

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN

NGUYỄN THỊ LOAN

PHÂN TÍCH CÁC HÌNH THỨC TRUYỀN THÔNG
CỦA GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẢNG MẠI DÂM NỮ
TẠI HÀ NỘI

LUẬN VĂN THẠC SĨ XÃ HỘI HỌC

HÀ NỘI – 2009

**ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN**

NGUYỄN THỊ LOAN

**PHÂN TÍCH CÁC HÌNH THỨC TRUYỀN THÔNG
CỦA GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẢNG MẠI DÂM NỮ
TẠI HÀ NỘI**

**Chuyên ngành Xã hội học
Mã số: 60 31 30**

LUẬN VĂN THẠC SĨ XÃ HỘI HỌC

Người hướng dẫn khoa học: TS. BÙI THỊ THANH HÀ

HÀ NỘI – 2009

LỜI CẢM ƠN

Luận văn thạc sỹ này được hoàn thành sau hơn sáu tháng làm việc khẩn trương và nghiêm túc. Vì hạn chế về thời gian cũng như trình độ, nên luận văn khó tránh khỏi những thiếu sót nhất định. Tác giả kính mong nhận được sự đóng góp ý kiến của các thầy cô giáo và các bạn.

Trước hết, tôi gửi lời cảm ơn chân thành tới TS. Bùi Thị Thanh Hà, cán bộ Viện Xã hội học, Viện Khoa học Xã hội Việt Nam - giáo viên đã trực tiếp gợi ý đề tài và tận tình giúp đỡ, chỉ bảo tôi trong suốt quá trình thực hiện luận văn này.

Xin chân thành cảm ơn các thầy cô giáo, các cán bộ, nhân viên giảng dạy và công tác tại khoa Xã hội học – Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn thuộc Đại học Quốc gia Hà Nội đã truyền thụ những tri thức khoa học và xã hội quý báu, cũng như tạo điều kiện giúp tôi trong suốt quá trình học tập.

Xin bày tỏ niềm cảm kích tới các cơ quan, cán bộ, nhân viên công tác tại Viện Xã hội học, Viện Gia đình và Giới và các tổ chức phi chính phủ: Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe, Viện Nghiên cứu Phát triển Xã hội đã cho phép tác giả cộng tác và sử dụng những tài liệu, những thông tin vô cùng quý báu phục vụ cho công trình nghiên cứu này.

Cuối cùng, xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình và các bạn bè thân thiết đã động viên, khích lệ về mặt tinh thần và tạo mọi điều kiện về thời gian cũng như vật chất giúp tác giả hoàn thành luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Hà Nội, tháng 12 năm 2009

Học viên Nguyễn Thị Loan

MỤC LỤC

PHẦN I. MỞ ĐẦU.....	1
1. Lý do chọn đề tài.....	1
2. Ý nghĩa lý luận và ý nghĩa thực tiễn	3
2.1. Ý nghĩa lý luận	3
2.2. Ý nghĩa thực tiễn	3
3. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu	4
3.1. Mục đích của đề tài.....	4
3.2. Nhiệm vụ nghiên cứu	4
4. Đối tượng, phạm vi khách thể nghiên cứu đề tài.....	4
4.1. Đối tượng nghiên cứu	4
4.2. Khách thể nghiên cứu	4
4.3. Phạm vi nghiên cứu	4
5. Giả thuyết nghiên cứu	5
6. Phương pháp nghiên cứu.....	5
6.1. Phương pháp phân tích các tài liệu sẵn có.....	5
6.2. Phương pháp nghiên cứu định lượng	5
6.3. Phương pháp nghiên cứu định tính	6
6.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu	6
7. Khung lý thuyết	7
PHẦN II. NỘI DUNG CHÍNH	8
Chương 1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN	8
1.1. Cơ sở lý luận và cách tiếp cận	8
1.1.1. Cơ sở lý luận	8
1.1.2. Lý thuyết tiếp cận	10
1.2. Tổng quan vấn đề nghiên cứu	17
1.2.1. Tình hình HIV/AIDS trên thế giới	17
1.2.2. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam	18
1.2.3. Thực trạng phụ nữ mại dâm ở Hà Nội hiện nay.....	20
1.2.4. Một số công trình nghiên cứu liên quan đến vấn đề HIV/AIDS và công tác truyền thông giảm nguy cơ lây nhiễm	21

1.2.5. Các mô hình giảm tác hại nhóm PNMD trên địa bàn Hà Nội	23
1.3. Các khái niệm công cụ	25
1.3.1. Truyền thông	25
1.3.2. Giáo dục viên đồng đẳng	26
1.3.3. Phụ nữ mại dâm.....	27
1.3.4. HIV/AIDS	27
Chương 2. CÁC HÌNH THỨC TRUYỀN THÔNG CỦA GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẲNG MẠI DÂM	29
2.1. Đặc điểm giáo dục viên đồng đẳng nhóm phụ nữ mại dâm	29
2.1.1. Một vài đặc trưng nhân khẩu - xã hội.....	29
2.1.2. Động cơ tham gia mạng lưới giáo dục viên đồng đẳng.....	31
2.1.3. Chức năng, nhiệm vụ của giáo dục viên đồng đẳng.....	32
2.2. Các hình thức truyền thông của giáo dục viên đồng đẳng mại dâm.....	39
2.2.1. Hình thức truyền thông liên cá nhân	44
2.2.2. Hình thức truyền thông thảo luận nhóm	48
2.2.3. Hình thức truyền thông thông qua các phương tiện truyền thông	52
Chương 3. KHÓ KHĂN, THUẬN LỢI, HIỆU QUẢ VÀ TÍNH BỀN VỮNG CỦA MÔ HÌNH GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẲNG MẠI DÂM.....	55
3.1. Một số khó khăn, thuận lợi của giáo dục viên đồng đẳng mại dâm.....	55
3.1.1. Những khó khăn	55
3.1.2. Một số thuận lợi trong công tác truyền thông.....	60
3.2. Hiệu quả trong hoạt động truyền thông.....	65
3.2.1. Kiến thức, thái độ và hành vi về phòng, chống HIV/AIDS của PNMD .	65
3.2.2. Độ bao phủ của hoạt động tuyên truyền, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi đối với PNMD	71
3.3. Tính bền vững của mô hình giáo dục viên đồng đẳng mại dâm.....	74
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	77
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	81
Phụ lục 1: Phiếu thu thập thông tin	
Phụ lục 2: Khung hướng dẫn phỏng vấn sâu GDVĐĐ	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Ước tính lũy tích các trường hợp nhiễm HIV/AIDS và tử vong do AIDS giai đoạn 2003 – 2010	19
Bảng 2.1. Tuổi và trình độ học vấn của GDVĐĐ	29
Bảng 2.2. Lý do tham gia mạng lưới GDVĐĐ	31
Bảng 2.3. Những nội dung các GDVĐĐ đã được tập huấn	33
Bảng 2.4. Hiểu biết về nhiệm vụ của GDVĐĐ mại dâm	35
Bảng 2.5. Số phụ nữ mại dâm mà một GDVĐĐ quản lý hiện nay	36
Bảng 2.6. Thời gian dành cho hoạt động tiếp cận và truyền thông của GDVĐĐ	38
Bảng 2.7. Các tài liệu truyền thông nhận được	53
Bảng 3.1. Số lượng PNMD hiểu biết về đường lây truyền HIV	66
Bảng 3.2. Số PNMD hiểu đúng về các biện pháp phòng lây nhiễm HIV	66
Bảng 3.3. Số lượt phụ nữ mại dâm được truyền thông trực tiếp	71
Bảng 3.4. Kết quả hoạt động truyền thông trực tiếp cho các nhóm đối tượng	72
Bảng 3.5. Số tài liệu truyền thông đã phát	72

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1. Thời gian tham gia mạng lưới GDVĐĐ	30
Biểu đồ 2.2. Tỷ lệ GDVĐĐ được tham gia tập huấn của các dự án và các trung tâm.....	32
Biểu đồ 2.3. Đối tượng phân phối BCS của GDVĐĐ.....	36
Biểu đồ 2.4. Mức độ phù hợp của số PNMD do quản lý của GDVĐĐ	37
Biểu đồ 2.5. Các hình thức truyền thông của GDVĐĐ triển khai	44
Biểu đồ 3.1. Những khó khăn của GDVĐĐ trong quá trình tiếp cận PNMD	55
Biểu đồ 3.2. Hiểu biết của PNMD về việc nên dùng BCS với các kiểu QHTD.....	67
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ PNMD luôn sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng.....	68
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ PNMD xác định đối tượng phải dùng BCS	68
Biểu đồ 3.5. Thuyết phục khách hàng sử dụng BCS.....	69
Biểu đồ 3.6. Kiên quyết từ chối QHTD với khách hàng không muốn sử dụng BCS	69

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrom</i>)
BCS	: Bao cao su
BKT	: Bơm kim tiêm
BLTQĐTĐ	: Bệnh lây truyền qua đường tình dục
ĐĐV	: Đồng đảng viên
GDVĐĐ	: Giáo dục viên đồng đảng
HIV	: Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
QHTD	: Quan hệ tình dục
PNMD	: Phụ nữ mại dâm
NCMT	: Nghiện chích ma túy
STI	: Nhiễm khuẩn đường sinh dục
VCT	: Tư vấn xét nghiệm tự nguyện

PHẦN I. MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài

HIV/AIDS là một đại dịch nguy hiểm đang lan rộng và diễn biến phức tạp ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Theo thống kê của Cục phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế, tính đến ngày 30/9/2009, số người nhiễm HIV tại Việt Nam hiện còn sống được phát hiện là 156.307 người, trong đó có 34.110 bệnh nhân AIDS. Luỹ tích các ca tử vong do HIV/AIDS là 44.232 trường hợp. Có 100% các tỉnh/thành phố, 97,5% các huyện và trên 70,5% các xã/phường báo cáo có người nhiễm HIV, trong đó một số tỉnh/thành phố có 100% số xã/phường báo cáo có người nhiễm HIV. Trong thực tế, số người nhiễm HIV chưa kiểm soát được có thể còn lớn hơn. Đa phần các trường hợp nhiễm HIV ở Việt Nam có liên quan đến ma túy và quan hệ tình dục không an toàn. Tỷ lệ lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt qua hoạt động mại dâm, có xu hướng gia tăng và đang có nguy cơ lây lan vào cộng đồng [8].

HIV lây lan ra cộng đồng từ các nhóm đối tượng có nguy cơ cao chủ yếu qua quan hệ tình dục. Đối tượng phụ nữ mại dâm (PNMD) được coi là một trong những nhóm có nguy cơ lây nhiễm HIV rất cao. Thực tế, hiện nay các cơ quan chức năng mới chỉ kiểm soát được 1/3 số phụ nữ hành nghề mại dâm trên cả nước (khoảng 17.000 người có hồ sơ quản lý trên 52.000 phụ nữ mại dâm). Số còn lại đang tự do hành nghề trá hình trong những cơ sở kinh doanh nhà hàng, khách sạn, tụ điểm vui chơi, v.v... Tại Hà Nội, ước tính có khoảng 7.000 PNMD (Chi cục phòng, chống tệ nạn xã hội thành phố Hà Nội). Trong số đó, PNMD đứng đường khoảng 2.000, thường bán dâm tại 36 tụ điểm và có khoảng 80% nghiện ma túy và nhiễm HIV [2]. Tổ chức phòng, chống HIV/AIDS của Liên hợp quốc (UNAIDS) nhận định: “*Lây nhiễm HIV từ phụ nữ mại dâm ra cộng đồng là con đường rất khó kiểm soát và liên quan đến tất cả mọi người, đồng thời nó cũng báo trước về sự gia tăng số trẻ em và nhiễm HIV từ mẹ và số trẻ mồ côi do AIDS, v.v...*” [1].

Trong những năm qua, Chính phủ đã đề ra Kế hoạch Chiến lược Quốc gia về Dự phòng và Kiểm soát HIV/AIDS ở Việt Nam tới năm 2010 với tầm nhìn đến năm 2020, Luật phòng, chống HIV/AIDS năm 2007, Chỉ thị 54-CT/TW về tăng cường sự lãnh đạo đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS của Ban Bí thư Trung ương Đảng, v.v... Các chỉ thị, nghị quyết, luật và chiến lược vạch ra để nhằm đối phó một cách toàn diện với bệnh dịch, kêu gọi sự huy động của Chính phủ, Đảng và các tổ chức xã hội ở mọi ngành [9], [28].

Hoạt động truyền thông thay đổi nhận thức, hành vi cho cộng đồng, cũng như nhóm đối tượng có nguy cơ đòi hỏi ngày càng được đẩy mạnh. Trong nhiều năm qua, Chương trình phòng, chống AIDS Quốc gia cũng đã triển khai nhiều hoạt động thông tin - giáo dục - truyền thông (IEC) trên các phương tiện thông tin đại chúng. Chương trình có sự kết hợp với chiến dịch truyền thông của các ban ngành, đoàn thể, các cuộc thi tìm hiểu về AIDS và đã đạt được một số thành công nhất định. Dự án của các Tổ chức Liên hợp quốc (UNICEF, WHO, UNAIDS, v.v...), các tổ chức phi Chính phủ trong nước và quốc tế như Care International, FHI, GTZ, DFID, World Vision, SUCECON, v.v... đã triển khai thí điểm một số dự án tiếp cận cộng đồng để tuyên truyền giáo dục những người có hành vi nguy cơ cao thay đổi hành vi [4]. Các chương trình can thiệp giảm tác hại đang sử dụng đội ngũ đồng đẳng viên là một trong những mô hình tiếp cận tổng hợp. Đó là nguồn lực cần thiết để chương trình truyền thông phát huy hiệu quả.

Trong những năm gần đây có rất nhiều đánh giá, nghiên cứu về hoạt động truyền thông can thiệp giảm tác hại. Phần lớn các đánh giá, nghiên cứu này tập trung vào đối tượng có nguy cơ cao (phụ nữ mại dâm, ma túy và nam đồng tính, v.v...), đối tượng nhiễm HIV. Thông qua đó, phần nào mô tả được hoạt động của nhóm giáo dục viên đồng đẳng (GDVĐĐ). Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào mang tính khái quát về truyền thông và các hình thức được triển khai trong đội ngũ GDVĐĐ với hoạt động can thiệp giảm tác hại. Đây là nhóm rất đặc biệt, nhạy cảm, đã và đang hoạt động với vai trò quan trọng và mang lại hiệu quả trong các chương trình, dự án liên quan đến HIV/AIDS [26].

Xuất phát từ những lý do đó, chúng tôi chọn ***“Phân tích các hình thức truyền thông của giáo dục viên đồng đẳng mại dâm nữ tại Hà Nội”*** làm đề tài nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy, hoạt động truyền thông của nhóm đồng đẳng mại dâm nữ là một trong những *mô hình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS* hiệu quả hiện nay. Chúng tôi hy vọng đề tài sẽ phần nào mô tả và phân tích được thực trạng công việc, cũng như những đóng góp khác nhau đến nhận thức và hành vi của PNMD đối với HIV/AIDS, thông qua các hình thức truyền thông của nhóm.

2. Ý nghĩa lý luận và ý nghĩa thực tiễn

2.1. Ý nghĩa lý luận

Mục đích của nhóm GDVĐĐ mại dâm là truyền thông nhằm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi ở đối tượng nguy cơ cao. Đây là một trong những cách tiếp cận và truyền thông có hiệu quả với các đối tượng. Với tư cách là một nghiên cứu Xã hội học, đề tài đã sử dụng cách tiếp cận và kết hợp tổng thể các phương pháp nghiên cứu của Xã hội học. Đề tài có vận dụng các lý thuyết Xã hội học như lý thuyết vòng xoáy im lặng, lý thuyết mạng xã hội và thuyết truyền thông thay đổi hành vi. Kết quả nghiên cứu đạt được mang ý nghĩa lý luận quan trọng, khẳng định tính hợp lý của việc vận dụng những lý thuyết trong nghiên cứu Xã hội học. Nghiên cứu này góp phần làm rõ nhận định của các nghiên cứu trước đó và chứng minh các vấn đề nghiên cứu đặt ra. Đồng thời kết quả của đề tài cũng gợi mở những hướng mới cho các nghiên cứu sau này.

2.2. Ý nghĩa thực tiễn

Từ góc độ tiếp cận xã hội học, chúng tôi hy vọng kết quả nghiên cứu của đề tài sẽ đóng góp hữu ích vào vấn đề giảm thiểu HIV/AIDS ở nhóm PNMD cũng như công tác truyền thông của toàn xã hội. Qua đó nhằm giảm bớt sự kỳ thị của cộng đồng với những người nhiễm HIV/AIDS. Đề tài cũng hy vọng đóng góp căn cứ cho việc xây dựng một số chính sách, phương hướng cho các hoạt động giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng thời gian tới.

3. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu

3.1. Mục đích của đề tài

Phân tích các hình thức truyền thông của nhóm Giáo dục viên đồng đẳng mại dâm nữ tại Hà Nội. Trên cơ sở đó, đề xuất một số biện pháp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông về vấn đề HIV/AIDS của nhóm GDVĐĐ cũng như tại cộng đồng.

3.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

Điều tra xã hội học về các hình thức truyền thông của nhóm giáo dục viên đồng đẳng mại dâm nữ tại Hà Nội để:

- Mô tả các hình thức truyền thông của giáo dục viên đồng đẳng mại dâm;
- Phân tích một số khó khăn, thuận lợi và xem xét hiệu quả của các hình thức truyền thông trong quá trình triển khai hoạt động;

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, luận văn có một số kết luận, đánh giá về hoạt động của các hình thức truyền thông này. Từ đó, đưa ra một số giải pháp và khuyến nghị, với mong muốn xây dựng một lực lượng nòng cốt và tâm huyết (nhóm GDVĐĐ) trong tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS và nâng cao hiệu quả hoạt động của mô hình giáo dục viên đồng đẳng.

4. Đối tượng, phạm vi khách thể nghiên cứu đề tài

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Các hình thức truyền thông của GDVĐĐ mại dâm nữ

4.2. Khách thể nghiên cứu

Nhóm giáo dục viên đồng đẳng và nhóm phụ nữ mại dâm

4.3. Phạm vi nghiên cứu

- Phạm vi không gian: đề tài sử dụng số liệu gốc của cuộc điều tra “*Đánh giá dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam*” năm 2009 được thực hiện tại 7 tỉnh/thành phố đại diện cho các vùng miền trên cả nước là Quảng Ninh, Hải Phòng, Hà Nội, Đà Nẵng, Tp. Hồ Chí Minh, Cần Thơ và An Giang. Trong đề tài này, tác giả chỉ tập trung nghiên cứu số liệu tại thành phố Hà Nội (bao gồm quận Long Biên, Đống Đa và Hoàng Mai).

- Phạm vi thời gian: từ tháng 3/2009 đến tháng 11/2009.

5. Giả thuyết nghiên cứu

- Phương pháp và hình thức tiếp cận và truyền thông của các GDVĐĐ còn thiếu sự phong phú và mềm dẻo đảm bảo tính hiệu quả và khả năng bền vững của kết quả.

- Sự tương đồng trong hoàn cảnh, cuộc sống là một trong những điều quan trọng giúp các GDVĐĐ gắn bó và thành công trong công việc của mình;

- Một số yếu tố xã hội, nhận thức của chính quyền, ban ngành và cộng đồng ảnh hưởng đến hoạt động truyền thông của GDVĐĐ.

6. Phương pháp nghiên cứu

6.1. Phương pháp phân tích các tài liệu sẵn có

Phương pháp phân tích tài liệu được sử dụng để có những thông tin bổ trợ, đồng thời cũng được sử dụng như một phương tiện cho việc kiểm tra kết quả nghiên cứu. Tài liệu được sử dụng trong nghiên cứu này chủ yếu là: các bài viết chuyên ngành, các báo cáo, kết quả điều tra khảo sát, các số liệu có liên quan đến công tác phòng chống HIV/AIDS trong thời gian từ năm 2007 đến nay (lưu ý hơn với địa bàn Hà Nội).

Ngoài ra, chúng tôi còn tìm hiểu và phân tích các thông tin liên quan qua một số trang web trên mạng internet.

6.2. Phương pháp nghiên cứu định lượng

Phương pháp điều tra bằng bảng hỏi và phương pháp chọn mẫu được tác giả sử dụng trong đề tài này một cách gián tiếp vì tác giả sử dụng số liệu gốc thu được từ cuộc điều tra “*Đánh giá kết thúc dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam*” của Cục Phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế, do Trung tâm Nghiên cứu Dân số và Sức khỏe Nông thôn (Đại học Y Thái Bình) phối hợp với Viện Xã hội học Việt Nam thực hiện vào tháng 3 năm 2009 tại 7 tỉnh, thành phố: TP. Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Quảng Ninh, An Giang, Cần Thơ, dưới sự tài trợ của tổ chức DFID tại Việt Nam. Tác giả luận văn đã được sự đồng ý của chủ nhiệm đề tài trong việc tham gia điều tra và sử dụng một phần số liệu của nghiên cứu.

Cuộc điều tra “Đánh giá dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam” đã thực hiện phỏng vấn 92 phụ nữ mại dâm và 14 giáo dục viên đồng đảng. Nhưng để có thể tiến hành phân tích riêng đối với luận văn, tác giả đã tiến hành phỏng vấn thêm 16 đối tượng là GDVĐĐ để được cỡ mẫu chung là 30 người (cỡ mẫu tối thiểu cho phân tích). Tác giả thực hiện bóc tách và phân tích các số liệu thuộc phạm vi nghiên cứu của luận văn như đã mô tả trên.

6.3. Phương pháp nghiên cứu định tính

Tác giả trực tiếp thực hiện 30 phỏng vấn sâu dành cho nhóm giáo dục viên đồng đảng (đây cũng là những đối tượng đã được phỏng vấn định lượng). Đây là chủ đề nhạy cảm nên tác giả thực hiện các phỏng vấn sâu với hy vọng nhằm phát hiện thêm vấn đề và giải thích cho các kết quả định lượng đã đưa ra.

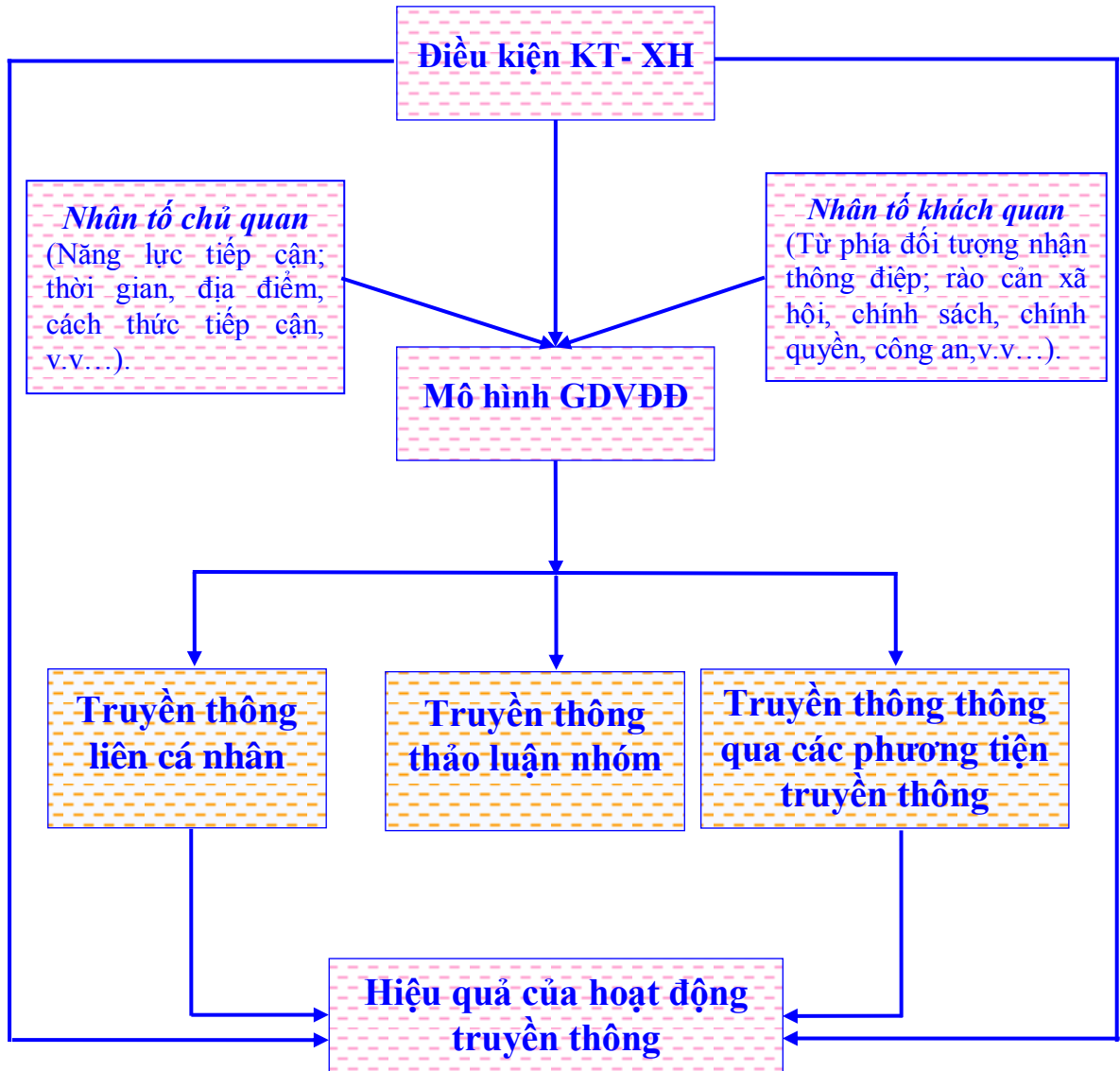
6.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được lập trình và xử lý theo chương trình SPSS, Epi Info.

Các thông tin định tính được xử lý bằng phần mềm NVIVO.

Về cơ bản, các phương pháp được sử dụng trong luận văn này có sự hỗ trợ, bổ sung lẫn nhau để vấn đề nghiên cứu đưa ra có kết quả mang tính khoa học, có độ tin cậy và khách quan.

7. Khung lý thuyết



PHẦN II. NỘI DUNG CHÍNH

Chương 1. CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN

1.1. Cơ sở lý luận và cách tiếp cận

Để có được kết quả nghiên cứu mang tính logic, chính xác và khách quan chúng tôi đã vận dụng quan điểm chủ nghĩa duy vật biện chứng và chủ nghĩa duy vật lịch sử làm phương pháp luận nghiên cứu. Đề tài vận dụng kết hợp các lý thuyết xã hội học trong quá trình nghiên cứu. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng dựa trên một số quan điểm, chính sách của Đảng và Nhà nước về phòng, chống HIV/AIDS nói chung và hoạt động tuyên truyền đến PNMD nói riêng. Qua đó nhằm tìm hiểu và phân tích các hình thức truyền thông của GDVĐĐ trong hoạt động truyền thông giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS.

1.1.1. Cơ sở lý luận

Chủ nghĩa duy vật biện chứng không chỉ nhìn nhận thế giới tồn tại xung quanh chúng ta là thế giới vật chất không ngừng vận động, phát triển mà còn vạch ra những quy luật khách quan chi phối đến sự vận động và phát triển đó. Như vậy, khi xem xét vấn đề truyền thông phòng, chống HIV/AIDS với PNMD qua mô hình giáo dục viên đồng đẳng, chúng ta không chỉ dừng lại ở bên ngoài sự vật, hiện tượng mà cần nhận thức được bản chất bên trong quy luật khách quan của nó. Mặt khác, các sự vật, hiện tượng cần được xem xét trong mối liên hệ với nhau, vì mọi sự vật, hiện tượng trong xã hội không phải do một nguyên nhân duy nhất gây nên. Do vậy, để đánh giá hiệu quả của hoạt động truyền thông, chúng ta cần tìm hiểu quá trình vận dụng các hình thức truyền thông khác nhau, đồng thời xem xét những thuận lợi, khó khăn trong quá trình vận dụng đó.

Chủ nghĩa duy vật lịch sử cũng chỉ ra rằng, khi xem xét một vấn đề cần phải nhìn nhận đối tượng nghiên cứu trong những bối cảnh và điều kiện lịch sử cụ thể. Do đó hoạt động truyền thông với PNMD phải được đặt trong hoạt động chung về phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt là các quan điểm, chính sách của Đảng và Nhà

nước về vấn đề này trong suốt những năm qua. Việc đặt vấn đề nghiên cứu vào một bối cảnh cụ thể sẽ giúp chúng ta có những cơ sở để phân tích một cách sâu sắc và toàn diện hơn vấn đề nghiên cứu.

Trước tình hình lây nhiễm HIV/AIDS ngày càng lan rộng, trong thời gian qua Đảng, Quốc hội, Chính phủ đã có nhiều cam kết trong phòng, chống HIV/AIDS thông qua những văn bản pháp luật, chiến lược ngành và các văn bản hướng dẫn.

- Ngày 11 tháng 3 năm 1995, Ban chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Chỉ thị về lãnh đạo công tác phòng, chống HIV/AIDS;
- Tháng 5 năm 1995, Pháp lệnh phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được Ủy ban Thường vụ Quốc hội khoá IX thông qua đã tạo dựng được cơ sở pháp lý cho công tác phòng, chống HIV/AIDS;
- Hơn 29 văn bản quy phạm pháp luật về quản lý, chỉ đạo đã được Chính phủ và các cơ quan Trung ương ban hành;
- Ngày 24 tháng 02 năm 2003, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chỉ thị số 02/2003/CT-TTg về tăng cường công tác phòng, chống HIV/AIDS;

Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến 2010 và tầm nhìn 2020 được Thủ tướng phê duyệt tháng 3/2004. Nội dung của Chiến lược được phát triển dựa trên cơ sở các tuyên bố chung của Liên hợp quốc. Cụ thể là Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS năm 2001 tại Phiên họp đặc biệt Đại hội đồng Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNGASS) và các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG) [20].

Năm 2007, Luật phòng, chống HIV/AIDS và Nghị định 108 hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Luật ra đời. Qua đó đã giúp tháo gỡ nhiều vướng mắc trong việc phối hợp hoạt động giữa các ban ngành và tạo ra hành lang pháp lý cho việc triển khai các hoạt động can thiệp giảm tác hại. Đồng thời, Luật phòng, chống HIV/AIDS cũng giúp tạo nên sự đồng thuận giữa các ban ngành phối hợp thực hiện chương trình. Đó cũng là những bước tiến thuận lợi cho hoạt động tiếp cận và tuyên truyền của nhóm GDVĐĐ [19], [28].

1.1.2. Lý thuyết tiếp cận

➤ Lý thuyết vòng xoáy im lặng

Năm 1974, Noelle Neumann giới thiệu khái niệm “*vòng xoáy của sự im lặng*” (spiral of silence): Lý thuyết này giải thích việc tại sao con người thường có xu hướng giữ im lặng khi họ cảm giác thấy quan điểm của mình là thiểu số.

Tác giả đề cập đến việc tại sao con người quyết định nói ra quan điểm của mình hoặc không. Khi con người cảm thấy quan điểm của mình có vẻ thắng thế, lan rộng và được người khác đón nhận, họ sẽ tự tin phát biểu một cách công khai. Ngược lại, nếu quan điểm của họ đang mất dần vị thế, họ sẽ có xu hướng rơi vào im lặng, điều này phù hợp với nỗi sợ bị cô lập.

Vòng xoáy im lặng cũng giải thích tại sao con người không sẵn sàng bày tỏ công khai quan điểm của mình, khi họ tin rằng quan điểm của mình thuộc về thiểu số. Mô hình này dựa trên 3 tiền đề:

- * Con người có một “bộ phận thống kê” hay giác quan thứ 6, cho phép họ nắm bắt dư luận xã hội đang phổ biến thậm chí không cần phải thăm dò;
- * Con người sợ bị cô lập và biết thái độ nào sẽ làm tăng khả năng bị cô lập;
- * Con người rất dè dặt trong việc biểu lộ những quan điểm mang tính thiểu số của mình chủ yếu là do sợ bị cô lập.

