

ĐỊNH KIẾN VỀ BỆNH TẬT: TỪ LỊCH SỬ ĐẾN ĐẠI DỊCH COVID-19

TS. Nguyễn Công Thảo

Viện Dân tộc học

Email: nguyencongthao1977@gmail.com

Tóm tắt: Bài viết cung cấp góc nhìn lịch sử về một dạng thức định kiến phổ biến không chỉ ở Việt Nam mà còn ở nhiều quốc gia trên thế giới - định kiến liên quan đến bệnh tật. Trên cơ sở tổng quan kết quả nghiên cứu, những phân tích trong bài viết đã chỉ ra rằng, định kiến liên quan đến bệnh tật mang tính xã hội, hình thành trong bối cảnh xã hội cụ thể, dựa trên nhận thức sai lệch hoặc không đầy đủ về bệnh tật. Định kiến thể hiện bằng nhiều hình thức mà bạo lực là cấp độ cao nhất. Đối tượng chịu ảnh hưởng của định kiến không chỉ dừng lại ở nhóm xã hội mà trong không ít trường hợp, diễn ra cả ở cấp độ dân tộc - tộc người, chủng tộc, nhất là bối cảnh đại dịch Covid-19 hiện nay.

Từ khóa: Định kiến, định kiến về bệnh tật, Covid-19

Abstract: The article provides a historical perspective on a form of prejudice that is common not only in Vietnam but also in many countries around the world – the prejudice related to the disease. Based on doing literature reviewing, the analysis in the article has shown that prejudices related to diseases are socially constructed in specific social contexts due to false or incomplete perceptions of diseases. Prejudice manifests in many forms, which violence is the worst. Subjects affected by prejudice are not limited to social groups, but in many cases, prejudices are also at ethnic and racial levels, especially in the context of the current Covid-19 pandemic.

Keywords: Prejudice, prejudice about the disease, Covid-19.

Ngày nhận bài: 14/5/2021; ngày gửi phản biện: 30/6/2021; ngày duyệt đăng: 12/8/2021.

Mở đầu

Đại dịch Covid-19 hiện đang gây ra tác động tiêu cực đến hàng trăm quốc gia, trực tiếp ảnh hưởng đến hàng tỷ người. Sự lây nhiễm nhanh và mức độ nguy hiểm của căn bệnh này khiến định kiến liên quan đến bệnh tật có xu thế phổ biến hơn. Ở Việt Nam, dù được kiểm soát tương đối tốt nhưng đại dịch Covid-19 vẫn gây ra nhiều nỗi sợ hãi dẫn đến nhận thức sai lệch trong một bộ phận công chúng. Điều đó khiến nhiều người bị nghi kỵ, định kiến, xa lánh, thậm chí quy kết cho là nguyên nhân reo rắc bệnh dịch. Thậm chí, các thành viên trong gia đình họ cũng bị ảnh hưởng, bí mật đời tư của họ bị đào xới, xâm phạm hoặc gắn vấn đề bệnh tật với đạo đức (Nguyễn Công Thảo, 2020).

Ngay ở phương Tây, điển hình là Mỹ, phong trào kỳ thị, quy kết cho người gốc Á là nguyên nhân gây ra đại dịch Covid-19 cũng xuất hiện ở nhiều nơi dẫn đến không ít trường hợp sử dụng bạo lực đối với người gốc Á. Điều đó tạo ra gánh nặng kép đối với các nạn nhân. Nó có thể khiến người ta phải che giấu bệnh tật, không dám đến các cơ sở y tế để điều trị kịp thời. Đồng thời khiến không ít người sống trong mặc cảm, tự ti, sợ hãi, có cảm giác tội lỗi. Nỗi đau thể xác của họ bị chồng chất thêm nỗi đau về tinh thần. Vì thế, việc nhận diện một cách đầy đủ về định kiến liên quan đến bệnh tật bao gồm nguyên nhân, biểu hiện và hệ quả là hết sức cần thiết để có những giải pháp thay đổi nhận thức, hành vi, qua đó góp phần chung tay vào cuộc chiến chống đại dịch Covid-19 đang diễn ra cam go hiện nay trên bình diện toàn cầu. Đó chính là mục tiêu mà bài viết này hướng đến.

1. Khái niệm về định kiến

Công trình “*Định kiến, những ghi chú về việc vận hành của những đặc tính bị xói mòn*” của Goffman - một nhà xã hội học người Canada, được coi là người khởi xướng cho hàng loạt những nghiên cứu sau này về bản chất, căn nguyên và hệ quả của định kiến. Theo Goffman (1963), định kiến là những nhận thức sai lệch về mặt xã hội về một nhóm cộng đồng cụ thể nào đó, là: “*thuộc tính làm tổn hại một cách sâu sắc đến cộng đồng chịu định kiến, khiến họ bị chuyển dịch từ một nhóm bình thường sang nhóm kém vị thế và ít đáng tin hơn*”. Cũng theo học giả này, có 3 loại định kiến: định kiến dựa trên những đặc điểm dị dạng của hình thể; định kiến về những người có đặc điểm không bình thường về tinh thần, sức khỏe; và định kiến về chủng tộc, dân tộc, tôn giáo. Theo Link và Phelan (2001), quá trình định kiến/kỳ thị xã hội nhìn chung có 5 thành phần diễn ra liên tục và có sự tương tác với nhau: (1) Dán nhãn; (2) Mặc định nhóm bị định kiến với một hệ giá trị, tức định khuôn; (3) Tạo ra một đường ranh giới phân biệt giữa “chúng ta” và “họ”; (4) Phân biệt đối xử và phân chia vị thế xã hội; rồi tiến tới (5) tạo ra cán cân quyền lực không công bằng.

