

Kiến thức, thái độ và hành vi của ngư dân về sự lây nhiễm HIV/AIDS: Nghiên cứu trường hợp tại Quảng Ninh

Đoàn Kim Thắng

Viện Xã hội học

Tóm tắt: Nghiên cứu được thực hiện năm 2008 tại thành phố Hạ Long và hai huyện Vân Đồn, Yên Hưng thuộc tỉnh Quảng Ninh. Số mẫu phỏng vấn là 300 người dân ngư nghiệp ở các nhóm nghề: khai thác, chế biến, nuôi trồng và chế biến thủy sản. Các số liệu được phân tích theo nhóm tuổi, học vấn, giới tính và nghề nghiệp. Kết quả cho thấy kiến thức của những người được hỏi về phòng tránh lây nhiễm HIV còn có nhiều điểm hạn chế, còn hiểu sai về các con đường không lây nhiễm HIV. Vẫn còn những biểu hiện sự kỳ thị, xa lánh và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và gia đình họ. Tỷ lệ xét nghiệm còn thấp do mặc cảm của người nhiễm HIV và khả năng cung ứng các dịch vụ y tế. Tác giả kiến nghị cần tạo điều kiện để cả nam và nữ, đặc biệt là người nghèo được tiếp cận một cách công bằng thuốc ARV và nâng cao tỷ lệ trong nhóm có hành vi nguy cơ cao: người tiêm/chích ma túy, người trong nhóm khai thác, người thường xuyên đi làm ăn xa có nhiều bạn tình... được xét nghiệm HIV kịp thời. Đồng thời nâng cao nhận thức của cộng đồng ngư dân, giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử, tăng cường sự bình đẳng giới và giảm thiểu sự phân biệt trên cơ sở giới.

Từ khoá: Kiến thức, thái độ, hành vi về HIV/AIDS; Ngư dân và HIV/AIDS.

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu và kiến thức của ngư dân

1.1 Đặc điểm nhân khẩu-xã hội của mẫu nghiên cứu

Đối tượng được lựa chọn để phỏng vấn là 300 ngư dân, trong đó 222 người là nam giới chiếm 74%, còn lại là nữ giới chiếm 26%. Nghề nghiệp chính bao gồm: khai thác; chế biến; nuôi trồng và dịch vụ, hậu cần. Tỷ lệ nhóm khai thác chiếm 53% trong khi nhóm nuôi trồng 21,3%; dịch vụ, hậu cần 14,7% và thấp nhất là nhóm chế biến chỉ có 11%.

Có sự khác nhau về nghề nghiệp giữa nam và nữ. Nam giới tập trung cao hơn ở nhóm “Khai thác” với 92%, trong khi đó nữ chỉ chiếm 8%. Ở nhóm “Chế biến” tỷ lệ nữ cao hơn (64%) so với nam giới (36%). Lao động nam nhóm “Nuôi trồng” chiếm 59%, trong khi lao động nữ 41%; nhóm “Dịch vụ, hậu cần” tỷ lệ lao động nam và nữ là 59% và 41%.

Có 197 người đi làm ăn xa chiếm 65,6%; trong đó nam 170 người chiếm 86,2%, chỉ có 27 nữ chiếm 3,8%. Độ tuổi được xác định dựa trên thông tin cung cấp của người trả lời, sau đó được mã hoá lại và phân khoảng thành 3 nhóm. Độ tuổi của người trả lời tập trung cao nhất ở nhóm tuổi từ 35 - 49, thấp nhất ở nhóm tuổi từ 50 trở lên.

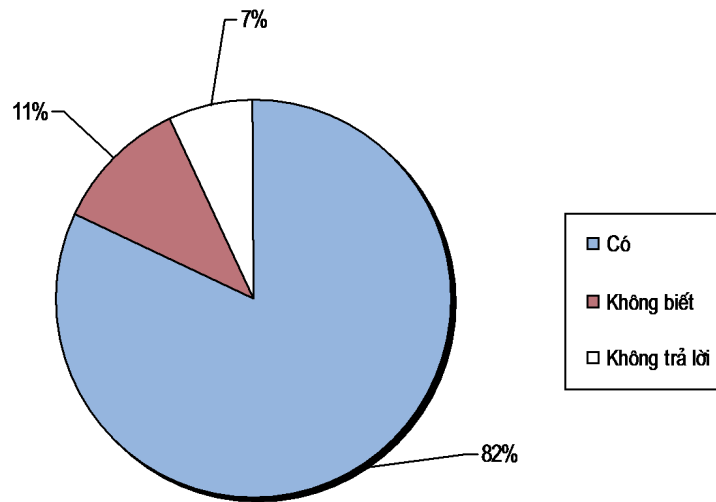
Hầu hết người được hỏi có trình độ cấp II và cấp I chiếm 71,4% tổng số người được hỏi. Học vấn cấp III chiếm tỷ lệ 21,7%; cao đẳng hoặc cao hơn chiếm tỷ lệ rất thấp (1,3%).

Trong tổng mẫu khảo sát có 84,7% người trả lời đã có vợ/chồng; 13,7% độc thân; 0,7% ly dị và 1,0% góa vợ hoặc chồng.

1.2. Kiến thức về các bệnh lây qua đường tình dục

82% người được hỏi có hiểu biết về các bệnh lây qua đường tình dục (LTĐTD). Tỷ lệ không hiểu biết về vấn đề này còn 11%, nếu tính cả tỷ lệ những người không biết/không trả lời thì tỷ lệ không biết về các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục là khá cao (18,0%) (Biểu đồ 1).