Nếu một cá nhân thấy quan điểm của mình giống với dư luận xã hội đang chiếm ưu thế thì sẵn sàng thể hiện nó công khai. Ngược lại, khi quan điểm chung thay đổi, cá nhân đó cảm thấy quan điểm của mình ít được ưa chuộng hơn sẽ không muốn bày tỏ nó công khai. Khoảng cách về nhận thức giữa dư luận xã hội và quan điểm cá nhân tỷ lệ nghịch với khả năng bộc lộ quan điểm của cá nhân đó [9].

Thông qua quá trình tương tác xã hội, con người sẵn sàng chịu ảnh hưởng lẫn nhau trong việc trình bày các quan điểm. Như vậy, Neumann đã cho chúng ta thấy rằng quá trình xoắn ốc của “vòng xoáy im lặng” dẫn đến một quan điểm chiếm ưu thế chế ngự đám đông công chúng và những người có quan điểm trái ngược sẽ im lặng.

Theo lý thuyết “vòng xoáy im lặng” ý kiến cá nhân có thể thay đổi hoặc không thay đổi phụ thuộc vào sự nhận thức của các cá nhân và từ đó thái độ sẵn sàng bộc lộ của họ cũng thay đổi theo. Bên cạnh đó, áp lực của nhóm đóng vai trò quan trọng qua quá trình giao tiếp giữa các thành viên và tác động ảnh hưởng lẫn nhau tạo nên những quyết định phụ thuộc vào nhau để tránh sự cô lập và bị đơn độc.

Bà giải thích rằng, các cá nhân bắt chước lẫn nhau vì hai lý do:

Thứ nhất: là để tăng thêm nguồn kiến thức

Thứ hai: để tránh được sự biệt lập

Những thí nghiệm của bà đã chứng minh được rằng áp lực của việc sợ bị nhóm cô lập đã ảnh hưởng quyết định đến chủ thể.

Theo Alexis de Tocqueville (Nhà xã hội học, chính trị học Pháp) đã mô tả: Nỗi sợ hãi bị cô lập còn hơn cả nỗi sợ khi mắc lỗi, vì thế họ học cách để tham gia vào tình cảm của đa số. Thậm chí, trong những trường hợp vô hại nhất, không hề ảnh hưởng gì đến quyền lợi của họ, song phần lớn con người đều sẽ theo quan điểm của số đông ngay cả khi họ biết nó là sai lầm. Tất cả các xã hội đều có những áp lực buộc cá nhân tuân theo số đông dù ở các trình độ khác nhau.

Từ đây, Neumann đã chỉ ra rằng chính nỗi sợ hãi bị cô lập đã làm cho những áp lực này có hiệu quả. Nỗi sợ hãi này đóng vai trò quan trọng trong việc xác định lượng thông tin và nguồn thông tin mà con người biểu lộ và cái mà họ lựa chọn.

Thực tế, những người đã và đang hành nghề mại dâm vẫn chịu sự kỳ thị từ phía cộng đồng, xã hội. Điều đó khiến họ thu mình vào những vỏ bọc mà họ cho là an toàn với bản thân mình. *“Họ cảm thấy quan điểm của mình đang mất dần vị thế và có xu hướng rơi vào im lặng, điều này phù hợp với nỗi sợ bị cô lập”*. Chính vì vậy, giáo dục viên đồng đẳng (phụ nữ đã từng hành nghề mại dâm) đã trở thành mô hình hiệu quả làm phá vỡ “sự im lặng” trong “vòng xoáy” của nhóm đối tượng nguy cơ cao. Đồng thời GDVĐĐ cũng làm *tăng thêm nguồn kiến thức, tránh được sự biệt lập* cho nhóm đối tượng. Quá trình tương tác giữa GDVĐĐ với PNMD và trong nhóm PNMD sẽ tạo ra những áp lực nhóm, điều đó giúp cho các đối tượng thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của mình theo hướng tích cực.

➤ Lý thuyết mạng xã hội

Trong cuộc sống hàng ngày, mỗi chúng ta được gắn vào nhóm theo nhiều cách thức đa dạng (gia đình, bạn bè, nhóm làm việc, v.v...). Trong thực tiễn xã hội, ở một chừng mực nào đó, những quyết định của nhóm lại có ưu thế hơn là những quyết định của cá nhân. Thực tế cho thấy, mỗi chúng ta luôn duy trì một mạng lưới xã hội, gồm toàn bộ mạng lưới, các quan hệ giữa cá nhân với cá nhân và giữa cá nhân với các thành viên của nhóm. Mỗi một cá nhân có quan hệ trên nhiều bình diện khác nhau. Khái niệm mạng lưới xã hội dùng để chỉ phức thể các mối quan hệ xã hội do con người xây dựng, duy trì và phát triển trong cuộc sống thực với tư cách là thành viên của xã hội. Trong mỗi mạng xã hội khác nhau đều tạo nên những mắt xích khác nhau để duy trì những nhóm xã hội riêng, phù hợp với cá nhân.

Theo từ điển Wikipedia, mạng xã hội là một sự mô tả cấu trúc xã hội giữa các cá nhân, thường là các cá thể hay các tổ chức. Nó chỉ ra những phương thức mà người ta liên kết với nhau thông qua những tương đồng xã hội đa dạng. Nhà xã hội học Mỹ James Cook nhấn mạnh: “Mạng xã hội là một hình ảnh thống nhất và được đơn giản hoá trong lĩnh vực xã hội học đầy phức tạp và phân tán. Đó là sự mô tả cụ thể về cấu trúc xã hội trừu tượng, có khả năng hiện hữu hoá những nguồn lực xã hội không nhìn thấy. Mặc dù các mạng xã hội đều đơn giản chỉ được thực hiện bằng các nút và dây nối, chúng vẫn đủ linh động để mô tả các quan hệ của quyền lực và sự tương tác cung cấp một nền tảng vi mô của Xã hội học”.

Các mạng lưới xã hội là *một phần quan trọng của cơ cấu xã hội*. Nó hữu ích cho các cá nhân và quan trọng trong hầu hết các xã hội. Vì thông qua mạng lưới xã hội, thông tin, kiến thức và các nguồn nhân lực được chia sẻ giữa các cá nhân và các nhóm xã hội, từ đó tăng sức mạnh cho cá nhân và cho cả xã hội; mặt khác, làm xã hội vận hành một cách gắn bó, hài hòa và trôi chảy.

Hình thức mạng xã hội giúp xác định tính hữu ích của mạng đối với các cá nhân trong nó. Những mạng mở với nhiều mối nối và liên kết xã hội lỏng lẻo (được xác định bằng sự khác biệt giữa mật độ trong nội bộ nhóm và mật độ trong tổng thể mạng) có khả năng giới thiệu những ý tưởng và cơ hội mới cho các thành viên của

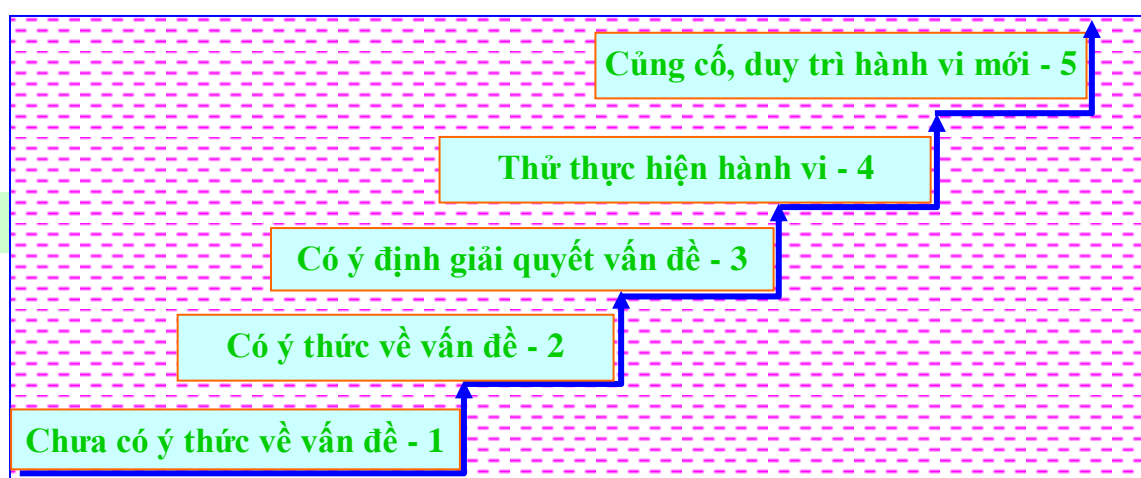
nó hơn là các mạng khép kín với những dây liên kết rườm rà. Một nhóm cá nhân có những mối liên hệ với những đời sống xã hội khác có thể tiếp cận với một diện thông tin rộng lớn hơn. Tốt hơn cho thành công của một cá nhân là phải có những mối quan hệ với nhiều mạng đa dạng hơn là nhiều liên kết trong một mạng đơn lẻ.

Sự liên kết giữa cá nhân với cá nhân và cá nhân với nhóm của phụ nữ mại dâm và giáo dục viên đồng đẳng chính là một mạng xã hội. Có thể nói đây là một mạng xã hội nhỏ và kín, nhưng nó lại rất hữu ích với các thành viên trong mạng. Mỗi một cá nhân là một mắt xích trong mạng. Thông qua mạng xã hội này, các thành viên ngoài việc được chia sẻ, họ còn được trang bị những thông tin, kiến thức liên quan đến HIV/AIDS. Qua đó, tạo ra sự gắn kết của mỗi tương tác cũng như hiệu quả của quá trình truyền thông cho các thành viên trong mạng.

➤ Lý thuyết truyền thông thay đổi hành vi

Truyền thông là quá trình trao đổi thông tin về những ý tưởng, cảm xúc, quan điểm, kiến thức và kỹ năng giữa con người với nhau. Truyền thông có thể là những cuộc đối thoại bình thường như giải thích một chủ đề, một nội dung nào đó, hỏi, trả lời một câu hỏi hoặc chỉ là cuộc trò chuyện hàng ngày. Trong truyền thông thay đổi hành vi cũng vậy, mục đích của nó là giao tiếp, đối thoại, truyền thông nhằm nâng cao hiểu biết, thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi theo chiều hướng tích cực.

Để đạt được mục đích này, quá trình truyền thông phải trải qua nhiều giai đoạn và mỗi giai đoạn phải đạt được những hiệu quả nhất định.



Sơ đồ: Các giai đoạn thay đổi hành vi (Prochaska và Diclemente, 1984)

Mô hình thay đổi hành vi giải thích cho quá trình thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của phụ nữ mại dâm qua hoạt động truyền thông của GDVĐĐ.

Nhận thức sự cần thiết phải thay đổi: Quá trình thay đổi hành vi ứng xử chịu sự tác động của nhận thức và những yếu tố khác. Quá trình này thường bắt đầu khi cá nhân tự ý thức về sự cần thiết phải thay đổi trên cơ sở nhận thức được vấn đề (những khó khăn, trở ngại) cần phải giải quyết để có thể tiếp tục tồn tại và phát triển.

Nhóm GDVĐĐ với vai trò tác động trực tiếp trong quá trình truyền thông nhằm mục tiêu làm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của PNMD trong phòng, chống HIV/AIDS. Quá trình đó bắt đầu từ chưa có ý thức rõ ràng về nguy cơ và tính chất nghiêm trọng của HIV/AIDS chuyển sang giai đoạn có ý thức đầy đủ hơn, chính xác hơn về sự cần thiết phải phòng, chống HIV/AIDS.

Nâng cao ý thức: Khi một cá nhân càng ý thức rõ ràng, đầy đủ và chính xác về vấn đề giải quyết thì càng quan tâm, chú ý để tìm cách giải quyết.

Truyền thông của GDVĐĐ là hướng vào cung cấp thông tin qua các hình thức truyền thông của mình để những đối tượng nguy cơ cao hiểu vấn đề và kỹ năng có thể giải quyết vấn đề.

Cam kết đổi mới: Trên cơ sở thay đổi nhận thức ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2, cá nhân hình thành nhu cầu và sự quyết tâm, tự cam kết đối với việc giải quyết vấn đề. Điều này thể hiện dưới hình thức những mong muốn, sự kiên quyết trong thực hiện các công việc tiếp theo ở giai đoạn sau. Giai đoạn này rất quan trọng, bởi vì nó tạo ra động cơ, động lực để thay đổi hành vi và duy trì quá trình thay đổi hành vi, định hướng cho hành vi nhằm vào mục đích xác định. Đây chính là bước quyết định chuyển đổi từ nhận thức sang hành vi của cá nhân, là kết quả của quá trình tự ý thức để chuyển sang giai đoạn khác.

Thực hiện hành vi mới: Cá nhân tự thay đổi hành vi có nghĩa là họ chấp nhận thực hiện hành vi mới. Truyền thông thay đổi hành vi tạo điều kiện để cá nhân làm thử, thực hiện thử những hành vi mới. Chính việc làm thử này mà cá nhân rút ra kinh nghiệm vào tạo được thói quen mới.

Thực hiện thành công và duy trì hành vi mới: Sau khi làm thử, mỗi cá nhân có thể thực hiện trên hành vi mới và duy trì việc thực hiện nó. Trong phòng, chống HIV/AIDS, hiệu quả truyền thông của nhóm GDVĐĐ tới nhóm đối tượng, là kết quả của quá trình thay đổi nhận thức và thực hiện hành vi mới. Ví dụ như các đối tượng đích có ý thức để sử dụng bao cao su và sử dụng đúng cách trong quan hệ tình dục, v.v... Sau khi hành vi này được thực hiện thành công, các đối tượng cần tiếp tục củng cố và thực hiện trong quan hệ tình dục (QHTD), đảm bảo phòng tránh lây nhiễm các bệnh qua đường tình dục và lây nhiễm HIV/AIDS. Hành vi mới này nếu được khuyến khích, động viên kịp thời sẽ có xu hướng trở thành thói quen phòng, chống HIV/AIDS.

Các nhà nghiên cứu đã chứng minh rằng, thực tế hành vi của con người gắn liền với nhận thức và thái độ. Mô hình thay đổi hành vi trên cho thấy đó là cả một quá trình với sự tham gia của các yếu tố khác nhau trong đó có sự thay đổi nhận thức và thái độ. Những thay đổi nhận thức và thái độ có thể chưa nhất thiết dẫn đến thay đổi hành vi. Có thể nói sự thay đổi hành vi là kết quả của sự thay đổi nhận thức và thay đổi thái độ. Do đó, truyền thông thay đổi hành vi gắn liền với truyền thông thay đổi nhận thức và thay đổi thái độ. Thay đổi hành vi không có nghĩa là hình thành những hành vi mới mà còn là sự thay đổi hành vi cũ bằng cách bổ sung những yếu tố mới loại bỏ những hành vi cũ không phù hợp.

Truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV/AIDS nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, chống kỳ thị phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS cho cộng đồng. Đồng thời quá trình truyền thông cũng góp phần vận động, khuyến khích việc cung cấp và sử dụng các phương tiện và dịch vụ hỗ trợ, thực hiện hành vi an toàn phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho đối tượng nguy cơ cao.

*** Vai trò của thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS*



Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi có vai trò quan trọng trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, bởi vì:

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về nguy cơ, sự lây truyền và các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS.

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi khuyến khích cộng đồng cùng tham gia đối thoại về các yếu tố lây lan của HIV/AIDS, các hành vi nguy cơ và các yếu tố làm tăng hoặc giảm các hành vi nguy cơ. Từ đó, tạo ra nhu cầu về thông tin, dịch vụ và thúc đẩy hành động, thực hiện hành vi an toàn để làm giảm nguy cơ và làm giảm sự kỳ thị xã hội.

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi giúp mọi người hiểu biết đúng hơn về HIV/AIDS, làm giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và những người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS trong cộng đồng.

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi góp phần nâng cao trách nhiệm và sự quan tâm của các cấp, các ngành, thu hút dư luận xã hội ủng hộ cho các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, duy trì bền vững những thành quả đã đạt được.

Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi góp phần định hướng cho mọi người thực hiện pháp luật và các chính sách về phòng, chống HIV/AIDS, kết nối và thúc đẩy các dịch vụ về dự phòng lây nhiễm HIV, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS và các dịch vụ hỗ trợ về kinh tế xã hội khác, tạo môi trường thuận lợi cho mọi người duy trì việc thực hiện các hành vi an toàn.

1.2. Tổng quan vấn đề nghiên cứu

1.2.1. Tình hình HIV/AIDS trên thế giới

Tính đến cuối năm 2003, UNAIDS và WHO đã công bố có khoảng 46 triệu người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống; 5,8 triệu người mới nhiễm và khoảng 3,5 triệu người tử vong do AIDS trong năm. Tại nhiều nước đang phát triển, phần lớn những trường hợp nhiễm mới là thanh niên. Khoảng 1/3 trong tổng số những người hiện đang bị nhiễm HIV/AIDS ở độ tuổi 15 đến 24, phần lớn trong số họ không biết mình đang mang vi rút HIV, hàng triệu người hầu như không biết hoặc biết rất ít về HIV/AIDS để tự bảo vệ mình chống lại căn bệnh này [21].

Hiện nay cứ mỗi ngày trôi qua toàn thế giới lại có thêm 16.000 trường hợp nhiễm HIV mới (2.000 trẻ em và 14.000 người lớn) và 95% các trường hợp này ở những nước đang phát triển. Hình thái lây truyền chủ yếu ở các khu vực là qua QHTD khác giới, tiêm chích ma túy và có một vài khu vực hình thức lây truyền chính là đồng tính nam giới [30].

Tình hình dịch HIV/AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương

Dịch HIV/AIDS lan sang châu Á khá muộn, trường hợp nhiễm HIV đầu tiên tại khu vực này được phát hiện tại Thái Lan vào năm 1985, đến cuối những năm 90, Campuchia, Myanmar và Thái Lan công bố bệnh dịch đáng lo ngại trên toàn đất nước. Dịch tễ học lây nhiễm HIV ở khu vực này có nhiều hình thái khác biệt. Tại một số nước như Việt Nam, Trung Quốc, Malaysia hình thái lây nhiễm vẫn chủ yếu qua tiêm chích ma túy và tình trạng lây truyền qua đường tình dục có xu hướng ngày càng tăng [18].

Có nhiều nguyên nhân dẫn tới sự gia tăng HIV/AIDS tại khu vực châu Á - Thái Bình Dương, đó là: nạn đói nghèo, trình độ dân trí thấp, tình trạng di dân tự do, sự gia tăng các tệ nạn xã hội, v.v... Vấn đề sử dụng bao cao su (BCS) dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục tuy đã được khuyến khích nhưng việc sử dụng vẫn còn rất hạn chế [18], [21].

1.2.2. Tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam

Dịch HIV/AIDS tại Việt Nam đã và đang trở thành hiểm họa của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng. Tính đến ngày 30/9/2005 lũy tích các trường hợp nhiễm HIV/AIDS được báo cáo trên toàn quốc là 101.291 người nhiễm HIV, trong đó có 16.528 trường hợp đã chuyển thành bệnh nhân AIDS và 9.554 bệnh nhân đã tử vong do AIDS [5].

Theo ước tính, thông thường lấy số thực phát hiện nhân hệ số 3 thì tỷ lệ nhiễm HIV trong năm 2003 của Việt Nam - ước tính là 0,23% dân số; có một số tỉnh tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS tính trên 100.000 dân đặc biệt cao như Quảng Ninh 580,47/100.000 dân; Hải Phòng 338,67/100.000 dân; Tp. Hồ Chí Minh 249,72/100.000 dân, Hà Nội: 181,38/100.000 dân, v.v... [18], [25].

Theo báo cáo của Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, tính đến hết năm 2008, số người bị nhiễm HIV/AIDS là 135.171 người, trong đó 29.134 trường hợp đã chuyển sang AIDS. Trong số các nguyên nhân lây lan và bùng phát đại dịch HIV/AIDS ở Việt Nam, nguy cơ lây truyền HIV cao nhất là qua con đường mại dâm [10].

Sau khi khảo sát, cơ quan chức năng đã xác định 5 địa phương ẩn chứa nhiều nguy hiểm, có thể lây nhiễm qua con đường mại dâm nhất Việt Nam là Hà Nội, Tp. Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Cần Thơ và Quảng Ninh. Chính vì vậy, thời gian qua, cơ quan y tế dự phòng các tỉnh đã chú trọng việc phòng, chống lây nhiễm HIV qua đường tình dục giữa những người hành nghề mại dâm và khách làng chơi không tiêm chích. Hoạt động cấp phát, tiếp thị BCS đã và đang được triển khai để nhằm nâng cao tỷ lệ đối tượng sử dụng BCS trong quan hệ tình dục [12], [21], [24].

Lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục có xu hướng gia tăng

Nguy cơ lây nhiễm HIV qua QHTD tiếp tục gia tăng và khả năng lây nhiễm HIV ra cộng đồng rất lớn do có sự gia tăng tỷ lệ nghiện chích ma túy (NCMT) trong nhóm PNMD; người NCMT, người nhiễm HIV có QHTD với PNMD và tỷ lệ sử dụng BCS khi QHTD với PNMD thấp. Mặt khác, các điều tra trong thời gian gần đây cho thấy tỷ lệ sử dụng BCS trong lớp trẻ chiếm tỷ lệ rất thấp và điều này cảnh

báo nguy cơ lây nhiễm HIV trong lứa tuổi trẻ. Tỷ lệ PNMD trong tổng số ca nhiễm HIV tăng từ 0,6% năm 1994 tới 6% vào năm 2002; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm bệnh nhân mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng tăng từ 0,5% trong năm 1994 lên tới 2,9% vào năm 2001 [7].

Theo Cục phòng, chống tệ nạn xã hội (Bộ Lao động-Thương binh & Xã hội) tỷ lệ PNMD ở Việt Nam nhiễm HIV/AIDS ngày càng gia tăng, hơn nữa tệ nạn mại dâm chưa có dấu hiệu thuyên giảm, diễn biến phức tạp, chứa đựng các yếu tố nguy cơ lan truyền HIV/AIDS ra cộng đồng xã hội. Ước tính, hiện cả nước có trên 31.000 phụ nữ mại dâm, tuy nhiên chỉ có trên 13.000 PNMD có hồ sơ quản lý. Phần lớn PNMD mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đáng lưu ý, khảo sát gần 500 nam giới ở Hà Nội thì gần 1/3 cho biết đã có quan hệ với PNMD, trong đó sinh viên, doanh nhân (40%), công nhân (30%), lao động di cư (39%), v.v... Tỷ lệ nghiện ma túy trong PNMD ngày càng tăng chiếm tới 32,6%, trong đó tỷ lệ chích chung bơm kim tiêm (BKT) chiếm đến 44,2%, và tỷ lệ này trong nhóm PNMD nhiễm HIV lên đến 77,1%. Điều đáng báo động, tỷ lệ PNMD sử dụng bao cao su thường xuyên là 65,4%, nhưng ở nhóm PNMD nhiễm HIV chỉ có 23,3%. Đến hết tháng 3/2005, cả nước có hơn 93.000 ca nhiễm HIV, tỷ lệ nam nhiễm HIV/AIDS là 85,17%, gấp 6 lần so với phụ nữ. Kết quả, giám sát hành vi ở một số tỉnh cũng cho thấy, có tới 78 - 93% người nhiễm HIV có quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm¹.

Dịch HIV/AIDS đã có dấu hiệu lây lan ra cộng đồng

Bảng 1.1. Ước tính lũy tích các trường hợp nhiễm HIV/AIDS và tử vong do AIDS giai đoạn 2003 – 2010

<i>Năm</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
HIV	165.444	185.757	197.500	207.375	256.185	284.277	315.568	350.970
AIDS	30.755	39.340	48.864	59.400	70.941	83.516	97.175	112.227
Tử vong	27.135	35.407	44.102	54.132	65.171	77.228	90.346	104.701

(Nguồn: Chiến lược Quốc gia phòng, chống, HIV/AIDS đến năm 2010 và Tầm nhìn đến 2020) [9]

¹ Theo Đình Nam, VnMedia ngày 14/06/2005

Mức độ lây lan của dịch từ nhóm nguy cơ cao ra cộng đồng được biểu hiện qua tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong nhóm phụ nữ mang thai và nhóm thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm thanh niên khám tuyển nghĩa vụ quân sự đã tăng từ 0% năm 1994 lên 0,93% vào năm 2001 và trong nhóm phụ nữ mang thai, tỷ lệ này đã tăng từ 0,35% năm 1995 đến 0,39% năm 2002 [5].

1.2.3. Thực trạng phụ nữ mại dâm ở Hà Nội hiện nay

Thực tế, mại dâm cũng chính là sản phẩm của con người và của xã hội, chính xác hơn là mặt trái của xã hội. Bất kỳ hình thức mại dâm nào (cao cấp hay đứng đường) thì hiện tại đó cũng là một hành vi không được pháp luật của Việt Nam công nhận. Tại một số nước, mại dâm được công nhận là một nghề “các công nhân tình dục” được cấp giấy phép hành nghề và được kiểm tra sức khỏe định kỳ, thực hiện “an toàn lao động” một cách đầy đủ. Hoạt động mại dâm thường tập trung ở các thành phố và ở Việt Nam có tới 90% đối tượng hoạt động mại dâm là thanh niên và vị thành niên.

Tệ nạn mại dâm trên địa bàn Hà Nội vẫn tồn tại cả hai hình thức chính: hoạt động mại dâm ở nơi công cộng (dọc các tuyến đường, bến tàu, bến xe, vườn hoa, công viên) và trá hình trong các loại hình dịch vụ, nhà hàng, khách sạn, cơ sở mát-xa, vũ trường, cắt tóc gội đầu. Các đối tượng này luôn thay đổi địa điểm, thời gian hoạt động, sử dụng điện thoại di động để đón và liên hệ với khách. Khi bị phát hiện thì lẩn trốn bằng xe máy hoặc chạy vào các khu nhà nghỉ, nhà trọ xung quanh, gây khó khăn cho lực lượng công an khi tiến hành kiểm tra, kiểm soát.

Trong những năm gần đây, nhiều đề tài nghiên cứu khoa học liên quan tới hoạt động mại dâm, đã cho kết luận rõ hơn về vấn nạn mại dâm ở nước ta. Số những người hành nghề mại dâm ngày càng gia tăng và còn rất trẻ. Đa số họ đều trong độ tuổi sinh đẻ. Theo kết quả khảo sát tại một số tỉnh, thống kê của Bộ Lao động Thương binh & Xã hội cho thấy, các đối tượng tập trung ở các độ tuổi 18-35 chiếm trên 80% (trong đó, từ 18-25 tuổi chiếm 42,4%). Đặc biệt dưới 18 tuổi chiếm 13,4%. Phần lớn người bán dâm có trình độ học vấn thấp (hết cấp I, cấp II chiếm tới 90%).

Vì kém hiểu biết và vì nhiều lý do khác những người hành nghề mại dâm QHTD với khách làng chơi đã không thường xuyên sử dụng BCS [12], [13].

Có mối liên hệ đáng kể giữa PNMD với các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) và các liên quan khác. Ví dụ, xu hướng gia tăng những bệnh này với số năm hành nghề mại dâm: có 16,7% mắc bệnh STI nếu hoạt động mại dâm từ 5-6 năm (*Hà Nội*), 50% làm trên 10 năm (*Tp. Hồ Chí Minh*), cùng với thực tế tăng lên con số PNMD nghiện ma túy. Do vậy, con số PNMD bị nhiễm bệnh STI, HIV/AIDS, nghiện ma túy ngày càng tăng [13].

1.2.4. Một số công trình nghiên cứu liên quan đến vấn đề HIV/AIDS và công tác truyền thông giảm nguy cơ lây nhiễm

Mô hình giáo dục viên đồng đẳng được coi là một trong những mô hình tổng hợp của chương trình can thiệp giảm tác hại. Nó được đánh giá là mô hình có độ bao phủ rộng và đạt hiệu quả cao. Hoạt động của mô hình không chỉ nhằm mục đích phân phát BCS cho khách hàng, mà còn giúp các dự án tiếp cận, quản lý tốt đối tượng PNMD trên địa bàn; nghiên cứu và giám sát các hành vi cũng như xu hướng hoạt động của đối tượng để có những can thiệp và hỗ trợ kịp thời.

Trong thời gian qua đã có nhiều nghiên cứu, đánh giá về hiệu quả của chương trình can thiệp giảm tác hại. Tuy nhiên, số công trình nghiên cứu và đánh giá cụ thể về hoạt động của mô hình GDVĐĐ dường như còn hạn chế. Phần lớn mô hình này chỉ là một phần nhỏ trong các nghiên cứu, đánh giá đã được thực hiện. Có thể kể đến một số công trình nghiên cứu gần đây.

Báo cáo “*Đánh giá dự án Phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam*” năm 2009 của Cục phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Hà Nội là một trong 7 tỉnh thành được chọn làm nơi thực hiện cuộc đánh giá. Dự án này có đề cập đến mô hình GDVĐĐ trong hoạt động can thiệp giảm tác hại. Tuy nhiên, báo cáo cũng chỉ dừng ở vấn đề: đánh giá hiệu quả của mô hình thông qua những thay đổi thái độ, nhận thức, hành vi của đối tượng được tiếp cận. Cách thức truyền thông mà nhóm triển khai là: truyền thông cá nhân, truyền thông nhóm (100%) và phát tài liệu truyền thông (92,9%) chưa được phân tích cụ thể.

Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh, Văn phòng thường trực phòng, chống AIDS & Trung Tâm Y tế Dự phòng Sóc Trăng đã thực hiện dự án “*Đặc điểm và vai trò của đồng đảng viên mại dâm trong công tác thông tin giáo dục truyền thông HIV/STIs ở vùng đồng bằng sông Cửu Long*”. Dự án đã khẳng định, hiện nay can thiệp giảm tác hại dựa vào GDVĐĐ được thực hiện rải rác ở một vài nơi của Việt Nam. Nghiên cứu cũng khẳng định vai trò quan trọng của đồng đảng viên mại dâm trong công tác phòng, chống HIV. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đồng đảng viên mại dâm mặc dù có trình độ văn hóa khá thấp, có đời sống khá vất vả nhưng lại có tinh thần tích cực trong việc tiếp cận, truyền thông, giáo dục cho PNMD. Đây chính là một mô hình can thiệp giảm tác hại có hiệu quả nhất cho đến hiện nay.

Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng Long An phối hợp với Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh tiến hành dự án “*Đánh giá hiệu quả hoạt động tiếp cận nhóm HIV/AIDS của mạng lưới tuyên truyền cộng tác viên sức khỏe cộng đồng tại tỉnh Long An*”. Mục đích của dự án nhằm đánh giá hoạt động bước đầu về tiếp cận tuyên truyền cho các nhóm trọng điểm về HIV/AIDS, được xác định là những nhóm có hành vi nguy cơ cao trong cộng đồng. Hoạt động can thiệp này chủ yếu là tuyên truyền, nói chuyện về phòng, chống HIV/AIDS được thực hiện bởi 48 cộng tác viên sức khỏe cộng đồng có sự hỗ trợ của các phương tiện truyền thông như tranh ảnh, áp phích và tài liệu gấp hay tài liệu bướm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự thay đổi các yếu tố, trong đó có yếu tố hành vi nguy cơ. Sau khi can thiệp, kiến thức về đường lây của cộng đồng đã tăng lên rõ rệt (từ 90% lên 96,5%), lòng tin vào bao cao su có thể phòng tránh lây nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục tăng từ 63,4% lên 73,4%, v.v...

