

Nhận thức và kinh nghiệm của đội ngũ cán bộ y tế trong điều trị, hỗ trợ các nạn nhân bạo lực gia đình: thực tế và vấn đề đặt ra

Lê Ngọc Lân

Viện Gia đình và Giới

Tóm tắt: Dựa trên kết quả nghiên cứu của Dự án “Nâng cao chất lượng chăm sóc y tế đối với nạn nhân của bạo lực giới tại các cơ sở y tế của Việt Nam” được thực hiện năm 2009 tại 4 bệnh viện ở TP Hồ Chí Minh và Đà Nẵng⁽¹⁾, bài viết phân tích nhận thức về bạo hành, kinh nghiệm hỗ trợ và điều trị bệnh nhân là nạn nhân bạo hành của các cán bộ y tế. Nghiên cứu chỉ ra rằng các cán bộ y tế ở các bệnh viện đã có những nhận thức khá toàn diện về các dạng bạo lực và có những cách khác nhau trong tiếp cận, sàng lọc bệnh nhân trong điều trị và hỗ trợ. Bên cạnh việc chăm sóc chữa trị về y tế cho nhóm bệnh nhân là nạn nhân bạo hành, đã có một tỷ lệ nhất định cán bộ y tế có những hỗ trợ về tinh thần hoặc những giúp đỡ khác. Từ thực tế đó, cán bộ y tế ở các bệnh viện cũng đã có những yêu cầu, khuyến nghị nhằm nâng cao năng lực, điều kiện công tác và các giải pháp hỗ trợ khác để chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt cho các bệnh nhân là nạn nhân của bạo lực giới, ngày càng được đảm bảo hơn.

Từ khóa: Bạo lực giới; Nhận thức về bạo lực giới; Cán bộ y tế và bạo lực giới.

Một trong những vấn đề bức xúc hiện nay đối với sức khỏe và sự an toàn của phụ nữ là tình trạng một bộ phận không ít phụ nữ trở thành nạn nhân của các hành vi bạo lực diễn ra ngay trong gia đình do chính nam

giới, đặc biệt là người chồng, gây ra. Những hành vi bạo lực này không chỉ bao gồm việc xâm phạm trực tiếp gây ra thương tích đối với thân thể mà còn bao gồm cả những ngược đãi về lời nói, tình cảm, và quan hệ tình dục như đã được nêu trong Luật Phòng chống bạo lực gia đình do Quốc hội nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa VII, kỳ họp thứ 2, thông qua ngày 21 tháng 11 năm 2007. Theo đó, “Bạo lực gia đình là hành vi cố ý của thành viên gia đình gây tổn hại hoặc có khả năng gây tổn hại về thể chất, tinh thần, kinh tế đối với thành viên khác trong gia đình.” (Khoản 2, Điều 1).

1. Nhận thức của cán bộ y tế về bạo lực

Các nghiên cứu về bạo lực giới⁽²⁾ đã chỉ ra rằng người phụ nữ có thể có nguy cơ bị bạo hành trong suốt cuộc đời mình. Một bé gái, trước khi ra đời, em đã có thể là nạn nhân của bạo lực do những hành vi lựa chọn giới tính của người lớn, có thể bị suy dinh dưỡng do người mẹ không được chăm sóc chu đáo. Khi lớn lên, tuổi thơ của em cũng có thể phải sống trong bạo lực giới do bị phân biệt về chăm sóc và giáo dục giữa bé trai và gái, em có thể là nạn nhân của cưỡng bức tình dục, hoặc bạo lực gia đình. Ở tuổi trưởng thành, cô gái vẫn có thể là nạn nhân khi bị quấy rối tình dục, bị cưỡng ép vào quan hệ tình dục không bảo vệ, bị đem bán, chịu những thiệt thòi về sức khỏe, về công ăn việc làm cũng như sự ngược đãi của người chồng và gia đình nhà chồng (xem thêm: Lê Thị Phương Mai và cộng sự, 2005). Vậy, quan niệm của đội ngũ cán bộ y tế về bạo lực gia đình đối với phụ nữ hiện nay ra sao? Kinh nghiệm của họ trong sàng lọc, phát hiện loại bệnh nhân này thế nào? Điều này có ảnh hưởng trực tiếp đến việc xác định bệnh nhân là nạn nhân bạo hành hay không và cách hỗ trợ họ như thế nào trong quá trình điều trị.

Các hành vi bạo lực với phụ nữ

Nội dung thứ nhất được đưa ra tham vấn ý kiến cán bộ y tế là những hành vi được coi là bạo lực đối với phụ nữ trong gia đình. Ở cả hai địa bàn nghiên cứu, gần 100% cán bộ y tế đều coi những hành vi ngược đãi về thể chất (đánh đập) là bạo lực đối với phụ nữ trong gia đình. Chẳng hạn, đó là các hành vi *hành hung làm người phụ nữ đau đớn* (99,0%); *dùng gậy gộc, các vật nguy hiểm đánh/chém phụ nữ* (99,5%); *đánh đập phụ nữ khi mang thai* (100%)... Một số hành vi được gọi là bạo hành tinh thần hay bạo lực tinh thần là: *mắng chửi, hạ nhục* (97,5% ở Đà Nẵng và 74,0% ở TP Hồ Chí Minh); *đe dọa, khống chế* (94,0% ở Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh).