Xét theo học vấn, những người có trình độ học vấn càng cao thì sự hiểu biết về các bệnh LTĐTD càng lớn. Cụ thể, 100% người có trình độ trên đại học biết về các bệnh lây qua đường tình dục. Ở các cấp học khác thứ tự là 76,9% ở trình độ trung cấp; 90,8% ở trình độ tốt nghiệp cấp III; 84,5% ở trình độ tốt nghiệp cấp II; 62,3% ở trình độ tốt nghiệp cấp I; và

Biểu đồ 1. Mức độ biết về các bệnh lây qua đường tình dục

thấp nhất là mù chữ, tái mù. Điều này cho thấy, học vấn của người trả lời tỷ lệ thuận với mức độ biết về các thông tin về các bệnh lây qua đường tình dục.

Xét theo nhóm tuổi, kết quả cho thấy, nhóm tuổi càng cao thì tỉ lệ biết về các bệnh lây qua đường tình dục càng thấp, điều này có thể lý giải bởi sự tiếp cận dễ dàng của giới trẻ hiện nay về các thông tin rất đa dạng, phong phú với nhiều hình thức khác nhau.

Không có sự chênh lệch đáng kể trong sự hiểu biết của người trả lời biết về các bệnh LTĐTD xét trong tương quan giữa người “đi làm ăn xa” (81,2%) và người “không đi làm ăn xa” (83,5%). Tuy nhiên thời gian đi làm ăn xa cụ thể tỷ lệ nghịch với mức độ “hiểu biết” của người trả lời. Thời gian đi làm ăn càng dài thì mức độ hiểu biết càng thấp: 92% đi làm ăn xa 1-10 ngày có hiểu biết về các bệnh lây qua đường tình dục, tỷ lệ này ở thời gian đi làm ăn xa 11-20 ngày là 81,7%, 21-30 ngày chỉ còn 81%. Rõ ràng, có mối liên hệ giữa người đi làm xa dài ngày với nguy cơ lây nhiễm HIV, ở đây có thể do khả năng tiếp cận hạn chế với các nguồn thông tin chi phối.

Nhóm khai thác và nhóm chế biến có tỷ lệ hiểu biết về các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục là tương đương nhau (81,8%); nhóm nuôi trồng

có tỷ lệ hiểu biết thấp hơn (81,3%). Nhóm dịch vụ, hậu cần có tỷ lệ cao nhất 84,1%.

Phụ nữ có tỷ lệ hiểu biết thấp hơn nam giới về các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục. Tỷ lệ hiểu biết về các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục đối với những nam giới là 84,7%, trong khi đó nữ là 74,4%.

Có sự khác nhau đáng kể về mức độ hiểu biết tương quan với giới tính của người trả lời về các loại bệnh cụ thể. HIV và lậu là hai loại bệnh được biết nhiều nhất với tỷ lệ hơn 90% người lựa chọn, sau đó đến giang mai và các bệnh khác (Bảng 1).

Nhóm dịch vụ hậu cần có tỷ lệ hiểu biết về “HIV” lây qua đường tình dục là cao nhất (97,3%); tiếp đến nhóm chế biến là 96,3%; tiếp đến là nhóm khai thác là 94,6%; và thấp nhất là nhóm nuôi trồng là 92,3%.

Phụ nữ có tỷ lệ hiểu biết cao hơn nam giới về HIV (96,6% so với 94,1%); trong khi đó đối các bệnh khác như: sùi mào gà và bệnh lậu phụ nữ có tỷ lệ hiểu biết thấp hơn nam giới, nhưng chênh lệch nhau không đáng kể.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy sự hiểu biết của một số người nguy cơ lây nhiễm HIV do các bệnh LTQĐTD là chưa chính xác. Họ cho rằng các bệnh lây qua đường tình dục là giai đoạn đầu tiên của HIV và nếu

Bảng 1. Hiểu biết về các bệnh LTQĐTD tương quan với giới tính (%)

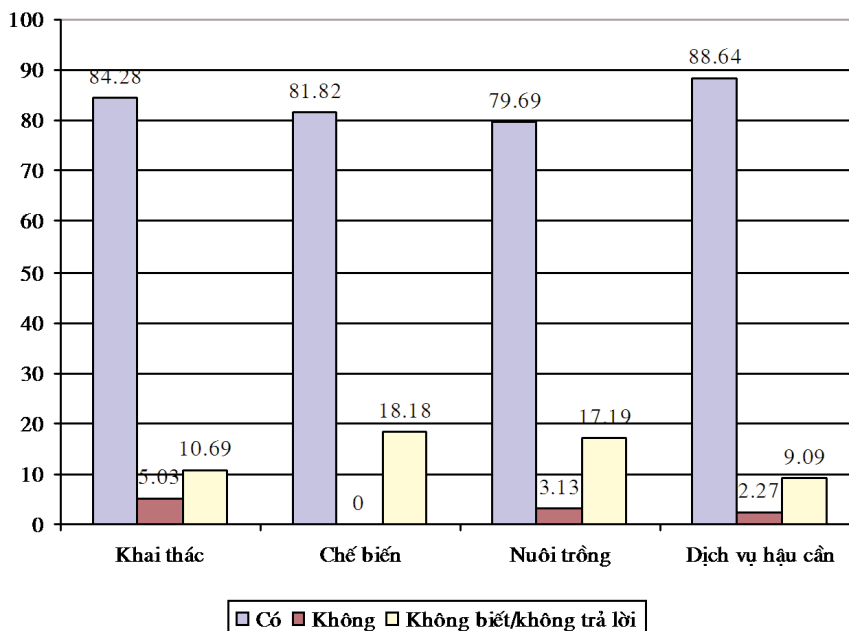
Các căn bệnh	Nam	Nữ
HIV	94,1	96,6
Giang mai	81,4	86,2
Lậu	86,2	84,5
Viêm gan B	28,2	37,9
Hẹp cơ sinh dục	31,4	41,4
Nấm sinh dục (chlamydia)	42,6	53,4
Sùi mào gà	48,3	52,8

không được chữa trị lâu ngày sẽ chuyển sang HIV.