Ngoài ra, còn rất nhiều nghiên cứu, đánh giá khác liên quan đến vấn đề phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên các nghiên cứu chưa tập trung vào phân tích một cách cụ thể những hình thức truyền thông của mô hình giáo dục viên đồng đảng. Thực hiện đề tài này, tác giả mong muốn tìm hiểu cụ thể về các hình thức truyền thông được nhóm GDVĐĐ sử dụng trong quá trình triển khai hoạt động tiếp cận, truyền thông với PNMD. Đồng thời, tác giả cũng mong muốn chỉ ra những

thuận lợi, khó khăn trong việc nâng cao và duy trì mô hình GDVĐĐ nói chung và GDVĐĐ mại dâm nói riêng. Qua đó đề tài hy vọng sẽ đưa ra được những đánh giá bước đầu và khẳng định hơn nữa vai trò của mô hình trong hoạt động can thiệp giảm tác hại.

1.2.5. Các mô hình giảm tác hại nhóm PNMD trên địa bàn Hà Nội

“Giảm tác hại” là một cụm từ dùng để mô tả một khái niệm nhằm ngăn chặn hoặc giảm những hậu quả tiêu cực đến sức khỏe có liên quan đến những hành vi nhất định. Trong dự phòng lây nhiễm HIV, chiến lược giảm tác hại hướng tới các đối tượng nguy cơ cao như người mua dâm, bán dâm, người nghiện các chất dạng thuốc phiện, người nhiễm HIV, người có quan hệ tình dục đồng giới, người thuộc nhóm di biến động và người có quan hệ tình dục với những đối tượng nói trên.

Để tạo thói quen sử dụng BCS riêng cho PNMD, việc đảm bảo tính sẵn có của BCS khi và ở nơi đối tượng cần là hết sức cần thiết. Chương trình can thiệp giảm tác hại dưới sự hỗ trợ của nhiều dự án đã triển khai các mô hình khác nhau nhằm nâng cao tính sẵn có, dễ tiếp cận của BCS và các dịch vụ hỗ trợ cho đối tượng PNMD.

Trên địa bàn Hà Nội hiện nay có một số mô hình chủ yếu sau đây đang hoặc đã từng được triển khai.

Mô hình giáo dục viên đồng đẳng viên

Mô hình giáo dục viên đồng đẳng là mô hình phổ biến nhất hiện nay của nhiều dự án. Đây là mô hình tổng hợp, không chỉ nhằm mục đích cung cấp BCS miễn phí hoặc bán trợ giá cho PNMD, cung cấp kiến thức kỹ năng về an toàn tình dục, an toàn tiêm chích và những thông tin về phòng, chống HIV/AIDS, v.v... Mô hình này còn giúp chương trình giảm tác hại tiếp cận và quản lý, mở rộng độ bao phủ đối tượng PNMD trên địa bàn.

Giáo dục viên đồng đẳng mại dâm được tuyển chọn chủ yếu từ những người đã hoặc đang hành nghề mại dâm hoặc vợ người NCMT với nhiệm vụ cơ bản sau.

-
-
- Nhận BCS từ Trung tâm Y tế quận/huyện hoặc Trạm Y tế phát trực tiếp cho PNMD tại đường phố, tại nhà hàng/khách sạn, kết hợp phát tài liệu truyền thông và tư vấn thông qua tiếp xúc trực tiếp với đối tượng PNMD. Ngoài ra, GDVĐĐ cũng cung cấp BCS cho chủ nhà nghỉ/khách sạn.
 - Việc thực hiện truyền thông, ngoài giao tiếp cá nhân, GDVĐĐ mại dâm thực hiện hoặc tham gia thực thiện các cuộc họp nhóm nhỏ hoặc lớn tại cộng đồng.
 - Giới thiệu và giúp đỡ PNMD tiếp cận được với các dịch vụ như: VCT, phòng khám STI, v.v...

Trong đề tài luận văn này, chúng tôi phân tích sâu các hình thức truyền thông của mô hình GDVĐĐ với nhiệm vụ: truyền thông thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS, cung cấp các vật dụng và giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ cho PNMD.

Mô hình tiếp cận tại nhà nghỉ/khách sạn, quán cà phê/quầy thuốc lá

Đây chỉ là một trong những kênh cung cấp BCS không truyền thống được triển khai từ giai đoạn đầu của dự án phòng lây nhiễm HIV. Tại các nhà nghỉ/khách sạn, BCS được cung cấp miễn phí hoặc bán trợ giá (chương trình tiếp thị xã hội BCS). Tại một số quận/huyện, BCS được bán qua các quán cà phê, quầy thuốc lá tại những nơi như bãi tắm, bến xe, công viên, v.v... chủ yếu để phục vụ nhóm PNMD đường phố hoạt động xung quanh các khu vực này.

Mô hình thông qua Trạm Y tế, phòng khám STI, VCT

Trạm Y tế là nơi triển khai nhiều loại dịch vụ y tế và nhiều chương trình sức khỏe khác bao gồm chương trình can thiệp giảm tác hại. Đối với chương trình giảm tác hại, ngoài chức năng quản lý, giám sát và hỗ trợ các hoạt động của đồng đẳng viên, Trạm Y tế còn được xem là một điểm phát BKT, BCS thứ cấp cho đối tượng nguy cơ cao. Tuy nhiên, do mang đặc điểm của dịch vụ y tế tuyến cơ sở nên khả năng tiếp cận và cung cấp trực tiếp các can thiệp giảm tác hại cho đối tượng nguy cơ cao rất hạn chế, đặc biệt là đối với nhóm PNMD.

Tại các cơ sở dịch vụ y tế khác như phòng khám STI và các VCT, BCS được phát miễn phí cho PNMD khi họ đến tìm kiếm dịch vụ. Tuy nhiên, số lượng không

hiều và đối tượng cũng không thường xuyên đến các cơ sở này để nhận BCS cũng như những dịch vụ hỗ trợ kèm theo.

Mô hình tiếp thị xã hội BCS

Tiếp thị xã hội sử dụng hệ thống thương mại, theo kênh truyền thống và không truyền thống, với mạng lưới tốt nhất có thể vươn tới từng đối tượng đích của tiếp thị và cung cấp sản phẩm với giá có thể chi trả, kèm theo các chương trình truyền thông thay đổi hành vi. Các chương trình tiếp thị xã hội liên quan đến sức khỏe, nhằm giúp cho quần thể cộng đồng vượt qua những trở ngại về văn hóa và xã hội để duy trì hành vi có lợi. Tiếp thị bao cao su trong phòng lây nhiễm HIV, qua thực tế, cho thấy đối tượng có hành vi nguy cơ (như PNMD, NCMT) có nhu cầu được cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến sản phẩm BCS, được hướng dẫn cách sử dụng đúng, và giáo dục những hiểu biết về bệnh HIV mà họ cần phòng tránh.

Như vậy, trong năm mô hình giảm tác hại với nhóm PNMD đang triển khai trên địa bàn Hà Nội hiện nay, mô hình GDVĐĐ chiếm một vai trò đặc biệt quan trọng. Đây là một trong những mô hình có nhiều ưu thế hơn so với các mô hình còn lại trong việc tiếp cận và truyền thông, cũng như cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho đối tượng đích.

1.3. Các khái niệm công cụ

1.3.1. Truyền thông

Thuật ngữ *Communication* được bắt nguồn từ gốc Latin *Communis* có nghĩa là phổ thông, phổ biến. Khi chúng ta giao tiếp, chúng ta đã cố gắng thiết lập nên một “tính phổ biến” với người nào đó. Điều đó có nghĩa chúng ta cố gắng chia sẻ thông tin, ý tưởng hay một thái độ, quan điểm của mình. Bản chất của sự truyền thông chính là trao đổi qua lại những tin tức đặc thù giữa người gửi và người nhận.

Truyền thông không chỉ là quá trình chia sẻ thông tin. Quá trình này phần lớn có tương tác bằng dấu hiệu được trung gian hoà giải. Ba mức độ quy tắc tín hiệu học thống trị quá trình truyền thông là: cú pháp, thực dụng và ngữ nghĩa. Thế nên truyền thông là một loại tương tác xã giao có ít nhất hai tác nhân làm việc cùng chia sẻ chung một bộ các ký hiệu và chung một quy tắc tín hiệu học [1].

Truyền thông là một quá trình giao tiếp, chia sẻ, trao đổi thông tin từ người truyền đến người nhận nhằm đạt được sự hiểu biết, nâng cao nhận thức, thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi (đặc trưng quan trọng của truyền thông là tính hai chiều).



Truyền thông thay đổi nhận thức và hành vi

Bản thân khái niệm “*truyền thông thay đổi hành vi*” đã cho thấy đây là một loại truyền thông đặc trưng, bởi mục đích là thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi ở người khác. Đây là hoạt động truyền thông nhằm mục đích tuyên truyền, vận động với những người có quyền ra quyết định; tổ chức thực hiện quyết định và những người tham gia thực hiện quyết định [1].

1.3.2. Giáo dục viên đồng đẳng

Người đồng đẳng

Là những người có cùng một số đặc điểm chung như tuổi, đặc trưng xã hội, nghề nghiệp, sở thích, v.v... Những người đồng đẳng thường có thái độ, niềm tin, hành vi, v.v... tương đồng nhau.

Ví dụ: Những người đã từng hành nghề mại dâm được gọi đồng đẳng khi tham gia chương trình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm PNMD.

Giáo dục đồng đẳng

Là sự chia sẻ kiến thức, thái độ, kỹ năng và kinh nghiệm sống giữa những người đồng đẳng, nhằm giúp đỡ lẫn nhau nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ, hành vi (về một lĩnh vực nào đấy theo mục tiêu của hoạt động). Đây là phương thức thông tin, hỗ trợ nhau một cách tự giác, không ép buộc và bình đẳng [27].

Giáo dục viên đồng đẳng

Là những người có cùng một số đặc trưng xã hội. Họ được đào tạo thích hợp để thực hiện hoạt động chia sẻ thông tin, kiến thức và kỹ năng nhằm hỗ trợ hành vi an toàn và cuộc sống lành mạnh cho những người đồng đẳng.

Nhiệm vụ của GDVĐĐ trong dự phòng lây truyền HIV/AIDS: Tiếp cận những người đồng đẳng; cung cấp những thông tin đúng; có cách truyền thông phù hợp; trao đổi chân tình, cởi mở; cung cấp những trợ giúp cần thiết và phù hợp, v.v...

Khi tham gia mạng lưới đồng đẳng đòi hỏi các GDVĐĐ phải có những điều kiện cơ bản: đủ kiến thức và kỹ năng; tự quản lý hoạt động của chính mình; có khả năng hoạt động độc lập, tích cực và tự nguyện [27].

Hiện nay hoạt động của chương trình can thiệp giảm tác hại có sự tham gia của rất nhiều dự án, trong đó có mô hình đồng đẳng. Song, ở mỗi dự án có cách sử dụng tên gọi khác nhau: FHI, LIFE-GAP: Giáo dục viên đồng đẳng, DFID: Đồng đẳng viên. Do vậy, trong khuôn khổ luận văn này tác giả đã sử dụng song song hai khái niệm: Đồng đẳng viên hay giáo dục viên đồng đẳng.

1.3.3. Phụ nữ mại dâm

Phụ nữ mại dâm là những người phụ nữ phục vụ đàn ông thỏa mãn nhu cầu tình dục ngoài hôn nhân và được trả tiền và tiền thưởng [27].

1.3.4. HIV/AIDS

HIV là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh “Human Immunodeficiency Virus” là vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người, làm cho cơ thể suy giảm khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh [14], [25].

AIDS là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh “Acquired Immune Deficiency Syndrome” là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do HIV gây ra. Khi mắc hội chứng này, bệnh nhân hoàn toàn mất khả năng miễn dịch, dễ bị bệnh do các vi sinh vật cơ hội gây ra. Hệ thống miễn dịch hoàn toàn bị phá hủy, nên cơ thể mất hoàn toàn khả năng tự chống đỡ lại các bệnh nhiễm trùng thông thường [15].

Các con đường lây nhiễm HIV/AIDS

Virut truyền bệnh chủ yếu qua các hành vi của con người , và chúng ta hoàn toàn có thể phòng tránh được. Có 3 kiểu truyền bệnh chính sau.

Lây truyền qua đường tình dục

Quan hệ tình dục không an toàn là một trong những con đường chính lây nhiễm HIV . Hiện nay có tới 70% - 80% trong tổng số các trường hợp nhiễm HIV trên thế giới lây truyền qua quan hệ tình dục [15]. Các kiểu quan hệ tình dục không an toàn dù khác giới hay đồng giới đều có khả năng lây truyền HIV nếu một trong hai người đã nhiễm virut này.

Lây truyền qua đường máu

HIV được truyền từ người có HIV sang người bình thường qua việc truyền máu không an toàn, sử dụng chung các dụng cụ tiêm chích qua da , các dụng cụ dính máu mà không được khử trùng đúng phương pháp .

Lây truyền từ mẹ sang con

HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con , sự lây truyền này xuất hiện trong giai đoạn trước và sau sinh . Hiện nay, theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới có khoảng 40 - 50% trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm HIV từ người mẹ bị nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai , trong và sau khi sinh một vài ngày . Sự lây truyền giảm khi được điều trị các thuốc kháng Retrovirus [21].

Chương 2. CÁC HÌNH THỨC TRUYỀN THÔNG CỦA GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẲNG MẠI DÂM

2.1. Đặc điểm giáo dục viên đồng đẳng nhóm phụ nữ mại dâm

2.1.1. Một vài đặc trưng nhân khẩu - xã hội

Phụ nữ mại dâm là những đối tượng có nguy cơ cao nhiễm HIV, dễ bị tổn thương, rất khó tiếp cận và vẫn chịu sự kỳ thị của cộng đồng, xã hội. Chính vì vậy, nhóm này luôn kỳ vọng được xã hội, cộng đồng quan tâm và khuyến khích họ tham gia vào các hoạt động có ích cho xã hội. Họ muốn được đối xử bình thường như những công dân khác trong xã hội, đặc biệt trong quyền lợi bảo vệ sức khỏe của mình và cộng đồng.

Thông thường, giáo dục viên đồng đẳng là những người đã từng trải qua cuộc sống có những điểm tương đồng nhóm PNMD. Chính vì vậy, họ rất hiểu tâm lý và cuộc sống của phụ nữ mại dâm, từ đó có thể dễ tiếp cận và chia sẻ với nhóm PNMD hơn. Do đó, việc khuyến khích các giáo dục viên đồng đẳng tham gia vào hoạt động truyền thông cho nhóm PNMD là một hướng đi đúng. Chương trình giảm tác hại đã đi vào hoạt động trong vài năm gần đây và đã đạt một số hiệu quả nhất định. Bước đầu các hoạt động của GDVĐĐ cũng gặp nhiều khó khăn để được chính quyền địa phương, xã hội và cộng đồng chấp nhận. Tuy nhiên, qua quá trình triển khai và hiệu quả đạt được, các GDVĐĐ đã chứng minh vai trò cần thiết của mô hình này với cộng đồng và xã hội.

Trong mẫu khảo sát của chúng tôi, toàn bộ đồng đẳng viên là nữ, độ tuổi còn trẻ và trình độ học vấn không thấp.

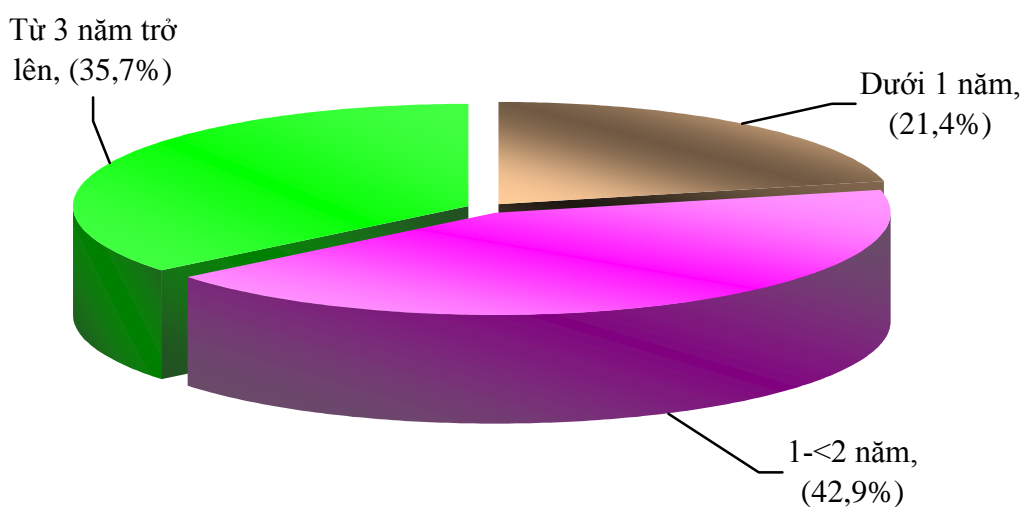
Bảng 2.1. Tuổi và trình độ học vấn của GDVĐĐ

Thông tin		Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	< 25 tuổi	2	7,1
	25-29 tuổi	6	21,4
	30-34 tuổi	13	42,9
	35-39 tuổi	9	28,6
	> 40 tuổi	0	0,0

Thông tin		Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Từ tiểu học trở xuống	0	0,0
	Trung học cơ sở	11	35,7
	Phổ thông trung học	13	42,9
	THCN, CĐ, ĐH, v.v...	6	21,4

Kết quả bảng trên cho thấy, toàn bộ GDVĐĐ trong độ tuổi dưới 40. Trong đó từ 30 - 34 tuổi chiếm 42,9%, từ 35 - 39 tuổi chiếm 28,6%, chỉ có 7,1% đồng đảng viên có độ tuổi dưới 25.

Các giáo dục viên đồng đảng đều có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên, trong đó 42,9% có trình độ phổ thông trung học, trung học cơ sở chiếm 35,7% và trung học chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học, v.v... chiếm 21,4%. Với trình độ học vấn này, các giáo dục viên đồng đảng có thể nắm bắt nhanh những kiến thức cơ bản từ các lớp tập huấn nhằm phục vụ hiệu quả cho công việc tiếp cận và tuyên truyền tại cộng đồng.



Biểu đồ 2.1. Thời gian tham gia mạng lưới GDVĐĐ

Mạng lưới GDVĐĐ đã được triển khai trong thời gian gần đây với những hoạt động can thiệp của các tổ chức: Life - Gap, FHI, Quỹ toàn cầu, DFID, v.v... và chương trình Mục tiêu Quốc gia. Khi triển khai hoạt động can thiệp, mục tiêu ổn định số lượng đồng đảng viên và mở rộng mạng lưới tham gia luôn được Ban quản

lý dự án đề cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có gần 50% đồng đảng viên đã tham gia hoạt động trong lĩnh vực này được 1-2 năm. Có 21,4% đồng đảng viên làm việc được 1 năm trong khi đó số làm việc được từ 3 năm trở lên chiếm 35,7% (xem Biểu đồ 2.1). Trên thực tế, cùng với các chương trình can thiệp số lượng GDVĐĐ sẽ được nhân lên theo thời gian.

2.1.2. Động cơ tham gia mạng lưới giáo dục viên đồng đảng

Phần lớn các đối tượng được chọn vào làm giáo dục viên đồng đảng đã từng có thời gian hành nghề mại dâm hoặc nghiện chích ma túy. Do vậy, họ rất hiểu nhu cầu được giúp đỡ, được động viên và được chia sẻ của những đối tượng PNMD.

Bảng 2.2. Lý do tham gia mạng lưới GDVĐĐ

Lý do	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Muốn được giúp đỡ người khác	28	92,9
Được trả lương	2	7,1
Được tham gia các hoạt động xã hội	17	57,1
Được vận động	9	28,6

Bảng 2.2 chỉ ra lý do tham gia mạng lưới giáo dục viên đồng đảng. Đa số (92,9%) các đồng đảng viên muốn được giúp đỡ người khác. Bên cạnh đó, có 57,1% đồng đảng viên thích được tham gia các hoạt động xã hội. Chỉ có 7,1% trong số họ tham gia công việc vì được trả lương. Tuy nhiên, vấn đề thiếu kinh phí hỗ trợ ở một khía cạnh khác lại là một trong những lý do khiến nhiều giáo dục viên đồng đảng nghỉ việc. Chúng tôi sẽ phân tích vấn đề này sâu hơn ở phần sau.

“Em cũng mong muốn được làm việc lâu dài ở đây để giúp đỡ cho các chị em và cũng vì em thích được đi tham gia vào các hoạt động xã hội như thế này”.

(N.T.T – 26 tuổi/Phổ thông trung học)

“Từ khi tham gia công tác này em đã hiểu ra nhiều điều. Bây giờ em muốn giúp cho các chị em giống như em thay đổi được nhận thức và hành vi về vấn đề phòng, chống HIV/AIDS, v.v...”.

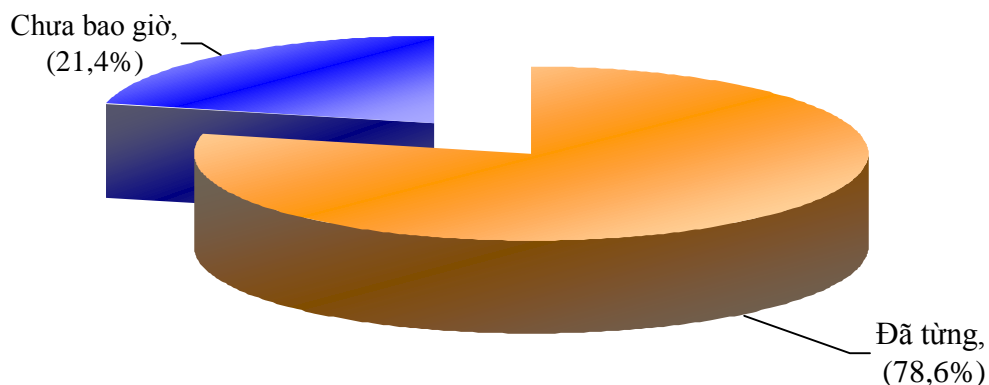
(P.N.K - 30 tuổi/Trung học cơ sở)

“Trong công việc em thích nhất là giúp được mọi người thôi. Khi đi tiếp cận em thấy có nhiều em còn ít tuổi lắm, nên em mong giúp các em quay về nhà”.

(L.N.H - 34 tuổi/Trung học cơ sở)

2.1.3. Chức năng, nhiệm vụ của giáo dục viên đồng đẳng

Nhiệm vụ chính của các GDVĐĐ mại dâm là tiếp cận, cung cấp các dịch vụ cần thiết như bao cao su, bơm kim tiêm sạch, tờ rơi. Đồng thời hướng dẫn đối tượng thuộc nhóm hành vi nguy cơ cao (phụ nữ mại dâm) sử dụng BCS đúng cách, tiêm chích an toàn nhằm làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS. Bên cạnh đó, họ còn giới thiệu và giúp đỡ PNMD tiếp cận được với các dịch vụ như: VCT, phòng khám STI, v.v... Tuy nhiên, để có thể làm tốt vai trò, nhiệm vụ, các đồng đẳng viên không chỉ có sự nhiệt tâm, xông xáo, mà còn phải được trang bị những kỹ năng, phương pháp tiếp cận, truyền thông cũng như các quy định cơ bản về văn bản pháp luật liên quan đến hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.



Biểu đồ 2.2. Tỷ lệ GDVĐĐ được tham gia tập huấn của các dự án và các trung tâm

Việc tham gia vào các lớp tập huấn cơ bản là điều kiện cần để các giáo dục viên đồng đẳng có thể làm việc độc lập tại cộng đồng. Đã có 78,6% giáo dục viên đồng đẳng được hỏi có tham gia các lớp tập huấn khác nhau (xem Biểu đồ 2.2).

“Em thấy phần lớn chị em vào đây làm đều được tham gia các lớp tập huấn khác nhau do các giáo dục viên sức khỏe hoặc các cán bộ chương trình giảng dạy. Trung bình mỗi lớp tập huấn kéo dài được khoảng 1 - 2 ngày”.

(N.L.H - 37 tuổi/Phổ thông trung học)

Tuy nhiên, có thể do thời gian tham gia công tác ít nên còn 21,4% GDVĐĐ chưa được tham gia một lớp tập huấn nào. Nhưng trong quá trình làm việc họ đã được giúp đỡ từ các giáo dục viên đồng đẳng khác và đội ngũ giáo dục viên sức khỏe.

“Bọn em cũng thường xuyên truyền thông cho nhau nghe, để mình có thể dặn dõ hơn khi ra ngoài cộng đồng và cũng để giúp cho những người mới vào. Các chị giáo dục viên sức khỏe cũng giúp cho bọn em rất nhiều”.

(C.M.L - 27 tuổi/Trung học cơ sở)

Bảng 2.3. Những nội dung các GDVĐĐ đã được tập huấn

Nội dung được tập huấn	Số lượng (n=24)	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng truyền thông, tư vấn	24	100,0
Kỹ năng quảng bá tiếp thị BCS	17	72,7
Kỹ năng tiếp cận PNMD	24	100,0
Kỹ năng quản lý PNMD	17	72,7
Kỹ năng thống kê/báo cáo	4	18,2
Tình dục an toàn	22	90,9
Tiêm chích ma túy an toàn	20	81,8
Khác	4	18,2

Trong số những giáo dục viên đồng đẳng được tham gia tập huấn, 100% người được hỏi cho rằng mình đã được tập huấn về kỹ năng truyền thông, tư vấn và kỹ năng tiếp cận khách hàng. Ngoài ra, họ còn được tham gia các lớp trang bị những kiến thức cơ bản về tình dục an toàn, tiêm chích ma túy an toàn hay kỹ năng

quản lý khách hàng. Tuy nhiên, kỹ năng thống kê/báo cáo chỉ có 18,2% đồng đảng viên đề cập đến (xem Bảng 2.3).

“Khách hàng đích của bọn em là mại dâm nên bọn em được tập huấn nhiều về cách phòng tránh bệnh qua đường tình dục, HIV, kỹ năng tuyên truyền đến khách hàng, kỹ năng truyền thông, sử dụng vật dụng hỗ trợ”.

(L.T.H - 36 tuổi/Trung học cơ sở)

“Em được tập huấn về các kỹ năng tiếp cận, truyền thông về HIV, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, ma túy, v.v... Em được đi học cả về Luật phòng, chống HIV, v.v... ”.

(N.T.O - 28 tuổi/Phổ thông trung học)

Qua các khoá tập huấn, những buổi sinh hoạt hay thực tế tại cộng đồng, các GDVĐĐ dần dần trang bị cho mình những kiến thức và kỹ năng để đạt hiệu quả tuyên truyền tốt nhất. Số lượt tiếp cận khách hàng ngày càng tăng, cùng với số lượng BCS, BKT sạch, tài liệu phát ra. Đó chính là những hiệu quả tích cực mà nhóm đồng đảng khẳng định hoạt động của mô hình trong thời gian qua.

“Các lớp tập huấn rất có lợi, giúp cho mình có những kỹ năng cơ bản để có thể ngoài cộng đồng tiếp cận với khách hàng”.

(N.T.T - 39 tuổi/Trung học cơ sở)

“Quy trình” tiếp cận đối tượng nguy cơ của các giáo dục viên đồng đảng bắt đầu từ việc chuẩn bị địa điểm để tiếp cận đến trang phục và các vật dụng hỗ trợ đối tượng đích như tờ rơi, bao cao su, bơm kim tiêm, v.v... Sau khi tạo được lòng tin từ các đối tượng đích thì GDVĐĐ phải khai thác những hành vi nguy cơ từ đối tượng. Các đối tượng đích khi tiếp nhận thông tin phải tuyệt đối giữ kín, bí mật - vì đó là một trong những nguyên tắc của chương trình (tự nguyện - bí mật - tôn trọng thân chủ - dịch vụ có chất lượng an toàn, có kiểm soát). Sau khi có được những thông tin về đối tượng đích, nhiệm vụ tiếp theo của các giáo dục viên đồng đảng là hướng dẫn họ đến với các dịch vụ có chất lượng, nhằm mục đích hỗ trợ giảm tác hại như: Chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện, chương trình lây truyền mẹ - con, dịch

vụ khám và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội, v.v...

Bảng 2.4. Hiểu biết về nhiệm vụ của GDVĐĐ mại dâm

Biết về nhiệm vụ	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Truyền thông, tư vấn cho PNMD	30	100,0
Phát tài liệu truyền thông cho PNMD	28	92,9
Cấp phát miễn phí BCS	30	100,0
Bán BCS có trợ giá	13	42,9
Bán BCS theo giá thị trường	2	7,1
Hợp nhóm PNMD	24	78,6
Đưa PNMD đi xét nghiệm máu/khám các BLTQ ĐTD	26	85,7
Hợp giao ban với cán bộ dự án	26	85,7
Báo cáo hoạt động cho dự án	26	85,7
Cấp phát/trao đổi BKT	26	85,7
Thu gom/xử lý BKT đã sử dụng	17	57,1

Bảng 2.4 cho thấy, các giáo dục viên đồng đẳng mại dâm đã cơ bản nắm bắt và hiểu được nhiệm vụ của công việc. Nhiệm vụ chủ yếu mà các giáo dục viên đồng đẳng đã đề cập đến là truyền thông, tư vấn và cấp phát BCS miễn phí (100%). Tiếp đến là hoạt động phát tài liệu truyền thông cho PNMD (92,9%). Đồng thời, các GDVĐĐ cũng chủ động đưa khách hàng của mình đi xét nghiệm máu, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục và cấp phát/trao đổi BKT cho những đối tượng nghiện chích ma túy (85,7%).

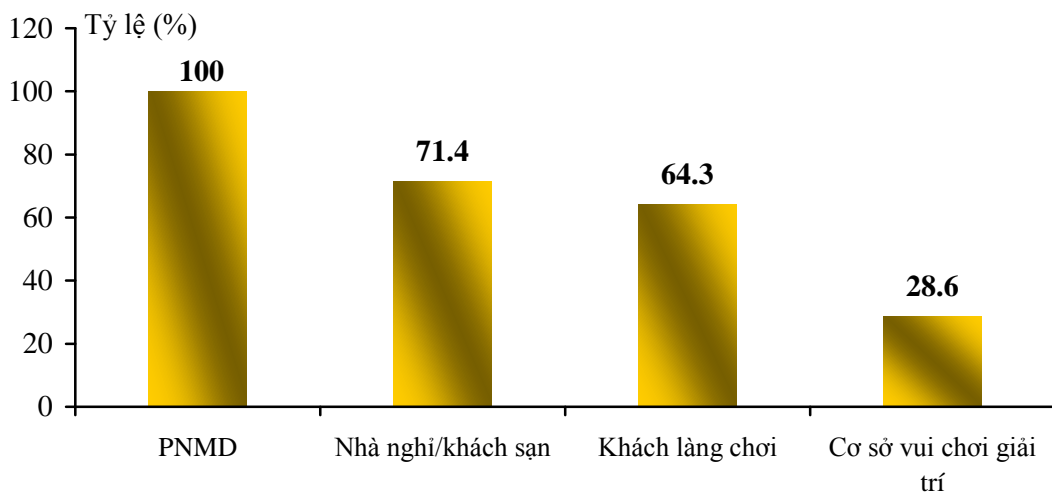
“Nhiệm vụ của em là đi tư vấn, truyền thông, giúp chị em nhận thức, hiểu biết về HIV/AIDS và thay đổi hành vi nguy cơ. Sau đó giới thiệu chị em đến các dịch vụ VCT, STI, v.v... miễn phí. Phát cho chị em bao cao su và các tài liệu truyền thông và tổ chức các buổi sinh hoạt, thảo luận nhóm tại cộng đồng”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

“Nhiệm vụ chính của em là tiếp cận cộng đồng và em dành nhiều thời gian cho việc gặp gỡ, tuyên truyền. Với những người hành nghề mại dâm thì có ngưỡng nguy cơ lây nhiễm cao nên em tuyên truyền sử dụng BCS đúng cách, thường xuyên đi khám BLTQĐTD và xét nghiệm máu ở 89 Nguyễn Văn Cừ”.