Định kiến là một hiện tượng tồn tại phổ biến ở mọi xã hội, quốc gia. Đặc điểm chung của định kiến là áp đặt những nhận thức, thái độ, hành vi chủ quan, dựa trên những hiểu biết chưa đầy đủ, thậm chí sai lệch về đối tượng bị định kiến để rồi cô lập họ khỏi cộng đồng, hoặc ít nhất là tạo ra ranh giới với sự phân biệt, đối xử bất công. Định kiến dù ở dạng thức nào cũng thường để lại nhiều hệ quả tiêu cực cho đối tượng bị định kiến trên các phương diện kinh tế, xã hội, tinh thần. Nghiêm trọng hơn, nó ngăn cản người bị định kiến hòa nhập, phát triển, sinh sống bình đẳng trong xã hội.

Một nghiên cứu gần đây đã cho rằng, định kiến là những thái độ tiêu cực nảy sinh trên “*cơ sở của những cảm nhận không có cơ sở chắc chắn, tập hợp các quan niệm, ý kiến, niềm tin hoặc biểu tượng có tính rập khuôn và đơn giản hóa quá mức*” về những đặc điểm bề ngoài, thái độ và hành vi ứng xử xã hội, những ấn tượng xấu về một nhóm người nào đó tùy theo sự qui thuận xã hội riêng của họ. Sự khái quát mang tính tuyệt đối về một nhóm xã hội

khuyến cho các đặc điểm của nhóm người đó thường được “*mô tả một cách cứng nhắc và cố định; không phản ánh được sự đa dạng và phong phú*” của những thành viên trong nhóm đó (Trần Thị Minh Đức chủ biên, 2006, tr. 40-41).

2. Định kiến bệnh tật qua các nghiên cứu quốc tế

Bệnh phong từng bị kỳ thị mạnh mẽ ở châu Âu từ thời cổ đại. Ngay trong Kinh Thánh đã kể lại vai trò của các thầy tu Công giáo trong việc quyết định những bệnh nhân phong có “sạch” hay “không sạch”. Họ sẽ phải sinh sống cách ly một mình và ăn mặc quần áo rách rưới. Người mắc bệnh bị coi như có tội vì đã xâm phạm những điều cấm kỵ và căn bệnh là một hình phạt mà họ phải đón nhận (Try, 2006). Không ít người ở Nepal vẫn ngộ nhận bệnh phong có thể dễ dàng lây nhiễm và mang tính di truyền (Engelbrektsson, 2012). Trong bối cảnh đa số bệnh nhân phong là những người nghèo và có học vấn thấp, tính tôn thương mà những định kiến này gây ra càng trở nên nghiêm trọng. Ở một số nước nam Á, phụ nữ đến từ đẳng cấp thấp thường bị gán với căn bệnh này. Đáng quan ngại hơn, ở Ấn Độ, các thành viên khác trong gia đình dù không mắc bệnh phong vẫn bị định kiến và xa lánh, từ chối cơ hội việc làm (Raju, 1995).

Ứng xử với bệnh nhân tả hay bệnh nhân vàng da cũng là những ví dụ về định kiến bệnh tật. Về phương diện y tế, việc cách ly những bệnh nhân tả là cần thiết nhưng khi cách ly trở thành một chính sách xã hội cứng nhắc, nó có thể quá tàn nhẫn với người nhiễm bệnh. Năm 1892, khi dịch tả bùng phát ở châu Âu, chính phủ Mỹ đã quyết định cách ly toàn bộ người châu Âu khi mới nhập cảnh. Đặc biệt, chính sách này được duy trì với tất cả người Do Thái ở châu Âu rất lâu sau khi dịch đã đi qua. Trong khi, bệnh vàng da khiến người dân ở miền nam nước Mỹ bị người phía bắc kỳ thị, coi đó là hệ quả của lối sống không lành mạnh. Điều đó góp phần tạo dựng hình ảnh miền nam là khu vực khác biệt so với các khu vực còn lại (Sherman, 2007).

Đến nay, định kiến đối với bệnh nhân HIV vẫn rất phổ biến và mang tính toàn cầu. Nó xuất phát từ nỗi sợ hãi bị lây nhiễm, mức độ nguy hiểm của căn bệnh ảnh hưởng tới tuổi thọ và việc chưa có phương thức chữa khỏi. Quy định xử phạt đối với hành vi làm lây nhiễm căn bệnh này ở nhiều quốc gia cũng là tác nhân gián tiếp thúc đẩy định kiến (Logie và cộng sự, 2018). Người bệnh thường bị xa lánh, cô lập, thậm chí dè bieu và điều đó khiến họ phải che giấu bệnh tật, không dám công khai đến các cơ sở khám chữa bệnh. Đa số bệnh nhân bị dán nhãn một cách vô lý rằng họ hẳn phải có quan hệ tình dục bừa bãi ngoài hôn nhân, tiêm chích ma túy hay quan hệ tình dục đồng tính..., dù rằng có nhiều nguyên nhân khác để lây nhiễm. Định kiến với căn bệnh này bắt nguồn từ nỗi sợ hãi nhưng nó dần dần trở thành hành vi phân biệt đối xử, phán xét người khác dưới góc độ đạo đức, văn hóa.