“Bệnh lây truyền qua đường tình dục là các bệnh như giang mai, hoa liễu, lậu. Bệnh này có liên quan đến HIV/AIDS như người đang bị mắc các bệnh về đường tình dục mà chưa chữa khỏi đi quan hệ với người khác thì làm lây lan cho người khác và để lâu không chữa thì có thể chuyển sang HIV” (PVS người khai thác xã Hạ Long)

Thông tin ở biểu đồ 2 cho thấy nhóm dịch vụ hậu cần có tỷ lệ trả lời chính xác về câu nói: “Các bệnh LTĐTD làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV” cao nhất (88,64%); trong khi đó tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm nuôi trồng thủy sản (79,69%). Hai nhóm khai thác và nhóm chế biến có tỷ lệ ý kiến tương đối như nhau (84,28% và 81,82%). Như vậy yếu tố nghề nghiệp có ảnh hưởng lớn đến mức độ hiểu biết về vấn đề liên quan giữa các bệnh lây qua đường tình dục và lây nhiễm HIV và nhóm nuôi trồng có tỷ lệ trả lời chính xác thấp hơn cả.

Biểu đồ 2. Tương quan giữa nghề nghiệp và hiểu biết về “Các bệnh LTĐTD làm tăng lây nhiễm HIV”



1.3. Hiểu biết về cách phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS

Các con đường lây nhiễm HIV

Khi tìm hiểu con đường lây truyền HIV, 89,3% người được hỏi cho rằng con đường lây nhiễm HIV là “Dùng chung bơm kim tiêm”; “lây truyền từ mẹ sang con” (90,8%); “giao hợp qua đường âm đạo không dùng BCS” (84,1%); “truyền máu không được kiểm tra” (69,2%); “Quan hệ tình dục với gái mãi dâm không sử dụng BCS” (49,0%). Vẫn còn 4,6% cho rằng “muối côn trùng đốt” làm lây nhiễm HIV; 7,1% cho rằng “dùng chung dụng cụ với người có HIV” bị lây nhiễm; 9,2% cho rằng “ôm hôn” và 4,1% cho rằng “bắt tay” cũng bị lây HIV; 12,7% người trả lời cho rằng quan hệ tình dục với gái mãi dâm không sử dụng BCS không phải là con đường lây truyền HIV. Một số nhận thức khác chưa đúng khi cho rằng “giao hợp qua đường miệng không dùng BCS” thì không lây nhiễm HIV (15,0%); QHTD đồng giới nam” (11,3%); “giao hợp hậu môn không dùng BCS” (11,2%); “giao hợp qua đường âm đạo không dùng BCS” (4,6%) đều không lây nhiễm HIV. Như vậy cho đến thời điểm nghiên cứu vẫn còn một bộ phận lao động trong ngành thủy sản thiếu hiểu biết về HIV.

Xét tương quan giới tính cho thấy tỷ lệ nam nữ cho biết HIV lây nhiễm qua dùng bơm kim tiêm chung là tương đương nhau (91,9% nam giới và 91,0% đối với nữ giới). Không có sự khác biệt nhiều giữa những người “đi làm ăn xa” và người “không đi làm ăn xa” và các nhóm nghề nghiệp về con đường lây truyền HIV.

Các biện pháp phòng tránh HIV/AIDS

Để đánh giá mức độ hiểu biết của người trả lời về cách phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS chúng tôi đã đưa ra 9 phương án tương quan với 9 giải pháp, trong đó có 2 phương án thăm dò, đó là “tránh muỗi đốt” và “không tiếp xúc với người nhiễm HIV/AIDS”. Kết quả cho thấy 7 phương án “đúng” đều có tỷ lệ lựa chọn khá cao từ 73,6% đến 93,3%. Trong khi đó vẫn có tới 19,4% người được hỏi cho rằng “không tiếp xúc với người nhiễm HIV” và có 5,1% cho rằng “tránh muỗi đốt” là giải pháp phòng chống HIV/AIDS; 72,3% chấp nhận “không quan hệ tình dục” để phòng chống HIV/AIDS. Xét tương quan theo nghề nghiệp, nhóm nghề chế biến có tỷ lệ nhầm lẫn cao nhất. Có 25% nhóm này cho rằng phải tránh muỗi đốt. Tỷ lệ này ở nhóm khai thác chỉ có 1,9%; “tránh tiếp xúc với người

nhiễm HIV”, nhóm chế biến là 27,3%; nhóm nuôi trồng là 25,8%. Bên cạnh đó tỷ lệ “không biết” ở nhóm nuôi trồng lại chiếm tỷ lệ cao nhất: 22,6%. Có tới 38% nhóm nghề nuôi trồng trả lời “không biết” ở phương án “tránh tiếp xúc với người nhiễm HIV”. Như vậy 2 nhóm khai thác và nuôi trồng có mức độ hiểu biết hạn chế nhất. Về giới tính, nam giới có tỷ lệ trả lời sai cao hơn nữ ở các phương án thăm dò.

Cách thức nhận biết một người nhiễm HIV

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 79% “đồng ý” với nhận định “một người khỏe mạnh cũng có thể lây nhiễm HIV”; 16,7% “không đồng ý” và 4,3% còn lại “không trả lời”.

Tương tự như vậy với câu hỏi: “Ai cũng có thể lây nhiễm HIV” thì có 79% trả lời “đồng ý” trong đó tỷ lệ nam trả lời “đồng ý” cao hơn nữ giới (81,1% so với 73,1% nữ giới). “Nếu nghi ngờ bị nhiễm, các bạn có thể đi làm xét nghiệm HIV” thì vẫn còn có tới gần 10,3% “phản đối” và tỷ lệ “không biết” ở nhóm nuôi trồng là 12,5%.