Có sự khác biệt đáng kể trong đánh giá giữa nhóm cán bộ y tế Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh. Chẳng hạn, với hành vi *đuổi phụ nữ ra khỏi nhà*, trong

khi 94,5% ý kiến ở Đà Nẵng coi đó là bạo hành phụ nữ thì ở TP Hồ Chí Minh, tỷ lệ này chỉ là 66,5%; những hành vi như *ngăn cản không cho tham gia các hoạt động xã hội; không cho quan hệ với bạn bè; ngăn cản không cho chữa bệnh...* cũng có những khác biệt khi đánh giá (theo thứ tự 78,5%, 79,5% và 90,5% ở Đà Nẵng so với 46%, 55,5% và 75% ở TP Hồ Chí Minh)... Với một số biểu hiện của bạo hành tình dục, như *không cho dùng biện pháp tránh thai* tỷ lệ ý kiến coi đây là hành vi bạo hành của nhóm nam và nữ không có khác biệt nhiều (tính chung 56% ở TP Hồ Chí Minh và 76,5% ở Đà Nẵng); *cưỡng ép quan hệ tình dục khi vợ không muốn* (88% ở Đà Nẵng và 80% ở TP Hồ Chí Minh) và hành vi *quan hệ tình dục ngoài hôn nhân* có tỷ lệ phụ nữ coi là hành vi bạo hành cao hơn nhóm nam giới, và ở TP Hồ Chí Minh, tỷ lệ ý kiến coi đây là bạo lực với phụ nữ thấp hơn ở Đà Nẵng (67,1% ý kiến nữ và 56,3% ý kiến nam ở Đà Nẵng và 46,9% ý kiến nữ, 37,5% nam giới ở TP Hồ Chí Minh).

Tại các thảo luận nhóm hoặc tham vấn cá nhân, cán bộ y tế của các bệnh viện cũng đã đề cập khá toàn diện đến 3 nhóm bạo hành trong gia đình: bạo hành thể chất, bạo hành tinh thần và bạo hành tình dục. Một số dạng bạo hành khác cũng được đề cập đến mà tính chất của nó có thể xen lẫn giữa bạo hành thể chất và bạo hành tinh thần (bạo hành kinh tế). “*Bạo hành người phụ nữ trong gia đình bao gồm cả bạo hành thể chất và bạo hành tinh thần, ngược đãi phụ nữ trong gia đình tức là các hành vi của người nam làm tổn thương phụ nữ về tinh thần và thể xác. Về tinh thần thì người đàn ông có thể làm suy sụp tinh thần, làm người phụ nữ buồn bực bỏ đi; còn về thể xác thì anh đánh đập*” (nam, BV C.L). Nhiều khi ngược đãi phụ nữ còn đi kèm với cả sự khống chế về quan hệ, về kinh tế đối với người phụ nữ, “*xâm phạm thân thể hoặc là về phẩm cách, như là khống chế về vật chất, tiền bạc hoặc những thứ giá trị khác, gây áp lực cho người phụ nữ*”(Nữ, BV Th. Đ).

Nhiều cán bộ y tế còn phân tích và chỉ ra các biểu hiện khác nhau của bạo lực tình dục trong gia đình và xã hội: “*Bạo lực về tình dục khái niệm nó rộng lắm, không phải chỉ có hiếp dâm, cưỡng dâm. Một góc độ nữa là bạo lực tình dục trong gia đình như giữa vợ và chồng. Người vợ đang ốm yếu hoặc là đang tinh thần đang không được thoải mái lắm nhưng mà người chồng vẫn bạo lực về tình dục, vẫn ép*” (nam, TLN BV Ng. Tr. Ph).

Phân tích sự khác nhau trong đánh giá giữa nam và nữ về các hành vi bạo hành cho thấy mức độ đánh giá là “rất nghiêm trọng” ở nhóm cán bộ nữ thường cao hơn nhóm nam ở hầu hết các hành vi bạo hành. Chẳng hạn, ở TP Hồ Chí Minh, nhóm nữ nhân viên y tế đánh giá mức độ rất nghiêm trọng ở một số hành vi thường cao hơn nhóm nam, nhất là các hành vi bạo

lực tinh thần: *đánh đập phụ nữ khi mang thai* (85,6% so với 80,0%); *dùng gậy gộc, vật nguy hiểm đánh/chém phụ nữ* (80,0% so với 67,5%); *mắng chửi, hạ nhục* (23,1% so với 7,5%); *bỏ rơi không quan tâm* (16,9% so với 2,5%); *ngăn cản không cho quan hệ với gia đình/bạn bè* (13,8% so với 5,0%); *ép buộc sinh thêm con* (20,6% so với 7,5%)...

Đa số ý kiến cho rằng các hành vi bạo hành trong gia đình để lại nhiều hậu quả đối với nạn nhân. Chẳng hạn, các hành vi đả thương hoặc bạo dâm làm vợ truy thai “*ngghiêm trọng vì đánh trọng thương nhiều khi cũng có, cả những người phụ nữ có thai đến khám trên người có vết bầm tím, hỏi ra mới biết ông chồng uống rượu về rồi quan hệ thô bạo, thậm chí làm cho thai bị sanh non*” (nữ, BV Thủ Đức).

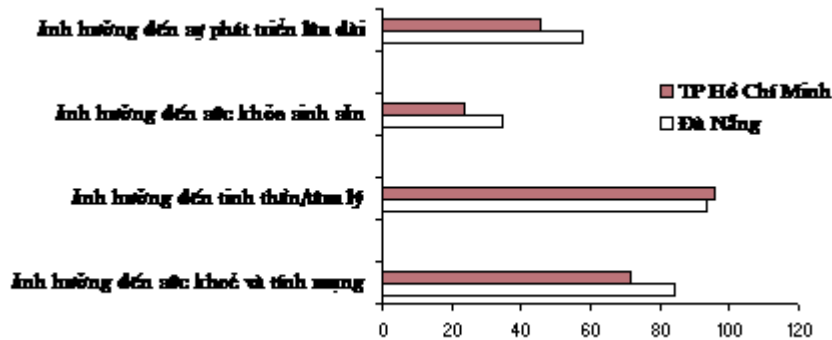
Hiếp dâm và lạm dụng tình dục phụ nữ và trẻ em gái

