đặc điểm nhân khẩu hoặc các yếu tố khác (thí dụ là thành viên của nhóm dân tộc). Việc phân đoạn nhóm khán giả giúp các chiến dịch truyền thông tránh được việc trình bày các nội dung thông điệp không phù hợp đồng thời tránh bỏ sót một số nhóm đối tượng quan trọng<sup>22</sup>. Đây là điều kiện tốt để Quỹ Dân số Liên hiệp quốc, Bộ y tế và các tổ chức phối hợp thực hiện và cải thiện các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi. Trong tình hình cụ thể của Việt Nam có rất nhiều nhóm thiểu số có văn hoá khác biệt, cần kết hợp các thông điệp chung và cả các thông điệp riêng cụ thể cho từng nhóm. Phát thanh truyền hình phạm vi hẹp không chỉ cho phép điều chỉnh thông điệp cho các dân tộc thiểu số sống trong mỗi huyện. Hơn nữa, nó có thể truyền đi một thông điệp truyền thông thay đổi hành vi dành riêng cho một huyện được xác định rất cụ thể, tạo ra cơ hội lý tưởng để tiến hành nghiên cứu tỉ mỉ về các thông điệp truyền thông thay đổi hành vi có hiệu quả nhất cho từng nhóm dân tộc cụ thể.

Phát thanh truyền hình trên diện hẹp như vậy cũng thích hợp để các nhóm thiểu số thuộc từng vùng của địa phương tham gia vào sản xuất các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi, thí dụ như HIV/AIDS, hướng tới các cộng đồng của họ. Điều này đã được thực hiện ở mức độ nhất định qua việc xây dựng các chương trình ngôn ngữ Hmông cho các cộng đồng người Hmông. Tuy nhiên, vấn đề này còn nhiều tiềm năng nhằm mở rộng truyền

---

<sup>21</sup> Bộ y tế. 2006. Báo cáo tiến độ dự án 2005 và báo cáo cuối kỳ VIE/01/P10 2002 – 2005. Bộ y tế: Hà Nội.

<sup>22</sup> G. Laverack et al. 2003. “Transforming Information, Education and Communication in Vietnam,” Health Education. Tập. 103/6. tr. 364.

thông thay đổi hành vi qua thông tin đại chúng hướng tới các nhóm thiểu số khác, cũng như tiến hành các nghiên cứu hỗ trợ.

### *Sản xuất tài liệu truyền thông thay đổi hành vi cho phương tiện thông tin đại chúng*

Một vấn đề quan trọng đối với việc sản xuất các tài liệu truyền thông thay đổi hành vi để sử dụng cho các dân tộc thiểu số tại các vùng xa là vấn đề chi phí sản xuất. Cán bộ y tế và dân số đã gợi ý nên ghi hình một số hoạt động thực hành trên thực địa. Thí dụ tại các tỉnh vùng xa như Hà Giang, có thể thu hình các tình nguyện viên đang thảo luận với các nhóm phụ nữ thôn bản bằng ngôn ngữ của họ, sau đó có thể sử dụng các băng hình này như là nguồn để mở rộng các thảo luận tương tự tại các thôn bản khác.

### *Tóm tắt*

- Cần sản xuất thêm các tài liệu truyền thanh về truyền thông thay đổi hành vi bằng ngôn ngữ dân tộc thiểu số - cần cố gắng để các thiết bị truyền thông được cung cấp cùng với các thông tin truyền thông.
- Hiện nay công nghệ cơ điện như băng cát xét cho các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi đã lạc hậu, và là công nghệ cần bảo dưỡng nhiều, có tuổi đời thấp hơn so với các công nghệ bán dẫn mới có nhiều thuận tiện hơn cho các tỉnh vùng sâu và miền núi. Cần nghiên cứu thí điểm việc sử dụng các công nghệ này
- Cách tổ chức kỹ thuật của hệ thống phát thanh truyền hình Việt Nam cho phép “phát thanh truyền hình trên diện hẹp” để hướng tới các nhóm đối tượng rất hẹp. Nên nghiên cứu sử dụng hệ thống này để đưa thông điệp tới từng nhóm dân tộc thiểu số. Quan trọng là hệ thống này cho phép nghiên cứu và thử nghiệm các thông điệp truyền thông khác nhau



