

Nhu cầu và thực trạng hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/ AIDS tại cộng đồng năm 2013

Bùi Thị Tú Quyên¹, Vũ Thị Kim Hoa²

Tóm tắt: Trẻ em phải gánh chịu nhiều hậu quả nặng nề do HIV/AIDS gây ra, những nhóm quyền cơ bản của trẻ đều bị đại dịch HIV/AIDS tác động. Đây là một nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định (i) Nhu cầu hỗ trợ của trẻ bị ảnh hưởng với HIV/AIDS (OVC) và gia đình; (ii) Mức độ đáp ứng các nhu cầu hỗ trợ mà trẻ OVC và gia đình cần. Nghiên cứu được triển khai tại 4 tỉnh: Phú Thọ, Khánh Hoà, Đồng Tháp và Bắc Ninh. Nhà NC sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn và đã phỏng vấn trực tiếp 322 người chăm sóc trẻ OVC tại hộ gia đình. Kết quả: Có 17,7% là trẻ nhiễm HIV, có tới 50% trẻ bị ốm trong 4 tuần qua và chỉ có 6% trẻ được hỗ trợ khi điều trị. Có tới 94% trẻ OVC cần sự hỗ trợ: nhu cầu hỗ trợ sữa/ thực phẩm khoảng 60%; 67% cần hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế, 85% cần sự hỗ trợ học phí cho trẻ đi học. Có khoảng 57% trẻ OVC và gia đình đã nhận được sự hỗ trợ dù ít, dù nhiều và chủ yếu từ cán bộ LĐTBOXH. Khuyến nghị: Các địa phương cần rà soát danh sách trẻ OVC của địa phương cũng như nhu cầu hỗ trợ trẻ cần. Khi chưa đáp ứng được hết các nhu cầu thì cần xác định ưu tiên để hỗ trợ những nhu cầu cấp thiết trước. Cần kết hợp với các tổ chức/ cơ quan dự án đang có hoạt động hỗ trợ ở địa phương để tận dụng nguồn lực.

Từ khóa: Trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV; nhu cầu hỗ trợ; người chăm sóc trẻ.

Needs and support for children affected by HIV/AIDS in the community in 2013

Bui Thi Tu Quyen¹, Vu Thi Kim Hoa²

Abstract: Children are increasingly vulnerable to the impacts of HIV/AIDS, and their basic human rights, for example the safety and development rights, are threatened. A cross-sectional study was conducted with the aim to identify (i) needs for supporting services among orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS (OVC) and their families; (ii) levels of service provision that meet the needs of these children and their families. This study was implemented in the four provinces, namely Phu Tho, Khanh Hoa, Dong Thap, and Bac Ninh. Using the multistage cluster sampling method, 322 main caregivers of OVC children at home were selected for interviews. Results: 17.7% of OVC lived with HIV, about 50% of them were ill during the last four weeks, and only 6% received treatment. In addition, roughly 94% of the studied children needed support. Specifically, children who needed more milk and/or foods, health insurance cards and financial support in the form of tuition fees so that they could continue to attend school accounted for 60%, 67% and 85%,

respectively. About 57% of the OVC and their families received more or less support from the staffs of the Vietnam Ministry of Labours, Invalids, and Social Affairs (MOLISA). Recommendations: Reviewing and updating the lists of OVC in local areas is of vital importance. Additionally, it is noted that it is essential to meet the needs in the order of priority in case of a lack of resources. Besides, the local child support and protection agency is recommended to collaborate with organizations and/or companies in order to use resources from their local projects.

Key words: children affected by HIV/AIDS; child support needs; caregivers.

Tác giả:

1. Đại học Y tế công cộng
2. Cục Chăm sóc và Bảo vệ trẻ em, Bộ Lao động thương binh xã hội

1. Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu

Việc lan truyền đại dịch HIV/AIDS trong những năm gần đây đã và đang mang lại những hệ quả tất yếu không chỉ cho quá trình phát triển kinh tế, tình hình xã hội của mỗi quốc gia mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, tinh thần những người mang trong mình căn bệnh này đặc biệt là trẻ em.

Theo UNICEF [16] trẻ OVC là những trẻ dưới 18 tuổi bị nhiễm HIV hoặc có cha/mẹ nhiễm hoặc đã tử vong do HIV/AIDS hoặc sống lang thang. Tuy nhiên theo quy định của Chính phủ Việt Nam [1], khái niệm này mở rộng hơn: bao gồm cả nhóm trẻ có nguy cơ cao nhiễm HIV như: trẻ sử dụng ma túy, trẻ bị xâm hại tình dục, trẻ là con của người mua dâm/ bán dâm... Chính vì khái niệm được dùng ở Việt Nam mở rộng như vậy nên nhóm trẻ OVC cũng sẽ nhiều hơn so với cách áp dụng định nghĩa của UNICEF. Việc mở rộng khái niệm này cho thấy sự quan tâm của Việt Nam đến những ảnh hưởng của HIV/AIDS cũng bao quát hơn. Trên Thế giới,

có khoảng 16 triệu trẻ em thuộc các nước đang phát triển và các nước có thu nhập trung bình là trẻ mồ côi do bố mẹ chết vì HIV/AIDS và hàng năm có ít nhất 1 triệu trẻ bị ảnh hưởng do có cha/ mẹ ốm vì HIV/AIDS[3]. Tại Việt Nam, tính đến ngày 31/12/2011, cả nước có 457.691 trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS, trong đó cao nhất là số trẻ em sống cùng cha mẹ bị nhiễm HIV/AIDS, tiếp đến là số trẻ em mồ côi do AIDS và số trẻ em bị bỏ rơi do cha mẹ chết do AIDS. Tuy nhiên, trên thực tế con số này chắc chắn cao hơn rất nhiều do hiện nay việc thu thập số liệu về trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS chưa được đầy đủ. Nếu theo ước tính của Bộ Y tế thì số trẻ em nhiễm HIV sẽ là 23.400, nhưng hiện nay con số trẻ em từ 0-14 tuổi nhiễm HIV được báo cáo chỉ chiếm 2,5% số người nhiễm HIV/AIDS, tương đương khoảng 4.883 trẻ được quản lý. Như vậy có thể thấy nhóm OVC thực sự rất nhiều, đi cùng với đó là các nhu cầu cần đến sự hỗ trợ của nhóm này cũng sẽ rất lớn do rất nhiều quyền con người của nhóm OVC thường bị chối bỏ, các quyền cơ bản đều bị ảnh

hưởng như: Quyền tự do không bị phân biệt đối xử, Quyền được học hành và tiếp cận thông tin, Quyền được nhận sự chăm sóc thay thế thích hợp.... Trong những năm gần đây, nhiều chính sách hỗ trợ cho người có HIV/AIDS đã giúp cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho họ, với trẻ em cũng đã có những chính sách, những chương trình hành động nhằm hỗ trợ nhóm trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV. Tuy vậy việc xác định đúng những nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC cùng gia đình để cung cấp các dịch vụ hỗ trợ trẻ còn gặp nhiều khó khăn do thiếu thông tin hoặc thông tin không kịp thời. Ngoài ra việc hỗ trợ còn rời rạc, không có sự kết nối và phối hợp của các ban ngành có liên quan nên kết quả đạt được thấp. Từ năm 2009, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành quyết định số 84/2009/QĐ-TTg- ngày 04/06/2009 phê duyệt “Kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020”[1]. Nhằm thực hiện quyết định 84/2009/QĐ-TTg, trong thời gian qua Bộ lao động-Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) đã phối hợp với Bộ Y tế, Bộ giáo dục đào tạo và các bộ ngành, đoàn thể liên quan triển khai dịch vụ kết nối hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS (OVC) nhằm giúp cho trẻ được tiếp cận các dịch vụ theo nhu cầu. Để giúp cho việc hỗ trợ có hiệu quả, chúng tôi đã triển khai một nghiên cứu với mục tiêu: (i) Xác định nhu cầu hỗ trợ của trẻ bị ảnh hưởng với HIV/AIDS (OVC) và gia đình; (ii) Mô tả mức độ đáp ứng các nhu cầu hỗ trợ mà trẻ OVC và gia đình cần.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại 4 tỉnh: Phú Thọ, Khánh Hoà, Đồng Tháp và Bắc Ninh. Với thiết

kế cắt ngang, nhà nghiên cứu đã phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính (NCSC) trẻ OVC trong tháng 11-12/2013. Phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn được sử dụng: Bốn tỉnh được chọn vào nghiên cứu là những tỉnh có triển khai dịch vụ kết nối, hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV. Tại mỗi tỉnh nhóm đánh giá đã chọn có chủ đích hai huyện, mỗi huyện chọn hai xã là các địa bàn có triển khai dịch vụ kết nối hỗ trợ trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV; tại các xã được chọn lấy mẫu toàn bộ NCSC trẻ OVC dựa trên danh sách của xã do cộng tác viên ở các xã cung cấp, có 322 NCSC đã được phỏng vấn. Các biến số chính được thu thập là: 1) Thông tin chung về trẻ OVC và NCSC; 2) Nhu cầu hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình; 3) Mức độ đáp ứng các nhu cầu hỗ trợ trẻ OVC và gia đình.

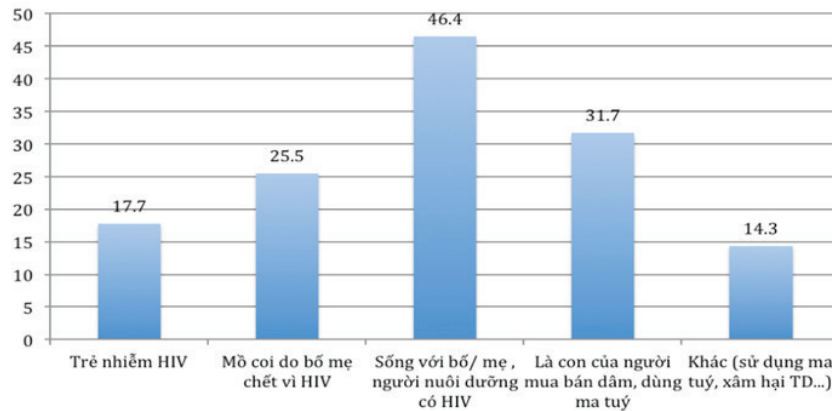
Các nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình được hỏi theo 6 nhóm nhu cầu cơ bản gồm: Hỗ trợ thực phẩm/ dinh dưỡng; Hỗ trợ chỗ ở/ vật chất; Hỗ trợ pháp lý; Hỗ trợ tâm lý; Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe và Hỗ trợ giáo dục. Đây là những nhu cầu cơ bản dựa theo thang nhu cầu của Maslov và được xác định trong Kế hoạch hành động Quốc gia vì trẻ em[1], đây cũng chính là các nhu cầu mà Cục chăm sóc và Bảo vệ trẻ em đề ra trong các hoạt động của mình. Điều tra viên và giám sát viên là các giảng viên trường Đại học Y tế công cộng và cán bộ thuộc Cục Bảo vệ chăm sóc trẻ em-Bộ LĐTBXH. Điều tra viên đã sử dụng phiếu phỏng vấn có cấu trúc đến hộ gia đình để phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính của trẻ cũng như quan sát điều kiện hộ gia đình trẻ đang sống. Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0, các giá trị thống kê mô tả phù hợp như giá trị trung bình, tần số, tỷ lệ được sử dụng. Nghiên cứu được thực hiện

với sự đồng ý của Bộ LĐTBXH, người cung cấp thông tin là hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin danh tính của người cung cấp thông tin được giữ kín. Trong quá trình triển khai nghiên cứu nhóm cũng đã tư vấn, giúp đỡ trẻ OVC và gia

đình trẻ trong khả năng có thể.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Thông tin chung về trẻ OVC và người chăm sóc trẻ



Hình 3.1: Hoàn cảnh của trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS

Bảng 3.1: Thông tin chung về trẻ OVC và người chăm sóc trẻ

Đặc điểm		Trẻ nhiễm HIV (n=57)	Trẻ có nguy cơ nhiễm HIV (n=265)	Chung (n=322)
Giới tính	Nam	29(50,9)	131(49,4)	160(49,7)
	Nữ	28(49,1)	134(50,6)	162(50,3)
Tỉnh	Đồng Tháp	7(12,3)	59(22,3)	66 (20,5)
	Khánh Hoà	5(8,8)	54(20,4)	59 (18,3)
	Bắc Ninh	36(63,2)	90(34,0)	126 (39,1)
	Phú Thọ	9(15,8)	62(23,4)	71 (22,0)
Nhóm tuổi trẻ	3 đến <6 tuổi	19(33,3)	59(22,3)	78(24,2)
	6-12 tuổi	32(56,1)	145(54,7)	177(55,0)
	>12 tuổi	6(10,5)	61(23,0)	67(20,8)
Thẻ bảo hiểm y tế	Thẻ BHYT người nghèo	27(47,4)	103(38,9)	130(40,4)
	BHYT hỗ trợ từ dự án	3(5,3)	2(0,8)	5(1,6)
	BHYT tự nguyện	4(7,0)	76(28,7)	80(24,8)
	BHYT trẻ dưới 6 tuổi	19(33,3)	59(22,3)	78(24,2)
	Không có thẻ	4 (7,0)	25 (9,5)	29 (9,0)
Kinh tế	Trung bình	14(24,6)	85(32,1)	99(30,7)
	Nghèo	43(75,4)	180(67,9)	223(69,3)
Việc làm của NCST	Việc có thu nhập ổn định	5(8,8)	41(15,5)	46(14,3)
	Không có thu nhập ổn định	41(71,9)	163(61,5)	204(63,4)
	Không có việc làm	11(19,3)	61(23,0)	72(22,3)

Trong tổng số 322 trẻ OVC có 57 trẻ có HIV (17,7%); 25,5% mồ côi do bố mẹ chết do HIV/AIDS; 46,4% sống cùng với bố mẹ/ người nuôi dưỡng có HIV.

Có 24,2% trẻ từ 3 đến dưới 6 tuổi; 55% từ 6-12 tuổi. Tỷ lệ trẻ nam là 49,7%; 40,4% trẻ có thẻ BHYT người nghèo, 24,2% có thẻ BHYT dưới 6 tuổi và khoảng ¼ số trẻ có thẻ BHYT tự nguyện, có 6,5% trẻ OVC không có thẻ BHYT.

Có tới 75,4% trẻ trong nhóm nhiễm HIV sống trong hộ gia đình nghèo, tỷ lệ này trong nhóm trẻ có nguy cơ nhiễm HIV là 67,9%.

Khoảng ¾ NCSC của trẻ là nữ, phần lớn thuộc nhóm tuổi 26-45, có 53% NCSC là cha/ mẹ đẻ của trẻ OVC. Có tới 63% NCSC của trẻ OVC không có thu nhập ổn định và 22,3% không có việc làm/ không có thu nhập.

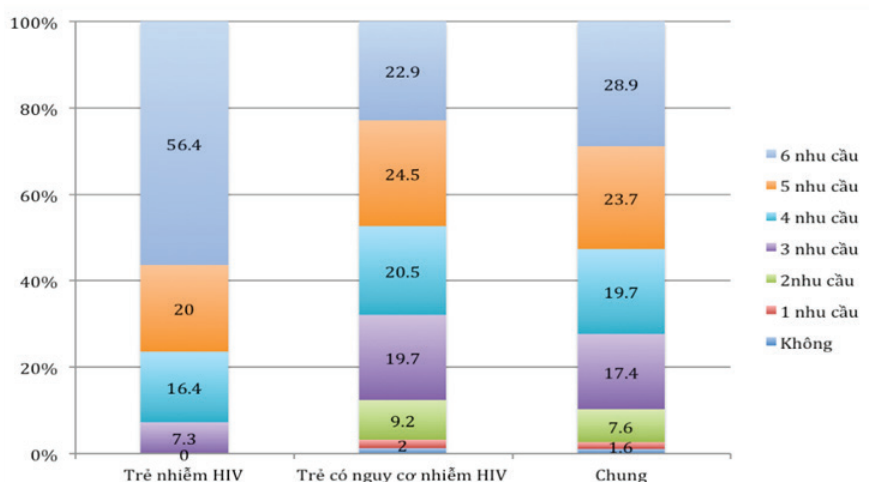
Bảng 3.2: Một số đặc điểm về sức khỏe, tâm lý, pháp lý của trẻ

Đặc điểm		Trẻ nhiễm HIV (n=57)	Trẻ có nguy cơ nhiễm HIV (n=265)	Chung (n=322)
Giấy khai sinh	Có	56(98,2)	261(98,5)	317(98,4)
	Không	1(1,8)	4(1,5)	5(1,6)
Biểu hiện bất thường về tâm lý	Thường xuyên	12(21,1)	26(9,8)	38(11,8)
	Thỉnh thoảng	28(49,1)	84(31,7)	112(34,8)
	Hiếm khi	4(7,0)	38(14,3)	42(13,0)
	Không bao giờ	10(17,5)	105(39,6)	115(35,7)
	Không biết	3(5,3)	12(4,5)	15(4,7)
Trẻ bị kỳ thị/ phân biệt đối xử	Thường xuyên	13(22,8)	14(5,3)	27(8,4)
	Thỉnh thoảng	21(36,8)	65(24,5)	86(26,7)
	Hiếm khi	1(1,8)	15(5,7)	16(5,0)
	Không bao giờ	17(29,8)	147(55,5)	164(50,9)
	Không biết	5(8,8)	24(9,1)	29(9,0)
Trẻ ốm trong 4 tuần qua	Có ốm	56(98,2)	105(39,6)	161(50,0)
	Không ốm	1(1,8)	160(60,4)	161(50,0)

Đa số trẻ đã có giấy khai sinh (98,4%), có tới 37% trẻ có biểu hiện bất thường về mặt tâm lý. Vẫn có tới 35% trẻ bị kỳ thị, phân biệt đối xử (bị xa lánh, bị từ chối dịch vụ, bị lạm dụng...), tỷ lệ này ở nhóm trẻ nhiễm HIV lên tới 60%. Có tới 50% trẻ bị ốm trong 4 tuần qua, tỷ lệ ốm trong nhóm trẻ nhiễm HIV là 98,2%.

3.2. Nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình trẻ

Hầu hết trẻ OVC và gia đình (94,4%) cần hỗ trợ trong cuộc sống hàng ngày. Khoảng 70% trẻ OVC và gia đình có trên 3 nhu cầu cần hỗ trợ, có tới 50% gia đình trẻ OVC cần hỗ trợ cả 6 nhóm nhu cầu cơ bản (Biểu đồ 2).



Hình 3.2: Số lượng nhu cầu hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình trẻ

Bảng 3.3: Nhu cầu hỗ trợ cho trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS

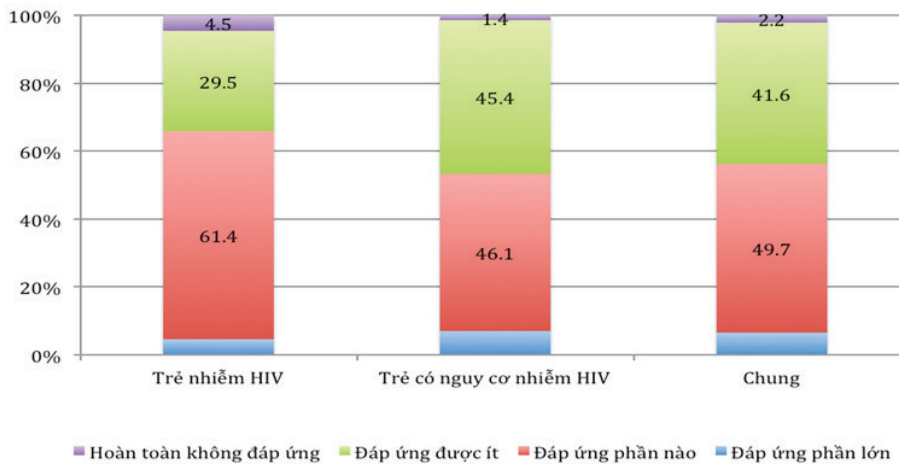
Nội dung	Trẻ nhiễm HIV (n=55)	Trẻ có nguy cơ nhiễm HIV (n=249)	Chung (n=304)
Hỗ trợ thực phẩm, DD	53(96,4)	191(76,7)	244(80,3)
Hỗ trợ chỗ ở, vật chất khác	53(96,4)	206(82,7)	259(85,2)
Hỗ trợ pháp lý	34(61,8)	88(35,3)	122(40,1)
Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe	53(96,4)	217(87,1)	270(88,8)
Hỗ trợ tâm lý	44(80,0)	129(51,8)	173(56,9)
Hỗ trợ giáo dục	52(94,5)	218(87,6)	270(88,8)
Nhu cầu hỗ trợ chung	53 (96,5)	234 (94,0)	287(94,4)

Nhu cầu hỗ trợ về chăm sóc sức khỏe (chi phí khám chữa bệnh và mua BHYT) và hỗ trợ về giáo dục (học phí, đồ dùng học tập) ở trẻ OVC chiếm tỷ lệ cao nhất (89%) cho thấy sức khỏe và giáo dục là hai vấn đề mà NCSC thực sự quan tâm, mong muốn sự hỗ trợ cho trẻ OVC. Nhu cầu về chỗ ở và vật chất cũng là một nhu cầu cấp thiết của gia đình những trẻ OVC (85%). Nhu cầu cấp thiết thứ 3 cho trẻ OVC là hỗ trợ về thực phẩm, dinh dưỡng (sữa, đồ ăn hàng ngày) với tỷ lệ là 80,3%. Hai nhu cầu ít hỗ trợ hơn là tâm lý

(56,9%-tư vấn tâm lý cho trẻ OVC và gia đình) và hỗ trợ pháp lý (40,1% làm giấy khai sinh, tư vấn pháp lý). Ở tất cả các nhóm nhu cầu thì tỷ lệ có nhu cầu hỗ trợ ở nhóm trẻ nhiễm HIV luôn cao hơn nhóm trẻ có nguy cơ nhiễm HIV.

3.3. Mức độ đáp ứng của dịch vụ hỗ trợ các nhu cầu ở trẻ OVC và gia đình

Chỉ có 185 (57,5%) trẻ OVC và gia đình của trẻ đã nhận được sự hỗ trợ và chủ yếu là nhận được hỗ trợ từ cán bộ LĐT BXH. Có tới ¾ trẻ



Hình 3.3: Mức độ đáp ứng của sự hỗ trợ các nhu cầu ở trẻ OVC và gia đình (n=185)

OVC và gia đình trẻ được nhận hỗ trợ do gia đình nghèo/ khó khăn, 22,6% là do địa phương có dự án liên quan đang triển khai.

Biểu đồ 3 cho thấy với những gia đình đã được nhận dịch vụ thì chỉ có đến 41,6% cho rằng những hỗ trợ mà họ nhận được đáp ứng ít so với nhu cầu, và một tỷ lệ tương đương khoảng 50% cho rằng những hỗ trợ này chỉ đáp ứng được một phần so với nhu cầu của họ.

4. Bàn luận

Trẻ OVC là những trẻ chịu rất nhiều thiệt thòi, trẻ có thể rất ốm yếu do tình trạng lây nhiễm HIV và trẻ Có thể thấy nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình trẻ trong nghiên cứu này là rất lớn, có tới 94,4% trẻ OVC và gia đình trẻ cần sự hỗ trợ nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người chăm sóc trẻ OVC là nữ, đang thuộc nhóm tuổi lao động nhưng phần lớn lại không có việc làm hoặc làm nghề tự do thu nhập không ổn định, đây cũng là đặc tính của người chăm sóc trẻ OVC nói chung trong các nghiên cứu khác [9]. Như vậy có thể thấy trẻ OVC và gia đình trẻ chịu những gánh nặng kép, gánh nặng của tình trạng bệnh tật, hoàn cảnh gia đình và gánh nặng

về sự mất ổn định về kinh tế khi người chăm sóc chính cho trẻ không có việc làm.

Có tới 94,4% người chăm sóc trẻ cho rằng trẻ OVC và gia đình cần hỗ trợ trong cuộc sống hàng ngày, tỷ lệ có từ 3 nhu cầu cần hỗ trợ lên đến 70%. Như trên chúng tôi đã đề cập, cuộc sống hàng ngày của trẻ OVC bị ảnh hưởng rất lớn, trẻ sống trong những điều kiện thiếu thốn (thiếu thức ăn, thiếu tiền chi trả cho cuộc sống...) ngoài ra trẻ OVC còn cần sự hỗ trợ về y tế/ chăm sóc sức khỏe đặc biệt nhóm trẻ có HIV (17,7% trong nghiên cứu này). Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, các nghiên cứu khác trên thế giới [5, 10] cũng cho thấy nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC và gia đình là rất lớn và sự đáp ứng nhu cầu này thực sự là một thách thức đối với xã hội. Các nghiên cứu [4,13] cũng chỉ ra trẻ OVC có khả năng bỏ học/ không đi học cao hay trẻ sống với cha/ mẹ có HIV có nguy cơ bị suy dinh dưỡng và ít nhận được chăm sóc y tế khi ốm hơn trẻ khác. Nghiên cứu của Patrick và cộng sự [9] cho thấy chỉ có 79,5% trẻ OVC nhóm tuổi 6-12 hiện tại còn đi học, các lý do trẻ bỏ học là: bố mẹ chết 43,2%; không có tiền 17%. Cũng trong nghiên cứu này có 37,1% trẻ

chỉ được ăn 1 bữa/ ngày; 48,6% được ăn 2 bữa/ ngày. Có đến 64,2% người chăm sóc cho thấy thách thức lớn nhất trong cuộc sống hàng ngày là thiếu tiền và thức ăn và họ mong muốn có sự hỗ trợ về thực phẩm hàng ngày.

Đa số trẻ OVC đã có giấy khai sinh (98,4%), tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu Marais và cs [12] với 97% trẻ OVC đã có giấy khai sinh. Như vậy nhu cầu hỗ trợ về tư vấn pháp lý dưới khía cạnh về giấy khai sinh gần như không có. Công tác hộ tịch, khai sinh ở các địa phương thời gian qua cũng được triển khai tương đối tốt, chính vì vậy hầu hết trẻ đã có giấy khai sinh, ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ nhỏ nhất cũng đã 3 tuổi nên tỷ lệ có giấy khai sinh là rất cao và không cần sự hỗ trợ này.

Ngược lại, tỷ lệ trẻ OVC cần hỗ trợ tâm lý cao, lên tới 56,9%. Nhóm OVC chịu nhiều thiệt thòi cũng như có nhiều hành vi nguy cơ hơn nhóm trẻ khác, trong nghiên cứu của Balew và cs tại Ethiopia [2] cho thấy hầu hết trẻ OVC đều có liên quan đến hành vi bạo lực gia đình, 26,9% trẻ OVC phải làm thuê cho người khác.... Đa số trẻ OVC hay khó chịu và thể hiện sự hay lo lắng và không hạnh phúc, nhóm trẻ OVC cũng có tình trạng trầm cảm và sự bất ổn về tâm thần/ tâm lý cao hơn nhóm trẻ bình thường, trẻ OVC hay tức giận và cũng hay có những giấc mơ đáng sợ [9] điều này cũng chứng tỏ nhóm OVC cần có sự hỗ trợ về mặt tâm lý.

Tuy nhu cầu cần hỗ trợ nói chung của trẻ OVC và gia đình trẻ cao như vậy nhưng mới chỉ có khoảng ½ trẻ OVC và gia đình nhận được hỗ trợ và chủ yếu là hỗ trợ do hộ gia đình thuộc diện nghèo, khó khăn. Trong nhóm đã nhận hỗ trợ thì chỉ đa số cho rằng sự hỗ trợ là ít và chỉ đáp ứng một phần nhu

cầu của họ. Như vậy có thể thấy sự hỗ trợ cho trẻ OVC và gia đình ở các địa bàn nghiên cứu còn khiêm tốn. Với nguồn lực (cả từ chính phủ và từ các tổ chức) có hạn và nhu cầu hỗ trợ thì nhiều nên thực trạng này cũng là điều dễ hiểu mặc dù các ban ngành đoàn thể cũng đã có sự quan tâm nhất định.

Trong bối cảnh chung trên Thế giới, sự hỗ trợ nhóm OVC ở các nước phát triển cũng tốt hơn các nước đang phát triển và nước nghèo, tỷ lệ nhóm OVC nhận gói hỗ trợ cơ bản ở Thái Lan là 80%; ở Cam-pu-chia là 50% và ở Burkina Faso là 55% [15]. Nghiên cứu của Nsagha và cs ở Cameroon [14] cho thấy chỉ có 9% trẻ OVC ở Cameroon nhận được một loại hỗ trợ bất kỳ trong bối cảnh số OVC tăng nhanh chóng. Ở Malawi [8] cũng chỉ có 40% trẻ OVC nhận được hỗ trợ từ các nhóm hỗ trợ của cộng đồng, 31% nhận được sự hỗ trợ tâm lý (tư vấn), 24% nhận được hỗ trợ thức ăn hoặc quà; 20% có sự hỗ trợ chăm sóc sức khỏe... sự hỗ trợ này cũng khác nhau giữa các vùng trong cả nước. Thậm chí ở Kenya, sự hỗ trợ này còn thấp hơn rất nhiều [11], tỷ lệ trẻ được hỗ trợ y tế chỉ là 3,7%; hỗ trợ tâm lý 4,1%; hỗ trợ xã hội 1,3%; hỗ trợ vật chất 6,2% hỗ trợ giáo dục 11,5%. Có một thực tế là sự hỗ trợ của chính phủ thường rất nháp [8], vì vậy các nước, các địa phương có dự án hay các chương trình triển khai thì sự hỗ trợ cũng sẽ tốt hơn những nơi không có dự án. Các hỗ trợ cho nhóm OVC đã được thực hiện ở một số nước Đông Phi và Nam Phi thông qua nguồn kinh phí của PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) [3] tương đối phong phú, bao gồm hỗ trợ giáo dục (hỗ trợ học phí, đồ dùng học tập, đồng phục...); hỗ trợ tâm lý; hỗ trợ dinh dưỡng/ thực phẩm; hỗ trợ chăm sóc y tế; hỗ trợ pháp lý.... Nghiên cứu của

Godfrey và cs [6] tại Nigeria cho thấy có nhiều tổ chức tham gia hỗ trợ nhóm OVC và họ cũng đã tập trung vào các nhu cầu cơ bản của nhóm trẻ này. Có 79% tổ chức tại Nigeria tham gia hỗ trợ giáo dục 79%; hỗ trợ thực phẩm/ dinh dưỡng là 89%; hỗ trợ ở ở và chăm sóc là 73%; hỗ trợ tâm lý 90%; bảo vệ trẻ 71% và hỗ trợ y tế là 91%. Nghiên cứu cũng cho thấy các hỗ trợ tập trung nhiều ở khu vực thành phố hơn nông thôn. Tuy vậy nhu cầu của nhóm OVC là rất lớn và sự hỗ trợ này cũng là chưa đủ [6].

Có thể thấy những sự hỗ trợ cho trẻ OVC đã mang lại cuộc sống tốt đẹp hơn cho trẻ[3,7]. Những trẻ OVC nhận được hỗ trợ xã hội thì nguy cơ có những bất ổn/ phiền muộn về mặt tâm lý thấp hơn những trẻ không được hỗ trợ, những trẻ được hỗ trợ thì được đi học nhiều hơn, được chăm sóc y tế tốt hơn và có chế độ dinh dưỡng cũng tốt hơn. Chính vì vậy việc xác định nhu cầu cần hỗ trợ của trẻ OVC và huy động nguồn lực để hỗ trợ cho trẻ là việc làm cần thiết nhằm đảm bảo trẻ OVC có điều kiện được hưởng các quyền lợi và sự chăm sóc cơ bản, đáp ứng được các cam kết về quyền trẻ em mà Việt Nam đã ký.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu cắt ngang và sử dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích nên tính đại diện không cao. Ngoài ra việc đánh giá nhu cầu của trẻ và gia đình trẻ chỉ thông qua phỏng vấn người chăm sóc trẻ có nhiều sai số tiềm ẩn do người chăm sóc chính có thể cung cấp thông tin không chính xác. Nhóm nghiên cứu cũng đã giải thích cho người chăm sóc trẻ biết mục đích của nghiên cứu và trong quá trình thu thập số liệu cũng đã đến tận hộ gia đình để quan sát điều kiện sống của trẻ cũng như đã tham khảo

thông tin từ các cộng tác viên tại địa phương

5. Kết luận và khuyến nghị

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ OVC và gia đình trẻ có nhu cầu hỗ trợ rất lớn cho cuộc sống hàng ngày. Hai nhu cầu trẻ OVC và gia đình cần hỗ trợ nhiều nhất là chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ giáo dục. Tỷ lệ trẻ OVC và gia đình đã nhận được sự hỗ trợ còn thấp và mới chỉ đáp ứng được một phần nhỏ so với nhu cầu. Điều này cho thấy những hỗ trợ cho trẻ và gia đình trẻ OVC cần được thay đổi theo hướng phù hợp và cải thiện về số lượng cũng như chất lượng trong thời gian tới. Trẻ OVC và gia đình cần hỗ trợ rất nhiều vì vậy khi chưa đáp ứng được hết nhu cầu hỗ trợ đó thì cần xác định ưu tiên những nhu cầu cấp thiết để hỗ trợ trước cho trẻ và gia đình trẻ. Do nguồn lực có hạn nên ngành LĐ-TB-XH nên kết hợp với các tổ chức/ cơ quan/ dự án đang có các hoạt động hỗ trợ trẻ OVC ở địa phương để tăng cường hiệu quả của các hoạt động hỗ trợ.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Thủ tướng Chính phủ, Kế hoạch hành động quốc gia vì trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020, Quyết định 84/2009/QĐ-TTg. 2009, Văn phòng Thủ tướng: Hà Nội.

Tiếng Anh

2. Balew, G., et al., Assesment of household burden of orphaning and coping strategies by guardians and families with orphans and vulnerable children in Hossana Town, SNNPR. *Ethiop Med J*, 2010. 48(3): p. 219-28.

3. Bryant, M., et al., PEPFAR's support for orphans and vulnerable children: some beneficial effects, but too little data, and programs spread thin. *Health Aff (Millwood)*, 2012. 31(7): p. 1508-18.

4. Dlamini, B.N. and C. Chiao, Closing the health gap in a generation: exploring the association between household characteristics and schooling status among orphans and vulnerable children in Swaziland. *AIDS Care*, 2015: p. 1-10.

5. Doku, P.N., J.E. Dotse, and K.A. Mensah, Perceived social support disparities among children affected by HIV/AIDS in Ghana: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2015. 15: p. 538.

6. Godfrey Biemba, Mary Ebunlomo Walker, and Jonathon Simon, Nigeria Research Situation Analysis on Orphans and Other Vulnerable Children. 2009.

7. Hong, Y., et al., Perceived social support and psychosocial distress among children affected by AIDS in china. *Community Ment Health J*,

2010. 46(1): p. 33-43.

8. Kidman, R. and S.J. Heymann, The extent of community and public support available to families caring for orphans in Malawi. *AIDS Care*, 2009. 21(4): p. 439-47.

9. Kirkpatrick, S.M., et al., Assessment of emotional status of orphans and vulnerable children in Zambia. *J Nurs Scholarsh*, 2012. 44(2): p. 194-201.

10. Kuo, C. and D. Operario, Caring for AIDS-orphaned children: an exploratory study of challenges faced by carers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Vulnerable Child Youth Stud*, 2010. 5(4): p. 344-352.

11. Lee, V.C., et al., Orphans and vulnerable children in Kenya: results from a nationally representative population-based survey. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2014. 66 Suppl 1: p. S89-97.

12. Marais, L., et al., Community-based mental health support for orphans and vulnerable children in South Africa: A triangulation study. *Vulnerable Child Youth Stud*, 2014. 9(2): p. 151-158.

13. Mishra, V., et al., Education and nutritional status of orphans and children of HIV-infected parents in Kenya. *AIDS Educ Prev*, 2007. 19(5): p. 383-95.

14. Nsagha, D.S., et al., The Burden of Orphans and Vulnerable Children Due to HIV/AIDS in Cameroon. *Open AIDS J*, 2012. 6: p. 245-58.

15. UNAIDS, What conuntries need: Investments needed for 2010 targets. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009, 2009.

16. UNICEF, Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. 2005