Nội dung thứ hai của bạo hành trên cơ sở giới được đề cập là cưỡng bức tình dục, chủ yếu là hiếp dâm phụ nữ và trẻ em gái. Hiếp dâm và lạm dụng tình dục phụ nữ và trẻ em gái là một vấn đề được xã hội và cộng đồng quan tâm. Tuy nhiên, hiện tượng này ít xuất hiện hơn các hành vi bạo lực thông thường ở các địa phương và không phải cán bộ y tế nào cũng có dịp tiếp xúc hoặc điều trị, giúp đỡ. Nhưng bản thân tên gọi của hành vi đã gợi ra mức độ và tính chất nghiêm trọng của dạng hành vi bạo hành này. Chính vì vậy, hầu hết các ý kiến trả lời đều cho rằng hiếp dâm/cưỡng dâm là hành vi ngược đãi phụ nữ (99,5% ý kiến ở Đà Nẵng và 99,0% ở TP Hồ Chí Minh). Do tính chất của nó, hành vi hiếp dâm/cưỡng dâm được 98,0% ý kiến ở Đà Nẵng và 87,4% ý kiến ở TP Hồ Chí Minh cho là rất nghiêm trọng. Nếu gộp cả hai mức độ đánh giá thì ở cả 4 bệnh viện, 100% ý kiến cho rằng những hành vi *hiếp dâm/cưỡng dâm* và hành vi *cưỡng hiếp/giao cấu với trẻ em gái* đều ở mức độ nghiêm trọng trở lên.

Về nguyên nhân của bạo hành tình dục đối với phụ nữ và trẻ em gái, các ý kiến cho rằng do *ảnh hưởng của phim ảnh đồi trụy* (64,5% ý kiến ở Đà Nẵng và 51,0% ở TP Hồ Chí Minh); *ảnh hưởng của rượu/ma túy* (54,0% ở Đà Nẵng và 43,5% ở TP Hồ Chí Minh); nguyên nhân do các giá trị đạo đức thay đổi được ít ý kiến đề cập hơn (9,5% ở Đà Nẵng và 21,5% ở TP Hồ Chí Minh). Những tỷ lệ này không có sự khác biệt nhiều trong câu trả lời giữa nhóm nam và nhóm nữ cán bộ y tế.

Các cán bộ tham gia thảo luận nhóm/phỏng vấn cá nhân cũng đã chỉ ra một số nguyên nhân khác của hiện tượng này. Đó có thể là tác động của thuốc kích dục mà người sử dụng có chủ ý hoặc có thể chỉ là vì tò mò, “*dùng thử*” (nam, BV Đ.N); có thể do thủ phạm mắc chứng bệnh liên quan đến tình dục (loạn dâm, cuồng dâm, bạo dâm...): “*tôi nghĩ mấy đối tượng*

Biểu đồ 1. Hậu quả của bạo lực gia đình



đó là bị bệnh lý hay sao đó.” (nam, TLN BV Đ.N).

Từ việc đánh giá mức độ nghiêm trọng của các hành vi cưỡng hiếp phụ nữ và trẻ em gái, nên hầu hết các ý kiến đã khẳng định được hậu quả nặng nề của những hành vi này (xem Biểu đồ 1). Điều đáng chú ý là, các ý kiến đánh giá hậu quả về tinh thần/tâm lý nặng nề hơn là hậu quả về thể chất (93,5% so với 84,5% ở Đà Nẵng và 95,5% so với 71,5% ở TP Hồ Chí Minh).

Các kiến thức luật pháp liên quan đến bạo lực giới

Hiểu biết các kiến thức pháp luật là điều kiện cần thiết giúp cán bộ y tế có thể giúp đỡ, hỗ trợ cho nạn nhân bên cạnh việc điều trị chuyên môn. Kết quả khảo sát cho thấy có 67,0% ý kiến của cán bộ y tế ở TP Hồ Chí Minh và 40,5% ở Đà Nẵng có biết các quy định pháp luật liên quan đến xử phạt hành vi bạo lực.

Một số ý kiến cho rằng có nghe (các quy định luật pháp xử lý các hành vi bạo hành) nhưng không biết cụ thể hay có biết một số văn bản pháp luật liên quan. Tuy nhiên, rất ít ý kiến nêu được cụ thể tên các văn bản luật có các điều khoản điều chỉnh hành vi này. Họ có thể biết về những điều luật điều chỉnh các hành vi bạo hành nhưng là qua các phóng sự truyền hình, còn đó là luật gì, mức độ phạm tội hay khung hình phạt ra sao thì không biết (nam, TLN BV C.L). Một số trường hợp đã tiếp cận được văn bản hoặc có tìm hiểu một số trình tự, thủ tục can thiệp hoặc hỗ trợ nạn nhân bạo hành. *“Tôi cũng có nắm được một số vấn đề. Ví dụ như trong gia đình người chồng ngược đãi, đánh vợ thì ngoài cái chuyện chứng kiến của người hàng xóm hoặc người lân cận đó thì người vợ có thể đi báo cáo với lại chính quyền. Có thể là nếu mà mức độ trầm trọng thì có thể là phải*

báo công an. Khi mà đã phải đi báo cáo với công an thì mức độ đã nghiêm trọng đó, phải đi giám định pháp y” (nam, BV Đ.N).

Riêng với Luật Phòng chống bạo lực gia đình mới được Quốc hội thông qua và có hiệu lực gần đây, chỉ có 41,0% cán bộ y tế TP Hồ Chí Minh và 40,5% ở Đà Nẵng biết đến. Không có sự chênh lệch nhiều về tỷ lệ hiểu biết điều này giữa nhóm nam và nhóm nữ. Với những quy định pháp luật liên quan đến việc chăm sóc y tế cho các nạn nhân bạo hành, chỉ có 9,8% cán bộ y tế TP Hồ Chí Minh biết đến và ở Đà Nẵng, tỷ lệ này là 14,6%.