Bên cạnh đó, khi đưa ra những câu hỏi để kiểm tra lại kiến thức thực sự của người trả lời về cách nhận biết một người nào đó nhiễm HIV, kết quả cho thấy vẫn còn hạn chế đáng kể trong kiến thức của ngư dân. Vẫn còn có tới 17,4% cho rằng có thể bằng cách “kiểm tra cơ thể” và 8,2% người trả lời cho rằng có thể biết một người nhiễm HIV bằng cách “quan sát bằng mắt thường”. Số người trả lời “không biết” ở hai nội dung này cũng chiếm tỷ lệ đáng kể.

2. Thái độ với người nhiễm HIV/AIDS

2.1 Thái độ với người nhiễm HIV tại nơi làm việc

Trả lời câu hỏi: “Nếu trong nhóm làm việc của bạn có người nhiễm HIV/AIDS, thì bạn sẽ làm gì?”, 83,4% người được hỏi cho biết “đối xử bình thường”, các thái độ mang tính kì thị, phân biệt đối xử (không gặp gỡ quan hệ, không đi công tác, ăn uống chung...) chiếm tỉ lệ thấp.

Các kết quả từ nghiên cứu định tính cũng cho thấy có sự chuyển đổi trong thái độ của người dân trong cộng đồng đối với người nhiễm HIV ở Quảng Ninh. Từ chỗ xa lánh, phân biệt đối xử, thì thái độ đối xử đã theo chiều hướng bình thường hơn.

“Thái độ của những người xung quanh thì mới đầu cũng xa lánh, kỳ thị, nhưng sau khi được tuyên truyền nâng cao nhận thức thì mọi người đối xử với những người bị nhiễm HIV/ AIDS có phần đỡ phân biệt đối xử hơn” (PVS người khai thác xã Nam Hòa).

Mặc dù vậy, từ thái độ đến hành vi là cả một quá trình diễn biến phức tạp. Có thể là chia sẻ và thông cảm đấy, nhưng việc e dè trong tiếp xúc với người nhiễm HIV còn đang là một khoảng trống lớn, cần có thời gian thu hẹp lại trong cộng đồng.

2.2 Thái độ ứng xử với người nhiễm HIV trong gia đình và ở trường học

Thái độ của mọi người trong gia đình có ảnh hưởng lớn đến người thân bị nhiễm HIV. Trả lời câu hỏi: “Nếu giả sử vợ/chồng của bạn không may bị nhiễm HIV/AIDS bạn sẽ làm gì?”, 28,4% số người được hỏi cho rằng: “cho ở riêng và ly thân”; 9,8% cho rằng “cho người nhiễm HIV ở riêng và không cho quan hệ với con cái”; 9,1% cho rằng “chấp nhận và chăm sóc”; 3,0% nói rằng sẽ “ly hôn” và 1,0% cho rằng sẽ “trả về với bố mẹ đẻ”...

Như vậy, có thể thấy trong gia đình vẫn còn có sự kỳ thị mặc dù tỷ lệ này không cao. Gia đình vẫn được xem là nơi bao dung và rộng lượng hơn so với ngoài cộng đồng cho các hành vi của các thành viên. Như vậy, có thể thấy quan hệ ruột thịt đã phân nào góp phần làm giảm đi sự kỳ thị, phân biệt đối xử.

Với câu hỏi “Nếu bạn biết bạn học của con bạn bị nhiễm HIV/AIDS, bạn sẽ làm gì?”. Kết quả khảo sát cho thấy có 49,3% ý kiến người được hỏi “đề nghị phụ huynh và nhà trường giúp đỡ bạn bị nhiễm HIV”; 32,4% “không làm gì”. Cũng với giả định trên, chỉ có 3,4% người được hỏi “đề nghị nhà trường cho bạn đó nghỉ học”; 7,4% “đề nghị cô giáo chuyển chỗ ngồi, nếu bạn đó ngồi cùng bàn với con mình”; 6,1% “không cho con mình chơi với bạn bị nhiễm HIV/AIDS” và 2,7% “xin cho con mình chuyển đi lớp khác”... Như vậy, nếu cộng dồn tất cả các tỷ lệ “có sự phân biệt đối xử” với trẻ em có HIV trong trường học, thì vẫn còn 18,3% số người được hỏi có thái độ kỳ thị với trẻ em bị nhiễm HIV trong trường học.

2.3 Thái độ của cộng đồng với người có HIV

Trả lời câu hỏi: “Nếu nơi bạn sống có người nhiễm HIV/AIDS thì theo bạn mọi người đã làm gì?”, các kết quả khảo sát cho thấy có 60% cho rằng mọi người trong cộng đồng tỏ thái độ “thông cảm”; 26% “hạn chế quan hệ giao tiếp”; 14% “không làm gì”; 6% “xa lánh không quan hệ”; 5% “không để trẻ em quan hệ tiếp xúc”...

Trong thực tế, không hiếm những người trong cộng đồng có thái độ kỳ thị với những người có HIV (NCH) do xuất phát từ nỗi sợ hãi rằng HIV có thể lây nhiễm cho mọi người ở bất kỳ nơi nào hoặc trong trường hợp nào. Thái độ kỳ thị này của một số đông những người trong cộng đồng được xem như là biện pháp “phòng ngừa” với HIV/AIDS. Như vậy, quan niệm hiện còn đang tồn tại khá phổ biến là vi rút HIV có thể lây truyền dễ dàng trong cộng đồng, đã dẫn tới thái độ và hành vi kỳ thị với NCH của một bộ phận khá lớn những người dân trong cộng đồng. Sự thiếu hiểu biết thấu đáo như là một lí do dẫn đến sự sợ hãi và ngại ngần giao tiếp với NCH.

“Tôi không biết rõ thái độ của mọi người như thế nào, nhưng thực ra tôi thấy cũng sợ vì cứ nghe thấy nói đó là bệnh nguy hiểm và chết người, hiện tại không có thuốc chữa, nghe như thế cũng đã thấy sợ rồi” (PVS nhóm hậu cần xã Tân An, huyện Yên Hưng).

