



Ủy ban về các vấn đề xã hội
của Quốc Hội

Chương trình
Phát triển Liên Hợp Quốc



Những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đối với những hộ gia đình dễ bị tổn thương & tình trạng đói nghèo ở Việt Nam



Photo: Doan Bao Chau, © UNFPA

ỦY BAN VỀ CÁC VẤN ĐỀ XÃ HỘI
CỦA QUỐC HỘI

CHƯƠNG TRÌNH PHÁT TRIỂN
LIÊN HỢP QUỐC

NHỮNG ẢNH HƯỞNG KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA HIV/AIDS ĐỐI VỚI NHỮNG HỘ GIA ĐÌNH DỄ BỊ TỔN THƯƠNG & TÌNH TRẠNG ĐÓI NGHÈO Ở VIỆT NAM

NHÀ XUẤT BẢN VĂN HÓA THÔNG TIN

Báo cáo này được xây dựng theo yêu cầu của
Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội (PCSA) và
Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP).

Những quan điểm trình bày ở đây là của các tác giả và không nhất thiết phản ánh ý kiến
hay quan điểm chính thức nào của PCSA hoặc UNDP."

Bản quyền @2009 Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc tại Việt Nam

In tại Công ty Cổ phần Đầu tư Thiết bị và In.

Khổ: 20,5 x 29 cm

Số lượng: 1.000 cuốn

Đăng ký kế hoạch xuất bản số 366-2009/CXB/23-42/VHTT

Nộp lưu chiểu tháng 12 - 2009

LỜI TỰA

AIDS là vấn đề liên quan tới phát triển, và việc đối phó với nó theo góc độ này là điều kiện thiết yếu để hiểu được những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của đại dịch này. Ở những nước có tỷ lệ hiện mắc thấp như Việt Nam, mặc dù ảnh hưởng kinh tế vĩ mô nói chung của HIV chưa lớn, song đại dịch này có khả năng làm suy giảm và thậm chí có thể làm đảo ngược những tiến bộ có được trong công cuộc xóa đói giảm nghèo bằng việc đẩy các gia đình chịu ảnh hưởng của HIV vào đói nghèo. Vì vậy, việc giám sát định kỳ và không ngừng bổ sung kiến thức về những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của đại dịch đối với tính dễ tổn thương và tình trạng nghèo khổ của các hộ gia đình ở Việt Nam là yếu tố rất quan trọng để cung cấp nguồn thông tin cho công tác xây dựng chính sách nhằm giảm thiểu (i) khả năng đại dịch làm đảo ngược những thành tựu to lớn của đất nước trong công cuộc xóa đói giảm nghèo ở cấp quốc gia và (ii) những ảnh hưởng tiêu cực của đại dịch đối với mức phúc lợi của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng.

Nghiên cứu đầu tiên được thực hiện năm 2005 đã chỉ rõ một số lĩnh vực quan trọng cần được giải quyết. Báo cáo này đề xuất xây dựng các chương trình ngăn ngừa hữu hiệu, giúp đất nước chuẩn bị đón mặt với nhu cầu tăng cao về chăm sóc và điều trị cho những người sống chung với HIV và cung cấp minh chứng về sự cần thiết phải vận động tiến hành một chiến dịch ứng phó đa ngành đối với đại dịch HIV trong quá trình xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội.

Kể từ thời điểm đó, đại dịch HIV đã và đang tăng cường mức độ lây lan. Tháng 12-2008, có 138.000 ca nhiễm còn sống, gồm có 29.575 bệnh nhân AIDS, phần lớn (82%) trong đó là những người trẻ có khả năng tham gia tích cực về mặt kinh tế trong độ tuổi từ 20 đến 39. Theo ước tính đến cuối năm 2008 có

khoảng 231.000 người chung sống với HIV. Cũng trong giai đoạn này, nhiều chương trình và các biện pháp chính sách mới đã được đề ra với những kết quả nổi bật như tăng mức độ sẵn có của dịch vụ điều trị cho những người nhiễm HIV, đặc biệt là điều trị kháng virus hoạt tính cao (HAART) và tăng số lượng cũng như vai trò của các nhóm tự lực cấu thành từ những người bị nhiễm và chịu ảnh hưởng của HIV. Với số mới nhiễm và việc tăng khả năng tiếp cận điều trị kháng virus (ARV) giúp kéo dài cuộc sống của những người nhiễm, số người sống chung với HIV dự kiến sẽ tăng từ 254.000 năm 2010 lên tới 280.000 năm 2012.

Nghiên cứu này được Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội (PCSA) và Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) ủy thác thực hiện, trong khuôn khổ dự án “Tăng cường vai trò lãnh đạo và phối hợp đa ngành để thực hiện thành công Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS” với sự giúp đỡ tài chính của Cơ quan phát triển quốc tế Thụy Điển (SIDA). Dự án do Công ty THHN tư vấn chiến lược (SCC) phối hợp với Ủy ban y tế Hà Lan - Việt Nam phối hợp thực hiện nhằm đánh giá lại tình hình và cập nhật kiến thức về những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của đại dịch đối với tính dễ bị tổn thương và đói nghèo của hộ gia đình ở Việt Nam.

Kết quả có được là nghiên cứu này cung cấp minh chứng thuyết phục cho thấy rằng một số nỗ lực được tiến hành nhằm giảm nhẹ những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của đại dịch HIV đang có những tác dụng nhất định. Nghiên cứu cũng xác định những lĩnh vực cần có thêm nỗ lực. Kết quả nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của HIV đến tình trạng đói nghèo hộ gia đình là rất lớn và là kết quả của việc giảm thu nhập do những thay đổi việc làm và tăng chi phí, đặc biệt là chi phí y tế. Phân tích chỉ ra rằng những hộ gia

đình chịu ảnh hưởng của HIV ở khu vực nông thôn và những hộ có người sử dụng ma túy thường dễ bị tổn thương trước ảnh hưởng kinh tế hơn so với những hộ gia đình ở thành thị hay gia đình không có người sử dụng ma túy. Điểm tích cực quan trọng ở đây là có sự giảm bớt tình trạng kỳ thị trong cộng đồng, bao gồm cả kỳ thị đối với việc đến trường của những trẻ em đến từ các hộ gia đình có HIV. Những khía cạnh nhiều triển vọng bao gồm vai trò của các nhóm tự lực trong việc nâng cao tâm lý tự tin (thiếu tự tin được xác định như một rào cản khi tham gia các hoạt động tạo thu nhập) cũng như việc cung cấp kiến thức, thái độ và hành vi của những người sống chung với HIV và gia đình họ.

Với báo cáo này, chúng tôi hy vọng có một sự hiểu biết kịp thời hơn về những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của đại dịch đối với tính dễ tổn thương và tình trạng đói nghèo của các hộ gia đình ở Việt Nam, qua đó hỗ trợ vận động cho việc lồng ghép các hoạt động liên quan đến HIV vào công tác xây dựng kế hoạch và chính sách phát triển kinh tế - xã hội đặc biệt là chiến lược phát triển kinh tế - xã hội 10 năm tới (2011-2020), nhằm đấu tranh ngăn chặn những ảnh hưởng của HIV đối với đói nghèo và phúc lợi của các hộ gia đình ở Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi hy vọng nghiên cứu này sẽ nhận được sự quan tâm và hữu ích đối với tất cả những đối tác trong nước và quốc tế đang tham gia ứng phó với đại dịch ở Việt Nam.

CHỦ NHIỆM ỦY BAN VỀ CÁC VẤN ĐỀ XÃ HỘI CỦA QUỐC HỘI, VIỆT NAM



Trương Thị Mai

PHÓ GIÁM ĐỐC QUỐC GIA UNDP VIỆT NAM



Christophe Bahuet

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu về những ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đối với những hộ gia đình dễ bị tổn thương và tình trạng đói nghèo ở Việt Nam này được UNDP phối hợp với Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam khởi động thực hiện; đây là một phần trong Dự án 42513. Báo cáo này sẽ không thể thực hiện được nếu không có sự đóng góp của nhiều người.

Chúng tôi xin được cảm ơn và bày tỏ sự biết ơn chân thành nhất đến tất cả các tổ chức chính phủ và phi chính phủ, cũng như các tổ chức quốc tế, đã hỗ trợ và giúp đỡ chúng tôi. Việc hoàn thành nghiên cứu này là nỗ lực tập thể của:

- Dự án 00042513 “Tăng cường vai trò lãnh đạo và phối hợp đa ngành của cơ quan dân cử và chính quyền các cấp để thực hiện thành công Chiến lược phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010”- Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội.
- Nhóm phối hợp về HIV ở Việt Nam
- Công ty tư vấn chiến lược (SCC)
- Ủy ban y tế Hà Lan - Việt Nam

- Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam
- Tổ chức UNAIDS
- Viện khoa học xã hội quốc gia
- Viện chính sách và chiến lược y tế quốc gia
- Viện nghiên cứu phát triển xã hội
- Trường Đại học Thăng Long
- Chương trình HIV và phát triển vùng tại RCC (Trung tâm khu vực của UNDP tại Colombo)

Đặc biệt chúng tôi xin được cảm ơn các tổ chức chính phủ và các nhóm tự lực tại sáu tỉnh. Nếu không có sự trợ giúp vô điều kiện của họ trong việc tổ chức thu thập dữ liệu, việc thu thập thông tin đã không thể được hoàn tất kịp thời: Hội liên hiệp phụ nữ, Hội chữ thập đỏ, Bộ Y tế và các nhóm tự lực gồm Hoa hướng dương, Ước mơ xanh, Nụ cười và Ban mai, và nhiều nhóm khác.

Cuối cùng, tôi xin được cảm ơn tất cả những người trả lời phỏng vấn đã không chút ngần ngại chia sẻ thông tin; đóng góp của họ đã đem lại sự phong phú đặc biệt cho nghiên cứu này.

MỤC LỤC

TÊN VÀ CỤM TỪ VIẾT TẮT	9
PHẦN 1: GIỚI THIỆU VÀ BỐI CẢNH	11
1. Cơ sở nghiên cứu	11
2. Mục đích nghiên cứu	12
3. Ý nghĩa đối với công tác cố vấn chính sách và các hoạt động tài chính liên quan đến HIV/AIDS	12
PHẦN 2: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	13
1. Vài nét sơ lược về Việt Nam	13
2. Đại dịch HIV ở Việt Nam	14
3. Mối quan hệ giữa đói nghèo và HIV	16
4. Ảnh hưởng xã hội của HIV đối với hộ gia đình	19
5. An ninh lương thực và dinh dưỡng	21
6. Chiến lược đối phó của hộ gia đình	21
PHẦN 3: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	23
<i>Giai đoạn 1: “Những khác biệt trong hoàn cảnh xã hội và mức sống giữa các hộ gia đình bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng bởi HIV” - Nghiên cứu cắt ngang</i>	23
<i>Giai đoạn 2: “Mô hình và dự báo về ảnh hưởng kinh tế của HIV/AIDS đối với hộ gia đình”</i>	24
Hạn chế của nghiên cứu	25
PHẦN 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	26
A. ẢNH HƯỞNG KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA HIV/AIDS ĐẾN HỘ GIA ĐÌNH	27
1. Ảnh hưởng đến thu nhập	27
2. Ảnh hưởng đến chi phí	31
3. Ảnh hưởng đến mô hình lao động	35
4. Ảnh hưởng đến tiết kiệm và đầu tư	38
5. Ảnh hưởng đến việc sử dụng thực phẩm	39
6. Kỳ thị và phân biệt đối xử	40
7. Ảnh hưởng đến phụ nữ	44
8. Ảnh hưởng đến trẻ em	48
9. Ảnh hưởng đến gia đình và người chăm sóc	49

B. CÁC CHIẾN LƯỢC ĐỐI PHÓ VÀ BIỆN PHÁP HỖ TRỢ SẴN CÓ	51
1. Hộ gia đình vay mượn tiền	51
2. Hỗ trợ của cộng đồng	52
3. Hỗ trợ từ các nhóm tự lực	54
C. MÔ HÌNH VÀ DỰ BÁO ẢNH HƯỞNG CỦA HIV/AIDS ĐẾN HỘ GIA ĐÌNH	56
1. Mô hình ảnh hưởng của tăng chi phí y tế đối với chi phí và tiêu dùng hộ gia đình	56
2. Mô phỏng những ảnh hưởng của HIV/AIDS đến đói nghèo	57
PHẦN 5: KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	61
PHỤ LỤC 1. Đo lường mức đói nghèo theo khía cạnh xã hội và kinh tế	65
PHỤ LỤC 2. Phương pháp nghiên cứu	67
PHỤ LỤC 3. Phương pháp và công cụ ước tính và dự báo HIV/AIDS	77
PHỤ LỤC 4. Các đặc điểm nhân khẩu của mẫu các hộ gia đình và người nhiễm HIV	88
PHỤ LỤC 5. Các số liệu kinh tế - xã hội về hộ gia đình	90
PHỤ LỤC 6. Bảng câu hỏi điều tra	115

TÊN VÀ CỤM TỪ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ART	Điều trị kháng virus
BCC	Truyền thông thay đổi hành vi
COI	Chi phí bệnh tật
FSW	Gái mại dâm
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
GFAMT	Quỹ toàn cầu phòng chống AIDS, lao và sốt rét
GIPA	Tăng cường sự tham gia của những người sống chung với HIV/AIDS
HAART	Điều trị kháng virus hoạt tính cao
HCMC	Thành phố Hồ Chí Minh
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
IDU	Người tiêm chích ma túy
IEC	Thông tin, giáo dục và truyền thông
MOH	Bộ Y tế
MSM	Nam giới quan hệ tình dục đồng tính
PLHIV	Người nhiễm HIV
NGO	Tổ chức phi chính phủ
PEPFAR	Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp AIDS của Tổng thống Mỹ
PMTCT	Ngăn ngừa lây truyền từ mẹ sang con
SEDP	Kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội
STI	Nhiễm khuẩn qua đường tình dục
UNDP	Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc
VCT	Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
VLSS	Điều tra mức sống Việt Nam

PHẦN 1: GIỚI THIỆU VÀ BỐI CẢNH

1. Cơ sở nghiên cứu

Đại dịch HIV/AIDS là một vấn đề y tế toàn cầu nghiêm trọng. Càng ngày gánh nặng bệnh tật càng chất nhiều lên vai những người ở độ tuổi thanh niên; trong những điều kiện thông thường, những người ở độ tuổi này là đối tượng tích cực nhất về mặt kinh tế - xã hội và ít có khả năng mắc bệnh và tử vong nhất. Ảnh hưởng kinh tế - xã hội chủ yếu của HIV xuất phát từ tình trạng tăng nhanh mức độ hoành hành và tỷ lệ tử vong của đại dịch này. Nhiễm HIV là nhiễm suốt đời. Khi không được điều trị, khoảng 9 trong số 10 người có HIV sẽ chuyển sang giai đoạn AIDS trong vòng 10-15 năm, nhưng nhiều người chuyển giai đoạn sớm hơn rất nhiều.¹ Ở những nước nghèo, những người nhiễm HIV thường chỉ sống được từ 5 đến 8 năm sau khi bị nhiễm. Cuối cùng, họ sẽ phải trải qua những giai đoạn bệnh với tàn suất, thời gian và mức độ nghiêm trọng ngày một tăng, cho đến lúc tử vong. Ở nơi có dịch vụ điều trị kéo dài cuộc sống (nhưng không phải dịch vụ chữa trị), những người có HIV và gia đình họ thường phải chi phí một khoản tiền lớn cho điều trị và chăm sóc, bao gồm việc thực hiện chế độ ăn thích hợp, điều kiện sống lành mạnh và môi trường bảo đảm. Các nhu cầu này khiến chúng ta không chỉ quan tâm tới những khía cạnh dịch bệnh học của HIV mà còn phải nhắm tới các vấn đề về phát triển.

Khi HIV bắt đầu lan rộng trong xã hội, một số hệ quả tất yếu sẽ xảy ra. Kinh nghiêm trên thế giới chỉ ra rằng, trong bối cảnh tình trạng dịch bệnh phổ biến với mức độ thấp, HIV chỉ gây ra một ảnh hưởng không đáng kể xét về các điều kiện kinh tế vĩ mô.² Tuy nhiên, ảnh

¹ Buchbinder SP, Katz MH, Hessel NA, O'Malley PM, Holmberg SD. (1994). "Long-term HIV-1 infection without immunologic progression". AIDS 8 (8): 1123-8. doi:10.1097/00002030-199408000-00014. PMID 7986410

² Martin GH, Logan DZ. The impact of HIV / AIDS on household vulnerability and poverty in Ghana. Washington, D.C., Futures Group, 2005.

hưởng ở cấp độ gia đình thì trầm trọng hơn rất nhiều do tác động của nó đến nguồn vốn xã hội, lực lượng lao động sản xuất trong xã hội và đến những khoản chi phí và mức thu nhập; đây là nền móng cơ sở của các hộ gia đình, cộng đồng và đất nước. Cuối cùng, đại dịch này sẽ có ảnh hưởng đến mức độ và chiều sâu của đói nghèo ở cấp quốc gia.

Nghiên cứu năm 2005 về ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV đối với các hộ gia đình ở Việt Nam đã kiến nghị xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả, chuẩn bị để đất nước đổi mới với nhu cầu tăng cao về chăm sóc và điều trị dành cho những người chịu ảnh hưởng của HIV và chứng minh sự cần thiết phải vận động chính sách cho sự phối hợp đa ngành để đổi mới với đại dịch trong bối cảnh của tiến trình xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội.

Từ đó đến nay, đại dịch HIV đã bắt đầu lan ra với mức độ ngày một nhanh và mạnh. Các số liệu tích lũy tính đến ngày 31-12-2008 cho thấy toàn quốc có 138.191 người nhiễm HIV còn sống, bao gồm 29.575 bệnh nhân AIDS vẫn đang còn sống; có 41.544 ca chết do AIDS. Các số liệu từ hệ thống báo cáo ca bệnh cho thấy rằng những người trong độ tuổi lao động, từ 20-39, là nhóm chịu ảnh hưởng nhiều nhất (82%).³ Khi tỷ lệ lây nhiễm HIV không ngừng tăng lên, các dịch vụ chăm sóc và điều trị dành cho người nhiễm HIV, đặc biệt là dịch vụ điều trị bằng thuốc kháng virus dành cho người nhiễm HIV (HAART) cũng trở nên phổ biến hơn. Năm 2003, chỉ có 50 bệnh nhân AIDS được điều trị ARV. Năm năm sau, con số này đã tăng lên tới 16.212 người, trong đó có 15.273 người lớn và 939 trẻ em.⁴

³ Vietnam Administration for AIDS Control. Report on HIV/AIDS prevention and control program in 2008 and plan for 2009 Feb 2009

⁴ The Social Republic of Vietnam (2008). The third country report on following up the implementation to the Declaration of commitment on HIV/AIDS. Reporting period January 2006 – December 2007. Hanoi

Với những diễn biến tích cực này, ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV đối với tính dễ bị tổn thương và đói nghèo của hộ gia đình, và cách đối phó với những thách thức ở cấp độ hộ gia đình, dự kiến sẽ thay đổi. Đó là lý do để khởi động một nghiên cứu mới. Bằng việc sử dụng các phương pháp nghiên cứu cải tiến và số liệu mới, nghiên cứu này sẽ cung cấp cơ sở thích hợp để đánh giá, phân tích, cập nhật cũng như đào sâu phân tích những kết quả của nghiên cứu năm 2005.

2. Mục đích nghiên cứu

Trong khuôn khổ chương trình “*Tăng cường sự lãnh đạo và phối hợp đa ngành trong chương trình phòng chống HIV/AIDS*”, Dự án 00042413 “*Tăng cường vai trò lãnh đạo và phối hợp đa ngành của đại biểu dân cử và cơ quan các cấp để tiến hành thành công chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS đến năm 2010*” đã thể hiện mối quan tâm đến việc phối hợp với UNDP tiến hành một điều tra đánh giá tác động của HIV/AIDS đối với tính dễ bị tổn thương và đói nghèo ở Việt Nam. Mục tiêu của điều tra này là thu thập những bằng chứng quan trọng về ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS, đặc biệt là ảnh hưởng đối với những hộ dễ bị tổn thương nhất (hộ nghèo), chủ yếu để vận động lồng ghép các hoạt động và chỉ báo liên quan đến HIV/AIDS vào quy trình xây dựng chính sách và kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội cũng như vận động cung cấp thông tin cho đợt Rà soát giữa kỳ đối với Kế hoạch Phát triển Kinh tế - Xã hội (SEDP) hiện tại và xây dựng Kế hoạch Phát triển Kinh tế - Xã hội trong tương lai.

Các mục tiêu cơ bản của nghiên cứu:

- Đánh giá, phân tích và cập nhật ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đến tính dễ bị tổn thương và đói nghèo ở Việt Nam, vừa dựa vào các nghiên cứu trước đây, vừa kết hợp với các thông tin/số liệu hiện tại về mức độ ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS ở cấp độ hộ gia đình.
- Phân tích bản chất và mức độ ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đối với cá nhân và hộ gia đình với trọng tâm nhằm vào cơ cấu hộ gia đình, thu nhập, chi phí, y tế, giáo dục, chất lượng sống

và môi trường cộng đồng. Phân tích ảnh hưởng về kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đối với hộ gia đình thường tính đến những khác biệt về giới cũng như những khác biệt giữa môi trường nông thôn và thành thị. Trọng tâm của nghiên cứu điều tra này nhắm vào mối quan hệ giữa HIV/AIDS và sự phân bố thu nhập/của cải, những thay đổi trong cơ cấu việc làm, sự kỳ thị của xã hội và các vấn đề an sinh xã hội như diện bao phủ của bảo hiểm.

- Đưa ra những kiến nghị cụ thể về cách ứng phó của Việt Nam trong việc ngăn ngừa và/hoặc giảm nhẹ ảnh hưởng, bao gồm rút ra những bài học và kinh nghiệm thực tế từ những nước khác và xác định những lĩnh vực tiềm tàng cần thực hiện nghiên cứu sâu hơn.
- Cung cấp những thông tin cập nhật với đầy đủ bằng chứng về các phương pháp nghiên cứu điều tra gần đây về ảnh hưởng của HIV đối với tính dễ bị tổn thương và đói nghèo của hộ gia đình ở Việt Nam và xây dựng các dự báo/tình huống về ảnh hưởng kinh tế - xã hội và nhân khẩu dự kiến của HIV/AIDS trong giai đoạn 2015-2020.
- Xác định những kiến nghị về vận động chính sách có hệ thống và gắn kết mà có thể tăng cường sự hỗ trợ sâu rộng hơn cho các nỗ lực đồng bộ ở tất cả các cấp nhằm đưa tất cả các chính sách liên quan đến HIV/AIDS vào thực tế hành động, bao gồm lồng ghép các hoạt động/chỉ báo liên quan đến HIV/AIDS vào công tác xây dựng chính sách và kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội cũng như cung cấp thông tin cho việc Rà soát giữa kỳ đối với Kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội hiện tại và xây dựng các Kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội trong tương lai.

3. Ý nghĩa đối với công tác cố vấn chính sách và các hoạt động tài chính liên quan đến HIV/AIDS

Việc hiểu biết rõ ràng và cập nhật hơn về ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS cũng sẽ giúp cung cấp thông tin cho công tác thực hiện các biện pháp can thiệp hỗ trợ và giảm nhẹ ảnh hưởng có trọng điểm cùng với các hoạt động ngăn ngừa theo mục tiêu để tránh được một phần đó những hệ quả kinh tế - xã hội mà rất nhiều nước đã từng trải qua.

PHẦN 2: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Thiết kế và những kết quả nghiên cứu phải được đặt trong bối cảnh phát triển kinh tế - xã hội ở Việt Nam, nơi đang đạt được những tỷ lệ tăng trưởng rất khả quan trong những năm qua. Bất kỳ điều kiện bất lợi nào mà những hộ gia đình có HIV phải gánh chịu đều có thể đặc biệt đáng lưu ý trong bối cảnh toàn xã hội đang nâng cao mức sống và tinh hình kinh tế của đại đa số các hộ gia đình ở Việt Nam cũng đang được nâng cao. Trong phần này, chúng tôi xem xét lại sự phát triển kinh tế cũng như diễn biến của đại dịch HIV ở Việt Nam.

1. Vài nét sơ lược về Việt Nam

Việt Nam nằm ở Đông Nam Á, có đường biên giới giáp với Trung Quốc, Lào và Campuchia, và mỗi trong số các nước này đều góp phần vào việc trao đổi các yếu tố rủi ro tại vùng biên. Ở miền Bắc, tại các vùng giáp biên với Trung Quốc, tệ nạn sử dụng ma túy diễn ra rất phổ biến và là tác nhân chính dẫn đến sự lan rộng của HIV; còn ở miền Nam, tại những vùng giáp ranh với Campuchia, hoạt động mại dâm là tác nhân chính cho sự lây nhiễm.

Việt Nam được chia thành 64 tỉnh/thành với dân số 85 triệu người vào năm 2007⁵. Với 54 dân tộc khác nhau chung sống, dân tộc Kinh chiếm đến 90% dân số cả nước. Các chương trình can thiệp và ngăn ngừa/giảm nhẹ hậu quả gặp nhất nhiều khó khăn do khoảng cách xa xôi từ các thành phố lớn đến những vùng sâu, vùng xa và cùng với đó là các vấn đề về tiếp vận và giao thông. Năng lực chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác ở các vùng nông thôn, nơi có tới 70% dân số đang sinh sống, vẫn thiếu và yếu hơn rất nhiều so với các vùng thành thị.

⁵ General Statistics Office of Vietnam. Socio-economic situation for the year 2007. [http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=501&thangtk=12/2007] (June 20, 2008)

Từ năm 1986, khi Việt Nam chuyển đổi từ cơ chế “kinh tế kế hoạch tập trung” sang cơ chế “kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa”, nền kinh tế đã và đang tăng trưởng nhanh chóng với mức tăng GDP đạt 8,48% năm 2007⁶. Công cuộc Đổi Mới đã mang lại những tiến bộ to lớn chưa từng có trong phát triển kinh tế - xã hội và phát triển con người ở Việt Nam. Với đà tăng trưởng kinh tế nhanh chóng và công cuộc đa dạng hóa nông nghiệp^{7,8,9}, tỷ lệ贫困人口 giảm từ 58% trong tổng số hộ gia đình năm 1993 xuống còn 24% năm 2004, giảm hơn một nửa số hộ nghèo chỉ trong vòng hơn một thập kỷ. Những yếu tố này, cộng với chi tiêu theo đầu người ngày một tăng và các chỉ số xã hội ngày một cải thiện, cho thấy rằng mức phúc lợi tổng thể đã tăng lên. Tỷ lệ đăng ký nhập học cấp tiểu học hiện đạt trên 90%. Mức tiếp cận với các dịch vụ y tế, nước sạch và điện cũng được cải thiện. Tỷ lệ sở hữu các hàng hóa sử dụng lâu bền cũng tăng lên: 47% số hộ gia đình có đài, 58% có tivi và 76% có xe đạp. Các chi tiết được nêu trong Bảng 1 dưới đây:

Không chỉ các chỉ số kinh tế mà các chỉ số phát triển xã hội cũng trở nên rất đáng quan; Việt Nam xếp hạng 105 trong 177 nước trong Chỉ số phát triển con người năm 2006¹⁰. Mặc dù GDP theo đầu người vẫn còn thấp, song Việt Nam có tỷ lệ biết chữ ở người lớn cao thứ hai ở châu Á (trên 90%) và là một trong

⁶ General Statistics Office of Vietnam. Socio-economic situation for the year 2007. [http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=501&thangtk=12/2007] (June 20, 2008)

⁷ Ministry of Foreign Affairs. Outstanding features of Vietnam's exports in recent years. 2005 [http://www.mofa.gov.vn/en/tt_baochi/nr041126171753/ns051026080004] (February 8, 2007)

⁸ World Bank. Vietnam Development Report 2004 – Poverty Hanoi: World Bank, 2004.

⁹ Socialist Republic of Vietnam. Vietnam achieving the Millennium Development Goals, 2005.

¹⁰ http://english.vietnamnet.vn/reports/2005/09/488993/ (Feb 24, 2006) [Human Development Report 2005]

Bảng 1. Các xu hướng trong chỉ báo về phát triển kinh tế, xã hội, giáo dục và y tế

Chỉ báo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mức tăng GDP thực tế (%)	6.7	6.8	7.0	7.24	7.7	8.4	8.17
Tỷ lệ nghèo (%)							
- Theo ngưỡng nghèo	32		28.9		24.1	19.5	16
- Theo ngưỡng nghèo thực phẩm	17.2	13.2	10.9	9.51	7.8	7	
Tỷ lệ mù chữ ở người lớn		91.2	92.1		93.9		93
Tỷ lệ tử vong bà mẹ (trên 100,000 ca sinh sống)	130	95	91		85	80	75.1
Tỷ lệ tử vong trẻ em (trên 1.000 ca sinh sống)	23	31	26	21	18	17.8	16
Tuổi thọ trung bình (năm) nam/nữ	69.1	66/70	70/73	67/72	67/72	69/73	71
Chỉ số phát triển con người của Việt Nam		109	112	108		108	105
Tỷ lệ cơ sở y tế phường/xã có bác sĩ	56.3	61.5	65	67.8	69.4	65.1	

những nước có mức tiếp cận các dịch vụ y tế và nước sạch cao nhất ở châu Á.¹¹ Các chỉ báo xã hội và y tế, như tỷ lệ biết chữ và tỷ lệ tử vong bà mẹ - trẻ em, ở Việt Nam là tương đối tốt trong bối cảnh trình độ phát triển kinh tế của Việt Nam hiện nay. Tuy nhiên, đói nghèo vẫn là vấn đề phổ biến ở các vùng nông thôn (45%), trong khi đói nghèo ở thành thị được coi là một hiện tượng phức tạp chủ yếu do tỷ lệ di cư từ nông thôn ra thành thị cao¹². Các yếu tố này đã ảnh hưởng đến mức độ lây lan của HIV ở Việt Nam, như thấy trong phần sau đây.

2. Đại dịch HIV ở Việt Nam

Sau khi trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được báo cáo vào tháng 12-1990 tại Thành phố Hồ Chí Minh, năm 1991 không có trường hợp nào được báo cáo và năm 1992 chỉ có 11 trường hợp. Nhưng vào năm 1993, số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo đã tăng đột biến và kể từ đó con số này tăng chậm nhưng đều đặn. Các số liệu lũy kế tính đến ngày 31-12-2008 cho thấy 138.191 ca còn sống, bao gồm 29.575 bệnh nhân AIDS vẫn đang còn sống. Có 41.544 ca chết do AIDS. Các số liệu lấy từ hệ thống báo cáo tình huống cho thấy rằng những người trẻ tuổi, tích cực hoạt động kinh tế trong độ tuổi từ 20-39 là nhóm chịu ảnh hưởng nhiều nhất (82%)¹³. Những người nhiễm HIV

¹¹ Paul R, Harry M, Steven K. Vietnam: Life expectancy and economic development. Efficient, equity-oriented strategies for health. International Perspective - Focus on Vietnam. 2000

¹² Poverty Reduction and Economic Management Unit. East Asia and Pacific Region. Vietnam Development Report 2000. Attacking Poverty. Country Economic Memorandum. 1999

¹³ Vietnam Administration for AIDS Control. Report on HIV/AIDS prevention and control program in 2008 and plan for 2009 Feb 2009

có độ tuổi ngày một trẻ hơn và tình trạng lây truyền qua đường tình dục đang trở nên ngày càng phổ biến. Theo Báo cáo ước tính và dự báo năm 2007, khoảng 220.000 người được dự báo chung sống với HIV vào năm 2007, gồm 3.750 trẻ em nhiễm HIV¹⁴.

Nhiều nghiên cứu đã nhận thấy rằng, trong bối cảnh mức độ phổ biến thấp như Việt Nam, đại dịch HIV chỉ có ảnh hưởng không đáng kể xét về các điều kiện kinh tế vĩ mô¹⁵. Tuy nhiên, trước dự báo về mức độ đại dịch HIV không ngừng tăng lên, chính phủ cần nỗ lực hơn nữa trong đấu tranh phòng chống HIV/AIDS và tăng cường khả năng tiếp cận đối với các dịch vụ ngăn ngừa, chăm sóc và hỗ trợ cũng như điều trị. Hơn nữa, ảnh hưởng của đại dịch HIV ở cấp độ gia đình sẽ trầm trọng hơn rất nhiều do tác động của nó đến nguồn vốn xã hội, lực lượng lao động sản xuất trong xã hội và đến những khoản chi phí và thu nhập, những yếu tố vốn là nền móng cơ sở của các gia đình, cộng đồng và đất nước¹⁶. Sau cùng, đại dịch này cũng sẽ có ảnh hưởng đến mức độ và chiều sâu của đói nghèo ở cấp độ quốc gia.^{17, 18, 19, 20}

¹⁴ MOH, VAAC (2007). HIV/AIDS estimates and projection in Vietnam 2007-2012.

¹⁵ Martin GH, Logan DZ. The impact of HIV / AIDS on household vulnerability and poverty in Ghana. Washington, D.C., Futures Group, 2005.

¹⁶ NACO, NCAER and UNDP. Socio-economic impact of HIV and AIDS in India, UNDP, New Delhi, 2006.

¹⁷ John Seaman and Celia Petty. Understanding the impact of HIV/AIDS on household economy. Paper work for the Duban meeting, 2005.

¹⁸ Bachmann, MO and Booysen FLR. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African Households: A cohort Study. BMC Public Health, 3, 2003, 14-21.

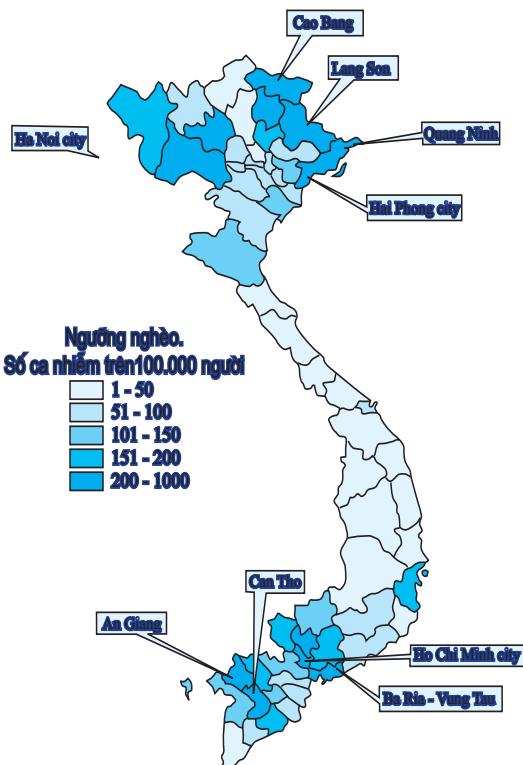
¹⁹ Marisa Casale and Alan Whiteside. The impact of HIV/AIDS on poverty, in equality and economic growth. University of KwaZulu Natal, South Africa. 2006

²⁰ UNAIDS. Guideline for studies of the social and economic impact of HIV/AIDS. 2000

Ngay trong phạm vi Việt Nam cũng có những khác biệt rất lớn về giai đoạn ảnh hưởng của dịch HIV theo địa phương (Biểu đồ 1). Những địa phương ở Thành phố Hồ Chí Minh và ở vùng duyên hải đông bắc chịu ảnh hưởng sớm hơn, trong khi đại dịch chỉ mới phổ biến ở những vùng khác trong cả nước. Sự khác nhau về giai đoạn dịch này đã dẫn đến tình trạng số trường hợp nhiễm HIV tập trung đồng đảo về mặt địa lý ở các tỉnh/ thành phố lớn, nơi mà số lượng người nghiện chích, gái mại dâm và nam giới quan hệ đồng tính rất đông đảo. Tỉnh Quảng Ninh là địa phương có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất, trong khi Thành phố Hồ Chí Minh là địa phương có số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo cao nhất (tính đến ngày 31-3-2008 địa phương này có 38.245 trường hợp, chiếm 23,5% tổng số trường hợp lây nhiễm HIV được báo cáo trên cả nước)²¹. Theo đề xuất gợi ý, để phân tích ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV đối với hộ gia đình ở các giai đoạn khác nhau của dịch, cần quy nạp vào báo cáo cả các địa phương có đoạn đoạn phổ biến dịch sớm (như Quảng Ninh, Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội) và các địa phương có giai đoạn phổ biến dịch muộn hơn, nơi số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo chỉ vừa tăng lên trong thời gian qua.

Do những hạn chế về nguồn số liệu, những con số báo cáo có thể không phản ánh đúng tình hình hiện tại của đại dịch. Điều tra kết hợp hành vi và sinh học được tiến hành ở những tỉnh/thành có nguy cơ cao năm 2006 cho thấy rằng tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm người nghiện chích ma túy là rất cao, 28,6% của cả nước. Tỷ lệ này khác nhau giữa các tỉnh thành, từ mức cao 54,5% ở Quảng Ninh đến 36,8% ở Điện Biên. Tỷ lệ nhiễm trung bình trong nhóm đối tượng gái mại dâm trên cả nước là 4%, nhưng có cao hơn ở những tỉnh như Cần Thơ (33,9%) và Hà Nội (14,3%). Tỷ lệ nhiễm HIV trong một mẫu nhỏ đối tượng nam giới quan hệ đồng tính ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh được báo cáo lần lượt là 9% và 5%²². Do đại dịch HIV ở Việt Nam trước nay được ghi nhận chủ yếu trong nhóm có nguy cơ cao, nên nghiên cứu về ảnh hưởng của HIV cần phân tích mức độ mà một hành vi có nguy cơ, đặc

biệt là việc sử dụng ma túy, ảnh hưởng đến địa vị kinh tế - xã hội của một hộ gia đình.



Biểu đồ 1. Phân bố số ca nhiễm HIV trên 100.000 dân theo tỉnh/thành²³

Phụ nữ đang ngày càng có nguy cơ nhiễm và chịu ảnh hưởng của HIV. Phụ nữ Việt Nam mang thai nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1993. Sau đó tỷ lệ nhiễm HIV ở những phụ nữ mang thai đã tăng lên, từ 0,03% năm 1994 đến 0,34% năm 2007²⁴. Trong số 1,8 – 2 triệu phụ nữ sinh con hàng năm, số phụ nữ dương tính với HIV ước tính đạt 4.800 vào năm 2012.²⁵ Trước thực tế này, hoạt động lấy mẫu nghiên cứu cần tính đến sự phân bố của nam và nữ trong cộng đồng người nhiễm HIV.

Bộ Y tế ước tính rằng số người nhiễm HIV cần được điều trị ARV sẽ tăng từ 42.480 năm 2006 lên tới 72.970 năm 2010²⁶. Kế hoạch hành động quốc gia

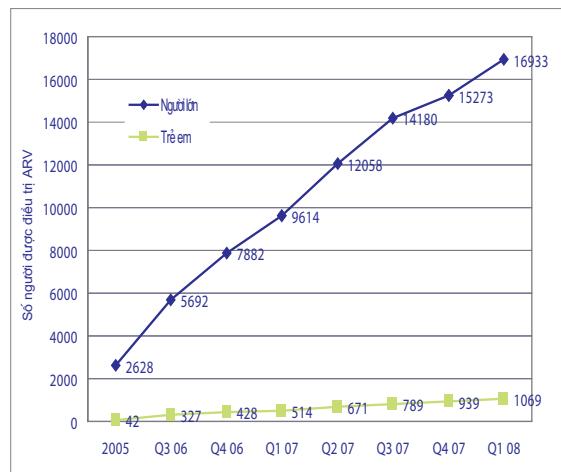
²³ VAAC, 2008

²⁴ VAAC. HIV sentinel surveillance survey.

²⁵ Socialist Republic of Vietnam. The second country report on following up the implementation to the declaration of commitment on HIV/AIDS January 2003 - December 2005. 2005

²⁶ Vietnam Ministry of Health, National Action Plans on HIV/AIDS Care and Treatment to the year 2010, Hanoi, 2006.

để ra chỉ tiêu 70% số người lớn và 100% số trẻ em đủ điều kiện được điều trị ARV đến năm 2010. Với sự trợ giúp của các nhà tài trợ quốc tế (như PEPFAR và GFATM), Bộ Y tế đã có những nỗ lực đáng kể trong những năm gần đây để đạt được chỉ tiêu này. Kết quả là đã có những tiến triển đáng kể trong diện được điều trị ARV. Đến năm 2007, dịch vụ điều trị ARV đã có ở toàn bộ 64 tỉnh/thành. Đến cuối năm 2008, có 27.059 người được điều trị ARV, tăng 10 lần so với cuối năm 2005. Trong số này, 16.933 là người lớn và 10.069 là trẻ em (Biểu đồ 2). Một nghiên cứu mới đây cho thấy rằng chương trình điều trị ARV ở Việt Nam cho đến nay được thực hiện rất hiệu quả: 81% số người lớn và 93% số trẻ em đang được điều trị ARV vẫn sống được trong 12 tháng sau ngày bắt đầu điều trị³⁶.



Biểu đồ 2. Số người nhiễm HIV đang được điều trị ARV²⁷

Nghiên cứu ở những nước khác cho thấy rằng mức độ sẵn có của dịch vụ điều trị ARV sẽ góp phần giúp người nhiễm HIV không bị chìm sâu hơn vào đói nghèo, vì thu nhập của họ có thể được chi trả cho các hoạt động tích cực (tạo thu nhập, giáo dục...). Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng đúng. Sự sẵn có của dịch vụ điều trị ARV miễn phí không có nghĩa là người nhiễm HIV không phải chi phí bất kỳ khoản nào cho y tế. Những người nhiễm HIV chỉ có thể đăng ký tham gia chương trình tại những cơ sở điều trị của nhà nước sau khi nộp kết quả xét nghiệm

²⁷ Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, Report on HIV/AIDS care and treatment program, 2008

TCD4. Giá thành của xét nghiệm này khoảng 200-350 nghìn VND (tương đương với 12-21 USD) và các bệnh nhân phải bỏ tiền túi ra trả. Những người nhiễm HIV cũng có thể được điều trị ở các hiệu thuốc mà có thể có hoặc không có sự chỉ định của bác sĩ với mức giá dao động từ 600.000 – 3.000.000 VND (tương đương với 35 – 176 USD) mỗi tháng. Hơn nữa, vẫn có một số vấn đề với việc chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng cơ hội, tác dụng phụ, kháng thuốc và nhiễm độc trong quá trình điều trị ARV, và tất cả những điều này đều đòi hỏi các hộ gia đình có HIV phải đóng góp tài chính. Vì vậy, nghiên cứu này cần thu thập những thông tin cần thiết không chỉ về chi phí điều trị ARV mà còn về những chi phí trực tiếp và gián tiếp của chăm sóc y tế ở những người nhiễm HIV, như chi phí xét nghiệm, thuốc men điều trị nhiễm trùng cơ hội, quản lý tác dụng phụ, tuân thủ chế độ sử dụng thuốc, tiếp cận với những công thức điều trị ARV cho trẻ em và ảnh hưởng đối với thu nhập và phân bổ chi phí hộ gia đình.

3. Mối quan hệ giữa đói nghèo và HIV

Mối quan hệ giữa HIV và đói nghèo vừa có tính bỗ trợ lại vừa có tính đối xứng. Trong khi HIV làm trầm trọng thêm tình trạng đói nghèo thông qua mức độ hoành hành và tỷ lệ tử vong, thì đói nghèo lại tạo điều kiện cho sự phổ biến của đại dịch HIV^{28, 29, 30, 31, 32}. HIV ảnh hưởng đến hộ gia đình ở hai cấp độ chủ yếu: cấp độ xã hội và cấp độ kinh tế. Một yếu tố chính trong ảnh hưởng của HIV là các bệnh liên quan đến HIV/AIDS thường xuất hiện chậm, tác động đến nhiều thế hệ³³.

²⁸ Bloom E, Canning D, Jamison DT. Health, wealth and welfare, in Health and Development: Why investing in health is critical for achieving economic development goals. International Monetary Fund, Washington DC, USA, 2004.

²⁹ Jooma BM. Southern Africa Assessment: Food security and HIV/AIDS. African Security Review, 2005 14(1).

³⁰ Cohen D. Poverty and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. HIV and development programme. Issue paper no. 27, 1998.

³¹ Asian Development Bank. Poverty implications of HIV/AIDS in the Pacific. TAR: STU 38635

³² The Commission on AIDS in Asia. Redefining AIDS in Asia. Crafting an effective response. 2008

³³ Barnet T, Clement C. HIV/AIDS impact: so where have we got to and where next? Development Studies Institute, London School of Economics, London, UK, Progress Report, 2005.

Đói nghèo làm tăng nguy cơ nhiễm HIV

Đói nghèo, đặc biệt là đói nghèo ở nông thôn, và việc thiếu khả năng tiếp cận những phương kế sinh nhai bền vững, là những yếu tố ảnh hưởng đến sự lưu chuyển lao động trong dân số, bao gồm cả di cư qua biên giới, và đẩy nhanh tốc độ đô thị hóa, bản thân điều này lại góp phần tạo điều kiện lây nhiễm HIV. Theo một ước tính không chính thức, có đến 700.000 người di chuyển đến các vùng đô thị mỗi năm³⁴. Một tác dụng tiêu cực đáng chú ý của việc đổ xô từ nông thôn ra thành thị là việc những người di cư thường tham gia vào các hoạt động phi pháp. Những quần thể có tỷ lệ di chuyển cao, thường là những nam nữ thanh niên, bị cô lập với các mạng lưới văn hóa và xã hội truyền thống và trong những điều kiện mới họ sẽ thường xuyên tham gia vào những hành vi tình dục có nguy cơ, nghiện chích ma túy... với hậu quả rõ ràng là tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Hầu hết gái mại dâm ở những thành phố lớn là những người đến từ các tỉnh lân cận. Nhiều trong số những người nghèo là những phụ nữ bị hoàn cảnh đẩy vào làm công việc mại dâm; họ có thể tham gia bán dâm, làm gái mại dâm, nhưng phần lớn làm việc này không thường xuyên, vì họ coi đây là một chiến lược tồn tại để giúp bản thân và nuôi sống những người phụ thuộc vào họ. Ảnh hưởng của những hành vi tình dục rủi ro này đến những cô gái nghèo phần nào giải thích cho tỷ lệ lây nhiễm cao hơn ở nhóm quần thể phụ nữ trẻ. Những người di cư nam giới thường làm công việc lái xe tải đường dài, công nhân xây dựng hoặc công nhân làm tại các đặc khu kinh tế mới, người đi biển và lái buôn (đặc biệt là lái buôn xuyên biên giới), hay những người hành nghề xe ôm. Có thể có thêm chút thu nhập, nhưng do phải sống xa nhà, những người này thường tham gia vào những hành vi tình dục có nguy cơ lây nhiễm cao.

Phát triển kinh tế dường như cũng thúc đẩy đà gia tăng trong hoạt động buôn bán trái phép và nghiện ma túy và đà gia tăng trong ngành công nghiệp tình

³⁴ Nguyen T: [Population Redistribution Policy and Migration Trends in Vietnam: Past, Present and Future.] In [Proceedings of the National Conference on Population and Sustainable Development: 20-23 March 2006; Hanoi.] Edited by Committee for Social Affairs of the National Assembly; 1998: 50-101.

đục mà ở Việt Nam được gọi là “tệ nạn xã hội”. Tam Giác Vàng đã trở thành nguồn cung cấp ma túy quan trọng nhất đến Việt Nam, và bản thân Việt Nam đã trở thành hành lang cho hoạt động buôn bán ma túy. Giống như nhiều nước ở châu Á, đại dịch HIV ở Việt Nam dường như là do hoàn cảnh xã hội mang lại: các loại ma túy mới, các tuyến đường buôn lậu mới, dân số có tính lưu chuyển cao, nghèo đói, việc chuyển từ hút thuốc phiện sang chích heroin, số lượng người tiêm chích mới tăng lên và ngày càng trẻ hơn thực hiện các hình thức sử dụng ma túy ngày càng nguy hiểm hơn^{35, 36}.

Ảnh hưởng của HIV đến đói nghèo

Quan hệ kết hợp mạnh mẽ giữa HIV và đói nghèo trên phạm vi toàn cầu là điều không thể phủ nhận. Ảnh hưởng kinh tế của HIV/AIDS đến hộ gia đình được miêu tả như một “cạm bẫy đói nghèo do chi phí y tế”, làm hao hụt tài sản và thu nhập hộ gia đình. Do hậu quả của HIV, các gia đình nghèo có ít khả năng đối phó với những tác động của sự hoành hành và tỷ lệ tử vong cao hơn so với các gia đình giàu vì một số lý do, chủ yếu là do không có tiết kiệm và những tài sản khác, những thứ có thể giúp giảm nhẹ ảnh hưởng của việc ốm đau và tử vong. Chi phí tăng thường là do phải chi tiêu cho thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội, đi lại đến các trung tâm y tế, và những chi phí liên quan đến tử vong và tang lễ. Việc mất thu nhập xảy ra do gia đình giảm khả năng sản xuất vì ốm đau và chuyển sang vai trò chăm sóc cho người bệnh, mất việc làm do ốm đau và sự phân biệt trong việc làm. Về lâu dài, các hộ gia đình nghèo có thể không bao giờ khôi phục được ngay cả mức sống rất thấp ban đầu của họ. Khả năng của họ giảm đi chủ yếu là vì mất những thành viên có thể lao động trong gia đình do tử vong hoặc chuyển đi nơi khác, và do buộc phải bán đi những công cụ sản xuất của mình.

Những kết quả trong báo cáo từ Nam Phi (Booyse 2003) cho thấy tỷ lệ đói nghèo cao hơn ở những hộ

³⁵ UNAIDS. Asia IDS epidemic update - Regional summary. 2007

³⁶ Crofts, N., Reid G., and Deany P. Injecting drug use and HIV infection in Asia. In collaboration with the Asian Harm Reduction Network. AIDS 1998;12 (suppl B):69-78.

gia đình chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS (35% trong số đó được xếp vào diện nghèo) so với những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng (21% trong số đó được xếp vào diện nghèo). Booysen nhận thấy rằng vị trí xếp hạng thu nhập của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV chỉ thut lùi chứ không hề tốt lên so với các hộ gia đình khác³⁷.

HIV/AIDS thường bắt đầu ảnh hưởng đến hộ gia đình khi một thành viên gia đình được phát hiện có bệnh liên quan đến HIV và chi phí tăng lên ở hai dạng chính. Thứ nhất là tăng chi phí cho điều trị y tế đối với những thành viên dương tính với HIV đang phát triển các triệu chứng AIDS và đang có tần suất phát bệnh cao hơn. Thứ hai là chi phí tổ chức tang lễ khi thành viên của hộ gia đình chịu ảnh hưởng qua đời, và chi phí này có thể rất lớn. Tổng chi phí ở đây cũng sẽ phụ thuộc vào thu nhập của hộ gia đình. Đã có nhiều nỗ lực khác nhau để đo các mức chi phí y tế trực tiếp của HIV/AIDS đối với hộ gia đình. Những chi phí trực tiếp của HIV đến hộ gia đình ước tính chiếm từ 50% đến 100% thu nhập hộ gia đình. Đối với những bệnh khác như sốt và lao, chi phí trực tiếp thấp hơn đáng kể, lần lượt chiếm khoảng 2-5% và 21% thu nhập hộ gia đình³⁸.

Ảnh hưởng về mặt kinh tế không chỉ do tăng chi phí mà còn do mất thu nhập. Bệnh tật liên quan đến HIV kéo dài có thể dẫn đến việc phải tăng chi phí cho y tế, nhưng cũng dẫn đến việc mất thu nhập và xáo trộn công việc cũng như trách nhiệm gia đình. Cũng không thể tránh khỏi những chi phí gián tiếp như: (i) giảm khả năng tiếp cận với giáo dục; (2) giảm các nguồn thu nhập trong tương lai; (iii) mất khả năng làm việc nhà; (iv) giảm khả năng chăm sóc những người không có thu nhập, cả trẻ em lẫn người già; (v)

³⁷ Booysen, Frederick le Roux, 2003, "Poverty Dynamics and HIV/AIDS Related Morbidity and Mortality in South Africa," paper presented at an international conference on "Empirical Evidence for the Demographic and Socio-Economic Impact of AIDS," Health Economics and HIV/AIDS Research Division, University of KwaZulu-Natal, South Africa, March 26-28.

³⁸ Russell, S., The Economic Burden of Illness for Households in Development Countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 2004. 71 (S2): p. 147-155.

tăng khả năng dẫn đến thay đổi cơ cấu bên trong hộ gia đình, nghĩa là tan rã gia đình. Ngoài ra, những chi phí vô hình của việc tổn thương và đau khổ cũng ảnh hưởng đến các hộ gia đình, mặc dù không dễ gì đo đạc và quy nạp chúng vào các đánh giá được³⁹.

Mặc dù tình trạng nhiễm HIV có ở tất cả các nhóm kinh tế - xã hội, song ảnh hưởng kinh tế của việc lây nhiễm dự kiến sẽ cao hơn ở nhóm người nghèo và người "ngoài lề xã hội"⁴⁰. Phần lớn các số liệu nghiên cứu được lấy từ châu Phi, nơi đại dịch này được nghiên cứu chi tiết hơn. Từ thời điểm chẩn đoán, các hộ gia đình phải chi tiêu những khoản tiền lớn vào các hoạt động tư vấn, chăm sóc và điều trị và các chi phí đi kèm. Kết quả từ một nghiên cứu ở Rwanda cho thấy rằng tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế trung bình hàng năm là 11 lần thăm dòi với những người có HIV/AIDS và 0,3 lần thăm dòi với những người khác trong quần thể phổ thông. Chi phí y tế trung bình hàng năm của các hộ gia đình là 63 USD đối với hộ gia đình có bệnh nhân HIV/AIDS so với 3 USD đối với các hộ gia đình khác. Hơn nữa, chưa đầy 30% số hộ gia đình có khả năng trang trải những chi phí y tế từ những nguồn khác của họ⁴¹. Vì vậy, những người có bệnh kinh niên thường không thể làm việc, dẫn đến giảm thu nhập. Họ cũng cần đến sự chăm sóc của các thành viên khác trong gia đình, và điều này sẽ giảm bớt các hoạt động sản xuất và làm trầm trọng thêm tình trạng mất thu nhập. Nghiên cứu tiến hành tại các nước châu Phi đã đo được mức giảm thu nhập 40% trong những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV vì họ gặp khó khăn trong việc tiếp cận với các chương trình tạo thu nhập. Với một số hộ rất nghèo, khả năng chống chịu được tác động kinh tế như vậy là rất thấp hoặc hầu như không có^{42, 43}.

³⁹ Russell, S., The Economic Burden of Illness for Households in Development Countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 2004. 71 (S2): p. 147-155.

⁴⁰ Grant M.R, Palmiere A.D. When tea is a luxury: The economic impact of HIV/AIDS in Bulawayo, Zimbabwe. African Studies 2003. 62(2).

⁴¹ Anita Alban, Loma Guinness. Socio-economic impact of HIV/AIDS in Africa. Presentation at ADF 2000.

⁴² Wyss K., Hutton G., N'Diekhor Y., Costs attributable to AIDS at household level in Chad. AIDS CARE. October 2004, 16(7), 808-816.

⁴³ Cross C. Sinking deeper down: HIV/AIDS as an economic shock to rural households. Society in transition, 2001. Vol. 32(1).

Sự kỳ thị cũng có thể ảnh hưởng đến những nguồn tài chính mà có thể kiểm được thông qua việc làm chính thức khi mà mức độ kỳ thị cao mà những người nhiễm HIV phải hứng chịu có thể dẫn đến tình trạng phân biệt và ruồng bỏ, gồm cả việc mất hay giảm những cơ hội việc làm. Trong một nghiên cứu, có đến 20% số công ty được hỏi nói rằng họ sẽ sa thải những nhân viên nhiễm HIV để tránh tâm lý lo ngại và những rắc rối trong đội ngũ nhân viên⁴⁴. Do phụ nữ được kỳ vọng đóng vai trò chăm sóc những người khác trong gia đình, nên họ là nhóm đối tượng chịu tác động nhiều nhất xét về những cơ hội tạo thu nhập sẵn có. Wyss và những người khác (2004) nhận thấy rằng thời gian bị mất do tình trạng ốm đau của người nhiễm HIV là xấp xỉ 16 ngày một tháng, trong khi các thành viên không nhiễm HIV của hộ gia đình dành trung bình 8,3 ngày để chăm sóc những thành viên nhiễm HIV, giảm thời gian cho các hoạt động và loại hình công việc khác.

Nghiên cứu về những bệnh kinh niên khác cũng cho những kết quả tương tự. Một nghiên cứu ở Ấn Độ ước tính rằng, bệnh tiểu đường trong một gia đình Ấn Độ thu nhập thấp có thể khiến hộ gia đình đó phải dành đến 25% thu nhập cho điều trị⁴⁵. Một hộ gia đình thuộc nhóm nghèo phải dành 47% tổng thu nhập để đối phó với căn bệnh này.

Kiệt quệ tài chính là hệ quả cuối cùng của những căn bệnh đang ảnh hưởng đến các hộ gia đình nghèo⁴⁶.

4. Ảnh hưởng xã hội của HIV đối với hộ gia đình

Ảnh hưởng xã hội được định nghĩa là “bất kỳ cú sốc bất chợt hay hành động chậm trễ và một loạt những sự kiện dồn tích phá vỡ hệ thống hỗ trợ xã hội hiện tại.Ảnh hưởng này không chỉ bao gồm công việc của những người thu thập và phân phát tài liệu và các hình thức hỗ trợ khác, mà còn cả những người có

⁴⁴ Lau J.T.F., Wong W.S. AIDS-related discrimination in the workplace: The results of two evaluative surveys carried out during a three-year period in Hong Kong. AIDS CARE 2001; 13(14):433-440.

⁴⁵ Shobhana R, Rao PR , Lavanya A, Williams R, Vijay V, Ramachandran A. Expenditure on healthcare incurred by diabetic subjects in a developing country - a study from southern India. Diabetes Res Clin Pract 2000; 48:37-42.

⁴⁶ Lan NH. Economic burden of households with diabetes in Hue. Faculty of Public Health, Hue College of Medicine & Pharmacy . Master thesis.

công việc mang tính chất hỗ trợ những người khác hay những người có công việc trợ giúp và tái tạo bản thân hệ thống hỗ trợ xã hội”⁴⁷. Những ảnh hưởng xã hội đi liền với đại dịch HIV là mất mạng sống, gia đình phải chịu đựng, những gánh nặng về tinh cảm và vật chất đè lên vai những người chăm sóc, xã hội xa lánh, tan rã cấu trúc gia đình và mạng lưới hỗ trợ xã hội, và tăng số trẻ mồ côi. Vì HIV là bệnh truyền nhiễm chịu mức độ kỳ thị cao, nên các hộ gia đình thường phải đổi mặt với thái độ kỳ thị và phân biệt mạnh mẽ, và điều này lại càng hạn chế khả năng tiếp cận của họ đối với tất cả các hình thức hỗ trợ. Một trong những ảnh hưởng nghiêm trọng nhất của đại dịch này là nó tước đoạt hệ thống “an sinh xã hội” khỏi tay hộ gia đình; những thành viên trong gia đình mà trước kia là những thành viên tích cực lao động nay không còn có vai trò là người kiếm thu nhập khi họ ốm và chết, để lại trẻ em và người già trong tình thế phải tự lo cho bản thân.⁴⁸

Nhiều nghiên cứu đã thu thập được bằng chứng về sự kỳ thị và phân biệt dành cho người có HIV. Một số tác giả đã chia kỳ thị thành kỳ thị “cảm nhận” và kỳ thị “thực tế”^{49, 50, 51}. Kỳ thị cảm nhận nói đến nỗi lo sợ thực tế hoặc tưởng tượng về những thái độ đối xử của xã hội và sự phân biệt có thể có nảy sinh từ một thuộc tính hay căn bệnh không mong muốn (như động kinh hay HIV) hay việc gắn với một nhóm cụ thể nào đó. Chẳng hạn, một cá nhân có thể giảm mức độ tiếp xúc xã hội, phủ nhận tình trạng lây nhiễm HIV hay từ chối tiếp cận với các hình thức hỗ trợ và dịch vụ cơ bản do sợ có thể có những phản ứng tiêu cực của gia đình, bạn bè, cộng đồng và cả những cơ sở cung cấp dịch vụ nữa. Kỳ thị “thực tế” nói đến sự trải nghiệm thực tế về thái độ phân biệt. Ví dụ, việc tiết lộ tình trạng dương tính với HIV có thể dẫn đến mất quyền thuê,

⁴⁷ UNAIDS. Guideline for studies of the social and economic impact of HIV/AIDS. 2000

⁴⁸ Munthali, Alister C. Adaptive strategies and coping mechanisms of families and communities affected by HIV/AIDS in Malawi. UNRISD HIV/AIDS and Development project. Geneva: United Nations Research Institutes on Social Development. 2003

⁴⁹ Brown, L., Trujillo, L., & Macintyre, K. Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? New Orleans: Horizons Project. 2001

⁵⁰ Jacoby, A. Felt versus enacted stigma: A concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. Social Science and Medicine, 38(2), 269-274. 1994

⁵¹ Scrambler, G. Stigma and disease: changing paradigms. Lancet, 352(9133), 1054-1055. 1998

việc làm, phúc lợi y tế hay bạn bè. Kỳ thị cảm nhận có thể được nhìn nhận như một chiến lược sinh tồn để ngăn chặn nguy cơ xảy ra kỳ thị thực tế, chẳng hạn, khi người ta không chịu tiết lộ hay nói dối về tình trạng nhiễm HIV của mình để tránh bị tẩy chay. Trong văn hóa Việt Nam, HIV là một bệnh truyền nhiễm chịu sự kỳ thị và phân biệt ở mức độ cao, thường bị quy kết gắn với các “tệ nạn xã hội”. Nó đóng vai trò là rào cản đối với người lây nhiễm HIV trong việc tìm kiếm sự trợ giúp, làm giảm khả năng tiếp cận của họ đối với dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đầy đủ^{52, 53}.

