

# NGHIÊN CỨU SỨC KHỎE HIV/AIDS – NHỮNG QUAN ĐIỂM LÝ THUYẾT TIẾP CẬN

LÊ THỊ MỸ\*

*Trong nhiều nghiên cứu, sức thuyết phục của kết quả nghiên cứu được thể hiện qua gắn kết với các quan điểm lý thuyết được ứng dụng. Mỗi nghiên cứu có thể chọn một hoặc vài lý thuyết tiếp cận thích hợp. Trong nghiên cứu về sức khỏe, đặc biệt là HIV/AIDS, các phương pháp tiếp cận nền tảng như tiếp cận dựa trên quyền con người, tiếp cận vốn xã hội, lý thuyết giới và quyền lực, lý thuyết hành vi có kế hoạch... giúp giải thích các nội dung đa dạng trong hành vi chăm sóc sức khỏe, tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như mối quan hệ giữa hành vi chăm sóc sức khỏe với các yếu tố văn hóa xã hội và sự hòa nhập cộng đồng ở người nhiễm HIV.*

*Từ khóa:* sức khỏe, HIV/AIDS, lý thuyết, tiếp cận dịch vụ y tế

*Nhận bài ngày:* 08/9/2021; *đưa vào biên tập:* 10/9/2021; *phản biện:* 20/10/2021; *duyet đăng:* 02/12/2021

## 1. DẪN NHẬP

Bước vào thế kỷ XX, thế giới chứng kiến những tác động to lớn của đại dịch HIV/AIDS và đến nay, HIV/AIDS vẫn còn là một vấn đề lớn của sức khỏe cộng đồng toàn cầu, ảnh hưởng đến kinh tế xã hội và phát triển bền vững của các quốc gia. Việt Nam là nước có tỷ lệ nhiễm HIV cao ở khu vực Châu Á - Thái Bình Dương. Kể từ trường hợp nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên năm 1990, đến cuối năm 2017, Việt Nam có đến 208.371 người nhiễm HIV đang còn sống và 91.840 trường hợp tử vong do AIDS (Bộ Y tế, 2017).

Hơn 30 năm qua, nỗ lực phòng,

chống HIV/AIDS ở Việt Nam đã mang lại kết quả to lớn, tuy nhiên tình hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam chưa ổn định, vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại. Để vượt qua những thách thức về các nguồn lực và tài chính đòi hỏi cần có các biện pháp can thiệp mạnh mẽ và các hoạt động phòng chống HIV/AIDS phù hợp với tình hình mới. Có nhiều bằng chứng ở các quốc gia cho thấy các can thiệp thay đổi hành vi dựa trên lý thuyết mang lại hiệu quả trong việc can thiệp dự phòng, điều trị và giảm lây lan HIV (Wingood, 2000; Fishbein, 2000; Gebreeyesus, Boer, Kuiper, 2007; Mirkuzie et al., 2011). Tuy nhiên, ở Việt Nam, các nghiên cứu dưới góc nhìn xã hội học hay mang tính liên ngành như nhân học-y học, y học-xã hội học... còn hạn chế

\* Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ.

về số lượng và chỉ có một số ít nghiên cứu dựa trên nền tảng lý thuyết như phân tích dưới góc độ giới và nhóm người thiệt thòi trong xã hội (Ritu Shroff, 2008; Oosterhoff et al., 2009) hay áp dụng phương pháp tiếp cận dựa trên quyền khi tìm hiểu về tiếp cận dịch vụ y tế của người nhiễm HIV (The INTREPID Foundation và CARE tại Việt Nam, 2002).

Bài viết đề cập đến các phương pháp tiếp cận, lý thuyết trong nghiên cứu sức khỏe, đặc biệt là lĩnh vực HIV/AIDS được các nhà nghiên cứu ở các quốc gia và Việt Nam chú ý và có ý nghĩa đối với thực tiễn Việt Nam. Hy vọng đây là những quan điểm lý thuyết hữu ích cho việc nghiên cứu các chủ đề về HIV/AIDS - một trong những lĩnh vực của sức khỏe sinh sản và tình dục vốn chưa nhận được nhiều sự quan tâm của các nhà nghiên cứu xã hội học Việt Nam.

## **2. CÁC LÝ THUYẾT VÀ PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN TRONG NGHIÊN CỨU SỨC KHỎE HIV/AIDS**

Tùy thuộc vào quan điểm và mục tiêu của nhà nghiên cứu mà mỗi nghiên cứu sử dụng một hoặc nhiều hướng tiếp cận, bên cạnh sự kết hợp phương pháp tiếp cận liên ngành. Các nghiên cứu về HIV/AIDS không chỉ phục vụ cho mục đích đánh giá tình hình dịch tễ của y tế công mà còn giúp nhận diện các yếu tố tác động đến hành vi chăm sóc sức khỏe của cá nhân, phục vụ cho các hoạt động can thiệp, dự phòng và điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS.