2. Kinh nghiệm của cán bộ y tế làm việc với bệnh nhân là nạn nhân bạo lực gia đình

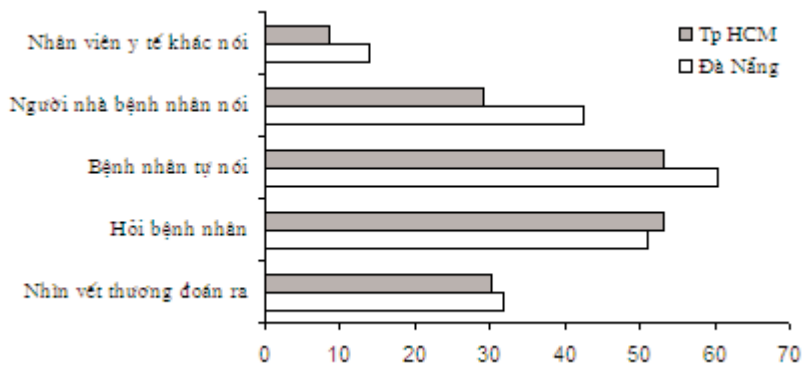
Kinh nghiệm của các cán bộ y tế làm việc với các nạn nhân là khác nhau. Đó có thể là kinh nghiệm tiếp xúc, sàng lọc bệnh nhân; kinh nghiệm chữa trị, giúp đỡ hoặc tư vấn khi điều trị cho bệnh nhân là nạn nhân bạo hành. Đó cũng có thể chỉ là những nhận xét đánh giá quá trình can thiệp, giúp đỡ nạn nhân ở các địa phương nơi cư trú hoặc những thông tin có được từ các phương tiện thông tin, qua trao đổi với đồng nghiệp, bạn bè.

Sàng lọc nạn nhân và các dạng bệnh nhân bị bạo hành

Kinh nghiệm cá nhân của cán bộ y tế trong nhận biết, sàng lọc bệnh nhân được dựa trên các cơ sở như quan sát, hỏi thăm bệnh nhân, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hoặc nhân viên y tế khác nói ra (xem biểu đồ 2).

Có thể thấy nhóm cán bộ y tế ở thành phố Đà Nẵng có tỷ lệ nhận biết nạn nhân bạo hành từ các lý do gián tiếp (tự bệnh nhân/người nhà/người khác nói) cao hơn. Ngược lại, cán bộ y tế ở TP Hồ Chí Minh lại sàng lọc

Biểu đồ 2. Kinh nghiệm sàng lọc bệnh nhân bị bạo hành



bệnh nhân theo hướng chủ động hơn (hỏi bệnh nhân). Nếu xét theo giới tính của người trả lời, ở Đà Nẵng, nhóm cán bộ nữ có tỷ lệ nhận biết nạn nhân thường cao hơn nhóm nam. Chẳng hạn, 31,3% nữ nhân viên y tế nhận biết nạn nhân qua vết thương, trong khi nhóm nam chỉ là 26,5%; 54,2% nữ nhân viên hỏi bệnh nhân để sàng lọc thì tỷ lệ này ở nam là 50,0%. Tại TP Hồ Chí Minh, tình hình ngược lại, tỷ lệ nữ nhân viên y tế nhận biết bệnh nhân bạo hành thấp hơn nam nhân viên (nhận biết qua nhìn vết thương: 27,4% so với 44,2%; hỏi bệnh nhân: 49,2% so với 55,8%; bệnh nhân tự nói: 58,1% so với 67,4%; biết qua người nhà bệnh nhân: 39,5% so với 51,2%...).

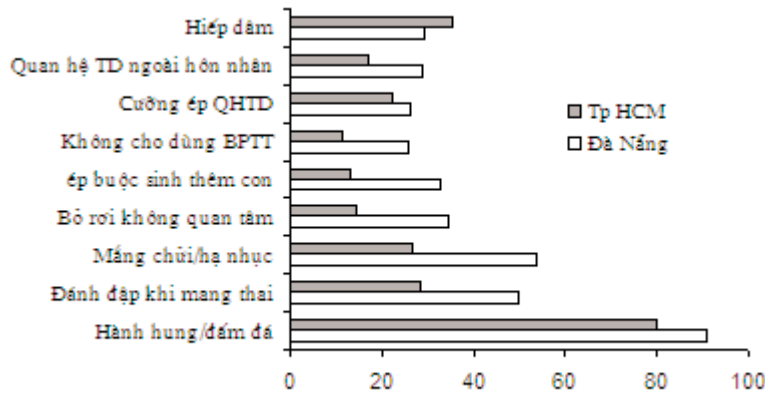
Có nhiều cách thức tiếp cận nạn nhân bạo hành trong sàng lọc bệnh nhân. Nhìn vết thương và suy luận là một cách nhưng đòi hỏi người thầy thuốc phải có kinh nghiệm và kỹ năng nhất định. *“Đầu tiên là có con mắt y khoa, nhìn cái vết thương xem là do tai nạn hay bị đánh thì người ta cũng có thể nhìn ra được. Khi người ta mới khơi mào nói gì đó, hoặc sử dụng cái kỹ năng là “à, tôi biết cái vết thương này là bị đánh” hoặc nói rõ hơn “qua thăm khám thì chúng tôi phát hiện vết thương có thể không chỉ chấn thương ở bên ngoài này thôi đâu mà còn có thể ở bên trong nữa, chúng tôi phát hiện sớm kịp thời chứ nếu không nó chảy máu ở bên trong nó nguy hại đến tính mạng”, ví dụ thế, người ta sợ quá người ta khai. Hay là nhìn nét mặt người bị bạo hành là người ta rười rượi thế, có khi là mới hỏi vết thương nước mắt đã lưng tròng rồi. Cái đó nó thuộc về kỹ năng của người bác sĩ”* (nữ, BV Ng Tr Ph.).

Một số người làm theo cách điều trị thương tổn trước, thăm hỏi để xác định nạn nhân sau. Việc thăm hỏi nguyên nhân của các tổn thương nhiều khi phải qua người nhà bệnh nhân, bởi các nạn nhân bạo hành giấu tình trạng của mình.

Đối với bệnh nhân là nạn nhân bạo hành, những hình thức bị ngược đãi thường là bị hành hung thân thể bằng tay chân, đánh đập khi mang thai, dùng vật nguy hiểm đánh/chém, mắng chửi, đuổi ra khỏi nhà... (*xem biểu đồ 3*).