Căn bệnh ung thư tuy có thể chữa khỏi, hoặc kiểm chế một cách hiệu quả, nhưng người mắc căn bệnh này vẫn phải chịu nhiều định kiến. Bệnh nhân ung thư phổi thường bị cho là

phải trả giá từ việc hút thuốc và bị quy kết phải tự chịu trách nhiệm dẫu rằng trên thực tế, hút thuốc chỉ là một trong nhiều nguyên nhân. Sự hiện diện của định kiến khiến nhiều bệnh nhân ung thư phải che giấu bệnh tật hoặc trì hoãn đi khám chữa bệnh (Fujisawa và cộng sự, 2015). Bên cạnh đó, bệnh béo phì cũng là đối tượng chịu định kiến khi nó bị mặc định gắn với hành vi lười vận động, ăn uống vô độ dù trên thực tế nó có thể bắt nguồn từ những rối loạn của chuyển hóa các chất trong cơ thể. Người mắc bệnh này, dù chịu mức độ định kiến thấp hơn so với các bệnh truyền nhiễm, cũng ít có cơ hội hơn trong tuyển dụng việc làm và đối xử công bằng. Những người mắc bệnh động kinh cũng bị nhìn nhận là không thể có ích cho xã hội và họ khó có thể kết hôn cũng như nhận được cơ hội việc làm (Demirci và cộng sự, 2007). Mặc dù đây là căn bệnh không lây nhiễm, nhưng không ít công chúng vẫn ngộ nhận nó có thể lan truyền qua nước bọt như một nghiên cứu ở Lào đã chỉ ra (Tran Duc Sy và cộng sự, 2007). Thậm chí, đây còn bị coi là kết quả của lời nguyền mà các phù thủy đưa ra như từng ghi nhận ở Zambia. Điều này khiến bệnh nhân bị xa cách, trẻ em không nhận được tiếp cận giáo dục một cách trọn vẹn (Baskind và cộng sự, 2005).

Không chỉ các bệnh truyền nhiễm, ngay cả bệnh liên quan đến tinh thần, tâm thần cũng chịu sự định kiến. Có nghiên cứu đã chỉ ra dạng thức định kiến này nhìn nhận người bệnh như đối tượng nguy hiểm, phải tự thân chịu trách nhiệm về bệnh tật của mình và không thể hồi phục. Họ thường bị coi là vô dụng và không thể sống hay làm việc độc lập (Fiest và cộng sự, 2014). Một nghiên cứu về bệnh trầm cảm và tâm thần phân liệt ở 16 quốc gia đã chỉ ra sự tồn tại của định kiến từ công chúng, khi họ nhìn nhận những bệnh nhân này hoàn toàn không thể chăm sóc con cái, kết hôn hay tự chủ bản thân. Dạng thức định kiến này thường gắn tới chủng tộc và giới như trường hợp gắn người gốc từ vùng Caribbean và người Mỹ da đen có rủi ro cao hơn với bệnh rối loạn tâm thần (Williams và cộng sự, 2007). Một số bệnh tinh thần thường bị gắn với nam giới (như bệnh rối loạn nhân cách xã hội); hoặc nữ giới (như rối loạn ăn uống).

Định kiến bệnh tật không chỉ tác động đến một nhóm xã hội mà có khi dẫn đến tâm lý bài ngoại vô căn cứ. Khi nghiên cứu về dịch SARS, các nhà nghiên cứu từ Trường đại học Hồng Kông phát hiện ra nỗi sợ hãi từ công chúng rõ nét nhất với bệnh HIV/AIDS, theo sau là viêm gan B và SARS. Điều đáng nói là nỗi sợ hãi này kéo theo những định kiến, xúc cảm mang tính tiêu cực mà công chúng dành cho người bệnh với vấn đề đạo đức, lối sống không chuẩn mực luôn bị gán cho họ (Mak và cộng sự, 2005). Định kiến với bệnh tật không chỉ bị gán cho cá nhân và cộng đồng mà còn cho cả chủng tộc hay quốc gia. Người Do Thái ở châu Âu từng bị kết tội gây ra dịch bệnh *cái chết đen* (Black Death) vốn khiến khoảng 50% dân số châu Âu tử vong trong thế kỷ XIV. Hàng nghìn người Do Thái đã bị giết và cả cộng đồng bị bài trừ (Goffman, 1963). Gần đây nhất, quy kết người gốc Á là nguyên nhân đại dịch Covid-19 ở Mỹ và một số nước châu Âu cũng là minh chứng cho điều này.