Bất bình đẳng giới có vai trò nhất định trong sự phổ biến đại dịch HIV ở hầu hết các nước. Đại dịch HIV ở Việt Nam hiện vẫn tập trung ở nhóm đối tượng người nghiện chích ma túy, mà chủ yếu là nam giới; điều này cho thấy rằng vai trò giới liên quan đến hành vi chấp nhận rủi ro có thể làm tăng mức độ dễ bị tổn thương của nam giới trước sự lây nhiễm HIV. Sự tập trung vào một quần thể có nguy cơ cao này có thể khiến những quần thể khác ở vào thế ít được bảo vệ và không sẵn sàng đổi mới với những nguy cơ và hậu quả của việc lây nhiễm HIV. Đặc biệt, phụ nữ sẽ không nhận được sự chú ý thỏa đáng chừng nào vẫn còn phổ biến lối nghĩ rằng đại dịch này chỉ phổ biến ở nhóm nam thanh niên. Việc sử dụng bao cao su ít phổ biến hơn ở những cặp vợ chồng đã kết hôn vì bao cao su bị coi là “thiếu chân chính”; phụ nữ cũng có thể không có đủ quyền lực kinh tế để thương lượng về tình dục an toàn. Nhiều phụ nữ nghĩ rằng quan hệ tình dục ngoài hôn nhân là chuyện rất bình thường ở nam giới^{54, 55, 56, 57}.

⁵² Pauline Oosterhoff, Thu Anh Nguyen, Yen Pham Ngoc, Hanh Ngo Thuy, Pamela Wright, Anita Hardon. Holding the line: Vietnamese family responses to pregnancy and child desire when a family member has HIV. Culture, Health and Sexuality (in-print)

⁵³ Khuat Thu Hong, Nguyen Thi Van Anh, Ogden J: Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination. Hanoi: ISDS; 2004.

⁵⁴ Anh HT: Sexual rights of women: perception, practice, and the relationship with gender equity and women empowerment. In Relationship between Gender, Reproductive Health, and Sexual Health in Vietnam. Hanoi: Medical Publishing House; 2005: 99-129.

⁵⁵ Ha VS: The quiet of women and peaceful family: attitude and behavior of rural married women. In Gender, Sexuality and Sexual Health. No 8. Hanoi: World Publication; 2005.

⁵⁶ Trang NN: If only: an oral history of six people living with HIV/AIDS. CARE International in Vietnam; 1997.

⁵⁷ Vivian Fei-ling, G., Vu Minh Quan, Chung A, Zenilman, J., Vu Thi Minh Hanh, & Celentano, D. (2002). Gender gaps, gender traps: sexual identity and vulnerability to sexually transmitted diseases among women in Vietnam. Social Science & Medicine, 55(3), 467-481

Một số tác giả đã lập luận rằng, trong bối cảnh châu Á, phụ nữ nhiều khả năng phải chịu một mức độ phân biệt lớn hơn rất nhiều so với nam giới trong phạm vi gia đình và cộng đồng^{58, 59} dưới hình thức nhạo báng và quấy rối và cả hành hạ nữa. Những phụ nữ đã kết hôn bị buộc phải quan hệ tình dục với chồng bất chấp việc chồng họ dương tính với HIV. Phụ nữ Việt Nam phải chịu sức ép nặng nề từ gia đình và xã hội về việc phải giữ gìn đạo đức trong khuôn khổ gia đình. Phụ nữ nào bị nhiễm HIV sẽ bị lên án là vi phạm chuẩn mực đạo đức cơ bản của xã hội⁶⁰. Ở Việt Nam, cũng như ở nhiều nước khác, phụ nữ được trả lương thấp hơn và được đi học ít hơn so với nam giới ở cùng hoàn cảnh xã hội; sự khác biệt này thậm chí còn thể hiện rõ hơn trong những gia đình nghèo⁶¹. Tuy nhiên, cả kỳ thị cảm nhận lẫn kỳ thị thực tế đều cho thấy có sự thay đổi qua thời gian. Việc tiếp cận với các dịch vụ và điều trị xã hội, như các nhóm tự lực, có thể đóng vai trò quan trọng trong việc giảm bớt tình trạng kỳ thị đối với phụ nữ⁶². Một nghiên cứu mới đây đã cho thấy phụ nữ Thái Lan hiện có khả năng tiếp cận dịch vụ điều trị ARV dễ dàng hơn nam giới⁶³.

HIV ở gia đình thường ảnh hưởng đến tất cả trẻ em theo những khía cạnh kinh tế, xã hội và tâm lý, nhưng trẻ mồ côi là những người chịu ảnh hưởng nhiều nhất. Ở Ấn Độ và Trung Quốc, ảnh hưởng không chỉ ở khía cạnh kinh tế mà còn mang lại sự khổ đau và căng thẳng, những thứ có thể tác động đến sự phát triển tâm lý xã hội thông thường của trẻ em. Những trẻ em ở Trung Quốc có mẹ, cha hoặc cả cha lẫn mẹ nhiễm HIV được phát hiện có nhiều khả năng tham gia vào những hành vi “xấu” như uống rượu bia, hút thuốc

⁵⁸ Bharat, S., Singhaputra-Renard, A., & Aggleton, P. Household and community response to HIV/AIDS in Asia: the case of Thailand and India AIDS, 12(suppl. B), S117-S122. 1998

⁵⁹ Paxton, S., Gonzales, G., Uppakaew, K., Abraham, K. K., Okta, S., Green, C., et al. AIDS-related discrimination in Asia. AIDS Care, 17(4), 413-424. 2005

⁶⁰ Khuat Thu Hong, Nguyen Thi Van Anh, & Ogden, J. Understanding HIV and AIDSrelated Stigma and Discrimination. Hanoi: ISDS. 2004

⁶¹ National Committee for the Advancement of Women in Vietnam. Statistics on Women and Men in Vietnam. Hanoi. 2002

⁶² Paxton, S. (2002). The paradox of public HIV disclosure. AIDS Care, 14(4), 559-567.

⁶³ LE COEUR S, COLLINS IJ, PANNETIER J, LELIEVRE E. Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: why women have more and earlier access? Soc Sci & Med, 2009. Special issue on "Women, children and AIDS care". In press.

và sử dụng ma túy do thiếu sự quan tâm của cha mẹ. Hơn nữa, trong một hộ gia đình có người nhiễm HIV, trẻ em có thể phải trở thành người chăm sóc, phải chất lên vai những gánh nặng như kết hôn sớm, bỏ học để phụ giúp gia đình và/hoặc tham gia vào lực lượng lao động không chính thức. Điều kiện dinh dưỡng của trẻ em thường giảm đi^{64, 65}. Sự kỳ thị và phân biệt thường được áp dụng cho tất cả các thành viên của một hộ gia đình có người nhiễm HIV; trẻ em có thể bị bạn cùng lớp xa lánh và khả năng xin nhập học có thể bị hạn chế. Báo cáo năm 2005 của UNDP chỉ ra một vấn đề trong khả năng xin nhập học của những trẻ em thuộc các gia đình có HIV. Rõ ràng là cần phải phân tích ảnh hưởng của đại dịch này đối với trẻ em, xem đây như một phần trong ảnh hưởng xã hội tổng thể của HIV.

5. An ninh lương thực⁶⁶ và dinh dưỡng

Những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV và đói nghèo có thể gặp khó khăn trong việc bảo đảm an ninh lương thực cho gia đình mình. Bất kỳ căn bệnh nào cũng có thể dẫn đến tình trạng thiếu hụt trong một gia đình trước nguồn thực phẩm có hạn. Ở châu Á, ảnh hưởng của HIV/AIDS đến điều kiện dinh dưỡng và an ninh lương thực hộ gia đình không liên quan nhiều đến việc có hay không có lương thực, mà liên quan nhiều đến mức độ đa dạng và chất lượng thực phẩm, cùng với những khó khăn trong việc trang trải chi phí thực phẩm. Ở Ấn Độ, việc giảm mức độ đa dạng thực phẩm rất phổ biến ở những hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS và được coi là một chiến lược đối phó về tài chính của những hộ gia đình dễ bị tổn thương. Ở Trung Quốc, các gia đình, đặc biệt là các gia đình nghèo, thường bõ qua bữa sáng. Chất lượng thực phẩm thấp và kém dinh dưỡng có thể ảnh hưởng hơn nữa đến sức khỏe của người nhiễm HIV và các thành viên khác trong gia đình, đặc biệt là trẻ

⁶⁴ Greener, Robert, Keith Jefferis, and Happy Siphambhe, 2000, "The Impact of HIV/AIDS on Poverty and Inequality in Botswana," South African Journal of Economics, Vol. 68, No. 5, pp. 888–915.

⁶⁵ Basanta K. Pradhan, Ramamani Sundar, Shalabh K. Singh. Socio-economic impact of HIV and AIDS in India. 2006

⁶⁶ Food security exists when all people, at all times, have physical and economic access to sufficient, safe and nutritious food to meet their dietary needs and food preferences for an active and healthy lifestyle.

em, dẫn đến tăng tỷ lệ suy dinh dưỡng và những vấn đề về sức khỏe đi kèm theo⁶⁷.

6. Chiến lược đối phó của hộ gia đình

Khi các hộ gia đình phải đối mặt với những vấn đề này, họ thường phản ứng theo những cách khác nhau để đối phó với ảnh hưởng của HIV. Những khả năng lựa chọn mà một hộ gia đình có thể có là rất khác nhau, phụ thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội của họ ở thời điểm tình trạng lây nhiễm được phát giác hoặc bắt đầu có ảnh hưởng. Những chiến lược này nhằm vào cả vấn đề tài chính lẫn vấn đề xã hội nảy sinh do kết quả của việc nhiễm HIV.

Các chiến lược đối phó về tài chính của hộ gia đình

Đa dạng hóa từng được nhận diện như là một chiến lược quan trọng để giảm mức độ dễ tổn thương trong kế sinh nhai. Điều này có nghĩa là các hộ gia đình phải xây dựng một danh mục ngày một đa dạng các hoạt động sản xuất và tài sản để giảm những rủi ro và tác động trong bất cứ lĩnh vực nào, nâng cao cơ hội sống sót và nâng cao mức sống⁶⁸.

Để đối phó với ảnh hưởng về kinh tế - xã hội của HIV, các hộ gia đình có thể bán tài sản của mình (vật nuôi, thiết bị, phương tiện đi lại) để trang trải chi phí chăm sóc y tế và tang lễ. Điều này thường đẩy họ lún sâu hơn nữa vào đói nghèo^{69, 70}. Như vậy, các hộ gia đình giảm bớt tiềm năng tạo thu nhập trong tương lai và khả năng phục hồi lại một phần những gì đã mất. Tình trạng đói nghèo được tăng cường và gia đình có rất ít cơ hội khôi phục lại mức phúc lợi kinh tế ban đầu của họ, dù mức đó có thấp như thế nào đi nữa.

Các hộ gia đình cũng có thể chuyển sang vay mượn ở khu vực không chính thức để khắc phục ảnh hưởng trước

⁶⁷ Stewart J. Moving food: The world food programme's response to the Southern African Humanitarian crisis. African Security Review, 2003. 12 (1): 17-27.

⁶⁸ Niehof, A. The Significance of Diversification for Rural Livelihood Systems. Food Policy 29: 321-338. 2005.

⁶⁹ Grant, M.R. & Palmiere, A.D. When Tea is a Luxury: The Economic Impact of HIV/AIDS in Bulawayo, Zimbabwe. African Studies 2003. 62(2).

⁷⁰ Cross, C. Sinking deeper down: HIV/AIDS as an economic shock to rural households. Society in transition, 2001. Vol. 32(1).

mắt của HIV. Đây là một giải pháp ngắn hạn, và thường rất tốn kém, để đối phó với một vấn đề dài hạn⁷¹.

Những giải pháp không chính thức khác để quản lý rủi ro bao gồm nhận sự hỗ trợ từ gia đình, dựa vào quan hệ họ hàng, hay từ các tổ chức từ thiện. Tuy nhiên, nghiên cứu đã chỉ ra rằng những khoản vay tạm thời và tín dụng nhỏ là chưa đủ để họ chống chịu được với những cú sốc tai hại⁷² và có thể khiến người đi vay phải gánh thêm những khoản nợ khó trả, trừ phi có sự quan tâm và hỗ trợ toàn diện và liên tục dành cho những gia đình này⁷³.

Hỗ trợ xã hội

Nguồn vốn xã hội là một phần trong hệ thống hỗ trợ

thiết yếu dành cho một tỷ lệ không nhỏ những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS, những gia đình không thể trang trải cho các dịch vụ y tế. Các mạng lưới xã hội có thể cung cấp không chỉ sự hỗ trợ xã hội, mà còn hỗ trợ để các hộ gia đình tham gia vào các hoạt động tạo thu nhập. Những áp lực họ hàng có thể tạo thành một yếu tố tiêu cực khác tác động đến mức độ sẵn lòng tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của người có HIV và sau đó là khả năng tiếp cận các dịch vụ cơ bản. Vì vậy, những cấu trúc xã hội có thể hoặc làm tăng những áp lực, sự căng thẳng và tình trạng cô lập của người nhiễm HIV hoặc là cung cấp dịch vụ hỗ trợ theo nhiều cách khác nhau. Cần phải điều tra vai trò và cách phản ứng của những đối tượng xã hội khác nhau để đo lường mức độ ảnh hưởng của HIV đối với hộ gia đình.

⁷¹ Wyss, K.; Hutton, G.; N'Diekhor, Y. Costs Attributable to AIDS at Household Level in Chad, AIDS CARE , 16 (7). 2004.

⁷² Robalino A.; Jenkins, C.; El Maroufi, K. Risks and Macro-Economic Impacts of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: Why waiting to intervene can be costly. World Bank, Washington, DC, USA. Policy Research Working Paper No 2874. 2002.

⁷³ Pauline Oosterhoff, Thu Anh Nguyen, Yen Pham Ngoc, Pamela Wright, Anita Hardon. Can micro-credit empower HIV+ women? An exploratory case study in Northern Vietnam. Women's Health & Urban Life (in-print)

PHẦN 3: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu kết hợp hai giai đoạn. Trước tiên, một cuộc điều tra được thực hiện ở sáu tỉnh trên toàn quốc để đánh giá ảnh hưởng kinh tế-xã hội của HIV đến hộ gia đình. Mục đích chính của giai đoạn này là xác định sự khác biệt về thu nhập và chi phí giữa hai nhóm hộ gia đình và phản ứng của họ trước những thay đổi này. Sau đó, chúng tôi thực hiện giai đoạn hai với mục tiêu là ước tính ảnh hưởng của HIV/AIDS đến đời nghèo ở Việt Nam thông qua kết hợp và mô hình hóa số liệu từ Điều tra mức sống Việt Nam (VLSS) năm 2006 với những giả thuyết là kết quả của điều tra giai đoạn đầu và những dự báo HIV năm 2007 (*các phương pháp chi tiết được giới thiệu ở Phụ lục 2*).

Giai đoạn 1: “Những khác biệt trong hoàn cảnh xã hội và mức sống giữa các hộ gia đình bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng bởi HIV” – Nghiên cứu cắt ngang

Sáu tỉnh và thành phố có tỷ lệ nhiễm HIV cao được chọn bao gồm Hà Nội, Quảng Ninh, Lạng Sơn, Cao Bằng, Thành phố Hồ Chí Minh và An Giang. Trong những tỉnh này, có ba tỉnh – An Giang, Quảng Ninh và Thành phố Hồ Chí Minh – đã được lựa chọn thực hiện nghiên cứu đánh giá năm 2005. Tại Lạng Sơn và Cao Bằng, dịch bắt đầu muộn hơn ở những địa phương khác; các tỉnh này cũng khác biệt với những địa phương khác do mức độ phát triển kinh tế ở mức độ thấp hơn.

Để tiện cho việc so sánh giữa kết quả nghiên cứu năm 2005 và kết quả của nghiên cứu này, những nguyên tắc về phương pháp nghiên cứu và đo lường đã được áp dụng gần giống với nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, nghiên cứu trước có thể hiện một số hạn chế cần phải được điều chỉnh cho phù hợp với những phương pháp này. Sau khi tìm hiểu và phân tích một số nghiên cứu

về HIV và đời nghèo trên thế giới, đặc biệt là những khảo sát của UNDP về Trung Quốc và Ấn Độ, chúng tôi đã đưa ra những hướng đi sau.

Những nghiên cứu về ảnh hưởng của HIV đã được tiến hành ở những cấp độ khác nhau: cá nhân, hộ gia đình, công ty, tổ chức, chính quyền và cấp vĩ mô, dựa vào nhiều phương pháp khác nhau⁷⁴. Trước đây, những nghiên cứu dựa vào mẫu để dự báo ảnh hưởng trong tương lai thường hay được sử dụng. Tuy nhiên, các số liệu để dự báo ảnh hưởng thường chưa đủ, hoặc dựa quá chi tiết vào bối cảnh, rất khó khai quát hóa. Những tính toán này thường dựa vào công thức chính xác, nhưng lại sử dụng những số liệu ước tính chính xác, do đó rất khó khai quát hóa^{75, 76}. Việc thận trọng phân tầng các quần thể mẫu có thể giúp nâng cao chất lượng của các nghiên cứu cắt ngang. Các phương pháp định tính cần được sử dụng để bổ sung cho việc hiện nay phải dựa quá nhiều vào các phương pháp lấy số liệu thông qua điều tra^{77, 78}. Các nghiên cứu khác trong vùng cũng đề xuất tiến hành một cuộc điều tra hộ gia đình để đối chiếu và so sánh giữa những hộ chịu ảnh hưởng và hộ không chịu ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Vì vậy chúng tôi đã thiết kế nghiên cứu này như một nghiên cứu cắt ngang, so sánh 453 hộ gia đình có

⁷⁴ Basanta K. Pradhan, Ramamani Sundar, Shalabh K. Singh. Socio-economic impact of HIV and AIDS in India. 2006

⁷⁵ Health Economics and HIV/AIDS Research Division (HEARD). Report of the Scientific Meeting on the Empirical Evidence for the Demographic and Socio-economic Impact of AIDS. Proceedings of meeting held at Tropicana Hotel, Durban, South Africa, 26 – 28 March 2003.

⁷⁶ Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (Cadre): HIV/AIDS, Economics and Governance in South Africa: Issues in Understanding Response. A Literature Review. USAID. available on the online database www.cadre.org.za. 2002

⁷⁷ Frederik le R. Booyens, Tanja Arntz. The methodology of HIV/AIDS impact studies: a review of current practices. Social Science & Medicine, Volume 56, Issue 12, June 2003, Pages 2391-2405

⁷⁸ TOR for the assessment of socio-economic impacts of HIV and AIDS in Cambodia, China, Indonesia, Namibia, Ethiopia, and Moldova.

người nhiễm HIV và 453 hộ không có HIV, và đây được coi là đơn vị mẫu cấp một. Thành tố chính của thiết kế này là một sự kết hợp giữa điều tra hộ gia đình lấy thông tin từ 36 cuộc phỏng vấn sâu với những người cung cấp thông tin chủ yếu và những cuộc thảo luận nhóm trọng điểm với những người cung cấp dịch vụ, nhà quản lý chương trình, các cộng đồng và các tổ chức quần chúng, người lây nhiễm HIV, các tổ chức phi chính phủ, các nhà hoạt động, các nhà nghiên cứu, và Nhóm công tác kỹ thuật HIV; và việc thu thập các số liệu cấp hai là phần đánh giá của người cung cấp dịch vụ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng một phương pháp lấy mẫu nhiều giai đoạn với những bảng phiếu hỏi được xây dựng kỹ lưỡng và điều chỉnh sau nhiều lần điều tra thử nghiệm.

Các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV được lựa chọn với sự hỗ trợ của Mạng lưới những người nhiễm HIV Việt Nam và những tình nguyện viên đến từ dự án GIPA. Các đối tượng có HIV được xác định nhờ sự trợ giúp của các nhóm đồng đẳng (nhóm dành cho người nhiễm HIV), chỉ sau khi được sự đồng ý từ phía các hộ gia đình tham gia vào nghiên cứu, và với điều kiện là không tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của họ cho các thành viên khác trong hộ gia đình. Mỗi hộ gia đình có tối đa 2 người trả lời phỏng vấn, và đó phải là người lớn nhiễm HIV. Những cá nhân không sống trong môi trường gia đình thì không được tính, vì trọng tâm của nghiên cứu này là về ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với hộ gia đình. Các điều tra viên có nhiệm vụ tiếp xúc với người lây nhiễm HIV ở các giai đoạn bệnh khác nhau, nhờ đó mới có thể đánh giá được đầy đủ ảnh hưởng của HIV đối với kinh tế hộ gia đình và các vấn đề kỳ thị xã hội. Hơn nữa, vì tỷ lệ nam/nữ ước tính trong nhóm đối tượng nhiễm HIV trên cả nước được cho là vào khoảng 2:1⁷⁹, nên các điều tra viên đã sử dụng một mẫu trong đó hai phần ba người trả lời là nam giới.

Cứ với một hộ có người nhiễm HIV được chọn thì lại có một hộ không có người nhiễm HIV được chọn, thường là hàng xóm gần nhất của hộ gia đình nhiễm HIV.

⁷⁹ Ministry of Health (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010.

Điều này cho phép chúng tôi so sánh hai nhóm hộ gia đình có những đặc điểm tương tự nhau. Các cán bộ phường (xã) là người giúp xác định những hộ gia đình có điều kiện kinh tế và xã hội tương tự nhau (thể loại/ chất lượng nhà ở và số thành viên trong gia đình).

Chúng tôi đã hợp tác với GIPA và mạng lưới người nhiễm HIV để yêu cầu họ cộng tác và hỗ trợ tập hợp các đối tượng phỏng vấn. Một đồng đẳng viên kiêm tư vấn có kinh nghiệm được chỉ định làm trưởng nhóm.

Số liệu được sàng lọc và nhập bằng phần mềm EPI INFO 3.4.3. Phân tích thống kê được thực hiện bằng việc sử dụng phần mềm STATA 10.0. Các phân tích số liệu được thực hiện ở cấp độ hộ gia đình và cá thể. Các thông tin về nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe, kinh tế và thành viên của hộ gia đình có HIV được so sánh với hộ không có HIV, và giữa các khu vực thành thị và nông thôn, sử dụng kiểm định ũ2 hoặc kiểm định exact tests để so sánh các tỷ lệ, và sử dụng kiểm định t hoặc rank sum test cho các biến liên tục. Phân tích hồi quy ở cấp độ cá thể được hiệu chỉnh theo nhóm trong hộ gia đình, dùng lệnh STATA's "cluster".

Giai đoạn 2: “Mô hình và dự báo về ảnh hưởng kinh tế của HIV/AIDS đối với hộ gia đình”

Các số liệu về mô hình được lấy từ một điều tra có tính đại diện quốc gia, đó là Điều tra mức sống Việt Nam (VLSS) năm 2006⁸⁰. Dự báo về ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với đói nghèo đã lấy những kết quả của ‘Ước tính và dự báo HIV năm 2007’ như quy mô của quần thể mục tiêu⁸¹. Với giả thuyết có những khác biệt trong chiến lược đối phó và nguy cơ đói nghèo trong số các gia đình chịu ảnh hưởng của HIV ở các nhóm thu nhập và nơi cư trú khác nhau, chúng tôi đã phân tầng tổng số ca nhiễm HIV ước tính dựa theo những số liệu tập hợp về mức độ phổ biến HIV và các vấn đề liên quan⁸². Những đặc điểm liên quan của mỗi nhóm thu nhập bao gồm quy mô quần thể, số người trong

⁸⁰ GSO (2007). Vietnam Living Standard Survey 2006.

⁸¹ MOH, VAAC (2008). HIV estimates and projections 2007.

⁸² Adapted from the VPAIS 2005 and DHS comparative reports 22 (USAID 2009). Data collected in Hai Phong. Prevalence in quintile 1 has been referred from the HIV economic impact report 2005

mỗi hộ gia đình, số hộ gia đình có trong nhóm thu nhập đó, thu nhập bình quân của mỗi hộ gia đình và chi phí bình quân mỗi người và mỗi hộ. Các đặc điểm về thu nhập và chi phí của một hộ gia đình trung bình được ước tính cho các hộ có thành viên nhiễm HIV/AIDS và hộ không có thành viên nhiễm.

Chúng tôi đã xây dựng một mô hình đa biến tuyến tính với các phương pháp xác định ảnh hưởng cố định để xác định mức độ giảm chi phí tiêu dùng, và quan hệ tỷ lệ thuận của nó với mức tăng chi phí y tế. Hộ gia đình được coi là một đơn vị chung để xác định thu nhập và các khoản chi tiêu, nhưng cá nhân lại là đơn vị phân tích vì chúng tôi muốn nắm bắt được cả những thay đổi ở cấp độ cá nhân nữa.

Số lượng những hộ gia đình rơi vào đói nghèo do kết quả của AIDS được lập mô hình bằng cách dự báo tỷ lệ nhiễm HIV trong mỗi nhóm thu nhập, dùng cả dự báo phát triển dịch mức cao cũng như dự báo mức thấp. Tỷ lệ của mỗi nhóm thu nhập được kết hợp với các số liệu về ảnh hưởng đến hộ gia đình để xác định số người bị đẩy vào nghèo tổng thể hay quốc gia. Các dự báo về đói nghèo cũng tính đến mối quan hệ năng động giữa đói nghèo và chi phí tiêu dùng. Hơn nữa, một loạt những giả thuyết làm cơ sở cho phân tích này đã được đưa ra liên quan đến những yếu tố tăng trưởng GDP, lạm phát, tăng trưởng dân số và phân phối thu nhập.

Hạn chế của nghiên cứu

Chúng tôi đã nhận ra một số hạn chế trong phương pháp nghiên cứu này. Trước tiên, việc tiếp cận những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV thông qua mạng lưới nhóm hỗ trợ cho những người có HIV đã làm giảm khả năng tiếp cận được với những trường hợp nhiễm ở giai đoạn đầu (chưa tham gia vào nhóm hoặc liên hệ với bất kỳ ai) và giai đoạn cuối (bị ốm nặng phải điều trị ở nhà hoặc bệnh viện). Chúng tôi cũng thiếu số liệu từ các cơ sở điều trị hoặc những mong đợi của chính phủ, chủ yếu tập trung vào hộ gia đình.

Trên thực tế những dữ liệu cần cho loại đánh giá này thường dễ bị sai lệch vì nó quan tâm đến một vấn đề mà không phải ai cũng sẵn sàng chia sẻ. Có 2 loại sai số bao gồm: sai số nhớ lại (không dễ dàng để người trả lời phỏng vấn nhớ một cách chính xác số tiền đã chi tiêu và thậm chí cả thu nhập) và sai số nảy sinh từ xu hướng những người trả lời phỏng vấn đưa ra những thông tin không chính xác về thu nhập và chi tiêu. Họ có thể đưa ra những câu trả lời mà họ nghĩ rằng người nghiên cứu mong đợi và họ cũng có thể giảm thiểu hoặc khuyếch đại thu nhập hoặc chi phí và các vấn đề sức khỏe, theo nhận thức cá nhân của họ về những gì sẽ được chờ đợi. Quan sát có thể giúp kiểm tra những câu trả lời này trong một hoàn cảnh cụ thể và hạn chế sai số này.

PHẦN 4: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tóm quan tài liệu đã dự đoán rằng những ảnh hưởng của đại dịch HIV đến đói nghèo sẽ không đáng kể ở những nước như Việt Nam, nơi có tỷ lệ nhiễm thấp và chủ yếu tập trung ở một số quần thể nhất định. Tuy nhiên, dự báo đó chỉ dựa trên tầm ảnh hưởng của kinh tế vĩ mô mà không nhắm chi tiết vào những ảnh hưởng từ chi phí kinh tế cho chăm sóc sức khỏe và hệ thống xã hội cũng như vào những gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Ở cấp độ hộ gia đình, những ảnh hưởng của đại dịch HIV mang ý nghĩa to lớn bởi vì nó ảnh hưởng đến tài sản của xã hội, lực lượng lao động xã hội hiệu quả từ các thành viên trong gia đình cũng như những khoản chi tiêu và thu nhập. Phân tích những vấn này sẽ chỉ ra những chi phí của HIV đối với từng cá nhân và xã hội.

Những chi phí này không thống nhất trong cả nước bởi vì thời gian và mức độ ảnh hưởng của đại dịch khác nhau. Để kết luận mức độ ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV đến hộ gia đình ở các giai đoạn khác nhau của đại dịch, nghiên cứu đã được tiến hành ở các tỉnh bắt đầu xuất hiện dịch sớm hơn (Quảng Ninh, Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh và An Giang) và những tỉnh bắt đầu xuất hiện đại dịch muộn hơn (Lạng Sơn và Cao Bằng).

Để hiểu được những gì xảy ra trong những hộ gia đình có người nhiễm HIV ở Việt Nam tại thời điểm này, chúng tôi đã sử dụng một khái niệm về đói nghèo đầy đủ và rộng hơn so với khái niệm được sử dụng trong đánh giá năm 2005. Để có thể so sánh những phát hiện mới với kết quả nghiên cứu năm 2005, đói nghèo được phân tích bằng phương pháp tiếp cận dựa vào tiêu dùng, rồi sánh với ngưỡng đói nghèo được sử dụng thời điểm đó. Việc kết hợp những cách tiếp cận có thể tạo nên một bức tranh hoàn chỉnh hơn về đói nghèo, và chúng tôi cũng tìm hiểu sâu hơn

bằng phương pháp định tính. Mẫu nghiên cứu được chia theo khu vực thành thị và nông thôn để có thể phản ánh tốt hơn những khác biệt giữa hai khu vực này về tác động kinh tế - xã hội của HIV.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi so sánh các hộ gia đình bị ảnh hưởng của HIV với những hộ gia đình khác mà có thể có tất cả các loại bệnh tật ngoại trừ HIV/AIDS để có thể phân biệt được ảnh hưởng của HIV với những yếu tố khác ảnh hưởng đến sự đói nghèo ở tất cả các hộ gia đình. Chúng tôi đã phân tích một số chỉ số số đói nghèo khác nhau có liên quan đến việc tăng chi phí hoặc giảm thu nhập.

Chi phí trực tiếp mà hộ gia đình phải chi trả để kéo dài cuộc sống của người có HIV bao gồm các khoản chi phí tăng thêm, đặc biệt cho chăm sóc sức khỏe, do mất thu nhập cũng như xáo trộn công việc và trách nhiệm gia đình. Chi phí gián tiếp có thể là (i) giảm cơ hội tiếp cận với giáo dục; (ii) giảm số nguồn thu nhập trong tương lai; (iii) mất khả năng quản xuyến việc nhà; (iv) giảm khả năng chăm sóc những người sống phụ thuộc, trong đó có trẻ em và người già; và (v) tăng nguy cơ thay đổi cấu trúc hộ gia đình, nghĩa là tăng khả năng tan rã gia đình.

Cũng có những chi phí khác đối với các dịch vụ y tế và dịch vụ khác. Bộ Y tế Việt Nam đã ước tính rằng số người nhiễm HIV và cần được điều trị ARV sẽ tăng lên từ 42.480 năm 2006 tới 72.970 năm 2010⁸³. Những chi phí của việc tìm và duy trì những người có HIV trong chương trình điều trị sẽ không ngừng tăng lên trong khi đó những hỗ trợ tài chính quốc tế có khả năng sẽ giảm. Khoảng 1/3 số người nhiễm AIDS hiện nay nhận được thuốc điều trị kháng virus ARV từ dự

⁸³ Vietnam Ministry of Health, National Action Plans on HIV/AIDS Care and Treatment to the year 2010, Hanoi, 2006.

án của Quỹ toàn cầu. Việc điều trị rất đắt do các dịch vụ y tế nhưng có thể duy trì và giúp người có HIV và gia đình của họ tránh khỏi đói nghèo. Thu nhập của họ có thể đầu tư vào các hoạt động hiệu quả khác như tạo thu nhập và giáo dục. Nghiên cứu đã thu thập số liệu không chỉ về chi phí của thuốc ARV mà còn cả những thông tin về chi phí y tế trực tiếp và gián tiếp trong việc chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV bao gồm xét nghiệm, thuốc điều trị nhiễm trùng cơ hội và quản lý phản ứng phụ. Những chiến lược đối phó về tài chính của các hộ gia đình bao gồm đa dạng hóa các hoạt động và tài sản, bán tài sản, vay mượn, nhờ vả thông qua quan hệ họ hàng và nhờ đến các tổ chức từ thiện.

Tất cả những khía cạnh này đều được điều tra bằng cách sử dụng bộ phiếu hỏi phỏng vấn và các phương pháp định tính được miêu tả ở phần trước. Kết quả nghiên cứu đã vẽ lên bức tranh toàn cảnh tàn khốc về những gia đình đang chịu ảnh hưởng của HIV và làm dấy lên những hy vọng về sự thành công của những chiến lược đối phó và những thay đổi theo chiều hướng tích cực hơn so với nghiên cứu năm 2005.

A. ẢNH HƯỞNG KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA HIV/AIDS ĐẾN HỘ GIA ĐÌNH

1. Ảnh hưởng đến thu nhập

Câu hỏi đầu tiên hỏi về thu nhập nhằm so sánh liệu có phải hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có thu nhập thấp hơn so với những hộ không bị ảnh hưởng. Bảng 1 dưới đây cho thấy đúng là có điều đó. Nhìn vào năm nhóm thu nhập, rõ ràng rằng ở tại thời điểm nghiên cứu những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV từ giàu đến nghèo thì đều có thu nhập thấp hơn so với những hộ không bị ảnh hưởng bởi HIV tương ứng. Hơn thế nữa, thu nhập từ tất cả các nguồn đều giảm trong những gia đình có HIV. Sự khác biệt về thu nhập giữa hộ chịu ảnh hưởng của HIV và hộ không chịu ảnh hưởng còn lớn hơn ở các nhóm nghèo và cận nghèo của quần thể. Đây có thể là do kết quả của việc các nhóm nghèo hơn thường dễ bị tổn thương hơn và có ít chiến lược đối phó mở ra trước mắt họ hơn. Cũng

phải thấy rằng thu nhập từ tất cả các nguồn giảm đi ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV.

Rất khó để so sánh những kết quả này với kết quả trong nghiên cứu năm 2005, bởi vì nghiên cứu này sử dụng phương pháp tiếp cận so sánh bệnh chứng, kết nối giữa những hộ có HIV với những hộ gia đình tương tự nhưng không có thành viên nhiễm HIV. Điều tra 2005 chỉ so sánh những hộ chịu ảnh hưởng của HIV với số liệu trong Điều tra quốc gia về mức sống hộ gia đình, nơi mà bao gồm tất cả các loại hộ gia đình, và không so sánh trực tiếp với những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Kết quả của điều tra đó cho thấy sự khác biệt trong thu nhập rất lớn, nhưng trong bảng dưới đây chúng tôi tin rằng kết quả đã phản ánh gần sát hơn hoàn cảnh thực của những hộ gia đình có HIV.

Bảng 1. Thu nhập trung bình hàng năm của hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV và hộ không bị ảnh hưởng theo nhóm (Đơn vị: triệu VND)

Nhóm thu nhập	Hộ gia đình có HIV	Hộ gia đình không có HIV
Nghèo nhất	8,42	12,44
Cận nghèo	25,84	40,24
Bậc trung	40,72	53,67
Cận giàu	61,75	78,17
Giàu nhất	178,17	233,74
Tổng số	66,04	84,29

Trong tất cả các hộ gia đình, nguồn thu nhập chính là từ lương, tiếp theo đó là từ buôn bán (Phụ lục 5 – Bảng 1). Trong cả hai nguồn, nếu có người không thể làm việc hoặc bị mất việc, nguy cơ giảm thu nhập là rất cao.

Câu hỏi tiếp theo tìm hiểu xem liệu có sự tương tự nhau giữa khu vực thành thị và nông thôn trong mức chênh lệch tổng thu nhập. Nhìn vào Bảng 2, mức chênh lệch rõ ràng hơn giữa những hộ gia đình ở khu vực thành thị. Những hộ gia đình có HIV ở thành thị

dường như gặp nhiều khó khăn hơn, thậm chí hơn cả các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV ở nông thôn. Yếu tố này cần phải được tính đến cho các dự báo về tình hình trong tương lai.

Đặc biệt ở khu vực thành thị, sự giải thích hợp lý cho những trường hợp hộ gia đình có HIV có thu nhập thấp hơn quan sát được có thể là do mức lương kiếm được giảm đi, nếu như tình trạng nhiễm HIV được biết rộng rãi khiến cho người có HIV hoặc các thành viên trong gia đình họ phải thay đổi công việc, bị mất việc hoặc giảm số ngày làm việc.

Ở khu vực nông thôn, những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV chắc chắn nhận được một sự tăng ý nghĩa trong thu nhập từ nguồn thuộc nhóm lương hưu/học bổng, là mục thu nhập có thể ít nhạy cảm với HIV hơn. Các gia đình nghèo hơn thuộc cả hai nhóm

ở những khu vực này có thể có khả năng tiếp cận lớn hơn với mục thu nhập đó, vì vậy đã rút ngắn khoảng cách trong tổng thu nhập giữa những hộ gia đình có HIV và hộ không có HIV.

Đại dịch ở Việt Nam chủ yếu tập trung vào nhóm những người sử dụng ma túy, vì vậy chúng tôi đã so sánh thu nhập trung bình của những hộ gia đình có người sử dụng ma túy và hộ không có người sử dụng ma túy trong nhóm những hộ gia đình có HIV. Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có người sử dụng ma túy có thu nhập trung bình cao hơn một chút so với những hộ gia đình không có người nghiện chích ma túy. Rất khó để nói liệu điều này có phải là do những hộ gia đình thu nhập cao hơn có thể hỗ trợ cho những người sử dụng ma túy và thói quen của họ hay trong khi những hộ gia đình có thu nhập thấp hơn có thể bị mất bất cứ một thành viên trong gia đình nghiên

Bảng 2. Thu nhập hộ gia đình hàng năm của các hộ chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng của HIV theo những đặc điểm khác nhau (Đơn vị: triệu VND)

Đặc điểm	Thu nhập trung bình hàng năm	Tỷ lệ
Thành thị		
Hộ có HIV	64,93	1
Hộ không có HIV	94,06	1,45
Nông thôn		
Hộ có HIV	67,91	1
Hộ không có HIV	69,06	1,02
Trong những hộ có HIV		
Có người nghiện chích ma túy	75,05	1,33
Không có người nghiện chích ma túy	56,58	1
Giai đoạn sớm của dịch		
Hộ có HIV	28,08	1
Hộ không có HIV	35,51	1,26
Giai đoạn muộn của dịch		
Hộ có HIV	71,61	1
Hộ không có HIV	91,59	1,28
Hộ đã tham gia vào nhóm tự lực		
Có	64,34	1
Không	69,66	1,08

Bảng 3. Thu nhập trung bình bị mất do bệnh tật hoặc người chăm sóc không thể làm việc (Đơn vị: triệu VND)

Lý do giảm thu nhập	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV					
	Tổng số	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Tổng chi phí cho bệnh tật	13,05	12,51	12,92	14,12	11,99	12,31
Chi phí trực tiếp cho y tế	5,27	5,22	5,09	4,49	5,76	4,52
Bảo hiểm	0,62	0,36	0,19	1,36	0,05	0,64
Chi phí gián tiếp cho y tế	7,16	6,93	7,64	8,27	6,18	7,16
	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV					
	Tổng	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Tổng chi phí cho bệnh tật	7,62	7,36	8,53	7,80	5,66	8,23
Chi phí trực tiếp cho y tế	2,93	2,66	3,63	1,93	3,08	3,40
Bảo hiểm	0,28	0,41	0,24	0,12	0,56	0,11
Chi phí gián tiếp cho y tế	4,41	4,29	4,65	5,75	2,03	4,72

chích ma túy trong quá khứ bởi vì họ không thể hỗ trợ họ hay không.

Số liệu từ các tỉnh khác nhau được đưa ra để so sánh mức độ ảnh hưởng đến thu nhập của hộ gia đình nơi mà đại dịch đang ảnh hưởng đến quần thể ở giai đoạn sớm hoặc muộn. Trong Bảng 2, kết quả cho thấy rằng tình trạng giảm thu nhập của những hộ gia đình có HIV trong mẫu nghiên cứu thì tương tự nhau trong tỉnh có giai đoạn sớm và muộn của đại dịch và điều đó cũng được tìm thấy trong thu nhập từ tất cả các nguồn. Có thể là việc giảm thu nhập này có liên quan nhiều hơn đến thời gian nhiễm bệnh trong hộ gia đình đó chứ không phải việc đại dịch phổ biến ở tỉnh đó ở giai đoạn sớm hay muộn (Xem chi tiết hơn trong Phụ lục 5, Bảng 2-5).

Những nghiên cứu trước ở Việt Nam đã cho thấy rằng tình trạng kinh tế của hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có thể được cải thiện nếu người có HIV tham gia vào các nhóm tự hỗ trợ^{84, 85}. Vì thế chúng tôi đã tiến

⁸⁴ Nguyen, T. A., Oosterhoff, P., Ngoc, Y. P., Wright, P., & Hardon, A. Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. JANAC, 20(2), March/April 2009, 141-152

⁸⁵ Oosterhoff P. "Pressure to bear": Gender, fertility and prevention of mother-to-child transmission of HIV in Vietnam. Chapter 8: Contested motherhood: HIV+ mothers organizing in Vietnam. University of Amsterdam, 2008.

hành so sánh mức thu nhập trong hai trường hợp. Như Bảng 2 cho thấy, những hộ gia đình có thành viên tham gia vào nhóm tự hỗ trợ có thu nhập trung bình thấp hơn những hộ không có người tham gia vào nhóm. Có thể giải thích kết quả này theo góc độ những người nghèo hơn và gia đình nghèo hơn có tỷ lệ tham gia vào nhóm này cao hơn bởi vì họ cần nhiều sự giúp đỡ hơn. Các gia đình giàu hơn với nhiều nguồn thu nhập hơn có thể không bận tâm đến việc tham gia vào nhóm. Nó cũng cho thấy rằng phần nhiều sự khác biệt trong nguồn thu nhập đến từ buôn bán – có lẽ bởi vì những người tham gia vào hoạt động buôn bán có tỷ lệ gia nhập vào nhóm thấp hơn.

Giảm thu nhập hộ gia đình bắt nguồn từ những ảnh hưởng của HIV đến gia đình. Trong Bảng 3, những mất mát thu nhập do chi phí ốm đau được so sánh giữa những hộ gia đình có HIV và các bệnh liên quan với những hộ chỉ có những bệnh tật không liên quan đến HIV. Mức độ mất thu nhập do mất ngày làm việc của người bệnh và người chăm sóc cũng được so sánh. Kết quả nghiên cứu cho thấy những gánh nặng kinh tế tăng lên do mức tăng chi phí y tế ở những hộ gia đình có HIV cao hơn đáng kể khi so sánh với những hộ gia đình không có HIV. Tổng chi phí y tế của những hộ có HIV cao hơn hộ gia đình không có

HIV ở tất cả các nhóm thu nhập, bởi vậy điều này không liên quan gì đến điều kiện kinh tế hộ gia đình.

So sánh với những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV, tất cả các loại chi phí y tế (kể cả những chi phí lót tay, bảo hiểm và mất thu nhập do mất những ngày làm việc) đều cao hơn ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Mặc dù những hộ gia đình khác cũng có những thành viên bị một hay nhiều căn bệnh khác, song rõ ràng là HIV đã khiến những hộ gia đình có một thành viên dương tính với HIV phải chịu những khoản chi phí cao hơn.

Thông thường những người có HIV sẽ cần những người khác chăm sóc đặc biệt khi tình trạng HIV của họ chuyển sang giai đoạn AIDS. Khi ốm nặng, những người có HIV phải dừng làm việc. Đồng thời người chăm sóc sẽ phải chăm sóc những bệnh nhân thay vì làm việc. So sánh với những hộ không bị ảnh hưởng bởi HIV, người chăm sóc ở những hộ có HIV phải dành nhiều thời gian hơn để chăm sóc người ốm (74,8 ngày so với 56,6 ngày ở những hộ gia đình không có HIV). Hơn thế nữa, mặc dù nhiều giai đoạn bệnh ở người có HIV và không có HIV tương tự nhau, nhưng số ngày bị ốm ở những hộ có HIV thì cao hơn hai lần so với những hộ không bị ảnh hưởng của HIV. Vì thế, tổng thu nhập hàng năm bị mất của người chăm sóc và người ốm trong những hộ gia đình có HIV cao hơn 1,6 lần so với những hộ không có HIV.

Khi so sánh số liệu của những hộ gia đình ở các tỉnh trong giai đoạn dịch sớm và muộn (Bảng 4), ta có thể

Bảng 4. Thu nhập trung bình bị mất do bị ốm hoặc người chăm sóc không làm việc được theo từng giai đoạn của đại dịch

(Lạng Sơn và Cao Bằng = giai đoạn dịch sớm; Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, An Giang và Quảng Ninh = giai đoạn dịch muộn)

	Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn dịch sớm		Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn dịch muộn	
	HIV	Không HIV	HIV	Không HIV
Tổng chi phí cho bệnh tật	6,63	2,71	165,82	25,40
Chi phí trực tiếp cho y tế	4,08	1,76	6,20	1,72
Bảo hiểm	1,07	0,34	150,36	20,43
Chi phí gián tiếp cho y tế	1,48	0,61	9,25	3,25

nhận thấy rằng bên cạnh những khác biệt về chi phí tuyệt đối giữa hai nhóm tỉnh này, vốn không liên quan đến HIV, còn có tình trạng tăng nhiều hơn trong chi phí hộ gia đình ở những tỉnh mà đại dịch đã và đang ảnh hưởng đến cộng đồng trong thời gian dài hơn. Chi phí tăng lên là điều có thể thấy được ở tất cả các mục chi phí.

Một phần gánh nặng kinh tế do HIV gây ra được chất lên hệ thống chăm sóc sức khỏe, được thể hiện trong những chi phí y tế khá cao được trả thông qua bảo hiểm.

Khảo sát sâu hơn về những vấn đề này bằng các phương pháp định tính cho thấy rằng chi phí cho điều trị AIDS và chăm sóc cho những người nhiễm HIV được cảm thấy như là một gánh nặng đối với hộ gia đình. Mặc dù nhiều người nhiễm được cung cấp thuốc điều trị kháng virus miễn phí, xét nghiệm CD4 và điều trị nhiễm trùng cơ hội miễn phí, song các chi phí khác như đi lại hay ăn ở cũng gây ra những áp lực đối với hộ gia đình nghèo ở vùng sâu, vùng xa, nơi nằm cách rất xa những cơ sở chăm sóc sức khỏe. Hơn thế nữa, những loại thuốc khác mà có thể hỗ trợ sức khỏe của người đang điều trị ARV cũng rất đắt đối với họ.

"Hàng tháng chú xuống thị xã để lấy thuốc hoặc làm các xét nghiệm kiểm tra. Mỗi lần đi như vậy nếu mọi việc suôn sẻ thì hết khoảng 230.000 đồng bao gồm vé xe và ăn uống, nhưng chẳng may có hôm xuống đến nơi thì hết thuốc hoặc máy xét nghiệm hỏng thì hoặc là về hoặc là ở lại,

khi đó thì tốn tiền lăm, tiền thuê trọ, tiền ăn uống vài ngày rồi tiền nợ tiền kia..." – CB

"Thỉnh thoảng bác sĩ cũng khuyên chị uống thêm men tiêu hóa rồi thuốc phục hồi chức năng gan, nhưng mà thuốc này thì đắt lăm, khoảng 250.000 Đồng một hộp thì lấy đâu tiền mà uống. May mắn là chị cũng không bị phản ứng phụ của thuốc. Giá mà mình có điều kiện thì chắc sẽ sống được lâu hơn đấy, cái ARV đúng là thần kỳ" – QN

2. Ảnh hưởng đến chi phí

Chúng tôi nhận thấy rằng những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có thu nhập thấp hơn, một phần vì chi phí tăng lên, một phần vì mất thu nhập. Trong phần này chúng tôi sẽ phân tích sâu hơn các khoản chi phí của hộ gia đình, so sánh chi phí giữa hộ gia đình có HIV và hộ không chịu ảnh hưởng của HIV.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng tổng chi phí của những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV cao hơn so với những hộ gia đình chịu ảnh hưởng

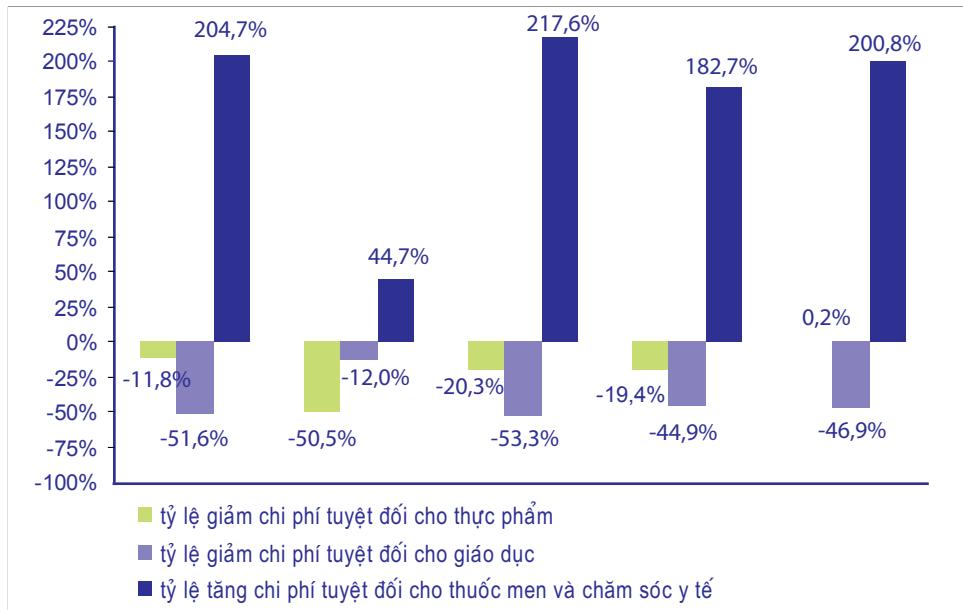
Bảng 5. Chi phí hộ gia đình trung bình hàng năm (Đơn vị: triệu VND)

Nhóm	Hộ chịu ảnh hưởng của HIV			Hộ không chịu ảnh hưởng của HIV		
	Chi phí định kỳ	Chi phí không định kỳ	Tổng chi phí	Chi phí định kỳ	Chi phí không định kỳ	Tổng chi phí
Nhóm thu nhập						
Nghèo nhất	41,71	6,97	48,68	50,9	12,04	62,94
Cận nghèo	28,7	4,87	33,57	50,67	15,95	66,62
Bậc trung	34,72	15,44	50,16	45,05	16,35	61,4
Cận giàu	48,61	20,21	68,82	63,74	77,28	141,02
Giàu nhất	116,87	32,28	149,15	126,61	39,84	166,45
Khu vực						
Thành thị	55,72	18,96	74,69	70,68	42,16	112,83
Nông thôn	56,45	12,04	68,49	61,51	17,19	78,69
Giai đoạn dịch						
Sớm	23,08	9,39	32,47	43,11	39,85	82,96
Muộn	60,82	17,49	78,32	70,64	31,29	101,92
Tổng các nhóm	55,99	16,4	72,39	67,09	32,39	99,48

của HIV. Cũng có những khác biệt rõ ràng về chi phí trong những hộ gia đình thuộc các nhóm thu nhập khác nhau (Bảng 5). Ngoại trừ nhóm giàu nhất, chi phí trung bình của những hộ gia đình có HIV luôn thấp hơn so với chi phí của những hộ gia đình không có HIV. Điều này đặc biệt nhất quan đối với những khoản chi phí không định kỳ. Tuy nhiên, chúng tôi có thể xác định được những khác biệt thú vị khi phân tích các loại chi phí cụ thể này.

Đối với tất cả các hộ gia đình, chi phí cho thực phẩm chiếm tỷ lệ cao trong tổng chi phí. Ở cả khu vực thành thị và nông thôn, những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV thường chi phí ít hơn cho thực phẩm và giáo dục (khoảng 2 lần), và cho xây dựng và sửa chữa nhà cửa (2,5 lần). Tuy nhiên, những hộ gia đình này lại dùng nhiều tiền hơn vào y tế và chăm sóc sức khỏe (2,6 lần) so với các hộ không bị ảnh hưởng.

So sánh giữa các tỉnh còn ở giai đoạn sớm và giai đoạn muộn của đại dịch (Bảng 5) cho thấy sự khác biệt lớn hơn ở các tỉnh còn trong giai đoạn sớm hơn, và phần lớn sự khác biệt này được quyết định bởi những phí không định kỳ của các hộ gia đình. Điều



Biểu đồ 1. Giảm chi phí định kỳ theo loại chi phí

này có thể liên quan đến những bất lợi kinh tế khác ở những tỉnh vùng sâu, vùng xa đang còn trong giai đoạn sớm của dịch. Hơn nữa, việc thiếu khả năng tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ, chủ yếu ở thành thị và những khu vực dịch đã xuất hiện lâu dài, cũng là nguyên nhân tạo nên sự khác biệt ấy (xem chi tiết hơn ở Phụ lục 5 – Bảng 7-11).

Biểu đồ 1 minh họa cho mối quan hệ giữa chi phí của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng của HIV – nhận thấy rõ ràng rằng các hộ gia đình có HIV thường giảm chi tiêu cho những khoản lớn như thực phẩm nhưng phải tăng đáng kể chi phí cho chăm sóc sức khỏe.

Sự thay đổi rõ ràng nhất trong tổng chi phí định kỳ quan sát được trong nhóm thu nhập thứ hai (cận nghèo), là nhóm có mức giảm lớn nhất đối với các chi phí cho thực phẩm và sinh hoạt hàng ngày. Vốn là nhóm có nguy cơ cao chìm sâu hơn vào đói nghèo, nhóm này dễ dàng nhận thấy sự đe dọa về việc tăng chi phí gắn liền với sự có mặt của HIV trong gia đình.

Theo nghiên cứu đánh giá thực hiện năm 2005, tổng chi phí y tế của hộ gia đình có thành viên nhiễm HIV cao hơn 13 lần so với chi phí y tế trung bình của các hộ gia đình ở Việt Nam. Nhưng trong nghiên cứu này

(2008), chúng tôi thấy rằng tổng chi phí y tế của các hộ gia đình có HIV chỉ cao hơn ba lần so với nhóm đối chứng (hộ gia đình không có người nhiễm HIV). Khác biệt này giữa các nhóm đối chứng trong hai nghiên cứu có thể giải thích phần nào cho sự thay đổi này. Nhưng giải thích khả dĩ nhất cho sự khác biệt này là ảnh hưởng của các chương trình can thiệp cung cấp ARV và cơ sở điều trị ngoại trú cung cấp dịch vụ chăm sóc miễn phí cho người có HIV. Lần đầu tiên có mặt vào năm 2005, 207 cơ sở điều trị ngoại trú trong cả nước cung cấp miễn phí ARV cho 25.597 người lớn và 1.462 trẻ em bị nhiễm HIV⁸⁶. Ước tính chi phí điều trị ARV hàng năm ban đầu sẽ là 450 USD⁸⁷, tương đương với 11% thu nhập hàng năm của các hộ gia đình có HIV. Sự thay đổi này sẽ giúp giảm chi phí cho những điều trị liên quan đến HIV. Hơn thế nữa, điều trị ARV đã giảm nguy cơ mắc các bệnh liên quan đến HIV cũng như thời gian đau ốm, nhờ đó rút ngắn khoảng cách trong tổng chi phí cho y tế bao gồm chi phí trực tiếp cho điều trị, chi phí cho người chăm sóc và chi phí cơ hội do mất việc làm.

Từ kết quả nghiên cứu trên, trước tiên chúng tôi nhận thấy rằng những người nghèo dùng một tỷ lệ lớn hơn

⁸⁶ VAAC, Summary report of the control and prevention of HIV/AIDS, drug use and sex work in 2008 and orientation in 2009.

⁸⁷ Commission on AIDS in Asia, Redefining AIDS in Asia, 2008. Oxford press.

trong thu nhập của họ cho thực phẩm so với người giàu; điều này đúng cho cả hai nhóm và đặc biệt rõ ràng trong nhóm các hộ gia đình có HIV. Không có sự khác biệt thực sự nào trong chi phí y tế giữa các nhóm ở những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV. Chi phí chăm sóc sức khỏe của các hộ gia đình có HIV cao hơn chi phí đó của những hộ gia đình không bị ảnh hưởng của HIV trong tất cả các nhóm thu nhập. HIV chỉ bắt đầu ảnh hưởng đến hộ gia đình khi một thành viên trong gia đình được phát hiện ra bệnh liên quan đến HIV. Hộ gia đình bị ảnh hưởng của HIV/AIDS phải đổi mới với tình trạng tăng chi phí y tế đi kèm với những thành viên nhiễm HIV khi họ bắt đầu có triệu chứng của AIDS. Tổng chi phí của hộ gia đình sẽ phụ thuộc không chỉ vào nhu cầu, mà còn vào thu nhập và hoàn cảnh của hộ gia đình đó. Trong tổng chi phí của nhóm những hộ gia đình giàu, chi phí y tế chiếm 1,8%, thấp hơn rất nhiều so với những hộ chịu ảnh hưởng của HIV (4,2 - 7,2%). Nhóm nghèo nhất có xu hướng sử dụng ít tiền cho chăm sóc sức khỏe hơn.

Những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có xu hướng chuyển chi phí cho giáo dục và xây dựng/sửa chữa sang cho chăm sóc sức khỏe và thực phẩm, và xu hướng này dễ nhận thấy ở các hộ gia đình trong nhóm nghèo nhất. Chi phí cho thực phẩm giữa các nhóm thu nhập của những hộ gia đình có HIV không khác biệt nhiều, nhưng lại có sự khác biệt lớn giữa

các nhóm thu nhập ở các hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV.

Khi phân tích chi phí của những hộ gia đình có HIV và có người sử dụng ma túy, chúng tôi nhận thấy rằng chi phí cho giáo dục chiếm tỷ lệ thấp trong tổng chi phí của hộ gia đình và nhỏ hơn rất nhiều so với những hộ gia đình không có HIV. Không nhận thấy sự khác biệt như vậy khi so sánh với những hộ có HIV nhưng không có người sử dụng ma túy. Tất cả những hộ gia đình có HIV đều sử dụng một khoản chi phí tương tự nhau cho giáo dục nhưng lại chi phí nhiều hơn cho y tế và thực phẩm so với hộ không có HIV.

**Bảng 6. Phân bổ chi phí
cho các nguồn theo hộ gia đình (%)**

% chi phí trong tổng chi phí của hộ gia đình	Thực phẩm	Giáo dục	Chăm sóc sức khỏe
Hộ gia đình không HIV	49,9	6,6	1,3
Hộ gia đình có HIV	Không sử dụng ma túy	58,4	6,2
	Có sử dụng ma túy	62,5	4,4
			5,7

Có sự khác biệt đáng kể giữa chi phí y tế của những hộ gia đình có HIV, đặc biệt là hộ có thành viên sử

**Bảng 7. Chi phí trung bình hàng tháng cho chăm sóc sức khỏe liên quan đến HIV
theo nhóm thu nhập của các hộ gia đình có HIV (Đơn vị: nghìn VND)**

Loại chi phí y tế	Tất cả các nhóm	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Tổng chí phí cho HIV	729,38	974,47	468,97	361,60	726,02	1041,60
ARV	96,25	462,22	0,00	0,00	10,75	10,00
Thuốc khác	326,55	272,00	441,74	157,16	312,26	423,60
Viện phí	113,64	56,67	4,49	119,14	153,55	220,50
Xét nghiệm	62,53	67,78	1,69	8,64	86,29	133,50
Đi lại	42,58	46,02	10,37	25,99	46,02	78,40
Ăn và ở trong suốt quá trình khám và chữa bệnh	81,32	69,22	7,30	40,80	115,00	159,60
Chi phí y tế khác	6,51	0,56	3,37	9,88	2,15	16,00

dụng ma túy, và những hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV. Sự xuất hiện của ma túy trong hộ gia đình đã làm tăng những ảnh hưởng tiêu cực đến kinh tế hộ gia đình.

Khi phân tích chi tiết chi phí y tế của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV (Bảng 7), chúng ta có thể nhận thấy rõ ràng hơn những nguồn chi phí mà hộ gia đình tăng sử dụng. Trước tiên là chi phí hàng tháng cho chăm sóc sức khỏe liên quan đến HIV thì cao nhất ở các nhóm nghèo nhất và giàu nhất. Không những thế, nhóm nghèo có xu hướng dùng tiền nhiều hơn vào viện phí và các thuốc khác (ngoại trừ ARV). Tương tự như thế, khi so sánh với các nhóm khác, nhóm thu nhập thứ tư (cận giàu) và nhóm giàu nhất sử dụng nhiều tiền hơn vào xét nghiệm và nơi ăn ở liên quan đến khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe.

Nhìn vào chi phí cho điều trị ARV ở những hộ gia đình có HIV có người sử dụng ma túy và không có người dùng ma túy, ta có thể nhận thấy (Bảng 8) chi phí điều trị của các hộ có người sử dụng ma túy cao hơn nhiều so với những hộ không có người dùng ma túy. Từ những kết quả định tính này, chúng ta có thể thấy rằng những người sử dụng ma túy ít khả năng được nhận ARV miễn phí hơn những người không dùng. Ví dụ như một số cơ sở điều trị ngoại trú đưa ra tiêu chuẩn loại trừ, cung cấp ARV miễn phí ưu tiên hơn cho những người dùng không ma túy so với những người có sử dụng. Điều này có thể là do những người sử dụng ma túy thường đồng thời bị viêm gan B hay viêm gan C, mà điều trị cho những người này thì rất đắt đỏ.

Bảng 8. Chi phí trung bình hàng tháng cho điều trị ARV và các thuốc khác trong các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV (Đơn vị: nghìn VND/tháng)

Tổng chi phí hàng tháng (Mean - 95%CI)	Hộ gia đình không có người sử dụng ma túy	Hộ gia đình có người sử dụng ma túy
Điều trị ARV	20,7 (12,7 - 28,8)	114,2 (14,1 - 214,2)
Thuốc khác	297,1 (86,3 - 507,9)	549,2 (265,8 - 832,5)

Những hộ gia đình này được hỏi liệu họ có thể chi trả cho những chi phí y tế liên quan đến HIV. Những hộ có HIV ít khả năng có thể chi trả toàn bộ chi phí hơn, mặc dù họ có thể chi trả được một phần chi phí (Phụ lục 5 - Bảng 12). Hầu hết những người được phỏng vấn trong nghiên cứu đều được nhận điều trị ARV miễn phí, vì thế họ vẫn có khả năng chi trả cho chi phí y tế. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu vẫn chỉ ra rằng những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV chắc chắn có nhiều khả năng chi trả cho các chi phí y tế hơn so với những hộ chịu ảnh hưởng của HIV.