Nếu xét đến các dạng tổn thương của nạn nhân do các dạng bạo hành, ngược đãi phụ nữ gây ra, có thể thấy có cả tổn thương về thể chất (phần mềm, xương cốt), tổn thương về tinh thần và tổn thương về cơ quan sinh dục, xảy thai. Các dạng thương tích mà cán bộ y tế thường gặp ở nạn nhân là: tổn thương phần mềm: 88,0% ở Đà Nẵng và 84,8% ở TP Hồ Chí Minh; gãy xương tay/chân: 35,9% ở Đà Nẵng và 13,9% ở TP Hồ Chí Minh; tổn thương vào chỗ hiểm (đầu, ngực...): 52,7% ở Đà Nẵng và 23,6% ở TP Hồ

Biểu đồ 3. Tỷ lệ cán bộ y tế biết các dạng bạo hành



Chí Minh; xảy thai: 19,8% ở Đà Nẵng, 12,1% ở TP Hồ Chí Minh; tổn thương cơ quan sinh dục: 27,5% ở Đà Nẵng, 24,8% ở TP Hồ Chí Minh; tổn thương về mặt tinh thần, căng thẳng, rối loạn tâm lý đứng hàng thứ hai, sau những tổn thương phân mềm: 75,4% ở Đà Nẵng và 54,5% ở TP Hồ Chí Minh. Như vậy có thể thấy nạn nhân bạo hành thể chất là bệnh nhân thường gặp hơn cả. Tuy vậy, những nạn nhân bạo hành tình dục cũng có khoảng 1/3 số cán bộ y tế được hỏi biết đến.

Kinh nghiệm điều trị, hỗ trợ bệnh nhân là nạn nhân bạo hành

Thăm khám và sàng lọc. Cán bộ y tế là một trong số những người có vai trò xác định, đánh giá và chữa trị cho các bệnh nhân là nạn nhân của bạo lực giới. Ngoài chuyên môn y tế, cán bộ y tế có cơ hội hàn gắn vết thương cho bệnh nhân bằng lời nói và thái độ. Nạn nhân có thể khỏi vết thương, các sang chấn và các tổn thương khác một phần là do đã được cán bộ y tế thăm hỏi với một sự quan tâm, cảm thông và hiểu biết. Trong khảo sát này, tỷ lệ cán bộ y tế báo cáo có trực tiếp khám cho bệnh nhân là 54,3% ở Đà Nẵng và 61,5% ở TP Hồ Chí Minh. Tỷ lệ cán bộ điều trị có trực tiếp hỏi sàng lọc bệnh nhân để xác định nạn nhân của sự ngược đãi là 90,0% ở Đà Nẵng và 75,6% ở TP Hồ Chí Minh.

Một số cán bộ y tế trực tiếp thăm khám cho bệnh nhân nhưng *không hỏi để sàng lọc* nạn nhân bạo hành là do không có thời gian (9,1% ở Đà Nẵng và 16,7% ở TP Hồ Chí Minh); không cảm thấy thoải mái khi hỏi (18,2% ở Đà Nẵng, 6,7% ở TP Hồ Chí Minh); coi đó là chuyện riêng của bệnh nhân (Đà Nẵng 9,1%, TP Hồ Chí Minh 36,7%); ngại bệnh nhân xấu

hổ (Đà Nẵng 27,3%, TP Hồ Chí Minh 23,3%); coi chữa bệnh là chính (Đà Nẵng 36,4%, TP Hồ Chí Minh 36,7%); không nằm trong quy định của Bộ (Đà Nẵng 9,1%, TP Hồ Chí Minh 3,3%)... Điều này cũng được một số cán bộ lý giải trong khi tham vấn ý kiến cá nhân, như e ngại: “*thực ra họ tới khám mà mình hỏi họ về bạo hành giới thì là vô lý. Chỉ khi mà mình khám mà mình thấy bệnh nhân có biểu hiện sang chấn gì đó thì mình mới hỏi là như thế nào. Người ta kể thì mình biết. Người ta không kể thì mình cũng chỉ biết thông cảm thôi*” (nam, TLN BV Đ.N).

Chăm sóc y tế và hỗ trợ tinh thần cho nạn nhân. Các nạn nhân bạo hành khi đến cơ sở y tế được đa số (78% ở Đà Nẵng và 54,8% ở TP Hồ Chí Minh) cán bộ y tế *đã trực tiếp thăm khám* và giữ lại chăm sóc, điều trị về y tế và hỗ trợ tinh thần. Số cán bộ y tế báo cáo phải chuyển nạn nhân đi không nhiều và lý do chủ yếu phải chuyển đi là do vượt quá khả năng chuyên môn (20,2% ở Đà Nẵng và 9,7% ở TP Hồ Chí Minh) hoặc không đúng chức năng (yêu cầu giám định v.v.: 4,6% ở Đà Nẵng, 21% ở TP Hồ Chí Minh); hoặc do không đủ phương tiện chẩn đoán (TP Hồ Chí Minh 4,8%, Đà Nẵng 2,8%).

Ngoài việc xử lý các thương tổn bằng chuyên môn y tế, các cán bộ y tế ở 4 bệnh viện còn có những hình thức hỗ trợ nạn nhân thông qua động viên tinh thần, hướng dẫn nạn nhân tự bảo vệ mình và con cái; cung cấp thông tin về các cơ sở có thể giúp đỡ họ; chuyển gửi cho các trung tâm tư vấn, hỗ trợ khác... Tỷ lệ cán bộ cho biết họ đã động viên tinh thần cho nạn nhân là khá cao, gần 95%. Chỉ có một số ít cán bộ y tế biết cách tư vấn hướng dẫn nạn nhân trong việc chăm sóc, bảo vệ bản thân và con cái họ (Đà Nẵng 21%, TP Hồ Chí Minh 18,5%); cung cấp thông tin về những nơi có thể giúp đỡ họ (Đà Nẵng 13,5%, TP Hồ Chí Minh 18,0%); giới thiệu bệnh nhân đến các trung tâm tư vấn (3% cán bộ y tế Đà Nẵng và 9,5% ở TP Hồ Chí Minh)... có thể tại TP Hồ Chí Minh có nhiều trung tâm tư vấn về hôn nhân, gia đình nên số cán bộ y tế biết đến và giới thiệu cho bệnh nhân cao hơn hẳn nhóm cán bộ ở Đà Nẵng.