### *Phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người (The Human Rights - Based Approach – HRBA)*

Cho đến nay vẫn chưa có một định nghĩa chính thức về tiếp cận dựa trên quyền con người. Tuy nhiên, theo quan điểm của Liên hợp quốc, phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người được hiểu là "... một khung khái niệm đối với quá trình phát triển con người dựa trên những tiêu chuẩn quốc tế về quyền con người và được thực hiện nhằm hướng tới mục tiêu thúc đẩy và bảo vệ các quyền con người" (Office of United Nations High Commissioner for Human Rights, 2006: 17).

Trong các quyền con người, quyền được chăm sóc y tế (sức khỏe) là một phần cơ bản. "Quyền được chăm sóc sức khỏe không có nghĩa là quyền được khỏe mạnh, hay là các chính phủ nghèo phải thiết lập các dịch vụ y tế đắt tiền mà họ không có nguồn lực hỗ trợ. Nhưng nó yêu cầu chính phủ, và các cơ quan có thẩm quyền thực hiện các chính sách và chương trình hành động nhằm tạo ra các dịch vụ y tế sẵn có và mọi người có thể tiếp cận được trong thời gian ngắn nhất có thể. Để đảm bảo rằng có thể thực hiện được điều này là một thách thức cho cả cộng đồng quyền con người và các chuyên viên y tế" (WHO, 2002: 11).

Trên phạm vi quốc tế, đã có nhiều văn kiện ban hành xoay quanh những cam kết về HIV/AIDS nhằm bảo vệ quyền con người: Các hướng dẫn quốc tế về HIV/AIDS và quyền con người (1996);

Tuyên bố thiên niên kỷ của Liên hợp quốc (2000); Tuyên bố cam kết về HIV/AIDS - Khủng hoảng toàn cầu, hành động toàn cầu (2001). Trong đó, văn bản Các hướng dẫn quốc tế về HIV/AIDS và quyền con người đã đề cập cụ thể những nguyên tắc, tiêu chuẩn và đề ra các mục tiêu cơ bản về bảo vệ quyền con người của những người sống chung với HIV/AIDS. Dựa trên văn bản này, các quốc gia và các tổ chức quốc tế triển khai các văn bản luật, các hoạt động nhằm bảo vệ quyền con người trong các ứng xử và giải quyết các vấn đề về HIV/AIDS.

Ý nghĩa thực tiễn của việc áp dụng phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người ở Việt Nam thể hiện trong hoạch định các chính sách phát triển đã chú ý đến quyền lợi của người nhiễm HIV- nhóm người dễ bị tổn thương trong xã hội, cũng như các nghiên cứu vận dụng phương pháp tiếp cận này hoặc các nghiên cứu mang tính chất can thiệp dự phòng, chăm sóc điều trị, đề cập đến sự kỳ thị và phân biệt đối xử tại các cơ sở y tế, nơi làm việc và ngoài cộng đồng (The INTREPID Foundation, CARE tại Việt Nam, 2002; ILO, 2004). Ở Việt Nam, sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và gia đình thực tế đang vẫn còn tồn tại và có những tác động tiêu cực về kinh tế, tâm lý xã hội. Chính phủ cũng đã có những bước tiến quan trọng về chính sách và luật pháp về phòng, chống HIV/AIDS. Với sự ra đời của Luật

Phòng, chống HIV/AIDS năm 2006, các quyền con người cơ bản của người có HIV đã được bảo vệ; pháp luật nghiêm cấm kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV; hoạt động ứng phó với HIV mang tính đa ngành được đảm bảo cơ sở pháp lý (Quốc hội, 2006). Chiến lược Quốc gia Phòng chống AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 đã đề ra các quan điểm, mục tiêu cơ bản và mục tiêu cụ thể nhằm ngăn chặn sự lan nhiễm HIV trong cộng đồng, trong đó, nhấn mạnh đến việc bảo đảm quyền con người, chống kỳ thị phân biệt đối xử với người nhiễm HIV, chú trọng đến phụ nữ và trẻ em... (Ủy ban Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS và Phòng chống tệ nạn ma túy, 2012). Đặc biệt, Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt Đề án đảm bảo tài chính cho Phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2013-2020, hướng các cơ sở điều trị kháng vi rút ARV đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh cho người nhiễm HIV qua quỹ bảo hiểm y tế.