Tuy nhiên, những người có HIV dường như suy nghĩ rất ít đến chi phí cho điều trị ARV hoặc những vấn đề có thể nảy sinh khi ARV không còn được cung cấp miễn phí nữa. Khi được hỏi về khả năng chi trả cho điều trị ARV, tất cả những người trả lời phỏng vấn đều nói rằng họ không thể chi trả được cho điều trị. Kết quả từ thảo luận nhóm cũng cho thấy hầu hết những người tham gia đều đồng ý rằng sẽ rất khó khăn cho người có HIV trả chi phí điều trị ARV. Một người tham gia ở Hà Nội cho biết đã phải dừng điều trị ARV bởi vì cô ấy không thể chi trả được chi phí sau một năm điều trị.

“Đúng là không ai nghĩ đến chuyện đó (ngừng cấp ARV miễn phí) bao giờ. Nhưng nếu mà chuyện đó xảy ra thì bệnh nhân chỉ có chết, chi trả làm sao được. Mỗi cái test CD4 đã hơn trăm ngàn, ARV và các thuốc khác nữa. Những trường hợp phải nằm viện thì các chi phí như giường nằm, viện phí, vân vân, bệnh nhân cũng phải trả, mà chỉ thế thôi đã không trả được rồi...” – CBYT CB

“Năm 2000 anh bắt đầu uống thuốc, nhưng đến 2003 thi không còn tiền mà uống nữa nên thôi. Thời gian đó bà già anh phải vay mượn rồi bán nhà bán cửa khốn khổ mà không đủ, thế là uống được gần 3 năm thi bỏ. Lúc đó cũng chẳng hiểu là đã uống thuốc rồi thi phải uống mãi, không được bỏ” – HN

Chi phí y tế trong các hộ gia đình có HIV tăng lên, không chỉ do chi phí điều trị ARV, thuốc mà thường

xuyên được cung cấp miễn phí, mà còn các chi phí cho việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc, đã khiến cho các khoản chi phí khác trong hộ gia đình phải giảm đi, như chi phí cho thực phẩm và giáo dục. Như vậy, ở mức độ hộ gia đình, rõ ràng là HIV đã ảnh hưởng mạnh mẽ đến chất lượng cuộc sống.

3. Ảnh hưởng đến mô hình lao động

Trong phần này, chúng ta sẽ xem xét làm thế nào để hộ gia đình kiếm thêm thu nhập cần thiết để trang trải cho các khoản chi phí trong gia đình và phân tích những ảnh hưởng của HIV đến khả năng kiếm sống của họ.

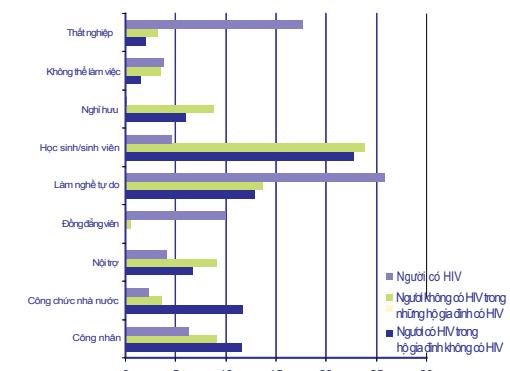
Bảng 9. Những thay đổi trong mô hình việc làm do nhiễm HIV

Nghề nghiệp	Nghề nghiệp trước khi bị nhiễm HIV		Nghề nghiệp hiện tại của người nhiễm HIV	
	N	%	N	%
Làm việc bên ngoài				
Nông nghiệp	22	4,1	19	3,4
Công nghiệp	74	13,8	35	6,3
Thương mại	68	12,7	56	10,1
Cán bộ, công chức	18	3,4	13	2,3
Lái xe	28	5,2	15	2,7
Dịch vụ giải trí	21	3,9	12	2,2
Làm nghề tự do	187	34,8	144	25,9
Tổng	418	77,8	294	52,9
Dừng làm việc hoặc làm nội trợ				
Nội trợ	15	2,8	23	4,1
Nghỉ hưu			1	0,2
Không thể làm việc			21	3,8
Thất nghiệp	33	6,2	98	17,6
Tổng	48	8,9	143	25,7
Đồng đồng viên	4	0,7	56	10,1
Học sinh/sinh viên	26	4,8	26	4,7
Khác	41	7,6	37	6,7

Trước khi biết về tình trạng nhiễm HIV, tỷ lệ thất nghiệp trong quần thể người có HIV khá thấp, chỉ khoảng 6,2%. Tuy nhiên, sau khi biết bị nhiễm HIV, thì tỷ lệ này tăng lên 17,6%, cao hơn gần ba lần. Đặc biệt, những người làm việc ở ngoài đã phải thay đổi công việc.

Nghiên cứu này được thực hiện ở các tỉnh đang ở trong giai đoạn sớm và cả giai đoạn muộn của đại dịch. Khi so sánh mô hình lao động của các hộ gia đình có HIV trong hai nhóm tỉnh này (Phụ lục 5 - Bảng 13), ta có thể nhận thấy rõ ràng ảnh hưởng ở những khu vực mà đại dịch ở giai đoạn muộn thường lớn hơn.

Trong những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, không chỉ người nhiễm mà các thành viên khác trong gia đình cũng nhận thấy công việc của họ bị ảnh hưởng. Biểu đồ dưới đây (Biểu đồ 2) minh họa cho những ảnh hưởng của HIV đến lao động và việc làm. Giữa những thành viên trong hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, tỷ lệ làm việc như công chức nhà nước, hoặc lao động chuẩn mực thấp, nhiều người trong số họ làm việc ngoài hệ thống nhà nước.



Biểu đồ 2. Sự khác biệt trong mô hình việc làm giữa người có HIV và người không có HIV ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng của HIV

Hầu hết những người nhiễm có xu hướng bị thất nghiệp hoặc làm những công việc ở khu vực phi thể chế. Trong những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV, tỷ lệ công chức nhà nước cao gấp 3,3 lần tỷ lệ đó của những người không bị HIV trong các gia

đình chịu ảnh hưởng của HIV và cao hơn 5 lần so với tỷ lệ đó ở những người nhiễm HIV. Không có sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ thất nghiệp giữa các thành viên không bị nhiễm HIV trong những gia đình có HIV và gia đình không có HIV. Tuy nhiên, tỷ lệ thất nghiệp giữa những người có HIV thì cao hơn rất nhiều (17,6% ở người có HIV so với 2 - 3,3% giữa những người không nhiễm).

Có khoảng hơn $\frac{1}{2}$ những người có HIV báo cáo rằng họ dừng làm việc bởi vì họ nghĩ rằng họ yếu và không thể làm việc, mặc dù họ không thực sự ốm yếu. Đối với người có HIV, số lượng tế bào CD4 quá quen thuộc và dường như nó trở thành dấu hiệu về sức khỏe của những người có HIV. Họ tin rằng khi mà số lượng tế bào CD4 của họ giảm, họ sẽ bị ốm và yếu đi. Tuy nhiên, nhiều người có số lượng CD4 rất thấp vẫn làm việc bình thường, cho đến khi họ được xét nghiệm và cần phải điều trị. Chính vì thế mà nhiều người trả lời phỏng vấn đã nói rằng những người có HIV không chịu làm việc và hay dựa dẫm vào người khác.

"Năm 2004, số con CD4 của em giảm, thế nên em cũng dừng làm việc. Thế mà em gặp có anh CD4 chỉ có 40 con mà anh ấy vẫn khỏe và chạy xe ôm âm âm. Em thi hơn 200 cơ, chưa phải điều trị nhưng mà cứ thấy ốm ốm, mệt mệt, làm cũng chẳng được việc gì. Thỉnh thoảng có giúp mẹ em bán hàng nhưng mà mệt lắm..." - AG

Đối với những người đang làm việc, một số người nói rằng họ bị giảm khả năng làm việc hiệu quả. Nhiều người đã nói trong phỏng vấn sâu rằng:

Bảng 10. Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động theo nhóm tuổi và nơi ở

Nhóm tuổi	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV						Hộ gia đình không ảnh hưởng của HIV		
	Người có HIV			Người không có HIV					
	Nông thôn	Thành thị	Tổng	Nông thôn	Thành thị	Tổng	Nông thôn	Thành thị	Tổng
0-14	8,3	0	3,7	3,4	1,8	2,4	2,3	0,9	1,4
15-60	76,7	72,0	73,8	82,3	87,0	85,3	87,5	87,5	87,5
>60	0	0	0	44,6	34,8	38,0	45,3	29,3	35,6

"Năm 1998, sau khi vợ chú mất thì chú cũng phát hiện ra bị nhiễm HIV. Lúc đó chú vẫn đi đưa cát bình thường, nhưng霸道 này sức khỏe yếu chú ít đi hơn. Ngày xưa thì một tháng 2-3 chuyến nhưng bây giờ thì một năm mới được 2-3 chuyến"- CB

"Chị vẫn chạy chợ bình thường, nhưng mà cũng phải giảm bớt công việc. Ngày chưa bị ốm chị buỗi sáng sớm khoảng 3h sáng chị mang rau từ chợ đầu mối đến cho hàng bán lẻ, rồi chị cũng có một chỗ ở chợ trung tâm để bán lẻ ở đó cho đến chiều. Bây giờ, từ霸道 có bệnh, chị không bán lẻ nữa chỉ tranh thủ bán buôn lúc sáng sớm thôi"- HCMC

Chúng tôi đã đặt câu hỏi rằng liệu có sự khác biệt gì trong tỷ lệ tham gia lực lượng lao động giữa thành thị và nông thôn và giữa những người nhiễm HIV và không nhiễm HIV. Bảng kết quả dưới đây đã chỉ ra tỷ lệ khác biệt giữa các nhóm này.

Những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV thường lâm vào tình huống khốn đốn sau khi mất việc làm và cơ hội làm việc. Trong quần thể từ 15 - 60 tuổi, tỷ lệ tham gia vào lực lượng lao động của những người không nhiễm HIV trong các hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV cao hơn tỷ lệ đó của các thành viên trong hộ gia đình bị ảnh hưởng, kể cả khi so sánh với những thành viên không bị nhiễm. Tuy nhiên, trong các hộ gia đình có HIV, tỷ lệ những thành viên không nhiễm tham gia lao động cao hơn các thành viên có HIV.

Những người sống với AIDS không có khả năng làm việc kiếm sống, hoặc bởi vì họ không đủ sức khỏe

dể làm việc hoặc vì sự kỳ thị ở nơi làm việc. Sự nhận thức về sức khỏe và việc mất đi sự tự tin gắn liền với tình trạng nhiễm HIV thường tác động nhiều mặt, khiến cho người nhiễm mất thu nhập theo những cách khác nhau.

“Đạo này sức khỏe yếu đi nên chị không chạy chợ được nữa, thu nhập chỉ trông chờ vào ít rau dưa hoặc con gà, con vịt nhà nuôi trồng được thôi. Thỉnh thoảng mẹ chị cũng cho mấy đồng nhưng gọi là phụ thôi, không thể bằng hồi chị còn đi chợ được. Chị tiêu bị hạn chế nhiều, nhưng cũng không biết làm sao được, mình chả còn sức nữa...” - QN

“Ngày xưa chú đi bán hàng ở trên sông ấy. Nhưng từ dạo năm ngoái, thấy yếu yếu nên chú ít đi hơn, và giờ thì thôi hẳn, chỉ có làm công việc của cộng đồng thôi. Hàng tháng cũng được hỗ trợ 3-4 trăm nhưng thấy cũng vui vẻ. Thằng con chú vẫn đang học nghề nên chú phải bán cái nhà dưới thị xã đi, chuyển về đây ở. Nhà này là nhà của ông bà chú để lại” - AG

Ở nhiều nước, khi HIV bước vào gia đình, những người già hoặc trẻ em phải tìm việc làm để hỗ trợ cho gia đình. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tham gia vào lực lượng lao động của người già trong hộ gia đình có HIV và không có HIV khá tương tự nhau (Phụ lục 5 –Bảng 15). Tuy nhiên, trẻ em trong các hộ gia đình có HIV phải làm việc nhiều hơn trẻ em ở những hộ gia đình không có HIV. Hơn thế nữa, ở khu vực nông thôn, 8,33% trẻ em dưới 15 tuổi nhiễm HIV phải làm việc trong khi chỉ có 2,3% trẻ em trong những hộ gia đình không có HIV tham gia vào lực lượng lao động trong gia đình.

Hơn thế nữa, sự xuất hiện của HIV đã làm tăng số hộ gia đình chỉ có nữ làm chủ (góp phụ trẻ và mẹ già, bà chăm sóc con/cháu) và sự chuyển đổi cấu trúc tuổi trong gia đình do hậu quả của những thành viên bị chết vì AIDS.

Trong nhóm những người ở độ tuổi 15 hoặc lớn hơn, thì tỷ lệ sự tham gia vào lực lượng lao động của nữ

cao hơn của nam trong gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, ngược lại không thấy có sự khác biệt giới trong tỷ lệ tham gia lao động trong các hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV. Bên cạnh đó, con trai trong gia đình có HIV có xu hướng phải làm việc sớm hơn con gái.

“Con chị nhìn bé vậy thôi nhưng mà nó đã 15 tuổi rồi đấy. Nó đi làm phụ hồ với bố ở ngoài Quảng Ninh từ lâu rồi. Xong rồi năm ngoái anh ấy mất thì nó ở nhà và đi theo công trình ở đây thôi. Cũng may là có nó phụ thêm nên còn hai đứa em, một 13 tuổi và một em trai 8 tuổi nữa vẫn còn được đi học” – HN

“Năm ngoái thôi, nhà chị không đủ tiền để trả học phí cho hai anh em nên thằng lớn nó tự nguyện xin nghỉ học. Nó bảo nó học dốt nên nó xin nghỉ học cho em nó đi học. Nếu nó còn đi học thì bây giờ cũng lên lớp 8 rồi đấy, hơn con em nó có một tuổi thôi. Chị sinh hai đứa năm trước năm sau mà...” – LS

Đối với sự tái tham gia vào các hoạt động kinh tế sau khi biết tình trạng nhiễm HIV, trong các cuộc phỏng vấn sâu, nhiều người có HIV đã nói rằng người có HIV phải đối mặt với rất nhiều khó khăn khi họ tham gia vào những hoạt động kinh tế sau khi họ biết mình nhiễm HIV (Phụ lục 5 – Bảng 14). Những khó khăn này bao gồm:

- thiếu tự tin
- thiếu vốn để phát triển công việc (không thể tiếp cận được với các chương trình vay vốn hoặc không đáp ứng được tiêu chuẩn của các chương trình hỗ trợ)
- không nhận được lòng tin của chủ cơ sở
- phân biệt và kỳ thị, xã hội xa lánh (“không ai muốn vào cửa hàng và mua hàng cho tôi; họ sợ nhiễm bệnh, bị xã hội xa lánh, mọi người tránh tiếp xúc”)
- thiếu kiến thức và kỹ năng làm việc
- thủ tục xin việc quá phức tạp
- thiếu phương tiện đi lại để làm việc

- nghiện ma túy
- làm gái mại dâm và không muốn thay đổi công việc.

Rất nhiều người có HIV nghĩ rằng họ chỉ có thể làm đồng đằng viên hoặc những công việc nhẹ nhàng như làm ở cửa hàng tạp hóa, hiệu cắt tóc, lái xe ôm, nghề thủ công, công việc nội trợ, kinh tế nhỏ tại nhà, bảo vệ và thợ xây dựng.

Kết quả trên đã minh họa cho những thay đổi trong mô hình lao động khi HIV ảnh hưởng đến hộ gia đình. Những người có HIV mất việc làm bởi vì sức khỏe yếu và sự kỳ thị tại nơi làm việc, cũng vì vậy mà thu nhập của họ bị giảm sút. Các thành viên khác trong gia đình phải làm việc để tăng thu nhập, bù đắp lại thu nhập bị mất, đặc biệt là trẻ em. Tình trạng này thể hiện ở nông thôn rõ ràng hơn ở thành thị.

4. Ảnh hưởng đến tiết kiệm và đầu tư

Khi một hộ gia đình phải đối mặt với tình trạng tăng chi phí và giảm thu nhập, họ sẽ phải tìm kiếm các

biện pháp đối phó và duy trì cuộc sống gia đình. Khi đó, mô hình tiết kiệm và đầu tư của gia đình có thể bị ảnh hưởng.

Số liệu trong Bảng 11 cho thấy tất cả các nhóm hộ gia đình có HIV đều có ít khoản tiết kiệm và đầu tư hơn những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV. Những gia đình nghèo được xác định là có ít nguồn lực hơn những gia đình giàu có hơn. Do hậu quả của HIV, những hộ gia đình nghèo sẽ có ít khả năng đối phó những ảnh hưởng kinh tế của bệnh tật và chết chóc hơn những hộ gia đình giàu. Những người nghèo không có các khoản tiết kiệm và các tài sản khác để giảm nhẹ những ảnh hưởng tài chính của tình trạng đau ốm đến gia đình.

Những người nghèo và đặc biệt những người trong các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có xu hướng tiết kiệm và đầu tư ít hơn so với những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV. Hầu hết tiết kiệm trong hộ có HIV là tiền mặt, cái mà tương đối dễ dàng cho họ sử dụng nếu rơi vào tình trạng khó khăn tài chính.

Bảng 11. Mức tiết kiệm và đầu tư trung bình hàng năm (Đơn vị: triệu VND)

Đặc điểm	Các hộ không có HIV		Các hộ có HIV	
	Tiết kiệm	Đầu tư	Tiết kiệm	Đầu tư
Nhóm thu nhập				
Nghèo nhất	1,83	0,9	0,67	0,2
Cận nghèo	0,97	0,6	0,08	0,27
Bậc trung	1,95	6,92	1,01	0
Cận giàu	4,15	6,22	2,29	0
Giàu nhất	19,72	135,93	5,22	0,06
Khu vực				
Thành thị	5,501	46,297	2,02	0,125
Nông thôn	6,195	5,678	1,757	0,07
Hộ có người nghiện ma túy				
Có	-	-	1,839	0,103
Không	-	-	2,008	0,106
Có tham gia nhóm tự lực				
Có	-	-	2,93	0,15
Không	-	-	1,31	0,07
Tổng số	5,772	30,426	1,922	0,104

Bảng 12. Tình trạng thiếu thực phẩm và tần suất sử dụng thực phẩm (N) theo hộ gia đình và khu vực sống (thành thị và nông thôn)

Các chỉ số của an ninh lương thực	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV			
	Thành thị		Nông thôn		Thành thị		Nông thôn	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Thiếu thực phẩm	45	15,6	30	17,5	12	4,3	10	5,6
Sử dụng thực phẩm giàu protein hàng ngày	239	82,7	128	74,9	248	89,9	160	89,9
Sử dụng gạo và ngũ cốc hàng ngày	276	95,5	163	95,3	272	98,6	170	95,5

Trong các hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV, mô hình đầu tư khá là tương tự nhau giữa nông thôn và thành thị, mặc dù ở nông thôn có mức độ thấp hơn nhiều - ngoại trừ giá trị đầu tư vào nhà đất, là mục đầu tư có giá trị cao hơn nhiều và giải thích cho phần lớn sự khác nhau giữa hai khu vực. Những hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV có giá trị tiết kiệm và đầu tư thấp hơn rất nhiều. Cũng dễ nhận thấy là những hộ gia đình có HIV ở thành thị có mức đầu tư nhà đất cũng không hơn gì những hộ ở nông thôn.

Sự có mặt của những người sử dụng ma túy trong những hộ gia đình có HIV có thể ảnh hưởng đến các khoản tiết kiệm và đầu tư của gia đình. Số liệu trong Bảng 11 cho thấy rằng trung bình các khoản tiết kiệm và đầu tư ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV không có người nghiện chích ma túy khác ít so với những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng. Tuy nhiên, những hộ chịu ảnh hưởng của HIV và có người nghiện chích ma túy có xu hướng tiết kiệm và đầu tư ít hơn so với những hộ có HIV và không người nghiện chích ma túy. Hầu hết dạng tiết kiệm của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV là tiền mặt và lượng tiền mặt ở những hộ gia đình có người nghiện chích ma túy ở cả khu vực thành thị và nông thôn thường thấp hơn so với ở các hộ có HIV khác.

Một yếu tố khác ảnh hưởng đến các khoản tiết kiệm và đầu tư, như được mô tả trong những phần đầu, đó là sự tham gia của thành viên bị nhiễm HIV trong gia đình vào nhóm tự lực.Ảnh hưởng tích cực việc tham gia vào nhóm đến tiết kiệm và đầu tư của hộ gia đình

có thể được nhận thấy (xem chi tiết hơn trong Phụ lục 5 - Bảng 16-19).

5. Ảnh hưởng đến sử dụng thực phẩm

Số lượng và chất lượng thực phẩm sẵn có trong gia đình là một chỉ số để đánh giá tình trạng tài chính của họ. Trong phần này, chúng tôi phân tích ảnh hưởng của HIV đến đến việc sử dụng thực phẩm trong gia đình.

Các số liệu của nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV bị thiếu thực phẩm lớn hơn rất nhiều so với tỷ lệ này ở các gia đình không bị ảnh hưởng. Có sự khác biệt không đáng kể trong tần suất sử dụng thực phẩm nhiều protein và một số loại thực phẩm thiết yếu, nhưng điều có thể nhận thấy rõ ràng hơn là sự khác nhau về số lượng và chất lượng thực phẩm trong hộ gia đình.

Ở Đông Nam Á nói chung và ở Việt Nam nói riêng, an ninh lương thực không phải là vấn đề phổ biến. Kết quả nghiên cứu cho thấy thiếu lương thực không thực sự phổ biến trong tất cả các hộ gia đình. Tuy nhiên, điều đáng quan tâm là chất lượng dinh dưỡng của thực phẩm và chế độ ăn uống bởi dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe của người có HIV. Dinh dưỡng hợp lý rất cần thiết cho hệ miễn dịch của cơ thể, đảm bảo sức khỏe cho các hoạt động thể chất và chất lượng cuộc sống. Dinh dưỡng hợp lý cũng góp phần tăng tính hiệu quả của liệu pháp điều trị. Kết quả nghiên cứu nhận thấy rằng nhiều người có HIV không ăn đủ bữa trong một ngày

Bảng 13. Kỳ thị và phân biệt đối với những người bệnh được báo cáo bởi những hộ gia đình có HIV và hộ không có HIV

Những hình thái của kỳ thị và phân biệt đối với người bị bệnh	Người có HIV		Người không có HIV	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Lạm dụng lời nói	168	37,1	24	5,3
Tự nhận thức tiêu cực	297	65,6	47	10,4
Từ chối chăm sóc sức khỏe	79	17,4	9	2,0
Từ chối quyền	84	18,5	14	3,1
Xã hội xa lánh	96	21,2	11	2,4
Sợ lây bệnh	63	13,9	14	3,1
Kỳ thị nơi làm việc	47	10,4	16	3,5
Kỳ thị và phân biệt đối với trẻ em	22	4,9	7	1,7
Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình	85	18,8	25	5,5

(thông thường họ nên ăn ba bữa bao gồm bữa sáng, bữa trưa và bữa tối). Hơn thế nữa, trong các bữa ăn của họ thường không có đủ chất dinh dưỡng. Theo quan sát của các nghiên cứu viên, hầu hết người có HIV chỉ ăn hai bữa một ngày (trưa và tối). Theo ý kiến của họ, bữa sáng không quan trọng và họ không có thói quen ăn sáng. Các quan sát cũng cho thấy thành phần chính của hai bữa ăn này chủ yếu là rau, đặc biệt ở những khu vực như Lạng Sơn và Cao Bằng. Các đối tượng nghiên cứu nói rằng đó là hệ quả của giá thực phẩm tăng cao.

"Rau rửa thì nhà mình trồng được, không phải mua, nhưng thịt thà thì cũng ít được ăn. Đạo này giá cả đắt đỏ, cũng muốn ăn các thứ khác thay thế nhưng cũng khó. Thỉnh thoảng mẹ chị cũng cho quả trứng hay con cá tép cho hai mẹ con, nấu canh hay kho mặn cũng ăn được mấy ngày. Dù sao thì có cơm mà ăn cũng là tốt lắm rồi"… LS.

Ở nhiều nước chịu ảnh hưởng nặng của HIV, khung hoảng kinh tế và đói nghèo đã hạn chế khả năng ăn uống và dinh dưỡng hợp lý. Thực phẩm nên được đưa vào là một phần trong gói điều trị kháng virus toàn diện và hỗ trợ thực phẩm và dinh dưỡng nên được lồng ghép vào các chương trình phòng và điều trị HIV.

6. Kỳ thị và phân biệt

Sẽ không thể hoàn thiện bất kỳ một cuộc thảo luận nào về những ảnh hưởng của HIV đến cuộc sống của người nhiễm và gia đình của họ nếu không quan tâm đến những ảnh hưởng của vấn đề kỳ thị và phân biệt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào những nhận thức cơ bản về sự kỳ thị và phân biệt giữa những người nhiễm HIV và người không nhiễm. Bởi vì vấn đề này đòi hỏi phải khám phá những tình cảm, suy nghĩ và nhận thức của con người nên số liệu định tính góp phần to lớn vào những hiểu biết sâu sắc về hoàn cảnh hiện tại và thậm chí bao quát hơn các phần khác.

Những kết quả này kết hợp với các phát hiện từ phỏng vấn sâu đã chỉ ra sự khác biệt của kỳ thị và phân biệt đối với những người bị ốm bao gồm cả người nhiễm HIV/AIDS giữa hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS và hộ chịu ảnh hưởng của những bệnh khác. Có hai khía cạnh của kỳ thị và phân biệt được nghiên cứu: kỳ thị và phân biệt nhằm trực tiếp vào người bệnh và kỳ thị và phân biệt hướng tới người thân và gia đình của họ như anh chị em ruột, bố mẹ và con cái. Nhìn chung, những người trả lời phỏng vấn đều nói rằng mức độ kỳ thị hiện nay đã giảm nhiều so với mấy năm về trước. Nay giờ họ cảm thấy thái độ tốt

của hàng xóm và chủ lao động, con cái của họ được đến trường và họ cũng nhận được tình thương yêu và cảm thông của các thành viên trong gia đình. Tuy nhiên, vẫn còn một số trường hợp phản nản về tình trạng kỳ thị đối với người có HIV và gia đình của họ.

Có một sự khác biệt đáng kể giữa kỳ thị và phân biệt đối với người nhiễm HIV và kỳ thị và phân biệt đối với người có các bệnh khác. Khoảng 14 - 26% người có HIV nói rằng họ đã từng là đối tượng của sự chỉ trích bằng lời nói, ví dụ như bị buộc tội vì nhiễm HIV, bị nói rằng không có tương lai và bị nhạo báng mỗi lần họ xuất hiện ở đâu đó. Trong khi đó chỉ có 0,9 - 4% những người bị bệnh thông thường phải trải qua tình trạng chỉ trích đó.

Người có HIV thường hay tự nhận thức rất tiêu cực về bản thân mình; có khoảng 21% cảm thấy mình vô ích, 24,6% cảm thấy xấu hổ vì mắc bệnh, 37% cảm thấy mình đã mang lại rắc rối và phiền phức cho gia đình, 38,7% lo lắng về những ảnh hưởng của tình trạng bệnh của họ đến con cái và gia đình và 24,6% thường cảm thấy chán nản và không thể làm việc hiệu quả kể cả là giúp đỡ gia đình. Đối với những người bị bệnh khác, những tỷ lệ này chỉ dao động trong khoảng từ 0,2 - 6,8%, rất không đáng kể.

Hầu hết những người có HIV là đối tượng nghiên cứu đều đã từng trải qua cảm xúc tự kỳ thị và cảm thấy nó dường như là một rào cản lớn ngăn cản họ hòa nhập xã hội. Tự kỳ thị bao hàm nhiều hình thái khác nhau: sợ bệnh tật, sợ người khác biết về tình trạng bệnh của mình và luôn cảm thấy bị người khác đặt ra ngoài lề. Chính sự tự kỳ thị và sợ hãi những phản ứng tiêu cực của cộng đồng đã cản trở những nỗ lực chống đại dịch AIDS do sự tồn tại của một “bức tường im lặng”. Những vấn đề về lòng tự trọng cá nhân này đã làm tăng khả năng mất việc làm và giảm thu nhập như đã được đề cập trong những phần trước.

“Chị rất sợ lây bệnh của chị cho người khác trong gia đình, đặc biệt là cháu gái chị, nó mới đẻ. Thật tội nghiệp nếu nó bị bệnh. Ban đầu chị không dám động vào nó, không dám bê nó và tránh xa

luôn. Vả lại có thể bố mẹ nó cũng chẳng thích, nhưng mọi người không muốn nói ra để không làm chị buồn thôi” – QN.

“Chị chạy hàng ở chợ. Sáng sớm đi mua hàng từ các chợ đầu mối, sau đó mang về các chợ lẻ để đổ. Không ai biết chị bị bệnh cả nhưng mà chị sợ lầm, nghe thấy người ta xì xào với nhau chị cũng nghĩ là họ bàn tán về mình. Chị cảm giác là mọi người không muốn mua hàng của chị nữa nên giờ chị không đi chợ nữa, có bán được đâu...” – HN

“Có lẽ cũng chỉ là do mình bị ám thị vậy thôi, chứ hàng xóm nhà anh thì chả ý kiến gì cò gi, mà họ cũng không biết anh bị HIV đâu. Họ chỉ biết anh bị nghiện thôi, mà thái độ với thằng nghiện thì như em biết đấy, ai thích được. Nhưng từ ngày biết bị nhiễm anh cũng ít ra ngoài, tốt nhất là tránh xa cho nó khỏe ...” - HN

Mặc dù kỳ thị và phân biệt đã giảm đi nhiều so với những năm trước, nhưng mức giảm này xảy ra ở khu vực thành thị nhiều hơn ở nông thôn vì thành thị là nơi được xem như có nhiều thông tin về các chương trình hơn. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người có HIV ở khu vực nông thôn có nhiều nguy cơ phải chịu đựng sự lạm dụng lời nói và xã hội xa lánh hơn so với những người sống ở thành thị (Phụ lục 5 – Bảng 21). Tuy nhiên, những người có HIV sống ở khu vực thành thị lại mang nhiều khả năng bị từ chối quyền lợi và chăm sóc sức khỏe, kỳ thị ở nơi làm việc và sự kỳ thị trực tiếp nhằm vào gia đình của họ hơn. Có thể việc không hiểu biết nhiều về tình trạng nhiễm HIV ở những vùng nông thôn đã khiến mọi người thể hiện nỗi sợ của mình thông qua lạm dụng và xa lánh xã hội. Ở các thành phố, có thể có sự kỳ thị tinh tế hơn, thể hiện qua thái độ của các nhân viên y tế, chủ cơ sở lao động và đồng nghiệp.

Ở Việt Nam, gia đình là những người chăm sóc đầu tiên khi một người bị ốm. Điều đó cho thấy rằng gia đình đóng một vai trò quan trọng trong việc cung cấp những hỗ trợ và chăm sóc cho người có HIV. Tuy nhiên, không phải tất cả các gia đình đều có phản

ứng tích cực. Những người có HIV có thể nhận thấy họ bị phân biệt và kỳ thị trong chính gia đình mình. Kỳ thị trong gia đình có thể tạo ra những rào cản khi muốn thảo luận về hành vi tình dục an toàn với bạn tình, sử dụng bao cao su, tiết lộ tình trạng nhiễm HIV, sử dụng các dịch vụ Tư vấn xét nghiệm tự nguyện và Phòng chống lây truyền từ mẹ sang con, điều trị nhiễm trùng cơ hội hay tiếp cận các dịch vụ chăm sóc khác. Trong nghiên cứu này, một số người có HIV đã nói về sự kỳ thị và phân biệt trong gia đình họ, những gia đình thiếu sự nhận thức về kỳ thị, hoặc cũng có thể là kỳ thị không cố ý. Thiếu kiến thức về HIV/AIDS có thể dẫn đến việc những nỗi sợ hãi về sự lây nhiễm vô tình trong hộ gia đình được phóng đại và cảm xúc của những thành viên khác là người có HIV đã tiêu tốn nhiều tiền của của gia đình.

"Chị phát hiện có H năm 2004, khi sinh cháu, sau đó thì đến lượt chồng chị. Nhà chị thì cũng bình thường thôi, mọi người cũng yêu thương lắm, có con cháu con của chị chị nó thương dì lắm. Học ở dưới Thái Nguyên, cứ mỗi lần về là lại mua quà cho dì, nhưng mà gia đình chồng chị thì ghê lắm, họ nói xấu rồi xuống tận đây chửi mắng rằng bọn chị là những kẻ ăn bám, trong khi chồng chị vẫn còn sống đấy mà có nhở vả gì họ đâu... Anh ấy cứ động viên chị..." - CB

"Khi biết chị bị nhiễm HIV, cả nhà cho chị ra ở riêng một quả đồi, dựng tạm một cái lều và ở đó. Cách ly toàn bộ, không có ai bạn tâm và thăm nom gì cả. Nhưng bây giờ thì đỡ rồi, bố chị ra dựng nhà và làm công cho chị, mẹ chị giúp chăm nom nhà khi chị đi làm đồng đằng..." - LS

Sự kỳ thị cũng được nhận thấy ở các dịch vụ y tế, trong các hoạt động xã hội và tại nơi làm việc. Có 8% người nhiễm HIV phàn nàn rằng họ thường bị chuyển qua lại hết nơi này đến nơi khác thay vì được hỗ trợ hay giúp đỡ từ y tá, trong khi đó chỉ có 0,9% những người bị bệnh khác phàn nàn về điều đó. Hơn thế nữa, 6,1% người có HIV nói rằng họ bị cách ly ở một khu riêng biệt mặc dù bệnh của họ không phải là bệnh truyền nhiễm và 6% người có HIV cũng nói rằng

bệnh viện đã thông báo tình trạng nhiễm HIV của họ cho những người khác hoặc là sự đau đớn của họ bị các nhân viên y tế lờ đi, không quan tâm, chăm sóc hay hỏi han.

Ở các dịch vụ y tế, kỳ thị và phân biệt có nhiều hình thái khác nhau được những người có HIV báo cáo, bao gồm từ chối điều trị cho người nhiễm, tự ý làm xét nghiệm HIV mà không có sự đồng ý của người bệnh, thiếu sự tin tưởng và không cho phép sử dụng các trang thiết bị của bệnh viện và thuốc men. Tuy nhiên, một số hành vi dù có thể là để phòng ngừa lây nhiễm sang cán bộ y tế nhưng cũng có thể bị những người có HIV hiểu là hành vi kỳ thị. Tại các cơ sở y tế nghèo nàn, hạn chế thuốc men và không biết về điều trị AIDS, thiếu các dụng cụ bảo vệ cho cán bộ y tế thì tình trạng lo sợ bị lây bệnh của các bác sĩ và y tá là có thể hiểu được. Có bốn người trả lời phỏng vấn đã nói về thái độ của y bác sĩ điều trị cho họ khi họ đến bệnh viện hoặc phòng khám. Tuy nhiên, nhiều người có HIV đã hiểu lầm thái độ của cán bộ y tế, điều mà có thể thấy cả đối với những bệnh nhân bình thường khác.

"Họ rất thích quát nạt bọn anh, mà các bệnh nhân khác thì có bị quát đâu. Từ việc bảo mình ngồi ghế đợi đến lúc gọi vào khám, rồi cả cái cách hỏi han cũng vậy, trống không và thiếu tôn trọng. Anh đến khám bệnh trả tiền đàng hoàng, có xin của họ đâu. Nhớ cái lần vợ anh đi khám thai, mình chờ suốt từ sáng, nó cứ mặc kệ, bảo đợi xong rồi chẳng hỏi han, cứ khi mình ló vào định hỏi thì nó đuổi ra..." – QN

Về khía cạnh từ chối quyền lợi, 13,7% người nhiễm HIV báo cáo rằng tính bảo mật tình trạng bệnh của họ bị xâm phạm. Việc thiếu tính bảo mật cho các xét nghiệm HIV đã rất phổ biến ở Việt Nam trong quá khứ; khi đó tình trạng HIV rất dễ dàng bị tiết lộ. Một số lời phàn nàn khác từ 8,3% người có HIV cho rằng họ không được phép sở hữu tài sản của họ như đất đai, nhà cửa trong khi đó chỉ có 1,5% những bệnh nhân khác đề cập đến vấn đề đó. Còn lại, tỷ lệ phần trăm những kêu ca, phàn nàn về những vấn đề khác đều thấp kẽm trong nhóm những người có HIV.

Kỳ thị và phân biệt đối với người có HIV ở mức độ cộng đồng được tìm thấy ở tất cả các địa điểm nghiên cứu. Phản ứng của một cộng đồng đối với người có HIV có ảnh hưởng to lớn đến cuộc sống của người đó. Nhiều người có HIV cũng nói về những người bạn đã giảm liên hệ với họ (14,8%), hoặc viếng thăm họ (8,3%) trong khi chỉ có 1,5 - 1,8% những người bệnh bình thường nói về điều này. Trong số những người có HIV, 8,7% báo cáo về việc người khác từ chối dùng chung đồ ăn và dụng cụ ăn uống với họ. Cùng một tỷ lệ đó những người có HIV phải thay đổi công việc và nhiệm vụ của họ vì bị nhiễm HIV. Tuy nhiên, hầu hết những người tham gia phỏng vấn không kêu ca về sự kỳ thị và phân biệt ở cộng đồng tại thời điểm này. Những tình huống mà họ trải qua đã xảy ra vào khoảng 3-5 năm trước.

“Đó là thời kỳ khủng hoảng nhất trong cuộc đời của tôi. Sóng đã gần 70 năm chưa bao giờ thấy nhục nhã và khổ thế. Miệng lưỡi thế gian sợ lầm, ngay khi con mụ thần chết (tổ trưởng) xuống oang oang ngoài cổng là bác đã thấy có điều không lành rồi. Thế là cả xóm biết, cái năm 1999 đó thì sida là chết. Chúng nó nguyên rủa, chửi bới, không cho con cái đến ăn sáng vì sợ sida...” - QN

“Nói chung bây giờ người ta cũng không thể hiện rõ cái thái độ kỳ thị gì đâu, nhưng theo tôi nghĩ thì nó vẫn còn. Chẳng hạn như đám cưới thì họ không mời kể cả là hàng xóm, hay khi họp hành, tổ trưởng biết điều thì đừng mời những nhà có người nhiễm không thì chả ai đến họp nữa đâu, cáo buộc, cáo ốm đủ thứ” – CB.

“Nhớ cái ngày bọn anh lấy nhau, hàng xóm họ không thèm đến mà còn cười hô hố với nhau là đi xem bọn sida nó lấy nhau kia. Nghĩ nhục lắm. Nhưng bây giờ thì không đến nỗi thế đâu. Tất nhiên là cũng có xì xèo to nhỏ, thỉnh thoảng nhà anh có ai đến thăm hỏi thì cũng dè bỉu, chỉ trỏ... nhưng mà những cái loại đó thì không thèm chấp, việc mình mình làm, chúng nó thì cũng có tốt gì hơn mình đâu...” - CB

Những kết quả này chỉ ra rằng, trong những năm gần đây, kỳ thị và phân biệt không còn là một vấn đề lớn, ít nhất cũng là ở những khu vực mà chiến dịch thông tin - giáo dục - truyền thông và hoạt động của các Tổ chức phi chính phủ diễn ra mạnh mẽ. Tuy nhiên, những người có HIV ở vùng sâu, vùng xa và miền núi thì vẫn là nạn nhân của tình trạng kỳ thị và phân biệt.

Đặc biệt đáng chú ý là việc xuất hiện những hình thái mới của kỳ thị và phân biệt, và điều này đã làm giảm cơ hội hòa nhập xã hội cho người có HIV; chúng được gọi là “kỳ thị tinh vi”. Loại kỳ thị này dường như tích cực đối với người có HIV vì thế nó không được nhận biết như là một sự kỳ thị. Những người có HIV có thể không nhận biết được là họ vẫn bị mất cơ hội và bị từ chối quyền được làm việc và tiếp xúc với xã hội và cộng đồng.

“Trước đây anh là công nhân công ty xăng dầu, lương gần 2tr, bây giờ anh vẫn là công nhân, vẫn lương 2tr nhưng anh chả phải đi làm, đến tháng là họ trả lương, thế mới sướng chứ.” – CB

“Gia đình tôi chả phải đi họp hành bao giờ nhưng cái gì cũng biết. Cứ sau mỗi kỳ họp là tổ trưởng lại đến báo cáo, đóng góp gì thì họ đến tận nhà thu, không phải đi đâu cả. Có đám ma, đám cưới gì thì tổ trưởng cũng đến thông báo, đi được thì đi, không đi được thì thôi” – QN

Khác biệt giới tồn tại trong những ảnh hưởng của HIV đến cuộc sống của người nhiễm^{88,89}. Chúng tôi đã đặt ra câu hỏi liệu nam và nữ có bị kỳ thị và phân biệt theo những cách khác nhau hay không. Kết quả trong Bảng 14 đã chỉ ra rằng phụ nữ nhiễm HIV có xu hướng bị từ chối chăm sóc sức khỏe, quyền lợi và bị xã hội xa lánh nhiều hơn nam giới có HIV. Đối với cả hai nhóm, tình trạng tự nhận thức tiêu cực là vấn đề phổ biến nhất liên quan đến kỳ thị và phân biệt.

⁸⁸ Nguyen, T.A., Oosterhoff, P., Ngoc, Y.P., Wright, P., & Hardon, A. Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. JANAC, 20(2), March/April 2009, 141-152

⁸⁹ Oosterhoff P. “Pressure to bear”: Gender, fertility and prevention of mother-to-child transmission of HIV in Vietnam. Chapter 8: Contested motherhood: HIV+ mothers organizing in Vietnam. University of Amsterdam, 2008.

Bảng 14. Tỷ lệ những người có HIV đã từng bị kỳ thị và phân biệt chia theo giới tính

Những hình thái của kỳ thị và phân biệt đối với người bị bệnh	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Lạm dụng lời nói	100	37,2	68	37,0
Tự nhận thức tiêu cực	167	62,1	129	70,1
Từ chối chăm sóc sức khỏe	41	15,2	38	20,7
Từ chối quyền	37	13,8	47	25,5
Xã hội xa lánh	46	17,1	51	27,7
Sợ lây bệnh	38	14,1	26	14,1
Kỳ thị nơi làm việc	28	10,4	19	10,3

Kỳ thị và phân biệt ảnh hưởng đến cuộc sống của những người có HIV, gia đình và người thân của họ. Chúng có thể trở thành những rào cản đối với sự thành công của những chương trình nhằm làm giảm tác động của HIV đến hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Ngày nay, nhờ vào chiến dịch thông tin - giáo dục - truyền thông và các hoạt động phòng chống HIV được thúc đẩy mạnh mẽ từ cấp cơ sở nên sự kỳ thị và phân biệt đã giảm nhiều so với báo cáo gần đây nhất vào năm 2005. Những người có HIV nói rằng

bản thân họ, gia đình và con cái họ được đối xử tốt hơn trong gia đình, cộng đồng và ở trường học. Tuy nhiên, những hình thái mới của kỳ thị và phân biệt đã và đang sinh ra những khó khăn và thách thức mới cho quá trình hòa nhập xã hội của người có HIV.

7. Ảnh hưởng đến phụ nữ

Phụ nữ đóng vai trò chính trong duy trì sức khỏe và hạnh phúc của gia đình, đặc biệt ở Việt Nam. Ảnh

Bảng 15. Hành động và Kết quả khi những người vợ không bị HIV cố gắng phòng lây truyền HIV từ những người chồng có HIV của họ

Phương pháp bảo vệ	Thành thị		Nông thôn		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thảo luận với chồng về nhu cầu và phương cách quan hệ tình dục an toàn để tránh lây truyền HIV	32	18,5	11	11,6	43	16,0
Cùng chồng quyết định kiêng (không quan hệ tình dục nữa)	3	1,7	3	3,2	6	2,2
Từ chối quan hệ tình dục với chồng	3	1,7	5	5,3	8	3,0
Trở thành nạn nhân của bạo lực khi từ chối quan hệ tình dục	1	0,6	1	1,1	2	0,7
Sống dưới áp lực và lo lắng của việc quan hệ tình dục không an toàn với chồng	1	0,6	3	3,2	4	1,5
Không làm gì	133	76,9	72	75,8	205	76,5
Dùng bao cao su	45	26,0	35	36,8	80	29,9
Tiếp cận chương trình cung cấp bao cao su miễn phí	229	80,4	137	81,5	366	80,8

hưởng của đại dịch HIV đến phụ nữ là một phần quan trọng của ảnh hưởng đến đời nghèo và các khảo sát xa hơn được báo cáo trong phần này.

Câu hỏi đầu tiên là việc bảo vệ những phụ nữ chưa nhiễm HIV chống lại khả năng nhiễm từ người chồng có HIV của họ. Trong Bảng 15, kết quả nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ của phụ nữ ở thành thị và nông thôn thực hiện một số hành động để tự bảo vệ mình. Chỉ có 3% phụ nữ từ chối quan hệ tình dục với chồng, nhưng 1/5 số phụ nữ ở thành thị và 1/10 số phụ nữ ở nông thôn nói rằng họ bàn bạc với chồng làm sao để quan hệ tình dục an toàn và tránh bị nhiễm HIV. Bao cao su không phải là phương pháp phổ biến mặc dù có hơn 80% mẫu nghiên cứu có thể tiếp cận chương trình cung cấp bao cao su miễn phí. Rất đáng buồn là vẫn còn một số lớn phụ nữ không làm gì để bảo vệ mình.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy rằng phụ nữ thường bị lây nhiễm HIV sau khi quan hệ tình dục với chồng của họ là những người làm công nhân ngoại tỉnh hoặc những người sử dụng ma túy và dùng chung bơm kim tiêm.

“Chồng chị tặng quà cho chị đấy. Anh ấy sang Lạng Sơn khai thác mỏ giày, được một năm thì bị ốm mãi không khỏi nên bỏ về. Thế rồi cứ ốm dặt dẹo thế, thuốc men không được, cúng bái không xong. Rồi bác sĩ mới bảo thử đi xét nghiệm HIV. Thật không thể tin vào tai mình nữa khi mà ông ấy thông báo về kết quả xét nghiệm của chồng. Đó là năm 1997, và sau đó chị xét nghiệm cũng HIV luôn...” – CB

“Có làm sao đâu, ở mãi với mẹ để chị ở Hòa An không sao, nhưng mà cứ thích lên phố, thế là hai vợ chồng chuyển về đây. Bị rủ rê lôi kéo anh ấy mới chơi ma túy và nhiễm HIV lúc nào có biết đâu. Đến khi chị sinh cháu đầu tiên - thằng cu to tướng vừa nãy chạy qua đây - mới biết bị nhiễm HIV, may mà con chị không sao. Lúc báo cho chồng hắn chửi rủa mình suốt không chịu đi xét nghiệm. Ông anh chồng còn đến tận nhà đuổi không cho chị vào nhà chị, thế rồi khi chồng chị chết họ mới vỡ lẽ ra” – CB

Trẻ em trong xã hội phương đông có giá trị rất lớn; chính điều này đã tạo ra nhiều áp lực cho phụ nữ đã lập gia đình phải có thai. Họ được mong đợi sinh con trai. Đây là một lý do khiến phụ nữ có HIV chấp nhận quan hệ tình dục không an toàn và có thai^{90, 91, 92, 93}.

Theo quan niệm truyền thống, phụ nữ phải chịu trách nhiệm với công việc nhà và chăm sóc gia đình⁹⁴. Khi một thành viên trong gia đình bị nhiễm HIV, phụ nữ sẽ phải chăm sóc. Điều này làm tăng áp lực công việc của họ. Như vậy, phụ nữ có HIV phải chịu gánh nặng từ việc nhiễm HIV và chăm sóc những thành viên khác trong gia đình. Kết quả từ nghiên cứu định lượng cho thấy rằng tỷ lệ tham gia vào lực lượng lao động của phụ nữ có HIV (83%) cao hơn tỷ lệ đó ở nam giới có HIV (68%), ngay cả khi những phụ nữ có HIV phải trải qua nhiều giai đoạn bệnh hơn (5,2% so với 2,9% ở nam giới) và thời gian bị ốm dài hơn nam giới (139,9 ngày so với 115 ngày của nam giới).

Chủ hộ của một gia đình có HIV nói trong phỏng vấn sau:

“Thì còn ai chăm sóc nữa ngoài vợ nó, tôi thi già rồi, cũng chả sợ gì đâu nhung mà yêu. Còn nhà chồng thì đừng có hòng, thỉnh thoảng nó hỏi thăm là may lắn rồi. Ngày xưa khi biết hai vợ chồng đều bị nhiễm, anh em nhà nó chả đuổi ra khỏi nhà. Con vợ thì cũng chả khỏe khoắn gì, suốt ngày lận đận hết ông lớn (chồng) rồi đến ông bé (con).” – QN

Bởi vì gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe trong các hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV nên phần lớn

⁹⁰ Pauline Oosterhoff, Thu Anh Nguyen, Yen Pham Ngoc, Hanh Ngo Thuy, Pamela Wright, Anita Hardon. (2008) Holding the line: Vietnamese family responses to pregnancy and child desire when a family member has HIV. Culture, Health and Sexuality (in-print)

⁹¹ Handwerker L. (1998) The consequences of modernity for women in China. In M. Lock & P. A. Kaufert (Eds.), Pragmatic women and body politics. Cambridge: Cambridge University Press.

⁹² Belanger D. (2002) Son preference in a rural village in North Vietnam. Studies in Family Planning, 33(4), 321-334

⁹³ Belanger D. (2006). Indispensable Sons: Negotiating reproductive desires in rural Vietnam. In: Gender, Place and Culture. A Journal of Feminist Geography, 13(3), 251 - 265

⁹⁴ John Knodel, Vu Manh Loi, Rukmalie Jayakody, and Vu Tuan Huy (2004). Gender Roles in the Family: Change and Stability in Vietnam. PSC Research Report

phụ nữ phải làm việc nhiều hơn và trở thành nguồn thu nhập chính của gia đình.

"Em cứ lên bẩn mà xem, cả hai vợ chồng cùng AIDS, con vợ thì cứ nai lung ra làm, còn chồng thì rượu chè say bí tỉ từ sang đến tối, nó có làm ăn gì đâu... Phong tục thì cũng chỉ một phần thôi, nó ỷ lại là chính ấy. Nó cứ giả vờ thế chứ hết hoạnh họe rồi lại hạch sách, chán rồi nó thì lại đánh vợ nữa... ai cũng ngụy biện là nó say nhưng sao bảo đi đánh ông chủ tịch xã nó không đánh... thế nó đâu có say." - CB

Một ảnh hưởng khác của HIV đến phụ nữ là áp lực chăm sóc chồng. Thông qua một số chương trình hỗ trợ, việc điều trị ARV ngày càng dễ dàng hơn và cả nam và nữ nhiễm HIV đều có cơ hội tiếp cận các chương trình điều trị đó, ít nhất là trên lý thuyết. Chúng tôi tìm thấy rằng trong 219 nam giới có HIV thì 62,6% được điều trị trong khi 67,8% trong số 158 phụ nữ nhiễm HIV cũng được điều trị.

Tuy nhiên, kết quả định tính lại cho thấy những phụ nữ nhận điều trị có thể nhường thuốc của họ cho các thành viên khác trong gia đình, đặc biệt là chồng.

"Thuốc không dễ để có được, cả hai vợ chồng em thì đều được uống thuốc theo dự án nhưng mà những lúc khi chồng em hết thuốc, chưa kịp lấy thi em để anh ấy uống thuốc của mình. Minh bị lỡ một bữa có sao đâu" - QN

Người phụ nữ nghĩ rằng việc họ nhường thuốc cho chồng và con là thể hiện tình yêu thương và sự hy sinh; cả hai điều này đều được đánh giá rất cao trong tiêu chuẩn truyền thống về một người phụ nữ tốt. Người phụ nữ giải thích rằng họ chia sẻ thuốc cho chồng vì nhiều lý do. Một người nói rằng "Anh ta đánh chị nếu chị không đưa thuốc cho anh ta đúng giờ" (LS). Hơn thế nữa, việc nhường thuốc cho chồng khiến người phụ nữ cảm thấy an toàn hơn khi sống trong gia đình chồng.

Phụ nữ không phải lúc nào cũng có thể tiếp cận được ARV và nhiều khi họ cũng thiếu khả năng tiếp cận với

các thuốc khác cũng như các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ để điều trị các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục, tư vấn và xét nghiệm sàng lọc ung thư tử cung, đặc biệt là những phụ nữ trẻ và phụ nữ ở vùng sâu, vùng xa.

"Thực tế thì dự án chỉ cấp miễn phí thuốc ARV và xét nghiệm CD4 thôi, à cả thuốc nhiễm trùng cơ hội nữa, còn các thuốc bổ khác như thuốc bổ gan, tăng sức đề kháng... thì mình phải tự mua. Thế nên em không uống, có chăng thì mua cho chồng thôi, thức ăn thức bổ dưỡng cũng vậy... Nói thế thôi chứ bọn em cũng nghèo nên chả đủ tiền mà mua những cái đó." - HN

Theo những kết quả từ nghiên cứu định tính, nam giới nhiều khi cũng gặp khó khăn để nhận được ARV. Như vậy, một người nam giới nhiễm HIV và không được điều trị thì sẽ ảnh hưởng đến gia đình của anh ta theo nhiều cách khác nhau. Ví dụ như sức khỏe của anh ta sẽ đòi hỏi sự quan tâm nhiều hơn của vợ và mẹ, nhất là khi anh ta thường xuyên bị ốm. Và khi đó anh ta sẽ không thể đóng góp nhiều vào thu nhập của gia đình trong lúc chi phí cho chăm sóc khỏe lại tăng dần. Hơn thế nữa, người phụ nữ, người mà chưa nhiễm HIV, sẽ đối mặt với nguy cơ nhiễm bệnh cao hơn.

Các cán bộ y tế cũng cảm thấy thương cảm với những người phụ nữ bị nhiễm HIV từ chồng và đối xử với họ rất tốt. Nhiều cán bộ y tế nói rằng họ thích cấp thuốc cho phụ nữ hơn bởi vì họ tin rằng phụ nữ sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn.

"Tôi thích phát thuốc cho bệnh nhân nữ hơn, họ tuân thủ điều trị. Quan trọng hơn là nó không chơi ma túy, chứ bọn con trai thì biết đâu mà lần. Với lại con gái ở đây đáng thương lắm, chúng nó phần lớn bị nhiễm từ chồng nghiện ma túy thôi. Nên cho chúng nó vào uống thuốc, còn cái bọn kia thì kệ cha chúng nó. Mà nhiều thằng nó cũng đầu gấu lắm, đến lấy thuốc nó còn quát và đọa cả mình nữa ấy" - AG

Nhiều phụ nữ có HIV nói rằng sau khi chồng của họ

Bảng 16. Phụ nữ không có quyền ra quyết định trong gia đình

Các vấn đề về quyền ra quyết định của phụ nữ	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV			
	Thành thị		Nông thôn		Thành thị		Nông thôn	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Mua các tài sản giá trị như đất đai và nhà cửa	39	13,7	24	14,3	83	30,1	88	49,7
Tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mình	88	56,4	52	55,3	130	73,0	105	92,1
Tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho con cái	43	15,6	32	19,4	130	47,1	105	59,3
Quyết định sinh con	43	15,1	32	19,0	83	30,1	92	52,0
Quyết định từ chối quan hệ với chồng hoặc bạn tình	26	9,1	33	19,6	55	19,9	78	44,1
Thuyết phục chồng sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục	40	14,0	38	22,6	40	14,5	59	33,3
Không trả lời	26	9,1	8	4,8	38	13,8	12	6,8

mất vì HIV, họ luôn bị buộc tội làm lây bệnh cho chồng và ngay lập tức bị đuổi về nhà bố mẹ đẻ. Họ cũng thường xuyên bị từ chối quyền sở hữu tài sản, quyền thừa kế và thậm chí là không được nhận con mình (Phụ lục 5 - Bảng 22). Một vấn đề là nhiều phụ nữ không có kiến thức về quyền lợi của mình và không biết làm thế nào để luật pháp bảo vệ họ. Bảng kết quả dưới đây minh họa cho những vấn đề mà người phụ nữ phải đối mặt.

Cả phụ nữ không và có HIV đều thường xuyên bị từ chối quyền ra quyết định của họ trong hộ gia đình. Có đến 50% phụ nữ trong các hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV nói rằng họ thường chia sẻ quyền quyết định, nhưng ngoài quyết định tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bản thân, chưa đầy 20% phụ nữ trong hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV được quyền tham gia vào các quyết định quan trọng của bản thân họ, con cái và gia đình. Đối với các hộ không có HIV, phụ nữ nông thôn xem ra được ra quyết định nhiều hơn, nhưng ở các hộ chịu ảnh hưởng của HIV, không có nhiều khác biệt trong việc tham gia ra quyết định của phụ nữ ở nông thôn và thành thị, ngoại trừ vấn đề liên quan đến quan hệ tình dục, là khi mà phụ nữ nông thôn dường như có nhiều tiếng nói hơn.

Gia đình thường có thái độ tiêu cực đối với người phụ nữ, những thái độ này thường được thể hiện rất rõ đặc biệt sau khi chồng của họ chết. Có nhiều hình thái khác nhau về thái độ tiêu cực đối với người phụ nữ, như bị đổ lỗi từ việc thiếu đạo đức và lây nhiễm của người chồng (10,3%) hoặc không được phép tiếp xúc với những người khác và tham gia vào các hoạt động gia đình (13%) hoặc bị từ chối quyền tiếp cận các tài sản (8,7%). Nhiều góa phụ và phụ nữ sống ly thân buộc phải rời bỏ những người họ hàng; đặc biệt là ở vùng nông thôn; nhiều người trong số họ còn bị từ chối phần chia trong tài sản của gia đình nhà chồng.

Những người phụ nữ có HIV thường phải đối mặt với sự kỳ thị và phân biệt, và những điều này đã hạn chế khả năng tiếp cận của họ với những dịch vụ hỗ trợ. Ví dụ dưới đây đã minh họa cho điều đó:

“Nói thật là mình cũng ngại đi xin thuốc lắc, nhất là trước khi tham gia vào câu lạc bộ. Đến thấy sơ sơ, sợ người ta nhìn vào đánh giá, họ có hiểu là mình bị nhiễm từ chồng đâu, cứ có HIV là thành không tốt. Mà có đợt cái chỗ phát thuốc nằm ngay gần khu vực khám bệnh của bệnh viện, treo cái biển to tướng. Muối mặt lắm.” – HN

Một vấn đề khác đối với phụ nữ là khả năng tiếp cận chăm sóc y tế để phòng tránh lây nhiễm sang con của họ, và đây cũng được xem như là quyền của họ. Thậm chí ở nhiều nơi phòng chống lây truyền mẹ con sẵn có nhưng phụ nữ có HIV và con của họ vẫn không nhận được sự chăm sóc phù hợp do những trở ngại trong việc tiếp cận các dịch vụ này. Chỉ có 44% và 20% phụ nữ tuần tự nhận được sự hỗ trợ phòng chống lây truyền mẹ con tối thiểu và toàn diện. Có chín phụ nữ không nhận được bất kỳ một sự hỗ trợ nào và 20 phụ nữ không nhận được tư vấn về phòng chống lây truyền mẹ con. Nhiều người đã báo cáo về sự hạn chế của thông tin do thiếu tư vấn, do những lỗ hỏng trong các dịch vụ hỗ trợ và nỗi lo về sự kỳ thị và phân biệt. Xét nghiệm HIV được thực hiện quá muộn nên rất khó can thiệp tối ưu và chất lượng dịch vụ chăm sóc kém thường xuyên được nhắc đến⁹⁵.

Mặc dù 1/3 số phụ nữ nhiễm HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV có thai, nhưng chưa đầy một nửa trong số đó được nghe về thuốc dự phòng lây truyền mẹ con. Theo như sự trả lời của họ thì tỷ lệ lớn hơn phụ nữ ở những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV đã từng nghe về vấn đề này.

Từ những kết quả trên, rõ ràng là HIV đã mang đến nhiều gánh nặng hơn cho người phụ nữ trong những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Họ có rất ít kiến thức về HIV và đường lây truyền cũng như những những kiến thức để bảo vệ chính họ từ sự lây nhiễm bệnh của chồng – những người tiêm chích ma túy. Một khi bị nhiễm, họ có rất ít quyền lợi, đặc biệt ở trong gia đình chồng.

8. Ảnh hưởng đến trẻ em

Những gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV thường bao gồm của trẻ em, bố mẹ của chúng có thể chỉ một hoặc cả hai người bị nhiễm HIV. Hầu hết bố mẹ không tự tin để chia sẻ thông tin về tình trạng của họ đối với con cái. Tương lai của những đứa trẻ phụ thuộc vào cơ hội của chúng theo con đường học vấn, điều mà có

⁹⁵ Nguyen Thu Anh, et al. Barriers to Access to PMTCT for HIV-positive Mothers in a Well Resource Setting in Vietnam. AIDS Research and Therapy 2008, 5:7

liên quan đến sự hòa nhập xã hội của chúng. Kết quả dưới đây những khía cạnh trong quan hệ giữa bố mẹ và con cái và những ảnh hưởng đến việc học hành của chúng.