Thái độ kỳ thị còn được biểu hiện ở ngay trong ngành y tế với một bộ phận những người trực tiếp chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân. Một bộ phận người có HIV được hỏi cho rằng họ luôn cảm thấy khó khăn trong việc tiếp cận với các dịch vụ y tế, bởi sự xa lánh, kỳ thị của một số nhân viên y tế khi biết họ có HIV.

“Lúc đầu đi đến Trung tâm y tế để xét nghiệm, gặp các nhân viên y tế em cũng ngại vì các nhân viên y tế cũng tỏ thái độ xa lánh và kỳ thị với em, nhưng sau biết em bị lây từ chồng và qua nhiều lần em đi khám thì mọi người đã nhìn em khác hơn”. (PVS người nhiễm HIV xã Hạ Long).

2.4 Những khó khăn của NCH và gia đình họ

Có 13 chỉ báo được đưa ra để tìm hiểu những khó khăn mà những gia đình NCH gặp phải từ phía người trả lời. Kết quả thu được cho thấy, những

khó khăn lớn nhất mà họ gặp phải liên quan đến: “Kinh tế gia đình sa sút”(79,7%); “sức khoẻ giảm sút”(68,3%); thất vọng chán nản (54,3%); thiếu việc làm phù hợp (39,0%); “thiếu vốn mà không được vay” (28,7%); “bị kỳ thị, xa lánh” (21,3%); “bị phân biệt đối xử” (18,0%); “thiếu kiến thức chăm sóc bệnh nhân AIDS” (14,3%); “thiếu thuốc ARV” (13,7%); “thiếu thuốc điều trị bệnh cơ hội” (12%) và “thiếu găng tay và các loại thuốc sát trùng” (7%).

Kết quả trên đây cho thấy, NCH và gia đình họ đang gặp rất nhiều khó khăn, từ kinh tế đến tinh thần và tình cảm. Những khó khăn trên đây rất có thể sẽ xô đẩy NCH có tâm trạng mặc cảm, bất cần, có những thay đổi về mặt tâm sinh lý bất lợi. Đó là tâm lý chán nản thất vọng, kèm theo sức khoẻ giảm sút, thiếu việc làm, kinh tế khó khăn và bị cộng đồng kỳ thị xa lánh... Điều này có thể dẫn đến thái độ bất hợp tác và có thể sẽ làm lây nhiễm HIV/AIDS ra cộng đồng.

2.5 Thái độ tự kỳ thị của NCH

Sự tự kỳ thị biểu hiện thái độ của NCH với chính bản thân mình. Mức độ của tự kỳ thị phụ thuộc vào từng cá nhân, và phụ thuộc vào các yếu tố như: sự trợ giúp của gia đình và bạn bè, mối quan hệ của gia đình với cộng đồng, các giai đoạn phát triển căn bệnh, trình độ hiểu biết chung về căn bệnh và dư luận chính thống về HIV/AIDS. Hầu hết những người biết mình có HIV đều có sự trải nghiệm nhất định về các cảm giác như: ân hận, mặc cảm tội lỗi và cảm giác hổ thẹn.

“Tôi nghĩ chẳng may bị nhiễm HIV cũng là cái số mình rồi, sống chết là chuyện của số phận, nên mặc kệ nó đến đâu thì đến, chỉ một điều sợ là sợ mình làm lây nhiễm cho vợ con mình thì vợ con mình khổ và mình thấy như thế rất ân hận..” (PVS người nhiễm HIV, xã Hạ Long)

Nhiều NCH coi bị nhiễm HIV là cuộc sống coi như hết và chẳng còn gì để mà mất. Từ đó dẫn tới tâm lý chán nản, bất cần, muốn buông xuôi mọi thứ và không cần cố gắng để sống tốt hơn. Chính những thái độ kỳ thị của xã hội đối với căn bệnh thế kỷ, cho nên nhiều người không đi xét nghiệm để xem bản thân họ có đang mang trong mình mầm bệnh gì không. Thái độ kỳ thị và phân biệt đối xử có thể làm gia tăng số lượng

người có HIV/AIDS vì những lý do sau: (1) người dân không muốn hoặc ngại ngần tiếp cận với các dịch vụ y tế xét nghiệm để biết bản thân đã bị mắc nhiễm hay chưa; (2) NCH gặp khó khăn tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ về y tế. Do đó họ không biết về thực trạng bệnh tật của mình như thế nào để có những hành vi chăm sóc sức khỏe phù hợp cho bản thân và các thành viên khác trong gia đình; (3) Sự kỳ thị có thể dẫn đến tâm trạng chán nản, bất cần; nhiều NCH sẵn sàng thực hiện hành động làm lây truyền HIV cho người khác để “trả thù đời” và (4) NCH và gia đình họ có xu hướng muốn dấu tình trạng có HIV của mình.

3. Hành vi tình dục và sử dụng bao cao su

3.1 Tuổi quan hệ tình dục lần đầu

Hành vi QHTD liên quan đến độ tuổi, số bạn tình, việc sử dụng BCS... Một trong những tiêu chí để đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV của lao động làm trong ngành thủy sản là hành vi sử dụng BCS trong quan hệ tình dục. Ý thức của ngư dân trong việc sử dụng BCS ít nhiều quyết định đến mức độ lây nhiễm HIV bởi quan hệ tình dục không an toàn được biểu hiện bằng hành vi không sử dụng BCS là một trong những nguy cơ lây nhiễm HIV cao nhất.

Trong số những người tham gia nghiên cứu có 92% đã từng quan hệ tình dục. Khi xét tương quan giữa tình trạng hôn nhân và đã từng quan hệ tình dục, một điều đáng lo ngại là có tới gần 41,5% đối tượng độc thân đã ít nhất có một lần quan hệ tình dục. Trong những người đã từng quan hệ tình dục, độ tuổi thấp nhất khi quan hệ tình dục lần đầu tiên là 15 tuổi, và độ tuổi cao nhất là 30 tuổi. Kết quả khảo sát cho thấy, ở độ tuổi từ 15–20 tuổi có 27% số người đã có QHTD lần đầu; 55,6% có QHTD lần đầu ở độ tuổi 21-25 tuổi và trên 25 tuổi là 17,3%.