Như vậy, phương pháp tiếp cận dựa trên quyền con người là cơ sở nền tảng để tìm hiểu các vấn đề chăm sóc sức khỏe, cũng như bảo đảm những người sống chung với HIV/AIDS quyền có được trạng thái sức khỏe tốt nhất có thể được, quyền không bị phân biệt đối xử.

#### *Tiếp cận vốn xã hội*

Có nhiều đề cập khác nhau về vốn xã hội. Theo Bourdieu (1980: 2), "... vốn xã hội là tập hợp những nguồn lực thực tế hoặc tiềm ẩn, [mà một cá nhân

hay một nhóm có được] qua việc sở hữu một mạng lưới quan hệ bền vững gồm các mối quan hệ ít nhiều được thể chế hóa về sự quen biết và công nhận lẫn nhau”. James Coleman (1988) lại cho rằng: các mạng lưới xã hội, các chuẩn mực (norms) và sự tin cậy trong xã hội (social trust) là những cái giúp cho các thành viên có thể hành động chung với nhau một cách có hiệu quả, nhằm đạt tới những mục tiêu chung. Theo đó, vốn xã hội được biểu hiện qua 5 cách thức đo lường, được Lê Minh Tiến (2007) tổng quát từ các nghiên cứu thực nghiệm trên thế giới.

Trên bình diện thế giới, vốn xã hội đã được xác định trong một số mô hình lý thuyết như một yếu tố quyết định tiềm năng ảnh hưởng đến việc ngăn ngừa và lây truyền HIV ở cấp độ cá nhân và cộng đồng (dẫn theo Ransome et al., 2018: 1).

Các nhà nghiên cứu đặc biệt quan tâm ứng dụng các quan điểm về vốn xã hội trong nghiên cứu hành vi tìm kiếm sức khỏe, sự tham gia của cộng đồng vào lĩnh vực HIV/AIDS. Điển hình, MacKian (2003) trong nghiên cứu tổng quan đánh giá về hành vi chăm sóc sức khỏe đã cho thấy vai trò của vốn xã hội thể hiện qua các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Theo tổng quan này, vốn xã hội hữu ích trong việc tìm hiểu hành vi tìm kiếm sức khỏe khi cung cấp phương tiện để chuyển từ nghiên cứu các cá nhân sang các nhóm xã hội, và nghiên cứu tính xã hội gắn liền với các hành

động của cá nhân. Cá nhân có mức vốn xã hội cao có thể có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe. Việc cá nhân tham gia vào các dự án cộng đồng có tiềm năng hiệu quả, nâng cao sức khỏe cộng đồng, tạo ra hành vi tìm kiếm sức khỏe tích cực hơn trong các bối cảnh khác nhau. Ngoài việc tập trung vào hành vi cá nhân để nâng cao sức khỏe thì cần phải chú ý đến các yếu tố quyết định khác của sức khỏe, bao gồm các chính sách nâng cao sức khỏe dân số, giảm bất bình đẳng và tính công bằng xã hội.

Yusuf Ransome và cộng sự (2018) cũng tìm hiểu mối liên hệ giữa vốn xã hội và HIV. Các tác giả đã tiến hành đánh giá phạm vi các nghiên cứu thực nghiệm điều tra mối quan hệ giữa vốn xã hội và HIV/AIDS ở Hoa Kỳ thông qua phân tích các bài báo bằng tiếng Anh trên PubMed, Embase, PsycINFO, Web of Science và Sociological Abstracts (từ 1.581 bản thảo được tìm thấy và 13 trong số đó được xem xét dựa trên các tiêu chí đề ra). Các nội dung được nêu lên theo đây được chúng tôi chọn lọc từ các phát hiện chính của kết quả nghiên cứu Yusuf Ransome và các cộng sự (2018) mà chúng tôi cho rằng có ý nghĩa lý luận và thực tiễn đối với bối cảnh HIV/AIDS ở Việt Nam.

Kết quả phân tích cho thấy vốn xã hội có thể là một yếu tố quan trọng quyết định đến hiệu quả dự phòng, lây truyền và điều trị HIV/AIDS ở Hoa Kỳ và các nước trên thế giới. Khi phân tích các nghiên cứu ở các quốc gia

Châu Phi cận Sahara (Zimbabwe, Swaziland và Nam Phi), các phát hiện cho thấy vốn xã hội có tác động có lợi hoặc bảo vệ (giữa các cá nhân và cấp độ cộng đồng) đối với kết quả liên quan đến HIV/AIDS như tỷ lệ nhiễm HIV, nguy cơ lây và tăng tuân thủ sử dụng thuốc kháng vi rút. Cả các nghiên cứu định tính và định lượng đều xác định các cơ chế mà qua đó vốn xã hội tạo điều kiện cho các tác động có lợi, ví dụ, vốn xã hội như là đường dẫn để tác động đến các chuẩn mực xã hội làm giảm sự kỳ thị của cộng đồng với HIV, bình thường hóa các hành vi phòng chống HIV, tăng cường hỗ trợ kinh tế...

