BỘ Y TẾ

PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

TÀI LIỆU DÙNG CHO ĐÀO TẠO SINH VIÊN
BÁC SỸ Y HỌC DỰ PHÒNG

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

(TÀI LIỆU DÙNG CHO ĐÀO TẠO SINH VIÊN BÁC SỸ Y HỌC DỰ PHÒNG)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2014

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên:

GS. TS. Nguyễn Thanh Long
PGS. TS. Nguyễn Minh Sơn
PGS. TS. Lê Thị Hương

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. Đào Thị Minh An
ThS. Chu Quốc Ân
ThS. Hoàng Đình Cảnh
ThS. Bùi Hoàng Đức
TS. Lê Minh Giang
PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến
TS. Nguyễn Thúy Hạnh
PGS. TS. Bùi Vũ Huy
PGS. TS. Lê Thị Hương
TS. Phan Thị Thu Hương
BS. Ngô Việt Hùng
ThS. Nguyễn Văn Hùng
TS. Phạm Đức Mạnh
ThS. Vũ Thị Thu Nga
PGS. TS. Trần Như Nguyên
PGS. TS. Nguyễn Minh Sơn
TS. Trần Văn Sơn
ThS. Võ Hải Sơn
ThS. Nguyễn Thị Minh Tâm
ThS. Đỗ Hữu Thủy
ThS. Nguyễn Thị Thu Thủy
PGS. TS Nguyễn Vũ Trung
TS. Lê Thanh Vân

Thư ký biên soạn:

ThS. Bùi Thị Minh Hảo
ThS. BS. Vũ Thúy Phương
ThS. BS. Tạ Hoàng Giang

BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 407/QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 27 tháng 01 năm 2014*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành chương trình và tài liệu học phần "Phòng, chống HIV/AIDS" dùng cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Nghị định số 75/2006/NĐ-CP ngày 02/8/2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Giáo dục; Nghị định số 31/2011/NĐ-CP ngày 11/5/2011 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều qui định của Nghị định số 75/2006/NĐ-CP ngày 31/8/2006 của Chính phủ qui định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Giáo dục;

Căn cứ vào biên bản họp hội đồng chuyên môn thẩm định chương trình và tài liệu học phần "Phòng, chống HIV/AIDS" dùng cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng số 56/BB-K2ĐT ngày 7/6/2013;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành chương trình và tài liệu học phần "Phòng, chống HIV/AIDS" dùng cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng do Cục Phòng, chống HIV/AIDS tổ chức biên soạn.

Điều 2. Chương trình và Tài liệu học phần "Phòng, chống HIV/AIDS" dùng cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng được ban hành làm tài liệu giảng dạy thống nhất trong các cơ sở đào tạo nhân lực y tế trên toàn quốc.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh văn phòng Bộ; Cục trưởng: Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Cục Y tế dự phòng; Thủ trưởng các cơ sở được giao nhiệm vụ đào tạo sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng và các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Lê Quang Cường

Nơi nhận:
- Như điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Website Bộ Y tế;
- Lưu: VT, K2ĐT.

LỜI GIỚI THIỆU

Trải qua hơn 20 năm đương đầu với dịch HIV/AIDS, Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng khích lệ. Độ bao phủ các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS từ dự phòng tới chăm sóc và điều trị ngày càng được mở rộng; về cơ bản Việt Nam đã kiềm chế được tốc độ gia tăng của đại dịch, khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dưới 0,3%, đạt mục tiêu của Chính phủ đề ra. Tuy nhiên, dịch HIV/AIDS vẫn còn nhiều diễn biến phức tạp, để duy trì những thành quả trên cần có nguồn nhân lực đủ về số lượng và đảm bảo về chất lượng.

Theo kết quả khảo sát của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế về công tác giảng dạy HIV/AIDS cho sinh viên tại các trường đại học y, dược cho thấy: trường có giờ giảng nhiều nhất là 22 tiết, trong đó có 14 tiết lý thuyết và 8 tiết thực hành rải rác ở các bộ môn. Bên cạnh đó, tài liệu đào tạo chưa được chuẩn hóa để sử dụng chung trong toàn quốc, chủ yếu do giáo viên tự biên soạn, thiếu tài liệu tham khảo cho giảng viên và sinh viên.

Sách "Phòng, chống HIV/AIDS" dùng cho đào tạo sinh viên hệ bác sỹ Y học dự phòng được biên soạn dựa vào nhu cầu và khung chương trình đào tạo sinh viên hệ bác sỹ Y học dự phòng. Sách được các nhà giáo, các chuyên gia giàu kinh nghiệm trong công tác phòng, chống HIV/AIDS biên soạn, bao gồm kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, cập nhật các văn bản hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và quan điểm chỉ đạo của Đảng, Chính phủ đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam hiện nay. Tài liệu đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy-học của Bộ Y tế thẩm định. Bộ Y tế quyết định ban hành làm tài liệu giảng dạy về HIV/AIDS cho sinh viên hệ bác sỹ Y học dự phòng trong toàn quốc.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các thầy, cô của trường Đại học Y Hà Nội, các chuyên gia đã dành nhiều công sức và tâm huyết để hoàn thành cuốn sách này. Nhân dịp này Bộ Y tế xin cảm ơn Tổ chức Sức khỏe gia đình quốc tế (FHI 360), Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC), Kế hoạch Cứu trợ Khẩn cấp HIV/AIDS của Tổng thống Hoa Kỳ (PEPFAR) đã hỗ trợ kỹ thuật, kinh phí trong quá trình biên soạn và xuất bản cuốn sách.

Lần đầu tiên xuất bản cuốn sách, mặc dù các tác giả đã rất cố gắng nhưng không thể tránh khỏi những thiếu sót, Ban biên soạn rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của quý độc giả để lần tái bản sau được hoàn thiện hơn.

TM. BAN BIÊN SOẠN

GS. TS. NGUYỄN THANH LONG
Thứ trưởng Bộ Y tế

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU

1. Mục đích của cuốn tài liệu

Sách "Phòng, chống HIV/AIDS" - dùng cho đào tạo sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng nhằm mục đích cung cấp những kiến thức cơ bản về phòng, chống HIV/AIDS cho sinh viên để sau khi ra trường có khả năng đáp ứng được các công việc cụ thể về phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam.

2. Đối tượng sử dụng tài liệu

Cuốn sách này được biên soạn chủ yếu dành cho:

– Sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng tại các trường đại học y, dược trong toàn quốc.

– Giảng viên giảng dạy y về HIV/AIDS cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng tại các trường đại học y, dược trong toàn quốc.

– Các giảng viên và sinh viên khác quan tâm đến lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS có thể tham khảo.

– Những người khác có quan tâm đến công tác phòng, chống HIV/AIDS.

3. Cách sử dụng tài liệu

Cuốn sách này được biên soạn ưu tiên cho giảng viên và sinh viên hệ bác sỹ dự phòng trong quá trình giảng dạy và học tập về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, các giảng viên, sinh viên và các đối tượng khác có thể sử dụng để tham khảo.

– Đối với các giảng viên: cuốn sách này được sử dụng tài liệu giảng dạy hoặc tham khảo khi giảng dạy về HIV/AIDS cho sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng.

– Đối với sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng: cuốn sách này được sử dụng để học tập, nâng cao kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS.

Lưu ý rằng, trong quá trình sử dụng, một số nội dung kiến thức trong cuốn sách này có thể thay đổi do tiến bộ trong công tác dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Do đó, người sử dụng tài liệu, đặc biệt là giảng viên cần phải cập nhật thường xuyên.

4. Nội dung chủ yếu của tài liệu

Tài liệu này gồm 14 bài, trong đó đề cập đến các nội dung như: dịch tễ học về HIV/AIDS; công tác giám sát, theo dõi và đánh giá dịch HIV/AIDS; các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV; tư vấn xét nghiệm HIV/AIDS; các kỹ thuật xét nghiệm HIV; tổng quan về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS; kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS; giới thiệu các văn bản quy phạm pháp luật về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS và tổng quan về Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.

Chúc các bạn thành công !

THAY MẶT NHÓM TÁC GIẢ

PGS. TS. Nguyễn Minh Sơn

CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ALT	Alanine Aminotransferase Men gan vận chuyển acid amin Alanine
ARV	Antiretrovirus Thuốc kháng virus
ARN	Acid ribonucleic
BCS	Bao cao su
BKT	Bơm kim tiêm
BYT	Bộ Y tế
CDC	Center for Diseases Control Trung tâm Dự phòng và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ
CSTN	Chăm sóc tại nhà
ELISA	Enzyme linked immuno – assay Xét nghiệm miễn dịch gắn men
FDA	Food and Drug Administration Cục Quản lí Thuốc và Thực phẩm Hoa Kỳ
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy Điều trị kháng virus hoạt lực cao
HBV	Hepatitis B virus Viêm gan virus B
HCV	Hepatitis C virus Viêm gan virus C
IRIS	Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome Hội chứng viêm do phục hồi miễn dịch
LTMC	Lây truyền mẹ con
MSM	Men who have Sex with Men Nam có quan hệ tình dục với nam
NCMT	Nghiện chích ma túy
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
NVYT	Nhân viên y tế

PCR	Polimerase Chain Reaction Phản ứng khuếch đại miễn dịch men
PITC	Provider-initiated HIV Testing & Counselling Tư vấn xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất
PKNT	Phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS
PNBD	Phụ nữ bán dâm
QHTD	Quan hệ tình dục
RT	Reverse Transcriptase Men sao chép ngược
SERODIA	Xét nghiệm ngưng kết hạt vi lượng
STD	Sexually Transmitted Diseases Các bệnh lây truyền qua đường tình dục
TTVĐĐ	Tuyên truyền viên đồng đẳng
TVXN HIV	Tư vấn xét nghiệm HIV
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về phòng, chống HIV/AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization Tổ chức Văn hoá, Khoa học - Giáo dục của Liên hợp quốc
UNFPA	United Nations Population Fund Quỹ Dân số Liên hợp quốc
UNICEF	United Nations Children's Fund Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
VCT	Voluntary Counselling And Testing Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
WHO	World Health Organisation Tổ chức Y tế thế giới

MỤC LỤC

Lời giới thiệu 3
Hướng dẫn sử dụng tài liệu 4
Các chữ viết tắt 5
DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS 17
1. Một số khái niệm cơ bản về dịch tễ học HIV/AIDS 17
1.1. HIV 17
1.2. AIDS 17
1.3. Dịch tễ học HIV/AIDS 17
2. Dịch tễ học nhiễm HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam 17
2.1. Dịch tễ học HIV/AIDS trên thế giới 17
2.2. Dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam 19
3. Các giai đoạn diễn biến tự nhiên của HIV 22
3.1. Khái niệm về diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV 22
3.2. Các giai đoạn nhiễm HIV 22
4. Các đường lây truyền và không lây truyền HIV 23
4.1. Các đường lây truyền HIV 23
4.2. Các đường không lây truyền HIV 25
5. Các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV 26
5.1. Dự phòng lây nhiễm HIV qua đường tình dục 26
5.2. Dự phòng lây nhiễm HIV qua đường máu 26
5.3. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con 28
CÁC YẾU TỐ KINH TẾ - XÃ HỘI VÀ DỊCH HIV/AIDS 31
1. Ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế - xã hội đến dịch HIV/AIDS 31
1.1. Ảnh hưởng của phát triển kinh tế tới nhiễm HIV 31
1.2. Giáo dục, trình độ học vấn và HIV/AIDS 33
1.3. Phát triển kinh tế và sự thay đổi lối sống của thanh niên và HIV/AIDS 34
1.4. Một số yếu tố xã hội khác có ảnh hưởng đến HIV 34
1.5. Điều kiện kinh tế - xã hội và điều trị HIV 35
2. Sự tác động của dịch HIV/AIDS đối với kinh tế - xã hội 35
2.1. Tác động của HIV/AIDS đến các vấn đề nhân khẩu học 36
2.2. Tác động của HIV/AIDS đối với tăng trưởng và phát triển kinh tế 37
2.3. Tác động của HIV/AIDS đối với các vấn đề xã hội 39
3. Các hiện tượng xã hội đặc biệt làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS 40
3.1. Sử dụng, buôn bán ma túy và các chất gây nghiện 40
3.2. Mại dâm 42
3.3. Quan hệ tình dục đồng giới 42

KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS 47
1. Khái niệm về kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS 47
1.1. Khái niệm về kỳ thị và phân biệt đối xử 47
1.2. Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS 48
2. Biểu hiện của sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS tại Việt Nam 48
2.1. Tại gia đình 49
2.2. Tại cộng đồng 49
2.3. Tại nơi làm việc 49
2.4. Tại trường học 50
2.5. Tại các cơ sở y tế 51
3. Nguyên nhân của sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS 51
3.1. Do đặc điểm của dịch bệnh HIV/AIDS 51
3.2. Do hiểu biết hạn chế về HIV/AIDS 51
3.3. Do những hạn chế trong truyền thông về HIV/AIDS 52
3.4. Do đặc điểm tâm lý - xã hội 53
3.5. Do sự bất bình đẳng về giới 54
4. Hậu quả của sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS 55
4.1. Hậu quả đối với cá nhân và gia đình 55
4.2. Hậu quả đối với cộng đồng và xã hội 57
5. Chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS 58
5.1. Cơ sở để xây dựng chiến lược chống kỳ thị và phân biệt đối xử 58
5.2. Một số biện pháp chính chống kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS 61
MỘT SỐ ĐIỂM CƠ BẢN CỦA LUẬT PHÒNG, CHỐNG NHIỄM VIRUS GÂY RA HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI Ở NGƯỜI (HIV/AIDS) 69
1. Sự cần thiết phải ban hành luật phòng, chống HIV/AIDS 69
1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam 69
1.2. Tình hình xây dựng, ban hành và thực thi pháp luật về phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam 69
2. Nội dung cơ bản của luật 71
2.1. Chương I - Những quy định chung 71
2.2. Chương II - Các biện pháp xã hội trong phòng, chống HIV/AIDS 73
2.3. Chương III - Các biện pháp về chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS 74
2.4. Chương IV - Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV 75
2.5. Chương V - Các điều kiện bảo đảm trong việc thực hiện biện pháp phòng, chống HIV/AIDS 76
2.6. Chương VI. Điều khoản thi hành 77
3. Một số chế tài xử lý hành chính vi phạm luật phòng, chống HIV/AIDS **77**
3.1. Tại Bộ Luật hình sự 77

3.2. Tại Nghị định số 69/2011/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính về y tế dự phòng, môi trường y tế và phòng, chống HIV/AIDS 77

TỔNG QUAN VỀ CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS ĐẾN NĂM 2020 VÀ TẦM NHÌN 2030 81

1. Cơ sở ban hành chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 81

1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam 81

1.2. Kết quả thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 81

2. Nội dung chính của chiến lược quốc gia phòng, chống đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 82

2.1. Quan điểm chỉ đạo của Chiến lược 82

2.2. Mục tiêu của Chiến lược 83

2.3. Tầm nhìn đến 2030 83

2.4. Giải pháp thực hiện Chiến lược 83

2.5. Các đề án để thực hiện Chiến lược 86

GIÁM SÁT DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS 87

1. Đại cương về giám sát dịch tễ học 87

1.1. Định nghĩa giám sát dịch tễ học (GSDTH) 87

1.2. Mục tiêu của giám sát dịch tễ học 88

1.3. Nguyên tắc của giám sát dịch tễ học 88

1.4. Các phương pháp giám sát dịch tễ học 88

2. Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS 89

2.1. Mục đích của giám sát dịch tễ học HIV/AIDS 89

2.2. Hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam 89

2.3. Các phương pháp giám sát dịch tễ học HIV/AIDS hiện đang áp dụng tại Việt Nam 90

3. Phân tích số liệu giám sát dịch HIV/AIDS 92

3.1. Các căn cứ phân tích số liệu 92

4. Sử dụng và phổ biến số liệu giám sát dịch tễ học HIV/AIDS 93

4.1. Sử dụng số liệu giám sát dịch tễ học HIV/AIDS 93

4.2. Phổ biến số liệu giám sát dịch tễ học HIV/AIDS 94

TRUYỀN THÔNG THAY ĐỔI HÀNH VI DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV 97

1. Khái niệm, vai trò và nguyên tắc của truyền thông thay đổi hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS 97

1.1. Một số khái niệm có liên quan 97

1.2. Vai trò của truyền thông thay đổi hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS 98

1.3. Các nguyên tắc cơ bản trong truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm HIV 98

2. Các yếu tố của quá trình truyền thông thay đổi hành vi dự phòng lây nhiễm HIV 99

2.1. Người truyền/nguồn truyền 100

2.2. Người nhận/đối tượng truyền thông 100
2.3. Thông điệp và nội dung truyền thông 101
2.4. Kênh và phương tiện truyền thông 103
2.5. Phản hồi 104
2.6. Nhiễu 110
3. Phân tích các yếu tố truyền thông trong truyền thông thay đổi hành vi đối với một số nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao 110
3.1. Đối với nhóm nghiện chích ma túy 110
3.2. Nhóm phụ nữ bán dâm 111
3.3. Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) 112
CAN THIỆP GIẢM TÁC HẠI TRONG DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV 115
1. Đại cương về giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV 115
1.1. Các biện pháp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV 115
1.2. Nhân viên tiếp cận cộng đồng 116
1.3. Tuyên truyền viên đồng đẳng 116
1.4. Đặc điểm của tiếp cận giảm tác hại 116
1.5. Đối tượng áp dụng các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV 117
1.6. Bằng chứng về tác động của các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV 117
2. Các chương trình can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam 119
2.1. Chương trình, dự án cung cấp và hướng dẫn sử dụng bao cao su 119
2.2. Chương trình, dự án cung cấp và hhướng dẫn sử dụng bơm kim tiêm sạch 120
2.3. Chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế 120
2.4. Các thách thức đối với chương trình can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam 121
3. Một số văn bản liên quan đến lĩnh vực can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV 121
TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV 123
1. Tổng quan về tư vấn 123
1.1. Khái niệm về tư vấn 123
1.2. Mục đích của tư vấn 124
1.3. Phẩm chất cần có của một tư vấn viên tốt 124
1.4. Các bước tiến hành trong một buổi tư vấn 125
2. Tư vấn xét nghiệm HIV 125
2.1. Một số khái niệm 125
2.2. Lợi ích của tư vấn xét nghiệm HIV 126
2.3. Nguyên tắc chung của tư vấn xét nghiệm HIV 127
2.4. Quy trình và nội dung tư vấn xét nghiệm HIV 128

2.5. Tư vấn cho một số đối tượng cụ thể 130
2.6. Các hình thức tư vấn xét nghiệm HIV hiện đang áp dụng tại Việt Nam 132
3. Các kỹ năng tư vấn cơ bản 135
3.1. Tham gia cùng 135
3.2. Lắng nghe 135
3.3. Thông cảm đúng mực 137
3.4. Đặt câu hỏi thăm dò 137
3.5. Tóm tắt 138
3.6. Giao tiếp 138
4. Các văn bản quy phạm pháp luật chính liên quan đến tư vấn, xét nghiệm HIV/AIDS 138
CÁC XÉT NGHIỆM ÁP DỤNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS 143
1. Cơ sở lý thuyết để xác định các xét nghiệm trong chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS 143
1.1. Đặc điểm virus học của HIV 143
1.2. Tóm tắt quá trình xâm nhập và nhân lên của HIV 146
1.3. Một số đặc điểm miễn dịch học của nhiễm HIV 147
2. Các phương pháp xét nghệm ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS 148
2.1. Các phương pháp xét nghiệm ứng dụng trong chẩn đoán xác định nhiễm HIV 148
2.2. Các phương pháp xét nghiệm trong theo dõi, đánh giá và tiên lượng điều trị HIV/AIDS 156
3. Các văn bản quy phạm pháp luật chính có liên quan đến xét nghiệm trong chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS 157
3.1. Văn bản của Quốc hội, Chính phủ 157
3.2. Văn bản của Bộ Y tế 157
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS 161
1. Tổng quan về chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS 161
1.1. Sơ lược tình hình điều trị HIV/AIDS trên thế giới 161
1.2. Tổng quan về điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam 161
2. Chẩn đoán và phân giai đoạn nhiễm HIV 163
2.1. Chẩn đoán nhiễm HIV 163
2.2. Phân giai đoạn nhiễm HIV 163
2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS) 165
3. Điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV (ARV- anti retroviral) 166
3.1. Cơ sở lí thuyết của điều trị bằng thuốc kháng HIV 166
3.2. Các nhóm thuốc ARV được sử dụng tại Việt Nam 166
3.3. Mục đích và nguyên tắc điều trị ARV 167
3.4. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV 168
3.5. Các phác đồ điều trị hiện nay ở Việt Nam 168

4. Theo dõi điều trị ARV 171
4.1. Theo dõi diễn biến điều trị 171
4.2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc ARV 171
4.3. Hội chứng viêm do phục hồi miễn dịch 172
4.4. Đánh giá tuân thủ điều trị 173
4.5. Phát hiện và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội 173
4.6. Phát hiện thất bại điều trị 174
DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON 177
1. Đại cương về lây truyền HIV từ mẹ sang con 177
1.1. Tình hình nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ và trẻ em 177
1.2. Lây truyền HIV từ mẹ sang con 178
1.3. Tác động qua lại giữa mẹ, con và HIV 179
1.4. Các yếu tố làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con 179
2. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con 180
2.1. Bốn thành tố trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con 180
2.2. Dự phòng sớm lây truyền HIV cho phụ nữ 181
2.3. Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV 181
2.4. Can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai/phụ nữ mang thai nhiễm HIV 182
2.5. Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho cặp mẹ và con sau sinh 188
CHĂM SÓC NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI NHÀ VÀ CỘNG ĐỒNG 191
1. Đại cương về công tác chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và tại cộng đồng 191
1.1. Khái niệm về chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và tại cộng đồng 191
1.2. Tầm quan trọng của công tác chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng 192
1.3. Những người có thể làm nhân viên chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và tại cộng đồng 193
2. Các nguyên tắc cơ bản trong chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và tại cộng đồng 194
2.1. Tự nguyện 194
2.2. Bảo mật 195
2.3. Phát huy tiềm năng và nâng cao năng lực của người nhiễm HIV và cộng đồng 195
2.4. Lấy gia đình làm trọng tâm 195
2.5. Đảm bảo chất lượng 196
2.6. Cung cấp chăm sóc trong khả năng và quyền hạn 196
4. Những phẩm chất cần có của nhân viên chăm sóc tại nhà 196
5. Nhiệm vụ của nhân viên chăm sóc tại nhà 197
5.1. Tư vấn và kết nối người nhiễm HIV chưa được tiếp cận điều trị đến đăng ký khám và điều trị tại cơ sở cung cấp điều trị HIV/AIDS 198
5.2. Gây dựng tinh thần tự chủ/thực hành lối sống tích cực cho người nhiễm HIV/AIDS 198
5.3. Chăm sóc dinh dưỡng cho người nhiễm HIV/AIDS 198

5.4. Chăm sóc vệ sinh và khống chế nhiễm khuẩn 198
5.5. Chăm sóc y tế 199
5.6. Hỗ trợ tuân thủ điều trị bằng ARV 199
5.7. Nhận biết các dấu hiệu bệnh tật nặng, nguy hiểm 199
5.8. Chuyển tiếp, chuyển tuyến người nhiễm HIV/AIDS 199
5.9. Kết nối các nguồn hỗ trợ xã hội đến với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ 199
5.10. An ủi, hỗ trợ tinh thần cho người nhiễm HIV/AIDS và gia đình 200
5.11. Hỗ trợ về tâm linh 200
5.12. Chăm sóc cuối đời 200
6. Các bước chuẩn bị và thực hiện một buổi chăm sóc tại nhà 200
6.1. Chuẩn bị trước khi đi chăm sóc tại nhà 200
6.2 Trong khi chăm sóc tại nhà 200
6.3. Sau khi chăm sóc tại nhà 202
DỰ PHÒNG CHUẨN VÀ XỬ TRÍ SAU PHƠI NHIỄM NGHỀ NGHIỆP VỚI HIV 205
1. Lịch sử vấn đề 205
2. Tình hình phơi nhiễm nghề nghiệp với máu và dịch thể bệnh nhân của nhân viên y tế 206
2.1. Tình hình phơi nhiễm nghề nghiệp với máu trên thế giới 206
2.2. Tình hình phơi nhiễm nghề nghiệp với máu tại Việt Nam 207
3. Dự phòng chuẩn 208
3.1. Nguyên tắc của dự phòng chuẩn 208
3.2. Nội dung chính của dự phòng chuẩn 209
4. Dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp với HIV 211
4.1. Phơi nhiễm với HIV 211
4.2. Kế hoạch theo dõi sau phơi nhiễm 216
5. Một số văn bản quy phạm pháp luật, văn bản hướng dẫn chuyên môn liên quan đến dự phòng phơi nhiễm HIV 216

DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được một số khái niệm cơ bản về dịch tễ học HIV/AIDS.

2. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam.

3. Mô tả được các giai đoạn diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV/AIDS.

4. Trình bày được các đường lây truyền và không lây truyền HIV.

5. Trình bày được các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV.

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS

1.1. HIV

HIV là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh (Human Immunodeficiency Virus) chỉ loại virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người. Khi xâm nhập vào cơ thể HIV sẽ phá hủy dần hệ thống miễn dịch làm cho cơ thể mất khả năng chống lại bệnh tật.

1.2. AIDS

AIDS là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh (Acquered Immuno Deficiency Syndrome) có nghĩa là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải. Viết tắt theo tiếng Pháp là SIDA (Syndrome de Immuno Deficience Acquise), dùng để chỉ giai đoạn cuối của quá trình nhiễm HIV, ở giai đoạn này hệ thống miễn dịch của cơ thể đã suy yếu nên người nhiễm HIV dễ dàng mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội (như viêm phổi, lao, viêm da, lở loét toàn thân...) hoặc ung thư, suy kiệt... Những bệnh này nặng dần lên và có thể gây tử vong cho bệnh nhân.

1.3. Dịch tễ học HIV/AIDS

Cũng giống như dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm khác, dịch tễ học HIV/AIDS là nghiên cứu sự phân bố tần số mắc HIV và/hoặc chết do HIV/AIDS (theo ba đặc trưng con người, không gian và thời gian) cùng với các yếu tố quy định sự phân bố đó trong quần thể người để từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp thích hợp.

2. DỊCH TỄ HỌC NHIỄM HIV/AIDS TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

2.1. Dịch tễ học HIV/AIDS trên thế giới

Theo báo cáo cập nhật dịch HIV/AIDS toàn cầu năm 2011 do Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) công bố ngày 20/11/2012, thì trong năm 2011 (năm thứ 30 của cuộc chiến chống lại HIV) vẫn có 2,5 triệu người mới nhiễm HIV và 1,7 triệu người chết do AIDS. Như vậy, tính từ đầu vụ dịch (1981) đến nay (cuối năm 2011)

trên toàn thế giới đã có khoảng 64 triệu người nhiễm HIV, trong đó có gần 30 triệu người đã chết do các bệnh có liên quan đến AIDS và 34 triệu người nhiễm HIV đang còn sống ở tất cả các khu vực trên khắp hành tinh.

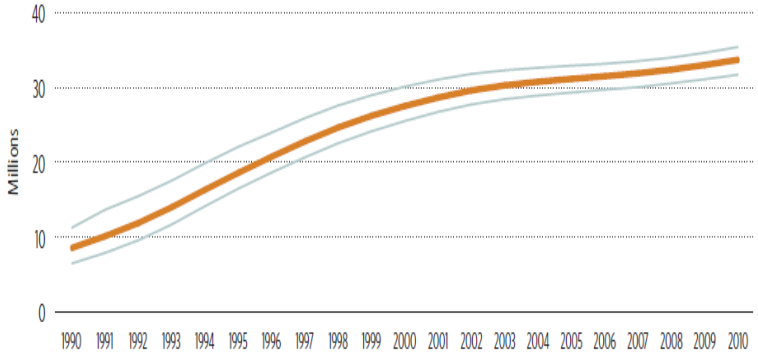
Những số liệu trên được thu thập từ 186/193 (96%) quốc gia thành viên của Liên hợp quốc. Điều này có nghĩa là đến nay, dịch HIV/AIDS đã lan rộng trên phạm vi toàn cầu. 96% số quốc gia thành viên của Liên hợp quốc có báo cáo về dịch HIV/AIDS

Bảng 1.1. Số liệu về mắc và tử vong do HIV/AIDS ở người lớn và trẻ em theo các khu vực trên thế giới đến cuối năm 2011

Khu vực	Số hiện nhiễm	Số mới nhiễm	Số chết do AIDS
Cận Sahara châu Phi	23,5 triệu	1,8 triệu	1,2 triệu
Bắc Phi và Trung Đông	300.000	35.000	23.000
Đông Á	830.000	89.000	59.000
Châu Đại dương	53.000	2.900	1.300
Mỹ La tinh	1,4 triệu	83.000	54.000
Ca ri bê	230.000	13.000	10.000
Đông Âu và Trung Á	1,4 triệu	140.000	92.000
Bắc Mỹ	1,4 triệu	51.000	21.000
Tây và Trung Âu	900.000	30.000	7.000
Nam và Đông Nam Á	4,0 triệu	280.000	250.000
Tổng	***34,013 triệu***	***2,5 triệu***	***1,7 triệu***

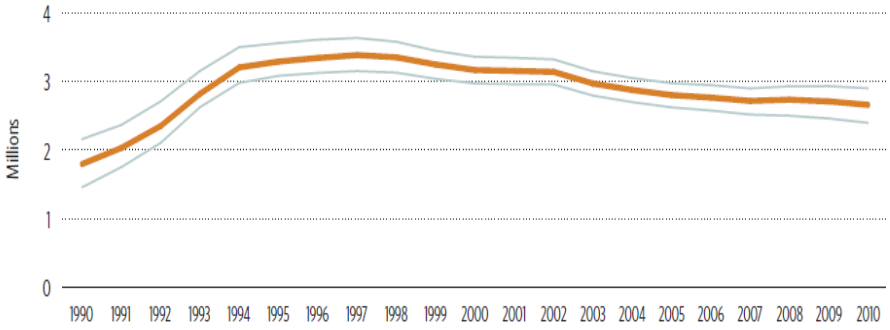
(Nguồn: Báo cáo UNAIDS 2012)

Khoảng một nửa số người nhiễm HIV bị nhiễm bệnh trước 25 tuổi và AIDS là nguyên nhân tử vong phổ biến thứ hai ở độ tuổi 20-24. Đại đa số người nhiễm HIV sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Khu vực Cận Sahara của châu Phi chiếm 69% (23,5 triệu) tổng số người nhiễm HIV/AIDS còn sống của thế giới. Khu vực Nam và Đông Nam Á (trong đó có Việt Nam) có số hiện nhiễm HIV cao thứ hai thế giới (4,0 triệu).



Biểu đồ 1.1. Số người nhiễm HIV còn sống trên toàn cầu, 1990–2010

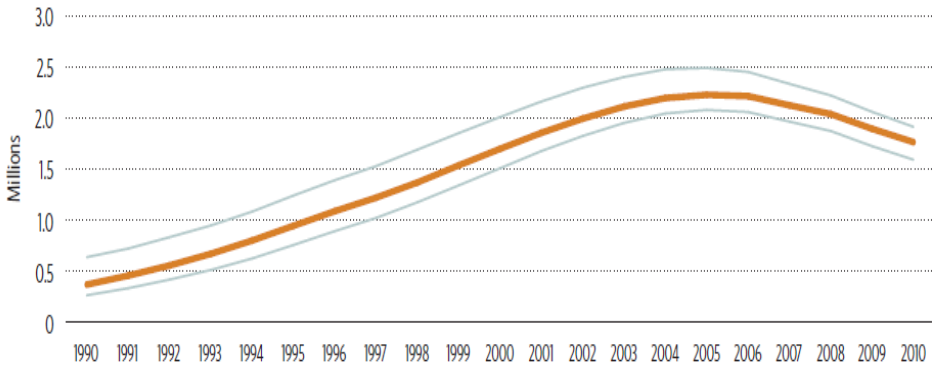
(Nguồn: GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. WHO, UNAIDS, UNICEF 2011)



Biểu đồ 1.2. Số người nhiễm mới HIV trên toàn cầu, 1990–2010

(Nguồn: GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. WHO, UNAIDS, UNICEF 2011)

Ước tính mỗi ngày trên thế giới có khoảng 14 nghìn người nhiễm HIV mới, trong đó trên 90% xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Đại dịch HIV/AIDS không loại trừ bất kỳ quốc gia nào, dù là nước có tiềm lực kinh tế, khoa học kỹ thuật tiên tiến như Mỹ, Pháp, Đức, Anh,... hay các nước kém phát triển như Zimbabwe, Nigeria... Một nước bị HIV tàn phá nặng nề nhất ở châu Phi đó là Uganda, cứ 5 người dân thì có một người bị nhiễm HIV.