Bảng 17. Tình trạng đi học của trẻ em trong hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV và gia đình không chịu ảnh hưởng đó

Tình trạng đi học	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	SL	%	SL	%
Trẻ em được đến trường	228	912	279	95,5
Trẻ em phải chuyển trường	16	7,0	21	7,5

Từ kết quả trên cho thấy hầu hết trẻ em trong các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV đều được đến trường và không phải chuyển trường và không có sự khác biệt đáng kể nào so với trẻ em trong hộ gia đình không bị ảnh hưởng của HIV. Gần như không có sự ảnh hưởng của HIV đến việc đến trường của trẻ em. Một trong những lý do chính là gia đình không giám tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ em hay cha mẹ. Vì việc tiết lộ có thể có một ảnh hưởng nhất định đến việc đi học, nên các gia đình đã được phỏng vấn về những lý do khiến con em họ phải bỏ học hay chuyển trường. Những gia đình có tương đối ít con cái thường đưa ra những lý do sau. Trong cả hai gia đình có và không ảnh hưởng của HIV, thì lý do chính khiến trẻ em phải bỏ học là gia đình không thể chi trả được tiền học phí (Phụ lục 5 - Bảng 24). Có một số gia đình có HIV nói rằng con của họ phải chuyển trường vì kỳ thị và phân biệt. Ngoài những ảnh hưởng đến việc đi học của trẻ, thì HIV có thể ảnh hưởng đến trẻ em theo những cách khác. Thông thường trẻ em không được nói về tình trạng HIV của thành viên trong gia đình nhưng chúng có thể nhận ra những thay đổi trong gia đình mình⁹⁶.

⁹⁶ Oosterhoff P. "Pressure to bear": Gender, fertility and prevention of mother-to-child transmission of HIV in Vietnam. Chapter 8: Contested motherhood: HIV+ mothers organizing in Vietnam. University of Amsterdam, 2008.

Ảnh hưởng lớn nhất đối với trẻ em là mất bố mẹ và trở thành trẻ mồ côi.

“Bố mẹ nó mất hai năm liên nhau. Họ là bạn trong nhóm đồng đẳng của chị và bây giờ chị nuôi nó. Chị nhận nó làm con chứ có phải là con chị đâu, nhưng mà không biết đến khi chị chết thì nó sống với ai nữa, ông bà mất cả rồi, cô dì chú bác thì chẳng ai nhận cả, tội nó quá.” – QN

Kỳ thị và phân biệt cũng ảnh hưởng đến trẻ em của những hộ gia đình có HIV mặc dù theo kết quả báo cáo thì kỳ thị và phân biệt đã giảm đi rất nhiều trong những năm gần đây ở Việt Nam. Thực tế, con cái của hầu hết những người trả lời phỏng vấn đều đã từng phải đối mặt với sự từ chối của trường học hoặc của phụ huynh những đứa trẻ khác, đặc biệt ở lớp mẫu giáo. Thiếu nguồn hỗ trợ đồng nghĩa với việc nhiều bố mẹ không thể chi trả tiền học phí cho con. Những số liệu trong phần đầu tiên đã cho thấy rằng một chiến lược đối phó với những ảnh hưởng kinh tế của HIV là hộ gia đình giảm chi phí giáo dục.

“Bây giờ thi bình thường rồi, nhưng mà ngày xưa thi khốn khổ khốn nạn. Con anh không bị đau nhưng mà người ta không tin, họ bắt anh phải nộp giấy xác nhận của y tế và của phường. Còn phụ huynh của các học sinh khác thì không cho con họ đi học nữa để phản đối, hoặc xin chuyển sang lớp khác...” – HN

“Thực ra con chú nó có đi học nhưng đến lớp 9 thì thôi, một phần vì nó chán không muốn học, nhưng chủ yếu vẫn là chú không còn tiền cho nó học nữa. Giai đoạn đó vợ chú ốm nặng, phải bán hết của cải để chạy chữa cho cô ấy. Rồi đến lượt phát hiện ra chú bị nhiễm, các nguồn thu trong gia đình không còn.” – CB

Một ảnh hưởng khác của HIV đối với trẻ em trong gia đình là chúng phải làm việc để kiếm sống và hỗ trợ kinh tế gia đình trong điều kiện giảm thu nhập, và điều này đã hạn chế cơ hội đi học của trẻ. Kết quả nghiên cứu trong Bảng 10 cho thấy rằng trong những hộ gia

đình chịu ảnh hưởng của HIV thì có 3,7% trẻ em bị nhiễm HIV và 2,4% trẻ em không bị nhiễm đang phải làm việc để kiếm thêm thu nhập cho gia đình.

Cuối cùng, trẻ em cũng phải chịu những ảnh hưởng tâm lý của HIV trong gia đình. Kết quả định tính dưới đây minh họa cho điều đó.

“Chị cũng nghĩ là tuổi nó thì không biết gì cả. Nhưng chị để ý, sau cái đợt bác nó đến nhà chị chửi bới bọn chị thì nó bắt đầu trầm tính, và ít nói nữa, nó cũng không thích sang hàng xóm chơi và rất hay khóc. Bây giờ nó đã hiểu hơn thi phải; nó thương chị lắm. Nó thấy chị thường xuyên uống thuốc, nó không biết là thuốc gì nhưng thấy mẹ chưa uống là nó nhắc chị đấy.” - CB

Như vậy, những ảnh hưởng đến trẻ em trong các hộ gia đình có HIV rất đa dạng. Chúng có thể ảnh hưởng đến việc tới trường của trẻ, mặc dù ảnh hưởng này xuất hiện rất ít trong một số trường hợp phỏng vấn. Hơn thế nữa, trẻ em phải lao động để kiếm tiền cho gia đình hay những ảnh hưởng tâm lý dẫn đến thay đổi hành vi của trẻ được phản ánh rõ trong nghiên cứu này.

9. Ảnh hưởng đến gia đình và người chăm sóc

Khi một thành viên trong hộ gia đình nhiễm HIV, những thành viên khác cũng sẽ bị ảnh hưởng theo những cách khác nhau. Đặc biệt, khi có một ảnh hưởng kinh tế xảy ra trong gia đình, thì phạm vi lựa chọn của các thành viên không bị HIV cũng bị hạn chế dù họ không có các vấn đề về sức khỏe.

Khi một thành viên trong gia đình, đặc biệt là bố hoặc mẹ bị ốm, yếu dần và chết, những thành viên khác sẽ phải chịu đựng. Ở nhiều nước, ảnh hưởng của HIV đến cấu trúc hộ gia đình ngày càng nghiêm trọng⁹⁷. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV đã sinh ra những

⁹⁷ Munthali, Alister C. Adaptive strategies and coping mechanisms of families and communities affected by HIV/AIDS in Malawi. UNRISD HIV/AIDS and Development project. Geneva: United Nations Research Institutes on Social Development. 2003

Bảng 18. Những hộ gia đình có thành viên nhiễm HIV báo cáo về những ảnh hưởng của HIV đến hộ gia đình

Các loại ảnh hưởng	Thành thị		Nông thôn		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Cấu trúc gia đình: Cái chết của thành viên nhiễm HIV dẫn đến gia đình bị tan rã	53	18,6	25	14,9	78	17,2
Tâm lý: Áp lực tâm lý và sự kỳ thị	146	51,2	52	31,0	198	43,7
Kinh tế: Giảm lực lượng lao động, mất thu nhập, tăng gánh nặng chi phí	141	49,5	57	33,9	198	43,7
Trẻ em: Kỳ thị ở trường học hoặc trở thành trẻ mồ côi	18	6,3	14	8,3	32	7,1
Những ảnh hưởng khác	6	2,1	2	1,2	8	1,8
Không có ảnh hưởng gì	71	24,9	66	39,3	137	30,2

gia đình có một bố hoặc một mẹ, hoặc gia đình bố hoặc mẹ lấy thêm vợ hoặc chồng sau khi một người mất, và ở đây trẻ mồ côi thấy mình sống trong một gia đình mới, thường là ở ngay trong chính gia đình của chúng.

"Được cái con bé cũng ngoan, nó ở với bác cũng được 5 năm rồi đấy, may mà nó không nhiễm. Bố chết rồi đến mẹ chết, hai bà cháu nuôi nhau. Giờ bác cũng có đứa chạy ra, chạy vào thấy vui vẻ. Thời gian đầu thấy nó thuỷ thuỷ một mình tội lắm, lúc đó nó cũng đã hiểu gì đâu." - QN

Thành viên của hộ gia đình là những người được mong đợi sẽ chăm sóc những người bị ốm và chết. Bởi vậy, những người này cũng chịu ảnh hưởng mạnh mẽ từ tình trạng nhiễm HIV của một thành viên trong

gia đình. Họ phải chịu đựng nỗi sợ hãi bệnh tật và lo lắng, như được thể hiện trong Bảng 19.

Chăm sóc cho người bị AIDS là một thách thức đối với những thành viên còn lại của gia đình. Như là ở nhiều nước, gia đình là nơi đầu tiên có trách nhiệm chăm sóc cho những người ốm nặng. Chúng ta có thể nhìn thấy trong phần đầu tiên về thu nhập của gia đình, việc chăm sóc cho thành viên nhiễm HIV có thể dẫn đến mất hoặc thay đổi công việc và thu nhập của người chăm sóc. Sự xa lánh của xã hội cũng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần và cuộc sống cá nhân của người chăm sóc. Chán nản là một cảm xúc phổ biến không chỉ ở những người có HIV mà cả người chăm sóc họ. Trong Bảng 19, gần một nửa số người trả lời phỏng vấn nói đến sự lo lắng về ảnh hưởng của HIV đến các thành viên trong gia đình, và

Bảng 19. Ảnh hưởng đến người chăm sóc trong những hộ gia đình có HIV

Các loại ảnh hưởng	Thành thị		Nông thôn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Sợ và đề phòng khi chăm sóc người nhiễm HIV	39	13,7	22	13,1	61	13,5
Xấu hổ về việc có người nhiễm HIV trong gia đình	26	9,1	16	9,5	42	9,3
Bị tổn thương trước sự kỳ thị	23	8,1	29	17,3	52	11,5
Lo ngại về tác động của HIV/AIDS đối với các thành viên gia đình	117	41,1	73	43,5	190	41,9
Lo ngại về sức khỏe và cuộc sống của bệnh nhân	218	76,5	117	69,6	335	74,0
Đau khổ do cái chết của bệnh nhân	28	9,8	20	11,9	48	10,6

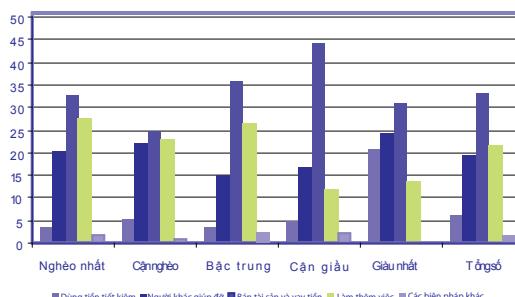
khoảng 10% thấy buồn bã vì cái chết của người thân mắc AIDS hoặc thấy xấu hổ vì có người nhiễm HIV trong nhà. Chủ hộ của một gia đình có người nhiễm HIV ở Hà Nội nói:

"Đốt tiền, đốt của với tốc độ này thì khủng khiếp quá. Làm công việc chăm sóc này chắc phát rõ mệt thôi."

Trong những cuộc phỏng vấn sâu đối với người chăm sóc, nhiều người đã đề cập nỗi phiền muộn của họ, đặc biệt trong giai đoạn đầu và cuối của bệnh. Đã xuất hiện nhiều triệu chứng như chán ăn, mất ngủ và lo lắng về tình trạng nhiễm. Những điều này tạo nên sự căng thẳng, đào sâu vào nỗi u buồn về cái chết đang treo lơ lửng, đôi khi làm thay đổi những mối quan hệ gia đình và xã hội như là hôn nhân.Thêm vào đó, người chăm sóc cũng thường xuyên phải tiếp xúc với người bệnh mà không có các dụng cụ bảo vệ như găng tay hoặc các biện pháp khử trùng, khiến cho họ càng lo lắng về nguy cơ bị lây nhiễm bệnh của mình, đặc biệt ở những nơi thiếu thông tin về HIV và thuốc điều trị không sẵn có.

"Anh biết bị nhiễm HIV từ năm 1998, cùng năm đó thì anh trai anh cũng định lấy vợ. Lúc đó anh ấy rất lo lắng và chửi rủa anh vì làm ảnh hưởng đến anh ấy, có thể gia đình thông gia sẽ không chấp nhận và không có đám cưới nữa. Bản thân anh cũng thấy sợ, vì lúc đó họ có biết gì về HIV đâu, kỳ thị còn rất nặng nề." – CB.

B. CÁC CHIẾN LƯỢC ĐỐI PHÓ VÀ BIỆN PHÁP HỖ TRỢ SẴN CÓ



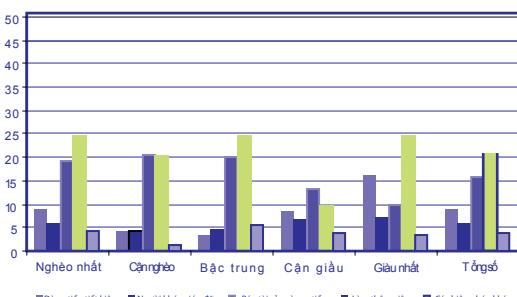
Biểu đồ 3. Chiến lược đối phó trong những hộ gia đình có HIV đối với tình trạng tăng chi phí y tế và giảm thu nhập, tính theo nhóm thu nhập

Mỗi gia đình chịu ảnh hưởng của HIV phải lựa chọn trong phạm vi nhiều chiến lược đối phó khác nhau để giải quyết các vấn đề tăng chi phí, đặc biệt là chi phí y tế, khi thu nhập của họ giảm đi vì một loạt những lý do khác nhau như mô tả ở trên. Biểu đồ 3 và 4 miêu tả mức độ khác nhau trong chiến lược đối phó của các hộ gia đình.

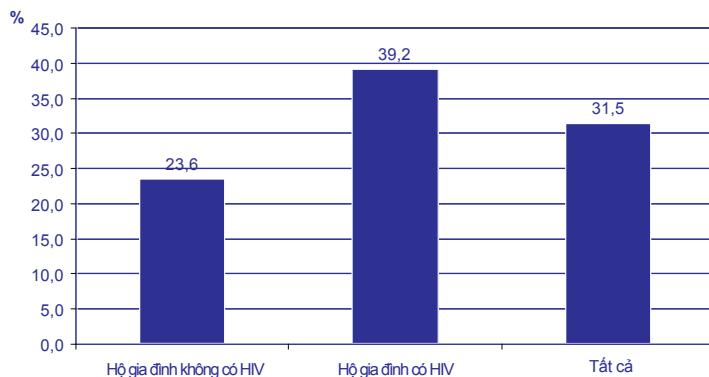
Các mô hình này tương tự nhau, nhưng các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có xu hướng vay mượn tiền hay nhờ đến sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè và các nguồn khác, trong khi những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV thường sử dụng tiền tiết kiệm của mình hoặc làm thêm việc. Trong những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, nhóm giàu nhất cũng phải nhờ đến tiền tiết kiệm, nhưng các nhóm khác lại không có đủ tiền tiết kiệm để dùng đến. Làm thêm việc không phải là một sự lựa chọn đối với hầu hết các gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, như nói đến ở trên, mặc dù thành viên các gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV có thể phải làm việc, đặc biệt là trẻ em và người già. Những hộ nghèo nhất và đặc biệt là những hộ có HIV ở nông thôn có rất ít khả năng chọn giải pháp đối phó và sẽ chịu ảnh hưởng lớn từ tác động kinh tế do có người nhiễm HIV trong gia đình.

1. Hộ gia đình vay mượn tiền

Một cách khác mà gia đình đương đầu với tình trạng tăng chi phí trong khi thu nhập giảm là vay mượn tiền. Biểu đồ 5 cho thấy tỷ lệ các hộ gia đình vay mượn tiền đều cao ở cả nhóm hộ gia đình có HIV và nhóm



Biểu đồ 4. Chiến lược đối phó trong những hộ gia đình không có HIV đối với tình trạng tăng chi phí y tế và giảm thu nhập, tính theo nhóm thu nhập



Biểu đồ 5. Tỷ lệ những hộ gia đình vay mượn tiền trong 12 tháng qua

không có HIV, nhưng trong năm vừa qua có nhiều hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV vay mượn tiền hơn. Tuy nhiên, câu hỏi sâu hơn về số tiền vay mượn được cho thấy rằng khoản tiền trung bình mà gia đình có HIV có thể mượn (13,1 triệu VND/năm) thấp hơn nhiều so với khoản tiền mà hộ gia đình không có HIV có thể mượn được (24,1 triệu VND/năm).

Nhìn vào những hộ gia đình phải vay mượn tiền, những hộ nghèo (Bảng 20) phải vay mượn nhiều hơn những hộ giàu, và tỷ lệ đó càng khác biệt giữa những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Hơn một nửa số hộ gia đình nghèo và gần một nửa hộ gia đình cận nghèo chịu ảnh hưởng của HIV phải vay mượn, trong khi ở những hộ gia đình không có HIV, tỷ lệ này chưa đến 1/3.

Bảng 20. Tỷ lệ hộ gia đình vay mượn tiền trong 12 tháng qua theo nhóm thu nhập

Nhóm thu nhập	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng bởi HIV	
	SL	%	SL	%
Nghèo nhất	50	55,56	33	38,37
Cận nghèo	44	49,44	30	39,47
Bậc trung	33	40,74	18	17,65
Cận giàu	30	32,26	13	14,44
Giàu nhất	20	20,2	10	11,49

2. Hỗ trợ của cộng đồng

Kết quả nghiên cứu được trình bày trong các phần trên đã cho thấy ảnh hưởng kinh tế - xã hội mạnh mẽ của

HIV đến những hộ gia đình có người nhiễm HIV. Họ cần nhiều loại hỗ trợ khác nhau từ cộng đồng, bắt đầu bằng những hỗ trợ để cải thiện tình trạng tài chính.

Chúng tôi phát hiện rằng rất nhiều hộ gia đình có và không chịu ảnh hưởng của HIV muốn vay vốn để cải thiện kinh tế hộ gia đình. Nhiều người muốn nhận được các hình thức hỗ trợ để phát triển các hoạt động tạo thu nhập, đặc biệt những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV. Một số gia đình cũng mong muốn được ủng hộ tiền để phát triển kinh tế.

Bảng 21. Những loại hỗ trợ cần thiết cho hoạt động cải thiện kinh tế hộ gia đình

Hoạt động hỗ trợ	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	SL	%	SL	%
Vay vốn	195	62,1	148	68,5
Đào tạo hướng nghiệp	19	6,1	12	5,6
Hoạt động tạo thu nhập	111	35,4	53	24,5
Üng hộ tiền	70	22,3	53	24,5
Hỗ trợ y tế	122	38,9	11	5,1

Từ những kết quả phân tích chi phí của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV được trình bày ở những phần trước, chúng tôi cũng hỏi đối tượng nghiên cứu liệu đã bao giờ họ tìm kiếm hay nhận được bất kỳ một loại hình hỗ trợ nào không. Trong những hộ gia đình

có HIV, loại hình hỗ trợ được tìm kiếm nhiều nhất và cũng nhận được nhiều nhất là hỗ trợ y tế cũng như chăm sóc sức khỏe. Cũng có một tỷ lệ nhỏ các hộ gia đình có HIV tìm những hỗ trợ về thực phẩm và giáo dục, những thứ không thực sự quan trọng đối với những hộ gia đình không có HIV. Mong muốn được vay vốn ở cả hai nhóm hộ gia đình đều như nhau và cả hai nhóm đều nhận được hỗ trợ về vốn ít hơn mức độ mong muốn của họ.

Theo chuẩn nghèo của Việt Nam, có 11% hộ gia đình có HIV và 8% hộ gia đình không có HIV trong nghiên cứu này thuộc vào diện nghèo đói. Tuy nhiên, chỉ có một nửa số hộ gia đình đó được nhận sổ chứng nhận hộ nghèo (Phụ lục 5 – Bảng 26). Không có sổ chứng nhận hộ nghèo thì những hộ gia đình nghèo không được nhận những hỗ trợ của chính phủ giúp đỡ người nghèo.

Khi những hộ gia đình tìm kiếm hỗ trợ, họ có thể tính đến nhiều nguồn hỗ trợ khác nhau. Bảng 22 dưới đây liệt kê những hình thức hỗ trợ mà các hộ gia đình thường nhận được. Có tỷ lệ gần như tương tự nhau giữa những hộ có HIV và không HIV nhận được những hỗ trợ từ chính phủ. Tuy nhiên, chỉ có một nửa số hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV nhận được sự hỗ trợ từ bạn bè và người thân, trong khi đó tỷ lệ này trong những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV là 84%. Tổ chức phi chính phủ dường như đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho người có HIV; 1/3 số hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV trong nghiên cứu này nhận được sự hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ.

Bảng 22. Các nguồn hỗ trợ

Nguồn hỗ trợ	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	SL	%	SL	%
Hàng xóm	93	22,4	161	44,8
Bạn bè/người thân	203	48,9	302	84,1
Tổ chức quần chúng	44	10,6	36	10,0
Chính phủ	83	20,0	67	18,7
Tổ chức phi chính phủ	143	34,5	2	0,6

Những ảnh hưởng xã hội có thể được đo bằng mức độ tham gia vào các hoạt động cộng đồng của mỗi cá nhân. Những người có HIV thường tham gia vào các hoạt động liên quan đến HIV. Theo bảng kết quả dưới đây thì rõ ràng là nhiều người từ những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV tham gia vào các hoạt động cộng đồng trong khi đó không có gì đáng ngạc nhiên khi tỷ lệ này rất thấp ở những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV. Khi được hỏi liệu họ có muốn tham gia trong tương lai không thì một lần nữa số người ở các hộ có HIV muốn tham gia cao hơn nhiều so với hộ gia đình không có HIV (Phụ lục 5 - Bảng 27).

Một yếu tố ảnh hưởng đến sự tham gia vào các hoạt động cộng đồng hoặc chăm sóc cho các thành viên nhiễm HIV trong gia đình là kiến thức về HIV, nhất là những hiểu biết về đường lây truyền, và điều trị. Trong Bảng 23, chúng ta có thể nhận thấy rằng mức độ hiểu biết về HIV khá cao trong các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, trong khi những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV thì có vẻ kém hiểu biết hơn. Mức độ kiến thức về HIV cao là yếu tố quan trọng cho việc chăm sóc tốt những thành viên nhiễm HIV trong gia đình. Chừng nào mà những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV vẫn có một mặt bằng kiến thức thấp về HIV, thì nguy cơ kỳ thị và phân biệt vẫn là rất thực tế, đặc biệt là nếu như mọi người không biết về những khả năng điều trị để giảm nhẹ ảnh hưởng của HIV đối với cá nhân.

Bảng 23. Kiến thức về phòng và điều trị HIV của chủ hộ gia đình theo những người chủ hộ gia đình

Phương pháp phòng và điều trị HIV/AIDS	Hộ gia đình có ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không ảnh hưởng bởi HIV	
	SL	%	SL	%
Bao cao su miễn phí	366	82,2	184	42,0
Bơm kim tiêm sạch miễn phí	312	70,1	107	24,4
ARV	420	94,4	110	25,3
Xét nghiệm CD4	420	94,4	11	33,3
Methadone (điều trị thay thế nghiện ma túy)	163	36,7	39	9,0

3. Hỗ trợ từ các nhóm tự lực

Một giải pháp khuyến nghị cho những người có HIV và gia đình của họ là tham gia vào nhóm tự lực. Các tiếp cận này có thể giúp giải quyết được một số vấn đề như những kỳ thị từ gia đình, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cộng đồng và đặc biệt là sự thiếu tự tin, điều mà ảnh hưởng đến cả tình trạng sức khỏe và điều kiện kinh tế của những người nhiễm HIV. Một lựa chọn khác cho những người có HIV tham gia vào các nhóm tự lực là họ có thể được đề nghị làm việc cho dự án như là đồng đăng viên. Những công việc như thế có thể mang lại thu nhập và lòng tự tin giúp cải thiện cuộc sống của họ.

Cả số liệu định lượng và số liệu định tính đều cho thấy rằng những người tham gia vào nhóm hỗ trợ báo cáo về những lợi ích mà nhóm tự lực mang lại cho họ như cơ hội được vay vốn hoặc các hỗ trợ cho hoạt động tạo thu nhập (22,3%), và được tiếp cận với thuốc điều trị miễn phí (100%) cũng như được tư vấn về các kiến thức liên quan đến HIV và làm tăng lòng tự trọng và sự tự tin cho bản thân.

“Anh làm đồng đăng viên từ năm 1999, làm thế mình được tiếp xúc với nhiều người cùng hoàn cảnh và thấy thực sự lạc quan hơn. Hơn nữa hàng tháng anh cũng nhận được khoảng 100-200 nghìn VND, tăng thu nhập cho gia đình...” – Tp HCM

“Chị tham gia câu lạc bộ cũng được gần hai năm rồi đấy; vào câu lạc bộ chị được vay tiền để làm, mở quán ăn sáng với mẹ chị. Chị cũng được uống thuốc miễn phí nữa....” – Tp HCM

Có nhiều thành viên trong các câu lạc bộ, các nhóm hỗ trợ đã lập những gia đình mới, họ về ở cùng nhau, chia sẻ tình yêu thương và giúp đỡ nhau trong cuộc sống. Họ nói rằng họ sống cùng nhau vì hiểu và thông cảm cho hoàn cảnh của nhau. Họ có thể giúp đỡ lẫn nhau “để làm cho cuộc sống tốt hơn trong khi chờ đợi cái chết”.

Hơn thế nữa, sống cùng nhau trong một gia đình có thể giúp họ tăng cơ hội được nhận điều trị miễn phí

bởi vì thực tế thì nhiều dự án hỗ trợ thích giúp đỡ cho những người có HIV đã kết hôn hơn là những người còn độc thân với niềm tin rằng môi trường gia đình là nền tảng cơ bản cho việc tuân thủ điều trị và các hoạt động khác của dự án.

Nhiều người trả lời phỏng vấn cũng kể về những bạn tình không nhiễm HIV của họ, những người mà chấp nhận họ dù biết tình trạng nhiễm HIV. Mặc dù điều này rõ ràng làm tăng nguy cơ cho bạn tình của những người có HIV, nhưng những mối quan hệ đó lại mang đến những hỗ trợ cả về vật chất và tinh thần cho người có HIV và họ đều nói rằng họ quan hệ tình dục an toàn với bạn tình.

“Em vừa thấy đó là anh bạn chị ấy, anh ấy biết chị có H nhưng vẫn đến với chị. Cũng chẳng cho được gì vì anh ấy còn có gia đình, vợ con nhưng đó cũng là niềm vui tinh thần với chị rồi. Thỉnh thoảng có những đồ thừa thãi của vợ con anh ấy thì anh ấy mang cho chị. Anh ấy hiền lành và tốt bụng lắm.” - CB

Các hình thức hỗ trợ từ nhiều dự án hiện nay rất hữu ích cho những người có HIV, nhưng đôi khi có thể dẫn đến những hành vi mà không thực sự giúp cho những người liên quan. Ví dụ, trong một vài dự án, chỉ những gia đình cả bố và mẹ bị nhiễm HIV thì mới được nhận hỗ trợ. Khi đó các cặp mà chỉ có một người có HIV có thể khai báo rằng cả hai người đều nhiễm hoặc nhiều người cố gắng che dấu tình trạng kinh tế của họ, làm cho họ nghèo đi hơn với tình trạng thực tế, để dễ dàng được hỗ trợ.

Một mục tiêu của những chương trình hình thành nhóm tự lực là tăng quyền lực cho những thành viên trong nhóm, coi đây như là bước đầu để cải thiện cuộc sống của họ. Tăng quyền lực được định nghĩa là “quá trình tạo ra các cơ hội cho mỗi cá nhân hoặc một nhóm được đưa ra những lựa chọn có mục đích và chuyển chúng thành hành động”. Tăng quyền lực tạo cơ hội cho những người dễ tổn thương đổi mới với sự kỳ thị của xã hội và gia đình và tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế. Sự can thiệp bằng các

nhóm tự lực đã cho thấy tính hiệu quả đối với việc tăng quyền lực cho mọi người, tăng sức mạnh tinh thần, xã hội và kinh tế của họ cũng như niềm tin vào năng lực cá nhân của họ để cải thiện cuộc sống.

Những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV trong nghiên cứu này hầu hết được liên lạc thông qua các nhóm hỗ trợ mà họ tham gia. Một khi người có HIV có thể tiết lộ về tình trạng nhiễm HIV của họ với những người khác thì họ hoàn toàn có thể sử dụng nó như là một nguồn vốn xã hội. Biết về những lợi ích của việc điều trị từ đồng đẳng viên giúp những người có HIV đưa ra quyết định đúng đắn trong việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Họ cũng biết cách tự chăm sóc cho bản thân thông qua hệ thống tư vấn đồng đẳng thường xuyên được cập nhật thông tin. Thành viên trong nhóm chính là những ví dụ “sống” cho hiệu quả của tình trạng sức khỏe được cải thiện, và điều này có thể khuyến khích những phụ nữ có HIV mà trước đây vẫn ngần ngại tìm kiếm dịch vụ. Sự hỗ trợ này cũng làm tăng sự tự tin và dẫn đến giảm tình trạng kỳ thị.

Các nhóm tự lực hỗ trợ bốn dịch vụ chủ yếu là: tư vấn, điều trị và chăm sóc, hỗ trợ xã hội (huy động cộng đồng cho một môi trường hỗ trợ) và hỗ trợ kinh tế (tạo thu nhập). Kết quả định tính cho thấy rằng người có HIV thường nhận được sự chăm sóc sức khỏe và tinh thần thông qua các nhóm. Họ trở nên cởi mở hơn và có thể chia sẻ kinh nghiệm của họ trong các cuộc họp và huy động cộng đồng, đặc biệt là người phụ nữ.

“Tham gia vào các nhóm anh thấy rất ý nghĩa. Trong nhóm toàn những người có H với nhau bởi vậy hiểu và thông cảm cho nhau. Vào nhóm anh được tư vấn về tự chăm sóc sức khỏe bản thân, được đi giao lưu với mọi người, được tập huấn các kiến thức về HIV/AIDS mà từ trước đến giờ anh không biết, nhưng quan trọng nhất là anh cảm thấy tự tin hơn và thấy mình chả phải giấu giếm ai về bệnh tật của mình nữa...” - Tp HCM

Phụ nữ nhiễm HIV/AIDS thường phải đối mặt với nhiều định kiến xã hội hơn nam giới⁹⁸. Những phụ

⁹⁸ Khuat Thu Hong, Nguyen Thi Van Anh, Ogden J: Understanding HIV and AIDS-related Stigma and Discrimination. Hanoi: ISDS; 2004.

nữ có HIV/AIDS thường phải đối mặt với tình trạng xa lánh của xã hội nói chung và của những phụ nữ nhiễm HIV khác. Các nhóm tự lực giúp phụ nữ nói lên tiếng nói của mình và cảm thấy đủ tự tin để hòa nhập xã hội và cộng đồng. Nhiều nhóm tự lực dành cho phụ nữ với những cuộc gặp gỡ gần gũi và chân thành cho phép người phụ nữ sinh hoạt trong một môi trường an toàn và những hoạt động cùng nhau giúp họ tăng nhận thức về nhu cầu của người nhiễm HIV về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ cộng đồng.

“Hồi đầu chị không dám ra sinh hoạt đâu, mọi người phải đến động viên an ủi suốt. Thế là đi sinh hoạt, thấy vui lắm, toàn những người giống mình, thậm chí có nhiều người còn khổ hơn mình, vậy mà họ vẫn cứ vui tươi thoải mái. Tham gia vào nhóm chị được uống thuốc này, được cho vay vốn làm ăn này, thỉnh thoảng lại còn được đi xuống tận Hà Nội để học nữa...” - CB

Nhóm tự lực cũng rất hữu ích cho các hoạt động chăm sóc dựa vào cộng đồng và ảnh hưởng tích cực đến việc tiếp cận ARV và tuân thủ điều trị. Trong các cuộc họp của họ, các thành viên chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm trong việc điều trị bằng cả ARV và phương pháp truyền thống. Nhiều người trả lời phỏng vấn rằng họ tin tưởng vào những đồng đẳng viên hơn bác sĩ. Trong nhiều trường hợp, người có HIV muốn được điều trị ARV khi chưa đến lúc phải điều trị, xong họ không tin tưởng vào lời khuyên của bác sĩ mà nghe theo các đồng đẳng viên hơn. Nhóm tự lực cũng thúc đẩy sự tuân thủ điều trị khá tốt thông qua việc nhắc nhở lẫn nhau, và thuyết phục người thân trong gia đình người có HIV đang điều trị ARV nhắc nhở và hỗ trợ người thân của họ điều trị. Tuy nhiên, cũng có một số trường hợp người có HIV muốn tham gia vào nhóm tự lực nhưng bị bố mẹ hoặc anh chị họ ngăn cản vì sợ bị rủ rê lôi kéo.

“Bạn chị làm đồng đẳng nhiều khi cũng khổ lắm, người nhà của các bạn ban đầu thường không tin tưởng và không cho chơi với bạn mình. Mọi người thường nghĩ là bạn mình rủ rê và dụ dỗ các bạn

“Áy hơn là giúp đỡ. Họ nghĩ rằng bạn mình có hơn gì con cái của họ đâu mà đến tư vấn hay giúp đỡ. Nếu cần thiết họ đã đến gặp bác sĩ chứ chẳng cần đến tận mình. Nhiều khi vì thương các bạn ấy bạn mình đến bị mắng choang choác áy chứ..” – CB.

“Bạn mình chia nhóm ra để tiện hỗ trợ. Bạn mình cũng thường hỏi thăm và nhắc nhở, tư vấn cho những người đang uống thuốc. Nhiều bạn cũng hay quên lầm, có khi mình phải gọi điện nhắc ấy. Thế mà dần dần các bạn ấy cũng quen và tuân thủ lầm” – CB

Các nhóm tự lực rõ ràng đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu những ảnh hưởng của đại dịch HIV đến những người nhiễm và gia đình của họ. Chiến lược này có thể được tái thực hiện và cần tập trung vào đặt điểm quan trọng của các hoạt động và cách tiếp cận, đó là tăng cường sự tự nhận thức của người có HIV và giúp đỡ các thành viên trong nhóm đạt được sự tự tin. Các hoạt động như hỗ trợ tiếp cận đào tạo hướng nghiệp, chăm sóc y tế, hoặc cho vay vốn để tạo thu nhập phụ thuộc vào chức năng đầu tiên đó.

Mặc dù trong những năm gần đây có nhiều chương trình hỗ trợ nhằm vào những người có HIV để giảm nhẹ những ảnh hưởng của HIV đến họ và gia đình, nhưng họ vẫn phải giải quyết những khó khăn và rào cản khiến họ không thể tiếp cận được những những chương trình hỗ trợ đó như kỳ thị và phân biệt chống lại không chỉ những người có HIV mà cả những người nghèo; vào cấu trúc hành chính và chính trị; và vào việc thiếu những hỗ trợ phù hợp có thể đáp ứng được yêu cầu của người có HIV. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra nhiều trường hợp hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV không thể tiếp cận được các chương trình hỗ trợ cho họ. Theo ý kiến của họ, kỳ thị và phân biệt vẫn có ảnh hưởng rất lớn đến gia đình người có HIV; cộng đồng dường như không tin tưởng vào họ. Họ bị mất cơ hội và niềm tin.

Thêm vào đó, cấu trúc hành chính cũng là một trong những hàng rào ngăn trở người có HIV và gia đình

họ nhận hỗ trợ và giúp đỡ. Trong thực tế, vấn đề này không chỉ ảnh hưởng đến người có HIV mà cả người nghèo. Ví dụ, để được vay vốn, người nhận phải nộp nhiều loại giấy tờ ở nhiều nơi và nhiều ban ngành.

Đáng chú ý, nhiều người phản nàn rằng không có nhiều hoạt động hỗ trợ ở khu vực sống của họ, các dịch vụ hỗ trợ không đáp ứng được nhu cầu của người có HIV và các chương trình thì không toàn diện. Trong một số dự án, sự hỗ trợ chỉ được dành cho hoặc là người nghiện chích ma túy hoặc là người lây nhiễm HIV, mà không đếm xỉa gì đến những người khác vốn cũng đang rất cần sự giúp đỡ. Quả thực, không phải tất cả những người nghiện chích ma túy hay lây nhiễm HIV đều cần đến sự giúp đỡ, nhưng có sẵn thì họ cứ vô tư nhận. Rõ ràng, cần thực hiện đánh giá nhu cầu trước khi thực hiện các hoạt động can thiệp.

Nhưng kết quả tổng thể cho thấy rằng hiện nay số lượng người nhiễm HIV và gia đình họ có thể hưởng lợi từ sự hỗ trợ của chính phủ và các tổ chức quốc tế đang ngày một nhiều. Một vài trong số những chương trình này rất toàn diện, không chỉ trợ giúp về mặt y tế mà còn giải quyết các nhu cầu xã hội và kinh tế. Đặc biệt sự chú ý dành cho các vấn đề đói nghèo và các vấn đề tự trọng và tăng quyền dường như có tác động nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống của người lây nhiễm HIV.

C. MÔ HÌNH VÀ DỰ BÁO ẢNH HƯỞNG CỦA HIV/AIDS ĐẾN HỘ GIA ĐÌNH

1. Mô hình ảnh hưởng của tăng chi phí y tế đối với chi phí và tiêu dùng hộ gia đình

Chi phí y tế là sự kết hợp của chi phí y tế trực tiếp và chi phí gián tiếp bao gồm cả giảm thu nhập do mất ngày làm việc của người có HIV và người chăm sóc. Do vậy, khả năng thích ứng về tiêu dùng đối với tăng chi phí y tế trực tiếp và giảm thu nhập đã được xem xét trong phân tích hồi quy (Phụ lục 5 – Bảng 29-20).

Bảng 24. Tương quan giữa chi phí y tế với chi phí thực phẩm và các loại chi phí khác theo năm nhóm thu nhập

Chi phí y tế	Chi phí thực phẩm		Các chi phí khác	
	Thành thị	Nông thôn	Thành thị	Nông thôn
Q1 (nghèo nhất)	-1,76	-0,50*	-0,75	-0,04
Q2 (cận nghèo)	-1,20	-0,51*	-0,67	-0,28*
Q3 (bậc trung)	-0,63	-0,53*	0,01*	-0,42*
Q4 (cận giàu)	-0,46*	-0,43*	0,06	-0,38*
Q5 (giàu nhất)	-0,09*	-0,16*	0,39	-0,09*

* xác suất < 0,05, công cụ kiểm tra t

Bảng 24 tóm tắt sự tương quan giữa chi phí y tế với chi phí thực phẩm và các loại chi phí khác. Rõ ràng là hộ gia đình trong các nhóm thu nhập và nơi ở khác nhau có những phản ứng khác nhau đối với sự thay đổi của chi phí y tế. So sánh thành thị và nông thôn, chúng tôi nhận thấy rằng có một mức giảm lớn trong chi phí thực phẩm ở thành phố, ngoại trừ nhóm những hộ gia đình giàu.Thêm vào đó, dường như trong quá trình tái phân bổ chi phí, hộ gia đình đã giảm chi phí thực phẩm hơn là giảm các chi phí khác. Phân tích này đã chỉ ra sự khác biệt đáng kể trong nguy cơ đói nghèo do y tế giữa các hộ gia đình và tạo nền tảng cho dự báo đói nghèo trong quần thể HIV/AIDS.

Bảng 25. Tăng chi phí y tế theo nhóm thu nhập và khu vực sinh sống

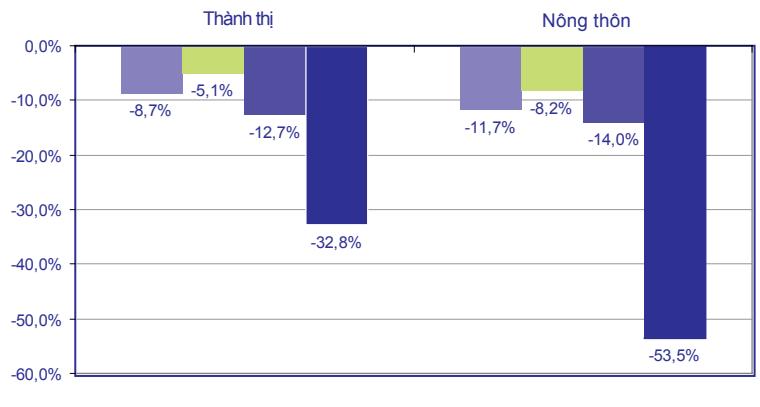
Chi phí y tế theo đầu người	Thành thị				
	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Hộ có HIV	97,7%	100,9%	203,6%	342,0%	415,5%
Hộ có HIV không có người sử dụng ma túy	122,8%	64,1%	111,0%	270,5%	185,3%
Hộ có HIV có người sử dụng ma túy	57,9%	138,7%	275,6%	403,9%	696,9%
Hộ có HIV phải trả chi phí điều trị ARV*	932,7%	921,5%	747,3%	1404,6%	1086,9%
Chi phí y tế theo đầu người	Nông thôn				
	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Hộ có HIV	178,4%	80,8%	222,8%	710,6%	369,2%
Hộ có HIV không có người sử dụng ma túy	94,3%	74,4%	140,2%	553,2%	75,1%
Hộ có HIV có người sử dụng ma túy	332,5%	86,8%	256,4%	785,2%	482,4%
Hộ có HIV phải trả chi phí điều trị ARV*	1975,8%	1094,9%	953,1%	1920,3%	1140,4%

* Ước tính chi phí cho điều trị ARV vào năm 2008 là 450 USD (7,7 triệu VND) do Ủy ban phòng chống AIDS châu Á (Asia Aids Commission) thực hiện.

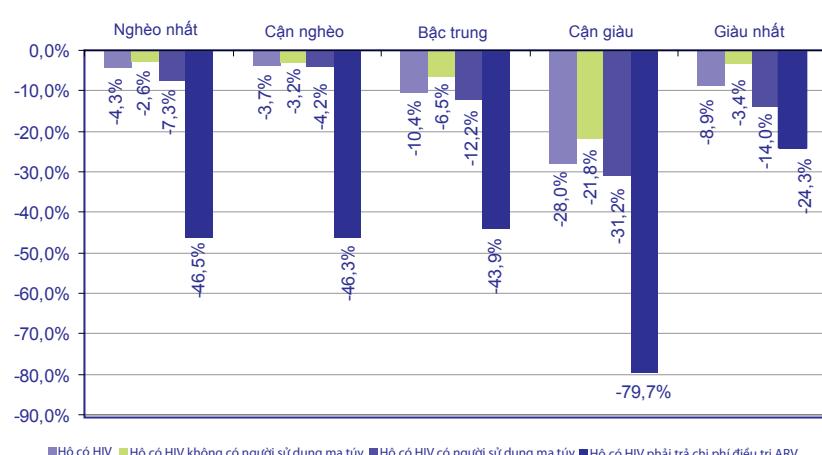
2. Mô phỏng những ảnh hưởng của HIV/AIDS đến đói nghèo

Giả thuyết rằng sự phân bổ chi phí y tế giữa các đối tượng tham gia nghiên cứu tương tự như Điều tra mức sống của Việt Nam năm 2006, chúng tôi tính toán sự khác biệt trong việc sử dụng tiền cho y tế ở mỗi nhóm thu nhập và nơi sinh sống khác nhau.

Chúng tôi mô hình hóa những ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với đói nghèo ở mức độ gia đình theo khả năng tiếp cận thuốc điều trị kháng virus và tình trạng sử dụng ma túy của thành viên trong gia đình. Phần



Biểu đồ 6. Những thay đổi trong chi phí tiêu dùng theo khu vực sinh sống



Biểu đồ 7. Những thay đổi trong chi phí tiêu dùng giữa các nhóm thu nhập

phân tích và dự báo tình hình đói nghèo nhằm vào mục tiêu dự đoán số người nhiễm HIV sống dưới: (1) Mức đói nghèo phổ cập và (2) Mức đói nghèo lương thực, xấp xỉ 2100 kilô calo/người/ngày.

Trong phân tích này, chúng tôi kết hợp chi phí y tế trực tiếp và gián tiếp vào tổng chi phí cho đau ốm của hộ gia đình. Để có thể so sánh giữa các nhóm hộ gia đình khác nhau, chúng tôi sử dụng chi phí theo đầu người như một chỉ số chính. Bảng 25 chỉ ra chi phí ốm đau theo đầu người (COI) cao hơn ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV ở cả khu vực thành thị và nông thôn và song song với nhóm thu nhập của họ. Hơn thế nữa, chúng tôi cũng thấy rằng COI rất cao ở những hộ gia đình có người nhiễm HIV sử dụng ma túy. Mặc dù Bộ Y tế đã tăng cường số cơ sở điều trị kháng virus trên toàn quốc và đáp ứng được 45% những người có HIV cần được điều trị⁹⁹ nhưng chúng

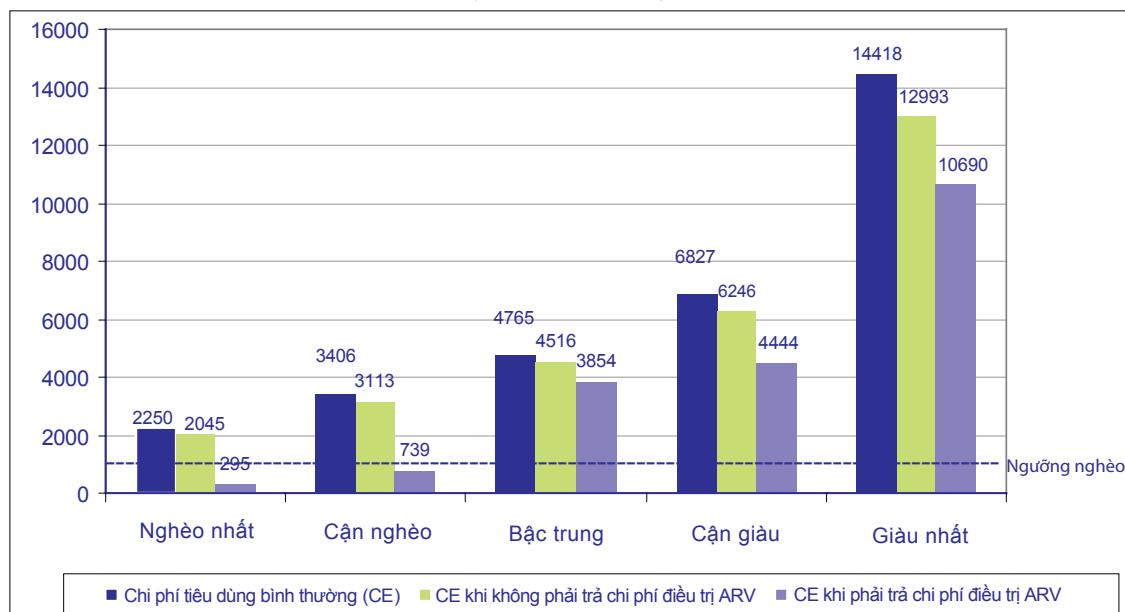
tôi cũng phân tích trường hợp người có HIV phải chi trả chi phí điều trị, và chi phí này ước tính khoảng 450USD/năm. Tính tầng theo khu vực sinh sống và nhóm thu nhập, chúng ta có thể thấy rằng tổng chi phí ốm đau trong một hộ gia đình có bệnh nhân HIV đang điều trị có thể tăng cao hơn 2 đến 19 lần so với tổng chi phí của hộ gia đình ở nhóm đối chứng.

Kết quả trong Bảng 25 cho thấy những hộ gia đình có người sử dụng ma túy chi phí vào chăm sóc sức khỏe nhiều hơn các hộ gia đình khác.

Biểu đồ 6 minh họa về sự tái phân bổ chi phí hộ gia đình. Do kết quả của tình trạng tăng COI, tất cả các hộ gia đình đều phản ứng bằng cách giảm chi phí tiêu dùng khoảng 8,7% ở thành thị và 11,7% ở nông thôn. Những hộ gia đình có người sử dụng ma túy có nhiều gánh nặng hơn, dẫn đến tình trạng giảm thêm

⁹⁹ WHO-UNAIDS-UNICEF, The joint reporting on health response to HIV/AIDS 2008.

Biểu đồ 8. Những ảnh hưởng trong chi phí tiêu dùng theo đầu người ở khu vực thành thị (đơn vị: triệu VND).

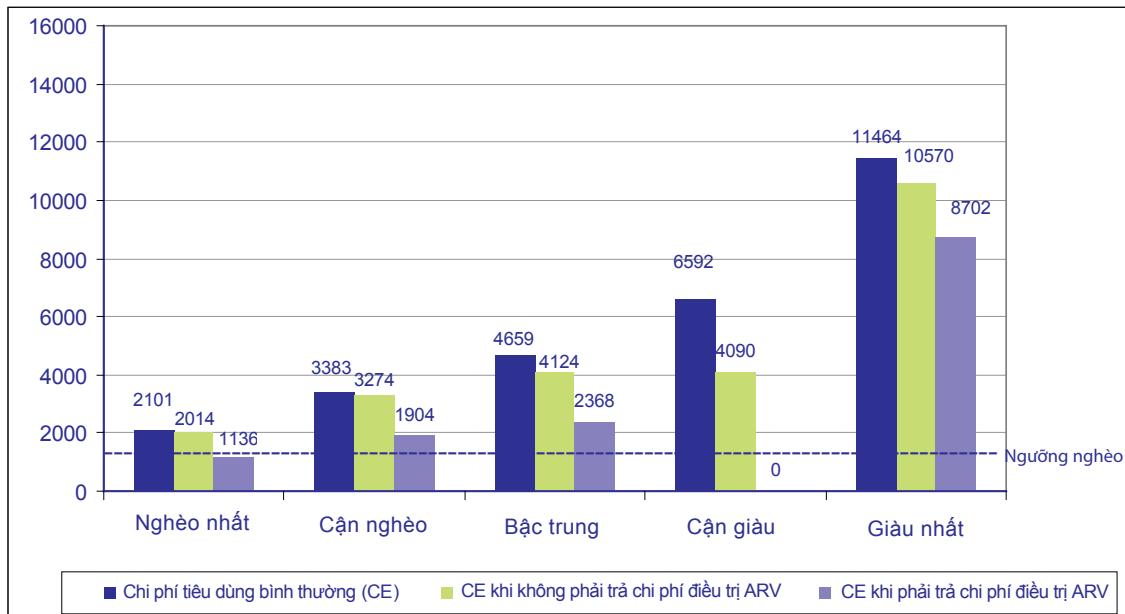


khoảng 6 - 8% chi phí tiêu dùng. Do đó, những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có nguy cơ chuyển sang các nhóm thu nhập thấp hơn hoặc có nguy cơ rơi xuống dưới ngưỡng đói nghèo.

Hộ gia đình ở những nhóm thu nhập khác nhau có những giải pháp khác nhau để đối phó với tình cảnh

hiện tại. Nguy cơ đói nghèo do y tế do đó không giống nhau giữa các nhóm. Ba nhóm thu nhập cao nhất chịu ảnh hưởng mạnh hơn của sử dụng ma túy đến giảm chi phí tiêu dùng. Biểu đồ 7 cho thấy thuốc kháng virus miễn phí đã giảm nhẹ những ảnh hưởng của HIV đến đói nghèo, đặc biệt ở những hộ gia đình thuộc nhóm thu nhập thấp nhất.

Biểu đồ 9: Những ảnh hưởng trong chi phí tiêu dùng theo đầu người ở khu vực nông thôn (đơn vị: triệu VND)*



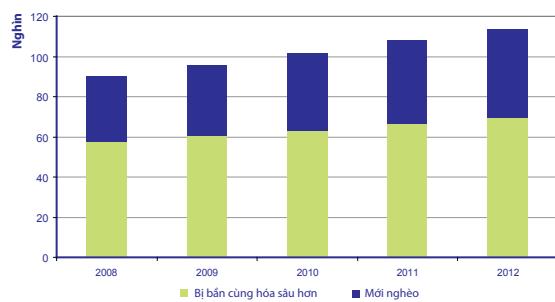
* Nhóm Q4 (cận giàu) có rất ít người trả lời.

Biểu đồ 8 và 9 minh họa chi phí trung bình giữa các nhóm thu nhập cao với kịch bản có và không phải chi trả tiền điều trị thuốc kháng virus. Những hộ gia đình ở ba nhóm thu nhập thấp nhất có nguy cơ lún sâu vào đói nghèo, đặc biệt trong trường hợp hộ gia đình không thể tiếp cận các dịch vụ điều trị ARV miễn phí.

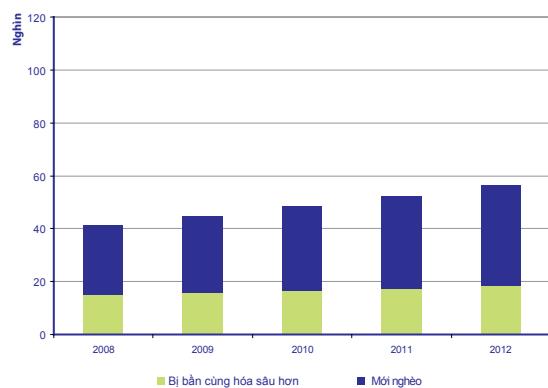
Ảnh hưởng của HIV/AIDS đến đói nghèo được ước tính dựa trên Ước tính và dự báo HIV/AIDS năm 2007, xét đến những khác biệt trong quy mô mẫu quần thể và tình trạng tăng chi phí y tế theo nhóm thu nhập; những thay đổi ở khu vực thành thị và nông thôn và sự điều chỉnh mức độ bao phủ của chương trình điều trị ARV.

Các biểu đồ từ 10 đến 13 cho thấy kết quả dự báo.

Biểu đồ 10: Dự báo số người bị bần cùng hóa sâu hơn do HIV trong giai đoạn 2008-2012 (ước tính cao)



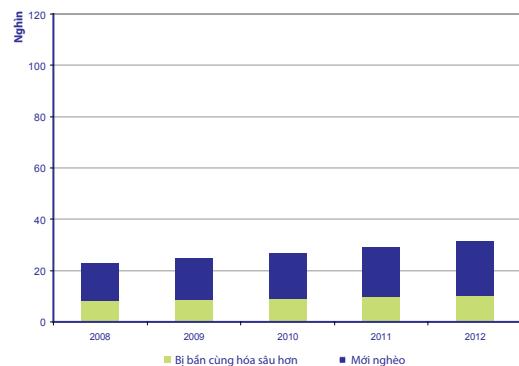
Biểu đồ 12: Dự báo số người có HIV sống dưới ngưỡng nghèo thực phẩm năm 2008-2012 (ước tính cao)



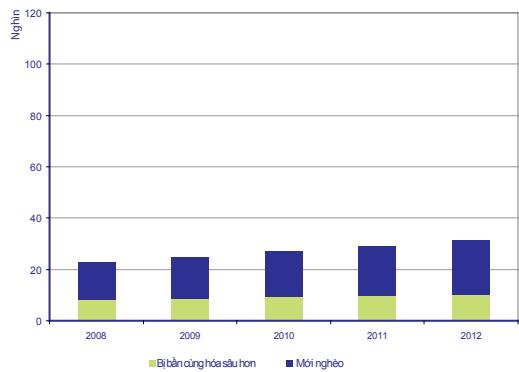
Ước tính thấp và cao cho thấy 49.000 – 90.000 người có HIV ở Việt Nam mới trở nên đói nghèo hoặc lún sâu hơn vào bần cùng hóa do HIV/AIDS. Trong giai đoạn 2008-2012, số trường hợp nghèo mới sẽ tăng từ 36% lên 39% trong tổng số trường hợp sống dưới mức đói nghèo. Cho đến năm 2012, sẽ có 63.000-114.000 người có HIV được thụ hưởng chương trình điều trị ARV.

Có thể kết luận rằng những hộ gia đình có người nhiễm HIV, đặc biệt là người sử dụng ma túy nhiễm HIV, có nhiều hơn nguy cơ sa vào đói nghèo hoặc lún sâu hơn vào đói nghèo. Tuy nhiên, khả năng tiếp cận điều trị ARV miễn phí có thể tạo ra sự khác biệt to lớn bằng cách thu hẹp mức giảm chi phí tiêu dùng.

Biểu đồ 11: Dự báo số người bị bần cùng hóa sâu hơn do HIV trong giai đoạn 2008-2012 (ước tính thấp)



Biểu đồ 13: Dự báo số người có HIV sống dưới ngưỡng nghèo thực phẩm năm 2008-2012 (ước tính thấp)



PHẦN 5: KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu này được thực hiện trong khuôn khổ của chương trình “*Tăng cường sự lãnh đạo và hợp tác liên ngành trong chương trình phòng chống HIV/AIDS*” của dự án 00042413 “*Tăng cường vai trò lãnh đạo và hợp tác liên ngành của hội đồng nhân và cơ quan chính quyền các cấp để thực hiện thành công chiến lược HIV/AIDS đến năm 2010*” để có được những bằng chứng cập nhật về ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV/AIDS đến hộ gia đình ở Việt Nam, chủ yếu là để vận động lồng ghép các hoạt động và chỉ báo về HIV/AIDS vào chiến lược phát triển kinh tế - xã hội quốc gia và công tác xây dựng chính sách.

Trong bối cảnh có tỷ lệ nhiễm thấp như Việt Nam, đại dịch HIV được kỳ vọng là chỉ gây ra ảnh hưởng rất nhỏ đến tình hình kinh tế vĩ mô. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của HIV/AIDS ở cấp độ gia đình là trầm trọng hơn rất nhiều bởi vì nó ảnh hưởng đến an sinh xã hội, lực lượng lao động, và chi phí và thu nhập, những thứ là nền tảng cho phát triển gia đình, cộng đồng và quốc gia.

Trong nghiên cứu này số liệu được thu thập từ điều tra “đa ngành nghề” đối với 453 hộ gia đình có người nhiễm HIV và 453 hộ không có HIV được phân tầng theo khu vực sinh sống là thành thị và nông thôn, ở sáu tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao, và thêm vào đó có nghiên cứu định tính được sử dụng để xác định những khía cạnh sâu xa của các vấn đề nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu đã chứng minh những ảnh hưởng đáng kể của HIV/AIDS đến kinh tế hộ gia đình và đói nghèo. Ảnh hưởng đó là do sự kết hợp của giảm thu nhập do kết quả của những thay đổi trong cấu trúc nghề nghiệp của các thành viên trong hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV và tăng chi phí, đặc biệt là chi phí liên quan đến sức khỏe trong những

hộ gia đình đó. Giảm thu nhập khi những người có HIV đang làm việc phải dừng công việc hoặc thay đổi nghề nghiệp do bị ốm hoặc người chăm sóc dừng làm việc để chăm sóc những người có HIV. Tổng thu nhập hàng năm ở những hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV cao hơn 1,3 lần so với những hộ gia đình chịu ảnh hưởng. Tổng thu nhập hàng năm bị mất của người chăm sóc và người ốm trong những hộ có HIV cao hơn 1,6 lần so với những hộ không có HIV. Có một xu hướng ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV là tái phân bổ chi phí giáo dục và xây dựng cho chi phí chăm sóc sức khỏe và thực phẩm, và xu hướng này đặc biệt rõ ràng ở những hộ gia đình nghèo. Họ bị đẩy sâu hơn vào đói nghèo, và điều này làm giảm khả năng tạo thu nhập và bù lại một phần những thu nhập bị mất. Tình trạng đói nghèo ngày càng thêm chồng chất và có rất ít cơ hội cho hộ gia đình phục hồi kinh tế. Những hộ gia đình ở nông thôn và những hộ gia đình có HIV có thành viên sử dụng ma túy có rất nhiều khả năng rơi vào đói nghèo.

Kiến nghị:

Lồng ghép hoạt động của các chương trình HIV với chương trình xóa đói giảm nghèo. Các giải pháp can thiệp giảm nhẹ ảnh hưởng của HIV đến đói nghèo nên tập trung không chỉ vào việc tạo thu nhập mà còn vào việc giảm chi phí cho hộ gia đình. Những biện pháp can thiệp đối với hộ gia đình có người sử dụng ma túy nên quan tâm đến việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ kinh tế cũng như tăng cường khả năng tiếp cận các chương trình điều trị cai nghiện nhằm giúp giảm chi phí dùng vào việc sử dụng ma túy.

Chi phí y tế, đặc biệt là chi phí điều trị kháng virus và nhiễm trùng cơ hội, và các vấn đề sức khỏe liên quan khác có thể tiêu tốn rất nhiều nguồn lực tài chính

của gia đình bị ảnh hưởng. Chi phí chăm sóc hàng tháng cho AIDS thường cao nhất ở nhóm thu nhập nghèo nhất và giàu nhất trong những hộ gia đình có HIV. Những gia đình nghèo nhất có xu hướng chi tiêu nhiều vào thuốc men trong khi các nhóm khác lại trả nhiều cho viện phí và thuốc điều trị (không tính điều trị ARV). Chi phí cho điều trị ARV ở những hộ gia đình có người dùng ma túy cao hơn nhiều so với những gia đình không có. Điều đó có thể là do người sử dụng ma túy ít có khả năng được nhận ARV miễn phí từ những phòng khám ngoại trú vì ở đây có những tiêu chuẩn bắt buộc để được điều trị ARV miễn phí theo đó người sử dụng ma túy kém được ưu tiên hơn nhưng người không dùng. Chi phí cho các loại thuốc khác ở những hộ có người dùng ma túy cũng cao hơn ở những hộ không có.

Kiến nghị:

Những chương trình can thiệp và chính sách nên cố gắng bảo đảm khả năng tiếp cận điều trị ARV miễn phí cho tất cả những người có HIV, đặc biệt là những người đang sử dụng ma túy, không chỉ ARV mà cả những loại thuốc và dịch vụ hỗ trợ khác. Người có HIV cần nhận được sự hỗ trợ để tăng khả năng kinh tế, đáp ứng chi phí điều trị trong thời gian dài.

HIV có liên quan mật thiết với những ảnh hưởng của sử dụng ma túy đến kinh tế gia đình. Trong nhiều trường hợp, ví dụ như trong chi phí cho giáo dục, những hộ gia đình có HIV và có người sử dụng ma túy không khác so với những hộ không có HIV trong khi đó những hộ có HIV và có người sử dụng ma túy giảm chi phí cho giáo dục và trả nhiều hơn cho chăm sóc sức khỏe. Chi phí cho thuốc kháng virus và các thuốc khác ở những gia đình có người dùng ma túy cao hơn những hộ không có.

Kiến nghị:

Những giải pháp can thiệp cần phải cân nhắc và giải quyết vấn đề liên quan đến nghiên cứu chích ma túy ở hộ gia đình cũng như các vấn đề liên quan đến HIV khác để giảm thiểu những ảnh hưởng có thể dẫn đến tình trạng đói nghèo của hộ gia đình.