(V.K.D - 38 tuổi/Phổ thông trung học)

Bên cạnh đó, nhóm cũng có những buổi họp giao ban, báo cáo hoạt động, những khó khăn gặp phải khi ra ngoài cộng đồng với Ban quản lý dự án (85,7%).



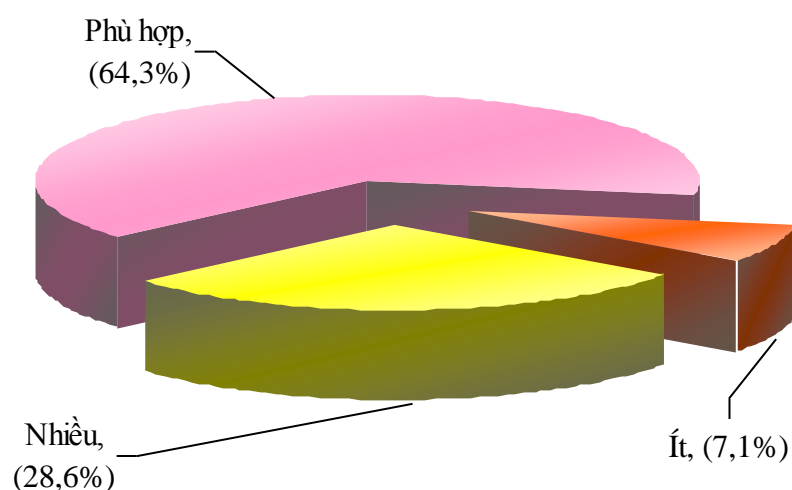
Biểu đồ 2.3. Đối tượng phân phối BCS của GDVĐĐ

Trong hoạt động cấp phát miễn phí BCS, ngoài phân phát cho đối tượng đích (PNMD) mà họ đang quản lý (chiếm 100%), các GDVĐĐ còn phát trực tiếp cho các nhà nghỉ/khách sạn (71,4%), hay khách làng chơi (64,3%). Đôi khi họ còn đến các cơ sở vui chơi giải trí (quán bar, massage, gội đầu, v.v...) để phát BCS miễn phí (28,6%) (xem Biểu đồ 2.3). Như vậy có thể thấy, có nhiều đối tượng được nhận BCS trực tiếp từ GDVĐĐ trong đó phần lớn là PNMD.

Bảng 2.5. Số phụ nữ mại dâm mà một GDVĐĐ quản lý hiện nay

Số PNMD mà một GDVĐĐ quản lý	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
21-25 người	2	7,1
26-30 người	9	28,6
>30 người	19	64,3

Khi tham gia hoạt động tiếp cận, truyền thông các đồng đảng viên sẽ được giao chỉ tiêu cụ thể, hợp lý và phân cấp quản lý. Mạng lưới đồng đảng được phân cấp theo từng địa bàn quận/huyện và theo nhóm đối tượng. Mạng lưới này được thành lập theo nhóm, mỗi nhóm do một thành viên làm trưởng nhóm điều hành hoạt động. Việc phân chia như vậy giúp cho hoạt động tiếp cận của các đồng đảng được dễ dàng và tránh trùng lặp. Qua khảo sát cho thấy, đa phần các giáo dục viên đồng đảng được giao đảm trách một nhóm từ 30 người trở lên (chiếm 64,3%). Trong khi đó số giáo dục viên đồng đảng quản lý nhóm từ 21 - 25 người chỉ chiếm 7,1% (xem Bảng 2.5). Sự khác biệt này phụ thuộc vào thời gian tham gia hoạt động cũng như khả năng tiếp cận, truyền thông của mỗi đồng đảng.



Biểu đồ 2.4. Mức độ phù hợp của số PNMD do quản lý của GDVĐĐ

Khi được hỏi về ba mức độ: phù hợp, nhiều, hoặc ít đối với việc quản lý nhóm hiện nay, chúng ta thấy có sự đánh giá khác nhau giữa các đồng đảng viên. Biểu đồ 2.4 cho thấy, phần lớn GDVĐĐ được hỏi cho rằng việc quản lý số khách hàng như vậy là hợp lý (chiếm 64,3%). Có 28,6% GDVĐĐ cảm thấy việc quản lý khách hàng như thế là nhiều và có 7,1% tỷ lệ GDVĐĐ đánh giá mức độ quản lý như thế là ít.

Bảng 2.6. Thời gian dành cho hoạt động tiếp cận và truyền thông của GDVĐĐ

Thời gian	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Hàng ngày	10	35,7
2-3 ngày/tuần	9	28,6
4-6 ngày/tuần	9	28,6
Hàng tuần	2	7,1
Trên 1 tuần/lần	0	0,0

Theo quy định của mỗi dự án, số lượng, chỉ tiêu hoạt động của nhóm đồng đảng có sự khác nhau. Tuy nhiên, phân bố thời gian cho hoạt động tiếp cận và truyền thông của nhóm phần lớn được GDVĐĐ tự do lựa chọn, không theo quy định bắt buộc, nhưng mức độ lại tùy thuộc vào đối tượng mà họ tiếp cận.

Mục đích công việc của những giáo dục viên đồng đảng là giúp cho nhóm PNMD có thêm những hiểu biết kiến thức phòng bệnh cho bản thân. Song để tiếp cận được với nhóm PNMD là rất khó, vì đây một nhóm khá nhạy cảm, địa bàn hoạt động luôn có sự thay đổi. Vì thế, để tiếp cận và truyền thông được, đòi hỏi các GDVĐĐ phải dành nhiều thời gian cho công việc. Trên thực tế, có 35,7% giáo dục viên đồng đảng thực hiện việc tiếp cận và truyền thông cho đối tượng đích hàng ngày, có 28,6% đồng đảng viên dành khoảng từ 2 - 3 ngày hoặc từ 4 - 6 ngày trong một tuần cho công việc. Không có trường hợp nào trên 1 tuần mới thực hiện nhiệm vụ được giao của mình (xem Bảng 2.6).

“Thời gian đi làm cũng không gò bó. Nhưng để tiếp cận được với chị em, nhất là những người mới thì mình phải dành khá nhiều thời gian cho công việc. Có khi mình đi xuống cộng đồng hàng ngày, cũng có khi thì tuần đi mấy ngày thôi”.

(T.V.A - 35 tuổi/Trung học cơ sở)

“Thời gian đi làm bắt đầu giấc trưa trưa. Em đi thì cũng không có quy định đâu. Có hôm thì từ 2h chiều đến 5h, nhưng cũng có hôm em đi từ 4h chiều đến 7-8h tối. Một ngày thì mình đi khoảng 3 tiếng, có khi cũng đi nhiều hơn. Nhiều khi chị em ngại tâm sự thì mình dành nhiều thời gian hơn”.

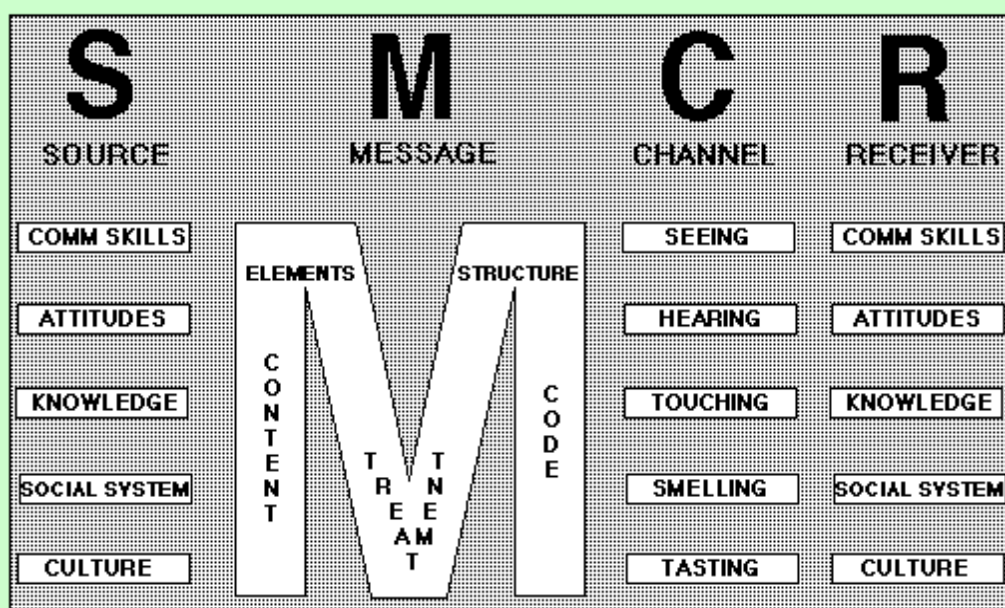
(G.T.H - 24 tuổi/Trung học cơ sở)

Có thể nhận thấy, các thành viên của nhóm đồng đẳng viên mại dâm là những người có nhiều điểm tương đồng: về độ tuổi, về trình độ học vấn, hoàn cảnh, v.v... Hầu hết những đồng đẳng tham gia với mục đích giúp PNMD thay đổi hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS và các nguy cơ khác. Do đó, họ đã dành nhiều thời gian cho công việc và chủ động tiếp cận các đối tượng đích để thực hiện truyền thông, tư vấn và cấp phát BCS miễn phí. Bên cạnh đó, những đặc điểm riêng của mỗi thành viên trong nhóm này đôi khi lại trở thành lợi thế khi họ tiếp cận, truyền thông trên thực tế so với những mô hình can thiệp giảm tác hại khác.

2.2. Các hình thức truyền thông của giáo dục viên đồng đẳng mại dâm

Để có thể phân tích sâu các hình thức truyền thông của GDVĐĐ mại dâm, tác giả đi vào phân tích mô hình truyền thông của David Berlo (1960) thông qua đó tìm hiểu các yếu tố đã tham gia và tác động trong quá trình truyền thông của GDVĐĐ tới nhóm PNMD.


Mô hình truyền thông của David Berlo: S – M – C – R



(Nguồn: <http://www.uri.edu/artsci/lsc/Faculty/Carson/508/03Website/Hayden/berlo.html>)

Với bốn thành tố chính của quá trình truyền thông là nguồn phát, thông điệp, kênh thông tin và nơi nhận, David không hướng vào các yếu tố kỹ thuật trong quá trình truyền tải thông tin mà đi sâu vào tìm hiểu nội dung và chức năng của

mỗi thành tố đó. Ở mỗi thành tố của quá trình truyền thông, ông đưa ra các nội dung cơ bản, ảnh hưởng tới thành tố đó cũng như tác động tới hiệu quả của quá trình truyền thông.

 *Mối quan hệ giữa người phát tin và người nhận tin*

Những yếu tố ảnh hưởng tới người phát tin, nhận tin bao gồm các kỹ năng giao tiếp, trình độ nhận thức, hệ thống xã hội, văn hóa và thái độ. Thực ra, yếu tố này đều thuộc vùng kinh nghiệm của cá nhân. Vùng kinh nghiệm càng đa dạng, phong phú, ở trình độ cao bao nhiêu thì việc mã hóa cũng như giải mã thông tin càng chính xác bấy nhiêu. Khi vùng kinh nghiệm của người gửi thông tin và người nhận thông tin càng xích lại gần nhau (càng trùng nhau nhiều hoặc tương đương nhau) thì quá trình truyền thông diễn ra càng hiệu quả.

GDVĐĐ là những người gần gũi với phụ nữ mại dâm vì sự tương đồng trong cuộc sống và công việc đã làm. Nói cách khác, quá trình truyền thông giữa GDVĐĐ và PNMD có thể trở nên dễ dàng hơn. Tuy nhiên, đây chỉ là điều kiện cần, bởi quá trình mã hóa và giải mã tốt không có nghĩa là quá trình truyền thông đó diễn ra hiệu quả. Vì GDVĐĐ mại dâm có thể là người có kiến thức, có kỹ năng giao tiếp tốt, diễn đạt lưu loát; phụ nữ mại dâm có thể là người có trình độ và khả năng tiếp thu thấp hơn hoặc họ cảm thấy những điều mà họ nghe là không cần thiết, họ không cần quan tâm, v.v... thì quá trình truyền thông sẽ không đạt hiệu quả.

Kỹ năng giao tiếp: Theo David Berlo, năm kỹ năng giao tiếp bằng ngôn từ gồm nói, viết (thuộc về kỹ năng mã hóa), nghe, đọc (thuộc kỹ năng giải mã) và ý tưởng, suy nghĩ. Đối với người gửi tin kỹ năng giao tiếp của họ ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng phân tích, sắp xếp ý tưởng nhằm diễn đạt một vấn đề, sau đó ảnh hưởng tới khả năng mã hóa các thông điệp: sử dụng loại mã nào, cấu trúc diễn đạt ra sao để chuyển tải được đúng và đủ nội dung ý tưởng. Bởi vậy, có thể cùng giải quyết một vấn đề, người này có ý tưởng hay hơn nhưng có thể trình bày không thuyết phục, người kia có ý tưởng không độc đáo nhưng những điểm nhấn khi truyền tin lại thu hút và thuyết phục người nghe. Như vậy, nếu chúng ta không có

những kỹ năng cần thiết để mã hóa một cách chính xác nội dung thông điệp cần chuyển tải thì chúng ta sẽ bị hạn chế khả năng diễn đạt ý tưởng của mình.

“Để trở thành đồng đảng viên thì mình phải biết ăn nói một chút và cũng phải biết kỹ năng giao tiếp, v.v...”

(L.T.H - 36 tuổi/Trung học cơ sở)

“Khi vào trong các nhà hàng, khách sạn thì bước đầu tiên mình phải giới thiệu tên, đến từ đâu, công việc của mình, v.v... Đầu tiên là phải làm quen, chứ trong buổi đầu thì cũng chưa thể nói được gì quá. Sau khi mình xây dựng được lòng tin ở họ rồi thì mới có thể truyền thông được”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

Trình độ hiểu biết: Sự chi phối của trình độ nhận thức ở mỗi cá nhân đối với hành vi giao tiếp hoặc truyền thông thể hiện ở: thái độ, cách thức đưa ra thông điệp và kênh thông tin được lựa chọn.

“Đối với chị em thì họ cũng có hiểu biết hạn chế, nên khi mình tuyên truyền thì cũng phải chọn đúng thời điểm và thông tin. Hôm nay mình nói về HIV, ngày mai nói về bệnh lây truyền qua đường tình dục, rồi xem họ có nhu cầu gì thì mình đáp ứng về cái đó”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

“Mỗi hôm đi tiếp cận thì em chỉ nói về một chủ đề và phải nói nhiều lần chị em mới nhớ. Với chị em thì mình phải nói ngắn gọn và dễ hiểu”.

(G.T.H - 24 tuổi/Trung học cơ sở)

Nền tảng văn hóa, xã hội: Tùy theo từng nền tảng văn hóa, xã hội, tầng lớp, v.v... khác nhau thì con người có những cách thức giao tiếp, truyền tải thông tin khác nhau: cách sử dụng ngôn ngữ, mục đích giao tiếp, lựa chọn kênh thông tin.

“Công việc của mình là gặp trực tiếp và truyền thông cho chị em, nhưng khi đi ra cộng đồng mình không nên tiếp cận họ đầu giờ, vì lúc đó họ chưa “mở hàng”. Nếu mà mình ra lúc đó thì họ xua đuổi ngay, không thèm nói chuyện và coi như buổi đó mình thất bại. Nếu lúc họ làm xong rồi, hoặc đã có khách rồi thì mình có thể tiếp cận được”.

(H.M.N - 33 tuổi/Cao đẳng)

“Khách hàng của chị là các chị em tiếp viên nhà hàng, khách sạn, các cơ sở dịch vụ giải trí, nên lúc đầu cũng hơi khó vì phải có sự đồng ý của chủ cơ sở. Khi đến thì mình cũng phải nhẹ nhàng, nhờ cậy chủ, má mì, hoặc là tiếp tân để xin vào gặp các chị em”.

(T.V.A - 35 tuổi/Trung học cơ sở)

GDVĐĐ được tuyển chọn là người có những hiểu biết nhất định về đối tượng mình tiếp cận. Đồng thời họ cũng có trình độ kiến thức và kỹ năng giao tiếp tương đối tốt, có khả năng “thuyết phục” nhóm PNMD (thông qua những lớp tập huấn). Tuy nhiên, mỗi GDVĐĐ lại có cách truyền thông điệp khác nhau, do họ có cách sử dụng ngôn ngữ, kỹ năng truyền đạt khác nhau.

Thông điệp: Thông điệp được coi là yếu tố trung tâm, bao gồm bộ mã, nội dung thông điệp và cách sắp xếp, phối hợp các công cụ mã hóa để có thể chuyển tải chính xác và đầy đủ ý tưởng muốn truyền đạt.

Với mục tiêu truyền thông thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của nhóm PNMD, nên các thông điệp của GDVĐĐ tập trung nhiều vào vấn đề nâng cao nhận thức cho PNMD về phòng, chống HIV/AIDS. Các thông tin về những vấn đề liên quan đều được tập trung trao đổi, thảo luận trong các buổi tập huấn. Như thông điệp chứa đựng các thông tin về bản chất của HIV/AIDS, cơ chế lây nhiễm; thông điệp nhấn mạnh đến vấn đề sử dụng các biện pháp an toàn (bao cao su) trong quan hệ tình dục, sử dụng BKT sạch trong tiêm chích, v.v... Tuy nhiên, trong quá trình tiếp cận và truyền thông, mỗi đồng đẳng lại có một cách tiếp cận và truyền đạt thông tin khác nhau đến với khách hàng đích của mình.

- *Kênh thông tin:* Người truyền tin có thể lựa chọn loại hình phương tiện để đạt hiệu quả truyền thông cao nhất. Việc lựa chọn này phụ thuộc vào sự sẵn có của loại phương tiện truyền thông, chi phí xã hội và chi phí cá nhân bỏ ra để có được loại hình truyền thông được ưa chuộng, phổ biến hoặc gây chú ý và hiệu quả cao nhất.

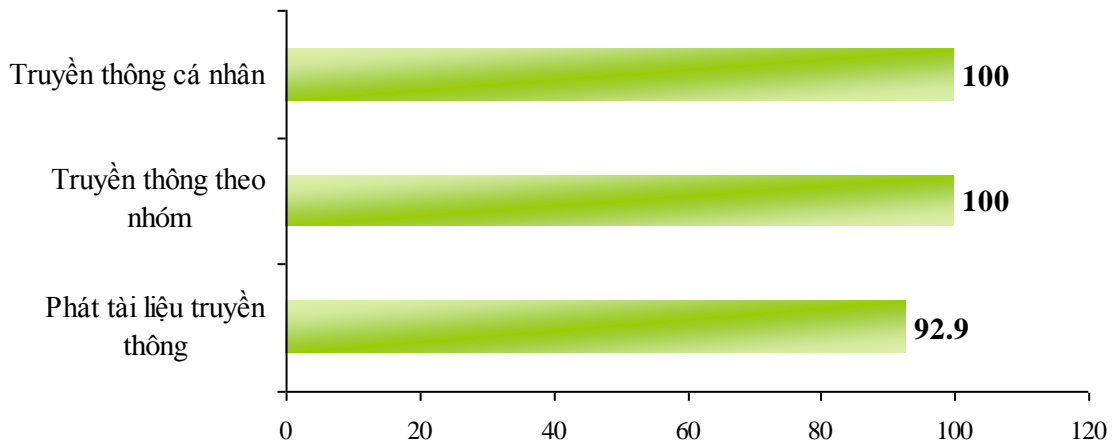
“Để tiếp cận khách hàng thì em có gặp trực tiếp vì như thế sẽ tạo được lòng tin ở họ và cung cấp nhiều kiến thức cho họ hơn. Sau đó thì em hỏi họ xem hiểu được những gì. Nếu mình không có thời gian truyền thông trực tiếp thì em gửi tài liệu. Nhưng mà nói chung là em gặp chị em trực tiếp nhiều hơn, còn tài liệu chỉ là để minh họa cho lời nói của mình thôi”.

(N.T.T - 39 tuổi/Trung học cơ sở)

Như vậy, qua mô hình truyền thông của David Berlo, chúng ta thấy khi một quá trình truyền thông diễn ra có nhiều yếu tố tham gia và hiệu quả của truyền thông cũng tùy thuộc vào các yếu tố đó.

Trong nghiên cứu này, hiệu quả của quá trình truyền thông giữa GDVĐĐ và phụ nữ mại dâm cũng chịu sự tác động của nhiều yếu tố khác nhau: mối quan hệ giữa GDVĐĐ với PNMD (bao gồm trình độ hiểu biết, kỹ năng giao tiếp, nền tảng văn hóa xã hội và thái độ), các thông điệp cần truyền tải, kênh thông tin (hay hình thức truyền tải thông tin). Phụ nữ mại dâm là một nhóm xã hội có những đặc trưng riêng biệt và khá nhạy cảm. Do vậy, trong khuôn khổ của luận văn, tác giả không đi sâu phân tích từng yếu tố tham gia trong quá trình truyền thông của GDVĐĐ mà tập trung vào các hình thức truyền tải thông tin, để thấy được đâu là hình thức truyền thông có tác động hiệu quả với nhóm đặc biệt này trong phòng, chống HIV/AIDS.

Qua khảo sát, cả ba hình thức truyền thông: truyền thông cá nhân, truyền thông theo nhóm và phát tài liệu truyền thông đều được nhóm GDVĐĐ thực hiện tại địa bàn nghiên cứu. Trong đó hai hình thức truyền thông cá nhân và nhóm cùng chiếm 100% và phát tài liệu truyền thông cho đối tượng đích chiếm 92,9% (xem Biểu đồ 2.5).



Biểu đồ 2.5. Các hình thức truyền thông của GDVĐĐ triển khai

Như vậy có thể thấy, hầu hết các GDVĐĐ đều quan tâm đến việc tiếp cận đối tượng đích qua các hình thức khác nhau tùy thuộc vào thời gian và địa điểm tiếp cận. Trong đó, đặc biệt quan tâm đến hình thức truyền thông cá nhân vì nó tạo sự tin tưởng cho đối tượng đích để từ đó thực hiện các bước truyền thông tiếp theo.

Chúng ta sẽ đi sâu phân tích từng hình thức truyền thông.

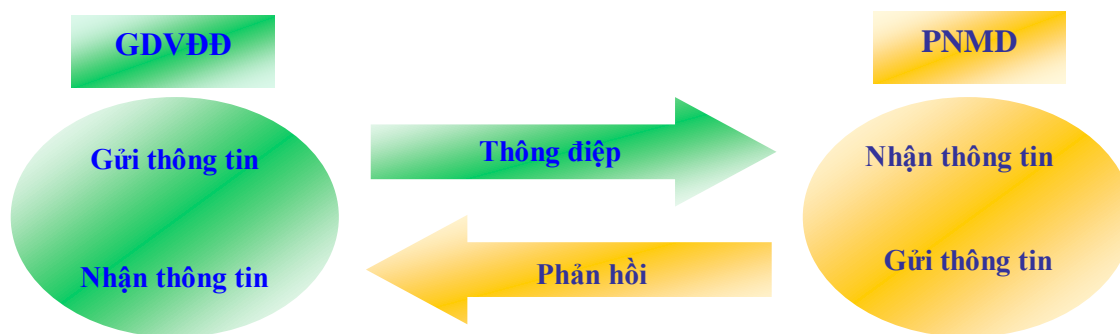
2.2.1. Hình thức truyền thông liên cá nhân

Hình thức truyền thông liên cá nhân giữa GDVĐĐ với PNMD là một quá trình truyền thông tương tác. Mô hình này bao gồm các thành tố cơ bản của mô hình truyền thông tuyến tính: nguồn phát tin (GDVĐĐ), thông điệp, kênh thông tin, nơi nhận (PNMD). Tuy nhiên, truyền thông tương tác nhấn mạnh hơn vào sự phản hồi thông tin trong quá trình truyền thông.

Mô hình này đã coi truyền thông là một quá trình tương tác khép kín thông qua quá trình phản hồi của người nhận tin. Thông tin phản hồi (*feedback*) là sự đáp lại của người nhận đối với thông điệp của người gửi. Sự phản hồi thông tin bởi thông điệp do người phát tin truyền đi thường gây một hệ quả làm cho người nhận có một phản ứng nào đó. Lúc này, người nhận tin cũng trở thành người phát tin. Việc phản hồi thông tin không phải chỉ là sự đáp lại khi có vấn đề nảy sinh mà nó giúp cho những người tham gia vào quá trình truyền thông kiểm soát được vấn đề đang được trao đổi.

Thông tin phản hồi đóng vai trò quan trọng. *Thứ nhất:* Thông tin phản hồi tạo nên tính tương tác, đối thoại trong truyền thông, giao tiếp giữa người gửi và người nhận tin. *Thứ hai:* Nó làm tăng độ tin cậy, tính chính xác của thông điệp. Chúng ta luôn tự hỏi liệu người tiếp nhận có thực sự hiểu những gì ta muốn nói, liệu có gì khó hiểu hoặc nhầm lẫn khi giải mã làm sai lệch nội dung, ý nghĩa của thông điệp? Nhờ có những thông tin phản hồi mà người gửi thông tin có thể đo được (một cách tương đối) mức độ chính xác của thông điệp được truyền đi. *Thứ 3:* Thông tin phản hồi giúp người gửi đo được mức độ tiếp nhận thông tin của người nhận. Trong quá trình truyền tin có nhiều thông tin được truyền đi, người tiếp nhận không thể hấp thụ được hết. Nhờ có thông tin phản hồi, ta có thể kiểm soát được quá trình truyền thông.

Áp dụng mô hình truyền thông này vào hình thức truyền thông của GDVĐĐ với PNMD được phân tích như sau: Quá trình truyền thông liên cá nhân của GDVĐĐ với PNMD được thực hiện theo từng cặp đối tượng. GDVĐĐ tiếp cận với từng đối tượng đích - ở đây có sự trao đổi giữa người gửi thông điệp và người nhận thông điệp. Sự tương tác trong quá trình truyền thông sẽ giúp cho PNMD có được thông tin hai chiều. Những thông tin này có ý nghĩa thực tế, giải đáp nhiều vướng mắc và xây dựng lòng tin của PNMD đối với GDVĐĐ. Đồng thời, nhóm đồng đẳng cũng sẽ đánh giá được sự thay đổi trong nhận thức, thái độ cũng như hành vi của đối tượng đích khi quá trình truyền thông được thực hiện. Tuy nhiên, hình thức truyền thông này tốn thời gian, công sức, bó hẹp số đối tượng tiếp cận, v.v... Điều này đòi hỏi GDVĐĐ phải có tâm huyết, nhiệt tình để bao phủ được nhiều đối tượng đích. Ngoài ra, nhóm đồng đẳng cũng cần phải nắm vững kiến thức, rèn luyện kỹ năng truyền thông để có thể tiếp cận được tốt nhất với đối tượng. Hình thức truyền thông giữa GDVĐĐ và PNMD được minh họa bằng hình vẽ dưới đây:



“Mình luôn lắng nghe những phản hồi của chị em để xem các chị em hiểu được vấn đề và sử dụng bao cao su như thế nào. Nếu họ chưa hiểu gì thì họ cũng hỏi lại mình ngay. Chị em phải nói ra thì mình mới biết mà truyền thông tiếp cho chị em được”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

Như vậy, hình thức này được coi là một quá trình truyền thông, trao đổi thông tin giữa hai chủ thể. Những PNMD không chỉ dừng lại ở việc nhận thông tin mà còn có sự phản hồi, đáp lại thông tin của GDVĐĐ. Quá trình đó PNMD không chỉ là người nhận tin mà cũng trở thành người phát tin. Thông tin có sự trao đổi như vậy sẽ giúp cho GDVĐĐ biết được đối tượng mình tuyên truyền đã nhận được thông điệp và nhận như thế nào. Điều đó bộc lộ tác động của thông tin truyền đi.

Các thông điệp truyền thông của GDVĐĐ thường chú trọng tới việc thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi theo hướng an toàn hơn ở các đối tượng đích. Ví dụ như, phổ biến kiến thức về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt là những thông tin hướng dẫn về cách sử dụng BCS. Đây là thông tin khá nhạy cảm mà không phải người gửi tin nào cũng có thể truyền thông được một cách dễ dàng. Quan điểm của David Berlo một lần nữa lại được đề cập đến: thông điệp là yếu tố trọng tâm trong quá trình truyền thông tin. Vấn đề được đặt ra là làm như thế nào để GDVĐĐ có thể truyền đạt đúng và đủ thông tin cho PNMD.

“Em có dạy họ cách sử dụng bao cao su. Em cũng mang theo mô hình, bao cao su và hướng dẫn họ làm thử để mình xem. Có chị em làm chưa đúng thì em có nói là: em làm như thế là đúng rồi đó, nhưng mà em còn thiếu cái bước này và em sẽ hướng dẫn lại cho họ”.

(P.N.K - 30 tuổi/Trung học cơ sở)

Berlo cũng đề cập đến vùng kinh nghiệm như là một yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng của quá trình mã hóa và giải mã. Đó là tất cả những yếu tố thuộc về cá nhân như kiến thức, kinh nghiệm, v.v... tham gia vào quá trình truyền thông. Thông tin truyền đi phải là những thông tin nằm trong phạm vi hiểu biết của người gửi và người nhận. Có thể thấy, vùng kinh nghiệm của GDVĐĐ và PNMD tương đối gần gũi nhau nên quá trình trao đổi trở nên dễ dàng hơn.

“Bọn em luôn chủ động đi ra những tụ điểm của chị em, mình cứ đi đi, đi lại để làm quen, nói chuyện. Khi họ đã quen với mình rồi thì mình nói chuyện rất dễ”.

(G.H.T - 24 tuổi/Trung học cơ sở)

“Bước đầu đi tiếp cận ở một số nhà hàng, nhà nghỉ thì em có nhiều lần thất bại lắm. Em về em cũng nghĩ mãi và có lần em đã nhờ chính nhân viên của mình sang nhà hàng lần trước mà không cho em tiếp cận đó. Các nhân viên của em vào cũng chỉ bảo là giao lưu giữa nhân viên với nhau thôi và họ cũng đã đồng ý. Trong quá trình đó thì cũng bảo nhân viên của mình giới thiệu qua cho các bạn đó về chương trình của mình. Sau đó thì em gặp các bạn ấy nói chuyện em cũng nói để cho họ hiểu, và cũng giúp được nhiều cho họ”.

(Đ.M.T - 39 tuổi/Cao đẳng (GDVĐĐ - Chủ nhà nghỉ HH))

Để có thể thay đổi hành vi của một cá nhân, điều quan trọng nhất là giúp họ hiểu rõ tác hại của vấn đề. Vì vậy, để công tác phòng, chống HIV/AIDS có hiệu quả thì việc truyền thông phải quan tâm đến sự trao đổi, tương tác giữa các cá nhân, đặc biệt với nhóm đối tượng nguy cơ cao càng cần thiết và quan trọng. Thông qua hoạt động truyền thông, PNMD sẽ có những kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, nâng cao nhận thức, giúp họ chủ động tự phòng tránh cho bản thân, gia đình và xã hội.

Hình thức tiếp cận cá nhân có ưu điểm phản ánh được tính tương tác và tuần hoàn (có sự trao đổi giữa người gửi tin và người nhận tin). Việc áp dụng hình thức truyền thông này giúp người nhận thông tin (PNMD) không còn thụ động tiếp nhận thông tin và có xu hướng cân bằng thông tin giữa hai chiều. Đồng thời, nó cũng

giúp người nhận thông tin thể hiện, bày tỏ phản ứng, thái độ của mình đối với thông tin qua việc phản hồi mà đôi khi người nhận thông tin vẫn thoải mái do vấn đề nhạy cảm của mình vẫn được giữ kín.