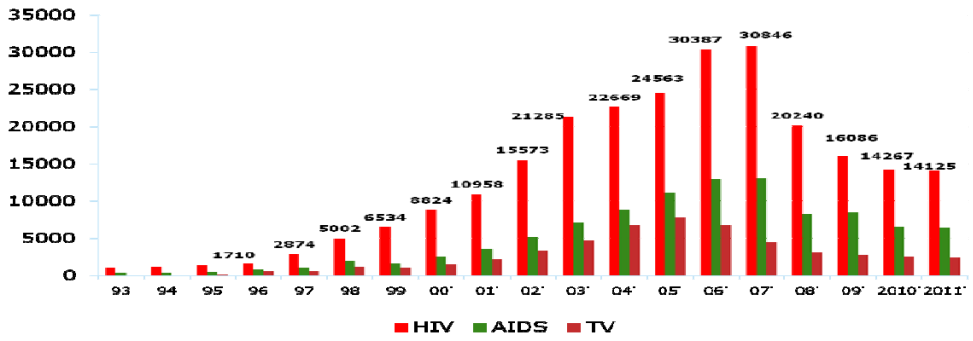


Biểu đồ 1.3. Số người tử vong do AIDS trên toàn cầu, 1990–2010

(Nguồn: GLOBAL HIV/AIDS RESPONSE Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. WHO, UNAIDS, UNICEF 2011)

2.2. Dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam

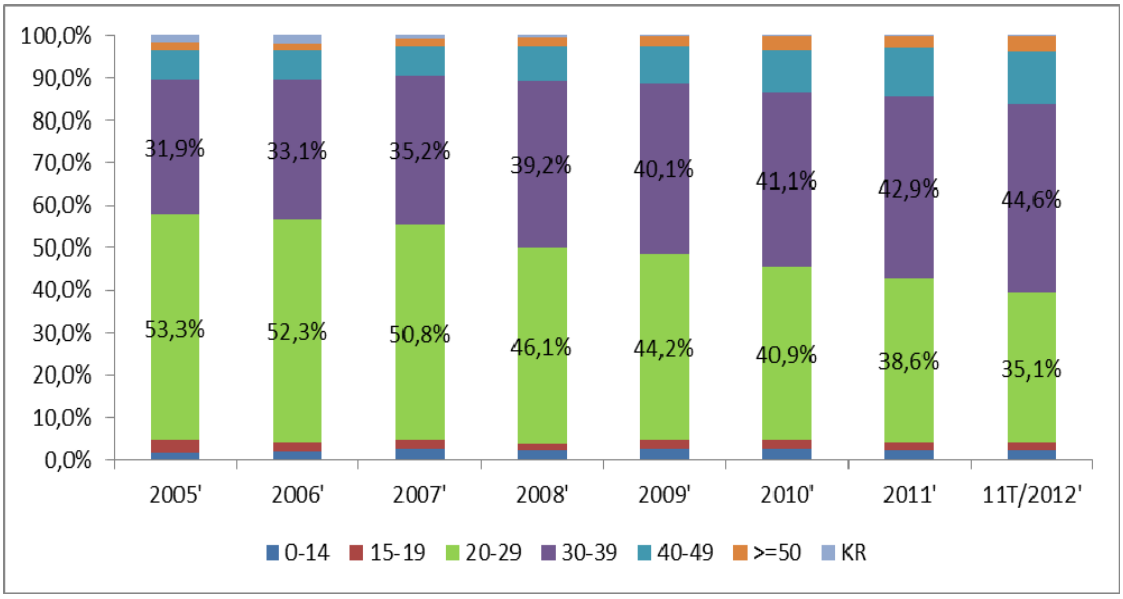
Tại Việt Nam, ca nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên là vào tháng 12 năm 1990, tại thành phố Hồ Chí Minh. Tính đến ngày 31/12/2012 cả nước có 208.866 người nhiễm HIV được phát hiện, đang còn sống và được báo cáo, trong đó có 59.839 bệnh nhân AIDS và từ đầu vụ dịch (1990) đến nay Việt Nam đã có 62.184 người tử vong do HIV/AIDS. Tỷ suất nhiễm HIV trên toàn quốc là khoảng 218/100.000 dân, 100% tỉnh/thành phố, 98,7% quận/huyện và 79% xã/phường đã có người nhiễm HIV/AIDS được phát hiện và được báo cáo. *(Cục Phòng, chống HIV/AIDS Bộ Y tế)*



Biểu đồ 1.4. Số người nhiễm HIV/AIDS, tử vong báo cáo qua các năm

Trong những năm 1990 - 1997 của thế kỷ trước, số người nhiễm HIV mới được phát hiện hàng năm ở Việt Nam còn tương đối thấp (khoảng dưới 5.000 người), nhưng từ 1998 số người nhiễm tăng nhanh và đạt đỉnh cao nhất vào năm 2007 là 30.856 người nhiễm HIV được phát hiện và được báo cáo trong năm. Sau đó, từ năm 2008 trở lại đây, dịch HIV/AIDS ở Việt Nam có chiều hướng suy giảm, thể hiện ở số người mới nhiễm HIV được phát hiện và báo cáo năm sau ít hơn năm trước.

Phân tích sự phân bố người nhiễm HIV theo giới năm 2011 cho thấy, nam giới chiếm 69%, nữ giới chiếm 31%. So sánh cùng kỳ năm 2010, tỷ lệ này giảm khoảng 2% ở nhóm nam và tăng gần 2% ở nhóm nữ giới, tỷ trọng người nhiễm HIV là nữ giới có xu hướng tăng.



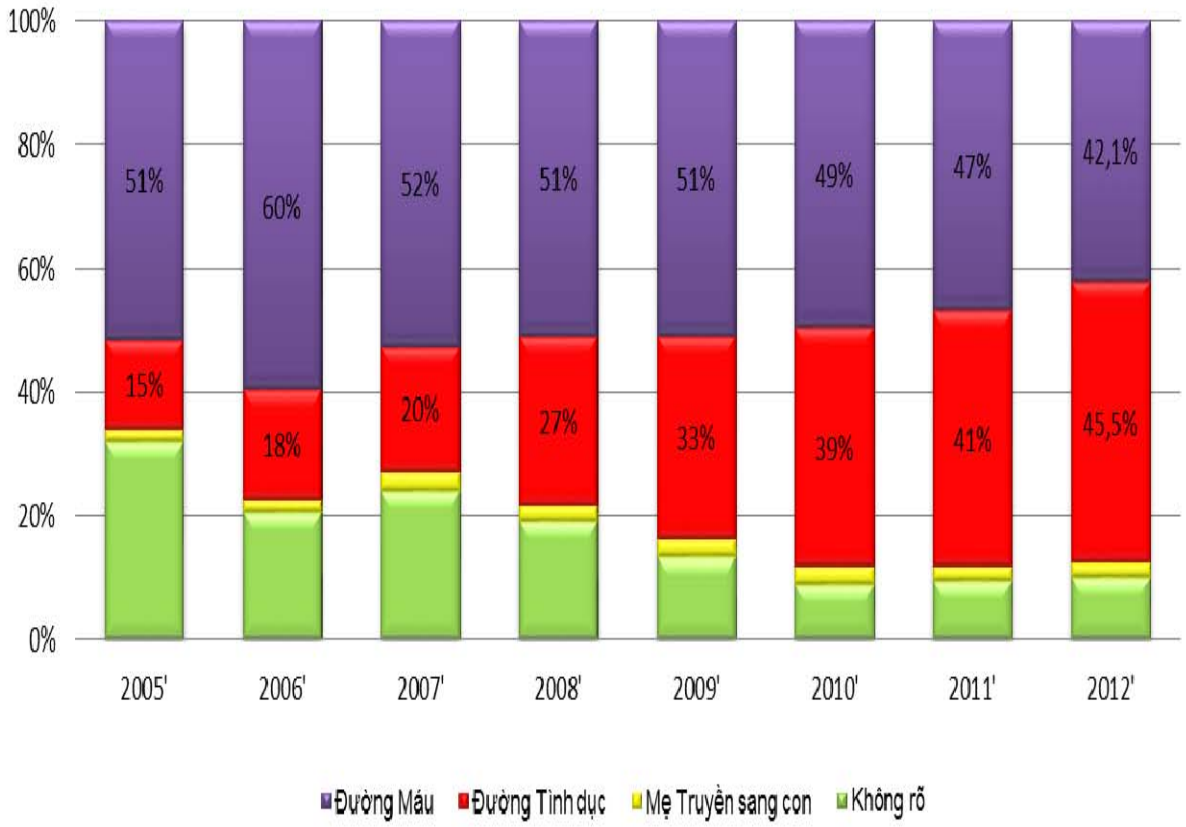
Biểu đồ 1.5. Phân bố người nhiễm HIV theo nhóm tuổi qua các năm

Nếu phân tích theo nhóm tuổi thì số người nhiễm HIV được báo cáo trong năm 2012 vẫn tập trung trong nhóm tuổi từ 20-39, trong đó nhóm 20-29 tuổi chiếm 35,1% giảm khoảng 3,5% so với cùng kỳ năm 2011, nhóm 30-39 tuổi chiếm 44,6% tăng gần 2% so với

năm 2011. Xu hướng nhiễm HIV có hoán đổi nhỏ giữa hai nhóm tuổi 20 - 29 và nhóm 30 - 39, theo đó số nhiễm HIV trong nhóm tuổi từ 30 - 39 đang có xu hướng tăng, trong khi ở nhóm tuổi từ 20 - 29 có xu hướng giảm nhẹ.

Sự phân bố người nhiễm HIV theo đường lây truyền chính (đường máu và đường tình dục) cũng có sự thay đổi trong những năm gần đây, theo hướng nhiễm HIV qua quan hệ tình dục tăng, nhiễm HIV qua đường máu giảm.

Trong số người nhiễm HIV được báo cáo trong năm 2012 có 42,1% được coi là bị lây truyền qua đường máu (giảm gần 5% so với năm 2011) trong khi đó, tỷ lệ người bị nhiễm HIV lây truyền qua đường tình dục chiếm 45,5% (tăng 4,5% so với năm 2011). Tuy nhiên, tỷ lệ này khác nhau ở các khu vực. Ví dụ, ở các tỉnh miền Bắc (Điện Biên, Sơn La, Thái Nguyên, Hà Nội, Thanh Hoá...) HIV vẫn chủ yếu lây truyền qua đường máu, trong khi đó ở khu vực Tây Nam Bộ (Kiên Giang, An Giang, Hồ Chí Minh, Đồng Tháp...) HIV lại lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục.



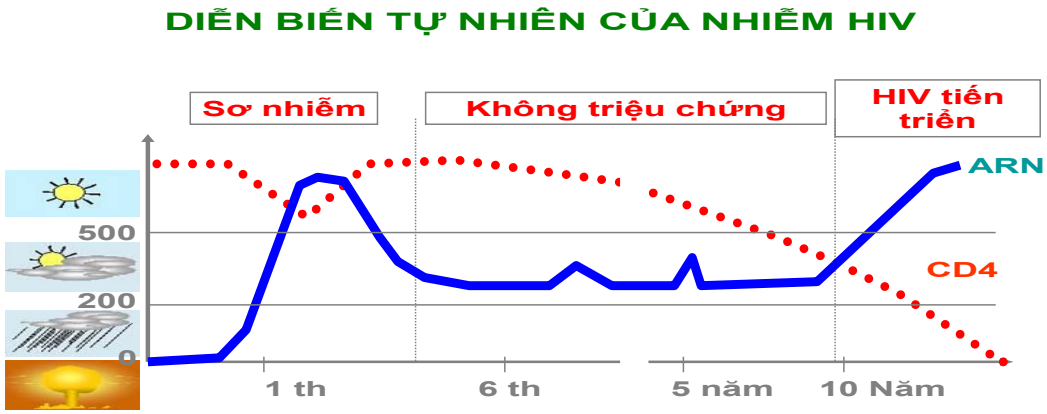
Biểu đồ 1.6. Phân bố người nhiễm HIV theo đường lây qua các năm

Đánh giá chung, tính đến cuối năm 2012, dịch HIV/AIDS ở Việt Nam vẫn trong giai đoạn tập trung, chủ yếu xảy ra ở các nhóm có hành vi nguy cơ cao. Theo kết quả giám sát trọng điểm năm 2012 tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) là 11,6% và tỷ lệ này trong nhóm phụ nữ bán dâm (PNBD) là 2,7%. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm đại diện cho cộng đồng đang ở mức thấp, ví dụ tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai năm 2012 vào khoảng 0,26% và trong nhóm thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự vào khoảng 0,08%.

3. CÁC GIAI ĐOẠN DIỄN BIẾN TỰ NHIÊN CỦA HIV

3.1. Khái niệm về diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV

Diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV được xác định bởi mối liên quan tương hỗ giữa biểu hiện lâm sàng, mức độ suy giảm miễn dịch (số lượng tế bào T CD4+), tải lượng virus (viral load) và hoạt động sống cũng như chất lượng sống của bệnh nhân.



Biểu đồ 1.7. Diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV

Diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV gồm 03 giai đoạn với những mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng, số lượng tế bào T CD4 (đường vạch đứt), tải lượng virus (đường vạch liền) và hoạt động sống cũng như chất lượng sống của người nhiễm (các biểu tượng bên trái). *Biểu đồ được minh hoạ bởi Christophe Pasquier, nhà virus học thuộc Viện-Trường Toulouse - Pháp.*

Nhiễm HIV là một nhiễm trùng tiến triển và mạn tính. Thời gian trung bình từ khi nhiễm đến giai đoạn AIDS vào khoảng từ 7 - 10 năm với những đợt tiến triển nhanh hoặc chậm.

3.2. Các giai đoạn nhiễm HIV

3.2.1. Giai đoạn 1

Là giai đoạn sơ nhiễm, còn gọi là giai đoạn nhiễm cấp tính. Bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng giống như một hội chứng tăng bạch cầu đơn nhân. Các triệu chứng lâm sàng biểu hiện ở 30% - 70% các trường hợp, kéo dài từ 15 - 30 ngày, bao gồm sốt, mệt mỏi, đau lưng, xuất hiện hạch lan toả, ban dạng sởi, viêm họng, nói khàn. CD4 có thể giảm nhẹ nhưng không dưới mức 500 tế bào, tải lượng vi rút tăng mạnh. Đây cũng là cơ hội để chẩn đoán sớm nhiễm HIV bằng phương pháp PCR (Polymerase Chain Reaction – phản ứng tổng hợp chuỗi).

3.2.2. Giai đoạn 2

Là giai đoạn không triệu chứng, còn gọi là giai đoạn mạn tính, kéo dài trong nhiều năm tiếp sau giai đoạn sơ nhiễm. Trong giai đoạn này, HIV tiếp tục tồn tại và nhân lên với nhịp điệu thay đổi tuỳ theo mỗi cá thể nên tải lượng virus lúc tăng, lúc giảm nhưng không bao giờ dưới ngưỡng phát hiện và bệnh nhân vẫn có thể làm lây nhiễm HIV cho người khác.

Số lượng tế bào T- CD4 thường còn ở mức trên 500 tế bào/mm^3 trong nhiều năm nhưng luôn có xu hướng giảm. Bệnh nhân có thể có những hạch tồn tại dai dẳng trong nhiều năm. Trong giai đoạn này bệnh nhân vẫn có những hoạt động sống bình thường.

3.2.3. Giai đoạn 3

Là giai đoạn có triệu chứng còn gọi là giai đoạn kết thúc của nhiễm HIV. Trong giai đoạn này bệnh nhân bắt đầu có những biểu hiện lâm sàng nặng nhẹ tuỳ theo từng cá thể. Có thể có những biểu hiện của suy giảm miễn dịch ngày càng tăng dần với số lượng tế bào T-CD4 giảm dần từ mức dưới 200 đến 0 tế bào/mm^3 và tải lượng virus tăng trở lại. Trên lâm sàng, thoạt đầu bệnh nhân có thể bị mắc một hay nhiều nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh có liên quan đến HIV/AIDS. Các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và có thể xảy ra ở tất cả các cơ quan, hệ thống của cơ thể. Về sau, nhất là khi số lượng tế bào T-CD4 giảm tới mức dưới 200 tế bào/mm^3, bệnh nhân bị mắc một trong 26 bệnh định nghĩa AIDS (theo Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ - CDC) thì sẽ tiến triển tới tử vong. Ở giai đoạn này, các hoạt động sống của bệnh nhân ngày càng bị giới hạn, chất lượng sống ngày càng đi xuống và tử vong trong khoảng 2 năm kể từ khi xuất hiện các biểu hiện của AIDS (xem thêm bài Chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS)

Tương ứng với các giai đoạn của diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV nói trên, bệnh nhân có thể có những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Các biểu hiện này được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa vào bảng phân loại theo lâm sàng gồm 4 giai đoạn. Phần lớn các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam sử dụng bảng phân loại này và được đề cập trong bài "Chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS" dưới đây.

4. CÁC ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN VÀ KHÔNG LÂY TRUYỀN HIV

4.1. Các đường lây truyền HIV

Người ta đã phân lập được HIV từ máu, tinh dịch, dịch tiết từ âm đạo, nước bọt, nước mắt, sữa mẹ, nước tiểu và các dịch khác của cơ thể. Mặc dù có sự phân bố rộng lớn của HIV trong cơ thể như vậy, nhưng nhiều nghiên cứu về dịch tễ học cho thấy rằng chỉ có máu, dịch sinh dục (tinh dịch, dịch tiết âm đạo) và sữa mẹ đóng vai trò quan trọng việc làm lây truyền HIV. Do đó, có các phương thức lây truyền (hoặc còn gọi là đường lây truyền) HIV chính là:

4.1.1. Lây truyền HIV qua đường tình dục

Đây là phương thức lây truyền HIV quan trọng và phổ biến nhất trên thế giới (khoảng hơn 80% số trường hợp nhiễm HIV trên thế giới là bị lây truyền qua "con đường" này). Sự lây truyền HIV qua quan hệ tình dục xảy ra khi có sự tiếp xúc trực tiếp với dịch sinh dục và máu của người nhiễm HIV trong quá trình giao hợp, đặc biệt là trong giao hợp dương vật - hậu môn và dương vật - âm đạo. Các kiểu quan hệ tình dục khác như miệng - âm đạo/dương vật/hậu môn cũng có nguy cơ lây nhiễm HIV, đặc biệt là khi ở các bộ phận này có vết trày xước hay viêm loét. Những vết xước nhỏ không thể nhìn thấy bằng mắt thường trên bề mặt niêm mạc âm đạo, hậu môn, dương vật hay miệng sẽ là đường vào của HIV trong lúc giao hợp và từ đó vào máu.

Nguy cơ lây nhiễm HIV qua một lần giao hợp với một người nhiễm HIV là từ 0,1% đến 1%. Người nào nhận tinh dịch trong giao hợp thì người đó có nguy cơ nhiễm HIV nhiều hơn. Càng quan hệ tình dục không an toàn với nhiều người thì nguy cơ nhiễm HIV càng cao.

Nhiễm HIV có một mối quan hệ chặt chẽ với các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs) đặc biệt là các bệnh có viêm loét như hạ cam, giang mai, herpes simplex. Những bệnh này có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV lên gấp 20 lần.

4.1.2. Lây truyền HIV qua máu và chế phẩm của máu

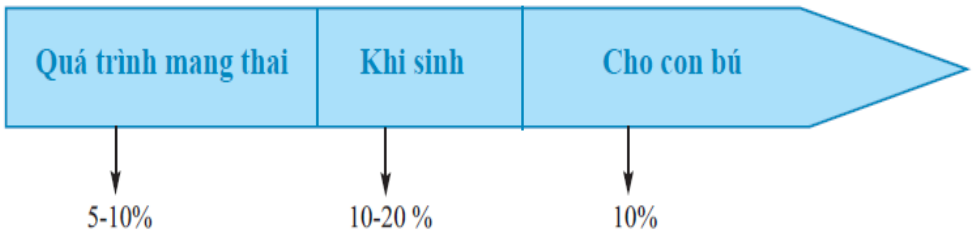
HIV có mặt trong máu toàn phần và các chế phẩm từ máu như khối hồng cầu, tiểu cầu, huyết tương, các yếu tố đông máu. Do đó HIV có thể lây truyền qua đường máu, khi có tiếp xúc trực tiếp với máu hay các sản phẩm của máu của người nhiễm HIV.

Nguy cơ lây truyền HIV qua truyền máu có tỷ lệ rất cao, trên 90%. Kể từ năm 1985, sau khi ra đời các xét nghiệm sàng lọc phát hiện kháng thể kháng HIV, nguy cơ lây truyền HIV qua truyền máu ở nhiều nước đã giảm đi rõ rệt. Tuy nhiên, ngay cả khi xét nghiệm máu có kết quả âm tính với HIV, khả năng lây nhiễm HIV vẫn có thể xảy ra, đó là khi người cho máu có thể mới nhiễm HIV, đang ở trong "thời kỳ cửa sổ" nên chưa phát hiện được HIV bằng các xét nghiệm thông thường.

HIV cũng có thể lây truyền qua các tiếp xúc trực tiếp với máu khác, ví dụ như việc sử dụng chung bơm kim tiêm khi tiêm, chích, đặc biệt là tiêm chích ma túy hay việc sử dụng chung các dụng cụ có khả năng đã dính máu của người khác (dụng cụ phẫu thuật, kim xăm, kim trổ, lưỡi dao cạo râu...) bởi HIV có cả trong những giọt máu nhỏ li ti đọng ở trong bơm, kim tiêm cũng như trên bề mặt các dụng cụ này. Ngoài ra, khi máu người nhiễm HIV bắn, dính vào da, niêm mạc, đặc biệt là vào những nơi có vết trầy xước cũng có nguy cơ làm lây truyền HIV...

4.1.3. Lây truyền HIV từ mẹ sang con

Nếu không can thiệp, lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể đạt tới tỷ lệ từ 25 - 40% đối với HIV-1; từ 1 - 4% đối với HIV-2 tuỳ theo các nghiên cứu khác nhau. Theo một chuyên khảo tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong lúc mang thai là từ 5 - 10%, vào lúc đẻ từ 10% - 20% và khi cho con bú từ 5 - 20%. Nồng độ HIV trong huyết tương mẹ, những tai biến, biến chứng lúc đẻ là những yếu tố chính làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.



Ngày nay nhờ các can thiệp tích cực tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở nhiều nơi trên thế giới đã giảm xuống còn dưới 5%, cá biệt ở các nước phát triển, tỷ lệ này đã giảm xuống dưới 2%.

4.1.4. Lây truyền HIV trong chăm sóc y tế

Còn được gọi là phơi nhiễm với HIV do tai nạn, rủi ro nghề nghiệp và mới đây được sử dụng bằng thuật ngữ chung là nhiễm trùng bệnh viện.

Phơi nhiễm với máu trong môi trường nghề nghiệp xảy ra với y tá là 0,03%, với hộ lý và bác sĩ là 0,02%. Tai nạn chủ yếu là do mũi kim tiêm và các dụng cụ sắc nhọn có dính máu đâm, chọc, cắt… vào da, nêm mạc. Tuy nhiên số trường hợp từ phơi nhiễm dẫn tới có chuyển đổi huyết thanh (bị nhiễm) do tai nạn nghề nghiệp được thống kê trên thế giới hiện chỉ chiếm khoảng 48/11.000 người bị phơi nhiễm, trong đó chủ yếu là y tá.

Đến nay, sự lây truyền HIV từ nhân viên y tế sang bệnh nhân trong môi trường nghề nghiệp trong những năm qua mới chỉ được đăng tải 3 lần trên các y văn. Đó là trường hợp của 6 người nhiễm HIV được chăm sóc răng xâm lấn bởi một bác sĩ người Florida, Hoa Kỳ bị nhiễm HIV; một người nhiễm ở Paris được phẫu thuật chỉnh hình răng và một người được chăm sóc bởi một y tá bị đồng nhiễm HIV, HCV ở một phòng khám tại Il - de - France, Pháp. Nhiều nghiên cứu hồi cứu đã được thực hiện ở Hoa Kỳ, Pháp và Anh quốc đã không tìm thấy một chứng cứ nào cho thấy nhân viên y tế bị nhiễm HIV làm lây HIV cho bệnh nhân của mình.

Trong tất cả các đường lây kể trên, nguy cơ lây truyền HIV là rất khác nhau trong các trường hợp khác nhau. Nhìn chung nguy cơ lây truyền HIV từ người nhiễm HIV sang nngười khác phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như:

– Số lượng HIV có trong máu hay dịch thể của người nhiễm HIV;

– Thời gian tiếp xúc, diện tiếp xúc, tần xuất tiếp xúc của người chưa nhiễm HIV với máu và dịch thể của người nhiễm HIV;

– Đường vào của HIV, bao gồm vị trí tiếp xúc và tình trạng nơi tiếp xúc (da, niêm mạc) của người chưa nhiễm với máu và dịch thể của người nhiễm HIV;

– Sự có mặt của các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs) ở cả người nhiễm và người chưa nhiễm;

– Sức đề kháng (hay miễn dịch) của cơ thể người chưa nhiễm;

– Độc tính hay tính gây nhiễm của HIV...

4.2. Các đường không lây truyền HIV

Ngoài các phương thức lây truyền đã nêu ở trên, hiện nay chúng ta không có bằng chứng về một phương thức lây truyền nào khác. HIV không lây truyền một cách dễ dàng. Nhìn chung, HIV không lây truyền qua các hành vi không có sự tiếp xúc trực tiếp với máu và dịch thể (bao gồm cả sữa) của người nhiễm HIV. Ví dụ:

– HIV không lây qua đường hô hấp như ho, hắt hơi.

– HIV không lây truyền qua tiếp xúc thông thường (là các hành vi không liên quan đến máu và dịch thể) ở nơi công cộng, nơi làm việc, trường học, rạp hát, bể bơi, nơi chơi thể thao... Hay các hành vi bắt tay, ôm hôn, sử dụng điện thoại nơi công cộng, mặc chung quần áo, dùng chung các dụng cụ ăn uống như bát đĩa, cốc chén... không bị lây nhiễm HIV

HIV cũng không lây truyền qua súc vật hay côn trùng cắn, đốt.

5. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vaccin phòng lây nhiễm HIV có hiệu quả, do vậy, biện pháp giáo dục sức khỏe nhằm làm thay đổi hành vi của con người vẫn là vũ khí chủ yếu trong việc đấu tranh hạn chế sự lan truyền của HIV. Bằng cách thực hiện hành vi an toàn, chúng ta có thể phòng tránh được lây nhiễm HIV.

5.1. Dự phòng lây nhiễm HIV qua đường tình dục

Nguyên tắc chung để phòng tránh lây nhiễm HIV qua đường tình dục là tránh tiếp xúc trực tiếp với dịch sinh dục (tinh dịch, dịch tiết âm đạo) của người nhiễm HIV và của người mà ta không biết chắc chắn là họ không nhiễm HIV.

Chiến lược kinh điển để phòng tránh lây nhiễm HIV qua đường tình dục của UNAIDS được tóm tắt là "ABC".

– A (abstinence): kiêng hoặc trì hoãn giao hợp.

– B (be faithful): chung thuỷ (một vợ, một chồng từ cả hai phía và cả hai chưa nhiễm HIV).

– C (condom): sử dụng bao cao su nam hoặc nữ khi quan hệ tình dục nếu không thể thực hiện A và B.

Đồng thời với "ABC", cần điều trị sớm các viêm loét của cơ quan sinh dục, các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

Gần đây, các biện pháp điều trị sớm bằng thuốc kháng virus (ARV) cho người nhiễm HIV trong cặp vợ chồng hoặc bạn tình dị nhiễm (một người nhiễm HIV, một người chưa nhiễm) hay sử dụng ARV để điều trị dự phòng trước và sau khi phơi nhiễm với HIV đã được thử nghiệm và được khẳng định là có hiệu quả cao trong dự phòng lây truyền HIV trong những năm gần đây.

Theo khuyến cáo của UNAIDS, biện pháp cắt bao quy đầu cũng có tác dụng làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ nữ sang nam...

5.2. Dự phòng lây nhiễm HIV qua đường máu

5.2.1. Dự phòng lây truyền HIV qua truyền máu

Nguyên tắc chung là thực hiện truyền máu an toàn. Máu và các sản phẩm của máu đều phải được xét nghiệm sàng lọc HIV trước khi truyền. Nếu mẫu máu được sàng lọc có kết quả "dương tính" với HIV (đã nhiễm HIV) hoặc nghi ngờ bị nhiễm HIV thì phải loại bỏ và

tuyệt đối không được đưa vào sử dụng. Đồng thời, tuyệt đối không sử dụng chung các dụng cụ lấy máu và truyền máu.

5.2.2. Dự phòng lây nhiễm HIV ở người nghiện chích ma tuý

Giảm nguy cơ nhiễm HIV ở những người nghiện chích ma tuý (NCMT) là hoàn toàn có thể thực hiện được. Để dự phòng sự lây truyền HIV cũng như bị lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây theo đường máu khác, người NCMT phải giảm hay từ bỏ hành vi nguy cơ (dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích ma túy), thực hiện hành vi tiêm chích an toàn (dùng bơm kim tiêm sạch/mới cho mỗi lần tiêm chích). Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng các chương trình can thiệp giảm tác hại thích hợp có thể làm giảm sự lây truyền không chỉ HIV mà cả các bệnh lan truyền theo đường máu khác như viêm gan virus B (HBV), viêm gan virus C (HCV) và các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục khác.

Người NCMT phải được khuyên rằng ngừng sử dụng ma túy bao gồm cả việc tiêm chích ma tuý là cách tốt nhất để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây qua đường máu khác, bao gồm virus gây viêm gan C và virus gây viêm gan B. Tuy nhiên, không phải tất cả người NCMT đều sẵn sàng từ bỏ ma tuý và nhiều người đã bỏ ma tuý nhưng tái nghiện lại, hoặc đã sử dụng ma túy qua đường tiêm chích thì khó quay lại sử dụng theo đường hút, hít, uống...

Hiện có nhiều biện pháp giúp người NCMT phòng tránh lây nhiễm HIV hoặc làm lây truyền HIV. Dưới đây là các biện pháp chủ yếu được trình bày theo thứ tự từ hiệu quả cao nhất.

– Ngừng sử dụng ma tuý;

– Điều trị cai nghiện ma tuý, bao gồm cả phòng tái nghiện;

– Ngừng tiêm chích ma túy.

Nếu người đó vẫn tiếp tục tiêm chích ma tuý hãy thực hiện các bước giảm nguy cơ lây nhiễm HIV sau đây:

+ Luôn sử dụng bơm kim tiêm (BKT) sạch (mới còn nguyên bao bì kín) từ nguồn tin cậy (ví dụ từ hiệu thuốc hay chương trình trao đổi BKT).

+ Không bao giờ dùng chung/dùng lại BKT, nước pha thuốc hay dụng cụ tiêm chích (bao gồm dụng cụ pha chế thuốc, bông/gạc sát trùng, dây ga rô,...) với bất kỳ ai;

+ Nếu buộc phải dùng lại BKT (trong trường hợp không có BKT mới) thì chỉ được sử dụng BKT của chính mình sau khi đã được tiệt trùng.

– Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế (như Methadone, Buprenorphin...) có thể giúp người NCMT từ bỏ ma túy hoặc không sử dụng ma túy qua đường tiêm chích nữa, do đó họ không còn khả năng bị lây nhiễm hoặc làm lây truyền HIV qua đường TCMT.

5.2.3. Dự phòng phơi nhiễm HIV trong môi trường nghề nghiệp

Nguyên tắc chung: coi máu và dịch cơ thể của tất cả bệnh nhân đều có chứa HIV và xử trí như đối với các nguồn nhiễm khuẩn khác.

Các nhân viên y tế luôn phải phải tuân thủ các nguyên tắc và biện pháp dự phòng phơi nhiễm khi tiếp xúc với máu hay là tiến hành các thủ thuật tiêm, chích, phẫu thuật… không chỉ đối với những bệnh nhân "có nguy cơ cao" mà đối với tất cả các bệnh nhân.

Song song với việc tập huấn cho các cán bộ y tế về dự phòng chuẩn, cần phải cung cấp cho họ đầy đủ các trang thiết bị dự phòng phơi nhiễm cần thiết như găng tay, kính bảo hộ, khẩu trang, dụng cụ khử khuẩn và các chất sát khuẩn.

Điều trị sau phơi nhiễm nghề nghiệp bằng ARV là một điều trị cấp cứu (xem thêm ở bài "Dự phòng chuẩn và xử trí sau phơi nhiễm nghề nghiệp với HIV" dưới dây).

5.3. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hướng dẫn các quốc gia thực hiện chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (Bộ Y tế Việt Nam cũng đã phê duyệt áp dụng) gồm 4 thành tố sau đây:

5.3.1. Dự phòng sớm lây truyền HIV cho phụ nữ

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi, tư vấn và xét nghiệm HIV cho phụ nữ, khuyến khích trì hoãn quan hệ tình dục đối với thanh thiếu niên, thực hành tình dục an toàn, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

5.3.2. Dự phòng mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV

Tư vấn và cung cấp các biện pháp tránh thai, tư vấn xét nghiệm phát hiện HIV, tư vấn thực hiện tình dục an toàn...

5.3.3. Can thiệp dự phòng đối với phụ nữ nhiễm HIV mang thai/phụ nữ mang thai nhiễm HIV

Chăm sóc thai nghén, đánh giá giai đoạn lâm sàng và miễn dịch, điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng thuốc ARV, thực hành sản khoa an toàn, điều trị dự phòng cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, tư vấn nuôi trẻ sau sinh...

5.3.4. Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho cặp mẹ và con sau sinh

Cung cấp các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho bà mẹ, trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV; tư vấn nuôi con; xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ... (Chi tiết xem bài "Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con" dưới đây).

Đại dịch HIV/AIDS đang tiếp tục lan rộng trên thế giới. Ở Việt Nam, dịch HIV/AIDS vẫn trong giai đoạn tập trung, chủ yếu ở nhóm có hành vi nguy cơ cao, tuy nhiên đã có dấu hiệu dịch lan ra cộng đồng dân cư ở một số địa phương. Mặc dù, số người nhiễm HIV mới được phát hiện giảm liên tiếp trong vài năm trở lại đây (2010 - 2012), nhưng chưa bền vững, vẫn còn nhiều yếu tố nguy cơ có thể gây bùng nổ dịch nếu chúng ta không tiếp tục có những can thiệp tích cực, kịp thời và có hiệu quả.