Với giả thuyết, vốn xã hội có mối quan hệ với bảo vệ sức khỏe, kết quả phân tích cho thấy, sự tham gia xã hội cao hơn có liên quan đến mối liên hệ cao hơn với chăm sóc HIV nhưng sự tham gia tập thể cao hơn liên quan đến mối liên hệ với chăm sóc HIV thấp hơn. Một số người tham gia nghiên cứu cho biết rằng cộng đồng của họ có sự gắn kết xã hội cao, điều này có thể tốt, nhưng sự gắn kết cao đó cũng tạo nên sự kỳ thị HIV vì những người nhiễm HIV ngại tiết lộ tình trạng nhiễm của mình và tìm sự hỗ trợ từ cộng đồng. Một nghiên cứu định tính được thực hiện giữa những người Mỹ gốc Phi tại hai cộng đồng nông thôn ở Bắc Carolina cho thấy rằng bất kỳ tác động nào giữa vốn xã hội và việc lây nhiễm HIV đều có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố cấu trúc như nghèo đói và phân biệt trong cộng đồng.

Ở Việt Nam, khái niệm vốn xã hội, mạng lưới xã hội được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu về nghèo đói, di dân, việc làm, sinh kế của nông dân, các chương trình hoặc dự án can thiệp giảm nghèo... từ những năm 2000, tuy nhiên thiếu vắng sự phân tích về mối liên quan giữa vốn xã hội với sức khỏe, HIV/AIDS (Lê Thị Mỹ, 2009).

#### *Lý thuyết hành vi có kế hoạch (Theory of Planned Behavior - TPB)*

Lý thuyết hành vi có kế hoạch được I. Ajzen (1991) phát triển từ lý thuyết hành động hợp lý (Theory of Reasoned Action), được xây dựng bằng cách bổ sung thêm yếu tố “nhận thức kiểm soát hành vi”, và phụ thuộc vào sự sẵn có của các nguồn lực và các cơ hội để thực hiện hành vi. Lý thuyết này nhấn mạnh vào các yếu tố dẫn tới dự định hành động: quan điểm của cá nhân về hành vi, các chuẩn mực cá nhân và sự nhận thức của cá nhân về sự quản lý. Các yếu tố này chịu sự tác động của các yếu tố bên ngoài, các đặc điểm nhân khẩu học và các đặc trưng cá nhân. Điểm mạnh của lý thuyết này là xem xét các khía cạnh quản lý của cá nhân đối với bệnh tật và ảnh hưởng của mạng lưới xã hội, áp lực của những người cùng thế hệ.

Lý thuyết hành vi có kế hoạch giả định rằng một hành vi có thể được dự báo hoặc giải thích bởi các ý định để thực hiện hành vi đó. Các ý định được giả sử bao gồm các nhân tố động cơ ảnh hưởng đến hành vi, và được xem như

là mức độ nỗ lực mà mọi người cố gắng để thực hiện hành vi đó. Ở đây, ý định là sự bao hàm của các nhân tố: (1) các thái độ được khái niệm như là đánh giá tích cực hay tiêu cực về hành vi thực hiện; (2) ảnh hưởng xã hội (sức ép xã hội được cảm nhận để thực hiện hay không thực hiện hành vi); (3) sự kiểm soát hành vi chính là đánh giá của cá nhân về mức độ dễ dàng hay khó khăn khi thực hiện hành vi đó (Ajzen, 1991).

Vai trò của lý thuyết hành vi có kế hoạch được ghi nhận trong các nghiên cứu liên quan sức khỏe, HIV/AIDS và can thiệp thay đổi hành vi đối với lĩnh vực HIV/AIDS ở các nước phát triển và đang phát triển.