Tuy nhiên, hình thức này vẫn tồn tại một số nhược điểm. Đó là sự phân biệt tương đối giữa người gửi và người nhận tin. Thêm vào đó, việc tiếp cận của GDVĐĐ với nhóm PNMD cũng gặp khá nhiều khó khăn. Do vậy, không thể áp dụng hình thức truyền thông này ở giai đoạn đầu của quá trình truyền thông. Bởi lẽ, khi GDVĐĐ tiếp cận lần đầu, các đối tượng thường gặp phải vấn đề về tâm lý, e ngại, lo sợ, thậm chí là mặc cảm. Chính vì vậy, quá trình truyền thông cá nhân - cá nhân khó có thể diễn ra ngay mà phải trải qua một thời gian nhất định.

“Thời gian đầu tiếp cận với chị em khó lắm, đến một hai lần không tiếp cận được mà phải nhiều lần sau đó, khi tạo được mối thân thiện rồi thì mới nói chuyện dễ dàng được. Bọn em chủ yếu tiếp cận theo kiểu “vét dầu loang””.

(H.M.N - 33 tuổi/Cao đẳng)

Ngoài ra, quá trình truyền thông của hình thức này còn máy móc, tuần tự; PNMD chỉ có thông tin phản hồi khi họ nhận được thông tin từ GDVĐĐ. Quá trình truyền thông bị hạn chế về số lượng đối tượng, tốn kém về thời gian, lượng thông tin truyền thông không nhiều, thông tin có thể không thuần nhất trong quá trình chuyển tải.

Mặc dù có những hạn chế nhất định: thời gian, số lượng, chất lượng, v.v... theo yêu cầu nhiệm vụ đặt ra, nhưng có thể thấy hình thức truyền thông trực tiếp giữa các cá nhân có tính tương tác cao, tạo được sự tin tưởng và ảnh hưởng giữa GDVĐĐ với PNMD. Hình thức truyền thông này được chứng minh là rất hiệu quả trong hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.

2.2.2. Hình thức truyền thông thảo luận nhóm

Mỗi tháng một lần các giáo dục viên đồng đẳng họp nhóm đối tượng nguy cơ do mình quản lý, có nhiều buổi họp có cán bộ chương trình cùng tham dự. Tại các cuộc họp nhóm, các nội dung truyền thông được đề cập thường xuyên, đặc biệt khi

nhóm có thêm thành viên mới. Số đối tượng nguy cơ có cơ hội được tiếp cận với kênh truyền thông trực tiếp này rất cao. Do được hưởng lợi từ việc nhận BCS miễn phí, các đối tượng nguy cơ đến gặp GDVĐĐ và được tư vấn trực tiếp, nhận tờ rơi/tờ gấp, v.v... từ đó tiếp cận được với các thông điệp về can thiệp giảm tác hại, phòng tránh BLTQĐTD, địa điểm khám BLTQĐTD, v.v ...

Truyền thông thảo luận nhóm nhỏ: Truyền thông thảo luận nhóm nhỏ là hình thức tiếp cận một nhóm người cùng chia sẻ những thông tin giữa người cung cấp và người tiếp nhận, đồng thời có sự phản hồi trực tiếp trong cuộc thảo luận, mang tính chất hai chiều.

Sau khi tiếp cận được các đối tượng, nhiệm vụ tiếp theo của giáo dục viên đồng đẳng là thường xuyên tổ chức truyền thông thảo luận nhóm nhỏ (mỗi nhóm ít nhất có 5 - 8 người/buổi). Hoạt động này do GDVĐĐ thực hiện dưới sự giám sát và trợ giúp kỹ thuật của cán bộ giám sát tuyến quận/huyện.

Mục đích của truyền thông nhóm nhỏ nhằm giúp đào sâu về thông tin, kiến thức cho PNMD. Đồng thời, hoạt động này cũng tạo điều kiện cho các đối tượng cùng thảo luận, trao đổi, học hỏi kinh nghiệm lẫn nhau về việc thay đổi và thực hiện hành vi an toàn. Trong cuộc thảo luận đó, GDVĐĐ cung cấp thông tin, kiến thức liên quan đến HIV/AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm trùng cơ hội, v.v...

Cũng tương tự như mô hình truyền thông lên cá nhân, sau khi cung cấp kiến thức, các giáo dục viên đồng đẳng phải hướng dẫn cụ thể cho PNMD các kỹ năng về an toàn tiêm chích, an toàn tình dục thông qua cách sử dụng BCS, BKT đúng cách. Thông thường, thời gian thực hiện một buổi truyền thông nhóm nhỏ khoảng 30 phút và được diễn ra tại các tụ điểm phòng trọ, nhà hàng, khách sạn, quán karaoke hay quán cà-phê mà nhóm PNMD thường đến, v.v... Những hoạt động trong buổi họp nhóm nhằm tăng cường hiểu biết, nâng cao nhận thức cho PNMD. Hoạt động đó góp phần làm giảm sự lan rộng HIV/AIDS trong nhóm đối tượng và trong cộng đồng. Tuy nhiên, cách truyền thông này luôn bị hạn chế vì GDVĐĐ rất

khó nắm bắt được những thông tin mang tính nhạy cảm, cá nhân từ nhóm đối tượng để có thể chia sẻ và phân tích.

Truyền thông thảo luận nhóm lớn (20 người/buổi): Hoạt động truyền thông thảo luận nhóm lớn được thực hiện bởi các giáo dục viên sức khỏe hoặc nhân viên y tế quận/huyện. Ưu điểm của hình thức này ở kết quả truyền tải thông tin được cho nhiều người, tăng nhanh độ bao phủ của chương trình. Tuy nhiên, nhược điểm của hình thức này là số lượng người tham gia không đủ, không đánh giá được sự thay đổi hành vi của đối tượng, nội dung kiến thức không sâu và thường mang tính một chiều.

Áp dụng lý thuyết “Vòng xoáy của sự im lặng” trong truyền thông thảo luận nhóm của GDVĐĐ với PNMD, giải thích tại sao PNMD thường có xu hướng giữ im lặng trong nhóm khi họ cảm thấy quan điểm của mình là thiểu số. Thông qua hoạt động này, PNMD cũng dễ chịu ảnh hưởng lẫn nhau trong việc trình bày các quan điểm trước nhóm. Khi PNMD tin vào một ý kiến nào tương tự với ý kiến ưu trội trong nhóm, họ sẵn lòng bộc lộ ý kiến của mình trước mọi người. Sau đó, nếu tình cảm của nhóm thay đổi, người đó sẽ nhận thấy ý kiến của mình không còn được ưa thích. Lúc đó, họ sẽ phân vân và lảng tránh không muốn bộc lộ ý kiến đó ra trước mọi người. Nếu ý kiến của cá nhân và nhóm không tương đồng, người đó sẽ không có ý tưởng chia sẻ và thể hiện ý kiến của mình. Các ý kiến của thiểu số, khác biệt so với ý kiến chung của nhóm luôn được giấu kín, không có cơ hội được bày tỏ và chia sẻ trong nhóm vì nhiều lý do. Lý do chủ quan, những người có ý kiến khác với số đông không muốn bày tỏ ý kiến của mình khi họ biết rằng không có kết quả và dễ bị cô lập. Về khách quan, những ý kiến thiểu số không có phương tiện và cơ hội để thể hiện ý kiến của mình.

Trong quá trình triển khai hoạt động truyền thông, hình thức truyền thông thảo luận nhóm của GDVĐĐ với PNMD có một số ưu điểm và nhược điểm. Những ưu điểm của hình thức truyền thông này là: Cùng một lúc có thể truyền thông cho nhiều người; có sự chia sẻ những hiểu biết, kinh nghiệm giữa các thành viên trong nhóm; các thành viên trong nhóm cũng tin rằng, quyết định của nhóm thường thuyết

phục hơn, đúng hơn quyết định của cá nhân. Do vậy, các cá nhân mạnh dạn làm theo quyết định của nhóm hơn là suy nghĩ và làm một mình. Bên cạnh những ưu điểm, hình thức truyền thông thảo luận nhóm cũng có những nhược điểm: Nếu tổ chức truyền thông thảo luận nhóm quá đông sẽ gây mất tập trung; nếu người trình bày không có kỹ năng tốt, thu hút các thành viên trong nhóm thì hiệu quả sẽ hạn chế; thành viên tham gia trong hoạt động truyền thông thảo luận nhóm dễ trở nên phòng thủ, dè dặt ở chỗ đông người; trong nhóm thường có một vài người thích nổi trội và khi vào tranh luận thường không để ý đến ý kiến của người khác.

Trong quá trình triển khai hoạt động can thiệp giảm tác hại, việc tổ chức các buổi truyền thông thảo luận nhóm có vai trò vô cùng quan trọng. Dù là hình thức truyền thông nhóm nhỏ hay nhóm lớn thì đều tạo cơ hội cho các thành viên trong nhóm có được sự chia sẻ về những hiểu biết, kinh nghiệm và có được sự trao đổi thông tin với nhiều thành viên trong nhóm. Việc tham gia các buổi truyền thông thảo luận nhóm cũng giúp cho những PNMD có được nhiều kiến thức liên quan đến vấn đề phòng, chống HIV/AIDS. Tuy vẫn còn một số hạn chế trong quá trình triển khai, nhưng hình thức truyền thông thảo luận nhóm vẫn mang lại hiệu quả khá tốt trong chương trình can thiệp giảm tác hại và thường xuyên được nhóm đồng đẳng thực hiện.

Hiện nay, trong các chương trình can thiệp giảm tác hại đã có sự kết hợp chặt chẽ và đạt hiệu quả cao giữa hình thức truyền thông liên cá nhân và hình thức truyền thông thảo luận nhóm. Số lượng buổi truyền thông nhóm ít hơn so với truyền thông cá nhân, nhưng nó đã giúp cho các thành viên tìm được vị trí của cá nhân mình, có được sự chia sẻ thông tin, kinh nghiệm với những thành viên khác. Đồng thời hoạt động truyền thông nhóm cũng giúp các thành viên mạnh dạn bày tỏ quan điểm của mình trước đám đông hơn. Hình thức truyền thông này tạo điều kiện cho các giáo dục viên đồng đẳng tiếp cận và truyền thông được nhiều đối tượng hơn, đặc biệt là những đối tượng mới.

2.2.3. Hình thức truyền thông thông qua các phương tiện truyền thông

Hình thức truyền thông được thực hiện thông qua các phương tiện truyền thông như sách, báo, tờ rơi, loa, đài, băng đĩa, tivi, v.v... Ở đây, các GDVĐĐ thực hiện truyền thông cho PNMD bằng cách phát tờ rơi, sách nhỏ, v.v... có các thông tin về phòng lây nhiễm HIV, lợi ích của BCS, cách sử dụng BCS, tình dục an toàn, tiêm chích ma túy an toàn, v.v...

Sách mỏng là tài liệu thích hợp với mục đích cung cấp kiến thức cần thiết theo từng chủ đề trong phòng, chống HIV/AIDS. Thường được sử dụng khi phối hợp với các hình thức truyền thông trực tiếp như nói chuyện trực tiếp, tư vấn, thảo luận. Sách mỏng dễ sử dụng nhưng có thể tốn chi phí và không sẵn có để sử dụng.

Tờ rơi (tờ gấp, tờ bướm) là loại tài liệu truyền thông rất phổ biến và sử dụng thuận tiện. Thường sử dụng trong trường hợp đối tượng không có nhiều thời gian để đọc. Tờ rơi là rất phổ biến trong các chiến dịch truyền thông phòng, chống HIV/AIDS. Nội dung trong tờ rơi thường rất ngắn gọn, cô đọng những thông tin cần thiết nhất.

Trong các buổi thảo luận nhóm, nói chuyện, tư vấn, các đồng đảng viên truyền thông phòng, chống HIV/AIDS có thể phát tờ rơi, sách nhỏ hướng dẫn cho đối tượng truyền thông. Tờ rơi, sách nhỏ thường được đặt tại câu lạc bộ để đối tượng khi đến sinh hoạt có thể lựa chọn, đọc tại những “góc truyền thông”.

Tranh lật hay sách lật là một loạt các bức tranh, ảnh trình bày về một chủ đề, một vấn đề sức khỏe, HIV, tình dục an toàn, tiêm chích an toàn, v.v... Tranh lật có thể trình bày trình tự, đơn giản để các đối tượng có thể hiểu và áp dụng ngay. Loại tài liệu này thường được các đồng đảng sử dụng kết hợp trong các buổi truyền thông trực tiếp với cá nhân, với nhóm. Tính sẵn có của loại hình này thấp hơn so với tờ rơi.

Bảng 2.7. Các tài liệu truyền thông nhận được

Tài liệu truyền thông được nhận (n)	27
Sổ tay truyền thông	63,6
Sách lật	72,7
Tờ rơi	90,9
Khác	9,1

Kết quả phỏng vấn bằng bảng hỏi giáo dục viên đồng đẳng cho thấy, có 27 người đã nhận được các tài liệu truyền thông phục vụ cho hoạt động trong đó 90,9% nhận được tờ rơi, 72,7% là sách lật và sách mỏng là 63,6% (xem Bảng 2.7).

Các vật dụng hàng ngày (áo phông, áo mưa, mũ, cặp sách, túi khoá, v.v...) là loại phương tiện chuyển tải thông điệp truyền thông đang được sử dụng ngày càng rộng rãi hơn trong hoạt động truyền thông. Yêu cầu của loại hình này là thông điệp truyền thông được chọn lọc rất kỹ lưỡng, ngắn gọn tối đa và thường dưới dạng một cụm từ hoặc một hình ảnh. Những vật dụng này được cung cấp cho các đồng đẳng và coi đó là vật dụng hỗ trợ cho quá trình truyền thông.

“Em cũng có tài liệu, ví dụ như mình ra cộng đồng thì mình cũng có mô hình để mình hướng dẫn chị em sử dụng BCS đúng cách, ngoài ra em còn nhận được các vật dụng truyền thông khác như bút, dây đeo chìa khoá, cặp sách, v.v...”

(L.T.H - 36 tuổi/Trung học cơ sở)

Băng video, đĩa CD/VCD/DVD là loại phương tiện nghe nhìn hiện đại, sinh động, hấp dẫn. Sử dụng phương tiện này chủ động hơn so với chương trình truyền hình trong công tác truyền thông. Loại hình này có thể sử dụng cho nhiều nhóm đối tượng khác nhau. Sử dụng video phối hợp với các hình thức khác như nói chuyện sức khoẻ, thảo luận nhóm sẽ đem lại hiệu quả truyền thông tốt hơn. Các đồng đẳng thường kết hợp hình thức truyền tải thông tin này cho đối tượng kết hợp trong các buổi sinh hoạt nhóm tại câu lạc bộ.

Loại hình truyền thông kết hợp các phương tiện truyền thông đã mang lại những hiệu quả nhất định trong quá trình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS đến đối tượng PNMD vì có những ưu điểm: Các đối tượng có thể giữ lại các tài liệu và đọc lại nếu họ chưa hiểu. Một bài báo hoặc một cuốn sách, tờ rơi có thể được truyền

tay cho nhiều đối tượng khác. Đồng thời các đối tượng cũng sẽ được hướng dẫn thực hành hành vi thông qua những tranh vẽ cụ thể; đưa thông tin đến nhiều người trên diện rộng nhờ phương tiện truyền thông nhân lên; tạo được dư luận và tác động dây chuyền làm chuyển đổi thái độ của nhóm PNMD, góp phần giúp họ thay đổi nhận thức và hành vi.

Tuy nhiên, loại hình thức truyền thông này cũng có những điểm bất lợi khi thực hiện: Người gửi tin không tiếp xúc trực tiếp với người nhận tin, không cảm nhận được thái độ của người nhận. Do vậy, người gửi tin không thể điều chỉnh những ứng xử của mình cho phù hợp. Về phương diện truyền thông, hầu như là một chiều, người nhận tin không thể nhận được các thông tin sâu hơn. Do vậy, rất khó thu nhận thông tin phản hồi do đó có nhiều khả năng gây hiểu lầm. Về phương diện khơi dậy thì khó áp dụng giáo dục chủ động, nên khó lôi cuốn được sự tham gia của người nhận tin.

Thực tế hiện nay mô hình đồng đẳng mới triển khai được ba hình thức truyền thông với nhóm NPNMD. Như vậy, về hình thức tiếp cận, truyền thông của nhóm GDVĐĐ còn chưa thực sự phong phú, đa dạng. Để hoạt động truyền thông thay đổi nhận thức và hành vi đối với PNMD có hiệu quả cao thì GDVĐĐ cần phải lựa chọn, kết hợp linh hoạt các hình thức truyền thông tùy theo điều kiện và hoàn cảnh cụ thể.

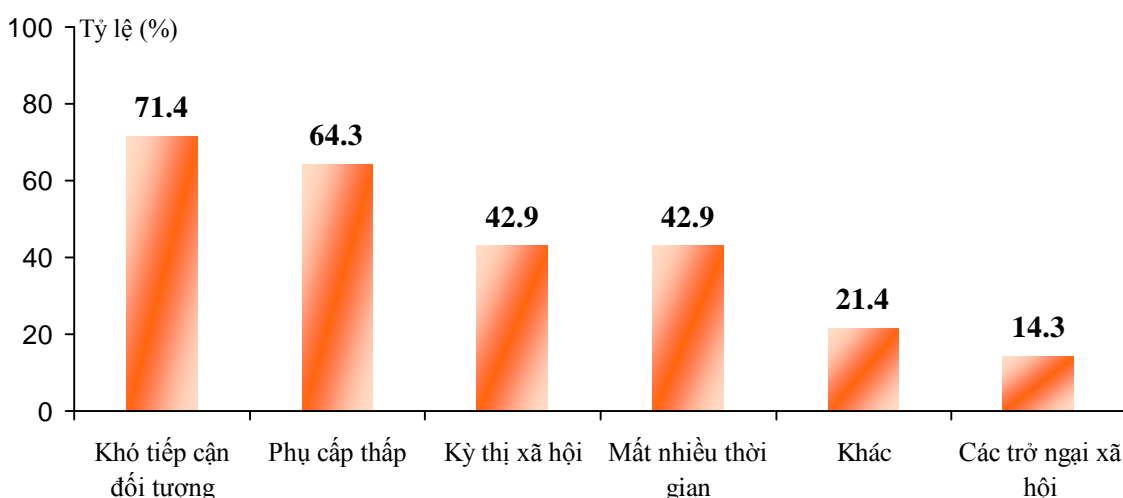
Chương 3. KHÓ KHĂN, THUẬN LỢI, HIỆU QUẢ VÀ TÍNH BỀN VỮNG CỦA MÔ HÌNH GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẢNG MẠI DÂM

3.1. Một số khó khăn, thuận lợi của giáo dục viên đồng đảng mại dâm

3.1.1. Những khó khăn

Trên thực tế, mọi hoạt động đều bao hàm những thuận lợi và khó khăn nhất định. Đặc biệt, với vấn đề nhạy cảm mà chúng tôi nghiên cứu lại mang nhiều khó khăn hơn những thuận lợi.

Kết quả khảo sát cho thấy, các đồng đảng viên phản ánh khó khăn lớn nhất là khả năng tiếp cận với đối tượng (chiếm 71,4%). Tiếp theo là lương tháng chiếm 64,3%. Có 42,9% đồng đảng viên gặp khó khăn từ sự kỳ thị của xã hội, cộng đồng và thời gian để tiếp cận được với đối tượng đích. Có 21,4% GDVĐĐ gặp các trở ngại từ phía chính quyền, công an, cộng đồng, khi hoạt động tại địa bàn và 14,3% tỷ lệ đồng đảng viên gặp phải các trở ngại xã hội khác (xem Biểu đồ 2.6).



Biểu đồ 3.1. Những khó khăn của GDVĐĐ trong quá trình tiếp cận PNMD

* Đối tượng khó tiếp cận

Như đã phân tích ở trên, khả năng tiếp cận của các đồng đảng viên là rất khác nhau. Trong quá trình tiếp cận, mỗi đồng đảng viên có những cách tiếp cận, truyền tải thông tin thông điệp khác nhau. Do vậy, cũng đã ảnh hưởng nhiều đến khả năng tiếp cận và truyền thông đến các đối tượng khác nhau, đặc biệt là việc tiếp cận với những đối tượng đích (PNMD) mới.

Trong quá trình hoạt động các GDVĐĐ được phân chia địa bàn và nhóm đối tượng cụ thể, đồng thời có sự giám sát, hỗ trợ từ phía các giáo dục viên sức khỏe. Tuy nhiên, đặc điểm hoạt động của PNMD, đặc biệt là PNMD đường phố có địa bàn rộng, thường xuyên di biến động, nên gây khó khăn cho các giáo dục viên đồng đảng trong việc tiếp cận, tìm kiếm đối tượng đích.

“Chúng tôi không thể tiếp cận được PNMD đường phố vì nhóm này thay đổi địa điểm hoạt động liên tục để tránh sự truy quét của công an”.

(P.N.K- 30 tuổi/Trung học cơ sở)

Bên cạnh đó, một thực tế hiện nay của tất cả các dự án là số lượng đồng đảng viên còn mỏng. Trong quá trình hoạt động lại luôn có sự thay đổi nhân lực nên khó khăn cho việc quản lý và nâng cao năng lực của các đồng đảng viên. Với một số đối tượng và địa điểm khó tiếp cận như các nhà hàng, cơ sở vui chơi giải trí, việc thay đổi đồng đảng viên là một bất lợi chính cho cả hai bên. Do đó, việc duy trì và mở rộng độ bao phủ của mô hình này tại những điểm nóng (PNMD đường phố) và một số cơ sở dịch vụ vui chơi giải trí (PNMD nhà hàng) còn hạn chế.

Xu hướng trẻ hóa của nhóm đối tượng PNMD cũng là một trong những khó khăn đối với việc tiếp cận của các giáo dục viên đồng đảng. Rất nhiều PNMD trẻ làm việc tại các khách sạn, nhà hàng, cơ sở vui chơi giải trí, vì thế họ chịu sự quản lý của người quản lý. Các GDVĐĐ muốn tiếp cận đối tượng cũng gặp nhiều khó khăn từ phía chủ nhà nghỉ, khách sạn và các cơ sở vui chơi giải trí. Do nhiều chủ nhà nghỉ, khách sạn sợ bị công an quy kết tội chứa chấp mại dâm nên từ chối hoạt động can thiệp của chương trình. Kết quả phỏng vấn sâu PNMD đã cho thấy, nhiều PNMD trẻ chưa bao giờ nghe nói đến giáo dục viên đồng đảng hay chương trình can thiệp giảm tác hại. Những đối tượng này thường có kiến thức về HIV cũng như biện pháp phòng tránh rất hạn chế. Nguồn thông tin chủ yếu mà nhóm PNMD được tiếp cận là chủ cơ sở dịch vụ, bạn cùng hành nghề hoặc qua ti vi. Do đó, để tiếp cận và truyền thông cho nhóm PNMD này, các đồng đảng viên phải vượt qua được rào cản từ phía chủ khách sạn, nhà hàng và các cơ sở vui chơi giải trí.

“Đối tượng đích của em là các chị em nhà hàng. Nhưng để gặp được thì không phải người chủ nào cũng hợp tác và giúp mình, nhiều người họ cũng gây khó khăn lắm”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

“Tại một số cơ sở vui chơi giải trí, thường có bảo kê. Khi mình xuất hiện ở chỗ địa bàn của họ thì họ không hiểu mình làm gì, lại tưởng mình chanh chấp khách hàng, nên cũng khó khăn. Cũng có chủ nhà hàng thì không cho mình tiếp cận vì sợ ảnh hưởng đến công việc của họ”.

(V.K.D - 38 tuổi/Phổ thông trung học)

*** Chế độ phụ cấp chưa thỏa đáng**

Như đã phân tích ở phần trên, chỉ có 7,1% số giáo dục viên đồng đẳng tham gia hoạt động truyền thông với mục đích vì được trả lương. Nhưng khi được hỏi về khó khăn trong quá trình làm việc, vấn đề lương tháng là một trong hai yếu tố gây khó khăn nhất. Thực tế, hiện nay mức lương cho đội ngũ GDVĐĐ thấp so với mặt bằng chi phí chung của xã hội. Do đó, việc tuyển chọn, duy trì và mở rộng mạng lưới đồng đẳng gặp không ít khó khăn. Lương tháng của một GDVĐĐ dao động từ 720.000 đồng đến 1.300.000 đồng, rất khác nhau giữa các dự án. Ví dụ, DFID: 720.000 đ/tháng/người; FHI: 1.000.000 đ/tháng/người; Life Gap: 1.300.000 đ/tháng/người; Chương trình mục tiêu Quốc gia: 250.000đ/tháng; v.v...

“Có một khó khăn không chỉ của riêng em mà của tất cả nhân viên. Đó là kinh phí hỗ trợ cho bọn em còn rất thấp, nó chưa đáp ứng được với thực tế công việc và của cuộc sống của bọn em”.

(G.T.H - 24 tuổi/Trung học cơ sở)

“Khi bọn em đi tiếp cận thì bọn em cũng không chủ động trong việc đi xe máy của mình, có thể bọn em đi xe ôm, đi đến đâu thì bọn em trả tiền đến đó. Mà với mức lương như thế vậy thì cũng khó lắm. Hoặc là khi đi vào chỗ chị em ở trọ thì có khi mình cũng phải mua cái gì đó, hoặc có những chị mà bị ốm mà các chị nhờ đi mua thuốc thì mình cũng giúp họ”.

(N.T.T - 39 tuổi/Trung học cơ sở)

“Em không hài lòng về mức lương lắm, thu nhập chỉ có 800.000đ/tháng (lương cộng với tiền hỗ trợ xăng xe). Buổi tối về em vẫn phải làm thêm để có thu nhập thêm. Nếu có thể tăng lương cho tụi em với mức lương tối thiểu 1.500.000đ/tháng và phải có bảo hiểm”.

(Đ.M.T - 39 tuổi/Cao đẳng)

Nhìn chung, các giáo dục viên đồng đảng vẫn chưa hài lòng về mức tiền lương. Về lý thuyết, tính trung bình mỗi GDVĐĐ quản lý khoảng 25 đối tượng đích. Đó là một số lượng bao phủ không nhiều, nhưng việc tiếp cận đối tượng khó khăn như đã phân tích: địa bàn hoạt động, loại hình PNMD, điều kiện môi trường xã hội, v.v... ảnh hưởng không nhỏ tới hiệu quả hoạt động của đồng đảng viên, nên có muốn tăng số chỉ tiêu này cũng không thể thực hiện được. Trên thực tế, rất khó quản lý công việc của GDVĐĐ mại dâm. Chi phí này liệu có xứng đáng với kết quả thu về từ hoạt động của GDVĐĐ? Đây là câu hỏi mở vượt ra ngoài phạm vi của luận văn này. Nhưng một điều chắc chắn rằng đội ngũ GDVĐĐ có một vai trò không thay thế được, đó là cầu nối giữa các chương trình giảm tác hại với đối tượng PNMD.

*** Nhận thức của chính quyền và cộng đồng**

Hiện nay, hoạt động can thiệp giảm tác hại, đặc biệt là chương trình BCS, BKT có vẻ dễ được chấp nhận hơn từ chính quyền, các ban ngành và cộng đồng. Các hoạt động phát BCS, BKT sạch cũng bị quản lý “lông tay hơn” của công an tại cấp cơ sở. Những trở ngại từ phía công an, chính quyền và cộng đồng đã dần dần được khắc phục. Đồng thời trong những năm gần đây, nội dung can thiệp giảm tác hại đã được đưa vào Luật phòng, chống vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) và Nghị định số 108/2007/NĐ-CP ngày 26/6/2007 của Chính phủ quy định chi tiết một số Điều của Luật phòng, chống HIV/AIDS. Căn cứ trên cơ sở đó, Hà Nội cũng đã nhận được sự quan tâm của chính quyền tỉnh tạo ra hiệu quả hoạt động can thiệp giảm tác hại thông qua sự đồng thuận giữa các ban ngành khi triển khai chương trình. Tuy nhiên, hiện nay còn tồn tại sự thiếu thống nhất, đồng bộ của hệ thống văn bản quy phạm pháp luật phòng, chống

HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. Chính vì vậy đã gây không ít khó khăn cho hoạt động tiếp cận, truyền thông của nhóm đồng đảng viên tại cộng đồng. Vì thế, các đợt truy quét của chính quyền, công an cũng là một trong những mối lo ngại lớn đối với hoạt động truyền thông trực tiếp của đồng đảng viên.

“Việc tiếp cận các đối tượng và phát BCS đã thuận lợi hơn nhiều so với trước đây, nhưng chúng em vẫn gặp khó khăn, chủ yếu là từ phía công an. Cứ sắp kỷ niệm một ngày nào đó là họ lại ra sức truy quét, những PNMD mà chúng em tiếp cận được lại dạt đi nơi khác, muốn tìm được họ để cung cấp BCS cũng không phải dễ”.

(L.T.H - 36 tuổi/Trung học cơ sở)

Vì tính chất hoạt động của nhóm GDVĐĐ rất đặc thù, không ổn định, không chính thức, không công khai, v.v... với bất kể thời gian và địa điểm. Điều này đã gây ra không ít hiểu lầm cho chính quyền địa phương. Có nhiều đồng đảng viên đã từng bị công an phường mời về trụ sở làm việc vì có dấu hiệu “khả nghi”.

Nhận thức về tầm quan trọng của công tác can thiệp giảm tác hại của các cán bộ thuộc các ban ngành liên quan được cải thiện nhiều. Tuy rằng vẫn tồn tại những mâu thuẫn cũng như hạn chế trong quan điểm về giảm tác hại, đặc biệt là với nhóm PNMD. Theo ý kiến của lãnh đạo công an quận Long Biên cho biết: *“Việc phát BCS thực chất đang có có mâu thuẫn với việc ngăn chặn đối tượng tiếp tục hành nghề mại dâm. Chủ trương của Nhà nước ta không khuyến khích làm việc đấy, và theo chúng tôi hiểu thì ở đây ta phải nhận thấy rõ ràng có mâu thuẫn giữa can thiệp giảm tác hại và phòng, chống tệ nạn xã hội”.*

*** Tổ chức và năng lực của hệ thống GDVĐĐ**

Nhìn chung, sự gắn kết của các cá nhân khi tham gia mạng lưới đồng đảng vẫn còn thấp. Có thể do gặp những khó khăn trong quá trình làm việc đã khiến một số sớm từ bỏ công việc. Do vậy, việc duy trì số lượng đồng đảng viên là một trong những khó khăn của các chương trình. Theo ý kiến của lãnh đạo Trung tâm Sức khỏe sinh sản Hà Nội: Sự tham gia hoạt động của GDVĐĐ sẽ đi vào ổn định

và có thể duy trì lâu dài nếu được sự hỗ trợ kinh phí từ địa phương hoặc các tổ chức quốc tế.

“Em làm cũng được 4 năm rồi. Trong quá trình thực hiện dự án thì có một số thành viên thay đổi. Một số chị em khi mới vào làm thì rất háo hức với công việc, nhưng rồi họ không chịu được khổ và bỏ việc luôn. Có những chị em rất nhiệt tình thì một thời gian lại bị chết vì AIDS, v.v... Nhóm đồng đảng chưa bao giờ đủ số lượng thành viên”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

Trong quá trình thực hiện các hình thức truyền thông, bất kể là hình thức truyền thông nào các đồng đảng viên cũng vấp phải khó khăn nhất định. Những khó khăn chủ quan như năng lực tiếp cận, tổ chức và năng lực của hệ thống, v.v... đã làm cho khả năng tiếp cận các đối tượng, đặc biệt là đối tượng mới bị hạn chế. Đồng thời nó cũng làm ảnh hưởng đến hoạt động của toàn bộ mô hình trong việc mở rộng độ bao phủ. Vì vậy, để mở rộng mạng lưới và nâng cao hiệu quả truyền thông, cần thiết tập trung vào việc nâng cao năng lực tiếp cận, kỹ năng truyền thông cho đội ngũ đồng đảng viên. Đặc biệt cần quan tâm đến hệ thống tổ chức mạng lưới và chế độ phụ cấp cho các đồng đảng viên.