Để đáp ứng với diễn biến phức tạp của dịch HIV/AIDS cũng như hạn chế tối đa hậu quả do HIV/AIDS gây ra, những người làm công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam cần thiết phải có kiến thức cơ bản về dịch tễ học của lây nhiễm HIV, làm cơ sở cho việc xác định được các biện pháp dự phòng, chăm sóc và điều trị nhiễm HIV/AIDS phù hợp đối với từng đối tượng và trong những bối cảnh dịch tễ học khác nhau, góp phần thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn 2030./.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 7:

1. Trình bày các khái niệm cơ bản về HIV/AIDS.
2. Mô tả tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới.
3. Mô tả đặc điểm dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam.
4. Trình bày khái niệm diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV.
5. Trình bày các giai đoạn diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV.
6. Mô tả các đường lây truyền và không lây truyền HIV.
7. Trình bày các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.

Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 8 đến 10:

8. Phương pháp có hiệu quả nhất phòng, chống HIV/AIDS là:

A. Phát hiện, cách ly và điều trị sớm người nhiễm HIV

B. Thực hiện tốt kiểm dịch biên giới

C. Thanh toán các tệ nạn xã hội như ma tuý, mại dâm

D. Giáo dục thay đổi hành vi và thực hiện hành vi an toàn

9. Đường lây truyền HIV chủ yếu hiện nay ở Việt Nam là qua:

A. Tình dục đồng giới

B. Tình dục khác giới

C. Truyền máu và các sản phẩm của máu

D. Tiêm chích ma tuý

10. Những ai có thể bị nhiễm HIV:

A. Người bán dâm

B. Người mua dâm

C. Người nghiện chích ma tuý

D. Người nhận máu truyền

E. Tất cả mọi người

CÁC YẾU TỐ KINH TẾ - XÃ HỘI VÀ DỊCH HIV/AIDS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được sự tác động/ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế - xã hội đến dịch HIV/AIDS.

2. Trình bày và phân tích được sự tác động của dịch HIV/AIDS đối với các vấn đề kinh tế - xã hội.

3. Trình bày được 3 nhóm hiện tượng xã hội đặc biệt làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS.

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC YẾU TỐ KINH TẾ - XÃ HỘI ĐẾN DỊCH HIV/AIDS

Đại dịch HIV/AIDS không chỉ là một vấn đề sức khỏe, mà nó còn liên quan đến mọi khía cạnh của con người, đặc biệt là các khía cạnh về kinh tế, xã hội và văn hóa. Cụ thể hơn, dịch HIV/AIDS, một mặt chịu sự ảnh hưởng của điều kiện sống, nguồn lực lao động, phát triển kinh tế, bối cảnh xã hội và các chuẩn mực văn hóa... của mỗi cá nhân và công đồng, mặt khác nó cũng có nhiều tác động trở lại đối với các yếu tố này. Ảnh hưởng/tác động hai chiều của các yếu tố kinh tế, xã hội, văn hóa và dịch HIV/AIDS như một vòng xoắn khó tách biệt nếu phân tích trong toàn bộ bối cảnh của xã hội. Do vậy, bài học này chỉ tập trung chủ yếu vào sự ảnh hưởng hai chiều giữa dịch HIV/AIDS và các vấn đề kinh tế - xã hội.

1.1. Ảnh hưởng của phát triển kinh tế tới nhiễm HIV

1.1.1. Phát triển nền kinh tế và bùng nổ đô thị hóa

Sự phát triển của nền kinh tế cũng như điều kiện kinh tế của gia đình và cá nhân có ảnh hưởng lớn đến nguy cơ lây nhiễm HIV cũng như chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Quá trình phát triển kinh tế của mỗi quốc gia hiện nay, tuy đều đã gặt hái được nhiều thành tựu nhưng song song với nó là các hậu quả không mong muốn ảnh hưởng đến sự phát triển cân bằng ở nhiều nước, đặc biệt là ở các nước đang phát triển hoặc đang trong thời kỳ chuyển đổi nền kinh tế. Những thay đổi này thường thấy rõ ở những quốc gia/khu vực có sự bùng nổ đô thị hóa, trong đó có Việt Nam. Làn sóng của những người di cư đến Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và các thành phố lớn khác làm cho nguồn lực tại nông thôn bị giảm sút, nền kinh tế nông thôn bị suy sụp cùng với sự suy giảm các giá trị truyền thống do sự hấp dẫn của cuộc sống tại các đô thị lớn. Cuộc sống của những người dân ở lại vùng nông thôn do vậy càng vất vả, không đủ người và đủ sức canh tác đất nông nghiệp, làm cho đất đai kém màu mỡ, nông sản vùng nông thôn vì thế mà bị giảm sút.

Trong các cuộc cách mạng phát triển kinh tế và đô thị hóa, đàn ông là những người năng động và thường đi xa nhà để làm ăn kinh tế, còn phụ nữ ở lại nông thôn để chăm sóc

con cái và làm nông nghiệp. Tuy nhiên, cũng có một tỷ lệ nhất định phụ nữ đi làm ăn xa nhà, để con cái ở nhà cho bố mẹ/người thân họ chăm sóc.

Sự xa cách lâu dài của các cặp vợ chồng là nguyên nhân lớn để cả người đàn ông và phụ nữ có quan hệ tình dục ngoài hôn nhân với nhiều người. Họ có nhiều "điều kiện" cũng như "cơ hội" dẫn đến sự không chung thủy. Đây là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ lây truyền các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs), bao gồm cả HIV/AIDS. Thực tế cho thấy sự xa cách là một trong những nguyên nhân có xu hướng làm rạn nứt và phá vỡ mối quan hệ vợ chồng, gây nên những hậu quả khác nhau về mặt kinh tế và xã hội. Hơn thế, với số lượng đông nam giới độc thân sống tại các đô thị và số lượng lớn phụ nữ sống vắng chồng tại các vùng nông thôn, làm trầm trọng thêm sự mất cân bằng về giới giữa nông thôn và thành thị.

Cùng với sự di cư của nam giới, nữ giới cũng có những lý do để di cư. Một số phụ nữ khi có chồng đi xa, họ ở lại quê hương và phải làm việc rất vất vả thay chồng nuôi con và đảm đang hết các trách nhiệm với cộng đồng và xã hội. Bên cạnh đó, nhiều nữ thanh niên mới lớn, giống như một số nam thanh niên, với suy nghĩ cuộc sống tại nông thôn không có tương lai và khó có thể kiếm tiền nên muốn thoát ly lên thành thị tìm cuộc sống mới. Đây là một trong những nguyên nhân làm cho một số người vợ trẻ và nữ thanh niên mới lớn muốn di cư ra các thành phố lớn và các khu du lịch với mong muốn kiếm được công việc có thu nhập cao và thoát khỏi gánh nặng trọng trách với gia đình và cộng đồng. Tuy nhiên, không phải ai trong số thoát ly khỏi nông thôn cũng kiếm được việc làm có thu nhập tốt trong thị trường lao động không dễ cho một phụ nữ, cuối cùng nhiều người trong số họ trở thành nữ bán dâm, đặc biệt khi họ đến làm việc ở những khu vực vui chơi giải trí… Một số nước như Uganda, Cộng hòa Dominica, Thái Lan và Việt Nam là những nơi đã và đang trong tình trạng trên với lượng phụ nữ bán dâm khá lớn, thậm chí còn "cung cấp" phụ nữ bán dâm cho cả các nước láng giềng... Trong khi đó, người bán dâm luôn đứng trước nguy cơ bị lây nhiễm HIV từ hoặc làm lan truyền HIV sang người mua dâm, từ đó HIV lan rộng nhanh ra cộng đồng.

Những hậu quả về mặt xã hội do các khía cạnh tiêu cực của sự phát triển kinh tế có thể được mô tả như là một dạng văn hóa mới nổi của cuộc sống đô thị - hiện tượng gặp ở nhiều nơi trên thế giới, từ các đô thị có qui mô nhỏ như trung tâm xã, phố huyện (thị trấn), thị xã cho đến các thành phố lớn. Những quan niệm mới, thói quen mới và hệ thống "phản văn hóa" liên quan chặt chẽ đến sự gia tăng bạo lực trong gia đình và nơi công cộng, gia tăng việc sử dụng và buôn lậu ma túy, uống rượu và quan hệ tình dục ngoài hôn nhân, tình dục không an toàn giữa các thành viên trong cộng đồng, trong xã hội... Hậu quả là, những nhóm người này tạo ra nguy cơ rất cao bị lây nhiễm HIV/AIDS, và chính họ là những người thuộc "nhóm có hành vi nguy cơ cao" và là nhóm làm lan truyền HIV rất nhanh ra cộng đồng.

1.1.2. Đặc điểm kinh tế của gia đình và đặc điểm cá nhân

Nhìn chung, nhóm người nghèo khổ và có địa vị thấp trong xã hội thường liên quan đến việc *thực hành* các hành vi có nguy cơ cao về sức khỏe, bao gồm cả nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Nguy cơ lây nhiễm HIV của nhóm này cao hơn rất nhiều so với nhóm người có các điều kiện kinh tế-xã hội tốt hơn. Như đã phân tích ở phần trên, rất rõ ràng là những người nghèo nói chung (và ở nông thôn), chấp nhận đi kiếm sống xa gia đình và họ bị rơi

vào tình trạng có các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV như quan hệ tình dục (QHTD) nhiều bạn tình, quan hệ tình dục với người bán dâm hoặc bản thân trở thành người bán dâm. Người nghèo và người yếu thế trong xã hội nói chung còn gặp khó khăn trong thương thuyết và tự quyết định hành vi tình dục an toàn (sử dụng bao cao su) trong các mối QHTD, kể cả trong quan hệ tình dục vợ, chồng. Hơn thế nữa, con của các gia đình nghèo còn có nguy cơ cao trong việc bị ép QHTD sớm vì mục đích kiếm tiền như tình trạng hôn nhân sắp đặt, bị lừa vào con đường bán dâm hoặc bị lạm dụng tình dục...

Bên cạnh đó, những người có điều kiện nhà ở kém cũng liên quan đến các nguy cơ lây nhiễm HIV do dễ bị nghiện ma túy và có hành vi tình dục không an toàn (đối với cả 2 giới). Nhiều nghiên cứu cho thấy nhóm người không có nhà ở hoặc chỗ ở không cố định có nguy cơ cao mang ý nghĩa thống kê so với nhóm người có nhà ở cố định.

Nhóm người có điều kiện kinh tế-xã hội kém còn thường liên quan đến các vấn đề suy sụp về tâm lý, bệnh tâm thần kinh... gây ảnh hưởng đến suy nghĩ và hành vi, do đó không tự kìm chế được bản thân trước các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV.

Trên thực tế, từ khi dịch HIV/AIDS bắt đầu xuất hiện, sự lây lan bệnh khá rõ ràng trong một số nhóm nhất định, ngầm hiểu là các nhóm có điều kiện kinh tế xã hội kém. Nếu nhìn toàn cảnh đại dịch HIV/AIDS trên thế giới, có thể coi đây là một sự biểu hiện điển hình của mối quan hệ giữa đói nghèo và bệnh tật. Chính vì đặc điểm này mà việc phòng, chống HIV/AIDS đã được Liên hợp quốc phát động, nhằm kêu gọi sự hỗ trợ từ các quốc gia giàu cho các quốc gia nghèo (đặc biệt các nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao tại châu Phi). Bên cạnh đó là việc khuyến khích hạ giá thuốc hoặc sản xuất các loại thuốc rẻ tiền để người nhiễm HIV/AIDS (đa số ở các nước nghèo) có cơ hội mua và điều trị.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy mặc dù yếu tố kinh tế là một yếu tố rất quan trọng liên quan đến nguy cơ nhiễm HIV cũng như chăm sóc, điều trị, thì tại một số nước khi đại dịch HIV/AIDS phát triển mạnh, với tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số cao, sự lây nhiễm HIV có thể cũng trở nên khó khống chế đối với cả nhóm người giàu.

1.2. Giáo dục, trình độ học vấn và HIV/AIDS

Vấn đề giáo dục và trình độ học vấn của cá nhân có ảnh hưởng nhiều đến nguy cơ lây nhiễm HIV cũng như việc chăm sóc điều trị nhiễm HIV/AIDS. Trình độ học vấn là một chỉ số cơ bản để đánh giá điều kiện kinh tế-xã hội của mỗi quốc gia. Trình độ học vấn cao là một yếu tố quan trọng để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong dân số. Người có trình độ học vấn thường có kiến thức chung tốt hơn về cách lây truyền và cách phòng, chống lây nhiễm HIV, do họ luôn luôn tiếp cận với nguồn thông tin và có khả năng cao trong việc thương thuyết tình dục an toàn khi quan hệ tình dục (kể cả với bạn tình hay với vợ/chồng).

Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho rằng người có học vấn cao hay đi công tác xa nhà và có thể có nhiều bạn tình hơn nhóm có học vấn thấp, và họ cũng có thể có nguy cơ cao lây nhiễm HIV nếu quan hệ tình dục không an toàn. Hơn nữa, những người có học vấn cao có thể là những người ít muốn xét nghiệm máu để xác định tình trạng nhiễm HIV. Do vậy, những người học vấn cao nhưng có nhiều bạn tình và quan hệ tình dục không an toàn cũng tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm HIV.

1.3. Phát triển kinh tế và sự thay đổi lối sống của thanh niên và HIV/AIDS

Các hệ quả của tăng trưởng kinh tế "nóng" trong thời kỳ quá độ (như ở hầu hết các nước Nam Á và Đông Nam Á hiện nay), có thể dẫn đến sự khủng hoảng về mặt xã hội, tạo ra hệ thống giá trị và thói quen mới cho con người, trong khi những giá trị truyền thống có thể bị xem nhẹ và được coi là lạc hậu, mặc dù các hệ thống giá trị này đã từng chi phối mọi khía cạnh của xã hội. Cùng với quá trình phát triển kinh tế, hệ thống này có thể thay đổi do những quan điểm mới, thói quen mới mang tính chất tự vệ và chạy theo sở thích cá nhân của mỗi thành viên trong xã hội để phù hợp với văn hóa hiện đại cũng như sự hấp dẫn của nó.

Thanh niên là một trong những nhóm bị ảnh hưởng nhiều của các trào lưu văn hóa mới. Sự thay đổi suy nghĩ và lối sống thể hiện nhiều nhất trong việc cởi mở và tự do trong quan hệ tình dục. Việc quan hệ tình dục trước hôn nhân một cách thiếu an toàn và sống thử khi không có hiểu biết về quan hệ tình dục an toàn ở lứa tuổi này là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV ở Việt Nam (và ở một số nước khác như Thái Lan, Campuchia).

Một yếu tố khác làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV là sự "sốc văn hóa" được tạo ra bởi thế hệ trẻ qua việc họ gây ra tình trạng bạo lực tại các vùng thành thị nơi có nhiều nhóm di cư đến kiếm sống. Một cuộc sống chỉ thiên về vật chất và tìm kế sinh nhai với những hành vi ích kỷ cá nhân, cạnh tranh không lành mạnh để có việc làm, không tuân thủ luật pháp cùng với tình trạng thất nghiệp, nghèo đói, không nhà cửa là đặc trưng của cuộc sống ở các vùng này. Đây là một nguyên nhân quan trọng làm tăng thêm nguy cơ lây nhiễm HIV, đặc biệt là khi các bé gái tuổi vị thành niên ở các khu vực này bị đẩy làm gái bán dâm và nam thanh niên tìm đến ma túy... Tất cả những yếu tố này tạo thành "vòng xoắn" thương mại-tình dục-ma túy-HIV/AIDS. Điển hình của hiện tượng này là ở các nước khu vực Đông Nam Á như Thái Lan, Việt Nam, Campuchia, đặc biệt là tại các vùng biên giới giữa các quốc gia này. Một số vùng ở các quốc gia châu Phi cũng có hiện tượng tương tự, đó là các bé gái và các cô gái trẻ bị xô đẩy làm gái bán dâm để kiếm tiền duy trì cuộc sống của bản thân và gia đình, không được đi học và thất nghiệp. Trong những trường hợp này, nếu các cô gái bị nhiễm HIV, hay rơi vào nghiện ma túy sẽ kéo theo hệ lụy về kinh tế, xã hội và văn hóa, dẫn đến các hậu quả về sức khỏe tâm thần, bị bỏ rơi và mất hết những giá trị cuộc sống của một con người.

Ở một số nước mà thu nhập quốc gia dựa một phần lớn vào dịch vụ du lịch thì "thương mại tình dục" hay "công nghiệp tình dục" được "bỏ qua" hoặc chấp nhận nên đã thu hút một số lớn nam nữ thanh niên tham gia vào các dịch vụ này. Sự phát triển của thương mại tình dục thường đi đôi với việc sản xuất và buôn bán ma túy - dịch vụ để một số người vụ lợi và kiếm tiền một cách dễ dàng.

1.4. Một số yếu tố xã hội khác có ảnh hưởng đến HIV

Một số vùng có chiến tranh, nội chiến bị nạn đói hoành hành hoặc nơi có nguy cơ cao bị các bệnh có nguy cơ dẫn đến tử vong cao (như tả, lao hay các lây truyền qua đường tình dục khác), thì việc phòng chống một bệnh đặc biệt để giảm nguy cơ chết (như HIV/AIDS) thường không được quan tâm, hoặc cũng chỉ nhận được sự quan tâm giống như sự quan tâm đến các nguy cơ chết khác mà không được ưu tiên.

Qui mô và cơ cấu dân số cũng có thể là nguyên nhân gián tiếp làm tăng nguy cơ nhiễm HIV. Ở Việt Nam, qui mô dân số khá đông, nhưng cơ cấu dân số hiện đang trong giai đoạn tối ưu nhất, đó là cơ cấu "dân số vàng", với dân số trong độ tuổi lao động đang đạt mức cao nhất. Tuy nhiên, vấn đề chất lượng nguồn lao động và việc làm không đáp ứng được nguồn lao động dư thừa có thể dẫn đến hậu quả không tốt trong nhóm đông thanh niên, dễ dẫn đến việc những thanh niên không việc làm tụ tập, chơi bời và sử dụng ma túy, nữ thanh niên tham gia hoạt động mại dâm... và trở thành những người thuộc nhóm "nguy cơ cao".

Như vậy, sự tác động và tương tác lẫn nhau của các mặt kinh tế-xã hội trong bối cảnh phát triển kinh tế, đặc biệt ở các nước đang phát triển như một vòng xoắn nguy cơ lây nhiễm HIV.

1.5. Điều kiện kinh tế - xã hội và điều trị HIV

Điều kiện kinh tế-xã hội là yếu tố chính để xác định chất lượng cuộc sống của mỗi cá nhân kể cả sau khi họ đã nhiễm HIV, vì liên quan đến việc họ có đủ điều kiện để tiếp cận và chi trả cho các dịch vụ điều trị và chăm sóc hay không. Một người nghèo sẽ khó tiếp cận các cơ sở điều trị HIV hơn nhóm người giàu. Lý do thường gặp là họ phải trì hoãn điều trị do phải lo toan kiếm tiền cho gia đình hoặc đơn giản hơn là, ở các vùng nông thôn không có tiền thuê phương tiện đi lại nếu cơ sở điều trị ở xa nhà. Những người có điều kiện kinh tế thấp, do không có điều kiện chăm sóc và điều trị nên dễ chuyển sang giai đoạn AIDS hơn nhóm được điều trị tốt do vậy họ bị chết nhanh hơn.

Hơn thế, tỷ lệ người nghèo cao sống trong các nước nghèo, nên sự sẵn có của các dịch vụ y tế nói chung và cho người nhiễm HIV nói riêng có thể không đủ đáp ứng cho những người nhiễm HIV, nên sự cạnh tranh để được điều trị cao, và người nghèo thường yếu thế.

Thêm vào đó, các nước nghèo cũng sẽ rất hạn chế về mặt phúc lợi trong chăm sóc y tế, và người nghèo có thể không được mua bảo hiểm, nên khoảng cách bất bình đẳng trong điều trị chăm sóc y tế nói chung và trong nhóm người nhiễm HIV nói riêng ngày càng sâu.

2. SỰ TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH HIV/AIDS ĐỐI VỚI KINH TẾ - XÃ HỘI

Hiện nay, đại dịch HIV/AIDS đang mở rộng và lây lan vào cộng đồng, đã ảnh hưởng đến sự phát triển chung của mỗi quốc gia. Đối với các nước nghèo, tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số cao, cùng với ảnh hưởng của khủng hoảng kinh tế thế giới, đã làm cho sự phát triển chung của đất nước đó bị ảnh hưởng một cách trầm trọng.

Có nhiều khía cạnh về phát triển liên quan đến đại dịch HIV/AIDS, đó là sự mất cân bằng về nguồn lực, giảm nguồn lực có chất lượng và mất cân bằng dân số giữa các nước phát triển và các nước nghèo; bị bỏ qua các cơ hội tìm kiếm đầu tư để tạo ra các bước đột phá về kinh tế; tạo cơ hội cho sự tham nhũng; mất cơ hội toàn cầu hóa và quốc tế hóa trong các lĩnh vực kinh tế, tài chính, kiến thức, nghiên cứu và thông tin...Những vấn đề này có thể dẫn đến hậu quả lớn về mặt xã hội, đôi khi còn gọi "đại họa xã hội" đối với một số nước kém phát triển.

Về mặt xã hội, đối với người bị nhiễm HIV, vợ/chồng (bạn tình) và gia đình của họ bị ảnh hưởng nhiều: mất việc làm, giảm thu nhập, chia rẽ gia đình, bị bỏ rơi, con cái không người chăm sóc, phá vỡ các mối quan hệ cá nhân. Nguyên nhân chính là do những người

mắc bệnh này bị coi là vướng vào các "tệ nạn xã hội", "điều cấm kỵ" hoặc bị kỳ thị, phân biệt đối xử, gây sự sợ hãi cho cộng đồng.

2.1. Tác động của HIV/AIDS đến các vấn đề nhân khẩu học

Dân số của mỗi quốc gia là "mẫu số của mọi bài toán phát triển". Chính vì thế, sự thay đổi về nhân khẩu học của dân số có thể là một nguyên nhân ảnh hưởng đến sự phát triển về kinh tế, xã hội của quốc gia đó.

Đại dịch HIV/AIDS không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến các vấn đề về kinh tế, xã hội, văn hóa mà còn ảnh hưởng gián tiếp đến các khía cạnh này thông qua ảnh hưởng trực tiếp đến các chỉ số nhân khẩu học.

Mặc dù Việt Nam chưa có báo cáo về sự thay đổi nhân khẩu học do tác động của đại dịch HIV/AIDS, nhưng đối với nhiều nước trên thế giới hiện nay (và có thể đối với Việt Nam trong tương lai gần nếu đại dịch không được khống chế), đại dịch này có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến các chỉ số nhân khẩu học của mỗi quốc gia. Hậu quả này đã được kiểm định bằng nhiều nghiên cứu và thông qua dự báo dân số liên quan đến đại dịch HIV/AIDS bằng các phần mềm chuyên dụng.

2.1.1. Giảm tuổi thọ trung bình

Các kết quả cho thấy đại dịch HIV/AIDS sẽ tiếp tục có ảnh hưởng tiêu cực đến các chỉ số nhân khẩu học bao gồm việc tăng tỷ lệ bệnh tật và tỷ lệ tử vong, liên quan đến việc giảm tuổi thọ trung bình của dân số (nếu người nhiễm HIV không được tiếp cận và điều trị lâu dài ARV).

Bảng 2.1. Ước tính tuổi thọ trung bình do ảnh hưởng của HIV/AIDS tại Swaziland

Năm	Không có dịch AIDS	Có AIDS	Sự khác biệt
2004	64,2	37,5	41,6
2005	64,5	37,4	42,0
2006	64,9	35,3	45,5
2007	65,2	33,7	48,3
2008	65,6	32,5	50,4
2009	65,9	31,7	51,9
2010	66,2	31,3	52,7
2011	66,5	31,2	53,0
2012	66,8	31,4	53,0
2013	67,1	31,6	52,9
2014	67,3	32,0	52,5
2015	67,6	32,5	51,9

Nguồn: Alan Whiteside và cộng sự. 2006. The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Swaziland

2.1.2. Giảm tỷ suất phát triển dân số

Tỷ suất tăng dân số sẽ giảm do mức chết tăng và giảm mức sinh do đại dịch HIV/AIDS mang lại. Dân số chung ước tính tại một số nước châu Phi có thể giảm đến 21% so với dự báo trong trường hợp không có đại dịch HIV/AIDS.

2.1.3. Thay đổi cơ cấu dân số

Kết quả phân tích nhân khẩu học một số nước cho thấy đại dịch HIV/AIDS sẽ làm dịch chuyển cơ cấu dân số và gây hậu quả lâu dài trong vòng 20-30 năm. Đó là việc giảm tỷ lệ trẻ em nhiều so với dự báo dân số nếu không có đại dịch HIV/AIDS, do trẻ bị nhiễm HIV/AIDS từ mẹ và số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ giảm (bởi có nhiều người chết do HIV/AIDS). Sự thay đổi này sẽ xảy ra đặc biệt nhanh và nghiêm trọng đối với những nước có tỷ lệ lây nhiễm HIV/AIDS trong dân số cao.

2.1.4. Dân số phụ thuộc và trẻ mồ côi tăng

Theo báo cáo của Liên đoàn Lao động quốc tế (2005), độ tuổi bị ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS thường là từ 25-35 đối với phụ nữ, và từ 30-40 tuổi đối với nam giới. Đây chính là độ tuổi lao động và làm việc hiệu quả nhất trong mỗi cuộc đời con người và có ích nhất cho gia đình và xã hội.

Tuy nhiên đại dịch HIV/AIDS đã làm giảm mạnh số người trong độ tuổi này, làm tăng tỷ lệ trẻ em và người già, dẫn đến tăng tỷ lệ người phụ thuộc trong dân số. Tình trạng này sẽ còn tồi tệ hơn cho sự phát triển của mỗi quốc gia khi số trẻ em mồ côi bởi bố mẹ do chết do AIDS ngày càng tăng.

2.2. Tác động của HIV/AIDS đối với tăng trưởng và phát triển kinh tế

Đại dịch HIV/AIDS có ảnh hưởng lớn đối với nền kinh tế của mỗi quốc gia. Tại một số nước châu Phi, nơi đại dịch này đang trong giai đoạn trầm trọng, và tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số cao (7%-30%), nhiều nghiên cứu đã chứng minh đại dịch này ảnh hưởng đến cả kinh tế vĩ mô, vi mô và khả năng tiêu dùng của người dân.

Nguyên nhân đầu tiên làm cho nền kinh tế bị ảnh hưởng là do tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động giảm do bị nhiễm HIV và chết khi chưa qua độ tuổi lao động. Điều này ảnh hưởng lớn đến nguồn lực lao động của xã hội. Chưa kể ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS đến vấn đề thất nghiệp rất lớn, tỷ lệ không có việc làm trong nhóm nhiễm HIV rất cao ở khắp nơi trên thế giới (khoảng 45 - 50% hoặc cao hơn).

Đối với kinh tế vĩ mô, mức độ ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS không dễ đánh giá chính xác. Tuy nhiên, đại dịch HIV/AIDS sẽ làm giảm thu nhập quốc gia và giảm thu nhập bình quân đầu người. Tại Việt Nam, con số báo cáo về ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS đối với nền kinh tế còn hạn chế, nhưng theo báo cáo tại một số nước châu Phi cho thấy tổng sản phẩm quốc nội (GDP) mỗi năm giảm 1%-2,8% do HIV/AIDS. Một báo cáo đã phân tích, trong vòng 20 năm qua, sản lượng kinh tế của một số nước giảm khoảng 25% do hậu quả của HIV/AIDS.

Sự tăng trưởng kinh tế giảm có ảnh hưởng tiêu cực đến sản xuất và tích lũy của mỗi quốc gia. Tích lũy vốn vật chất giảm cùng với việc giảm đầu tư và tiết kiệm, làm tăng chi

phí khác cho các hãng sản xuất. Tích lũy vốn con người cũng sẽ bị ảnh hưởng bởi đại dịch HIV/AIDS, do tăng tỷ lệ người chết trong độ tuổi lao động.

Tại Việt Nam, đánh giá tác động của đại dịch vẫn còn là một việc khó khăn do tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số thấp. Tuy nhiên, do dân số Việt Nam khá cao, nên chỉ thay đổi nhỏ về tỷ lệ mắc HIV/AIDS đã có nghĩa là gia tăng rất nhiều số người thực tế bị ảnh hưởng.

Trong khi tác động chung của HIV/AIDS đối với kinh tế vĩ mô vẫn còn thấp, thì nó lại có tác động đáng kể lên những người dân nghèo ở Việt Nam, tác động lên công cuộc xóa đói giảm nghèo và tác động tới việc đạt được Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ thứ nhất, đó là loại bỏ tình trạng nghèo đói. Nếu không có chiến lược phòng và chống tốt, HIV/AIDS có thể có sức mạnh làm giảm đi và thậm chí làm đảo ngược những thành quả giành được trong công cuộc xóa đói giảm nghèo, những hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS sẽ rơi vào tình trạng đói nghèo trầm trọng.

Đại dịch HIV/AIDS rõ ràng đã góp phần làm tăng mức nghèo đói, làm giảm tuổi thọ trung bình và kéo chỉ số phát triển con người (HDI) xuống thấp.

2.2.1. HIV/AIDS tác động đến thu nhập cá nhân và hộ gia đình

Tổn thất về thu nhập của người nhiễm HIV đã được kể đến nhiều do họ bị mất việc, không xin được việc, do thất thu vì bị cộng đồng tẩy chay sử dụng các dịch vụ do người nhiễm HIV cung cấp hoặc mất sức lao động do ốm đau. Chưa kể những chi phí không tính toán được của những người thân phải mất thu nhập để chăm sóc người nhiễm HIV trong gia đình. Phụ nữ bị nhiễm HIV vừa bị mất thu nhập của bản thân do các lý do trên, vừa mất thu nhập do phải chăm sóc chồng hoặc con nhiễm HIV.

Bên cạnh đó, gia đình sẽ bị mất đi các khoản ưu tiên cho giáo dục do phải ưu tiên cho chăm sóc sức khỏe. Hơn thế, đa số những người nhiễm HIV trong giới trẻ, khi họ chết mà chưa bù đắp lại kinh tế cho gia đình, bố mẹ họ mất đi khoản tích lũy vào con cái sau bao năm nuôi dưỡng và đầu tư cho học hành.

2.2.2. HIV/AIDS tác động đến chi tiêu cá nhân và hộ gia đình

Trong các gia đình có người nhiễm HIV, chi phí cho chăm sóc sức khỏe cho họ là rất lớn. Tổng chi cho việc chăm sóc sức khỏe của hộ gia đình có một người bị nhiễm HIV có thể cao hơn 13 lần so với mức chi tiêu trung bình cho mục đích này của một hộ gia đình tại Việt Nam. Bên cạnh đó, giảm thu nhập đáng kể là một trong những nguyên nhân chính để các gia đình này giảm chi tiêu về mọi mặt trong gia đình.

2.2.3. HIV/AIDS tác động đến sản xuất và kinh tế vi mô

Bên cạnh tác động vào kinh tế hộ gia đình, đối với kinh tế vi mô, HIV/AIDS còn ảnh hưởng đến qui mô và sản phẩm của các hãng/cơ sở sản xuất, do thiếu người tham gia sản xuất. Người nhiễm HIV có thể bị thôi việc hoặc tự bỏ việc do bị ốm hoặc bị kỳ thị. Kết quả là giá của các sản phẩm tăng lên do các nhà sản xuất phải trả lương cho lao động tuyển thêm và chi tài chính cho đào tạo lực lượng lao động mới. Sự giảm tăng trưởng kinh tế và giá cả đắt đỏ dẫn đến kết quả người dân chi tiêu tiết kiệm hơn trong đời sống hàng ngày và hạn chế hơn chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Ở các nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao trong dân số, các dịch vụ cũng bị suy giảm, các loại bảo hiểm và chi trả cho phúc lợi cũng sẽ bị hạn chế nhiều do giảm nguồn kinh phí đầu tư cho các lĩnh vực tư nhân và Nhà nước.

2.2.4. HIV/AIDS tác động đến vốn và tài chính

Liên quan đến vấn đề tài chính vĩ mô, doanh thu thuế giảm do giảm cầu (chi tiêu), trong khi chi phí cho việc dự phòng và điều trị HIV/AIDS ngày càng gia tăng, dẫn đến sự thâm hụt nặng về ngân sách nói chung. Hơn thế, sự bất bình đẳng thu nhập giữa lao động có tay nghề cao và không có kỹ năng ngày càng tăng. Theo một số báo cáo đã dự đoán rằng tỷ lệ tăng trưởng kinh tế của một quốc gia sẽ giảm 1,2% nếu quốc gia đó có tỷ lệ nhiễm HIV 20%.

Việc dự báo ảnh hưởng của đại dịch HIV/AIDS như trên vẫn được coi là ở dưới mức thực tế, vì tác động này có thể sẽ trầm trọng hơn rất nhiều do việc dự đoán sự lây lan của HIV thấp hơn con số thực tế, cùng với ảnh hưởng kép của nền kinh tế do mất vốn con người và giảm sự chuyển giao kiến thức giữa các thế hệ do HIV/AIDS. Những yếu tố này phải được tính đến khi tính toán các chỉ số kinh tế bị ảnh hưởng do HIV/AIDS.

Bên cạnh đó là số lượng trẻ mồ côi và những trẻ bị thiệt thòi do HIV/AIDS tăng lên, sẽ ảnh hưởng lâu dài về số lượng và chất lượng của nguồn lao động trong tương lai (tích lũy vốn con người).

Sự đầu tư từ quốc tế cho các lĩnh vực phát triển kinh tế cũng bị suy giảm ở những quốc gia không khống chế tốt sự lây lan của HIV/AIDS, do các nhà đầu tư/tài trợ quan niệm rằng ở những quốc gia đó sự lãnh đạo yếu kém, hiện tượng tham nhũng phổ biến, qui định hành chính và các qui định rườm rà, chi tiêu cho việc đi lại và tiêu dùng đắt đỏ. Bên cạnh đó, sự đầu tư nội địa cũng sẽ giảm do bị giảm lợi nhuận, lý do chính do giảm sản lượng sản xuất trong khi chi phí tăng. Tuy nhiên số liệu chứng minh sự ảnh hưởng trực tiếp của HIV/AIDS đối với đầu tư nội địa của các quốc gia còn rất hạn chế.

