



Nghiên cứu về tiếp cận Dịch vụ Chăm sóc, Điều trị, và Hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV trong cộng đồng người dân tộc thiểu số tại Điện Biên, Kon Tum và An Giang

Cơ quan hỗ trợ kỹ thuật và tài chính :

UNICEF Việt Nam

Cục phòng, chống HIV/AIDS, Vụ SKBMTE – Bộ Y tế

Cơ quan thực hiện: Trung tâm NCDS và SKNT

Chuyên gia thực hiện: PGS.TS. Trịnh Hữu Vách

ThS. BS. Nguyễn Đình Cường

Hà Nội – tháng 11 năm 2010

Mục lục

1.	Giới thiệu	10
2.	Tổng quan	11
3.	Phạm vi, cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu	19
3.1	Mục tiêu nghiên cứu	19
3.2	Nội dung và phạm vi nghiên cứu.....	19
3.3	Công cụ và phương pháp thu thập số liệu	21
3.4	Thời gian và địa bàn nghiên cứu.....	24
3.5	Đạo đức nghiên cứu.....	24
3.6	Hạn chế nghiên cứu	25
4.	Các kết quả nghiên cứu và bàn luận	26
4.1	Các chính sách và chương trình hiện có liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em, đặc biệt ở vùng dân tộc thiểu số.....	26
4.2	Tính sẵn có và hoạt động của các cơ sở cung cấp dịch vụ (phía cung cấp dịch vụ).....	29
4.3	Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ của các nhóm đích	36
4.4	Các rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.....	39
5.	Kết luận.....	45
6.	Các khuyến nghị.....	46
	Tài liệu tham khảo	49
	Phụ lục.....	51

Danh mục bảng và biểu đồ

Bảng 1.

Thông tin cơ bản về 3 tỉnh nghiên cứu..... 15

Bảng 2.

Số liệu về gái mại dâm, người nghiện chích ma túy và HIV/AIDS tại các tỉnh nghiên cứu 17

Bảng 3.

Số người đã tham gia phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm..... 23

Bảng 4.

Danh sách địa bàn nghiên cứu 24

Bảng 5.

Danh sách các cơ sở chăm sóc và điều trị ở An Giang, Điện Biên và Kon Tum (*số liệu Cục Phòng chống HIV/AIDS 2009*)..... 29

Bảng 6.

Tình hình nhân lực tham gia cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại điểm nghiên cứu 31

Bảng 7.

Số bệnh nhân bỏ điều trị tại các phòng khám ngoại trú ở Điện Biên..... 38

Bảng 8.

Tỷ lệ % phụ nữ sinh tại cơ sở y tế năm 2009 một số tỉnh..... 43

Biểu đồ 1.

Xu hướng nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai tại Việt Nam và Điện Biên. 12

Biểu đồ 2.

Tình hình phát hiện nhiễm HIV tại tỉnh Điện Biên 16

Biểu đồ 3.

Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS toàn diện và liên tục..... 33

Các chữ viết tắt

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
AG	An Giang
ART	Liệu pháp kháng vi rút
ARV	Kháng vi rút
BV	Bệnh viện
BYT	Bộ Y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát dịch bệnh (Hoa kỳ)
DFID	Bộ phát triển Quốc tế Anh
ĐB	Điện Biên
FHI	Tổ chức Sức khỏe Gia đình quốc tế
GFATM	Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét
HIV	Virút gây suy giảm miễn dịch ở người
KT	Kon Tum
LĐTBXH	Lao động, Thương binh, Xã hội
LTMC	Dịch vụ dự phòng lây truyền mẹ con
MTQG	Mục tiêu Quốc gia
PCR	Phản ứng chuỗi polymerase
PEPFAR	Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp AIDS của Tổng thống Mỹ
PKNT	Phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS
SKSS	Sức khỏe sinh sản
TVXNTN	Tư vấn Xét nghiệm Tự nguyện
TYT	Trạm Y tế
UNAIDS	Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS
UNGASS	Đại hội đồng Liên hiệp quốc về HIV/AIDS
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc

Lời cảm ơn

Trung tâm Nghiên cứu Dân số và Sức khỏe Nông thôn chân thành cảm ơn Văn phòng UNCEF tại Việt Nam đã hỗ trợ kinh phí và kỹ thuật cho Nghiên cứu này.

Chúng tôi bày tỏ lòng biết ơn tới Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Sở Y tế, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS và các cơ quan y tế tỉnh Điện Biên, Kon Tum, An Giang đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thu thập số liệu tại thực địa.

Chúng tôi cảm ơn và ghi nhận những ý kiến quan trọng đóng góp cho việc hoàn thành bản báo cáo cuối cùng của ông Thowai Zai, ông Nguyễn Ngọc Triệu, ông Craig Burgess, ông Tadashi Yasuda, của Văn phòng UNICEF Hà Nội; ông Chu Quốc Ân, ông Đỗ Hữu Thủy, bà Dương Thị Hải Ngọc của Cục Phòng Chống HIV/AIDS và Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em – Bộ Y tế.

PGS.TS. Trịnh Hữu Vách
Giám đốc Trung tâm
Nghiên cứu Dân số và SKNT

Tóm tắt

Hàng năm, ở Việt Nam có gần 2 triệu phụ nữ mang thai và tỷ lệ hiện mắc HIV/AIDS là 0,25%. Theo Tổ chức Y tế Thế giới tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con ước tính khoảng 30-45% nếu không có can thiệp. Do đó, mỗi năm có khoảng 1.500 đến 2.000 trẻ em bị nhiễm HIV được sinh ra. Gần đây, với sự hỗ trợ của các nhà tài trợ, Việt Nam đang triển khai mở rộng các dịch vụ đến các tỉnh và quận, huyện, xã phường nhằm tăng cường các hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con như thông tin, giáo dục, truyền thông, tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện, cung cấp thuốc ARV và các dịch vụ chăm sóc và điều trị liên quan đến HIV/AIDS.... Cho đến thời điểm hiện nay, chưa có nhiều số liệu về tình hình trẻ em nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt ở nhóm trẻ em dân tộc thiểu số và trẻ em sống ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa. Một câu hỏi được đặt ra là liệu rằng dịch HIV trong các nhóm dân tộc thiểu số không phải là một vấn đề, hay do còn một số lượng lớn các trường hợp chưa được phát hiện do sự hạn chế về khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của nhóm dân tộc thiểu số này? Đây cũng là câu hỏi được đặt ra cho các nhà hoạch định chính sách ở cả cấp quốc gia cũng như cấp địa phương trong công tác phòng chống HIV/AIDS.

Nghiên cứu này tập trung vào khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS của phụ nữ nhiễm HIV và trẻ em có nguy cơ/dễ bị ảnh hưởng trong các nhóm dân tộc thiểu số sống ở miền núi và vùng sâu vùng xa. Những kết quả thu được có thể giúp ích cho Chính phủ trong việc hợp tác với UNICEF và các nhà tài trợ có liên quan hiểu rõ hơn về tình hình hiện tại và tìm ra các giải pháp nhằm tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV trong cộng đồng người dân tộc thiểu số.

Mục tiêu và phương pháp luận

- Phân tích các chính sách và chương trình hiện có liên quan tới chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em vùng đông dân tộc thiểu số.
- Xác định thực trạng về khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS vùng đông dân tộc thiểu số.
- Đánh giá các yếu tố cản trở ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ dành riêng cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt là người dân tộc thiểu số tại các địa bàn nghiên cứu.

- Đề xuất các kiến nghị nhằm góp phần cải thiện tình hình tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính và phân tích số liệu thứ cấp. Các dữ liệu sử dụng trong nghiên cứu này được thu thập từ các tài liệu sẵn có, phỏng vấn sâu, và thảo luận nhóm tập trung với những người làm chính sách, người cung cấp dịch vụ và bệnh nhân (nhóm đối tượng đích) tại ba tỉnh An Giang, Điện Biên và Kon Tum.

Các kết quả chính

Mặc dù Việt Nam đã có những chính sách mạnh mẽ để đảm bảo tính công bằng trong chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV, vẫn còn nhiều thách thức trong việc cung cấp các dịch vụ liên quan đến HIV trong các nhóm dễ bị tổn thương bao gồm nhóm dân tộc thiểu số. Việc tiếp cận dịch vụ công bằng cho các nhóm dễ bị tổn thương bao gồm cả phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV thuộc cộng đồng người dân tộc thiểu số chưa được đề cập nhiều. Các kế hoạch hành động của địa phương cũng cho thấy sự quan tâm đến các nhóm dân tộc thiểu số còn hạn chế. Hiện nay, các số liệu về HIV/AIDS ở phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số còn chưa đầy đủ.

Có sự khác nhau rõ rệt về chất lượng các dịch vụ tại phòng khám ngoại trú, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và tư vấn xét nghiệm tự nguyện tại các cơ sở y tế có nguồn tài trợ từ các tổ chức quốc tế so với cơ sở không có hỗ trợ từ nguồn này. Việc bố trí các điểm dịch vụ dường như chưa xem xét đến vị trí địa lý ở những vùng sâu, xa, vùng miền núi với tỷ lệ cao người dân tộc thiểu số nhiễm HIV cũng như cộng đồng người dân tộc thiểu số nói chung.

Do thiếu thông tin về HIV/AIDS, phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ dân tộc thiểu số, thiếu kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Điều này hạn chế khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của nhóm đối tượng này. Bên cạnh đó, còn nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số nhiễm HIV/AIDS. Các yếu tố đó là tỷ lệ biết chữ thấp, sự khác biệt về văn hóa và bất đồng ngôn ngữ, những khó khăn về địa lý và điều kiện kinh tế, vấn đề phân biệt đối xử và kỳ thị. Cũng vì những lý do trên, có một tỷ lệ bệnh nhân đã bỏ điều trị hoặc không thể theo dõi được (mất dấu). Tuân thủ điều trị vẫn còn là một thách thức đối với việc điều trị và theo dõi chăm sóc người dân tộc thiểu số nhiễm HIV/AIDS.

Các khuyến nghị

Ngành y tế cần có các chính sách và kế hoạch nhằm nâng cao nhận thức xã hội trong việc cải thiện những vấn đề của người dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ có chất lượng về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Cụ thể, ngành y tế cần:

Tại trung ương:

- Xem xét đề cập đến các vấn đề về đồng bào dân tộc thiểu số trong chương trình nghị sự về lồng ghép chăm sóc sức khỏe nói chung và phòng chống HIV/AIDS nói riêng.
- Đưa các chỉ số về HIV/AIDS trong nhóm dân tộc thiểu số vào khung giám sát và đánh giá ở cấp quốc gia cũng như các cấp địa phương
- Xây dựng các hướng dẫn kỹ thuật và kế hoạch hoạt động cấp quốc gia và địa phương về vấn đề tiếp cận công bằng đối với các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS cho người dân tộc thiểu số.
- Xây dựng kế hoạch chiến lược trong đó có đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, phòng chống HIV/AIDS cho cộng đồng người dân tộc thiểu số với sự huy động nguồn lực từ chính phủ, xã hội và cộng đồng quốc tế.

Tại địa phương:

- Cụ thể hóa các chính sách, chương trình/dự án hoặc các hướng dẫn chuyên môn từ Trung ương thông qua việc xây dựng kế hoạch can thiệp phòng chống HIV/AIDS toàn diện và khả thi tại địa phương, nhằm đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ của người dân trong cộng đồng, đặc biệt đến nhóm dân tộc thiểu số sống ở vùng sâu, vùng xa.
- Tăng cường hoạt động truyền thông trong nhóm dân tộc thiểu số về tầm quan trọng và sự sẵn có của các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ, nhằm thay đổi hành vi của họ theo hướng chủ động yêu cầu hoặc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp cho bản thân
- Sử dụng các giải pháp can thiệp phù hợp với đặc điểm của người dân tộc thiểu số, nhằm giải quyết các rào cản trong tiếp cận nguồn thông tin và dịch vụ, như truyền thông trực tiếp, sản phẩm truyền thông phù hợp với ngôn ngữ và văn hóa, truyền thống...

- Cung cấp kiến thức đầy đủ cho phụ nữ trẻ thuộc nhóm người dân tộc thiểu số, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh cho phụ nữ đang mang thai.
- Lồng ghép các dịch vụ dự phòng lây truyền mẹ con với chương trình làm mẹ an toàn và chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các vùng khó khăn. Các xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai cần được hỗ trợ miễn phí thông qua các chương trình/dự án, bảo hiểm y tế hoặc thẻ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo.
- Bố trí các điểm cung cấp dịch vụ và chuyển tuyến thích hợp tạo điều kiện người dân tộc thiểu số có thể tiếp cận được.
- Xem xét một số qui định không phù hợp trong khám và kê đơn thuốc cho bệnh nhân.

1. Giới thiệu

UNICEF và các tổ chức quốc tế khác đã giới thiệu và hỗ trợ 4 thành tố chiến lược can thiệp chính nhằm mục đích bảo vệ và hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS. Các chiến lược này cụ thể là (1) Dự phòng sớm để tránh lây nhiễm HIV cho phụ nữ (2) Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV (3) Các can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai, và (4) Cung cấp các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho bà mẹ nhiễm HIV và con của họ sau sinh. Hiện nay, Việt Nam đã có kế hoạch mở rộng dịch vụ tới các tỉnh và huyện với cơ sở, trang thiết bị phù hợp để tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông, cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm, cung cấp thuốc ARV, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Những thành tựu về chăm sóc và điều trị trong những năm qua là hết sức ấn tượng, tuy nhiên, hầu hết các can thiệp hiện nay mới chỉ tập trung vào các khu vực đô thị và các tỉnh/thành phố nơi có tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn. Các thông tin về trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS hiện nay còn hạn chế, đặc biệt là trong nhóm dân tộc thiểu số, vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa.

Nghiên cứu này tập trung vào khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV ở vùng núi và vùng sâu, vùng xa, đặc biệt là trong cộng đồng dân cư tập trung nhiều người dân tộc thiểu số. Các kết quả nghiên cứu có thể giúp Chính phủ, UNICEF và các nhà tài trợ nắm bắt được tình hình hiện tại và tìm ra các giải pháp toàn diện để tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các nhóm đối tượng theo hướng công bằng và chất lượng.

2. Tổng quan

Tình hình HIV/AIDS tại Việt Nam

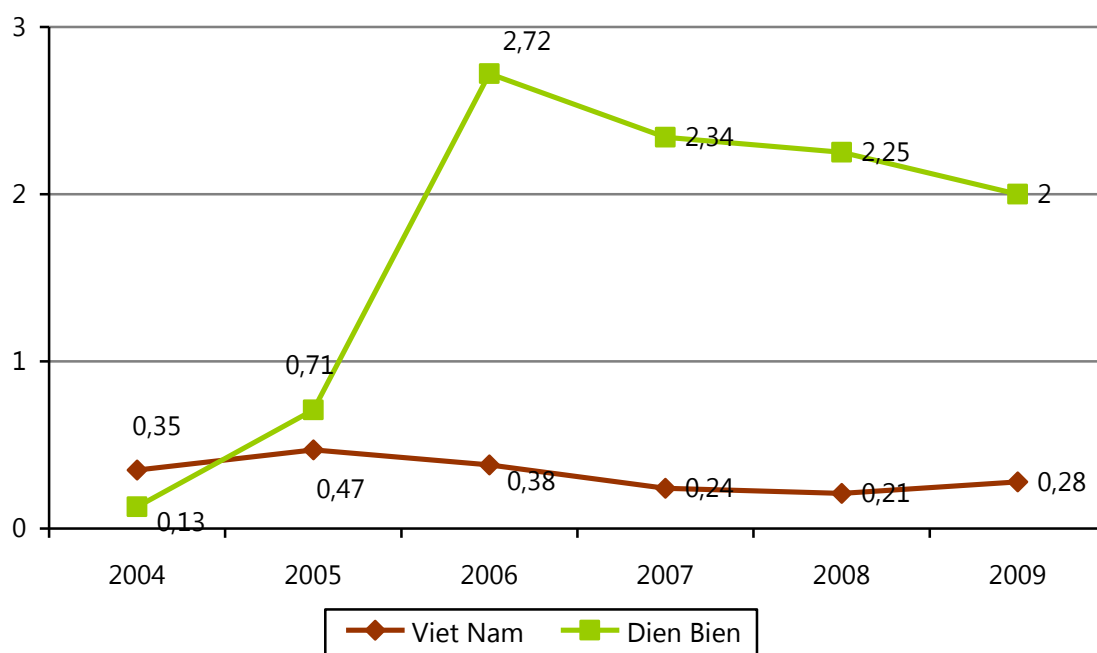
Việt Nam đang nằm trong giai đoạn dịch HIV/AIDS tập trung, chủ yếu xảy ra ở các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao. Số liệu báo cáo từ các địa phương đến ngày 30/9/2010 cho thấy, Việt Nam có khoảng 180.312 người nhiễm HIV hiện còn sống, trong đó có 42.339 trường hợp bị AIDS và 48.368 ca tử vong do AIDS kể từ đầu vụ dịch đến nay¹. Toàn quốc có khoảng 2 triệu phụ nữ mang thai mỗi năm. Ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 0,25% trong nhóm phụ nữ mang thai thì mỗi năm có hơn 5.000 phụ nữ mang thai mỗi năm nhiễm HIV/AIDS. Nếu không có can thiệp nào thì tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là khoảng 30 - 45%. Như vậy mỗi năm có khoảng 1.500 đến gần 2.000 trẻ em sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV bị nhiễm HIV. Theo báo cáo ước tính và dự báo của Bộ Y tế năm 2007, có 5.700 trẻ em dưới 15 tuổi và 4.800 phụ nữ mang thai nhiễm HIV vào năm 2012².