M. Fishbein (2000) đã cho thấy rằng bất kỳ hành vi nhất định nào đều có khả năng xảy ra cao nhất nếu một người có ý định thực hiện hành vi nào đó, nếu người đó có các kỹ năng và khả năng cần thiết để thực hiện hành vi và nếu không có các rào cản môi trường thì hành vi đó sẽ được thực hiện. Vì vậy, các loại can thiệp hành vi khác nhau sẽ cần thiết nếu một cá nhân đã hình thành ý định nhưng không thể thực hiện nó hơn là nếu một cá nhân có rất ít hoặc không có ý định thực hiện hành vi đó. Thế nên, ở một nhóm dân số hoặc một nền văn hóa, hành vi đó có thể không thực hiện do cá nhân chưa hình thành ý định thực hiện hành vi đó, trong khi ở các cá nhân khác, vấn đề này có thể do là thiếu kỹ năng và/hoặc do sự hạn chế về môi trường. Cụ thể, ý định và

hành vi từ các nhóm khác nhau hành nghề mại dâm ở Seattle, Washington thì có đến 95% nữ hành nghề mại dâm có ý định sử dụng bao cao su để quan hệ tình dục với khách hàng và gần 75% thực hiện ý định này, ngược lại chỉ có 30% có ý định sử dụng bao cao su với khách hàng chính, trong số đó chỉ có 40% có thể thực hiện theo ý định của họ (Fishbein, 2000). Thế nên, dựa vào việc các cá nhân đã hình thành ý định mong muốn nhưng không hành động theo ý định đó thì các chương trình can thiệp sẽ hướng vào xây dựng kỹ năng hoặc liên quan đến kỹ thuật xã hội để loại bỏ hoặc giúp các cá nhân vượt qua các rào cản về môi trường. M. Fishbein đã nêu lên ba yếu tố quyết định chủ yếu ý định ở các cá nhân: thái độ đối với thực hiện hành vi (cảm giác chung của người đó là thích hoặc không thích thực hiện hành vi), các chuẩn mực nhận thức liên quan đến việc thực hiện hành vi (nhận thức về những gì những người khác nghĩ rằng một người nên làm và nhận thức những gì người khác đang làm) và khả năng tự nhận thức của một người đối với thực hiện hành vi). Giải thích cho hành vi này, tác giả đã chỉ ra rằng thái độ, chuẩn mực trong nhận thức... đều là chức năng của niềm tin cơ bản (về kết quả của việc thực hiện hành vi, về những quy định chuẩn mực, về các rào cản cụ thể trong việc thực hiện hành vi). Bên cạnh đó, tồn tại các biến số đóng vai trò gián tiếp trong việc xác định hành vi: nhân khẩu học, trình độ

và sự khác biệt giới (nam giới và nữ giới có thể có những niềm tin khác nhau về việc thực hiện một số hành vi, họ có thể có những niềm tin giống nhau đối với những người khác). Các biến số như sự khác biệt giới và khác biệt văn hóa trong các giá trị được tạo nên trong cấu trúc niềm tin cơ bản được sử dụng là nền tảng lý thuyết cho nghiên cứu của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) năm 1996.

Alemnesh Mirkuzie và cộng sự (2011) thì sử dụng lý thuyết hành vi có kế hoạch để giải thích thực tế xét nghiệm HIV và dự định xét nghiệm HIV, đảm bảo tiếp cận và tuân thủ thuốc điều trị dự phòng của phụ nữ ở Aldis Albaba trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Các tác giả đã xem xét các yếu tố bao gồm thái độ, chuẩn mực chủ quan, kiểm soát hành vi nhận thức và ý định liên quan đến xét nghiệm HIV đối với 3.033 phụ nữ mang thai. Kết quả cho thấy có sự khác biệt về ý định giữa những người tham gia xét nghiệm HIV ở cơ sở y tế công và tư. Yếu tố chuẩn mực chủ quan giải thích đáng kể sự khác biệt về ý định, tiếp theo là về thái độ. Phụ nữ dự định xét nghiệm HIV nếu họ nhận thấy được sự hỗ trợ của xã hội và dự đoán được những hiệu quả tích cực sau khi thực hiện xét nghiệm và có kết quả. Hình thức tư vấn không làm thay đổi mối liên hệ giữa dự định xét nghiệm và thực tế xét nghiệm HIV.

*Lý thuyết giới và quyền lực (Theory of Gender and Power - TGP)*

Lý thuyết giới và quyền lực được phát triển bởi Robert Connell vào năm 1987, dựa trên sự bất bình đẳng về giới tính và mất cân bằng giữa giới và quyền lực. Theo quan điểm lý thuyết giới và quyền lực, các mối quan hệ giữa nam và nữ được giải thích bởi ba cấu trúc xã hội. Đó là, sự phân công lao động theo giới, sự phân chia quyền lực giới và cơ cấu của các chuẩn mực, giá trị văn hóa. Mặc dù nội hàm của ba cấu trúc xã hội trên được phân biệt nhưng nó vẫn bao trùm lên nhau.