Tóm lại, đại dịch HIV/AIDS có ảnh hưởng một cách tiêu cực và lâu dài đối với phát triển kinh tế ở cả cấp vĩ mô và vi mô của mỗi quốc gia và toàn cầu.

2.3. Tác động của HIV/AIDS đối với các vấn đề xã hội

Tác động của HIV/AIDS ảnh hưởng lớn đến các vấn đề phát triển xã hội, có thể kể đến tác động của nó đến các lĩnh vực y tế, giáo dục, và phúc lợi xã hội.

Việc tăng nhanh nhu cầu về các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS như chẩn đoán, điều trị và chăm sóc là không thể phủ nhận. Việt Nam là một ví dụ về sự gia tăng này, khi nhà nước xây dựng các chương trình mục tiêu cho phòng, chống HIV/AIDS, thiết lập nhiều cơ sở tư vấn, xét nghiệm, điều trị và chăm sóc cho bệnh nhân HIV/AIDS ở tất cả các tuyến. Bên cạnh đó, là chi phí cho các dịch vụ này thông qua cung cấp thuốc, trang thiết bị, nhân lực từ nguồn lực y tế vốn đang còn thiếu và luôn bị quá tải công việc. Điều này làm tăng gánh nặng cho ngành y tế, chất lượng dịch vụ y tế cũng bị giảm do gánh nặng này.

Dịch HIV/AIDS còn là gánh nặng cho nguồn lực của các lĩnh vực khác. Ở một số nước nơi có tỷ lệ HIV/AIDS cao, các trường học bị thiếu giáo viên do nhiều người trong số họ bị nhiễm HIV/AIDS, không thể đi làm hoặc nghỉ do ốm, làm giảm số lượng và chất lượng của nguồn nhân lực. Chưa kể đến, khi con người chỉ lo chống chọi với bệnh tật thì

nhu cầu giáo dục cho bản thân và cho con cái sẽ không được quan tâm, làm cho nhu cầu giáo dục giảm. Đây sẽ là hậu quả lâu dài cho việc tích lỹ vốn con người (nguồn lực lao động) trong tương lai cũng như giảm chỉ số phát triển con người do giảm chỉ số của giáo dục.

Đối với người bị nhiễm HIV, yếu tố văn hóa hoặc kinh tế gia đình có thể là rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế và không được chăm sóc điều trị, dẫn đến tình trạng sức khỏe bị giảm sút nhanh, bị buộc phải thôi việc hoặc không thể kiếm việc làm, dẫn đến hậu quả là họ mất khả năng kiếm sống cho cuộc sống gia đình và mất khả năng chăm sóc gia đình và con cái. Đây là tình trạng phổ biến của những người nhiễm HIV không chỉ ở các nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao, mà ngay ở Việt Nam và các nước lân cận như Thái Lan hay Campuchia.

Bên cạnh đó, sự gia tăng số trẻ mồ côi làm tăng số thế hệ sống của các đại gia đình (bao gồm các thế hệ khác nhau), thay vì mô hình sống của gia đình hạt nhân (chỉ gồm bố mẹ và con cái). Hậu quả là người cao tuổi đang gánh vác gánh nặng ngày càng tăng của HIV/AIDS do phải chăm sóc và chi phí kinh tế cho cháu nội, ngoại vì bố mẹ chúng không có khả năng chăm sóc bởi đã bị chết hoặc bị ốm nặng do AIDS. Tuy nhiên, việc trẻ mồ côi được chăm sóc trong các đại gia đình vẫn là một giải pháp tốt về mặt xã hội, vì nếu trẻ mồ côi bởi bố mẹ chết do HIV/AIDS, nếu không có người nhà chăm sóc sẽ trở thành trẻ lang thang và di cư đến cách thành phố để tự kiếm sống, sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng do suy dinh dưỡng, bị lôi kéo vào các nhóm côn đồ, nghiện ma túy, bị lạm dụng tình dục (đối với cả hai giới), trở thành người bán dâm ở tuổi vị thành niên... Đây chính lại là những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và là sẽ ảnh hưởng lâu dài đến nguồn lực lao động của mỗi quốc gia. Do vậy, vấn đề giúp đỡ cho trẻ em mồ côi và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS là rất quan trọng cho việc duy trì và phát triển nguồn lực trong tương lai.

3. CÁC HIỆN TƯỢNG XÃ HỘI ĐẶC BIỆT LÀM TĂNG NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV/AIDS

Trong một thời gian rất dài từ khi ca nhiễm HIV được phát hiện lần đầu tiên tại Việt Nam, căn bệnh này đã được gắn liền với các "tệ nạn xã hội". Một trong những nguyên nhân của sự "dán nhãn" này là do tỷ lệ nhiễm HIV cao ở những nhóm người có hành vi được coi là các "tệ nạn xã hội".

3.1. Sử dụng, buôn bán ma túy và các chất gây nghiện

Như đã trình bày trong các phần trên, việc phát triển kinh tế cùng với tốc độ đô thị hóa nhanh làm tăng nhanh số người di cư tại các thành phố lớn. Những người này thường sống trong các khu ổ chuột, các nhà tạm. Sự thất nghiệp tỷ lệ thuận với các vấn đề liên quan đến tội phạm, trong đó có buôn lậu ma túy, cướp đường phố, giết người và buôn bán vũ khí.

Việc sử dụng và buôn lậu ma túy (bao gồm thuốc phiện, Heroin, cần sa, cocaine, chất kích thích, và các loại thuốc hóa học khác như thuốc lắc...) đang gia tăng cùng với chứng nghiện rượu, và điều tồi tệ hơn là các tệ nạn này thường xảy ra trong nhóm trẻ tuổi. Nhiều người sử dụng ma túy có xu hướng vừa là người sử dụng, vừa là người cung cấp để có ma túy dùng thường xuyên. Điều này cũng có thể dẫn đến hậu quả là nhiều thanh niên thất nghiệp và giáo dục không đầy đủ muốn kiếm tiền dễ dàng và sẵn sàng đi vào con đường buôn bán ma túy sau đó dẫn đến nghiện ma túy, và chuyển dần từ hút sang chích ma túy - một hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV.

Nhìn lại lịch sử xã hội Việt Nam, thời điểm trước năm 1975, người nghiện ma tuý chủ yếu thuộc tầng lớp trung và thượng lưu, là những người có tiền để mua ma túy sử dụng (hút thuốc phiện bằng bàn đèn trong các gia đình giàu có). Sau năm 1975, người sử dụng ma túy xuất hiện trong tất cả các tầng lớp xã hội, tăng dần trong nhóm người nghèo, trình độ văn hoá thấp, thất nghiệp và dễ bị tổn thương. Không có sự phân biệt rõ ràng trong các nhóm tiêm chích ma tuý. Một nhóm có thể được phân biệt dựa trên thời gian sử dụng ma tuý, địa điểm tiêm chích, tình trạng kinh tế... Nói chung lịch sử của việc tiêm chích ma túy tương đối đa dạng, người nghiện ma túy ở phía Nam có thời gian tiêm chích lâu hơn ở miền Bắc. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy các người nghiện chính ma túy và buôn bán ma tuý có độ tuổi trẻ hơn nhiều so với trước đây.

Nghiện chích ma túy và cụ thể là sử dụng chung bơm kim tiêm và các dụng cụ khác dùng trong tiêm chích ma túy là nguyên nhân hàng đầu làm lây nhiễm HIV ở Việt Nam. Theo báo cáo của Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, năm 2011, tỷ lệ sử dụng chung bơm kim tiêm trong nhóm nghiện chích ma túy trong vòng một tháng qua tại nhiều địa phương vẫn rất cao như Bình Dương là 58%, Nghệ An là 42% và Đà Nẵng, thành phố Hồ Chí Minh là 39%. Báo cáo giám sát trọng điểm HIV/AIDS năm 2011 của Bộ Y tế cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy trong cộng đồng là 13,4% (cứ 100 người nghiện chích ma túy trong cộng đồng có 13,4 người nhiễm HIV). Tuy nhiên tại một số tỉnh tỷ lệ này còn rất cao như Điện Biên là 45,7%; thành phố Hồ Chí Minh là 39,2%, Thái Nguyên là 25,8%...

Cũng theo Báo cáo của Bộ Y tế, đến cuối năm 2011, có khoảng 47% số người nhiễm HIV ở Việt Nam là người NCMT. Như vậy, đây là nhóm người không chỉ là nhóm nguy cơ cao, mà còn là nhóm có nguy cơ cao nhất trong các nhóm nguy cơ cao nhiễm HIV tại Việt Nam. Hành vi nguy hiểm nhất của nhóm này là dùng chung bơm kim tiêm, pha thuốc bằng máu.

Nhóm người NCMT nói chung còn thường có quan hệ tình dục với nữ bán dâm (NBD) và việc họ bị nhiễm HIV từ NBD hoặc NBD bị nhiễm HIV từ họ đều có nguy cơ cao như nhau. Nguy hiểm hơn nếu người NCMT đồng thời là NBD. Tuy nhiên, nhiều người NCMT có vợ hoặc bạn tình - những người cũng có nguy cơ cao bị lây nhiễm HIV. Hơn thế nữa, con của những cặp vợ chồng này cũng có nguy cơ bị lây nhiễm HIV cao do lây truyền từ mẹ bị nhiễm HIV.

Nhiều nghiên cứu nhân học và xã hội học cho thấy: có nhiều phụ nữ lấy chồng đã từng hoặc đang NCMT nhưng không biết, họ có quan hệ tình dục bình thường như bao cặp vợ chồng khác để sinh con. Nhiều phụ nữ chỉ phát hiện ra mình bị nhiễm HIV từ chồng khi có thai hoặc thậm chí khi đứa con mới sinh có triệu chứng lâm sàng của nhiễm HIV/AIDS. Người mẹ được yêu cầu xét nghiệm và phát hiện ra cả gia đình bị nhiễm HIV do người chồng NCMT. Đây là những trường hợp mang hậu quả nặng nề về mặt văn hóa và xã hội cho bản thân người NCMT, cho vợ và con của họ. Nếu họ không được phát hiện nhiễm HIV sớm, bản thân họ còn sẽ không được điều trị, chăm sóc, hơn thế, họ cũng không có cơ hội để dự phòng lây truyền HIV cho con từ giai đoạn sớm của quá trình mang thai.

Một xu hướng nổi cộm hiện nay là việc gia tăng thanh thiếu niên sử dụng ma túy tổng hợp và thuốc lắc khi tham gia giải trí (Liên hoan, sàn nhảy, hát karaoke...). Mặc dù hầu hết các loại ma túy tổng hợp dùng theo đường hút hoặc uống sẽ không trực tiếp làm lây nhiễm

HIV, nhưng các ma túy tổng hợp này lại thường làm tăng nhu cầu quan hệ tình dục và gây ảo giác do vậy dẫn đến quan hệ tình dục không an toàn, đây cũng là một con đường lây nhiễm HIV phổ biến trong giới trẻ hiện nay.

3.2. Mại dâm

Ở Việt Nam cũng như ở hầu hết các nước Đông Nam Á, mua bán dâm (cả nam và nữ) không được luật pháp công nhận. Do vậy, người bán dâm, người mua dâm cũng như hoạt động mua-bán dâm, đều không dám công khai, không được quản lý về sức khỏe. Như vậy, cả hai người mua và bán, đặc biệt là người bán rất dễ bị lây nhiễm HIV nếu không có thực hành tình dục an toàn.

Đối với nữ bán dâm (NBD), việc sử dụng BCS còn có những hạn chế nhất định. Nếu người mua dâm (nam giới) chủ động dùng BCS thì sẽ an toàn cho cả hai, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy, nhiều người mua dâm không muốn dùng BCS, và thậm chí còn trả thêm tiền cho NBD để họ không dùng BCS vì muốn không bị giảm khoái cảm tình dục. Chính vì lý do này mà nhiều NBD rất khó để từ chối hoặc không thể từ chối vì sợ sẽ bị mất "khách", mất nguồn thu nhập, có thể bị chủ khiển trách hoặc đuổi việc…

Kết quả giám sát hành vi năm 2011 của Bộ Y tế cho thấy, hành vi sử dụng bao cao su với người mua dâm trong lần quan hệ tình dục gần nhất của NBD ở một số tỉnh vẫn còn thấp như ở Hà Nội (65,5%), Bình Dương (57,6%) hay tỷ lệ NBD dùng BCS thường xuyên với người nam mua dâm trong vòng một tháng qua là khá thấp ở hầu hết các tỉnh như ở Hà Nội (24,5%), Bình Dương (31%), Điện Biên (41,3%)… Nhiều NBD còn có quan niệm là nhìn người đàn ông sạch sẽ có thể sẽ không bị bệnh, nên sẵn sàng chấp nhận không dùng BCS khi quan hệ tình dục. Nhiều NBD khi đã biết mình bị nhiễm HIV, họ lại càng mong muốn kiếm tiền nhanh bằng con đường này để có tiền chữa bệnh, hoặc một số NBD kiếm tiền để dành cho con cái khi họ chết trước những đứa con (do AIDS). Những người này không cần sử dụng BCS, chấp nhận người mua dâm không dùng BCS, nên nguy cơ người mua dâm bị lây nhiễm HIV rất cao.

Việc khống chế hiện tượng mại dâm là một việc rất khó khăn trong bối cảnh xã hội Việt Nam, do hiện tượng này bị trá hình một cách tinh vi vào các hoạt động bình thường của xã hội: kinh doanh nhà hàng, khách sạn, các dịch vụ xoa bóp để tăng cường sức khỏe hay các dịch vụ cắt tóc, gội đầu… Bên cạnh đó, việc kiểm soát bệnh tật của người bán dâm và người mua dâm là một kế hoạch đầy khó khăn, phức tạp bởi vì cả hai nhóm người này đều "hoạt động bí mật", do dịch vụ mại dâm bị luật pháp nghiêm cấm và do xã hội Việt Nam coi hiện tượng mại dâm là vi phạm đạo đức xã hội hoặc tệ nạn xã hội.

3.3. Quan hệ tình dục đồng giới

Đối với nhiều quốc gia (bao gồm cả châu Á và Việt Nam), quan hệ tình dục đồng tính, tình dục lưỡng tính thường không được xã hội chấp nhận. Các nhóm này không có người đứng ra đại diện hay vận động hành lang để được hợp thức hóa về chính trị hay luật pháp.

Ở một số nước, quan hệ tình dục đồng giới nam thực tế nhiều hơn con số báo cáo, và cũng còn nhiều người vừa có quan hệ đồng giới, vừa có quan hệ tình dục khác giới (nam-nữ) nhằm thỏa mãn nhu cầu tình dục cá nhân hoặc để giữ sự yên ổn trong gia đình (cha mẹ không biết con trai mình là người có quan hệ tình dục đồng giới nên giục lấy vợ...). Điều

này có thể góp phần làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Hiện tượng quan hệ đồng giới nam thường xảy ra ở những nơi tập trung nhiều nam như nhà tù, nhóm người lao động tập thể hoặc ký túc xá của học sinh nam. Điều này cũng có thể dẫn đến tệ nạn mại dâm nam hiện khá phổ biến trên nhiều nước, trong đó có Việt Nam.

Theo kết quả nghiên cứu sơ bộ của Viện Nghiên cứu Xã hội, Kinh tế và Môi trường (iSEE) số người có quan hệ đồng giới ở Việt Nam khá cao, có thể lên tới hàng chục ngàn người. Trong khi mọi người trong cộng đồng đã có kiến thức phổ thông về phòng, chống HIV/AIDS đối với những người nghiện chích ma túy và mại dâm thì đối với người đồng tính còn bị bỏ ngỏ về biện pháp bảo vệ khỏi lây nhiễm HIV/AIDS. Nhiều người trong nhóm này không biết rằng các hành vi quan hệ tình dục đồng giới nam (đặc biệt là quan hệ tình dục dương vật-hậu môn) có nguy cơ rất cao lây nhiễm HIV và hầu như họ không sử dụng các biện pháp bảo vệ. Sự lây nhiễm HIV ở những người nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) không chỉ xảy ra trong "thế giới" của họ mà còn tác động tới cộng đồng vì nhiều người vẫn có vợ và/hoặc bạn gái. Việc quan hệ tình dục bí mật của người đồng tính đã gây ra những nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS mà ít người biết đến.

Theo Báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS năm 2011, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM tại TP Hồ Chí Minh là 14% và ở Hà Nội là 6,7% và có xu hướng tăng lên trong khi hành vi sử dụng BCS thường xuyên với bạn tình nam của họ là rất thấp ở hầu hết các tỉnh có giám sát hành vi. Trước thực trạng như vậy chúng ta cần quan tâm hơn đến công tác phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm người MSM, xóa bỏ định kiến, kỳ thị và phân biệt đối xử cũng như cần có những biện pháp thiết thực để giúp đỡ họ phòng, chống sự lây nhiễm HIV/AIDS, qua đó góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho cộng đồng.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

Trả lời ngắn gọn các câu hỏi từ 1 đến 6

1. Phân tích sự bùng nổ đô thị hóa và sự thay đổi lối sống của thanh niên trong nền kinh tế thị trường đối với nguy cơ lây nhiễm HIV?

2. Phân tích lợi thế của người có trình độ học vấn cao trong việc giảm nguy cơ lây nhiễm HIV? Mô tả ngoại lệ nguy cơ lây nhiễm HIV của nhóm người này?

3. Phân tích tác động của đại dịch HIV/AIDS và sự thay đổi nhân khẩu học ở các nước có tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số cao?

4. Trình bày tác động của đại dịch HIV/AIDS đến chi tiêu và thu nhập của gia đình cũng như tác động đến sản xuất ở cấp vi mô?

5. Nêu tác động của đại dịch HIV đến các vấn đề xã hội. Phân tích tác động của đại dịch đến lĩnh vực y tế?

6. Trình bày các hiện tượng xã hội đặc biệt làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV? Đưa ra một số gợi ý về giải pháp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho các nhóm người tiêm chích ma túy, bán dâm và nam có quan hệ tình dục với nam.

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 7 đến 15

7. *Lý do làm cho sự bùng nổ đô thị hóa làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV là:*

A. Tất cả mọi người đều muốn di cư đến sống ở thành thị và mong kiếm được nhiều tiền hơn ở các vùng nông thôn.

B. Những người lao động mang tính chất thời vụ di cư đến các khu đô thị để tìm việc làm và họ có ít hoạt động giải trí lành mạnh sau một ngày làm việc mệt nhọc.

C. Những người lao động di cư đa số là nam giới, trong độ tuổi có nhu cầu quan hệ tình dục cao, vì vậy họ thường có quan hệ tình dục ngoài hôn nhân hoặc với nữ bán dâm.

D. Cả B và C

E. Cả A, B và C

8. *Ở Việt Nam, hiện tượng các cặp vợ chồng sống xa cách lâu dài do đi kiếm tiền xa nhà là nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng:*

A. Không chung thủy và rạn nứt mối quan hệ vợ chồng.

B. Gia tăng các bệnh nhiễm trùng lây qua đường tình dục và nhiễm HIV.

C. Gia tăng sự mất cân bằng về giới giữa nông thôn và thành thị.

D. Cả A, B và C.

9. *Một trong những nguyên nhân gián tiếp làm cho nguy cơ nhiễm HIV tăng là:*

A. Cơ cấu dân số vàng và hiện tượng thất nghiệp.

B. Nghiện chích ma túy.

C. Quan hệ tình dục không an toàn.

D. Truyền máu không an toàn

10. *"Sốc văn hóa" là một hiện tượng do giới trẻ gây ra và làm nguy cơ nhiễm HIV với các đặc trưng:*

A. Nội chiến + Sống không ổn định + Mại dâm.

B. Nhóm di cư + Bạo lực + Cạnh tranh việc làm + Sống không ổn định + Mại dâm.

C. Cộng đồng bản xứ + Cạnh tranh việc làm + Sống không ổn định + Mại dâm.

D. Chiến tranh + Thất nghiệp + Không nhà cửa + Quan hệ tình dục đồng giới

11. *Khi tỷ lệ nhiễm HIV cao trong dân số sẽ làm ảnh hưởng đến nhân khẩu học trong tương lai, vì:*

A. Tăng số người phụ thuộc/tăng số trẻ mồ côi.

B. Giảm số đàn ông trong độ tuổi sinh sản/Tăng số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

C. Giảm tuổi thọ trung bình/giảm số trẻ em.

D. Lựa chọn A và C.

12. *Nguồn lao động là nguyên nhân đầu tiên làm cho nền kinh tế bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS do:*

A. Tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động giảm do bị nhiễm HIV và chết khi chưa qua độ tuổi lao động.

B. Người nhiễm HIV trở thành người phụ thuộc kinh tế.

C. Thất nghiệp do nhiễm HIV.

D. Cả 3 ý trên.

13. *Nguyên nhân tổn thất về thu nhập của người nhiễm HIV là:*

A. Do bị mất việc, không xin được việc.

B. Do thất thu vì bị cộng đồng tẩy chay sử dụng các dịch vụ do người nhiễm HIV cung cấp.

C. Do mất sức lao động/ốm đau.

D. Do mất thu nhập để chăm sóc người nhiễm HIV trong gia đình.

14. *Khi trong gia đình có người nhiễm HIV, nhu cầu giáo dục sẽ:*

A. Tăng do cần sự hiểu biết về căn bệnh này.

B. Giảm do gia đình sẽ bị mất đi các khoản ưu tiên cho giáo dục do phải ưu tiên cho chăm sóc sức khỏe.

C. Giảm do gia đình mất đi khoản tích lũy vào con cái sau bao năm nuôi dưỡng và đầu tư cho học hành nhưng chưa được con cái bù đắp.

D. Lựa chọn B và C.

15. *Nhóm người có nguy cơ lây nhiễm HIV cao nhất hiện nay ở Việt Nam:*

A. Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam.

B. Nhóm nữ bán dâm.

C. Nhóm nghiện chích ma túy.

D. Nhóm lái xe đường dài.

KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

2. Liệt kê được các biểu hiện/hành vi về kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS trong các bối cảnh khác nhau tại Việt Nam.

3. Trình bày được nguyên nhân của việc kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

4. Trình bày được hậu quả của việc kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

5. Nêu được cơ sở và một số biện pháp chính chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. KHÁI NIỆM VỀ KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

1.1. Khái niệm về kỳ thị và phân biệt đối xử

1.1.1. Khái niệm về kỳ thị

Có nhiều quan niệm khác nhau về kỳ thị. Kỳ thị (KT) được xem như là một quan điểm, một cách nhìn nhận đối với sự khác biệt nào đó cho một nhóm người và thường mang ý nghĩa tiêu cực.

Tác giả Goffman (1963) đã mô tả kỳ thị là một "*thuộc tính hết sức cá nhân*" và "*dẫn tới việc loại bỏ một người hoặc một nhóm người vô dụng và phế phẩm*". Còn theo định nghĩa của Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) thì *kỳ thị là một quá trình làm giảm giá trị của một cá nhân dưới mắt của người khác. Những đặc điểm gây ra kỳ thị thường rất đa dạng, ví dụ: màu da, ứng xử hoặc sở thích tình dục. Trong một nền văn hóa hoặc một bối cảnh nào đó, một số đặc tính nhất định bị người khác để ý và coi là đáng xấu hổ hoặc đáng bị coi thường*.

Ngoài ra, theo Parker và Aggleton (2003) thì người bị kỳ thị thường có xu hướng chấp nhận bị đối xử một cách tồi tệ và bất công dẫn đến sự tự kỳ thị. Biểu hiện của sự tự kỳ thị cũng rất đa dạng như cảm thấy tội lỗi, chán nản, sống cô lập, cách ly bản thân khỏi gia đình, bạn bè và những người xung quanh.

1.1.2. Khái niệm về phân biệt đối xử

Phân biệt đối xử (PBĐX) thường được mô tả là sự đối xử không công bằng, thiên lệch đối với một người/một nhóm người so với một người/nhóm người khác trong xã hội. Phân biệt đối xử là cách mọi người đối xử với người khác trên cơ sở của sự kỳ thị.

Cũng theo định nghĩa của UNFPA: *phân biệt đối xử bao gồm những hành động hoặc sự loại trừ do thái độ kỳ thị gây ra và nhằm vào những cá nhân bị kỳ thị*.

Như vậy, khi kỳ thị được thể hiện bằng hành động thì đó là phân biệt đối xử. Kỳ thị và phân biệt đối xử xảy ra trong nhiều bối cảnh, nhiều nơi như gia đình, cộng đồng, trường học, nơi làm việc và cũng có thể xảy ra ở cơ sở y tế, dịch vụ xã hội. Kỳ thị và phân biệt đối xử thường xảy ra với nhóm người được cho là "khác thường" như: người đồng tính (cả nam và nữ), người bị bệnh liên quan đến hành vi được cho là 'xấu' trong xã hội (như HIV/AIDS, giang mai, phong, hủi, v.v…). Hậu quả của sự phân biệt đối xử thường dẫn đến sự bất công bằng và bình đẳng về một phương diện hoặc nhiều phương diện giữa các nhóm.

Nói một cách ngắn gọn, khái niệm ***kỳ thị*** đề cập đến mặt nhận thức và thái độ của con người, khái niệm phân biệt đối xử đề cập đến những hành vi, hành động cụ thể xuất phát từ nhận thức và thái độ.

1.2. Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử đã vi phạm đến các quyền cơ bản của con người, đặc biệt là của người nhiễm HIV/AIDS ở các cấp độ khác nhau từ thể chế đến kinh tế, tâm lý-xã hội… Vì vậy, trên thế giới đã có 71% số quốc gia ban hành văn bản pháp luật bảo vệ người nhiễm HIV, chống lại sự kỳ thị và phân biệt đối xử. Quốc hội Việt Nam đã thông qua "Luật phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)" (gọi tắt là Luật phòng, chống HIV/AIDS). Tại Điều 2 của Luật này đã đưa ra khái niệm về kỳ thị và phân biệt đối sử liên quan đến người nhiễm HIV/AIDS:

– Kỳ thị người nhiễm HIV/AIDS là thái độ khinh thường hay thiếu tôn trọng người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV, hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

– Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV là hành vi xa lánh, từ chối, tách biệt, ngược đãi, phỉ báng, có thành kiến hoặc hạn chế quyền của người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV, hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

Hành vi bắt nguồn từ nhận thức và thái độ, do đó, muốn chống phân biệt đối xử phải bắt đầu từ việc chống kỳ thị, tức là làm cho những người sống trong gia đình, cộng đồng và xã hội có người nhiễm HIV/AIDS thay đổi các quan điểm, nhận thức và thái độ không đúng đối với người nhiễm HIV/AIDS và những người thân của họ. Từ đó, họ có thể thay đổi hành vi và cách đối xử với người nhiễm HIV/AIDS theo chiều hướng tích cực, được coi như sự cải thiện về phân biệt đối xử với nhóm người này.

2. BIỂU HIỆN CỦA SỰ KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM

Từ khi lần đầu tiên phát hiện được người nhiễm HIV ở Việt Nam vào năm 1990, Việt Nam cùng với thế giới đã nỗ lực không ngừng để ngăn chặn sự lây lan của HIV, bao gồm từng bước thay đổi chiến lược truyền thông để giảm kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV/AIDS. Tuy nhiên trên thực tế, sự kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV/AIDS vẫn còn tồn tại ở khắp nơi: tại gia đình, cơ quan, xí nghiệp, trường

học, bệnh viện và những nơi công cộng khác, trong các bối cảnh khác nhau thể hiện dưới nhiều hình thức và mức độ khác nhau.

2.1. Tại gia đình

Người nhiễm HIV/AIDS có thể bị chính những người thân (vợ/chồng, bố mẹ, anh chị em, họ hàng) hắt hủi, chì chiết, ghẻ lạnh, xa lánh, không muốn nói chuyện, giao tiếp. Nhiều gia đình còn cấm các thành viên khác tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS do sợ bị lây bệnh. Những người bị nhiễm HIV do nguyên nhân tiêm chích ma túy hoặc bán dâm, mua dâm có thể bị chính các thành viên trong gia đình xa lánh và phân biệt đối xử từ trước khi biết họ bị nhiễm HIV. Do vậy, khi những người này bị nhiễm HIV, gia đình càng thất vọng và càng xa lánh, kỳ thị, không hỗ trợ cả về tinh thần lẫn kinh tế. Nhiều người nhiễm HIV/AIDS phải ăn, ở một góc riêng hay phòng riêng trong nhà, dùng riêng các đồ dùng sinh hoạt (xà phòng, bát đũa, giường chiếu…), nhà vệ sinh. Nếu chẳng may dùng chung đồ dùng với gia đình, họ có thể bị những người khác phản ứng một cách quyết liệt. Bên cạnh đó, một số gia đình khi biết con hay vợ/chồng, anh em mình bị nhiễm HIV thì chối bỏ, không cho sống ở nhà mà tìm cách đưa họ vào các cơ sở tập trung, thậm chí tìm mọi cách để buộc họ phải rời bỏ nhà đi phiêu bạt. Sự chối bỏ, giấu diếm này cũng là một dạng kỳ thị. Như vậy, kỳ thị không chỉ thể hiện ở sự xa lánh, hắt hủi mà còn thể hiện ở thái độ sợ hãi thái quá đối với HIV, không xem nó cũng chỉ là một căn bệnh như bao căn bệnh khác và không có thái độ tôn trọng hay bảo vệ người nhiễm HIV/AIDS dù họ cùng trong gia đình hay trong cộng đồng.

2.2. Tại cộng đồng

Nhiều người trong cộng đồng không muốn hay không cho người thân, con cái mình tiếp xúc, nói chuyện với người nhiễm HIV/AIDS. Có nhiều cháu bé có cha mẹ chết do HIV/AIDS, mỗi khi sang hàng xóm chơi, cháu đều bị đuổi về, ra đường cháu bị mọi người xì xào, bàn tán và nhìn với ánh mắt ghẻ lạnh. Ngay cả khi đã có kết quả xét nghiệm "âm tính" với HIV, cháu vẫn bị cô lập chỉ vì cháu là con của người bị nhiễm HIV/AIDS. Không chịu nổi thái độ kỳ thị đó, ông bà cùng cháu đã phải chuyển đi nơi khác sinh sống. Có người còn suy nghĩ cay nghiệt, thiếu tình người cho rằng chết do HIV/AIDS là một sự trả giá.

Bên cạnh đó, việc một số người không muốn hoặc không cho người nhiễm HIV dùng chung các vật dụng sinh hoạt (cốc uống nước, ghế ngồi…) hoặc sử dụng nhà vệ sinh công cộng, nhà ăn tập thể là rất phổ biến ở nhiều nơi. Hơn thế, nhiều nơi tập thể còn cô lập, không cho người nhiễm HIV tham gia các hoạt động tại nơi công cộng như: vui chơi giải trí, thể thao, mua bán hàng hóa…

Những người nhiễm HIV/AIDS còn bị kỳ thị và phân biệt đối xử đến cả khi họ chết. Khi người nhiễm HIV/AIDS chết họ không được gia đình, làng xóm tổ chức tang lễ như đối với những người khác, nhiều đám tang của người chết do HIV/AIDS không có người đưa tiễn...

2.3. Tại nơi làm việc

Các bằng chứng nghiên cứu đã cho thấy, tại các cơ quan, đơn vị, cơ sở sản xuất, nhiều người có tâm lý lo sợ khi đồng nghiệp của họ nhiễm HIV. Nhiều ý kiến cho rằng những

người bị nhiễm HIV có thể làm việc với hiệu quả thấp sẽ dẫn tới giảm năng suất lao động, ảnh hưởng đến công việc của những người khác trong cơ quan, nhà máy. Do những người nhiễm HIV bị quy vào nhóm "tệ nạn xã hội" nên họ có thể là nạn nhân của những thái độ và hành vi tiêu cực của đồng nghiệp, bao gồm việc "dán nhãn", có cử chỉ tiêu cực, bình phẩm sau lưng và tin đồn đại. Điều này làm cho họ cảm thấy bị cô lập trong tập thể và nhân phẩm bị hạ thấp. Kết quả là người nhiễm HIV thường bị những người khác trong cơ quan, đơn vị xa lánh, không giao tiếp hoặc không muốn làm việc cùng.

Hình thức phân biệt đối xử dễ nhận thấy nhất là cơ quan, doanh nghiệp hay cơ sở sử dụng lao động cho thôi việc người lao động bị nhiễm HIV với những lý do "tế nhị" hoặc không chính đáng như: để bảo vệ, tránh lây nhiễm cho những người khác, cũng như bảo vệ lợi ích của đơn vị. Lý do cũng có thể được che đậy như yêu cầu người nhiễm HIV nghỉ ốm nhưng vẫn hưởng lương và sau đó kết thúc hợp đồng lao động với họ. Nhiều doanh nghiệp cho họ thôi việc với lý do cơ quan không có việc làm. Hơn thế, nhiều cơ quan, xí nghiệp, cơ sở sản xuất đã sử dụng "chiến thuật" thuyết phục, gây sức ép, tạo cớ để người lao động nhiễm HIV buộc phải xin nghỉ việc.

Một hình thức khác thể hiện sự kỳ thị phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV là có một số doanh nghiệp, cơ sở sản xuất đặt ra yêu cầu đối với những người xin việc là phải có giấy kết quả xét nghiệm HIV. Một số doanh nghiệp khác tuy không yêu cầu kiểm tra sức khỏe, nhưng người xin việc vẫn phải làm xét nghiệm máu (và họ không được biết là xét nghiệm HIV). Nếu kết quả xét nghiệm là "dương tính" với HIV, họ có thể không được nhận vào làm việc. Cá biệt hơn, người xin việc có thể bị từ chối nếu "bề ngoài của họ giống một người sử dụng ma túy". Nhẹ hơn, họ có thể bị điều chuyển, thay đổi vị trí công việc một cách tùy tiện...