Theo báo cáo năm 2009 của Cục Phòng, chống HIV/AIDS Bộ Y tế, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV dương tính tăng nhanh ở một số tỉnh miền núi như Điện Biên (2%) và Thái Nguyên (2,38%)³. Tuy nhiên, cho đến nay số liệu chính xác về số trẻ em nhiễm HIV ở Việt Nam chưa được thống kê đầy đủ, đặc biệt ở vùng núi, vùng sâu vùng xa do thiếu các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS như tư vấn xét nghiệm cũng như chăm sóc và điều trị.

¹ Báo cáo 2010, Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam – Bộ Y tế

² Báo cáo Ước tính và Dự báo HIV/AIDS 2007 - Bộ Y tế

³ <http://vovnews.vn/Home/Ngan-HIV-tu-me-sang-con/20099/122549.vov>



Biểu đồ 1. Xu hướng nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai tại Việt Nam và Điện Biên⁴

Miền núi chiếm gần $\frac{3}{4}$ diện tích toàn lãnh thổ tự nhiên của Việt Nam. Hiện nay nước ta có 54 dân tộc anh em, với đặc điểm dân số, trình độ phát triển kinh tế-xã hội, ngôn ngữ, lối sống và đặc điểm văn hóa khác nhau. Theo Khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2008 của Tổng Cục thống kê, 49,8% người dân tộc thiểu số đang sống dưới mức nghèo khó. Mặc dù người dân từ các nhóm dân tộc thiểu số chỉ chiếm 13,8% tổng dân số, nhưng họ lại chiếm đa số người nghèo trên toàn quốc⁵. Bên cạnh đó, tỷ lệ mù chữ của người dân tộc thiểu số là 10% và tỷ lệ bỏ học khoảng 64%⁶. Tất cả các yếu tố trên có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế nói chung cũng như các dịch vụ liên quan đến HIV trong nhóm dân tộc thiểu số ở miền núi. Như đã đề cập trong nghiên cứu của Bộ Y tế về HIV và bệnh giang mai, trong số 11 tỉnh có người dân tộc thiểu số trong năm 2007, chỉ có 1/5 số người được phỏng vấn biết về lợi ích của thuốc ARV trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con⁷.

⁴ Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Điện Biên

⁵ Báo cáo điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2008

⁶ Báo cáo lần 2 năm 2010 về Đánh giá điều tra trong nhóm thanh niên Việt Nam

⁷ HIV và tỷ lệ hiện mắc giang mai và các hành vi nguy cơ đối với lây nhiễm HIV trong nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam – Bộ Y tế 2007

Các giải pháp quốc gia ứng phó với HIV/AIDS

Việt Nam đã có những tiến bộ lớn trong việc ứng phó với HIV/AIDS. Chính phủ đã thành lập Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS vào năm 1990, năm 2004 đã ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2000 và tầm nhìn năm 2020 bao gồm chín chương trình hành động đã được đề ra nhằm cung cấp những hướng dẫn chi tiết thực hiện chiến lược⁸. Luật phòng chống vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) đã được ban hành trong năm 2006 và Nghị định 108/2007 NĐ-CP hướng dẫn thi hành một số điều của Luật phòng chống vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người năm 2007. Kết quả của việc cấu trúc lại hệ thống quốc gia phòng chống HIV/AIDS trong năm 2005 là việc thành lập Cục Phòng chống HIV/AIDS trực thuộc Bộ Y tế, cũng như các Trung tâm phòng chống HIV/AIDS ở các tỉnh năm 2006.

Trong giai đoạn 2008-2009, nhiều chính sách và văn bản pháp luật đã được sửa đổi, bổ sung, ban hành, tạo ra khung pháp lý vững chắc và nhất quán hơn cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS. Một số quyết định cũng đã được ban hành nhằm tăng cường năng lực hệ thống phòng chống HIV nhằm thực hiện các văn bản, chính sách, bao gồm:

- Quyết định số 1107/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố, giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015
- Quyết định số 28/2008/QĐ-BYT thành lập Hệ thống biểu mẫu báo cáo định kỳ và cơ sở dữ liệu duy nhất cấp quốc gia cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

⁸ 9 chương trình hành động

Phòng chống

- Chương trình 1: Phòng chống HIV thông qua thông tin, giáo dục và truyền thông và truyền thông thay đổi hành vi – phê chuẩn năm 2006
- Chương trình 2. Phòng chống giảm tác hại nhằm tới đối tượng nguy cơ cao – phê chuẩn năm 2007
- Chương trình 6. Phòng lây nhiễm từ mẹ sang con – phê chuẩn năm 2006
- Chương trình 7. Quản lý và điều trị các lây nhiễm qua con đường tình dục – phê chuẩn năm 2006

Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV

- Chương trình 3. Chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV & (phối hợp với chương trình 5)
- Chương trình 5. Tiếp cận điều trị HIV bao gồm cả ARV – phê chuẩn năm 2006

Quản lý nhà nước về HIV

- Chương trình 4. Kiểm soát, giám sát và đánh giá về HIV – phê chuẩn năm 2007
- Chương trình 9. Xây dựng năng lực và củng cố hợp tác quốc tế – phê chuẩn năm 2007

- Thông tư liên tịch số 147/2007/TTLT-BTC-BYT của Bộ Tài chính và Bộ Y tế hướng dẫn việc quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia, phòng chống các bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS trong giai đoạn 2006 -2010.
- Quyết định số 14/2008/QĐ-BYT lập kế hoạch hành động về quản lý và điều phối viện trợ cho phòng chống HIV tại Việt Nam giai đoạn 2008 - 2010 và tầm nhìn năm 2020.
- Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS.
- Quyết định số 1053/QĐ-BYT ngày 02/04/2010. của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn chẩn đoán sớm HIV ở trẻ em dưới 18 tháng tuổi.
- Kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng của HIV/AIDS đến năm 2010, và tầm nhìn đến năm 2020 xây dựng dựa trên sự phối hợp nỗ lực của ba bộ chủ chốt - Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, nhằm đảm bảo ứng phó một cách toàn diện và thống nhất.

Chương trình hành động quốc gia về Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (2006-2010). Phòng lây truyền từ mẹ sang con là một trong những chương trình hành động đầu tiên được thực hiện sau khi thông qua Chiến lược quốc gia phòng, chống AIDS. Chiến lược đã đề ra mục tiêu Quốc gia về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cũng như các mục tiêu cho giai đoạn 2006-2010⁹:

- Duy trì tỷ lệ hiện mắc HIV toàn quốc bằng hoặc thấp hơn 0,5% ở phụ nữ mang thai.
- Cung cấp dịch vụ tư vấn cho 90% và tư vấn xét nghiệm tự nguyện cho 60% phụ nữ mang thai.
- Đảm bảo tất cả phụ nữ mang thai nhiễm HIV được tiếp cận với dịch vụ điều trị phòng lây truyền cho trẻ sơ sinh.
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc định kỳ cho 90% các bà mẹ nhiễm HIV và trẻ sơ sinh.

Ngoài ra còn nhiều các văn bản quy phạm pháp luật khác có liên quan đến phòng, chống HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em cũng đã được ban hành.

⁹ Quyết định số 20/2006/QĐ-BYT, ngày 7/7/2006, phê duyệt kế hoạch hành động Quốc gia về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006-2010.

Thông tin về địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 3 tỉnh - Điện Biên, Kon Tum và An Giang là các tỉnh đại diện cho các vùng sinh thái khác nhau, tập trung nhiều người dân tộc thiểu số và có tỷ lệ người nhiễm HIV cao.

Bảng 1. Thông tin cơ bản về 3 tỉnh nghiên cứu

Thông tin	Điện Biên	Kon Tum	An Giang
Dân số ¹⁰	490.306	430.133	2.142.709
Tỷ lệ dân tộc thiểu số ¹¹	81,6% Thái, H'mông,...	53,2% Xê Đăng, Ba Na, Giẻ Triêng,...	5,26% Kh'me, Chăm,...
Tỷ lệ hộ nghèo ¹²	39,3%	26,7%	8,5%
Số ca nhiễm HIV/AIDS ¹³	4.890	220	6.612
Tỷ lệ HIV/AIDS là người dân tộc thiểu số ¹⁴	75%	5%	3,2%
Nguy cơ	Xếp thứ 2 sau TPHCM về số ca nhiễm HIV/100.000. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ nông thôn trên 2% (tỷ lệ toàn quốc là 1%)	Có cửa khẩu thông thương với Lào và Campuchia. Đường lây truyền chủ yếu qua tiêm chích và quan hệ tình dục	Đường lây truyền chủ yếu là qua quan hệ tình dục, trong đó 82% nam nhiễm HIV trả lời đã có quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm, 70% phụ nữ nhiễm HIV từ chồng.

Điện Biên

Điện Biên là một tỉnh miền núi, với 1 thành phố, 1 thị xã và 7 huyện, nằm ở vùng Tây Bắc Việt Nam. Dân số toàn tỉnh năm 2009 là 490.306 người¹⁵. Tỉnh có tất cả 21 nhóm dân tộc, trong đó người Thái chiếm đông nhất (38%), tiếp theo là

¹⁰ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

¹¹ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

¹² Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2009

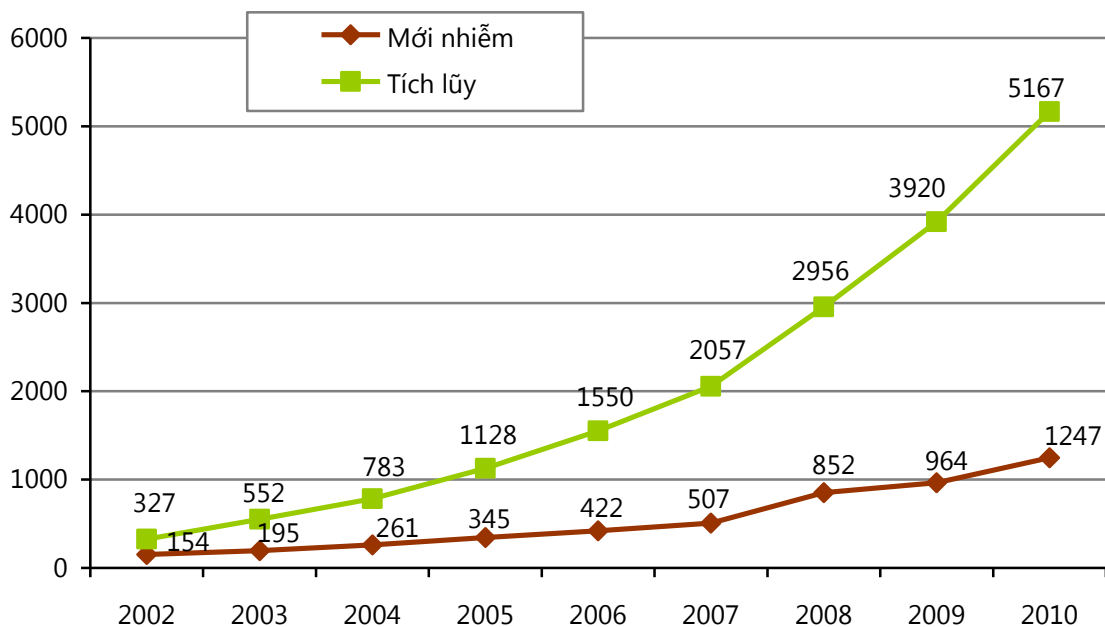
¹³ TTPC HIV/AIDS Điện Biên, TTYTDP Kon Tum, TTPC HIV/AIDS An Giang

¹⁴ TTPC HIV/AIDS Điện Biên, TTYTDP Kon Tum, TTPC HIV/AIDS An Giang

¹⁵ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

người H'Mông (34,8%), người Kinh (18,4%), và Khơ Mú (3,3%), các dân tộc khác bao gồm Dao, Hà Nhì, Hoa, Khang, La Hu¹⁶. Các nhóm dân tộc ở tỉnh Điện Biên không chỉ có những đặc điểm văn hóa chung của vùng Tây Bắc, mà còn có những đặc điểm khác biệt trong ngôn ngữ cũng như tập quán. Năm 2008 thu nhập bình quân đầu người hàng tháng là 485.000 đồng (trong khi đó thu nhập bình quân đầu người của quốc gia là 995.000 VND/tháng), và tỷ lệ hộ nghèo chiếm 39,3%¹⁷.

Năm 1998, Điện Biên là tỉnh thứ 61 phát hiện 6 trường hợp nhiễm HIV. Sau 10 năm, Điện Biên là tỉnh đứng thứ 2 toàn quốc, sau thành phố Hồ Chí Minh, về tỷ lệ người nhiễm HIV/100.000 dân. Số ca nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh đã lên đến gần 4.000 trường hợp. Hơn 1.500 trường hợp đã chuyển sang giai đoạn AIDS. 75% người nhiễm HIV là người dân tộc thiểu số. Hiện nay, cứ hai ngày ở Điện Biên có 5 người nhiễm HIV và một trường hợp tử vong do AIDS. Theo Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Điện Biên, lũy tích đến nay toàn tỉnh có gần 100 trường hợp phụ nữ mang thai nhiễm HIV và có 63 trẻ em dưới 15 tuổi nhiễm HIV từ mẹ. Theo các báo cáo của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, hầu hết các phụ nữ bị nhiễm HIV từ chồng và lây truyền cho con của họ. Trên thực tế, nhiều phụ nữ vẫn còn chưa tiếp cận được với thông tin đại chúng và thường không áp dụng các biện pháp tình dục an toàn.



Biểu đồ 2. Tình hình phát hiện nhiễm HIV tại tỉnh Điện Biên¹⁸

¹⁶ Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2009

¹⁷ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

¹⁸ TTPC HIV/AIDS Điện Biên

Kon Tum

Kon Tum là một tỉnh miền núi nằm ở Tây Nguyên Việt Nam. Kon Tum có 1 thành phố và 8 huyện. Dân số của tỉnh năm 2009 là 430.133 người¹⁹. Tỉnh có 35 nhóm dân tộc, trong đó, người Kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp theo là Xơ Đăng (24,3%), Ba Na (12,5%), Giẻ Triêng (7,3%), Gia Rai (4,8%)²⁰. Năm 2008 thu nhập đầu người theo tháng là 664.000 đồng, và tỷ lệ hộ nghèo chiếm 26.7%²¹.

Tại thời điểm khảo sát, toàn tỉnh đã phát hiện 230 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 11 ca là người dân tộc thiểu số, bao gồm dân tộc Gia rai, Ba na, Xê Đăng, Tày, Giẻ Triêng. Tất cả họ đều là người nghiện chích ma túy và có một trường hợp là con của một bà mẹ nhiễm HIV. Kon Tum hiện có 46 phụ nữ nhiễm HIV. 41 xã, phường, thị trấn của 8 huyện trong tỉnh có người nhiễm HIV/AIDS. Hiện nay, 35 bệnh nhân HIV/AIDS đã được quản lý và chăm sóc trong cộng đồng và 24 người tại các cơ sở y tế. Một thực tế đáng quan tâm là hiện nay 100% số huyện trong tỉnh có trường hợp nhiễm HIV/AIDS. Trong đó, khu vực có số lượng người nhiễm HIV cao nhất là TP.Kon Tum (101), Ngọc Hồi (44), Sa Thầy (18). Một số vùng xa như Đăk Glei, Kon Plong, và Tu Mơ Rông cũng có trường hợp nhiễm HIV/AIDS do vậy khả năng lây lan dịch là rất cao nếu như địa phương không có những biện pháp can thiệp kịp thời.

Bảng 2. Số liệu về gái mại dâm, người nghiện chích ma túy và HIV/AIDS tại các tỉnh nghiên cứu²²

Thông tin	2008			2009			10/2010		
	ĐB	AG	KT	ĐB	AG	KT	ĐB	AG	KT
• Tổng số gái mại dâm	250	1449	-	250	1784	-	230	2864	40
• Số gái mại dâm nhiễm HIV/AIDS	15	-	-	20	-	-	20	-	-
• Tổng số người nghiện chích ma túy	4800	1466	30	5393	-	1043	5399	1338	16
• Số người nghiện chích ma túy nhiễm HIV/AIDS	1943		11	2619		17	3425	-	11

Ghi chú: (-) Không có thông tin

¹⁹ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

²⁰ Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2009

²¹ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

²² Theo các báo cáo từ các tỉnh nghiên cứu: Điện Biên, Kon Tum, An Giang

An Giang

An Giang là một tỉnh thuộc đồng bằng sông Cửu Long (Đông Nam) của Việt Nam. An Giang có 1 thành phố, 2 thị xã và 8 huyện. Dân số của tỉnh năm 2009 là 2.142.709 người²³, cao nhất trong khu vực. Dân tộc thiểu số chiếm 5,26% tổng dân số, bao gồm cả Khmer (4,2%), Chăm (0,66%) và Hoa (0,37%)²⁴. Năm 2008, thu nhập đầu người hàng tháng của tỉnh là 1.064.000 đồng và tỷ lệ nghèo đói chiếm 8.5%²⁵.