Dự báo về đói nghèo trong những hộ gia đình có HIV cho thấy khoảng 49.000 – 90.000 người có HIV ở Việt Nam sẽ trở nên đói nghèo hoặc lún sâu vào đói nghèo do HIV/AIDS. Trong giai đoạn 2008-2012, những trường hợp mới nghèo sẽ tăng từ 36% đến 39% trong tổng số những trường hợp đang sống dưới mức đói nghèo.

Kiến nghị:

Cần phải cung cấp hỗ trợ cho những người có HIV và gia đình của họ, không chỉ là các dịch vụ chăm sóc và điều trị miễn phí mà còn là các giải pháp can thiệp nhằm tăng khả năng kinh tế và tạo việc làm.

So sánh những kết quả nghiên cứu đánh giá năm 2005 với nghiên cứu này, vấn đề phân biệt và kỳ thị ở nơi làm việc, cộng đồng và dịch vụ y tế dường như đã giảm. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng, trong những năm gần đây, kỳ thị và phân biệt không thực sự là vấn đề nhức nhối, đặc biệt ở những khu vực thực hiện các hoạt động phòng chống HIV/AIDs hiệu quả như chiến lược truyền thông, giáo dục và có hoạt động của các tổ chức phi chính phủ. Tuy nhiên, kỳ thị và phân biệt đã làm thay đổi cách thức mà trong đó kỳ thị “tinh vi” đã gây khó khăn hơn cho việc thực hiện chương trình truyền thông/vận động.

Một trong những ảnh hưởng nghiêm trọng của HIV đến những thành viên trong gia đình là nó mang đến cho họ tâm lý thiếu tự tin, điều đã hạn chế tính hiệu quả của những giải pháp can thiệp như chương trình cho vay quy mô nhỏ, đào tạo và dạy nghề. Họ có thể cảm thấy họ không thể học, làm việc hoặc vay mượn tiền thậm chí với cả những người có cùng tình trạng sức khỏe.

Hình thức kỳ thị và mất tự tin mới có thể nảy sinh từ tình trạng ít được tư vấn, chương trình vận động giao tiếp không hiệu quả, hoặc các chương trình thông tin – truyền thông quá chú trọng vào việc giảm những hành vi có nguy cơ mà không chú ý đến nâng cao sự tin cậy của người nhiễm HIV.

Kiến nghị:

Chiến lược thông tin - truyền thông cần tiếp tục tập trung vào sự cần thiết phải cung cấp những biện pháp chăm sóc tốt cho người có HIV và các dịch vụ y tế cũng như các dịch vụ khác cần được huấn luyện và đào tạo về HIV để có thể cung cấp những dịch vụ chăm sóc tốt cho người có HIV. Các giải pháp can thiệp phải chấm dứt tâm lý thiếu tin và tự ti của những người có HIV và gia đình của họ nếu những giải pháp can thiệp nhằm vào việc tạo thu nhập, giáo dục và sức khỏe muôn đạt được thành công.

Có một bằng chứng là phụ nữ phải chịu sự phân biệt và kỳ thị cũng như những áp lực kinh tế liên quan đến HIV trong hộ gia đình một phần do vai trò chăm sóc của họ cho người ốm và trẻ em. Điều này đặc biệt ảnh hưởng đến khả năng tạo thu nhập của họ. Mức độ tham gia lực lượng lao động của những phụ nữ nhiễm HIV cao hơn nam giới nhiễm HIV (83% so với 68% ở nam giới) ngay cả khi phụ nữ phải trải qua nhiều giai đoạn của bệnh hơn (5,2 so với 2,9 của nam giới) và bị ốm trong thời gian lâu hơn nam giới (trung bình là 139,9 ngày so với 115 ngày của nam giới). Đây rõ ràng là những khác biệt giới.

Kiến nghị:

Giải pháp can thiệp và chính sách cần nhận ra những hình thức hỗ trợ xã hội và tài chính khác nhau điều mà phụ nữ cần cũng như những hình thức chăm sóc đặc biệt ví dụ như phòng chống lây truyền mẹ con và bảo đảm tính sẵn có của các dịch vụ hỗ trợ cho những phụ nữ cần đến chúng.

So sánh kết quả của đánh giá năm 2005 với kết quả nghiên cứu này, ảnh hưởng của HIV đối với trẻ em là thấp hơn dự kiến, và đây là một diễn biến tích cực. Hầu hết trẻ em có thể đến trường, rất ít bị kỳ thị ở trường, và không mấy trẻ em phải ngừng học để làm việc cho gia đình.

Kiến nghị:

Các chương trình hỗ trợ cần tiếp tục giúp đỡ cho quá trình hòa nhập của những trẻ em chịu ảnh

hưởng của HIV với cộng đồng và xã hội. Nếu cần thiết thì những cơ quan hữu quan nên hỗ trợ tài chính giúp trẻ em có thể đến trường.

Hộ gia đình phải tìm những giải pháp để đương đầu với gánh nặng kinh tế của HIV. Không có sự khác nhau trong tỷ lệ hộ gia đình có HIV và không có HIV được nhận những hỗ trợ của chính phủ, nhưng số hộ gia đình có HIV có thể tiếp cận những nguồn vốn từ gia đình và người thân là thấp hơn rất nhiều. Theo ý kiến của của người có HIV, kỳ thị và phân biệt ảnh hưởng rất lớn đến họ; xã hội và cộng đồng không tin tưởng vào họ. Nhiều hộ có HIV cũng được nhận sự hỗ trợ từ chương trình và dự án của các tổ chức phi chính phủ.

Kiến nghị:

Các chương trình hỗ trợ cần đảm rằng các nguồn vốn luôn sẵn có, đặc biệt là dành cho những gia đình nghèo chịu ảnh hưởng của HIV; những gia đình này không có các nguồn hỗ trợ tài chính. Đồng thời, công tác giao tiếp vận động thay đổi hành vi cần bao gồm những phương tiện để thông báo cho gia đình và người thân của người nhiễm HIV về những khả năng hướng tới kéo dài cuộc sống và tình trạng sức khỏe cho họ, qua đó những thành viên gia đình và người thân này có thể cân nhắc việc hỗ trợ tài chính cho người nhiễm HIV trong tương lai.

Trong những năm gần đây, tăng khả năng tiếp cận điều trị ARV miễn phí và các thuốc và phương pháp điều trị khác đã có những lợi ích trong việc giảm ảnh hưởng của HIV đến đời nghèo ở những hộ gia đình có HIV. Cung cấp dịch vụ điều trị ARV miễn phí giúp làm giảm chi phí cho chăm sóc y tế đối với người có HIV.

Kiến nghị:

Điều quan trọng là phải bảo đảm sự liên tục của những phương thuốc và phương pháp điều trị miễn phí. Tăng diện bao phủ của chương trình điều trị kháng virus miễn phí, điều có thể giúp giảm đói nghèo ở những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV.

Ngày nay, nhiều nhóm tự lực của những người có HIV được thành lập để hỗ trợ cho những người nhiễm HIV và gia đình của họ. Thực tế các nhóm tự lực đóng vai trò quan trọng trong đại dịch HIV. Hiện nay, có bốn hoạt động hỗ trợ chính cho các nhóm tự lực bao gồm tư vấn, chăm sóc và điều trị, hỗ trợ xã hội (huy động cộng đồng tạo môi trường hỗ trợ) và hỗ trợ kinh tế (hoạt động tạo thu nhập). Nhóm tự lực xuất hiện để mang lại khả năng tiếp cận tốt nhất cho người có HIV, giúp họ tăng sự tự tin cũng như kiến thức và năng lực, và điều này giúp cho người có HIV dễ dàng tiếp cận hơn với những dịch vụ hỗ trợ.

Kiến nghị:

Một loạt các nhóm tự lực cần được thừa nhận đúng những lợi ích mà nó mang lại và hỗ trợ bất kỳ nơi nào có thể để từ đó cung cấp nguồn thông tin và hỗ trợ những người có HIV. Các dịch vụ y tế, giáo dục và tài chính cần được gắn chặt với các nhóm này để có thể đến được với người nhiễm HIV và cung cấp các dịch vụ hiệu quả.

Số liệu của nghiên cứu đã cung cấp một nguồn thông tin dồi dào nhưng cũng làm dấy lên một số câu hỏi mới cần được trả lời trong những nghiên cứu sâu hơn.

Nghiên cứu sâu hơn có thể hữu ích cho việc trả lời những câu hỏi chi tiết hơn:

- Nghiên cứu theo dãy thời gian trên những hộ gia đình được chọn để theo dõi những thay đổi trong kinh tế hộ gia đình sau khi HIV được phát hiện.
- Nghiên cứu để thu thập nhiều số liệu hơn về hành vi và thay đổi xã hội cũng như những lý do mà hộ gia đình có HIV và không có HIV đưa ra để giải thích cho những quyết định không chỉ trả lời những câu hỏi một cách trực tiếp mà còn cung cấp những thông tin hữu ích cho các dự báo tương lai.
- Kết quả cho thấy kỳ thị đã giảm nhiều và điều quan trọng là trước tiên phải tìm hiểu trong những hoàn cảnh khác thì điều đó đúng ở mức độ nào (ví dụ: bệnh viện) và thứ hai là liệu nó có liên quan đến những biện pháp can thiệp được thực hiện trong thời gian gần đây hướng tới mục đích đó.
- Nghiên cứu để điều tra tính hiệu quả của những can thiệp kinh tế nhằm vào những người có HIV và gia đình của họ và khai thác những cơ hội để giảm nhẹ ảnh hưởng kinh tế.

PHỤ LỤC 1. ĐO LƯỜNG MỨC ĐÓI NGHÈO THEO KHÍA CẠNH XÃ HỘI VÀ KINH TẾ

Đói nghèo từng được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau do bản chất phức tạp của nó. Theo quan điểm kinh tế, đói nghèo có thể được đo lường bằng cách sử dụng phương pháp “dựa vào tiêu dùng” để xác định một “ngưỡng nghèo phổ cập”. Các biện pháp khác thì phân tích những vấn đề như xã hội xa lánh, mất địa vị xã hội và giảm khả năng để đo lường mức đói nghèo. Dù theo cách tiếp cận nào đi nữa, định nghĩa đói nghèo vẫn chủ yếu liên quan đến “sự cách biệt giữa người nghèo và người không nghèo, được phản ánh qua cả ngưỡng nghèo lẫn khả năng của các cá nhân và/hoặc hộ gia đình trong việc duy trì một lối sống thỏa đáng”¹⁰⁰.

Cách tiếp cận theo khía cạnh tiền bạc. Cách tiếp cận phổ biến nhất để đo lường và xác định mức đói nghèo là độ hao hụt trong tiêu dùng (hay thu nhập) so với một ngưỡng nghèo cho trước nào đó¹⁰¹. Những người sử dụng cách tiếp cận này cho rằng mức “phúc lợi” và “hạnh phúc” có thể được đo theo tổng giá trị tiêu dùng dựa vào mức chi phí hoặc các số liệu về thu nhập. Cách tiếp cận này bị chỉ trích vì việc đo mức đói nghèo dựa vào việc sở hữu các nguồn tiền bạc thường bị thiên lệch trước thực tế là nó đánh giá quá cao một cách có hệ thống con số hộ gia đình nghèo dựa vào các nguồn không hiện hữu¹⁰². Nó cũng có thể đánh giá quá thấp mức đói nghèo ở các vùng đô thị, nơi giá cả sinh hoạt trung bình thường đắt hơn. Những nguồn không hiện hữu này là vô cùng khó ước tính và không thể đưa tới một giải pháp đơn giản.

Cách tiếp cận dựa vào khả năng. Cách tiếp cận

¹⁰⁰ Thulisile GT, John S. Literature review on poverty and HIV/AIDS: measuring the social and economic impacts on households. HSRC, 2005.

¹⁰¹ Laderchi, R.G., Saith, R. & Stewart, F. Does it Matter That we do not Agree on the Definition of Poverty? A Comparison of Four Approaches. Oxford Development Studies, Vol. 31, No. 3, September 2003.

¹⁰² Ruspini, E. The Study of Women's Deprivation: How to Reveal the Gender Dimension of Poverty. International Journal of Social Research Methodology, 2001. 4 (2): 101-118.

này tập trung vào chất lượng cuộc sống, không nhắm vào các chỉ báo tiền bạc mà tập trung vào những chỉ báo phi tiền bạc để đánh giá mức phúc lợi hay mức độ mất địa vị xã hội. Tính dễ bị tổn thương của các hộ gia đình trước đói nghèo có thể được đánh giá hiệu quả hơn bằng cách phân tích mức độ tiếp cận mà các hộ gia đình có được đối với những loại hàng hóa và tiện nghi khác nhau và đối với việc đáp ứng các nhu cầu của họ. Cách tiếp cận này cho phép chúng ta hiểu được nối thống khổ kinh tế và sự liên hệ giữa thu nhập thấp và thiếu nguồn lực.

Bị xã hội xa lánh. Khái niệm này miêu tả những quá trình mà trong đó nạn nhân bị gạt ra ngoài lề và tước đoạt địa vị xã hội. Việc bị xã hội xa lánh và thị trường kinh tế là những yếu tố có mối liên hệ chặt chẽ và có thể được coi là một thước đo đói nghèo tương đối¹⁰³. Bị xã hội xa lánh có thể bao gồm thất nghiệp, thiếu khả năng tiếp cận dịch vụ nhà ở, mức thu nhập tối thiểu và thiếu các mối giao tiếp xã hội, hay thiếu quyền lợi trong giáo dục, v.v.. Số liệu dạng này có thể được thu thập thông qua khảo sát chi phí gia đình và phỏng vấn sâu hay những cuộc thảo luận nhóm trọng điểm.

Các phương pháp tham gia. Hai cách tiếp cận đầu tiên đã bị chỉ trích là không tính đến ý kiến của bản thân những người nghèo¹⁰⁴. Phương pháp tham gia là phương pháp nhằm kéo người nghèo tham gia vào những quyết định liên quan đến thế nào là đói nghèo và làm thế nào để ước tính mức độ đói nghèo. Các phương pháp tham gia thường đòi hỏi nhiều thời gian hơn và tiếp xúc nhiều với cá nhân hơn để thu thập dữ liệu, để từ đó cho phép các nhóm mục tiêu đóng góp ý kiến của mình.

¹⁰³ Brady, D. Rethinking the Sociological Measurement of Poverty. March 2003, Social Forces, 81(3): 715-752.

¹⁰⁴ Thulisile GT, John S. Literature review on poverty and HIV/AIDS: measuring the social and economic impacts on households. HSRC, 2005.

Những phương án lựa chọn để đo lường mức độ đói nghèo trong nghiên cứu này

Để có ý kiến rõ ràng hơn về tình cảnh của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, một cách định nghĩa rộng và bao hàm nhiều yếu tố hơn so với nghiên cứu đánh giá năm 2005 đã được sử dụng trong Phụ lục 1. Để hiểu rõ hơn về tình hình ở các hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV, chúng tôi đã sử dụng một định nghĩa rộng hơn và tích hợp hơn trong nghiên cứu này so với cách định nghĩa được sử dụng trong nghiên cứu đánh giá năm 2005. Tuy nhiên, để tiện cho việc so sánh giữa hai nghiên cứu này, đói nghèo cũng được đo lường bằng cách tiếp cận theo khía cạnh tiền bạc,

đem so sánh với mức đói nghèo được sử dụng trong nghiên cứu trước. Do những hạn chế trong cách tiếp cận đó, việc kết hợp giữa những cách tiếp cận có thể mang lại một bức tranh hoàn chỉnh hơn về đói nghèo. Như vậy, các thành tố như nguồn lực không hiện hữu, khả năng tiếp cận với các loại hàng hóa và dịch vụ khác nhau, và tình trạng bị xã hội xa lánh cũng được tính đến, sử dụng các phương pháp định tính để thu thập dữ liệu. Tuy nhiên, những thành tố này không thể được lượng hóa để điều chỉnh theo mức thu nhập hộ gia đình. Việc lấy mẫu sẽ phân theo nơi ở tại thành thị và nông thôn để phản ánh bất kỳ khác biệt nào về ảnh hưởng kinh tế - xã hội của HIV.

PHỤ LỤC 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu kết hợp hai giai đoạn. Trước tiên, một cuộc điều tra được thực hiện ở sáu tỉnh trên toàn quốc để đánh giá ảnh hưởng kinh tế-xã hội của HIV đến hộ gia đình. Sau đó, chúng tôi thực hiện giai đoạn hai với mục tiêu là ước tính ảnh hưởng của HIV/AIDS đến đời nghèo ở Việt Nam thông qua kết hợp và mô hình hóa số liệu từ những cuộc điều tra quốc gia đại diện và dự báo HIV.

1. Giai đoạn 1: “Những khác biệt trong hoàn cảnh xã hội và mức sống giữa các hộ gia đình bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng bởi HIV” – Nghiên cứu cắt ngang

1.1. Địa điểm nghiên cứu

Tiêu chí lựa chọn: Sáu tỉnh và thành phố có tỷ lệ nhiễm HIV cao được chọn bao gồm Hà Nội, Quảng Ninh, Lạng Sơn, Cao Bằng, Thành phố Hồ Chí Minh và An Giang. Trong những tỉnh này, có ba tỉnh đã được lựa chọn thực hiện nghiên cứu đánh giá năm 2005. Tại Lạng Sơn và Cao Bằng, dịch bắt đầu muộn hơn ở những địa phương khác; các tỉnh này cũng khác biệt với những địa phương khác do mức độ phát triển dịch ở mức độ thấp hơn.

Mô tả địa điểm nghiên cứu:

Hà Nội là thủ đô của Việt Nam, có dân số ước tính khoảng 3,5 triệu người, phân bố trên 14 quận/huyện (9 quận và 5 huyện). Hà Nội có 12.628 nghìn người nhiễm HIV, phần lớn là nghiện chích ma túy (NCMT) ở những gia đình nghèo. Đại dịch HIV/AIDS ở Hà Nội đã và đang tăng mạnh mẽ từ năm 1994. HIV chủ yếu tập trung ở nhóm nghiện chích, nhưng đang tăng dần ảnh hưởng đến nhóm gái mại dâm (GMD) và chuyển sang quần thể chung. Hà Nội là 1 trong 10 tỉnh thành

có số người nhiễm HIV tính trên 100,000 người cao nhất cả nước. Hiện nay, ở Hà Nội có một số các cơ sở chăm sóc và điều trị cho người có H, hầu hết từ các chương trình hỗ trợ của PEPFAR, Global Fund, Life GAP, ESTHER, Quỹ Clinton, và chương trình của chính phủ.

Lạng Sơn là tỉnh miền núi, phía Bắc của Hà Nội, giáp với tỉnh Quảng Đông Trung Quốc. 85% dân số ở đây là dân tộc ít người (43% dân tộc Nùng, 34% dân tộc Tày, Hoa), chủ yếu sống ở khu vực nông thôn trong 10 huyện và 226 xã. Người dân Lạng Sơn đang phải đổi mới với rất nhiều vấn đề, từ nghèo đói (thu nhập bình quân khoảng 200 \$US đầu người một năm), đến tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cao và thiếu các nguồn đầu tư phát triển công nghiệp. Mặc dù 70% xã đã có điện nhưng chỉ một phần người dân địa phương được sử dụng. Theo Sở Y tế tỉnh, tỷ lệ bao phủ 6 vaccine cơ bản là 98% và Lạng Sơn được xếp vào danh sách 10 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất ở Việt Nam. Phần lớn các trường hợp nhiễm HIV ở người NCMT và GMD. Trong thời gian qua, tỉnh chỉ nhận được một số hỗ trợ ít ỏi cho các chương trình phát triển, ngoài chương trình phòng chống HIV và một quỹ tài trợ nhỏ giúp phát hiện SARS.

Quảng Ninh là tỉnh nằm ở vùng duyên hải đông bắc Việt Nam, giáp với Trung Quốc và biển đông. Nơi này tập trung nhiều công nhân nghèo làm việc tại các vùng mỏ khai thác than và các khoáng sản khác, nhiều vùng mỏ khai thác bất hợp. Đại dịch HIV ở Quảng Ninh đang ở giai đoạn mở rộng sang quần thể dân số chung. Tỷ lệ nhiễm HIV ở cộng đồng này được ước tính là hơn 1%.¹⁰⁵ Sử dụng ma túy là nguyên nhân chủ yếu của đại dịch. Ở đây có một phòng khám ngoại trú cho người có HIV, nhân viên

¹⁰⁵ MOH (2005). HIV estimates and projections 2005-2010.

của phòng khám này được tập huấn bởi một dự án từ trường đại học Harvard. Tư vấn xét nghiệm tự nguyện và xét nghiệm thông thường đều sẵn có và dễ dàng tiếp cận. Quý Toàn Cầu đã bắt đầu đầu tư cho ARV ở cấp huyện. Tuy nhiên, có rất ít người tiếp cận những dịch vụ sức khỏe này bởi vì không có mạng lưới hỗ trợ liên ngành để kết nối các dịch vụ y tế với các chương trình hỗ trợ khác.

Cao Bằng là tỉnh biên giới phía bắc giáp với Trung Quốc. Đại dịch HIV và nghiện chích ma túy đã và đang hoành hành ở nơi này. Ở Cao Bằng, hơn 90% dân số là dân tộc ít người. Các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện và xét nghiệm thông thường đều sẵn có và có thể tiếp cận. Thuốc kháng virus phòng chống lây truyền mẹ con cũng sẵn có nhưng nhân viên không được tập huấn cách sử dụng, vì vậy nó chưa được dùng phổ biến. Ba mươi suất điều trị ARV một năm cho người lớn nhưng không có điều trị cho trẻ em. Điều trị nhiễm trùng cơ hội cũng dễ dàng tiếp cận nhờ sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế. Mặc dù có các chương trình hỗ trợ nhưng rất ít người tiếp cận được bởi vì ở đây mạng lưới thông tin và giới thiệu còn hạn chế hoặc không có, đặc biệt ở các vùng nông thôn.

Thành phố Hồ Chí Minh là thành phố lớn nhất Việt Nam trên cả các mặt diện tích, dân số và phát triển kinh tế. Thành phố Hồ Chí Minh cũng được biết đến là khu vực trung tâm của địa dịch HIV ở Việt Nam. Trường hợp nhiễm HIV đầu tiên của Việt Nam được phát hiện tại Thành phố Hồ Chí Minh vào năm 1990. Nếu như những hành vi nguy cơ tiếp tục không thay đổi, người ta ước tính tỷ lệ nhiễm HIV ở người trưởng thành sẽ tăng đều đặn từ 1,45% năm 2006 đến 1,68% vào năm 2010. Mặc dù tỷ lệ này có vẻ thấp, nhưng với một dân số lớn như thành phố Hồ Chí Minh, số tuyệt đối người nhiễm HIV trở nên rất lớn và cần được điều trị và chăm sóc. Số người nhiễm HIV ở Thành phố Hồ Chí Minh được ước tính là tăng từ 72.400 người năm 2006 lên 89.900 người năm 2010 và 105.800 vào năm 2015. Sự tăng này bắt nguồn từ sự gia tăng đều đặn của số trường hợp mới nhiễm hàng năm khoảng từ 9.100 người năm 2005

lên 10.900 người vào năm 2010. Ở Thành phố Hồ Chí Minh có 24 phòng khám ngoại trú cấp thành phố và cấp huyện, trong đó 21 phòng khám có cung cấp ARV và 3 phòng khám không có điều trị ARV. Có tám phòng xét nghiệm và chẩn đoán lao tại các khoa lao của bảy quận và tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Thành phố cũng cung cấp chương trình điều trị ARV miễn phí và thẻ bảo hiểm HIV cho khách hàng nhưng người đến xét nghiệm tự nguyện từ các phòng tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

An Giang nằm ở phía trên của đồng bằng sông Mekong. Ngoại trừ phần phía tây, địa hình của An Giang tương đối bằng phẳng và mang lưới kênh đào, sông ngòi dày đặc. Chính địa hình này đã khiến cho An Giang trở thành trung tâm nông nghiệp quan trọng, sản xuất sản lượng gạo lớn của cả nước. An Giang là tỉnh có nhiều nhóm dân tộc ít người sinh sống. Là một tỉnh giáp với Cam-pu-chia nên dân tộc Khơ-me chiếm số đông, các nhóm khác như người Chăm, người Hoa cũng khá phổ biến ở tỉnh này. Giống như Lạng Sơn, song song với sự phát triển quan hệ thương mại Việt Nam – Campuchia, An Giang đã trở thành một trong những trung tâm của đại dịch HIV/AIDS. Tính đến tháng 3 năm 2008, có khoảng 6.983 người nhiễm ở An Giang được báo cáo lên Bộ Y tế trong đó có 4.477 bệnh nhân AIDS và 3.651 trường hợp tử vong vì AIDS. Gái mại dâm là nhóm chủ yếu của đại dịch HIV ở An Giang, đặc biệt là những người làm việc ở khu vực biên giới Việt Nam- Campuchia.

1.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu này là nghiên cứu cắt ngang phân tích, so sánh giữa các hộ chịu ảnh hưởng và không chịu ảnh hưởng bởi HIV, hộ gia đình được xem như là đơn vị mẫu sơ cấp của mẫu nghiên cứu.

Điểm mạnh của thiết kế nghiên cứu này là sự kết hợp giữa điều tra hộ gia đình có bổ sung các thông tin định tính và số liệu thứ cấp để đánh giá các chương trình và hoạt động can thiệp liên quan đến HIV/AIDS đang được thực hiện. Các phần tiếp theo dưới đây mô tả chi tiết cách tiếp cận đối tượng nghiên cứu.

1.3. Phương pháp nghiên cứu

Cả hai phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính đều được sử dụng trong nghiên cứu này.

1.3.1. Điều tra hộ gia đình

Chiến lược chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu đa tầng có mục đích được thực hiện để chọn mẫu nghiên cứu theo 3 giai đoạn:

- Giai đoạn thứ nhất: Lựa chọn có mục đích tỉnh/thành phố để tiến nghiên cứu. Như đã giải thích ở trên, sáu tỉnh/thành phố được lựa chọn làm mẫu đại diện các khu vực của đất nước, số năm chịu ảnh hưởng của dịch HIV, tỷ lệ nhiễm HIV cao.
- Giai đoạn hai thực hiện lựa chọn các quận/huyện đô thị, nông thôn hoặc ngoại ô của mỗi tỉnh thành với tỷ lệ nhiễm HIV cao, ngoài ra còn tính đến sự đa dạng về các điều kiện sinh thái xã hội của các quận/huyện này.
- Giai đoạn thứ ba tiến hành lập danh sách các hộ chịu ảnh hưởng bởi HIV và được ghép cặp với các hộ không chịu ảnh hưởng bởi HIV tại các quận/huyện đã được lựa chọn.

Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV được xác định là tất cả những người sinh sống (thành viên) sống chung một mái nhà, trong đó có ít nhất một thành viên trong gia đình được xét nghiệm xác định bị nhiễm HIV hoặc có đã chết vì AIDS trong vòng một năm qua tính từ thời điểm nghiên cứu. Một số nghiên cứu thực nghiệm đã kiến nghị rằng hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có thể bao gồm những hộ đã từng gián tiếp trải qua những sức ép của tình trạng HIV lên hành vi kinh tế của họ, mặc dù họ không trực tiếp chịu ảnh hưởng như những gia đình có người nhiễm HIV.¹⁰⁶ Tuy nhiên, đại dịch HIV ở Việt Nam

¹⁰⁶ Feire S. HIV/AIDS affected households: Status and temporal impacts. In Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges, Agence nationale de recherches sur le sida, Paris, France. 2003.

vẫn đang ở giai đoạn tập trung, bởi thế nên những ảnh hưởng như vậy được kỳ vọng là rất nhỏ. Do đó, những hộ gia đình này không nằm trong đối tượng của nghiên cứu.

Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV được xác định là hộ tính đến thời điểm nghiên cứu không có người nào bị nhiễm HIV, lao hay viêm phổi.

Quá trình chọn mẫu

Lựa chọn quận/huyện tiến hành điều tra: Các quận/huyện được xác định dựa trên thông tin tư vấn được cung cấp bởi cán bộ các trung tâm phòng chống AIDS của tỉnh, Hội Phụ nữ, và thành viên các nhóm tự lực. Ở mỗi tỉnh, một quận/huyện đô thị và một quận/huyện ngoại ô hoặc nông thôn với số người nhiễm HIV có thể tiếp cận để tham gia nghiên cứu cao được lựa chọn. Ngoại trừ thành phố Hồ Chí Minh là nơi có cỡ mẫu lớn nhất, tổng số có bốn quận nội thành và 2 huyện ngoại thành/nông thôn được lựa chọn vào nghiên cứu. Các quận/huyện này có mật độ tập trung các trường hợp nhiễm HIV cao, nhờ đó cuộc khảo sát hiệu quả hơn và không mất quá nhiều thời gian của nhóm nghiên cứu. Danh sách các quận/huyện được trình bày ở bảng dưới đây:

**Bảng 1. Danh sách các quận/huyện
trong mẫu nghiên cứu**

Tỉnh/Thành phố	Thành thị	Nông thôn
Hà Nội	Đống Đa	Từ Liêm
Quảng Ninh	Hạ Long	Yên Hưng
Lạng Sơn	Tp Lạng Sơn	Cao Lộc
Thành phố Hồ Chí Minh	Quận 1, 8, Bình Thạnh và Gò Vấp	Bình Tân và Thủ Đức
Cao Bằng	Thị xã Cao Bằng	Hòa An
An Giang	Long Xuyên	Châu Thàn, Châu Phú

Lựa chọn hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV:

Mặc dù có danh sách những người có HIV ở các cơ sở y tế, nhóm nghiên cứu quyết định không sử dụng danh sách này vì các lý do đạo đức liên quan đến tính bảo mật các kết quả xét nghiệm HIV.

Điều tra viên tại thực địa làm việc với thành viên của mạng lưới người có HIV và các tình nguyện viên của dự án GIPA từ các nhóm tự lực để tiếp cận với những người có HIV. Đối tượng nghiên cứu là người có HIV chỉ được nhóm tự lực giới thiệu nếu họ chấp nhận ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu và với điều kiện tình trạng nhiễm HIV của họ được giữ bí mật đối, thậm chí với cả những thành viên khác trong gia đình. Đối với những hộ gia đình đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, điều tra viên đến từng hộ gia đình, giải thích và mời trả lời phỏng vấn, chủ hộ gia đình cũng được ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Mỗi hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có tối đa 2 người trả lời phỏng vấn là người có HIV trưởng thành. Nếu người trả lời phỏng vấn không ở nhà vào thời điểm phỏng vấn, hoặc nếu bộ câu hỏi sau phỏng vấn bị thiếu thông tin thì điều tra viên phải quay trở lại hộ gia đình để phỏng vấn hoặc hỏi lại các thông tin còn thiếu. Những thành viên không sống cùng với gia đình bị loại khỏi mẫu nghiên cứu vì mục tiêu của nghiên cứu là chỉ tập trung vào những ảnh hưởng của HIV/AIDS đến hộ gia đình.

Điều tra viên thực địa được yêu cầu tìm ra những người có HIV ở giai đoạn khác nhau của bệnh để đánh giá, phân tích những ảnh hưởng đầy đủ của HIV đến kinh tế hộ gia đình và các vấn đề phân biệt kỳ thị cũng được tiếp cận từ nhiều giai đoạn. Hơn thế nữa, tỷ lệ nam nữ giữa các trường hợp nhiễm HIV trong toàn quốc là 2:1¹⁰⁷, bởi vậy điều tra viên thực địa cũng đã tiếp cận khoảng 2/3 cỡ mẫu nghiên cứu là nam giới. Người có HIV tham gia phỏng vấn được nhóm đồng đẳng giới thiệu (nhóm bao gồm những người có HIV), chỉ sau khi đọc và hiểu kỹ về mục tiêu nghiên cứu, người tham gia ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu và được đảm bảo giữ kín tình trạng nhiễm HIV của họ. Đối với những hộ gia đình đủ tiêu chuẩn tham

gia nghiên cứu, điều tra viên đến từng hộ gia đình, giải thích và mời trả lời phỏng vấn, chủ hộ gia đình cũng được ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Mỗi hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có tối đa 2 người trả lời phỏng vấn, người có HIV phải là người trưởng thành. Nếu người trả lời phỏng vấn không ở nhà vào thời điểm phỏng vấn, hoặc nếu bộ câu hỏi sau phỏng vấn bị thiếu thông tin thì điều tra viên phải quay trở lại hộ gia đình để phỏng vấn hoặc hỏi lại các thông tin còn thiếu. Những thành viên không sống cùng với gia đình bị loại khỏi mẫu nghiên cứu vì mục tiêu của nghiên cứu là chỉ tập trung vào những ảnh hưởng của HIV/AIDS đến hộ gia đình.

Lựa chọn hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV:

Ghép cặp với mỗi hộ gia đình bị ảnh hưởng của HIV là một hộ gia đình không bị ảnh hưởng được lựa chọn là nhóm chứng của nghiên cứu, thông thường, hộ gia đình này là hàng xóm gần nhất với hộ có ảnh hưởng. Việc ghép cặp này giúp so sánh hai nhóm hộ gia đình với các điều kiện tương tự nhau. Cán bộ của trạm y tế hoặc hội phụ nữ đã đi cùng điều tra viên và giới thiệu họ với những hộ gia đình này. Các cán bộ đó đã giúp xác định hộ gia đình có hoàn cảnh như loại và chất lượng nhà ở, hay số thành viên trong hộ gia đình tương tự hộ có ảnh hưởng kế bên. Trong mỗi hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV, chủ hộ được lựa chọn để trả lời phỏng vấn sau khi ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Chủ hộ là nam hoặc nữ trưởng thành, trong độ tuổi từ 20-60 tuổi để đảm bảo có thể trả lời được những câu hỏi chung của hộ gia đình. Như vậy, bất cứ hộ nào không có những người phù hợp đã không được chọn tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu

Tổng cỡ mẫu của nghiên cứu được tính dựa trên công thức cho nghiên cứu cắt ngang có nhóm so sánh do WHO đưa ra (sử dụng phần mềm SSize) để ước tính sự khác biệt giữa tỷ lệ nghèo của các

¹⁰⁷ Ministry of Health (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010.

hộ gia đình bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng bởi HIV.

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

Sai lầm loại 1 (α)	= 5%
Lực mẫu ($1 - \beta$)	= 80%
Tỷ lệ đói nghèo trong nhóm hộ gia đình không bị ảnh hưởng bởi HIV (P_1)	= 16% ¹⁰⁸
Tỷ lệ đói nghèo trong nhóm hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV (P_2)	= 28% ¹⁰⁹
Cỡ mẫu (n)	= 203

Cỡ mẫu phân tầng: Dịch HIV tiến triển ở mỗi tỉnh thành phố ở cấp độ khác nhau, do đó có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Kỹ thuật chọn mẫu phân tầng được áp dụng để chọn đối tượng nghiên cứu một cách ngẫu nhiên. Do sử dụng phương pháp *mẫu phân tầng*, cỡ mẫu được tính bằng cách nhân với hệ số thiết kế là 2. Cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm do đó bằng $203 \times 2 = 406$. Tổng cỡ mẫu cho cả hai nhóm là $406 \times 2 = 812$ hộ. Với 10% tăng thêm cho các trường hợp từ chối trả lời, tổng cỡ mẫu chúng ta có được là 900 hộ gia đình.

Cỡ mẫu nghiên cứu ở mỗi tỉnh/thành phố được tính toán tương ứng với số người nhiễm HIV được báo cáo, theo công thức sau đây (Bảng 2):

$$n_i = \frac{n_h}{C} \times n$$

Trong đó cỡ mẫu tối thiểu là 30 để giảm những sai số trong phiên giải kết quả thống kê, do đó N_h được xác định là 30 ở những nơi có cỡ mẫu tính được ít hơn 30 người (trường hợp Cao Bằng và Lạng Sơn).

¹⁰⁸ Điều tra mức sống Việt Nam 2006

¹⁰⁹ Ước tính từ báo cáo đánh giá tác động kinh tế xã hội của HIV năm 2005

Bảng 2: Cỡ mẫu nghiên cứu trong điều tra hộ gia đình phân theo tỉnh/thành phố

Tỉnh/Thành phố	Cỡ mẫu hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV	Cỡ mẫu hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	Cỡ mẫu hộ gia đình
Hà Nội	77	77	12.628
Quảng Ninh	38	38	6.217
Lạng Sơn	30	30	2.575
Tp Hồ Chí Minh	234	234	38.245
Cao Bằng	30	30	1.928
An Giang	43	43	6.938
Tổng	n = 452	n = 452	C = 68.531

Cỡ mẫu nghiên cứu theo khu vực thành thị/nông thôn:

Theo số liệu điều tra trọng điểm năm 2008, tỷ lệ của số phụ nữ có HIV ở thành thị và số phụ nữ có HIV ở nông thôn là $44/26 = 1,7$

Cỡ mẫu nghiên cứu ở mỗi tỉnh/thành phố theo khu vực sống thành thị/nông thôn được tính theo công thức sau (Bảng 3):

$$U_i = \frac{1.7 \times T_i}{(1.7 + 1)} \quad R_i = \frac{1 \times T_i}{(1.7 + 1)}$$

Bảng 3. Cỡ mẫu nghiên cứu của điều tra hộ gia đình phân theo khu vực sống

Tỉnh/Thành phố	Cỡ mẫu nghiên cứu ở mỗi nhóm		
	Thành thị (U _i)	Nông thôn (R _i)	Tổng số (T _i)
Hà Nội	49	28	77
Quảng Ninh	24	14	38
Lạng Sơn	20	10	30
Tp Hồ Chí Minh	147	87	234
Cao Bằng	20	10	30
An Giang	27	16	43
Tổng	287	165	n = 452

Công cụ thu thập số liệu

Thiết kế công cụ nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi đã được sử dụng trong báo cáo đánh giá năm 2005, bộ câu hỏi của nghiên cứu tương tự tại Trung Quốc và Ấn Độ, đồng thời từ các thông tin tổng hợp từ phần tổng quan tài liệu về các phương pháp nghiên cứu tác động hộ gia đình, các cuộc thảo luận nhóm với người cung cấp thông tin, và kết quả của phỏng vấn thử.

Bộ câu hỏi bao gồm những câu hỏi về nhân khẩu, đặc điểm kinh tế, tình trạng sức khỏe của hộ gia đình và các thành viên. Các câu hỏi về kinh tế hộ gia đình tập trung khai thác về việc làm, thu nhập, chi phí, tiết kiệm, các khoản nợ, tài sản trong gia đình và các khoản vay mượn. Những số liệu này được dùng để tính toán thu nhập và chi tiêu hàng tháng của hộ gia đình hàng tháng. Thu nhập và chi tiêu tính bình quân theo đầu người và chỉ số trưởng thành tương đương (adult equivalent indices). Thu nhập của người lớn (adult equivalent income) được tính theo công thức (thu nhập hộ gia đình/ $(n^{0.6})$), trong đó n là cỡ quần thể hộ gia đình và chiếm chi phí thấp hơn của trẻ em trong một hộ gia đình điển hình. Các câu hỏi về sức khỏe bao gồm tiền sử các thành viên trong gia đình bị ốm trong tháng trước hoặc chết trong năm vừa qua. Đối với mỗi trường hợp có người bị ốm hoặc bị chết, các thông tin về chẩn đoán bệnh, tình trạng bệnh, nguồn và chi phí chăm sóc sức khoẻ, tác động đến thu nhập của họ, hình thức chăm sóc tại nhà, các gánh nặng về chăm sóc và tài chính mà gia đình phải gánh chịu, và các biện pháp ứng phó đã được khai thác. Trong bộ câu hỏi dành cho hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV đặc biệt hỏi đến tình trạng phân biệt, kỳ thị, các hành vi nguy cơ và các vấn đề có liên quan.Thêm vào đó, các thông tin về tiếp cận các chương trình hỗ trợ giảm nhẹ tác động và sự tham gia vào hoạt động của cộng đồng được hỏi người trả lời chính trong hộ.

Bộ câu hỏi soạn thảo bằng tiếng Anh, được dịch sang tiếng Việt và thử nghiệm tại thực địa đảm bảo sự phù hợp về ngôn ngữ và văn hóa tại địa phương.

Phân tích số liệu

Số liệu được sàng lọc và nhập bằng phần mềm EPI INFO 3.4.3. Cơ sở dữ liệu và chương trình làm sạch

được phát triển dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn. Trong quá trình nhập số liệu, các lỗi phát hiện ra đã được nghiên cứu viên kiểm tra chéo lại bộ câu hỏi và xem xét lại thông tin.

Phân tích thống kê được thực hiện bằng việc sử dụng phần mềm STATA 10.0. Các phân tích số liệu được thực hiện ở cấp độ hộ gia đình và cá thể. Các thông tin về nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe, kinh tế và thành viên của hộ gia đình có HIV được so sánh với hộ không có HIV và so sánh với kết quả của cuộc điều tra trước (đánh giá năm 2005), và giữa các khu vực thành thị và nông thôn, sử dụng kiểm định ũ2 hoặc kiểm định exact tests để so sánh các tỷ lệ, và sử dụng kiểm định t hoặc rank sum test cho các biến liên tục. Phân tích hồi quy ở cấp độ cá thể được hiệu chỉnh theo nhóm trong hộ gia đình, dùng lệnh STATA's "cluster".

1.3.2. Phương pháp nghiên cứu định tính

Phỏng vấn sâu

Phỏng vấn sâu là phương pháp rất hữu ích để có được các thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu. Hơn thế nữa, phỏng vấn sâu chủ các hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV giúp hiểu sâu hơn về các ảnh hưởng kinh tế xã hội của HIV đến hộ gia đình. Bảng dưới đây trình bày cỡ mẫu quần thể được phỏng vấn sâu ở mỗi tỉnh (Bảng 4). Tổng số có 36 trường hợp trong cả nước.

Bảng 4. Cỡ mẫu đối tượng nghiên cứu của phỏng vấn sâu.

Khu vực địa lý	Số lượng
Thành thị	1 Nữ có HIV
	1 Nam có HIV
	1 Chủ hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV
Nông thôn	1 Nữ có HIV 1 Nam có HIV 1 Chủ hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV
Tổng số ở mỗi tỉnh	6 đối tượng nghiên cứu
Tổng số đối tượng ở 6 tỉnh	36 người

Hướng dẫn phỏng vấn sâu được phát triển ở từng giai đoạn khác nhau. Nhóm nghiên cứu trước tiên đã thực hiện các cuộc phỏng vấn cấu trúc về tất cả các vấn đề nghiên cứu liên quan đến ảnh hưởng kinh tế xã hội của HIV. Cả nhóm sẽ cùng tham gia một số buổi phỏng vấn đầu tiên để có thể trao đổi và học hỏi từ phương cách phỏng vấn từ mỗi thành viên trong nhóm, sau đó nhóm được chia thành nhiều nhóm nhỏ. Dựa trên các cuộc phỏng vấn cấu trúc đó, nhóm nghiên cứu phát triển một bộ hướng dẫn phỏng vấn đối với người có HIV và chủ hộ các hộ gia đình bị ảnh hưởng. Thứ tự của các vấn đề nghiên cứu phụ thuộc vào dòng đối thoại của cuộc phỏng vấn nhưng phải đảm bảo tất cả các vấn đề đều phải được đề cập trong mỗi cuộc phỏng vấn. Nghiên cứu viên cũng có thể hỏi thêm những vấn đề mới và không được lường trước phát sinh trong quá trình phỏng vấn.

Trước mỗi cuộc phỏng vấn, nghiên cứu viên mời người trả lời phỏng vấn đọc và ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu và xin phép của người trả lời về việc ghi âm lại cuộc phỏng vấn. Người trả lời phỏng vấn có quyền từ chối trả lời hoặc không cho phép ghi âm những câu hỏi nhạy cảm. Người phỏng vấn cũng ghi chép lại trong suốt quá trình phỏng vấn. Tất cả các đoạn ghi âm của các cuộc phỏng vấn sâu được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm chuyên biệt N-VIVO có thể sử dụng với chữ cái tiếng Việt. Nhóm nghiên cứu phát triển bộ mã hóa tập trung vào các phát hiện và thuật ngữ chính.

Thảo luận nhóm

Thảo luận được thực hiện ở cấp độ tỉnh và quốc gia, người tham gia là những cán bộ của các chương trình phòng và điều trị cho những người có HIV như các nhà cung cấp dịch vụ, giám đốc chương trình, các tổ chức quần chúng và cộng đồng, người có HIV, cán bộ của các tổ chức phi chính phủ, các nhà hoạt động xã hội, các nghiên cứu viên và Nhóm Kỹ thuật về HIV để thu thập những ý kiến và kinh nghiệm của họ trong các hoạt động hạn chế ảnh hưởng của HIV, những thông tin này được sử dụng để viết kết luận tổng quát của nghiên cứu và đề xuất các khuyến nghị cho việc

thay đổi chính sách. Bên cạnh đó, các cuộc phỏng vấn sâu này cũng tổng hợp các thông tin nhằm kiến nghị các hoạt động hỗ trợ rộng hơn và mạnh hơn cho các giải pháp đồng bộ ở các cấp để điều phối các chính sách về HIV/AIDS trong kế hoạch hành động, bao gồm việc phát triển lồng ghép các hoạt động/chỉ số về HIV/AIDS trong kế hoạch/chính sách phát triển kinh tế xã hội cũng như cung cấp thông tin cho Báo cáo Đánh giá Giữa kỳ của Chiến lược Phát triển Kinh tế Xã hội hiện tại và phát triển trong tương lai.

2. Phần 2: “Đánh giá và dự báo tác động kinh tế của HIV/AIDS đối với hộ gia đình”

2.1. Dữ liệu đầu vào

Số liệu sử dụng cho mô hình hóa được tổng hợp từ một điều tra mang tính đại diện cấp quốc gia, đó là Khảo sát Mức sống Hộ gia đình năm 2006 (VLSS). VLSS 2006 tiến hành điều tra 9,189 hộ gia đình và được thực hiện bởi Tổng Cục Thống kê Việt Nam tương tự như các Điều tra Mức sống do Ngân hàng Thế giới thực hiện nhằm cung cấp các thông tin đại diện về tình trạng sức khỏe tự khai báo, sử dụng dịch vụ y tế và các thành phần chi tiêu y tế.¹¹⁰

Để dự báo những tác động của HIV/AIDS đối với nghèo đói, nhóm nghiên cứu sử dụng số liệu về kích thước quần thể đích theo các kết quả Ước tính và Dự báo HIV năm 2007 (Xem Phụ lục 3).¹¹¹ Với giả định rằng các nhóm đối tượng ở các mức sống và nơi cư trú khác nhau sẽ có các chiến lược ứng phó và nguy cơ dẫn đến nghèo đói khác nhau, chúng tôi phân chia tổng số nhiễm HIV ước tính theo từng tầng dựa trên việc tổng hợp các số liệu liên quan đến tỷ lệ hiện mắc HIV và các yếu tố liên quan.¹¹² Các đặc điểm tương ứng của các đối tượng ở từng mức sống bao gồm kích thước quần thể, số người trong mỗi hộ gia đình, số hộ gia đình trong mỗi nhóm, thu nhập và chi tiêu bình quân theo đầu người và theo hộ gia đình. Các

¹¹⁰ GSO (2007). Vietnam Living Standard Survey 2006.

¹¹¹ MOH, VAC (2008). HIV estimates and projections 2007.

¹¹² Adapted from the VPAIS 2005 and DHS comparative reports 22 (USAID 2009). Data collected in Hai Phong. Prevalence in quintile 1 has been referred from the HIV economic impact report 2005

đặc điểm chi tiết về thu nhập và chi tiêu trung bình hộ gia đình được ước tính cho một hộ có hay không có thành viên nhiễm HIV/AIDS.

2.2. Mô hình hóa tác động của các chi phí cho chăm sóc sức khỏe có liên quan đến HIV/AIDS đối với mức chi tiêu tiêu dùng của hộ gia đình

Chi phí trực tiếp và gián tiếp cho chăm sóc sức khỏe đều ảnh hưởng đến mức chi tiêu tiêu dùng của hộ gia đình. Thành viên nhiễm HIV trong hộ có nguy cơ tiến triển thành AIDS trong 5-7 năm. Vì vậy, tổng thu nhập của hộ sẽ có nguy cơ giảm đi, đặc biệt là khi thành viên đó là lao động chính của hộ gia đình. Các thành viên khác trong gia đình có thể sẽ cần dành thời gian chăm sóc người ốm, dẫn đến giảm thu nhập của họ. Mức độ giảm về thu nhập trầm trọng nhất trong thời gian 24 tháng trước khi thành viên nhiễm HIV qua đời và năm tiếp sau đó. Trong thời gian này, thời gian cho chăm sóc người ốm và việc mất khả năng lao động đóng vai trò chủ yếu.

Chúng tôi đã xây dựng một mô hình hồi quy tuyến tính theo phương pháp cố định hiệu quả nhằm xác định mức độ giảm về chi tiêu cho tiêu dùng trong mối tương quan với gia tăng các chi phí cho chăm sóc sức khỏe. Hộ gia đình là đơn vị ước tính cho các mối tương quan đó cùng với đơn vị bình quân đầu người. Công thức chi tiết được thể hiện dưới đây:

$$\text{FOOD_EXP}_{h\text{-urban/rural}} = \beta_j + \beta_{j\text{HH_SIZE}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_UTILIZE}_h} + \beta_{j\text{QUINTILES}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_EXP}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_EXP}^*(\text{QUINTILE})} + \beta_{j\text{OTHER_EXP}_h} + \beta_{j\text{OTHER_EXP}^*(\text{QUINTILE})} + \beta_{j\text{EDU_EXP}_h} + \beta_{j\text{DURABLEGOOD_EXP}_h} + \varepsilon_h$$

$$\text{OTHER_EXP}_{h\text{-urban/rural}} = \beta_j + \beta_{j\text{HH_SIZE}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_UTILIZE}_h} + \beta_{j\text{QUINTILES}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_EXP}_h} + \beta_{j\text{HEALTH_EXP}^*(\text{QUINTILE})} + \beta_{j\text{FOOD_EXP}_h} + \beta_{j\text{FOOD_EXP}^*(\text{QUINTILE})} + \beta_{j\text{EDU_EXP}_h} + \beta_{j\text{DURABLEGOOD_EXP}_h} + \varepsilon_h$$

Trong đó:

HEALTH_EXP , FOOD_EXP ; OTHER_EXP ; EDU_EXP ; DURABLEGOOD_EXP : chi tiêu bình quân đầu người cho chăm sóc sức khỏe, thực phẩm, chi tiêu khác, giáo dục, nhóm đồ dùng lâu bền.

HH_SIZE : Kích thước hộ gia đình

HEALTH_UTILIZE : Sử dụng dịch vụ y tế

h _ Nhóm hộ gia đình h

j _ hệ số hồi quy

2.3. Dự báo tác động của HIV/AIDS đối với Nghèo đói của Quốc gia

Số hộ gia đình trở thành nghèo đói do hậu quả của HIV/AIDS được dự báo dựa trên số ước tính nhiễm HIV theo từng nhóm mức sống và nơi cư trú (nhóm đối tượng). Ước lượng cao và thấp của dịch HIV/AIDS được sử dụng. Tỉ lệ hiện mắc HIV theo từng nhóm đối tượng kết hợp với số liệu về tác động kinh tế ở cấp hộ gia đình trong mô hình hóa để xác định số đối tượng sẽ trở thành nghèo đói. Quá trình dự báo này được hiệu chỉnh theo mối quan hệ động giữa nghèo đói và mức độ chi tiêu cho tiêu dùng. Bên cạnh đó, một số giả định được sử dụng trong quá trình phân tích như gia tăng GDP, lạm phát, tăng dân số và phân bố thu nhập.

Đầu tiên, các hộ gia đình dễ bị ảnh hưởng của HIV dẫn đến nghèo đói nếu các thành viên lao động chính bị nhiễm bệnh và không thể ứng phó được với các tác động của HIV/AIDS. Sau đó, các ảnh hưởng của việc

sụt giảm thu nhập và gia tăng các chi phí trực tiếp và gián tiếp cho chăm sóc sức khỏe trong các nhóm đối tượng khác nhau được ước tính dựa trên kết quả điều tra các hộ gia đình có hoặc không bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Dựa trên các kết quả ước tính này, nguy cơ nghèo đói của hộ gia đình được xác định và cho thấy dường như các hộ rơi vào tình trạng nghèo đói như một hậu quả của các chi phí cho đau ốm liên quan đến HIV/AIDS đã được xác định. Mô hình nguy cơ được áp dụng để miêu tả sự chuyển dịch nghèo đói thông qua phân tích các sự kiện đẩy các cá nhân vào hay thoát

ra khỏi nghèo đói. Tỉ lệ hiện mắc HIV trong các nhóm đối tượng được sử dụng để xác định số mới mắc HIV/AIDS theo từng nhóm mức sống và nơi cư trú khác nhau. Từ đó cung cấp thông tin về số người nhiễm trong từng nhóm và số hộ gia đình bị ảnh hưởng. Kết quả phân tích cho thấy, nhóm cận nghèo chịu tác động rất lớn và có nguy cơ cao rơi xuống dưới đường nghèo đói theo chi tiêu, 2,559 nghìn đồng/người/năm. Trong khi đó, nhóm giàu nhất không có nguy cơ trở thành nghèo đói, chỉ một nhóm chuyển sang mức sống thấp hơn. Những hộ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS trong nhóm nghèo nhất sẽ càng trở nên nghèo đói hơn.

$$\text{Số người hiện nghèo} = \text{PHR} * \text{POP}$$

Trong đó: PHR_Tỉ lệ hộ nghèo
POP_Size Kích thước quần thể

Số người nghèo mới:

$$\begin{aligned} \text{HIV/AIDS}^{hh} &= \sum_{i=1, j=1}^{i=5, j=2} \text{HIV/AIDS}_{ij} * \text{HHSIZE}_{ij} \\ &= \sum_{i=1, j=1}^{i=5, j=2} \left[v(\text{HIV}_{t-t_{ART}}) * (t - t_{ART}) * \text{HHSIZE}_{t-t_{ART}} + v(\text{HIV}_{t_{ART}}) * t_{ART} * \text{HHSIZE}_{t_{ART}} \right] \\ &\quad + v(\text{HIV}_{1-t}) * (1 - t) * \text{HHSIZE}_{1-t} \\ &\text{if } CE_{ij}^{pc} > PL; CE_{ij}^{pc-HIV; ART; t-ART} < PL \end{aligned}$$

Số người nghèo trở nên nghèo đói hơn:

$$\begin{aligned} \text{HIV/AIDS}^{hh} &= \sum_{i=1, j=1}^{i=5, j=2} \text{HIV/AIDS}_{ij} * \text{HHSIZE}_{ij} \\ &= \sum_{i=1, j=1}^{i=5, j=2} \left[v(\text{HIV}_{t-t_{ART}}) * (t - t_{ART}) * \text{HHSIZE}_{t-t_{ART}} + v(\text{HIV}_{t_{ART}}) * t_{ART} * \text{HHSIZE}_{t_{ART}} \right] \\ &\quad + v(\text{HIV}_{1-t}) * (1 - t) * \text{HHSIZE}_{1-t} \\ &\text{if } CE_{ij}^{pc} < PL; CE_{ij}^{pc-HIV; ART; t-ART} < CE_{ij}^{pc} < PL \end{aligned}$$

Trong đó,

$\text{HIV/AIDS}^{hh}, \text{HIV/AIDS}_{ij}$	= Số hộ gia đình
HHSIZE_{ij}	= Kích thước của nhóm đối tượng ở mức sống i và nơi cư trú j
$v(\text{HIV}_{t-t_{ART}})$	= Tỉ lệ rơi xuống mức sống thấp hơn
$(1-t), t_{ART}, (t-t_{ART})$	= Tỉ lệ các ca mắc HIV chưa cần điều trị ART, hiện đang điều trị ART, và đang cần điều trị ART mà không được điều trị miễn phí
$CE_{ij}^{pc-HIV; ART; t-ART}$	= Chi tiêu tiêu dùng bình quân đầu người

Thứ ba, số người trong từng hộ gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV và thời gian chịu tác động được ước tính để xác định số nghèo do HIV/AIDS lũy tích trên cả nước. Các bước ước tính này cũng được hiệu chỉnh theo mức độ bao phủ của các chương trình điều trị ART trên cả nước và tỉ lệ tiếp cận với điều trị của các đối tượng đang cần điều trị.

3. Quá trình thu thập và phân tích số liệu.

Nhóm thu thập số liệu có một trưởng nhóm là một nhà nhân-xã hội học kinh nghiệm, người này có trách nhiệm giám sát hoạt động thực địa, hỗ trợ thực địa cho các điều tra viên khác và thực hiện phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tại thực địa. Ngoài trưởng nhóm, mỗi nhóm có 4 nghiên cứu viên tốt nghiệp Y tế công cộng hoặc Xã hội học thực hiện các cuộc phỏng vấn theo bộ câu hỏi và 1 người dẫn đường có thẻ có HIV, có trách nhiệm tổ chức các hoạt động đi lại và gặp gỡ đối tượng nghiên cứu. Nhóm thu thập số liệu có cả nam và nữ để hỗ trợ lẫn nhau trong những tình huống nhạy cảm. Nhóm phân tích số liệu bao gồm các nhà dịch tễ học có kinh nghiệm về kinh tế y tế và thống kê, các chuyên gia về xã hội học và nhân học.

4. Các biện pháp kiểm soát chất lượng thông tin

Để kiểm soát chất lượng thông tin, điều tra viên được tập huấn và thực hành sử dụng hướng dẫn phỏng vấn, bộ câu hỏi và các kỹ năng phỏng vấn tại văn phòng và thực nghiệm trước khi xuống thực địa. Thực tế, đây là một nghiên cứu trên đối tượng khá nhạy cảm, bởi vậy điều tra viên được tập huấn để luôn ghi nhớ các vấn đề của đạo đức liên quan. Ví dụ, người tham gia nghiên cứu được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và các thông tin mà họ cung cấp được bảo mật tuyệt đối. Điều tra viên cũng được yêu cầu thông báo về bản đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu cho người trả

lời phỏng vấn và không được ép buộc họ trả lời những câu hỏi họ không thấy thoải mái để trả lời.

Quá trình thu thập số liệu được giám sát chặt chẽ bởi một nghiên cứu viên giàu kinh nghiệm về thực địa. Cuối mỗi ngày phỏng vấn, giám sát thực địa kiểm tra tất cả các phiếu và yêu cầu điều tra viên xem lại thông tin hoặc quay trở lại để hỏi đối tượng nghiên cứu trong những trường hợp thiếu thông tin hoặc thông tin không chính xác.

Kết quả từ các nguồn thông tin khác nhau được sử dụng để kiểm tra chéo và thiết lập ma trận phân tích đảm bảo tính chính xác và tin cậy của số liệu.

5. Các vấn đề đạo đức

Tất cả đối tượng nghiên cứu đều ký Bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu. Người được phỏng vấn được thông báo quyền chấm dứt cuộc phỏng vấn bất cứ khi nào họ muốn. Người trả lời phỏng vấn có thể từ chối trả lời hoặc dừng cuộc phỏng vấn bất kỳ lúc nào nếu cảm thấy không thoải mái. Để đảm bảo tính riêng tư và bí mật, người trả lời phỏng vấn có thể giấu tên hoặc đổi tên và tên thật của họ cũng sẽ không được đưa vào trong báo cáo này. Ngoài ra, những người có H khi tham gia vào nghiên cứu sẽ được tư vấn và cung cấp các thông tin về chăm sóc và điều trị, cũng như những biện pháp phòng tránh lây nhiễm.

Số liệu, thông tin, bộ câu hỏi sau phỏng vấn và các bản ghi âm được giữ cẩn thận tại văn phòng dự án, không một ai được phép tiếp cận và sử dụng ngoại trừ nhóm nghiên cứu dùng cho mục đích nghiên cứu. Các bản ghi âm sẽ được hủy sau khi hoàn thành nghiên cứu. Người tham gia phỏng vấn sẽ được nhận một khoản trợ cấp cho các chi phí đi lại và thời gian trả lời phỏng vấn.

PHỤ LỤC 3. PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ ƯỚC TÍNH VÀ DỰ BÁO HIV/AIDS

Một số mô hình đã được xây dựng để mô tả tình trạng dịch ở các ước tính châu Á, ước tính các cấp độ và chiều hướng phát triển của dịch trong tương lai với những điều kiện giả định khác nhau: như số trường hợp tử vong, trẻ mồ côi và số ca ở giai đoạn AIDS được và không được điều trị ART¹¹³. Những phương pháp và công cụ điển hình để ước tính và dự báo cũng như việc áp dụng chúng được liệt kê tóm tắt dưới đây:

- **Bảng tính (Workbook)** là phần mềm ước tính tỉ lệ hiện mắc điểm và đường diễn biến dịch dựa trên các ước tính số hiện mắc trong giai đoạn trước đó.
- Gói công cụ ước tính và dự báo của UNAIDS (**UNAIDS Estimation and Projection Package - EPP**)¹¹⁴ sử dụng dữ liệu đầu vào là kích thước của những quần thể nguy cơ cao và số hiện mắc HIV, điều chỉnh số hiện mắc trong từng quần thể chuyên biệt, và cho kết quả đầu ra là các chiều hướng thay đổi dịch HIV trong từng quần thể đó cũng như trong cả nước.
- **Spectrum (Sự phân bố dịch)** lấy dữ liệu đầu vào là các xu hướng phổ biến qua thời gian và các số liệu dịch học khác nhau gồm cả việc cung cấp dịch vụ điều trị ARV và cho kết quả đầu ra là số hiện mắc, số mới mắc, số ca tử vong, cơ cấu tuổi và ảnh hưởng đối với trẻ em.
- **Mô hình dịch châu Á (Asian Epidemic Model - AEM)** sử dụng các dữ liệu đầu vào về hành vi lây nhiễm kết hợp với các tham số về nguy cơ lây nhiễm HIV với từng nhóm hành vi nguy cơ, từ đó, đưa ra số hiện mắc HIV, số mới mắc, số ca tử vong, cơ cấu tuổi và ảnh hưởng đối với trẻ em.

¹¹³ The commission on Aids in Asia (2008). "Redefining Aids in Asia: Crafting an effective response." Oxford University Press.