Dưới góc độ xã hội, sự phân công lao động theo giới đề cập đến sự phân chia phụ nữ và nam giới vào các ngành nghề cụ thể liên quan đến bất bình đẳng về giới và vai trò vị trí của cá nhân. Phụ nữ thường gánh vác các công việc của gia đình không được trả lương (làm việc nhà, chăm sóc người ốm, chăm sóc người già...) và chăm sóc con cái. Các công việc của nữ giới hướng đến sở thích và có vị trí xã hội thấp hơn nam giới, do đó, phụ nữ chịu thiệt thòi và phụ thuộc đàn ông về kinh tế, điều này ảnh hưởng đến các quyết định của phụ nữ về chăm sóc sức khỏe.

Cơ cấu quyền lực bao gồm sự phân cấp, thẩm quyền và sự kiểm soát các nguồn tài nguyên ở các cấp độ khác nhau: quốc gia, tổ chức, gia đình và cá nhân. Đặc biệt, cơ cấu quyền lực nhấn mạnh đến sức mạnh văn hóa của quốc gia, địa phương, cụ thể là văn hóa gia trưởng trong gia đình. Các mối quan hệ giữa nam giới và nữ

giới liên quan đến sức khỏe sinh sản cho thấy có sự hiện diện của sự lạm dụng quyền lực và kiểm soát hành vi. Đó là các nguy cơ lây nhiễm HIV xét dưới góc độ y tế công cộng: sự lạm dụng ma túy, rượu, kỹ năng sử dụng bao cao su, nhận thức kiểm soát sử dụng bao cao su (Wingood, DiClemente, 2000).

Cấu trúc thứ ba là các chuẩn mực xã hội đối với các mối quan hệ tình cảm, tình dục của con người. Điều này liên quan đến các cảm đoán, niềm tin, sự kỳ vọng và các tiêu chuẩn của xã hội trong quan hệ tình dục giữa nam và nữ. Thế nên, các hành vi và mong muốn tình dục của phụ nữ thường hướng đến các chuẩn mực được xã hội chấp nhận và phụ nữ dễ rơi vào tình trạng dễ bị tổn thương về tinh thần và sức khỏe và cảm thấy sự bất bình đẳng trong tình dục khác giới. Với quan điểm này, phụ nữ có nguy cơ nhiễm HIV cao, không có quyền quyết định sử dụng các biện pháp an toàn trong sinh hoạt tình dục.

Các tác giả G.M. Wingood, R.J. DiClemente (2000) đã vận dụng ý nghĩa mở rộng của lý thuyết giới và quyền lực nhằm tìm hiểu nguy cơ lây nhiễm HIV ở phụ nữ và qua đó tìm ra biện pháp mới để phòng ngừa lây nhiễm HIV trong cộng đồng. Các tác giả tập trung kiểm tra mức độ phơi nhiễm, các yếu tố nguy cơ xã hội, hành vi và các đặc điểm sinh học làm tăng tính dễ bị tổn thương của phụ nữ khi nhiễm HIV. Đồng thời các tác giả cũng xem xét một số can thiệp HIV ở

cấp độ y tế công cộng nhằm giảm nguy cơ nhiễm HIV cho phụ nữ. Nghiên cứu đã nêu rõ một số khía cạnh của giới và quyền lực ảnh hưởng đến tình trạng dễ bị tổn thương do HIV ở phụ nữ. Những khía cạnh này liên quan đến việc sống trong nghèo đói khi phải đối mặt khó khăn kinh tế, thất nghiệp hoặc thiếu việc làm, vô gia cư, trẻ tuổi, có bạn tình nguy cơ cao, bạn tình không chấp nhận sử dụng bao cao su, có mong muốn thụ thai và ảnh hưởng của gia đình.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu liên quan đến HIV/AIDS mặc dù không ứng dụng trực tiếp quan điểm của lý thuyết giới và quyền lực nhưng cũng có các phân tích dưới góc độ giới và quyền lực (Ritu Shroff, 2008; Oosterhoff et al., 2009). Các nghiên cứu này cho thấy phụ nữ nhiễm HIV thường có nhiều rủi ro về sức khỏe và ít có các nguồn lực chăm sóc sức khỏe cũng như ít có các quyền quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe và sinh sản: cơ hội lựa chọn sức khỏe sinh sản, quyết định có con và hành vi chăm sóc sức khỏe. Sự quyết định chăm sóc sức khỏe sinh sản và sinh con của phụ nữ nhiễm HIV chịu ảnh hưởng của yếu tố văn hóa xã hội (Ritu Shroff, 2008; Oosterhoff et al., 2009). Quyền quyết định của nhiều phụ nữ nhiễm HIV trong việc tiếp cận dịch vụ khám thai tại các thời điểm khác nhau trong thai kỳ và chấp nhận dịch vụ phòng lây truyền mẹ con đều bị tác động mạnh mẽ bởi người chồng, mẹ chồng