2.4. Tại trường học

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử với trẻ em nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV tại trường học cũng là một trong những vấn đề đã và đang xảy ra phổ biến ở Việt Nam. Mặc dù Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định rất rõ một trong các quyền của người nhiễm HIV/AIDS là được học tập, song hiện nay tại một số địa phương vẫn còn tình trạng trẻ em nhiễm HIV không được đến trường. Nhiều em nhiễm HIV hoặc có bố, mẹ là người nhiễm HIV đến tuổi đi học mẫu giáo hay học tiểu học thì bị các cơ sở mầm non, nhà trường từ chối nhận với nhiều lý do khác nhau. Lý do mà các trường học đưa ra một cách khách quan là do phụ huynh của các trẻ khác không chấp nhận con của họ học và sinh hoạt với trẻ bị nhiễm HIV hoặc trẻ có bố mẹ nhiễm HIV. Hay ở nhiều địa phương trên khắp cả nước, phụ huynh đã gọi điện đến trường bày tỏ sự lo lắng, sợ hãi thậm chí phản đối, nhiều người còn tụ tập trước cổng trường yêu cầu ban giám hiệu không cho những học sinh bị nhiễm HIV hoặc có người thân nhiễm HIV/AIDS tiếp tục đi học.

Một số trẻ em tuy vẫn được đến trường, song các em lại phải đối mặt với sự xa lánh, cô lập, sợ hãi của đám bạn bè cùng lớp, cùng trường thậm chí là của cả các thầy, cô giáo. Một số phụ huynh thì nhanh chóng xin cho con chuyển trường, chuyển lớp. Số khác thì tụ họp, xì xầm, ngày ngày đứng ngoài cửa lớp nhìn vào để trông chừng, nhắc nhở không cho con mình đến gần trẻ bị nhiễm HIV...

2.5. Tại các cơ sở y tế

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam chỉ ra sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế. Cán bộ y tế thường miễn cưỡng khi tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, bắt họ phải chờ đợi lâu, có những lời lẽ thiếu nhẹ nhàng, lịch sự kèm theo sự đánh giá có tính chất coi thường, khinh miệt đối với họ. Nếu người bệnh bị HIV/AIDS phải nhập viện thì thường gặp nhiều khó khăn về thủ tục cũng như sự bất công bằng trong quá trình điều trị, do các nhân viên y tế đùn đẩy điều trị bệnh nhân HIV/AIDS giữa các khoa, phòng của bệnh viện; đánh dấu hồ sơ, phòng, giường nằm, đồ vải của những bệnh nhân bị HIV/AIDS sao cho các nhân viên y tế có thể dễ dàng nhận biết người nhiễm HIV trong số các bệnh nhân. Hơn thế, những người bị nhiễm HIV có thể bị các bác sĩ trì hoãn, từ chối phẫu thuật/thủ thuật. Nhiều bệnh nhân bị ngừng điều trị khi chưa khỏi bệnh hoặc bác sỹ cho xuất viện sớm hoặc từ chối điều trị cho các bệnh nhân bị HIV/AIDS theo chế độ bảo hiểm y tế.

Ở nhiều cơ sở y tế, các bệnh nhân đều phải xét nghiệm phát hiện HIV trước khi phẫu thuật, trước khi sinh đẻ, v.v... với mục đích dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế (lây nhiễm HIV từ bệnh nhân) mà không hề được hỏi ý kiến hoặc tư vấn rõ ràng...

3. NGUYÊN NHÂN CỦA SỰ KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, bao gồm cả những nguyên nhân do bản thân cá nhân và những nguyên nhân do xã hội đưa lại. Những nguyên nhân chủ yếu có thể kể ra như sau:

3.1. Do đặc điểm của dịch bệnh HIV/AIDS

Thứ nhất, HIV/AIDS là một bệnh truyền nhiễm, sự lây truyền có thể qua 3 "con đường": (1) quan hệ tình dục không an toàn với người bị nhiễm HIV; (2) đường máu (do tiếp xúc trực tiếp với máu nhiễm HIV, như truyền máu không an toàn hay sử dụng chung bơm kim tiêm); (3) lây truyền HIV từ mẹ sang con. Trong ba nguyên nhân trên, nguyên nhân thứ nhất giống như nguyên nhân lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (gọi là bệnh hoa liễu) như giang mai, lậu… vốn đã bị mọi người kỳ thị từ xa xưa khi chưa xuất hiện đại dịch HIV/AIDS. Nhóm người mắc các căn bệnh lây truyền qua đường tình dục thường là các nhóm "tệ nạn" trong xã hội như người bán dâm và người mua dâm. Còn "đường lây thứ 02" lại liên quan nhiều đến nghiện ma túy, trong khi người nghiện ma túy vốn đã bị xã chối bỏ.

Thứ hai, HIV/AIDS là một căn bệnh hiện chưa thể điều trị khỏi hẳn và dẫn đến tử vong do hiện tại y học vẫn chưa tìm ra thuốc điều trị và chưa có vaccin để phòng ngừa, nên người dân rất sợ bị lây nhiễm HIV.

3.2. Do hiểu biết hạn chế về HIV/AIDS

Sự hiểu biết không thấu đáo về HIV/AIDS, đặc biệt là về đường lây truyền và không lây truyền của HIV/AIDS cũng là một trong những nguyên nhân làm cho nhiều người "sợ"

căn bệnh này một cách thái quá. Nhiều người cho rằng HIV/AIDS rất dễ dàng lây sang người khác, kể cả lây qua tiếp xúc thông thường như bắt tay, ôm hôn, dùng chung đồ dùng sinh hoạt hàng ngày (chậu, bát đũa, giường chiếu, nhà vệ sinh), và nhiều người còn thắc mắc "muỗi có làm lây truyền HIV như là bệnh sốt xuất huyết hay không?"… Do vậy nhiều người đã có tư tưởng phòng xa "tốt nhất tránh xa những người nhiễm HIV, như vậy sẽ an toàn hơn rất nhiều". Chính vì sự hiểu biết chưa thấu đáo về các đường lây và cách đề phòng kiểu này đã vô tình tạo nên một kiểu kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV/AIDS.

HIV/AIDS lâu nay bị nhiều người nhầm lẫn coi như là một tệ nạn xã hội (do nguyên nhân khách quan và chủ quan của mỗi cá nhân và cộng đồng), vì số liệu thực tế đã cho thấy rằng đa số người nhiễm HIV là do lây qua đường tiêm chích ma túy và mua, bán dâm. Ngoài ra, việc không may bị lây nhiễm HIV (ví dụ: bị lây từ chồng hay do rủi ro nghề nghiệp…) cũng bị qui kết như một hành vi được mô tả là vi phạm về chuẩn mực đạo đức và quy kết trách nhiệm cá nhân cho người đó, với quan niệm cho rằng người bị nhiễm HIV chắc hẳn là những người có hành vi không lành mạnh hoặc liên quan đến người có hành vi không lành mạnh, là những người đáng bị xã hội lên án. Chính điều đó đã làm tăng thêm sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS.

Sự bi quan của cả người trong cuộc và những người khác trong xã hội do nghĩ rằng mắc phải căn bệnh này cuộc đời sẽ bị chấm dứt sớm và tương lai sẽ lụi tàn, xét trên mọi phương diện. Chính vì lẽ đó, người nhiễm HIV/AIDS tự coi mình là không có giá trị, không có tương lai, vì vậy họ nghĩ rằng họ không cần và không nên duy trì các mối liên hệ liên quan đến họ. Những nguyên nhân trên là lý do cơ bản làm cho cộng đồng sợ hãi và tránh xa những người "mang mầm mống của căn bệnh này".

3.3. Do những hạn chế trong truyền thông về HIV/AIDS

Hạn chế về thông tin và cách thức truyền thông đã đóng góp một phần không nhỏ vào việc kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Trong một thời gian dài, gần 20 năm sau khi phát hiện ra căn bệnh này, việc tuyên truyền, giáo dục về HIV/AIDS trên các phương tiện thông tin đại chúng vẫn chưa cụ thể, chưa giải thích rõ ràng và đưa ra những ví dụ cụ thể, quá nhấn mạnh vào con đường lây nhiễm và chưa tập trung vào truyền thông về đường không lây nhiễm.

Không chỉ như vậy, trong thời kỳ đầu của dịch HIV/AIDS (vào những năm 90 của thế kỷ 20) các thông điệp truyền thông tại Việt Nam thường gắn kết lây nhiễm HIV với các 'tệ nạn xã hội' như ma túy, mại dâm, với mục đích hướng cho cộng đồng nên có lối sống lành mạnh để tránh lây nhiễm HIV... thông qua việc sử dụng những pa nô, áp phích tuyên truyền với hình ảnh ghê sợ, mang tính chất hù dọa về người nhiễm HIV: đầu lâu xương chéo, lưỡi hái tử thần, những người gầy còm, da bọc xương, lở loét, hay thể hiện bằng hình ảnh và các thông điệp một chiều rằng ma túy, mại dâm là con đường dẫn đến HIV… Ví dụ về sự tuyên truyền kiểu này là áp phích dưới đây:

Hình 3.1. Ví dụ về hình thức truyền thông có hình ảnh ghê rợn trong phòng, chống HIV/AIDS

Chính điều này đã tạo nên sự hiểu nhầm, làm cho người dân luôn gắn kết người nhiễm HIV với những hành vi xấu. Ngoài ra, khi nói đến HIV/AIDS, nhiều phương tiện truyền thông còn thường sử dụng những thuật ngữ mang tính "dọa nạt", kiểu như "đại dịch thế kỷ", "bản án tử hình", "căn bệnh thế kỷ" hay "bệnh vô phương cứu chữa"... Điều này gợi lên cảm giác sợ hãi đối với căn bệnh này, cũng như sợ luôn cả những người nhiễm HIV/AIDS và gia đình của họ. Do vậy cộng đồng dẫn đến xa lánh, không dám tiếp xúc, thậm chí cách ly người nhiễm HIV/AIDS.

Công tác tuyên truyền, giáo dục về tầm quan trọng của việc chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại gia đình, cộng đồng cũng còn nhiều hạn chế. Vì vậy, khi trong gia đình có người nhiễm HIV, nhiều người đã phó mặc người bệnh tự lo liệu, cho cán bộ y tế chăm sóc hoặc rất sợ khi "buộc phải phục vụ" họ.

Ngoài ra, việc tuyên truyền, phổ biến các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến HIV/AIDS (đặc biệt là những cơ sở pháp lý về chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV được quy định trong Luật phòng, chống HIV/AIDS) còn chưa đầy đủ, chưa được thực hiện rộng rãi đến tất cả các cơ quan, đoàn thể và cộng đồng dân cư...

3.4. Do đặc điểm tâm lý - xã hội

Tại một số nước đang phát triển như Việt Nam, mạng lưới xã hội và tâm lý "đám đông" có tác động mạnh đến quan niệm và suy nghĩ của các nhóm người cũng như các cá nhân trong cộng đồng và xã hội về một vấn đề có thể tạo ra "dư luận". Một người trong cộng đồng có thể bị ảnh hưởng bởi những quan niệm, suy nghĩ, nỗi lo sợ của người khác. Họ thường nhìn nhau để thực hiện các hành vi sao cho "không khác những người khác" trong cộng đồng, nhiều khi không cần biết hành vi đó là đúng hay sai. Mặt khác, do bị ám thị bởi nỗi sợ hãi HIV/AIDS từ những người xung quanh mà nhiều người có hành vi kỳ thị, phân biệt đối xử với người bị nhiễm.

Bên cạnh đó, tâm lý của bản thân người nhiễm HIV cũng ảnh hưởng không nhỏ đến việc điều trị và chăm sóc cho chính bản thân họ. Nguyên nhân là các quan niệm theo hướng tiêu cực về việc nhiễm HIV/AIDS làm cho bất kỳ cá nhân nào khi biết bản thân mình bị nhiễm virus này đều dẫn đến sự tột cùng của đau khổ và thất vọng, chính họ tự "gắn nhãn"

cho bản thân mình những điều xấu mà xã hội đã quy kết cho người nhiễm HIV. Họ đã bị chuyển từ nhóm "chúng ta", sang nhóm "chúng nó", và mang những ý nghĩ của nhóm "chúng ta" trước đây gắn cho chính bản thân mình, lúc này đã trở thành nhóm "chúng nó". Hậu quả là chính những người nhiễm HIV tự kỳ thị, luôn có xu hướng giấu kín tình trạng nhiễm HIV, tự cô lập bản thân, tự xa lánh mọi người và từ chối sự giúp đỡ của những người khác và của cộng đồng.

3.5. Do sự bất bình đẳng về giới

Dưới góc độ bình đẳng giới, phụ nữ nhiễm HIV thường bị kỳ thị, phân biệt đối xử hơn nam giới. Mặt khác, khi đã bị lây nhiễm HIV, phụ nữ ít nhận được sự cảm thông hơn nam giới do các quan niệm về phẩm hạnh và giá trị của người phụ nữ (Việt Nam) luôn khắt khe hơn so với nam giới. Do vậy, họ dễ bị cộng đồng coi thường, xa lánh, hắt hủi, bị chỉ trích và kỳ thị, phân biệt đối xử nhiều hơn, cộng với sự tự ti về bản thân có thể nghiêm trọng hơn nam giới.

Do nguyên nhân nhiễm HIV/AIDS thường được quan niệm là do tiêm chích ma tuý và mua, bán dâm, nên những phụ nữ nhiễm HIV/AIDS thường bị gắn kết với các hành vi không lành mạnh này.

Mặt khác, nếu cùng bị nhiễm HIV do quan hệ tình dục không an toàn, hoặc do mua dâm (nam) và bán dâm (nữ), nhưng khác với nam giới, người phụ nữ lại thường không được xã hội chấp nhận cho dù họ có cùng hành vi hoặc có cùng nguyên nhân nhiễm HIV giống với nam giới.

Kết quả từ nhiều nghiên cứu thực tế đã cho thấy, nếu phụ nữ bị nhiễm HIV thụ động từ chồng (hoặc người yêu), họ phải chấp nhận như số phận, và vẫn chăm sóc chồng bị nhiễm HIV chu đáo. Ngược lại, nếu một cặp vợ chồng chỉ có vợ bị nhiễm HIV còn chồng không bị nhiễm, hoặc chồng bị lây nhiễm từ vợ thì người vợ sẽ giống như "tử thần" của gia đình nhà chồng, không được chấp nhận từ chính người chồng, gia đình nhà chồng và thậm chí cả bố, mẹ đẻ; anh, chị, em ruột. Thậm chí, khi người phụ nữ bị lây nhiễm HIV từ những người chồng nghiện chích ma túy lại bị cho là không biết lựa chọn chồng, hoặc bị qui cho là có "chơi bời" với những người nghiên chích ma túy trước khi lấy họ. Đối với phụ nữ, đặc biệt là đối với những phụ nữ bị lây từ chồng, họ thường cảm thấy đau lòng, căm hận vì cho rằng người bạn đời không chung thủy hoặc đã tiêm chích ma túy nên lây truyền HIV cho họ. Đôi khi chính họ lại là người bị người chồng nghi ngờ ngược lại khiến cho cuộc sống gia đình trở nên nặng nề, nguy cơ đổ vỡ gia đình nhiều khả năng xảy ra.

Bên cạnh đó, sự sợ hãi do phải nghĩ đến khả năng bị kỳ thị và bị đánh giá về nhân cách của mình, phần lớn những phụ nữ bị nhiễm HIV đã giấu tình trạng HIV của mình với gia đình (có khi cả với chồng) và cộng đồng. Họ âm thầm chịu đựng, ôm những gánh nặng tâm lí và sống trong căng thẳng, lo lắng.

Mặt khác, người phụ nữ mặc dù nhiễm HIV vẫn phải lo toan, lao động kiếm sống nuôi bản thân, gia đình; chăm sóc chồng, con... nên thường không có điều kiện chăm sóc cho bản thân. Hậu quả là sức khỏe của họ bị giảm sút cả về thể chất và tinh thần và chính sự kỳ thị, phân biệt đối xử còn đẩy họ và gia đình suy sụp nhanh hơn.

4. HẬU QUẢ CỦA SỰ KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

4.1. Hậu quả đối với cá nhân và gia đình

Nhiễm HIV/AIDS là một quá trình kéo dài, người nhiễm vẫn có khả năng làm việc, sinh sống bình thường nếu được chăm sóc tốt. Tuy nhiên nếu phải chịu sự kỳ thị và phân biệt đối xử thì người bệnh gặp rất nhiều rào cản trong việc chăm sóc và cải thiện sức khỏe.

Hậu quả nặng nề của kỳ thị và phân biệt đối xử cả về thể chất và tinh thần đối với cá nhân người nhiễm HIV đã được mô tả ở khắp nơi trên thế giới thông qua các nghiên cứu khoa học, các câu chuyện có thật, phóng sự và phim ảnh. Do kỳ thị và phân biệt đối xử, người nhiễm HIV thường bị cô lập trong cộng đồng, bị tổn thương, hạn chế/mất một số quyền công dân, không có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ tư vấn, chăm sóc và điều trị để bảo vệ họ và những người khác và làm tăng nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng.

4.1.1. Suy sụp về tinh thần, gia đình tan vỡ và bị cô lập khỏi cộng đồng

Từ khi nhận kết quả nhiễm HIV, những người bị nhiễm HIV/AIDS đã bị rơi vào tình trạng tâm lý thất vọng, đau khổ tột cùng và cơ thể bị suy sụp hoàn toàn. Trong hoàn cảnh đó, hơn bao giờ hết họ rất cần được sự cảm thông, lòng bao dung, sự chia sẻ từ phía người thân và cộng đồng. Nhưng ngược lại, họ bị kỳ thị và phân biệt đối xử, nên đã mất đi chỗ dựa cả về vật chất và tinh thần, dẫn đến bi quan, chán nản, bế tắc và có thể phải rời bỏ làng xóm, quê hương đi phiêu bạt hoặc nhiều người có ý định tự tử.

Bên cạnh đó, người nhiễm HIV còn thường bị qui kết liên quan đến hành vi tình dục không an toàn, nên một người khi phát hiện bị nhiễm HIV, có thể nảy sinh những mâu thuẫn do sự nghi kỵ giữa hai vợ chồng, không tin tưởng và xúc phạm của chính những người thân yêu nhất là vợ, chồng hay người yêu của người bị nhiễm. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, cảm giác đầu tiên của đa số phụ nữ khi biết mình bị nhiễm HIV là sự căm giận và nghi ngờ sự chung thủy của người chồng. Họ phải chịu đựng nỗi đau về tinh thần với chính người mà trước đó họ đã rất yêu thương.

Ngoài mâu thuẫn vợ chồng, các thành viên trong gia đình phải gánh chịu các nỗi đau do có người thân bị nhiễm HIV và sự xấu hổ với hàng xóm, bạn bè, cộng đồng, dẫn tới sự phân tách giữa người nhiễm HIV/AIDS với những thành viên trong chính gia đình họ hoặc hoặc rạn nứt về tình cảm. Hơn thế, do bị kỳ thị phân biệt đối xử mà những người nhiễm HIV có thể mất đi các mối quan hệ của họ trong cộng đồng và xã hội.

4.1.2. Hạn chế một số quyền công dân của bản thân người nhiễm và con cái họ

Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, người nhiễm HIV có quyền sống hòa nhập với cộng đồng và xã hội, được điều trị và chăm sóc sức khỏe, học văn hóa, học nghề, làm việc, v.v… giống với bất cứ công dân Việt Nam nào. Tuy nhiên, khi một người bị nhiễm HIV/AIDS, do kỳ thị và phân biệt đối xử, họ có thể sẽ mất hết cơ hội hoặc ít có cơ hội được hưởng những quyền đó trong khi họ vẫn có đủ sức khỏe và vẫn còn khả năng cống hiến cho gia đình, xã hội nhiều năm sau khi bị nhiễm.

Thậm chí con em của những người nhiễm HIV cũng có thể phải chịu sự kỳ thị và phân biệt đối xử, ví dụ trẻ nhiễm hoặc trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS có thể không được đi học hoặc không được tham gia vui chơi, sinh hoạt cùng với các bạn cùng trang lứa. Trẻ có thể bị mất quyền được chăm sóc (do mất bố mẹ sớm vì AIDS) hoặc mất quyền được học hành và quyền được vui chơi giải trí (do bị tẩy chay ở trường học và nơi công cộng).

Một vấn đề rất quan trọng liên quan đến sự kỳ thị và phân biệt đối xử ảnh hưởng đến quyền cơ bản của mỗi công dân, đó là việc những người bị nhiễm HIV có thể bị tước quyền làm cha, làm mẹ, làm chồng, làm vợ, họ bị tước quyền sử dụng, thừa kế tài sản, đặc biệt đối với phụ nữ nhiễm HIV… Ngược lại, một số trường hợp khác người phụ nữ bị tước mất quyền được quyết định có con hay không khi họ bị nhiễm HIV. Họ có thể bị gia đình nhà chồng/chồng ép sinh con khi không muốn hoặc ép phá thai khi họ muốn có con.

4.1.3. Khả năng của người nhiễm HIV không được phát huy

Do sự kỳ thị và phân biệt đối xử, do tâm lý lo sợ bị lây nhiễm HIV từ đồng nghiệp bị nhiễm HIV, nhiều người nhiễm HIV bị cơ quan, xí nghiệp cho thôi việc (một cách chính thức hoặc không chính thức), trong khi họ vẫn còn sức khỏe, vẫn có thể làm việc để đóng góp cho xã hội.

Bên cạnh đó, chính sự kỳ thị, phân biệt đối xử và không cảm thông của đồng nghiệp cùng với tâm lý tự ti, mặc cảm, bi quan của bản thân… đã làm cho những người nhiễm HIV mất hết niềm tin và nhiệt huyết trong công việc dù họ vẫn được đi làm. Điều này dẫn đến hậu quả tất yếu là đất nước mất đi nguồn lực lớn là những người nhiễm HIV, cả về mặt số lượng và chất lượng, bởi trong số người nhiễm HIV có cả những người có trình độ, tay nghề và kỹ năng cao.

Ngoài ra, trong các chương trình phòng, chống HIV/AIDS, vai trò của các tuyên truyền viên/giáo dục viên đồng đẳng (những người nhiễm HIV có khả năng làm công tác tư vấn, tuyên truyền và cung cấp một số dịch vụ chăm sóc y tế cho người nhiễm HIV/AIDS) là rất quan trọng, và đôi khi là mắt xích không thể thiếu trong các chương trình này. Tuy nhiên, nếu những người nhiễm HIV sống khép kín, thu mình lại, không giao tiếp với mọi người và không muốn hoặc không dám tham gia các hoạt động của nhóm giáo dục đồng đẳng do bị (hoặc sợ bị) kỳ thị và phân biệt đối xử, sẽ mất đi một lực lượng tham gia phòng, chống HIV/AIDS, cũng như chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS có hiệu quả.

Khả năng làm việc, lao động và sáng tạo của người nhiễm HIV còn bị hạn chế do tâm lý bị ảnh hưởng bởi sự lỳ thị và PBĐX, làm cho họ không còn nhiệt huyết trong công việc vì họ có thể không được đánh giá cao trong công việc như trước đây.

4.1.4. Ảnh hưởng đối với kinh tế gia đình người nhiễm HIV

Đối với những người làm việc tại các cơ quan/công ty (nhà nước hoặc tư nhân), như đã mô tả, do bị kỳ thị và phân biệt tại nơi làm việc nên có thể bị mất việc làm, làm việc không hiệu quả, hoặc bị chuyển đến chỗ làm có thu nhập thấp hơn.

Đối với những người làm dịch vụ, do bị kỳ thị và phân biệt đối xử, nhiều người bị phát hiện nhiễm HIV đã bị cộng đồng tẩy chay, từ chối các dịch vụ mà họ đang cung cấp (bán hàng ăn, bán đồ sinh hoạt, cắt tóc, làm móng tay…), làm cho họ bị thất thu.

Ngoài ra, những người bị nhiễm HIV đi xin việc mới cũng vô cùng khó khăn nếu họ không giấu được tình trạng nhiễm HIV của bản thân. Hậu quả là những người nhiễm HIV, bị giảm khả năng kiếm sống một cách đáng kể do sự kỳ thị và phân biệt đối xử đem lại, làm kinh tế gia đình bị giảm sút, ảnh hưởng cả đến chất lượng sống và chăm sóc y tế cho bản thân người nhiễm và gia đình họ.

4.1.5. Hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế

– Vì sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử, người nhiễm HIV/AIDS thường né tránh tiếp xúc với mọi người, do đó cán bộ y tế khó có thể gặp gỡ và tư vấn cho họ về chăm sóc sức khỏe bản thân và kỹ năng phòng, tránh lây nhiễm HIV cho người khác.

– Do sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử nên người nhiễm HIV có xu hướng che giấu tình trạng nhiễm của bản thân và không tiếp cận với các chương trình chăm sóc điều trị sớm. Có thể làm mất hoặc bỏ lỡ cơ hội được điều trị và làm giảm hiệu quả của việc điều trị. Trong khi đó, liệu pháp điều trị nhiễm HIV/AIDS bằng thuốc kháng virus (ARV) hiện nay không chỉ có ý nghĩa đối với sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS mà còn có ý nghĩa dự phòng sự lây truyền của HIV, đặc biệt là trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con...

– Do cố giấu tình trạng nhiễm HIV nên người nhiễm HIV/AIDS chỉ đến cơ sở y tế khi sức khỏe đã quá yếu, khi đó việc điều trị trở nên khó khăn hơn, giá thành điều trị trở nên đắt đỏ hơn rất nhiều (các nhiễm trùng cơ hội nặng và phức tạp, sự xuất hiện của các bệnh đồng nhiễm...) và tỷ lệ thành công trong điều trị cũng hạn chế hơn.

– Do bị mất thu nhập, nên những người nhiễm HIV ngại đến bệnh viện do sợ phải chi trả các dịch vụ y tế và các chi phí liên quan khác.

Những thực tế trên không chỉ hạn chế sự tiếp cận của người nhiễm HIV với các dịch vụ y tế mà còn gây khó khăn cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

4.2. Hậu quả đối với cộng đồng và xã hội

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV đã gây hậu quả trở lại đối với chính cộng đồng và xã hội.

4.2.1. Tạo điều kiện làm tăng nhanh sự lây nhiễm HIV trong cộng đồng

Những người nhiễm HIV thường có tâm lý lo sợ bị mọi người kỳ thị và phân biệt đối xử nên có thể che giấu tình trạng bệnh tật của mình, họ có mặc cảm tự ti, hạn chế tiếp xúc với mọi người, từ chối tiếp cận với các nhân viên y tế, không đi xét nghiệm hoặc đến các cơ sở y tế để tư vấn, khám chữa bệnh. Thậm chí nhiều người còn giấu tình trạng nhiễm HIV với cả người yêu hoặc chồng/vợ của họ, và quan hệ tình dục bình thường, không áp dụng các biện pháp phòng tránh lây nhiễm. Hậu quả là bạn đời và con của những người này có thể bị lây nhiễm HIV do không được phòng tránh, phát hiện và điều trị kịp thời.

Bên cạnh đó, có những người dù đã tự đánh giá được nguy cơ lây nhiễm HIV cao của bản thân, nhưng vẫn không muốn đi xét nghiệm HIV do sợ biết tình trạng huyết thanh của mình và sợ lộ thông tin sẽ bị kỳ thị, xa lánh. Do đó, họ không biết được tình trạng bệnh của mình và có thể truyền HIV cho người khác.

Mặt khác, nhiều người cho rằng đã nhiễm HIV thì coi như cuộc đời chấm dứt, thêm vào đó không nhận được sự thông cảm, chia sẻ từ phía cộng đồng sẽ khiến họ bi quan, chán nản, tuyệt vọng, từ đó dẫn đến hành động tự hủy hoại bản thân, bất cần, hay có những hành động "trả thù đời". Một số nghiên cứu định tính về nguy cơ lây nhiễm HIV, đã cho thấy một số người nhiễm HIV, do căm giận người đã truyền bệnh cho mình, đã "trả thù" lại người khác giới bằng cách "mồi chài" quan hệ tình dục với bất kỳ người nào mà không cần dùng bao cao su (ví dụ các cô gái có hành vi giống như gái mại dâm để lôi kéo đàn ông quan hệ tình dục không an toàn).

4.2.2. Ảnh hưởng đến lập kế hoạch, can thiệp và chăm sóc y tế

– Phát hiện, điều trị và chăm sóc cho người nhiễm HIV và con của họ là một gánh nặng về nguồn lực và tài chính cho hệ thống y tế.

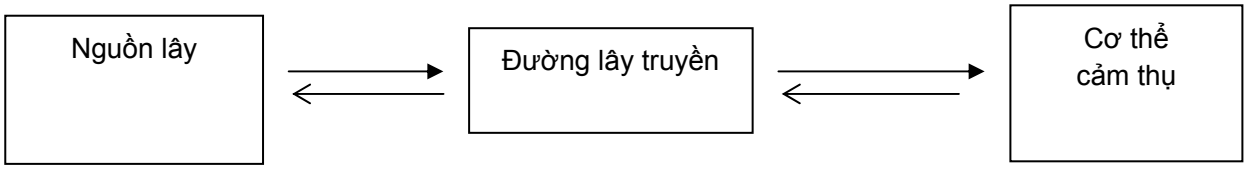
– Do khó tiếp cận với những người nhiễm HIV nên không thể quản lý và cung cấp các dịch vụ y tế cho họ, cũng như các nhà quản lý không biết được chính xác số ca mắc bệnh, khó ước tính và dự báo chính xác về tình hình dịch HIV/AIDS. Do vậy, việc triển khai các kế hoạch và chương trình quốc gia phòng chống HIV/AIDS sẽ rất khó khăn, nhiều khi lãng phí tiền của và không thực hiện được mục tiêu đề ra.

– Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS đã làm giảm vai trò của gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, làm cho sức khỏe của người nhiễm HIV/AIDS nhanh chóng suy giảm, từ đó làm tăng thêm gánh nặng cho hệ thống y tế, đặc biệt là hệ thống điều trị.

5. CHỐNG KỲ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ LIÊN QUAN ĐẾN HIV/AIDS

5.1. Cơ sở để xây dựng chiến lược chống kỳ thị và phân biệt đối xử

5.1.1. Cơ sở khoa học



Sơ đồ 3.1. Ba thành tố liên quan đến lây truyền HIV

Sơ đồ 3.1. mô tả 03 thành tố liên quan đến lây truyền HIV, trong đó:

– *Nguồn lây:* gồm tác nhân gây bệnh (HIV) và người nhiễm HIV;

– *Đường lây, bao gồm:*

+ Đường máu (tiếp xúc trực tiếp với máu của người nhiễm HIV);

+ Đường tình dục (tiếp xúc trực tiếp với dịch sinh dục của người nhiễm HIV);

+ Mẹ truyền cho con (thời kỳ chu sinh, khi đẻ và khi cho con bú sữa của người mẹ nhiễm HIV).

– *Cơ thể cảm thụ:* tất cả mọi người đều có thể bị nhiễm HIV, đặc biệt là những người có hành vi nguy cơ cao và những người dễ có hành vi nguy cơ cao...

Như vậy, muốn phòng, chống HIV/AIDS có hiệu quả chúng ta phải tác động đồng thời vào cả 3 yếu tố nói trên:

– *Tác động vào nguồn lây:* tấn công vào HIV bằng thuốc hoặc vaccin (hiện nay chưa có hiệu quả) và tấn công vào "vật mang virus" (trong trường hợp này chính là người nhiễm HIV) bằng cách quản lý, tư vấn, chăm sóc, điều trị... để làm thay đổi hành vi nguy cơ cao của họ, thu hút sự tham gia của họ... từ đó mà làm giảm các nguy cơ đối với sức khoẻ của chính họ, đồng thời làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ họ ra cộng đồng...

– *Tác động vào đường lây:* sử dụng dụng cụ vô khuẩn; an toàn truyền máu; dùng các phương tiện ngăn sự xâm nhập của HIV vào cơ thể, như: găng tay cao su; bao cao su; bơm kim tiêm dùng một lần...

– *Tác động vào cơ thể cảm thụ:* truyền thông giáo dục làm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi; làm cho mọi người hiểu, biết, chấp nhận và luôn thực hiện các hành vi an toàn dự phòng lây nhiễm HIV trong suốt cuộc đời mình... Đồng thời cũng góp phần hạn chế, xóa bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và những người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS trong cộng đồng.

Như vậy, tác động vào người nhiễm HIV là một trong ba nhóm biện pháp phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu nhất, không thể không làm nếu chúng ta muốn ngăn chặn dịch bệnh này. Do vậy, khóa họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên hợp quốc về HIV tháng 6/2001 đã khẳng định: "Chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV/AIDS là những yếu tố cơ bản của một đáp ứng hiệu quả".

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã xem việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV hoặc người bị nghi ngờ nhiễm HIV là một trong những hoạt động ưu tiên hàng đầu của chương trình phòng, chống AIDS toàn cầu.

Muốn phòng, chống AIDS có hiệu quả, chúng ta không những không được xa lánh, kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV mà còn phải chăm sóc toàn diện cho họ. Tạo điều kiện để họ hòa nhập cộng đồng và được sống như một người bình thường. Đây là một giải pháp của công tác phòng, chống dịch, chứ không phải chỉ là lòng nhân đạo, từ thiện đơn thuần.