¹¹⁴ Blumkin, J. H., K. L. Keppel, et al. (2008). "The impact of gender and age on voice related quality of life in children: normative data." Int J Pediatr Otorhinolaryngol 72(2): 229-34

Việc mô hình nào trên đây là phù hợp nhất còn phụ thuộc vào giai đoạn của dịch HIV ở một nước nào đó. Ở những nước có *dịch ở giai đoạn phổ biến*, những ước tính cấp quốc gia về số hiện mắc HIV dựa vào những số liệu từ các hệ thống giám sát trọng điểm ở các đối tượng: phụ nữ mang thai đến thăm khám ở các cơ sở sản khoa và ngày càng có nhiều hơn các nước tiến hành điều tra huyết học lấy mẫu đại diện cấp quốc gia. Các dữ liệu này được nhập vào phần mềm EPP để đưa ra một đường phân bố dịch tễ đơn giản để xác định đường cong tương ứng nhất với mức độ phổ biến của dịch trong điều tra quốc gia. Đường cong phản ánh mức độ phổ biến ở người lớn, cùng với những ước tính cho quần thể quốc gia và những giả thuyết về dịch tễ học, sau đó được nhập vào chương trình phần mềm Spectrum để tính toán số người bị nhiễm, số ca nhiễm mới và số ca tử vong.

Ở những nước với mức độ dịch *thấp*, những ước tính quốc gia về mức phổ biến HIV chủ yếu dựa vào những số liệu giám sát thu thập được từ những quần thể có nguy cơ cao và ước tính về kích thước những quần thể có nguy cơ cao và quần thể có nguy cơ thấp. Những thông tin này được nhập vào các mô hình bảng tính xác định số hiện mắc và dự báo (phương pháp Bảng tính) để tìm ra đường cong tương ứng nhất mô tả sự chiều hướng phát triển của dịch trong các đối tượng người trưởng thành qua thời gian. Đường cong về mức phổ biến ở người lớn, cùng với những ước tính cho quần thể quốc gia và giả thuyết dịch tễ, sau đó được nhập vào chương trình phần mềm Spectrum để tính toán số người bị nhiễm, số ca nhiễm mới và số ca tử vong.

Ở những nước đang trong giai đoạn *dịch tập trung*, các Bảng tính có thể được sử dụng để ước tính mức độ phổ biến HIV nếu công cụ EPP chưa được phát

triển. Chúng cũng được sử dụng khi không có các số liệu hiện mắc điểm theo thời gian (UNAIDS 2004)¹¹⁵.

1. Bảng tính (Workbook) – Một công cụ để ước tính số hiện mắc HIV ở những nước mà dịch HIV ở mức thấp

Cơ sở

Bảng tính là cách tiếp cận để đưa ra những ước tính và dự báo ngắn hạn về số hiện mắc HIV/AIDS đã được xây dựng và đề xuất đưa vào sử dụng ở những nước mà dịch HIV ở mức thấp hay trong giai đoạn dịch tập trung từ năm 2001^{116, 117}. Khác với những nước ở giai đoạn dịch phổ biến và việc giám sát HIV ở phụ nữ mang thai đến thăm khám tại các cơ sở chăm sóc thai sản được sử dụng như tham số đại diện cho tỉ lệ hiện mắc trong quần thể người trưởng thành nói chung¹¹⁸, không có bộ số liệu chuẩn đại diện nào có thể sử dụng để tính tỉ lệ hiện mắc ở người trưởng thành trong những nước này. Thay vào đó, cách tiếp cận của phương pháp này là ước tính cho các quần thể có nguy cơ phơi nhiễm nhất với và sau đó kết hợp lại để cho ra một ước tính tổng thể về số hiện mắc HIV ở người trưởng thành tại nước đó.

Trong giai đoạn *dịch tập trung*, HIV đã lan nhanh trong các nhóm đối tượng xác định, nhưng chưa phổ biến trong quần thể chung. Tình trạng dịch này cho thấy có sự kết hợp của các hành vi nguy cơ trong mỗi nhóm đối tượng. Sự tiến triển trong tương lai của dịch được quyết định bởi tần suất và đặc điểm của những mối liên kết giữa những nhóm đối tượng có nguy cơ lây nhiễm cao và quần thể dân cư chung.

¹¹⁵ UNAIDS (2004). "Development of the software packages, EPPv2 and Spectrum, and Measuring and Tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV." Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for Estimates, Modelling and Projections held in Sintra.

¹¹⁶ Ramon, J. S., M. Alvarenga, et al. (2002). "Estimating HIV/AIDS prevalence in countries with low-level and concentrated epidemics: the example of Honduras." AIDS 16 Suppl 3: S18-22.

¹¹⁷ Walker, N., J. Stover, et al. (2004). "The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i10-13.

¹¹⁸ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2003). "Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups." Geneva, Switzerland

Trong giai đoạn *dịch ở mức thấp*, tỉ lệ hiện mắc HIV thậm chí còn thấp hơn với các tham số đại diện cho tỉ lệ HIV không vượt quá 5% trong tất cả các nhóm đối tượng nguy cơ cao đã xác định. Đối với những nước mà mức độ của dịch không ở mức phổ biến hay tập trung một cách rõ ràng thì các phương pháp được phát triển cho dịch tập trung (Bảng tính)¹¹⁹ hay dịch phổ biến (EPP)¹²⁰ đều có thể được áp dụng.

Phương pháp

Một đường cong thể hiện mức độ dịch được hình thành dựa trên các số liệu về mức độ dịch trong quá khứ bằng cách sử dụng một hàm logistic đơn hay một hàm logistic kép, và không xét đến các số liệu có trước năm ngoái.

Khi số hiện mắc tăng hoặc ổn định thì việc hình thành đường mô tả dịch dựa trên mô hình logistic đơn được khuyến nghị sử dụng

$$p(t) = \frac{ae^{a(t-t_0)}}{1 + e^{a(t-t_0)}}$$

trong đó:

α là đường tiệm cận, hay cấp độ mà tại đó các diễn biến dịch được cho là chững lại,
 β là mức tăng vào thời điểm dịch bắt đầu bùng phát,
 t_0 là thời điểm mà tại đó dịch đạt được 1/2 giá trị tiệm cận của nó.

Đối với những mô hình dịch mà có bằng chứng cho thấy sự suy giảm về số hiện mắc, thì số hiện mắc tại thời điểm t cần được xác định theo hàm logistic kép dưới dạng:

$$p(t) = \left[\frac{e^{a(t-t_0)}}{1 + e^{a(t-t_0)}} \right] \left[2a \frac{e^{-b(t-t_0)}}{1 + e^{-b(t-t_0)}} + b \right]$$

¹¹⁹ Walker, N., J. Stover, et al. (2004). "The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low level and concentrated epidemics." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i10-13

¹²⁰ Ghys, P. D., T. Brown, et al. (2004). "The UNAIDS Estimation and Projection Package: a software package to estimate and project national HIV epidemics." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i5-9.

Trong đó:

α là mức tăng vào thời điểm dịch bắt đầu bùng phát, và tại đó sự phổ biến đồng quy ở tỷ lệ β bất kỳ, và đường tiệm cận b bất kỳ.

Đầu ra của việc hiệu chỉnh với đường cong này vẫn cung cấp số liệu cho phần mềm Spectrum, mà từ đó những ước tính về tác động của HIV dưới khía cạnh số người nhiễm HIV, số tử vong, số mới mắc và những dự báo cho một tương lai có giới hạn có thể được xác định.

Áp dụng

Điểm mạnh

Phương pháp bảng tính có ưu điểm về sự rõ ràng trong quá trình ước tính với các chức năng kiểm tra việc tính toán và tính thống nhất một cách tự động nhằm loại bỏ các sai số, việc sử dụng các bảng tính cấp khu vực để tính toán cho các vùng khác nhau trong một nước, việc đưa ra ước lượng khoảng để ước tính thay vì các ước lượng điểm đơn lẻ, việc tổng quan và phân tích số liệu về dịch tễ và hành vi cần thiết để mô tả về dịch, và cuối cùng là khả năng có thể hiệu chỉnh bảng tính cho nhu cầu đặc thù của

Nước	Tác giả, năm	Phương pháp
Ukraine ⁴	(Kruglov, Kobyshcha và những tác giả khác. 2008)	Ước tính về kích thước của những quần thể có nguy cơ cao nhất trên cả nước bằng cách sử dụng phương pháp bắt - bắt lại, phương pháp bội số và phương pháp kiểm tra chéo. Số hiện mắc HIV trong những quần thể có nguy cơ cao nhất được ước tính bằng cách kết nối giám sát hành vi và giám sát trọng điểm HIV trong các đối tượng người nghiện chích ma túy, và những nam giới quan hệ tình dục đồng tính với những số liệu chưa được liên kết của giám sát trọng điểm trong đối tượng mại dâm.
Trung Quốc ⁵	(Lu, Wang và những tác giả khác. 2006)	Phương pháp Bảng tính của UNAIDS được hiệu chỉnh để đáp ứng các nhu cầu thực tế ở Trung Quốc. Các số liệu địa phương được sử dụng để ước tính quy mô của mỗi quần thể có nguy cơ và số hiện mắc HIV theo nhóm đối tượng có nguy cơ ở mỗi quận/huyện. Những ước tính này được kết hợp thành những ước tính cho tỉnh thành và toàn quốc.
Canada ⁶	(Boulos, Yan và những tác giả khác. 2006)	Phương pháp bảng tính nhận số hiện mắc ước tính hoặc tỉ số mới mắc với một kích thước quần thể ước tính. Các mô hình thống kê xác định lại các ước tính về số mới mắc HIV dựa trên tương quan giữa thời gian đối tượng xét nghiệm HIV dương tính với thời gian nhiễm và hành vi sử dụng dịch vụ xét nghiệm và bảng tính sẽ tổng hợp các thành phần của 2 phương pháp khác
California, Mỹ ⁷	(Thomas Stopka 2007)	Phương pháp Bảng tính của WHO/UNAIDS được sử dụng để ước tính và dự báo số hiện mắc HIV ở người trưởng thành. Số liệu điều tra dân số của Mỹ được sử dụng để ước tính các giá trị đặc hiệu theo tuổi và giới đối với quần thể người ở California. Kích thước quần thể và số hiện mắc HIV ước tính cho các nhóm đối tượng đồng tính, người nghiện chích ma túy và người quan hệ khác giới có nguy cơ thấp được thu thập từ các bài báo, kết quả của một hội nghị toàn bang các nhà nghiên cứu HIV/AIDS và Phòng các vấn đề AIDS của Sở dịch vụ con người California. Số nam giới và phụ nữ dương tính với HIV được ước tính cho từng nhóm có nguy cơ và sau đó được tổng hợp lại. Ước lượng cao và thấp về số hiện mắc HIV đã được tính toán.

từng quốc gia. Phần mềm còn có thêm ưu điểm là nó có thể giúp cho việc xác định các nhóm đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV cao nhất để từ đó hỗ trợ các quốc gia trong việc định hướng các nỗ lực dự phòng. Thay đổi trong mô hình sử dụng để ước tính chiều hướng của dịch trong một nước đã được cải thiện trong phương pháp này bằng cách cung cấp một đường phân bố dịch đáng tin cậy hơn, thông qua đó, có thể có các ước lượng chính xác hơn và các tác động dân số của dịch.

Hạn chế

Giống như trước đây, hạn chế chủ yếu của phương pháp Bảng tính có liên quan đến chất lượng của những dữ liệu được sử dụng khi đưa ra ước tính. Số liệu ở các nhóm có nguy cơ cao vẫn còn rất hạn chế và việc xác định các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cao là rất khó khăn do sự kỳ thị đối với một số hành vi cũng như các điều luật ngăn cấm những hành vi đó ở một số nước. Kích thước của những quần thể có nguy cơ cao tiếp tục là yếu tố rất khó lượng hóa, và việc ước tính từ kích thước của những quần thể có nguy cơ cao ra số hiện mắc HIV ở những quần thể đó tiếp tục gặp nhiều vấn đề. Khách hàng chơi vẫn tiếp tục nhóm đối tượng rất khó xác định số lượng, mặc dù nhiều nước đã xây dựng những phương pháp đơn giản dựa vào một số giả thuyết. Những giả thuyết này thường được ghi nhận để từ đó ước tính cuối cùng có thể được hiệu chỉnh tới người sử dụng các bằng chứng về ước tính số hiện mắc.

2. Gói công cụ ước tính và dự báo tỷ lệ hiện mắc HIV ở những nước trong giai đoạn dịch phổ biến và dịch tập trung

Là gói công cụ ước tính và dự báo của Chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về phòng chống AIDS (UNAIDS)¹²¹, EPP được đưa vào triển khai từ năm 2001, và hiện được đề nghị sử dụng làm công cụ ước tính và dự báo tỷ lệ hiện mắc HIV ở những nước trong

¹²¹ Blumín, J. H., K. L. Keppel, et al. (2008). "The impact of gender and age on voice related quality of life in children: normative data." Int J Pediatr Otorhinolaryngol 72(2): 229-34.

giai đoạn dịch phổ biến và dịch tập trung^{122, 123, 124}.

Phương pháp

Đối với mỗi giai đoạn dịch, EPP xây dựng một mô hình dịch đơn giản theo xác định của Nhóm tham vấn UNAIDS về ước tính, lập mô hình và dự báo với toàn bộ tập hợp các điểm số liệu giám sát tình hình phát triển HIV¹²⁵. Kết quả đầu ra sẽ là một ước tính về xu hướng theo thời gian của tỷ lệ hiện mắc HIV ở người trưởng thành đối với mỗi giai đoạn phát triển của dịch, sau đó áp dụng cho những quần thể tương ứng để xác định những xu hướng về tỷ lệ hiện mắc tổng thể toàn quốc.

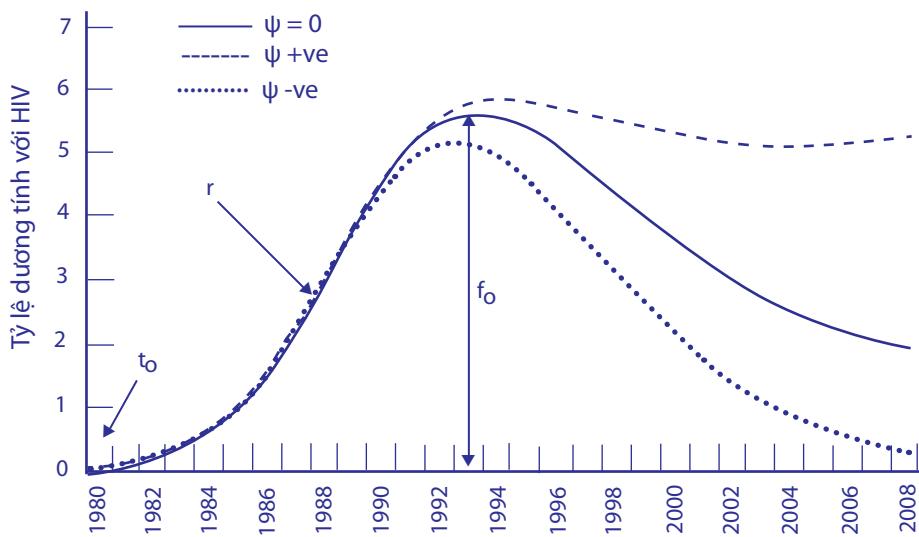
Mô hình của Nhóm tham vấn UNAIDS quy nạp sự thay đổi quần thể qua thời gian và, bằng những tham số khác nhau, có thể đưa ra một loạt những mô hình dịch khác nhau bao gồm dịch tiến chậm, dịch tiến triển nhanh và dịch ổn định mà trong đó tỷ lệ hiện mắc HIV đã lên đến đỉnh điểm và sau đó ổn định hóa ở các mức cao. EPP tự động phân tích bốn tham số dịch tễ học được xác định trong mô hình này (Biểu đồ 8). Tham số Q trong Biểu đồ 8 được gắn với các đáp ứng liên quan đến hành vi nguy cơ của quần thể với đại dịch và sự tiếp xúc từng bước của những quần thể trước đó không được tiếp xúc với HIV do những rào cản địa lý hay xã hội. Mô hình này sử dụng bốn tham số có được sự kết hợp tốt nhất các điểm dữ liệu bằng cách giảm thiểu phương sai bình phương nhỏ nhất giữa đường dịch kết hợp và toàn

¹²² Ramon, J. S., M. Alvarenga, et al. (2002). "Estimating HIV/AIDS prevalence in countries with low-level and concentrated epidemics: the example of Honduras." AIDS 16 Suppl 3: S18-22.

¹²³ Ghys, P. D., T. Brown, et al. (2004). "The UNAIDS Estimation and Projection Package: a software package to estimate and project national HIV epidemics." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i5-9.

¹²⁴ UNAIDS (2004). "Development of the software packages, EPPv2 and Spectrum, and Measuring and Tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV." Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for Estimates, Modelling and Projections held in Sintra.

¹²⁵ UNAIDS (2002). "Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections." AIDS 16(9): W1-14.



Biểu đồ 8. Những tham số trong mô hình Nhóm tham chiếu được kết hợp theo EPP

r là mức tăng của dịch

f_0 là phân số của quần thể được coi là có nguy cơ phơi nhiễm HIV vào thời điểm dịch bắt đầu bùng phát

t_0 là năm mà dịch bắt đầu bùng phát

Q là một tham số gắn mức gia nhập vào quần thể có nguy cơ với những suy giảm về số người trong quần thể có nguy cơ do tử vong vì AIDS

bộ tập hợp các điểm dữ liệu. Có đề xuất rằng cần sử dụng các dữ liệu tỷ lệ hiện mắc HIV của ít nhất 5 năm để khớp với một đường cong thể hiện mức độ dịch. Giá trị dương của thông số Q cho thấy rằng sự suy giảm về kích thước của quần thể đích do tử vong vì nguyên nhân AIDS được cân bằng với sự gia tăng về số người mới nhập vào nhóm quần thể có nguy cơ. Một giá trị âm của thông số Q cho thấy tỷ lệ gia nhập nhóm quần thể có nguy cơ giảm khi tỷ lệ tử vong do AIDS tăng. Những giá trị khác nhau của Q cho phép mô hình này tạo ra những hình thái dịch có cả đỉnh nhọn (Q âm) cũng như có số hiện mắc không đổi sau mức đỉnh điểm ban đầu (Q dương). Khi không có sự thay đổi trong tỷ lệ người gia nhập quần thể có nguy cơ ($Q = 0$), thì dịch vẫn gia tăng chậm đến đỉnh, do khoảng thời gian giữa thời điểm bị nhiễm và thời điểm chết do AIDS dài hơn (xem Biểu đồ 8) (Ghys, Brown và cộng sự, 2004)¹²⁶.

Áp dụng

Nước	Phương pháp
Tanzania ⁸	Trong nghiên cứu này, các dữ liệu được sử dụng bao gồm: số liệu tại các cơ sở chăm sóc sản khoa 1985-2004, ước tính dân số năm 2005 của Liên Hợp Quốc cho người lớn ở thành thị và nông thôn, tổng điều tra dân số năm 2002, và kết quả của Điều tra chỉ số HIV Tanzania năm 2003. Các địa điểm giám sát trọng điểm tại cơ sở chăm sóc sản khoa được phân thành thành thị và nông thôn trên cơ sở những định nghĩa chuẩn quốc gia về khu vực thành thị và nông thôn, mà qua đó xác định được 40 trung tâm khám chữa bệnh ở thành thị và 35 trung tâm khám chữa bệnh ở nông thôn. Mức độ dịch ở nông thôn và thành thị được tính toán độc lập bằng cách kết hợp mô hình này với tất cả các dữ liệu và trên dây kết hợp cấp độ.

¹²⁶ Ghys, P. D., T. Brown, et al. (2004). "The UNAIDS Estimation and Projection Package: a software package to estimate and project national HIV epidemics." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i5-9.

Nước	Phương pháp
Vùng British Columbia (Canada) ⁹	Một phân tích dựa vào nhóm quần thể nam nữ người bản địa ở vùng British Columbia, Canada, từ năm 1980 đến 2001. Các đường dịch được kết hợp đối với nam giới đồng tính và nam giới lưỡng tính, người nghiện chích ma túy, nam giới và phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi và người ngoài 50 tuổi.
	Tỷ lệ hiện mắc HIV được mô hình hóa bằng cách sử dụng Gói công cụ ước tính và dự báo của UNAIDS/WHO (UNAIDS/WHO Estimation and Projection Package) ¹⁰ (Blumin, Keppel và những người khác). Phương pháp mô hình hóa Monte Carlo được sử dụng để ước tính số người tiềm tàng nhiễm HIV đối với nhóm đối tượng lây truyền chọn lọc vào năm 2001
Việt Nam ¹¹	Một quy trình rộng khắp, thận trọng, có chiều sâu và toàn diện nhằm sử dụng những số liệu có sẵn để xác định các mức hiện nhiễm HIV trong các nhóm đối tượng người nghiện chích ma túy, mại dâm, những người đến các trung tâm chữa bệnh lây qua đường tình dục, phụ nữ đến khám tiền sinh sản, cũng như những người mới nhập ngũ và các xu hướng ngắn hạn của tình hình dịch quốc gia ở Việt Nam đã được thực hiện. Mục đích của quy trình này là kiểm tra chéo từ những tập hợp dữ liệu có sẵn khác nhau để đạt được các số liệu hiện nhiễm HIV nhất quán, phản ánh xu hướng thực tế qua thời gian và đưa ra một ước tính khoa học tốt nhất về tình hình tiến triển đại dịch HIV ở nước này. Các xu hướng tỷ lệ hiện mắc HIV trong những quần thể được giám sát trọng điểm và kích thước quần thể đã được sử dụng để kết hợp thành đường cong. Gói công cụ ước tính và dự báo sẽ xác định ước lượng thấp và ước lượng cao của số hiện mắc. Các dây kết hợp đường cong EPP sau đó được chuẩn bị gắn cho cho mỗi quần thể nhỏ trong mỗi cụm. Sau đó chúng được tự động tính tổng hợp trong phạm vi EPP và những kết quả quốc gia được sử dụng làm đầu vào cho chương trình Spectrum để đưa ra những ước tính được đề cập trong các phần sau. Kết quả là các hình thái lây truyền theo các nhóm hành vi nguy cơ lây nhiễm khác nhau, tỷ lệ nam/nữ và cấp độ phơi nhiễm sau đó được kiểm chứng bằng cách đối chiếu với số ca AIDS và nhiễm HIV được báo cáo và các nghiên cứu phi thể thức khác về tỷ lệ hiện mắc HIV ở nước này.
Botswana ¹²	Số liệu từ giám sát trọng điểm với đối tượng tại các trung tâm chăm sóc thai sản và điều tra dân số quốc gia đã được sử dụng để ước tính xu hướng tỷ lệ hiện mắc HIV ở người lớn từ năm 1980 đến 2007. Sử dụng xu hướng tỷ lệ hiện mắc, số ca nhiễm mới ở người trưởng thành, sự lây truyền từ mẹ sang con, nhu cầu điều trị và ảnh hưởng của việc điều trị ARV, cũng như số ca tử vong ở người lớn và trẻ em được ước tính.

Nước	Phương pháp
Campuchia ¹³	<p>EPP được sử dụng để kết hợp đường thể hiện số hiện mắc HIV ước tính trong nhóm phụ nữ đang khám bệnh tại các trung tâm chăm sóc thai sản thu được từ điều tra HSS, sau khi áp dụng hai sự điều chỉnh được nêu ở phần trên (điều chỉnh để tính đến chất lượng phòng thí nghiệm và tỷ lệ thành thị - nông thôn). EPP kết hợp một đường cong với một loạt các ước tính theo điểm để tạo ra một ước tính về tỷ lệ hiện mắc HIV trong nhóm phụ nữ đang khám bệnh tại các trung tâm tiền sản cho mỗi năm trong giai đoạn 1995-2006. Sau đó, tỷ lệ nam – nữ trong số hiện mắc HIV lấy từ số liệu tại trung tâm khám chữa lao, với thời gian thực hiện trước là hai năm, được áp dụng cho những ước tính về phụ nữ trong quần thể chung để thu được một đường thể hiện tỷ lệ hiện mắc HIV ước tính trong nam giới trong nhóm quần thể chung từ 15 – 49 tuổi ở Campuchia từ năm 1995 đến 2006. Kết quả ước tính tỷ lệ hiện mắc HIV ở nam giới được kết hợp với những ước tính cho phụ nữ tương ứng theo kích thước quần thể để tạo ra các ước tính quốc gia cập nhật về tỷ lệ hiện mắc HIV ở Campuchia.</p> <p>Sự suy giảm trong ước tính năm 2003 trước kia là do việc điều chỉnh được thực hiện chính xác hơn để tính đến sự phân bố dân số thành thị - nông thôn, sử dụng một tỷ lệ nam-nữ thấp hơn một chút, cũng như ước tính về đối tượng tại các trung tâm khám chữa tiền sản thấp hơn từ điều tra HSS được đưa vào EPP để xây dựng mô hình dịch.</p>

Điểm mạnh

Công cụ EPP cho phép sử dụng toàn bộ các dữ liệu giám sát trọng điểm sẵn có để xây dựng các đường thể hiện tình trạng đại dịch. Nó đơn giản hóa quá trình mô hình hóa bằng tính năng chấp nhận các mục đích bệnh riêng rẽ nhau, chẳng hạn như dịch bệnh ở thành thị và nông thôn, rồi kết hợp chúng lại để thu được tỷ lệ hiện mắc ở cấp quốc gia. Vì nhiều nước ở những giai đoạn dịch tập trung phức tạp có thể có được đủ dữ liệu về số năm giám sát trọng điểm đối với những quần thể chủ chốt liên quan đến tình trạng phát triển đại dịch, nên EPP có thể cung cấp một khung tổ chức để đối chiếu và kết hợp những kết quả của các mức độ dịch khác nhau thành một đường cong phản ánh tỷ lệ hiện mắc ở cấp quốc gia. Ở những nước như Trung Quốc và Ấn Độ, nơi mà nhiều tỉnh còn lớn hơn nhiều nước khác, EPP có thể xử lý được sự đa dạng về mặt địa lý của đại dịch.

Mô hình Nhóm tham vấn UNAIDS cho phép kết hợp rất nhiều kiểu dạng đại dịch bằng việc thay đổi tham số. Điều quan trọng nhất là nó cho phép xác định số hiện mắc HIV được ổn định hóa ở những cấp độ cao, như đã được chứng kiến ở nhiều nước châu Phi. Số

hiện mắc HIV như vậy đòi hỏi phải xác định được phạm vi ảnh hưởng hiện thời của HIV để làm đối trọng với tỷ lệ tử vong do AIDS gây ra khi đại dịch tiếp tục tiến triển. Hàm gama không thể tái tạo được các mô hình dịch này bởi số mới mắc luôn giảm xuống =0 ngay sau khi tỷ lệ hiện mắc đạt tới đỉnh điểm.

Hạn chế

Những hạn chế chủ yếu của công cụ EPP có liên quan đến chất lượng và tính đại diện của những dữ liệu hiện có. Như bàn đến ở phần trên đối với dịch trong giai đoạn phổ biến, các số liệu cho khu vực nông thôn thường không đại diện nhiều lăm cho những quần thể nông thôn; cần phải có những cải tiến trong hệ thống quản lý dữ liệu để bảo đảm rằng dữ liệu có tính đại diện cho những quần thể liên quan. Các dữ liệu có tính đại diện thậm chí còn khó thu thập hơn tại những nơi đại dịch đang ở giai đoạn tập trung. Chẳng hạn, việc giám sát trọng điểm số hiện mắc HIV ở những người nghiện chích ma túy chỉ có thể thực hiện tại những cơ sở khám chữa bệnh ở các thành phố lớn hay trung tâm cai nghiện bắt buộc.

Mô hình phức tạp hơn này vừa có điểm mạnh, lại vừa có điểm yếu. Mô hình Nhóm tham vấn UNAIDS bản thân nó dựa vào một tập hợp các phương trình dịch tễ học tạo thành mô hình phơi nhiễm HIV – điều này có nghĩa là nó làm rất tốt trong việc kết hợp một loạt các dạng dịch HIV quan sát được trên thế giới. Các tham số của mô hình này có một cách thể hiện tương đối đơn giản như tỷ lệ tăng trưởng dịch hay tỷ lệ có nguy cơ nhiễm. Tuy nhiên, điều này có thể khiến người sử dụng suy diễn quá mức những ý nghĩa của các dãy tham số cụ thể. Đối với một số dữ liệu giám sát trọng điểm, có thể có nhiều tập hợp giá trị r , f_0 , t_0 , và Q có thể tạo ra những dãy khớp tương ứng, đặc biệt là với những giá trị r và f_0 rất khác nhau. Nhiều người sử dụng sẽ cố gắng suy diễn những giá trị này là có ý nghĩa thế giới thực. Chẳng hạn, tham số đối với phân số ban đầu về quần thể có nguy cơ f_0 có thể được suy diễn là thước đo mức nguy cơ trong một quần thể nào đó. Tuy nhiên, sự không chắc chắn về ước tính này có thể làm cho cách suy diễn này trở nên vô nghĩa. Như vậy, người sử dụng phải cẩn thận trước việc hiểu quá cứng nhắc về mô hình này.

3. Spectrum

Spectrum là một hệ thống mô hình hóa chính sách, có hai môđun để đưa ra ước tính HIV ở cấp quốc gia: DemProj (để dự báo theo nhân khẩu)¹²⁷ và AIM để dự báo về khía cạnh dịch tễ học¹²⁸. Spectrum phân tích các ước tính về số hiện mắc ở người trưởng thành lấy từ EPP hoặc Workbook và tính toán ra các chỉ số khác như số người nhiễm, số nhiễm mới, số ca ở giai đoạn AIDS, số tử vong do AIDS, số người cần điều trị và số trẻ mồ côi. Những tính toán này có thể dựa vào các dự báo nhân khẩu quốc gia hay những ước tính và dự báo cho các nhóm quần thể. Những mô hình này mô tả sự tiến triển từ khi nhiễm bệnh đến khi tử vong, sự phân bố phơi nhiễm theo tuổi và giới tính, sự lây truyền nhiễm HIV từ mẹ sang con, ảnh hưởng

¹²⁷ Stover, J. (2007). "DemProj. A computer program for making population projections." Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative

¹²⁸ Stover, J. (2007). "AIM. A computer program for making HIV/AIDS projections and examining the social and economic impacts of AIDS." Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative

của HIV đến khả năng sinh sản và ảnh hưởng của phương pháp điều trị ARV¹²⁹.

Chương trình Spectrum quy nạp ảnh hưởng của AIDS vào dự báo nhân khẩu thông qua các bước sau:

1. Số hiện mắc HIV ước tính được sử dụng để xác định số người lớn bị nhiễm HIV vào một năm nào đó.
2. Số mới mắc HIV được tính toán như là số ca nhiễm mới cần phải có để đạt được một mức hiện mắc quy định nào đó.
3. Số nhiễm mới được phân bổ theo độ tuổi và giới tính ứng
4. Số ca nhiễm mới chuyển sang giai đoạn AIDS và chết
5. Số tử vong do AIDS được thêm vào số tử vong do những bệnh khác ngoài AIDS để xác định tổng số tử vong chuyên biệt theo tuổi tác và giới tính vào mỗi năm.
6. Số phụ nữ nhiễm HIV được sử dụng để tính toán số trẻ em sinh ra trong tình trạng nhiễm HIV.
7. Số trẻ em chuyển sang giai đoạn AIDS và chết theo các mô hình được xây dựng ngoại sinh.
8. Số trẻ mồ côi do AIDS được tính toán từ số ca tử vong do AIDS ở người lớn là nam giới và nữ giới và mô hình sinh nở con trai – con gái qua thời gian.

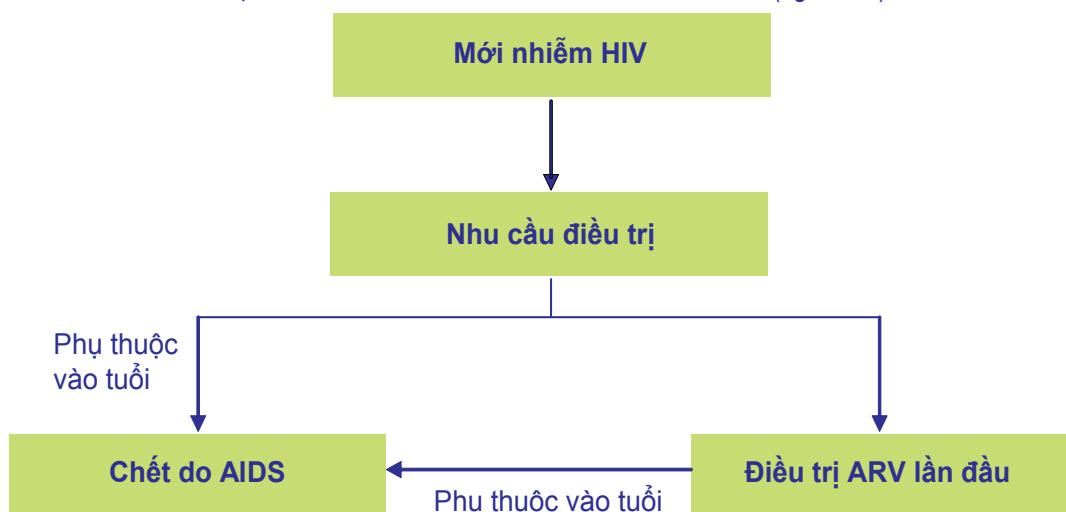
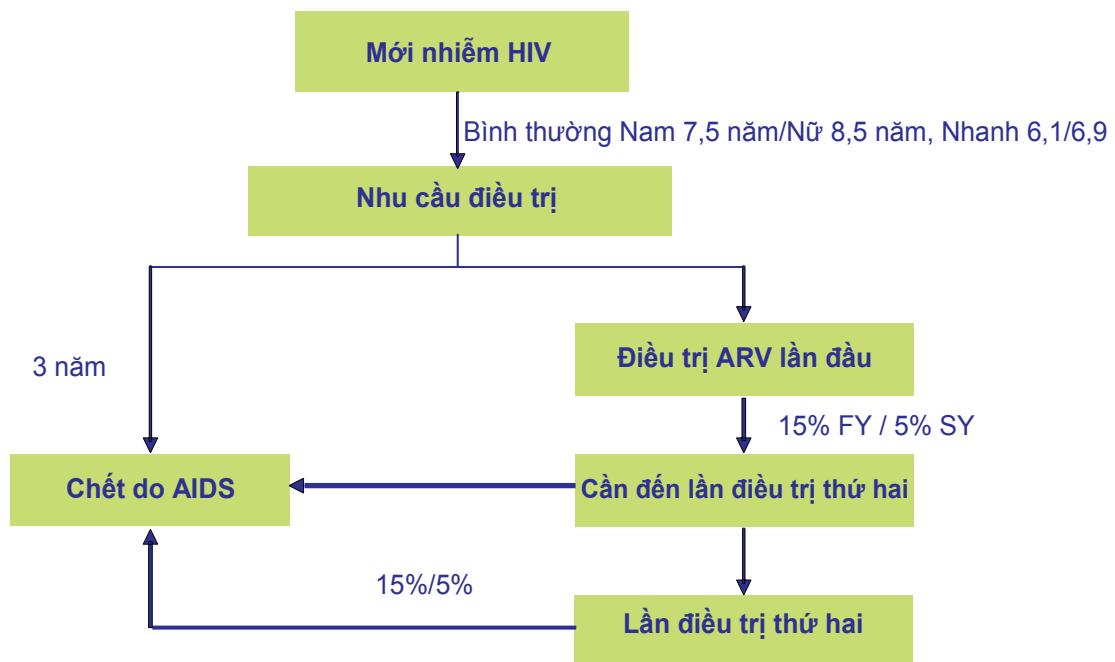
Kết quả đầu ra cuối cùng của chương trình Spectrum là một tập hợp những chỉ số nhân khẩu và HIV/AIDS bao gồm:

1. Số người lớn nhiễm HIV, theo giới
2. Số trẻ em dưới 15 tuổi nhiễm HIV
3. Số ca mới nhiễm HIV
4. Số ca AIDS mới
5. Số tử vong do AIDS
6. Số trẻ mồ côi do AIDS

4. Mô hình dịch châu Á (AEM)

Đại dịch HIV ở châu Á có nhiều điểm tương đồng và

¹²⁹ Health Policy Initiative (2007). "Spectrum - Quick Start Tutorial."



mô hình tổng thể của đại dịch HIV có xu hướng nhất quán trong toàn khu vực. Mô hình dịch châu Á được xây dựng thành một công cụ chính sách dựa vào các mô hình chung của khu vực về mức phổ biến HIV¹³⁰. Mô hình này phân tích những quần thể chủ chốt chịu ảnh hưởng của đại dịch HIV ở châu Á: khách làng chơi và gái mại dâm, người nghiện chích ma túy, nam giới quan hệ tình dục đồng tính và vợ của những người đàn ông có nguy cơ cao nhất. Sử dụng những dữ liệu

chuyên biệt từng nước về quy mô và hành vi của các nhóm này, mô hình có thể mô phỏng quá trình truyền nhiễm HIV từ một người sang một người khác thông qua tình dục không an toàn, dùng chung kim tiêm và lây truyền từ mẹ sang con. Điều này cho phép xây dựng các mô hình chuyên biệt quốc gia để xử lý được tính đa dạng của các yếu tố chi phối mức độ dịch tại những nước khác nhau trong khu vực¹³¹.

Một đặc điểm quan trọng của Mô hình AEM là nó đối

¹³⁰ Brown, T. and W. Peerapatanaopokin (2004). "The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia." Sex Transm Infect 80 Suppl 1: i19-24

¹³¹ The commission on Aids in Asia (2008). "Redefining Aids in Asia: Crafting an effective response." Oxford University Press.

chiếu trực tiếp những tính toán của mình về các cấp độ HIV với các xu hướng quan sát được và đây là một cơ chế kiểm tra rất quan trọng về việc mô hình có thể mô phỏng lại các xu hướng thực tế tốt đến mức nào. Các ứng dụng của AEM đã tạo ra sự thống nhất gần sát giữa các xu hướng HIV dự báo và các xu hướng HIV quan sát được trong những môi trường đa dạng như Campuchia, Thái Lan, Jakarta (Indônêxia), Thành phố Hồ Chí Minh (Việt Nam), và Quảng Tây và Vân Nam (Trung Quốc).

Tình huống này được xây dựng dựa trên những kết quả của một nghiên cứu rà soát những thông tin quan trọng về HIV và những hành vi chi phối sự tiến triển của HIV ở Thành phố Hồ Chí Minh, bao gồm:

- Kích thước của các nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất, như gái mại dâm, khách làng chơi, người nghiện chích ma túy, nam giới quan hệ tình dục đồng tính.
- Ước tính về những cấp độ hành vi rủi ro trong quá

Áp dụng

Nước	Phương pháp
Việt Nam ¹⁴	<p>Năm 2005 ở Việt Nam, Dự án phân tích và vận động (A2 - Analysis and Advocacy) ở Thành phố Hồ Chí Minh ban đầu đã tiến hành một cuộc rà soát kỹ lưỡng đối với mọi dữ liệu sinh học và hành vi HIV từ trước tới nay và hiện nay để đưa một cơ sở bằng chứng vững chắc cho việc ra quyết định và hoạch định chiến lược về đại dịch HIV. Cuộc rà soát này hướng vào tìm hiểu những yếu tố đang chi phối mức độ dịch trong thành phố và phân tích diện bao phủ và ảnh hưởng của những phản ứng trước đó.</p> <p>Để xác định những cách thức nâng cao khả năng phản ứng trong tương lai, Mô hình dịch châu Á (AEM) đã được áp dụng để xây dựng một kịch bản về những hướng có thể xảy ra của đại dịch nếu như các chương trình vẫn đi theo tiến độ như ngày nay và, kết hợp với mô hình GOALS, phân tích ảnh hưởng của các phương án ngăn ngừa và mở rộng diện phân bố nguồn lực. Cả mô hình GOALS lẫn mô hình AEM đều đã được sử dụng thành công trong một số môi trường quốc tế nhằm giúp các nước dự báo về tình hình dịch nước mình và phân bổ nguồn lực hiệu quả hơn.</p>
Thái Lan ¹⁵	<p>Các số liệu về tỷ lệ hiện mắc HIV và hành vi của các nhóm đối tượng nghiện chích ma túy, gái mại dâm, quần thể cung nam và nữ, xác suất truyền từ nam sang nữ, năm đại dịch bắt đầu hoành hành được sử dụng làm đầu vào cho mô hình AEM. Để xác định xem tham số nào là phù hợp nhất, các tham số đã được điều chỉnh và kết quả về số hiện mắc của mô hình này được đối chiếu với tỷ lệ mắc hiện hành từ nguồn dữ liệu dịch tễ học đối với mỗi nhóm quần thể nhỏ chủ chốt.</p>

khứ và hiện tại, như số lượng bạn tình, việc sử dụng bao cao su, tần suất dùng chung kim tiêm ở những người nghiện chích ma túy, v.v...

- Ước tính về những cấp độ lây nhiễm HIV và các bệnh lây qua đường tình dục khác ở các nhóm quần thể có nguy cơ cao nhất và quần thể chung.

Mô hình này dự báo về các xu hướng HIV trong tương lai dựa vào kích thước các nhóm quần thể và những hành vi có nguy cơ làm nguồn dữ liệu đầu vào. Điều này giúp tạo nên một công cụ mạnh để phân tích chính sách, dự báo về kết quả của những bối cảnh dữ liệu đầu vào khác nhau. Bằng cách ước tính mức độ thay đổi hành vi do kết quả của các gói chương trình ngăn ngừa khác nhau, người sử dụng mô hình này cũng có thể phân tích tính hiệu quả của những phương án lựa chọn chương trình đối với các xu hướng dịch trong tương lai. Việc kết hợp các số liệu về tính hiệu quả với các ước tính về chi phí của việc ngăn ngừa cũng mang đến một định hướng quý giá cho việc tối đa hóa tính hiệu quả của những câu trả lời.

Mô hình dịch châu Á là một mô hình thuật toán quy nạp các hình thái lây nhiễm HIV chủ yếu ở châu Á (mại dâm, hành vi tình dục đồng tính, dùng chung kim tiêm, tình dục không an toàn, lây truyền từ chồng sang vợ và lây truyền từ mẹ sang con). Một số câu hỏi quan trọng mà AEM giúp trả lời là:

- Liệu các chương trình của chúng ta có tập trung đúng chỗ hay không?
- Liệu các chương trình trước đây của chúng ta có ảnh hưởng gì đến tình hình dịch hay không?
- Chúng ta cần có cấp độ thay đổi hành vi nào để đảo ngược tình hình dịch?
- Chúng ta phải có kế hoạch tạo ra những ảnh hưởng lớn đến mức nào?

Hạn chế chủ yếu của mô hình này là cần phải có một khối lượng lớn các số liệu hành vi và dịch tễ học làm nguồn đầu vào mới có thể tính toán được các xu hướng HIV trong tương lai và đưa ra những

xu hướng thực tế để so sánh những xu hướng tính toán được này.

Hai trong số những công cụ này đã được dự dụng để xây dựng các dự báo HIV ở Việt Nam: EPP và AEM. EPP có thể dự báo về tình hình dịch bằng cách sử dụng các dữ liệu về số hiện mắc HIV và kích thước quần thể, trong khi AEM không chỉ sử dụng các dữ liệu về số hiện mắc HIV và quy mô quần thể, mà còn các dữ liệu về hành vi. Do đặc điểm đó mà AEM hiện chưa được triển khai trên toàn Việt Nam vì không có các số liệu về xu hướng hành vi (một nguồn dữ liệu đầu vào quan trọng). Vì vậy, EPP là công cụ thích hợp hơn cho công tác xây dựng các ước tính và dự báo về tình hình dịch HIV ở cấp độ toàn quốc. Khi kết quả dự báo do EPP đưa ra được hoàn tất, nó có thể được nhập vào SPECTRUM để thu được dữ liệu về số hiện mắc HIV dự báo ở các nhóm quần thể khác nhau. Những dữ liệu này được sử dụng làm dữ liệu đầu vào để lập mô hình những ảnh hưởng kinh tế của HIV/AIDS đến hộ gia đình.

PHỤ LỤC 4. CÁC ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU CỦA MẪU CÁC HỘ GIA ĐÌNH VÀ NGƯỜI NHIỄM HIV

Bảng 1. Các đặc điểm nhân khẩu của mẫu

Các đặc điểm nhân khẩu	Bình quân	Người có HIV		Người không có HIV	
		Tần suất	%	Tần suất	%
Tuổi	Bình quân		$29,5 \pm 7,9$		$31,4 \pm 21,1$
Nhóm tuổi	0-14	27	4,6	294	22,3
	15-60	552	94,8	820	62,2
	60+	3	0,5	202	15,3
Giới	Nam	350	60,1	605	45,9
	Nữ	232	39,9	710	53,8
Trình độ văn hóa	Không biết chữ	20	3,4	100	7,6
	Tiểu học	112	19,2	279	21,2
	THCS	261	44,8	397	30,1
	THPT	127	21,8	287	21,8
	CĐ/DH	23	4,0	68	5,2
	Khác	13	2,2	64	4,9
Dân tộc	Kinh	523	89,9	1212	91,9
	Dân tộc khác	59	10,1	107	8,1
Tình trạng hôn nhân	Hôn nhân	226	38,8	613	46,5
	Độc thân	170	29,2	304	23,0
	Góa	69	11,9	114	8,6
	Ly dị	18	3,1	29	2,2
	Ly thân	15	2,6	10	0,8
	Chung sống	36	6,2	25	1,9

Bảng 2. Điều kiện sống của mẫu hộ gia đình

Đặc điểm	Hộ không có HIV				Hộ có HIV			
	Thành thị		Nông thôn		Thành thị		Nông thôn	
	N=276	%	N=177	%	N=285	%	N=168	%
Quy mô gia đình (bình quân)	$3,9 \pm 1,4$		$3,8 \pm 1,2$		$4,2 \pm 1,8$		$4,1 \pm 1,7$	
Thiếu thực phẩm	12	4,3	10	5,6	45	15,8	30	17,9
Điều kiện nhà ở								
Nhà kiên cố	123	44,6	51	28,8	118	41,4	29	17,3
Nhà bán kiên cố	133	48,2	106	59,9	141	49,5	118	70,2
Nhà tạm	16	5,8	19	10,7	23	8,1	21	12,5
Khác	2	0,7	1	0,6	1	0,4	-	-
Tổng diện tích (m^2)	$71,6 \pm 72,5$		$76,2 \pm 91,1$		$69,6 \pm 137,2$		$61,8 \pm 47,5$	
Sở hữu nhà								
Có nhà riêng	213	77,2	155	87,6	225	78,9	126	75,0
Thuê nhà	53	19,2	20	11,3	38	13,3	26	15,5
Ở nhờ	8	2,9	2	1,1	21	7,4	16	9,5
Nguồn nước								
Ao/sông/suối	3	1,1	6	3,4	3	1,1	9	5,4
Giếng khơi	5	1,8	8	4,5	7	2,5	12	7,1
Giếng khoan	42	15,2	36	20,3	53	18,6	43	25,6
Nước vòi	200	72,5	110	62,1	194	68,1	89	53,0
Khác	24	8,7	17	9,6	27	9,5	14	8,3
Đồ đạc								
Tivi	269	97,5	168	94,9	268	94,0	154	91,7
Tủ lạnh	215	77,9	104	58,8	183	64,2	81	48,2
Máy giặt	151	54,7	63	35,6	110	38,6	29	17,3
Ví tính	122	44,2	33	18,6	78	27,4	15	8,9
Điện thoại DĐ	253	91,7	143	80,8	233	81,8	123	73,2
Điều hòa	67	24,3	27	15,3	38	13,3	6	3,6
Bếp điện/gas	242	87,7	137	77,4	217	76,1	111	66,1
Ấm đun nước	98	35,5	35	19,8	68	23,9	14	8,3
Khác	25	9,1	10	5,6	52	18,2	26	15,5
Phương tiện đi lại								
Xe đạp	128	46,4	78	44,1	134	47,0	72	42,9
Xe máy	245	88,8	146	82,5	224	78,6	121	72,0
Thuyền	0	0,0	2	1,1	0	0,0	1	0,6
Ô tô/xe tải	12	4,3	3	1,7	3	1,1	0	0,0
Không có khu vệ sinh riêng	14	5,1	14	7,9	14	4,9	22	13,1
Số người chết trong 12 tháng qua	9 (0,51%)				45 (2,33%)			

PHỤ LỤC 5. CÁC SỐ LIỆU KINH TẾ - XÃ HỘI VỀ HỘ GIA ĐÌNH

Bảng 1a. *Thu nhập trung bình của hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV và hộ không bị ảnh hưởng theo nhóm (Đơn vị: triệu VND)*

Hộ gia đình bị ảnh hưởng của HIV						
Nguồn thu nhập	Tổng	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Trồng trọt	0,63	0,86	0,98	0,81	0,60	0,00
Chăn nuôi	0,63	0,27	0,55	0,60	1,20	0,50
Buôn bán	13,76	2,21	5,63	7,28	12,58	37,75
Làm công ăn lương	28,03	3,23	10,21	17,18	31,02	72,23
Lương hưu/học bổng	7,87	0,36	4,78	6,70	7,36	18,80
Nguồn khác	12,33	1,49	3,69	8,16	8,97	36,28
Tổng	66,04	8,42	25,84	40,72	61,75	178,17
Hộ gia đình không bị ảnh hưởng của HIV						
	Tổng	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Trồng trọt	1,99	1,51	0,72	0,57	0,00	7,16
Chăn nuôi	1,22	0,28	1,03	0,40	0,16	4,29
Buôn bán	16,29	2,18	6,68	9,32	12,11	50,52
Làm công ăn lương	41,58	5,23	23,22	35,27	45,84	96,01
Lương hưu/học bổng	7,47	1,48	5,13	4,72	6,18	19,78
Nguồn khác	15,75	1,77	3,47	3,39	13,87	55,98
Tổng	84,29	12,44	40,24	53,67	78,17	233,74

Bảng 1b. So sánh mức thu nhập bình quân đầu người (Đơn vị: triệu VND)

Nhóm		Lần quan sát	Trung bình	95% CI		t	p
Toàn bộ	Hộ không có HIV	453	21,7	18,8	24,6		
	Hộ có HIV	453	15,8	13,2	18,3	2,99	< 0,01
	Kết hợp	906	18,7	16,8	20,7		
Thành thị	Hộ không có HIV	276	24,3	20,1	28,5		
	Hộ có HIV	285	16,0	12,9	19,1	3,15	< 0,01
	Kết hợp	561	20,1	17,5	22,7		
Nông thôn	Hộ không có HIV	177	17,7	14,0	21,3		
	Hộ có HIV	168	15,4	10,8	20,0	0,76	> 0,05
	Kết hợp	345	16,6	13,7	19,5		

Trong những hộ có HIV	Không có người nghiện chích	221	14,1	11,0	17,3		
	Có người nghiện chích	232	17,3	13,3	21,3	-1,22	> 0,05
	Kết hợp	453	15,8	13,2	18,3		
Hộ có HIV ở thành thị	Không có người nghiện chích	147	15,5	11,4	19,7		
	Có người nghiện chích	138	16,5	11,9	21,1	-0,31	> 0,05
	Kết hợp	285	16,0	12,9	19,1		
Hộ có HIV ở nông thôn	Không có người nghiện chích	74	11,4	6,8	16,0		
	Có người nghiện chích	94	18,5	11,2	25,9	-1,54	> 0,05
	Kết hợp	168	15,4	10,8	20,0		

Bảng 2. Thu nhập trung bình của những hộ gia đình có HIV và không có HIV ở khu vực thành thị và nông thôn (Đơn vị: triệu VND)

Nguồn thu nhập	Thành thị		Nông thôn	
	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV
Trồng trọt	1,87	0,39	2,17	1,05
Chăn nuôi	0,44	0,30	2,42	1,18
Buôn bán	17,98	16,40	13,66	9,29
Làm công ăn lương	41,03	25,06	42,43	33,07
Lương hưu/học bổng	10,35	8,34	2,97	7,07
Nguồn khác	22,39	14,44	5,41	8,75
Tổng	94,06	64,93	69,06	67,91

Bảng 3. *Thu nhập trung bình của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có người sử dụng ma túy và không có người sử dụng ma túy (Đơn vị: triệu VND)*

Nguồn thu nhập	Gia đình có người sử dụng ma túy	Gia đình không có người sử dụng ma túy
Trồng trọt	0,35	0,93
Chăn nuôi	0,28	0,99
Buôn bán	15,35	12,10
Làm công ăn lương	30,29	25,66
Lương hưu/học bổng	8,30	7,42
Nguồn khác	15,04	9,49
Tổng	75,05	56,58

Bảng 4. *Thu nhập hộ gia đình trung bình ở các tỉnh trong giai đoạn dịch sớm và muộn*

Nguồn thu nhập	<i>Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn dịch sớm</i>		<i>Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn dịch muộn</i>	
	HIV	Không HIV	HIV	Không HIV
Trồng trọt	1,97	1,39	0,43	2,08
Chăn nuôi	1,19	1,74	0,54	1,14
Buôn bán	4,62	8,96	15,11	17,39
Làm công ăn lương	9,84	17,22	30,70	45,22
Lương hưu/học bổng	8,84	5,45	7,73	7,77
Nguồn khác	1,62	0,75	13,91	18,00
Tổng	28,08	35,51	71,61	91,59

Bảng 5. *Thu nhập trung bình của những hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV có thành viên tham gia nhóm tự hỗ trợ và hộ không có thành viên tham gia (Đơn vị: triệu VND)*

Nguồn thu nhập	Tham gia vào nhóm tự lực	Không tham gia vào nhóm tự lực
Trồng trọt	1,02	0,31
Chăn nuôi	0,61	0,69
Buôn bán	8,88	18,49
Làm công ăn lương	26,72	29,60
Lương hưu/học bổng	8,93	7,35
Nguồn khác	11,69	13,23
Tổng	64,34	69,66

**Bảng 6. Thu nhập trung bình bị mất do bệnh tật
hoặc người chăm sóc không thể làm việc (Đơn vị: triệu VND)**

Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV						
<i>Lý do giảm thu nhập</i>	<i>Tổng số</i>	<i>Nghèo nhất</i>	<i>Cận nghèo</i>	<i>Bậc trung</i>	<i>Cận giàu</i>	<i>Giàu nhất</i>
Tổng chi phí cho bệnh tật	13,05	12,51	12,92	14,12	11,99	12,31
Chi phí trực tiếp cho y tế	5,27	5,22	5,09	4,49	5,76	4,52
Bảo hiểm	0,62	0,36	0,19	1,36	0,05	0,64
Chi phí gián tiếp cho y tế	7,16	6,93	7,64	8,27	6,18	7,16
Gánh nặng của bệnh tật						
Số ngày làm việc người chăm sóc bị mất	74,8	80,0	92,4	81,3	60,0	66,0
Số ngày làm việc người bệnh bị mất	93,2	82,5	86,9	112,6	84,8	102,0
Các giai đoạn của bệnh tật	2,66	2,47	2,95	3,91	2,29	1,51
Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV						
	<i>Tổng</i>	<i>Nghèo nhất</i>	<i>Cận nghèo</i>	<i>Bậc trung</i>	<i>Cận giàu</i>	<i>Giàu nhất</i>
Tổng chi phí cho bệnh tật	7,62	7,36	8,53	7,80	5,66	8,23
Chi phí trực tiếp cho y tế	2,93	2,66	3,63	1,93	3,08	3,40
Bảo hiểm	0,28	0,41	0,24	0,12	0,56	0,11
Chi phí gián tiếp cho y tế	4,41	4,29	4,65	5,75	2,03	4,72
Gánh nặng của bệnh tật						
Số ngày làm việc người chăm sóc bị mất	56,6	53,0	61,5	76,0	18,8	63,8
Số ngày làm việc người bệnh bị mất	46,9	47,6	47,7	58,8	28,8	46,9
Các giai đoạn của bệnh tật	2,36	2,16	2,31	2,75	3,23	1,61

Bảng 7a. Chi phí trung bình hàng năm giữa những hộ có HIV và hộ không có HIV (Đơn vị: triệu VND)

Các loại chi phí	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV			Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV		
	Thành thị	Nông thôn	Tổng	Thành thị	Nông thôn	Tổng
Chi phí thực phẩm	41,734	47,803	43,983	50,039	49,029	49,644
Chi phí sinh hoạt (điện/nước)	4,347	2,547	3,680	4,726	3,008	4,054
Thuê nhà	1,312	1,243	1,287	2,565	0,958	1,936
Giáo dục	4,591	2,334	3,754	7,825	4,676	6,593
Khác	3,740	2,520	3,288	5,521	3,838	4,863
Tổng chi phí định kỳ hàng tháng	55,722	56,447	55,991	70,677	61,509	67,091
Xây dựng/sửa chữa nhà cửa	11,554	7,587	10,084	34,631	13,540	26,382
Chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe	3,870	2,637	3,413	1,420	1,115	1,301
Mua tải sản trong gia đình	1,082	0,562	0,889	1,946	0,674	1,448
Chi phí tham quan/du lịch	0,313	0,120	0,242	1,373	0,271	0,942
Khác	2,145	1,134	1,770	2,784	1,586	2,315
Tổng chi phí không định kỳ	18,964	12,041	16,399	42,155	17,185	32,389
Tổng	74,687	68,488	72,390	112,831	78,693	99,479

Bảng 7b. So sánh chi phí bình quân đầu người (Đơn vị: triệu VND)

Nhóm		Lần quan sát	Bình quân	95% CI		t	p
Toàn bộ	Hộ không có HIV	453	25,8	20,2	31,4		
	Hộ có HIV	453	18,5	15,0	21,9	2,18	< 0,01
	Kết hợp	906	22,1	18,8	25,4		
Thành thị	Hộ không có HIV	276	28,7	20,0	37,3		
	Hộ có HIV	285	18,9	14,3	23,6	1,96	< 0,05
	Kết hợp	561	23,7	18,9	28,6		
Nông thôn	Hộ không có HIV	177	21,2	16,4	26,1		
	Hộ có HIV	168	17,7	12,7	22,6	1,02	> 0,05
	Kết hợp	345	19,5	16,0	22,9		
Trong những hộ có HIV	Không có người nghiện chích	221	18,0	12,1	24,0		
	Có người nghiện chích	232	18,9	15,1	22,6	-0,24	> 0,05
	Kết hợp	453	18,5	15,0	21,9		
Hộ có HIV ở thành thị	Không có người nghiện chích	147	20,3	11,9	28,7		
	Có người nghiện chích	138	17,5	13,7	21,3	0,59	> 0,05
	Kết hợp	285	18,9	14,3	23,6		
Hộ có HIV ở nông thôn	Không có người nghiện chích	74	13,5	7,3	19,7		
	Có người nghiện chích	94	20,9	13,5	28,3	-1,47	> 0,05
	Kết hợp	168	17,7	12,7	22,6		

Bảng 8. Chi phí trung bình của hộ gia đình theo nhóm thu nhập (Đơn vị: triệu VND)

Chi phí	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV					Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				
	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Định kỳ										
Chi phí thực phẩm	39,87	38,57	30,14	42,90	98,57	35,15	19,11	24,02	34,58	98,78
Chi phí sinh hoạt (điện/nước)	2,29	3,32	3,96	4,22	6,42	2,32	2,08	3,38	3,96	6,27
Thuê nhà	1,28	0,39	2,00	2,66	3,12	0,30	1,41	1,54	1,48	1,61
Giáo dục	4,65	4,49	5,63	8,58	9,47	2,25	3,95	2,63	4,73	5,03
Khác	2,81	3,90	3,32	5,39	9,03	1,69	2,15	3,15	3,86	5,18
Tổng chi phí định kỳ hàng tháng	50,90	50,67	45,05	63,74	126,61	41,71	28,70	34,72	48,61	116,87
Không định kỳ										
Xây dựng/sửa chữa nhà cửa	8,47	11,62	11,83	69,64	29,89	1,85	0,96	10,18	12,12	23,59
Chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe	1,06	1,79	1,02	1,50	1,23	3,23	2,59	3,24	4,24	3,77
Mua tài sản trong gia đình	0,67	0,64	0,42	3,34	2,19	0,40	0,09	0,22	1,38	1,98
Chi phí tham quan/du lịch	0,28	0,14	0,93	0,22	3,06	0,08	0,00	0,05	0,24	0,76
Khác	1,57	1,77	2,15	2,58	3,46	1,40	1,23	1,75	2,23	2,19
Tổng chi phí không định kỳ	12,04	15,95	16,35	77,28	39,84	6,97	4,87	15,44	20,21	32,28
Tổng	62,94	66,62	61,40	141,02	166,45	48,68	33,57	50,16	68,82	149,15

**Bảng 9. Phân bổ chi phí cho các loại chi phí khác nhau theo nhóm thu nhập
(tỷ lệ phần trăm chi phí trong tổng số)**

Chi phí	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV					Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				
	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bậc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Định kỳ										
Chi phí thực phẩm	63,3	57,9	49,1	30,4	59,2	72,2	56,9	47,9	50,2	66,2
Chi phí sinh hoạt (điện/nước)	3,6	5,0	6,4	3,0	3,9	4,8	6,2	6,7	5,8	4,2
Thuê nhà	2,0	0,6	3,3	1,9	1,9	0,6	4,2	3,1	2,2	1,1
Giáo dục	7,4	6,7	9,2	6,1	5,7	4,6	11,8	5,2	6,9	3,4
Khác	4,5	5,9	5,4	3,8	5,4	3,5	6,4	6,3	5,6	3,5
Tổng chi phí định kỳ hàng tháng	80,9	76,1	73,4	45,2	76,1	85,7	85,5	69,2	70,6	78,4
Không định kỳ										
Xây dựng/sửa chữa nhà cửa	13,5	17,4	19,3	49,4	18,0	3,8	2,9	20,3	17,6	15,8
Chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe	1,7	2,7	1,7	1,1	0,7	6,6	7,7	6,5	6,2	2,5
Mua tài sản trong gia đình	1,1	1,0	0,7	2,4	1,3	0,8	0,3	0,4	2,0	1,3
Chi phí tham quan/du lịch	0,4	0,2	1,5	0,2	1,8	0,2	0,0	0,1	0,3	0,5
Khác	2,5	2,7	3,5	1,8	2,1	2,9	3,7	3,5	3,2	1,5
Tổng chi phí không định kỳ	19,1	23,9	26,6	54,8	23,9	14,3	14,5	30,8	29,4	21,6
Tổng	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Table 10. Chi phí trung bình của các hộ gia đình theo giai đoạn dịch (triệu VND)