3.2 Bạn tình

Trong 9 phương án được đưa ra nhằm tìm hiểu đối tượng quan hệ tình dục của người trả lời trong 12 tháng qua, có nhiều phương án không được lựa chọn như: quan hệ tình dục với đối tượng là bạn trai; quan hệ tình dục với đối tượng là nam/nữ gặp tình cờ; người mại dâm nam hay người khác... Trong những phương án được lựa chọn, đối tượng quan hệ tình dục thường xuyên vẫn là vợ/chồng (91,6%). Tỷ lệ quan hệ tình dục ngoài

vợ/chồng chiếm tỷ lệ thấp, có 8,7% cho biết có QHTD với người yêu; 6,2% có QHTD với bạn gái; 4% có QHTD với gái mại dâm.

Có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nghề nghiệp, tình trạng có đi làm ăn xa hay không với những hành vi quan hệ tình dục ngoài vợ, ngoài chồng. Nhóm khai thác, đi làm ăn xa có tỷ lệ QHTD với gái mãi dâm cao hơn hẳn so với các nhóm còn lại, và chủ yếu tập trung ở nam giới. Có 6,8% người đi làm ăn xa có quan hệ tình dục với gái mãi dâm. Nhóm khai thác có 6,8% số người được hỏi cho biết đã từng quan hệ tình dục với gái mãi dâm.

Xét tương quan nghề nghiệp, nhóm khai thác có tỷ lệ QHTD với 2-3 bạn tình trong 12 tháng qua là cao hơn cả (23,5%). Tiếp đến là nhóm chế biến (12,5%); nhóm nuôi trồng (12,0%) và thấp nhất là nhóm dịch vụ, hậu cần (2,4%). Như vậy, có mối liên hệ giữa nhóm nghề và tình trạng đi làm ăn xa hay không đi làm ăn xa với nguy cơ lây nhiễm HIV. Số bạn tình ở các nhóm đi làm ăn xa so với không đi làm ăn xa là một nguy cơ dẫn đến lây truyền HIV. Phát hiện này cũng phù hợp với thực tế hiện tồn tại ở Việt Nam về tỷ lệ người có HIV cao nhất ở nhóm tuổi 18-24.

3.3 Hành vi sử dụng BCS và thực hành xét nghiệm HIV của ngư dân

Trả lời câu hỏi: “Trong 12 tháng qua có bao giờ bạn QHTD với bạn tình nữ mà không dùng bao cao su không?”, kết quả khảo sát cho thấy có 52% số nam giới được hỏi nói rằng họ “luôn luôn dùng bao cao su”; 31,3% “có lần dùng, có lần không”; 16,7% “chưa bao giờ sử dụng”.

Một phát hiện khá thú vị khi xem xét về mức độ sử dụng BCS tương quan với nghề nghiệp người được hỏi là những người đi làm ăn xa ở nhóm khai thác có mức độ sử dụng BCS trong QHTD là cao nhất (54,3%). Các nhóm khác: chế biến (0%); nuôi trồng (62,5%); dịch vụ hậu cần (33,3%). Khi so sánh giữa những người có đi làm ăn xa hay không đi làm ăn xa, thì 57,5% những người làm ăn xa có sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nữ so với 25% số người này trong nhóm những người không đi làm ăn xa.

Về mức độ sử dụng BCS đối với vợ/chồng, kết quả khảo sát chung cho thấy, có 27% số người được hỏi nói rằng “chưa bao giờ dùng BCS trong quan hệ vợ/chồng”; 53,9% “có lần dùng, có lần không” và 19,1% cho biết

“luôn luôn sử dụng”. Các cặp vợ chồng khi được hỏi đều cho rằng họ sử dụng BCS với mục đích phòng tránh thai là phổ biến. Vì vậy, những cặp vợ chồng khi đã có những biện pháp phòng tránh thay thế (như đặt vòng, thuốc tránh thai...) thì nhiều người trong số họ không muốn sử dụng BCS vì họ cho rằng “bất tiện” và “giảm khoái cảm”. Như vậy, cùng với quan niệm “đã là vợ chồng thì không cần sử dụng BCS”, “vợ chồng tin tưởng lẫn nhau”, chính là yếu tố nguy cơ cao lây nhiễm HIV từ chồng sang vợ, đặc biệt đối với nhóm di chuyển làm ăn xa. Tìm hiểu mức độ sử dụng BCS lần gần đây nhất cho thấy có 70,1% “có sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất”, và 29,9% “không sử dụng BCS trong lần QHTD gần đây nhất”.

Hầu hết người được hỏi biết được nơi có thể tìm kiếm được BCS, trong đó “nhà thuốc” và “cơ sở y tế” được xem là nơi dễ dàng nhất có thể kiếm BCS với tỷ lệ (48,7% ở nhà thuốc và 48% ở các cơ sở y tế); tiếp đến là “cán bộ y tế” (37,1%); “cộng tác viên dân số” (8,0%) và 2% có thể kiếm được ở “ngoài chợ”. Như vậy việc để có được BCS có rất nhiều nguồn cung cấp khác nhau cho mọi người lựa chọn.

Xét nghiệm HIV là cách thức duy nhất để khẳng định tình trạng nhiễm HIV hay không và để có cách điều trị, nhưng việc xét nghiệm vẫn còn là khái niệm mới với những người được hỏi trong nghiên cứu này tại Quảng Ninh. Có tới 86,3% người làm trong ngành thủy sản được hỏi chưa bao giờ đi xét nghiệm HIV. Trên toàn quốc chỉ có 5% số người tuổi từ 15-49 được báo cáo đã từng xét nghiệm HIV một lần” (Bộ Y tế, 2008).