3. Định kiến bệnh tật qua các nghiên cứu ở Việt Nam

Định kiến liên quan đến các bệnh truyền nhiễm xuất hiện từ nhiều thập kỷ và vẫn còn tồn tại dai dẳng đến ngày nay ở Việt Nam. Xét về bệnh lý, những bệnh truyền nhiễm bị định kiến nhiều nhất bao gồm: bệnh phong, bệnh lao, HIV/AIDS và gần đây là Covid-19. Theo Bộ Y tế, mỗi năm Việt Nam phát hiện và đưa vào điều trị hơn 100.000 người mắc lao mới nhưng vẫn còn khoảng 50.000 ca mắc mới chưa được phát hiện trong cộng đồng. Tỷ lệ điều trị khỏi được duy trì ở mức trên 90% đối với bệnh nhân lao mới, 75% bệnh nhân lao đa kháng thuốc sử dụng phác đồ dài hạn, và 80% bệnh nhân lao đa kháng thuốc sử dụng phác đồ ngắn hạn. Cũng theo Bộ Y tế, ước tính đến đầu năm 2020 có khoảng 250.000 người nhiễm HIV, trong đó đã phát hiện được 200.000 người.

Hiện nay, định kiến với bệnh nhân HIV/AIDS vẫn còn tồn tại ở Việt Nam. Qua nghiên cứu trường hợp tại Quận 8 và Quận Bình Thạnh (Thành phố Hồ Chí Minh), Võ Hoàng Sơn (2018) đã chỉ ra tình trạng nhận thức sai về căn bệnh HIV/AIDS vẫn phổ biến, điển hình là có 42% đối tượng khảo sát cho rằng, chỉ cần nằm cạnh hay sử dụng chung nhà vệ sinh cũng có thể lây nhiễm. Thái độ kỳ thị của cộng đồng với nhóm trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS vẫn khá rõ nét, biểu hiện dưới nhiều hình thức, trong đó điển hình là việc từ chối cơ hội cho nhóm trẻ đó được học chung, chơi chung với trẻ khác. Tình trạng tương tự cũng được thấy qua một nghiên cứu ở thành phố Hạ Long, chỉ cần một thành viên mắc bệnh HIV/AIDS thì cả gia đình sẽ bị cộng đồng xa lánh, hạn chế tối đa tiếp xúc dưới mọi hình thức (Luu Bích Ngọc, 2010). Đối tượng trẻ em chịu ảnh hưởng nặng nề nhất từ định kiến, bởi nó ngăn cản quyền được học tập, phát triển toàn diện; gây ra các dư chấn tâm lý nặng nề trong suốt cuộc đời (Hà Thúc Dũng, Bùi Đức Kính, 2013).

Tính đến 2009, Việt Nam có hơn 6 triệu người từ 5 tuổi trở lên là người khuyết tật (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, 2017). Họ thường phải đối mặt với nhiều khó khăn về mặt kinh tế: 16% dân số người khuyết tật thuộc diện nghèo so với 14% tỷ lệ nghèo của cả nước (ILO, 2013). Ít nhất 70% người khuyết tật ở vùng đô thị và 65% ở vùng nông thôn sống từ trợ giúp của gia đình là chính (Lê Bạch Dương và cộng sự, 2008). Trong bối cảnh đó, Hiến pháp sửa đổi năm 2001 đã thay đổi cụm từ “tàn tật” thành “khuyết tật” (Điều 59), thể hiện một cách nhìn mới về cộng đồng này. Song, trên thực tế, người khuyết tật nhiều khi vẫn bị coi là đang phải trả giá cho tội lỗi mà bản thân họ hay gia đình đã sai phạm từ kiếp trước. Đáng quan ngại là thái độ ấy được áp đặt ngay sau khi đưa trẻ ra đời, gây hậu quả lâu dài đến cơ hội phát triển của trẻ do tâm lý kỳ thị, xa cách (Burr, 2015). Nhiều học sinh khuyết tật đã không nhận được đối xử, dịch vụ bình đẳng trong giáo dục (Tran Van Kham, 2015). Một nghiên cứu gần đây của Viện Nghiên cứu kinh tế, xã hội và môi trường tiến hành ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh (2017) đã chỉ ra có sự phân biệt, đối xử chưa công bằng với học sinh khuyết tật tại một số cơ sở giáo dục; sức khỏe tinh thần của họ thấp hơn so

với người bình thường do phải đối diện với các áp lực từ xã hội. Một số căn bệnh bị định kiến do nhận thức không đầy đủ của công chúng. Tuy đã có thuốc chữa trị và khả năng lây nhiễm rất thấp sau khi uống thuốc, không mang tính di truyền, các bệnh nhân phong vẫn phải đối diện với nhiều phân biệt đối xử. Một thời gian dài, căn bệnh này còn được gọi dưới những tên mang tính miệt thị như “hủi”, “cùi”. Đáng tiếc, tình trạng định kiến, những nhận thức sai lầm vẫn tồn tại, khiến những người mắc bệnh không dám đi khám, để bệnh tiến triển nặng dẫn đến tàn tật; bị cộng đồng xa lánh như việc không cho các bệnh nhân phong sống cùng trong khu vực tái định cư (Luu Bích Ngọc, 2010).