Các loại chi phí	Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn sớm của dịch		Hộ gia đình ở những tỉnh trong giai đoạn muộn của dịch	
	Hộ có HIV	Hộ không có HIV	Hộ có HIV	Hộ không có HIV
Chi phí thực phẩm	15,91	33,78	48,12	51,99
Chi phí sinh hoạt (điện/nước)	1,04	2,30	4,06	4,31
Thuê nhà	0,05	0,09	1,45	2,21
Giáo dục	2,12	4,55	4,02	6,90
Khác	3,95	2,40	3,17	5,23
Tổng chi phí định kỳ hàng tháng	23,08	43,11	60,82	70,64
Xây dựng/sửa chữa nhà cửa	2,31	34,64	11,28	25,16
Chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe	3,19	1,42	3,47	1,28
Mua tài sản trong gia đình	1,30	0,66	0,80	1,57
Chi phí tham quan/du lịch	0,04	0,00	0,27	1,08
Khác	2,54	3,14	1,67	2,19
Tổng chi phí không định kỳ	9,39	39,85	17,49	31,29
Tổng	32,47	82,96	78,32	101,92

Bảng 11. So sánh chi phí y tế bình quân hộ gia đình (Đơn vị: triệu VND)

Nhóm		Lần quan sát	Bình quân	95% CI		t	p
Toàn bộ	Hộ không có HIV	453	1,1	0,8	1,4		
	Hộ có HIV	453	3,3	2,5	4,0	-5,40	< 0,01
	Kết hợp	906	2,2	1,8	2,6		
Thành thị	Hộ không có HIV	276	1,1	0,8	1,5		
	Hộ có HIV	285	3,3	2,4	4,3	-4,21	< 0,01
	Kết hợp	561	2,2	1,7	2,8		
Nông thôn	Hộ không có HIV	177	1,0	0,5	1,5		
	Hộ có HIV	168	3,2	2,0	4,4	-2,23	< 0,01
	Kết hợp	345	2,1	1,4	2,7		
Trong những hộ có HIV	Không có người nghiện chích	221	2,2	1,7	2,8		
	Có người nghiện chích	232	4,3	2,9	5,6	-2,72	< 0,01
	Kết hợp	453	3,3	2,5	4,0		
Hộ có HIV ở thành thị	Không có người nghiện chích	147	2,5	1,7	3,3		
	Có người nghiện chích	138	4,2	2,4	5,9	-1,76	< 0,05
	Kết hợp	285	3,3	2,4	4,3		
Hộ có HIV ở nông thôn	Không có người nghiện chích	74	1,7	1,1	2,3		
	Có người nghiện chích	94	4,4	2,3	6,5	-2,20	< 0,01
	Kết hợp	168	3,2	2,0	4,4		

Bảng 12. Khả năng chi trả chi phí chăm sóc y tế cho người ốm trong gia đình (%)

Khả năng chi trả	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV
Có khả năng chí trả toàn bộ chi phí	61,22	80,48
Chỉ có thể chi trả được một phần	26,59	14,74
Không thể chi trả	12,2	4,78

Bảng 13. Thay đổi mô hình lao động theo các giai đoạn của đại dịch HIV

Nghề nghiệp	Giai đoạn muộn				Giai đoạn sớm			
	Nghề nghiệp trước khi bị nhiễm HIV		Nghề nghiệp hiện tại của người nhiễm HIV		Nghề nghiệp trước khi bị nhiễm HIV		Nghề nghiệp hiện tại của người nhiễm HIV	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Làm việc bên ngoài								
Nông nghiệp	13	18,57	14	18,92	9	1,93	5	1,04
Công nghiệp	14	20	7	9,46	60	12,88	28	5,82
Thương mại	9	12,86	9	12,16	58	12,45	46	9,56
Cán bộ, công chức	1	1,43			17	3,65	13	2,7
Lái xe	3	4,29	4	5,41	25	5,36	11	2,29
Dịch vụ giải trí					21	4,51	12	2,49
Làm nghề tự do	20	28,57	10	13,51	167	35,84	134	27,86
Tổng	60	85,72	44	59,46	357	76,62	249	51,76
Dừng làm việc hoặc nội trợ								
Nội trợ	2	2,86	1	1,35	13	2,79	22	4,57
Nghỉ hưu							1	0,21
Không thể làm việc			1	1,35			20	4,16
Thất nghiệp	3	4,29	13	17,57	30	6,44	85	17,67
Tổng	5	7,15	15	20,27	43	9,23	128	26,61
Khác	1	1,43	1	1,35	40	8,58	36	7,48
Học sinh/sinh viên	4	5,71	4	5,41	22	4,72	22	4,57
Đồng đẳng viên			10	13,51	4	0,86	46	9,56

Bảng 14. Lý do dừng làm việc ở những người có HIV

Lý do dừng làm việc	Tần suất (SL)	Phần trăm
Quá ốm để làm việc	51	62,2
Bị đuổi việc	0	0,0
Vô mệt sức	2	2,4
Bị kỳ thị ở nơi làm việc	6	7,3
Phải đi cai nghiện	6	7,3
Bỏ việc vì sợ bị kỳ thị	2	2,4
Phải chăm sóc những người có HIV trong gia đình	2	2,4
Không muốn làm việc	3	3,7
Không kiếm được công việc nào	6	7,3

Bảng 15. Tỷ lệ tham gia vào lực lượng lao động theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	Người có HIV		Người không có HIV			
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
0-14	5,9	0	3,1	1,6	0,6	2,4
15-60	67,6	83,0	80,9	88,7	87,2	87,7
>60	33,3	0	22,6	49,1	23,4	46,5

**Bảng 16. Giá trị trung bình của các khoản tiết kiệm và đầu tư
của hộ gia đình theo nhóm thu nhập (Đơn vị: triệu VND).**

	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV					Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV				
	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bắc trung	Cận giàu	Giàu nhất	Nghèo nhất	Cận nghèo	Bắc trung	Cận giàu	Giàu nhất
Tiết kiệm:										
Tiền mặt	1,83	0,97	1,95	3,52	17,27	0,67	0,03	1,01	2,29	5,22
Đồ trang sức	0,00	0,00	0,00	0,64	2,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Khác	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00
Tổng	1,83	0,97	1,95	4,15	19,72	0,67	0,08	1,01	2,29	5,22
Đầu tư:										
Vật nuôi	0,07	0,01	0,19	0,23	0,00	0,03	0,04	0,00	0,00	0,01
Chứng khoán/ Tín phiếu	0,01	0,01	0,00	0,01	2,64	0,03	0,04	0,00	0,00	0,01
Nhà/dất	0,80	0,03	0,00	5,52	131,10	0,07	0,09	0,00	0,00	0,02
Khác	0,02	0,55	6,73	0,46	2,20	0,07	0,09	0,00	0,00	0,02
Tổng	0,90	0,60	6,92	6,22	135,93	0,20	0,27	0,00	0,00	0,06

Bảng 17. Giá trị trung bình của các khoản tiết kiệm và đầu tư theo tình trạng HIV và khu vực sống (thành thị/nông thôn) (Đơn vị: triệu VND)

	Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV			Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		
	Tổng	Thành thị	Nông thôn	Tổng	Thành thị	Nông thôn
Tiết kiệm:						
Tiền mặt	5,153	4,515	6,150	1,911	2,003	1,757
Đồ trang sức	0,613	0,976	0,045	0,000	0,000	0,000
Khác	0,006	0,010	0,000	0,011	0,017	0,000
Tổng	5,772	5,501	6,195	1,922	2,020	1,757
Đầu tư:						
Vật nuôi	0,106	0,011	0,254	0,017	0,021	0,012
Chứng khoán/Tín phiếu	0,536	0,011	1,356	0,017	0,021	0,012
Nhà/đất	27,607	45,312	0,000	0,035	0,042	0,023
Khác	2,177	0,964	4,068	0,035	0,042	0,023
Tổng	30,426	46,297	5,678	0,104	0,125	0,070

**Bảng 18. Giá trị trung bình của các khoản tiết kiệm và đầu tư
giữa hộ gia đình có người nghiện chích ma túy và hộ không có theo khu vực sống (Đơn vị: triệu VND)**

	Hộ gia đình không có người nghiện chích ma túy			Hộ gia đình có người nghiện chích ma túy		
	Tổng	Thành thị	Nông thôn	Tổng	Thành thị	Nông thôn
Tiết kiệm:						
Tiền mặt	1,986	2,257	1,447	1,839	1,725	2,004
Đồ trang sức	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Khác	0,022	0,033	0,000	0,000	0,000	0,000
Tổng	2,008	2,290	1,447	1,839	1,725	2,004
Đầu tư:						
Vật nuôi	0,018	0,020	0,013	0,017	0,022	0,011
Chứng khoán /Tín phiếu	0,018	0,020	0,013	0,017	0,022	0,011
Nhà/đất	0,035	0,040	0,026	0,034	0,043	0,021
Khác	0,035	0,040	0,026	0,034	0,043	0,021
Tổng	0,106	0,119	0,079	0,103	0,130	0,063

Bảng 19. Giá trị trung bình của các khoản tiết kiệm và đầu tư giữa những hộ có thành viên tham gia nhóm tự lực và hộ gia đình không có người tham gia (Đơn vị: triệu VND)

	Tham gia nhóm hỗ trợ	Không tham gia nhóm hỗ trợ
Tiết kiệm:		
Tiền mặt	2,93	1,29
Đồ trang sức	0,00	0,00
Khác	0,00	0,02
Tổng	2,93	1,31
Đầu tư:		
Vật nuôi	0,03	0,01
Chứng khoán/Tín phiếu	0,03	0,01
Nhà/đất	0,05	0,02
Khác	0,05	0,02
Tổng	0,15	0,07

Bảng 20. Lý do không sử dụng một số loại thực phẩm thiết yếu thường xuyên

Lý do	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	Thành thị	Nông thôn	Thành thị	Nông thôn
Giá thực phẩm quá cao	20,2	30,4	13,6	28,0
Chợ quá xa nhà	0,4	0	0,4	2,8
Không có các loại thực phẩm đó ở chợ	3,6	3,6	4,7	2,1
Không thấy cần thiết	44,4	38,5	63,0	47,6
Khác	10,7	8,1	9,4	11,2

Bảng 21. Tỷ lệ những người có HIV đã từng bị kỳ thị và phân biệt theo khu vực sống

Những hình thái của kỳ thị và phân biệt đối với người bị bệnh	Thành thị		Nông thôn	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Lạm dụng lời nói	95	33,3	73	43,5
Tự nhận thức tiêu cực	197	69,1	100	59,5
Từ chối chăm sóc sức khỏe	57	20,0	22	13,1
Từ chối quyền	56	19,6	28	16,7
Xã hội xa lánh	54	18,9	42	25,0
Sợ lây bệnh	39	13,7	24	14,3
Kỳ thị nơi làm việc	36	12,6	11	6,5
Kỳ thị và phân biệt đối với trẻ em	14	9,0	8	8,5
Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình	61	21,4	24	14,3

Bảng 22. Phụ nữ có HIV góa chồng hoặc ly thân nói về sự kỳ thị của gia đình chồng

Biểu hiện của kỳ thị	Thành thị		Nông thôn		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đuối khỏi nhà chồng	5	18,5	8	66,7	13	33,3
Bị từ chối chia tài sản của chồng	15	55,6	9	75,0	24	61,5
Bị cấm về nhà mẹ đẻ	2	7,4	2	16,7	4	10,3
Không được phép tiếp xúc với con cái	0	0,0	1	8,3	1	2,6
Bị buộc từ bỏ quyền thừa kế	4	14,8	3	25,0	7	17,9
Bị buộc phải trả lại tài sản của gia đình	0	0,0	2	16,7	2	5,1

Bảng 23. Thông tin liên quan đến phòng chống lây truyền mẹ con được cung cấp cho phụ nữ

Hoạt động liên quan đến HIV và thai sản	Thành thị		Nông thôn	
	SL	%	SL	%
Phụ nữ được xét nghiệm HIV trước khi sinh	53	11,7	-	-
Phụ nữ nhiễm HIV hoặc vợ của những người có HIV có thai sau khi bản thân hoặc chồng nhiễm HIV	-	-	159	35,1
Được nghe về phòng chống lây truyền mẹ con	188	41,5	330	72,8
Biết về thuốc dự phòng lây truyền mẹ con	7	1,5	351	77,5
Bị ép buộc hoặc bị thuyết phục nạo thai	20	5,6	27	8,9

Bảng 24. Lý do trẻ phải rời khỏi trường học hoặc phải chuyển trường

Lý do	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng bởi HIV	
	SL	%	SL	%
Lý do trẻ em không được đến trường (Số có HIV=22, Số không có HIV =13)				
Không đủ khả năng chi trả tiền học phí	10	45,5	7	53,8
Phải ở nhà chăm sóc người ốm	1	4,5	0	0,0
Phải đi làm để tăng thu nhập cho gia đình	0	0,0	1	7,7
Phải làm công việc nhà	1	4,5	0	0,0
Bị ốm và không thể đến trường	3	13,6	1	7,7
Không có trường học	0	0,0	1	7,7
Bỏ học vì bị nhiễm HIV	1	4,5	0	0,0
Lý do chuyển trường (Số có HIV = 16, Số không có HIV = 21)				
Không chi trả được học phí của trường	4	25	1	4,8
Chương trình giáo dục tốt hơn	1	6,25	9	42,9
Chuyển cấp học cao hơn	2	12,5	3	14,3
Dễ dàng tiếp cận hơn	3	18,75	8	38,1
Bị đuổi học vì gia đình có người nhiễm HIV	2	12,5	0	0,0
Chuyển chỗ ở	3	18,75	7	33,3
Sợ bị phân biệt và kỳ thị	2	12,5	0	0,0

Bảng 25. Hộ gia đình tìm kiếm và nhận các dịch vụ hỗ trợ

Loại hỗ trợ	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV						Hộ gia đình không bị ảnh hưởng	
	Thành thị		Nông thôn		Tổng			
	Tìm	Nhận	Tìm	Nhận	Tìm	Nhận	Tìm	Nhận
Vay vốn	19,6	11,6	14,3	8,9	17,7	10,6	16,1	9,5
Hỗ trợ học phí	10,9	8,4	6,5	4,8	9,3	7,1	4,6	2,0
Hỗ trợ tài chính cho SCSK	13,7	11,6	27,4	22,0	18,8	15,5	2,6	2,4
Hỗ trợ thực phẩm	3,9	4,6	14,3	13,7	7,7	7,9	2,4	1,3
Hỗ trợ y tế	64,9	77,2	33,3	36,9	53,2	62,3	2,6	3,3

Bảng 26. Tỷ lệ hộ gia đình có sổ hộ nghèo

	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV			Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV			
	Thành thị		Nông thôn	Tổng	Thành thị		
	SL	17	14	31	11	10	21
	%	5,96	8,38	6,86	4,01	5,68	4,67

Bảng 27. Tham gia vào các hoạt động cộng đồng liên quan đến HIV/AIDS

Các hoạt động cộng đồng	Hộ gia đình chịu ảnh hưởng của HIV		Hộ gia đình không chịu ảnh hưởng của HIV	
	N	%	N	%
Tham gia vào các hoạt động liên quan đến HIV/AIDS	250	55,3	130	29,4
Tham gia vào các lớp tập huấn về luật và chính sách liên quan đến HIV/AIDS	142	31,5	49	11,1
Mong đợi được tham gia trong tương lai	219	61,3	108	26,6

Bảng 28. Tìm kiếm và nhận dịch vụ hỗ trợ theo hộ gia đình tham gia vào nhóm tự lực

Các loại hỗ trợ	Tham gia nhóm hỗ trợ SL = 212		Không tham gia nhóm SL = 241	
	Tìm kiếm SL = 177	Nhận được SL = 139	Tìm kiếm SL = 180	Nhận được SL = 140
Vay vốn	28,2	22,3	16,1	11,4
Hỗ trợ học phí	18,1	21,6	5,0	1,4
Hỗ trợ tài chính cho CSSK	23,7	23,7	23,3	25,7
Hỗ trợ thực phẩm	10,2	14,4	8,9	10,7
Hỗ trợ thuốc điều trị	70,6	100,0	62,2	99,3

Bảng 29. Phân tích hồi quy của các yếu tố quyết định chi phí thực phẩm.

(Lưu ý: Q1: Nghèo nhất; Q2: cận nghèo; Q3: Bậc trung; Q4: Cận giàu; Q5: Giàu nhất.)

Các biến phụ thuộc: Chi phí cho thực phẩm theo đầu người	Thành thị			Nông thôn		
	Hệ số	t	P>|t|	Hệ số	t	P>|t|
Quy mô hộ gia đình	-193,04	-7,98	0,00	-47,33	-10,26	0,00
Sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế	-19,47	-0,21	0,83	2,43	0,13	0,89
Q2	1179,73	1,39	0,17	1369,66	19,87	0,00
Q3	1783,18	2,36	0,02	2383,95	30,57	0,00
Q4	2977,46	4,34	0,00	3246,66	39,09	0,00
Q5	2262,45	3,71	0,00	2639,39	42,50	0,00
Chi phí y tế theo đầu người	-1,06	-0,63	0,53	-0,26	-2,29	0,02
Q2* Chi phí y tế theo đầu người	-0,07	-0,04	0,97	-0,41	-3,23	0,00
Q3* Chi phí y tế theo đầu người	0,39	0,22	0,82	-0,47	-3,99	0,00
Q4* Chi phí y tế theo đầu người	0,40	0,24	0,81	-0,33	-2,89	0,00
Q5* Chi phí y tế theo đầu người	0,99	0,58	0,56	0,14	1,22	0,22
Chi phí theo đầu người khác	-0,05	-0,07	0,94	0,12	2,43	0,02
Q2* Chi phí theo đầu người khác	-0,47	-0,61	0,54	-0,63	-10,02	0,00
Q3* Chi phí theo đầu người khác	-0,32	-0,47	0,64	-0,68	-11,68	0,00
Q4* Chi phí theo đầu người khác	-0,31	-0,46	0,65	-0,54	-9,96	0,00
Q5* Chi phí theo đầu người khác	0,27	0,41	0,68	-0,08	-1,54	0,12
Chi phí cho giáo dục	-0,29	-5,92	0,00	-0,16	-8,11	0,00
Chi phí cho hàng hóa sử dụng lâu dài	-0,23	-12,22	0,00	0,02	1,64	0,10
Hàng số	2560,13	4,06	0,00	1519,00	28,45	0,00
Số lần quan sát =	2307,00			6882,00		
Xác suất > F	0,00			0,00		
R ²	0,51			0,67		

Bảng 30. Phân tích hồi quy của các yếu tố quyết định những chi phí tiêu dùng khác
 (Lưu ý: xem Bảng 29)

Các biến phụ thuộc: Các chi phí tiêu dùng khác theo đầu người	Thành thị			Nông thôn		
	Hệ số	t	P>|t|	Hệ số	t	P>|t|
Quy mô hộ gia đình	-14,28	-0,30	0,77	-0,19	-0,02	0,98
Sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế	313,00	1,75	0,08	-51,95	-1,61	0,11
Q2	535,60	0,22	0,82	1137,64	6,13	0,00
Q3	1207,13	0,56	0,58	1968,12	10,72	0,00
Q4	2118,55	1,05	0,30	3056,11	16,84	0,00
Q5	-286,94	-0,15	0,88	3441,23	20,03	0,00
Chi phí y tế theo đầu người	0,41	0,12	0,90	0,02	0,08	0,94
Q2* Chi phí y tế theo đầu người	-0,55	-0,15	0,88	-0,34	-1,51	0,13
Q3* Chi phí y tế theo đầu người	-0,43	-0,13	0,90	-0,45	-2,16	0,03
Q4* Chi phí y tế theo đầu người	-0,64	-0,19	0,85	-0,44	-2,19	0,03
Q5* Chi phí y tế theo đầu người	-0,01	0,00	1,00	-0,10	-0,49	0,63
Chi phí thực phẩm theo đầu người	-0,16	-0,12	0,90	0,10	1,18	0,24
Q2* Chi phí thực phẩm theo đầu người	0,00	0,00	1,00	-0,40	-3,62	0,00
Q3* Chi phí thực phẩm theo đầu người	-0,08	-0,06	0,95	-0,47	-4,71	0,00
Q4* Chi phí thực phẩm theo đầu người	-0,04	-0,03	0,98	-0,47	-5,07	0,00
Q5* Chi phí thực phẩm theo đầu người	1,04	0,78	0,43	0,09	1,06	0,29
Chi phí cho giáo dục	1,24	13,44	0,00	0,61	18,56	0,00
Chi phí cho hàng hóa sử dụng lâu dài	1,35	54,97	0,00	1,18	61,66	0,00
Hằng số	398,09	0,20	0,84	423,65	3,08	0,00
Số lần quan sát	2307			6882		
Xác suất > F	0			0		
R ²	0,7344			0,7626		

Bảng 31. Kỳ thị và phân biệt đối với người ốm trong những gia đình có HIV và gia đình không có HIV

Kỳ thị và phân biệt đối với người ốm	Người có HIV		Người không có HIV	
	n	%	n	%
Lạm dụng bằng lời nói	168	37,1	24	5,3
Người ta chửi rủa tôi	32	7,0	3	0,6
Người ta sỉ vả, lăng mạ tôi	29	6,4	2	0,4
Tôi bị đổ lỗi vì tình trạng nhiễm HIV của mình	94	20,7	18	4,0
Người ta nói rằng tôi không có tương lai	119	26,3	18	4,0
Người ta nói rằng tôi bị trừng phạt	49	10,8	7	1,6
Người ta chế nhạo tôi khi thấy tôi ở đâu đó	65	14,3	4	0,9
Nhận thức tiêu cực	297	65,6	47	10,4
Tôi cảm thấy mình hoàn toàn vô dụng	96	21,2	12	2,7
Tôi cảm thấy vô cùng xấu hổ khi bị bệnh này	113	24,9	17	3,8
Tôi cảm thấy rằng tôi không còn là con người nữa	34	7,5	1	0,2
Tôi cảm thấy rằng tôi đã mang lại nhiều rắc rối cho gia đình mình	169	37,3	29	6,5
Tôi cảm thấy không đáng sống nữa	38	8,4	5	1,1
Tôi sợ những người khác biết về tình trạng bệnh của mình và muốn chuyển tôi đi nơi khác	81	17,9	18	4,1
Tôi lo lắng sẽ ảnh hưởng đến gia đình và con cái tôi	178	39,3	31	7,0
Tôi luôn cảm thấy lo lắng và không thể làm việc được	112	24,7	14	3,2
Tôi luôn nghĩ đến cái chết	32	7,1	5	1,1
Phân biệt và kỳ thị ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ	79	17,4	9	2,0
Tôi bị cho ra viện trong khi vẫn cần được chăm sóc và hỗ trợ	17	3,8	2	0,5
Tôi phải tự xoay sở thay vì được y tá giúp đỡ	37	8,2	4	0,9
Trong bệnh viện, không ai quan tâm đến sự đau đớn của tôi	25	5,5	2	0,5
Tôi bị từ chối phẫu thuật	6	1,3	1	0,2
Bệnh viện đã nói cho người khác biết tôi bị nhiễm HIV	27	6,0	1	0,2
Tôi bị cách ly	28	6,2	4	0,9
Tôi không được điều trị vì người ta nói rằng tôi sắp chết	7	1,5	3	0,7
Trong bệnh viện, tôi được nằm trên một chiếc giường bẩn	10	2,2	3	0,7
Người ta từ chối chăm sóc sức khoẻ cho tôi	11	2,4	6	1,4
Trong bệnh viện, tôi luôn phải chờ đợi đến tận cuối cùng	14	3,1	4	0,9
Bị từ chối quyền lợi	84	18,5	14	3,1
Tài sản của tôi bị lấy đi hết	11	2,4	4	0,9
Tôi bị buộc phải nạo thai hoặc triệt sản vì tình trạng nhiễm HIV của mình	5	1,1	4	0,9
Người ta đã bàn tán về tình trạng HIV của tôi ngoài mong muốn	63	13,9	12	2,6
Tôi không được phép sở hữu tài sản, đất đai và nhà cửa	38	8,4	7	1,5

Kỳ thị và phân biệt đối với người ốm	Người có HIV		Người không có HIV	
	n	%	n	%
Con của tôi bị mang đi vì tôi bị nhiễm HIV	4	0,9	2	0,5
Xã hội xa lánh	96	21,2	11	2,4
Mọi người không đến thăm tôi	38	8,4	7	1,5
Mọi người cắt đứt mối quan hệ với tôi	26	5,7	2	0,4
Một người bạn không nói chuyện với tôi	67	14,8	8	1,8
Tôi không được đến những nơi công cộng vì bị nhiễm HIV	4	0,9	2	0,4
Tôi buộc phải chuyển chỗ ở vì bị nhiễm HIV	14	3,1	4	0,9
Sợ lây bệnh	63	13,9	14	3,1
Mọi người không dùng chung đồ dùng ăn uống với tôi nữa	39	8,6	11	2,4
Mọi người không ăn cùng tôi	26	5,7	4	0,9
Tôi buộc phải ra ngoài khi tôi bị ho	28	6,2	10	2,2
Tôi không được động vào con cái người khác	19	4,2	2	0,4
Kỳ thị ở nơi làm việc	47	10,4	16	3,5
Người ta tìm mọi cách để sa thải tôi khỏi công việc của mình.	9	2,0	12	2,6
Công việc của tôi bị thay đổi vì tôi bị nhiễm HIV	39	8,6	16	3,5
Tôi mất việc vì tôi bị nhiễm HIV	19	4,2	12	2,6
Tôi phải bỏ việc vì sợ phân biệt và kỳ thị	20	4,4	15	3,3
Kỳ thị và phân biệt đối với trẻ em trong gia đình người có HIV	22	4,9	7	1,7
Các học sinh khác không ngồi cùng với con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV	10	2,2	7	1,5
Các học sinh khác không muốn chơi với các con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV	13	2,9	6	1,3
Con tôi thường bị đánh và chế giễu vì trong gia đình có người nhiễm HIV	11	2,4	3	0,7
Trường học không nhận con tôi vào học	7	1,5	4	0,9
Con tôi không được phép ở trong trạm y tế xã	3	0,7	1	0,2
Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình có thành viên nhiễm HIV	85	18,8	25	5,5
Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến việc hôn nhân của những thành viên khác	17	3,8	10	2,2
Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến nghề nghiệp của những thành viên khác	15	3,3	19	4,2
Tôi phải chuyển chỗ ở vì trong gia đình có người nhiễm HIV	19	4,2	13	2,9
Họ hàng, làng xóm không đến thăm gia đình tôi nữa	21	4,6	2	0,4
Chúng tôi không được mời đến các sự kiện văn hóa, xã hội và hoạt động cộng đồng	12	2,6	0	0,0
Gia đình chúng tôi không có được nhận hoặc bị hoãn những phúc lợi xã hội	32	7,1	5	1,1
Chúng tôi cảm thấy bị đặt ngoài lề xã hội	16	3,5	2	0,4

Bảng 32. Tỷ lệ người nhiễm HIV chịu sự kỳ thị và phân biệt theo nơi sinh sống

Phân biệt và kỳ thị đối với người ốm	Thành thị		Nông thôn		
	n	%	n	%	
Lạm dụng bằng lời nói		95	33,3	73	43,5
Người ta chửi rửa tôi	15	5,3	17	10,1	
Người ta sỉ vả, lăng mạ tôi	15	5,3	14	8,3	
Tôi bị đỗ lỗi vì tình trạng nhiễm HIV của mình	62	21,8	32	19,0	
Người ta nói rằng tôi không có tương lai	68	23,9	51	30,4	
Người ta nói rằng tôi bị trừng phạt	28	9,8	21	12,5	
Người ta chế nhạo tôi khi thấy tôi ở đâu đó	28	9,8	37	22,0	
Nhận thức tiêu cực		197	69,1	100	59,5
Tôi cảm thấy mình hoàn toàn vô dụng	56	19,6	40	23,8	
Tôi cảm thấy vô cùng xấu hổ khi bị bệnh này	73	25,6	40	23,8	
Tôi cảm thấy rằng tôi không còn là con người nữa	17	6,0	17	10,1	
Tôi cảm thấy rằng tôi đã mang lại nhiều rắc rối cho gia đình mình	106	37,2	63	37,5	
Tôi cảm thấy không đáng sống nữa	19	6,7	19	11,3	
Tôi sợ những người khác biết về tình trạng bệnh của mình và muốn chuyển tôi đi nơi khác	48	16,8	33	19,6	
Tôi lo lắng sẽ ảnh hưởng đến gia đình và con cái tôi	111	38,9	67	39,9	
Tôi luôn cảm thấy lo lắng và không thể làm việc được	75	26,3	37	22,0	
Tôi luôn nghĩ đến cái chết	19	6,7	13	7,7	
Phân biệt và kỳ thị ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ		57	20,0	22	13,1
Tôi bị cho ra viện trong khi vẫn cần được chăm sóc và hỗ trợ	12	4,2	5	3,0	
Tôi phải tự xoay sở thay vì được y tá giúp đỡ	27	9,5	10	6,0	
Trong bệnh viện, không ai quan tâm đến sự đau đớn của tôi	17	6,0	8	4,8	
Tôi bị từ chối phẫu thuật	3	1,1	3	1,8	
Bệnh viện đã nói cho người khác biết tôi bị nhiễm HIV	14	4,9	13	7,7	
Tôi bị cách ly	20	7,0	8	4,8	
Tôi không được điều trị vì người ta nói rằng tôi sắp chết	5	1,8	2	1,2	
Trong bệnh viện, tôi được nằm trên một chiếc giường bẩn	5	1,8	5	3,0	
Người ta từ chối chăm sóc sức khoẻ cho tôi	8	2,8	3	1,8	
Trong bệnh viện, tôi luôn phải chờ đợi đến tận cuối cùng	11	3,9	3	1,8	
Bị từ chối quyền lợi		56	19,6	28	16,7
Tài sản của tôi bị lấy đi hết	4	1,4	7	4,2	
Tôi bị buộc phải nạo thai hoặc triệt sản vì tình trạng nhiễm HIV của mình	3	1,1	2	1,2	
Người ta đã bàn tán về tình trạng HIV của tôi ngoài mong muốn	40	14,0	23	13,7	
Tôi không được phép sở hữu tài sản, đất đai và nhà cửa	25	8,8	13	7,7	
Con của tôi bị mang đi vì tôi bị nhiễm HIV	2	0,7	2	1,2	

Phân biệt và kỳ thị đối với người ốm	Thành thị		Nông thôn		
	n	%	n	%	
Xã hội xa lánh		54	18,9	42	25,0
Mọi người không đến thăm tôi	22	7,7	16	9,5	
Mọi người cắt đứt mối quan hệ với tôi	10	3,5	16	9,5	
Một người bạn không nói chuyện với tôi	33	11,6	34	20,2	
Tôi không được đến những nơi công cộng vì bị nhiễm HIV	2	0,7	2	1,2	
Tôi buộc phải chuyển chỗ ở vì bị nhiễm HIV	10	3,5	4	2,4	
Sợ lây bệnh		39	13,7	24	14,3
Mọi người không dùng chung đồ dùng ăn uống với tôi nữa	25	8,8	14	8,3	
Mọi người không ăn cùng tôi	12	4,2	14	8,3	
Tôi buộc phải ra ngoài khi tôi bị ho	20	7,0	8	4,8	
Tôi không được động vào con cái người khác	9	3,2	10	6,0	
Kỳ thị ở nơi làm việc		36	12,6	11	6,5
Người ta tìm mọi cách để sa thải tôi khỏi công việc của mình.	6	2,1	3	1,8	
Công việc của tôi bị thay đổi vì tôi bị nhiễm HIV	28	9,8	11	6,5	
Tôi mất việc vì tôi bị nhiễm HIV	14	4,9	5	3,0	
Tôi phải bỏ việc vì sợ phân biệt và kỳ thị	18	6,3	2	1,2	
Kỳ thị và phân biệt đối với trẻ em trong gia đình có người nhiễm HIV		14	4,9	8	4,8
Các học sinh khác không muốn ngồi cùng với con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV	6	2,1	4	2,4	
Các học sinh khác không muốn chơi với các con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV	8	2,8	5	3,0	
Con tôi thường bị đánh và chê giễu vì trong gia đình có người nhiễm HIV	4	1,4	7	4,2	
Trường học không nhận con tôi vào học	7	2,5	0	0,0	
Con tôi không được phép ở trong trạm y tế xã	3	1,1	0	0,0	
Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình có thành viên nhiễm HIV		61	21,4	24	14,3
Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến việc hôn nhân của những thành viên khác	12	4,2	5	3,0	
Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến nghề nghiệp của những thành viên khác	13	4,6	2	1,2	
Tôi phải chuyển chỗ ở vì trong gia đình có người nhiễm HIV	12	4,2	7	4,2	
Họ hàng, làng xóm không đến thăm gia đình tôi nữa	9	3,2	12	7,1	
Chúng tôi không được mời đến các sự kiện văn hoá, xã hội và hoạt động cộng đồng	7	2,5	5	3,0	
Gia đình chúng tôi không có được nhận hoặc bị hoãn những phúc lợi xã hội	26	9,1	6	3,6	
Chúng tôi cảm thấy bị đặt ngoài lề xã hội	12	4,2	4	2,4	

Bảng 33. Tỷ lệ người nhiễm HIV chịu sự kỳ thị và phân biệt theo giới

Phân biệt và kỳ thị đối với người ốm	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
Lạm dụng bằng lời nói	100	37,2	68	37,0
Người ta chửi rửa tôi	17	6,3	15	8,2
Người ta sỉ vả, lăng mạ tôi	14	5,2	15	8,2
Tôi bị đỗ lỗi vì tình trạng nhiễm HIV của mình	61	22,8	32	17,4
Người ta nói rằng tôi không có tương lai	72	26,9	48	26,1
Người ta nói rằng tôi bị trừng phạt	32	11,9	18	9,8
Người ta chế nhạo tôi khi thấy tôi ở đâu đó	31	11,6	34	18,5
Nhận thức tiêu cực	167	62,1	129	70,1
Tôi cảm thấy mình hoàn toàn vô dụng	59	22,0	38	20,7
Tôi cảm thấy vô cùng xấu hổ khi bị bệnh này	66	24,6	47	25,5
Tôi cảm thấy rằng tôi không còn là con người nữa	18	6,7	16	8,7
Tôi cảm thấy rằng tôi đã mang lại nhiều rắc rối cho gia đình mình	108	40,3	61	33,2
Tôi cảm thấy không đáng sống nữa	19	7,1	19	10,3
Tôi sợ những người khác biết về tình trạng bệnh của mình và muốn chuyển tôi đi nơi khác	35	13,1	46	25,0
Tôi lo lắng sẽ ảnh hưởng đến gia đình và con cái tôi	83	31,0	94	51,1
Tôi luôn cảm thấy lo lắng và không thể làm việc được	47	17,5	63	34,2
Tôi luôn nghĩ đến cái chết	15	5,6	17	9,2
Phân biệt và kỳ thị ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ	41	15,2	38	20,7
Tôi bị cho ra viện trong khi vẫn cần được chăm sóc và hỗ trợ	12	4,5	5	2,7
Tôi phải tự xoay sở thay vì được y tá giúp đỡ	21	7,8	16	8,7
Trong bệnh viện, không ai quan tâm đến sự đau đớn của tôi	15	5,6	10	5,4
Tôi bị từ chối phẫu thuật	1	0,4	5	2,7
Bệnh viện đã nói cho người khác biết tôi bị nhiễm HIV	13	4,9	14	7,6
Tôi bị cách ly	10	3,7	18	9,8
Tôi không được điều trị vì người ta nói rằng tôi sắp chết	2	0,7	5	2,7
Trong bệnh viện, tôi được nằm trên một chiếc giường bẩn	6	2,2	4	2,2
Người ta từ chối chăm sóc sức khoẻ cho tôi	6	2,2	5	2,7
Trong bệnh viện, tôi luôn phải chờ đợi đến tận cuối cùng	7	2,6	7	3,8
Bị từ chối quyền lợi	37	13,8	47	25,5
Tài sản của tôi bị lấy đi hết	4	1,5	7	3,8
Tôi bị buộc phải nạo thai hoặc triệt sản vì tình trạng nhiễm HIV của mình	0	0,0	5	2,7
Người ta đã bàn tán về tình trạng HIV của tôi ngoài mong muốn	29	10,8	34	18,5
Tôi không được phép sở hữu tài sản, đất đai và nhà cửa	15	5,6	23	12,5
Con của tôi bị mang đi vì tôi bị nhiễm HIV	1	0,4	3	1,6

Phân biệt và kỳ thị đối với người ốm	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
Xã hội xa lánh	46	17,1	51	27,7
Mọi người không đến thăm tôi	14	5,2	24	13,0
Mọi người cắt đứt mối quan hệ với tôi	10	3,7	16	8,7
Một người bạn không nói chuyện với tôi	37	13,8	31	16,8
Tôi không được đến những nơi công cộng vì bị nhiễm HIV	0	0,0	4	2,2
Tôi buộc phải chuyển chỗ ở vì bị nhiễm HIV	7	2,6	7	3,8
Sợ lây bệnh	38	14,1	26	14,1
Mọi người không dùng chung đồ dùng ăn uống với tôi nữa	23	8,6	17	9,2
Mọi người không ăn cùng tôi	14	5,2	12	6,5
Tôi buộc phải ra ngoài khi tôi bị ho	19	7,1	9	4,9
Tôi không được động vào con cái người khác	7	2,6	12	6,5
Kỳ thị ở nơi làm việc	28	10,4	19	10,3
Người ta tìm mọi cách để sa thải tôi khỏi công việc của mình	4	1,5	5	2,7
Công việc của tôi bị thay đổi vì tôi bị nhiễm HIV	21	7,8	18	9,8
Tôi mất việc vì tôi bị nhiễm HIV	9	3,4	10	5,4
Tôi phải bỏ việc vì sợ phân biệt và kỳ thị	10	3,7	10	5,4

Bảng 34. Tần suất sử dụng nhóm thực phẩm của gia đình

	Hộ không có HIV				Hộ có HIV			
	Thành thị		Nông thôn		Thành thị		Nông thôn	
	N=276	%	N=177	%	N=285	%	N=168	%
Đạm động vật (thịt, cá, trứng, sữa)								
Hàng ngày	248	89.9	160	90.4	239	83.9	126	75.0
Ít nhất mỗi tuần một lần	27	9.8	15	8.5	42	14.7	36	21.4
Ít nhất mỗi tháng một lần	1	0.4	2	1.1	2	0.7	5	3.0
Vài tháng một lần	-	-	-	-	2	0.8	1	0.6
Đạm thực vật (đậu, lạc)								
Hàng ngày	110	39.9	62	35.0	110	38.6	72	42.9
Ít nhất mỗi tuần một lần	107	38.8	79	44.6	96	33.7	48	28.6
Ít nhất mỗi tháng một lần	37	13.4	18	10.2	48	16.8	26	15.5
Vài tháng một lần	22	7.8	18	10.2	31	10.9	22	13.1
Lương thực cơ bản (gạo, mỳ)								
Hàng ngày	272	98.6	170	96.0	275	96.5	161	95.8
Ít nhất mỗi tuần một lần	2	0.7	3	1.7	5	1.8	3	1.8
Ít nhất mỗi tháng một lần	2	0.7	2	1.1	4	1.4	1	0.6
Vài tháng một lần	-	-	2	1.1	1	0.4	3	1.8
Các loại khác (ngô, khoai tây, sắn)								
Hàng ngày	28	10.1	13	7.3	21	7.4	7	4.2
Ít nhất mỗi tuần một lần	65	23.6	32	18.1	57	20.0	16	9.5
Ít nhất mỗi tháng một lần	65	23.6	34	19.2	88	30.9	36	21.4
Vài tháng một lần	118	42.8	98	55.4	119	41.7	109	64.9
Mỡ động vật								
Hàng ngày	91	33.0	78	44.1	111	38.9	65	38.7
Ít nhất mỗi tuần một lần	60	21.7	24	13.6	54	18.9	24	14.3
Ít nhất mỗi tháng một lần	45	16.3	17	9.6	54	18.9	23	13.7
Vài tháng một lần	80	29.0	58	32.8	66	23.1	56	33.3
Dầu thực vật (dầu ăn, bơ, dầu vừng)								
Hàng ngày	224	81.2	139	78.5	216	75.8	112	66.7
Ít nhất mỗi tuần một lần	27	9.8	18	10.2	24	8.4	34	20.2
Ít nhất mỗi tháng một lần	12	4.3	7	4.0	15	5.3	8	4.8
Vài tháng một lần	13	4.7	21	11.8	30	10.6	13	8.4
Rau								
Hàng ngày	268	97.1	168	94.9	277	97.2	154	91.67
Ít nhất mỗi tuần một lần	6	2.2	7	4.0	6	2.1	10	5.95
Ít nhất mỗi tháng một lần	1	0.4	1	0.6	2	0.7	4	2.38
Vài tháng một lần	1	0.4	1	0.6	-	-	-	-
Quả								
Hàng ngày	202	73.2	99	55.9	165	57.9	78	46.4
Ít nhất mỗi tuần một lần	54	19.6	51	28.8	83	29.1	46	27.4
Ít nhất mỗi tháng một lần	11	4.0	18	10.2	27	9.5	31	18.5
Vài tháng một lần	9	3.3	9	5.1	10	3.5	13	7.8

PHỤ LỤC 6. BẢNG CÂU HỎI ĐIỀU TRA

I. ĐỐI VỚI HỘ GIA ĐÌNH KHÔNG CÓ HIV

United Nations Development Programme

ẢNH HƯỞNG VỀ MẶT KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA HIV/AIDS ĐẾN TÌNH TRẠNG NGHÈO ĐÓI Ở VIỆT NAM

BỘ CÂU HỎI PHỎNG VẤN HỘ GIA ĐÌNH KHÔNG CÓ HIV

Mã hộ gia đình: _____

Tỉnh/thành phố: _____

Hà Nội	1	Lạng Sơn	4
Tp Hồ Chí Minh	2	Cao Bằng	5
Quảng Ninh	3	An Giang	6

Quận/Huyện: _____

Phường/Xã: _____

Tổ/Thôn (xóm): _____

Khu vực: _____

Thành thị (Thành phố/thị xã/thị trấn)	1
Nông thôn (Ngoại thành/thôn xóm)	2

Tên chủ hộ: _____

Người được phỏng vấn: _____

Người phỏng vấn: _____

Ngày phỏng vấn: _____

Giám sát viên: _____

THOÁ THUẬN NGHIÊN CỨU

Tôi là nghiên cứu viên của công ty tư vấn chiến lược (SCC) và Uỷ ban Y tế Vietnam – Halan (MCMV). Hiện nay, chúng tôi đang phối hợp cùng UNDP thực hiện một nghiên cứu về những ảnh hưởng kinh tế-xã hội của HIV/AIDS đến tình trạng nghèo đói ở Vietnam. Bởi vậy, tôi xin phép được hỏi ý kiến của anh/chị về tình trạng kinh tế, giáo dục và sức khoẻ của anh/chị và các thành viên trong gia đình. Sự tham gia của anh/chị và gia đình trong cuộc khảo sát này là hoàn toàn tự nguyện. Chúng tôi đảm bảo rằng những thông tin anh/chị cung cấp sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Đồng thời, những thông tin cá nhân của anh/chị hoàn toàn được giữ bí mật. Chừng tôi hi vọng rằng thông qua nghiên cứu này chúng ta có thể hiểu rõ hơn về đại dịch HIV/AIDS và sức khoẻ của con người ở Vietnam. Nghiên cứu cũng sẽ có những đóng góp ý nghĩa vào việc xây dựng và thực hiện các chính sách và chương trình hỗ trợ mang lại lợi ích cho mọi người đặc biệt là những người nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng 1 tiếng đồng hồ, bộ câu hỏi gồm 5 phần, anh/chị có thể từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà anh /chị không muốn trong suốt quá trình phỏng vấn.

Anh chị có đồng ý tham gia phỏng vấn không?

Có-1 / Không-2

Chữ ký của người được phỏng vấn:_____

Chữ ký của người phỏng vấn:_____

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG

A1. Gia đình anh/chị có bao nhiêu người?..... người (Chỉ tính những người sống cùng một nhà, có tên đăng ký trong sổ hộ khẩu hoặc sống cùng nhà trong ba tháng qua).

A2. Xin anh/chị vui lòng cung cấp một số thông tin sau về các thành viên trong gia đình. (Chỉ hỏi thông tin về những người còn sống và người chết trong năm qua)

STT	Tên	Quan hệ với người được phỏng vấn	Giới tính (1. Nam 2.Nữ)	Năm sinh (1. Đã chết, 2. Còn sống)	Chết Chết vì nguyên nhân gì? (Ghi rõ)	Nghề nghiệp hiện nay	Trình độ học văn	Dân tộc	Tình trạng hôn nhân	(1)		(2)		(3)		(4)	
										(1)	(2)	(3)	(4)				
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

(1) Quan hệ với người được PV		(2) Nghề nghiệp		(3) Trình độ giáo dục		(4) Tình trạng hôn nhân	
Chủ hộ	1 Ông/bà	5 Nông dân	1 Dịch vụ	8 Mù chữ	1 Cấp 3	4 Đã kết hôn	1
Vợ/chồng	2 Anh/chị	6 Công nhân	2 Lao động	9 Cấp 1	2 Cao đẳng/	5 Độc thân	2
Con	3 Cháu	7 Buôn bán	3 tự do	3 Cấp 2	3 trung học	3 Góá vợ/chồng	3
Bố/mẹ	4 Khác	9 CB nhà nước	4 Về hưu	10 Không thể	4 Đại học	6 Li dị	4
		Lái xe	5 làm việc	11	Sau đại học	7 Ly thân	5
		Nội trợ	6			Sống cùng nhau	6
		Đóng đỗ	7			không kết hôn	

STT	Câu hỏi																																				
A3	<p>Các nguồn thu nhập của gia đình anh/chị là gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Trồng trọt</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>Chăn nuôi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buôn bán</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Làm công ăn lương</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lương hưu, trợ cấp, học bổng</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nguồn khác (Ghi rõ:.....)</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Không cố định</td> <td>99</td> </tr> </table>	Trồng trọt	1	Chăn nuôi	2	Buôn bán	3	Làm công ăn lương	5	Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6	Nguồn khác (Ghi rõ:.....)	7	Không cố định	99																						
Trồng trọt	1																																				
Chăn nuôi	2																																				
Buôn bán	3																																				
Làm công ăn lương	5																																				
Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6																																				
Nguồn khác (Ghi rõ:.....)	7																																				
Không cố định	99																																				
A4	<p>Nguồn thu nhập chính của gia đình anh/chị là gì? (Khoanh tròn một lựa chọn).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Trồng trọt</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>Chăn nuôi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Buôn bán</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Làm công ăn lương</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lương hưu, trợ cấp, học bổng</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Nguồn khác (Ghi rõ:.....)</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Không cố định</td> <td>99</td> </tr> </table>	Trồng trọt	1	Chăn nuôi	2	Buôn bán	3	Làm công ăn lương	5	Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6	Nguồn khác (Ghi rõ:.....)	7	Không cố định	99																						
Trồng trọt	1																																				
Chăn nuôi	2																																				
Buôn bán	3																																				
Làm công ăn lương	5																																				
Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6																																				
Nguồn khác (Ghi rõ:.....)	7																																				
Không cố định	99																																				
A5	<p>Tổng thu nhập của gia đình anh chị trong 12 tháng qua là bao nhiêu? (Bao gồm tất cả các nguồn) (Đơn vị: nghìn đồng)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Nguồn thu</th> <th style="width: 30%;">Thu nhập (1)</th> <th style="width: 30%;">Vốn sản xuất (2)</th> <th style="width: 30%;">Thu nhập thuần (3)= (1)-(2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trồng trọt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chăn nuôi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Buôn bán</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nghề phụ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Làm công ăn lương</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lương hưu, trợ cấp, học bổng</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nguồn khác (Ghi rõ.....)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tổng thu nhập</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nguồn thu	Thu nhập (1)	Vốn sản xuất (2)	Thu nhập thuần (3)= (1)-(2)	Trồng trọt				Chăn nuôi				Buôn bán				Nghề phụ				Làm công ăn lương				Lương hưu, trợ cấp, học bổng				Nguồn khác (Ghi rõ.....)				Tổng thu nhập			
Nguồn thu	Thu nhập (1)	Vốn sản xuất (2)	Thu nhập thuần (3)= (1)-(2)																																		
Trồng trọt																																					
Chăn nuôi																																					
Buôn bán																																					
Nghề phụ																																					
Làm công ăn lương																																					
Lương hưu, trợ cấp, học bổng																																					
Nguồn khác (Ghi rõ.....)																																					
Tổng thu nhập																																					
A6	<p>Trong năm qua, gia đình anh chị có tiết kiệm hay đầu tư không?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Có</td> <td style="width: 10%;">1</td> </tr> <tr> <td>Không</td> <td>2 (→ A9)</td> </tr> </table>	Có	1	Không	2 (→ A9)																																
Có	1																																				
Không	2 (→ A9)																																				
A7	<p>Nếu có, anh chị đã tiết kiệm hay đầu tư những gì? (nghìn đồng)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Tiết kiệm</th> <th style="width: 50%;">Đầu tư</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tiền mặt</td> <td>Vật nuôi</td> </tr> <tr> <td>Vàng</td> <td>Chứng khoán</td> </tr> <tr> <td>Khác</td> <td>Nhà đất</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Khác</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>Total</td> </tr> </tbody> </table>	Tiết kiệm	Đầu tư	Tiền mặt	Vật nuôi	Vàng	Chứng khoán	Khác	Nhà đất		Khác	Total	Total																								
Tiết kiệm	Đầu tư																																				
Tiền mặt	Vật nuôi																																				
Vàng	Chứng khoán																																				
Khác	Nhà đất																																				
	Khác																																				
Total	Total																																				

STT	Câu hỏi																																																	
A8	<p>Trong năm qua, gia đình anh chị có phải vay/mượn tiền từ các nguồn khác không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2 (→ A11)</p>																																																	
A9	<p>Nếu có, bao nhiêu?</p> <p style="margin-left: 40px;">- Thế chấp tài sản như đất đai, đồ trang sức vàng, nghìn đồng. - Mượn tiền..... nghìn đồng.</p> <p style="text-align: center;">Tổng:.....nghìn đồng</p>																																																	
A10	<p>Trong 12 tháng qua, có bao giờ gia đình của anh/ chị bị thiếu lương thực không?</p> <p style="text-align: right;">Có (bao nhiêu tháng? _____) 1 Không 2 Không biết 99</p>																																																	
A11	<p>Gia đình anh chị thường ăn những loại thực phẩm nào? (Đánh dấu X vào ô hợp lý nhất)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nhóm thực phẩm</th> <th colspan="4">Tần suất sử dụng</th> </tr> <tr> <th>Hàng ngày</th> <th>Ít nhất 1 lần 1 tuần</th> <th>Ít nhất 1 lần 1 tháng</th> <th>Mấy tháng một lần</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nhóm đậm đặc động vật (thịt, cá, trứng, sữa)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm đậm đặc thực vật (đậu/đỗ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm chất béo động vật (mỡ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rau xanh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hoa quả</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nhóm thực phẩm	Tần suất sử dụng				Hàng ngày	Ít nhất 1 lần 1 tuần	Ít nhất 1 lần 1 tháng	Mấy tháng một lần	Nhóm đậm đặc động vật (thịt, cá, trứng, sữa)					Nhóm đậm đặc thực vật (đậu/đỗ)					Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)					Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)					Nhóm chất béo động vật (mỡ)					Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)					Rau xanh					Hoa quả				
Nhóm thực phẩm	Tần suất sử dụng																																																	
	Hàng ngày	Ít nhất 1 lần 1 tuần	Ít nhất 1 lần 1 tháng	Mấy tháng một lần																																														
Nhóm đậm đặc động vật (thịt, cá, trứng, sữa)																																																		
Nhóm đậm đặc thực vật (đậu/đỗ)																																																		
Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)																																																		
Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)																																																		
Nhóm chất béo động vật (mỡ)																																																		
Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)																																																		
Rau xanh																																																		
Hoa quả																																																		
A12	<p>Tại sao gia đình anh/chị không ăn các loại thực phẩm trên hàng ngày?</p> <p style="text-align: right;">Giá thực phẩm quá cao không đủ khả năng chi trả 1 Chợ/siêu thị quá xa không tiện đi lại để mua 2 Không có các loại thực phẩm đó 3 Nghỉ là không cần thiết phải ăn đủ các loại thực phẩm 4 Khác 5 Không biết 99</p>																																																	
A13	<p>Điều kiện nhà ở (Điều tra viên quan sát):</p> <p style="text-align: right;">Nhà kiên cố (nhà tầng, nhà mái bằng) 1 Nhà bán kiên cố (Nhà mái ngói, nhà lợp tấm lợp peroximang) 2 Nhà tạm (Nhà mái tranh, nhà vách đất) 3 Khác (Giải thích:) 4</p>																																																	

STT	Câu hỏi
A14	Tổng diện tích nhà ở của gia đình anh/chị (bao gồm cả bếp và khu vệ sinh tách riêng)? .....m ²
A15	Nhà hiện nay anh chị đang ở là của ai?
	Nhà tôi 1 Nhà thuê 2 Nhà mượn 3
A16	Nhà anh chị có khu vệ sinh riêng không?
	Có 1 Không 2
A17	Gia đình anh chị sử dụng nguồn nước sinh hoạt từ đâu?
	Nước ao, hồ, sông, suối 1 Nước giếng đào 2 Nước giếng khoan 3 Nước máy 4 Nước mưa 5 Khác (Giải thích _____) 6
A18	Đồ đạc trong nhà (Điều tra viên quan sát và kiểm tra liệu những đồ đạc đó là của gia đình, hay mượn từ chủ nhà và bạn bè):
	Tivi 1 Tủ lạnh 2 Máy giặt 4 Máy tính 5 Điện thoại cố định/di động 6 Điều hoà nhiệt độ 7 Bếp ga/bếp điện 8 Bình nóng lạnh 9 Others (do not list our non-valueable furtinutes) 10
A19	Phương tiện di lại của gia đình:
	- Xe đạp chiếc - Xe máy chiếc - Thuyền chiếc - Xe ôtô, xe tải chiếc - Khác (Ghi rõ.....) chiếc
A20	Gia đình anh/chị có sổ hộ nghèo không?
	Có 1 Không 2 Không biết 99

STT	Câu hỏi																										
A21	<p>Anh tự đánh giá điều kiện kinh tế của hộ gia đình mình như thế nào?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Giàu</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Khá</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Trung bình</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nghèo</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Cực nghèo</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Không biết</td> <td>99</td> </tr> </table>	Giàu	1	Khá	2	Trung bình	3	Nghèo	4	Cực nghèo	5	Không biết	99														
Giàu	1																										
Khá	2																										
Trung bình	3																										
Nghèo	4																										
Cực nghèo	5																										
Không biết	99																										
A22	<p>Gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào, ghi rõ cho từng khoản? (Tính cả những khoản vay nợ để chi tiêu) <u>Đơn vị: Nghìn đồng</u></p> <p>A. Trong tháng trước, gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào trong những khoản dưới đây?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chí phí cho thực phẩm:nghìn đồng 2. Sinh hoạt (điện, nước):nghìn đồng 3. Nhà ở (nếu phải thuê nhà):..... nghìn đồng 4. Giáo dục: nghìn đồng 5. Khác:nghìn đồng <p>B. Trong 12 tháng qua, gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào trong những khoản dưới đây?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Xây dựng (xây sửa nhà, xây mới):nghìn đồng 2. Y tế và chăm sóc sức khoẻ:nghìn đồng 3. Mua đồ đạc (Tivi, tủ lạnh, xe máy,..vv).....nghìn đồng 4. Du lịchnghìn đồng 5. Khác (Cưới hỏi, cộng đồng...).nghìn đồng 																										
A23	<p>Trong năm ngoài, gia đình anh/chị có sự thay đổi nào đặc biệt không? Lý do của sự thay đổi?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Thay đổi</th> <th rowspan="2">Lý do</th> </tr> <tr> <th>Có</th> <th>Không</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sức khoẻ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chỗ ở</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Thu nhập và việc làm</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quan hệ gia đình</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Khác</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Thay đổi		Lý do	Có	Không	Sức khoẻ	1	2		Chỗ ở	1	2		Thu nhập và việc làm	1	2		Quan hệ gia đình	1	2		Khác	1	2	
	Thay đổi		Lý do																								
	Có	Không																									
Sức khoẻ	1	2																									
Chỗ ở	1	2																									
Thu nhập và việc làm	1	2																									
Quan hệ gia đình	1	2																									
Khác	1	2																									

PHẦN B. SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ Y TẾ VÀ CHI PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

B1. Có thành viên nào trong gia đình anh chị bị ốm trong tháng trước/năm ngoài không?