4. Hành vi sử dụng ma túy

Theo số liệu hiện có cả nước có khoảng 25,5% người tiêm chích ma túy; 3,5% gái mại dâm và 2,5% người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục nhiễm HIV (Bộ Y tế, 2006). Số liệu cho thấy đối tượng sử dụng ma túy là có hành vi nguy cơ cao nhất lây nhiễm HIV.

Đa số người được hỏi khẳng định bản thân không sử dụng ma túy (96,%); chỉ có 4% trong mẫu có sử dụng ma túy. Hình thức sử dụng chủ yếu là tiêm chích. Như vậy có thể thấy đối tượng trực tiếp sử dụng ma túy trong mẫu nghiên cứu là không lớn, nhưng qua nghiên cứu định tính cũng cho thấy ở những nơi họ cư trú thường có tệ nạn sử dụng ma túy, và việc

này có thể dẫn tới việc lôi kéo thanh niên vào con đường sử dụng ma túy. Bản thân việc sử dụng ma túy không phải là yếu tố trực tiếp có nguy cơ cao làm lây lan HIV, mà hành vi không an toàn trong sử dụng ma túy như: không sử dụng bơm kim tiêm một lần, mà sử dụng chung bơm kim tiêm hoặc bơm kim tiêm đã qua sử dụng... dẫn tới nguy cơ cao đến lây nhiễm vi rút HIV từ người này sang người khác trong nhóm tiêm chích.

Phân tích tương quan giữa những người đi làm ăn xa với mức độ sử dụng rượu/ma túy trước khi làm tình đưa lại những kết quả đáng e ngại. Số người sử dụng rượu trước khi làm tình ở nhóm có đi làm ăn xa cao gấp 2 lần so với nhóm không đi làm ăn xa (41,1% so với 20,4%). Như vậy, có thể kết luận rằng, người đi làm ăn xa có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn những người không đi làm ăn xa.

5. Tiếp cận các thông tin về HIV/AIDS của ngư dân

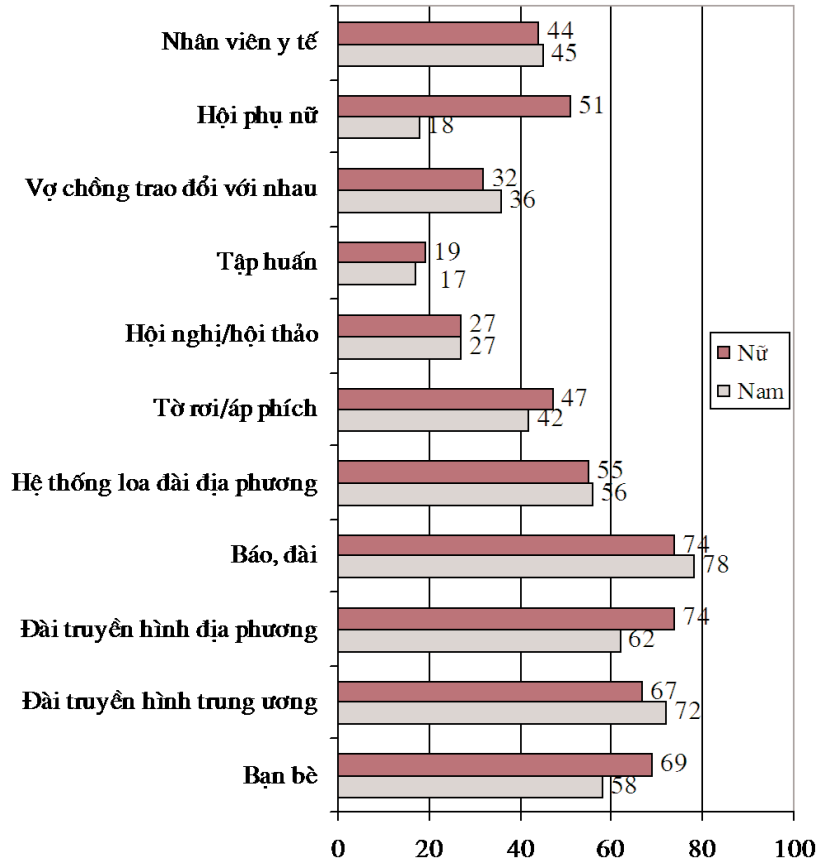
Các kênh truyền thông phòng chống HIV/AIDS tại địa bàn được chia thành 2 loại: truyền thông gián tiếp (truyền hình, sách, báo, đài, loa phát thanh, tờ rơi, áp phích...) và truyền thông trực tiếp (hội nghị, hội thảo, tập huấn, truyền thông qua hội phụ nữ, nhân viên y tế,...). Trong những hình thức truyền thông này. Hình thức tiếp nhận thông tin qua “đài/báo” chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguồn thông tin được tiếp nhận (77,3%); tiếp đến truyền hình TW (70,7%); truyền hình địa phương (65,0%); qua bạn bè (61,0%); loa đài địa phương (56,0%)... Truyền thông qua các nhân viên y tế (44,3%). Nguồn thông tin mà người được hỏi tiếp nhận qua các buổi “tập huấn” là thấp nhất (17,3%) (Biểu đồ 3).

6. Kết luận và kiến nghị

6.1. Kết luận

Kết quả khảo sát đã cho thấy tỷ lệ hiểu biết chung về các bệnh LTQĐTD tại các địa bàn nghiên cứu ở Quảng Ninh là khá cao (82,0%). Khi xem xét về tương quan giữa hiểu biết với nghề nghiệp người được hỏi, cho thấy có mối liên hệ nhất định giữa đặc điểm học vấn, nghề nghiệp của cá nhân người được hỏi tới sự hiểu biết của họ về các bệnh LTQĐTD. Trình độ học vấn của người trả lời tỷ lệ thuận với kiến thức của người trả lời về các bệnh lây qua đường tình dục, học vấn càng cao thì tỷ lệ hiểu biết

Biểu đồ 3. Tương quan giữa giới và nguồn thông tin được tiếp nhận về HIV (%)



càng cao và học vấn thấp tỷ lệ hiểu biết cũng thấp.