Thực tế đã chứng minh giả thuyết thứ ba của luận văn, bên cạnh những yếu tố chủ quan thì yếu tố về các cơ chế văn bản pháp luật, nhận thức của chính quyền, ban ngành và cộng đồng có ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả hoạt động truyền thông của GDVĐĐ. Để khắc phục vấn đề này, nhiều địa phương đã có sự phối hợp giữa cộng đồng, chính quyền và các ban ngành nhằm tranh thủ sự đồng thuận và hợp tác với chương trình can thiệp giảm tác hại để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS. Tuy nhiên, nhận thức, cơ chế chính sách và sự đồng thuận các ban ngành đoàn thể vẫn là những thử thách trong phát huy các mô hình giảm tác hại, bao gồm mạng lưới GDVĐĐ mại dâm.

3.1.2. Một số thuận lợi trong công tác truyền thông

Bên cạnh những khó khăn đã được phân tích, nhóm đồng đảng viên cũng có những thuận lợi nhất định trong hoạt động của mình. Như đã phân tích ở trên, giáo

dục viên đồng đảng hầu hết là những người đã có liên quan đến ma túy hoặc mại dâm. Sự tương đồng trong hoàn cảnh, cuộc sống, tuổi, nghề nghiệp, nguồn gốc xuất thân, v.v... là một trong những điều quan trọng giúp họ gắn bó và thành công trong công việc của mình. Trước hết, họ tạo được lòng tin từ phía nhóm đối tượng đích. Đây là một trong những tiêu chuẩn để tuyển chọn đồng đảng viên và cũng là yếu tố thuận lợi đầu tiên tạo ra hiệu quả bước đầu của mô hình đồng đảng.

“Em cũng đã từng có mấy năm làm nghề này, nên bây giờ khi mình tham gia vào nhóm đồng đảng viên thì mình tiếp cận dễ hơn. Chị em cũng tin tưởng mình hơn, nên mình dễ dàng tiếp cận và truyền thông”.

(N.L.H - 37 tuổi/Phổ thông trung học)

So với những mô hình khác đã và đang được triển khai, mô hình đồng đảng viên là mô hình duy nhất được đầu tư cả về số lượng và chất lượng tiếp cận. Hiệu quả can thiệp mà nhóm đạt được là sự cố gắng không ngừng của các thành viên và Ban quản lý dự án. Ngoài những thuận lợi sẵn có của các đồng đảng thì họ cũng được tạo điều kiện tối đa cho quá trình hoạt động.

Theo quy định, hàng tháng, mỗi nhân viên ngoài việc phải hoàn thành chỉ tiêu được giao, họ còn phải tham gia đầy đủ các buổi giao ban, họp nhóm đồng đảng theo tuần/tháng. Nội dung của buổi giao ban là các đồng đảng viên báo cáo tình hình hoạt động trong tuần, thông qua lịch tuần tiếp theo, chia sẻ khó khăn, trao đổi kinh nghiệm, v.v... (*Các đồng đảng viên duy trì hoạt động giao ban 1 tuần/lần, 1 tháng họp giao ban chương trình/lần, 1 quý họp khách hàng(nhóm PNMD)/lần*). Những buổi họp như vậy sẽ giúp cho các giáo dục viên đồng đảng trau dồi kiến thức cho nhau.

“Việc họp giao ban thường xuyên hàng tuần đã giúp cho công việc của em trôi chảy hơn. Những khó khăn mà mình gặp phải khi đi tiếp cận ở cộng đồng thì đều đưa ra được cách giải quyết tại những buổi giao ban”

(N.T.O - 28 tuổi/Phổ thông trung học)

Trong quá trình tiếp cận, các đồng đảng viên cũng gặp trở ngại do đối tượng thường dè dặt, né tránh. Nhưng quan trọng hơn là bằng sự đồng cảm và những kỹ

năng đã được trang bị qua tập huấn và thực tế tiếp cận, họ đã tạo niềm tin cho đối tượng. Niềm tin của PNMD với các đồng đảng viên là nền tảng tạo nên sự thành công trong hoạt động can thiệp giảm tác hại. Đồng thời, nhóm đồng đảng cũng được sự hỗ trợ từ Ban quản lý dự án và các giáo dục viên sức khỏe. Chính vì vậy, số lượt tiếp cận đối tượng của các đồng đảng viên đã tăng lên.

Một trong những thuận lợi khi những đồng đảng xuống tiếp cận tại cộng đồng đó là họ được trang bị áo, mũ, cặp, thẻ nhân viên, một số vật dụng khác hỗ trợ cho hoạt động như bao cao su, cốc nhựa, thuốc sát trùng, mô hình, tài liệu truyền thông, kẹp gấp bơm kim tiêm bẩn, v.v... Điều này bộc lộ sự công nhận và cho phép của các tổ chức xã hội trong các hoạt động của nhóm đồng đảng viên.

“Khi đi ra cộng đồng thì bọn em có thêm các vật dụng như bao cao su, bơm kim tiêm sạch, các tài liệu tờ rơi, đồng phục, mũ, sổ, v.v... Những vật dụng này giúp ích cho bọn em rất nhiều”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

Như đã đề cập ở phần trên, vấn đề từ phía chính quyền, địa phương, cũng như các văn bản pháp luật cũng là một trong những khó khăn với nhóm đồng đảng. Tuy nhiên, vấn đề này đã và đang dần dần được cải thiện, các văn bản pháp luật được quy định cụ thể, rõ ràng hơn cũng như sự quan tâm chính quyền địa phương và sự hỗ trợ của công an đã khiến cho vấn đề bao cao su, BKT sạch không còn là vấn đề nhạy cảm và làm tăng một cách đáng kể sự có mặt của bao cao su, BKT. Điều đó cũng tạo điều kiện thuận lợi hơn cho đồng đảng khi đi tiếp cận và phát BCS, BKT cho PNMD.

“Trước đây thì em cũng gặp khó khăn từ phía chính quyền hay công an. Nhưng bây giờ cũng có luật của Chính phủ, nên khi đi tiếp cận mình có mang BCS thì cũng không sợ nữa. Hơn nữa phía cộng đồng, chính quyền và công an cũng đã tạo điều kiện cho mình. Trước đây mình mà có đưa chị em bao cao su thì nó cũng không nhận, bây giờ thì họ còn xin mình”.

(L.T.N - 30 tuổi/Phổ thông trung học)

Sự tham gia tích cực của mô hình truyền thông đại chúng, các câu lạc bộ, v.v... cũng đã tạo điều kiện giúp nhóm đồng đẳng tiếp cận và truyền thông tốt hơn với PNMD, đặc biệt là nhóm PNMD trẻ.

Như vậy, so với các mô hình can thiệp giảm tác hại cho nhóm PNMD đang được triển khai, GDVĐĐ có lẽ là đối tượng duy nhất trong hệ thống có thể tiếp cận được đối tượng, và nhận được sự cởi mở từ phía PNMD. (Các mô hình can thiệp khác đều ít nhiều gây cảm giác bị kỳ thị, do vậy tiếp cận cũng hạn chế).

Chúng ta hãy hình dung về hình ảnh công việc của GDVĐĐ qua trang viết dưới đây để thấy rõ những trần trở, đam mê, v.v..., thuận lợi và khó khăn trong hoạt động của họ.

Theo chân các đồng đẳng viên

Có dịp theo chân những đồng đẳng viên (Yên Phụ - Tây Hồ), tôi không khỏi ngỡ ngàng về công việc của họ: Những điểm nóng về mại dâm chính là nơi họ thực hiện công việc của mình.

Đồ nghề: Tờ rơi, thẻ khám bệnh và bao cao su

7h tối, mọi người có mặt đầy đủ tại trung tâm, kiểm tra mọi thứ, không để thiếu một trong 3 vật dụng: Tờ rơi, thẻ khám bệnh và bao cao su - những thứ cần thiết cho một đồng đẳng viên phòng, chống HIV/AIDS.

7h30, chia nhóm và lên đường... Trước khi lên đường, tôi nhận được một lời nhắc nhở từ trưởng nhóm: "Em phải khéo léo, không để cho "khách hàng" phát hiện em là người lạ nhé, họ mà nghi ngờ là hỏng hết việc". Điểm dừng chân đầu tiên: Bách Thảo. Tới nơi, nhìn xung quanh, tôi thấy không có vẻ gì là "nóng" cả. Đang mãi nghĩ, tôi giật mình thấy hai chị tầm 40 tuổi đi lại. Thấy họ chào hỏi một chị đồng đẳng, tôi mới vỡ lẽ, hoá ra đây là "khách quen" của chị. Những lần gặp như thế này nhằm duy trì cho họ ý thức về căn bệnh thế kỷ và phát bao cao su, v.v...

*Khi hai người phụ nữ này đi rồi, chúng tôi đến nơi có một phụ nữ đang đứng bên mé đường. Vẫn là "khách quen", họ trò chuyện một lúc và kết thúc bằng việc phát bao cao su. Dường như thấy được sự ngạc nhiên của tôi, một chị đồng đẳng từ tốn nói: "**Tiếp xúc với những đối tượng này lần đầu tiên là không dễ, vì họ cho rằng mình cản trở công việc của họ, hoặc nghi mình là công an. Việc bị từ chối là chuyện bình thường, còn bị***

mắng chửi cũng không phải hiếm. Cái khó của mình là phải linh hoạt, tùy từng đối tượng mà tìm cách thuyết phục. Phải làm sao cho họ thấy sự nguy hiểm mà HIV/AIDS gây ra, trước tiên với chính bản thân họ. Từ đó tạo cho họ ý thức bảo vệ mình cũng như những người xung quanh". "Thế còn việc phát bao cao su thì sao?" - tôi thắc mắc. "Thực ra, phát bao cao su không phải là khuyến khích họ hành nghề, mà để giúp họ luôn có ý thức trong việc phòng, chống HIV. Công việc này khá nhạy cảm, nó như nằm giữa ranh giới của tuyên truyền và khuyến khích". Chị cho biết thêm: Địa bàn hoạt động của đội gồm Tây Hồ, Đống Đa, Ba Đình và Hoàn Kiếm. Ngoài ra, chúng tôi còn tới những nhà nghỉ để phát tờ rơi về hoạt động của trung tâm và phát bao cao su. Cũng may là chủ các nhà nghỉ cũng có tinh thần hợp tác nên công việc cũng không khó khăn lắm.

"Vì em thương bạn em"

Phần nhiều trong số họ cũng chính là những đã từng sống trong hoàn cảnh như họ hoặc là những người đang sống chung cùng HIV. Một thành viên trong nhóm tâm sự: "Có lẽ do mình đã từng ở trong hoàn cảnh của họ, cũng như chính bản thân mình là người bệnh nên mình hiểu cần phải làm gì để thuyết phục được họ có những biện pháp phòng, chống lây nhiễm HIV. Làm công việc này cũng phải có niềm đam mê".

Nhóm cũng cho biết đồng lương phụ cấp chỉ mang tính tượng trưng, nhưng mọi người trong nhóm vẫn tích cực tham gia làm tốt công việc được giao. Có lẽ một phần cũng xuất phát từ hoàn cảnh của chính những đồng đồng nghiệp này. Ngoài những buổi đi tuyên truyền, họ có nhiệm vụ giới thiệu những dịch vụ chuyển gửi VCT, STI cho khách hàng của mình, đến nhà đưa đón bệnh nhân - những người không tự đi lại được.

Bên cạnh đó, họ tham gia vào các chương trình giao lưu cộng đồng nhằm nâng cao ý thức phòng, chống HIV mà đôi khi những lời khuyên được rút ra từ những sai lầm mắc phải trước đây của họ.

.....Việc làm thầm lặng, giàu ý nghĩa của họ mỗi ngày không thể ngăn chặn hoàn toàn đại dịch HIV, nhưng đã và đang góp phần ngăn cho nó không trở thành một thảm họa với loài người. Hơn ai hết, những người trong cuộc là người hiểu rõ vấn đề này nhất.

HY (Theo Báo Lao Động số 92 Ngày 24/04/2008)

Tóm lại, mô hình GDVĐĐ được xem là mô hình khá phù hợp về phương pháp tiếp cận và cách thức triển khai trong cộng đồng. Mô hình đồng đẳng viên bước đầu được nhìn nhận và chấp nhận của chính quyền các cấp, ban ngành đoàn thể, sự ủng hộ của người dân trong cộng đồng. Tuy nhiên, còn tồn tại nhiều thử thách và khó khăn đòi hỏi các nhà lãnh đạo địa phương, cấp xây dựng và thực hiện chính sách đưa ra những sách lược phù hợp hơn, hỗ trợ và thúc đẩy hoạt động giảm thiểu tác hại trong cộng đồng thông qua mô hình GDVĐĐ.

Đối với nguồn cung cấp BCS miễn phí và cung cấp các thông tin, dịch vụ cần thiết, PNMD khá hài lòng với mô hình GDVĐĐ, họ có lòng tin vào đồng đẳng, biết rằng GDVĐĐ cùng cảnh ngộ nên dễ cảm thông và chia sẻ. Điều đó khẳng định tính hiệu quả của mô hình đồng đẳng viên trong hoạt động can thiệp giảm tác hại. Hiệu quả đó được thể hiện qua những thay đổi về nhận thức, thái độ, hành vi của PNMD về phòng, chống HIV/AIDS.

3.2. Hiệu quả trong hoạt động truyền thông

Trên thực tế, để phân tích hiệu quả của từng hình thức truyền thông đã được GDVĐĐ triển khai với nhóm PNMD là rất khó. Bởi lẽ, các hình thức truyền thông được thực hiện kết hợp xen kẽ với nhau nên tạo ra các tác động tương hỗ trên cùng nhóm đối tượng đích. Bên cạnh đó, nhóm PNMD cũng chịu nhiều tác động của các mô hình can thiệp giảm tác hại khác nhau. Các phân tích sau đây chỉ nhằm phân tích những kết quả chung về thay đổi nhận thức, hiểu biết và hành vi của nhóm PNMD như là kết quả của nhiều mô hình can thiệp khác nhau, trong đó đóng góp của mô hình đồng đẳng viên được xem là tác động mạnh nhất.

3.2.1. Kiến thức, thái độ và hành vi về phòng, chống HIV/AIDS của PNMD

Thông qua hoạt động can thiệp giảm tác hại, nhóm PNMD có nhận thức và kiến thức khá đầy đủ về hành vi tình dục an toàn. Họ hiểu biết và nắm bắt được các con đường lây nhiễm HIV/AIDS, nguy cơ, hậu quả và cách phòng ngừa. Quá trình thay đổi hành vi tiếp khách của PNMD thể hiện rõ ý thức bảo vệ bản thân tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đa số PNMD được phỏng vấn khẳng định họ có sử dụng BCS thường xuyên với khách hàng của mình.

“Với kỹ năng tiếp cận của mình thì em thấy đa số chị em rất lắng nghe. Em thấy em làm thay đổi được hành vi của chị em. Lúc đầu khi mới làm, em có vào các quán thì thái độ của chị em với em còn ngại, nhưng rồi em nói chuyện, sau đó từ từ có mối quan hệ thân thiện thì họ cũng thổ lộ cho mình. Sau đó thì mình mới vận động họ đi các dịch vụ. Cũng cần phải có một quá trình, vì mới đầu họ cũng e ngại lắm, không phải mình vận động là họ đi ngay đâu”.

(N.L.H - 37 tuổi/Phổ thông trung học)

Kết quả báo cáo “Đánh giá dự án phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam” năm 2009 đã chỉ ra rằng, có 81/92 PNMD phỏng vấn trên địa bàn Hà Nội (chiếm 88,0%) thừa nhận bản thân đã nhận được các thông tin về tình dục an toàn trong 6 tháng qua. Trong đó, nguồn thông tin mà các đối tượng nhận được qua GDVĐĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (82,7%).

Bảng 3.1. Số lượng PNMD hiểu biết về đường lây truyền HIV

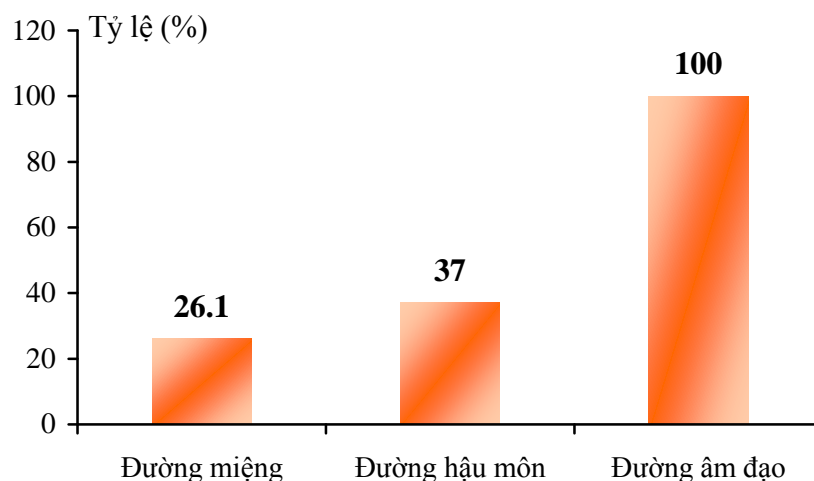
Biết các con đường lây nhiễm HIV	Số lượng (n=92)	Tỷ lệ (%)
Qua đường máu	86	93,5
Qua đường tình dục	91	98,9
Từ mẹ sang con	64	69,6
Khác	1	1,1
Không biết	1	1,1

Kết quả Bảng 3.1 cho thấy, hầu hết PNMD đều có nhận thức và kiến thức về con đường lây nhiễm HIV, trong đó con đường lây qua đường tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất (98,9%), tiếp đến là qua đường máu (93,5%) và thấp nhất là con đường lây truyền từ mẹ sang con (69,9%).

Bảng 3.2. Số PNMD hiểu đúng về các biện pháp phòng lây nhiễm HIV

Biện pháp phòng lây nhiễm HIV	Số lượng (n=92)	Tỷ lệ (%)
Chung thủy với một bạn tình	86	93,0
Sử dụng BCS đúng cách khi QHTD	91	99,1
Không dùng chung BKT	90	97,5

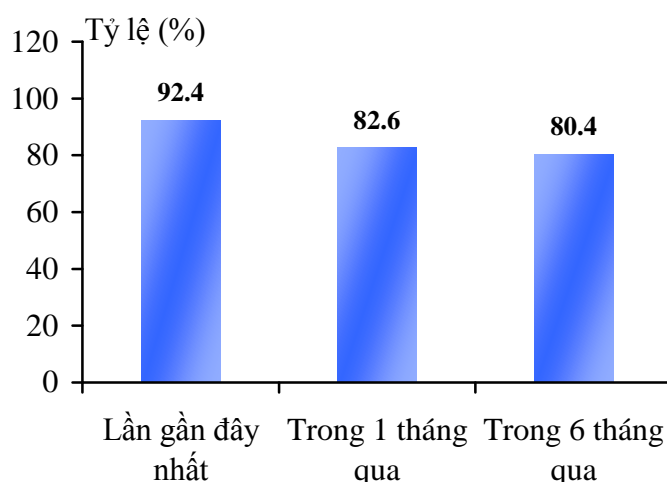
Có tỷ lệ cao PNMD hiểu đúng về biện pháp phòng lây nhiễm HIV. Trong đó, có 99,1% đối tượng cho rằng phải dùng BCS đúng cách khi quan hệ tình dục là biện pháp cần thiết; có 97,5% cho rằng không dùng chu ng bơm kim tiêm, và 93% nhận thức nên chung thủy với một bạn tình (xem Bảng 3.2).



Biểu đồ 3.2. Hiểu biết của PNMD về việc nên dùng BCS với các kiểu QHTD

Biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ cao PNMD (100%) hiểu biết về tầm quan trọng của việc sử dụng bao cao su đối với quan hệ tình dục qua đường âm đạo. Trong khi đó, tỷ lệ thấp hiểu biết về sự cần thiết dùng BCS đối với quan hệ tình dục đường miệng và đường hậu môn (tỷ lệ lần lượt là 26,1% và 37%). Họ cho rằng dùng BCS qua đường miệng và hậu môn để phòng bệnh lây truyền là không cần thiết, ít có tài liệu nào nói về điều này. Thêm nữa, mùi của BCS có thể tạo cảm giác khó chịu có khi gây ngứa miệng, họng.

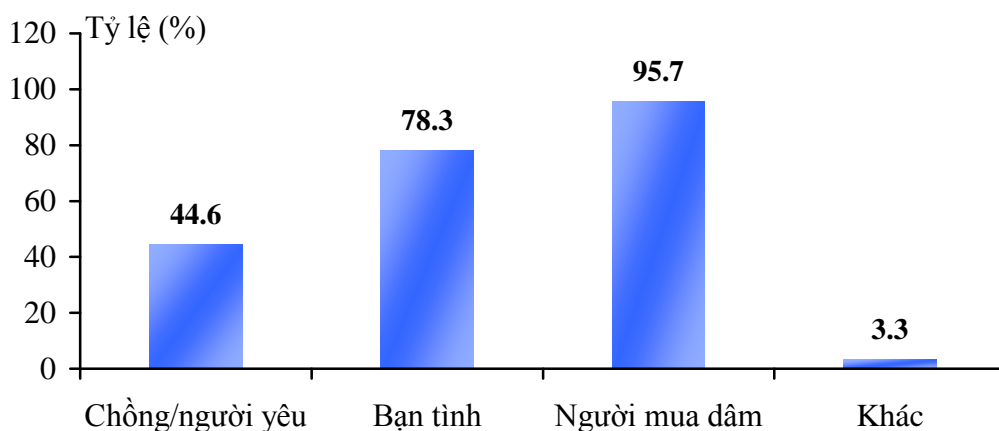
Từ hiểu biết và nhận thức đúng về nguy cơ lây nhiễm, đường lây và biện pháp phòng ngừa, PNMD đã có hành vi tình dục an toàn hơn bằng việc luôn sử dụng BCS khi quan hệ tình dục với khách hàng, tỷ lệ này tại địa bàn nghiên cứu là 92,4%, 82,6% và 80,4% tương đương với lần quan hệ tình dục gần đây nhất, trong một tháng qua và trong 6 tháng qua (xem Biểu đồ 3.3).



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ PNMD luôn sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng

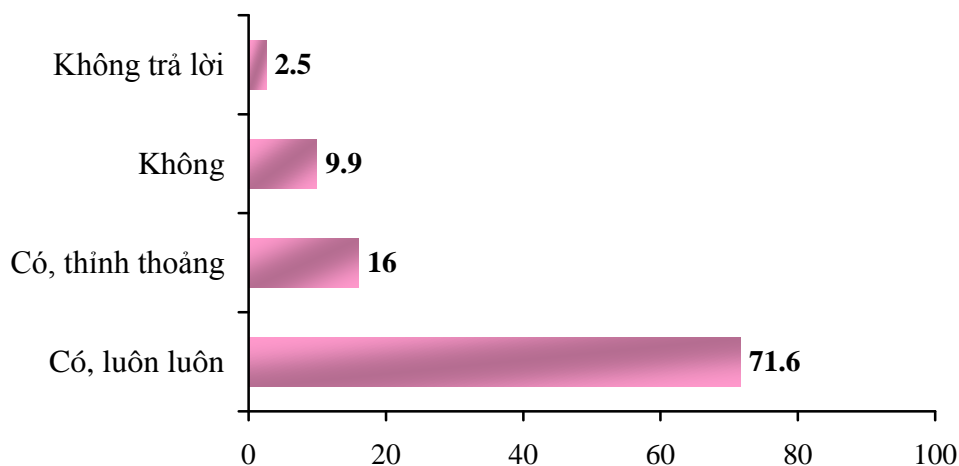
Nhóm PNMD (bao gồm mại dâm khách sạn, nhà hàng và mại dâm đường phố) đều ý thức được rằng quan hệ tình dục không an toàn có thể dẫn đến những thiệt thòi cho chính bản thân họ. Đối với PNMD trẻ, nhu cầu xây dựng gia đình sau này khiến họ có ý thức tốt hơn về việc bảo vệ bản thân mình không mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm HIV/AIDS.

Tuy nhiên, vẫn còn một số PNMD cho rằng đối với chồng/người yêu hoặc bạn tình, “đã biết nhau rồi” thì không cần sử dụng BCS với tỷ lệ tương ứng là 44,6% và 78,3% (xem Biểu đồ 3.4).



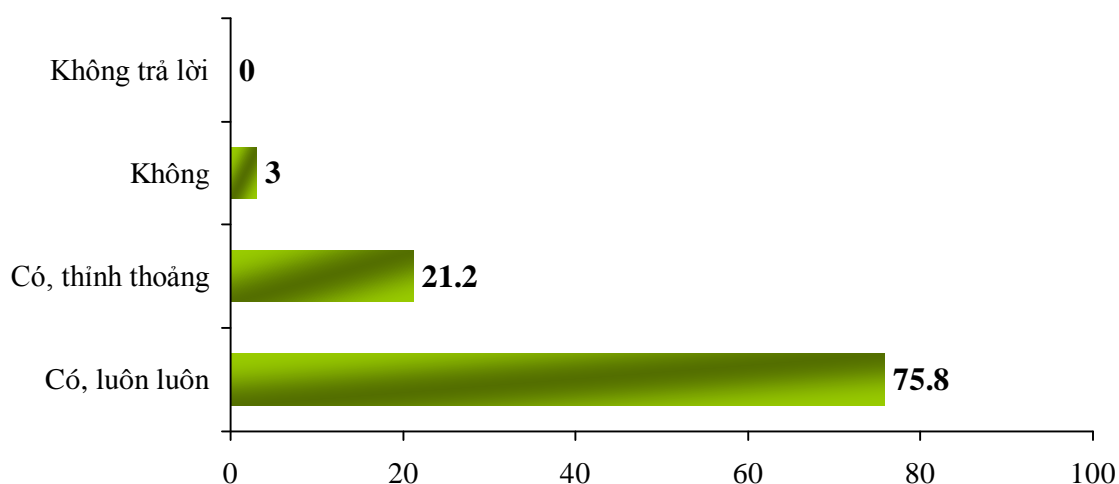
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ PNMD xác định đối tượng phải dùng BCS

Biểu đồ 3.4 cho thấy, có 71,6% PNMD được phỏng vấn luôn luôn cố gắng thuyết phục khách hàng sử dụng BCS khi quan hệ tình dục, chỉ có 16% thỉnh thoảng và 9,9% không thuyết phục. Theo PNMD, trong số những người có thuyết phục khách hàng có 72% luôn thuyết phục thành công để khách hàng sử dụng BCS, có 26,9% thỉnh thoảng thuyết phục thành công và chỉ có 0,8% là thuyết phục không thành công.



Biểu đồ 3.5. Thuyết phục khách hàng sử dụng BCS

Tuy nhiên, kỹ năng thuyết phục khách hàng sử dụng BCS trong QHTD của một số PNMD còn hạn chế. Trong không ít trường hợp, nếu khách yêu cầu không dùng BCS thì họ cũng phải “chiều theo”. Một số chủ nhà hàng không cho phép PNMD thuyết phục khách sử dụng BCS vì sợ “mất khách”.



Biểu đồ 3.6. Kiên quyết từ chối QHTD với khách hàng không muốn sử dụng BCS

Trong số PNMD thuyết phục khách hàng sử dụng BCS không thành công, (xem Biểu đồ 3.6) có 75,8% luôn luôn kiên quyết từ chối không quan hệ, 21,2% thỉnh thoảng từ chối và chỉ khoảng 3% vẫn chấp nhận quan hệ. Một số PNMD còn có một thủ thuật dùng miếng để đeo BCS cho khách hàng khi khách hàng không muốn sử dụng BCS. Điều này cũng cho thấy ý thức bảo vệ bản thân của các đối tượng đã được nâng lên rõ rệt thông qua hành vi an toàn.

Những PNMD chấp nhận QHTD khi không có BCS thường là nhóm PNMD đường phố. Do đa số nhóm này là những đối tượng tuổi đã cao, nhiều người còn NCMT, mắc bệnh STI, thậm chí nhiễm HIV. Việc tiếp cận của các đồng đảng viên với nhóm đối tượng này khó khăn hơn do đặc điểm di biến động liên tục. Đây là nhóm nguy cơ lan truyền bệnh tật rất lớn, do họ có ít cơ hội lựa chọn khách hàng. Khách hàng của nhóm PNMD này đa số thuộc giới lao động nghèo, ít hiểu biết hoặc là những thanh niên nông thôn ra thành phố làm nghề tự do, hạn chế cả về tài chính và kiến thức. Nếu cả khách hàng và PNMD đều gặp nhau ở sự yếu kém về nhận thức và tâm lý bất cần thì đây là một kênh lây nhiễm HIV/AIDS rất lớn.

Có thể thấy, trong những năm qua nhận thức, thái độ và hành vi của nhóm PNMD đã có sự thay đổi đáng kể.

“Em nghĩ là hoạt động của nhóm đồng đảng rất có hiệu quả. Bởi vì khi họ xuống tiếp cận trực tiếp chị em tại cộng đồng hoặc qua những buổi thảo luận, qua những tờ rơi được phát thì chị em đã dần dần thay đổi thói quen của mình”.

(Đ.M.T - 39 tuổi/Cao đẳng)

Đó là quá trình thay đổi nhận thức, hành vi qua các giai đoạn khác nhau khi được tiếp cận với hoạt động truyền thông của nhóm đồng đảng viên. Qua đó khẳng định rõ hơn vai trò của việc triển khai mô hình đồng đảng viên. Thông qua những hình thức truyền thông phù hợp, các đồng đảng viên đã giúp cho đối tượng thực hiện hành vi của mình từ giai đoạn “chưa có ý về vấn đề” đến giai đoạn “củng cố và duy trì hành vi mới”.

3.2.2. Độ bao phủ của hoạt động tuyên truyền, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi đối với PNMD

Mô hình đồng đảng viên được coi là một trong những mô hình có tính tổng hợp. Việc sử dụng hoạt động của nhóm đồng đảng viên chính là một trong những lợi thế của các dự án can thiệp giảm tác hại. Những hoạt động này không chỉ nhằm vào việc tiếp cận, truyền thông, cấp phát BCS, BKT mà nó còn có vai trò quan trọng đối với công tác tiếp cận và quản lý các đối tượng có nguy cơ cao trên địa bàn của Ban quản lý dự án. Qua đó, Ban quản lý dự án có thể nhanh chóng nắm bắt được tình hình và có những can thiệp, hỗ trợ kịp thời.

Trong thời gian qua hàng trăm nghìn người và lượt người thuộc các nhóm có nguy cơ cao đã được tuyên truyền trực tiếp các thông điệp về phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho bản thân và từ họ ra cộng đồng dân cư.

Những cải thiện kiến thức, thái độ và thay đổi hành vi sử dụng BCS của nhóm PNMD là kết quả hoạt động can thiệp giảm tác hại hiện nay. Các tác động này là sự đóng góp và nỗ lực không ngừng của nhiều hoạt động can thiệp khác nhau, trong đó có cả các can thiệp về truyền thông, các can thiệp khác tại các cấp khác nhau và tại cộng đồng.

Bảng 3.3. Số lượt phụ nữ mại dâm được truyền thông trực tiếp

Nhóm đối tượng	2004-2005	2006	2007	2008	Tổng số
Số lượt PNMD đường phố được truyền thông trực tiếp	39.672	49.526	118.131	142.063	349.392
Số lượt tiếp viên, PNMD tại các điểm dịch vụ giải trí được truyền thông trực tiếp	50.000	94.007	204.545	322.942	671.494

(Nguồn: Báo cáo hoạt động của 21 tỉnh, thành phố tham gia dự án DFID năm 2006-2008)

Trong năm 2007, hoạt động của nhóm GDVĐĐ từng bước được đẩy mạnh và có hiệu quả hơn nhiều so với các năm trước. Số lượng đồng đảng viên cho nhóm mại dâm được xây dựng và tuyển chọn đã góp phần tạo ra những kết quả tích cực trong tiếp cận can thiệp cho các nhóm đối tượng có hành vi nguy cơ cao. Tỷ lệ bao phủ của hoạt động can thiệp cho phụ nữ mại dâm đường phố và tiếp viên tại các cơ

sở dịch vụ giải trí tăng lên đáng kể. Năm 2007 đã bao phủ được 93% số phụ nữ mại dâm đường phố và 68% số tiếp viên tại các cơ sở dịch vụ giải trí (trên các địa bàn triển khai dự án).