Đơn vị: nghìn đồng

STT	Câu hỏi																														
B3	<p>Những chi phí hàng tháng cho chăm sóc y tế, khám sức khoẻ và điều trị cho những người bị ốm trong gia đình anh chị là gì?</p> <p>1. Thuốc:nghìn đồng 2. Viện phí:nghìn đồng 3. Xét nghiệm:nghìn đồng 4. Đi lại đến cơ sở y tế:nghìn đồng 5. Nơi ở và ăn uống trong quá trình điều trị.....nghìn đồng 6. Khác.....nghìn đồng 7. Số ngày trung bình của mỗi đợt điều trị trong một tháng:.....ngày 8. Số người chăm sóc.....người</p>																														
B4	<p>Trung bình một tháng, anh/chị (người bị ốm) thiệt hại khoảng bao nhiêu tiền do không thể đi làm?nghìn đồng</p>																														
B5	<p>Trung bình một tháng, người chăm sóc thiệt hại khoảng bao nhiêu tiền do không thể đi làm?nghìn đồng</p>																														
B7	<p>Gia đình anh/chị phải xoay sở như thế nào để chi trả những khoản chi phí phát sinh thêm, bù đắp lại thu nhập bị mất và chia sẻ gánh nặng công việc? (Nhiều lựa chọn)</p> <table> <tbody> <tr> <td>Dùng tiền tiết kiệm</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Dùng tiền bồi hoàn của chủ lao động</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bảo hiểm y tế</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tài sản thế chấp</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bán nhà, đất hoặc các tài sản trong nhà</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vay từ chủ lao động</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Mượn tiền từ bạn bè, hoặc họ hàng</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Vay tiền từ chủ nợ và các tổ chức tài chính</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hỗ trợ từ gia đình của bố mẹ hoặc anh chị em khác</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Làm việc thêm ngoài giờ</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Con cái phải làm thêm để giúp đỡ cho gia đình</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Bản thân phải làm thêm để đáp ứng những chi phí phát sinh của gia đình</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Khác (Ghi rõ).....</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Không làm gì</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	Dùng tiền tiết kiệm	1	Dùng tiền bồi hoàn của chủ lao động	2	Bảo hiểm y tế	3	Tài sản thế chấp	4	Bán nhà, đất hoặc các tài sản trong nhà	5	Vay từ chủ lao động	6	Mượn tiền từ bạn bè, hoặc họ hàng	7	Vay tiền từ chủ nợ và các tổ chức tài chính	8	Hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ	9	Hỗ trợ từ gia đình của bố mẹ hoặc anh chị em khác	10	Làm việc thêm ngoài giờ	11	Con cái phải làm thêm để giúp đỡ cho gia đình	12	Bản thân phải làm thêm để đáp ứng những chi phí phát sinh của gia đình	13	Khác (Ghi rõ).....	14	Không làm gì	15
Dùng tiền tiết kiệm	1																														
Dùng tiền bồi hoàn của chủ lao động	2																														
Bảo hiểm y tế	3																														
Tài sản thế chấp	4																														
Bán nhà, đất hoặc các tài sản trong nhà	5																														
Vay từ chủ lao động	6																														
Mượn tiền từ bạn bè, hoặc họ hàng	7																														
Vay tiền từ chủ nợ và các tổ chức tài chính	8																														
Hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ	9																														
Hỗ trợ từ gia đình của bố mẹ hoặc anh chị em khác	10																														
Làm việc thêm ngoài giờ	11																														
Con cái phải làm thêm để giúp đỡ cho gia đình	12																														
Bản thân phải làm thêm để đáp ứng những chi phí phát sinh của gia đình	13																														
Khác (Ghi rõ).....	14																														
Không làm gì	15																														

PHẦN C. MÔI TRƯỜNG GIA ĐÌNH

STT	Câu hỏi		
Sự tham gia vào các hoạt động cộng đồng			
C1	Đã bao giờ anh/chị hay người thân của anh/chị tham gia các hoạt động ủng hộ người nhiễm HIV hoặc thông tin-giáo dục-truyền thông chưa?	Có Không	1 2 (\rightarrow C3)
C2	Nếu có, anh/chị hãy mô tả cụ thể các hoạt động đã tham gia? 1)..... 2)..... 3).....		
C3	Anh/chị đã tham gia các hoạt động đào tạo về các chính sách, đạo luật liên quan tới HIV/AIDS?	Có Không	1 2 (\rightarrow C5)
C4	Nếu có, anh/chị đã tham gia bao nhiêu lần? _____ Hoạt động tham gia? 1)..... 2)..... 3).....		
C5	Nếu không, anh/chị có mong muốn tham gia trong thời gian tới?	Có Không Không biết	1 2 3
Ảnh hưởng đến phụ nữ (Chỉ hỏi phụ nữ)			
C6	Chị có sống với chồng hoặc/và gia đình chồng không?	Có Không	1 (\rightarrow C8) 2
C7	Nếu chị không sống cùng chồng và gia đình chồng, chị có nhận được sự hỗ trợ nào từ phía họ không?	Có Không	1 2
C8	Nếu chồng chị mất, chị có bị từ chối quyền nhận phần chia tài sản của chồng không?	Có Không Không áp dụng	1 2 3

STT	Câu hỏi	
C9	<p>Chị có quyền quyết định các vấn đề sau không?</p> <p>Mua bán bất động sản như đất đai, nhà... 1 Tự chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe bản thân 2 Tự chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho con cái 3 Tự quyết định nên có con hay không 4 Từ chối yêu cầu quan hệ tình dục của chồng hay bạn trai 5 Sử dụng bao cao su khi quan hệ 6 Không trả lời 99</p>	
C10	<p>Ai là lao động chính để trang trải chi phí y tế cho người bị bệnh (nếu có) trong gia đình anh/chị?</p> <p>Vợ 1 Chồng 2 Người già trên 60 tuổi 3 Trẻ em dưới 18 tuổi 4 Khác (Ghi rõ)..... 5</p>	
Ảnh hưởng đến trẻ em trong gia đình		
C11	<p>Con cái (trẻ em) trong gia đình có được đi học không?</p> <p>Có 1 (\rightarrow C13) Không 2 Không áp dụng 3 (\rightarrow Phần D)</p>	
C12	<p>Nếu không, đâu là lý do khiến chúng không được đến trường? (Multiple choices are possible)</p> <p>Không đủ tiền trang trải học phí 1 Vì phải chăm sóc người ốm 2 Vì phải trông nom các em 3 Vì phải làm việc kiếm tiền 4 Vì phải làm việc nhà 5 Không đủ sức khỏe để đến trường 6 Không thể xin học 7 Bị đuổi học vì tình trạng bệnh của thành viên trong gia đình 8 Bị đuổi học vì lý do khác 9 Không tìm được nơi học vì tình trạng bệnh của thành viên trong gia đình 10 Bỏ học vì tình trạng bệnh của thành viên trong gia đình 11 Không thích học 12 Việc học là không cần thiết 13 Thành kiến từ phía giáo viên 14 Chất lượng giáo dục không đạt yêu cầu 15 Cơ sở vật chất giáo dục không tốt 16 Gặp khó khăn trong thi cử 17 Không trả lời 18</p>	

STT	Câu hỏi		
C13	Con cái (trẻ em) trong gia đình có phải chuyển trường trong quá trình học không?	Có Không	1 (\rightarrow C15) 2
C16	Nếu có, lí do chuyển trường là gì? (Nhiều lựa chọn)	Không đủ tiền chi trả Đào tạo tốt hơn Không có lớp cao hơn Dễ đi lại hơn Bị đuổi học vì tình trạng bệnh của thành viên trong gia đình Bị đuổi học vì lý do khác Không tìm được nơi học vì tình trạng bệnh của thành viên trong gia đình Không lên lớp được (Đúp) Chuyển chỗ ở Không trả lời	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PHẦN D. PHÂN BIỆT VÀ KỲ THỊ VỚI NGƯỜI CÓ HIV

STT	Câu hỏi	Trả lời			
		Có	Không	Không phù hợp	
Kỳ thị và phân biệt gia đình có người ốm					
Lạm dụng bằng lời nói					
D1	Người ta chửi rửa tôi				
D2	Người ta sỉ vả, lăng mạ tôi				
D3	Tôi bị đổ lỗi vì tình trạng bệnh của mình				
D4	Người ta nói rằng tôi không có tương lai				
D5	Người ta nói rằng tôi bị trừng phạt				
D6	Người ta chế nhạo tôi khi thấy tôi ở đâu đó				
Nhận thức tiêu cực					
D7	Tôi cảm thấy mình hoàn toàn vô dụng				
D8	Tôi cảm thấy vô cùng xấu hổ khi bị bệnh này				
D9	Tôi cảm thấy rằng tôi không còn là con người nữa.				
D10	Tôi cảm thấy rằng tôi đã mang lại nhiều rắc rối cho gia đình mình				
D11	Tôi cảm thấy không đáng sống nữa				
D12	Tôi sợ những người khác biết về tình trạng bệnh của mình và muốn chuyển tôi đi nơi khác				
D13	Tôi lo lắng sẽ ảnh hưởng đến gia đình và con cái tôi				
D14	Tôi luôn cảm thấy lo lắng và không thể làm việc được				
D15	Tôi luôn nghĩ đến cái chết				
Phân biệt và kỳ thị ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ					
D16	Tôi bị cho ra viện trong khi vẫn cần được chăm sóc và hỗ trợ				
D17	Tôi phải tự xoay sở thay vì được y tá giúp đỡ				
D18	Trong bệnh viện, không ai quan tâm đến sự đau đớn của tôi				
D19	Tôi bị từ chối phẫu thuật				
D20	Bệnh viện đã nói cho người khác biết tôi bị bệnh				
D21	Tôi bị cách ly				
D22	Tôi không được điều trị vì người ta nói rằng tôi sắp chết				
D23	Trong bệnh viện, tôi được nằm trên một chiếc giường bẩn				
D24	Người ta từ chối chăm sóc sức khoẻ cho tôi				

STT	Câu hỏi	Trả lời		
		Có	Không	Không phù hợp
D25	Trong bệnh viện, tôi luôn phải chờ đợi đến tận cuối cùng			
		Bị từ chối quyền lợi		
D26	Tài sản của tôi bị lấy đi hết			
D27	Tôi bị buộc phải nạo thai hoặc triệt sản vì tình trạng bệnh của mình			
D28	Người ta đã bàn tán về tình trạng bệnh của tôi ngoài mong muốn			
D29	Tôi không được phép sở hữu tài sản, đất đai và nhà cửa			
D30	Con của tôi bị mang đi vì tôi bị bệnh			
		Xã hội xa lánh		
D31	Mọi người không đến thăm tôi			
D32	Mọi người cắt đứt mối quan hệ với tôi			
D33	Một người bạn không nói chuyện với tôi			
D34	Tôi không được đến những nơi công cộng vì bị bệnh			
D35	Tôi buộc phải hay đổi chỗ ở vì bị bệnh			
		Sợ lây bệnh		
D36	Mọi người không dùng chung đồ dùng ăn uống với tôi nữa			
D37	Mọi người không ăn cùng tôi			
D38	Tôi buộc phải ra ngoài khi tôi bị ho			
D39	Tôi không được động vào con cái người khác			
		Kỳ thị ở nơi làm việc		
D40	Người ta tìm mọi cách để sa thải tôi khỏi công việc của mình.			
D41	Công việc của tôi bị thay đổi vì tôi bị bệnh			
D42	Tôi mất việc vì tôi bị bệnh			
D43	Tôi phải bỏ việc vì sợ phân biệt và kỳ thị			
		Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình người bệnh (Chi hỏi chủ hộ gia đình)		
D44	Các học sinh khác không ngồi cùng với con tôi vì trong gia đình có người bệnh			
D45	Các học sinh khác không muốn chơi với các con tôi vì trong gia đình có người bệnh			
D46	Con tôi thường bị đánh và chê giêú vì trong gia đình có người bệnh			
D47	Trường học không nhận con tôi vào học			
D48	Con tôi không được phép ở trong trạm y tế xã			
D49	Tình trạng bệnh của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến việc hôn nhân của những thành viên khác			
D50	Tình trạng bệnh của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến nghề nghiệp của những thành viên khác			

STT	Câu hỏi	Trả lời		
		Có	Không	Không phù hợp
D51	Tôi phải chuyển chỗ ở vì trong gia đình có người bệnh			
D52	Họ hàng, làng xóm không đến thăm gia đình tôi nữa			
D53	Chúng tôi không được mời đến các sự kiện văn hoá, xã hội và hoạt động cộng đồng			
D54	Gia đình chúng tôi không có được nhận hoặc bị hoãn những phúc lợi xã hội			
D55	Chúng tôi cảm thấy bị đặt ngoài lề xã hội			

PHẦN E. TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ

STT	Câu hỏi		
		Hỗ trợ	
E1	Anh/chị có bao giờ <u>tìm kiếm</u> các dịch vụ hỗ trợ không?	Có	1
		Không	2 (→ E3)
E2	Nếu có, các dịch vụ nào?	Vay nợ	1
		Hỗ trợ học phí	2
		Hỗ trợ tài chính cho chăm sóc sức khoẻ	3
		Hỗ trợ thực phẩm	4
		Hỗ trợ thuốc	5
		Khác (Ghi rõ.....)	6
E3	Anh chị có bao giờ <u>nhận được</u> dịch vụ hỗ trợ nào không?	Có	1
		Không	2 (→ E5)
E4	Nếu có, các dịch vụ nào?	Vay nợ	1
		Hỗ trợ học phí	2
		Hỗ trợ tài chính cho chăm sóc sức khoẻ	3
		Hỗ trợ thực phẩm	4
		Hỗ trợ thuốc	5
		Khác (Ghi rõ.....)	6
E5	Anh/chị có gặp khó khăn gì khi tìm kiếm và nhận các dịch vụ hỗ trợ đó?	Có	1
		Không	2 (→ E7)
E6	Nếu có, những khó khăn gì?	1).....	
		2).....	
		3).....	
E7	Anh/ chị có bao giờ nhận được sự hỗ trợ từ?	Hàng xóm	1
		Bạn bè, Người thân	2
		Tổ chức quần chúng	3
		Cơ quan Nhà nước	4
		Tổ chức phi chính phủ (NGO)	5
		Khác (Ghi rõ.....)	6

STT	Câu hỏi
E8	<p>Con của anh/chị có được miễn/giảm học phí không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2</p>
E9	<p>Anh/chị có tham gia vào nhóm tự lực/hỗ trợ nào không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2 (→ E11)</p>
E10	<p>Nếu có, anh/chị có thể cung cấp tên của nhóm/tổ chức:</p> <p>1..... 2..... 3.....</p>
E11	<p>Anh/chị đã tham gia vào nhóm đó được mấy tháng rồi?</p> <p>..... tháng</p>
E12	<p>Anh/chị nhận đang nhận được những hỗ trợ gì?</p> <p>1..... 2..... 3.....</p>
E13	<p>Anh/chị có cần hỗ trợ để cải thiện tình trạng kinh tế hộ gia đình không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2</p>
E14	<p>Nếu có, anh/chị cần được hỗ trợ như thế nào?</p> <p style="text-align: right;">Vay vốn 1 Học nghề 2 Tạo việc làm 3 Cho tiền 4 Khác (ghi rõ)..... 5</p>
E15	<p>Anh/chị có biết làm thế nào để nhận được những hỗ trợ này không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2</p>
E16	<p>Nếu có, anh/chị nên làm thế nào?</p> <p style="text-align: right;">Nhờ bố mẹ vợ/chồng 1 Nhờ bạn bè/họ hàng 2 Nhờ các tổ chức xã hội 3 Tự thân 4 Khác (ghi rõ)..... 5</p>
E17	<p>Theo anh/chị, nghề nào phù hợp với người nhiễm HIV/AIDS?</p> <p>1..... 2..... 3.....</p>

STT	Câu hỏi
E18	Theo anh/chị, người nhiễm HIV/AIDS gặp phải những khó khăn gì khi tham gia vào các hoạt động cải thiện kinh tế? 1,..... 2,..... 3,.....
Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ phòng chống HIV/AIDS	
E19	Anh/chị có biết nơi nào cung cấp bao cao su miễn phí không? Có 1 Không 2
E20	Anh/chị có biết nơi nào cung cấp bơm kim tiêm sạch miễn phí không? Có 1 Không 2
E21	Anh/chị có biết điều trị thay thế bằng Methadone ở đâu không? Có 1 Không 2
E22	Anh/chị có biết nơi nào làm xét nghiệm HIV không? Có 1 Không 2
E23	Anh/chị có biết điều trị ARV ở đâu không? Có 1 Không 2
E24	Vợ anh/chị có được làm xét nghiệm HIV trong lần mang thai trước không? Có 1 Không 2
E25	Anh/chị đã được tuyên truyền về các kiến thức về phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa? Có 1 Không 2
E26	Trong trường hợp phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV thì theo anh/chị nên sinh con hay nên nạo hút thai? Sinh con 1 Nạo thai 2 Không biết 99
E27	Chị đã bao giờ bị ép buộc hoặc thuyết phục để nạo phá thai chưa? Có 1 Không 2 → E29
E28	Nếu có, ai đã ép buộc hay thuyết phục chị? Chồng 1 Bố mẹ chồng 2 Người thân khác 3 Bạn bè 4 Cán bộ y tế 5 Khác (Ghi rõ) 6

STT	Câu hỏi			
E29	Anh/chị có gặp khó khăn gì không khi tiếp cận với các dịch vụ sức khoẻ?	Có	1	
		Không	2	→E32
E30	Nếu có, đó là những khó khăn gì?	Thiếu tiền	1	
		Bị từ chối	2	
		Thái độ tiêu cực của CBYT	3	
		Thái độ tiêu cực của các bệnh nhân khác	4	
		Xa nhà	5	
		Sợ bị kỳ thị	6	
		Chờ đợi lâu	7	
		Dịch vụ không sẵn có	8	
		Khác (Ghi rõ).....	9	
E31	Anh/chị đã vượt qua khó khăn đó như thế nào?	Giúp đỡ từ hàng xóm	1	
		Giúp đỡ từ bạn bè	2	
		Giúp đỡ từ các tổ chức quần chúng	3	
		Giúp đỡ từ những người cùng cảnh ngộ	4	
		Khác (Ghi rõ).....	5	
E32	Anh/chị có bao giờ từ chối sử dụng các dịch vụ sức khoẻ đó?	Có	1	
		Không	2	
E34	Nếu có, vì sao anh/chị lại từ chối ?	1,.....		
		2,.....		
		3,.....		

PHẦN F. TỰ ĐÁNH GIÁ VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA BẢN THÂN

F1. Khả năng đi lại của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi đi lại
2. Đi lại hơi khó khăn
3. Chỉ có thể nằm tại giường

F2. Vấn đề tự chăm sóc bản thân của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi tự chăm sóc bản thân
2. Gặp một vài vấn đề khó khăn khi tự tắm rửa hay khi tự mặc quần áo
3. Không thể tự tắm rửa hay không thể tự mặc quần áo

F3. Sinh hoạt thường ngày (ví dụ: làm việc, học hành, làm việc nhà, chăm sóc gia đình, vui chơi, giải trí) của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi thực hiện các sinh hoạt thường ngày
2. Gặp một vài vấn đề khi thực hiện các sinh hoạt thường ngày
3. Không thể thực hiện các sinh hoạt thường ngày

F4. Những đau đớn/ khó chịu của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không đau/ không khó chịu
2. Khá đau/ khá khó chịu
3. Rất đau/ rất khó chịu

F5. Những lo lắng/ u sầu của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không lo lắng / không u sầu
2. Khá lo lắng / khá u sầu
3. Rất lo lắng / rất u sầu

F6. Nhằm giúp mọi người có thể xác định trạng thái tốt hay xấu của sức khỏe, chúng tôi vẽ ra một thang điểm từ 0 đến 100. Ở thang điểm này, **số điểm 100** tương ứng với **tình trạng sức khỏe tốt nhất** và **0** tương ứng với **tình trạng sức khỏe xấu nhất** mà anh chị có thể tưởng tượng được.

Chúng tôi mong muốn anh chị sẽ chỉ ra trên thang điểm này **tình trạng sức khỏe** của mình **ngày hôm nay**.

Xin anh chị hãy cho biết anh chị tự đánh giá mình được bao nhiêu điểm và **hãy viết rõ con số đó:** _____



II. ĐỐI VỚI HỘ GIA ĐÌNH CÓ HIV

United Nations Development Programme

ẢNH HƯỞNG VỀ MẶT KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA HIV/AIDS ĐẾN TÌNH TRẠNG NGHÈO ĐÓI CỦA HỘ GIA ĐÌNH Ở VIỆT NAM

BỘ CÂU HỎI PHỎNG VẤN HỘ GIA ĐÌNH CÓ HIV

Mã hộ gia đình: _____

Tỉnh/thành phố:

Hà Nội	1	Lạng Sơn	4
Tp Hồ Chí Minh	2	Cao Bằng	5
Quảng Ninh	3	An Giang	6

Quận/Huyện:

Phường/Xã:

Tổ/Thôn (xóm):

Khu vực:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Thành thị (Thành phố/thị xã/thị trấn) | 1 |
| Nông thôn (Ngoại thành/thôn xóm) | 2 |

Tên chủ hộ:

Người được phỏng vấn:

Người phỏng vấn:

Ngày phỏng vấn:

Giám sát viên:

THOÁ THUẬN NGHIÊN CỨU

Tôi là nghiên cứu viên của công ty tư vấn chiến lược (SCC) và Ủy ban Y tế Vietnam – Halan (MCMV). Hiện nay, chúng tôi đang phối hợp cùng UNDP thực hiện một nghiên cứu về những ảnh hưởng kinh tế-xã hội của HIV/AIDS đến tình trạng nghèo đói ở Vietnam. Bởi vậy, tôi xin phép được hỏi ý kiến của anh/chị về tình trạng kinh tế, giáo dục và sức khoẻ của anh/chị và các thành viên trong gia đình. Sự tham gia của anh/chị và gia đình trong cuộc khảo sát này là hoàn toàn tự nguyện. Chúng tôi đảm bảo rằng những thông tin anh/chị cung cấp sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Đồng thời, những thông tin cá nhân của anh/chị hoàn toàn được giữ bí mật. Chừng tôi hi vọng rằng thông qua nghiên cứu này chúng ta có thể hiểu rõ hơn về đại dịch HIV/AIDS và sức khoẻ của con người ở Vietnam. Nghiên cứu cũng sẽ có những đóng góp ý nghĩa vào việc xây dựng và thực hiện các chính sách và chương trình hỗ trợ mang lại lợi ích cho mọi người đặc biệt là những người nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS.

Cuộc phỏng vấn sẽ kéo dài khoảng 1 tiếng đồng hồ, bộ câu hỏi gồm 5 phần, anh/chị có thể từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà anh /chị không muốn trong suốt quá trình phỏng vấn.

Anh/ chị có đồng ý tham gia phỏng vấn không?

Có-1 / Không-2

Chữ ký của người được phỏng vấn:_____

Chữ ký của người phỏng vấn:_____

PHẦN A: THÔNG TIN CHUNG

A1*. Gia đình anh/chị có bao nhiêu người?..... người (Chỉ tính những người sống cùng một nhà, có tên đăng ký trong sổ hộ khẩu hoặc sống cùng nhà trong ba tháng qua).

A2. Xin anh/chị vui lòng cung cấp một số thông tin sau về các thành viên trong gia đình. (Chỉ hỏi thông tin về những người còn sống và người chết trong 12 tháng qua).

Mã	Tên	Giới tính (1.Nam 2.Nữ)	Năm sinh	Chết (1.Đã chết, 2.Còn sống)	Chết vì nguyên nhân gì? (Ghi rõ)	Có HIV không? (1.Có 2.Không)	Nghề nghiệp hiện nay	Dân tộc	Tình trạng hôn nhân	
									(1)	(2)	(3)	(4)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(1) Quan hệ với người được PV		(2) Nghề nghiệp		(3) Trình độ giáo dục		(4) Tình trạng hôn nhân	
Chủ hộ	1 Ông/bà	5 Nông dân	1 Dịch vụ	8 Mù chữ 1	3 Cấp 3	4 Đã kết hôn	
Vợ/chồng	2 Anh/chị	6 Công nhân	2 Lao động	9 Cấp 1	2 Cao đẳng/	5 Đặc thân	
Con	3 Cháu	7 Buôn bán	3 tự do	2 Cấp 2	3 trung học	3 Góa vợ/chồng	
Bố/mẹ	4 Khác	9 CB nhà nước	4 Vô hưu	3 Đại học	6 Lý lịch	4 Ly dị	
		Lái xe	5 Không thẻ	11 Sau đại học	7 Sống cùng nhau	5 Không kết hôn	
		Nội trợ	6 làm việc				
		Đồng đồng viên	7 Thất nghiệp				
			12 Khác				
			13				

STT	Câu hỏi			
A3*	Các nguồn thu nhập của gia đình anh/chị là gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)	Trồng trọt	1	
		Chăn nuôi	2	
		Buôn bán	3	
		Làm công ăn lương	5	
		Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6	
	Nguồn khác (Ghi rõ:.....)		7	
		Không cố định	99	
A4	Nguồn thu nhập chính của gia đình anh/chị là gì? (Khoanh tròn một lựa chọn)	Trồng trọt	1	
		Chăn nuôi	2	
		Buôn bán	3	
		Làm công ăn lương	5	
		Lương hưu, trợ cấp, học bổng	6	
	Nguồn khác (Ghi rõ:.....)		7	
		Không cố định	99	
A5	Tổng thu nhập của gia đình anh/chị trong 12 tháng qua là bao nhiêu? (Bao gồm tất cả các nguồn) (Đơn vị: nghìn đồng)			
		Nguồn thu	Thu nhập (1)	Vốn sản xuất (2)
	Trồng trọt			
	Chăn nuôi			
	Buôn bán			
	Làm công ăn lương			
	Lương hưu, trợ cấp, học bổng			
	Nguồn khác (Ghi rõ:.....)			
	Tổng thu nhập			
A6	Trong năm qua, gia đình anh/chị có tiết kiệm hay đầu tư không?			
			Có	1
			Không	2 → A8
A7*	Nếu có, anh/chị đã tiết kiệm hay đầu tư những gì? (nghìn đồng)			
		Tiết kiệm	Đầu tư	
	Tiền mặt		Vật nuôi	
	Vàng		Chứng khoán	
	Khác		Nhà đất	
			Khác	
	Tổng		Tổng	

STT	Câu hỏi																																																				
A8	Trong năm qua, gia đình anh/chị có phải vay/mượn tiền từ các nguồn khác không?	Có	1																																																		
		Không	2 → A10																																																		
A9	Nếu có, số tiền vay/mượn bao nhiêu?																																																				
	- Thé chấp tài sản như đất đai, đồ trang sức vàng,nghìn đồng. - Mượn tiền.....nghìn đồng.																																																				
	Tổng:.....nghìn đồng																																																				
A10	Trong 12 tháng qua, có bao giờ gia đình của anh/ chị bị thiếu lương thực không?	Có (bao nhiêu tháng?.....)	1																																																		
		Không	2																																																		
		Không biết	99																																																		
A11	Gia đình anh/chị thường ăn những loại thực phẩm nào? (Đánh dấu X vào ô hợp lý nhất)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nhóm thực phẩm</th> <th colspan="4">Tần suất sử dụng</th> </tr> <tr> <th>Hàng ngày</th> <th>Ít nhất 1 lần 1 tuần</th> <th>Ít nhất 1 lần 1 tháng</th> <th>Mấy tháng một lần</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nhóm đậm động vật (thịt, cá, trứng, sữa)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm đậm thực vật (đậu/đỗ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm chất béo động vật (mỡ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rau xanh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hoa quả</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nhóm thực phẩm	Tần suất sử dụng				Hàng ngày	Ít nhất 1 lần 1 tuần	Ít nhất 1 lần 1 tháng	Mấy tháng một lần	Nhóm đậm động vật (thịt, cá, trứng, sữa)					Nhóm đậm thực vật (đậu/đỗ)					Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)					Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)					Nhóm chất béo động vật (mỡ)					Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)					Rau xanh					Hoa quả				
Nhóm thực phẩm	Tần suất sử dụng																																																				
	Hàng ngày	Ít nhất 1 lần 1 tuần	Ít nhất 1 lần 1 tháng	Mấy tháng một lần																																																	
Nhóm đậm động vật (thịt, cá, trứng, sữa)																																																					
Nhóm đậm thực vật (đậu/đỗ)																																																					
Nhóm lương thực chủ yếu (gạo)																																																					
Nhóm lương thực thay thế (ngô, khoai, sắn)																																																					
Nhóm chất béo động vật (mỡ)																																																					
Nhóm chất béo thực vật (dầu, bơ, lạc, vừng..vv.)																																																					
Rau xanh																																																					
Hoa quả																																																					
A12	Tại sao gia đình anh/chị không ăn các loại thực phẩm trên hàng ngày?	Giá thực phẩm quá cao không đủ khả năng chi trả	1																																																		
		Chợ/siêu thị quá xa không tiện đi lại để mua	2																																																		
		Không có các loại thực phẩm đó	3																																																		
		Cho rằng không cần thiết phải ăn đủ các loại thực phẩm	4																																																		
		Khác	5																																																		
		Không biết	99																																																		
A13	Điều kiện nhà ở (Điều tra viên quan sát):	Nhà kiên cố (nhà tầng, nhà mái bằng)	1																																																		
		Nhà bán kiên cố (Nhà mái ngói, nhà lợp tấm lợp peroximang)	2																																																		
		Nhà tạm (Nhà mái tranh, nhà vách đất)	3																																																		
		Khác (Giải thích:	4																																																		
A14*	Tổng diện tích nhà ở của gia đình anh/chị (bao gồm cả bếp và khu vệ sinh tách riêng)?m ²																																																			

STT	Câu hỏi		
A15	Nhà hiện nay anh/chị đang ở là của ai?	Nhà tôi	1
		Nhà thuê	2
		Nhà mượn	3
A16	Nhà anh/chị có khu vệ sinh riêng không?	Có	1
		Không	2
A17	Gia đình anh/chị sử dụng nguồn nước sinh hoạt từ đâu?	Nước ao, hồ, sông, suối	1
		Nước giếng đào	2
		Nước giếng khoan	3
		Nước máy	4
		Nước mưa	5
		Khác (<i>Giải thích_.....</i>)	6
A18	Đồ đạc trong nhà (<i>Điều tra viên quan sát và kiểm tra liệu những đồ đạc đó là của gia đình, hay mượn từ chủ nhà và bạn bè</i>):	Tivi	1
		Tủ lạnh	2
		Máy giặt	4
		Máy tính	5
		Điện thoại cố định/di động	6
		Điều hòa nhiệt độ	7
		Bếp ga/bếp điện	8
		Bình nóng lạnh	9
		Khác (<i>không liệt kê các đồ đạc giá trị nhỏ</i>)	10
A19	Phương tiện di lại của gia đình: - Xe đạp chiếc - Xe máy chiếc - Thuyền chiếc - Xe ôtô, xe tải chiếc - Khác (<i>Ghi rõ.....</i>) chiếc		
A20	Gia đình anh/chị có sổ hộ nghèo không?	Có	1
		Không	2
		Không biết	99
A21	Anh tự đánh giá điều kiện kinh tế của hộ gia đình mình như thế nào?	Giàu	1
		Khá	2
		Trung bình	3
		Nghèo	4
		Cực nghèo	5
		Không biết	99

STT	Câu hỏi																										
A22	<p>Gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào, ghi rõ cho từng khoản? (Tính cả những khoản vay nợ để chi tiêu)</p> <p>C. <u>Trong tháng trước, gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào cho những khoản dưới đây?</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chí phí cho thực phẩm:.....nghìn đồng 2. Sinh hoạt (điện, nước):.....nghìn đồng 3. Nhà ở (nếu phải thuê nhà):.....nghìn đồng 4. Giáo dục:.....nghìn đồng 5. Khác:.....nghìn đồng <p>D. <u>Trong 12 tháng qua, gia đình anh/chị chi tiêu như thế nào cho những khoản dưới đây?</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Xây dựng (xây sửa nhà, xây mới):.....nghìn đồng 2. Y tế và chăm sóc sức khoẻ:.....nghìn đồng 3. Mua đồ đạc (Tivi, tủ lạnh, xe máy,..vv).....nghìn đồng 4. Du lịch.....nghìn đồng 5. Khác (Cưới hỏi, cộng đồng...):.....nghìn đồng 																										
A23	<p>Trong năm ngoài, gia đình anh/chị có sự thay đổi nào đặc biệt không? Nguyên nhân thay đổi?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Thay đổi</th> <th rowspan="2">Nguyên nhân</th> </tr> <tr> <th>Có</th> <th>Không</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sức khoẻ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chỗ ở</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Thu nhập và việc làm</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quan hệ gia đình</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Khác</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Thay đổi		Nguyên nhân	Có	Không	Sức khoẻ	1	2		Chỗ ở	1	2		Thu nhập và việc làm	1	2		Quan hệ gia đình	1	2		Khác	1	2	
	Thay đổi		Nguyên nhân																								
	Có	Không																									
Sức khoẻ	1	2																									
Chỗ ở	1	2																									
Thu nhập và việc làm	1	2																									
Quan hệ gia đình	1	2																									
Khác	1	2																									

PHẦN B: SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ VÀ CHI PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ

B1. Có thành viên nào trong gia đình anh/chị bị ốm trong tháng trước/năm ngoài không?

Đơn vị: nghìn đồng

Mã* (xem A2)	Tên của người ốm	Bệnh tật	Số lần bị ốm	Điều trị nội trú (trong 12 tháng trước)		Điều trị ngoại trú (trong 12 tháng trước)		Số tiền bảo hiểm chi trả	Số người châm sóc người ốm
				Số ngày	Tổng chi phí	Số ngày	Tổng chi phí		
					(7)		(7)		(8)

(*) Mã của người ốm là số thứ tự (hay mã) của người này trong bảng A2.

(7) Tổng chi phí (nghìn đồng): Điều tra viên gợi ý và cùng tính toán mỗi lần ốm của từng thành viên trong gia đình

Tổng chi phí bao gồm:

- Chi phí trực tiếp cho các dịch vụ y tế: viện phí, thuốc men, xét nghiệm, thuốc khác và người chuyên chăm sóc
- Chí phí trực tiếp nhưng không cho y tế: đi lại, nơi ở, ăn uống, và quà biếu

(8) Khả năng chi trả của gia đình cho mỗi thành viên bị ốm

- | | |
|-------------------------------|---|
| Có khả năng chi trả toàn phần | 1 |
| Có khả năng chi trả một phần | 2 |
| Không có khả năng chi trả | 3 |

B2. Thông tin về thành viên có H trong gia đình anh/chị? (Chỉ hỏi về những người có H kể cả người đã chết trong vòng 12 tháng qua).

STT	Câu hỏi	HIV 1	HIV 2
B2.1	Mã số* (Xem A2)		
B2.2	Anh/chị có sử dụng ma tuý không? Có Không Không trả lời	1 2 99	1 2 99
B2.3	Anh/chị biết chính xác bị nhiễm HIV năm nào không? Ghi rõ:..... Không nhớ/không trả lời	00	00
	Điều trị ngoại trú (Hỏi thông tin chi tiết trong 12 tháng qua)	HIV 1	HIV 2
B2.4	<u>Trong 12 tháng qua, anh/chị có bị ốm và phải điều trị ngoại trú không?</u> Có Không	1 2→B2.14	1 2→B2.14
B2.5	Nếu có, anh/chị bị ốm và phải điều trị bao nhiêu lần? Lần	..... Lần	..... Lần
B2.6	Nguyên nhân ốm (Mô tả triệu chứng của bệnh hoặc bệnh).		
B2.7	Số ngày bị ốm? Ngày	..... Ngày	..... Ngày
B2.8	Anh/chị có điều trị bệnh không? Có Không	1→B2.10 2	1→B2.10 2
B2.9	Nếu không, lí do không điều trị? Ốm nhẹ Xa các cơ sở y tế Không bác sĩ nào muốn khám Không có tiền chi trả Không có thời gian vì phải chờ đợi lâu Sợ bị phân biệt và kỳ thị Khác (Ghi rõ.....)	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
B2.10	Nơi điều trị Y tế cơ sở Bệnh viện công Bệnh viện tư Bác sỹ tư Tổ chức từ thiện/phí chính phủ Hiệu thuốc Thầy mo/thầy cúng Dùng thuốc tại nhà Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

STT	Câu hỏi	HIV 1	HIV 2
B2.11	Số ngày điều trị	..... Ngày	..... Ngày
B2.12	Số ngày phải nằm tại giường	..... Ngày	..... Ngày
B2.13	Số ngày không làm việc	..... Ngày	..... Ngày
	Điều trị nội trú (Hỏi chi tiết trong 12 tháng qua)		HIV 1 HIV 2
B2.14	<u>Trong 12 tháng qua, anh/chị có bị ốm và phải nhập viện không?</u>	Có Không	1 2 → B3 1 2 → B3
B2.15	Nếu có, bao nhiêu lần?	..... Lần	..... Lần
B2.16	Nguyên nhân ốm (Mô tả triệu trứng của bệnh hoặc bệnh)		
B2.17	Số ngày nằm viện	..... Ngày	..... Ngày
B2.18	Nơi điều trị	Y tế cơ sở Bệnh viện công Bệnh viện tư Bác sĩ tư Tổ chức từ thiện/NGO Hiệu thuốc Thầy mo/thầy cúng Dùng thuốc tại nhà Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9
B2.19	Trong 12 tháng qua, anh/chị phải nghỉ làm việc bao nhiêu ngày vì bị ốm?	..... Ngày	..... Ngày
B2.20	Anh/chị đã bao giờ bị phẫu thuật sau khi phát hiện ra HIV (+)?	Có Không Không biết	1 2 → B2.23 99 → B2.23 1 2 → B2.23 99 → B2.23
B2.21	Nếu có, anh/chị có phải trả thêm tiền cho các dụng cụ dành riêng cho bệnh nhân AIDS và các dụng cụ tẩy rửa cho cuộc phẫu thuật không?	Có Không Không biết	1 2 → B2.23 99 → B2.23 1 2 → B2.23 99 → B2.23
B2.22	Nếu có, anh/chị phải trả bao nhiêu? (nghìn đồng) Ghi rõ:..... Không biết/không nhớ	0	0
B2.23	Anh/chị có điều trị ARV không?	Có Không	1 2 1 2

STT	Câu hỏi	HIV 1	HIV 2
B2.24	<p>Nếu có, anh/chị có ARV từ đâu?</p> <p>Y tế cơ sở Bệnh viện công Bệnh viện tư Bác sĩ tư Tổ chức từ thiện/NGO Hiệu thuốc Thầy mo/thầy cúng Khác (ghi rõ).....</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 9</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 9</p>
B2.25	<p>Chi phí cho điều trị ARV trung bình một tháng (nghìn đồng).</p> <p>Thuốc ARV Viện phí Xét nghiệm Đi lại Nơi ở và thức ăn Khác <u>Tổng chi phí</u> Không trả lời</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
B2.26	<p>Nếu không, vì sao anh/chị không điều trị?</p> <p>Tôi không biết làm thế nào để có được thuốc ARV Tôi không thể tuân thủ điều trị nên tôi bỏ Tình trạng hiện tại của tôi chưa cần thiết phải điều trị ARV Chi phí điều trị ARV quá cao Tôi không biết về điều trị ARV Không trả lời</p>	<p>1 2 3 4 5 99</p>	<p>1 2 3 4 5 99</p>
B2.27	<p>Anh/chị có sử dụng loại thuốc nào khác không (thuốc nhiễm trùng cơ ội, các bệnh khác)?</p> <p>Có Không</p>	<p>1 2→B2.29</p>	<p>1 2→B2.29</p>
B2.28	Nếu có, anh/chị phải trả bao nhiêu tiền một tháng? (Nghìn đồng)		
B2.29	Anh/chị đã bao giờ được tư vấn về dinh dưỡng hợp lý để nâng cao sức khoẻ của mình?	<p>Có Không</p>	<p>1 2→B2.31</p>
B2.30	<p>Nếu có, những loại thức ăn thêm nào anh/chị đang sử dụng?</p> <p>Nhóm Đạm động vật Nhóm Đạm thực vật Nhóm lương thực chủ yếu Nhóm lương thực thay thế Nhóm chất béo động vật Nhóm chất béo thực vật Rau xanh Hoa quả</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>

STT	Câu hỏi	HIV 1	HIV 2
B2.31	Nếu không, tại sao gia đình anh/chị không ăn các loại thực phẩm đó?		
	Giá thực phẩm quá cao không đủ khả năng chi trả	1	1
	Chợ/siêu thị quá xa không tiện đi lại để mua	2	2
	Không có các loại thực phẩm đó	3	3
	Cho rằng không cần thiết phải ăn đủ các loại thực phẩm	4	4
	Khác	5	5
	Không biết	99	99

STT	Câu hỏi
B3	Những chi phí hàng tháng cho chăm sóc y tế, khám sức khoẻ và điều trị cho người nhiễm HIV trong gia đình anh/chị là gì? 9. ARV :nghìn đồng 10. Thuốc khác: .....nghìn đồng 11. Viện phí: .....nghìn đồng 12. Xét nghiệm: .....nghìn đồng 13. Đi lại đến cơ sở y tế: .....nghìn đồng 14. Nơi ở và ăn uống trong quá trình điều trị: .....nghìn đồng 15. Khác: .....nghìn đồng 16. Số ngày trung bình của mỗi đợt điều trị trong một tháng: .....ngày 17. Số người chăm sóc..... người
B4	Trung bình một tháng, anh/chị (người có H) thiệt hại khoảng bao nhiêu tiền do không thể đi làm? .....nghìn đồng
B5	Trung bình một tháng, người chăm sóc thiệt hại khoảng bao nhiêu tiền do không thể đi làm? .....nghìn đồng
B6	Gia đình anh/chị phải xoay sở như thế nào để chi trả những khoản chi phí phát sinh thêm, bù đắp lại thu nhập bị mất và chia sẻ gánh nặng công việc? (Câu hỏi nhiều lựa chọn). Dùng tiền tiết kiệm 1 Dùng tiền bồi hoàn của chủ lao động 2 Bảo hiểm y tế 3 Tài sản thế chấp 4 Bán nhà, đất hoặc các tài sản trong nhà 5 Vay từ chủ lao động 6 Mượn tiền từ bạn bè, hoặc họ hàng 7 Vay tiền từ chủ nợ và các tổ chức tài chính 8 Hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ 9 Hỗ trợ từ gia đình của bố mẹ hoặc anh/chị em khác 10 Làm việc thêm ngoài giờ 11 Con cái phải làm thêm để giúp đỡ cho gia đình 12 Bản thân phải làm thêm để đáp ứng những chi phí phát sinh của gia đình 13 Không làm gì 14 Khác (Ghi rõ): 16

PHẦN C. MÔI TRƯỜNG GIA ĐÌNH

STT	Câu hỏi
Sự tham gia vào các hoạt động cộng đồng	
C1	<p>Đã bao giờ anh/chị hay người thân của anh/chị tham gia vào các hoạt động ủng hộ người nhiễm HIV hoặc thông tin-giáo dục-truyền thông chưa?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2 → C3</p>
C2	<p>Nếu có, anh/chị hãy mô tả cụ thể các hoạt động đã tham gia?</p> <p>1)..... 2)..... 3).....</p>
C3	<p>Anh/chị đã tham gia các hoạt động đào tạo về các chính sách và đạo luật liên quan tới HIV/AIDS?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2 → C5</p>
C4	<p>Nếu có, anh/chị đã tham gia bao nhiêu lần? _____</p> <p>Hoạt động tham gia?</p> <p>1)..... 2)..... 3).....</p>
C5	<p>Nếu không, anh/chị có mong muốn tham gia trong thời gian tới không?</p> <p style="text-align: right;">Có 1 Không 2 Không biết 3</p>
Ảnh hưởng đến phụ nữ (Chỉ hỏi đối tượng phụ nữ, xem hướng dẫn)	
C6	<p>Nếu chị bị HIV (+), gia đình tổ thái độ như thế nào với chị?</p> <p>Đánh giá đạo đức và làm lây nhiễm sang chồng 1 Không cho ở chung và sinh hoạt cùng gia đình 2 Buộc phải làm việc nhiều hơn 3 Không được tiếp xúc với con cái 4 Không được động chạm đến những tài sản của gia đình 5 Không tác động 6 Từ chối trả lời 99</p>
C7	<p>Nếu chị HIV (-), chồng HIV (+), chị làm gì để bảo vệ mình?</p> <p>Không quan hệ tình dục xâm nhập 1 Dùng bao cao su 2 Không làm gì 3 Từ chối trả lời 99</p>

STT	Câu hỏi	
C8	Nếu chị HIV (-), chồng HIV (+), có xảy ra những vấn đề sau không? Bàn với chồng về sự cần thiết và cách phòng tránh HIV Chịu áp lực vì chồng có những hành vi quan hệ tình dục không an toàn Khó khăn trong quyết định không quan hệ tình dục Khó khăn khi từ chối quan hệ tình dục với chồng Trở thành nạn nhân của bạo lực gia đình khi từ chối quan hệ tình dục với chồng Không xảy ra Từ chối trả lời	1 2 3 4 5 6 99
C9	Nếu chị không sống cùng chồng hay gia đình chồng, chị bắt đầu sống riêng khi nào? Sau khi chồng nhiễm HIV Sau khi tôi nhiễm HIV Sau khi chồng mất Khác..... Từ chối trả lời	1 2 3 4 99
C10	Nếu chị không sống cùng chồng và gia đình chồng, chị có nhận được sự hỗ trợ (cả vật chất và tinh thần) nào từ phía họ không? Có Không	1 2
C11	Nếu chồng chị bị mất vì HIV, sau khi chồng mất, chị có: Bị yêu cầu phải rời khỏi nhà chồng Không được chia tài sản của chồng Không được về nhà mẹ đẻ Không được tiếp xúc với con cái Buộc phải từ bỏ quyền thừa kế Buộc phải thanh lý tài sản chung Không phù hợp Từ chối trả lời	1 2 3 4 5 6 7 99
C12	Chị có quyền quyết định các vấn đề sau không? Mua bán bất động sản như đất đai, nhà.. Tự chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe bản thân Tự chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho con cái Tự quyết định nên có con hay không Từ chối yêu cầu quan hệ tình dục của chồng hay bạn trai Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục Từ chối trả lời	1 2 3 4 5 6 99
C13	Ai là lao động chính để trang trải chi phí y tế cho người nhiễm HIV trong gia đình anh/chị? Vợ HIV+ Chồng HIV+ Người già trên 60 tuổi Trẻ em dưới 18 tuổi Khác (Ghi rõ).....	1 2 3 4 5

STT	Câu hỏi																																				
Ảnh hưởng đến trẻ em trong gia đình																																					
C14	<p>Con cái (trẻ em) trong gia đình có được đi học không?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Có</td><td style="text-align: right;">1 → C16</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Không</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Không phù hợp (không có trẻ em)</td><td style="text-align: right;">3 → C19</td></tr> </table>	Có	1 → C16	Không	2	Không phù hợp (không có trẻ em)	3 → C19																														
Có	1 → C16																																				
Không	2																																				
Không phù hợp (không có trẻ em)	3 → C19																																				
C15	<p>Nếu không, đâu là lý do khiến chúng không được đến trường? (Câu hỏi nhiều lựa chọn)</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: right;">Không đủ tiền trang trải học phí</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Vì phải chăm sóc người ốm</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Vì phải trông nom các em</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Vì phải làm việc kiếm tiền</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Vì phải làm việc nhà</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không đủ sức khỏe để đến trường</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không thể xin học</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bị đuổi học vì lý do khác</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không tìm được nơi học vì nhiễm HIV</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bỏ học vì nhiễm HIV</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không thích học</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Việc học là không cần thiết</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Thành kiến từ phía giáo viên</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Chất lượng giáo dục không đạt yêu cầu</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Cơ sở vật chất giáo dục không tốt</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Gặp khó khăn trong thi cử</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không trả lời</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table>	Không đủ tiền trang trải học phí	1	Vì phải chăm sóc người ốm	2	Vì phải trông nom các em	3	Vì phải làm việc kiếm tiền	4	Vì phải làm việc nhà	5	Không đủ sức khỏe để đến trường	6	Không thể xin học	7	Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV	8	Bị đuổi học vì lý do khác	9	Không tìm được nơi học vì nhiễm HIV	10	Bỏ học vì nhiễm HIV	11	Không thích học	12	Việc học là không cần thiết	13	Thành kiến từ phía giáo viên	14	Chất lượng giáo dục không đạt yêu cầu	15	Cơ sở vật chất giáo dục không tốt	16	Gặp khó khăn trong thi cử	17	Không trả lời	99
Không đủ tiền trang trải học phí	1																																				
Vì phải chăm sóc người ốm	2																																				
Vì phải trông nom các em	3																																				
Vì phải làm việc kiếm tiền	4																																				
Vì phải làm việc nhà	5																																				
Không đủ sức khỏe để đến trường	6																																				
Không thể xin học	7																																				
Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV	8																																				
Bị đuổi học vì lý do khác	9																																				
Không tìm được nơi học vì nhiễm HIV	10																																				
Bỏ học vì nhiễm HIV	11																																				
Không thích học	12																																				
Việc học là không cần thiết	13																																				
Thành kiến từ phía giáo viên	14																																				
Chất lượng giáo dục không đạt yêu cầu	15																																				
Cơ sở vật chất giáo dục không tốt	16																																				
Gặp khó khăn trong thi cử	17																																				
Không trả lời	99																																				
C16	<p>Con cái (trẻ em) trong gia đình có phải chuyển trường trong quá trình học không?</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Có</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Không</td><td style="text-align: right;">2 → C18</td></tr> </table>	Có	1	Không	2 → C18																																
Có	1																																				
Không	2 → C18																																				
C17	<p>Nếu có, lí do chuyển trường là gì? (Câu hỏi nhiều lựa chọn).</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: right;">Không đủ tiền chi trả</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Đào tạo tốt hơn</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không có lớp cao hơn</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Dễ đi lại hơn</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bị đuổi học vì lý do khác</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Bỏ học vì nhiễm HIV</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không lên lớp được (Đúp)</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Chuyển chỗ ở</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">E sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">Không trả lời</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table>	Không đủ tiền chi trả	1	Đào tạo tốt hơn	2	Không có lớp cao hơn	3	Dễ đi lại hơn	4	Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV	5	Bị đuổi học vì lý do khác	6	Bỏ học vì nhiễm HIV	7	Không lên lớp được (Đúp)	8	Chuyển chỗ ở	9	E sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử	10	Không trả lời	99														
Không đủ tiền chi trả	1																																				
Đào tạo tốt hơn	2																																				
Không có lớp cao hơn	3																																				
Dễ đi lại hơn	4																																				
Bị đuổi học vì trong gia đình có người nhiễm HIV	5																																				
Bị đuổi học vì lý do khác	6																																				
Bỏ học vì nhiễm HIV	7																																				
Không lên lớp được (Đúp)	8																																				
Chuyển chỗ ở	9																																				
E sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử	10																																				
Không trả lời	99																																				

STT	Câu hỏi
C18	<p>Có những thay đổi gì với con của anh/chị khi chúng biết trong gia đình có người nhiễm HIV? (Câu hỏi nhiều lựa chọn).</p> <p>Chúng tự làm mọi thứ và không nói chuyện hay hỏi bố mẹ về những khó khăn của chúng 1 Chúng bắt đầu tự làm công việc nhà 2 Chúng học hành chăm chỉ hơn 3 Chúng có những bí mật và không nói với bố mẹ về những bí mật đó 4 Chúng thường nổi giận với những thành viên trong gia đình 5 Chúng thường cãi nhau với người khác, thậm chí là đánh nhau 6 Chúng luôn im lặng và tránh tiếp xúc với mọi người 7 Không thay đổi 8</p>
Tác động đến gia đình có người nhiễm HIV	
C19	<p>Gia đình anh/chị bị ảnh hưởng như thế nào khi trong gia đình có một người nhiễm HIV? (Câu hỏi nhiều lựa chọn).</p> <p>Ảnh hưởng đến cấu trúc gia đình (Giảm số thành viên trong gia đình) 1 Ảnh hưởng đến tâm lý (Cảm thấy áp lực và bị phân biệt) 2 Ảnh hưởng đến kinh tế (Giảm nhân lực lao động, mất thu nhập, gánh nặng kinh tế) 3 Ảnh hưởng đến trẻ em – Kỳ thị ở trường học hoặc thành trẻ mồ côi 4 Khác (Ghi rõ) 5 Không ảnh hưởng 6 Từ chối trả lời 99</p>
Gánh nặng tinh thần cho người chăm sóc	
C20	<p>Anh/chị và các thành viên trong gia đình có bao giờ</p> <p>Sợ và căng thẳng khi chăm sóc người có HIV 1 Cảm thấy xấu hổ khi có người nhiễm HIV trong gia đình 2 Đau đớn vì bị kỳ thị 3 Lo lắng về những ảnh hưởng của HIV/AIDS đến những thành viên trong gia đình 4 Lo lắng về cuộc sống và sức khoẻ của người có HIV 5 Đau khổ vì cái chết của người nhiễm 6 Khác 1 7 Khác 2 8 Khác 3 9</p>
Tác động đối với công việc	
C21	<p>Hiện tại anh/chị có làm việc gì để có thu nhập không?</p> <p>Có 1 → Phần D Không 2</p>
C22	<p>Nếu không, anh/chị dừng làm việc từ khi nào? (Năm nào)</p> <p>Năm Không có việc làm -99</p>

STT	Câu hỏi												
C23	<p>Lí do gì khiến anh/chị dừng làm việc?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Không đủ sức khoẻ để làm việc</td><td style="width: 10%;">1</td></tr> <tr> <td>Bị sa thải</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Nhà máy/cơ quan đóng cửa</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Về mất sức</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Bị phân biệt ở nơi làm việc</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Khác (ghi rõ).....</td><td>6</td></tr> </table>	Không đủ sức khoẻ để làm việc	1	Bị sa thải	2	Nhà máy/cơ quan đóng cửa	3	Về mất sức	4	Bị phân biệt ở nơi làm việc	5	Khác (ghi rõ).....	6
Không đủ sức khoẻ để làm việc	1												
Bị sa thải	2												
Nhà máy/cơ quan đóng cửa	3												
Về mất sức	4												
Bị phân biệt ở nơi làm việc	5												
Khác (ghi rõ).....	6												

PHẦN D. PHÂN BIỆT VÀ KỲ THỊ VỚI NGƯỜI CÓ HIV

STT	Câu hỏi	Trả lời			
		Có	Không	Không phù hợp	
Kỳ thị và phân biệt những người có HIV <i>(Chỉ hỏi những người nhiễm HIV)</i>					
Lạm dụng bằng lời nói					
D1	Người ta chửi rửa tội				
D2	Người ta sỉ vả, lăng mạ tôi				
D3	Tôi bị đổ lỗi vì tình trạng nhiễm HIV của mình				
D4	Người ta nói rằng tôi không có tương lai				
D5	Người ta nói rằng tôi bị trừng phạt				
D6	Người ta chế nhạo tôi khi thấy tôi ở đâu đó				
Nhận thức tiêu cực					
D7	Tôi cảm thấy mình hoàn toàn vô dụng				
D8	Tôi cảm thấy vô cùng xấu hổ khi bị bệnh này				
D9	Tôi cảm thấy rằng tôi không còn là con người nữa.				
D10	Tôi cảm thấy rằng tôi đã mang lại nhiều rắc rối cho gia đình mình				
D11	Tôi cảm thấy không đáng sống nữa				
D12	Tôi sợ những người khác biết về tình trạng bệnh của mình và muốn chuyển tôi đi nơi khác				
D13	Tôi lo lắng sẽ ảnh hưởng đến gia đình và con cái tôi				
D14	Tôi luôn cảm thấy lo lắng và không thể làm việc được				
D15	Tôi luôn nghĩ đến cái chết				
Phân biệt và kỳ thị ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ					
D16	Tôi bị cho ra viện trong khi vẫn cần được chăm sóc và hỗ trợ				
D17	Tôi phải tự xoay sở thay vì được y tá giúp đỡ				
D18	Trong bệnh viện, không ai quan tâm đến sự đau đớn của tôi				
D19	Tôi bị từ chối phẫu thuật				
D20	Bệnh viện đã nói cho người khác biết tôi bị nhiễm HIV				
D21	Tôi bị cách ly				
D22	Tôi không được điều trị vì người ta nói rằng tôi sắp chết				
D23	Trong bệnh viện, tôi được nằm trên một chiếc giường bẩn				
D24	Người ta từ chối chăm sóc sức khoẻ cho tôi				

STT	Câu hỏi	Trả lời		
		Có	Không	Không phù hợp
D25	Trong bệnh viện, tôi luôn phải chờ đợi đến tận cuối cùng Bị từ chối quyền lợi			
D26	Tài sản của tôi bị lấy đi hết			
D27	Tôi bị buộc phải nạo thai hoặc triệt sản vì tình trạng nhiễm HIV của mình			
D28	Người ta đã bàn tán về tình trạng HIV của tôi ngoài mong muốn			
D29	Tôi không được phép sở hữu tài sản, đất đai và nhà cửa			
D30	Con của tôi bị mang đi vì tôi bị nhiễm HIV Xã hội xa lánh			
D31	Mọi người không đến thăm tôi			
D32	Mọi người cắt đứt mối quan hệ với tôi			
D33	Một người bạn không nói chuyện với tôi			
D34	Tôi không được đến những nơi công cộng vì bị nhiễm HIV			
D35	Tôi buộc phải chuyển chỗ ở vì bị nhiễm HIV Sợ lây bệnh			
D36	Mọi người không dùng chung đồ dùng ăn uống với tôi nữa			
D37	Mọi người không ăn cùng tôi			
D38	Tôi buộc phải ra ngoài khi tôi bị ho			
D39	Tôi không được động vào con cái người khác Kỳ thị ở nơi làm việc			
D40	Người ta tìm mọi cách để sa thải tôi khỏi công việc của mình.			
D41	Công việc của tôi bị thay đổi vì tôi bị nhiễm HIV			
D42	Tôi mất việc vì tôi bị nhiễm HIV			
D43	Tôi phải bỏ việc vì sợ phân biệt và kỳ thị Kỳ thị và phân biệt đối với gia đình người nhiễm HIV (Chi hỏi chủ hộ gia đình)			
D44	Các học sinh khác không muốn ngồi cùng với con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV			
D45	Các học sinh khác không muốn chơi với các con tôi vì trong gia đình có người nhiễm HIV			
D46	Con tôi thường bị đánh và chế giễu vì trong gia đình có người nhiễm HIV			
D47	Trường học không nhận con tôi vào học			
D48	Con tôi không được phép ở trong trạm y tế xã			
D49	Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến việc hôn nhân của những thành viên khác			
D50	Tình trạng HIV của một thành viên trong gia đình ảnh hưởng đến nghề nghiệp của những thành viên khác			
D51	Tôi phải chuyển chỗ ở vì trong gia đình có người nhiễm HIV			

STT	Câu hỏi	Trả lời		
		Có	Không	Không phù hợp
D52	Họ hàng, làng xóm không đến thăm gia đình tôi nữa			
D53	Chúng tôi không được mời đến các sự kiện văn hoá, xã hội và hoạt động cộng đồng			
D54	Gia đình chúng tôi không có được nhận hoặc bị hoãn những phúc lợi xã hội			
D55	Chúng tôi cảm thấy bị đặt ngoài lề xã hội			

PHẦN E. TIẾP CẬN CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ

STT	Câu hỏi		
Hỗ trợ			
E1	Anh/chị có bao giờ <u>tìm kiếm</u> các dịch vụ hỗ trợ không?	Có	1 Không 2 → E3
E2	Nếu có, các dịch vụ nào?	Vay nợ	1 Hỗ trợ học phí 2 Hỗ trợ tài chính cho chăm sóc sức khoẻ 3 Hỗ trợ thực phẩm 4 Hỗ trợ thuốc 5 Khác (Ghi rõ.....) 6
E3	Anh/chị có bao giờ <u>nhận được</u> dịch vụ hỗ trợ nào không?	Có	1 Không 2 → E5
E4	Nếu có, các dịch vụ nào?	Vay nợ	1 Hỗ trợ học phí 2 Hỗ trợ tài chính cho chăm sóc sức khoẻ 3 Hỗ trợ thực phẩm 4 Hỗ trợ thuốc 5 Khác (Ghi rõ.....) 6
E5	Anh/chị có gặp khó khăn gì khi tìm kiếm và nhận các dịch vụ hỗ trợ đó?	Có	1 Không 2 → E7
E6	Nếu có, những khó khăn gì?	1) 2) 3) 4) 5)	

STT	Câu hỏi			
E7	Anh/ chị có bao giờ nhận được sự hỗ trợ từ?	Hàng xóm	1	
		Bạn bè, Người thân	2	
		Tổ chức quần chúng	3	
		Cơ quan Nhà nước	4	
		Tổ chức phi chính phủ (NGO)	5	
		Khác (Ghi rõ.....)	6	
E8	Con của anh/chị có được miễn/giảm học phí không?	Có	1	
		Không	2	
E9	Anh/chị có tham gia vào nhóm tự lực/hỗ trợ nào không?	Có	1	
		Không	2 → E11	
E10	Nếu có, anh.chị có thể cung cấp tên của nhóm/tổ chức:	1.	.....
		2.	.....
		3.	.....
E11	Anh/chị đã tham gia vào nhóm đó được mấy tháng rồi? Tháng			
E12	Anh/chị nhận đang nhận được những hỗ trợ gì?	1.....		
		2.....		
		3.....		
		4.....		
E13	Anh/chị có cần hỗ trợ để cải thiện tình trạng kinh tế hộ gia đình không?	Có	1	
		Không	2 → E15	
E14	Nếu có, anh/chị cần được hỗ trợ như thế nào?	Vay vốn	1	
		Học nghề	2	
		Tạo việc làm	3	
		Cho tiền	4	
		Hỗ trợ y tế	5	
		Khác (ghi rõ).....	6	
		Khác (ghi rõ).....	7	
		Khác (ghi rõ).....	8	
E15	Anh/chị có biết làm thế nào để nhận được những hỗ trợ này không?	Có	1	
		Không	2 → E17	

STT	Câu hỏi	
E16	<p>Nếu có, anh/chị nên làm thế nào?</p> <p>Nhờ bố mẹ hoặc bố mẹ vợ/chồng 1 Nhờ bạn bè/họ hàng 2 Nhờ các tổ chức xã hội/phí chính phủ (NGO) 3 Nhờ tổ chức quần chúng 4 Nhờ cơ quan Nhà nước 5 Tự thân 6 Khác (ghi rõ)..... 7</p>	
E17	<p>Theo anh/chị, nghề nào phù hợp với người nhiễm HIV/AIDS?</p> <p>1,..... 2,..... 3,.....</p>	
E18	<p>Theo anh/chị, người nhiễm HIV/AIDS gặp phải những khó khăn gì khi tham gia vào các hoạt động cải thiện kinh tế?</p> <p>1,..... 2,..... 3,.....</p>	
Tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ phòng chống HIV/AIDS		
E19	<p>Anh/chị có biết nơi nào cung cấp bao cao su miễn phí không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E20	<p>Anh/chị có biết nơi nào cung cấp bơm kim tiêm sạch miễn phí không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E21	<p>Anh/chị có biết điều trị thay thế bằng Methadone ở đâu không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E22	<p>Anh/chị có biết điều trị ARV ở đâu không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E23	<p>Anh/chị có biết nơi nào làm xét nghiệm CD4 không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E24	<p>Vợ anh/chị có mang thai sau khi nghe tin anh/chị bị nhiễm HIV không?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	
E25	<p>Anh/chị đã được tuyên truyền về các kiến thức về phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa?</p> <p>Có 1 Không 2</p>	

STT	Câu hỏi
E26	Trong trường hợp phụ nữ mang thai bị nhiễm HIV thì theo anh/chị nên sinh con hay nên nạo hút thai? Sinh con 1 Nạo thai 2 Không biết 99
E27	Theo anh/chị thì đã có thuốc phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa? Có 1 Không 2
E28	Chị đã bao giờ bị ép buộc hoặc bị thuyết phục để nạo phá thai chưa? Có 1 Không 2 → E30
E29	Nếu có, ai đã ép buộc hay thuyết phục chị? Chồng 1 Bố mẹ chồng 2 Người thân khác 3 Bạn bè 4 Cán bộ y tế 5 Khác (Ghi rõ) 6
E30	Anh/chị có gặp khó khăn gì không khi tiếp cận với các dịch vụ sức khoẻ? Có 1 Không 2
E31	Nếu có, đó là những khó khăn gì? Thiếu tiền 1 Bị từ chối 2 Thái độ tiêu cực của CBYT 3 Thái độ tiêu cực của các bệnh nhân khác 4 Xa nhà 5 Sợ bị kỳ thị 6 Chờ đợi lâu 7 Dịch vụ không sẵn có 8 Khác (Ghi rõ)..... 9
E32	Anh/chị đã vượt qua khó khăn đó như thế nào? Giúp đỡ từ hàng xóm 1 Giúp đỡ từ bạn bè 2 Giúp đỡ từ các tổ chức quần chúng 3 Giúp đỡ từ những người cùng cảnh ngộ 4 Khác (Ghi rõ)..... 5
E33	Anh/chị có bao giờ từ chối sử dụng các dịch vụ sức khoẻ đó? Có 1 Không 2

STT	Câu hỏi
E34	<p>Nếu có, vì sao anh/chị lại từ chối ?</p> <p>1,.....</p> <p>2,.....</p> <p>3,.....</p>

PHẦN F. TỰ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA BẢN THÂN

F1. Khả năng đi lại của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi đi lại
2. Đi lại hơi khó khăn
3. Chỉ có thể nằm tại giường

F2. Vấn đề tự chăm sóc bản thân của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi tự chăm sóc bản thân
2. Gặp một vài vấn đề khó khăn khi tự tắm rửa hay khi tự mặc quần áo
3. Không thể tự tắm rửa hay không thể tự mặc quần áo

F3. Sinh hoạt thường ngày (ví dụ: làm việc, học hành, làm việc nhà, chăm sóc gia đình, vui chơi, giải trí) của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không gặp vấn đề gì khi thực hiện các sinh hoạt thường ngày
2. Gặp một vài vấn đề khi thực hiện các sinh hoạt thường ngày
3. Không thể thực hiện các sinh hoạt thường ngày

F4. Những đau đớn/ khó chịu của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không đau/ không khó chịu
2. Khá đau/ khá khó chịu
3. Rất đau/ rất khó chịu

F5. Những lo lắng/ u sầu của bạn hôm nay như thế nào?

1. Không lo lắng / không u sầu
2. Khá lo lắng / khá u sầu
3. Rất lo lắng / rất u sầu

F6. Nhằm giúp mọi người có thể xác định trạng thái tốt hay xấu của sức khỏe, chúng tôi vẽ ra một thang điểm từ 0 đến 100. Ở thang điểm này, **số điểm 100** tương ứng với **tình trạng sức khỏe tốt nhất** và **0** tương ứng với **tình trạng sức khỏe xấu nhất** mà anh chị có thể tưởng tượng được.

Chúng tôi mong muốn anh chị sẽ chỉ ra trên thang điểm này **tình trạng sức khỏe** của mình **ngày hôm nay**.

Xin anh chị hãy cho biết anh chị tự đánh giá mình được bao nhiêu điểm và **hãy viết rõ con số đó:** _____