## Kết luận

Đây là báo cáo về các bài học kinh nghiệm thu được từ các can thiệp cho cộng đồng của Chương trình quốc gia 6 dựa trên nghiên cứu định tính được thiết kế để hỗ trợ cho các nghiên cứu định lượng và các báo cáo hiện có thông qua bổ sung dữ liệu văn hoá xã hội nhằm phân tích chi tiết và toàn diện hơn các kết quả của chương trình. Báo cáo khẳng định các kết quả tích cực của Chương trình quốc gia 6, đặc biệt trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc khoẻ sinh sản tại Việt Nam. Qua việc xác định được những trở ngại đối với hiệu quả của chương trình trong các cộng đồng dân tộc thiểu số, báo cáo đề xuất các hoạt động để có thể đạt được kết quả thực hiện chương trình tốt hơn nữa.

Tóm lại, các chương trình quốc gia của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc đã chuyển hướng trọng tâm các hoạt động dân số tại Việt Nam từ việc giảm sinh sang chất lượng cuộc sống và sức khoẻ sinh sản. Khi trọng tâm này trở nên sâu rộng, các vấn đề như sức khoẻ sinh sản vị thành niên, bình đẳng giới, quyền khách hàng và bạo hành gia đình sẽ được ưu tiên hơn trong các hoạt động chương trình. Khi đó các dữ liệu cần thiết để phân tích và chuyển đổi các quá trình xã hội sẽ vượt ra ngoài phạm vi của nghiên cứu định lượng nếu đứng riêng rẽ. Hy vọng rằng báo cáo này sẽ là một minh hoạ cho cách phối hợp nghiên cứu định tính với nghiên cứu định lượng trong các lĩnh vực của chương trình nhằm tăng cường hiểu biết cũng như hiệu quả của việc triển khai thực hiện chương trình.

# Tài liệu tham khảo

- Belanger, D. 2006. "Indispensable Sons: Negotiating Reproductive Desires in Rural Viet Nam," *Gender, Place và Culture*. tập. 13/3. tr. 251 - 265.
- Belanger, D. và Khuat Thu Hong. 1999. "Single Women's experiences on sexual relationships and Abortion in Hanoi, Vietnam," *Reproductive Health Matters*. tập. 7/14. tr. 71 - 82
- Quỹ Dân số Liên hợp quốc/PATH. 2006. *Đánh giá nhanh nhu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại các tỉnh được Quỹ Dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ (Dự thảo)*. Quỹ dân số Liên hợp quốc: Hà Nội
- Bourk-Martignoni, J. nd. *Violence Against woman in Việt Nam: Report Prepared for the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women*. OMCT: Geneva
- Fishman, C., Evans, R. và Jenks, E. 1988. "Warm Bodies, Cool Milk: Conflicts in Post Partum Food Choice for Indochinese woman in California," *Social Science and Medicine*. tập. 26/11. tr. 1125 - 1132.
- Fordham, G. 2004. *A New Look at Thai AIDS: Perspectives From the Margin*. Berghahn: Oxford and New York
- Fordham, G. 2005. "Wise" Before Their Time: Young People, Gender-Based Violence và Pornography in Kandal Stung District. Phnom Penh: World Vision Cambodia.
- Gammeltoft, T. 2002. "Seeking Trust và Transcendence: Sexual Risk-Taking Among Vietnamese Youth," *Social Science and Medicine*. tập. 55. tr. 483 - 496
- Gladwell, M. 2000. *The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference*. London: Abacus.
- Ibrahim, J.E. 2001. Phenomenon of Quality và Health-Care: Snowball or an Avalanche??. *Journal of Quality in Clinical Practice*. tập. 21. tr. 40-42.
- Kane, T.T., Middleton, J. và Shapiro, K. 2000. *Strategic Appraisal of the Reproductive Health Programme of Vietnam*. Hanoi: Pathfinder International.
- Laverack, G. và Dao Huy Dap. 2003. "Transforming Information, Education và Communication in Việt Nam," *Health Education*. Vo. 103/6. tr. 363 - 369.
- Le Thi. 2006. *Phụ nữ độc thân ở Việt Nam*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thế Giới.
- Pranee Liamputtong. 1999. "Infant Feeding Practices: The Case of Hmong woman in Australia," *Health Care for women International*. tập. 23, tr. 33 - 48.
- Pranee Liamputtong. 2002. "Infant Weaning Practices Among Hmong woman in Melbourne," *Australian Journal of Primary Health - Interchange*. tập. 5/2, tr. 27 - 37.
- Rosenthal.R. 1986. "Media Violence, Antisocial Behaviour, and the Social Consequences of Small Effects," *Journal of Social Issues*. tập. 42/3.pp. 141 - 154.
- Rydstrom, H. 2003. "Encountering 'Hot' Anger: Domestic Violence in Contemporary Vietnam. *Violence Against Women*. tập. 9/6. tr. 676 - 697.

- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. nd. Chương trình 6 hỗ trợ nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam của Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Quỹ dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2003: Báo cáo khảo sát đầu kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khoẻ sinh tại 12 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Thực trạng cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh tại tỉnh Hà Giang. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Thực trạng cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh tại tỉnh Hoà Bình. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc. Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006: Báo cáo khảo sát cuối kỳ: Cung cấp và sử dụng các dịch vụ chăm sóc Sức khoẻ sinh tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ trong Chương trình quốc gia 6. Quỹ Dân số Liên hiệp quốc: Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc 2006. Báo cáo cuối cùng: Chương trình quốc gia 6 hợp tác giữa Việt Nam và Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (2001 - 2005). Quỹ dân số Liên hiệp quốc : Hà Nội.
- Quỹ Dân số Liên hiệp quốc và Trung tâm Dân số - Trường đại học kinh tế quốc dân. 2004 Các phát hiện chính và các khuyến nghị (theo dõi các hoạt động tập huấn tại 11 tỉnh được Quỹ dân số Liên hiệp quốc hỗ trợ, Chương trình hợp tác quốc gia 6, 2004). Hà Nội: 2004.
- Ủy ban Quốc gia về Dân số, Gia đình và Trẻ em Việt Nam. 2006. Báo cáo cuối cùng VIE/01/P12. VCPFC: Hà Nội.
- World Health Organization. 1994. The Development and Dissemination of Life Skills Education: An Overview. Geneva: WHO.

# NĂM 2007, QUỸ DÂN SỐ LIÊN HỢP QUỐC XUẤT BẢN CÁC BÁO CÁO VỀ THỰC HÀNH TỐT NHẤT VÀ CÁC BÀI HỌC KINH NGHIỆM SAU ĐÂY:



**1** Nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam  
Mời trợ của Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản



**2** Hướng tới Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ  
Đáp ứng của UNFPA đối với nhu cầu Lâm sàng an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh tại Việt Nam



**3** Kiến thức và hành vi của cộng đồng dân tộc thiểu số về sức khỏe sinh sản



**4** Đào tạo cho người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các tỉnh miền núi



**5** Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam  
Bảo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2003-2005



Tầng 1, Khu căn hộ Liên Hợp Quốc  
2E Vạn Phúc, Quận Ba Đình,  
Hà Nội, Việt Nam  
Tel: +84 4 823 6632  
Fax: +84 4 823 2822  
Website: <http://vietnam.unfpa.org>  
Email: [unfpa-fo@unfpa.org.vn](mailto:unfpa-fo@unfpa.org.vn)