Tại thời điểm điều tra, An Giang có 6.612 trường hợp nhiễm HIV được phát hiện, trong đó có 4.901 chuyển sang AIDS và 3.766 chết vì AIDS. Tại An Giang, việc lan truyền HIV trong cộng đồng phần lớn qua quan hệ tình dục với gái mại dâm đã từng làm việc tại Campuchia²⁶. 100% số xã, phường có người nhiễm HIV. Độ tuổi của người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất là 20-29 và 30-39 đây là độ tuổi có nhu cầu cao về tình dục và cũng chính là lực lượng lao động chính trong tỉnh. Các đường lây truyền HIV chính là thông qua quan hệ tình dục (83%). 82% nam giới nhiễm HIV có quan hệ tình dục với gái mại dâm, 70% phụ nữ nhiễm HIV bị lây nhiễm từ chồng²⁷. Đây là một gánh nặng của Chương trình phòng, chống lây truyền HIV từ mẹ sang con.

²³ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

²⁴ Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2009

²⁵ Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009

²⁶ Theo các báo cáo năm 2009 của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh

²⁷ <http://www.hiv.com.vn/hiv/news/1001446108.aspx>

3. Phạm vi, cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu

3.1 Mục tiêu nghiên cứu

- Phân tích các chương trình và chính sách hiện có liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số.
- Xác định thực trạng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.
- Đánh giá các rào cản/yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ này của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt là nhóm đối tượng dân tộc thiểu số tại các địa bàn nghiên cứu.
- Đề xuất khuyến nghị để góp phần cải thiện tình hình tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.

3.2 Nội dung và phạm vi nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm các trọng tâm sau:

- Tính sẵn có và hoạt động của các cơ sở cung cấp dịch vụ (Phía cung cấp). Dịch vụ đề cập trong nghiên cứu này chủ yếu là điều trị ngoại trú, phòng lây truyền mẹ con, dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện. Bên cạnh đó, nghiên cứu cung đề cập một số dịch vụ khác, ví dụ chăm sóc cộng đồng.
- Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của các nhóm đối tượng đích (Nhu cầu/Sử dụng)
- Các yếu tố ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS
- Những nhu cầu chưa được đáp ứng của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng người dân tộc thiểu số.

Các chỉ số/câu hỏi chính của nghiên cứu bao gồm:

Phía cung cấp (Tính sẵn có và hoạt động của dịch vụ)

- Sự sẵn có của các chính sách, hướng dẫn chương trình liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em ở những khu vực có người thiểu số sinh sống.
- Sự sẵn có của các dịch vụ tại tuyến tỉnh và quận/huyện: (1) số cơ sở cung cấp dịch vụ phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (2) số phòng khám ngoại

trú cho người trưởng thành (3) số phòng khám ngoại trú cho trẻ em (4) số cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị liên quan tới HIV/AIDS.

- Số lượng cán bộ y tế chịu trách nhiệm về mảng HIV/AIDS, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân nhi ở mỗi địa điểm cung cấp dịch vụ.
- Sự sẵn có của các hướng dẫn kỹ thuật điều trị, các biểu đồ theo dõi điều trị, hệ thống chuyển tuyến (dọc và ngang).
- Sự sẵn có của trang thiết bị và hệ thống xét nghiệm: hệ thống khử trùng, xét nghiệm nhanh, xét nghiệm xác định, đếm số lượng CD4, lượng virus, lây nhiễm qua đường tình dục, lao, X-quang, ...
- Sự sẵn có của thuốc ARV cho điều trị, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và phòng bệnh cho trẻ em, điều trị nhiễm trùng cơ hội.
- Sự sẵn có của các tài liệu thông tin, giáo dục, truyền thông về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em (panô, áp phích, tờ rơi, tranh lật, sách, băng video, ...). Có tài liệu nào bằng ngôn ngữ dân tộc hay không?
- Có sự phối hợp nào giữa các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS và mạng lưới hỗ trợ xã hội (Câu lạc bộ đồng đẳng viên, đội chăm sóc tại nhà, Hội Phụ nữ, ...)?
- Tính sẵn có của hệ thống giám sát và đánh giá: có các mẫu đăng ký, mẫu ghi chép và mẫu báo cáo?
- Khả năng đáp ứng nhu cầu của các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho người dương tính hoặc âm tính với HIV.
- Chất lượng của các cơ sở cung cấp dịch vụ hiện có (tỷ lệ tuân thủ theo dõi và điều trị, tỷ lệ bỏ điều trị, tỷ lệ không theo dõi được).

Phía có nhu cầu (Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ của nhóm đối tượng đích)

- Phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS tiếp cận với thông tin về các biện pháp chăm sóc sức khỏe của họ như thế nào?
- Phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS tiếp cận với thông tin về các biện pháp giảm lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng như thế nào?
- Nhận thức của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS về các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV.
- Nhận thức của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS về nhu cầu chăm sóc và hỗ trợ từ cộng đồng.

- Mức độ hài lòng của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS đối với các dịch vụ và chương trình chăm sóc và điều trị, và các hỗ trợ chính sách về quyền lợi cho họ.

Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ của phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS

- Những khó khăn về phía người cung cấp dịch vụ khi triển khai dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.
- Khả năng chi trả khi tiếp cận dịch vụ (bao gồm phí dịch vụ, phí đi lại và các loại chi phí khác). Đây có phải là rào cản khi tiếp cận dịch vụ?
- Những khó khăn, thuận lợi và giải pháp tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS.
- Các yếu tố ảnh hưởng tới chính sách quyền lợi/các hướng dẫn chương trình về khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế nói chung và các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS nói riêng cho các nhóm dân tộc thiểu số.
- Các yếu tố liên quan đến văn hóa, truyền thống, ngôn ngữ dân tộc.

Phân tích và xác định các nhu cầu chưa được đáp ứng và đề xuất các khuyến nghị

- Làm thế nào để nâng cao và cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS cho các đối tượng/nhóm đích khác nhau, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số.
- Đề xuất chiến lược nhằm tăng cường các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phù hợp với các tuyến quận/huyện và xã, đặc biệt ở những khu vực có người dân tộc thiểu số sinh sống.

3.3 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Rà soát tài liệu

Nghiên cứu bao gồm việc rà soát các tài liệu về chính sách và hướng dẫn liên quan đến HIV/AIDS và các dịch vụ liên quan. Nhóm nghiên cứu cũng rà soát tài liệu từ nhiều chương trình khác nhau, các số liệu thống kê và thông tin thu được từ các tỉnh/huyện điều tra.

Phòng vấn sâu

Đối với người cung cấp dịch vụ:

Phòng vấn sâu được thực hiện đối với lãnh đạo trung tâm HIV/AIDS tỉnh, cán bộ quản lý tại cơ sở y tế, và cán bộ y tế phụ trách mảng dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, các dịch vụ chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân nhi. Tổng số đã phỏng vấn sâu 30 cán bộ.



Ảnh 1. Một cuộc phỏng vấn sâu tại Kon Tum

Đối với người sử dụng dịch vụ:

Tại mỗi điểm cung cấp dịch vụ, tiến hành phỏng vấn sâu với ít nhất 5 khách hàng nhận dịch vụ. Khách hàng được lựa chọn ngẫu nhiên để phỏng vấn bao gồm phụ nữ, phụ nữ nhiễm HIV, các bà mẹ nhiễm HIV hoặc người chăm sóc trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng của HIV, là những đối tượng đã khám và điều trị trong lần gần đây nhất hoặc chăm sóc người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế.

Tổng số đã phỏng vấn sâu 40 khách hàng.

Thảo luận nhóm trọng tâm



Ảnh 2. Một cuộc thảo luận nhóm tại Điện Biên

Nghiên cứu đã tổ chức thảo luận nhóm trọng tâm cho người dân là những người chăm sóc người thân tại các bệnh viện huyện điều tra được lựa chọn ngẫu nhiên để tham gia thảo luận nhóm, bao gồm một nhóm người Kinh và một nhóm dân tộc thiểu số. Tất cả họ đều sống trên cùng một địa bàn với các điều kiện địa lý khó khăn giống nhau.

Đối tượng được lựa chọn nằm trong độ tuổi sinh sản và những người có con dưới 5 tuổi. Mục đích của các cuộc thảo luận nhóm là hướng đến các vấn đề về khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm cả

HIV/AIDS, ví dụ như tư vấn xét nghiệm tự nguyện giữa các nhóm khác nhau, giữa dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số. Tại mỗi tỉnh thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm người dân, trong đó gồm 1 nhóm người kinh và 1 nhóm người dân tộc thiểu số. Tại 3 tỉnh nghiên cứu đã thực hiện 6 cuộc thảo luận nhóm.

Bảng 3. Số người đã tham gia phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm

Đối tượng	Tỉnh	Huyện	Tổng
Phỏng vấn sâu			
• Lãnh đạo sở y tế	3		3
• Lãnh đạo TTPC AIDS tỉnh	3		3
• Lãnh đạo TTSKSS	3		3
• Quản lý cơ sở y tế cung cấp dịch vụ	3 x 1	5 x 1	8
• Nhân viên y tế phụ trách Chương trình phòng lây truyền mẹ con, điều trị ngoại trú người lớn, trẻ em	3 x 2	5 x 2	16
• Khách hàng sử dụng dịch vụ	3 x 5 = 15	5 x 5 = 25	40
Tổng			72
Thảo luận nhóm			
• Người Kinh (3 nhóm, mỗi nhóm 6 người)		3 x 6 người	18
• Người dân tộc thiểu số (3 nhóm, mỗi nhóm 6 người)		3 x 6 người	18
Tổng			36
Tổng cỡ mẫu định tính			108

Bảng kiểm

- Sự sẵn có các trang thiết bị: hệ thống khử trùng, xét nghiệm nhanh, xét nghiệm xác định, đếm số lượng CD4, lượng virus, bệnh lây truyền qua đường tình dục, lao, X-Quang...
- Sự sẵn có các loại thuốc ARV để điều trị, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và dự phòng nhi khoa, điều trị nhiễm trùng cơ hội, hệ thống báo cáo/ghi chép.
- Sự sẵn có của các tài liệu truyền thông về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em (áp phích, tờ rơi, tranh lật, sổ tay, băng video...).

3.4 Thời gian và địa bàn nghiên cứu

Theo Điều khoản tham chiếu của UNICEF, nghiên cứu được tiến hành tại 3 tỉnh có Chương trình tình bạn hữu trẻ em của UNICEF, bao gồm Điện Biên, Kon Tum và An Giang, đại diện cho 3 vùng sinh thái, tập trung nhiều người dân tộc thiểu số với tỷ lệ người nhiễm HIV cao. Dựa vào mục tiêu chính của nghiên cứu này, hoạt động thu thập dữ liệu được tiến hành ở các địa điểm như sau:

Bảng 4. Danh sách địa bàn nghiên cứu

Địa bàn	Điện Biên	Kon Tum	An Giang
Tỉnh	<ul style="list-style-type: none">Bệnh viện tỉnhTrung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnhTrung tâm SKSS tỉnh	<ul style="list-style-type: none">Bệnh viện tỉnhTrung tâm YTDP tỉnhTrung tâm SKSS tỉnh	<ul style="list-style-type: none">Bệnh viện tỉnhTrung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnhTrung tâm SKSS tỉnh
Huyện	<ul style="list-style-type: none">Huyện Tuần Giáo (tỷ lệ hiện mắc cao/miền núi và vùng sâu vùng xa)	<ul style="list-style-type: none">Huyện Ngọc Hồi (tỷ lệ hiện mắc cao)	<ul style="list-style-type: none">Huyện Tân Châu (huyện đang triển khai chương trình Dự phòng LTMC có sự tham gia của nam giới)Huyện Tịnh Biên (huyện biên giới/vùng sâu vùng xa)
Cộng đồng	<ul style="list-style-type: none">Huyện Điện Biên Đông (tỷ lệ hiện mắc cao/vùng sâu vùng xa và miền núi)	<ul style="list-style-type: none">Huyện Ngọc Hồi (tỷ lệ hiện mắc cao/vùng sâu vùng xa và miền núi)	<ul style="list-style-type: none">Huyện Tịnh Biên (huyện biên giới/ vùng sâu vùng xa)

Thời gian thu thập số liệu tại thực địa từ 11/10 – 28/10/2010

3.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã nhận được sự tham gia tự nguyện của các đối tượng nghiên cứu. Người được phỏng vấn được yêu cầu ký tên vào phiếu tình nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả các ghi chép phỏng vấn và câu hỏi được mã hóa bằng các mã số và chỉ nhóm nghiên cứu mới có thể tiếp cận thông tin khi cần thiết. Công việc này là nhằm đảm bảo tính bí mật. Không có bất kỳ thông tin nào liên quan đến việc xác nhận đối tượng nghiên cứu, kể cả trong quá trình viết báo cáo, trừ khi được phép của đối tượng nghiên cứu đó.

3.6 Hạn chế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu định tính với phạm vi và cỡ mẫu nhỏ. Nghiên cứu được thực hiện tại 3 tỉnh có Chương trình tình bạn hữu trẻ em của UNICEF, do đó các dữ liệu và/hoặc các thông tin thu thập tại các địa bàn này không đại diện cho toàn quốc. Bên cạnh đó, việc thu thập thông tin thứ cấp cũng rất khó khăn vì các dữ liệu về phụ nữ, trẻ em dân tộc thiểu số nhiễm HIV/AIDS không sẵn có, hoặc nếu có cũng rất nghèo nàn và ít giá trị.

Về cơ bản, nghiên cứu này hướng tới việc đưa ra các gợi ý về xây dựng và phát triển chính sách liên quan đến tiếp cận các dịch vụ tại các vùng miền có tỷ lệ cao người dân tộc thiểu số. Do vậy, các khuyến cáo cho dù có đề cập đến các giải pháp nhằm tăng cường khả năng tiếp cận của người dân tộc thiểu số, cũng không thể đưa ra các biện pháp cụ thể nhằm cải thiện các dịch vụ đã và đang có tại địa phương nghiên cứu.

4. Các kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1 Các chính sách và chương trình hiện có liên quan đến chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em, đặc biệt ở vùng dân tộc thiểu số

Các nhóm đối tượng được xác định là dễ bị tổn thương bao gồm người nghèo²⁸, người dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi và những trẻ em thiệt thòi²⁹. Nhìn chung, Chính phủ luôn quan tâm đến sự phát triển ở khu vực miền núi, thể hiện qua nhiều chiến lược và chính sách cụ thể. Ngày 27/12/1989, Bộ Chính trị đã ban hành Nghị quyết số 22-NQ/TW về một số hướng dẫn, chính sách phát triển kinh tế - xã hội miền núi. Thực hiện Nghị quyết này, nhiều chính sách, chương trình và dự án đã được triển khai ở khu vực miền núi và vùng đồng bào dân tộc thiểu số, có thể kể đến như: Chương trình phát triển kinh tế - xã hội khu vực miền núi phía Bắc, Chương trình xóa đói giảm nghèo, Chương trình Phát triển kinh tế tại các xã đặc biệt khó khăn vùng dân tộc thiểu số, miền núi, biên giới và vùng sâu, vùng xa (Chương trình 135), các Chương trình Quốc gia về giáo dục, y tế, văn hóa, nước sạch và vệ sinh môi trường.

Chăm sóc sức khỏe cho người dân nói chung và cho người nghèo nói riêng cũng là vấn đề được nhà nước quan tâm thích đáng. Cụ thể như Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc khám, chữa bệnh cho người nghèo và Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ ban hành Quy chế bảo hiểm y tế được ban hành và thực hiện. Mặc dù đã có chính sách phù hợp nhằm phát triển một hệ thống chăm sóc y tế công bằng cho người dân, vẫn còn rất nhiều thách thức cần phải được giải quyết nhằm đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho người dân nói chung và các nhóm dễ bị tổn thương nói riêng³⁰ như tính sẵn có của dịch vụ, chất lượng dịch vụ, ý thức và kiến thức chăm sóc sức khỏe của người dân... Trước thực trạng này, việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ HIV/AIDS của phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số có thể là một vấn đề cần được quan tâm. Dịch bệnh

²⁸ Theo Bộ LĐTBXH, những người có thu nhập bình quân đầu người thấp hơn chuẩn nghèo quốc gia.

²⁹ Theo Bộ LĐTBXH, trẻ em hoàn cảnh khó khăn bao gồm: (1) Trẻ em mồ côi và trẻ bị bỏ rơi; (2) trẻ em khuyết tật; (3) nạn nhân hóa chất hoặc bị ảnh hưởng độc hại; (4) trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS; (5) trẻ em làm việc trong các điều kiện khó khăn, độc hại, nguy hiểm; (6) trẻ em làm việc xa gia đình; (7) trẻ em đường phố; (8) lạm dụng tình dục trẻ em; (9) trẻ em nghiện ma túy và vi phạm pháp luật (10).

³⁰ Trần Mai Oanh 2009: Xem xét các rào cản để truy cập dịch vụ y tế cho các nhóm được lựa chọn ở Việt Nam: Một nghiên cứu trường hợp.

HIV/AIDS vẫn tập trung chủ yếu ở các nhóm nguy cơ cao như nhóm nghiện chích ma túy và gái mại dâm, nhưng những thông tin về nhóm này tại các cộng đồng dân tộc thiểu số lại chưa được thiết kế để thu thập hoặc phân tích một cách đầy đủ. Sự thiếu thông tin hoặc không có số liệu về nhóm phụ nữ và trẻ em dân tộc nhiễm HIV/AIDS ở cả cấp quốc gia và cấp địa phương có thể hiểu là còn thiếu sự quan tâm thỏa đáng về vấn đề HIV/AIDS trong cộng đồng người dân tộc thiểu số.

Mặc dù đã được Chính phủ phê duyệt Kế hoạch Hành động Quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn năm 2020, nhưng trên thực tế việc triển khai Chương trình này tại các cấp còn rất nhiều hạn chế và chủ yếu vẫn phụ thuộc vào viện trợ nước ngoài, do vậy các hoạt động liên quan đến trẻ em và HIV/AIDS vẫn chỉ mang tính phong trào chưa có tính lan tỏa và hiệu ứng đến các vùng đồng bào dân tộc thiểu số, vùng sâu và vùng xa.

Trong phạm vi của nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu đã tiến hành xem xét kỹ lưỡng tất cả các văn bản chính sách, quy định, và chiến lược để tìm xem có hay không những thông tin đề cập rõ ràng hoặc riêng rẽ đến nhóm người dân tộc thiểu số nhiễm HIV. Kết quả cho thấy rằng, một số văn bản như Luật phòng, chống HIV/AIDS cũng đã đề cập nhóm người sống vùng sâu, vùng xa thuộc nhóm ưu tiên tiếp cận truyền thông phòng, chống HIV/AIDS, tuy nhiên hầu hết các tài liệu chỉ đề cập một cách chung chung đến vấn đề này. Việc đề cập tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ HIV/AIDS của người dân tộc thiểu số cũng chưa được coi là một ưu tiên trong các văn bản, chính sách, mà mới chỉ được đề cập rất giới hạn trong một số nghiên cứu hoặc cấp dự án. Ngay cả trong chương trình theo dõi giám sát HIV/AIDS cũng không có các chỉ số giám sát và đánh giá nào liên quan đến nhóm người dân tộc thiểu số.

Tại 3 tỉnh nghiên cứu, việc thực hiện chương trình phòng chống HIV/AIDS không đồng đều, do các nguồn ngân sách hỗ trợ không giống nhau. Tỉnh An Giang và Điện Biên đang nhận được nguồn viện trợ từ các tổ chức quốc tế, trong khi Kon Tum hiện không có nguồn kinh phí viện trợ nào. Do đó, An Giang và Điện Biên có thể thiết lập các mục tiêu của tỉnh mình nhằm đạt được: 80% phụ nữ có thai nhiễm HIV và 95% con của các bà mẹ nhiễm HIV nhận gói dịch vụ “dự phòng lây truyền mẹ con” và dịch vụ “theo dõi chăm sóc sau sinh”³¹. Cho dù có được mức độ đầu tư nhất định, 2 tỉnh này mới chỉ tập trung nhiều vào các nhóm nguy cơ cao nói chung mà chưa quan tâm một cách cụ thể đến các nhóm

³¹ Báo cáo của An Giang và Điện Biên năm 2010

người dân tộc thiểu số. Ví dụ, theo báo cáo của An Giang, địa bàn tỉnh xác định có hơn 3.000 đến 4.000 phụ nữ mại dâm và 1.000 nghiện chích ma túy, được xem là đối tượng nguy cơ cao, nhưng các thông tin hay số liệu về gái mại dâm là người dân tộc thiểu số hầu như không thấy đề cập. Các phân tích về tình hình lây nhiễm HIV trong kế hoạch của các tỉnh nghiên cứu cũng ít đề cập đến các vấn đề liên quan đến nhóm dân tộc thiểu số.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy một số cán bộ quản lý địa phương cho rằng hầu như không có hoặc có rất ít sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ HIV/AIDS giữa các nhóm dân tộc khác nhau, bao gồm cả dân tộc Kinh và các nhóm dân tộc thiểu số khác.

“Tại địa phương chúng tôi, chưa có sự khác biệt nào đáng kể trong tiếp cận các dịch vụ về HIV/AIDS trong nhóm người dân tộc thiểu số” (PVS, một cán bộ quản lý y tế cấp tỉnh).

Dó đó, các tỉnh chưa có bất kỳ chính sách địa phương hay sự quan tâm đặc biệt nào về HIV/AIDS dành cho nhóm dân tộc thiểu số ở tất cả các cấp. Đặc biệt là, kế hoạch phòng chống HIV/AIDS 5 năm và hàng năm của tỉnh hiện đã và đang tập trung chủ yếu vào những vấn đề nổi cộm trên địa bàn, ưu tiên các khu vực và nhóm dân số có nguy cơ lây nhiễm cao và dựa trên nguồn ngân sách hiện có.

“Hiện tại, HIV vẫn tập trung nhiều ở nhóm có nguy cơ cao, bất kể là người Kinh hay dân tộc thiểu số. Do vậy việc tiếp cận cũng chưa có biểu hiện gì khác biệt giữa các nhóm này” (PVS, một cán bộ quản lý Chương trình Y tế).

Đúng theo quan điểm công bằng, một số cán bộ quản lý địa phương cho rằng, dù sao phụ nữ và trẻ em người dân tộc thiểu số đã được hưởng lợi từ Chương trình 135 của Chính phủ hoặc các kế hoạch chăm sóc sức khỏe toàn dân. Tuy nhiên, theo kết quả của một nghiên cứu, hiệu quả sử dụng chương trình này cũng còn hạn chế³². Các số liệu cho thấy chỉ có 20% số người có thẻ bảo hiểm y tế, vì họ không biết là có một chương trình như vậy dành cho họ. Hơn thế nữa, họ cũng không biết khi nào cần sử dụng thẻ bảo hiểm³³.

^{32,33} Trần Kim Oanh, 2009. Thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người nghèo ở các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên.

4.2 Tính sẵn có và hoạt động của các cơ sở cung cấp dịch vụ (phía cung cấp dịch vụ)

Tính sẵn có của các dịch vụ

Theo báo cáo, các chương trình điều trị, dự phòng lây truyền từ mẹ sang con hiện tại đang được thực hiện ở Việt Nam với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, bao gồm LIFEGAP, PEPFAR, GFATM, FHI, UNICEF... Năm 2006, 107 trong tổng số 506 cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc trước sinh cung cấp gói dịch vụ cơ bản về Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (UNGASS 2007). Số lượng các cơ sở cung cấp các dịch vụ này tăng lên 223 trong năm 2009 (UNGASS 2010), và chú trọng cung cấp các dịch vụ Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con toàn diện hơn. Đến năm 2009, toàn quốc đã có 96 địa điểm cung cấp các dịch vụ toàn diện Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con và 127 địa điểm cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (VCT) và dịch vụ chuyển tuyến (UNGASS 2010).

Nếu chỉ xét trên phương diện tiếp cận của nhóm người dân tộc thiểu số, thông tin trong bảng 5 cho thấy các cơ sở cung cấp dịch vụ hiện có tại các tỉnh nghiên cứu được bố trí không đồng đều giữa các tỉnh. An Giang, nơi có tỷ lệ người dân tộc thiểu số là thấp, có 7 cơ sở dịch vụ. Trong khi đó, dịch vụ ở Điện Biên cũng ít hơn, và đặc biệt ở Kon Tum có tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao, đang có rất ít cơ sở dịch vụ (01 cơ sở).

Bảng 5. Danh sách các cơ sở chăm sóc và điều trị ở An Giang, Điện Biên và Kon Tum (số liệu Cục Phòng chống HIV/AIDS 2009)

Tỉnh	Cơ sở chăm sóc và điều trị	PKNT người lớn	PKNT trẻ em	LTMC	TVXNTN	Chăm sóc cơ bản tại cộng đồng
An Giang	1. BV tỉnh*	x	X	x	x	
	2. BV huyện Tân Châu*	x	X	x	x	x
	3. BV huyện Tịnh Biên*	x	X	x	x	x
	4. BV huyện Chợ Mới	x	X	x	x	x
	5. BV Long Xuyên	x		x	x	
	6. BV Châu Phú	x		x	x	
	7. BV huyện Phú Tân	x		x	x	
Điện Biên	1. Trung tâm HIV/AIDS tỉnh*				x	x
	2. BV tỉnh*	x	X	x	x	
	3. BV huyện Điện Biên					
	4. BV huyện Tuần Giáo*	x	X	x	x	x
	5. BV huyện Mường Lay			x		
Kon Tum	1. BV tỉnh*	x	X		x	

* **Bố trí địa điểm cung cấp dịch vụ DPLTMC**

Tại Điện Biên và An Giang, được sự hỗ trợ của các dự án FHI, CDC-Lifegap để triển khai dịch vụ phòng khám ngoại trú, lây truyền mẹ con, tư vấn xét nghiệm tự nguyện tại bệnh viện tỉnh và ở những khu vực ưu tiên, nơi có tỷ lệ người nhiễm HIV cao và tập trung. Việc bố trí điểm cung cấp dịch vụ cũng xem xét đến khả năng của đơn vị thực hiện (số nhân lực, năng lực cán bộ...) tại bệnh viện, trung tâm y tế huyện.



Ảnh 3. Phòng khám ngoại trú Tân Châu, An Giang

Ở Kon Tum, dịch vụ dự phòng lây truyền mẹ con chưa được triển khai đồng bộ tại khoa sản bệnh viện đa khoa tỉnh. Một số bác sĩ và nhân viên tại khoa sản đã được trang bị kiến thức cơ bản về PLTMC thông qua Chương trình quốc gia phòng chống HIV, nhưng chưa triển khai hoạt động cụ thể nào. Phòng khám ngoại trú cho bệnh nhân trẻ em và người lớn nhiễm HIV được lồng ghép với khoa các bệnh truyền nhiễm của bệnh viện tỉnh. Nhiệm vụ chăm sóc, điều trị bệnh nhân nhiễm HIV được giao cho khoa các bệnh truyền nhiễm. Vì vậy, những phụ nữ mang thai nhiễm HIV do khoa sản phát hiện sẽ được chuyển tới khoa các bệnh truyền nhiễm để theo dõi và điều trị.

Tri Tôn là một trong những huyện có tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao nhất ở An Giang, chiếm 70-80% dân số của huyện. Tuy nhiên, địa bàn này chưa có điểm cung cấp dịch vụ liên quan đến HIV. Một số người nhiễm HIV trong huyện Tri Tôn phản ánh rằng họ phải sang huyện bên cạnh là huyện Tân Châu để điều trị ART. Việc chưa bố trí dịch vụ tại Tri Tôn có thể bắt nguồn từ lý do tỷ lệ người dân tộc thiểu số trong toàn tỉnh An Giang khá thấp chỉ có 5,17%, chủ yếu là người Khmer và Chăm, trong khi tỷ lệ nhiễm HIV đang chủ yếu tập trung nhóm nguy cơ là phụ nữ mại dâm (không có số liệu phân tích tỷ lệ người dân tộc thiểu số). Nên nhìn chung nhóm người dân tộc thiểu số chưa được xem xét như là đối tượng cần được quan tâm đặc biệt của ngành y tế địa phương.

“Tôi phải bắt xe khách để đến được đây, mất khoảng 40 phút và 20.000 VNĐ (tương đương với 1 đô la Mỹ). Tôi không muốn nhưng không có cách nào khác vì ở khu vực tôi ở không có dịch vụ này” (PVS, một phụ nữ Khmer, 29 tuổi, An Giang).

Năng lực cung cấp dịch vụ

“Nếu không có sự hỗ trợ từ phía nhà tài trợ, chúng tôi thiếu rất nhiều thứ để thực hiện chương trình như cơ sở vật chất, nguồn nhân lực, các nguồn ngân sách, cơ chế” (Lãnh đạo Sở Y tế tỉnh).

Các cán bộ y tế có cơ hội tham dự các khóa đào tạo để nâng cao kiến thức và kỹ năng cần thiết trong cung cấp dịch vụ cho khách hàng. Tuy nhiên, điều này chủ yếu ở các cơ sở y tế được các tổ chức như FHI và CDC hỗ trợ... Chương trình Dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con đang thiếu nguồn nhân lực và trang thiết bị thực hiện.

Bảng 6. Tình hình nhân lực tham gia cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại điểm nghiên cứu

STT	Cơ sở dịch vụ	Số cán bộ Kiêm nhiệm	Chuyên trách	Cán bộ là người dân tộc	Tổng số
	Điện Biên				
1	Bệnh viện tỉnh <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT• VCT	02 03 02	5 0 2	4 0 1	07 03 05
2	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh <ul style="list-style-type: none">• VCT	03	2	0	05
3	Huyện Tuần Giáo <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT• VCT	05 03 04	02 0 0	02 03 02	07 03 04
	Kon Tum				
4	Bệnh viện tỉnh <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT• VCT	2 0 4	2 2 1	1 0 0	4 2 5
	An Giang				
5	Bệnh viện tỉnh <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT	25 7	6 0	0 0	31 7
6	Huyện Tân Châu <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT• VCT	4 2 2	7 0 3	0 0 0	11 2 5
7	Huyện Tịnh Biên <ul style="list-style-type: none">• OPC• PMTCT• VCT	9 2 0	9 0 1	2 0 1	20 2 1

Tại các cơ sở y tế không có hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, thiếu cơ chế khuyến khích người cung cấp dịch vụ được xem là có nhiều rủi ro. Bên cạnh công việc thường qui, các cán bộ cho rằng họ phải kiêm nhiệm thêm việc cung cấp các dịch vụ về HIV trong điều kiện kinh phí hạn hẹp. Ngược lại, đối với cơ sở cung cấp dịch vụ có hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, người quản lý và cung cấp dịch vụ trực tiếp có thể nhận được các khoản hỗ trợ lương từ 900.000 đồng cho đến 2.500.000 đồng một tháng (tương đương 50 đến 150 đô la Mỹ). Ngay cả đối với những cán bộ được hưởng chế độ như vậy (900.000 đồng/tháng) họ cũng vẫn cho là chưa thoả đáng. Đây cũng là một vấn đề các nhà hoạch định chính sách và xây dựng chương trình cần xem xét để đảm bảo tính bền vững trong cung cấp dịch vụ lâu dài khi các nguồn tài trợ nước ngoài đang có xu hướng giảm.

Cơ chế quản lý

Hiện nay, không có mô hình thống nhất nào về cơ cấu tổ chức của hệ thống chăm sóc và điều trị. Hầu hết các phòng khám ngoại trú cho người lớn và trẻ em đều được lồng ghép cơ sở điều trị trong bệnh viện tỉnh hoặc huyện. Trong đó, điều trị ngoại trú cho người lớn được lồng ghép với khoa các bệnh truyền nhiễm, ngoại trú cho trẻ em được lồng ghép với khoa nhi. Tương tự, dịch vụ dự phòng lây truyền mẹ con được lồng ghép với khoa sản. Việc lồng ghép các dịch vụ này với các đơn vị chức năng được xem là giải pháp hữu ích và có tính bền vững. Điều này có thể mang lại những cải thiện về năng lực tổ chức trong các đơn vị được lồng ghép. Tuy nhiên, các đơn vị này lại phải đối mặt với một số vấn đề liên quan như vẫn tồn tại phân biệt đối xử của nhân viên y tế đối với bệnh nhân cũng như sự quá tải tăng lên...

Như nêu ở trên, nhân lực dành cho các hoạt động cung cấp dịch vụ và quản lý dịch vụ liên quan chủ yếu là lồng ghép từ các đơn vị chức năng liên quan. Tại những cơ sở nhận hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, ví dụ Tịnh Biên, lực lượng cán bộ y tế dồi dào hơn.

Liên quan đến cơ chế quản lý dịch vụ, theo phản ánh của bệnh nhân và những cán bộ tham gia cung cấp dịch vụ, có một số vấn đề bất cập đang tồn tại trong các quy định.

- Thuốc cung cấp cho các bà mẹ nhiễm HIV và cho con của họ vào các ngày khác nhau. Do vậy, các bà mẹ HIV phải đến phòng khám ngoại trú hai lần một tháng để được khám và nhận thuốc cho bản thân và cho con họ cũng bị nhiễm HIV.

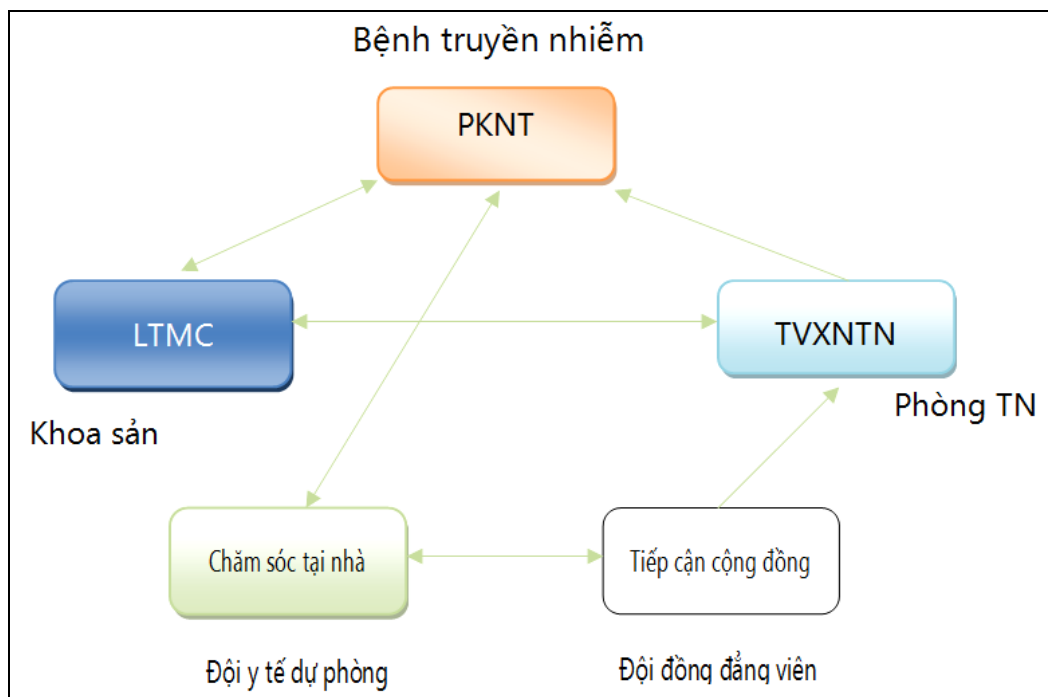
“Hàng tháng tôi phải đi xe đò 2 lần tới bệnh viện nhận thuốc điều trị, một lần cho tôi và một lần cho con. Nếu bệnh viện cấp một lần thì tôi chỉ phải đi một lần, đỡ vất vả và tiết kiệm được tiền xe đi lại” (PVS, một phụ nữ Khmer, 32 tuổi, An Giang).

- Không có quy định hay cơ chế nào về phản hồi các kết quả thực hiện cho các đơn vị sản khoa nơi cung cấp dịch vụ Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Đây là lý do vì sao hầu hết cán bộ cung cấp dịch vụ không biết về các kết quả thực hiện, và không rút ra được các bài học kinh nghiệm. Đây là ý kiến của nhiều bác sỹ khoa sản tham gia chương trình PLTMC.
- Các kết quả xét nghiệm PCR cho trẻ dưới 18 tháng được xác nhận rất muộn. Lý do đưa ra là tại một số tỉnh nghiên cứu hiện nay chưa có máy PCR, phải gửi mẫu xét nghiệm xác định HIV lên tuyến trung ương. Điều này kéo theo quyết định điều trị khó khăn, thường khá muộn, gây tâm lý hoang mang cho bệnh nhân.

Điều phối và hợp tác về chăm sóc, hỗ trợ và chuyển tuyến

Mô hình liên kết điển hình về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS toàn diện và liên tục, gồm một hệ thống các chương trình lâm sàng và phi lâm sàng về chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS và gia đình họ được mô tả trong sơ đồ sau:

Biểu đồ 3. Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS toàn diện và liên tục



Tại An Giang và Điện Biên, tổ hợp các dịch vụ điều trị ngoại trú, lây truyền mẹ con và chăm sóc, hỗ trợ tại nhà/cộng đồng đã và đang được thiết kế và thực hiện theo mô hình nhằm tăng cường cung cấp các dịch vụ chăm sóc cho người nhiễm HIV và quần thể nguy cơ cao. Sự phối hợp giữa các dịch vụ này đang được thiết lập và thực hiện trong thời



Ảnh 4. Phòng khám ngoại trú tại Tuần Giáo, Điện Biên

gian gần đây. Tuy nhiên, không phải ở tất cả điểm cung cấp dịch vụ đều thấy được rõ hiệu quả của hệ thống này. Ví dụ, như đã nêu ở trên, sự phối hợp giữa dịch vụ lây truyền mẹ con và phòng khám ngoại trú, giữa cơ sở sản và nhi, giữa tuyến dưới và tuyến trên còn hạn chế do trao đổi thông tin, cơ chế chuyển tuyến và phản hồi chưa được thực hiện một cách có hệ thống. Mỗi hoạt động (dự phòng lây truyền mẹ con, phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV, chăm sóc và hỗ trợ tại cộng đồng) có xu hướng chỉ tập trung vào các chủ đề của hoạt động của mình mà ít quan tâm đến các chủ đề phòng chống khác đặc biệt là hoạt động cung cấp thông tin, giáo dục và truyền thông toàn diện. Ví dụ, một bà mẹ trẻ biết và trả lời rất rõ ràng làm thế nào để phòng chống HIV cho con bằng cách không cho con bú. Tuy nhiên, chị lại không biết rằng cần phải sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với chồng. Trong khi đó, có nam giới không sử dụng bao cao su ngay cả khi anh ta biết vợ mình đã bị nhiễm HIV.

Tại An Giang và Điện Biên, nhiều đơn vị tài trợ đang hỗ trợ cho các dịch vụ này, bao gồm FHI, LifeGap, DFID, GFATM, UNICEF trong các lĩnh vực khác nhau của chương trình giảm hại, tư vấn xét nghiệm tự nguyện, dự phòng lây truyền mẹ con, chăm sóc và điều trị, chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng. Trong khi đó, Kon Tum lại không nhận được sự hỗ trợ từ bên ngoài. Tất cả các hoạt động liên quan đến HIV tại tỉnh này, bao gồm cả điều trị cho phụ nữ và trẻ em, được thực hiện dựa trên ngân sách có hạn của Chương trình mục tiêu quốc gia.

Một vấn đề đặt ra là tính bền vững của các cơ sở có hỗ trợ sau khi dự án kết thúc. Để duy trì tính bền vững khi dự án kết thúc, có một số ý kiến cho rằng có thể lồng ghép hoàn toàn vào hệ thống hiện có nhưng phải chấp nhận chỉ cung cấp dịch vụ ở mức độ thiết yếu tối thiểu dựa trên nguồn lực sẵn có. Từ quan điểm của các nhà ra quyết định, thì việc quan trọng hơn là tìm ra cơ hội để

tranh thủ phát triển năng lực hệ thống và xây dựng năng lực ngành y tế phục vụ lâu dài cho công tác cung cấp các dịch vụ cho người dân.

Cơ sở vật chất và trang thiết bị

Cơ sở vật chất và trang thiết bị được coi là yếu tố quan trọng trong cung cấp các dịch vụ có chất lượng. Qua khảo sát cho thấy có sự khác biệt lớn về cơ sở vật chất và trang thiết bị ở các phòng khám ngoại trú được tài trợ từ các dự án nước ngoài so với các cơ sở không được hỗ trợ. Cụ thể, các phòng khám ngoại trú được tài trợ ở An Giang và Điện Biên được thiết lập với các tiêu chuẩn cao hơn là các phòng khám ngoại trú không nhận được bất kỳ hỗ trợ nào ở Kon Tum.

Tuy nhiên, về cơ sở vật chất, các phòng khám ngoại trú tại các địa bàn nghiên cứu vẫn còn thiếu các phòng dành cho các dịch vụ Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cụ thể là thiếu phòng chờ, phòng tư vấn nhóm, mà chỉ có các phòng dành cho tư vấn cá nhân. Các phòng khám ngoại trú ở An Giang được tổ chức tốt hơn, có một khu vực chờ riêng biệt cho chăm sóc trước sinh, một phòng tư vấn cá nhân, một phòng tư vấn nhóm và một phòng dành cho Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tại các phòng khám ngoại trú do dự án FHI tài trợ thì trang thiết bị y tế và văn phòng khá đầy đủ. Các trang thiết bị y tế và xét nghiệm, các thuốc thiết yếu, các tài liệu truyền thông, sách báo và các báo cáo khá đầy đủ ở các phòng khám ngoại trú tỉnh. Trong khi đó, các cơ sở ở Kon Tum còn nghèo nàn do thiếu ngân sách đầu tư.

Đối với các phòng khám ngoại trú ở tuyến huyện, các trang thiết bị y tế và văn phòng còn hạn chế so với tuyến tỉnh (An Giang và Điện Biên). Các trang thiết bị cần cho xét nghiệm điện di, xét nghiệm dịch tiết, xét nghiệm máu, xét nghiệm phân và nước tiểu, chụp CT, v.v...thiếu rất nhiều. Các trang thiết bị văn phòng không sẵn có. Không có các giá để trưng bày tài liệu truyền thông. Ngoài ra, các phòng khám ngoại trú còn thiếu ti vi, đầu máy VCD/DVD cho các hoạt động thông tin đại chúng, các tài liệu thông tin, giáo dục, truyền thông và các ghi chép/sách báo. Tuy nhiên, các hướng dẫn kỹ thuật điều trị, biểu đồ theo dõi điều trị, hệ thống chuyển tuyến lại luôn sẵn có. Phiếu hẹn tư vấn sau xét nghiệm, hồ sơ kết quả xét nghiệm HIV và sách hướng dẫn chăm sóc trước sinh và sinh đẻ chưa được chú trọng.

Nguồn cung cấp ARV và thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội là từ Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống HIV/AIDS, Quỹ Toàn cầu, và dự án Life Gap. Số lượng cung cấp được phản ánh là không đủ so với nhu cầu ngày một tăng tại

địa phương. Các tài liệu truyền thông sử dụng ngôn ngữ và hình ảnh của các dân tộc thiểu số vẫn còn rất hạn chế.

4.3 Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ của các nhóm đích

Tiếp cận thông tin

Các thảo luận nhóm cho thấy phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận thông tin về HIV/AIDS rất hạn chế dẫn đến hiểu biết của họ nghèo nàn. Nhiều phụ nữ, đặc biệt nhóm dân tộc thiểu số, khi trả lời phỏng vấn cho biết họ không biết tại sao bản thân hay chồng mình lại bị nhiễm HIV. Đa số phụ nữ dân tộc thiểu số tham gia thảo luận nhóm thể hiện kiến thức rất hạn chế về HIV/AIDS cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Họ cũng còn cho biết chưa bao giờ nghe nói về vấn đề này, và chưa có ai nói cho họ biết. Trong các cuộc thảo luận nhóm với người dân tộc thiểu số, nhóm đánh giá cố gắng đưa ra các khái niệm, các từ và thuật ngữ như HIV, AIDS, Sida, nhiễm khuẩn đường tình dục. Tuy nhiên, câu trả lời thường thấy là *"Tôi không biết và chưa bao giờ nghe nói về những điều này."* Ngược lại, hầu hết phụ nữ người dân tộc Kinh có hiểu biết cơ bản về HIV/AIDS và bệnh LTQĐTD. Thậm chí, họ còn có thể mô tả tên chính xác các đường lây nhiễm HIV và cách phòng chống. Điều này cho thấy kiến thức về HIV/AIDS giữa 2 nhóm Kinh và dân tộc là hoàn toàn khác biệt.

Ví dụ cụ thể, trong một cuộc thảo luận nhóm ở huyện Điện Biên Đông bao gồm 6 phụ nữ Thái, Lào và H' Mông tham gia. Tất cả đều nói rằng họ chưa bao giờ nghe nói đến HIV/AIDS. Trong khi đó, cũng cùng tại địa bàn này, thảo luận nhóm với 6 phụ nữ dân tộc Kinh cho thấy kiến thức về HIV tốt hơn rõ rệt... cụ thể họ nêu rõ các đường lây và cách phòng ngừa lây nhiễm, nơi nào có thể tìm kiếm các dịch vụ.

Trong khi lượng thông tin về chăm sóc và điều trị HIV ngày càng nhiều, thì thông tin về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con vẫn còn hạn chế. Hầu hết phụ nữ tham gia nghiên cứu ít được tiếp cận với thông tin về phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con. Ngay cả đa số người Kinh nêu tên được các đường lây truyền HIV và biện pháp phòng ngừa, nhưng họ còn ít biết tới dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Tựu chung lại, có nhiều khác biệt về kiến thức cơ bản về dự phòng và lây truyền HIV giữa nhóm người Kinh và các nhóm dân tộc thiểu số do khả năng tiếp cận thông tin về HIV cũng như các dịch vụ cung cấp trong nhóm dân tộc thiểu số còn

hạn chế. Trong khi đó, kiến thức và hiểu biết về các vấn đề về dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con thì đều hạn chế ở cả hai nhóm, tuy nhóm dân tộc Kinh ít nhiều có hiểu biết hơn.

Tiếp cận dịch vụ

Vì chưa được tiếp cận với thông tin HIV/AIDS, nên phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc thiểu số, cũng thiếu kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Điều này đã vô hình chung cản trở họ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ. Tỷ lệ phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV trong chăm sóc trước sinh vẫn còn thấp, đặc biệt ở miền núi và vùng sâu vùng xa (UNGASS 2010). Trong hầu hết các trường hợp, phụ nữ mang thai đến các phòng khám chăm sóc trước sinh không được tư vấn và xét nghiệm HIV. Điều này dẫn đến thực tế là hiện nay còn nhiều phụ nữ nhiễm HIV chưa được phát hiện (Đỗ Mai, 2008).

Tại bệnh viện đa khoa Điện Biên, chỉ có 8 trong 21 trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được xét nghiệm HIV và có hai trường hợp được phát hiện nhiễm HIV. Còn 13 trẻ không đến nhận kết quả xét nghiệm HIV với lý do là nhà quá xa bệnh viện (BV Đa khoa tỉnh Điện Biên).

Thực tế là trong số gần 100 phụ nữ mang thai nhiễm HIV ở Điện Biên, chỉ có 34% phụ nữ biết làm thế nào để tiếp cận được với dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con (TTPC HIV/AIDS tỉnh Điện Biên, 2009).

Trong nghiên cứu này, nam giới cũng thiếu kiến thức về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con như phụ nữ, thậm chí ở những địa bàn có các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Nhiều người trong số họ nói rằng họ chưa bao giờ tiếp cận với thông tin về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Lý do có thể là hầu hết các chương trình truyền thông về chăm sóc trước sinh và dự phòng lây truyền mẹ con đều tập trung vào phụ nữ. Bên cạnh đó, một số nam giới vẫn không muốn sử dụng bao cao su khi quan hệ với vợ ngay cả khi họ biết là họ nhiễm HIV dương tính.

"Tôi bị nhiễm HIV, nhưng vợ tôi không bị nhiễm. Nghĩa là tôi không thể truyền bệnh cho vợ tôi được. Vì vậy, tôi không cần dùng bao cao su. Người ta khuyên tôi, nhưng mà tôi không thấy không cần phải làm như vậy." (PVS, nam, 26 tuổi, Ngọc Hồi, Kon Tum).

Theo quan điểm của khách hàng sử dụng dịch vụ tại các phòng khám ngoại trú, các đơn vị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở An Giang và Điện Biên, chất lượng của các điểm cung cấp dịch vụ hiện tại có thể làm hài lòng người nhiễm HIV. Tuy nhiên, ở Kon Tum thì khác, người dân phải tìm đến dịch vụ thông qua một đơn vị lồng ghép tại khoa các bệnh truyền nhiễm, dịch vụ còn hạn chế, chủ yếu điều trị tại khoa, cấp phát thuốc. Số bác sỹ và nhân viên y tế ít và kiêm nhiệm. Một số khách hàng có vẻ không hài lòng khi nhận các dịch vụ ART và dịch vụ tư vấn do phải chờ đợi lâu và thái độ thiếu mềm mỏng của cán bộ y tế khiến họ phải ngại ngùng. Chỉ có duy nhất một phòng khám và phát thuốc cho tất cả các bệnh nhân trong bệnh viện, nên tất cả các bệnh nhân HIV thường phải đợi đến lượt sau khi tất cả các bệnh nhân khác khám và nhận thuốc xong. *"Không có một lời giải thích, chỉ có chờ đợi"* (Một phụ nữ Gia Rai 35 tuổi, Kon Tum).

Bảng 7. Số bệnh nhân bỏ điều trị tại các phòng khám ngoại trú ở Điện Biên

	Tổng số bỏ điều trị	Kinh	Dân tộc
PKNT tại TTPC HIV/AIDS Điện Biên	23 (19 người lớn và 4 trẻ em,)	10	12 Thái và 1 Hmông
Phòng khám ngoại trú tại BV tỉnh	40	9	31 Thái
PKNT huyện Tuần Giáo	4		4 Thái (1 trẻ em)

Nguồn: TTPC AIDS tỉnh Điện Biên

Theo những cán bộ cung cấp các dịch vụ Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và dịch vụ cho trẻ em có nguy cơ/dễ bị ảnh hưởng, thì vẫn còn một bộ phận bệnh nhân bỏ điều trị hoặc không thể theo dõi được. Có nhiều lý do dẫn đến vấn đề này, như sợ hãi bị kỳ thị sau khi sử dụng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, hay làm việc xa nhà, chuyển đến một phòng khám ngoại trú thuận tiện hơn, không nhận thức được sự cần thiết của thuốc ARV...

4.4 Các rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS

Trình độ văn hóa thấp, và sự khác biệt về văn hóa và ngôn ngữ

Phụ nữ dân tộc thiểu số không tìm kiếm và sử dụng dịch vụ bởi vì họ không biết họ đang mang thai³³, không biết đến các dịch vụ chăm sóc thai nghén³⁴, và không nhận thức được lợi ích của việc chăm sóc trước sinh³⁵. Có sự khác biệt lớn trong hiểu biết về HIV/AIDS của những người dân sinh sống ở khu vực miền núi, đặc biệt là nhóm thuộc dân tộc thiểu số. Lý do chính giải thích cho điều này là trình độ văn hóa của họ rất thấp. Hầu hết phụ nữ thuộc dân tộc thiểu số mới học cấp một. Một số đối tượng phỏng vấn cho biết họ chưa bao giờ từng đến trường.

Do trình độ hạn chế, những người phụ nữ này khó có thể tiếp thu và ghi nhớ được các thông điệp truyền thông thay đổi hành vi và kiến thức về lây truyền cũng như các cách phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS.

“Em cũng biết đọc, mặc dù viết không tốt đâu. Nhưng em ngại đọc lắm, những tờ rơi có nhiều tranh thì xem một tí, nhiều chữ là ngại đọc, khó nhớ hết được họ nói gì trong đó” (Nữ 39 tuổi, dân tộc Khmer)

Có một số phụ nữ dân tộc thiểu số nói rằng họ nghèo hoặc không hiểu rõ ràng về những gì họ được tư vấn và hướng dẫn. Hầu hết họ đều không biết đọc biết viết hoặc trình độ học vấn thấp. Do đó, họ thậm chí không nhớ khi nào phải dùng thuốc và dùng như thế nào. Điều này làm cho việc tuân thủ liệu pháp điều trị trở thành một thử thách trong điều trị và theo dõi.