Mặt khác, nhiễm HIV là một quá trình lâu dài. Tuỳ theo sự tương quan giữa một bên là số lượng HIV và một bên là sức chống đỡ của cơ thể biểu hiện bằng số lượng tế bào lympho T CD4 và lượng kháng thể HIV có trong máu mà các giai đoạn trên diễn ra nhanh hay chậm; cuộc sống người nhiễm kéo dài hay ngắn lại; khả năng truyền virus cao hay thấp... Hay có thể nói, diễn biến của quá trình nhiễm HIV trong cơ thể là diễn biến của cuộc "chiến đấu không khoan nhượng" giữa một bên là hệ miễn dịch của người nhiễm HIV và một bên là HIV.

Như vậy, muốn làm chậm quá trình trên, trong điều kiện chưa tiêu diệt được virus (chưa có thuốc và vaccin) chúng ta phải tác động theo hướng tăng cường hệ miễn dịch của người nhiễm HIV, điều này có thể đạt được thông qua chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV. Nếu kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV thì sẽ có kết quả ngược lại.

5.1.2. Cơ sở pháp lý

Người nhiễm HIV được luật pháp nước ta coi như mọi người bệnh khác và có quyền được sinh hoạt, học tập, làm việc và được hưởng mọi quyền lợi như mọi người khác. Bên cạnh đó, luật phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam còn có nhiều điều quy định liên quan đến chống kỳ thị, phân biệt đối xử, ví dụ: *"Không kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ; tạo điều kiện để người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ tham gia các hoạt động xã hội, đặc biệt là các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS" (Điều 3).*

Luật đã đưa ra các quyền của người nhiễm HIV như sau:

a) Sống hòa nhập với cộng đồng và xã hội;

b) Được điều trị và chăm sóc sức khoẻ;

c) Học văn hoá, học nghề, làm việc;

d) Được giữ bí mật riêng tư liên quan đến HIV/AIDS;

đ) Từ chối khám bệnh, chữa bệnh khi đang điều trị bệnh AIDS trong giai đoạn cuối;

e) Các quyền khác theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

Ngoài ra, tại điều 8 của Luật Phòng, chống HIV/AIDS quy định những hành vi bị nghiêm cấm, trong đó có nhiều hành vi liên quan hoặc là biểu hiện của kỳ thị, phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, như các hành vi sau (đánh số theo điều luật):

3. Kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.

5. Công khai tên, địa chỉ, hình ảnh của người nhiễm HIV hoặc tiết lộ cho người khác biết việc một người nhiễm HIV khi chưa được sự đồng ý của người đó, trừ trường hợp quy định tại Điều 30 của Luật này.

6. Đưa tin bịa đặt về nhiễm HIV đối với người không nhiễm HIV.

7. Bắt buộc xét nghiệm HIV, trừ trường hợp quy định tại Điều 28 của Luật này.

9. Từ chối khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV.

10. Từ chối mai táng, hoả táng người chết vì lý do liên quan đến HIV/AIDS.

Như vậy, kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS là một hành vi bị pháp luật Việt Nam nghiêm cấm.

5.1.3. Cơ sở về mặt đạo đức

Người nhiễm HIV/AIDS cũng như bao người bệnh khác, họ cũng cần được cả xã hội quan tâm, chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ cả về tinh thần và vật chất bằng tấm lòng nhân ái, tình yêu thương, bằng cả trái tim giữa con người với con người. Điều đó mới thể hiện đạo lý ở đời và theo đúng truyền thống tương trợ giúp đỡ nhau của người Việt Nam.

5.1.4. Cơ sở về mặt kinh tế-xã hội

Dịch HIV/AIDS trên thế giới cũng như ở nước ta vẫn tiếp tục gia tăng và tập trung chủ yếu vào lứa tuổi 15-49 tuổi (khoảng trên 80%) là độ tuổi học hành, lập nghiệp, lấy vợ lấy chồng, sinh con đẻ cái, phụng dưỡng người già... Nghĩa là HIV đã và đang tấn công vào lực lượng lao động giàu tiềm năng nhất của xã hội, lực lượng chính làm ra của cải vật chất và phát triển kinh tế của một xã hội.

Mặt khác, như trên đã trình bày, nhiễm HIV/AIDS là một quá trình kéo dài, người nhiễm vẫn có khả năng làm việc, sinh sống bình thường... nếu được chăm sóc tốt. Vì vậy, với mục đích kéo dài thời gian sống khoẻ mạnh cho người nhiễm HIV và hạn chế sự lây truyền HIV từ họ ra cộng đồng..., chống kỳ thị và phân biệt đối xử là hoạt động thiết thực mang lại hiệu quả kinh tế, xã hội, góp phần tích cực vào sự thành công của công tác phòng, chống HIV/AIDS.

Đồng thời, cũng từ các lý giải trên, có thể nói chăm sóc, điều trị và không kỳ thị, phân biệt đối xử cũng chính là một biện pháp để quản lý người nhiễm HIV/AIDS. Trên thực tế, có chăm sóc tốt cho người nhiễm HIV/AIDS thì mới có thể quản lý được họ.

5.2. Một số biện pháp chính chống kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS

Xóa bỏ tận gốc sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS là điều vô cùng khó khăn vì bị chi phối bởi các chuẩn mực về văn hóa và xã hội. Do vậy, việc này không thể thành công nếu thiếu sự nỗ lực tham gia của từng cá nhân, các ban ngành, đoàn thể, các cấp chính quyền và của toàn xã hội.

5.2.1. Tăng cường luật pháp và chính sách

Luật phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam đã công nhận các quyền chính đáng của người nhiễm HIV/AIDS và nghiêm cấm kỳ thị, phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Vì vậy, Nhà nước cần tăng cường việc phổ biến và thực thi pháp luật về HIV/AIDS. Bên cạnh việc tiếp tục ban hành, sửa đổi, bổ sung kịp thời các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản hướng dẫn và việc lãnh đạo, chỉ đạo, khuyến khích, động viên... cũng cần phải xử lý nghiêm những vi phạm liên quan đến kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS cũng như gia đình của họ.

5.2.2. Huy động sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể ở các cấp và cộng đồng

Tăng cường sự tham gia của các cấp chính quyền, ban ngành, đoàn thể và cộng đồng trong hoạt động phòng, chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS một hình ảnh tích cực về người nhiễm HIV để giảm sự kỳ

thị, đồng thời xóa bỏ sự mặc cảm cũng như gia đình của họ. Đặc biệt, khuyến khích, huy động sự tham gia của những người nhiễm HIV, người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS trong hoạt động phòng chống căn bệnh này để tránh tạo nên sự tự ti và tự kỳ thị của chính họ.

5.2.3. Đổi mới toàn diện công tác truyền thông

5.2.3.1. Đổi mới tư duy về truyền thông

– Chuyển từ truyền thông "hù dọa" sang truyền thông giải thích, dựa trên các cơ sở khoa học và thực tiễn.

– Chuyển từ việc nhấn mạnh vào đường lây sang nhấn mạnh hơn các đường không lây.

– Chuyển từ việc coi người nhiễm HIV và gia đình họ là đối tượng của truyền thông sang coi họ là chủ thể của truyền thông phòng, chống HIV/AIDS.

– Chuyển từ đưa tin, hình ảnh tiêu cực về người nhiễm HIV sang đưa tin, hình ảnh tích cực về họ, cải thiện hình ảnh, tiến tới bình thường hóa sự có mặt của người nhiễm HIV trong cộng đồng.

5.2.3.2. Đổi mới nội dung/thông điệp truyền thông

– Tập trung vào việc giải thích cho mọi người dân hiểu về khả năng lây truyền của HIV, nhất là làm rõ rằng HIV không lây truyền qua các tiếp xúc thông thường và giải thích tại sao HIV lại không lây truyền qua các tiếp xúc thông thường.

– Tập trung giải thích cho người dân các tác hại của kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình họ, trong đó nhấn mạnh đến các tác hại đối với cộng đồng, với sự phát triển kinh tế, xã hội và làm cho dịch HIV lây lan nhanh hơn.

– Tránh các từ ngữ, lời nói, hình ảnh có thể gây hiểu nhầm HIV/AIDS cũng là tệ nạn xã hội, người nhiễm HIV là người có lỗi.

– Tránh các từ ngữ, lời nói, hình ảnh có tính hù dọa, gây hoảng sợ trong cộng đồng.

– Tăng cường các nội dung phổ biến, giáo dục pháp luật về HIV/AIDS, trong đó nhấn mạnh các quy định về chống kỳ thị và phân biệt đối xử.

5.2.3.3. Đổi mới phương pháp truyền thông

– Rà soát, kiên quyết thay thế các thông điệp, hình ảnh, nhất là các pa nô, áp phích có nội dung hù dọa hoặc gây nhầm lẫn HIV/AIDS với tệ nạn xã hội.

– Biên soạn lại các tài liệu, ấn phẩm truyền thông theo hướng loại bỏ các nội dung có thể dẫn đến tình trạng kỳ thị, phân biệt đối xử.

– Đa dạng hóa các phương pháp truyền thông. Lồng ghép nội dung chống kỳ thị, phân biệt đối xử vào tất cả các hoạt động truyền thông về HIV/AIDS.

– Tổ chức các hoạt động truyền thông với sự tham gia của người nhiễm HIV, đồng thời tạo điều kiện cho các nhóm người nhiễm HIV tổ chức các hoạt động truyền thông trong

cộng đồng, trong nhà trường, tại nơi làm việc và tuyên truyền quảng bá rộng rãi về các hoạt động này.

– Không đưa tin, hình ảnh tiêu cực về người nhiễm HIV, ngược lại cần tăng cường đưa tin, quảng bá các hoạt động tích cực của họ, sự đóng góp của họ cho cộng đồng và gia đình.

– Huy động sự tham gia ngày càng nhiều của các vị lãnh đạo, các vị chức sắc, và những người có uy tín, những người nổi tiếng được quần chúng mến mộ vào các hoạt động truyền thông, kết hợp với sự thăm hỏi, động viên người nhiễm HIV nhân các sự kiện lớn trong năm, nhân dịp Tết.

5.2.4. Tăng cường chống kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS trong các cơ sở y tế

5.2.4.1. Các giải pháp chung

– Tổ chức các lớp tập huấn cho cán bộ y tế về HIV/AIDS, về kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS trong thực hành nghề nghiệp.

– Đưa ra những quy định cụ thể trong các các cơ sở y tế: quy trình, cách thức làm việc cũng như cách ứng xử, giao tiếp với bệnh nhân HIV/AIDS và dán những nội quy và quy tắc này tại các phòng làm việc của cán bộ y tế.

– Đưa nội dung "Không kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS" vào trong các buổi họp giao ban, họp chuyên đề hay sinh hoạt chung của khoa, phòng, của bệnh viện/cơ sở y tế.

– Phát động các phong trào, các cuộc thi về tuyên truyền viên, tư vấn viên giỏi ngành y tế, hội diễn văn nghệ, v.v… có lồng ghép những nội dung về chống kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và có tổ chức sơ kết, đánh giá.

– Có chế độ khen thưởng các tập thể và cá nhân có những đóng góp/thành tích hay sáng kiến nhằm góp phần hạn chế, xóa bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS cũng như có biện pháp xử lý các trường hợp vi phạm.

5.2.4.2. Trong quá trình khám và chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS

– Tổ chức các khóa tập huấn tại các cơ sở cho cán bộ y tế về "Dự phòng chuẩn" và "Dự phòng sau phơi nhiễm HIV", về kỹ năng tư vấn và giao tiếp đặc biệt là những người thường xuyên tiếp xúc với những người nhiễm HIV/AIDS, hoặc những người thuộc nhóm nguy cơ cao.

– Đảm bảo sự riêng tư trong quá trình khám chữa bệnh, và đảm bảo tất cả hồ sơ của người bệnh nhiễm HIV/AIDS được bảo mật.

– Tránh sự cách ly người bệnh nhiễm HIV/AIDS với những bệnh nhân khác trừ khi được chỉ định cần thiết để xóa bỏ mặc cảm về sự phân biệt đối xử với họ.

– Tránh căng những biểu ngữ, áp phích, pa nô, v.v… liên quan đến HIV/AIDS quanh khu vực khám chữa bệnh cho người nhiễm HIV (điều này có thể làm cho mọi người chú ý đến những người đến đây khám).

– Đưa các hoạt động tư vấn, xét nghiệm, điều trị HIV/AIDS lồng ghép với các qui trình thường qui của các cơ cơ sở y tế.

– Tăng cường mở rộng các hoạt động chăm sóc, tư vấn, hỗ trợ điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS và gia đình của họ, tạo nên ở họ niềm tin và hy vọng cũng như có được điểm tựa trong cuộc sống, giúp họ có thêm nghị lực, vượt qua mặc cảm tự ti và hòa nhập với cộng đồng.

– Trong quá trình khám và điều trị, cán bộ y tế cần giúp cho người nhiễm HIV/AIDS nhận thức được rằng: họ có quyền, đồng thời có trách nhiệm với bản thân mình là chống kỳ thị và tự cô lập, tích cực tham gia phòng, chống HIV/AIDS và các tệ nạn xã hội. Cán bộ y tế cũng cần tăng cường truyền thông để người thân của người nhiễm HIV/AIDS nhận thức được tầm quan trọng của gia đình trong việc chăm sóc người bệnh, cũng như khuyến khích, động viên họ làm tốt vai trò đó tại nhà, tại cộng đồng…

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

Câu hỏi tự luận

1. Anh/chị hãy trình bày khái niệm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS

2. Anh/chị hãy liệt kê các biểu hiện/hành vi về kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS trong các bối cảnh khác nhau tại Việt Nam.

3. Anh/chị hãy trình bày nguyên nhân của việc kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

4. Anh/chị hãy trình bày hậu quả của việc kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

5. Anh/chị hãy nêu cơ sở và một số biện pháp chính chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

Câu hỏi lựa chọn

1. *Điền vào chỗ trống những từ thích hợp để hoàn thành các định nghĩa sau*:

A. Kỳ thị người nhiễm HIV/AIDS là thái độ ……(1)…….. hay ……(2)….. người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV, hoặc vì người đó ……(3)……..với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

B. Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV là hành vi …..(1)….., từ chối, tách biệt, ngược đãi, phỉ báng, ……(2)…….hoặc ……(3)…… của người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV, hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

2. *Hãy kể ra 3 biểu hiện thể hiện sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS trong gia đình*:

A. Người nhiễm HIV/AIDS bị những người thân trong gia đình hắt hủi, xa lánh, không muốn nói chuyện, tiếp xúc.

B. ……

C.…….

D……..

3. *Hãy kể ra 3 biểu hiện thể hiện sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS tại cộng đồng:*

A. Nhiều người không muốn, không cho người thân, con em mình tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS.

B. ……...

C.…….

D ……

Hãy khoanh tròn vào chữ Đ nếu câu trả lời là đúng, khoanh tròn vào chữ S nếu câu trả lời là sai.

4. *Nguyên nhân của sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS là:*

	Do các con đường lây truyền HIV thường bị mọi người kỳ thị, ghê sợ.	Đ	S
	Người nhiễm HIV/AIDS thường bị coi là những người có lối sống không lành mạnh, đáng bị xã hội lên án, xa lánh.	Đ	S
	Mọi người đều đã biết đến các quy định trong Luật phòng chống HIV/AIDS nhưng vẫn sợ hãi những người mang căn bệnh này.	Đ	S
	Nhiều người nhiễm HIV/AIDS mặc cảm, tự ti, giấu giếm bệnh tật và xa lánh người khác.	Đ	S
	Sự sợ hãi đối với HIV/AIDS của một số người trong cộng đồng có thể ảnh hưởng tiêu cực đến suy nghĩ, thái độ, hành vi của những người khác.	Đ	S
	Nam giới nhiễm HIV/AIDS thường bị xã hội cho là hư hỏng, tệ nạn xã hội, nên bị lên án, kỳ thị, phân biệt đối xử hơn so với phụ nữ.	Đ	S
	Các phương tiện truyền thông đại chúng chưa giải thích rõ ràng, đầy đủ về các con đường lây nhiễm HIV/AIDS.	Đ	S
	Nhiều người cho rằng: HIV có thể lây truyền qua bắt tay, ăn uống cùng, dùng chung ghế ngồi, cốc chén, giường chiếu…	Đ	S
	Hình ảnh tuyên truyền về HIV/AIDS trên một số pano, áp phích… khiến người xem sợ hãi, tránh xa căn bệnh này.	Đ	S

Hãy khoanh tròn vào chữ cái đầu những câu mà bạn cho là đúng.

5. *Hậu quả của sự kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS là:*

A. Người nhiễm HIV/AIDS e ngại, không dám đến các cơ sở y tế để khám và điều trị.

B. Những người nhiễm HIV/AIDS sẽ tự thấy mặc cảm, xấu hổ mà thay đổi hành vi, lối sống của mình cho tốt hơn.

C. Người nhiễm HIV bị mất việc làm, giảm thu nhập, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình.

D. Việc quản lý người nhiễm HIV/AIDS thuận lợi hơn do họ được đưa vào sống ở những nơi tập trung, dành riêng cho những người mang căn bệnh này.

E. Trẻ em có cha/mẹ nhiễm HIV/AIDS ít có cơ hội được vui chơi, học hành như bạn bè cùng trang lứa.

F. Người nhiễm HIV/AIDS bị tổn thương về tinh thần, bị cô lập trong cộng đồng.

6. *Kể tên 4 căn cứ để xây dựng các biện pháp chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS:*

1……

2……

3……

4……

7. *Nêu 3 biện pháp trong đổi mới tư duy truyền thông góp phần chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS:*

A. Chuyển từ truyền thông "hù dọa" sang truyền thông giải thích, dựa trên các cơ sở khoa học và thực tiễn.

B. …….

C. …….

D. …….

Hãy khoanh tròn vào chữ Đ nếu câu trả lời là đúng, khoanh tròn vào chữ S nếu câu trả lời là sai.

8. *Các biện pháp đổi mới nội dung thông điệp truyền thông góp phần chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS là*:

1	Tập trung giải thích rõ cho cộng đồng hiểu về các con đường lây truyền của virus HIV.	Đ	S
2	Tăng cường tuyên truyền, phổ biến Luật phòng chống HIV/AIDS cho các cơ quan, xí nghiệp, cộng đồng… đặc biệt các điều luật liên quan đến chống kỳ thị và phân biệt đối xử.	Đ	S
3	Sử dụng những từ ngữ, hình ảnh, thông điệp truyền thông tạo ấn tượng mạnh, nêu bật được mối hiểm họa từ các tệ nạn xã hội dẫn đến căn bệnh HIV/AIDS.	Đ	S
4	Giải thích rõ cho cộng đồng hiểu tác hại về nhiều mặt của việc kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS cũng như gia đình của họ.	Đ	S

Hãy khoanh tròn vào chữ cái đầu những câu mà bạn cho là đúng.

9. *Để giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử, trong quá trình khám và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS, các cơ sở y tế cần:*

A. Đảm bảo sự riêng tư, bí mật trong quá trình khám và điều trị cho những người nhiễm HIV/AIDS.

B. Tổ chức các khóa tập huấn cho cán bộ y tế về "Dự phòng chuẩn và dự phòng sau phơi nhiễm HIV", các kỹ năng giao tiếp, tư vấn với bệnh nhân.

C. Cách ly người nhiễm HIV/AIDS với những bệnh nhân khác để tránh lây nhiễm các bệnh nhiễm trùng cơ hội và tránh sự dò xét, bàn tán, bình phẩm từ những người khác.

D. Đưa hoạt động tư vấn, xét nghiệm, điều trị HIV/AIDS lồng ghép với các quy trình thường quy của các cơ sở y tế.

E. Căng những tranh ảnh, biểu ngữ, pa nô, áp phích… tuyên truyền về HIV/AIDS gần nơi khám chữa bệnh cho những người nhiễm HIV/AIDS để thuận tiện cho việc bệnh nhân đi tìm phòng khám và điều trị.

10. *Hãy nêu 4 giải pháp chung về y tế trong việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS:*

1…….

2…….

3…….

4……

5. Có chế độ khen thưởng tập thể, cá nhân có thành tích hay sáng kiến trong việc chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS, cũng như có biện pháp xử lý các trường hợp vi phạm về kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS.

MỘT SỐ ĐIỂM CƠ BẢN CỦA LUẬT PHÒNG, CHỐNG NHIỄM VIRUS GÂY RA HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI Ở NGƯỜI (HIV/AIDS)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được sự cần thiết của việc ban hành Luật phòng, chống HIV/AIDS.

2. Phân tích được một số nội dung cơ bản của Luật phòng, chống HIV/AIDS.

3. Trình bày được một số chế tài xử lý các hình vi vi phạm Luật phòng, chống HIV/AIDS.

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. SỰ CẦN THIẾT PHẢI BAN HÀNH LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

Từ khi trường hợp nhiễm HIV lần đầu tiên được phát hiện ở Việt Nam (tháng 12/1990) cho đến 31/12/2012 theo báo cáo của Bộ Y tế, trên cả nước có 210.703 người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống, trong đó có 61.669 người được xác định trong giai đoạn AIDS và từ đầu vụ dịch (năm 1990) đến nay Việt Nam đã có 63.372 người tử vong do AIDS. Tất cả 63 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và 98% số quận huyện, 78% số xã phường trong cả nước đã báo cáo phát hiện người nhiễm HIV (xem thêm ở bài "Dịch tễ học HIV/AIDS".

1.2. Tình hình xây dựng, ban hành và thực thi pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam

Xác định rõ HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm, là mối hiểm họa đối với tính mạng, sức khoẻ con người và tương lai nòi giống của dân tộc, tác động trực tiếp đến sự phát triển kinh tế, văn hóa, trật tự và an toàn xã hội, đe dọa sự phát triển bền vững của đất nước, Đảng và Nhà nước ta đã quan tâm đến công tác phòng, chống HIV/AIDS từ rất sớm. Ngay sau khi Ban Bí thư Trung ương Đảng (Khóa VII) ban hành Chỉ thị số 52-CT/TW ngày 11/3/1995 về lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS, ngày 31/5/1995, Uỷ ban thường vụ Quốc hội đã ban hành Pháp lệnh phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), dưới đây viết tắt là "Pháp lệnh Phòng, chống HIV/AIDS"; Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế và các bộ, ngành có liên quan đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật để hướng dẫn thi hành Pháp lệnh này.

Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS đã tạo cơ sở pháp lý cho việc triển khai có hiệu quả công tác phòng, chống HIV/AIDS trên các mặt: thông tin - giáo dục - truyền thông; phòng, chống lây nhiễm HIV qua tiêm chích ma tuý, hoạt động mại dâm; giám sát dịch tễ

học, an toàn truyền máu, điều trị, dự phòng lây nhiễm từ mẹ sang con...qua đó đã góp phần nâng cao nhận thức của người dân về dự phòng lây nhiễm HIV; bảo đảm được các chỉ tiêu về an toàn truyền máu, giám sát HIV/AIDS; ổn định và phát triển kinh tế - xã hội của đất nước và bảo đảm thực hiện các cam kết quốc tế trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS mà Việt Nam là thành viên.

Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS năm 1995 đã góp phần tích cực vào công tác phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, sau 10 năm tổ chức triển khai thi hành, Pháp lệnh này đã bộc lộ nhiều bất cập cần phải nghiên cứu sửa đổi, bổ sung cho phù hợp. Cụ thể là:

– Một số quy định về xét nghiệm phát hiện HIV khi khám sức khoẻ định kỳ; khai báo tình trạng nhiễm HIV của người nước ngoài khi nhập cảnh; chế độ bảo hiểm rủi ro nghề nghiệp cho người trực tiếp chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV; các ngành, nghề người nhiễm HIV không được làm... đều không còn phù hợp nên cần phải được huỷ bỏ.

– Những quy định như chống kỳ thị, phân biệt đối xử, bảo vệ bí mật riêng tư; xét nghiệm bắt buộc, xét nghiệm tự nguyện; thông báo kết quả xét nghiệm, điều trị cho người nhiễm HIV... đều chưa cụ thể hoặc không còn phù hợp nên cần phải được sửa đổi.

– Nhiều vấn đề mới nảy sinh trong công tác phòng, chống HIV/AIDS mà Pháp lệnh hiện hành chưa quy định như tư vấn, giám sát HIV/AIDS; các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; phòng chống HIV/AIDS trong gia đình, trường học, nơi làm việc; tiếp cận thuốc điều trị HIV/AIDS; quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV... nên cần phải được bổ sung.

– HIV/AIDS được xác định là vấn đề xã hội nên bên cạnh việc phòng, chống HIV/AIDS bằng các biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế, thì việc áp dụng các biện pháp xã hội là hết sức quan trọng, trong đó, việc áp dụng mạnh mẽ các biện pháp mang tính đột phá về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV như sử dụng bao cao su, trao đổi bơm kim tiêm sạch…; các biện pháp về tăng cường sự phối hợp liên ngành một cách chặt chẽ, sự hưởng ứng tích cực tham gia của cộng đồng và nâng cao ý thức của mọi công dân về công tác phòng, chống HIV/AIDS.

– Luật phòng, chống ma tuý; Pháp lệnh phòng, chống mại dâm đã được ban hành, một số điều ước quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS mà nước ta là thành viên đòi hỏi Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS phải được sửa đổi, bổ sung cho phù hợp để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật Việt Nam và sự tương thích giữa pháp luật Việt Nam với pháp luật quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS.

Từ những căn cứ trên, đồng thời để thực hiện có hiệu quả hơn nữa công tác phòng, chống HIV/AIDS, giảm tần xuất lây nhiễm HIV/AIDS, thực hiện tốt các cam kết chính trị của Việt Nam với cộng đồng quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS, việc ban hành Luật phòng, chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) *(dưới đây viết tắt là Luật phòng, chống HIV/AIDS)* nhằm thay thế Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS năm 1995 là hết sức cần thiết và cấp bách, làm nền tảng pháp lý quan trọng cho việc phòng ngừa và kiểm soát HIV/AIDS có hiệu quả ở Việt Nam, góp phần thực hiện thành công sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới.

2. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA LUẬT

Luật phòng, chống HIV/AIDS gồm 6 chương và 50 điều, bao gồm các nội dung cơ bản sau:

2.1. Chương I - Những quy định chung

Gồm 8 điều (từ Điều 1 đến Điều 8) quy định về phạm vi điều chỉnh, đối tượng áp dụng; giải thích từ ngữ; các nguyên tắc phòng, chống HIV/AIDS; quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV; trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, đơn vị vũ trang nhân dân và cá nhân trong phòng, chống HIV/AIDS; chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS; cơ quan quản lý nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS và những hành vi bị nghiêm cấm.

Điểm mới của Chương I là việc bổ sung các quy định về nguyên tắc và chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS, các quy định về quyền và nghĩa vụ cơ bản của người nhiễm HIV. Cụ thể như sau:

2.1.1. Về phạm vi điều chỉnh (Điều 1)

Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định rất cụ thể về phạm vi điều chỉnh của Luật, đó là các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS; việc chăm sóc, điều trị, hỗ trợ người nhiễm HIV và các điều kiện bảo đảm thực hiện biện pháp phòng, chống HIV/AIDS. Nếu như biện pháp phòng, chống HIV/AIDS được quy định tại Pháp lệnh năm 1995 gần như chỉ tập trung vào các biện pháp chuyên môn kỹ thuật trong phòng, chống HIV thì trong Luật này các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS được thể hiện dưới góc độ đan xen, kết hợp giữa các biện pháp xã hội và các biện pháp về chuyên môn kỹ thuật y tế.

2.1.2. Về giải thích từ ngữ (Điều 2)

Luật phòng, chống HIV/AIDS đã đưa ra các giải thích từ ngữ đầy đủ, rõ ràng và phù hợp với các nội dung có liên quan trong Luật. Trong đó đặc biệt đáng lưu ý là việc giải thích các thuật ngữ "Kỳ thị người nhiễm HIV", "Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV", "Can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV", cụ thể như sau:

– Khoản 4. Kỳ thị người nhiễm HIV là thái độ khinh thường hay thiếu tôn trọng người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

– Khoản 5. Phân biệt đối xử với người nhiễm HIV là hành vi xa lánh, từ chối, tách biệt, ngược đãi, phỉ báng, có thành kiến hoặc hạn chế quyền của người khác vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV hoặc vì người đó có quan hệ gần gũi với người nhiễm HIV hoặc bị nghi ngờ nhiễm HIV.

– Khoản 15. Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm tuyên truyền, vận động, khuyến khích sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV.

Đây là quy định hoàn toàn mới. Các giải thích này đã tạo ra cách hiểu thống nhất, tránh tình trạng dẫn đến những mâu thuẫn và bất cập trong cách hiểu.

2.1.3. Về nguyên tắc phòng, chống HIV/AIDS (Điều 3)

Luật đã quy định bốn nguyên tắc cơ bản đó là:

– Khoản 1. Kết hợp các biện pháp xã hội và biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS trên nguyên tắc lấy phòng ngừa là chính, trong đó thông tin, giáo dục, truyền thông nhằm thay đổi hành vi là biện pháp chủ yếu.

– Khoản 2. Thực hiện việc phối hợp liên ngành và huy động xã hội trong phòng, chống HIV/AIDS; lồng ghép các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong các chương trình phát triển kinh tế - xã hội.

– Khoản 3. Kết hợp chặt chẽ phòng, chống HIV/AIDS với phòng, chống ma tuý, mại dâm, chú trọng triển khai các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

– Khoản 4. Không kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ; tạo điều kiện để người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ tham gia các hoạt động xã hội, đặc biệt là các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

Các nguyên tắc này đã thể hiện rõ quan điểm tôn trọng quyền con người, chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV, bảo đảm bí mật riêng tư, quyền và lợi ích hợp pháp của người nhiễm HIV; tăng cường trách nhiệm của gia đình, xã hội với người nhiễm HIV và của người nhiễm HIV với gia đình, xã hội; tăng cường phối hợp liên ngành và đẩy mạnh việc huy động toàn xã hội tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.1.4. Về quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV (Điều 4)

Về cơ bản, người nhiễm HIV có đầy đủ các quyền và nghĩa vụ của một công dân theo quy định của pháp luật. Tuy nhiên, do tình trạng kỳ thị, phân biệt đối với người nhiễm HIV còn khá phổ biến nên Luật đã đưa ra các quy định nhằm nhấn mạnh các quyền mà người nhiễm HIV hay bị xâm phạm, đó là: quyền được sống hòa nhập với cộng đồng và xã hội; quyền được điều trị và chăm sóc sức khỏe; quyền được học văn hóa, học nghề và học việc; quyền được giữ bí mật liên quan đến HIV/AIDS và đặc biệt là quyền được từ chối khám bệnh, chữa bệnh khi đang điều trị bệnh AIDS trong giai đoạn cuối, đây là một quy định thể hiện tính nhân đạo được xuất phát từ đòi hỏi của chính những người nhiễm HIV.

Bên cạnh các quyền, Luật cũng quy định rất cụ thể nghĩa vụ của người nhiễm HIV. Nhằm hạn chế sự lây lan của HIV ra cộng đồng, ngoài các nghĩa vụ của một công dân bình thường được Hiến pháp năm 1992 quy định, Luật đã quy định người nhiễm HIV có nghĩa vụ thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm HIV sang người khác; thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính của mình cho vợ, chồng hoặc cho người chuẩn bị kết hôn với mình biết và thực hiện các quy định về điều trị bằng thuốc kháng HIV.

2.1.5. Chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS (Điều 6)

Luật đã quy định một số chính sách quan trọng như hỗ trợ sản xuất thuốc kháng HIV trong nước; thực hiện các biện pháp giảm giá thuốc kháng HIV; khuyến khích doanh nghiệp, cơ quan, đơn vị vũ trang nhân dân tổ chức đào tạo và tuyển dụng người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ; huy động sự tham gia của toàn xã hội, sự đóng góp về tài chính, kỹ thuật của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài trong phòng, chống

HIV/AIDS... Các quy định này nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV, đồng thời hạn chế đến mức tối đa sự kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV, tạo điều kiện cho người nhiễm HIV hòa nhập với cộng đồng.

2.2. Chương II - Các biện pháp xã hội trong phòng, chống HIV/AIDS

Gồm 15 điều (từ Điều 9 đến Điều 23) được chia thành ba mục:

Mục 1 - Thông tin - giáo dục - truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS (từ Điều 9 đến Điều 12); bao gồm các quy định về mục đích, yêu cầu, nội dung, đối tượng tiếp cận của thông tin - giáo dục - truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS và trách nhiệm thực hiện thông tin - giáo dục - truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS.

Mục 2 - Huy động gia đình, cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng, chống HIV/AIDS (từ Điều 13 đến Điều 20) bao gồm các quy định về phòng, chống HIV tại gia đình, nơi làm việc, trong cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, trong các nhóm người di biến động, trong cộng đồng dân cư, trong cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam; quy định về sự tham gia của các tổ chức xã hội (như tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ) và người nhiễm HIV trong phòng, chống HIV/AIDS.

Mục 3 - Các biện pháp xã hội khác trong phòng, chống HIV/AIDS (từ Điều 21 đến Điều 23) bao gồm các quy định về các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; tư vấn về HIV/AIDS và việc lồng ghép chương trình phòng, chống HIV/AIDS với các chương trình phát triển kinh tế - xã hội khác.

Đây là những nội dung mới, được xây dựng trên cơ sở kế thừa những quy định đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn và quy định chi tiết thêm về thông tin, giáo dục, truyền thông trong phòng, chống HIV/AIDS đã được quy định tại Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS năm 1995, đồng thời bổ sung quy định mới về huy động gia đình, cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng, chống HIV/AIDS và các biện pháp xã hội khác, đặc biệt là biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV.

Cụ thể như sau:

2.2.1. Về thông tin, giáo dục, truyền thông (Mục 1): Luật đã quy định cụ thể về mục đích, yêu cầu, nội dung, đối tượng và trách nhiệm thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS, trong đó đáng lưu ý là việc thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS được miễn phí, trừ trường hợp thực hiện theo hợp đồng với Chương trình mục tiêu quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS hoặc do tổ chức, cá nhân trong nước, nước ngoài tài trợ.

