



ĐÁNH GIÁ GIỚI TRONG ỨNG PHÓ

VỚI HIV

Ở VIỆT NAM





UN Women là cơ quan Liên Hợp Quốc hoạt động về bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ. Là cơ quan đi đầu về bảo vệ quyền của phụ nữ và trẻ em trên toàn cầu, UN Women được thành lập với mục tiêu thúc đẩy tiến độ nhằm đáp ứng các nhu cầu của phụ nữ và trẻ em trên toàn thế giới. UN Women hỗ trợ các nước thành viên Liên Hợp Quốc trong việc xây dựng các tiêu chuẩn toàn cầu nhằm đạt được bình đẳng giới, hợp tác với chính phủ và xã hội dân sự trong việc thiết kế các luật, chính sách, chương trình và các dịch vụ cần thiết để thực hiện các tiêu chuẩn đó. UN Women ủng hộ phụ nữ tham gia bình đẳng vào mọi mặt của đời sống, tập trung vào năm lĩnh vực ưu tiên dưới đây: Tăng cường vai trò lãnh đạo và sự tham gia của phụ nữ; Chấm dứt tình trạng bạo lực đối với phụ nữ; Huy động phụ nữ tham gia vào mọi mặt của tiến trình hòa bình và an ninh; Thúc đẩy việc trao quyền kinh tế cho phụ nữ; và Làm cho bình đẳng giới trở thành nội dung trọng tâm của quá trình xây dựng kế hoạch và lập ngân sách phát triển quốc gia. UN Women cũng đóng vai trò điều phối và thúc đẩy hoạt động của các cơ quan Liên Hợp Quốc trong việc thúc đẩy bình đẳng giới.

Đánh giá giới trong ứng phó với HIV ở Việt Nam

Được xuất bản lần thứ nhất, 2017.

Bản quyền © Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ (UN Women)

Tất cả các quyền bản quyền được bảo hộ. Việc tái bản và phổ biến các tài liệu trong ấn phẩm này nhằm mục đích giáo dục và phi thương mại đều được phép mà không cần xin phép UN Women bằng văn bản, với điều kiện phải dẫn nguồn đầy đủ. Việc tái bản ấn phẩm này nhằm mục đích bán lại hay vì các mục đích thương mại khác đều bị cấm nếu không xin phép UN Women.

Đơn xin phép có thể gửi đến địa chỉ registry.vietnam@unwomen.org

Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ (UN Women)

Văn phòng tại Việt Nam

304 Kim Mã, Hà Nội, Việt Nam

Tel: +84 24 3850 0100

Fax: +84 24 3726 5520

Website: <http://vietnam.unwomen.org>

Các quan điểm thể hiện trong ấn phẩm này là quan điểm của các tác giả và không nhất thiết đại diện cho quan điểm của UN Women, của Liên Hợp Quốc hay của bất cứ tổ chức nào khác trực thuộc Liên Hợp Quốc.

Tác giả: Tiến sĩ Vicci Tallis và Bà Hà Thị Minh Nguyệt

Hiệu đính: Bà Nina Allen

Điều phối: Bà Miho Watanabe và ông Bùi Hoàng Đức

Thiết kế: Công ty TNHH Thiết kế Bảo Nam

In 200 cuốn khổ 205 x 280mm, tại Công ty TNHH Thiết kế Bảo Nam.

Số xác nhận đăng ký xuất bản: 3699-2017/CXBIPH/04-244/LĐ

Số QĐXB: 1260/QĐ-NXBLĐ ngày 10 tháng 11 năm 2017. ISBN: 978-604-59-8962-3

ĐÁNH GIÁ GIỚI TRONG ỨNG PHÓ VỚI HIV Ở VIỆT NAM

Có một người đàn ông sống chung với HIV trong xóm tôi. Anh ta sống cùng với chị gái, chị anh ta thường nhốt anh ta trong một cái chuồng lợn cũ và mang đồ ăn đến cho anh ta 3 lần một ngày. Khi chúng tôi đến nhà để gặp chị gái anh và giúp giải thích với chị ấy làm thế nào để chăm sóc cho em trai mình, chị ấy đuổi tôi ra khỏi nhà và chửi tôi vì tôi cũng là người sống chung với HIV.

Tuy vậy, tôi vẫn quay lại thêm nhiều lần nữa và nói với chị ấy nhiều điều. Cuối cùng, chị ấy đã lắng nghe tôi và chăm sóc cho em trai mình tốt hơn. Tôi khuyến khích chị ấy đưa anh đến phòng khám HIV và chị ấy đã đồng ý. Đấy chị có thấy nam giới sống với HIV phải chịu kỳ thị và phân biệt đối xử, và phụ nữ sống chung với HIV thậm chí phải chịu đựng những vấn đề này nhiều hơn nam giới rất nhiều. Tuy nhiên, chúng tôi càng quyết tâm để sống hơn.

Phụ nữ sống chung với HIV đồng thời là Đồng đảng viên.

LỜI NÓI ĐẦU

Năm 2013, lây nhiễm HIV qua quan hệ bạn tình từ nam sang nữ chiếm khoảng 28% tổng số trường hợp nhiễm mới.¹ Các nghiên cứu chỉ ra rằng hơn một nửa số phụ nữ sống chung với HIV cho biết con đường phơi nhiễm duy nhất của họ chính là qua bạn tình nam giới, những người có các hành vi có nguy cơ cao.²

Tháng 6 năm 2016, Tổng Thư ký Liên Hợp Quốc thông qua Tuyên bố Chính trị về Chấm dứt AIDS. Trong Tuyên bố này, các Quốc gia Thành viên đã nhất trí với một sứ mệnh toàn cầu để đẩy nhanh tiến độ các Chương trình Ứng phó với AIDS với một bộ các mục tiêu cụ thể và có giới hạn thời gian phải đạt được các mục tiêu này vào năm 2020 nhằm chấm dứt nạn dịch AIDS vào năm 2030 trong khuôn khổ Chương trình Nghị sự Phát triển Bền vững 2030. Điều quan trọng là Tuyên bố Chính trị đầy tham vọng này cam kết đầu tư vào bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ và trẻ em gái như là một ưu tiên trong nỗ lực chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030. Trong số các ưu tiên chính, Tuyên bố này bao gồm các cam kết để đảm bảo tiếp cận đến các dịch vụ về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục, đồng thời giải quyết sự giao thoa của bạo lực với phụ nữ, các thực hành có hại và HIV. Tuyên bố đề ra mục tiêu giảm các trường hợp lây nhiễm HIV mới giữa phụ nữ trẻ và trẻ em gái vị thành niên, đồng thời công nhận tầm quan trọng của việc phụ nữ lãnh đạo tham gia vào các ứng phó với AIDS.

Việt Nam cam kết chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030 và đã chứng tỏ được sự lãnh đạo chính trị cũng như cam kết tham gia vào các nỗ lực toàn cầu nhằm giải quyết tình trạng bất bình đẳng giới và HIV. Tuy nhiên, các cam kết về bình đẳng giới vẫn chưa được thể hiện trong các chính sách, chương trình và ngân sách về HIV, đồng thời chương trình ứng phó với HIV hiện nay chưa giải quyết được các nhu cầu đa dạng và quyền lợi của phụ nữ và trẻ em gái bị ảnh hưởng. Hơn nữa, còn thiếu sự tham gia của xã hội dân sự, đặc biệt là các nhóm đại diện cho phụ nữ sống chung với HIV trong việc xây dựng và triển khai chính sách HIV. Do đó, phụ nữ sống chung với HIV đang gặp phải những thách thức và khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc, cũng như các dịch vụ hỗ trợ. Phụ nữ, đặc biệt là những người bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi dịch, phần lớn vẫn nằm ngoài quá trình ra quyết định và xây dựng chính sách.

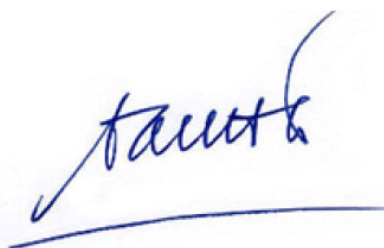
1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Mô hình dịch HIV/AIDS ở Việt Nam. 2014.

2. UNAIDS/UN Women, *Đo lường tình trạng lây nhiễm HIV qua bạn tình ở Việt Nam: Lập dữ liệu kiểm tra chéo*, 2012.

Trong bối cảnh này, cùng với việc sửa đổi Luật Phòng Chống HIV sắp tới cũng như việc triển khai Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Phòng Chống HIV 2016-2020, chúng tôi tin tưởng rằng đánh giá về giới này là kịp thời để đẩy nhanh và tăng cường công tác phòng chống HIV ở cấp quốc gia nhằm đạt được mục tiêu toàn cầu về xóa bỏ AIDS vào năm 2030. Dưới sự dẫn dắt của Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, đứng đầu là Tổ kỹ thuật về Giới, đánh giá này đưa ra các phân tích tình hình về khía cạnh giới trong dịch HIV ở Việt Nam. Đánh giá này xác định cơ hội, khoảng trống và thách thức trong lồng ghép bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ trong công tác phòng chống HIV/AIDS đồng thời cung cấp các khuyến nghị để cải thiện các chính sách và chương trình HIV. Chúng tôi hi vọng rằng việc kêu gọi cam kết chính trị có sự đổi mới, các chính sách, luật, và các dịch vụ có trách nhiệm giới mạnh mẽ hơn, dữ liệu và bằng chứng tốt hơn, cũng như cam kết tham gia và sự tham gia của phụ nữ sống chung với HIV sẽ được lắng nghe và các hành động sẽ được triển khai.

Bà Phan Thị Thu Hương

Phó Cục Trưởng,
Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ y tế



Bà Shoko Ishikawa

Trưởng đại diện
UN Women tại Việt Nam



LỜI CẢM ƠN

Việc khái niệm hóa và biên soạn báo cáo đánh giá về giới này là một nỗ lực chung của nhiều cá nhân. Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ (UN Women) xin trân trọng cảm ơn nhóm nghiên cứu, các chuyên gia và các tổ chức đã thực hiện và hỗ trợ đánh giá này. Xin trân trọng cảm ơn tác giả của đánh giá này là Tiến sĩ Vicci Tallis và bà Hà Thị Minh Nguyệt. Chúng tôi cũng xin tỏ lòng biết ơn đến bà Smriti Aryal thuộc UN Women Văn phòng cấp vùng của khu vực châu Á và Thái Bình Dương, Tiến sĩ Nguyễn Hoàng Long và Bác sĩ Bùi Hoàng Đức thuộc Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam vì những hỗ trợ của họ trong suốt quá trình đánh giá, và đến các thành viên trong Tổ kỹ thuật về Giới, những người đã tham gia và kiểm chứng các phát hiện, cung cấp những thông tin quan trọng cho báo cáo đánh giá này.

- Bác sĩ Bùi Hoàng Đức - Phòng Giám sát, Theo dõi, Đánh giá và Xét nghiệm, Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bộ Y tế, Đầu mối Tổ kỹ thuật về Giới
- Bà Phạm Thanh Bình - Bộ Y tế
- Bà Trịnh Thị Lê Trâm - Trung tâm tư vấn chính sách và pháp luật HIV/AIDS
- Ông Đỗ Hữu Thủy - Phòng Truyền thông và huy động cộng đồng, Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bộ Y tế
- Bà Nguyễn Kim Dung - Trung tâm Hỗ trợ Sáng kiến Phát triển Cộng đồng (SCDI)
- Bà Lại Minh Hồng - Mạng lưới Phụ nữ sống chung với HIV Việt Nam (VNW+)
- Bà Quách Thị Mai - Mạng lưới Phụ nữ sống chung với HIV Việt Nam (VNW+)
- Bà Huỳnh Thị Lan Phương - Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS)
- Bà Miho Watanabe - Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ (UN Women)

Cũng xin gửi lời cảm ơn đến bà Nina Allen và bà Lê Mai Phương (chuyên gia tư vấn) vì những góp ý thêm của họ.

UN Women cũng xin đặc biệt cảm ơn những người đã đồng ý tham gia phỏng vấn, và tham dự hội thảo kiểm chứng (hội thảo đã đem lại cơ hội để tranh luận về các phát hiện của báo cáo và đề xuất thêm các khuyến nghị), cũng như những người đã hỗ trợ tổ chức các cuộc phỏng vấn. Đặc biệt, xin được gửi lời cảm ơn đến những người phụ nữ đang sống chung với HIV, thành viên của Mạng lưới Phụ nữ Việt Nam sống chung với HIV, và thành viên của mạng lưới lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy, những người đã cởi mở chia sẻ những trải nghiệm cá nhân và các kế hoạch công việc của họ. Danh sách đầy đủ những người được phỏng vấn và người tham dự hội thảo kiểm chứng tại Phụ lục B và C.

Ngoài ra, đánh giá này được điều phối bởi bà Miho Watanabe dưới sự giám sát của bà Shoko Ishikawa, với sự hỗ trợ của bà Leika Aruga, bà Vũ Phương Ly và bà Trần Thị Thùy Trang tại UN Women.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	4
LỜI CẢM ƠN	6
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	12
TÓM TẮT	14
Chương 1. GIỚI THIỆU	27
1. Nguyên tắc và triết lý nền tảng của đánh giá	30
2. Các đặc điểm của nghiên cứu	32
3. Phương pháp	33
4. Các hạn chế	37
5. Theo dõi vấn đề giới: các đánh giá trước đó	38
Chương 2. TẠI SAO GIẢI QUYẾT BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI LẠI QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI CHƯƠNG TRÌNH ỨNG PHÓ VỚI HIV?	39
1. Giới và HIV giao thoa với nhau như thế nào	40
2. Những yếu tố chính của một chương trình ứng phó với HIV có yếu tố giới	41
Chương 3. PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG: PHÂN TÍCH DỊCH TỄ HỌC VÀ BỐI CẢNH	45
1. Tổng quan về dịch	46
1.1. Xu hướng dịch	46
1.2. Dịch tập trung ở các nhóm quần thể chính	50
1.3. Phụ nữ: tăng cao tình trạng dễ bị tổn thương với HIV	56
1.4. Khoảng trống về số liệu	64
2. Bất bình đẳng giới ở Việt Nam	65
3. Bối cảnh kinh tế và chính trị: bình đẳng giới và HIV	71
3.1. Khung Chính sách và Luật pháp đối với HIV	72

3.1.1. Luật Phòng, Chống HIV/AIDS (2006)	73
3.1.2. Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 tầm nhìn 2030	74
3.2. Khung luật pháp và chính sách giải quyết vấn đề bất bình đẳng giới	77
Nghiên cứu trường hợp: Thay đổi chính sách và pháp luật: Mại dâm	78
4. Điều phối, Tham gia và Ngân sách	82
4.1. Điều phối	82
4.1.1. Bộ máy quản lý nhà nước về HIV và Giới	82
4.2. Vai trò, sự đóng góp và tham gia của xã hội dân sự	85
4.3. Ngân sách	87
KHUYẾN NGHỊ	89
Giám sát và đánh giá dịch	89
Giải quyết bất bình đẳng giới	89
Vai trò và sự tham gia của xã hội dân sự	89
Tài trợ	90
Chương 4. GIỚI VÀ CHƯƠNG TRÌNH ỨNG PHÓ VỚI HIV: TIẾN ĐỘ, NHỮNG ĐIỂM CHƯA LÀM ĐƯỢC VÀ THÁCH THỨC	91
1. Dự phòng	92
1.1. Giảm tác hại	93
1.1.1. Chương trình chất bôi trơn và bao cao su toàn diện	93
1.1.2. Giảm tác hại: Chương trình bơm kim tiêm và Chương trình điều trị duy trì bằng methadone	94
1.2. Thông tin, Giáo dục và Truyền thông (IEC) và Truyền thông Thay đổi Hành vi (BCC)	95
1.3. Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (VCT)	96
2. Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ	97
2.1. Tiếp cận điều trị kháng vi rút (ART)	97
2.2. Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC)	99
2.3. Điều trị nhiễm trùng cơ hội	100

3. Kỳ thị và Phân biệt đối xử	105
4. Thách thức bất bình đẳng giới và đảm bảo các quyền của phụ nữ	107
4.1. Bạo lực trên cơ sở giới	107
4.2. Quyền sức khỏe tình dục và sinh sản	109
4.3. Bảo trợ xã hội	111
4.4. Tiếp cận Công lý	113
KHUYẾN NGHỊ	116
Dự phòng	116
Điều trị, Chăm sóc và Hỗ trợ	116
Kỳ thị và phân biệt đối xử	117
Bạo lực trên cơ sở giới	117
Quyền tình dục và sinh sản	118
Bảo trợ xã hội	118
Tiếp cận công lý	119
Chương 5. KẾT LUẬN VÀ CÁC KHUYẾN NGHỊ CUỐI CÙNG	121
Tăng cường cam kết chính trị	122
Cải cách luật pháp và chính sách	123
Hiểu biết về bệnh dịch HIV: Xây dựng kiến thức và bằng chứng	124
Cung cấp và triển khai dịch vụ	125
Tăng cường sự tham gia cộng đồng	125
Giải quyết các rào cản về cấu trúc đối với bất bình đẳng giới	126
Tài liệu tham khảo	128
PHỤ LỤC A: DANH MỤC CÁC TÀI LIỆU CHÍNH THỨC	138
PHỤ LỤC B: DANH SÁCH NGƯỜI ĐƯỢC PHỎNG VẤN	140
PHỤ LỤC C: ĐẠI BIỂU CUỘC HỌP KIỂM CHỨNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	143

DANH MỤC HÌNH

Hình 1:	Bản đồ về các tỉnh thu thập dữ liệu	36
Hình 2:	Khung Giới trong Ứng dụng	42
Hình 3:	Tỉ lệ lây nhiễm HIV, số trường hợp nhiễm HIV và AIDS được báo cáo mới và số trường hợp tử vong liên quan đến AIDS năm 2011- 2014	46
Hình 4:	Ước tính HIV và AIDS năm 2014	47
Hình 5:	Phân bố tỉ lệ lây nhiễm HIV theo giới tính năm 2011-2014	48
Hình 6:	Phân bố tỉ lệ người chung sống với HIV/AIDS theo tuổi năm 2011-2014	49
Hình 7:	Ước tính cỡ của nhóm quần thể chính năm 2014	51
Hình 8:	Tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm quần thể chính năm 2012-2014	53
Hình 9:	Tỉ lệ lây nhiễm HIV ở người tiêm chích ma túy theo tỉnh/thành phố năm 2012	54
Hình 10:	Tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm nữ lao động tình dục theo tỉnh/thành phố năm 2012	54
Hình 11:	Tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nam giới có quan hệ tình dục đồng giới theo tỉnh/thành phố năm 2012	55
Hình 12:	Chỉ số Bất bình đẳng giới của Việt Nam năm 2013-2015	66
Hình 13:	Chiến lược quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn năm 2030: Các mục tiêu và các hoạt động	76
Hình 14:	Cấu trúc tổ chức của Ủy ban Quốc gia Phòng, Chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm	83

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ART	Liệu pháp kháng vi rút
ARV	Kháng vi rút
BCC	Truyền thông thay đổi hành vi
CEDAW	Công ước về Xóa bỏ Mọi Hình thức Phân biệt đối xử với Phụ nữ
CSO	Tổ chức xã hội dân sự
GARPR	Báo cáo tiến độ ứng phó AIDS toàn cầu
GRB	Ngân sách có trách nhiệm giới
Global Fund	Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét
HIV	Virut gây suy giảm miễn dịch ở người
HRQL	Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe
HSS	Giám sát trọng điểm HIV
HSS+	Giám sát trọng điểm HIV tích hợp bảng câu hỏi ngắn về hành vi
IEC	Thông tin, giáo dục, truyền thông
MDG	Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ
MOLISA	Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội
MMT	Liệu pháp điều trị thay thế methadone
MOH	Bộ Y tế
NCFAW	Ủy ban quốc gia vì sự tiến bộ của Phụ nữ
NGO	Tổ chức phi chính phủ

NSP	Chương trình bơm kim tiêm
PAC	Trung tâm phòng chống AIDS cấp tỉnh
PMTCT	Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con
SAVY	Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam
STI	Lây truyền qua đường tình dục
UNAIDS	Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS
UNDP	Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
UNODC	Văn phòng Liên Hợp Quốc về Ma túy và Tội phạm
UN Women	Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ
USAID	Cơ quan về Phát triển quốc tế của Hoa Kỳ
VAAC	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
VCT	Tư vấn, xét nghiệm tự nguyện
VNMSM/TG	Mạng lưới nam giới có quan hệ tình dục đồng tính và người chuyển giới Việt Nam
VNP+	Mạng lưới người sống chung với HIV Việt Nam
VNPUD	Mạng lưới người sử dụng ma túy Việt Nam
VNSW	Mạng lưới người bán dâm tại Việt Nam
VNW+	Mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV tại Việt Nam
VWU	Hội Phụ nữ Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

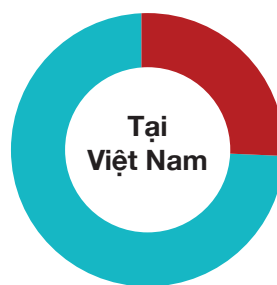
TÓM TẮT

GIỚI THIỆU

Năm 2014 có khoảng 256.000 người sống chung với HIV ở Việt Nam, trong đó 25,8% (66.000 người) là nữ giới. Đại dịch tập trung chủ yếu ở người tiêm chích ma túy, nam có quan hệ tình dục đồng giới và phụ nữ lao động tình dục. Số ca nhiễm HIV mới ở Việt Nam đã giảm nhanh giữa năm 2007 và 2009, và đã ổn định ở mức khoảng 14.000 ca mỗi năm kể từ năm 2010. Tuy nhiên, số ca nhiễm mới ở những phụ nữ có quan hệ tình dục lâu dài với nam giới sống chung với HIV, đặc biệt là nam giới tiêm chích ma túy, nam giới có quan hệ đồng tính, và nam giới mua dâm chiếm một tỷ lệ đáng kể. Năm 2013, lây nhiễm qua bạn tình từ nam sang nữ chiếm khoảng 28% các ca nhiễm HIV mới. Nghiên cứu cho thấy gần 54% các bệnh nhiễm trùng ở phụ nữ Việt Nam có thể chỉ do các hành vi nguy cơ của bạn tình nam và việc không thường xuyên sử dụng bao cao su của nam giới tiêm chích ma túy, đặc biệt khi bạn tình nữ không biết tình trạng HIV của họ.

Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 với Tầm nhìn đến năm 2030 chưa giải quyết đầy đủ các khía cạnh về giới của dịch HIV/AIDS ở Việt Nam, và cũng không đề cập đến tác động không cân xứng của HIV đối với phụ nữ và trẻ em gái, bao gồm phụ nữ và trẻ em gái trong nhóm quần thể chính và các bạn tình nữ của nam có quan hệ tình dục đồng giới hoặc nam giới tiêm chích ma túy.

Hầu hết các chương trình ứng phó với HIV đều mù giới, điều đó có nghĩa là: các chương trình này không tính đến những trải nghiệm và thực



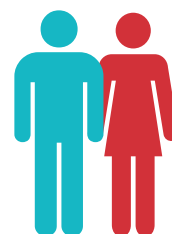
25,8%



Người chung sống với HIV là Phụ nữ vào năm 2014

Tại Việt Nam

gần 3 trong 10 ca nhiễm HIV mới



là do lây truyền qua quan hệ bạn tình từ nam sang nữ vào năm 2013



54% bệnh nhiễm trùng của phụ nữ



Có thể chỉ do các hành vi nguy cơ của bạn tình nam

tế sống khác nhau giữa nam giới và phụ nữ, trẻ em trai và trẻ em gái, và cũng không giải quyết được các lớp yếu tố dẫn đến sự dễ bị tổn thương mà bắt nguồn từ sự giao thoa của các lớp yếu tố này.

Bất bình đẳng giới góp phần làm lây lan HIV. Nó có thể làm tăng tỷ lệ lây nhiễm, và làm giảm khả năng ứng phó với dịch bệnh của phụ nữ và trẻ em gái. Thông thường, phụ nữ và trẻ em gái ít được tiếp cận đến thông tin về HIV và có ít nguồn lực hơn để có thể thực hiện các biện pháp phòng ngừa. Do bất bình đẳng

về quyền lực so với nam giới, phụ nữ và trẻ em gái thường gặp phải những rào cản trong việc thương lượng về tình dục an toàn. Bạo lực đối với phụ nữ và việc lo sợ bị bạo lực làm gia tăng nguy cơ lây truyền HIV. Bằng chứng cho thấy rằng hôn nhân có thể là một yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt là đối với phụ nữ và trẻ em gái. Rất nhiều phụ nữ sống chung với HIV đang phải vật lộn với sự kỳ thị và bị bỏ mặc, và vấn đề thường bị trầm trọng hóa do phụ nữ thiếu tiếp cận đến các quyền của mình. Phụ nữ góa bụa do chồng mất bởi AIDS hoặc sống chung với HIV có thể phải đối mặt với các tranh chấp về tài sản với gia đình nhà chồng, vấn đề trở nên phức tạp do những phụ nữ này thường thiếu tiếp cận đến công lý để bảo vệ các quyền của họ. Bất kể họ có đang sống chung với HIV hay không, phụ nữ thường phải chịu gánh nặng không cân xứng trong việc chăm sóc cho những người khác mà bị AIDS hoặc sắp chết vì AIDS, cũng như phải chăm sóc trẻ mồ côi bị bỏ lại. Điều này có thể làm giảm triển vọng về cơ hội được giáo dục và có việc làm.

Vào năm 2015, nhóm Chuyên đề về Giới đã tiến hành đánh giá giới trong các ứng phó quốc gia với HIV nhằm xem xét làm thế nào để có thể lồng ghép giới vào các chương trình ứng phó với HIV, và đặc biệt xem xét các nhu cầu và trải nghiệm của phụ nữ và trẻ em gái đã được đáp ứng như thế nào. Nhóm Chuyên đề về Giới do Cục Phòng, chống HIV/AIDS chủ trì với sự hỗ trợ của các cơ quan nhà nước, đại diện từ xã hội dân sự thúc đẩy các quyền của phụ nữ và các nhóm đại diện cho phụ nữ sống chung với HIV và các nhóm phụ nữ bị ảnh hưởng chính, cũng như cơ quan Liên Hợp Quốc. Nghiên cứu bao gồm rà soát tài liệu, và phỏng vấn những nhóm đối tượng

chính ở ba tỉnh, ba thảo luận nhóm tập trung với phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ trong các nhóm quần thể bị ảnh hưởng chính, và một cuộc họp kiểm chứng nhằm thảo luận các phát hiện và khuyến nghị chính của báo cáo. Đầu ra chính của đánh giá này là nhằm cung cấp các khuyến nghị nhằm tăng cường những nỗ lực giải quyết vấn đề giới trong ứng phó với HIV ở Việt Nam. Các công cụ quốc tế phân tích giới trong các ứng phó với HIV đã được sử dụng trong phân tích này. Định nghĩa của Công ước CEDAW về bình đẳng thực chất – để đảm bảo bình đẳng về kết quả – được sử dụng trong suốt nghiên cứu này như là cơ sở để xem xét những nỗ lực quốc gia trong việc giải quyết bất bình đẳng giới.

Cách tiếp cận đến HIV có tính đến yếu tố giới cần cung cấp thông tin cho chính sách và thực tiễn, và phải giải quyết các yếu tố mang tính cấu trúc mà có tác động đến bối cảnh kinh tế-xã hội và chính trị trong đó phụ nữ và trẻ em gái đang sinh sống. Vì vậy, trọng tâm của phân tích này là sự cần thiết phải có chính sách và chương trình mà: giảm tình trạng tổn thương của phụ nữ với việc lây nhiễm HIV bằng cách thay đổi bất bình đẳng giới; dựa trên nghiên cứu và bằng chứng nhấn mạnh hoàn cảnh thực tế của phụ nữ ở Việt Nam, bao gồm nhưng không giới hạn ở những phụ nữ trong nhóm quần thể chính; giải quyết các rào cản trong tiếp cận với các dịch vụ dành cho nhóm quần thể chính; và bối cảnh pháp lý và chính sách khiến họ dễ bị tổn thương với HIV; giải quyết các vấn đề và rào cản cụ thể mà phụ nữ trong nhóm có nguy cơ nhiễm HIV phải đối mặt, nhưng thường chưa được các nhà làm luật biết đến; và dựa trên các nguyên tắc về quyền con người của phụ nữ.

TÓM TẮT CÁC PHÁT HIỆN

Bất bình đẳng giới được đề cập trong khung hướng dẫn ứng phó với HIV, bao gồm Luật Phòng, chống HIV/AIDS (2006) và Chiến lược quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030. Khung pháp lý này đã cung cấp một điểm khởi đầu tốt để giải quyết các khía cạnh giới của đại dịch, với các mục tiêu, hoạt động và chỉ tiêu có thể được hoàn thiện, sửa đổi và thực hiện. Tuy nhiên, hiện nay Chiến lược Quốc gia chưa công nhận đầy đủ sự liên quan giữa bất bình đẳng giới và HIV, cũng như chưa công nhận sự cần thiết của các chính sách, luật pháp và chiến lược liên quan đến HIV được củng cố bằng một cách tiếp cận dựa trên quyền.

Một trong những vấn đề trong các ứng phó hiện nay là việc công nhận bất bình đẳng giới có liên quan đến HIV như thế nào: chính sách, luật pháp và chiến lược để giải quyết HIV và AIDS cần phải được củng cố bằng cách tiếp cận mạnh mẽ dựa trên các quyền mà có trọng tâm là bình đẳng giới và công bằng giới, đồng thời chú ý đến phụ nữ và trẻ em gái sống chung với HIV ở tất cả các nhóm khác nhau và xem xét tác động của bất bình đẳng giới đến việc làm cho phụ nữ và trẻ em gái dễ bị tổn thương với HIV. Một thiếu sót quan trọng khác là xu hướng xem phụ nữ và trẻ em gái là đồng nhất và tập trung vào phụ nữ mang thai trong khi loại trừ phụ nữ ở những nhóm khác. Mặc dù phụ nữ nói chung là ít được bình đẳng so với nam giới, nhưng có một số yếu tố chủ quan hoặc các nhận dạng nhất định đẩy phụ nữ vào nhóm bị tổn thương hơn nữa ví dụ như chủng tộc, màu da, tầng lớp, tôn giáo,

khuyh hướng tình dục, tình trạng giới tính. Việc có các thông tin, chính sách và thực tiễn rõ ràng hơn nữa về phụ nữ là cần thiết thông qua việc thu hút phụ nữ và trẻ em gái bị ảnh hưởng chính như phụ nữ tiêm chích ma túy, phụ nữ lao động tình dục, phụ nữ là bạn tình của nam giới có nguy cơ cao, phụ nữ chuyển giới, phụ nữ trẻ, phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ dân tộc thiểu số để xem xét tác động của sự giao thoa và các lớp yếu tố dễ bị tổn thương có tác động lên nguy cơ mắc HIV, kinh nghiệm và hành vi của họ trong việc tiếp cận các dịch vụ thiết yếu như thế nào. Ngoài ra, khung pháp lý giám sát và đánh giá quốc gia hiện tại không yêu cầu dữ liệu được phân tách theo tuổi tác hoặc giới tính. Các dữ liệu phân tách theo độ tuổi và giới tính là thiết yếu để hiểu được tỷ lệ nhiễm HIV ở những phụ nữ bị ảnh hưởng chính và các chương trình ứng phó của quốc gia đã tiếp cận được đến nhóm dân số bị tổn thương như thế nào ở Việt Nam.

Mặc dù chương trình ứng phó với HIV của Việt Nam đã đạt được một số tiến bộ thể hiện sự thành công của chương trình này trong cả bốn lĩnh vực bao gồm: dự phòng; điều trị, chăm sóc và hỗ trợ; kỳ thị và phân biệt đối xử; và thách thức bất bình đẳng giới - nhưng vẫn còn những khoảng trống cần được quan tâm để đảm bảo phụ nữ ở các nhóm khác nhau được trợ giúp đầy đủ.

Dự phòng: Một chương trình dự phòng hiệu quả là rất cần thiết để cung cấp thông tin cho nhóm đối tượng đích và giúp phụ nữ và trẻ em gái có thể tìm kiếm được sự bảo vệ. Tuy nhiên, hiện nay tiếp cận đến bao cao su nam vẫn chưa phổ cập, và không có tiếp cận đến bao cao su nữ. Hoạt động chính của chương trình dự phòng là thông tin và truyền thông

nhưng trong nhiều trường hợp các thông điệp vẫn còn chung chung và chưa phù hợp với phụ nữ và trẻ em gái, đặc biệt là những người có nguy cơ cao (cụ thể là phụ nữ từ các nhóm quần thể chính, phụ nữ là bạn tình của nam giới có nguy cơ cao, phụ nữ dân tộc và di cư). Chương trình giảm tác hại hướng đến nam giới, và chưa chú ý đến phụ nữ sử dụng ma túy.

Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ: Dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện phù hợp, có giá cả phải chăng và dễ tiếp cận mà giải quyết HIV và các vấn đề liên quan đến sức khỏe phụ nữ là rất cần thiết. Cách tiếp cận giới đến các nhu cầu về điều trị và chăm sóc cần giải quyết sự khác biệt về giới trong việc tiếp cận chăm sóc sức khỏe; chế độ và liều lượng thuốc; các bệnh nhiễm trùng cơ hội; nhu cầu chăm sóc giảm đau; và các gánh nặng chăm sóc. Trong khi Việt Nam đã đạt được nhiều tiến bộ trong việc nâng cao tiếp cận đến điều trị kháng vi rút, cần chú ý nhiều hơn nữa đến sự khác biệt trong hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nam và nữ mà trong đó tình trạng đa vai trò của phụ nữ (tái sản xuất, sản xuất và cộng đồng) có thể hạn chế việc tiếp cận. Chi phí xét nghiệm số lượng CD4 và tải lượng vi-rút cũng như việc điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội cũng chứng tỏ có rào cản cho phụ nữ nói riêng. Mặc dù, đã có nhiều kết quả đạt được trong Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con (PLTMC), việc lồng ghép các dịch vụ này vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ không được triển khai đầy đủ do thiếu kinh phí, do đó có thể đặt chương trình này trước nguy cơ không thực hiện được. Thêm vào đó, các nghiên cứu chỉ ra tầm quan trọng trong việc huy động sự tham gia của nam giới trong PLTMC, tuy

nhiên hiện chưa có chiến lược rõ ràng cho vấn đề này. Cần có các nghiên cứu sâu hơn về khác biệt giới trong các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh liên quan đến AIDS.

Kỳ thị và phân biệt đối xử: Chấm dứt kỳ thị và phân biệt đối xử đối với phụ nữ và nam giới sống chung với HIV và những nhóm quần thể chính là rất quan trọng. Bất bình đẳng giới tác động đến việc bị kỳ thị và phân biệt đối xử như thế nào – nam giới và phụ nữ bị kỳ thị và phân biệt đối xử khác nhau và nỗi sợ hãi bị kỳ thị và phân biệt đối xử cũng khác nhau. Các chuẩn mực và vai trò giới ảnh hưởng đến hình thức kỳ thị và phân biệt đối xử gắn với việc một người phụ nữ sống chung với HIV, và điều này có thể kết hợp với những kỳ thị liên quan đến hành vi có nguy cơ, dân tộc, nghèo đói và các vấn đề khác. Nỗi sợ hãi bị kỳ thị này tác động đến hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người phụ nữ, họ có thể trì hoãn đi khám hoặc đến bệnh viện kiểm tra, hoặc chấp nhận trả nhiều tiền hơn để đến các dịch vụ y tế tư nhân.

Thách thức bất bình đẳng giới và bảo đảm các quyền của phụ nữ để giảm nguy cơ của họ và tăng tiếp cận đến dịch vụ là rất quan trọng. Các phương pháp tiếp cận mang tính chuyển biến về giới là thiết yếu trong việc giải quyết những nguyên nhân gốc rễ của bất bình đẳng giới và địa vị thấp kém của phụ nữ trong các mối quan hệ bạn tình, trong hộ gia đình, trong cộng đồng và xã hội. Mặc dù các chương trình như vậy dường như không thuộc vào phạm vi của chương trình ứng phó với HIV, nhưng lại rất quan trọng trong việc thách thức các chuẩn mực giới/xã hội đang diễn ra hàng ngày và là lý do tại sao phụ nữ không thể tự bảo vệ mình trước việc lây nhiễm HIV,

và tại sao phụ nữ sống chung với HIV bị kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề hơn, gặp các rào cản lớn hơn trong việc tiếp cận với các dịch vụ, chịu nhiều thiệt thòi hơn và thậm chí không được đề cập đến trong các chương trình ứng phó. Các vấn đề có liên quan bao gồm:

- Bạo lực trên cơ sở giới (thể chất, tình dục, tinh thần, kinh tế) – xảy ra hàng ngày trong cuộc sống của nhiều trẻ em gái và phụ nữ Việt Nam. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa bạo lực trên cơ sở giới và HIV chưa được nghiên cứu và báo cáo nhiều tại Việt Nam, và phụ nữ tìm kiếm các dịch vụ cho các thương tích liên quan đến bạo lực giới rất hiếm khi được xét nghiệm HIV và điều trị dự phòng phơi nhiễm. Tương tự như vậy phụ nữ sống chung với HIV tìm đến các dịch vụ chăm sóc điều trị và hỗ trợ không được sàng lọc bạo lực trên cơ sở giới.
- Tiếp cận hạn chế tới các dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục – mặc dù các vấn đề về sức khỏe tình dục và sinh sản được giải quyết thông qua các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và dịch vụ sức khỏe sinh sản. Đồng thời cũng đã có những thành công bao gồm việc giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ, nhưng vẫn có một tỉ lệ lớn nhu cầu tránh thai vẫn chưa được đáp ứng, và có những hạn chế đặc biệt nghiêm trọng đối với các dịch vụ cho trẻ em gái vị thành niên, phụ nữ và trẻ em gái dân tộc thiểu số. Bên cạnh đó, có những báo cáo về vấn đề phụ nữ sống

chung với HIV bị “ép buộc” triệt sản và/hoặc phá thai, và một vài phụ nữ lo lắng về hậu quả của việc sử dụng các dịch vụ này, đặc biệt là khi mang thai, do cách tiếp cận trừng phạt với hoạt động mại dâm và sử dụng ma túy. Xây dựng chương trình về HIV rất ít chú ý đến vấn đề ra quyết định liên quan đến sức khỏe tình dục và sinh sản của phụ nữ sống chung với HIV.

- Nghèo đói - dấu hiệu chính của đói nghèo ở Việt Nam là dân tộc thiểu số và giới. Trải nghiệm về nghèo đói không trung tính về giới mà bị ảnh hưởng bởi bất bình đẳng giới. Mặc dù an sinh xã hội hiện được cung cấp dưới hình thức bảo hiểm xã hội và các dịch vụ phúc lợi xã hội, các dịch vụ này không đáp ứng được nhu cầu của phụ nữ sống chung với HIV. Cụ thể, phụ nữ quan ngại về khả năng chi trả bảo hiểm y tế, đặc biệt với quy định mới về việc mua cho cả hộ gia đình, và họ có thể không biết về quyền tiếp cận an sinh xã hội của họ.
- Việt Nam có nhiều chính sách pháp luật bảo vệ các quyền và lợi ích hợp pháp của người sống chung với HIV, và cơ chế để xử lý pháp luật nếu các quy định của Luật Phòng chống HIV/AIDS bị vi phạm. Phụ nữ sống chung với HIV thường phải đối mặt với vấn đề mất nhà, mất quyền giám hộ con và mất quyền sở hữu và thừa kế, trong khi phụ nữ là lao động tình dục cho biết có tình trạng phân biệt đối xử

nặng nề. Mặc dù, những người sống với HIV có đủ điều kiện để được trợ giúp pháp lý miễn phí, việc tiếp cận trợ giúp pháp lý sẽ dẫn đến việc tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của họ và do đó tăng nguy cơ kỳ thị và phân biệt đối xử, và điều này một lần nữa có những tác động về giới. Hơn nữa, việc tiếp cận đến các dịch vụ này không đồng đều trên toàn quốc và không có đủ nguồn kinh phí.

Cần có các yếu tố sau để đảm bảo rằng các khía cạnh về giới trong ứng phó với HIV được giải quyết:

Cấu trúc

- Thách thức các chuẩn mực có hại và mối quan hệ quyền lực bất bình đẳng để ngăn chặn và giải quyết bạo lực trên cơ sở giới và cải thiện tiếp cận công lý.
- Môi trường thuận lợi để bảo vệ quyền con người, bảo vệ và thúc đẩy sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản của phụ nữ và trẻ em gái nhằm giảm nguy cơ dễ bị tổn thương.
- Đảm bảo trao quyền xã hội, luật pháp và kinh tế.
- Giảm các rào cản về giới, bao gồm kỳ thị và phân biệt đối xử, nhằm tiếp cận tới các chương trình và dịch vụ, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ bằng cách điều chỉnh các dịch vụ này theo những nhu cầu của các nhóm phụ nữ và trẻ em gái khác nhau.

Chương trình

- Thiết kế các chương trình nhằm giải quyết những thách thức cụ thể đối với phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính liên quan đến sự kỳ thị, phân biệt đối xử, nhân quyền và luật pháp.
- Cải thiện tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục cho tất cả phụ nữ.

Cộng đồng

- Hỗ trợ cộng đồng để thách thức và gây tác động đến các chính sách và thực tiễn có hại làm cho phụ nữ có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn và cản trở khả năng ứng phó với rủi ro và khiến phụ nữ và trẻ em gái dễ bị tổn thương.

Bốn trụ cột, mỗi cột đều có đề cập đến các khía cạnh giới, là cơ sở cho một chương trình ứng phó thành công với HIV. Bốn trụ cột bao gồm: Phòng ngừa; Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ; Kỳ thị, phân biệt đối xử và Các thách thức về bất bình đẳng giới. Việt Nam đã đạt được một số tiến bộ trong cả bốn lĩnh vực nhưng vẫn còn có những khoảng trống cần chú ý xem liệu phụ nữ ở các nhóm khác nhau đã được hỗ trợ đầy đủ.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên quá trình đánh giá về giới, các khuyến nghị sau đây nêu bật các vấn đề cụ thể cần chú ý như sau:

I. TĂNG CƯỜNG CAM KẾT CHÍNH TRỊ

Cam kết chính trị của chính phủ Việt Nam liên quan tới HIV và giới được thể hiện trong Hiến pháp, việc thành lập bộ máy quốc gia về giới và cam kết với các công ước quốc tế như CEDAW và mục tiêu toàn cầu 90-90-90. Gần đây, có nhiều cơ hội để tăng cường hơn nữa sự chú ý vào mối quan hệ chặt chẽ giữa HIV và giới, bao gồm:

- i. Thực hiện cam kết trong Tuyên bố Chính trị về HIV và AIDS: Dẫn tổng lực để đẩy nhanh tiến độ phòng chống HIV và chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030. Cụ thể, thực hiện các cam kết để có các biện pháp ứng phó với AIDS mà có sự chuyển biến nhằm góp phần vào bình đẳng giới và trao quyền cho tất cả phụ nữ và trẻ em gái theo Tuyên bố Chính trị.³
- ii. Tận dụng các cơ hội của Chương trình nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững nhằm đẩy mạnh hành động, đồng thời cải tiến cách tiếp cận có trách nhiệm giới đối với vấn đề AIDS.
- iii. Các cam kết và thực thi hoạt động lập ngân sách có trách nhiệm giới.

II. CẢI CÁCH LUẬT PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH

Có nhiều luật và chính sách hướng dẫn và điều chỉnh các chương trình để cải thiện bình đẳng giới và giải quyết HIV (xem Phụ lục A). Tuy nhiên vẫn có những luật và chính sách hiện hành cần được cải thiện, và sửa đổi để tạo ra môi trường thuận lợi hơn – đặc biệt là để đáp ứng những khuyến nghị của Ủy ban CEDAW với Việt Nam vào tháng 7 năm 2015:⁴

- i. Thủ tướng phê duyệt kế hoạch hành động để phản hồi lại Các quan sát mang tính kết luận của CEDAW vào tháng 5 năm 2017. Đây là cơ hội để Bộ Y tế và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) thực hiện kế hoạch hành động liên quan đến y tế với sự hợp tác với các tổ chức xã hội dân sự, bao gồm mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV (VNW+).
- ii. Sửa đổi Luật Phòng chống HIV/AIDS hiện nay từ quan điểm giới và phù hợp với các công ước quốc tế, bao gồm CEDAW, để đảm bảo rằng trọng tâm và mục tiêu về HIV có chú ý đến cuộc sống thực tế của phụ nữ và trẻ em gái ở tất cả các nhóm đối tượng khác nhau.
- iii. Thực hiện lồng ghép giới một cách hệ thống vào các chính sách HIV, bao gồm Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng chống HIV 2016-2020, kế hoạch triển khai chi tiết và các chính sách, chương trình liên quan khác. Điều này sẽ bao gồm một cuộc rà soát và phân tích các chính sách hiện có và sửa đổi các chính sách

3. Đại hội đồng Liên Hợp Quốc. 2016. Tuyên bố chính trị về HIV/AIDS: Dẫn tổng lực để đẩy nhanh tiến độ phòng chống HIV và chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030. A/70/L.52

4. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ). 2015. Quan sát mang tính kết luận về báo cáo định kỳ số 7 và 8 kết hợp của Việt Nam. CEDAW/C/VNM/CO/7-8

- nhằm đảm bảo phụ nữ, trẻ em gái và các nhóm quần thể chính được giải quyết và trợ giúp đầy đủ.
- iv. Xây dựng các cơ chế trách nhiệm giải trình tốt để triển khai luật và chính sách liên quan đến bình đẳng giới trong ứng phó với HIV bao gồm Luật Phòng, chống HIV/AIDS (2006) và Kế hoạch Hành động Quốc gia Phòng, chống HIV (2016-2020) với thời gian, mục tiêu và chỉ số rõ ràng, phân bổ rõ ràng trách nhiệm, và các cơ chế giám sát thực hiện, cũng như phân bổ đủ nguồn nhân lực, kỹ thuật và ngân sách.
 - v. HIV ít khi được đề cập như một vấn đề trong các chương trình và chính sách bình đẳng giới. Khuyến nghị rằng cần thực hiện rà soát chương trình giới và môi trường chính sách để xác định các cơ hội giải quyết các quyền tình dục và sinh sản của phụ nữ, bạo lực dựa trên cơ sở giới và HIV.
 - vi. Cần phải cân nhắc thận trọng việc sử dụng ngôn ngữ khi giải quyết vấn đề HIV: Cần xem xét lại các thuật ngữ đang được sử dụng và tác động của nó đến tình trạng kỳ thị, phân biệt đối xử và bất bình đẳng giới. Các cách sửa đổi ngôn ngữ cần phải đảm bảo thúc đẩy hiểu biết chung và giảm kỳ thị cũng như phân biệt đối xử có thể bao gồm:
 - Xây dựng hiểu biết về giới- bao gồm các vấn đề về sự khác biệt quyền lực và hướng tới tập trung vào nhạy cảm giới vào tạo chuyển biến về giới.
 - Sử dụng khái niệm “HIV và AIDS” thay vì “HIV/AIDS” cho phù hợp với ngôn ngữ quốc tế và nhấn mạnh sự khác biệt giữa HIV và AIDS. Đây là điểm khởi đầu quan trọng để giải quyết tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử [Luật Phòng chống HIV/AIDS và Chiến lược phân bổ quốc gia].
 - Sử dụng thuật ngữ “lao động tình dục” thay vì “gái mại dâm” và không tiếp tục gắn vấn đề “tệ nạn xã hội” lên lao động tình dục và người sử dụng ma túy.
 - vii. Đảm bảo sự phối hợp hiệu quả giữa các Bộ, đặc biệt là Bộ Y tế và Bộ LĐTBXH, và các bên có liên quan khác để đảm bảo yếu tố giới được đưa vào các chương trình HIV một cách đầy đủ, và ngược lại, đưa ra những chức năng rõ ràng và xác định trách nhiệm cho từng bên cũng như phân bổ các nguồn lực con người, kỹ thuật và tài chính cũng như quyền hạn phù hợp để thực hiện chức năng của họ.
 - viii. Tăng cường nhận thức của phụ nữ về quyền cũng như nâng cao hiểu biết pháp luật để phụ nữ có thể tận dụng được các thủ tục và giải pháp nhằm đạt được các quyền của mình theo công ước CEDAW và các luật hiện hành.

III. HIỂU BIẾT VỀ BỆNH DỊCH HIV: XÂY DỰNG KIẾN THỨC VÀ BẰNG CHỨNG

Hiện nay có sự gia tăng hiểu biết về đại dịch HIV ở Việt Nam; tuy nhiên điều quan trọng là giải quyết những khoảng trống trong hiểu biết về dịch, đặc biệt là các vấn đề liên quan đến phụ nữ và trẻ em gái từ các nhóm khác nhau - bao gồm phụ nữ sử dụng ma túy, nữ lao động tình dục, và bạn tình của các thành viên trong nhóm quần thể chính. Việc giải quyết khoảng trống về hiểu biết là thiết yếu và cần thực hiện thông qua:

- i. Tăng cường thu thập, phân tích và phổ biến các số liệu toàn diện có phân tách theo giới, tuổi, tình trạng khuyết tật, dân tộc, địa phương và tình trạng kinh tế xã hội. Các chỉ số hiện nay cần được chuyển đổi sang các chỉ số có nhạy cảm giới phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế, để đánh giá tình hình của phụ nữ và đưa ra thông tin về các nhóm quần thể hiện tại vẫn chưa được biết đến trong ứng phó với HIV như phụ nữ chuyển giới, phụ nữ sử dụng ma túy.
- ii. Xây dựng kiến thức/bằng chứng về các yếu tố, hoặc các nhân tố xã hội bao gồm các chuẩn mực và thực hành văn hóa xã hội, mà có thể góp phần tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.
- iii. Xây dựng kiến thức chuyên sâu về đời sống thực tế của các nhóm phụ nữ và trẻ em gái khác nhau trong hoàn cảnh dễ bị tổn thương và những trải nghiệm nhiễm HIV của họ, đặc biệt là những phụ nữ còn “chưa lộ diện” ví dụ như: phụ nữ sử dụng ma túy, phụ nữ di cư, phụ nữ dân tộc thiểu số và phụ nữ chuyển giới.

- iv. Hiểu các vấn đề và trải nghiệm cụ thể của phụ nữ sống chung với HIV, bao gồm ảnh hưởng của việc tiết lộ thông tin, tài sản, quyền thừa kế và quyền giám hộ con, sự khác biệt trong biểu hiện bệnh và trải nghiệm bạo lực.

IV. CUNG CẤP VÀ TRIỂN KHAI DỊCH VỤ

Chương trình ứng phó quốc gia đối với HIV được xây dựng rất tốt ở một số khía cạnh – ví dụ như tăng tiếp cận liệu pháp kháng vi-rút ARV. Tuy nhiên, có một số chương trình nhất định cần được chú trọng hơn nữa (ví dụ: chương trình dự phòng, điều trị và chăm sóc); đồng thời việc tiếp cận đến các dịch vụ cũng chưa được nhất quán ở các tỉnh thành.

- i. Đảm bảo sự nhất quán trong cung cấp dịch vụ giữa các tỉnh thành và tăng tiếp cận cũng như xây dựng một cách tiếp cận toàn diện để điều trị, chăm sóc và hỗ trợ ngoài liệu pháp kháng vi-rút ARV có tính đến khía cạnh giới và thực tế khác biệt giữa phụ nữ và nam giới.
- ii. Thiết kế và nhân rộng các chương trình dự phòng bao gồm các công cụ, thông tin, và dịch vụ nhằm giải quyết vấn đề thiếu tiếp cận các dịch vụ dự phòng cơ bản hiện nay của phụ nữ.
- iii. Tăng tiếp cận đến bao cao su miễn phí, đổi bơm kim tiêm, và điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) cho phụ nữ có nguy cơ cao nhất, bao gồm nữ lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy.
- iv. Tăng cường các hệ thống y tế bao gồm: xây dựng năng lực cho cán bộ y tế về HIV

và giới, và phân bổ đủ nguồn lực để hỗ trợ phụ nữ và trẻ em gái.

- v. Đảm bảo rằng phụ nữ và trẻ em gái, nam giới và trẻ em trai được tiếp cận đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản miễn phí và có chất lượng tốt bao gồm phòng tránh thai, hỗ trợ và tư vấn bất kể tình trạng HIV, tuổi tác, bản dạng giới, nghề nghiệp, tình trạng kết hôn, khuyết tật và địa bàn cư trú.
- vi. Việc sử dụng các biện pháp triệt sản hoặc tránh thai được đưa ra trên cơ sở tự nguyện và có sự đồng thuận của phụ nữ/ trẻ em gái có liên quan, trên cơ sở có đầy đủ hiểu biết. Đảm bảo rằng cán bộ y tế ở tất cả các cấp được tập huấn đầy đủ và chịu trách nhiệm nếu có sự vi phạm về quyền.

V. TĂNG CƯỜNG SỰ GẮN KẾT VÀ THAM GIA CỦA CỘNG ĐỒNG

Sự tham gia của cộng đồng và sự tham gia của phụ nữ sống chung với HIV và các nhóm quần thể chính khác là thiết yếu. Những điển hình tốt trên thế giới hiện nay cho thấy có nhiều chiến lược để tăng cường sự tham gia của phụ nữ, bao gồm củng cố xã hội dân sự và đảm bảo có các diễn đàn cho sự tham gia thực sự của phụ nữ. Cần phải thực hiện các biện pháp sau:

- i. Cung cấp hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính cho các mạng lưới và tổ chức của phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng nhất từ HIV, và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính, để tăng cường sự tham gia của những phụ nữ này. Hỗ trợ phát triển năng lực thể chế thông qua đào tạo và tư vấn

để phát triển mạng lưới mạnh mẽ, bền vững với sự lãnh đạo đa dạng.

- ii. Các nền tảng và các chỉ số theo dõi sự tham gia có ý nghĩa của phụ nữ để đạt được sự tham gia sâu sắc hơn vào quá trình lập kế hoạch và hoạch định chính sách.
- iii. Xác định những địa điểm mà người phụ nữ có thể được lắng nghe, và cần có sự tham gia có ý nghĩa. Sự tham gia của phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng nhất bởi HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính là vô cùng thiết yếu, ví dụ như là tại những nơi như:
 - Chính phủ/Các cấu trúc dân sự xã hội mà chịu trách nhiệm xây dựng tầm nhìn, lập kế hoạch, triển khai thực hiện và rà soát.
 - Cơ chế điều phối cấp quốc gia, Quỹ toàn cầu và các quỹ tài trợ khác.
 - Nghiên cứu - cả lâm sàng và khoa học xã hội - mà có sự tham gia của phụ nữ trong quá trình thiết kế, thu thập, phân tích dữ liệu, và kiến nghị.
 - Tham gia vào Báo cáo Tiến độ Ứng phó AIDS Toàn cầu (GARPR)
 - Tham gia vào quá trình báo cáo về các quyền con người thuộc báo cáo CEDAW, Báo cáo rà soát định kỳ toàn cầu UPR, và Công ước về các quyền của trẻ em (CRC) và các báo cáo khác.

VI. GIẢI QUYẾT CÁC RÀO CẢN MANG TÍNH CẤU TRÚC ĐỐI VỚI BÌNH ĐẲNG GIỚI

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong các chỉ số bình đẳng giới quốc tế, và đã thông qua luật và chính sách giải quyết tình trạng bất bình đẳng của phụ nữ, Việt Nam vẫn là một nước theo chế độ phụ hệ và phụ nữ vẫn bị thiệt thòi. Điều này có thể được thấy trong tỉ lệ đại diện thấp của phụ nữ trong hệ thống chính trị, tiếp cận các nguồn lực và cơ hội, tỉ lệ bạo lực bạo hành cao, và sự ưa chuộng con trai. Những bất lợi mang tính cấu trúc này làm tăng tình trạng dễ tổn thương của phụ nữ với bạo lực giới và HIV, và ảnh hưởng tới các quyền tình dục, sinh sản, xã hội, văn hóa, chính trị và kinh tế của phụ nữ. Cần thực hiện những điều sau:

- i. Tăng cường các nỗ lực giải quyết bất bình đẳng thông qua việc gia tăng các nguồn lực (nhân lực và tài chính) để đạt được các mục tiêu cụ thể và tham vọng hơn.
- ii. Giải quyết hệ thống phân biệt giới tính vốn có đồng thời thách thức những chuẩn mực và định kiến giới trong xã hội, sử dụng cách tiếp cận dựa trên quyền để đảm bảo mọi người hiểu về các quyền của phụ nữ và duy trì được các quyền của phụ nữ thông qua chính sách và thực tiễn.
- iii. Giải quyết vấn đề bạo lực giới thông qua luật pháp và chính sách sửa đổi, tạo ra môi trường thuận lợi hơn và các chuẩn mực văn hóa được chấp nhận. Điều này sẽ dẫn tới việc báo cáo rộng rãi hơn và áp dụng các luật chặt chẽ hơn.
- iv. Tăng cường nhận thức của nam giới, bao gồm nam giới sống chung với HIV và nam giới có hành vi nguy cơ, về vai trò của họ trong giảm lây truyền HIV sang bạn tình của họ.
- v. Thu hút nam giới và trẻ em trai vào các chương trình thách thức các chuẩn mực giới.
- vi. Thông qua các biện pháp chiến lược để giải quyết nguyên nhân gốc rễ của bất bình đẳng giới và thách thức các định kiến giới và chuẩn mực xã hội truyền thống.
- vii. Tăng cường chương trình nâng cao nhận thức nhằm xóa bỏ sự kỳ thị và phân biệt đối xử cụ thể tại các cơ sở y tế. Chương trình nâng cao nhận thức với các kiến thức dựa trên bằng chứng về HIV và các tác động tiêu cực của sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với việc thụ hưởng các quyền của phụ nữ nhắm đến nhóm đối tượng đích bao gồm quan chức chính phủ; cán bộ tư pháp và thực thi pháp luật; cán bộ y tế; giáo viên; người đứng đầu cộng đồng, cũng như nam giới và phụ nữ.
- viii. Tăng cường nâng cao nhận thức về các nguy cơ cụ thể của phụ nữ đối với việc lây nhiễm HIV, và cung cấp các dịch vụ hỗ trợ bảo vệ tại các cơ sở y tế.
- ix. Phối hợp với các cơ quan truyền thông để tăng cường hiểu biết về khái niệm không phân biệt đối xử và không kỳ thị, cũng như bình đẳng giữa phụ nữ và nam giới ở nơi công cộng và đời sống cá nhân, đồng thời đưa ra các hình ảnh tích cực về phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ sống chung với HIV.

- x. Phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo sửa đổi các tài liệu giáo dục nhằm đảm bảo rằng các kiến thức về HIV và việc lây nhiễm là đầy đủ, đồng thời đảm bảo việc gỡ bỏ các định kiến phân biệt đối xử trong sách giáo khoa, tài liệu giảng dạy và giáo trình dạy học.

CÁC BƯỚC TIẾP THEO

Cục Phòng, chống HIV/AIDS, với tư cách là cơ quan chủ trì của quá trình này đã cam kết sẽ thực hiện các bước tiếp theo để đảm bảo rằng các phát hiện đánh giá về giới được tích hợp trong ứng phó với HIV, cụ thể như sau:

- Đảm bảo hợp tác chặt chẽ với UN Women và các chuyên gia và tổ chức về bình đẳng giới tiếp tục các công việc, bao gồm đưa ra các khuyến nghị

về các nghiên cứu sâu hơn và một nghiên cứu ước tính thiệt hại kinh tế nhằm tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ HIV cho các nhóm dễ bị tổn thương và để phát triển kế hoạch xây dựng năng lực về giới và HIV.

- Sử dụng đánh giá về giới này để vận động và xây dựng chính sách, bước đầu tiên có thể là xuất bản các phát hiện chính ở dạng một tờ tóm tắt chính sách
- Hợp với các Bộ ban ngành khác nhằm thảo luận về đánh giá giới và các phát hiện của CEDAW, đồng thời nhằm tăng cường phối hợp.
- Chính sửa lại khung Theo dõi và Đánh giá HIV để đảm bảo có nhạy cảm giới và phù hợp với chiến lược quốc gia hiện tại.

CHƯƠNG 1

GIỚI THIỆU

Trên toàn cầu, trong thập kỷ qua, sự thừa nhận và cam kết giải quyết các nhân tố mang tính cấu trúc làm tăng tình trạng dễ tổn thương của phụ nữ với lây nhiễm HIV cũng như ghi nhận khác biệt giới trong trải nghiệm HIV ngày càng tăng. Giải quyết vấn đề bất bình đẳng giới được xem như là một cấu phần quan trọng của bất kỳ chương trình HIV nào - ở mức độ toàn cầu, khu vực, quốc gia và địa phương. Có nhiều nguồn lực hữu ích để hỗ trợ các chương trình quốc gia về HIV xác định các khía cạnh giới trong dự phòng, điều trị và chăm sóc.⁵

Là một quốc gia thành viên ký kết nhiều công ước và tuyên bố quốc tế khác nhau, Việt Nam tiếp tục cho thấy sự lãnh đạo và cam kết chính trị với các nỗ lực phát triển toàn cầu. Một dấu hiệu cho thấy sự nghiêm túc của các cam kết này là việc chính phủ đã báo cáo rất cẩn thận vấn đề này, cũng như có một số tiến bộ đạt được trong các mục tiêu quốc tế là rất đáng khuyến khích. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, trong rà soát và báo cáo Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ quốc gia (MDG), Việt Nam đã không đạt được đầy đủ các mục tiêu MDG cho Mục tiêu 6 (Chống HIV/AIDS,

Sốt rét và các bệnh khác), và vẫn có những phần của mục tiêu về HIV cần phải đạt được.⁶ Định hướng tương lai, Việt Nam đã cam kết với Chiến lược Tăng tốc của UNAIDS,⁷ và 17 Mục tiêu Phát triển Bền vững mới. Tuyên bố Chính trị về HIV/AIDS: Dồn tổng lực để đẩy nhanh việc phòng chống HIV và chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030 đem lại nhiều cơ hội hơn nữa để Việt Nam thực hiện các cam kết nhằm thúc đẩy bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ và trẻ em gái.

Năm 2014 có khoảng 256.000 người sống chung với HIV ở Việt Nam, trong đó 25,8% (66.000 người) là nữ giới.⁸ Dịch tập trung chủ yếu ở người tiêm chích ma túy, nam có quan hệ tình dục đồng giới và nữ lao động tình dục. Số ca nhiễm HIV mới ở Việt Nam đã giảm nhanh giữa năm 2007 và 2009, và đã ổn định ở mức khoảng 14.000 ca mỗi năm kể từ năm 2010.⁹ Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể số ca nhiễm mới đang xảy ra ở những phụ nữ có mối quan hệ tình dục lâu dài với những người đàn ông đang sống chung với HIV, đặc biệt là những người tiêm chích ma túy, nam có quan hệ tình dục đồng giới và những người đàn ông mua dâm. Năm 2013, lây nhiễm qua

-
5. Xem ví dụ:
Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *Điều gì giúp ích cho phụ nữ và trẻ em gái: Bằng chứng từ những can thiệp HIV/AIDS*. www.whatworksforwomen.org; <http://www.genderandaids.org/>
UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ). *Bình đẳng giới và HIV/AIDS: Cổng Thông tin Web Toàn diện cho các Khía cạnh Bình đẳng Giới của Dịch HIV/AIDS* tại <http://www.genderandaids.org/> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.
 6. Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2015). *Báo cáo quốc gia. 15 năm Thực hiện Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.
 7. UNAIDS (Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2014. *Đẩy nhanh Tiến độ - Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030*. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report
Truy cập vào ngày 16 tháng 5 năm 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
 8. Nhóm Công tác EPP, Bộ Y tế. 2013. *Kết quả ban đầu của ước tính và dự báo HIV ở Việt Nam 2013*.
 9. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

bạn tình từ nam sang nữ chiếm khoảng 28% các ca nhiễm HIV mới.¹⁰ Nghiên cứu cho thấy gần 54% các bệnh nhiễm trùng trong phụ nữ Việt Nam có thể chỉ do các hành vi nguy cơ của bạn tình nam giới, và việc nam giới tiêm chích ma túy không thường xuyên sử dụng bao cao su trong khi bạn tình nữ không biết tình trạng HIV của người nam.¹¹ Tuy nhiên, lây truyền HIV từ nam giới tiêm chích ma túy sang bạn tình nữ lâu dài của họ đã nhận được rất ít sự chú ý trong các nỗ lực phòng ngừa cho đến nay.

Năm 2010, UNIFEM¹² đã hỗ trợ một đánh giá về giới tương tự như thế này, mà sau đó được sử dụng như thông tin ban đầu để xây dựng ứng phó quốc gia với HIV.¹³ Việt Nam hiện đang triển khai Chiến lược quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến 2020 và tầm nhìn đến 2030,¹⁴ với mục tiêu về một sự can thiệp toàn diện, tiếp cận phổ cập, nâng cao chất lượng và sự bền vững của công tác phòng, chống HIV/AIDS. Hơn nữa, Việt Nam có một môi trường chính sách phát triển để giải quyết bất bình đẳng giới và đã đạt được những tiến bộ để giảm bất bình đẳng, đặc biệt trong lĩnh vực giáo dục tiểu học và tham chính. Sự gia tăng

lây nhiễm HIV ở phụ nữ là một mối quan tâm của chính phủ và đã có cam kết thực sự để giải quyết các khía cạnh giới của HIV – mối liên quan nhân quả của bất bình đẳng giới trong việc gia tăng tình trạng dễ bị tổn thương với HIV và hậu quả của HIV đối với phụ nữ. Là một quốc gia thu nhập trung bình với một xã hội đang thay đổi nhanh chóng, Việt Nam phải đối mặt với các thách thức đi đôi với xã hội đang trong giai đoạn chuyển đổi, bao gồm việc thu hẹp tài trợ. Điều này đang đe dọa sẽ phá vỡ các thành tựu đã đạt được trong việc ứng phó với HIV và sẽ tác động đến quyết định chương trình và chiến lược nào sẽ được ưu tiên trong tương lai.

Trong bối cảnh này, việc xem xét làm thế nào để có thể lồng ghép giới vào chương trình ứng phó với HIV cụ thể ở các trải nghiệm của phụ nữ và trẻ em gái là rất phù hợp.

10. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Mô hình dịch AIDS ở Việt Nam*.

11. UNAIDS (Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ). 2012. *Lây nhiễm HIV qua quan hệ bạn tình ở Việt Nam: Kiểm tra chéo dữ liệu*.

12. Quỹ Phát triển Phụ nữ của Liên Hợp Quốc. Sau đó được thay thế bởi UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ).

13. UNIFEM (Quỹ Phát triển Phụ nữ của Liên Hợp Quốc) và UNAIDS (Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2010. *Phân tích giới trong Chiến lược Quốc gia Việt Nam về HIV/AIDS để cung cấp thông tin cho việc xây dựng ứng phó quốc gia với HIV có trách nhiệm giới trong Chiến lược Quốc gia HIV/AIDS tiếp theo*. (Không xuất bản).

14. Ghi chú: UNAIDS hướng dẫn về thuật ngữ xác định HIV và AIDS là hai thuật ngữ khác nhau nhưng liên quan đến đại dịch. Cách tiếp cận của Việt Nam là sử dụng HIV/AIDS, cách viết này sẽ được sử dụng trong tài liệu này như nó là một phần của tiêu đề chính thức của các tài liệu và văn bản. Ngoài ra, HIV hoặc HIV và AIDS sẽ được sử dụng. Cần có sự phân biệt giữa HIV và AIDS và sẽ được đưa ra như một khuyến nghị chính.

1. NGUYÊN TẮC VÀ TRIẾT LÝ NỀN TẢNG CỦA ĐÁNH GIÁ

Bất bình đẳng giới dẫn đến thiếu các chính sách và chương trình bảo vệ và cung cấp dịch vụ cho phụ nữ và các nhóm quần thể chính. Vì vậy, thất bại trong giải quyết bất bình đẳng giới cũng có thể làm trầm trọng thêm bất bình đẳng – và nếu những rào cản về giới sâu xa không được giải quyết, thì sẽ không thể đạt được các kết quả về chăm sóc sức khỏe và HIV. Các thách thức và việc giải quyết có hiệu quả bất bình đẳng giới đòi hỏi những nỗ lực có sự điều phối.

Đánh giá này sẽ sử dụng các nguyên tắc của ‘bình đẳng thực chất’ do ủy ban hiệp ước của Công ước về Xóa bỏ Phân biệt đối xử với Phụ nữ (CEDAW) đưa ra với lưu ý rằng “các từ ngữ ‘công bằng’ và ‘bình đẳng’ là không đồng nghĩa hoặc không có thể hoán đổi cho nhau”.¹⁵ Cơ sở của Công ước CEDAW trong đánh giá bình đẳng cho phụ nữ và nam giới là bình đẳng về kết quả - đó là hệ quả logic của bình đẳng thực chất.¹⁶ Đạt được bình đẳng thực chất đòi hỏi không chỉ có phụ nữ được cung cấp cơ hội bình đẳng theo pháp luật, mà còn là họ có được một khởi đầu như nhau và họ

được trao quyền để có một môi trường thuận lợi. Điều này có thể đòi hỏi có các biện pháp giải quyết không giống nhau cho phụ nữ và nam giới.

Không chỉ là phụ nữ có cơ hội bình đẳng với nam giới mà còn là chúng ta có thể tiếp cận bình đẳng tới các cơ hội bình đẳng. Nhà nước có nghĩa vụ phải tạo ra các điều kiện kinh tế xã hội và các dịch vụ ... để cho phép phụ nữ tận dụng các cơ hội được đưa ra.¹⁷

Bình đẳng thực chất đòi hỏi “một sự chuyển biến thực sự về cơ hội, thể chế và hệ thống để các cơ hội, thể chế và hệ thống này không còn dựa vào các mô hình quyền lực và mô hình cuộc sống do nam giới quyết định như lịch sử để lại”.¹⁸

Các nghiên cứu và thảo luận toàn cầu và khu vực nhấn mạnh sự cần thiết giải quyết vấn đề giới trong toàn bộ quá trình dự phòng, điều trị, chăm sóc¹⁹ để xác định đâu là nơi các chương trình quốc gia đang làm tốt và đâu là nơi cần sự quan tâm lớn hơn. Các chương trình ứng phó với HIV có quan tâm đến giới cần phải tích hợp các yếu tố liên quan chặt chẽ với nhau như: giải quyết những rào cản mang tính cấu trúc; đảm bảo quyền con người là trung tâm trong khuôn khổ pháp lý và

15. Ủy ban CEDAW (Ủy ban của Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt đối xử với Phụ nữ). 2007. *Phiên họp thứ 38, Bình luận của Ủy ban về Xóa bỏ Phân biệt đối xử với Phụ nữ: Vanuatu. CEDAW/C/VUT/CO/3*. Ghi chú: Từ “công bằng” được sử dụng trong trích dẫn từ văn bản luật pháp và chính sách chính thức của Việt Nam. Việc sử dụng từ này là bằng chứng rằng Việt Nam không áp dụng đầy đủ khái niệm bình đẳng thực chất.

16. Ủy ban CEDAW (Ủy ban của Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt đối xử với Phụ nữ). *Khuyến nghị chung số 25, Khoản 4, đoạn 1, của Công ước về Xóa bỏ Mọi hình thức Phân biệt đối xử với Phụ nữ, về các biện pháp đặc biệt tạm thời*.

17. Facio, Alda và Morgan, Martha I. 2009. ‘*Công bằng hay bình đẳng cho phụ nữ? Hiểu các nguyên tắc bình đẳng của CEDAW*’. *Alabama Law Review Quyển 60:5:1133*.

18. Ủy ban CEDAW (Ủy ban của Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt đối xử với Phụ nữ). *Khuyến nghị chung số 25, điều 4, đoạn 1, của Công ước về Xóa bỏ Mọi hình thức Phân biệt đối xử với Phụ nữ, về các biện pháp đặc biệt tạm thời*.

19. Ghi chú: Mặc dù các tài liệu và chính sách về HIV thường nói đến ‘quy trình chăm sóc’ – từ xét nghiệm, tới chẩn đoán và điều trị để ức chế vi-rút – và tới ‘quy trình dự phòng, đánh giá’ này sẽ sử dụng ‘quy trình dự phòng và chăm sóc’ để bao gồm sự liên kết giữa dự phòng, chăm sóc và điều trị (ví dụ, liên quan đến lấy nhiễm qua quan hệ bạn tình) và để phản ánh sự cần thiết lồng ghép giới một cách có hệ thống trong suốt chương trình ứng phó.

chính sách; cải thiện việc xây dựng chương trình, thực hiện, giám sát và đánh giá; và cuối cùng trong phân bổ đủ nguồn lực về kỹ thuật và tài chính thông qua lập ngân sách có trách nhiệm giới. Ở mức tối thiểu nhất, cách tiếp cận nhạy cảm giới là cần thiết để giảm tình trạng dễ bị tổn thương của phụ nữ và giảm thiểu tác động của HIV đối với phụ nữ và trẻ em gái. Để đạt được các mục tiêu HIV, bắt buộc phải có các chương trình ứng phó mang tính chuyển biến về giới, không chỉ nhằm giải quyết nhu cầu thực tế của phụ nữ mà còn giải quyết các nguyên nhân mang tính cấu trúc nền tảng đang nói rộng khoảng cách này.²⁰

Ngoài ra, trọng tâm của đánh giá này là sự giao thoa: điều này có nghĩa là cần phải hiểu rằng ‘phụ nữ và trẻ em gái’ không phải là một nhóm đồng nhất, và giới không phải là yếu tố quyết định duy nhất đối với sự tổn thương của họ với HIV. Điều này áp dụng cho cả từng cá nhân phụ nữ và các nhóm phụ nữ khác nhau, và đặc biệt quan trọng trong bối cảnh đại dịch tập trung của Việt Nam, trong đó những người phụ nữ tham gia vào hoạt động mại dâm là một nhóm đối tượng có nguy cơ cao như những phụ nữ sử dụng ma túy. Kết hợp với các vấn đề giới liên quan đến quyền lực, khả năng tiếp cận quyền lực, đặc quyền và kỳ thị là những vấn đề về nghèo đói, dân tộc, nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe, tình trạng di cư, địa lý và những vấn đề khác. Cần phải cân nhắc những phụ nữ và trẻ em gái có nhiều bản dạng giới (hoặc đang thay đổi bản dạng giới) để làm thế nào đáp ứng tốt nhất nhu cầu của họ.²¹

Trọng tâm của đánh giá này là phải xác định các chính sách và chương trình mà:

- Làm giảm tính dễ tổn thương của phụ nữ với HIV (điều này cũng liên quan đến việc giải quyết những vấn đề lớn hơn về quyền của phụ nữ như bạo lực trên cơ sở giới, một vấn đề có nguyên nhân gốc rễ tương tự và cũng ảnh hưởng đến tính dễ tổn thương với HIV)
- Dựa trên nghiên cứu và bằng chứng thuyết phục làm nổi bật hoàn cảnh thực tế của phụ nữ ở Việt Nam, bao gồm nhưng không giới hạn ở những phụ nữ trong nhóm quần thể chính;
- Giải quyết các rào cản mang tính cấu trúc cho các nhóm quần thể chính và bạn tình của họ trong việc tiếp cận đến các dịch vụ, cũng như giải quyết bối cảnh pháp lý và chính sách khiến họ dễ bị tổn thương với HIV;
- Giải quyết các vấn đề cụ thể và các rào cản mà phụ nữ trong nhóm bị ảnh hưởng chính phải đối mặt, những người này thường không được nói đến;
- Dựa trên quyền con người và nhận thức rõ về quyền phụ nữ;
- Giải quyết các vấn đề cụ thể (và cũng thường bị bỏ qua) có ảnh hưởng đến phụ nữ sống chung với HIV, như ung thư cổ tử cung, những tác động phụ của điều trị kháng vi rút (ART) có tính đến yếu tố giới, và việc gia tăng gánh nặng chăm sóc, v.v.

20. Phân tích chi tiết hơn về mối liên quan giữa giới và HIV có thể tìm thấy trong phần 5 của báo cáo này.

21. Phân thảo luận chi tiết hơn về sự giao thoa có thể xem tại Hankivskay, O et al. 2012. “*Tại sao sự giao thoa lại là vấn đề trong công bằng y tế và phân tích chính sách*” trong Hankivsky, O. (Ed.). 2012. Một khung phân tích chính sách dựa trên sự giao thoa.

2. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA NGHIÊN CỨU

Mục đích của đánh giá này không phải để đưa ra một rà soát chung về ứng phó với HIV tại Việt Nam do đó sẽ không có các bình luận về những điểm mạnh của chương trình quốc gia HIV và AIDS hiện nay. Thay vào đó, phân tích này sẽ xem xét vấn đề giới đã được giải quyết trên diện rộng như thế nào ở Việt Nam (khi liên quan đến HIV), và cụ thể là giới được xử lý như thế nào trong các chương trình ứng phó với HIV. Mục đích là để tìm hiểu kỹ các trải nghiệm và các vấn đề của phụ nữ và trẻ em gái, đồng thời giải quyết các khó khăn của nhóm quần thể chính nhằm: phát hiện các trải nghiệm của phụ nữ và trẻ em gái thuộc nhóm quần thể chính và trải nghiệm của bạn tình nữ của nam giới trong nhóm quần thể chính (nam giới tiêm chích ma túy và nam có quan hệ tình dục đồng tính).

Ở thời điểm này, cần nhấn mạnh rằng trọng tâm của đánh giá này là phụ nữ và trẻ em gái dị tính đồng nhất – tức là những phụ nữ và trẻ em gái xác định giới tính của họ (là nữ) giống như là khi sinh ra. Mặc dù báo cáo có đề cập đến một số thách thức và khó khăn cụ thể mà phụ nữ chuyển giới – phụ nữ không xác định giới tính của họ (nam giới) giống như là khi họ sinh ra - và nam giới có quan hệ tình dục

đồng giới phải đối mặt, do bản dạng giới và xu hướng tính dục của họ, vấn đề này là vượt quá phạm vi của báo cáo và do đó không tập trung vào phân tích sâu sắc và triệt để. Tuy nhiên, rõ ràng là môi trường pháp lý và chính sách hiện nay – cũng như là chuẩn mực văn hóa xung quanh người đồng tính, dù đang từ từ thay đổi, có tác động tiêu cực đến tình trạng dễ bị tổn thương của phụ nữ và nam giới chuyển giới, nam giới có quan hệ tình dục đồng giới, và cần chú ý nhiều hơn và tập trung hơn vào những thách thức và khó khăn của nhóm quần thể này.²²

Báo cáo này cung cấp:

- Khung khái niệm để hiểu về giới và HIV. (Chương 2).
- Phân tích bối cảnh các khía cạnh giới của đại dịch HIV ở Việt Nam, đặc biệt tập trung vào tình hình chung và các vấn đề phụ nữ, trẻ em gái và các nhóm quần thể chính phải đối mặt (đặc biệt là phụ nữ và trẻ em gái là một phần của nhóm quần thể chính, và bạn tình nữ). Phần này bao gồm một mô tả ngắn gọn về dịch tễ học và rà soát môi trường pháp lý và chính sách đang định hướng cách tiếp cận về giới và HIV (Chương 3).

22. Lưu ý: “Văn hóa Việt Nam không quan niệm khuyến khích tính dục và bản dạng giới giống như văn hóa phương Tây. Là một xã hội gia trưởng và phụ hệ, khuyến khích tính dục và bản dạng giới theo truyền thống được xem và nói đến như là đồng tính luyến ái nam. Chuyển giới nam thành nữ được xem là hình thức đồng tính luyến ái cực đoan và có thể nhìn thấy. Đồng tính nữ và đồng tính luyến ái nữ, nếu được nói đến, thường không để lại hậu quả hoặc gây tranh cãi miễn là người phụ nữ vẫn theo các chuẩn mực xã hội, có chồng, có con và nuôi gia đình ... Điều này trở nên phức tạp hơn bởi thực tế là từ “đồng tính” trong tiếng Việt thường được sử dụng để xác định cộng đồng LGBT nói chung. Các phương tiện truyền thông thường tạo thêm nhầm lẫn này bằng cách sử dụng lẫn lộn khái niệm đồng tính với bản dạng giới. Nhiều đồng tính nam và đồng tính nữ không đồng ý với việc phân loại họ vào nhóm người chuyển giới và tin rằng những người chuyển giới là nguyên nhân của sự kỳ thị và phân biệt đối xử chống lại người đồng tính nam, đồng tính nữ và lưỡng tính. Điều này dẫn đến những người đồng tính như đồng tính nữ, đồng tính nam và lưỡng tính tách mình ra khỏi những người chuyển giới và tiếp tục cô lập họ khỏi xã hội. “

UNDP (Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc) và USAID. 2014. *Là người LGBT ở châu Á: Báo cáo Quốc gia Việt Nam*.

- Phân tích giới của chương trình và chính sách HIV hiện tại để xác định cơ hội, khoảng trống và thách thức để đạt được bình đẳng giới trong ứng phó HIV ở cấp quốc gia, bao gồm cả xây dựng chương trình tập trung vào trao quyền cho phụ nữ và trẻ em gái (Chương 4).
- Các khuyến nghị chính để tăng cường cách tiếp cận của Việt Nam tới cả vấn đề HIV và vấn đề bình đẳng giới (Chương 5).

3. PHƯƠNG PHÁP

Đánh giá về giới này là một đánh giá nhanh được tiến hành bởi một chuyên gia trong nước và một chuyên gia tư vấn quốc tế, với sự định hướng từ các thành viên của nhóm Công tác về Giới do Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam chủ trì với sự hỗ trợ của Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ (UN Women) (văn phòng Việt Nam và khu vực). Mục đích là để phân tích xem liệu chương trình ứng phó quốc gia đã thừa nhận và đã làm gì để ghi nhận bất bình đẳng giới như là một yếu tố quyết định quan trọng của HIV. Một kết quả quan trọng của việc đánh giá là đưa ra các đề xuất và kiến nghị nhằm củng cố và tăng cường nỗ lực giải quyết vấn đề giới trong ứng phó quốc gia với HIV, bao gồm những khuyến nghị thực tế cho *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2016-2020*, và cho các chính sách và kế hoạch ngành có liên quan khác, trong đó có *Luật Phòng, chống HIV/AIDS*.

Phương pháp đánh giá dựa trên một lý thuyết rõ ràng và phổ biến cùng với những điển hình tốt của cách tiếp cận giới và nữ quyền, bao gồm sự tham gia, lắng nghe những tiếng nói đa dạng và tập trung vào kinh nghiệm cá nhân như là một phần quan trọng để hiểu thực tế ở địa phương. Do đó, điều kiện tiên quyết để quá trình này có được các thông tin từ cuộc sống thực tế của những người bị ảnh hưởng nhất là thông qua phương pháp tiếp cận có sự tham gia, trong đó huy động tất cả các bên liên quan xây dựng quan hệ đối tác trao quyền, để đảm bảo các bên có được quyền sở hữu mạnh mẽ với cả quá trình đánh giá và các hành động trong tương lai nhằm thực hiện các khuyến nghị. Đưa vào tiếng nói của nhóm quần thể chính bị thiệt thòi, tập trung đặc biệt vào phụ nữ sống chung với HIV là cực kỳ quan trọng.

Các phương pháp nghiên cứu bao gồm cả thu thập số liệu định tính và định lượng. Năm nguồn dữ liệu chính bao gồm:

- Phỏng vấn bán cấu trúc - với bộ câu hỏi cụ thể cho từng người được phỏng vấn chính.
- Thảo luận nhóm - để tìm hiểu những kinh nghiệm và đề xuất từ các thành viên của các cơ quan chính phủ chính làm việc về giới và HIV, và những người làm việc liên quan đến cả hai lĩnh vực.
- Thảo luận nhóm - để tìm hiểu các kinh nghiệm và đề xuất từ những phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính.

- Thu thập và phân tích tài liệu (bao gồm: các văn bản chính sách; kế hoạch và chiến lược hoạt động; nghiên cứu dựa trên bằng chứng về bối cảnh; các điển hình tốt nhất)
- Hội thảo kiểm chứng thông tin để thảo luận, góp ý và sửa đổi các khuyến nghị dự thảo.

Với mục đích thu thập số liệu, các công cụ quốc tế đã được sử dụng để xác định các cấu phần của một ứng phó tích hợp HIV và giới, có quan tâm đến phụ nữ và trẻ em gái, nam giới và trẻ em trai, cũng như nhóm quần thể chính, và mở rộng tới bạn tình của nhóm quần thể này. Các công cụ này được xây dựng vì mặc dù nhiều Chương trình Quốc gia về HIV - bao gồm cả của Việt Nam - có cam kết giải quyết vấn đề giới và giảm khoảng cách đối với phụ nữ và các nhóm đối tượng thiệt thòi, nhưng thường rất khó để đảm bảo rằng các chiều cạnh giới trong từng khía cạnh

của chương trình ứng phó với HIV được giải quyết. Nguồn cho bảng câu hỏi của đánh giá này (các công cụ thu thập dữ liệu cụ thể cho từng nhóm đối tượng, được thiết kế cho thảo luận nhóm và phỏng vấn cá nhân) bao gồm *Công cụ Đánh giá Giới UNAIDS*,²³ *Khung lý thuyết cho phụ nữ, trẻ em gái, và bình đẳng giới trong Chiến lược quốc gia*,²⁴ *Điều gì Hữu ích cho Phụ nữ và Trẻ em gái*²⁵ và *Hướng dẫn tổng hợp của Tổ chức Y tế Thế giới WHO về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các nhóm đối tượng chính*,²⁶ đã được sửa đổi để phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

Cùng với Tổ công tác giới, những người tham gia phỏng vấn chính đã được xác định thông qua việc lập sơ đồ các bên có liên quan. Danh sách cuối cùng gồm 44 người tham gia phỏng vấn bao gồm cả phỏng vấn cá nhân và thảo luận nhóm trong đó có các cán bộ từ các cơ quan chính phủ (Bộ Y tế và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, Quốc hội, ở cả cấp trung ương và cấp địa phương),

23. UNAIDS (Chương trình Chung của LHQ về HIV/AIDS). 2014. *Công cụ đánh giá Giới của UNAIDS: Hướng tới việc ứng phó với HIV có chuyển biến về giới*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

24. Mạng lưới Athena và HEARD. 2010. *Khung lý thuyết cho phụ nữ, trẻ em gái, và bình đẳng giới trong Kế hoạch Chiến lược Quốc gia về HIV và AIDS tại Nam và Đông Phi*. <http://www.athenanetwork.org/assets/files/NSPs/Framework%20for%20Women,%20Girls,%20and%20Gender%20Equality%20in%20NSPs.pdf> Truy cập 16 tháng 5 năm 2016.

25. Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *Điều gì có ích cho Phụ nữ và Trẻ em gái: Bằng chứng cho những Can thiệp HIV/AIDS*. www.whatworksforwomen.org Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016. Đây là một trang web toàn diện lưu giữ các bằng chứng cho các can thiệp HIV hiệu quả để hướng dẫn các nhà tài trợ, các nhà hoạch định chính sách và quản lý chương trình trong việc lập kế hoạch cho các chương trình và chính sách HIV/AIDS dành cho phụ nữ và trẻ em gái có hiệu quả. Đánh giá toàn diện này bao gồm hơn 2.000 bài báo và báo cáo với dữ liệu từ hơn 90 quốc gia. Nó chứa các bằng chứng về việc xây dựng chương trình cụ thể về giới thành công từ các chương trình và nghiên cứu toàn cầu, tập trung vào bán cầu Nam.

26. WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2014. *Hướng dẫn tổng hợp về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các nhóm quần thể chính*.

Tài liệu này đã tập hợp tất cả các hướng dẫn hiện hành có liên quan đến năm quần thể quan trọng – nam giới có quan hệ tình dục đồng giới, người tiêm chích ma túy, tù nhân và người trong các cơ sở khép kín khác, lao động tình dục và người chuyển giới - và cập nhật những hướng dẫn và khuyến nghị chọn lọc. Những hướng dẫn này nhằm mục đích: cung cấp một gói các kiến nghị toàn diện liên quan đến HIV dựa trên bằng chứng cho tất cả các nhóm đối tượng; nâng cao nhận thức về nhu cầu và khó khăn chính của các nhóm quần thể; cải thiện tiếp cận, khả năng bao phủ và việc sử dụng các dịch vụ hiệu quả và chấp nhận được; và xúc tiến các cam kết quốc gia và toàn cầu mạnh mẽ hơn cho các hoạt động tài trợ và dịch vụ phù hợp.

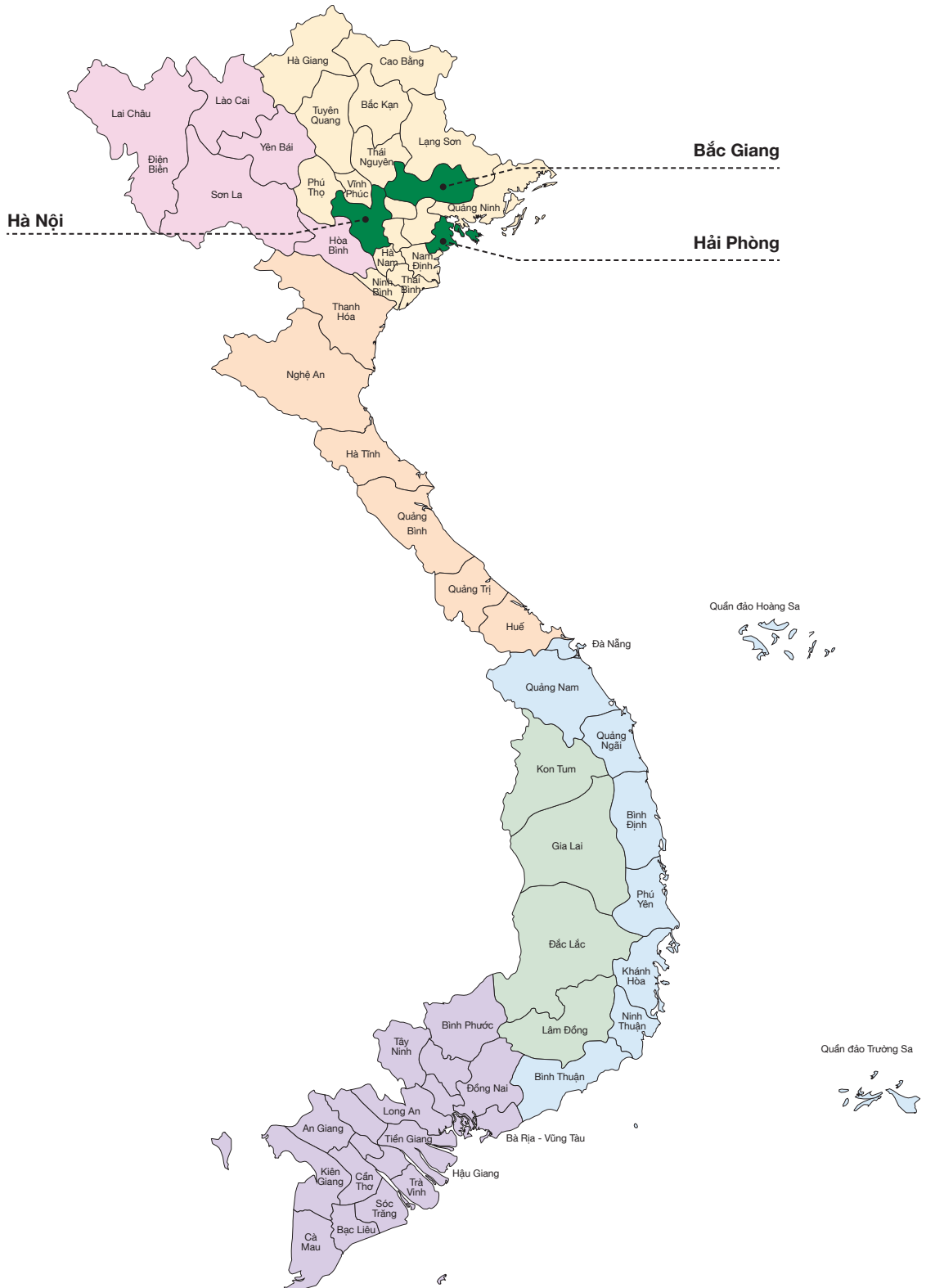
các cơ quan nghiên cứu/học viện, các cơ quan của Liên Hợp Quốc (UN Women, UNAIDS, UNDP), các nhà tài trợ, các tổ chức phi chính phủ (NGOs), mạng lưới của nhóm quần thể chính và nhóm yếu thế (xem Phụ lục B). Tổng số 16 phụ nữ sống chung với HIV, nữ lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy đã được phỏng vấn. Sự cần thiết phải có tiếng nói của xã hội dân sự đã được thể hiện trong việc bổ sung các nhóm này vào hội thảo kiểm chứng. Đa số các cuộc phỏng vấn được tiến hành bằng tiếng Việt và được dịch đồng thời ra tiếng Anh bởi tư vấn quốc tế và tư vấn trong nước. Các tài liệu chính của Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các bộ khác được thu thập và bổ sung thông qua tìm kiếm trên mạng, và dựa vào các kiến nghị từ Tổ Công tác giới và những người được phỏng vấn.

Dữ liệu được thu thập trong khoảng thời gian 10 ngày vào đầu tháng 11 năm 2015 tại ba tỉnh: Hải Phòng, Bắc Giang và Hà Nội.

Các địa điểm này được lựa chọn để có được góc nhìn ở cả thành thị và nông thôn, đồng thời cũng là nơi có mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV mạnh và là một trong những nơi có tỉ lệ lây nhiễm cao trong cả nước (đặc biệt trong nhóm nữ lao động tình dục) cũng như về mặt địa lý là gần với nhau.

Những phát hiện ban đầu của đánh giá này đã được chia sẻ với Nhóm công tác giới để xin ý kiến, đồng thời báo cáo này cũng đã được Cục Phòng, chống HIV/AIDS và các cơ quan Liên Hợp Quốc xem xét kỹ lưỡng. Một cuộc họp thẩm định trong một ngày đã được tổ chức đem lại một diễn đàn để chia sẻ các phát hiện với một nhóm các bên có liên quan rộng rãi hơn. Đã có 45 đại biểu tham gia họp thẩm định, và có các đóng góp phản hồi và thảo luận về các phát hiện và kiến nghị. (xem Phụ lục C danh sách những người tham dự).

Hình 1: Bản đồ về các tỉnh thu thập dữ liệu



4. CÁC HẠN CHẾ

Như với bất kỳ nghiên cứu tương tự nào, có những hạn chế nhất định trong quá trình này:

- Không phải tất cả tiếng nói và kinh nghiệm đều được đưa vào: Như đã nói ở trên, mặc dù có công nhận sự đa dạng về giới, trọng tâm của nghiên cứu này là phụ nữ và trẻ em gái có bản dạng giới đồng nhất. Phân tích có đề cập đến các yếu tố phức tạp liên quan giữa bản dạng giới, khuynh hướng tính dục, giới, giới tính và tuổi tác - tất cả đều ảnh hưởng đến tiếng nói, sự lựa chọn và sự an toàn của con người trong bối cảnh HIV, nhưng tiếng nói và trải nghiệm của người chuyển giới, nhóm dân cư không đồng nhất về giới và nam giới có quan hệ tình dục đồng tính và nam đồng tính cũng không được thể hiện trực tiếp trong đánh giá này.
- Hạn chế về thời gian đồng nghĩa là nghiên cứu chỉ đến được 3 tỉnh. Việt Nam có 63 tỉnh, nhiều người sống

chung với HIV, nhiều tỉnh có các chương trình HIV và/hoặc chương trình giới mạnh và thực tế là nhóm nghiên cứu đã không thể đến tất cả các tỉnh, vì vậy rà soát này không thể xem xét tất cả các yếu tố và các chương trình có liên quan.

- Rà soát này dựa vào nghiên cứu và dữ liệu có sẵn. Trong nhiều lĩnh vực, có những khoảng trống thông tin, chỉ ra sự cần thiết có thêm các nghiên cứu để hiểu rõ hơn về thực tế của phụ nữ và HIV.

Do đó, báo cáo này không thể được coi là phân tích cuối cùng về những gì đang xảy ra liên quan đến giới và HIV trên khắp Việt Nam và báo cáo không nắm bắt được tất cả các chương trình sáng tạo và hiệu quả ở cấp tỉnh và cấp huyện. Tuy nhiên, báo cáo mang đến một phân tích về môi trường chính sách và cách lập kế hoạch, bối cảnh trong đó bất bình đẳng giới và HIV được giải quyết và đưa ra các khuyến nghị dựa trên những gì được biết là có hiệu quả trong khu vực và quốc tế.

5. THEO DÕI VẤN ĐỀ GIỚI: CÁC ĐÁNH GIÁ TRƯỚC ĐÓ

Trong vài năm vừa qua đã có một số rà soát rất hữu ích trong việc định hình đánh giá này, và xây dựng các khuyến nghị. Các rà soát này bao gồm:

- Phân tích giới đối với Chương trình Ứng phó với HIV tại Việt Nam (thực hiện bởi UNAIDS và UNIFEM, hoàn thành năm 2010)²⁷
- Chính sách HIV/AIDS tại Việt Nam. Từ góc độ xã hội dân sự (2007)²⁸
- Phân tích giới USAID/Việt Nam (2012)²⁹
- Báo cáo CEDAW của quốc gia và các Báo cáo Bóng (2015)³⁰
- Các rà soát và báo cáo của Bộ Y tế về chương trình HIV (nhiều năm)
- Báo cáo Rà soát quốc gia 20 năm thực hiện Cương lĩnh hành động Bắc Kinh tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc (2014)³¹

Liên quan đặc biệt đến báo cáo này là những phát hiện và kiến nghị của đánh giá giới năm 2010 trong đó xác định ba ưu tiên cho chương trình ứng phó: tập trung nhiều hơn vào sự đa dạng của phụ nữ, chuyển hướng tập trung vào nam giới và nam tính, và sự cần thiết tăng cường các nỗ lực để giải quyết tình trạng lây truyền qua quan hệ bạn tình. Nhiều phát hiện trong rà soát này nhấn mạnh lại những phát hiện trong rà soát trước và chỉ ra một khoảng trống trong thực hiện các giải pháp để giải quyết tốt hơn vấn đề giới. Đánh giá Giới 2010 được thực hiện với mục tiêu đưa giới vào *Chiến lược quốc gia về phương pháp Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*. Tuy nhiên, vì đó là một nghiên cứu do Liên Hợp Quốc chủ trì, thiếu sự tham gia của các đối tác chính phủ, cuối cùng, Chiến lược quốc gia đã không đưa các phát hiện này vào. Hiện nay, ở Việt Nam đã có hiểu biết tốt hơn về sự liên quan giữa HIV và giới, và những cam kết mạnh mẽ hơn để giải quyết vấn đề giới. Thực tế Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã chủ trì đánh giá này và sẽ thực hiện các phát hiện của đánh giá trong tương lai.

27. UNIFEM (Quỹ Phát triển Phụ nữ của Liên Hợp Quốc) và UNAIDS (Chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2010. *Phân tích giới trong Chiến lược Quốc gia Việt Nam về HIV/AIDS để cung cấp thông tin cho việc xây dựng ứng phó quốc gia với HIV có trách nhiệm giới trong Chiến lược Quốc gia HIV/AIDS tiếp theo*. (Không xuất bản).

28. Khuất Thị Hải Oanh. 2007. *Chính sách HIV/AIDS ở Việt Nam – Từ góc độ xã hội dân sự*.

29. Ray-Ross, Sumali. 2012. *Phân tích giới USAID/Việt Nam*.

30. Các báo cáo tại: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/countries.aspx?CountryCode=VNM&Lang=EN

31. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh hành động Bắc Kinh tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

CHƯƠNG 2

**TẠI SAO GIẢI QUYẾT
BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI
LẠI QUAN TRỌNG
ĐỐI VỚI CHƯƠNG
TRÌNH ỨNG PHÓ
VỚI HIV?**

Bất bình đẳng giới và sự thất bại trong công nhận và đề cao quyền con người của phụ nữ được phản ánh trong thực tế cuộc sống của nhiều phụ nữ, bao gồm các vi phạm về sự toàn vẹn cơ thể do bạo lực trên cơ sở giới, sự từ chối quyền tình dục và sinh sản, hạn chế và/hoặc bất bình đẳng trong tiếp cận và kiểm soát các nguồn tài nguyên, và sự phân chia lao động theo giới có lợi cho nam giới và bất lợi cho phụ nữ.³²

1. GIỚI VÀ HIV LIÊN QUAN ĐẾN NHAU NHƯ THẾ NÀO?

Quan hệ giới bất bình đẳng là chìa khóa để hiểu tính dễ bị tổn thương của phụ nữ và cũng cản trở những nỗ lực của phụ nữ trong dự phòng và bảo vệ. Những ý nghĩa văn hóa và xã hội của các mối quan hệ quyền lực trên cơ sở giới có ngụ ý báo động về khả năng ngăn ngừa sự lây truyền HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác sang phụ nữ, với thực tế rằng trong các mối quan hệ gần gũi, phụ nữ có ít quyền lực hơn so với nam giới. Trong nhiều trường hợp, thực tế cuộc sống của phụ nữ bị áp bức nhiều nhất ở cấp độ hộ gia đình và trong mối quan hệ thân mật: bất bình đẳng giới và quan hệ quyền lực không bình đẳng ở cấp độ này là khó để thách thức nhất. Tuy nhiên, việc thách thức quyền lực ở cấp độ mối quan hệ và cấp độ

hộ gia đình là cực kỳ cần thiết để có thể xử lý hiệu quả tình trạng dễ bị tổn thương với HIV, và tác động của HIV và AIDS.

Các yếu tố tác động đến đại dịch HIV có thể được xem là gắn chặt trong cùng các mối quan hệ quyền lực, trong đó chỉ ra vai trò và vị trí của nam giới và phụ nữ, gồm một số tập quán văn hóa nhất định, tiếp cận và kiểm soát không đầy đủ đến tài sản và các nguồn lực (đặc biệt là chăm sóc sức khỏe, giáo dục và phúc lợi), bạo lực, sự kỳ thị và phân biệt đối xử. Tất cả những yếu tố này đều có khía cạnh giới. Ví dụ, phụ nữ nghèo không có quyền kiểm soát trong quan hệ tình dục có thể dẫn đến việc tăng tần suất quan hệ tình dục và khiến cho họ phải quan hệ ở độ tuổi sớm hơn cũng như ngăn cản họ sử dụng bao cao su. Phụ nữ gặp nhiều khó khăn trong việc thách thức quyền lực của nam giới trong những giây phút thân mật nhất, trong khi thương lượng về tình dục an toàn là đặc biệt cần thiết thì phụ nữ thường có ít quyền lực nhất.³³ Điều này phản ánh trong sự tăng cao các bệnh lây nhiễm trong phụ nữ Việt Nam gần đây. Việt Nam cũng có văn hóa im lặng khi nói đến vấn đề tình dục và quan hệ tình dục: điều này càng cho phép sự thống trị của nam giới lên đời sống tình dục của phụ nữ, từ chối quyền tình dục của phụ nữ, và duy trì việc cả nam giới và phụ nữ không có hiểu biết và dễ gặp phải các rủi ro.

Một đặc điểm quan trọng của HIV là bản chất kép của quy luật nhân - quả. Như đã nói ở trên,

32. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

33. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

bất bình đẳng giới dẫn tới việc tăng tính dễ tổn thương của phụ nữ với HIV - đặc biệt là trong các mối quan hệ thân mật. Tuy nhiên, HIV cũng có thể được xem như là nguyên nhân của bất bình đẳng giới: phụ nữ thường bị mất quyền tình dục và sinh sản như là một hệ quả của HIV. Ví dụ, việc kiểm soát chặt chẽ hơn vấn đề sinh sản của phụ nữ sống chung với HIV đã dẫn đến việc ép nạo phá thai, và/ hoặc triệt sản:

Khi tôi đến bệnh viện để sinh con 10 năm trước, bác sỹ yêu cầu tôi ký một bản cam kết triệt sản. Lúc đó, tôi đã rất bị tổn thương và rất buồn và tôi chỉ có thể đồng ý và ký.

(Phỏng vấn, phụ nữ sống chung với HIV)

2. NHỮNG YẾU TỐ CHÍNH CỦA MỘT CHƯƠNG TRÌNH ỨNG PHÓ VỚI HIV CÓ YẾU TỐ GIỚI

Có nhiều cách hiểu khác nhau về giới, và điều này quyết định cách tiếp cận vấn đề giới như thế nào. Điều quan trọng là bất bình đẳng giới không chỉ đơn giản là vấn đề của sự khác biệt, mà bản chất không công bằng trong các mối quan hệ là trung tâm của bất kỳ phân tích nào. Cần phải hiểu bất bình đẳng giới là một sự mất cân bằng về quyền lực giữa phụ nữ và

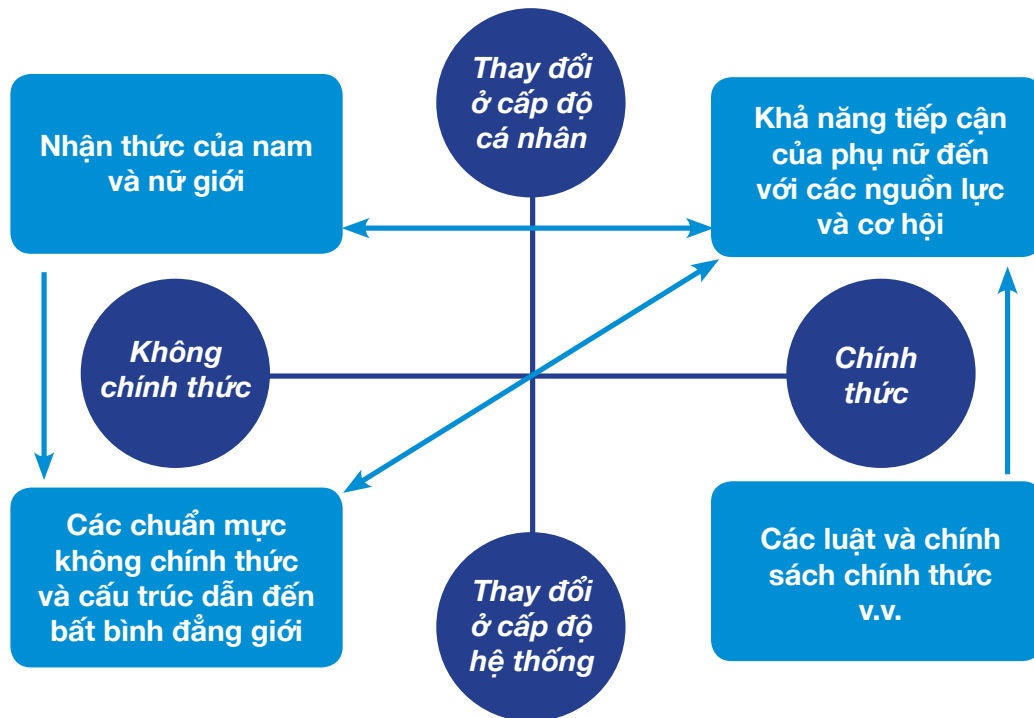
nam giới, và dẫn tới sự áp bức phụ nữ.³⁴ Cũng cần phải giải quyết cả *hoàn cảnh cuộc sống* của phụ nữ (có nghĩa là, thực tế cuộc sống hàng ngày của phụ nữ là do vị thế bất bình đẳng của họ) và *vị trí của phụ nữ* (hoàn cảnh chính trị và kinh tế xã hội của phụ nữ nói chung).

Khung ‘Giới trong Ứng dụng’ đã chỉ ra “vai trò của các thể chế xã hội hay các quy tắc – cả chính thức và phi chính thức – trong duy trì và tái tạo vị trí bất bình đẳng của phụ nữ trong xã hội”.³⁵ Hai phân nhóm đầu tiên là cá nhân – thay đổi trong các điều kiện của cá nhân có thể đo lường được, như là nguồn lực, tiếng nói, không bị bạo lực, tiếp cận đến y tế - và ý thức cá nhân, đó là kiến thức, kỹ năng, ý thức chính trị và cam kết để thay đổi hướng tới bình đẳng. Hai nhóm cuối cùng là hệ thống. Các nhóm bên phải là các quy chế chính thức như đã được nêu trong hiến pháp, pháp luật và chính sách. Các nhóm bên trái là các chuẩn mực chính thức và tập quán văn hóa để duy trì sự bất bình đẳng trong các hoạt động hàng ngày. Thay đổi ở một góc phần tư có liên quan đến thay đổi trong những góc khác. Các mũi tên chỉ ra các chiều hướng có thể trong các mối quan hệ. Vì vậy, ví dụ, luật pháp và các chính sách chính thức có thể ảnh hưởng đến cả các chuẩn mực chính thức mà tạo ra bất bình đẳng giới và khả năng tiếp cận của phụ nữ tới nguồn lực và cơ hội, do đó có thể cải thiện cả ý thức của phụ nữ và nam giới và các chuẩn mực chính thức. Việt Nam sẽ cần phải tiến hành thay đổi tất cả bốn góc trong những nỗ lực của mình để ‘lồng ghép giới’ vào ứng phó với HIV.

34. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

35. Giới trong Ứng dụng. (Không có năm). “*Cách tiếp cận Giới trong Ứng dụng đến Bình đẳng giới và sự Thay đổi Thể chế là gì?*” <http://www.genderatwork.org/Portals/0/Uploads/Documents/Gender-Equality-and-Institutional-Change.pdf> Xem vào 22 tháng 5 năm 2016.

Hình 2: Khung Giới trong Ứng dụng³⁶



Một cách tiếp cận giới về HIV cần cung cấp thông tin cho cả chính sách và thực hành. Điều này cũng rất quan trọng để giải quyết các yếu tố mang tính cấu trúc tác động đến bối cảnh chính trị và kinh tế xã hội.

Trên thế giới, hầu hết các chương trình ứng phó với HIV thường **mù giới**: có nghĩa là các chương trình này không quan tâm đến các kinh nghiệm và cuộc sống thực tế khác nhau của nam giới và phụ nữ, trẻ em trai và trẻ em gái, và cũng không giải quyết các tầng lớp yếu tố khác nhau mà đem lại sự dễ bị tổn thương cho các nhóm này. Ở cấp độ thấp nhất, các cách tiếp cận thành công cần có nhạy cảm giới.

Các cách tiếp cận có nhạy cảm giới đáp ứng các nhu cầu và khó khăn khác nhau của phụ nữ, nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai dựa trên giới và giới tính của họ. Nhiều chương trình HIV và AIDS hiện nay triển khai ở cấp độ này, trong đó nhu cầu thực tiễn hàng ngày của phụ nữ được xác định và có những nỗ lực để đáp ứng các nhu cầu này thông qua cung cấp dịch vụ.³⁷ Cách tiếp cận có nhạy cảm giới cần phải tiếp tục nỗ lực hơn nữa để đảm bảo rằng các nhu cầu và trải nghiệm riêng của phụ nữ và trẻ em gái sống chung hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV và AIDS được giải quyết thay vì bị giấu giếm.

36. Giới trong Ứng dụng. (Không có năm). *Khung Giới trong Ứng dụng*. <http://www.gendertwork.org/OurWork/OurApproach/GWFramework.aspx> Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.
37. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

Cách tiếp cận mang tính chuyển biến về giới thường tiến thêm một bước nữa trong đó giải quyết những yếu tố mang tính cấu trúc đang củng cố bất bình đẳng giới. Bất bình đẳng giới được duy trì, và là kết quả của quan hệ quyền lực bất bình đẳng, tạo ra bối cảnh hoặc môi trường trong đó bạo lực đối với phụ nữ, buôn bán người, HIV và AIDS có thể xảy ra. Như vậy điều cốt lõi của vấn đề bất bình đẳng giới là sự thống trị của nam giới hoặc “quyền lực thống trị”, do đó cần thiết phải thách thức yếu tố cốt lõi này cũng như xem việc thách thức này là trọng tâm của các chương trình ứng phó giải quyết tình trạng dễ bị tổn thương của phụ nữ với HIV và tác động của HIV và AIDS. Điều quan trọng là phải lưu ý rằng sự tham gia xã hội của phụ nữ thường đi ngược lại với các kỹ năng và phẩm chất gắn với việc thể hiện sức mạnh, ví dụ, các đặc điểm tính cách “gắn với nữ” thường là sự phụ thuộc, thụ động, nuôi dưỡng cảm xúc, thường không có chức năng tăng quyền.

Có xu hướng coi phụ nữ và trẻ em gái là một nhóm đồng nhất và xếp phụ nữ vào nhóm hoặc ‘nạn nhân vô tội’ hoặc là ‘con đường lây truyền’. Những người được gọi là ‘nạn nhân vô tội’ được chăm sóc sức khỏe và dịch vụ tốt hơn trong khi các nhóm ngoài lề - như phụ nữ bán dâm - nhóm được xem là gây ra tình trạng lây lan HIV thường bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Bên cạnh đó, phụ nữ tiếp tục chỉ được nhìn nhận trong vai trò làm mẹ, gây tổn hại đến thực tế, nhu cầu, vấn đề điều trị và dự phòng của chính họ.³⁸ Ngoài ra, trong khi phụ nữ nói chung ít được bình đẳng với nam giới, có những vị trí hoặc đặc điểm đẩy phụ nữ vào

vị trí yếu thế hơn nữa, ví dụ - như nghèo đói, chủng tộc, dân tộc, giai cấp, tôn giáo, khuynh hướng tính dục, bản dạng giới tính và các vấn đề khác. Cần có sự hiện diện mạnh mẽ hơn của phụ nữ trong những bàn luận, chính sách và thực tiễn như một điểm khởi đầu để thay đổi những giả định sâu xa này.

Do vậy, cần xem xét **tình trạng giao thoa về phân biệt đối xử và các lớp đặc điểm yếu thế khác nhau**. Trong bối cảnh của Việt Nam, phụ nữ dễ bị tổn thương với HIV và những tác động của nó vì họ là *phụ nữ* - nhưng **tình trạng dễ bị tổn thương này có thể sâu sắc hơn khi một người phụ nữ là lao động tình dục, sử dụng ma túy, thuộc một dân tộc thiểu số, nghèo và/hoặc có công việc bấp bênh hoặc có công việc không chính thức, trẻ tuổi, hoặc có quan hệ bạn tình với nam giới sống chung với HIV hoặc nam giới có hành vi nguy cơ cao**. Tất cả ‘các tầng lớp đặc điểm yếu thế’ này làm tăng nguy cơ lây nhiễm và tạo ra các rào cản đến các dịch vụ chăm sóc và điều trị. Khi cuộc sống của người phụ nữ rơi vào nhiều hơn là một trong số các tầng lớp này, tình trạng dễ bị tổn thương của họ càng sâu sắc hơn. Ví dụ, người làm mại dâm lao động tình dục là người chịu nhiều tầng áp bức và vi phạm quyền con người, làm tăng khả năng lây nhiễm HIV.³⁹ Bạo lực với họ xảy ra phổ biến, bao gồm tấn công tình dục, cưỡng hiếp và đánh đập. Thái độ tiêu cực của nhân viên y tế cũng đẩy những người làm mại dâm lao động tình dục ra ngoài lề vào nhóm yếu thế và không cho từ chối việc họ tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc cần thiết. Cuộc sống của những người là

38. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

39. Jenkins, C. (2006). *Bạo lực và Phơi nhiễm HIV trong nhóm mại dâm ở Phnom Penh, Cam-pu-chia*.

lao động tình dục mại dâm ở Việt Nam chưa được nghiên cứu đầy đủ: tuy nhiên Chỉ số Kỳ thị⁴⁰ và các cuộc phỏng vấn cho Báo cáo này cho thấy mại dâm nữ lao động tình dục phải đối mặt với mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử cao. Trong khi bằng chứng liên quan đến phụ nữ sử dụng ma túy vẫn còn nhiều khoảng trống, nghiên cứu này chỉ ra rằng, họ cũng phải chịu kỳ thị và phân biệt đối xử.

Mẹ tôi có một cửa hàng bán nước. Bà chăm sóc tôi từ ngày tôi bị đuổi khỏi gia đình chồng vì anh biết tôi đã sử dụng ma túy. Khi tôi trở lại sống với mẹ tôi, một vài hàng xóm nói với khách hàng của mẹ tôi là anh trai tôi đã chết vì HIV và tôi sử dụng ma túy. Vì vậy, mẹ tôi khó kiếm tiền từ việc bán nước, vì sự kỳ thị và phân biệt từ cộng đồng. Tôi không biết làm thế nào để sống bây giờ.

(Thảo luận nhóm, phụ nữ tiêm chích ma túy)

Do vậy, cần có các thành tố sau để đảm bảo giải quyết các khía cạnh giới của HIV:⁴¹

Các yếu tố mang tính cấu trúc

- Thách thức quan niệm có hại và quan hệ quyền lực bất bình đẳng để ngăn ngừa và giải quyết bạo lực trên cơ sở giới và cải thiện tiếp cận công lý.
- Xây dựng môi trường thuận lợi để cao quyền con người, bảo vệ và thúc đẩy

sức khỏe tình dục và sinh sản của phụ nữ và trẻ em gái để giảm tổn thương và rủi ro.

- Đảm bảo tăng quyền năng về xã hội, pháp lý và kinh tế.
- Giảm các rào cản liên quan đến giới, bao gồm kỳ thị và phân biệt đối xử, để tiếp cận vào các chương trình và dịch vụ, đồng thời cải thiện tiếp nhận và chất lượng dịch vụ, bằng cách điều chỉnh các chương trình này cho phù hợp với nhu cầu của phụ nữ và trẻ em gái trong sự đa dạng của họ.

Các yếu tố về xây dựng chương trình

- Thiết kế các chương trình nhằm giải quyết những thách thức cụ thể của phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm đối tượng chính liên quan đến kỳ thị, phân biệt đối xử, quyền con người và luật pháp.
- Cải thiện tiếp cận dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản cho tất cả phụ nữ.

Các yếu tố về cộng đồng

- Hỗ trợ cộng đồng để thách thức và gây ảnh hưởng đến chính sách và thực hành có hại có thể khiến phụ nữ có nguy cơ cao lây nhiễm HIV và cản trở khả năng của họ trong ứng phó với rủi ro và tình trạng bị tổn thương.

40. VNP+ (Mạng lưới người sống chung với HIV ở Việt Nam). 2014. *Chỉ số kỳ thị người sống chung với HIV 2014*.

41. UNAIDS (Chương trình chung của LHQ về HIV/AIDS). 2014. *Xây dựng Chương trình HIV có trách nhiệm giới cho phụ nữ và trẻ em gái*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf
Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2015

CHƯƠNG 3

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG: PHÂN TÍCH DỊCH TỄ HỌC VÀ BỐI CẢNH

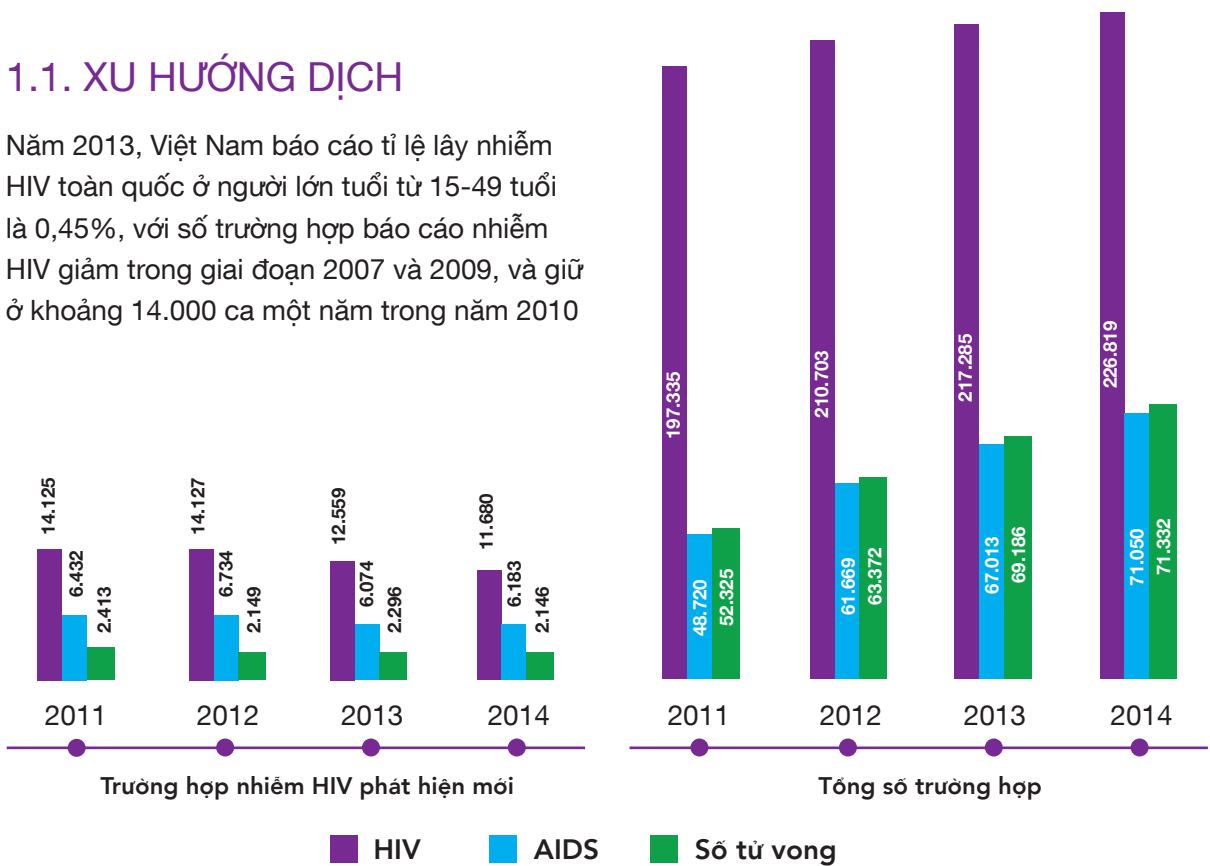
1. TỔNG QUAN VỀ DỊCH

Việt Nam có một hệ thống giám sát toàn quốc để báo cáo trường hợp lây nhiễm và thực hiện giám sát trọng điểm HIV thường xuyên (HSS) để theo dõi các xu hướng ở các tỉnh trong các nhóm đối tượng chính. Tuy nhiên, có những khoảng trống trong các dữ liệu thu thập dẫn đến một bức tranh chưa hoàn chỉnh về cả xu hướng dịch và tình trạng dễ bị tổn thương cụ thể.⁴²

và 2013.⁴³ Tuy nhiên, xu hướng giảm trong lây nhiễm HIV lại không xảy ra trong nhóm phụ nữ. Ngược lại, các trường hợp nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ có xu hướng tăng dần,⁴⁴ điều này liên quan đến lây nhiễm do quan hệ tình dục trong quan hệ bạn tình: năm 2013, lây nhiễm qua quan hệ bạn tình từ nam giới sang phụ nữ chiếm khoảng 28% các trường hợp báo cáo phát hiện nhiễm HIV mới.⁴⁵

1.1. XU HƯỚNG DỊCH

Năm 2013, Việt Nam báo cáo tỉ lệ lây nhiễm HIV toàn quốc ở người lớn tuổi từ 15-49 tuổi là 0,45%, với số trường hợp báo cáo nhiễm HIV giảm trong giai đoạn 2007 và 2009, và giữ ở khoảng 14.000 ca một năm trong năm 2010



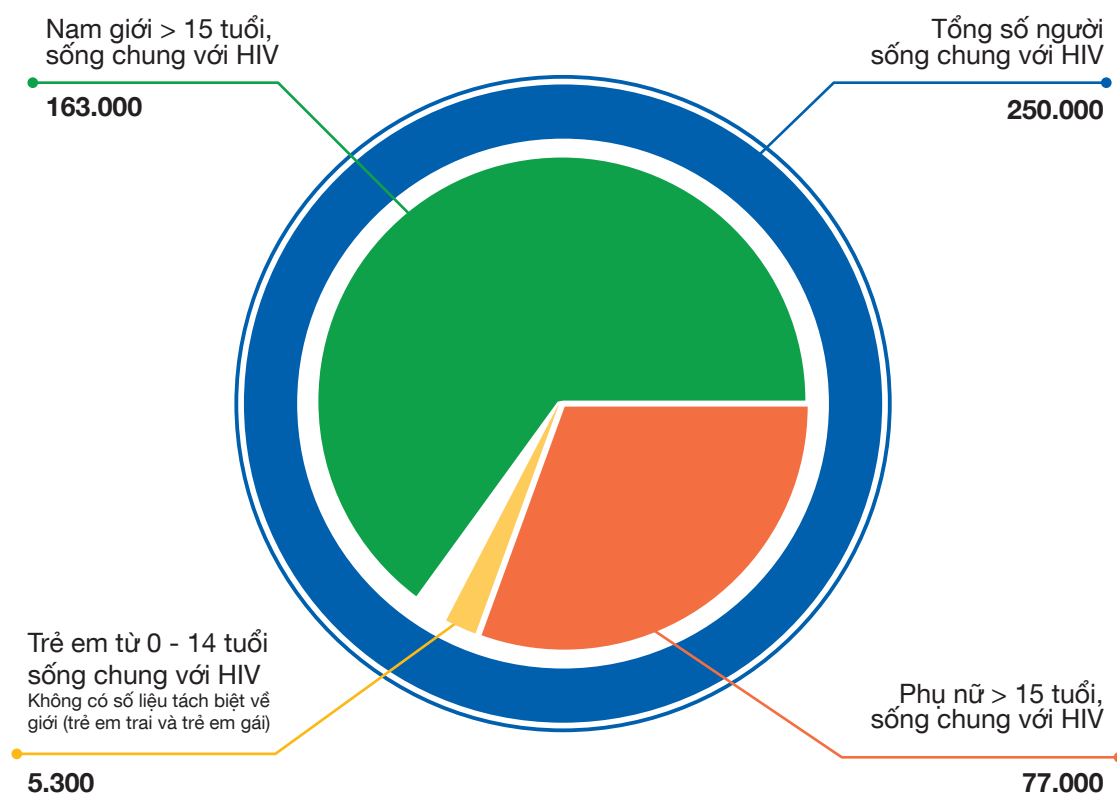
Hình 3: Tỉ lệ lây nhiễm HIV, số trường hợp nhiễm HIV và AIDS được báo cáo mới và số trường hợp tử vong liên quan đến AIDS năm 2011- 2014⁴⁶

42. Để có bức tranh toàn diện hơn, xem: Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2016 (sắp xuất bản). *Giới, HIV và Giám sát Đánh giá ở Việt Nam: Báo cáo Rà soát.*
 43. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014.*
 44. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo hàng năm về các trường hợp nhiễm HIV.*
 45. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Mô hình dịch AIDS ở Việt Nam.*
 46. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo trường hợp nhiễm HIV.*

Có khá nhiều nguồn thông tin về tỉ lệ nhiễm HIV và số liệu có sẵn về các trường hợp phát hiện mới, với số liệu phát hiện nhiễm HIV mới ở phụ nữ trong khoảng 10.000 ca. Số liệu của UNAIDS (xem Hình 3) chỉ ra rằng 77.000 phụ nữ đang sống chung với HIV tại Việt Nam vào năm 2014, chiếm gần một phần ba (31%) tổng số người sống chung với HIV. Một số ước tính và dự báo trong nước vào năm 2013 cho thấy tổng số người sống chung với HIV là 256.000 ca với 25,8% ca (66.000 người) là phụ nữ sống chung với HIV.⁴⁷

Báo cáo các trường hợp nhiễm toàn quốc cũng cho thấy sự tăng lên ít nhưng đều đặn ở tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV, từ 31% năm 2011 đến 33,4% năm 2014, tương ứng với xu hướng giảm trong tỉ lệ lây nhiễm của nam giới (xem Hình 5). Do có nhiều nguồn số liệu về trường hợp phát hiện nhiễm HIV mới, số liệu này có thể vẫn chưa có ý nghĩa lớn về mặt thống kê. Tuy nhiên, khi nói về những khoảng cách và thách thức trong bối cảnh xây dựng chương trình HIV và AIDS mang tính chuyển biến về giới (xem thêm ở phần dưới), điều quan trọng không chỉ là tiếp tục theo dõi những xu hướng tiềm tàng này, mà tiếp tục cải thiện tiêu chuẩn và thực hành quản lý số liệu HIV.

Hình 4: Ước tính HIV và AIDS năm 2014⁴⁸



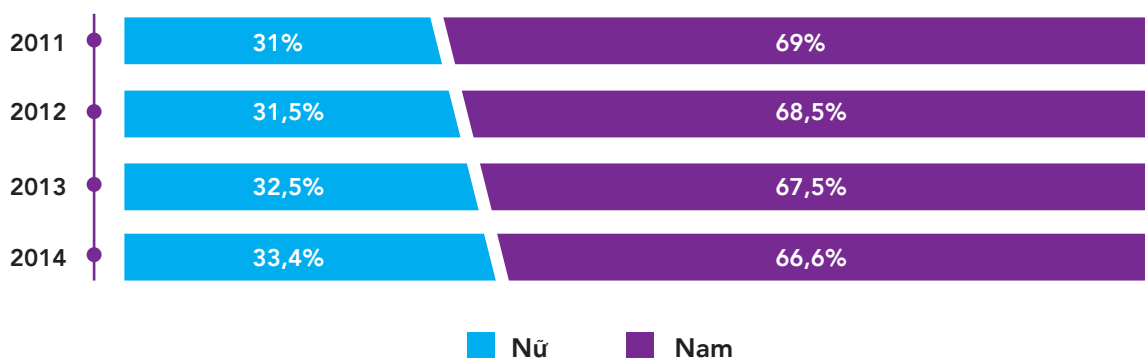
47. Nhóm Công tác Kỹ thuật EPP, Bộ Y tế. 2013. *Kết quả sơ bộ Ước tính và Dự báo HIV tại Việt Nam năm 2013*. Xin lưu ý sự khác nhau giữa các dữ liệu này và dữ liệu trong báo cáo năm 2014 của Cục Phòng, chống HIV/AIDS về báo cáo trường hợp (op.cit.). Các dữ liệu EPP được sử dụng để lập kế hoạch ứng phó.

48. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2014. *Ước tính HIV và AIDS năm 2014*. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Số liệu trong bảng 6 cũng cho thấy có xu hướng giảm đều đặn tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nam giới và phụ nữ từ 20-29 tuổi và có chiều hướng tăng nhẹ trong nhóm người trưởng thành từ 40-49 tuổi. Một lần nữa, các xu hướng này cần được theo dõi và các số

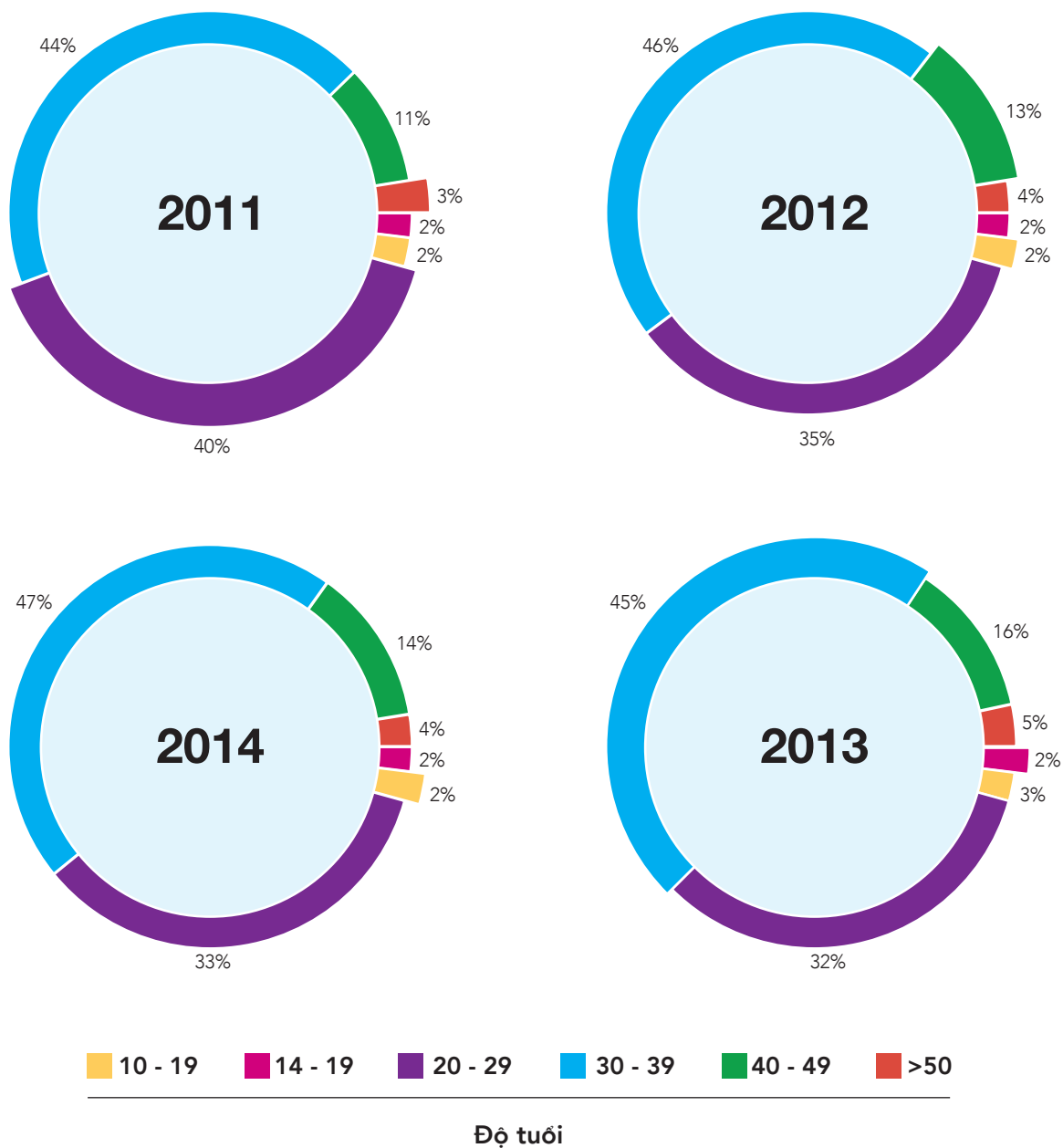
liệu liên quan đến tuổi cần được phân tách theo giới, để sự khác biệt về tuổi và giới trong tỉ lệ lây nhiễm và các trường hợp nhiễm mới có thể được xác định, giúp có những ứng phó trúng đích hơn.

Hình 5: Phân bố tỉ lệ lây nhiễm HIV theo giới tính năm 2011-2014⁴⁹



48. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2011-2014. Báo cáo trường hợp nhiễm HIV 2011-2014.

Hình 6: Phân bố tỉ lệ người chung sống với HIV/AIDS theo tuổi năm 2011-2014⁵⁰



50. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2011-2014. Báo cáo trường hợp nhiễm HIV 2011-2014.

Bên cạnh đó, các xu hướng thay đổi này chỉ ra sự cần thiết có nhiều hoạt động giám sát định lượng và giám sát hành vi hơn trong nhóm đối tượng không phải là đối tượng chính, đặc biệt trong nhóm phụ nữ và thanh niên trong toàn thể dân số. Trong Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY) gần nhất, 98% thanh niên được hỏi đã từng nghe về HIV và AIDS, nhưng chỉ 57% trả lời đúng tất cả các câu hỏi về lây nhiễm HIV.⁵¹ Đặc biệt, nhiều nam thanh niên (44,1%) hơn số nữ thanh niên (40,8%) xác định đúng những cách để phòng chống lây nhiễm HIV qua đường tình dục. SAVY cũng chỉ ra sự khác biệt giữa thành thị - nông thôn trong kiến thức/hiểu biết về việc sử dụng bao cao su và lây nhiễm HIV, thanh niên ở khu vực thành thị biết nhiều kiến thức hơn các bạn đồng lứa sống ở nông thôn. Trong khi đó, số liệu khác (từ năm 2009) cho thấy 93% những bạn trẻ người Việt được phỏng vấn (15-24 tuổi) báo cáo có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất; tuy nhiên, con số này không được phân tách giới do đó không thể không cung cấp thông tin về sự khác biệt giới.⁵² Những khoảng trống như vậy trong số liệu cần phải được cải thiện trước khi các ứng phó có thể giải quyết đầy đủ tình trạng dễ bị tổn thương và các nhu cầu khác nhau.

1.2. DỊCH TẬP TRUNG Ở CÁC NHÓM QUẦN THỂ CHÍNH

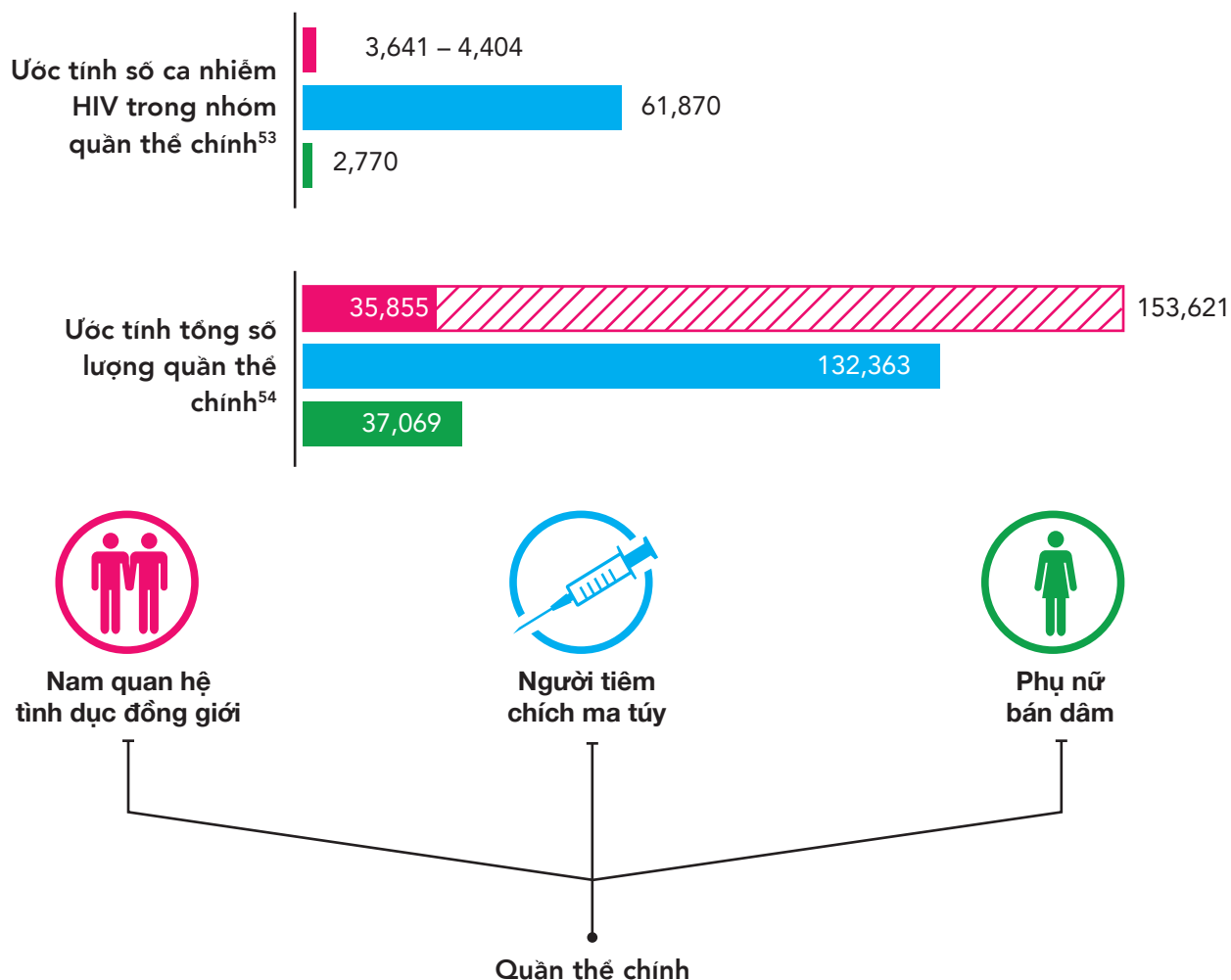
Như đã lưu ý ở phần trước, dịch ở Việt Nam vẫn ở giai đoạn tập trung, chủ yếu trong ba nhóm quần thể chính: người tiêm chích ma túy (bao gồm phụ nữ dù có rất ít số liệu), nữ lao động tình dục và nam giới có quan hệ tình dục đồng giới. Cần phải lưu ý ở đây, và ghi nhớ trong suốt phân tích này, tất cả người hành nghề mại dâm ở Việt Nam được mặc định là phụ nữ, và tất cả những người tiêm chích ma túy được giả định là nam giới. Điều này làm cho một số đối tượng dễ bị tổn thương (đặc biệt là phụ nữ tiêm chích ma túy, nam giới và người chuyển giới tham gia hoạt động mại dâm, bạn tình của nam lao động tình dục) không được đề cập đến, và điều này có tác động lớn đối với việc thu thập dữ liệu và các can thiệp liên quan đến HIV.

Như trong Hình 7 cho thấy, ước tính số lượng nhóm quần thể chính, cũng là tỉ lệ lây nhiễm cho nhóm quần thể chính, có sự khác biệt lớn, một phần do những khó khăn trong tiếp cận nhóm quần thể này, và một phần do hạn chế của hệ thống giám sát và đánh giá. Sự khác biệt trong ước tính cũng như việc thiếu số liệu chỉ ra sự cần thiết phải hệ thống hóa và quy định việc thu thập và phân tích số liệu cho nhóm quần thể chính này.

51. Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, WHO (Tổ chức Y tế Thế giới) và UNICEF (Quỹ Nhi đồng LHQ). 2010. *Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam lần 2*.

52. Cơ sở dữ liệu HIV và AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ bằng chứng tới Hành động, Tổng quan - Việt Nam*. <http://www.aidsdatahub.org/Overview-in-Slides> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Hình 7: Ước tính cỡ của nhóm quần thể chính năm 2014



Có nhiều số liệu khác nhau về tỉ lệ lây nhiễm trong nhóm người tiêm chích ma túy, ví dụ Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS năm 2014 của Việt Nam trích dẫn 11,6%,⁵⁵ và Nhóm công tác kỹ thuật EPP của Bộ Y tế báo cáo 23,9% (Hình 8). Báo cáo Tiến độ 2014 cũng

lưu ý rằng “khoảng 40% trong tổng số ước tính 271.000 người tiêm chích ma túy (khoảng: 100.000-335.000) là những người đang sống chung với HIV.”⁵⁶ Trong khi đó, không có số liệu phân tách giới cho nhóm người tiêm chích ma túy.

53. Nhóm làm việc kỹ thuật EPP Bộ Y tế. 2013. *Kết quả sơ bộ ước tính và dự đoán HIV ở Việt Nam năm 2013*.

54. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Mô hình dịch HIV ở Việt Nam*.

55. Nhóm làm việc kỹ thuật EPP Bộ Y tế. 2014. *Báo cáo Giám sát trọng điểm HIV trong các quần thể chính, tại 14 tỉnh*.

56. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Ứng phó AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

Tương tự như vậy là số liệu về phụ nữ bán dâm. Một khảo sát hành vi năm 2012 về phụ nữ bán dâm cho thấy một tỉ lệ nhiễm HIV cao, từ 6,8% đến 22% ở bốn tỉnh khảo sát.⁵⁷ Con số trung bình là 15,6%, cao hơn rất nhiều con số trung bình 2,6% trong Giám sát Trọng điểm HIV (HSS+) năm 2013 được triển khai ở 11 tỉnh. Điều này đặt ra câu hỏi về quá trình lựa chọn địa bàn nghiên cứu, và tính chính xác của kết quả khi ngoại suy ra ‘tỉ lệ trung bình toàn quốc’. Đặc biệt, có vấn đề liên quan đến việc loại trừ những vùng được biết đến như là khu vực có tỉ lệ cao: 11 tỉnh được chọn cho HSS+ không bao gồm Hà Nội hay Hải Phòng, những nơi mà khảo sát hành vi năm

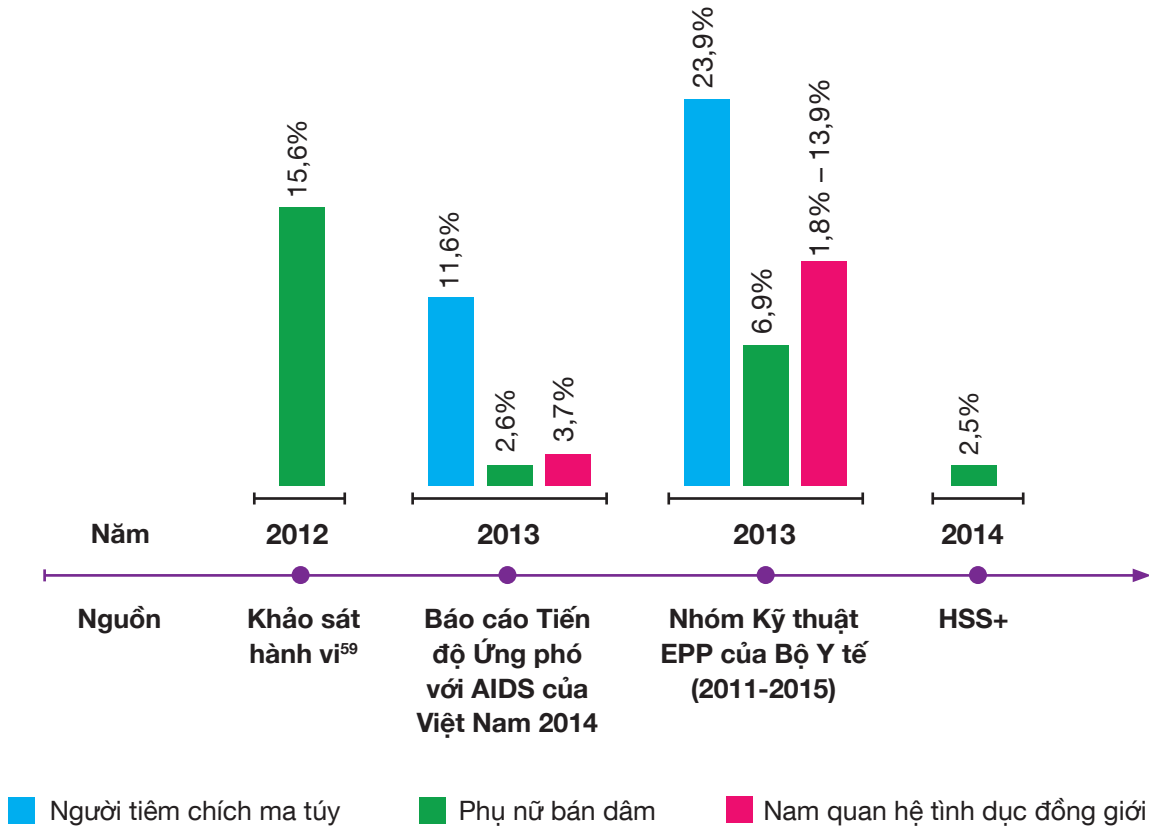
2012 ở trên đã cho thấy tỉ lệ lây nhiễm tương ứng là 12,3% và 22%. HSS+ năm 2014 ở 35 tỉnh – bao gồm cả Hà Nội và Hải Phòng – cho thấy tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nữ lao động tình dục là 2,5%.

Tương tự, Báo cáo Kết quả Ứng phó với AIDS 2014 lưu ý rằng, theo ước tính và dự đoán năm 2013 của Cục Phòng, chống HIV/AIDS, “quần thể nam giới có quan hệ tình dục đồng tính ước tính khoảng từ 191.000 đến 573.000 người. Số liệu về nam giới có quan hệ tình dục đồng tính ở Việt Nam vẫn rất ít.”⁵⁸ Cần lưu ý ở đây, một phần của thách thức này là định nghĩa “nam giới có quan hệ tình dục đồng tính” vẫn đang tranh cãi; xem thêm phía dưới.

57. Dự án Tiếp thị xã hội để Dự phòng của USAID. 2013. *Khảo sát Hành vi trong nhóm Phụ nữ bán dâm và Phụ nữ bán dâm tiêm chích ma túy – Báo cáo Việt Nam 2013*.

58. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Ứng phó AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

Hình 8: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm quần thể chính năm 2012-2014

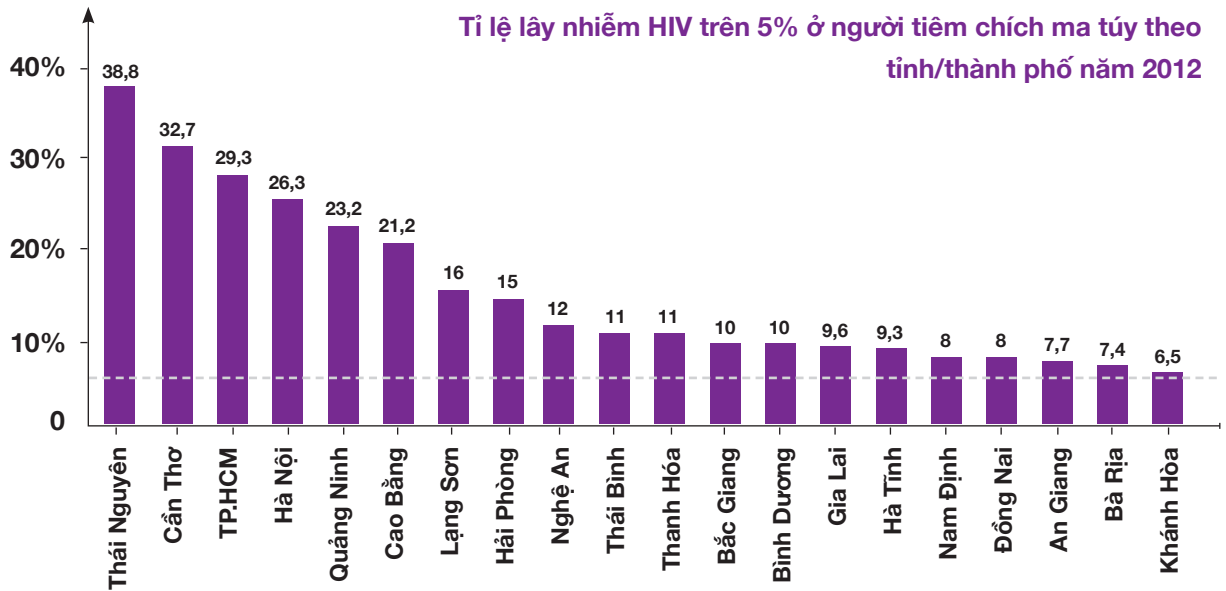


Bên cạnh đó, tỷ lệ nhiễm trong nhóm quần thể chính ở một số thành phố cao hơn nhiều so với một số thành phố khác. Tỷ lệ lây nhiễm HIV toàn quốc, đã tương đối cao, tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn trong các nhóm quần

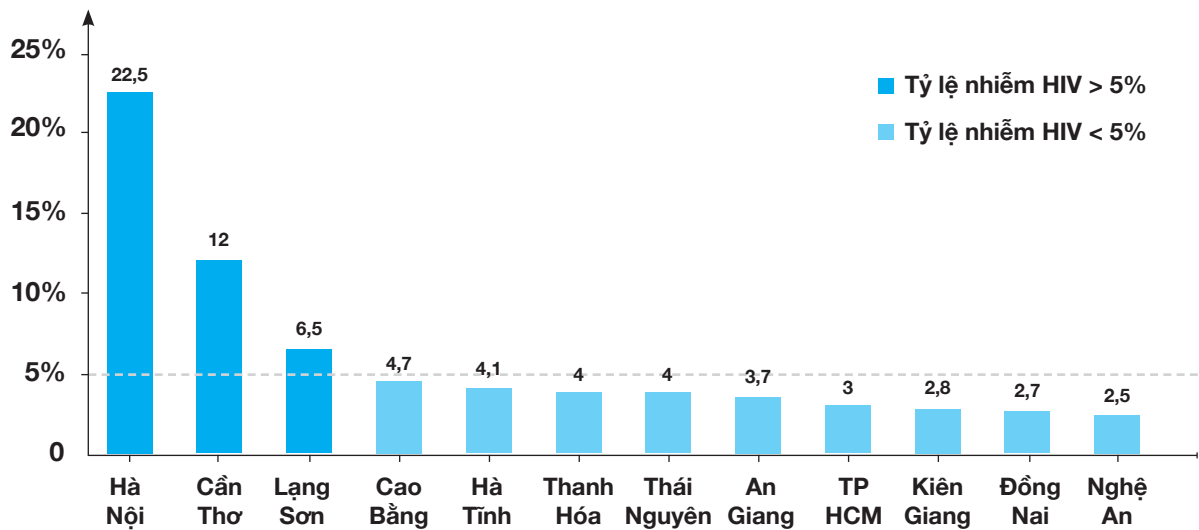
thể này ở một số tỉnh/thành phố nhất định, như sẽ được trình bày trong Hình 9 đến Hình 11 dưới đây. Điều quan trọng là những khác biệt trong tỷ lệ lây nhiễm này cần được xem xét trong khi xây dựng các can thiệp.

59. Dự án Tiếp thị xã hội để Dự phòng của USAID. 2013. *Khảo sát Hành vi trong nhóm Phụ nữ bán dâm và Phụ nữ bán dâm tiêm chích ma túy – Báo cáo Việt Nam 2013.*

Hình 9: Tỷ lệ lây nhiễm HIV ở người tiêm chích ma túy theo tỉnh/thành phố năm 2012⁶⁰



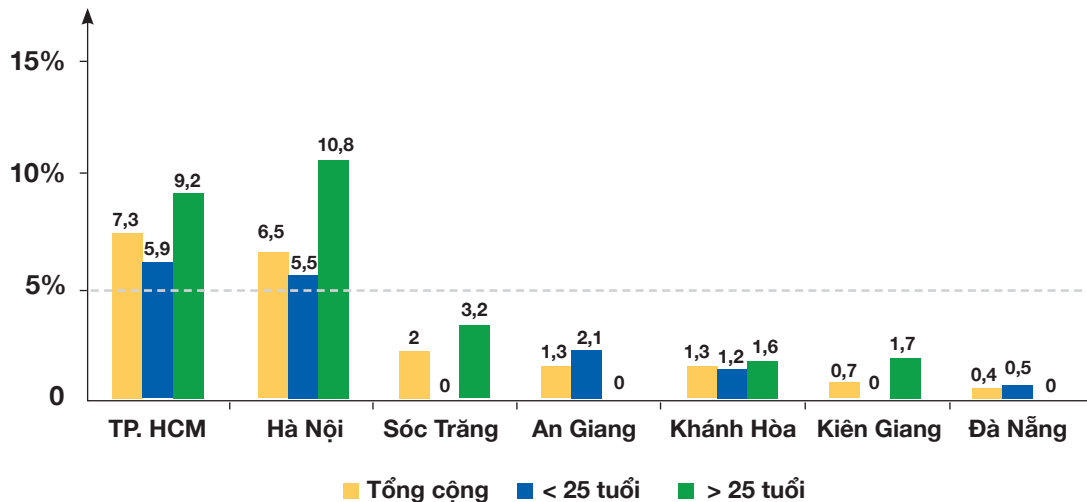
Hình 10: Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nữ lao động tình dục theo tỉnh/thành phố năm 2012⁶¹



60. Cơ sở dữ liệu HIV và AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ bằng chứng tới Hành động, Tổng quan - Việt Nam*. <http://www.aidsdatahub.org/Overview-in-Slides> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

61. Cơ sở dữ liệu HIV và AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ bằng chứng tới Hành động, Tổng quan - Việt Nam*. <http://www.aidsdatahub.org/Overview-in-Slides> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Hình 11: Tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm nam giới có quan hệ tình dục đồng giới theo tỉnh/thành phố năm 2012⁶²



Trong chương trình ứng phó quốc gia, phần lớn những can thiệp hướng tới ba nhóm quần thể chính, mặc dù trong quá trình rà soát gần đây nhất chính phủ cũng đã thể hiện quan ngại sâu sắc về tính hiệu quả của những ứng phó hiện nay.

“...mặc dù số người sống chung với HIV, tỷ lệ nhiễm HIV, và ca tử vong liên quan đến HIV đã giảm, mức giảm này là không đáng kể, không bền vững và số ca nhiễm HIV hiện nay vẫn ở mức cao... Dịch HIV/AIDS đã lan rộng ra tất cả các khu vực, 100% tỉnh thành, 98% quận/huyện, và 78% xã/phường. Có những xã/

phường báo cáo tỷ lệ HIV/AIDS cao hơn 10 lần tỷ lệ trung bình của cả nước, đặc biệt ở khu vực miền núi, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số. Ở một vài khu vực tỷ lệ HIV/AIDS đã đạt mức dịch toàn thể. Lây nhiễm HIV qua đường tình dục có xu hướng tăng, cảnh báo dịch lan ra cộng đồng, đến cả những người được coi là có hành vi nguy cơ thấp. Ngoài ra, vẫn rất khó để quản lý và triển khai những can thiệp trong nhóm nguy cơ cao như [lao động tình dục nữ, tiêm chích ma túy và nam giới có quan hệ tình dục đồng giới].”⁶³

62. Cơ sở dữ liệu HIV và AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ bằng chứng tới Hành động, Tổng quan - Việt Nam*. <http://www.aidsdatahub.org/Overview-in-Slides> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.
 63. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Ứng phó AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

Số liệu hiện có về **con đường lây nhiễm HIV** củng cố thêm những quan ngại này. Theo Báo cáo HSS+ 2014, dùng chung bơm kim tiêm là con đường chính lây nhiễm HIV, nhưng tỉ lệ lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục đang dần tăng lên: từ 12% năm 2004 lên 38% năm 2010, và cuối cùng là 52% - chiếm phần lớn vào năm 2014.⁶⁴

1.3. PHỤ NỮ: TĂNG CAO TÌNH TRẠNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VỚI HIV

Với tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ ngày càng tăng và sự gia tăng trong lây nhiễm qua đường tình dục, cần phải xem xét lại sự lây nhiễm trong quan hệ bạn tình. Cũng cần phải đảm bảo rằng những trải nghiệm của phụ nữ trong nhóm quần thể chính không bị bỏ qua: ví dụ trong khi có số liệu về phụ nữ bán dâm, nhưng lại không có số liệu về phụ nữ tiêm chích ma túy, do vậy có rất ít thông tin về tỷ lệ hoặc tình trạng lây nhiễm trong nhóm này.

Như đã nói ở phần trên, năm 2013, lây nhiễm qua quan hệ bạn tình từ nam giới sang phụ nữ chiếm khoảng 28% trong số ca lây nhiễm HIV báo cáo mới.⁶⁵ Năm 2012, một báo cáo chung của UNAIDS/UN Women đã nhấn mạnh lây nhiễm HIV qua quan hệ bạn tình từ nam giới trong nhóm nguy cơ cao là một vấn đề quan trọng nhưng đang bị bỏ qua:

Trong số những trường hợp HIV dương tính phát hiện ở phụ nữ tại các phòng Tư vấn Xét nghiệm tự nguyện, 53,9% số trường hợp là chỉ do tiếp xúc với bạn tình nam có hành vi nguy cơ. Tổng cộng cả hành vi nguy cơ của bạn tình nam và nữ chiếm 22%, trong khi nguy cơ của riêng cá nhân người phụ nữ chỉ chiếm 5,1% các ca phát hiện nhiễm mới được báo cáo.⁶⁶

Các số liệu như vậy có thể kết nối với các bằng chứng khác, như là tỉ lệ sử dụng bao cao su thấp trong nam giới thuộc các nhóm quần thể chính. Theo kết quả của HSS+, chỉ 48,9% (2012), 41,2% (2013), và 59% (2014) nam giới tiêm chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất. Hành vi này làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV từ nam giới tiêm chích ma túy sang bạn tình của họ. Theo kết quả của số liệu này và các số liệu khác, lãnh đạo Việt Nam đã ghi nhận rằng “bạn tình của [nhóm quần thể chính] là một nhóm quần thể có nguy cơ nữa đòi hỏi phải có những chương trình can thiệp mang tính mục tiêu.”⁶⁷ Nhóm quần thể này bao gồm phụ nữ hoặc bạn gái của nam giới tiêm chích ma túy, bạn tình nữ của nhóm nam giới mua dâm, và vợ hoặc bạn gái của nam giới có quan hệ tình dục đồng tính.

64. Số liệu cho năm 2004 và 2010 từ: Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. Báo cáo Kết quả Giám sát Trọng điểm HIV tích hợp với Câu hỏi ngắn về Hành vi (HSS+) trong nhóm Quần thể có Nguy cơ Cao tại Việt Nam năm 2014.

65. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. Mô hình dịch AIDS Việt Nam.

66. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng Giới và Trao quyền cho Phụ nữ). 2012. Ước tính Lây nhiễm HIV qua Quan hệ Bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo dữ liệu.

67. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. Báo cáo Kết quả Ứng phó AIDS ở Việt Nam năm 2014.

Số liệu giám sát cho thấy rằng ở một nước châu Á có dịch tập trung [bao gồm Việt Nam], lây nhiễm qua quan hệ bạn tình góp phần lớn trong số các ca nhiễm HIV báo cáo mới ở người trưởng thành. Số liệu cũng chỉ ra rằng phần lớn nam giới sống chung với HIV thuộc về, hoặc đã từng một lần thuộc về một nhóm quần thể chính. Hậu quả là, một số lượng đáng kể phụ nữ bị lây nhiễm do có quan hệ tình dục với những nam giới có, hoặc đã từng có các hành vi có nguy cơ cao. Điều này kêu gọi sự chú ý và đầu tư lớn hơn vào các chương trình can thiệp liên quan đến nam giới trong nhóm quần thể chính và bạn tình của họ. Nó cũng nhấn mạnh sự cần thiết phải có những can thiệp dự phòng với những cặp đôi mà có một người dương tính với HIV.⁶⁸

Cần lưu ý rằng những phụ nữ này bao gồm phụ nữ từ các nhóm quần thể chính – nữ lao động tình dục và người phụ nữ sử dụng ma túy - cũng như phụ nữ có ‘hành vi nguy cơ khác’: 22% phụ nữ sống chung với HIV được xác định bởi các nghiên cứu về lây nhiễm qua quan hệ bạn tình đã nhiễm HIV do hành vi nguy cơ cả bản thân họ và bạn tình của họ. Trong ứng phó với HIV, không cần thiết để tạo ra một sự phân biệt giả giữa phụ nữ trong các

quần thể chính và các nạn nhân “vô tội” bị lây nhiễm qua quan hệ bạn tình. Thay vào đó, việc phải đối mặt với nhiều nguy cơ lây nhiễm của những phụ nữ dễ bị tổn thương với HIV cần được nghiên cứu và lưu ý hơn nữa.

Tương tự, bạn tình nữ của nam giới có quan hệ tình dục đồng giới không thể bị bỏ qua. Tại Việt Nam, (hiện nay) tình dục được cho là quan hệ dị tính hoàn toàn và đồng tính luyến ái là một “tệ nạn xã hội”:⁶⁹

Với sự hiện đại hóa, một mô hình các mối quan hệ giới và tình dục đã được thể chế hóa, một mô hình trong đó quy định họ nên là ai và nên yêu ai, đồng thời đẩy ra ngoài lề những người không thuộc về mô hình đó.⁷⁰

Trong một bối cảnh quan niệm dị tính phổ biến như vậy, nhiều nam giới có quan hệ tình dục đồng tính vẫn kết hôn, một số có con, hoặc nếu chưa kết hôn, có quan hệ tình dục với cả phụ nữ (kể cả người làm mại dâm) và cả với nam giới.⁷¹ Điều này đã được cho là do họ muốn che giấu xu hướng tính dục của họ, để có quan hệ tình dục lưỡng tính, để thử nghiệm hoặc muốn ‘xác nhận lại’ xu hướng tính dục của họ.⁷² Trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng tính, có bằng chứng về tỉ lệ không tuyệt đối của việc sử dụng bao cao su (năm 2013, 66% sử dụng bao cao su trong

68. UNDP (2015). Ngăn ngừa lây nhiễm HIV qua quan hệ bạn tình: bằng chứng, chiến lược và cách tiếp cận để giải quyết dịch HIV tập trung ở châu Á – Báo cáo tóm tắt Bangkok, UNDP, trang 1.

69. Ghi chú: Mặc dù bản dịch tiếng Anh ‘tệ nạn xã hội’ gần đây đã được thay bằng “tật xấu của xã hội”, từ gốc tiếng Việt vẫn được giữ nguyên. Trong rà soát này, từ ‘tệ nạn’ vẫn được dùng.

70. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc) và USAID. 2014. Là LGBT ở châu Á: Báo cáo quốc gia Việt Nam.

71. Khuất Thu Hồng và đồng nghiệp. 2005. Nam giới có quan hệ tình dục đồng tính tại Hà Nội: hồ sơ xã hội và các vấn đề sức khỏe tình dục. (dự thảo).

72. Khuất Thu Hồng và đồng nghiệp. 2005. Nam giới có quan hệ tình dục đồng tính tại Hà Nội: hồ sơ xã hội và các vấn đề sức khỏe tình dục. (dự thảo).

lần quan hệ tình dục cuối cùng qua đường hậu môn với một bạn tình nam) và xét nghiệm HIV (năm 2013, chỉ có 28,8% đã thực hiện một lần xét nghiệm và biết kết quả trong 12 tháng vừa qua).⁷³ Ngoài ra, Chỉ số Kỳ thị năm 2014 cho thấy, hơn 61% nam giới có quan hệ tình dục đồng tính biết tình trạng HIV của họ đã không tiết lộ cho bạn tình - có thể là do sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử bởi cả tình trạng HIV và xu hướng tính dục của mình - điều này có những tác động rõ ràng đến khả năng bảo vệ mình khỏi HIV của những người bạn tình của nhóm đối tượng này.⁷⁴ Đó cũng là một dấu hiệu rõ ràng về thực tế là nam giới, thậm chí những người có ít quyền lực hơn - những nam giới có quan hệ tình dục đồng tính - (trong nhiều trường hợp) vẫn có nhiều quyền lực và đặc quyền hơn phụ nữ: đủ để khiến họ bị lây nhiễm HIV.

Tích cực nhắm vào phụ nữ trong các mối quan hệ bạn tình với thành viên nam của nhóm quần thể chính là rất cần thiết để tạo ra những can thiệp phù hợp và sự chuyển biến lâu dài của dịch tại Việt Nam. Bằng chứng trong khu vực cho thấy ‘một cách tiếp cận phòng chống phối hợp’, nghĩa là ‘có sử dụng phối hợp các hoạt động dự phòng HIV khác nhau có thể triển khai ở nhiều cấp độ (ví dụ, hành vi, xã hội, cấu trúc) để giải quyết nguy

ơ và tình trạng dễ bị tổn thương với HIV của nam giới và phụ nữ trong quan hệ bạn tình của họ” là hiệu quả nhất.⁷⁵

Trong khi đó, cách chính để tiếp cận phụ nữ liên quan đến các can thiệp về HIV là thông qua các dịch vụ về sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản. Tuy nhiên, nhu cầu của phụ nữ đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản vẫn chưa được đáp ứng. Nhiều phụ nữ không thể tiếp cận các thông tin về các phương pháp tránh thai và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình hay HIV.⁷⁶

Năm 2011, tỉ lệ không đáp ứng được nhu cầu tránh thai trong nhóm phụ nữ chưa kết hôn có quan hệ tình dục (34,3%) là cao khoảng gấp ba lần so với nhóm phụ nữ kết hôn (11,2%).⁷⁷ Chính phủ cũng đã báo cáo rằng tỷ lệ mang thai vị thành niên tăng từ 2,92% năm 2010 lên 3,2% vào năm 2012, ngoài ra 35,4% nhu cầu tránh thai của trẻ em gái từ 15-19 tuổi, và 3,46% của nữ thanh niên từ 20-24 tuổi, đã không được đáp ứng.⁷⁸ Cũng theo Chính phủ, nghèo đói làm trầm trọng thêm nhu cầu không được đáp ứng về tránh thai trong thanh thiếu niên, và dẫn tới “quan niệm sai lầm về sức khỏe sinh sản và sử dụng bao cao su [và] một số lượng đáng kể nữ thanh niên mang thai ngoài ý muốn và nạo phá thai không

73. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

74. VNP+ (Mạng lưới người sống chung với HIV tại Việt Nam). 2014. *Chỉ số Kỳ thị người sống chung với HIV 2014*.

75. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2015. *Dự phòng lây nhiễm HIV trong quan hệ bạn tình: Bằng chứng, chiến lược và cách tiếp cận để giải quyết dịch HIV tập trung ở châu Á*.

76. Thảo luận nhóm, phụ nữ sống chung với HIV và thành viên của VNW+.

77. UNFPA (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc). 2013. *Nhu cầu không được đáp ứng về dịch vụ sức khỏe sinh sản tình dục và HIV/AIDS: Bằng chứng từ phân tích MICS 2011*.

78. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

an toàn”.⁷⁹ Tỷ lệ sinh ở tuổi vị thành niên của Việt Nam trong năm 2014 là 45 trên 1.000 phụ nữ từ 15-19 tuổi, điều này thường liên quan đến tình trạng kết hôn sớm, bắt đầu có quan hệ tình dục sớm, cũng như tư vấn về sức khỏe tình dục và sinh sản, và các dịch vụ khác cho vị thành niên và thanh niên không đầy đủ. Tỷ lệ sinh ở tuổi vị thành niên trong thanh thiếu niên nông thôn cao hơn so với ở các khu vực đô thị.⁸⁰ Trong khi đó, Điều tra SAVY 2010, phát hiện ra rằng 8,4% nữ thanh niên trong độ tuổi 15-24 cho biết đã từng nạo phá thai, và rằng thanh niên- nhất là nữ thanh niên - có mức độ hiểu biết về HIV thấp - một lần nữa chỉ ra việc thiếu các dịch vụ về sức khỏe tình dục và sinh sản cho nhóm này.⁸¹

Hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản đặc biệt nghiêm trọng ở phụ nữ dân tộc thiểu số, trong đó việc sử dụng biện pháp tránh thai là rất thấp, tỷ lệ khám thai chỉ bằng một phần ba tỉ lệ của phụ nữ người Kinh và tỷ lệ tử vong bà mẹ cao hơn tám lần.⁸² Trẻ em gái dân tộc thiểu số đặc biệt dễ bị kết hôn sớm và bị buôn bán - ảnh hưởng tới đời sống tình dục của các em, có nguy cơ bị bạo lực tình dục và bạo lực khác, và dễ bị tổn thương với HIV - đồng thời nhận thức của các em về sức khỏe tình dục và sinh

sản thấp.⁸³ Tỷ lệ sinh ở tuổi vị thành niên ở trẻ em gái dân tộc thiểu số cao hơn gấp ba lần so với trẻ em gái người Kinh.⁸⁴

Ngoài ra, còn thiếu các dịch vụ dành cho nữ lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy, kết hợp với mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử cao có thể dẫn đến việc những người phụ nữ này quyết định không sử dụng các cơ sở y tế công cộng. Điều này kết hợp việc các nhu cầu về dịch vụ sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản cho phụ nữ nói chung chưa được đáp ứng - càng tồi tệ hơn ở những nơi có phụ nữ nghèo, trẻ tuổi và/hoặc dân tộc thiểu số. Trong khi đó, phụ nữ sống chung với HIV phải đối mặt với những thách thức tương tự (ngoài khuôn khổ của các can thiệp phòng lây truyền mẹ con, trong đó tập trung chủ yếu vào sức khỏe của trẻ em).

Lạm dụng và từ chối quyền tình dục và sinh sản là một điểm nhấn quan trọng trong các cuộc phỏng vấn, điều này cũng được phụ nữ sống chung với HIV chia sẻ tại cuộc họp thẩm định. Đối với những phụ nữ này, tiếp cận đến các biện pháp tránh thai miễn phí (bao cao su) và điều trị các bệnh STI miễn phí vẫn còn là một thách thức; một số đã bị ép buộc phá thai hoặc triệt sản; phụ nữ sử dụng ma túy và

79. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo quốc gia: 15 năm đạt các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.

80. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo quốc gia: 15 năm đạt các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.

81. Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, WHO (Tổ chức Y tế Thế giới) và UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc). 2010. *Điều tra Đánh giá tình hình Thanh niên Việt Nam Vòng 2*.

82. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Chương trình Hành động Bắc Kinh tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc và ...* 2015. *Báo cáo quốc gia: 15 năm thực hiện Mục tiêu Phát triển Việt Nam*.

83. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Chương trình Hành động Bắc Kinh tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

84. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo quốc gia: 15 năm thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.

phụ nữ lao động tình dục đặc biệt lo lắng về hậu quả của việc sử dụng các dịch vụ y tế khi mang thai.

Nhu cầu chưa được đáp ứng về tránh thai và các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản khác (bao gồm cả các dịch vụ khám thai) kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác, chẳng hạn như mức độ hiểu biết về HIV thấp, có tác động rõ ràng và nghiêm trọng đối với công tác phòng chống HIV và tăng tính dễ tổn thương của tất cả phụ nữ, và cụ thể là ở phụ nữ trẻ và phụ nữ dân tộc thiểu số nói riêng. Có rất ít thông tin về nhu cầu sức khỏe tình dục và sinh sản cụ thể của phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy. Ủy ban CEDAW đã bày tỏ quan ngại về tỉ lệ nạo phá thai cao trong nhóm vị thành niên và khuyến nghị Việt Nam như sau:

Đảm bảo rằng phụ nữ và trẻ em gái, cũng như là nam giới và trẻ em trai có tiếp cận đến thông tin miễn phí, có chất lượng tốt và phù hợp với lứa tuổi về sức khỏe tình dục và sinh sản đồng thời tiếp cận đến các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và phòng tránh thai với giá cả phải chăng, bất kể tình trạng kết hôn, khuyết tật, dân tộc hay vị trí địa lý của họ.⁸⁵

Một cuộc khảo sát dân số có sự phân biệt hơn, nhằm vào phụ nữ, về hình thức và việc sử dụng các hình thức tránh thai sẽ là một điểm khởi đầu hữu ích cho những nỗ lực giải

quyết những hạn chế của hệ thống sức khỏe tình dục và sinh sản, bao gồm những vấn đề liên quan đến HIV.

Những vấn đề nêu trên không phải là những vấn đề duy nhất làm tăng tính dễ tổn thương với HIV của phụ nữ dân tộc thiểu số. Những người phụ nữ này, và phụ nữ nghèo khác sống ở vùng sâu vùng xa, cũng thường bị loại ra trong những khảo sát và thu thập số liệu về HIV, cũng như là trong lập kế hoạch và triển khai những chương trình HIV quốc gia.

Chỉ số Kỳ thị người sống chung với HIV năm 2014 phát hiện ra rằng, 1,7% số người trả lời tại một tỉnh là người dân tộc thiểu số sống chung với HIV.

Có nhiều phụ nữ dân tộc thiểu số hơn là nam giới dân tộc thiểu số sống chung với HIV. Những phụ nữ dân tộc thiểu số sống chung với HIV này có thể cần những quan tâm đặc biệt từ các chương trình can thiệp vì họ có nhiều khả năng không biết chữ và gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế hơn phụ nữ dân tộc Kinh.⁸⁶

Một nguồn tài liệu khác nhấn mạnh rằng “phụ nữ dân tộc thiểu số [ở Việt Nam] ... chịu nhiều thiệt thòi hơn các nhóm phụ nữ khác”⁸⁷ liên quan đến đói nghèo và trao (không trao) quyền kinh tế, cả hai vấn đề này đều là chỉ số cho thấy tình trạng dễ bị tổn thương nặng nề hơn, bao gồm cả tổn thương với HIV. Cùng lúc

85. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Chấm dứt Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Quan sát mang tính kết luận về báo cáo định kỳ số 7 và 8 của Việt Nam*. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

86. VNP+ (Mạng lưới quốc gia những người sống chung với HIV). 2014. *Chỉ số Kỳ thị những người sống chung với HIV 2014*.

87. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh ở Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt lần thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

đó, mặc dù Báo cáo Kết quả Ứng phó AIDS 2014 hiếm khi đề cập đến người dân tộc thiểu số và/hoặc người bản địa,⁸⁸ và chỉ nói đến họ như một nhóm tiểu dân cư trong phần chú thích, báo cáo đã đưa ra thực tế rằng:

Một vài làng và xã báo cáo tỉ lệ lây nhiễm HIV cao hơn 10 lần tỉ lệ trung bình quốc gia, đặc biệt những địa bàn vùng núi, vùng sâu vùng xa và/hoặc dân tộc thiểu số nơi mà mọi người có hiểu biết hạn chế và dịch vụ vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân.⁸⁹

Chính phủ cũng đã cho thấy có nhận thức về một số vấn đề khi nhấn mạnh vào sự cần thiết giải quyết tình trạng thiếu tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản của phụ nữ dân tộc thiểu số.⁹⁰ Tuy nhiên, có nhu cầu rõ ràng đối với các số liệu giám sát HIV quốc gia có phân tách giới về nhóm dân số này, cũng như cho phụ nữ di cư/phụ nữ có tính di động cao, và cho các can thiệp có mục tiêu.

Hơn nữa, tình trạng không hiện diện của những người phụ nữ sử dụng/tiêm chích ma túy là một lĩnh vực cần sự quan tâm khẩn cấp. Đã có những lưu ý rằng hầu như những người tiêm chích ma túy luôn được giả định là nam giới, trong khi dữ liệu phân tách theo giới không có sẵn – kể cả số liệu về những người nhận các can thiệp hiện tại - và do đó

đang còn thiếu dữ liệu về phụ nữ tiêm chích ma túy. Tuy nhiên, các bằng chứng ít ỏi và ở quy mô nhỏ do Chỉ số Kỳ thị 2014 cung cấp đã cho thấy rằng một số người được hỏi về điều trị duy trì methadone (MMT) là phụ nữ và phụ nữ chuyển giới.⁹¹ Ngoài ra, một nghiên cứu độc lập mới đây cho thấy rằng những phụ nữ tiêm chích ma túy tại Việt Nam dễ bị tổn thương hơn so với nam giới: họ có xu hướng tiến nhanh hơn đến tình trạng nghiện và tiêm chích thường xuyên hơn; họ thường có bạn tình cũng tiêm chích, và dễ tử vong vì AIDS. Họ cũng dễ có nguy cơ bị nhiễm HIV hơn - một phần vì họ có thể bán dâm để mua ma túy.⁹² Tình trạng dễ bị tổn thương này là do thực tế rằng những phụ nữ tiêm chích ma túy đang bị gạt ra ngoài lề xã hội, các mạng lưới và cả trong nhóm người sử dụng ma túy, và họ trải qua mức độ kỳ thị nặng nề hơn nam giới tiêm chích ma túy (một phần vì “tiêm chích ma túy thường được coi là trái với các vai trò xã hội của phụ nữ như là làm mẹ, bạn tình và người chăm sóc”).⁹³ Bằng chứng từ Đông Âu cũng cho thấy rằng những phụ nữ sử dụng ma túy và phụ nữ chịu chính sách trừng phạt ít được tiếp cận với các dịch vụ y tế và không có khả năng tiếp cận đến các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản, trong khi những người đang mang thai vẫn bị kỳ thị hơn và phải tránh các dịch vụ y tế như chương trình điều trị methadone (MMT) hay khám thai vì sợ bị trừng phạt hoặc mất quyền

88. Cũng không rõ ràng là liệu ‘dân tộc thiểu số’ và ‘người bản địa’ là cùng một nhóm dân cư.

89. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

90. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo quốc gia: 15 năm đạt các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.

91. VNP+ (Mạng lưới quốc gia những người sống chung với HIV). 2014. *Chỉ số Kỳ thị những người sống chung với HIV 2014*.

92. Khuất Thị Hải Oanh và đồng nghiệp. 2015. “Bối cảnh xã hội, sự đa dạng và nguy cơ trong nhóm phụ nữ tiêm chích ma túy ở Việt Nam: phát hiện mang tính mô tả từ một khảo sát chéo”. Tạp chí *Giảm tác hại* 12:35 DOI 10.1186/s12954-015-0067-9.

93. Khuất Thị Hải Oanh và đồng nghiệp. 2015. “Bối cảnh xã hội, sự đa dạng và nguy cơ trong nhóm phụ nữ tiêm chích ma túy ở Việt Nam: phát hiện mang tính mô tả từ một khảo sát chéo”. Tạp chí *Giảm tác hại* 12:35 DOI 10.1186/s12954-015-0067-9.

giám hộ.⁹⁴ Ngoài sự cần thiết phải có dữ liệu phân tách giới về phụ nữ tiêm chích ma túy, và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này, cần có phân tích sâu hơn về tình trạng dễ bị tổn thương và những khó khăn của họ.

Cuối cùng, bạo lực trên cơ sở giới là một vấn đề có tác động mạnh mẽ đến dịch HIV ở Việt Nam. Giống như HIV, bạo lực trên cơ sở giới có nguồn gốc sâu xa từ bất bình đẳng giới: bởi vì phụ nữ bị bất bình đẳng do đó họ dễ bị tổn thương, đồng thời bạo lực hoặc nỗi sợ hãi bị bạo lực duy trì hiện trạng (bất bình đẳng) giới. Bạo lực trên cơ sở giới có thể có nhiều hình thức - tình dục, thể chất, tình cảm, kinh tế và cấu trúc - và diễn ra theo nhiều cách, bao gồm tấn công tình dục, hiếp dâm, buôn bán người, quấy rối tình dục ở trường và ở nơi làm việc, tảo hôn, nạo phá thai để lựa chọn giới tính, hạn chế tiếp cận đến nguồn quỹ của gia đình.⁹⁵ Các tác động nhân quả trực tiếp của bạo lực trên cơ sở giới đối với việc lây nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ và trẻ em gái đã là một phần của những thảo luận về HIV trong nhiều năm và bao gồm:

- Bạo lực tình dục, bao gồm cưỡng bức hoặc ép buộc quan hệ tình dục, hiếp dâm, có thể gây ra rách âm đạo hoặc hậu môn, xước hoặc trầy da, do đó làm tăng nguy cơ mắc các bệnh STI hay HIV.

- Nỗi sợ hãi bị bạo lực có thể cản trở phụ nữ đòi hỏi sử dụng bao cao su hoặc các biện pháp tình dục an toàn khác.
- Bạo lực mang tính cấu trúc, chẳng hạn như từ chối dịch vụ, xét nghiệm bắt buộc, cưỡng bức triệt sản, v.v. - là những rào cản để tiếp cận thông tin và dịch vụ.
- Bạo lực kinh tế, chẳng hạn như tống tiền (đặc biệt là đối với người làm mại dâm), không cho tiếp cận vào các nguồn lực/quỹ gia đình.

Ngoài ra, nhiều phụ nữ và trẻ em gái khi tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình cho bạn tình, các thành viên gia đình, và cộng đồng thì thường bị lạm dụng về thể chất và tình cảm. Thật vậy, các nghiên cứu gần đây đã tiết lộ tỷ lệ bạo lực đối với phụ nữ sống chung với HIV cao trên toàn cầu, mặc dù không có đề cập đến trải nghiệm của phụ nữ sống chung với HIV tại Việt Nam.

Bạo lực diễn ra hàng ngày trong cuộc sống của nhiều trẻ em gái và phụ nữ Việt Nam. Theo chính phủ, “bạo lực đối với phụ nữ vẫn là một hiện tượng cực kỳ nghiêm trọng... năm 2012, 85,1% nạn nhân bạo lực gia đình là phụ nữ”.⁹⁶ Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình năm 2010 cho thấy:⁹⁷

94. Chương trình Phát triển về Giảm hại Quốc tế. 2007. *Phụ nữ, Giảm hại và HIV*.

95. Cơ quan Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2014. *Từ Bạo lực gia đình đến bạo lực giới tại Việt Nam: Mối liên hệ giữa các hình thức bạo lực. Một thảo luận chính sách của Liên Hợp Quốc*.

96. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh ở Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt lần thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

97. Tổng cục Thống kê. 2014. “*Chịu nhện là chết đấy*” – Kết quả từ Nghiên cứu Quốc gia về Bạo lực gia đình đối với Phụ nữ ở Việt Nam.

- 32% phụ nữ đã từng kết hôn cho biết đã từng trải qua bạo lực thể xác từ chồng của họ, 6% trong vòng 12 tháng trước nghiên cứu.
- 10% phụ nữ đã từng kết hôn cho biết đã từng bị bạo lực tình dục trong cuộc đời họ, và 4% trong vòng 12 tháng trước cuộc khảo sát.
- 58% phụ nữ đã từng kết hôn ở Việt Nam đã từng trải qua ít nhất một loại hình bạo lực trong cuộc đời của họ.
- Phụ nữ ở Việt Nam có khả năng bị bạo lực bởi bạn tình gây ra cao gấp ba lần so với bởi một người xa lạ.
- Bạo lực thể chất bắt đầu diễn ra sớm trong các mối quan hệ và ngày càng ở mức tuổi trẻ hơn.
- Tỷ lệ phụ nữ mang thai bị bạo lực thể chất trong ít nhất một lần thai kỳ là 5%
- 54% phụ nữ cho biết đã từng bị bạo hành tinh thần từ chồng của họ trong cả cuộc đời, 25% cho biết hiện đang bị bạo hành tinh thần.

Mặc dù hiện tại các thảo luận (giới hạn) tập trung vào bạo lực gia đình, điều quan trọng là mở rộng phạm vi để bao gồm tất cả các khía

chính của bạo lực trên cơ sở giới, như đã nêu ở trên. Có nhiều ví dụ về các hình thức bạo lực như vậy:

- Mặc dù độ tuổi kết hôn tối thiểu do pháp luật quy định đối với phụ nữ là 18, số lượng trẻ em gái trong độ tuổi 15-19 kết hôn hoặc sống chung tăng từ 5,4% năm 2006 lên 10,3% vào năm 2014, và tảo hôn vẫn còn phổ biến trong các nhóm dân tộc thiểu số và khu vực miền núi.⁹⁸
- phụ nữ và trẻ em gái bị buôn bán đối mặt với rủi ro bị lạm dụng cao và tỷ lệ các trường hợp phụ nữ bị buôn bán để khai thác tình dục, nô lệ phục vụ trong gia đình, hoặc bạo lực gia đình do chồng gây ra đang gia tăng.⁹⁹
- Một cuộc khảo sát tiến hành tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2014 cho thấy 87% phụ nữ và trẻ em gái được hỏi đã xác nhận rằng họ đã từng bị quấy rối tình dục ở nơi công cộng.¹⁰⁰
- Một nghiên cứu năm 2012 cho thấy 35,2% số nữ lao động tình dục đã từng bị bạo lực về tâm lý, 27,6% bị bạo lực tình dục, và 20,6% đã bị cưỡng hiếp.¹⁰¹

98. Tổng cục Thống kê. 2014. *Báo cáo điều tra đánh giá Mục tiêu phụ nữ và trẻ em Việt Nam 2014 (MICS)*.

99. Oram, S và đồng nghiệp. 2012. "Tỷ lệ và nguy cơ bị bạo lực và các vấn đề sức khỏe thể chất, tinh thần và tình dục gắn với tình trạng buôn bán người: một rà soát hệ thống". *PLoS Med.* Tháng 5 năm 2012; 9(5): e1001224.

100. ActionAid Quốc tế Việt Nam. 2014. Tóm tắt Chính sách: *Thành phố An toàn cho phụ nữ và trẻ em gái: Liệu giấc mơ có thành hiện thực?*

101. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và IOM (Tổ chức Di cư quốc tế). 2012. *Lao động tình dục và Di cư từ góc độ giới: Phát hiện từ ba thành phố tại Việt Nam*.

1.4. KHOẢNG TRỐNG VỀ SỐ LIỆU

Phân tách số liệu theo tuổi và giới một cách chuẩn hóa và thống nhất là cần thiết cho một chương trình ứng phó quốc gia với HIV tốt hơn và có nhạy cảm giới hơn trên toàn quốc.

Tuy nhiên, trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương, vẫn còn khoảng trống trong số liệu liên quan đến HIV, bao gồm “thông tin về người chuyển giới, các nhóm quần thể chính trẻ tuổi, và nhóm tù nhân; phân tách theo độ tuổi và giới tính vẫn chưa thống nhất; và thiếu số liệu ở cấp thành phố và các địa phương.”¹⁰²

Như đã thấy ở trên, số liệu HIV hiện nay còn nhiều vấn đề nhìn từ góc độ giới, một phần do các khó khăn gây ảnh hưởng đến độ chính xác trong thu thập dữ liệu, tổng hợp và phân tích.

Mặc dù số liệu thu thập như là một phần của hệ thống giám sát định kỳ đôi khi có phân tách giới và/hoặc tuổi, số liệu phân tách chưa được thu thập một cách có hệ thống, và thường không được tổng hợp, và đưa vào

phân tích cuối cùng. Ví dụ, số liệu “người tiêm chính ma túy” thường được cho là chỉ bao gồm ‘nam giới tiêm chính ma túy’. Phụ nữ - bao gồm cả phụ nữ lao động tình dục có tiêm chích ma túy rất ít khi có số liệu. Trong khi đó, người hành nghề lao động tình dục rõ ràng chỉ là phụ nữ trong tất cả các số liệu, nam giới là lao động tình dục chỉ xuất hiện trong giám sát hành vi liên quan đến nam giới có quan hệ tình dục đồng tính (xem bên dưới). Việc thiếu số liệu (vốn đã ít) phân tách về giới này cũng diễn ra với các nhóm ‘tiểu quần thể dễ bị tổn thương khác’, như tù nhân, các nhóm dân tộc thiểu số/bản địa, người di cư giữa các quốc gia, người di cư trong nước, người tị nạn, người già, và người tàn tật.¹⁰³

Trong lịch sử cũng thiếu số liệu về nhóm quần thể chính “nam có quan hệ tình dục đồng giới”, mặc dù tình hình có được cải thiện trong những năm gần đây nhờ vào dữ liệu thu thập thông qua HSS và HSS+. Việc thiếu thông tin này do thực tế rằng ở Việt Nam bốn nhóm tiểu quần thể sau được gộp dưới một nhóm đối tượng chung: nam giới tự nhận là đồng tính, nam giới có quan hệ tình dục đồng tính (có thể không tự nhận là đồng tính và có thể

102. Cơ sở dữ liệu thông tin HIV và AIDS ở châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ Bằng chứng đến Hành động: Tổng quan - Việt Nam* <http://www.aidsdatahub.org/> Truy cập 16 tháng 5 năm 2016.

103. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014*.

vẫn có quan hệ tình dục với phụ nữ), nam lao động tình dục, và phụ nữ chuyển giới. Điều này có nghĩa là tình trạng tổn thương đặc thù của từng nhóm thì không được biết đến. Điều này đặc biệt đúng với nhóm phụ nữ chuyển giới – những người thường ‘không hiện diện’ vì họ thường được xếp vào nhóm nam giới, và vấn đề thậm chí còn nghiêm trọng hơn liên quan đến nam giới chuyển đổi giới tính mà (mặc định) được xếp vào nhóm phụ nữ và thậm chí họ còn vô hình hơn.¹⁰⁴ Sẽ có giải pháp cho các vấn đề này nếu nam bán dâm được khảo sát như là một phần (tách biệt) của quần thể chính người bán dâm (không phải của nhóm nam có quan hệ tình dục đồng tính), và nếu những khảo sát này bao gồm số liệu về quần thể có tách biệt giới và dữ liệu hành vi liên quan đến bạn tình của nam giới có quan hệ tình dục đồng tính: cả phụ nữ và nam giới dị giới và nam giới và phụ nữ chuyển giới.

2. BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI Ở VIỆT NAM

Ở cấp độ toàn cầu, phụ nữ phải chịu đựng sự phân biệt đối xử xảy ra phổ biến... Luật pháp có thể phân biệt đối xử với phụ nữ một cách rõ ràng trong các vấn đề gia đình, kết hôn, quyền kinh tế và bạo lực. Chúng cũng có thể hạn chế quyền sở hữu đất đai của phụ nữ và đòi hỏi phụ nữ phải có sự đồng ý của chồng để được tiếp cận các dịch vụ tránh thai và kế hoạch hóa gia đình... Phụ nữ cũng có thể phải đối mặt với sự phân biệt đối xử từ các thể chế xã hội – như nạn tảo hôn, những tập tục về thừa kế mang tính phân biệt đối xử, gánh nặng làm công việc chăm sóc không được trả lương lớn hơn, bạo lực đối với phụ nữ, tư tưởng trọng nam.¹⁰⁵

104. Cần lưu ý rằng, đánh giá này không giải quyết gốc rễ vấn đề bản dạng giới, “cảm giác bên trong của một cá nhân là nam giới hay phụ nữ, hoặc không là nam không là nữ. Vì bản dạng giới là ở nội tại bên trong, bản dạng giới của một người không nhất thiết phải thể hiện ra với người khác”.

– UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc) và USAID. 2015. *Quyền nhận con nuôi của người LGBT ở Việt Nam – Thực tế và Khuyến nghị*.

Với những người chuyển giới, hiểu ‘cảm giác bên trong’ này rất quan trọng. Chuyển giới có thể được định nghĩa: “... là một khái niệm bao trùm để mô tả những người mà bản dạng giới và sự thể hiện bên ngoài không phù hợp với những quy định và mong đợi truyền thống gắn với giới tính khi sinh ra của họ. Người chuyển giới bao gồm những cá nhân đã qua phẫu thuật chuyển giới, các cá nhân đã trải qua những can thiệp y tế liên quan đến giới, không phải phẫu thuật (ví dụ như liệu pháp hormone) và những cá nhân xác định họ không thuộc về giới nào, đa giới hoặc có giới thay thế. Cá nhân chuyển giới có thể tự xác định họ là người chuyển giới, nữ giới, nam giới, phụ nữ chuyển giới hoặc nam giới chuyển giới, chuyển đổi giới tính, hijra, kathoey, waria hoặc một trong số nhiều bản dạng giới khác, và họ có thể thể hiện giới của họ theo những cách đa dạng nam tính, nữ tính và/hoặc ái nam ái nữ”.

– UNAIDS (chương trình chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2015. *Hướng dẫn khái niệm UNAIDS*. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

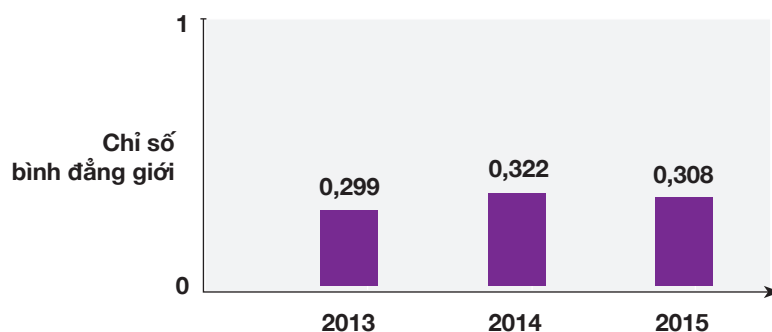
105. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2014. *Báo cáo Phát triển Con người năm 2014 – Duy trì thành quả phát triển con người: Giảm thiểu nguy cơ tổn thương và tăng cường khả năng chống chịu, phục hồi*.

Chỉ số Bất bình đẳng giới của Việt Nam¹⁰⁶ tụt từ hạng 48 năm 2013 xuống hạng 58 trong năm 2014 và hạng 60 vào năm 2015, mặc dù thực tế rằng bảng xếp hạng Chỉ số Phát triển Con người được cải thiện từ hạng 127 lên hạng 121 và hạng 116 so với cùng kỳ.¹⁰⁷

Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc thiếu cải thiện tỷ lệ sinh ở tuổi vị thành niên, tỷ lệ phần trăm số ghế của phụ nữ tại Quốc hội, trình độ học vấn (và một khoảng cách đáng kể giữa nam và nữ) và tỉ lệ tham gia lực lượng lao động ở phụ nữ.

Hình 12: Chỉ số Bất bình đẳng giới của Việt Nam năm 2013-2015

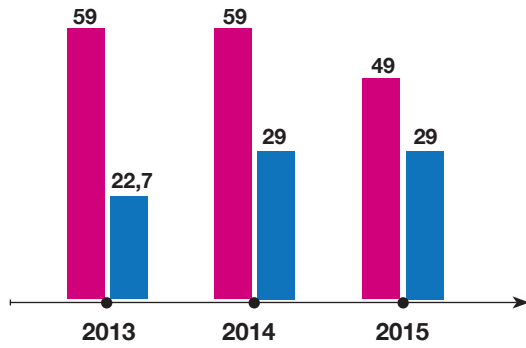
Năm	Xếp hạng	Trị số	Tỷ lệ tử vong bà mẹ	Tỷ lệ mang thai vị thành niên	Tỷ lệ ghế trong Quốc hội	Tỷ lệ tốt nghiệp cấp 2 trở lên (%)		Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động (%)	
			Số ca tử vong trên 100.000 ca sinh	Số ca sinh trên 1.000 phụ nữ trong độ tuổi 15-19 tuổi	Tỷ lệ % do phụ nữ nắm giữ	Nữ	Nam	Nữ	Nam
	Trên tổng số 155								
2015	60	0,308	49	29	24,3	59,4	71,2	73,0	82,2
2014	58	0,322	59	29	24,4	59,4	71,2	72,8	81,9
2013	48	0,299	59	22,7	24,4	24,7	28	73,2	81,2



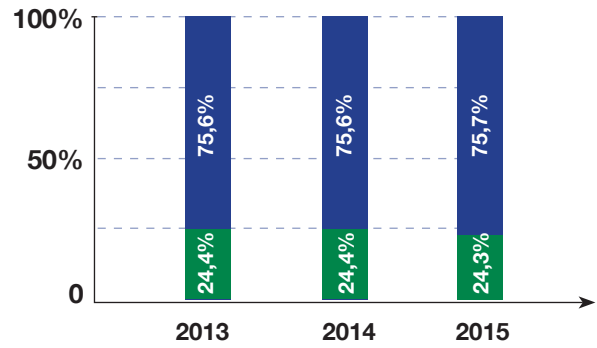
106. Chỉ số Bất bình đẳng giới (GII) phản ánh những bất bình đẳng trên cơ sở giới trên ba khía cạnh – sức khỏe sinh sản, sự trao quyền, và hoạt động kinh tế. Sức khỏe sinh sản được tính dựa trên tỷ lệ tử vong bà mẹ và tỷ lệ mang thai vị thành niên; sự trao quyền được tính dựa trên tỷ lệ ghế trong quốc hội do mỗi giới nắm giữ và tỷ lệ tốt nghiệp cấp 2 của mỗi giới; và hoạt động kinh tế được tính bằng tỷ lệ tham gia của mỗi giới vào thị trường lao động. GIJ thay thế Chỉ số Phát triển liên quan đến giới và Chỉ số Trao quyền về Giới. GIJ cho thấy thiệt hại đối với sự phát triển con người do bất bình đẳng trong thành tựu đạt được của nam và nữ trong ba khía cạnh của GIJ.

- UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2013. Báo cáo Phát triển Con người năm 2013 - Sự trở dậy của các nước Nam bán cầu: Tiến bộ về con người trong một thế giới đa dạng.

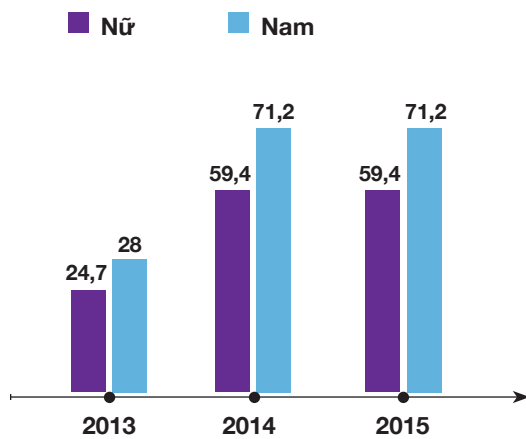
107. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2015. Báo cáo Phát triển Con người năm 2015 – Công tác Phát triển Con người; 2014. Báo cáo Phát triển Con người năm 2014 – Duy trì Tiến độ: Giảm tình trạng dễ bị tổn thương và xây dựng khả năng chống chịu, phục hồi, thích nghi; 2013. Báo cáo Phát triển Con người năm 2013 - Sự trở dậy của các nước Nam bán cầu: Tiến bộ về con người trong một thế giới đa dạng.



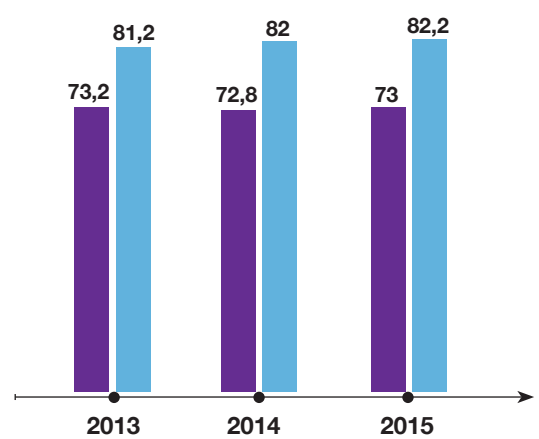
■ Tỷ lệ tử vong bà mẹ (Số ca tử vong trên 100.000 ca sinh)
■ Tỷ lệ mang thai vị thành niên (Số ca sinh trên 1.000 phụ nữ trong độ tuổi 15-19 tuổi)



Tỷ lệ ghế trong Quốc hội
 (Tỷ lệ % do phụ nữ nắm giữ)
■ Nữ ■ Nam



Tỷ lệ tốt nghiệp cấp 2 trở lên (%)



Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động (%)

Trong khi đó, Báo cáo Quốc gia năm 2015 về kết quả thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Việt Nam, ghi nhận những tiến bộ, đặc biệt là Mục tiêu số 3: Thúc đẩy bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ.¹⁰⁸ Báo cáo tuyên bố rằng Việt Nam đã “xoá bỏ bất bình đẳng giới ở mọi cấp độ của giáo

dục...”,¹⁰⁹ với tỷ lệ trẻ em gái theo học từ cấp hai trở lên thậm chí còn cao hơn tỷ lệ trẻ em trai. Khoảng cách trong tỷ lệ biết chữ cũng “ngày càng thu hẹp”, và năm 2013, 93,1% số phụ nữ trưởng thành biết chữ, trong khi tỷ lệ này ở nam giới là 96,6%.¹¹⁰

108. Đo lường tiến bộ hướng đến các Mục tiêu của Chỉ tiêu 4: “Xoá bỏ bất bình đẳng giới trước hết trong giáo dục cấp 1 và cấp 2 trước năm 2005 và ở mọi cấp trước năm 2015.” Và theo các chỉ số sau: tỷ lệ trẻ em gái so với trẻ em trai ở cấp 1, cấp 2 và cấp 3; tỷ lệ biết chữ của phụ nữ so với nam giới, trong độ tuổi từ 15-24 tuổi; tỷ lệ phụ nữ trong lực lượng lao động được trả lương ở khu vực phi nông nghiệp; tỷ lệ số ghế do phụ nữ nắm trong quốc hội. Các Mục tiêu Phát triển của Liên Hợp Quốc. <http://www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm#goal3> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

109. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. Báo cáo quốc gia: 15 năm thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.

110. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. Báo cáo quốc gia: 15 năm thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.

Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (Bộ LĐTBXH) cũng đề cập đến những thành tựu đáng khích lệ của Việt Nam trong công tác bình đẳng giới, Việt Nam được coi là một trong những quốc gia trong khu vực Đông Nam Á đã nhanh chóng thu hẹp khoảng cách giới trong 20 năm vừa qua.¹¹¹ Báo cáo lưu ý những thành tựu trong việc nâng cao vị thế và vai trò của phụ nữ Việt Nam trong các lĩnh vực kinh tế-xã hội và chính trị, và tỷ lệ đại biểu Quốc hội nữ cao (so với các nước khu vực châu Á-Thái Bình Dương khác), cũng như việc giảm khoảng cách giới trong tiếp cận giáo dục như đã nêu ở trên. Một phân tích giới năm 2012 của USAID Việt Nam cũng chỉ ra sự tiến bộ đáng kể trong một số giải pháp quan trọng về bình đẳng giới, bao gồm tình hình tham gia kinh tế, trình độ giáo dục, y tế và an ninh, và trao quyền chính trị.¹¹² Thành công như vậy có tác động ngắn hạn, trung và dài hạn đối với cuộc sống của phụ nữ và trẻ em gái, bao gồm giúp làm giảm tổn thương với HIV.

Tuy nhiên, vẫn còn một số thách thức, như Bộ LĐTBXH nhận định, với tình trạng bất bình đẳng giới duy trì trong nhiều lĩnh vực và vẫn còn nhiều việc cần phải làm.¹¹³ Thứ nhất, có thể thấy từ chỉ số bất bình đẳng giới GII (ở trên), có một sự khác biệt trong các số liệu về thành tựu giáo dục. Thứ hai, như Báo cáo rà soát 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh ở Việt Nam (từ đây gọi là Rà soát

Cương lĩnh Bắc Kinh) lưu ý, một số nhóm phụ nữ - đặc biệt là phụ nữ dân tộc thiểu số và phụ nữ sống ở vùng khó khăn về kinh tế - có ít cơ hội tiếp cận giáo dục hơn nam giới.¹¹⁴ Hơn nữa, trong khi số trẻ em gái và trẻ em trai đi học là tương đương nhau thì báo cáo cũng chỉ ra rằng “các khuôn mẫu giới vẫn tồn tại trong tài liệu học tập và sách giáo khoa ở mọi cấp học, điều này có thể tạo ra định kiến giới trong hành vi của học sinh nam và học sinh nữ.”¹¹⁵ Những định kiến này cũng được phổ biến trong truyền thông tại Việt Nam. Những định kiến giới như vậy không chỉ làm suy yếu những thành công đã đạt được về bình đẳng giới trong việc đến trường, mà còn có thể có tác động tiêu cực trong ứng phó với HIV. Ví dụ, nhận thức về hành vi “xấu” hay “không phù hợp” trên cơ sở giới - chẳng hạn như xung quanh vấn đề tình dục, ma túy và bạo lực - ăn sâu vào trong tâm trí của con người từ khi còn trẻ, có thể dẫn đến việc kỳ thị và phân biệt đối xử đối với phụ nữ sống chung với HIV lớn hơn so với nam giới sống chung với HIV, đặc biệt nếu những người phụ nữ này được cho là đã đi ngược những mong đợi thuộc về giới của mình. Những nhận thức như vậy, được nội tại hóa, cũng có thể tác động đến khả năng thương lượng trong các mối quan hệ bạn tình và tiếp cận dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị của phụ nữ. Do vậy, thực tế là “bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em gái vẫn tồn tại.”¹¹⁶ Trong khi đó, hiểu biết

111. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội. 2015. *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Bình đẳng giới 2016-2020*.

112. Ray-Ross, Sumali. 2012. *Phân tích giới USAID/Việt Nam*.

113. Bộ Lao động Thương binh và Xã hội. 2015. *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Bình đẳng giới 2016-2020*.

114. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

115. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

116. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

xã hội về tầm quan trọng của bình đẳng giới và quyền của phụ nữ còn hạn chế. Cần có phân tích định tính sâu hơn và có chương trình ứng phó đa dạng hơn để giải quyết các chuẩn mực giới mang tính xã hội và văn hóa đã ăn sâu trong thời gian dài.

Bên cạnh đó, trong lĩnh vực việc làm, lao động nữ vẫn chịu thiệt thòi trong khu vực phi nông nghiệp so với lao động nam, họ tiếp tục có thu nhập thấp hơn mặc dù có trình độ tương đương, đồng thời phụ nữ cũng là lực lượng lao động chính trong khu vực không chính thức và trong các nghề dễ bị tổn thương.¹¹⁷ Về lãnh đạo và quản lý, trong chính trị cũng như trong kinh tế, vẫn còn rất nhiều việc cần làm để phụ nữ có thể đại diện một cách bình đẳng:

Trong chính trị, tỷ lệ lãnh đạo nữ ở mọi cấp vẫn còn thấp, và càng lên cao tỷ lệ này càng thấp. Đến tháng 12 năm 2014, tỷ lệ nữ chủ tịch hội đồng nhân dân là 1,6% ở cấp tỉnh, 3,6% ở cấp huyện và 3,2% ở cấp xã. Trong kinh doanh, chỉ một phần tư số chủ doanh nghiệp/giám đốc trong các doanh nghiệp trên toàn quốc là nữ. Trong nông nghiệp, chỉ 8,64% số chủ trang trại là nữ.”¹¹⁸

Rà soát Cương lĩnh Bắc Kinh đưa ra “gánh nặng việc gia đình” cũng như “định kiến về năng lực quản lý của phụ nữ” là một trong số những nguyên nhân của việc mất cân bằng của phụ nữ tham chính.¹¹⁹ Quy định tuổi nghỉ hưu của phụ nữ sớm hơn 5 tuổi so với nam giới cũng gây cản trở.¹²⁰ Vị thế thấp của phụ nữ trong kinh tế và chính trị không chỉ là một thách thức trong chính lĩnh vực này, mà còn là các rào cản trong việc tiếp cận và đáp ứng đầy đủ với HIV và những nỗ lực dự phòng, điều trị và chăm sóc liên quan đến AIDS.

Một số vấn đề khác liên quan đến bất bình đẳng giới là tư tưởng coi trọng con trai, kéo theo đó là lựa chọn giới tính khi sinh. Trong một thời gian ngắn, tỉ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh tăng từ khoảng 106,2 bé trai trên 100 bé gái vào năm 2000 lên 110,5 bé trai vào năm 2009 và 112,6 bé trai vào năm 2013.¹²¹ Báo cáo của UNFPA về vấn đề này cũng nhấn mạnh mối liên hệ giữa lựa chọn giới tính và bạo lực trên cơ sở giới, đặc biệt là thực tế rằng:

Việc phòng chống bạo lực trên cơ sở giới đang ngày càng khó khăn vì quy phạm văn hoá và xã hội ưu tiên trẻ em trai và nam giới vẫn được chấp nhận, kể cả trong phụ nữ. Trên thực tế, báo cáo

-
117. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc.
118. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc.
119. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc.
120. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh và Kết quả Phiên họp Đặc biệt thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc.
121. UNFPA (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc). 2014. Tóm tắt Chính sách: Mất cân bằng giới tính khi sinh tại Việt Nam: Gắn thực tế với chính sách để tạo sự thay đổi.

Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam MICS năm 2014 của UNICEF cho thấy năm 2014, có tới 28,2% phụ nữ cho rằng việc chống đánh vợ trong một số hoàn cảnh là chấp nhận được.¹²²

Như đã nêu, một số nhóm phụ nữ còn đặc biệt dễ bị tổn thương hơn, bao gồm những phụ nữ sống ở khu vực khó khăn và vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Những phụ nữ như – nữ lao động tình dục, hoặc phụ nữ sử dụng ma túy – thường phải chịu sự phân biệt đối xử kép: thứ nhất họ là phụ nữ và thứ hai là thành viên của một nhóm bị gạt ra ngoài lề (và xa hơn nữa là một phụ nữ sống chung với HIV). Cùng lúc đó, sự phụ thuộc về mặt kinh tế – phần lớn là vào chồng – cũng dẫn đến tình trạng dễ bị tổn thương của phụ nữ trong các mối quan hệ và cản trở khả năng đàm phán trong quan hệ tình dục và quan hệ bạn tình. Báo cáo Phát triển Con người 2014 nhấn mạnh sự nguy hiểm của tình trạng dễ bị tổn thương mang tính cấu trúc như vậy:

Người nghèo, phụ nữ, người thuộc nhóm thiểu số (về dân tộc, ngôn ngữ, tôn giáo, người di cư hoặc về tính dục), người bản địa, người sống ở nông thôn hoặc vùng sâu vùng xa, người khuyết tật... có xu hướng phải chịu những rào cản lớn hơn, đôi khi là những rào cản mang tính pháp lý, trong việc xây dựng năng lực, lựa chọn và đòi hỏi quyền

được hỗ trợ và bảo vệ trước những cú sốc. Ngay cả khi luật pháp không phân biệt đối xử một cách công khai thì việc thiếu vắng những chính sách hiệu quả có thể khiến những phụ nữ này bị loại trừ và bị tổn thương.¹²³

Cuối cùng, Rà soát Cương lĩnh Bắc Kinh để cập đến một số thách thức về chính trị và cấu trúc trong cải thiện bình đẳng giới. Theo Rà soát, lồng ghép giới vào các văn bản pháp luật và chính sách gặp nhiều khó khăn; không có đủ các nghiên cứu quốc gia về giới – như dữ liệu phân tách giới không đầy đủ và thiếu các cuộc điều tra toàn diện và định kỳ trên toàn quốc về bình đẳng giới – điều này đã cản trở các nhà hoạch định chính sách; và cuối cùng, bộ máy chính phủ về bình đẳng giới có sự hạn chế về nhân lực và nguồn lực, đặc biệt là ở cấp tỉnh và cấp huyện. Trong khi đó, cán bộ chính quyền các cấp có nhận thức hạn chế về sự cần thiết của bình đẳng giới và các vấn đề liên quan. Tất cả những vấn đề này khiến Ủy ban CEDAW đưa ra các quan ngại của mình như sau:

Việc thi hành pháp luật và chính sách vẫn còn yếu do thiếu cơ chế trách nhiệm giải trình và không đủ nhân lực, nguồn lực kỹ thuật và ngân sách; các nhà lập pháp và hoạch định chính sách và các quan chức chính phủ thiếu nhận thức về các khái niệm về bình đẳng giới thực chất [và] thiếu kiến thức chung về bình đẳng giới.¹²⁴

122. UNFPA (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc). 2014. Tóm tắt Chính sách: Mất cân bằng giới tính khi sinh tại Việt Nam: Gắn thực tế với chính sách để tạo sự thay đổi.

Ở đây bao gồm toàn bộ phụ nữ từ 15-49 tuổi cho rằng chồng có quyền đánh vợ trong ít nhất 1 trong những trường hợp sau: 1) đi chơi không xin phép chồng, 2) không chăm sóc con, 3) cãi chồng, 4) từ chối quan hệ với chồng, 5) làm cháy đồ ăn.

123. UNDP (Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc). 2014. Báo cáo Phát triển Con người năm 2014 – Duy trì thành quả phát triển con người: Giảm thiểu nguy cơ tổn thương và tăng cường khả năng chống chịu, phục hồi”.

124. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

Việt Nam được coi là có những tiến bộ nhất định, trở thành quốc gia có thu nhập trung bình trong một khu vực đang phát triển nhanh chóng. Tuy nhiên, nhiều thành tựu mà quốc gia đã đạt được trong y tế, giáo dục và các ngành kinh tế vẫn còn thiếu sót khi xem xét từ góc độ giới. Nó vẫn còn là một xã hội gia trưởng (và bất bình đẳng sâu sắc) theo mô hình trật tự xã hội Nho giáo. Các vai trò giới truyền thống vẫn tồn tại và duy trì trong cộng đồng, gia đình và các mối quan hệ thân mật. Nhiều phụ nữ bị từ chối tiếp cận đến khu vực việc làm chính thức - và những người làm công ăn lương thường ở vị trí thấp hơn, lương thấp hơn. Nghiên cứu chỉ ra rằng quốc gia đang phải đối mặt với tỉ lệ bạo lực trên cơ sở giới cao; và trong khi có (rất ít) thảo luận về vấn đề bạo lực bạn tình/gia đình, các hình thức bạo lực trên cơ sở giới khác cũng chưa được nghiên cứu đầy đủ và chưa được nói đến trong cả công luận và chính sách.¹²⁵

Các phương pháp tiếp cận mang tính chuyển biến về giới và có sự khác biệt trong tất cả các lĩnh vực, cùng với hệ thống quản lý dữ liệu liên quan đến HIV xuyên suốt có phân tách giới một cách hệ thống hơn sẽ tăng cường ứng phó quốc gia với HIV và AIDS và giúp ứng phó được bền vững hơn.

3. BỐI CẢNH KINH TẾ VÀ CHÍNH TRỊ: BÌNH ĐẲNG GIỚI VÀ HIV

Một phần của đánh giá này là tiến hành phân tích chính sách và luật pháp hiện đang điều chỉnh cách tiếp cận để giải quyết cả HIV và bất bình đẳng giới và để xác định các cơ hội và thiếu sót. Cần lưu ý rằng, mục đích của đánh giá này là xác định các vấn đề cụ thể của phụ nữ và trẻ em gái trong các ứng phó hiện tại. Vì vậy, sẽ không có các phân tích liên quan đến thể mạnh của các ứng phó HIV nói chung, cũng như các thách thức đối với chương trình ứng phó mà không liên quan đến giải quyết vấn đề giới và/hoặc tác động của dịch đến phụ nữ và trẻ em gái.

Một môi trường thuận lợi là nền tảng của chương trình phòng chống HIV hiệu quả, và cam kết chính trị để giải quyết HIV ở Việt Nam là rất cao. Chính phủ Việt Nam đã cam kết với các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ, Mục tiêu Phát triển Bền vững mới, và Tuyên bố Chính trị của Đại hội đồng Liên Hiệp Quốc về HIV/AIDS, đã được thông qua bởi các nước thành viên tại Hội nghị cấp cao về AIDS

125. Ví dụ, xem tại: Tổng cục Thống kê Việt Nam. 2010. "Chịu nhận là chết đuối" – Kết quả của Nghiên cứu quốc gia về Bạo lực gia đình đối với Phụ nữ tại Việt Nam và UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ). 2012. Ước tính thiệt hại kinh tế do bạo lực gia đình gây ra với phụ nữ tại Việt Nam.

năm 2011, các mục tiêu này được phản ánh trong Chiến lược quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2020, tầm nhìn đến năm 2030. Việt Nam cũng ký vào mục tiêu toàn cầu “90-90-90” (vào năm 2020, 90% người sống chung với HIV sẽ biết được tình trạng HIV của họ; 90% số người đã chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV liên tục và 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng virus ở mức thấp và ổn định), và hỗ trợ mục tiêu toàn cầu “Kết thúc đại dịch AIDS vào năm 2030.”¹²⁶

Cùng lúc đó, cần có sự quan tâm đặc biệt để giải quyết các nhu cầu cụ thể của các quần thể chính, và phụ nữ trong các quần thể này. Chính phủ Việt Nam đã rất tích cực trong việc xây dựng một loạt các chính sách và luật giải quyết HIV đồng thời xóa bỏ bất bình đẳng giới. Chúng bao gồm các điều khoản về không phân biệt đối xử trong một số luật và các quy định, trong đó cung cấp một số biện pháp bảo vệ cho ba nhóm đối tượng, cũng như cho những người sống chung với HIV, người di cư/người di biến động, trẻ mồ côi và trẻ em dễ bị tổn thương khác, người khuyết tật, người sử dụng ma túy, tù nhân, lao động tình dục, phụ nữ và trẻ em gái, và thanh niên. Bộ luật Dân sự sửa đổi đã được thông qua vào tháng 11 năm 2015 và có hiệu lực vào tháng 1 năm 2017, có một bước tiến trong việc công nhận quyền chuyển giới bằng cách hợp pháp hoá phẫu thuật chuyển đổi giới tính và cho phép những người đã trải qua chuyển đổi giới tính đăng ký lại theo giới tính và tên mới của họ.¹²⁷ Xử phạt hành chính đối với việc

tổ chức đám cưới đồng tính đã được bãi bỏ vào năm 2013, và Luật Hôn nhân và gia đình sửa đổi (2014) đã loại bỏ điều khoản cấm hôn nhân đồng tính. Tuy nhiên, các cuộc hôn nhân này đều chưa được công nhận về mặt pháp lý.

Mặc dù có những tiến bộ như vậy, Chính phủ cũng nhận thức được một số luật và chính sách tiếp tục đặt ra rào cản đối với việc thực hiện có hiệu quả các chương trình phòng chống HIV cho các nhóm bị ảnh hưởng, bao gồm nam giới và phụ nữ chuyển giới; người sống chung với HIV; nam giới có quan hệ tình dục đồng tính; phụ nữ lao động tình dục; người di cư/di biến động; những người sử dụng ma túy; và tù nhân.¹²⁸ Các luật và chính sách như vậy cũng vi phạm quyền của các cộng đồng thiệt thòi, những người đã phải đối mặt với nhiều hình thức kỳ thị và phân biệt đối xử. Thất bại trong giải quyết một môi trường pháp lý có hại và mang tính trừng phạt sẽ dẫn đến việc phân biệt đối xử nặng nề hơn và làm trầm trọng thêm tình trạng bất bình đẳng giới.

3.1. KHUNG CHÍNH SÁCH VÀ LUẬT PHÁP ĐỐI VỚI HIV¹²⁹

Kết quả rà soát nhanh về môi trường chính sách đối với HIV cho thấy nhiều chính sách về HIV của Việt Nam vẫn đang thiếu cách tiếp cận hệ thống để lồng ghép giới. Mặc dù một số chính sách công nhận bình đẳng giới, nhưng điều này không chuyển thành các phân tích và can thiệp mang tính chuyển biến từ góc độ giới.

126. Bộ Y tế. 2014. *Tối ưu hóa Ứng phó với HIV của Việt Nam: Một trường hợp đầu tư.*

127. Tin tức Thanh Niên. Ngày 24 tháng 11 năm 2015. *Việt Nam thừa nhận quyền của người chuyển giới tại cuộc bỏ phiếu mang tính đột phá.* <http://www.thanhniennews.com/politics/vietnam-recognizes-transgender-rights-in-break-through-vote-54168.html> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

128. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2014.*

129. Xem Phụ lục A để có danh sách đầy đủ các luật và chính sách.

3.1.1. LUẬT PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS (NĂM2006)

Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2006 (từ đây gọi là Luật HIV) khẳng định quyền của tất cả những người sống chung với HIV bao gồm: được sống trong cộng đồng, được điều trị, chăm sóc sức khỏe, tiếp cận các cơ hội giáo dục và việc làm cũng như được đảm bảo các quyền riêng tư. Bình đẳng trong đối xử trước pháp luật cung cấp cơ sở để thách thức các vấn đề mà phụ nữ sống chung với HIV đang gặp phải. Đây là nội dung mà đa số người được phỏng vấn trong nghiên cứu này đã đề cập đến (xem thêm bên dưới).

Luật HIV nhấn mạnh người làm mại dâm [mặc định là phụ nữ] và phụ nữ mang thai được ưu tiên trong tiếp cận với thông tin, giáo dục, truyền thông (bên cạnh các nhóm đối tượng “có nguy cơ khác”). Phụ nữ mang thai cũng có quyền tiếp cận đến thuốc kháng virus (ARV) và xét nghiệm HIV miễn phí (nếu tự nguyện thực hiện), để cao giá trị của phụ nữ trong vai trò sinh sản truyền thống của họ, và không đưa ra ưu tiên đối với những phụ nữ không mang thai hoặc những phụ nữ lựa chọn không làm mẹ. Bất kỳ sửa đổi nào của Luật HIV trong tương lai nên mở rộng trọng tâm của các sáng kiến không chỉ cho phụ nữ mang thai, để đảm bảo rằng kể cả những phụ nữ không đến các phòng khám thai và phòng khám bà mẹ - trẻ em có thể tiếp cận đến dự phòng ban đầu, điểm này là đặc biệt quan trọng trong tình hình gia tăng lây nhiễm HIV qua quan hệ bạn tình.

- Luật này cũng đưa ra trách nhiệm của người sống chung với HIV như: ngăn chặn sự lây truyền cho người khác; thông báo cho vợ/chồng hoặc người yêu về tình trạng nhiễm HIV (nhưng không phải là các bạn tình khác), và tuân thủ những hướng dẫn điều trị thuốc ARV. Tuy nhiên, những nghĩa vụ này không lưu ý đến một số khó khăn, đặc biệt là đối với phụ nữ như: Khả năng công khai tình trạng nhiễm HIV của phụ nữ khi mà tỷ lệ bạo lực gia đình tăng cao cũng như những hậu quả kéo theo (như kỳ thị và phân biệt đối xử, có khả năng bị tước mất tài sản, quyền thừa kế và các quyền trong gia đình).
- Khả năng thương lượng quan hệ tình dục an toàn và sử dụng bao cao su của phụ nữ liên quan chặt chẽ đến khả năng phòng chống lây nhiễm.
- Phụ nữ - đặc biệt là phụ nữ lao động tình dục – đặc biệt dễ bị quấy rối và phân biệt đối xử tại nơi làm việc nếu tình trạng nhiễm HIV của họ bị tiết lộ.
- Thiếu tiếp cận đến dịch vụ cho phụ nữ - bao gồm các kiến thức về HIV, xét nghiệm và điều trị - có thể tác động đến khả năng được chẩn đoán và duy trì điều trị.

Bắt buộc phải giải quyết hậu quả của việc tiết lộ tình trạng HIV – vấn đề thường bị ảnh hưởng sâu sắc bởi bất bình đẳng giới và những chuẩn mực cũng như mong đợi xung quanh hành vi của phụ nữ.

3.1.2. CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS ĐẾN NĂM 2020 TẦM NHÌN 2030

Việt Nam hiện đang thực hiện *Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*. Chiến lược đặt mục tiêu cho một can thiệp toàn diện, tiếp cận phổ cập, nâng cao chất lượng và tính bền vững của công tác phòng, chống HIV / AIDS. Chiến lược có các lĩnh vực trọng tâm sau:

- Dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS.
- Chăm sóc, điều trị và giảm tác động HIV/AIDS toàn diện.
- Tăng cường hệ thống y tế.
- Giám sát, Theo dõi và Đánh giá.
- Tổ chức thực hiện.

Một đánh giá mới đây của Ủy ban Quốc gia phòng chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm cho biết rằng chiến lược này vẫn chưa được triển khai toàn diện và kêu gọi sự chú ý vào các lĩnh vực sau:¹³⁰

- Các nguy cơ tiềm ẩn của một đại dịch HIV mở rộng do hành vi có nguy cơ cao.
- Mức độ bao phủ của các chương trình can thiệp, về số lượng của các địa bàn can thiệp và các trường hợp mục tiêu vẫn còn thấp – có sự không đồng đều về dịch vụ giữa các tỉnh và giữa các nhóm.
- Mức độ hiểu biết và kiến thức còn hạn chế, đặc biệt là những người sống ở vùng sâu vùng xa, miền núi.

- Chỉ 40-50% nhu cầu điều trị phối hợp ARV đã được đáp ứng.

Mặc dù khía cạnh giới trong bốn vấn đề nêu trên vẫn chưa được quan tâm, tất cả đều cho thấy tình trạng tổn thương của phụ nữ và trẻ em gái liên quan đến các rủi ro, thiếu tiếp cận với thông tin, và hạn chế trong quy trình của dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc.

Nền tảng của Chiến lược quốc gia là niềm tin rằng đại dịch HIV vẫn còn phức tạp và có những hành vi nguy cơ trong “nhóm có nguy cơ cao” vẫn còn ở mức độ có thể dẫn đến lây truyền HIV cao. Chiến lược này có đề cập đến “hành vi nguy cơ kép” mà sẽ làm tăng lây nhiễm HIV nhanh chóng:

- Tình trạng tiêm chích ma túy của phụ nữ lao động tình dục và nam quan hệ tình dục đồng giới (*mặc dù không đề cập đến các nhóm phụ nữ khác ngoài phụ nữ lao động tình dục*)
- Nam giới tiêm chích ma túy và bán dâm cho cả nam giới và phụ nữ (*nhưng không nói đến bạn tình nữ của nam giới tiêm chích ma túy hoặc nam giới có quan hệ tình dục đồng tính, ngoài quan hệ bán dâm*)

Chiến lược thừa nhận rằng cần có những can thiệp “phù hợp với tình hình hiện nay.”¹³¹ Tuy nhiên, như đã nói ở trên, bức tranh về tình hình hiện nay vẫn chưa hoàn chỉnh do thiếu dữ liệu, bao gồm số liệu có phân tách giới tính và tuổi, và dữ liệu từ các nhóm thiệt thòi và chưa lộ diện khác.

130. Ủy ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm. 2014. *Báo cáo Tiến độ ứng phó với AIDS tại Việt Nam 2014*.

131. Ủy ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm. 2011. *Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 (dự thảo thứ 5)*.

Cần ghi nhận rằng Chiến lược Quốc gia đã có đề cập đến giới và/hoặc phụ nữ và trẻ em gái. Thực vậy, Chiến lược đã cung cấp điểm khởi đầu để giải quyết vấn đề bình đẳng giới:

Nguyên tắc 2 của Chiến lược Quốc gia

*Bảo đảm quyền con người và chống kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, tăng cường trách nhiệm của gia đình và xã hội đối với người nhiễm HIV/AIDS và của người nhiễm HIV đối với gia đình và xã hội, bảo đảm công bằng trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho người sống chung với HIV, bảo đảm bình đẳng giới, chăm sóc cho trẻ em, các nhóm dễ bị tổn thương, dân tộc thiểu số và người sống ở vùng sâu vùng xa”.*¹³²

Tuy nhiên, vẫn còn ít các đề cập sâu hơn đến giới, phụ nữ và trẻ em gái, và nếu chiến lược được thực hiện như hiện nay sẽ có nhiều vấn đề giới không được giải quyết. Ví dụ, Chiến lược không giải quyết thỏa đáng các khía cạnh giới trong dịch HIV tại Việt Nam, cũng không giải quyết được những tác động khác biệt của HIV đối với phụ nữ và trẻ em gái (kể cả phụ nữ và trẻ em gái trong nhóm quần thể chính) và bạo lực tình dục của nam quan hệ tình dục đồng tính hoặc nam giới tiêm chích ma túy.

Chiến lược Quốc gia dành ưu tiên nhiều cho phụ nữ mang thai, tập trung vào phát hiện sớm và điều trị cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS, cũng như là cung cấp thông tin, giáo dục, truyền thông cho cả phụ nữ mang thai và phụ nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ.

Nó có những mục tiêu cụ thể liên quan đến ưu tiên này như sau:

- 100% phụ nữ mang thai có kết quả xét nghiệm HIV dương tính được điều trị dự phòng bằng ARV vào năm 2015.
- Phát hiện sớm và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục (STI) cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Mặc dù việc duy trì các dịch vụ cho phụ nữ mang thai là quan trọng, nhưng cũng cần phải mở rộng phạm vi và trọng tâm của các dịch vụ vào tất cả phụ nữ, bất kể tình trạng làm mẹ của họ và bao gồm cả nhiều nhóm phụ nữ và những người phụ nữ nằm ngoài độ tuổi sinh sản. Điều này sẽ bao gồm những phụ nữ trên 45 tuổi, phụ nữ chuyển giới, phụ nữ quyết định không có con, phụ nữ quyết định không có thêm con, phụ nữ không thể có con và phụ nữ không có kế hoạch mang thai trong tương lai gần. Điều này rõ ràng hiện không có trong chiến lược hiện nay.

Tuy nhiên, Chiến lược Quốc gia cung cấp một điểm khởi đầu vững chắc để giải quyết các khía cạnh giới của dịch và có các mục tiêu, hoạt động và đối tượng trong chiến lược mà có thể mở rộng, hoàn thiện và triển khai. Việc giám sát và đánh giá các tác động của các chiến lược lồng ghép giới mới này là rất quan trọng để đảm bảo tính hiệu quả. Bảng sau có thể cung cấp một cơ sở để từ đó có thể xây dựng một cách tiếp cận có nhạy cảm giới hơn nhằm đáp ứng nhu cầu của tất cả các nhóm, bao gồm phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng bởi HIV nhất và phụ nữ từ nhóm quần thể chính.

132. Ủy ban Quốc gia về Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm. 2011. *Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 (dự thảo thứ 5).*

Hình 13: Chiến lược quốc gia về phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn năm 2030: Các mục tiêu và các hoạt động¹³³

Mục tiêu và Hoạt động	Chiến lược và Mục tiêu	Cách tiếp cận
Tăng cường hiểu biết và đảm bảo vai trò, quyền bình đẳng của phụ nữ để họ có thể tích cực tham gia phòng, chống HIV / AIDS.	Dự phòng	Nhạy cảm giới
Đảm bảo phụ nữ tham gia học tập, trao đổi kinh nghiệm sống và kỹ năng sống.	Cấu trúc	Có tiềm năng chuyển biến về giới
Nghiên cứu để áp dụng công nghệ mới trong dự phòng HIV: các biện pháp dự phòng lây nhiễm ở phụ nữ như thuốc dự phòng HIV (thuốc diệt khuẩn microbicides), điều trị dự phòng HIV, điều trị dự phòng sớm hay vắc-xin phòng chống HIV	Dự phòng	Nhạy cảm giới
Khẳng định vai trò và nhiệm vụ của Quốc hội trong việc xây dựng và sửa đổi luật để đảm bảo tiếp cận phổ cập, bình đẳng giới và quyền con người trong lĩnh vực HIV/AIDS và đảm bảo ngân sách để tạo sự phát triển bền vững của chương trình phòng chống HIV / AIDS.	Điều phối	Chuyển biến về giới
Xây dựng chính sách bình đẳng giới, các chính sách cụ thể đối với từng nhóm HIV dễ bị tổn thương, đặc biệt là trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS hoặc sống chung với HIV/AIDS.	Dự phòng, Điều trị và Chăm sóc	Nhạy cảm giới
Giáo dục, bảo đảm bình đẳng giới của người sống chung với HIV/AIDS cũng như quyền của cá nhân sống trong cộng đồng về trách nhiệm phòng, chống HIV/AIDS.	Kỳ thị và phân biệt đối xử, Các Quyền	Có tiềm năng chuyển biến về giới
Sửa đổi, bổ sung các mẫu báo cáo và hướng dẫn về thu thập dữ liệu, tổng hợp số liệu theo giai đoạn mới, phân loại dữ liệu theo lứa tuổi và giới tính, đảm bảo yêu cầu phân tích để đánh giá, nâng cao chất lượng chương trình, đánh giá hiệu quả của chương trình và phân tích báo cáo bình đẳng giới.	Theo dõi, Đánh giá và Giám sát	Nhạy cảm giới
Tối đa hoá khả năng thu thập dữ liệu theo giới để hỗ trợ đánh giá về bình đẳng giới trong phòng, chống HIV/AIDS.	Theo dõi, Đánh giá và Giám sát	Nhạy cảm giới

133. Tất cả trích dẫn trong bảng này được lấy từ bản dịch tiếng Anh của Chiến lược quốc gia và vẫn chưa được hiệu đính về ngôn ngữ.

3.2. KHUNG LUẬT PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI

Việt Nam thể hiện cam kết cao trong việc giải quyết bất bình đẳng giới và đã xây dựng một khung pháp lý và chính sách liên quan đến các nỗ lực này, bao gồm:

- Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (năm 2013) trong đó đảm bảo bình đẳng thực chất giữa nam giới và phụ nữ
- Luật Bình đẳng giới năm 2006
- Chiến lược Quốc gia về Bình đẳng giới 2011-2020
- Chương trình Hành động Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2016-2020

Chính phủ có thể tuyên bố đã đạt được một vài thành công trong việc giảm bất bình đẳng giới, nhưng cũng công nhận rằng còn nhiều việc cần phải làm (xem phần 2 chương 3 Bất bình đẳng giới ở Việt Nam).¹³⁴ Định nghĩa chính thức và được công nhận về giới là một yếu tố quan trọng trong việc hiểu và giải quyết bất bình đẳng giới. Theo Luật Bình đẳng giới:¹³⁵

- Giới chỉ ra những đặc điểm, vị trí và vai trò của nam và nữ trong tất cả các mối quan hệ xã hội (Điều 5.1)

- Bình đẳng giới chỉ ra rằng người đàn ông và phụ nữ có vị trí và vai trò bình đẳng với nhau; được tạo điều kiện và cơ hội bình đẳng để phát triển năng lực của mình cho sự phát triển của cộng đồng, gia đình và được hưởng các thành quả của sự phát triển đó một cách bình đẳng (Điều 5.3)
- Các biện pháp thúc đẩy bình đẳng giới không bị coi là phân biệt đối xử về giới (Điều 6.3)
- Các chính sách nhằm bảo vệ và hỗ trợ người mẹ không bị coi là phân biệt đối xử về giới (Điều 6.4).

Các khái niệm này không công nhận một số vấn đề quan trọng, bao gồm tác động của quan hệ bất bình đẳng trong quyền lực trong xã hội lên phụ nữ và vấn đề bản dạng giới. Điều này làm suy yếu nền tảng của Luật và tất cả các chiến lược và kế hoạch liên quan được sinh ra từ luật này.

Liên quan đến HIV, Luật Bình đẳng giới (năm 2007) chỉ đề cập duy nhất một lần trong phần bình đẳng giới trong lĩnh vực y tế công cộng như sau:

- Nam, nữ bình đẳng trong việc lựa chọn và quyết định về các biện pháp tránh thai, biện pháp tình dục an toàn, phòng ngừa và bảo vệ khỏi sự lây truyền HIV/AIDS và các bệnh truyền nhiễm khác qua đường tình dục ¹³⁶.

134. Bộ LĐTBXH (Bộ Lao động, thương binh và Xã hội). 2010. *Chương trình Hành động Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2016-2020* và

Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kiểm điểm 20 năm thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh ở Việt Nam và Kết quả của Phiên họp đặc biệt lần thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc*.

135. Những điểm này được trích dẫn trực tiếp từ bản dịch tiếng Anh và vẫn chưa được hiệu đính. Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. 2006. *Luật Bình đẳng Giới số 73/2006/QH11*. <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/934/Law%20on%20Gender%20Equality%202006.pdf> Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.

136. Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. 2006. *Luật Bình đẳng Giới số 73/2006/QH11*. <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/934/Law%20on%20Gender%20Equality%202006.pdf> Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.

Một lần nữa, điều này là không đủ: nó không giải quyết nền tảng cấu trúc của bất bình đẳng, không thừa nhận rằng đối với nhiều phụ nữ, các mối quan hệ bạn tình là một trận chiến mà trong đó sự khác biệt về quyền lực là sâu sắc nhất.¹³⁷ Hơn nữa, các khía cạnh khác của sự bất bình đẳng giới và điều trị và chăm sóc HIV, cũng như kỳ thị và phân biệt đối xử - đã bị bỏ qua.

Tương tự, Bộ Chỉ số Thống kê Quốc gia về Phát triển Giới, do Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2011, có 105 chỉ số để đo lường hàng loạt các biện pháp về bình đẳng giới – trong đó chỉ có hai chỉ số cụ thể liên quan đến HIV. Cả hai chỉ số này đều liên quan đến phụ nữ mang thai:

- Số phụ nữ mang thai ở độ tuổi 15 - 25 nhiễm HIV
- Tỷ lệ phụ nữ mang thai tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.¹³⁸

Cho dù Việt Nam có một môi trường chính sách đa dạng để giải quyết cả hai vấn đề giới và HIV và có những nỗ lực lồng ghép các vấn đề này, vẫn có những khoảng cách rõ ràng trong cả hai hệ thống chính sách này, và có rất ít sự liên kết giữa hai hệ thống chính sách. Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, nhiều người được phỏng vấn trong đánh giá này cũng như đại biểu của cuộc họp kiểm chứng cho rằng đã có đủ các chính sách để giải quyết vấn đề HIV và giới. Do vậy, họ không đề xuất

ban hành thêm chính sách mới mà tập trung vào sửa đổi các chính sách hiện có. Họ cũng nhấn mạnh sự cần thiết phải tập trung vào: bảo đảm việc thực hiện các chính sách này (liên quan đến tính hiệu quả và sự phù hợp); làm thế nào để sử dụng các khuôn khổ pháp lý để xóa bỏ tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề hiện nay và sự lồng ghép của HIV và giới. Cần lưu ý rằng, điều đáng tiếc là không nhiều các tỉnh thành và quận huyện có các chuyên gia để làm việc này.

Nghiên cứu trường hợp: Thay đổi chính sách và pháp luật về mại dâm

Mại dâm là một vấn đề gây tranh cãi ở Việt Nam: mặc dù là vấn đề phổ biến, nhưng nó là bất hợp pháp và được xếp loại là một “tội nạn xã hội” cần được loại bỏ, và phụ nữ làm mại dâm được “quản lý” bởi Cục Phòng chống tệ nạn xã hội (thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội). Các “Đơn vị Phòng chống Tệ nạn xã hội” do công an quản lý, làm tăng tính dễ tổn thương của phụ nữ mại dâm. Như đã nêu trong báo cáo bóng CEDAW, việc nhấn mạnh rằng “mại dâm là một tội nạn xã hội, đã làm tăng mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử.”¹³⁹

Trong lịch sử, các cố gắng để giải quyết vấn đề mại dâm ở Việt Nam tập trung vào việc trừng phạt. Cách tiếp cận như vậy gây nguy hiểm cho người làm mại dâm trên nhiều mặt như sau:

- Họ sợ việc bị phát hiện sẽ hạn chế khả năng tiếp cận đến chăm sóc sức khỏe, điều này có nghĩa là các bệnh lây qua

137. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

138. Tổng cục Thống kê Việt Nam. *Sổ tay Thống kê Giới*. http://gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=490&idmid=5&ItemID=1817 Truy cập ngày 9 tháng 12 năm 2015.

139. FIDH (Liên đoàn Quốc tế về Nhân quyền) và VCHR (Ủy ban Việt Nam về Nhân quyền). 2015. *Vi phạm các quyền của phụ nữ tại nước CHXHCN Việt Nam. Báo cáo thay thế về việc thực hiện Công ước Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW) vào các báo cáo định kỳ kết hợp thứ bảy và thứ tám của Việt Nam*.

- đường tình dục (STI), trong đó có HIV sẽ không được phát hiện, và do đó không được điều trị, trong khi họ vẫn phải tiếp tục hành nghề;
- Họ dựa vào việc tự điều trị hoặc bỏ qua các triệu chứng;
 - Cách tiếp cận mang tính trừng phạt dẫn đến sự gia tăng trong việc bắt giữ tùy tiện, giam giữ và tống tiền người bán dâm, và gia tăng bạo lực chống lại họ, làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và vi phạm nhân quyền;
 - Khi họ bị giam giữ (điều này hiện không còn diễn ra: xem dưới đây), phương tiện kiếm sống của họ bị cắt đứt, làm tăng gánh nặng của những người đang bị nợ nần. Điều này đặc biệt thường xảy ra khi một người phụ nữ có con hoặc có người thân phụ thuộc. Mặc dù những người phụ thuộc sống dựa vào thu nhập của những người phụ nữ này, họ thường không biết về nguồn gốc của thu nhập, vì những người phụ nữ này buộc phải vay mượn để duy trì tình trạng giả vờ đó. Trong trường hợp như vậy, việc giam giữ có khả năng tiết lộ tình trạng của họ, và tăng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với cả bản thân người phụ nữ và gia đình họ.¹⁴⁰ Theo luật hiện hành, người bán dâm có thể bị phạt tiền, và điều này cũng có thể làm tăng nợ nần của họ;

- Cũng có bằng chứng cho thấy công an (cùng với khách hàng) là những thủ phạm gây ra bạo lực đáng sợ nhất với người bán dâm, và rằng người bán dâm không đòi bồi thường khi bạo lực như vậy xảy ra.¹⁴¹

Các văn bản pháp luật chính liên quan đến hoạt động mại dâm - Pháp lệnh Phòng, chống mại dâm năm 2003 - có mục tiêu cơ bản là “phòng, chống mại dâm”. Pháp lệnh nghiêm cấm việc mua bán tình dục, cũng như các hoạt động có liên quan như chứa chấp, tổ chức và bảo vệ hoạt động mại dâm.¹⁴² Trọng tâm của pháp lệnh gần như hoàn toàn vào việc ngăn ngừa và trừng phạt mại dâm. Nó cấm người làm mại dâm cố ý lây truyền HIV và chỉ đạo rằng công tác phòng chống và kiểm soát mại dâm cần được kết hợp chặt chẽ với phòng, chống HIV, nhưng không đưa ra chi tiết cụ thể về cách thức thực hiện. Báo cáo su và việc cung cấp báo cáo su không được nhắc đến như một chiến lược dự phòng và thực tế thì công an coi việc sở hữu hoặc sự hiện diện của báo cáo su như là bằng chứng của việc quan hệ tình dục – mặc dù tất nhiên báo cáo su đóng vai trò như một công cụ dự phòng việc lây truyền HIV.¹⁴³ Đây thực là vấn đề đối với người bán dâm trên đường phố, những người dễ thấy hơn và do đó nhiều khả năng bị công an bắt và truy quét.¹⁴⁴

140. Doussantousse S. và Tooke L. 2002. *Phụ nữ tham gia vào hoạt động mại dâm ở Việt Nam – một góc nhìn từ Hà Nội*.
 141. ILO (Tổ chức Lao động Quốc tế). 2016. *Điều kiện làm việc của người làm mại dâm và các công việc giải trí ở Việt Nam*. [Dự thảo].
 142. Chứa chấp và tổ chức mại dâm cũng được hình sự hóa trong Bộ luật Hình sự Việt Nam.
 143. USAID/PEPFAR (Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Hoa kỳ về Phòng chống AIDS). *Tóm tắt Chính sách: Sự chuyển biến trong khung luật pháp và chính sách của Việt Nam về Mại dâm và HIV/AIDS*. 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JDV4.pdf Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.
 144. Godwin, J. 2012. *Mại dâm và Luật ở châu Á - Thái Bình Dương*. UNDP, UNFPA, UNAIDS và APNSW.

Sự ra đời của Luật phòng chống HIV/AIDS trong năm 2006 có nhiều tiến bộ trong ghi nhận người làm mại dâm là một quần thể quan trọng đối với đại dịch HIV và sự cần thiết phải giảm thiểu tác hại và có các sáng kiến thông tin truyền thông đặc biệt cho người hành nghề mại dâm. Tuy nhiên, việc sửa đổi Pháp lệnh năm 2002 về vi phạm hành chính vào năm 2008 tiếp tục quy định rằng mại dâm (cùng với việc sử dụng ma túy) là vi phạm hành chính, có thể bị giam giữ đến hai năm tại các trung tâm (“Trung tâm 05”) do Bộ LĐTBXH quản lý.^{145 146} Sự mâu thuẫn giữa các văn bản pháp luật tiếp tục cản trở các nỗ lực để giải quyết nhu cầu của người làm mại dâm.

Tuy nhiên, đã có những nỗ lực hơn nữa để mở rộng cách tiếp cận y tế công cộng và giảm tác hại trong hoạt động mại dâm và HIV. Chương trình Hành động Quốc gia về Phòng chống Mại dâm 2011-2015,¹⁴⁷ trong khi vẫn tập trung vào việc thi hành Pháp lệnh năm 2003, và việc xóa bỏ hoạt động mại dâm và “mối nguy hại cho xã hội”, cũng đã bao gồm một loạt các phương pháp tiếp cận giảm tác hại nhắm đến phụ nữ bán dâm (chẳng hạn như việc cung cấp bao cao su); tiếp cận điều trị HIV và các bệnh lây qua đường tình dục (STI) và dịch vụ y tế khác; cũng như các dịch vụ an sinh xã hội và pháp lý. Những nỗ lực tự

nguyện và dựa vào cộng đồng để giúp phụ nữ bán dâm xây dựng sinh kế thay thế - thông qua giáo dục và đào tạo nghề - và tái hòa nhập cộng đồng cũng là phần quan trọng của Chương trình Hành động này.¹⁴⁸ Ngoài ra, chương trình kêu gọi rà soát lại và sửa đổi các khung pháp lý để cho phép có thêm các biện pháp giảm tác hại cho người làm mại dâm, phân bổ ngân sách quốc gia cho các chương trình giảm tác hại thí điểm tại một số tỉnh, và quy định trách nhiệm cho việc tích hợp các chương trình phòng chống HIV và phòng chống mại dâm. Mặc dù điều này thể hiện sự tiến bộ rõ ràng, cũng cần lưu ý rằng chương trình này có thể làm tăng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với mại dâm, bởi vì nó đòi hỏi phải công khai danh tính của họ và bởi vì nó không giải quyết các đặc trưng ‘tệ nạn xã hội’ của hoạt động mại dâm.

Trong năm 2010, Cơ quan Liên Hợp Quốc tại Việt Nam cho rằng nỗi sợ bị giam giữ hành chính ngăn cản phụ nữ mại dâm tiếp cận các dịch vụ về HIV, và kêu gọi “sự hài hòa của các chính sách và các quy định pháp luật về hoạt động mại dâm và pháp luật về phòng, chống HIV/AIDS.”¹⁴⁹ Liên Hợp Quốc cũng báo cáo rằng các chiến dịch ‘truy quét đường phố’ liên quan đến phụ nữ mại dâm đã tạo ra một bầu không khí trong đó các hoạt động phòng

145. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2012*.

146. UNFPA (Quỹ Dân số LHQ). 2010. “Giảm lây nhiễm HIV trong nhóm mại dâm thông qua quan hệ đối tác chặt chẽ hơn” <http://www.un.org.vn/en/feature-articles-press-centre-submenu-252/1594-strongerpartnershipsagainstshiv.html> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

147. MOLISA (Bộ Lao động Thương binh và Xã hội). 2011. *Chương trình Quốc gia về Phòng chống mại dâm 2011-2015*.

148. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam năm 2012*.

149. Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2010. *Bài phát biểu của Bruce Campbell, Trưởng đại diện của UNFPA, đại diện cho Liên Hợp Quốc tại Việt Nam tại Hội nghị Rà soát 5 năm thực hiện Chương trình phòng chống mại dâm 2006-2010 và Kế hoạch Hành động phòng chống mại dâm giai đoạn 2011-2015*.

chống HIV trở nên rất khó khăn và hoạt động mại dâm đi vào hoạt động ngầm nhiều hơn.¹⁵⁰ Lập trường chung này được nhắc lại vào năm 2012 bởi một tuyên bố của Liên Hợp Quốc toàn cầu về các trung tâm giam giữ người sử dụng ma túy và trung tâm phục hồi chức năng bắt buộc, trong đó nhấn mạnh việc giam giữ không đúng thủ tục những người tham gia hoạt động mại dâm (trong số những đối tượng khác) như là một “mối quan ngại nghiêm trọng”, và kêu gọi việc đóng cửa ngay lập tức trung tâm này và thả những người bị giam giữ.¹⁵¹

Cũng trong năm 2012, Chính phủ Việt Nam đã thông qua Luật Xử lý vi phạm hành chính mới chấm dứt việc giam giữ hành chính người làm mại dâm. Người làm mại dâm vẫn bị phạt tiền, lên đến tối đa là 5 triệu Việt Nam Đồng (khoảng 250 đô-la Mỹ).

Những tiến triển trong môi trường pháp lý và chính sách - và đặc biệt là Luật Xử lý vi phạm hành chính (năm 2012) – cho thấy có sự gắn kết và thống nhất xung quanh HIV và các vấn đề giới (bao gồm cả mại dâm). Tuy nhiên, vẫn cần xem các quy định trong Luật năm 2012 được thực hiện ở mức độ như thế nào. Hơn nữa, như Công ước CEDAW khuyến nghị, cần rà soát lại Luật Xử lý vi phạm hành chính (năm 2012) với quan điểm phi hình sự hóa hoàn toàn những phụ nữ tham gia vào hoạt động mại dâm.¹⁵² Ngoài ra, các vấn đề chính vẫn cần được giải quyết, bao gồm: những tác động của hoạt động mại dâm khi nó được coi như là một “tệ nạn xã hội”, và thực tế rằng các khung pháp lý tiếp tục nhấn mạnh rằng tất cả những người làm mại dâm là nữ (dị tính và không phải là nam hoặc người chuyển đổi giới tính).

150. Ví dụ, xem UNFPA (Quỹ Dân số LHQ). 2010. “Giảm lây nhiễm HIV trong nhóm mại dâm thông qua quan hệ đối tác chặt chẽ hơn”. <http://www.un.org.vn/en/feature-articles-press-centre-submenu-252/1594-strongerpartnershipsagainstshiv.html> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Và UNFPA (Quỹ Dân số LHQ). 2011. “Đối tác với người làm mại dâm tại Việt Nam để kiểm soát đại dịch HIV và bảo vệ Quyền con người”. <https://www.unfpa.org/news/partnering-sex-workers-viet-nam-contain-hiv-epidemic-and-protect-human-rights> Truy cập ngày 29 tháng 8 năm 2016.

151. ILO (Tổ chức Lao động Quốc tế); OHCHR (Văn phòng Cao ủy LHQ về Nhân quyền); UNDP (Chương trình Phát triển LHQ); UNESCO (Tổ chức Giáo dục, Khoa học, Văn hóa của LHQ); UNFPA (Quỹ Dân số LHQ); UNHCR (Cao ủy LHQ về người tị nạn); UNICEF (Quỹ Nhi đồng LHQ); UNODC (Tổ chức LHQ về Tội phạm và Ma túy); UN Women (Cơ quan LHQ về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ); WFP (Chương trình Lương thực Thế giới); WHO (Tổ chức Y tế Thế giới); và UNAIDS (Chương trình chung của LHQ về HIV/AIDS). 2012. *Tuyên bố chung: các trung tâm giam giữ và cải tạo bắt buộc*. https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf Truy cập ngày 29 tháng 8 năm 2016.

152. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ kết hợp lần thứ bảy và thứ tám của Việt Nam*. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

4. ĐIỀU PHỐI, THAM GIA VÀ NGÂN SÁCH

4.1. ĐIỀU PHỐI

Có nhiều bên liên quan tham gia vào việc thực hiện các chiến lược bình đẳng giới và phòng chống HIV. Trong khi đây là điểm tích cực vì nhiều bên có trách nhiệm cùng thực hiện, tuy nhiên thông tin từ các cuộc phỏng vấn và cuộc họp kiểm chứng kết quả báo cáo cho thấy điều này cũng tạo ra các thách thức trong trao đổi và phối hợp; và các tiếp cận này thường rời rạc – có nghĩa là chúng tách biệt với nhau và thậm chí là cô lập nhau. Điều này dẫn tới sự phối hợp và điều phối rất hạn chế giữa bộ máy chính phủ làm về HIV và về giới. Không có cơ chế ở bất kỳ cấp nào – trung ương, tỉnh, hay địa phương – để huy động sự phối hợp làm việc giữa HIV và giới. Nhưng rõ ràng cần có một cơ chế như vậy. Thật vậy, hiện không có một cơ quan hay một đơn vị nào chịu trách nhiệm điều phối vấn đề bình đẳng giới trong chương trình ứng phó với HIV: cần tiếp tục nghiên cứu để xác định liệu Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Cục Phòng chống Tệ nạn xã hội (thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội) hay Vụ Bình đẳng giới (cũng thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội) đã có cán bộ phụ trách vấn đề giới/HIV.

Theo các cuộc phỏng vấn, thách thức hiện nay là đang thiếu năng lực để có thể lồng ghép giới vào ứng phó HIV, và để chuyển đổi từ quyết tâm chính trị thành hành động. Cần lưu ý rằng đây không chỉ là vấn đề của Việt Nam. Ở bất kỳ hoàn cảnh nào, việc không có một chính sách giải quyết cả vấn đề giới và HIV, hoặc việc không có chiến lược HIV có lồng ghép giới, sẽ rất khó để lồng ghép HIV và giới, điều phối các nỗ lực, và giám sát,

đánh giá các tiến bộ đạt được. Đại biểu tham gia cuộc họp kiểm chứng đã đồng ý rằng cần có một cơ chế rõ ràng để lồng ghép giới và HIV và điều này sẽ đòi hỏi phải xây dựng một khung điều phối và giám sát. Ngoài ra, xây dựng năng lực về bình đẳng giới cho cán bộ lãnh đạo của Ủy ban Phòng chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm cũng đã được đề xuất.

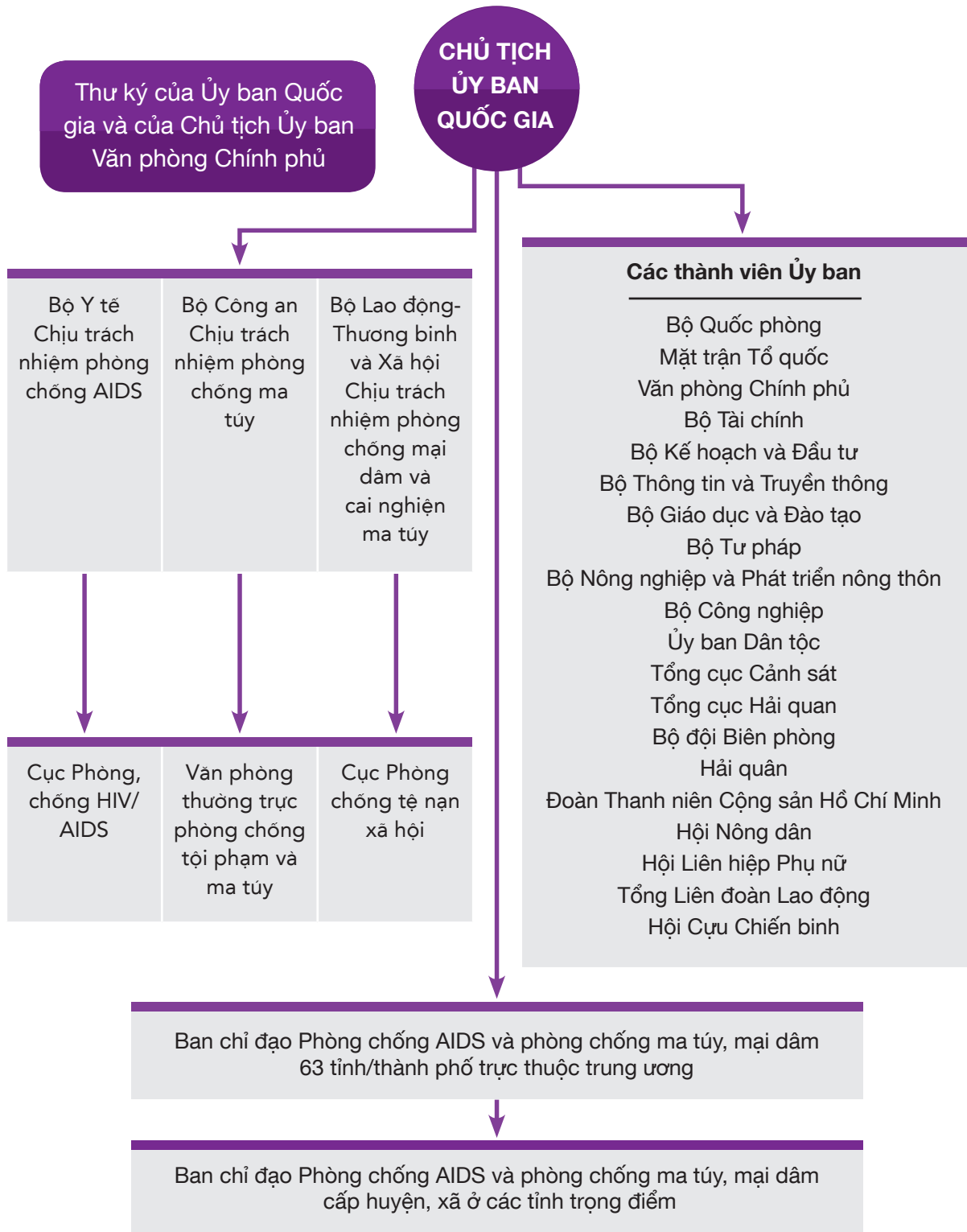
4.1.1. BỘ MÁY QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ HIV VÀ GIỚI

Trọng tâm của phần này là vào bộ máy nhà nước liên quan đến HIV và giới. Tuy nhiên, bất kỳ nỗ lực điều phối nào cũng cần bao gồm tất cả các bên có liên quan, trong đó có các tổ chức xã hội dân sự, các nhà tài trợ quốc tế và các mạng lưới những người bị lây nhiễm.

HIV

Chương trình ứng phó HIV ở Việt Nam do Ủy ban Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm chủ trì, dưới sự lãnh đạo của Phó Thủ tướng Chính phủ (xem Hình phía dưới). Trong Quốc hội, Ủy ban các vấn đề xã hội chịu trách nhiệm theo dõi việc thực hiện các hoạt động về cả HIV và giới. Trách nhiệm xây dựng chính sách và chiến lược về HIV/AIDS thuộc về Bộ Y tế, thông qua Cục Phòng, chống HIV/AIDS, cũng là cơ quan có nhiệm vụ thực hiện Chiến lược quốc gia, với bộ máy của nó ở cấp trung ương và cấp tỉnh thành. Hiện không có đầu mối về giới trong bất kỳ một cơ quan nào làm về ứng phó với HIV. Cơ chế Điều phối Quốc gia giám sát những khoản viện trợ của Quỹ toàn cầu về AIDS, Lao và Sốt rét (Quỹ Toàn cầu) và gần đây theo yêu cầu của Quỹ Toàn cầu đã được tăng cường: với sự tham gia của đại diện từ tổ chức xã hội dân sự và mạng lưới những người sống chung với HIV.

Hình 14: Cấu trúc tổ chức của Ủy ban Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS, Ma túy và Mại dâm



Giới

Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (Bộ LĐTBXH) chủ trì việc thực hiện các mục tiêu về bình đẳng giới. Bộ trưởng Bộ LĐTBXH hiện là Chủ tịch Ủy ban Quốc gia vì sự Tiến bộ của Phụ nữ (UBQGTBPN), được thành lập vào năm 1993, và là cơ quan hợp tác liên ngành thuộc chính phủ, có nhiệm vụ nghiên cứu, thúc đẩy và điều phối các vấn đề liên ngành liên quan đến sự tiến bộ của phụ nữ trên toàn quốc. Thành viên của ủy ban bao gồm các Thứ trưởng của các bộ chính phủ, và các chức danh tương đương của các ngành và tổ chức hội đoàn thể khác. UBQGTBPN báo cáo cho Thủ tướng Chính phủ.

Vụ Bình đẳng, trực thuộc Bộ LĐTBXH, là cơ quan chịu trách nhiệm chính cho việc thực hiện Luật Bình đẳng giới và các kế hoạch thực hiện có liên quan, bao gồm Chiến lược Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2011-2020, Chương trình Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2011-2015, và Chương trình hành động Quốc gia về Bình đẳng giới 2016-2020. Vụ phối kết hợp với các bộ, ngành liên quan hướng dẫn việc thực hiện Luật, đánh giá việc lồng ghép bình đẳng giới trong quá trình dự thảo tất cả các luật, đánh giá các tài liệu và báo cáo về vấn đề này cho các cơ quan khác, và báo cáo hàng năm trước Quốc hội. Vụ cũng chịu trách nhiệm trong thực hiện và giám sát Công ước CEDAW. Tuy nhiên, có sự khác biệt giữa các tỉnh trong việc thực hiện Luật và các chương trình liên quan, với các hoạt động được giao cho Phòng Bình đẳng

Giới ở cấp tỉnh (rất ít) hoặc (thường xuyên hơn) tới đầu mối về giới trong Sở Lao động, Thương binh và Xã hội của tỉnh, và do vậy, phụ thuộc nhiều vào năng lực của từng cá nhân.

Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch chịu trách nhiệm giám sát việc thực hiện Luật Phòng, chống bạo lực gia đình; và Bộ Công an chịu trách nhiệm giám sát Luật Phòng, chống Buôn bán người.

Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam (HLHPN) là tổ chức đoàn thể, được thành lập từ năm 1930 để huy động phụ nữ đấu tranh cho nền độc lập của Việt Nam. Hội có hơn 13 triệu thành viên tại hơn 10.000 hội phụ nữ địa phương trong cả nước và ở các cấp hành chính. Vai trò của Hội là triển khai các hoạt động và hỗ trợ Đảng Cộng sản và Chính phủ Việt Nam trong việc thực hiện các chính sách liên quan đến phụ nữ và bình đẳng giới.¹⁵³ Hội LHPN Việt Nam đóng một vai trò tích cực trong công tác phòng chống HIV thông qua các chiến dịch dự phòng, tư vấn, giảm kỳ thị và phân biệt đối xử cũng như hỗ trợ tạo thu nhập cho phụ nữ sống chung với HIV. Hội LHPN gần đây cũng đã đóng vai trò tích cực hơn trong việc điều phối công tác về bình đẳng giới ở cấp tỉnh và địa phương. Với mạng lưới rộng khắp Việt Nam, Hội LHPN Việt Nam là tổ chức có thể đảm nhận một vai trò lớn hơn và hệ thống hơn trong công cuộc phòng chống HIV và bình đẳng giới. Tuy nhiên, thành viên Hội LHPN có thái độ khá bảo thủ về vai trò của phụ nữ, và phản ánh giá trị xã hội mà đang cần phải bị thách thức.

153. Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam. 2013. *Báo cáo về Bảo đảm và Thúc đẩy Quyền của Phụ nữ (Đầu vào cho tài liệu tổng hợp của Văn phòng Cao ủy Nhân quyền Liên Hiệp Quốc phục vụ Rà soát Định kỳ Toàn cầu UPR)*.

4.2. VAI TRÒ, SỰ ĐÓNG GÓP VÀ THAM GIA CỦA XÃ HỘI DÂN SỰ

Sự tham gia của xã hội dân sự - bao gồm các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức dựa vào cộng đồng và các mạng lưới cũng như các tổ chức của những người sống chung với HIV và các đối tượng bị ảnh hưởng khác - là nền tảng cho việc ứng phó với HIV hiệu quả. Các tổ chức xã hội dân sự là đối tác tích cực trong cung cấp dịch vụ, giám sát chất lượng dịch vụ, vận động chính sách và nghiên cứu.

Xã hội dân sự ở Việt Nam đang phát triển nhanh, với một báo cáo gần đây của USAID lưu ý rằng hiện nay có 246 tổ chức xã hội dân sự làm việc trong lĩnh vực phòng chống HIV, triển khai các biện pháp can thiệp dự phòng trong các quần thể có nguy cơ và cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho những người sống chung với HIV. Họ bao gồm các tổ chức dựa vào cộng đồng, các mạng lưới, các nhóm tự lực và các hội nghề nghiệp.¹⁵⁴ Có lẽ quan trọng nhất là sự phát triển của mạng lưới người sống chung với HIV và các nhóm quần thể chính (trong trường hợp này, bao gồm cả phụ nữ):

- Mạng lưới những người sống chung với HIV của Việt Nam (VNP+) – thành lập năm 2009.
- Mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV của Việt Nam (VNW+) (xem chi tiết bên dưới)
- Mạng lưới người sử dụng ma túy của Việt Nam (VNPUD) - thành lập năm 2012 và đã mở rộng từ 20 thành viên ban đầu lên 56 thành viên vào cuối năm 2013.
- Mạng lưới người lao động tình dục Việt Nam (VNSW) - cũng được thành lập vào năm 2012, đại diện cho 4.800 người đã từng hoặc đang là lao động tình dục thông qua hiệp hội 29 nhóm tự lực.¹⁵⁵
- Mạng lưới nam giới quan hệ tình dục đồng tính và người chuyển giới Việt Nam (VNMSM-TG) - ra mắt vào năm 2013 với 91 thành viên trên khắp cả nước.

Tuy nhiên, các tổ chức xã hội dân sự tại Việt Nam vẫn còn gặp nhiều trở ngại trong việc có vị trí cần thiết trong ứng phó quốc gia đối với HIV. Các cuộc phỏng vấn và nghiên cứu tài liệu của đánh giá này đều cho thấy rõ điều đó, các trở ngại đó là:¹⁵⁶

- Năng lực tổ chức của các NGO còn hạn chế.
- Rào cản pháp lý trong quá trình đăng ký của các tổ chức xã hội dân sự cũng như thiếu một khung pháp lý rõ ràng và nhất quán để quản lý các hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự.
- Thiếu nguồn lực kỹ thuật, nhân lực và kinh phí trong chính các tổ chức dân dự xã hội.

154. Ray-Ross, Sumali. 2012. *Phân tích giới USAID/Việt Nam*.

155. Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO). 2016. *Báo cáo tóm tắt nghiên cứu: Công nghiệp tình dục Việt Nam – Quan điểm về các quyền của người lao động*.

156. Nguyễn Hải Hồng. 2013. *Xã hội dân sự và dân chủ hóa ở Việt Nam*. <http://www.eastasiaforum.org/2013/02/02/civil-society-and-democratisation-in-vietnam/> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

- Các tổ chức không đăng ký gặp khó khăn trong việc đảm bảo nguồn tài trợ để hoạt động có hiệu quả và bền vững.

Trong khi đó, mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử cao từ xã hội và từ cộng đồng xung quanh cá nhân thường gây khó khăn cho họ trong việc tham gia vào cơ cấu và tổ chức. Hậu quả của việc bị xác định là người sống chung với HIV hoặc là thành viên của một trong những nhóm quần thể chính có thể rất nặng nề - và điều này đặc biệt đúng đối với phụ nữ, những người bị “phân biệt đối xử kép” do vừa là phụ nữ, vừa sống chung với HIV và vừa là thành viên của một (hoặc nhiều) nhóm quần thể chính, như đã được nói đến trong các cuộc phỏng vấn và thảo luận nhóm tập trung.

Tuy nhiên, tiếng nói của phụ nữ trong các mạng lưới thường bị đặt ra ngoài lề - những người tham gia vào đánh giá này cho biết các mạng lưới và các tổ chức không nhất thiết vận động cho các vấn đề mà phụ nữ thấy quan trọng khi mà các vấn đề đó khác với vấn đề của nam giới.¹⁵⁷ Ví dụ, Mạng lưới Người sử dụng Ma túy Việt Nam chủ yếu do nam giới đứng đầu và có rất ít cơ hội cho phụ nữ tham gia - cho thấy phụ nữ sử dụng ma túy thường bị gạt ra ngoài lề trong cả xã hội và trong ứng phó với HIV. Do đó, quan trọng là phụ nữ sống chung với HIV và các nhóm phụ nữ khác được huy động để đảm bảo rằng những thách thức và vấn đề riêng của họ được nêu lên. Cho đến gần đây, phụ nữ sống chung với HIV tại Việt Nam đã được tập hợp lại dưới VNP+ (Mạng lưới Người sống chung với HIV Việt Nam). Nhằm đáp ứng nhu cầu công nhận và giải quyết các vấn đề của phụ nữ sống

chung với HIV, họ gần đây đã tự tổ chức và đã thành lập Mạng lưới Phụ nữ với HIV Việt Nam (VWN+), trong đó các thành viên đã xác định được các mục tiêu sau đây:

- Phát triển mạng lưới và kết nạp thành viên ở tất cả các tỉnh.
- Xây dựng năng lực cho các thành viên bao gồm năng lực lãnh đạo, chiến dịch biết về quyền của mình và phát triển kỹ năng.
- Vận động chính sách và các chiến dịch để thách thức và xóa bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử.
- Tăng cường tiếp cận thuốc ARV cho phụ nữ sống chung với HIV ở tất cả các nhóm khác nhau.
- Vận động chính sách về các vấn đề dự phòng, điều trị và chăm sóc.
- Chia sẻ thông tin về các vấn đề quan trọng với phụ nữ sống chung với HIV cho các thành viên.

VNW+ đối mặt với những thách thức tương tự như nhiều tổ chức xã hội dân sự khác ở Việt Nam, nhưng cũng ngày càng nhận được sự công nhận từ chính phủ như là tiếng nói của những người sống chung với HIV cũng như có các hỗ trợ kỹ thuật và tài chính từ cơ quan UN Women và UNAIDS. Điều này đã cho phép họ bắt đầu xây dựng mạng lưới và thực hiện các mục tiêu phía trên. VNW+ đã tích cực tham gia vào quá trình rà soát CEDAW, một cơ hội quan trọng để nêu lên vấn đề của họ và có được kinh nghiệm về xây dựng năng lực.

157. Thảo luận nhóm, Hà Nội.

4.3. NGÂN SÁCH¹⁵⁸

Điều đáng tiếc là, không có cách nào để theo dõi ngân sách hiện tại đang dành cho giới và HIV trong bối cảnh thiếu các mục tiêu cụ thể về giới và liên quan đến giới trong Chiến lược quốc gia, và không có các hoạt động liên quan cụ thể đến giới hoặc cán bộ chuyên trách về giới. Cũng không thể đo lường các hoạt động cụ thể về giới (trừ chương trình PLTMC hoặc giảm tác hại trong nhóm lao động tình dục nữ), hoặc các hoạt động có tiềm năng đóng góp cho bình đẳng giới (lồng ghép). Lập ngân sách có trách nhiệm giới không phải là một phần của bất kỳ phân tích tài chính hoặc báo cáo liên quan đến HIV.

Báo cáo năm 2014 về Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV của Việt Nam, và các nguồn khác, cho biết Việt Nam đang đối mặt với những thách thức rất lớn trong việc đảm bảo tính bền vững của các nỗ lực ứng phó với HIV, với việc giảm đóng góp của các nhà tài trợ quốc tế và nguồn lực trong nước hạn chế.¹⁵⁹ Báo cáo chỉ ra nguy cơ đánh mất những thành quả rất khó khăn mới đạt được nếu Việt Nam không tăng ngân sách cho HIV trong những năm tới. Mặc dù các mục tiêu cụ thể để giải quyết - và tài trợ cho các can thiệp HIV liên quan đến giới không được thảo luận trong báo cáo về chiến lược đầu tư, vấn đề lây truyền qua quan hệ bạn tình đã được nhấn

mạnh. Trong các cuộc phỏng vấn cho đánh giá này, vấn đề kinh phí và nguồn lực là một chủ đề nhất quán.

Giảm nguồn tài trợ cho HIV có nghĩa là cắt giảm một số chương trình mà giải quyết cụ thể đến vấn đề giới, đặc biệt là ở cấp tỉnh và cấp huyện. Các chương trình này bao gồm chương trình đồng đẳng viên cho người hành nghề mại dâm và phụ nữ sống chung với HIV; chương trình tiếp cận với bao cao su (nam) miễn phí; và trên thực tế, mặc dù thuốc ARV vẫn đang được tài trợ nhưng cơ sở hạ tầng để quản lý thuốc ARV thì không được tài trợ. Tuy nhiên, lồng ghép giới vào các hoạt động phòng chống HIV cần có ngân sách riêng, và các cơ chế để giải quyết tốt hơn những vấn đề của phụ nữ và trẻ em gái trong các hoạt động ứng phó với HIV cũng cần các nguồn lực bổ sung. Trong bối cảnh cắt giảm ngân sách và các khó khăn về tài chính, chưa có thông tin cụ thể về việc kinh phí cho các mục tiêu này sẽ đến từ những nguồn nào.

Năm 2015, Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ (UN Women) đã hỗ trợ Viện Chiến lược và Chính sách Tài chính trực thuộc Bộ Tài chính thực hiện dự án lập ngân sách có trách nhiệm giới (GRB), dự án có thể đóng góp vào việc huy động tài trợ cho các can thiệp về giới và HIV. Thật vậy, GRB sẽ rất cần thiết cho việc phân

158. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2014. *Quý Toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét và Bản Kế hoạch HIV- Đầu tư cho tác động chống lại bệnh Lao và HIV, Việt Nam 2015-2017*.

Một phân tích sâu không thể đề cập đến tất cả các nỗ lực để duy trì đầu tư của nhà tài trợ; tuy nhiên, bản đề xuất mới nhất mà Bộ Y tế (Bệnh viện Phổi và Cục Phòng, chống HIV/AIDS) nộp cho Quý toàn cầu thì những người nhận hỗ trợ chủ yếu đã được xem xét. Bản đề xuất được nộp năm 2014 cho một chương trình chung về Lao và HIV cho năm 2015-2017. Bản đề xuất còn yếu về phần phân tích bất bình đẳng giới và các vấn đề phân tích chỉ lưu ý một chỉ số về *Tiếp cận tới xét nghiệm và điều trị Lao tốt hơn cho phụ nữ*. Hàng ngày Quý Toàn cầu càng cam kết mạnh mẽ hơn để đảm bảo rằng giới là một phần không thể thiếu của các chương trình ứng phó với HIV, và đòi hỏi có phân tích giới toàn diện và chi tiết hơn trong tương lai.

159. Bộ Y tế. 2014. *Tối ưu hóa Ứng phó với HIV ở Việt Nam: Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV*.

bổ ngân sách trong tương lai cho ứng phó với HIV. Các sáng kiến GRB cung cấp thông tin để ra quyết định tốt hơn về việc các chính sách và ưu tiên cần được sửa đổi như thế nào - và các nguồn lực cần thiết kèm theo - để đạt được mục tiêu bình đẳng giới. GRB có thể giúp chính phủ duy trì các cam kết và hỗ trợ trong việc theo dõi việc thực hiện và các tác động về giới của các chính sách và chương trình. Ngoài ra, GRB cải thiện quản trị và quản lý tài chính thông qua việc tăng tính trách nhiệm, sự tham gia và minh bạch.

GRB cung cấp phương thức để đánh giá tác động của việc thu ngân sách và chi tiêu của chính phủ đối với phụ nữ và nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai và từ đó có thể đưa ra thông tin phản hồi về việc liệu chính phủ có đáp ứng các nhu cầu của họ. Nó cũng cung cấp các dữ liệu để sử dụng trong vận động chính sách. GRB không phải là phân chia ngân sách nhà nước 50-50 giữa nam giới/ trẻ em trai và phụ nữ/ trẻ em gái: trong khi điều này trông có vẻ công bằng, nó thường là không bình đẳng. GRB cũng không tạo ngân sách riêng để giải quyết các vấn đề của phụ nữ hay các vấn đề về giới: “phân bổ cụ thể riêng cho phụ nữ và giới đôi khi có ích trong việc giải quyết các nhu cầu cụ thể, nhưng sẽ hạn chế việc sử dụng phần còn lại của ngân sách, nếu phần còn lại của ngân sách tiếp tục ưu tiên một số công dân hơn so với những công dân khác”.¹⁶⁰ GRB nhằm mục đích:

Nhằm đảm bảo rằng ngân sách nhà nước được phân bổ một cách bình đẳng để thỏa mãn các nhu cầu cấp thiết nhất của các cá nhân và các nhóm. Đó là nhằm đảm bảo rằng trong trường hợp khan hiếm nguồn lực, các nguồn lực sẵn có được sử dụng để hỗ trợ những người ít có khả năng tự cung cấp cho mình nhất.¹⁶¹

Trong bối cảnh các nguồn lực cho HIV bị cắt giảm ở Việt Nam, ngân sách đáp ứng giới sẽ không chỉ góp phần vào bình đẳng giới thực chất trong chương trình ứng phó, mà còn khiến cho ứng phó đó có hiệu quả và hiệu suất hơn.

Ngoài ra, các lĩnh vực sau cần tiếp tục được nghiên cứu:

- Cho dù về mặt tài chính và chương trình, việc liên kết HIV và giới với lĩnh vực y tế trong Kế hoạch Hành động Bình đẳng giới là hợp lý - đánh giá này đặc biệt sẽ phụ thuộc vào việc giám sát sự phát triển nguồn nhân lực ngành y tế, những người được đào tạo về giới trong Kế hoạch hành động này
- Ngân sách có trách nhiệm giới sẽ đòi hỏi phân tách dữ liệu nhiều hơn và tốt hơn.

160. Budlender, Debbie và Hewitt, Guy. 2003. *Lồng ghép giới trong ngân sách: Hướng dẫn Thực hành để Hiểu và Thực hiện lập ngân sách có trách nhiệm giới.*

161. Budlender, Debbie và Hewitt, Guy. 2003. *Lồng ghép giới trong ngân sách: Hướng dẫn Thực hành để Hiểu và Thực hiện lập ngân sách có trách nhiệm giới.*

KHUYẾN NGHỊ

Giám sát và đánh giá dịch

- Việt Nam phải dựa trên những thành công hiện có trong ứng phó với dịch bằng cách điều chỉnh những khoảng cách và thiếu sót của hệ thống quản lý dữ liệu HIV cũng như trong khuôn khổ chính sách quốc gia. Lĩnh vực đòi hỏi sự chú ý đặc biệt là ở sự thiếu chính xác trong thông tin sẵn có về dịch và môi trường phân biệt đối xử đối với những người dễ bị tổn thương (bao gồm cả phụ nữ và nhóm thiểu quần thể như người chuyển giới)
- Tăng thông số dữ liệu cần thu thập để có thể hiểu rõ hơn sự phân bố theo tuổi/giới tính
- Thu thập số liệu để hiểu rõ hơn những nhóm yếu thế và bị bỏ qua bao gồm phụ nữ chuyển giới, phụ nữ dân tộc thiểu số/bản địa, phụ nữ trẻ và phụ nữ cao tuổi, phụ nữ sử dụng ma túy, phụ nữ di cư/di biến động.
- Tăng bộ số liệu về hành vi để hiểu dịch ở Việt Nam đầy đủ hơn – bao gồm những nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi của phụ nữ có nguy cơ cao nhất.

Giải quyết bất bình đẳng giới

- Lồng ghép giới một cách hệ thống vào tất cả các luật và chính sách có liên quan đến HIV dựa trên những bằng chứng về tình hình đại dịch của Việt Nam.

- Rà soát các chương trình và chính sách giới có liên quan nhằm xác định các cơ hội để giải quyết các quyền về tình dục và sinh sản của phụ nữ, vấn đề bạo lực trên cơ sở giới và HIV
- Xây dựng năng lực cho đội ngũ cán bộ từ cấp trung ương, tỉnh thành đến cấp quận huyện nhằm giải quyết các vấn đề về giới và HIV (bao gồm cả ngành tư pháp và y tế)
- Bổ sung các chỉ số có liên quan đến HIV mà thay đổi sự tập trung từ phụ nữ mang thai sang toàn bộ phụ nữ nói chung trong Bộ Chỉ số Thống kê Quốc gia về Phát triển Giới

Vai trò và sự tham gia của xã hội dân sự

- Cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và tài chính để xây dựng các mạng lưới và các tổ chức của phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng nhất bởi HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính.
- Hỗ trợ xây dựng năng lực tổ chức thông qua tập huấn và hướng dẫn để xây dựng các mạng lưới mạnh và bền vững với sự lãnh đạo đa dạng
- Xác định những mảng hoạt động chính trong đó tiếng nói của phụ nữ sẽ được lắng nghe và sự tham gia của phụ nữ có ý nghĩa. Phải đảm bảo rằng phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng bởi HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính được tham gia vào:
 - Các cơ quan chính phủ / xã hội dân sự có trách nhiệm xây dựng tầm nhìn, lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá.

- Cơ chế Điều phối Quốc gia của Quỹ Toàn Cầu và các nguồn tài trợ khác.
 - Nghiên cứu lâm sàng và nghiên cứu xã hội cần đảm bảo sự tham gia của phụ nữ trong quá trình thiết kế, phân tích, thu thập dữ liệu và đề xuất khuyến nghị.
 - Báo cáo Tiến độ Ứng phó AIDS Toàn cầu trong tương lai.
 - Các quá trình báo cáo về quyền con người và trách nhiệm giải trình, như CEDAW, UPR và CRC.
- Xây dựng năng lực và hỗ trợ cơ chế để đảm bảo rằng sự tham gia của phụ nữ và trẻ em gái có ý nghĩa, chiến lược và dựa trên kết quả.
 - Cung cấp thêm nguồn tài chính để củng cố hệ thống cộng đồng, vận động và xây dựng năng lực.

Tài trợ

- Khi có một khuôn khổ rõ ràng để giải quyết vấn đề giới và HIV, cần tăng cường năng lực quốc gia về phân tích giới để đảm bảo lồng ghép giới trong việc lập kế hoạch, viết đề xuất tài trợ HIV, và báo cáo kết quả.
- Tăng nguồn tài trợ bằng cách xác định các nhà tài trợ mới ưu tiên cho các chiến lược về giới và HIV và tìm kiếm các nguồn tài trợ cụ thể cho các chương trình nhằm cải thiện việc trao quyền cho phụ nữ.
- Làm việc với các nhà tài trợ hiện nay (như là Quỹ Toàn cầu, quỹ này gần đây đã thông qua một chiến lược giới mới) để tăng nguồn tài trợ dành riêng cho giới và HIV.
- Đảm bảo lập ngân sách có trách nhiệm giới đối với các ứng phó với HIV. Điều này phụ thuộc vào việc diễn giải chiến lược quốc gia với các chỉ số rõ ràng nhằm giám sát và đảm bảo sự chú ý có hệ thống đối với tất cả các yếu tố giải quyết vấn đề phụ nữ và trẻ em gái gặp phải trong sự đa dạng của họ và trong tất cả các chương trình.
- Tăng cường sự phối hợp/ liên kết để đạt được hiệu quả của chương trình và mở rộng dịch vụ cho phụ nữ từ nhiều điểm tiếp cận, bao gồm lồng ghép dịch vụ HIV với các dịch vụ có liên quan đến bạo lực giới, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình/sức khỏe sinh sản và tình dục. Điều này có nghĩa là các dịch vụ sẽ tiếp cận được nhóm phụ nữ rộng lớn hơn, bao gồm phụ nữ từ nhóm quần thể chính và các nhóm phụ nữ khác với những tổn thương cụ thể.

CHƯƠNG 4

GIỚI VÀ CHƯƠNG TRÌNH ỨNG PHÓ VỚI HIV: TIẾN ĐỘ, NHỮNG ĐIỂM CHƯA LÀM ĐƯỢC VÀ THÁCH THỨC

Cần có bốn yếu tố cơ bản để giải quyết các khía cạnh giới của HIV:

- 1) Một chương trình **dự phòng** mạnh cung cấp thông tin cần thiết và cho phép phụ nữ và trẻ em gái tự bảo vệ bản thân thông qua việc nâng cao các kỹ năng thương lượng và khả năng tiếp cận đến, cũng như có kiến thức về các công cụ phòng chống như bao cao su cho nam giới và nữ giới mà có sự liên kết với
- 2) **Hệ thống điều trị, chăm sóc và hỗ trợ** với giá cả phải chăng, dễ tiếp cận, phù hợp và toàn diện – giải quyết cả vấn đề HIV và các vấn đề sức khỏe phụ nữ¹⁶²
- 3) **Chăm dứt kỳ thị và phân biệt đối xử** với phụ nữ và nam giới đang sống chung với HIV và các quần thể chính trong các gia đình, cộng đồng và xã hội.
- 4) **Thách thức bất bình đẳng giới và bảo đảm các quyền của phụ nữ** bằng cách cung cấp giải pháp cho tình huống thực tế trong đời sống hàng ngày của phụ nữ mà đặt họ vào nguy cơ cao, tăng tính dễ tổn thương hay hạn chế tiếp cận của họ với các dịch vụ và cơ hội. Điều này bao gồm giải quyết vấn đề bạo lực trên cơ sở giới, cải thiện quyền sức khỏe sinh sản và tình dục, tiếp cận công lý và cung cấp các giải pháp bảo trợ xã hội.

1. DỰ PHÒNG

Một chương trình dự phòng toàn diện đáp ứng nhu cầu của phụ nữ, trẻ em gái, các nhóm quần thể chính và bạn tình nữ của nam giới có quan hệ tình dục đồng tính và nam tiêm chích ma túy cần đưa vào các nỗ lực chấm dứt kỳ thị và phân biệt đối xử, bao gồm:¹⁶³

- Ở mức độ tối thiểu, công tác giảm tác hại bao gồm một chương trình bao cao su và chất bôi trơn toàn diện, chương trình bơm kim tiêm và chương trình điều trị methadone (MMT).
- Can thiệp hành vi, bao gồm cả các hoạt động giáo dục, truyền thông (IEC).
- Tiếp cận với dự phòng tiền phơi nhiễm.
- Dự phòng lây truyền mẹ con (vì chương trình này giao cắt với quy trình dự phòng và chăm sóc - nó sẽ được thảo luận trong phần điều trị và chăm sóc).
- Cách tiếp cận quyền sức khỏe tình dục và sinh sản (tương tự, chương trình này giao cắt với quy trình dự phòng và chăm sóc, nó sẽ được thảo luận trong phần về thách thức bất bình đẳng giới và thúc đẩy quyền của phụ nữ bên dưới).
- Xét nghiệm và tư vấn HIV.

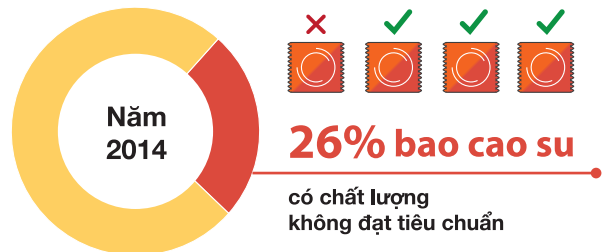
162. Lưu ý: Với mục đích của phần phân tích này, dự phòng và chăm sóc đã được tách ra. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các dịch vụ này vẫn phụ thuộc lẫn nhau, và tác động về giới ảnh hưởng đến toàn bộ quy trình liên tục của dự phòng và chăm sóc.

163. Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *Điều gì giúp ích cho phụ nữ và trẻ em gái: Bằng chứng từ những can thiệp HIV/AIDS*. www.whatworksforwomen.org Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

1.1. GIẢM TÁC HẠI

1.1.1. CHƯƠNG TRÌNH CHẤT BÔI TRƠN VÀ BAO CAO SU TOÀN DIỆN

Tiếp theo thí điểm thành công năm 2000, Việt Nam đã có Chương trình 100% Sử dụng Bao cao su, nhằm tăng sử dụng bao cao su trong nhóm người là lao động tình dục. Chương trình này được củng cố bởi chương trình bao cao su đã được Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch thông qua nhằm vào các cơ sở du lịch, với mục tiêu cung cấp bao cao su miễn phí cho 80% khách sạn và nhà nghỉ trên toàn quốc vào năm 2015. Đến năm 2013, 14 triệu bao cao su nam đã được cung cấp miễn phí và 32 triệu bao cao su đã được bán thông qua tiếp thị xã hội. Theo Tổ chức Các dịch vụ dân số quốc tế (PSI), 8,7 triệu bao cao su nam và nữ đã được bán và phân phối tại trên 4.200 điểm bán hàng phi truyền thống mà nhóm quần thể chính có thể tiếp cận tại 9 tỉnh.¹⁶⁴ Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nhóm phụ nữ lao động tình dục khá cao, với 82,8% người bán dâm cho biết có sử dụng bao cao su với khách hàng gần nhất trong năm 2014.¹⁶⁵ Đáng tiếc là, điều tra HSS+ không hỏi cụ thể về mức độ thường xuyên sử dụng bao cao su. Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong nam giới thuộc nhóm quần thể chính là thấp, chỉ 54% nam giới cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn với một bạn tình nam, và 59% nam giới tiêm chích ma túy cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng năm 2014.¹⁶⁶ Điều này có ý nghĩa tác động đến bạn tình nữ của họ.



Tiếp cận với bao cao su miễn phí chưa phổ cập - nhiều phụ nữ được phỏng vấn và tham gia cuộc họp kiểm chứng đã nêu ra vấn đề này: cung cấp bao cao su vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu hoặc đòi hỏi cần thiết. Tình hình này càng trở nên khó khăn hơn do nguồn tài trợ ủng hộ giảm - ví dụ, một chiến lược đề xuất chỉ để cung cấp bao cao su miễn phí cho lao động tình dục đường phố do những người này được cho là dễ bị tổn thương nhất. Thanh thiếu niên cũng không dễ tiếp cận bao cao su miễn phí, do đó, thường là sẽ tự bỏ

164. Các dịch vụ dân số quốc tế (PSI). *Việt Nam: Giải pháp: HIV*. <http://www.psi.org/country/vietnam/#solutions> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016. 9 tỉnh ưu tiên trong Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Mỹ phòng chống AIDS (PEPFAR).

165. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014*.

166. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014*.

tiền ra mua, hoặc sẽ không dùng.¹⁶⁷ Bên cạnh đó, chất lượng của bao cao su trên thị trường tự do cũng không tốt, một nghiên cứu năm 2014 chỉ ra rằng 26% bao cao su có chất lượng không đạt chuẩn.¹⁶⁸ Một lần nữa, điều này tạo ra những rào cản không chỉ đối với những người là lao động tình dục, mà còn đối với phụ nữ trẻ và trẻ em gái và bạn tình nữ của các thành viên nam trong nhóm quần thể chính để có thể tự bảo vệ mình khỏi HIV.

Do đó, các chiến dịch tiếp thị xã hội là một phần quan trọng của việc phân phát bao cao su, và thực tế là kênh duy nhất cung cấp bao cao su nữ vốn chưa có sẵn ở Việt Nam. Các cuộc phỏng vấn đem lại một cảm giác chung là bao cao su nữ sẽ không “phổ biến” tại Việt Nam. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu năm 2010 về việc chấp nhận sử dụng bao cao su nữ trong nhóm người là lao động tình dục ở Việt Nam, hơn một nửa số lao động tình dục cho biết họ sẽ tiếp tục sử dụng bao cao su nữ nếu chúng được cung cấp miễn phí, hoặc được bán với một mức giá phù hợp.¹⁶⁹ Đây là dấu hiệu tích cực vì điều quan trọng là mang lại cho (tất cả) phụ nữ (bao gồm, nhưng không dừng lại ở người là lao động tình dục) những lựa chọn thay thế cho bao cao su nam, đặc biệt những lựa chọn mà họ có kiểm soát tốt hơn – và điều này cho thấy có một thị trường ngách cho bao cao su nữ mà có thể là qua hình thức cấp phát miễn phí, hoặc là thông

qua các chiến dịch tiếp thị xã hội. Chiến lược Quốc gia có đề cập tới chất khử virus, đây là một động thái tích cực cho thấy cam kết về việc cung cấp chất khử virus khi chất này có sẵn. Một chất khử vi rút hữu hiệu sẽ có tiềm năng tăng cường khả năng của (tất cả) phụ nữ trong việc thương lượng và thực hành tình dục an toàn.

1.1.2. GIẢM TÁC HẠI: CHƯƠNG TRÌNH BƠM KIM TIÊM VÀ CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ BẰNG METHADONE

Do tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm người tiêm chích ma túy cao nên điều cấp thiết là tăng quy mô các chương trình giảm hại. Cách tiếp cận của Việt Nam về giảm hại cho người tiêm chích ma túy bao gồm Chương trình Bơm kim tiêm (NSP) – Chương trình này sau thời gian triển khai đã tăng cả diện bao phủ và cung cấp bơm kim tiêm miễn phí thông qua mạng lưới đồng đẳng viên, các cơ sở tư vấn, xét nghiệm tự nguyện, và các phòng khám ngoại trú – và Chương trình điều trị thay thế chất gây nghiện với liệu pháp duy trì bằng methadone (MMT). Số bơm kim tiêm trung bình được cung cấp cho người tiêm chích ma túy qua chương trình bơm kim tiêm đã tăng từ 140 bơm kim tiêm/người tiêm chích ma túy năm 2011 lên 180 trong năm 2012; con số này giảm xuống còn 98 trong năm 2013, và 76 vào năm 2014.¹⁷⁰ Tuy nhiên, tỷ lệ người

167. Các cuộc phỏng vấn: phụ nữ trong nhóm quần thể chính.

168. Khảo sát Crown Agents và hội thảo kiểm chứng của UNFPA <http://www.crownagents.com/news-and-know-how/news-archive/article/2014/04/23/crown-agents-condom-inspections-provide-vital-quality-statistics> Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.

169. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS), SHAPC (Trung tâm phòng chống STI/HIV/AIDS), WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2000. *Nhu cầu và sự Chấp nhận Bao cao su Nữ trong nhóm Phụ nữ tại quận Thanh Xuân và quận Đống Đa, Hà Nội*. <http://www.nzdl.org/gsd/mod?e=d-00000-00---off-0unaids--00-0---0-10-0---0direct-10- --4 ---0-11-11-en-50 ---20-về---00-0-1-00-0--4 ---0-0-11-10-0utfZz-8-00 & cl = CL1.7 & d = HASH01ad6a64d5c2cdceca417b80.1 & gt = 1> Truy cập ngày 01 tháng 6 năm 2016.

170. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014*.

tiêm chích ma túy đã báo cáo dùng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích cuối cùng của họ đã tăng nhẹ từ 95,3% năm 2011 lên 96,4% năm 2012, và 97,3% trong năm 2013.¹⁷¹ Bằng chứng từ các cuộc phỏng vấn cho thấy các Chương trình Bơm kim tiêm trở nên kém hiệu quả, do thiếu kinh phí và không được triển khai một cách đầy đủ. Điều này có tác động đến tất cả người dùng ma túy, và đặc biệt đối với phụ nữ nói riêng, những người ít có khả năng tiếp cận dịch vụ trong mọi trường hợp. Ngược lại, nhiều người được phỏng vấn chỉ ra sự thành công của chương trình MMT; thực sự, các thảo luận xoay quanh chương trình Bơm kim tiêm ít hơn và chủ yếu tập trung vào chương trình cung cấp MMT.

Nghị định về Điều trị nghiện và các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế năm 2012 đã đơn giản hóa các thủ tục hành chính và tăng cường tiếp cận với các dịch vụ MMT. Kết quả là các dịch vụ MMT đã được mở rộng từ 41 điểm (6.931 bệnh nhân) trong năm 2011 lên 80 điểm ở 30 tỉnh (15.542 bệnh nhân) vào năm 2013, đến 364 điểm ở 41 tỉnh (25.223 bệnh nhân) năm 2014. Một nghiên cứu của Cục Phòng, chống HIV/AIDS do Tổ chức Y tế Thế giới hỗ trợ năm 2013 về lợi ích của việc lồng ghép MMT, tư vấn và xét nghiệm HIV, và điều trị ART cho thấy nam giới sống chung với HIV được điều trị MMT có nhiều khả năng được đăng ký vào chương trình chăm sóc và bắt đầu điều trị ART, và có tỷ lệ duy trì điều trị cao hơn so với nam giới không tham gia điều trị MMT.¹⁷² Rõ ràng rằng trước khi triển khai một cách tiếp cận như vậy cho phụ nữ, cần nghiên cứu các tác động của nó lên phụ nữ.

1.2. THÔNG TIN, GIÁO DỤC VÀ TRUYỀN THÔNG (IEC) VÀ TRUYỀN THÔNG THAY ĐỔI HÀNH VI (BCC)

Hầu hết mọi người được phỏng vấn đều nói về các chiến dịch IEC như là các hoạt động được tổ chức rộng rãi và là trụ cột của các hoạt động phòng chống HIV. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tại các tỉnh và Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam tham gia vào các hoạt động IEC, từ các chiến dịch truyền thông, xây dựng và phân phát tài liệu và cung cấp thông tin cho nhóm quần thể chính và công chúng nói chung. Do không có các phân tích về nội dung của các tài liệu này, nên không rõ các tài liệu đó có nhắm vào các nhóm đối tượng cụ thể và các vấn đề của phụ nữ và các khía cạnh giới của HIV hay không. Tuy nhiên, bằng chứng từ các phỏng vấn và hội thảo kiểm chứng cho thấy các tài liệu này rất chung chung, và các tài liệu có cụ thể nhóm mục tiêu thì sẽ hiệu quả hơn. Điều này phù hợp với Luật Phòng, chống HIV/AIDS (năm 2006), cụ thể Luật đã nêu các hoạt động IEC phù hợp và chuyên biệt cần phải lưu ý đến trình độ học vấn, tuổi, giới và các phong tục, đảm bảo các hoạt động này không phân biệt đối xử và không ảnh hưởng đến bất bình đẳng giới.¹⁷³ Bằng chứng chỉ ra rằng thiếu các tài liệu (và các dịch vụ nói chung) cho những phụ nữ sử dụng ma túy, phụ nữ bán dâm, nữ sinh viên và phụ nữ di cư.

171. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014*.

172. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014*.

173. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2006. *Luật Phòng, chống HIV/AIDS*.

Truyền thông thay đổi hành vi (BCC) được thực hiện thông qua tập huấn, tư vấn, đường dây nóng, nhiều hình thức giáo dục giải trí khác và giáo dục đồng đẳng - mặc dù các cuộc phỏng vấn đều cho thấy cắt giảm tài trợ đang ảnh hưởng nặng nề đến giáo dục đồng đẳng và các chương trình dự phòng khác. BCC tập trung vào các nhóm dân cư biến động, người dân tộc thiểu số, thanh niên và tù nhân và các bộ ngành khác nhau tham gia vào cung cấp các chương trình và chiến dịch BBC cho các nhóm đối tượng đích khác nhau. Một lần nữa, chưa rõ các chiến dịch đó nhạy cảm giới và chuyển biến về giới như thế nào, nhưng giới cần phải được lưu tâm trong quá trình xây dựng nội dung, và phụ nữ và trẻ em gái cần phải được can thiệp một cách riêng biệt và theo cách đảm bảo sự tham gia của họ.

1.3. TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM TỰ NGUYỆN (VCT)

Việc tiếp cận đến chương trình tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (VCT) đã được mở rộng từ 157 điểm cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm tự nguyện năm 2005 lên 485 điểm trong năm 2013.¹⁷⁴ Tuy nhiên, có sự sụt giảm về số lượng người thực sự nhận được dịch vụ cũng như sự khác biệt rất lớn giữa các tỉnh thành trong việc nhận dịch vụ.¹⁷⁵ Thách thức này rõ ràng cần phải được giải quyết thông qua các chiến dịch truyền thông BCC và IEC. Bên cạnh đó, không có dữ liệu đầy đủ về xét nghiệm HIV trong nhóm người không thuộc

các nhóm quần thể chính như phụ nữ hành nghề mại dâm, nam giới có quan hệ tình dục với nam giới (MSM) và nhóm tiêm chích ma túy.

Đánh giá này đã không tìm hiểu hoạt động tư vấn được cung cấp ở khía cạnh liệu các tư vấn viên có được đào tạo về các vấn đề liên quan đến giới hay không. Do đó không rõ liệu các tư vấn viên có thể giải quyết các vấn đề cụ thể mà những phụ nữ đi xét nghiệm HIV phải đối mặt, đặc biệt là những người có kết quả dương tính. Trong khi, tư vấn HIV cũng có thể là cơ hội để phụ nữ thảo luận về các vấn đề như bạo lực gia đình và bạo lực trên cơ sở giới, các nhân viên tư vấn cần được tập huấn phù hợp và cụ thể về các vấn đề này.

Chỉ số về Kỳ thị năm 2014 đã thể hiện các quan ngại về chất lượng và tính bảo mật của dịch vụ y tế như sau: 60,1% đối tượng khảo sát sống chung với HIV cho biết họ đã không thể thảo luận về việc điều trị của họ với nhân viên y tế.¹⁷⁶ Các dịch vụ được cung cấp cũng không thân thiện và đôi khi chưa tuân thủ các nguyên tắc đạo đức. Mối quan ngại cụ thể là có một thực tế rằng 3,1% số người được hỏi (và 5,6% người tiêm chích ma túy và 7,7% người mới được chẩn đoán gần đây) cho biết họ đã bị ép phải xét nghiệm, trong khi 7,6% những người được hỏi đã xét nghiệm mà không có hiểu biết/kiến thức về việc xét nghiệm. Có một tỷ lệ rất cao thông tin xét nghiệm được tiết lộ cho người khác mà không được sự đồng ý của người có liên quan, với hơn 1/3 những người được hỏi (37,5%) và gần một nửa trong số những người tiêm chích ma

174. Cục Phòng chống AIDS Việt Nam. 2014. Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.

175. Cục Phòng chống AIDS Việt Nam. 2014. Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014.

176. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2015. Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014.

túy (45,3%) đã báo cáo điều này. Chỉ số Kỳ thị chỉ ra rằng mức độ sự kỳ thị và phân biệt đối xử cao kết hợp với sự thiếu tin tưởng về tính bảo mật của xét nghiệm HIV, có nghĩa là nhiều người sống chung với HIV chỉ đi xét nghiệm HIV sau khi họ cảm thấy ốm yếu, thường là vài năm sau khi bị lây nhiễm. Điều này dẫn đến việc bắt đầu điều trị rất muộn, gây nguy hiểm cho sức khỏe của người đó, và làm giảm các lợi ích dự phòng điều trị kháng vi rút ART.

Quan ngại về chất lượng của các dịch vụ y tế cũng được các phụ nữ sống chung với HIV trong các cuộc phỏng vấn và tại hội thảo kiểm chứng kết quả nghiên cứu chia sẻ, và thường là các trải nghiệm buồn tại các phòng khám. Những trải nghiệm như vậy gây ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong tương lai, có tác động tiêu cực đến niềm tin của phụ nữ vào các cơ sở dịch vụ, những nơi phải là địa điểm an toàn.

2. ĐIỀU TRỊ, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ

Một cách tiếp cận có nhạy cảm giới cần được áp dụng trong suốt quy trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ, và cần giải quyết các vấn đề sau:

- Việc tiếp cận – cần phải hiểu rằng thực tế cuộc sống của phụ nữ là khác với nam giới, họ có hành vi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bị các rào cản khác so với nam giới, bao gồm rào cản về tài chính, thời gian và các tác động của kỳ thị và phân biệt đối xử.
- Phác đồ điều trị và liều lượng - phụ nữ thường gặp các tác dụng phụ khác so với nam giới và điều này có thể ảnh

hưởng đến sức khỏe, lòng tự trọng, sức khỏe tình dục của họ

- Nhiễm trùng cơ hội - phụ nữ gặp các dạng thức nhiễm trùng cơ hội khác; ví dụ, phụ nữ sống chung với HIV có nguy cơ cao mắc ung thư cổ tử cung
- Tiếp cận dịch vụ chăm sóc giảm đau – có bằng chứng về sự khác biệt về giới trong việc bị những cơn đau và phản ứng để vượt qua cơn đau. Chăm sóc giảm đau là rất cần thiết trong nhiều giai đoạn của quy trình, từ lúc phát hiện ra HIV đến việc vượt qua cơn đau ở cuối cuộc đời.
- Phụ nữ trong vai trò là người chăm sóc - vai trò truyền thống của phụ nữ là người chăm sóc trong gia đình thường có nghĩa là họ ít có khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho chính bản thân họ, và thường không thể làm các công việc được trả lương do các trách nhiệm chăm sóc này.

2.1. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ KHÁNG VI RÚT (ART)

Việt Nam đã đi một chặng đường dài trong việc tăng tiếp cận đến ART: cho đến cuối năm 2014, đã có 93.298 người lớn và trẻ em (trong đó 60.435 nam và 32.863 nữ) đang điều trị với ART tại 302 cơ sở trên toàn quốc. Việt Nam đã triển khai thí điểm tiếp cận “Điều trị 2.0” của UNAIDS/WHO – nhằm làm tăng tiếp cận sớm đến ART, và thúc đẩy sự bền vững trong điều trị HIV, bằng cách lồng ghép các dịch vụ có liên quan vào hệ thống y tế cơ bản – và hiện nay đang được triển khai, điều này sẽ tiếp tục giúp tăng số người được điều trị.

Tuy nhiên, những thành tựu trong tiếp cận điều trị đang có nguy cơ bị đe dọa do khó khăn về nguồn kinh phí.

Tuy nhiên, có sự khác biệt lâu dài trong diện bao phủ và sử dụng các dịch vụ y tế giữa các vùng, dân cư nông thôn, thành thị và các dân tộc. Theo nghiên cứu gần đây, sự bất bình đẳng và kết quả là sự chênh lệch trong sử dụng dịch vụ và tình trạng sức khỏe tiếp tục tồn tại và thậm chí dẫn rộng, đặc biệt là trong nhóm đồng bào dân tộc thiểu số ở các khu vực khó tiếp cận, vùng sâu vùng xa và/hoặc vùng núi.¹⁷⁷ Trong khi đó, tỉ lệ lây nhiễm HIV đang gia tăng ở những khu vực này, nơi mà sự tiếp cận đến giao thông, thông tin về HIV và AIDS cũng như các dịch vụ liên quan đến HIV bao gồm ART của người dân rất hạn chế. Những khó khăn như vậy - và những khó khăn về việc tham gia điều trị ART - chắc chắn tăng hơn đối với phụ nữ, nhưng một lần nữa các dữ liệu về phụ nữ không mang thai và không tham gia hoạt động mại dâm rất hạn chế.

Tiếp cận ART không phải là vấn đề duy nhất: hiểu biết và giải quyết chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQL) của việc điều trị liên quan đến HIV cũng rất quan trọng. Một nghiên cứu đánh giá các yếu tố dự đoán HRQL tại Việt Nam cho thấy sự khác biệt về giới đáng kể trong các yếu tố dự đoán ở nam giới và phụ nữ mà là bệnh nhân điều trị ART. Nam giới được thấy là có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với phụ nữ ở khía cạnh bệnh tật, môi trường và tâm lý. Những phụ nữ có con bị giảm chất lượng cuộc sống, liên quan đến khía cạnh hỗ trợ xã hội, tâm lý, môi

trường và hiệu suất công việc. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải xây dựng các can thiệp toàn diện cho người sống chung với HIV, bao gồm không chỉ điều trị phù hợp về giới mà còn các chiến lược giảm thiểu tác động có yếu tố giới của công tác điều trị.¹⁷⁸

Do vậy, Chương trình ART cần được củng cố để quan tâm nhiều hơn tới sự khác nhau trong hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế giữa nam giới và nữ giới, và các nhóm tiểu quần thể khác (bao gồm dân tộc thiểu số, người di cư, di biến động và nữ thanh niên). Chương trình phải giải quyết những vấn đề về tình trạng đa vai trò của phụ nữ như vai trò sinh sản, sản xuất và cộng đồng, cũng như những rào cản mang tính cấu trúc như là trình độ giáo dục thấp, không có thu nhập và thiếu khả năng tham gia vào các hoạt động bên ngoài gia đình, hạn chế tiếp cận đến điều trị và chất lượng cuộc sống.

Xét nghiệm số lượng tế bào CD4 và tải lượng vi-rút miễn phí là một thành tố quan trọng trong quản lý những người đang điều trị ART. Nhiều phụ nữ được phỏng vấn nhấn mạnh rằng thiếu ngân sách là một rào cản lớn đối với các dịch vụ này, đây là một tình thế cần phải được giải quyết.

Cuối cùng, bất chấp những lo ngại ngày càng tăng về lây truyền qua quan hệ bạn tình, vẫn chưa có những nỗ lực cụ thể (bao gồm cả mục tiêu và chương trình cụ thể) để thực hiện việc điều trị dự phòng cho bạn tình của các thành viên trong nhóm đối tượng chính.

177. UBND (Ủy ban Dân tộc), MDRI (Viện Nghiên cứu Phát triển Mê Kông) và UNDP (Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc). 2015. *Tình trạng nghèo đói của Dân tộc thiểu số: Có thể học được gì từ những trường hợp thành công và thất bại?*

178. Trần, BX, Ohinmaa, A., Nguyễn, LT, Ossterhoff, P., Vũ, PX, Larsson, M. 2012. "Khác biệt giới trong chất lượng cuộc sống của điều trị HIV/AIDS trong tình trạng nữ hóa tiềm ẩn của dịch HIV ở Việt Nam." *Chăm sóc AIDS: Các khía cạnh tâm lý và y tế - xã hội của HIV / AIDS* năm 2012; 24 (10): 1187-1196. doi: 10.1080 / 09540121.2012.658752. Epub 01.

2.2. DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN TỪ MẸ SANG CON (PLTMC)

PLTMC cần được phân tích như là một phần của quy trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ để nhấn mạnh sự cần thiết xem chương trình này vượt lên trên chức năng dự phòng của nó. Điều đó sẽ giúp có cách tiếp cận toàn diện hơn, có tính đến sức khỏe và cuộc sống của người mẹ, chứ không chỉ là dự phòng lây truyền HIV sang con.

Với trọng tâm chiến lược của Việt Nam là PLTMC, không có gì đáng ngạc nhiên, và việc ưu tiên phụ nữ có thai (và các bà mẹ trong tương lai), diện bao phủ của xét nghiệm cho phụ nữ có thai lên đến 49,7%, và 56,5% phụ nữ có thai sống chung với HIV được điều trị dự phòng ARV cho phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con vào năm 2013.¹⁷⁹ Năm 2014, 1.733 phụ nữ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng như vậy trong 12 tháng vừa qua, với 1.864 trẻ được điều trị ARV.¹⁸⁰ Thêm vào đó, để tăng tiếp cận và cung cấp một cách tiếp cận toàn diện hơn, PLTMC đã được lồng ghép trong các dịch vụ sức khỏe sinh sản, với việc xét nghiệm cho phụ nữ mang thai được phân cấp, đưa vào Chiến lược Quốc gia về Dân số và Sức khỏe Sinh sản 2011 – 2020. Một chiến lược tương tự trong Kế hoạch Hành động Quốc gia về Sức khỏe Bà mẹ đã không được thực hiện đầy đủ do không đủ kinh phí. Một chương trình thí điểm về cung cấp Lựa

chọn B+ (bắt đầu điều trị ART sớm cho phụ nữ có thai) tại 6 quận huyện cũng đã được giới thiệu vào năm 2014.

Ở đây cần lưu ý rằng, trọng tâm đặc biệt vào PLTMC, và thiếu các chương trình và các dịch vụ chi tiết khác cho phụ nữ, có xu hướng tập trung nhiều hơn vào việc cứu sống trẻ em hơn là cứu sống người mẹ. Nó cũng thất bại trong thách thức các định kiến giới mặc định phụ nữ như những bà mẹ và đề cao vai trò sinh sản của họ, và cũng thất bại trong hỗ trợ những phụ nữ không mang thai hoặc những người không ở “độ tuổi sinh sản”. Những phụ nữ đang sống chung với HIV như vậy cũng cần có các tiếp cận đến quy trình dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đầy đủ.

Bên cạnh đó, nghiên cứu chỉ ra rằng sự tham gia của nam giới trong PLTMC là đặc biệt quan trọng, cả trong thách thức định kiến giới về vai trò tái sản xuất và chăm sóc của phụ nữ, và trong việc tăng tính thống nhất và mang đến kết quả tốt hơn cho cả phụ nữ và trẻ em.¹⁸¹ Mặc dù, Chiến lược Quốc gia có các hoạt động truyền thông IEC/BBC cho nam giới về “vai trò của nam giới trong cộng đồng” như là một phần của chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con, hiện chưa có chiến lược rõ ràng để huy động sự tham gia của nam giới trong PLTMC, và vấn đề này cần được cải thiện, cùng với những thay đổi trong định kiến giới trên các phương tiện truyền thông và hệ thống giáo dục.

179. 49,7% phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV và biết kết quả. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó AIDS Việt Nam năm 2014*.

180. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Quyết định 28 về Báo cáo định kỳ*.

181. Ví dụ, xem: Aluiso A và đồng nghiệp. 2011. “Nam khám tiền sản và xét nghiệm HIV có liên quan đến tỉ lệ lây nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh giảm và tỉ lệ sống sót không nhiễm HIV tăng.” Tạp chí Acquired Immune Deficiency Syndrome 56 (1): 76-82. Tóm tắt tại: <http://www.aidsmap.com/Male-partner-involvement-in-PLTMC-reduces-HIV-transmission-risk/page/1581480/> Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

2.3. ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI

Tiếp cận thông tin về sự khác biệt giới trong các nhiễm trùng cơ hội (và điều trị) gặp rất nhiều trở ngại. Mặc dù có thể có các số liệu về xu thế bệnh tật và tử vong, mà có thể làm nổi bật vấn đề xung quanh bệnh ung thư cổ tử cung và những khác biệt về giới khác, nhưng những người được phỏng vấn, bao gồm cả những người cung cấp dịch vụ lâm sàng có thể không biết đến các số liệu này. Sự thiếu kiến thức và/hoặc thông tin này chắc chắn là có liên quan đến việc thiếu kết nối giữa các dịch vụ HIV và các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản: mặc dù đã có kế hoạch để cải thiện tình trạng này, hiện vẫn chưa được triển khai. Cần tiếp tục nghiên cứu sự khác biệt về giới như vậy, và thực hiện Chiến lược Quốc gia để tích hợp các dịch vụ này.

Trong khi đó, mặc dù đa số người sống chung với HIV đã được tiếp cận với ART, tiếp cận với điều trị nhiễm trùng cơ hội thì chưa được như vậy.¹⁸² Rõ ràng rằng các nỗ lực tập trung vào tăng tiếp cận ART, tuy nhiên những vấn đề điều trị khác thì ít được quan tâm hơn. Thực vậy, điều trị các nhiễm trùng cơ hội (đặc biệt là những nhiễm trùng cơ hội nghiêm trọng) không thể thực hiện tại các phòng khám ngoại trú cung cấp dịch vụ HIV và ART mà bệnh nhân phải di chuyển đến các cơ sở y tế đa khoa. Điều này không chỉ bất tiện và tốn kém, mà có thể làm tăng sự kỳ thị và phân biệt đối xử do việc tiết lộ về tình trạng HIV và sự thiếu hiểu biết của nhân viên y tế. Các vấn đề về khả năng chi trả các điều trị nhiễm trùng cơ hội được phụ nữ sống chung với HIV

nêu ra trong thảo luận nhóm tập trung và tại cuộc họp kiểm chứng.

Vấn đề chính của phụ nữ sống chung với HIV là nguy cơ ngày càng tăng của ung thư cổ tử cung, đặc biệt trong nhóm có số lượng CD4 thấp. Ung thư cổ tử cung là loại ung thư phổ biến nhất đối với phụ nữ ở Việt Nam, nó là một vấn đề quan trọng trong Chiến lược Quốc gia về Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020. Tuy nhiên, xét nghiệm sàng lọc đã chưa được thực hiện rộng rãi do chưa có một kế hoạch thực hiện chi tiết và chưa có nguồn lực cần thiết. Chưa có thông tin rõ ràng về việc tiếp cận miễn phí đến sàng lọc ung thư cổ tử cung, điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc một số điều trị miễn phí khác, mặc dù theo một người được phỏng vấn, sàng lọc ung thư cổ tử cung là miễn phí cho phụ nữ trên 40 tuổi - một số người làm nghề mại dâm cho biết rằng họ đã trả tiền để được điều trị. Cần có nghiên cứu sâu hơn để sửa đổi Hướng dẫn về phòng ngừa và điều trị các bệnh ung thư cổ tử cung, đặc biệt cho phụ nữ sống chung với HIV - và dịch vụ chẩn đoán nên được cung cấp miễn phí cho phụ nữ sống chung với HIV trước tuổi 40.

Nếu không giải quyết toàn bộ quy trình điều trị, chăm sóc và hỗ trợ bệnh nhân (đặc biệt là phụ nữ) sống chung với HIV, các nỗ lực và nguồn lực dành cho tăng cường tiếp cận với ART sẽ ít hiệu quả. Giám sát chặt chẽ, xét nghiệm CD4 thường xuyên và quản lý nhanh chóng và tích cực các tác dụng phụ và nhiễm trùng cơ hội, tất cả đều quan trọng để duy trì hoặc tăng chất lượng cuộc sống. Quản lý

182. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2014. *Báo cáo Tiến độ Phòng chống AIDS 2014*.

hiệu quả của HIV cũng đòi hỏi có nhiều số liệu hơn về các yếu tố sức khỏe trên cơ sở giới của người sống chung với HIV, và theo dõi bệnh nhân chặt chẽ hơn khi họ đã ở trong hệ thống.

Phụ nữ và trẻ em gái – gánh nặng chăm sóc

Ngay cả khi thuốc được miễn phí, và việc điều trị, chăm sóc là miễn phí, việc tiếp cận vẫn bị hạn chế bởi phụ nữ phải dành nhiều thời gian và sức lực cho các trách nhiệm chăm sóc của mình, hoặc do thiếu tiền đi lại (đặc biệt nghiêm trọng đối với những phụ nữ phụ thuộc tài chính vào nam giới) và bởi sự mất cân bằng quyền lực trong gia đình. Điều trị có thể cải thiện tình trạng kiệt sức do vai trò chăm sóc của phụ nữ, nhưng nó không thể có hiệu quả nếu những trở ngại nghiêm trọng do bất bình đẳng giới bị bỏ qua.¹⁸³

Một vấn đề khác có liên quan đến chăm sóc, điều trị và hỗ trợ là vấn đề phụ nữ đóng vai trò là người chăm sóc - cả trong gia đình cũng như trong khu vực chính thức và phi chính thức. Tuy nhiên, việc thiếu các thông tin và các dữ liệu về vai trò của phụ nữ và trẻ em gái như là người chăm sóc tại Việt Nam tỷ lệ nghịch với số lượng bằng chứng quốc tế cho rằng “hệ thống y tế chủ yếu dựa vào sự đóng

góp của phụ nữ, cả ở khu vực trả công và không trả công” và rằng “nữ nhân viên y tế có nhiều khả năng không được trả lương hoặc nhận mức lương thấp hơn nam giới.”¹⁸⁴ Thực hiện các công việc chăm sóc không được trả lương hoặc trả lương thấp có nghĩa là phụ nữ có ít thời gian để tham gia vào các công việc được trả công, vào các mạng lưới, để tham gia vào các hoạt động để thay đổi, hoặc thậm chí để nghỉ ngơi hoặc chăm sóc sức khỏe của mình. Tình trạng “nghèo thời gian của phụ nữ” ảnh hưởng đến sự thịnh vượng, tạo ra sự mất an toàn, tăng phụ thuộc tài chính và hạn chế lựa chọn việc làm tốt, thậm chí giới hạn phụ nữ ở địa vị thấp, việc làm bán thời gian trong khu vực phi chính thức.¹⁸⁵

Trong bối cảnh HIV, gánh nặng chăm sóc của phụ nữ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc bản thân và tiếp cận đến điều trị nếu họ bị bệnh hoặc sống chung với HIV; đến tiếp cận dịch vụ dự phòng để tự bảo vệ mình; và tiếp cận các cơ hội bên ngoài gia đình, như giáo dục hoặc việc làm mà hỗ trợ cho những nỗ lực tiếp cận đến các dịch vụ HIV (trong số những dịch vụ khác). Trên toàn thế giới, HIV và AIDS đã làm tăng gánh nặng chăm sóc của phụ nữ và trẻ em gái, có tới 90% các hoạt động chăm sóc cho người ốm tại nhà là do phụ nữ thực hiện.¹⁸⁶ Chăm sóc cho người sống chung với HIV bị ốm không chỉ

183. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. The Lancet. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

184. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. www.womenandhealthcommission.org Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016

185. Sida (Cơ quan Phát triển Quốc tế Thụy Điển). 2012. *Hướng dẫn nhanh về Làm gì và Làm như thế nào: Chăm sóc không được trả lương – Điểm khởi đầu để Công nhận, Giám và Tái Phân phối.*

http://www.sida.se/English/publications/Publication_database/publications-by-year1/2012/november/quick-guide-to-what-and-how-unpaid-care-work/ Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.

186. Sida (Cơ quan Phát triển Quốc tế Thụy Điển). 2012. *Hướng dẫn nhanh về Làm gì và Làm như thế nào: Chăm sóc không được trả lương – Điểm khởi đầu để Công nhận, Giám và Tái Phân phối.*

http://www.sida.se/English/publications/Publication_database/publications-by-year1/2012/november/quick-guide-to-what-and-how-unpaid-care-work/ Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.

đơn thuần là tạo ra các công việc liên quan đến y tế, mà còn là thêm việc nhà và các hoạt động “cải thiện sức khỏe” - nấu ăn, dọn dẹp, giặt giũ, v.v. – những việc này tăng nhiệm vụ vất vả của phụ nữ và trẻ em gái trong nhà lên gấp nhiều lần. Công việc chăm sóc tại nhà cũng có thể gây ra sự cô lập, kiệt sức và một loạt các vấn đề sức khỏe, nhưng phụ nữ ít tìm kiếm sự giúp đỡ hơn so với nam giới và phải chờ đợi lâu hơn để tìm kiếm giúp đỡ như vậy.¹⁸⁷ Tuyên bố Chính trị của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về HIV năm 2016 ghi nhận sự quan ngại sâu sắc rằng “trên toàn cầu, phụ nữ và trẻ em gái vẫn bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi dịch bệnh, mà họ phải chịu phần lớn gánh nặng chăm sóc” và đưa ra một số kiến nghị liên quan, bao gồm cả tăng cường cơ chế bảo trợ xã hội nhạy cảm với HIV của các Quốc gia Thành viên Liên Hợp Quốc để có thể giảm bớt gánh nặng này.¹⁸⁸

Ở Việt Nam, cũng như ở những nơi khác, vai trò giới truyền thống có nghĩa là mặc định rằng phụ nữ (và trẻ em gái) đóng một vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà cho chồng, con và các thành viên khác trong gia đình (kể cả cha mẹ và anh chị em ruột) bị ảnh hưởng bởi HIV. Ở Việt Nam cũng vậy, các tác động của việc tăng gánh nặng chăm sóc liên quan đến HIV có thể bị nhân lên do nhiều yếu tố bổ sung đã hạ quyền của phụ nữ và ảnh hưởng đến

khả năng tự chăm sóc bản thân và gia đình của họ, như nghèo đói; việc làm bấp bênh; kỳ thị các hành vi như sử dụng ma túy hoặc mại dâm; và dân tộc (trong số những yếu tố khác). Điều này đặc biệt đúng khi nói đến tiếp cận dịch vụ y tế: phụ nữ đã bị hạn chế trong tiếp cận sẽ thấy khó khăn hơn do gánh nặng chăm sóc của mình.

Việc thiếu các bằng chứng ở trên là một ví dụ của việc không kết nối được vấn đề giới và HIV tại Việt Nam. Ví dụ, có tài liệu về gánh nặng của phụ nữ trong công việc gia đình và chăm sóc trẻ em, đặc biệt liên quan đến sự tham gia của họ trong lực lượng lao động (nơi họ phải thực hiện “gánh nặng kép” cả công việc chính thức và việc gia đình), sự cần thiết chia sẻ gánh nặng này từ nam giới và sự xung đột với mong đợi của xã hội rằng đây là công việc của phụ nữ.¹⁸⁹ Hiện cũng đã thừa nhận rằng:

Đa số phụ nữ làm những công việc chăm sóc không được trả lương trong gia đình, và trong khu vực việc làm phi chính thức ‘không được biết đến’ ... xã hội gán địa vị thấp hơn và hầu hết các công việc chăm sóc không được trả lương cho phụ nữ, và trông đợi họ tham gia vào công việc sản xuất trong nông nghiệp tự cung tự cấp và nền kinh tế thị trường.¹⁹⁰

187. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. The Lancet. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

188. Đại Hội đồng Liên Hiệp Quốc. 2016. *Tuyên bố Chính trị về HIV và AIDS: Đẩy nhanh Tiến độ Đấu tranh chống lại HIV và để Chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030. A/70/L.52.*

189. Ngọc Võ, Anne và Strachan, Glenda. 2008. *Bình đẳng Giới trong một nền kinh tế chuyển đổi.* http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/24285/52797_1.pdf?sequence=1 Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

190. ILO (Tổ chức Lao động Quốc tế). *Lĩnh vực Nghiên cứu: Bình đẳng và phân biệt đối xử ở Việt Nam.* <http://www.ilo.org/hanoi/Areasofwork/equality-and-discrimination/lang--en/index.htm> Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

Tuy nhiên, gánh nặng thêm cho phụ nữ trong việc chăm sóc các thành viên trong gia đình bị bệnh rất hiếm khi nhìn thấy được, và tương tự gánh nặng công việc gia đình/chăm sóc trẻ/ chăm sóc tại nhà trong bối cảnh HIV cũng không được giải quyết. Vai trò cụ thể của phụ nữ làm việc chính thức trong hệ thống chăm sóc y tế của Việt Nam cũng chưa được biết đến.

Tương tự, các tác động của đại dịch HIV lên gánh nặng chăm sóc của những người bà đã được ghi nhận (ví dụ ở Nam Phi), nhưng chưa được ghi nhận ở Việt Nam. Điều này bất chấp thực tế rằng đã có nghiên cứu được tiến hành tại Việt Nam về “những tác động của cha mẹ di cư trong độ tuổi lao động lên những người bà, những người có nguồn lực hạn chế và thường nhận công việc chăm sóc các cháu” - bao gồm cả mức độ nghèo về thời gian (và tài nguyên)¹⁹¹ - và các cuộc phỏng vấn cho đánh giá này cho thấy rằng ông bà có thể tước quyền nuôi con từ người mẹ có xét nghiệm HIV dương tính, hoặc những phụ nữ sống chung với HIV phải trở về nhà sống với mẹ của mình. Các nghiên cứu về chăm sóc trẻ cũng cho thấy trẻ em gái đang bị ảnh hưởng bởi gánh nặng chăm sóc ngày càng tăng:

“Vi bố mẹ cháu đã già, không ai quan tâm cho gia đình... chỉ có chị gái 12 tuổi của cháu không đi học... bố mẹ cháu có rất nhiều con, một số anh chị em của

cháu còn quá nhỏ, cùng một lúc tất cả các anh chị em khác đến trường, không có ai giúp đỡ cha mẹ cháu, ngoại trừ bà.”¹⁹²

Đồng thời, nữ nhân viên y tế làm việc trong hệ thống y tế chính thức cũng góp phần lớn vào hệ thống y tế quốc gia, bao gồm cả các dịch vụ liên quan đến HIV. Tuy nhiên, họ thường bị đánh giá thấp và không được hỗ trợ, với tay nghề thấp và mức lương thấp hơn so với nam giới. Họ hiếm khi được đại diện ở các vị trí cao và thường xuyên tiếp xúc với rủi ro sức khỏe nghề nghiệp liên quan đến giới. Việc bị đánh giá thấp và thiếu sự hỗ trợ này đặc biệt diễn ra nghiêm trọng đối với các nhân viên y tế cộng đồng, những người có vai trò quan trọng trong việc ứng phó với HIV (trong đó có Việt Nam), nhưng thường bị phân biệt đối xử trên cơ sở giới, như có tiền lương thấp, địa vị thấp, điều kiện làm việc không đạt yêu cầu và thiếu đào tạo. Họ cũng có thể gặp khó khăn trong việc được công nhận và làm việc với những khu vực chính thức khác của ngành y tế. Một vấn đề quan trọng là:

Những người phụ nữ dễ bị tổn thương nhất thường được chăm sóc bởi các thành viên bị đặt ra ngoài lề nhất trong hệ thống y tế, dẫn đến bệnh tật và duy trì sự bất bình đẳng giữa các nhóm dân cư.¹⁹³

191. Samman, Emma và đồng nghiệp. 2016. *Công việc của Phụ nữ: Bà mẹ, trẻ em và cuộc khủng hoảng người chăm sóc trẻ toàn cầu*. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf> Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

192. Samman, Emma và đồng nghiệp. 2016. *Công việc của Phụ nữ: Bà mẹ, trẻ em và cuộc khủng hoảng người chăm sóc trẻ toàn cầu*. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf> Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

193. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. *The Lancet*. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

Công việc chăm sóc của phụ nữ và trẻ em gái là một lĩnh vực nghiên cứu quan trọng trong tương lai, đặc biệt từ khi Chiến lược quốc gia ngày càng tập trung vào vai trò của “cộng đồng” và “gia đình” trong việc chăm sóc và điều trị - với giả định ngầm rằng vai trò này sẽ được thực hiện (chủ yếu, và có lẽ không chính thức) bởi phụ nữ. Thứ nhất, vì thực tế gánh nặng chăm sóc của phụ nữ và trẻ em gái hiện đang bị loại khỏi các dữ liệu để hoạch định chính sách, cần có các nghiên cứu sâu hơn. Điều quan trọng là phải thừa nhận rằng “công việc chăm sóc sức khỏe được trả công và không được trả công mà phụ nữ đang làm trong hệ thống y tế, tại nhà và cộng đồng của họ ... là một sự hỗ trợ ẩn cho hệ thống y tế và xã hội.”¹⁹⁴ Ngoài ra, cần ước tính giá trị những đóng góp được trả công và không được trả công của phụ nữ đối với y tế và trả công sự hỗ trợ vô hình của họ đối với hệ thống y tế và xã hội, và để đảm bảo rằng nam giới và phụ nữ được trả công công bằng cho công việc như nhau trong lĩnh vực y tế và các lĩnh vực khác.¹⁹⁵ Cuối cùng, các chuẩn mực giới và bất bình đẳng trong quyền lực trong gia đình phải được giải quyết để tách khái niệm ‘công việc chăm sóc’ ra khỏi phụ nữ.

Trong bối cảnh này, Khung lý thuyết về Công nhận, Giảm, và Tái phân bổ do Diane Elson xây dựng có thể được sử dụng. Nó có thể góp phần giải quyết gánh nặng bằng cách tăng cường phụ nữ như là chủ thể kinh tế, trong khi thừa nhận rằng một mức độ phù hợp của các hoạt động chăm sóc và hoạt động tái sản xuất xã hội khác là rất cần thiết cho sự thịnh vượng của xã hội và sự phát triển bền vững của con người. Điều này dựa vào:

- Làm hiện diện sự đóng góp của những người chăm sóc, một phần bằng cách tăng thông tin định lượng và định tính về gánh nặng chăm sóc (công nhận).
- Giảm công việc không được trả lương, bao gồm cả công việc chăm sóc không được trả lương, để tạo ra thời gian rỗi cho phụ nữ tham gia vào các công việc chính thức và/hoặc các hoạt động xã hội và chính trị và/hoặc hành vi chăm sóc sức khỏe (và đảm bảo rằng thời gian này không được dành vào các hình thức công việc không được trả lương hoặc công việc chăm sóc khác), bằng cách hỗ trợ đầu tư cơ sở hạ tầng, công nghệ và thực hành tiết kiệm thời gian và công sức, và giảm các rào cản pháp lý và kinh tế cho phụ nữ tiếp cận với thị trường lao động chính thức (giảm).
- Thiết lập một khuôn khổ cho việc phân phối lại trách nhiệm, thời gian và nguồn lực công bằng hơn giữa phụ nữ và nam giới, chính phủ, khu vực tư nhân, cộng đồng và hộ gia đình, kể cả thông qua các chính sách và pháp luật hỗ trợ các gia đình; chấm dứt các pháp luật phân biệt đối xử; và thách thức các chuẩn mực giới đặt gánh nặng chăm sóc vào vai phụ nữ và trẻ em gái (bao gồm việc huy động sự tham gia của nam giới và trẻ em trai) (tái phân bổ).

194. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. The Lancet. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

195. Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. The Lancet. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

3. KỶ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Ở hầu hết các khía cạnh của chương trình ứng phó với HIV, bất bình đẳng giới tác động đến việc các cá nhân bị kỳ thị và phân biệt đối xử như thế nào: nam giới và phụ nữ bị kỳ thị và phân biệt đối xử theo các cách khác nhau. Kỳ thị là một điều dễ thấy và nó tác động đến tất cả các cấp độ của quy trình dự phòng và chăm sóc, cũng như tại gia đình, xã hội, trong hệ thống giáo dục và ở nơi làm việc. Sự kỳ thị gợi lên cảm xúc tâm lý mạnh mẽ ở những người sống chung với HIV và AIDS, bao gồm cả cách họ nhìn nhận chính mình (nội tâm hóa hay tự kỳ thị) và ngăn cản họ trong việc tiếp cận đến các dịch vụ liên quan đến HIV và các dịch vụ khác mà họ có quyền tiếp cận và những dịch vụ mà họ cần. Ví dụ, nhiều phụ nữ sống chung với HIV đã tiếp thu và thấm nhuần niềm tin từ xã hội rằng việc họ muốn có con là ‘sai’. Phụ nữ sống với HIV không chỉ bị kỳ thị và phân biệt đối xử mà còn sợ bị kỳ thị hoặc phân biệt đối xử (ngay cả trong hệ thống y tế). Điều này, kết hợp với nỗi sợ hãi của chế tài hình sự (như đối với hoạt động mại dâm hoặc sử dụng ma túy) và/hoặc bạo lực, tác động đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của phụ nữ (và nam giới), họ có thể quyết định tránh hoặc trì hoãn đến phòng khám hoặc bệnh viện hoặc trả nhiều tiền hơn để đến cơ sở y tế tư nhân (như được đề cập trong các cuộc phỏng vấn); hoặc từ chối tiết lộ tình trạng của họ, ngay cả với bạn tình. Ngoài ra, các nhóm phụ

nữ (và nam giới) khác nhau trải nghiệm kỳ thị và phân biệt đối xử khác nhau: không phải tất cả các nhóm này có thể giải quyết theo cùng một cách, họ tiếp cận đến dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc ở các cấp độ khác nhau.¹⁹⁶ Người làm mại dâm, người nghiện ma túy, người mẹ, bạn tình của nam giới trong nhóm quần thể chính - và những người phụ nữ thuộc một hoặc tất cả các nhóm này - sẽ có trải nghiệm và nhu cầu khác nhau.

Cả những người được phỏng vấn thuộc chính phủ và xã hội dân sự đều nói về tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử nặng nề như là một rào cản chính trong các hoạt động phòng chống HIV tại Việt Nam. Vấn đề này cũng đã được thừa nhận, Ủy ban CEDAW đề xuất nên tăng cường “thi hành Luật Phòng, chống HIV/AIDS ... để xóa bỏ tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với phụ nữ sống chung với HIV.”¹⁹⁷ Chiến lược quốc gia cũng đề cập rằng môi trường pháp lý và chính sách chặt chẽ phải “giải quyết vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử và bảo đảm bình đẳng giới cho những người sống chung với HIV trong tiếp cận các dịch vụ xã hội” - mặc dù nó không đề cập đến các cấp độ và các hình thức kỳ thị và phân biệt đối xử với phụ nữ và các nhóm đối tượng khác nhau.¹⁹⁸

Nhờ Bộ Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV, đã có nhiều dữ liệu phân tách về vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử với người sống chung với HIV, và cũng hiểu rõ hơn sự phức tạp trong các tầng lớp của sự kỳ thị và tự kỳ thị. Hai vòng nghiên cứu của Chỉ số Kỳ

196. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lộ trình Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

197. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam*. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

198. Ủy ban Quốc gia Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm. 2011. *Chiến lược quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 (Dự thảo số 5)*.

thị năm 2011 và năm 2014 cho thấy một số thay đổi tích cực trong việc giảm tổng thể các hành vi vi phạm quyền. Năm 2014, dưới 10,6% người nhiễm HIV - và dưới 25,5% phụ nữ làm nghề mại dâm và dưới 8,5% những người tiêm chích ma túy cho biết họ đã bị vi phạm quyền trong vòng 12 tháng trước ngày điều tra.¹⁹⁹ Tuy nhiên, Chỉ số Kỳ thị năm 2014 cũng lưu ý rằng:

Mặc dù đã có những kết quả tích cực, các dữ liệu cũng cho thấy tỷ lệ các loại hình kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn còn rất cao, đặc biệt với những người đang sống chung với HIV và cũng tham gia bán dâm, tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục đồng giới. Những kết quả này cũng phù hợp với những phát hiện khác gần đây về kỳ thị và phân biệt đối xử tại Việt Nam... [phụ nữ hành nghề mại dâm], phụ nữ sống chung với HIV và [người tiêm chích ma túy] thường là những người đã bị vi phạm quyền nhiều nhất [trong số những người sống chung với HIV].²⁰⁰

Mặc dù có sự cải thiện trong khuôn khổ pháp lý về mại dâm (xem ở trên), có các báo cáo về những cuộc truy quyết mại dâm định kỳ bởi công an, gây tác động xấu đến các sáng kiến phòng chống và điều trị HIV.²⁰¹

Chỉ số Kỳ thị, Ủy ban CEDAW, những ước tính và dự báo 2011-2015 cũng cho thấy mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử đặc biệt cao trong môi trường y tế, điều này cũng được nhắc đến thường xuyên trong các cuộc phỏng vấn và cuộc họp kiểm chứng.²⁰² Nó có nhiều hình thức, bao gồm ép buộc xét nghiệm, thiếu bảo mật, sự ngược đãi của cán bộ y tế, và ép buộc triệt sản.

Cuối cùng, Bộ Chỉ số Kỳ thị năm 2014 ghi nhận tỷ lệ cao những người nhiễm HIV không tiết lộ tình trạng nhiễm HIV cho vợ, chồng hoặc bạn tình và đặt bạn tình vào nguy cơ lây nhiễm HIV cao - điều này củng cố những phát hiện trong Nghiên cứu về Lây nhiễm qua Quan hệ bạn tình năm 2012:²⁰³

... trong số những người được chẩn đoán nhiễm HIV thời gian gần đây, có 63,7% số người được hỏi trong năm 2014 đã không tiết lộ tình trạng HIV của họ với chồng/vợ/bạn tình của họ so với 38% những người được phỏng vấn trong năm 2011.²⁰⁴

Việc không tiết lộ tình trạng của mình như vậy liên quan trực tiếp đến nỗi sợ hãi bị kỳ thị và phân biệt đối xử.

199. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2015. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014*.

200. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2015. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014*.

201. Phỏng vấn, thảo luận nhóm.

202. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2015. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014*; Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam*. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

203. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng Giới và Trao quyền cho Phụ nữ). 2012. *Ước tính Lây nhiễm HIV qua Quan hệ Bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo dữ liệu*.

204. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2015. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014*.

Điều quan trọng là cần phải giải quyết thực tế là phụ nữ sống chung với HIV (và phụ nữ sống chung với HIV hành nghề mại dâm, tiêm chích ma túy, chuyển giới) đang bị vi phạm quyền con người trong các hoàn cảnh khác nhau. Các vấn đề được những người tham gia Nghiên cứu Chỉ số Kỳ thị nêu ra bao gồm: chất lượng hoạt động chăm sóc những người sống chung với HIV thấp; ép buộc xét nghiệm; xét nghiệm mà không được thông báo trước; và kỳ thị trong gia đình và cộng đồng. Người làm nghề mại dâm, nam giới và phụ nữ sử dụng ma túy, nam giới có quan hệ tình dục đồng tính, nam giới và phụ nữ chuyển giới đang sống chung với HIV thường bị kỳ thị kép – điều này ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của họ tới các dịch vụ HIV và cho chính sức khỏe tinh thần và thể chất của họ.

4. THÁCH THỨC BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI VÀ ĐẢM BẢO CÁC QUYỀN CỦA PHỤ NỮ

Do bất bình đẳng giới là nguồn gốc của tình trạng dễ bị tổn thương liên quan đến HIV của phụ nữ và trẻ em gái, tiếp cận mang tính chuyển đổi về giới là cần thiết để giải quyết vị trí thứ cấp của phụ nữ trong các mối quan hệ thân mật, hộ gia đình, gia đình, cộng đồng và xã hội. Những chương trình rất cần thiết trong thách thức các chuẩn mực giới/xã hội, và là lý do tại sao phụ nữ không thể bảo vệ mình trước việc bị lây nhiễm HIV và tại sao phụ nữ sống chung với HIV phải chịu kỳ thị và phân

biệt đối xử tồi tệ hơn, gặp nhiều rào cản tiếp cận đến dịch vụ, bị loại ra ngoài lề, và thường không được hiện hữu trong các chương trình ứng phó.

Mặc dù có sự tăng lên trong nhận thức về mối liên quan giữa giới và HIV, những ứng phó hiện nay vẫn chủ yếu là y-sinh học và vẫn chưa bao gồm việc giải quyết bất bình đẳng giới và quan hệ quyền lực bất bình đẳng như là một cách để giảm lây nhiễm HIV và giảm AIDS. Để có những thay đổi và tiến bộ lâu dài, ứng phó cần phải mở rộng để bao gồm cả những can thiệp về cấu trúc giải quyết vấn đề vị trí của phụ nữ, chuẩn mực giới, bạo lực trên cơ sở giới, sức khỏe tình dục và sinh sản, bảo trợ xã hội và tiếp cận đến công lý.

4.1. BẠO LỰC TRÊN CƠ SỞ GIỚI

Một trong những tác động nghiêm trọng nhất của quan hệ quyền lực trên cơ sở giới là bạo lực của nam giới đối với phụ nữ và trẻ em gái ở mọi lứa tuổi, điều này phổ biến ở tất cả các xã hội, bao gồm Việt Nam, và có ý nghĩa quan trọng đối với khả năng tự bảo vệ của phụ nữ trước lây nhiễm HIV (xem phía trên).

Luật Phòng chống bạo lực gia đình (năm 2007) quy định những điều khoản cụ thể về phòng chống bạo lực gia đình; cung cấp dịch vụ bảo vệ và hỗ trợ cho nạn nhân của bạo lực gia đình; trách nhiệm của cá nhân, gia đình, cơ quan và tổ chức trong phòng chống bạo lực gia đình và xử lý khi vi phạm luật. Tuy nhiên, không có định nghĩa và luật về bạo lực trên cơ sở giới nói chung. Điều này cần khẩn trương được giải quyết để tăng cường và mở rộng chương trình ứng phó với bạo lực trên cơ

sở giới (và với HIV).²⁰⁵ Khoảng cách trong luật này càng sâu sắc hơn khi thiếu cơ chế phối hợp để giải quyết bạo lực giới. Trong khi Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch chịu trách nhiệm về bạo lực gia đình, Bộ Công an chịu trách nhiệm về buôn bán người, Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình phụ trách vấn đề tảo hôn, và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chịu trách nhiệm về bình đẳng giới và các hành vi bạo lực trên cơ sở giới. Bạo lực giới không được đề cập như là một cấu phần quan trọng của các ứng phó với HIV: ví dụ, trong khi Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS 2016-2020 có một phần nhỏ đề cập đến dự phòng tiền phơi nhiễm cho các nhóm đối tượng chính, nhưng không bao gồm dự phòng tiền phơi nhiễm cho nạn nhân của bạo lực tình dục.²⁰⁶

Bên cạnh đó, cho dù có Luật, bạo lực gia đình được coi như một định kiến - và hiếm khi được báo cáo do định kiến giới, truyền thống đạo đức và sự nhấn mạnh vào việc duy trì hạnh phúc gia đình (kể cả trong luật) và quy trình pháp lý rườm rà, điều này dẫn đến một tỉ lệ kết án rất thấp.²⁰⁷ Theo UN Women và UNODC, trong một nghiên cứu, chỉ 43%

các trường hợp bạo lực gia đình đi trình báo được công an quan tâm; chỉ có 12% các trường hợp báo cáo dẫn đến kết án hình sự; và chỉ có 1% các trường hợp báo cáo bị kết án.²⁰⁸ Cuồng hiếp dâm như còn bị giấu giếm nhiều hơn ở Việt Nam - do mức độ cấm kỵ và xấu hổ cao, với tỉ lệ công bố và báo cáo thấp, liên quan đến suy nghĩ về danh dự gia đình, họ hàng và địa vị xã hội,²⁰⁹ cũng như là định kiến giới và tình trạng đổ tội cho người bị nạn. Có sự ngần ngại cả trong việc thừa nhận và khi nói về cưỡng hiếp và đây không phải là một phần trong những thảo luận về bạo lực trên cơ sở giới. Rõ ràng cần có thêm các nghiên cứu về vấn đề này. Tình trạng tử vong ở phụ nữ không được nói đến trong các nghiên cứu nhưng báo cáo bóng CEDAW lưu ý rằng ở Việt Nam cứ ba ngày có một phụ nữ chết do liên quan đến bạo lực gia đình.²¹⁰

Mối liên quan giữa bạo lực trên cơ sở giới và HIV vẫn chưa được biết đến và nghiên cứu nhiều ở Việt Nam, điều này ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ. Phụ nữ tìm kiếm dịch vụ cho những tổn thương liên quan đến bạo lực trên cơ sở giới hiếm khi được đề nghị kiểm tra HIV, và phụ nữ sống chung với HIV khi tìm

-
205. UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ) và UNODC (Văn phòng Liên Hợp Quốc về Ma túy và Tội phạm). 2015. *Khuyến nghị chung về dự thảo Bộ luật Hình sự sửa đổi để tăng cường ứng phó hiệu quả với bạo lực đối với phụ nữ*. Báo cáo bóng CEDAW.
206. Bộ Y tế. 2015. *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS 2016-2020*.
207. UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ) và UNODC (Văn phòng Liên Hợp Quốc về Ma túy và Tội phạm). 2015. *Khuyến nghị chung về dự thảo Bộ luật Hình sự sửa đổi để tăng cường ứng phó hiệu quả với bạo lực đối với phụ nữ*. Báo cáo bóng CEDAW.
208. UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ) và UNODC (Văn phòng Liên Hợp Quốc về Ma túy và Tội phạm). 2013. *Đánh giá tình hình của phụ nữ trong hệ thống tư pháp hình sự tại Việt Nam: Nhắm hỗ trợ các nỗ lực của Chính phủ hướng tới bình đẳng giới có hiệu quả trong hệ thống hình sự tư pháp*.
209. Nguyễn Thu Hương. 2012. "Tiết lộ về Hiếp dâm: sự tương tác của giới, văn hóa và quan hệ họ hàng ở Việt Nam đương đại". *Văn hóa, Sức khỏe & Giới tính Một Tạp chí Quốc tế về Nghiên cứu, Can thiệp và Chăm sóc*. ISSN: 1369-1058 (Print) 1464-5351 Trang chủ Tạp chí (Online): <http://www.tandfonline.com/loi/tchs20> Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.
210. Ủy ban về Các quyền Con người của Việt Nam (VCHR) và Liên đoàn Quốc tế về Các quyền Con người (FIDH). Tháng 6 năm 2015, *Báo cáo thay thế gửi Ủy ban về Xóa bỏ phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW) trong báo cáo định kỳ kết hợp lần thứ 7 và thứ 8 của Việt Nam*.

đến dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ không được sàng lọc bạo lực giới.²¹¹ Tương tự, trong khi người được phỏng vấn từ Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam đề cập đến vai trò của họ trong cung cấp chỗ ở an toàn cho phụ nữ và trẻ em là nạn nhân của buôn bán và bạo lực gia đình thông qua Dự án Ngôi nhà Bình yên, không rõ liệu phụ nữ sống chung với HIV có được sử dụng dịch vụ này.

Để giải quyết bạo lực giới, cần có các hành động sau:²¹²

- Giải quyết các nguyên nhân gốc rễ của sự bất bình đẳng giới gây ra bạo lực trên cơ sở giới và tác động không cân xứng của HIV;
- Thúc đẩy chính sách và khuôn khổ pháp lý và tăng cường tiếp cận công lý;
- Cải thiện dịch vụ bằng cách thúc đẩy và mở rộng khung về quyền và sức khỏe tình dục và sinh sản.

4.2. QUYỀN SỨC KHỎE TÌNH DỤC VÀ SINH SẢN

Tiếp cận của phụ nữ đến sức khỏe tình dục và sinh sản là một vấn đề trọng tâm trong bốn

lĩnh vực của ứng phó với HIV có nhạy cảm giới. Ở Việt Nam, sức khỏe tình dục và sinh sản được giải quyết trong dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Đã có những thành công đáng chú ý ví dụ như hai phần ba trong số các trường hợp giảm tỉ lệ tử vong mẹ giữa năm 1990 và 2009 là do chương trình thai sản an toàn.²¹³ Năm 2012, cũng có những tiến bộ trong: mở rộng tiếp cận đến chăm sóc sức khỏe sinh sản có chất lượng, bao gồm cả chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh; kế hoạch hóa gia đình; và xây dựng các chương trình, chính sách và luật pháp về sức khỏe sinh sản và quyền mạnh mẽ hơn; và xây dựng các biện pháp để cung cấp dịch vụ có chất lượng cho các nhóm người nghèo và dễ bị tổn thương khác.²¹⁴ Đến năm 2014, theo chính phủ, tỉ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở phụ nữ đã đạt 75,7% trên toàn quốc, và tỷ lệ sinh vị thành niên đã giảm.²¹⁵ Hầu hết phụ nữ được tiếp cận với chăm sóc thai sản trong khi mang thai, với 95,8% phụ nữ mang thai được khám thai ít nhất một lần và 73,7% khám thai ít nhất bốn lần.²¹⁶ Những thành tựu này có được là do các chương trình tập trung vào việc nâng cao chất lượng của người làm hộ sinh thông qua đào tạo, nâng cao cơ sở hạ tầng trung tâm y tế và mở rộng các chiến dịch truyền thông.²¹⁷

211. Spratt, Kai và Quách Thị Thu Trang. 2011. *USAID AIDSTAR - Một nghiên cứu trường hợp -Tạo ra các tiêu chuẩn mới: Lồng ghép giới vào chương trình Các bước Chăm sóc tại Việt Nam.*

212. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) 2013. *Bạo lực trên cơ sở giới, HIV và các khung phát triển sau năm 2015.* [Tham vấn cấp cao của UNAIDS và Chính phủ Hoa Kỳ. Bài thảo luận].

213. Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2012. *Để đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ với sự Công bằng - MDG 5: Cải thiện sức khỏe bà mẹ.* http://www.un.org.vn/images/stories/MDGs/2012/MDG_5.pdf Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

214. Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2012. *Để đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ với sự Công bằng - MDG 5: Cải thiện sức khỏe bà mẹ.* http://www.un.org.vn/images/stories/MDGs/2012/MDG_5.pdf Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

215. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.*

216. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.*

217. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.*

Tuy nhiên, những tiến bộ này đã chậm lại đáng kể trong những năm gần đây.²¹⁸ Như chúng ta thấy, vẫn còn những thách thức nghiêm trọng trong đảm bảo các quyền tình dục và sinh sản của phụ nữ, bao gồm phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính – và đặc biệt là những người trẻ tuổi, nghèo và/hoặc đến từ một dân tộc thiểu số.

Bên cạnh đó, các chương trình HIV ít chú ý đến quyền ra quyết định liên quan đến sức khỏe tình dục và sinh sản của phụ nữ sống chung với HIV. Một nghiên cứu năm 2012 cho thấy có khoảng cách giữa mong muốn và nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ sống chung với HIV, với những dịch vụ y tế hiện có ở Việt Nam, cũng như lời khuyên của các cán bộ y tế. Việt Nam có nhiều cơ sở y tế và có thể cung cấp dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản toàn diện – nhưng chỉ cho một vài phụ nữ, và không dành cho phụ nữ sống chung với HIV. Điều đáng lo ngại không kém đó là có những lời khuyên không chính xác: hơn 40% phụ nữ được phỏng vấn cho biết được nhân viên y tế và các thành viên gia đình khuyên là phải kiêng quan hệ tình dục. Chỉ có 14% số phụ nữ không muốn có con tại thời điểm nghiên cứu có sử dụng các dịch vụ tránh thai, có báo cáo của phụ nữ

sống chung với HIV mang thai được khuyên nên phá thai.²¹⁹ Một nghiên cứu khác trên 300 phụ nữ sống chung với HIV đã cho thấy rằng, trong tất cả những phụ nữ mang thai tại thời điểm nghiên cứu, 13% đã được khuyên nên phá thai, trong số đó 41% đã nhận được lời khuyên này từ các cán bộ y tế.²²⁰

Bộ chỉ số Kỳ thị 2012 cũng báo cáo rằng một số người sống chung với HIV đã từng nhận được “những lời khuyên không phù hợp, thiếu chính xác hoặc có tính ép buộc về sức khỏe sinh sản”, bao gồm “được khuyên không nên có con hoặc đi triệt sản, hoặc ép buộc sử dụng biện pháp tránh thai – ví dụ bằng cách chỉ định điều trị với các lựa chọn hình thức tránh thai nhất định.”²²¹ Những số liệu này kết nối với các bằng chứng rằng phụ nữ (và nam giới) sống chung với HIV nhận được thái độ kỳ thị từ cán bộ y tế. Một nghiên cứu khác năm 2012, của Mạng lưới Phụ nữ dương tính khu vực châu Á - Thái Bình Dương của những người sống chung với HIV, nhấn mạnh các vấn đề tương tự trong tiếp cận dịch vụ, thái độ của nhân viên chăm sóc sức khỏe, sự ép buộc và các vi phạm khác ở Việt Nam.²²² Những vấn đề này đã nhiều lần được phụ nữ sống chung với HIV lên tiếng trong Báo cáo bóng Công ước CEDAW, trong các cuộc phỏng vấn và cuộc họp kiểm chứng của

-
218. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam*.
219. Messersmith và đồng nghiệp. 2012. *Phụ nữ sống chung với HIV ở Việt Nam: khát vọng có con, việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản, và lời khuyên từ những người cung cấp dịch vụ. Vấn đề sức khỏe sinh sản 2012; 20(395): 27-38.*
220. Messersmith và đồng nghiệp. 2012. *Phụ nữ sống chung với HIV ở Việt Nam: khát vọng có con, việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản, và lời khuyên từ những người cung cấp dịch vụ. Vấn đề sức khỏe sinh sản 2012; 20(395): 27-38.*
221. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2012. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2012.*
222. WAPN + (Phụ nữ của Mạng lưới châu Á - Thái Bình Dương Những Người sống chung với HIV). 2012. *Dương tính và Mang thai: Có dám. Một nghiên cứu về tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và bà mẹ cho phụ nữ sống chung với HIV ở châu Á. Những phát hiện từ sáu quốc gia: Bangladesh, Campuchia, Ấn Độ, Indonesia, Nepal, Việt Nam.*

nghiên cứu này.

4.3. BẢO TRỢ XÃ HỘI

Những thảo luận và chính sách bảo trợ xã hội đã phát triển hơn trong thập kỷ vừa qua, do mong muốn giảm nghèo và tình trạng dễ bị tổn thương.²²³ Việt Nam hiện có một loạt các chương trình bảo trợ xã hội bao gồm trợ giúp xã hội, bảo hiểm xã hội, nhiều dịch vụ xã hội và các biện pháp công bằng xã hội.²²⁴ Mặc dù có tiến bộ hướng tới các mục tiêu phát triển cho con người của Việt Nam, vẫn còn nhiều khu vực nghèo và dễ bị tổn thương ở Việt Nam. Nghèo không phải là một vấn đề trung lập về giới và bất bình đẳng giới khiến phụ nữ trải nghiệm tình trạng nghèo khổ khác biệt hơn. Chỉ số nghèo đói chính ở Việt Nam là dân tộc thiểu số và giới. Như chúng ta đã thấy, khoảng cách tiền lương giữa nam giới và phụ nữ đã giảm nhưng vẫn tồn tại và phụ nữ ít được tiếp cận đến việc làm hơn nam giới.²²⁵

Mối quan hệ giữa HIV và nghèo đói rất phức tạp. Trong khi hầu hết mọi người sống chung với HIV và AIDS là người nghèo, nhiều người không nghèo cũng sống chung và/hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV. Tuy nhiên, người nghèo và nhiễm HIV dễ bị tổn thương hơn: họ có khả năng bị ốm và thường tử vong nhanh hơn, một phần do thiếu dinh dưỡng liên quan đến tình trạng nghèo đói và thiếu tiếp cận tới chăm sóc y tế thích hợp. Mối liên hệ giữa

nghèo đói và HIV làm tăng lên sự kỳ thị và phân biệt đối xử; tác động mạnh đến cả người nghèo và người sống chung với HIV, và nặng nề hơn với những người gặp cả hai tình trạng này. Các hộ gia đình nghèo thường bị loại ra bên lề xã hội do thiếu tài chính và các tài sản khác cũng như bị gạt ra bên lề về mặt chính trị và xã hội. Điều này làm tăng thêm các khó khăn của họ trong tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV, và trong điều trị và chăm sóc người bệnh và gia đình bị ảnh hưởng bởi HIV. Hơn nữa trải nghiệm về HIV và AIDS của các cá nhân, hộ gia đình và các cộng đồng nghèo thường khiến họ nghèo thêm, vì nó có thể giảm các cơ hội tạo thu nhập do sức khỏe yếu hoặc bị loại ra, trong khi liên tục đòi hỏi phải có các chi tiêu thêm.²²⁶ Tất cả điều này có nghĩa là phụ nữ - những người có nhiều khả năng bị tình trạng nghèo hơn - thì cũng dễ bị tổn thương, và bị ảnh hưởng của HIV hơn.

Những dịch vụ nào đang có dành cho phụ nữ và trẻ em gái? Các chương trình bảo hiểm xã hội (nhằm bảo vệ sức khỏe, sinh kế và hạnh phúc trước các rủi ro và các cú sốc) – có thể không nhắm cụ thể vào phụ nữ và trẻ em gái, nhưng có thể bảo vệ họ - bao gồm:

- Quỹ Chăm sóc Sức khỏe cho Người nghèo, được thành lập năm 2003 để cung cấp chăm sóc y tế cho người nghèo, người dân tộc thiểu số và các vùng khó khăn. Từ năm 2005, đã có các dịch vụ y tế miễn phí tại các cơ

223. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. *Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội (2001-2005; 2006-2010; 2011-2016)*.

224. Nicola Jones và Trần Thị Vân Anh. 2012. *Báo cáo nền tảng: Chính trị về giới và bảo trợ xã hội ở Việt Nam: cơ hội và thách thức cho một tiếp cận mang tính chuyển biến*.

225. Nicola Jones và Trần Thị Vân Anh. 2012. *Báo cáo nền tảng: Chính trị về giới và bảo trợ xã hội ở Việt Nam: cơ hội và thách thức cho một tiếp cận mang tính chuyển biến*.

226. Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

sở y tế công cho tất cả trẻ em dưới sáu tuổi. Theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế mới năm 2008, tất cả các dịch vụ này đã được đưa vào chương trình bảo hiểm y tế. Chương trình này cung cấp bảo hiểm y tế miễn phí hoặc trợ cấp một phần cho các nhóm như tất cả trẻ em dưới sáu tuổi, người nghèo, người nghỉ hưu và cựu chiến binh.²²⁷ Luật Bảo hiểm Y tế được sửa đổi năm 2014.²²⁸

- Bảo hiểm y tế tự nguyện được ra mắt lần đầu tiên vào năm 1992 và hiện nay chi trả cho những người không đủ điều kiện tham gia Quỹ Chăm sóc sức khỏe.
- Dịch vụ phúc lợi xã hội cho thành viên của các nhóm bị thiệt thòi cần được chăm sóc đặc biệt hoặc những người bị từ chối tiếp cận các dịch vụ cơ bản do đặc điểm xã hội đặc biệt của mình.
- Các sáng kiến và các dịch vụ cho trẻ em và phụ nữ là nạn nhân của nạn buôn người, bạo lực và bị lạm dụng trong gia đình.

Vấn đề bảo trợ xã hội là chủ đề chính trong các cuộc phỏng vấn với phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính bao gồm phụ nữ mại dâm và phụ nữ sử dụng ma túy. Những phụ nữ này đề cập

cụ thể đến việc không thể chi trả để mua bảo hiểm y tế, và một nghiên cứu khác (như Báo cáo chiến lược Đầu tư của Việt Nam) cho rằng tiếp tục cung cấp ART miễn phí trong tương lai là một mối quan tâm thực sự và cấp thiết cho tất cả những người sống chung với HIV.²²⁹ Một phần của các cuộc thảo luận về việc giải quyết sự bền vững của chương trình ứng phó khi tài trợ quốc tế cho HIV giảm, Chính phủ hiện đang nghiên cứu về khả năng chi trả các dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV từ bảo hiểm y tế xã hội. Tuy nhiên, có những thách thức trong cách tiếp cận này: theo Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi, từ tháng 1 năm 2015 đăng ký mua bảo hiểm y tế phải trên cơ sở hộ gia đình - có nghĩa là phụ nữ (và các thành viên khác trong gia đình) không thể đăng ký theo cá nhân. Trẻ em đến 6 tuổi hoàn toàn được miễn phí bảo hiểm, cũng như những người làm việc cho chính phủ hoặc đã nghỉ hưu (đã đóng bảo hiểm trong 20 năm), và những người làm việc trong khu vực chính thức được chi trả một phần (bảo hiểm đền bù). Điều này đặt ra thách thức cho người lao động không chính thức, chẳng hạn như những người lao động tự do hoặc làm việc trong ngành nông nghiệp (chiếm hơn 70 phần trăm của tổng số lực lượng lao động của Việt Nam), và cho người lao động dân tộc thiểu số và lao động di cư, những người thường làm việc trong khu vực phi chính thức. Những người này thường không được tiếp cận đến trợ giúp xã hội, cũng như các lợi ích/quyền lao động

227. Nicola Jones và Trần Thị Vân Anh. 2012. *Báo cáo nền tảng: Chính trị về giới và bảo trợ xã hội ở Việt Nam: cơ hội và thách thức cho một tiếp cận mang tính chuyển biến.*

228. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Luật số 46/2014/QH13: Sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế.*

229. Bộ Y tế. 2014. *Tối ưu hóa Ứng phó với HIV ở Việt Nam: Chiến lược đầu tư cho phòng chống HIV.*

230. Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam. Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. Tiếng nói của chúng ta, Tương lai của chúng ta. Báo cáo tổng hợp về Quá trình tham vấn Hậu 2015.*

khác, bao gồm y tế có chất lượng và giá cả phải chăng.²³⁰

Phụ nữ cũng thường làm việc trong các hình thức việc làm dễ bị tổn thương và bấp bênh, hoặc là lao động tự do hoặc lao động gia đình không được trả lương.²³¹ Các quan ngại được những người phụ nữ nêu ra trong các cuộc phỏng vấn rằng hoặc là bản thân người phụ nữ, hoặc chồng của họ không làm việc trong khu vực chính thức và thậm chí không được bảo hiểm y tế xã hội chi trả một phần. Do quy định đăng ký theo hộ gia đình, nếu phụ nữ sống chung với HIV muốn tiếp cận bảo hiểm xã hội, họ phải trả 100% chi phí cho bản thân và chồng cũng như con cái trên 6 tuổi của họ, điều này tạo ra một gánh nặng tài chính khổng lồ.

Năm 2014, Ủy ban Các quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hóa nhấn mạnh rằng:

Bất chấp những tiến bộ đạt được trong việc mở rộng đăng ký tham gia bảo hiểm y tế, độ bao phủ thấp trong nhóm công nhân trong khu vực kinh tế phi chính thức, cũng như các yêu cầu đồng chi trả cản trở việc tiếp cận đến y tế trong các nhóm thiệt thòi và yếu thế.

Và lưu ý rằng

Sự hạn chế của các dịch vụ y tế có chất lượng, đặc biệt là ở vùng sâu vùng xa ... [và]... sự phân tầng trong bảo vệ sức khỏe trong xã hội và các tác động bất lợi của tư nhân hóa đến khả năng chi trả dịch vụ y tế.²³²

4.4. TIẾP CẬN CÔNG LÝ

Như chúng ta đã thấy, Việt Nam có quy định pháp luật để bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người sống chung với HIV, như Luật Phòng, chống HIV/AIDS 2006. Tuy nhiên, việc thực hiện Luật vẫn còn yếu do “chậm triển khai các chính sách đã được xây dựng đến chính quyền xã, cơ quan thực thi pháp luật, cộng đồng, và hiểu biết hạn chế về các chính sách liên quan đến HIV của những người thực hiện các chính sách này.”²³³ Các yếu tố cụ thể hạn chế việc thực hiện Luật HIV và các quy định có liên quan là:

- Thiếu kiến thức về luật của cán bộ thực thi pháp luật; hiểu biết hạn chế về Nghị định 69/2011/NĐ - CP ngày 08/08/2011 (về xử phạt vi phạm hành chính đối với hành vi phân biệt đối xử giữa người dân ở cấp xã, hoặc tại các cơ sở y tế và các doanh nghiệp);
- Thiếu cơ chế cho các tổ chức xã hội dân sự đưa ra phản hồi cho chính phủ về việc liệu pháp luật có đang được thi hành;
- Các cơ chế thực thi pháp luật rất yếu, phần lớn các vấn đề liên quan đến chế tài pháp luật không được thực hiện nghiêm túc;
- Không thống nhất trong hỗ trợ cho các can thiệp giảm hại giữa Luật và các luật yêu cầu quản chế người sử dụng ma túy.

231. Tổng cục thống kê Việt Nam. 2015. Báo cáo Điều tra Lao động Việc làm 2014.

232. Ủy ban Các quyền về Kinh tế, Xã hội và Văn hóa. 28 tháng 11 năm 2014. Các quan sát mang tính kết luận về báo cáo định kỳ lần thứ 2 tới lần thứ 4 của Việt Nam (E/C.12/VNM/CO/2-4)

233. Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2012. Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS ở Việt Nam 2012.

Chính phủ Việt Nam cũng có cơ chế để chỉnh sửa luật pháp và trợ giúp pháp lý miễn phí nếu các quy định của Luật phòng chống HIV/AIDS bị vi phạm. Các chuyên gia tư vấn đã đến thăm Trung tâm Tư vấn Chính sách y tế và Luật pháp về HIV và AIDS Hà Nội, một trong năm trung tâm pháp lý ở Việt Nam hiện đang cung cấp các thông tin, tư vấn và trợ giúp pháp lý cho người sống chung với HIV, tư vấn về luật pháp và chính sách, và tập huấn về chính sách và pháp luật liên quan đến HIV. Trung tâm cũng có một đường dây điện thoại nóng. Từ năm 2009 đến 2011, Trung tâm đã xử lý tổng cộng 8.238 lượt truy vấn (không bao gồm các cuộc gọi qua đường dây nóng).²³⁴ Các trường hợp và chuyển gửi liên quan đến nhiều vấn đề như kỳ thị và phân biệt đối xử trong các bối cảnh khác nhau như gia đình, nơi làm việc, và trong môi trường giáo dục.²³⁵

Tuy nhiên, để truy cập trợ giúp pháp lý, người sống chung với HIV phải tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình, điều này làm tăng nguy cơ bị kỳ thị và phân biệt đối xử và vi phạm quyền được bảo mật theo Luật. Ngoài ra, tiếp cận với các dịch vụ pháp lý không đồng đều trong cả nước, và các dịch vụ đó không đủ sâu rộng; không đủ nguồn lực để giải quyết tất cả các hành vi vi phạm. Do đó, vấn đề chi trả cho việc tiếp cận với trợ giúp pháp lý được nêu ra trong một nghiên cứu khu vực năm 2013 về bảo vệ pháp lý cho người sống chung với HIV, trong đó đề xuất rằng Luật Trợ giúp Pháp lý của Việt Nam cần được sửa

đổi để bao gồm cả những người sống chung với HIV.²³⁶ Như chúng ta đã thấy, khả năng chi trả là một rào cản tiếp cận đến các dịch vụ HIV liên quan đến giới, và trong trường hợp này nó tác động đến khả năng tiếp cận các dịch vụ pháp lý của người phụ nữ. Cuối cùng, việc giam giữ bắt buộc người sử dụng ma túy có nghĩa là họ thường cố để tránh bị các cơ quan chức năng phát hiện, điều này bao gồm tránh bất kỳ liên hệ nào với hệ thống pháp luật để thực thi các quyền của mình, vì lo sợ bị giam giữ. Đối với phụ nữ sử dụng ma túy, nỗi sợ hãi này cộng với những khó khăn trong tiếp cận do tình trạng không hiện diện của họ, và những kỳ thị, phân biệt đối xử cụ thể nhắm vào họ - một lần nữa, cần được nghiên cứu thêm.

Với những lý do này và cả các lý do khác, người sống chung với HIV tại Việt Nam thường không tìm kiếm trợ giúp pháp lý. Theo Chỉ số Kỳ thị 2014, 94% số người được hỏi đã từng bị vi phạm quyền đã không tìm kiếm trợ giúp pháp lý: “nhiều người cho biết họ đã được khuyên không nên hoặc là họ không có lòng tin sẽ mang lại kết quả.”²³⁷ Một tỷ lệ nhiều nam giới hơn phụ nữ trong số người trả lời đã tìm đến trợ giúp pháp lý (6,5% so với 4,8%), phụ nữ mại dâm thường tìm kiếm trợ giúp pháp lý nhiều hơn so với những phụ nữ khác (7,1% đã làm như vậy). Điều này cho thấy rằng trong khi tiếp cận công lý là hạn chế cho tất cả những người sống chung với HIV, có những thách thức đặc biệt đối với phụ nữ - và rằng, trong trường hợp này, phụ nữ mại dâm

234. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2012. *Dịch vụ pháp lý cho người sống chung với HIV và nhóm dân cư chính: một đánh giá về bối cảnh hiện nay và khuyến nghị cho tương lai*.

235. Phòng vấn.

236. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2013. *Bảo vệ pháp lý đối với các vi phạm nhân quyền liên quan đến HIV: Những kinh nghiệm và bài học kinh nghiệm từ các luật quốc gia về HIV ở châu Á và Thái Bình Dương*.

237. UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2013. *Bảo vệ pháp lý đối với các vi phạm nhân quyền liên quan đến HIV: Những kinh nghiệm và bài học từ các luật pháp quốc gia về HIV ở châu Á và Thái Bình Dương*.

có thể làm tốt hơn so với những người khác. Hiện chưa rõ lý do tại sao lại như vậy, mặc dù phụ nữ bán dâm sống chung với HIV báo cáo về việc vi phạm quyền lợi của mình nhiều hơn bất kỳ nhóm khác trong nghiên cứu, và cũng có mức thu nhập cao thứ hai, có nghĩa là họ đã có cả lý do và các nguồn lực để tìm kiếm trợ giúp pháp lý. Tuy nhiên - như với rất nhiều khía cạnh của vấn đề này - cần tiếp tục điều tra.

Các cuộc phỏng vấn phản ánh một số vấn đề pháp lý mà phụ nữ sống chung với HIV phải đối mặt, các vấn đề được xác định trong nghiên cứu về pháp luật bảo vệ, bao gồm việc mất nhà, mất quyền giám hộ con, quyền sở hữu và thừa kế.²³⁸

“Tôi bị nhiễm HIV từ chồng tôi. Chúng tôi có một con trai nhưng nó không bị nhiễm. Khi chồng tôi qua đời, bố mẹ chồng tôi đuổi tôi ra khỏi nhà tôi và cướp con trai tôi. Tôi nhớ con mình, nhưng tôi không thể gặp nó. Chúng tôi cần sự hỗ trợ để phụ nữ sống chung với HIV có quyền được chăm sóc con cái của mình.”

(Thảo luận nhóm tập trung, phụ nữ sống chung với HIV)

Trong khi đó, báo cáo CEDAW, mặc dù đánh giá cao những nỗ lực của Việt Nam trong xây dựng năng lực tư pháp về bình đẳng giới, nhưng vẫn lo ngại rằng:

Việc sử dụng thường xuyên các biện pháp hòa giải để giải quyết tranh chấp

liên quan đến đặc quyền của nam giới đối với phụ nữ, kể cả trong trường hợp tranh chấp về bạo lực gia đình và tài sản, gây cản trở phụ nữ trong tiếp cận công lý và các biện pháp giải quyết;

Tiếp cận của phụ nữ đến trợ giúp pháp lý còn ít và theo Luật Trợ giúp Pháp lý (2006) trợ giúp pháp lý không miễn phí cho phụ nữ ở những hộ gia đình trên mức nghèo khổ, ngay cả khi họ không có tiếp cận đến thu nhập gia đình và/hoặc những người là nạn nhân của bạo lực.²³⁹

Giống như các nghiên cứu năm 2013 về bảo vệ pháp luật, các khuyến nghị bao gồm việc sửa đổi Luật Trợ giúp Pháp lý,²⁴⁰ cụ thể:

Xây dựng chương trình trợ giúp pháp lý toàn diện để đảm bảo tiếp cận của phụ nữ đến tòa án một cách hiệu quả, bao gồm cả các trường hợp phân biệt đối xử và bạo lực đối với phụ nữ, với thời gian rõ ràng và cơ chế giám sát, cho các vụ án hình sự ... [cũng như các biện pháp để] tăng cường nhận thức của chính phụ nữ về quyền của mình và tăng giáo dục pháp luật trong mọi lĩnh vực của pháp luật, để trao quyền cho phụ nữ để họ có thể sử dụng các quy định và các biện pháp để đòi quyền lợi của họ.²⁴¹

Để phụ nữ sống chung với HIV có tiếp cận đầy đủ đến công lý mà họ xứng đáng được hưởng, cần cải thiện hơn nữa tình hình hiện nay.

238. VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2014. *Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014*.

239. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam. CEDAW/C/VNM/CO/7-8*.

240. Luật này được lên kế hoạch sửa đổi vào năm 2016.

241. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam. CEDAW/C/VNM/CO/7-8*.

KHUYẾN NGHỊ

Dự phòng

Tất cả các yếu tố của các chương trình dự phòng cần phải giải quyết những vấn đề thực tế của phụ nữ và trẻ em gái và các cách thức mà bất bình đẳng giới làm tăng rủi ro. Một số hoạt động chính bao gồm:

- Tăng tiếp cận tới các dụng cụ giảm hại miễn phí – bao cao su nam và nữ và chất bôi trơn, bơm kim tiêm sạch.
- Xây dựng tài liệu và các chương trình thông tin, giáo dục, truyền thông và truyền thông thay đổi hành vi có chú ý tới đặc điểm riêng của các nhóm phụ nữ và trẻ em gái có nguy cơ. Đối với phụ nữ dân tộc thiểu số, phụ nữ có trình độ học vấn thấp và/hoặc không thông thạo tiếng Việt, cần có các biện pháp truyền thông thay thế (bằng hình ảnh).
- Đảm bảo rằng có các chương trình giảm hại thân thiện với phụ nữ và phụ nữ sử dụng ma túy có thể tiếp cận các chương trình này. Điều này đòi hỏi có các nghiên cứu và các dự án thí điểm mà có thể nhân rộng.
- Đào tạo tư vấn viên để giải quyết các vấn đề cụ thể mà phụ nữ và trẻ em gái đang gặp phải xung quanh việc xét nghiệm, chuẩn đoán, tiết lộ/bảo mật thông tin.
- Đào tạo nhân viên y tế về tư vấn và xét nghiệm HIV và tầm quan trọng của việc duy trì bảo mật thông tin, cũng như tránh kỳ thị và phân biệt đối xử

- Cung cấp dịch vụ tư vấn và xét nghiệm cho cặp đôi: quá trình này cần đảm bảo rằng phụ nữ có tiếng nói bình đẳng và không bị bạo lực tình dục của họ ép buộc.

Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ

- Triển khai khẩn cấp nghiên cứu sâu hơn về vấn đề và thách thức về giới liên quan đến điều trị, chăm sóc và hỗ trợ vì những vấn đề này vẫn chưa được biết đến.
- Giải quyết tình trạng tập trung vào Chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con hiện nay bằng cách cung cấp các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ liên quan đến HIV cho nhiều nhóm phụ nữ hơn.
- Khuyến khích và thúc đẩy sự tham gia của nam giới vào Chương trình dự phòng lây truyền từ mẹ sang con.
- Đảm bảo rằng những phụ nữ là bạn tình của các thành viên nam trong nhóm quần thể chính được tiếp cận và có thể sử dụng dịch vụ dự phòng, điều trị và chăm sóc HIV.
- Đảm bảo rằng phụ nữ được hỗ trợ đầy đủ, bao gồm hỗ trợ tài chính cho việc chăm sóc con cái, các thành viên gia đình và các thành viên cộng đồng sống chung với HIV của họ. Thách thức các chuẩn mực xã hội xung quanh việc chăm sóc HIV bằng cách huy động sự tham gia của nam giới và trẻ em trai. Đảm bảo rằng vai trò chăm sóc được phản ánh và dự trù kinh phí

trong kế hoạch chiến lược và kế hoạch triển khai hoạt động phòng chống HIV quốc gia.

Kỳ thị và phân biệt đối xử

Giải quyết tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đòi hỏi có một môi trường thuận lợi. Mặc dù các chiến dịch truyền thông toàn quốc cung cấp thông tin giáo dục về HIV để giảm kỳ thị và phân biệt đối xử, hiệu quả của các chiến dịch này (ít nhất là phần nào) bị phủ nhận bởi những diễn ngôn về “tệ nạn xã hội” mà tạo ra sự kỳ thị với lao động tình dục và người sử dụng ma túy.

- Tăng cường nhận thức của cán bộ y tế về sự đan xen, trùng lặp và giao thoa các kỳ thị và phân biệt đối xử trong hệ thống y tế, đặc biệt đối với phụ nữ sống chung với HIV và các thành viên của nhóm quần thể chính (nam giới và phụ nữ tiêm chích ma túy, lao động tình dục, nam giới có quan hệ tình dục đồng tính và phụ nữ chuyển giới), và cung cấp những khóa tập huấn bắt buộc về các chính sách và luật pháp có liên quan, bao gồm sự cần thiết của bảo mật thông tin.
- Tạo ra các cơ chế dễ tiếp cận và an toàn cho người dân để nêu vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử và giải quyết tích cực các vi phạm.
- Xây dựng các chiến dịch và tài liệu truyền thông nhằm đến giáo dục cộng đồng về HIV, giới, kỳ thị và phân biệt đối xử. Đảm bảo rằng những hoạt

động này không chỉ giới hạn trong “tuần lễ về AIDS” mà được triển khai thường xuyên.

- Huy động sự tham gia của các phương tiện truyền thông để nâng cao nhận thức trong cộng đồng, đặc biệt là những người không sống chung với HIV.
- Thu hút nam giới thách thức định kiến và quan niệm về giới.
- Xây dựng năng lực thể chế của các mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV và các nhóm quần thể chính khác để vận động chống phân biệt đối xử.
- Tăng cường thực thi các điều khoản có liên quan trong Luật Phòng chống HIV/AIDS và các luật khác để giải quyết tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính.

Bạo lực trên cơ sở giới²⁴²

- Lồng ghép nhận thức và các thông điệp phòng chống bạo lực đối với phụ nữ và HIV vào các chiến dịch rộng lớn và toàn diện. Những chiến dịch như vậy cần làm nổi bật vai trò lãnh đạo của chính quyền, với sự tham gia của mọi thành phần của xã hội, nhưng vẫn tập trung vào phụ nữ, trẻ em gái và cộng đồng người chuyển giới.
- Đảm bảo rằng các dịch vụ pháp lý phù hợp, hiệu quả và miễn phí là một phần của chương trình ứng phó với bạo lực trên cơ sở giới và HIV.

242. UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2013. *Bạo lực trên cơ sở giới, HIV và khung phát triển sau năm 2015*. [Tham vấn cấp cao của UNAIDS và Chính phủ Hoa Kỳ. Bài thảo luận].

- Đảm bảo rằng cán bộ thực thi pháp luật và cán bộ tư pháp có đầy đủ kiến thức về HIV và bạo lực trên cơ sở giới, và mối quan hệ chặt chẽ giữa chúng với việc thúc đẩy và bảo vệ các quyền con người bao gồm cả các quần thể phạm tội.
- Ưu tiên tài trợ cho các tập huấn hiểu về quyền và các can thiệp về quyền con người khác cho những cộng đồng bị ảnh hưởng nặng nề nhất bởi bạo lực và HIV, đặc biệt là cho phụ nữ và trẻ em gái sống chung hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV, lao động tình dục, phụ nữ sử dụng ma túy, cộng đồng người chuyển giới và người di cư.
- Đảm bảo tiếp cận điều trị các bệnh về tình dục miễn phí cho tất cả phụ nữ và nam giới.
- Sửa đổi khung pháp lý có liên quan để đảm bảo rằng quyết định sử dụng các biện pháp tránh thai và/hoặc triệt sản được thực hiện dựa trên sự đồng ý hoàn toàn và ý chí tự nguyện của phụ nữ và trẻ em gái.
- Nâng cao chất lượng giáo dục giới tính toàn diện trong trường học và đảm bảo rằng các chương trình giáo dục này giải quyết được các chuẩn mực và định kiến giới, cũng như bất bình đẳng về quyền lực và giới.

Quyền tình dục và sinh sản

- Tổ chức tập huấn cho cán bộ y tế về quyền con người, các nguyên tắc không phân biệt đối xử và các hành vi và kỹ năng phù hợp trong làm việc với các nhóm dễ bị tổn thương, và đặc biệt là phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm bị ảnh hưởng. Đặc biệt, đảm bảo rằng những cán bộ này không cản trở quá trình ra quyết định của phụ nữ hay sử dụng các chiến lược cưỡng ép như phá thai hoặc triệt sản để từ chối quyền sinh sản của phụ nữ.
- Đảm bảo rằng phụ nữ sống chung với HIV và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính tiếp cận các lựa chọn tránh thai thích hợp.

Bảo trợ xã hội

- Tổ chức chiến dịch nâng cao nhận thức để đảm bảo rằng phụ nữ biết về những cơ chế bảo trợ xã hội hiện dành cho họ
- Rà soát lại các chính sách có liên quan để đảm bảo rằng phụ nữ sống chung với HIV được tiếp cận bảo hiểm y tế và sẽ tăng cường sức khỏe và hạnh phúc của họ.

Tiếp cận công lý

- Tổ chức chiến dịch biết về quyền của mình cho phụ nữ - bao gồm phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ mại dâm và phụ nữ sử dụng ma túy.
- Tăng cường tiếp cận trợ giúp pháp lý và dịch vụ pháp lý cho phụ nữ và khuyến khích phụ nữ thách thức và báo cáo những vi phạm về quyền tại gia đình, cộng đồng và các cơ sở chăm sóc y tế và tại nơi làm việc.
- Tăng cường luật pháp và việc thực thi luật pháp để bảo vệ quyền giám hộ, quyền tài sản và thừa kế của phụ nữ sống chung với HIV.

CHƯƠNG 5

KẾT LUẬN VÀ CÁC KHUYẾN NGHỊ CUỐI CÙNG

Có rất nhiều điểm mà từ đó có thể xây dựng cách tiếp cận về HIV và bình đẳng giới của Việt Nam. Khung pháp lý và chính sách hiện nay cung cấp một cơ sở vững chắc để từ đó giải quyết tốt hơn các nhu cầu của phụ nữ và trẻ em gái ở những nhóm khác nhau bằng cách tạo ra một cách tiếp cận có nhạy cảm giới hơn, mang đến lợi ích cho tất cả mọi người, nhưng đặc biệt là cho phụ nữ sống chung với HIV, những phụ nữ bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi HIV và phụ nữ trong nhóm quần thể chính. Các cuộc phỏng vấn cho đánh giá này với các cán bộ nhà nước đã cho thấy rõ ràng rằng cam kết về một cách tiếp cận như vậy là có tồn tại.

Tuy có sự công nhận rộng rãi rằng HIV và bất bình đẳng giới có sự liên kết với nhau, nhưng chính sách và thực hành về vấn đề này cần được cải thiện. Chính sách, luật pháp và chiến lược quốc gia giải quyết HIV và AIDS phải được củng cố bằng một phương pháp tiếp cận mạnh mẽ dựa trên quyền mà có cốt lõi là bình đẳng giới thực chất. Tương tự, các chiến lược xóa bỏ bất bình đẳng giới phải lưu tâm đến phụ nữ và trẻ em gái đang sống với HIV trong sự đa dạng của họ và giải quyết các tác động của bất bình đẳng giới mà đang làm cho phụ nữ và trẻ em gái dễ bị tổn thương với HIV và các ảnh hưởng của nó.

Đồng thời, trong cuộc phỏng vấn cho đánh giá này, người trả lời đề cập đến những thách thức của việc vận dụng chính sách và chiến lược vào thực tế: việc hiểu sự cần thiết và có ý chí để giải quyết những trải nghiệm khác nhau của nam giới và phụ nữ không nhất thiết dẫn đến việc triển khai có hiệu quả các chương trình hoặc hoạt động. Điều này một phần là do thiếu năng lực phân tích giới và xây dựng chương trình ở tất cả các cấp (trung ương,

tỉnh thành và quận huyện). Nếu lồng ghép giới và các chiến lược khác được thực hiện một cách hệ thống và thực chất, giới không thể là lĩnh vực của một vài chuyên gia - mà phải xây dựng năng lực ở tất cả các cấp. Cần xây dựng các chương trình rõ ràng với các mục tiêu được xác định cần phải vượt lên trên các con số và giải quyết các hành vi phức tạp để tạo ra sự thay đổi.

Các khuyến nghị cụ thể cho từng lĩnh vực đã được trình bày ở trên. Các đề xuất bao quát dưới đây - một phần dựa trên những phân tích và phản hồi ở cuộc họp kiểm chứng - nhằm giải quyết bối cảnh rộng lớn hơn và nhấn mạnh các cơ hội chính có thể tối đa hóa tầm ảnh hưởng, nhưng cần lưu ý sự hạn chế về ngân sách của Việt Nam.

TĂNG CƯỜNG CAM KẾT CHÍNH TRỊ

Cam kết chính trị của chính phủ Việt Nam trong giải quyết cả vấn đề HIV và giới được thể hiện trong Hiến pháp mới, sự thành lập bộ máy về giới, các cam kết với các công ước quốc tế (như CEDAW và mục tiêu 90-90-90 toàn cầu). Trong tương lai, các cơ hội sau đây sẽ giúp tăng cường sự quan tâm vào mối liên quan chặt chẽ giữa HIV và giới:

- i. Thực hiện cam kết trong Tuyên bố Chính trị về HIV và AIDS: Dồn tổng lực để đẩy nhanh tiến độ phòng chống HIV và chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030. Cụ thể, thực hiện các cam kết để có các biện pháp ứng phó với AIDS mà có sự chuyển biến nhằm góp phần vào bình đẳng giới và trao quyền cho tất cả phụ nữ và trẻ em gái theo Tuyên bố Chính trị.²⁴³

243. Đại hội đồng Liên Hợp Quốc. 2016. *Tuyên bố chính trị về HIV/AIDS: Dồn tổng lực để đẩy nhanh tiến độ phòng chống HIV và chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030*. A/70/L.52.

- ii. Tận dụng các cơ hội của Chương trình nghị sự 2030 về Phát triển Bền vững nhằm đẩy mạnh hành động, đồng thời cải tiến cách tiếp cận có trách nhiệm giới đối với vấn đề AIDS.
- iii. Cam kết gần đây của Chính phủ và thực thi các biện pháp lập ngân sách có trách nhiệm giới cũng mang đến cơ hội đánh giá những nỗ lực liên quan đến giới trong ứng phó với HIV.

CẢI CÁCH LUẬT PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH

Có nhiều luật và chính sách hướng dẫn và điều chỉnh các chương trình nâng cao bình đẳng giới và giải quyết HIV (xem phía trên và Phụ lục A). Tuy nhiên vẫn có những luật và chính sách hiện hành cần được cải thiện và sửa đổi nhằm tạo ra môi trường thuận lợi hơn nữa – đặc biệt là để trả lời cho những khuyến nghị của Ủy ban CEDAW với Việt Nam vào tháng 7, 2015.²⁴⁴ Các hành động cần phải làm bao gồm:

- i. Thủ tướng phê duyệt kế hoạch hành động để phản hồi lại Các quan sát mang tính kết luận của CEDAW vào tháng 5 năm 2017. Đây là cơ hội để Bộ Y tế và Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội thực hiện kế hoạch hành động liên quan đến y tế với sự hợp tác với các tổ chức xã hội dân sự, bao gồm mạng lưới phụ nữ sống chung với HIV (VNW+).
- ii. Sửa đổi Luật Phòng, chống HIV/AIDS hiện hành từ góc độ giới và phù hợp với các công ước quốc tế, bao gồm CEDAW, nhằm

đảm bảo rằng trọng tâm về giới và các mục tiêu về HIV có lưu ý đến cuộc sống thực tế của phụ nữ và trẻ em gái ở tất cả các nhóm đối tượng khác nhau.

- iii. Thực hiện lồng ghép giới một cách hệ thống vào các chính sách HIV bao gồm Kế hoạch Hành động Quốc gia Phòng chống HIV 2016-2020, kế hoạch hoạt động chi tiết và các chính sách, chương trình liên quan khác. Việc này sẽ bao gồm một cuộc rà soát và phân tích các chính sách hiện có và sửa đổi chính sách nhằm đảm bảo phụ nữ, trẻ em gái và các nhóm quần thể chính được giải quyết và chú ý đầy đủ.
- iv. Xây dựng các cơ chế chịu trách nhiệm giải trình tốt trong việc thực thi luật pháp và chính sách liên quan tới bình đẳng giới trong phòng chống HIV/AIDS bao gồm Luật phòng chống HIV (năm 2006) và Kế hoạch Hành động quốc gia về phòng chống HIV (2016-2020), với kế hoạch thời gian, mục tiêu, chỉ số rõ ràng, phân chia rõ ràng trách nhiệm, cơ chế giám sát thực thi.
- v. Đảm bảo phân bổ đầy đủ nguồn lực về nhân lực, kỹ thuật và ngân sách cho bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ trong công tác ứng phó với HIV thông qua lập ngân sách có trách nhiệm giới.
- vi. Do thiếu các nội dung về HIV trong các chương trình và chính sách bình đẳng giới, cần rà soát các chương trình và chính sách về giới nhằm xác định các cơ hội để giải quyết vấn đề quyền tình dục và sinh sản của phụ nữ, bạo lực dựa trên cơ sở giới và HIV.

244. Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam*. CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

vii. Xem xét lại các thuật ngữ đang được sử dụng và tác động của nó đến tình trạng kỳ thị, phân biệt đối xử và bất bình đẳng giới. Các sửa đổi về thuật ngữ cần được tất cả các bên có liên quan sử dụng, trong văn viết và nói, để thúc đẩy hiểu biết chung và giảm kỳ thị và phân biệt đối xử có thể bao gồm:

- Xây dựng hiểu biết quốc gia về giới, bao gồm các vấn đề về sự khác biệt quyền lực và hướng tới tập trung vào tiếp cận nhạy cảm giới vào tạo chuyển biến về giới.
- Thay đổi cách dùng ngôn ngữ “HIV/AIDS” thành “HIV và AIDS” cho phù hợp với ngôn ngữ quốc tế và phân biệt giữa HIV và AIDS. Đây là điểm khởi đầu quan trọng để giải quyết tình trạng kỳ thị và phân biệt đối xử (cần được sử dụng trong cả Luật về HIV và Chiến lược quốc gia, như là những thuật ngữ cơ bản cho ứng phó).
- Sử dụng thuật ngữ “lao động tình dục” thay vì “mại dâm” và không tiếp tục gắn vấn đề tệ nạn xã hội lên lao động tình dục và người sử dụng ma túy.
- Xóa bỏ sự liên hệ giữa vấn đề liên quan đến HIV với vấn đề về ma túy và lao động tình dục.

vii. Đảm bảo sự phối hợp hiệu quả giữa các bộ, đặc biệt là Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, cũng như là các cơ quan có liên quan nhằm đảm bảo giới được phản ánh đầy đủ trong các chương trình HIV, và ngược lại, đưa ra những chức năng và trách nhiệm rõ ràng cho từng cơ quan cũng như phân bổ đủ các nguồn nhân lực, kỹ thuật, tài chính và quyền hạn nhằm thực thi hiệu quả các nhiệm vụ của mình.

viii. Tăng cường nhận thức của phụ nữ về quyền cũng như hiểu biết về pháp luật để phụ nữ có thể tận dụng được các qui trình và biện pháp nhằm đạt được các quyền của mình theo công ước CEDAW và các luật hiện hành.

HIỂU BIẾT VỀ BỆNH DỊCH HIV: XÂY DỰNG KIẾN THỨC VÀ BẰNG CHỨNG

Điều quan trọng là giải quyết khoảng cách còn tồn tại trong hiểu biết về dịch, đặc biệt những vấn đề liên quan đến phụ nữ và trẻ em gái từ các nhóm đối tượng khác nhau, bao gồm phụ nữ sử dụng ma túy, phụ nữ lao động tình dục, và bạn tình của các nhóm quần thể chính – và phụ nữ thuộc về nhiều hơn một nhóm này, bằng cách:

- i. Thu thập, phân tích và chia sẻ dữ liệu có phân tách theo giới, tuổi, tình trạng khuyết tật, dân tộc, nơi cư trú và vị thế kinh tế xã hội. Các chỉ số hiện cần được chuyển đổi sang các chỉ số có nhạy cảm giới phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế, nhằm đánh giá tình trạng của phụ nữ và tìm hiểu các nhóm quần thể hiện vẫn chưa được biết đến (như phụ nữ chuyển giới, phụ nữ sử dụng ma túy) trong ứng phó với HIV.
- ii. Xây dựng kiến thức và bằng chứng về các yếu tố, bao gồm các yếu tố xã hội mang tính quyết định như các chuẩn mực và thực hành văn hóa xã hội, mà có thể góp phần tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ và trẻ em gái.
- iii. Xây dựng kiến thức chuyên sâu về những đời sống thực tế của các nhóm phụ nữ và trẻ em gái khác nhau, về tình trạng dễ bị tổn thương và những trải nghiệm nhiễm

HIV của họ, đặc biệt về những nhóm phụ nữ còn “chưa lộ diện”: phụ nữ sử dụng ma túy, phụ nữ di cư, phụ nữ dân tộc thiểu số và phụ nữ chuyển giới.

- iv. Xây dựng kiến thức và hiểu biết về các vấn đề và trải nghiệm cụ thể của phụ nữ sống chung với HIV, bao gồm: ảnh hưởng của việc tiết lộ thông tin; tài sản; quyền thừa kế và quyền giám hộ con; sự khác biệt trong biểu hiện bệnh và trải nghiệm bạo lực.

CUNG CẤP VÀ TRIỂN KHAI DỊCH VỤ

Giải quyết vấn đề giới trong ứng phó với HIV cần:

- i. Đảm bảo sự đồng đều trong cung cấp dịch vụ giữa các tỉnh thành.
- ii. Xây dựng và tăng cường khả năng tiếp cận đến hệ thống điều trị, chăm sóc và hỗ trợ toàn diện không chỉ cung cấp ART mà còn lưu tâm đến các khía cạnh về giới và hoàn cảnh thực tế khác nhau của phụ nữ và nam giới.
- iii. Thiết kế và nhân rộng các chương trình dự phòng bao gồm các công cụ, thông tin, và dịch vụ, giải quyết vấn đề hiện nay của phụ nữ liên quan đến việc tiếp cận hạn chế đến các dịch vụ dự phòng cơ bản.
- iv. Tăng tiếp cận bao cao su miễn phí, đổi bơm kim tiêm, và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục cho phụ nữ có nguy cơ cao nhất, bao gồm phụ nữ lao động tình dục và phụ nữ sử dụng ma túy.
- v. Các hệ thống y tế cần tăng cường, bao gồm xây dựng năng lực cho cán bộ y tế về HIV và giới, và phân bổ đủ nguồn lực

thích hợp để giải quyết vấn đề của phụ nữ và trẻ em gái.

- vi. Đảm bảo rằng phụ nữ và trẻ em gái, nam giới và trẻ em trai đều được tiếp cận miễn phí đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục và sinh sản - bao gồm các biện pháp tránh thai, hỗ trợ và tư vấn - không phân biệt tình trạng HIV, tuổi, khuynh hướng tình dục, bản dạng giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, khuyết tật hay địa bàn cư trú.
- vii. Đảm bảo rằng quyết định triệt sản hoặc sử dụng các phương pháp tránh thai phải dựa trên sự tự nguyện và đồng ý hoàn toàn với đầy đủ thông tin của phụ nữ hay trẻ em gái có liên quan. Cán bộ y tế ở các cấp được đào tạo đầy đủ và chịu trách nhiệm về sự vi phạm quyền.
- viii. Giải quyết các vấn đề giới xung quanh gánh nặng chăm sóc của phụ nữ và tăng bảo trợ xã hội cũng như các cơ chế khác để giảm gánh nặng này.

TĂNG CƯỜNG SỰ THAM GIA CỘNG ĐỒNG

Sự tham gia của cộng đồng và sự tham gia của phụ nữ sống chung với HIV và thành viên nữ của các nhóm quần thể chính khác là thiết yếu. Những điển hình tốt nhất trên thế giới hiện nay đưa ra nhiều chiến lược tăng cường sự tham gia của phụ nữ, bao gồm tăng cường xã hội dân sự và đảm bảo có các diễn đàn cho sự tham gia thực sự của phụ nữ. Cần phải thực hiện các biện pháp sau đây:

- i. Hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính cho các mạng lưới và tổ chức của phụ nữ sống chung với HIV, phụ nữ bị ảnh hưởng nhất từ HIV, và phụ nữ từ các nhóm quần thể chính.

- ii. Các diễn đàn và các chỉ số để giám sát sự tham gia thực sự của phụ nữ trong quá trình lập kế hoạch và ra quyết định.
- iii. Các biện pháp hỗ trợ để trao quyền, giáo dục và xây dựng năng lực của phụ nữ (đặc biệt là nữ thanh niên) và mạng lưới phụ nữ, bao gồm:
 - Hỗ trợ các khảo sát và nghiên cứu (bao gồm một nghiên cứu lập bản đồ) về tiếp cận với chăm sóc y tế và sức khỏe sinh sản tình dục của trẻ em gái 15-18 tuổi sống chung với HIV và bị ảnh hưởng bởi HIV, nhằm xây dựng bằng chứng để vận động cho các chính sách và chương trình giải quyết nhu cầu cụ thể của nhóm này.
 - Hỗ trợ đào tạo để nâng cao hiểu biết về các quyền, sức khỏe sinh sản và tình dục cho trẻ em gái sống chung với HIV.
 - Hỗ trợ một chiến dịch tuyên truyền biết về các quyền sinh sản và tình dục
 - Xây dựng năng lực trong giám sát và trách nhiệm giải trình dịch vụ.

GIẢI QUYẾT CÁC RÀO CẢN VỀ CẤU TRÚC ĐỐI VỚI BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong các chỉ số bình đẳng giới quốc tế, và đã thông qua luật và chính sách giải quyết tình trạng bất bình đẳng của phụ nữ, Việt Nam vẫn là một nước theo chế độ phụ hệ và phụ nữ vẫn bị thiệt thòi. Điều này có thể thấy ở tỉ lệ đại diện của phụ nữ trong hệ thống chính trị thấp, tiếp cận các nguồn lực và cơ hội hạn chế, tỉ lệ

bạo lực bạo tình cao, và tâm lý ưa chuộng con trai. Những bất lợi về cấu trúc như vậy làm tăng tình trạng dễ tổn thương với bạo lực giới và HIV và ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận các quyền tình dục, sinh sản, xã hội, văn hóa, chính trị và kinh tế của phụ nữ. Cần làm những điều sau:

- i. Tăng cường các nỗ lực giải quyết bất bình đẳng thông qua tăng nguồn nhân lực và tài chính để đạt được các mục tiêu cụ thể và tham vọng hơn.
- ii. Giải quyết hệ thống phân biệt giới tính vốn có và thách thức những chuẩn mực và định kiến giới trong xã hội bằng cách sử dụng cách tiếp cận dựa trên quyền để đảm bảo mọi người hiểu về các quyền của phụ nữ và tiếp cận thông qua chính sách và thực tiễn.
- iii. Giải quyết vấn đề bạo lực giới thông qua sửa đổi luật pháp và chính sách, và bằng cách tạo ra môi trường thuận lợi hơn và các chuẩn mực văn hóa được chấp nhận, mà có thể dẫn tới việc báo cáo về các trường hợp vi phạm nhiều hơn và thực hiện luật pháp chặt chẽ hơn.
- iv. Nâng cao nhận thức của nam giới, bao gồm nam giới sống chung với HIV và nam giới có hành vi nguy cơ cao, về vai trò của họ trong việc giảm lây truyền HIV cho bạn tình.
- v. Thu hút nam giới và trẻ em trai vào các chương trình thách thức các chuẩn mực giới.
- vi. Áp dụng các biện pháp chiến lược nhằm giải quyết các nguyên nhân gốc rễ của bất bình đẳng giới và thách thức các định kiến giới và các quy tắc xã hội truyền thống, bao gồm cả trên truyền thông.

- vii. Tăng cường nâng cao nhận thức về HIV và các tác động tiêu cực của kỳ thị và phân biệt đối xử đặc biệt đến phụ nữ và khả năng hưởng thụ các quyền của họ, đặc biệt trong các cơ sở y tế. Đối tượng chính bao gồm: cán bộ chính phủ, nhân viên tư pháp và cán bộ thực thi pháp luật; cán bộ chăm sóc y tế; giáo viên; và người đứng đầu cộng đồng, cũng như phụ nữ và nam giới nói chung.
 - viii. Tăng cường nâng cao nhận thức về tình trạng dễ bị tổn thương đặc biệt của phụ nữ và trẻ em gái với HIV, và cung cấp các dịch vụ hỗ trợ bảo vệ ở các phòng khám y tế.
 - ix. Phối hợp với cơ quan truyền thông để nâng cao hiểu biết của người dân về bình đẳng giữa nam và nữ ở nơi công cộng và trong đời sống cá nhân, tầm quan trọng của việc không kỳ thị và không phân biệt đối xử, và để truyền tải những hình ảnh tích cực về người phụ nữ đặc biệt là phụ nữ sống chung với HIV.
 - x. Phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo trong việc soạn thảo lại các tài liệu giáo dục để đưa vào các kiến thức đúng về HIV và các cách lây truyền, xóa bỏ các định kiến có tính chất phân biệt đối xử trong sách giáo khoa, các tài liệu giảng dạy và giáo trình.
- Hợp tác chặt chẽ với UN Women trong các bước tiếp theo, bao gồm khuyến nghị về các nghiên cứu sâu hơn và một nghiên cứu ước tính thiệt hại kinh tế nhằm tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ HIV cho các nhóm quần thể dễ bị tổn thương, và để xây dựng một kế hoạch xây dựng năng lực về giới và HIV.
 - Sử dụng đánh giá giới này trong vận động và xây dựng chính sách, bước đầu có thể xuất bản các phát hiện chính ở dạng một tờ tóm tắt chính sách.
 - Hợp với các Bộ ban ngành khác để thảo luận về đánh giá giới và các phát hiện của CEDAW, và để tăng cường hợp tác.
 - Chính sửa lại khung Theo dõi và Đánh giá HIV để đảm bảo nhạy cảm về giới và phù hợp với Chiến lược Quốc gia hiện tại.
 - Thực thi một số khuyến nghị của đánh giá trong năm 2016 và xây dựng một kế hoạch toàn diện nhằm giải quyết các khuyến nghị khác trong các năm tiếp theo.

CÁC BƯỚC TIẾP THEO

Cục Phòng, chống HIV/AIDS, với tư cách là cơ quan chủ trì của quá trình này đã cam kết sẽ thực hiện các bước tiếp theo để đảm bảo các phát hiện của đánh giá về giới sẽ được tích hợp trong ứng phó với HIV, cụ thể như sau:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

ActionAid International Việt Nam (2014) *Báo cáo Chính sách “Thành phố An toàn cho phụ nữ và trẻ em gái: Liệu giấc mơ có thành hiện thực?”*

Aluiso A và đồng nghiệp. 2011. “Nam khám tiền sản và xét nghiệm HIV có liên quan đến tỉ lệ lây nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh giảm và tỉ lệ sống sót không nhiễm HIV tăng” *Tạp chí Acquired Immune Deficiency Syndrome* 56 (1): 76-82.

Mạng ATHENA và HEARD. 2010. *Khung lý thuyết cho phụ nữ, trẻ em gái, và bình đẳng giới trong Kế hoạch Chiến lược Quốc gia về HIV và AIDS tại Nam và Đông Phi* <http://www.athenanetwork.org/assets/files/NSPs/Framework%20for%20Women,%20Girls,%20and%20Gender%20Equality%20in%20NSPs.pdf>
Truy cập 16 tháng 5 năm 2016.

Chương trình AIDS/STD Quốc gia Bangladesh và UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2014. *Đánh giá về Giới trong Ứng phó HIV cấp quốc gia ở Bangladesh - Báo cáo quốc gia năm 2014*.

Budlender, Debbie và Hewitt, Guy. 2003. *Lồng ghép giới trong ngân sách: Hướng dẫn Thực hành để Hiểu và Thực hiện lập ngân sách có trách nhiệm giới*.

UBDT (Ủy ban Dân tộc), MDRI (Viện Nghiên cứu Phát triển Mê Kông) và UNDP (Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc). 2015. *Tình trạng nghèo đói của Dân tộc thiểu số: Có thể học được từ những trường hợp thành công và thất bại?*

Ủy ban Phụ nữ và Sức khỏe. 2015. “Phụ nữ và sức khỏe: chìa khóa cho sự phát triển bền vững”. *The Lancet*. Tập 386, số 9999, p1165-1210, 19 tháng 9 năm 2015.

_2015. www.womenandhealthcommission.org Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.

Khảo sát Crown Agents và hội thảo kiểm chứng của UNFPA <http://www.crownagents.com/news-and-know-how/news-archive/article/2014/04/23/crown-agents-condom-inspections-provide-vital-quality-statistics>
Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.

Dao, A và đồng nghiệp. 2013. “Nghiên cứu khoa học xã hội về HIV ở Việt Nam: Rà soát và hướng đi tương lai”. *Global Public Health*.

Do, Khoi và đồng nghiệp. 2012. *Nguy cơ HIV trong nhóm sử dụng ma túy tại Việt Nam: Rà soát những bằng chứng nghiên cứu*. *Current HIV Research* 2012, 10, 000-000 1.

Doussantousse S. và Tooke L. 2002. *Phụ nữ tham gia vào tệ nạn mại dâm ở Việt Nam – góc nhìn từ Hà Nội*.

Facio, Alda và Morgan, Martha I. 2009. “Công bằng và bình đẳng cho phụ nữ? Hiểu các nguyên tắc bình đẳng của CEDAW”. *Rà soát Luật Alabama* Vol. 60: 5: 1133.

FIDH (Liên đoàn Quốc tế về Nhân quyền) và VCHR (Ủy ban Việt Nam về Nhân quyền). 2015. *Vi phạm các quyền của phụ nữ tại nước CHXHCN Việt Nam. Báo cáo thay thế về việc thực hiện Công ước Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW) vào các báo cáo định kỳ kết hợp thứ bảy và thứ tám của Việt Nam*.

Fujita, Masami và đồng nghiệp. 2012. “Một khung phân tích mới về ‘quy trình dự phòng và chăm sóc liên tục’ để tối đa hóa việc phát hiện trường hợp nhiễm HIV và duy trì chăm sóc tại Việt Nam.” *BMC Health Services Research* 2012 12: 483.

Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *Điều gì giúp ích cho phụ nữ và trẻ em gái: Bằng chứng từ những can thiệp HIV/AIDS*. www.whatworksforwomen.org Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Giới Áp dụng trong công việc. [không có năm]. *Khung Giới áp dụng trong công việc* <http://www.genderatwork.org/OurWork/OurApproach/GWFramework.aspx> Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.

[không có năm]. “Cách Tiếp cận Giới Áp dụng trong công việc với Bình đẳng Giới và Thay đổi về Thể chế?” <http://www.genderatwork.org/Portals/0/Uploads/Documents/Gender-Equality-and-Institutional-Change.pdf> Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

Tổng cục Thống kê Việt Nam. 2010. “*Chịu nhện là chết đấy*” – Kết quả của Nghiên cứu quốc gia về Bạo lực gia đình đối với Phụ nữ tại Việt Nam.

__2014. Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICS) 2014.

__2015. Báo cáo Điều tra Lực lượng Lao động 2014.

__Sổ tay Thống kê Giới. http://gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=490&idmid=5&ItemID=1817 Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Godwin, J. 2012. *Mại dâm và Luật pháp ở châu Á và Thái Bình Dương*. UNDP, UNFPA, UNAIDS và APNSW.

Grover, Anand. 2015. *Báo cáo của Báo cáo viên đặc biệt về quyền được hưởng tiêu chuẩn cao nhất về sức khỏe thể chất và tinh thần*. A/HRC/20/15/Add.

Hankivskay, O. và đồng nghiệp. 2012. “Tại sao sự Giao thoa lại là vấn đề cho Công bằng Y tế và Phân tích Chính sách” trong Hankivsky, O. (Ed.). 2012. *Một Khung Phân tích Chính sách dựa vào sự Giao thoa*.

Trung tâm dữ liệu HIV và AIDS châu Á - Thái Bình Dương. 2016. *Từ Bằng chứng đến Hành động, Tổng quan - Việt Nam*. <http://www.aidsdatahub.org/Overview-in-Slides> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Hoang Thu Cuc (2010). *Bình đẳng, giới và nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm thanh thiếu niên ở Việt Nam*. Tạp chí Đại học Quốc gia Việt Nam về Khoa học xã hội và nhân văn, 26 (2010) 143-148/143.

ILO (Tổ chức Lao động Quốc tế). *Lĩnh vực Nghiên cứu: Bình đẳng và phân biệt đối xử ở Việt Nam*. <http://www.ilo.org/hanoi/Areasofwork/equality-and-discrimination/lang--en/index.htm> Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

__2016. *Điều kiện Làm việc của Lao động Tinh dục và Giải trí tại Việt Nam*. [DỰ THẢO].

ILO (Tổ chức Lao động Quốc tế); OHCHR (Văn phòng Cao ủy Nhân quyền); UNDP (Chương trình phát triển LHQ); UNESCO (Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa LHQ); UNFPA (Quỹ Dân số LHQ); UNHCR (Cao ủy về người tị nạn); UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc); UNODC (Tổ chức Liên Hiệp Quốc về Ma túy và Tội phạm); UN Women (Cơ quan LHQ về Bình đẳng giới và Trao quyền cho Phụ nữ); WFP (Chương trình Lương thực Thế giới); WHO (Tổ chức Y tế Thế giới); và UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV / AIDS). 2012. *Tuyên bố chung: Các Trung tâm giam giữ và phục hồi bắt buộc dành cho người sử dụng ma túy*. https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf Truy cập ngày 29 tháng 8 năm 2016.

Chương trình Phát triển về Giảm tác hại Quốc tế. 2007. *Phụ nữ, Giảm tác hại và HIV*.

IPU (Liên Nghị viện). 2015. *HIV và AIDS ở Việt Nam - đối mặt với thách thức: Nhóm Cố vấn IPU về HIV/AIDS và Sức khỏe Bà mẹ, Trẻ Sơ sinh và Trẻ em, chuyển công tác địa bàn*.

Jenkins, C. 2006. *Bạo lực và Phơi nhiễm HIV trong nhóm Người làm Mại dâm ở Phnom Penh, Căm-pu-chia*.

Jones, Nicola và Trần Thị Vân Anh. *Các lưu ý về bối cảnh: Chính sách về giới và bảo trợ xã hội ở Việt Nam: cơ hội và thách thức đối với một cách tiếp cận có sự biến đổi*. Viện Phát triển hải ngoại (ODI). Tháng 5 năm 2012.

Khuất Thị Hải Oanh. 2007. *Chính sách HIV/AIDS tại Việt Nam – từ Góc độ Xã hội Dân sự*.

Khuất Thị Hải Oanh và đồng nghiệp. 2015. “Bối cảnh xã hội, sự đa dạng và rủi ro ở những phụ nữ tiêm chích ma túy ở Việt Nam: Kết quả định tính từ một điều tra cắt ngang”. Tạp chí *Giảm hại* 12:35 DOI 10,1186 / s12954-015-0067-9.

Khuất Thu Hồng, Nguyễn Thị Vân Anh, Ogden, J. và đồng nghiệp. 2004. *Hiểu kỳ thị liên quan đến HIV và AIDS ở Việt Nam*. Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu về Phụ nữ (ICRW).

Khuất Thu Hồng và đồng nghiệp. 2005. *Nam giới có quan hệ tình dục đồng tính ở Hà Nội: Hồ sơ xã hội và các vấn đề sức khỏe tình dục*. (Bản dự thảo).

Lê Minh Giang và đồng nghiệp. 2013. “Khía cạnh xã hội và chính sách của HIV và AIDS ở Việt Nam.” *Y tế Công cộng Toàn cầu*.

Mesersmith, Lisa J. và đồng nghiệp. 2012. “Phụ nữ sống chung với HIV tại Việt Nam: mong muốn có con, sử dụng các dịch vụ sức khỏe tình dục và sinh sản, và lời khuyên từ các nhân viên y tế”. *Các vấn đề sức khỏe Sinh sản*. Doi: 10,1016 / S0968-8080 (12) 39.640-7.

__2012. *Lồng ghép giới trong Chăm sóc và Điều trị: Giải quyết các nhu cầu của phụ nữ sống chung với HIV tại Việt Nam: Báo cáo đánh giá*.

Bộ Y Tế. 2006. *Kết quả từ Giám sát Kết hợp Hành vi và các Chỉ số Sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam - Vòng I 2005-2006*.

___ . 2011. *Kết quả từ Giám sát Kết hợp Hành vi và các Chỉ số Sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam - Vòng II năm 2009.*

___ . 2014. *Tối ưu hóa Ứng phó HIV của Việt Nam: Trường hợp đầu tư.*

___ . 2015. *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS 2016-2020.*

Tổ Kỹ thuật EPP của Bộ Y tế. 2013. *Kết quả sơ bộ ước tính và dự báo HIV tại Việt Nam năm 2013.*

___ . 2014. Báo cáo Giám sát trọng điểm HIV trong các quần thể chính, tại 14 tỉnh năm 2014.

Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, WHO (Tổ chức Y tế Thế giới) và UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc). 2010. *Điều tra Quốc gia Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam Lần 2.*

Bộ LĐTBXH (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội). 2010. *Chiến lược Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2011-2020.*

___ . 2011. *Chương trình Hành động Quốc gia về Phòng chống Mại dâm 2011-2015.*

___ . 2015. *Kế hoạch Hành động Quốc gia về Bình đẳng Giới 2016-2020.*

Bộ LĐTBXH (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội) và IOM (Tổ chức Di cư Quốc tế). 2012. *Mại dâm và Di cư từ góc độ Giới: Phát hiện tại ba thành phố của Việt Nam.*

Ủy ban Quốc gia Phòng chống AIDS, Ma túy và Mại dâm. 2011. *Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 (bản dự thảo thứ năm).*

Ngọc Võ, Anne và Strachan, Glenda. 2008. Bình đẳng Giới trong một nền kinh tế chuyển đổi.
http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/24285/52797_1.pdf?sequence=1
Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

Nguyễn Thu Hương. 2012. “Tiết lộ về Hiếp dâm: sự tương tác của giới, văn hóa và quan hệ họ hàng ở Việt Nam đương đại”. *Văn hóa, Sức khỏe & Giới tính Một Tạp chí Quốc tế về Nghiên cứu, Can thiệp và Chăm sóc*. ISSN: 1369-1058 (Print) 1464-5351 Trang chủ Tạp chí (Online): <http://www.tandfonline.com/loi/tchs20>
Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

Nguyễn Hải Hồng. 2013. *Xã hội Dân sự và dân chủ hóa tại Việt Nam*. <http://www.eastasiaforum.org/2013/02/02/civil-society-and-democratisation-in-vietnam/> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Nguyễn Văn Huy và Udoy Saikia. 2009. *HIV/AIDS ở Việt Nam: Một phân tích về giới*.

Oram, S. và đồng nghiệp. 2012. “Tỉ lệ và nguy cơ của các vấn đề sức khỏe thể chất, tâm thần và tình dục, liên quan đến buôn bán người: Một rà soát mang tính hệ thống” *PLoS Med*. 2012 tháng; 9 (5): e1001224.

Phạm Nguyễn Hà và đồng nghiệp. 2010. “Sự phát triển của chính sách HIV ở Việt Nam: từ các biện pháp kiểm soát mang tính trừng phạt đến cách tiếp cận dựa trên quyền hơn.” *Hành động Y tế Toàn cầu* 2010, 3: 4625 - DOI: 10,3402 / gha.v3i0.4625.

Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI). Việt Nam: Giải pháp: HIV. <http://www.psi.org/country/vietnam/#solutions>
Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Dịch vụ Dân số Quốc tế (PSI)/Nghiên cứu & Metrics Việt Nam. 2012. *Khảo sát hành vi trong nhóm phụ nữ mại dâm và phụ nữ mại dâm có tiêm chích ma túy 2011. Vòng 2. Báo cáo tóm tắt.*

___. 2012. *Khách hàng nam của phụ nữ mại dâm: phát hiện chính từ các cuộc điều tra về hành vi được thực hiện trong năm 2009 & 2011.*

___. 2014. *Khảo sát hành vi của nam giới tiêm chích ma túy ở ba tỉnh của Việt Nam năm 2013. Báo cáo tóm tắt.*

Ray-Ross, Sumali. 2012. *Phân tích giới USAID/Việt Nam.*

Samman, Emma và đồng nghiệp. 2016. *Công việc của Phụ nữ: Bà mẹ, trẻ em và cuộc khủng hoảng người chăm sóc trẻ toàn cầu.* <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf>
Truy cập ngày 22 tháng 5 năm 2016.

Sida (Cơ quan Phát triển Quốc tế Thụy Điển). 2012. *Hướng dẫn nhanh về Làm gì và Làm như thế nào: Chăm sóc không được trả lương – Điểm khởi đầu để Công nhận, Giám và Tái Phân phối.*

http://www.sida.se/English/publications/Publication_database/publications-by-year1/2012/november/quick-guide-to-what-and-how-unpaid-care-work/ Truy cập ngày 17 tháng 5 năm 2016.

Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2006. *Luật Bình đẳng giới số 73/2006/QH11.* <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/934/Law%20on%20Gender%20Equality%202006.pdf> Truy cập 14 tháng 5 năm 2016.

___. 2006. *Luật Phòng, chống HIV/AIDS.*

___. 2013. *Báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám của Việt Nam cho Ủy ban về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ.*

___. 2014. *Quyển Toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét và Bản Kế hoạch HIV- Đầu tư cho tác động chống lại bệnh Lao và HIV, Việt Nam 2015-2017.*

___. 2014. *Luật số 46/2014/QH13 ngày 13/6/2014 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.*

___. 2014. *Kiểm điểm 20 năm Thực hiện Cương lĩnh Hành động Bắc Kinh (BPFA) tại Việt Nam và Kết quả của Phiên họp Đặc biệt lần thứ 23 của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc.*

___. 2015. *Báo cáo Quốc gia: 15 năm Thực hiện các Mục tiêu Phát triển của Việt Nam.*

___ . *Kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội (2001-2005, 2006-2010, 2011- 2015)*.

Spratt, Kai và Quách Thị Thu Trang. 2011. USAID AIDSTAR - *Một nghiên cứu trường hợp –Tạo ra các tiêu chuẩn mới: Lồng ghép giới vào chương trình Các bước Chăm sóc tại Việt Nam*.

___ . 2012. *USAID AIDSTAR - Một nghiên cứu trường hợp - Ứng phó của khu vực công với bạo lực trên cơ sở giới ở Việt Nam*.

Tallis, V.A. 2012. *Nữ quyền, HIV và AIDS: Lật đổ Quyền lực, Giảm Tình trạng tổn thương*.

Tin tức Thanh Niên. Ngày 24 tháng 11 năm 2015. *Việt Nam thừa nhận quyền của người chuyển giới tại cuộc bỏ phiếu mang tính đột phá*. <http://www.thanhniennews.com/politics/vietnam-recognizes-transgender-rights-in-breakthrough-vote-54168.html> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Trần, BX, Ohinmaa, A., Nguyễn, LT, Ossterhoff, P., Vũ, PX, Larsson, M. 2012. “Khác biệt giới trong chất lượng cuộc sống của điều trị HIV/AIDS trong tình trạng nữ hóa tiềm ẩn của dịch HIV ở Việt Nam.” *Chăm sóc AIDS: Các khía cạnh tâm lý và y tế - xã hội của HIV / AIDS* năm 2012; 24 (10): 1187-1196. doi: 10.1080 / 09540121.2012.658752. Epub 01 Tháng Ba 2012.

Liên Hiệp Quốc. *Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ số 3*. <http://www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm#goal3> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2010. *Phát biểu của Bruce Campbell, Trưởng Đại diện UNFPA, thay mặt cho Liên Hợp Quốc tại Hội thảo đánh giá 5 năm thực hiện Công tác Phòng chống Mại dâm giai đoạn 2006-2010 và Kế hoạch Hành động Phòng chống Mại dâm giai đoạn 2011-2015*.

Đại Hội đồng Liên Hiệp Quốc. 2016. *Tuyên bố Chính trị về HIV và AIDS: Đẩy nhanh Tiến độ Đấu tranh chống lại HIV và để Chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030*. A/70/L.52.

UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS).

___ . 2012. *Dịch vụ pháp lý cho người sống chung với HIV và các quần thể có nguy cơ chính tại Việt Nam: đánh giá về tình hình hiện tại và khuyến nghị cho tương lai*.

___ . 2013. *Bạo lực trên cơ sở giới, HIV và các khung phát triển sau năm 2015*. [Tham vấn cấp cao của UNAIDS và Chính phủ Hoa Kỳ. Bài thảo luận].

___ . 2014. *Đẩy nhanh Tiến độ - Kết thúc dịch AIDS vào năm 2030*. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report Truy cập vào ngày 16 tháng 5 năm 2016.

___ . 2014. *Xây dựng Chương trình HIV có trách nhiệm giới cho phụ nữ và trẻ em gái*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2015.

___ . 2014. *Ước tính HIV và AIDS năm 2014*. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

___. 2014. *Công cụ đánh giá Giới của UNAIDS: Hướng tới một ứng phó HIV có chuyển biến về giới.* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

___. 2015. *Hướng dẫn thuật ngữ UNAIDS* http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS), SHAPC (Trung tâm phòng chống STI/HIV/AIDS), WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2000. *Nhu cầu và sự Chấp nhận Bao cao su Nữ trong nhóm Phụ nữ tại quận Thanh Xuân và quận Đống Đa, Hà Nội.* <http://www.nzdl.org/gsdImod?e=d-00000-00---off-0unaids--00-0---0-10-0---0---0direct-10- --4 ----- 0-1l - 11-en-50 --- 20-về --- 00-0-1-00-0--4 ---- 0-0-11 -10-0utfZz-8-00 & cl = CL1.7 & d = HASH01ad6a64d5c2cdceca417b80.1 & gt = 1> Truy cập ngày 01 tháng 6 năm 2016.

UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UNIFEM (Quỹ Phát triển Phụ nữ Liên Hợp Quốc). 2010. *Lây truyền HIV trong Quan hệ bạn tình lâu dài tại Việt Nam: Báo cáo Thảo luận.*

UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS) và UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng Giới và Trao quyền cho Phụ nữ). 2012. *Ước tính Lây nhiễm HIV qua Quan hệ Bạn tình lâu dài ở Việt Nam: Kiểm tra chéo dữ liệu.*

Ủy ban CEDAW (Ủy ban Liên Hợp Quốc về Xóa bỏ Phân biệt Đối xử đối với Phụ nữ). *Khuyến nghị chung số 25, Điều 4, Khoản 1, Công ước về Xóa bỏ mọi Hình thức Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ, về các biện pháp đặc biệt tạm thời.*

___. 2007. *Kỳ họp lần thứ 38. Bình luận của Ủy ban về Xóa bỏ Phân biệt đối xử đối với Phụ nữ: Vanuatu.* CEDAW/C/VUT/CO/3.

___. 2015. *Danh sách các vấn đề và câu hỏi liên quan đến các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam.* CEDAW/C/VNM/Q/ 7-8.

___. 2015. *Các quan sát mang tính kết luận về các báo cáo định kỳ thứ bảy và thứ tám kết hợp của Việt Nam.* CEDAW/C/VNM/CO/7-8.

UNDP (Chương trình Phát triển của Liên Hợp Quốc). 2013. *Báo cáo Phát triển Con người - Sự trỗi dậy của các nước Nam bán cầu: Tiến bộ về con người trong một thế giới đa dạng 2013.*

___. 2013. *Bảo vệ pháp lý đối với các vi phạm nhân quyền liên quan đến HIV: Những kinh nghiệm và bài học từ các luật pháp quốc gia về HIV ở châu Á và Thái Bình Dương.*

___. 2014. *Báo cáo Phát triển Con người - Duy trì Thành quả Phát triển Con người: Giảm thiểu Nguy cơ Tồn thương và Xây dựng Khả năng chống chịu, phục hồi 2014.*

___. 2014. *Bảng kiểm để Lồng ghép giới vào các Mô hình Tài trợ Mới của Quỹ toàn cầu Phòng chống AIDS, Lao và Sốt rét.*

___. 2015. *Báo cáo Phát triển Con người – Việc làm vì phát triển con người 2015*.

___. 2015. *Phòng chống lây truyền HIV trong Mối quan hệ Bạn tình lâu dài: Bằng chứng, chiến lược và phương pháp tiếp cận để giải quyết dịch HIV tập trung ở châu Á*.

UNDP (Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc) và USAID. 2014. *Là người đồng tính nữ, đồng tính nam, song giới và chuyển giới (LGBT) ở châu Á: Báo cáo Quốc gia Việt Nam*.

___. 2015. *Quyền con nuôi của người LGBT ở Việt Nam - Thực trạng và khuyến nghị*.

UNIFEM (Quỹ Phát triển Phụ nữ Liên Hợp Quốc) và UNAIDS (Chương trình Chung của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS). 2010. *Phân tích giới trong Chiến lược Quốc gia Việt Nam về HIV/AIDS để cung cấp thông tin cho việc xây dựng một ứng phó HIV quốc gia có trách nhiệm giới trong Chiến lược Phòng chống HIV quốc gia tiếp theo* [Không xuất bản].

UNFPA (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc). 2010. *Giảm lây nhiễm HIV trong nhóm mại dâm thông qua quan hệ đối tác chặt chẽ hơn*. <http://www.un.org.vn/en/feature-articles-press-centre-submenu-252/1594-strongerpartnershipsagainstshiv.html> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

___. 2011. *“Hợp tác với người làm mại dâm ở Việt Nam để hạn chế dịch HIV và bảo vệ quyền con người”*. <https://www.unfpa.org/news/partnering-sex-workers-viet-nam-contain-hiv-epidemic-and-protect-human-rights> Truy cập ngày 29 tháng 8 năm 2016.

___. 2013. *Nhu cầu chưa được đáp ứng cho các dịch vụ sức khỏe sinh sản tình dục và HIV/AIDS: Bằng chứng từ phân tích MICS 2011*.

___. 2014. *Tóm tắt Chính sách: Sự mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam: Kết nối nghiên cứu và chính sách để thay đổi*.

UNODC (Văn phòng Liên Hiệp Quốc về Ma túy và Tội phạm), Trung tâm nghiên cứu Giới và Phát triển tại Hà Nội và HEUNI (Viện Châu Âu về Phòng chống Tội phạm). 2011. *Nghiên cứu về Chất lượng Dịch vụ Tư pháp hình sự cho các Nạn nhân của Bạo lực gia đình ở Việt Nam*. Báo cáo thảo luận.

UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ). 2012. *Ước tính thiệt hại kinh tế do bạo lực gia đình đối với phụ nữ ở Việt Nam*.

___. *Giới thiệu tóm tắt Việt Nam - HIV và những Phụ nữ và Trẻ em gái bị ảnh hưởng chính*.

___. 2014. *Từ bạo lực gia đình đến Bạo lực Giới tại Việt Nam: Mối liên hệ giữa các hình thức bạo lực. Tài liệu thảo luận của Liên Hợp Quốc*.

___. *Bình đẳng giới và HIV/AIDS: Cổng Thông tin Web Toàn diện cho các Khía cạnh Bình đẳng Giới của Dịch HIV/AIDS tại* <http://www.genderandaids.org/> Truy cập ngày 16 tháng 5 năm 2016.

UN Women (Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới và Trao quyền cho phụ nữ) và UNODC (Văn phòng Liên Hợp Quốc về Ma túy và Tội phạm). 2013. *Đánh giá tình hình của phụ nữ trong hệ thống tư pháp hình sự tại Việt Nam: Nhắm hỗ trợ các nỗ lực của Chính phủ hướng tới bình đẳng giới có hiệu quả trong hệ thống hình sự tư pháp.*

___. 2015. *Khuyến nghị chung về dự thảo Bộ luật Hình sự sửa đổi để tăng cường ứng phó hiệu quả với bạo lực đối với phụ nữ.* Báo cáo bóng CEDAW.

Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. 2012. *Để đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ với sự Công bằng - MDG3: Tăng cường bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ.*

http://www.un.org.vn/images/stories/MDGs/2012/MDG_3.pdf Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

___. 2012. *Để đạt được các Mục tiêu Thiên niên kỷ với sự Công bằng - MDG 5: Cải thiện sức khỏe bà mẹ.* http://www.un.org.vn/images/stories/MDGs/2012/MDG_5.pdf Truy cập ngày 21 tháng 5 năm 2016.

___. 2014. *Từ Bạo lực Gia đình đến Bạo lực Giới tại Việt Nam: Mối liên hệ giữa các hình thức bạo lực- Tài liệu thảo luận của Liên Hợp Quốc.*

___. [Không có năm]. *Tiếng nói của chúng tôi, Tương lai của chúng tôi: Báo cáo tổng hợp về Tiến trình Tham vấn Hậu 2015 của Việt Nam.*

Urdan Stephanie. 2006. “Nền Kinh tế Chăm sóc: Giới và Cuộc khủng hoảng AIDS Lặng lẽ ở Nam Phi”. *Tạp chí Nghiên cứu Nam Phi*, Tập 32, số 1, tháng 3 năm 2006.

USAID Sáng kiến Chính sách Y tế. 2008. *Câu chuyện từ Hiện trường: Việt Nam đưa Luật HIV vào thực tiễn.*

USAID/PEPFAR (Kế hoạch Khẩn cấp của Tổng thống Mỹ để Phòng chống AIDS). *Tóm tắt Chính sách: Sự phát triển của khung pháp lý và chính sách của Việt Nam về Mại dâm và HIV/AIDS năm 2013.*

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JDV4.pdf Truy cập ngày 14 tháng 5 năm 2016.

Dự án Tiếp thị xã hội cho Dự phòng của USAID. 2013. *Khảo sát Hành vi trong nhóm Phụ nữ Mại dâm và Phụ nữ Mại dâm Tiêm chích Ma túy - Báo cáo Việt Nam năm 2013.*

Văn Thu Nguyen và đồng nghiệp. 2015. “Phân tích Chi phí các Xét nghiệm HIV và Dịch vụ Tư vấn Sử dụng khung Cascade ở Việt Nam”. *PLoS* tháng 5 năm 2015. DOI: 10,1371 / journal.pone.0126659.

Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam. 2011-2014. Báo cáo trường hợp nhiễm HIV 2011-2014.

___. 2012. *Đánh giá Chi tiêu cho công tác Phòng chống AIDS Việt Nam 2008-2010.*

___. 2012. *Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS của Việt Nam năm 2012..*

___. 2013. *Đánh giá Chi tiêu cho công tác Phòng chống AIDS Việt Nam năm 2013.*

___ . 2013. Báo cáo Kết quả Giám sát trọng điểm HIV tích hợp bảng câu hỏi ngắn về hành vi (HSS+) trong nhóm có nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2013.

___ . 2013. Giám sát HIV trọng điểm (HSS), giám sát HIV trọng điểm với cấu phần hành vi (HSS +) và điều tra tích hợp sinh học và hành vi (IBBS).

___ . 2014. Báo cáo Kết quả Giám sát HIV Trọng điểm Cộng trong quần thể có nguy cơ cao tại Việt Nam trong năm 2014.

___ . 2014. Mô hình Dịch AIDS Việt Nam.

___ . 2014. Báo cáo Tiến độ Ứng phó với AIDS của Việt Nam năm 2014.

___ . 2014. Báo cáo Kết quả Giám sát Trọng điểm HIV tích hợp bảng Câu hỏi ngắn về Hành vi (HSS +) trong Quần thể có Nguy cơ Cao tại Việt Nam năm 2014.

___ . 2014. Quyết định 28 về Báo cáo định kỳ.

___ . 2014. Báo cáo hàng năm các trường hợp nhiễm HIV.

___ . 2016 (sắp xuất bản). Giới, HIV và giám sát và đánh giá của Việt Nam: Một đánh giá.

Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam. 2013. Báo cáo về Bảo đảm và Thúc đẩy Quyền của Phụ nữ (Đầu vào cho tài liệu tổng hợp của Văn phòng Cao ủy Nhân quyền Liên Hiệp Quốc phục vụ Rà soát Định kỳ Toàn cầu UPR).

VNP + (Mạng lưới những người sống chung với HIV Việt Nam). 2012. Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2012.

___ . 2015. Chỉ số Kỳ thị Người sống chung với HIV 2014.

WAPN + (Phụ nữ của Mạng lưới châu Á - Thái Bình Dương Những Người sống chung với HIV). 2012. Dương tính và Mang thai: Có dám. Một nghiên cứu về tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và bà mẹ cho phụ nữ sống chung với HIV ở châu Á. Những phát hiện từ sáu quốc gia: Bangladesh, Campuchia, Ấn Độ, Indonesia, Nepal, Việt Nam.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2014. Hướng dẫn tổng hợp về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và chăm sóc HIV cho các nhóm quần thể chính.

PHỤ LỤC A

DANH MỤC CÁC TÀI LIỆU CHÍNH THỨC

LUẬT VÀ CHÍNH SÁCH

- Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013)
- Luật Phòng, chống HIV/AIDS (Số 64/2006/QH11) (2006)
- Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Quốc tịch Việt Nam (số 56/2014/QH13) (2014)
- Luật Đất đai (số 45/2013/QH13) (2013)
- Bộ luật Lao động (số 10/2012/QH13) (2012)
- Luật Phòng chống Buôn bán Người (số 66/2011/QH12) (2011)
- Luật Hôn nhân và Gia đình (số 52/2014/QH13) (2014)
- Luật Trợ giúp Pháp lý (số 11/2017/QH14) (2017)
- Luật Bình đẳng Giới (số 73/2006/QH11) (2006)
- Luật Phòng, chống bạo lực gia đình (số 02/2007/QH12) (2007)
- Luật Bảo hiểm Xã hội (số 58/2014/QH13) (2014)
- Nghị định số 136/2013/NĐ-CP về Chính sách hỗ trợ cho người hưởng bảo trợ xã hội (2013)

KẾ HOẠCH VÀ CHƯƠNG TRÌNH

- Chiến lược Quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2011-2020.
- Chiến lược Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020, tầm nhìn đến năm 2030.
- Kế hoạch Hành động Quốc gia về Bình đẳng Giới 2016-2020.
- Kế hoạch Hành động Quốc gia về Phòng, chống Buôn bán Người 2011- 2015.
- Hướng dẫn Quốc gia về Dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản.

THÔNG TƯ VÀ QUYẾT ĐỊNH

- Thông tư 15/2015/TT-BYT của Bộ Y tế về Hướng dẫn việc khám bệnh, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế cho người sống chung với HIV và những người sử dụng dịch vụ y tế liên quan đến HIV và AIDS, ngày 26 tháng 6 năm 2015.
- Quyết định 4994/QĐ-BYT của Bộ Y tế về Hướng dẫn việc thực hiện các hoạt động phòng, chống HIV / AIDS ở cấp xã, phường, ngày 14 tháng 12 năm 2012.
- Quyết định 4620/QĐ-BYT của Bộ Y tế về Ban hành hướng dẫn quốc gia cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, ngày 25 tháng 11 năm 2009.
- Quyết định của Thủ tướng Chính phủ 136/2000 / QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản 2001-2010, ngày 28 tháng 11 năm 2000.

PHỤ LỤC B

**DANH SÁCH NGƯỜI
ĐƯỢC PHỎNG VẤN**

	Tên	Tổ chức	Địa phương
1	Huỳnh Thị Lan Phương	UNAIDS	Hà Nội
2	Trịnh Thị Lê Trâm	Trung tâm Tư vấn về Pháp luật và Chính sách HIV/AIDS	Hà Nội
3	Lại Minh Hồng	VNW+	Hà Nội
4	Quách Thị Mai	VNW+	Hà Nội
5	Đinh Ngọc Quý	Tiểu ban về Giới và Gia đình, Quốc hội Việt Nam	Hà Nội
6	Nguyễn Thị Nga	Bộ LĐTBXH	Hà Nội
7	Trần Thị Hồng	Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới	Hà Nội
8	Lê Nhân Tuấn	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hà Nội	Hà Nội
9	Nguyễn Đình Hiến	Sở LĐTBXH	Hà Nội
10	Nghiêm Thị Công	Hội Phụ nữ Hà Nội	Hà Nội
11	Nguyễn Phương Hoa	Ban Giám sát Đánh giá, Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hà Nội	Hà Nội
12	Bùi Nguyên Hồng	Phòng khám ngoại trú Đống Đa	Hà Nội
13	Đoàn Thị Thu	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng	Hải Phòng
14	Nguyễn Thị Lan Hương	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng	Hải Phòng
15	Lương Thị Đan Phượng	Hội Phụ nữ Hải Phòng	Hải Phòng
16	Vũ Thị Bích Hạnh	Phòng Dân số và Kế hoạch hóa Gia đình	Hải Phòng
17	Đào Hải Yến	Phòng Chăm sóc Sức khỏe sinh sản	Hải Phòng
18	Nguyễn Đức Phan	Sở LĐTBXH	Hải Phòng
19	Nguyễn Thị Vân	Nhóm tự lực	Hải Phòng
20	Nguyễn Thị Thắm	Đảng viên, phụ nữ mại dâm, huyện Lạng Giang	Bắc Giang
21	Nguyễn Thị Nhung	Phụ nữ sống chung với HIV	Bắc Giang
22	Khổng Thị Liên	Bệnh nhân Methadone	Bắc Giang

23	Vũ Thị Hương	Hội Phụ nữ Bắc Giang	Bắc Giang
24	Nguyễn Thị Chung	Phòng chăm sóc sức khỏe sinh sản	Bắc Giang
25	Hà Thị Minh Thu	Phòng dân số kế hoạch hóa gia đình	Bắc Giang
26	Đoàn Văn Cường	Sở Y tế	Bắc Giang
27	Nguyễn Tiến Hùng	Sở LĐTBXH	Bắc Giang
28	Dương Văn Vinh	Ban Giám sát Đánh giá, Trung tâm AIDS Bắc Giang	Bắc Giang
29	Triệu Thị Hiền	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
30	Bùi Huyền Trang	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
31	Hoàng Vũ Thu Huyền	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
32	Nguyễn Hồng Hậu	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
33	Nguyễn Thị Thúy	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
34	Nguyễn Thanh Hoa	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
35	Nguyễn Thị Thu	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
36	Quách Thị Mai	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
37	Đỗ Thị Luận	Phụ nữ sống chung với HIV	Hà Nội
38	Trần Anh Thu	Hội Phụ nữ Việt Nam	Hà Nội
39	Kristan Schoultz	UNAIDS	Hà Nội
40	Shoko Ishikawa	UN Women	Hà Nội
41	Leika Aruga	UN Women	Hà Nội
42	Vũ Phương Ly	UN Women	Hà Nội
43	Liêu Anh Vũ	UNDP	Hà Nội
44	Bùi Hoàng Đức	Cục Phòng, chống HIV/AIDS	Hà Nội

PHỤ LỤC C

ĐẠI BIỂU CUỘC HỌP KIỂM CHỨNG KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

	Tên	Tổ chức
1	Phan Thị Thu Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2	Vũ Đức Long	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
3	Võ Hải Sơn	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
4	Bùi Hoàng Đức	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
5	Đỗ Hữu Thủy	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
6	Vũ Văn Chiêu	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
7	Hoàng Thị Thu Huyền	Bộ LĐTBXH
8	Nghiêm Thị Công	Hội Phụ nữ Hà Nội
9	Phạm Thị Tuyết Mai	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hà Nội
10	Nguyễn Thị Lan Hương	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Hải Phòng
11	Lương Thị Đan Phượng	Hội Phụ nữ Hải Phòng
12	Dương Văn Vinh	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Bắc Giang
13	Trần Xuân Thanh	Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Bắc Giang
14	Lai Minh Hồng	VNW+
15	Vương Thị Định	VNW+
16	Nhung Nguyễn	PEPFAR
17	Đồng Đức Thìn	HAHP
18	Phí Thị Hiền	VNW+
19	Phia Thị Hoàn	VNW+
20	Nguyễn Thị Thu	VNW+
21	Nguyễn Thị Thắm	Đồng đảng viên, phụ nữ mại dâm, huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang
22	Đan Tiếp Phúc	Văn phòng Luật sư Đan Tiếp Phúc ở tỉnh Hòa Bình
23	Nguyễn Thị Lan Hương	CEPHAD

24	Cao Vĩnh Hải	CERPA
25	Kristant Schoultz	UNAIDS
26	Huỳnh Thị Lan Phương	UNAIDS
27	Nguyễn Thanh Vân	UNAIDS
28	Miho Watanabe	UN Women
29	Leika Aruga	UN Women
30	Vũ Phương Ly	UN Women
31	Trần Thị Thúy Anh	UN Women
32	Vicci Tallis	Tư vấn
33	Lê Mai Phương	Tư vấn
34	Lê Anh Tuấn	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
35	Nguyễn Việt Nga	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
36	Phạm Thanh Phong	Cục phòng chống AIDS – US. CDC
37	Quách Thị Mai	VNW+
38	Trần Thị Thanh Loan	IFGS
39	Hoàng Thanh Hải	Đại sứ quán Mỹ
40	David Stephen	RAFH
41	Nguyễn Thu Huyền	CCIHP
42	Nguyễn Thi Thảo	CCIHP
43	Đào Minh Nguyệt	IPFCS
44	Lê Thị Ngân Giang	CWD
45	Pam Price	CWD



**Cơ quan Liên Hợp Quốc về Bình đẳng giới
và Trao quyền cho phụ nữ (UN Women)
Văn phòng tại Việt Nam**

304 Kim Mã, Hà Nội, Việt Nam

Tel: +84 24 3850 0100

Fax: +84 24 3726 5520

Website: <http://vietnam.unwomen.org>