“Em không biết rõ cho đến khi anh nói kỹ về cách uống thuốc phải đúng giờ. Hình như bác sỹ cũng dặn dò, nhưng vì dặn nhiều thứ một lúc nên em không hiểu hết và nhớ hết được” (Nữ 45 tuổi dân tộc Thái)

Người phụ nữ dân tộc Thái này bị nhiễm HIV ở Điện Biên nói rằng cô ấy thường xuyên quên uống thuốc. Nhưng đó có vẻ không thành vấn đề gì với cô, chỉ đơn giản là cô uống thuốc bất cứ khi nào cô

³³ Trung tâm Nghiên cứu Phát triển Xã hội, 2005

³⁴ Minh, N.H., 2001, Viện Xã hội học

³⁵ Đức, T.V., 2004, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

nhớ. Cô ấy không biết rằng thời gian uống thuốc ARV cần phải được thực hiện đúng giờ và nghiêm túc. Điều này có nghĩa là cô không thực sự hiểu những lời hướng dẫn của bác sỹ hoặc việc tư vấn không rõ ràng do rào cản ngôn ngữ.

So sánh thảo luận nhóm giữa nhóm người Kinh và nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số cho thấy rằng trình độ học vấn thấp liên quan đến việc hiểu biết kém hơn về HIV/AIDS và các thông tin liên quan đến dự phòng lây truyền mẹ con. Điều này cho thấy những cản trở cả về ngôn ngữ và các cấp độ học vấn khác nhau.

Tại phòng tư vấn nhóm đánh giá có cơ hội tiếp xúc (phỏng vấn sâu) với những phụ nữ người dân tộc thiểu số. Tiếp xúc với những phụ nữ này thông qua phiên dịch không phải là điều dễ dàng. Các bác sỹ điều trị phản ánh họ cũng gặp nhiều khó khăn trong tư vấn, chăm sóc cho phụ nữ dân tộc thiểu số có trình độ học vấn thấp. Nhân viên tại phòng khám hoặc những người tình nguyện làm phiên dịch cho những đối tượng này không phải lúc nào cũng sẵn sàng và làm việc một cách hiệu quả.

“Ở đây cũng có nhân viên là người dân tộc thiểu số, người có thể phụ trách hoặc giúp phòng khám tiếp cận tốt hơn với đồng bào dân tộc thiểu số. Nhưng số lượng bệnh nhân đông quá thì khó khăn lắm” (Nhân viên chăm sóc tại phòng khám ngoại trú BV huyện Tuần Giáo, Điện Biên).

Ngoài lý do trình độ học vấn thấp, sự khác biệt về văn hóa và ngôn ngữ cũng là một rào cản trong việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe của phụ nữ thuộc dân tộc thiểu số và gia đình họ. Tập quán sinh con tại nhà vẫn còn là một rào cản đối với người phụ nữ dân tộc thiểu số khi tiếp cận dịch vụ. Ở một số khu vực, nam giới không muốn vợ mình đi khám bệnh, điều này đã làm hạn chế cơ hội nhận các dịch vụ chăm sóc trước sinh của người phụ nữ.

Ở các khu vực tập trung nhiều dân tộc thiểu số, các phòng khám ngoại trú đã có nhiều sáng kiến về điều động cán bộ là người dân tộc để họ có thể dễ dàng giao tiếp với bệnh nhân bằng tiếng dân tộc. Điều này giúp thu hẹp sự khác biệt về ngôn ngữ, từ đó tăng cường sử dụng dịch vụ của phụ nữ dân tộc thiểu số. Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về ngôn ngữ không phải là rào cản lớn đối với các khách hàng sử dụng dịch vụ (là người dân tộc) trong việc trao đổi/giao tiếp với các cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở các địa bàn nghiên cứu vì họ có thể nhận được sự giúp đỡ từ người khác. Tuy nhiên, những khác biệt về

ngôn ngữ lại có thể ngăn cản họ không tiếp cận được với thông tin và giáo dục, các dịch vụ hiện có và tuân thủ điều trị.

Một số phụ nữ dân tộc trẻ tuổi đã bày tỏ sự hiểu lầm của họ về các nội dung và mục đích của một tờ áp phích bằng ngôn ngữ tiếng Việt khi họ được yêu cầu nói lên những gì mà họ hiểu. Thật bất ngờ là thậm chí một cô gái người Khmer rất trẻ đã được học ở trường trung học không hiểu rõ, thậm chí nói ngược lại so với nghĩa của tờ áp phích đó. (Thảo luận nhóm với nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số tại Tịnh Biên, An Giang)

Tại địa bàn nghiên cứu, người Khmer đang phải đối diện với một vấn đề lớn khi tiếp cận và sử dụng các dịch vụ HIV/AIDS. Theo truyền thống trẻ em gái Khmer thì không được đến học tại chùa như các bé trai do vậy chắc chắn trẻ em gái sẽ gặp khó khăn nhất định trong tiếp cận đến các thông tin về kỹ năng sống sau này. Người Khmer sống cùng nhau trong một cộng đồng khá gần gũi mật thiết và họ không giao tiếp với nhau bằng tiếng Việt, điều này có thể làm cho kỹ năng tiếng Việt của họ không được cập nhật và có thể càng khó khăn hơn khi tiếp cận các sản phẩm truyền thông hoặc giao tiếp tiếng Việt.

Điều kiện kinh tế

Tình trạng đói nghèo trong các dân tộc thiểu số vẫn còn phổ biến, thậm chí là ở những đất nước có mức tăng trưởng nhanh chóng³⁶. Việt Nam đang trở thành một đất nước có thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình, điều đó sẽ cải thiện mức sống của người dân nói chung, với những tác động tích cực đến sức khỏe con người. Tuy nhiên, sự khác biệt về thu nhập giữa các vùng miền trên toàn quốc vẫn còn tồn tại. Người nghèo và người dân tộc thiểu số sống ở miền núi và vùng sâu vùng xa vẫn chưa được hưởng lợi hoàn toàn như mong muốn từ sự tăng trưởng kinh tế. Công cuộc xóa đói giảm nghèo gặp phải những trở ngại, sự khác biệt về thu nhập và mức sống giữa các nhóm xã hội khác nhau và các vùng miền khác nhau đang có xu hướng gia tăng³⁷.

“Ngay cả khi được miễn phí tiền khám và chữa bệnh, phát thuốc không mất tiền, thì em hàng tháng vẫn phải chi tiền đi lên viện khám rồi đi về. Nếu như em ở gần viện hơn, sẽ đỡ tốn khoản tiền này” (Bệnh nhân nhiễm HIV tại phòng khám BV tỉnh Điện Biên).

³⁶ Rob Swinkels và Carrie Turk, Ngân hàng Thế giới, 2006: Lý giải Nghèo dân tộc thiểu số ở Việt Nam: một bản tóm tắt các xu hướng gần đây và những thử thách hiện nay.

³⁷ Bộ Y tế, 2006. Báo cáo Y tế Việt Nam.

Mặc dù được hưởng lợi từ Chương trình 139, người nghèo có thể sẽ vẫn phải đối mặt với một rào cản khi sử dụng dịch vụ y tế tại các bệnh viện ở tuyến cao hơn do chi phí gián tiếp, bao gồm cả chi phí cho ăn uống và đi lại. Trong nhóm người nghèo thì nhóm người dân tộc thiểu số còn nghèo hơn. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhóm dân tộc thiểu số chiếm 39% tổng số người nghèo, mặc dù chỉ chiếm 14% tổng số dân số của Việt Nam³⁸. Như đã đề cập ở trên, có một tỷ lệ khá cao người dân tộc thiểu số nhiễm HIV đã bỏ điều trị. Theo các nhà quản lý chương trình, trong những lý do bỏ điều trị thì chi phí và thời gian tốn kém được coi là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng.

Sự khó khăn về mặt địa lý

Điều kiện địa lý vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở các khu vực miền núi. Không xem xét trên khía cạnh điều kiện kinh tế, nói chung người dân miền núi thường tiếp cận các dịch vụ sức khỏe ít hơn so với người dân sống ở vùng đồng bằng. Do diện tích địa lý rộng, các dịch vụ HIV/AIDS lại không bao phủ được toàn bộ các nhóm dân cư. Nhiều phụ nữ dân tộc nói rằng họ phải đi bộ những quãng đường rất dài mới tới được trạm xe buýt để đến phòng khám ngoại trú bởi vì làng/bản của họ ở xa và khó tìm thấy phương tiện giao thông đi lại phù hợp. Điều này cho thấy vị trí đặt các phòng khám ngoại trú trong khu vực cần phải được quan tâm để tất cả người dân trên địa bàn có thể bình đẳng tiếp cận dịch vụ.

Đối với các dịch vụ TVXNTN, do họ sống xa trung tâm tỉnh, nơi mà dịch vụ TVXNTN sẵn có hoặc do thiếu thông tin nên họ không biết đến sự tồn tại của các dịch vụ TVXNTN.

Một nghiên cứu cho thấy rằng ngay cả khi họ biết sự sẵn có của các dịch vụ, họ không thể tiếp cận vì khoảng cách quá xa xôi³⁹. Có một thực tế trong nghiên cứu



Ảnh 5. Phòng TVXNTN tại Tuần Giáo, Điện Biên

³⁸ Trần Mai Oanh 2009: Xem xét các rào cản để truy cập dịch vụ y tế cho các nhóm được lựa chọn ở Việt Nam: Một nghiên cứu trường hợp.

³⁹ HIV và tỷ lệ hiện mắc giang mai và các hành vi nguy cơ đối với lây nhiễm HIV trong nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam – Bộ Y tế 2007

này là phụ nữ dân tộc thiểu số sẽ gặp khó khăn hơn do những rào cản về mặt địa lý.

Mức độ bao phủ của dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở Việt Nam khá cao đã tạo điều kiện để cung cấp dịch vụ Dự phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con cho một số lượng lớn phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, không phải tất cả các cơ sở y tế đều cung cấp các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, chẳng hạn như ở trạm y tế xã nơi mà tỷ lệ phụ nữ đến khám thai chiếm khá cao thì dịch vụ lại còn rất thiếu. Thêm vào đó, có nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tỷ lệ phụ nữ dân tộc thiểu số đẻ tại nhà, không sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh tại cơ sở y tế rất cao và cao hơn nhiều người Kinh⁴⁰.

Bảng 8. Tỷ lệ % phụ nữ sinh tại cơ sở y tế năm 2009 một số tỉnh

Địa bàn	Tỷ lệ % đẻ tại cơ sở y tế	Tỷ lệ % phụ nữ đẻ tại nhà hoặc trên đường đi	Tỷ lệ % người dân tộc thiểu số tại địa bàn	Tỷ lệ % người kinh tại địa bàn
Điện Biên	30,8	69,2	79,5	20,5
Lai Châu	31,0	69,0	87,3	12,7
Gia Lai	63,9	36,1	48,0	52,0
Bắc Giang	100	0,0	11,9	88,1

Trong bảng 8 cho thấy, tại Điện Biên với tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao (gần 80%), tỷ lệ phụ nữ đẻ tại các cơ sở y tế rất thấp, chỉ chiếm 30,8%, số còn lại khoảng gần 70% phụ nữ đẻ tại nhà. Nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con tại nhà không chỉ vì đó là tập quán của họ mà còn do nhà họ ở quá xa cơ sở y tế. Đó là một trong những khó khăn trong tiếp cận người nhiễm HIV và cung cấp kịp thời các dịch vụ Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Phân biệt và kỳ thị

Vấn đề kỳ thị trong cộng đồng vẫn còn nặng nề. Ngoài ra, sự tự kỳ thị của người nhiễm HIV cũng là một rào cản lớn trong việc tiếp cận các dịch vụ. Theo quy định, việc tiếp cận các chương trình phúc lợi xã hội thường đòi hỏi sự công khai về tình trạng HIV. Điều đó khiến người nhiễm HIV cân nhắc về việc có nên nhận các hỗ trợ này hay không. Do kỳ thị và sợ bị kỳ thị vẫn còn tồn tại nên người nhiễm HIV thường đi xa khỏi nơi họ sống để sử dụng dịch vụ HIV/AIDS

⁴⁰ Đại học Y Thái Bình, 2009: Nghiên cứu thực trạng chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại 14 tỉnh Việt Nam

nhằm tránh họ hàng và người quen. Nhiều trường hợp phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV dương tính không trở lại với chương trình do sợ bị kỳ thị.

Một phụ nữ người Khmer đã phải che mặt khi đến phòng khám ngoại trú Tịnh Biên để tham gia phỏng vấn sâu. Chị ấy nói: "tôi sẽ chết mất nếu có ai đó nhìn thấy tôi đi đến đây" (PVS, một phụ nữ dân tộc Khmer, An Giang).

"Chúng tôi phải đợi tất cả những bệnh nhân "bình thường" được khám và sau đó đến lượt chúng tôi nhận dịch vụ, tất cả những người còn lại là những người nhiễm HIV/AIDS. Bác sỹ và y tá thường điều trị cho chúng tôi với những hành vi thiếu lịch sự" (PVS, một phụ nữ dân tộc Sê đăng, Kon Tum).

Có điều ngạc nhiên là với một số ít người phụ nữ dân tộc thiểu số có *trình độ học vấn thấp* thì sự kỳ thị liên quan tới xét nghiệm HIV dường như lại không phải là một trở ngại đối với việc sử dụng các dịch vụ TVXNTN và LTMC. Hầu hết phụ nữ nhiễm HIV cho biết họ chưa bao giờ lo lắng bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Lý do là kiến thức những phụ nữ dân tộc thiểu số này và có thể trong cộng đồng người dân của họ còn quá hạn chế đến mức họ không quan tâm đến vấn đề lây truyền. Như đã nói ở trên, nhiều người dân tộc thậm chí chưa từng nghe về HIV/AIDS. Tuy nhiên, phụ nữ thuộc dân tộc thiểu số ở những nơi có trình độ văn hóa cao hơn thì sự kỳ thị và phân biệt càng nhiều hơn và rõ hơn, ví dụ như đối với nhóm người dân tộc Thái, sự kỳ thị đang trở thành một rào cản đối với tiếp cận dịch vụ của họ.

5. Kết luận

Phát hiện ban đầu cho thấy việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ liên quan đến HIV/AIDS của phụ nữ và trẻ em người dân tộc thiểu số có những hạn chế nhất định so với người dân tộc Kinh. Nhiều yếu tố được xem là có thể ảnh hưởng đến sự hạn chế tiếp cận dịch vụ này bao gồm:

- Các chính sách và kế hoạch ở cấp quốc gia và cấp địa phương hiện tại chưa đề cập nhiều đến công tác chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho phụ nữ và trẻ em nhiễm HIV/AIDS trong các cộng đồng người dân tộc thiểu số.
- Chất lượng, sự sẵn có và độ bao phủ của các dịch vụ cung cấp tại các tỉnh nghiên cứu rất khác nhau, trong đó tại tỉnh thiểu hỗ trợ từ các tổ chức quốc tế, các dịch vụ này rất hạn chế.
- Sự sắp xếp các điểm cung cấp dịch vụ hoặc hệ thống chuyển tuyến chưa đề cập nhiều đến tiêu chí vùng có nhiều người dân tộc thiểu số nhiễm HIV.
- Các yếu tố về trình độ văn hóa thấp, khác biệt về ngôn ngữ, điều kiện kinh tế, sự khó khăn về mặt địa lý, sự phân biệt và kỳ thị, và năng lực của hệ thống cung cấp dịch vụ tại tuyến huyện và xã được coi là ảnh hưởng đến tiếp cận của người dân tộc thiểu số.

Cần phải có những can thiệp thích hợp giải quyết các vấn đề nêu trên nhằm đảm bảo tính công bằng trong chăm sóc sức khỏe nói chung và cải thiện khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ HIV/AIDS nói riêng cho phụ nữ và trẻ em người dân tộc thiểu số.

6. Các khuyến nghị

Phần khuyến nghị sau đây nêu ra những gợi ý hướng tới xây dựng và củng cố các chính sách và các giải pháp chiến lược nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ HIV/AIDS của đồng bào dân tộc thiểu số nói chung ở Việt Nam. Bên cạnh đó, nhóm nghiên cứu cũng đưa ra một số gợi ý mang tính chất chiến lược nhằm cải thiện công tác cung cấp dịch vụ về HIV/AIDS tại địa phương.

Gợi ý về phát triển chính sách

Cần có các chính sách và kế hoạch nhằm nâng cao nhận thức xã hội về những vấn đề của người dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ có chất lượng về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Nhằm xây dựng các chính sách phù hợp, cần tăng cường công tác thu thập và phân tích một cách hệ thống các bằng chứng và số liệu nhằm tìm hiểu sâu sắc hơn về thực trạng vấn đề nổi cộm hiện nay đối với phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số ở những vùng khó khăn trên phạm vi toàn quốc.

Cụ thể hơn, Bộ Y tế cần

- Nhằm đảm bảo tính công bằng và bình đẳng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc và điều trị cần xem xét đề cập và phân tích đến các vấn đề về người dân tộc thiểu số trong chương trình nghị sự phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt khi Bộ Y tế đang chuẩn bị cho giai đoạn mới của cuộc chiến quốc gia phòng, chống HIV/AIDS, 2012-2020, Chương trình mục tiêu quốc gia về HIV/AIDS cũng như cập nhật các hướng dẫn kỹ thuật.
- Đưa các chỉ số về HIV/AIDS trong nhóm dân tộc thiểu số vào khung giám sát và đánh giá ở cấp quốc gia cũng như các cấp địa phương nhằm cung cấp các dữ liệu có giá trị và đáng tin cậy để xác định tình hình thực tế, phân tích và đưa ra các ưu tiên can thiệp.
- Các yếu tố liên quan đến vấn đề tiếp cận công bằng các dịch vụ liên quan đến HIV/AIDS cho người dân tộc thiểu số cần được xây dựng và đưa vào các hạng mục rõ ràng cụ thể.

- Các vấn đề HIV/AIDS liên quan đến người dân tộc thiểu số cần được đưa vào chương trình nghị sự của nhóm công tác về HIV, nhằm mở ra các diễn đàn trong cộng đồng các nhà tài trợ liên quan.

Khuyến cáo về cải thiện dịch vụ và tiếp cận dịch vụ tại địa phương

- Tăng cường hoạt động truyền thông trong nhóm dân tộc thiểu số về tầm quan trọng và sự sẵn có của các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS, bao gồm cả tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; hỗ trợ trẻ mồ côi và dễ bị tổn thương; hỗ trợ các nhóm có HIV/AIDS; khám và điều trị nhiễm trùng cơ hội; và hỗ trợ về mặt xã hội và kinh tế.
- Sử dụng các giải pháp can thiệp phù hợp với đặc điểm của người dân tộc thiểu số, nhằm giải quyết các rào cản trong tiếp cận nguồn thông tin và dịch vụ. Truyền thông trực tiếp được xem là hiệu quả khi người dân tộc thiểu số có các rào cản về ngôn ngữ, phong tục, và tập quán. Do vậy, cần củng cố đội ngũ và nâng cao kiến thức và các kỹ năng truyền thông cho nhân viên y tế thôn bản, nhân viên y tế xã là người dân tộc thiểu số là chiến lược quan trọng. Tổ chức hoạt động cung cấp dịch vụ ngoại trạm đến tận người dân tại thôn/bản thông qua các nhóm lưu động, đội ngũ y tế thôn bản.
- Lồng ghép các dịch vụ dự phòng lây truyền mẹ con với chương trình làm mẹ an toàn, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các vùng khó khăn cần được đẩy mạnh nhằm tăng cường khả năng tiếp cận, sử dụng và duy trì các dịch vụ này trong nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số. Các xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai cần được miễn phí thông qua bảo hiểm y tế hoặc thẻ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo.
- Cung cấp kiến thức đầy đủ cho phụ nữ trẻ, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước sinh của phụ nữ đang mang thai, đặc biệt trong nhóm người dân tộc thiểu số. Khi thiết kế các chương trình và tài liệu truyền thông, cần đề cập đến các yếu tố phù hợp với ngôn ngữ và văn hóa của người dân tộc thiểu số.
- Tại địa phương, việc bố trí các điểm dịch vụ cần phải được xem xét tương ứng với tỷ lệ các nhóm dân tộc thiểu số cũng như địa lý và địa hình hoặc thiết lập hệ thống chuyển tuyến thích hợp để đảm bảo tính công bằng và bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ.

- Một số quy định cần được rà soát và xem xét sửa đổi nhằm nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ cho người nhiễm HIV và trẻ em nhiễm HIV. Ví dụ, việc kết hợp lồng ghép giữa kiểm tra sức khỏe định kỳ, cấp thuốc hàng tháng cho cả bà mẹ và trẻ em trong cùng một ngày có thể giảm bớt thời gian và chi phí đi lại. Tương tự như vậy, có thể cân nhắc việc khám định kỳ và cấp thuốc hai tháng một lần một cách đều đặn thay vì một lần một tháng để tạo nhiều cơ hội cho người nhiễm HIV làm việc xa nhà có thể tiết kiệm chi phí đi lại và tiết kiệm thời gian.
- Các cơ sở y tế nên có những hướng dẫn bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau. Các tài liệu thông tin, giáo dục, truyền thông cần phù hợp với văn hóa và ngôn ngữ dân tộc thiểu số. Ngoài ra, việc điều động cán bộ tại cơ sở y tế cần cân nhắc tới việc lựa chọn cán bộ có năng lực, là người dân tộc, đặc biệt là trong hoạt động thông tin giáo dục truyền thông và các vị trí tư vấn viên.
- Tổ chức các hoạt động truyền thông hoặc các đào tạo cho cán bộ y tế các cấp về chủ đề giảm kỳ thị, phân biệt và đối xử với người nhiễm HIV trong các cơ sở y tế.
- Huy động mọi nguồn lực thông qua chính quyền địa phương và phối hợp với các ban ngành đoàn thể như Đoàn Thanh niên, Hội Phụ nữ, các tổ chức xã hội trong truyền thông cộng đồng nhằm giảm kỳ thị, phân biệt đối xử; và vận động người dân tộc thiểu số tham gia tích cực vào các hoạt động có liên quan đến y tế và HIV/AIDS tại địa phương.

Tài liệu tham khảo

1. Trung tâm Nghiên cứu Phát triển xã hội, Tín ngưỡng, phong tục, tập quán trong chăm sóc thai nghén và sinh đẻ của phụ nữ dân tộc tỉnh Nghệ An. 2005.
2. Quyết định số 1107/2009/QĐ-TTg nâng cao năng lực của hệ thống phòng chống HIV nhằm thực thi luật pháp ở cấp trung ương và tỉnh/thành giai đoạn 2010 – 2015.
3. Quyết định số 14/2008/QĐ-BYT xây dựng Kế hoạch hành động về quản lý và phối hợp tài trợ cho công tác Phòng chống AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2008 – 2010 với tầm nhìn năm 2020.
4. Quyết định số 28/2008/QĐ-BYT xây dựng biểu mẫu báo cáo định kỳ và cơ sở dữ liệu cho các hoạt động liên quan HIV.
5. Quyết định số 4361/2007/QĐ-BYT ban hành "Các quy trình chăm sóc và điều trị nhằm dự phòng lây truyền từ mẹ sang con."
6. T.V.Đức, Kiến thức, thái độ và thực hành chăm sóc trước sinh của phụ nữ ở xã Tà Nhiu, huyện Xín Mần, tỉnh Hà Giang, 2004. Đại học Y tế Công cộng Hà nội, 2005.
7. HIV và tỷ lệ hiện mắc giang mai và các hành vi nguy cơ đối với lây nhiễm HIV trong nhóm dân tộc thiểu số ở Việt Nam – Bộ Y tế 2007.
8. Thông tư liên bộ số 147/2007/TTLT-BTC-BYT do Bộ Tài chính và Bộ Y tế ban hành về Hướng dẫn quản lý và sử dụng các nguồn vốn trong quá trình thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia, phòng chống các bệnh xã hội, các dịch bệnh nguy hiểm, và HIV/AIDS trong giai đoạn 2006 -2010.
9. Đỗ Mai, Tiến sĩ YTCC và Vũ Lung, Thạc sĩ YTCC 2008: Tư vấn và xét nghiệm HIV trong chăm sóc trước sinh ở Việt Nam: Đối tượng nào nhận/không nhận được dịch vụ?
10. N.H.Minh, Các hoạt động và tác động của kênh truyền thông về sức khỏe sinh sản, dân số và kế hoạch hóa gia đình đối với người dân tộc Mông và Dao ở miền núi phía Bắc. 2001, Viện xã hội học.

11. Rob Swinkels và Carrie Turk, Ngân hàng Thế giới, 2006: Lý giải Nghèo Dân tộc thiểu số ở Việt Nam: tóm tắt các xu hướng gần đây và những thách thức hiện nay.
12. Báo cáo lần 2 năm 2010 về Điều tra thanh niên Việt Nam
13. Thai Binh University, 2009: Situation study on mother and child health care in 14 provinces in Vietnam
14. Báo cáo Quốc gia lần thứ 4 về Thực hiện Cam kết về phòng chống HIV/AIDS (UNGASS), Tháng 3, 2010
15. Báo cáo Quốc gia lần thứ 3 về Thực hiện Cam kết về phòng chống HIV/AIDS (UNGASS), Tháng 1, 2008.
16. Nguyễn Anh Thu, Pauline Oosterhoff, Phạm Ngọc Yến, Pamela Wright, và Anita Hardon, 2008: *Các rào cản đối với việc tiếp cận Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong điều kiện nguồn lực đầy đủ tại Việt Nam.*
17. Trần Kim Oanh, 2009. Thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người nghèo ở các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây nguyên
18. Trần Mai Oanh 2009: Xem xét các rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ sức khỏe cho các nhóm được lựa chọn ở Việt Nam: Một nghiên cứu trường hợp.
19. Trương Hoàng Mối, Võ Thị Kim Hoàn, Đặng Xuân Điền. 2008: Báo cáo kết quả khảo sát kiến thức người chăm sóc trẻ nhiễm HIV và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tại phòng khám ngoại trú nhi bệnh viện An Giang.
20. UNICEF, UNAIDS, WHO và UNFPA (2009), Trẻ em và AIDS: Báo cáo kiểm kê lần thứ 4.

Phụ lục

Phụ lục 1: DANH SÁCH CÁN BỘ ĐƯỢC PHÒNG VẤN

ST T	Họ và tên	Chức vụ	Nơi làm việc
1	Hoàng Trọng Đức	Giám đốc	Trung tâm CSSKSS tỉnh Kon Tum
2	Trần Văn Bình	Trưởng phòng	Sở y tế tỉnh Kon Tum
3	Nguyễn Thị Ven	Giám đốc	Sở y tế tỉnh Kon Tum
4	Lê Vĩnh Lạc	Bác sĩ	Khoa sản/phụ, BV ĐK tỉnh Kon Tum
5	Võ Thị Ngọc Thu	Bác sĩ	Khoa sản/phụ, BV ĐK tỉnh Kon Tum
6	Ngô Đây	Trưởng khoa	Khoa truyền nhiễm, BV tỉnh Kon Tum
7	Y Dư K	Phó giám đốc	TT YTDP tỉnh Kon Tum
8	Thành Minh Hùng	Giám đốc	TT YTDP Huyện Ngọc Hồi, tỉnh Kon Tum
9	Trình Thị Mỹ Tiến	Bác sĩ	BV tỉnh An Giang
10	Nguyễn Văn Sách	Giám đốc	BV tỉnh An Giang
11	Dương Hoàng Dũng	Giám đốc	BV huyện Tịnh Biên, tỉnh An Giang
12	Khổng Minh Châu	Cán bộ quản lý	OPC huyện Tịnh Biên, tỉnh An Giang
13	Huỳnh Thao Trường	Phó giám đốc	TT CSSKSS tỉnh An Giang
14	Nguyễn Thanh Thúy	Trưởng khoa	BV tỉnh An Giang
15	Hà Văn Tâm	Giám đốc	BV huyện Tân Châu, tỉnh An Giang
16	Phan Thị Tuyết Phượng	Bác sĩ	Khoa sản/phụ BV huyện Tân Châu, tỉnh An Giang
17	Lý Anh Tuấn	Cán bộ quản lý	OPC, huyện Tân Châu, tỉnh An Giang
18	Mai Hoàng Anh	Giám đốc	TT PC HIV/AIDS/ Lao, tỉnh An Giang
19	Phan Thanh Viên	Cán bộ quản lý	OPC, TP Long Xuyên, tỉnh An Giang
20	Trịnh Thị Loan	Cán bộ	OPC, huyện Tuần Giáo, tỉnh Điện Biên
21	Tran Thi Le Quyen	Bác sĩ	BV huyện Tuần Giáo, tỉnh Điện Biên
22	Hoàng Thị Tĩnh	Giám đốc	TT CSSKSS tỉnh Điện Biên
23	Hoàng Thị Chương	Bác sĩ	BV tỉnh Điện Biên
24	Trần Thị Hằng	Cán bộ quản lý	OPC, huyện Tuần Giáo, tỉnh Điện Biên

ST T	Họ và tên	Chức vụ	Nơi làm việc
26	Trương Kỳ Phong	Phó giám đốc	Sở y tế tỉnh Điện Biên
27	Trần Văn Thọ	Phó giám đốc	TT PC HIV/AIDS tỉnh Điện Biên
28	Nguyễn Thị Lệ	Cán bộ quản lý	OPC, BV tỉnh Điện Biên
29	Nguyễn Văn Minh	Giám đốc	BV huyện Điện Biên Đông, tỉnh Điện Biên
30	Vừ A Công	Phó giám đốc	BV huyện Điện Biên Đông, tỉnh Điện Biên

Phụ lục 2: BỘ CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU CÁN BỘ LÃNH ĐẠO

Trọng tâm

- Chiến lược và kế hoạch của địa phương, cơ sở dịch vụ liên quan tới việc cung cấp các dịch vụ TVXNTN, PKNT và LTMC.
- Cơ chế phối hợp và hợp tác với các tổ chức ban, ngành trong việc nâng cao khả năng tiếp cận và cung cấp dịch vụ cho các nhóm đích, đặc biệt người dân tộc thiểu số.
- Yếu tố thuận lợi và thách thức liên quan đến việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ HIV tại địa phương.

Đối tượng

- Lãnh đạo SYT, Giám đốc TT AIDS tỉnh, Giám đốc TTCSSKSS
- Giám đốc BV tỉnh, Giám đốc BV huyện

Nội dung phỏng vấn

1.1 Phòng vấn Giám đốc SYT, Trung tâm HIV/AIDS của tỉnh, và TTCSSKSS

1. Các chương trình, kế hoạch hành động của địa phương nhằm thực hiện Chương trình Quốc gia về kiểm soát HIV/AIDS, phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con, chăm sóc và điều trị cho bệnh nhi? hoặc ưu tiên/ưu đãi cho phụ nữ và trẻ em thuộc nhóm dân tộc thiểu số sống chung với HIV/AIDS không? Các chương trình được thực hiện như thế nào?
2. Những thuận lợi và khó khăn của tỉnh/thành phố trong việc triển khai các quy định và chính sách của chính phủ, nhà nước, Bộ y tế về kiểm soát HIV/AIDS ở địa phương? nhất là đối với phụ nữ và trẻ em thuộc nhóm dân tộc thiểu số?

3. Có sự khác biệt nào giữa nhóm phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ? tại sao?
4. Cơ chế phối hợp giữa ngành y tế (HIV/AIDS và SKSS) và với các ban ngành truyền thông và xã hội nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và cung cấp dịch vụ cho các nhóm đích? Giải pháp để nâng cao vai trò và sự tham gia của các thành phần trên?
5. Cơ chế hợp tác giữa các cấp/ngành có liên quan trong việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ và chuyển gửi? đặc biệt đối với vùng sâu, xa, biên giới và dân tộc thiểu số sinh sống (phối hợp trong ngành y tế giữa các tuyến và cùng tuyến (sản, nhi)
6. Nguồn ngân sách và kế hoạch hàng năm của việc cung cấp dịch vụ liên quan đến phòng chống HIV/AIDS?
7. Kế hoạch của địa phương trong phát triển đội ngũ cán bộ nhằm nâng cao chất lượng và độ bao phủ của các dịch vụ PC HIV/AIDS, đặc biệt cho phụ nữ và trẻ em, dân tộc thiểu số.
8. Các bài học thành công/thất bại, thuận lợi/khó khăn của mỗi chương trình: tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, phòng khám ngoại trú nhi và phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con?
9. Địa phương có kế hoạch gì để nâng cao chất lượng và hiệu quả việc cung cấp các dịch vụ trong một vài năm tới?
10. Ý kiến/kiến nghị cải thiện chương trình?

1.2 Phòng văn Lãnh đạo cơ sở cung cấp dịch vụ y tế của tỉnh: giám đốc bệnh viện tỉnh, giám đốc bệnh viện huyện

1. Mô tả các dịch vụ liên quan đến PC HIV/AIDS hiện đang thực hiện tại cơ sở? Có sự khác biệt về tiếp cận dịch vụ nhóm dân tộc thiểu số? Tại sao?
2. Các qui trình đảm bảo chất lượng cung cấp dịch vụ?
3. Có sự khác biệt nào giữa nhóm phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ? tại sao?
4. Nguồn ngân sách và kế hoạch hàng năm của việc cung cấp dịch vụ liên quan chăm sóc và điều trị cho phụ nữ và trẻ em?
5. Cơ chế hợp tác giữa cơ sở dịch vụ với các cơ sở khác, ban, ngành khác có liên quan trong việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ và chuyển gửi? (vật tư, trang thiết bị, thuốc, sơ đồ chuyển tuyến, thu thập số liệu và báo cáo...)
6. Các kế hoạch của cơ sở về phát triển đội ngũ cán bộ nhằm nâng cao chất lượng và độ bao phủ của các dịch vụ HIV/AIDS, đặc biệt cho phụ nữ và trẻ em?

7. Các thuận lợi và khó khăn của cơ sở trong việc triển khai các quy định, quy trình và chính sách của chính phủ về triển khai các dịch vụ liên quan HIV/AIDS?
8. Các bài học thành công/thất bại, thuận lợi/khó khăn của mỗi chương trình: tư vấn và xét nghiệm tự nguyện, phòng khám ngoại trú và phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con?
9. Cơ sở có kế hoạch gì để nâng cao chất lượng và hiệu quả cung cấp các dịch vụ trong những năm tới?
10. Kiến nghị cải thiện chương trình?

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐỐI VỚI NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ

Trọng tâm

- Hiệu quả hoạt động của nhân viên y tế cung cấp dịch vụ, thuận lợi/khó khăn của họ khi thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ
- Hạn chế về kiến thức và kỹ năng cung cấp dịch vụ
- Thái độ, sự kỳ thị và phân biệt đối xử
- Gợi ý giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ

Đối tượng phỏng vấn

- Cán bộ y tế trực tiếp cung cấp các dịch vụ phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con và các dịch vụ chăm sóc và điều trị cho trẻ nhiễm

Những câu hỏi chính

1. Hãy mô tả công việc liên quan đến dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, chăm sóc bệnh nhân HIV mà anh/chị đang làm hàng ngày?
2. Anh/chị có gặp khó khăn gì trong việc chăm sóc và cung cấp dịch vụ, đặc biệt cho bệnh nhân thuộc dân tộc thiểu số? (Ngôn ngữ, truyền thống, văn hóa, v.v...) Anh/chị cải thiện vấn đề này như thế nào? (anh/chị có nói được tiếng dân tộc ko?)
3. Có sự khác biệt nào giữa nhóm phụ nữ và trẻ em dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ? tại sao?
4. Anh/chị đã được tập huấn kiến thức và kỹ năng gì liên quan về HIV/AIDS? Anh/chị có nhận xét như thế nào về lợi ích và tính thực tiễn của các khóa tập huấn? Điều gì cần được bổ sung và chỉnh sửa để tăng cường hiệu quả?
5. Anh/chị có thấy tự tin về kiến thức và kỹ năng của bản thân khi cung cấp dịch vụ chăm sóc, điều trị cho người nhiễm/dối tượng nguy cơ cao không? Kỹ năng nào mà anh/chị thấy khó nhất?
6. Anh/chị đã được đào tạo về Luật liên quan đến HIV/AIDS? (quyền của khách hàng và quyền của người chăm sóc?)

7. Anh/chị được trang bị gì để thực hiện nhiệm vụ hàng ngày của mình? (Thiết bị phù hợp, thuốc, tài liệu, chỉ dẫn rõ ràng, v.v...)? phù hợp và đầy đủ? nếu thiếu, thiếu gì?
8. Anh/chị có tư vấn cho khách hàng mỗi lần cung cấp dịch vụ? Có các tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho phụ nữ và trẻ em (áp phích, tờ rơi, bảng flipchart, sách hướng dẫn, băng video, v.v...). Có tài liệu nào bằng tiếng dân tộc không?
9. Tuân thủ điều trị được theo dõi tại cơ sở như thế nào? khó khăn gì? (đặc biệt với người thiếu số)
10. Theo anh/chị có cách làm nào khác để nâng cao chất lượng và hiệu quả của dịch vụ tại cơ sở?
11. Anh/chị có yêu cầu hỗ trợ gì từ chương trình để nâng cao hiệu quả làm việc của mình?

HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU ĐỐI VỚI KHÁCH HÀNG

Trọng tâm

- HIểu biết và thái độ về phòng và điều trị HIV/AIDS
- Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện tại quận/huyện, (Các rào cản trong việc tiếp cận với dịch vụ)
- Sự hài lòng về chất lượng dịch vụ.

Đối tượng

- Phụ nữ và bà mẹ nhiễm HIV (dân tộc Kinh và không dân tộc thiểu số)
- Người chăm sóc bà mẹ và trẻ em nhiễm HIV (Kinh và dân tộc thiểu số)
- Trẻ em nhiễm HIV (đã bộc lộ - Kinh và dân tộc thiểu số)

Những câu hỏi chính

1. Anh/chị biết gì về HIV/AIDS? Những nguyên nhân và phương thức lây nhiễm HIV/AIDS? Làm thế nào để dự phòng lây nhiễm HIV? dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con?
2. Anh/chị có biết về các quyền về chăm sóc sức khỏe và quyền liên quan đến HIV/AIDS?
3. Anh/chị biết kiến thức và thông tin về các vấn đề trên từ nguồn nào?
4. Anh/chị có thường xuyên áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm HIV không? Khó khăn anh/chị gặp phải là gì?
5. Theo anh/chị, có thể đến đâu để được xét nghiệm HIV, để được chăm sóc và điều trị?
6. Những khó khăn anh/chị gặp phải khi tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và điều trị? Tại sao? (ví dụ: nhà xa nơi cơ sở cung cấp dịch vụ, sợ người khác biết tình trạng bệnh tật, chi phí dịch vụ, bị phân biệt đối xử, v.v...)
7. Anh/chị có hài lòng với dịch vụ chăm sóc điều trị mà anh/chị được cung cấp ngày hôm nay không? Vì sao? Cán bộ y tế có tư vấn cho anh/chị trước và sau khi khám bệnh không? Thái độ của họ như thế nào?
8. Anh/chị có phải trả thêm chi phí liên quan gì không?
9. Anh/chị có nhu cầu gì thêm về dịch vụ mà mình đang được cung cấp? Cần làm gì để cải thiện các dịch vụ?

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TẬP TRUNG VỚI NGƯỜI DÂN TRONG CỘNG ĐỒNG

Trọng tâm

- Kiến thức và thái độ về sức khỏe bà mẹ và trẻ em, về HIV/AIDS, về người nhiễm HIV
- Các yếu tố liên quan đến rào cản xã hội, phân biệt đối xử ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ của người nhiễm HIV/bệnh nhân AIDS
- Hạn chế về kiến thức cần phải bổ sung

Đối tượng

- Người dân trong cộng đồng (dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số: 5 người mỗi nhóm)

Những câu hỏi chính

1. Anh/chị biết gì về HIV/AIDS? Các nguyên nhân và phương thức lây nhiễm HIV/AIDS? (khai thác kỹ về lây truyền mẹ con)
2. Theo anh/chị, HIV có thể lây truyền như thế nào? Làm thế nào để phòng lây truyền HIV? đặc biệt lây truyền mẹ con?
3. Anh/chị biết đến các kiến thức và thông tin này từ đâu?
4. Theo anh/chị, người dân có thể đến đâu để được xét nghiệm HIV? Ở đó có bí mật không?
5. Anh/chị có biết những dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS ở đâu không? Ai thực hiện chăm sóc và điều trị bệnh nhân AIDS?
6. Anh/chị đã bao giờ tới một phòng khám, khoa điều trị mà ở đó có cung cấp dịch vụ cho người nhiễm HIV chưa? Nếu có, anh/chị có ngại gì không? vì sao?
7. Theo anh/chị có đáng lo ngại lây truyền HIV nếu cùng khám chung với họ tại cùng một phòng khám? Tại sao?
8. Anh/chị có cho con trẻ của mình học cùng lớp với trẻ nhiễm không?
9. Anh/chị có góp ý/gợi ý/kiến nghị gì khác để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ cho người dân không?

BẢNG KIỂM CƠ SỞ VẬT CHẤT, TTB TẠI CƠ SỞ VÀ SỐ LIỆU THỨ CẤP

A.	Cơ sở vật chất	Có	Không
1.	PMTCT bao gồm ít nhất 2 phòng tư vấn (1 phòng tư vấn cá nhân và 1 phòng tư vấn nhóm), 1 phòng theo dõi điều trị phòng LTMC. Thiết kế đảm bảo nguyên tắc 1 chiều: Khu vực khám thai → phòng tư vấn (trước xét nghiệm) → phòng khám thai khác (lấy máu) → khoa xét nghiệm → phòng tư vấn (sau xét nghiệm) → phòng theo dõi điều trị phòng LTMC.		
2.	Khu vực chờ khám thai riêng		
3.	Phòng tư vấn cá nhân		
4.	Phòng tư vấn nhóm (có đủ chỗ cho 15 thai phụ trở lên)		
5.	Phòng khám thai (lấy máu)		
6.	Phòng theo dõi, điều trị dự phòng LTMC		
B.	Trang thiết bị văn phòng	Có	Không
1.	Bàn, ghế, tủ		
2.	Điện thoại		
3.	Quạt, đồng hồ		
4.	TV, đầu Video, VCD/DVD		
5.	Tủ trưng bày tài liệu truyền thông		
6.	Giá để tài liệu truyền thông		
7.	Khác (ghi rõ).....		
C.	Trang thiết bị chuyên môn	Có	Không
8.	Bình đựng nước sát khuẩn (1 chiếc)		
9.	Bàn lấy bệnh phẩm (tốt nhất là bàn Inox), (1 chiếc)		
10.	Hộp/thùng đựng rác thải y tế (tùy theo số lượng)		
11.	Lavabo rửa tay (1 - 2 bộ)		
12.	Ống nghe (2 chiếc)		
13.	Máy đo huyết áp (2 bộ)		
14.	Nhiệt kế (2 chiếc)		
15.	Bộ khám TMH (1 - 2 bộ)		
16.	Cân (1 chiếc)		
17.	Búa phản xạ (1 chiếc)		
18.	Găng tay (số lượng theo nhu cầu)		
19.	Khẩu trang (phẫu thuật và N95) (số lượng theo nhu cầu)		
20.	Kính bảo hộ (2 chiếc)		
21.	Áo choàng (số lượng theo nhu cầu)		
22.	Xà phòng/nước sát khuẩn rửa tay (số lượng theo nhu cầu)		
23.	Khăn giấy lau tay dùng một lần (số lượng theo nhu cầu)		

A.	Cơ sở vật chất	Có	Không
24.	Ổng đựng máu (<i>số lượng theo nhu cầu</i>)		
25.	Khay đựng dụng cụ (<i>số lượng theo nhu cầu</i>)		
26.	Giá đựng bệnh phẩm (<i>số lượng theo nhu cầu</i>)		
27.	Bơm kim tiêm (<i>số lượng theo nhu cầu</i>)		
28.	Bông, gạc, cồn (<i>số lượng theo nhu cầu</i>)		
29.	Lịch làm hẹn tái khám cho bệnh nhân (<i>1 cuốn (có đủ chỗ để ghi tên/mã số bệnh nhân và ngày hẹn)</i>)		
30.	Khác (ghi rõ).....		
D.	Trang thiết bị xét nghiệm	Có	Không
31.	Xét nghiệm HIV		
32.	Xét nghiệm kháng định HIV		
33.	Công thức máu		
34.	Đường máu		
35.	Điện giải đồ		
36.	Ure		
37.	Creatinin		
38.	Men gan		
39.	Xquang lồng ngực		
40.	Soi đờm tìm BK		
41.	Cấy đờm tìm vi khuẩn		
42.	Nhuộm gram bệnh phẩm đờm		
43.	Cấy máu		
44.	Cấy nước tiểu		
45.	Cấy phân		
46.	Soi cấy da		
47.	Soi phân		
48.	Chọc dò sinh thiết hạch		
49.	CT sọ não		
50.	Xét nghiệm chẩn đoán giang mai		
51.	Siêu âm		
52.	Tốc độ lắng máu		
53.	Mantoux		
E.	Tài liệu truyền thông	Có	Không
1.	Băng, đĩa phim về phòng lây truyền mẹ con		
2.	Tờ rơi, tờ gấp, sách nhỏ về HIV/AIDS, phòng lây truyền mẹ con, nuôi dưỡng trẻ sơ sinh của những người mẹ HIV dương tính		

A.	Cơ sở vật chất	Có	Không
3.	Tranh ảnh, áp phích phòng chống HIV/AIDS, bệnh LTQĐTD, KHHGD		
4.	Tài liệu tập huấn về dự phòng LTMC		
5.	Hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS		
6.	Hướng dẫn triển khai hoạt động TVXNTN và phòng LTMC		
F.	Quy trình báo cáo	Có	Không
1.	Quy trình chuyên môn kỹ thuật tại PMTCT		
2.	Quy trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện		
3.	Quy trình chuyển tuyến		
4.	Quy chế kê đơn điều trị thuốc kháng virus		
5.	Nội quy phòng TVXNTN		
6.	Quy chế quản lý thuốc kháng virus		
7.	Thẻ nhắc tư vấn trước xét nghiệm		
8.	Phiếu hẹn tư vấn sau xét nghiệm		
9.	Sổ tư vấn cho phụ nữ khám thai và đẻ, được cập nhật đầy đủ		
10.	Sổ lưu kết quả xét nghiệm HIV		
11.	Sổ theo dõi trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV		
12.	Phiếu theo dõi cấp thuốc và sữa cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV		
13.	Báo cáo hoạt động theo tháng		
14.	Thẻ tiếp thị		
G.	Thuốc thiết yếu	Có	Không
	Thuốc kháng virus		
1.	Zidovudine (ZDV, AZT)		
2.	Stavudine (d4T)		
3.	Didanosine (ddI)		
4.	Lamivudine (3TC)		
5.	Abacavir (ABC)		
6.	Tenofovir ^o (TDF)		
7.	Efavirenz (EFV)		
8.	Nevirapine (NVP)		
9.	Indinavir (IDV)		
10.	Saquinavir (SQV và SQV/r)		
11.	Nelfinavir (NFV)		
12.	Lopinavir (LPV/r)		
13.	Ritonavir (RTV)		
14.	Thuốc thiết yếu khác (ghi rõ)		

Số liệu thứ cấp các tỉnh đánh giá

Số liệu	2007	2008	2009
1. Số và tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS (Theo dân tộc)			
Trẻ sơ sinh bị lây từ bà mẹ nhiễm HIV (theo dân tộc)			
Phụ nữ nhiễm HIV (Theo dân tộc)			
2. Số quận/huyện/xã phường có cơ sở cung cấp gói dịch vụ PLTMC			
3. Số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ có thai được tư vấn, xét nghiệm HIV để PLTMC và nhận được kết quả xét nghiệm			
4. Số lượng và tỷ lệ phần trăm các trường hợp cả bà mẹ mang thai nhiễm HIV và con của họ được điều trị dự phòng ARV hoàn chỉnh nhằm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con			

Phụ lục 3: BIỂU MẪU PHÂN TÍCH

1. Thông tin chung

Cơ sở y tế:

Địa chỉ:

Cán bộ thông tin:

Ngày

Ghi chú:

2. Dịch vụ: (Chất lượng, tính sẵn có, khả năng tiếp cận)

Ưu điểm:

Nhược điểm:

Các vấn đề:

Các giải pháp:

3. Các rào cản đối với việc sử dụng dịch vụ

4. Nhu cầu

5. Bài học kinh nghiệm

6. Các phân tích khác

Phụ lục 4: KẾ HOẠCH ĐIỀU TRA

Địa điểm	Ngày tháng	Thời gian	Chi tiết
An Giang	THỨ HAI 11/10		Máy bay đến Cần Thơ, ô tô đến An Giang
	THỨ BA 12/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	- Lãnh đạo cơ sở cung cấp dịch vụ y tế tỉnh - Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS tỉnh - Lãnh đạo TT CSSKSS - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ
	THỨ TƯ 13/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	Huyện Tân Châu - Cán bộ quản lý cơ sở y tế (BV huyện hoặc trưởng phòng OPC) - Cán bộ phụ trách Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và chăm sóc điều trị cho bệnh nhi - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ
	THỨ NĂM 14/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	Huyện Tịnh Biên - Cán bộ quản lý cơ sở y tế (BV huyện hoặc trưởng phòng OPC) - Cán bộ phụ trách Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và chăm sóc điều trị cho bệnh nhi - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ - Thảo luận nhóm tập trung: người dân (Kinh và dân tộc thiểu số) trong các cộng đồng dân cư
	THỨ SÁU 15/10		Về Hà Nội
Kon Tum	CHỦ NHẬT 10/17		Máy bay đến Pleiku, ô tô đến Kon Tum
	THỨ HAI 18/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	- Lãnh đạo cơ sở cung cấp dịch vụ y tế tỉnh - Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS tỉnh - Lãnh đạo TT CSSKSS - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ
	THỨ BA 19/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	Huyện Ngọc Hồi - Cán bộ quản lý cơ sở y tế (BV huyện hoặc trưởng phòng OPC) - Cán bộ phụ trách Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và chăm sóc điều trị cho bệnh nhi - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ - Thảo luận nhóm tập trung: người dân (Kinh và dân tộc thiểu số) trong các cộng đồng dân cư
	THỨ TƯ 20/10		Về Hà Nội

Địa điểm	Ngày tháng	Thời gian	Chi tiết
Điện Biên	CHỦ NHẬT 24/10		Máy bay đến Điện Biên
	THỨ HAI 25/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	<ul style="list-style-type: none"> - Lãnh đạo nơi cung cấp dịch vụ y tế tỉnh - Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS tỉnh - Lãnh đạo TT CSSKSS - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ
	THỨ BA 26/10	SÁNG và CHIỀU	<p>Huyện Tuần Giáo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cán bộ quản lý cơ sở y tế (BV huyện hoặc trưởng phòng OPC) - Cán bộ phụ trách Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và chăm sóc điều trị cho bệnh nhi - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ
	THỨ TƯ 27/10	SÁNG: 8:00 – 11:30 CHIỀU: 13:30 – 17:00	<p>TP Điện Biên:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cán bộ quản lý cơ sở y tế (BV huyện hoặc trưởng phòng OPC) - Cán bộ phụ trách Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, và chăm sóc điều trị cho bệnh nhi - 5 khách hàng đang sử dụng dịch vụ <p>Huyện Điện Biên Đông</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thảo luận nhóm tập trung: người dân (Kinh và dân tộc thiểu số) trong các cộng đồng dân cư
	THỨ NĂM 28/10		Về Hà Nội