Cũng có cán bộ y tế nói rằng “*ngoài chuyên môn, cũng chẳng biết phải làm gì thêm nữa*”. Đây chính là một thực tế cần lưu ý để cơ quan quản lý, các dự án hỗ trợ cung cấp thêm kiến thức và kỹ năng về sàng lọc, điều trị và chăm sóc bệnh nhân là nạn nhân bạo hành cho nhóm cán bộ này.

Với bệnh nhân là nạn nhân bạo hành tình dục (cưỡng dâm, hiếp dâm), ngoài xử lý, điều trị y tế, động viên tinh thần, các cán bộ tại 4 bệnh viện được khảo sát cũng đã có những hình thức hỗ trợ khác. 18,5% cán bộ y tế ở Đà Nẵng khẳng định họ thường hướng dẫn bệnh nhân cách tự bảo vệ bản

thân và con cái (18,0% ở TP Hồ Chí Minh); tỷ lệ có cung cấp thông tin cho bệnh nhân về những cơ sở có thể giúp đỡ là 21,5% ở TP Hồ Chí Minh và 11,5% ở Đà Nẵng; việc giới thiệu cho bệnh nhân đến các trung tâm tư vấn còn ít, do cán bộ y tế cũng chưa biết nhiều về những dịch vụ này (9,5% ở TP Hồ Chí Minh và 5,5% ở Đà Nẵng). Chỉ có một số ít cán bộ y tế có điều kiện theo dõi, tiếp tục giúp đỡ nạn nhân bạo hành tình dục sau khi đã xuất viện (3,5% ở TP Hồ Chí Minh và 3,0% ở Đà Nẵng). Tùy vị trí công tác của cán bộ y tế mà mỗi người có vai trò khác nhau. Có người trực tiếp chữa trị, có người kết hợp tư vấn, giới thiệu chuyển gửi... *“mình có nhận nhưng sau đó sẽ chuyển sang chuyên khoa ví dụ như là bị cưỡng dâm ảnh hưởng đến vấn đề thai sản chẳng hạn thì mình chuyển sang khoa sản hoặc về thương tích thì khoa ngoại, còn chỗ mình chỉ làm về nội khoa”* (nam, BV C.L).

3. Nâng cao năng lực hỗ trợ cho nạn nhân tại cơ sở y tế

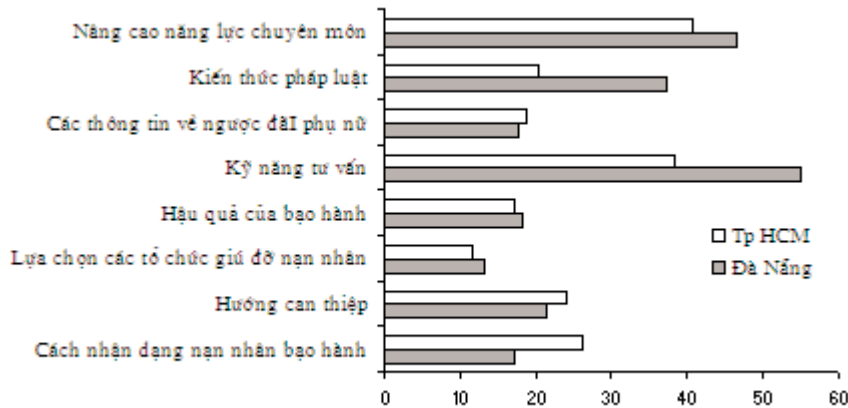
Nâng cao năng lực chuyên môn và kỹ năng tư vấn, hỗ trợ nạn nhân cho cán bộ y tế

Cán bộ y tế đôi lúc gặp khó khăn khi muốn hỗ trợ cho nạn nhân bạo hành, như nạn nhân nói dối, không hợp tác với nhân viên y tế, thậm chí người nhà nạn nhân còn đe dọa nhân viên y tế, không muốn bị can thiệp vào “chuyện riêng” của họ. Về chủ quan, thiếu thời gian là một thực tế để có thể quan tâm chu đáo hơn đối với bệnh nhân không chỉ ở một bệnh viện: *“nhịp độ trong bệnh viện đa khoa nó cũng nặng nề cho nên thực sự để anh làm được những cái việc đó cũng không có thời gian nhiều”* (nam, BV Đ.N). Ngoài ra là kỹ năng khai thác thông tin, kỹ năng tư vấn cho nạn nhân còn hạn chế, bởi họ *“chưa được trang bị kỹ về cái kỹ năng để mà khai thác bệnh”* (TLN BV Ng. Tr. Ph.).

Tự đánh giá về bản thân, có 95,0% các ý kiến ở TP Hồ Chí Minh và 97,0% ở Đà Nẵng cho rằng họ có thể giúp nạn nhân bạo hành về chuyên môn y tế; với sự giúp đỡ, hỗ trợ về tinh thần, có 85,5% số người được hỏi ở TP Hồ Chí Minh và 97,5% ở Đà Nẵng khẳng định họ có thể làm được. Ngoài trách nhiệm chuyên môn, 97,0% ý kiến ở TP Hồ Chí Minh và 97,5% ở Đà Nẵng khẳng định cán bộ y tế cần có trách nhiệm giúp đỡ nạn nhân bạo hành cả về mặt tinh thần, xã hội.

Trong vòng 2 năm qua, trong số những người được hỏi, không có cán bộ y tế nào từng tham gia các khóa tập huấn, hội thảo liên quan đến bạo hành phụ nữ. Chính vì thế mà nhu cầu về tập huấn nâng cao năng lực chăm sóc y tế cho nạn nhân bạo hành được 95,5% ý kiến của cán bộ, nhân viên y tế ở TP Hồ Chí Minh và 93,5% ở Đà Nẵng mong muốn được tham dự.

Biểu đồ 4. Nhu cầu tập huấn của cán bộ y tế



Không có sự khác biệt về nhu cầu này giữa nhóm nam và nhóm nữ. Về các lĩnh vực mong muốn tập huấn, các lĩnh vực được cán bộ y tế lựa chọn thể hiện ở *Biểu đồ 4*.