hoặc cô/dì... Họ hầu như mất đi quyền quyết định trong việc sinh con, gánh chịu áp lực của trách nhiệm duy trì nòi giống bất chấp tình trạng nhiễm HIV (Oosterhoff et al., 2009). Các vấn đề về sinh đẻ, tình dục, tránh thai và chăm sóc sức khỏe, phụ nữ nhiễm HIV không hoàn toàn quyết định mà đều phải có sự tham gia của nam giới (Ritu Shroff, 2008). Hơn nữa, địa vị người phụ nữ nhiễm HIV trong gia đình phụ thuộc việc người chồng đó đã có con nối dõi hoặc có khả năng sinh con để nối dõi hay không. Việc có con trai vừa đảm bảo vị trí người phụ nữ trong gia đình chồng, vừa giúp tạo mối quan hệ tốt giữa gia đình của người phụ nữ với gia đình chồng. Chồng, con, sở hữu đất đai giúp bảo vệ người phụ nữ có được cuộc sống lâu dài trong gia đình chồng, bởi họ có thể bị đuổi ra khỏi nhà chồng bất cứ lúc nào (Oosterhoff et al., 2009).

### 3. KẾT LUẬN

Mỗi phương pháp tiếp cận, lý thuyết nghiên cứu có những ưu điểm và hạn chế riêng, việc vận dụng được xem xét sao cho phù hợp với bối cảnh kinh tế-xã hội và văn hóa của địa phương, quốc gia.

Với tiếp cận vốn xã hội, nghiên cứu của Yusuf Ransome và cộng sự (2018) cho thấy có sự không thống nhất trong các định nghĩa và cách giải thích về vốn xã hội. Về phương pháp luận, các nghiên cứu có định hướng lý thuyết về vốn xã hội khác nhau: Một số nghiên cứu theo chiều kích sử dụng hỗ trợ xã hội và tình cảm; một số sử dụng quan

điểm vốn xã hội theo như Putnam và Coleman, có xu hướng dựa trên sự gắn kết xã hội và một số theo các thước đo dựa trên mạng xã hội của P. Bourdieu. Đồng thời, sự tham gia của xã hội và các biện pháp dựa trên sự gắn kết xã hội cũng đã được đề cập rộng rãi trong các nghiên cứu này. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa vốn xã hội và HIV/AIDS được các nhà nghiên cứu thế giới quan tâm nhưng hầu như chưa được ghi nhận ở Việt Nam. Vì thế chúng tôi khuyến nghị các nghiên cứu trong tương lai ở Việt Nam hướng đến khai thác đo lường vốn xã hội qua sự tham gia vào xã hội, các mạng lưới xã hội, tương trợ xã hội và tương tác xã hội và niềm tin, sự tương hỗ và gắn kết xã hội; ngoài ra, còn nên xem xét sự khác biệt giữa bất bình đẳng thu nhập, nghèo đói và khu vực địa lý, cách các cơ chế như kỳ thị liên kết vốn xã hội trong phòng chống HIV/AIDS. Người nhiễm HIV sẽ tham gia vào BHYT, tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, điều trị ARV..., nếu họ nhận thức rằng tình trạng sức khỏe của bản thân sẽ được cải thiện hơn và đặc biệt là thông qua mạng lưới xã hội mà họ có được.

Lý thuyết hành vi có kế hoạch hữu ích trong việc dự đoán và giải thích hành vi cá nhân trong bối cảnh văn hóa cụ thể nên có thể áp dụng vào vấn đề phòng ngừa HIV như sử dụng bao cao su hay các biện pháp tránh thai, xét nghiệm HIV ở các bà mẹ mang thai và điều trị ARV sớm ở phụ nữ và bà mẹ mang thai, chăm sóc điều trị

HIV và trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế và bảo hiểm y tế...

Dưới góc nhìn lý thuyết giới và quyền lực, các nghiên cứu có thể quan tâm đến quyền quyết định sức khỏe của nữ giới nhiễm HIV, sử dụng các biện pháp tránh thai và an toàn tình dục, trách nhiệm sinh con, tiếp cận và sử dụng bảo hiểm y tế và các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, tham gia điều trị HIV bằng thuốc kháng vi rút... Lý thuyết giới và quyền lực còn cho phép tìm hiểu các biểu hiện kỳ thị và phân biệt đối xử liên

quan đến giới, các hành vi nguy cơ và đặc tính sinh học của phụ nữ làm tăng tính dễ tổn thương đối với nhiễm HIV, cụ thể như việc sử dụng các biện pháp phòng ngừa HIV hay bạo lực trong tình dục..., can thiệp giảm nguy cơ nhiễm HIV ở phụ nữ; hiểu được các rủi ro của phụ nữ.