Bên cạnh đó, một số bệnh lý không hề có khả năng lây nhiễm cũng chịu phân biệt, đối xử. Theo Vũ Hải Vân (2014), đối tượng trẻ tự kỷ ở Việt Nam vẫn đang nhận nhiều định kiến. Về phương diện chính sách, việc xếp nhóm tự kỷ vào nhóm “chậm phát triển trí tuệ” là không phù hợp, vì theo nghiên cứu của các nhà khoa học, có 75% trẻ tự kỷ có kèm theo chậm phát triển, 25% trí tuệ bình thường, khoảng 3 - 5% rất thông minh. Biểu hiện của bệnh tự kỷ ở nhiều mức độ rất khác nhau và phần lớn người có rối loạn tự kỷ vẫn có khả năng hòa nhập cộng đồng, làm một số công việc có ích cho xã hội. Thêm vào đó, việc xếp tự kỷ vào “khuyết tật thần kinh, tâm thần” là không đúng với bản chất của khuyết tật tự kỷ. Trên thực tế có rất nhiều trẻ tự kỷ điển hình, rất khó khăn trong tương tác xã hội, nhưng không có đầy đủ dấu hiệu đặc trưng của thần kinh hay chậm phát triển.

Tính dục hay xu thế tính dục cũng chịu những định kiến. Việc thiếu hiểu biết về tính dục, không chấp nhận sự khác biệt và áp đặt khuôn mẫu của mình được coi là nguyên nhân quan trọng dẫn đến định kiến đối với người đồng tính (Phạm Thị Thu Hoa, 2017). Định kiến, kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người đồng tính và chuyển giới được thể hiện dưới nhiều khía cạnh với mức độ khác nhau, từ bị dèm pha, xa lánh, sợ hãi đến đánh đập. Định kiến, kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người đồng tính và chuyển giới không chỉ xảy ra qua các mối quan hệ xã hội mà tình trạng này còn xảy ra trong chính gia đình của họ. Điều đó đã dẫn đến những tổn thương tâm lý vô cùng nghiêm trọng đối với người đồng tính và chuyển giới như lo âu, trầm cảm, thậm chí một số người đồng tính, chuyển giới khi rơi vào bế tắc đã có ý định tự tử hoặc hành vi tự tử. Có nghiên cứu đã chỉ ra rằng có đến 20% người LGBT¹ bị ép buộc đi bác sĩ, 25% bị ép kết hôn với người họ không mong muốn (Lương Thế Huy, Phạm Quỳnh Phương, 2015).

4. Đại dịch Covid-19 và sự trở dậy của định kiến

Theo tổ chức Y tế thế giới, đại dịch Covid-19 gây ra định kiến trong xã hội và mức độ định kiến dựa trên 3 tác nhân: (i) Đây là loại bệnh mới mà con người chưa hiểu biết nhiều; (ii) Sự e ngại về bệnh dịch; (iii) Nỗi sợ hãi trong công chúng. Điều đó dẫn đến thực tế định

¹ LGBT là những người có xu hướng tính dục cũng như bản dạng giới khác biệt với những người có xu hướng tính dục và bản dạng giới thông thường.

kiến, phân biệt đối xử, thậm chí tách biệt xã hội dành cho cả bệnh nhân và những người có liên quan (Poudel, 2020). Ở Trung Quốc, việc gia tăng tỷ lệ tử vong trong đình dịch làm cho đội ngũ y tế chịu nhiều áp lực, kỳ thị từ xã hội, khiến họ chịu rủi ro cao trước các vấn đề về tâm lý (Xiong and Peng, 2020). Họ thậm chí còn bị tấn công ở một số quốc gia như Ấn Độ, Mỹ, Úc (Withnal, 2020). Đây cũng là thực trạng xảy ra ở Qatar và nhiều quốc gia khác (Tandon, 2020).

Định kiến, phân biệt đối xử, thậm chí tách biệt xã hội dành cho cán bộ y tế, những người làm việc tại bệnh viện, phòng thí nghiệm cũng được ghi nhận ở Nepal. Họ bị các nhân viên khách sạn xa lánh và gặp khó khăn khi mua thức ăn, tìm chỗ ở (Poudel, 2020). Nhiều người từ chối nói chuyện với họ, từ chối ăn cùng họ tại một địa điểm. Hàng xóm cũng thể hiện thái độ này đối với họ mặc dù họ có đầy đủ các phương tiện bảo hộ an toàn khi làm việc. Các bác sỹ tâm thần, những người không làm việc trực tiếp liên quan đến Covid-19, cũng bị những định kiến này (Tandon, 2020). Ở Trung Quốc, việc gia tăng tỷ lệ tử vong trong đình dịch Covid-19 khiến đội ngũ y tế chịu nhiều áp lực, kỳ thị từ xã hội..., vì thế họ thường gặp nhiều vấn đề về tâm lý (Xiong and Peng, 2020). Vào tháng 5/2020, một thống kê ở New York (Mỹ) cho thấy có hơn 200 vụ tấn công vào cán bộ y tế xuất phát từ kỳ thị liên quan đến Covid-19 (Noble, 2000). Ở Mexico, một số bác sỹ, y tá phải đi làm bằng xe đạp vì họ bị từ chối lên các phương tiện giao thông công cộng. Tình trạng tương tự cũng xảy ra ở Malawi, Ấn Độ khi cán bộ y tế làm việc liên quan đến Covid-19 bị chủ nhà trọ yêu cầu trả lại nhà, bị tấn công khi đang làm việc. Do đó rất cần thiết xem xét các phương thức kiểm soát định kiến từ phương diện văn hóa, xã hội, coi đây như biện pháp nhằm chống lại dịch bệnh (Brun, 2020). Nhiều bệnh nhân sau khi khỏi bệnh vẫn phải đối mặt với sự phân biệt đối xử từ công chúng. Họ bị từ chối hòa nhập trở lại với cộng đồng vì tâm lý e ngại tái lây nhiễm. Một phụ nữ sau khi sinh con tại bệnh viện Maharashtra (Ấn Độ), nơi có bệnh nhân Covid-19 đã bị gia đình từ bỏ sau khi sinh. Có bệnh nhân ở Zimbabwe đã sững sốt khi con đường trước nhà mình bị người dân đặt tên là “đường Corona” và họ tránh qua lại trên con đường đó (Baggchi, 2020). Phạm vi của định kiến còn mở rộng đến các nhóm xã hội, chủng tộc. Cộng đồng châu Á chịu nhiều định kiến, bị coi là người gieo rắc bệnh dịch Covid-19 (Lopez-Villafaña, 2020). Ở New York, tính đến cuối tháng 4/2020, đã có 248 báo cáo về việc hành hung, phân biệt đối xử liên quan đến Covid-19, hơn nửa số nạn nhân là người gốc Á. Cộng đồng Do Thái cũng đón nhận thái độ thù địch này (Perper, 2020).