Kiến thức của những người được hỏi về phòng tránh lây nhiễm HIV còn có nhiều điểm hạn chế, đặc biệt còn có một tỷ lệ đáng kể người được hỏi hiểu sai về các con đường không lây nhiễm HIV. Một điều cũng đáng chú ý là tỷ lệ trả lời “không biết” ở mỗi phương án về con đường không lây nhiễm HIV khá cao.

Vẫn còn một bộ phận dân cư do thiếu hiểu biết, cho nên còn những biểu hiện sự kỳ thị, xa lánh và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV và gia đình họ, đặc biệt là trẻ em con của người nhiễm HIV. Thái độ và hành

vi đối với những NCH của cộng đồng còn một khoảng trống đang cần được thu hẹp bằng công tác truyền thông và những hỗ trợ xã hội khác.

Hành vi sử dụng BCS khi quan hệ tình dục thể hiện ý thức, thái độ của cá nhân đối với việc phòng ngừa các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục. Đa số những người đã có gia đình chưa bao giờ dùng BCS trong quan hệ vợ/chồng, và chỉ xem việc sử dụng BCS khi có QHTD vợ/chồng là để tránh thai là chính. Hành vi có nguy cơ cao thể hiện trong việc chỉ mới có 1/2 số người được hỏi khi có QHTD ngoài vợ/chồng có dùng BCS. Tỷ lệ thấp nhất là nhóm chế biến, sau đó đến nhóm nuôi trồng và nhóm dịch vụ, hậu cần.

Xét nghiệm và tư vấn là hai hoạt động quan trọng trong phòng chống HIV. Việc phát hiện kịp thời việc có bị lây nhiễm HIV hay không, có thể đem lại cơ hội cho nhiễm HIV tiếp cận với các dịch vụ y tế cũng như thuốc ARV. Tâm lý không muốn đi xét nghiệm, tỷ lệ xét nghiệm còn rất thấp trong số những người được hỏi bắt nguồn từ nhiều nguyên nhân như: sự mặc cảm, tự kỳ thị của người nhiễm HIV và nguyên nhân từ sự cung ứng dịch vụ của y tế. Việc “không đi xét nghiệm” kịp thời cũng là một trong những nguy cơ tiềm ẩn cho việc lây nhiễm HIV trong cộng đồng, trước hết là cho vợ/chồng/bạn tình của họ, và kể cả những người bị nhiễm HIV do vô tình cho máu hoặc bán máu tại các bệnh viện...

Khó khăn gặp phải của người nhiễm HIV và gia đình họ bao gồm cả 3 khía cạnh, trong đó khó khăn nhất là về kinh tế; tiếp đến về sức khỏe và khó khăn về tinh thần. Những yếu tố như: Tâm lý chán nản thất vọng, cùng thái độ kỳ thị xa lánh của cộng đồng là những yếu tố tiềm ẩn nguy cơ làm lây lan HIV ra cộng đồng.

6.2 Kiến nghị

Các kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi của ngư dân trong ngành thủy sản tại Quảng Ninh về sự lây nhiễm HIV/AIDS cho thấy cần tiếp tục nâng cao nhận thức, hiểu biết của ngư dân về HIV/AIDS là hết sức quan trọng. Bên cạnh đó cũng cần thiết phải tăng cường hơn nữa vai trò của các ban, ngành, đoàn thể trong phòng chống HIV/AIDS.

Công tác truyền thông luôn phải là hoạt động đi đầu, trong đó truyền thông thay đổi hành vi của cộng đồng, đặc biệt nhóm khai thác, thường

xuyên đi làm ăn xa và nhóm trong độ tuổi thanh niên và nhóm đã kết hôn cần được chú trọng.

Tạo điều kiện để cả nam và nữ, người nghèo được tiếp cận một cách công bằng thuốc ARV và nâng cao tỷ lệ trong nhóm có hành vi nguy cơ cao: như người tiêm/chích ma túy, người trong nhóm khai thác, người thường xuyên đi làm ăn xa có nhiều bạn tình... được xét nghiệm HIV kịp thời. Đồng thời nâng cao nhận thức của cộng đồng ngư dân, giảm sự kì thị và phân biệt đối xử, tăng cường sự bình đẳng giới và giảm thiểu sự phân biệt trên cơ sở giới.

Hoạt động can thiệp cần tập trung cả chiều rộng lẫn chiều sâu bằng việc tăng cường hoạt động can thiệp đối với các nhóm có hành vi nguy cơ, để tổ chức các buổi tư vấn trực tiếp nhằm tăng sự hiểu biết về các con đường lây nhiễm/không lây nhiễm HIV và tham gia xét nghiệm của người dân trong cộng đồng. Cần có cơ chế độ kiểm tra sức khỏe định kỳ cho ngư dân kết hợp với xét nghiệm, phát thuốc (nếu có điều kiện) và BCS. Tăng cường cung cấp Bảo hiểm y tế cho người lao động ngư nghiệp, đặc biệt ngư dân lao động khai thác thủy/hải sản trên biển. ■

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế. 2006. Số liệu giám sát trọng điểm năm 2005. Trích lại tài liệu của Bộ Y tế, Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em và Văn phòng tham khảo Dân số, HIV/AIDS tại Việt Nam.

Bộ Y tế. 2008. *Báo cáo Quốc gia lần thứ ba về việc thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS*. Giai đoạn báo cáo từ 1/2006- 12/2007. Hà Nội tháng 1 năm 2008.