Ở cả 4 bệnh viện các ý kiến của cán bộ y tế tập trung nhiều vào hai nội dung có nhu cầu tập huấn cao nhất, đó là *kỹ năng tư vấn cho nạn nhân và nâng cao năng lực, trình độ chuyên môn* để có thể điều trị, hỗ trợ cho bệnh nhân nói chung và bệnh nhân là nạn nhân bạo hành được tốt hơn.

Một số kiến nghị về các giải pháp nhằm ngăn ngừa bạo hành và hỗ trợ nạn nhân

Như vậy, cán bộ y tế ở các bệnh viện nhìn chung đã có những nhận thức khá toàn diện về các dạng bạo lực và đã có những cách khác nhau trong tiếp cận, sàng lọc bệnh nhân trong điều trị và hỗ trợ. Tuy việc này chưa thường xuyên và không có tính chất bắt buộc nhưng qua đó cũng cho thấy được những mặt họ đã làm được và những thiếu hụt cần hỗ trợ, bổ sung trong quá trình thực hiện chức năng chuyên môn. Từ thực tế đó, cán bộ y tế ở các bệnh viện cũng đã có những yêu cầu, khuyến nghị nhằm nâng cao năng lực, điều kiện công tác và các giải pháp hỗ trợ khác để chất lượng dịch vụ y tế ngày càng được đảm bảo hơn.

Đối với các cơ sở y tế. Đa số các ý kiến cho rằng cần thiết phải có một *quy định chuyên môn* trong ngành y tế để giúp đỡ nữ bệnh nhân là nạn nhân bạo hành (82,7% ở Đà Nẵng và 93,5% ở TP Hồ Chí Minh). Có quy định riêng cũng là để nhân viên y tế nắm được quy trình chữa trị, hỗ trợ

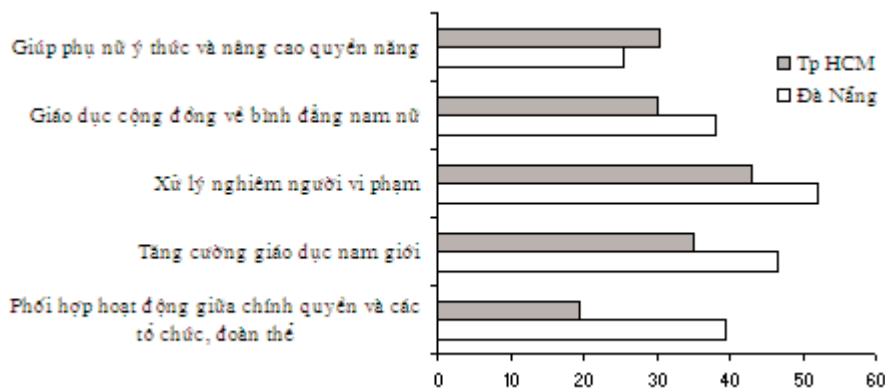
bệnh nhân là nạn nhân bạo hành - nhóm bệnh nhân khác với các bệnh nhân thông thường khác. Quy định riêng cũng là để nhân viên y tế nâng cao kỹ năng tư vấn, có chế độ phù hợp hơn, khuyến khích chăm sóc nạn nhân bạo hành: “*nên quy định cho người ta biết là đối với những người đó nên đối xử như thế nào, tư vấn những người bị bạo hành như thế nào*”(nam, BV Ng. Tr. Ph).

Bổ sung bác sỹ tâm lý cho các bệnh viện sẽ hỗ trợ tốt hơn trong điều trị nhóm bệnh nhân này. Có chuyên viên điều trị về tâm lý trong “*quá trình điều trị thì sẽ tốt hơn*” (nam, TLN BV Đà Nẵng).

Có cơ sở riêng để tư vấn, điều trị và giúp đỡ nhóm bệnh nhân là nạn nhân bạo hành thì hiệu quả chữa trị sẽ cao hơn. Bệnh nhân bạo hành có thể có những nhiễu loạn tâm lý, không muốn nhiều người biết đến tình trạng của mình vì tổn thương của họ mang nhiều yếu tố riêng tư. Chính vì thế, một nơi khám chữa riêng dành cho họ sẽ giúp họ thoải mái hơn, dễ dàng chia sẻ những căn nguyên, khó khăn của họ với đội ngũ y bác sỹ. “*Khám nghiệm trong những trường hợp này phải có môi trường riêng biệt ra chứ còn cái phòng mà có thể đông người nhìn thấy rồi ngay cả bác sỹ nam cũng khó thăm khám cho bệnh nhân là trẻ em gái bị lạm dụng, hiếp dâm... vì các em nó ngại*” (nam, BV Đ.N);

Cải tiến chế độ viện phí để giúp nạn nhân bạo hành cũng như các cơ sở y tế dễ dàng hơn trong việc tiếp nhận và điều trị bệnh nhân bạo hành. Bệnh nhân bị bạo hành không được sử dụng bảo hiểm y tế trong chữa trị

Biểu đồ 5. Một số kiến nghị về giải pháp giáo dục, truyền thông nhằm hạn chế, ngăn chặn bạo hành đối với phụ nữ



nên họ thường khai là bị tai nạn, gây khó khăn cho nhân viên y tế trong việc chẩn trị, khó xác định nguyên nhân, triệu chứng của những thương tổn...

Tăng cường giáo dục, truyền thông. Nhằm ngăn ngừa, hạn chế tình trạng bạo hành đối với phụ nữ, các ý kiến cũng đã chỉ ra cần thiết phải tăng cường tuyên truyền giáo dục, nhất là với nam giới; xử lý nghiêm khắc hơn những kẻ gây bạo hành; giáo dục cộng đồng nâng cao nhận thức về bình đẳng nam nữ; giúp phụ nữ ý thức được quyền của mình... (*Biểu đồ 5*).