Bảng 3.4. Kết quả hoạt động truyền thông trực tiếp cho các nhóm đối tượng

Nhóm đối tượng	2005	2006	2007	2008
Mại dâm đường phố:				
Số điểm can thiệp (điểm)	1.377	5.804	4.854	4.885
Số người được tiếp cận (người)	5.290	13.812	18.778	21.184
Mại dâm tại nhà hàng:				
Số điểm can thiệp (điểm)	3.762	8.703	10.468	10.939
Số người được tiếp cận (người)	15.884	25.254	50.978	48.462

(Nguồn: Báo cáo hoạt động của 21 tỉnh, thành phố tham gia dự án DFID năm 2006-2008)

Năm 2008, hoạt động của nhóm GDVĐĐ trên nhiều tỉnh đã được đẩy mạnh và có hiệu quả hơn nhiều so với năm trước. Các đồng đảng viên đã tiếp cận được 21.184 PNMD đường phố, tăng 13% so với năm 2007; tiếp cận được 48.462 tiếp viên tại cơ sở dịch vụ giải trí đạt 92% so với chỉ tiêu năm.

Bảng 3.5. Số tài liệu truyền thông đã phát

Tên tài liệu	2004-2005	2006	2007	2008	Tổng
Tờ rơi	882.327	747.120	1.672.106	2.502.075	5.744.128
Sách nhỏ	87.987	65.443	118.096	206.473	473.999
Áp phích	34.900	11.258	85.553	9.898	141.639
Pa nô	1.194	126	66	19	1.405
Băng đĩa	510	2.996	2.091	1.842	7.439
Khác	162	72.166	20.414	15.423	108.165

(Nguồn: Báo cáo hoạt động của 21 tỉnh, thành phố tham gia dự án DFID năm 2006-/2008)

Trong những cuộc tuyên truyền này, đã có hàng triệu tờ rơi, sách nhỏ về nội dung phòng lây nhiễm HIV cho bản thân các đối tượng có hành vi nguy cơ cao và

phòng lây nhiễm từ họ ra cộng đồng, hướng dẫn thực hiện hành vi an toàn trong tiêm chích và trong quan hệ tình dục. Những con số này nói lên nỗ lực chương trình, và những đóng góp lớn của đội ngũ đồng đẳng với công tác truyền thông trực tiếp thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của PNMD.

Như vậy có thể thấy rằng, mô hình GDVĐĐ hiện nay với những lợi thế tiếp cận của mình đã đóng một vai trò không thể thiếu trong hiệu quả chương trình can thiệp giảm tác hại.

Theo kết quả báo cáo “*Đánh giá dự án phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam*” năm 2009, Hà Nội là một trong những tỉnh/thành phố có tỷ lệ quận/huyện triển khai chương trình can thiệp cho nhóm mại dâm cao nhất (chiếm 64,3%).

Có 88% số đối tượng được phỏng vấn trên địa bàn Hà Nội đã nhận được các thông tin về tình dục an toàn trong 6 tháng qua. Nguồn thông tin mà PNMD nhận được với tỷ lệ cao nhất là từ đồng đẳng viên (chiếm 82,7%). Bên cạnh đó, 75% đối tượng được phỏng vấn nhận được thông tin về tiêm chích an toàn trong 6 tháng qua và thông tin đó là từ đồng đẳng viên (chiếm 78,3%).

Theo ý kiến của nhóm PNMD, đồng đẳng viên được coi là một trong những nguồn cung cấp thông tin quan trọng và đầy đủ nhất. Có 79,3% PNMD cho rằng, đồng đẳng viên là nguồn thông tin có hiệu quả cao nhất trong việc làm tăng tỷ lệ sử dụng BCS của họ. Đồng thời họ cũng đánh giá cao vai trò, ý nghĩa của chương trình cấp phát BCS miễn phí hiện nay. Có 88,2% đối tượng mong muốn nhận được từ phía những giáo dục viên đồng đẳng.

Như vậy, có thể thấy rằng, GDVĐĐ là một trong những mô hình có độ bao phủ rộng về đối tượng cũng như địa bàn tiếp cận, đồng thời là mô hình có hiệu quả tiếp cận tốt nhất tới các đối tượng PNMD. Tuy nhiên, qua kết quả khảo sát cho thấy năng lực tiếp cận PNMD của GDVĐĐ vẫn còn hạn chế. Tại một số quận/huyện các GDVĐĐ không tiếp cận được với nhóm PNMD đường phố và cũng có nhiều PNMD nhà hàng cho biết họ chưa bao giờ nghe nói đến GDVĐĐ. Đây cũng là một trong những hạn chế của chương trình can thiệp giảm tác hại với mục tiêu mở rộng địa bàn can thiệp. Để có thể mở rộng độ bao phủ của mô hình đồng đẳng đòi hỏi

phải có sự quan tâm hỗ trợ và xây dựng kế hoạch, sách lược cụ thể của Ban quản lý dự án cũng như chính quyền địa phương. Đồng thời cũng cần có sự tham gia nhiệt tình của các thành viên trong mô hình.

3.3. Tính bền vững của mô hình giáo dục viên đồng đẳng mại dâm

Trong khuôn khổ luận văn của mình tác giả không đi vào phân tích chi phí thực hiện duy trì mô hình đồng đẳng viên. Tuy nhiên, cũng theo *Báo cáo Đánh giá mô hình can thiệp giảm tác hại năm 2009 của Cục phòng, chống HIV/AIDS*, chúng tôi nhận thấy việc xây dựng và đưa vào hoạt động mô hình đồng đẳng viên để phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn Hà Nội là một hướng đi đúng. Nhưng để duy trì bền vững hoạt động của mô hình đồng đẳng lại là một trong những thử thách lớn. Bởi vì, so với các mô hình can thiệp giảm tác hại khác, mô hình đồng đẳng viên được đánh giá là mô hình có chi phí rất cao so với các mô hình can thiệp khác. Có thể thấy mức chi phí phụ cấp cho GDVĐĐ rất lớn, đặc biệt ở những địa bàn hoạt động mại dâm phát triển như bến xe, công viên, v.v... Tuy nhiên đây là mô hình rất khó thay thế ở thời điểm hiện tại đối với hoạt động giảm tác hại cho các nhóm đối tượng có nguy cơ cao trong đó có nhóm PNMD.

Cũng theo kết quả nghiên cứu của đánh giá này, mô hình ít bền vững nhất là mô hình GDVĐĐ do chi phí triển khai cao. Tuy nhiên, so với các tỉnh thành khác, Hà Nội là một trong những tỉnh/thành phố có nhiều chương trình dự án can thiệp giảm tác hại. Vì vậy, khả năng duy trì mô hình GDVĐĐ sẽ lâu hơn do có thể kết hợp nguồn lực đồng đẳng viên từ các chương trình, dự án khác vào hoạt động giảm tác hại. Ngoài ra, các yếu tố góp phần không nhỏ vào khả năng duy trì tính bền vững của mô hình GDVĐĐ là: Sự quyết tâm của lãnh đạo UBND thành phố và các ban ngành đối với hoạt động truyền thông HIV/AIDS bao gồm nguồn kinh phí địa phương hỗ trợ, sự tâm huyết của cán bộ trực tiếp triển khai mô hình, sự sẵn có nguồn cung cấp BCS miễn phí, và các văn bản pháp luật để thực hiện các hoạt động giảm tác hại trên địa bàn.

Những yếu tố này là điều kiện để Hà Nội không những duy trì mà còn mở rộng mức độ bao phủ của mô hình đồng đẳng viên. Do đó, việc duy trì mô hình

đồng đảng viên đối với địa bàn Hà Nội không gặp nhiều khó khăn và nó sẽ ngày càng được nhân rộng.

CƠ HỘI VÀ THÁCH THỨC CỦA MÔ HÌNH GDVĐĐ

Hiện nay, việc thực hiện các mô hình can thiệp giảm tác hại đối với nhóm PNMD phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó bao gồm các đặc điểm kinh tế, chính trị và văn hóa của từng địa phương. Tại Hà Nội, mô hình đồng đảng viên đang được đánh giá là rất có hiệu quả. Bên cạnh những yếu tố thuận lợi thì khi triển khai các hình thức truyền thông khác nhau đến PNMD, các đồng đảng viên cũng vẫn gặp một số khó khăn. Tuy nhiên, họ đã vượt qua những trở ngại đó để khẳng định vai trò và tính đúng đắn khi triển khai hoạt động của mô hình. Trong thời gian tới, việc duy trì và mở rộng mô hình đồng đảng sẽ có nhiều cơ hội nhưng cũng có rất nhiều thách thức đặt ra.

Cơ hội

- ❖ Mô hình cấp phát BCS thông qua đồng đảng viên đã chứng tỏ được khả năng tiếp cận của đối tượng và mức độ bao phủ chấp nhận.

- ❖ Tính chủ động trong mô hình GDVĐĐ rất cao, trên nguyên tắc chương trình chủ động tìm đến đối tượng, chủ động phát BCS, chủ động tuyên truyền giáo dục. Chính thông qua kênh truyền thông này, các đối tượng PNMD dần dần hiểu được nhu cầu và quyền lợi của họ, dẫn đến hành vi tình dục an toàn.

- ❖ Đa số các chính quyền địa phương chấp nhận hoạt động của đồng đảng viên.

- ❖ Mô hình tỏ ra có hiệu quả, thu hút sự quan tâm và đầu tư các nguồn lực hỗ trợ từ các tổ chức trong nước và quốc tế.

- ❖ Trong tương lai, có thể vận dụng Thông tư 147 (có quy định chi 250.000đ/tháng cho một đồng đảng viên từ ngân sách của Chương trình mục tiêu Quốc gia đối với địa bàn không còn hoặc không có dự án) để duy trì một số lượng nhất định đồng đảng viên.

Thách thức

➤ Các chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong đó can thiệp giảm tác hại có xu hướng ngày càng phụ thuộc vào đội ngũ đồng đảng viên. Nhiều dự án gặp khó khăn trong việc tuyển dụng hoặc duy trì mô hình đồng đảng viên đã dẫn tới ảnh hưởng rất lớn tới công tác triển khai các chương trình can thiệp. Nhằm duy trì và triển khai hiệu quả và hợp lý các chương trình phòng, chống HIV, các thách thức sau cần được quan tâm trong quá trình xây dựng và phát triển hệ thống GDVĐĐ:

❖ Chi phí cao: Với chi phí cao (chủ yếu lương tháng cho đồng đảng viên) mô hình đồng đảng viên trở thành một thách thức rất lớn đối với việc triển khai chiến lược phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương.

❖ Hình thành hệ thống phức tạp, bao gồm các khó khăn trong việc tìm và chọn lựa đồng đảng viên, đào tạo kỹ năng về cộng đồng, kỹ năng truyền thông, kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, v.v...

❖ Giám sát và đánh giá các hoạt động của giáo dục viên đồng đảng cũng là khó khăn do đặc điểm đối tượng khó quản lý, năng lực giám sát và quản lý của cán bộ hạn chế, thiếu số lượng cán bộ, v.v...

❖ Giáo dục viên đồng đảng là những người đã hoặc đang hành nghề mại dâm, số lượng luôn thay đổi do di chuyển, chết, công an bắt, v.v.. khi đó, việc đào tạo bổ sung cho đối tượng này cũng rất tốn kém và mất thời gian.

❖ Dù được chính quyền địa phương chấp nhận, chất lượng và hiệu quả công việc của mô hình này vẫn là mối lo ngại của nhiều lãnh đạo địa phương.

➤ Có thể có một số rủi ro, tiêu cực trong triển khai mô hình đồng đảng viên:

❖ Đồng đảng viên không tìm kiếm, tiếp cận tới đối tượng mới trong khu vực, mà chỉ tập trung các đối tượng thường là bạn chơi cũ của mình. Điều này dẫn tới độ bao phủ hạn chế, không mở rộng.

❖ Đồng đảng viên được biết đến như là nguồn BCS, nhưng không phải PNMD nào cũng có thể đến xin, lấy.

❖ Đồng đảng viên có thể lợi dụng uy tín và đặc điểm công việc để thực hiện các hành vi bán dâm.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. KẾT LUẬN

Qua việc phân tích một số hình thức truyền thông của nhóm GDVĐĐ mại dâm, cho thấy việc triển khai hoạt động của mô hình này hiện là một hướng đi đúng của chương trình can thiệp giảm tác hại.

Nhóm đồng đảng viên được tuyển chọn ở độ tuổi còn trẻ (từ 35 - 39 tuổi) và phần lớn có trình độ học vấn phổ thông trung học.

Trên thực tế, do nhiều yếu tố mà thời gian tham gia hoạt động truyền thông của nhóm đồng đảng viên không nhiều. Nhưng đa số các đồng đảng viên đều đã được tham gia vào các lớp tập huấn để hiểu rõ các nhiệm vụ trong hoạt động của mình. Đây là điều kiện giúp cho họ có khả năng tốt hơn trong việc tiếp cận và truyền thông đến nhóm PNMD.

Hầu hết các đồng đảng viên tham gia mô hình với mục đích giúp PNMD thay đổi nhận thức và hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS. Trong đó, họ chú ý nhiều đến: cung cấp kiến thức, các vật dụng, dịch vụ hỗ trợ, v.v... thông qua hoạt động truyền thông trực tiếp hoặc qua các phương tiện truyền thông khác.

Nhằm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của PNMD về HIV/AIDS được tốt nhất, nhóm đồng đảng viên đã và đang triển khai ba loại hình thức truyền thông: truyền thông liên cá nhân, truyền thông thảo luận nhóm và thông qua phương tiện truyền thông đã tạo nên hiệu quả trong hoạt động can thiệp giảm tác hại.

Trong các hình thức truyền thông được GDVĐĐ triển khai, truyền thông liên cá nhân vẫn giữ một vai trò chủ yếu, tạo điều kiện cho những hình thức truyền thông khác tiếp tục được triển khai. Sự phản hồi nhanh chóng giữa người truyền tin (GDVĐĐ) và người nhận tin (PNMD) đã tạo nên hiệu quả trong hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Mặc dù hình thức truyền thông cá nhân còn một số hạn chế nhất định và khó áp dụng trong giai đoạn đầu của quá trình truyền thông, nhưng có thể thấy hình thức truyền thông này có tính tương tác cao, tạo được sự tin tưởng và ảnh hưởng giữa GDVĐĐ với PNMD.

Hình thức truyền thông thảo luận nhóm là điều kiện để các GDVĐĐ có cơ hội tiếp cận với những đối tượng mới. Tuy nhiên, khả năng nắm bắt được những thông tin mang tính nhạy cảm, cá nhân lại bị ảnh hưởng bởi hình thức truyền thông nhóm. Hình thức này còn bị ảnh hưởng bởi “vòng xoáy im lặng” nên sự chia sẻ thông tin cá nhân rất khó nắm bắt chính xác. Mặc dù vậy, hình thức truyền thông này vẫn mang lại hiệu quả khá tốt trong chương trình can thiệp giảm tác hại.

Cùng với hai hình thức truyền thông trên, các đồng đảng viên còn kết hợp với các phương tiện truyền thông như sách lật, tờ rơi, tranh, băng đĩa, v.v... đã mang lại những hiệu quả nhất định cho nhóm PNMD.

Hiện nay phương pháp và hình thức tiếp cận, truyền thông của các đồng đảng viên vẫn còn thiếu sự phong phú. Phần lớn các giáo dục viên đồng đảng thực hiện việc tiếp cận liên cá nhân. Hình thức truyền thông thảo luận nhóm còn ít được tập trung do gặp nhiều khó khăn từ khâu tổ chức, kinh phí và khả năng thu hút đối tượng, v.v...

Để đạt hiệu quả cao trong hoạt động, nhóm GDVĐĐ cùng với sự đam mê muốn tham gia các hoạt động xã hội để giúp đỡ mọi người trong xã hội, trong công việc của mình họ đã vận dụng những ưu thế của bản thân như: sự tương đồng trong thực tế về nhóm tuổi, trình độ nhận thức, hoàn cảnh, thực tế cuộc sống, v.v... với nhóm PNMD. Trở ngại lớn nhất trong hoạt động của họ là khả năng tiếp cận các đối tượng đích. Với số lượng đồng đảng viên được phân bổ trên địa bàn còn rất mỏng, lại luôn có sự thay đổi về nhân lực, v.v... việc đáp ứng nhu cầu về chế độ phụ cấp cho bản thân cũng tạo nên khó khăn nhưng chưa phải là áp lực trong công việc của họ so với những trở ngại họ gặp phải trong quá trình tiếp cận tại cộng đồng: đó là sự kỳ thị của cộng đồng, xã hội và các yếu tố khác, v.v.... Thực tế, quá trình phối hợp giữa các nhóm hoạt động và các ban ngành, các tổ chức xã hội tại địa phương luôn là các điều kiện thuận lợi giúp nhóm GDVĐĐ xây dựng được lòng tin không những từ nhóm PNMD mà cả với cộng đồng, xã hội tạo nên hiệu quả hoạt động của mô hình đồng đảng.

Hoạt động can thiệp giảm tác hại của nhóm GDVĐĐ trên thực tế đã làm thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi về HIV/AIDS, tình dục an toàn. Hiện nay mô hình GDVĐĐ được xem là mô hình phù hợp về phương pháp tiếp cận và cách thức triển khai trong cộng đồng. Mô hình đồng đẳng viên bước đầu được chấp nhận của chính quyền các cấp, ban ngành đoàn thể, sự ủng hộ của người dân trong cộng đồng. Đây chính là yếu tố quan trọng để hiệu quả hoạt động của mô hình mang tính bền vững và có khả năng bao phủ rộng hơn trong tương lai. Tuy nhiên, bên cạnh những cơ hội, những thuận lợi trong hoạt động này còn có nhiều thách thức thực tế. Sự khác biệt về những đặc điểm kinh tế, xã hội, văn hóa mang tính vùng miền là vấn đề lớn, tác động không nhỏ tới việc duy trì và mở rộng độ bao phủ của mô hình. Thử thách này không chỉ của riêng thành phố Hà Nội, mà còn là thử thách chung của nhiều tỉnh, thành phố khác trong cả nước.

2. KHUYẾN NGHỊ

Để ngăn chặn sự lây lan HIV, bên cạnh nỗ lực của cơ quan chuyên trách, hoạt động tuyên truyền của các phương tiện thông tin đại chúng, các ban ngành, đoàn thể, thì sự góp sức của nhóm GDVĐĐ là vô cùng quan trọng và cần thiết.

Cần duy trì, đẩy mạnh hoạt động của nhóm GDVĐĐ và nhân rộng các mô hình GDVĐĐ trong phạm vi cho phép.

Thông qua các hình thức truyền thông, nên phối hợp linh hoạt, mềm dẻo, thích hợp giữa các hình thức truyền thông không chỉ trong nhóm GDVĐĐ mà cả các nhóm khác liên quan (nhóm giáo dục viên sức khỏe) tạo nên tính hiệu quả cao trong hoạt động truyền thông hạn chế nguy cơ lây lan HIV/AIDS ra cộng đồng.

Để đạt được mục tiêu tăng hiệu quả và mở rộng hoạt động của mô hình đồng đẳng viên, trong thời gian tới chúng ta cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các ban ngành, đoàn thể từ cấp trung ương tới các địa phương. Đặc biệt tăng cường sự hoạt động của Ban quản lý các dự án liên quan, đưa ra những biện pháp can thiệp tích cực, chẳng hạn:

❖ Đa dạng hóa các hình thức tuyên truyền khác nhau trong quá trình truyền thông và kết hợp với các mô hình khác trong hoạt động thông tin - giáo dục - truyền thông nhằm thay đổi nhận thức và hành vi của PNMD.

❖ Điều phối hợp lý địa bàn cũng như các chương trình hoạt động của những dự án khác nhau. Có sự điều chỉnh và thống nhất lương giữa các dự án. Điều đó nhằm tránh sự phân tán và thay đổi của các đồng đảng khi tham gia công tác.

❖ Tăng cường sự phối hợp, hỗ trợ giữa các dự án, tạo mạng lưới cho hoạt động can thiệp giảm tác hại nói chung và hoạt động của mô hình đồng đảng nói riêng.

❖ Tổ chức thêm các lớp tập huấn cho nhóm đồng đảng nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và tuyên truyền.

❖ Tăng cường hơn nữa sự đồng thuận của các ngành các cấp và cộng đồng nhằm tạo điều kiện tốt cho hoạt động tuyên truyền của đồng đảng viên.

❖ Hoạt động của mô hình này hiện nay đang dựa trên nguồn lực của các dự án trong và ngoài nước. Do đó, cần có những chiến lược lâu dài cho việc duy trì và nâng cao hiệu quả hoạt động của mô hình đồng đảng viên.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Báo cáo quốc gia lần thứ ba về việc thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS. Giai đoạn báo cáo: 1/2006 – 12/2007.
2. Báo cáo của Sở Y tế/Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS thành phố Hà Nội về “Chương trình Tư vấn xét nghiệm tự nguyện tại thành phố Hà Nội”, tháng 5/2007.
3. Báo tiến độ các PPMU năm 2006, 2007, 2008 của dự án Phòng, chống lây nhiễm HIV ở Việt Nam.
4. Ban tuyên giáo Trung ương (2008), *Thông tin - giáo dục - truyền thông thay đổi hành vi trong phòng, chống HIV/AIDS*, Nxb Khoa học xã hội.
5. Bộ Y tế (2005), *Ước tính và dự báo nhiễm HIV ở Việt Nam 2005 -2010/3*.
6. Bộ Y tế (2005-2006), *Kết quả Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam*.
7. Bộ Y tế (2008), *Báo cáo công tác giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV*.
8. Bộ Y tế, Cục phòng, chống HIV/AIDS (2009), *Ước tính và Dự báo HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2007- 2012*.
9. Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.
10. Chương trình hành động Quốc gia Can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV giai đoạn 2007 - 2010.
11. Phạm Tất Dong, Lê Ngọc Hùng, *Xã hội học đại cương* - Nxb ĐHQG HN.
12. Elmer, Laurel (2/2001), *Những số liệu về can thiệp HIV/AIDS cho gái mại dâm ở Việt Nam: tổng quan các phát hiện trong các những gần đây*, Báo cáo của VPTTPC AIDS.
13. Bùi Thị Thanh Hà, *Mại dâm ở Việt Nam, khía cạnh luật pháp*. Hội thảo ở Hồng Kông 27-30/6/2001. Xây dựng mạng lưới dịch vụ về di dân của gái mại dâm ở Đông và Đông Nam Á.

-
-
14. Học viện chính trị quốc gia Hồ Chí Minh (2005), *tình hình nhiễm HIV/AIDS, chiến lược và nhiệm vụ phòng chống AIDS*, Nxb lý luận chính trị, Hà Nội.
 15. Hội điều dưỡng Việt Nam – Ủy ban Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS (1996), *nhiễm HIV/AIDS hướng dẫn cách chăm sóc*, Nxb Y học.
 16. Trần Thị Hữu, *Tìm hiểu thực hành sử dụng BCS trong phòng chống HIV/AIDS của gái mại dâm ở thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn tốt nghiệp khoa Sinh học – ĐHQG HN.
 17. *Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)* Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, kỳ họp thứ 9 thông qua ngày 29 tháng 6 năm 2006.
 18. Nguyễn Huy Nga, “Đánh giá hành vi tình dục và kiến thức phòng tránh lây truyền HIV của người lao động tại một số công ty xuất khẩu lao động ở Việt Nam”, Cục PC HIV/AIDS Việt Nam - Bộ Y tế.
 19. Ngân hàng thế giới (1999), *Đương đầu với AIDS, những ưu tiên của Chính phủ trong một bệnh dịch toàn cầu*, Nxb Lao động.
 20. Quyết định số 36/2004/QĐ - TTg ngày 17/3/2004 về phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.
 21. Phạm Song (2006), *HIV/AIDS tổng hợp, cập nhật và hiện đại*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 22. Hà Huy Thành (2000), *Những tác động tiêu cực của cơ chế kinh tế thị trường ở Việt Nam*, Nxb Khoa học xã hội.
 23. Nguyễn Thị Thanh Thủy, Võ Tuyết Nhung, Nguyễn Văn Thục, Trương Xuân Liên, Hạ Bá Khiêm (1998), *Nhiễm HIV và các yếu tố nguy cơ đối với gái mại dâm ở các tỉnh phía Nam Việt Nam, AIDS*.
 24. Nguyễn Duy Tùng, Lê Hà, Nguyễn Trường Sơn (11/2000), *Tổng quan các thông tin và dữ liệu về đối tượng gái mại dâm và nguy cơ lây nhiễm HIV ở Việt Nam*, Báo cáo nghiên cứu tiền khả thi, hợp tác kỹ thuật Việt Đức.
 25. Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo HIV/AIDS - Trường đại học Y khoa Hà Nội (2003), *Những thông tin cơ bản và cập nhật về HIV/AIDS*.

-
-
26. Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe Viện Xã hội học Việt Nam, *Đánh giá kết thúc dự án phòng lây nhiễm HIV tại Việt Nam*, 5/2009.
 27. Ủy ban phòng, chống AIDS TP. Hồ Chí Minh (2001), *Cẩm nang tập huấn “Giáo dục viên đồng đẳng”*.
 28. Ủy ban quốc gia phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*, NXB Y học, HN, 2004.
 29. Trịnh Hữu Vách, Trung tâm nghiên cứu Dân số và Sức khỏe Nông thôn thuộc Trường Đại học Y Thái Bình: *Báo cáo đánh giá tiếp thị xã hội BCS*, 4/2009.
 30. Viện xã hội học , Ủy ban Quốc gia phòng chống HIV/AIDS (1997), Nghiên cứu về PNMD ở phía Bắc: Một số khía cạnh xã hội và hành vi liên quan đến HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Tiếng Anh:

31. Catherine Cook and Natalya Kanaef *The Global State of Harm Reduction 2008 Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*, 2008 International Harm Reduction Association.
32. Dr Marc Paquette, MdM-Canda, Dr Tran Tri Danh, MdM-france: Harm Reduction, Overview and Introduction.
33. Habib, “Reducing HIV-Related Risk Behaviour Among Injecting Drug Users: The Harm Reduction Model in Bangladesh”, *Indian Journal of Community Medicine*, Vol(XXIX), No.4, October-December 2004.
34. The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction Network: *Manual for reducing drug related harm in Asia*, 2003.
35. UNAIDS/99.46E, Peer education and HIV/AIDS: *Concepts, uses and challenges* (English original, December 1999).
36. UNAIDS (2000), Peer Education and HIV/AIDS: *Concepts, uses and challenges* (Best Practice- Key Material).
37. World Health Organization: *Guide to starting and managing needle and syringe programs*, 2007.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phiếu thu thập thông tin

Mã phiếu.....

PHIẾU PHÒNG VẤN ĐỒNG ĐẲNG VIÊN PNMD

Tỉnh/Thành phố..... Quận/Huyện.....

Ngày phỏng vấn / / 2009

Người phỏng vấn:

Người trả lời phỏng vấn:Giám sát viên:

I. THÔNG TIN CHUNG

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyên
C1.	Chị bao nhiêu tuổi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C2.	Trình độ học vấn của chị là gì?	Mù chữ 1 Tiểu học 2 Trung học cơ sở 3 Phổ thông trung học 4 THCN, CĐ, ĐH 5	
C3.	Thời gian tham gia mạng lưới ĐĐV?	< 1 năm 1 1 - <2 năm 2 2 - <3 năm 3 ≥ 3 năm 4	
C4.	Tại sao chị lại tham gia mạng lưới ĐĐV?	Muốn được giúp đỡ người khác 1 Được trả lương 2 Được tham gia các hoạt động xã hội 3 Được vận động 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không trả lời 6	
C5.	Tại địa bàn quận/huyện này, có bao nhiêu người là ĐĐV PNMD như chị?	Số người <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không biết/không nhớ ghi 99	
C6.	Tại địa bàn quận/huyện này, ước tính có bao nhiêu PNMD đang hoạt động?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không biết ghi 9999	
C7.	Theo chị, mạng lưới ĐĐV hiện nay có tiếp cận được hết số PNMD trên địa bàn quận/huyện không?	Tiếp cận được hết 1 Không tiếp cận được hết 2 (ước lượng tỷ lệ PNMD không tiếp cận được.....%)	
C8.	Hiện nay, số lượng PNMD mà chị quản lý là bao nhiêu người?	Số người: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C9.	Chị thấy số lượng PNMD mà chị quản lý như vậy có phù hợp không?	Phù hợp 1 Nhiều 2 Ít 3	
C10.	Chị được cấp phương tiện/trang bị/dụng cụ gì để thực hiện nhiệm vụ của ĐĐV?	Thẻ ĐĐV 1 Mũ 2 Sổ ghi chép 3 Đèn pin 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không được cấp gì 6	

II. TẬP HUẤN/ĐÀO TẠO

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyên
C11.	Kể từ khi tham gia dự án, chị đã được tham dự bao nhiêu lần tập huấn dành cho ĐĐV?	Số lần: <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Không được tập huấn 2 Không nhớ 3	→C20 →C20
C12.	Theo chị, số lần tập huấn như vậy đã đủ đáp ứng yêu cầu chưa?	Đáp ứng đủ 1 Không đủ 2	
C13.	Chị đã được tập huấn về những nội dung gì? <i>(ĐTV hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Kỹ năng truyền thông, tư vấn 1 Kỹ năng quảng bá tiếp thị BCS 2 Kỹ năng tiếp cận PNMD 3 Kỹ năng quản lý PNMD 4 Kỹ năng thống kê/báo cáo 5 Tình dục an toàn 6 Tiêm chích ma túy an toàn 7 Khác (ghi rõ)..... 8 Không nhớ 9	
C14.	Theo chị, những nội dung được tập huấn đã đủ đáp ứng yêu cầu công việc chưa?	Đáp ứng đủ 1 Không đủ 2	→C16
C15.	Nếu chưa đủ đáp ứng, cần bổ sung những nội dung gì?	
C16.	Chị có được cấp các tài liệu tập huấn không?	Có 1 Không 2	→C18
C17.	Nếu có, chị nhận xét như thế nào về hình thức và nội dung của các tài liệu tập huấn đó?	Hình thức hấp dẫn 1 Hình thức không hấp dẫn 2 Nội dung đầy đủ 3 Nội dung không đầy đủ 4 Nội dung dễ hiểu 5 Nội dung khó hiểu 6 Khác (ghi rõ).....7	
C18.	Chị đã nhận được các tài liệu truyền thông nào?	Sổ tay truyền thông 1 Sách lật 2 Tờ rơi 3 Khác (ghi rõ) 4 Không nhận được tài liệu truyền thông 5	→C20
C19.	Nếu có, chị nhận xét như thế nào về hình thức và nội dung của các tài liệu truyền thông đó?	Hình thức hấp dẫn 1 Hình thức không hấp dẫn 2 Nội dung đầy đủ 3 Nội dung không đầy đủ 4 Nội dung dễ hiểu 5 Nội dung khó hiểu 6 Khác (ghi rõ).....7	

III. HOẠT ĐỘNG

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyên
C20.	Nhiệm vụ ĐĐV của chị là gì? <i>(ĐTV hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Truyền thông, tư vấn cho PNMD 1 Phát tài liệu truyền thông cho PNMD 2 Cấp phát miễn phí BCS 3 Bán BCS có trợ giá 4 Bán BCS theo giá thị trường 5 Họp nhóm PNMD 6 Đưa PNMD đi xét nghiệm máu 7 Họp giao ban với cán bộ dự án 8 Báo cáo hoạt động cho dự án 9 Cấp phát/trao đổi BKT 10 Thu gom/xử lý BKT đã sử dụng 11 Khác (ghi rõ) 12	
C21.	Thời gian chị dành cho hoạt động ĐĐV như thế nào? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	Hàng ngày 1 2-3 ngày/ tuần 2 4-6 ngày/ tuần 3 Hàng tuần 4 Trên 1 tuần/lần 5 Khác (ghi rõ).....6	
C22.	Chị nhận BCS từ nguồn nào?	Dự án DFID/DKT 1 Khác (ghi rõ)..... 2	
C23.	Trung bình trong 1 tháng, chị phát/bán được bao nhiêu BCS?	Cấp/phát miễn phí: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> chiếc Bán có trợ giá: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> chiếc Bán giá thị trường: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> chiếc Không nhớ ghi 9999 vào từng mục Không cấp/bán ghi 0000 vào từng mục	
C24.	Đối tượng phân phối BCS của chị là những ai?	PNMD 1 Khách làng chơi 2 Nhà nghỉ/khách sạn, massage, gội đầu,... 3 Khác (ghi rõ)..... 4	
C25.	Theo nhận xét của chị, loại BCS nào đang được PNMD và khách hàng của họ sử dụng nhiều nhất hiện nay? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	BCS OK 1 Number one 2 Durex 3 Vina 4 Con chim sáo 5 Super Trust 6 VIP 7 Khác (ghi rõ)..... 8	
C26.	Lý do mà loại BCS đó được sử dụng nhiều nhất là gì?	Giá rẻ 1 Luôn sẵn có 2 Chất lượng tốt 3 Khác (ghi rõ)..... 4	
C27.	Theo chị, chất lượng của BCS OK như thế nào?	Tốt 1 Bình thường 2 Kém 3 Không ý kiến 4	

C28.	Theo nhận xét của chị, giá bán BCS OK như thế nào?	Nhận xét mức giá	Giá nhập		Giá bán lẻ		
			Khi còn DA	Hiện nay	Khi còn DA	Hiện nay	
		Đắt	1	1	1	1	
		Phù hợp	2	2	2	2	
		Rẻ	3	3	3	3	
C29.	Chị cho biết, chị nhận BKT từ nguồn nào?		Dự án DFID 1 Khác (ghi rõ)..... 2 Không phân phát, trao đổi BKT 3				→C32
C30.	Trung bình trong 1 tháng, chị cấp phát/trao đổi được bao nhiêu BKT của dự án DFID?		Trao đổi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> chiếc Cấp phát: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> chiếc Không nhớ ghi 9999 vào từng mục				
C31.	Theo chị, số lượng BKT được cung cấp đáp ứng được bao nhiêu % nhu cầu thực tế ?		Tỷ lệ <input type="text"/> <input type="text"/> %				
C32.	Chị thực hiện truyền thông cho chị em như thế nào?		Truyền thông cá nhân 1 Truyền thông theo nhóm 2 Phát tài liệu truyền thông 3 Khác (ghi rõ)..... 4				
C33.	Số lượt truyền thông chị đã thực hiện trung bình trong 1 tháng?		Số lượt TT cá nhân: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số lượt TT theo nhóm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số tờ rơi được phát: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Không nhớ ghi 9999 vào từng mục				
C34.	Theo chị, số lượng tài liệu truyền thông có đủ đáp ứng nhu cầu thực tế không?		Đáp ứng đủ 1 Không đủ 2 Không biết 3				
C35.	Chị có đồng ý với ý kiến cho rằng, đa số các thành viên trong mạng lưới ĐĐV nhiệt tình hoạt động cho dự án không?		Đồng ý 1 Không đồng ý 2 Không ý kiến/Không biết 3				
C36.	Chị có đồng ý với ý kiến cho rằng, đa số các thành viên trong mạng lưới ĐĐV luôn thay đổi không?		Đồng ý 1 Không đồng ý 2 Không ý kiến/Không biết 3				
C37.	Chị có đồng ý với ý kiến cho rằng, hoạt động của mạng lưới ĐĐV là rất hữu ích cho dự án phòng lây nhiễm HIV/AIDS không?		Đồng ý 1 Không đồng ý 2 Không ý kiến/Không biết 3				
C38.	Những khó khăn khi thực hiện các hoạt động của ĐĐV là gì?		Kỳ thị xã hội 1 Mất nhiều thời gian 2 Khó tiếp cận đối tượng 3 Phụ cấp thấp 4 Các trở ngại xã hội (công an,) 5 Khác (ghi rõ)..... 6				
C39.	Sau khi dự án này kết thúc, chị có muốn tiếp tục làm ĐĐV nữa không?		Có 1 Không 2 Không ý kiến/Không biết 3				→KTPV →KTPV
C40.	Nếu không có phụ cấp, chị có tình nguyện tiếp tục làm ĐĐV nữa không?		Có 1 Không 2 Không ý kiến/Không biết 3				

XIN CẢM ƠN CHỊ!

