

# **PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HÓA TRONG DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS**

**ĐỀ ÁN NGHIÊN CỨU CỦA UNESCO/UNAIDS**

**CẨM NANG PHƯƠNG PHÁP LUẬN**

**Bộ sách chuyên đề**

**Ban Chính sách Văn hóa**

**UNESCO - 2001**

Nội dung, ý kiến trình bày trong tài liệu thuộc trách nhiệm của các tác giả biên soạn và không nhất thiết được coi là quan điểm chính thức của UNESCO

(CLT-2002/WS/03)

## MỤC LỤC

Lời nói đầu .....	7
Tóm tắt .....	9

### PHẦN THỨ NHẤT

#### KHÁI NIỆM CƠ BẢN, MỤC TIÊU VÀ PHÂN TÍCH LÝ LUẬN VỀ PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HOÁ

<b>I. Phương pháp tiếp cận văn hóa: Điều ghi nhớ</b> .....	13
1. Các quan niệm .....	13
2. Mục đích và ý nghĩa .....	14
<b>II. Bốn thách thức lớn</b> .....	15
1. Nguy cơ .....	15
2. Tính dễ bị lây nhiễm .....	16
3. Dự phòng và hỗ trợ .....	18
4. Giảm thiểu ảnh hưởng .....	19

### PHẦN THỨ HAI

#### CÁC CẤP ĐỘ HÀNH ĐỘNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HOÁ TRONG DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS

<b>CHƯƠNG 1: XÂY DỰNG VÀ THỰC HIỆN CÔNG TÁC THÔNG TIN - GIÁO DỤC - TRUYỀN THÔNG PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THÔNG VĂN HOÁ</b> .....	23
--	----

<b>I. Đánh giá tình hình hiện tại</b> .....	23
1. Đánh giá công tác thông tin giáo dục truyền thông hiện nay .....	23
2. Tìm hiểu các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa .....	30
3. Các điều kiện cần thiết để vận động/thuyết phục thông qua công tác giáo dục .....	32
<b>II. Xác định đối tượng của thông tin, giáo dục, truyền thông</b> .....	35
1. Những người dễ bị lây nhiễm và nguy cơ .....	35
2. Các nhóm dễ bị lây nhiễm .....	37
3. Nhóm đối tượng bất ổn định về văn hóa .....	39
4. Các nhóm có hành vi nguy cơ đặc biệt .....	41
5. Giao tiếp với toàn thể xã hội .....	42
6. Kết luận .....	43
<b>III. Chương trình thông tin giáo dục truyền thông phù hợp: Kết hợp công tác biên soạn tư liệu và tiến hành thực hiện</b> .....	43
1. Thông tin đại chúng .....	44
2. Giáo dục .....	46
3. Truyền thông .....	52
<b>IV. Kết luận</b> .....	59

CHƯƠNG 2. PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THỐNG VĂN HOÁ. . . . .	61
<b>I. Các chiến lược thể chế và tình hình thực tiễn trên thực địa hiện nay. . . . .</b>	<b>61</b>
1. Các chiến lược và chính sách . . . . .	61
2. Đánh giá thể chế và rà soát chiến lược/chính sách . . . . .	62
<b>II. Phương pháp xây dựng năng lực trong phòng chống HIV/AIDS phù hợp với truyền thống văn hoá . . . . .</b>	<b>65</b>
1. Sơ lược nội dung . . . . .	65
2. Xây dựng chiến lược và chính sách. . . . .	66
3. Các ưu tiên hành động chính. . . . .	81
<b>III. Kết luận . . . . .</b>	<b>88</b>
CHƯƠNG 3. CÔNG TÁC THỰC ĐỊA: XÂY DỰNG PHONG TRÀO ĐỊA PHƯƠNG . . . . .	89
<b>I. Đánh giá hiện trạng công tác thực địa . . . . .</b>	<b>89</b>
1. Nhận xét chung về công tác thực địa . . . . .	89
2. Công tác thực địa: Thành tựu và hạn chế . . . . .	94
<b>II. Công tác thực địa phù hợp với truyền thống văn hóa . . . . .</b>	<b>95</b>
1. Tóm tắt: Công tác thực địa – khâu quan trọng trong công tác dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng. . . . .	95
2. Xây dựng đáp ứng ở địa phương. . . . .	96
3. Các ưu tiên hành động chính. . . . .	109
<b>III. Kết luận . . . . .</b>	<b>118</b>
CHƯƠNG 4. HƯỚNG DẪN THIẾT KẾ THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ DỰ ÁN . . . . .	119
<b>I. Các phương thức thiết kế, thực hiện dự án hiện nay . . . . .</b>	<b>119</b>
1. Hạn chế trong hoạt động . . . . .	119
2. Không xem xét đến nền văn hoá truyền thống . . . . .	120
3. Thiếu truyền thông về các vấn đề liên quan . . . . .	120
4. Các bên thực hiện dự án . . . . .	121
<b>II. Phương pháp, phương tiện thiết kế một dự án phù hợp với truyền thống văn hóa . . . . .</b>	<b>123</b>
1. Tóm tắt . . . . .	123
2. Nằm giữa chiến lược và thực tiễn là dự án . . . . .	124
3. Các nhân tố tương hỗ, các bên tham gia và đánh giá địa bàn . . . . .	125
4. Điều tra sâu địa bàn. . . . .	126
5. Những dự án phù hợp với truyền thống văn hoá: Phương pháp tiếp cận từng bước . . . . .	129
6. Lựa chọn hoạt động ưu tiên. . . . .	143
7. Đề xuất cải tiến phương pháp . . . . .	146
<b>III. Kết luận . . . . .</b>	<b>149</b>
<b>Danh mục các ấn phẩm của dự án . . . . .</b>	<b>151</b>

## LỜI NÓI ĐẦU

Từ giữa những năm 1980, nhiều chính phủ, cơ quan quốc tế và tổ chức phi chính phủ đã được huy động tham gia vào cuộc chiến chống bệnh dịch HIV/AIDS. Rõ ràng đã có rất nhiều nỗ lực to lớn được tiến hành nhằm cung cấp thông tin cho mọi người thấy rõ hiểm họa của bệnh dịch, nhưng tất cả các nỗ lực này đã không đạt được những thay đổi hành vi như mong muốn. Bệnh dịch tiếp tục lan rộng nhanh chóng và nhiều vấn đề nghiêm trọng bắt đầu nảy sinh, hạn chế những nỗ lực ngăn chặn bệnh dịch. Kinh nghiệm cho thấy bệnh dịch HIV/AIDS là một vấn đề phức tạp liên quan đến nhiều phương diện đòi hỏi phải có sự hợp tác chặt chẽ để phòng chống có hiệu quả, do vậy cần phải đưa ra được những chiến lược can thiệp nhiều chiều.

Năm 1994, Chương trình Phối hợp phòng chống HIV/AIDS của Liên hợp quốc (UNAIDS) đã được thành lập, bắt đầu một phương thức hoạt động mới trong công tác phòng chống dịch và chăm sóc người bệnh. Yêu cầu đầu tiên được hết sức chú trọng đó là sự cần thiết phải tăng cường hoạt động điều phối giữa các cơ quan, đoàn thể. Ngoài ra còn cần phải chú trọng thực hiện tốt cả công tác phòng ngừa lẫn điều trị, đồng thời chú ý xem xét các yếu tố xã hội quan trọng liên quan. Trong khuôn khổ này, dự án hợp tác giữa UNESCO và UNAIDS “Phương pháp tiếp cận văn hoá dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS” đã được công bố vào tháng 5 năm 1998. Mục tiêu là để khuyến khích bàn luận và hành động, để hiểu biết hơn và huy động được các nhân tố văn hoá đóng góp vào cuộc chiến chống lại nạn dịch.

Dựa vào Tuyên bố Mêhicô (1982), trong khuôn khổ dự án văn hoá được hiểu là sự bao gồm các lối sống, truyền thống và tín ngưỡng, tình trạng sức khỏe và tệ nạn, nhận thức về cuộc sống và cái chết, tiêu chuẩn giới tính và thói quen, các quan hệ giới và quyền lực, cấu trúc gia đình, ngôn ngữ và ý nghĩa của việc giao tiếp; cùng với nghệ thuật và sự sáng tạo. Một sự tiếp cận xem xét các khía cạnh của văn hoá là cần thiết trong việc chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa việc giáo dục dự phòng và chăm sóc, cùng với việc thay đổi dứt khoát và thường xuyên hành vi ứng xử và nhận thức của mọi người về nạn dịch.

Giai đoạn I của dự án (1998-1999) đã tiến hành đánh giá chín quốc gia trong ba khu vực: châu Phi Cận Sahara (Ănggôla, Malaui, Nam Phi, Uganda, Zimbabwe), châu Á - Thái Bình Dương (Thái Lan và các nước láng giềng), và khu vực Caribê (Cu Ba, Cộng hoà Đôminíc, Jamaica). Kết quả nghiên cứu đã được bàn luận tại ba hội nghị tiểu khu vực tổ chức ở Cu Ba, Zimbabwe và Thái Lan trong khoảng thời gian từ tháng 4 đến tháng 6-1999.

Giai đoạn II của dự án bắt đầu vào tháng 10 năm 2000 với hội nghị liên khu vực tổ chức tại Nairôbi (Kênia). Mục đích của hội nghị này là để đánh giá kết quả công việc thực hiện dự án trong thời gian qua và nhận biết tình hình mới. Dựa trên Kế hoạch Hành động đã được công nhận tại Nairôbi, phương pháp luận về vấn đề hệ thống các chiến lược, chính sách và dự án đã được xác định. Kế hoạch Hành động nhấn mạnh vai trò quan trọng của huấn luyện và liên kết, cũng như với sự cần thiết của việc thích nghi với thông tin, giáo dục và truyền thông tới nền văn hoá của mỗi nhóm đích. Trên cơ sở đó, bốn cuốn sổ tay phương pháp luận về vấn đề xây dựng chính sách, thiết kế dự án, công tác thực địa và truyền thông đã được nghiên cứu kỹ lưỡng. Từ tháng 5 năm 2000 đến tháng 8 năm 2001, bốn hội nghị tập huấn tiểu khu vực đã được tổ chức tại Kampala (Uganda), Cairô (Hy Lạp), Fez (Marốc) và Dakar (Xênegan). Hội

thảo quốc gia tại Ấn Độ tháng 8 năm 2002 đã đưa ra những tiêu chuẩn được soạn thảo công phu về việc áp dụng cuốn sổ tay phù hợp với nền văn hoá của mỗi quốc gia. Dự án thí điểm tại Kampala (Uganda) đã cho phép có thể áp dụng các phương pháp tiếp cận văn hoá được kiểm tra trong từng lĩnh vực và được điều chỉnh sao cho phù hợp.

Từ năm 2001, những nghiên cứu đặc trưng của quốc gia đã được hoàn thành. Ví dụ ở Mozambique, Việt Nam, Áchentina, Uruguay, Cadácxtan, Tatgikixtan và Nga. Những hội thảo cảm nhận đã được tổ chức tại Cu Ba, Maroc và Dakar.

Việc sử dụng nhà hát tác động đến phòng chống HIV/AIDS đã minh chứng đầy đủ, đặc biệt là trong giới trẻ. Do vậy cuốn sổ tay cho các tổ chức phi chính phủ và những nhóm kịch trẻ tuổi đã được xây dựng và phát hành. Hơn thế nữa các hội thảo cảm nhận và huấn luyện về chủ đề này được thấy trước.

Các ưu tiên hiện nay của dự án bao gồm: vai trò của các nhà lãnh đạo tôn giáo và niềm tin của cộng đồng trong cuộc chiến chống lại đại dịch, cộng đồng bản xứ và HIV/AIDS (một dự án dựa vào các loại thuốc dân tộc của cư dân San để chữa bệnh hiện nay đang được hoàn thành ở Nam Mỹ), việc sử dụng nghệ thuật trong dự phòng và giáo dục, vai trò các thầy thuốc cổ truyền, việc dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, thanh niên, dấu hiệu và sự kỳ thị liên quan đến HIV/AIDS, v.v..

Cuốn sách này bao gồm bốn tập cẩm nang phương pháp luận:

- *Phương pháp xây dựng và thực hiện công tác thông tin/giáo dục/truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá*
- *Phương pháp xây dựng chiến lược và chính sách phù hợp với truyền thống văn hoá*
- *Công tác thực địa: Xây dựng phong trào của địa phương*
- *Hướng dẫn thiết kế dự án*

Cuốn sách đề cập đến hai chủ đề chính:

- *Giới thiệu khái niệm chung về phương pháp văn hoá đối với HIV/AIDS liên quan đến nguy cơ dịch bệnh, tình hình lây nhiễm và công tác dự phòng, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng tiêu cực;*
- *Phân tích các cấp độ hành động về công tác thông tin - giáo dục - truyền thông, các vấn đề chính sách, chiến lược, thiết kế dự án và công tác thực địa, nhằm mục đích đánh giá tình hình chung và đề xuất phương pháp và công cụ mới.*

Sách được biên soạn trên cơ sở tham khảo tài liệu của UNAIDS và có chú thích tài liệu tham khảo.

## TÓM TẮT

Dự án phối hợp của UNESCO/UNAIDS “Phương pháp tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS” bắt đầu thực hiện từ giữa năm 1998 đúng vào lúc UNAIDS bắt đầu triển khai phương pháp tiếp cận mới trong công tác dự phòng và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS. Để xây dựng được các chính sách chiến lược toàn diện phù hợp với tình hình thực tế, UNAIDS nhấn mạnh sự cần thiết phải ưu tiên xem xét tính chất phức tạp liên quan đến nhiều phương diện của bệnh dịch trong một bối cảnh cũng hết sức đa dạng.

Theo tinh thần đó, “Phương pháp tiếp cận văn hóa trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS” được xem như một cách làm mới, góp phần tìm kiếm giải pháp cho một thử thách khó vượt qua. Mục tiêu có tính chất phương pháp luận của đường lối này là nhằm điều chỉnh nội dung, hành động sao cho phù hợp với tâm lý, tính cách, tín ngưỡng, các hệ thống giá trị khác nhau và năng lực cộng đồng, để áp dụng và sau đó sửa đổi chính sách và chiến lược quốc gia và quốc tế cũng như các mô hình thiết kế dự án và công tác thực địa cho phù hợp với tình hình thực tế.

Như vậy, rõ ràng là sáng kiến này đã đáp ứng được các nguyên tắc định hướng đề ra trong Tuyên bố cam kết phòng chống HIV/AIDS tại Phiên họp Đặc biệt của Đại hội đồng Liên hợp quốc về HIV/AIDS (tháng 6-2001) nêu rõ tính chất quan trọng trong việc nhấn mạnh đến vai trò của các yếu tố văn hoá, gia đình, đạo đức và tôn giáo trong công tác dự phòng và điều trị bệnh dịch, hỗ trợ chăm sóc người bệnh, đồng thời phải chú ý tới đặc thù của từng quốc gia và coi trọng việc tôn trọng nhân quyền và các quyền tự do cơ bản của con người.

Cuốn sách được chia làm hai phần:

Phần thứ nhất: KHÁI NIỆM CƠ BẢN, MỤC TIÊU VÀ PHÂN TÍCH LÝ LUẬN VỀ PHƯƠNG PHÁP VĂN HOÁ

Phần thứ hai: CÁC CẤP ĐỘ HÀNH ĐỘNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HOÁ TRONG DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS. Phần này gồm 4 chương:

Chương 1: Xây dựng và thực hiện công tác thông tin - giáo dục - truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá.

Trình bày nội dung nghiên cứu mang tính phương pháp luận: đánh giá hoạt động hiện thời, tìm hiểu các chuẩn mực văn hoá, và triển khai huy động các nguồn tiềm năng văn hóa. Sau đó tiến tới xác định đối tượng mục tiêu và đặc điểm tính chất của các đối tượng đó. Cuối cùng đề xuất các mô hình thông tin giáo dục truyền thông phù hợp, trong đó kết hợp xây dựng nội dung và phương thức hoạt động.

Chương 2: Phương pháp xây dựng chiến lược và chính sách phù hợp với truyền thống văn hoá.

Xác định khái quát nội dung cần xem xét đánh giá lại các chương trình/dự án đang được tiến hành hiện nay liên quan đến những vấn đề thực tiễn. Trình bày những phương pháp dùng làm công cụ để xây dựng phong trào phòng chống HIV/AIDS phù hợp với truyền thống văn hoá nhằm giải quyết các vấn đề quan trọng mà UNAIDS đã vạch ra là: nguy cơ, khả năng lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng của bệnh dịch. Trình bày

các ưu tiên hành động chính liên quan đến lĩnh vực này và nhấn mạnh đến chương trình giáo dục dự phòng đã được đổi mới và công tác đào tạo huấn luyện/phát động quần chúng/xây dựng năng lực.

Chương 3: Công tác thực địa: Xây dựng phong trào địa phương.

Xác định các nội dung nhiệm vụ phải tiến hành đánh giá tổng kết công tác thực địa liên quan đến việc tìm hiểu tình hình thực tế ở địa phương và vận động quần chúng nhân dân hưởng ứng phong trào, tổng kết thành tích thực hiện và những hạn chế. Trình bày phương pháp vận động quần chúng nhân dân hưởng ứng phong trào ở địa phương cho cán bộ thực địa và cán bộ cơ sở. Đề xuất các hoạt động ưu tiên về công tác thực địa nhấn mạnh đến công tác xây dựng quan hệ đối tác giữa cơ quan tổ chức với địa phương thực hiện, và công tác truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá, thông qua các dự án thí điểm.

Chương 4: Hướng dẫn thiết kế dự án.

Trình bày những nhiệm vụ chính để tiến hành đánh giá, rà soát lại các chương trình, dự án hiện nay có liên hệ đến tình hình thực tế ở dưới cơ sở. Đưa ra phương pháp vận động quần chúng nhân dân hưởng ứng phong trào ở địa phương đối với những thách thức lớn do UNAIDS xác định, nêu các ưu tiên hành động chính về lĩnh vực này, đặc biệt nhấn mạnh đến chương trình giáo dục dự phòng đã được cải cách và các hoạt động đào tạo huấn luyện/định hướng/xây dựng năng lực.

Sau các chương đều có phần kết luận, trong đó tóm tắt các vấn đề chính đã được nghiên cứu, xem xét.



Phần thứ nhất

**Khái niệm cơ bản, mục tiêu  
và phân tích lý luận về  
phương pháp tiếp cận văn hoá**

---

---

## I. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HÓA: ĐIỀU GHI NHỚ

### 1. Các quan niệm

Kinh nghiệm cho thấy, ngày càng có nhiều người thừa nhận bệnh dịch HIV/AIDS là một vấn đề không chỉ liên quan đến lĩnh vực y tế mà còn liên quan đến rất nhiều phương diện, đòi hỏi phải có một đáp ứng đa ngành. Nếu chỉ giới hạn giải quyết vấn đề bằng các biện pháp y tế hay chỉ đơn thuần cung cấp thông tin nâng cao hiểu biết, hay thực hiện công tác thông tin giáo dục tuyên truyền theo kiểu hiện đại như khuyến khích sử dụng bao cao su chẳng hạn, thì sẽ không thu được kết quả mong muốn. Để phát triển con người một cách bền vững cần phải nghiên cứu, xem xét biểu hiện phức tạp của tất cả các yếu tố kinh tế, văn hóa và xã hội. Vì vậy, cần phải có một phương pháp tiếp cận văn hóa cho công tác dự phòng và điều trị bệnh dịch nhằm giải quyết toàn diện tất cả các khía cạnh của vấn đề.

Tóm lại, cần phải xây dựng một phương pháp tiếp cận văn hóa đáp ứng được hai điều kiện mà theo định nghĩa văn hóa của UNESCO Mêhicô thì có thể tóm tắt như sau:

- **Phát triển nền tảng** trí tuệ, tinh thần, truyền thống, tín ngưỡng và các hệ thống giá trị phù hợp với thực tiễn và đạo lý, nhằm thúc đẩy thực hiện những biến đổi cần thiết, hay ngăn chặn những biến đổi sai lầm và khi cần thì phải can thiệp thay đổi những việc đã làm.
- **Huy động nguồn tiềm năng văn hóa** của các cộng đồng dân tộc, nhằm tranh thủ sự hỗ trợ của họ khi cần thiết, thông qua phối hợp xác định nhu cầu hành động, thay đổi tư duy và hành vi để phát triển con người bền vững bằng nội lực.

Các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa đôi khi bị ngộ nhận là các hệ thống nguyên khối không thể biến đổi được, bởi chúng được xem như một thứ vốn quý phi hình thể của dân tộc cần phải được bảo vệ vô điều kiện. Bằng quan sát thực tế chúng ta có thể thấy rất rõ giữa nền văn hóa và sự đổi thay không nhất thiết phải có mâu thuẫn, bởi vì tất cả các xã hội và các nền văn hóa đều biến đổi theo thời gian:

- Thứ nhất là, bởi vì cả hai đều hàm chứa các yếu tố động học chủ quan;
- Thứ hai là, chúng có tác động tương hỗ với nhau trong tất cả các quá trình biến đổi khách quan về kinh tế, xã hội và văn hóa.

Quá trình phát triển này có thể sẽ dẫn đến tình trạng bất ổn một khi không được kiểm soát chặt chẽ. Chính sách và phương pháp dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS sẽ được cải thiện ngày càng hiệu quả hơn khi được điều chỉnh cho phù hợp với truyền thống văn hóa, được các nhóm đối tượng và dân cư chấp nhận, thấm nhuần và đánh giá cao (tính văn hóa tích hợp) so với các ưu tiên mà họ đề ra. Phương pháp tiếp cận này sẽ tăng cường đổi mới tinh thần trách nhiệm và động viên mọi người tích cực tham gia phòng chống bệnh dịch lan rộng.

Trong mười lăm năm qua đã có rất nhiều phương pháp khác nhau được đề ra nhằm ngăn chặn bùng phát của HIV/AIDS và giảm thiểu các tác động tiêu cực đối với từng cá nhân, gia đình và xã hội. Đến nay mọi người đều đã nhận thấy không thể có một công thức giản đơn để áp dụng chung cho tất cả các quốc gia. Những mô hình quốc gia can thiệp hiệu quả nhất là những mô hình được thiết kế nhằm đáp ứng những nhu cầu cụ thể của quốc gia đó. Các chương trình

can thiệp này đã nhằm mục tiêu giải quyết những vấn đề cụ thể khiến mọi người dễ bị lây nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV, đồng thời phát huy sức mạnh tổng hợp của toàn thể nhân dân và các cơ quan đoàn thể. Nguyên lý thực hành trên đây đã được nêu lên trong tài liệu *Hướng dẫn hoạch định chiến lược quốc gia đối phó với bệnh dịch HIV/AIDS (1998-1999)* và *Tạp chí phương pháp luận (1999)* của UNAIDS.

Phương pháp tiếp cận văn hóa hoàn toàn phù hợp với đường lối chính sách và nguyên tắc xây dựng kế hoạch vạch ra trong các tài liệu của UNAIDS. Phương pháp này góp phần phân tích chi tiết kỹ lưỡng các khía cạnh đặc biệt linh động ở mỗi đối tượng và hoàn cảnh cụ thể để trên cơ sở đó đề xuất các biện pháp can thiệp thích hợp.

## 2. Mục đích và ý nghĩa

Cuốn sách này có mục đích hướng dẫn thiết kế xây dựng các chính sách và chiến lược dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS hiệu quả và phù hợp hơn, thông qua việc tăng cường hiểu biết các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa, lồng ghép những yếu tố này vào việc xây dựng các biện pháp đáp ứng thích hợp ở cấp quốc gia.

Nhằm thực hiện các mục tiêu nêu trên, phần này đưa ra khái niệm, tiêu chuẩn và công cụ phương pháp học để áp dụng phương pháp tiếp cận văn hóa vào việc xây dựng, thực hiện và đánh giá các chính sách và chiến lược dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Như vậy các chính sách và chiến lược đề ra sẽ được trang bị tốt hơn để có thể đối phó với những nguy cơ và khả năng nhiễm bệnh cũng như giảm thiểu các ảnh hưởng tiêu cực của dịch thông qua việc thiết lập các cơ chế dự phòng và hỗ trợ bao gồm cả công tác giáo dục dự phòng.

Những đề nghị này được nêu ra dựa trên cơ sở phân tích tình hình hiện tại, đánh giá các hoạt động tiến hành từ trước đến nay ở tất cả các cấp và nghiên cứu sâu tình hình thực địa. Việc phân tích nhằm mục đích phát hiện ra những khoảng cách giữa phương pháp hiện hành với quy mô hệ thống dự phòng và chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS so với tình hình cụ thể và những diễn biến phức tạp của dịch bệnh. Trong phần thứ hai tập trung đưa ra những phương pháp xác định đặc điểm phương hướng chung, cách thức và phương pháp tiến hành, quan hệ hợp tác và đối tác thực hiện nhằm xây dựng một chương trình can thiệp thông qua các phương pháp phù hợp với truyền thống văn hóa để tổ chức thực hiện công tác thông tin đại chúng và giáo dục, truyền thông; xây dựng chiến lược và chính sách; xây dựng phong trào địa phương; hướng dẫn thiết kế dự án.

### Áp dụng phương pháp văn hóa vào công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS

Đối với công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, áp dụng phương pháp tiếp cận văn hóa có nghĩa là phải nghiên cứu, xem xét tất cả các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của một dân tộc (từ lối sống, hệ thống giá trị, truyền thống, đến tín ngưỡng và các quyền cơ bản về con người), coi đó là những chuẩn mực chủ chốt trong quá trình xây dựng cơ sở chiến lược và hoạch định đề án. Những chuẩn mực này cũng sẽ được sử dụng để làm cơ sở và nguồn lực xác định hành động đối phó thích hợp và bền vững trong công tác dự phòng, chăm sóc và giảm ảnh hưởng tiêu cực. Đây là một điều kiện không thể thiếu được nhằm đem lại những biến đổi sâu sắc và lâu dài đối với hành vi của mọi người và hoàn toàn phù hợp với chiến lược và các đề án vệ sinh và y tế.

## II. BỐN THÁCH THỨC LỚN

Như UNAIDS đã nhấn mạnh, xây dựng một chương trình can thiệp để đáp ứng với dịch HIV/AIDS ở tất cả các cấp đòi hỏi phải có sự chẩn đoán sơ bộ với những nội dung hết sức rõ ràng. Nguy cơ bệnh dịch và hoàn cảnh dẫn đến khả năng lây nhiễm là hai thách thức lớn nhất phải đối mặt với, trước khi tìm ra được giải pháp đáng tin cậy. Thiết lập được một hệ thống dự phòng và hỗ trợ phù hợp để giảm thiểu ảnh hưởng của dịch là một vấn đề lớn khác trong công tác xây dựng chiến lược, hoạch định chính sách, thiết kế dự án và công tác thực địa. Đây chính là lý do vì sao bốn vấn đề đó được xem như bốn thách thức lớn nhất của dịch HIV/AIDS.

Cần phải phân tích sâu sắc cụ thể bốn vấn đề này kỹ lưỡng tới từng chi tiết, đồng thời lại phải tổng hợp tất cả trong một bối cảnh chung; nghiên cứu xem xét một cách thích đáng các yếu tố chi phối mang tính kinh tế, văn hóa, xã hội và những ảnh hưởng của chúng ở tất cả các cấp. Tất cả những yếu tố này đều được phản ánh khi tiến hành đánh giá tình hình hiện nay liên quan đến đường lối, chủ trương, chính sách và biện pháp đáp ứng thích hợp, nhằm xây dựng chiến lược quốc gia, đề xuất các sáng kiến khu vực và các hoạt động can thiệp tại cơ sở.

### 1. Nguy cơ

Khi nói đến hành vi nguy cơ cao tức là nói đến sự tác động về thể chất giữa người có HIV với người không có HIV. Đây là một thực tế trong mọi hoàn cảnh và mọi nơi. Tuy nhiên, những hành vi này rất khác nhau khi xem xét ở những bối cảnh khác nhau.

- Nguyên nhân lây nhiễm chính là **quan hệ tình dục**, bất kể khác giới như ở châu Phi và các khu vực khác, hay đồng giới như ở Caribê, Châu Mỹ Latinh và Đông Nam Á. Nguy cơ trở nên tai hại hơn do một số thói quen tình dục như có nhiều bạn tình, quan hệ tình dục với người lạ, quan hệ tình dục bạo lực và mãi dâm. Nguy cơ còn liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác đã mắc từ trước, hay đồng thời cùng mắc, hay tương lẫn là HIV/AIDS.
- **Lây nhiễm từ mẹ sang con** là một nguyên nhân lớn thứ hai, trong thời kỳ thai nghén, lúc sinh nở hay đang cho con bú. Truyền bệnh khi cho con bú chiếm một nửa số ca lây nhiễm, đặc biệt ở các bà mẹ đông con và cho bú bằng sữa mẹ. Tuy nhiên, các bà mẹ vẫn phải cho con bú bởi vì không có sự lựa chọn nào khác an toàn hơn, họ không có các loại sữa trẻ em đảm bảo an toàn vệ sinh để thay thế.
- Tình trạng **tiêm chích ma túy** bằng kim tiêm đã bị nhiễm khuẩn ngày một nhiều hơn và thói quen sử dụng ma túy đồng thời với uống rượu cũng là nguyên nhân lây nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt tại khu vực Đông Âu và Trung Á.
- **Truyền máu bị nhiễm vi rút** là nguyên nhân gây ra 10% số ca lây nhiễm HIV ở khu vực châu Phi. Nguy cơ nhiễm virút cũng có thể xảy ra trong khi quan hệ tình dục mà bộ phận sinh dục của một trong hai người bị chảy máu. Hay nguy cơ cũng có thể xảy ra khi thanh niên làm lễ trích máu ăn thề, các thủ tục tách hoặc cắt bao quy đầu, xăm mình, xuyên trích qua da không đảm bảo vệ sinh. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây ở các nước châu Phi có xu hướng chỉ ra rằng cắt bao quy đầu ở nam giới ít có nguy cơ lây nhiễm. Bằng chứng

có thực đã chứng minh rằng các hành vi bạo lực thường gây nguy cơ cao do bị chảy máu. Mặc dù bằng chứng thực tế là như thế, nhưng việc xác định những hoàn cảnh khác nhau dẫn đến nguy cơ cao đã làm nảy sinh ra hai vấn đề nằm ngoài khả năng của phương pháp dịch tễ học và mang đậm tính chất văn hoá xã hội:

- Hiểu biết của cá nhân, gia đình và cộng đồng về nguy cơ mắc bệnh và hậu quả lây nhiễm, để khi có điều kiện sẽ áp dụng biện pháp bảo vệ hay biện pháp tiết chế nhu cầu tình dục.
- Công chúng thừa nhận nguy cơ tồn tại và ảnh hưởng của dịch, và/hoặc cho phép các nhóm, cộng đồng, xã hội hay cơ quan chức năng thông báo tình trạng lây nhiễm chứ không giữ thái độ im lặng hay chối cãi.

Chính điều này đã làm nảy sinh các vấn đề liên quan đến công tác dự phòng và chăm sóc đối với cả cá nhân và cộng đồng.

## 2. Tính dễ bị lây nhiễm

Nghiên cứu dịch tễ học đã có những đóng góp quan trọng trong việc xác định các yếu tố trực tiếp dẫn đến lây nhiễm HIV. Tuy nhiên, phương pháp dịch tễ hầu như không đưa ra được những yếu tố mang tính kinh tế, xã hội, văn hóa có ảnh hưởng đến hành vi của mọi người liên quan đến nguy cơ nhiễm bệnh. Cần phải lần lượt phân tích các điều kiện kinh tế - xã hội và đặc điểm văn hoá cộng đồng, thoạt đầu ở các cấp độ khác nhau, rồi tiếp đến các nhóm nguyên nhân và hậu quả có liên quan chặt chẽ với nhau.

Các ca AIDS đầu tiên tại vùng Cận Sahara ở châu Phi được công bố trên tài liệu khoa học vào năm 1983. Các bệnh nhân AIDS ở khu vực này không có chung các yếu tố nguy cơ mắc bệnh như ở châu Âu và Bắc Mỹ, tức là không phải do quan hệ tình dục khác giới và tiêm chích ma túy. Người ta sớm phát hiện thấy dịch HIV/AIDS ở châu Phi rất khác với dịch HIV/AIDS ở những nước có thu nhập cao: phương thức nhiễm bệnh phổ biến ở những nước này là do quan hệ tình dục khác giới, truyền máu và mẹ truyền sang con. Trong khi có thể tập trung áp dụng các biện pháp can thiệp giảm thiểu các hành vi nguy cơ lây nhiễm phổ biến như tiêm chích ma túy hay quan hệ tình dục khác giới không được bảo vệ an toàn, thì việc thiết kế xây dựng các biện pháp can thiệp cho các nước đông dân hơn có quan hệ tình dục khác giới sẽ khó khăn hơn nhiều.

*Nguồn: CARAEL (Michel): "Nghiên cứu động học bệnh dịch HIV tại khu vực Cận Sahara ở châu Phi: Tìm hiểu xác định các yếu tố quyết định", Biên bản Hội nghị Quốc tế Nairobi, UNESCO, 2001.*

### 2.1. Điều kiện kinh tế - xã hội

Cần tiến hành phân tích các điều kiện kinh tế, xã hội ở hai cấp độ:

- Cấp vĩ mô: các cuộc khủng hoảng kinh tế, quá trình toàn cầu hoá (và ảnh hưởng của toàn cầu hóa đối với công tác thông tin và giao thông liên lạc, quốc tế hoá thị trường - kể cả ma túy và mại dâm), huỷ hoại môi trường, chiến tranh, mất nơi cư trú, di cư quốc tế, du lịch ô ạt;
- Cấp vi mô: đói nghèo, thất nghiệp, điều kiện nhà ở, không có cơ hội giáo dục và chăm sóc sức khỏe, bỏ nông thôn ra thành phố, bạo lực đô thị.

## **2.2. Chuẩn mực văn hoá xã hội và tiến trình phát triển**

Có thể nêu lên ở đây một số ví dụ, tuy nhiên phải luôn luôn chú ý tới tính chất đa diện của rất nhiều đặc điểm văn hóa. Chẳng hạn, một số đặc điểm của các nền văn hoá bản địa rất dễ dẫn tới các hành vi nguy cơ, trong khi một số đặc điểm khác lại tạo lập nên những thái độ có tính chất bảo vệ trực tiếp hoặc gián tiếp, có liên quan đến những quy luật về tinh thần và đạo lý:

- Quan niệm về sức khoẻ và bệnh tật, sự sống và cái chết, số phận và trách nhiệm;
- Kiểm soát chặt chẽ của gia đình và xã hội;
- Thái độ và chuẩn mực về quan hệ tình dục thông qua một số nghi lễ, truyền thống và tín ngưỡng tôn giáo;
- Sự thay đổi hệ thống giá trị truyền thống;
- Quan hệ bất bình đẳng về giới và đánh giá thấp tiềm năng của phụ nữ trong việc duy trì hoặc thay đổi cuộc sống hàng ngày;
- Vai trò và vị trí của thanh niên trong xã hội;
- Cách nói và sử dụng ngôn ngữ khi bàn về tình dục.

## **2.3. Bối cảnh chính trị, xã hội: Lịch sử và hiện tại**

Tuy không trực tiếp liên quan đến những khía cạnh vật chất và y học của nguy cơ lây nhiễm, các điều kiện chính trị xã hội chung ở một quốc gia đều có ảnh hưởng mạnh mẽ đến quy mô và khả năng thực hiện các chủ trương chính sách về công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Có thể nêu lên ở đây một loạt các vấn đề cụ thể, chẳng hạn:

- Thể chế yếu kém, bao gồm sự bất ổn triền miên của bộ máy nhà nước kéo theo hậu quả yếu kém trong cơ cấu hành chính;
- Thiếu thông tin liên lạc giữa nhà nước với nhân dân;
- Mất cân đối trong việc hoạch định chính sách đối nội/đối ngoại;
- Sức ép của nợ nước ngoài và chính sách điều chỉnh cơ cấu;
- Không tôn trọng các quyền cơ bản của con người.

## **2.4. Xác định các nhóm dễ bị tổn thương**

Khi phân loại các nhóm dễ bị tổn thương phải xem xét kỹ lưỡng hoàn cảnh nhân thân của các đối tượng trong bối cảnh phát triển chung của đất nước: tình trạng nghèo đói, tình hình bất an và các quyền cơ bản của con người. Theo đó, những người nghèo khó, phụ nữ, thanh niên và đặc biệt là người tị nạn và dân tộc thiểu số là những đối tượng chịu nhiều nguy cơ nhiễm nhất. Cần phải xác định rõ các đối tượng mục đích cụ thể.

<b>Các đối tượng chịu nhiều thiệt thòi:</b>	<b>Các nhóm đối tượng bất an về văn hoá:</b>	<b>Các nhóm có hành vi nguy cơ đặc biệt:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Người nghèo</li> <li>• Thanh niên</li> <li>• Phụ nữ và trẻ em gái</li> <li>• Người thất học (trẻ em không được đi học và người mù chữ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gia đình ly tán</li> <li>• Người thất nghiệp</li> <li>• Người tị nạn và vô gia cư</li> <li>• Dân di cư bản địa và quốc tế</li> <li>• Công nhân lưu động</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các nhóm đối tượng và cộng đồng biệt lập</li> <li>• Đồng tính luyến ái</li> <li>• Mại dâm</li> </ul>

### 3. Dự phòng và hỗ trợ

Để đối phó với tình hình nguy cơ cao và dễ bị lây nhiễm như đã trình bày ở phần trên, cần phải xây dựng và thực hiện các chính sách và chiến lược quốc gia về các lĩnh vực sau đây:

- Chính sách quốc gia về chăm sóc sức khoẻ;
- Đưa nội dung giáo dục dự phòng, tuyên truyền chăm sóc và hỗ trợ vào các chính sách quốc gia phù hợp;
- Thực hiện các hoạt động tiếp nối về y tế, xã hội và tâm lý cho người có HIV;
- Thực hiện các hành động đặc biệt trong khuôn khổ chính sách phúc lợi xã hội nhằm giảm nhẹ ảnh hưởng xã hội của sự lây nhiễm.

Quy mô chính sách và số người đang đi học và cần hỗ trợ đòi hỏi phải có những hoạt động phối hợp đồng bộ không chỉ giữa các cơ quan nhà nước với nhau mà còn với tất cả các thành phần tham gia, cụ thể là:

- Các tổ chức hợp tác quốc tế;
- Các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế.

Tuy nhiên, sẽ không có một chủ trương chính sách nào đạt được kết quả có ý nghĩa quan trọng nếu như không được sự ủng hộ của các tổ chức đoàn thể quần chúng tham gia vào tất cả các hoạt động của chương trình. Tất cả các tổ chức và các nhà hoạt động kinh tế, văn hóa, xã hội khác nhau (như các phong trào văn hóa thể thao, hiệp hội kinh doanh, công đoàn, đảng phái chính trị, tổ chức tôn giáo, lãnh đạo cộng đồng, già làng, trưởng bản, thầy thuốc cổ truyền, hộ lý) đều là những thành phần quan trọng tham gia vào phong trào chung phòng chống HIV/AIDS.

Đương nhiên, cán bộ y tế ở tất cả các tuyến đều cần cùng tham gia vào nỗ lực chung tiến hành xét nghiệm và điều trị chăm sóc cho người nhiễm bệnh, đặc biệt là những phụ nữ mang thai có ý định nuôi con bằng sữa mẹ.

Các chuyên gia khác cũng tham gia tích cực vào công tác giáo dục phòng ngừa đó là các giáo viên trong trường học, các nhà giáo dục ngoài trường học và cán bộ truyền thông (phóng viên báo chí, TV, đài phát thanh).



## 4. Giảm thiểu ảnh hưởng

### 4.1. Ảnh hưởng về kinh tế

Tỷ lệ tử vong cao do bệnh AIDS của nhóm dân số trưởng thành hoạt động tích cực nhất sẽ gây ảnh hưởng rất lớn về mọi phương diện trong đời sống kinh tế - xã hội. Đó là vì các đối tượng này đang ở lứa tuổi rất đặc biệt, họ bắt đầu lập gia đình riêng và tham gia mạnh mẽ vào các hoạt động kinh tế. Có thể nói rất khó đo lường chính xác ảnh hưởng của HIV ở tầm quốc gia tại các nước mắc dịch trầm trọng nhất, nhưng đã có rất nhiều tài liệu thông tin nói về ảnh hưởng tai hại trực tiếp hoặc gián tiếp của dịch bệnh này đối với các lĩnh vực kinh tế gia đình cũng như khu vực nhà nước và tư nhân<sup>1</sup>.

Tuy nhiên, các chính sách giảm thiểu ảnh hưởng không nên chỉ tập trung quá nhiều đến sự tàn phá kinh tế của bệnh dịch, như thiếu nhân lực và giảm năng suất lao động. Ngành giáo dục cũng chịu nhiều thiệt hại vì dịch HIV, gây nên sự thiếu hụt giáo viên vốn dĩ đã không đủ đáp ứng số lượng trường lớp quá tải hiện nay. Thế hệ chuyên gia mới của nhiều ngành kinh tế quốc dân khác cũng bị suy giảm vì loại vi rút này.

### 4.2. Ảnh hưởng về xã hội

Giảm thiểu ảnh hưởng về xã hội của dịch HIV/AIDS là một thách thức to lớn khác đối với sự phát triển xã hội và các chính sách phúc lợi. Các nỗ lực hỗ trợ phụ nữ bị bỏ rơi hay góa bụa không có điều kiện chăm sóc nuôi dạy con cái, hoặc thiết lập hệ thống tương trợ giúp đỡ trẻ em mồ côi có cha mẹ chết vì HIV/AIDS, trẻ lang thang bụi đời đã tăng thêm gánh nặng tài chính đối với nguồn ngân sách quốc gia vốn đã hết sức hạn hẹp.

### 4.3. Ảnh hưởng về văn hoá xã hội

Ảnh hưởng về văn hoá xã hội của dịch HIV/AIDS có thể dẫn đến sự sụp đổ niềm tin và quyết tâm chống lại bệnh dịch. Hiện tượng kiêng kỵ né tránh hay quy định phải giữ im lặng không được tiết lộ về tình hình bệnh dịch chỉ là một số biểu hiện ít ỏi của các ảnh hưởng tai hại về văn hóa khi người nhiễm bệnh hay gia đình của họ tiết lộ chuyện mắc bệnh. Thái độ kỳ thị và từ chối vẫn còn thấy ở rất nhiều nơi, nhất là ở các vùng

#### HIV/AIDS và khu vực kinh tế tư nhân

Ảnh hưởng của dịch HIV/AIDS đối với lĩnh vực kinh doanh của tư nhân đã tăng lên nhanh chóng trong mấy năm qua; ở một số nơi hậu quả đã trở nên rất rõ ràng. Tuy nhiên nhiều lãnh đạo doanh nghiệp cần phải biết rằng việc đầu tư cho các chương trình phòng chống AIDS cho người lao động làm thuê cho họ chính là nhằm phục vụ lợi ích cho bản thân doanh nghiệp. Theo thuật ngữ kinh tế, những chương trình phòng ngừa như thế này có thể được coi là những biện pháp “cắt giảm chi phí” hay “phòng mất lái ròng” và bảo vệ vốn đầu tư cố định cơ hữu về “nhân lực”. Lợi thế của việc thiết lập quan hệ đối tác với các doanh nghiệp tư nhân là họ có nguồn ngân sách đáng kể. Đồng thời, các nơi làm việc sẽ cho cơ hội tốt để tiếp cận một số lượng lớn lực lượng lao động và gây tác động ảnh hưởng lớn.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình hoạch định chiến lược quốc gia để đối phó với bệnh dịch HIV/AIDS - Công tác huy động ngân sách, UNAIDS.  
(<http://www.unaids.org/aidspub/list.asp>)*

1. UNAIDS: Báo cáo tình hình dịch HIV/AIDS toàn cầu, tháng 6-2000.



nông thôn và nhóm dân cư nghèo khó nhất. Ở một số nước, ít nhất trong giai đoạn đầu của bệnh dịch, đã có khá nhiều trường hợp thể hiện sự ngần ngại hoặc thậm chí chối cãi không muốn thừa nhận quy mô và mức độ nghiêm trọng của dịch HIV/AIDS gây ra cho đất nước họ.

Tình hình bức xúc này đòi hỏi phải khẩn trương hành động, nhưng bằng nhiều biện pháp khác nhau. Vấn đề cần giải quyết trên cơ sở tôn trọng chuẩn mực văn hoá và quyền con người nhất là phải phá bỏ sự im lặng. Ngoài ra, có thể đã có sự hiểu lầm về vấn đề tình dục mà nguyên nhân là do cách dùng từ và ngôn ngữ khác biệt. Có thể vì lý do này mà chuyên gia nước ngoài đã hiểu nhầm hoặc quan niệm sai lầm rằng phụ nữ thường không ý thức được chức năng sinh lý của mình.

#### **Cộng hoà Đôminíc: Khoảng cách ngôn ngữ, thái độ nín lặng và cách thức thông báo liên quan đến HIV/AIDS**

Hầu hết các cặp vợ chồng nhiễm HIV đều thông báo cho bạn bè, gia đình và hàng xóm biết tình trạng bệnh tật của mình khi một trong hai người mắc bệnh. Khi người chồng mắc, cánh đàn ông thường giấu không cho gia đình bên vợ và hàng xóm biết. Gia đình và bạn bè của người vợ sẽ chỉ được biết khi có kết quả xét nghiệm dương tính. Có nhiều trường hợp, các bà mẹ của người nhiễm HIV thông báo tình trạng sức khoẻ của con trai họ cho bè bạn và hàng xóm biết, sau đó được nhiều người thông cảm giúp đỡ mặc dù họ đều nghèo khó. Phụ nữ làm việc nhà và chăm sóc người bệnh, còn nam giới thì lao động kiếm tiền và giúp vận chuyển đưa đón người ốm.

Nam giới và phụ nữ có phản ứng khác nhau khi phát hiện bị bệnh: nam giới thường bỏ việc, còn phụ nữ thì hoảng sợ và suy sụp. Có nhiều bằng chứng cho thấy các biểu hiện thờ ơ, gia đình xa lánh phân biệt kỳ thị và các thái độ phản ứng khác, khiến cho mọi người càng muốn giấu bệnh.

*Nguồn: Phương pháp phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh: Kinh nghiệm của Cộng hoà Đôminíc, UNESCO, 1999.*

Phần thứ hai

**Các cấp độ hành động  
của phương pháp tiếp cận văn hoá  
trong dự phòng và chăm sóc  
HIV/AIDS**

---

---

## CHƯƠNG 1

# XÂY DỰNG VÀ THỰC HIỆN CÔNG TÁC THÔNG TIN - GIÁO DỤC - TRUYỀN THÔNG PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THỐNG VĂN HOÁ

## I. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH HIỆN TẠI

### 1. Đánh giá công tác thông tin giáo dục truyền thông hiện nay

Giai đoạn đầu cuộc đấu tranh chống lại HIV/AIDS tập trung chủ yếu vào hoạt động nghiên cứu dịch tễ và bản chất của bệnh. Tuy nhiên, các công trình nghiên cứu khoa học đã chứng minh rằng từ lúc phát hiện ca nhiễm đầu tiên đến khi bệnh dịch phát triển là cả một khoảng thời gian khá dài (từ 5 đến 10 năm). Thế là người ta không còn chỉ chú ý đến khía cạnh y tế mà còn tới cả công tác quản lý giáo dục dự phòng và giai đoạn trung gian sau lây nhiễm.

Được coi là công cụ dự phòng chủ yếu, các chương trình thông tin giáo dục tuyên truyền đã được xây dựng để phòng chống HIV/AIDS và các vấn đề khác thông qua thay đổi hành vi, như trong chính sách dân số chẳng hạn. Dĩ nhiên, vai trò nổi trội của hệ thống trường học và phương tiện thông tin đại chúng đối với công tác này đã được hết sức chú trọng.

Đáng tiếc là các tổ chức hợp tác quốc tế, các tổ chức phi chính phủ và cơ quan quốc gia đã không xây dựng được các chương trình, tài liệu và đề án phù hợp với chương trình giảng dạy trong các trường phổ thông và đại học. Chỉ có các chương trình truyền hình, phát thanh và trong một chừng mực nào đó là hoạt động tuyên truyền trực tiếp cho các quần thể có nguy cơ là thu được kết quả cao hơn.

#### 1.1. Tình hình thông tin giáo dục truyền thông hiện nay

Trong lĩnh vực giáo dục phòng chống HIV/AIDS và lạm dụng ma túy, tổ chức UNESCO trong hai năm qua đã tập trung hoạt động giúp đỡ các quốc gia thành viên biên soạn chương trình giảng dạy cho người làm công tác kế hoạch, giáo viên, thanh niên (cả trong và ngoài trường học) và phụ nữ mù chữ. Nghiên cứu thiết kế soạn thảo các nội dung hướng dẫn chiến lược và tài liệu giáo dục kiểu mẫu phù hợp truyền thống văn hóa để phân phát cho các nhóm đối tượng cụ thể. Hai năm tới đây, UNESCO sẽ đặc biệt chú trọng tăng cường năng lực cho thanh niên thông qua chương trình giáo dục phòng chống HIV/AIDS và ma túy. Hỗ trợ chương trình giáo dục sức khỏe quốc gia nằm trong khuôn khổ các chương trình đào tạo giáo viên và xây dựng giáo trình cũng như tiến hành các chiến dịch quốc tế của thanh niên và vì thanh niên sẽ giúp bổ sung kiện toàn nỗ lực nói trên.

Năm 1996, tiếp nối Hội nghị Dân số và Phát triển Cairo (1994), UNFPA và UNESCO đã đề ra sáng kiến thực hiện chương trình phối hợp các chiến lược thông tin giáo dục truyền thông về các lĩnh vực dân số, phát triển và môi trường. Mục đích của chương trình nhằm đẩy mạnh quảng bá hiểu biết về ba nội dung này ở các đối tượng hoạch định chính sách, giáo viên, sinh viên và công chúng ở cả hai khu vực chính quy và không chính quy. Kết quả là các chiến lược, đề án thông tin giáo dục truyền thông đã được phát động trên các lĩnh vực có liên quan đến UNESCO đó là: thông tin (chủ yếu trên các phương tiện truyền thông đại chúng), giáo dục

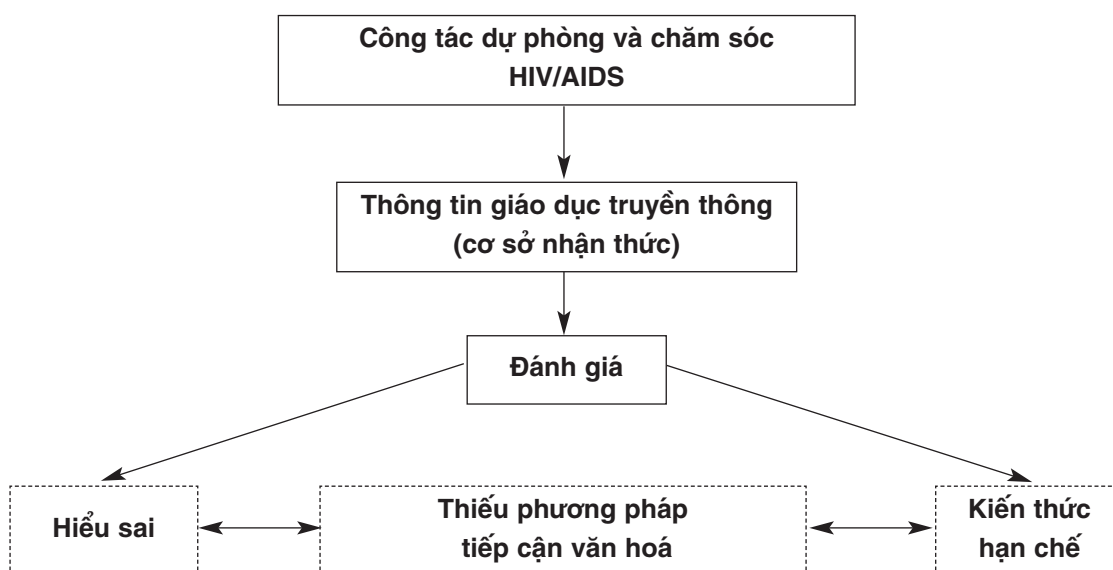
trong và ngoài trường học, và truyền thông trực tiếp nội dung dân số và phòng chống HIV/AIDS.

Báo cáo Đánh giá của UNFPA (1999) đã rút ra những nhận xét sau đây (dựa trên cơ sở báo cáo quốc gia của các nước Buốckina Phaxô, Mêhicô, Maroc, Nêpan, Philippin và Uganda):

- Các chương trình thông tin giáo dục truyền thông quá chú trọng vào truyền đạt kiến thức (phương pháp nâng cao nhận thức) mà không chú ý đến thay đổi hành vi;
- Các chương trình này cũng không nhằm đúng đối tượng đích bởi thiếu tính cụ thể hay vì đó chỉ là những đề án thông tin giáo dục truyền thông chung chung, đánh giá thấp và ngộ nhận những vấn đề cụ thể trong cuộc sống của phụ nữ, nam giới và thanh niên nói chung, quá chú trọng tới các mô hình can thiệp cá nhân so với các mô hình can thiệp cộng đồng;
- Thiếu hoặc sử dụng sai các công trình nghiên cứu về hành vi tình dục (những khía cạnh và hệ thống giá trị quan trọng);
- Công tác truyền thông chỉ đưa thông tin theo kiểu một chiều, giáo huấn giả tạo;
- Các chương trình hoặc nội dung truyền thông không liên quan gì đến các dịch vụ và các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông sẵn có trên địa bàn;
- Không lựa chọn được và sử dụng kém hiệu quả các kênh truyền thông truyền thống;
- Nhầm lẫn giữa nâng cao kiến thức với khuyến khích thay đổi hành vi; thay đổi hành vi đòi hỏi sự đồng viên khuyến khích và bằng con đường tình cảm.

Các hoạt động giáo dục dự phòng hiện nay của UNESCO cũng như trong quá trình thực hiện các hoạt động đều bộc lộ những thiếu sót tương tự. Cần phải thay đổi nội dung và vai trò của công tác giáo dục về HIV/AIDS nhằm đáp ứng được các nhu cầu đòi hỏi của sinh viên, tập trung nhiều hơn vào kỹ năng sống và chỉnh sửa lại giáo trình cho phù hợp với các nhóm đối tượng chịu nhiều thiệt thòi. Những đối tượng này là trẻ em và thanh thiếu niên không được đi học, những người mù chữ đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái. Hầu hết các trường hợp kém hiệu quả đều do nguyên nhân thiếu xem xét hoàn cảnh văn hoá và sinh hoạt hàng ngày.

Như vậy cần phải có nhiều nỗ lực hơn nữa nhằm biên soạn các tài liệu giáo dục kiểu mẫu phù hợp với truyền thống văn hóa và thiết lập các kênh thông tin tuyên truyền mới theo hướng liên ngành. Muốn làm được việc này cần phải có sự hợp tác chặt chẽ với các thành phần tham gia khác, bao gồm các cơ quan thể chế nhà nước và các tổ chức phi chính phủ, trên quy mô quốc gia và quốc tế, phù hợp với đường lối chủ trương của UNAIDS nêu trong tài liệu *Khuôn khổ hành động về công tác thông tin tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS*.



### 1.2. Các hợp phần của công tác thông tin giáo dục tuyên truyền

Hiện nay các hợp phần khác nhau của công tác thông tin giáo dục tuyên truyền do UNFPA xác định cho chính sách dân số và dự phòng chăm sóc HIV/AIDS vẫn bị hợp nhất vào các chiến lược và phương pháp thực hiện, cho nên thiếu hiệu quả, không phù hợp và không tương trợ lẫn nhau. Nhu cầu cần phải có các chiến lược tổng hợp, dấu chỉ thể hiện trên lý thuyết, đã không thực sự dẫn đến phối hợp hành động. Vì vậy, từng phương thức vẫn phải được đánh giá một cách độc lập.

#### a. Thông tin (phương tiện đại chúng)

Phương tiện thông tin đại chúng đóng vai trò quan trọng trong việc tạo lập và duy trì công luận và thể hiện quyết tâm chính trị phòng chống HIV/AIDS. Nhờ có phương tiện thông tin đại chúng người ta có thể nêu lên các hiện tượng, xu hướng diễn ra trong cộng đồng hay ngoài xã hội khiến cho dịch bệnh lây lan và thông báo kịp thời cho công chúng biết. Các phương tiện thông tin đại chúng cũng đóng vai trò trung tâm trong việc giáo dục quần chúng nhận thức được tầm quan trọng của các biện pháp dự phòng và chỉ ra các mối đe dọa. Nhờ đó giúp cho quần chúng nhân dân nâng cao nhận thức và tạo lập dư luận ngăn chặn các hành vi, hiện tượng và xu hướng tiêu cực khiến cho bệnh dịch lây lan nhanh chóng. Huy động sự tham gia tích cực của các cơ quan và chuyên gia truyền thông vào các hoạt động tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS là rất cần thiết, một khi mục tiêu đề ra là phải nâng cao hiểu biết và giảm bớt hành vi nguy cơ ở các đối tượng khác nhau tại các nước châu Phi<sup>1</sup>.

Nói chung, tình hình hiện nay không mấy sáng sủa. Chương trình phát thanh, truyền hình đặc biệt, nhất là các chương trình phát ở trong nước và trên thế giới, đã phần nào góp phần thay đổi hành vi trong công tác phòng chống HIV/AIDS ở những đối tượng có học và giao tiếp nhiều với các phương tiện nghe nhìn (như ở Thái Lan chẳng hạn). Các chương trình phát thanh tuy ngày nay đã trở thành phương tiện thông tin phổ cập với quảng đại quần chúng kể cả ở các vùng nông thôn nhưng lại thiếu tương tác với công chúng. Khả năng tiếp cận và linh hoạt mang

1. Phương tiện truyền thông và HIV/AIDS ở Đông và Nam Phi, UNESCO, 1999, tr.11-12.

tính kỹ thuật trong việc xây dựng các chương trình giao lưu với thính giả đã giúp truyền thanh trở thành một phương tiện thông tin đầy tiềm năng phù hợp và thân thiện với người nghe, nhưng vẫn không thể nào sánh nổi với truyền hình là phương tiện truyền thông có số lượng khán giả đông đảo hơn hẳn ở tất cả các quốc gia, khu vực và trên toàn thế giới.

Mặc dù đạt được nhiều tiến bộ đáng kể, các phương tiện truyền thông ở nhiều quốc gia vẫn không đề cập được vấn đề HIV/AIDS một cách thoả đáng. Nhiều nhóm đối tượng quan trọng vẫn chưa được tiếp cận với các nội dung tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng do nhiều lý do, chẳng hạn những rào cản về chính trị hay e ngại cơ quan chức năng có thái độ trấn áp. Các kênh truyền thông hiện nay vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc truyền tải thông tin tới các vùng sâu vùng xa hay các cộng đồng nói tiếng dân tộc. Ngoài ra, nội dung và hình thức tuyên truyền còn nhiều bất cập do không được nghiên cứu biên soạn phù hợp với bối cảnh văn hoá cụ thể.

### *b. Các nguyên nhân chính khiến công tác truyền thông thiếu hiệu quả*

1. Cán bộ quản lý phương tiện thông tin thiếu hiểu biết và có thái độ thờ ơ đối với các vấn đề về HIV/AIDS. Tổng biên tập toà báo và giám đốc đài phát thanh truyền hình là những người quyết định nội dung đăng báo, phát sóng. Việc chọn lựa tin tức cũng phụ thuộc vào quyết định của những đối tượng này;
2. Cán bộ thông tin báo chí không có khả năng thực hiện phóng sự về HIV/AIDS.

Ngoài một số thành tựu hết sức ít ỏi, đã phát hiện thấy nhiều khiếm khuyết phức tạp trong các dự án thông tin giáo dục truyền thông vì thiếu hiểu biết sâu sắc các khía cạnh y học hay nội dung thông tin cần truyền đạt và những hành vi tiếp nối liên quan. Chẳng hạn tại các nước ở khu vực Nam Phi, các đối tượng dân cư ở nông thôn, thành thị, những người thất học hay dân nghèo đều không hiểu được cái thông điệp truyền thông. Thay vì phải chăm sóc, giúp đỡ người bệnh thì những nội dung đó càng làm tăng thêm nỗi khiếp sợ vô căn cứ, như xui khiến mọi người ruồng bỏ người bệnh và vô hình chung tạo nên tâm lý phò mặc số phận gây ảnh hưởng tiêu cực đến công tác phòng bệnh.

Ở các nước Đông Nam Á, trước những hình ảnh ghê sợ phát trên truyền hình cơ thể tàn tạ của người mắc bệnh AIDS, đồng bào dân tộc kinh hãi tới mức không dám xem tiếp. Như vậy, công tác thông tin về can thiệp dự phòng và chăm sóc người bệnh đã bị làm cho trở nên phức tạp hơn và thậm chí ở một số nơi không thể thực hiện được nữa.

### *c. Giáo dục dự phòng*

1. Thành tựu giáo dục trong trường học

Theo kinh nghiệm của UNESCO, công tác giáo dục và cụ thể hơn là giáo dục phổ thông và giáo dục đại học là một công cụ dự phòng chủ chốt. Các khoá đào tạo đặc biệt về công tác thông tin đang được xây dựng ở nhiều nước, coi đó là một bộ phận không thể tách rời trong chương trình dạy học về các chủ đề: kỹ năng sống, nam nữ tôn trọng và hiểu biết lẫn nhau và giáo dục đồng đẳng. Thông tin thực hành về sinh lý cơ thể, giáo dục tình dục và tầm quan trọng phải áp dụng các biện pháp bảo vệ như dùng bao cao su cũng được giảng dạy. Tất cả những nỗ lực này cần phải được tiếp tục tăng cường, mở rộng và triển khai tới tất cả trẻ em đang ở lứa tuổi đi học trên toàn thế giới. Các hoạt động này cần được tiến hành trong khuôn

khở một chương trình giáo dục cơ bản trong đó áp dụng các phương pháp thích hợp để truyền thụ các nội dung phù hợp. Nói một cách khác là thực hiện một chương trình giáo dục phù hợp với truyền thống văn hóa cho tất cả mọi người. Về vấn đề này, ưu tiên cải cách giáo dục của UNESCO nhằm mục đích đảm bảo cho tất cả mọi người được học tập thường xuyên và sẽ tập trung phát triển chương trình giáo dục trung học, đồng thời chú trọng công tác giáo dục phòng chống HIV/AIDS và lạm dụng ma túy. Sau hội nghị Diễn đàn Giáo dục thế giới tổ chức ở Đác-ka tháng 4-2000, UNESCO đã cam kết sẽ đưa giáo dục phòng chống HIV/AIDS thành một trong những ưu tiên cao nhất, thông qua giáo dục dự phòng, giáo dục chính quy và không chính quy, trong đó đặc biệt chú trọng tới hiệu quả thực hiện các chiến lược dự phòng khác nhau để đảm bảo thay đổi được thái độ và hành vi của học sinh, sinh viên.

### **Nam Phi với chính sách giáo dục phòng chống HIV/AIDS trong trường học**

#### **1. Nguyên lý giáo dục**

Thực hiện chương trình giáo dục thường xuyên đào tạo kỹ năng sống và phòng chống HIV/AIDS ở tất cả trường học và cơ sở giáo dục cho tất cả học sinh, sinh viên, giáo viên và cán bộ nhân viên trong ngành. Các biện pháp giáo dục cũng sẽ được thực hiện ở tất cả các ký túc xá nhà trường.

#### **2. Giáo dục phòng chống HIV/AIDS phù hợp với lứa tuổi**

Đây là một phần của chương trình giảng dạy cho học sinh sinh viên và phải được tích hợp vào trong chương trình giáo dục kỹ năng sống cho học sinh các lớp vỡ lòng, tiểu học và trung học. Chương trình bao gồm các nội dung sau:

- Cung cấp thông tin về HIV/AIDS và bồi dưỡng các kỹ năng sống cần thiết để phòng bệnh;
- Dạy cho học sinh ngay từ lúc còn nhỏ tuổi những nguyên tắc sơ cứu cơ bản, biết áp dụng các biện pháp an toàn khi chảy máu;
- Nhấn mạnh đến hậu quả của lạm dụng ma túy, lạm dụng tình dục và bạo lực tình dục, cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục đối với việc lây truyền HIV/AIDS và phải tạo cho các em có đủ năng lực đối phó với mọi tình huống;
- Khuyến khích học sinh, sinh viên sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tư vấn và hỗ trợ (bao gồm cả những dịch vụ về chăm sóc sức khỏe sinh sản, phòng tránh và điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục) do các tổ chức dịch vụ trong cộng đồng và cơ quan nhà nước;
- Dạy cho học sinh, sinh viên biết cách đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, cảnh báo thái độ thành kiến, ấn tượng đối với dịch HIV/AIDS.
- Xây dựng một môi trường văn hóa thuận lợi, không có sự phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS;
- Cung cấp thông tin về phương pháp phòng tránh bao gồm biện pháp tiết chế tình dục, không có hành vi phi đạo đức, sử dụng bao cao su, thủy chung với một bạn tình, khi phát hiện các bệnh lây truyền qua đường tình dục và bệnh lao phổi phải đi khám chữa ngay tại các cơ sở y tế, tránh tiếp xúc với máu do chấn thương và áp dụng các biện pháp an toàn.

#### **3. Giáo dục và thông tin**

Giáo dục và thông tin về HIV/AIDS phải được tiến hành một cách khoa học, chính xác, sử dụng từ vựng, thuật ngữ dễ hiểu.



#### 4. Trường học, giáo dục và cha mẹ

Cha mẹ học sinh, sinh viên phải được cung cấp thông tin về kỹ năng sống và nội dung giáo dục phòng chống HIV/AIDS đã dạy ở trường, về nội dung và phương pháp giảng dạy phải áp dụng, cũng như về các giá trị sẽ được bồi dưỡng giáo dục. Phải mời các bậc phụ huynh tham dự những buổi trao đổi hướng dẫn cách làm cha mẹ. Họ cần phải biết rõ vai trò của mình trong việc thực hiện giáo dục tình dục và xây dựng giá trị cuộc sống cho con em mình tại gia đình.

#### 5. Nhà giáo, học sinh và sinh viên

Giáo viên không được có quan hệ tình dục với học sinh hay sinh viên. Nếu xảy ra chuyện này, phải giải quyết vụ việc theo Luật tuyển dụng giáo viên năm 1998.

#### 6. Lây nhiễm và hoạt động giảng dạy

Trường hợp học sinh, sinh viên hay giáo viên bị nhiễm HIV, phải giúp cho họ hiểu rằng họ vẫn có thể sinh sống bình thường trong nhiều năm nữa nếu biết giữ gìn sức khỏe.

#### 7. Nghĩa vụ và trách nhiệm

Tất cả học sinh, sinh viên và giáo viên phải tôn trọng các quyền của học sinh, sinh viên và giáo viên khác.

Nội quy trường học phải ghi rõ quy định không dung thứ bất cứ một hành vi nào có thể gây nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS.

Cha mẹ học sinh, sinh viên phải chịu trách nhiệm về các hành vi của con em mình và có nghĩa vụ thực hiện những yêu cầu sau:

- Phải yêu cầu con em mình thực hiện tốt nội quy của nhà trường nhằm ngăn chặn các hành vi có nguy cơ lây nhiễm HIV;
- Nên quan tâm chú ý thu thập thông tin và tìm hiểu những kiến thức về HIV/AIDS mà trường học đã dạy và tích cực tham dự các buổi hội họp do nhà trường hay ban phụ huynh tổ chức.

Khuyến nghị các học sinh, sinh viên hay giáo viên bị nhiễm HIV (và cha mẹ các em) nên tham khảo ý kiến chuyên gia y tế để xác định rõ bệnh trạng hay xác minh hành vi của mình (hay của con em mình) có gây nguy cơ ảnh hưởng cho người khác không. Nếu có, thì phải báo ngay cho hiệu trưởng biết. Hiệu trưởng phải có biện pháp ngay đảm bảo an toàn cho học sinh, sinh viên, giáo viên và các nhân viên khác trong trường.

Giáo viên có trách nhiệm đặc biệt trong việc đảm bảo tôn trọng và bảo vệ các quyền và phẩm giá của tất cả học sinh, sinh viên và giáo viên.

*Nguồn: Phương pháp tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Nam Phi, UNESCO, 1998.*

## 2. Những thiếu sót và hạn chế

Mặc dù các hoạt động giáo dục dự phòng đã mang lại những biến đổi có ý nghĩa đối với học sinh và sinh viên, ảnh hưởng của chúng đã cho thấy rõ sự khác biệt giữa trình độ giáo dục, bối cảnh văn hóa - xã hội và tình hình cụ thể ở các địa phương; và tất cả những khác biệt đó không phải lúc nào cũng được phản ánh trong các chủ trương chính sách về công tác giáo dục quốc gia.

Trong khi đó, các hệ thống giáo dục khác không đủ vươn tới được các trẻ em và thanh thiếu



niên ở ngoài trường học. Hoàn cảnh của những người mù chữ, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái lại còn bi đát hơn. Đây là những đối tượng cần có một hệ thống giáo dục phải cải cách.

Hơn nữa, trường học lại không phối hợp được với các đối tác khác để làm công tác giáo dục, chẳng hạn như các nhà lãnh đạo tôn giáo, các nhà văn hóa cổ truyền, các nhà hoạt động kinh tế xã hội, gia đình và cha mẹ, và trên hết là các phương tiện thông tin đại chúng, một đối tác đầy tiềm năng chưa được tận dụng hết khả năng. Điều cuối cùng là mặc dù có thể đã có thông tin nhận thức rồi, nhưng chưa chắc đã đưa đến thay đổi hành vi, như dẫn chứng dưới đây.

Những thiếu sót hạn chế của công tác giáo dục ở trong và ngoài trường học đã được nêu rõ trong báo cáo đánh giá của UNFPA năm 1999 như sau:

- *Giáo dục trong trường học*, thường xuyên gặp rất nhiều khó khăn khi bàn đến vấn đề tình dục nói chung và hoạt động tình dục của thanh niên. Những trở ngại này không những chỉ ở phía nhà trường (thầy cô giáo, các nhà quản lý, thậm chí cả các nhà hoạch định chính sách về giáo dục), mà còn ở về phía gia đình; bởi vì nhiều bậc phụ huynh không tán thành việc bàn luận công khai các vấn đề về tình dục với con cái của họ và thanh thiếu niên nói chung. Thêm nữa, hành vi an toàn vốn vẫn được khuyến khích (như tiết dục chẳng hạn) dường như không có tác dụng đối với các sinh viên lớn tuổi, tuy đối với học sinh nhỏ tuổi thì dễ chấp nhận hơn là bởi vì các em chưa quan tâm lắm tới chuyện tình dục; nhưng cũng không nhất thiết coi đó là một quy định bền lâu về hành vi được;
- *Giáo dục ngoài trường học*: Vấn đề nghiêm trọng nhất là thiếu sự tiếp xúc giữa các nhà giáo với thanh thiếu niên ngoài trường học, nhất là các em nữ và người mù chữ, khiến cho việc phát triển giáo dục đồng đẳng giữa người có học với người thất học ở các lứa tuổi khác nhau gặp rất nhiều khó khăn.
- *Đối với người mù chữ*, nhất là phụ nữ cần phải được tiếp nhận các thông điệp truyền thông phù hợp, bởi vì đây là những đối tượng rất dễ mắc phải các nguy cơ lây nhiễm cao hơn vì hoàn cảnh bó buộc không thể từ chối quan hệ tình dục.

#### *d. Truyền thông (không qua phương tiện đại chúng)*

Truyền thông theo nghĩa thông tin không qua phương tiện đại chúng là sự trao đổi thông tin giữa cán bộ thông tin và các chuyên gia tư vấn chuyên nghiệp với các đại diện chủ chốt của quần chúng. Tuy nhiên, truyền thông chung chung theo kiểu này không áp dụng được các biện pháp cần thiết để đảm bảo trao đổi thông tin hữu hiệu về dự phòng đối với các đối tượng thanh niên nam nữ có nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV. Những biện pháp này phải lồng ghép nội dung tuyên truyền một cách “thân thiện” thông qua sự đồng cảm, lòng tin cậy và hết sức trân trọng các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của nhân dân.

Về vấn đề này, Báo cáo “Kết quả đánh giá công tác thông tin giáo dục truyền thông” của UNFPA năm 1999 đã nêu lên những thiếu sót và nhu cầu chưa được đáp ứng như sau:

- Công tác tư vấn phải luôn luôn được tiến hành đồng thời với làm xét nghiệm, không chỉ nhằm giúp thân chủ biết rõ nguy cơ, mà còn để thông báo cho họ biết mình đã mắc bệnh và giúp họ lo liệu thu xếp cuộc sống sau này;

- Cán bộ tư vấn thường thiếu nhiệt tình và không chịu lắng nghe, bởi vì họ dành quá ít thời gian để trò chuyện riêng tư. Họ không biết phải ứng xử như thế nào khi người bệnh có phản ứng tiêu cực. Họ cảm thấy không thoải mái khi bàn luận về vấn đề tình dục, nhất là với thanh niên khi giới trẻ có lối biểu đạt riêng khi nói về pháp luật, thói quen và nhu cầu của họ.

Công tác vận động có nghĩa là khuyến khích nên có ý thức thực hành an toàn, như sử dụng bao cao su chẳng hạn, thường thiếu sự ủng hộ của các nhà lãnh đạo chính trị, của cộng đồng, cha mẹ và những “người có quyền lực khác” khác. Có một sự thiếu hụt trầm trọng các chiến lược truyền thông nhằm xây dựng một quyết tâm chính trị và tạo lập môi trường văn hoá xã hội thuận lợi để giúp công tác vận động nhận được sự ủng hộ nhiều hơn ở tất cả các cấp.

### **1.3. Bài học rút ra từ các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông**

Tất cả các cơ quan, tổ chức hợp tác đều thừa nhận nguyên lý “phát triển có sự tham gia đóng góp của nhân dân”, nhưng dường như sẽ còn mất nhiều thời gian nữa mới đưa nguyên lý này vào hoạt động thực tiễn được. Thực hiện sự tham gia đóng góp của nhân dân là một ưu thế của các đề án dự phòng và chăm sóc, tuy nhiên phương thức này chưa được áp dụng lồng ghép vào các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông.

Có hai lý do chính giải thích cho tình hình hiện nay:

- Các cơ quan chức năng thường đánh giá thấp vai trò của văn hóa, không coi đó là động lực quan trọng thúc đẩy phát triển nói chung và thông tin giáo dục truyền thông nói riêng;
- Nhân dân địa phương chưa thực sự tâm đắc với các phương pháp truyền thông về HIV/AIDS và chưa thấm nhuần các nội dung thông tin giáo dục truyền thông trong tư tưởng cũng như trong hành động.

Các hoạt động chính thống hiện nay cần phải được xem xét lại cả về hệ thống phương tiện truyền thông, quy trình giáo dục tuyên truyền trong và ngoài trường học giữa các cơ quan nhà nước với quần chúng nhân dân. Các yếu tố chính cần xem xét đều đã được xác định trong cả hai tài liệu Báo cáo Đánh giá (1999) của UNFPA và Khuôn khổ hành động cho công tác truyền thông về HIV/AIDS (2000) của UNAIDS.

Nguyên nhân một phần của vấn đề này là do sự thống trị của nền văn hoá thể chế và do quá tin tưởng vào những phương pháp “khoa học” trong công tác giáo dục và truyền thông. Tuy nhiên, yếu điểm chính của phương pháp tiếp cận thể chế này là thiếu hiểu biết về các chuẩn mực và tiềm lực văn hóa dẫn đến sự điều chỉnh nửa vời các chương trình chiến lược và phương pháp thực hiện. Hầu hết các nỗ lực này vẫn dựa vào một số thuyết và mô hình thay đổi hành vi tình dục (theo định hướng dịch tễ và tình dục học).

Trước tình hình hiện nay, điều quan trọng là phải nghiên cứu tìm hiểu kỹ lưỡng hơn các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa.

## **2. Tìm hiểu các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa**

Có thể hiểu rõ hơn các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa thông qua các phương pháp nghiên cứu sâu tình huống và tiến hành dự án thí điểm.

## **2.1. Nghiên cứu sâu tình huống**

Khi nghiên cứu sâu tình hình thực địa cần phải thực hiện các nhiệm vụ sau đây:

- Xác định đặc điểm, chuẩn mực và tiềm năng văn hóa trong đó bao gồm các giá trị tôn giáo, tín ngưỡng, đạo đức và các điều cấm kỵ có ảnh hưởng rất lớn trong việc phòng ngừa hay làm cho bệnh dịch lan rộng và trong chăm sóc người có HIV và bệnh nhân AIDS;
- Xác định vai trò cụ thể của các chuẩn mực và tiềm năng trong việc xây dựng chương trình dự phòng chăm sóc hiệu quả và phù hợp;
- Nâng cao chất lượng phân tích mối liên quan tương tác giữa văn hoá với sự tiến triển của HIV/AIDS và những vấn đề chủ trương chính sách phát triển nói chung;
- Xác định nhu cầu cụ thể của các nhóm nguy cơ chịu nhiều thiệt thòi và các biện pháp cần thiết để giải quyết vấn đề bằng phương pháp tiếp cận văn hóa.

## **2.2. Công tác thử nghiệm, dự án thí điểm và hoạt động cải tiến**

Công tác nghiên cứu sẽ được hỗ trợ bởi hàng loạt các hoạt động thử nghiệm:

Khuyến khích toàn dân tham gia chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân AIDS, tổ chức hệ thống người bệnh, phát huy sáng kiến, học tập và thông tin giao tiếp giữa người bệnh với nhau và giữa người mắc bệnh với người không mắc;

Thông qua các kênh thông tin giáo dục truyền thông, nâng cao kiến thức hiểu biết, ý thức trách nhiệm, tôn trọng lẫn nhau, kêu gọi tình thương, phát huy truyền thống văn hóa, sử dụng vốn cổ dân tộc và ý thức tâm linh.

Sử dụng kiến thức truyền thống, nguồn tinh thần, lòng cảm thông và truyền thống đoàn kết tham gia các hoạt động dự phòng, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS, nhằm dần dần xoá bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

## **2.3. Xác định các xu hướng văn hóa, xã hội và tính chất phong phú đa dạng**

Việc xây dựng các tài liệu và hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông phù hợp với truyền thống văn hóa chưa thực sự đầy đủ dựa trên cơ sở các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của các nhóm đối tượng khác nhau. Vì thế cần phải đánh giá hiệu quả, khả năng thích ứng lâu bền đối với việc chuẩn bị và thực hiện các hoạt động chăm sóc, dự phòng nhằm đạt được thay đổi hành vi.

Để làm được điều đó, cần phải xác định các xu hướng chung về văn hóa, xã hội cũng như tính chất phong phú đa dạng của chúng ở các khu vực địa lý khác nhau.

### **a. Các xu hướng chung**

Trước hết, các xu hướng chung được xác định kể trên đều có liên quan tới nhận thức về nguy cơ dịch: giữa hiểu biết với thiếu hiểu biết là chủ đề được lặp đi lặp lại trong công tác dự phòng và chăm sóc. Bởi vì HIV/AIDS không chỉ là vấn đề y tế đơn thuần, mà còn là một hiện tượng kinh tế - xã hội phức tạp mang tính văn hóa - xã hội; các điều kiện kinh tế - xã hội ảnh hưởng sâu sắc tới các chuẩn mực và tiềm năng văn hoá - xã hội và vì thế cũng ảnh hưởng tới cả HIV/AIDS.

Ảnh hưởng của HIV/AIDS rất đa dạng trên nhiều khía cạnh dù thuộc lĩnh vực kinh tế - xã hội hay văn hóa - xã hội đều có tác động rất lớn. Những phân tích mới đây nhất cho thấy HIV/AIDS là một yếu tố khủng hoảng bất ổn đối với cả thế giới; ảnh hưởng tới cơ cấu gia đình, truyền thống văn hóa nông thôn, thân phận phụ nữ và thanh niên và trên hết là những ảnh hưởng nổi bật xuyên suốt của quá trình bùng nổ phát triển đô thị hóa toàn cầu.

#### *b. Tính đa dạng phong phú về văn hóa - xã hội*

Trước tính đa dạng hết sức phong phú gặp phải ngoài thực địa, các hoạt động dự phòng và chăm sóc từ trước đến nay còn tương đối thiếu hiệu quả. Có thể nhận thấy nhiều khía cạnh văn hóa xã hội lớn lao mang tính khu vực hàm chứa rất nhiều vấn đề cụ thể. Còn các khía cạnh đa dạng văn hóa khác đều có liên quan đến truyền thống, tín ngưỡng tôn giáo, đặc trưng sức khỏe và bệnh tật, cuộc sống và cái chết, thói quen tình dục.

Các nhóm đối tượng văn hoá yếu kém dễ gặp rủi ro thường là người nghèo, phụ nữ, trẻ em và thanh niên. Các nhóm đối tượng khác có nguy cơ cao là thanh thiếu niên kiếm sống lang thang, hành nghề mại dâm và đồng tính luyến ái<sup>1</sup>. Các hệ thống văn hóa bị ảnh hưởng bởi bệnh dịch HIV/AIDS gồm có gia đình, quan hệ nam nữ và các mối liên hệ cộng đồng bị phá vỡ vì tình trạng di cư.

### **3. Các điều kiện cần thiết để vận động/thuyết phục thông qua công tác giáo dục**

Vấn đề quan trọng nhất trong việc đem lại sự thay đổi về hành vi là phải xác định và động viên được động cơ cho các nhóm đối tượng cụ thể. Theo quan sát của các chuyên gia y tế và truyền thông, nội dung thông điệp truyền thông không được truyền đạt và ứng dụng phù hợp. Nội dung tuyên truyền phải nhằm giải thích cho công chúng hiểu rõ nguồn gốc căn bệnh và các biểu hiện lây nhiễm. Đáng tiếc là các nội dung này được học được “nhớ” dựa trên quan điểm của các nhà trí thức chứ không hề thích hợp với các nhóm đối tượng cụ thể và không hề được áp dụng hay trở thành thói quen hàng ngày. Vì vậy, chỉ hiểu biết thôi thì vẫn chưa đủ tạo dựng được niềm tin bên trong con người khiến cho bản thân người đó tự thay đổi điều chỉnh thói quen tình dục và các hành vi phi tình dục khác để phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS. Do đó, các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa sẽ đóng vai trò quan trọng hơn trong việc phát triển nhận thức và xây dựng thái độ của cộng đồng, các nhóm và cá nhân so với phương pháp y tế, giáo dục hay các biện pháp tổ chức.

#### **3.1. Vận động quần chúng: Từ nghĩa vụ đến đồng thuận**

Trước hết, điều cơ bản là phải phân biệt rõ ràng giữa các hoạt động thể chế với các hoạt động xã hội:

- Thông qua văn hóa nghề nghiệp, hệ thống thể chế và cán bộ đóng vai trò nhất định trong việc thực hiện các chỉ thị của người ra quyết định. Theo đó, đội ngũ cán bộ nhân viên trong các tổ chức thể chế đều quen thực hiện các chỉ thị từ trên đưa xuống, là những công việc họ rất thông hiểu và thấm nhuần qua đào tạo huấn luyện, hay nhờ kinh nghiệm công tác và nền

1. Xem thêm phân tích chi tiết các xu hướng chung và tính đa dạng văn hóa trong tài liệu *Tóm tắt các đánh giá quốc gia* của UNESCO xuất bản năm 2000.

văn hoá thể chế. Các chủ trương, chính sách và đề án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS cũng không nằm ngoài những hoạt động này. Do đó cần tiến hành “xem xét lại” một cách cơ bản để chuyển từ cách thức thực hiện kế hoạch và chỉ thị từ trên đưa xuống sang áp dụng phương thức làm việc với nền văn hoá nhân dân phù hợp tác phong sinh hoạt của mọi người. Cần xây dựng, cải cách các chương trình, phương pháp vận động/huấn luyện dành cho cán bộ chuyên trách đang công tác tại các cơ quan tổ chức chuyên môn.

- Qua rất nhiều ví dụ đã được nêu lên trong các báo cáo đánh giá quốc gia, các tổ chức đoàn thể quần chúng trông cậy rất nhiều vào các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa trước khi xây dựng mô hình can thiệp đối phó với bệnh dịch cũng như giải tỏa các áp lực về thể chế để đưa đến các thay đổi về hành vi. Như vậy, các hoạt động phải được xây dựng trên cơ sở đồng thuận, tán thành, tin tưởng và động cơ đúng đắn của một nhóm người và các cá nhân. Nói một cách chính xác hơn, các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của hoạt động đó (như khái niệm và tiềm thức, truyền thống, tín ngưỡng và hành vi chuẩn mực) sẽ là nền tảng của các hành vi văn hóa mới, vượt qua được các trở ngại khó khăn và phù hợp với sự phát triển của môi trường kinh tế - xã hội.

Vì thế, tất cả các dự án ở cộng đồng sẽ phải xây dựng trên cơ sở có sự tham gia đóng góp của mọi người, trong đó có cả các vị lãnh đạo địa phương, các cộng tác viên và gia đình, người có HIV và thậm chí cả những người đã ốm nặng. Mọi người sẽ tự thân vận động khi được những người khác tìm đến với họ một cách chân thành bình đẳng.

### **3.2. Quan hệ đối tác trong công tác thông tin giáo dục truyền thông**

Quan hệ đối tác trong công tác thông tin giáo dục truyền thông phải được xây dựng theo tri thức quần chúng, hệ thống giá trị của nhân dân và phù hợp với truyền thống văn hoá. Công tác thông tin giáo dục truyền thông sẽ chỉ có hiệu quả khi nó là một hệ thống thông tin hai chiều, kết hợp được các giá trị và tri thức bản địa với hệ thống tuyên truyền và thông tin y học hiện đại. Nội dung thông tin giáo dục truyền thông phải được biên soạn và truyền đạt bằng ngôn ngữ thích hợp (bao gồm cả ngôn ngữ quốc tế, ngôn ngữ quốc gia và ngôn ngữ địa phương) và biệt ngữ của các nhóm đối tượng tuyên truyền; và không được dùng các thuật ngữ thuần túy khoa học như y học, dịch tễ học và tình dục học:

- Đối với công tác vận động quần chúng, vai trò của các cộng đồng tôn giáo, phong trào đoàn thể (phụ nữ, thanh niên, thể thao, v.v.), công đoàn, hiệp hội doanh nghiệp là rất quan trọng. Những tổ chức này có các hệ thống giá trị riêng và sẽ đánh giá các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS theo trách nhiệm tinh thần đạo đức và nghĩa vụ công việc của họ.
- Những người đi tiên phong trong văn hoá truyền thống, cụ thể hơn là các thầy thuốc chữa bệnh bằng phương pháp cổ truyền cũng có thể được tham vấn góp ý xây dựng mối liên hệ với nền y học, giáo dục hiện đại. Không thể nào bỏ qua vai trò của những người này trong công tác dự phòng và chăm sóc người bệnh, bởi vì rất nhiều người tìm đến họ để khám bệnh khi nghi ngờ lây nhiễm hoặc đã bị HIV dương tính. Họ không những chỉ làm nghề y mà còn có thể làm tư vấn về tâm lý, xã hội. Vai trò của những nhà hoạt động này đã được thừa nhận ở Nam Phi và Zimbabwe, ở Tây Phi cũng như ở các nơi khác.
- Vai trò cá nhân: Vận động tiết dục, chung thủy một vợ một chồng và sử dụng bao cao su

là những vấn đề phức tạp trong sinh hoạt và đạo đức. Những biện pháp này chỉ được chấp nhận khi các nguyên tắc trong cuộc sống con người, văn hóa tình dục và các điều kiện sinh hoạt hàng ngày tỏ ra phù hợp với những biện pháp đó. Cũng chính khó khăn đó nổi lên khi một người để cho một (hoặc nhiều) người cùng quan hệ tình dục với mình cũng bị nhiễm bệnh. Trong trường hợp này, để người khác biết chuyện là đồng nghĩa với việc vi phạm những điều cấm kỵ và tự đánh mất thanh danh uy tín của mình. Ngoài ra, vì danh dự gia đình dòng tộc, nhiều người nhất là phụ nữ và các em gái đành phải nín lặng chịu đựng không dám tiết lộ cho ai biết cả.

- Các nhóm nguy cơ, hay còn gọi là các nhóm nguy cơ về mặt văn hoá và xã hội, đều chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố văn hoá, giáo dục, kinh tế - xã hội có liên quan rất nhiều đến vấn đề y tế và sức khoẻ. Các nhóm đối tượng này chịu nhiều nguy cơ bởi cùng một lúc gặp rất nhiều khó khăn; và tất cả những khó khăn đó đều có những ảnh hưởng hết sức nghiêm trọng, làm cho cuộc sống của họ mất ổn định và bị cô lập như: thất nghiệp đồng loạt, không nơi cư trú hay chỗ ở tồi tàn, kinh tế suy thoái, thất học.
- Tất cả những yếu tố này sẽ trở nên tồi tệ hơn bởi sự mất ổn định văn hoá xã hội tổng hợp. Hậu quả này có thể là do vấn đề di dân, nông thôn suy thoái, bất ổn ở một số quốc gia hay trong khu vực, hay do áp dụng các chiến lược kinh tế ngắn hạn trong hoạt động sản xuất, đô thị hoá nhanh chóng, v.v., đối nghịch với nhịp độ chậm hơn rất nhiều đủ để nền văn hoá và xã hội có thể xác lập được những cơ cấu mới đáp ứng với sự đổi thay.
- Trong bối cảnh đó, tất cả các hành vi không an toàn, khước từ sử dụng bao cao su, lạm dụng và buôn lậu ma tuý, nghiện rượu, tình dục và các hình thức bạo lực khác, mua bán dâm đều là những khía cạnh biểu hiện của các nhóm văn hoá phụ đang hình thành, gắn liền với sự quan tâm sống còn trong một thế giới đầy rẫy bạo lực và vị vật chất. Những biểu hiện đó có thể gây trở ngại nghiêm trọng tới các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, và sớm muộn cũng sẽ phải giải quyết thì mới mong đợi đem lại những kết quả có ý nghĩa trong cuộc đấu tranh chống lại dịch.

### **3.3. Nội dung và phương pháp thích hợp**

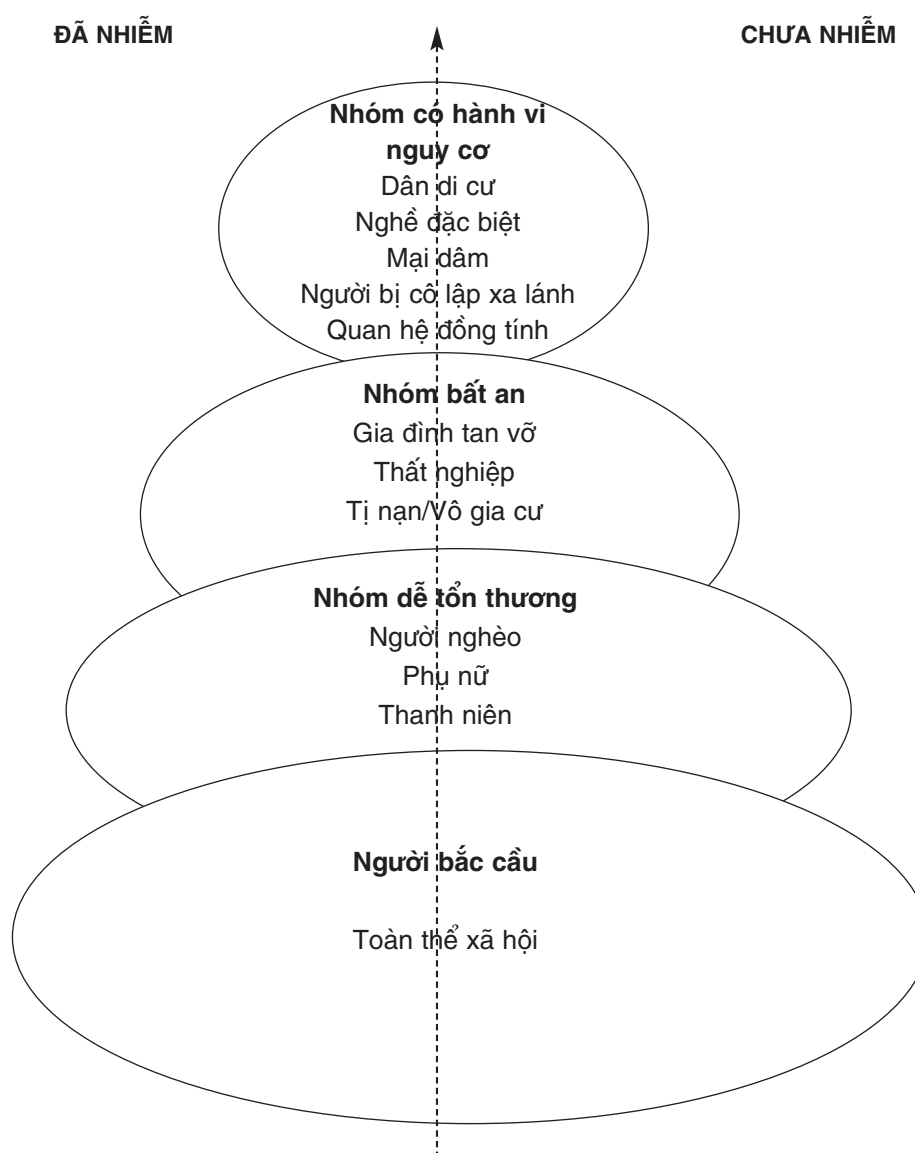
Xuất phát từ bối cảnh này, những đường lối chủ trương lớn liên quan đến các nội dung và phương pháp thông tin giáo dục truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá (kể cả việc sử dụng ngôn ngữ bản địa và phương pháp biểu đạt) đều phải được quán triệt và đảm bảo chất lượng nhằm xây dựng và thực hiện các chiến lược sau đây:

- Phát động chiến dịch vận động tuyên truyền giáo dục trong cơ quan, đoàn thể, gia đình và từng cá nhân;
- Nâng cao nhận thức hiểu biết của công chúng đối với thay đổi hành vi;
- Xây dựng mối liên hệ chặt chẽ giữa các hệ thống dự phòng và chăm sóc với quần chúng nhân dân;
- Hợp tác với các tổ chức đoàn thể, cộng đồng tôn giáo và thầy thuốc dân tộc cổ truyền;
- Xây dựng các đề án dự phòng và chăm sóc ở cộng đồng;



- Xây dựng hoặc biên soạn lại cho thích hợp các chương trình huấn luyện cho người làm công tác kế hoạch, công chức, phóng viên báo chí, giáo viên trong và ngoài trường học, cán sự xã hội và nhân viên y tế;
- Ủng hộ những sáng kiến mới phòng chống HIV/AIDS (sáng tác văn học, nghệ thuật, tài liệu thông tin truyền thông), và lồng ghép vào các hoạt động thể thao;
- Quan tâm đặc biệt tới các nhóm bị đe dọa;
- Tiếp tục nghiên cứu sâu các “điểm nóng”.

## II. XÁC ĐỊNH ĐỐI TƯỢNG CỦA THÔNG TIN, GIÁO DỤC, TRUYỀN THÔNG



### 1. Những người dễ bị lây nhiễm và nguy cơ

Từ lúc bắt đầu lây nhiễm đến khi phát triển thành bệnh, HIV/AIDS gây ra rất nhiều hậu quả tai hại đối với môi trường kinh tế - xã hội và văn hóa - xã hội của người có HIV và gia đình hay

người yêu, bè bạn của người đó. Chẳng hạn, bị mất việc; bị vợ (chồng) hay người tình, gia đình, cộng đồng bỏ rơi; mất quan hệ giao tiếp vì cảm thấy tội lỗi và xấu hổ; bị cấm kỵ, hay bị xã hội kỳ thị và những người xung quanh ghê sợ.

### **1.1. Ảnh hưởng về kinh tế và xã hội khi bị nhiễm bệnh**

Đối với tất cả mọi người nói chung, khi bị nhiễm bệnh thì hoặc là phải có các hệ thống chăm sóc không mất tiền hoặc được chữa bệnh rẻ tiền và có đủ khả năng tiếp cận cả về vật chất lẫn văn hoá với các trung tâm và chuyên gia y tế. Thế nhưng đa phần người có HIV lại bị mất việc, khiến cho không thể tạo dựng cuộc sống cho gia đình hay làng bản của họ, nhất là ở những khu vực nghèo khổ hay tại các nước di cư. Đa phần các trường hợp xảy ra ở khu vực Nam Phi và các nước láng giềng với Thái Lan.

Tình trạng trẻ mồ côi là những dẫn chứng minh họa cho mối liên hệ giữa dịch với các khía cạnh kinh tế - xã hội của nó. Khi cha hay mẹ chết vì AIDS, đứa trẻ sẽ được gia đình (thường là ông bà) chăm sóc nuôi nấng bằng tiền của gia đình. Có trường hợp vợ góa con côi bị đuổi ra khỏi nhà sống lang thang vất vưởng ngoài đường. Trẻ em ở hoàn cảnh này thường dễ rơi vào tình huống nguy cơ cao (như suy dinh dưỡng, băng đảng, mại dâm, v.v.). Trẻ em mồ côi được giúp đỡ rất ít, nhất là ở châu Phi nơi có tỷ lệ tử vong vì AIDS cao nhất thế giới.

### **1.2. Ảnh hưởng về văn hoá/xã hội của HIV/AIDS**

Nhiều người nhiễm HIV rồi vẫn không biết là mình bị nhiễm bởi vì không sẵn có các cơ sở xét nghiệm ở tất cả các nơi. Khi phát hiện thông qua nghiên cứu sàng lọc HIV, ảnh hưởng trước mắt cũng như lâu dài đối với những người này và gia đình của họ là rất tai hại. Sự ruồng rẫy của xã hội đối với người có HIV thường dẫn đến những khủng hoảng nghiêm trọng: mối quan hệ giao tiếp giữa con người với cộng đồng bị tan vỡ khiến cho người có HIV bị suy sụp nặng nề cả về tinh thần, văn hoá, kinh tế.

Chính vì lý do đó, người có HIV thường giấu không cho vợ (chồng) hay người tình biết. Nhiều người khác không quan tâm đến vấn đề nhiễm HIV/AIDS chỉ vì họ có các mối quan tâm khác bức xúc hơn do hoàn cảnh kinh tế - xã hội "thua thiệt". Còn đối với giới thượng lưu có địa vị kinh tế - xã hội cao (những "người cha hảo ngọt", những ông lớn có quyền lực trong kinh doanh, trong khu vực nhà nước hay giáo dục) thì lại tự coi là được "miễn dịch" với căn bệnh này vì có địa vị chức trọng quyền sang. Nhiều người làm việc lưu động thường xuyên đi từ nơi này qua nơi khác không thấy hết trách nhiệm đối với những người có quan hệ tình dục với mình. Các đối tượng này thường là lái xe đường dài, bán hàng rong, thuỷ thủ, lính đánh thuê, thương nhân, công chức, công nhân mỏ than, ngư dân, nông dân hay thợ xây. Chính vì thế, dịch bệnh và mại dâm tập trung chủ yếu ở những khu vực diễn ra các hoạt động này, đặc biệt là khu vực biên giới.

Ở những trường hợp cực đoan thì bệnh AIDS có thể bùng phát thành những cơn "cuồng nộ", những người nhiễm bệnh cố ý truyền bệnh cho người quan hệ tình dục với mình để trả thù hay phản ứng trước sự ruồng rẫy của người đời. Một kiểu phản ứng nữa vẫn thường thấy ở một số đối tượng thanh niên thành thị bị mọi người lánh tránh là tham gia vào các hoạt động nguy cơ cao một cách hữu ý. Dù biết có nguy cơ lây nhiễm nhưng họ coi đó là một sự thách thức, giống như đánh bạc với số phận của mình.



Ở những nơi có nguy cơ dịch tễ cao và đa dạng (như sốt rét, thương hàn, thổ tả, bệnh ngủ, lao, các bệnh lây truyền qua đường tình dục) và cái chết luôn rình rập (vùng chiến sự, vùng chôn mìn), mọi người không thấy bức xúc phải tiến hành một cuộc thánh chiến chống lại bất cứ một chứng bệnh cụ thể hay nguy cơ chết chóc nào cả.

Tuy nhiên, một chướng ngại nghiêm trọng nhất đối với công tác dự phòng là cơn sốc văn hóa mà thế hệ trẻ phải trải nghiệm. Tất cả đều đổ xô về thành phố đắm chìm thô bạo vào cái thế giới hiện đại đón nhận tất thảy người mới nhập cư, bất kể bản địa hay ngoại quốc, nông thôn hay miền núi, trung du (chẳng hạn như khu vực thượng lưu sông Mêkông ở Đông Nam Á). Cùng một lúc họ phải đối mặt với một thế giới vị vật chất, ích kỷ cá nhân, ganh đua bon chen để giành việc làm, thất nghiệp hàng loạt, chỗ ở tồi tàn hoặc không nơi trú ngụ; nói một cách khác là hàng ngày phải đấu tranh giành giật để sống.

Một dẫn chứng đặc biệt bi thảm về tình trạng này là tình cảnh của những cô gái ở vùng biên giới Thái Lan, những người không hề được trang bị một cơ sở văn hóa giáo dục nào khác ngoài gốc gác bản địa của cộng đồng dân tộc mình, nhưng bị các ông chủ buôn người xô đẩy vào các tổ chức hành nghề mại dâm.

Cũng cơn sốc văn hoá nhân loại ấy đã diễn ra ở nước Cộng hoà Đôminíc, nơi đây trẻ em cả trai lẫn gái chưa đủ trưởng thành cả về tri thức, tâm lý, đạo đức, thậm chí cả về thể chất sinh lý nhưng đã phải hành nghề mại dâm để kiếm sống, chỉ vì không có cơ hội học hành, thất nghiệp đồng loạt và công nghiệp du lịch tình dục phát đạt. Trong hoàn cảnh đó, bị nhiễm HIV là một tai họa khủng khiếp cả về kinh tế, xã hội và văn hoá, đồng thời kèm theo cả nghiện ma túy do suy sụp tinh thần, sao nhãng văn hoá và mất hết chuẩn mực trong cuộc sống.

## 2. Các nhóm dễ bị lây nhiễm

### 2.1. Người nghèo

Địa vị kinh tế, xã hội thấp kém xô đẩy mọi người tới hoàn cảnh dễ bị nhiễm bệnh trong đó có cả HIV/AIDS. Những người sức khoẻ yếu thường phát triển từ nhiễm HIV thành AIDS rất nhanh. Nhiều cuộc nghiên cứu đã được tiến hành ở những nước nghèo để khảo sát ảnh hưởng của vị thế kinh tế - xã hội và các yếu tố khác liên quan đến HIV/AIDS. Chẳng hạn ở Thái Lan, những phụ nữ có trình độ văn hoá và thu nhập gia đình cao hơn tỏ ra hiểu biết về HIV/AIDS nhiều hơn so với phụ nữ ít học và thu nhập thấp. Mới đây còn có bằng chứng cho thấy chủ trương sử dụng bao cao su 100%, vốn được người hành nghề mại dâm chấp hành rất tốt, đang ngày càng trở nên áp dụng khó khăn hơn đối với những người này do hậu quả khủng hoảng kinh tế ở Thái Lan.

Người ta phát hiện thấy những người trả lời phỏng vấn trong các cuộc điều tra khảo sát thực hiện tại các khu nhà ổ chuột ở Ấn Độ, đặc biệt là phụ nữ, không biết một tý gì về HIV/AIDS cả. Một cuộc nghiên cứu khác ở Ấn Độ phát hiện thấy mù chữ cộng với nghèo khổ đã tạo nên lỗ hổng về kiến thức hiểu biết về HIV/AIDS. Địa vị kinh tế - xã hội thấp kém của phụ nữ thành thị Áchentina cho thấy họ cũng đặc biệt dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS do họ ở vị trí xã hội thấp và do giới.

---

1. Tài liệu *Cơ sở thông tin tuyên truyền HIV/AIDS* của UNAIDS.

## 2.2. Phụ nữ và trẻ em gái

Hậu quả nghiêm trọng nhất của cuộc khủng hoảng này là ảnh hưởng của nó đối với phụ nữ và trẻ em gái. Tỷ lệ mù chữ, thất học và vô gia cư ở phụ nữ và trẻ em gái khá cao là những yếu tố làm cho họ dễ bị tổn thương hơn trước những hoàn cảnh nguy cơ cao (như lạm dụng tình dục, thậm chí cả loạn luân). Hoàn cảnh éo le có thể dẫn đến những vấn đề kinh tế - xã hội nghiêm trọng như làm công với giá rẻ mạt hoặc bị quyt tiền (nhất là khi đi làm giúp việc trong nhà), lao động là trẻ em, mang thai nhiều lần ở phụ nữ có chồng (hoặc không chồng), hay bị cưỡng bức hoạt động mại dâm. Nhiều em gái và ở một số nước cả trẻ em trai và nam giới bị đẩy đi làm tiền khi còn ít tuổi. Cơ hội kiếm được việc làm ổn định và thu nhập khá vẫn còn rất ít đối với phụ nữ ở nhiều nước.

Như vậy với mô hình gia đình và giới hiện nay vẫn còn rất phổ biến ở hầu hết các khu vực, mù chữ và thất học đã gây ra sự phụ thuộc kinh tế của người phụ nữ, trừ một số ít người thuộc tầng lớp trung lưu mới hình thành gần đây nơi mà mô hình gia đình hạt nhân được coi trọng. Đa phần phụ nữ có con đều phụ thuộc vào người chồng kiếm tiền nuôi sống cả gia đình. Tình hình sẽ trở nên phức tạp và nghiêm trọng hơn khi người đàn ông phải xa rời gia đình đi kiếm ăn ở các thành phố lớn hay ở nước ngoài. Ngoài các mối quan hệ tình dục và mang thai ngoài ý muốn, cho con bú vẫn còn là thói quen phổ biến, bắt rễ sâu sắc trong quan hệ mẫu tử như là biểu tượng của sự tồn vong và tiềm năng sinh sản. Thói quen này vẫn được coi là tín ngưỡng bất tử của các nền văn hóa truyền thống, nhưng đồng thời cũng là một nhu cầu cần thiết khi không có nguồn sữa đảm bảo an toàn vệ sinh để nuôi con. Cũng chính vì thế nên có khá nhiều trường hợp phổ biến mẹ đã truyền bệnh cho con.

## 2.3. Thanh niên

Tình hình nhân khẩu ở hầu hết các nước đang phát triển là thanh niên đều chiếm số đông. Học hành dở dang hay hoàn toàn thất học và tỷ lệ thất nghiệp cao có thể dẫn đến hậu quả là hoàn toàn mất triển vọng xây dựng một tương lai tốt đẹp.

Trước tình trạng giáo dục dở dang, thiếu thốn và không phù hợp hiện nay, hầu hết thanh niên đều không có hoặc tay nghề yếu khi bước vào thị trường lao động và theo quy luật thì tất yếu họ sẽ bị đào thải. Hoàn cảnh của thanh thiếu niên và trẻ em lang thang (có hay không có cha mẹ) trở nên tồi tệ hơn khi các em phải sống trong những điều kiện vô cùng thiếu thốn trong những ngôi nhà ổ chuột rách nát.

Làn sóng thanh niên di cư ồ ạt ra thành phố vẫn tiếp tục dâng cao. Đô thị phồn hoa là chốn thiên đường hoang tưởng đối với nhiều thanh niên kỳ vọng kiếm sống bằng một việc làm ổn định hay làm nghề phục vụ dù chỉ được trả đồng lương tối thiểu. Hiện tượng này dẫn đến hậu quả nghèo khổ cùng cực và tạo thành những nhóm văn hóa phụ dưới những chiêu thức rất phản văn hóa.

Nhiều thanh niên do không kiếm được việc làm tự do nên đã chuyển sang hành nghề phi pháp như đã nói ở phần trên. Ngay cả những thanh niên đã có việc làm cũng phải sống chui rúc trong những khu nhà ổ chuột bẩn thỉu, tách biệt với gia đình. Thường xuyên tiếp xúc với thứ văn hoá thành thị “cuồng loạn”, cộng với lối sống hiện đại kinh tế thị trường, nhiều thanh niên phải đối mặt với sự ganh đua quyết liệt, và kiếm tiền cũng dễ và cũng rất khó.

Sống như thế, các thanh niên này cảm thấy bị xa lánh cách biệt, ngày nào cũng canh cánh nỗi niềm mưu sinh. Một số người tụ tập thành hội thành nhóm, mà ở đó những hành vi nguy cơ sẽ trở thành một thói quen, thành tập quán thường ngày. Lạm dụng ma túy, rồi tất yếu tìm đến mại dâm sẽ làm cho họ trở nên rất dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS.

### **3. Nhóm đối tượng bất ổn định về văn hoá**

Nhìn chung, việc phân loại các nhóm nguy cơ phải dựa trên cơ sở xem xét kỹ lưỡng hoàn cảnh sinh hoạt của các đối tượng trong bối cảnh phát triển chung của một đất nước: đó là tình trạng nghèo khổ, tình hình bất an, quyền con người và bệnh tật. Xét từ hoàn cảnh đó, người nghèo, phụ nữ, người tị nạn và dân tộc thiểu số là những nhóm người có nguy cơ cao nhất.

#### **3.1. Dân di cư: Bản sắc văn hóa bị mất dần**

Một yếu tố quan trọng khiến cho bệnh dịch HIV/AIDS lây lan nhanh chóng là sự di chuyển dân cư (chẳng hạn di cư trong nước hay từ nước này sang nước khác; nghề nghiệp lưu động). Người tị nạn, dân lao động ngoại tỉnh, rồi cả một số dân tộc ít người du canh du cư đều góp phần làm cho vi rút HIV lây truyền và làm cho công tác phát hiện và chăm sóc người bệnh thêm phần khó khăn. Tác động văn hoá do di cư cũng ảnh hưởng tới cộng đồng, gia đình, vợ con ở quê nhà.

Ở hầm mỏ và các khu công nghiệp, công nhân từ các tỉnh khác đến chiếm phần lớn lực lượng lao động ở đây. Những người này đang có nguy cơ mất dần bản sắc văn hoá xã hội của mình và trở nên dễ lây nhiễm HIV hơn bao giờ hết. Tối đến họ có thể dễ dàng bị lôi kéo ném tiền vào những trò giải khuây, thư giãn.

Hầu hết những người này đều sống xa vợ con hay người yêu trong các khu nhà tập thể. Vì thế họ thường tìm đến gái mại dâm, lang chạ hoặc cùng quan hệ với một phụ nữ. Lối sinh hoạt này thường đi đôi với ma túy, rượu chè, nhất là ở đối tượng thanh niên.

Tuy nhiên, có thể duy trì các hệ thống tổ chức tương trợ ở khu vực thành phố, thị xã. Người đồng hương thường sống gần nhau trong cùng một khu vực và tổ chức các hình thức tương trợ giúp đỡ lẫn nhau, lập hội lập phường, thậm chí tập hợp thành cả những băng nhóm dính líu vào những hoạt động gần như bất hợp pháp. Hệ thống tổ chức này thường thấy ở những nhóm người rất nghèo, là nơi bản sắc văn hoá còn được duy trì như một vốn quý hiếm hoi của họ, và có lẽ nó đã bị mất đi nếu họ không tham gia các tổ chức tương trợ này.

#### **3.2. Gia đình ly tán**

Một trong những yếu tố bất an nghiêm trọng nhất là sự khủng hoảng gia đình, đặc biệt ở những xã hội mà gia đình là nền tảng của cả hệ thống kinh tế, văn hoá, xã hội (như ở châu Phi, châu Á, Caribê và Mỹ Latinh).

Hệ thống gia đình mở rộng có thể coi là một trách nhiệm bao trùm. Chẳng hạn, người ta có thể thấy một phụ nữ hay một cô gái phải chăm sóc cho một số người thân ít nhiều gần gũi và không có việc làm. Đồng thời mô hình gia đình mở rộng cũng có thể coi là một hệ thống tương trợ khi một người lâm vào hoàn cảnh khó khăn về kinh tế hay bệnh tật, dưới các hình thức cụ thể như chia sẻ tình cảm, tư vấn, tình thương.

Qua đó có thể thấy cả cuộc cách mạng đô thị lẫn cơ chế gia đình hạt nhân cứng nhắc (vợ chồng và hai con) đã có những tác động quan trọng đối với xã hội, vì vậy cũng có tác động đối với HIV/AIDS, làm xấu đi tình hình của người có HIV và bệnh nhân AIDS, cũng như vợ con của họ. Nhiều khi chỉ vì hoàn cảnh kinh tế mà cha mẹ phải ly tán hay vì gánh nặng gia đình khiến cho hình ảnh thực sự của tình cảm gia đình có thể bị nhìn nhận sai lệch.

Thiếu dinh dưỡng và điều kiện sinh hoạt khó khăn cũng trở thành lực cản đối với chương trình phòng chống HIV/AIDS vì thiếu thốn điều kiện vệ sinh và phương tiện chăm sóc sức khỏe. Những khó khăn trở ngại này lẽ dĩ nhiên sẽ làm tăng thêm nguy cơ lây nhiễm bệnh tật trong đó có cả bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và HIV/AIDS. Từ lây bệnh dẫn đến mất khả năng lao động, hậu quả là đói nghèo rồi tiếp đến ảnh hưởng tới an sinh gia đình.

### **3.3. Cư dân thành thị mới và các nhóm văn hoá phụ: Bạo lực, nghiện ngập ma túy và tình dục bất cần**

Trong khi chế độ đa thê được coi là truyền thống ở một số cộng đồng xã hội, quan hệ tình dục với nhiều người đang ngày càng trở nên phổ biến ở xã hội đô thị. Về khía cạnh này cũng cần chú ý có sự khác biệt quan trọng giữa nam giới và nữ giới.

Lý do nam giới có khuynh hướng quan hệ tình dục với nhiều bạn tình là rất phức tạp: sống xa gia đình, làm việc lưu động, và có một số ít là do ảnh hưởng văn hóa giới của đàn ông. Tâm lý muốn hơn người ở nam giới được biểu thị bằng những cuộc “chinh phục” tình cảm với nhiều phụ nữ trong một thời gian ngắn có thể thấy rất rõ ở nhiều xã hội. Do thiếu các ham thích khác hay thiếu các hoạt động giải trí lúc rảnh rỗi, tình dục là hoạt động giải trí phổ biến nhất ở thanh niên và đối với họ càng chinh phục được nhiều phụ nữ bao nhiêu thì danh tiếng của họ càng trở nên lẫy lừng bấy nhiêu.

Giới trung lưu thành thị mới hình thành cũng chứng kiến ngày càng nhiều phụ nữ tham gia tích cực vào các hoạt động xã hội mà trước đây chỉ dành cho nam giới, nhất là các hoạt động văn hoá “vũ trường” như đã thấy ở Nam Phi.

Tại nhiều thành phố và trung tâm đô thị lớn đang phát triển với tốc độ chóng mặt trên toàn thế giới, đặc biệt là ở những thành phố và khu nhà ổ chuột của các nước đang phát triển, tội ác và bạo lực đang gia tăng nhanh chóng từ những năm 1970. Đồng thời, cuộc sống hối hả ở đô thị và tình hình kinh tế tệ hại của hầu hết những người mới nhập cư đã dẫn đến hậu quả thất nghiệp đồng loạt và hình thành các loại tội ác mới (như buôn lậu ma túy, cướp của và buôn lậu vũ khí).

Tỷ lệ nghiện và buôn lậu ma túy (cần sa, côcain, amphetamin và các loại ma túy tổng hợp khác) và nạn nghiện rượu cũng đang gia tăng chủ yếu là ở thanh niên. Một số đối tượng vừa là người tiêu thụ vừa là người cung cấp các loại sản phẩm “chạy trốn cuộc đời”. Hàng loạt thanh niên thất nghiệp, thất học xoay qua các hoạt động phi pháp, coi đó là cách kiếm tiền nhanh nhất. Tình trạng này thường xảy ra ở những khu vực kém an ninh công cộng.

Tất cả những biểu hiện bạo lực này và tỷ lệ tội ác gia tăng (cướp có vũ trang, hiếp dâm, giết người, cướp của, v.v..) ở một chừng mực nào đó có thể được coi là những chỉ báo tuyệt vọng. Đó là hậu quả của sự bóc lột triền miên về mặt văn hoá, kinh tế, xã hội đối với người nghèo

bởi một thiểu số có thể lực trong nước và ở nước ngoài và sự thất bại của hệ thống giáo dục.

Một khía cạnh quan trọng khác của nền văn hoá đô thị là thái độ hằn học đối với những người khác nền văn hoá ngày một tăng lên đối với những người thuộc nhóm văn hóa khác, cho dù đã cùng chung sống với nhau trong một thời gian dài, như đã xảy ra với nhóm người mới nhập cư.

#### **4. Các nhóm có hành vi nguy cơ đặc biệt**

##### **4.1. Nghề nghiệp lưu động**

Tính cơ động do yêu cầu nghề nghiệp là một yếu tố quan trọng trong việc lan truyền HIV. Một số nghề nghiệp có nguy cơ mắc và truyền bệnh cao (như lái xe tải đường dài, lao động thời vụ làm thuê cho các nông trường, trang trại thu hoạch trái cây, rau quả, hái nho hay gặt lúa). Những ngành nghề khác cũng có thể làm lây truyền HIV là những người bán rong, thương nhân lưu động, binh lính, lính đánh thuê và sinh viên nghèo sống xa nhà (như ở Thái Lan, Uganda).

##### **4.2. Người hành nghề mại dâm**

Người hành nghề mại dâm vừa là nhóm có nguy cơ mắc bệnh cao vừa là nhóm bị đe dọa về mặt văn hoá xã hội. Vì thế, người hành nghề mại dâm chủ yếu là phụ nữ (ở một số nước có cả mại dâm nam và mại dâm trẻ em) thường xuyên bị tiếp xúc với mối đe dọa bị mắc bệnh, đồng thời gặp nhiều khó khăn để được chăm sóc y tế thường xuyên.

Đối với phụ nữ và trẻ em gái, phải hành nghề mại dâm là do hậu quả bị chồng, người tình hay cha mẹ ruồng bỏ. Ở nước Cộng hoà Đominic, nạn mại dâm trẻ em là hậu quả của quá trình di cư ồ ạt từ nông thôn ra thành phố. Hậu quả thất nghiệp, nghèo khổ và thất học là trở ngại đối với việc đáp ứng được những nhu cầu sinh hoạt tối thiểu. Có người thậm chí phải hành nghề mại dâm để có tiền trang trải việc học hành.

Do sự kỳ thị về văn hoá và xã hội đối với nghề mại dâm, đặc biệt là mại dâm đồng tính, người hành nghề mại dâm không thể từ chối quan hệ tình dục không an toàn, và khi nhiễm bệnh rồi, thì không thể xác định được khách hàng là ai. Các cô gái trẻ phải hành nghề mại dâm ngay từ khi còn nhỏ tuổi cũng có nguy cơ mắc bệnh, do khách làng chơi lớn tuổi “sành điệu” thích quan hệ tình dục với gái còn trinh. Có người còn bị cưỡng bức làm tình tập thể hoặc bị những người nhiễm bệnh cưỡng hiếp nhằm mục đích “trừ bệnh”. Đối với những phụ nữ nghèo khó, đôi khi họ phải tìm cách bán dâm để kiếm thêm tiền chu cấp bữa ăn hay đi lại.

Những người khác từ các vùng quê xa xôi đến với nghề mại dâm là do bị “xô đẩy” vào những nhà chứa, không một chút kinh nghiệm đường đời, để kiếm tiền cho gia đình hay cho bọn ma cô, chỉ vì ngành công nghiệp tình dục luôn cần “hàng mới”.

Tuy nhiên, tình đoàn kết tương trợ chống lại HIV/AIDS đã bắt đầu hình thành ngay trong nền công nghiệp tình dục ở một số nước (như Caribê hay châu Mỹ Latinh). Người hành nghề mại dâm kể cả nhóm đồng tính luyến ái đang nỗ lực tổ chức các nhóm tương trợ và hiệp hội của người hành nghề mại dâm nhằm tăng cường tiếp xúc với chính quyền, đặc biệt là ngành y tế, để được quyền bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ. Cả người bán dâm lẫn người mua dâm đều

thường xuyên được vận động sử dụng bao cao su. Đáng tiếc, nhiều người sẵn sàng trả thêm tiền để được quan hệ một cách không an toàn và điều này đã làm cho gái mại dâm khó từ chối những hành vi nguy hiểm.

### **4.3. Đồng tính luyến ái và sự chấp nhận mang tính văn hoá - xã hội**

Mặc dù hiện tượng đồng tính luyến ái nữ và cộng đồng của họ dường như không được nhắc đến nhiều trong mối liên quan đến HIV/AIDS, nhưng đồng tính luyến ái nam đã gây phản ứng mạnh mẽ, không chỉ về khía cạnh y tế của bệnh dịch, mà chủ yếu là vì những vấn đề liên quan đến sự chấp nhận về mặt văn hoá và xã hội.

Lý do chính của vấn đề này mang tính chất lịch sử. Ca nhiễm AIDS đầu tiên được phát hiện từ những người quan hệ đồng tính ở Bắc Mỹ và một số nước Tây Âu. Từ đó, nỗi ám ảnh về bệnh dịch trở nên kinh hoàng hơn do thái độ tiêu cực mang tính chất văn hoá - xã hội liên quan đến các mối quan hệ tình dục đồng giới. Thái độ này bắt nguồn từ những nguyên tắc đạo đức xung quanh vai trò của quan hệ nam/nữ trong xã hội. Đặc biệt, ở những xã hội chuyên quyền và theo thiên chúa giáo, thì quan hệ nam/nữ chỉ được coi là sự duy trì phát triển nòi giống.

Trong thế giới phương Tây, quan hệ đồng tính nam đã trở thành một lối sống được thừa nhận và được luật pháp bảo vệ. Cuộc cách mạng này khởi phát từ các nước phương Tây đang có chiều hướng lan ra một số nước đang phát triển, bất chấp những phản ứng mạnh mẽ của xã hội và truyền thống văn hóa đối với hiện tượng này (ví dụ Jamaica, Thái Lan và một số nước Mỹ Latinh).

Để đối phó với dịch HIV/AIDS, các phong trào tập thể, hiệp hội và nhóm tranh đấu đang đòi hỏi xã hội thừa nhận và được ngành y tế hỗ trợ, tổ chức các phong trào đoàn kết tương trợ và các dự án tiến hành giáo dục dự phòng, chăm sóc y tế xã hội và hỗ trợ người bệnh. Nhiều cộng đồng người đồng tính ở một số nước phương Tây đã xây dựng được những tổ chức hỗ trợ tâm lý xã hội và y tế có hiệu quả và rất năng động.

## **5. Giao tiếp với toàn thể xã hội**

Khi bàn về phòng chống lây nhiễm HIV/AIDS, sẽ không phù hợp nếu chỉ đề cập tới các nhóm có hành vi nguy cơ, mà còn phải nhấn mạnh đến hành vi trách nhiệm và thiếu trách nhiệm liên quan đến công tác dự phòng và chăm sóc. Như thế sẽ hợp lý hơn là chỉ quy trách nhiệm lây truyền dịch cho một số nhóm đối tượng văn hoá xã hội hay một số ít người cụ thể.

Thực tế là dịch đang lây truyền ở tất cả mọi người, bất kể họ có liên quan đến “nhóm có hành vi nguy cơ” hay không. Như đã được nhấn mạnh trong một tài liệu gần đây của UNAIDS “Nhìn nhận thấu đáo hơn dịch bệnh HIV” (1998), khi giao lưu với những nhóm đối tượng tương đối khép kín (còn gọi là những nhóm nguy cơ), HIV có thể lây nhiễm rất nhanh trong nhóm, nhưng đối với toàn thể xã hội thì ảnh hưởng sẽ bị hạn chế. Tuy nhiên, nếu sự giao lưu này cứ tiếp tục mở rộng hơn nữa giữa thành viên trong nhóm với những người tạm coi là không có nguy cơ ngoài xã hội (ví dụ vợ hay người tình), thì bệnh dịch sẽ lan truyền từ từ nhưng sẽ xâm nhập vào nhiều thành phần xã hội hơn. Một thực tế là những người thuộc nhóm bị coi là có nguy cơ cao, thực ra đã không nhiễm HIV và hoàn toàn có ý thức về nguy cơ lây bệnh, trong khi đó những người bị nhiễm HIV ngoài xã hội lại có hành động vô trách nhiệm nên đã truyền bệnh



cho người cùng quan hệ với họ. Có thể chính các đối tượng bắc cầu là khâu chấp nối các nhóm rời rạc với nhau, mới đóng vai trò quan trọng trong việc làm cho dịch lan truyền nhanh chóng do những hành vi thực tế của họ đã chấp nối các nhóm ít có hành vi nguy cơ với nhóm có hành vi nguy cơ cao với nhau.

## 6. Kết luận

a. Mặc dù cả thế giới đều biết đến hiểm họa HIV/AIDS, nhưng không đủ để thuyết phục mọi người chấp nhận thay đổi các hành vi tình dục cũng như phi tình dục để phòng tránh và chăm sóc. Đây là do các nguyên nhân không có liên quan gì đến y tế hay sức khỏe. Cần phải nhận thức điều này đầy đủ hơn và tổng hợp lại thành những chiến lược can thiệp mới. Ngoài ra các phương pháp thông tin thường không phù hợp với khả năng nhận thức của các đối tượng cụ thể.

b. HIV/AIDS luôn luôn có tác động qua lại với các nền văn hoá quần chúng và sự phát triển kinh tế - xã hội nói chung.

c. Những tác động qua lại này, cũng giống như bất kỳ quá trình hai chiều nào, đều phát sinh mâu thuẫn làm cho các hoạt động thông tin và y tế không thu được hiệu quả cao nhất. Những trở ngại này có thể tóm tắt như sau:

- Các vấn đề phát triển kinh tế - xã hội có ảnh hưởng nặng nề đến việc lan truyền bệnh dịch cũng như ảnh hưởng nghiêm trọng tới điều kiện sinh hoạt của người dân;
- Cuộc cách mạng kinh tế - xã hội cũng ảnh hưởng nghiêm trọng đến các hệ thống giá trị và lối sống trước đây, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, chủ yếu là do di dân, di cư, điều kiện sinh hoạt và nhà ở tồi tàn làm cho các nguy cơ lây nhiễm tăng lên;
- HIV/AIDS lại gây ảnh hưởng nghiêm trọng ngược lại đối với kinh tế, xã hội, văn hóa.

d) Như vậy, những chương trình thông tin giáo dục truyền thông dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS có hiệu quả đều phải xem xét mối quan hệ giữa các chuẩn mực và tiềm năng văn hoá với các vấn đề phát triển kinh tế - xã hội.

## III. CHƯƠNG TRÌNH THÔNG TIN GIÁO DỤC TRUYỀN THÔNG PHÙ HỢP: KẾT HỢP CÔNG TÁC BIÊN SOẠN TƯ LIỆU VÀ TIẾN HÀNH THỰC HIỆN

### **Chương trình AIDS quốc gia phải đưa giáo dục phòng chống HIV/AIDS tới tất cả học sinh**

#### **Các trở ngại đối với giáo dục phòng chống HIV/AIDS trong trường học:**

- Vấn đề còn đang tranh cãi gay gắt;
- Chương trình học vốn đã quá tải;
- Chương trình có thể chỉ hạn chế ở một số lứa tuổi;
- Kỹ năng thực hành không được giảng dạy, chỉ truyền đạt kiến thức đơn thuần;
- Chương trình chỉ được thực hiện ở một số nơi trong toàn quốc.

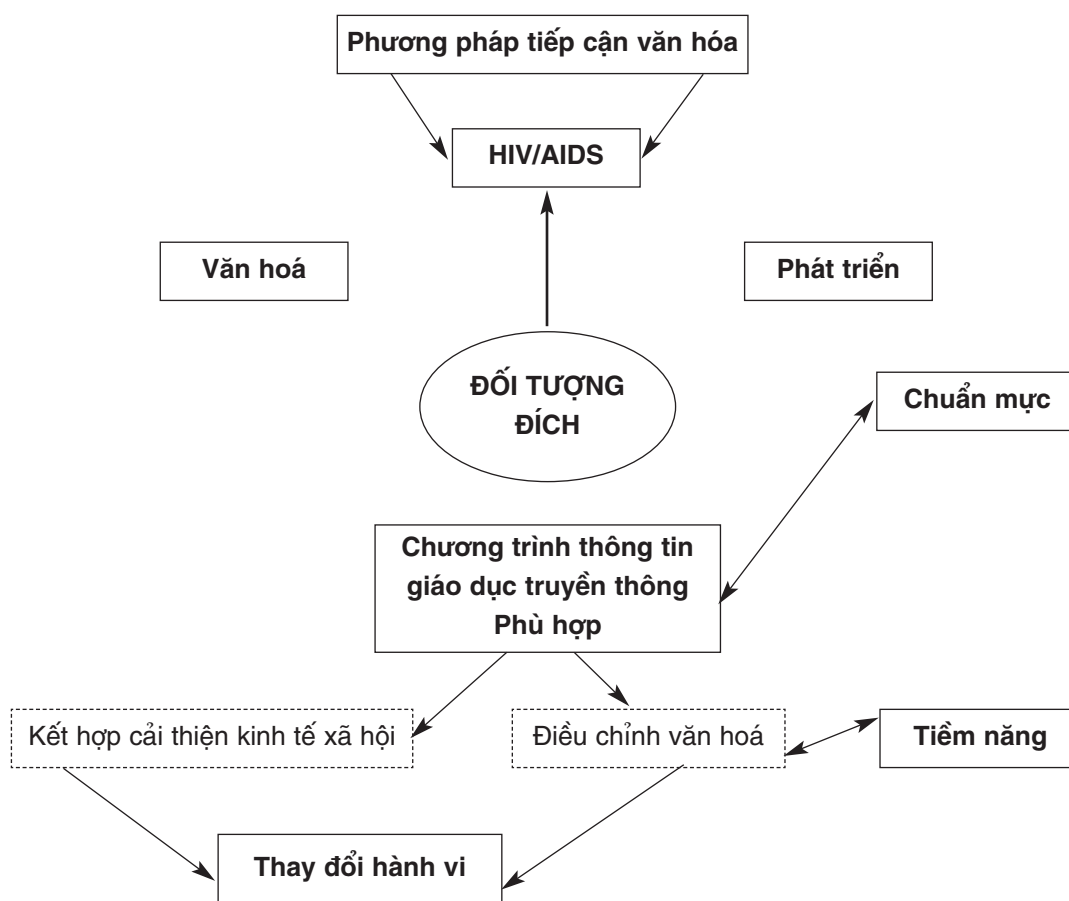
#### **Giải pháp khắc phục trở ngại:**

- Thiết kế các chương trình phù hợp với hoàn cảnh và tập quán văn hoá ở địa phương;
- Thiết lập quan hệ đối tác giữa các nhà hoạch định chính sách, các nhà lãnh đạo cộng đồng tôn giáo, phụ huynh và giáo viên;
- Xây dựng chính sách giáo dục phòng chống AIDS thông qua quan hệ đối tác này.

*Nguồn: Dạy và học về AIDS ở nhà trường, UNAIDS, 1997, tr. 2.*

Công tác truyền thông theo ý nghĩa chung là một quá trình trao đổi thông tin và hỏi đáp giữa hai hay nhiều người hoặc nhóm người. Quá trình này có thể bao gồm bất cứ hoạt động nào được tiến hành trong các lĩnh vực cụ thể trên các phương tiện thông tin đại chúng, trong các chương trình giáo dục hay các chương trình truyền hình trực tiếp để truyền thụ kiến thức và giá trị cuộc sống, đồng thời tiếp thu các yếu tố mới thuộc các phạm trù kiến thức và giá trị khác.

Tiếp theo đó, công tác biên soạn tư liệu và tiến hành thực hiện các nội dung truyền thông là một phần hoạt động của hệ thống tuyên truyền rộng lớn hơn, mà các giai đoạn khác nhau của nó không thể tách rời mà không bị mất đi tính chất đặc trưng của nó. Đây chính là lý do vì sao bất cứ chương trình thông tin giáo dục truyền thông phù hợp với truyền thống văn hóa nào cũng đều được xem xét trong khuôn khổ toàn diện này. Về mặt này, có thể coi cuốn *Cơ sở truyền thông về HIV/AIDS của UNAIDS* là tài liệu chiến lược chủ chốt.



## 1. Thông tin đại chúng

Nói chung, các chương trình phát thanh, truyền hình chủ yếu đưa các thông tin khái quát về dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS để phục vụ cho đại đa số quần chúng chứ không nhằm hẳn vào một đối tượng cụ thể nào. Những thông tin đó cho dù rất có ý nghĩa, nhưng ảnh hưởng của chúng rất hạn chế bởi nhiều lý do. Thứ nhất là do hình thức và nội dung thông tin không phù hợp đầy đủ để đông đảo quần chúng có thể hiểu được. Thứ hai là tùy thuộc vào hoàn cảnh cụ thể ở địa phương mà đài phát thanh có thể sẽ phổ biến hơn, trong khi vì



lý do kinh tế hay kỹ thuật, máy thu hình không sẵn có được. Điều cuối cùng là, các thông tin phát trên phương tiện truyền thông đại chúng đôi khi có thể lại cổ động các hành vi nguy cơ cao và thiếu trách nhiệm, có thể dẫn đến hậu quả lây nhiễm và truyền bệnh, do vậy gây phản tác dụng đối với các chương trình phòng chống HIV/AIDS chuyên biệt. Vì những lý do này, tuy có tiềm năng lớn lao trong việc tuyên truyền vận động quần chúng, nhưng các phương tiện thông tin đại chúng ở nhiều nơi vẫn chưa được phát huy tới mức tối ưu để tạo điều kiện phát động phong trào quần chúng trong nước và trong khu vực để đấu tranh chống lại bệnh dịch.

Các chương trình phát thanh địa phương ở nông thôn cũng như ở thành thị đang ngày càng phát triển thông qua các biện pháp vận động cộng đồng cùng tham gia thực hiện. Yêu cầu kỹ thuật đơn giản, giá rẻ và chi phí sản xuất thấp khiến cho những chương trình phát thanh này trở thành một công cụ thích hợp để vận động quần chúng cùng tham gia và trao đổi thông tin, kinh nghiệm thông qua các cuộc mạn đàm dễ thực hiện.

Một ví dụ điển hình của kiểu dự án này đang được áp dụng tại các nước thuộc khu vực Nam Phi, dưới tiêu đề “Phụ nữ tâm sự với nhau”. Dự án bao gồm hạng mục thiết lập một trạm phát thanh riêng của phụ nữ do Hội Phụ nữ quản lý. Ý tưởng chung của những dự án này là tạo điều kiện cho các phụ nữ có trình độ học vấn cao trong cộng đồng giúp đỡ những phụ nữ kém may mắn khác, cung cấp thông tin và dạy cho họ biết cách giải quyết những vấn đề nảy sinh trong cuộc sống hàng ngày. Tất nhiên những chương trình này phải được biên soạn và sử dụng từ ngữ phù hợp để hiểu.

Các dự án đào tạo huấn luyện mới cũng đang được xây dựng. Vấn đề là phải có các phóng viên phát thanh, truyền hình chuyên nghiệp để có thể sử dụng phương tiện thông tin đại chúng để chuẩn bị dư luận, khuyến khích, vận động và duy trì sự ủng hộ của quần chúng nhân dân đấu tranh chống lại các hành vi có hại. Công việc phải làm đầu tiên là thu hút sự quan tâm chú ý và nâng cao kiến thức hiểu biết về HIV/AIDS, phương thức lây truyền và kỹ năng quản lý và dự phòng cho những người làm công tác tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng. Thông qua công tác này sẽ nâng cao tinh thần trách nhiệm của họ đối với công tác dự phòng và kiểm soát sự lây lan của dịch.

#### **Thông tin dự phòng: Dự án của UNESCO**

Để đáp ứng nhu cầu thông tin cho các phóng viên báo chí, phát thanh, truyền hình về trách nhiệm của họ đối với bệnh dịch HIV/AIDS, năm 1998, UNESCO đã xây dựng một dự án về thông tin dự phòng dựa trên cơ sở các phóng sự điều tra về HIV/AIDS ở Đông và Nam Phi. Mục tiêu dự án nhằm:

- Xác định các xu hướng chính trong khu vực góp phần làm cho HIV/AIDS lan rộng.
- Tiến hành nghiên cứu sâu mối liên hệ giữa các xu hướng này và tỷ lệ mắc bệnh.
- Nghiên cứu mức độ tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS được đăng tải trên các phương tiện truyền thông đại chúng.

*Nguồn: Thông tin đại chúng và HIV/AIDS ở Đông và Nam Phi, UNESCO, 1999.*

## 2. Giáo dục

### 2.1. Chương trình giáo dục phòng chống HIV/AIDS của UNESCO

Thực hiện chiến lược mới giáo dục phòng chống HIV/AIDS, UNESCO đã xác định các tiêu chí và ưu tiên mới nhằm cải cách chương trình dự phòng. Đặc biệt là UNESCO đã hết sức chú ý tới việc đánh giá hiệu quả của chương trình giáo dục phòng chống HIV/AIDS hiện nay và tổng hợp lại những bài học kinh nghiệm tốt nhất. Trọng tâm được nhấn mạnh là thay đổi hành vi thông qua thúc đẩy các chương trình giáo dục chính quy và không chính quy hướng tới học sinh, sinh viên, thanh thiếu niên ngoài trường học và người lớn tuổi. Những chương trình này sẽ được tăng cường hỗ trợ bằng các chiến dịch truyền thông mạnh mẽ, phân phát các loại sách báo thông tin, tờ rơi và các thông điệp phát thanh nhằm tranh thủ những người lãnh đạo dư luận.

### 2.2. Chuỗi hoạt động: Giáo dục và văn hóa

Về mặt khái niệm, giáo dục và văn hoá có thể coi là một lĩnh vực đồng nhất của hoạt động con người, được định nghĩa là sự sáng tạo, truyền bá và bảo tồn tri thức, là hệ thống kinh nghiệm và giá trị của một xã hội, liên quan đến sự phát triển trong quá khứ, hiện tại và tương lai.

Trước sự đa dạng phong phú của nhiều nhóm đối tượng, việc thiết kế, thực hiện và đánh giá các chính sách và hoạt động giáo dục là một thách thức văn hóa, đòi hỏi có một phương pháp văn hóa. Bởi vì giáo dục trước hết nhằm vào trẻ em và thanh niên, vì thế cần có sự kết hợp giữa các hoạt động cấp bách với triển vọng lâu dài.

Tuy nhiên, giáo dục ở trường học chỉ là một công đoạn trong quá trình giáo dục, nó còn được phát triển thông qua các kênh gia đình, cộng đồng và xã hội nói chung. Khi lối sống và tiện nghi hiện đại càng ngày càng thâm nhập sâu hơn vào các cấu trúc xã hội quốc tế, quốc gia và địa phương, thì thông tin đại chúng đã và sẽ quan trọng như giáo dục học đường (nếu như không nói là hơn). Nhìn rộng hơn, giáo dục là cả một quá trình rèn luyện suốt đời liên quan đến tất cả các thế hệ và được truyền tải thông qua tất cả các kênh thông tin.

#### a. Điều chỉnh giáo dục học đường phù hợp với văn hoá

Hệ thống giáo dục học đường đã thực sự đầy đủ chưa? Vấn đề này sẽ chỉ được giải quyết một cách hiệu quả khi nào các hoạt động được điều chỉnh cho phù hợp với nhu cầu và hoàn cảnh thực tế của không chỉ các nhóm có cơ hội dễ dàng, mà cả của các đối tượng ít được quan tâm (chẳng hạn người nghèo, trẻ em lang thang, lao động trẻ em, người ở nông thôn khu vực đồng bằng và miền núi, lao động ngoại tỉnh, dân du canh du cư, người bản xứ, người dân tộc thiểu số, người khác chủng tộc, người khác ngôn ngữ, dân tị nạn, người vô gia cư, người tàn tật, người sống trong vùng bị nước ngoài chiếm đóng).

Một nền giáo dục phù hợp sẽ giúp cho mọi người xây dựng nên một di sản văn hóa, tinh thần và ngôn ngữ chung. Nền giáo dục đó sẽ phải chú ý tới sự đa dạng, tính phức tạp và tính cách đang thay đổi của trẻ em, thanh thiếu niên, người lớn tuổi và hệ thống giáo dục trong và ngoài trường học. Như vậy, nền giáo dục phải tự điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện hoàn cảnh bản địa: về ngôn ngữ, phát triển có sự tham gia của người dân, hỗ trợ gia đình và cộng đồng, hệ thống giáo dục truyền thống, các khía cạnh mang tính xã hội, văn hóa, đạo đức của quá trình giáo dục. Đặc biệt hơn, nền giáo dục phải được xây dựng trên cơ sở điều kiện sinh hoạt

của trẻ em và thanh thiếu niên, trên cơ sở các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa để đề ra chính sách ưu tiên và các biện pháp thúc đẩy nhằm đạt được sự biến đổi như mong muốn<sup>1</sup>.

### b. Giáo dục người lớn

Nhiều người lớn tuổi và thanh niên có hoạt động tình dục đang phải làm việc kiếm sống hàng ngày nên không có điều kiện tiếp cận với thông tin giáo dục tuyên truyền dự phòng trong nhà trường. Nên cần xây dựng những chương trình thông tin giáo dục tuyên truyền nhằm vào các đối tượng này tại nơi làm việc hay ở những nơi khác thông qua các hoạt động giáo dục cho người lớn.

Cũng cần phải xem xét việc xây dựng những chương trình giáo dục riêng cho phụ nữ, nhằm phục vụ thông tin tại chỗ (trong làng, ngoài chợ, nhà hộ sinh, trung tâm tư vấn, nơi làm việc, nhà thờ, các cơ sở dịch vụ, v.v..).

#### **Nam Phi: Nơi làm việc - Địa điểm chiến lược cho phòng chống HIV/AIDS**

Có hai chương trình phòng chống HIV/AIDS thành công được nêu thành ví dụ trong một cuốn cẩm nang do Bộ Y tế Nam Phi biên soạn để phục vụ cho công tác hoạch định chính sách, chương trình phòng chống HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nơi làm việc. Hai ví dụ đó như sau:

#### **Hãng Dệt David Whitehead: “để công nhân biết rằng công ty rất quan tâm đến vấn đề này”**

Những nội dung chính của chương trình này bao gồm:

- Dựng kịch và biên soạn sách tranh bằng nhiều thứ tiếng để phân phát ở nhiều nơi, trong rạp hát, câu lạc bộ, trường học;
- Cung cấp thông tin tư vấn cho người lao động, dưới nhiều hình thức cá nhân, tập thể, theo nhóm, kể cả người làm nghề may dâm, hay cũng có thể những người không phải là công nhân của công ty, tại các quầy bar, quán bia, trang trại hay tại các trận đá bóng ở địa phương.

Các trường hợp mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục trong công ty đã giảm xuống từ 50 đến 70% từ năm 1989 đến 1992 là nhờ có phân phát bao cao su, nam giới ít quan hệ tình dục bừa bãi hơn, lãnh đạo và nhân viên của công ty hợp tác với nhau, và đẩy mạnh công tác huấn luyện cho cán bộ.

#### **Dự án phòng chống HIV/AIDS MUTARE (Zimbabwe)**

Sở Y tế thành phố Mutare, là một nơi có 20.000 ca bệnh lây truyền qua đường tình dục đã được điều trị vào năm 1990 (chiếm 25% dân số người lớn), đang xây dựng một chương trình phòng chống tập trung vào các nhóm có hành vi nguy cơ cao và người lao động trong các cơ quan nhà nước. Các cuộc họp mặt với cán bộ giáo dục đồng đẳng được tổ chức trong các bối cảnh giao tiếp khác nhau như trong quán bia, sân vận động, nhà thi đấu thể thao, hội nghị và nơi làm việc. Cán bộ giáo dục đồng đẳng được tuyển chọn theo tiêu chuẩn tuổi tác (18-30 tuổi), nhiệt tình và có khả năng truyền thông. Tỷ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục giảm 48% ngay trong năm đầu tiên của dự án.

*Nguồn: Phương pháp phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh: Kinh nghiệm của Nam Phi, UNESCO, 1999.*

1. Jomtien: Tuyên ngôn của thế giới về Giáo dục cho tất cả mọi người và chương trình hành động để đáp ứng các nhu cầu học tập cơ bản, Thái Lan, 1990.

### 2.3. Giáo dục gia đình: một tiềm năng bị coi nhẹ

Trong tất cả các truyền thống văn hoá và xã hội, vai trò của gia đình (ông, cha và người thân) là hết sức quan trọng đối với giáo dục trẻ em. Ngày nay, tất cả các xã hội đều trải qua quá trình hiện đại hóa; một quá trình có thể dẫn đến một cuộc khủng hoảng về hình thái gia đình, nhất là về khía cạnh giáo dục. Vì thế, hệ thống giáo dục ở nhà trường, xã hội và “cuộc sống đường phố” đã thế chỗ vai trò gia đình.

#### Ăngôla: Giáo dục giới tính, giá trị truyền thống gia đình và HIV/AIDS

Nhìn chung, giáo dục gia đình có ảnh hưởng quan trọng không thể thiếu được đối với hành vi của thanh thiếu niên. Tuy nhiên, giữa cha mẹ và con cái rất ít khi nói chuyện về HIV/AIDS, bởi vì vấn đề tình dục vẫn bị coi là chuyện tế nhị “kiêng kỵ”. Qua một cuộc nghiên cứu thực hiện ở Luanda với các đối tượng thanh thiếu niên tuổi từ 14-20 thấy rằng hầu hết các em không bao giờ nói chuyện tình dục với cha mẹ. Thông thường, chuyện này chỉ nói với bạn thân, bạn học hay người yêu thôi. Một số nhà nghiên cứu nhận thấy, cha mẹ cũng tránh dấn động đến vấn đề này, bởi vì theo họ nói đến chuyện ấy sẽ chỉ khuyến khích con em có quan hệ tình dục sớm.

Nói đến hình thái gia đình thì quan niệm về gia đình ở Ăngôla rất phức tạp, bởi vì hình thái tổ chức gia đình ở đây rất đa dạng. Quan niệm về gia đình du nhập từ châu Âu sang không phù hợp với thực tế ở đây, bởi vì nó rất ít liên quan đến các bối cảnh văn hoá xã hội của từng nhóm dân cư, của từng cộng đồng hay của cả xã hội. Khái niệm truyền thống gia đình bao hàm quan hệ huyết thống, quan hệ vợ chồng và nhiều khi bao hàm cả nơi trú ngụ.

Theo Locoh (1988), gia đình là nơi trẻ em lớn lên cùng với anh chị em của mình, là nơi lưu truyền các giá trị và chuẩn mực của cộng đồng, và cũng là nơi thực hiện sự kiểm soát của xã hội. Chính vì thế, gia đình cũng có thể kiểm soát được tình dục.

Tình cảm ruột thịt có thể tác động tới hành vi tình dục. Chẳng hạn, theo chế độ mẫu hệ, uy thế tình dục của nam giới yếu hơn bởi vì phụ nữ nắm giữ vai trò kiểm soát trong gia đình. Như vậy, chế độ mẫu hệ giúp tăng cường quyền tự trị, thậm chí cả quyền độc lập của người phụ nữ.

Liên quan đến cơ cấu hộ gia đình, quan hệ tình dục sẽ bị kiểm chế nhiều hơn ở những gia đình mở rộng so với gia đình hạt nhân, bởi vì có nhiều thế hệ sống trong cùng một nhà.

Sự phiêu pha các giá trị truyền thống về tình dục là một yếu tố quan trọng nữa ảnh hưởng tới công tác phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh. Xã hội truyền thống Ăngôla đã phải chứng kiến khá nhiều thay đổi nghiêm trọng vì quá trình “hiện đại hoá” này. Tất cả những biến đổi đó đã dẫn đến hậu quả mất đi những giá trị và chuẩn mực văn hóa truyền thống đã một thời rất có ảnh hưởng tới các hành vi tình dục của mọi người. Quá trình đô thị hoá và nền giáo dục chính quy đã tách xa mọi người khỏi tập thể gia đình. Những quyết định liên quan đến tình dục lúc này trở thành vấn đề cá nhân chứ không còn thuộc về gia đình hay cộng đồng nữa.

Các cuộc khủng hoảng kinh tế - xã hội đã làm cho những biến đổi này càng trở nên tồi tệ hơn. Ngày nay, sự kiểm soát của người lớn tuổi đối với giới trẻ ngày càng ít đi, và ảnh hưởng của nam giới đối với phụ nữ cũng vậy. Nhiều gia đình có hoàn cảnh ngang trái đã buộc con cái phải bỏ nhà đi hoang, lang thang kiếm bụi đời. Chính những hoàn cảnh đó đã khiến các em phải tự đề ra cho mình phương cách tồn tại. Ma túy, mại dâm, tội phạm và các hành vi nguy cơ khác đều rất dễ dẫn đến lây lan HIV/AIDS.

Một nghiên cứu khác cho thấy giáo dục giới tính ở trường học có ảnh hưởng tới hành vi tình dục của học sinh (không bắt đầu quan hệ tình dục quá sớm và tăng tỷ lệ dùng bao cao su). Chương trình giáo dục giới tính ở trường học có hiệu quả hơn khi các chuẩn mực và tinh thần trách nhiệm của xã hội được nâng lên. Tuy nhiên, cần phải hoàn thành sớm các chương trình giáo dục này ngay trước khi thanh niên có quan hệ tình dục lần đầu.

*Nguồn: Phương pháp tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Angola, UNESCO, 1999.*

#### **2.4. Các kênh tôn giáo và truyền thông**

Trước tình hình khủng hoảng HIV/AIDS hiện nay, khi so sánh với các chương trình thông tin, giáo dục, truyền thông khác, dường như giáo dục gia đình vẫn là một hệ thống giáo dục không thể thay thế được. Vì thế, vai trò của giáo dục gia đình vẫn rất cần nhấn mạnh và gìn giữ khi có nguy cơ sụp đổ. Giáo dục gia đình phải luôn luôn liên hệ mật thiết với giáo dục ở trường học (thông qua hội cha mẹ học sinh), với các tổ chức xã hội, văn hóa và tôn giáo theo khuôn khổ và luôn luôn được giám sát chặt chẽ của thông tin đại chúng. Đồng thời, cũng cần xem xét lại những chuẩn mực trong gia đình khi có quá nhiều kiêng kỵ khiến cho cha mẹ và con cái không dám nói chuyện đả động đến vấn đề tình dục. Nên tìm cách vận động cha mẹ và những người lãnh đạo gia đình quan tâm đến khía cạnh này. Vai trò của người mẹ trong gia đình hết sức quan trọng và cần được phát huy như một nhân tố chủ chốt trong giáo dục gia đình.

Tín ngưỡng và cộng đồng tôn giáo cũng có vai trò tích cực trong quá trình thông tin giáo dục truyền thông phù hợp với truyền thống văn hóa. Uy tín và hoạt động của những người lãnh đạo truyền thống và các thầy thuốc cổ truyền là hết sức quan trọng trong giáo dục dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS phù hợp về văn hóa.

##### *a. Vai trò của tín ngưỡng tôn giáo và cộng đồng trong công tác thông tin và chăm sóc người có HIV/AIDS*

Qua phản ánh trong các báo cáo quốc gia, tín ngưỡng tôn giáo liên quan mật thiết đến cách đề cập tới vấn đề HIV/AIDS và nguyên nhân, hậu quả dịch. Các yếu tố tâm linh và đạo đức liên quan đến tín ngưỡng có thể được sử dụng để nâng cao tinh thần trách nhiệm đối với bản thân và những người khác không để lây truyền bệnh, đồng thời dùng để động viên tinh thần đoàn kết tương thân tương ái đối với người bệnh. Các cộng đồng tôn giáo và lãnh đạo tinh thần luôn luôn tỏ ra hết sức thông cảm và bày tỏ sự chia sẻ với người bệnh, chẳng hạn như các nhà truyền giáo đạo Thiên chúa hay các lãnh tụ Hồi giáo.

Một chương trình thông tin giáo dục truyền thông độc đáo nhất thông qua mối liên hệ giữa cộng đồng và các tổ chức tôn giáo là chương trình của Hiệp hội Y học Hồi giáo ở Uganda (IMAU). Mạng lưới hoạt động bao gồm một loạt các nhà thờ hồi giáo tham gia rất tích cực trong lĩnh vực thông tin giáo dục truyền thông trong toàn quốc.

### Uganda: Giáo dục phòng chống AIDS thông qua các Imam

Ý tưởng “Giáo dục phòng chống AIDS thông qua các lãnh tụ Hồi giáo” xuất phát từ nhu cầu nâng cao hiểu biết về HIV/AIDS ở các cộng đồng Hồi giáo của Uganda. Thiết kế dự án là một công việc phức tạp bởi vì tính đa dạng về văn hóa - xã hội ở nhiều khu vực khác nhau trong cả nước. Những cộng đồng khác nhau tiếp thu và nhận thức thông tin mỗi nơi một khác. Hơn nữa, những thông tin tuyên truyền về HIV/AIDS vẫn còn thiếu thốn rất nhiều và không chính xác.

Nhằm thực hiện công tác thông tin giáo dục truyền thông tốt hơn, Hiệp hội Y học Islam Uganda (IMAU) phát động một sáng kiến thực hiện biện pháp kiểm soát AIDS đa ngành. Chính phủ Uganda đã đồng ý cho thực hiện chương trình này sau khi nhận thấy rằng AIDS không những là một vấn đề y tế, mà còn là vấn đề kinh tế, văn hóa, xã hội cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các ban ngành. Tỷ lệ hiểu biết về HIV/AIDS ở mức cao và tỷ lệ nhiễm bệnh giảm là kết quả trực tiếp của chương trình thu được nhờ quyết tâm của các cá nhân và cơ quan tổ chức trong cuộc đấu tranh chống lại bệnh dịch, kết hợp các giá trị và trí tuệ Hồi giáo với các thông tin y học khoa học về HIV/AIDS.

*Nguồn: Tuyển tập bài học kinh nghiệm và gương điển hình tiên tiến của UNAIDS, Nghiên cứu điển hình về Uganda, tháng 10-1998.*

Tại Thái Lan, nhiều tăng lữ Phật giáo đã tham gia chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt là phụ nữ và gái mại dâm là những người không dám trở về với gia đình làng xóm.

### Thái Lan: Sư sãi, phụ nữ và bệnh nhân AIDS

Xung quanh những vấn đề liên quan đến bệnh dịch HIV/AIDS ở khu vực Bắc và Tây Bắc Thái Lan, việc sư sãi tham gia chăm sóc bệnh nhân AIDS có khác tùy theo tình hình chung ở mỗi khu vực.

Ở vùng Tây Bắc, dân di cư nhiễm HIV không bao giờ dám bén mảng về làng vì sợ gia đình phải chịu chung số phận bị phân biệt đối xử. Cũng ở vùng này, các vị sư sãi trong rừng đảm nhiệm việc chăm sóc cho người mắc bệnh. Đến mùa cày cấy những người này trở về làng giúp việc đồng áng nhưng không cho gia đình hay biết mình đã nhiễm bệnh. Một phụ nữ cả gan dám nhận mình bị AIDS khi trở về với cha mẹ. Thoạt đầu cô bị bắt sống một mình trong một túp lều ở tít ngoài cánh đồng biệt lập với làng xóm; nhưng rồi dần dần dân làng cho rằng người phụ nữ đó không bị bệnh AIDS vì không thấy cô chết.

Thường thì phụ nữ không dám về nhà bởi vì cả gia đình cha mẹ con cái đều phụ thuộc vào họ, và họ không muốn trở thành gánh nặng cho những người thân sinh ra mình. Không chỉ vì họ không giúp đỡ cha mẹ được nữa, mà còn vì một lẽ họ không muốn làm khánh kiệt kinh tế của gia đình.

Ở vùng Tây Bắc, một số sư sãi hành đạo trong rừng cách biệt với xã hội bên ngoài đã chăm sóc cho những người bị AIDS không có quan hệ quen biết gì. Còn sư sãi ở vùng Chiang Rai ở miền Bắc Thái Lan thì lại liên hệ rất mật thiết với bà con dân bản. Ở nông thôn, sư sãi được mọi người trong gia đình rất tôn trọng và tin theo. Sư sãi thường đi về các làng bản, thăm nom người ốm, nhất là những người bị AIDS và gia đình của họ. Sư sãi cũng là người hướng dẫn mọi người trong gia đình biết cách chăm nom người bệnh. Sư sãi còn cộng tác cả với bệnh viện, thăm hỏi bệnh nhân và có phòng khám dành riêng để làm tư vấn.

Sự khác biệt về văn hoá ở thành thị với nông thôn đã tạo ra sự khác biệt về vai trò của sư sãi với bệnh nhân AIDS. Ở nông thôn, mọi người có thời gian để chăm sóc gia đình. Còn người thành phố



có rất ít thời gian. Thế là nhà chùa phải đón tiếp những bệnh nhân không ai muốn chăm sóc cả. Ở một số nơi, đưa người bị AIDS vào chùa không dễ; bởi vì những người này thường liên quan đến tình dục và những căn bệnh “bẩn thỉu”, bị coi làm ô uế chốn cửa Phật “chay tịnh”. Đây cũng chính là lý do vì sao ở vùng Tây Bắc, các vị cao tăng bần đạo trong rừng, không có chùa chiền đã lãnh trách nhiệm chăm sóc người bệnh.

*Nguồn: Các yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến việc lây nhiễm, phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS ở vùng thượng lưu sông Mêkông, (Hội thảo tại Chiang Mai, tháng 6-1999).*

### b. Y học cổ truyền và HIV/AIDS

#### **Hiệp hội quốc gia thầy thuốc cổ truyền Zimbabwe (ZINATHA)**

ZINATHA là một tổ chức tập hợp 45.000 thầy thuốc cổ truyền có đăng ký khám chữa bệnh và được Luật hành nghề y học cổ truyền năm 1981 công nhận. Chữa bệnh bằng phương pháp cổ truyền rất phổ biến ở Zimbabwe, nhất là ở vùng nông thôn là những nơi rất thiếu thốn các cơ sở y tế hiện đại và cán bộ y tế được đào tạo huấn luyện đầy đủ. Thầy thuốc dân tộc cùng với các già làng trưởng bản là những người trông coi gìn giữ văn hóa bản địa và là những người đầu tiên được khoảng 80% người dân ở cả nông thôn và thành thị tìm đến để chữa bệnh.

Ngoài ra, họ còn là những người được nhân dân trong cộng đồng tin cậy tìm đến xin ý kiến tư vấn và rất được kính nể. Thầy thuốc dân tộc chữa rất nhiều bệnh trong đó có cả các chứng bệnh liên quan đến AIDS. Bộ Y tế cùng với ZINATHA đã mở một loạt các hội nghị tập huấn y tế về HIV/AIDS cho hội viên ZINATHA. Việc làm này đánh dấu sự mở đầu của ZINATHA tham gia công tác phòng chống HIV/AIDS.

ZINATHA có ba lĩnh vực hoạt động: điều trị, nghiên cứu thảo dược và giáo dục sức khỏe.

#### **Hoạt động điều trị**

Trong chương trình này, hoạt động điều trị mang tính giám sát nhiều hơn là thực hành.

#### **Sức khỏe và giáo dục**

Đây là một chương trình tương đối mới mẻ được phát động do ảnh hưởng của dịch AIDS đối với người dân Zimbabwe. Một loạt các cuộc tập huấn về HIV/AIDS đã được tổ chức phối hợp với Bộ Y tế cho các hội viên ZINATHA. Mục đích nhằm nâng cao hiểu biết của các thầy thuốc dân tộc về HIV/AIDS, phương pháp phòng tránh, y học thực hành theo phương pháp cổ truyền và HIV/AIDS, và tăng cường hợp tác giữa hai nền y học phương Tây với y học cổ truyền trong lĩnh vực dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Hiện nay chương trình này đã mở rộng mục tiêu, chú trọng nhiều tới công tác thông tin, giáo dục, truyền thông, đặc biệt nhấn mạnh tới các phương pháp phù hợp với truyền thống văn hóa, kỳ thị văn hoá và các vấn đề văn hóa đang tranh cãi. Tổng cộng có tất cả 2.150 hội viên ZINATHA tham dự các khoá huấn luyện về HIV/AIDS. Chương trình đã có ảnh hưởng tích cực trong việc nâng cao hiểu biết, không chỉ là những kiến thức cơ bản về HIV/AIDS, mà còn hướng dẫn thực hành vệ sinh trong công tác điều trị người bệnh. Tuy nhiên, các chương trình phòng chống HIV/AIDS vẫn chưa thu được kết quả phổ biến về thay đổi hành vi. Mặc dù nội dung thực hành văn hóa có được thảo luận và đưa vào chương trình thông tin giáo dục truyền thông, nhưng chưa tiến hành xác định đánh giá ảnh hưởng của văn hoá đối với các chương trình dự phòng.



Mặc dù ngày càng có nhiều thầy thuốc dân tộc nói chuyện về HIV/AIDS với bệnh nhân của mình, nhưng ảnh hưởng của những cuộc nói chuyện ấy chưa được đánh giá cụ thể. Các cuộc nghiên cứu lâm sàng vẫn tiếp tục được tiến hành thử nghiệm theo Chương trình Kiểm nghiệm thuốc và hơn 13 loại thảo dược sử dụng trong điều trị các chứng bệnh liên quan đến HIV/AIDS đã được cấp chứng chỉ có hiệu quả điều trị. Cần phải tiến hành nghiên cứu hoàn chỉnh và tập hợp tài liệu về các yếu tố văn hóa - xã hội và phương thức phối hợp lồng ghép với các chương trình dự phòng. Chẳng hạn, tập hợp tài liệu về các giá trị văn hóa và tài liệu huấn luyện để đưa vào chương trình giảng dạy. Hầu hết những giá trị tinh thần như thế này chỉ được lưu truyền lại bằng phương pháp truyền khẩu và bằng những ví dụ thực tế. Trước tình hình đung độ gay gắt hiện nay giữa văn hóa truyền thống với văn hoá hiện đại và sự ra đi nhanh chóng của những bậc hiền triết cao niên, chắc chắn rất nhiều giá trị truyền thống như thế này sẽ bị tổn thất. Chỉ có một cách duy nhất để tránh sự mất mát tổn thất, đó là công tác sưu tầm tổng hợp tài liệu và dạy lại ở trong trường học. ZINATHA hiện đang lên kế hoạch thành lập trường y học cổ truyền nhằm mục tiêu lâu dài bảo tồn và phát huy truyền thống. Nhà trường cũng sẽ được sử dụng để làm việc với các cộng đồng ở nông thôn nhằm vận động nghiên cứu và thu thập thông tin tư liệu độc đáo quý giá.

*Nguồn: Zimbabwe: Nghiên cứu quốc gia điển hình, tháng 4-1999.*

### 3. Truyền thông

Ngoài hệ thống giáo dục và thông tin đại chúng, truyền thông “trực tiếp” là một kênh thông tin quan trọng để khuyến khích đối thoại, bàn luận và tư vấn về dự phòng và chăm sóc hỗ trợ HIV/AIDS. Công tác này yêu cầu phải có sự cởi mở để xây dựng và phát triển mối quan hệ với các đối tác ở cơ sở, với lãnh đạo cộng đồng, với những người nắm giữ thông tin chủ chốt và hướng dẫn dư luận. Nếu những người này biết trân trọng nền văn hoá bản địa và thông hiểu điều kiện sinh hoạt của người dân, thì các hoạt động nghệ thuật, thể thao và sáng tạo sẽ đem lại nhiều cơ hội cho công tác truyền thông trực tiếp.

#### 3.1. Truyền thông là một quá trình giao lưu

Các cơ quan truyền thông phải thu thập thêm nhiều thông tin hơn nữa về các nhu cầu của cơ sở cộng đồng, cũng như ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với truyền thống văn hoá và vai trò văn hóa trong công tác dự phòng và chăm sóc.

Các cơ quan truyền thông cũng phải nỗ lực hơn nữa để động viên khuyến khích thêm nhiều người tham gia, thêm nhiều đối tác và nhằm mục đích cuối cùng giúp cho người dân được hoàn toàn tự quyết về trách nhiệm và sự tham gia của họ trong công tác phòng chống HIV/AIDS.

Cán bộ hoạt động ở cơ sở là những người có điều kiện tốt nhất để có thể “quản lý” được những sai lầm thiếu sót nảy sinh trong quá trình xây dựng cơ chế thông tin hai chiều. Có thể hiểu vai trò của những cán bộ này theo một quan điểm mới như sau, cán bộ thực địa là người:

- Giúp nhân dân phát hiện và giải quyết các vấn đề quan tâm;
- Báo cáo cho cơ quan biết tình hình can thiệp và nhu cầu của nhân dân địa phương.

##### a. Thông tin tuyên truyền vận động ở cấp cơ sở

Hoạt động thông tin tuyên truyền vận động đóng vai trò trọng yếu trong các đề án dự phòng

phù hợp về văn hóa và xây dựng cho người dân có một thái độ đúng đắn về HIV/AIDS. Các tổ chức giáo dục ngoài trường học hay các nhóm hoạt động ở cộng đồng có thể đảm nhận công việc này, miễn là phải áp dụng một phương pháp tiếp cận phù hợp vận dụng các phương pháp truyền thông như sau:

- Tổ chức thảo luận (nhóm hoặc cá nhân) với lãnh đạo địa phương và những người đi theo các khuynh hướng chính trị, xã hội, tôn giáo khác nhau, hiện đại hoặc truyền thống, kể cả thầy thuốc dân tộc.
- Tập huấn về vệ sinh/y tế cho cán bộ làm việc cho các đề án dự phòng và chăm sóc hay cho các trung tâm bảo trợ xã hội.
- Khuyến khích vận động các giáo dục viên đồng đẳng (cá nhân hay cả nhóm) nói chuyện với gia đình, với các đối tượng ở các lứa tuổi khác nhau, bạn đồng nghiệp, bạn đồng môn về dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.
- Vận động người có HIV và bệnh nhân AIDS nói về cuộc sống của họ.
- Cơ hội truyền thông là nơi làm việc, các sự kiện có tụ tập đông người, các cuộc thi đấu thể thao, lễ hội văn hóa, nghi lễ tôn giáo, tang lễ, phiên chợ, hội họp.
- Các cơ hội khác là những cuộc thảo luận trong quán bar, ký túc xá, vũ trường, sân vận động và những nơi vui chơi giải trí khác.

#### **Thái Lan: Xây dựng mạng lưới bệnh nhân AIDS để chăm sóc và dự phòng**

Từ năm 1994, bệnh nhân AIDS bắt đầu tụ tập thành các nhóm tương trợ. Bệnh nhân AIDS và các tổ chức phi chính phủ mới thành lập này đã đưa ra trước công chúng những cách nhìn nhận hoàn toàn khác về HIV/AIDS, và kết quả là chính phủ đã để cho người bị AIDS được tham gia nhiều hơn vào các hoạt động xã hội.

Tuy nhiên, lĩnh vực công cộng vẫn do chính phủ kiểm soát. Các ngành kỹ thuật và y tế thì nắm giữ những vấn đề liên quan đến sức khỏe. Dân chúng ở các vùng nông thôn và người dân tộc thiểu số không được tham gia vào quá trình ra quyết định. Người thuộc nhóm đối tượng HIV/AIDS thì còn bị đẩy xa hơn nữa ra ngoài lề. Các tổ chức này lý luận rằng HIV cần có y học xã hội và nền y học này có thể có được nếu dựa vào văn hóa cộng đồng. Họ khẳng định bệnh nhân AIDS cần có tình yêu thương và sự chăm sóc. Có nghĩa là cộng đồng và gia đình phải chăm sóc người ốm. Gia đình và cộng đồng cần phải gánh lấy trách nhiệm chăm sóc cho người thân của mình, trong số đó có cả một số người đã phải hy sinh bản thân để giúp đỡ gia đình như bán dâm hay lao động trong những hoàn cảnh có nguy cơ lây nhiễm rất cao. Vì vậy HIV/AIDS được coi như là một vấn đề của cộng đồng chứ không còn là chuyện cá nhân nữa.

Nỗ lực tìm đến văn hoá cộng đồng đã đạt được nhiều thành công bất chấp sự thay đổi nhanh chóng do các quá trình hiện đại hoá và đô thị hóa đưa lại. Nhiều nhóm bệnh nhân AIDS đã đề xuất những phương pháp đáng chú ý trong việc chăm sóc người có HIV và bệnh nhân AIDS. Các tổ chức phi chính phủ của nhà thờ có sáng kiến “thăm nom tại gia”, lôi cuốn được các vị mục sư, tăng lữ, và thầy thuốc tham gia. Các bậc đáng kính trong cộng đồng đã lên tiếng phản đối phân biệt đối xử với người có HIV/AIDS. Các cuộc thăm viếng còn giúp mọi người trong gia đình học hỏi cách thức chăm sóc người bệnh, đồng thời qua đó có thể truyền bá thông tin về HIV/AIDS trong cộng đồng.

Cả ngành y tế và các tổ chức phi chính phủ đều giúp mở ra những hoạt động xã hội. Ngành y tế không còn coi người nhiễm HIV/AIDS là người vô dụng chờ chết. Nhờ thế nên đã giúp mọi người “tự bộc bạch” thông báo tình trạng bệnh tật của mình dễ dàng hơn.

Ngành y tế còn xây dựng quan hệ hợp tác với các tổ chức phi chính phủ của người mắc bệnh AIDS. Chính phủ đã nhận thấy vai trò tích cực của các tổ chức phi chính phủ trong việc tiến hành các hoạt động ở cơ sở. Những hoạt động này đã bắt đầu được triển khai trong nhiều dự án phòng chống HIV/AIDS. Các tổ chức này đã được sử dụng để truyền bá thông tin HIV/AIDS cho các tổ chức đoàn thể. Các tổ chức phi chính phủ còn được sử dụng để hỗ trợ các hoạt động nghiên cứu về y học cổ truyền và khuyến khích chữa bệnh bằng các bài thuốc dân tộc. Các lương y dân tộc hiện đang hợp tác với các tổ chức phi chính phủ để áp dụng phương pháp điều trị cổ truyền và sử dụng thảo dược để chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS.

Các tổ chức phi chính phủ khuyến khích mọi người nên trao đổi và học tập kinh nghiệm với những người khác. Các tổ chức này đã giúp người nhiễm HIV/AIDS có thêm nhiều cơ hội tham gia vào các hoạt động xã hội. Ở miền Bắc, không chú trọng nhiều đến thử nghiệm vắc xin. Các nhóm người bệnh AIDS đã tập trung vào vấn đề phúc lợi xã hội và điều trị bệnh nhân tại bệnh viện, nhất là khi thuốc chữa bệnh vẫn còn rất đắt.

Nhờ có hoạt động tích cực của các tổ chức phi chính phủ, bệnh viện tuyến huyện cũng đã bắt đầu đáp ứng nhiều hơn đối với bệnh nhân AIDS. Không phải là các tổ chức này trực tiếp điều trị, mà là liên hệ đấu tranh với bệnh viện cho tới khi các bệnh nhân AIDS được chăm sóc điều trị chu đáo; bởi vì nhiều khi các bệnh viện cũng rất ngại ngần đón nhận người mắc bệnh AIDS. Cũng có những bệnh viện trở nên cởi mở hơn, họ động viên người bệnh trò chuyện tâm sự với sư sãi hay với người của các tổ chức phi chính phủ. Cơ hội đã được tạo dựng để cán bộ y tế có thể vào cuộc. Vấn đề tiếp theo là làm sao duy trì được mức độ hoạt động và hoà nhập người bị AIDS vào các cuộc sống xã hội - văn hoá đời thường.

*Nguồn: Các yếu tố văn hóa trong phòng chống, lây truyền và chăm sóc HIV/AIDS khu vực thượng lưu sông Mêkông, (Chiêng Mai, tháng 6-1999).*

#### *b. Từ tham gia hoạt động đến trở thành đối tác*

Tham gia hoạt động là một phương pháp thông tin giáo dục truyền thông cơ bản nhất để nâng cao hiểu biết và tinh thần trách nhiệm của mọi người, nhất là thanh niên, hướng dẫn cho họ biết cách bảo vệ cho bản thân và bạn tình của mình khỏi bị mắc HIV/AIDS do hoạt động tình dục, sử dụng ma tuý và các hành vi bạo lực.

Có thể động viên mọi người *tham gia* bằng nhiều cách:

- Hợp tác với chính quyền hay với các tổ chức phi chính phủ: biện pháp được áp dụng rất phổ biến này không có liên hệ trực tiếp với người dân ở cơ sở cho nên ít hiệu quả.
- Thỉnh thoảng tranh thủ ý kiến của nhân dân ở dưới cơ sở: tuy nhiên cách làm này không đảm bảo bền vững;
- Vận động quần chúng tham gia xây dựng kế hoạch và thực hiện các hoạt động;
- Thông tin, giáo dục, truyền thông đồng đẳng: về nguyên tắc đây là một kênh thông tin khả dĩ nhất, nhưng dễ gây bất đồng nếu không được điều hành tốt.

*Quan hệ đối tác* là một biện pháp cân bằng nhất nhằm xây dựng mối quan hệ giữa người ngoài cộng đồng với nhân dân địa phương, cho tới khi đội ngũ cán bộ cơ sở đã được chuẩn bị sẵn sàng đảm đương trách nhiệm.

Trong cả hai trường hợp đều phải đáp ứng được hai điều kiện sau:

- Đủ thời gian và kinh phí để đạt được sự tham gia của tất cả mọi người;
- Thông tin liên lạc giữa thực địa với cơ quan tổ chức không được quá chậm chạp và quá hình thức, nhằm tránh làm cho các cơ quan hiểu nhầm nguồn ngân sách cơ hữu và những vấn đề cộng đồng đang phải đối mặt.

### **Uganda: Tổ chức Hỗ trợ AIDS (TASO)**

Thành lập năm 1987 để hỗ trợ tâm lý cho người mắc bệnh AIDS, TASO nhằm mục đích góp phần khôi phục niềm hy vọng và cải thiện chất lượng cuộc sống của các cá nhân và cộng đồng chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS. Đến năm 1994, TASO đã mở rộng hoạt động ra 7 quận huyện ở Uganda và thực hiện tư vấn, chăm sóc y tế và hỗ trợ xã hội cho 22.795 người nhiễm HIV/AIDS và gia đình. Ngoài việc cung cấp chăm sóc trọn gói, TASO còn tổ chức các khoá huấn luyện về tư vấn, hỗ trợ vật chất cho người bệnh và gia đình, và hỗ trợ các nỗ lực của cộng đồng đối phó với bệnh dịch AIDS.

TASO đã nêu một tấm gương tốt về sử dụng phương pháp văn hóa để giải quyết vấn đề HIV/AIDS. Các hỗ trợ về tinh thần và xã hội của TASO đã nhận được sự tham gia đóng góp của đông đảo mọi người. Tất cả các thành phần tham gia, các đối tượng hỗ trợ, cộng đồng và nhân viên của tổ chức đều góp phần trong việc thiết kế, xây dựng kế hoạch, và thực hiện các hoạt động của chương trình. Phương pháp huy động sự tham gia đóng góp của tất cả mọi người đã động viên các bên hữu quan nâng cao ý thức làm chủ, xây dựng năng lực, xác định tư tưởng và đề xuất biện pháp chung sống với AIDS và tạo điều kiện cho người dân đánh giá hiệu quả chương trình.

Thông qua tư vấn, TASO đã nâng cao năng lực của nhân dân đối phó với bệnh dịch. Tuy nhiên cả người bị nhiễm bệnh lẫn người bị ảnh hưởng đều phải chấp nhận một sự thật là mình hoặc người thân của mình đã bị HIV dương tính và phải có một thái độ tích cực chuẩn bị sẵn tinh thần người bệnh sẽ mất sớm. Bằng cách này, công tác tư vấn đã giúp mọi người phòng tránh nhiễm bệnh. Cán bộ tư vấn và người được tư vấn cùng bàn bạc thảo luận cách thức đối phó. Kết quả là có rất nhiều người bệnh, gia đình và cộng đồng chấp thuận làm theo.

Về chăm sóc y tế và gia đình, TASO đã tiến hành chữa trị các bệnh cơ hội. Công tác chăm sóc bao gồm cả chữa trị y tế, tư vấn và săn sóc hộ lý. Các năm 1993-1994, có 12 trong số 14 nhóm thảo luận trọng tâm đều hài lòng với các dịch vụ y tế của TASO. Đa số người bệnh đều tìm đến các cơ sở y tế để được điều trị sớm (trong vòng hai tuần sau khi bắt đầu phát hiện triệu chứng).

Dịch vụ chăm sóc xã hội cung cấp cho người bệnh và gia đình các hỗ trợ về vật chất (như thực phẩm, quần áo, tổ chức các trung tâm chăm sóc bệnh nhân AIDS vào ban ngày, các hoạt động tạo nguồn thu nhập, và đỡ đầu giúp trẻ em nghèo đi học. Tất cả những hoạt động này đều rất tốt, nhưng nhiều khi không thực hiện được vì không có kinh phí.

*Nguồn: Các yếu tố văn hoá trong dự phòng, lây truyền và chăm sóc HIV/AIDS ở Uganda, tháng 6-1999.*

Hoạt động sáng tạo, thể thao, thông tin giáo dục truyền thông và phòng chống HIV/AIDS.

Nhiều khi mọi người, nhất là thanh niên không để ý tới các kênh thông tin giáo dục chính thức hay truyền thống, nhưng lại hay chú ý lắng nghe các nghệ sĩ hay vận động viên thể thao mà họ ưa chuộng.

Hoạt động sáng tạo của giới văn hoá nghệ thuật đã gặt hái được khá nhiều thành công trong công tác phòng chống HIV/AIDS: cần phổ biến rộng rãi hơn nữa những hoạt động này trong quần chúng nhân dân.

Tiếp thu các bài học qua việc thực hiện dự án “Nghệ thuật tại bệnh viện” trong thập niên phát triển văn hoá thế giới, các sáng kiến hoạt động tập thể nhằm vào người có HIV và bệnh nhân AIDS cần được tăng cường phát triển trong bệnh viện hay trong sinh hoạt thường ngày.

Thanh niên ưa chuộng thể thao có ý nghĩa văn hoá hết sức quan trọng, nó mở ra những cơ hội mới để xây dựng được các dự án thông tin giáo dục truyền thông độc đáo.

#### **Nam Phi: Thể thao phòng chống HIV/AIDS (dự án LADUMA)**

Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS của Nam Phi đã có sáng kiến xuất bản một tập truyện ảnh nhằm thông qua sự ham thích thể thao (đặc biệt là bóng đá) của thanh thiếu niên Nam Phi để nâng cao hiểu biết về HIV/AIDS. Cốt chuyện kể về những gì xảy ra đối với chàng thanh niên châu Phi sống ở vùng Khayalitssha, “một người có nhiều ước mơ đẹp”. Chàng còn là một cầu thủ bóng đá tài năng, hứa hẹn sẽ trở thành thủ quân của một đội bóng. Đáng tiếc, do có quan hệ tình dục không mang bao cao su với một cô gái bị nhiễm HIV nên đã bị mắc bệnh. Đến lượt chàng lại làm lây nhiễm HIV cho cô bạn gái của mình dẫn đến quan hệ giữa hai người cũng như ước vọng trở thành cầu thủ bóng đá đã bị tan vỡ. Tuy nhiên vẫn còn cơ hội để hai người làm lành hòa giải với nhau, tức là phải thông báo cho nhau biết tình hình bệnh trạng và lời hứa từ nay về sau sẽ quan hệ tình dục một cách an toàn.

Câu chuyện được viết nên qua các cuộc hội thảo của thanh niên ở Khayalisha và Gujalitu là hai thị trấn thuộc thành phố Cape Town. Các cuộc thảo luận nhóm trọng tâm cũng được tổ chức với thanh niên thành phố Kwanashu, Inanado và Thornwood (Kwazalu-Natal).

Tập truyện ảnh này bao gồm một loạt câu hỏi thảo luận để sử dụng trong trường học, tổ chức thanh niên, thể thao, nhà thờ, chính trị hay các cuộc vui với bạn bè. Dựa theo cốt chuyện, mọi người có thể đóng vai, rồi thông qua đó trình diễn thực hành cách đeo bao cao su. Tiếp theo những tiết mục này bao giờ cũng dành thời gian để làm công tác thông tin, dưới dạng hỏi/đáp. Phần cuối chương trình dành để tổng kết nội dung sự phạm của câu chuyện dưới các chủ đề: thầy thuốc và phòng khám, thông báo cho bạn tình, cũng như về tình yêu, lòng tin cậy, chăm sóc ở phòng khám và dành sự tôn trọng của mọi người.

*Nguồn: Phương pháp văn hoá phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh, Kinh nghiệm của Nam Phi, UNESCO, 1999.*

### **3.2. Phương pháp văn hoá truyền thông phòng chống HIV/AIDS**

Mối liên lạc thông tin giữa cán bộ thực địa với nhân dân địa phương bao hàm ý nghĩa là một hệ thống trao đổi thông tin hai chiều.

Trong công tác dự phòng và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, phải coi cán bộ làm công tác thực địa là cán bộ đầu mối thông tin, làm xúc tác, khuấy động phong trào để xác định vấn đề tồn tại, các nguồn lực (tại cơ sở và ở bên ngoài), giải quyết vấn đề và cùng chia sẻ trách nhiệm.

Là người ngoài từ nơi khác đến, họ phải bàn bạc với nhân dân địa phương về mục đích, ưu tiên, kết quả mong đợi, cũng như chi phí (tổn thất) và lợi ích của hoạt động sẽ được tiến hành.

#### a. Các điều kiện văn hóa đảm bảo thông tin tốt

- *Hiểu biết về văn hóa*: trước khi xuống cơ sở, cán bộ thực địa phải thu thập đầy đủ thông tin tư liệu cần thiết về văn hóa của cộng đồng dân cư ở địa phương.
- *Gắn bó về văn hóa*: ngay từ khi mới đến, cán bộ thực địa phải gây dựng mối quan hệ thân thiện với nhân dân địa phương, tìm hiểu ngôn ngữ, tiếng nói, trình độ kiến thức, thăm dò ý kiến, nhận xét đánh giá, bí quyết thành công, quan niệm thế nào là truyền thuyết, hoang tưởng, tôn giáo, nghệ thuật truyền thống dân gian truyền khẩu. Các cán bộ này phải tìm hiểu mối quan hệ hiện tại bên trong cộng đồng, tính cách người dân, vai trò của người lãnh đạo dư luận, nhằm tạo dựng lòng tin và tình cảm với nhân dân;
- *Hợp tác thiết lập hệ thống thông tin và vận dụng tại cơ sở*: Để tiến hành công việc này có các công cụ sau đây:
  - Phương pháp chọn mẫu;
  - Xây dựng mô hình tương tác nhằm vận động nhân dân cùng tham gia thiết kế và thực hiện các hoạt động cần thiết;
  - Lên lịch hoạt động của cộng đồng;
  - Lập bản đồ, sơ đồ các khu vực hành động.

#### **Chương trình văn hóa, thông tin, giáo dục, truyền thông trên nhiều kênh ở Việt Nam**

Tại Thành phố Hồ Chí Minh, Sở Văn hoá Thông tin đã tham gia tích cực vào việc phát hành nhiều tài liệu thông tin tuyên truyền về HIV/AIDS. Khi làm phim tuyên truyền, Trung tâm Giáo dục sức khoẻ luôn luôn thực hiện vai trò tư vấn để các bộ phim không mang nội dung hù dọa dân chúng. Trên các chương trình phát thanh, có một phụ nữ chuyên viết kịch bản sân khấu rất dí dỏm tuyên truyền về HIV/AIDS, coi đây là một phương pháp thông tin rất hiệu quả. Có nhiều nỗ lực nhằm duy trì và bảo vệ bản sắc dân tộc của các cộng đồng dân tộc ít người, để bị mất mát do các hoạt động du lịch thiếu kiểm soát.

Nhóm đồng đẳng “bạn giúp bạn” đã được tổ chức ở Việt Nam, tham gia tích cực vào các hoạt động thông tin tuyên truyền đối với người có HIV/AIDS. Được Sở Y tế ủng hộ, từ một nhóm đồng đẳng nhỏ bé, tổ chức này đã có trụ sở ở Thành phố Hồ Chí Minh và được chính thức công nhận. Những người có HIV/AIDS là những tác nhân có ảnh hưởng mạnh mẽ đến các hoạt động dự phòng và chăm sóc, bởi vì rõ ràng những người này có một động cơ rất lớn đối với người cùng nhiễm bệnh khác cũng như người không nhiễm bệnh. Chuyển từ biện pháp y tế, đạo đức sang biện pháp giao phó quyền lực sẽ giúp cho mọi người thoát khỏi tâm lý tự ty và chấp nhận bản thân mình.



Ngoài ra, mạng lưới những người có HIV/AIDS còn được cán bộ chính quyền ủng hộ, trên cơ sở cộng đồng và bản thân người bệnh chấp nhận HIV/AIDS. Cán sự xã hội và cán bộ y tế cơ sở đều được khuyến khích thông cảm và chấp nhận người có HIV/AIDS, nhằm giúp địa phương tiến hành công tác đánh giá hoạt động và thái độ của họ.

*Nguồn: Hội thảo UNESCO về các yếu tố văn hóa trong lây truyền, dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS tại khu vực thượng lưu sông Mê Kông, Chiang Mai, Thái Lan, tháng 6-1999.*

### b. Truyền thông văn hoá để thay đổi hành vi

- Cung cấp thông tin cho mọi người:
  - “Tìm hiểu” tình hình ban đầu, tập hợp tất cả các nguồn lực tại địa phương và ở bên ngoài, phân tích các trở ngại khó khăn liên quan đến tổ chức thể chế, nhấn mạnh đến các khía cạnh “vô hình” của sự lan truyền bệnh dịch.
  - Khẳng định một khi cộng đồng nhận thức được vấn đề thì có thể tìm ra giải pháp khắc phục và cải thiện được tình hình, đồng thời phải sẵn sàng tham gia tích cực vào các hoạt động thì mới đảm bảo thành công dự phòng và chăm sóc người bệnh.
- Thông báo kịp thời:
  - Nhu cầu hiện nay (tập hợp qua ý kiến thảo luận của mọi người) là gì?
  - Có mâu thuẫn nội bộ gì về các mối quan tâm khác nhau, ngân sách kinh phí của địa phương, thời điểm hành động?
  - Hình ảnh cán bộ cơ sở là như thế nào dưới con mắt của nhân dân địa phương?
- Để tạo điều kiện thuận lợi tiến hành các hoạt động, cán bộ thực địa cần phải làm tốt những công việc sau:
  - Ủng hộ quá trình biến đổi bên trong cộng đồng;
  - Khuyến khích tranh luận (kể cả tự kiểm điểm nội bộ);
  - Thể hiện sự quan tâm động viên một cách cụ thể (về chính trị, kinh tế, có tính chất tượng trưng, liên quan đến quyền lực, chế độ ưu đãi và quan tâm đến các nhóm đối tượng thiệt thòi);
  - Giải quyết các mối bất đồng, mâu thuẫn một cách vô tư, công bằng;
  - Giúp lập kế hoạch hành động và phân công nhiệm vụ;
  - Duy trì sự tham gia đóng góp của nhân dân trong suốt quá trình hoạt động;
  - Huy động nguồn lực của địa phương (tri thức hiểu biết, bí quyết thành công, đóng góp vật chất, địa phương thanh toán chi phí (dù chỉ là tượng trưng);
  - Cùng với nhân dân thường xuyên đánh giá các nỗ lực và những thay đổi đạt được.



### **3.3. Thông tin giáo dục truyền thông phù hợp với truyền thống văn hóa: công tác thực địa và cán bộ thực địa**

#### *a. Các loại cán bộ thực địa*

Cơ sở giáo dục và nghề nghiệp của cán bộ thực địa rất khác nhau. Các cán bộ này có thể là:

- Cán bộ biên chế hay cán bộ hợp đồng của một cơ quan y tế;
- Cán bộ của một tổ chức phi chính phủ;
- Nhân viên hợp tác tình nguyện.

Họ có thể làm việc tập thể theo nhóm hoặc hoạt động riêng lẻ với cán bộ địa phương hay với nhân dân trong cộng đồng.

Trong công tác chăm sóc dự phòng, điều đặc biệt quan trọng là phải tuyển chọn và đề cử đúng người theo hồ sơ nhân sự và kinh nghiệm nghề nghiệp, để thực hiện những nhiệm vụ được giao phó hay đã được huấn luyện để thực thi như đã nêu ở trên.

#### *b. Công tác thực địa, cán bộ thực địa và dự phòng chăm sóc HIV/AIDS*

- Huy động mọi người tham gia xây dựng và thực hiện dự án ở cấp cơ sở để hỗ trợ và cùng hoạt động với một nhóm đối tượng nhất định.
- Giúp đỡ nhân dân vạch ra các vấn đề ưu tiên liên quan đến dịch và mục tiêu phấn đấu, nhằm tìm ra giải pháp khắc phục để đưa vào thực hiện, và những vấn đề cần phải có sự hỗ trợ từ bên ngoài (tránh tình trạng chỉ vận động nhất thời lúc ban đầu để rồi cuối cùng gây nên sự thất vọng).
- Kịp thời cung cấp những thông tin thiết yếu để tiến hành hiệu quả các hoạt động theo yêu cầu của người dân, kể cả việc phối hợp cùng đánh giá các tiến bộ đạt được và những vấn đề gặp phải.
- Kết hợp sự ủng hộ của họ vào quá trình biến đổi văn hóa bản địa.

## **IV. KẾT LUẬN**

Cùng với nỗ lực chung trên toàn thế giới nhằm xây dựng một quan điểm khoa học toàn diện hơn về HIV/AIDS và phương pháp điều trị y tế đã trở nên phổ biến, công tác thông tin - giáo dục - truyền thông là một công cụ chủ chốt giúp thực hiện hiệu quả công tác dự phòng và chăm sóc người có HIV và bệnh nhân AIDS, phục vụ mục tiêu phát triển con người bền vững. Nhằm thấy hết được tầm quan trọng và ảnh hưởng lâu dài của công tác này, chúng ta phải xây dựng và phát triển thông tin giáo dục truyền thông trên cơ sở phương pháp văn hóa. Nói một cách khác, giá trị của công tác thông tin giáo dục truyền thông đã và sẽ được thử nghiệm đánh giá bằng sự hưởng ứng của nhân dân, hoặc là tiếp tục hay phải thay đổi phương thức tư duy, hệ thống giá trị và thói quen sinh hoạt để đối phó với dịch HIV/AIDS.

Vì lý do này, công tác nghiên cứu phương pháp luận phải tập trung, *trước hết* tìm hiểu chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của nhân dân và xác định những điều kiện cần thiết để vận động quần chúng tham gia công tác dự phòng và chăm sóc.

*Hai là*, không một hoạt động thông tin giáo dục truyền thông có giá trị nào có thể thực hiện được nếu không có sự phân tích sâu sắc các đặc điểm cụ thể của các đối tượng đích; quá trình xác định, phân loại các “nhóm có hành vi nguy cơ” khác nhau, trong mối liên hệ văn hóa với sự phát triển kinh tế - xã hội và toàn thể xã hội nói chung phải được trình bày mô tả kỹ lưỡng, phản ánh quan điểm thông tin toàn diện với tất cả mọi thành phần trong một cộng đồng dân cư nhất định.

Điều cuối cùng là, rút ra khuyến nghị áp dụng các phương pháp thông tin giáo dục truyền thông phù hợp, kết hợp xây dựng với thực hiện một phương pháp văn hóa cho mọi hình thức truyền thông, bao gồm cả thông tin đại chúng và công tác giáo dục.

## CHƯƠNG 2

# PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THÔNG VĂN HOÁ

## I. CÁC CHIẾN LƯỢC THỂ CHẾ VÀ TÌNH HÌNH THỰC TIỄN TRÊN THỰC ĐỊA HIỆN NAY

### 1. Các chiến lược và chính sách

Rõ ràng là chương trình hoạt động của các tổ chức tham gia phòng chống và chăm sóc HIV/AIDS không lồng ghép một cách đầy đủ phương thức tiếp cận toàn diện trên cơ sở văn hoá. Hoạt động của các tổ chức này bao gồm các công tác dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ cho người có HIV và bệnh nhân AIDS, và giảm thiểu các ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp của căn bệnh.

Do nhiệm vụ được giao hết sức cụ thể, cho nên nhiều tổ chức chỉ hạn chế hoạt động trong một số lĩnh vực nhất định. Ví dụ, UNICEF và UNFPA nhằm vào các đối tượng là phụ nữ và trẻ em, chủ yếu là do các đối tượng đó liên quan với vấn đề sức khoẻ sinh sản. UNDP và Ngân hàng Thế giới chỉ tập trung tài trợ cho các dự án phát triển được phân định rõ, WHO chỉ chú trọng vào các khía cạnh y tế và y học nổi bật của vấn đề, trong khi đó UNDCP thì chỉ hoạt động chủ yếu trong lĩnh vực lạm dụng ma tuý và những tác hại trực tiếp của nó đối với việc lây nhiễm.

Chính tình hình đó đã khiến cho các tổ chức này khó đáp ứng được với những thách thức to lớn nêu trên thông qua một chiến lược và chính sách lồng ghép. Thực tế, những vấn đề này đều mang tính liên ngành do đó, đòi hỏi một sự đáp ứng cũng mang tính liên ngành, bao gồm cả quy mô ngắn hạn, trung hạn và dài hạn, mà đã từng được UNAIDS kiến nghị nhiều lần.

Ngoài ra, nhiều tổ chức phải hoạt động dưới áp lực của những hạn hẹp về ngân sách và kỹ thuật, hay nói theo cách khác, chỉ tiến hành các hoạt động ngắn hạn và phải phân tích chi phí hiệu quả trực tiếp. Như vậy, họ hầu như không có điều kiện cân nhắc đến các khía cạnh con người, xã hội và văn hoá; vấn đề này có thể phân tích được bằng phương pháp đánh giá chi phí hiệu quả gián tiếp, dựa trên căn cứ các chương trình nghiên cứu - phát triển phù hợp. Hậu quả là, tầm quan trọng của những khía cạnh đó trong việc phòng chống HIV/AIDS thường bị coi nhẹ và hiểu nhầm. Ảnh hưởng của cách nhìn nhận này đối với các chương trình hành động có thể thấy rất rõ qua một thực tế là hiện nay phương pháp nâng cao nhận thức về y tế và tình dục học vẫn còn chiếm ưu thế áp đảo trong công tác dự phòng và chăm sóc.

Như vậy, các chiến lược và chính sách được coi là có hiệu quả, thích hợp và bền vững không những nhằm để dự phòng và hỗ trợ, mà còn nhằm để giảm thiểu tác động của đại dịch, cho đến nay đã không đưa đến những hành động phù hợp và mang lại những kết quả có ý nghĩa.

Ngày càng thấy rõ HIV/AIDS có ảnh hưởng tác động rất lớn đến các kế hoạch dài hạn và chương trình phát triển kinh tế ở nhiều nước trên thế giới. Liên quan đến vấn đề này, những người từ nơi khác tới, bất kể năng lực chuyên môn của họ như thế nào, cũng không nên áp đặt những ưu tiên của họ lên các nhà hoạch định kế hoạch quốc gia - đó là còn chưa kể đến cả các khía cạnh xã hội và văn hoá của vấn đề.

Cho nên, điều vô cùng quan trọng là các chính phủ, là cấp chịu trách nhiệm xây dựng các chương trình hành động quốc gia, phải đảm nhiệm được vai trò lãnh đạo của mình. Khả năng tồn tại bền vững của các chương trình đó sẽ phụ thuộc nhiều vào mức độ lồng ghép vấn đề HIV/AIDS vào các khuôn khổ chương trình phát triển quốc gia. Đây là một nhiệm vụ mà như TS. Peter Piot, Giám đốc điều hành của UNAIDS, đã nhấn mạnh, chỉ có các cấp có thẩm quyền quốc gia mới có thể thực hiện được.

Ngoài ra, cần phải đề cập cụ thể đến khuyến nghị đầu tiên của Hội nghị Quốc tế được tổ chức tại Nairôbi, Kenya (tháng 10-2000), trong đó nhấn mạnh rằng: "HIV/AIDS cần phải được đưa vào các chương trình hoạch định kế hoạch phát triển quốc gia và các biện pháp xoá đói giảm nghèo liên quan. Các chính sách, chiến lược và chương trình phòng chống HIV/AIDS cũng phải được thiết kế thông qua việc sử dụng một phương thức tiếp cận văn hoá"<sup>1</sup>.

## 2. Đánh giá thể chế và rà soát chiến lược/chính sách

Phần này điểm lại một cách vắn tắt những lĩnh vực hoạt động chính hiện đang được các tổ chức tham gia thực hiện.

### 2.1. Dự phòng

Trong giai đoạn đầu, cuộc chiến chống HIV/AIDS chỉ tập trung chủ yếu vào nghiên cứu dịch tễ học và các biện pháp y học kế tiếp liên quan đến căn bệnh. Sau đó, phân tích khoa học sâu hơn cho thấy thời gian từ khi bắt đầu nhiễm HIV đến khi phát triển thành AIDS có thể kéo dài (từ 5 đến 10 năm). Do đó, người ta đã chú ý hơn đến phòng ngừa, cụ thể hơn là xây dựng và thực hiện các chương trình thông tin - giáo dục - truyền thông, nhằm thay đổi hành vi và, tới chừng mực nào đó, hỗ trợ về y tế cho những người đang sống chung với HIV/AIDS.

Về mặt này, giáo dục dự phòng ở nhà trường được coi là công cụ chủ chốt trong việc ngăn chặn bệnh dịch lây lan. Tuy nhiên, những thông tin chủ yếu về nhận thức và thực tiễn được phổ biến thông qua hệ thống nhà trường dần dần tỏ ra ít có tác dụng do chính nội dung và phương thức của chúng. Ví dụ, những thái độ ân cần thông cảm liên quan đến vấn đề đang ngày càng thấy thường xuyên hơn trong các hoạt động tư vấn ngoài nhà trường. Hơn nữa, những thông tin này không đến được với những trẻ em và thanh thiếu niên thất học, do đó nếu nói theo đúng định nghĩa, những thông tin đó không dành cho người mù chữ.

Mặt khác, thông tin dự phòng phát trên các phương tiện truyền thông đại chúng được các nhóm đối tượng khác nhau tiếp nhận ở những mức độ hết sức khác nhau. Thông tin bị giới hạn bởi vì số lượng máy thu hình và máy thu thanh ở các quốc gia và các nhóm xã hội cụ thể rất hạn chế. Hơn nữa, những thông tin này thường rất chung chung hoặc mang tính chất giật gân để lôi kéo sự chú ý của mọi người. Do tính chất kỹ thuật của phương tiện truyền thông, các thông tin không thể nhằm vào một số nhóm đối tượng cụ thể cũng như không thể phát liên tục trong một thời gian dài được.

Dù dùng kênh giáo dục trong nhà trường, hay dùng phương tiện thông tin đại chúng, công tác giáo dục dự phòng sẽ còn rất lâu mới đến được tất cả các vùng nông thôn (có nơi chiếm tới

1. Dự án Nghiên cứu của UNESCO/UNAIDS: *Một Phương thức tiếp cận văn hoá đối với phòng chống và chăm sóc HIV/AIDS*, Kỷ yếu của Hội nghị Quốc tế Nairôbi (2 – 4-10-2002), UNESCO, 2001.

70% dân số, ví dụ như ở Ấn Độ). Ở các khu vực đô thị, nó cũng không đến được các tầng lớp nghèo nhất và các nhóm bị phân biệt đối xử, bao gồm các thanh thiếu niên bị thiệt thòi, đặc biệt là trẻ em gái và phụ nữ.

Còn một điều nữa là giáo dục dự phòng thường xuyên quảng bá cho việc sử dụng bao cao su. Về lý thuyết, đây là phương thức phòng ngừa virus HIV tốt nhất. Tuy nhiên, mức độ chấp nhận đối với phương thức này khác nhau rất lớn, tùy thuộc vào môi trường xã hội và văn hoá. Ở nhiều nước, việc dùng bao cao su đòi hỏi nó phải được phân phát hết sức dễ dàng, riêng tư và kín đáo cho tất cả mọi người thông qua các nhà phân phối hoặc chiến dịch phân phát. Việc thắng thừng từ chối sử dụng bao cao su có thể có nhiều lý do khác nhau và đôi khi mâu thuẫn với nhau. Cho nên, không thể nêu lên vấn đề sử dụng bao cao su mà không đặt nó vào bối cảnh của những hạn chế về giáo dục y tế nói chung và các điều kiện sống hàng ngày.

### **Ăngôla: Phản kháng việc sử dụng bao cao su**

Theo kết quả khảo sát thái độ của thanh thiếu niên đối với việc sử dụng bao cao su ở Ăngôla, người ta nhận thấy, ngay cả đối với yêu cầu sơ đẳng nhất, vẫn còn thiếu hiểu biết rất cơ bản về nguy cơ cũng như sự cần thiết phải thay đổi hành vi tình dục. Có một nhận xét rất đáng nêu lên ở đây như thế này: "Một số người nói rằng AIDS không tồn tại; những người khác nói nó được bịa đặt ra để phá vỡ niềm đam mê của những người yêu nhau".

Mặc dù hiểu rõ hiệu quả phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS của bao cao su, nhưng mọi người rất ít khi sử dụng. Nam nữ thanh niên khẳng định họ "chỉ dùng bao cao su khi có quan hệ không thường xuyên mà theo họ khi đó mới có nguy cơ" và "khi muốn tránh thai". Các tiêu chí để định nghĩa một mối quan hệ tình dục không thường xuyên là có nguy cơ hay không thường mang tính chủ quan. Cho nên, thanh thiếu niên có thể phơi nhiễm bản thân mình do đánh giá không đúng. Nam giới không chịu dùng bao cao su bởi vì họ cho rằng bao cao su gây đau đớn và làm giảm khoái cảm tình dục. Nữ giới cho biết ngay cả khi họ gợi ý nên sử dụng bao cao su thường bị các bạn tình từ chối.

"Họ thích cảm giác da thịt tiếp xúc với nhau".

"Đi vào nhà tắm để tắm vòi hoa sen và đi ra đường (mặc quần áo) khi trời đang mưa là hai việc khác nhau".

"Khi đang mê say thì đâu còn nghĩ đến sử dụng bao cao su nữa".

Trái lại, một số cô gái biện minh cho việc hạn chế sử dụng bao cao su là vì "sợ bao cao su có thể vẫn ở lại trong âm đạo", cho nên, theo họ, "cần phải phẫu thuật mới lấy ra được". Sự lo sợ đó đã được một số nữ sinh trung học đề cập đến.

Những người khác khẳng định rằng đa số họ không thể chịu nổi giá tiền của bao cao su. Ngoài ra, không có thông tin gì về những nơi bán bao cao su. Một số thanh thiếu niên, hầu hết là nam giới, cho rằng quảng bá việc sử dụng bao cao su trong thanh thiếu niên sẽ gián tiếp khuyến khích các hành vi tình dục "vô trách nhiệm".

Xét về độ tuổi và trình độ văn hoá của những thanh thiếu niên tham gia, thì việc sử dụng bao cao su cần có hiệu quả và được chấp nhận hơn. Tuy nhiên, phản ứng của họ cho thấy rõ khoảng cách giữa kiến thức và kinh nghiệm hàng ngày, cũng như tác dụng của áp lực xã hội và văn hoá đối với hành vi cá nhân.

*Nguồn: Một phương thức tiếp cận văn hoá đối với phòng chống và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Ăngôla, UNESCO, 1999.*

Đối với nhiều xã hội và nền văn hoá trên thế giới, việc ủng hộ chủ trương tiết dục, khả năng chấp nhận, hay áp dụng các biện pháp giải toả tình dục khác nhau và, trên hết là, ý thức quan hệ tình dục an toàn đặt ra những vấn đề hết sức cơ bản, vượt ra ngoài phạm vi can thiệp của các biện pháp vệ sinh/y tế, và thông tin nâng cao nhận thức hay thậm chí không còn chỉ là những quan niệm đơn thuần về mặt đạo đức. Hơn nữa, những quy định mang tính dọa dẫm đó đã không xem xét đầy đủ kỹ lưỡng đến những điều kiện sống thực tế của con người. Những điều kiện đó có thể là: sự di cư ồ ạt của lao động nam đến các thành phố lớn và các nước giàu, hoàn cảnh sống bần cùng dẫn đến sự thiếu nhân cách, cũng như sự thiếu thốn điều kiện vui chơi giải trí đã dẫn đến những hình thức tiêu khiển như uống rượu hoặc lạm dụng ma tuý và quan hệ tình dục không an toàn. Trong chừng mực nào đó, điều này còn giải thích cho mối quan hệ vợ chồng không bền vững, mặc dù người ta luôn luôn vận động phải giữ cho mối quan hệ vợ chồng ổn định. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng sự tuân thủ nghiêm ngặt các quy tắc tôn giáo có thể tạo thuận lợi cho việc chấp nhận sự tiết dục, như một phần của tiến bộ tinh thần.

Một khó khăn nghiêm trọng nữa là do thiếu giáo dục và chỉ có đức tin vào những tín ngưỡng truyền thống và thần tượng bản xứ; người ta không tin vào những thông tin nhận được từ các nguồn tin bên ngoài để rồi dẫn đến hậu quả là họ sẽ không tin rằng có những nguy cơ tiềm ẩn trong các hành vi của mình. Một khi họ bị lây nhiễm, họ sẽ không hiểu biết hoặc có thông tin gì về căn bệnh đó cả. Kết quả là họ sẽ không cảm thấy có trách nhiệm đối với sự lây truyền của virút.

## **2.2. Hệ thống xét nghiệm và chăm sóc HIV/AIDS**

Trong nhiều trường hợp, việc xét nghiệm định kỳ không thực hiện được với toàn bộ dân cư ở một khu vực cụ thể, do ngân sách cấp cho chương trình dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS thiếu đều đặn và không đầy đủ. Vì vậy, người bị lây nhiễm có thể sẽ không được thông tin về tình trạng sức khoẻ của họ và không được điều trị ở các cơ sở y tế. Ngoài ra họ còn có thể vẫn cứ giữ nguyên hành vi nguy cơ đã dẫn đến sự lây nhiễm ban đầu, từ đó truyền bệnh sang những người khác và làm nghiêm trọng thêm tình trạng nhiễm bệnh của chính bản thân họ.

Công tác chăm sóc là một hoạt động quan trọng và đòi hỏi ngày càng lớn để đáp ứng tình hình. Do ngày càng có nhiều người bị nhiễm HIV và/hoặc phát triển thành AIDS cùng với các bệnh nhiễm trùng cơ hội, công tác chăm sóc sẽ cần nhiều nỗ lực hơn nữa nhằm hạn chế sự lây lan của bệnh dịch này<sup>1</sup>.

Ngoài mối nguy cơ đang ngày một gia tăng do hành vi của chính những người bị nhiễm gây ra, công tác điều trị y tế không được quản lý chặt chẽ, đặc biệt là ở tuyến địa phương của các quốc gia còn thiếu các trung tâm y tế ở tất cả các khu vực trong cả nước.

Thêm một khó khăn nữa do giá thuốc quá cao đối với dân nghèo nên đã gây ra tình trạng trên. Đối với điều này, việc phát triển và sản xuất các loại thuốc nhái trong thời gian vừa qua có thể mở ra những hướng đi mới cho việc điều trị về y tế đối với những người có HIV ở tất cả các tầng lớp xã hội, với giá thành thấp hoặc thậm chí miễn phí. Ngoài ra, việc điều trị y tế cần phải được tiến hành thường xuyên, an toàn, và dài hạn. Trở ngại này đòi hỏi phải có một hệ thống chăm sóc và điều trị y tế quốc gia được tổ chức tốt, cũng như sự tư vấn đồng cảm

1. UNAIDS: *Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS: Phân tích đáp ứng.*



và gần gũi. Trong lĩnh vực này nói chung vẫn còn thiếu sự hỗ trợ từ bên ngoài.

Không có khả năng tiếp cận với y học hiện đại không phải chỉ vì thiếu thốn cơ sở y tế. Một mặt, nhân viên y tế thường xuyên phải làm việc căng thẳng do thiếu biên chế, và vì vậy họ không thể dành đủ thời gian để đón tiếp cho tốt người có HIV và bệnh nhân AIDS; mặt khác bệnh nhân lại không tin vào khả năng cứu chữa của y học hiện đại. Đó là lý do tại sao ở nhiều nước, và ở mọi tầng lớp xã hội, người ta thường thích tìm đến các thầy lang truyền thống hơn, ngay cả trong trường hợp bị bệnh nặng như HIV/AIDS. Bác sỹ hiện đại và các thầy lang truyền thống rất ít gặp gỡ tiếp xúc với nhau, có chăng thì cũng rất hời hợt.

### **2.3. Hỗ trợ**

Dịch tễ học là một hoạt động hỗ trợ hết sức quan trọng. Nghiên cứu dịch tễ đòi hỏi phải xác định những người mắc HIV/AIDS và theo dõi giám sát điều kiện vệ sinh đối với người bị nhiễm. Tuy nhiên với hệ thống hiện nay người có HIV/AIDS không được hỗ trợ về kinh tế, xã hội, tâm lý và tinh thần, còn đối với người bệnh ở giai đoạn cuối thì tình hình còn tồi tệ hơn. Nhất là tình hình hiện nay hầu như không có các biện pháp, chiến lược và chính sách phù hợp. Hiện nay trong lĩnh vực này chỉ có một số dự án do các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức từ thiện và các tổ chức tự lực ở địa phương tiến hành. Thực tế này cho thấy các cơ quan nhà nước còn thiếu quan tâm tới nguyện vọng của nhân dân, do đó đã không hoàn thành trách nhiệm của mình đối với công chúng.

### **2.4. Giảm thiểu và giảm nhẹ tác động**

Mọi người đều thừa nhận rằng tác động của bệnh dịch này đối với các quốc gia bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất rất bi thảm, dù về kinh tế, xã hội hay văn hoá. Tuy nhiên, các chính sách của nhà nước thừa nhận hoặc giải quyết hậu quả của cuộc khủng hoảng đều liên quan đến sự tăng trưởng kinh tế và tình trạng thiếu nhân lực.

## **II. PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG NĂNG LỰC TRONG PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THỐNG VĂN HÓA**

### **1. Sơ lược nội dung**

Trên cơ sở đã rà soát lại các chiến lược về tổ chức và các chính sách liên quan đến các diễn biến thực tế, phần này trình bày những công cụ phương pháp học để xây dựng một đáp ứng phù hợp về văn hoá cho những thách thức to lớn đã được UNAIDS xác định như: nguy cơ, tính dễ bị tổn thương, phòng ngừa, chăm sóc, hỗ trợ và giảm tác động. Nói một cách cụ thể hơn, nó mô tả những định hướng lớn cho các chiến lược và chính sách, các quy tắc hoạch định chính sách chung cần phải tuân thủ và các nguyên tắc then chốt cần tôn trọng. Hơn nữa, nó trình bày tóm tắt các tiêu chí thực hành tốt nhất của UNAIDS, các công cụ kỹ thuật dựa trên những tiêu chí đó để xây dựng các chiến lược dựa vào văn hoá, và sau đó để đổi mới vai trò và phương thức hoạt động của các tổ chức.

Trong mục II của phần thứ nhất đã khái quát những ưu tiên hành động chủ yếu cần thiết để đáp ứng với những thách thức to lớn. Trong Chương này, chúng tôi nhấn mạnh nhu cầu truyền thông phù hợp về văn hoá nhằm thay đổi hành vi, và những công cụ cần thiết cho việc tiếp tục giáo dục phòng chống HIV/AIDS về nguy cơ và tình đoàn kết. Tiếp theo đó, là liệt kê những



điều kiện tiên quyết để cùng phối hợp huy động các mạng lưới tổ chức và xã hội dân sự, ghi nhớ sự đáp ứng dựa vào cộng đồng, những nhiệm vụ cụ thể của các tổ chức và mối tương tác giữa sự đáp ứng và những nhiệm vụ đó. Cuối cùng là đề xuất những cách thức và phương tiện tập huấn/phát động quần chúng/xây dựng năng lực ở tất cả các cấp, để giúp cho hoạt động phòng chống, chăm sóc và hỗ trợ thích hợp.

## 2. Xây dựng chiến lược và chính sách

### 2.1. Các định hướng lớn

Như đã trình bày trong phần phân tích của tài liệu này, xây dựng một đáp ứng chặt chẽ đối với những thách thức của nguy cơ và tính dễ bị tổn thương đòi hỏi những chiến lược và những lựa chọn chính trị rộng lớn. Cần phải cân nhắc chúng không những về mặt y học và nhận thức, mà còn về các mặt kinh tế, xã hội và văn hoá. Những thách thức lớn đó phải được giải quyết thông qua những định hướng chiến lược và chính trị chủ yếu gắn kết với:

- Phòng chống lây nhiễm, hỗ trợ về y tế và tình cảm cho người có HIV và bệnh nhân AIDS;
- Giảm thiểu tác động toàn bộ của sự lây nhiễm và bệnh tật.

### 2.2. Những quy tắc chung về chính sách<sup>1</sup>

Những đáp ứng quốc gia sẽ thành công nếu chúng được xây dựng trên những đường lối chỉ đạo chính sách sau đây:

- Ý chí và sự lãnh đạo chính trị: từ lãnh đạo cộng đồng lên đến cấp chính trị cao nhất của các nước; cùng với các nguồn nhân lực và tài lực cần thiết;
- Sự mở cửa về xã hội và quyết tâm đấu tranh chống sự kỳ thị;
- Đáp ứng chiến lược bao gồm một loạt nhiều đối tác: chính phủ, xã hội, khu vực tư nhân và, nếu phù hợp, các nhà tài trợ;

1. UNAIDS: *Báo cáo về đại dịch HIV/AIDS toàn cầu*, tháng 6-2000.

### Cộng hoà Đôminic: Sự tự lực và hiểu biết của dân chúng

Các nhóm tự lực và tương trợ có vai trò quan trọng trong công tác giáo dục cơ bản về AIDS. Mặc dù có những khó khăn về kinh tế, các tổ chức này chỉ ít đã góp phần hỗ trợ về mặt tình cảm, và trong chừng mực nhất định đã góp phần kiểm soát các dịch vụ y tế và cung cấp thuốc men.

Các thầy lang biết rằng họ không thể chữa được căn bệnh này, cũng như không dẫn dụ để bệnh nhân tin rằng họ có khả năng đó. Tuy nhiên họ nhận thức được rằng họ có thể giúp cho bệnh nhân lấy lại “cân bằng” về mặt tình cảm, đem đến cho bệnh nhân sự hỗ trợ, những lời khuyên giải, và sự bình thản tĩnh tâm. Họ khuyên dùng các loại thảo dược như cây vuốt mèo, nước phép, các sản phẩm thiên nhiên, nước giải khát và trà uống.

Những người được thuê đến để làm tang lễ tại nhà vận động phục, găng tay và khẩu trang như các biện pháp bảo hộ. Họ không coi việc khâm liệm người chết vì bệnh AIDS có gì khác với công việc thường ngày của họ. Nhưng dường như nhiều người lại bị ám ảnh bởi những quan niệm mê tín xung quanh việc lây nhiễm. Họ từ chối không chịu khiêng quan tài những người chết vì AIDS và yêu cầu những quan tài đó nhất thiết phải được che phủ một cách đặc biệt.

*Nguồn: Phương pháp tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Cộng hoà Đôminic, UNESCO, 2000.*

- Cải cách chính sách xã hội nhằm giảm thiểu khả năng dễ bị nhiễm;
- Có đủ các nguồn lực.

#### **Chiến lược HIV/AIDS của Philippin: Các nguyên tắc chỉ đạo**

Sự tham gia đa ngành là cần thiết cho đáp ứng của quốc gia và địa phương đối với sự lây nhiễm.

- Các quyền và trách nhiệm cá nhân của những người bị nhiễm HIV/AIDS cần được đề cao.
- Mọi người cần được giao phó quyền lực để phòng chống lây truyền tiếp virus HIV.
- Việc chăm sóc và hỗ trợ cho những người nhiễm HIV cần được lồng ghép trong các dịch vụ y tế và xã hội hiện hành.
- Các biện pháp phòng ngừa toàn diện và an toàn tối đa cần được áp dụng để giảm thiểu nguy cơ lây truyền HIV qua các thủ tục y tế.
- Mọi xét nghiệm kháng thể HIV cần được tiến hành tự nguyện với sự đảm bảo giữ bí mật kết quả và tư vấn đầy đủ trước và sau khi xét nghiệm.
- Việc hoạch định các chính sách và chương trình phát triển kinh tế - xã hội cần xem xét đến tác động của HIV/AIDS.
- Tính dễ bị lây nhiễm đặc thù của nhiều nhóm đối tượng khác nhau bị ảnh hưởng của việc lây nhiễm HIV và chịu tác động của bệnh AIDS cần phải được xem xét để phân phối các nguồn lực.
- Cần có những nỗ lực tiếp tục để thường xuyên cải thiện các chương trình liên quan đến HIV.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch chiến lược cho đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS, UNAIDS.*

### **2.3. Các nguyên tắc then chốt**

Năm nguyên tắc cơ bản phải được thể hiện rõ nhằm xây dựng các chiến lược và chính sách HIV/AIDS bền vững có khả năng khuyến khích phát triển việc phòng chống, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động. Các nguyên tắc đó gồm:

#### **a. Phương thức tiếp cận toàn diện**

Một phương thức tiếp cận tổng hợp và toàn diện đối với việc dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS có nghĩa là xem xét sự tương tác phức tạp của dịch này trong bối cảnh văn hoá và phát triển. Phương thức tiếp cận này phải được áp dụng nhằm xây dựng các chiến lược dự phòng và chăm sóc lồng ghép và phối hợp.

- Trong thực tế, HIV/AIDS chỉ là một khía cạnh của nhiều sự không nhất quán và thất bại trong sự phát triển bền vững của con người. Chỉ có thể đấu tranh có hiệu quả chống căn bệnh này thông qua sự phối hợp phù hợp của các tổ chức trực tiếp tham gia, sự hợp tác chặt chẽ của tất cả các cơ quan và tổ chức hoạt động vì sự phát triển trong các lĩnh vực khác (như phát triển nông thôn/đô thị, các hoạt động tạo thu nhập, nhà cửa, giáo dục, v.v..) và với sự quan tâm thích đáng đến các yếu tố xã hội/văn hoá của những vấn đề này. Sự phối hợp và hợp tác trong các hoạt động thuộc những lĩnh vực khác nhau đó phù hợp với sứ mạng cơ bản của UNAIDS.

- Như vậy, sự phối hợp phải dựa trên cơ sở một quy mô xuyên tổ chức và liên ngành. Sự hiểu biết rõ ràng về những tương tác giữa y tế, giáo dục, tiến bộ về kinh tế và xã hội, tôn trọng các quyền cơ bản của con người, dự phòng và chăm sóc phù hợp về văn hoá cũng cần phải được xem xét trong nỗ lực phối hợp. Có thể thấy bằng chứng rõ ràng về sự cần thiết của chiến lược xuyên tổ chức ở thực tế là Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS hiện đang được đồng bảo trợ bởi UNICEF, UNDP, UNFPA, UNDCP, WHO, WB và UNESCO.
- Sự đáp ứng phù hợp đối với đại dịch này cũng đòi hỏi phải có một nỗ lực liên ngành, do đó, phải có sự tham gia của các nhóm đa ngành, bao gồm nhiều lĩnh vực hữu quan khác nhau, gồm các ngành khoa học như y khoa, xã hội và nhân văn, trong đó đặc biệt chú ý đến nhân chủng học văn hoá.

### *b. Triển vọng lâu dài và tính bền vững*

Mặc dù khía cạnh cấp thiết của cuộc khủng hoảng HIV/AIDS đòi hỏi phải hành động ngay với sự tập trung cao độ, việc phòng chống cũng cần phải được coi là một quá trình lâu dài và bền vững.

Triển vọng lâu dài là một yếu tố thiết yếu của các chiến lược được xây dựng trong khuôn khổ một phương thức tiếp cận văn hoá chung. Các chiến lược này cần phải cho phép tiến hành hoạt động liên tục phù hợp với nhịp độ tiến bộ xã hội. Triển vọng đó là đặc biệt cần thiết căn cứ vào đặc điểm kéo dài của đại dịch HIV/AIDS, và khoảng thời gian cần thiết để đạt được hiệu quả và mức độ bền vững mong muốn trong hoạt động phòng chống. Sự cần thiết của triển vọng này được khái quát như sau:

- Yếu tố thời gian cụ thể của căn bệnh: Thông thường, khoảng thời gian từ lúc mới bị nhiễm, trải qua giai đoạn phát triển của các nhiễm trùng cơ hội, đến giai đoạn cuối phát triển thành AIDS có thể kéo dài nhiều năm, trong suốt thời gian đó việc chăm sóc con người và điều trị y tế là không thể thiếu được;
- Thời gian cần thiết để xây dựng và thực hiện các chính sách nhất quán và đạt những kết quả có ý nghĩa và bền vững trong phòng chống và chăm sóc.
- Sự thay đổi hành vi có ý nghĩa về văn hoá sẽ chỉ diễn ra sau một khoảng thời gian dài, bởi vì nó bao gồm sự biến đổi sâu sắc của các cách suy nghĩ và hành động, cũng như một sự cam kết lâu dài đối với cả một bộ phận dân cư.

### *c. Chấp nhận sự thống nhất/đa dạng/thay đổi*

Nhiều tình huống khác nhau thể hiện cả các xu hướng chung lẫn các đặc tính cụ thể. Việc xây dựng các chiến lược cần phải kết hợp sự thống nhất, để đảm bảo sự gắn bó của định hướng chung cho các hoạt động sẽ được tiến hành, và sự đa dạng, xuất phát từ nhu cầu áp dụng các chính sách và dự án vào tình hình cụ thể trên các quy mô khu vực, quốc gia và địa phương.

Điều này sẽ cho phép xem xét đến các tình huống cụ thể, để có thể điều chỉnh các chiến lược và chính sách phòng chống, chăm sóc cụ thể nhằm huy động năng lực đáp ứng của người dân.

### **Những sự tương đồng:**

Xu hướng chung rõ rệt nhất là sự lan rộng nói chung của dịch trong bối cảnh của quá trình toàn cầu hoá. Điều này đòi hỏi phải có sự đáp ứng và huy động của toàn thế giới, như chủ trương của Chiến lược UNAIDS và những lời kêu gọi gần đây của Phiên họp đặc biệt lần thứ 26 của Đại hội đồng Liên hợp quốc về AIDS (tháng 6-2001).

Như đã trình bày ở trên, những động cơ và hành vi dẫn đến sự lây nhiễm lan tràn trở thành dịch của căn bệnh này trên toàn cầu nói chung là giống nhau, dù có những khác biệt nhất định giữa các vùng. Những nguyên nhân gián tiếp, vốn có tác động quan trọng đến đại dịch, là bộ phận cấu thành của các vấn đề phát triển lớn.

### **Những sự khác biệt:**

Lấy ví dụ ở mức độ khu vực, những sự khác biệt lớn về xã hội và văn hoá cần phải được xét đến gồm:

- Sự bất ổn về kinh tế, thể chế và văn hoá ở những khu vực lớn thuộc vùng Cận Sahara của châu Phi;
- Tác động gây bất ổn của quá trình phát triển kinh tế và biến đổi xã hội nhanh chóng đối với dân cư các nước Đông Nam Á và các giá trị văn hoá của họ, đặc biệt phụ nữ và người nghèo thuộc nhiều cộng đồng khác nhau;
- Ở châu Mỹ Latinh và vùng Caribê, tình trạng nợ nước ngoài chồng chất và sản xuất các mặt hàng cơ bản trong nước thấp kém ở nhiều quốc gia đã đem lại những hậu quả tai hại: gia đình phân ly, phụ nữ bị ruồng bỏ và rơi vào cảnh cơ cực, và trẻ em lang thang với số lượng ngày càng tăng;
- Ở Đông Âu, mức độ tiêu thụ ma tuý tăng vọt, liên quan đến sự khủng hoảng của các hệ thống giá trị và cơ cấu xã hội, gắn kết với các vấn đề lớn của giai đoạn quá độ về kinh tế và chính trị;
- Những khác biệt có ý nghĩa về kinh tế, xã hội và văn hoá cũng có thể nhận thấy được ở các mức độ quốc gia và cộng đồng và cần được xem xét khi quyết định các chính sách phù hợp.

### **Tính liên tục và sự thay đổi:**

Các nền văn hoá thay đổi<sup>1</sup>. Chúng không phải là bất biến. Các nền văn hoá thay đổi bởi vì con người có năng lực, cả năng lực cá nhân lẫn tập thể, để tập hợp các nguồn lực của họ, để suy nghĩ về thiên nhiên, để nghĩ về bản thân mình và các thể chế xã hội của mình. Những thay đổi về quan niệm đó được biến thành những lối sống mới và sự tiếp xúc với các nền văn hoá khác cung cấp đầu vào cho việc mở ra những chân trời mới về những mô hình và cách thức tổ chức xã hội khác nhau. Các cộng đồng khi đó có thể đạt tới những mục tiêu cho trước hoặc đề ra những mục tiêu mới. Đó là tất cả những gì mà hiện đại hoá nói tới.

Tất cả các nền văn hoá đều có sự vay mượn từ các nền văn hoá khác. Có thể đó là sự vay

---

1. Tiến tới việc xác định các nhân tố văn hoá - xã hội quyết định sự lây lan HIV/AIDS và việc bao gồm chúng trong các kế hoạch chiến lược nhằm kiểm soát đại dịch HIV/AIDS. Tài liệu nghiên cứu cho UNAIDS của E.P.Y. Muhondwa, 1999.

### HIV/AIDS và sự thay đổi

HIV/AIDS phát triển trong một môi trường có thể thay đổi đầy kịch tính trong một khoảng thời gian rất ngắn: một sự thay đổi mạnh mẽ về luật pháp hoặc sự di chuyển những nhóm dân cư bị ảnh hưởng có thể khiến cho toàn bộ kế hoạch trở nên lỗi thời. Khả năng thích nghi nhanh chóng với các tình huống thay đổi và điều chỉnh kế hoạch, hỗ trợ những sáng kiến thành công mới nổi lên là một điều kiện đầu tiên để đạt được hiệu quả. Kết hợp yếu tố linh hoạt vào một kế hoạch và tiếp theo đó theo dõi tình hình và đáp ứng là những khía cạnh cơ bản của công tác lập kế hoạch chiến lược.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch chiến lược cho đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS, UNAIDS.*

mượn về quan niệm (văn hoá phi vật thể) hoặc các hiện vật (văn hoá vật thể). Sự lựa chọn đó phụ thuộc vào rất nhiều sự cân nhắc. Rốt cuộc, đó không đơn giản chỉ là vấn đề tư tưởng bảo thủ đã ngăn cản con người chấp nhận những thái độ mới.

Do những sự hạn chế và điều kiện sống thay đổi (đó là những thay đổi về môi trường, thiếu điều kiện tiếp cận các nguồn lực), nhiều người, đặc biệt những người bị gạt ra ngoài lề xã hội, có thể đổi mới, nổi loạn và thay đổi hành vi của họ thay vì tự giữ mình trong khuôn khổ các quy chuẩn văn hoá của họ.

#### d. Huy động con người và xã hội

Huy động con người là một điều kiện không thể thiếu được cho sự thành công của hoạt động dự phòng phù hợp về văn hoá. Nó cần phải được gắn chặt với các nền văn hoá, các hệ thống giá trị và các cách suy nghĩ của con người. Đây là lý do tại sao những quan điểm về giới, sức khoẻ và bệnh tật, tình dục, sự sống và cái chết, tín ngưỡng, nhu cầu và mong muốn cần phải được hiểu một cách đúng mức, đánh giá và phản ánh trong thiết kế của các chiến lược và chính sách. Những điều đó sẽ phải được thể hiện tỉ mỉ nhằm tạo điều kiện cho việc xây dựng đáp ứng phù hợp với các cấp khu vực và địa phương.

#### e. Tính hợp lý về thể chế/văn hoá và HIV/AIDS

- Các tổ chức quốc tế và quốc gia nói chung hành động và phản ứng theo một phương thức tiếp cận hợp lý, và theo các thói quen làm việc chuyên nghiệp của họ. Những điều đó căn cứ vào hiệu quả về y học và dịch tễ học, dẫn đến một phương thức tiếp cận thuần túy về nhận thức đối với căn bệnh này.

### HIV/AIDS và các quyền con người

Tôn trọng các quyền con người và không phân biệt đối xử là các yếu tố cơ bản của bất kỳ môi trường pháp lý và chính sách nào được vận hành nhằm thực hiện một chiến lược phòng chống AIDS quốc gia. Kinh nghiệm ở một loạt các môi trường như vậy chỉ ra rằng các biện pháp cưỡng bức và trừng phạt, như xét nghiệm bắt buộc, phát hiện và không đảm bảo bí mật thông tin đều phản tác dụng và cản trở các nỗ lực phòng chống lây nhiễm HIV và đảm bảo chăm sóc cho người bệnh.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch chiến lược cho đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS, UNAIDS.*

- Các hệ thống xã hội và văn hoá vận hành trong phạm vi tính hợp lý của bản thân chúng, kết hợp các động cơ, tín ngưỡng, quy tắc ứng xử, lợi ích và quan niệm của chính chúng về tương lai.

#### **2.4. Các tiêu chí thực hành tốt nhất của UNAIDS**

Việc rà soát các dự án do UNAIDS<sup>1</sup> hỗ trợ, trong đó bao gồm sự phối hợp của các thầy thuốc truyền thống ở các nước vùng Cận Sahara của châu Phi, đã xác định những tiêu chí cho các thực hành tốt nhất trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Những tiêu chí đó rất giống với 3 điều kiện cơ bản được xác định để xây dựng một phương thức tiếp cận văn hoá trong công tác dự phòng và chăm sóc. Các tiêu chí đó như sau:

##### *a. Tính hiệu quả*

Tính hiệu quả là thành công bao trùm của một hoạt động trong việc tạo ra những kết quả mong muốn và đạt được những mục tiêu tổng quát. Như vậy, để xác định tính hiệu quả của một dự án, chiến lược hoặc chính sách, người ta cần phải xác định được mục tiêu và kết quả, cũng như điều gì đã thay đổi trong khi đang thực hiện hoạt động đó và lý do tại sao thay đổi đó diễn ra.

##### *b. Sự phù hợp về đạo đức*

Sự phù hợp về đạo đức được đánh giá theo các nguyên tắc ứng xử xã hội, chuyên môn phù hợp và có thể chấp nhận được. Cần xem xét sự phù hợp về đạo đức của các khái niệm quan trọng như: giữ bí mật, sự tôn trọng lẫn nhau, sự chấp thuận khi được cung cấp đầy đủ thông tin, đối thoại với quần thể dân cư, cộng đồng và chính phủ.

##### *c. Hiệu suất*

Sự quan tâm đến hiệu suất đã tăng lên trong những năm qua khi người ta nhận ra rằng các nguồn lực đang khan hiếm và cần phải được sử dụng một cách có hiệu quả nhất. Định nghĩa cơ bản của hiệu suất là khả năng tạo ra những kết quả mong muốn với sự chi phí thấp nhất về năng lượng, thời gian, tài chính và nhân lực. Thật khó có thể mô tả cách đánh giá hiệu suất đối với chi phí của nhiều hoạt động khác nhau hoặc các biện pháp đánh giá hiệu quả ở các cấp chiến lược và chính sách. Hơn nữa, các chi phí và lợi ích gián tiếp của chúng hầu như không bao giờ được đánh giá cả.

##### *d. Tính bền vững*

Tính bền vững có thể được mô tả là khả năng của một chương trình khiến nó trở nên có hiệu quả và tiếp diễn với mức độ tự quản nhất định trong một khoảng thời gian từ trung hạn đến dài hạn. Đó là một trong những thách thức lớn nhất gặp phải trong công tác phòng chống HIV nói chung. Một vấn đề lớn là định nghĩa và tầm quan trọng được các tổ chức tài trợ khác nhau gán cho tính bền vững. Đó là lý do tại sao cần phải có một phương thức tiếp cận có hệ thống đối với tính bền vững nhằm thiết kế được các dự án dài hạn và đánh giá tác động của chúng theo thời gian.

---

1. UNAIDS: *Phối hợp với các thầy thuốc truyền thống trong phòng chống và chăm sóc HIV/AIDS ở vùng Cận Sahara của châu Phi*, tháng 9-2000.



### e. Tính phù hợp

Tính phù hợp là mức độ đáp ứng của một dự án đối với HIV/AIDS trong một bối cảnh xã hội nhất định. Các vấn đề như các yếu tố văn hoá và chính trị do đó thường xuyên được tính đến, các cách đánh giá tính phù hợp có sự khác nhau rất lớn trong những bối cảnh khác nhau. Cho nên, điều cơ bản là các mục tiêu và phương thức tiếp cận được sử dụng trong thiết kế và thực hiện các chính sách, và dự án phải phù hợp với một bối cảnh cụ thể.

Định nghĩa về những tiêu chí trên hàm chứa nhiều sự lựa chọn về phương pháp luận, bao gồm động cơ thúc đẩy và điều kiện thay đổi hành vi, sự cân nhắc đối với các khía cạnh con người, xã hội và văn hoá, và việc áp dụng một quan điểm chiến lược dài hạn.

## 2.5. Các công cụ và phương pháp cho các chiến lược dựa vào văn hoá

### a. Các chiến lược quốc gia và quốc tế hiện nay

Mặc dù có sự hạn chế về điều trị y tế và thường xuyên đánh giá thấp các khía cạnh phi y tế của căn bệnh này, nhưng người ta đã đạt được những tiến bộ đáng kể về mặt dự phòng và chăm sóc trong các chiến lược quốc gia và quốc tế hiện nay.

Tuy nhiên, thiếu sót nghiêm trọng nhất của các chiến lược và chính sách về thể chế là thiếu sự quan tâm nhất quán đến các khía cạnh xã hội và văn hoá của công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Những khía cạnh đó thường bị coi chỉ là những trở ngại đối với các phương pháp chăm sóc sức khoẻ và thông tin/giáo dục/truyền thông hiện nay. Ngoài ra, vẫn còn rất thiếu sự phối hợp giữa các tổ chức nhằm đảm bảo có được một chiến lược rộng lớn hơn. Tuy nhiên, có thể nhận thấy được một số dấu hiệu chuyển biến tích cực như:

- Một số cơ quan đồng bảo trợ của UNAIDS đã bắt đầu xét đến những dấu vết văn hoá nhất định trong các phương pháp lập chương trình và kế hoạch của họ (ví dụ như UNFPA);
- Có thể nhận thấy sự tiến triển tương tự ở một số cơ quan hợp tác song phương và ở các tổ chức phi chính phủ (NGO) lớn.

Hơn nữa, hiện đang có các cố gắng nhằm xây dựng thêm các chính sách dài hạn thông qua các dự án liên cơ quan và bằng cách tăng cường chức năng điều phối của UNAIDS.

Về phương diện này, đã có được một bước khích lệ đặc biệt khi Khoá họp đặc biệt của Đại hội đồng Liên hợp quốc về HIV/AIDS (tháng 6-2001) thông qua Tuyên bố cam kết đối với HIV/AIDS, trong đó nhấn mạnh vai trò quan trọng của các yếu tố văn hoá, gia đình, đạo đức và tôn giáo trong việc phòng chống đại dịch này và trong công tác điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, có xét đến đặc điểm riêng của mỗi nước cũng như tầm quan trọng của việc tôn trọng tất cả các quyền con người và các quyền tự do cơ bản (Khổ 20).

Cùng với tinh thần đó, Chiến lược phòng chống HIV/AIDS mới của UNESCO nhấn mạnh tầm quan trọng thay đổi hành vi bằng cách cung cấp kiến thức, bồi dưỡng thái độ, đào tạo kỹ năng thông qua truyền thông có hiệu quả và nhạy cảm về văn hoá.

Tuy nhiên vẫn tồn tại những vấn đề nghiêm trọng về phương pháp luận giữa các tổ chức đồng bảo trợ của UNAIDS và các tổ chức không phải đồng bảo trợ trong hệ thống Liên hợp quốc. Các lý do của tình hình đó bao gồm:



- Những chia rẽ và kinh địch mang tính cục bộ và quan liêu bắt rễ trong nội bộ và giữa các tổ chức đó, cản trở việc áp dụng một phương thức tiếp cận toàn diện, dẫn đến tình trạng chồng chéo và thiếu sót một cách đáng kể trong các hoạt động.
- Có khoảng cách giữa nhu cầu về các chiến lược dài hạn với các hệ thống lập kế hoạch trung và ngắn hạn hiện nay được hầu hết các tổ chức sử dụng.
- Các tổ chức đã không lồng ghép được những sự đa dạng về văn hoá và xã hội trong các kỹ thuật lập kế hoạch của họ vốn được tập trung vào các mục tiêu định lượng và các kết quả "nhìn thấy được" và ngắn hạn.

Nhằm khắc phục tình trạng đó, mục đích bao trùm của Chiến lược UNAIDS hiện nay là mở ra những hướng đi mới để xây dựng các chính sách phối hợp bằng cách kết hợp các yếu tố xã hội - văn hoá, nhằm mục đích:

- Đưa ra những người có vai trò chủ đạo trong các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS với sự thể hiện trên quy mô toàn cầu và dài hạn cả quá trình mà họ tham gia;
- Phối hợp và lồng ghép các chính sách dự phòng và chăm sóc ở các mức độ quốc tế và quốc gia, chính phủ và phi chính phủ, khu vực công cộng và khu vực tư nhân.

#### **Malawi: Một đánh giá về thể chế dựa vào văn hoá**

##### ***Công nhận tầm quan trọng của văn hoá***

Có nhiều tổ chức tham gia các hoạt động nhằm giảm thiểu sự lây lan và ảnh hưởng của HIV/AIDS ở Malawi. Tất cả các tổ chức được xác định trong nghiên cứu này đều bằng cách này hay cách khác tham gia vào cuộc chiến chống HIV/AIDS.

Hầu hết các tổ chức được khảo sát đều công nhận, về nguyên tắc, rằng văn hoá là một khía cạnh quan trọng của cuộc chiến chống HIV/AIDS. Do đó các khía cạnh văn hoá, với mức độ hạn chế, được xét đến khi thực hiện các chương trình HIV/AIDS.

##### ***Không xem xét đầy đủ đến nghiên cứu về vấn đề HIV/AIDS***

Một số cuộc nghiên cứu đã được tiến hành và đã đề xuất một số chiến lược để đấu tranh chống đại dịch AIDS. Tuy nhiên, hầu hết các kết quả nghiên cứu đã không được các tổ chức hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS sử dụng bởi vì không tiếp cận được các nghiên cứu đó. Khoảng 90% các tổ chức được khảo sát cho biết họ không biết gì về bất kỳ cuộc nghiên cứu nào khác đang được tiến hành cả. Các giảng viên Khoa Nhân khẩu học của Học viện dân số học thuộc Đại học tổng hợp Malawi nói họ không được tiếp cận các nghiên cứu thuộc các tổ chức khác. Tuy vậy, Trung tâm Nghiên cứu xã hội vốn đã tiến hành rất nhiều nghiên cứu lại là một bộ phận của Đại học tổng hợp Malawi.

Trong khi một số nhân tố văn hoá liên quan đến HIV/AIDS biến đổi phụ thuộc vào sự hình thành các nhóm bộ lạc hoặc dân tộc thiểu số, một số lớn các nhân tố đó lại tương tự như nhau. Đáng tiếc là trong tình trạng hiện nay, thành quả của cuộc nghiên cứu lại bị phí hoài đối với các nhà nghiên cứu và thậm chí còn phí hoài hơn đối với các nhà hoạch định chính sách.

##### ***Thiếu mạng lưới làm việc thực sự***

Đáng chú ý là dường như giữa các tổ chức hoạt động trong lĩnh vực HIV/AIDS thiếu một mạng lưới hoạt động. Hầu hết các tổ chức tham gia vào cùng một loại hoạt động, liên quan đến HIV/AIDS và

văn hoá, do đó việc cùng nhằm vào các nhóm dân cư là không thể tránh khỏi. Điều này giải thích tại sao hầu hết các hoạt động do các tổ chức đó tiến hành, mặc dù đều hướng vào các khía cạnh văn hoá, lại không dựa vào những kết quả nghiên cứu trong lĩnh vực này, bởi vì không có sự liên hệ giữa công tác nghiên cứu với hoạt động của họ. Sự thiếu mạng lưới hoạt động đó cũng có thể được giải thích bởi thực tế là hầu hết các Tổ chức phi Chính phủ hoạt động về HIV/AIDS nhằm vào cùng các nhà tài trợ. Cán bộ phụ trách ban phối hợp của các Tổ chức phi Chính phủ ở Malawi (CONGOMA) đã nói lên điều đó khi ông ta nhận xét rằng một trong những vấn đề mà các Tổ chức phi Chính phủ ở Malawi gặp phải là các tổ chức có xu hướng che giấu và không muốn chia sẻ các thông tin. Ví dụ: hầu hết các Tổ chức phi Chính phủ đó cho biết họ đã nghe nói đến một nghiên cứu nào đó qua các cuộc hội nghị chuyên đề, hội thảo, hoặc đã đọc được trên báo hoặc nghe được trên đài phát thanh. Bản thân các tổ chức đã tiến hành nghiên cứu từ đầu không được nêu tên là một nguồn cung cấp thông tin trực tiếp.

### ***Trùng lặp các hoạt động***

Do thiếu mạng lưới hoạt động cho nên hầu hết các tổ chức tham gia vào các hoạt động giống nhau liên quan đến HIV/AIDS và văn hoá. Điều này có thể là lợi điểm nếu được tiến hành ở các vùng khác nhau trong nước, bởi có sự tương đồng của một số yếu tố văn hoá. Việc trùng lặp các hoạt động là một sự lãng phí nguồn lực, bởi vì việc ngăn chặn HIV/AIDS phụ thuộc vào việc sử dụng có hiệu quả các nguồn lực hiện có, đặc biệt ở những nước mà nạn nghèo đói tràn lan là vấn đề gay gắt nhất. Bởi vì đại dịch AIDS đã tấn công vào các nước đang phát triển, nơi nạn nghèo đói tràn lan đang hoành hành.

### ***Thiếu sự linh hoạt***

Đối với một số tổ chức, các yêu cầu/thủ tục thực hiện và chính sách không đủ linh hoạt tới mức cho phép quan tâm đến các nét đặc trưng về văn hoá, đặc biệt các điểm tích cực (ví dụ như kiêng cử), mà họ cho là có tác động tiêu cực đến mục tiêu hàng đầu của họ. Tổ chức Dịch vụ Dân số quốc tế (PSI) tỏ ra hoài nghi khi người dân chất vấn họ về các vấn đề văn hoá liên quan đến HIV/AIDS. Điều đó có lẽ vì, theo quan điểm của họ, nếu người dân nghe theo lời dạy kiêng cử trong kinh thánh thì sẽ giảm đáng kể số lượng bao cao su bán ra. Mặt khác, việc sử dụng bao cao su đôi khi bị coi là khiếm nhã. Ví dụ, nếu một goá phụ cho rằng cần phải ngủ với một ai đó để gột sạch sự ám ảnh của linh hồn người chồng đã chết, thì nguy cơ bị nhiễm HIV/AIDS có thể được giảm thiểu bằng cách dùng bao cao su, nhưng điều đó có thể không chấp nhận được theo các quy tắc ứng xử truyền thống.

### ***Sự tham gia của cộng đồng vào các dự án của Tổ chức phi Chính phủ***

Một chiến lược mà hầu hết các tổ chức đều sử dụng để giải quyết các khía cạnh văn hoá của HIV/AIDS là lôi cuốn toàn bộ sự tham gia của cộng đồng ở cấp cơ sở. Ví dụ, lực lượng đặc nhiệm trong Chương trình HIV/AIDS của Quân đoàn Cứu tế (Salvation Army) bao gồm các thủ lĩnh cộng đồng (như các tù trưởng truyền thống). Điều đó cho phép tập hợp mọi người lại với nhau dễ dàng hơn và tạo thuận lợi cho việc nhận những thông điệp từ bên ngoài. Các Tổ chức phi Chính phủ khác, như Action Aid và Hội Kế hoạch hóa Gia đình Toàn quốc (NFPC), thường xuyên làm việc với các nhóm dựa vào cộng đồng trên cơ sở tự nguyện để giải quyết các vấn đề về HIV/AIDS và văn hoá.

### ***Lồng ghép các khía cạnh tích cực của văn hoá***

Hội đồng Thanh niên Toàn quốc Malawi (NYCM) có nhiệm vụ quan trọng là quảng bá các thực hành văn hoá tích cực ví dụ như sự tiết dục. Họ cũng đang có kế hoạch tìm kiếm các hình thức

thích hợp thay thế cho việc lạm dụng ma túy và rượu, bởi vì việc lạm dụng đó có nhiều nguy cơ liên quan đến sự lây lan của HIV/AIDS trong thanh thiếu niên. Hội đồng cho rằng hình thức kể chuyện bên bếp lửa, vốn hầu như đã biến mất, là một truyền thống văn hoá có thể dùng để truyền bá các nguyên tắc ứng xử tốt trong thanh thiếu niên.

Trong cuộc vận động phòng chống HIV/AIDS ở các vùng nông thôn do Hiệp hội các Cơ quan Phát triển quốc tế và truyền thông của Malawi (Media and IDAs Society of Malawi - MASO) phát động, tổ chức này nhận thấy rằng có những vấn đề lớn ở các vùng nông thôn do những hạn chế trong việc tiếp cận với đài phát thanh và báo chí. Sau đó họ đã lồng ghép thông điệp của mình vào các điệu múa và bài hát truyền thống và các hình thức biểu đạt văn hoá khác.

*Nguồn: Một phương thức tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Malawi, UNESCO, 1999.*

### *b. Các bước lập kế hoạch dự phòng và chăm sóc phù hợp về văn hoá*

Kết hợp một phương thức tiếp cận văn hoá vào các chiến lược dự phòng và chăm sóc, các hệ thống lập kế hoạch đòi hỏi những thay đổi sau đây:

- Nhìn nhận và xem xét lại giao diện văn hoá giữa các mô hình phát triển công nghiệp và tiền công nghiệp, xác định các tiêu chí văn hoá cho các chiến lược dự phòng và chăm sóc phù hợp cho các nước phát triển và đang phát triển;
- Xác định các mục tiêu lớn chung, cũng như các hợp phần văn hoá quốc gia và khu vực trong các chiến lược quốc tế: lồng ghép các điểm tương đồng và mở đường cho tính hợp lý cụ thể của các nền văn hoá khác nhau khi định hướng vào các lĩnh vực hoạt động hạn chế hơn;
- Tăng cường phối hợp giữa các chiến lược và hoạt động của nhiều tổ chức khác nhau tham gia và kích thích các sáng kiến liên tổ chức giữa các chương trình của các đồng bảo trợ UNAIDS và các cơ cấu hành chính;
- Áp dụng một phương thức tiếp cận từ dưới lên trong việc thu thập thông tin từ các nghiên cứu điển hình và sử dụng thông tin phản hồi phục vụ cho xây dựng các chiến lược tương lai và cải tiến các khuôn khổ chiến lược;
- Điều chỉnh các khung thời gian theo nhịp độ phát triển của các xã hội tiến tới thay đổi hành vi tập thể.

### *c. Tiến hành các nghiên cứu không thể thiếu được*

- Phân tích các mối tương tác của tam giác chức năng giữa văn hoá, phát triển và HIV/AIDS như một quá trình tổng thể;
- Một nghiên cứu sâu hơn nữa về khái niệm và nội dung của một "môi trường thuận lợi", bao gồm sự tín nhiệm và tin cậy về văn hoá, và dự phòng và chăm sóc hiệu quả hơn nữa;
- Vạch ra những kế hoạch hành động toàn diện nhằm dự phòng, hỗ trợ và giảm thiểu tác động, xác định vai trò, các lĩnh vực ưu tiên và loại hoạt động sẽ được tiến hành, điều chỉnh các công cụ thông tin và đánh giá, thiết lập các mối quan hệ đối tác mới, v.v.; nhằm xem

xét đầy đủ tính đa dạng, xác định các biến số chính sách quan trọng theo vùng, quốc gia và địa phương.

*d. Sử dụng rộng rãi hơn hoặc điều chỉnh các công cụ hiện có*

Nhằm đạt được các chiến lược và chính sách thể chế phù hợp về văn hoá, việc sử dụng các công cụ phương pháp học phù hợp là không thể thiếu được. Một số công cụ đó đã có sẵn, các công cụ khác cần được điều chỉnh hoặc thậm chí phải tạo ra thông qua nghiên cứu chuyên ngành.

**Tăng cường sử dụng thông tin hiện có nhằm:**

- Hệ thống hoá luồng thông tin về sự tương tác giữa các nền văn hoá, sự phát triển và HIV/AIDS. Cần phải xem xét các mối tương quan chung và cụ thể. Điều này có thể đạt được thông qua:
  - Tăng cường thu thập và xử lý các dữ liệu ban đầu (đặc biệt chú trọng đến những vùng lãnh thổ nơi những thông tin về văn hoá, nhân chủng học, xã hội học, dân tộc học, lịch sử, địa lý không đầy đủ hoặc không có sẵn, ví dụ như ở châu Phi, một số khu vực châu Á - Thái Bình Dương, châu Mỹ Latinh, v.v.);
  - Phát triển việc phân tích thông tin thứ cấp và phê bình văn học;
  - Tăng cường hoặc nối mạng các ngân hàng dữ liệu đặc biệt.
- Tăng cường các mạng lưới chính thức và không chính thức của các cán bộ cơ sở, chuyên gia và những người có kinh nghiệm thu thập thông tin. Tại cơ sở, có những đối tác không thể thiếu được để đánh giá và điều tra tình hình hiện tại về HIV/AIDS.

**Tăng cường các hệ thống lập kế hoạch tương thích với phương thức tiếp cận văn hoá:**

Ở một chừng mực nào đó, các hệ thống lập kế hoạch hiện đang sử dụng ở một số tổ chức có xu hướng lồng ghép sự quan tâm đến một phương thức tiếp cận văn hoá trong việc đáp ứng với các vấn đề HIV/AIDS. Tuy nhiên, các hệ thống đó có xu hướng tập trung vào các yếu tố văn hoá như những trở ngại và ít chú ý tới các nguồn lực văn hoá và sự tương tác giữa căn bệnh này với sự phát triển và các nền văn hoá. Có thể sử dụng rộng rãi hơn các hệ thống lập kế hoạch mới trong các chiến lược và chính sách dự phòng và chăm sóc. Về mặt này, cần tập trung chú ý đến việc đánh giá tính hiệu quả và bền vững của chúng.

*e. Phát triển các công cụ mới*

Việc phát triển các công cụ mới cần xem xét sự thay đổi hoặc tiếp tục hành vi và những động cơ sâu xa thúc đẩy các nhóm dân cư tham gia các chính sách, chương trình hoặc dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS nhất định.

Những công cụ phương pháp học phù hợp sẽ phát triển trong lĩnh vực này cần tạo khả năng cho việc tiến hành các hoạt động sau đây:

- Xây dựng mô hình (giao tiếp văn hoá giữa các xã hội công nghiệp và tiền công nghiệp);

- Phân tích hệ thống động lực của các đối tác, nhân tố, mức độ và lĩnh vực hoạt động;
- Các nghiên cứu triển vọng và dự báo/các tình huống, thẩm định dài hạn các chiến lược;
- Đại diện về địa lý của những sự đa dạng và tương đồng về văn hoá (các lĩnh vực văn hoá);
- Quan sát và nghiên cứu/hành động theo phương thức cùng tham gia ở cấp cơ sở;
- Đánh giá những dự báo không khẳng định trong các chiến lược và chính sách dự phòng và chăm sóc và những sự tiếp tục hoặc thay đổi không dự kiến trong các hệ thống giá trị và các chuẩn mực về hành vi của các nhóm dân cư đối với HIV/AIDS, khi đối diện với những biến động về kinh tế, xã hội và văn hoá vĩ mô (các nguy cơ xung đột vũ trang, v.v..) kéo theo sau sự thất bại của dự án.

#### *f. Các chỉ số về văn hoá của sự thay đổi hành vi*

Xây dựng được một bộ chỉ số văn hoá chặt chẽ và toàn diện cho sự thay đổi hành vi là một vấn đề phương pháp học rất phức tạp. Trong giai đoạn nghiên cứu hiện tại, không thể nào thiết lập được một khuôn khổ khái niệm chung hoặc xác định được các biến số văn hoá có giá trị cho các tình huống khác nhau. Việc tìm kiếm một hệ thống tham khảo tổng quát toàn cầu, tính chất đa quy mô của vấn đề và những sự khác biệt và phân hoá quan sát được trong lòng mỗi xã hội ở mức độ quốc tế cần phải được xem xét. Tuy nhiên, hiện đã có thể xác định được các chỉ số văn hoá cần phải xem xét nhằm đánh giá những thay đổi có ý nghĩa trong các hành vi tình dục và phi tình dục liên quan đến HIV/AIDS:

- Thử nghiệm khả năng được chấp nhận của các phương pháp hiện tại trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS (các giới hạn của tính hợp lý về y học và kỹ thuật);
- Sự huy động về văn hoá các nhóm dân cư và năng lực đấu tranh chống căn bệnh này của họ;
- Những sự tương đồng và khác biệt giữa các chỉ số về phát triển văn hoá, phát triển định tính và con người, như được UNDP khởi xướng và sử dụng.

Vấn đề còn lại là các tổ chức và nhóm dân cư sẽ không nhìn những dấu hiệu thay đổi từ cùng một góc độ quan điểm. Do đó, các chỉ số của chúng sẽ cho thấy những khác biệt quan trọng và việc đồng quy chúng sẽ làm phát sinh những vấn đề khó khăn về phương pháp học.

#### **Các chỉ số về thể chế**

Các chỉ số văn hoá được các tổ chức coi là khách quan, khi chúng phản ánh sự nhận thức về kỹ thuật và hành chính của vấn đề và những thay đổi diễn ra tiếp theo hành động của họ. Định nghĩa về những chỉ số đó lúc đầu được đưa ra nhằm đánh giá khía cạnh văn hoá của các vấn đề dân số, một lĩnh vực trong đó đã tồn tại nhiều nghiên cứu, phân tích và số liệu.

Ví dụ: việc phân tích các mô hình hôn nhân do Uỷ ban Kinh tế châu Á - Thái Bình Dương (ESCAP) tiến hành lập bảng kê các số liệu về phụ nữ ở độ tuổi khi họ kết hôn lần đầu với các đặc điểm văn hoá - xã hội trực tiếp và gián tiếp: nơi cư trú, dân tộc, tôn giáo, trình độ văn hoá, nghề nghiệp.

### Các chỉ số về dân số

Cùng với các chỉ số về thể chế, cũng nên nghiên cứu khả năng thiết lập các chỉ số phản ánh nhận thức của các nhóm dân cư. Nói cách khác, điều này cần giúp xây dựng các công cụ đo lường do một nhóm nhất định lập ra như là cách để diễn tả nhận thức của họ về các lợi ích kinh tế, xã hội, chính trị, văn hoá, môi trường và tinh thần liên quan đến dự phòng, chăm sóc và năng lực của họ đối phó với bệnh AIDS. Những chỉ số đó có thể, trong những trường hợp nhất định, trùng hợp với các chỉ số thường được các chuyên gia của các tổ chức sử dụng. Chúng có thể hoàn toàn khác trong các trường hợp còn lại.

### 2.6. Vai trò và các phương thức hoạt động đổi mới của các tổ chức

Thiết kế các chiến lược và chính sách mới để xây dựng mô hình dự phòng và chăm sóc trong khuôn khổ một bối cảnh văn hoá đòi hỏi những đề xuất mới liên quan đến vai trò của các tổ chức và phương thức hoạt động của họ.

Những đề xuất đó đòi hỏi phải xem xét:

- Các bước trong quá trình truyền thông trong nội bộ và giữa các tổ chức và cơ sở về sự phát triển của bệnh AIDS và những hành động đã được triển khai;
- Việc thu thập thông tin liên quan đến các khía cạnh kinh tế - xã hội và văn hoá liên quan đến công tác dự phòng và chăm sóc;
- Các tiêu chí hiện hành về hiệu suất trực tiếp và ngắn hạn, hầu hết được thể hiện thông qua các kết quả định lượng, xem xét dưới góc độ cả quá trình tiến tới sự bền vững lâu dài và những thay đổi định tính.

Đối với các thủ tục thông tin - truyền thông trong nội bộ và giữa các tổ chức, việc phối hợp hoạt động và luồng thông tin được coi là thông lệ hiện nay. Trên thực tế, còn cần phải vượt qua nhiều trở ngại và thiếu sót trong các hoạt động hàng ngày mặc dù đã có nhiều cơ chế phối hợp khác nhau ở các cấp quốc gia và liên ngành.

Quá trình truyền thông trong nội bộ các tổ chức cần phải được mô hình hoá, trong đó đặc biệt nhấn mạnh đến những điểm sau:

- Phối hợp trong việc ra quyết định và trao đổi ý kiến.
- Thảo luận thẳng thắn về các vấn đề ngân sách/hành chính/phát triển nhân lực;
- Nhiều người tham gia xây dựng các giả thuyết;
- Xem xét trực tiếp hơn và rộng rãi hơn các thông tin phản hồi trong việc ra các quyết định cuối cùng từ trên xuống.

Điều không thể thiếu được là phải quan tâm đặc biệt đến việc phát triển các số liệu thông tin định tính từ cơ sở nhằm xác định và "bối cảnh hoá" các số liệu định lượng liên quan đến đại dịch AIDS (ví dụ như lây nhiễm, tử vong, lây truyền vi rút từ mẹ sang con, v.v..) và các thói quen văn hoá (ví dụ trường hợp các bà đỡ và y học cổ truyền).

Một công cụ hữu ích khác có thể là phiếu điều tra tự đánh giá về văn hoá, như phiếu do Tổ chức Y tế thế giới thiết kế được trình bày dưới đây:



**Tổ chức Y tế thế giới (WHO): Phiếu điều tra dự kiến để tự đánh giá về văn hoá****1. Nhà hoạch định chính sách và ra quyết định**

Những cân nhắc về văn hoá có đóng vai trò đầy đủ trong sự phân tích của các nhà hoạch định chính sách và ra quyết định trong ngành y tế nói chung và tại WHO không?

Tại sao lại có sự chú ý nhiều hơn đến những tương tác về văn hoá/phát triển giữa các cán bộ cơ sở so với giữa các cấp ra quyết định?

Những mối liên quan giữa WHO nói chung và các hoạt động ở cơ sở thuộc ngành này là gì?

Làm thế nào để nhắc nhở các cấp khác nhau của WHO về tầm quan trọng của các cân nhắc về văn hoá trong việc xây dựng các hoạt động cơ sở trong ngành y tế (sự cân đối giữa logic hành chính của bộ máy hành chính và những cân nhắc về văn hoá)?

Những mối quan tâm về văn hoá có xuyên suốt trong suy nghĩ và sự phân tích của các cấp ra quyết định và hoạch định chiến lược và chương trình không? Những cân nhắc về văn hoá được phản ánh trong việc phân phối các nguồn lực và phê duyệt các dự án và chương trình như thế nào?

Những ví dụ về các tình huống trong công việc của WHO trong đó các khía cạnh văn hoá có (hoặc không có) tầm quan trọng hàng đầu là gì?

**2. Tính khả thi về kinh tế**

Việc lồng ghép nội dung văn hoá vào việc xây dựng chương trình và dự án có cho thấy gánh nặng về ngân sách tăng lên không? hoặc nó có đem lại kết quả tiết kiệm ngân sách hoặc tăng cường hiệu quả sử dụng kinh phí không?

Các chi phí về văn hoá - xã hội và lợi ích của các dự án trong lĩnh vực y tế, hoặc liên quan đến y tế, có được dự toán không (các hậu quả về văn hoá - xã hội, hậu quả cho môi trường hoặc cho phát triển bền vững)?

Khi nào và như thế nào nội dung văn hoá được lồng ghép vào thiết kế của chính sách hoặc kế hoạch cải cách y tế ở một nước đang phát triển căn cứ vào các cải cách kinh tế và các biện pháp điều chỉnh cơ cấu?

Những cân nhắc về văn hoá có được tính đến trong đánh giá tính khả thi về kinh tế của một công nghệ y tế cho trước hay không, và như thế nào?

**3. Xây dựng và quản lý chương trình**

Các kế hoạch công tác cho các chương trình và ngân sách về y tế có bao gồm những chỉ dẫn cụ thể liên quan đến các cân nhắc về văn hoá không?

Lập trường và khuyến nghị của WHO là gì trong các tình huống mà chính phủ quốc gia không nhạy cảm đối với những tương tác giữa các quyết định hoặc chính sách về các hoạt động y tế và thói quen văn hoá (ví dụ, trường hợp các bà đỡ hoặc y học cổ truyền)?

Những cân nhắc về văn hoá có quan trọng hơn trong một số chương trình nào đó so với các chương trình khác không?

Các chương trình nhất định của WHO không cần phải tính đến khía cạnh văn hoá của y tế hoặc các hoạt động y tế phải không?

Công tác của WHO được lồng ghép như thế nào vào các mối quan tâm về văn hoá, và ngược lại, ở các ngành tham gia vào các chiến lược và chính sách về y tế, và phát triển nguồn nhân lực và bền vững?

Việc phân cấp quản lý các hệ thống chăm sóc y tế, như khuyến nghị của WHO, có hỗ trợ việc tập trung quan tâm hơn nữa đến các cân nhắc về văn hoá và văn hoá như một điểm đầu vào và một đòn bẩy cho công tác y tế và nâng cao sức khoẻ không?

#### 4. Quản lý những sự phân hoá về văn hoá

WHO giải quyết với những sự phân hoá giữa các khía cạnh văn hoá của kiến thức khoa học và các nền văn hoá và phong tục truyền thống như thế nào?

Ví dụ: Nhiều hình thức, nhận thức khác nhau gắn với văn hoá: những nhận thức về tương lai (sự cần thiết phải lập kế hoạch, phải hiểu về tầm quan trọng của phòng ngừa); về thời gian (quan hệ giao tiếp và yếu tố thời gian của sự phát triển và các quá trình thay đổi); và về nhu cầu duy trì các trang thiết bị và công nghệ phức tạp; các nhận thức về văn hoá và các giá trị liên quan đến y tế và phúc lợi xã hội.

WHO có xem xét đến vai trò của mình là một véctơ của nền văn hoá thể chế và hành chính, của nền văn hoá khu vực tư nhân và kinh tế thị trường, của quản lý, và những mối liên kết giữa tính tương thích của các đầu vào về văn hoá đó và các nền văn hoá địa phương không?

Sự quá độ được quản lý như thế nào nếu nền văn hoá nhập khẩu được coi là ưu thế về các mục đích y tế, khi phải đối mặt với những chia rẽ hoặc sự không tương thích về văn hoá?

Có cố gắng nào nhằm đánh giá những tác dụng không mong muốn nhưng có thể thấy trước của sự không tương thích này đối với bối cảnh địa phương trước khi áp dụng các chính sách và chiến lược, vốn được coi là không tương thích về văn hoá, không?

#### 5. Nghiên cứu về y tế

Nghiên cứu về văn hoá được biến thành các công cụ và phương pháp luận và thành các chính sách và chiến lược mà Tổ chức đảm nhiệm như thế nào?

Các kết quả của công tác này có được sử dụng trong việc chuẩn bị các loại sổ tay, sách hướng dẫn, chỉ thị mới và các công cụ khác không?

WHO sử dụng những kết quả đó cho việc ra quyết định ở cấp trung ương như thế nào?

WHO có phân tích các lý do chấp nhận hoặc bác bỏ các khía cạnh văn hoá được nghiên cứu này xác định hay không?

WHO có sử dụng những kết quả do các tổ chức khác đạt được trong nghiên cứu về các khía cạnh văn hoá của vấn đề y tế không?

#### 6. Các cán bộ y tế chuyên môn

Sự nhạy bén về văn hoá được phát triển trong các cán bộ y tế chuyên môn như thế nào (các hệ thống theo dõi, khuyến khích, đào tạo, v.v..)?

*Nguồn:* Tài liệu nội bộ do Vụ Quan hệ Liên cơ quan cung cấp, WHO, 1994.

Một sự đáp ứng có kế hoạch hơn có thể được chuẩn bị tỉ mỉ về các mặt:

- Tập trung/phân cấp việc ra quyết định và các dịch vụ;
- Tăng cường yêu cầu từ dưới lên.

Các quá trình truyền thông của các tổ chức, đơn vị cần được tăng cường ở mọi cấp nhằm thiết kế các chiến lược, dự án, và đặc biệt là hoạt động cơ sở, phối hợp thông qua các nhóm chuyên đề và các địa chỉ thông tin trên mạng.

Ở cấp quốc gia, thiết kế các chính sách dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS cũng có thể đòi hỏi những Đánh giá văn hoá quốc gia (NCA). Những đánh giá này bao gồm việc thu thập, phân tích thông tin và nguồn lực về những nét đặc trưng văn hoá của các nước nhằm thiết kế các chính sách dựa trên một phương thức tiếp cận nhạy bén về văn hoá đối với việc dự phòng và chăm sóc. Những kết luận rút ra từ các đánh giá văn hoá quốc gia sau này có thể được sử dụng để soạn thảo những văn kiện xúc tích ở các cấp khu vực và tiểu khu vực.

### **3. Các ưu tiên hành động chính**

Bước tiếp theo của việc xây dựng các chiến lược và chính sách mới, phù hợp nhằm dự phòng, hỗ trợ và giảm thiểu tác động về xã hội, kinh tế và văn hoá của đại dịch, là phải xác định các ưu tiên. Các ưu tiên đó là các chương trình hành động cấp thiết chủ yếu được thiết kế nhằm đạt được những chuyển biến có ý nghĩa ở tất cả các cấp (từ quốc gia tới địa phương) và phát triển hoạt động phối hợp giữa các tổ chức và xã hội.

Cụ thể hơn, những ưu tiên đó là:

- Phát triển truyền thông phù hợp về văn hoá để thay đổi hành vi (bao gồm giáo dục và thông tin đa phương tiện);
- Tiếp tục giáo dục dự phòng liên quan đến nguy cơ lây nhiễm và xây dựng tình đoàn kết đối với những người bị nhiễm và bị bệnh;
- Tăng cường phối hợp trong huy động mạng lưới tổ chức và xã hội dân sự;
- Xây dựng đáp ứng dựa vào cộng đồng như là nền tảng của sự phối hợp hành động;
- Xác định lại những trách nhiệm cụ thể của các tổ chức;
- Phát triển đào tạo/nhạy cảm hoá/xây dựng năng lực cho mọi đối tượng hưởng lợi.

#### **3.1. Truyền thông phù hợp về văn hoá cho thay đổi hành vi**

Xây dựng chi tiết nội dung truyền thông thay đổi hành vi phù hợp về văn hoá là một công cụ rất quan trọng cho việc xây dựng một đáp ứng phù hợp và bền vững đối với những thách thức của nguy cơ và tính dễ bị lây nhiễm trước sự tấn công của HIV/AIDS.

Việc nâng cao nhận thức về những thách thức liên quan đến HIV/AIDS mà các nhóm dân cư đang phải đối mặt cần phải đem đến kết quả là HIV/AIDS trở thành một ưu tiên cao cho chính nhân dân các nước đó. Điều này sẽ dẫn đến việc phát triển ý thức trách nhiệm và sự tập trung sức lực cho công tác huy động đối với một bộ phận dân cư.

Việc đó đòi hỏi phải thực hiện các hoạt động sau đây:

---

1. Mô tả chi tiết các phương pháp truyền thông phù hợp về văn hoá cho thay đổi hành vi được nêu trong cuốn sách *Hướng dẫn cách truyền thông phù hợp nhằm thay đổi hành vi*, UNESCO - UNAIDS, 2001.

- Nghiên cứu phương pháp học để:
  - Đánh giá tính phù hợp về văn hoá của các thực hành hiện nay về thông tin/giáo dục/truyền thông (IEC);
  - Hiểu được những quan niệm về chuẩn mực và tiềm năng văn hoá của nhân dân;
  - Xác định những điều kiện xã hội/văn hoá cho việc định hướng và huy động nhân dân.
- Xác định những đòi hỏi và nhu cầu cụ thể của các đối tượng đích, về mối liên hệ của họ với HIV/AIDS, tình hình kinh tế - xã hội, hành vi nguy cơ cụ thể và mối liên hệ với xã hội nói chung của họ;
- Xây dựng các đề xuất cho phương thức tiếp cận văn hoá đối với các tài liệu và quá trình thông tin giáo dục truyền thông phù hợp phục vụ cho công tác dự phòng và chăm sóc dựa trên sự phối hợp xây dựng và truyền đạt các thông điệp thích hợp.

### **3.2. Tiếp tục giáo dục dự phòng: Việc làm cấp bách** (Nguy cơ và đoàn kết)

Sau giai đoạn hành động đầu tiên tập trung vào chăm sóc về sức khoẻ và y tế, trong giới hạn của phương thức tiếp cận dịch tễ học, giáo dục (và trong chừng mực nhất định cả thông tin đại chúng) đã trở thành công cụ lớn thứ hai được dùng để mở rộng việc dự phòng chính bản thân nguy cơ đó và những biện pháp bảo vệ thực tế được hàm ý trong đó.

Tuy nhiên, kết quả hạn chế của nó đã làm dấy lên những mối quan tâm ngày càng tăng về hiệu suất thực của các chiến dịch giáo dục dự phòng. Ngày càng rõ ràng rằng trong thực tế, ngay cả khi các thông điệp giáo dục dự phòng được tiếp nhận đầy đủ và đồng hoá về tri thức, thì nội dung của nó vẫn thường xuyên không được người dân lĩnh hội đầy đủ, đặc biệt là trẻ em và thanh thiếu niên, và cũng không dẫn đến những thay đổi hành vi và sự đoàn kết đối với những người có HIV và bệnh nhân AIDS.

Lý do của những kết quả chưa đầy đủ đó có lẽ liên quan đến việc thiếu sự phân biệt giữa giáo dục dự phòng và giáo dục trong trường học. Ngoài ra, giáo dục trong trường học thường bị giới hạn bởi sự truyền đạt một chiều những thông tin thuần tuý về mặt nhận thức. Do đó, mặc dù hệ thống nhà trường có những khả năng độc đáo và không thể thay thế được, như theo định nghĩa về trường học, hệ thống nhà trường không tiếp cận được với những đối tượng trẻ em và thanh thiếu niên không được đi học (chiếm tới 80% ở một số quốc gia). Hơn nữa, tỷ lệ mù chữ trong thanh niên và người trưởng thành từ 15 tuổi trở lên, đặc biệt là trẻ em gái và phụ nữ, vẫn còn rất cao ở nhiều nước (trên 75% ở một số quốc gia).

Vì những lý do và những vấn đề cần lưu ý cơ bản đó, giáo dục dự phòng phải được lập kế hoạch trước thông qua tất cả các kênh có thể được, bao gồm các giáo dục viên ngoài nhà trường như các cán bộ xã hội, các tổ chức phi chính phủ, các thương gia và doanh nghiệp, các hiệp hội và phong trào, các tổ chức thể thao, các nhà giáo dục về đạo đức, tôn giáo và truyền thống cộng đồng.

Từ góc độ một quan điểm khác, các tài liệu giáo dục không nên "áp đặt từ trước" mà xuất hiện dần dần từ bản thân quá trình giáo dục, từ một sự đối thoại đồng cảm và trên cơ sở các giá trị xã hội và văn hoá, các chuẩn mực hành vi và năng lực hiểu biết của con người.

Vì mục đích đó, giáo dục dự phòng phải được tổ chức lại về chiều sâu, nhằm làm cho nó thích nghi với tính chất đa dạng có thực trong những sự hiện thân, lối sống, ngôn ngữ và thói quen tình dục của con người, cũng như các điều kiện sinh hoạt hàng ngày của họ. Chỉ có thông qua phương thức tiếp cận này con người mới chấp nhận xem xét lại các thói quen, tập quán và động cơ của họ, từ đó mà quan tâm thực sự đến những cách cân nhắc mới đối với các ưu tiên cá nhân và tập thể cho tương lai, và bắt đầu thay đổi hành vi của họ một cách phù hợp.

### **3.3. Xây dựng 'đáp ứng' dựa vào cộng đồng**

Thu hút mọi người vào cuộc chiến chống đại dịch AIDS có tầm quan trọng hàng đầu. Nói cách khác, xây dựng một sự 'đáp ứng' phù hợp và bền vững đối với HIV/AIDS có nghĩa là con người phải được lôi cuốn tham gia trực tiếp ngay từ ở nhà, ở những nơi lân cận và tại nơi làm việc của họ. Mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng có thể trở thành người "có đủ năng lực chống AIDS" bằng cách đánh giá AIDS ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh đời sống khác nhau của họ như thế nào và bằng cách áp dụng các biện pháp cụ thể để giảm thiểu tác động của nó ở mức độ địa phương.

Nhằm thay đổi hành vi của mình, con người cần có được một môi trường hỗ trợ. Xây dựng mối quan hệ đối tác ở cấp địa phương có thể nâng cao được hiệu quả 'đáp ứng' của họ. Như vậy, một quá trình được hỗ trợ tốt cần phải đem lại nhiều sáng kiến địa phương. Sự thay đổi hành vi lâu dài xuất hiện như là một kết quả của một phản ứng xã hội được mọi người chia sẻ và của một sự hiểu biết rõ ràng rằng căn bệnh này và cái chết là những hậu quả trực tiếp của HIV/AIDS đối với bản thân và gia đình.

Do đó, cần phải nhấn mạnh rằng những can thiệp do các chuyên gia và các nhà lập kế hoạch đề xuất phải được mọi người và mọi cộng đồng tiếp thu và thực hiện. Trong quá trình đó, các nhân tố quyết định về xã hội - văn hoá có thể ảnh hưởng lớn đến sự đánh giá và phản ứng của cộng đồng đối với vấn đề HIV/AIDS. Như vậy, việc tìm hiểu và nắm được, ở mức độ địa phương, những đối tác khác nhau đã xử lý quá trình đánh giá và 'đáp ứng' như thế nào là không thể thiếu được. Vì thế cho nên các chuyên gia và các nhà lập kế hoạch phải thay đổi các thể thức hoạt động của họ từ một quan niệm mang tính chất "kiểm soát" sang quan niệm "ảnh hưởng".

### **3.4. Phối hợp huy động mạng lưới thể chế và xã hội dân sự**

Các dự án dự phòng và chăm sóc dựa vào cộng đồng chỉ có thể được thiết kế, thực hiện và đánh giá một cách thành công thông qua một quá trình trao đổi liên tục với các nhóm quần thể đích, mặc dù họ là người không có HIV, có HIV hoặc bệnh nhân AIDS. Điều này là cần thiết nhằm hiểu biết đầy đủ những mối quan tâm của họ, những ưu tiên và tận dụng mọi tiềm năng văn hoá và sức mạnh huy động của chính họ. Do đó, những mối quan hệ đối tác có hiệu quả có thể được xây dựng giữa các cơ quan, các mạng lưới và xã hội.

### **3.5. Trách nhiệm cụ thể của các tổ chức**

Đối với chiến lược và chính sách của chính phủ, các yếu tố then chốt để giảm bớt tác động của

---

1. Barriere Constantin (Luc): Những khái niệm chủ yếu của Chương trình 'Đáp ứng' địa phương. Trình bày của nhóm 'đáp ứng' địa phương trong Hội thảo khu vực về "Phương thức tiếp cận văn hoá đối với phòng chống và chăm sóc HIV/AIDS", UNAIDS.

căn bệnh đối với những người bị nhiễm và bị ảnh hưởng bao gồm những biện pháp sau đây:

### **Giảm nhẹ tác động đối với những người có HIV/AIDS:**

- Các chương trình tín dụng nhằm giảm nhẹ tác động của HIV/AIDS lên hộ gia đình thông qua các khoản tín dụng bổ sung nhằm duy trì mức độ chi tiêu của hộ gia đình và đảm bảo việc học hành, v.v.;
- Những phúc lợi trọn gói nhằm giảm bớt tác động của HIV/AIDS lên các gia đình và trẻ em, bao gồm cung cấp thức ăn, trợ cấp đi học và đồng phục học sinh;
- Cải cách luật pháp hoặc trợ giúp pháp lý cho các nhóm dễ bị tổn thương, như các goá phụ và con cái của những người đã bị chết vì HIV/AIDS, là những người thường phải chịu nguy cơ bị mất tài sản hoặc quyền tự quyết do những luật về thừa kế hoặc truyền thống hiện hành.
- Các can thiệp tại nơi làm việc để tối đa hoá sự tham gia tiếp tục của lực lượng lao động;
- Chăm sóc tại nhà ở các hộ gia đình nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của những người đang sống chung với HIV/AIDS;
- Các nhóm tự giúp dựa vào cộng đồng để hỗ trợ cho cá nhân và gia đình, nhằm đảm bảo cho trẻ em tiếp tục được đến trường, duy trì các mô hình chi tiêu của hộ gia đình và đẩy mạnh tiết kiệm.

### **Các can thiệp chủ yếu nhằm giảm tính dễ bị lây nhiễm của những nhóm dân cư cụ thể:**

#### **Xây dựng năng lực**

Giống như nhiều hoạt động khác có động cơ thúc đẩy từ bên ngoài, phương thức tiếp cận lập kế hoạch chiến lược không có cơ hội tồn tại về lâu dài trừ phi các nhà lập kế hoạch quốc gia và địa phương nội bộ hoá phương pháp này. Cho nên, việc xây dựng năng lực của nhân viên địa phương là vô cùng thiết yếu nhằm làm cho quá trình này đạt được tiến độ cần thiết để tác động đến sự đáp ứng quốc gia, khu vực và toàn cầu đối với đại dịch HIV/AIDS. Như đã nói ở trên, các mạng lưới khu vực cung cấp sự trợ giúp kỹ thuật sẽ được sử dụng cho mục đích đó, nhưng cách học hỏi tốt nhất là tham gia tích cực vào hoạt động trong thực tế cuộc sống.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch chiến lược cho đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS, UNAIDS.*

- Rà soát và cải cách luật pháp nhằm thay đổi các đạo luật và các chính sách của chính phủ vốn đã làm cho các nhóm đối tượng dễ bị nhiễm gặp khó khăn trong việc tự bảo vệ mình. Ví dụ: các đạo luật quy định nghề mại dâm là bất hợp pháp, đặc biệt nếu đem áp dụng một cách mạnh mẽ, có thể không khuyến khích các đối tượng mại dâm tìm kiếm sự giúp đỡ;
- Các chiến dịch giáo dục HIV/AIDS tại trường học và ở nơi làm việc;
- Thanh thiếu niên, đặc biệt là nữ, được tiếp cận nhiều hơn với giáo dục;
- Đưa nội dung phòng chống, giáo dục HIV/AIDS vào các chương trình quân sự của lực lượng vũ trang, đặc biệt cho quân nhân, những người dễ bị nhiễm;
- Các chương trình nhằm vào các đối tượng tù nhân.



### 3.6. Đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực

Đào tạo/định hướng các cấp ra quyết định trong các chiến lược và chính sách dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS phù hợp về văn hoá có nghĩa là không phải chỉ xây dựng các kỹ thuật, kỹ năng và bí quyết, mà còn thay đổi thái độ và năng lực hiểu biết nữa. Do đó có thể tổ chức những buổi tự đánh giá về tính tương thích và không nhất quán giữa văn hoá của các tổ chức và các thói quen văn hoá, cách suy nghĩ của người dân địa phương cũng như việc xác định các phương thức hội tụ giữa tính hợp lý của các tổ chức và của người dân.

Điều này đòi hỏi phải xây dựng các chương trình đào tạo trên quan điểm nghiên cứu và phát triển một cách chi tiết nhằm giúp các cấp ra quyết định, các nhà chuẩn mực lập kế hoạch và quản lý dự án trong việc lồng ghép các chuẩn mực văn hoá vào quá trình thiết kế và thực hiện các chiến lược, chương trình và dự án. Cần phải duy trì quá trình học hỏi hai chiều, và trao đổi kinh nghiệm giữa các cấp ra quyết định và các cấp thi hành.

#### a. Ai cần được đào tạo/định hướng?

##### Các cán bộ ra quyết định trung và cao cấp

- Các nhà lập kế hoạch, các chuyên gia khoa học và kỹ thuật, những người đứng đầu các chương trình y tế và sức khoẻ, các tổ chức quốc gia và quốc tế;
- Các nhóm chuyên đề;
- Các uỷ ban hành chính và kế hoạch quốc gia về y tế và HIV/AIDS;
- Các chuyên gia giáo dục và truyền thông.

##### Các đối tác cấp cơ sở

Các cán bộ cơ sở: các bên tham gia ở địa phương: tôn giáo, tinh thần, chính trị (các già làng, trưởng bản,...).

#### b. Các phương pháp đào tạo phù hợp về văn hoá

##### Đối tượng loại 1: Các cán bộ bậc cao.

- Đào tạo trước tuyển dụng.

Hiểu và sử dụng phương thức tiếp cận văn hoá cần phải là một phần của nhiều chương trình đào tạo khác nhau ở cấp sau đại học. Nó cần phải bao gồm các tài liệu có tính chất hàn lâm về các ngành khoa học xã hội và nhân văn, được bổ sung bởi các buổi học trên thực địa, ví dụ như trong chương trình giảng dạy của các trường cao đẳng y tế và các trường đại học; các học viện hành chính công và các viện đào tạo quản lý kinh tế và xã hội chuyên ngành. Một khả năng khác là cử các cán bộ bậc cao đi học ở các cơ sở đào tạo hai chuyên ngành: y khoa và nhân chủng học.

- Các hội nghị hội thảo định hướng và cập nhật kiến thức.

Do hầu hết các nhà ra quyết định cao và trung cấp có trình độ chuyên ngành ở bậc đại học hoặc sau đại học, cho nên có thể dự kiến tổ chức cho họ các buổi định hướng và cập nhật kiến

thức. Các buổi này có thể tổ chức dưới dạng hội nghị, hội thảo chuyên ngành tại chức hoặc các khoá học ngắn hạn và tập trung.

### **Đối tượng loại 2: Các cán bộ chuyên môn bậc trung.**

- Giáo viên, hiệu trưởng các trường học, cán bộ xã hội;
- Nhân viên y tế và điều dưỡng khi cần thiết;
- Các phóng viên báo chí và truyền thông đại chúng.

### **Đối tượng loại 3: Các cán bộ cơ sở<sup>1</sup>.**

Tóm lại, các cách thức và phương tiện xây dựng sự đáp ứng phù hợp về văn hoá đối với những nguy cơ, khả năng dễ bị tổn thương, phòng ngừa, chăm sóc, hỗ trợ và giảm tác động có thể tóm tắt lại trong một số phương pháp học sau đây:

1. Những thách thức này không thể chỉ giải quyết được về mặt y học và nhận thức, mà phải trong khuôn khổ của các chiến lược và chính sách kinh tế, xã hội và văn hoá lồng ghép;

2. Các quy tắc chung cho việc xây dựng các chính sách phù hợp như sau: ý chí và sự lãnh đạo chính trị, sự cởi mở về mặt xã hội, sự tham gia rộng rãi của đồng đảo các đối tác, các cải cách về chính sách xã hội (y tế, giáo dục, giảm thiểu những bất công), các nguồn tài lực và nhân lực đầy đủ.

3. Các nguyên tắc chủ yếu:

- Áp dụng một phương pháp tiếp cận toàn diện, lập kế hoạch có triển vọng dài hạn, với trọng tâm nhấn vào tính bền vững của các biện pháp và tác dụng lâu dài của chúng;
- Nhận biết nhu cầu của nhiều cấp chiến lược và chính sách khác nhau về tính liên tục và thay đổi trong các tình huống và đáp ứng thể chế;
- Huy động người dân và xã hội thông qua việc xác định những quan điểm tập trung mang tính chất hợp lý về thể chế, văn hoá và những động cơ thúc đẩy về HIV/AIDS.

4. Các tiêu chí tập quán tối ưu xác định bởi UNAIDS:

- Tính hiệu quả;
- Sự lành mạnh về đạo đức;
- Hiệu suất;
- Tính bền vững;
- Sự phù hợp.

5. Các công cụ và phương pháp cho các chiến lược và chính sách trên cơ sở văn hoá:

- Đảm bảo với các đối tác chính của công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS về sự hiện

1. Việc đào tạo các cán bộ cơ sở được mô tả chi tiết trong cuốn sách *Hướng dẫn về Công tác cơ sở: Xây dựng năng lực đáp ứng của địa phương*, UNESCO - UNAIDS, 2001.

diện trên quy mô toàn cầu và lâu dài của quá trình đã lôi cuốn họ tham gia, nhằm phối hợp và lồng ghép tốt hơn các chính sách ở tất cả mọi cấp.

- Những công cụ mới cho các bước lập kế hoạch:
  - Rà soát và vạch lộ trình ở cấp vĩ mô;
  - Xác định giao diện giữa các mô hình tiền công nghiệp và công nghiệp liên quan đến cuộc khủng hoảng HIV/AIDS toàn cầu và sự đáp ứng của quốc tế;
  - Nghiên cứu và phát triển các tình huống chính sách chung và thay thế phản ánh sự đa dạng về tình huống;
  - Lồng ghép tốt hơn các chiến lược thể chế và khuyến khích các sáng kiến liên tổ chức;
  - Áp dụng phương thức tiếp cận từ dưới lên và khung thời gian theo trình tự thời gian thích ứng trong việc lập kế hoạch và thực hiện các chiến lược và chính sách.
- Những vấn đề đã xác định sai và quan trọng cần được nghiên cứu:
  - Những sự tương tác lẫn nhau giữa văn hoá, phát triển và HIV/AIDS;
  - Khái niệm và nội dung của một "môi trường thuận lợi";
  - Các kế hoạch hành động toàn diện, sự phân công vai trò, các công cụ thông tin và đánh giá, các biến số chủ yếu về chính sách.
- Một số công cụ hiện có cần được dùng rộng rãi hơn hoặc điều chỉnh:
  - Hệ thống hoá việc thu thập số liệu;
  - Xử lý và lưu hành những thông tin hiện có;
  - Tăng cường các phương pháp lập kế hoạch mới liên quan đến phương thức tiếp cận văn hoá.
- Các công cụ mới cần phải được phát triển liên quan đến quy mô toàn cầu của cuộc khủng hoảng HIV/AIDS và các khía cạnh thời gian và địa - văn hoá của nó; các tiêu chí lý thuyết và thực tiễn để tạo thuận lợi cho các chính sách thí điểm về phối hợp hành động/nghiên cứu/đào tạo; xây dựng các chỉ số về văn hoá của sự thay đổi hành vi cho các tổ chức và các nhóm dân cư.

6. Trong bối cảnh như vậy, vai trò, hình thức hoạt động và cơ chế hiện đang được sử dụng trong phạm vi và giữa các tổ chức cần phải được rà soát và đổi mới.

7. Các ưu tiên hành động chính cho các chiến lược và chính sách có thể được liệt kê một cách cụ thể như sau:

- Các phương pháp và nội dung của truyền thông phù hợp về mặt văn hoá để thay đổi hành vi;
- Cụ thể hơn, thông tin và giáo dục dự phòng được đổi mới (nguy cơ và đoàn kết);
- Thu hút sự tham gia của các bên ở địa phương và các nhóm dân cư, nhằm xây dựng đáp ứng dựa vào cộng đồng;

- Tiếp theo đó, phối hợp huy động cả mạng lưới thể chế và xã hội dân sự, và định nghĩa lại các tổ chức;
- Đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực như một công cụ chủ chốt về mặt này.

### III. KẾT LUẬN

Ngay từ đầu (1996), việc lập Chương trình chung của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) đã mở ra một phương thức tiếp cận mới cho việc dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Yêu cầu đầu tiên nêu ra là cần phải có sự điều phối giữa các đối tác trong cuộc chiến chống đại dịch này. Chính sự cần thiết này đã mở ra một hướng mới cho việc xây dựng một chiến lược thống nhất giữa các tổ chức, coi nó như một phần không thể thiếu được để áp dụng một tiếp cận toàn diện trong dự phòng và chăm sóc.

Tương tự như vậy, UNAIDS đã nhấn mạnh sự cần thiết phải quan tâm đầy đủ đến cấu trúc đa phương diện của vấn đề và sau đó phải có cái nhìn tổng quát về các chiến lược và chính sách, nhằm đặt cuộc khủng hoảng vào trong bối cảnh của chính nó.

Theo quan điểm trên đây, Dự án phối hợp UNESCO/UNAIDS, được bắt đầu năm 1998 dưới tiêu đề "Phương thức tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS", thể hiện nỗ lực mới nhằm đi tìm giải pháp cho sự thách thức hiển nhiên không thể vượt qua được này, trên cơ sở một giả định kép nhằm vào những yêu cầu tương tự như yêu cầu trong chiến lược của UNAIDS đó là: sự cần thiết phải điều chỉnh nội dung và tiến độ hành động cho phù hợp với trạng thái tâm lý, tín ngưỡng, hệ thống giá trị và năng lực huy động của con người, và nhiệm vụ tiếp theo là thay đổi các chiến lược và chính sách quốc gia và quốc tế cho phù hợp.

Trong chương này, có 3 vấn đề lớn đã được xem xét về khía cạnh trên:

- Xem xét lại một cách thấu đáo các chính sách và chiến lược liên quan đến các tập quán có nguy cơ trực tiếp, gián tiếp hiện nay và tình hình ở cơ sở;
- Đưa ra những đề xuất mới về các chiến lược và chính sách dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm tác động có hiệu quả, phù hợp và bền vững hơn;
- Cụ thể hơn, xác định và thực hiện những ưu tiên hành động sau đây:
  - Phối hợp huy động mạng lưới các tổ chức và cả xã hội dân sự;
  - Xây dựng sự đáp ứng dựa vào cộng đồng trước khi xác định trách nhiệm cụ thể của các tổ chức;
  - Tiếp tục công tác giáo dục dự phòng liên quan đến nguy cơ và tình đoàn kết, như một khía cạnh chủ yếu của truyền thông phù hợp về văn hoá cho thay đổi hành vi;
  - Đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực ở tất cả các cấp: vượt qua các kỹ năng về kỹ thuật, khoa học và hành chính, mở ra một tầm nhìn rộng lớn hơn về môi trường xã hội và văn hoá của công tác dự phòng và chăm sóc trong các cán bộ chuyên môn tham gia thực hiện các chiến lược và chính sách.

## CHƯƠNG 3

# CÔNG TÁC THỰC ĐỊA: XÂY DỰNG PHONG TRÀO ĐỊA PHƯƠNG

### I. ĐÁNH GIÁ HIỆN TRẠNG CÔNG TÁC THỰC ĐỊA

Những phát triển gần đây trong công tác dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ ở thực địa cho thấy cần phải có hướng dẫn cụ thể hơn cả về phương pháp đào tạo cũng như phương pháp thực hành; cần phải xét lại vai trò của cán bộ thực địa trong mối quan hệ với nhân dân, với các cơ quan và các tổ chức phi chính phủ lớn. Qua phân tích tình hình thực tại đã rút ra ba kết luận lớn về: 1) Sự tham gia của cộng đồng, 2) Ý kiến phản hồi của địa phương, 3) Vai trò của cán bộ thực địa trong toàn bộ quá trình hoạt động.

Rõ ràng công tác chăm sóc dự phòng ở thực địa không thể nào tiến hành một cách đơn độc và chỉ hạn chế ở các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe; bởi vì cán bộ và cơ sở y tế vẫn còn rất thiếu thốn, nhất là ở các vùng ngoại thành, nông thôn vùng sâu vùng xa và trại ty nạn. Đây cũng là lý do vì sao xây dựng mối quan hệ hợp tác với nhân dân ở địa phương là điều rất thực tế.

Ngoài ra, khi cung cấp thêm nhân lực để tăng cường chăm sóc y tế và sức khỏe dưới cơ sở người ta dần dần nhận thấy rằng trong công tác phòng chống nguy cơ lây nhiễm và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, không thể nào chỉ dựa vào những can thiệp từ bên ngoài vào để đưa đến những thay đổi về hành vi. Nói chung, sự thay đổi mong muốn này không thể thực hiện được nếu không có sự tham gia hưởng ứng của người dân ở địa phương.

#### 1. Nhận xét chung về công tác thực địa

Thuật ngữ “tham gia” ngày càng được sử dụng nhiều từ những năm 1970 nhằm để mô tả một quá trình phát triển được các tổ chức quốc tế ủng hộ. Nhưng thuật ngữ đơn giản này lại hàm chứa rất nhiều thực tế khác nhau, tùy thuộc vào mức độ vận dụng trong quá trình lập kế hoạch. Sự tham gia có thể chỉ là những lời nói đơn thuần nhưng cũng có thể từ đó hình thành nên những quan hệ đối tác hiệu quả, thậm chí trách nhiệm được chuyển từ các tác nhân khách quan ở bên ngoài sang cho nhân dân địa phương, thông qua ít nhiều một số hoạt động tư vấn. Tham gia là một nội dung hoạt động lớn của biện pháp văn hoá trong tất cả các dự án tiến hành công tác thực địa và xây dựng phong trào cơ sở.

Về khía cạnh này, các nghiên cứu của UNAIDS đã góp phần quan trọng mang tính cải cách đối với cuộc tranh cãi về sự tham gia của quần chúng. Tài liệu *Huy động cộng đồng và cập nhật kỹ thuật AIDS* của UNAIDS đã viết: “Các hoạt động ở cộng đồng - đa phần là do người có hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV đề xướng - đã có một vai trò quan trọng trong nỗ lực toàn cầu chống lại HIV/AIDS. Ở nhiều nước, đáp ứng cộng đồng có trước cả quốc gia. Nó đã được chứng minh là một nhân tố thiết yếu đối với nhiều hoạt động khác của chương trình quốc gia, đáng kể nhất là nâng cao hiểu biết, công tác dự phòng, cải tổ chính sách và hệ thống luật pháp, giảm thiểu ảnh hưởng, ủng hộ, khuyến khích và chăm sóc hỗ trợ của gia đình hay cộng đồng”.

### 1.1. Cộng đồng là gì?

Thông thường công tác vận động quần chúng ở một cộng đồng có nghĩa là tiến hành can thiệp ở cấp cơ sở làng bản hay ở tuyến huyện. Tại các vùng nông thôn, đơn vị làng xóm là quy mô thích hợp để thực hiện các dự án chăm sóc dự phòng cộng đồng. Tuy cơ cấu cộng đồng ở thành phố yếu hơn, nhưng những dự án này vẫn có thể tiến hành được ở cấp quận hay thông qua các hoạt động văn hóa xã hội. Có thể dựa trên cơ sở này để xây dựng phát triển công tác thực địa, bởi vì nó khuyến khích sự hiểu biết lẫn nhau và tăng cường tình đoàn kết thân ái với mọi người trên cơ sở cùng có chung những chuẩn mực và tiềm năng văn hóa xã hội.

Tuy nhiên, theo định nghĩa của UNAIDS còn có một kiểu cộng đồng nữa trong đó các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa xã hội khác cũng có thể được huy động để thực hiện công tác dự phòng chăm sóc. Định nghĩa này bao hàm một ý nghĩa rộng lớn bao quát hơn: *cộng đồng là một tập thể nhóm gồm nhiều cá nhân gắn bó liên kết với nhau về tôn giáo, tín ngưỡng, hay trong sinh hoạt và cùng nhau hành động vì lợi ích chung nhằm dự phòng và chăm sóc hỗ trợ HIV/AIDS.*

#### Các nhóm cộng đồng khác nhau

Ngoài tiêu chuẩn mang tính địa lý đơn thuần, cộng đồng còn có thể xác định theo những phạm trù dưới đây:

- Cộng đồng cùng lợi ích - gồm những người có chung mục đích, chẳng hạn cán bộ y tế làm về HIV/AIDS. Các cán bộ này có thể làm việc tốt hơn nếu họ áp dụng quan điểm văn hóa;
- Cộng đồng cùng hoàn cảnh - gồm những người có xuất xứ khác nhau nhưng có chung vấn đề sức khoẻ, ví dụ: những người nhiễm HIV do tiếp nhận các sản phẩm máu ô nhiễm;
- Cộng đồng theo cơ cấu xã hội - gồm những người cùng chung đặc điểm cùng chung lịch sử; họ kết liên với nhau vì có chung thái độ chủ kiến và theo đuổi những thang giá trị giống nhau, tự coi là một cộng đồng biệt lập.

Cộng đồng có thể là những tổ chức của nhà thờ, nghiệp đoàn, hiệp hội ngành nghề, câu lạc bộ thể thao, hiệp hội văn hoá xã hội, đoàn thanh niên, hội phụ nữ, hội gia đình và lễ dĩ nhiên cả hội người nhiễm HIV/AIDS nữa. Mỗi cộng đồng đều gắn với những nguồn lực, tiềm năng và động lực khác nhau để đối phó với dịch bệnh HIV/AIDS. Bất kể khác biệt, cần phải chú trọng huy động tiềm năng của tất cả các cộng đồng này vào cuộc đấu tranh chung phòng chống HIV.

Hơn nữa, các hoạt động chiến lược dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS còn có thể thực hiện được ở nơi làm việc, ngoài chợ, sân thể thao, quán bar và các địa điểm vui chơi, giải trí.

*Nguồn: Hướng dẫn xây dựng kế hoạch chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS: Huy động nguồn lực, Geneva, UNAIDS, 1998.*

### 1.2. Tham gia là gì?

#### a. Tư vấn hạn chế

Do chú trọng huy động “cộng đồng” tham gia vào các dự án chăm sóc dự phòng nên đã đẩy HIV/AIDS và các cơ quan y tế đến chỗ lẫn lộn giữa “tham gia” với “tham vấn” trong những bối



cảnh không gian và thời gian hạn hẹp. Hầu hết mọi trường hợp, các quyết định quan trọng trong các chương trình thông tin giáo dục dự phòng vẫn thường được ấn định trước khi tiến hành thảo luận kỹ lưỡng rõ ràng với những người bị ảnh hưởng. Sự tư vấn ý kiến của đại diện địa phương và các bên tham gia khác chỉ được thực hiện như một phần của giai đoạn đánh giá sơ bộ, hoặc chỉ dùng để sửa đổi không đáng kể các hoạt động tương lai đã được vạch ra trên nền cơ sở phương pháp y học và nhận thức. Nhân dân ở dưới cơ sở vẫn chưa có cơ hội trình bày các mối quan tâm, nhu cầu và quan điểm của mình nhằm tìm ra giải pháp phù hợp. Hầu như họ vẫn không thể làm gì để có thể thay đổi được các mục đích, mục tiêu đề ra trong một chương trình định sẵn, mà cốt lõi của nó vẫn chỉ mang tính khoa học và hợp lý đơn thuần.

Trong khuôn khổ hạn hẹp như vậy, công tác tư vấn sẽ khuyến khích một số nhóm nhất định tăng cường bàn thảo. Đồng thời, nó sẽ giúp mọi người nắm bắt thông tin và có phương pháp bài bản để trình bày hiệu quả quan điểm của mình. Những cơ hội như thế chưa bao giờ được tạo ra cho các nhóm dễ bị nhiễm là những đối tượng cần có các dự án chăm sóc dự phòng hơn ai hết. Hậu quả là công tác tư vấn vẫn chỉ mang tính hình thức nhằm mục đích hợp thức hóa hoạt động can thiệp, chứ chưa thực sự hội nhập ý kiến quần chúng vào quá trình ra quyết định.

#### *b. Tham gia xây dựng kế hoạch dự phòng và chăm sóc*

Ngoài việc tiến hành tư vấn hạn chế, các cơ quan còn có thể dùng sự tham gia của quần chúng để làm cơ sở nghiên cứu nhu cầu cộng đồng. Để rồi sau đó cộng đồng sẽ được tham gia thực hiện dự án.

Người ngoài cộng đồng có thể chấp nhận linh động ở một chừng mực nào đó, nếu sự linh động đó không làm ảnh hưởng đến mục đích và mục tiêu của hành động đã được hoạch định. Trong những hoàn cảnh như thế, suy cho cùng sự tham gia vẫn chỉ mang tính tương đối và có điều kiện, còn tiêu chí và lợi ích thực hiện dự án vẫn là do bên ngoài ấn định. Chính vì thế tính bền vững sẽ không đảm bảo được do không xác định được trách nhiệm thực sự trong việc xác định, thực hiện và đánh giá các nhu cầu, nguồn nhân lực và tiềm năng văn hóa cơ hữu tại cơ sở.

#### *c. Quan hệ đối tác*

Sự tham gia của quần chúng nhân dân dưới hình thức các quan hệ đối tác ở cơ sở đã được áp dụng thử nghiệm ở nhiều nơi trên thế giới. Nó thể hiện sự cân đối lực lượng giữa cộng đồng

#### **Tham gia, đại diện nửa vời**

Bất cứ dự án nào cũng thế, luôn luôn có một nguy cơ là lãnh đạo hay người phát ngôn của cộng đồng - dù cũ hay mới - đều không đại diện cho tiếng nói của toàn thể nhân dân, mà chỉ chú trọng đến các mối quan tâm hay công việc của bản thân họ. Đồng thời, có một số nhóm nhỏ nằm trong cộng đồng lớn hơn, nhưng lại có vai trò tham gia rất quan trọng trong công tác dự phòng chăm sóc HIV/AIDS, thì lại bị gạt ra ngoài rìa hoặc không được đếm xỉa đến.

Tuỳ từng địa phương cụ thể, những nhóm này có thể là người dân tộc thiểu số, hay là những người làm nghề bị kỳ thị như mại dâm chẳng hạn, hay là những người không có quyền hạn vì trẻ quá, già quá hay vì là phụ nữ. Những đối tượng này thường ngại ngần phát biểu trước công chúng vì e ngại sẽ bị thù oán phân biệt, hoặc do thiếu kinh nghiệm phát biểu ý kiến.

*Nguồn: Aids và huy động cộng đồng, Thông tin kỹ thuật cập nhật, UNAIDS, tháng 4-1997.*

địa phương với can thiệp từ bên ngoài, và đòi hỏi phải chuyển dần dần từ nhiều hình thức tham gia khác nhau (còn hạn chế mức độ tương đối thấp) sang quan hệ đối tác.

Quan hệ đối tác được xây dựng trên cơ sở những nguyên tắc sau đây:

- Các hoạt động dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ phải trở thành mục tiêu chung của toàn thể cộng đồng, có thể huy động được bộ máy tổ chức xã hội và văn hóa ở địa phương tham gia phần đầu thực hiện. Chỉ khi đó, các đối tượng thụ hưởng lợi ích ở cộng đồng bao gồm cả người nhiễm HIV/AIDS mới được động viên tham gia vào các hoạt động tiến hành. Dự án phải dựa trên cơ sở cơ cấu làng xã ở địa phương và kinh nghiệm quản lý chung các dự án trước đây, kể cả kinh nghiệm của dự án tiến hành ở những nơi khác;
- Chính quyền địa phương sẽ làm trọng tài phân xử tranh chấp, bất đồng;
- Các khoản phí dịch vụ y tế hay để mua bao cao su phải phù hợp với điều kiện ở địa phương.

Khi phát động phong trào chăm sóc dự phòng, toàn thể cộng đồng bước vào một quá trình biến đổi đã được hoạch định nhờ sự giúp đỡ từ bên ngoài. Trong quá trình biến đổi này cần phải chú ý tới các quy ước, luật lệ, cấm kỵ của các cộng đồng cùng tham gia thực hiện, và lưu tâm tới cách thức hình thành các tập quán, chuẩn mực, giá trị văn hoá mới của cộng đồng. Sau đó có thể vận dụng những kinh nghiệm chuyển biến này cho các vấn đề tương tự ở những nơi khác, nhưng có thể do các đội ngũ khác tiến hành. Đối với những cộng đồng ít năng động, phải tiến hành các hoạt động phong trào một cách rất cẩn thận, bởi vì khi đó sẽ thiếu nhiều yếu tố quan trọng.

### **1.3. Thế nào là công tác thực địa? Ai làm cán bộ thực địa?**

Khi phân tích vai trò của công tác thực địa và cán bộ thực địa trong quá trình dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ phải dựa trên cơ sở tình hình cụ thể. Vấn đề chủ yếu cần xem xét là mâu thuẫn giữa nhận định của nhà nước với nhân dân trong việc xác định vấn đề và phương cách đối phó.

Mặc dù gần đây đã có nhiều tiến bộ thu được qua các chương trình hoạt động của UNAIDS, nhiều cơ quan tổ chức và chuyên gia kinh tế, quốc tế cũng như trong nước, ở cả khu vực nhà nước cũng như khu vực tư nhân, vẫn chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng của các yếu tố phi y tế, phi tri thức và phi kinh tế cũng như ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với mọi người. Sẽ thấy rất rõ điều này khi tiến hành đánh giá công tác dự báo và chương trình hành động can thiệp bằng phương pháp văn hóa.

Các cộng đồng thụ hưởng lợi ích của các đề án dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ thường không thể hiểu được lý do dẫn dắt các cơ quan tổ chức nhà nước đi đến thành lập dự án cũng như cách thức tác động ảnh hưởng của nó đối với thái độ hành vi của cán bộ thực hiện và làm giảm hiệu quả của hành động can thiệp.

Mâu thuẫn này có ảnh hưởng lớn đến các điều kiện, nội dung hoạt động ở cơ sở và đối với vai trò của cán bộ thực địa.

#### **a. Thế nào là công tác thực địa?**

Công tác thực địa bao gồm công việc chuẩn bị, thực hiện và đánh giá một dự án ở cấp cơ

sở, nhằm phục vụ và phối hợp với một cộng đồng dân cư nhất định.

- Cán bộ thực địa phải giúp nhân dân xác định vấn đề ưu tiên, tìm ra được những giải pháp mà bản thân họ có thể thực hiện được và những giải pháp cần hỗ trợ từ bên ngoài;
- Muốn thực hiện các hoạt động ở cơ sở thì cần phải có những thông tin chỉ có cán bộ thực địa mới biết, dựa trên cơ sở yêu cầu của người dân; sau đó phải phối hợp tiến hành đánh giá thường xuyên kết quả đạt được và vấn đề đã gặp phải;
- Sự giúp đỡ hỗ trợ của cán bộ thực địa sẽ chỉ thực sự có lợi một khi nó được lồng ghép với quá trình thay đổi hành vi văn hóa diễn ra ngay ở bên trong cộng đồng<sup>1</sup>.

Hầu hết các chương trình thực địa đều không đáp ứng được ba điều kiện nêu trên do sức ép thể chế thiên ưu tiên cho các hoạt động y tế và nâng cao nhận thức hiểu biết, và cũng do cán bộ thực địa chưa được đào tạo huấn luyện và giác ngộ đầy đủ về các yếu tố văn hóa có ảnh hưởng đến công việc của họ. Hậu quả hết sức phổ biến là sự trục trặc trong mối liên hệ giữa nhân dân địa phương với người làm công tác thực địa và cơ quan tổ chức mà họ phải báo cáo về các hoạt động và nhu cầu thực sự của người dân.

Bất cứ một phương pháp dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ mới nào, giống như phương pháp văn hóa nêu trong tài liệu này, cũng đều phải đặc biệt chú ý đến đội ngũ cán bộ thực địa, tập hợp nghiên cứu những kinh nghiệm phê phán của họ về những lối công tác hiện nay. Sau khi đã phân tích kỹ lưỡng kinh nghiệm của cán bộ thực địa là những người ở cương vị tốt nhất có thể hiểu rõ tình hình và đề xuất yêu cầu, lúc bấy giờ mới kiến nghị biện pháp cải tiến các phương pháp hiện thời, xây dựng kế hoạch và thiết chế tổ chức nhằm giúp cho cán bộ thực địa đáp ứng phù hợp với tình hình thực tế ở địa phương; đây là một điều kiện quan trọng không thể thiếu được để duy trì có hiệu quả các hoạt động can thiệp phù hợp với truyền thống văn hóa.

#### *b. Cán bộ thực địa sẽ là những người như thế nào?*

Người làm công tác thực địa có hai loại chính:

- *Cán bộ phát triển*: là người được trả lương hay làm việc theo hợp đồng cho các cơ quan, tổ chức quốc tế hay trong nước và các tổ chức phi chính phủ, chịu trách nhiệm phân vốn cho các dự án và điều hành hoạt động. Những người này được tuyển dụng trên cơ sở năng lực hành chính và kỹ thuật của bản thân và thường được tuyển chọn do hiểu biết thông thạo về khoa học - xã hội và các phương pháp truyền thông;
- *Cán bộ thực địa*: là những người làm việc trực tiếp với cộng đồng ở dưới cơ sở, là tình nguyện viên hay là nhân viên của các tổ chức phi chính phủ trong nước. Có thể đây là những người đã được đào tạo huấn luyện hay đã có kỹ năng kiến thức nhờ kinh nghiệm nhiều năm hoạt động.

Cả hai loại cán bộ nêu trên có thể là người bản xứ hoặc người nước ngoài. Thông thường, những người này không hoạt động một mình, mà làm việc tập thể trong một đội ngũ gồm các cán bộ thực địa khác và cán bộ địa phương.

1. *Liên tục biến đổi*, tài liệu của UNESCO xuất bản năm 2000, tr. 203.

Ngoài ra, cán bộ thực địa còn có nhiệm vụ phải hợp tác với các thành phần tham gia dự án khác ở địa phương, như là cán bộ công chức nhà nước nằm tại địa phương, cán bộ văn hóa dân tộc, cán bộ thông tin, thầy thuốc dân tộc cổ truyền.

## 2. Công tác thực địa: Thành tựu và hạn chế

Công tác vận động cộng đồng tham gia phòng chống HIV/AIDS đã và đang đạt được nhiều thành tựu đáng kể trên toàn thế giới. Các hoạt động tiến hành trong các dự án cộng đồng cũng không kém phần phong phú như các dân tộc và các nền văn hoá đã tạo dựng nên chúng. Một số hoạt động “cây nhà lá vườn” tự túc hoàn toàn, một số khác được nhận viện trợ từ bên ngoài để tiến hành. Một số hoạt động được thực hiện ở các trụ sở tôn giáo, một số khác ở cơ sở y tế, thậm chí có những hoạt động diễn ra ở những nơi mọi người thường quây quần tụ họp, như một gian bếp nhà người hàng xóm chẳng hạn. Rất nhiều hoạt động tập trung vào nội dung giáo dục, ngoài ra là các chủ đề chăm sóc, dự phòng hay nhiều chủ đề khác.

Đáng tiếc, công tác thu thập số liệu về lĩnh vực hoạt động này vẫn còn là một thách thức. Hồ sơ lưu trữ ở dưới cộng đồng vẫn còn hết sức sơ sài và thiếu đồng bộ; không có các số liệu mang tính định lượng; kích thước mẫu quá nhỏ bé hay không được xác định rõ ràng nên kết quả thiếu tin cậy. Thậm chí ngay cả khi thay đổi đã có thể đo đếm được, cũng rất khó khăn liên hệ chúng với những hành vi cần đánh giá.

Tuy nhiên, đã có thể rút ra kết luận những nguyên nhân chính giúp cho các dự án thực hiện ở cộng đồng đạt được những tiến bộ có ý nghĩa trong việc tiến hành công tác dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ. Nguyên nhân thứ nhất là nhờ có sự gắn gũi về mặt địa lý giữa các đối tác thực hiện dự án, với nhân dân địa phương và các tổ chức thực hiện ở dưới cơ sở, giúp cho các bên dễ dàng làm quen tìm hiểu lẫn nhau. Ngoài ra, sự gắn gũi này còn giúp các bên có cơ hội xác định rõ ràng vấn đề cần giải quyết, hoàn cảnh khách quan và các biện pháp can thiệp. Nhờ đó, việc huy động mọi người tham gia hành động sẽ trở nên dễ dàng hơn, bởi vì tất cả đều là người của cộng đồng hoặc là người gắn gũi với cộng đồng. Điều cuối cùng là sự gắn gũi về mặt địa lý có thể đem lại cơ hội để đánh giá được tình hình chung, những thiếu sót cần khắc phục và những biến chuyển ngày một rõ nét hơn nhờ ảnh hưởng của hoạt động đã tiến hành.

Mặc dù có nhiều ích lợi, kiểu dự án này còn có nhiều hạn chế. Hạn chế thứ nhất là nhân dân địa phương dần dần mất tin tưởng và lòng nhiệt tình tham gia dự án. Nhược điểm này trở nên đặc biệt nghiêm trọng khi bất kỳ hoạt động phòng chống HIV/AIDS nào cũng đều cần phải tiến hành lâu dài, bởi vì quãng thời gian từ khi bắt đầu nhiễm HIV cho đến khi phát triển thành AIDS là cả một thời kỳ khá dài, cũng như cần có thời gian để có thể đánh giá đúng tình trạng bệnh tật khi các biểu hiện vẫn còn chưa rõ ràng.

Hạn chế thứ hai không kém phần nghiêm trọng đối với một dự án ở cơ sở là quy mô về địa lý. Theo định nghĩa, thì quy mô dự án chỉ tập trung vào một khu vực hành động hạn chế thôi, chứ không thể có hiệu quả một khi vượt qua giới hạn này. Như vậy, người ta chỉ có thể mở rộng phạm vi hoạt động từ khu vực dự án giai đoạn I sang các khu vực lân cận khác một khi được bổ sung thêm nguồn lực và tiến hành đánh giá tính khả thi của việc mở rộng kết quả của giai đoạn thử nghiệm ban đầu. Việc nhân rộng kết quả sang một khu vực khác có bối cảnh khách quan về môi trường, đất nước và điều kiện kinh tế, xã hội và trên hết là trên một nền tảng văn

**Làm thế nào để biết cái gì là “nhất”?**

Trong công tác vận động cộng đồng, chúng ta ít khi biết được điều gì là “thích hợp nhất” khi nói đến chữ “nhất”, chúng ta muốn nói “thích hợp nhất, hiệu quả nhất, được việc nhất, đạo đức nhất, có khả năng bền vững nhất ở mọi lúc, mọi nơi”. Điều này hoàn toàn đúng khi chúng ta đứng trước đòi hỏi phải có các phương pháp phân tích định lượng chặt chẽ và giám sát thiết kế nghiên cứu một cách nghiêm ngặt.

Mặt khác, chúng ta vẫn có thể tin tưởng để nói rằng một hành vi được coi là “tốt”, tất nhiên là ở một nơi cụ thể nào đó, và còn có thể tốt ở cả những nơi khác nữa. Đôi khi, chúng ta còn có thể đi xa hơn nữa để mà đánh giá hành vi này “tốt hơn” một hành vi khác, và lại tất nhiên là ở một nơi cụ thể nhất định, đồng thời có thể cả ở nhiều nơi khác nữa.

*Nguồn: An ủi và hy vọng, sáu nghiên cứu điển hình về huy động gia đình và cộng đồng chăm sóc cho và chăm sóc bởi người nhiễm HIV/AIDS, UNAIDS, tháng 6-1999.*

hóa xã hội không giống như cũ sẽ phát sinh ra nhiều vấn đề phức tạp, đòi hỏi phải tiến hành nghiên cứu phân tích sơ bộ một cách sâu sắc.

Khó khăn nghiêm trọng cuối cùng trong việc tiến hành công tác cộng đồng và thực hiện các dự án vận động quần chúng là ảnh hưởng đối với cơ sở của các chiến lược do người thực hiện không phải là người địa phương, hay không phải là người bản xứ mà có thể là do người nước ngoài đảm nhiệm sẽ đạt tới mức độ nào; những ảnh hưởng đó là một trong muôn vàn ảnh hưởng của quá trình toàn cầu hoá, sẽ luôn luôn có tác động nhưng không dễ dàng làm chủ nếu như không bị áp đặt. Tình trạng này khiến cho không thể làm gì nổi ở cơ sở, nếu như chúng ta không nhìn nhận vấn đề bằng một quá trình tư duy mang tính toàn cầu.

**II. CÔNG TÁC THỰC ĐỊA PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THỐNG VĂN HÓA****1. Tóm tắt: công tác thực địa - khâu quan trọng trong công tác dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng**

Qua kết quả của các cuộc đánh giá quốc gia đã được tiến hành trong đề án phối hợp giữa UNESCO và UNAIDS cho thấy các chính sách quốc gia hiện hành chưa mang lại những thay đổi hành vi đáng kể của nhân dân trong công tác dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ. Một lý do gây nên khó khăn này là thiếu mối liên hệ giữa các tổ chức thể chế với thực địa. Qua các bài học rút ra từ kinh nghiệm thực tiễn, UNAIDS Gionevơ đã đề xuất một chương trình đặc biệt có tên gọi là “Xây dựng phong trào địa phương”.

Như vậy, mọi người đã thừa nhận vai trò của thực địa là “nền tảng”, yếu tố quyết định sự thành công hay thất bại của các chính sách và chương trình dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Thực địa chính là nguồn cung cấp thông tin thực tiễn nhất, phù hợp nhất, tạo điều kiện điều chỉnh các hoạt động dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm bớt ảnh hưởng của HIV/AIDS trong tương lai ở tất cả các cấp, đồng thời cũng là cách đánh giá phù hợp nhất đối với các chiến lược, chương trình và kế hoạch hành động mang tính thể chế.

Nhiều cán bộ thực địa, đặc biệt là nhân viên của các tổ chức phi chính phủ nhỏ coi sự huy



động, tham gia hưởng ứng có hiệu quả của quần chúng nhân dân là yếu tố quan trọng trong các chương trình dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và tất nhiên là đối với cả mục tiêu làm thay đổi hành vi của mọi người. Một số người còn cho rằng sẽ thích hợp hơn nếu thay thế khái niệm “tham gia” bằng khái niệm “trao quyền”. Làm như thế sẽ phát huy được sự hưởng ứng của nhân dân ở địa phương thông qua việc xây dựng những chương trình dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ, khuyến khích họ tham gia tích cực vào cuộc đấu tranh chống lại dịch HIV/AIDS.

## **2. Xây dựng đáp ứng ở địa phương**

### **2.1. Công tác thực địa**

Công tác thực địa cần phải được cán bộ thực địa đánh giá. Làm như thế sẽ giúp họ có thể tiến hành đối thoại với quần chúng nhân dân nhiều hơn và chuyển từ vai trò người lãnh đạo hành động sang vai trò người cung cấp nguồn lực trong một mối quan hệ đối tác tích cực với cộng đồng ở cơ sở để thiết kế, thực hiện và đánh giá công tác thông tin, giáo dục, truyền thông vận động phòng chống HIV/AIDS cũng như trong công tác chăm sóc hỗ trợ cho những người bị ảnh hưởng bởi bệnh dịch trên toàn thế giới.

Như vậy, công tác thực địa không chỉ đơn giản là một công cụ liên kết chuỗi hoạt động của dự án với kết quả của nó. Công tác này đóng vai trò nòng cốt trong cuộc đấu tranh chống lại bệnh dịch HIV/AIDS, trong đó những người tổ chức thực hiện sẽ phải đối mặt với thực tiễn cuộc sống và những nền văn hóa đặc trưng của những nạn nhân của dịch, những người thụ hưởng sự chăm sóc về y tế và sức khỏe và của những người trực tiếp tham gia thực hiện công tác dự phòng, chăm sóc và giảm bớt ảnh hưởng của bệnh dịch thông qua thay đổi hành vi.

Như vậy, công tác thực địa có thể được coi là:

- Địa điểm thực hiện cụ thể các hoạt động phát triển nhằm vào các nhóm đích đặc biệt;
- Địa điểm áp dụng các nguyên lý và phương pháp đề ra bởi các tổ chức có liên quan đến chương trình vận động quốc tế phòng chống HIV/AIDS (gồm các tổ chức quốc tế, đặc biệt là các tổ chức thành viên của UNAIDS, các chính phủ, và các tổ chức phi chính phủ);
- Nguồn thông tin, giúp cho các tổ chức này điều chỉnh chương trình hoạt động để đáp ứng các nhu cầu cần ưu tiên.

### **2.2. Chân dung người làm công tác thực địa**

Cán bộ thực địa đóng vai trò làm người liên lạc giữa cộng đồng địa phương với các tổ chức trong khi thực hiện các công việc chuẩn bị, thực hiện và theo dõi giám sát sự hưởng ứng của nhân dân ở địa phương và các hoạt động dự án ở cộng đồng. Mối liên hệ giữa tổ chức với cán bộ ở thực địa phải được điều chỉnh sao cho có thể thực thi một cách dễ dàng những nhiệm vụ này.

Do đó, việc đánh giá lại cán bộ thực địa chuyển từ vai trò của người thực hiện sang vai trò làm trung gian/hướng dẫn sẽ rất quan trọng. Để làm được điều này, vai trò của người làm công tác thực địa phải được diễn giải theo những (chuẩn mực văn hoá/xã hội có liên quan đến tình dục, trách nhiệm cá nhân, trách nhiệm gia đình và trách nhiệm tập thể, v.v..).



Có nhiều quan niệm khác nhau về vai trò liên quan đến cộng đồng mà người làm công tác thực địa phải đảm nhận. Có thể diễn giải vai trò đó theo nhiều cách khác nhau:

- Là người cung cấp thông tin giải đáp vấn đề nhưng không được gây thêm thắc mắc hoặc đưa ra những giải pháp không có liên quan gì đến những vấn đề do cộng đồng nêu lên;
- Làm xúc tác: giúp đỡ cộng đồng tìm ra bản chất vấn đề và biện pháp giải quyết;
- Là một nhà hoạt động xã hội: tham gia tích cực hơn trong các cuộc thảo luận để nêu lên những vấn đề thường không được chú ý.

Vai trò mà người này đảm nhiệm có thể đã được xác định bởi mức độ bất ổn về kinh tế, xã hội, văn hóa đã bộc lộ rất rõ liên quan đến vấn đề HIV/AIDS tại cộng đồng người đó đang hoạt động.

Trước sự phong phú đa dạng của tình hình thực tế ở địa phương liên quan đến bệnh dịch, hiển nhiên người làm công tác thực địa phải hết sức linh hoạt để có thể tiếp cận được với cộng đồng, xác định được vấn đề và tìm ra giải pháp:

- Cán bộ thực địa không được phép có sẵn ý định về những gì người đó coi là logic nhất, được việc nhất hoặc hiệu quả kinh tế nhất đối với việc huy động nguồn nhân lực và vật lực ở địa phương. Tuy nhiên người đó phải ý thức được các hành vi văn hóa của mình trong quá trình giao tiếp với cộng đồng và khi cần có thể điều chỉnh được những hành vi đó;
- Cần phải biết chấp nhận lý lẽ của người dân ở địa phương; những lý lẽ đó nhiều khi tỏ ra rất có giá trị. Cán bộ thực địa phải học tiếng địa phương và sử dụng ngôn ngữ của đối tác để có thể đánh giá hết được chi phí, lợi ích, mục đích và kết quả của cuộc vận động phòng chống HIV/AIDS theo quan điểm của quần chúng.

Trách nhiệm chính của cán bộ thực địa là phải đảm bảo bất cứ dự án dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ nào cũng phải được xây dựng dựa trên truyền thống và tiềm năng văn hóa xã hội của địa phương.

### **2.3. Nhiệm vụ của cán bộ thực địa**

Trước hết, cán bộ thực địa phải có khả năng sống như một người quan sát trong cộng đồng trong một thời gian nhất định (từ 5 đến 6 tháng). Trong thời gian này, họ nên tập trung vào các hoạt động sau:

- Thiết lập quan hệ thân thiện tin cậy;
- Gặp gỡ với những người lãnh đạo dư luận ở địa phương;
- Học tiếng địa phương và các thói quen ngôn ngữ;
- Tìm hiểu tôn giáo, phong tục tập quán, hệ thống chuẩn mực, giá trị, tác phong lối sống và các vấn đề ở địa phương.

Chỉ bằng cách quan tâm thực sự đến cuộc sống của nhân dân trong cộng đồng, người làm công tác thực địa mới có thể lấy được lòng tin của người dân và cán bộ lãnh đạo chủ chốt. Cán bộ thực địa phải học cách đánh giá sự khác biệt về văn hóa của họ với nền văn hóa của cộng đồng, và trên hết là sự khác biệt về tri thức cũng như cách giải thích vấn đề và hiện tượng.

Thời gian này cũng giúp cho cán bộ thực địa xác định được thành viên nào của cộng đồng có tri thức và kỹ thuật thực hành và tìm hiểu kỹ lưỡng các hình thức biểu hiện văn hóa cụ thể, nguồn kinh phí của địa phương, phương cách đối phó với các tình huống bất ổn và tổn hại liên quan đến HIV/AIDS.

Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, thời kỳ này sẽ không diễn ra trước các hoạt động phát triển mà sẽ trùng với các giai đoạn hoạt động đầu tiên của cán bộ thực địa ở cộng đồng.

#### *a. Hướng dẫn xây dựng các mối quan hệ*

Thiết lập và củng cố mối quan hệ với các thành viên khác nhau trong cộng đồng là rất cần thiết, nếu người làm công tác thực địa muốn vận động được một phong trào văn hóa dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ bền vững. Muốn làm được như vậy, cần phải thực hiện một số nguyên tắc cơ bản sau đây:

- Thăm hỏi những người lãnh đạo và những người có uy tín trong cộng đồng sẽ giúp nhân dân địa phương dễ chấp nhận;
- Tránh những câu hỏi gây hiểu lầm (có thái độ dung hoà và cố gắng xác minh các thông tin đã thu nhận được);
- Tạo ra mối quan hệ thân thiện (tránh có khoảng cách mang tính “nghề nghiệp”);
- Mở rộng và đa dạng hoá các mối quan hệ (tránh lợi dụng hay cô lập các đối tượng nòng cốt trong cộng đồng), và lựa chọn các đối tượng đại diện cho các nhóm tuổi, tầng lớp và giới khác nhau;
- Tham gia vào các hoạt động sinh hoạt chính của cộng đồng (các lễ kỷ niệm, giỗ chạp, hội hè, các sự kiện văn hóa, thể thao), và coi đó là những cơ hội để giao tiếp gặp gỡ với những người mới và thảo luận các vấn đề mới.

Cán bộ thực địa cũng cần phải đảm bảo toàn thể cộng đồng đều được thông báo đầy đủ về cơ sở xây dựng kế hoạch thực hiện dự án và những ảnh hưởng tích cực của dự án.

Để đạt được mục đích này, mọi người đều phải được thông báo đầy đủ về hệ thống thông tin liên lạc trong cộng đồng - phương thức, thời gian và địa điểm cung cấp thông tin.

#### *b. Xây dựng một hình ảnh “khách quan”*

Những ấn tượng của người làm công tác thực địa thu nhận được qua những kinh nghiệm đầu tiên với cuộc sống văn hóa ở địa phương là nguồn thông tin hiếm có và không thể thiếu được đối với cán bộ thực địa để sau này thực hiện nhiệm vụ được giao. Tuy nhiên những ấn tượng đó mang đầy tính chủ quan. Người cán bộ đó phải có đủ tự tin vào những nhìn nhận của mình về cộng đồng nơi mình đang sống để có thể bảo vệ được quan điểm của mình đối với cơ quan tổ chức trực thuộc khi họ không có chung quan điểm với mình.

Cán bộ thực địa có thể sử dụng các phương pháp khác nhau để truyền đạt những kiến thức hữu ích (tức là “những thông tin văn hóa có sức thuyết phục” đối với tổ chức) và đáng tin cậy đã thu nhận được trong thời kỳ này để làm kim chỉ nam cho những hoạt động tiếp theo.

*c. Cung cấp thông tin cho mọi người*

Bởi vì cán bộ thực địa phải đảm bảo hiểu rõ hành động của cộng đồng, cho nên họ phải đảm bảo chắc chắn tất cả thông điệp gửi tới cộng đồng đều phải thật rõ ràng và dễ hiểu.

Để đạt được mục đích đó, cần phải tránh mắc hai sai lầm lớn:

- Thông tin quá mức.

Không được cung cấp cho nhân dân trong cộng đồng một mớ thông tin chung chung thiếu sàng lọc về các vấn đề sức khỏe, giáo dục, nhà ở, việc làm, v.v.. Để thực sự có hiệu quả, thông tin cung cấp phải đáp ứng đúng yêu cầu đòi hỏi cụ thể của cộng đồng.

- Quyết định vội vàng.

Khi cung cấp thông tin cũng như khi quyết định một vấn đề nào đó, quần chúng nhân dân phải có đủ thời gian để nghiên cứu xem xét và thảo luận. Để làm được việc đó có thể sẽ phải mất nhiều thời gian hơn so với mong đợi của người làm công tác thực địa. Do đó, điều hết sức quan trọng là phải quan sát, phân tích kỹ lưỡng vấn đề đó được quần chúng bàn bạc thảo luận và giải quyết ra sao, làm như thế sẽ giúp cán bộ thực địa có thể xây dựng kế hoạch hành động và lập thời gian biểu thực hiện một cách phù hợp.

*d. Cập nhật thông tin cho bản thân*

Thu thập thông tin không chỉ đơn thuần là một điều kiện tiên quyết, đó là một quy trình liên tục trong suốt quá trình hiện diện của cán bộ thực địa ở địa phương. Khi một hoạt động phát triển bắt đầu hình thành, phải đồng thời duy trì bàn bạc thảo luận và trao đổi thông tin với nhau, tạo điều kiện giúp cho hoạt động đó thực hiện thành công, được cộng đồng thừa nhận và được đánh giá thường xuyên.

Cán bộ thực địa cần chú ý xem xét những điểm chính sau:

- Xác định sự khác biệt giữa các nhu cầu chung (thường được các tổ chức thừa nhận) với các nhu cầu thực tế (của nhân dân);
- Tiềm năng và nguồn lực của cộng đồng (kiến thức, kỹ thuật, biện pháp giải quyết vấn đề và bất đồng, thái độ cởi mở để chấp nhận các biện pháp cải tiến, quyết tâm thay đổi);
- Các mối bất đồng bên trong và bên ngoài cộng đồng, khả năng đi đến thống nhất;
- Bản chất của “những điểm đặt đòn bẫy” và quy mô ảnh hưởng của tác động bên ngoài, lợi ích và nguy cơ tiềm ẩn của việc sử dụng ảnh hưởng này.

*e. Truyền thông là công cụ không thể thiếu được để huy động sự tham gia của người dân*

Thực hiện tốt công tác trao đổi thông tin giữa cán bộ thực địa với nhân dân ở cộng đồng là một việc làm rất quan trọng. Cán bộ thực địa phải đảm bảo thông tin liên lạc thông suốt trong cộng đồng, thậm chí ngay cả trong tình huống có bất đồng - như trong trường hợp xảy ra với vấn đề HIV/AIDS.

Cộng đồng nào càng đa dạng văn hóa bao nhiêu càng cần thiết vận động bấy nhiêu các thành phần văn hóa khác nhau tăng cường giao lưu trao đổi.

Sau đây là những điều kiện cần thiết để có thể thiết lập được các mạng lưới truyền thông tổng hợp hữu hiệu tại cộng đồng:

Cán bộ thực địa phải thấy được cộng đồng nhận thức vai trò của họ như thế nào:

- Quần chúng nhân dân có mong đợi tiếp nhận từ họ điều gì không? Nếu có, thì là cái gì? (hỗ trợ về tài chính, hay giúp đỡ phân phối sản phẩm, cung cấp nguyên liệu, ý kiến tư vấn, hay gây thanh thế uy tín bằng cách tổ chức thành các hiệp hội, nghiệp đoàn?);
- Khoảng cách giữa thực tế với những lợi ích mong muốn đạt được từ hoạt động can thiệp theo quan điểm của người dân?;
- Cán bộ thực địa phải xác định được người đối thoại với mình là ai? Địa vị của họ trong cộng đồng như thế nào? (thầy thuốc cổ truyền, hay là cán bộ chính quyền địa phương, đại diện tổ chức đoàn thể, hay là những cá nhân độc lập), nhân thân, tín ngưỡng, sở thích và những động cơ ẩn ý phía sau ý kiến của họ.

Chỉ khi nào cán bộ thực địa có đủ khả năng nhận ra những trở ngại trong quan hệ với đại diện các đối tác, thì họ mới đảm bảo được các hoạt động tiến hành sẽ thực sự thúc đẩy mối liên hệ với toàn thể cộng đồng.

Nếu làm được như vậy thì sẽ dễ dàng hơn trong việc phát triển kỹ thuật tuyên truyền, chẳng hạn thông qua chương trình phát thanh tại xã phường hay của thành phố.

Vì thế, phải đưa ra trước quần chúng những câu hỏi hết sức sơ đẳng, nhằm mục đích thiết lập cơ sở văn hoá cho việc thực hiện dự án. Những câu hỏi này có thể được coi là những chỉ báo văn hóa, hay những chỉ báo “tinh huống” sẽ phải sử dụng để phát động một chương trình thay đổi thực sự lấy con người làm trọng tâm.

#### **2.4. Trên cả sự tham gia: Trao thêm quyền lực cho nhân dân**

Sự tham gia của quần chúng nhân dân thường giảm sút nhanh chóng thành những hoạt động hời hợt, trong đó chỉ còn duy trì liên hệ được với một số thành viên dễ tiếp cận nhất của cộng đồng cả về vật chất lẫn tinh thần.

Hình thức tham gia này chỉ là một nghĩa vụ có tính chất hành chính và chính vì vậy người tham gia cũng chỉ coi đó là sự lãng phí thời gian.

Đôi lúc khoảng cách giữa lý thuyết với thực hành đã đem lại những kinh nghiệm đầy tiêu cực đến nỗi một số tổ chức phi chính phủ trong nước đã phải từ bỏ ý tưởng động viên quần chúng cùng tham gia. Làm như thế, vô tình họ đã loại bỏ luôn cả sự can thiệp của các nhà tài trợ và tổ chức viện trợ nước ngoài, đồng thời phủ nhận luôn cả những thông điệp mang tính chỉ định như là sử dụng bao cao su và tiết chế tình dục được coi là những công cụ đặc biệt dành riêng cho công tác giáo dục dự phòng, hoàn toàn độc lập với những hoàn cảnh văn hóa xã hội khách quan.

Theo các tổ chức phi chính phủ ở trong nước này thì công tác thực địa hoàn toàn mang tính chất dựa vào chính mình, tức là những người ở bên ngoài chỉ đóng những vai trò duy nhất là:

- Hoà nhập với cuộc sống thường ngày của những người họ cùng làm việc;

- Khi nào có thể thì giúp cộng đồng xác định các phương thức có sẵn để giải quyết những vấn đề gặp phải;
- Giúp cộng đồng tăng cường hệ thống giá trị của mình để chống lại sự phân hoá chia rẽ và những tai ương trong xã hội có thể dẫn đến tính dễ bị lây nhiễm, đồng thời tăng cường lòng nhân ái và tinh thần tương trợ đối với người có HIV và bệnh nhân AIDS.

Như vậy sự tham gia có hiệu quả phải là một quá trình giao lưu hai chiều liên tục giữa cán bộ thực địa với nhân dân địa phương, nhằm xây đắp mối quan hệ đối tác trong việc thực hiện các đề án dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ ở cơ sở lấy con người làm trọng tâm.

*a. Chú trọng lấy chuẩn mực và tiềm năng văn hóa để thay đổi hành vi*

Nền văn hóa đang tồn tại không phải là đã bị hoá thạch, nó luôn luôn có phản ứng với những thách thức mới. Văn hóa luôn luôn thay đổi theo những hoàn cảnh vật chất, môi trường cảnh quan bên ngoài, cũng như phát triển theo lôgic riêng của nó. Về vấn đề HIV/AIDS, phản ứng này liên quan đến cách sống, truyền thống và tín ngưỡng, các hệ thống giá trị, và những quyền cơ bản của con người. Nói một cách khác, đối với những chuẩn mực tiềm năng văn hóa khác nhau này cần phải xem xét lại cái nào cần động viên, cái nào cần thay đổi, tạo lập hay loại bỏ. Sự lựa chọn này thuộc về cộng đồng chứ không do người làm công tác phát triển quyết định. Phải để tiến trình này diễn ra như một quá trình tự đánh giá.

Không bao giờ người làm công tác thực địa được toan tính thay đổi tập tục văn hóa của một cộng đồng bằng cách tước đoạt mất cái vốn quý to lớn nhất của nhân dân là quyền tự quyết. Tuy nhiên, cán bộ thực địa có thể phát huy sáng kiến, tăng cường sức sáng tạo và tinh thần phê phán của một số người trong cùng một nền văn hoá, là những người có thể giúp cộng đồng nhìn nhận ra những điểm yếu và điểm mạnh của họ, nhằm xây dựng một phong trào đích thực ở địa phương.

*b. Hỗ trợ quá trình thay đổi hành vi*

Cũng rất quan trọng phải xem xét lại các cán bộ thực địa sẽ đóng vai trò như thế nào một khi quần chúng nhân dân trong cộng đồng đã chấp nhận ý tưởng thay đổi hành vi. Trong quá trình này, người làm công tác thực địa phải cáng đáng một vai trò lớn hơn vai trò của một người lãnh đạo thảo luận, họ phải là người cung cấp đầy đủ thông tin cho nhân dân để trên cơ sở đó mọi người sẽ tiến hành xác định các điều kiện văn hoá xã hội cần thiết để có thể thực hiện thay đổi hành vi.

Một nguyên tắc chung là, cán bộ thực địa không bao giờ được động chạm đến quyền của cộng đồng trong quá trình làm thay đổi hành vi, kể cả việc phát động mới hay gây lại phong trào tương thân tương ái.

Về khía cạnh này có ba lĩnh vực cụ thể mà cán bộ thực địa có thể can thiệp một cách hiệu quả, đó là:

- Khuyến khích tranh luận;
- Dàn hoà mâu thuẫn;

- Xác định các hoạt động.

Ba lĩnh vực này có thể thực hiện bằng nhiều phương pháp khác nhau.

- Các cuộc vận động văn hoá và những mối quan tâm cụ thể.

Một trong những vấn đề lớn liên quan đến công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS là quần chúng nhân dân thường thiếu ý thức tham gia vào cuộc đấu tranh chống dịch bệnh HIV/AIDS; đối với nhiều người công việc này không được coi là ưu tiên hàng đầu so với những vấn đề và nhu cầu nóng bỏng khác. Lối sống của họ, đời sống tâm linh và những tín ngưỡng tôn giáo đạo đức, cũng như mối liên hệ với quá khứ và hệ thống giá trị chắc chắn sẽ chỉ luôn luôn hướng về việc gìn giữ bản sắc riêng, tìm ra phương cách sinh tồn để có thể đương đầu với tất cả các mối hiểm họa chết người bao gồm cả bệnh tật mà bản thân họ và những người thân trong gia đình hoặc cộng đồng luôn luôn bị đe dọa. Đây chính là lý do vì sao mọi người không coi dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS là ưu tiên hàng đầu trong cuộc sống hàng ngày. Vì thế quá trình xét lại và những thái độ tiếp theo đối với sự thay đổi hành vi cần phải nhấn mạnh đến những lý do cụ thể đòi hỏi họ phải sắp xếp lại thứ tự ưu tiên, nhằm bảo vệ và giành lại cái tôi của bản thân họ, cải thiện điều kiện sinh hoạt, đồng thời khuyến khích tôn trọng con người và những quyền cơ bản của con người.

Nói chung, trong kinh nghiệm cuộc sống hàng ngày, những đặc điểm mang tính chất cấu thành của một nền văn hóa vẫn thường được ngấm ngấm thừa nhận, hoặc thậm chí không được nhắc đến ngay cả ở những nền văn hoá hướng ngoại rất mạnh mẽ. Như vậy, sẽ có một số chuẩn mực hoặc tiềm năng văn hóa chỉ bộc lộ rõ rệt trong một số bối cảnh đặc biệt, chẳng hạn như những thách thức do HIV/AIDS đem lại.

- Tại cộng đồng.

Điểm khởi đầu chính là những lễ thói sinh hoạt ở địa phương (kể cả thói quen sinh hoạt của những người ra quyết định), chuẩn mực đạo đức, và cách thức phân loại sự vật (theo sở thích của người thực hiện) về lối sống, giáo dục, truyền thống và tín ngưỡng. Những yếu tố này chỉ có thể bộc lộ thông qua sự giao lưu công tác trong những hoàn cảnh cụ thể. Phương pháp quan sát thực tiễn này sau đó có thể được sử dụng trong quá trình thương thảo (giữa cán bộ y tế hay cán bộ xã hội với quần chúng nhân dân) để ủng hộ những quyết định liên quan đến việc phát động, tiếp tục, kéo dài, thay đổi hay chấm dứt thực hiện các dự án ở địa phương nhằm thực hiện một chương trình dự phòng và chăm sóc thích hợp.

Liên quan đến khía cạnh này, cần phân biệt một cách hết sức cơ bản giữa hai khái niệm nhu cầu và sở thích. Nhu cầu là một khái niệm hết sức mơ hồ, bất kể trong hoàn cảnh cộng đồng, kinh tế, xã hội, hoặc chính trị như thế nào. Những chủ đề có ý nghĩa hết sức cụ thể có thể làm rõ và thảo luận với quần chúng nhân dân trong cộng đồng bao gồm: giải thích sự cần thiết phải làm công tác dự phòng; sự khác nhau hoặc giống nhau giữa tính dễ bị lây nhiễm với hành vi nguy cơ; những quy định phải tuân thủ sau khi đã bị nhiễm HIV hoặc ở giai đoạn cuối của quá trình phát bệnh thành AIDS; và lý do vì sao sự im lặng và thái độ phân biệt kỳ thị lại có thể trở nên nguy hại đối với người nhiễm HIV và toàn thể cộng đồng. Tuy nhiên, nhiều khi chỉ vì quá mong muốn đạt được hiệu quả trong công việc, người làm công tác thực địa có thể dễ bị lôi



cuốn vào việc thay thế nhu cầu của nhân dân bằng chính nhu cầu do người đó nghĩ ra.

Điều cuối cùng là có thể dựa vào các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa để xác định các phương pháp dự phòng và chăm sóc đã được lựa chọn ở cấp cơ sở bằng ba phương pháp khác nhau như sau:

- Xác định các giá trị văn hóa, đưa chúng trở thành những câu hỏi về tính phù hợp hay sở thích, dựa trên phản ứng của cộng đồng đối với HIV/AIDS;
- Xác định tính phù hợp về văn hóa hay xã hội của những giải pháp thay thế khả dĩ (để qua đó có thể thay thế được phương pháp cân đối giữa hiệu quả với chi phí mang tính giảm ước);
- Thực hiện quá trình thương lượng giữa can thiệp từ bên ngoài với cộng đồng địa phương.

### *c. Những thay đổi mong muốn*

Điều quan trọng phải thừa nhận là hoạt động can thiệp sẽ không đem lại kết quả nhanh chóng có thể dễ thấy như các tổ chức vẫn thường mong muốn; trừ một số rất ít trường hợp như ở Thái Lan và Uganda, nhưng cũng chỉ ở mức độ nhất định. Thậm chí nếu cứ toan tính tiên đoán kết quả còn có thể gây phản tác dụng nữa là đằng khác, bởi vì có ba lý do sau đây:

- Tình trạng “hỗn loạn” trông thấy (khi so với các mô hình hành chính “trật tự” khác) của quá trình thay đổi hành vi (như việc sử dụng bao cao su, quan hệ ổn định và tiết chế tình dục) khi được hoà nhập với đời sống văn hóa của cộng đồng, không nhất thiết có nghĩa là hoạt động hoàn toàn không có kết quả;
- Sự thay đổi “vô hình” (trong tâm thức mọi người và những hành vi hợp lý) có khi còn có giá trị đối với cộng đồng hơn cả những kết quả hiển hiện được các cơ quan tổ chức luôn luôn chú trọng ủng hộ (như giảm tỷ lệ mắc nhiễm, hay thu được các số liệu thống kê chung chung, v.v.);
- Phải luôn luôn ghi nhớ rằng, nhất là khi nghiên cứu xem xét vấn đề HIV/AIDS, quá trình biến đổi có thể cần nhiều thời gian hơn so với thời gian dự định ban đầu, (có nghĩa là về cơ bản thời gian cần thiết để hoà nhập các hoạt động dự phòng và chăm sóc vào nền văn hóa bản địa là không thể xác định được trước khi đạt được sự đồng thuận và ý chí, trách nhiệm tập thể, v.v.);

Đồng thời, có lẽ cũng cần phải giải thích cho cộng đồng biết có khi không thể nhìn thấy trước được những ảnh hưởng của hoạt động đã tiến hành, để mọi người sẽ tự đánh giá theo cách riêng của mình.

### *d. Đánh giá có sự tham gia của nhân dân*

Trong thập niên trước của chiến dịch phòng chống HIV/AIDS, hầu hết các đề án dự phòng và chăm sóc đều do chuyên gia của các tổ chức hay chuyên gia bên ngoài cộng đồng không có liên hệ trực tiếp với chính quyền địa phương tiến hành đánh giá. Kiểu đánh giá thứ hai này có sự tham gia của người dân nhằm đảm bảo tiến hành phân tích một cách dung hoà những thành tựu đạt được cũng như những thất bại của các dự án, với sự giúp đỡ của các tổ chức.

Tuy nhiên, trong những năm gần đây người ta bắt đầu nhận thấy sự tham gia của các tổ chức vào quá trình đánh giá không đủ đảm bảo kết quả dự án sẽ bền vững một cách hữu hiệu, nhất là đánh giá vai trò của những người khởi xướng hay của các bên tham gia dự án ở cơ sở. Do đó, sự tham gia của nhân dân vào quá trình đánh giá ngày càng được coi trọng, xem như là một điều kiện không thể thiếu được để đảm bảo đánh giá dự án thành công; bởi lẽ những người thực hiện ở cộng đồng đã và sẽ gánh trách nhiệm tiếp tục tiến hành các hoạt động tiếp nối sau khi các tổ chức chấm dứt viện trợ.

Dĩ nhiên, sau này không thể thực hiện đánh giá có sự tham gia của người dân được nếu như sự tham gia đó không được chú trọng ngay từ những ngày đầu thảo luận. Đây là một bộ phận không thể tách rời của một quá trình liên tục bàn luận giữa những người thực hiện dự án ở bên ngoài với người thực hiện trong cộng đồng.

## 2.5. Huy động cộng đồng

Theo UNAIDS, những đặc điểm quan trọng nhất của cộng đồng được huy động sẽ là như sau:

### Tiềm lực dự phòng và chăm sóc của cộng đồng được huy động

- Biết rõ khả năng dễ bị lây nhiễm HIV đối với từng cá nhân và tập thể cộng đồng;
- Động cơ giải quyết khả năng lây nhiễm;
- Biết rõ các phương pháp lựa chọn để giảm nguy cơ lây nhiễm;
- Thời gian, kỹ năng và nguồn lực khác sẵn sàng được đầu tư.

*Nguồn: Hướng dẫn quá trình lập kế hoạch chiến lược quốc gia phòng chống AIDS: Huy động nguồn lực, UNAIDS.*

### a. Sự tham gia của cộng đồng: Động lực và kỹ năng<sup>1</sup>

Tuy phải có vật tư và kinh phí là những nhu cầu không thể thiếu để thực hiện dự án, điều quan trọng hơn là phải có nguồn nhân lực giàu nhiệt tình và có kỹ năng. Sự tham gia của nhân dân trong cộng đồng ở từng giai đoạn thích hợp cũng không kém phần quan trọng như cần có sự lãnh đạo của chính phủ trong suốt quá trình lập kế hoạch. Nó biểu thị nguồn lực quan trọng duy nhất đối với chương trình phòng chống của một đất nước. Bất kể là một cá nhân hay một tập thể, dù là người bị ảnh hưởng hay là người có HIV/AIDS, hay là người cung cấp dịch vụ HIV/AIDS, cán bộ của tổ chức phi chính phủ quốc gia hay quốc tế, thành viên của tổ chức đoàn thể ở địa phương, cán bộ viện nghiên cứu, chuyên gia dịch tễ hay cán bộ khoa học hành vi - tất cả đều có những đóng góp giá trị cho chương trình phòng chống quốc gia. Những đóng góp của họ còn lớn hơn rất nhiều nếu được tham gia vào quá trình lập kế hoạch.

### b. Đối tác ở cơ sở: Đóng góp vật chất

Khả năng cộng đồng có thể tự cung ứng tài chính và các phương tiện vật chất để tiến hành các hoạt động dự phòng và chăm sóc không chỉ biểu thị tiềm năng hiện hữu mà còn chứng tỏ

<sup>1</sup> *Nguồn: Hướng dẫn quá trình lập kế hoạch chiến lược quốc gia phòng chống AIDS: Huy động nguồn lực, UNAIDS.*

quyết tâm duy trì dự án lâu bền. Hỗ trợ vật chất có thể dưới nhiều hình thức, bằng cách góp tiền hay lao động tình nguyện, thể hiện thiện ý của người dân sẵn sàng hợp tác hành động.

### Thời gian và công sức của nhân dân trong cộng đồng

Không có nhiều các cuộc vận động tự phát phòng chống HIV/AIDS. Các cuộc vận động này chủ yếu dựa vào sự tham gia của các tình nguyện viên không phải trả lương và họ có nhiều việc ưu tiên khác phải làm. Đối với những người này cũng phải tuyển dụng, đào tạo và khích lệ. Các tình nguyện viên thường là bà con nông dân hay những người lao động, họ phải cân đối thời gian làm các công việc tình nguyện với thời gian phải đi kiếm sống cho bản thân và gia đình. Đôi khi tình nguyện viên là người thất nghiệp; đối với những người này ưu tiên hàng đầu là kiếm được công ăn việc làm.

Những người được trả tiền để đi làm phong trào phát động thường không nắm được các nhu cầu ưu tiên của các tình nguyện viên. Điều này dẫn đến những mong muốn phi thực tế đối với các tình nguyện viên, không có khuyến khích vật chất ngoài việc giải thích cho họ nắm được vấn đề cần làm.

Không thể coi phát động là chuyện mặc nhiên, ngay cả đối với hiểm họa HIV/AIDS cũng vậy. Hầu hết tất cả các dự án thực hiện ở cộng đồng, không lúc này thì lúc khác, đều phải tìm cách này hoặc cách khác nhằm duy trì lòng nhiệt tình tham gia dự án của các tình nguyện viên và giúp họ tiếp tục xác định các vấn đề cần can thiệp.

Ngoài ra các dự án phòng chống HIV/AIDS còn có một điều bất lợi nữa là rất khó duy trì nhiệt tình tham gia khi các thành viên là người có HIV hoạt động rất tích cực nên được đánh giá cao, nhưng cuối cùng đã bị ngã bệnh.

*Nguồn: Huy động cộng đồng và bệnh AIDS, Tài liệu kỹ thuật cập nhật, tháng 4-1997, UNAIDS.*

### c. Phương pháp và kỹ thuật tại cơ sở

Không được mặc nhiên thừa nhận chỉ có phương pháp y học và phương pháp nâng cao hiểu biết thông qua tuyên truyền giáo dục mới là những kỹ thuật và phương pháp thích hợp. Đôi khi sẽ rất có lợi nếu người ta biết cách vận dụng tri thức và phương pháp truyền thống, thường tỏ ra hết sức thích hợp với hoàn cảnh và nguồn lực ở địa phương. Ví dụ: thuốc dân tộc chế từ thảo dược, kinh nghiệm của các bà đỡ, tác dụng tâm lý trị liệu của một số phép thuật, đặc biệt của các thầy phù thủy ngày càng được tín nhiệm sử dụng kết hợp với các phương pháp chữa trị hiện đại. Kinh nghiệm chữa bệnh của các thầy thuốc cổ truyền đã được mọi người nhắc đến rất nhiều và coi đó là một thứ vốn quý của dân tộc được truyền lại từ thế hệ này qua thế hệ khác.

### Thầy thuốc cổ truyền: Cơ hội và những hạn chế

- Số lượng thầy thuốc cổ truyền ở hầu hết các nước châu Phi đều đông hơn gấp hàng trăm lần so với bác sĩ tây y. Đây là một đội ngũ thầy thuốc hùng hậu được đào tạo tay nghề vững vàng, dễ tiếp cận và sẵn sàng phục vụ.
- Thầy thuốc cổ truyền có những phương pháp chữa bệnh rất hiệu quả;

- Thầy thuốc cổ truyền là những người có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chu đáo tận tình tới từng cá nhân người bệnh. Những dịch vụ này tỏ ra có hiệu quả toàn diện, theo đúng nhu cầu mong muốn của người bệnh. Những thầy thuốc này luôn luôn gần gũi gắn bó với khách hàng, nhờ đó có thể chia sẻ thông tin một cách hết sức thuận lợi về bệnh tật cũng như những vấn đề xã hội liên quan. Điều này hết sức quan trọng đối với những trường hợp bệnh nhân mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.
  - Khi thầy thuốc dân tộc thăm bệnh bao giờ cũng có mặt người nhà của bệnh nhân ngồi cùng; điều đó cho thấy vai trò của người thầy thuốc trong việc góp phần thúc đẩy xã hội ổn định và thực hành tư vấn gia đình.
  - Khi thầy thuốc dân tộc gây ra phương hại trong quá trình chữa bệnh, sẽ có ngành y tế chịu trách nhiệm sửa sai và việc này chỉ có thể tiến hành được thông qua đối thoại và hợp tác. Qua nghiên cứu cho thấy người chữa bệnh bằng phương pháp cổ truyền sẽ không tái phạm những lỗi lầm nguy hại một khi đã được giải thích tường tận.
  - Thầy thuốc cổ truyền thường là những người cán bộ y tế và lãnh đạo cộng đồng được kính trọng và có kinh nghiệm. Họ điều trị người bệnh thông qua đối thoại và hợp tác. Họ được nhân dân tín nhiệm hơn so với cán bộ y tế xã phường (thường là đối tác của họ tại cộng đồng), đặc biệt khi liên quan đến các vấn đề xã hội và tâm linh.
  - Bởi vì thầy thuốc cổ truyền có một vai trò hết sức quan trọng trong xã hội châu Phi, chắc chắn họ sẽ vẫn tiếp tục tồn tại trong một thời gian dài. Luật lệ hà khắc của thời kỳ thực dân đã ngăn cấm không cho phép họ được hành nghề, nhưng những người chữa bệnh theo phương pháp cổ truyền vẫn cứ tồn tại. Ngay cả quá trình biến đổi nhanh chóng về văn hóa xã hội đang diễn ra ở nhiều nước châu Phi, thầy thuốc cổ truyền vẫn tiếp tục đóng vai trò quan trọng trong việc giải quyết nhiều vấn đề tâm lý xã hội phức tạp nảy sinh từ những bất đồng trong xã hội đang bị biến đổi.
  - Nhiều công trình nghiên cứu đã ghi nhận tinh thần hợp tác của người chữa bệnh cổ truyền phối hợp với cán bộ y tế và các nhà khoa học y sinh, đồng thời cho thấy các hoạt động của họ có thể duy trì bền vững bởi vì nguồn thu nhập của họ phát sinh từ những hoạt động đó.
  - Từ những năm 1980, thầy thuốc cổ truyền đã bắt đầu tập hợp lại thành những hội thầy thuốc cổ truyền để xúc tiến xây dựng và tiến hành các chương trình hợp tác.
  - Nhờ phối hợp hành động nên công tác chăm sóc sức khoẻ đã được cải thiện về nhiều khía cạnh: kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc dân tộc đã được nâng lên, khiến họ trở nên tự tin hơn trước, tiếp xúc với nhân dân trong cộng đồng trở nên cởi mở hơn, chuyển người bệnh sớm hơn tới các bệnh viện hay cơ sở y tế tuyến trên.
- Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại những thiếu sót yếu kém như sau:
- Việc đào tạo và cấp giấy phép hành nghề vẫn chưa được thể chế hoá, gây nhiều trở ngại khó khăn trong việc tiếp cận và huấn luyện thường xuyên một cách tiêu chuẩn.
  - Do thiếu quy chế chính thức trong việc cấp giấy phép hành nghề nên công tác kiểm tra chất lượng thực hiện rất khó khăn.
  - Công tác giám sát kiểm tra hoạt động chữa bệnh theo phương pháp cổ truyền chưa được tiến hành đồng bộ.

- Thầy thuốc cổ truyền còn thiếu kiến thức sâu về giải phẫu sinh lý người.
- Thầy thuốc cổ truyền có thể gây ra những hậu quả nguy hại hay còn chần chừ trong việc chuyển người bệnh tới các cơ sở y tế.
- Việc khuyến khích và cải tiến các phương pháp chữa bệnh cổ truyền có thể ảnh hưởng tới các nỗ lực khuyến khích người dân tìm đến các cơ sở y tế để chữa bệnh.
- Việc chính thức thừa nhận hệ thống y học cổ truyền có thể tạo điều kiện cho các thầy thuốc cổ truyền có cơ sở pháp lý hành nghề, nhưng phần lớn các phương pháp điều trị vẫn chưa được thử nghiệm đầy đủ về mặt khoa học.
- Việc hợp tác với các thầy thuốc cổ truyền có thể khiến họ hy vọng sẽ được chính phủ chính thức thừa nhận, là điều chưa chắc sẽ xảy ra.

## 2.6. Quản lý cán bộ thực địa liên hệ với tổ chức

Tiêu chuẩn về dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ khác nhau rất nhiều giữa cán bộ thực địa với tổ chức trực thuộc. Cán bộ thực địa hoạt động như những người làm “trung gian” phản ánh những ý kiến nhận xét của cộng đồng tới các tổ chức thực hiện dự án. Nhưng cán bộ thực địa cũng là người đại diện cho các tổ chức thực hiện dự án, truyền đạt thông tin từ tổ chức xuống cộng đồng. Khi thực hiện nhiệm vụ của mình, cán bộ thực địa phải đồng thời thực hiện cả hai chức năng nói trên.

Đặc điểm chính của tình hình hiện nay là sự thiếu thông tin liên lạc giữa các tổ chức thực hiện dự án với thực địa. Thông tin liên lạc thiếu hiệu quả đã gây nên rất nhiều khó khăn khiến cho các tổ chức này không thể xây dựng được phương pháp văn hóa phù hợp nhằm đối phó hiệu quả bệnh dịch HIV/AIDS.

Sự thiếu hụt về văn hóa này trở nên đặc biệt rõ ràng khi tiến hành thiết lập các tiêu chí đánh giá hoạt động dự án. Cộng đồng và tổ chức thực hiện dự án thường áp dụng các tiêu chí rất khác nhau để đánh giá kết quả thực hiện dự án.

Tổ chức thực hiện dự án phải báo cáo cho cơ quan quản lý tài chính hay các nhà tài trợ biết rõ tình hình giải ngân và thời gian thực hiện các hoạt động. Đối với các tổ chức này, các bài học rút ra từ những trải nghiệm trong thực tế thường chỉ giới hạn ở mức xem xét hoạt động có được tiến hành một cách hiệu quả theo các phương pháp quản lý nội bộ, thời gian biểu thực hiện và hạn ngạch ngân sách tài chính.

Trong khi đó, cộng đồng và các tổ chức ở địa phương có thể không chấp nhận sử dụng những tiêu chí thành công “cứng nhắc” và/hay “đã được xác định rõ ràng”. Họ thường hay mô tả sự đánh giá của mình bằng những từ ngữ cụ thể như: Tình hình đã được cải thiện hay chưa? Cần làm gì ở bước tiếp theo, thậm chí có thể chậm hơn so với thời gian đề ra trong kế hoạch?

Nhiệm vụ của cán bộ thực địa là phải giúp cho cộng đồng và tổ chức của mình phối hợp với nhau làm cho hai hệ thống tiêu chí trở nên tương thích. Điều đó có nghĩa là phải khuyến khích cộng đồng phản ánh được những điều kiện khách quan ẩn chứa sau những nhận thức chủ quan của họ về tình hình thực tế diễn ra, đồng thời thuyết phục tổ chức của mình phải có biện

pháp nghiên cứu xem xét các khía cạnh văn hóa xã hội về những nhu cầu do cộng đồng nêu lên. Các hoạt động kiểm tra, giám sát và đánh giá dự án tiến hành đồng thời với công tác báo cáo và thông tin phản hồi cũng đều phải được nhìn nhận từ góc độ này.

*a. Tăng cường vai trò của cán bộ thực địa*

Cho đến tận bây giờ, hầu như trách nhiệm cải thiện thông tin giữa thực địa với cơ quan thực hiện dự án vẫn nằm trong tay các cơ quan. Tuy nhiên, đối với cán bộ thực địa thì có hai cách có thể giúp họ vận dụng sáng tạo các biện pháp thực hiện dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng phù hợp với truyền thống văn hóa cộng đồng.

*b. Điều chỉnh chính sách và chiến lược thể chế thông qua rà soát thông tin một cách kỹ lưỡng*

Chính sách chiến lược phù hợp do cơ quan thực hiện dự án xây dựng phụ thuộc rất nhiều vào những thông tin nhận từ thực địa. Do đó, các thông tin chi tiết, cụ thể và được chọn lọc kỹ lưỡng sẽ giúp cơ quan điều chỉnh các chính sách chiến lược đã chọn phù hợp với tình hình thực tế ở thực địa. Dưới đây là một số hướng dẫn nhằm giúp nâng cao chất lượng thông tin truyền đạt:

- Mô tả tình hình thật kỹ lưỡng trong các báo cáo hoạt động dự án (ví dụ trong các báo cáo dự án của UNDP sẽ được nêu trong mục “Tình hình trong nước”).
- Bổ sung thông tin ngoài những báo cáo chính thức bằng các ghi chép hay báo cáo bằng miệng, giúp cho thông tin thêm phần phong phú;
- Không chỉ hạn chế đưa vào báo cáo những thông tin kỹ thuật chuyên ngành, mà nên cung cấp cả những thông tin phổ biến, liên ngành; cần đặc biệt chú ý thông báo chi tiết phản ứng của cộng đồng đối với dự án mà mọi người tham gia;
- Không bao giờ được bỏ qua những khó khăn hay thậm chí những thất bại của dự án, đồng thời nêu rõ nguyên nhân, lý do.

*c. Xây dựng mạng lưới rộng lớn hơn*

Những hạn chế do hoạt động thực địa bị cô lập và quan điểm chuyên ngành hẹp hòi là những trở ngại lớn đối với việc mở rộng các hoạt động dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ ở thực địa. Cán bộ thực địa cần bắt tay ngay vào việc chấn chỉnh tình hình, bằng cách tạo cơ hội hợp tác chính thức hay không chính thức giữa cán bộ nhân viên của các tổ chức khác nhau (tổ chức phi chính phủ quốc tế và trong nước, các trường đại học, trung tâm nghiên cứu quốc gia, v.v..). Sự trao đổi thông tin này có thể sẽ mở ra cơ hội xây dựng các chương trình hoạt động phối hợp đồng bộ đối với các dự án phức tạp.

Kinh nghiệm thực địa đã dần dần giúp cho UNAIDS và một số tổ chức đồng tài trợ vận dụng phương pháp lập kế hoạch chiến lược và chương trình dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ có sự tham gia của nhân dân. Trong những hoạt động này, cán bộ thực địa có thể có những đóng góp đặc biệt bằng cách cung cấp cho lãnh đạo những thông tin trực tiếp chính xác về nhu cầu và tình hình thực tế của nhân dân về các khía cạnh nguy cơ, khả năng lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng của bệnh dịch.



Về phần các cơ quan tổ chức thực hiện cũng sẽ dựa nhiều hơn vào cán bộ thực địa, cho phép họ có thêm quyền tự quyết phát động, khuyến khích tiềm năng đóng góp của nhân dân địa phương. Cán bộ thực địa cũng phải hoạt động năng nổ hơn, không chỉ giới hạn ở chức năng thừa hành mà phải tham gia cả vào quá trình chuẩn bị và đánh giá các dự án, chương trình can thiệp lớn, thậm chí cả đóng góp xây dựng chính sách chiến lược.

### **3. Các ưu tiên hành động chính**

#### ***3.1. Gây dựng phong trào cơ sở tại cộng đồng<sup>1</sup>***

Vận động quần chúng tham gia chương trình phòng chống HIV/AIDS có một ý nghĩa vô cùng quan trọng. Nói một cách khác, muốn xây dựng được một phong trào phòng chống HIV/AIDS phù hợp và bền vững, phải vận động từng người tham gia hoạt động ở ngay tại nhà, ở những khu vực lân cận và ở nơi làm việc. Mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng phải trở nên hết sức “thành thạo” trong công tác thông tin tuyên truyền về AIDS thông qua công việc đánh giá hậu quả bệnh dịch đối với mọi mặt của cuộc sống và áp dụng các biện pháp cụ thể để hạn chế tối đa ảnh hưởng của nó ở cấp cơ sở.

Để có thể thay đổi hành vi, mọi người cần có một môi trường thuận lợi. Thông qua phát triển các mối quan hệ đối tác ở địa phương có thể nâng cao hiệu quả hoạt động của mọi người. Như vậy, nếu thực hiện tốt quy trình vận động quần chúng nhân dân thì sẽ xây dựng được nhiều dự án ở cơ sở. Nếu hành vi thay đổi được duy trì bền vững thì đó chính là kết quả hưởng ứng của toàn thể xã hội sau khi đã nhận thức được rằng căn bệnh và cái chết là hậu quả trực tiếp của HIV/AIDS đối với bản thân và gia đình.

Vì thế, có một điều cần phải nhấn mạnh là các hoạt động can thiệp do các chuyên gia và người lập kế hoạch đề xuất phải phù hợp với lợi ích của nhân dân và do nhân dân thực hiện. Trong cả quá trình hoạt động, các yếu tố văn hóa xã hội có thể có ảnh hưởng rất lớn đối với việc đánh giá xác định phản ứng của nhân dân trước những vấn đề đặt ra của HIV/AIDS. Do đó, không thể không học hỏi tìm hiểu cách thức những người thực hiện ở cộng đồng đã tiến hành quá trình vận động và đánh giá ra sao. Các chuyên gia và người làm kế hoạch cần thay đổi phương thức tư duy và hành động sao cho phù hợp và có một thái độ tích cực, chứ không nên tiếp tục hình thức kiểm tra toàn bộ quá trình hoạt động như vẫn thường làm.

#### ***3.2. Xây dựng quan hệ đối tác giữa cơ quan thực hiện dự án với cơ sở***

Các dự án dự phòng và chăm sóc tại cộng đồng chỉ có thể được thiết kế, thực hiện và đánh giá thành công thông qua quá trình trao đổi liên tục với các quần thể đích, bất kể họ là người có hay không có HIV và bệnh nhân AIDS. Điều này hết sức quan trọng nhằm tìm hiểu tâm tư nguyện vọng của nhân dân và giúp họ vận dụng các tiềm năng văn hóa hưởng ứng phong trào xây dựng quan hệ đối tác giữa cơ quan, mạng lưới thực hiện với toàn thể xã hội.

---

1. Barriere Constantin Luc: *Khái niệm chủ chốt về chương trình hành động cho phong trào địa phương*. Báo cáo tại Hội nghị Tiểu khu vực Kampala về “Phương pháp văn hoá phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh”, UNAIDS.

### 3.3. Tuyên truyền phù hợp về văn hóa để thay đổi hành vi

Xây dựng một chương trình tuyên truyền thay đổi hành vi phù hợp với truyền thống văn hóa có một ý nghĩa hết sức quan trọng trong việc xây dựng một đáp ứng bền vững và phù hợp trong phòng chống nguy cơ và khả năng lây nhiễm HIV/AIDS.

Tăng cường hiểu biết của quần chúng nhân dân về những vấn đề liên quan đến sự phù hợp văn hóa phải đưa đến kết quả là giành được ưu tiên cao cho những vấn đề liên quan đến HIV/AIDS. Từ đó sẽ xây dựng được tinh thần trách nhiệm của cộng đồng và hướng quyết tâm của cộng đồng vào công tác vận động.

Như đã nói ở phần trên, công tác tuyên truyền là một quá trình thông tin hai chiều, trong đó người làm công tác thực địa phải đóng vai trò của người trung gian giữa hai hệ thống cơ sở lập luận và ý nghĩa khác nhau.

Như vậy, cán bộ thực địa có vai trò khuyến khích vận động nhân dân:

- Bày tỏ tâm tư nguyện vọng của mình về vấn đề dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS liên quan đến các mối nguy cơ, khả năng lây nhiễm, công tác giáo dục dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng;
- Xác định các vấn đề ưu tiên cơ bản của cộng đồng;
- Xác định các hoạt động phù hợp về mặt văn hóa bằng khả năng của họ và nhu cầu hỗ trợ từ bên ngoài;
- Thực hiện các hoạt động đã được thỏa thuận.

Lúc này, cán bộ thực địa đóng vai trò hỗ trợ nhiều nhất tới mức có thể (về vật chất, kỹ thuật, tài chính, v.v..) ở những địa điểm và thời gian cần thiết, nhằm tăng cường năng lực cộng đồng và giúp cho cộng đồng có thể tự huy động các nguồn lực ở cơ sở theo khuôn khổ các giá trị văn hoá xã hội của địa phương.

Như đã trình bày ở phần trên, quá trình trao đổi thông tin giữa cán bộ thực địa với cộng đồng phụ thuộc vào rất nhiều các điều kiện khác nhau cần được mô tả chi tiết hơn.

#### a. Công tác thực địa bắt đầu từ hoạt động tự đánh giá

Tất cả những người làm công tác phát triển đều bắt rễ sâu sắc với nền văn hóa riêng của bản thân, giống như các đối tác của họ khi làm việc. Cho nên tất nhiên họ sẽ đưa vào dự án những giá trị theo quan niệm của bản thân họ. Các dự án cũng vậy, thường phản ánh nền văn hóa của tổ chức thực hiện hay của nhà tài trợ. Tuy nhiên, cán bộ thực địa là những người hiểu biết, “nắm vững” tình hình thực tế và tâm tư nguyện vọng của nhân dân địa phương, là những người họ được cùng làm việc cùng sinh hoạt.

Bước khởi đầu tiến đến sự hiểu biết lẫn nhau phải do cán bộ thực địa thực hiện, bất kể đó là do họ tự sáng tạo ra để làm hay là một phần tích hợp trong chương trình huấn luyện. Khả năng

1. Xem: *Hướng dẫn cách truyền thông phù hợp nhằm thay đổi hành vi*, UNESCO - UNAIDS, 2001.

tự đánh giá mang tính xây dựng của cán bộ thực địa cuối cùng sẽ được dùng làm chuẩn để hướng cộng đồng cùng tham gia tiến hành một chu trình tương tự.

#### Câu hỏi tự đánh giá

Nhằm xác định những định kiến vô thức, cán bộ thực địa có thể ngay từ đầu tự đặt ra cho mình những câu hỏi sau đây:

- Lý do tham gia dự án?
- Xuất xứ bản thân?
- Còn có những ai cùng tham gia dự án?
- Cán bộ thực địa và tổ chức tuyển dụng họ vào làm việc sẽ được cái gì?
- Khung thời gian hoạt động cho cán bộ thực địa do tổ chức ấn định?
- Tổ chức điều hành dự án có những lý do nội bộ trong việc tiến hành dự án hay không? Nếu có, đó là những lý do gì?
- Phương pháp được huấn luyện để thực hiện dự án? Quan điểm thái độ đối với các vấn đề phát triển mang tính chất nghề nghiệp, hay do nhận thức (thấy đó là hợp lý/hay chỉ mang tính chất thừa hành), hay mang tính nhân văn, chính trị, chủng tộc hay tôn giáo?

Quá trình tự đánh giá này có thể tiến hành ngay từ đầu trước khi cán bộ thực địa tham gia dự án. Đối với những cán bộ là người nước ngoài, quá trình này có thể bắt đầu ngay từ bên nước xuất xứ. Dù trong bất cứ hoàn cảnh nào cũng không được phép dùng tự đánh giá khi công việc “thực sự” bắt đầu, mà phải tiếp tục tiến hành trong suốt quá trình thực hiện dự án cũng như sau khi dự án đã kết thúc. Chỉ có bằng cách này, người làm công tác thực địa mới có thể theo dõi được sự tiến bộ của bản thân và tránh được những sai lầm lệch lạc có thể xảy ra trong quá trình làm việc.

#### b. Dành thời gian tìm hiểu văn hóa bản địa

Ngoài những thông tin và tư liệu cần thiết để chuẩn bị làm việc, cán bộ thực địa phải chuẩn bị tư tưởng sẵn sàng bước vào một quá trình học hỏi ngay trên thực địa, quá trình này sẽ luôn luôn tiếp diễn chừng nào còn sinh hoạt chung sống với cộng đồng.

Quá trình thu thập thông tin chưa kết thúc khi cán bộ thực địa bắt đầu gia nhập cộng đồng. Khi tiếp xúc và chạm với thực tiễn những thông tin trước đây sẽ được bổ sung, kiểm chứng.

Cán bộ thực địa phải làm quen với văn hóa cộng đồng - những tập quán sinh hoạt truyền thống cũng như những nhu cầu của nhân dân, không những chỉ về vật chất mà cả về ý nghĩa nữa. Cán bộ cộng đồng phải hiểu biết, đồng thời thể hiện sự quan tâm thích thú tới nguồn gốc phát sinh những huyền thoại truyền thuyết, các nghi lễ văn tế tôn giáo, các hình thức nghệ thuật dân gian, nghệ thuật truyền khẩu dưới nhiều hình thức phong phú. Họ phải biết chăm chú lắng nghe ý kiến của nhân dân, trân trọng tri thức và nhận xét đánh giá của nhân dân, ghi chép lại những gì họ còn chưa biết và chưa cảm nhận được. Nếu biết trân trọng những nguồn giá trị đó có thể giúp người làm công tác thực địa rất nhiều trong việc tìm hiểu, thông cảm với nhân dân là những người họ cùng làm việc cùng sinh hoạt.

Cán bộ thực địa phải luôn luôn tâm niệm phân biệt được đâu là biểu hiện chân thực với biểu

hiện tự phát, điều gì chỉ là sự lặp lại giả tạo những thông tin đã tiếp nhận được nhưng trên thực tế chưa thực sự hiểu biết thấu đáo nội dung ý nghĩa bên trong và biến nó thành của mình, đặc biệt là những nội dung giáo dục tuyên truyền phổ cập về HIV/AIDS.

Ở mức độ phổ biến hơn, kinh nghiệm cộng đồng của cán bộ thực địa có thể dùng làm cơ sở để xây dựng và thực hiện các chương trình thông tin - giáo dục - truyền thông phù hợp với truyền thống văn hóa. Để làm được như vậy, phải tiến hành các hoạt động sau đây:

- Nghiên cứu phương pháp luận để:
  - Đánh giá tính chất phù hợp về văn hóa của các hoạt động thông tin, giáo dục, tuyên truyền hiện thời;
  - Tìm hiểu chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của nhân dân;
  - Xác định các điều kiện văn hóa/xã hội để khuyến khích vận động quần chúng nhân dân.
- Xác định nhu cầu cụ thể của các nhóm dễ bị tổn thương, liên quan đến HIV/AIDS, tình hình kinh tế - xã hội, hành vi nguy cơ cụ thể và mối liên quan với toàn thể xã hội nói chung.
- Rút ra những khuyến nghị nhằm đưa phương pháp tiếp cận văn hóa vào nội dung các tài liệu giáo dục tuyên truyền và chương trình dự phòng chăm sóc, dựa trên cơ sở quan hệ tương tác giữa thiết kế xây dựng và truyền tải những thông tin tuyên truyền phù hợp.

### 3.4. Đối mới chương trình giáo dục dự phòng (Nguy cơ và tinh thần đoàn kết tương trợ)

#### **Điều chỉnh chương trình giáo dục dự phòng cho tất cả mọi người theo hoàn cảnh văn hóa cụ thể**

UNESCO tin rằng sự hiểu biết không chỉ phụ thuộc vào chất lượng của thông điệp tuyên truyền, mà còn phụ thuộc vào cả các yếu tố về xã hội, giới, giáo dục, kinh tế và tôn giáo, cũng như phụ thuộc vào khuôn khổ chuẩn mực văn hóa của đối tượng dân cư được chọn làm mục tiêu. Điều này có ý nghĩa hết sức quan trọng đối với việc huy động nguồn lực ở địa phương để nâng cao hiểu biết về mối nguy cơ của bệnh AIDS và nhu cầu cần thiết phải chăm sóc những người bị ảnh hưởng.

*Nguồn: Sự thật về AIDS và Tuyên bố của Tổng Giám đốc UNESCO, Paris, UNESCO, ngày 25-6-2001.*

Sau thời kỳ hành động đầu tiên dựa trên cơ sở quan điểm dịch tễ, tập trung chăm sóc sức khỏe và y tế, ngày nay công tác giáo dục (và ở một chừng mực nào đó là công tác thông tin qua các phương tiện đại chúng) đã trở thành công cụ thực hiện quan trọng đứng hàng thứ hai được sử dụng để phòng chống nguy cơ lây nhiễm và áp dụng các biện pháp bảo vệ thực tế.

Tuy nhiên, những kết quả hạn chế đã gây nên mối quan tâm ngày một lớn hơn về hiệu quả thực tế của chương trình giáo dục dự phòng. Có một điều ngày càng trở nên rõ ràng là ngay cả khi các thông tin giáo dục dự phòng đã được tiếp thu và trở thành tri thức, nhưng mọi người, nhất là trẻ em và thanh thiếu niên vẫn chưa biến những nội dung đó thành của mình và không chuyển từ nhận thức sang hành động để thay đổi hành vi và biểu lộ tình đoàn kết thân ái với người có HIV/AIDS.

Nguyên nhân của tác động không đầy đủ này chắc chắn liên quan đến sự lầm lẫn giữa công tác giáo dục dự phòng với phương pháp giảng dạy trong trường học. Ngoài ra, sự giảng dạy trong trường học thường chỉ hạn chế chuyển tải một chiều các thông tin tri thức đơn thuần. Như vậy, mặc dù hệ thống trường học có những khả năng đặc biệt cần thiết, nhưng nó vẫn không tiếp cận được với một số đối tượng là trẻ em và thanh thiếu niên không có cơ hội đến trường (ở một số quốc gia tỷ lệ này lên đến 80%). Hơn nữa, tỷ lệ mù chữ ở thanh niên và người lớn từ 15 tuổi trở lên, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái, vẫn còn rất cao ở nhiều quốc gia (có nơi có trên 75%).

Vì những lý do nêu trên, giáo dục dự phòng phải được hoà nhập vào tất cả các kênh truyền thông, kể cả với các nhà giáo dục ngoài trường học như cán bộ xã hội, các tổ chức phi chính phủ, các nhà doanh nghiệp, hiệp hội đoàn thể, câu lạc bộ thể thao, giáo giới, sắc tộc và những nhà giáo dục truyền thống ở cộng đồng.

Từ một góc độ khác, không nên “soạn trước” các tài liệu giáo dục, mà nên từ từ được hình thành từ chính quá trình giáo dục, thông qua các hình thức trò chuyện tình cảm dựa trên cơ sở những giá trị về văn hóa/xã hội, những chuẩn mực ứng xử và khả năng hiểu biết.

Nhằm mục đích này, giáo dục dự phòng sẽ phải được điều chỉnh lại nhằm làm cho phù hợp với sự đa dạng về lối biểu đạt, cách sống và điều kiện sinh hoạt khác nhau của mọi người. Chỉ có làm như thế mới cho phép mọi người chấp thuận đánh giá hành vi và động cơ hành động của mình, từ đó thực sự chú trọng các phương thức mới trong việc nhìn nhận xem xét các ưu tiên cho cá nhân và tập thể trong tương lai và thay đổi hành vi của họ một cách phù hợp.

### **3.5. Đào tạo huấn luyện/định hướng/xây dựng năng lực**

Đào tạo huấn luyện và định hướng đội ngũ lãnh đạo là những người đề ra quyết định trong các chương trình chiến lược phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh phù hợp với truyền thống văn hóa không có nghĩa chỉ là xây dựng các kỹ thuật, kỹ năng thực hiện mà còn là thay đổi thái độ và nâng cao năng lực hiểu biết. Làm được như vậy mới cho phép thực hiện tự đánh giá các khả năng tương thích cũng như những mâu thuẫn khác biệt giữa văn hóa thể chế tổ chức với các tập quán văn hóa và phương pháp tư duy ở địa phương.

Trên quan điểm nghiên cứu và phát triển, nó đòi hỏi phải thiết kế xây dựng được những chương trình huấn luyện và định hướng các chương trình nhằm giúp cho các nhà lãnh đạo, người lập kế hoạch và

#### **Xây dựng năng lực**

Giống rất nhiều các hoạt động khác cũng được thúc đẩy từ bên ngoài, phương pháp xây dựng kế hoạch chiến lược khó lòng tồn tại lâu bền nếu như các nhà xây dựng kế hoạch quốc gia hoặc ở địa phương không “nội hóa” được quá trình đó. Vì vậy, việc xây dựng năng lực cho đội ngũ cán bộ ở địa phương là hết sức cần thiết nhằm đảm bảo tạo nên động lực cần thiết đem lại các ảnh hưởng trên phạm vi quốc gia, khu vực và toàn cầu đối với cuộc đấu tranh phòng chống HIV/AIDS. Như đã nói ở trên, mạng lưới hỗ trợ kỹ thuật khu vực sẽ được sử dụng để đạt mục đích đó, nhưng cách làm tốt nhất để học hỏi là tham gia tích cực vào các hoạt động thực tế trong cuộc sống hàng ngày.

\_\_\_\_\_  
*Nguồn: Hướng dẫn lập kế hoạch chiến lược chương trình quốc gia phòng chống HIV/AIDS, UNAIDS.*

quản lý dự án có thể lồng ghép tích hợp các chuẩn mực văn hóa vào việc thiết kế và thực hiện các chiến lược, chương trình và dự án phòng chống HIV/AIDS. Thông thường, đây là một quá trình học hỏi hai chiều có sự tham gia của nhân dân và trao đổi kinh nghiệm giữa lãnh đạo với cán bộ thừa hành. Hơn nữa, còn có một ưu tiên nữa phải làm là xây dựng năng lực cho cán bộ và các thành phần tham gia dự án ở địa phương.

*a. Đối tượng cần huấn luyện/dịnh hướng?*

**Cán bộ lãnh đạo trung, cao cấp**

Người làm kế hoạch, chuyên gia khoa học kỹ thuật, chủ nhiệm các chương trình y tế và chăm sóc sức khỏe, các cơ quan tổ chức trong nước và quốc tế:

- Các nhóm chuyên đề;
- Các uỷ ban kế hoạch và tiểu ban hành chính của các chương trình chăm sóc sức khoẻ và phòng chống HIV/AIDS;
- Các chuyên gia giáo dục, truyền thông.

**Cán bộ thực hiện ở cơ sở**

- Cán bộ thực địa;
- Các thành phần tham gia dự án ở địa phương: các thủ lĩnh tôn giáo và tinh thần, các nhà lãnh đạo chính trị (ví dụ các già làng, trưởng bản) cần được cung cấp thông tin để vận dụng một cách tối ưu các tiềm năng ở cơ sở.

*b. Phương pháp đào tạo phù hợp truyền thống văn hóa*

**Loại thứ ba: Cán bộ thực địa**

- Đào tạo trước khi nhận nhiệm vụ.

Cung cấp thông tin về truyền thống, thói quen, tập quán sinh hoạt, quy ước, và những điều cấm kỵ của nhân dân, cụ thể tới từng nhóm dân cư, nhằm tránh phạm phải những sai lầm dễ thấy.

- Đào tạo tại chức.

Cung cấp kiến thức chuyên sâu, xây dựng ý thức trách nhiệm thông qua sinh hoạt, làm việc cùng với nhân dân trong cộng đồng trong một thời gian dài (khi chuyển cán bộ cần xem xét kỹ vấn đề này).

- Đào tạo liên tục.

Phải kết hợp lý luận với thực hành, thông qua các hoạt động sau đây:

- Quan sát có tham gia;
- Thực hành đảm nhận trách nhiệm trong hoàn cảnh có thực hoặc giả tưởng (đóng kịch);
- Thiết kế và thực hiện dự án trên những bối cảnh có thật (các dự án có kết hợp nghiên cứu, hành động và đào tạo).



Tất cả các chương trình đào tạo đều phải kết hợp hướng dẫn lý luận và các vấn đề phương pháp luận với các phương pháp thực nghiệm (kết hợp nghiên cứu hành động, nghiên cứu cùng tham gia). Cả hai yếu tố này đều rất quan trọng đối với công tác đào tạo huấn luyện cán bộ thực địa về phương pháp tiếp cận văn hóa.

Tuy nhiên, công tác huấn luyện cán bộ thực địa không chỉ hạn chế trong việc giảng dạy chính quy mà còn là một quá trình mở rộng nâng cao hiểu biết về các vấn đề gặp phải và những kỹ năng cần thiết để có thể nắm vững tình hình ngay từ đầu. Ngoài những kiến thức lý luận và kỹ năng thực hành, cán bộ thực địa phải được chuẩn bị sẵn sàng để có thể tiến hành phân tích, đánh giá và thay đổi phương pháp nhận thức về văn hoá của bản thân và về văn hoá của cộng đồng.

Điều này có nghĩa là cán bộ thực địa phải bắt tay vào công việc với một tâm hồn cởi mở. Họ phải có thái độ ân cần với mọi người và biết chấp nhận các nền văn hóa khác nhau. Đây là những phẩm chất đòi hỏi người làm công tác thực địa phải có, nhưng không chỉ đơn thuần thông qua các lớp huấn luyện nâng cao kiến thức là có thể có được. Những phẩm chất đó phải trở thành bản chất, cá tính trong con người họ. Chúng sẽ giúp cho người làm công tác thực địa được làm việc một cách bình đẳng với các đối tác và nhân dân địa phương.

Hiểu biết những khác biệt về văn hóa và những vấn đề cụ thể thuộc các mối liên hệ giữa các nền văn hóa khác nhau vẫn là chưa đủ. Cần phải có khả năng nhận biết ra chúng trong đời sống thực tế và rút ra những kết luận mang tính chất thực tiễn từ những nhận biết này, để không mắc vào cái bẫy của chủ nghĩa giá trị tương đối. Vì vậy, người làm công tác thực địa phải luôn luôn sẵn sàng nghi vấn ngay cả văn hóa của bản thân mình - có thể là văn hóa dân tộc, văn hóa bằng cấp, hay văn hóa nghề nghiệp; cũng như những nhận định chủ quan của mình. Không chỉ cần có sự hiếu kỳ, ham mê hiểu biết mà còn cần có cả một quan niệm thoáng đạt để có thể thừa nhận những người khác đúng bởi lẽ họ coi làm như vậy là đúng, ngay cả trong những lĩnh vực mà một người tự coi mình là chuyên gia, cũng như cả đối với những nguyên tắc và giá trị mà người ta đã được dạy phải nghĩ là bất di bất dịch.

### **3.6. Dự án thí điểm**

#### *a. Các điều kiện tiên quyết*

Các dự án thí điểm có thể tạo nên cơ hội cụ thể ứng dụng các kết quả nghiên cứu mang tính phương pháp luận về phương pháp tiếp cận văn hóa trong dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS như đã miêu tả ở phần trên.

Mục tiêu chung của những dự án này là nhằm cải thiện công tác thông tin và huy động quần chúng nhân dân, nhằm đem lại những biến đổi về hành vi và thực hành tình dục cũng như phi tình dục liên quan tới sự lây truyền vi rút, đưa công tác dự phòng HIV/AIDS trở thành ưu tiên cao trong những lựa chọn hành động quan trọng và xây dựng thái độ tích cực hơn trong việc chăm sóc giúp đỡ các đối tượng có HIV và bệnh nhân AIDS, coi đây là sự biểu lộ tinh thần đoàn kết tương trợ của gia đình và cộng đồng.

Một khía cạnh quan trọng của các dự án thí điểm là sự chú trọng tới các chuẩn mực văn hóa bản địa, liên quan đến các phong tục tập quán truyền thống, tín ngưỡng tôn giáo, các biểu hiện

về sức khoẻ và bệnh tật, sự sống và cái chết, chuẩn mực và hành vi tình dục. Cần chú ý đặc biệt đến các khía cạnh liên quan tới các hệ thống giá trị tri thức kỹ năng, có thể được sử dụng để khuyến khích mọi người tự xem lại các hành vi tình dục và phi tình dục của mình có liên quan đến dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Việc đánh giá các hành vi nguy cơ dẫn đến hậu quả mắc nhiễm vi rút có thể giúp mọi người đi đến quyết định phải thay đổi hành vi và thực hành của mình.

#### *b. Những điều kiện có ý nghĩa phương pháp luận*

Việc xem xét lại các thực hành và nếp nghĩ hiện nay và xác định các biểu hiện và chuẩn mực hành vi mới sẽ là một phần của quá trình thông tin - giáo dục - truyền thông. Để tránh mắc phải những sai sót của quá trình truyền tải đơn phương các thông tin số liệu về y tế và sức khoẻ, thường miêu tả bằng những câu chữ, thuật ngữ duy lý, y học và tình dục học, công tác thông tin, giáo dục, truyền thông phù hợp phải hợp thành một quá trình trao đổi đối thoại tương tác trong đó người cung cấp thông tin cũng như người tiếp nhận thông tin đều ở cả hai phía (đó là quá trình thu thập và phân tích thông tin có sự tham gia của nhân dân, là nghị luận thông qua hành động, là giáo dục đồng đẳng, là sự cung cấp thông tin cho tất cả các bên tham gia dự án ở địa phương).

Một khía cạnh nữa có tính cải tiến của dự án là sự kết hợp vận dụng cả ba hợp phần quan trọng, đó là: nghiên cứu, hành động và đào tạo theo quan điểm đa chuyên ngành.

Sự tham gia và lôi kéo tập thể tham gia dự án sẽ là yếu tố nòng cốt để thực hiện dự án, nó sẽ tạo nên và duy trì động lực cho dự án. Vì thế, tất cả các bên tham gia dự án từ cơ quan tổ chức cho đến các chuyên gia kỹ thuật, đại diện của các tổ chức thể chế quốc gia, giảng viên, cán bộ nhân viên y tế, người làm công tác xã hội ở thực địa của các tổ chức quốc tế và các tổ chức phi chính phủ, sẽ cùng phối hợp hoạt động trong một quy trình tương tác với chính quyền địa phương: già làng, trưởng bản, các nhà lãnh đạo tôn giáo, thầy lang hay đại diện xã hội dân sự như hiệp hội nghiệp đoàn, các phong trào xã hội, câu lạc bộ thể thao, công đoàn hay hiệp hội của người lao động, hiệp hội cha mẹ học sinh và gia đình.

Việc lựa chọn phương pháp có sự tham gia của nhân dân nhằm mục đích vận động toàn thể quần chúng nhân dân tham gia phòng chống HIV/AIDS ở cấp liên ngành từ quy mô quốc tế và quốc gia xuống cấp địa phương, trong sự phối hợp chặt chẽ giữa hệ thống tổ chức thể chế với quần chúng nhân dân.

Các cơ quan tổ chức không thực hiện được chức năng của mình là do thiếu sự hợp tác, hoạt động chông chéo hay do sự ganh đua giữa các tổ chức với nhau, đồng thời cũng do thiếu thông tin liên lạc giữa lãnh đạo cấp trên với thực địa. Một vấn đề nghiêm trọng nữa là các mối quan tâm, nguyện vọng, ưu tiên của quần chúng nhân dân cũng như khả năng tiềm tàng tham gia phòng chống bệnh dịch của họ không được tập hợp đầy đủ và thường xuyên bị coi nhẹ. Vì vậy, cần phải chú trọng tìm hiểu kỹ hơn văn hóa và năng lực của nhân dân để phát huy sáng kiến của mọi người.

Địa điểm thực hiện dự án cũng là một khía cạnh quan trọng: các hệ thống giá trị và hành vi chuẩn mực vốn dĩ vẫn còn tồn tại ở nông thôn ngày càng trở nên mất ổn định và suy yếu trước làn sóng di cư ồ ạt đến các thành phố lớn; nơi mà thanh niên phải đối mặt với những thách

thức gay gắt để tồn tại được trong một bối cảnh xã hội thù địch và huỷ hoại về kinh tế nhưng cũng rất hấp dẫn lôi cuốn. Như vậy, phải xem xét HIV/AIDS trong một bối cảnh xã hội có sự biến đổi quan trọng mau chóng từ hệ thống xã hội nông thôn truyền thống tương đối ổn định thành cuộc sống đô thị hiện đại mang tính cạnh tranh và bất ổn định. Tỷ lệ di cư và tăng trưởng dân số ở khu vực đô thị cho thấy sự hỗn loạn hiện nay trong khâu tổ chức các xã hội không mang đặc điểm phương Tây.

Xuất phát từ nhận định này, phương pháp văn hoá đề xuất giải pháp tìm hiểu kỹ hơn thực tế cuộc sống của nhân dân, nếp nghĩ, lối sống, các chuẩn mực về hành vi và động cơ hành động trong một bối cảnh có sự biến động rất lớn và nhanh chóng về kinh tế và xã hội. Dựa trên cơ sở này, sự ưu tiên dành cho HIV/AIDS, nội dung và phương pháp tiến hành phòng chống và chăm sóc hỗ trợ bệnh dịch sẽ tạo điều kiện thuận lợi thực hiện dễ dàng quá trình biến đổi một cách hiệu quả hơn.

Ngoài ra, các dự án thí điểm còn tạo ra các cơ hội để cải thiện tình hình tại các quốc gia đã được lựa chọn và mở ra những khả năng mới để đáp ứng hy vọng có thể xây dựng được những giải pháp lâu bền, phù hợp với quy mô và sự đa dạng của tình hình diễn biến ở các khu vực này.

Tóm lại, trong việc thiết kế xây dựng, thực hiện và đánh giá chiến lược chính sách phòng chống HIV/AIDS, công tác thực địa phải đáp ứng giải quyết được những thách thức to lớn liên quan đến HIV/AIDS, bao gồm: nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng thông qua phương pháp tiếp cận văn hóa. Về vấn đề này, các phương thức hành động hiện nay vẫn còn rất nhiều thiếu sót nghiêm trọng: chẳng hạn như những hạn chế về mặt địa lý, y tế và kinh tế, xã hội, kèm theo sự thiếu suy xét về các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa/xã hội của nhân dân. Một thiếu sót nghiêm trọng nữa là sự thiếu thông tin liên lạc và sự thiếu tham gia của các bên hữu quan và các tổ chức bên ngoài nhà nước: các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức xã hội và cộng đồng.

Công tác thực địa phù hợp với truyền thống văn hóa trước hết cần phải xem xét vai trò quan trọng của nó trong việc xác định các phương pháp thảo luận và hành động, thông qua tìm hiểu kỹ lưỡng thực tế hiện tại liên quan đến sự tham gia của cộng đồng, công tác thực địa và những người làm công tác này. Đánh giá sơ bộ là một hoạt động quan trọng nhằm đánh giá thành tựu cũng như những hạn chế trong quá trình thực hiện, và đặc biệt hơn là nhằm để xác định những yếu tố có tính chất quyết định ở địa phương, ảnh hưởng của tình hình diễn ra và kết quả mong đợi. Sẽ không thể tiến hành điều tra thực địa được nếu không tiến hành thảo luận chuyên sâu nhằm tìm hiểu thấu đáo sự phức tạp của những khó khăn trong cuộc sống hàng ngày. Nhiệm vụ của người làm công tác thực địa về lĩnh vực này là phải tập trung xây dựng một quá trình thông tin hai chiều nhằm tìm hiểu tâm tư nguyện vọng của nhân dân, các hệ thống giá trị và khả năng huy động quần chúng nhân dân địa phương tham gia phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc, hỗ trợ người bệnh.

Công tác xây dựng phong trào ở địa phương sẽ được bàn luận sâu sắc kỹ lưỡng hơn khi nói đến công tác thực địa và vai trò nhiệm vụ của những người làm công tác này. Bản chất của toàn bộ quá trình là sự trao quyền cho nhân dân, là một yếu tố không thể thiếu được khi muốn

phát động cộng đồng tham gia công tác dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu ảnh hưởng của bệnh dịch. Cần phải đặc biệt chú trọng tới cách thức biện pháp cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ thực địa với các tổ chức trực thuộc ở quy mô quốc gia và quốc tế.

Dựa trên cơ sở này, các ưu tiên hành động cho công tác thực địa và xây dựng phong trào địa phương có thể được nêu lên theo trình tự sau đây:

- Xây dựng đáp ứng dựa vào cộng đồng;
- Xây dựng quan hệ đối tác giữa các tổ chức thực hiện dự án với thực địa;
- Truyền thông phù hợp về mặt văn hoá để thay đổi hành vi;
- Cải cách chương trình giáo dục dự phòng;
- Đào tạo huấn luyện/định hướng/xây dựng năng lực;
- Các dự án thí điểm.

### III. KẾT LUẬN

Như đã nêu trong các tài liệu trước đây về dự án, công tác thực địa là một nhiệm vụ không thể thiếu được nhằm cung cấp thông tin phù hợp để phát động phong trào quần chúng phù hợp với tình hình ở địa phương liên quan đến các mối nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm cũng như công tác dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ những quần thể bị đe dọa. Đó cũng là cơ sở để huy động nguồn lực trong nhân dân và là nền tảng đảm bảo giá trị của các hoạt động đã được tiến hành.

Có ba vấn đề quan trọng cần xem xét nêu lên trong cuốn sách này:

- Nhận xét chung về ý nghĩa và nội dung của những khái niệm cơ bản, như là cộng đồng, sự tham gia, công tác thực địa và cán bộ thực địa;
- Đánh giá những thành tựu và hạn chế trong các cách thức tiến hành công tác thực địa hiện nay;
- Tiến hành công tác thực địa phù hợp với truyền thống văn hóa, thông qua tăng cường đáp ứng ở địa phương và xác định ưu tiên hành động trên cơ sở các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của nhân dân và tăng cường tình đoàn kết tương trợ của cộng đồng, đồng thời phát triển nguồn nhân lực bền vững để xây dựng năng lực cơ sở.

## CHƯƠNG 4

# HƯỚNG DẪN THIẾT KẾ THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ DỰ ÁN

### I. CÁC PHƯƠNG THỨC THIẾT KẾ, THỰC HIỆN DỰ ÁN HIỆN NAY

Quy tắc đầu tiên cần phải tuân theo khi thiết kế hoặc đánh giá các dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS là phải xem chúng có đáp ứng được bốn thách thức lớn là: nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc/hỗ trợ và giảm thiểu tác động hay không. Các dự án trong lĩnh vực này đều phải đề cập đến bốn khía cạnh đó. Điều đó sẽ dẫn đến những câu hỏi khác liên quan đến nội dung dự án và các bên tham gia.

Về nội dung dự án, ta không thể thiết kế bất kỳ một hoạt động nhất quán và thích hợp nào trong phòng chống, chăm sóc nếu không xem xét chúng trong một môi trường kinh tế, xã hội, văn hoá cụ thể. Dự án phải cụ thể hoá mức độ hoạt động của mình: từ các chiến lược, chính sách quốc gia, đến tình hình và hoạt động cụ thể tại địa bàn. Có thể coi một dự án như vậy là ví dụ thực hành tốt nhất. Chỉ bằng cách xem xét lại các hồ sơ hành chính và tài liệu kỹ thuật chi tiết của các cơ quan khi lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá các chương trình, dự án của họ, mới có thể có một cách nhìn thực tiễn về cách làm việc hiện nay trong lĩnh vực này.

Nói một cách cụ thể hơn, hiện nay trong thiết kế và thực hiện dự án vẫn còn nhiều hạn chế trong hoạt động và thiếu thông tin giữa các bên tham gia.

#### 1. Hạn chế trong hoạt động

Có thể quan sát thấy những hạn chế trong hoạt động liên quan đến nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động. Từ quan điểm y tế và vệ sinh thuần tuý, hiện nay, một tiếp cận tổng thể bao gồm phát hiện bệnh, các thông tin về sự lây lan của dịch, điều trị và các hoạt động nối tiếp vẫn chưa được thực hiện ở mọi khu vực địa lý và xã hội.

Nỗ lực mới đây của một số nước đang phát triển trong việc sản xuất các loại thuốc nhái đã thu hút sự chú ý của cộng đồng quốc tế. Tuy nhiên, thuốc chữa bệnh vẫn chưa đến được với mọi người vì các công ty dược phẩm quốc tế lớn vẫn còn độc quyền sản xuất thuốc và vì tại các nước nghèo chi phí cho các dịch vụ y tế còn quá cao.

Một hạn chế nghiêm trọng nữa trong các hoạt động hiện nay là chúng ta chỉ sử dụng các biện pháp tiếp cận thuần tuý về mặt vệ sinh và nhận thức trong phòng chống và thường chỉ giới hạn trong việc “thuyết giáo” về sự chung thuỷ, tiết dục và sử dụng bao cao su. Người ta tuyên truyền, vận động về sự chung thuỷ vợ chồng và tiết chế tình dục mà không xem xét đến những lý do tại sao trong cuộc sống hàng ngày nhiều đôi vợ chồng không chịu tuân thủ. Ví dụ: sự nghèo đói cùng cực, bị tước bỏ hoàn toàn những phương tiện sống cơ bản, gia đình tan vỡ liên quan đến di cư vì vấn đề kinh tế, chiến tranh, cuộc sống của người phụ nữ bị đe dọa và những hiểm họa nghiêm trọng bao gồm bạo lực tình dục cá nhân hay tập thể, con cái bị bỏ rơi, suy dinh dưỡng, và bị buôn bán.

Chưa có một phân tích nhất quán nào về những hạn chế đó cũng như khả năng của một

phương pháp tiếp cận khác trong giáo dục dự phòng. Tương tự như vậy, bao cao su được áp đặt như một giải pháp, nhất là cho nam giới nhưng cũng cho cả phụ nữ, những người mà cuộc sống còn rất thiếu vệ sinh trong nhiều lĩnh vực. Cảm giác bơ vơ trong cuộc sống thực tế đã làm họ đánh giá quá cao hoạt động tình dục.

Như vậy, nhược điểm nghiêm trọng trong các dự án hiện nay là thiếu một tầm nhìn đối với HIV/AIDS dựa trên những khác biệt kinh tế - xã hội. Đó là hậu quả của việc không xét đến ảnh hưởng của con người đối với sự phát triển, mặc dù một số những ảnh hưởng đó là rất rõ ràng và thường được nhấn mạnh nhiều lần trong các tài liệu nói về sự phát triển.

## **2. Không xem xét đến nền văn hoá truyền thống**

Khoảng cách lớn nhất giữa các chương trình, dự án hiện nay và thực tế địa bàn là do người ta đã quên không xem xét đến những chuẩn mực văn hoá truyền thống, trừ việc coi đó là những chướng ngại vật khi xây dựng các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS như một hệ quả. Do đó, họ cho rằng những chướng ngại này cần phải được xoá bỏ bằng mọi cách, kể cả bằng cái gọi là thảo luận công khai và thẳng thắn, và không được coi là những tiềm năng cung cấp kiến thức và huy động quần chúng. Trong phương pháp này người ta tỏ ra hoàn toàn không quan tâm đến các vấn đề liên quan đến những quyền cơ bản của con người, các quy tắc gia đình và cộng đồng, và tình hình bi thảm của người có HIV.

Khi phân tích vai trò của văn hoá trong cuộc chiến chống HIV/AIDS, phải công nhận rằng các chuẩn mực và tiềm năng văn hoá có mối quan hệ tương hỗ rất chặt chẽ. Tuy nhiên cần phân biệt rõ hai yếu tố này bằng một nghiên cứu sâu về vai trò của chúng trong các tình huống khác nhau. Không được coi các chuẩn mực văn hoá là chướng ngại đối với giáo dục dự phòng, mà phải coi chúng có liên quan chặt chẽ đến những mối quan tâm khác trong phòng chống đại dịch này. Bên cạnh đó các chuẩn mực văn hoá cũng biến đổi theo thời gian, và trong khuôn khổ được nhiều cộng đồng công nhận. Tuy nhiên cũng phải nhớ rằng, bên cạnh việc gìn giữ truyền thống như một tài sản bất di bất dịch, trong nội bộ các cộng đồng vẫn xảy ra xung đột vì quyền lực.

Mặt khác, một số chuẩn mực văn hoá nhất định còn có thể được coi là một nguồn lực, vì nó động viên lòng tự tôn, sự tôn trọng người khác, sự cam kết nâng cao đời sống, tình thương người nghèo, người cùng khổ, bệnh tật. Các nguồn lực này liên quan chặt chẽ đến những giá trị đạo đức, tinh thần.

## **3. Thiếu truyền thông về các vấn đề liên quan**

Hầu hết các chiến lược dự phòng và chăm sóc hiện nay đều không tạo điều kiện thuận lợi cho truyền thông giữa cơ quan nhà nước, các nhà chuyên môn và người dân. Trên thực tế, rõ ràng truyền thông tạo ra những cơ hội mới cho quá trình giáo dục thường xuyên. Nó cũng có thể cung cấp cho các nhà làm chính sách và thiết kế dự án những thông tin phong phú, đầy đủ và chính xác về giáo dục dự phòng.

Tại một số nước, sự thiếu truyền thông còn có thể thấy được trong các cấp chính quyền và người dân. Tại cấp chính quyền, điều đó có thể làm họ phủ nhận những vấn đề nghiêm trọng



liên quan đến HIV/AIDS. Bản thân người dân có thể cũng có thái độ tương tự, như chối bỏ trách nhiệm, đổ lỗi cho những ảnh hưởng hoặc can thiệp từ bên ngoài. Cách phản ứng này có thể giải thích là do những quy tắc cấm kỵ và áp đặt những nguyên tắc đạo đức bởi một số lãnh tụ tinh thần. Do đó, có thể dẫn tới sự kỳ thị công khai chống lại những người có hoặc bị nghi ngờ có HIV, làm cho những người này cảm thấy xấu hổ và có lỗi. Hơn nữa, có thể có những sự hiểu lầm đáng kể do sự diễn giải ngữ nghĩa liên quan đến quan hệ tình dục, đặc biệt đối với phụ nữ. Những cán bộ làm công tác dự phòng và chăm sóc từ nơi khác đến thường cho rằng phụ nữ không hiểu biết gì về các chức năng sinh lý của họ, trong khi thực tế có thể lại khác.

#### 4. Các bên thực hiện dự án

Không thể phối hợp một cách chặt chẽ các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS nếu không huy động được mọi đối tượng trong xã hội tham gia. Hầu hết các dự án hiện nay đều không thực hiện được điều này. Một số dự án chủ yếu là do các cơ quan nhà nước thiết kế và thực hiện trực tiếp hoặc gián tiếp, ở cấp quốc tế hoặc quốc gia, và hậu quả là chúng được coi như một bước vận hành nối tiếp của những chiến lược, chính sách đã được quyết định từ trước.

##### 4.1. Khu vực nhà nước

Nhằm cân đối lại phương thức xây dựng hành động chỉ dựa vào cơ quan nhà nước và kỹ thuật hành chính như trên, cần lôi cuốn sự tham gia một cách bình đẳng của các đối tượng khác như các tổ chức phi chính phủ (NGOs), đại diện xã hội dân sự, các lãnh tụ truyền thống và lãnh tụ tinh thần.

##### 4.2. Các tổ chức phi chính phủ (NGOs)

Bên cạnh các nỗ lực phân quyền, các thể chế nhà nước có thể xây dựng phương thức hoạt động mới bằng cách thu hút các tổ chức phi chính phủ vào hoạt động của mình. Các tổ chức phi chính phủ có cơ cấu tổ chức đơn giản, nhiều mối liên hệ trực tiếp với cộng đồng, và đó là tài sản quý giá nhất để đảm bảo sự thành công của dự án.

Tuy nhiên, cần phân biệt sự khác nhau giữa các tổ chức lớn và tổ chức địa phương. Nếu là một tổ chức phi chính phủ lớn, quy mô và nguồn lực của nó có thể ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu lực của các hoạt động. Bên cạnh đó, không nên để thái độ sáng tạo - gia trưởng, sự thiếu tin tưởng theo kiểu tôn giáo và sự giúp đỡ của các nước có thể lực tác động đến vai trò của tổ chức đó trong công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.

#### Hành động trực tiếp của chính phủ

Mặc dù một phương pháp tiếp cận đa ngành đã được công nhận rộng rãi là có hiệu quả trong phòng chống HIV/AIDS, nhưng trong nhiều trường hợp, nhà nước chỉ tham gia nhiều vào lĩnh vực y tế. Bên cạnh đó, những quy định và thủ tục hành chính rườm rà đã cản trở sự cung cấp nguồn lực, đặc biệt là tài chính, và cả nguồn nhân lực (từ trung ương đến tỉnh và huyện), và điều này đôi khi gây khó khăn cho chính phủ. Cũng là một khó khăn hoặc vấn đề nhạy cảm đối với chính phủ khi phân phối nguồn lực cho các hoạt động, hoặc hoạt động liên quan trực tiếp đến phòng chống HIV/AIDS, ví dụ những hoạt động nhằm vào hành vi bất hợp pháp hay sử dụng ma túy, hoạt động mại dâm.

*Nguồn: Hướng dẫn quá trình lập kế hoạch chiến lược cho một đáp ứng quốc gia trong phòng chống HIV/AIDS: Huy động nguồn lực, UNAIDS, tháng 8-2000.*

### Tiềm năng và nhược điểm của các tổ chức phi chính phủ

Sự gia tăng nhanh các tổ chức phi chính phủ chuyên về phòng chống HIV/AIDS đôi khi làm cho hoạt động của họ giảm chất lượng và độ tin cậy, các dự án được thiết kế kém hoặc không phù hợp, nguồn lực thiếu thốn và không tạo ra một tác động nào có ý nghĩa. Những khía cạnh khác cũng cần quan tâm là:

- Chính phủ và các tổ chức phi chính phủ thiếu tin cậy lẫn nhau;
- Cơ cấu quản lý yếu kém;
- Những ưu tiên cụ thể của một số tổ chức phi chính phủ không phải lúc nào cũng phù hợp với các chương trình quốc gia.

Mặc dù có những nhược điểm như vậy, rất nhiều tổ chức phi chính phủ chuyên về phòng chống AIDS - kể cả tổ chức phi chính phủ quốc gia và quốc tế - vẫn can thiệp và cung cấp dịch vụ cho nhiều lĩnh vực chiến lược và hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV.

Họ đóng vai trò sống còn và đóng góp phần quan trọng vào thành công của các chương trình đáp ứng ở cấp quốc gia. Họ có nhiều ưu điểm đặc biệt, ví dụ:

- Thích hợp và đáp ứng nhanh nhu cầu của cộng đồng, cơ sở;
- Các tổ chức phi chính phủ nhỏ, trong nước có một nguồn nhân lực tận tụy, tích cực;
- Khác với khu vực nhà nước, họ có khả năng làm việc với các nhóm dân cư ngoài lề xã hội, như người sử dụng ma tuý hoặc hành nghề mại dâm;

Các tổ chức phi chính phủ thường quyết tâm hơn và dám chấp nhận rủi ro hơn, ví dụ họ có thể cấp nguồn lực cho những chiến lược chưa được thử nghiệm, hoặc tiến hành các dự án thí điểm tại các khu vực mới tương tự như vậy. Các tổ chức phi chính phủ quốc tế có mạng lưới rộng hơn và do vậy, họ là một nguồn hỗ trợ kỹ thuật và tài chính đáng kể.

*Nguồn: Hướng dẫn quá trình lập kế hoạch chiến lược cho một đáp ứng quốc gia trong phòng chống HIV/AIDS: Huy động nguồn lực, UNAIDS.*

Trong khi đó các tổ chức phi chính phủ nhỏ hoạt động ở cơ sở, với quy mô nhỏ và gắn bó với cộng đồng, lại có thể đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người dân và lôi cuốn sự tham gia của họ. Tuy nhiên, sự đa dạng hoạt động của họ có khi lại trở nên phản tác dụng.

Trong mọi trường hợp, điều cơ bản là phải làm sao cân bằng được vai trò của các thể chế nhà nước lớn, các tổ chức phi chính phủ và các bên tham gia ở địa phương. Thực tế hiện nay cho thấy các cơ quan bên ngoài và đại diện của họ thường hay nói thay, làm thay cho người dân. Cách làm này xuất phát từ suy nghĩ rằng chuyên gia bên ngoài hiểu rõ nhu cầu và khó khăn hơn là người dân mà họ có nhiệm vụ giúp đỡ.

### 4.3. Xã hội và cộng đồng

Vì các chiến lược chỉ dựa vào thể chế nhà nước có những hạn chế như trên, nên mỗi xã hội cần dựa vào những chuẩn mực và tiềm năng văn hoá của chính họ khi đối phó với những áp lực từ bên ngoài nhằm thay đổi hành vi. Một đáp ứng khả thi sẽ được xây dựng trên cơ sở tập thể và cá nhân đều nhất trí, chấp nhận, tin tưởng và có động cơ tốt. Nói chính xác hơn là phải

dựa trên những chuẩn mực và tiềm năng văn hoá. Cũng có thể phát triển các hành vi văn hoá mới nhằm khắc phục khó khăn và đáp ứng tiến trình phát triển kinh tế - xã hội.

Do đó những dự án dựa trên cộng đồng phải xây dựng trên cơ sở mọi người cùng tham gia, bao gồm lãnh đạo địa phương, cán bộ thông tin, và các gia đình, kể cả người có HIV và thậm chí cả bệnh nhân AIDS. Người dân sẽ cảm thấy phấn khởi hơn khi họ được tiếp cận một cách bình đẳng.

Khi huy động mọi người tham gia, cần nhận rõ vai trò thiết yếu của các cộng đồng tôn giáo, các phong trào xã hội (như hội phụ nữ, thanh niên, thể thao, v.v.), và công đoàn. Cho đến nay tiềm năng này vẫn chưa được khai thác hết. Các tổ chức đoàn thể nêu trên có thể sẽ coi các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS là công việc liên quan đến hệ thống giá trị và nhiệm vụ của họ mà không cần phân biệt đó là giá trị và nhiệm vụ thực tiễn, xã hội, đạo đức hay tinh thần.

Có thể hỏi ý kiến những người am hiểu về văn hoá truyền thống, đặc biệt là các thầy thuốc cổ truyền để họ tăng cường hợp tác với hệ thống y tế và giáo dục hiện đại. Họ thường được coi là cố vấn về các vấn đề y tế, xã hội và tâm lý liên quan đến sức khoẻ, đặc biệt khi nghi ngờ hoặc khẳng định các trường hợp có HIV.

Đối với cá nhân, việc tuyên truyền vận động sự tiết dục, chung thuỷ vợ chồng và sử dụng bao cao su đã đặt ra nhiều vấn đề thực tiễn và đạo đức phức tạp. Theo quy tắc gia đình truyền thống có thể người ta không có ý kiến gì đối với vấn đề này, nhưng vẫn trợ giúp vật chất và chăm sóc người có HIV hoặc bệnh nhân AIDS.

Đặc biệt trong các nhóm nguy cơ hoặc nhóm xã hội bị đe dọa, các yếu tố kinh tế - xã hội, giáo dục, văn hoá có mối quan hệ tương hỗ rõ ràng với những vấn đề y tế và sức khoẻ. Các nhóm người này cùng một lúc bị đe dọa bởi nhiều khó khăn khác nhau, mà các khó khăn đó đều làm cho cuộc sống của họ mất ổn định và dẫn đến các hậu quả như: thất nghiệp hàng loạt, nhà cửa rách nát hoặc không có nhà ở, nghèo đói và thất học.

Những vấn đề này trở nên nghiêm trọng thêm vì sự mất ổn định văn hoá, xã hội, ví dụ di cư, nông thôn suy thoái, mất ổn định ở một số nước hoặc một số vùng, các chiến lược kinh tế, sản xuất ngắn hạn và tốc độ đô thị hóa nhanh chóng - trong khi đó, cần có thời gian để các nền văn hoá và xã hội xây dựng được những hình thái mới đối phó được với những thay đổi đó.

Trong hoàn cảnh này, những hành vi không an toàn như từ chối sử dụng bao cao su, lạm dụng ma tuý, buôn lậu ma tuý, nghiện rượu, bạo lực tình dục, bạo lực dưới mọi hình thức, bán dâm, mua dâm đều là những khía cạnh của các nhóm văn hoá phụ đang xuất hiện. Chúng gắn liền với mục đích nhằm tồn tại được trong một thế giới đầy tội ác và vi vật chất, và có thể tạo ra những trở ngại đáng kể cho công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Vì vậy cần giải quyết các vấn đề đó để đạt kết quả tích cực trong phòng chống đại dịch này.

## II. PHƯƠNG PHÁP, PHƯƠNG TIỆN THIẾT KẾ MỘT DỰ ÁN PHÙ HỢP VỚI TRUYỀN THỐNG VĂN HÓA

### 1. Tóm tắt

Chúng tôi dành Phần thứ nhất của cuốn sách xem xét lại các phương pháp hiện đang sử dụng trong thiết kế và thực hiện các chương trình, dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.

Phần thứ hai miêu tả các phương pháp, phương tiện xây dựng, thực hiện và đánh giá các dự án phù hợp với truyền thống văn hóa. Sau khi xem xét lại vị trí đặc biệt của dự án nằm giữa chiến lược và thực tiễn, Chương này miêu tả khái niệm cơ bản và công cụ cần lựa chọn khi chuẩn bị, thực hiện và đánh giá các dự án có sử dụng phương pháp văn hóa.

Khi miêu tả các phương pháp, phương tiện thiết kế chương trình, dự án, tác giả đã tập trung vào những ưu tiên chính. Trước hết, nêu rõ sự cần thiết phải huy động mạng lưới thể chế nhà nước và xã hội dân sự, đặc biệt nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc xây dựng một đáp ứng dựa vào cộng đồng và sau đó, xác định lại trách nhiệm cụ thể của các cơ quan nhà nước. Tiếp theo, trình bày các điều kiện cần thiết để tiến hành truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá, thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, hệ thống giáo dục và đối thoại trực tiếp nhằm mục đích thay đổi hành vi. Phần này miêu tả chi tiết hơn công tác giáo dục dự phòng trong một viễn cảnh mới. Cuối cùng, đề xuất một phương pháp cải tiến công tác đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực và các loại dự án/chương trình mới.

## 2. Nằm giữa chiến lược và thực tiễn là dự án

Mọi dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS do các cơ quan nhà nước và nhà tài trợ phối hợp xây dựng đều phải tính đến các chiến lược ngành hoặc liên ngành. Có nghĩa là dự án phải gắn chặt với các mục tiêu quốc gia và được bao gồm trong kế hoạch của họ: Các kế hoạch trung hạn của UNAIDS, các chương trình và ngân sách hai năm.

Họ phải đảm bảo rằng các cơ quan có thẩm quyền đã kiểm tra hiệu lực pháp lý của dự án. Thường xuyên định kỳ họ phải báo cáo rõ đã sử dụng nguồn ngân sách, kỹ thuật và nhân lực như thế nào.

Dự án cũng phải phù hợp với các phương pháp tiếp cận liên ngành và liên tổ chức tối cần thiết trong phòng chống HIV/AIDS (kết hợp giữa các lĩnh vực thực hiện cụ thể và các ngành khác như: y tế, giáo dục, việc làm, nhà ở, phát triển nông thôn và thành thị). Chúng phải được cụ thể hóa thành các hoạt động trung hạn trong một viễn cảnh dài hạn (phải tính đến tình hình hiện tại, lịch sử xã hội của cộng đồng tham gia dự án, nhằm tạo ra tác động lâu dài, bền vững giúp thay đổi hành vi trong cộng đồng đó).

Không có dự án nào có thể thành công mà không có ý kiến phản hồi trực tiếp và gián tiếp đánh giá tình hình địa bàn và môi trường dự án, có nghĩa là bối cảnh tự nhiên và con người ở địa bàn đang thực hiện dự án. Vì vậy, một dự án được thiết kế tốt là dự án có thể gắn kết hai nhu cầu: sự hợp lý về mặt tổ chức và những khó

### Dự án là gì?

Cần phải nhắc lại rằng chương trình và dự án là một loạt hành động hay hoạt động đã được xây dựng theo kế hoạch trong khuôn khổ một ngân sách và khung thời gian nhằm đạt một hoặc nhiều mục tiêu. Cơ bản về phương pháp không có sự khác nhau lắm giữa một dự án và một chương trình. Dự án là một biện pháp can thiệp có kế hoạch được thiết kế để đạt một hay nhiều mục tiêu cụ thể. Chương trình là một nhóm dự án hoặc dịch vụ liên quan được thiết kế để đạt một số mục đích nhất định bổ sung cho nhau hoặc phụ thuộc lẫn nhau.

*Nguồn: Thiết kế, Theo dõi và Đánh giá các chương trình, dự án hợp tác kỹ thuật: Cẩm nang đào tạo, Tổ chức Lao động quốc tế (ILO), Gionevơ, 1995.*

khăn do thực tiễn đại dịch gây ra. Nó phải tạo ra hoặc tăng cường thông tin thường xuyên giữa địa bàn dự án và các tổ chức, giúp các bên tham gia nắm vững mọi vấn đề.

Mối quan hệ tương tác giữa dự án và bối cảnh văn hoá - xã hội địa phương (nam giới/phụ nữ, trẻ em và thanh niên/người lớn, người sử dụng lao động/người lao động, người có quyền lực hoặc không có quyền lực, v.v..) yêu cầu phải sửa đổi dự án cho thích hợp khi cần thiết. Cuối cùng, một dự án có thể được coi là hoàn thành vào thời điểm sự can thiệp từ bên ngoài không còn nữa. Hay nói cách khác, đó là lúc các tổ chức trong nước có thể chịu trách nhiệm hoàn toàn về những hoạt động phòng chống và chăm sóc tiếp theo. Tuy nhiên, trong trường hợp HIV/AIDS thì các hoạt động của dự án chưa phải đã chấm dứt ở đó. Những thay đổi - do dự án tạo ra - vẫn tiếp tục được giữ vững nhờ động lực có được từ sự can thiệp từ bên ngoài. Trong giai đoạn này, có thể coi là dự án đã thành công.

Các dự án phải đối phó được với những thách thức lớn của đại dịch HIV/AIDS mà UNAIDS đã xác định, đó là: nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc/hỗ trợ và giảm thiểu tác động. Các yếu tố này phải được phản ánh rõ ràng trong các hợp phần chính của dự án.

### 3. Các nhân tố tương hỗ, các bên tham gia và đánh giá địa bàn

Như đã trình bày, chúng ta không thể hiểu đầy đủ về đại dịch HIV/AIDS nếu không điều tra kỹ các yếu tố có mối quan hệ tương hỗ với nhau, ví dụ: các khu vực kinh tế không chính thức, quá trình lịch sử, đa dạng văn hoá. Mặt khác sự kết hợp chặt chẽ giữa các bên tham gia, các nhân tố và lĩnh vực tham gia vào công tác phòng chống, chăm sóc cũng rất cần thiết.

Căn cứ vào sự cùng tồn tại và phức tạp của các nhân tố tương hỗ này, nếu chúng ta muốn áp dụng phương pháp văn hóa khi xây dựng dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, đầu tiên phải đặt ra một loạt câu hỏi, tóm tắt lại trong một bảng kiểm và sử dụng chúng làm các điều kiện đối chiếu cho đánh giá sơ bộ.

#### 3.1. Điều kiện tiên quyết

Có thể xử lý các vấn đề trên bằng cách sử dụng bảng hướng dẫn đánh giá sơ bộ sau đây, trong suốt quá trình thiết kế chiến lược, thiết kế và thực hiện dự án.

Yếu tố quyết định tình hình hiện tại	Kết quả mong đợi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các yếu tố kinh tế, xã hội, văn hóa tiềm ẩn trong tình hình nhiễm HIV/AIDS nói chung?</li> </ul>	<p>Xác định điều kiện kinh tế, xã hội, văn hóa nhằm đạt được những thay đổi hành vi quan trọng liên quan đến nguy cơ, tính dễ lây nhiễm, chăm sóc và hỗ trợ.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bối cảnh kinh tế, xã hội, văn hóa của nạn dịch trong vùng dự án?</li> </ul>	<p>Xây dựng hành động dự phòng và chăm sóc trong khuôn khổ một dự án phát triển toàn diện.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhóm nguy cơ hoặc hành vi nguy cơ nào dễ gây lây nhiễm hoặc làm cho căn bệnh phát triển?</li> </ul>	<p>Xây dựng mạng lưới thông tin phù hợp cho các nhóm dân cư, không phân biệt nhóm bị gọi là có nguy cơ, thanh niên, người nghèo, phụ nữ, nữ thanh niên, người di cư hoặc làm nghề lưu động.</p>

Yếu tố quyết định tình hình hiện tại	Kết quả mong đợi
<ul style="list-style-type: none"> <li>Như thế nào và tại sao?</li> </ul>	Xây dựng mối quan hệ đối tác giữa khu vực nhà nước (phương pháp liên ngành), khu vực tư nhân với các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức tại cộng đồng.
Những nhân tố nào tác động đến sự lây lan HIV và trợ giúp người có HIV và gia đình họ?	Các phương pháp huy động rộng rãi mọi tầng lớp nhân dân, kỹ năng và nguồn lực của họ trong một nỗ lực chung chống lại đại dịch HIV/AIDS.

### 3.2. Các nội dung tham khảo cho đánh giá sơ bộ

Khi đánh giá sơ bộ phải tham khảo các nội dung mô tả ở phần Bốn thách thức lớn, (mục II), trang 15 nhằm:

- Phân tích mối quan hệ tương hỗ giữa quá trình tiến triển đại dịch HIV/AIDS và quá trình phát triển kinh tế - xã hội;
- Xác định đặc điểm chuẩn mực và tiềm năng văn hoá;
- Xác định nhu cầu cụ thể của các nhóm chịu thiệt thòi về kinh tế, xã hội, văn hoá.

## 4. Điều tra sâu địa bàn

### 4.1. Các chủ đề cần đánh giá

Hiện nay, việc thiếu động cơ xúc tiến thay đổi hành vi - một vấn đề đang gây tranh cãi - là chướng ngại vật lớn cần phải vượt qua khi xây dựng các dự án thí điểm và các hoạt động thông tin/giáo dục/truyền thông bền vững.

Đó là lý do tại sao cần phân tích sâu các chuẩn mực văn hoá truyền thống chính thức. Vì thế các phương thức đáp ứng lấy đất nước, và con người làm trung tâm sẽ có nhiều cơ hội phát triển và hoà nhập hơn vào các chuẩn mực truyền thống trong dự phòng sự lây truyền căn bệnh.

Tương tự, cần phải đổi mới hành vi, thái độ đối với người có HIV và bệnh nhân AIDS. Điều này rất cần thiết để giúp họ hoà nhập cộng đồng và giúp đỡ chăm sóc họ khi căn bệnh đã phát triển sang giai đoạn cuối.

### 4.2. Có thể sử dụng những công cụ gì?

Phải thực hiện các nghiên cứu trường hợp cụ thể trong nhiều tình huống khác nhau (các huyện ngoại thành, các vùng nông thôn, các nhóm đa dạng về dân tộc - văn hoá, người di cư, người ty nạn, v.v.). Trong mọi trường hợp, đều phải chú ý đến tình hình cụ thể của trẻ em gái, phụ nữ, thanh niên và trẻ em, đặc biệt là trẻ mồ côi. Các phương pháp này cũng có thể sử dụng trong các vấn đề khác với các nhóm dân cư khác.

#### a. Điều tra tổng quát

Loại điều tra này có thể tiến hành thông qua các bảng hỏi bán mở, để các nhóm điều tra sử dụng hướng dẫn thảo luận nhóm. Nó chỉ giới hạn trong việc xác định các khía cạnh giống



nhau giữa các nhóm. Tuy nhiên nó cũng là phương thức điều tra duy nhất có thể tiến hành tại các nước không cho phép tiếp cận tất cả mọi tầng lớp dân cư, ví dụ trong các khu vực có xung đột hoặc chiến tranh.

Tuy vậy, loại điều tra này không sử dụng các công cụ điều tra sâu, những công cụ vô cùng cần thiết trong các cuộc điều tra trên phạm vi cả nước dựa vào phương pháp văn hóa. Ví dụ, việc sử dụng bảng hỏi cho thảo luận nhóm chỉ thích hợp để thu thập thông tin từ một mẫu dân cư có trình độ học vấn. Vì vậy công cụ này không thể sử dụng để thu thập thông tin trong các nhóm người dân không đi học hoặc mù chữ, mà họ lại chiếm đa số những người phơi nhiễm vi rút. Do đó, việc lấy mẫu có tính đại diện và xác định khu vực điều tra để suy ra kết luận cho toàn quốc là điều rất quan trọng nhưng cũng cực kỳ khó khăn.

#### *b. Nghiên cứu tình huống và phỏng vấn*

Để hiểu sâu các nhóm đặc biệt, (thanh niên bị phân biệt đối xử, người nghèo đói cùng cực, người không có nhà cửa và điều kiện sống sót) cần có những người làm trung gian giữa họ và các điều tra viên. Ví dụ, để phân tích sâu tình hình các nhóm dân cư nông thôn, vùng sâu vùng xa cần khá nhiều thời gian nghiên cứu thực địa.

Tương tự như vậy, để nghiên cứu sâu các nhóm bị phân biệt đối xử ở vùng ngoại ô cần có thời gian xây dựng lòng tin và sự hợp tác giữa các điều tra viên và thành viên của các nhóm này, để đánh giá tình hình, nhu cầu, chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của họ. Trên thực tế, những người này thường hay có thái độ chỉ trích sự can thiệp từ bên ngoài, và những chuyên gia đề xuất các hoạt động dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ. Thời gian phân tích số liệu sẽ càng được rút ngắn nếu sử dụng các tiêu chuẩn phân tích khái quát hơn.

#### **Thu thập số liệu vùng ngoại ô (các thị trấn ổ chuột xung quanh các thành phố lớn)**

Người dân sống trong các vùng ngoại ô nghèo, khu ổ chuột, thường hay nghi ngờ các khảo sát xã hội, mà không cần phân biệt đó là loại khảo sát gì, vì họ hay liên tưởng chúng với điều tra của cảnh sát. Hơn nữa, nhiều người trong số họ không ở cố định mà thường hay di chuyển từ nơi này sang nơi khác vì lý do kinh tế hoặc lý do cá nhân. Do đó, phải thiết kế và thực hiện các phương pháp tiếp cận một cách cẩn thận.

Trong bối cảnh này, có thể sử dụng nhiều phương pháp khác nhau:

- Phương pháp phỏng vấn bán cấu trúc đối với nam nữ thanh niên (tuổi từ 15 đến 24) trong các khu vực kinh tế nghèo nhất hoặc ngoài lề xã hội (khu vực không chính thức), những người bị coi là rất dễ lây nhiễm vì họ có thể liên quan đến công nghiệp tình dục theo nhiều cách khác nhau;
- Khảo sát người có HIV: bảng hỏi điều tra nhân khẩu, các yếu tố kinh tế, xã hội, mối quan hệ xã hội/gia đình;
- Phỏng vấn những người liên quan trực tiếp nhất trong cộng đồng, trong đó có thể lấy mẫu, ví dụ mẫu các nhóm nhỏ với những nét khác biệt, để miêu tả một cách chính xác tình hình cụ thể của họ liên quan đến nguy cơ, những yếu tố quyết định và hậu quả của nó.

Khi phỏng vấn những người dân này, cần xây dựng bản hướng dẫn chung để có thể so sánh câu trả lời của họ cho những mục sau đây: số liệu cá nhân, bắt đầu có quan hệ và định hướng tình dục, thái độ đối với những người hành nghề mại dâm và các định hướng tình dục, khác nhau nhận thức

về HIV/AIDS, thông tin từ trẻ em về căn bệnh này và, trong các trường hợp liên quan, những kinh nghiệm trực tiếp và gián tiếp quan trọng nhất của chúng. Có thể phỏng vấn đặc biệt các nhóm nhỏ và thậm chí các cá nhân trong nhóm.

Phương pháp phỏng vấn này tạo sự tin cậy và đồng cảm giữa cán bộ phỏng vấn và người được phỏng vấn. Ở Cộng hoà Đôminíc, sau một khoá đào tạo các thành viên mạng lưới địa phương của những người sống chung với HIV/AIDS đã thu thập số liệu ở thực địa, thông qua phỏng vấn người có HIV, gia đình họ, và những thanh niên thuộc các nhóm nghèo khổ nhất trong xã hội. Họ cũng tham gia các diễn đàn thảo luận và quá trình phân tích kết quả.

*Nguồn: Phương pháp văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Cộng hoà Đôminíc, UNESCO, 1999.*

### Nghiên cứu tình huống ở khu vực nông thôn

Để tiến hành khảo sát sâu các nhóm dân cư nông thôn, cần nhiều tháng để xây dựng quan hệ tiếp xúc và trao đổi trên cơ sở tin cậy lẫn nhau. Tiến hành một điều tra như vậy trong một thời gian có hạn, có thể sử dụng các phương pháp chung sau đây:

- Lựa chọn khu vực điều tra: nên chọn những địa bàn nơi hoạt động văn hóa, phát triển và HIV/AIDS tác động lên nhau một cách rõ ràng, cụ thể;
- Các chủ đề lớn cần điều tra: số liệu nhân khẩu, dịch vụ y tế hiện có, kiến thức, thái độ, niềm tin về HIV/AIDS, hoạt động tình dục và không thực hành tình dục và phi tình dục có liên quan đến AIDS, các mô hình di cư và các vấn đề liên quan về giới.

Kết quả nghiên cứu thông qua điều tra sâu các trường hợp cụ thể sẽ cung cấp số liệu cho việc xây dựng các hoạt động dự phòng và chăm sóc có hiệu quả thích hợp và bền vững hơn về các vấn đề sau:

- Cuộc khủng hoảng HIV/AIDS, công nghệ tình dục và nền kinh tế không chính thức trong bối cảnh một cuộc khủng hoảng toàn diện về phát triển kinh tế, xã hội, nghèo đói, thất nghiệp và sự tan rã các giá trị văn hóa xã hội;
- Các chuẩn mực, tiềm năng văn hóa liên quan đến HIV/AIDS và vai trò của chúng trong việc đảm bảo tính hiệu quả, thích hợp và bền vững của các hoạt động dự phòng và chăm sóc, bao gồm: niềm tin tôn giáo, lãnh tụ cộng đồng, cách chữa bệnh truyền thống, sự chung thủy vợ chồng, sử dụng bao cao su, những thiếu sót trong việc sử dụng và diễn giải ngôn ngữ, việc giấu tên hay thông báo tên người có HIV;
- Cần nghiên cứu sâu hơn về nguy cơ đối với những nhóm người bị gạt ra ngoài lề xã hội, bị phân biệt đối xử trong công việc, hoặc sự bảo vệ pháp luật, nhu cầu văn hoá và giáo dục cụ thể của các nhóm người sống trong điều kiện rất nghèo khổ và phức tạp;
- Các vấn đề cụ thể về giới, đa thê, lấy vợ lẽ, tảo hôn, vấn đề thừa kế của goá phụ, có thai khi tuổi còn quá trẻ/có thai ngoài ý muốn, thiếu giáo dục;
- Mại dâm để sống sót, cơ hội mại dâm trong các trung tâm thương mại, nhà vệ sinh trên các phương tiện giao thông, các khu ký túc xá dành riêng cho nam giới, trại lính, công trường xây dựng, nông trại và đồn điền hiện đại, khu vực biên giới và các khu nghỉ mát.

*Nguồn: Phương pháp văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS: Kinh nghiệm của Malawi, UNESCO, 1999.*

## **5. Những dự án phù hợp với truyền thống văn hoá: Phương pháp tiếp cận từng bước**

Phải ưu tiên thiết kế các dự án phù hợp với truyền thống văn hóa trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS cho các nhóm dân cư rộng rãi, đặc biệt trong các nước nghèo và kém phát triển nhất. Phương pháp này nhằm giúp người dân nhận thức đầy đủ về những thách thức và động viên sức mạnh của họ trong dự phòng và chăm sóc, phù hợp với các chuẩn mực và tiềm năng văn hóa, xã hội. Vì vậy, trong những trang tiếp theo dưới đây chúng tôi sẽ trình bày, phân tích chi tiết khâu chuẩn bị, thực hiện và đánh giá dự án.

Cách phân tích vấn đề như vậy, dựa trên phương pháp tiếp cận từng bước, sẽ rất thích hợp để giải quyết vấn đề trên địa bàn thực tế, chứ không chỉ thuần túy ở mức lý thuyết. Tuy nhiên cần luôn nhớ rằng trên thực tế, phân tích và đánh giá phê phán là hai hoạt động phụ thuộc lẫn nhau, vì vậy không nên coi chúng là các giai đoạn không liên quan đến nhau trong quá trình phát triển dự án, mà đều là những yếu tố quan trọng cần phải thực hiện.

Trong mọi trường hợp, hành động tại địa bàn sẽ là biện pháp can thiệp quan trọng nhất trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, vì hiện nay chưa tìm ra và chưa cung cấp được thuốc và cách chữa trị mới cho mọi người, kể cả nhóm người nghèo nhất và ở vùng sâu vùng xa nhất. Ngay cả khi có khả năng tiếp cận thuốc chữa bệnh, nhưng vì điều kiện sống chưa nâng cao đáng kể, vẫn phải giúp họ học tập nâng cao văn hóa để đảm bảo có những hành vi và thực hành bền vững.

### **5.1. Những khái niệm cơ bản: Dự án hướng về người dân**

Có thể tóm tắt những khái niệm cơ bản để xây dựng dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS thông qua phương pháp văn hóa như sau:

- Dự án phải được chuẩn bị cẩn thận, thực hiện và điều chỉnh theo một phương pháp văn hóa tổng hợp, có xét đến tính phù hợp với chuẩn mực và tiềm năng văn hóa của riêng từng nhóm người;
- Cần thuyết phục mọi người rằng họ phải thay đổi hành vi tình dục và suy nghĩ lại những hành động tình dục, sinh lý cơ thể, và mối quan hệ giữa cơ thể/tâm trí họ;
- Chỉ trong điều kiện như vậy họ mới có thể tiếp thu những thông tin từ bên ngoài và suy xét chúng theo những khái niệm, giá trị và thuật ngữ của riêng họ.

Quá trình thay đổi này diễn ra theo hai điều kiện sau:

- Quá trình đối thoại thường xuyên, cùng truyền thông, cùng tham gia và cùng chủ động, dành ưu tiên cho các dự án thực tiễn dựa trên cộng đồng;
- Nâng cao đời sống nhân dân, đặc biệt tại các nước kém phát triển, giúp họ xây dựng một tương lai tốt đẹp hơn, bao gồm cả dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.

### **5.2. Lựa chọn công cụ**

#### **a. Phương pháp phối hợp**

Phối hợp là điều kiện không thể thiếu để có được một hành động hiệu quả và sự đáp ứng toàn

diện với tình hình và các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS. Do đó, các chiến lược, chiến dịch dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS cần cân nhắc đến mối quan hệ tương tác với các khu vực hoặc các chiến lược phát triển toàn cầu khác. Điều đó yêu cầu phải thiết kế và thực hiện các biện pháp hợp tác liên ngành ở các cấp nhằm đảm bảo hoạt động hài hoà và tránh chồng chéo lên nhau.

### *b. Sự nhất trí giữa tổ chức và cộng đồng*

Có thể coi các dự án dựa vào cộng đồng hoặc dự án vùng (cấp độ dưới quốc gia) là những dự án thích hợp nhất để đối phó với tình hình dịch tễ học. Các dự án này phải rõ ràng để hiểu cho cả các tổ chức nhà nước và người dân, để lôi cuốn và động viên sự tham gia của người dân nhằm đạt mục tiêu chung.

Như vậy, định nghĩa về mục tiêu, phương tiện và kết quả phải luôn luôn rõ ràng đầy đủ đối với cả hai bên. Để đạt mục đích này, khi thiết kế dự án cần có thông tin hai chiều, giữa quần thể đích và các cơ quan nhà nước ở những cấp và liên quan đến những vấn đề tác nghiệp sau đây:

- Hành động cụ thể:

Trên thực tế phải xác định hành động bằng cách đặt các câu hỏi sau đây cho hoặc từ người dân:

- Họ muốn giải quyết những vấn đề gì?
- Họ có kế hoạch làm gì?
- Họ có những nguồn lực gì?
- Họ mong đợi những nguồn lực gì từ nước ngoài?

- Ngân sách, chương trình (mục tiêu/hoạt động/phương thức và phương tiện):

Khi thiết kế ngân sách, chương trình, các cơ quan nhà nước cần xem xét kết quả thảo luận các vấn đề trên đây. Về mặt này, họ phải lần lượt tiến hành các việc sau:

- Phải tiến hành các nhiệm vụ chính như xác định, định nghĩa nhiệm vụ, đánh giá phương tiện thông qua trao đổi thông tin, thảo luận, đàm phán, thỏa hiệp và nhất trí;
- Hoàn thiện các điều khoản dự án sau khi có đầy đủ thông tin hai chiều (xây dựng trên cơ sở các hướng dẫn cho công tác chuẩn bị)

### *c. Kết quả mong đợi và tác động (các chỉ số)*

Người ta mong đợi dự án sẽ giúp thay đổi hành vi một cách có ý nghĩa và bền vững trong hoạt động tình dục. Những thay đổi đó sẽ đạt được trong các điều kiện sau đây:

- Các thông tin và chăm sóc y tế được cộng đồng và cá nhân chấp nhận và sử dụng, và sẽ được điều chỉnh để phối hợp tốt hơn;
- Tin vào dự phòng và chăm sóc là các hoạt động ưu tiên, và sẽ đem lại những tác động quan trọng;

- Một cộng đồng, hoặc một nhóm tự đưa ra sáng kiến nhằm duy trì tính bền vững, có sự hợp tác của các cơ quan quốc gia, cơ quan chính phủ quốc tế, và các cơ quan phi chính phủ tại địa bàn;
- Giảm lâu dài tỷ lệ nhiễm (giảm tỷ lệ chết), ngăn chặn sự lây lan của căn bệnh (thêm nhiều người được xét nghiệm, kiểm soát người không có HIV chặt chẽ hơn).

### **5.3. Chuẩn bị: Xác định nhu cầu trong bối cảnh cụ thể**

#### *Yêu cầu chung*

- Cần tăng cường phối hợp chặt chẽ giữa các chiến lược nhà nước, kế hoạch/chương trình/dự án trung hạn và các hoạt động cơ sở, như đã nhấn mạnh trong Chiến lược mới của UNAIDS cho năm 2000 - 2001;
- Về vấn đề này, không thể thiếu một phương pháp liên ngành và liên thể chế khi đề cập đến tình hình toàn cầu, đặc biệt các vấn đề liên quan đến nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động;
- Trong tương lai, cần đánh giá tình hình và hoạt động trước dự án, và tác động lâu dài và bền vững của các dự án mới. Phải báo cáo tất cả mọi thiếu sót và khó khăn mà UNAIDS đã gặp phải trong các hoạt động trước đây (ngoài những vấn đề như thiếu số liệu y tế, thông tin về tình hình người dân nói chung, thiếu truyền thông giữa dự án và người dân tham gia vào dự án);
- Phải thu thập các thông tin phong phú, chi tiết và cập nhật về môi trường tự nhiên/xã hội/văn hoá nơi có bệnh dịch để xây dựng một dự án thích hợp, hiệu quả;
- Có thể chia nhỏ các đề xuất hoạt động theo khu vực địa lý, quy mô dân số cũng như sự phức tạp của các mối quan hệ tương tác ngay trong các hoạt động đó. Sau đó, dự án cần tiếp tục thích nghi với sự đa dạng của môi trường văn hoá, xã hội, trong khi vẫn phải duy trì quy mô dự án ở mức có thể quản lý được;
- Các điều kiện tham chiếu, mục tiêu và các điều kiện thực hiện dự án phải luôn luôn được cả hai bên - các thể chế nhà nước và người dân - chấp nhận và nắm vững trong suốt các giai đoạn phát triển của dự án.
- Ngay từ đầu, cần lên chương trình cho các hoạt động tiếp theo của dự án, cũng như việc chuyển giao các sáng kiến và trách nhiệm cho cán bộ địa phương, nhằm đạt được sự bền vững lâu dài.

Chúng ta phải luôn luôn nhớ đến các yêu cầu đó. Các công việc chính trong khâu chuẩn bị dự án như sau:

#### *a. Xác định vấn đề*

- Nhiệm vụ đầu tiên là phải phân tích đặc trưng của khu vực, quốc gia hoặc địa phương nơi có HIV/AIDS và những hoạt động đã tiến hành hoặc đã hoàn thành (nếu có). Khi phân tích cần xem xét tài liệu đánh giá các dự án trước đây, theo dõi báo cáo của cơ sở cũng như

thông tin chung về tình hình dịch bệnh và các nhu cầu khẩn cấp cần giải quyết (ví dụ, tình hình dịch bệnh bị nghiêm trọng thêm do nạn đói, xung đột bạo lực, diệt chủng, v.v.);

- Xác định khó khăn và nhu cầu, cần thảo luận và so sánh các quan điểm và ý kiến khác nhau của người dân;
- Các hoạt động dự phòng và chăm sóc phải phù hợp với bối cảnh ở địa phương, giúp người dân hiểu rõ các hoạt động đó hơn trong mối quan hệ tương tác với nền văn hoá và quá trình phát triển;
- Để xác định vấn đề, đầu tiên các thể chế nhà nước và cộng đồng phải cùng nắm bắt được nhu cầu của người dân. Phải quan tâm đúng mức đến các lý do căn bản gián tiếp và trực tiếp ăn sâu trong nền văn hóa truyền thống, của các bên tham gia dự án tại cấp cơ quan nhà nước và cộng đồng.

#### *b. Huy động các thành phần tham gia*

- Cần lưu ý các nhà tài trợ, cơ quan thực hiện dự án, người ra quyết định và chuyên gia kỹ thuật về tầm quan trọng của phương pháp tiếp cận văn hóa trong việc bảo đảm hiệu quả của chiến lược toàn diện do UNAIDS tuyên truyền vận động;
- Các trung tâm nghiên cứu và viện hàn lâm hoạt động tích cực trong lĩnh vực khoa học văn hóa xã hội cần phối hợp chặt chẽ hơn trong khâu xây dựng và thực hiện các dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Cần tăng cường hơn nữa mạng lưới liên kết này, chú trọng đến việc sử dụng các công trình nghiên cứu tại các nước “phía nam”;
- Phải coi kinh nghiệm của các tổ chức phi chính phủ quốc tế, quốc gia và địa phương là nguồn lực quan trọng, vì các tổ chức này làm việc trực tiếp với người dân và hiểu rõ hơn hành vi và nhu cầu của họ. Mặt khác, họ cũng cần nhạy cảm hơn với phương pháp tiếp cận văn hoá;
- Các hội, tổ chức xã hội, công đoàn, các hiệp hội doanh nhân, công ty tư nhân, chính quyền địa phương, và đại diện nhân dân, cộng đồng cần hợp tác chặt chẽ hơn trong truyền thông và hoạt động phòng chống ở mọi nơi mọi lúc, như nơi làm việc, chợ, trong các lễ kỷ niệm, sự kiện xã hội, trong các hoạt động vui chơi giải trí chính thức và không chính thức, vì chúng tạo cơ hội để xã hội hóa công tác này;
- Các lãnh tụ truyền thống và cộng đồng tôn giáo, với những ảnh hưởng tinh thần và đạo đức của họ, cũng có thể đóng vai trò quan trọng trong công tác này;
- Các thầy thuốc và bà đỡ dân gian, những người được người dân kính trọng và tin tưởng có thể làm cố vấn, tư vấn và hỗ trợ tinh thần cho người có HIV, bệnh nhân AIDS và gia đình họ.

#### *c. Xác định các nhóm dễ bị nhiễm*

Kiểm tra xem dự án có được chấp nhận/tiếp nhận không là nhân tố quan trọng nhất trong quá trình hoàn thiện thiết kế dự án và điều chỉnh dự án cho phù hợp với tình hình và nền văn hóa của cộng đồng, nói một cách khác, phù hợp với các nhóm dễ bị lây nhiễm, theo thuật ngữ của UNAIDS.



Do vậy, cái gọi là “các nhóm đích” hay “người được hưởng lợi” - các đối tác chính trong cuộc chiến chống HIV/AIDS - thực tế cũng là các nhóm dễ bị lây nhiễm, trong đó đặc biệt một số nhóm nhỏ có nguy cơ cao. Phần thứ nhất (mục II, trang 45) có danh mục các nhóm dễ bị lây nhiễm, theo thuật ngữ của UNAIDS, và đôi khi được nói đến như là nhóm đích. Sự tham gia tích cực của họ trong quá trình lập kế hoạch và thực hiện dự án là điều kiện tiên quyết đảm bảo sự thành công cho bất kỳ một dự án nào.

Cuối cùng, cần nhấn mạnh rằng không dự án nào có thể tách rời khỏi môi trường kinh tế, xã hội, văn hóa của quốc gia đó.

#### *d. Các tài liệu chính thức hiện nay đảm bảo truyền thông có hiệu quả*

Việc trao đổi thông tin giữa cán bộ các cơ quan nghiên cứu, cán bộ cơ sở và đại diện người dân là sơ sở đảm bảo tính hiệu quả và bền vững của mọi dự án dự phòng, chăm sóc HIV/AIDS. Phương pháp truyền thông hai chiều yêu cầu các cơ quan tạo điều kiện cho đại diện người dân tiếp cận được các tài liệu chính thức, đặc biệt khi thảo luận các hoạt động chung trong phòng chống đại dịch. Do vậy, khi thảo luận với người dân, không nên chỉ giới hạn trong các tài liệu về dịch tễ học hay hồ sơ hành chính.

Hơn nữa, các thuật ngữ trong tài liệu phải “có thể thay đổi” luôn luôn. Đối với các chương trình, dự án lớn, phải diễn đạt các kế hoạch hoạt động bằng các thuật ngữ kỹ thuật cho cán bộ trong cơ quan nhà nước, đặc biệt là cán bộ lập kế hoạch, cán bộ ngân sách, hành chính, nhân viên cao cấp và trung cấp.

Tuy nhiên, không thể thiếu việc thảo luận và tư vấn với cán bộ chính quyền và đại diện nhân dân. Cũng phải giải thích rõ và cụ thể cho các bên trong nước về dự án và các mục tiêu dự án.

#### *e. Phác thảo dự án*

Sau khi đã xác định đặc điểm và các nét chính của tình hình hiện tại, cần sơ bộ dự tính khả năng giải quyết các vấn đề đã phát hiện. Dự thảo sơ bộ này phải rất “cởi mở”, rõ ràng, và các thành tố của nó có thể thay đổi, nếu thấy cần thiết. Nó phải tổng hợp, bao quát mọi vấn đề cho tất cả các bên, và không nên áp đặt một cách gián tiếp bất kỳ một phương án nào mà họ chưa nhận thức được đầy đủ. Nếu không đáp ứng được điều kiện này, các bên sẽ không hiểu nhau, và có khi phải dàn xếp hoặc không đồng ý được mọi đối tác tham gia.

#### *g. Lập kế hoạch từ dưới lên*

Nhằm đảm bảo các phương pháp đề xuất phù hợp với phương pháp văn hóa, dự án phải là kết quả của một quá trình trao đổi thông tin thường xuyên giữa văn phòng hoạch định dự án và đơn vị thực hiện ở cơ sở. Vì vậy, phải thử nghiệm tính thực thi của dự án trong thời gian và thực tiễn nơi có bệnh dịch.

Do đó phải thu thập, xử lý, tóm tắt và chuyển các thông tin y tế, nhân khẩu, kinh tế, xã hội, văn hóa từ cơ sở đến các cấp có trách nhiệm phù hợp nhất.

Nhằm mục đích này, cần đáp ứng các điều kiện sau đây:

- Các cơ quan lớn, kể cả các phòng ban cần có thái độ cởi mở, linh hoạt. Sự linh hoạt đó rất cần thiết, một mặt để cân đối lại tình hình cung cấp dịch vụ, mà cấp trung ương thường thực hiện tốt, mặt khác, nhằm xây dựng quan hệ đối tác tốt hơn với người dân;
- Cần tổ chức các cuộc họp giải thích phương pháp mới này cho cán bộ chính quyền và người dân địa phương.

Về các dự án của các tổ chức phi chính phủ, cần phân biệt rõ các tổ chức lớn và các tổ chức phi chính phủ tại cơ sở. Đối với các tổ chức phi chính phủ nhỏ, khoảng cách tổ chức giữa cơ sở và trung tâm ra quyết định nhỏ hơn nhiều so với một số tổ chức phi chính phủ quốc tế lớn, vì vậy không có những thiếu sót và không cần áp dụng các biện pháp sửa đổi kỹ thuật như các tổ chức phi chính phủ lớn.

#### *g. Xây dựng mục tiêu*

Để tiến hành tốt công việc này cần phối hợp chặt chẽ với các cộng đồng hưởng lợi và các bên tham gia khác nhau, sau khi đã xác định được khó khăn ở cơ sở (thu thập và xử lý số liệu từ dưới lên). Phải thực hiện bằng phương pháp phối hợp và lồng ghép, như UNAIDS vẫn luôn luôn tuyên truyền vận động (có thể đạt được các mục tiêu liên ngành bằng cách giải quyết các vấn đề của từng ngành).

Ngay trong thời gian xây dựng dự án phải dự tính một cách linh hoạt các phương tiện và thời gian cần thiết cũng như các phương thức thích hợp để đảm bảo hoạt động có hiệu quả.

#### **Mục tiêu chung (gắn liền với các chiến lược chính của chính phủ)**

Các mục tiêu lớn trong chiến lược và dự án của UNAIDS là:

- Ngăn chặn sự lan truyền vi rút dưới dạng các nguy cơ trực tiếp, và tính dễ bị lây nhiễm dẫn đến tình huống có nguy cơ, thông qua giáo dục dự phòng và cải thiện các điều kiện kinh tế - xã hội.
- Động viên khuyến khích xây dựng môi trường trợ giúp tốt hơn cho bệnh nhân AIDS và giảm thiểu tác động của bệnh dịch về mặt kinh tế, xã hội, văn hóa.

Để đảm bảo sự gắn kết chặt chẽ với những nỗ lực chung của Liên hợp quốc trong phát triển con người, cần đảm bảo mối quan hệ giữa các mục tiêu trên và các mục tiêu phát triển bền vững - hoà bình, nhân quyền, bình đẳng giới, xóa đói giảm nghèo - là tương hợp với nhau.

Có thể chia các mục tiêu chung thành:

- Các mục tiêu chính sách lớn (chiến lược, chính sách quốc gia).
- Các mục tiêu tác nghiệp (cụm chương trình hoặc dự án).
- Các mục tiêu hành động (dự án).

Trong suốt quá trình phải kiểm tra xem các kế hoạch tại tất cả các cấp có phù hợp với nền văn hóa và có sức động viên hay không.

Nếu dành ưu tiên cho việc xác định mục tiêu tác nghiệp có thể dẫn đến việc đánh giá thấp tác động tương hỗ cụ thể giữa các vấn đề, tình hình và mục tiêu phát triển con người. Như vậy, có thể cản trở việc phê chuẩn các dự án dự phòng, chăm sóc phù hợp với truyền thống văn hóa, trong đó mối quan hệ giữa HIV/AIDS và môi trường nơi có bệnh dịch là then chốt cho mọi hoạt động có hiệu quả.

#### *h. Lựa chọn công cụ phù hợp với truyền thống văn hóa*

Như vậy, việc lựa chọn công cụ kỹ thuật, như sẽ miêu tả trong các phần dưới đây, có thể tác động tích cực hoặc tiêu cực đến tính khả thi của phương pháp tiếp cận văn hóa, một phương pháp vô cùng cần thiết đảm bảo tính bền vững của các hoạt động phức tạp và quan trọng trong dự phòng chăm sóc.

#### **Các công cụ có ích đang được sử dụng<sup>1</sup>**

Một số phương pháp được coi là nhanh hơn, đáng tin cậy và hiệu quả hơn cho *ngiên cứu sơ bộ*. Ví dụ:

- Phương pháp Đánh giá nhanh nông thôn (RRA) đầu tiên mang ý nghĩa: giúp xác định các yếu tố làm cho các dự án phát triển nông thôn phù hợp với người dân địa phương. Hiện nay phương pháp này có thể sử dụng để sơ bộ đánh giá tình hình HIV/AIDS ở địa bàn và các hoạt động có thể tiến hành, với giả thiết đã nắm vững tình hình ở đó.
- Có thể sử dụng phương pháp đánh giá người hưởng lợi để làm cho dự án “hay” hơn, dễ chấp nhận hơn với người dân địa phương, nhằm đảm bảo họ sẽ tán thành và hợp tác trong các hoạt động dự phòng và chăm sóc y tế có sự giúp đỡ từ bên ngoài.

Các yêu cầu về tính dễ tiếp nhận/ dễ chấp nhận cũng giúp cho việc đánh giá thái độ người dân đối với dự án:

- *Phương pháp phân tích tính dễ tiếp nhận* sẽ đánh giá được mối quan tâm của người dân và/ hoặc các đối tác nhà nước, liên quan đến các tập quán văn hóa khi thảo luận vấn đề tình dục và hành vi tình dục với khách từ nơi khác.
- *Phương pháp phân tích tính dễ chấp nhận* có thể sử dụng khi xây dựng dự án dự phòng, chăm sóc phù hợp, liên quan đến:
  - Phân tích tình hình địa phương và nhận thức nguy cơ và nhu cầu;
  - Khả năng huy động người dân trong quá trình thực hiện (nhu cầu cảm thấy, mối quan tâm, động cơ);
  - Sự cân đối giữa phương thức, nguồn lực và công nghệ y tế của địa phương và từ bên ngoài, những yếu tố cần công nhận và sử dụng càng nhiều càng tốt, và phải nhớ rằng cần lôi cuốn sự tham gia của các nhóm dễ bị lây nhiễm hoặc có HIV.

Hạn chế của các công cụ trên:

- Phương pháp đánh giá nhanh thường có các nhược điểm ví dụ: bị trở thành công cụ cho nền

1. *Những thay đổi trong một quá trình liên tục*, UNESCO, 2000, tr. 234-241.

văn hoá truyền thống; sự tham gia thiếu vô tư, miễn cưỡng hoặc không lâu dài, bền vững; thiếu một tầm nhìn chiến lược thích hợp.

- Việc sử dụng các hướng dẫn điều tra và bảng hỏi bị hạn chế vì trình độ học vấn thấp, đặc biệt ở các vùng còn nhiều người mù chữ, và thường đánh giá thấp mối quan hệ giữa nguy cơ, tính dễ bị nhiễm và học vấn thấp hoặc thất học, đặc biệt trong trẻ em gái và phụ nữ.

### **Phương pháp phù hợp với truyền thống văn hóa có thể áp dụng vào các dự án dự phòng HIV/AIDS.**

*Phương pháp phân tích phù hợp về mặt xã hội* giúp nêu bật sự tương hợp giữa dự án và bối cảnh địa phương, các hậu quả gia tăng có thể xảy ra, và các tác động văn hóa xã hội.

*Phương pháp đánh giá nông thôn có sự tham gia của mọi người* (PRA) dựa trên hành vi, trao đổi kiến thức và chia sẻ kinh nghiệm. Tuy nhiên, phương pháp này thường hay bị rút gọn thành phương pháp đánh giá nhanh nông thôn với những tiềm năng và hạn chế của nó.

Cho đến nay tốt nhất vẫn là phương pháp có sự tham gia của mọi người (CIDA Canada), phương pháp này giúp đạt kết quả sau đây:

- Huy động khả năng hành động của người dân và các nhóm dễ bị lây nhiễm;
- Cùng nhau thực hiện, với những động lực chân chính;
- Đảm bảo tính liên tục trong quá trình suy xét/hành động;
- Đào tạo đội ngũ cán bộ dự phòng, chăm sóc ở địa phương;
- Tổ chức nhà nước/người dân có thể đánh giá chéo những tiến độ đạt được trong công tác dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động.

Vấn đề kinh phí xem ra có vẻ không dính dáng gì đến khía cạnh văn hoá. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương thức tài chính có thể dẫn đến các mối quan hệ văn hoá tương hỗ, một vấn đề quan trọng khi ta coi thay đổi hành vi là then chốt cho các giải pháp thích hợp và bền vững.

Khi thảo luận phương thức tài chính, cần chú ý tới thực tế là nó có thể gây ra những ảnh hưởng văn hoá - xã hội tiêu cực.

Các biện pháp và vấn đề kỹ thuật:

- Vì những lý do thực tiễn và lý do văn hoá, cần sử dụng càng nhiều tài liệu càng tốt và bí quyết địa phương, kể cả kiến thức và dịch vụ y tế truyền thống;
- Đôi khi các cơ sở y tế tối tân dễ bị hư hỏng và những nhu cầu bảo dưỡng, duy trì tính bền vững sẽ làm địa phương phụ thuộc vào sự can thiệp từ bên ngoài;
- Khi sử dụng các công nghệ mới trong thử máu và các dịch vụ tiếp theo, đặc biệt là đối với phụ nữ có thai, cần tập huấn cho cán bộ địa phương và phải có người lắp đặt bảo dưỡng các cơ sở công nghệ thông tin mới; không được đánh giá thấp sự hợp tác tự nguyện (ví dụ, của phụ nữ và thanh niên chưa có việc làm).

*j. Ra quyết định trong phương pháp văn hoá*

- Phải chú ý đúng mức đến việc thu thập thông tin ở cơ sở, nhằm đảm bảo tính liên quan của dự án, đặc biệt đối với thực tiễn cơ sở, và khả năng chủ động của họ;
- Phải xác định một cách linh hoạt kết quả mong đợi và thời gian thực hiện dự án, vì sự tiến triển của bệnh dịch có thể diễn ra nhanh hơn và đi theo những hướng không thể lường trước được.

**5.4. Thực hiện: Cơ quan nhà nước và người dân cùng hành động**

Việc áp dụng phương pháp tiếp cận văn hóa tại cấp thực hiện dự án có nghĩa:

- Thảo luận chi phí/lợi thế của phương pháp tập trung và phân bổ quyền lực khi thực hiện các hoạt động dự án, căn cứ vào tính phức tạp của các vấn đề dịch tễ và y tế cụ thể;
- Theo dõi sự triển khai các hoạt động này, so sánh với các mục tiêu và phương tiện đã xác định;
- Sử dụng danh mục tham khảo đặc biệt nhưng phù hợp với các tổ chức nhà nước và người dân, để đạt được hành động chung, không thể thiếu được trong nỗ lực nhằm thay đổi hành vi.

*a. So sánh giữa tập quyền và phân quyền*

Để phù hợp với phương pháp tiếp cận văn hoá, các chương trình và dự án phân quyền cần được bổ sung bằng các hoạt động sau đây:

- Phương pháp mọi người cùng tham gia và quan hệ đối tác;
- Tính linh hoạt (thời gian và phương tiện)
- Phân công trách nhiệm liên quan đến tài chính, thiết bị, cơ sở vật chất và cán bộ cho các đối tác trong nước và các bên tham gia dự án.

Tuy nhiên cần nhớ rằng phân quyền có những lợi thế và hạn chế của nó. Một mặt, hành động gần với cơ sở hơn và dễ chuyển tải sang những hoạt động cụ thể, cơ cấu hành chính gọn nhẹ hơn và thông tin trực tiếp hơn. Mặt khác, có thể sẽ có những hậu quả tiêu cực vì những yếu tố sau:

- Văn hoá truyền thống và cơ cấu quyền lực địa phương quá mạnh;
- Khó khăn trong phối hợp và duy trì sự tiếp xúc giữa cơ quan đầu não và cơ sở;
- Kiểm soát các chi phí thực hiện dự án.

*b. Việc theo dõi và phương pháp tiếp cận văn hóa trong phòng chống HIV/AIDS*

Trong tình hình bệnh dịch đang lây lan không kiểm soát nổi ở nhiều khu vực trên thế giới, điều quan trọng là phải duy trì một hệ thống theo dõi đáng tin cậy với các phương tiện cần thiết được đầu tư ở cấp quốc tế và quốc gia. Việc này phải được thực hiện phù hợp với truyền thống văn hóa, như vậy mới có thể duy trì được tính bền vững của các hoạt động. Cần quan sát cẩn thận tiến trình hoạt động, đặc biệt chú ý đến các khía cạnh sau:

- Trách nhiệm của các cơ quan nhà nước tham gia dự án (việc sử dụng giấy tờ hành chính hoặc hồ sơ tài chính);
- Các vấn đề cần đề cập: sự cân đối trong sự tham gia và đóng góp của địa phương và từ bên ngoài;
- Kết quả cụ thể, thay đổi quy mô, tính khả thi và tính hiệu quả, vấn đề thực hiện chức năng của thể chế trung ương và địa phương, việc sử dụng các phương tiện sẵn có;
- Duy trì tốt việc báo cáo thông tin kinh tế, xã hội, văn hóa từ cơ sở lên (ban kiểm soát);
- Những sửa đổi cần thiết về phương thức, phương tiện, và thậm chí mục tiêu dự án.

Cần đảm bảo theo dõi liên tục như vậy ở tất cả các cấp có trách nhiệm, bằng các biện pháp sau:

- Phối hợp quản lý giữa các cấp.
- Phối hợp các nguồn lực khác nhau như kỹ thuật, tài chính, và các hoạt động “đáng kể” tiếp theo (hợp tác với các bên trong nước).

Tuy nhiên, các hoạt động theo dõi công tác dự phòng và chăm sóc đang gặp nhiều khó khăn về phương pháp. Mặc dù cho đến nay đã có nhiều cố gắng, vẫn thiếu nhiều số liệu đánh giá thấu đáo, vì chưa có những xét nghiệm triệt để tại các nước đang bị HIV tấn công mạnh. Còn nhiều mơ hồ trong khái niệm về tầm nhìn, không hiểu khái niệm này định ám chỉ hành động của các tổ chức nhà nước hay tỷ lệ lây nhiễm sẽ giảm mạnh (điều này chỉ có thể thấy được trong một thời gian trung hạn hay lâu dài). Hai vấn đề này làm ta khó có thể coi là đã có một hệ thống theo dõi giám sát hoàn toàn thoả đáng.

Tuy nhiên, phải luôn nhớ rằng các tổ chức nhà nước và các đối tác của họ không tập trung vào những vấn đề giống nhau, như miêu tả trong phần tóm tắt các danh mục tham khảo của họ hiện nay.

Dưới đây là bản danh mục tham khảo định kỳ cho các tổ chức nhà nước:

- Quá trình thực hiện đã đến giai đoạn nào?
- Những kết quả nào chưa đạt được?
- Các kết quả đạt được đã đóng góp gì cho mục tiêu tổng thể của dự án?
- Vai trò của đối tác là gì?

Dưới đây là bản danh mục tham khảo cho các đối tác:

- Sự khác biệt giữa lời hứa sẽ đóng góp và sự đóng góp có hiệu quả là gì?
- Đóng góp nào có hiệu quả vào hoạt động trong các hoạt động đang tiến hành?
- Mối quan hệ giữa các khó khăn cần giải quyết và những cải thiện đã đạt được hoặc đang cố gắng giải quyết là gì?
- Có nên coi các nỗ lực là nhiệm vụ phải làm để đạt được những cải thiện như mong đợi, hay xác định lại những kết quả mong đợi ở mức thấp hơn thì hợp lý không?



Các công cụ quan sát cần thiết để theo dõi một cách chính xác:

- Các chỉ tiêu kết quả;
- Ý kiến phản hồi từ các đối tác;
- Các giải pháp thay thế có thể;
- Đánh giá những khó khăn hạn chế và ưu thế của tình hình;
- Giao tiếp giữa chuyên gia nước ngoài và người dân địa phương được cải thiện hơn hay kém đi.

Tại cấp ra quyết định, việc cân nhắc các chuẩn mực và tiềm năng văn hoá của người dân tham gia dự án có thể dẫn đến việc:

- Điều chỉnh các mục tiêu và kết quả mong đợi;
- Sửa đổi phương pháp, phương tiện;
- Sửa đổi ngân sách và khung thời gian của dự án.

#### *c. Đánh giá: Kết quả hoặc hiệu quả*

Trong phương pháp văn hoá, việc đánh giá nên tiến hành ở hai cấp:

- *Góc độ kỹ thuật* (so sánh mục tiêu/phương tiện/kết quả, giải thích sự khác biệt);
- *Góc độ toàn diện* (tác động kinh tế - xã hội khu vực và liên khu vực, trực tiếp và gián tiếp, cho phép đánh giá sâu các phương pháp đang sử dụng trong xây dựng chính sách và dự án dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS).

Đối với phương pháp tiếp cận văn hoá, không nên chỉ giới hạn sự đánh giá về mặt kinh tế (sử dụng tốt các mặt hàng và dịch vụ được cung cấp) và xã hội (giải quyết khó khăn cho các nhóm người đang cần sự giúp đỡ từ bên ngoài). Để hiểu sâu tình hình rồi sau đó điều chỉnh dự án, phần đánh giá văn hoá phải bao gồm những thành tố sau đây: phân tích chi phí/lợi ích văn hoá, đánh giá lại tiềm năng văn hoá, sự cân đối giữa cam kết của nước ngoài và trong nước, mất hoặc khôi phục lại sự tự tin. Đó là những nhân tố cơ bản trong nỗ lực nhằm thay đổi lối suy nghĩ, chuẩn mực hành vi và thực hành, và xây dựng các dự án dự phòng chăm sóc có hiệu quả.

Đánh giá phê phán là một quá trình liên tục trong suốt chu kỳ dự án, luôn luôn phải tiến hành đánh giá này trong giai đoạn thực hiện dự án và thiết kế lại các tài liệu kỹ thuật của dự án.

#### *d. Lựa chọn phương pháp*

Việc đánh giá dự án một cách hệ thống ở từng giai đoạn có so sánh với các chuẩn mực và tiềm năng văn hoá là yêu cầu cơ bản trong phương pháp tiếp cận văn hoá. Thông thường nó bao gồm đánh giá sơ bộ và đánh giá định kỳ. Lúc bắt đầu thực hiện dự án: kiểm tra kỹ thuật và khẳng định sự nhất trí của người dân đối với sự can thiệp của bên ngoài. Nếu cần có thể làm các đánh giá giữa kỳ sớm hơn, đặc biệt khi dự án có vẻ “mong manh, dễ vỡ” (tình trạng của hầu hết các dự án phòng chống HIV/AIDS), nhằm:

- Điều chỉnh phương hướng hoặc khuôn khổ dự án, hoặc tạo cho nó một động lực mới;
- Lượng giá khả năng dự án sẽ tạo ra những tác động gì (ví dụ: tác động gián tiếp, các hoạt động tương tự).

### Đánh giá cuối cùng: giai đoạn quyết định

Chúng ta sẽ thấy rõ sự khác biệt và tương đồng giữa quan điểm nhà nước thuần túy và quan điểm của người dân tham gia dự án trong đánh giá cuối cùng như sau:

*Với các tổ chức nhà nước:*

Quan trọng nhất là kết quả thực tế (tác động trực tiếp) cho thấy mức độ đạt được các mục tiêu dự án đến đâu (toàn bộ, một phần, không đạt).

Kết quả được phân loại theo các tiêu chuẩn sau đây để xác định xem dự án thành công hay thất bại:

- Kết quả của các hoạt động đã tiến hành nhằm đạt các mục tiêu cụ thể của dự án, trước khi đạt “tốc độ vừa phải” (nghĩa là duy trì/ củng cố các kết quả đã đạt được);
- Trong trường hợp thất bại một phần hoặc hoàn toàn, cần thực hiện một đánh giá độc lập (khi dự án kết thúc, thậm chí 5 - 10 năm sau, nhớ kỹ yếu tố thời gian trong quá trình tiến triển dịch tễ học HIV/AIDS);
- Có thể sử dụng các tỷ số để giải thích những điểm cụ thể cần phân tích, ví dụ, hoạt động dự tính so với hoạt động đã thực hiện; kết quả dự đoán so với kết quả đã đạt được.

Nếu cần, có thể đánh giá tác động gián tiếp, nhưng ở giai đoạn muộn hơn. Các tiêu chuẩn kỹ thuật thường chỉ dùng để dự đoán việc sử dụng đóng góp của nước ngoài trong giai đoạn ngắn (đối với các tổ chức nhà nước), hơn là sự liên quan đến người thụ hưởng dự án về lâu dài. Mặc dù việc đánh giá tác động gián tiếp được coi là rất quan trọng để duy trì tính bền vững của công tác dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS, cũng chưa thể tiến hành ngay, vì cần một thời gian dài hơn để có thể đánh giá một cách toàn diện. Giới hạn thời gian đối với các tổ chức nhà nước, các chương trình và dự án là: hai năm cho lập kế hoạch ngắn hạn, và 5-6 năm cho các chiến lược trung hạn. Những hạn chế này làm cho các tổ chức nhà nước - hoạt động với nhịp điệu chậm hơn - không thể lập kế hoạch cho các hoạt động của mình và dự tính tác động của các hoạt động đó.

#### **Điều kiện thành công (quan điểm cơ bản về mặt tổ chức)**

- Có kế hoạch tốt;
- Đội ngũ cán bộ có năng lực và tận tụy;
- Đủ năng lực tổ chức;
- Dự án đề cập đến các vấn đề thực tiễn;
- Các đối tác làm tròn nghĩa vụ của mình.

#### **Lý do thất bại**

##### *Lý do kỹ thuật*

- Xác định không đúng mục tiêu;
- Thiếu tính khả thi;
- Không sử dụng tốt đội ngũ cán bộ;
- Các đối tác trong nước không làm tròn nhiệm vụ;

##### *Lý do về quan hệ*

- Thiếu sự nhất trí;
- Phân công nhiệm vụ chưa phù hợp;
- Chưa động viên đầy đủ các đối tác.

*đ. Vượt quá khả năng đánh giá*

Kết luận phải là cơ sở để xây dựng các dự án trong tương lai (hay giai đoạn sau của một dự án trung hạn). Tuy nhiên, các kết luận này không thể lồng ghép những tác động thứ yếu nằm ngoài lĩnh vực đã xác định và chỉ có thể hiểu được trong một viễn cảnh lâu dài.

Có thể áp dụng một cách linh hoạt một số kết luận vào bối cảnh của những dự án khác được thực hiện ở những khu vực liên quan hoặc khu vực khác (nhân rộng mô hình dự án).

**Cải tiến công cụ đánh giá**

Mục đích hoàn thiện các phương pháp đánh giá là giúp dự án giải quyết được mọi tình huống, điều chỉnh phương pháp, phương tiện thực hiện, và thay đổi tốc độ thực hiện. Thậm chí có thể điều chỉnh những mục tiêu đã được nhất trí từ trước.

*Phương pháp phân tích lợi ích*

- Có nhiều nét tương đồng và khác biệt trong quá trình phát triển bên trong/bên ngoài, hệ giá trị của các bên tham gia dự án và lợi ích của họ. Người dân sẽ phân xét mọi đề xuất hoạt động dự phòng và chăm sóc thông qua hệ giá trị và lợi ích cụ thể của họ;
- Tuy nhiên, còn nhiều nét tương đồng và khác biệt về viễn cảnh chi phí/lợi ích cho người dân (“giá” phải trả, “lợi ích” kinh tế hay lợi nhuận và khả năng tượng trưng);
- Lý do căn bản và thay đổi chi phí thông qua thương thuyết và trong một viễn cảnh lâu dài: phương thức, điều kiện của tiến trình phát triển có thể cung cấp những thông tin cơ bản về xây dựng hoạt động dự phòng, chăm sóc phù hợp với truyền thống văn hoá.

**Các phương pháp đánh giá cho các nhóm dân**

Các phương pháp đánh giá hướng về kết quả phải bao gồm các vấn đề người dân quan tâm. Ví dụ:

- Người dân sử dụng nguồn lực đầu tư từ bên ngoài như thế nào (bao cao su và tư vấn);
- Phương thức, nội dung các hoạt động thông tin, có định kỳ không và thích hợp với văn hoá, tập quán truyền thống không;
- Xem xét lĩnh vực văn hoá (các nền văn hoá địa phương/hệ tư tưởng về vấn đề phát triển) và mối quan hệ tương tác liên ngành (ví dụ nông nghiệp, giáo dục, việc làm, phát triển nông thôn/thành thị);
- Xu hướng hành chính thiên về đồng nhất kết quả mong đợi và kết quả thực tế khi so sánh;
- Chương trình nghị sự không phù hợp: thiếu sự tương hợp giữa “thời gian của các nhà lập kế hoạch” và “thời gian của người dân” (và thời gian tiến triển HIV/AIDS)

*Phân tích chi phí/lợi ích về mặt văn hoá*

Phân tích chi phí/lợi ích về mặt văn hoá yêu cầu các nhà nghiên cứu cần tập trung chú ý hơn. Trong khi tiến hành phân tích, phải đề cập đến tác động tích cực và tiêu cực của HIV/AIDS đối với những thay đổi trong đời sống:

- Xác định, ý nghĩa, nhận thức về tác động đến một cộng đồng nhất định;
- Nguyên vọng, nhu cầu và đòi hỏi sự thay đổi trong xã hội và duy trì tính bền vững;
- Thay đổi hành vi liên quan đến hành vi tình dục, các hoạt động sản xuất và trao đổi, cuộc sống cộng đồng và gia đình, phân phối cơ cấu quyền lực, tinh thần, đạo đức và văn hoá.

Ghi chú: Không thể tiến hành phân tích chi phí/lợi ích về mặt văn hoá mà không xây dựng các chỉ số cơ bản và các mô hình hành vi của một nền văn hoá cụ thể. Việc xác định chỉ số rất có ích trong việc xúc tiến, đánh giá vai trò và tầm quan trọng của phương pháp tiếp cận văn hoá, nhằm cải tiến mạnh mẽ các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS.

*Đánh giá thường xuyên: cho một quan hệ đối tác mới*

Như đã trình bày ở trên, quá trình đánh giá thường xuyên rất phù hợp với phương pháp tiếp cận văn hoá trong dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS. Có thể xây dựng quá trình này theo các hướng dẫn sau:

- Đánh giá cùng một lúc: kiểm tra các khái niệm và phương pháp đang sử dụng trong điều hành và theo dõi dự án, do đó, có thể điều chỉnh các hoạt động, phương hướng và, về lâu dài, thiết kế lại các khái niệm và công cụ;
- Cơ chế chính: hành động/suy xét/đánh giá/điều chỉnh;
- Trong phương pháp tiếp cận văn hoá, cần kiểm tra những vấn đề cơ bản sau đây nhằm đảm bảo sự thành công của các hoạt động dự phòng và chăm sóc:
  - Mục tiêu dự án có đáp ứng được các khó khăn của địa phương không (nhu cầu dự đoán);
  - Phương tiện có thích hợp với tình hình địa phương không;
  - Tổ chức nhà nước/nhân dân mong đợi gì về kết quả và tác động của dự án.

Câu trả lời cho những vấn đề trên sẽ là cơ sở để thường xuyên điều chỉnh và sửa đổi dự án.

- Phải lôi cuốn “những người thụ hưởng” tham gia tất cả mọi hoạt động như: thu thập và xử lý thông tin, cùng thực hiện, cùng “sàng lọc” (kiểm tra) và rút kết luận;
- Điều đó sẽ giúp xác định số liệu định tính có tầm quan trọng đặc biệt giúp tập trung nỗ lực nhằm thay đổi hành vi: những mong đợi và sự sợ hãi của người dân, sự tự tin hay nản lòng. Chúng cũng rất quan trọng để đảm bảo một nỗ lực hiệu quả và bền vững trong các hoạt động phòng chống, cũng như trong công tác hộ lý chăm sóc người bệnh và xây dựng một môi trường trợ giúp tốt hơn cho người có HIV và những người bị ảnh hưởng.

*Đánh giá trước và sau dự án:*

- Đánh giá tác động bền vững, tích cực và tiêu cực lên các hoạt động y tế, giáo dục và trong các lĩnh vực khác như kinh tế, môi trường, xã hội, văn hoá;
- Kết quả cụ thể, liên quan đến những vấn đề phi y tế và vệ sinh của các hoạt động dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS;

- Hiệu quả mong đợi và hậu quả không mong đợi: khả năng thất bại trong việc duy trì các hoạt động dự phòng, chăm sóc trong suy nghĩ và hành vi của người dân; trường hợp có sự trợ giúp từ bên ngoài có thể làm cho người dân trở nên bị động.

## **6. Lựa chọn hoạt động ưu tiên**

Sau khi xây dựng chiến lược, chính sách mới và phù hợp cho công tác dự phòng, hỗ trợ và giảm thiểu tác động kinh tế, xã hội, văn hoá của đại dịch HIV/AIDS, cần xác định ưu tiên. Đó là các chương trình hành động then chốt, cấp bách được thiết kế nhằm đổi mới tất cả các cấp (cấp quốc gia và địa phương) và phát triển các hoạt động chung giữa cơ quan nhà nước và tổ chức xã hội.

- Phát triển công tác truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá nhằm thay đổi hành vi (kể cả giáo dục và phương tiện thông tin đại chúng);
- Đổi mới công tác giáo dục dự phòng liên quan đến nguy cơ lây nhiễm và xây dựng tình đoàn kết đối với người có HIV và bệnh nhân AIDS;
- Tăng cường huy động mạng lưới tổ chức nhà nước và xã hội dân sự;
- Xây dựng biện pháp đối phó dựa trên cộng đồng, coi đây là nền móng cho hành động chung này;
- Xác định lại trách nhiệm cụ thể của các cơ quan nhà nước;
- Tăng cường công tác đào tạo/tuyên truyền vận động/xây dựng năng lực cho tất cả mọi người tham gia dự án.

Nói cụ thể hơn, những ưu tiên này là:

### **6.1. Huy động đồng thời mạng lưới nhà nước và các tổ chức xã hội, quần chúng**

Chỉ có thể thiết kế, thực hiện và đánh giá thành công các dự án phòng chống, chăm sóc dựa trên cộng đồng thông qua quá trình trao đổi thường xuyên với các quần thể đích, kể cả người có HIV hoặc bệnh nhân AIDS. Cần phải làm như vậy để có thể hiểu được đầy đủ những mối quan tâm, sự lo lắng, ưu tiên, và tận dụng được hết tiềm năng và năng lực văn hoá của họ nhằm huy động họ tham gia vào dự án. Chỉ như vậy mới có thể xây dựng mối quan hệ đối tác có hiệu quả giữa các cơ quan nhà nước, các mạng lưới xã hội.

### **6.2. Xây dựng đáp ứng dựa vào cộng đồng<sup>1</sup>**

Sự tham gia của người dân vào chiến dịch phòng chống HIV/AIDS có tầm quan trọng sống còn. Nói cách khác, xây dựng một biện pháp đối phó thích hợp và bền vững có nghĩa người dân phải tự mình tham gia vào các hoạt động này tại nhà, trong lối xóm, và nơi làm việc. Mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng có thể trở thành một “chuyên gia giỏi về AIDS”, đánh giá được

---

1. Barriere Constantin, Luc: *Những ý niệm chính trong biện pháp đối phó của địa phương. Báo cáo của đội ứng phó địa phương trong hội thảo tiểu vùng Kampala về “Phương pháp văn hoá trong phòng chống HIV/AIDS và chăm sóc người bệnh”*, UNAIDS.

AIDS đã tác động đến các khía cạnh của cuộc sống như thế nào, và thực hiện được các biện pháp cụ thể để giảm thiểu các tác động đó tại cộng đồng.

Nhằm thay đổi hành vi, người ta cần sự giúp đỡ từ những người khác. Xây dựng các quan hệ đối tác tại địa phương có thể tăng hiệu quả đối phó. Do đó, nhiều sáng kiến hay có thể thu thập được từ một phong trào huy động cộng đồng. Sự thay đổi hành vi bền vững là kết quả của phản ứng xã hội nói chung và nhận thức rõ ràng căn bệnh này và cái chết là hậu quả của sự lây nhiễm HIV/AIDS đối với cá nhân và gia đình họ.

Do đó, cần nhấn mạnh những biện pháp can thiệp do chuyên gia và cán bộ lập kế hoạch đưa ra cần phải thích hợp với người dân và cộng đồng và phải huy động được sự tham gia tối đa của họ. Trong quá trình này, các yếu tố văn hoá - xã hội có thể ảnh hưởng lớn đến ý kiến đánh giá và phản ứng của cộng đồng đối với các vấn đề liên quan đến HIV/AIDS. Vì vậy, tại địa phương, cần tìm hiểu xem các đối tác tiến hành quá trình đánh giá và đáp ứng như thế nào. Vì vậy, các chuyên gia và các nhà lập kế hoạch phải thay đổi phương thức hành động để gây ảnh hưởng chứ không phải giám sát hành động của họ.

### **6.3. Trách nhiệm cụ thể của các cơ quan nhà nước**

Những yếu tố then chốt trong chiến lược và chính sách nhà nước nhằm giảm thiểu tác động của đại dịch này lên người có HIV và bị những người ảnh hưởng bao gồm các biện pháp sau<sup>1</sup>:

#### *a. Giảm thiểu tác động của HIV/AIDS lên người có HIV*

- Các chương trình tín dụng nhằm giảm thiểu ảnh hưởng của HIV/AIDS lên các hộ gia đình thông qua vốn vay nhằm mục đích duy trì mức chi tiêu trong gia đình, cho con em tiếp tục đến trường, v.v..;
- Cung cấp phúc lợi trọn gói nhằm giảm bớt tác động của HIV/AIDS lên các gia đình và trẻ em, bao gồm việc cung cấp thức ăn (ở trường), và đồng phục học sinh;
- Cải cách luật pháp hay trợ giúp luật pháp cho các nhóm dễ bị tổn thương, như vợ con người đã chết vì HIV/AIDS, những người gặp nguy cơ mất của cải hay quyền tự quyết vì những quy định luật pháp hiện hành hay tập quán truyền thống liên quan đến quyền thừa kế;
- Biện pháp can thiệp tại nơi làm việc giúp họ tiếp tục được tham gia lực lượng lao động;
- Chăm sóc tại nhà nhằm tăng chất lượng cuộc sống của những người sống chung với HIV/AIDS;
- Phát triển nhóm tự giúp dựa vào cộng đồng để hỗ trợ cho cá nhân và gia đình, nhằm đảm bảo trẻ em tiếp tục được đến trường, duy trì các mô hình chi tiêu của hộ gia đình, và đẩy mạnh tiết kiệm.

#### *b. Các can thiệp chủ yếu nhằm giảm bớt tính dễ bị lây nhiễm của những nhóm dân cư cụ thể*

- Rà soát và cải cách luật pháp nhằm thay đổi các đạo luật và các chính sách của chính phủ vốn đã làm cho các nhóm đối tượng dễ bị nhiễm gặp khó khăn trong việc tự bảo vệ mình.

1. UNAIDS: *Hướng dẫn quá trình lập kế hoạch chiến lược cho một biện pháp quốc gia nhằm đối phó với HIV/AIDS: Phân tích biện pháp đối phó.*



Ví dụ, các luật quy định rằng nghề mại dâm là bất hợp pháp, đặc biệt khi các luật này được thực thi mạnh mẽ, có thể không khuyến khích các đối tượng mại dâm tìm kiếm sự giúp đỡ;

- Các chiến dịch giáo dục HIV/AIDS tại trường học và ở nơi làm việc;
- Tạo điều kiện cho thanh niên, đặc biệt là các em gái được tiếp cận với giáo dục dễ dàng hơn;
- Đưa nội dung phòng chống, giáo dục HIV/AIDS vào các chương trình quân sự của lực lượng vũ trang, đặc biệt cho quân nhân, những người dễ bị nhiễm;
- Các chương trình dành cho tù nhân trong các trại giam.

#### **6.4. Truyền thông thay đổi hành vi phù hợp với truyền thống văn hoá<sup>1</sup>**

Truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá nhằm thay đổi hành vi là công cụ xây dựng các biện pháp đối phó bền vững và thích hợp đối với các nguy cơ và tính dễ bị lây nhiễm HIV/AIDS.

Nâng cao kiến thức của người dân, giúp họ hiểu rõ hơn những thách thức liên quan đến HIV/AIDS mà họ đang phải đối đầu, họ sẽ dành ưu tiên cao nhất cho việc phòng chống mối nguy cơ này. Điều đó sẽ giúp họ nâng cao tinh thần trách nhiệm và tập trung huy động mọi nguồn lực cho các hoạt động.

Để thực hiện mục tiêu trên cần tiến hành các hoạt động sau đây:

- Nghiên cứu phương pháp để:
  - Đánh giá xem các hoạt động Thông tin, Giáo dục, Truyền thông (IEC) có phù hợp với truyền thống văn hoá không;
  - Biết rõ chuẩn mực và tiềm năng văn hoá của người dân;
  - Xác định các điều kiện văn hoá/xã hội để tuyên truyền vận động người dân.
- Xác định yêu cầu, nhu cầu của các nhóm đối tượng, liên quan đến sự lây nhiễm HIV/AIDS, tình hình kinh tế - xã hội của họ, hành vi nguy cơ cụ thể và mối liên hệ với xã hội nói chung;
- Đề xuất một phương pháp văn hoá với các tài liệu truyền thông và quá trình dự phòng, chăm sóc thích hợp, dựa trên việc kết hợp phát triển và phổ biến các thông điệp phù hợp.

#### **6.5. Đổi mới phương pháp giáo dục dự phòng: Một vấn đề sống còn** (Nguy cơ và sự đoàn kết)

Sau giai đoạn hành động đầu tiên tập trung vào chăm sóc về sức khỏe và y tế, trong giới hạn của phương thức tiếp cận dịch tễ học, giáo dục (và trong chừng mực nhất định cả thông tin đại chúng) đã trở thành công cụ lớn thứ hai được dùng để mở rộng việc dự phòng chính bản thân nguy cơ đó và những biện pháp bảo vệ thực tế được hàm ý trong đó.

Tuy nhiên, kết quả hạn chế của nó đã làm dấy lên những mối quan tâm ngày càng tăng về

---

1. Trong cuốn *Hướng dẫn cách truyền thông phù hợp nhằm thay đổi hành vi* có miêu tả chi tiết các phương pháp này, UNESCO - UNAIDS, 2001.

hiệu suất thực của các chiến dịch giáo dục dự phòng. Ngày càng rõ ràng rằng trong thực tế, ngay cả khi các thông điệp giáo dục dự phòng được tiếp nhận đầy đủ và đồng hoá về tri thức, thì nội dung của nó vẫn thường xuyên không được người dân lĩnh hội đầy đủ, đặc biệt là trẻ em và thanh thiếu niên, và cũng không dẫn đến những thay đổi hành vi và sự đoàn kết đối với những người có HIV và bệnh nhân AIDS.

Lý do của những kết quả chưa đầy đủ đó có lẽ liên quan đến việc thiếu sự phân biệt giữa giáo dục dự phòng và giáo dục trong trường học. Ngoài ra, giáo dục trong trường học thường bị giới hạn bởi sự truyền đạt một chiều những thông tin thuần túy về mặt nhận thức. Do đó, mặc dù hệ thống nhà trường có những khả năng độc đáo và không thể thay thế được, như theo định nghĩa về trường học, hệ thống nhà trường không tiếp cận được với những đối tượng trẻ em và thanh thiếu niên không được đi học (chiếm tới 80% ở một số quốc gia). Hơn nữa, tỷ lệ mù chữ trong thanh niên và người trưởng thành từ 15 tuổi trở lên, đặc biệt là trẻ em gái và phụ nữ, vẫn còn rất cao ở nhiều nước (trên 75% ở một số quốc gia).

Vì những lý do và những vấn đề cần lưu ý cơ bản đó, giáo dục dự phòng phải được lập kế hoạch trước thông qua tất cả các kênh có thể được, bao gồm các giáo dục viên ngoài nhà trường như các cán bộ xã hội, các tổ chức phi chính phủ, các thương gia và doanh nghiệp, các hiệp hội và phong trào, các tổ chức thể thao, các nhà giáo dục về đạo đức, tôn giáo và truyền thống cộng đồng.

Từ góc độ một quan điểm khác, các tài liệu giáo dục không nên "áp đặt từ trước" mà xuất hiện dần dần từ bản thân quá trình giáo dục, từ một sự đối thoại đồng cảm và trên cơ sở các giá trị xã hội và văn hoá, các chuẩn mực hành vi và năng lực hiểu biết của con người.

Vì mục đích đó, giáo dục dự phòng phải được tổ chức lại về chiều sâu, nhằm làm cho nó thích nghi với tính chất đa dạng có thực trong những sự hiện thân, lối sống, ngôn ngữ và thói quen tình dục của con người, cũng như các điều kiện sinh hoạt hàng ngày của họ. Chỉ có thông qua phương thức tiếp cận này con người mới chấp nhận xem xét lại các thói quen, tập quán và động cơ của họ, từ đó mà quan tâm thực sự đến những cách cân nhắc mới đối với các ưu tiên cá nhân và tập thể cho tương lai, và bắt đầu thay đổi hành vi của họ một cách phù hợp.

## **7. Đề xuất cải tiến phương pháp**

Nhằm xem xét sự đa dạng văn hoá và mối quan hệ tương tác giữa nền văn hoá địa phương và các hoạt động phát triển, cần có phương pháp cụ thể, một số phương pháp này đã được nghiên cứu và thử nghiệm. Yêu cầu đầu tiên là phải có cơ chế và công cụ để phát triển nguồn nhân lực thông qua biện pháp tiếp cận văn hoá. Nhiệm vụ lớn thứ hai là phải tập trung đề xuất những phương pháp mới cho thiết kế dự án và cải cách quá trình lập kế hoạch. Phải đánh giá và cải tiến các thử nghiệm hiện nay trên lĩnh vực này.

### **7.1. Đào tạo/vận động/xây dựng năng lực**

Đào tạo/định hướng các cấp ra quyết định trong các chiến lược và chính sách dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS phù hợp về văn hoá có nghĩa là không phải chỉ xây dựng các kỹ thuật, kỹ năng và bí quyết, mà còn thay đổi thái độ và năng lực hiểu biết nữa. Do đó có thể tổ chức những buổi tự đánh giá về tính tương thích và không nhất quán giữa văn hoá của các tổ chức

và các thói quen văn hoá, cách suy nghĩ của người dân địa phương cũng như việc xác định các phương thức hội tụ giữa tính hợp lý của các tổ chức và của người dân.

Điều này đòi hỏi phải xây dựng các chương trình đào tạo trên quan điểm nghiên cứu - phát triển một cách chi tiết nhằm giúp các cấp ra quyết định, các nhà chuẩn mực lập kế hoạch và quản lý dự án trong việc lồng ghép các chuẩn mực văn hoá vào quá trình thiết kế và thực hiện

các chiến lược, chương trình và dự án. Cần phải duy trì quá trình học hỏi hai chiều, và trao đổi kinh nghiệm giữa các cấp ra quyết định và các cấp thi hành.

## 7.2. Ai là người cần được đào tạo/vận động?

### Các cán bộ ra quyết định trung và cao cấp

- Các nhà lập kế hoạch, các chuyên gia khoa học và kỹ thuật, những người đứng đầu các chương trình y tế và sức khoẻ, các tổ chức quốc gia và quốc tế:
- Các nhóm chuyên đề;
- Các uỷ ban hành chính và kế hoạch quốc gia về y tế và HIV/AIDS;
- Các chuyên gia giáo dục và truyền thông.

### Các đối tác cấp cơ sở

Các cán bộ cơ sở: các bên tham gia ở địa phương: tôn giáo, tinh thần, chính trị (các già làng, trưởng bản,...).

## 7.3. Các phương pháp đào tạo phù hợp về văn hoá

### Đối tượng loại 1: Các cán bộ bậc cao.

- Đào tạo trước tuyển dụng.

Hiểu và sử dụng phương thức tiếp cận văn hoá cần phải là một phần của nhiều chương trình đào tạo khác nhau ở cấp sau đại học. Nó cần phải bao gồm các tài liệu có tính chất hàn lâm về các ngành khoa học xã hội và nhân văn, được bổ sung bởi các buổi học trên thực địa, ví dụ như trong chương trình giảng dạy của các trường cao đẳng y tế và các trường đại học; các học viện hành chính công và các viện đào tạo quản lý kinh tế và xã hội chuyên ngành. Một khả năng khác là cử các cán bộ bậc cao đi học ở các cơ sở đào tạo hai chuyên ngành: y khoa và nhân chủng học.

### Xây dựng năng lực

Giống như nhiều hoạt động khác có động cơ thúc đẩy từ bên ngoài, phương thức tiếp cận lập kế hoạch chiến lược không có cơ hội tồn tại về lâu dài trừ phi các nhà lập kế hoạch quốc gia và địa phương nội bộ hoá phương pháp này. Cho nên, việc xây dựng năng lực của nhân viên địa phương là vô cùng thiết yếu nhằm làm cho quá trình này đạt được tiến độ cần thiết để tác động đến sự đáp ứng quốc gia, khu vực và toàn cầu đối với đại dịch HIV/AIDS. Như đã nói ở trên, các mạng lưới khu vực cung cấp sự trợ giúp kỹ thuật sẽ được sử dụng cho mục đích đó, nhưng cách học hỏi tốt nhất là tham gia tích cực vào hoạt động trong thực tế cuộc sống.

*Nguồn: Hướng dẫn quy trình lập kế hoạch chiến lược cho đáp ứng quốc gia đối với HIV/AIDS, UNAIDS.*

- Các hội nghị hội thảo định hướng và cập nhật kiến thức.

Do hầu hết các nhà ra quyết định cao và trung cấp có trình độ chuyên ngành ở bậc đại học hoặc sau học, cho nên có thể dự kiến tổ chức cho họ các buổi định hướng và cập nhật kiến thức. Các buổi này có thể tổ chức dưới dạng hội nghị, hội thảo chuyên ngành tại chức hoặc các khoá học ngắn hạn và tập trung.

### **Đối tượng loại 2: Các cán bộ chuyên môn bậc trung.**

- Giáo viên, hiệu trưởng các trường học, cán bộ xã hội;
- Nhân viên y tế và điều dưỡng khi cần thiết;
- Các phóng viên báo chí và truyền thông đại chúng.

**Đối tượng loại 3: Cán bộ cơ sở<sup>1</sup>:** cán bộ địa phương và các đối tượng tham gia (tuyên truyền vận động xây dựng năng lực).

Tóm lại, như khi xây dựng chiến lược chính sách, việc thiết kế, thực hiện và đánh giá dự án phải đáp ứng được những thách thức lớn trong cuộc chiến chống HIV/AIDS bao gồm nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động thông qua phương pháp tiếp cận văn hoá. Các phương thức hoạt động hiện nay còn nhiều nhược điểm như hạn chế về địa lý, y tế và thậm chí kinh tế, xã hội, và thiếu cân nhắc đến các chuẩn mực, tiềm năng văn hoá truyền thống. Một nhược điểm nữa là công tác truyền thông còn nhiều hạn chế và các đối tượng ngoài khu vực nhà nước như các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức xã hội và cộng đồng chưa tham gia đầy đủ.

Khi xây dựng dự án và các đáp ứng phù hợp với truyền thống văn hoá trước hết phải đề cập đến mức độ hành động cụ thể giữa chiến lược, chính sách và quá trình thực hiện ở cơ sở. Sau đó, phải thực hiện một đánh giá sơ bộ để xác định các yếu tố quyết định trong tình hình hiện tại và dự tính kết quả dự án. Tuy nhiên, cần điều tra sâu thực địa để hiểu rõ những khó khăn cụ thể của người dân và tính chất phức tạp của những mối quan hệ tương hỗ. Để làm được việc này, phải sử dụng các công cụ và phương pháp thích hợp tiến hành các hoạt động như khảo sát chung, nghiên cứu tình huống, ở cả các vùng ngoại vi thành phố và vùng sâu vùng xa nông thôn, để hiểu rõ rằng có được các biện pháp dự phòng và chăm sóc có hiệu quả quan trọng và phức tạp như thế nào.

Sau đó, phải miêu tả từng giai đoạn chuẩn của dự án như: giai đoạn chuẩn bị, thực hiện và đánh giá, nhớ rằng trong thực tế các giai đoạn này đan xen với nhau và không thể tách bạch thành các bước riêng lẻ. Về mặt công cụ, phải lựa chọn các công cụ giúp tăng cường phối hợp và sự nhất trí giữa người dân/tổ chức nhà nước, và đưa ra được những chỉ tiêu kết quả và tác động mong đợi. Lần lượt phải trình bày các bước chuẩn bị, xác định vấn đề, huy động người tham gia và định nghĩa các nhóm dễ bị lây nhiễm. Sau đó miêu tả các điều kiện bổ sung như khả năng tiếp cận các tài liệu chính thức, lập kế hoạch từ dưới lên, việc sử dụng các công cụ hiện có một cách phù hợp. Tiếp theo phải trình bày, tóm tắt trong danh mục tham khảo những ưu điểm của vấn đề tập quyền/phân quyền cũng như các điều kiện cần thiết để theo dõi dự án

1. Vấn đề đào tạo cán bộ cơ sở sẽ được miêu tả chi tiết trong cuốn *Hướng dẫn về công tác tại cơ sở: Xây dựng năng lực đáp ứng của địa phương*, UNESCO - UNAIDS, 2001.

dự phòng và chăm sóc HIV/AIDS theo phương pháp tiếp cận văn hoá, sau đó trình bày và tổng hợp cho các cơ quan nhà nước và nhân dân. Cuối cùng, trong phần đánh giá phải bàn đến ảnh hưởng của các phương pháp đã lựa chọn đối với kết quả và tác động của dự án.

Trên cơ sở này có thể liệt kê các ưu tiên trong khâu thiết kế/thực hiện/đánh giá dự án nhằm:

- Huy động hệ thống nhà nước và cộng đồng cùng tham gia;
- Xây dựng đáp ứng dựa trên cộng đồng;
- Sau đó, xác định lại trách nhiệm của cơ quan nhà nước;
- Truyền thông phù hợp về văn hoá để thay đổi hành vi;
- Sau đó, đổi mới công tác giáo dục dự phòng.

Do đó, chúng tôi đề nghị cải tiến phương pháp trên hai chủ đề:

Đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực và xây dựng các phương pháp mới trong thiết kế dự án.

### III. KẾT LUẬN

Yêu cầu đầu tiên của thiết kế, thực hiện và đánh giá dự án là phải có khả năng giải quyết các vấn đề như nguy cơ, tính dễ bị lây nhiễm, dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ trong một hoàn cảnh cụ thể. Dự án vừa phải tuân thủ các chiến lược, chính sách và phù hợp với thực trạng và môi trường kinh tế, văn hoá, xã hội địa phương và phải sửa đổi các khái niệm và công cụ kỹ thuật cho phù hợp với tình hình cụ thể.

Chương này xem xét đến 4 vấn đề lớn, đó là:

- Sơ bộ nghiên cứu sâu lại các phương pháp thiết kế dự án hiện nay, liên hệ với các hành động có nguy cơ trực tiếp và gián tiếp, tình hình thực tiễn;
- Đưa ra những đề xuất mới nhằm xây dựng các dự án có hiệu quả, phù hợp và bền vững hơn trong dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ và giảm thiểu tác động của HIV/AIDS bằng cách tiếp cận từng bước;
- Đề xuất cải tiến phương pháp;
- Cụ thể hơn, xác định và thực hiện các ưu tiên sau đây bằng hành động:
  - Huy động hệ thống nhà nước và xã hội dân sự cùng tham gia;
  - Xây dựng các đáp ứng dựa vào cộng đồng để xác định trách nhiệm cụ thể của cơ quan nhà nước;
  - Đổi mới giáo dục dự phòng về nguy cơ và tình đoàn kết, coi đó là một khía cạnh chủ yếu của truyền thông phù hợp với truyền thống văn hoá nhằm thay đổi hành vi;
  - Đào tạo/định hướng/xây dựng năng lực ở các cấp: bên cạnh các kỹ năng kỹ thuật, khoa học và hành chính, cần mở rộng quan điểm về văn hoá xã hội trong công tác dự phòng, chăm sóc cho cán bộ chuyên môn, những người tham gia vào quá trình hoạch định và thực hiện chiến lược, chính sách.

### ***Danh mục các ấn phẩm của dự án:***

PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN VĂN HOÁ TRONG PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS  
VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH - ĐỀ ÁN NGHIÊN CỨU CỦA UNESCO/UNAIDS

#### ***Đặc san Công trình Nghiên cứu và Báo cáo***

- Số 1** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Uganda (Anh, Pháp), 1999
- Số 2** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Zimbabwe (Anh), 1999
- Số 3** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Nam Phi (Anh), 1999
- Số 4** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Ăngôla (Anh), 1999
- Số 5** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Malawi (Anh), 1999
- Số 6** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Thái Lan (Anh), 1999
- Số 7** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Cộng hoà Đôminíc (Anh, Tây Ban Nha), 1999
- Số 8** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Jamaica (Anh), 1999
- Số 9** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Cu Ba (Anh, Tây Ban Nha), 2000
- Số 10** Tóm tắt Kết quả Đánh giá quốc gia và Sổ tay Thiết kế Dự án (Anh, Pháp), 2000
- Số 11** Biên bản Hội thảo Khu vực Kampala (Anh), tháng 5 - 2000, 2001
- Số 12** Biên bản Hội nghị quốc tế Nairôbi (Anh), tháng 10 - 2000, 2001
- Số 13** Biên bản Hội thảo chuyên đề khu vực Thổ Nhĩ Kỳ tháng 6 năm 2001 (Pháp), 2002
- Số 14** Biên bản Hội thảo Tiểu khu vực Dakar tháng 8 - 2001 (Pháp), 2002
- Số 15** Dự án Thí điểm Kampala: Giai đoạn 1 (Anh) 2001
- Số 16** Dự án Thí điểm Kampala: Giai đoạn 2 (Anh) 2003
- Số 17** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Uganda (Tây Ban Nha), 2003
- Số 18** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm của Buenos Aires, Argentina (Tây Ban Nha), 2003
- Số 19** Báo cáo quốc gia: Kinh nghiệm Việt Nam (Anh), 2003
- Số 20** HIV/AIDS, Dấu hiệu và Sự phân biệt: tiếp cận nhân loại học (Pháp), 2003

#### ***Sổ tay phương pháp luận***

- Số 1** Sổ tay truyền thông thay đổi hành vi (Anh, Pháp, Tây Ban Nha), 2001
- Số 2** Sổ tay xây dựng chính sách chiến lược (Anh, Pháp, Tây Ban Nha), 2001
- Số 3** Sổ tay công tác thực địa: Xây dựng phong trào cơ sở (Anh, Pháp, Tây Ban Nha), 2001
- Số 4** Sổ tay thiết kế, thực hiện và đánh giá dự án (Anh, Pháp, Tây Ban Nha), 2001

Có thể tham khảo tất cả tài liệu nói trên qua mạng internet:

<http://www.unesco.org/culture/aids/>