2.2.2. Về huy động gia đình, cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng, chống HIV/AIDS (Mục 2): đây là nội dung thể hiện rõ nét nhất về các biện pháp xã hội trong phòng, chống HIV/AIDS với việc đưa ra các quy định cụ thể về trách nhiệm của gia đình, người sử dụng lao động, cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, Ủy ban nhân cấp xã và của cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS.

Một điểm mới đáng lưu ý nữa là việc Luật đã quy định cụ thể về phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm người di biến động. Quy định này xuất phát từ đặc điểm của nhóm

người di biến động là thường xuyên sống xa gia đình, thay đổi chỗ ở và nơi làm việc, bên cạnh đó, hầu hết người di biến động ở Việt Nam là người có thu nhập thấp, di chuyển từ nông thôn ra thành thị để kiếm việc làm, thiếu kiến thức về chăm sóc sức khỏe nói chung và phòng, chống HIV/AIDS nói riêng nên rất dễ bị nhiễm HIV. Chính vì vậy, Luật đã quy định rất cụ thể trách nhiệm của Uỷ ban nhân dân cấp xã; chủ, người quản lý điều hành cơ sở kinh doanh dịch vụ lưu trú, bến bãi đậu xe, đậu tàu, thuyền, cơ sở kinh doanh du lịch hoặc dịch vụ văn hóa, xã hội, người đứng đầu cơ quan kiểm dịch y tế tại cửa khẩu và cơ quan, tổ chức có hoạt động đưa người Việt Nam đi lao động, học tập ở nước ngoài trong việc cung cấp thông tin về phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm đối tượng này.

2.2.3. Về các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (Điều 21): đây là một trong những điểm nổi bật và tiến bộ nhất của Luật phòng, chống HIV/AIDS. Với việc quy định ngay trong Luật các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV (theo giải thích tại khoản 15, điều 2 của Luật này, bao gồm: bao gồm tuyên truyền, vận động, khuyến khích sử dụng bao cao su, bơm kim tiêm sạch, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế và các biện pháp can thiệp giảm tác hại khác nhằm tạo điều kiện cho việc thực hiện các hành vi an toàn để phòng ngừa lây nhiễm HIV) đã thể hiện cam kết, quyết tâm mạnh mẽ của Nhà nước ta trong việc hạn chế sự gia tăng của đại dịch HIV/AIDS, tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.3. Chương III - Các biện pháp về chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS

Gồm 14 điều (từ Điều 24 đến Điều 37) được chia thành ba mục:

Mục 1- Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS (Điều 24 và Điều 25) bao gồm các quy định về giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát trọng điểm HIV.

Mục 2- Tư vấn và xét nghiệm (từ Điều 26 đến Điều 30) bao gồm các quy định về tư vấn trước và sau khi xét nghiệm HIV; xét nghiệm HIV tự nguyện; xét nghiệm HIV bắt buộc; quy định về cơ sở xét nghiệm đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính và quy định về thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

Mục 3- Các biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế khác trong phòng, chống HIV/AIDS (từ Điều 31 đến Điều 37) bao gồm các quy định về an toàn truyền máu; phòng, chống lây nhiễm HIV trong các cơ sở y tế, cơ sở dịch vụ xã hội; phòng, chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục có liên quan đến HIV; phòng, chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con; dự phòng sau phơi nhiễm với HIV; nghiên cứu, thử nghiệm, sản xuất vaccin, sinh phẩm và thuốc điều trị HIV/AIDS.

Điểm mới của Chương III là các biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS trong Chương này đã được quy định toàn diện hơn so với Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS năm 1995 với việc đưa ra các quy định chuyên môn cụ thể như giám sát dịch tễ học, tư vấn xét nghiệm, an toàn truyền máu; phòng, chống lây nhiễm HIV trong các dịch vụ y tế, cơ sở dịch vụ xã hội; phòng, chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục có liên quan đến HIV; phòng, chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con... Cụ thể như sau:

2.3.1. Về tư vấn HIV/AIDS (Điều 22 và Điều 26): đây là một quy định hoàn toàn mới, bao gồm các quy định về tư vấn chung về HIV/AIDS (Điều 22) và tư vấn sâu về HIV/AIDS

trước và sau khi xét nghiệm HIV (Điều 26). Tuy nhiên, để tránh các ảnh hưởng không mong muốn của tư vấn về HIV/AIDS đối với người được tư vấn, Luật đã quy định cụ thể về điều kiện của người thực hiện việc tư vấn trước và sau khi xét nghiệm HIV, đồng thời giao Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể về điều kiện thành lập và nội dung hoạt động của tổ chức tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS (Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành quy định này).

2.3.2. Về xét nghiệm HIV bắt buộc (Điều 28): trước tình trạng xét nghiệm HIV bắt buộc diễn ra khá phổ biến, để bảo đảm các quyền của công dân trong khám bệnh, chữa bệnh, Luật đã quy định việc xét nghiệm HIV bắt buộc chỉ được thực hiện trong trường hợp có trưng cầu giám định tư pháp hoặc quyết định của Cơ quan điều tra, Viện kiểm sát nhân dân hoặc Toà án nhân dân hoặc trong một số trường hợp cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh hoặc trước khi tuyển dụng đối với một số nghề do Chính phủ quy định.

2.3.3. Về cơ sở xét nghiệm HIV đủ điều kiện khẳng định các trường hợp nhiễm HIV (Điều 29): nhằm hạn chế tình trạng xét nghiệm HIV tràn lan dẫn đến những hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra, Luật đã quy định chỉ các cơ sở xét nghiệm HIV đã được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính mới được quyền khẳng định các trường hợp HIV dương tính và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả đó.

2.3.4. Về thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính (Điều 30): Luật phòng, chống HIV HIV/AIDS đã quy định rất cụ thể về đối tượng được quyền thông báo, đối tượng được nhận thông báo về kết quả xét nghiệm HIV dương tính, đồng thời cũng quy định trách nhiệm của các đối tượng này trong việc giữ bí mật kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

2.4. Chương IV - Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV

Gồm 5 điều (từ Điều 38 đến Điều 42) quy định trách nhiệm trong việc điều trị người nhiễm HIV; tiếp cận thuốc kháng HIV; bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV; chăm sóc người nhiễm HIV và áp dụng pháp luật hình sự, tố tụng hình sự, xử lý vi phạm hành chính đối với người bị xử lý hình sự, hành chính mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối.

Đây là chương mới, được xây dựng trên cơ sở kế thừa những quy định đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn và quy định chi tiết thêm quy định về điều trị người nhiễm HIV, bổ sung quy định hoàn toàn mới về chăm sóc người nhiễm HIV; tiếp cận thuốc kháng HIV; tạm hoãn hoặc miễn hoặc giảm thời hạn chấp hành quyết định xử lý vi phạm hành chính, chấp hành hình phạt tù đối với người bị bệnh AIDS giai đoạn cuối và bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV. Cụ thể như sau:

2.4.1. Về tiếp cận thuốc kháng HIV (Điều 39): trước nhu cầu rất lớn về thuốc kháng HIV trong khi Nhà nước ta chưa có khả năng về ngân sách để đáp ứng đủ nhu cầu này, Luật đã quy định cụ thể về các đối tượng được Nhà nước bảo đảm sử dụng thuốc kháng HIV miễn phí, đối tượng được ưu tiên cấp thuốc kháng HIV miễn phí, bao gồm:

– Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV.

– Thuốc kháng HIV do ngân sách nhà nước chi trả, thuốc do tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài tài trợ được cấp miễn phí cho người nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS theo thứ tự ưu tiên sau đây:

+ Trẻ em từ đủ 6 tuổi đến dưới 16 tuổi nhiễm HIV;

+ Người nhiễm HIV tích cực tham gia phòng, chống HIV/AIDS;

+ Người nhiễm HIV có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn;

+ Những người khác nhiễm HIV.

2.4.2. Về bảo hiểm y tế đối với người nhiễm HIV (Điều 40): Luật quy định người đang tham gia bảo hiểm y tế bị nhiễm HIV được Quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Đây cũng là một điểm đặc biệt mới so với Pháp lệnh phòng, chống HIV/AIDS năm 1995, thể hiện sự quan tâm của Nhà nước ta đối với người nhiễm HIV, đáp ứng nguyện vọng chính đáng của người nhiễm HIV, đồng thời là quy định thể hiện rõ nét quan điểm chống kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV.

2.4.3. Về chăm sóc người nhiễm HIV (Điều 41): Luật phòng, chống HIV/AIDS quy định cụ thể trách nhiệm của gia đình, cơ sở y tế, cơ sở bảo trợ xã hội trong việc chăm sóc người nhiễm HIV. Trong hợp người nhiễm HIV là trẻ em bị bỏ rơi hoặc là người không nơi nương tựa, không còn khả năng lao động được chăm sóc, nuôi dưỡng miễn phí tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước.

2.4.4. Về áp dụng pháp luật hình sự, tố tụng hình sự, xử lý vi phạm hành chính đối với người bị xử lý hình sự, hành chính mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối (Điều 42): đây là một quy định thể hiện bản chất nhân đạo của Nhà nước xã hội chủ nghĩa, theo đó, nếu:

– Người đang bị điều tra, truy tố, xét xử mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối được tạm đình chỉ điều tra hoặc tạm đình chỉ vụ án theo quy định của pháp luật về tố tụng hình sự.

– Người bị Toà án kết án mà bị bệnh AIDS giai đoạn cuối được miễn chấp hành hình phạt hoặc giảm thời hạn chấp hành hình phạt, được hoãn hoặc tạm đình chỉ chấp hành hình phạt tù theo quy định của pháp luật về hình sự, tố tụng hình sự, thi hành án phạt tù.

– Người bị áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng bị bệnh AIDS giai đoạn cuối được hoãn hoặc miễn chấp hành quyết định đưa vào cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng; hoãn, tạm đình chỉ hoặc miễn chấp hành phần thời gian còn lại theo quy định của pháp luật về xử lý vi phạm hành chính.

2.5. Chương V - Các điều kiện bảo đảm trong việc thực hiện biện pháp phòng, chống HIV/AIDS

Gồm 6 điều (từ Điều 43 đến Điều 48) bao gồm các quy định về nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS; quỹ hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV; các chế độ, chính sách đối với người trực tiếp làm xét nghiệm HIV, quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV; chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp; đào tạo đội ngũ những người làm công tác phòng, chống HIV/AIDS và hợp tác quốc tế trong phòng, chống HIV/AIDS.

Chương này là chương mới quy định về nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS, các chế độ, chính sách đối với cán bộ trực tiếp quản lý, chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV, hợp tác quốc tế… đặc biệt là chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp. Theo đó, người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề

nghiệp được khám, chữa các bệnh nhiễm trùng cơ hội, được cấp thuốc kháng HIV miễn phí và được hưởng các chế độ khác theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

2.6. Chương VI - Điều khoản thi hành

Luật phòng, chống HIV/AIDS được Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam thông qua ngày 29/6/2006, có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2007. Để thực hiện một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS, Chính phủ có Nghị định hướng dẫn chi tiết một số điều của Luật này. Các Bộ, ngành cũng cần rà soát hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS hiện hành để đề xuất các nội dung cần sửa đổi, bổ sung cho phù hợp với Luật phòng, chống HIV/AIDS.

3. MỘT SỐ CHẾ TÀI XỬ LÝ HÀNH CHÍNH VI PHẠM LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS

3.1. Tại Bộ Luật hình sự

Tại Bộ Luật hình sự có nhiều điều khoản quy định biện pháp xử lý các hình vi liên quan đến làm lây truyền hoặc truyền HIV cho người khác, ví dụ:

– Điều 111, 112, 113, 114, 115 đã quy định hành vi "Biết mình bị nhiễm HIV mà vẫn phạm tội" như hiếp dâm, hiếp dâm trẻ em, cưỡng dâm, cưỡng dâm trẻ em, giao cấu với trẻ em là những tình tiết tăng nặng trong khung hình phạt. Khung hình phạt khác nhau có thể đến mức tù chung thân hoặc tử hình tùy trường hợp cụ thể.

– Điều 117 và 118 của Bộ Luật hình sự cũng quy định mức xử phạt tù với "Tội lây truyền HIV cho người khác và cố ý lây truyền HIV cho người khác. Khung hình phạt từ một năm đến tù chung thân tùy theo từng trường hợp cụ thể.

3.2. Tại Nghị định số 69/2011/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính về y tế dự phòng, môi trường y tế và phòng, chống HIV/AIDS

Ngày 08 tháng 8 năm 2011, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 69/2011/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính về y tế dự phòng, môi trường y tế và phòng, chống HIV/AIDS. Một số điểm đáng lưu ý của Nghị định như sau:

3.2.1. Vi phạm các quy định về thông tin, giáo dục, truyền thông trong phòng, chống HIV/AIDS như: không tổ chức định kỳ việc phổ biến, tuyên truyền trong cơ sở sử dụng lao động về kiến thức, biện pháp phòng, chống HIV/AIDS, chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV; cung cấp, đưa tin sai về số liệu, tình hình dịch HIV/AIDS; đưa thông tin, hình ảnh tiêu cực về người nhiễm HIV; cản trở việc thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS; từ chối phối hợp với cơ quan phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương trong việc thực hiện tuyên truyền về phòng, chống HIV/AIDS.

3.2.2. Vi phạm các quy định về chống kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến nhiễm HIV/AIDS, như: tiết lộ cho người khác biết việc một người nhiễm HIV khi chưa được sự đồng ý của người đó; đưa tin bịa đặt về nhiễm HIV đối với người không nhiễm HIV; công khai tên, địa chỉ, hình ảnh người nhiễm HIV khi chưa được sự đồng ý của người đó, trừ trường hợp quy định về thông báo kết quả xét nghiệm quy định tại Điều 30 của Luật Phòng,

chống nhiễm virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS); sử dụng hình ảnh, thông điệp truyền thông có tính chất kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và thành viên gia đình người nhiễm HIV; từ chối tuyển dụng vì lý do người dự tuyển lao động nhiễm HIV; cản trở hoặc từ chối tiếp nhận trẻ em, học sinh, sinh viên, học viên vào học trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân vì lý do người đó nhiễm HIV hoặc là thành viên trong gia đình có người nhiễm HIV; cản trở hoặc từ chối mai táng, hỏa táng người chết vì lý do liên quan đến HIV/AIDS; từ chối khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh vì biết hoặc nghi ngờ người đó nhiễm HIV; yêu cầu xét nghiệm HIV hoặc xuất trình kết quả xét nghiệm HIV đối với người dự tuyển lao động; yêu cầu xét nghiệm HIV hoặc yêu cầu xuất trình kết quả xét nghiệm HIV đối với học sinh, sinh viên, học viên hoặc người đến xin học v.v….

3.2.3. Vi phạm các quy định về tư vấn và xét nghiệm HIV như: thực hiện xét nghiệm HIV nhưng không tư vấn trước và sau xét nghiệm cho đối tượng được xét nghiệm; vi phạm các quy định về lưu trữ kết quả xét nghiệm, lưu trữ và tiêu hủy các mẫu máu, túi máu, chế phẩm máu, bệnh phẩm nhiễm HIV; vi phạm các quy định về chế độ báo cáo HIV/AIDS theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; không tư vấn về phòng, chống HIV/AIDS cho phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, cho con bú, người bị phơi nhiễm với HIV; vi phạm các quy định về quy trình, kỹ thuật xét nghiệm HIV; vi phạm các quy định về trình tự thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế v.v…

3.2.4. Vi phạm các quy định về chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV như: không tuân thủ các quy định về quy trình, phác đồ điều trị HIV/AIDS theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; Kê đơn thuốc kháng HIV nhưng không có giấy chứng nhận đã qua tập huấn, đào tạo về điều trị HIV/AIDS; thực hiện việc điều trị bằng thuốc kháng HIV tại các cơ sở không đủ điều kiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế; không tuân thủ các quy định của pháp luật về việc lưu trữ các tài liệu, hồ sơ, bệnh án liên quan đến điều trị bằng thuốc kháng HIV v.v…

3.2.5. Vi phạm các quy định về can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV như: không sử dụng thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng khi thực hiện các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; không thông báo việc triển khai tổ chức các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV cho Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn và cơ quan công an cùng cấp nơi triển khai hoạt động; cấp thẻ nhân viên tiếp cận cộng đồng cho người không đủ tiêu chuẩn hoặc không tuân thủ trình tự, thủ tục, thẩm quyền theo quy định của pháp luật; không phối hợp với cơ quan phòng, chống HIV/AIDS địa phương trong việc thực hiện các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV; cản trở việc thực hiện các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV v.v…

3.2.6. Vi phạm các quy định khác của pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS: vi phạm các quy định về truyền máu, về vô khuẩn, sát khuẩn và các quy định khác về chuyên môn trong xử lý phòng lây nhiễm HIV; v.v…

Các mức phạt tiền rất khác nhau đối với các hành vi khác nhau, có thể từ 500.000 đến 25 triệu tùy trường hợp. Ngoài ra còn có thể áp dụng các biện pháp khắc phục khác.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

Câu hỏi tự luận

1. Trình bày quyền của người nhiễm HIV theo Luật phòng, chống virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người?

2. Trình bày nguyên tắc phòng, chống HIV/AIDS theo Luật phòng, chống virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người?

3. Trình bày chính sách của Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS theo Luật phòng, chống virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người?

Câu hỏi lựa chọn

1. *Đánh dấu X vào cột đúng, sai với mỗi câu hỏi trong bảng sau*:

STT	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV		
2	Tất cả các bác sĩ khoa lây được phép kê đơn thuốc kháng HIV cho người nhiễm HIV, người bị phơi nhiễm với HIV		
3	Bơm kim tiêm sạch là dụng cụ tiêm chích vô trùng chỉ dùng một lần và sau đó không dùng lại nữa		
4	Người nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp được khám, chữa các bệnh nhiễm trùng cơ hội và được cấp thuốc kháng HIV miễn phí		
5	Các biện pháp can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV được triển khai với tất cả mọi người dân không quan tâm đến họ có hành vi nguy cơ hay không.		

Khoanh vào câu trả lời đúng nhất

2. *Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, các biện pháp can thiệp giảm tác hại* ***không*** *bao gồm biện pháp nào sau đây*:

A. Điều trị cai nghiện.

B. Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bao cao su.

C. Cung cấp và hướng dẫn sử dụng bơm kim tiêm sạch.

D. Tổ chức các hoạt động giáo dục đồng đẳng/tiếp cận cộng đồng.

3. *Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, người nhiễm HIV không có nghĩa vụ nào trong các nghĩa vụ sau đây:*

A. Thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm HIV sang người khác.

B. Thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính của mình cho vợ, chồng hoặc cho người chuẩn bị kết hôn với mình biết.

C. Xuất trình kết quả xét nghiệm HIV của mình cho người sử dụng lao động khi có yêu cầu.

D. Thực hiện các quy định về điều trị bằng thuốc kháng HIV.

4. *Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, hành vi nào sau đây bị nghiêm cấm*:

A. Cố ý lây truyền hoặc truyền HIV cho người khác.

B. Đe dọa truyền HIV cho người khác.

C. Kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV.

D. Cha, mẹ bỏ rơi con chưa thành niên nhiễm HIV; người giám hộ bỏ rơi người được mình giám hộ nhiễm HIV.

E. Công khai tên, địa chỉ, hình ảnh của người nhiễm HIV hoặc tiết lộ cho người khác biết việc một người nhiễm HIV sau khi đã được sự đồng ý của người đó.

F. Tất cả các mục trên trừ mục E.

5. *Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, người chủ sử dụng lao động không được có các hành vi nào sau đây*:

A. Chấm dứt hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc hoặc gây khó khăn trong quá trình làm việc của người lao động vì lý do người lao động nhiễm HIV.

B. Ép buộc người lao động còn đủ sức khỏe chuyển công việc mà họ đang đảm nhiệm vì lý do người lao động nhiễm HIV.

C. Từ chối nâng lương, đề bạt hoặc không bảo đảm các quyền, lợi ích hợp pháp của người lao động vì lý do người lao động nhiễm HIV.

D. Yêu cầu xét nghiệm HIV hoặc xuất trình kết quả xét nghiệm HIV đối với người dự tuyển lao động, từ chối tuyển dụng vì lý do người dự tuyển lao động nhiễm HIV.

E. Tất cả các ý trên.

6. *Xét nghiệm HIV tự nguyện cho trường hợp nào sau đây là sai quy định theo Luật phòng, chống HIV/AIDS*:

A. Xét nghiệm cho người tự nguyện xét nghiệm HIV đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự.

B. Xét nghiệm cho người tự nguyện xét nghiệm HIV đủ 16 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự.

C. Việc xét nghiệm HIV cho người mất năng lực hành vi dân sự được thực hiện khi có sự đồng ý bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ của người đó.

7. *Theo Luật phòng, chống HIV/AIDS, ai là người được thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính*?

A. Người được xét nghiệm.

B. Vợ hoặc chồng của người được xét nghiệm, cha, mẹ hoặc người giám hộ của người được xét nghiệm là người chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự.

C. Nhân viên được giao nhiệm vụ trực tiếp tư vấn, thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính cho người được xét nghiệm.

D. Tất cả nhân viên của khoa mà người nhiễm HIV đang điều trị.

E. Tất cả các ý trên là đúng.

TỔNG QUAN VỀ CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS ĐẾN NĂM 2020 VÀ TẦM NHÌN 2030

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được quan điểm chỉ đạo của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

2. Trình bày được mục tiêu của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

3. Trình bày được các giải pháp thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. CƠ SỞ BAN HÀNH CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS ĐẾN NĂM 2020 VÀ TẦM NHÌN 2030

1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

Theo số liệu của Bộ Y tế, tính đến cuối năm 2011 cả nước có 197.335 người nhiễm HIV đang còn sống, trong đó có 48.720 người ở giai đoạn AIDS và kể từ đầu vụ dịch đến nay đã có 52.325 người tử vong do HIV/AIDS. Qua các số liệu giám sát cho thấy dịch HIV/AIDS đã xuất hiện ở 100% tỉnh, thành phố từ năm 1998, đến cuối năm 2011 đã có 98% số quận, huyện, thị xã và 77% số xã, phường, thị trấn có người nhiễm HIV được báo cáo (xem thêm ở bài "Dịch tễ học HIV?AIDS").

1.2. Kết quả thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn 2020

Nhận thức rõ sự nguy hiểm của đại dịch HIV/AIDS, Đảng và Nhà nước Việt Nam đã ban hành nhiều văn bản pháp luật quan trọng nhằm khống chế sự gia tăng của dịch HIV/AIDS. Một trong những văn bản tiêu biểu phải kể đến là "Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020" (được ban hành kèm theo Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17 tháng 3 năm 2004 của Thủ tướng Chính phủ). Qua thời gian tổ chức thực hiện Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS nói trên, nhìn chung các Bộ, ngành, các cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể ở các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đã tích cực lãnh đạo, chỉ đạo triển khai thực hiện các nội dung của Chiến lược quốc gia và đạt được nhiều kết quả quan trọng, góp phần ngăn chặn, hạn chế tốc độ gia tăng của đại dịch HIV/AIDS và chúng ta đã hoàn thành tốt mục tiêu đã đặt ra của Chiến lược trong giai đoạn này là khống chế tỷ lệ nhiễm HIV dưới 0,3% trong cộng đồng dân cư vào năm 2010.

Tuy nhiên, thực tiễn quá trình triển khai Chiến lược những năm qua đã bộc lộ một số khó khăn, thách thức như: một số đơn vị, địa phương cấp ủy Đảng, Ủy ban nhân dân các cấp chưa triển khai triệt để Chiến lược quốc gia, đặc biệt là các chương trình hành động của Chiến lược; một số địa phương chưa huy động được cộng đồng, xã hội tham gia vào công cuộc phòng, chống HIV/AIDS; mức đầu tư cho chương trình HIV/AIDS còn hạn chế, chủ yếu dựa vào nguồn tài trợ của nước ngoài, vì vậy không chủ động được nguồn lực tài chính cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Bên cạnh đó, nguồn kinh phí hỗ trợ cho công tác phòng, chống HIV/AIDS từ các tổ chức quốc tế và của các nước ngày càng giảm dần trong khi tình hình HIV/AIDS vẫn còn diễn biến phức tạp, sự chuyển dịch dần hình thái nguy cơ lây nhiễm HIV từ đường máu sang đường tình dục, hành vi nguy cơ kép trong các nhóm dễ bị lây nhiễm HIV đang có xu hướng gia tăng, địa bàn dịch HIV/AIDS ngày càng rộng hơn. Vì vậy, nếu không có những giải pháp đồng bộ, lâu dài, sẽ không kiểm soát và đẩy lùi đại dịch HIV/AIDS, để lại hậu quả nghiêm trọng, tác động xấu đến sự phát triển kinh tế - xã hội.

Trong bối cảnh trên, ngày 25/5/2012 Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 608/QĐ-TTg về việc phê duyệt "Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030".

2. NỘI DUNG CHÍNH CỦA CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS ĐẾN NĂM 2020 VÀ TẦM NHÌN 2030

Nội dung chính của Chiến lược (dưới đây viết tắt là Chiến lược) bao gồm: quan điểm, mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp phòng, chống HIV/AIDS tổng thể, dài hạn nhằm bảo đảm cho công tác này đạt hiệu quả cao, bền vững, góp phần xây dựng và phát triển đất nước.

2.1. Quan điểm chỉ đạo của Chiến lược

– Phòng, chống HIV/AIDS phải được coi là một nhiệm vụ quan trọng, lâu dài, cần có sự phối hợp liên ngành của tất cả các cấp ủy Đảng, các Bộ, ngành, chính quyền các cấp và là bổn phận, trách nhiệm của mỗi người dân, mỗi gia đình và mỗi cộng đồng.

– Phòng, chống HIV/AIDS phải dựa trên nguyên tắc bảo đảm quyền con người, chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV; chú trọng đến phụ nữ, trẻ em, các nhóm đối tượng dễ bị lây nhiễm HIV, đồng bào dân tộc ít người và người dân sống ở vùng sâu, vùng xa, khu vực biên giới, hải đảo.

– Bảo đảm thực hiện cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế về phòng, chống HIV/AIDS.

– Kết hợp các biện pháp xã hội và biện pháp chuyên môn kỹ thuật y tế trong phòng, chống HIV/AIDS trên nguyên tắc phối hợp dự phòng với chăm sóc, điều trị toàn diện HIV/AIDS, trong đó dự phòng là chủ đạo.

– Nhà nước bảo đảm đầu tư các nguồn lực cho phòng, chống HIV/AIDS phù hợp với diễn biến tình hình dịch HIV/AIDS, khả năng và điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.2. Mục tiêu của Chiến lược

2.2.1. Mục tiêu chung

Khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3% vào năm 2020, giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế - xã hội.

2.2.2. Mục tiêu cụ thể

a) Tăng tỷ lệ người dân trong độ tuổi từ 15 đến 49 tuổi có hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS đạt 80% vào năm 2020;

b) Tăng tỷ lệ người dân không kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đạt 80% vào năm 2020;

c) Giảm 50% số trường hợp nhiễm mới HIV trong nhóm nghiện chích ma túy vào năm 2015 và 80% vào năm 2020 so với năm 2010;

d) Giảm 50% số trường hợp nhiễm mới HIV do lây truyền HIV qua đường tình dục vào năm 2015 và 80% vào năm 2020 so với năm 2010;

đ) Giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con xuống dưới 5% vào năm 2015 và dưới 2% vào năm 2020;

e) Tăng tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị thuốc kháng virus HIV đạt 80% trên tổng số người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị vào năm 2020.

2.3. Tầm nhìn đến 2030

a) Hướng tới ứng dụng các kỹ thuật mới có tính đặc hiệu cao về dự phòng, điều trị HIV/AIDS;

b) Hướng tới can thiệp chủ động, toàn diện, tiếp cận phổ cập, nâng cao chất lượng và bảo đảm tính bền vững của công tác phòng, chống HIV/AIDS;

c) Hướng tới tầm nhìn "ba không" của Liên hợp quốc: không còn người nhiễm mới HIV, không còn người tử vong do AIDS và không còn kỳ thị, phân biệt đối xử với HIV/AIDS.

2.4. Giải pháp thực hiện Chiến lược

2.4.1. Nhóm giải pháp về chính trị và xã hội

Để thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 thành công cần có sự lãnh đạo, chỉ đạo mạnh mẽ của Đảng, Quốc hội, Chính phủ và việc nghiêm túc thực hiện chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS của các Bộ, ngành, đoàn thể, Ủy ban nhân dân các cấp và của các tầng lớp nhân dân.

Nhóm giải pháp về chính trị và xã hội bao gồm các nội dung chính sau đây:

– Tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy Đảng và chính quyền đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

– Tăng cường hơn nữa vai trò của Quốc hội, Hội đồng nhân dân các cấp đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

– Phối hợp liên ngành và huy động cộng đồng trong công tác phòng, chống HIV/AIDS.

2.4.2. Nhóm các giải pháp về pháp luật, chế độ chính sách

Nhóm các giải pháp về pháp luật, chế độ chính sách nhằm thực hiện Chiến lược bao gồm các nội dung chính sau:

– Tiếp tục rà soát, hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS nhằm bảo đảm tính phù hợp với thực tế và đồng bộ với hệ thống pháp luật khác có liên quan.

– Thường xuyên tổ chức việc phổ biến, giáo dục pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS, trong đó chú trọng phổ biến, giáo dục pháp luật về quyền và nghĩa vụ của người nhiễm HIV.

– Đẩy mạnh công tác thanh tra, kiểm tra và xử lý nghiêm minh đối với các hành vi vi phạm pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS.

2.4.3. Nhóm giải pháp về dự phòng lây nhiễm HIV

Dự phòng lây nhiễm HIV là một trong những giải pháp rất quan trọng trong việc ngăn chặn đại dịch HIV/AIDS bùng phát và lây lan ra cộng đồng.

Nhóm giải pháp về dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm các nội dung sau:

– Đổi mới, mở rộng, nâng cao chất lượng công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống HIV/AIDS.

– Mở rộng phạm vi và nâng cao chất lượng các dịch vụ can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV cho nhóm người dễ bị lây nhiễm HIV.

– Nâng cao chất lượng và mở rộng dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV và các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV khác.

2.4.4. Nhóm giải pháp về điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV: bao gồm một số nội dung chính như sau:

– Mở rộng phạm vi cung cấp, bảo đảm tính liên tục và dễ tiếp cận của dịch vụ điều trị bằng thuốc kháng virus HIV, điều trị nhiễm trùng cơ hội, điều trị lao cho người nhiễm HIV, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua việc đưa công tác điều trị về tuyến y tế cơ sở, lồng ghép với các chương trình y tế khác; tổ chức điều trị tại các Trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội, trại giam, trại tạm giam, trường giáo dưỡng; củng cố, phát triển hệ thống chăm sóc tại cộng đồng của người nhiễm HIV, các tổ chức tôn giáo, tổ chức xã hội và các tổ chức khác.

– Nâng cao chất lượng các dịch vụ điều trị HIV/AIDS, lồng ghép điều trị HIV/AIDS với các chương trình chăm sóc y tế khác. Ứng dụng các mô hình điều trị mới cho người nhiễm HIV và các biện pháp nhằm giảm chi phí điều trị và tăng hiệu quả của điều trị bằng thuốc kháng virus HIV.

– Đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ vật chất, tinh thần cho người nhiễm HIV và gia đình họ để người nhiễm HIV ổn định cuộc sống, hòa nhập và được chăm sóc tại gia đình và cộng đồng.

2.4.5. Nhóm giải pháp về giám sát dịch HIV/AIDS, theo dõi và đánh giá

– Củng cố và kiện toàn hệ thống giám sát, theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS bảo đảm có hệ thống theo dõi đánh giá thống nhất và có tính đa ngành;

– Củng cố và hoàn thiện hệ thống quản lý thông tin chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia bảo đảm đầy đủ, kịp thời và dễ tiếp cận;

– Nâng cao chất lượng số liệu giám sát dịch HIV/AIDS, số liệu đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS;

– Thường xuyên phân tích, đánh giá diễn biến dịch HIV/AIDS, đánh giá hiệu quả các hoạt động của chương trình và xác định các khu vực ưu tiên trong phòng, chống HIV/AIDS;

– Tăng cường hướng dẫn, điều phối, phổ biến, chia sẻ dữ liệu, sử dụng dữ liệu trong các hoạt động của chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

2.4.6. Nhóm giải pháp về nguồn tài chính

– Huy động nguồn lực cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS từ các nguồn của trung ương, địa phương, các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp trong, ngoài nước và nhân dân để bảo đảm nguồn lực cho việc thực hiện các mục tiêu, nhiệm vụ của Chiến lược, trong đó xác định nguồn đầu tư từ ngân sách là chính đồng thời đẩy mạnh việc thực hiện các biện pháp nhằm tăng dần tỷ trọng của bảo hiểm y tế tham gia chi trả cho các dịch vụ về HIV/AIDS và khuyến khích các địa phương, các tổ chức, các doanh nghiệp, cá nhân trong và ngoài nước đầu tư nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS;

– Tăng cường quản lý, giám sát và sử dụng có hiệu quả các nguồn kinh phí đầu tư cho công tác phòng, chống HIV/AIDS;

– Phát huy tính chủ động quốc gia trong việc điều phối, quản lý, sử dụng các dự án viện trợ, bảo đảm các dự án phải theo đúng nội dung Chiến lược.