Mã phiếu.....

PHIẾU PHÒNG VẤN CHỊ EM

Tỉnh/Thành phố..... Quận/Huyện.....

Thời gian phỏng vấn: //2009

Điều tra viên:..... Giám sát viên:.....

Tôi là, cán bộ Dự án Phòng lây nhiễm HIV. Với mục đích tìm hiểu kiến thức về HIV/AIDS của người dân góp phần giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng, xin Chị vui lòng cung cấp một số thông tin sau đây.

Tên của Chị sẽ không ghi lại trong bộ câu hỏi này. Những điều mà Chị cung cấp sẽ giúp cho chúng tôi có được những thông tin cần thiết để từng bước thay đổi kiến thức, hành vi của người dân về HIV/AIDS.

Cuộc trao đổi này chỉ mất khoảng 30 phút. Cảm ơn sự hợp tác của Chị!

I. KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI SỬ DỤNG BAO CAO SU

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyển
C1.	Theo chị, BCS có những tác dụng gì?	Tránh thai 1 Tránh các bệnh LTQĐTD/HIV 2 Khác (ghi rõ)..... 3 Không biết 4	
C2.	Theo chị, khi có QHTD với những đối tượng nào thì nên sử dụng BCS?	Chồng/người yêu 1 Bạn tình bất chợt 2 Người mua dâm 3 Khác (ghi rõ)..... 4 Không biết 5	
C3.	Theo chị, nên dùng BCS trong những kiểu QHTD nào dưới đây? (ĐTV đọc các lựa chọn ở bên)	Đường miệng 1 Đường hậu môn 2 Đường âm đạo 3 Không biết 4	
C4.	Theo chị, phải sử dụng BCS vào thời điểm nào khi QHTD để phòng tránh các BLTQĐTD/HIV?	Dùng ngay từ đầu 1 Trước khi xuất tinh 2 Khác (ghi rõ)..... 3 Không biết 4	
C5.	Chị đã bao giờ sử dụng BCS khi QHTD chưa?	Có 1 Không 2	→C30
C6.	Nếu có, chị hay sử dụng BCS nhãn hiệu nào nhất? (Chỉ chọn 1 đáp án)	BCS OK 1 Number one 2 Durex 3 Vina 4 Con chim sáo 5 Super Trust 6 VIP 7 Khác (ghi rõ).....8	
C7.	Vì sao chị hay sử dụng loại BCS đó?	Giá rẻ 1 Luôn sẵn có 2 Chất lượng tốt 3 Khác (ghi rõ).....4	

C8.	Chị có biết nơi nào có thể mua được BCS không? <i>(Hỏi thêm còn nơi nào nữa không?)</i>	Hiệu thuốc 1 Cửa hàng tạp phẩm 2 Cơ sở y tế 3 Nhà nghỉ/khách sạn 4 Quán bar, nhà hàng,... 5 Đông đồng viên 6 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 9 Khác (ghi rõ)..... 10 Không biết 11	
C9.	Chị thường mua BCS ở đâu? <i>(Hỏi thêm còn nơi nào nữa không?)</i>	Hiệu thuốc 1 Cửa hàng tạp phẩm 2 Cơ sở y tế 3 Nhà nghỉ/khách sạn 4 Quán bar, nhà hàng,... 5 Đông đồng viên 6 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 9 Khác (ghi rõ)..... 10 Không biết 11	
C10.	Nếu được chọn, chị thích mua BCS ở đâu nhất? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	Hiệu thuốc 1 Cửa hàng tạp phẩm 2 Cơ sở y tế 3 Nhà nghỉ/khách sạn 4 Quán bar, nhà hàng,... 5 Đông đồng viên 6 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 9 Khác (ghi rõ)..... 10 Không biết 11	
C11.	Khi cần mua BCS, chị thường mất bao nhiêu phút?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> phút Không trả lời ghi 999	
C12.	Khi mua BCS, chị có được tư vấn, giới thiệu loại BCS OK không?	Có, thường xuyên 1 Có, thỉnh thoảng 2 Không 3	
C13.	Chị đã sử dụng BCS OK bao giờ chưa? <i>(Nếu C6 chọn đáp án 1 thì khoanh luôn vào đáp án 1 ở C13)</i>	Đã từng sử dụng 1 Chưa bao giờ sử dụng 2	→C18
C14.	Theo chị, mức giá của BCS OK trong năm 2008 như thế nào?	Đắt 1 Vừa 2 Rẻ 3 Không ý kiến/không biết 4	
C15.	Theo chị, mức giá một BCS OK như thế nào là phù hợp?đồng	
C16.	Chị có hài lòng với chất lượng của BCS OK không?	Hài lòng 1 Bình thường 2 Không hài lòng 3 Không ý kiến/Không biết 4	→C18 →C18 →C18
C17.	Nếu không hài lòng thì vì sao? <i>(Hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Dày 1 Nhanh khô 2 Giòn, dễ rách 3 Mùi khó chịu 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không ý kiến/không biết 6	

C18.	Việc trưng bày BCS ở nơi chị thường mua như thế nào? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	Có trưng bày, đẹp, dễ nhìn 1 Có trưng bày nhưng bình thường 2 Có trưng bày nhưng khó nhìn 3 Không trưng bày, hỏi thì bán/cấp 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không biết/không trả lời 6	
C19.	Chị nhận được thông tin về BCS từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Đồng đẳng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mi, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13 Không nhận được 14	
C20.	Trong lần QHTD gần đây nhất với khách hàng, chị có sử dụng BCS không?	Có 1 Không 2 Không nhớ/không trả lời 3	
C21.	Trong 1 tháng qua , chị có luôn luôn sử dụng BCS với khách hàng không?	Luôn luôn 1 Thỉnh thoảng 2 Không sử dụng BCS 3 Không trả lời 4	
C22.	Trong 6 tháng qua , chị có luôn luôn sử dụng BCS với khách hàng không?	Luôn luôn 1 Thỉnh thoảng 2 Không sử dụng BCS 3 Không trả lời 4	
C23.	Trong 12 tháng qua , chị có luôn luôn sử dụng BCS với khách hàng không?	Luôn luôn 1 Thỉnh thoảng 2 Không sử dụng BCS 3 Không trả lời 4	→C25
C24.	Nếu không luôn luôn sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng thì vì sao? <i>(Câu này chỉ hỏi nếu ít nhất 1 trong 4 câu trên không trả lời luôn luôn)</i>	Khách hàng không muốn 1 Sợ ảnh hưởng đến sức khỏe 2 Không cần thiết 3 Bất tiện 4 Giảm khoái cảm 5 BCS không sẵn có 6 Khác (ghi rõ)..... 7 Không trả lời 8	→C28 →C28 →C28 →C28 →C28 →C28
C25.	Khi khách hàng không muốn, chị có cố gắng thuyết phục họ sử dụng BCS không?	Có, luôn luôn 1 Có, thỉnh thoảng 2 Không 3 Không trả lời 4	→C28 →C28
C26.	Thường thì chị có thành công trong việc thuyết phục khách hàng sử dụng BCS không?	Có, luôn luôn 1 Có, thỉnh thoảng 2 Không 3 Không trả lời 4	→C28
C27.	Nếu không thuyết phục được khách hàng sử dụng BCS, chị có kiên quyết từ chối QHTD với họ không?	Có, luôn luôn 1 Có, thỉnh thoảng 2 Không 3 Không trả lời 4	

C28.	Thông thường khi QHTD với khách hàng, ai là người chủ động đề xuất sử dụng BCS?	Chính bản thân 1 Khách hàng 2 Cả hai 3	
C29.	Chị hãy mô tả cách sử dụng BCS khi QHTD? <i>(Hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Đẩy bao về phía dưới rồi mới xé 1 Núm bao ở trên, vòng bao ở phía ngoài 2 Bóp xẹp đầu bao 3 Trùm đến sát gốc dương vật 4 Giữ đáy bao, rút ra khi đang còn cương 5 Không biết/không trả lời 6	
C30.	Chị thường tiếp khách ở đâu? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	Các khu giải trí (quán bar, karaoke...) 1 Quán massage, chăm sóc sắc đẹp 2 Nhà chủ chữa 3 Nhà nghỉ/khách sạn 4 Trên đường phố/công viên 5 Khác (ghi rõ)..... 6 Không trả lời 7	
C31.	Tại nơi chị tiếp khách, có sẵn BCS không?	Có 1 Không 2 Không biết 3	→C33 →C33
C32.	Tại nơi chị tiếp khách, loại BCS nào luôn sẵn có nhiều nhất?	BCS OK 1 BCS khác 2 Không biết 3	

II. BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyển
C33.	Chị có thể kể các triệu chứng thường gặp của BLTQĐTD không? <i>(Hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Đau bụng dưới 1 Chảy mủ/huyết trắng/khí hư 2 Đi tiểu buốt 3 Đau rát bộ phận sinh dục 4 Loét sùi bộ phận sinh dục 5 Ngứa bộ phận sinh dục 6 Khác (Ghi rõ)..... 7 Không biết/Không trả lời 8	
C34.	Trong 12 tháng qua, chị có triệu chứng gì bất thường ở bộ phận sinh dục (chảy mủ/khí hư/huyết trắng) không?	Có 1 Không 2 Không biết/Không trả lời 3	→C38 →C38
C35.	Nếu có, trong khi có triệu chứng bất thường nêu trên lần gần đây nhất, chị có làm gì để phòng bệnh cho người khác khi QHTD không?	Dùng QHTD 1 Sử dụng BCS khi QHTD 2 Không sử dụng BCS khi QHTD 3 Khác (Ghi rõ)..... 4	
C36.	Nếu có triệu chứng bất thường ở bộ phận sinh dục, trong lần gần đây nhất chị khám bệnh và điều trị ở đâu?	Phòng khám BLTQĐTD miễn phí 1 Cơ sở y tế khác 2 Mua thuốc/tự chữa 3 Thầy lang 4 Không làm gì cả 5 Khác (Ghi rõ)..... 6	→C38
C37.	Vì sao chị không đến phòng khám BLTQĐTD miễn phí?	Không cần thiết 1 Không có tiền 2 Mất thời gian 3 Xa nhà/xa nơi làm việc 4 Sợ mọi người biết 5 Sợ phát hiện ra bệnh 6 Không biết địa chỉ khám bệnh 7 Chất lượng dịch vụ kém 8 Khác (ghi rõ)..... 9	

C38.	Theo chị, có dễ tiếp cận với các cơ sở dịch vụ khám chữa BLTQĐTD miễn phí không?	Dễ tiếp cận 1 Khó tiếp cận 2 Không ý kiến/không biết 3	→C40 →C40
C39.	Lý do chị cảm thấy khó tiếp cận là gì?	Giá dịch vụ đắt 1 Thái độ CBYT không thân thiện 2 Cơ sở dịch vụ ở xa 3 Chất lượng dịch vụ kém 4 Khác (ghi rõ)..... 5	

III. KIẾN THỨC VỀ DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV VÀ TIỀN SỬ XÉT NGHIỆM

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyển	
C40.	Chị đã nghe nói về HIV/AIDS bao giờ chưa?	Có 1 Không 2	→C54	
C41.	Theo chị, làm thế nào để biết một người nhiễm HIV?	Dựa vào hình dáng bên ngoài 1 Dựa vào kết quả xét nghiệm 2 Dựa vào lối sống 3 Khác (ghi rõ)..... 4 Không biết 5		
C42.	Xin chị cho biết các con đường lây nhiễm HIV?	Qua đường máu 1 Qua đường tình dục 2 Từ mẹ sang con 3 Khác (Ghi rõ)..... 4 Không biết 5		
C43.	Xin chị cho biết ý kiến đúng/sai với các chủ đề sau đây (ĐTV đọc lần lượt từng chủ đề):			
	Ý kiến	Câu trả lời		
		Đúng	Sai	Không biết
	a. Quan hệ tình dục chung thủy chỉ với 1 bạn tình làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV	1	2	3
	b. Một người có thể nhiễm HIV nếu họ sử dụng nhà vệ sinh công cộng	1	2	3
	c. Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường âm đạo phòng lây nhiễm HIV	1	2	3
	d. Muối hoặc cồn trùng đốt có thể truyền HIV	1	2	3
	e. Dùng chung BKT khi tiêm chích làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV	1	2	3
	f. Rửa sạch BKT giữa các lần tiêm chích làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV	1	2	3
	g. Có thể tránh lây nhiễm HIV bằng cách không QHTD	1	2	3
C44.	Chị tự đánh giá như thế nào về nguy cơ nhiễm HIV của bản thân?	Nguy cơ cao 1 Không có nguy cơ 2 Không biết/không trả lời 3	→C46 →C47	
C45.	Tại sao chị cho rằng chị có nguy cơ cao nhiễm HIV?	Tôi có nhiều bạn tình 1 Tôi không dùng BCS thường xuyên 2 Tôi tiêm chích ma túy 3 Tôi nhận máu truyền 4 Khác (Ghi rõ)..... 5 Không biết/Không trả lời 6	Trả lời xong C45 chuyển đến C47	
C46.	Tại sao chị cho rằng chị không có nguy cơ nhiễm HIV?	Tôi luôn dùng BCS đúng cách 1 Tôi không tiêm chích ma túy 2 Tôi tin bạn tình không bị bệnh 3 Tôi không QHTD đường hậu môn 4 Tôi không nhận máu truyền 5 Khác (Ghi rõ)..... 6 Không biết/Không trả lời 7		
C47.	Chị có biết cơ sở nào xét nghiệm HIV hay không?	Có 1 Không 2	→C50	

C48.	Đó là những cơ sở nào? <i>(Hỏi thêm còn nơi nào nữa không?)</i>	TTPC HIV/AIDS 1 TTYTDP/TTYT 2 Cơ sở y tế tư nhân 3 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 4 Bệnh viện TU/tỉnh/huyện 5 Trung tâm 05/06 6 Khác (Ghi rõ)..... 7 Không biết 8	→C50
C49.	Chị biết đến những cơ sở xét nghiệm đó từ đâu? <i>(Hỏi thêm còn gì nữa không?)</i>	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mi, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh QC, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13	
C50.	Chị đã bao giờ làm xét nghiệm HIV chưa?	Đã từng làm xét nghiệm 1 Chưa bao giờ làm xét nghiệm 2 Không biết/không nhớ 3	→C54 →C54
C51.	Nếu có, lần gần đây nhất chị làm xét nghiệm HIV vào năm nào?	Năm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Không nhớ/không trả lời ghi 9999	
C52.	Lần đó, chị đã làm xét nghiệm HIV ở đâu? <i>(Chỉ chọn 1 đáp án)</i>	TTPC HIV/AIDS 1 TTYTDP/TTYT 2 Cơ sở y tế tư nhân 3 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 4 Bệnh viện TU/tỉnh/huyện 5 Trung tâm 05/06 6 Khác (Ghi rõ)..... 7 Không biết 8	
C53.	Lần đó chị có biết kết quả xét nghiệm không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	

IV. HÀNH VI SỬ DỤNG MA TÚY

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyển
C54.	Chị đã từng sử dụng ma túy bao giờ chưa?	Có 1 Không 2	→C70
C55.	Nếu có, chị bắt đầu tiêm chích ma túy từ khi nào?	Năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Không nhớ ghi 9999 Chưa bao giờ tiêm chích ghi 0000	→C70
C56.	Hiện nay chị còn tiêm chích ma túy không?	Có 1 Không 2	→C70
C57.	Chị đã từng dùng chung BKT với người khác chưa? <i>(Dùng chung BKT tức là sử dụng lại BKT vừa dùng xong của người khác hay đưa cho người khác sử dụng lại BKT mà bạn vừa dùng xong)</i>	Đã từng dùng chung BKT 1 Chưa bao giờ dùng chung BKT 2 Không trả lời 3	→C64 →C64
C58.	Trong lần tiêm chích gần đây nhất , chị có sử dụng chung BKT với người khác không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	

C59.	Trong 1 tháng qua , chị có sử dụng chung BKT với người khác không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	→C61
C60.	Trong 6 tháng qua , chị có sử dụng chung BKT với người khác không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	→C64 →C64
C61.	Nếu đã từng sử dụng chung BKT trong thời gian 6 tháng qua thì chị cho biết lý do của lần sử dụng chung BKT gần đây nhất?	BKT quá đắt/không đủ tiền mua 1 Không cần thiết dùng riêng BKT 2 Thích dùng chung cùng bạn 3 BKT không sẵn có 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không trả lời 6	
C62.	Nếu đã từng sử dụng chung BKT trong 6 tháng qua, thì lần gần đây nhất, BKT có được làm sạch trước khi sử dụng lại không?	Có 1 Không 2 Không trả lời/Không biết 3	→C64 →C64
C63.	Nếu có, BKT đã được làm sạch như thế nào? (ĐTV đọc các lựa chọn, khoanh vào 1 đáp án phù hợp)	Súc nước lạnh 1 Súc nước sôi 2 Súc nước sát khuẩn 3 Súc cồn 4 Khác (ghi rõ)..... 5 Không biết 6	
C64.	Trong lần tiêm chích gần đây nhất , chị có dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc với những người khác không? <i>(Dùng chung thuốc nghĩa là lấy thuốc từ cùng 1 lọ chừa)</i>	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	
C65.	Trong 1 tháng qua , khi tiêm chích ma túy, chị có dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc với những người khác không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	
C66.	Trong 6 tháng qua , khi tiêm chích ma túy, chị có dùng chung thuốc hoặc dụng cụ pha thuốc với những người khác không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 3	
C67.	Chị có dễ dàng có được BKT sạch khi cần không?	Có, luôn luôn 1 Có, thỉnh thoảng 2 Không 3 Không trả lời 4	
C68.	Chị thích sử dụng loại BKT nào nhất? (Chỉ chọn 1 đáp án)	Loại 1 ml 1 Loại 3 ml 2 Loại 5 ml 3 Khác (ghi rõ)..... 4	
C69.	Chị thích nhận BKT qua nguồn nào nhất? (Chỉ chọn 1 đáp án)	Cơ sở y tế 1 Đồng đẳng viên 2 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 3 Hộp BKT tại các điểm nóng ma túy 4 Cán bộ y tế 5 Nơi bán ma túy 6 Bạn cùng tiêm chích 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm GDSK 9 Khác (ghi rõ)..... 10	

V. TIẾP CẬN VỚI CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyên
C70.	Trong 6 tháng vừa qua, chị có nhận được các thông tin về tình dục an toàn không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→C72 →C72
C71.	Nếu có, chị nhận được thông tin đó từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tình nguyện viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mì, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13	
C72.	Trong 6 tháng vừa qua, chị có nhận được các thông tin về tiêm chích ma túy an toàn không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→C74 →C74
C73.	Nếu có, chị nhận được thông tin đó từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mì, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13	
C74.	Chị có biết nơi nào đã từng cấp BCS miễn phí không?	Có 1 Không 2	→C76
C75.	Nếu có, chị nhận được các thông tin đó từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Cơ sở y tế 1 Đồng đảng viên 2 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 3 Cán bộ y tế 4 Má mì, quản lý 5 Bạn cùng hành nghề 6 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 7 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 8 Chồng/người yêu 9 Khách hàng 10 Bạn/người thân/gia đình 11 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 12 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 13 Khác (ghi rõ)..... 14	

C76.	Chị có biết nơi nào đã từng bán BCS trợ giá không?	Có 1 Không 2	→C78
C77.	Nếu có, chị nhận được các thông tin đó từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mi, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13	
C78.	Theo chị, những nguồn thông tin nào có hiệu quả cao trong hoạt động truyền thông tăng tỷ lệ sử dụng BCS?	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Má mi, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Chồng/người yêu 8 Khách hàng 9 Bạn/người thân/gia đình 10 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 11 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 12 Khác (ghi rõ)..... 13	
C79.	Trong 6 tháng qua, chị có nhận được BCS miễn phí không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→C81 →C81
C80.	Nếu có, chị đã nhận được BCS ở đâu/từ ai? <i>(Hỏi thêm còn ở đâu/từ ai nữa không?)</i>	Cơ sở y tế 1 Đồng đảng viên 2 Cộng tác viên/tình nguyện viên 3 Má mi, quản lý 4 Bạn cùng hành nghề 5 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 6 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 7 Khác (ghi rõ)..... 8	
C81.	Trong 6 tháng qua, chị có mua được BCS trợ giá không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 3	→C83 →C83
C82.	Nếu có, chị đã mua được BCS ở đâu/từ ai? <i>(Hỏi thêm còn ở đâu/từ ai nữa không?)</i>	Hiệu thuốc 1 Cơ sở y tế 2 Đồng đảng viên 3 Cộng tác viên/tình nguyện viên 4 Má mi, quản lý 5 Bạn cùng hành nghề 6 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 7 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 8 Khác (ghi rõ)..... 9	
C83.	Chị có biết cơ sở nào khám chữa bệnh LTQĐTD miễn phí không?	Có 1 Không 2	
C84.	Trong 12 tháng qua, chị có nhận được dịch vụ miễn phí về khám chữa bệnh LTQĐTD không?	Có nhận dịch vụ, được miễn phí 1 Có nhận dịch vụ, phải trả tiền 2 Chưa đi khám bệnh 3	

Chỉ hỏi câu C86 – C91 cho người có sử dụng ma túy			
C85.	Chị có biết nơi nào có thể nhận được BKT mới miễn phí không?	Có 1 Không 2	→C87
C86.	Nếu có, chị nhận được những thông tin đó từ những nguồn nào? <i>(Hỏi thêm còn nguồn nào nữa không?)</i>	Đồng đảng viên 1 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 2 Cán bộ y tế 3 Bạn cùng tiêm chích 4 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 5 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 6 Chồng/người yêu 7 Bạn/người thân/gia đình 8 TV, đài, sách/báo/tạp chí ... 9 Tranh quảng cáo, tờ rơi, biển hiệu... 10 Khác (ghi rõ).....11	
C87.	Trong 6 tháng qua, chị có nhận được BKT mới miễn phí không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 3 Không tiêm chích ma túy 4	→C90 →C90 →C90
C88.	Nếu có, chị đã nhận được BKT ở đâu/từ ai? <i>(Hỏi thêm còn ở đâu/từ ai nữa không?)</i>	Cơ sở y tế 1 Đồng đảng viên 2 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 3 Hộp BKT tại các điểm nóng ma túy 4 Cán bộ y tế 5 Nơi bán ma túy 6 Bạn cùng tiêm chích 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 9 Khác (ghi rõ).....10	
C89.	Trong 1 tháng qua, chị đã nhận BKT mới miễn phí ở đâu/từ ai? <i>(Hỏi thêm còn ở đâu/từ ai nữa không?)</i>	Cơ sở y tế 1 Đồng đảng viên 2 Cộng tác viên/tuyên truyền viên 3 Hộp BKT tại các điểm nóng ma túy 4 Cán bộ y tế 5 Nơi bán ma túy 6 Bạn cùng tiêm chích 7 Phòng/trung tâm TVXN tự nguyện 8 Câu lạc bộ, điểm giáo dục sức khỏe 9 Khác (ghi rõ).....10 Không nhận được 11	
C90.	Tỷ lệ BKT mua/nhận trong tuần qua?/.....	

VI. THÔNG TIN CHUNG

Stt	Câu hỏi	Mã hóa câu trả lời	Chuyên
C91.	Chị bao nhiêu tuổi?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
C92.	Trình độ học vấn của chị là gì?	Mù chữ 1 Tiểu học 2 Trung học cơ sở 3 Phổ thông trung học 4 THCN, CĐ, ĐH,... 5	
C93.	Tình trạng hôn nhân của chị?	Chưa kết hôn 1 Đang có chồng 2 Đã ly dị 3 Đã ly thân 4 Góa chồng 5	
C94.	Đặc điểm nghề nghiệp hiện nay?	PNMD nhà hàng, khách sạn, giải trí.. 1 PNMD đường phố 2	

XIN CẢM ƠN CHỊ!

Phụ lục 2: Khung hướng dẫn Phỏng vấn sâu

KHUNG HƯỚNG DẪN PVS GIÁO DỤC VIÊN ĐỒNG ĐẲNG

I. Mục tiêu tìm hiểu

- Tìm hiểu quan điểm, thái độ và hiểu biết của GDVĐĐ mại dâm về hoạt động truyền thông phòng, chống HIV.
- Mô tả những hình thức truyền thông phòng, chống HIV/AIDS đã và đang được nhóm đồng đẳng triển khai.
- Các yếu tố thúc đẩy hoặc cản trở hoạt động của GDVĐĐ tham gia công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn.

II. Nội dung phỏng vấn

*** Thông tin cá nhân**

- Tuổi, giới tính, học vấn
- Thời gian tham gia mạng lưới GDVĐĐ.

*** Tìm hiểu về các hình thức truyền thông**

1. Chị hiểu như thế nào về chương trình truyền thông phòng, chống HIV? Quan trọng như thế nào? Mục đích là gì? Cách thức triển khai?...
2. Lý do mà anh chị tham gia chương trình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS? Có những cản trở gì về xã hội đối với công việc này?
3. Theo chị, hiện nay hình thức truyền thông nào đã và đang được triển khai trong chương trình truyền thông phòng, chống HIV/AIDS của nhóm?
4. Trong các hình thức truyền thông đã được triển khai, hình thức nào dễ tiếp cận với PNMD nhất? Hình thức nào mang lại hiệu quả cao hơn trong hoạt động truyền thông? Có sự khác biệt nào trong việc triển khai các hình thức truyền thông giữa nhóm PNMD nhà hàng và đường phố?
5. Chị đánh giá như thế nào về hiệu quả mang lại từ các hình thức truyền thông khác nhau đối với PNMD?
6. Các biện pháp nâng cao ý thức và hành vi sử dụng BCS khi quan hệ tình dục của nhóm đối tượng nguy cơ cao?

7. Nhận xét về vai trò, hiệu quả hoạt động của Dự án trong công tác phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương (thông qua sự thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi về sử dụng BCS, khám và điều trị BLTQĐTD, xét nghiệm HIV... của nhóm PNMD)?

*** Các yếu tố thúc đẩy hoặc cản trở hoạt động của GDVĐĐ tham gia công tác truyền thông**

8. Chị hãy mô tả công việc của mình hiện nay? Chị đang tham gia vào triển khai hoạt động của dự án nào? Hình thức mà chị triển khai trong hoạt động của mình là gì? Lợi ích tham gia mạng lưới này?

9. Quá trình đào tạo/tập huấn để trở thành GDVĐĐ tại địa phương? Nhận xét về hiệu quả hoạt động đào tạo này?

10. Chị thường đi gặp/tiếp xúc với đối tượng vào thời gian nào? ở đâu thuận tiện nhất? tại sao? Khi tiếp xúc đối tượng chị làm những việc gì?

11. Những khó khăn trong tiếp cận và truyền thông cho đối tượng? Giải pháp khắc phục là gì?

12. Chị có giới thiệu hay đưa đối tượng tới các dịch vụ hỗ trợ khi cần thiết không?

13. Chị có gặp khó khăn gì từ phía chính quyền và cộng đồng khi triển khai các hình thức truyền thông? Đó là những khó khăn gì?

14. Chị có khuyến nghị gì để tăng cường hiệu quả của các hình thức truyền thông phòng, chống HIV/AIDS của nhóm tại địa phương?

XIN CẢM ƠN CHỊ!