Những kiến nghị về xử lý nghiêm minh hơn những người vi phạm, tăng cường giáo dục nam giới, truyền truyền trong cộng đồng là những giải pháp về luật pháp và tuyên truyền giáo dục nhằm nâng cao nhận thức thay đổi hành vi được nhiều ý kiến quan tâm nhất. Ngoài các giải pháp được nhiều ý kiến đề nghị, cũng có những giải pháp khác được đề cập như tăng cường các hoạt động giáo dục truyền thông về phòng chống bạo hành, phòng chống tệ nạn xã hội trong cộng đồng; giáo dục trẻ em gái biết tự bảo vệ mình; thành lập đường dây nóng tư vấn; nâng cao thu nhập cho các hộ gia đình; xây dựng gia đình hạnh phúc... đều là những kiến nghị dựa trên việc giải quyết các nguyên nhân gây bạo hành đã được đa số cán bộ y tế nhắc tới.

Các tham vấn cũng gợi ra nhiều đề xuất phong phú. Chẳng hạn, để ngăn ngừa những hành vi bạo hành trong các gia đình, việc *nâng cao kỹ năng sống* nói chung và cho tầng lớp thanh niên, cho nam giới là một trong những nội dung được cán bộ y tế cho là quan trọng. “*Phải giúp cho người chồng hiểu được là việc dấy của mình là có đúng hay không.*” (nam, BV Đ.N). Về đối tượng tuyên truyền, nên tập trung vào nhóm nam để thay đổi quan niệm, nhận thức “trọng nam khinh nữ”: “*Thì đánh vào mấy ông, cứ nhè vào mấy ông mà giáo dục nhằm thay đổi thói quen nhau nhệ, tư tưởng trọng nam khinh nữ, 10 bà không bằng một ông, chồng chúa vợ tôi*” (nam, BV Ng.Tr. Ph.), nhưng cũng cần tăng cường cho nhóm phụ nữ, bởi tuyên truyền để phụ nữ hiểu rõ được quyền của họ: “*chúng ta phải cung cấp kiến thức thêm cho người phụ nữ để họ hiểu về cái quyền lợi của người phụ nữ, nghĩa là chúng ta cung cấp thêm cái kiến thức cho người phụ nữ để người ta có cảm giác là ta được luật pháp bảo vệ và quy định*”(nữ, TLN BV Ng. Tr. Ph).

Nhóm giải pháp thứ ba là **tăng cường phối hợp công tác** giữa chính quyền và các tổ chức đoàn thể. Đó phải là sự phối hợp đồng bộ của các ngành các cấp, từ trung ương đến địa phương; các ban ngành đoàn thể ở từng địa phương.

Nhóm **giải pháp kinh tế** bao gồm tăng phụ cấp cho những người làm

công tác xã hội tại cơ sở bởi hiện nay những người tham gia công tác phụ nữ, dân số, hòa giải ở cơ sở chỉ nhận được khoản trợ cấp 30.000/tháng là không xứng với công sức và tâm huyết của họ. Rộng hơn, là giải pháp “xóa đói giảm nghèo” để có thể giải quyết triệt để bạo lực xuất phát từ nguyên nhân nghèo đói, tệ nạn xã hội: “*nếu mình giải quyết được, đời sống của nhân dân mà được nâng cao một chút thì nó sẽ đỡ hơn*” (nữ, CBYT, Đ.N). ■

Chú thích

⁽¹⁾ Với sự tài trợ của quỹ Ford Foundation năm 2009, Dự án “Nâng cao chất lượng chăm sóc y tế đối với nạn nhân của bạo lực giới tại các cơ sở y tế của Việt Nam” được thực hiện bởi Bộ Y tế, phối hợp với Sở Y tế Hà Nội, Hội đồng Dân số và các Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và Đà Nẵng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho nạn nhân bị bạo hành tại các cơ sở khám, chữa bệnh cũng như góp phần triển khai thực hiện Luật Phòng chống bạo lực gia đình và hoàn thiện tài liệu hướng dẫn cho cán bộ y tế nhằm đáp ứng chăm sóc y tế cho nạn nhân bạo lực trên phạm vi toàn quốc. Dự án được tiến hành tại 4 bệnh viện: Bệnh viện Đà Nẵng, Bệnh viện Cẩm Lệ (TP Đà Nẵng), Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và Bệnh viện Thủ Đức (TP Hồ Chí Minh). Số cán bộ y tế tham gia nghiên cứu này gồm 400 người ở 4 bệnh viện cùng khoảng 40 lượt cán bộ y tế tham gia các thảo luận nhóm và phỏng vấn cá nhân về các vấn đề liên quan. Kết quả của nghiên cứu này, có thể xem: Bộ Y tế - Hội đồng Dân số - Ford Foundation, 2009. Nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho các nạn nhân bạo hành trên cơ sở giới tại các dịch vụ y tế ở Việt Nam – Nghiên cứu đánh giá trước can thiệp. Hà Nội.

⁽²⁾ Còn gọi là bạo hành giới/bạo lực đối với phụ nữ. Chẳng hạn, Vũ Mạnh Lợi, Vũ Tuấn Huy, Nguyễn Hữu Minh, Jennifer Clement, 1999. Bạo lực trên cơ sở giới: Trường hợp Việt Nam. Ngân hàng Thế giới; Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, 2001: Bạo lực gia đình đối với phụ nữ Việt Nam: kết quả nghiên cứu tại Thái Bình, Lạng Sơn và Tiền Giang; Nguyễn Hữu Minh - Trần Thị Vân Anh (chủ biên), 2009. Bạo lực gia đình đối với phụ nữ Việt Nam - Thực trạng, diễn tiến và nguyên nhân. Nxb KHXH. Hà Nội.

Tài liệu tham khảo

Lê Thị Phương Mai, Lê Ngọc Lan, Nguyễn Thị Thơm, Phạm Lê Tuấn. 2005. *Kết quả nghiên cứu trước và sau can thiệp tại một số cơ sở y tế và cộng đồng*. Population Council, Hà Nội.

United Nations Development Programme. 1995. *Vietnam Through the Lens of Gender*. Hanoi.