Tính đến cuối tháng 6/2021, ở Việt Nam có trên 16.000 trường hợp ghi nhận dương tính với Covid-19. Trong bối cảnh đó, những tin đồn thiếu căn cứ, thậm chí xúc phạm cá nhân bắt đầu lan truyền trên mạng. Từ nỗi lo sợ bị lây nhiễm, thiếu hiểu biết, một bộ phận công chúng bắt đầu “ném đá” vào những đối tượng F0, F1, F2, dù trên thực tế họ cũng chỉ là nạn nhân. Điều đáng mừng là tình trạng định kiến, kỳ thị không phổ biến đối với đội ngũ y tế, những người tham gia vào việc tuyên truyền, chăm sóc, cho bệnh nhân Covid-19. Nguyễn

Công Thảo (2020) đã chỉ ra lịch sử nỗi sợ về các bệnh truyền nhiễm, nỗi sợ hãi phải vào bệnh viện khiến một bộ phận người dân có cái nhìn tiêu cực, thậm chí cực đoan đối với bệnh nhân. Nhiều thông tin chưa được kiểm chứng đã lan truyền với tốc độ chóng mặt, gây ảnh hưởng, xâm phạm quyền riêng tư của nhiều người mà trường hợp bệnh nhân mang mã số 17 và 21 năm 2020 là ví dụ. Song, ở chiều cạnh tích cực, tác giả cũng chỉ ra vai trò của nó đối với việc khiến chính sách cách ly xã hội được tuân thủ tốt ở Hà Nội. Không ít bệnh nhân, đối tượng F1, F2 bị nhìn nhận như tội đồ, thay vì là nạn nhân của bệnh dịch. Tháng 6/2021, một nam sinh mắc Covid-19 sau khi đi bê tráp đám cưới ở xã Mão Điền (huyện Thuận Thành, tỉnh Bắc Ninh) đã bị chỉ trích trên mạng xã hội. Hơn một năm trở về trước, một số bệnh nhân đã phải hứng chịu nhiều đá kích từ dư luận. Nhiều thông tin về đời tư, thân nhân của họ cũng bị đào bới, chia sẻ trên mạng.

Theo quan điểm của tác giả, có nhiều nguyên nhân dẫn đến thái độ kỳ thị cực đoan về người bị nhiễm Covid-19 hiện nay, trong đó có một số như: (1) Nhận thức chưa đầy đủ của người dân về Covid-19, một chủng vi-rút hoàn toàn mới với tốc độ lây lan nhanh, khó nhận biết qua triệu chứng lâm sàng, chưa có thuốc đặc trị, bị hạn chế trong việc tiếp cận với vaccine phòng ngừa; (2) Mức độ lây lan quá nhanh dẫn tới các biện pháp phòng ngừa như phong tỏa, cách ly, đóng cửa các cơ sở dịch vụ, kinh doanh, trường học phải tiến hành trên diện rộng, gây tác động tạm thời đến việc làm, thu nhập, sinh hoạt của nhiều người dẫn đến tâm lý ức chế; (3) Việc khai báo y tế, tuân thủ các quy định về cách ly của một số F0, F1 chưa tốt, thậm chí có trường hợp khai gian dối, dẫn đến bất bình trong dư luận; (4) Điều kiện sinh hoạt cho các đối tượng cách ly không được như ý muốn, do tình trạng quá tải đối với cơ sở vật chất cũng có thể dẫn đến phản ứng bất mãn của một bộ phận người dân; (5) Phương thức truyền thông chưa hợp lý, thổi phồng hoặc bị kích quá dịch bệnh; (6) Lịch sử trải nghiệm với bệnh dịch trong quá khứ của người dân.

Có thể thấy, ở bình diện toàn cầu, đại dịch Covid-19 đã không chỉ ảnh hưởng về mặt kinh tế mà còn tác động tới sức khỏe và tinh thần hàng triệu người, bởi những nguyên nhân như định kiến, phân biệt đối xử. Đối tượng bị định kiến hết sức đa dạng, từ cá nhân đến nhóm xã hội, chủng tộc, quốc tịch; từ trực tiếp đến gián tiếp. Mức độ định kiến diễn ra ở nhiều cấp độ khác nhau, từ kỳ thị, xa lánh đến thù hằn tiếp xúc, thậm chí tấn công bạo lực. Đáng ghi nhận ở Việt Nam là công tác tuyên truyền, phòng ngừa đã và đang được tiến hành khá đồng bộ, hiệu quả. Điều đó góp phần giúp giảm mức độ kỳ thị, định kiến đối với bệnh nhân Covid-19 và những người liên quan ở mức thấp nhất. Song, kể từ khi đợt 4 đại dịch bùng nổ ở Bắc Ninh, Bắc Giang, sau đó là Thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh phía Nam từ tháng 6/2021 đến nay, có dấu hiệu cho thấy xu thế kỳ thị lại trở dậy trên mạng xã hội. Quá trình tiêm chủng vaccine trên diện rộng cũng có thể sẽ dẫn đến thái độ tiêu cực mới từ một bộ phận công chúng đối với lực lượng y tế xuất phát từ tính công bằng, minh bạch trong việc chia sẻ cơ hội tiếp cận.

Kết luận

Trong bối cảnh tình hình bệnh dịch Covid-19 còn kéo dài và tác động sâu sắc, việc kiểm soát dư luận xã hội sai lệch, những thông tin, nhận định, thái độ, hành vi mang tính kỳ thị, phân biệt đối xử với bệnh nhân, người nghi nhiễm, có nguy cơ nhiễm, đội ngũ cán bộ y tế là hết sức cần thiết. Đây là nhiệm vụ rất quan trọng, bởi nó góp phần chung tay với ngành y tế trong việc phòng, chống bệnh dịch. Khi người dân có được nhận thức đầy đủ, thái độ thấu hiểu, hành vi nhân ái, sẵn sàng chia sẻ, giúp đỡ lẫn nhau thì gánh nặng, áp lực từ dịch bệnh sẽ được giảm thiểu đáng kể. Điều đó giúp Chính phủ không chỉ được chia sẻ khó khăn mà còn có thêm sự ủng hộ, nguồn lực, động viên để tiếp tục đưa ra những quyết sách đúng đắn nhằm kiểm soát dịch bệnh, song hành với phát triển kinh tế, ổn định xã hội. Đối với người dân, việc làm này giúp họ không hoang mang, lo sợ một cách cực đoan để có thể vừa duy trì hoạt động sản xuất an toàn, hiệu quả, vừa nhận biết được phương thức phòng chống hữu hiệu. Để làm được nhiệm vụ đó, việc nhận diện nguyên nhân vì sao có sự tồn tại của định kiến với dịch Covid-19 nói riêng, các bệnh truyền nhiễm nói chung; cơ chế lan truyền của chúng như thế nào; phương pháp kiểm soát ra sao... chỉ có thể thành công dựa trên những nghiên cứu hệ thống từ lý luận đến thực tiễn. Như đã chỉ ra trong bài viết, biểu hiện của định kiến khá đa dạng và nó gây ra tác động khác nhau với từng nhóm đối tượng. Vì thế cần tiến hành các nghiên cứu chuyên sâu, liên ngành dưới góc độ văn hóa - xã hội về định kiến để có thể đưa ra những khuyến nghị không chỉ về chính sách mà cả lý luận. Từ phương diện chính sách, những khuyến nghị về phương thức chia sẻ thông tin, truyền thông, chính sách cách ly, quản lý, khám và chữa bệnh sao cho phù hợp với từng nhóm đối tượng là hết sức cần thiết. Về lý luận, việc làm sáng tỏ các chiều cạnh khác nhau của định kiến ở từng nhóm cụ thể sẽ giúp nhận diện những tác nhân chi phối, ảnh hưởng, biểu hiện của định kiến để từ đó có những khuyến nghị phù hợp, thuyết phục cho các nhà hoạch định chính sách.

Tài liệu tham khảo

1. Baskind, Birbeck G., (2005), “Epilepsy Care in Zambia: A Study of Traditional Healers”, *Epilepsia*, 46 (7), p.p. 1121-1126.
2. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (2017), Hội nghị sơ kết 6 tháng đầu năm của Ủy ban Quốc gia về người khuyết tật Việt Nam, <http://www.molisa.gov.vn> (Truy cập ngày 30/6/2021).
3. Bruns, Debra Pettit (2020), “Covid-19: Facts, Cultural Considerations, and Risk of Stigmatization”, *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, vol. 31, 4 (2020), p.p. 326-332.
4. Burr, Rachel (2015), “Vietnam’s Children’s Experiences of Being Visually or Hearing Impaired”, *Disability and the Global South*, 2 (2), p.p. 590-602.

5. Demirci, Sepril và cộng sự (2007), “Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta”, *Epilepsy Behav*, 11 (3), p.p. 427-433.
6. Hà Thúc Dũng, Bùi Đức Kính (2013), “Kỳ thị với người nhiễm HIV/AIDS và quyền của trẻ nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam”, *Tạp chí khoa học*, Số 7, tr. 19-31.
7. Lê Bạch Dương, Khuất Thu Hồng và Nguyễn Đức Vinh (2008), *Người khuyết tật ở Việt Nam: Kết quả điều tra xã hội học tại Thái Bình, Quảng Nam, Đà Nẵng và Đồng Nai*. Nxb. Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
8. Trần Thị Minh Đức (Chủ biên, 2006), *Định kiến và phân biệt đối xử theo giới: Lý thuyết và thực tiễn*, Nxb. Đại học Quốc gia, Hà Nội.
9. Engelbrektsson, Ulla (2012), *Challenged Lives: A Medical Anthropological Study of Leprosy in Nepal*, University of Gothenburg, Göteborg.
10. Fiest, Kirsten và cộng sự (2014), “Stigma in Epilepsy”, *Curr Neurol Neurosci Rep*, 14 (5), p. 444.
11. Fujisawa, Daisuke and Hagiwara, Nao (2015), “Cancer Stigma and its Health Consequences”, *Curr Breast Cancer Rep*, 7 (3), p.p. 143-150.
12. Goffman, Erving (1963), *Stigma - Englewood Cliffs*, NJ: Prentice-Hall, Inc.
13. Phạm Thị Thu Hoa (2017), “Một số yếu tố ảnh hưởng đến định kiến đối với người đồng tính”, *Tạp chí Tâm lý học*, Số 4, tr. 3-14.
14. ILO (2013), *Inclusion of People with Disabilities in Vietnam - Factsheet*, <http://www.ilo.org> (Truy cập ngày 30/6/2021).
15. Link, Bruce and Phelan, Jo (2001), “Conceptualizing stigma”, *Annual Review of Sociology*, 27, p.p. 363-385.
16. Lương Thế Huy, Phạm Quỳnh Phương (2015), *Có phải bởi vì tôi là LGBT?: Phân biệt đối xử dựa trên xu hướng tính dục và bản dạng giới tại Việt Nam*, Nxb. Hồng Đức.
17. Logie, Carmen et al., (2018), “HIV-related stigma, racial discrimination, and gender discrimination: Pathways to physical and mental health-related quality of life among a national cohort of women living with HIV”, *Prev Med (Baltim)*, 107, p.p. 36-44.
18. Lopez Villafaña, Andrea (2020), “Asian Pacific Islander organizations issue statement against hate, discrimination amid COVID-19”, *The San Diego Union-Tribune*, <https://www.sandiegouniontribune.com> (Truy cập ngày 30/6/2021).
19. Lưu Bích Ngọc (2010), “Gia đình Việt Nam đối mặt với HIV/AIDS: Các thái độ kỳ thị (nghiên cứu đối chứng ở Hạ Long, Việt Nam)”, *Báo cáo tại Hội nghị Khoa học quốc gia phòng chống HIV/AIDS lần thứ IV*, Việt Nam.

20. Noble, Andrea (2020, April 22), “With Anti-Asian harassment on the rise, New York City forms COVID-19 response team”, *Route Fifty*, <https://www.routefifty.com> (Truy cập ngày 30/6/2021).

21. Perper, Rachel (2020), “New York City Mayor de Blasio singles out the city’s Jewish community for flouting coronavirus rules and said cops will start arresting people gathered in large groups”, *Business Insider*, <https://www.businessinsider.com> (Truy cập ngày 30/6/2021).

22. Poudel, Arjun (2020), *Stigma Against Health Workers, Patients and Area Locals Continues in COVID-19*. Hotspots, <https://kathmandupost.com> (Truy cập ngày 30/6/2021).

23. Sherman Irwin (2007), *Twelve Diseases that Changed Our World*, Washington DC: American Society of Microbiology, ASM Press.

24. Võ Hoàng Sơn (2018), *Kỳ thị đối với trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS (Nghiên cứu tại quận 8 và quận Bình Thạnh thành phố Hồ Chí Minh)*, Luận án tiến sĩ Xã hội học, Học viện Khoa học xã hội.

25. Tandon, Rajiv (2020), “The Covid-19 pandemic, personal reflections on editorial responsibility”, *Asian J. Psychiatr*, Vol 50. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102100 (Truy cập ngày 21/7/2021).

26. Nguyen Cong Thao (2020), “Life in Hanoi during the Coronavirus Pandemic, City and Society”, *City and Society*, <https://doi.org/10.1111/ciso.12283>., Vol 32, Issue 2, p.p. 1-15.

27. Tran Duc Sy (et al, 2007), “Epilepsy in Laos: knowledge, attitudes, and practices in the community”, *Epilepsy Behav*, 10 (4), p.p. 565-70.

28. Tran Van Kham (2015), Exploring the Experience of Children with Disabilities at School Settings in Vietnam Context, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Truy cập ngày 2/5/2021).

29. Try, Leone (2006), “Gendered experiences: marriage and the stigma of leprosy”, *Asia Pacific Disabil Rehabil*, 17 (2), p.p. 55-72.

30. Xiong, Yang; Peng Lingli (2020), “Focusing on health-care providers’ experiences in the COVID-19 crisis”, *Lancet GlobHealth*, 8 (6), p.p.740-741. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30214-X.

31. Williams, David và cộng sự (2007), “The mental health of Black Caribbean immigrants: results from the National Survey of American Life”, *Am J Public Health*, 97(1), p.p. 52-59.

32. Withnall, Adam (2020), “Coronavirus: Why India has Had to Pass New Law Against Attacks on Healthcare Workers”, *The Independent*, <https://www.independent.co.uk> (Truy cập ngày 30/6/2021).