Nhìn chung, không có một phương pháp phân tích duy nhất nào thích hợp với hầu hết các vấn đề được đặt ra, thế nên cần có sự phân tích đa dạng trong các nghiên cứu về sức khỏe, HIV/AIDS. □

### TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. Ajzen, I. 1991. *The Theory of Planned Behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, pp. 179-211. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
2. Bevort, Antoine, Lallement, Michel. 2006. *Le capital performance, équité et réciprocité*. Découvert: Paris.
3. Bourdieu P. 1980. *Le capital social. Notes provisoires*. In Lalement, M. ; Bervort, A.: *Le capital social*. 2006. Paris: La Découverte, p. 2.
4. Bộ Y tế. 2017. *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2018*. Hà Nội.
5. Coleman, J. 1988. "Social Capital and the Creation of Human Capital". *American Journal of Sociology*, 94, pp. 94-120.
6. Fishbein, M. 2000. "The Role of Theory in HIV Prevention". AIDS CARE. 2000. VOL. 12, NO. 3, pp. 273-278. <https://doi.org/10.1080/09540120050042918>.
7. Goffman, Erving. 1963. *Stigma*. London: Penguin.
8. Gebreeyesus Hadera H., Boer Henk, Kuiper Wilmad A.J.M. 2007. "Using the Theory of Planned Behavior to Understand the Motivation to Learn about HIV/AIDS Prevention among Adolescents in Tigray, Ethiopia". AIDS Care, Taylor & Francis (Routledge). 19(7), pp. 895-900. [ff10.1080/09540120701203311](https://doi.org/10.1080/09540120701203311). [ffhal-00513418](https://doi.org/10.1080/09540120701203311).
9. ILO. 2004. Báo cáo *Giảm thiểu kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV tại nơi làm việc ở Việt Nam*.
10. Lê Minh Tiến. 2007. "Vốn xã hội và đo lường vốn xã hội". *Tạp chí Khoa học Xã hội*, số 3(103), tr. 72-77.
11. Lê Thị Mỹ. 2009. *Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về vốn xã hội và mạng lưới xã hội ở Việt Nam*. Viện Phát triển bền vững vùng Nam Bộ.

12. MacKian, S. 2003. *A Review of Health-Seeking Behaviour: Problems and Prospects*. Health Systems Development Programme, University of Manchester, Manchester.
13. Mirkuzie, Alemnesh H., Mitike M Sisay, Karen Marie Moland and Anne N Astrøm. 2011. "Applying the Theory of Planned Behaviour to Explain HIV Testing in Antenatal Eettings in Addis Ababa - a Cohort Study". *BMC Health Services Research*, 11, p. 196.
14. Office of United Nations High Commissioner for Human Rights. 2006. *Frequently Asked Questions on a Human Rights - Based Approach to Development Cooperation*. United Nations, New York and Geneva, 2006, p. 17.
15. Oosterhoff, Pauline, Nguyễn Thu An, Ngô Thúy Hạnh, Phạm Ngọc Yến, Pamala Wright, Anita Hardon. 2009. *Phản ứng của gia đình đối với việc mang thai và mong muốn sinh con khi bị nhiễm HIV ở Việt Nam*. Hà Nội: Nxb. Phụ nữ.
16. Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2006. *Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) 2006*. Hà Nội.
17. Ransome, Yusuf, Katherine A. Thurber, Melody Swen, Natalie D. Crawford, Danielle German, Lorraine T. Dean. 2018. "Social Capital and HIV/AIDS in the United States: Knowledge, Gaps, and Future Directions". *SSM - Population Health*, Volume 5, pp. 73-85.
18. Ritu Shroff và cộng sự. 2008. Báo cáo nghiên cứu *Sự tham gia của nam giới vào chương trình dự phòng lây truyền mẹ con ở Việt Nam: Những thách thức và cơ hội đối với chương trình*. UNICEF.
19. The INTREPID Foundation và CARE. 2002. *Chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS cho những người bị ảnh hưởng bởi sự di trú và 'bị cô lập' ở Việt Nam*. Hà Nội.
20. United Nations Human Right. "HIV/AIDS and Human Rights: Introduction". <https://www.ohchr.org/EN/Issues/HIV/Pages/HIVIndex.aspx>, truy cập ngày 15/11/2021.
21. Ủy ban Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS và Phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. 2012. *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*. Hà Nội.
22. WHO. 2002. *25 câu hỏi và đáp sức khỏe và nhân quyền*.
23. Wingood, G.M, DiClemente R.J. 2000. "Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women". *Health Education & Behavior*, Vol. 27 (5), pp. 539-565 (October 2000).