2.4.7. Nhóm giải pháp về nguồn nhân lực

– Quy hoạch phát triển nguồn nhân lực cho hệ thống HIV/AIDS bảo đảm tính bền vững;

– Xây dựng khung chương trình, chuẩn hóa tài liệu đào tạo về phòng, chống HIV/AIDS trong hệ thống trường y. Nâng cao năng lực giảng dạy, đào tạo về phòng, chống HIV/AIDS cho đội ngũ giáo viên cho các trường thuộc hệ thống giáo dục quốc dân;

– Năng cao năng lực cho cán bộ làm công tác phòng, chống HIV/AIDS, trong đó chú trọng việc đào tạo, tập huấn cho cán bộ hệ thống y tế tuyến huyện, xã và y tế thôn bản;

– Nâng cao năng lực cho các bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội, tổ chức phi chính phủ, tổ chức tôn giáo, mạng lưới người nhiễm HIV, nhóm tự lực, câu lạc bộ trong cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, tăng cường đào tạo cho người nhiễm HIV về kỹ năng chăm sóc, tư vấn để tham gia hỗ trợ công tác điều trị cho bệnh nhân.

2.4.8. Nhóm giải pháp về cung ứng thuốc, thiết bị

– Xây dựng và tổ chức chuỗi cung ứng thuốc, thiết bị thống nhất, dựa trên hệ thống tiêu chuẩn chất lượng;

– Xây dựng kế hoạch nhu cầu thuốc, thiết bị cho cả giai đoạn;

– Tăng cường năng lực của các nhà sản xuất trong nước và có chính sách hỗ trợ, ưu đãi cho việc sản xuất thuốc, thiết bị nhằm bảo đảm tính chủ động trong việc đáp ứng đủ nhu cầu trong nước và tiến tới xuất khẩu;

– Củng cố và hoàn thiện cơ sở hạ tầng, trang thiết bị cho các đơn vị thuộc hệ thống phòng, chống HIV/AIDS.

2.4.9. Nhóm giải pháp về hợp tác quốc tế

– Thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ và cam kết quốc tế trong phòng, chống HIV/AIDS;

– Củng cố, tăng cường hợp tác quốc tế theo hướng đa phương hóa, đa dạng hóa các mối quan hệ với các tổ chức Liên hợp quốc, song phương, đa phương để tranh thủ sự hỗ trợ về tài chính, kỹ thuật và kỹ năng quản lý cho công tác phòng, chống HIV/AIDS;

– Phối hợp chặt chẽ với các nước có chung biên giới đường bộ trong việc chia sẻ thông tin và triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS qua biên giới.

2.5. Các đề án để thực hiện Chiến lược

Nhằm đạt được mục tiêu của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến 2030 cần phải xây dựng và triển khai một số đề án sau:

– Tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS.

– Đề án giám sát dịch tễ học HIV/AIDS, theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. Tại sao lại phải xây dựng và ban hành Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.

2. Trình bày quan điểm chỉ đạo của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.

3. Trình bày các mục tiêu của Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.

4. Trình bày tóm tắt các nhóm giải pháp để thực hiện Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.

GIÁM SÁT DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa, mục tiêu và các nguyên tắc giám sát dịch tễ học HIV/AIDS.

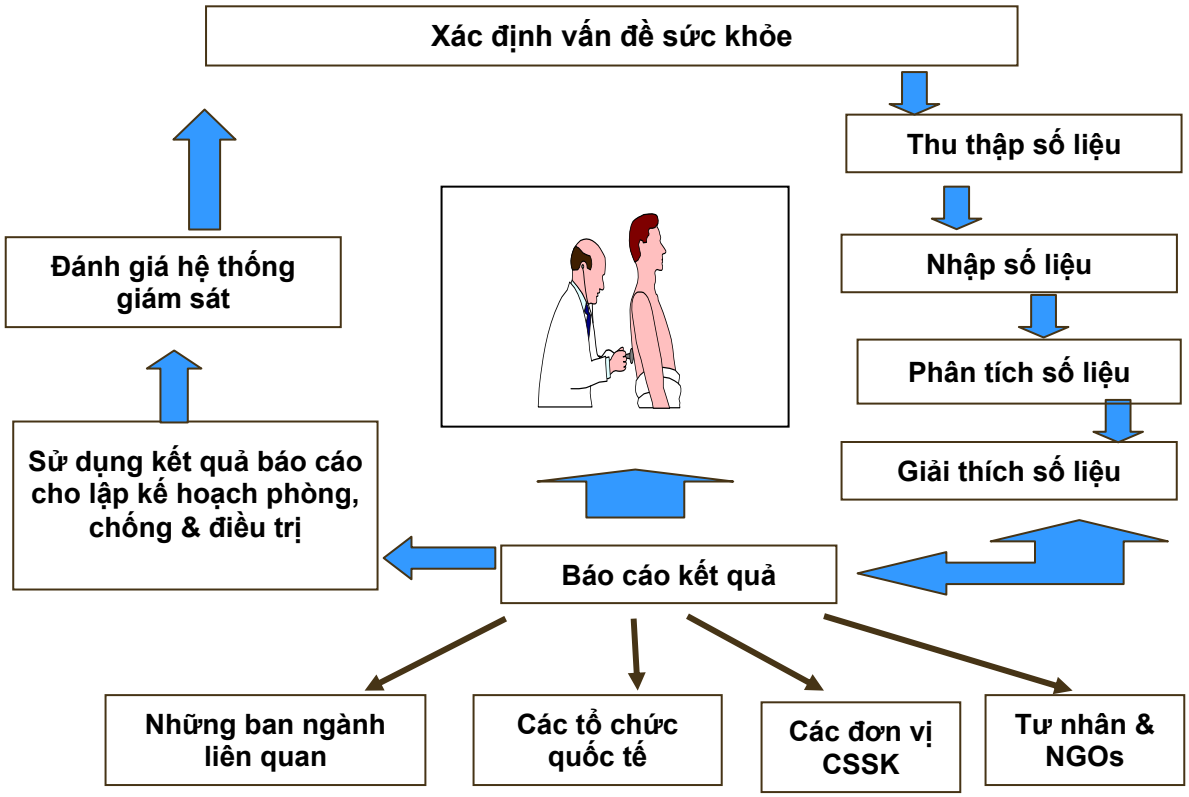
2. Trình bày được các điểm chính của phương pháp giám sát phát hiện và giám sát trọng điểm HIV/AIDS.

3. Phân tích, viết báo cáo và phổ biến được các số liệu từ báo cáo về giám sát dịch tễ học HIV/AIDS.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ GIÁM SÁT DỊCH TỄ HỌC

1.1. Định nghĩa giám sát dịch tễ học (GSDTH)



Hình 6.1. Các bước trong giám sát các vấn đề sức khỏe

GSDTH là một phương pháp then chốt của dịch tễ học bao gồm việc thu thập, phân tích và giải thích một cách có hệ thống và liên tục những dữ liệu về sức khoẻ. Những thông tin này được phản hồi tới những cơ quan, tổ chức và quần thể có liên quan để có các biện pháp kiểm soát và phòng bệnh.

1.2. Mục tiêu của giám sát dịch tễ học

– Theo dõi tình trạng sức khoẻ của cộng đồng và xác định những ưu tiên về nhu cầu sức khoẻ trong thời gian trước mắt và lâu dài;

– Theo dõi khuynh hướng của bệnh để phát hiện, kiểm soát sớm bệnh dịch;

– Hỗ trợ trong việc lập kế hoạch và thực hiện các chương trình sức khoẻ;

– Đảm bảo nguồn lực cho các nhóm có nguy cơ nhất;

– Theo dõi chất lượng chăm sóc sức khoẻ;

– Đánh giá mức độ bao phủ và hiệu quả của các chương trình can thiệp.

1.3. Nguyên tắc của giám sát dịch tễ học

Giám sát dịch tễ học cần được thực hiện thường xuyên và có tính chất định kì nhằm thu thập liên tục những thông tin về sức khoẻ cộng đồng bằng những phương pháp định lượng.

1.4. Các phương pháp giám sát dịch tễ học

Hiện nay có nhiều phương pháp giám sát dịch tễ học được áp dụng để áp ứng các yêu cầu khác nhau của hệ thống y tế. Giám sát thụ động và giám sát chủ động là những phương pháp kinh điển của GSDTH.

1.4.1. Giám sát thụ động hay báo cáo bắt buộc

Là giám sát sự xuất hiện bệnh truyền nhiễm thông qua báo cáo bắt buộc của các cơ sở y tế như phòng khám, bệnh viện, phòng xét nghiệm.

1.4.2. Giám sát chủ động

Là theo dõi một cách chủ động những vấn đề sức khoẻ, bao gồm chấn thương, dị dạng bẩm sinh, bệnh mạn tính, bệnh nhiễm trùng, và những hành vi sức khoẻ. Giám sát chủ động có thể được chia thành các loại sau:

– *Điều tra cắt ngang lặp lại nhiều lần:* những số liệu về giám sát có thể thu thập được bằng những nghiên cứu cắt ngang (cũng còn gọi là những nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc), được nhắc lại theo từng đợt theo thời gian.

– *Giám sát trọng điểm:* là điều tra cắt ngang được lặp lại nhiều lần ở một số nhóm người chọn lọc (trọng điểm) và ở một số vị trí chọn lọc (trọng điểm).

1.4.3. Giám sát dựa trên số liệu thứ cấp

Là dựa trên việc phân tích những số liệu thứ cấp, những số liệu đã được thu thập vì những mục đích khác.

1.4.4. Nghiên cứu tỷ lệ mới mắc (Incidence)

Là nghiên cứu theo dõi những cá thể có nguy cơ mắc bệnh mà tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, người đó chưa từng bị bệnh. Những cá thể này được theo dõi nhiều tháng hay nhiều năm về tình trạng bệnh và các hành vi nguy cơ của họ. Nghiên cứu này đòi hỏi có sự đồng ý tham gia của người được nghiên cứu. Nghiên cứu này là nghiên cứu tốt nhất cung cấp các thông tin về tỷ lệ mới mắc và xác định các yếu tố nguy cơ gây bệnh. Tuy nhiên loại nghiên cứu này ít được thực hiện vì rất tốn kém và phức tạp.

2. GIÁM SÁT DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS

2.1. Mục đích của giám sát dịch tễ học HIV/AIDS

– Xác định tỉ lệ hiện nhiễm HIV, phân bố các trường hợp nhiễm HIV và tử vong do AIDS trong các nhóm quần thể;

– Theo dõi chiều hướng tỉ lệ hiện nhiễm HIV theo thời gian;

– Xác định vấn đề ưu tiên;

– Lập kế hoạch, hoạt động can thiệp dự phòng, chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS;

– Đánh giá hiệu quả các can thiệp;

– Cung cấp thông tin cho việc ước tính dự báo dịch HIV/AIDS.

2.2. Hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam

Tại Việt Nam, hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS được lồng ghép trong hệ thống tổ chức của ngành y tế có chức năng thực hiện việc giám sát các bệnh truyền nhiễm theo quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và Luật Phòng, chống nhiễm virus gây ra suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (Luật Phòng, chống HIV/AIDS) trên phạm vi toàn quốc.

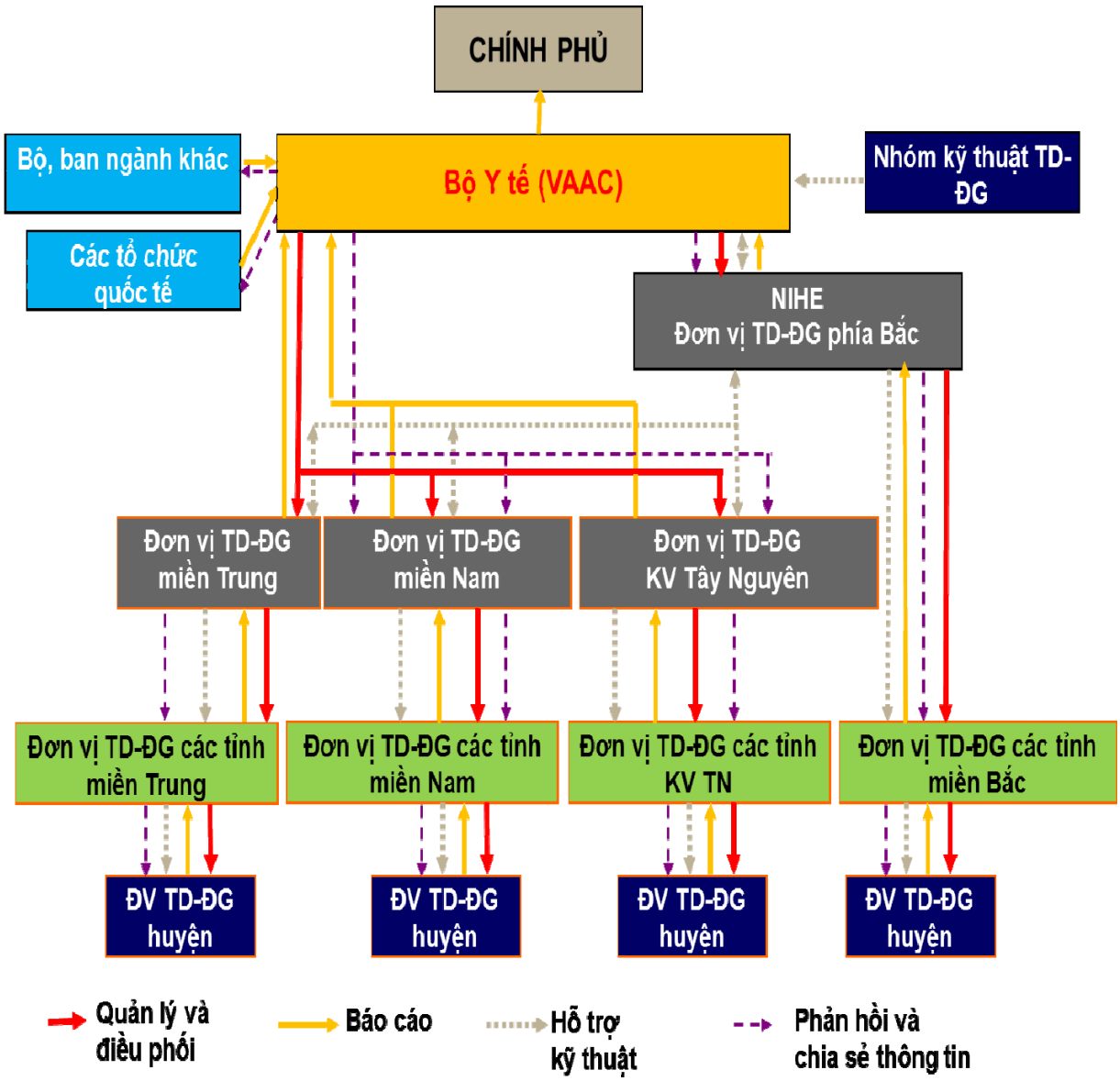
Hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS được thành lập từ Trung ương đến địa phương, trong đó:

– Cấp trung ương: Bộ Y tế (Cục Phòng, chống HIV/AIDS - VAAC) là đơn vị quản lý và điều phối hoạt động giám sát dịch HIV/AIDS trong toàn quốc, có nhiệm vụ báo cáo Chính phủ về tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam, chia sẻ các thông tin giám sát dịch cho các bộ, ngành, các đơn vị liên quan và các địa phương.

– Các đơn vị giám sát khu vực miền Bắc (Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương), miền Trung (Viện Pasteur Nha Trang), miền Nam (Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh) và khu vực Tây Nguyên (Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên).

– Các đơn vị giám sát tại tuyến tỉnh: Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS các tỉnh, thành phố.

– Các đơn vị giám sát tại tuyến huyện.



Sơ đồ 5.1. Hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam

2.3. Các phương pháp giám sát dịch tễ học HIV/AIDS hiện đang áp dụng tại Việt Nam

Ngày 24/5/2012, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 09/2012/TT-BYT về việc Hướng dẫn Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI), trong đó các phương pháp giám sát dịch HIV/AIDS đang được áp dụng tại Việt Nam hiện nay được hiểu như sau:

2.3.1. Giám sát phát hiện HIV

Là việc thu thập thông tin liên quan đến đối tượng được xét nghiệm HIV có kết quả dương tính, người bệnh AIDS và người nhiễm HIV tử vong để cung cấp thông tin cho lập kế hoạch, dự phòng, chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV.

2.3.2. Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi

Là việc thu thập thông tin liên tục, có hệ thống các câu hỏi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong các nhóm đối tượng được lựa chọn của giám sát trọng điểm.

Bảng 5.1. So sánh hai phương pháp giám sát phát hiện và giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi

Các điểm chính	Giám sát phát hiện HIV	Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi
Mục đích	Cung cấp thông tin cho lập kế hoạch, dự phòng, chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS	Theo dõi tỉ lệ và chiều hướng nhiễm HIV qua các năm và cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, dự phòng, khống chế và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng chống
Đối tượng giám sát	Người được xét nghiệm HIV Người bệnh AIDS Người nhiễm HIV tử vong	Trên 16 tuổi, có năng lực hành vi dân sự Nhóm nam NCMT Nhóm nữ bán dâm Nhóm nam mắc STIs Nhóm nữ mang thai Nhóm nam có quan hệ tình dục với nam (MSM) Nhóm nam thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự (NVQS) Nhóm khác
Thời gian	Liên tục cả năm	Từ ngày 1/5 đến 31/8 hàng năm Nhóm Nam NVQS: theo đợt tuyển NVQS, nhưng không chậm hơn ngày 31/12 hàng năm
Cỡ mẫu	Không giới hạn, tất cả các đối tượng giám sát trong địa bàn	Tùy thuộc vào từng nhóm Nhóm nam NCMT:150-300 (mẫu) Nhóm nữ bán dâm: 150-300 Nhóm nam mắc STI: 150-300 Nhóm nữ mang thai: 800 Nhóm MSM: 150-300 Nhóm nam tuyển NVQS: 400 Nhóm khác: 400
Vị trí lấy mẫu	Toàn bộ địa bàn (tỉnh, huyện)	Lựa chọn
Chiến lược xét nghiệm	Chiến lược I và chiến lược III	Chiến lược III
Quy trình thực hiện	1. Tư vấn trước xét nghiệm, lấy mẫu máu làm xét nghiệm, tư vấn sau xét nghiệm cho các đối tượng đến xét nghiệm HIV tại cơ sở. 2. Thu thập và xử lý số liệu về các trường hợp đến xét nghiệm HIV tại cơ sở. 3. Quản lý danh sách người nhiễm HIV, người bệnh AIDS, người nhiễm HIV tử vong. 4. Thực hiện chế độ báo cáo theo quy định.	1. Tiến hành chọn đối tượng, địa điểm và phương pháp chọn mẫu giám sát 2. Tổ chức hội nghị tổng kết, triển khai kế hoạch giám sát trọng điểm. Tập huấn cho các cán bộ, cộng tác viên và tuyên truyền viên đồng đẳng tham gia giám sát trọng điểm. 3. Tiến hành thỏa thuận với các đối tượng tham gia giám sát trọng điểm, lấy mẫu và vận chuyển bệnh phẩm. 4. Phỏng vấn các câu hỏi hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong các nhóm đối tượng được lựa chọn 5. Thực hiện xét nghiệm: Xét nghiệm HIV theo phương cách 2. 6. Thống kê số liệu các đối tượng giám sát trọng điểm HIV theo quy định. 7. Thực hiện chế độ báo cáo theo quy định.

3. PHÂN TÍCH SỐ LIỆU GIÁM SÁT DỊCH HIV/AIDS

Đây là một khâu rất quan trọng trong quá trình giám sát dịch HIV/AIDS, chỉ có việc tập hợp, phân tích số liệu giám sát một cách đầy đủ và liên tục mới cho phép biết được mô hình, xu hướng và dự báo tình hình dịch HIV/AIDS.

3.1. Các căn cứ phân tích số liệu

Khi phân tích số liệu giám sát, các nhà phân tích thường phân tích số liệu theo thời gian, địa điểm, con người và sử dụng các kỹ thuật bảng biểu, đồ thị để phân tích và biểu thị. Gần đây, các kỹ thuật tinh tế hơn như phân tích chùm ca bệnh, chuỗi thời gian, vẽ bản đồ trên máy tính đã được áp dụng.

Trong phân tích số liệu giám sát, cần so sánh số liệu hiện tại với giá trị "mong đợi" (hoặc "kỳ vọng") để xác định sự khác nhau. Thông thường giá trị "mong đợi" dựa vào số liệu của thời kỳ gần đây hoặc thời kỳ những năm trước đây. Có thể so sánh số liệu của một vùng này với một vùng khác (như tỉnh này với tỉnh khác, nước này với nước khác) hoặc một vùng nhỏ với vùng rộng hơn mà vùng nhỏ nằm trong vùng rộng hơn đó (như một huyện với một tỉnh, một tỉnh với cả nước). Phân tích số liệu giám sát đúng và đầy đủ là bao gồm xác định cả số thô và tỷ lệ. Bước quan trọng trước khi tính toán tỷ lệ là xác định được mẫu số. Để phân tích số liệu giám sát cần phải có các công cụ, phương pháp phù hợp.

Bảng 5.2. Mục tiêu, công cụ và phương pháp mô tả số liệu giám sát dịch tễ HIV/AIDS

Biến số dịch tễ	Mục tiêu	Công cụ	Phương pháp
Thời gian	Phát hiện những thay đổi đột ngột hoặc lâu dài về bệnh, số trường hợp đã xảy ra, và thời gian từ lúc phơi nhiễm đến khi có triệu chứng	Bảng, đồ thị	So sánh số mắc trong thời kỳ này với số mắc ở thời kỳ trước (tuần, tháng hoặc năm)
Địa điểm	Xác định địa điểm xảy ra các ca bệnh (ví dụ xác định những vùng có nguy cơ cao hoặc những nơi mà dân cư có nguy cơ mắc bệnh)	Bản đồ của xã, huyện, tỉnh, toàn quốc	Đánh dấu các ca bệnh lên bản đồ và tìm các chùm ca bệnh hoặc mối liên quan giữa vị trí các ca bệnh
Con người	Mô tả những nguyên nhân có khả năng thay đổi sự xuất hiện bệnh, những người có nguy cơ mắc bệnh cao nhất, những yếu tố nguy cơ tiềm tàng	Thể hiện những số liệu đặc trưng về dân số trong bảng, biểu đồ cột và biểu đồ hình tròn	Tuỳ thuộc vào bệnh, xác định đặc điểm của các ca bệnh theo tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng tiêm chủng hoặc những yếu tố nguy cơ

3.1.1. Phân tích số liệu theo thời gian

Mục đích của việc phân tích số liệu theo thời gian là để phát hiện sự thay đổi của số trường hợp mắc và chết theo thời gian. Qua đó, có thể thấy quy luật thay đổi và đưa ra dự báo. Ví dụ: sự gia tăng các trường hợp mắc HIV vào những tháng cuối năm. Nhìn vào đồ thị có thể dễ phát hiện thấy sự gia tăng bất thường của các ca bệnh trong một khoảng thời gian hơn là từ bảng thể hiện một số lượng lớn ca bệnh.

Số liệu về thời gian thường được trình bày trên đồ thị dây hoặc đồ thị cột. Cũng có thể ghi chú lên đồ thị cả những sự kiện đã xảy ra và có thể ảnh hưởng lên một bệnh cụ thể.

3.1.2. Phân tích số liệu theo địa điểm

Phân tích số liệu theo địa điểm cho thông tin về nơi bệnh xảy ra. Qua việc thiết lập và thường xuyên cập nhật bản đồ chấm về các trường hợp mắc của một số bệnh lựa chọn, ta có thể biết bệnh xảy ra ở đâu, mức độ lan rộng thế nào.

Việc xây dựng bản đồ và thường xuyên cập nhật số liệu được xem như là một phần của công tác giám sát thường xuyên.

– Đánh dấu những đặc trưng chính cần cho công tác y tế lên bản đồ. Nếu không có bản đồ chính thống, cần phác họa toàn xã, quận/huyện hoặc tỉnh. Bản đồ xã phải thể hiện được các thôn bản. Bản đồ quận/huyện phải thể hiện được các xã, và bản đồ tỉnh phải có các quận/huyện.

– Chuẩn bị một bộ ký hiệu để đánh dấu lên bản đồ nhằm thể hiện từng đặc trưng.

Khi xảy ra một số lượng đáng kể trường hợp mắc HIV/AIDS có thể dùng bản đồ này để đánh dấu những nơi có ca bệnh. Nếu thấy các ca mắc và chết tập trung ở một khu vực nào đó thì cần lưu ý xem hiện tượng này có liên quan đến những đặc điểm riêng biệt của khu vực đó hay không?

Cũng nên so sánh các tỷ lệ mắc và tử vong ở những vùng hoặc cơ sở y tế khác nhau. Nên sử dụng tỷ lệ, chứ không phải là số lượng, để loại trừ sự khác biệt về dân số.

3.1.3. Phân tích số liệu theo con người

Những biến số về con người như tuổi, giới tính, dân tộc, tình trạng kinh tế xã hội, đi lại, du lịch, sở thích... Đánh giá các yếu tố này quan trọng trong việc xác định nhóm nguy cơ cao để có chiến lược phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS phù hợp.

Tuổi là đặc trưng về con người thường được phân tích. Bước đầu tiên trong việc phân tích số liệu theo tuổi là tạo ra những nhóm tuổi tương ứng. Chúng ta luôn dựa trên một phân nhóm tuổi chuẩn, thường được chấp nhận đối với những bệnh khác nhau. Nói chung, việc phân nhóm này thể hiện đặc trưng phân bố tuổi nhiễm HIV/AIDS, với khoảng hẹp cho những tuổi thường xảy ra bệnh đó và khoảng rộng hơn đối với những tuổi hiếm gặp bệnh đó. Nếu phân bố tuổi thay đổi theo thời gian, hoặc nó có thể khác nhau ở những vùng khác nhau trên thế giới thì những phân nhóm có thể cũng thay đổi để phản ánh những khác nhau này. Để có thể phân tích số liệu dưới dạng các tỷ lệ, chúng ta phải sử dụng các phân nhóm tuổi phù hợp với phân nhóm quần thể (số liệu quần thể ở mẫu số).

4. SỬ DỤNG VÀ PHỔ BIẾN SỐ LIỆU GIÁM SÁT DỊCH TỄ HỌC HIV/AIDS

4.1. Sử dụng số liệu giám sát dịch tễ học HIV/AIDS

Các số liệu giám sát dịch tễ học thường được sử dụng trong nhiều lĩnh vực và hoạt động như:

4.1.1. Trong dự báo và phát hiện dịch sớm

Sử dụng số liệu giám sát để phát hiện sự tăng lên bất thường các trường hợp nhiễm HIV, cũng như xuất hiện dịch. Từ đó có thể triển khai kịp thời các hoạt động can thiệp hiệu quả.

4.1.2. Làm cơ sở cho việc lập kế hoạch

Xác định các vấn đề ưu tiên, lập kế hoạch hoạt động kiểm soát và phòng, chống HIV/AIDS có hiệu quả.

Qua theo dõi chiều hướng bệnh lâu dài, có thể dự báo những mô hình dịch HIV/AIDS trong tương lai giúp ích cho việc lập kế hoạch phân bổ những nguồn lực cần thiết một cách hợp lý.

Thông qua số liệu giám sát có thể biết thêm về diễn biến tự nhiên, các phổ lâm sàng, và dịch tễ học của HIV/AIDS tại Việt Nam. Trên cơ sở những hiểu biết này có thể phát triển những biện pháp phòng, chống bệnh phù hợp.

4.1.3. Đánh giá hiệu quả của những biện pháp phòng, chống HIV/AIDS

Những số liệu giám sát được sử dụng thường xuyên để theo dõi và đo lường hiệu quả của các chương trình phòng, chống HIV/AIDS đang triển khai. Các cơ quan y tế có thể sử dụng những số liệu giám sát để điều chỉnh những chương trình làm giảm nguy cơ và giáo dục sức khoẻ khác.

Xác định sự thay đổi hành vi nguy cơ ở những người sử dụng ma túy và quan hệ tình dục không an toàn để đánh giá khả năng tiềm tàng xảy ra dịch HIV/AIDS trong tương lai. Ví dụ: giám sát sự thay đổi hành vi sử dụng bao cao su ở nhóm nữ bán dâm và người tiêm chích ma túy để đưa ra dự báo về tỉ lệ nhiễm HIV ở các nhóm này trong tương lai và dự báo tác động của các hoạt động can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV trong cộng đồng.

4.1.4. Hình thành giả thuyết và thúc đẩy nghiên cứu y tế công cộng

Vì giám sát thu thập và phân tích số liệu một cách liên tục có thể đưa ra những câu hỏi và những giả thuyết định hướng cho những nghiên cứu tiếp theo.

4.1.5. Thử nghiệm các giả thuyết

Những số liệu giám sát đôi khi có thể được sử dụng để thử nghiệm những giả thuyết liên quan tới ảnh hưởng của sự phơi nhiễm đến sự xuất hiện bệnh.

Những số liệu lưu trữ có thể được sử dụng để phát triển những mô hình toán học dự báo bệnh, đánh giá tác động của các chiến lược và chính sách can thiệp khác nhau trong dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS là rất quan trọng.

4.2. Phổ biến số liệu giám sát dịch tễ học HIV/AIDS

Phổ biến số liệu giám sát tới những người cần biết là một thành phần quan trọng của hệ thống giám sát nhưng trên thực tế, nó đang là một khâu thường ít được coi trọng. Những người cần được cung cấp thông tin giám sát bao gồm những người thu thập thông tin và báo cáo, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, những người phụ trách phòng thí nghiệm, những người quản lý hành chính, lập kế hoạch chương trình can thiệp, và đưa ra chính sách...

Báo cáo giám sát nhằm hai mục đích chủ yếu: để thông báo và thúc đẩy việc báo cáo. Một báo cáo giám sát bao gồm những thông tin tóm tắt về việc xảy ra bệnh theo thời gian, địa điểm và con người. Trình bày rõ ràng bằng đồ thị có thể sẽ hấp dẫn hơn và dễ hiểu hơn là những bảng chi tiết. Những thông tin có ích có thể bao gồm những báo cáo về hành vi nguy cơ ở những người có hành vi nguy cơ cao, tóm tắt những phát hiện từ nghiên cứu sử dụng ma túy bằng đường tiêm chích và đưa ra khuyến nghị xem xét lại về tình trạng điều trị ARV, điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone trong chương trình giảm tác hại và những chiến lược dự phòng và khống chế khác sẽ được xem xét và điều chỉnh phù hợp hơn.

Báo cáo giám sát cũng có thể là một yếu tố thúc đẩy mạnh công việc giám sát, việc làm này rất quan trọng nhằm duy trì tinh thần hợp tác trong và ngoài ngành y tế. Từ đó thúc đẩy và nâng cao chất lượng báo cáo trong hệ thống giám sát được đầy đủ và đúng quy định.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

Câu hỏi tự luận

1. Trình bày định nghĩa, mục tiêu của giám sát dịch tễ học.

2. Trình bày các phương pháp và nguyên tắc của giám sát dịch tễ học.

3. Trình bày hệ thống giám sát dịch tễ học HIV/AIDS tại Việt Nam.

4. Trình bày mục đích của giám sát HIV/AIDS.

5. Phân tích và so sánh hai phương pháp giám sát phát hiện và giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi.

6. Trình bày các căn cứ phân tích số liệu giám sát HIV/AIDS (con người, không gian và thời gian).

7. Trình bày việc sử dụng kết quả số liệu giám sát HIV/AIDS

8. Trình bày việc phổ biến số liệu giám sát HIV/AIDS

Câu hỏi lựa chọn

Khoanh tròn vào chữ đứng đầu một ý trả lời mà bạn cho là đúng

9. *Báo cáo các trường hợp nhiễm HIV xảy ra ở một cơ sở y tế là:*

A. Giám sát chủ động

B. Giám sát bị động

C. Giám sát trọng điểm

D. Điều tra cắt ngang

10. *Mục tiêu của giám sát dịch tễ học HIV là, (TRỪ):*

A. Theo dõi khuynh hướng, quy mô dịch tễ học của dịch

B. Kiểm soát sớm bệnh dịch

C. Hỗ trợ điều trị HIV

D. Hỗ trợ trong việc lập kế hoạch phòng lây nhiễm HIV

11. *Mục tiêu của giám sát dịch tễ học HIV/AIDS là xác định phân bố HIV/AIDS theo các đặc trưng sau, (TRỪ):*

A. Bối cảnh

B. Con người

C. Không gian

D. Thời gian

12. *Ưu điểm của hệ thống giám sát chủ động là*

A. Số liệu thu được chính xác

B. Giá thành rẻ

C. Chỉ áp dụng được cho một số bệnh nhất định

D. Áp dụng cho tất cả các loại bệnh

13. *Ưu điểm của hệ thống giám sát trọng điểm là*:

A. Số liệu thu được chính xác

B. Giá thành rẻ

C. Chỉ áp dụng được cho một số bệnh nhất định

D. Áp dụng cho tất cả các loại bệnh

14. *Nhược điểm của hệ thống giám sát thụ động là*:

A. Số liệu thu được có thể không đại diện

B. Tốn kém

C. Chỉ áp dụng được cho một số bệnh nhất định

D. Áp dụng cho tất cả các loại bệnh

15. *Chức năng của hệ thống giám sát dịch tễ học HIV là*:

A. Thu thập các dữ kiện dịch tễ học HIV

B. Tư vấn người nhiễm HIV

C. Điều trị cho người nhiễm HIV

D. Thu thập và diễn giải dữ kiện dịch tễ học HIV

16. *Ứng dụng chính của giám sát dịch tễ học HIV là*

A. Đánh giá hiệu quả của chương trình phòng chống HIV/AIDS

B. Đánh giá giữa kỳ của một biện pháp can thiệp điều trị nhiễm HIV

C. Hỗ trợ lập kế hoạch phòng chống HIV/AIDS

D. Tư vấn cho người nhiễm HIV

17. *Ứng dụng chính của giám sát dịch tễ học HIV là*

A. Đánh giá hiệu quả của chương trình phòng chống HIV/AIDS

B. Đánh giá giữa kỳ của một biện pháp can thiệp điều trị nhiễm HIV

C. Xác định nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV