

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

NGUYỄN VĂN NGHỊ

**NGHIÊN CỨU QUAN NIỆM, HÀNH VI TÌNH DỤC
VÀ SỨC KHỎE SINH SẢN Ở VỊ THÀNH NIÊN
HUYỆN CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG
2006 - 2009**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - NĂM 2011

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

NGUYỄN VĂN NGHỊ

**NGHIÊN CỨU QUAN NIỆM, HÀNH VI TÌNH DỤC
VÀ SỨC KHỎE SINH SẢN Ở VỊ THÀNH NIÊN
HUYỆN CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG
2006 - 2009**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

**CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG
MÃ SỐ: 62 72 76 01**

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

- 1. PGS. TS. VŨ MẠNH LỢI**
- 2. PGS. TS. LÊ CỰ LINH**

HÀ NỘI - NĂM 2011

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận án này là của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án này là trung thực, chưa có ai công bố trong bất kì một công trình nghiên cứu nào khác.

Nghiên cứu sinh

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn tất cả những người đã giúp đỡ, động viên, hỗ trợ, hướng dẫn tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án nghiên cứu sinh.

Trước hết tôi xin trân trọng cảm ơn Trường Đại học YTCC, Văn phòng cơ sở thực địa Chililab, UBND huyện Chí Linh đã giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, tiến hành nghiên cứu để hoàn thành chương trình học tập nghiên cứu sinh.

Tôi xin chân thành cảm ơn các giảng viên hướng dẫn giàu kinh nghiệm, luôn nhiệt tình, làm việc trách nhiệm, giúp đỡ hiệu quả trong quá trình tôi học nghiên cứu sinh và hoàn thành luận án tốt nghiệp.

Tôi xin cảm ơn GS Michael M. Dunne, TS Diana Battistuta trường Đại học tổng hợp kỹ nghệ Queensland University of Technology (QUT), Úc đã nhiệt tình giúp đỡ tôi trong thời gian thực tập sinh và phân tích số liệu nghiên cứu sinh tại trường Đại học tổng hợp QUT, Úc. Trong thời gian đó tôi đã học hỏi được rất nhiều kiến thức, kinh nghiệm quý giá về nghiên cứu khoa học và kỹ thuật phân tích số liệu.

Tôi xin cảm ơn bạn bè và các đồng nghiệp mà tôi đã có dịp cộng tác làm việc và học tập. Những người đã chia sẻ, động viên, giúp tôi có thêm nhiều kinh nghiệm, kiến thức khoa học và nghị lực. Tôi cũng xin cảm ơn các điều tra viên, giám sát viên, nhập liệu viên tại cơ sở thực địa Chililab, những người đã làm việc cùng tôi trong quá trình xây dựng, phát triển cơ sở thực địa Chililab từ những ngày đầu tiên thành lập và đã giúp tôi trong quá trình tiến hành nghiên cứu tại Chililab. Tôi xin cảm ơn tất cả các vị thành niên và bố mẹ họ đã tham gia nhiệt tình, cung cấp thông tin, số liệu cho nghiên cứu này.

Xin trân trọng cảm ơn tổ chức Ford Foundation Việt Nam đã hỗ trợ tài chính cho đề tài nghiên cứu sinh của tôi tại Chililab và cảm ơn Quỹ hỗ trợ phát triển quốc tế AUSAID và Đại sứ quán Úc tại Hà Nội đã hỗ trợ kinh phí cho tôi làm thực tập sinh và phân tích số liệu nghiên cứu tại trường Đại học tổng hợp QUT, Úc.

Lòng biết ơn sâu sắc của tôi dành cho gia đình, với bố mẹ tôi những người đã sinh thành, nuôi dưỡng tôi trưởng thành, luôn khuyến khích động viên tôi không ngừng học tập. Tôi vô cùng biết ơn người vợ yêu quý và các con đã luôn yêu thương, chia sẻ, động viên tôi vượt qua mọi khó khăn, là động lực to lớn cho tôi trong hành trình dài tìm tòi khám phá khoa học nhiều khó khăn thách thức nhưng vô cùng lý thú và cao quý.

Hà Nội, tháng 1 năm 2010

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	v
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	vi
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ.....	viii
DANH MỤC HÌNH VẼ.....	viii
MỞ ĐẦU.....	1
MỤC TIÊU VÀ GIẢ THUYẾT NGHIÊN CỨU.....	5
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	6
1.1 Một số khái niệm.....	7
1.2 Mô hình lý thuyết nghiên cứu về tình dục, SKSS ở VTN	9
1.2.1 Mô hình sinh thái kết hợp (Ecologically interactive model)	9
1.2.2 Khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ (Risk and Protective factor framework).....	10
1.3 Nghiên cứu về tình dục, SKSS vị thành niên trên thế giới và Việt Nam... ..	13
1.3.1 Nghiên cứu trên thế giới.....	13
1.3.2 Nghiên cứu về tình dục, SKSS vị thành niên ở Việt Nam.....	26
CHƯƠNG II: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	31
2.1 Đối tượng nghiên cứu:	31
2.2 Thời gian, địa điểm nghiên cứu	31
2.3 Thiết kế nghiên cứu.....	31
2.3.1 Nghiên cứu định lượng và cỡ mẫu	32
2.3.2 Nghiên cứu định tính và đối tượng tham gia	33
2.4 Mô hình lý thuyết sử dụng trong nghiên cứu	35
2.5 Các biến số nghiên cứu	37
2.6 Phương pháp thu thập số liệu định lượng, định tính.....	37
2.6.1 Thu thập, trích xuất số liệu định lượng	37
2.6.2 Thu thập thông tin định tính.....	38
2.7 Xử lý và phân tích số liệu	40
2.7.1 Phân tích số liệu định lượng.....	41
2.7.2 Phân tích thông tin số liệu định tính	45
2.8 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu	46
CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	48
3.1 Kết quả định tính (TLN, PVS): Quan niệm về tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở VTN và sự thay đổi so với thế hệ bố mẹ	48
3.1.1 Đặc điểm đối tượng tham gia các thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu	48
3.1.2 Kết quả định tính quan niệm, nhận thức ở vị thành niên về QHTD, biện pháp tránh thai, nạo hút thai, bệnh STIs.....	48
3.1.3 Kết quả nghiên cứu định tính: Nhận thức, quan niệm của bố mẹ VTN về tình dục, SKSS tuổi VTN.....	58

3.2 Kết quả định lượng: Kiến thức, thái độ về tình dục, SKSS và thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở VTN (AH1 2006)	64
3.2.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu điều tra AH1 2006	64
3.2.2 Kiến thức VTN về tình dục, mang thai (AH1 vòng 1)	64
3.2.3 Thái độ về tình dục và hành vi QHTD ở VTN (AH1 vòng 1).....	67
3.2.4 Kiến thức, thái độ VTN về sử dụng bao cao su, BPTT (AH1 vòng 1)...	73
3.2.5 Nhận thức, thái độ VTN về các bệnh STIs (AH1 vòng 1).....	77
3.2.6 Nhận thức, thái độ VTN về HIV/AIDS (AH1 vòng 1).....	79
3.3 Kết quả phân tích dọc AH1 kết nối AH2 và Nhóm đề cử (NGT): Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN.....	83
3.3.1 Phân tích yếu tố liên quan với QHTD ở VTN điều tra AH1 (2006).....	83
3.3.2 Xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN năm 2006- 2009 (kết nối số liệu AH1 2006, 2009 và AH2 2007).....	84
3.3.3 Kết quả Nhóm đề cử (NGT) xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN	98
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN.....	102
4.1 Bàn luận về đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	102
4.2 Bàn luận kết quả định tính: Quan niệm, nhận thức VTN về tình dục, SKSS và sự thay đổi (mục tiêu 1)	104
4.2.1 Bàn luận quan niệm, nhận thức VTN về tình dục và sự thay đổi	104
4.2.2 Bàn luận về nhận thức VTN về BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs	108
4.3 Bàn luận kết quả định lượng AH1: Kiến thức, thái độ VTN về tình dục, SKSS và thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, STIs (mục tiêu 2).....	109
4.3.1 Bàn luận về kiến thức tình dục, mang thai ở VTN	109
4.3.2 Bàn luận về thái độ tình dục và QHTD ở VTN	110
4.3.3 Bàn luận kiến thức về BPTT và sử dụng BPTT ở VTN	114
4.3.4 Bàn luận kiến thức VTN về bệnh lây truyền qua QHTD (STIs)/HIV	114
4.4 Bàn luận kết quả phân tích dọc AH1 kết nối AH2 và NGT: Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN (mục tiêu 3).....	116
4.5 Một số đóng góp mới của nghiên cứu.....	119
4.6 Một số hạn chế của nghiên cứu và biện pháp khắc phục	120
KẾT LUẬN	121
KIẾN NGHỊ	124
DANH MỤC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ.....	127
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	128
PHỤ LỤC.....	144

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Add Health	:The National Longitudinal Study of Adolescent Health - Nghiên cứu dọc quốc gia về sức khỏe thanh thiếu niên Mỹ
AH	:Adolescent health research - Nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên tại cơ sở thực địa Chililab, Chí Linh, Hải Dương (gồm nhiều mô đun)
AIDS	:Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người do nhiễm virus HIV
BCS	:Bao cao su
BPTT	:Biện pháp tránh thai
BYT	:Bộ Y tế
Chililab	:Cơ sở Thực địa của Trường ĐHYTCC tại Chí Linh, Hải Dương
DS-KHHGD	:Dân số - Kế hoạch hóa gia đình
DESS:	:Demographic and Epidemiologic Surveillance System - Hệ thống giám sát Dịch tễ – Dân số học
NGT	:Nominal group technique - Kỹ thuật nhóm đề cử
HIV	:Human Immuno-deficiency Virus -Virus gây giảm miễn dịch ở người
KAP	:Kiến thức, thái độ, thực hành
KTXH	:Kinh tế xã hội
PCA	:Principal Component Analysis - Phân tích thành tố chính
PAF	:Principal Axis Factoring - Phân tích thành tố cấu trúc trục chính
PTCS	:Phổ thông cơ sở
PTTH	:Phổ thông trung học
PVS	:Phòng vấn sâu
QHTD	:Quan hệ tình dục
SAVY1	: Điều tra quốc gia thanh niên và vị thành niên Việt Nam, 2003
SKSS	:Sức khỏe sinh sản
STIs	:Các bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục
TLGD	:Thảo luận trường hợp giả định
TLN	:Thảo luận nhóm
UBND	:Ủy ban nhân dân
VTN	:Vị thành niên

DANH MỤC CÁC BẢNG

Số bảng, tên bảng	Trang
Bảng 1.1 Ma trận yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ QHTD, SKSS ở VTN	12
Bảng 2.1: Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD	36
Bảng 2.2 Chiến lược phân tích số liệu	40
Bảng 3.1: Số lượng VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế	64
Bảng 3.2: Tỷ lệ nam, nữ VTN biết đúng về tình dục và mang thai	65
Bảng 3.3: Khác nhau kiến thức tình dục, mang thai theo giới tính, tuổi, nơi ở	66
Bảng 3.4: Thái độ đồng tình với QHTD trước khi cưới	67
Bảng 3.5: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan thái độ cởi mở về QHTD	68
Bảng 3.6: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với sự tự tin từ chối QHTD khi không muốn.....	69
Bảng 3.7: Quan hệ tình dục ở VTN theo giới tính.....	70
Bảng 3.8: QHTD tự nguyện theo giới tính, nơi ở, nhóm tuổi.....	71
Bảng 3.9: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan tuổi QHTD ở VTN.....	72
Bảng 3.10: Thái độ VTN về sử dụng bao cao su	73
Bảng 3.11: Hồi qui Logistic mỗi liên quan thái độ ủng hộ BCS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã từng QHTD	74
Bảng 3.12: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan thái độ tự tin về BCS.....	75
Bảng 3.13: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan VTN biết các BPTT	76
Bảng 3.14: Tỷ lệ VTN biết về các bệnh STIs theo giới tính.....	77
Bảng 3.15: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã từng QHTD với VTN nghe về bệnh STIs	78
Bảng 3.16: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với VTN biết đúng “QHTD giao hợp an toàn là sử dụng BCS”	79
Bảng 3.17: Hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN đã nghe về HIV/AIDS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế.....	80
Bảng 3.18: Tỷ lệ VTN biết cách phòng lây nhiễm HIV/AIDS theo giới tính	81
Bảng 3.19: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với VTN biết cách phòng tránh HIV/AIDS	82
Bảng 3.20: Hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN cảm thông người có HIV/AIDS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế.....	83
Bảng 3.21: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, kinh tế, thái độ cởi mở về tình dục, bị lạm dụng tình dục, tuổi dậy thì và QHTD ở VTN	84
Bảng 3.22: VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, điều kiện kinh tế (AH2 vòng 1)	85
Bảng 3.23: VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, kinh tế (AH2 kết nối AH1 vòng 1, 2)	86
Bảng 3.24: Biến số thang đo kiến thức, thái độ VTN về dậy thì, QHTD, BPTT (AH1 vòng 1 kết nối vòng 2)	87
Bảng 3.25: Kiến thức, thái độ VTN về dậy thì, QHTD, BPTT (AH1 vòng 1, 2).....	88
Bảng 3.26: Kiểm định (Pair sample T test) sự khác nhau kiến thức, thái độ về dậy thì, QHTD, BPTT ở VTN (điều tra 2009 và 2006).....	88

Bảng 3.27: Thay đổi kiến thức, thái độ VTN về dại thì, QHTD, BPTT (điều tra AH1 năm 2009 so với năm 2006)	89
Bảng 3.28: Hồi qui Logistic mối liên quan thay đổi kiến thức, thái độ về QHTD, BPTT với QHTD ở VTN trong 3 năm 2006-2009.....	90
Bảng 3.29: Biến số thang đo 5 domain các yếu tố cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng	91
Bảng 3.30: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố nơi ở, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế, cộng đồng với QHTD ở VTN	94
Bảng 3.31: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố gia đình và QHTD ở VTN.....	95
Bảng 3.32: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố nhà trường và QHTD VTN	96
Bảng 3.33: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố bạn bè và QHTD ở VTN	96
Bảng 3.34: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố cá nhân và QHTD ở VTN	97
Bảng 3.35: Đối tượng tham gia các nhóm đề cử theo tuổi, giới tính, nơi ở.....	98
Bảng 3.36: Các yếu tố nguy cơ, bảo vệ đối với QHTD theo xác định của VTN.....	99
Bảng 3.37: Yếu tố nguy cơ, bảo vệ đối với QHTD bố mẹ VTN xác định.....	101

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Số biểu đồ, tên biểu đồ	Trang
Biểu đồ 3.1: Tuổi VTN lần đầu QHTD và tuổi người QHTD với VTN.....	71
Biểu đồ 3.2: Số VTN điều tra AH1 vòng 1, vòng 2 và kết nối 2 vòng.....	85

DANH MỤC HÌNH VẼ

Số hình vẽ, tên hình vẽ	Trang
Hình 1.1: Mô hình sinh thái kết hợp (Ecologically interactive model).....	9
Hình 2.1: Sơ đồ chọn mẫu, điều tra AH và trích xuất số liệu nghiên cứu.....	33
Hình 2.1: Sơ đồ chọn mẫu tham gia thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu	34

MỞ ĐẦU

Vị thành niên là giai đoạn đặc biệt của cuộc đời, giai đoạn tuổi mà một người không còn là trẻ con nhưng cũng chưa phải là người trưởng thành hoàn toàn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 1998) vị thành niên (VTN) là từ 10 tuổi đến 19 tuổi, là giai đoạn phát triển tâm sinh lý, cơ thể và đặc điểm cá nhân từ một đứa trẻ dần trở thành người trưởng thành, sự chuyển tiếp dần từ giai đoạn phụ thuộc đến giai đoạn độc lập về kinh tế, xã hội [17], [94]. Trong giai đoạn này vị thành niên có thể phải đối mặt với các thay đổi chuyển tiếp (đi học và thôi học, chưa đi làm và đi làm, chưa yêu và yêu, chưa quan hệ tình dục và có quan hệ tình dục v.v...) và phải ra nhiều quyết định quan trọng của cuộc đời trong khi kinh nghiệm sống và các kiến thức về xã hội, về nghề nghiệp, về tâm lý, sinh lý còn chưa định hình ổn định.

Giai đoạn phát triển vị thành niên chịu tác động của nhiều yếu tố cá nhân, gia đình, cộng đồng, xã hội. Vị thành niên rất nhạy cảm với các thay đổi của môi trường, kinh tế, văn hoá, xã hội. Những thay đổi đó tác động lên hành vi liên quan tới sức khoẻ trong giai đoạn vị thành niên và giai đoạn tiếp theo trong tuổi trưởng thành [184]. Một số đặc điểm của vị thành niên là tò mò, khám phá, ảnh hưởng của bạn đồng trang lứa về các vấn đề tình dục, trong khi đó việc thiếu kiến thức, hiểu biết về sinh lý thụ thai, sức khoẻ sinh sản (SKSS), biện pháp tránh thai (BPTT), phòng tránh viêm nhiễm sinh dục và bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục (QHTD) làm cho VTN trở thành nhóm có nguy cơ, dễ bị tổn thương.

Vị thành niên chiếm khoảng 1/5 dân số thế giới và 85% sống ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, thanh niên vị thành niên chiếm một tỷ lệ lớn trong cơ cấu dân số. Theo số liệu tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1999, dân số độ tuổi 10-19 tuổi chiếm 22,7%, nếu tính từ 10 tuổi đến 24 tuổi thì tỷ lệ này là 31,7% và là nước có tỷ lệ thanh niên, vị thành niên cao nhất châu Á [1]. Điều tra biến động dân số kế hoạch hoá gia đình 1/4/2005 cho thấy VTN 10-19 tuổi chiếm 21,2% [19] và tỷ

lệ này trong Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 là 18,7% [2]. Trong giai đoạn đất nước đổi mới và phát triển mạnh mẽ từ cuối thập kỷ 1980, vị thành niên có điều kiện hơn phát triển toàn diện về mọi mặt. Tuy nhiên sự gia tăng quan hệ tình dục sớm và gia tăng nạo phá thai tuổi vị thành niên là một trong các vấn đề cấp thiết cần nghiên cứu đầy đủ. Các chương trình chăm sóc SKSS và kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) trong một vài thập kỷ trước tập trung vào các đối tượng đã có gia đình, trong độ tuổi sinh đẻ do chiến lược và nguồn lực ưu tiên trong từng giai đoạn, thiếu chương trình, dịch vụ SKSS đặc thù cho VTN. Mặt khác cũng còn những tranh cãi về việc giáo dục và cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS cho vị thành niên [26].

Chương trình hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) lần thứ tư, họp tại Cai Rô, Ai Cập năm 1994, đã nhấn mạnh vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản thanh niên/vị thành niên và coi đó là một nội dung quan trọng trong chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản [204]. Việt Nam đã có cam kết thực hiện Chương trình hành động của Hội nghị Cairo, Ai Cập. Từ năm 1995, chương trình dân số - KHHGĐ Việt Nam đã mở rộng triển khai hoạt động về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Chiến lược quốc gia DS-KHHGĐ giai đoạn 2001 - 2010 xác định chăm sóc SKSS là một trong các giải pháp quan trọng. Cụ thể là giảm tỷ lệ nạo phá thai, nạo phá thai vị thành niên, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, giảm tỷ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục, bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) [28]. Bộ Y tế triển khai chương trình chăm sóc SKSS từ năm 1998 và nội dung chăm sóc SKSS cũng là một trong các nội dung quan trọng trong chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 – 2010 [6].

Thanh thiếu niên có xu hướng dậy thì sớm hơn, kết hôn muộn hơn. Điều này có nghĩa là thời gian từ khi dậy thì, có thể quan hệ tình dục đến khi kết hôn ngày càng dài hơn. Đồng thời những nguy cơ về có thai ngoài ý muốn, nạo phá thai và bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục cũng tăng, ảnh hưởng trực tiếp và lâu dài tới sức khỏe. Một số nghiên cứu nhận định rằng số liệu nghiên cứu về tỷ lệ có quan hệ

tình dục, có thai, nạo phá thai ở vị thành niên có thể không phản ánh sát thực tế do tính nhạy cảm của chủ đề nghiên cứu [5].

Có nhiều nghiên cứu về tình dục, SKSS vị thành niên trên thế giới. Nghiên cứu về chủ đề này ở VTN Việt Nam vẫn còn hạn chế và chủ yếu là các nghiên cứu định lượng cắt ngang (Cross-sectional) về kiến thức, thái độ về QHTD, SKSS ở vị thành niên 16-18 tuổi, độ tuổi học sinh trung học phổ thông (cấp 3). Rất ít nghiên cứu tiến hành với vị thành niên 15 tuổi trở xuống, độ tuổi học sinh học phổ thông cơ sở (cấp 2) và tiểu học. Nghiên cứu định tính có vai trò quan trọng trong nghiên cứu về tình dục, SKSS ở vị thành niên (chủ đề được coi là nhạy cảm với lứa tuổi này) ở những khía cạnh số liệu định lượng khó có thể thu thập được. Nghiên cứu dọc theo thời gian (Longitudinal) ngày càng được quan tâm vì sự thích hợp nghiên cứu bản chất và các mối liên quan của các biến số tác động (các biến số độc lập) và biến số hậu quả (biến phụ thuộc) như yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD [184].

Cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu dọc (longitudinal) nào với vị thành niên 10-19 tuổi, tìm hiểu yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN. Cũng chưa có nghiên cứu định tính tìm hiểu quan niệm của vị thành niên 10-19 tuổi về tình dục, SKSS và sự thay đổi theo thời gian, mà các khía cạnh của quan niệm, cách nhìn nhận, đánh giá về QHTD tuổi vị thành niên, sử dụng BPTT, có thai và nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD ... không thể tìm hiểu đầy đủ qua số liệu định lượng. Do vậy, nghiên cứu này về quan niệm, hành vi tình dục và sức khoẻ sinh sản ở VTN được tiến hành để trả lời các câu hỏi nghiên cứu sau đây: 1.VTN quan niệm, nhận thức như thế nào về QHTD, SKSS (sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs) và sự thay đổi so với thế hệ cha mẹ?; 2. Kiến thức, thái độ, hành vi QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở vị thành niên như thế nào?; 3. Yếu tố nào là yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN?

Nghiên cứu này có ý nghĩa về lý luận và thực tiễn. Phần nghiên cứu định tính thu thập các thông tin tìm hiểu quan niệm của VTN và cha mẹ họ về QHTD, sử

dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục (STIs). So sánh sự khác nhau trong quan niệm của vị thành niên hiện nay và cha mẹ họ để thấy sự khác biệt thể hệ trong quan niệm về các chủ đề trên, bổ sung cho kết quả định lượng khẳng định xu hướng QHTD ở vị thành niên. Phân nghiên cứu định lượng sử dụng số liệu trích xuất từ dự án điều tra sức khỏe thanh thiếu niên (AH) tại cơ sở thực địa đào tạo và nghiên cứu (Chililab) của trường Đại học YTCC tại huyện Chí Linh, Hải Dương. Dự án AH điều tra toàn bộ thanh thiếu niên 10-24 tuổi tại tất cả các xã, thị trấn trong địa bàn cơ sở thực địa Chililab. Số liệu dự án được thu thập qua các vòng điều tra dọc theo thời gian một số năm (bắt đầu từ năm 2006), trong hệ thống giám sát Dân số - Dịch tễ học (DESS) ở thực địa Chililab, có độ tin cậy cao về chất lượng số liệu. Trong nghiên cứu "Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở VTN" số liệu định lượng được trích xuất từ các vòng điều tra năm 2006, 2007 và 2009 của dự án AH và phân tích riêng với VTN 10 – 19 tuổi. Kết quả nghiên cứu cung cấp thêm thông tin cho gia đình, nhà trường, và xã hội có hiểu biết hơn về quan niệm, kiến thức và hành vi tình dục, SKSS ở VTN.

Nghiên cứu này tìm hiểu về chủ đề có tính thời sự, cấp thiết, sử dụng các phương pháp, kỹ thuật nghiên cứu hiện đại, thích hợp, kết quả có chất lượng tin cậy, các khuyến nghị có căn cứ khoa học, sẽ giúp các nhà quản lý địa phương và các nhà hoạch định chính sách phát triển các chính sách, chương trình (giáo dục, truyền thông, tư vấn, can thiệp cộng đồng), dịch vụ chăm sóc SKSS thích hợp và hiệu quả cho VTN. Nghiên cứu này có thể là tư liệu tham khảo tốt cho các sinh viên, các đồng nghiệp trong học tập, giảng dạy và nghiên cứu.

MỤC TIÊU VÀ GIẢ THUYẾT NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chung

Nghiên cứu quan niệm, hành vi tình dục, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục (STIs) ở VTN. Xác định yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở VTN và yếu tố bảo vệ làm giảm hặc tránh QHTD ở vị thành niên. Từ đó đưa ra các kiến nghị về chính sách, dịch vụ, chương trình (truyền thông, giáo dục, can thiệp cộng đồng) thích hợp, hiệu quả để nâng cao SKSS ở vị thành niên.

2. Mục tiêu cụ thể

1. Mô tả quan niệm, nhận thức về tình dục, SKSS (sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục) ở vị thành niên và sự thay đổi
2. Mô tả kiến thức, thái độ về tình dục, SKSS và yếu tố liên quan, thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD ở vị thành niên
3. Xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở vị thành niên.

3. Giả thuyết nghiên cứu

Giả thuyết nghiên cứu trình bày mối liên quan giữa biến số phụ thuộc và các biến số độc lập và cần cho cấu phần nghiên cứu phân tích. Giả thuyết nghiên cứu như sau: Các yếu tố như VTN đã yêu, chơi với bạn bè hư, sử dụng chất gây nghiện, bỏ học, gia đình không hạnh phúc, bạn bè có QHTD, phim ảnh khiêu dâm và dịch vụ mại dâm, thái độ cởi mở về QHTD .v.v. có tác động thúc đẩy QHTD ở VTN. Các yếu tố như VTN quan niệm đúng mực về tình yêu và hôn nhân, quản lý và giao tiếp gia đình tốt, học lực tốt, hạnh kiểm tốt, chơi với bạn ngoan, không tiếp cận phim ảnh khiêu dâm và mại dâm, kiến thức tốt về tình dục và SKSS, kì vọng của cha mẹ .v.v. có tác động làm hạn chế VTN có QHTD. Các yếu tố tác động gồm các nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, bạn bè, cộng đồng.

CHƯƠNG I: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 Một số khái niệm

Vị thành niên: Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 1998) vị thành niên là từ 10 – 19 tuổi. Một số tác giả chia tuổi vị thành niên sớm là 10 – 14 tuổi và vị thành niên muộn là 15 – 19 tuổi. Một số tác giả khác lại chia 15-19 tuổi thành hai giai đoạn: Tuổi vị thành niên trung bình là 15 – 17 tuổi và vị thành niên muộn là 18 – 19 tuổi [17], [27]. Nghiên cứu này tiến hành với VTN chưa kết hôn 10-19 tuổi tính theo năm dương lịch từ khi sinh đến thời điểm điều tra.

Dậy thì: Là giai đoạn đặc biệt của cuộc đời con người thường trong khoảng từ 9 – 17 tuổi có thể kéo dài trong 4 - 5 năm với nam và 3 - 4 năm với nữ, biểu hiện điển hình là xuất tinh lần đầu với nam và có kinh nguyệt lần đầu với nữ, là những dấu hiệu báo hiệu cơ quan sinh sản đã bắt đầu giai đoạn trưởng thành có thể tham gia vào quá trình sinh sản [195]. Trong nghiên cứu này đặc điểm dậy thì được đề cập là có xuất tinh lần đầu ở nam và có kinh nguyệt lần đầu ở nữ.

Tình dục, sức khỏe tình dục, tình dục an toàn: Tình dục bao gồm quan hệ thể xác, ân ái tình cảm. Tính dục là khía cạnh văn hóa, xã hội, nhân văn của tình dục và nghiên cứu về ứng xử tình dục của con người là môn khoa học tình dục học. Có một số khái niệm về sức khỏe tình dục. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1975 đề cập khái niệm “Sức khỏe tình dục là sự hoà hợp thành một hệ thống nhất từ nhiều mặt của cơ thể, cảm xúc, trí tuệ và xã hội của đời sống tình dục, theo hướng tích cực, đề cao nhân cách, giao tiếp và tình yêu” [212], [214]. Năm 2006, WHO sử dụng khái niệm “Sức khỏe tình dục là trạng thái thoải mái về thể chất, tình cảm, tinh thần, và xã hội liên quan với hoạt động tình dục và không chỉ đơn thuần là không có bệnh, rối loạn chức năng hay thương tật” [213]. Có một số khái niệm về quan hệ tình dục an toàn và khái niệm phổ biến là “Quan hệ tình dục an toàn là các hành vi QHTD có bảo vệ phòng tránh có thai ngoài ý muốn và phòng tránh bệnh lây truyền qua QHTD kể cả HIV/AIDS” [27]. Trong nghiên cứu này thuật ngữ quan hệ tình dục an

toàn đề cập đến QHTD giao hợp có sử dụng bao cao su (BCS) có thể phòng tránh có thai ngoài ý muốn và phòng tránh bệnh lây truyền qua QHTD kể cả HIV/AIDs.

Sức khoẻ sinh sản: Chương trình hành động của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD), tại Cairo, Ai Cập tháng 9/1994 định nghĩa như sau "Sức khoẻ sinh sản (SKSS) là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội và không chỉ là không có bệnh tật hay không bị tàn phế về hệ thống, chức năng và quá trình sinh sản. Điều này cũng hàm ý là mọi người, kể cả nam và nữ, đều có quyền nhận được thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình an toàn, có hiệu quả và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, bảo đảm cho người phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may tốt nhất để sinh được đứa con lành mạnh". Cả nam và nữ có quyền được thông tin, có thể tiếp cận với các biện pháp KHHGD do họ lựa chọn để điều tiết sinh sản mà không trái với qui định luật pháp. Chăm sóc SKSS bao gồm biện pháp kỹ thuật, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cả về sức khoẻ tình dục mà mục đích là tăng cường mối quan hệ cá nhân [27], [204]. Trong nghiên cứu này một số vấn đề về SKSS được tìm hiểu gồm quan hệ tình dục giao hợp, sử dụng BPTT, nạo phá thai, và bệnh lây truyền qua QHTD.

Nạo phá thai: Là biện pháp đình chỉ thai nghén, có thể thực hiện bằng thuốc hoặc bằng kỹ thuật y tế. Một số phương pháp nạo phá thai gồm: Phá thai sớm bằng kỹ thuật hút chân không (còn gọi là hút điều hòa kinh nguyệt) thực hiện với thai nhỏ dưới 6 tuần tuổi. Phá thai bằng thuốc Mifepristone và Misoprestone có thể thực hiện với thai dưới 8 tuần tuổi. Nạo thai là kỹ thuật thực hiện với thai dưới 3 tháng tuổi. Phá thai to thực hiện với thai trên 4,5 tháng tuổi, có những yêu cầu kỹ thuật chặt chẽ và ít sử dụng vì có những biến chứng có thể nguy hiểm [8]. Trong nghiên cứu này nạo phá thai tuổi VTN được tìm hiểu là các biện pháp đình chỉ thai nghén nói trên.

Nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục: Nhiễm khuẩn đường sinh sản gồm 3 loại là nhiễm khuẩn nội sinh; nhiễm khuẩn do tác nhân bên ngoài; và nhiễm khuẩn lây truyền qua quan hệ tình dục. Tuy nhiên nguyên nhân

không chỉ do vi khuẩn, mà còn do vi rút, nấm, kí sinh trùng...gây ra. Bệnh lây truyền đường tình dục là các bệnh do lây nhiễm qua quan hệ tình dục (STIs) gồm trên 20 bệnh, mà các bệnh thường gặp là Lậu, Giang mai, Nấm, Trùng roi, Viêm gan B, và HIV. Các lây nhiễm qua QHTD có thể gây bệnh ở cơ quan sinh dục tiết niệu, có thể gây bệnh ở cơ quan khác như da, xương, gan, thận, phổi .v.v., có bệnh dễ chữa khỏi và có bệnh không thể chữa khỏi [8], [27].

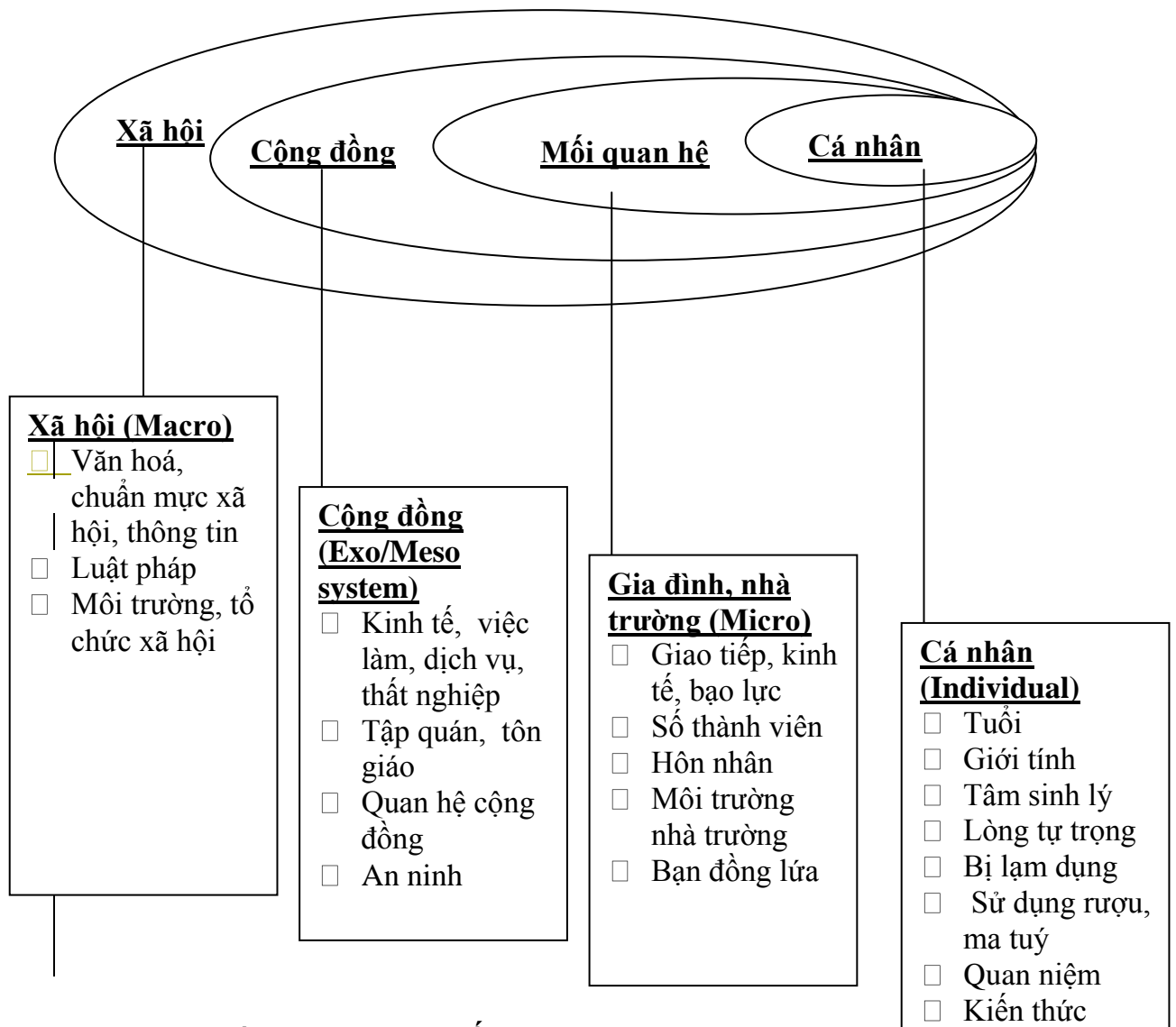
Quan niệm, kiến thức, và hành vi tình dục, SKSS: Theo Từ điển tiếng Việt (1998) thì quan niệm là “cách nhìn nhận về một sự việc, một vấn đề”. Kiến thức là “sự hiểu biết do học tập, tìm hiểu mà có”. Thái độ là “biểu hiện ra ngoài của ý nghĩ qua nét mặt, cử chỉ, lời nói”. Nhận thức là “quá trình nhận biết thế giới khách quan và tái hiện trong tư duy”. Hành vi là “cách ứng xử trong một hoàn cảnh, sự việc nhất định qua hành động” [31]. Trong nghiên cứu này quan niệm về tình dục, SKSS ở VTN được tìm hiểu là quan niệm về QHTD, BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs. Kiến thức về tình dục, SKSS được tìm hiểu là sự hiểu biết về dậy thì, QHTD ở VTN, BPTT, có thai và nạo phá thai, bệnh STIs. Thái độ về QHTD trước kết hôn, sử dụng BCS, nạo phá thai, bệnh STIs cũng được tìm hiểu. Hành vi tình dục là các hành động ôm ấp, vuốt ve, sờ nắn, hôn, thủ dâm và giao hợp cùng giới, khác giới, cả hai giới .v.v. Hành vi tình dục ở VTN được tìm hiểu trong nghiên cứu là hành vi quan hệ tình dục giao hợp (đường âm đạo, miệng, hậu môn), cùng giới hay khác giới và viết tắt là “QHTD”, không bao gồm QHTD khác (ví dụ QHTD với động vật hay QHTD với đồ chơi tình dục/Sex toys). Thực trạng SKSS ở VTN được tìm hiểu là thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs.

Nghiên cứu dọc (longitudinal study): Là nghiên cứu trên cùng các đối tượng, cùng các đặc điểm nghiên cứu, dọc theo thời gian (có thể vài tháng, vài năm hoặc vài chục năm), tìm hiểu thay đổi đặc điểm nghiên cứu theo thời gian và yếu tố tác động liên quan [191]. Nghiên cứu này sử dụng số liệu định lượng kết nối các vòng điều tra về sức khỏe thanh niên và vị thành niên tại Chililab trong 3 năm 2006-009, gồm AH1 vòng 1 (năm 2006), AH1 vòng 2 (năm 2009) và AH2 (năm 2007).

1.2 Mô hình lý thuyết nghiên cứu về tình dục, SKSS ở VTN

1.2.1 Mô hình sinh thái kết hợp (Ecologically interactive model)

Mô hình sinh thái kết hợp của Urie Bronfenbrenner là mô hình sử dụng trong nghiên cứu phát triển con người, được áp dụng trong nhiều lĩnh vực nghiên cứu khác nhau về hành vi liên quan sức khoẻ [64], [81].



Hình 1.1: Mô hình sinh thái kết hợp

Mô hình này là khung lý thuyết khái quát, xem xét chủ yếu các yếu tố nguy cơ tác động tới hành vi sức khoẻ ở các cấp độ khác nhau với sự tương tác của yếu tố cá nhân, gia đình, môi trường và kinh tế xã hội. Hành vi tình dục và sức khoẻ sinh

sản được xem xét qua mô hình để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ liên quan, tác động tới hành vi tình dục và SKSS ở VTN [67], [100], [124]. Điểm hạn chế của mô hình này là không đề cập các yếu tố liên quan giúp vị thành niên phòng tránh các hành vi có hại cho sức khỏe (các yếu tố bảo vệ).

1.2.2 Khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ (Risk and Protective factor framework)

Khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ được Robert W. Blum và một số tác giả sử dụng trong nghiên cứu khoẻ vị thành niên [54], [139], [184].

Yếu tố nguy cơ:

- Yếu tố tổng thể, bao trùm
- Stress. Các rắc rối, phiền nhiễu
- Những chuyển trạng thái tới hạn

Yếu tố bảo vệ, kháng cự (Resilience)

- Chức năng xã hội
- Chức năng nhà trường
- Chức năng nhận thức

Kết quả tác động của yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ tới sức khoẻ thể chất, tinh thần, hành vi, các chức năng, năng lực xã hội như sau:

Hành vi nguy cơ sức khỏe ở VTN:

- Lạm dụng chất gây nghiện: Thuốc lá, rượu, ma túy
- Thực hành ăn kiêng: Ít vận động, rối loạn ăn uống, tiêu thụ quá nhiều
- Chấn thương, bạo lực: Mang theo vũ khí, bạo lực cá nhân, không đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy, lái xe uống rượu, lạm dụng tình dục

- Tình dục không an toàn: Không dùng BPTT, tránh sử dụng BCS, quan hệ tình dục sớm, nhiều bạn tình
- Xã hội: Bỏ học, phạm tội, bị bắt

Hành vi có lợi (positive) phát triển VTN:

- Thể chất: Không chấn thương, không quá cân, mỡ máu phù hợp tuổi, phát triển dậy thì bình thường, nhận thức bản thân khoẻ mạnh, không mang thai ngoài ý muốn, thể lực tốt, không mắc bệnh STIs và HIV (STIs/HIV).
- Tinh thần: Nhận thức bản thân khoẻ mạnh, không phải điều trị về suy sụp sức khỏe, không trầm cảm (depression), không rối loạn sức khỏe tâm thần, không có tiền sử định tự tử
- Gia đình, nhà trường, xã hội: Quan hệ tích cực với gia đình, kết quả học tập tích cực, tham gia và đóng góp với cộng đồng.

Robert W. Blum và cộng sự sử dụng khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ tích hợp với mô hình sinh thái kết hợp để nghiên cứu hành vi tình dục và SKSS ở VTN ở một số nước đang phát triển [54]. Các yếu tố nguy cơ (tác động làm tăng QHTD ở VTN) và yếu tố bảo vệ (giúp VTN tránh hoặc giảm QHTD) qua nghiên cứu của Blum và cộng sự như sau:

Bảng 1.1 Ma trận yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ QHTD, SKSS ở VTN

		Yếu tố nguy cơ	Yếu tố bảo vệ
1	Yếu tố cá nhân	<ul style="list-style-type: none"> - Bất bình đẳng giới - Lạm dụng rượu, ma túy - Suy sụp, tự tử - Căng thẳng, xung đột - Phân biệt đối xử - Sa sút trí tuệ - Mất hy vọng - QHTD đồng tính - Dân nghèo ô chuột - Mồ côi, tàn tật, bạo lực 	<ul style="list-style-type: none"> - Lòng tự trọng - Tính trách nhiệm (Self esteem) - Tính kiên cường - Trẻ tuổi
2	Bạn đồng lứa	<ul style="list-style-type: none"> - Văn hoá đồng lứa không lành mạnh - Bạn hư (deviant) - Cách biệt xã hội 	<ul style="list-style-type: none"> - Học vấn bạn đồng lứa - Sự tham gia của VTN - Tổ chức thanh thiếu niên - Nhiều bạn
3	Gia đình	<ul style="list-style-type: none"> - Quá đông đúc - Bạo lực gia đình - Thiếu kế hoạch hoá GD - Gia đình một bố hay mẹ - Bệnh tâm thần - Vô vọng/ không hy vọng 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinh nghiệm bố mẹ tốt - Kết nối bố mẹ tốt - Kì vọng của bố mẹ - Vốn sống xã hội của gia đình (Family social capital)
4	Trường học	<ul style="list-style-type: none"> - Không học, bỏ học - Thất nghiệp - Lạm dụng thể chất, tình dục - Kì vọng thấp với nữ - Thiếu các giáo dục thay thế 	<ul style="list-style-type: none"> - Đi học - Học lực tốt - Hạnh kiểm tốt - Môi trường đối xử công bằng - Kết nối gia đình và nhà trường - Cảm nhận gắn bó với trường
4	Cộng đồng	<ul style="list-style-type: none"> - Bạo lực, thông tin bạo lực - Di chuyển, thay đổi - Tham nhũng - Bóc lột - Nghèo đói - Thiếu nơi vui chơi, giải trí - Thái độ tiêu cực với VTN - Thông điệp xã hội mâu thuẫn - Tập quán lạc hậu 	<ul style="list-style-type: none"> - Người lớn hỗ trợ - Tập quán tiến bộ - Triết lý cộng đồng - Đối thoại thế hệ (dialogue) - Dịch vụ sẵn có và tiếp cận - Giáo dục, y tế, sức khoẻ tâm thần - Cơ hội để VTN tham gia
5	Xã hội	<ul style="list-style-type: none"> - Khủng hoảng, suy giảm kinh tế, thay đổi xã hội (transition) - Không bình đẳng trong tiếp cận nguồn lực - Thực thi chính sách thanh thiếu niên - Các tổ chức xã hội và phối hợp 	

Ưu điểm khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ tích hợp mô hình sinh thái kết hợp là tiếp cận nghiên cứu, xem xét cả yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ theo các lớp tác động cụ thể, bao quát. Tuy nhiên sử dụng khung lý thuyết tích hợp với mô hình trên cũng có hạn chế nhất định. Nghiên cứu về tình dục và SKSS ở VTN là khá phức tạp, nhạy cảm. Hành vi tình dục chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, có thể thay đổi theo thời gian. Một yếu tố có thể là yếu tố nguy cơ hay yếu tố bảo vệ theo bối cảnh văn hóa, cách thức tác động, và yếu tố tiếp nhận. Do vậy việc xác định ranh giới các yếu tố phức tạp, nhạy cảm như quan niệm và hành vi tình dục ở VTN cũng có khó khăn, mà số liệu nghiên cứu định lượng khó có thể tìm hiểu đầy đủ.

1.3 Nghiên cứu về tình dục, SKSS vị thành niên trên thế giới và Việt Nam

1.3.1 Nghiên cứu trên thế giới

1.3.1.1 Quan niệm, thái độ VTN về tình dục, SKSS

Quan niệm về tình dục ở VTN thay đổi theo bối cảnh văn hóa, phát triển kinh tế xã hội (KTXH). Với văn hóa cởi mở về tình dục thì vị thành niên dễ tiếp cận thông tin, được hướng dẫn sớm về tình dục. Với văn hóa khắt khe, cấm đoán, kiêng kỵ về tình dục đặc biệt là với hành vi quan hệ tình dục và sinh sản trước hôn nhân thì vị thành niên thường thiếu thông tin và thiếu dịch vụ chăm sóc SKSS phù hợp [117]. Xu hướng bùng nổ thông tin và toàn cầu hoá diễn ra nhanh chóng, sự giao lưu dễ dàng với các nền văn hóa cởi mở về tình dục có ảnh hưởng mạnh tới quan niệm, lối sống ở VTN và làm gia tăng nguy cơ QHTD không an toàn ở VTN. Một số nghiên cứu thấy rằng thái độ xã hội về QHTD tuổi VTN, quan niệm, nhận thức của VTN về tình dục, SKSS có liên quan với đồng tình hay không đồng tình QHTD trước kết hôn và an toàn tình dục ở VTN [49], [57], [60], [202].

Nghiên cứu của O'Sullivan (2005) cho thấy mặc dù con người trải qua sự phát triển thể chất, nhận thức như nhau trong giai đoạn VTN, nhưng cách thức mà các vấn đề đó được phiên giải là rất khác nhau [142]. Cơ quan sinh dục xác định giới tính và hoạt động tình dục và cơ quan sinh dục không chỉ để sinh sản mà để tạo ra sự thoải mái, khoái cảm. Khoái cảm tình dục do tác động của hoóc môn sinh dục và có thể hết đi bằng một số hoạt động tình dục. Ott và cộng sự (2006) thấy rằng VTN nhận thức là QHTD đem lại sự gần gũi, sự thỏa mãn, và vị thế xã hội của VTN. Với nữ thì QHTD có ý nghĩa nhất là tăng cường sự gần gũi khác với nam là QHTD có ý nghĩa nhất là đem lại sự thỏa mãn [176].

Dậy thì là giai đoạn đặc biệt ở tuổi VTN, giai đoạn cơ thể phát triển dần sang giai đoạn trưởng thành về mặt sinh học, có thể quan hệ tình dục, mang thai và sinh đẻ. Ở tuổi dậy thì, VTN trải qua giai đoạn mới về cảm nhận tình dục, và một bộ phận VTN có QHTD [195]. Giao tiếp, trao đổi về tình dục, SKSS cần bắt đầu sớm từ gia đình giúp VTN có thông tin cần thiết, chuẩn bị cho đời sống tình dục đầy đủ và khoẻ mạnh.

Nghiên cứu của O'Sullivan (2005) về nhận thức liên quan đến tình dục khi dậy thì ở nữ VTN mẹ Mỹ gốc Phi thấy rằng ở tuổi dậy thì có sự trưởng thành về cơ thể tạo nên vị trí mới về mặt xã hội, có sự thay đổi vai trò ở tuổi VTN và mong muốn tình dục làm thay đổi trong quan hệ VTN [168]. Sự thay đổi cơ thể, nhận thức về dậy thì và trạng thái tâm lý ở tuổi VTN có liên quan với QHTD, có thai ở VTN và ảnh hưởng tới quá trình phát triển bình thường của VTN [89].

Nhận thức và tự hứa trì hoãn QHTD ở VTN có liên quan đến giảm QHTD và tình dục đường miệng. Vì vậy cần đề cao cam kết cá nhân về trì hoãn QHTD, đề cao chuẩn mực xã hội về trì hoãn QHTD ở VTN và nâng cao nhận thức về các nguy cơ liên quan QHTD sớm và sự phát triển VTN [51]. Số liệu nghiên cứu dọc về sức khỏe thanh thiếu niên Mỹ - Add Health (2006) cho thấy thái độ và hành vi tình dục của bạn thân có ảnh hưởng tới hành vi QHTD ở VTN [193]. Có sự khác nhau giữa

giới tính và chủng tộc về nhận thức, thái độ về QHTD và mang thai, nạo hút thai. Nữ VTN nhận thức rằng ít phúc lợi hơn nam về QHTD, nữ thấy xấu hổ hơn, hối lỗi hơn nam về QHTD, nữ ít suy nghĩ tiêu cực hơn nam về có thai. So với VTN da trắng thì VTN gốc Phi ít thấy xấu hổ và hối lỗi hơn về QHTD [71].

Nghiên cứu ở Brazil (2001) thấy Nam VTN có thái độ đồng tình hơn nữ về QHTD trước hôn nhân [140]. Thái độ đồng tình với QHTD trước kết hôn ở VTN có liên quan với thôi học, đi làm, tiếp cận internet, sống xa cha mẹ, sử dụng chất gây nghiện như rượu bia, thuốc lá, ma túy [156]. Nghiên cứu ở Bồ Đào Nha (2009) với VTN 13-18 tuổi thấy VTN ủng hộ sử dụng BPTT, nam có thái độ ủng hộ BPTT hơn nữ. VTN đã QHTD có liên quan tới nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) và có thai ngoài ý muốn [88].

VTN có xu hướng chơi với bạn có thái độ tương đồng về QHTD [103]. Nghiên cứu ở Pháp (2008) cho thấy nhận thức và hành vi của bạn đồng lứa có liên quan với nhận thức và hành vi QHTD và sử dụng BPTT ở VTN [180]. Thái độ ủng hộ sử dụng BPTT có liên quan với sử dụng BPTT khi QHTD ở VTN [210].

Nghiên cứu ở Uganda (2000) thấy ít VTN cho rằng cần giữ gìn sự trinh tiết và phần lớn VTN cho rằng tình dục đem lại lợi ích về mặt xã hội và cá tính. Áp lực bạn đồng lứa là yếu tố chính ảnh hưởng tới nhận thức của VTN về QHTD trong khi ảnh hưởng truyền thống giảm sút [119]. Phong tục tập quán với VTN khi dậy thì như cắt bao quy đầu và cắt âm vật có liên quan sự gia tăng lây nhiễm bệnh qua QHTD [217]. Nghiên cứu ở Jamaica và Lesotho (2003) thấy nam có thái độ tự do hơn nữ về tình dục và không đồng tình nữ trì hoãn QHTD theo văn hoá truyền thống. Một số cha mẹ VTN cho rằng tuổi VTN là quá sớm để QHTD, nhưng phần lớn cha mẹ cho rằng tuổi VTN muộn (18-19 tuổi) có thể QHTD [158], [196].

Nghiên cứu ở châu Phi (2005) với VTN 12-19 tuổi thấy rằng VTN thiếu thông tin về nơi cung cấp BPTT và khám chữa bệnh STIs [52]. VTN nhận thức rằng

khó tiếp cận dịch vụ SKSS do rào cản về văn hoá, xã hội [170]. Nghiên cứu định tính và định lượng ở một số nước Tiểu sa mạc Sahara (2007) với VTN 12-19 tuổi thấy VTN có nguy cơ cao về có thai ngoài ý muốn và lây nhiễm STIs/HIV [58]. Nghiên cứu ở Uganda (2007) thấy rằng VTN học sinh phổ thông trung học thiếu thông tin về BPTT, có khoảng cách giữa nhận thức và hiểu biết về tác dụng của BPTT về phòng tránh thai và phòng tránh STIs [62].

1.3.1.2 Kiến thức tình dục, thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD ở vị thành niên

Kiến thức tình dục, SKSS, QHTD lần đầu, tình dục trước kết hôn

Nghiên cứu ở các nước đang phát triển cho thấy VTN thiếu hụt kiến thức tình dục, SKSS. Nguồn thông tin về tình dục, SKSS chủ yếu với VTN là từ sách báo, phim ảnh, bạn đồng lứa. Giáo dục tình dục, SKSS trong nhà trường và giao tiếp bố mẹ với VTN về tình dục, SKSS rất hạn chế [36], [38], [43], [160], [174]. Các chương trình can thiệp tăng cường truyền thông, giáo dục tình dục, SKSS ở gia đình và nhà trường làm giảm nguy cơ QHTD và STIs ở VTN [78], [79], [92], [105]. Ab Rahman và cộng sự (2010) thấy rằng chỉ 1/3 VTN Malaysia biết rằng có thể có thai dù chỉ QHTD một lần, VTN nhận thông tin về tình dục, SKSS chủ yếu từ bạn bè (64,4%) và nam biết nhiều hơn nữ về BPTT [33]. Nghiên cứu của Ali và Manongi (2011) thấy 1/2 bố mẹ VTN ở Tanzania đồng tình với thông tin, giáo dục tình dục cho VTN [40], còn ở Mỹ hầu hết bố mẹ đồng tình và tỷ lệ cao VTN (96%) được giáo dục đầy đủ tình dục, SKSS [146], giao tiếp của mẹ là chủ yếu hơn giao tiếp của bố với VTN về tình dục, SKSS [215].

Số liệu điều tra quốc gia về VTN Mỹ (2006) cho thấy 42% VTN nhóm 13-15 tuổi và 69% nhóm 16 – 18 tuổi đã QHTD. Kết nối với nhà trường là yếu tố giảm QHTD ở VTN và yếu tố liên quan tăng QHTD ở VTN là sử dụng chất gây nghiện, phơi nhiễm với bạo lực [101]. Nghiên cứu dọc (Add Health, 2005-2010) thấy SKSS

ở VTN Mỹ cải thiện tích cực do các yếu tố liên quan là học vấn của cha mẹ tăng lên, kết nối gia đình tích cực, tôn trọng cha mẹ, giảm chênh lệch tuổi với tuổi bạn tình [134], [143].

Hành vi QHTD của bạn đồng lứa ảnh hưởng tới hành vi tình dục của VTN. Phân tích số liệu điều tra sức khỏe thanh thiếu niên Mỹ - Add Health (2006) thấy vị thành niên có bạn bè đã QHTD có tỷ lệ QHTD cao hơn [193]. Một số phân tích cho thấy môi trường cộng đồng, hàng xóm có liên quan QHTD ở VTN, nữ VTN Mỹ sống ở khu vực thiếu việc làm, nhiều người da đen cư trú có tỷ lệ QHTD lần đầu cao hơn và ít sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) trong QHTD lần đầu. Ngược lại, cư trú ở những khu vực có nhiều người kết hôn, nhiều người Mỹ gốc Mê Hi Cô có tỷ lệ QHTD thấp hơn [70], [136]. Ảnh hưởng của mẹ đến hành vi QHTD ở nữ nhiều hơn nam VTN, khoảng 2/3 nữ VTN Mỹ trao đổi với mẹ về tình dục, BPTT [146], [150]. Phần lớn VTN đồng tình với QHTD trước hôn nhân và một nửa VTN đồng tình với sống cùng [145], [181].

Nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ (2008) thấy rằng tuổi trung vị QHTD lần đầu là 16 tuổi ở nam và 17 tuổi ở nữ VTN (tương tự với tuổi trung bình QHTD lần đầu của VTN một số nước Châu Âu là 17 tuổi) và tỷ lệ VTN có QHTD có xu hướng tăng lên [72]. Ở Thụy Điển, xã hội cởi mở về tình dục và kiến thức tình dục, SKSS được giảng dạy trong trường phổ thông. Tuổi được đồng ý (consent) quan hệ tình dục là 15 tuổi, nhiều dịch vụ chăm sóc SKSS là miễn phí [82]. Ở Mỹ, kỹ năng từ chối QHTD được dạy cho VTN nhưng VTN không ưa thích sử dụng. Một số nghiên cứu cho thấy hành vi tình dục không giao hợp có liên quan thúc đẩy QHTD giao hợp ở nữ VTN [168]. Lý do trì hoãn QHTD ở VTN là sợ có thai, sợ mắc các bệnh lây truyền qua QHTD và niềm tin rằng chưa thích hợp để QHTD [137].

Điều tra quốc gia ở Croatia (2007) với học sinh phổ thông 15-19 tuổi cho thấy 28% nam, 17% nữ có QHTD trước 16 tuổi. QHTD sớm ở nam có liên quan với đã từng sử dụng chất gây nghiện, đánh nhau, trêu chọc bạn bè. Nữ dậy thì sớm có

liên quan với QHTD sớm [128]. Điều tra chọn mẫu với VTN 18 tuổi tại các trường phổ thông trung học ở Thụy Điển (2007) thấy 3/4 VTN đã QHTD và phần lớn trả lời hài lòng với đời sống tình dục. Có 5% nữ VTN đã từng nạo phá thai và 4% VTN đã từng bị STIs. Sử dụng rượu bia có liên quan với không sử dụng BPTT trong cả lần đầu và lần QHTD gần nhất [130]. Ở Scotland (2008) tỷ lệ VTN học sinh phổ thông 15-16 tuổi đã QHTD là 42% nữ và 33% nam. Các yếu tố kinh tế, xã hội cá nhân có liên quan với QHTD ở nữ hơn ở nam VTN [102]. Nghiên cứu ở Ý (2009) thấy khoảng 1/2 VTN có QHTD, tuổi trung bình QHTD lần đầu là 15,6 tuổi, BPTT được sử dụng nhiều nhất trong QHTD là BCS [61].

Ở một số nước Châu Phi VTN có QHTD sớm và quan hệ nhiều bạn tình là phổ biến, ảnh hưởng của bạn đồng lứa có vai trò quan trọng tới QHTD ở VTN [73], [177]. Nghiên cứu ở Nigeria (2006) thấy rằng 19% nam và 6% nữ VTN học sinh phổ thông trung học đã QHTD. Tuổi trung bình QHTD lần đầu ở nam là 15,7 tuổi và ở nữ là 16,1 tuổi. Khoảng 1/4 VTN có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất và 25% VTN QHTD lần đầu là không tự nguyện [37]. Tuổi VTN càng thấp càng thiếu kiến thức về tình dục, SKSS [122]. Nghiên cứu với nữ VTN 12-19 tuổi ở một số nước châu Phi (2007) thấy tỷ lệ QHTD lần đầu không mong muốn là 38% ở Malawi, 30% ở Ghana, 23% ở Uganda và 15% ở Burkina Faso [157]. Nghiên cứu của Ott (2010) thấy rằng nam VTN chủ động hơn nữ về QHTD, gợi ý các chương trình can thiệp về tình dục, SKSS tăng cường hơn với nam VTN [175].

Nghiên cứu ở Tanzania (2001) và Uganda (2010) thấy rằng thời gian ngắn từ khi VTN làm quen, hẹn hò đến khi có QHTD. Quan hệ tình dục để nhận tiền hay quà là phổ biến trong VTN. Nam VTN cho rằng phần lớn nữ QHTD để có vật chất và là đối tượng khai thác của nam giới trưởng thành trong khi nữ cho rằng đó chỉ là sự thể hiện, sự cam kết hoặc tình yêu với bạn tình [167], [189]. Khoảng 80% nam, 68% nữ VTN Tanzania không đi học hoặc thôi học đã có QHTD. Giao hợp là QHTD phổ biến, 40% có QHTD đường miệng và 9% có QHTD hậu môn trong QHTD lần đầu. Hầu hết VTN đã có QHTD với người trưởng thành. Khoảng 50%

VTN từng bị QHTD ép buộc, 14% VTN có thai, một nửa trong đó nạo phá thai, 1/3 VTN đã từng mắc bệnh lây truyền qua QHTD [147].

Nghiên cứu ở một số nước Châu Á, Châu Phi (2002) thấy tỷ lệ QHTD trước hôn nhân cao: 23% (Triều tiên) 49,5% (Philippines), 81,4% (Thái Lan) và 14,8% (Việt Nam), 71% (Ni-Giê-Ria), phản ánh nhu cầu tư vấn về tình dục an toàn và dịch vụ chăm sóc SKSS thích hợp cho thanh niên và VTN ở các nước đang phát triển [7]. Tỷ lệ QHTD trong 3 tháng trước điều tra ở VTN học sinh phổ thông trung học Trung Quốc (2009) là 4,5% và 1,8% [135]. Nghiên cứu ở Iran (2006) với VTN 15-18 tuổi thấy 28% VTN đã QHTD, yếu tố liên quan với QHTD gồm tuổi cao hơn, thái độ đồng tình với QHTD trước kết hôn, sử dụng rượu bia [155], [156].

Có thai, nạo phá thai

Nghiên cứu ở Châu Phi (2001) thấy có thai VTN liên quan tới tần suất QHTD, không sẵn có BPTT, QHTD lần đầu bị ép buộc, không sống với bố đẻ, không thảo luận với bạn trai về tình dục [208]. Nhiều VTN không biết có thể có thai trong QHTD lần đầu, VTN nhận thức được về BPTT nhưng tỷ lệ QHTD không an toàn vẫn cao do không chủ động BPTT và bạn tình từ chối sử dụng [35]. Một số nghiên cứu ở các nước đang phát triển (2011) thấy rằng VTN có thai thường nạo phá thai tại các cơ sở y tế tư nhân mặc dù chất lượng dịch vụ kém [66], [107], [172].

Ở khu vực Tiểu sa mạc Sahara Châu Phi, VTN quan hệ tình dục sớm, có thai, nạo phá thai, nhiễm HIV gia tăng là vấn đề được quan tâm. Nghiên cứu (2001) cho thấy VTN nữ thường được coi là “con mồi” khai thác tình dục của nam giới nhiều tuổi hơn và đã kết hôn. Tuy nhiên nhiều nữ VTN không chỉ là nạn nhân mà còn sẵn lòng tham gia các hành vi tình dục để có vật chất. Nhiều VTN có nhiều bạn tình khi có thai [194]. Nghiên cứu tại Kenia (2003), so sánh nhóm VTN có thai lần đầu và có thai lặp lại thấy trên 50% số VTN mang thai là khi chưa kết hôn, nhóm VTN lần đầu có thai có xu hướng là có thai không mong muốn [200].

Nghiên cứu ở Mỹ (2005) với VTN có thai để tìm hiểu về QHTD và các yếu tố liên quan thấy rằng 2/3 VTN hài lòng vì không có thai, số còn lại là thất vọng và hầu hết cho rằng bạn tình của họ thất vọng hơn [80]. Nhóm VTN có thai sớm, nạo phá thai sớm bị nhiều ảnh hưởng tiêu cực hơn các nhóm khác [53]. Nữ VTN thường không muốn có thai nhưng một bộ phận nữ VTN thụ động, không có kỹ năng, động lực về tránh có thai ngoài ý muốn và gợi ý cần có nghiên cứu dọc và nghiên cứu định tính đầy đủ hơn [123]. Nghiên cứu về nạo phá thai tuổi VTN ở Thụy Điển (2005) thấy VTN đồng tình với nạo phá thai, nhưng thiếu kiến thức về nạo phá thai. VTN ngại sử dụng BPTT và QHTD khi sử dụng bia rượu là yếu tố làm tăng nguy cơ có thai [83]. Nghiên cứu ở Hy Lạp (2004) với VTN nạo phá thai tại các cơ sở y tế thấy rằng 65% VTN có thai là ở đô thị, 73% là chưa kết hôn, 62% là QHTD lần đầu trước 15 tuổi, BPTT được sử dụng phổ biến là xuất tinh ngoài (49%) và BCS (28,5%). Quyết định nạo phá thai từ nữ (65%) hoặc cả hai (73%). Bố mẹ ít khi biết được VTN có thai hoặc nạo phá thai [149]. Nghiên cứu ở Đan Mạch (2009) thấy 43% VTN biết đúng thời điểm để thụ thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt, 64% VTN biết đúng tuổi thai có thể nạo, hút và nữ có kiến thức đúng cao hơn nam [165].

Nghiên cứu dọc ở cơ sở thực địa Matlab Băng-La-Đét (2005) thấy tỷ lệ mắc mới (incidence) của nạo phá thai ở nhóm VTN chưa kết hôn cao gấp 35 lần nhóm VTN kết hôn. Tỷ lệ nạo phá thai cao ở nhóm VTN dưới 18 tuổi và VTN đã học xong phổ thông cơ sở. Chất lượng chẩn đoán thai sớm và hút thai sớm làm giảm tỷ lệ nạo phá thai ở VTN và giảm tỷ lệ nạo phá thai không an toàn từ các biện pháp truyền thống [113]. Nghiên cứu ở Estonia (2009) với VTN 18 tuổi trở xuống nạo phá thai thấy rằng các yếu tố nguy cơ liên quan với có thai ở VTN là kiến thức về sức khỏe tình dục kém, không thích trường học, thành viên gia đình lạm dụng rượu [97]. So sánh VTN đã từng có thai và VTN có QHTD nhưng chưa từng có thai thấy rằng nhóm đã từng có thai có QHTD ở tuổi sớm hơn, có nhiều bạn tình hơn, tuổi bạn tình chênh cao hơn, đã từng QHTD do ép buộc nhiều hơn và ít sử dụng BPTT hơn [46].

Nghiên cứu của Brown (2005) cho thấy có thai và tai biến liên quan mang thai là nguyên nhân hàng đầu về tử vong và bệnh tật liên quan trong phụ nữ trẻ ở các nước đang phát triển [59]. Một số nghiên cứu ở Ghana, Kenya, Zimbabwe, Bangladesh, Ai Cập, Indonesia, Philippines, Bolivia, Brazil, Columbia, Mexico, Pháp, Nhật bản và Mỹ thấy hậu quả mang thai ở VTN ảnh hưởng đến học vấn, tình trạng kinh tế xã hội, sức khoẻ cho mẹ và con [201].

Sử dụng biện pháp tránh thai

Vialard và cộng sự (2005), Aruda (2011) thấy rằng hầu hết vị thành niên không chủ động tìm các biện pháp tránh thai trừ khi họ lo lắng về sự mang thai hoặc đã có QHTD một số lần mà chưa dùng BPTT. Sử dụng BPTT hay không có thể do bạn tình, sợ có thai, hay do cha mẹ muốn bảo vệ con gái khỏi có thai, hoặc để điều hoà kinh nguyệt [42], [207]. VTN sử dụng BCS không thường xuyên trong QHTD với bạn tình thường xuyên là do niềm tin không cần sử dụng, cam kết tương lai, có quan niệm chung, phong tục tập quán, mức độ khoái cảm và tình yêu [87], [173]. Nữ VTN có kiến thức tốt hơn nam về BCS, ít ảnh hưởng bạn đồng lứa hơn, nhận thức nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn, tự tin hơn. Nhưng nữ lại ít quyết định sử dụng BCS hơn trong QHTD do nam giới hoặc động lực trong mối quan hệ của họ [127]. Nữ VTN có quan hệ tình dục trước tuổi 17 ít sử dụng BPTT hơn. Vị thành niên có QHTD không sử dụng BPTT thường là xuất thân từ các gia đình nhiều thành viên, muốn có con, và xuất thân từ tầng lớp xã hội thấp hơn [114]. Nghiên cứu ở Mỹ (2005) thấy bạo hành bằng lời nói có liên quan đến không sử dụng BCS trong QHTD gần nhất ở VTN và bạo hành thể chất có liên quan đến mang thai [185].

Một số nghiên cứu ở Goa-Tê-Ma-La, Ni-Giê-Ria, Jamaica, Triều Tiên, Philippines, Thái Lan, và Việt Nam thấy tỷ lệ cao thanh thiếu niên biết về nguy cơ QHTD không an toàn, nhưng tỷ lệ sử dụng BCS vẫn thấp [7], tỷ lệ VTN Nepal (2010) sử dụng BCS chỉ chiếm 1/2 [34]. Nghiên cứu ở Brazil (2009) với VTN 12-

19 tuổi thấy 95% VTN biết một BPTT trở lên. VTN biết về các thuốc hoóc môn tránh thai (72%) và nhiều VTN cho rằng nạo hút thai, thuốc phá thai là BPTT [68].

Bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) và HIV

Nghiên cứu dọc với VTN một số nước châu Á, Thái Bình Dương (2007) cho thấy 13% nữ và 4% nam đã từng mắc STIs trong đó 33% có QHTD trước 15 tuổi và 55% có nhiều bạn tình. Yếu tố liên quan với mắc bệnh STIs là nữ, có nhiều bạn tình, đã từng QHTD để nhận tiền hay quà tặng [95]. Nghiên cứu khác cũng thấy rằng có nhiều bạn tình liên quan đến nguy cơ bệnh STIs ở VTN [166]. Một số tác giả đề cập rằng quan tâm đến SKSS vị thành niên là vấn đề cấp thiết ở Châu Á và các nước đang phát triển vì các nguy cơ liên quan mang thai, nạo phá thai, sức khỏe và lây nhiễm HIV/AIDs ở VTN [39].

Nghiên cứu của Dahlback (2003) và Owolabi (2005) ở một số nước Châu Phi thấy VTN thiếu kiến thức về nguy cơ bệnh lây truyền qua QHTD bao gồm cả HIV/AIDs [73], [177]. Nghiên cứu với VTN đã QHTD ở Uganda (2006) thấy tỷ lệ nữ mắc STIs là 4,5% bị Lậu, 8% trùng roi, và 4% bị giang mai, 15,2% huyết thanh dương tính HIV. Tỷ lệ tương ứng ở nam VTN là 4,7%, 0%, 2,8% , và 5,8% [182].

Để kiểm soát SKSS và phát hiện các hậu quả xấu tới SKSS ở VTN, một số tác giả gợi ý cần có một hệ thống chỉ báo sinh học (Biomarkers) về các giai đoạn phát triển SKSS của VTN để đo lường bản chất, tác động của các yếu tố có hại với sức khỏe VTN và các chỉ báo sinh học đảm bảo nhanh, nhạy, đặc hiệu, dễ sử dụng, dễ tiếp cận, giá thành phù hợp [186]. Báo cáo của Berlan và cộng sự (2010) cho thấy một số tiến bộ về Vắc-xin và kỹ thuật chẩn đoán nhanh một số bệnh STIs giúp tiếp cận sớm phòng tránh một số bệnh STIs ở VTN [50]. Ancheta (2005) đề cập rằng để giảm nguy cơ bệnh lây truyền qua QHTD ở VTN cần có tiếp cận kết hợp các vấn đề về sinh học, nhận thức, tâm lý, hành vi, và xã hội [192].

1.3.1.3 Yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với quan hệ tình dục ở VTN

Phát triển tình dục của con người trải qua những giai đoạn khác nhau từ khi sinh ra cho đến tuổi trưởng thành và có nhiều nguy cơ khác nhau có thể ảnh hưởng tới quá trình phát triển. Do vậy cần tiến hành các nghiên cứu xác định những nguy cơ sinh học, nội tâm, văn hoá xã hội [96].

Một số nghiên cứu (2005) thấy rằng VTN dậy thì sớm quan tâm hơn về các nội dung tình dục và phiên giải theo hướng ủng hộ QHTD trước hôn nhân [59], dậy thì sớm là yếu tố nguy cơ QHTD và có thai ở VTN [74]. VTN dậy thì sớm hơn có hẹn hò và QHTD sớm hơn. Giao tiếp kém giữa VTN và bố mẹ về tình dục, SKSS và VTN thường nhận thông tin từ truyền thông đại chúng, nhà trường, bạn đồng lứa [41]. Sự tò mò, thử nghiệm về tình dục có giao hợp hoặc không giao hợp đặt VTN vào nguy cơ có thai, nạo phá thai và bệnh lây truyền qua QHTD. Hoóc môn sinh dục có liên quan với hành vi QHTD và VTN có lượng hoóc môn sinh dục cao hơn có QHTD lần đầu sớm hơn và có QHTD nhiều hơn [99]. Yếu tố liên quan có ý nghĩa với trì hoãn và giảm tỷ lệ QHTD sớm là sống trong gia đình có bố mẹ đẻ, học lực tốt hơn, lòng mộ đạo, tôn trọng bố mẹ [129].

Số lượng bạn tình có liên quan với QHTD ở VTN và tăng nguy cơ lây bệnh qua QHTD (STIs). Nghiên cứu hành vi nguy cơ ở thanh thiếu niên tại Mỹ (2004) thấy 63% nữ và 64% nam đã QHTD, hầu hết đã từng có 2 bạn tình trở lên. Khoảng 2/3 nam và 1/3 nữ 22 tuổi có trên 6 bạn tình. VTN sử dụng rượu, ma túy, QHTD lần đầu sớm có liên quan đến có nhiều bạn tình [106]. Nghiên cứu khác thấy vào tuổi 19, nam VTN Mỹ có trung bình 5,1 bạn tình, hầu hết VTN đã QHTD, và BPTT khẩn cấp được cho là thích hợp với VTN [162]. Có nhiều bạn tình là yếu tố nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua QHTD [109]. VTN có bạn tình nhiều tuổi hơn có nhiều nguy cơ SKSS hơn có bạn tình bằng tuổi. Nữ có bạn tình nhiều tuổi hơn thường có quan hệ tình dục lần đầu sớm hơn, ít sử dụng BCS hơn, tỷ lệ có thai cao hơn [125], và nam có trung bình số bạn tình nhiều hơn nữ [75].

Nghiên cứu tại Jamaica và Lesotho (2003) thấy quan hệ tình dục lần đầu sớm có liên quan đến tuổi dậy thì sớm hơn và mức hoóc môn sinh dục cao hơn ở VTN [197]. QHTD sớm ở tuổi VTN có nhiều nguy cơ trong quá trình phát triển đến trưởng thành [112]. Nghiên cứu ở Uganda và Cote d'Ivoire (2005) thấy VTN quan hệ tình dục sớm có liên quan với có nhiều bạn tình (cả QHTD với bạn bình thường và người họ hàng) [118]. Yếu tố liên quan giảm QHTD sớm, giảm số lần QHTD và giảm số bạn tình là VTN nhận thức bố mẹ không đồng ý về QHTD và có thai sớm, giao tiếp giữa bố mẹ và con về tránh QHTD [44].

Nghiên cứu của Magnani (2002) thấy rằng các hoạt động có nguy cơ về sức khỏe cũng là yếu tố nguy cơ với cả hành vi QHTD và không sử dụng BCS ở VTN [141]. Nghiên cứu ở một số nước Châu Âu thấy VTN có QHTD lần đầu sớm hơn, thường là có nhiều anh chị em hơn, không sống cùng cha mẹ, hút thuốc, uống bia rượu [41]. VTN có QHTD chủ yếu là với người yêu, tuổi QHTD lần đầu sớm là yếu tố dự đoán nguy cơ bệnh lây truyền qua QHTD [144].

Nghiên cứu dọc (longitudinal) ở Mỹ cho thấy các biến số cá nhân, gia đình, bạn đồng lứa, nhà trường có tác động trực tiếp đến hành vi tình dục ở VTN. Các biến số nguy cơ là yếu tố dự đoán cao hơn biến số bảo vệ hành vi tình dục VTN. Có mối liên hệ phức tạp giữa quan tâm tình dục, tương tác với bạn tình, trạng thái tình cảm và hành vi QHTD ở VTN [86]. Vị thành niên sống trong gia đình chỉ có bố hoặc mẹ hoặc có bố, mẹ dượng có tỷ lệ QHTD cao hơn so với VTN sống trong gia đình có cả bố mẹ đẻ [206]. Nhận thức về kiểm chế tình dục là yếu tố bảo vệ mạnh và ổn định, sử dụng rượu, ma túy, học lực kém, nam giới, da đen là các yếu tố nguy cơ liên quan QHTD ở VTN [190]. Yếu tố gia đình (sự kết nối, điều kiện kinh tế khá) là các yếu tố bảo vệ giảm QHTD sớm. Lòng tự trọng và học lực có liên quan với QHTD ở VTN [186].

Nghiên cứu của Halpern-Felsher (2005) thấy VTN Mỹ nhận thức rằng QHTD đường miệng ít nguy cơ hơn đường âm đạo về hậu quả sức khỏe, tình cảm và được chấp nhận hơn với tuổi VTN [98]. Lòng mộ đạo làm trì hoãn QHTD lần đầu ở cả VTN nam và nữ. Tuy nhiên VTN chủng tộc gốc Phi có lòng mộ đạo hơn nhưng QHTD lần đầu vẫn sớm hơn các chủng tộc khác [187]. Yếu tố liên quan đến giảm QHTD sớm là sống với bố mẹ, điều kiện kinh tế xã hội tốt, học lực tốt, ở nông thôn, quan tâm đến cộng đồng. Sự kỳ vọng của cha mẹ là biến số bảo vệ có ý nghĩa giảm QHTD ở nam [129]. VTN nhận thức là cha mẹ không đồng tình về QHTD sớm thì có QHTD lần đầu muộn hơn [183]. Nghiên cứu dọc ở New Zealand (2000) cũng thấy các yếu tố cá nhân và nhà trường tác động mạnh hơn yếu tố gia đình và tình trạng kinh tế tới quyết định QHTD trước 16 tuổi [179].

Nhiều nghiên cứu về tình dục và SKSS vị thành niên tập trung vào tìm hiểu các yếu tố nguy cơ liên quan. Hiện nay các yếu tố bảo vệ cũng được quan tâm nghiên cứu. Ngoài ra, một số tác giả thấy rằng trong những điều kiện sống khó khăn, nhiều VTN vẫn vượt qua, thành đạt và đề cập điều đó là sự kiên cường, khả năng kháng cự (resilience) của VTN trong điều kiện không thuận lợi (Robert WM. Blum, 1998) [184], (WHO, 2006) [211].

Một số nghiên cứu thấy quan hệ tình dục không mong muốn làm tăng nguy cơ có thai và mắc bệnh lây truyền qua QHTD ở VTN [56], lạm dụng tình dục là vấn đề cần được chú ý nghiên cứu ở các nước đang phát triển [148], và bị lạm dụng tình dục phần lớn là nữ [48]. Điều tra về sức khỏe VTN Mỹ thấy gần 1/4 VTN học sinh phổ thông trung học bị quấy nhiễu tình dục. VTN từng bị quấy nhiễu tình dục thường có QHTD trước 15 tuổi và có nhiều bạn tình [218].

Nghiên cứu dọc quốc gia ở Mỹ (2008) với VTN 12-17 tuổi thấy rằng có mối liên quan giữa xem thông tin, hình ảnh về tình dục trên TV và QHTD, mang thai. VTN xem nhiều hơn về các thông tin, hình ảnh về tình dục thì nguy cơ QHTD, có thai cao hơn [63]. Nghiên cứu của Korkmaz Cetin (2008) cũng thấy hình ảnh khiêu

dâm là nguồn thông tin tình dục phổ biến với VTN và có liên quan với QHTD ở VTN [121]. Nghiên cứu ở Phần Lan (2009) thấy rằng nữ VTN 15-18 tuổi cho thấy có nhiều bạn tình có liên quan với hành vi tình dục có nguy cơ như QHTD lần đầu sớm, không sử dụng BPTT trong QHTD gần nhất [126].

Nghiên cứu ở một số nước châu Á (2009) thấy tranh ảnh khiêu dâm, áp lực bạn đồng lứa, bạn bè có QHTD, thái độ đồng tình với QHTD trước kết hôn, hút thuốc, uống rượu bia, kinh tế gia đình kém có liên quan với QHTD trước kết hôn ở nam VTN. Các yếu tố từng bị lạm dụng tình dục, bỏ học, áp lực bạn đồng lứa, thái độ đồng tình với QHTD trước kết hôn có liên quan với QHTD ở nữ [216].

1.3.2 Nghiên cứu về tình dục, SKSS vị thành niên ở Việt Nam

Nghiên cứu về tình dục, SKSS ở vị thành niên Việt Nam vẫn còn hạn chế. Các nghiên cứu chủ yếu là định lượng, cắt ngang và chủ yếu nghiên cứu với VTN độ tuổi học sinh phổ thông trung học trở lên. Có ít nghiên cứu tiến hành với VTN 10 – 15 tuổi và chưa có nghiên cứu dọc với VTN 10- 19 tuổi tìm hiểu yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN [16]. Có ít nghiên cứu định tính với VTN 10-19 tuổi về chủ đề này, chủ yếu tiến hành với VTN độ tuổi học sinh phổ thông trung học trở lên. Nội dung nghiên cứu phần lớn là về kiến thức, thái độ, QHTD giao hợp ở VTN. Chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu quan niệm về tình dục, SKSS và sự thay đổi theo thời gian giữa thế hệ VTN và cha mẹ họ.

Nghiên cứu của Klingberg-Allvin và cộng sự (2006) thấy rằng chủ đề về QHTD, SKSS như có thai, nạo hút thai, mắc bệnh STIs ở VTN vẫn còn là chủ đề nhạy cảm với văn hóa truyền thống Việt Nam, nhưng thực tế QHTD, nạo hút thai ở VTN ngày càng gia tăng trong những năm gần đây [120]. Nghiên cứu cũng thấy rằng nhận thức, thái độ VTN về tình dục, SKSS cũng ngày càng cởi mở hơn. VTN ngày nay cho rằng tình dục không nhất thiết gắn với hôn nhân như quan niệm truyền thống, mà tình dục còn để thể hiện tình yêu và sự gần gũi [10].

Một số nghiên cứu về VTN Việt Nam tập trung vào các hành vi và hậu quả sức khoẻ của quan hệ tình dục không an toàn và không thoả mãn. Mensch, Clark và cộng sự (2003) tìm hiểu một số nghiên cứu đã tiến hành ở Việt Nam và thấy rằng hành vi tình dục của thanh thiếu niên Việt Nam chưa kết hôn cho đến thời điểm nghiên cứu chưa phải là vấn đề nghiêm trọng về sức khoẻ và phúc lợi của VTN như một số nghiên cứu đã đề cập [152].

Nghiên cứu ở 8 tỉnh, thành phố (1998) về “Tuổi VTN với vấn đề tình dục và các BPTT” thấy 11,4% VTN cho rằng có thể QHTD trước hôn nhân, 19% VTN đồng ý có thể QHTD trước khi cưới, 17,7% đồng ý có thể QHTD nếu cả hai cùng thích. Như vậy đa số VTN vẫn không đồng tình với QHTD trước hôn nhân. Với VTN đã QHTD thì lần đầu QHTD chủ yếu với người yêu và đã QHTD một lần thì sẽ có nhiều lần. Trong VTN đã QHTD thì trên 96% biết về BCS, 85% biết thuốc tránh thai nhưng gần 70% VTN không sử dụng BPTT khi QHTD [30]. Nghiên cứu khác thấy rằng VTN cho rằng có được thông tin về tình dục và BPTT chủ yếu là từ thông tin đại chúng chứ không phải từ nhà trường hay gia đình. Tỷ lệ nữ biết về BPTT cao hơn nam [12].

Điều tra quốc gia thanh niên, vị thành niên Việt Nam (SAVY1, 2003) cho thấy tỷ lệ đã QHTD trong VTN chưa kết hôn 14-17 tuổi là 1,1% nam, 0,2% nữ, tỷ lệ này ở SAVY2 (2009) là 2,2% nam, 0,5% nữ. Số liệu về thực trạng QHTD ở VTN có thể không phản ánh đúng thực tế do tính nhạy cảm của vấn đề [4], [5]. Nghiên cứu của Uỷ ban Quốc gia Dân số- KHHGĐ (1999) cũng thấy tỷ lệ QHTD trước hôn nhân ở nam cao hơn nữ và nạo phá thai VTN tăng lên [26]. Nghiên cứu của UNFPA (2007) thấy tỷ lệ QHTD ở VTN Việt Nam thấp so với các nước phương Tây và châu Phi. Kiến thức về BPTT vẫn còn hạn chế ở VTN, các BPTT được biết nhiều nhất là BCS, thuốc tránh thai nhưng rất ít VTN biết đúng cơ chế tránh thai của BPTT và cũng ít VTN sử dụng BCS trong QHTD do không chủ động [25].

Gammeltoft (2002) phân tích các nghiên cứu về tình dục trong thanh thiếu niên Việt Nam thấy rằng các nghiên cứu chỉ mới tập trung vào các hiện tượng QHTD mà chưa tìm hiểu về quan niệm và hành vi tình dục và các yếu tố nguy cơ. Tác giả thấy rằng sự cản trở về tình dục an toàn không chỉ từ quan hệ cá nhân mà còn từ ý nghĩa đạo đức và sự kiểm chế xã hội. Gợi ý đưa ra là bên cạnh chú ý vai trò cá nhân trong các hành vi tình dục, các nghiên cứu cần lưu ý vai trò của cộng đồng, xã hội hình thành các mối tương tác về tình dục [91]. Kaljee và cộng sự nghiên cứu ở Hà Nội và Khánh Hòa (2011) thấy rằng giao tiếp cha mẹ và VTN về tình dục, SKSS rất hạn chế, gợi ý cần có chương trình can thiệp nâng cao kiến thức, kỹ năng giao tiếp giữa cha mẹ và VTN về tình dục, SKSS [110].

Nghiên cứu tại Hà Nội, Nha Trang (2007) cho thấy VTN đề cao QHTD sau kết hôn và QHTD trong hôn nhân. VTN nhận thức rằng sự kì thị đối với QHTD trước kết hôn và ngoài hôn nhân với nữ hơn với nam. Định kiến về QHTD trước kết hôn có liên quan gián tiếp của VTN với thông tin chính xác về tình dục, có thai, bệnh lây truyền qua QHTD và HIV [111]. Nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh (2007) thấy VTN cho rằng tiêu chuẩn quan trọng nhất khi kết hôn là tình yêu, sự cảm thông và tin tưởng nhau chứ không phải vấn đề trinh tiết. Nam VTN cho rằng QHTD là thể hiện tình yêu, sự gần gũi hơn còn nữ cho rằng QHTD chỉ có thể chấp nhận với tình yêu nghiêm túc và cam kết tiến tới hôn nhân. Chuẩn mực đạo đức xã hội không đồng tình QHTD và giáo dục tình dục tuổi VTN, làm cho VTN khó có được đời sống tình dục an toàn và thỏa mãn [163].

Lê Cự Linh và cộng sự R.W. Blum (2009) tiến hành nghiên cứu ở ngoại thành Hà Nội cho thấy kết nối với cha mẹ làm giảm QHTD trước kết hôn. VTN chơi với bạn hư, đã từng bị lạm dụng tình dục làm tăng QHTD trước kết hôn ở VTN [133]. Nghiên cứu khác (2006) sử dụng 3 phương pháp thu thập số liệu khác nhau là phỏng vấn trực tiếp, phiếu hỏi tự điền, trả lời thông tin qua sự hỗ trợ của máy tính (ACASI) để tìm hiểu tỷ lệ VTN có QHTD. Kết quả thấy tỷ lệ trả lời đã QHTD trước hôn nhân trong ACASI là 17,1% với nam, 4,5% với nữ cao hơn là thu thập số liệu

qua phiếu tự điền hay phỏng vấn trực tiếp [132]. Phương pháp ACASI cũng thích hợp nghiên cứu chủ đề nhạy cảm như hành vi tình dục, SKSS ở VTN [152], [153].

Tác giả Vũ Mạnh Lợi (2006) phân tích số liệu điều tra thanh thiếu niên Việt Nam (SAVY1) thấy rằng giới tính và nhóm tuổi là các dự báo quan trọng nhất của các hành vi tình dục trước hôn nhân. Chưa thấy sự khác biệt về QHTD trước hôn nhân trong thanh thiếu niên lớn lên ở đô thị hay nông thôn, học vấn của bản thân hay học vấn của cha mẹ. Môi trường gia đình và bạn đồng lứa cũng đóng vai trò quan trọng trong việc định hình hành vi QHTD ở thanh thiếu niên [11]. Một số nghiên cứu cho thấy VTN tiếp nhận thông tin về SKSS chủ yếu qua các phương tiện thông tin đại chúng. VTN thiếu kiến thức về tình dục, mang thai, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD. Tình bạn và tình yêu thường được thảo luận trong VTN nhưng ít thảo luận về tình dục [164].

Chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về QHTD đồng tính ở tuổi VTN. Quan hệ tình dục đồng tính là vấn đề mới được quan tâm nghiên cứu ở Việt Nam. Nghiên cứu về đồng tính nam (MSM) tại thành phố HCM (2003) cho thấy 67% có QHTD với nam, 31% cả hai giới. Số lượng bạn tình trung bình là 3,3 trong 3 tháng và 14,8 trong năm qua. 60% không sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất đường hậu môn. Khoảng 50% biết rằng HIV có thể lây nhiễm từ người trông khỏe mạnh và chỉ 1/3 nhận thấy QHTD đồng tính nam là có nguy cơ [65]. Quan hệ tình dục tuổi VTN với mại dâm cũng là chủ đề cần quan tâm nghiên cứu. Ước tính của UNICEF (2002) thì ở Việt Nam có khoảng 40 ngàn trẻ em tham gia các hoạt động mại dâm [17].

Quan niệm về tình dục và QHTD cởi mở hơn ở VTN làm tăng nguy cơ có thai, nạo phá thai, và mắc bệnh STIs. Có thai và nạo hút thai ở tuổi VTN là vấn đề nhạy cảm. Nhiều VTN hiểu sai rằng nạo hút thai là BPTT. Báo cáo nghiên cứu của UNFPA (2007) thấy các nghiên cứu và số liệu về mang thai và nạo hút thai ở VTN còn rất hạn chế. Có thai ở tuổi VTN tăng nguy cơ đẻ bất thường 1,5 lần, tăng nguy cơ đẻ thiếu cân lên 4,5 lần và tăng nguy cơ tử vong trẻ sơ sinh lên 2,5 lần [25]. Kiến thức

và hiểu biết của VTN về bệnh STIs cũng rất hạn chế. Nghiên cứu của Trần Hùng Minh và cộng sự (1998) cho thấy VTN có thể đề cập tên một số bệnh STIs và HIV, nhưng rất ít biết triệu chứng bệnh hay dấu hiệu bất thường về sinh lý sinh dục. Giao tiếp trong gia đình hạn chế về các bệnh STIs, chỉ đề cập HIV là phổ biến. Giáo dục trong nhà trường cũng thiếu thông tin đầy đủ, cụ thể về chủ đề này [14].

Mặc dù tỉ lệ mắc HIV/AIDS trong dân số không cao nhưng sự lây nhiễm nhanh trong cộng đồng và trong thanh thiếu niên là vấn đề được quan tâm. Các nhóm nguy cơ cao về HIV/AIDS là tiêm chích ma túy, mại dâm nữ, đồng tính nam và tuổi nhiễm HIV/AIDS ngày càng trẻ hơn [32]. Vị thành niên là nhóm dễ tổn thương về vấn đề quan hệ tình dục không an toàn và nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục (STIs) gồm HIV/AIDS. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc mới HIV tăng nhanh trong thanh thiếu niên [116]. Tỷ lệ người bị HIV dưới 19 tuổi chiếm khoảng 10% tổng số người nhiễm HIV. Nghiên cứu của Đỗ Ngọc Tấn và cộng sự (2004) cho thấy đến năm 2000 có 9 tỉnh, thành phố phát hiện học sinh phổ thông bị nhiễm HIV [17]. Nhận thức và thái độ đúng của VTN về HIV/AIDS có vai trò quan trọng trong giảm kì thị và phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS. Vì vậy nâng cao nhận thức về HIV/AIDS, giảm kì thị và hiểu biết chính xác đường lây truyền, cách phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS của cộng đồng và thanh thiếu niên là nội dung quan trọng trong chương trình quốc gia phòng chống HIV/AIDS [29].

CHƯƠNG II: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu là nam, nữ vị thành niên 10-19 tuổi chưa kết hôn. Dự án điều tra sức khỏe thanh thiếu niên tại Chililab (cơ sở thực địa đào tạo, nghiên cứu của trường Đại học YTCC) thu thập số liệu định lượng về tình hình sức khỏe của thanh thiếu niên 10-24 tuổi (mô đun AH1) và thu thập số liệu về yếu tố liên quan hành vi sức khỏe thanh thiếu niên (mô đun AH2). Trong nghiên cứu “Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở vị thành niên” số liệu định lượng AH1, AH2 được trích xuất và phân tích về kiến thức, hành vi tình dục, SKSS của vị thành niên 10-19 tuổi chưa kết hôn tính đến thời điểm điều tra. Đối tượng tham gia nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm) gồm VTN 10-19 tuổi đã điều tra AH và bố hoặc mẹ họ trong các xã, thị trấn tại thực địa Chililab.

2.2 Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương từ năm 2006 - 2009, gồm các xã, thị trấn trong hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học DESS, thuộc cơ sở thực địa đào tạo, nghiên cứu của trường Đại học YTCC (thực địa Chililab). Thông tin về địa bàn nghiên cứu trình bày trong phụ lục 3.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

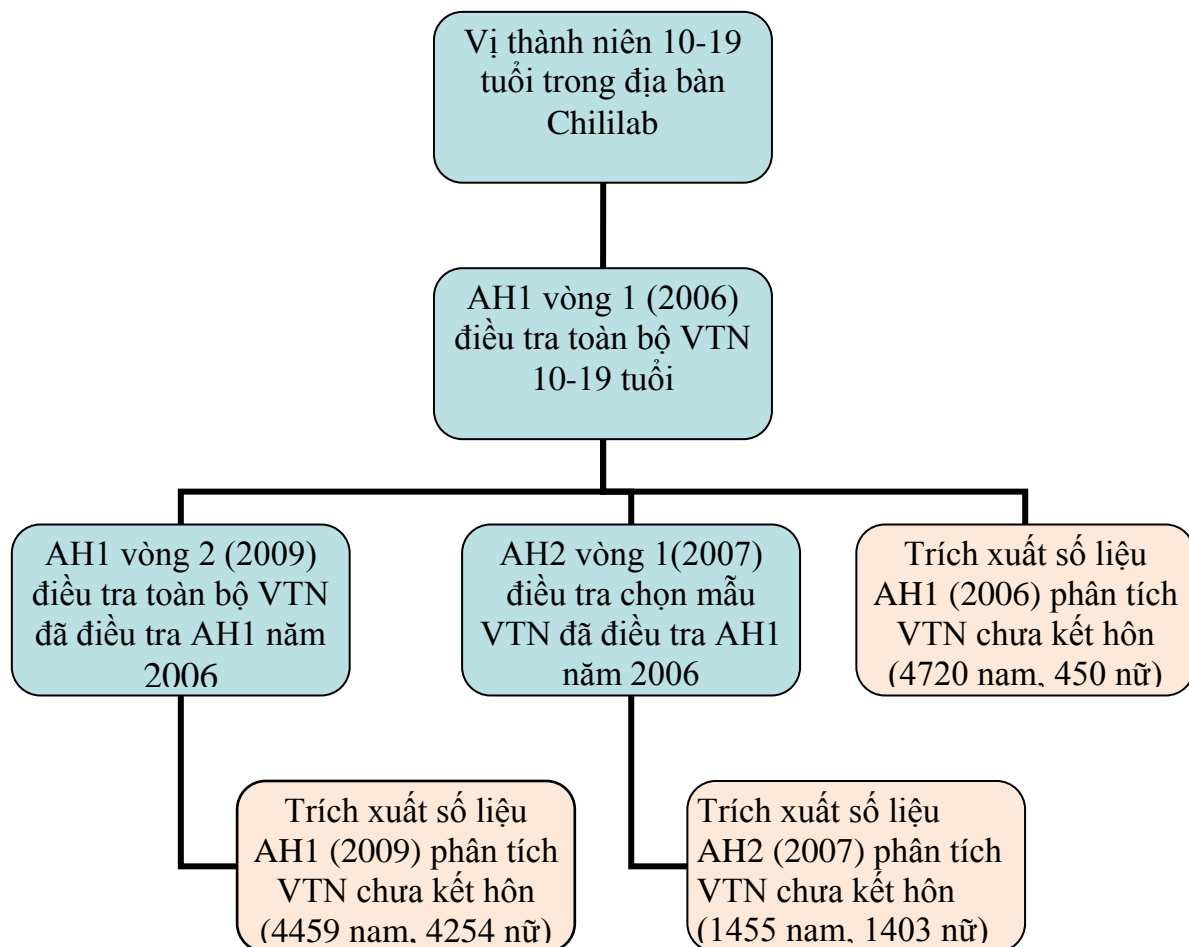
Thiết kế nghiên cứu gồm nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu dọc theo thời gian, kết nối các vòng điều tra xác định QHTD ở VTN năm 2006 - 2009 và các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN. Kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.3.1 Nghiên cứu định lượng và cỡ mẫu

Số liệu định lượng về hành vi tình dục, sức khỏe sinh sản và yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ hành vi QHTD ở VTN được trích xuất từ số liệu điều tra sức khỏe thanh thiếu niên tại thực địa Chililab (nghiên cứu AH) gồm mô đun AH1 - Điều tra sức khỏe thanh thiếu niên) và AH2 - Điều tra yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe thanh niên và vị thành niên [20], thông tin về điều tra AH trong phụ lục 5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu ở các mô đun AH như sau: Mô đun AH1 (2006, 2009) thu thập số liệu toàn bộ thanh thiếu niên 10-24 tuổi chưa kết hôn và đã kết hôn (gồm tất cả VTN 10 – 19 tuổi). Mô đun AH2 vòng 1 điều tra năm 2007 thu thập số liệu với VTN được chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống (khoảng cách chọn mẫu $K = \text{tổng số VTN}/\text{số lượng mẫu cần điều tra}$ và VTN thứ nhất được chọn ngẫu nhiên trong danh sách từ 1 - K). Khung mẫu là danh sách (ID) VTN đã điều tra trong AH1 vòng 1 năm 2006 đã nhập liệu và quản lý trong cơ sở dữ liệu máy tính tại Chililab. Cỡ mẫu mô đun AH2 được tính theo công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ:

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Các tham số giả định: mức ý nghĩa = 95%; lực mẫu (power) = 90%; tỉ lệ nam giới QHTD trước hôn nhân (p_1) là 6,5%, tỉ lệ nữ giới QHTD trước hôn nhân (p_2) là 2,9% (theo kết quả phân tích số liệu AH1). Ước tính tỷ lệ từ chối trả lời = 5%; và ước lượng tỷ lệ bỏ cuộc sau mỗi năm theo dõi dọc là 10% (cho 3 vòng điều tra). Sơ đồ chọn mẫu, điều tra AH1, AH2 và trích xuất số liệu trong hình 2.1:



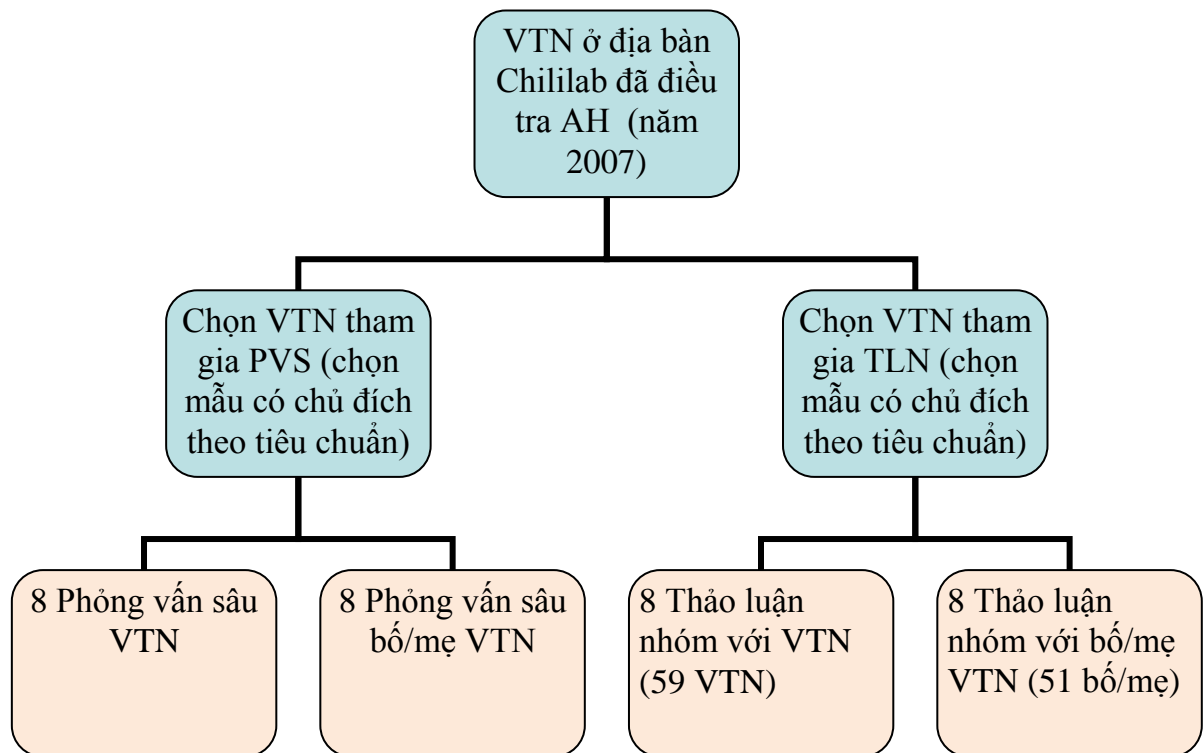
Hình 2.1: Sơ đồ chọn mẫu, điều tra AH và trích xuất số liệu nghiên cứu

Bộ công cụ nghiên cứu AH được phát triển tham khảo các nghiên cứu trong nước và quốc tế (Điều tra quốc gia về sức khỏe thanh thiếu niên SAVY, Nghiên cứu ACASI tại Gia Lâm Hà Nội, WHO...) [132], được phát triển bởi đội ngũ khoa học nhiều kinh nghiệm của trường Đại học YTCC, được các chuyên gia trong nước và quốc tế góp ý phù hợp (Face – validity), được thử nghiệm kỹ lưỡng tại cộng đồng đánh giá đảm bảo độ tin cậy và Hội đồng khoa học đồng ý triển khai (phụ lục 5).

2.3.2 Nghiên cứu định tính và đối tượng tham gia

Nghiên cứu định tính được thực hiện năm 2008 giữa các vòng điều tra AH1 và AH2. Thu thập số liệu định tính sử dụng kỹ thuật phỏng vấn sâu (PVS) và thảo

luận nhóm (gồm thảo luận nhóm trọng tâm, thảo luận trường hợp giả định và thảo luận nhóm đề cử) với VTN 10-19 tuổi chưa kết hôn và cha mẹ VTN. Công cụ thu thập định tính (phụ lục 1) được phát triển, thử nghiệm kỹ lưỡng tại cộng đồng (phụ lục 4). VTN được chọn tham gia nghiên cứu định tính là VTN chưa kết hôn, đã tham gia điều tra AH gồm: nam, nữ VTN 10 - 19 tuổi, đã tham gia điều tra AH2 năm 2007, ở khu vực thị trấn và ở các xã, tự nguyện tham gia, cởi mở, mạnh dạn trao đổi các thông tin liên quan (phụ lục 1). Cha mẹ VTN tham gia nghiên cứu gồm cha của VTN nam và mẹ của VTN nữ. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn, chuẩn bị cho các thảo luận và phỏng vấn với sự hỗ trợ của Văn phòng thực địa Chililab. Tổng số có 8 PVS với VTN, 8 PVS với bố, mẹ VTN, 8 TLN với VTN và 8 TLN với bố mẹ VTN được thực hiện. Sơ đồ lựa chọn đối tượng tham gia thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu trong hình 2.2



Hình 2.1: Sơ đồ chọn mẫu tham gia thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu

Bộ công cụ nghiên cứu định tính được phát triển dựa vào mục tiêu nghiên cứu, tổng quan tài liệu, được các chuyên gia, giảng viên hướng dẫn góp ý phù hợp

(Face – validity) và được Hội đồng khoa học đồng ý triển khai. Công cụ nghiên cứu được thử nghiệm tại cộng đồng với 4 PVS, 2 TLN với 18 VTN và cha/mẹ VTN tham gia. Kết quả thử nghiệm giúp phát triển hoàn thiện công cụ nghiên cứu và tổ chức tiến hành thu thập số liệu đảm bảo độ tin cậy, đáp ứng mục tiêu (phụ lục 4).

2.4 Mô hình lý thuyết sử dụng trong nghiên cứu

Nghiên cứu “Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở vị thành niên” áp dụng Mô hình sinh thái kết hợp với khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ của Blum và cộng sự đã nghiên cứu ở một số nước trên thế giới, xác định các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN theo các nhóm tác động liên quan.

Với mỗi nhóm yếu tố (cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng) đều có các yếu tố tác động thúc đẩy hành vi QHTD ở VTN được gọi là các yếu tố nguy cơ. Một số yếu tố khác lại giúp VTN phòng tránh hoặc giảm QHTD được xem là yếu tố bảo vệ. Nghiên cứu “Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở vị thành niên” không tìm hiểu các yếu tố xã hội vĩ mô. Khi nghiên cứu các nước, các hình thái văn hóa, xã hội khác nhau thì cần đề cập các yếu tố xã hội.

Số liệu định lượng thu thập trong mô đun AH2 về yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN không có một số biến số theo mô hình lý thuyết áp dụng. Vì vậy nghiên cứu định tính được tiến hành với kỹ thuật nhóm đề cử (Nominal Group Technique - NGT) để thu thập thông tin bổ sung cho số liệu định lượng về yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD. Trên cơ sở đó công cụ thu thập định tính nhóm đề cử được phát triển với các thông tin cần thu thập. Công cụ định tính được phát triển thử nghiệm tại cộng đồng với sự tham gia của đối tượng nghiên cứu và phát triển phù hợp.

Mô hình lý thuyết sử dụng trong nghiên cứu và các biến số định lượng (chữ gạch chân) và định tính thu thập như sau:

Bảng 2.1: Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD

		Yếu tố nguy cơ (tăng QHTD)	Yếu tố bảo vệ (giảm QHTD)
		1	2
A	Nhóm Yếu tố cá nhân	<ul style="list-style-type: none"> - Dậy thì sớm - Tính bốc đồng, tò mò - VTN có bạn tình, yêu sớm - Bạn đồng lứa rủ rê... - Xem phim ảnh khiêu dâm - Quan tâm tình dục - Bị lạm dụng, cưỡng ép tình dục (bị hiếp dâm, sờ nắn...) - <u>Nam giới, VTN nhiều tuổi hơn</u> - <u>Sử dụng chất gây nghiện</u> - <u>Suy sụp, tự tử</u> - <u>Bị phân biệt đối xử, bị lạm dụng</u> - <u>Thiếu kiến thức về tình dục</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dậy thì bình thường - Tinh thần, tính tình bình thường - Chơi với các bạn ngoan, gia đình nề nếp - Các mối quan hệ lành mạnh - Quan niệm đề cao trinh tiết - Quan niệm đúng mực về tình yêu, hôn nhân - <u>VTN nhóm trẻ tuổi</u> - <u>Nhận thức về hành vi nguy cơ</u> - <u>Lòng tự trọng</u> - <u>Nhận thức về bình đẳng giới</u> - <u>Không ủng hộ QHTD sớm</u>
B	Nhóm Yếu tố gia đình	<ul style="list-style-type: none"> - Không hạnh phúc (bố mẹ li dị) - Bố mẹ không sống cùng - Giao tiếp kém với bố mẹ về vấn đề tình dục - Kinh tế nghèo - Dạy dỗ, quản lý gia đình kém - Mâu thuẫn họ hàng, hàng xóm - <u>Nhiều thành viên, đông đúc</u> - <u>Thái độ cởi mở về QHTD trước kết hôn của thành viên gia đình</u> - <u>Mâu thuẫn, xung đột</u> - <u>Kinh tế nghèo</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Gia đình hạnh phúc - Giao tiếp tốt giữa VTN, bố mẹ, các thành viên gia đình - Quản lý, dạy dỗ tốt - Gia đình không mâu thuẫn, gán bó - <u>Kì vọng của cha mẹ về học tập, hành vi liên quan sức khỏe</u> - <u>Bố mẹ có kiến thức, quan tâm</u> - <u>Sự ổn định (kinh tế, cấu trúc, di chuyển)</u> - <u>Quản lý, hỗ trợ của gia đình</u> - <u>Ở nông thôn</u>
C	Nhóm Yếu tố trường học	<ul style="list-style-type: none"> - Không đi học, bỏ học - Học lực kém - Hạnh kiểm kém - Đối xử không công bằng - Bị bắt nạt, trêu chọc - <u>Giáo dục tình dục, SKSS chưa phù hợp</u> - <u>Phân biệt, mắng chửi, chế giễu</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Đi học - Học lực tốt - Hạnh kiểm tốt - Môi trường đối xử công bằng - Không bị trêu chọc, bắt nạt - <u>Kết nối gia đình và nhà trường</u> - <u>Cảm nhận gán bó với trường, lớp</u> - <u>Đối xử công bằng</u>

D	Nhóm Yếu tố cộng đồng	<ul style="list-style-type: none"> - Khó khăn việc làm - Dịch vụ mại dâm - Dịch vụ bán, cho thuê, chiếu, băng đĩa phim khiêu dâm/sex - Đồng tình QHTD, kết hôn sớm - Xung đột, cách biệt, tệ nạn - Phim ảnh sex ở Internet, sách - Xu hướng yêu sớm, sống thử vợ chồng (sống buông thả, tự do) - <u>Bạo lực, an ninh kém</u> - <u>Tiếp cận các chất gây nghiện</u> - <u>Thiếu việc làm, nghèo đói</u> - <u>Tập quán lạc hậu</u> - <u>Khó tiếp cận dịch vụ SKSS</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhiều việc làm - Không có mại dâm - Không bán/thuê băng đĩa, phim sex - Tập quán, cộng đồng tiến bộ - Không có xung đột, cách biệt - Quản lý tốt không xem thông tin hình ảnh sex trên Internet, sách báo - Chuẩn mực đạo đức truyền thống - <u>Quan hệ gần gũi trong cộng đồng</u> - <u>Có nơi vui chơi giải trí</u> - <u>Nhân thức, thái độ về tuổi VTN</u> - <u>Cơ hội VTN tham gia, đóng góp với cộng đồng</u> - <u>Văn hóa truyền thống, các lễ hội</u>
----------	--	--	---

2.5 Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu (định tính, định lượng) đáp ứng các mục tiêu nghiên cứu gồm: Mục tiêu nghiên cứu cụ thể 1 được đáp ứng bởi nghiên cứu định tính (thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu). Mục tiêu nghiên cứu cụ thể 2 được đáp ứng bởi số liệu định lượng mô đun AH1 (2006). Mục tiêu nghiên cứu 3 được đáp ứng bởi cả số liệu định lượng mô đun AH1 (2006, 2009), AH2 (2007) và nghiên cứu định tính với kỹ thuật Nhóm đề cử. Chi tiết các biến số theo mục tiêu trong phụ lục 8.

2.6 Phương pháp thu thập số liệu định lượng, định tính

2.6.1 Thu thập, trích xuất số liệu định lượng

Các biến số được trích xuất từ mô đun AH1 gồm các biến số về thông tin chung đặc điểm nhân khẩu học của VTN, kiến thức, hành vi quan hệ tình dục, biện pháp tránh thai (BPTT), có thai, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục gồm và HIV (STIs/HIV). Các biến số được trích xuất từ mô đun AH2 gồm các biến số theo 5 nhóm domain gồm yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, bạn bè, cộng

đồng. Một số số liệu nhân khẩu học (nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế) trong cơ sở dữ liệu DESS thu thập cùng kì với các vòng điều tra AH được kết nối qua ID cá nhân và tích hợp vào bộ số liệu thu thập của AH1, AH2. Số liệu QHTD ở VTN trong điều tra AH1 vòng 1 được kết nối với vòng 2 và kết nối với số liệu điều tra AH2 để phân tích, tìm hiểu yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ liên quan với hành vi QHTD ở VTN trong thời gian 3 năm 2006-2009. Thông tin chi tiết về thu thập số liệu AH1, AH2 và trích xuất, kết nối số liệu được trình bày trong phụ lục 5.

2.6.2 Thu thập thông tin định tính

A/ Thảo luận nhóm (TLN):

Mục đích nhằm tìm hiểu quan niệm về tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs, thực trạng và yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ quan trọng đối với QHTD ở VTN

Thảo luận nhóm được tiến hành với các nhóm VTN và bố mẹ VTN, gồm: các nhóm nam, nữ, thành thị, nông thôn, VTN 10-14 tuổi và 15-19 tuổi. Tổng số có 8 nhóm VTN và 8 nhóm bố mẹ VTN. Thảo luận nhóm với các kỹ thuật sau:

- Thảo luận nhóm trọng tâm (Focus group discussion - FGD), khoảng 30-45 phút: Thảo luận theo các nội dung trọng tâm được chuẩn bị trước, nhằm thu thập thông tin phổ biến của cộng đồng về quan niệm, hành vi tình dục, SKSS vị thành niên.
- Thảo luận nhóm đề cử (Nominal group technique - NGT), khoảng 30-45 phút: Nhằm thu thập thông tin về các yếu tố nguy cơ/bảo vệ hành vi tình dục ở VTN theo các nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, trường học, cộng đồng. Nội dung các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ được phát triển theo từng nhóm (yếu tố cá nhân/A, gia đình/B, nhà trường/C, cộng đồng/D) dựa vào mô hình lý thuyết, tổng quan tài liệu, số liệu AH1, AH2 và thử nghiệm tại cộng đồng với sự tham gia của đối tượng nghiên cứu. Quá trình thu thập số liệu gồm: Thảo luận từng nội dung yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ liên quan QHTD ở VTN. Chọn 3 yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ được cho là quan trọng nhất đối với QHTD ở VTN.

- Thảo luận trường hợp giả định (TLGD), khoảng 20-30 phút: Thu thập các thông tin, ý kiến qua trao đổi về mỗi trường hợp giả định VTN đã yêu, QHTD, BPTT, có thai và nạo phá thai, bệnh STIs, qua đó tìm hiểu thực trạng ở VTN.

Mỗi cuộc thảo luận nhóm với địa điểm và thời gian thích hợp, với 6-8 đối tượng tham dự, nghiên cứu sinh là người hướng dẫn nội dung thảo luận và một thư ký có nhiều kinh nghiệm hỗ trợ. Mỗi đối tượng tham gia TLN có mã số riêng (không dùng tên). Nội dung nghiên cứu và trình tự thảo luận được giới thiệu để đối tượng nghiên cứu hiểu rõ, tự nguyện tham gia. Nội dung thảo luận nhóm được ghi âm (với sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu), ghi chép tóm tắt bởi thư ký.

B/ Phỏng vấn sâu:

Mục đích nhằm tìm hiểu quá trình phát triển của VTN và các sự kiện liên quan với phát triển sinh lý sinh dục, quan niệm về tình yêu, tình dục, SKSS của VTN và bố mẹ VTN.

Phỏng vấn sâu (PVS) với VTN gồm: nam, nữ, thành thị, nông thôn, VTN dưới 15 tuổi và VTN 15-19 tuổi. Tổng số tham gia PVS là 8 VTN và 8 bố mẹ VTN. Mỗi cuộc PVS trong 45 - 60 phút, với địa điểm và thời gian thích hợp đảm bảo riêng tư. Mỗi đối tượng nghiên cứu có mã số riêng (không dùng tên). Nội dung PVS gồm thông tin về phát triển dậy thì, tình yêu, QHTD, bệnh lây truyền qua QHTD. Mục đích và trình tự phỏng vấn được giới thiệu rõ cho đối tượng tham gia. Nội dung PVS được ghi âm (có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu). Các nội dung PVS đã được thử nghiệm tại thực địa trước khi thu thập chính thức.

Các biến số, thông tin định tính thu thập đáp ứng mục tiêu nghiên cứu được trình bày trong phụ lục 8, công cụ và kế hoạch thu thập định tính trình bày trong phụ lục 1, và phát triển/thử nghiệm công cụ định tính trình bày trong phụ lục 4.

2.7 Xử lý và phân tích số liệu

Bảng 2.2 Chiến lược phân tích số liệu

Mục tiêu nghiên cứu	Định lượng			Định tính
	Phân tích đơn biến	Phân tích hai biến	Phân tích đa biến	Phân tích định tính
Mục tiêu 1: Mô tả quan niệm, nhận thức về tình dục, SKSS (sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs) ở VTN và sự thay đổi	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Quan niệm tình yêu, trinh tiết - Quan niệm về tình dục VTN: giao hợp, tình dục không giao hợp, tình dục trước kết hôn, hành vi tình dục không mong muốn, có thai, nạo phá thai. - Biện pháp tránh thai: sự sẵn có, sử dụng ở VTN, BPTT thích hợp và yếu tố liên quan - Nhận thức về bệnh lây truyền qua QHTD, nguy cơ và phòng tránh bệnh STIs với VTN - Sự thay đổi, khác nhau thế hệ (bố mẹ và VTN) về quan niệm tình dục, BPTT, có thai, nạo phá thai, bệnh STIs ở tuổi VTN
Mục tiêu 2: Mô tả kiến thức, thái độ về tình dục, SKSS và yếu tố liên quan, thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) ở vị thành niên	Phân tích đơn biến, phân bố tần suất về tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, số bạn tình, kiến thức về dậy thì, QHTD, sử dụng BPTT và bao cao su, bệnh lây truyền qua QHTD.	Phân tích nhị biến sự khác nhau giữa nam và nữ, thành thị và nông thôn, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế và kiến thức, thái độ, QHTD và SKSS (T – test nếu phân bố chuẩn, Mann Whitney test nếu phân bố không chuẩn). Kiểm định χ^2 , P (P – value), tỷ suất chênh OR, 95% CI khoảng tin cậy	Phân tích hồi qui TT đa biến, hồi qui Logistic các biến số độc lập (tuổi, giới tính, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế) và biến phụ thuộc (kiến thức về tình dục, BPTT, nạo phá thai, STIs)	

<p>Mục tiêu 3: Xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở vị thành niên</p>	<p>Phân bố tần suất về đặc điểm đối tượng nghiên cứu trong điều tra AH2 và kết nối với số liệu AH1 vòng 2</p>	<p>Phân tích nhị biến sự khác nhau theo giới tính, nhóm tuổi, nơi ở về QHTD ở VTN. Kiểm định T test mẫu độc lập so sánh sự khác biệt về QHTD giữa các phân nhóm. Kiểm định T test mẫu cặp so sánh sự khác nhau về QHTD giữa hai vòng điều tra.</p>	<p>Hồi qui Logistic được sử dụng để xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ (gồm các yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, bạn bè, cộng đồng) và hành vi QHTD ở VTN, khi kiểm soát cho các biến trong mô hình (giá trị OR và 95% khoảng tin cậy CI).</p>	<p>Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN được xác định theo các nhóm (cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng), thu thập trong kỹ thuật Nhóm đề cử - NGT (bổ sung cho số liệu nghiên cứu định lượng).</p>
---	---	--	---	---

2.7.1 Phân tích số liệu định lượng

Số liệu định lượng thu thập trong điều tra sức khỏe thanh thiếu niên mô đun AH1, AH2 được kiểm tra, làm sạch và nhập vào cơ sở dữ liệu của dự án tại Chililab bằng phần mềm Access. Sau khi hoàn tất nhập liệu, bộ dữ liệu AH1, AH2 được chuyển sang phân tích bằng phần mềm SPSS. Một số biến số như nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế gia đình thu thập trong dữ liệu DESS được kết nối (merge) với số liệu mô đun AH1, AH2. Trích xuất số liệu riêng nhóm tuổi 10-19 tuổi để sử dụng phân tích cho nghiên cứu “Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở VTN”.

Phân tích số liệu điều tra mô đun AH1 vòng 1 thu thập năm 2006 tại Chililab mô tả kiến thức, thái độ về tình dục, BPTT, hành vi QHTD, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục (STIs) và HIV/AIDS. Phân tích dọc kết nối số liệu AH1 điều tra năm 2006, 2009 và điều tra AH2 (2007) để tìm hiểu yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN và tìm hiểu sự thay đổi kiến thức, thái độ về tình dục, BPTT liên quan QHTD ở VTN trong 3 năm 2006 - 2009.

Các biến số kiến thức, thái độ về tình dục trước hôn nhân, biện pháp tránh thai (BPTT), HIV/AIDS được phân tích thành tố chính Principal Component Analysis (PCA - với các biến số danh mục, liệt kê/formative), hay Principal Axis Factoring (PAF - với các biến số thái độ, quan điểm/reflective) là phân tích thành tố thăm dò (exploratory). Phân tích thành tố thăm dò PCA và PAF (khác confirmatory) để xác định các nhóm cấu trúc, thành tố chính hoặc cách thức tương quan của các biến số. Phân tích PCA thì phương sai tất cả các biến quan sát được phân tích còn với PAF thì chỉ các phương sai chia sẻ chung các biến số được phân tích, làm giảm phương sai do lỗi (error) và PAF phù hợp cả khi hệ số tương quan $r < 0,3$ [199]. Các điều kiện phân tích PCA, PAF được kiểm tra gồm các biến số (câu hỏi) cùng chiều, có tương quan tuyến tính. Tính phù hợp nhất (Goodness of fit) phản ánh mô hình phù hợp khi hệ số tương quan giữa quan sát thực (correlation matrix) và dự đoán (reproduced correlation) có trị tuyệt đối phần dư residual $< 0,05$ (giá trị dự đoán trừ giá trị quan sát). Giá trị Kaiser-Meyer-Okin (KMO) xác định cỡ mẫu phù hợp $> 0,6$ (giá trị khuyến nghị) [115], kiểm định Bartlett's Sphericity test đạt mức ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ [45]. Phương pháp trục giao quay vòng là Varimax (với PCA) và Promax (với PAF), hệ số đưa vào (loading) $\geq 0,4$, các thành tố có giá trị Eigen value > 1 . Kiểm tra sự ổn định của thành tố trên mẫu ngẫu nhiên 1/2 số liệu (split haft). Phân tích PCA, PAF giúp xác định các thành tố, cấu trúc tương quan chính, có sự nhất quán bên trong cao. Các nhóm biến số (thành tố) có sự nhất quán bên trong cao (Cronbach Alpha $\geq 0,7$) được tổ hợp biến số thang đo (biến liên tục) hoặc sử dụng hệ số hồi qui của phân tích thành tố (biến liên tục, phân bố chuẩn) cho các phân tích tiếp theo.

Phân tích đơn biến (Univariate analysis) được tiến hành để mô tả về tần suất, tỷ lệ phần trăm các đặc điểm nghiên cứu, kiểm tra các thông tin thiếu hoặc không thích hợp, xem xét sự phân bố bình thường hay không bình thường, tuyến tính hay phi tuyến tính để sử dụng các kiểm định thống kê thích hợp trong các phân tích. Các biến số là phân bố chuẩn (hay xấp xỉ chuẩn) khi giá trị trung bình trong khoảng 10% giá trị trung vị, giá trị trung bình $\pm 3SD$ (độ lệch chuẩn) gần với giá trị cực đại và

cực tiểu, biểu đồ Histogram có đường cong phân bố bình thường (normal curve) hình chuông, giá trị Skewness và Kurtosis nằm trong khoảng $\pm 3SE$ (sai số chuẩn) của chính nó (nếu $>3SE$ thì ước lượng phương sai sẽ thiếu - under estimate) [21]. Kiểm tra phân bố chuẩn cũng được thực hiện bằng One-sample Kolmogorov Smirnov (K-S) test với $P > 0,05$. Biến số không phân bố chuẩn có thể xử lý (bình phương, khai căn .v.v.). Các biến số có số liệu mất trên 10% được xử lý thích hợp. Số liệu mất ngẫu nhiên hoàn toàn (MCAR) với Roderick χ^2 , $P > 0,05$ được xử lý bằng phương pháp Listwise hoặc hồi qui. Số liệu mất ngẫu nhiên MAR khi phân tích MVA có $P \geq 0,05$ (số liệu mất trong biến số ở hàng kiểm tra không liên quan với biến số ở cột) thì được xử lý bằng phương pháp EM (Expectation-Maximization likelihood estimation), cho ước lượng giá trị trung bình hiệu chỉnh (EM) gần giá trị thực. Tabachnick và Fidell đề cập rằng số liệu mất MCAR và MAR đều có thể xử lý bằng phương pháp EM [199].

Phân tích nhị biến (Bivariate analysis) để tìm hiểu mối liên quan giữa các biến độc lập (tuổi, giới tính, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế...) và biến phụ thuộc (QHTD, sử dụng BPTT, bệnh STIs ở VTN). Phân tích gồm mối liên quan giữa các biến số qua hệ số tương quan, kiểm định khi bình phương (χ^2), giá trị P (P – value), tỷ suất chênh (OR), 95% khoảng tin cậy (CI). Giá trị Phi Cramer's V phản ánh tác động của cỡ mẫu trong các phân nhóm (effect size), giá trị 0,1- $< 0,3$ là được, 0,3 - $< 0,5$ là trung bình, và 0,5 trở lên là tốt. Kiểm định T – test (mẫu độc lập) được sử dụng tìm hiểu sự khác nhau về trung bình tuổi QHTD lần đầu, điểm kiến thức, thái độ về tình dục SKSS giữa các phân nhóm biến số độc lập. Kiểm định McNemar test ($P < 0,05$) tìm hiểu sự khác biệt tỷ lệ QHTD ở VTN giữa các vòng điều tra.

Phân tích đa biến (multivariate analysis) được thực hiện với mô hình hồi qui tuyến tính đa biến (biến phụ thuộc là biến liên tục) và hồi qui Logistic (biến phụ thuộc là biến nhị phân) để tìm hiểu mối liên quan của các biến số độc lập với biến số phụ thuộc (QHTD ở VTN) và kiểm soát các biến nhiễu. Phân tích phân tầng (stratified) được tiến hành theo giới tính để tìm hiểu các đặc điểm nghiên cứu riêng

với nam và với nữ và kiểm soát tác động của biến nhiễu. Mô hình hồi qui tuyến tính đa biến sử dụng khi các giả định hồi qui được thỏa mãn: Biến phụ thuộc là biến liên tục, biến định lượng phân bố chuẩn, phương sai đồng nhất (biểu đồ chấm điểm Scatter plot các phần dư với mỗi giá trị x), các biến độc lập và phụ thuộc có quan hệ tuyến tính ($0,3 \leq r \leq 0,7$), không có cộng tuyến (Tolerance $\geq 0,3$ hoặc VIF - variance inflation factor/ nghịch đảo Tolerance ≤ 3) và không có hoặc loại bỏ giá trị ngoại vi outlier (không có quan sát nào có Cook distance ≥ 1 , Dfit hoặc DfBetas chuẩn hóa ≥ 1), giá trị phần dư (residual) phân bố chuẩn (đồ thị đa giác tần suất phần dư P-P plot). Các biến số >2 phân nhóm được tạo biến Dummy có 2 nhóm. Phương pháp Standard (Enter) xem xét tác động cùng lúc tất cả các biến độc lập lên biến phụ thuộc và phương pháp Stepwise xem xét các biến đưa vào và loại ra khỏi mô hình theo mức ý nghĩa để có mô hình dự đoán tốt với biến độc lập ít nhất. Giá trị R^2 phản ánh tỷ lệ phần trăm phương sai được giải thích bởi mô hình hồi quy (tính “phù hợp” của mô hình), giá trị R^2 hiệu chỉnh nhỏ $< 0,1$ (dưới 10%) thì mô hình không phù hợp và không kết luận về mối liên quan.

Mô hình hồi qui Logistic được sử dụng khi biến số phụ thuộc là biến nhị giá (nhị phân) và các biến số độc lập gồm biến số phân loại, phân nhóm, biến liên tục, biến số thang đo (không nhất thiết điều kiện các biến có tương quan tuyến tính, có phân bố chuẩn và phương sai đồng nhất). Giá trị Omnibus test (block) χ^2 , $P < 0,001$, giá trị Hosmer - Lemeshow test (Goodness of fit) χ^2 , $P > 0,05$ phản ánh mô hình dự đoán phù hợp với quan sát, giá trị Nagelkerke R^2 cho thấy tỷ lệ phần trăm biến thiên của biến phụ thuộc được giải thích bởi các biến độc lập trong mô hình (giá trị $R^2 = 0,1 - 0,2$ là nhỏ, $0,2 - 0,3$ là trung bình, và $\geq 0,3$ là tốt), không kết luận mối liên quan khi $R^2 < 0,1$). Kết quả hồi qui xác định yếu tố nguy cơ khi $OR > 1$ và kết luận tốt khi ngưỡng (threshold) $OR > 1,3$ và $P < 0,05$. Yếu tố bảo vệ được xác định khi $OR < 1$ và kết luận tốt khi $OR < 0,8$ và $P < 0,05$. Giá trị Wald test với $P < 0,05$ phản ánh có ít nhất 1 biến độc lập trong mô hình có liên quan với biến phụ thuộc [198].

2.7.2 Phân tích thông tin số liệu định tính

Thông tin định tính thu thập qua thảo luận nhóm (TLN) và phỏng vấn sâu (PVS) được gõ băng và sử dụng phần mềm định tính Nvivo7. Khung lý thuyết phân tích định tính được áp dụng [93], gồm các giai đoạn: Chuẩn bị, tìm hiểu số liệu thu thập; đối chiếu khung chủ đề và xác định nội dung phân tích; mã hoá thông tin; phân tích, kết nối thông tin theo chủ đề.

2.7.2.1 Tập hợp, xem xét số liệu, chuẩn bị phân tích

Trong quá trình thực hiện thu thập số liệu, các thông tin liên quan được ghi chép (field notes) sau mỗi TLN, PVS và tổng hợp hàng ngày. Các nội dung ghi chép, băng ghi âm được kiểm tra kỹ, tập hợp cho quá trình phân tích. Các băng ghi âm được gõ băng (chính xác từ ngữ ghi âm). Việc kiểm tra đối chiếu chất lượng gõ băng được tiến hành ngẫu nhiên ở các băng bởi nghiên cứu viên chính. Nội dung gõ băng chưa đạt yêu cầu (không chính xác) được tiến hành gõ băng lại.

2.7.2.2 Khung chủ đề

Khung chủ đề dựa trên mục tiêu nghiên cứu và các nhóm thông tin thu thập. Sau khi gõ băng và xem xét các thông tin đã thu thập, khung chủ đề được kiểm tra, đối chiếu lại. Các nhóm thông tin chính (theme) và nhánh (sub theme) theo khung lý thuyết được phát triển trước khi tiến hành thu thập số liệu, khi tiến hành phân tích các chủ đề nhánh (sub-theme) tiếp tục được phát triển theo thông tin thu thập được.

2.7.2.3 Phân tích số liệu định tính, sử dụng phần mềm Nvivo 7

Các bản gõ băng có tên văn bản (file) riêng (được mã hoá hệ thống theo qui định về nhóm đối tượng, nhóm tuổi, giới tính, nơi ở) và được nhập vào phần mềm Nvivo 7 làm nguồn phân tích. Khung chủ đề gồm các chủ đề lớn (theme) và chủ đề

nhánh (sub-theme) được định dạng heading từ văn bản gõ bằng (word) để mã hoá tự động bởi chức năng của phần mềm Nvivo 7.

Nvivo 7 nhập tất cả các tệp file văn bản word với định dạng Unicode vào với tên file được giữ nguyên tương ứng với tên Case (TLN với VTN, TLN với bố/mẹ, PVS với VTN, phỏng vấn sâu bố/mẹ VTN) vào Nvivo7. Với chức năng mã hoá tự động Nvivo 7 mã hoá Tree nodes tất cả các bản ghi trong mỗi nhóm case theo khung chủ đề với cấp độ bố/mẹ và nhánh con/sub-theme (các cấp độ qui định trong phần mềm Nvivo7). Cấp độ ông bà được sử dụng mã hoá theo từng loại case kĩ thuật thu thập số liệu (TLN VTN, TLN bố/mẹ, PVS VTN, PVS bố mẹ VTN).

Mỗi nhóm chủ đề cấp độ con gồm các nhóm thông tin có thể được mã hoá theo các chủ đề cấp độ cháu. Trong quá trình mã hoá như vậy các thông tin thuộc nhóm chủ đề cấp độ bố/mẹ, cấp độ con thì được mã hoá vào chủ đề tương ứng. Các thông tin mới chưa có trong khung chủ đề thì được mã hoá dưới dạng mã tự do Free Nodes, từ đó có thể chuyển vào các nhóm chủ đề cấp độ bố/mẹ, con, hay cấp độ cháu (sub-theme) trong Tree nodes. Quá trình mã hoá như vậy tạo thành 4 cấp độ Tree nodes và các mã tự do Free nodes.

Nội dung thông tin quan tâm được tìm kiếm bằng chức năng Find hoặc Text search query (tìm nội dung trong danh mục item folder hay nguồn source) để mã hoá, viết ghi nhớ (memo) hay kết nối các thông tin và các ý tưởng của người nghiên cứu hoặc tạo các tập hợp (set). Xử lý thông tin định tính bằng phần mềm Nvivo7 cho phép quản lý, tìm kiếm, tập hợp, trích dẫn các thông tin rất hiệu quả, chính xác và tin cậy. Tuy nhiên việc phiên giải và kết luận là do người nghiên cứu thực hiện.

2.8 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Số liệu định lượng được trích xuất từ bộ số liệu của Dự án nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (nghiên cứu AH) tại Chililab. Dự án nghiên cứu này đã được

Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh học, trường Đại học YTCC thẩm định và phê duyệt trước khi triển khai thu thập số liệu tại Chililab. Trích xuất và phân tích số liệu không có kết nối với các thông tin cá nhân như tên, địa chỉ của đối tượng nghiên cứu, đảm bảo tính bí mật, riêng tư của đối tượng nghiên cứu và tuân thủ qui định của Hội đồng đạo đức. Nghiên cứu sinh là nghiên cứu viên của dự án AH tham gia phát triển đề cương, công cụ nghiên cứu. Việc trích xuất sử dụng số liệu AH, DESS được sự đồng ý của Ban lãnh đạo trường Đại học YTCC, Ban điều hành thực địa Chililab và Dự án nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (dự án AH) tại Chililab.

Nghiên cứu định tính tuân thủ qui định về đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu sinh được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh trường Đại học YTCC phê duyệt. Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh học, trường Đại học YTCC thẩm định và phê duyệt phần nghiên cứu định tính trước khi triển khai thu thập số liệu năm 2008. Các đối tượng tham gia được cung cấp thông tin đầy đủ về nghiên cứu, được trả một phần kinh phí nhỏ (bằng hiện vật sổ và bút) để cảm ơn về thời gian họ tham gia nghiên cứu. Các đối tượng tham gia được hỏi và xác nhận sự đồng ý tham gia nghiên cứu. Với VTN dưới 18 tuổi thì cả VTN và bố, mẹ hoặc người bảo trợ cho VTN được đề nghị xác nhận sự đồng ý tham gia nghiên cứu của VTN. Đối tượng nghiên cứu có thể từ chối tham gia hay từ chối cung cấp thông tin trong bất kì giai đoạn nào của nghiên cứu khi họ không muốn. Quá trình thảo luận, phỏng vấn thu thập thông tin định tính đều sử dụng mã số với đối tượng nghiên cứu thay dùng tên, để đảm bảo tính bí mật, riêng tư của người tham gia.

Kết quả nghiên cứu được tác giả trình bày trong các hội thảo khoa học, công bố ở các tạp chí khoa học chuyên ngành, được tham khảo trong giảng dạy, nghiên cứu khoa học và các can thiệp cộng đồng ở địa phương nơi tiến hành nghiên cứu.

CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả định tính (TLN, PVS): Quan niệm về tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở VTN và sự thay đổi so với thế hệ bố mẹ

3.1.1 Đặc điểm đối tượng tham gia các thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu

Tổng số có 8 thảo luận nhóm với 59 VTN và 8 thảo luận nhóm với 51 bố mẹ VTN, có 8 phỏng vấn sâu với VTN và 8 PVS với bố hoặc mẹ VTN.

Phỏng vấn sâu 8 VTN, gồm 4 nam và 4 nữ, tuổi thấp nhất là 13, cao nhất là 19, tuổi trung bình là 15,3 tuổi, lớp học cao nhất là lớp 12, thấp nhất là lớp 7. Phỏng vấn sâu 8 bố/mẹ VTN gồm 4 bố và 4 mẹ, tuổi thấp nhất là 36, cao nhất là 52, tuổi trung bình 42 tuổi, lớp học cao nhất là 12, thấp nhất là lớp 6.

Thảo luận nhóm với 59 VTN gồm: 28 nam, 31 nữ, tuổi VTN thấp nhất là 10, cao nhất là 19, tuổi trung bình là 15 tuổi, lớp học cao nhất là lớp 12, thấp nhất là lớp 4. Thảo luận nhóm với 51 bố/mẹ VTN gồm: 24 bố, 27 mẹ, tuổi thấp nhất là 30, cao nhất là 60, tuổi trung bình là 40, học vấn cao nhất là đại học, thấp nhất là lớp 7.

3.1.2 Kết quả định tính quan niệm, nhận thức ở vị thành niên về QHTD, biện pháp tránh thai, nạo hút thai, bệnh STIs

3.1.2.1 Quan niệm về tình dục và quan hệ tình dục ở VTN

Thế nào là quan hệ tình dục?

VTN cho rằng các hành động như ôm hôn, âu yếm, sờ nắn bộ phận sinh dục... không gọi là quan hệ tình dục và mà là quan hệ gần gũi của người yêu nhau. QHTD là hành vi giao hợp nam với nữ, một số từ khác để nói về quan hệ tình dục là ngủ với nhau, đi nhà nghỉ, chuyện ấy.

“Quan hệ tình dục là người nam ngủ với người nữ, làm chuyện người lớn....nói cụ thể thì khó quá, không phải cùng phái ngủ với nhau” (TLN VTN nữ 14t Phả Lại)

Thế nào về trinh tiết?

Phần lớn VTN nhận thức rằng trinh tiết là chưa QHTD, trinh tiết với nam khó biết được và không quan trọng như với nữ. VTN cho rằng trinh tiết vẫn có giá trị quan trọng với nữ nhưng cũng không phải là quan trọng nhất. Những từ chỉ sự trinh tiết là trong trắng, còn "zin", trinh nguyên với nữ và trai tân với nam. Quan niệm về giữ gìn trinh tiết ngày càng cởi mở hơn.

“Trinh tiết là chưa QHTD, không quan hệ lãng nhăng, với con gái thì cũng quan trọng nhưng bây giờ cũng không phải là quan trọng nhất. Với nam thì không biết được, con trai có gì mà mất, chưa lấy vợ thì gọi là trai tân” (TLN nữ 18t Sao Đỏ)

” Trinh tiết chỉ có quan trọng với con gái, theo phong tục từ ngày xưa thì trinh tiết là sự sống của con gái chưa lập gia đình. Với con trai thì thường không nhắc đến vấn đề này. Bây giờ ít giữ được trinh tiết đến khi cưới” (TLN nữ 18t Sao Đỏ)

Hành vi tình dục ở VTN: Yêu và QHTD khi yêu

VTN cho rằng tình yêu khác với tình bạn là thể hiện sự quan tâm riêng với nhau trước bạn bè, hẹn hò chờ đợi, cùng nhau đi học, đi chơi, tặng quà vào những dịp ngày lễ, biểu hiện tình cảm dành riêng cho nhau, ghen tuông. Khi yêu nam giới thường là người tỏ tình trước, cách tỏ tình hay gặp là viết thư, tặng quà kèm theo thư cho bạn gái, ít khi nói trực tiếp hay qua internet (chat) hoặc điện thoại. Viết thư được cho là phổ biến nhất và thường là bạn bè đưa hộ hoặc để trong gói quà tặng hay để trong ngăn bàn học (chỗ của bạn gái ngồi).

“Yêu nhau là phải tỏ tình, tặng hoa, có thể gần gũi ôm nhau, hẹn hò đi chơi, đợi nhau đi học, hờn ghen, nếu chỉ là bạn thì không như thế” (TLN nữ 14t Phả Lại)

“Nếu thích nhau thì nam thổ lộ trước, có nhiều cách nhưng thường là viết thư, nhờ bạn học cùng lớp với bạn gái để đưa hoặc để trong ngăn bàn của bạn gái, bây giờ đa số nhờ bạn đưa hộ” (TLN nam 18t Phả Lại)

Vị thành niên có yêu trong cấp 2 và nhiều VTN yêu trong học cấp 3, nhất là ở các lớp cuối cấp. Tình yêu VTN chủ yếu cùng trường lớp. Tình yêu tuổi học sinh là mối tình mơ mộng, bông bột, cảm tính, ban đầu có thể là thích nhau, quan tâm nhau, bạn bè chế gán ghép hay thách đố rồi yêu. Nhiều VTN khẳng định nhận biết được chế nhau, gán ghép khác với có yêu nhau thật sự. Học sinh yêu nhau thường thì gia đình bố mẹ, thầy cô giáo không biết.

“Cấp 2 chúng cháu bây giờ có yêu nhau, yêu kiểu trẻ con. Các bạn thích nhau, gán ghép cũng có nhưng yêu thật thì biết được qua cư xử, tặng quà, viết thư và bạn bè nói chuyện. Các anh chị học cấp 3 yêu nhau thì nhiều” (TLN nữ 14t Lê Lợi)

“Tình yêu thời học đường thì đẹp lãng mạn, thường là mối tình đầu, nhiều kỉ niệm, nhưng bây giờ tình yêu thực dụng là nhiều” (TLN nam 18t Phả Lại).

VTN cho rằng khi yêu nhau là có ”gần gũi”, QHTD là phổ biến ở cuối cấp 3, yêu nhau giữ gìn không có QHTD là ít chủ yếu ở cấp 2. Thời điểm cuối cấp 3 là giai đoạn VTN chuẩn bị chia tay nhau khi kết thúc phổ thông và khi đó VTN yêu nhau thì dễ có QHTD do nhiều yếu tố tác động.

“Yêu nhau các bạn ôm nhau, hôn nhau hay đụng chạm là bình thường, nhiều bạn có quan hệ tình dục. Bây giờ sống thoáng, yêu có thể có quan hệ, việc giữ gìn không QHTD là khó, giữ gìn đến sau này lấy nhau thì hiếm lắm” (TLN nam 18t Phả Lại)

VTN đã có QHTD lần đầu thì sẽ có lần sau. Vấn đề QHTD với bạn bè, người lạ, người quen thân không được VTN đề cập trong các trao đổi phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm.

“Có giữ gìn được thì chỉ trong tình yêu đầu thôi. Mà yêu đã có quan hệ thì lần yêu sau là sẽ có như vậy. Nếu yêu nhau mà có quan hệ một lần rồi thì lần sau chắc là có vì đã thuộc về nhau rồi ” (TLGD nam 18t Phả Lại)

“Yêu nhau ở cấp 2 thì chỉ có ôm hôn, đụng chạm, cấp 3 yêu nhau thì QHTD với nhau là nhiều. Con trai nó tò mò, nó máu con gái khi đã yêu khó mà từ chối... quan hệ tình dục thường là ở nhà nghỉ, có khi là về nhà bạn trai hoặc ra bờ hồ như học sinh xa nhà” (TLN nam 18t Phả Lại)

VTN quan hệ tình dục do tò mò, ảnh hưởng bạn bè, băng đĩa khiêu dâm

Nam giới thường chủ động và nữ là thụ động khi yêu và QHTD. Tác động của băng đĩa, phim ảnh khiêu dâm, con trai thì tò mò hay đòi hỏi và nữ ít khi giữ được, đã yêu rồi con gái cũng khó giữ gìn vì tin người yêu, sợ bị chia tay.

“ QHTD VTN thường do tò mò, ảnh hưởng phim ảnh, bạn bè rủ rê thách đố, kích thích băng đĩa. Nam thì hay chủ động đòi hỏi còn nữ thì giữ gìn hơn, nhưng khi đã yêu nhau, tin nhau thì cũng khó giữ được ” (TLN nữ 18t Sao Đỏ)

“QHTD khi yêu cũng có nhưng tuổi chúng cháu phần nhiều là ôm hôn, đụng chạm là có, chẳng ai yêu mà là chỉ thơ thẩn hẹn hò không thôi” (TLN nữ 14 tuổi Phả Lại)

VTN cho rằng Internet, băng đĩa phim ảnh (phim mát, phim sex), lối sống cởi mở hơn (yêu đương sớm) tác động nhiều tới QHTD tuổi VTN. Băng đĩa phim mát (phim sex) được cho là có tác động nhất tới VTN. Hầu hết các gia đình đều có đầu đĩa VCD/DVD và việc thuê đĩa phim rất dễ dàng, rẻ tiền kể cả các phim cấm tại các dịch vụ băng đĩa. Các gia đình cũng khó kiểm soát việc xem băng đĩa của con.

“Phim mát rất dễ thuê hay mượn bạn, mua cũng rẻ chỉ 5 ngàn 10 ngàn thôi như đĩa Quán bên hồ ấy. Các bạn xem giầu bố mẹ ở nhà khi bố mẹ đi vắng hoặc xem ở nhà bạn. Xem đĩa đó làm cho các bạn dễ kích thích” (TLN nam 18t Lê Lợi)

“Cấp 2 chúng cháu có các bạn xem đĩa cấm, lớp cháu có một bạn có đĩa có khi xem một mình có khi rủ bạn xem, các bạn xem xong trêu nhau kinh lắm, các bạn ấy cứ kể ra là sung sướng... nhưng bọn cháu thấy kinh. Cấp 3 các anh chị xem nhiều ... xem trên mạng thì ít vì cấp 2 chưa học vi tính” (TLN nam 14t Sao Đỏ)

Phim ảnh trên TV thông tin trên báo chủ yếu là phim chuyện tâm lý, tình cảm lãng mạn ở tuổi sinh viên, đi làm và ít có với tuổi VTN. Hình ảnh tình dục ở Internet có ảnh hưởng tới VTN nhưng thường bị kiểm soát bởi các chủ hàng Net. Các câu chuyện, hình ảnh âm ỉ (scandal) về tình dục của người nổi tiếng trong nước và nước ngoài như ca sỹ, diễn viên có tác động tới nhận thức, hành vi của VTN.

“Quan hệ gần gũi trên tivi cùng lắm là ôm hôn hoặc là cảnh nằm với nhau chứ còn rõ hơn nữa về tình dục là không có, những cảnh đấy chỉ có băng đĩa và trên mạng thôi. Trên mạng cũng dễ, có máy riêng thì xem trộm ở nhà” (TLN nam 18t Lê Lợi)

“Đạo khi Vàng Anh [MC chương trình Nhật kí vàng anh ở VTV3] bị đưa lên mạng ấy, trường cháu các bạn kháo nhau, gọi điện rủ nhau ra hàng Net xem, nhiều bạn nói không ngờ lại như thế, nhiều bạn nói quay phim là đại” (TLN nữ 18t Văn An)

VTN cho rằng QHTD ở tuổi VTN là không nên, nhưng không xấu

Nhiều VTN cho rằng QHTD là không nên với VTN nhưng không phải là xấu. Điều đó chỉ là xấu khi để lại hậu quả có thai hoặc mang bệnh, ảnh hưởng sức khoẻ, học tập hay để lại tai tiếng xấu.

“QHTD ở tuổi VTN là không nên, QHTD cũng không phải là xấu nếu các bạn yêu nhau dành cho nhau, con trai đòi hỏi vì tò mò thoả mãn còn con gái cũng chiều vì muốn thể hiện và giữ tình yêu” (TNL nữ 18 Sao Đỏ)

“QHTD không phải là xấu xa nhưng với tuổi chúng cháu thì không nên. Nếu mà biết cách quan hệ thì nó tốt nhưng mà không biết cách thì nó để lại hậu quả xấu như nhiễm bệnh hoặc có thai” (TLN nam 18t Lê Lợi)

VTN cho rằng QHTD ở VTN phần lớn là tự nguyện, đồng tình của cả nam và nữ chứ không phải lừa gạt, cưỡng ép hay lợi dụng. Khi nam đòi hỏi mà nữ không đồng ý mà cứ cưỡng ép là tình yêu không bền.

“Nếu có QHTD thì là cả hai cùng thích. Con trai muốn nếu con gái không cho thì ngại lắm nếu không là chia tay nên bắt buộc phải cho” (TLN nam 18t Phả Lại)

“Yêu nhau khi cấp 2 có thể giữ gìn, những bạn nhà giàu yêu chơi bời, rồi băng đĩa phim ảnh, kích thích, hấp dẫn nhau thì tự nguyện quan hệ” (TLGD nữ 14t Lê Lợi)

“Các bạn yêu nhau, quan hệ lần đầu thì sợ dần dần không thấy sợ nữa lại thấy bình thường. Bé thì không làm thế được phải lớn cấp 3” (TLGD nam 14t Văn An)

QHTD ở VTN không phải để gắn tình yêu bền lâu, có rủi ro, nữ thiệt thòi hơn

VTN nhận thức rằng QHTD trong tình yêu VTN không là hiếm nhưng cũng cho rằng điều đó không phải là để gắn bó tình yêu mà chủ yếu do tò mò và do nhiều tác động ảnh hưởng khác nhau với cả nam và nữ.

“Yêu nhau trong cấp 3 thì dễ có QHTD vì thể hiện tình yêu. Học xong cấp 3 chỉ một số không đi đâu thì có thể cưới nếu gia đình đồng ý” (TLN nam 18t Phả Lại)

“QHTD làm tăng tình cảm gần gũi nhưng không phải là gắn bó lâu dài, khi đã khúc mắc càng dễ chán nhau chia tay nhau” (TLN nam 18t Lê Lợi)

Hậu quả không tốt của QHTD khi yêu nhau được cho rằng tác động đến cả nam và nữ có thể ảnh hưởng học tập, gia đình, cuộc sống hiện tại và sau này. VTN cho rằng sự ảnh hưởng thiệt thòi với nữ thường nhiều hơn.

“Đã QHTD với nhau rồi mà chia tay nhau thì nữ thiệt thòi hơn vì nam có thể dễ yêu người khác hơn, mà nữ thường phải giấu kín nếu không thì mang tiếng, khó yêu người khác, khó lấy người khác” (TLN nữ 18t Văn An)

“QHTD mà bụng to nếu không lấy nhau thì nữ thiệt thòi, cấp 3 Sao Đỏ cũng có trường hợp như vậy rồi” (TLGD nữ 18t Sao Đỏ)

3.1.2.2 Nhận thức VTN về QHTD đồng tính, mại dâm, lạm dụng tình dục

Hầu hết VTN biết về đồng tính nam nữ qua TV, sách báo mà không biết trong thực tế QHTD đồng tính là thế nào. Các từ hay dùng là đồng tính luyến ái, pê đê, ái, gay, nữ thì như con trai nói năng ăn mặc như con trai, nam thì như con gái.

“Trên TV, phim ảnh ấy có nói đến đồng tính, con trai cũng có, con gái có nhưng chưa thấy bên ngoài đời, mà cháu cũng chẳng biết đồng tính thì họ quan hệ như thế nào” (TLN nam 14t Lê Lợi)

VTN chỉ đề cập có nữ làm mại dâm. Các từ được dùng để chỉ mại dâm là cave, bán thân, đĩ điếm, gái làm tiên và được hiểu là không tốt thường ở quán Karaoke, nhà nghỉ, khách sạn, mát - xa. VTN cho rằng mại dâm mà do hoàn cảnh éo le thì có thể thông cảm.

“Ở Sao Đỏ hay Phả Lại có nhiều hàng Karaoke, gọi đầu thư giãn, mát xa, nhà nghỉ có cave, bạn cháu nó biết chỗ nào hàng đẹp, đắt rẻ” (TLN nam 18t Phả Lại).

“Cave làm trong các khách sạn, quán tâm quất, tóc nhuộm đủ màu, mùi nước hoa, son phấn, mặc quần áo hở hang, váy ngắn khác dân ở đây” (TLN nam 14t Văn An)

VTN không hiểu rõ về lạm dụng tình dục, quấy nhiễu tình dục. Một số ý kiến cho rằng lạm dụng là lợi dụng quan hệ về kinh tế vật chất. Cường ép hiếp dâm được hiểu chỉ là nam cưỡng ép nữ để QHTD và chỉ biết qua sách báo, phim ảnh.

“Chúng cháu thấy đài báo nói hiếp dâm là người nam ép buộc người nữ để QHTD, hay bắt nữ làm cave bán dâm, đưa sang Trung Quốc, còn yêu nhau thì không có lợi dụng tình dục” (TLN nữ 18 tuổi Văn An)

3.1.2.3 Quan niệm, nhận thức về có thai, nạo phá thai ở VTN

Có thai là do không may, thường là giấu không để người khác biết được

VTN cho rằng yêu nhau trong học sinh và có thai cũng có nhưng rất ít và không may thì bị “dính”. Có thai ở tuổi VTN là giấu không thể biết được cụ thể. Có trường hợp học sinh cấp 3 yêu nhau có thai phải nghỉ học.

“Cấp 3 Sao Đỏ có học sinh đang học cấp 3, yêu nhau rồi có chửa phải nghỉ học. Trường cấp 3 Phả Lại cũng có trường hợp như thế” (TLN nữ 18t Sao Đỏ)

“cháu đọc báo thấy học sinh cấp 2 cũng có thai, nhưng là bị lừa hay bị cưỡng hiếp thôi” (TLGD nam 14t Văn An)

VTN có thai là vấn đề phức tạp ảnh hưởng bản thân và gia đình

VTN nhận thức rằng có thai ở tuổi VTN là vấn đề phức tạp vì liên quan tới học tập, gia đình điều tiếng không tốt. Hậu quả có thai con trai có thể “chạy” chôi bỏ trách nhiệm, con gái chịu hậu quả, nếu bên ngoài biết thì sau này khó lấy chồng.

“Nếu có thai là phải giữ kín vì bên ngoài biết thì mang tiếng xấu, nữ là người thiệt hơn vì nếu đồn ra ngoài thì người con gái sẽ là người mất danh dự trước. Con trai như thế vẫn lấy được vợ nhưng con gái thì khó lấy chồng” (TLGD nữ 18t Sao Đỏ)

Nạo phá thai là giải pháp chấp nhận phổ biến khi VTN có thai

Khi VTN có thai thì chủ yếu là nạo phá thai và sẽ tự đi giải quyết phá thai ở các phòng khám tư nhân. VTN cho rằng có thai không làm cho tình yêu bền chặt.

“Dùng que thử thấy có thai thì phải phá, bỏ đứa con trong bụng, làm ở bệnh viện thì sợ người quen biết, phải làm ở ngoài tư, đi xa như là Hải Dương...Tự đưa nhau đi làm nếu to quá không làm được mới nói với bố mẹ” (TLN nữ 18t Sao Đỏ)

“Có thai thì con gái xấu hổ, phải đi phá thai xong đi học tiếp, học hành vẫn là quan trọng vẫn phải theo đuổi, còn trẻ lắm không để nuôi được” (TLGD nữ 14t Lê Lợi)

“Nạo phá thai ở Sao Đỏ cũng có nhiều chỗ, lần đầu họ lấy 500 ngàn, lần sau quen rồi thì chỉ 50- 100 ngàn thôi, cháu thấy bạn cháu nói thế” (TLGD nữ 18t Sao Đỏ)

3.1.2.4 Nhận thức ở VTN về BPTT, bệnh lây truyền qua QHTD (STIs)

Các BPTT mà VTN biết nhiều nhất là BCS, thuốc tránh thai

Biện pháp tránh thai nhiều VTN biết là BCS, thuốc uống tránh thai ”cấp tốc”. Thông tin về BPTT chủ yếu qua sách báo, TV, phim ảnh, bạn bè, quảng cáo

phòng chống HIV/AIDS. VTN cũng cho rằng BCS là thích hợp với VTN, nhưng QHTD thường là không dự định trước và VTN cũng ngại đi mua BCS.

“ BCS thì nhiều bạn biết vì học trong trường và quảng cáo phòng chống HIV, có thể mua ở các hiệu thuốc vài ngàn thôi, con trai mua chứ con gái không dám mua...” (TLN nam 18t Phả Lại)

“QHTD lần đầu thì không dùng BCS, khi đã thích thì quan hệ rồi uống thuốc cấp tốc” (TLN 18t Phả Lại)

VTN thiếu hiểu biết về STIs, biết một số bệnh STIs là Lậu, Giang mai, HIV

Nhiều VTN biết các bệnh lây truyền qua QHTD như HIV, Lậu, Giang mai. Rất ít VTN đề cập được là Viêm gan B lây truyền qua QHTD. Sự lây bệnh được cho rằng chủ yếu do quan hệ gái mại dâm, tiêm chích ma túy. HIV được đề cập có trong cộng đồng và người bị HIV ít được cảm thông giúp đỡ ngoài gia đình.

“Bệnh qua QHTD có Lậu, Giang mai, HIV, chỉ quan hệ với gái mại dâm mà không đi bao thì bị. Người lớn thôi chứ VTN ít lắm chỉ những bạn nhà giàu, bố mẹ đi nước ngoài có tiền chơi bời...” (TLN nam 18t Phả Lại)

“HIV có thể lây qua đường máu, mẹ sang con, tình dục bừa bãi. Chú của đứa này bị AIDS thì gia đình cũng quan tâm nhưng mà chúng cháu thì thấy sợ vì người chú ấy lở loét và gầy quá. Người ngoài cũng thấy sợ, nhưng vẫn phải nói chuyện, sợ họ ghét mình, sợ họ nghĩ quẩn mặc cảm với mình” (TLN nữ 14t Phả Lại)

3.1.3 Kết quả nghiên cứu định tính: Nhận thức, quan niệm của bố mẹ VTN về tình dục, SKSS tuổi VTN

3.1.3.1 Quan niệm bố mẹ VTN về QHTD tuổi VTN: Sự khác biệt thế hệ

Bố mẹ VTN cho rằng QHTD ở VTN là do yêu sớm và theo trào lưu

Thế hệ bố mẹ trình tiết là rất quan trọng với nữ và danh dự của nam giới. VTN hiện nay có quan niệm về trình tiết cởi mở hơn, yêu sớm hơn và không khác nhau nhiều giữa thành thị và nông thôn.

“Trước đây khoảng 20 năm trình tiết vẫn rất quan trọng, nếu lấy vợ nông thôn thì là an tâm [không QHTD]. Nếu mình yêu một người lấy đúng người đó mà có bầu trước rồi thì to chuyện lắm, ăn cơm trước keng” (TLN bố nam VTN 18t Phả Lại)

“Bây giờ thì thoáng hơn, người mà còn trọn vẹn thì rất ít. Quan trọng là sống với nhau thôi. Ngày xưa cưới mà hai đứa chưa đụng vào nhau, bây giờ chúng nó đơn giản, ảnh hưởng của xã hội, yêu sớm, có quan hệ sớm” (TLGD bố nam 14t Sao Đỏ)

“Đàn bà thế hệ bọn em thì trình tiết nhiều hơn, chứ bây giờ thì ít lắm 10 đứa thì chỉ một đứa là trình tiết thôi đến khi kết hôn. Bây giờ QHTD là bình thường, yêu nhau khó giữ được, chẳng cần phải giữ trình tiết nữa” (TLN mẹ nữ 14t Phả Lại)

Bố mẹ VTN cũng cho rằng hiện nay có học sinh cấp 2 và nhiều trong học sinh cấp 3 đã yêu. Nam vẫn là người chủ động tỏ tình “trâu tìm cọc chứ cọc không tìm trâu”. VTN bây giờ yêu sớm, tình yêu bùng bột, gia đình thường nhắc nhở hay cấm con cái không yêu đương sớm, nhưng việc cấm đoán VTN cũng khó khăn.

“Bạn bè khác giới đã có nhớ nhưng hẹn hò là chuyển sang yêu rồi. Học sinh cấp 3 giờ như thế nhiều, trước đây chúng tôi không có thế” (TLGD bố nam 18t Phả Lại)

Trước đây thế hệ bố mẹ trong cấp 3 cũng có thích nhau nhưng rất tế nhị, chỉ thầm yêu trộm nhớ. VTN ngày này biểu hiện tình cảm yêu đương sớm hơn và nữ sớm hơn nam.

“Các cháu giờ mạnh dạn hơn, biết nhiều hơn, yêu đương sớm hơn. Con gái hay yêu sớm hơn có khi do nó dậy thì sớm hơn” (TLN mẹ VTN 14t Phả Lại)

“Đến tuổi dậy thì nó dao động rồi, nếu mà đã quá thích nhau thì mình cũng không cấm được nếu nó yêu nhau, càng cấm nó càng lệch lạc” (TLN mẹ nữ 18t Văn An)

“Ngày xưa các cụ dạy nam nữ thụ thụ bất thân không đụng chạm gì cả, thích nhau nhưng sợ bố sợ mẹ sợ người ta cười nên kín đáo” (TLN bố VTN nam 14t Sao Đỏ)

Bố mẹ VTN cho rằng QHTD ở VTN là khi yêu nhau do ảnh hưởng của nhiều yếu tố đối với cả nam và nữ. Tuy nhiên bố mẹ cũng cho rằng QHTD ít có ở học sinh cấp 2, trong học sinh cấp 3 nhiều hơn.

“Giờ VTN yêu chắc là có quan hệ [QHTD], bây giờ chúng nó chỉ chạy đua theo cái trào lưu, theo xã hội, theo đồng tiền” (TLN bố nam VTN 18t Phả Lại)

“Xã hội bây giờ các cháu VTN đã yêu là nó mãnh liệt sẵn sàng gửi thân cho nhau, đang học cấp 3 cũng có chửa, mà cấp 2 cũng hẹn hò” (TLGD bố nam 18t Phả Lại).

Bố mẹ cho rằng QHTD tuổi VTN là xấu, gia đình cấm nhưng khó kiểm soát

Ở thế hệ cha mẹ VTN trước đây là không thể có QHTD ở tuổi VTN, QHTD trước kết hôn là rất xấu. Gia đình kiểm soát, ngăn chặn con cái không yêu đương sớm, không QHTD sớm nhất là với con gái phải biết giữ mình. Nhiều bố mẹ cho rằng học sinh cuối cấp 3 hiện nay không ngăn cấm được với cả nam và nữ vì là giai

đoạn cuối tuổi VTN, chuẩn bị chia tay phổ thông. Chuẩn mực và dư luận cộng đồng cũng thay đổi, theo chiều hướng có thể chấp nhận QHTD tuổi VTN.

“Tình dục ở lứa tuổi vị thành niên là rất nguy hiểm, chúng ta nên ngăn chặn. Nếu thấy biểu hiện yêu đương là phải cấm ngay thì mới tránh được QHTD” (TLN bố VTN nam 18t Phả Lại)

“Cấm không được lúc đó thì đành buông thả cho nó bươn chải chứ làm thế nào, không ngăn chặn được thì phải tổ chức cưới cho các cháu, nó không đợi chờ nhau được” (TLN bố VTN nam 18t Phả Lại)

Bố mẹ cho rằng QHTD ở VTN là do ảnh hưởng phim ảnh khiêu dâm

Thế hệ cha mẹ trước đây ở tuổi VTN việc giáo dục trong gia đình rất quan trọng và chuẩn mực xã hội tốt tác động tới VTN. Hiện nay gia đình thường vẫn cấm đoán, khuyên ngăn VTN không yêu sớm và không QHTD, nhưng khó kiểm soát vì tuổi VTN có nhiều ảnh hưởng, tác động bên ngoài gia đình

“Tác động của hình ảnh băng đĩa xấu, chat chit là quan trọng hơn cả. Có những cái băng đĩa QHTD ảnh hưởng đến các cháu” (TLN bố VTN nam 18t Phả Lại)

“Ngày xưa làm nghiêm chứ bây giờ tranh ảnh băng hình đồi trụy rất nhiều không quản lý không cấm được” (TLN bố VTN nam 18t Phả Lại)

Bố mẹ VTN cho rằng QHTD ở VTN do tò mò, bông bột, nữ thụ động hơn nam

Nhiều bố mẹ cho rằng VTN dễ có QHTD là ở các cháu dậy thì sớm, yêu nhau sớm rồi tò mò, bị kích thích. Con trai thì thường tò mò, đòi hỏi, chủ động con gái thì thụ động nhưng khi đã yêu dễ dẫn tới nữ cũng khó giữ gìn, hơn nữa đã có QHTD một lần thì sẽ có lần sau.

“Ngày xưa đúng là giữ gìn đến ngày cưới, mình đã yêu ai là hầu như là dẫn đến kết hôn. Bây giờ giữa yêu QHTD với chuyện xác định để lấy nhau nó không có gì chắc chắn lắm” (TLN bố nam 14t Sao Đỏ)

“Có QHTD là do tò mò hoặc thằng nam nó ham muốn, cái đấy giờ phổ biến rồi, bây giờ ăn mặc đẹp, xinh xắn, khác ngày xưa đôi khô, không có gì kích thích, hấp dẫn ” (TLGD bố nam 14t Sao Đỏ)

Bố mẹ cho rằng QHTD ở VTN có rủi ro, hậu quả nữ bị ảnh hưởng nhiều hơn

Nhiều ý kiến bố mẹ VTN cho rằng VTN yêu và có QHTD thì càng khó bền vững tình yêu, nữ thiệt thòi hơn vì nam có thể dễ yêu và cưới người khác.

“ Ngày xưa vùng tôi đây con gái chưa hoang thì nguy hiểm, cả làng phi nhỏ, chỉ có bỏ làng mà đi. Không có gái bao, bỏ bịch như giờ” (TLN bố nam 14t Sao Đỏ)

“Bây giờ thì có chưa trước có khi lại may quá. Bây giờ nó hay khó có thai, ăn uống cái gì cũng có hoá học, dễ khó mổ đẻ như mổ gà ý” (TLN mẹ nữ 18t Sao Đỏ)

3.1.3.2 Nhận thức của bố mẹ về QHTD đồng tính, mại dâm, lạm dụng tình dục

Bố mẹ nhận biết về đồng tính là người ái nam ái nữ, người lưỡng tính, chứ không hiểu QHTD đồng tính là thế nào, chỉ nghe chứ không biết.

“Đồng tính ngày xưa có nhưng mà là lên chùa làm bóng. Đàn ông ăn mặc đồ con gái. Chứ còn QHTD đồng tính bây giờ chả hiểu thế nào” (TLN mẹ nữ 18t Sao Đỏ)

Thế hệ bố mẹ VTN có nghe đến gái làm tiền, đi điếm nhưng chỉ nghe thôi mà không biết thực tế. Chỉ có nữ làm mại dâm, là rất xấu “bán tròn nuôi miệng”, bị lên án, phê phán. Ngày nay mại dâm nhiều và có thể VTN nam QHTD với mại dâm.

“Ngày trước gái làm tiền thì gọi là đi điếm, phò phạch, nhà thổ, nhưng chẳng biết thế nào. Thời ấy làm gì có nhà hàng, quán ba đầu” (TLN bố nam 18t Phả Lại)

“ Con trai nó dậy thì rồi, không quản lý tốt thì ra ngoài chẳng biết thế nào. Bên ngoài cave thì đầy dẫy nó thử thì mình không biết được” (TLN bố nam 14t Sao Đỏ)

Nhiều ý kiến bố mẹ VTN cho rằng QHTD tuổi VTN là khi yêu nhau cả hai cùng ý muốn chứ không phải là sự lừa gạt hay lợi dụng nhau. Sự lợi dụng nếu có thì là lợi dụng kinh tế.

“QHTD là do cả hai đưa chứ thằng con trai nó muốn mà đưa con gái không thì cũng không xảy ra được” (TNL bố nam 18t Phả Lại)

3.1.3.3 Nhận thức của bố mẹ về BPTT, có thai, nạo phá thai ở VTN

Bố mẹ VTN cho rằng nếu VTN quan hệ tình dục thì cũng ít dùng BPTT do không dám mang BPTT theo khi đi học, đi chơi. Việc tìm mua BPTT thì sợ người khác biết, hơn nữa QHTD VTN là bất chợt không chuẩn bị, do vậy dễ có thai

“Năm ngoái tôi đưa các cháu đi Sầm Sơn, có 2 cháu học lớp 10 yêu nhau thì có gặp nằm một giường với nhau thật nhưng tôi nghĩ mua bao cao su hay thuốc chặn các cháu còn ngại, nó là học sinh sợ người ta biết” (TLN bố nam 18t Phả Lại)

Nhiều cha mẹ VTN tin rằng nếu con gái có thai sẽ nói với bố mẹ, chủ yếu là với mẹ (vì sợ bố) để được hỗ trợ, giúp đỡ, kinh tế, tình cảm, nếu con không nói thì cũng không thể biết được. Nạo phá thai là giải pháp chấp nhận khi VTN có thai.

“Có thai các cháu sẽ trao đổi với mẹ vì sợ bố. Con không nói, bố mẹ không biết được” (TLGD bố nam 14t Sao Đỏ)

“Tôi nghĩ là cái tự giải quyết nạo hút thì ít do liên quan đến mạng sống, tuổi các cháu đi nạo thai nó ảnh hưởng đến sức khỏe phải có bố mẹ cam kết, các cháu đi bệnh viện một mình người ta không làm. Nếu trường hợp như vậy thì các cháu sẽ về nói với mẹ, thường thì hai bên gia đình phải hỗ trợ nhưng phải giấu, lấy nhau cũng khó lắm, bị như thế con gái thiệt” (TLGD bố nam 18t Phả Lại)

3.1.3.4 Nhận thức của bố mẹ về bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) ở VTN

Bệnh lây truyền qua QHTD được bố mẹ VTN đề cập nhiều là Lậu, Giang mai và HIV. Nhiều bố mẹ cho rằng VTN ít mắc bệnh này chỉ có thể ở nam VTN chơi bời QHTD với gái nhà hàng rồi quan hệ với cháu nữ. Nhận biết về STIs là phải khám bác sỹ chứ bình thường không thể xác định.

“Trước đây gọi là bệnh Kim na, Hoa liễu, Giang mai, Nổ ống khói, Lậu, mà chưa có HIV nhưng cũng chỉ nghe thế thôi chứ không biết” (TLN mẹ nữ 14t Lê Lợi)

“Có rối loạn chu kì, khí hư thì chỉ khám bệnh viện mới biết là gì, có khi là loạn kinh. Bây giờ dùng băng vệ sinh nhiều lại dễ mắc bệnh” (TLGD mẹ nữ 18t Sao Đỏ)

Trong các bệnh lây truyền qua QHTD thì HIV được bố mẹ VTN nhắc đến nhiều về sự nguy hiểm, đường lây truyền. Nhiều bố mẹ cho rằng không có sự kì thị với người nhiễm HIV, tuy nhiên sự xa lánh người bị HIV/AIDS vẫn là phổ biến

“Với người nhiễm HIV vẫn sợ nhưng vẫn có thể nói chuyện bình thường, không kỳ thị đâu, chỉ cẩn thận trong giao tiếp” (TLN mẹ nữ 14t Văn An)

“Gia đình tôi cũng có một cháu mắc HIV cũng bị xa lánh, xã hội mình như thế. Cháu mang bệnh này cũng do QHTD. HIV chỉ lây qua tình dục, tiêm chích không lây qua ăn uống đâu, nhưng người ta xa lánh không ít.” (TLN bố nam 18t Phả Lại)

3.2 Kết quả định lượng: Kiến thức, thái độ về tình dục, SKSS và thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở VTN (AH1 2006)

3.2.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu điều tra AH1 2006

Tổng số vị thành niên 10-19 tuổi chưa kết hôn được điều tra trong AH1 vòng 1 (2006) là 9220 VTN, trong đó 4720 nam (51,2%) và 4500 nữ (48,8%), VTN ở 3 thị trấn chiếm 47,7% và ở 4 xã chiếm 52,3% trong thực địa Chililab. VTN điều kiện kinh tế gia đình nghèo chiếm 35%, còn lại là gia đình kinh tế trung bình trở lên.

Bảng 3.1: Số lượng VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế

	Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi				
10-14 tuổi	2253	47,7	2199	48,9
15-19 tuổi	2467	52,3	2301	51,1
Địa bàn				
Thành thị	2253	47,7	2199	48,9
Nông thôn	2467	52,3	2301	51,1
Học vấn				
Cấp 1	564	12,1	477	10,7
Cấp 2	2331	49,8	2128	47,7
Cấp 3+	1785	38,2	1852	41,5
Điều kiện kinh tế				
Khá, giàu	1234	26,6	1174	26,5
Trung bình	1781	38,4	1683	38,1
Nghèo	1626	35,0	1566	35,4

3.2.2 Kiến thức VTN về tình dục, mang thai (AH1 vòng 1)

Kiến thức về tình dục, mang thai ở VTN còn hạn chế. Chỉ có 33,5% VTN (28,8% nam, 38,4% nữ) biết rằng nam có thể làm nữ có thai từ khi có xuất tinh lần đầu trở đi. Tỷ lệ rất thấp 7,1% VTN (5% nam và 9,8% nữ) biết đúng rằng “thời điểm giữa chu kỳ kinh nguyệt là thời điểm bạn gái dễ mang thai nhất”. Có 35%

VTN biết “Từ khi có kinh nguyệt bạn nữ có thể có thai” và 36% VTN biết “Có thể có thai dù chỉ quan hệ tình dục một lần”.

Bảng 3.2: Tỷ lệ nam, nữ VTN biết đúng về tình dục và mang thai

	Tổng số VTN (N=9220)		Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số lượng biết đúng	Tỷ lệ % biết đúng	Số lượng biết đúng	Tỷ lệ % biết đúng	Số lượng biết đúng	Tỷ lệ % biết đúng
Kiến thức về tình dục, mang thai						
Từ khi có xuất tinh lần đầu một bạn nam có thể làm bạn nữ có thai	3088	33,5	1360	28,8	1728	38,4
Từ khi có kinh nguyệt bạn nữ có thể có thai	3246	35,2	1053	22,3	2193	48,7
Thời điểm giữa chu kỳ kinh nguyệt bạn gái dễ mang thai nhất	655	7,1	226	5	429	9,8
Có thể có thai dù chỉ QHTD một lần	3328	36,1	1441	30,5	1887	42

Nam VTN có kiến thức đúng về tình dục, mang thai thấp hơn nữ, VTN nhóm 10-14 tuổi có kiến thức đúng thấp hơn nhóm 15-19 tuổi, VTN thành thị có kiến thức đúng cao hơn VTN ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị χ^2 và $P < 0,05$ tương ứng (bảng 3.3). Phân tích tương tự thấy kiến thức đúng về tình dục, mang thai ở VTN tăng lên theo học vấn và điều kiện kinh tế khá giả hơn. Giá trị Phi Cramer's V phản ánh cỡ mẫu đủ lớn trong các phân nhóm của các biến số (giá trị 0,1- 0,3 là được, $>0,3$ -0,5 là trung bình, và $> 0,5$ là tốt).

Bảng 3.3: Khác nhau kiến thức tình dục, mang thai theo giới tính, tuổi, nơi ở

	Giới tính		Nhóm tuổi		Địa bàn nơi ở	
	Nam	Nữ	10-14 tuổi	15-19 tuổi	Thành thị	Nông thôn
Biết “Nam có thể làm nữ có thai từ khi xuất tinh lần đầu”						
Số lượng VTN	4720	4500	4237	4983	4452	4768
Số lượng biết đúng	1360	1728	857	2231	1673	1415
Tỷ lệ % biết đúng	28,8	38,4	20,2	45	37,6	30
χ^2, P	$\chi^2=95, P<0,001$		$\chi^2=619, P<0,001$		$\chi^2=64,5, P<0,001$	
Phi Cramer's V	0,1		0,3		0,1	
Biết “Nữ có thể có thai từ khi có kinh nguyệt lần đầu”						
Số lượng VTN	4720	4500	4237	4983	4452	4768
Số lượng biết đúng	1053	2193	848	2398	1749	1497
Tỷ lệ % biết đúng	22,3	48,7	20	48	39,3	31,1
χ^2, P	$\chi^2=75, P<0,001$		$\chi^2=79, P<0,001$		$\chi^2=62,8, P<0,001$	
Phi Cramer's V	0,3		0,3		0,1	
Biết “Giữa chu kỳ kinh bạn nữ dễ mang thai nhất”						
Số lượng VTN	4454	4415	4106	4763	4305	4564
Số lượng biết đúng	226	429	143	512	366	289
Tỷ lệ % biết đúng	5	9,7	3,5	11	8,5	6,3
χ^2, P	$\chi^2=70, P<0,001$		$\chi^2=170, P<0,001$		$\chi^2=15, P<0,001$	
Phi Cramer's V	0,1		0,2		0,1	
Biết “Nữ có thể có thai dù chỉ QHTD một lần”						
Số lượng VTN	4346	4390	4049	4687	4270	4466
Số lượng biết đúng	1441	1887	1020	2308	1895	1433
Tỷ lệ % biết đúng	33	43	25	49	44,4	32
χ^2, P	$\chi^2=89, P<0,001$		$\chi^2=532, P<0,001$		$\chi^2=140, P<0,001$	
Phi Cramer's V	0,1		0,3		0,13	

3.2.3 Thái độ về tình dục và hành vi QHTD ở VTN (AH1 vòng 1)

Phần lớn VTN không đồng tình với QHTD trước kết hôn. Tỷ lệ hiệu chỉnh EM (Expectation-Maximization likelihood estimation) VTN đồng ý "Có thể QHTD nếu đã ăn hỏi" là 37,4% nam, 22% nữ, "Có thể QHTD nếu dự định kết hôn" là 34% nam, 19% nữ, "Có thể QHTD nếu cả hai đều muốn" là 36% nam, 20% nữ.

Bảng 3.4: Thái độ đồng tình với QHTD trước khi cưới

	Trong VTN (N=9220)		Trong nam (N=4720)		Trong nữ (N=4500)	
	Số VTN đồng ý	% VTN đồng ý	Số nam đồng ý	% nam đồng ý	Số nữ đồng ý	% nữ đồng ý
Có thể quan hệ tình dục nếu yêu nhau	1982	21,5	1345	28,5	630	14
Có thể quan hệ tình dục nếu đã ăn hỏi	2766	30	1765	37,4	990	22
Có thể QHTD nếu đã dự định kết hôn	2462	26,7	1605	34	855	19
Có thể QHTD nếu cả hai đều muốn	2600	28,2	1699	36	900	20
Có thể QHTD nếu nam sử dụng BPTT	2582	28	1605	34	990	22
Có thể QHTD nếu nữ sử dụng BPTT	2517	27,3	4390	93	945	21

Phân tích thành tố chính Principal Axis Factoring (PAF) với 6 biến số về thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới (biến số reflective), phân tích độ tin cậy bên trong (Cronbach Alpha = 0,89) và tổ hợp biến số thang đo "Mức độ thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới" có giá trị từ 6 đến 24, giá trị cao hơn tương ứng thái độ cởi mở hơn về QHTD. Phân tích hồi qui tuyến tính đa biến mối liên quan thái độ cởi mở về QHTD trước kết hôn theo nơi ở, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế (biến học vẫn có hệ số tương quan Pearson $r = 0,8$ với biến tuổi, không đưa vào mô hình). Mô hình hồi qui riêng cho nam, nữ (phương pháp standard). Kết quả nam VTN nhóm tuổi cao hơn, nam kinh tế không nghèo, nam đã QHTD có thái độ ít cởi mở hơn về QHTD trước kết hôn (hệ số hồi qui tương ứng và $P < 0,01$). Nữ nhóm tuổi

cao hơn có thái độ cởi mở hơn về QHTD ($P < 0,001$), nữ điều kiện kinh tế không nghèo và nữ đã QHTD thì ít cởi mở hơn về QHTD trước kết hôn (hệ số hồi qui tương ứng và $P < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa.

Bảng 3.5: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan thái độ cởi mở về QHTD

		Hệ số hồi qui		Mức ý nghĩa (P)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
		B	Sai số chuẩn		Mức dưới	Mức trên
Nam	Hằng số Constant	18,3	0,58	0,000	17,18	19,46
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	-0,55	0,16	0,001	-0,87	-0,22
	Đô thị ^a /nông thôn	-0,23	0,17	0,190	-0,58	0,11
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	-0,55	0,20	0,007	-0,96	-0,15
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	-0,00	0,19	0,982	-0,38	0,37
	QHTD Chưa ^a /có	-2,51	0,50	0,000	-3,50	-1,51
Nữ	Hằng số Constant	18,8	1,25	0,000	16,39	21,33
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	1,01	0,18	0,000	0,65	1,37
	Đô thị ^a /nông thôn	-0,17	0,20	0,385	-0,56	0,21
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	-0,54	0,23	0,018	-1,00	-0,09
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	0,38	0,22	0,079	-0,04	0,81
	QHTD Chưa ^a /có	-3,08	1,22	0,012	-5,48	-0,68

$R^2 = 0,17$ (nam) $R^2 = 0,23$ (nữ); ^a Nhóm so sánh (reference)

Tỷ lệ (hiệu chỉnh EM) VTN tự tin từ chối QHTD là 82,8% (87% nam và 78% nữ). Mô hình hồi qui Logistic mô tả liên quan biến số "Tự tin từ chối QHTD khi không muốn" và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế thấy nam học vấn cao hơn, nam kinh tế khá giả hơn tự tin hơn từ chối QHTD khi không muốn. Nữ nhóm tuổi cao hơn, nữ học vấn cao hơn, điều kiện kinh tế không nghèo tự tin hơn từ chối QHTD, khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giá trị OR, P tương ứng (Bảng 3.6).

Bảng 3.6: Hồi qui Logistic mô hình liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với sự tự tin từ chối QHTD khi không muốn

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	0,92	0,64	1,32
	Thành thị/nông thôn ^a	1,13	0,86	1,47
	Học vấn C2/C1 ^a	2,49 ^{***}	1,52	4,09
	Học vấn C3/C1 ^a	3,38 ^{***}	1,89	6,07
	KTế TB/nghèo ^a	1,13	0,82	1,5
	KTế khá/nghèo ^a	1,47 [*]	1,04	2,07
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,72 [*]	1,12	2,63
	Thành thị/nông thôn ^a	1,34	0,94	1,89
	Học vấn C2/C1 ^a	2,07 ^{**}	1,22	3,51
	Học vấn C3/C1 ^a	3,83 ^{***}	1,94	7,55
	KTế TB/nghèo ^a	1,88 ^{***}	1,31	2,71
	KTế khá/nghèo ^a	3,06 ^{***}	1,95	4,81

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

Phân tích thái độ VTN đồng tình về QHTD đồng tính cho thấy 7,7% VTN (8,7% nam, 6,7% nữ) đồng ý “QHTD đồng tính là có thể chấp nhận được”. Tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ ($\chi^2 = 33$, $P < 0,001$, giá trị Phi Cramer’s V = 0,14), ở VTN thành thị cao hơn nông thôn ($\chi^2 = 7$, $P < 0,01$, Phi Cramer’s V = 0,12) và cao hơn ở VTN nhóm 15-19 tuổi ($\chi^2 = 6,4$, $P < 0,01$, Phi Cramer’s V = 0,12).

Có 46 VTN trả lời đã từng có bạn tình, trung bình số bạn tình ở nam là 2,4 người nhiều hơn ở nữ là 1,3 người ($t = 2,4$, $P < 0,05$). Tỷ lệ VTN trả lời đã từng QHTD (giao hợp) là 0,9% (1,4% nam, 0,3% nữ), tỷ lệ QHTD hiệu chỉnh (EM) là 1,7% nam và 0,4% nữ.

Bảng 3.7: Quan hệ tình dục ở VTN theo giới tính

	Tổng số VTN (N=9220)		Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số VTN tra lời có	% VTN tra lời có	Số nam tra lời có	% nam tra lời có	Số nữ tra lời có	% nữ tra lời có
QHTD với người yêu	55	0,6	51	1,1	4	0,1
QHTD với bạn bè/người quen	55	0,6	43	0,9	12	0,3
QHTD với người họ hàng	30	0,3	18	0,4	12	0,2
QHTD với mại dâm	18	0,2	18	0,4	0	0
QHTD với ai đó mới gặp	18	0,2	18	0,4	0	0
QHTD do bị thuyết phục	28	0,3	19	0,4	9	0,2
QHTD do bị lừa	28	0,3	24	0,5	4	0,1
QHTD do bị ép buộc, cưỡng bức	18	0,2	14	0,3	4	0,1

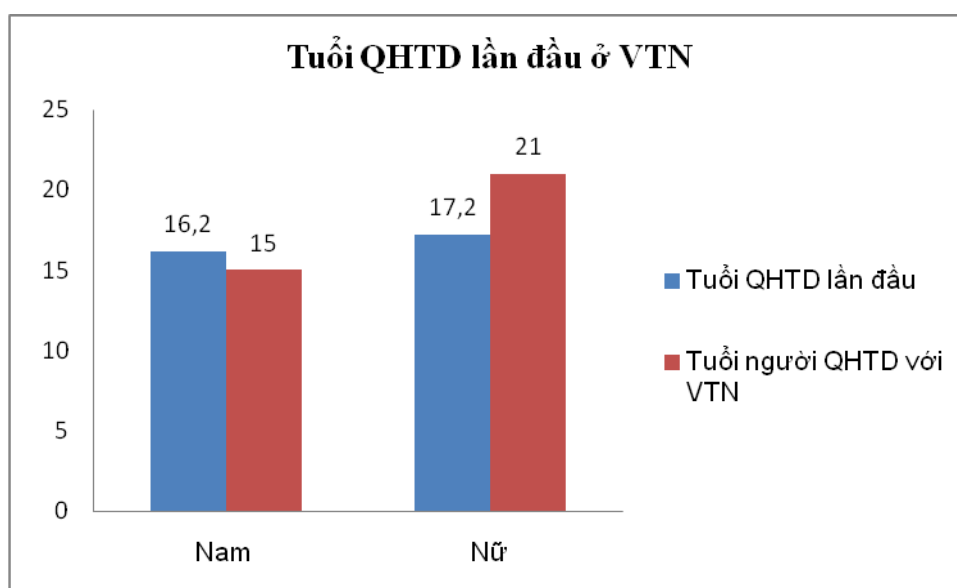
Tỷ lệ QHTD ở nam cao hơn nữ ($\chi^2=34,8$, $P<0,001$) và tỷ lệ QHTD ít hơn ở VTN nhóm trẻ tuổi hơn ($\chi^2=20,4$, $P<0,001$). Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ QHTD giữa VTN thành thị và nông thôn. Tỷ lệ QHTD với bạn bè quen ở nam cao hơn nữ ($\chi^2=16$, $P<0,001$) và có một số VTN có QHTD với người họ hàng (ở VTN 10-14 tuổi nhiều hơn nhóm 15-19 tuổi, $\chi^2=17$ và $P<0,001$).

Tỷ lệ QHTD tự nguyện ở VTN tương đối cao trong QHTD lần đầu (81% nam, 43% nữ). Tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ ($\chi^2=8,2$, $P<0,01$), ở VTN thành thị cao hơn VTN nông thôn ($\chi^2=5,4$, $P<0,05$), ở VTN nhóm 15 – 19 tuổi cao hơn nhóm 10-14 tuổi ($\chi^2=8,4$, $P<0,01$), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ VTN bị lạm dụng trong QHTD lần đầu chiếm 19% ở nam và 57% ở nữ, ở nhóm VTN 10-14 tuổi cao hơn nhóm 15-19 tuổi ($\chi^2=10$, $P<0,01$), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8: QHTD tự nguyện theo giới tính, nơi ở, nhóm tuổi

	Giới tính		Nơi ở		Nhóm tuổi	
	Nam	Nữ	Thành thị	Nông thôn	10-14t	15-19t
QHTD lần đầu tự nguyện						
Số VTN có QHTD trả lời	57	14	27	44	9	62
Số QHTD tự nguyện	46	6	24	28	3	49
Tỷ lệ % tự nguyện	81	43	89	63,6	33,3	79
χ^2, P	$\chi^2=8,2, P<0,01$		$\chi^2=5,4, P<0,05$		$\chi^2=8,4, P<0,01$	
Phi, Cramer's V	0,34		0,3		0,34	
QHTD lần đầu bị lạm dụng (bị lừa, ép buộc, cưỡng bức)						
Số VTN có QHTD trả lời	57	14	27	44	9	62
Số lượng bị lạm dụng	11	8	3	16	6	13
Tỷ lệ % trong đã QHTD	19	57	11	36	67	21
χ^2, P	$\chi^2=0,7, P>0,05$		$\chi^2=0,2, P>0,05$		$\chi^2=10, P<0,01$	
Phi, Cramer's V	0,34		0,3		0,3	

Trong VTN đã QHTD, tuổi trung bình QHTD lần đầu ở nam là $16,2 \pm 0,35$ tuổi (Mean \pm SE) cao hơn tuổi trung bình của người QHTD với nam ($15 \pm 0,6$ tuổi). Tuổi trung bình QHTD lần đầu ở nữ là $17,2 \pm 0,9$ tuổi thấp hơn tuổi trung bình người QHTD với nữ ($21 \pm 1,1$ tuổi).

**Biểu đồ 3.1: Tuổi VTN lần đầu QHTD và tuổi người QHTD với VTN**

Phân tích hồi qui tuyến tính đa biến mối liên quan tuổi QHTD lần đầu ở VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, điều kiện kinh tế, thái độ cởi mở về QHTD. Mô hình hồi qui riêng cho nam, nữ (phương pháp standard). Kết quả cả nam, nữ VTN nhóm tuổi tăng lên thì tuổi QHTD lần đầu cao hơn, nam nữ có thái độ cởi mở hơn về QHTD thì tuổi QHTD lần đầu thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa với các hệ số hồi qui và P tương ứng (bảng 3.9).

Bảng 3.9: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan tuổi QHTD ở VTN

		Hệ số hồi qui		Mức ý nghĩa (P)	Khoảng tin cậy B (95%CI)	
		B	Sai số chuẩn		Mức dưới	Mức trên
Nam	Hằng số Constant	6,00	1,06	0,00	3,88	8,12
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	5,54	0,54	0,00	4,47	6,65
	Đô thị ^a /nông thôn	-0,68	0,51	0,18	-1,71	0,34
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	-0,21	0,50	0,69	-1,22	0,79
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	0,22	0,59	0,72	-0,97	1,41
	Thái độ cởi mở về QHTD ^b	-0,02	0,01	0,04	- 0,00	0,03
Nữ	Hằng số Constant	9,22	2,80	0,01	2,87	15,57
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	3,71	1,32	0,02	0,73	6,70
	Đô thị ^a /nông thôn	-1,79	1,09	0,13	-4,27	0,68
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	0,08	1,11	0,93	-2,43	2,60
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	1,87	1,43	0,22	-1,35	5,11
	Thái độ cởi mở về QHTD ^b	-0,08	0,02	0,00	-0,12	-0,04

$R^2 = 0,62$ (nam) $R^2 = 0,69$ (nữ); ^a Nhóm so sánh; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Điều tra AH1 vòng 1 chỉ có 3 VTN trả lời đã từng có thai, 1 trường hợp trả lời đã nạo phá thai. Vì vậy phân tích yếu tố liên quan với có thai, nạo phá thai ở VTN không thực hiện được, hệ số Phi-Cramer' V rất nhỏ (<0,1).

3.2.4 Kiến thức, thái độ VTN về sử dụng bao cao su, BPTT (AH1 vòng 1)

Có 12,6% nam và 5,3% nữ cho rằng “Sử dụng bao cao su khi QHTD làm giảm sự sung sướng/ khoái cảm”, 6,5% nam và 3% nữ cho rằng “Khi QHTD với người đã quen biết thì không cần sử dụng BCS”, 23,6% nam và 22% nữ cho rằng “Thấy ngỡ ngàng khi mua hay hỏi về BCS”.

Bảng 3.10: Thái độ VTN về sử dụng bao cao su

	Tổng số VTN (N=9220)		Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số VTN đồng ý	% VTN đồng ý	Số nam đồng ý	% nam đồng ý	Số nữ đồng ý	% nữ đồng ý
Sử dụng BCS khi QHTD giảm “sự sung sướng/ khoái cảm”	833	9,0	595	12,6	239	5,3
QHTD với người đã quen biết thì không cần sử dụng BCS	442	4,8	307	6,5	135	3
Nếu bạn gái đề nghị bạn tình sử dụng BCS khi QHTD, cô ấy sẽ không được tôn trọng	801	8,7	486	10,3	315	7
Bạn thấy ngỡ ngàng khi mua hay hỏi về BCS	2104	22,8	1114	23,6	990	22
Sử dụng BCS là không tin tưởng bạn tình	691	7,5	434	9,2	257	5,7

Tỷ lệ nam VTN cho rằng “Sử dụng bao cao su khi QHTD làm giảm sự sung sướng/ khoái cảm” cao hơn nữ ($\chi^2=120$, $P<0,001$), nam cho rằng “Khi QHTD với người quen biết thì không cần sử dụng BCS” cao hơn nữ ($\chi^2=78$, $P<0,001$), và nam

cho rằng “Sử dụng BCS nghĩa là không tin tưởng bạn tình” cũng cao hơn nữ ($\chi^2=38$, $P<0,001$), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Phần lớn VTN ủng hộ sử dụng BCS. Có 85% nam, 84% nữ đồng ý “Khi QHTD, việc bạn gái gợi ý sử dụng BCS là hoàn toàn đúng”. Phân tích hồi qui Logistic thái độ VTN ủng hộ BCS và biến số liên quan thấy nam nhóm tuổi cao hơn, nam học vấn cao hơn, nữ học vấn cao hơn, nữ điều kiện kinh tế khá giả hơn có thái độ ủng hộ cao hơn về sử dụng BCS, sự khác biệt có ý nghĩa (OR và P tương ứng – Bảng 3.11).

Bảng 3.11: Hồi qui Logistic mối liên quan thái độ ủng hộ BCS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã từng QHTD

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,88 ^{**}	1,29	2,73
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,14	0,84	1,54
	Học vấn C2/C1 ^a	1,25	0,79	1,99
	Học vấn C3/C1 ^a	2,17 [*]	1,2	3,95
	KTế TB/nghèo ^a	0,98	0,70	1,36
	KTế khá/nghèo ^a	1,46	0,97	2,19
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,18	0,84	1,67
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,10	0,83	1,47
	Học vấn C2/C1 ^a	2,17 ^{***}	1,42	3,33
	Học vấn C3/C1 ^a	4,03 ^{***}	2,33	6,98
	KTế TB/nghèo ^a	1,24	0,92	1,69
	KTế khá/nghèo ^a	1,47 [*]	1,02	2,12

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

Chỉ có 9% VTN trả lời là tự tin mua hoặc tìm được BCS khi bạn tình muốn sử dụng, 15,6% tự tin khi cần có thể thuyết phục được bạn tình sử dụng BCS, 15,7% tự tin nói với bạn tình là không BCS thì không QHTD, 9,8% tự tin dùng BCS đúng cách.

Phân tích thành tố PAF với 4 biến số thái độ VTN tự tin về sử dụng BCS và phân tích sự nhất quán bên trong (Chronbach Alpha = 0,8). Hệ số hồi qui của phân tích thành (biến liên tục, phân bố chuẩn) giá trị cao hơn tương ứng tự tin hơn về sử dụng BCS. Phân tích hồi qui tuyến tính đa biến mỗi liên quan mức độ tự tin sử dụng BCS (biến phụ thuộc là hệ số hồi qui của PAF) và nơi ở, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế, đã QHTD. Kết quả cả nam và nữ VTN nhóm tuổi cao hơn tự tin hơn về sử dụng BCS. Nữ điều kiện kinh tế khá giả hơn kém tự tin hơn về sử dụng BCS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các hệ số hồi qui và giá trị P tương ứng (Bảng 3.12).

Bảng 3.12: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan thái độ tự tin về BCS

		Hệ số hồi qui		Mức ý nghĩa (P)	Khoảng tin cậy (95%CI)	
		B	Sai số chuẩn		Mức dưới	Mức trên
Nam	Hằng số Constant	0,52	0,06	0,000	0,40	0,64
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	0,20	0,01	0,000	0,17	0,22
	Đô thị ^a /nông thôn	0,01	0,01	0,488	-0,01	0,03
	Điều kiện kinh tế nghèo ^a /khá giả	-0,01	0,00	0,316	-0,02	0,01
	Đã QHTD Chưa ^a /có	-0,02	0,05	0,736	-0,12	0,08
Nữ	Hằng số Constant	0,50	0,12	0,000	0,25	0,75
	Nhóm tuổi 10-14tuổi ^a /15-19tuổi	0,26	0,01	0,000	0,24	0,29
	Đô thị ^a /nông thôn	0,01	0,01	0,889	-0,02	0,03
	Điều kiện kinh tế nghèo ^a /khá giả	-0,01	0,00	0,028	-0,03	-0,01
	Đã QHTD Chưa ^a /có	-0,03	0,12	0,766	-0,27	0,20

$R^2 = 0,11$ (nam) $R^2 = 0,17$ (nữ); ^a Nhóm so sánh

Tỷ lệ VTN đã nghe về BPTT chiếm 61% nam, 61,3% nữ ($\chi^2=86$, $P<0,001$), tỷ lệ biết về BCS chiếm 41% nam, 45,5% nữ ($\chi^2=20$, $P<0,001$) và tỷ lệ biết về thuốc uống tránh thai là 32,4% nam và 39% nữ ($\chi^2=37$, $P<0,001$). Chưa thấy khác biệt tỷ lệ VTN thành thị và VTN nông thôn biết về BPTT ($P>0,05$).

Phân tích thành tố chính PCA với 5 biến số tên các BPTT mà VTN liệt kê (BCS; thuốc uống tránh thai; xuất tinh ngoài; vòng tránh thai; đình sản), có sự nhất quán bên trong (Cronbach's Alpha = 0,77). Tổ hợp biến số thang đo “Các BPTT mà VTN biết” có giá trị từ 0 (không biết BPTT nào) đến 5 (liệt kê được 5 BPTT). Trung bình nam liệt kê được 1,5 BPTT và nữ liệt kê được 1,8 BPTT.

Phân tích hồi qui tuyến tính đa biến mỗi liên quan nơi ở, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế với kiến thức VTN biết các BPTT, mô hình hồi qui riêng cho nam, nữ (phương pháp standard). Kết quả nam, nữ nhóm tuổi cao hơn biết nhiều BPTT hơn, nam, nữ VTN ở nông thôn biết ít BPTT hơn ($P < 0,05$ và $P < 0,001$).

Bảng 3.13: Hồi qui tuyến tính đa biến yếu tố liên quan VTN biết các BPTT

		Hệ số hồi qui		Mức ý nghĩa (P)	Khoảng tin cậy (95%CI)	
		B	Sai số chuẩn		Mức dưới	Mức trên
Nam	Hằng số Constant	0,42	0,04	0,000	0,34	0,51
	Nhóm tuổi 10 - 14 tuổi ^a /15-19 tuổi	0,44	0,02	0,000	0,40	0,49
	Đô thị ^a /nông thôn	-0,05	0,02	0,036	-0,01	0,11
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	0,01	0,02	0,631	-0,04	0,07
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	-0,01	0,02	0,825	-0,06	0,05
Nữ	Hằng số Constant	0,35	0,04	0,000	0,26	0,44
	Nhóm tuổi 10 - 14 tuổi ^a /15-19 tuổi	0,53	0,02	0,000	0,49	0,59
	Đô thị ^a /nông thôn	-0,09	0,02	0,000	-0,04	0,15
	Kinh tế nghèo ^a /không nghèo	-0,05	0,03	0,078	-0,11	0,01
	Kinh tế khá giả ^a /không khá giả	0,00	0,03	0,996	-0,05	0,06

$R^2 = 0,12$ (nam) $R^2 = 0,14$ (nữ); ^a Nhóm so sánh

Tỷ lệ VTN sử dụng BPTT trong QHTD lần đầu là 35% nam, 29% nữ và sử dụng BCS trong QHTD lần đầu là 14% nam, 21% nữ. Tỷ lệ sử dụng BCS trong QHTD gần nhất là 44% nam, 38% nữ. Chưa thấy khác biệt về sử dụng BPTT trong QHTD lần đầu theo nơi ở và nhóm tuổi (χ^2 tương ứng và $P>0,05$).

3.2.5 Nhận thức, thái độ VTN về các bệnh STIs (AH1 vòng 1)

Tỷ lệ (hiệu chỉnh EM) VTN đã nghe về các bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) là 65,4% (64,6% nam, 66% nữ). Trung bình nam VTN liệt kê được 1,7 tên bệnh STIs và nữ liệt kê được 1,8 bệnh STIs.

Bảng 3.14: Tỷ lệ VTN biết về các bệnh STIs theo giới tính

	Tổng số VTN (N=9220)		Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số VTN đã biết	% VTN biết	Số nam đã biết	% nam biết	Số nữ đã biết	% nữ biết
Nghe/biết về Giang mai	1616	17,5	505	14,6	680	20,6
Nghe/biết về bệnh Lậu	1191	12,9	394	11,4	476	14,5
Nghe/biết về Herpes	28	0,3	12	0,3	9	0,3
Nghe/biết Viêm âm đạo	9	0,1	2	0,1	2	0,1
Nghe/biết về HIV/AIDS	3780	41	1276	37	1488	45,2
Nghe/biết về Nấm âm đạo	14	0,2	5	0,1	8	0,2
Nghe/biết về Viêm âm hộ	18	0,2	4	0,1	11	0,3

Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã QHTD với VTN đã nghe về BPTT thấy nam nhóm 15-19 tuổi, ở thành thị, nam học vấn cao hơn, nam điều kiện kinh tế khá giả hơn biết nhiều hơn về STIs. Nữ nhóm 15-19 tuổi, ở đô thị, nữ học vấn cao hơn biết nhiều hơn về STIs, khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giá trị OR và P tương ứng (Bảng 3.15).

Bảng 3.15: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã từng QHTD với VTN nghe về bệnh STIs

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	3,21 ^{***}	2,63	3,91
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,42 ^{***}	1,21	1,68
	Học vấn C2/C1 ^a	2,27 ^{***}	1,74	2,95
	Học vấn C3/C1 ^a	4,97 ^{***}	3,56	6,93
	KTế TB/nghèo ^a	1,15	0,956	1,38
	KTế khá/nghèo ^a	1,29 [*]	1,05	1,60
	QHTD Có/Chưa ^a	1,46	0,81	2,63
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	2,70 ^{***}	2,22	3,29
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,69 ^{***}	1,44	1,99
	Học vấn C2/C1 ^a	2,93 ^{***}	2,24	3,86
	Học vấn C3/C1 ^a	5,74 ^{***}	4,08	8,07
	KTế TB/nghèo ^a	0,97	0,80	1,16
	KTế khá/nghèo ^a	1,03	0,84	1,27
	QHTD Có/Chưa ^a	0,64	0,19	2,07

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

Tỷ lệ VTN trả lời đã từng bị STIs là 0,8% (1% nam và 0,4% nữ). Tỷ lệ VTN trả lời “QHTD giao hợp an toàn là có sử dụng BCS” chiếm 23,4% nam, 23,6% nữ. Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN biết ”QHTD giao hợp an toàn là sử dụng BCS” với các biến số (tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, đã từng QHTD) thấy rằng cả nam và nữ VNT nhóm 15-19 tuổi, học vấn cao hơn biết đúng hơn về QHTD giao hợp an toàn (OR và P tương ứng – Bảng 3.16).

Bảng 3.16: Hồi qui Logistic mô hình liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với VTN biết đúng “QHTD giao hợp an toàn là sử dụng BCS”

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,83 ^{***}	1,33	2,51
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,12	0,89	1,39
	Học vấn C2/C1 ^a	2,05 [*]	1,06	3,95
	Học vấn C3/C1 ^a	2,54 ^{**}	1,26	5,09
	KTé TB/nghèo ^a	0,82	0,96	1,08
	KTé khá/nghèo ^a	1,07	0,98	1,43
	Hằng số Constant	0,11		
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,84 ^{***}	1,354	2,51
	Đô thị/Nông thôn ^a	0,99	0,98	1,23
	Học vấn C2/C1 ^a	1,12	0,96	2,05
	Học vấn C3/C1 ^a	1,35 [*]	0,97	2,60
	KTé TB/nghèo ^a	1,2	0,99	1,53
	KTé khá/nghèo ^a	1,25	0,93	1,67
	Hằng số Constant	0,17		

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,00; ^a Nhóm so sánh

3.2.6 Nhận thức, thái độ VTN về HIV/AIDS (AH1 vòng 1)

Tỷ lệ VTN đã nghe về HIV/AIDS là 85,7% (85,3% nam, 86% nữ). Phân tích hồi qui Logistic mô hình liên quan tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với VTN đã nghe về HIV/AIDS thấy cả nam và nữ VNT nhóm tuổi cao hơn, học vấn cao hơn đã nghe về HIV/AIDS nhiều hơn, khác biệt có ý nghĩa với OR và P tương ứng (Bảng 3.17).

Bảng 3.17: Hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã nghe về HIV/AIDS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,83 ^{***}	1,33	2,51
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,12	0,89	1,39
	Học vấn C2/C1 ^a	2,05 [*]	1,06	3,95
	Học vấn C3/C1 ^a	2,54	1,26	5,09
	KTế TB/nghèo ^a	0,82	0,96	1,08
	KTế khá/nghèo ^a	1,07	0,98	1,43
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,84 ^{***}	1,35	2,51
	Đô thị/Nông thôn ^a	0,99	0,98	1,23
	Học vấn C2/C1 ^a	1,12	0,96	2,06
	Học vấn C3/C1 ^a	1,35 [*]	1,70	2,60
	KTế TB/nghèo ^a	1,17	0,99	1,53
	KTế khá/nghèo ^a	1,25	0,93	1,67

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

Phân tích thành tố PCA 7 biến số các cách phòng tránh HIV/AIDS (tương tự điều tra SAVY) và phân tích sự nhất quán bên trong (Cronbach Alpha = 0,84). Tổ hợp biến số "Mức độ VTN biết các cách phòng tránh HIV/AIDS" có giá trị từ 0 – 7, giá trị cao hơn tương ứng biết nhiều hơn về các cách phòng tránh HIV/AIDS. Phân tích tần suất có 18,4% VTN (14% nam, 23% nữ) liệt kê được tên từ 1 cách phòng tránh HIV/AIDS trở lên, VTN liệt kê nhiều nhất là 4/7 cách phòng tránh HIV/AIDS.

Bảng 3.18: Tỷ lệ VTN biết cách phòng lây nhiễm HIV/AIDS theo giới tính

	Tổng số VTN (N=9220)		Nam (N=4720)		Nữ (N=4500)	
	Số VTN đã biết	% VTN biết	Số nam đã biết	% nam biết	Số nữ đã biết	% nữ biết
Quan hệ tình dục an toàn dùng BCS	184	2	94	2	90	2
Không QHTD với nhiều người	953	10,3	368	7,8	585	13
Không QHTD với người lạ	18	0,2	9	0,2	9	0,2
VTN không QHTD	219	2,4	66	1,4	153	3,4
Không QHTD với mại dâm	41	0,5	19	0,4	23	0,5
Không dùng chung bơm kim tiêm chích	719	7,8	269	5,7	450	10
Tránh truyền máu không an toàn	27	0,3	9	0,2	18	0,4

Phân tích thành tố PCA và tổ hợp biến số "VTN biết các cách phòng tránh HIV/AIDS" (Biết đúng và biết sai). Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với "VTN biết các cách phòng tránh HIV/AIDS" thấy cả nam và nữ VNT thành thị, nhóm tuổi cao hơn, học vấn cao hơn biết nhiều hơn về cách phòng tránh HIV/AIDS (OR tương ứng và $P < 0,001$), nữ điều kiện kinh tế khá giả biết nhiều hơn các cách phòng tránh HIV/AIDS hơn (OR, $P < 0,01$).

Bảng 3.19: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế với VTN biết cách phòng tránh HIV/AIDS

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19t/10-14t ^a	2,27 ^{***}	1,72	2,99
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,45 ^{***}	1,19	1,76
	Học vấn C2/C1 ^a	3,84 ^{***}	2,06	7,16
	Học vấn C3/C1 ^a	7,89 ^{***}	4,08	15,29
	KTế TB/nghèo ^a	0,83	0,66	1,04
	KTế khá/nghèo ^a	0,86	0,67	1,11
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	2,61 ^{***}	2,07	3,29
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,35 ^{**}	1,14	1,59
	Học vấn C2/C1 ^a	4,30 ^{***}	2,52	7,34
	Học vấn C3/C1 ^a	6,47 ^{***}	3,67	11,39
	KTế TB/nghèo ^a	1,05	0,85	1,29
	KTế khá/nghèo ^a	1,31 [*]	1,05	1,63

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

Tỷ lệ thấp VTN trả lời có xa lánh, kì thị người bị HIV/AIDS (gần 3%). Tỷ lệ VTN trả lời cảm thông, giúp đỡ người bị HIV/AIDS cũng chiếm tỷ lệ không cao. VTN đồng ý có thể kết bạn với người bị HIV là 21% nam, 26% nữ, học cùng là 20% nam, 25% nữ, chăm sóc khi bị đau ốm là 19% nam, 22% nữ.

Phân tích thành tố chính PCA với các biến số thái độ VTN cảm thông, giúp đỡ người bị HIV/AIDS, phân tích sự nhất quán bên trong (Cronbach's Alpha = 0,89) và tổ hợp biến số "VTN cảm thông với người bị HIV/AIDS" (cảm thông và không cảm thông). Tỷ lệ VTN cảm thông với người có HIV/AIDS là 33,4% (30% nam và 37% nữ). Mức độ VTN cảm thông với người bị HIV/AIDS tỷ lệ thuận với mức độ biết các cách phòng tránh HIV/AIDS ($r = 0,4$, $P < 0,001$). Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế và "VTN cảm thông với người bị HIV/AIDS" thấy nam và nữ VTN thành thị, nhóm tuổi cao hơn, học vấn cao hơn có sự cảm thông, giúp đỡ người bị HIV/AIDS cao hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị OR, P tương ứng (Bảng 3.20)

Bảng 3.20: Hồi qui Logistic mối liên quan VTN cảm thông người có HIV/AIDS và nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,73 ^{***}	1,43	2,09
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,33 ^{***}	1,15	1,54
	Học vấn C2/C1 ^a	1,79 ^{***}	1,37	2,34
	Học vấn C3/C1 ^a	2,80 ^{***}	2,03	3,86
	KTế TB/nghèo ^a	0,95	0,79	1,12
	KTế khá/nghèo ^a	1,19 [*]	0,98	1,44
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	1,96 ^{***}	1,62	2,36
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,39 ^{***}	1,20	1,62
	Học vấn C2/C1 ^a	2,50 ^{***}	1,87	3,35
	Học vấn C3/C1 ^a	3,61 ^{***}	2,56	5,06
	KTế TB/nghèo ^a	1,07	0,90	1,26
	KTế khá/nghèo ^a	1,06	0,87	1,28

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh

3.3 Kết quả phân tích dọc AH1 kết nối AH2 và Nhóm đề cử (NGT): Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN

3.3.1 Phân tích yếu tố liên quan với QHTD ở VTN điều tra AH1 (2006)

Phân tích hồi qui Logistic mối liên quan tuổi, nơi ở, học vấn, điều kiện kinh tế, tuổi dậy thì, thái độ cởi mở về tình dục với VTN đã từng QHTD (AH1 vòng 1) thấy nam nhóm 15-19 tuổi có nguy cơ QHTD gấp 12 lần nhóm 10-14 tuổi (OR = 12, CI = 3,6 – 41), nam có thái độ cởi mở về QHTD có nguy cơ QHTD gấp 2,4 lần (OR = 2,4, CI = 2-3), nam đã từng bị lạm dụng tình dục có nguy cơ cao về QHTD (OR = 79, CI = 32 – 200). Nam điều kiện kinh tế khá giả ít nguy cơ hơn về QHTD (OR = 0,4, CI = 0,2-0,9). Nữ bị lạm dụng tình dục, nữ có thái độ cởi mở về QHTD có nguy cơ QHTD cao hơn, nữ kinh tế khá giả ít nguy cơ hơn về QHTD.

Bảng 3.21: Hồi qui Logistic mỗi liên quan nhóm tuổi, nơi ở, học vấn, kinh tế, thái độ cởi mở về tình dục, bị lạm dụng tình dục, tuổi dậy thì và QHTD ở VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm 15-19/10-14t ^a	12,1 ^{***}	3,59	40,45
	Đô thị/Nông thôn ^a	1,32	0,68	2,57
	Học vấn C2/C1 ^a	0,48	0,13	1,82
	Học vấn C3/C1 ^a	0,21	0,04	0,98
	KTé TB/nghèo ^a	0,51	0,25	1,04
	KTé khá/nghèo ^a	0,38 [*]	0,16	0,91
	Mức độ cởi mở về tình dục cao/thấp ^a	2,43 ^{***}	2,00	2,94
	Từng bị lạm dụng tình dục Có/không ^a	79,3 ^{***}	31,47	199,9
	Tuổi dậy thì ^b	0,81	0,58	1,12
Nữ	Nhóm 15-19/10-14t ^a	3,09	0,25	38,25
	Đô thị/Nông thôn ^a	4,81	0,84	27,58
	Học vấn C2/C1 ^a	5,78	0,29	115,5
	Học vấn C3/C1 ^a	12,2	0,38	385,4
	KTé TB/nghèo ^a	0,02 [*]	0,00	0,61
	KTé khá/nghèo ^a	0,05 ^{**}	0,00	0,43
	Mức độ cởi mở về tình dục cao/thấp ^a	1,95 ^{**}	1,26	2,98
	Từng bị lạm dụng tình dục Có/không ^a	233 ^{***}	204,8	2650
	Tuổi dậy thì ^b	0,83	0,39	1,83

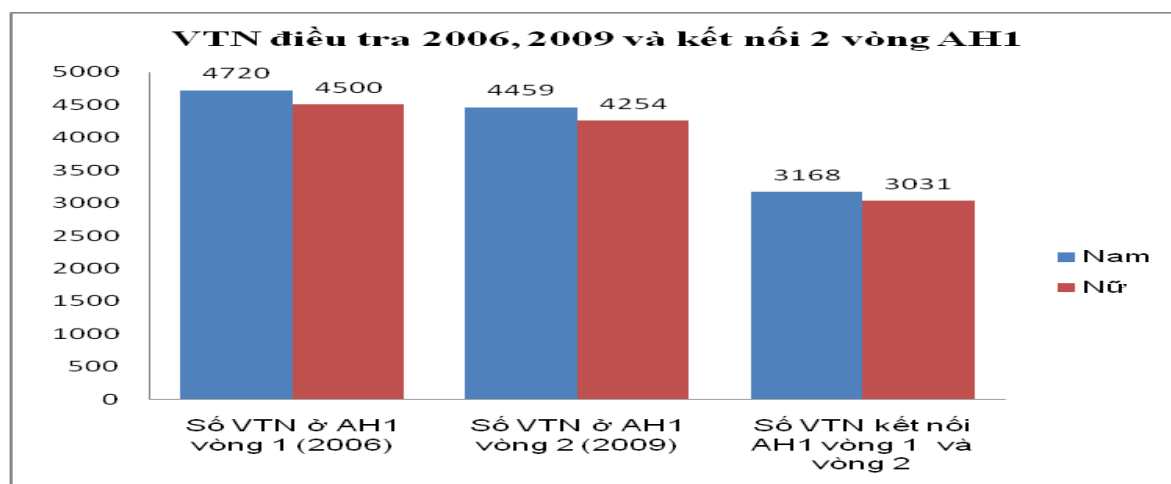
*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^a Nhóm so sánh; ^b Biến liên tục

3.3.2 Xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN năm 2006-2009 (kết nối số liệu AH1 2006, 2009 và AH2 2007)

3.3.2.1 Thông tin về đối tượng nghiên cứu kết nối số liệu AH1 và AH2

Kết nối AH1 vòng 2 (2009) với AH1 vòng 1 (2006) thì số lượng VTN là 6199 gồm 3168 nam (51%) và 3031 nữ (49%). Có 170 VTN trả lời đã QHTD trong AH1 vòng 2, gồm 121 nam (4,9%) và 49 nữ (1,9%). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ VTN đã QHTD trong điều tra AH1 vòng 1 (1,7% nam, 0,4% nữ), khác biệt có ý nghĩa thống kê (Kiểm định McNemar test P<0,001 cả với nam và nữ). Số VTN đã QHTD

trong 3 năm 2006 – 2009 giữa điều tra AH1 vòng 1 và vòng 2 là 136 VTN, gồm 92 nam, 44 nữ. Như vậy tỷ lệ mới QHTD (incidence) trong 3 năm 2006-2009 là 44/1000 nam/3 năm và 19/1000 nữ/3 năm.



Biểu đồ 3.2: Số lượng VTN điều tra AH1 vòng 1, vòng 2 và kết nối 2 vòng

Số vị thành niên 10-19 tuổi chưa kết hôn được điều tra trong AH2 (năm 2007) là 2858 người, gồm 1455 nam (51%) và 1403 nữ (49%). Kết nối số liệu AH2 với số liệu AH1 vòng 1, 2 để phân tích yếu tố liên quan với QHTD ở VTN thì số lượng VTN là 2514 gồm 1277 nam (50,8%) và 1237 nữ (49,2%), trong đó có 74 VTN đã QHTD, gồm 54 nam và 20 nữ (bảng 3.22, bảng 3.23).

Bảng 3.22: VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, điều kiện kinh tế (AH2 vòng 1)

	Nam (N=1455)		Nữ (N=1403)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi				
10-14 tuổi	530	36,4	484	34,5
15-19 tuổi	925	63,6	919	65,5
Địa bàn nơi ở				
Thành thị	773	53,1	719	51,2
Nông thôn	682	46,9	684	48,8
Điều kiện kinh tế				
Nghèo	437	30,4	455	32,7
Trung bình	319	22,2	308	22,2
Khá, giàu	682	47,4	627	45,1

Bảng 3.23: VTN theo nhóm tuổi, nơi ở, kinh tế (AH2 kết nối AH1 vòng 1, 2)

	Nam (N=1194)		Nữ (N=1151)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi				
10-14 tuổi	471	37	445	36
15-19 tuổi	806	63	792	64
Địa bàn nơi ở				
Thành thị	655	51,3	610	49,3
Nông thôn	622	48,7	627	50,7
Điều kiện kinh tế				
Nghèo	387	30,6	409	33,3
Trung bình	289	22,8	283	23,1
Khá, giàu	590	46,6	535	43,6

3.3.2.2 Sự thay đổi kiến thức, thái độ VTN về QHTD, BPTT (AH1 vòng 2 so với vòng 1) và QHTD ở VTN năm 2006-2009.

Tìm hiểu mối liên quan sự thay đổi kiến thức, thái độ VTN về đặc điểm dậy thì, QHTD, BPTT (AH1 vòng 2 so với vòng 1) với QHTD ở VTN, biến số phụ thuộc là "VTN đã quan hệ tình dục trong 3 năm 2006 - 2009", những VTN này chưa QHTD khi điều tra năm 2006 và đã QHTD khi điều tra năm 2009. Các biến số độc lập gồm: Sự thay đổi kiến thức về dậy thì; thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước kết hôn; thay đổi kiến thức về BPTT; thay đổi kiến thức về QHTD và mang thai (các biến số tổ hợp thang đo như nhau ở AH1 vòng 1 và vòng 2). Các biến số thang đo trình bày trong bảng 3.24 (chi tiết tổ hợp các biến số trong phụ lục 9).

Bảng 3.24: Biến số thang đo kiến thức, thái độ VTN về dậy thì, QHTD, BPTT (AH1 vòng 1 kết nối vòng 2)

Biến số thang đo	Các câu hỏi tổ hợp thành thang đo	Cronbach Alpha	
		AH1V2	AH1V1
Đặc điểm dậy thì nữ			
Mức độ kiến thức biết về đặc điểm dậy thì nữ (Giá trị = 0-8, giá trị cao hơn biết nhiều hơn)	Chiều cao tăng nhanh	0,89	0,85
	Cân nặng tăng nhanh		
	Vú nhô lên tròn đầy		
	Hông nở ra, lưng thon		
	Có kinh nguyệt		
	Mọc lông mu		
	Mọc lông nách		
	Giọng nói thay đổi		
Thái độ đồng tình QHTD			
Mức độ đồng tình QHTD trước khi cưới (Giá trị = 0-6, giá trị cao hơn thì thái độ đồng tình hơn)	Có thể quan hệ tình dục nếu yêu nhau	0,9	0,89
	Có thể quan hệ tình dục nếu đã ăn hỏi		
	Có thể QHTD nếu đã dự định kết hôn		
	Có thể QHTD nếu cả hai đều muốn		
	Có thể QHTD nếu nam sử dụng BPTT		
	Có thể QHTD nếu nữ sử dụng BPTT		
Biết các BPTT			
Mức độ biết các BPTT (Giá trị = 0-5, giá trị cao hơn, biết nhiều BPTT hơn)	Bao cao su	0,75	0,77
	Thuốc uống tránh thai		
	Xuất tinh ngoài/BPTT truyền thống		
	Vòng tránh thai		
	Đình sản nam, nữ		

Phân tích tần xuất các biến số thang đo (biến liên tục) và biến số thành phần như nhau trong AH1 vòng 1 và vòng 2 (bảng 3.25).

Bảng 3.25: Kiến thức, thái độ VTN về dậy thì, QHTD, BPTT (AH1 vòng 1, 2)

	AH1 vòng 1		AH1 vòng 2	
	% Nam	% Nữ	% Nam	% Nữ
Biến tổ hợp thang đo				
Kiến thức về đặc điểm dậy thì (Tỷ lệ VTN biết một đặc điểm dậy thì trở lên)	29	70	40	83,5
Thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới (Tỷ lệ VTN có thái độ cởi mở QHTD trước khi cưới)	75	47,5	78	47,7
Mức độ biết các BPTT (Tỷ lệ VTN biết một BPTT trở lên)	49	59	29,7	43,5
Biến số thành phần				
Kiến thức biết giữa chu kì kinh nữ để có thai nhất (Tỷ lệ VTN biết giữa chu kì kinh nữ để có thai)	5,4	8,5	7	16,6
Kiến thức biết có thể có thai dù chỉ QHTD 1 lần (Tỷ lệ VTN biết có thể có thai dù QHTD 1 lần)	29	38,5	45,5	57,4

Kiểm định McNemar test với 2 biến số (Biết giữa chu kì kinh nữ để có thai nhất; Biết có thể có thai dù chỉ QHTD 1 lần) thấy cả nam, nữ VTN điều tra 2009 có tỷ lệ kiến thức cao hơn điều tra 2006 ($P < 0,001$). Kiểm định (Pair sample T test) với 3 biến số thang đo (biến liên tục) giữa hai vòng điều tra thấy kiến thức tình dục ở VTN điều tra 2009 cao hơn điều tra 2006, khác biệt có ý nghĩa (bảng 3.26). Chưa thấy khác biệt kiến thức ở nam VTN về BPTT giữa hai vòng điều tra ($P > 0,05$).

Bảng 3.26: Kiểm định (Pair sample T test) sự khác nhau kiến thức, thái độ về dậy thì, QHTD, BPTT ở VTN (điều tra 2009 và 2006)

		Thay đổi Mean	Độ lệch chuẩn (Std.D)	Sai số chuẩn (TD Mean)	Giá trị t	Mức ý nghĩa (P)
Nam	Thay đổi kiến thức về đặc điểm dậy thì	0,562	2,657	0,047	11,91	0,000
	Thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới	0,754	2,679	0,110	6,875	0,000
	Thay đổi mức độ biết các BPTT	0,051	1,297	0,038	1,321	0,187
Nữ	Thay đổi kiến thức về đặc điểm dậy thì	1,098	3,021	0,055	20,00	0,000
	Thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới	0,240	2,119	0,074	3,217	0,001
	Thay đổi mức độ biết các BPTT	0,278	1,318	0,036	7,629	0,000

Tổ hợp các biến số sự thay đổi kiến thức về dậy thì, BPTT và thái độ về QHTD (AH1 vòng 2 trừ AH1 vòng 1). Mỗi biến số có 3 giá trị (Không thay đổi; Tăng lên; Kém đi). Phân tích tần suất sự thay đổi kiến thức, thái độ VTN về đặc điểm dậy thì, QHTD, BPTT trong bảng 3.27.

Bảng 3.27: Thay đổi kiến thức, thái độ VTN về dậy thì, QHTD, BPTT (điều tra AH1 năm 2009 so với năm 2006)

	Nam			Nữ		
	% tăng lên	% kém đi	% không đổi	% tăng lên	% kém đi	% không đổi
Thay đổi kiến thức về đặc điểm dậy thì	32	18	50	25	22	53
Thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước khi cưới	49	29	22	32	26,5	41,5
Thay đổi mức độ biết các BPTT	27	28	45	36	23	41
Thay đổi kiến thức biết giữa kì kinh nữ để có thai nhất	41	5	54	36	3	61
Thay đổi kiến thức biết có thể có thai dù QHTD 1 lần	78	0,5	21,5	68,5	0,5	31

Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN có QHTD trong 3 năm 2006-2009 (giữa AH1 vòng 1 và vòng 2) và các biến số thay đổi kiến thức, thái độ về dậy thì, QHTD, BPTT thấy rằng nữ có thái độ cởi mở về QHTD tăng lên thì nguy cơ QHTD tăng lên 7,7 lần (OR = 7,7, CI = 1,7 – 35), nữ VTN biết có thể có thai dù QHTD một lần tăng lên thì nguy cơ QHTD giảm đi 78% (OR = 0,22, CI = 0,1 – 0,98). Chưa thấy biến số thay đổi kiến thức, thái độ về dậy thì, QHTD, BPTT liên quan có ý nghĩa với QHTD ở nam VTN trong giai đoạn 2006-2009 (bảng 3.28).

Bảng 3.28: Hồi qui Logistic mô hình liên quan thay đổi kiến thức, thái độ về QHTD, BPTT với QHTD ở VTN trong 3 năm 2006-2009

		OR/ Exp B	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nữ	Thay đổi kiến thức đặc điểm dậy thì. Kém đi/Không đổi ^a	1,08	0,31	3,94
	Thay đổi kiến thức đặc điểm dậy thì. Tăng lên/Không đổi ^a	0,64	0,23	2,1
	Thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước cưới. Kém đi/Không đổi ^a	2,30	0,37	14,1
	Thay đổi thái độ cởi mở về QHTD trước cưới. Tăng lên/Không đổi ^a	7,73**	1,7	35,1
	Thay đổi kiến thức biết có thể có thai dù QHTD 1 lần. Tăng lên/Không đổi ^a	0,22*	0,05	0,98

* P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^aNhóm so sánh (reference)

3.3.2.3 Môi liên quan các yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, bạn bè, cộng đồng (AH2) với QHTD ở VTN năm 2006 - 2009.

Tìm hiểu các yếu nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN, biến số phụ thuộc là "VTN đã QHTD trong 3 năm 2006-2009", những VTN này chưa QHTD khi điều tra năm 2006 và đã QHTD khi điều tra năm 2009. Các biến số độc lập gồm 5 nhóm (domain) yếu tố cộng đồng, gia đình, bạn bè, nhà trường, cá nhân, tuổi, nơi ở, điều kiện kinh tế. Các biến số thái độ VTN về QHTD được phân tích thành tổ chính và phân tích độ tin cậy bên trong để tổ hợp các biến số thang đo.

Tổ hợp biến số thang đo các nhóm yếu tố liên quan với hành vi QHTD ở VTN

Các nhóm (domain) yếu tố cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng được phân tích thành tổ chính PCA (các biến số liệt kê – biến formative) và PAF (các biến số thái độ – biến reflective). Các nhóm thành tố có Eigen value>1, hệ số loading $\geq 0,4$ có nhất quán bên trong (Cronbach Alpha $\geq 0,7$) được tổ hợp thành biến số thang đo (bảng 3.29), chi tiết về tổ hợp các biến thang đo trong phụ lục 6.

Bảng 3.29: Biến số thang đo 5 domain các yếu tố cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng

Biến số thang đo	Các câu hỏi tổ hợp thành thang đo	Cronbach Alpha
Yếu tố cộng đồng		
Cộng đồng kém an toàn (Giá trị = 2-8, giá trị cao hơn kém an toàn hơn)	Có rất nhiều tội phạm ở xã/thị trấn bạn đang sống	0,71
	Thanh niên ở xã/thị trấn bạn hay gây gỗ đánh nhau.	
Yếu tố gia đình		
Quan tâm của mẹ khi VTN 10-14 tuổi (Giá trị = 4-20, giá trị cao hơn là mẹ quan tâm tăng lên)	Quan tâm đến bạn/những việc bạn làm	0,72
	Tin rằng bạn sẽ thành công trong tương lai	
	Muốn bạn học tập/làm việc chăm chỉ	
	Thể hiện rất yêu quý bạn	
Bố mẹ nhắc VTN các hành vi không được làm (Giá trị = 4-20, giá trị cao hơn thì bố mẹ nhắc nhở tăng lên)	Không được đi chơi khuya	0,93
	Không được hút thuốc/uống rượu	
	Không được sử dụng ma túy	
	Không được đua xe	
	Không được yêu trong khi còn đi học	
Thành viên gia đình quan tâm, hỗ trợ, giúp nhau (Giá trị = 4-16, giá trị cao hơn quan tâm hỗ trợ hơn)	Các thành viên trong gia đình hỗ trợ nhau lúc khó khăn	0,87
	Mọi người trong gia đình đối xử công bằng với nhau	
	Trong gia đình mọi người đều chia sẻ trách nhiệm	
	Trong gia đình, bạn thường được hỏi ý kiến và ý kiến của bạn thường được tôn trọng	
Bất hòa trong gia đình (Giá trị = 4-20, giá trị cao hơn bất hòa tăng lên)	Giận nhau không nói chuyện với nhau	0,82
	Cãi nhau	
	Chửi nhau	
	Đánh nhau	
Gia đình bất hòa xung đột trong bữa ăn (Giá trị = 3-15, giá trị cao hơn bất hòa tăng lên)	Chỉ trích/phê bình	0,72
	Cãi nhau/mắng nhau	
	Xô mâm	
VTN bị đánh, mắng ở gia đình (Giá trị = 2-8, giá trị cao hơn bị đánh mắng tăng)	Đánh	0,72
	Mắng chửi	

Yếu tố bạn bè			
Bạn bè hút thuốc uống rượu (Giá trị = 3-12, giá trị cao hơn có nhiều bạn hút thuốc, uống rượu)	Hút thuốc	0,77	
	Uống rượu		
	Thường xuyên bỏ học khi còn đi học		
Bạn bè nghiện ngập, tự tử, băng nhóm (Giá trị = 5-20, giá trị cao hơn VTN có nhiều bạn nghiện, băng nhóm)	Có ý định tự tử	0,82	
	Tự tử		
	Sử dụng thuốc phiện/ma túy		
	Tham gia băng nhóm		
Bạn bè rủ rê ép buộc hút thuốc uống rượu (Giá trị = 0-2, giá trị cao hơn bạn bè rủ rê ép buộc tăng lên)	Hút thuốc	0,8	
	Uống rượu bia		
Bạn bè rủ rê ép buộc sử dụng ma túy, xem phim ảnh khiêu dâm, QHTD (Giá trị = 0-5, giá trị cao hơn bạn bè rủ rê tăng lên)	Sử dụng thuốc lắc	0,73	
	Xem phim “con heo”/phim sex		
	Quan hệ tình dục trước hôn nhân		
	Thử dùng ma túy		
Bạn bè khuyên không sử dụng chất gây nghiện, QHTD (Giá trị = 0-7, giá trị cao hơn bạn bè khuyên tăng lên)	Gây rối		
	Hút thuốc lá	0,98	
	Uống rượu		
	Sử dụng thuốc lắc		
	Xem phim “con heo”/phim sex		
	Quan hệ tình dục trước hôn nhân		
Yếu tố nhà trường	Thử dùng ma túy		
	Gây rối, bạo lực		
	Thầy cô khuyến khích, đối xử công bằng với học sinh (Giá trị = 6-24, giá trị cao hơn đối xử công bằng hơn)	Khuyến khích học sinh đặt câu hỏi và nêu quan điểm	0,9
		Đối xử công bằng với học sinh	
		Hi vọng / kì vọng nhiều về học sinh	
		Luôn giúp đỡ và khuyến khích học sinh	
Giáo viên thường khen ngợi khi bạn học tốt			
Luôn tôn trọng học sinh			
Thầy cô mắng, đánh	Chế giễu học sinh	0,72	

học sinh (Giá trị = 4-20, giá trị cao hơn đánh mức tăng lên)	Đánh học sinh	
	Mất học sinh	
	Chửi học sinh	
Yếu tố cá nhân		
Hài lòng về hình thể (Giá trị = 3-15, giá trị cao hơn hài lòng tăng lên)	Bạn hài lòng như thế nào về chiều cao của mình	0,7
	Bạn hài lòng như thế nào về cân nặng của mình	
	Bạn hài lòng như thế nào về hình thức của mình	
Sử dụng Internet và chơi game (Giá trị = 2-10, giá trị cao hơn VTN dùng Internet và chơi game tăng)	Sử dụng Internet	0,71
	Chơi trò chơi điện tử (game)	
Lạc quan về bản thân và gia đình hiện tại và tương lai (Giá trị = 6-24, giá trị cao hơn lạc quan tăng lên)	Bạn có một số phẩm chất tốt	0,84
	Bạn cảm thấy tự hào về bản thân mình	
	Bạn nghĩ bạn rất quan trọng đối với gia đình bạn	
	Bạn đang hoặc sẽ có một gia đình hạnh phúc trong tương lai	
	Bạn sẽ có công việc làm mà bạn thích	
	Bạn sẽ có thu nhập cao để sống thoải mái	
Quan điểm về trọng nam hơn nữ (Giá trị = 2-8, giá trị cao hơn trọng nam hơn nữ tăng)	Con trai cần được học tập nhiều hơn con gái	0,72
	Trong trường hợp thiếu việc làm, đàn ông được ưu tiên có việc làm hơn là phụ nữ	

Mối liên quan yếu tố cộng đồng, nơi ở, nhóm tuổi, kinh tế và QHTD ở VTN

Mô hình hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã QHTD và biến số thang đo yếu tố cộng đồng, tuổi, nơi ở, điều kiện kinh tế thấy nam 15-19 tuổi có nguy cơ QHTD cao gấp 2,4 lần nam 10-14 tuổi (OR = 2,4, CI = 1,1-5). Nam thành thị có nguy cơ QHTD cao gấp 2,6 lần nam nông thôn (OR = 2,6, CI = 1,3-5,3). Cộng đồng kém an toàn hơn thì nguy cơ QHTD ở nam cao hơn (OR = 1,6, CI = 1,1-2,3). Chưa thấy biến số liên quan với QHTD ở nữ ($P > 0,05$).

Bảng 3.30: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố nơi ở, nhóm tuổi, điều kiện kinh tế, cộng đồng với QHTD ở VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Nhóm tuổi 15-19/10-14 tuổi ^a	2,38 [*]	1,13	5,02
	Thành thị/nông thôn ^a	2,60 ^{**}	1,27	5,33
	Kinh tế Trung bình/nghèo ^a	0,59	0,24	1,44
	Kinh tế Khá giàu/nghèo ^a	0,54	0,25	1,14
	Mức độ cộng đồng kém an toàn ^b	1,57 [*]	1,06	2,32
Nữ	Nhóm tuổi 15-19/10-14 tuổi ^a	0,98	0,35	2,74
	Thành thị/nông thôn ^a	1,82	0,58	5,68
	Kinh tế Trung bình/nghèo ^a	0,53	0,13	2,13
	Kinh tế Khá giàu/nghèo ^a	0,46	0,13	1,64
	Mức độ cộng đồng kém an toàn ^b	1,15	0,61	2,15

^{*}P<0,05; ^{**}P<0,01; ^{***}P<0,001; ^a Nhóm so sánh; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Phân tích hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã QHTD và các biến số thành phần yếu tố cộng đồng (không tổ hợp được biến thang đo). Kết quả chưa thấy biến số liên quan với QHTD ở VTN (P>0,05).

Mối liên quan yếu tố gia đình và QHTD ở VTN

Phân tích hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã QHTD và các biến số thang đo yếu tố gia đình cho thấy ở nam VTN khi biến số thang đo tăng lên 1 đơn vị (quan tâm của mẹ tăng lên khi VTN 10-14 tuổi) thì nguy cơ QHTD giảm đi 22% (OR = 0,78, CI = 0,6 – 0,98). Mức độ bất hòa trong bữa ăn gia đình tăng lên thì nguy cơ QHTD ở nam tăng lên (OR=1,4, CI = 1,1-1,7). Ở nữ khi biến số thang đo tăng lên 1 đơn vị (bị đánh mắng ở gia đình tăng) thì nguy cơ QHTD tăng lên 1,8 lần (OR=1,8, CI = 1,2 – 2,5).

Bảng 3.31: Hồi qui Logistic mối liên quan yếu tố gia đình và QHTD ở VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Quan tâm của mẹ khi 10-14 tuổi ^b	0,787*	0,626	0,989
	Thành viên gia đình quan tâm, hỗ trợ, giúp nhau ^b	0,999	0,872	1,144
	Bất hòa trong gia đình ^b	1,013	0,863	1,190
	Gia đình bất hòa trong bữa ăn ^b	1,380**	1,109	1,719
	Bị đánh, mắng ở gia đình ^b	1,035	0,836	1,281
Nữ	Quan tâm của mẹ khi 10-14 tuổi ^b	0,895	0,648	1,237
	Thành viên gia đình quan tâm, hỗ trợ, giúp nhau ^b	0,943	0,777	1,144
	Bất hòa trong gia đình ^b	0,935	0,707	1,237
	Gia đình bất hòa trong bữa ăn ^b	0,871	0,590	1,285
	Bị đánh, mắng ở gia đình ^b	1,758**	1,223	2,525

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Phân tích hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã QHTD và các biến số thành phần về các hành vi bạo lực, tự tử, tâm thần xảy ra trong gia đình. Kết quả chưa thấy biến số liên quan có ý nghĩa thống kê với QHTD ở nam nữ VTN (P>0,05).

Mối liên quan yếu tố nhà trường và QHTD ở VTN

Mô hình hồi qui Logistic mối liên quan VTN đã QHTD với các biến số thang đo yếu tố nhà trường cho thấy ở nữ VTN khi ”Mức độ độ thầy cô khuyến khích đối xử công bằng” tăng lên thì nguy cơ QHTD ở nữ giảm đi 20% (OR=0,8, CI = 0,7 – 0,93). Chưa thấy biến số yếu tố nhà trường liên quan QHTD ở nam VTN (P>0,05).

Bảng 3.32: Hồi qui Logistic mỗi liên quan yếu tố nhà trường và QHTD VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Thầy cô đối xử công bằng với học sinh ^b	0,987	0,839	1,161
	Thầy cô mắng, đánh học sinh ^b	1,123	0,992	1,271
Nữ	Thầy cô đối xử công bằng với học sinh ^b	0,775**	0,647	0,929
	Thầy cô mắng, đánh học sinh ^b	0,923	0,696	1,225

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Mối liên quan yếu tố bạn bè và QHTD ở VTN

Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN đã QHTD với các biến số thang đo yếu tố bạn bè cho thấy cả ở nam và nữ VTN khi biến số thang đo tăng lên 1 đơn vị (Bạn bè hút thuốc, uống rượu, bỏ học nhiều hơn) thì nguy cơ QHTD tăng lên (OR=1,7, CI = 1,4 – 2 với nam và OR=1,6, CI = 1,1 – 2,5 với nữ).

Bảng 3.33: Hồi qui Logistic mỗi liên quan yếu tố bạn bè và QHTD ở VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Bạn bè hút thuốc uống rượu ^b	1,67***	1,38	2,02
	Bạn bè nghiện, tự tử, băng nhóm ^b	0,82	0,54	1,24
	Bạn bè rủ, ép hút thuốc uống rượu ^b	0,99	0,48	2,06
	Bạn bè rủ rê dùng ma túy, xem phim khiêu dâm, QHTD ^b	0,94	0,49	1,80
	Bạn bè khuyên không dùng chất gây nghiện, QHTD ^b	1,06	0,94	1,20
Nữ	Bạn bè hút thuốc uống rượu	1,62*	1,06	2,48
	Bạn bè nghiện, tự tử, băng nhóm ^b	0,86	0,52	1,41
	Bạn bè rủ, ép hút thuốc uống rượu ^b	0,00	0,00	.
	Bạn bè rủ rê dùng ma túy, xem phim khiêu dâm, QHTD ^b	0,00	0,00	.
	Bạn bè khuyên không dùng chất gây nghiện, QHTD ^b	1,07	0,88	1,29

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Mô hình hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN đã QHTD và các biến số thành phần: Bị bạn bè trêu chọc hành hung, bạn bè đã yêu, đã QHTD, đã kết hôn, mắc STIs/HIV, kết quả là nam VTN có bạn đã yêu nguy cơ QHTD tăng (OR = 2,4, CI = 1,4-4,2), nam từng bị bạn rủ rê gây rối có nguy cơ QHTD tăng (OR = 6,8, CI = 1,3-37). Nữ có bạn đã QHTD thì nguy cơ QHTD tăng (OR = 24, CI = 2,3-258).

Mối liên quan yếu tố cá nhân và QHTD ở VTN

Mô hình hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN đã QHTD với các biến số thang đo yếu tố cá nhân thấy rằng khi biến số thang đo "Mức độ sử dụng Internet và chơi game" tăng lên 1 đơn vị thì nguy cơ QHTD ở nam VTN tăng 1,3 lần (OR=1,3, CI = 1,1 – 1,5) và nguy cơ QHTD ở nữ tăng lên 1,5 lần (OR=1,5, CI = 1,1 – 1,9).

Bảng 3.34: Hồi qui Logistic mỗi liên quan yếu tố cá nhân và QHTD ở VTN

		OR (Exp B)	Khoảng tin cậy (95% CI)	
			Mức dưới	Mức trên
Nam	Hài lòng về hình thể ^b	0,879	0,754	1,025
	Sử dụng Internet và chơi game ^b	1,268**	1,071	1,502
	Lạc quan về bản thân và gia đình hiện tại, tương lai ^b	0,948	0,813	1,106
	Quan điểm trọng nam hơn nữ ^b	1,259	0,927	1,710
Nữ	Hài lòng về hình thể ^b	1,021	0,788	1,322
	Sử dụng Internet và chơi game ^b	1,445**	1,106	1,887
	Lạc quan về bản thân và gia đình hiện tại, tương lai ^b	0,917	0,705	1,192
	Quan điểm trọng nam hơn nữ ^b	1,398	0,833	2,346

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001; ^b Biến tổ hợp (liên tục)

Phân tích hồi qui Logistic mỗi liên quan VTN đã QHTD và các biến số thành phần yếu tố cá nhân về mức độ thường xuyên tiếp cận truyền thông đại chúng (đài, báo, TV), nhận thức về sự nghiệp và gia đình chưa thấy biến số liên quan có ý nghĩa với QHTD ở VTN (P>0,05). VTN đã yêu thì nguy cơ QHTD cao hơn OR = 12, CI = 4,6 - 30,6 (với nam), OR = 8,7, CI = 2,7 - 28,5 (với nữ). Nữ dậy thì sớm hơn có nguy cơ QHTD cao hơn (OR = 1,7, CI = 1,2 - 2,5).

3.3.3 Kết quả Nhóm đề cử (NGT) xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN

3.3.3.1 Một số đặc điểm đối tượng tham gia thảo luận nhóm đề cử

Có 8 thảo luận nhóm đề cử (Nominal group technique) được thực hiện với 59 VTN và 51 bố mẹ VTN tham dự. VTN tham dự có tuổi thấp nhất là 10, cao nhất là 19, bố mẹ VTN tham dự có tuổi thấp nhất là 30, cao nhất là 60 tuổi (bảng 3.35).

Bảng 3.35. Đối tượng tham gia các nhóm đề cử theo tuổi, giới tính, nơi ở

TT	Đặc điểm	VTN		Bố mẹ VTN	
		Nam	Nữ	Bố	Mẹ
1	Số lượng	28	31	24	27
2	Tuổi trung bình	15	15	42	39
4	Thành thị	14	15	12	13
5	Nông thôn	14	16	12	14

3.3.3.2 Kết quả định tính yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN

Phân tích thông tin thu thập trong các thảo luận nhóm đề cử với VTN thấy rằng VTN xác định các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ quan trọng (chữ đậm), các yếu tố quan trọng nhất (gạch chân) trong các các nhóm (domain) yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, cộng đồng là: VTN xem phim ảnh khiêu dâm; quản lý dạy dỗ của gia đình kém; không đi học/bỏ học; xu hướng yêu sớm/sống thử vợ chồng. Các yếu tố dậy thì sớm; ảnh hưởng bạn đồng lứa; điều kiện kinh tế gia đình; hình ảnh sex trên Internet là yếu tố nguy cơ nhưng không trong nhóm yếu tố quan trọng. Phân tích tương tự về các yếu tố bảo vệ thấy các yếu tố bảo vệ quan trọng (in đậm) và yếu tố quan trọng nhất (gạch chân) theo xác định của VTN bao gồm quan niệm đúng mực về tình yêu và hôn nhân; quản lý giáo dục gia đình tốt; đi học; quản lý tốt không để VTN xem phim ảnh khiêu dâm (băng đĩa cấm, Internet). Các yếu tố quan niệm đề cao trinh tiết; chuẩn mực đạo đức truyền thống tốt là yếu tố bảo vệ nhưng không được xác định là yếu tố bảo vệ trong nhóm quan trọng (bảng 3.36).

Bảng 3.36: Các yếu tố nguy cơ, bảo vệ đối với QHTD theo xác định của VTN

		Yếu tố nguy cơ	Yếu tố bảo vệ
A	Nhóm Yếu tố cá nhân	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dậy thì sớm 2. Tính bốc đồng, tò mò về TD 3. VTN có bạn tình, yêu sớm 4. Ảnh hưởng bạn bè (rủ rê) 5. <u>[Xem phim ảnh khiêu dâm]*</u> 6. Quan tâm tình dục 7. Bị lạm dụng, cưỡng ép tình dục (bị hiếp dâm, sờ nắn...) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Dậy thì bình thường b. Tinh thần, tính tình bình thường c. [Chơi với các bạn ngoan, gia đình nền nếp]* d. [Các mối quan hệ lành mạnh] e. Quan niệm đề cao trinh tiết f. <u>[Quan niệm đúng mực về tình yêu, hôn nhân]</u>
B	Nhóm Yếu tố gia đình	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Không hạnh phúc (bố mẹ li dị, hay xung đột)] 2. Bố mẹ không sống cùng 3. Giao tiếp kém với bố mẹ về vấn đề tình dục 4. Kinh tế giàu, nghèo 5. <u>[Dayđỡ, quản lý kém]*</u> 6. Mâu thuẫn họ hàng, hàng xóm 	<ol style="list-style-type: none"> a. Gia đình hạnh phúc b. [Giao tiếp tốt giữa VTN, bố mẹ, các thành viên gia đình] c. Kinh tế bình thường d. <u>[Quản lý, day đỡ tốt]*</u> e. Gia đình không mâu thuẫn, gần bó
C	Nhóm Yếu tố trường học	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>[Không đi học, bỏ học]*</u> 2. Học lực kém 3. [Hạnh kiểm kém] 4. Thầy cô không công bằng 5. Bị bắt nạt, trêu chọc 	<ol style="list-style-type: none"> a. <u>Đi học</u> b. Học lực tốt c. [Hạnh kiểm tốt]* d. [Thầy cô đối xử công bằng] e. Không bị trêu chọc, bắt nạt
D	Nhóm Yếu tố cộng đồng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khó khăn việc làm 2. [Dịch vụ mại dâm] 3. [Dịch vụ bán, cho thuê băng đĩa phim khiêu dâm]* 4. Đồng tình QHTD, kết hôn sớm 5. Xung đột, cách biệt, tệ nạn 6. Phim ảnh sex Internet, báo 7. <u>[Xu hướng yêu sớm, sống thử (như vợ chồng)]</u> 	<ol style="list-style-type: none"> a. Nhiều việc làm b. [Không có mại dâm] c. [Không bán, thuê băng đĩa phim cấm] d. Tập quán, cộng đồng tiến bộ e. Không có xung đột, cách biệt f. <u>[Quản lý tốt, không có phim ảnh sex]*</u> g. Chuẩn mực đạo đức truyền thống

(Ghi chú: In đậm là các yếu tố quan trọng và gạch chân là yếu tố quan trọng nhất có tỷ lệ VTN đồng tình cao nhất. Dấu * là yếu tố quan trọng nhất theo lựa chọn của bố mẹ VTN trong bảng 3.37. Dấu [...] là lựa chọn của bố mẹ và VTN giống nhau)

Phân tích thông tin các thảo luận nhóm đề cử với bố mẹ VTN cho thấy bố mẹ VTN xác định các yếu tố nguy cơ quan trọng (chữ đậm), yếu tố quan trọng nhất (gạch chân) theo các nhóm (domain) yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, cộng đồng là: VTN xem phim ảnh khiêu dâm; Gia đình quản lý, giáo dục kém; VTN không đi học, bỏ học; Dịch vụ bán thuê băng đĩa phim khiêu dâm . Các yếu tố dậy thì sớm; bị lạm dụng cưỡng ép tình dục; giao tiếp cha mẹ và VTN kém; điều kiện kinh tế gia đình; hình ảnh sex trên Internet là yếu tố nguy cơ, nhưng không trong nhóm yếu tố quan trọng. Các yếu tố bảo vệ quan trọng gồm: Chơi với bạn ngoan, gia đình nền nếp; Gia đình quản lý tốt; Hạnh kiểm tốt; Không có phim ảnh khiêu dâm. Các yếu tố quan niệm đề cao trình tiết; đi học; chuẩn mực đạo đức truyền thống tốt là các yếu tố bảo vệ, nhưng không trong nhóm yếu tố quan trọng. Bố mẹ xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD tuổi VTN tương tự xác định của VTN. Có một số ít nhận định khác nhau giữa cha mẹ và VTN về mức độ quan trọng của một số yếu tố nhưng không trái ngược nhau.

Bảng 3.37: Yếu tố nguy cơ, bảo vệ đối với QHTD bố mẹ VTN xác định

		Yếu tố nguy cơ	Yếu tố bảo vệ
A	Nhóm Yếu tố cá nhân	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dậy thì sớm 2. Tính bốc đồng, tò mò 3. VTN có bạn tình, yêu sớm 4. Bạn đồng lứa (rủ rê) 5. <u>[Xem phim ảnh khiêu dâm]**</u> 6. Quan tâm tình dục 7. Bị lạm dụng, cưỡng ép tình dục 	<ol style="list-style-type: none"> a. Dậy thì bình thường b. Tinh thần, tính tình bình thường c. <u>[Chơi với các bạn ngoan, gia đình nền nếp]</u> d. <u>[Các mối quan hệ lành mạnh]</u> e. Quan niệm đề cao trinh tiết f. <u>[Quan niệm đúng mực về tình yêu, hôn nhân]**</u>
B	Nhóm Yếu tố gia đình	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Không hạnh phúc (bố mẹ li dị, hay xung đột)] 2. Bố mẹ không sống cùng 3. Giao tiếp kém với bố mẹ về vấn đề tình dục 4. Kinh tế giàu, nghèo 5. <u>[Dạy dỗ, quản lý kém]**</u> 6. Mâu thuẫn họ hàng, hàng xóm 	<ol style="list-style-type: none"> a. Hạnh phúc b. <u>[Giao tiếp tốt giữa VTN, bố mẹ, các thành viên gia đình]</u> c. Kinh tế bình thường d. <u>[Quản lý, dạy dỗ tốt]**</u> e. Gia đình không mâu thuẫn, gắn bó
C	Nhóm Yếu tố trường học	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>[Không đi học, bỏ học]**</u> 2. Học lực kém 3. [Hạnh kiểm kém] 4. Thầy cô không công bằng 5. Bị bắt nạt, trêu chọc 	<ol style="list-style-type: none"> a. Đi học** b. Học lực tốt c. <u>[Hạnh kiểm tốt]</u> d. <u>[Thầy cô đối xử công bằng]</u> e. Không bị trêu chọc, bắt nạt
D	Nhóm Yếu tố cộng đồng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khó khăn việc làm 2. <u>[Dịch vụ mại dâm]</u> 3. <u>[Dịch vụ bán, thuê, chiếu, băng đĩa phim khiêu dâm]</u> 4. Đồng tình QHTD, kết hôn sớm 5. Xung đột, cách biệt, tệ nạn 6. Phim ảnh sex ở Internet, sách báo 7. <u>[Xu hướng yêu sớm, sống thử (như vợ chồng)**</u> 	<ol style="list-style-type: none"> a. Nhiều việc làm b. <u>[Không có mại dâm]</u> c. <u>[Không bán, thuê băng đĩa, phim cấm]</u> d. Tập quán, cộng đồng tiến bộ e. Không có xung đột, cách biệt f. <u>[Quản lý tốt, không có phim ảnh sex]**</u> g. Chuẩn mực đạo đức truyền thống

(Ghi chú: In đậm là các yếu tố quan trọng và gạch chân là yếu tố quan trọng nhất có tỷ lệ bố mẹ VTN đồng tình cao nhất. Dấu ** là yếu tố quan trọng nhất theo lựa chọn của VTN trong bảng 3.36. Dấu [...] là lựa chọn của bố mẹ và VTN giống nhau)

CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN

4.1 Bàn luận về đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và số liệu định lượng

Nghiên cứu định lượng phân tích số liệu điều tra sức khỏe thanh thiếu niên tại Chililab (4 xã, 3 thị trấn của huyện Chi Linh, Hải Dương) gồm mô đun AH1 (vòng 1 năm 2006, vòng 2 năm 2009), và AH2 (2007). AH1 vòng 1 (2006) điều tra toàn bộ VTN 10 – 19 tuổi chưa kết hôn là 9220 VTN gồm 4720 nam (51,2%), 4500 nữ (48,8%) và vòng 2 (2009) điều tra toàn bộ VTN 10 – 19 tuổi chưa kết hôn đã được điều tra trong vòng 1 là 8713 VTN gồm 4459 nam (51,2%) và 4254 nữ (48,8%). Tỷ lệ VTN theo giới tính, nơi ở, điều kiện kinh tế trong hai vòng điều tra là tương đương nhau. Số lượng VTN điều tra 2009 ít hơn điều tra 2006 do một số VTN đã quá 19 tuổi khi điều tra năm 2009 và không trong độ tuổi nghiên cứu lựa chọn. Hầu hết VTN trong địa bàn nghiên cứu là dân tộc Kinh (trên 99%), không tôn giáo (trên 99%). Các vòng điều tra AH1 sử dụng cùng một bộ công cụ nghiên cứu, tuy nhiên có một số câu hỏi điều tra vòng 2 được phát triển, điều chỉnh khác với vòng 1 và vòng 2 không thu thập về tuổi QHTD lần đầu ở VTN. Do vậy trong phân tích kết nối các vòng điều tra 2006-2009 các biến số thang đo chỉ được tổ hợp với những câu hỏi giống nhau để có thể so sánh sự thay đổi theo thời gian.

Điều tra AH2 năm 2007 thu thập số liệu VTN được chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với khung mẫu là danh sách VTN đã điều tra trong AH1 vòng 1 năm 2006. Như vậy AH2 không thu thập thông tin về QHTD ở VTN và sử dụng tỷ lệ nam nữ VTN đã QHTD ở điều tra AH1 vòng 1 để tính toán cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ cho điều tra AH2. Các thông tin cá nhân, gia đình, cộng đồng, trường học, bạn bè thu thập trong điều tra AH2 (2007) được hỏi trong khoảng 12 tháng trước thời điểm điều tra (tức là từ 2006). Như vậy các thông tin thu thập trong AH2 là đồng thời hoặc có

trước các sự kiện QHTD ở VTN trong thời gian 2006 – 2009. Số VTN chưa kết hôn được điều tra trong AH2 là 2858 VTN, gồm 1455 nam (51%) và 1403 nữ (49%) với tỷ lệ VTN theo giới tính, nơi ở, điều kiện kinh tế, dân tộc, tôn giáo tương đương điều tra AH1. Kết nối số liệu AH1 (2006, 2009) và AH2 để phân tích dọc theo thời gian xác định tỷ lệ mới QHTD ở VTN trong 3 năm 2006-2009 (incidence) và xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN theo thời gian 2006-2009.

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính (PVS, TLN) được thực hiện năm 2008 với cha mẹ VTN và VTN chưa kết hôn đã tham gia điều tra AH (2006, 2007) không gồm VTN ở nơi khác chuyên đến. Đối tượng nghiên cứu được chọn bao quát cả nam, nữ, thành thị, nông thôn, độ tuổi, học vấn. Mẫu nghiên cứu định tính là mẫu không xác xuất, chọn có chủ đích theo các tiêu chuẩn đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn sâu 8 VTN đảm bảo các tiêu chí lựa chọn, gồm 4 nam và 4 nữ VTN dưới 15 tuổi và trên 15 tuổi, VTN học cấp 2 và cấp 3, VTN ở các xã và thị trấn. Nghiên cứu cũng tiến hành phỏng vấn sâu 4 bố của nam VTN và 4 mẹ nữ VTN. Việc chọn bố và mẹ VTN dựa trên tổng quan nghiên cứu thấy rằng ở gia đình thì VTN nam có thể trao đổi với bố và VTN nữ dễ trao đổi với mẹ về các vấn đề liên quan tình dục, SKSS [146], [150]. Sự lựa chọn bố mẹ VTN theo giới tính như vậy để có thể thập thông tin thích hợp về sự thay đổi giữa thế hệ bố mẹ và VTN theo giới tính về quan niệm tình dục, SKSS.

Các thảo luận nhóm được tiến hành là thảo luận nhóm trọng tâm (FGD) gồm thảo luận các trường hợp giả định và thảo luận nhóm đề cử (NGT). Nghiên cứu đã tiến hành 8 thảo luận nhóm với 59 VTN được chọn có chủ đích theo các tiêu chuẩn tương tự tiêu chuẩn chọn VTN tham gia PVS (tuổi, giới tính, thành thị và nông thôn) để thu thập thông tin đầy đủ theo các nhóm đặc điểm nghiên cứu. Có 28 nam, 31 nữ VTN đã tham gia các thảo luận nhóm, tuổi trung bình VTN tham dự là 15

tuổi, với tỷ lệ VTN thành thị tương đương nông thôn. Nghiên cứu cũng tiến hành thảo luận nhóm với 24 bố VTN nam và 27 mẹ VTN nữ đã tham gia các TLN, tuổi trung bình của bố mẹ tham dự là 42 tuổi và tỷ lệ gần tương đương giữa thành thị, nông thôn.

Địa bàn nghiên cứu là cơ sở thực hành đào tạo, nghiên cứu của trường Đại học YTCC đã triển khai nhiều năm (phụ lục 3). Người dân đã tham gia nhiều nghiên cứu và hiểu mục đích ý nghĩa của các nghiên cứu triển khai ở Chililab, giúp cho tỷ lệ trả lời cao và chất lượng thông tin số liệu thu thập trong các nghiên cứu tại thực địa. Tỷ lệ trả lời trong điều tra AH là trên 98%, số lượng VTN được điều tra lớn đảm bảo các kiểm định thống kê đủ mạnh, tin cậy.

Bàn luận về kết quả nghiên cứu định tính, định lượng được trình bày theo các mục tiêu nghiên cứu. Bàn luận kết quả các thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu đáp ứng mục tiêu nghiên cứu 1. Bàn luận kết quả định lượng AH1 (2006) đáp ứng mục tiêu nghiên cứu 2. Bàn luận kết quả phân tích AH1(2006, 2009) kết nối AH2 và kết quả định tính Nhóm đề cử (NGT) đáp ứng mục tiêu nghiên cứu 3.

4.2 Bàn luận kết quả định tính: Quan niệm, nhận thức VTN về tình dục, SKSS và sự thay đổi (mục tiêu 1)

4.2.1 Bàn luận quan niệm, nhận thức VTN về tình dục và sự thay đổi

VTN nhận thức không đầy đủ về hành vi tình dục không giao hợp. Quan hệ tình dục, hành vi tình dục hay tình dục được hiểu phổ biến là QHTD giao hợp và các hành vi âu yếm, vuốt ve, ôm hôn, sờ nắn đụng chạm... không được hiểu là hành vi tình dục. Bố mẹ VTN nhận thức về QHTD cũng tương tự, đồng nghĩa với giao hợp và nhiều nghiên cứu ở Việt Nam về tình dục, SKSS cũng đề cập hành vi tình dục, hoạt động tình dục, quan hệ tình dục đồng nghĩa QHTD giao hợp [13], [17], [18]. O'Sullivan và cộng sự (2005) đã đề cập hành vi tình dục không giao hợp có liên quan, thúc đẩy QHTD giao hợp ở VTN [168].

VTN rất hạn chế trong giao tiếp gia đình về tình dục, SKSS. Các TLN và PVS cho thấy cho thấy thế hệ bố mẹ ở tuổi VTN rất ít tiếp cận thông tin về tình dục, BPTT, SKSS cả ở gia đình và nhà trường. Trong gia đình anh chị em có thể nói chuyện với nhau về học tập, quan hệ bạn bè còn về tình yêu, tình dục thì hạn chế vì là vấn đề tế nhị. Bố mẹ và VTN ít khi trao đổi các vấn đề này và bố mẹ thường cho rằng “VTN không được quan tâm vấn đề yêu đương hay QHTD sớm ảnh hưởng học tập. Bố mẹ thường không chủ động, tránh nói với VTN các vấn đề về tình dục, SKSS, cho là tránh ”vẽ đường cho hươu chạy”. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cũng thấy VTN ít nhận được thông tin về tình dục, SKSS từ cha mẹ và nhiều bố mẹ hạn chế về kiến thức tình dục, SKSS nên ngại trao đổi với con về các vấn đề đó [18], [22]. Nghiên cứu ở các nước đang phát cho thấy giáo dục về tình dục, SKSS ở nhà trường không cụ thể và giao tiếp với bố mẹ hạn chế, nên VTN nhận thông tin về tình dục, BPTT, SKSS chủ yếu là từ bạn bè và sách báo, internet [38], [160], [174].

Hầu hết VTN cho rằng quan hệ nam nữ VTN ngày càng cởi mở hơn thế hệ cha mẹ họ, yêu đương sớm hơn, tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Ngọc Tấn (2004) [17]. VTN hiện nay có yêu nhau từ độ tuổi học cấp 2 và nhiều VTN yêu trong độ tuổi học cấp 3, nhất là các lớp cuối cấp. Nam thường yêu nữ cùng lớp hoặc ít tuổi hơn cùng trường còn nữ thường yêu nam cùng tuổi nhiều tuổi hơn học cùng trường. Số liệu định lượng cũng thấy nam thường có bạn tình ít tuổi hơn và nữ có bạn tình nhiều tuổi hơn. Gia đình, bố mẹ thường ngăn cấm VTN yêu đương, QHTD nhưng thực tế khó kiểm soát, bởi vì VTN yêu nhau thường giấu nên gia đình, bạn bè có thể biết nhưng bố mẹ và thầy cô giáo ít khi biết được. VTN giấu bố mẹ về tình yêu, tình dục là do bị cấm đoán và do cha mẹ kỳ vọng ở VTN chỉ những điều tốt vì thế VTN sẽ tránh để bố mẹ biết những được cho là không tốt như yêu đương và QHTD, khía cạnh này chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đề cập. Thế hệ cha mẹ ở tuổi VTN không có yêu nhau trong độ tuổi học cấp 2, nếu có yêu nhau khi học cấp 3 chỉ là ”thâm yêu trộm nhớ”, phản ánh quan niệm truyền thống cấm đoán tình dục trước kết hôn ”nam nữ thụ thụ bất thân” như một số nghiên cứu đã đề cập [104], [117]. Nghiên cứu ở VTN châu Phi cũng thấy rằng quan niệm và thái độ VTN về

tình dục, SKSS thay đổi cởi mở hơn thể hệ cha mẹ họ (Fatusi, Blum và cộng sự, 2009) [84] và nghiên cứu ở Nam Mỹ cho thấy sự kiểm soát của cha mẹ đối với VTN làm giảm nguy cơ QHTD ở VTN (Dimbuene và cộng sự, 2010) [77].

Quan niệm VTN về trinh tiết cũng thay đổi cởi mở hơn so với thể hệ bố mẹ. Ở thể hệ bố mẹ thì trinh tiết từng là ”phẩm giá, điều quan trọng trong cuộc sống của người con gái, danh dự của người con trai” không thể QHTD mất trinh tiết ở tuổi VTN. Hiện nay VTN đề cập về trinh tiết có quan trọng nhất định với nữ nhưng cũng ”không là quan trọng nhất” khi yêu và kết hôn, mà quan trọng hơn là tình yêu, điều kiện kinh tế gia đình, nghề nghiệp, tương lai. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu ở Việt Nam và các nước đang phát triển thấy rằng quan niệm VTN về trinh tiết thay đổi so với văn hóa truyền thống, ít VTN cho rằng cần giữ gìn sự trinh tiết, phần lớn VTN cho rằng QHTD đem lại lợi ích về mặt xã hội, cá tính và tình yêu, không nhất thiết gắn với hôn nhân [10], [119], [158]. QHTD ở VTN còn là sự trải nghiệm khoái cảm, khẳng định bản thân như một số nghiên cứu đề cập [22], [90].

Quan hệ tình dục ở VTN là vấn đề nhạy cảm và riêng tư. Trong các PVS không VTN nào trả lời rằng mình đã từng QHTD, tuy nhiên sử dụng kỹ thuật định tính khác nhau cho thấy VTN có QHTD, nhưng tránh nói thật về mình và dễ nói hơn về QHTD ở bạn bè và người khác (Câu chuyện của Sao - Phụ lục 7). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Beguy và cộng sự (2009) tại Kenya, mặc dù nhiều VTN có QHTD sớm nhưng rất ít VTN được phỏng vấn nói là đã QHTD [47]. Có sự khác biệt rõ giữa VTN và thể hệ cha mẹ về quan niệm tình dục, sự thay đổi các giá trị khuôn mẫu truyền thống định hình quan niệm và hành vi tình dục làm cho VTN cởi mở hơn thể hệ bố mẹ về tình dục. Phần lớn VTN cho rằng ”QHTD tuổi VTN là không nên, nhưng không xấu, chỉ không tốt khi để lại hậu quả có thai hoặc bệnh STIs”, trong khi bố mẹ VTN cho rằng ”VTN không được phép QHTD, phải cấm” nhưng cũng thừa nhận khó biết và khó kiểm soát để VTN không QHTD. Nghiên cứu ở một số nước thấy phần lớn cha mẹ VTN cho rằng không nên QHTD ở tuổi VTN sớm (10-13 tuổi) và có thể QHTD ở tuổi VTN muộn (18-19 tuổi) [158], [196].

VTN và cha mẹ đều cho rằng Quan hệ tình dục (giao hợp) không phải là hiếm với VTN hiện nay, nhất là VTN yêu nhau cuối học cấp 3. Kết quả định tính phù hợp với kết quả định lượng tuổi trung bình QHTD ở VTN (16,2 tuổi ở nam, 17,2 tuổi ở nữ) tương ứng với các lớp cuối cấp 3. QHTD ở VTN thường là với người yêu, ít có chuẩn bị, ở nhà VTN, nhà nghỉ, hay bờ đê ... tương tự kết quả nghiên cứu của Trường Đại học Y Thái Bình (2002) [22]. Nghiên cứu của Nguyễn Bích Diễm (2000) thấy 11% VTN cho rằng QHTD là thể hiện của tình yêu và 1/3 số VTN cho rằng tình yêu là gắn với tình dục [10]. VTN nam có thể QHTD với gái mại dâm, mại dâm nam không được đề cập. Số liệu định lượng cũng thấy tỷ lệ rất nhỏ VTN trả lời đã từng có QHTD với mại dâm.

QHTD ở VTN do ảnh hưởng quan niệm tình dục cởi mở hơn, tò mò, ảnh hưởng bạn bè, văn hóa phương tây. Băng đĩa phim ảnh khiêu dâm (băng đĩa đen, ngoài luồng) có ảnh hưởng nhiều tới QHTD ở VTN. Hầu hết các gia đình ở địa bàn nghiên cứu đều có đầu đĩa VCD/DVD, các dịch vụ băng đĩa bán, thuê băng đĩa dễ dàng tiếp cận và rẻ tiền, kể cả đĩa "đen" (phim khiêu dâm). Nghiên cứu của Đỗ Ngọc Tấn (2004), Lê Cự Linh và cộng sự (2006) cũng đề cập rằng phim ảnh, băng đĩa phim khiêu dâm có tác động tới QHTD ở thanh thiếu niên [17], [132]. Báo cáo nghiên cứu của Dương Tự Đàm nhấn mạnh phim ảnh khiêu dâm tác động mạnh tới nhận thức, phát triển nhân cách và hành vi tình dục ở thanh thiếu niên Việt Nam [9].

Hầu hết VTN và cha mẹ cho rằng QHTD ở VTN là tự nguyện cả nam, nữ nhưng nam chủ động hơn. Văn hóa truyền thống nam chủ động, nữ thụ động khi yêu và QHTD "trâu tìm cọc, cọc không tìm trâu" vẫn phổ biến trong VTN hiện nay. Nam chủ động hơn trong tình yêu, tình dục là do ảnh hưởng giáo dục nho giáo truyền thống như một số nghiên cứu cũng đề cập [104], [117]. Nhận thức về QHTD đồng tính rất hạn chế trong VTN và cha mẹ họ. QHTD đồng tính có nguy cơ cao về các bệnh STIs/HIV (nhất là đồng tính nam) mà nhiều nghiên cứu đã đề cập [3],

[65], nhưng hầu hết VTN và cha mẹ cho rằng TV, phim ảnh, sách báo có nói về người đồng tính, nhưng không hiểu QHTD đồng tính là thế nào.

4.2.2 Bàn luận về nhận thức VTN về BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs

Các biện pháp tránh thai được VTN biết nhiều nhất là BCS và thuốc tránh thai khẩn cấp, phù hợp với kết quả định lượng tỷ lệ cao VTN biết về BCS và thuốc tránh thai. VTN không khó khăn để tìm mua BCS, thuốc tránh thai ”cấp tốc” ở các hiệu thuốc tây, giá không đắt. Một số nghiên cứu cũng thấy thanh thiếu niên biết sử dụng BCS và thuốc tránh thai khẩn cấp [17], [18]. Thế hệ cha mẹ khi ở tuổi VTN không có thuốc tránh thai khẩn cấp và không biết nhiều về BPTT và BCS.

QHTD ở VTN có nguy cơ cao về có thai vì ít sử dụng BCS do không chủ động chuẩn bị hoặc cho rằng QHTD với người yêu thì không cần sử dụng, kết quả này tương tự nghiên cứu của Care International ở một số nước đang phát triển [7]. Kết quả định tính phù hợp với số liệu định lượng chỉ 1/3 VTN sử dụng BPTT trong QHTD lần đầu, tương tự nghiên cứu ở các nước là VTN ít sử dụng BPTT và BCS khi QHTD lần đầu, QHTD với bạn tình thường xuyên [42], [87], [173] và nữ có kiến thức hơn nam về BPTT, STIs nhưng ít quyết định về việc sử dụng BPTT [127].

Có thai, nạo phá thai ở VTN là vấn đề rất nhạy cảm. VTN cho rằng yêu nhau, QHTD mà có thai chỉ là không may ”bị dính”, chứ không mong muốn. VTN có thai thường là giấu, khó biết được, đặc biệt với nữ vì sợ điều tiếng xấu với gia đình và ảnh hưởng kết hôn sau này. Ở thế hệ bố mẹ không có VTN có thai hay nạo phá thai. Giải pháp nạo phá thai là chấp nhận phổ biến khi VTN có thai mà không thể kết hôn. VTN cho rằng khi có thai thì cùng người yêu tự ”giải quyết” (nạo hút thai) ở dịch vụ y tế tư nhân, mặc dù nhiều bố mẹ VTN lại tin rằng khi có thai thì VTN sẽ nói với mẹ để có sự giúp đỡ. Số liệu định lượng cũng rất hạn chế về có thai, nạo phá thai ở VTN (chỉ có 3 VTN trả lời đã từng có thai và 1 VTN trả lời đã từng nạo phá thai). Một số nghiên cứu nhận định rằng có thai, nạo phá thai có xu hướng

gia tăng trong thanh thiếu niên [83], [194]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thiêng (2006) thấy thanh thiếu niên và cha mẹ phản đối việc có thai và cho rằng có thai là do nữ "dại dột" [18]. Điều này có thể làm khó khăn cho VTN có thai về tiếp cận dịch vụ SKSS thích hợp và hỗ trợ từ gia đình, có thể phải nạo phá thai nhiều hơn hút thai do phát hiện muộn hoặc lúng túng tiếp cận các tư vấn, dịch vụ SKSS sớm.

VTN biết về bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) và các bệnh được biết nhiều nhất là Lậu, Giang Mai, và HIV, nhưng ít biết rằng Viêm gan B, Sùi mào gà, Trùng roi, Nấm sinh dục v.v. là các bệnh STIs. Kết quả định tính và định lượng cho thấy VTN rất hạn chế hiểu biết về đường lây truyền và các cách phòng tránh bệnh STIs. Một số nghiên cứu khác cũng thấy rằng kiến thức và hiểu biết về STIs/HIV ở thanh thiếu niên Việt Nam còn rất hạn chế [18], [22]. Hầu hết VTN và cha mẹ nhận thức rằng VTN có thể mắc STIs nếu QHTD với mại dâm và ở địa phương có người bị HIV nhưng không có ai là VTN. Người bị HIV/AIDS có bị xa lánh, ít được cảm thông giúp đỡ ngoài gia đình. Kết quả định lượng cho thấy tỷ lệ rất thấp VTN trả lời có kì thị, xa lánh người bị HIV/AIDS (<3%), và 1/3 VTN trả lời cảm thông, giúp đỡ người bị HIV/AIDS. Một số nghiên cứu cho thấy VTN dễ tổn thương với HIV và tỷ lệ lây nhiễm HIV có xu hướng tăng lên ở thanh thiếu niên trẻ [116], [142].

4.3 Bàn luận kết quả định lượng AH1: Kiến thức, thái độ VTN về tình dục, SKSS và thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, STIs (mục tiêu 2)

4.3.1 Bàn luận về kiến thức tình dục, mang thai ở VTN

Kiến thức về tình dục, mang thai ở VTN còn rất hạn chế. Tỷ lệ thấp (5% nam, 9,7% nữ) biết đúng thời điểm dễ thụ thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt, thấp hơn điều tra SAVY1 so sánh cùng nhóm 14-19 tuổi (9,1% nam, 19,1% nữ) và cũng thấp hơn kết quả một nghiên cứu khác tại 5 tỉnh trong cả nước (16% VTN) [22]. Chỉ gần 1/3 nam và 2/5 nữ VTN biết rằng nam có thể làm nữ có thai từ khi có xuất tinh lần đầu và tỷ lệ tương tự VTN biết rằng có thể có thai dù chỉ QHTD một lần

không dùng BPTT. Kết quả định tính phù hợp với kết quả định lượng là nữ VTN có kiến thức đúng về tình dục, mang thai cao hơn nam, VTN thành thị và VTN nhóm tuổi cao hơn có kiến thức đúng về tình dục, mang thai cao hơn. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam [15] và tình trạng chung ở các nước đang phát triển là VTN thiếu kiến thức về tình dục và mang thai [131]. Các nội dung truyền thông, giáo dục cần tăng cường hơn với VTN nam, VTN trẻ và VTN ở nông thôn. Kiến thức về tình dục, mang thai ở VTN điều tra AH1 2009 cao hơn điều tra 2006, tương tự kết quả điều tra SAVY2 so với SAVY1 [4], [5].

4.3.2 Bàn luận về thái độ tình dục và QHTD ở VTN

VTN có thái độ cởi mở về QHTD. Kết quả định lượng và định tính đều cho thấy nam VTN có thái độ đồng tình hơn nữ về QHTD trước kết hôn. Nhiều VTN đồng tình có thể QHTD sau khi đã ăn hỏi cho thấy thái độ tình dục cởi mở ở VTN liên quan sự tin tưởng tiến tới hôn nhân, tương tự kết quả điều tra SAVY [4], [5]. Khoảng 1/4 nam VTN đồng ý có thể QHTD nếu yêu nhau phù hợp với kết quả định tính là VTN có QHTD khi yêu và kết quả này cũng tương tự điều tra SAVY1. Gần 1/5 VTN đồng tình có thể QHTD trước kết hôn nếu sử dụng BPTT, phản ánh VTN cởi mở về QHTD nhưng cũng quan tâm về QHTD an toàn tránh có thai ngoài ý muốn. Một số nghiên cứu cũng thấy rằng VTN Việt Nam tương tự VTN ở các nước đang phát triển là nam có thái độ tự do hơn nữ về QHTD [22], [196].

Nam VTN nhóm tuổi cao hơn ít ủng hộ QHTD trước kết hôn, còn nữ nhóm tuổi cao hơn thì lại ủng hộ nhiều hơn về QHTD trước kết hôn, nghiên cứu này chưa có điều kiện tìm hiểu sâu sự khác biệt này. Điều tra AH1 2009 thấy rằng thái độ ủng hộ QHTD trước kết hôn tăng lên so với điều tra 2006 cả ở nam và nữ VTN, phản ánh VTN ngày càng cởi mở hơn "thoáng hơn" về QHTD. Điều tra SAVY cũng thấy rằng VTN nhóm tuổi cao hơn đồng tình hơn về QHTD trước hôn nhân và VTN có thái độ cởi mở về QHTD [4], [5]. VTN điều kiện kinh tế khá giả hơn và VTN đã từng QHTD ít ủng hộ QHTD trước kết hôn, còn kết quả định tính lại thấy rằng VTN

gia đình có kinh tế khá giả thì dễ chơi bời, yêu đương và QHTD sớm hơn, cần nghiên cứu đầy đủ hơn về vấn đề này.

Phần lớn VTN có thái độ tự tin từ chối QHTD khi không muốn (87% nam, 78% nữ), tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thiêng (2006) ở một số tỉnh trong cả nước là (80% VTN) [18]. VTN thành thị, điều kiện kinh tế khá giả hơn, nhóm tuổi cao hơn tự tin hơn từ chối QHTD khi không muốn. Một số nghiên cứu đề cập rằng thái độ tự tin và kỹ năng từ chối QHTD ở VTN nhất là nữ giúp giảm tỷ lệ QHTD và QHTD không an toàn ở VTN [54], [168].

VTN thiếu hiểu biết về QHTD đồng tính và rất ít VTN đồng tính với QHTD đồng tính (8,7% nam, 6,7% nữ), tương tự kết quả điều tra SAVY1 (6,3% VTN). Chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam tìm hiểu về QHTD đồng tính ở tuổi VTN. QHTD đồng tính là vấn đề được quan tâm nghiên cứu gần đây ở Việt Nam, chủ yếu là đồng tính nam (MSM), là nhóm có nguy cơ cao về lây nhiễm bệnh STIs và HIV. QHTD đồng tính nữ thường bị kì thị hơn và ít có nghiên cứu ở Việt Nam [65], [117]. Giáo dục, truyền thông cần tăng cường thông tin về QHTD đồng tính, tăng hiểu biết, tránh kì thị, phòng tránh các nguy cơ sức khỏe liên quan ở VTN.

Thực trạng QHTD ở VTN trong nghiên cứu (1,7% nam, 0,4% nữ đã QHTD) không quá khác biệt các nghiên cứu khác ở Việt Nam. VTN nhóm 15-19 tuổi có QHTD là 2,2% nam và 0,4% nữ, tương tự với kết quả SAVY1 so sánh cùng nhóm tuổi (2,4% nam, 0,6% nữ), nhưng thấp hơn nhiều tỷ lệ QHTD ở VTN một số nước châu Phi, châu Mỹ, và châu Âu [37], [61], [102], [128], [130], [157]. Chưa thấy khác biệt tỷ lệ QHTD giữa VTN thành thị và nông thôn, địa bàn nghiên cứu là huyện nông nghiệp là chủ yếu và không quá khác nhau giữa các thị trấn (đô thị) và xã (nông thôn). Điều tra SAVY1 thấy rằng tỷ lệ QHTD ở VTN thành thị cao hơn nông thôn và tỷ lệ QHTD trong thanh thiếu niên Việt Nam không quá khác một số nước trong khu vực [5]. Tỷ lệ VTN đã QHTD điều tra AH1 năm 2009 (4,9% nam, 1,9% nữ) cao hơn điều tra năm 2006. Tỷ lệ mới QHTD (incidence) trong 3 năm

2006-2009 là 44/1000 nam/3 năm và 19/1000 nữ/3 năm, chưa có nghiên cứu nào ở VTN Việt Nam đề cập về tỷ lệ này ở VTN.

Phần lớn VTN có QHTD lần đầu là tự nguyện (81% nam, 43% nữ). Tỷ lệ QHTD tự nguyện ở VTN thành thị cao hơn nông thôn và tăng lên theo nhóm tuổi. Nữ VTN bị lạm dụng tình dục nhiều hơn nam, ở VTN nông thôn cao hơn thành thị, và chủ yếu ở VTN trẻ. QHTD không mong muốn, không có chuẩn bị có nguy cơ có thai, mắc bệnh STIs, các tổn thương tâm lý, tình cảm. Kết quả định tính cũng phù hợp với định lượng là VTN có thể chấp nhận QHTD mà bản thân có thể không muốn vì người yêu đòi hỏi và sợ người yêu chia tay. VTN và cha mẹ VTN chưa nhận thức đúng về vấn đề lạm dụng tình dục ở VTN và cho rằng QHTD ở VTN chỉ là tự nguyện cả nam nữ, không có lạm dụng tình dục. Nghiên cứu ở Nigeria (2006) thấy 25% VTN trả lời rằng QHTD lần đầu là không tự nguyện [37]. Nghiên cứu ở một số nước khác (2009) cũng thấy phần lớn VTN đã từng trải qua hành vi QHTD không mong muốn với bạn tình (giao hợp, sờ nắm, đụng chạm cơ quan sinh dục .v.v.) [209]. Vì vậy cần tăng cường truyền thông, giáo dục nâng cao nhận thức VTN về phòng tránh lạm dụng tình dục đối với VTN trẻ, VTN nữ, VTN nông thôn.

Mặc dù kết quả định tính VTN và cha mẹ cho rằng VTN có QHTD là chủ yếu với người yêu, kết quả định lượng thấy rằng chỉ 1/2 VTN có QHTD lần đầu là với người yêu (58% nam, 43% nữ) và tỉ lệ này thấp hơn điều tra tại một số tỉnh trong cả nước (76% ở nam, 80% ở nữ) [22]. Tỷ lệ QHTD với mại dâm chiếm 13% trong nam đã QHTD tỷ lệ này là 21,4% trong nhóm 14-19 tuổi (gần với kết quả SAVY1 là 23,6%). Một tỷ lệ nhất định VTN có QHTD với người quen, bạn bè, người họ hàng, kết quả điều tra SAVY cũng đề cập tương tự [4], [5], cần có nghiên cứu đầy đủ hơn về vấn đề này.

Nam VTN dậy thì muộn hơn nữ [15] nhưng nam có QHTD sớm hơn nữ khoảng 1 tuổi. Tuổi QHTD lần đầu ở nam (16,2 tuổi) thấp hơn điều tra SAVY1 so sánh cùng độ tuổi ($P < 0,01$). Tuổi QHTD lần đầu ở nữ (17,2 tuổi) và chưa thấy khác

biệt với điều tra SAVY1 ($P > 0,05$). Tuổi QHTD lần đầu ở VTN tương tự nghiên cứu ở VTN một số nước khác (Dagdeviren và cộng sự, 2008) [72]. Kết quả định lượng phù hợp với định tính là nam thường yêu và QHTD với nữ ít tuổi hơn, nữ thường yêu, QHTD với nam nhiều tuổi hơn. Nghiên cứu ở Mỹ thấy rằng nữ VTN có bạn tình nhiều tuổi hơn thì nguy cơ có thai cao hơn (Ford và cộng sự, 2005) [85]. Điều tra AH1 vòng 2 (2009) không thu thập số liệu tuổi QHTD lần đầu ở VTN nên không so sánh được với AH1 vòng 1 (2006). Tuổi QHTD lần đầu ở VTN có xu hướng sớm hơn ở VTN trẻ tuổi hơn và ở VTN có thái độ cởi mở về QHTD trước kết hôn. Nghiên cứu ở một số nước cũng thấy tuổi trung bình QHTD lần đầu ở nam ngày càng sớm hơn (Cremin và cộng sự, 2009) [69]. Nghiên cứu châu Âu và châu Mỹ thấy tuổi QHTD càng sớm thì VTN càng có nguy cơ QHTD không an toàn [144], [188]. Vì vậy cần chú trọng nâng cao nhận thức VTN về các nguy cơ liên quan QHTD sớm và giúp VTN trì hoãn QHTD.

Trong điều tra AH1 (2006) chỉ có 3 nữ VTN trả lời đã từng có thai và 1 VTN trả lời đã nạo phá thai. Do vậy phân tích yếu tố liên quan với có thai, nạo phá thai không thực hiện được vì số sự kiện rất nhỏ. Kết quả định tính thấy rằng VTN có thai thường giấu vì sợ điều tiếng xấu cho bản thân và gia đình. Một số nghiên cứu nhận định xu hướng nạo phá thai ở VTN ngày càng gia tăng, nhưng khó thu thập số liệu định lượng đầy đủ về có thai, nạo phá thai ở VTN [26]. Điều tra SAVY1 chỉ có 12 thanh thiếu niên trả lời đã từng có thai, có 3 nạo phá thai và SAVY2 chỉ có 4 thanh thiếu niên trả lời từng có thai trong đó 1 nạo phá thai. Do đó không xác định được chính xác thực trạng và yếu tố liên quan (định lượng) có thai và nạo phá thai ở VTN [4], [5]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam và các nước cho thấy có thai và nạo phá thai tuổi VTN là vấn đề rất nhạy cảm, bị phê phán vì ảnh hưởng học tập, sức khỏe VTN và nạo phá thai là giải pháp phổ biến [17], [18], [59], [194].

4.3.3 Bàn luận kiến thức về BPTT và sử dụng BPTT ở VTN

Phần lớn VTN ủng hộ sử dụng BCS, tuy nhiên một số VTN cho rằng sử dụng BCS là không tin tưởng bạn tình. Nghiên cứu ở Madagasca (2006) cũng thấy tỷ lệ VTN sử dụng BCS với bạn tình thường xuyên là rất thấp [151]. Kết quả định tính phù hợp định lượng VTN cho rằng ít sử dụng BCS trong QHTD với người yêu và QHTD lần đầu vì QHTD thường là bột phát, không có chuẩn bị. VTN nhận thức được BCS có thể phòng tránh thai và bệnh STIs và biết có thể dễ dàng mua BCS ở các hiệu thuốc tư nhân (vài ngàn đồng).

Hơn 1/2 VTN 14-19 tuổi biết một BPTT bất kì trở lên, thấp hơn nhiều so với điều tra SAVY1 (96%). Tuy nhiên khó đánh giá về sự khác nhau này bởi vì trong điều tra SAVY1 danh sách các BPTT được liệt kê sẵn trong bảng hỏi để thanh thiếu niên lựa chọn, còn điều tra AH1 thì yêu cầu VTN viết tên những BPTT đã từng nghe vào bảng hỏi. Kết quả định lượng cũng cho thấy VTN thành thị biết về BPTT nhiều hơn VTN nông thôn, VNT nhiều tuổi biết nhiều hơn về BPTT, tương tự với kết quả điều tra SAVY1 [5].

VTN ít sử dụng BCS trong QHTD lần đầu. Chỉ khoảng 1/3 VTN sử dụng BPTT trong QHTD lần đầu, trong đó 1/2 là sử dụng BCS, thấp hơn điều tra SAVY1 (80% VTN sử dụng BCS). Kết quả định tính thấy BCS phù hợp với QHTD ở VTN, nhưng VTN ít sử dụng. Nam thường là người chủ động về BCS khi QHTD và nhiều VTN biết sử dụng viên tránh thai khẩn cấp sau QHTD. Một số nghiên cứu ở các nước cũng thấy nhiều VTN biết sử dụng viên tránh thai khẩn cấp sau QHTD [76], [171] và dịch vụ BCS miễn phí làm tăng tỷ lệ sử dụng BCS ở VTN [178].

4.3.4 Bàn luận kiến thức VTN về bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) và HIV

Gần 3/5 VTN đã nghe về bệnh lây truyền qua QHTD (STIs), các bệnh STIs VTN biết nhiều nhất là Lậu, Giang mai, HIV phù hợp kết quả định tính và tương tự

kết quả nghiên cứu của Đỗ Ngọc Tấn và cộng sự (2004) [17] nhưng thấp hơn điều tra SAVY1 (tỷ lệ này là 4/5). Tuy nhiên cũng khó đánh giá tỷ lệ khác nhau này bởi vì trong điều tra SAVY tên các bệnh STIs được liệt kê sẵn trong phiếu điều tra để VTN lựa chọn, còn trong điều tra AH1 VTN được yêu cầu viết tên các bệnh STIs đã biết vào phiếu hỏi. Hầu hết VTN cho rằng phòng tránh STIs là không QHTD với nhiều người hoặc với mại dâm mà không đề cập nguy cơ có thể từ bạn tình. VTN có xu hướng QHTD ngày càng tăng lên nhưng kiến thức về QHTD an toàn còn hạn chế phản ánh nguy cơ có thai và STIs ở VTN. Kết quả định lượng và định tính cho thấy rất ít VTN từng bị STIs (1% nam, 0,4% nữ). Tỷ lệ này khó sát thực tế vì chỉ thu thập số liệu bằng hỏi VTN "Đã từng bị bệnh STIs bao giờ chưa" mà không có căn cứ xác định chuyên môn về STIs. Tuy nhiên tỷ lệ này cũng cao hơn điều tra SAVY1 (0,3% nam, 0,1% nữ) nhưng thấp hơn nghiên cứu tại một số nước đang phát triển [154], [159].

Phần lớn VTN đã nghe về HIV/AIDS (85,3% nam, 86% nữ), nhưng thấp hơn điều tra SAVY1 so sánh cùng nhóm tuổi và không thấy khác biệt giữa nam và nữ. VTN nhóm tuổi cao hơn biết nhiều hơn về HIV, VTN thành thị đã nghe về HIV/AIDS gấp 2,5 lần VTN nông thôn. Điều tra SAVY1 thấy VTN nam đã nghe về HIV gấp 1,8 lần nữ, VTN thành thị đã nghe về HIV gấp 8,5 lần VTN nông thôn [5]. Mặc dù tỷ lệ khá cao VTN đã nghe về HIV/AIDS nhưng hiểu biết các cách phòng tránh lây truyền HIV/AIDS còn thấp. Chỉ có 18,4% VTN biết 1 cách phòng tránh HIV/AIDS trở lên (14% nam và 23% nữ), thấp hơn nhiều so với điều tra SAVY1 so sánh cùng độ tuổi (99,8% VTN). Tuy nhiên cũng khó đánh giá về sự khác nhau này bởi vì trong điều tra SAVY1 danh mục các cách phòng tránh HIV/AIDS được liệt kê sẵn trong bảng hỏi để VTN lựa chọn, còn điều tra AH1 yêu cầu VTN tự viết các cách phòng tránh HIV vào phiếu hỏi. VNT thành thị, học vấn cao hơn, VTN nữ biết nhiều hơn về phòng tránh HIV/AIDS tương tự kết quả SAVY1.

Rất ít VTN (< 3%) trả lời có xa lánh, kì thị người bị HIV/AIDS, thấp hơn điều tra SAVY1 (6%) [5]. VTN có thái độ cảm thông, giúp đỡ người nhiễm

HIV/AIDS cũng chỉ khoảng 1/3. Mức độ VTN cảm thông người bị HIV/AIDS tỷ lệ thuận với mức độ hiểu biết về HIV/AIDS và các cách phòng tránh ($P < 0,05$). Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HIV tăng lên trong thanh thiếu niên và nâng cao nhận thức hiểu biết của VTN về HIV/AIDS sẽ giảm kì thị xa lánh người bị HIV/AIDS, giảm nguy cơ lây nhiễm HIV [17], [32], [116].

4.4 Bàn luận kết quả phân tích dọc AH1 kết nối AH2 và NGT: Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN (mục tiêu 3)

Bàn luận về các yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở VTN

Kết quả điều tra 2006 cho thấy nguy cơ QHTD ở nam VTN gấp 4,5 lần nữ. Nam VTN nhóm 15-19 tuổi có nguy cơ QHTD gấp 12 lần nhóm 10 – 14 tuổi, nam có thái độ đồng tình với QHTD trước kết hôn có nguy cơ QHTD gấp 2,4 lần nam không đồng tình QHTD, nam từng bị lạm dụng tình dục có nguy cơ QHTD cao ($OR = 79$). Nguy cơ QHTD cũng tăng 2 lần ở nữ có thái độ cởi mở về QHTD, nữ từng bị lạm dụng tình dục cũng có nguy cơ cao về QHTD ($OR = 233$). Nghiên cứu của Lê Cự Linh và cộng sự (2009) tại Hà Nội cũng thấy VTN từng bị lạm dụng tình dục có nguy cơ cao hơn về QHTD [133]. Upadhyay và cộng sự nghiên cứu ở Philippine (2006) thấy nam VTN có thái độ cởi mở về tình dục, nam từng bị lạm dụng tình dục có nguy cơ QHTD cao hơn [205]. Một số nghiên cứu ở châu Phi cũng đề cập rằng quà tặng và vật chất là yếu tố làm tăng nguy cơ QHTD ở nữ VTN [167], [189]. Nghiên cứu của Blum và cộng sự (2004) ở các nước đang phát triển thấy nguy cơ QHTD ở nam VTN cao hơn nữ và tăng lên theo nhóm tuổi [54]. Magnani và cộng sự (2001) nghiên cứu ở châu Phi thấy VTN đi học, ảnh hưởng bạn đồng lứa, đặc điểm cá nhân có liên quan với QHTD ở VTN [141].

Phân tích kết nối các vòng điều tra 2006-2009 xác định các yếu tố nguy cơ tăng QHTD ở cả nam nữ VTN gồm: đã yêu; hay sử dụng Internet và chơi game; có bạn hút thuốc, uống rượu, bỏ học. Một số yếu tố nguy cơ làm tăng QHTD ở nữ

VTN là: Nữ dậy thì sớm có nguy cơ QHTD tăng 1,7 lần. Nữ VTN có thái độ cởi mở về QHTD thì nguy cơ QHTD tăng 7,7 lần. Nữ hay bị mắng đánh trong gia đình thì nguy cơ QHTD tăng 1,8 lần. Nữ có bạn đã QHTD thì nguy cơ QHTD tăng lên 24 lần. Một số yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở nam VTN bao gồm: Nam nhóm nhiều tuổi hơn có nguy cơ QHTD tăng 2,4 lần. Nam thành thị có nguy cơ QHTD gấp 2,6 lần nam nông thôn. Nam gia đình hay bất hòa có nguy cơ QHTD tăng 1,4 lần. Nam ở cộng đồng kém an toàn thì nguy cơ QHTD tăng 1,6 lần.

Kết quả định tính các thảo luận nhóm đề cử (NGT) xác định các yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở VTN bao gồm: xem phim ảnh khiêu dâm; bị lạm dụng tình dục; quản lý và giáo dục gia đình kém; gia đình không hạnh phúc (li dị, xung đột); giao tiếp cha mẹ và VTN kém; không đi học, bỏ học; bạn bè bắt nạt trêu chọc; học lực, hạnh kiểm kém; xu hướng yêu sớm, sống thử như vợ chồng; mại dâm; dịch vụ bán thuê băng đĩa khiêu dâm (gạch chân là yếu tố quan trọng nhất).

Các yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở VTN được xác định trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu ở một số nước khác, tuy nhiên có một số yếu tố chưa được xác định trong nghiên cứu ở các nước. Blum và cộng sự (2004) nghiên cứu ở các nước đang phát triển cho thấy VTN hút thuốc có nguy cơ QHTD cao hơn, VTN gia đình có xung đột bạo lực có nguy cơ QHTD cao hơn [54]. Nghiên cứu ở Iran (2006) thấy nam VTN có tiếp cận Internet, xem TV cáp, hút thuốc, sống xa bố mẹ, nhóm tuổi cao hơn có nguy cơ cao hơn về QHTD trước kết hôn [156]. Obasi và cộng sự (2001) thấy rằng các biến số nguy cơ là yếu tố dự đoán cao hơn biến số bảo vệ đối với QHTD ở VTN và không thay đổi theo giới tính [169]. Nghiên cứu ở Niu Di Lân thấy các yếu tố cá nhân, nhà trường tác động mạnh hơn yếu tố gia đình tới quyết định QHTD ở VTN [179].

Bàn luận về các yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN

Kết quả điều tra AH1 (2006) cũng thấy điều kiện kinh tế khá giả là yếu tố bảo vệ mạnh làm giảm 95% nguy cơ QHTD ở nữ VTN (OR=0,05). Phân tích kết nối các vòng điều tra 2006-2009 thấy rằng nữ VTN biết có thể có thai dù QHTD một lần tăng lên thì nguy cơ QHTD giảm 78% (OR=0,22), nữ được quan tâm khích lệ, đối xử công bằng ở nhà trường thì nguy cơ QHTD giảm 20% (OR=0,8). Nam VTN khi 10-14 tuổi có sự quan tâm hơn của mẹ thì nguy cơ QHTD giảm 22% (OR = 0,78).

Kết quả định tính các thảo luận nhóm đề cử (NGT) xác định các yếu tố bảo vệ làm giảm QHTD ở VTN là: VTN quan niệm đúng mực về tình yêu hôn nhân; các mối quan hệ lành mạnh; chơi với bạn bè ngoan; gia đình quản lý và dạy dỗ tốt; giao tiếp tốt với cha mẹ; gia đình hạnh phúc; đi học, hạnh kiểm đạo đức tốt; thầy cô quan tâm khích lệ và đối xử công bằng ở trường; quản lý không có phim ảnh khiêu dâm.

Một số yếu tố bảo vệ giảm QHTD ở VTN được xác định trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu ở một số nước trên thế giới và có một số yếu tố chưa được đề cập trong các nghiên cứu đó. Nghiên cứu của Blum và cộng sự (2004) ở các nước đang phát triển thấy rằng các yếu tố bảo vệ giảm QHTD ở nam VTN là đi học, biết chữ, học vấn cao hơn và ở nữ là biết kỹ năng từ chối QHTD, sống cùng cả bố và mẹ, bố không thường xuyên vắng nhà [54]. Nghiên cứu tại Mỹ (2001) thấy các biến số bảo vệ giảm QHTD ở VTN là sống với bố mẹ, điều kiện kinh tế khá giả hơn, học lực tốt hơn, ở nông thôn, quan tâm đến cộng đồng, lòng mộ đạo, sự kỳ vọng của cha mẹ [129]. Nghiên cứu ở vùng Ca-ri-bê (2000) thấy sự kết nối gia đình và nhà trường là yếu tố bảo vệ mạnh giảm QHTD ở VTN [55]. Một số nghiên cứu khác thấy sự kết nối, giao tiếp cha mẹ và VTN là yếu tố bảo vệ giảm QHTD [54], [138], [183], nghiên cứu kết hợp phương pháp định lượng, định tính (NGT) là thích hợp, hiệu quả để xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ với QHTD ở VTN [108], [161].

4.5 Một số đóng góp mới của nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số đóng góp mới trong nghiên cứu về tình dục, SKSS ở VTN Việt Nam: Nghiên cứu được tiến hành tại cơ sở thực địa đào tạo nghiên cứu của trường Đại học YTCC (thành viên của mạng lưới các cơ sở thực địa nghiên cứu toàn cầu INDEPTH), trong hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học có chất lượng cao về số liệu thu thập. Nghiên cứu sử dụng số liệu kết nối dọc theo thời gian (longitudinal) với VTN 10 -19 tuổi tìm hiểu QHTD và yếu tố liên quan theo thời gian ở VTN. Kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính ở VTN 10-19 tuổi và bố mẹ họ về tình dục, SKSS mà số liệu định lượng không thể tìm hiểu đầy đủ (quan niệm, yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ). Số liệu định lượng thu thập với toàn bộ VTN (AH1) và chọn mẫu (AH2) với số lượng lớn VTN tham gia nghiên cứu đảm bảo lực mẫu cho các kiểm định thống kê đủ mạnh và tin cậy. Kỹ thuật Nhóm đề cử NGT xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ quan trọng đối với QHTD ở VTN, bổ sung cho số liệu định lượng. Khung lý thuyết yếu tố nguy cơ, bảo vệ tích hợp với mô hình sinh thái kết hợp lần đầu tiên được sử dụng nghiên cứu về QHTD, SKSS ở VTN Việt Nam để xác định các yếu tố nguy cơ, bảo vệ đối với QHTD ở VTN. Xử lý số liệu mất ngẫu nhiên của biến số nghiên cứu bằng phương pháp EM đảm bảo các ước lượng gần với giá trị thực. Phân tích thành tố PCA/PAF và tổ hợp biến số thang đo cho các phân tích yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN.

Nghiên cứu có một số kết quả mới chưa được tìm hiểu trong các nghiên cứu về tình dục, SKSS ở VTN Việt Nam: Quan niệm cởi mở về tình dục, SKSS ở VTN và sự thay đổi so với thế hệ bố mẹ họ. Xác định tỷ lệ mới QHTD ở VTN (incidence) trong thời gian 2006-2009 và thay đổi kiến thức tình dục, mang thai, BPTT và QHTD ở VTN năm 2006 - 2009.

4.6 Một số hạn chế của nghiên cứu và biện pháp khắc phục

Nghiên cứu dọc (longitudinal) ở VTN có hạn chế nhất định là theo thời gian sẽ có một số VTN ra khỏi độ tuổi nghiên cứu hoặc bỏ cuộc. Trong nghiên cứu này số lượng VTN tham gia nghiên cứu lớn và tỷ lệ bỏ cuộc thấp đảm bảo cho các kiểm định thống kê đủ mạnh và tin cậy. Các nội dung về tình dục, SKSS (BPTT, có thai, nạo phá thai, bệnh STIs) là nhạy cảm với VTN. Do vậy trong nghiên cứu VTN có thể không trả lời thật về bản thân hoặc từ chối trả lời. Điều tra AH đã sử dụng nhiều biện pháp, kỹ thuật (phát triển và thử nghiệm công cụ kí lưỡng, điều tra viên có kinh nghiệm và tập huấn kỹ, tài liệu hướng dẫn cụ thể, thông tin rõ mục tiêu, nghiên cứu khuyết danh, đảm bảo tính bí mật riêng tư.v.v.) để đảm bảo chất lượng và giảm thiểu sai sót. Việc so sánh kết quả các nghiên cứu ở Việt Nam cũng có hạn chế vì độ tuổi nghiên cứu khác nhau, ít nghiên cứu với VTN 10 - 19 tuổi. Điều tra sức khỏe thanh niên VTN Việt Nam (SAVY) không thu thập số liệu với VTN dưới 14 tuổi.

Nghiên cứu định tính cũng có một số hạn chế nhất định. Thông tin về tình dục, có thai, nạo phá thai, bệnh STIs tuổi VTN là rất nhạy cảm. VTN có thể không nói thật về QHTD của bản thân, nhưng dễ liên hệ hơn về QHTD ở bạn bè. Vì vậy phải tiến hành tốt công việc lựa chọn đối tượng, thông tin đầy đủ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu khuyết danh, đảm bảo tính bí mật riêng tư, bộ công cụ được thử nghiệm kỹ và kỹ năng phỏng vấn tốt. Đồng thời sử dụng các kỹ thuật nghiên cứu định tính khác nhau để thu thập đầy đủ các thông tin (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm đề cử, thảo luận trường hợp giả định) đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành tại một huyện nông thôn, đang phát triển đô thị hóa nhanh, trong khu vực đồng bằng bắc bộ có thể không là đại diện cho tất cả VTN ở khu vực khác. Tuy nhiên nghiên cứu này có thể tham khảo cho các nghiên cứu tương tự với VTN 10 – 19 tuổi và các chủ đề nghiên cứu liên quan tại các địa phương, các vùng khác nhau để khái quát cho VTN Việt Nam.

KẾT LUẬN

1. Quan niệm, nhận thức về tình dục, SKSS ở VTN và sự thay đổi

Kết quả nghiên cứu và bàn luận cho thấy rằng VTN nhận thức không đầy đủ về QHTD và hành vi tình dục không giao hợp. QHTD, SKSS vẫn là vấn đề tế nhị, nhạy cảm ở VTN. Thông tin giáo dục tình dục, SKSS ở nhà trường không đầy đủ. Giao tiếp VTN về tình dục, SKSS rất hạn chế và VTN tiếp cận thông tin về tình dục, SKSS chủ yếu từ bạn bè, sách, báo, internet.

VTN ngày càng cởi mở về tình yêu, tình dục, có VTN yêu từ độ tuổi học cấp 2 và nhiều ở cấp 3. VTN khi yêu có QHTD giao hợp, QHTD không giao hợp. Có sự khác biệt giữa thế hệ cha mẹ và VTN trong quan niệm về tình dục. VTN cho rằng "QHTD là không nên nhưng không xấu" còn bố mẹ không đồng tình QHTD ở VTN. Ngày nay trinh tiết vẫn có giá trị nhất định chủ yếu với nữ nhưng không là quan trọng nhất khi yêu, kết hôn. QHTD ở VTN ảnh hưởng nhiều từ phim ảnh khiêu dâm, theo trào lưu và có nguy cơ QHTD không an toàn, nữ dễ tổn thương hơn

VTN nhận thức rất hạn chế về QHTD đồng tính, mại dâm và các nguy cơ liên quan sức khỏe. Các BPTT được VTN biết nhiều là BCS và viên tránh thai khẩn cấp, nhưng ít sử dụng trong QHTD lần đầu và QHTD với người yêu. Có thai và nạo hút thai ở VTN là vấn đề rất nhạy cảm khó biết thực tế. Có thai ở VTN là không mong muốn và nạo hút thai ở y tế tư nhân là phổ biến. VTN biết các bệnh STIs như Lậu, Giang mai, HIV và người bị HIV/AIDS có bị cộng đồng xa lánh, kì thị.

2. Kiến thức VTN về tình dục, mang thai, BPTT

VTN còn thiếu hụt kiến thức về tình dục, mang thai. Kiến thức về tình dục, mang thai ở nữ cao hơn nam, ở VTN thành thị cao hơn nông thôn và tăng lên theo nhóm tuổi. Chỉ 1/3 VTN biết từ khi dậy thì (nam có xuất tinh lần đầu, nữ có kinh nguyệt lần đầu) mà QHTD thì có thể có thai và có thể có thai dù chỉ QHTD một lần. Dưới 1/10 VTN biết đúng thời điểm dễ thụ thai nhất trong chu kì kinh nguyệt.

Phần lớn VTN không đồng tình về QHTD trước kết hôn (63%), nhưng cho rằng "QHTD là không nên, nhưng không xấu". Khoảng 1/3 VTN đồng tình có thể QHTD nếu đã ăn hỏi hay dự định kết hôn. VTN kinh tế khá giả hơn, VTN đã QHTD ít ủng hộ QHTD trước kết hôn. Phần lớn VTN (80%) tự tin có thể từ chối QHTD khi không muốn.

Phần lớn VTN (61%) VTN biết về các BPTT và nhiều nhất là BCS, thuốc tránh thai khẩn cấp. VTN thành thị và VTN nhóm tuổi cao hơn biết nhiều hơn về các BPTT do tiếp cận thông tin và học vấn tốt hơn. Tuy nhiên chỉ 1/3 VTN sử dụng BPTT khi QHTD lần đầu mà chủ yếu là BCS hoặc viên tránh thai khẩn cấp.

3. Thực trạng quan hệ tình dục, có thai, nạo phá thai ở VTN

Hầu hết VTN chưa QHTD, tỷ lệ nam đã QHTD là 1,7% (điều tra 2006), 4,9% (điều tra 2009) và tỷ lệ nữ đã QHTD là 0,4% (2006), 1,9% (2009). Tỷ lệ mới QHTD (incidence) trong 3 năm 2006 - 2009 là 44/1000 nam/3 năm và 19/1000 nữ/3 năm. Tuổi trung bình QHTD lần đầu là $16,2 \pm 0,35$ tuổi (nam), $17,2 \pm 0,9$ tuổi (nữ) và tuổi trung bình người QHTD với nam là $15 \pm 0,6$ tuổi, với nữ là $21 \pm 1,1$ tuổi. Xu hướng QHTD tăng lên ở VTN trẻ và phần lớn QHTD lần đầu là tự nguyện (81% nam, 43% nữ). QHTD không mong muốn là vấn đề cần được quan tâm nghiên cứu đầy đủ với VTN trẻ và VTN nông thôn. Có thai và nạo phá thai ở VTN là vấn đề rất nhạy cảm, khó thu thập số liệu sát thực tế. Nguy cơ có thai, nạo hút thai không an toàn ở VTN và hậu quả liên quan sức khỏe, học tập cần được quan tâm nghiên cứu.

4. Kiến thức, thái độ VTN về bệnh lây truyền qua QHTD và HIV/AIDS

Phần lớn VTN đã nghe về bệnh lây truyền qua QHTD (64,6% nam, 66% nữ) nhưng hiểu biết đường lây truyền và cách phòng tránh STIs còn rất hạn chế. Tỷ lệ VTN từng bị STIs thấp (1% nam, 0,4% nữ). Các chương trình truyền thông giáo dục phòng tránh HIV/AIDS triển khai mạnh trong những năm qua và tỷ lệ VTN đã nghe về HIV/AIDS chiếm 85,3% nam, 86% nữ. Tuy nhiên tỷ lệ VTN biết các cách

phòng tránh HIV/AIDS chỉ chiếm 14% nam, 23% nữ. Cần nâng cao nhận thức hiểu biết của VTN về HIV/AIDS để giảm xa lánh, kì thị người bị HIV/AIDS.

5. Các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN

Nghiên cứu định lượng và định tính xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN bao gồm:

Nam có nguy cơ QHTD gấp 4,5 lần nữ. Các yếu tố làm tăng nguy cơ QHTD ở nam nữ VTN là: đã yêu; hay sử dụng Internet và chơi game; có bạn hút thuốc, uống rượu, bỏ học; thái độ cởi mở về QHTD; từng bị lạm dụng tình dục. Một số yếu tố nguy tăng QHTD với nam là: nhiều tuổi hơn; ở thành thị; gia đình hay bất hòa; ở cộng đồng kém an toàn. Một số yếu tố nguy cơ tăng QHTD ở nữ là: dậy thì sớm; hay bị mắng đánh trong gia đình; có bạn đã QHTD.

Một số yếu tố nguy cơ đối với QHTD ở VTN được xác định qua Nhóm đề cử (NGT) mà chưa được xác định trong kết quả định lượng là: xem phim ảnh khiêu dâm; quản lý và giáo dục gia đình kém; bố mẹ li dị; giao tiếp cha mẹ và VTN kém; không đi học; bạn bè bắt nạt trêu chọc; học lực, hạnh kiểm kém; xu hướng yêu sớm, sống thử như vợ chồng; mại dâm; dịch vụ bán thuê băng đĩa khiêu dâm (gạch chân là yếu tố quan trọng).

Các yếu tố bảo vệ làm giảm QHTD ở VTN là: Nam VTN được mẹ quan tâm hơn khi 10-14 tuổi thì nguy cơ QHTD giảm 22%; Kinh tế khá giả là yếu tố bảo vệ mạnh làm giảm 95% nguy cơ QHTD ở nữ; nữ biết có thể có thai dù QHTD một lần thì nguy cơ QHTD giảm 78%; nữ được thầy cô quan tâm khích lệ, đối xử công bằng ở trường thì nguy cơ QHTD giảm 20%.

Một số yếu tố bảo vệ giảm QHTD ở VTN xác định qua Nhóm đề cử (NGT) và chưa được xác định trong kết quả định lượng là: quan niệm đúng mực về tình yêu hôn nhân; các mối quan hệ lành mạnh; chơi với bạn bè ngoan; gia đình quản lý và dạy dỗ tốt; giao tiếp tốt với cha mẹ; gia đình hạnh phúc; đi học, hạnh kiểm đạo đức tốt; quản lý không có phim ảnh khiêu dâm (gạch chân là yếu tố quan trọng).

KIẾN NGHỊ

Trên cơ sở kết quả định tính và định lượng, bàn luận và kết luận các kiến nghị bao gồm: Đề xuất về truyền thông, giáo dục, dịch vụ, can thiệp cộng đồng, gợi ý chính sách và đề xuất về các nghiên cứu tiếp theo.

1. Đề xuất về truyền thông, giáo dục, dịch vụ, gợi ý chính sách

1.1 Tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông cho VTN nhận thức đầy đủ về QHTD (giao hợp và hành vi tình dục không giao hợp); nhận thức đúng về tình yêu, tình dục tuổi VTN, tránh yêu sớm và QHTD sớm; QHTD an toàn và sử dụng BPTT; nạo hút thai an toàn; các bệnh STIs/HIV, đường lây truyền và các cách phòng tránh; giảm xa lánh, kì thị người bị HIV/AIDS; nhận thức về QHTD mại dâm, QHTD đồng tính và nguy cơ sức khỏe; tác hại của phim ảnh khiêu dâm. Chú ý đặc thù giới tính, VTN trẻ tuổi, VTN ở nông thôn, VTN nghèo, VTN học vấn thấp, VTN đã yêu.

1.2 Cung cấp thông tin, tư vấn, hướng dẫn cho bố mẹ có con ở độ tuổi VTN về tình dục, BPTT, có thai và nạo hút thai, các bệnh STIs/HIV và kỹ năng trao đổi, quan tâm VTN để bố mẹ là "người/bạn tin cậy của con" trong giao tiếp về tình dục, SKSS, nhất là đối với VTN ở độ tuổi học sinh cấp 2 và cấp 3.

1.3 Tư vấn cho VTN học sinh cấp 2 (độ tuổi dậy thì) và cấp 3 về tình bạn, tình yêu, ứng xử trong quan hệ bạn khác giới; phát triển nhân cách, kỹ năng sống, kỹ năng giao tiếp, tránh QHTD sớm; kiến thức BPTT, nạo hút thai, các bệnh STIs. Tổ chức góc tư vấn kết nối các dịch vụ tư vấn SKSS để VTN có thông tin đầy đủ về sức khỏe tình dục, QHTD không giao hợp, khoái cảm tình dục và trách nhiệm, QHTD an toàn, nạo phá thai an toàn (chứ không chỉ là tránh QHTD).

1.4 Phát triển các dịch vụ chăm sóc SKSS thích hợp với VTN. Dịch vụ về BPTT phù hợp cho VTN như cung cấp BCS, viên tránh thai khẩn cấp tự động, miễn phí cho VTN. Dịch vụ khám thai, nạo hút thai, khám chữa các bệnh STIs chất lượng

cao tại cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân đủ điều kiện. Hỗ trợ kinh phí kỹ thuật và thuốc, qui định phù hợp về người đại diện khi VTN nạo hút thai.

1.5 Phát triển các chính sách, qui định liên quan về tình dục, SKSS phù hợp với VTN để giảm nguy cơ QHTD sớm, QHTD không an toàn, nạo phá thai không an toàn và các bệnh STIs/HIV ở VTN.

1.6 Tiến hành chương trình can thiệp cộng đồng, nhà trường làm giảm nguy cơ QHTD sớm ở VTN trên cơ sở tăng cường các yếu tố bảo vệ, hạn chế tác động của các yếu tố nguy cơ đối với QHTD. Độ mạnh các mối liên quan yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD là căn cứ ưu tiên của chương trình can thiệp.

1.7 Ngành giáo dục cần đưa thông tin đầy đủ về tình dục, BPTT, nạo hút thai, các bệnh STIs và HIV/AIDS vào các chương trình ngoại khóa (hoặc chính khóa) cho học sinh từ các lớp đầu cấp 2 (độ tuổi dậy thì) đến cấp 3. Ngành y tế triển khai dịch vụ SKSS (BPTT, khám thai, nạo phá thai, khám chữa bệnh STIs) thuận tiện, chất lượng tốt cho VTN. Triển khai dịch vụ điện thoại tư vấn về tình dục, SKSS cho VTN. Ngành văn hóa thông tin tăng cường thông tin đầy đủ về tình dục, SKSS tuổi VTN trên sóng FM và hệ thống loa truyền thanh. Quản lý các dịch vụ không bán hay cho thuê văn hóa phẩm, băng đĩa phim ảnh khiêu dâm. Các tổ chức xã hội (Đoàn thanh niên, Đội thiếu niên ...) tăng cường lồng ghép các hoạt động với nội dung giáo dục giới tính, tình dục, SKSS cho VTN (các sân chơi, các câu lạc bộ) và nâng cao nhận thức cộng đồng về chăm sóc và bảo vệ SKSS tuổi VTN.

2. Đề xuất về nghiên cứu tiếp theo

2.1 Tiếp tục nghiên cứu kết nối nhiều vòng điều tra sức khỏe thanh thiếu niên tại thực địa Chililab và nghiên cứu định tính để tìm hiểu sự thay đổi quan niệm, hành vi tình dục, SKSS ở VTN các đoàn hệ tiếp theo.

2.2 Tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về QHTD đồng tính, QHTD với người họ hàng, người quen, nạn phá thai ở VTN.

2.3 Tiến hành các nghiên cứu tương tự và với các chủ đề liên quan tại các địa phương, vùng miền khác nhau trong cả nước để phát triển các chính sách, chương trình truyền thông, giáo dục, dịch vụ SKSS thích hợp cho VTN Việt Nam.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ

1. Nguyễn Văn Nghị, Lê Cự Linh (2008): Đặc điểm dậy thì, kiến thức về tình dục và biện pháp tránh thai của thanh thiếu niên: Kết quả điều tra ban đầu nghiên cứu sức khoẻ vị thành niên và thanh niên tại Chí Linh, Hải Dương. Tạp chí Y học dự phòng tập XVIII, số 6(98), trang 25-37
2. Nguyễn Văn Nghị, Vũ Mạnh Lợi, Lê Cự Linh (2009): Quan điểm và hành vi tình dục ở vị thành niên: Điều tra sức khoẻ vị thành niên, thanh niên tại huyện Chí Linh, Hải Dương. Tạp chí Y học dự phòng tập XIX, số 1(100), trang 24-36
3. Nguyễn Văn Nghị (2009): Nhận thức và thái độ của vị thành niên về HIV/AIDS: Điều tra sức khoẻ thanh thiếu niên tại huyện Chí Linh, Hải Dương. Tạp chí Y học dự phòng tập XIX, số 2(101), trang 54-67
4. Nguyễn Văn Nghị, Vũ Mạnh Lợi, Lê Cự Linh (2009): Sử dụng kỹ thuật phân tích dọc và phân tích nhị biến tìm hiểu đặc điểm tuổi dậy thì và quan hệ tình dục ở vị thành niên tại Chí Linh, Hải Dương. (Tạp chí YTCC số 13(13), trang 17-26.
5. Nguyễn Văn Nghị, Vũ Mạnh Lợi, Lê Cự Linh, Nguyễn Hữu Minh (2010): Yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với quan hệ tình dục ở vị thành niên. Tạp chí YTCC số 15 (15), trang 39-45.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiếng Việt

1. Ban chỉ đạo TĐTDS và nhà ở (2000), "Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999: Kết quả suy rộng mẫu 3%", *Hà nội*.
2. Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2010), "Tổng điều tra dân số và nhà ở 2009: Các kết quả chủ yếu".
3. Vũ Ngọc Bảo, P. G. (2005), "Đổi mặt với sự thật: Tình dục đồng giới nam (MSM) và HIV/AIDS ở Việt Nam", *Nhà xuất bản Thế giới*.
4. Bộ Y Tế và Tổng cục Dân số - KHHGD (2010), "Điều tra quốc gia về vị thành niên, thanh niên SAVY2".
5. Bộ Y tế và Tổng Cục Thống Kê, U., WHO, (2003), "Điều tra quốc gia về vị thành niên, thanh niên SAVY1".
6. Bộ Y tế (2000), "Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010", *Hà nội*.
7. CARE International Việt nam (1997), "Phân tích kiến thức, thái độ, hành vi SKSS của nam nữ 15-25 tuổi và người cung cấp dịch vụ ở nông thôn Việt nam".
8. Trần Văn Chiến và Đỗ Ngọc Tấn (2004), "Giáo dục dân số, sức khỏe sinh sản và KHHGD cho học sinh trung học phổ thông và vị thành niên", *Nhà xuất bản thanh niên*.
9. Dương Tự Đàm (1996), "Văn hóa phẩm đồi trụy ảnh hưởng đến sự phát triển nhân cách của thanh thiếu niên hiện nay", *Kỷ yếu Hội thảo "Ảnh hưởng của văn hóa phẩm đồi trụy đối với VTN và thanh niên". Trung ương đoàn TNCS Hồ Chí Minh*.
10. Nguyễn Bích Điểm (2000), "Một số suy nghĩ về quan niệm của VTN đối với vấn đề tình dục", *Tạp chí Tâm lý học*, (3).
11. Vũ Mạnh Lợi (2006), "Khác biệt giới trong thái độ và hành vi liên quan đến các quan hệ tình dục của Vị thành niên và thanh niên Việt nam", *Chuyên khảo điều tra SAVY, Hà nội*.
12. Bùi Thanh Mai, H. T. H. (1998), "VTN và các BPTT: Thực trạng và những câu hỏi", *Đại học Y khoa Hà Nội*.
13. Nguyễn Quang Mai và cộng sự (2003), "Sức khỏe sinh sản vị thành niên", *Nhà xuất bản phụ nữ, 2003, Hà nội*.
14. Trần Hùng Minh và Hoàng Thị Hoa (1998), "Phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục trong kỉ nguyên AIDS: Nên hay không nên bàn về chủ đề bệnh lây truyền qua đường tình dục ở lứa tuổi VTN ", *Đại học Y khoa Hà Nội*.
15. Nguyễn Văn Nghị, L. C. L. (2008), "Đặc điểm dạy thì, kiến thức về tình dục và BPTT của thanh thiếu niên: Kết quả điều tra ban đầu nghiên cứu sức khỏe vị

- thành niên, thanh niên tại huyện Chí Linh, Hải Dương", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XVIII, Số 6(98), pp. 25-37.
16. Nguyễn Văn Nghị, V. M. L., Lê Cự Linh, (2009), "Sử dụng kỹ thuật phân tích dọc và phân tích nhị biến tìm hiểu đặc điểm tuổi dậy thì và quan hệ tình dục ở vị thành niên tại Chí Linh, Hải Dương", *Tạp chí Y tế công cộng*, 13(13), pp. 17-26.
 17. Đỗ Ngọc Tấn, N. V. T. (2004), "Tổng quan các nội dung nghiên cứu về sức khỏe, sức khỏe sinh sản VTN ở Việt Nam từ năm 1995 - 2003", *Nhà xuất bản thanh niên*.
 18. Nguyễn Thị Thiêng, L. B. N. (2006), "Sức khỏe sinh sản thanh thiếu niên Việt Nam: Điều tra ban đầu chương trình RHIYA".
 19. Tổng cục thống kê (2006), "Điều tra biến động dân số KHHGD 1/4/2005", *Nhà xuất bản thống kê, Hà nội*.
 20. Trường Đại học Y tế công cộng (2007), "Nghiên cứu dọc về sức khỏe vị thành niên và thanh niên tại một vùng đô thị hóa huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương".
 21. Trường Đại học Y tế công cộng (2005), "Giáo trình thống kê Y tế công cộng (Phần 2: Phân tích số liệu)", *Nhà xuất bản Y học*.
 22. Trường Đại học Y Thái Bình, C. t. h. t. V. N.-T. Đ. (2002), "Sức khỏe vị thành niên ở Việt Nam", *Nhà xuất bản Y học*.
 23. UBND huyện Chí Linh "Qui hoạch tổng thể phát triển huyện Chí Linh 2001-2010".
 24. UBND tỉnh Hải Dương (2004), "Hải Dương - Thế và lực mới", *Nhà xuất bản chính trị quốc gia*.
 25. UNFPA Việt Nam (2007), "Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam. Báo cáo rà soát các nghiên cứu giai đoạn 2000 - 2005".
 26. Ủy ban Quốc gia Dân số- KHHGD (1999), "Sức khỏe sinh sản vị thành niên: Khảo sát, đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của thanh thiếu niên Hải phòng với các vấn đề liên quan đến SKSS", *Hà nội*.
 27. Ủy ban Quốc gia Dân số- KHHGD (2000), "Tình yêu, tình dục, hạnh phúc lứa đôi", *Hà nội*.
 28. Ủy ban quốc gia dân số và KHHGD (2003), "Chiến lược quốc gia DS-KHHGD giai đoạn 2001-2010", *Hà nội*.
 29. Ủy ban quốc gia phòng chống HIV/AIDS, M. t., Mại dâm, (2004), "Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS tại Việt nam đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020", *Hà nội*.
 30. Chu Xuân Việt, N. V. T. (1997), "Tuổi VTN với vấn đề tình dục và các BPTT", *Ủy Ban Quốc gia Dân số - KHHGD*.
 31. Nguyễn Như Ý và cộng sự (1998), "Đại Từ Điển Tiếng Việt", *Nhà xuất bản Văn hóa Thông tin*.

2. Tiếng Anh

32. (2008), "The third country report on following up the implementation to the declaration of commitment on HIV and AIDS. Reporting period: January 2006 – December 2007", *Hanoi*.
33. Ab Rahman, A., Ab Rahman, R., Ibrahim, M. I., Salleh, H., Ismail, S. B., Ali, S. H., Muda, W. M., Ishak, M. & Ahmad, A. (2011), "Knowledge of sexual and reproductive health among adolescents attending school in Kelantan, Malaysia", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 42(3), pp. 717-25.
34. Adhikari, R. (2010), "Are Nepali students at risk of HIV? A cross-sectional study of condom use at first sexual intercourse among college students in Kathmandu", *J Int AIDS Soc*, 13pp. 7.
35. Agyei, W. K., Biritwum, R. B., Ashitey, A. G. & Hill, R. B. (2000), "Sexual behaviour and contraception among unmarried adolescents and young adults in Greater Accra and Eastern regions of Ghana", *J Biosoc Sci*, 32(4), pp. 495-512.
36. Ahern, R., Frattarelli, L. A., Delto, J. & Kaneshiro, B. (2010), "Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23(5), pp. 273-8.
37. Ajuwon, A. J., Olaleye, A., Faromaju, B. & Ladipo, O. (2006), "Sexual behavior and experience of sexual coercion among secondary school students in three states in North Eastern Nigeria", *BMC Public Health*, 6pp. 310.
38. Akers, A. Y., Holland, C. L. & Bost, J. (2011), "Interventions to improve parental communication about sex: a systematic review", *Pediatrics*, 127(3), pp. 494-510.
39. Alesna-Llanto, E. & Raymundo, C. M. (2005), "Contraceptive issues of youth and adolescents in developing countries: highlights from the Philippines and other Asian countries", *Adolesc Med Clin*, 16(3), pp. 645-63.
40. Ali, S. S. & Manongi, R. R. (2011), "Caretakers acceptability in the provision of information on sexuality to adolescents using information motivation behavioral skills (IMB) model in urban district Zanzibar", *East Afr J Public Health*, 7(3), pp. 250-7.
41. Andersson-Ellstrom, A., Bergstrom, T., Svennerholm, B. & Milsom, I. (1997), "Epstein-Barr virus DNA in the uterine cervix of teenage girls", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76(8), pp. 779-83.
42. Aruda, M. M. (2011), "Predictors of unprotected intercourse for female adolescents measured at their request for a pregnancy test", *J Pediatr Nurs*, 26(3), pp. 216-23.
43. Avery, L. & Lazdane, G. (2010), "What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?" *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15 Suppl 2pp. S54-66.

44. Babalola, S., Tambashe, B. O. & Vondrasek, C. (2005), "Parental factors and sexual risk-taking among young people in Cote d'Ivoire", *Afr J Reprod Health*, 9(1), pp. 49-65.
45. Bartlett, M. S. (1954), "A note on multiplying factors for various chi-squared approximations", *The Royal Statistical Society*, 16(Series B), pp. 296-298.
46. Baumgartner, J. N., Waszak Geary, C., Tucker, H. & Wedderburn, M. (2009), "The influence of early sexual debut and sexual violence on adolescent pregnancy: a matched case-control study in Jamaica", *Int Perspect Sex Reprod Health*, 35(1), pp. 21-8.
47. Beguy, D., Kabiru, C. W., Nderu, E. N. & Ngware, M. W. (2009), "Inconsistencies in self-reporting of sexual activity among young people in Nairobi, Kenya", *J Adolesc Health*, 45(6), pp. 595-601.
48. Bell, K. (1999), "Female offenders of sexual assault", *J Emerg Nurs*, 25(3), pp. 241-3.
49. Berkowitz, S. T. (1999), "Attitudes toward and definitions of having sex", *Jama*, 282(20), pp. 1918-9.
50. Berlan, E. D. & Holland-Hall, C. (2010), "Sexually transmitted infections in adolescents: advances in epidemiology, screening, and diagnosis", *Adolesc Med State Art Rev*, 21(2), pp. 332-46, x.
51. Bersamin, M. (2002), *Adolescent contraceptive use: The role of culture on birth control use at first and most recent sexual intercourse*, DAI: Section B: The Sciences & Engineering. Feb 2002; 62(7-B):3417.
52. Biddlecom, A. E., Munthali, A., Singh, S. & Woog, V. (2007), "Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda", *Afr J Reprod Health*, 11(3), pp. 99-110.
53. Bluespruce, J., Dodge, W. T., Grothaus, L., Wheeler, K., Rebolledo, V., Carey, J. W., McAfee, T. A. & Thompson, R. S. (2001), "HIV prevention in primary care: impact of a clinical intervention", *AIDS Patient Care STDS*, 15(5), pp. 243-53.
54. Blum, R. (2004), "Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing country", *World Health Organization*.
55. Blum, R. W. & Ireland, M. (2004), "Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey", *J Adolesc Health*, 35(6), pp. 493-500.
56. Blythe, M. J., Fortenberry, J. D., Temkit, M., Tu, W. & Orr, D. P. (2006), "Incidence and correlates of unwanted sex in relationships of middle and late adolescent women", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(6), pp. 591-5.
57. Bogart, L. M., Pinkerton, S. D., Cecil, H., Myaskovsky, L., Wagstaff, D. A. & Abramson, P. R. (1999), "Attitudes toward and definitions of having sex", *Jama*, 282(20), pp. 1917-8; author reply 1918-9.
58. Boonstra, H. D. (2007), "Learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy", *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)*, pp. 1-6.

59. Brown, A. L., Messman-Moore, T. L., Miller, A. G. & Stasser, G. (2005), "Sexual victimization in relation to perceptions of risk: mediation, generalization, and temporal stability", *Pers Soc Psychol Bull*, 31(7), pp. 963-76.
60. Burland, J. A. (1999), "Attitudes toward and definitions of having sex", *Jama*, 282(20), pp. 1916-7; author reply 1918-9.
61. Capuano, S., Simeone, S., Scaravilli, G., Raimondo, D. & Balbi, C. (2009), "Sexual behaviour among Italian adolescents: knowledge and use of contraceptives", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 14(4), pp. 285-9.
62. Chacko, S., Kipp, W., Laing, L. & Kabagambe, G. (2007), "Knowledge of and perceptions about sexually transmitted diseases and pregnancy: a qualitative study among adolescent students in Uganda", *J Health Popul Nutr*, 25(3), pp. 319-27.
63. Chandra, A., Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E. & Miu, A. (2008), "Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth", *Pediatrics*, 122(5), pp. 1047-54.
64. Christopher C. Henrich, P., Kathryn A. Brookmeyer, MA, Lydia A. Shrier, MD, MPH and Golan Shahar, PhD. (2006), "Supportive Relationships and Sexual Risk Behavior in Adolescence: An Ecological–Transactional Approach ", *Pediatric Psychology*, 31(3), pp. 286-297.
65. Colby, D. J. (2003), "HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 32(1), pp. 80-5.
66. Collumbien, M., Mishra, M. & Blackmore, C. (2011), "Youth-friendly services in two rural districts of West Bengal and Jharkhand, India: definite progress, a long way to go", *Reprod Health Matters*, 19(37), pp. 174-83.
67. Corcoran., J. (1999), "Ecological Factors Associated with Adolescent Pregnancy: A Review of the Literature", *Adolescence*, Vol. 34.
68. Correia, D. S., Pontes, A. C., Cavalcante, J. C., Egito, E. S. & Maia, E. M. (2009), "Adolescents: contraceptive knowledge and use, a Brazilian study", *ScientificWorldJournal*, 9pp. 37-45.
69. Cremin, I., Mushati, P., Hallett, T., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C., Garnett, G. P. & Gregson, S. (2009), "Measuring trends in age at first sex and age at marriage in Manicaland, Zimbabwe", *Sex Transm Infect*, 85 Suppl 1pp. i34-40.
70. Cubbin, C., Santelli, J., Brindis, C. D. & Braveman, P. (2005), "Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: findings from the national longitudinal study of adolescent health", *Perspect Sex Reprod Health*, 37(3), pp. 125-34.
71. Cuffee, J. J., Hallfors, D. D. & Waller, M. W. (2007), "Racial and gender differences in adolescent sexual attitudes and longitudinal associations with coital debut", *J Adolesc Health*, 41(1), pp. 19-26.

72. Dagdeviren, N., Set, T. & Akturk, Z. (2008), "Sexual activity among Turkish adolescents: once more the distinguished male", *Int J Adolesc Med Health*, 20(4), pp. 431-9.
73. Dahlback, E., Makelele, P., Phillimon, N., Bawa, Y., Bergtrom, S. & Ransjo-Arvidson, A. B. (2003), "'I am happy that God made me a boy':
Zambian adolescent boys' perceptions about growing into manhood", *Afr J Reprod Health*, 7(1), pp. 49-62.
74. Deardorff, J., Gonzales, N. A., Christopher, F. S., Roosa, M. W. & Millsap, R. E. (2005), "Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use", *Pediatrics*, 116(6), pp. 1451-6.
75. Denny, G., Young, M., Rausch, S. & Spear, C. (2002), "An evaluation of an abstinence education curriculum series: sex can wait", *Am J Health Behav*, 26(5), pp. 366-77.
76. Diaz, S., Hardy, E., Alvarado, G. & Ezcurra, E. (2003), "Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 - Facilitating factors versus obstacles", *Cad Saude Publica*, 19(6), pp. 1729-37.
77. Dimbuene, Z. T. & Defo, B. K. (2010), "Risky sexual behaviour among unmarried young people in Cameroon: another look at family environment", *J Biosoc Sci*, 43(2), pp. 129-53.
78. Doyle, A. M., Ross, D. A., Maganja, K., Baisley, K., Masesa, C., Andreasen, A., Plummer, M. L., Obasi, A. I., Weiss, H. A., Kapiga, S., Watson-Jones, D., Changalucha, J. & Hayes, R. J. (2010), "Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial", *PLoS Med*, 7(6), pp. e1000287.
79. Doyle, A. M., Weiss, H. A., Maganja, K., Kapiga, S., McCormack, S., Watson-Jones, D., Changalucha, J., Hayes, R. J. & Ross, D. A. (2011), "The Long-Term Impact of the MEMA kwa Vijana Adolescent Sexual and Reproductive Health Intervention: Effect of Dose and Time since Intervention Exposure", *PLoS One*, 6(9), pp. e24866.
80. Drebitko, C. N., Sadler, L. S., Leventhal, J. M., Daley, A. M. & Reynolds, H. (2005), "Adolescent girls with negative pregnancy tests", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 18(4), pp. 261-7.
81. E.Reifsnider, M. G., B.Forgione. (2005), "Using Ecological Models in Research on Health Disparities", *Journal of Professional Nursing*, Volume 21(Issue 4), pp. Pages 216-222.
82. Edgardh, K. (2002), "Adolescent sexual health in Sweden", *Sex Transm Infect*, 78(5), pp. 352-6.
83. Ekstrand, M., Larsson, M., Von Essen, L. & Tyden, T. (2005), "Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits--a focus group study among 17-year-old female high-school students", *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(10), pp. 980-6.

84. Fatusi, A. & Blum, R. W. (2009), "Adolescent health in an international context: the challenge of sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa", *Adolesc Med State Art Rev*, 20(3), pp. 874-86, viii.
85. Ford, C. A., et al. (2005), "Predicting adolescents' longitudinal risk for sexually transmitted infection: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(7), pp. 657-64.
86. Fortenberry, J. D., Temkit, M., Tu, W., Graham, C. A., Katz, B. P. & Orr, D. P. (2005), "Daily mood, partner support, sexual interest, and sexual activity among adolescent women", *Health Psychol*, 24(3), pp. 252-7.
87. Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Suchindran, C., Benefield, T. & Linder, G. F. (2005), "Assessing the effects of the dating violence prevention program "safe dates" using random coefficient regression modeling", *Prev Sci*, 6(3), pp. 245-58.
88. Frias, A. M. (2006), "Expressions of sexuality and contraceptive attitudes of adolescents", *Servir*, 54(3), pp. 121-30.
89. Furstenberg, F. F., Jr., Geitz, L. M., Teitler, J. O. & Weiss, C. C. (1997), "Does condom availability make a difference? An evaluation of Philadelphia's health resource centers", *Fam Plann Perspect*, 29(3), pp. 123-7.
90. Gammeltoft, T. (2002), "Being special for somebody. Urban sexualities in contemporary Vietnam", *Asian journal of social sciences*, 30(3), pp. 483-496.
91. Gammeltoft, T. (2002), "Seeking trust and transcendence: sexual risk-taking among Vietnamese youth", *Soc Sci Med*, 55(3), pp. 5483-96.
92. Gavin, L. E., Catalano, R. F., David-Ferdon, C., Gloppen, K. M. & Markham, C. M. (2010), "A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health", *J Adolesc Health*, 46(3 Suppl), pp. S75-91.
93. Green J, e. (2005), "Analysing qualitative data", *Maidenhead: Open univesity press*.
94. Greydanus, D. E., Rimsza, M. E. & Newhouse, P. A. (2002), "Adolescent sexuality and disability", *Adolesc Med*, 13(2), pp. 223-47, v.
95. Hahm, H. C., Lee, J., Ozonoff, A. & Amodeo, M. (2007), "Predictors of STDs among Asian and Pacific Islander young adults", *Perspect Sex Reprod Health*, 39(4), pp. 231-9.
96. Haka-Ikse, K. (1997), "Female adolescent sexuality. The risks and management", *Ann N Y Acad Sci*, 816pp. 466-70.
97. Haldre, K., Rahu, K., Rahu, M. & Karro, H. (2009), "Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study", *Eur J Public Health*, 19(3), pp. 266-70.
98. Halpern-Felsher, B. L., Cornell, J. L., Kropp, R. Y. & Tschann, J. M. (2005), "Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behavior", *Pediatrics*, 115(4), pp. 845-51.

99. Halpern, C. T., Udry, J. R. & Suchindran, C. (1998), "Monthly measures of salivary testosterone predict sexual activity in adolescent males", *Arch Sex Behav*, 27(5), pp. 445-65.
100. Harmon, T. (2003), "Gender matters: constructing a model of adolescent sexual health", *Sex Research*.
101. Hellerstedt, W. L., Peterson-Hickey, M., Rhodes, K. L. & Garwick, A. (2006), "Environmental, social, and personal correlates of having ever had sexual intercourse among American Indian youths", *Am J Public Health*, 96(12), pp. 2228-34.
102. Henderson, M., Butcher, I., Wight, D., Williamson, L. & Raab, G. (2008), "What explains between-school differences in rates of sexual experience?" *BMC Public Health*, 8pp. 53.
103. Henry, D. B., Schoeny, M. E., Deptula, D. P. & Slavick, J. T. (2007), "Peer selection and socialization effects on adolescent intercourse without a condom and attitudes about the costs of sex", *Child Dev*, 78(3), pp. 825-38.
104. Hien., N. L. "Exploring sexual experience among menopausal women in semi-urban in northern Vietnam", *Mahidol University*, MATHesis paper.
105. Hong, J., Fongkaew, W., Senaratana, W. & Tonmukayakul, O. (2010), "Development of a theory-based sexual and reproductive health promotion and HIV prevention program for Chinese early adolescents", *Nurs Health Sci*, 12(3), pp. 360-8.
106. Howard, D. E. & Wang, M. Q. (2004), "Multiple sexual-partner behavior among sexually active US adolescent girls", *Am J Health Behav*, 28(1), pp. 3-12.
107. Jackson, E., Johnson, B. R., Gebreselassie, H., Kangaude, G. D. & Mhango, C. (2011), "A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi", *Reprod Health Matters*, 19(37), pp. 133-43.
108. John W, C. (2009), "Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches", *SAGE Publication, Inc.*, Edition 3.
109. Jones, R. K., Purcell, A., Singh, S. & Finer, L. B. (2005), "Adolescents' reports of parental knowledge of adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated parental notification for prescription contraception", *Jama*, 293(3), pp. 340-8.
110. Kaljee, L. M., Green, M., Lerdboon, P., Riel, R., Pham, V., Tho le, H., Ha, N. T., Minh, T. T., Li, X., Chen, X. & Stanton, B. (2011), "Parent-youth communication and concordance between parents and adolescents on reported engagement in social relationships and sexually intimate behaviors in Hanoi and Khanh Hoa Province, Vietnam", *J Adolesc Health*, 48(3), pp. 268-74.
111. Kaljee, L. M., Green, M., Riel, R., Lerdboon, P., Tho le, H., Thoa le, T. K. & Minh, T. T. (2007), "Sexual stigma, sexual behaviors, and abstinence among Vietnamese adolescents: implications for risk and protective behaviors for HIV, sexually transmitted infections, and unwanted pregnancy", *J Assoc Nurses AIDS Care*, 18(2), pp. 48-59.

112. Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rissanen, A. & Rantanen, P. (2001), "Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence", *J Adolesc Health*, 28(4), pp. 346-52.
113. Kapil Ahmed, M., van Ginneken, J. & Razzaque, A. (2005), "Factors associated with adolescent abortion in a rural area of Bangladesh", *Trop Med Int Health*, 10(2), pp. 198-205.
114. Karim, A. M., Magnani, R. J., Morgan, G. T. & Bond, K. C. (2003), "Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana", *Int Fam Plan Perspect*, 29(1), pp. 14-24.
115. Keiser, H. (1974), "An index of factorial simplicity", *Psychometrika*, 39(31-36).
116. Khuat H, T. (1988), "Responding to reproductive health needs of adolescents and youths in Vietnam. Technical meeting on reproductive health policy – makers and researchers on reproductive health needs of adolescents and youths in the Asian sub-region", *Bangkok, Thailand*.
117. Khuat Thu Hong (1998), "Study on sexuality in Vietnam-the Known and unknown issues", *The Population Council, Hanoi*.
118. Kinsman, J., Harrison, S., Kengeya-Kayondo, J., Kanyesigye, E., Musoke, S. & Whitworth, J. (1999), "Implementation of a comprehensive AIDS education programme for schools in Masaka District, Uganda", *AIDS Care*, 11(5), pp. 591-601.
119. Kinsman, J., Nyanzi, S. & Pool, R. (2000), "Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda".
120. Klingberg-Allvin, M., Nga, N. T., Ransjo-Arvidson, A. B. & Johansson, A. (2006), "Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam", *Scand J Public Health*, 34(4), pp. 414-21.
121. Korkmaz Cetin, S., Bildik, T., Erermis, S., Demiral, N., Ozbaran, B., Tamar, M. & Aydin, C. (2008), "Sexual behavior and sources of information about sex among male adolescents: An 8-year follow-up", *Turk Psikiyatri Derg*, 19(4), pp. 390-7.
122. Kouta, C. & Tolma, E. L. (2008), "Sexuality, sexual and reproductive health: an exploration of the knowledge, attitudes and beliefs of the Greek-Cypriot adolescents", *Promot Educ*, 15(4), pp. 24-31.
123. Kraft, J. M., Harvey, S. M., Hatfield-Timajchy, K., Beckman, L., Farr, S. L., Jamieson, D. J. & Thorburn, S. (2010), "Pregnancy motivations and contraceptive use: hers, his, or theirs?" *Womens Health Issues*, 20(4), pp. 234-41.
124. Krug, E. G. (2002), "World report on violence and health", *WHO, Geneva*.
125. Kuiper, H., Miller, S., Martinez, E., Loeb, L. & Darney, P. (1997), "Urban adolescent females' views on the implant and contraceptive decision-making: a double paradox", *Fam Plann Perspect*, 29(4), pp. 167-72.

126. Kuortti, M. & Kosunen, E. (2009), "Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners", *Scand J Prim Health Care*, 27(1), pp. 47-52.
127. Kushel, M. B., Evans, J. L., Perry, S., Robertson, M. J. & Moss, A. R. (2003), "No door to lock: victimization among homeless and marginally housed persons", *Arch Intern Med*, 163(20), pp. 2492-9.
128. Kuzman, M., Simetin, I. P. & Franelic, I. P. (2007), "Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents", *Coll Antropol*, 31 Suppl 2pp. 121-30.
129. Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M. & Blum, R. C. A. (2000), "Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years", *Journal of Adolescent Health*, 26(1), pp. 42-48.
130. Larsson, M., Tyden, T., Hanson, U. & Haggstrom-Nordin, E. (2007), "Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 12(2), pp. 119-24.
131. Lauszus, F. F., Kloster, A. O., Nielsen, J. L., Boelskifte, J., Falk, J. & Rasmussen, K. L. (2010), "Gender-specific knowledge on sex", *Arch Gynecol Obstet*, 283(2), pp. 281-7.
132. Le, L. C., Blum, R. W., Magnani, R., Hewett, P. C. & Do, H. M. (2006), "A pilot of audio computer-assisted self-interview for youth reproductive health research in Vietnam", *J Adolesc Health*, 38(6), pp. 740-7.
133. Le Linh, C. & Blum, R. W. (2009), "Premarital sex and condom use among never married youth in Vietnam", *Int J Adolesc Med Health*, 21(3), pp. 299-312.
134. Li, N. & Boulay, M. (2010), "Individual, familial and extra-familial factors associated with premarital sex among Bangladeshi male adolescents", *Sex Health*, 7(4), pp. 471-7.
135. Li, S., Huang, H., Cai, Y., Xu, G., Huang, F. & Shen, X. (2009), "Characteristics and determinants of sexual behavior among adolescents of migrant workers in Shanghai (China)", *BMC Public Health*, 9pp. 195.
136. Lindberg, L. D. & Orr, M. (2011), "Neighborhood-level influences on young men's sexual and reproductive health behaviors", *Am J Public Health*, 101(2), pp. 271-4.
137. Loewenson, P. R., Ireland, M. & Resnick, M. D. (2004), "Primary and secondary sexual abstinence in high school students", *J Adolesc Health*, 34(3), pp. 209-15.
138. Magadi, M. A. & Agwanda, A. O. (2009), "Determinants of transitions to first sexual intercourse, marriage and pregnancy among female adolescents: evidence from South Nyanza, Kenya", *J Biosoc Sci*, 41(3), pp. 409-27.
139. Magnani, R. J., A. M. Karim, et al. (2002), "Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia", *Journal of Adolescent Health*, 30(1), pp. 76-86.

140. Magnani, R. J., Gaffikin, L., de Aquino, E. M., Seiber, E. E., Almeida, M. C. & Lipovsek, V. (2001), "Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil", *Stud Fam Plann*, 32(3), pp. 230-43.
141. Magnani, R. J., Karim, A. M., Weiss, L. A., Bond, K. C., Lemba, M. & Morgan, G. T. (2002), "Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia", *J Adolesc Health*, 30(1), pp. 76-86.
142. Mahomva, A., Greby, S., Dube, S., Mugurungi, O., Hargrove, J., Rosen, D., Dehne, K. L., Gregson, S., St Louis, M. & Hader, S. (2006), "HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004", *Sex Transm Infect*, 82 Suppl 1pp. i42-7.
143. Manlove, J., Ikramullah, E., Mincieli, L., Holcombe, E. & Danish, S. (2009), "Trends in sexual experience, contraceptive use, and teenage childbearing: 1992-2002", *J Adolesc Health*, 44(5), pp. 413-23.
144. Mardh, P. A., et al. (2000), "Correlation between an early sexual debut, and reproductive health and behavioral factors: a multinational European study", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 5(3), pp. 177-82.
145. Martin, S. L., Beaumont, J. L. & Kupper, L. L. (2003), "Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29(3), pp. 599-617.
146. Martinez, G., Abma, J. & Copen, C. (2010), "Educating teenagers about sex in the United States", *NCHS Data Brief*, (44), pp. 1-8.
147. Matasha, E., Ntembelea, T., Mayaud, P., Saidi, W., Todd, J., Mujaya, B. & Tendo-Wambua, L. (1998), "Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention", *AIDS Care*, 10(5), pp. 571-82.
148. Mathur, S., Malhotra, A. & Mehta, M. (2001), "Adolescent girls' life aspirations and reproductive health in Nepal", *Reprod Health Matters*, 9(17), pp. 91-100.
149. Mavroforou, A., Koumantakis, E. & Michalodimitrakis, E. (2004), "Adolescence and abortion in Greece: women's profile and perceptions", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 17(5), pp. 321-6.
150. McNeely, C., Shew, M., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B. & Blum, R. (2002), "Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15-year-olds", *J Adolesc Health*, 31(3), pp. 256.
151. Meekers, D., Silva, M. & Klein, M. (2006), "Determinants of condom use among youth in Madagascar", *J Biosoc Sci*, 38(3), pp. 365-80.
152. Mensch, B. S., W.H. Clark, and D.N. Anh. (2003), "Adolescents in Vietnam: looking beyond reproductive health", *Stud Fam Plann*, 34(4), pp. 249-62.
153. Michaud, P. A., Narring, F. & Ferron, C. (1999), "Alternative methods in the investigation of adolescents' sexual life", *J Adolesc Health*, 25(1), pp. 84-90.
154. Mogilevkina, I., Tyden, T. & Odland, V. (2001), "Ukrainian medical students' experiences, attitudes, and knowledge about reproductive health", *J Am Coll Health*, 49(6), pp. 269-72.

155. Mohammad, K., Farahani, F. K., Mohammadi, M. R., Alikhani, S., Zare, M., Tehrani, F. R., Ramezankhani, A., Hasanzadeh, A. & Ghanbari, H. (2007), "Sexual risk-taking behaviors among boys aged 15-18 years in Tehran", *J Adolesc Health*, 41(4), pp. 407-14.
156. Mohammadi, M. R., Mohammad, K., Farahani, F. K., Alikhani, S., Zare, M., Tehrani, F. R., Ramezankhani, A. & Alaeddini, F. (2006), "Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran", *Int Fam Plan Perspect*, 32(1), pp. 35-44.
157. Moore, A. M., Awusabo-Asare, K., Madise, N., John-Langba, J. & Kumi-Kyereme, A. (2007), "Coerced first sex among adolescent girls in sub-Saharan Africa: prevalence and context", *Afr J Reprod Health*, 11(3), pp. 62-82.
158. Mturi, A. J. (2003), "Parents' attitudes to adolescent sexual behaviour in Lesotho", *Afr J Reprod Health*, 7(2), pp. 25-33.
159. Mwakagile, D., Mmari, E., Makwaya, C., Mbwana, J., Biberfeld, G., Mhalu, F. & Sandstrom, E. (2001), "Sexual behaviour among youths at high risk for HIV-1 infection in Dar es Salaam, Tanzania", *Sex Transm Infect*, 77(4), pp. 255-9.
160. Nair, M. K., Leena, M. L., Paul, M. K., Pillai, H. V., Babu, G., Russell, P. S. & Thankachi, Y. (2011), "Attitude of Parents and Teachers towards Adolescent Reproductive and Sexual Health Education", *Indian J Pediatr*.
161. Nancy R, T. (2004), "The Quality Toolbox, Second Edition", *ASQ Quality Press*, pp. 364-365.
162. Nelson, A. L. (1996), "Adolescent contraception", *West J Med*, 165(6), pp. 374-6.
163. Nguyen, H. N. & Liamputtong, P. (2007), "Sex, love and gender norms: sexual life and experience of a group of young people in Ho Chi Minh City, Vietnam", *Sex Health*, 4(1), pp. 63-9.
164. Nguyen Minh, T. (1999), "Survey reveals slow strides in promoting adolescent reproductive health in Vietnam", *Adolesc Educ Newsl*, 2(2), pp. 15-6.
165. Nielsen, J. L., Boelskifte, J., Falk, J., Lauszus, F. F. & Rasmussen, K. L. (2009), "[Knowledge of contraception, pregnancy, and sexuality in ninth grade pupils in the municipality of Viborg during a 21-year-period]", *Ugeskr Laeger*, 171(14), pp. 1163-7.
166. Norman, L. R. & Uche, C. (2002), "Prevalence and determinants of sexually transmitted diseases: an analysis of young Jamaican males", *Sex Transm Dis*, 29(3), pp. 126-32.
167. Nuko, S., Chiduo, B., Mwaluko, G. & Urassa, M. (2001), "Pre-marital sexual behaviour among out-of-school adolescents: motives, patterns and meaning attributed to sexual partnership in rural Tanzania", *Afr J Reprod Health*, 5(3), pp. 162-74.
168. O'Sullivan, L. F. & Brooks-Gunn, J. (2005), "The timing of changes in girls' sexual cognitions and behaviors in early adolescence: a prospective, cohort study", *J Adolesc Health*, 37(3), pp. 211-9.

169. Obasi, A. I., Balira, R., Todd, J., Ross, D. A., Changalucha, J., Mosha, F., Grosskurth, H., Peeling, R., Mabey, D. C. & Hayes, R. J. (2001), "Prevalence of HIV and Chlamydia trachomatis infection in 15--19-year olds in rural Tanzania", *Trop Med Int Health*, 6(7), pp. 517-25.
170. Ogunlayi, M. A. (2005), "An assessment of the awareness of sexual and reproductive rights among adolescents in south western Nigeria", *Afr J Reprod Health*, 9(1), pp. 99-112.
171. Olsen, C. L., Santarsiero, E. C. & Spatz, D. (2002), "Qualitative analysis of African-American adolescent females' beliefs about emergency contraceptive pills", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 15(5), pp. 285-92.
172. Olsson, P. & Wijewardena, K. (2010), "Unmarried women's decisions on pregnancy termination: Qualitative interviews in Colombo, Sri Lanka", *Sex Reprod Healthc*, 1(4), pp. 135-41.
173. Olugbenga-Bello, A. I., Adekanle, D. A., Ojofeitimi, E. O. & Adeomi, A. A. (2010), "Barrier contraception among adolescents and young adults in a tertiary institution in Southwestern Nigeria: a cross-sectional descriptive study", *Int J Adolesc Med Health*, 22(2), pp. 321-9.
174. Onyeonoro, U. U., Oshi, D. C., Ndimele, E. C., Chuku, N. C., Onyemuchara, I. L., Ezekwere, S. C., Oshi, S. N. & Emelumadu, O. F. (2011), "Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, South East Nigeria", *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24(5), pp. 294-9.
175. Ott, M. A. (2010), "Examining the development and sexual behavior of adolescent males", *J Adolesc Health*, 46(4 Suppl), pp. S3-11.
176. Ott, M. A., Millstein, S. G., Ofner, S. & Halpern-Felsher, B. L. (2006), "Greater expectations: adolescents' positive motivations for sex", *Perspect Sex Reprod Health*, 38(2), pp. 84-9.
177. Owolabi, A. T., Onayade, A. A., Ogunlola, I. O., Ogunniyi, S. O. & Kuti, O. (2005), "Sexual behaviour of secondary school adolescents in Ilesa, Nigeria: implications for the spread of STIs including HIV/AIDS", *J Obstet Gynaecol*, 25(2), pp. 174-8.
178. Parkes, A., Henderson, M. & Wight, D. (2005), "Do sexual health services encourage teenagers to use condoms? A longitudinal study", *J Fam Plann Reprod Health Care*, 31(4), pp. 271-80.
179. Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P. & Dickson, N. (2000), "The determinants of sexual intercourse before age 16", *J Adolesc Health*, 27(2), pp. 136-47.
180. Potard, C., Courtois, R. & Rusch, E. (2008), "The influence of peers on risky sexual behaviour during adolescence", *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13(3), pp. 264-70.
181. Rasmussen Cruz, B., Hidalgo San Martin, A., Nuno Gutierrez, B. L., Villasenor Farias, M. & Sahagun Mora, I. (2001), "Identifying young people's guidance needs through telephone counseling", *Adolescence*, 36(141), pp. 21-32.

182. Rassjo, E. B., Mirembe, F. M. & Darj, E. (2006), "Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda", *AIDS Care*, 18(7), pp. 710-6.
183. Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H. & Udry, J. R. (1997), "Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health", *Jama*, 278(10), pp. 823-32.
184. Robert WM. Blum (1998), "Healthy youth development as a model for youth health promotion", *Journal of adolescent health*, 22pp. 368-375.
185. Roberts, T. A., Auinger, P. & Klein, J. D. (2005), "Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents", *J Adolesc Health*, 36(5), pp. 380-5.
186. Rockett, J. C., Lynch, C. D. & Buck, G. M. (2004), "Biomarkers for assessing reproductive development and health: Part 1--Pubertal development", *Environ Health Perspect*, 112(1), pp. 105-12.
187. Rostosky, S. S., Regnerus, M. D. & Wright, M. L. (2003), "Coital debut: the role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey", *J Sex Res*, 40(4), pp. 358-67.
188. Samandari, G. & Speizer, I. S. (2010), "Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades", *Int Perspect Sex Reprod Health*, 36(1), pp. 26-35.
189. Samara, S. (2010), "Something-for-something love: the motivations of young women in Uganda", *J Health Organ Manag*, 24(5), pp. 512-9.
190. Santelli, J. S., Kaiser, J., Hirsch, L., Radosh, A., Simkin, L. & Middlestadt, S. (2004), "Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors", *J Adolesc Health*, 34(3), pp. 200-8.
191. Scott W, M. (2008), "Handbook of longitudinal research: design, measurement, and analysis", *Elsevier Inc*.
192. Shrier, L. A. (2004), "Sexually transmitted diseases in adolescents: biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues", *Adolesc Med Clin*, 15(2), pp. 215-34.
193. Sieving, R. E., Eisenberg, M. E., Pettingell, S. & Skay, C. (2006), "Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse", *Perspect Sex Reprod Health*, 38(1), pp. 13-9.
194. Silberschmidt, M. & Rasch, V. (2001), "Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents", *Soc Sci Med*, 52(12), pp. 1815-26.
195. Sisk, C. L. a. D. L. F. (2004), "The neural basis of puberty and adolescence", *Nat Neurosci*, 7(10), pp. 1040-7.
196. Smith, D., et al. (2003), "Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica", *J Adolesc Health*, 33(1), pp. 41-8.

197. Smith, D., Roofe, M., Ehiri, J., Campbell-Forrester, S., Jolly, C. & Jolly, P. (2003), "Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica", *J Adolesc Health*, 33(1), pp. 41-8.
198. Tabachnick, B. G., Fidell, L.S. (1996), "Using multivariate statistics", *New York: HarperCollins*, 3rd edition.
199. Tabachnick, B. G., Fidell, L.S. (2007), "Using multivariate statistics", *New York: HarperCollins*, 5th edition.
200. Taffa, N., Omollo, D. & Matthews, Z. (2003), "Teenage pregnancy experiences in rural Kenya", *Int J Adolesc Med Health*, 15(4), pp. 331-40.
201. Turmen, T. (1997), "Reproductive health", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 28 Suppl 2pp. 138-43.
202. Turner, H. S. (1999), "Attitudes toward and definitions of having sex", *Jama*, 282(20), pp. 1917; author reply 1918-9.
203. UNAIDS. (1998), "AIDS and Men who have sex with men. Point of view".
204. United Nations (1995), "Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September 1994", *New York*.
205. Upadhyay, U. D., Hindin, M. J. & Gultiano, S. (2006), "Before first sex: gender differences in emotional relationships and physical behaviors among adolescents in the Philippines", *Int Fam Plan Perspect*, 32(3), pp. 110-9.
206. Upchurch, D. M., Levy-Storms, L., Sucoff, C. A. & Aneshensel, C. S. (1998), "Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse", *Fam Plann Perspect*, 30(3), pp. 121-7.
207. Vialard, F., Robyr, R., Hillion, Y., Molina Gomes, D., Selva, J. & Ville, Y. (2005), "Dandy-Walker syndrome and corpus callosum agenesis in 5p deletion", *Prenat Diagn*, 25(4), pp. 311-3.
208. Vundule, C., Maforah, F., Jewkes, R. & Jordaan, E. (2001), "Risk factors for teenage pregnancy among sexually active black adolescents in Cape Town. A case control study", *S Afr Med J*, 91(1), pp. 73-80.
209. Wagman, J., Baumgartner, J. N., Waszak Geary, C., Nakyanjo, N., Ddaaki, W. G., Serwadda, D., Gray, R., Nalugoda, F. K. & Wawer, M. J. (2009), "Experiences of sexual coercion among adolescent women: qualitative findings from Rakai district, Uganda", *J Interpers Violence*, 24(12), pp. 2073-95.
210. Wang, R. H., Cheng, C. P. & Chou, F. H. (2008), "A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents", *J Clin Nurs*, 17(7), pp. 930-9.
211. WHO, G. (2006), "Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing country", *Department of child and adolescent health and development. Family and community health*.
212. WHO, U. (2010), "Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators", *World Health Organization. Geneva, Switzerland*.
213. WHO. (2006), "Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January

2002." *World Health Organization. Geneva, Switzerland.*

214. WHO. (1975), "Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals", *Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series No. 572)*.
215. Wilson, E. K. & Koo, H. P. (2010), "Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics", *Reprod Health*, 7pp. 31.
216. Wong, M. L., Chan, R. K., Koh, D., Tan, H. H., Lim, F. S., Emmanuel, S. & Bishop, G. (2009), "Premarital sexual intercourse among adolescents in an Asian country: multilevel ecological factors", *Pediatrics*, 124(1), pp. e44-52.
217. Zabin, L. S. & Kiragu, K. (1998), "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa", *Stud Fam Plann*, 29(2), pp. 210-32.
218. Zeanah, P. D., Morse, E. V., Simon, P. M., Stock, M., Pratt, J. L. & Sterne, S. (1996), "Community reactions to reproductive health care at three school-based clinics in Louisiana", *J Sch Health*, 66(7), pp. 237-41.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Công cụ và cỡ mẫu nghiên cứu định tính

1.1 Nội dung gợi ý phỏng vấn sâu (Indepth interview)

(VTN và bố/mẹ VTN - Với Bố/mẹ VTN hỏi các nội dung về khi họ ở tuổi VTN, so sánh với VTN hiện nay)

Năm sinh **Lớp học cao nhất**

Mã số: (gồm TLN/PVS, đối tượng, giới, nhóm tuổi, địa điểm)

Qui định:

- Thảo luận nhóm (TLN)=A, phỏng vấn sâu (PVS)=B
- Đối tượng: VTN=1, Bố/mẹ=2;
- Giới: Nam=1, Nữ=2;
- Nhóm tuổi: 10-14 tuổi =1, 15-19 tuổi =2;
- Địa điểm: Sao Đỏ=1, Phả Lại=2, Văn An=3, An Lạc=4

(Ví dụ: **A1214** là thảo luận nhóm, với VTN nữ 10-14 tuổi xã An Lạc)

Mục đích: Tìm hiểu quá trình phát triển cá nhân và sự kiện liên quan quá trình phát triển sinh lý sinh dục, nhận thức, hành vi tình dục ở vị thành niên và bố mẹ VTN.

Giới thiệu

- Lời giới thiệu, thông tin chỉ phục vụ nghiên cứu, sự quan trọng của thông tin trung thực, chính xác...
- Các ý kiến đều được tôn trọng, có thể hỏi lại câu hỏi ...

Nội dung

1. Bối cảnh

1. Trong gia đình có bao nhiêu người, mấy anh chị em trai, gái?
2. Từ bé đến tuổi VTN có khi nào không ở với bố mẹ không? ở với ai? ở đâu?
3. Gia đình hạnh phúc, quan tâm nhau không? Có xung đột không?
4. Kinh tế gia đình so với các gia đình khác là giàu, khá, trung bình, hay nghèo?
5. Học vấn của bố mẹ và anh chị em? Có ai không đi học, bỏ học không?
6. Anh chị em nào đã có vợ, chồng, hay người yêu chưa? (yêu sớm, QHTD)

2. Phát triển sinh lý sinh dục

1. Biểu hiện thể nào là dậy thì? Đã có biểu hiện dậy thì chưa? như vậy là sớm hay muộn, có giống hay khác với bạn bè cùng trang lứa và với thể hệ bố mẹ?
2. Đã có kinh nguyệt lần đầu (nữ)/xuất tinh lần đầu (nam) chưa?
3. Ở tuổi VTN có thấy hạn chế gì về thể lực, tinh thần, hạn chế gì trong quan hệ gia đình và người ngoài không?
4. Ở tuổi VTN gia đình có cấm đoán, giới hạn gì trong sinh hoạt, học tập, quan hệ với bạn khác giới không?
5. Tuổi VTN nhà trường có cấm đoán, giới hạn gì với học sinh trong học tập, làm việc, đi chơi, ăn mặc, quan hệ với bạn khác giới?

3. Tình yêu tuổi VTN

1. Thế nào là bạn thân khác giới?
2. Thế nào là VTN đã yêu? biểu hiện cụ thể? Khác gì giữa yêu và bạn khác giới
3. Đã yêu chưa? Yêu lần đầu bao nhiêu tuổi/lớp mấy? bắt đầu yêu như thế nào? bố mẹ có biết không? Thầy cô, bạn bè có biết không? Đã yêu mấy lần
4. Bạn bè cùng lứa tuổi có ai đã yêu chưa? Yêu khi nào? Với ai?
5. Có nhiều VTN có người yêu không? có giấu giếm không? có nhiều bạn tình?
6. Gia đình, nhà trường, cộng đồng có ngăn cấm yêu tuổi VTN không?

4. Quan hệ tình dục

1. Thế nào là quan hệ tình dục? Nam nữ gần gũi, âu yếm là các cử chỉ thế nào?
2. Đã bao giờ ôm, hôn, thủ dâm (tự sướng), sờ nắn chỗ kín bạn/người khác giới hay bạn/người khác giới như vậy với mình chưa? lần đầu khi bao nhiêu tuổi?
3. Đã QHTD bao giờ chưa? với ai? Khi bao nhiêu tuổi? tự nguyện hay bị ép buộc, vì sao? Có ai biết không?
4. Bạn cùng trang lứa có ai đã QHTD chưa? QHTD với ai? Có QHTD với mọi dâm không? QHTD ở đâu? Vì sao có bạn QHTD có bạn không QHTD?
5. Có nhiều VTN quan hệ tình dục không? Khác nhau gì giữa nam, nữ? có khác gì thế hệ bố mẹ không?
6. VTN có cần tránh quan hệ tình dục không? tránh như thế nào? thế nào là trinh tiết, ý nghĩa của trinh tiết với nam, nữ?

5. BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD

1. Có biết BPTT nào không, kể tên? Có sử dụng BPTT nào chưa? BPTT nào phù hợp VTN? Có dễ mua dễ kiếm BPTT đó không?
2. Có thai hoặc làm bạn tình có thai bao giờ chưa? Vì sao có thai? bạn tình/bản thân nạo phá thai bao giờ chưa? Có ảnh hưởng gì sức khỏe, học tập không?
3. Có nhiều VTN có thai, nạo phá thai không? Vì sao có thai? Vì sao biết? Gia đình, nhà trường, cộng đồng như thế nào với VTN nạo phá thai?
4. Có biết các bệnh lây truyền qua QHTD không? tên bệnh và biểu hiện? VTN có bị bệnh này không? Khám chữa ở đâu? Phòng tránh thế nào?
5. HIV/AIDs có lây không? lây qua đường nào? Có chữa được không? VTN có thể bị HIV/AIDs không? cộng đồng đối với người HIV/AIDs thế nào?

6. Thông tin về tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD

1. Nói chuyện với ai trong gia đình, ở trường, bạn bè, người khác về tình yêu, tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD không?
2. Xem/đọc thông tin về tình dục, BPTT, bệnh lây truyền qua QHTD từ nguồn nào (TV, băng đĩa sex, sách báo, internet)? Nguồn nào thích hợp với VTN?
3. Thông tin hình ảnh về tình dục, SKSS có tác động, kích thích yêu sớm, quan hệ tình dục sớm ở VTN không?

1.2 Nội dung gợi ý thảo luận nhóm (Focus group discussion)

(VTN, Bô/mẹ VTN - Với Bô/mẹ VTN thảo luận các nội dung về khi họ ở tuổi VTN, so sánh với VTN hiện nay)

Mã số: (gồm TLN/PVS, đối tượng, giới, nhóm tuổi, địa điểm)

Qui định ghi mã số:

Thảo luận nhóm (TLN)=A, phỏng vấn sâu (PVS)=B

Đối tượng: VTN=1, Bô/mẹ=2;

Giới: Nam=1, Nữ=2;

Nhóm tuổi: 10-14 tuổi =1, 15-19 tuổi =2;

Địa điểm: Sao Đỏ=1, Phả Lại=2, Văn An=3, An Lạc=4

(Ví dụ: **A1214** là thảo luận nhóm, với VTN nữ 10-14 tuổi xã An Lạc)

Thông tin cơ bản

STT	Năm sinh	Nam/nữ	Lớp học cao nhất (ghi lớp mấy)	Ghi chú
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Vị trí người tham gia thảo luận

	Người hướng dẫn thảo luận		Thư kí	
1				8
2				7
3			6	
	4	5		

Nội dung TLN

Lời giới thiệu

Qui định: Mỗi người có số riêng, không ghi tên. Các ý kiến đều được tôn trọng, có thể hỏi lại câu hỏi ...

I. Thảo luận nội dung trọng tâm.

Mục đích: Tìm hiểu thông tin về quan niệm về tình dục, SKSS vị thành niên

1. Tuổi vị thành niên, dậy thì, tình yêu

Thế nào là vị thành niên? ở địa phương có từ nào chỉ tuổi VTN?

Thế nào là dậy thì nam, nữ? có từ nào chỉ dậy thì nam, nữ?

Gia đình, nhà trường, cộng đồng có cấm đoán gì với VTN liên quan giới, tình dục?

Thế nào là bạn thân cùng giới, khác giới, người yêu? Thế nào gọi là bạn tình (người yêu, bạn học, mại dâm? Nam hay nữ có nhiều bạn tình hơn?

Biểu hiện yêu tuổi VTN như thế nào? VTN thế nào thì yêu sớm?

2. Tình dục, biện pháp tránh thai, bệnh lây truyền qua QHTD

Thế nào là trinh tiết với nữ, với nam? Ý nghĩa của trinh tiết với nữ, nam?

Khi nào có khả năng QHTD? từ nào chỉ khả năng tình dục?

Thế nào là ham muốn (nhu cầu) tình dục?

Thế nào là quan hệ tình dục? từ nào chỉ quan hệ tình dục VTN?

Có nhiều VTN đã QHTD không? với ai/mại dâm? tuổi/cấp học nào? khác nhau gì giữa nam/nữ, thành thị/nông thôn?

Vì sao có VTN có QHTD sớm?Yếu tố nào thúc đẩy, ngăn cản quan hệ tình dục VTN (yếu tố cá nhân, gia đình, nhà trường, cộng đồng)?

Quan hệ tình dục đồng tính là thế nào? cộng đồng có chấp nhận không?

VTN QHTD có sử dụng BPTT nào không? Bao cao su có phù hợp với VTN không? sẵn có, dễ kiếm không?

Bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) là gì, VTN có bị không, vì sao?

VTN có bị lạm dụng tình dục (cưỡng ép, lừa gạt, dụ dỗ) không? Nam/nữ, vì sao?

Kiến thức VTN thế nào về QHTD, BPTT, bệnh lây truyền qua QHTD?

VTN có thông tin trên từ nguồn nào là chính (gia đình, nhà trường, TV, Internet)?

VTN nói chuyện với ai (gia đình, nhà trường, bạn bè) về tình dục, SKSS?

Có VTN có thai không? Vì sao? Có nạo phá thai không? Làm ở đâu?

HIV/AIDs là bệnh gì? Phòng tránh thế nào? Người bị HIV có bị xa lánh, phân biệt đối xử không? VTN có thể bị HIV/AIDs không?

II. Thảo luận trường hợp giả định

Mục đích: Thu thập thông tin nhạy cảm về QHTD, BPTT, nạo phá thai ở VTN qua nhận định về thực tế liên hệ với mỗi trường hợp giả định về yêu, quan hệ tình dục, có thai, bệnh lây truyền qua QHTD ở tuổi VTN

1. Trường hợp giả định 1: Một bạn gái tên Hương, năm 13 tuổi Hương bắt đầu thấy có nhiều thay đổi về cơ thể mình, chiều cao tăng nhanh, giọng nói có thay đổi, eo thon hơn, vú nhô lên và bộ phận sinh dục cũng có thay đổi, chú ý nhiều hơn đến quan hệ với bạn khác giới v.v. Năm 14 tuổi Hương chưa có kinh nguyệt, một số bạn gái khác đã có chu kỳ.

Thay đổi cơ thể của Hương có ý nghĩa gì? Thay đổi như vậy có bình thường không?

Thông thường khi nào nữ có kinh nguyệt lần đầu là bình thường, không bình thường? nữ VTN cần chú ý gì liên tình dục từ khi có kinh nguyệt lần đầu?

VTN có ngày càng dậy thì sớm hơn không? Nữ khác nam không? có khác bố mẹ?

2. Trường hợp giả định 2: Hùng là một bạn trai ở cùng xóm, cùng tuổi và học cùng lớp Hương. So với các bạn cùng lớp Hùng phổng phao, cao lớn hơn, học giỏi các môn tự nhiên. Hương thỉnh thoảng nhờ Hùng hướng dẫn bài tập toán, lý. Từ năm cuối phổ thông cơ sở Hương cảm thấy Hùng đối xử rất thân mật, gần gũi với Hương, có lần nói với Hương là thấy nhớ Hương khi xa nhau và muốn giúp đỡ Hương nhiều hơn.

Những biểu hiện của Hùng như vậy có ý nghĩa gì? Có phải là biểu hiện tình yêu?

Trường hợp như vậy có nhiều trong nam VTN không? gặp ở VTN như thế nào?

Nam hay nữ yêu sớm hơn, tại sao? Tập quán, cộng đồng có chấp nhận, đồng tình không về yêu tuổi vị thành niên với nam, nữ?

3. Trường hợp giả định 3: Một lần Hùng rủ Hương đi chơi rồi thổ lộ với Hương là cảm tình với Hương, yêu Hương. Hương đã biết Hùng có tình cảm từ trước, Hương cũng quý Hùng. Vậy theo ý kiến của bạn:

Nữ VTN như Hương ứng xử thế nào trong tình huống đó? Tại sao?

Thực tế trong vị thành niên tình huống như vậy có hay xảy ra không?

VTN nam hay nữ thường có thổ lộ trước về tình cảm như vậy?

Có nhiều VTN đã yêu không? yêu nhiều người không?

4. Trường hợp giả định 4: Hùng và Hương vào học trung học phổ thông, cùng trường, khác lớp. Hùng và Hương đã yêu nhau. Năm lớp 11, một lần buổi tối đi dự sinh nhật bạn về, Hùng và Hương ngồi tâm sự, Hùng ôm hôn Hương thắm thiết và ... sau cảm giác lo sợ ban đầu Hương đã chiều Hùng tất cả. Đó là lần đầu tiên Hương trao điều quý giá cho Hùng.

Quan hệ tình dục như Hùng - Hương có chấp nhận được không? Những yếu tố nào tác động, kích thích có thể dẫn đến quan hệ tình dục ở VTN như vậy?

QHTD như vậy có phải là lạm dụng tình dục, cưỡng ép, lừa gạt không? tại sao?

Sau lần đầu quan hệ tình dục, liệu là Hương và Hùng có tiếp tục QHTD nữa không?

Sau khi có quan hệ tình dục tình cảm của Hùng và Hương sẽ thế nào?

Vị thành niên khi yêu có thường quan hệ tình dục như Hùng-Hương không?

VTN thế nào thì có QHTD sớm? Xu hướng VTN có QHTD sớm hơn trước không?

VTN có cần tránh quan hệ tình dục không? tránh quan hệ tình dục bằng cách nào?

Gia đình, nhà trường, hàng xóm có thể biết VTN QHTD không? bằng cách nào? nếu biết VTN QHTD như vậy thì sẽ đối xử thế nào?

5. Trường hợp giả định 5: Có lần Hương thấy chu kì kinh nguyệt không đều, rong máu, bần và hôi băng vệ sinh, thỉnh thoảng đau bụng, dùng thuốc rửa nhiều ngày không khỏi, đi khám bác sĩ chuyên môn được chẩn đoán và điều trị.

Hương có thể bị bệnh gì? Thực tế có nhiều VTN bị bệnh như vậy không? khám chữa ở đâu? phòng tránh thế nào?

6. Trường hợp giả định 6: Không có kinh nghiệm về tình dục và biện pháp tránh thai, một lần sau quan hệ tình dục không dùng biện pháp tránh thai, Hương thấy không có kinh nguyệt nữa, thấy thay đổi khác lạ của cơ thể, đi khám thì đã có thai.

VTN sẽ làm gì trong tình huống của Hương và Hùng? Đẻ hay nạo phá thai? Vì sao? Trong trường hợp như vậy thì gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng có thể biết không? bằng cách nào? Nếu biết sẽ đối xử như thế nào?

Thực tế có VTN có thai như Hương không? Làm thế nào để tránh có thai?

Khi Hương có thai thì tình cảm của Hùng và Hương có thể sẽ thế nào?

Học tập, công việc, sức khỏe, tương lai của Hùng và Hương sẽ ảnh hưởng thế nào?

1.3 Nội dung nhóm đề cử (Nominal group technique - NGT):

Mục đích: Xác định các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ quan trọng đối với QHTD ở VTN theo các nhóm yếu tố cá nhân, gia đình, trường học, cộng đồng.

Bước 1: Cá nhân suy nghĩ bổ sung thêm nội dung yếu tố nguy cơ, bảo vệ nếu còn.

Bước 2: Thảo luận nhóm để làm rõ từng nội dung yếu tố nguy cơ, bảo vệ.

Bước 3: Cá nhân chọn các yếu tố cho là có ở địa phương (khoanh tròn số thứ tự).

Bước 4: Chọn 3 nội dung quan trọng nhất là yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở vị thành niên (đánh dấu nhân X vào vòng tròn trước).

Chuyển lại tờ phiếu hoàn thành cho người hướng dẫn

Mã số

		Yếu tố nguy cơ (yếu tố nào dưới đây thúc đẩy vị thành niên có quan hệ tình dục)	Yếu tố bảo vệ (yếu tố nào dưới đây ngăn cản, bảo vệ vị thành niên tránh quan hệ tình dục)
		1	2
A	Nhóm Yếu tố cá nhân	1. Dậy thì sớm 2. Tính bốc đồng, tò mò 3. VTN có bạn tình, yêu sớm 4. Bạn đồng lứa rủ rê... 5. Xem phim ảnh khiêu dâm 6. Quan tâm tình dục 7. Bị lạm dụng, cưỡng ép tình dục hiếp dâm, sờ nắn...) <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>	a. Dậy thì bình thường b. Tinh thần, tính tình bình thường c. Chơi với các bạn ngoan, gia đình nề nếp d. Các mối quan hệ lành mạnh e. Quan niệm đề cao trinh tiết f. Quan niệm đúng mực về tình yêu, hôn nhân <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>
B	Nhóm Yếu tố gia đình	1. Không hạnh phúc (bố mẹ li dị, bất hòa) 2. Bố mẹ không sống cùng 3. Giao tiếp kém với bố mẹ về vấn đề tình dục 4. Kinh tế nghèo 5. Dạy dỗ, quản lý gia đình kém 6. Mâu thuẫn họ hàng, hàng xóm <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>	a. Hạnh phúc b. Giao tiếp tốt giữa VTN, bố mẹ, các thành viên gia đình c. Quản lý, dạy dỗ tốt d. Gia đình không mâu thuẫn, gần bó <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>
C	Nhóm Yếu tố trường học	1. Không đi học, bỏ học 2. Học lực kém 3. Hạnh kiểm kém 4. Đối xử không công bằng 5. Bị bắt nạt, trêu chọc <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>	a. Đi học b. Học lực tốt c. Hạnh kiểm tốt d. Môi trường đối xử công bằng e. Không bị trêu chọc, bắt nạt <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>
D	Nhóm Yếu tố cộng đồng	1. Khó khăn việc làm 2. Dịch vụ mại dâm 3. Dịch vụ bán, cho thuê, chiếu, băng đĩa phim khiêu dâm/sex 4. Đồng tình quan hệ tình dục, kết hôn sớm 5. Xung đột, cách biệt, tệ nạn 6. Thông tin, ảnh sex trên Internet, sách báo 7. Xu hướng yêu sớm, sống thử (như vợ chồng, buông thả, tự do) <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>	a. Nhiều việc làm b. Không có mại dâm c. Không bán/thuê băng đĩa sex d. Tập quán, cộng đồng tiến bộ e. Không có xung đột, cách biệt f. Quản lý tốt không xem phim ảnh sex ở Internet, sách, truyện g. Chuẩn mực đạo đức truyền thống tốt <u>Còn yếu tố nào nữa không?</u>

1.4 Cơ mẫu và kế hoạch thu thập thông tin định tính

Thời gian	Địa điểm	Thảo luận nhóm (FGD, NGT)				Phỏng vấn sâu			
		VTN (59)		Bố mẹ VTN (51)		VTN (8)		Bố mẹ VTN (8)	
		10-14t	15-19t	10-14t	15-19t	10-14t	15-19t	10-14t	15-19t
3-6/3/2008	Thị trấn Sao Đỏ	1 nhóm nam	1 nhóm nữ	1 nhóm bố nam VTN	1 nhóm mẹ nữ VTN	1 nam	1 nữ	1 bố nam VTN	1 mẹ nữ VTN
8-11/3/2008	Thị trấn Phả Lại	1 nhóm nữ	1 nhóm nam	1 nhóm mẹ nữ VTN	1 nhóm bố nam VTN	1 nữ	1 nam	1 mẹ nữ VTN	1 bố nam VTN
13-16/3/2008	Xã Văn An	1 nhóm nam	1 nhóm nữ	1 nhóm bố nam VTN	1 nhóm mẹ nữ VTN	1 nam	1 nữ	1 bố nam VTN	1 mẹ nữ VTN
18-20/3/2008	Xã Lê Lợi	1 nhóm nữ	1 nhóm nam	1 nhóm mẹ nữ VTN	1 nhóm bố nam VTN	1 nữ	1 nam	1 mẹ nữ VTN	1 bố nam VTN
Tổng hợp (32) 20-25/3/2008		4 nhóm	4 nhóm	4 nhóm	4 nhóm	4 VTN	4 VTN	4 VTN	4 VTN

Phụ lục 2: Công cụ nghiên cứu định lượng

2.1 Bảng hỏi mô đun 1 nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (AH1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BỘ CÂU HỎI NGHIÊN CỨU
SỨC KHOẺ THANH THIẾU NIÊN**

Do trường Đại học Y tế công cộng và Ủy ban Nhân dân Huyện Chí Linh thực hiện

**BẢNG HỎI TỰ ĐIỀN
NGƯỜI CHƯA LẬP GIA ĐÌNH**

Xã/Thị trấn:

Thôn/Tổ:

BẠN HÃY CUNG CẤP THÔNG TIN VÌ THẾ HỆ TRẺ VIỆT NAM KHOẺ MẠNH

Phần A: THÔNG TIN CÁ NHÂN

HƯỚNG DẪN GHI TRẢ LỜI

Bạn hãy viết câu trả lời hoặc khoanh tròn vào phần trả lời phù hợp và chú ý phần chuyển câu

Ví dụ: Bạn Minh năm nay 16 tuổi và đang học lớp 11 thì bạn Minh sẽ viết vào phần trả lời của các câu như sau

	Câu hỏi	Trả lời	Bạn Minh ghi trả lời
Câu 1	Hiện nay Bạn còn đi học không?	1. Có 2. Không → chuyển câu 3	<input checked="" type="radio"/> Có 2. Không
Câu 2	Bạn đang học lớp mấy?	Lớp _____	Lớp <u>11</u>
Câu 3	Bạn bao nhiêu tuổi?	_____ tuổi	<u>16</u> tuổi

☞ Sau đây, xin mời Bạn hãy trả lời các câu hỏi về thông tin cá nhân:

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
A1	Bạn bao nhiêu tuổi?	_____ tuổi	Tuổi dương lịch
A2	Tháng và năm sinh của bạn?	Tháng _____ Năm _____	Ghi tháng, năm dương lịch
A3	Bạn là Nam hay là Nữ?	1. Nam 2. Nữ	

Phần B. SỨC KHOẺ

➤ Sau đây là một số câu hỏi cơ bản về sức khỏe của bạn.

HƯỚNG DẪN GHI TRẢ LỜI

Ví dụ: Trong câu dưới đây nếu bạn trả lời là “Tốt” thì bạn khoanh tròn vào số 2

B1	Nhìn chung thì sức khỏe của bạn thế nào? Bạn tự nhận định sức khỏe của mình như sau: ...	1. Rất tốt <input checked="" type="radio"/> 2. Tốt 3. Trung bình 4. Kém 97. Không biết	MẪU VÍ DỤ
-----------	--	--	------------------

☞ Sau đây, xin mời Bạn hãy trả lời các câu hỏi phần B. Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn.

**ĐỀ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
B1	Nhìn chung thì sức khỏe của bạn thế nào? Bạn tự nhận định sức khỏe của mình như sau: ...	1. Rất tốt 2. Tốt 3. Trung bình 4. Kém 97. Không biết	
B2	Bạn đã bao giờ bị các bệnh sau đây không? (<i>dù chỉ 1 lần</i>) <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Ra mồ hôi lạnh 2. Cảm thấy sức khỏe yếu không rõ lý do 3. Viêm họng hoặc ho 4. Cảm thấy rất mệt không rõ lý do 5. Đái buốt, đái nhiều 6. Cảm thấy thực sự ốm 7. Cảm thấy mệt khi đi lên cao 8. Các vấn đề về da như ngứa, mụn 9. Hoa mắt chóng mặt 10. Đau ngực 11. Đau cơ hoặc khớp xương 12. Đau bụng kinh 13. Chán ăn 14. Khó ngủ hoặc mất ngủ 15. Căng thẳng 16. Buồn rầu, ủ rũ 17. Hay khóc 18. Lo sợ 19. Khác (ghi rõ _____) 20. Không có các triệu chứng trên 97. Không nhớ/không biết	
B3	Bạn đã bao giờ có những bệnh hoặc tật sau đây không? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Bệnh hen 2. Bệnh hô hấp 3. Dị tật bẩm sinh 4. Các vấn đề về mắt 5. Bướu cổ (do thiếu I-ốt) 6. Bệnh lao 7. U bướu, ung thư 8. Bại liệt 9. Cong vẹo cột sống do tư thế ngồi 10. Bệnh khác (ghi rõ _____) 11. Không có bệnh/tật	
B4	Trong 12 tháng qua bạn có bao giờ bị ốm phải nghỉ học hay nghỉ làm không?	1. Có 2. Không	

B5	Lần gần đây nhất bạn được cán bộ y tế khám bệnh <u>cách đây bao nhiêu lâu</u> rồi?	1. Cách gần một năm 2. Từ 1-2 năm 3. Trên 2 năm 4. Chưa bao giờ khám 97. Không biết /Không nhớ	
B6	Lần gần đây nhất bạn được cán bộ y tế khám răng miệng cách đây bao nhiêu lâu rồi?	1. Cách gần 1 năm 2. 1-2 năm 3. Trên 2 năm 4. Chưa bao giờ khám 97. Không biết/Không nhớ	
B7	Bạn cảm thấy thế nào về cân nặng của bạn?	1. Rất gầy 2. Hơi gầy 3. Cân nặng vừa phải 4. Hơi béo 5. Rất béo 97. Không biết	
B8	Bạn đang cố gắng để giảm cân hay tăng cân hay giữ nguyên cân nặng? <i>(Bạn chỉ được chọn MỘT phương án trả lời)</i>	1. Giảm cân 2. Tăng cân 3. Giữ nguyên cân nặng 4. Không quan tâm 97. Không biết	
B9	Bạn thường ngủ trung bình bao nhiêu giờ một ngày ? (kể cả ngủ trưa và ngủ tối)	.....giờ/ngày	

Phần C. DẠY THÌ VÀ SỨC KHOẺ SINH SẢN

- **Khái niệm “mang thai” được hiểu kể cả trong trường hợp người phụ nữ mang thai mà không sinh con do bị sảy thai, hay nạo phá thai, hoặc thai chết trước khi sinh.**
- **Khái niệm một “chu kì kinh nguyệt” được tính từ ngày đầu tiên của kì hành kinh này cho đến ngày đầu của kì hành kinh tiếp theo, thường là 28-30 ngày.**
- **“Mộng tinh” là hiện tượng nam thanh thiếu niên xuất tinh trong khi đang ngủ**

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
C1	Bạn có biết biểu hiện nào sau đây là biểu hiện dậy thì ở nữ? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Chiều cao tăng nhanh 2. Cân nặng tăng nhanh 3. Vú nhô lên, tròn đầy 4. Hồng nở ra, lưng thon 5. Có kinh nguyệt 6. Mọc lông mu 7. Mọc lông nách 8. Giọng nói thay đổi 9. Có ham muốn về tình dục 10. Muốn có bạn khác giới 11. Cơ quan sinh dục ngoài phát triển 97. Không biết	
C2	Theo bạn, từ khi nào một bạn nam có thể làm bạn nữ có thai? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Từ khi có biểu hiện xuất tinh 2. Từ khi mọc lông mu 3. Từ khi mọc lông nách 4. Từ khi cơ quan sinh dục phát triển 5. Khác (ghi rõ) _____ 97. Không biết	
C3	Theo bạn, từ khi nào một bạn nữ có thể có thai? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Từ khi vú to lên, tròn đầy 2. Từ khi có kinh nguyệt 3. Từ khi mọc lông mu 4. Từ khi mọc lông nách 5. Từ khi cơ quan sinh dục phát triển 6. Khác (ghi rõ) _____ 97. Không biết	
C4a	<i>Nếu bạn là nam giới bạn hãy trả lời câu hỏi sau:</i> Bạn mộng tinh (xuất tinh khi ngủ) LẦN ĐẦU TIÊN khi Bạn BAO NHIÊU TUỔI?	_____ Tuổi 0. Tôi chưa từng mộng tinh 97. Không nhớ	Tuổi đương lịch
C4b	<i>Nếu bạn là nữ giới bạn hãy trả lời câu hỏi sau:</i> Bạn có kinh nguyệt (bị hành kinh) LẦN ĐẦU TIÊN khi Bạn BAO NHIÊU TUỔI?	_____ Tuổi 0. Tôi chưa có kinh nguyệt 97. Không nhớ	Tuổi đương lịch

C5	<p>Theo bạn, thời điểm nào trong chu kỳ kinh nguyệt bạn gái dễ mang thai nhất?</p> <p><i>(Bạn chỉ lựa chọn MỘT phương án trả lời)</i></p>	<p>1. Giữa chu kỳ kinh nguyệt (khoảng ngày thứ 14-15)</p> <p>2. Trong những ngày có hành kinh</p> <p>3. Ngay sau khi sạch hành kinh</p> <p>4. Ngay trước ngày có hành kinh</p> <p>5. Tất cả các ngày trong tháng</p> <p>6. Khác (ghi rõ) _____</p> <p>97. Không biết/Không nhớ</p>	
C6	<p>Bạn gái có thể mang thai hay không dù chỉ quan hệ tình dục một lần?</p>	<p>1. Có thể</p> <p>2. Không thể</p> <p>97. Không biết/Không nhớ rõ</p> <p>98. Từ chối trả lời</p>	
C7	<p>Bạn đã bao giờ nghe nói tới biện pháp tránh thai chưa?</p>	<p>1. Rồi</p> <p>2. Chưa</p> <p>97. Không nhớ</p> <p>98. Từ chối trả lời</p> <p style="text-align: center;">} Chuyển phần D</p>	Phần D trang 7
C8	<p>Bạn đã nghe nói tới những biện pháp tránh thai nào?</p> <p><i>Bạn hãy viết tên của từng biện pháp mà Bạn đã nghe nói tới vào mỗi dòng kẻ bên.</i></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> <p>97. Không nhớ</p>	

Phần D. THÁI ĐỘ ĐỐI VỚI VẤN ĐỀ TÌNH DỤC

- *Dưới đây là một số câu nói liên quan đến vấn đề tình dục. Một vài câu hỏi sử dụng thuật ngữ “Quan hệ tình dục”- nghĩa là một người nam đưa dương vật vào âm đạo/hậu môn hay miệng của người khác (cùng giới hoặc khác giới) hay người nữ dùng miệng, hay bộ phận cơ thể khác kích thích vào âm đạo/hậu môn người nữ khác*
- *Độ chính xác của những thông tin mà Bạn cung cấp sẽ rất quan trọng, nếu như Bạn không muốn trả lời câu hỏi nào đó thì Bạn hãy đánh dấu vào cột "không có ý kiến". Tuy nhiên, chúng tôi rất mong rằng Bạn sẽ hợp tác tốt với chúng tôi và cho biết ý kiến của bạn bằng cách đánh dấu vào ô tương ứng với mức độ đồng ý của bạn với những câu dưới đây.*

HƯỚNG DẪN GHI TRẢ LỜI

Ví dụ : Trong bảng dưới đây, ví dụ câu D1, người ta nói rằng : «Bạn gái không được quan hệ tình dục trước khi cưới», nếu ý kiến của bạn là «Hoàn toàn đồng ý» thì bạn sẽ đánh dấu X vào ô tương ứng trong bảng. Tương tự đối với câu D2.

TT	Nội dung (Mẫu Ví dụ)	Rất đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không biết/ Không có ý kiến
D1	Bạn gái không được quan hệ tình dục trước khi cưới.	X				
D2	Bạn trai không được quan hệ tình dục trước khi cưới.		X			

☞ Xin Bạn bắt đầu trả lời các nội dung sau đây bằng cách đánh dấu (X) vào ô thích hợp :

ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!

Stt	Xin Bạn cho biết THÁI ĐỘ của Bạn đối với các vấn đề tình dục dưới đây:	Trả lời				
		1. Hoàn toàn đồng ý	2. Đồng ý	3. Không đồng ý	4. Hoàn toàn không đồng ý	97. Không biết/ Không có ý kiến
D1	Bạn gái KHÔNG được quan hệ tình dục trước khi cưới					
D2	Bạn trai KHÔNG được quan hệ tình dục trước khi cưới					
D3	Bạn gái thường thích những Bạn trai có kinh nghiệm về tình dục					
D4	Bạn trai thường thích những Bạn gái có kinh nghiệm về tình dục					
D5	Khi kết hôn, một cô gái sẽ tự hào nếu như cô ấy còn trinh trắng (chưa quan hệ tình dục)					

D6	Khi kết hôn, một chàng trai sẽ tự hào nếu như cậu ấy vẫn là trai tân (chưa bao giờ quan hệ tình dục)					
D7	Trong xã hội hiện nay có một số người có quan hệ tình dục với người cùng giới (đồng tính) và hành vi này là chấp nhận được					
D8	Nam và nữ có thể quan hệ tình dục trước khi cưới :	1. Hoàn toàn đồng ý	2. Đồng ý	3. Không đồng ý	4. Hoàn toàn không đồng ý	97. Không biết/ Không có ý kiến
	1. NẾU họ yêu nhau					
	2. NẾU họ đã làm lễ ăn hỏi					
	3. NẾU họ dự định đi đến hôn nhân.					
	4. NẾU cả hai đều muốn điều đó.					
	5. NẾU người nữ sử dụng biện pháp tránh thai.					
	6. NẾU người nam sử dụng biện pháp tránh thai.					
D9	Mang theo bao cao su, nghĩa là bạn chuẩn bị sẵn sàng để quan hệ tình dục					
D10	Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục sẽ làm giảm “sự sung sướng/ khoái cảm”					
D11	Khi quan hệ tình dục với người mà bạn đã quen biết thì KHÔNG cần phải sử dụng bao cao su nữa					
D12	Nếu bạn gái đề nghị bạn tình sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, cô ấy sẽ không được bạn tình tôn trọng					
D13	Bạn thấy ngượng khi mua hay hỏi về bao cao su					
D14	Sử dụng bao cao su tức là KHÔNG tin tưởng bạn tình					
D15	Khi quan hệ tình dục, việc bạn gái gợi ý sử dụng bao cao su là hoàn toàn đúng					

Phần E. Quan hệ tình dục

- *Dưới đây là một số câu hỏi liên quan đến vấn đề tình dục. Một lần nữa, chúng tôi xin nhắc lại rằng, độ chính xác của những thông tin mà Bạn cung cấp rất quan trọng, vì vậy Bạn hãy trả lời đúng những gì diễn ra với Bạn. Chúng tôi cũng hiểu các thông tin này là rất riêng tư, vì vậy, những thông tin mà Bạn cung cấp sẽ không bao giờ bị tiết lộ cùng với tên của Bạn.*

☞ Xin Bạn bắt đầu trả lời các câu hỏi dưới đây:

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
E1	Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với người yêu của mình chưa?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 3. Chưa có người yêu. 98. Từ chối trả lời.	
E2	Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với Bạn bè/Bạn học/ người quen biết chưa?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
E3	Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với người họ hàng của mình chưa?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
E4	Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với người hành nghề mại dâm chưa ?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
E5	Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với một ai đó mà Bạn mới gặp chưa?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
E6	Bạn đã bao giờ có quan hệ tình dục do:		
	a) bị thuyết phục ?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
	b) bị lừa gạt ?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
	c) bị ép buộc/cưỡng bức ?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	
E7	Vậy Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục chưa?	1. Rồi 2. Chưa, chưa bao giờ. 98. Từ chối trả lời.	

***Nếu Bạn trả lời “1. Rồi” ở BẤT KỲ câu nào từ E1 đến E7, Bạn hãy trả lời tiếp từ câu E8**
***Nếu Bạn trả lời “2. Chưa, chưa bao giờ” hoặc “98. Từ chối trả lời” ở TẤT CẢ các câu hỏi từ E1 đến E7, xin mời Bạn chuyển sang phần F, trang 13**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
E8	Những người mà bạn từng có quan hệ tình dục là nam, nữ hay cả hai? <i>(“cả hai” nghĩa là bạn đã có lần quan hệ tình dục với nam và cũng đã có lần từng quan hệ tình dục với nữ)</i>	1. Nam 2. Nữ 3. Cả hai 98. Từ chối trả lời.	
E9	Bạn quan hệ tình dục lần đầu vào năm bạn bao nhiêu tuổi?	.....tuổi 97. Khôngbiết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	Tuổi ương lịch
E10	Người mà bạn quan hệ tình dục LẦN ĐẦU có mối quan hệ như thế nào với bạn?	1. Người yêu 2. Bạn bè/ Bạn học 3. Người mới quen 4. Họ hàng 5. Người lạ 6. Người làm nghề mại dâm 96. Khác (Ghi rõ) _____ 98. Từ chối trả lời	
E11	Người đó bao nhiêu tuổi khi quan hệ tình dục với bạn?	..... tuổi 97. Khôngbiết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	Tuổi ương lịch
E12	Câu nào bên đây mô tả đúng nhất nhận xét của bạn khi bạn quan hệ tình dục LẦN ĐẦU TIÊN. (Bạn chỉ lựa chọn MỘT phương án trả lời)	1. Bạn tự nguyện 2. Bạn bị thuyết phục 3. Bạn bị lừa gạt 4. Bạn bị ép buộc/cưỡng bức 98. Từ chối không trả lời	
E13	LẦN ĐẦU quan hệ tình dục, bạn/bạn tình có dùng biện pháp gì để tránh thai hoặc tránh các bệnh lây truyền qua QHTD không?	1. Có 2. Không → chuyển câu E16 97. Không nhớ. → chuyển câu E17 98. Từ chối trả lời. → chuyển câu E17	

E14	Nếu có, các bạn đã sử dụng biện pháp gì? <i>Hãy ghi câu trả lời của bạn vào ô bên cạnh</i>	1. _____ 2. _____ 97. Không nhớ	
E15	Những lý do chính khiến các bạn sử dụng biện pháp đó là gì? <i>Hãy ghi câu trả lời của bạn vào ô bên cạnh</i>	1 _____ 2_ _____ 3_ _____ 97. Không biết	Trả lời xong, chuyển sang câu E17
E16	Những lý do chính khiến bạn không sử dụng biện pháp nào là gì? <i>Hãy ghi câu trả lời của bạn vào ô bên cạnh</i>	1 _____ 2_ _____ 3 _____ 97. Không biết	
E17	Từ trước đến nay bạn đã có quan hệ tình dục với bao nhiêu người?	_____ Người 97. Không nhớ 98. Từ chối trả lời.	
E18	Trong 12 tháng qua , bạn đã có quan hệ tình dục với bao nhiêu người?	Ghi số lượng: _____ người 0. Không ai cả → chuyển sang E20 97. Không nhớ 98. Từ chối trả lời	Nếu chọn 0, chuyển sang câu E20
E19	Trong 12 tháng qua, bạn thường xuyên sử dụng biện pháp tránh thai nào? <i>(Bạn chỉ được lựa chọn MỘT phương án trả lời)</i>	0. Không dùng gì 1. Bao cao su 2. Thuốc uống tránh thai 3. Thuốc tiêm, thuốc cấy 4. Vòng tránh thai 5. Đình sản nam/nữ 6. Biện pháp truyền thống (tính vòng kinh, xuất tinh ngoài) 97. Không nhớ 98. Từ chối trả lời.	

E20	Lần quan hệ tình dục gần đây nhất , bạn/bạn tình của bạn có sử dụng bao cao su không?	1. Có 2. Không → chuyển sang E22 97. Không nhớ } → chuyển sang E23 98. Từ chối trả lời	
E21	Những lý do chính khiến bạn sử dụng bao cao su là gì? <i>Hãy ghi câu trả lời của bạn vào ô bên cạnh</i>	1. _____ 2. _____	Sau khi trả lời CHUYỂN sang câu E23
E22	Những lý do chính khiến bạn không sử dụng bao cao su là gì? <i>Hãy ghi câu trả lời của bạn vào ô bên cạnh</i>	1. _____ 2. _____ 3. _____	
E23	Bạn đã bao giờ cho ai tiền, quà hay sự giúp đỡ để họ chấp nhận quan hệ tình dục với bạn chưa?	1. Có 2. Chưa, chưa bao giờ. 97. Không biết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	
E24	Bạn đã bao giờ nhận từ ai tiền, quà hay sự giúp đỡ để chấp nhận quan hệ tình dục với họ chưa?	1. Có 2. Chưa, chưa bao giờ. 97. Không biết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	

NẾU BẠN LÀ <u>NAM GIỚI</u>, BẠN HÃY TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI TỪ CÂU E25 đến E29, RỒI CHUYỂN SANG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI PHẦN F			
E25	Bạn đã bao giờ làm cho ai mang thai chưa?	1. Rồi 2. Chưa → Chuyển phần F 97. Không biết/Không nhớ rõ → Phần F 98. Từ chối trả lời → Phần F	Phần F (trang 13)
E26	Bạn bao nhiêu tuổi khi LẦN ĐẦU bạn làm cho bạn gái mang thai?	Tuổi _____ 97. Không nhớ	Tuổi dương lịch
E27	Đã bao nhiêu lần bạn làm cho các bạn gái mang thai? (nếu cô ấy đang mang thai, tính cả lần đang mang thai này)	Số lần _____ 97. Không biết/ Không nhớ 98. Từ chối trả lời	
E28	Bạn đã bao giờ làm cho ai có thai và rồi sau đó phải nạo/phá thai chưa?	1. Có 2. Không → Chuyển sang phần F 97. Không biết/không nhớ → phần F	Phần F (trang 13)
E29	Nói về lần gần đây nhất mà bạn quan hệ tình dục và làm cho bạn gái có thai rồi sau đó phải nạo/hút, lý do CHÍNH của lần nạo phá thai đó là gì? (Bạn chỉ chọn MỘT lý do chính)	1. Chưa muốn có con 2. Do không muốn giới tính của trẻ đó 3. Gia đình ép buộc 4. Bạn tình ép buộc 5. Lý do về kinh tế 6. Lý do về sức khỏe 96. Lý do khác (ghi rõ) _____ 97. Không biết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	Trả lời xong chuyển phần F (trang 13)
NẾU BẠN LÀ <u>NỮ GIỚI</u>, BẠN HÃY TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI TỪ CÂU E30 đến E34, RỒI CHUYỂN SANG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI PHẦN F			
E30	Bạn đã bao giờ mang thai chưa?	1. Rồi 2. Chưa → Chuyển phần F 97. Không biết → Chuyển phần F 98. Từ chối trả lời → Chuyển phần F	Phần F (trang 13)
E31	Bạn bao nhiêu tuổi khi bạn mang thai LẦN ĐẦU?	Tuổi _____ 97. Không nhớ	Tuổi dương lịch
E32	Bạn đã mang thai bao nhiêu lần? (nếu bạn đang mang thai, tính cả lần đang mang thai này)	Số lần _____ 97. Không nhớ	

E33	Bạn đã bao giờ nạo/phá thai chưa?	1. Có 2. Chưa → Chuyển sang phần F 98. Từ chối trả lời → phần F	Phần F (trang 13)
E34	Bạn hãy cho biết lý do CHÍNH của lần nạo/ phá thai gần đây nhất là gì? <i>(Bạn chỉ được chọn MỘT phương án trả lời)</i>	1. Chưa muốn có con 2. Do không muốn giới tính của trẻ đó 3. Gia đình ép buộc 4. Bạn tình ép buộc 5. Lý do về kinh tế 6. Lý do về sức khỏe 96. Lý do khác (ghi rõ) _____ 97. Khôngbiết/Không nhớ rõ 98. Từ chối trả lời	

Phần F. MỨC ĐỘ TỰ TIN CỦA BẠN VỀ VIỆC SỬ DỤNG BAO CAO SU

- **Những câu dưới đây mô tả tình huống GIẢ ĐÌNH. Với mỗi tình huống, hãy đánh dấu “X” vào ô tương ứng với mức độ tự tin của bạn khi bạn ở tình huống đó.**
- **Chú ý: Trong quan hệ tình dục, khi bạn hoặc bạn tình sử dụng bao cao su thì coi như là hai bạn đã sử dụng bao cao su.**

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	NẾU NHƯ.....	Mức độ tự tin				
		1. Hoàn toàn tự tin	2. Tự tin	3. Chưa tự tin lắm	4. Hoàn toàn không tự tin	97. Không biết
F1	NẾU như bạn/bạn tình muốn dùng bao cao su, bạn cảm thấy tự tin như thế nào để mua hoặc tìm được bao cao su?					
F2	NẾU người quan hệ tình dục với bạn KHÔNG muốn dùng bao cao su, bạn sẽ tự tin như thế nào để thuyết phục người đó sử dụng bao cao su?					

F3	Bạn cảm thấy tự tin như thế nào khi nói với người sẽ quan hệ tình dục với bạn là “nếu KHÔNG dùng bao cao su thì KHÔNG quan hệ tình dục”					
F4	Bạn có tự tin là mình biết dùng bao cao su đúng cách không					
F5	Nếu bạn không muốn quan hệ tình dục, bạn cảm thấy tự tin như thế nào để từ chối					

Phần G. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC - NHẬN THỨC VÀ KINH NGHIỆM

- *Tiếp theo là một số câu hỏi về các bệnh lây truyền qua QHTD, Bạn hãy khoanh tròn số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời phù hợp với bạn.*

ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
G1	Bạn đã bao giờ nghe nói tới các bệnh lây truyền qua QHTD chưa ?	1. Rồi 2. Chưa 97. Không biết/Không nhớ rõ } → Phần H 98. Từ chối trả lời	Phần H (trang 16)

G2	<p>Bạn đã nghe nói tới các bệnh lây truyền qua QHTD nào?</p> <p><i>Viết tên của các BỆNH mà Bạn đã nghe nói tới vào mỗi dòng kẻ bên.</i></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> <p>97. Không biết/không nhớ</p>	
G3	<p>Bạn hãy mô tả các dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh lây truyền qua QHTD?</p> <p><i>Viết từng dấu hiệu/triệu chứng mà Bạn biết vào mỗi dòng kẻ bên.</i></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> <p>97. Không biết/không nhớ</p>	
G4	<p>Theo bạn, có ai mắc bệnh lây truyền qua QHTD mà KHÔNG có dấu hiệu hay triệu chứng nào không?</p>	<p>1. Có</p> <p>2. Không</p> <p>97. Không biết/không nhớ rõ</p>	
G5	<p>Theo bạn, nếu một người mắc bệnh lây truyền qua QHTD thì có ảnh hưởng đến khả năng có con không?</p>	<p>1. Có</p> <p>2. Không</p> <p>97. Không biết/ không nhớ rõ</p>	

G6	<p>Làm thế nào để PHÒNG NGỪA các bệnh lây truyền qua QHTD?</p> <p><i>Viết từng cách mà Bạn biết vào mỗi dòng kẻ bên.</i></p>	<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p> <p>97. Không nhớ/Không biết</p>	
G7	<p>Theo bạn thế nào là quan hệ tình dục an toàn?</p> <p><i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i></p>	<p>1. Ôm bạn tình</p> <p>2. Hôn bạn tình</p> <p>3. Vuốt ve bạn tình</p> <p>4. Sờ chỗ kín bạn tình</p> <p>5. Giao hợp có sử dụng bao cao su</p> <p>6. Khác (ghi rõ) _____</p> <p>97. Không biết</p>	
G8	<p>Bạn đã bao giờ mắc bệnh lây truyền qua QHTD chưa?</p>	<p>1. Rồi</p> <p>2. Chưa</p> <p>97. Không biết/Không nhớ rõ } → Phần H</p> <p>98. Từ chối trả lời</p>	<p>Phần H (trang 16)</p>
G9	<p>Nếu có, bạn bị bệnh lây truyền qua QHTD <u>LẦN ĐẦU</u> vào năm bạn bao nhiêu tuổi?</p>	<p>_____ Tuổi</p> <p>97. Không nhớ rõ</p> <p>98. Từ chối trả lời</p>	<p>Tuổi dương lịch</p>

Phần H. NHẬN THỨC VỀ HIV/AIDS

Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời mà bạn cho là phù hợp với bạn.

ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
H1	Bạn đã bao giờ nghe nói tới HIV/AIDS chưa?	1. Rồi 2. Chưa 97. Không biết/Không nhớ rõ } → Phần Y 98. Từ chối trả lời	Phần Y (trang 17)
H2	Làm thế nào để giảm nguy cơ nhiễm HIV/AIDS? <i>Viết từng cách mà Bạn biết nhằm giảm nguy cơ nhiễm HIV/AIDS vào mỗi dòng kẻ bên.</i>	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 97. Không biết, không nhớ .	
H3	Nếu bạn nghi ngờ ai đó nhiễm HIV/AIDS, bạn có thể làm những gì cùng họ <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Ăn chung với họ 2. Đụng chạm như: Bắt tay hoặc ôm hôn 3. Ngồi cạnh 4. Dùng chung nhà vệ sinh 5. Kết bạn 6. Làm việc cùng 7. Học cùng/chung lớp học 8. Quan hệ tình dục	

		9. Muốn đề nghị người họ hàng bị nhiễm HIV rời khỏi nhà 10. Loại người đó ra khỏi danh sách người quen của bạn 11. Chăm sóc người đó khi bị ốm 12. Khác (ghi rõ.....) 97. Không biết	
H4	Theo bạn, mọi người nơi bạn sinh sống cư xử thế nào với những người bị HIV/ AIDS và gia đình họ? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Cách ly /Tù bỏ 2. Xi nhục/lãng mạ 3. Đòn đại/bàn tán 4. Đuổi đi khỏi quê 5. Yêu thương 6. Cảm thông 7. Đề nghị giúp đỡ 8. Thờ ơ 96. Khác (ghi rõ) 97. Không biết	

Phần Y. HÚT THUỐC

➤ *Tiếp theo là một số câu hỏi về hút thuốc (cả thuốc lá và thuốc lào).*

☞ *Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời mà bạn cho là phù hợp với bạn.*

ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
Y 1	Bạn đã bao giờ hút thuốc chưa, dù chỉ 1 hoặc 2 hơi?	1. Rồi 2. Chưa → chuyển Y 6	
Y 2	Bạn bao nhiêu tuổi khi bắt đầu hút thuốc?	.....tuổi 97. Không nhớ	Tuổi dương lịch
Y 3	Trong 30 ngày qua , bạn hút thuốc bao nhiêu ngày?	0. 0 ngày → chuyển Y 5 1. 1- 2 ngày 2. 3 - 5 ngày 3. 6 - 9 ngày 4. 10 - 19 ngày 5. 20 - 29 ngày 6. Đủ 30 ngày 97. Không nhớ	

Y 4	Trong vòng 30 ngày qua , trung bình bạn hút bao nhiêu điếu thuốc mỗi ngày?	1. Dưới 1 điếu mỗi ngày 2. 2 - 5 điếu 3. 6 - 10 điếu 4. 11 - 20 điếu 5. Trên 20 điếu 97. Không nhớ	
Y 5	Trong 12 tháng qua bạn đã BỎ thuốc lần nào chưa ?	0. Tôi không hút thuốc trong 12 tháng qua 1. Có bỏ 2. Không bỏ 97. Không nhớ	
Y 6	Hiện tại, có những AI trong NHÀ BẠN hút thuốc? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	0. Không có ai 1. Mẹ 2. Bố 3. Chị em gái 4. Anh em trai 5. Người khác (ghi rõ _____)	
Y 7	Trong nhà bạn có sẵn thuốc lá không?	1. Có 2. Không	
Y 8	Bạn có bạn thân nào hút thuốc không?	1. Có 2. Không	
Y 9	Bạn có tin rằng hút thuốc gây ra bệnh tật gì không?	1. Có 2. Không → chuyển phần J 97. Không biết → chuyển phần J	Phần J <i>(trang 18)</i>
Y 10	Nếu có, đó là những bệnh gì?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 97. Không biết	

Phần J. UỐNG RƯỢU

☞Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời mà bạn cho là phù hợp với bạn.

ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
J1	Bạn đã bao giờ uống hết 1 cốc bia, 1 cốc rượu vang hoặc 1 chén rượu chưa?	1. Rồi 2. Chưa → chuyển J3	
J2	Bạn bao nhiêu tuổi khi LẦN ĐẦU bạn uống hết 1 cốc bia, 1 cốc rượu vang hoặc 1 chén rượu?	_____ tuổi 97. Không nhớ	
J3	Bạn đã bao giờ bị say rượu bia chưa?	1. Rồi	

		2. Chưa → chuyển J5					
J4	Trong 12 tháng qua, bao nhiêu lần bạn bị say?	0. 0 lần 1. 1 lần 2. 2-3 lần 3. Trên 3 lần 97. Không nhớ					
J5	Trong 12 tháng qua mỗi việc sau đây xảy ra bao nhiêu lần? (Đánh dấu X vào ô thích hợp)	0. Khô ng lần nào	1. 1 lần	2. 2 lần	3. 3-4 lần	4. 5 lần hoặc hơn	98. Từ chối trả lời
	1. Bạn gặp rắc rối với bố mẹ bởi vì bạn uống rượu bia						
	2. Bạn gặp rắc rối ở trường học bởi vì bạn uống rượu bia						
	3. Bạn gặp rắc rối với bạn bè bởi vì bạn uống rượu bia.						
	4. Bạn làm điều gì đó mà sau đó bạn hối tiếc vì uống rượu bia						
	5. Bạn choáng váng, buồn nôn						
	6. Bạn bị đau bụng hoặc nôn sau khi uống rượu bia						
	7. Bạn hối tiếc đã quan hệ tình dục vì KHÔNG tự chủ sau khi uống rượu bia						
	8. Bạn đánh nhau do uống rượu bia						
J6	Trong gia đình bạn có ai uống rượu hàng ngày hoặc nghiện rượu không? (Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)	0. Không có ai 1. Mẹ 2. Bố 3. Chị em gái 4. Anh em trai 5. Người khác (ghi rõ _____)					
J7	Trong 3 người bạn thân nhất của bạn, có mấy người uống rượu ít nhất 01 lần mỗi tháng?	0. Không có ai 1. 1 Bạn 2. 2 Bạn 3. 3 Bạn 97. Không biết/không trả lời					

Phần K. CHẤN THƯƠNG

☞Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn mà bạn cho là phù hợp với bạn.

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU**

STT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
K1a	Bạn đã từng ngồi sau xe máy hoặc đã từng lái xe máy chưa?	1. Rồi 2. Chưa bao giờ → Chuyển câu K5 3. Không biết/ Không trả lời → Chuyển câu K5	
K1b	Trong 12 tháng qua bạn có lái xe máy không?	1. Có → 2. Không → chuyển câu K2b	
K2a	Bạn có thường xuyên đội mũ bảo hiểm khi lái xe máy không?	1. Có 2. Không	
K2b	Bạn có thường xuyên đội mũ bảo hiểm khi ngồi sau xe máy không?	1. Có 2. Không	
K3	Bạn hãy đưa ra những lý do để bạn đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy hoặc ngồi sau xe máy? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Thi hành đúng luật 2. Nhà trường yêu cầu 3. Nhìn, nghe về tai nạn, tử vong do tai nạn giao thông nên sợ. 4. Chiên dịch truyền thông 5. Được phát mũ bảo hiểm miễn phí 6. Đội mũ bảo hiểm rất dễ 7. Lý do khác (ghi rõ _____) 8. Không lý do	
K4	Trong 30 ngày qua, bao nhiêu lần bạn lái xe máy sau khi uống rượu/bia hoặc ngồi xe máy người khác lái mà họ uống rượu/bia?	0. 0 lần 1. 1 lần 2. 2 - 3 lần 3. 4 - 5 lần 4. 6 lần trở lên 97. Không nhớ	
K5	Trong 30 ngày qua, bao nhiêu lần bạn lái xe ô tô sau khi uống rượu/bia hoặc ngồi xe ô tô người khác lái mà họ uống rượu/bia?	0. 0 lần 1. 1 lần 2. 2 - 3 lần 3. 4 - 5 lần 4. 6 lần trở lên 97. Không nhớ	
K6	Bạn có bao giờ bị tai nạn giao thông chưa?	1. Có 2. Chưa	
K7	Trong 12 tháng qua, Bạn có lần nào bị tai nạn/ thương tích mà phải đến cơ sở y tế khám chữa hoặc phải nghỉ học/nghỉ làm ít nhất là 1 ngày không?	1. Có 2. Không <i>(Bạn hãy đọc định nghĩa tai nạn/thương tích ở ô dưới)</i>	
	<i>Tai nạn thương tích ở đây được hiểu là những thương tổn do: tai nạn giao thông, ngã, tai nạn lao động, va chạm, đánh nhau... dẫn đến vết thương phần mềm chảy máu, bong gân, phù nề xây xát, gãy xương, gãy răng, vỡ thủng nội tạng, chấn thương sọ não; hoặc bỏng, ngạt hơi, ngạt nước, ngộ độc các loại, điện giật, bị súc vật cắn, rắn cắn, ong đốt, v.v... mà cần đến sự chăm sóc của y tế hoặc bị hạn chế sinh hoạt tối thiểu trong 1 ngày)</i>		

Phần L. BẠO LỰC

☞Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời mà bạn cho là phù hợp với bạn.

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
L1	Bạn đã bao giờ bị người khác cố ý gây thương tích chưa?	1. Có 2. Chưa → chuyển phần M	
L2	Ai là người gây thương tích cho bạn trong lần gần đây nhất? <i>(Bạn có thể lựa chọn NHIỀU phương án trả lời)</i>	1. Người hoàn toàn xa lạ 2. Bạn hoặc người mà bạn quen biết 3. Người yêu 4. Bố mẹ, anh chị em ruột 5. Vợ/chồng 6. Người khác 97. Không nhớ/ Không trả lời	
L3	Trong 12 tháng qua, đã bao giờ bạn bị người khác cố ý gây thương tích mà cần phải chăm sóc y tế hay dẫn tới bị hạn chế sinh hoạt ít nhất 1 ngày không?	1. Có 2. Không 97. Không nhớ	

Phần M. SỬ DỤNG MA TUÝ

☞Hãy khoanh tròn vào số tương ứng với câu trả lời của bạn, hoặc viết câu trả lời mà bạn cho là phù hợp với bạn.

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

Stt	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
M1	Bạn đã từng sử dụng ma túy bao giờ chưa?	1. Có 2. Không → chuyển sang phần N	Phần N trang 21
M2	Bạn bao nhiêu tuổi khi Bạn tiêm chích ma túy LẦN ĐẦU?	.....tuổi 0. Tôi không chích ma túy → chuyển sang phần N 97. Không nhớ	Phần N trang 21

M3	Trong 30 ngày qua , bạn tiêm chích ma túy bao nhiêu lần?	0. Không 1. 1 lần 2. 2-3 lần 3. Trên 3 lần 97. Không nhớ/ Không biết	
M4	Bạn đã bao giờ dùng chung bơm kim tiêm với người khác chưa?	1. Có 2. Chưa 97. Không nhớ/ Không biết	

Phần N. SỨC KHOẺ TÂM THẦN

- *Sau đây là một số câu hỏi về các vấn đề sức khỏe tâm thần, bạn hãy đánh dấu (X) vào ô thích hợp. Với mỗi nhận định, bạn hãy cho ý kiến của bản thân bạn.*

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

N1	Trong TUẦN QUA , các việc sau đây xảy ra với bạn theo mức độ như thế nào?	1. Khô ng bao giờ	2. Hiế m khi	3. Thỉnh thoả ng	4. Thườ ng xuyên	5. Luôn luôn	6. Không biết/ không trả lời
	1. Tôi cảm thấy khó chịu với những việc mà hàng ngày tôi cho là bình thường						
	2. Tôi không muốn ăn, chán ăn						
	3. Tôi cảm thấy không thể xua tan sự buồn rầu dù có sự giúp đỡ của gia đình hoặc bạn bè						
	4. Tôi cảm thấy tôi cũng tốt như mọi người khác						
	5. Tôi khó tập trung vào công việc						
	6. Tôi thấy suy nhược/trầm cảm						
	7. Tôi cảm thấy mệt mỗi khi làm việc						
	8. Tôi cảm thấy hy vọng vào tương lai						
	9. Tôi nghĩ rằng cuộc sống của tôi đã thất bại						
	10. Tôi thấy lo sợ						
	11. Tôi đã hạnh phúc						
	12. Tôi ít nói hơn bình thường						
	13. Tôi cảm thấy cô đơn						
	14. Mọi người không thân thiện với tôi						
	15. Tôi cảm thấy buồn						
	16. Tôi cảm thấy mọi người không thích tôi						

N2	Bạn hãy cho biết hiện nay, bạn lo lắng như thế nào về những vấn đề dưới đây:	1. Hoàn toàn KHÔNG lo lắng	2. Lo lắng	3. RẤT lo lắng	4. Không đúng với tôi	5. Không biết
	1. Việc uống rượu của bản thân					
	2. Việc dùng ma túy của bản thân					
	3. Bố/mẹ uống rượu					
	4. Bố/mẹ dùng ma túy					
	5. Bị lạm dụng thể xác					
	6. Bị lạm dụng tình dục					
	7. Đánh nhau và bạo lực trong gia đình					
	8. Bạo lực tại cộng đồng					
	9. Sử dụng ma túy và rượu ở hàng xóm					
	10. Có thai hoặc làm người khác có thai					
	11. Bị mắc HIV/AIDS					
	12. Bố mẹ xa lánh tôi					
	13. Tìm kiếm việc làm khi lớn hơn					

N3	Bạn sẽ đọc các vấn đề sau và cho biết vấn đề nào là quan trọng nhất trong cuộc sống hiện tại của bạn. <i>Bạn hãy khoanh tròn vào MỘT vấn đề bạn cho là quan trọng nhất</i>	0. Học tập 1. Công việc/Việc làm 2. Tiền bạc 3. Sức khỏe 4. Tội phạm 5. Bị hiếp dâm 6. Ma túy 7. Có thai 8. Bị nhiễm HIV/AIDS 9. Khác (ghi rõ _____)	
N4	Giả sử rằng Bạn đang trong tình trạng rất tuyệt vọng (với bất kì lý do nào) Bạn có tính tới các hành động nào sau đây không? <i>(Bạn chỉ được lựa chọn MỘT phương án trả lời)</i>	1. Tìm sự giúp đỡ của ai đó 2. Giữ trong mình và để nó ngấm ngoài dần 3. Tự tử 4. Khác (ghi rõ) _____ 97. Không có ý kiến/ Không biết	
N5	Trong 12 tháng qua, có bao giờ bạn thực sự có ý định tự tử không ?	1. Có 2. Không → chuyển N8	
N6	Trong 12 tháng qua có bao nhiêu lần bạn tự tử ?	0. 0 lần 1. 1 lần 2. 2 - 3 lần 3. 4 - 5 lần 4. 6 lần trở lên 97. Không biết 98. Từ chối trả lời	

N7	Có lần nào bạn tự tử không thành dẫn tới bị chấn thương, ngộ độc, ... cần xử trí cấp cứu không?	1. Có 2. Không	
N8	Trong 12 tháng qua, bạn có người bạn nào tự tử không ?	1. Có 2. Không → chuyển N10	
N9	Có ai bị chết không?	1. Có 2. Không	
N10	Trong 12 tháng qua, trong gia đình bạn có ai tự tử không ?	1. Có 2. Không → Chuyển phần P	Phần P (trang 23)
N11	Có ai bị chết không?	1. Có 2. Không	

Phần P. GIA ĐÌNH - XÃ HỘI

**ĐỂ TRẢ LỜI CHÍNH XÁC CÁC CÂU HỎI, BẠN HÃY YÊU CẦU
ĐIỀU TRA VIÊN GIẢI THÍCH BẤT KỲ CÂU HỎI NÀO BẠN CHƯA HIỂU!**

ST T	Câu hỏi	Trả lời			Ghi chú
P1	Vào bữa cơm hàng ngày, mọi người trong gia đình bạn có mời nhau không?	1. Có 2. Không → chuyển câu P3			
P2	Mọi người mời nhau như thế nào? <i>(Bạn chỉ lựa chọn MỘT phương án trả lời)</i>	1. Tất cả mọi người mời nhau 2. Người ít tuổi mời người lớn tuổi 3. Người lớn tuổi mời mọi người trong gia đình 4. Khác (cụ thể) _____			
P3	Các nhận định dưới đây nói về cuộc sống gia đình, Xin bạn vui lòng cho biết trong gia đình bạn có như vậy không? <i>(Bạn hãy đánh dấu X vào ô tương ứng)</i>	1. Có	2. Không	3. Không rõ	
	1. Mọi người hỗ trợ nhau trong lúc khó khăn				
	2. Mọi người trong gia đình bạn biết công việc của nhau				
	3. Trong gia đình bạn, người nào làm ra tiền, người đó có quyền quyết định				
	4. Bạn thấy tâm sự những điều thầm kín với bạn bè dễ hơn người nhà				
	5. Bạn muốn theo nghề của bố mẹ				
	6. Trong gia đình bạn luôn đối xử bình đẳng giữa con trai và con gái				

P4	<p>Theo bạn, khi lựa chọn bạn đời, nam/ nữ thanh niên hiện nay đặt ra những tiêu chuẩn gì là quan trọng nhất?</p> <p><i>Bạn chỉ CHỌN TỐI ĐA 3 tiêu chuẩn quan trọng nhất</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Người đó kiếm được nhiều tiền 2. Gia đình giàu có 3. Có giáo dục, học thức cao 4. Có nghề nghiệp ổn định 5. Con nhà gia giáo 6. Ngoại hình hấp dẫn 7. Có sức khỏe 8. Hợp nhau về sở thích, tính tình 9. Có tình yêu thực sự 10. Tiêu chuẩn khác (ghi rõ)_____ 																													
P5	<p>Hiện nay, bạn quan tâm tới những vấn đề nào được liệt kê dưới đây? <i>(Bạn hãy đánh dấu X vào ô trả lời thích hợp với bạn)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thất nghiệp 2. Ô nhiễm môi trường 3. Đạo đức xuống cấp 4. Tệ nạn xã hội 5. Buôn Lậu, tham nhũng 6. Khủng hoảng gia đình 7. Nạo phá thai tuổi vị thành niên 8. Cách biệt/phân hoá giàu nghèo 9. Khác (ghi rõ)..... 	<p>Phản trả lời:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">1. Có quan tâm</th> <th style="width: 33%;">2. Không quan tâm</th> <th style="width: 33%;">97. Không biết</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </tbody> </table>			1. Có quan tâm	2. Không quan tâm	97. Không biết
1. Có quan tâm	2. Không quan tâm	97. Không biết																													
.....																													
.....																													
.....																													
.....																													
.....																													
.....																													
.....																													
.....																													

Bạn đã kết thúc trả lời phỏng vấn. Cảm ơn sự hợp tác, giúp đỡ của bạn!

2.2 Bảng hỏi mô đun 2 nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (AH2)

TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI SỨC KHOẺ VỊ THÀNH NIÊN TẠI CHÍ LINH, HẢI DƯƠNG

Do trường Đại học Y tế công cộng và Ủy ban Nhân dân Huyện Chí Linh thực hiện

BẢNG HỎI

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHOẺ VỊ THÀNH NIÊN TẠI HUYỆN CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG

Tên đối tượng:

Cụm/Thôn/Tổ:

Xã/Thị trấn:

Điều tra viên:

Ngày điều tra:

Người kiểm phiếu:.....

BẠN HÃY CUNG CẤP THÔNG TIN VÌ THẾ HỆ TRẺ VIỆT NAM KHOẺ MẠNH

Mã hộ:

Mã cá nhân:

(Đề nghị ĐTV kiểm tra lại mã cá nhân cho chính xác)

Tình trạng hôn nhân: 1. Chưa kết hôn 2. Kết hôn

Ngày sinh:/...../.....

Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

PHẦN A. CỘNG ĐỒNG

Stt	Câu hỏi	Trả lời				
1.	Ở nơi bạn sinh sống có tổ chức lễ hội/hội làng không?	1. Có 2. Không → Chuyển câu 4 97. Không biết → Chuyển câu 4				
2.	Bạn đã bao giờ tham gia các lễ hội/hội làng đó chưa?	1. Đã từng 2. Chưa bao giờ 97. Không nhớ				
3.	Nhìn chung, bạn có thích các lễ hội/hội làng kiểu như thế không?	1. Có 2. Không 3. Không biết				
4	Ở nơi bạn sinh sống có hương ước (qui ước, qui định) của làng không?	1. Có 2. Không → Chuyển câu 7 97. Không biết → Chuyển câu 7				
5	Bạn có biết đến nội dung của hương ước (qui ước, qui định) đó không?	1. Có biết 2. Không biết → Chuyển câu 7 97. Không nhớ → Chuyển câu 7				
6	Theo bạn, có nên tiếp tục duy trì các hương ước (quy định, quy ước) đó không?	1. Có duy trì 2. Có, nhưng cần phải sửa 3. Không 4. Không biết				
7	Bạn cảm thấy như thế nào nếu cần phải mua những thứ sau ở nơi bạn sinh sống?	1 Rất dễ dàng	2 Dễ dàng	3. Khôn g biết	4. Khó	5. Rất khó
	a. Bia/rượu					
	b. Thuốc lá/ thuốc Lào					
	c. Ma túy					
8	Bạn hãy cho biết quan điểm của mình về những nhận định sau đây tại xã/thị trấn bạn đang sống <i>(hỏi lần lượt từ a đến i)</i>	1 Rất không đồng ý	2 Khôn g đồng ý	3. Khôn g biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý
	a. Bạn có rất nhiều bạn ở xã /thị trấn bạn đang sống					
	b. Vào ban ngày, bạn thấy an toàn khi đi lại ở xã/thị trấn bạn đang sống					
	c. Người dân ở xã/thị trấn bạn luôn giúp đỡ nhau trong cuộc sống					
	d. Có rất nhiều tội phạm ở xã/thị trấn bạn đang sống					
	e. Thanh niên ở xã/thị trấn bạn hay gây gỗ đánh nhau.					
	g. Bạn muốn chuyển đi nơi khác sinh sống					
	h. Bạn rất thích sống tại xã/thị trấn của bạn					

i. Bạn sẽ rất tiếc nếu phải chuyển đi nơi khác sinh sống					
--	--	--	--	--	--

PHẦN B. GIA ĐÌNH

Stt	Câu hỏi	Trả lời		
B1. Hỏi vị thành niên về bố đẻ của vị thành niên				
1	Hiện tại, bạn có thường xuyên sống cùng nhà với bố đẻ không?	1. Có → Chuyển câu 4 2. Không		
1.	Tại sao bạn không sống cùng với bố đẻ của mình? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Bố đi học/đi làm xa nhà → Chuyển câu 4 2. Bố mẹ ly dị → Chuyển câu 4 3. Tôi đã lập gia đình nên ở riêng → Chuyển câu 4 4. Bố đẻ đã mất 5. Tôi không biết bố đẻ là ai → Chuyển sang phần B2 6. Khác (ghi rõ)..... → Chuyển câu 4		
2.	Bố bạn mất khi bạn bao nhiêu tuổi?	.....tuổi 97. Không nhớ		
3.	Trình độ học vấn cao nhất của bố bạn là gì?	Lớp (hệ 12 năm)..... 13. Tốt nghiệp Trung cấp/cao đẳng 14. Tốt nghiệp đại học/trên ĐH 97. Không biết		
4.	Bố bạn đã từng bao giờ: <i>(hỏi lần lượt từ a đến c)</i>	1. Có	2. Không	3. Không biết
	a. Say rượu			
	b. Hút thuốc lá/lào			
	c. Hút/hít/tiêm chích ma túy			
B2. Hỏi vị thành niên về mẹ đẻ của vị thành niên				
6.	Hiện tại, bạn có thường xuyên sống cùng nhà với mẹ đẻ không?	1. Có → Chuyển câu 9 2. Không		
7.	Tại sao bạn không sống cùng với mẹ đẻ của mình? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Mẹ đi học/đi làm xa nhà → Chuyển câu 9 2. Bố mẹ ly dị → Chuyển câu 9 3. Tôi đã lập gia đình nên ở riêng → Chuyển câu 9 4. Mẹ đẻ đã mất 5. Tôi không biết mẹ đẻ là ai → Chuyển sang phần B3 6. Khác (ghi rõ).....		
8.	Mẹ bạn mất khi bạn bao nhiêu tuổi?	.....tuổi 97. Không nhớ		
9.	Trình độ học vấn cao nhất của mẹ bạn là			

	gì?	Lớp (hệ 12 năm)..... 13. Tốt nghiệp Trung cấp/cao đẳng 14. Tốt nghiệp đại học/trên ĐH 97. Không biết					
10.	Mẹ bạn đã bao giờ: <i>(hỏi lần lượt từ a đến c)</i>	1. Có	2. Không	3. Không biết			
	a. Say rượu						
	b. Hút thuốc lá/lào						
	c. Hút/hít/tiêm chích ma túy						
B3. Hỏi vị thành niên về mong muốn và chăm sóc của bố mẹ đối với con cái							
11	Ai là người phụ nữ chăm sóc chính khi bạn 10-14 tuổi? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Mẹ đẻ 2. Cô/dì 3. Bác gái 4. Bà nội/ngoại 5. Không có ai → Chuyển câu 14 6. Khác (ghi rõ).....					
12	Khi bạn khoảng 10-14 tuổi, bạn đã chia sẻ với mẹ về các vấn đề bạn lo lắng như thế nào? Ghi chú: Câu 12, 13 Trong thời gian đó, nếu không có mẹ /mẹ đã mất hoặc mẹ bị tâm thần... thì hỏi áp dụng cho người Phụ nữ đã chăm sóc họ	1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. Thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Không bao giờ					
13	Những câu sau mô tả mối quan hệ của mẹ với bạn khi bạn 10-14 tuổi. Bạn sẽ nói thế nào về mức độ người đó: <i>(hỏi lần lượt từ a đến g)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ	6. Không biết
	a. Quan tâm đến bạn/những việc bạn làm						
	b. Tranh luận với bạn						
	c. Phạt khi bạn làm gì sai						
	d. Cho phép bạn làm những việc bạn muốn						
	e. Tin rằng bạn sẽ thành công trong tương lai						
	f. Muốn bạn học tập/làm việc chăm chỉ						
g. Thể hiện rất yêu quý bạn							
14	Ai là người đàn ông chăm sóc chính của bạn khi bạn 10 – 14 tuổi? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Bố đẻ 2. Chú/cậu 3. Bác trai 4. Ông nội/ngoại 5. Không có ai → Chuyển câu 17 6. Khác (ghi rõ).....					

15	Khi bạn khoảng 10-14 tuổi, bạn đã chia sẻ với bố về các vấn đề bạn lo lắng như thế nào? Ghi chú: Câu 15, 16 Trong thời gian đó, nếu không có bố/ bố đã mất hoặc bố bị tâm thần... thì hỏi áp dụng cho người Đàn ông đã chăm sóc họ	1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. Thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Không bao giờ					
16	Những câu sau mô tả mối quan hệ của bố và bạn khi bạn 10-14 tuổi. Bạn sẽ nói thế nào về mức độ người đó: a. Quan tâm đến bạn/những việc bạn làm b. Tranh luận với bạn c. Phạt khi bạn làm gì sai d. Cho phép bạn làm những việc bạn muốn e. Tin rằng bạn sẽ thành công trong tương lai f. Muốn bạn học tập/làm việc chăm chỉ g. Thể hiện rất yêu quý bạn	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ	6. Không biết
17	Bạn cho biết bố/mẹ bạn nhắc nhở bạn về việc thực hiện các hành vi sau như thế nào trong 12 tháng qua? Ghi chú: chỉ hỏi người chưa kết hôn a. Không được đi chơi khuya b. Không được hút thuốc/uống rượu c. Không được sử dụng ma túy d. Không được đua xe e. Không được yêu trong khi còn đi học	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ	
18	Trong 12 tháng qua, bố hoặc mẹ bạn có mặt ở nhà vào bữa ăn tối không?	1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. Thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Không bao giờ 6. Không áp dụng (bố và mẹ đều không ở cùng)					

PHẦN C. BẠN BÈ

Stt	Câu hỏi	Trả lời
1.	Trong 12 tháng qua, lúc rảnh rỗi, nếu đi chơi với bạn bè, bạn thường thích đi chơi với ai nhất? <i>(Một lựa chọn)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Một nhóm bạn trai 2. Một nhóm bạn gái 3. Một nhóm cả bạn trai và bạn gái 4. Chỉ một bạn trai 5. Chỉ một bạn gái 6. Không thích đi chơi với ai cả → <p>Chuyển câu 3</p>
2.	Trong 12 tháng qua, khi đi chơi cùng bạn bè, các bạn thường hay đi đâu? <i>(Nhiều lựa chọn – không đọc phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Xem phim, kịch 2. Đi uống cafe 3. Chơi thể thao (đá cầu, cầu lông...) 4. Đi picnic, đi dã ngoại 5. Ăn uống ở nhà một bạn 6. Chơi game, chat, Internet 7. Karaoke 8. Đến chơi nhà bạn 9. Tự tập bạn bè 10. Khác (ghi rõ).....
3	Trong 12 tháng qua, bạn có hay bị những người cùng lứa tuổi <i>bắt nạt</i> (ví dụ: trêu chọc, gọi tên, dọa nạt...)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Không bao giờ
4	Trong 12 tháng qua, bạn đã bao giờ bị những người cùng lứa tuổi <i>hành hung</i> chưa (ví dụ: cào cào, đấm đá, xô đẩy, đánh, bị dọa đánh...)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Không bao giờ

PHẦN D. NHÀ TRƯỜNG

Stt	Câu hỏi	Trả lời
1.	Hiện nay bạn còn đang đi học (văn hóa) không?	1. Có → Chuyển câu 7 2. Không
2.	Khi thôi học, bạn bao nhiêu tuổi?	.....tuổi 97. Không nhớ
3.	Khi thôi học, bạn đã học xong lớp mấy?	Lớp 13. Sơ/Trung cấp 14. CĐ/ĐH/ trên ĐH 97. Không nhớ
4.	Bạn cho biết xếp loại học tập của bạn năm học cuối cùng như thế nào?	1. Xuất sắc 2. Giỏi 3. Khá/tiên tiến 4. Trung bình 5. Yếu/kém 6. Không nhớ
5.	Lý do chính nào khiến bạn không đi học tiếp? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Không đủ tiền nộp học 2. Bị bệnh/khuyết tật 3. Phải làm việc cho gia đình 4. Trường quá xa 5. Gia đình không muốn cho đi học 6. Không muốn đi học thêm nữa 7. Không thi đỗ 8. Lập gia đình 9. Sức học yếu 10. Hay bị trêu chọc 11. Bị thầy cô giáo phạt/ki luật 12. Đã tốt nghiệp 13. Trượt tốt nghiệp 14. Không biết 15. Lý do khác (ghi rõ)
6.	Hiện tại bạn đang làm gì? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Bác sĩ/y sỹ/y tá/ nữ hộ sinh 2. Kỹ sư 3. Giáo viên 4. Công an / Bộ đội 5. Nhà kinh doanh/nhà kinh tế 6. Công nhân 7. Thợ thủ công 8. Nông dân 9. Buôn bán tự do / Dịch vụ 10. Thất nghiệp 11. Nội trợ 12. Đang ôn thi 13. Học nghề 14. Khác (ghi rõ.....) Chuyển sang câu 10
7.	Hiện nay bạn đang học lớp mấy? (tính cho năm	

	học mới này 2007-2008)	Lớp 13. Sơ/Trung cấp 14. CĐ/ĐH/ trên ĐH 97. Không nhớ				
8.	Trong năm học vừa qua, bố/mẹ bạn giám sát (đôn đốc/nhắc nhở) việc học tập của bạn như thế nào?	1. Không giám sát 2. Giám sát ít 3. Giám sát nhiều 4. Không ở cùng cả bố và mẹ				
9.	Bạn cho biết xếp loại học tập của bạn năm học vừa rồi (2006-2007) như thế nào?	1. Xuất sắc 2. Giỏi 3. Khá/tiên tiến 4. Trung bình 5. Yếu/kém 6. Không nhớ				
10.	Bạn đã bao giờ bị lưu ban chưa?	1. Rồi 2. Chưa → Chuyển câu 12				
11.	Bạn bị lưu ban bao nhiêu lần?	----- lần				
12.	Bạn có thích trường mà bạn đang học không? <i>(nếu nghỉ học rồi thì hỏi trường học ở năm học cuối cùng)</i>	1. Rất thích 2. Thích 3. Bình thường 4. Không thích 5. Rất không thích				
13.	Bạn có thấy an toàn khi học tại trường đó không? <i>(nếu nghỉ học rồi thì hỏi trường học ở năm học cuối cùng)</i>	1. Rất an toàn 2. An toàn 3. Bình thường 4. Không an toàn 5. Rất không an toàn				
14.	Bạn đồng ý như thế nào với những nhận định dưới đây: Trong năm học vừa qua thầy/cô giáo ở trường bạn luôn: <i>(nếu nghỉ học rồi thì hỏi trường học ở năm học cuối cùng)</i>	1. Rất không đồng ý	2. Khôn g đồng ý	3. khôn g biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý
	a. Khuyến khích học sinh đặt câu hỏi và nêu quan điểm					
	b. Đối xử công bằng với học sinh					
	c. Hi vọng / kì vọng nhiều về học sinh					
	d. Luôn giúp đỡ và khuyến khích học sinh					
	e. Giáo viên thường khen ngợi khi bạn học tốt					
f. Luôn tôn trọng học sinh						
15.	Bạn cho biết thầy/cô giáo ở trường học của bạn có bao giờ: <i>(hỏi lần lượt từ a đến d)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thườn g xuyên	3. Thỉnh thoản g	4. Hiếm khi	5. Khôn g bao giờ
	a. Chế giễu học sinh					

b. Đánh học sinh					
c. Mắng học sinh					
d. Chửi học sinh					

PHẦN E. CÁ NHÂN

E1. Sự hài lòng về hình thức của bản thân		
1.	Bạn hài lòng như thế nào về chiều cao của mình?	1. Rất hài lòng 2. Hài lòng 3. Bình thường 4. Không hài lòng 5. Rất không hài lòng
2.	Bạn hài lòng như thế nào về cân nặng của mình?	1. Rất hài lòng 2. Hài lòng 3. Bình thường 4. Không hài lòng 5. Rất không hài lòng
3.	Bạn hài lòng như thế nào về hình thức của mình?	1. Rất hài lòng 2. Hài lòng 3. Bình thường 4. Không hài lòng 5. Rất không hài lòng
4.	Nhìn chung, bạn đánh giá như thế nào về sức khoẻ của bạn?	1. Rất tốt 2. Tốt 3. Bình thường 4. Yếu 5. Rất yếu
E2. Các yếu tố bên ngoài		
5.	Bạn đã từng đi đâu xa nhất (tính từ nhà bạn) ?	1. Chưa bao giờ rời khỏi tỉnh tôi đang sống hiện nay → Chuyển câu 7 2. Hà Nội/Hải Phòng/Quảng Ninh 3. Một tỉnh/thành phố khác ở Việt Nam 4. Một quốc gia châu Á khác 5. Một quốc gia khác ngoài châu Á (Châu Âu, Bắc Mỹ, Úc, Châu Phi....)
6.	Trong 12 tháng qua, bạn có thường xuyên đến Hà Nội hay Hải Phòng/Quảng Ninh không?	1. Rất thường xuyên 2. Thường xuyên 3. thỉnh thoảng 4. Hiếm khi 5. Chưa bao giờ
7.	Nhà bạn có xem ti vi bằng ăng ten chảo/đầu thu kỹ thuật số/ đầu thu DTH/ truyền hình cáp không?	1. Có 2. Không
8.	Bạn đã bao giờ vào mạng Internet chưa?	1. Đã từng 2. Chưa bao giờ → Chuyển câu 11

9.	Trong 12 tháng qua, bạn thường truy cập Internet (vào mạng) ở đâu? <i>(Nhiều lựa chọn – không đọc phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhà riêng 2. Nhà bạn 3. Ở trường 4. Các quán Internet 5. Tại nơi làm việc 6. Khác (ghi rõ)..... 				
10.	Trong 12 tháng qua, bạn thường truy cập Internet (vào mạng) với mục đích gì? <i>(Nhiều lựa chọn – không đọc phương án)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chát 2. Chơi điện tử 3. Xem phim 4. Xem thời sự 5. Tìm kiếm thông tin 6. Sử dụng thư điện tử 7. Khác, (ghi rõ) 				
11.	Trong tháng qua, bạn thường làm những việc sau ở mức độ nào? <i>(hỏi lần lượt từ a đến g)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thườn g xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ
	a. Nghe đài					
	b. Xem ti vi					
	c. Sử dụng Internet					
	d. Xem đầu video/đĩa CD/DVD					
	e. Chơi điện tử					
	f. Gọi điện thoại					
	g. Gửi tin nhắn qua điện thoại					
E3. Sự ổn định và thay đổi xã hội						
12.	Trong tương lai bạn muốn làm công việc nào nhất?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bác sĩ/y sỹ/y tá/ nữ hộ sinh 2. Kỹ sư 3. Giáo viên 4. Công an / Bộ đội 5. Nhà kinh doanh/nhà kinh tế 6. Công nhân 7. Thợ thủ công 8. Nông dân 9. Buôn bán tự do/Dịch vụ 10. Khác (ghi rõ.....) 11. Không biết → Chuyển câu 14 				
13.	Bạn nghĩ rằng bạn sẽ có việc làm đó nếu bạn tiếp tục sống ở nơi hiện tại không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không 3. Không biết 				
14.	Trong 3 năm tới, bạn nghĩ là kinh tế gia đình mình sẽ như thế nào so với tình trạng kinh tế hiện nay?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kém hơn 2. Không có gì thay đổi 3. Tốt hơn 4. Không biết 				
15.	Theo bạn, bạn sẽ có công việc tốt hơn bố mẹ bạn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kém hơn 				

	không?	2. Như bố mẹ 3. Tốt hơn 4. Không biết																		
16.	Theo bạn, tương lai tình trạng kinh tế của bạn sẽ như thế nào so với bố mẹ bạn?	1. Kém hơn 2. Như bố mẹ 3. Tốt hơn 4. Không biết																		
17.	Từ nhỏ đến giờ bạn đã thay đổi chỗ ở bao giờ chưa? <i>(Thay đổi trong cùng xã/thị trấn không tính)</i>	1. Đã từng 2. Chưa bao giờ → Chuyển câu 21																		
18.	Bạn đã thay đổi chỗ ở bao nhiêu lần rồi? lần 97. Không nhớ																		
19.	Hiện tại bạn đã sống tại nơi này bao nhiêu lâu rồi? năm và/hoặc tháng																		
20.	Nơi ở cũ của bạn trước khi bạn đến đây là?	1. Thành phố/thị xã 2. Thị trấn 3. Làng xóm 4. Nước khác(ghi rõ)..... 97. Không nhớ																		
21.	Nếu như bạn được lựa chọn, bạn thích sống ở đâu nhất?	1. Thành phố/thị xã 2. Thị trấn 3. Làng xóm/xã? 4. Nước khác(ghi rõ)..... 97. Không biết																		
22.	Từ nhỏ đến giờ bạn có phải thay đổi trường học không? (Không tính chuyển cấp)	1. Có 2. Không → Chuyển câu 24																		
23.	Bạn đã thay đổi trường học bao nhiêu lần rồi? (Không tính chuyển cấp)lần 97. Không nhớ																		
E4. Hành vi tìm kiếm dịch vụ sức khỏe																				
24.	Bạn đã bao giờ nghe nói về những chủ đề sau đây chưa? <i>(Nhiều lựa chọn – Đọc từng phương án ra)</i>	1. Kế hoạch hóa gia đình 2. Sự thụ thai/kinh nguyệt 3. Giới tính và tình dục 4. Tình yêu, hôn nhân và gia đình 5. Chưa nghe về bất kì chủ đề nào ở trên → Chuyển câu 26																		
25.	Bạn được nghe nói về chủ đề/các chủ đề đó thông qua những nguồn nào? <i>(Nhiều lựa chọn – Không đọc phương án)</i>	<table border="0"> <tr> <td>1. Tivi</td> <td>10. Thầy cô giáo</td> </tr> <tr> <td>2. Đài</td> <td>11. Nhân viên y tế</td> </tr> <tr> <td>3. Báo, tạp chí</td> <td>12. Bạn bè</td> </tr> <tr> <td>4. Sách</td> <td>13. Người yêu</td> </tr> <tr> <td>5. Bố</td> <td>14. Internet</td> </tr> <tr> <td>6. Mẹ</td> <td>15. Cộng tác viên dân số</td> </tr> <tr> <td>7. Chị, em gái</td> <td>16. Khác (ghi rõ)</td> </tr> <tr> <td>8. Anh, em trai</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>9. Hàng xóm</td> <td></td> </tr> </table>	1. Tivi	10. Thầy cô giáo	2. Đài	11. Nhân viên y tế	3. Báo, tạp chí	12. Bạn bè	4. Sách	13. Người yêu	5. Bố	14. Internet	6. Mẹ	15. Cộng tác viên dân số	7. Chị, em gái	16. Khác (ghi rõ)	8. Anh, em trai	9. Hàng xóm	
1. Tivi	10. Thầy cô giáo																			
2. Đài	11. Nhân viên y tế																			
3. Báo, tạp chí	12. Bạn bè																			
4. Sách	13. Người yêu																			
5. Bố	14. Internet																			
6. Mẹ	15. Cộng tác viên dân số																			
7. Chị, em gái	16. Khác (ghi rõ)																			
8. Anh, em trai																			
9. Hàng xóm																				
26.	Trong 12 tháng qua, bạn có bị ốm đến mức bạn phải nghỉ học/nghỉ làm không?	1. Có 2. Không → Chuyển sang phần tự điền																		
27.	Trong 12 tháng qua, lần bị ốm/bệnh hoặc tai nạn	1. Có																		

	gần đây nhất (đến mức bạn phải nghỉ học/ngỉ làm) bạn có đi chữa trị không?	2. Không → Chuyển câu 29 97. Không nhớ → Chuyển sang phần tự điền
28.	Bạn chữa trị ở đâu? <i>(Nhiều lựa chọn – không đọc phương án)</i>	1. Y tế nhà trường 2. Mua thuốc tự điều trị 3. Y tế tư nhân 4. Thầy lang 5. Trạm y tế xã/phường 6. Bệnh viện huyện/trung tâm y tế 7. Bệnh viện tỉnh trung ương 8. Khác (ghi rõ) Chuyển sang phần tự điền
29.	Tại sao bạn lại không đi chữa trị? <i>(Nhiều lựa chọn – không đọc phương án)</i>	1. Bệnh nhẹ 2. Phải đi quá xa 3. Không thuận tiện 4. Không có tiền 5. Ngượng ngùng 6. Không tin tưởng vào chất lượng dịch vụ y tế 7. Lý do khác (ghi rõ)

Phần tự điền

(ĐTV hướng dẫn cách điền phiếu và hỗ trợ trong quá trình điền phiếu)

1.	Bạn hãy cho biết quan điểm về những nhận định dưới đây: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến e)</i>	1. Rất không đồng ý	2. Khôn g đồng ý	3. Khôn g biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý
	a. Mọi người nên xây dựng sự nghiệp của mình trước rồi mới nghĩ đến chuyện kết hôn					
	b. Phụ nữ nên nghe lời chồng cho dù ở bất kì hoàn cảnh nào					
	c. Sẽ rất mang tiếng nếu li dị					
	d. Trong một số hoàn cảnh, chồng đánh vợ là có thể chấp nhận được					
e. Phụ nữ không nên thể hiện tình cảm trước với đàn ông						
2.	Bạn hãy cho biết quan điểm của bạn về những nhận định dưới đây: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến f)</i>	1. Rất không đồng ý	2. Khôn g đồng ý	3. Khôn g biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý
	a. Bạn có một số phẩm chất tốt					

	b. Bạn cảm thấy tự hào về bản thân mình					
	c. Bạn nghĩ bạn rất quan trọng đối với gia đình bạn					
	d. Bạn đang hoặc sẽ có một gia đình hạnh phúc trong tương lai					
	e. Bạn sẽ có công việc làm mà bạn thích					
	f. Bạn sẽ có thu nhập cao để sống thoải mái					
3.	Bạn hãy cho biết quan điểm về những nhận định dưới đây: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến f)</i>	1. Rất không đồng ý	2. Khôn g đồng ý	3. Khôn g biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý
	a. Nam giới nên là người làm chủ gia đình					
	b. Người chồng nên chia sẻ bình đẳng trách nhiệm với vợ khi chăm sóc con cái và công việc nhà					
	c. Con trai cần được học tập nhiều hơn con gái					
	d. Trong trường hợp thiếu việc làm, đàn ông được ưu tiên có việc làm hơn là phụ nữ					
	e. Phụ nữ nên có các cơ hội như đàn ông trong các vị trí lãnh đạo ở các cấp					
	f. Phụ nữ nên trao đổi với bạn tình/chồng về nhu cầu của mình về quan hệ tình dục					

Khái niệm “gia đình” ở câu 4,5,6 gồm: Ông bà, cha mẹ đẻ, anh chị em ruột, vợ/chồng, con cái.						
4.	Trong gia đình bạn có ai đã từng.....? <i>(Trả lời lần lượt từ a đến g)</i>	1. Có	2. Không	97. Không biết		
	a. Tự tử					
	b. Có ý định tự tử					
	c. Điều trị tâm thần/tâm lý					
	d. Bị giam giữ					
	e. Bị giết					
	f. Bị đánh/bị hành hung					
	g. Bị hãm hiếp hay bị lạm dụng tình dục					
5.	Bạn đã bao giờ bị các thành viên trong gia đình: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến e)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Khôn g bao giờ
	a. Đánh					
	b. Phân biệt đối xử					
	c. Mắng chửi					
	d. Không quan tâm					
	e. Sờ mó/hiếp dâm hay lạm dụng tình dục					
6.	Trong 12 tháng qua, ở gia đình bạn: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến e)</i>	1. Rất không đồng ý	2. Không đồng ý	3. Không biết	4. ĐỒNG ý	5. Rất đồng ý

	a. Các thành viên trong gia đình hỗ trợ nhau lúc khó khăn					
	b. Khi bạn có khó khăn, nói chuyện với người ngoài dễ hơn với người trong gia đình					
	c. Mọi người trong gia đình đối xử công bằng với nhau					
	d. Trong gia đình mọi người đều chia sẻ trách nhiệm					
	e. Trong gia đình, bạn thường được hỏi ý kiến và ý kiến của bạn thường được tôn trọng					
7.	Trong 12 tháng qua, ở nhà bạn các hiện tượng sau của người lớn tuổi xảy ra với mức độ như thế nào? <i>(Trả lời lần lượt từ a đến d)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ
	a. Giận không nói chuyện với nhau					
	b. Cãi nhau					
	c. Chửi nhau					
	d. Đánh nhau					
8.	Trong 12 tháng qua, những hành vi sau đây xảy ra như thế nào trong bữa cơm nhà bạn <i>(Trả lời lần lượt từ a đến c)</i>	1. Rất thường xuyên	2. Thường xuyên	3. Thỉnh thoảng	4. Hiếm khi	5. Không bao giờ
	a. Chỉ trích/phê bình					
	b. Cãi nhau/mắng nhau					
	c. Xô mâm					
9.	Hiện tại bạn có bao nhiêu người bạn thân?	.....người 97. Không có bạn thân → Chuyển câu 14				
10.	Bây giờ bạn cho biết trong số những người bạn thân nhất mà bạn vừa nghĩ đến, có bao nhiêu người làm những điều sau: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến h)</i>	1. Không biết	2. Không có ai	3. Một vài người	4. Hầu hết các bạn	5. Tất cả
	a. Có ý định tự tử					
	b. Tự tử					
	c. Hút thuốc					
	d. Uống rượu					
	e. Sử dụng thuốc phiện/ma túy					
	f. Tham gia băng nhóm					
	g. Thường xuyên mang theo vũ khí					
	h. Thường xuyên bỏ học khi còn đi học					
11.	Cũng với nhóm bạn thân nhất này, có bao nhiêu người đã từng: <i>(Trả lời lần lượt từ a đến g)</i>	1. Không biết	2. Không có ai	3. Một vài người	4. Hầu hết các bạn	5. Tất cả
	a. Có người yêu					
	b. Có quan hệ tình dục trước hôn nhân					
	c. Đã kết hôn					
	d. Bị bệnh lây qua QHTD (Giang mai, Lậu..)					

	e. Nhiễm HIV/AIDS				
	f. Có quan hệ tình dục đồng giới				
	g. Yêu nhiều người một lúc				
12.	Trong nhóm bạn thân trên có ai rủ rê/ép buộc bạn làm những việc sau đây không? <i>(Trả lời lần lượt từ a đến g)</i>	1. Có	2. Không		
	a. Hút thuốc lá				
	b. Uống rượu				
	c. Sử dụng thuốc lắc				
	d. Xem phim con heo/phim sex				
	e. Quan hệ tình dục trước hôn nhân				
	f. Thử dùng ma túy				
	g. Gây rối, bạo lực				
13.	Trong nhóm bạn thân trên có ai động viên bạn KHÔNG NÊN làm những việc sau đây không? <i>(Trả lời lần lượt từ a đến g)</i>	1. Có	2. Không		
	a. Hút thuốc lá				
	b. Uống rượu				
	c. Sử dụng thuốc lắc				
	d. Xem phim con heo/phim sex				
	e. Quan hệ tình dục trước hôn nhân				
	f. Thử dùng ma túy				
	g. Gây rối, bạo lực				
14.	Nếu bạn là nam: Bạn mộng tinh (xuất tinh khi ngủ) lần đầu tiên khi bạn bao nhiêu tuổi? Nếu bạn là nữ: Bạn hành kinh lần đầu tiên khi bạn bao nhiêu tuổi?	<p>..... Tuổi</p> <p>97. Chưa bao giờ → Chuyển câu 17</p> <p>98. Không biết là đã mộng tinh chưa → Chuyển câu 17</p> <p>99. Không nhớ tuổi</p>			
15.	Bạn có nói chuyện đó với ai không?	1. Có	2. Không → Chuyển câu 17		
16.	Bạn nói chuyện đó với ai đầu tiên? <i>(Một lựa chọn)</i>	1. Bố mẹ	6. Bạn bè		
		2. Anh/Chị/Em	7. Người yêu		
		3. Họ hàng	8. Người khác		
		4. Hàng xóm	(ghi rõ)		
		5. Thầy cô giáo	97. Không nhớ		
17.	Bạn đã kết hôn bao giờ chưa?	1. Đã từng → Chuyển câu 24	2. Chưa bao giờ		
18.	Bạn đã bao giờ có người yêu chưa?	1. Có	2. Chưa → Chuyển câu 24		
19.	Bạn đã bao giờ hẹn hò đi chơi riêng với người yêu chưa?	1. Có	2. Chưa		
20.	Bạn và người yêu đã bao giờ cầm tay nhau chưa?	1. Có	2. Chưa		
21.	Bạn và người yêu đã bao giờ hôn nhau chưa?	1. Có	2. Chưa		
22.	Bạn và người yêu đã bao giờ động chạm vào	1. Có			

	những chỗ kín trên cơ thể của nhau chưa?	2. Chưa
23.	Bạn và người yêu đã bao giờ quan hệ tình dục với nhau chưa?	1. Có 2. Chưa
24.	Bạn thích xem những thể loại phim gì? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	1. Phim hành động 2. Phim tình cảm 3. Phim kích dục/phim con heo/phim sex 4. Phim dã sử 5. Phim hài 6. Phim kinh dị 7. Phim hoạt hình 8. Khác (ghi rõ)..... 97. Không biết
25.	Bạn đã bao giờ xem phim kích dục/ phim con heo/phim sex chưa?	1. Đã từng 2. Chưa bao giờ → Kết thúc phỏng vấn 97. Không nhớ → Kết thúc phỏng vấn
26.	Bạn xem phim này lần đầu khi bạn bao nhiêu tuổi?	.....Tuổi 97. Không nhớ
27.	Trong 12 tháng qua, bạn đã từng xem bao nhiêu lần rồi?	0. Không lần nào → Kết thúc phỏng vấn 1. Một lần 2. Hai lần 3. Ba lần trở lên 97. Không nhớ
28.	Bạn xem ở đâu? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	1. Hàng cà phê 2. Hàng Internet (net) 3. Nhà bạn bè 4. Tại cơ quan 5. Tại nhà 6. Nhà hàng xóm 7. Nơi khác (ghi rõ)..... 97. Không nhớ
29.	Bạn đã từng xem phim kích dục, phim sex cùng với ai? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	1. Xem một mình 2. Vợ/chồng 3. Người yêu 4. Anh, chị, em ruột 5. Họ hàng 6. Hàng xóm 7. Bạn bè 8. Đồng nghiệp 9. Người khác (ghi rõ).....

Điều tra viên kiểm tra lại phiếu xem đầy đủ thông tin chưa; sau đó cân, đo và ghi

Chiều cao của đối tượng: cm

Cân nặng của đối tượng: kg

Phụ lục 3: Địa bàn nghiên cứu, hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học DESS tại cơ sở thực địa Chililab, Chí Linh, Hải Dương

I. Một số thông tin về tỉnh Hải Dương, huyện Chí Linh, và thực địa Chililab

Nghiên cứu được tiến hành trong hệ thống giám sát Dịch tễ – Dân số học (DESS) thuộc thực địa Chililab – cơ sở thực địa đào tạo, nghiên cứu của trường Đại học YTCC tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương từ năm 2006 đến năm 2009.

1. Tỉnh Hải Dương

Hải Dương là tỉnh trong đồng bằng bắc bộ, nằm trong vùng tam giác kinh tế trọng điểm Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh với diện tích 1661 km vuông, dân số trên 1,7 triệu người. Về đơn vị hành chính tỉnh chia thành 11 huyện và thành phố thuộc tỉnh. Thành phố Hải Dương là trung tâm tỉnh có quốc lộ 5 chạy qua, cách Hà Nội 57 Km về phía tây và cách Hải Phòng 45 Km về phía đông theo quốc lộ số 5. Địa hình tỉnh Hải Dương chủ yếu là đồng bằng, một số xã thuộc huyện Chí Linh và huyện Kinh Môn có địa hình đồi núi thấp thuộc vòng cung Đông Triều. Trong lịch sử, Hải Dương được mệnh danh là “Lò Tiến sĩ xứ Đông” và là tỉnh có truyền thống lịch sử văn hoá với hàng ngàn di tích lịch sử văn hoá gắn với các tên tuổi và sự nghiệp của nhiều danh nhân như Khúc Thừa Dụ, Trần Hưng Đạo, Nguyễn Trãi, Chu Văn An, Mạc Đĩnh Chi, Tuệ Tĩnh .v.v. trong đó có 25 di tích được xếp hạng quốc gia với 2 di tích xếp hạng đặc biệt. Tỉnh có điều kiện giao thông đường bộ phát triển với các quốc lộ số 5, 18, 39, 183 chạy qua và hệ thống sông ngòi thuận lợi giao thông đường thuỷ đi các tỉnh lân cận. Hải Dương là tỉnh nông nghiệp là chủ yếu và có tiềm năng phát triển về công nghiệp, thương mại, dịch vụ, du lịch [24].

2. Huyện Chí Linh

Chí Linh là một huyện thuộc diện miền núi (đồi thấp) của Hải Dương, cách Hà Nội gần 80Km theo quốc lộ 18, phía bắc và tây giáp tỉnh Bắc Ninh, Bắc Giang,

phía nam giáp huyện Nam Sách, Kim Môn và phía đông giáp huyện Đông Triều tỉnh Quảng Ninh. Diện tích là 300,54 km², dân số trên 150 ngàn người, mật độ dân số trên 520 người/1km vuông (2008), trong đó phụ nữ chiếm 50,3%, bao gồm 17 xã, 3 thị trấn trong đó 13 xã là miền đồi núi. Dân số sống tập trung ở các khu vực thị trấn, xã đồng bằng và nơi có đường quốc lộ đi qua, tỷ lệ dân số thành thị chiếm khoảng 25%. Số vị thành niên 10-19 tuổi chiếm gần 23% dân số. Chí Linh có điều kiện giao thông thuận lợi với Hà Nội và các tỉnh khu vực đông bắc. Đặc điểm phát triển kinh tế chủ yếu là nông nghiệp, lâm nghiệp, công nghiệp và dịch vụ.

Trên 98% dân cư Chí Linh là dân tộc kinh, một số dân tộc ít người như Hoa, Nùng, Dao (Mán), Tày chiếm tỷ lệ không đáng kể. Gần 99% dân cư là không tôn giáo, một tỷ lệ nhỏ là Thiên chúa giáo, đạo Phật. Huyện có trên 100 di tích lịch sử văn hoá (9 di tích được xếp hạng quốc gia), đền thờ các anh hùng, danh nhân văn hoá như đền Côn Sơn thờ Nguyễn Trãi, Kiếp Bạc thờ Trần Quốc Tuấn, đền Chu Văn An thờ nhà giáo Chu Văn An, đền Cao thờ các danh tướng triều Trần, đền Gốm thờ danh tướng Trần Khánh Dư. Chí Linh có tiềm năng phát triển kinh tế công nghiệp, du lịch và đang phát triển đô thị hoá nhanh.

Tỷ lệ dân cư nông lâm ngư nghiệp ở Chí Linh chiếm trên 70% với sản phẩm chủ yếu là lúa ngô, rau, vải thiều, gỗ. Dân cư phi nông nghiệp chủ yếu là tham gia thương mại, dịch vụ, công nghiệp như buôn bán tư nhân, công nhân nhà máy nhiệt điện, sản xuất gạch chịu lửa, đất cao lanh, sản xuất thủy tinh y tế và những năm gần đây xu hướng đi xuất khẩu lao động nước ngoài gia tăng [23].

Toàn huyện có 20 trường THCS thuộc phân cấp quản lý của Phòng giáo dục huyện với 270 lớp, 9746 học sinh, trung bình gần 40 học sinh. Số trường PTTH là 3 trường trong đó có 1 trường bán công (chiếm 1/3 số lớp và số học sinh PTTH) thuộc quản lý trực tiếp của Sở giáo dục tỉnh với tổng số 99 lớp và 5386 học sinh (Báo cáo năm 2007 của phòng Giáo dục huyện).

Hệ thống y tế huyện gồm có phòng y tế huyện, bệnh viện đa khoa hạng II qui mô 150 giường bệnh, một phòng khám đa khoa khu vực với 15 giường bệnh, trung tâm y tế dự phòng huyện và 20 trạm y tế xã. Tổng số lượt khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện năm 2007 là trên 117 ngàn lượt người. Toàn huyện có 87 cơ sở y dược tư nhân gồm 4 phòng khám, 17 cơ sở y học cổ truyền và các cơ sở dịch vụ y tế đa khoa, chuyên khoa, nhà thuốc tư nhân. Người dân dễ dàng tiếp cận các dịch vụ y tế nhà nước và tư nhân để khám chữa bệnh và mua thuốc và các biện pháp tránh thai (Theo báo cáo của phòng y tế huyện năm 2007).

3. Cơ sở thực địa Chililab và hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học DESS

Cơ sở thực địa nghiên cứu và đào tạo của trường Đại học YTCC tại Chí Linh (Chililab) được chính thức triển khai từ năm 2003 trong phạm vi 7 xã thị trấn với dân số gần 65000 người (thời điểm bắt đầu triển khai) và năm 2009 là trên 70 ngàn người. Đây là một cơ sở thực địa đào tạo và nghiên cứu chuyên sâu của trường Đại học YTCC có hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học (Demographic Epidemiologic Surveillance System - DESS). Hệ thống này sẽ giám sát chủ động dọc theo thời gian các thay đổi về dân số, kinh tế văn hoá xã hội, bệnh tật và tử vong. Hệ thống giám sát Dịch tễ - Dân số học tại CHILILAB chú trọng đến nghiên cứu sức khoẻ VTN và chấn thương (các loại hình bệnh tật khác cũng được quan tâm nghiên cứu và các vấn đề dịch bệnh mới nảy sinh). Đây là cơ sở thực địa thứ hai trên thế giới có trọng tâm nghiên cứu về sức khoẻ VTN (sau thực địa Navrongo – Ghana) trong tổng số trên 30 cơ sở thực địa trên thế giới trong hệ thống INDEPTH (Hệ thống mạng lưới toàn cầu các thực địa giám sát Dịch tễ - Dân số học). Thực địa Chililab là thành viên chính thức của hệ thống INDEPTH từ năm 2003.

Hệ thống tổ chức của Chililab gồm một Ban điều hành với các thành viên là lãnh đạo của trường ĐHYTCC, Sở y tế tỉnh Hải Dương, UBND huyện Chí Linh, Trung tâm y tế Chí Linh (nay là Bệnh viện Chí Linh). Các cán bộ thường xuyên làm việc tại Chililab gồm các điều tra viên, giám sát viên và cán bộ nhập số liệu được tuyển

chọn và đào tạo kỹ lưỡng (có nhiều kinh nghiệm điều tra thu thập và nhập số liệu vào máy tính), một số cán bộ của trường ĐHYTCC, các nghiên cứu viên của trường và các cơ quan liên quan khi triển khai các hoạt động nghiên cứu. Việc thu thập các thông tin, số liệu về dân số, sức khỏe, kinh tế xã hội được tiến hành thường xuyên và định kỳ. Các bộ công cụ thu thập số liệu được thiết kế riêng cho điều tra cơ bản, điều tra quý và các mô đun (module) nghiên cứu chuyên biệt khác.

II. Các xã, thị trấn triển khai nghiên cứu định tính (phỏng vấn sâu, TLN)

Nghiên cứu định tính được tiến hành thử nghiệm tại 1 xã và 1 thị trấn (ngoài địa bàn thu thập chính thức) sau đó triển khai chính thức tại 2 thị trấn và 2 xã trong cơ sở thực địa Chililab. Một số đặc điểm địa lý, dân số, kinh tế, y tế, giáo dục các xã, thị trấn triển khai thu thập số liệu định tính như sau:

1. Vị trí địa lý, dân số, y tế, giáo dục

Thị trấn Sao Đỏ

Là thị trấn trung tâm huyện Chí Linh có các cơ quan huyện uỷ, UBND huyện, trường học, bệnh viện, bưu điện, trường cao đẳng cơ điện, chợ trung tâm và siêu thị, nhà hàng, khách sạn, sân golf và dân số là 21675 người (báo cáo tổng kết năm 2007, UBND thị trấn Sao Đỏ). Hệ thống giao thông thuận lợi với các quốc lộ 18, 183 chạy qua. Hệ thống y tế nhà nước như bệnh viện đa khoa 150 giường, trung tâm Y tế dự phòng và các dịch vụ y tế tư nhân phát triển, thuận lợi người dân tiếp cận. Trạm y tế thị trấn có 6 cán bộ thực hiện các nhiệm vụ của y tế tuyến xã phường về chăm sóc sức khỏe ban đầu (khám trên 16 ngàn lượt người/năm) và các chương trình y tế quốc gia. Hệ thống giáo dục thị trấn bao gồm các trường mầm non (công lập, bán công), trường tiểu học, trường THCS với 67 lớp, trên 1900 học sinh (42 học sinh đạt các giải thi của tỉnh, huyện, 14 giáo viên dạy giỏi cấp tỉnh, huyện) và 2 trường PTTH của huyện nằm trên địa bàn thị trấn (trong đó có 1 trường bán công).

Mô hình trường bán công mới được thành lập một số năm gần đây, việc quản lý học sinh và chất lượng học tập được cho rằng còn hạn chế hơn trường công lập.

Thị trấn Phả Lại

Nằm cách trung tâm huyện khoảng 10Km về phía tây, thị trấn Phả Lại có diện tích trên 13,8 Km vuông và dân số 5196 hộ, 21147 người với tỷ lệ dân cư phi nông nghiệp chiếm 48% gồm cả công nhân các đơn vị trung ương đóng trên địa bàn (báo cáo tổng kết năm 2007, UBND thị trấn Phả Lại). Trên địa bàn thị trấn có nhiều công trình cơ quan trung ương, tỉnh, địa phương như nhà máy nhiệt điện Phả Lại, nhà máy thủy tinh y tế và hệ thống giao thông thuận lợi bao gồm đường bộ (quốc lộ 18), đường sắt và đường thủy. Hệ thống y tế trên địa bàn có trạm y tế thị trấn với 5 cán bộ, phòng khám đa khoa khu vực với 15 giường bệnh. Các dịch vụ y dược tư nhân phát triển và thuận lợi người dân tiếp cận. Hệ thống giáo dục được coi là điểm sáng của tỉnh với cả 3 khối trường mầm non, tiểu học, THCS đều là tiên tiến của ngành giáo dục huyện, tỉnh. Số lượng giáo viên dạy giỏi có 10 người đạt danh hiệu dạy giỏi cấp huyện, 2 cấp tỉnh và học sinh học giỏi có 69 cấp huyện, 10 cấp tỉnh.

Xã Văn An

Văn An là một xã nông nghiệp quốc lộ 18 chạy qua, xã ở giữa và tiếp giáp thị trấn Phả Lại và thị trấn Sao Đỏ. Xã có diện tích 14,36 km vuông và dân số 9181 người với tỷ lệ dân cư nông nghiệp chiếm trên 70 % . Trên địa bàn xã có một công ty may mặc và một nhà máy sản xuất ống thép góp phần tạo việc làm cho người dân xã tham gia lĩnh vực lao động công nghiệp. Hệ thống y tế gồm có trạm y tế xã với 5 cán bộ. Với khoảng cách không xa so với hai thị trấn của huyện (có dịch vụ y dược nhà nước và tư nhân phát triển) nên người dân có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế tương đối dễ dàng hơn so với nhiều xã nông nghiệp khác của huyện. Hệ thống giáo dục gồm các trường mầm non với trên 360 cháu, trường tiểu học có 525 học sinh, THCS có 425 học sinh, học sinh học cấp 3 tại các trường PTTH của huyện

tại thị trấn Phả Lại và thị trấn Sao Đỏ. Văn An cũng là xã có nhiều người đi xuất khẩu lao động nước ngoài, ước tính lượng tiền gửi về năm 2007 khoảng 20 tỷ đồng bằng 1/3 tổng thu ngân sách xã.

Xã Lê Lợi

Nằm cách trung tâm huyện khoảng 12km về phía tây bắc có quốc lộ 37 chạy qua sang tỉnh Bắc Giang, Lê Lợi là một trong các xã vùng sâu vùng xa của huyện có diện tích là trên 14 km vuông, dân số có 2288 hộ 9489 người với tỷ lệ dân cư nông nghiệp là 70,5%. Sản phẩm trồng trọt nông lâm nghiệp chủ yếu là lúa, rau màu, vải thiều, gỗ đồi rừng, và chăn nuôi. Lao động dịch vụ thủ công nghiệp cũng phát triển, như xây dựng, hàn xì, nhôm kính. Toàn xã có 12 đội thợ xây dựng với gần 100 lao động tại chỗ và khoảng 500 lao động thường xuyên đi làm tại các tỉnh khác. Tổng thu của xã từ thủ công nghiệp, dịch vụ năm 2007 là trên 11 tỷ đồng. Số người đi xuất khẩu lao động ở nước ngoài là 123 người. Do điều kiện xa trung tâm huyện, điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế có nhiều khó khăn. Trạm y tế có 6 cán bộ, thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, các chương trình y tế. Hệ thống giáo dục gồm trường mầm non có 14 lớp và 313 cháu, trường tiểu học có 27 lớp với 820 học sinh, trường trung học cơ sở có 16 lớp gồm 606 học sinh và là trường đạt danh hiệu tiên tiến của ngành giáo dục.

2. Đặc điểm kinh tế và cộng đồng

Chí Linh là huyện nông nghiệp nằm trong khu vực đồng bằng bắc bộ, đang trong quá trình phát triển đô thị hoá mạnh. Ở các thị trấn, dân cư đông đúc và sinh sống tập trung trong khu vực trung tâm, khu vực ngoại vi dân cư chủ yếu vẫn làm nông nghiệp, trồng trọt, chăn nuôi. Các thị trấn có thành phần dân cư phi nông nghiệp chiếm tỷ trọng lớn bao gồm người buôn bán (tại các chợ, siêu thị, nhà hàng), công chức viên chức nhà nước, công nhân các nhà máy, xí nghiệp. Dân cư nông nghiệp tại các thị trấn ngày càng giảm đi do ruộng đất canh tác thu hẹp trong quá

trình đô thị hoá, phát triển công nghiệp, dịch vụ. Kỹ thuật và phương tiện sản xuất nông nghiệp ngày càng thuận tiện hơn giảm lao động thủ công, tăng năng suất. Lao động nông nghiệp chỉ bận vào một số tháng mùa vụ trong năm và dôi dư lao động khi nông nhàn. Vì vậy nhiều người tìm kiếm việc làm phụ, nghề phụ, tiểu thủ công nghiệp, buôn bán, nghề khác hoặc làm việc di cư theo mùa vụ đến các tỉnh lân cận.

Với các xã nông nghiệp, dân cư nông nghiệp chiếm tỷ trọng lớn. Dân số tăng lên trong nhiều năm trước đây làm cho bình quân diện tích đất trên đầu người giảm đi. Phương tiện và công cụ sản xuất nông nghiệp ngày càng phát triển hơn vì vậy sản xuất nông nghiệp cũng được cho rằng ngày càng ít lao động hơn và cũng chỉ bận những dịp mùa vụ (thu hoạch lúa, rau màu, vải thiều, nhãn, gỗ rừng). Thời gian nông nhàn sẽ dôi dư lao động và cũng là thời gian phát triển các ngành nghề dịch vụ như xây dựng, làm đậu, hàn xì, buôn bán nhỏ tại địa phương hoặc di cư lao động mùa vụ tại các địa phương khác trong tỉnh hoặc các tỉnh lân cận như Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh. Lực lượng lao động xuất khẩu đi nước ngoài làm việc cũng là phong trào trong những năm gần đây, chủ yếu là sang các nước như Hàn quốc, Đài Loan, Malaysia, các nước Trung Đông. Việc đi xuất khẩu lao động thường phải đầu tư lớn vì chi phí học tập, chuẩn bị, chi phí môi giới và người dân thường phải vay mượn để đi. Trong quá trình lao động ở nước ngoài người lao động tích lũy tiền gửi về trả vay mượn và thường có dư thêm để phát triển kinh tế gia đình. Việc xuất khẩu lao động được đánh giá là một trong những giải pháp giảm áp lực việc làm tại địa phương, phát triển kinh tế gia đình. Tuy nhiên cũng nhiều vấn đề phát sinh như vỡ nợ, không đi sang nước ngoài được, con cái và gia đình ở nhà thiếu sự quan tâm, chăm sóc, nên đưa đòi hư hỏng hoặc những quan hệ tình cảm nam nữ phức tạp.

Chính quyền địa phương các xã, thị trấn bao gồm Đảng uỷ, các chi bộ đảng tới các thôn, UBND xã với chính quyền đến các trưởng thôn và các các Đoàn thể, như của Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ, Hội nông dân, Mặt trận tổ quốc, Hội cựu chiến binh .v.v. có tổ chức mạng lưới tới thôn xóm. Các hội tự phát như Hội đồng niên, Đồng ngũ, Đồng hương ngày càng phát triển tạo thành các mạng xã hội kết

nói hỗ trợ về tinh thần, chia sẻ thông tin, giúp đỡ nhau phát triển kinh tế, nghề nghiệp. Với truyền thống đoàn kết “tối lửa tắt đèn giúp đỡ nhau” và cấu trúc dân cư làng xóm mỗi gia đình trong thôn thường biết các gia đình khác về điều kiện kinh tế, các thay đổi, phát triển, việc vui việc buồn thường được chia sẻ của làng xóm, Đoàn thể trong thôn trong xã.

3. Cấu trúc gia đình, phương tiện giao thông, thông tin và phát triển VTN

Trong quá trình thu thập số liệu ở thực địa, nghiên cứu viên chính đã gặp gỡ nhiều gia đình, một số người cao tuổi, tham khảo các báo cáo, tài liệu, nghiên cứu liên quan tại địa phương [104] để tìm hiểu và thu thập thông tin về đặc điểm cấu trúc gia đình, cộng đồng, giao thông, thông tin liên lạc. Cấu trúc gia đình mở rộng là phổ biến, gồm nhiều thế hệ cùng chung sống trong một nhà gồm bố mẹ, ông bà, con, cháu. Các cặp gia đình trẻ ở nông thôn sau khi kết hôn thường sống cùng, ăn ở chung với gia đình bố mẹ chồng trong một thời gian có thể vài năm. Sau đó khi có điều kiện kinh tế thì gia đình chồng và vợ chồng trẻ sẽ ăn riêng có thể vẫn chung nhà hoặc làm nhà mới trên diện tích gia đình có hoặc mua nhà đất mới. Thông thường vợ chồng của người con trai trưởng ở với cha mẹ, chăm nom cha mẹ, một số gia đình thì con trai thứ hoặc con út ở cùng bố mẹ nếu con trưởng ở xa. Cấu trúc gia đình như vậy giúp gia đình trẻ tiếp thu và chuyển tiếp được các giá trị gia đình chồng cho con dâu cũng như định hình các mối quan hệ trong gia đình đối với con dâu và gia đình vợ chồng trẻ.

Cấu trúc gia đình truyền thống ngày nay dần thay đổi. Thời gian cặp vợ chồng trẻ ở với bố mẹ ngắn hơn, hay bố mẹ ở gần các con nhưng không ở cùng nhà. Nhiều gia đình chuẩn bị cho vợ chồng trẻ khi kết hôn là ở riêng ngay và nhiều cặp vợ chồng trẻ cũng phấn đấu có đủ điều kiện kinh tế nhất định thì mới kết hôn và sống riêng. Sự thay đổi như vậy diễn ra ở các thị trấn nhanh và nhiều hơn khu vực các xã nông thôn. Ở thị trấn mô hình gia đình hạt nhân (chỉ có bố mẹ và con cái) đang ngày càng phổ biến. Khi cấu trúc gia đình truyền thống thay đổi, sự kết nối các

giá trị truyền thống cũng thay đổi theo. Bên cạnh các mặt tích cực như tạo điều kiện cho gia đình trẻ năng động, chủ động các cơ hội về kinh tế, cuộc sống tự do ít ràng buộc hơn, thì các mặt không tích cực cũng nảy sinh như con cái thiếu trách nhiệm chăm sóc bố mẹ già, quan hệ anh em, họ hàng, nề nếp gia phong thay đổi, các mâu thuẫn, đánh cãi chửi nhau, tranh giành quyền lợi kinh tế, đất đai, tài sản của gia đình bố mẹ phân chia .v.v.. Gia đình mất đoàn kết được cho rằng do tác động của kinh tế thị trường của lối sống thực dụng. Những thay đổi như vậy tác động đến VTN trong giáo dục gia đình, hình thành nhân cách, đạo đức và định hình hành vi ứng xử.

Cấu trúc gia đình truyền thống được cho rằng giáo dục nề nếp, hỗ trợ giúp đỡ nhau về vật chất, tình cảm với các thành viên gia đình là tốt hơn. VTN trong các gia đình truyền thống (nhiều thế hệ sống cùng) có sự kết nối, giao tiếp với gia đình bố mẹ, ông bà gần gũi tốt cho quá trình phát triển, trưởng thành. Độ tuổi VTN thời gian chủ yếu là học tập, nghỉ ngơi, chơi và giúp đỡ gia đình việc nhà. VTN ngày nay học chính khoá và học thêm nhiều, các trường học bán trú thì học sinh ở trường cả ngày. Thời gian nghỉ, chơi của VTN chủ yếu là cuối tuần. Các gia đình hạt nhân (chủ yếu ở các gia đình đô thị) bận nhiều vào làm ăn kinh tế. Khi có điều kiện kinh tế hơn thì cho con cái học thêm hoặc học bán trú (thành thị nhiều hơn nông thôn). VTN học sinh cuối cấp 2 và cấp 3 là học một buổi chính khóa, thời gian còn lại là học thêm và chơi. VTN cũng không phải làm việc giúp gia đình nhiều như thế hệ bố mẹ. VTN có thể tham gia việc nhà như trông em, trông gia đình, VTN nông thôn cũng tham gia công việc nông nghiệp mỗi khi mùa vụ nhưng ít. Gia đình thường quan tâm cho VTN học tập với kì vọng con cái ngoan ngoãn học tốt, sau này có công việc tốt hơn.

Dịch vụ truy cập Internet có tại tất cả các xã, thị trấn trong huyện. Ở các thị trấn dịch vụ Internet rất thuận tiện, nhiều và rẻ tiền (2-3 ngàn đồng/1 giờ). Một số gia đình có máy tính nối mạng ở nhà. Tất cả các xã nông thôn cũng có dịch vụ truy cập mạng Internet, thường ở trung tâm xã. VTN dễ dàng tiếp cận vì rẻ tiền, vấn đề kinh tế không phải là rào cản lớn, học tập và giao lưu bạn bè tác động tới xu hướng

sử dụng mạng (chơi game, chat, tìm hiểu thông tin). Mặc dù học sinh cấp 2 chưa được học về máy tính trong nhà trường, nhưng VTN dễ dàng học hỏi nhau cách sử dụng bàn phím máy tính và truy cập Internet theo sự hướng dẫn của chủ dịch vụ. Nhiều cha mẹ VTN cho rằng khi lên mạng (Internet) con gái chủ yếu là nói chuyện (chat) với nhau, con trai chủ yếu chơi điện tử (game) và chat, nhưng các thông tin không lành mạnh trên mạng về vấn đề tình dục cũng dễ tiếp cận, tác động đến VTN. Nhiều VTN rủ nhau, theo nhau truy cập mạng chơi game ảnh hưởng đến thời gian học tập và nói dối bố mẹ gia đình để có tiền chơi hoặc phát sinh việc xấu như trộm cắp, cấm (cầm đồ) đồ dùng học tập và đồ đạc gia đình. Mặc dù việc quản lý dịch vụ Internet được cho là có những biện pháp tránh truy cập thông tin không lành mạnh nhưng việc VTN chỉ cho nhau, hay các hình ảnh khiêu dâm (sex) tự nhiên nhảy vào khi chơi các chương trình game cũng là phổ biến không thể quản lý hết được.

Điện thoại là phương tiện liên lạc thuận tiện phổ biến ở địa phương. Nhiều gia đình có máy điện thoại bàn (ở thị trấn nhiều hơn các xã nông thôn). Việc trao đổi với bạn bè về học tập qua điện thoại cũng phổ biến trong VTN. Học sinh cấp 2 không được sử dụng điện thoại di động ở trường và ít sử dụng, nhưng cấp 3 thì nhiều học sinh sử dụng và giá điện thoại di động cũ, điện thoại Trung Quốc rẻ có thể vài chục ngàn đến một vài trăm ngàn là có thể sở hữu điện thoại di động sử dụng thẻ trả trước. Việc tải hình nền, nhạc chuông dễ dàng vì vậy điện thoại di động cũng dễ có những hình ảnh được cho là mát mẻ, gợi cảm (sexy), hay khiêu dâm.

Học sinh cấp 2 và 3 không được đi xe máy, học sinh chủ yếu đi học bằng xe đạp, tuy nhiên một số gia đình có điều kiện vẫn mua xe máy cho con tuổi học cấp 3 (chủ yếu con trai). Học sinh đi học bằng xe máy, gửi xe ở nhà dân (dịch vụ ngoài trường) là điều kiện cho VTN có thể bỏ học đi chơi, quan hệ yêu đương sớm. Phương tiện đi lại dễ dàng hơn như xe đạp (hay xe máy) giúp cho VTN ít phải trọ học có thể đi về hàng ngày. Học sinh cấp 3 nếu ở xa thì bố mẹ vẫn chuẩn bị đồ ăn trưa hoặc cho tiền ăn trưa để con cái có thể sáng đến trường, chiều học thêm và tối về nhà. Trọ học chủ yếu với học sinh học cao đẳng, trung học chuyên nghiệp ở

trung tâm huyện mà quê ở xa. Điều kiện học tập và cuộc sống trọ học của học sinh cao đẳng, trung học chuyên nghiệp thiếu sự quản lý của gia đình, giám sát của nhà trường và tác động của xã hội cũng dễ yêu đương, QHTD, điều này có tác động đến VTN địa phương.

Dịch vụ cho thuê bán băng hình và đĩa VCD cũng rất phát triển ở các thị trấn, các xã của huyện. Đầu đĩa Trung Quốc rất phổ biến, hầu hết các gia đình đều có đầu đĩa giá từ vài trăm ngàn đến triệu đồng một đầu đĩa đa dụng VCD/DVD Trung Quốc không kén đĩa. Việc thuê hay mua đĩa rất dễ dàng và rẻ tiền (thuê 1-2 ngàn/đĩa/tuần hay mua 5-7 ngàn đồng 1 đĩa hình). Bên cạnh các đĩa nhạc, phim lành mạnh, các loại phim ảnh ngoài luồng có lồng tiếng việt cũng rất phổ biến như phim trưởng, phim tâm lý tình cảm, tình dục (sex) không thể kiểm soát hay ngăn cấm hết được, kể cả ở các xã nông thôn, vùng sâu, xa trung tâm huyện. Người dân địa phương cho rằng khó quản lý để VTN không xem băng đĩa ngoài luồng. VTN có thể xem trộm bố mẹ khi học ở nhà hay ở nhà bạn mà gia đình quản lý lỏng lẻo, tác động nhiều đến phát triển và quan hệ của VTN.

Phụ lục 4: Phát triển, thử nghiệm công cụ thu thập số liệu định tính

Dự án nghiên cứu sức khoẻ thanh thiếu niên (AH) không tiến hành nghiên cứu định tính. Số liệu định lượng của AH không có đủ biến số đáp ứng mục tiêu (theo mô hình sinh thái kết hợp với khung lý thuyết các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN). Trong nghiên cứu "Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở vị thành niên" cấu phần nghiên cứu định tính được tiến hành nhằm tìm hiểu quan niệm về tình dục, SKSS ở VTN và sự khác nhau giữa thế hệ bố mẹ và vị thành niên. Đồng thời thu thập thông tin định tính về một số yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở VTN mà số liệu định lượng không phản ánh đầy đủ.

1. Thử nghiệm công cụ định tính

Các thủ tục về triển khai nghiên cứu và thủ tục Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học đã được tiến hành theo đúng qui trình, qui định. Công tác chuẩn bị và triển khai nghiên cứu định tính được hỗ trợ của Văn phòng thực địa Chililab và dự án "Tăng cường khả năng giảng dạy và nghiên cứu khoa học về xã hội học và sức khỏe sinh sản" do Quỹ Ford tài trợ cho trường Đại học YTCC.

Mục tiêu của thử nghiệm công cụ định tính là để: a/ Hoàn thiện các công cụ, đảm bảo nội dung thông tin thu thập đáp ứng mục tiêu nghiên cứu; b/ Xác định các thuận lợi, khó khăn của quá trình thu thập số liệu định tính trong thực tế để chuẩn bị tốt cho triển khai thu thập số liệu chính thức; và c/ Thử nghiệm công cụ là một trong các chuyên đề phải tiến hành của nghiên cứu sinh.

1.1 Thời gian thử nghiệm, đối tượng, phương pháp

Tiến hành thử nghiệm công cụ định tính (từ ngày 24/9 đến 29/9/2007) tại cơ sở thực địa Chililab, gồm:

a. Thảo luận nhóm trong tâm, thảo luận trường hợp giả định (02 nhóm)

- Nhóm 1 (nam vị thành niên): Gồm 8 vị thành niên tham gia với các tiêu chuẩn: 4 VTN tại thị trấn (trong đó 2 nam dưới 15 tuổi, 2 nam độ tuổi 15-19). 4 VTN tại các xã (trong đó 2 nam dưới 15 tuổi, 2 nam độ tuổi 15-19).
- Nhóm 2: Gồm 8 bố, mẹ của các vị thành niên đã tham gia thảo luận nhóm 1 ở trên với các tiêu chuẩn: 4 bố (trong đó 2 bố có con dưới 15 tuổi – 1 ở thị trấn, 1 ở xã. 2 bố có con 15-19 tuổi-1 ở thị trấn, 1 ở xã) , và 4 mẹ (trong đó 2 mẹ có con dưới 15 tuổi, – 1 người ở thị trấn, 1 người ở xã, 2 mẹ có con 15-19 tuổi – 1 người ở thị trấn, 1 người ở xã).

b. Phỏng vấn sâu (04 đối tượng)

- 02 Vị thành niên (1 nữ dưới 15 tuổi, và 1 nam 15 – 19 tuổi)
- 02 bố, mẹ (1 bố, 1 mẹ) của vị thành niên phỏng vấn sâu ở trên

c. Kỹ thuật Nhóm đề cử/bầu chọn - Nominal group technique (02 nhóm)

- Nhóm 1 (nữ vị thành niên): Gồm 8 vị thành niên tham gia với các tiêu chuẩn sau: 4 VTN tại thị trấn (trong đó 2 nữ dưới 15 tuổi, 2 nữ độ tuổi 15-19). 4 VTN tại các xã (trong đó 2 nữ dưới 15 tuổi, 2 nữ độ tuổi 15-19).
- Nhóm 2: Gồm 8 bố, mẹ của các vị thành niên vị thành niên đã tham gia trong nhóm 1 với các tiêu chuẩn sau: 4 bố (trong đó 2 bố có con dưới 15 tuổi – 1 ở thị trấn, 1 ở xã. 2 bố có con 15-19 tuổi-1 ở thị trấn, 1 ở xã) , và 4 mẹ (trong đó 2 mẹ có con dưới 15 tuổi – 1 người ở thị trấn, 1 người ở xã, 2 mẹ có con 15-19 tuổi – 1 người ở thị trấn, 1 người ở xã).

1.2 Công tác chuẩn bị (địa điểm, hậu cần)

Văn phòng thực địa Chililab ở Chí Linh đã phối hợp giúp chuẩn bị về thời gian, địa điểm, đối tượng thích hợp và các hoạt động khác tại thực địa không bị chồng chéo. Thời gian này (mới bắt đầu năm học) vị thành niên còn đi học cũng không quá bận trong học tập thi cử. Địa điểm tiến hành là thị trấn Bến Tắm và xã

Hoàng Tiến, các đối tượng tham gia nghiên cứu được các cán bộ thực địa tại địa phương lựa chọn theo đúng tiêu chuẩn, mời tham gia nghiên cứu và được giải thích rõ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu. Trong thời gian này thực địa Chililab cũng vẫn tiếp tục truyền thông về dự án nghiên cứu sức khoẻ thanh thiếu niên và thu thập số liệu modle 2 của dự án, góp phần truyền thông cho người dân cũng như vị thành niên hiểu rõ về nghiên cứu đang triển khai. Công việc hậu cần như in ấn tài liệu giới thiệu, hướng dẫn, các bộ công cụ, máy ghi âm, nguồn lực được chuẩn bị chu đáo cho quá trình thử nghiệm.

1.3 Công cụ, phương pháp, qui trình tiến hành

Công cụ thu thập số liệu định tính trong nghiên cứu gồm các loại: Hướng dẫn Thảo luận nhóm trọng tâm, phỏng vấn sâu, kỹ thuật nhóm đề cử và thảo luận dựa trên các tình huống giả định.

a/ Thảo luận nhóm: Mục đích nhằm tìm hiểu quan niệm về tình yêu, tình dục, có thai, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan. Hai cuộc thảo luận nhóm đã được tiến hành tại nhà dân trong cộng đồng, có diện tích rộng rãi, yên tĩnh, khoảng cách thuận lợi cho việc đi lại của đối tượng tham gia nghiên cứu. Một nhóm thảo luận với 8 VTN (gồm nam, nữ, thị trấn và xã, dưới 15 tuổi và trên 15 tuổi), một nhóm thảo luận có 6 phụ huynh là bố mẹ các vị thành niên đã tham gia thảo luận nhóm VTN ở trên (dự kiến mời 8 người, nhưng 2 người do bận công việc khác nên không thể tham dự).

Với sự phối hợp, giúp đỡ của các cán bộ điều tra viên, giám sát viên của Chililab tại thị trấn Bến Tắm và xã Hoàng Tiến việc chọn và mời đối tượng tham gia nghiên cứu thuận lợi. Một số đối tượng ban đầu băn khoăn về tính bảo mật và riêng tư khi tham gia và cung cấp thông tin nghiên cứu. Tuy nhiên sau khi được cán bộ Chililab giải thích rõ về nội dung, qui trình, lợi ích khi tham gia nghiên cứu, thì các đối tượng đều sẵn sàng hợp tác tham gia nghiên cứu. Một số trường hợp vắng

không tham gia được khi tiến hành thử nghiệm là do bận việc gia đình chứ không phải ngại ngần không tham gia. Vì là địa bàn Chililab đã triển khai nhiều nghiên cứu và thu thập số liệu DESS định kì, nên người dân cũng hiểu rõ quyền lợi, trách nhiệm và không ngại tham gia. Việc lựa chọn địa điểm tại cộng đồng thích hợp để giảm thời gian đi lại, phù hợp công việc gia đình, học tập của đối tượng tham gia.

Thực tế đối tượng tham gia thoải mái trao đổi trong khoảng thời gian trung bình khoảng hơn 1 giờ. Các thông tin thu được qua thử nghiệm phong phú về nội dung nhận thức, quan niệm về tình yêu, tình dục, SKSS vị thành niên, phong tục, tập quán liên quan tình dục và sức khỏe sinh sản cũng như thái độ đồng tình/không đồng tình về tình yêu, tình dục, SKSS tuổi vị thành niên. Nhóm bố mẹ VTN cho rằng các quan niệm về tình dục trước đây khi họ ở tuổi VTN khá khe hơn trong giáo dục, kiểm soát của gia đình, chuẩn mực cộng đồng. VTN ngày nay quan niệm về tình dục đã khác với thế hệ bố mẹ họ, hơn nữa thông tin về tình dục cũng phong phú, dễ dàng tiếp cận hơn với VTN mà nhiều khi bố mẹ không biết được cũng tác động tới lối sống, quan hệ tình dục của VTN.

Nội dung công cụ qua thử nghiệm cho thấy cần có một số điều chỉnh, bổ sung. Cụ thể là bổ sung mã số cuộc TLN, thông tin cơ bản người tham gia, sơ đồ vị trí ngôi thảo luận. Bổ sung điều chỉnh về từ ngữ câu hỏi cho hợp ngôn ngữ địa phương, trình tự câu hỏi ở một số chỗ chưa thích hợp cũng được sắp xếp lại cho logic. Một số nội dung hỏi trùng lặp hoặc không cần cho mục tiêu nghiên cứu, câu hỏi thông tin chung chung nghèo nàn được thay đổi hoặc bỏ đi như trong phần “Thông tin, giáo dục về tình dục và sinh sản VTN”, đồng thời bổ sung một số câu hỏi cần thiết theo mục tiêu. Phần thảo luận một số trường hợp giả định được chuyển nội dung này sang phần nhóm đề cử (Nominal group technique) cho phù hợp hơn và thời gian không quá dài. Thảo luận với bố mẹ VTN được bổ sung rõ hơn phần hỏi thông tin về họ khi ở độ tuổi vị thành niên và so sánh với VTN hiện nay. Độ dài bộ công cụ với thời gian thảo luận khoảng 45-60 phút là thích hợp. Việc giới thiệu rõ

mục đích, ý nghĩa nghiên cứu giúp đối tượng tham gia thảo luận thoải mái không ngại ngần khi sử dụng ghi âm và ghi chép nội dung cuộc trao đổi.

b/ Phỏng vấn sâu: Mục đích nhằm tìm hiểu quá trình phát triển sinh lý sinh dục vị thành niên, quan niệm, hành vi về tình yêu, tình dục, mang thai, nạo phá thai và yếu tố liên quan (cá nhân, gia đình, cộng đồng, xã hội). Bốn phỏng vấn sâu đã được tiến hành với 2 VTN (1 nam, 1 nữ) và 2 bố mẹ VTN (1 mẹ, 1 bố). Các cuộc phỏng vấn sâu được tiến hành ở nhà dân trong cộng đồng, đảm bảo yên tĩnh, riêng tư và phù hợp với đối tượng tham gia. Trong thử nghiệm thấy rằng việc chuẩn bị lựa chọn đối tượng và địa điểm là thích hợp. Cán bộ Chililab tại địa bàn phối hợp tốt trong việc chuẩn bị và mời đối tượng. Các đối tượng tham gia thoải mái, nhiệt tình trao đổi theo nội dung đã chuẩn bị. Quy trình phỏng vấn và độ dài bộ công cụ cần điều chỉnh với thời gian khoảng 45-60 phút. Việc giới thiệu rõ mục đích, ý nghĩa và cách tiến nghiên cứu và tính chất khuyết danh cho thấy không có khó khăn với đối tượng tham gia thảo luận kể khi ghi âm và ghi chép nội dung.

Thông tin thu thập được qua các câu hỏi thông tin về phát triển sinh lý sinh dục tuổi vị thành niên như tuổi dậy thì với các thay đổi cơ thể, tâm sinh lý điển hình (có kinh nguyệt, mộng tinh, phát triển ngực, lông) được VTN trao đổi mô tả cụ thể, đề cập được rõ thời điểm thay đổi dậy thì đó bắt đầu từ năm học, cấp học nào. Quan niệm về tình bạn cùng giới, khác giới và tình yêu, tình dục, nạo phá thai cũng được VTN trao đổi với thông tin phong phú và hợp tác tốt. Tuy nhiên một số thông tin nhạy cảm hỏi trực tiếp về đã yêu chưa, về hành vi quan hệ tình dục chưa, nạo phá thai của bản thân VTN thì thường VTN rất khó hay không trả lời trực tiếp về bản thân mà liên hệ tới các bạn bè hoặc VTN khác cùng trang lứa dễ hơn. Vì vậy cần thời gian tiếp cận trước, giao tiếp tin cậy, cách trao đổi, đặt câu hỏi xa gân, trực tiếp, gián tiếp để có được thông tin. Các thông tin về yếu tố liên quan khuyến khích hay ngăn cản tình yêu, tình dục tuổi VTN cũng thu thập được phong phú theo các khía cạnh yếu tố cá nhân, bạn bè, gia đình, nhà trường và cộng đồng. Thông tin thu được trong thử nghiệm phong phú về quan niệm tình yêu, tình dục, SKSS vị thành

niên và yếu tố liên quan, thái độ đồng tình/không đồng tình về tình yêu, tình dục tuổi vị thành niên. Nhóm bố mẹ VTN cho rằng quan tâm hơn tới con cái, nhưng không kiểm soát tốt được thời gian VTN học ở trường, ngoài gia đình. Giao tiếp ít về tình dục, SKSS giữa con cái và bố mẹ đặc biệt là với con trai. VTN cho rằng thông tin về tình dục, SKSS tác động tới VTN qua nhiều kênh, dễ dàng qua trao đổi bạn bè, Internet, sách báo mà bố mẹ nhiều khi không quan tâm hoặc không có điều kiện tiếp cận. Quan niệm và hành vi tình dục chịu ảnh hưởng nhiều của cuộc sống hiện đại, qua phim ảnh, Internet làm cho xu hướng tình dục ngày càng cởi mở hơn. Kỹ thuật phòng vấn dựa trên các trường hợp giả định (dậy thì, yêu, quan hệ tình dục, có thai, nạo thai, bệnh lây truyền qua QHTD) cho thấy VTN thoải mái, dễ trả lời các ý kiến của bản thân và liên hệ với VTN hiện nay với từng tình huống cụ thể của nhân vật nam, nữ VTN trong câu chuyện giả định. VTN không ngại bày tỏ sẽ ứng xử như thế nào của bản thân nếu gặp tình huống tương tự cũng như xu hướng VTN hiện nay ứng xử thế nào trong mỗi tình huống như vậy. Hầu hết thông tin cho thấy VTN dậy thì vào tuổi cuối cấp 2, nhiều VTN yêu trong cấp 3, khi yêu có hành vi QHTD không giao hợp là phổ biến. Quan hệ tình dục giao hợp có thể vào năm cuối cấp 3 với những VTN đã có thời gian yêu nhau lâu, nhưng thường thì bố mẹ và gia đình không thể biết (bạn bè thân có thể biết hoặc khi yêu rồi chia tay nhau thì VTN nói ra bạn bè có thể biết). Thông tin về nạo phá thai thì khó biết, tuy nhiên đã có VTN đẻ con, hoặc cưới khi học cấp 3. Bệnh lây truyền qua QHTD ít gặp ở VTN.

Nội dung công cụ phỏng vấn sâu sau thử nghiệm cũng cần bổ sung một số về từ ngữ, câu hỏi, trình tự câu hỏi ở một số chỗ cho thích hợp. Thêm mã số cuộc PVS, và một số thông tin cơ bản người tham gia. Bỏ bớt nội dung hỏi trùng lặp, không sát mục tiêu, hoặc thông tin chung chung như trong phần “Yếu tố gia đình, nhà trường, cộng đồng và xã hội”, “Thông tin, giáo dục tình dục”. Bổ sung một số câu hỏi cần thiết như trong phần “Tình dục, sức khỏe sinh sản VTN”. Phần thảo luận về trường hợp giả định tập trung thu thập các thông tin về nhận xét, nhận định, quan điểm, thái độ của người trả lời đối với mỗi tình huống cụ thể, so sánh với bản thân và vị thành niên hiện nay. Nội dung phần này phù hợp, tuy nhiên cần điều chỉnh một số từ ngữ

phù hợp. Công cụ phỏng vấn sâu bố mẹ VTN cần bổ sung để tìm hiểu sự khác nhau về quan niệm, hành vi tình dục, SKSS khi đối tượng ở tuổi VTN và VTN hiện nay.

c/ Kỹ thuật nhóm đề cử (Nominal group technique): Hai nhóm đối tượng được lựa chọn tham gia thử nghiệm kỹ thuật nhóm đề cử. Một nhóm gồm 7 nữ vị thành niên với các tiêu chuẩn lựa chọn qui định (mời 8 VTN nhưng 1 VTN vắng vì công việc gia đình) và một nhóm gồm 6 bố mẹ VTN với các tiêu chuẩn qui định (mời 8 người nhưng 2 người bận việc không tham dự). Các cuộc thảo luận được tiến hành tại nhà dân trong cộng đồng, đảm bảo yên tĩnh, khoảng cách đi lại thuận lợi cho đối tượng tham gia. Qui trình NGT được thực hiện gồm 5 bước: 1/ Giới thiệu về nghiên cứu, mục tiêu nghiên cứu; 2/ Mỗi cá nhân tự suy nghĩ và viết ra tất cả các yếu tố cho là yếu tố nguy cơ tăng QHTD và yếu tố bảo vệ giảm QHTD ở VTN theo 5 nhóm (cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng); 3/ Nghiên cứu viên tập hợp các nội dung các cá nhân đã viết ra theo 5 nhóm (cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng) và bổ sung thêm các yếu tố theo mô hình sinh thái mà các cá nhân tham gia chưa đề cập; 4/ Thảo luận cả nhóm làm rõ từng yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ để hiểu rõ và nhận biết có ở địa phương không; 5/ Mỗi cá nhân chọn viết ra giấy không đề tên tối đa 3 yếu tố nguy cơ và tối đa 3 yếu tố bảo vệ cho là quan trọng nhất liên quan với QHTD ở VTN trong mỗi nhóm yếu tố (cá nhân, gia đình, bạn bè, nhà trường, cộng đồng). Sau đó chuyển giấy đã ghi lựa chọn của cá nhân cho nghiên cứu viên để tập hợp, phân tích. Thử nghiệm kỹ thuật bầu chọn với sự tham gia của cộng đồng theo qui trình NGT của Nancy Tague (2004) [161] có điều chỉnh qui trình phù hợp với nghiên cứu (xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ quan trọng nhất đối với QHTD ở VTN). Từ đó xác định và phát triển công cụ NGT dựa trên thực tế và mô hình sinh thái kết hợp. Độ dài bộ công cụ khoảng 45-60 phút là thích hợp. Việc giới thiệu rõ mục đích, ý nghĩa và cách tiến hành nghiên cứu giúp đối tượng tham gia dễ dàng, hợp tác tốt và hiệu quả.

Kỹ thuật thảo luận trường hợp giả định sau khi thử nghiệm được chuyển từ phần Thảo luận nhóm trọng tâm sang thực hiện cùng với nội dung nhóm đề cử để

đảm bảo thời gian phù hợp. Thảo luận về một số trường hợp giả định tập trung vào các thông tin nhận xét, nhận định, quan điểm, thái độ của nhóm về mỗi tình huống giả định cụ thể. Vì thế thảo luận nhóm các trường hợp giả định có được các thông tin đầy đủ theo ý kiến của nhóm về thực trạng, tính phổ biến trong quan niệm, hành vi tình dục, cách ứng xử của VTN đối với mỗi tình huống giả định cụ thể (dậy thì, yêu, quan hệ tình dục, có thai, nạo thai, bệnh lây truyền qua QHTD). Với tình huống giả định, đối tượng tham gia dễ dàng, thoải mái khi thảo luận, đưa ra các ý kiến về VTN hiện nay liên hệ với mỗi tình huống cụ thể của nhân vật nam, nữ VTN trong câu chuyện. Qua đó thấy xu hướng VTN hiện nay ứng xử thế nào trong tình yêu, tình dục, SKSS. Các thông tin đề cập được thời điểm dậy thì của VTN (học cấp 2 với nữ, cuối cấp 2 đầu cấp 3 với nam). Có VTN yêu từ năm cuối cấp 2 và trong cấp 3, khác với thế hệ bố mẹ trước đây. Khó biết các thông tin về QHTD, nạo phá thai VTN, tuy nhiên có VTN sinh con, hoặc cưới vì có thai khi đang học cấp 3.

Công cụ thử nghiệm cho thấy vẫn cần sửa đổi bổ sung về từ ngữ, độ dài, bỏ bớt nội dung câu hỏi không cần cho mục tiêu và bổ sung một số câu hỏi như trong phần “Quan niệm về tình yêu, tình dục VTN”, bỏ phần bầu chọn về “Hành vi tình dục, SKSS VTN” vì đã thu thập trong thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu. Trong thảo luận với bố mẹ VTN cũng cần có một số cách tiếp cận nội dung, hướng dẫn câu hỏi thảo luận phù hợp để tìm hiểu về quan niệm, hành vi tình dục, SKSS thời gian khi họ ở tuổi VTN để so sánh sự khác nhau thay đổi với VTN hiện nay.

Thử nghiệm công cụ nghiên cứu định tính có sự tham gia của cộng đồng đã giúp hoàn thiện các công cụ nghiên cứu đảm bảo nội dung thông tin theo mục tiêu. Đồng thời thấy được thuận lợi, khó khăn của quá trình thu thập số liệu trong thực tế để lập kế hoạch và chuẩn bị tốt cho thu thập số liệu định tính chính thức.

2. Kinh nghiệm qua thử nghiệm công cụ nghiên cứu định tính.

Vấn đề tình yêu, tình dục, SKSS vị thành niên vẫn là vấn đề nhạy cảm vì vậy việc lựa chọn đúng tiêu chuẩn đối tượng, giải thích rõ về nghiên cứu để đối tượng

tham gia hiểu rõ, hợp tác, thoải mái, tự tin tham gia vào nghiên cứu có vai trò quan trọng. Sự phối hợp của Văn phòng thực địa Chililab trong chuẩn bị, lựa chọn và giải thích với đối tượng trước giúp thu thập tốt thông tin.

Thời gian địa điểm phải phù hợp với đối tượng tham gia vì VTN là độ tuổi đi học, và bố mẹ VTN cũng bận nhiều công việc. Hơn nữa thu thập số liệu định tính cần nhiều thời gian cả trước, trong khi tiến hành. Với các thông tin tế nhị, nhạy cảm như quan hệ tình dục, nạo phá thai thì rất cần có kỹ năng trao đổi các câu hỏi trực tiếp, gián tiếp và kỹ thuật thu thập thích hợp để có thể thu thập được thông tin.

Thử nghiệm công cụ cũng giúp phát hiện các vấn đề trong quá trình chuẩn bị, tiến hành thu thập số liệu. Xác định rõ mục tiêu nào, thông tin nào cần thu thập định tính, định lượng. Phân tích tình hình ban đầu có sử dụng các nguồn thông tin sẵn có, xác định dân số nghiên cứu, qui trình và cách chọn đối tượng tham gia. Sự quan trọng trong tiếp cận trước đối tượng nghiên cứu, giải thích về nghiên cứu để người tham gia hiểu rõ, phối hợp và tạo điều kiện cho việc thu thập thông tin. Chuẩn bị tốt công cụ hỗ trợ (ghi âm, ghi chép), kiểm tra kỹ thiết bị trước. Chuẩn bị danh mục các việc cần làm trước, trong và sau khi phỏng vấn, thảo luận. Người điều hành hoặc người hỗ trợ thích hợp. Kiểm tra lại việc hẹn đối tượng, địa điểm và chuẩn bị tại cơ sở (một vài ngày trước khi triển khai).

Trong quá trình tiến hành cần chú ý nội dung câu hỏi và cách hỏi thích hợp với người trả lời. Chú ý lắng nghe có chủ đích theo mục tiêu nghiên cứu. Đặt câu hỏi rõ ràng từng câu một, khi cần để thời gian cho đối tượng suy nghĩ, nhớ lại và trả lời. Kỹ năng khuyến khích thảo luận, trả lời để câu chuyện có thông tin đầy đủ trung thực. Người phỏng vấn, điều hành thảo luận phải có sự giao tiếp tốt với đối tượng, cảm nhận được tâm trạng đối tượng. Xác định nội dung cần ghi chép. Bám sát câu hỏi và trình tự hỏi, phát triển thích hợp và định hướng có chủ đích bằng các câu hỏi thăm dò, dùng mạch hỏi thích hợp để chuyển mạch đúng hướng và trọng tâm. Nhận thức được các thông tin, vấn đề nhạy cảm hoặc các ảnh hưởng khác trong quá trình

trao đổi. Cần ghi nhãn ngay cho ghi âm, ghi chép mỗi cuộc phỏng vấn, sắp xếp tài liệu liên quan. Sau mỗi phỏng vấn ghi chép lại các điểm cần lưu ý. Làm rõ thông tin sự kiện nếu cần, so sánh kết quả với thiết kế, chú ý các thông tin gợi ý cho phỏng vấn, thảo luận tiếp theo. Vấn đề gì cần lưu ý trong phỏng vấn tiếp theo, vấn đề nào cần điều chỉnh, bổ sung hay thay đổi. Trở lại phỏng vấn thêm khi cần thiết.

Kĩ năng của người phỏng vấn và cách hỏi có vai trò quan trọng đảm bảo chất lượng thông tin thu thập. Người phỏng vấn cần nhớ danh mục và trình tự các nội dung và các câu hỏi cụ thể. Hỏi với ngôn ngữ cử chỉ giao tiếp thân thiện. Khởi đầu với câu hỏi có thể trả lời được rộng hơn để hướng dẫn vào nội dung chủ định. Hỏi từng câu, chú ý lắng nghe, biểu thị cử chỉ nét mặt, đồng tình, khuyến khích, cổ vũ thích hợp. Làm rõ các từ địa phương, ý chưa rõ hoặc các vấn đề cần tìm hiểu sâu hơn, các quan niệm, cách hiểu. Những câu hỏi quan trọng có thể được hỏi với các cách khác nhau, ngữ cảnh khác nhau. Giữ hướng đi sâu trọng tâm bằng những câu hỏi thăm dò và phát triển thích hợp, chuyển câu hỏi thích hợp nhưng linh hoạt không lan man, lệch hướng, tốn thời gian. Phát hiện và lưu ý những điểm mới, điểm quan trọng trong nội dung cuộc trao đổi dù là chưa có trong nội dung chuẩn bị. Trong phỏng vấn cần tránh căng thẳng hoặc mất bình tĩnh, hoặc mất cấu trúc đã định. Tránh giao tiếp theo cách phê phán, bình phẩm người trả lời, thể hiện là người xa lạ. Đối tượng tham gia có thể có lo lắng hoặc e ngại ghi âm hoặc có thể có những thông tin mà không được nói ra với người khác. Vì vậy cần sự khuyến khích gợi mở, kĩ năng tốt của người hỏi. Đôi khi người trả lời không thoải mái nói về chủ đề theo ý người hỏi đặc biệt là những chủ đề tế nhị, nhạy cảm mà phát triển câu chuyện theo cách của họ, vì vậy cần tương tác phù hợp, phát hiện các ẩn giấu lắng tránh để đưa câu chuyện theo cấu trúc, phù hợp với ngữ cảnh và nội dung cần thu thập.

**Phụ lục 5: Dự án nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên tại Chililab (AH).
Trích xuất, kết nối số liệu sử dụng để phân tích**

1. Thiết kế nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (AH)

Dự án nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (10 – 24 tuổi) là nghiên cứu dọc (longitudinal study) được tiến hành tại cơ sở thực địa Chililab từ năm 2006, dự kiến kéo dài trong một số năm, tìm hiểu sự liên quan của các thay đổi kinh tế, văn hoá, xã hội và hành vi của thanh niên, vị thành niên và các vấn đề liên quan về sức khoẻ tâm thần và thể chất như quan hệ tình dục (QHTD), có thai, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục, HIV/AIDS, chấn thương, tự tử v.v... Thiết kế nghiên cứu được phát triển bởi đội ngũ giảng viên, cán bộ nghiên cứu của trường Đại học YTCC và tư vấn, hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia quốc tế từ một số trường Đại học của Mỹ. Nghiên cứu AH được triển khai trong hệ thống Giám sát dịch tễ dân số học (DESS) của Chililab, tuân thủ quy trình đảm bảo chất lượng số liệu và có thể kết nối với cơ sở dữ liệu DESS để phân tích các thông tin liên quan.

Nghiên cứu được tiến hành theo các mô đun (module) và 3 module chính là: Điều tra thực trạng và hành vi sức khỏe; Điều tra các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ; và Điều tra sự kết nối thanh thiếu niên với cha mẹ.

- Mô đun AH1: Nghiên cứu thực trạng và hành vi sức khỏe thanh thiếu niên, sự trải nghiệm những sự kiện không có lợi cho sức khỏe, hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế, một số khía cạnh về thái độ của thanh thiếu niên về tình dục, SKSS. Mô đun này tiến hành 2 năm một lần. Vòng điều tra cơ bản đầu tiên được tiến hành năm 2006, vòng tiếp theo tiến hành năm 2009 (chậm 1 năm theo kế hoạch), thu thập số liệu với toàn bộ thanh thiếu niên 10-24 tuổi trong 7 xã thị trấn thuộc thực địa Chililab tại huyện Chí Linh. Bộ phiếu hỏi phát vấn tự điền sử dụng cho mô đun AH1 gồm 6 phần thông tin như sau:
 - o Kiến thức, thái độ và hành vi tình dục, sức khỏe sinh sản (SKSS)
 - o Sử dụng các chất gây nghiện

- Sức khoẻ tâm thần
- Bạo lực
- Chấn thương
- Dinh dưỡng, tình trạng sức khỏe nói chung và Sức khỏe thể chất

Số liệu thu thập trong mô đun AH1 kết nối với một số số liệu điều tra nhân khẩu học hộ gia đình (DESS) được thu thập cùng kỳ tại Chililab thông qua mã số cá nhân của đối tượng nghiên cứu, gồm nơi ở, học vấn, và kinh tế gia đình.

- Mô đun AH2: Thu thập các thông tin về các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ (risk & protective factors) liên quan tới sức khỏe thanh thiếu niên qua bộ phiếu hỏi kết hợp (phỏng vấn và phần thông tin thanh thiếu niên tự điền). Vòng điều tra thứ nhất được tiến hành năm 2007, dự kiến điều tra nhắc lại sau mỗi năm xen giữa hai vòng điều tra của mô đun AH1. Đối tượng thu thập số liệu được chọn mẫu trong thanh thiếu niên 10-24 tuổi đã được điều tra ở mô đun AH1 (qua mã số cá nhân của đối tượng nghiên cứu). Cỡ mẫu được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ. Tỷ lệ QHTD trước kết hôn của thanh thiếu niên được sử dụng để tính toán cỡ mẫu vì các nguy cơ tình dục, SKSS (có thai, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD STIs và HIV/AIDS) đều liên quan QHTD. Sử dụng hệ thống cơ sở dữ liệu thông tin nhân khẩu học DESS của Chililab, để tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống (systematic random sampling) các đơn vị mẫu trên máy tính.

Các nhóm thông tin (domain) thu thập trong mô đun AH 2 gồm:

- Các yếu tố cộng đồng
- Yếu tố gia đình
- Yếu tố bạn bè
- Yếu tố nhà trường
- Yếu tố cá nhân

Số liệu thu thập trong mô đun AH2 được kết nối với số liệu về QHTD thu thập trong mô đun 1 (vòng 1, 2) để xác định các yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ liên quan tới QHTD ở thanh thiếu niên, tác động theo thời gian.

- Mô đun AH3: Thu thập các thông tin về sự kết nối thanh thiếu niên và cha mẹ. Đối tượng thu thập số liệu mô đun 3 là cha mẹ các thanh thiếu niên đã được chọn mẫu điều tra trong mô đun AH2. Thu thập số liệu mô đun AH3 được tiến hành mỗi năm 1 lần, vòng điều tra thứ nhất tiến hành năm 2008 bằng bộ phiếu phỏng vấn cha mẹ thanh thiếu niên. Các nhóm thông tin thu thập ở mô đun AH3 bao gồm:
 - Kiến thức, thái độ, của cha mẹ về sức khỏe sinh sản và tình dục ở thanh thiếu niên
 - Kỳ vọng về việc học tập của con ở trường
 - Kỳ vọng về vấn đề việc làm và sự nghiệp của con cái
 - Kỳ vọng vào hành vi của thanh niên, bao gồm hành vi tình dục và hôn nhân
 - Cảm nhận của cha mẹ về mối quan hệ, sự gắn bó với con cái họ trong độ tuổi từ 10-24 tuổi
 - Cảm nhận của cha mẹ và khả năng giao tiếp với thanh thiếu niên và sự giao tiếp với thanh thiếu niên về tình dục, SKSS
 - Các yếu tố gây stress trong gia đình
 - Số thế hệ trong gia đình, gia đình truyền thống
 - Sự hỗ trợ mà cha mẹ dành cho con cái và kỳ vọng vào chiều ngược lại từ phía con cái
 - Sự cởi mở của gia đình

2. Phát triển, thử nghiệm công cụ thu thập số liệu mô đun AH1, AH2

Nghiên cứu “Quan niệm, hành vi tình dục và SKSS ở vị thành niên” sử dụng số liệu định lượng trích xuất từ điều tra AH mô đun 1 và mô đun 2. Vì vậy trong

phần này chỉ đề cập tới quá trình phát triển, thử nghiệm công cụ, thu thập số liệu nghiên cứu mô đun AH1 và mô đun AH2.

Bộ câu hỏi của mô đun AH1, AH2 được xây dựng dựa trên tham khảo các bộ câu hỏi nghiên cứu về sức khỏe VTN trong nước và quốc tế: Bộ câu hỏi điều tra quốc gia về sức khỏe vị thành niên (SAVY), và bộ câu hỏi ACASI đã được nghiên cứu tại Gia Lâm Hà Nội của trường Đại học YTCC [132]. Hai bộ câu hỏi riêng cho đối tượng chưa kết hôn và đã từng kết hôn. Các giảng viên có kinh nghiệm nghiên cứu của đại học YTCC phát triển và thử nghiệm kỹ lưỡng các bộ câu hỏi tại cộng đồng để hoàn chỉnh các bộ công cụ chính thức (nghiên cứu sinh là thành viên nhóm nghiên cứu, tham gia thiết kế và triển khai các hoạt động nghiên cứu).

3. Điều tra viên và giám sát viên

Các điều tra viên và giám sát viên tham gia nghiên cứu sức khỏe thanh thiếu niên (AH) là các điều tra viên, giám sát viên, cán bộ nghiên cứu có nhiều kinh nghiệm của cơ sở thực địa Chililab, trường Đại học YTCC. Quy trình, nội dung điều tra, đảm bảo chất lượng số liệu của hệ thống DESS tại Chililab cùng với các yêu cầu của nghiên cứu AH được biên tập tài liệu hướng dẫn đầy đủ, cụ thể và tập huấn kỹ lưỡng cho các điều tra viên, giám sát viên về nội dung, kỹ năng, lý thuyết kết hợp với thực tế để giảm thiểu tối đa sai sót. Bộ câu hỏi mô đun AH1 là bộ câu hỏi phát vấn tự điền, nên vai trò của điều tra viên là giới thiệu, hướng dẫn và thuyết phục gia đình đồng ý và đối tượng tham gia điền phiếu, hướng dẫn đối tượng nghiên cứu kiểm tra lại phiếu sau khi hoàn thành để tránh thiếu sót, sai các thông tin đã điền trong phiếu. Bộ câu hỏi mô đun AH2 gồm phần các câu hỏi phỏng vấn và phần các thông tin thanh thiếu niên tự điền. Điều tra viên là người địa phương, là điều tra viên của thực địa Chililab chịu trách nhiệm quản lý địa bàn và thu thập số liệu của các vòng điều tra cơ bản, điều tra quý DESS của Chililab nên họ đã thiết lập được mối quan hệ tốt với các hộ gia đình và cộng đồng, thuận lợi cho quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn những điều tra viên tốt của Chililab

để tiến hành thu thập số liệu. Một số giám sát viên độc lập của trường Đại học YTCC, được tuyển chọn tham gia giám sát thu thập số liệu tại thực địa.

4. Thu thập số liệu định lượng AH1, AH2

Trong cùng thời gian tiến hành thu thập số liệu DESS tại Chililab, Điều tra viên tại địa phương đến từng nhà để tiến hành phỏng vấn thông tin DESS. Trong quá trình này, họ kiểm tra những đối tượng đúng độ tuổi được chọn tham gia nghiên cứu (module AH1 vòng 1 chọn toàn bộ thanh thiếu niên trong độ tuổi 10-24 tính tới tháng 7/2006, vòng 2 tính tới tháng 7/2009. Mô đun AH2 điều tra các thanh thiếu niên theo danh sách chọn mẫu các thanh thiếu niên đã điều tra trong AH1). Bộ phiếu hỏi được mã hóa theo mã hộ gia đình và mã cá nhân, không có tên của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được phát tờ thông tin nghiên cứu và xác nhận việc đồng ý tham gia bằng cách ký vào bản đồng ý. Với đối tượng dưới 18 tuổi, nghiên cứu viên cũng cung cấp bản đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu để bố mẹ hoặc người bảo trợ xác nhận (passive consent). Khi điều tra thu thập số liệu, điều tra viên hỗ trợ giải thích các câu hỏi, cách điền phiếu cho đối tượng, nhưng vẫn giữ khoảng cách nhất định và bảo đảm sự riêng tư cho đối tượng, tránh các can thiệp từ bên ngoài. Khi điền phiếu xong điều tra viên nhắc đối tượng đọc lại 1 lượt bộ phiếu tránh thiếu, sai, sót thông tin. Tất cả các phiếu đồng ý tham gia và Bộ phiếu hỏi đã hoàn chỉnh được đối tượng nghiên cứu tự tay cất vào phong bì dán kín và chuyển lại cho điều tra viên, đảm bảo tính riêng tư và bí mật thông tin. Giám sát viên độc lập từ nhà trường sẽ tới thực địa theo lịch định kì và đột xuất, tập trung giám sát thường xuyên trong tuần đầu của cuộc điều tra. Sau đó, kiểm tra giám sát định kì và đột xuất theo điều hành của nhóm nghiên cứu. Toàn bộ qui trình thu thập số liệu này đã được đề cập trong tài liệu tập huấn chi tiết mà nhóm nghiên cứu đã chuẩn bị để cung cấp cho tất cả nhóm điều tra viên, giám sát viên. Đồng thời các thông tin về cuộc điều tra cũng được thông tin trên hệ thống loa truyền thanh, sóng FM của huyện trước và trong quá trình điều tra thu thập số liệu.

5. Độ tin cậy của công cụ điều tra AH1, AH2

Trong điều tra AH1, AH2 các nội dung, qui trình điều tra, giám sát được thực hiện nghiêm ngặt để giảm thiểu tối đa các sai sót: Phát triển công cụ tham khảo các nghiên cứu có giá trị, được phát triển bởi đội ngũ khoa học nhiều kinh nghiệm của trường Đại học YTCC, được các chuyên gia trong nước và quốc tế góp ý (Face – validity), được thử nghiệm kỹ nhiều lần tại cộng đồng, đảm bảo độ tin cậy [132]; các khái niệm, câu hỏi rõ ràng; cán bộ điều tra, giám sát có kinh nghiệm và được tập huấn kỹ; qui trình đảm bảo chất lượng số liệu thu thập và nhập liệu của Chililab được thực hiện nghiêm ngặt; phiếu hỏi tự điền có hỗ trợ để giảm sai sót thông tin; thanh thiếu niên ở Chililab đã tham gia nhiều nghiên cứu và có tỷ lệ trả lời cao.

Điều tra AH2 là điều tra chọn mẫu (mẫu so sánh hai tỷ lệ) với cỡ mẫu lớn hơn so với cỡ mẫu điều tra mô tả cắt ngang, giảm sai số chọn mẫu. Trong điều tra AH2 các biến số được phân tích, đánh giá sai số chọn mẫu với sai số chuẩn và 95% khoảng tin cậy (sai số chuẩn đánh giá cả phần sai số không do chọn mẫu) cho thấy rằng công cụ và số liệu thu thập đảm bảo độ tin cậy [20]. Khi trích xuất số liệu AH2 với riêng VTN 10-19 tuổi sử dụng phân tích cho luận án, các biến số được tổ hợp thành biến số thang đo và chỉ sử dụng các biến tổ hợp đảm bảo độ tin cậy (Cronbach Alpha $\geq 0,7$).

6. Trích xuất và kết nối số liệu nghiên cứu mô đun AH1, AH2

Số liệu định lượng mô đun AH1, AH2 được trích xuất và sử dụng trong nghiên cứu ”Quan niệm, hành vi quan hệ tình dục, SKSS ở vị thành niên” gồm:

Các nhóm biến số trích xuất từ mô đun AH1 (Phụ lục 2.1 – Bảng hỏi mô đun AH1):

Phần A: THÔNG TIN CÁ NHÂN gồm các biến số từ A1- A3.

Phần C. DẠY THÌ VÀ SỨC KHOẺ SINH SẢN các biến C1- C8.

Phần D. THÁI ĐỘ ĐỐI VỚI VẤN ĐỀ TÌNH DỤC gồm các biến D1 – D15.

Phần E. QUAN HỆ TÌNH DỤC gồm các biến E1 – E34.

Phần F. MỨC ĐỘ TỰ TIN VỀ SỬ DỤNG BAO CAO SU gồm biến F1- F5

Phần G. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA TÌNH DỤC các biến G1-G9

Phần P. GIA ĐÌNH - XÃ HỘI gồm các biến P1 – P5

Các biến số trích xuất bao gồm:

- Kiến thức về dậy thì và biện pháp tránh thai (BPTT)
- Thái độ về quan hệ tình dục trước hôn nhân
- Mức độ tự tin khi về sử dụng bao cao su
- Có thai, nạo phá thai
- Quan hệ tình dục trước hôn nhân
- Tuổi quan hệ tình dục lần đầu
- Sử dụng bao cao su trong QHTD lần đầu và QHTD gần nhất
- Số lượng bạn tình
- Hành vi quan hệ tình dục vì tiền hay quà tặng
- Lạm dụng/cưỡng bức tình dục
- Kiến thức, thái độ về STIs, HIV/AIDS

Các nhóm biến số trích xuất từ mô đun AH2 (Phụ lục 2.2 – Bảng hỏi mô đun AH2):

PHẦN A. CỘNG ĐỒNG gồm các biến từ A1-A10

PHẦN B. GIA ĐÌNH gồm các biến từ B1-B28

PHẦN C. BẠN BÈ gồm các biến từ C1-C11

PHẦN D. NHÀ TRƯỜNG gồm các biến từ D1-D7

PHẦN E. CÁ NHÂN gồm các biến từ E1-E40

Các biến số sử dụng từ mô đun AH2 như sau:

(1) Yếu tố cộng đồng

- (a) Bối cảnh xã hội chung của cộng đồng và các vấn đề chính sách

- Phát triển cộng đồng, hạ tầng, dịch vụ
- Việc làm, thất nghiệp
- Các vấn đề chính sách liên quan các hành vi sức khoẻ (mô đun 1)
- Tiếp cận các dịch vụ (CSSK, nhà trường, tín ngưỡng, dịch vụ xã hội)

(b) Nhận thức của thanh niên về cộng đồng (qua điều tra thanh thiếu niên)

- Cảm giác an toàn và an ninh trong cộng đồng
- Cảm nhận được sự gắn gũi với người lớn trong cộng đồng ngoài cha mẹ
- Cơ hội/nơi giải trí
- Giá trị của thanh niên trong cộng đồng
- Cơ hội đóng góp vào cộng đồng

(2) *Yếu tố gia đình*

- Cảm giác gắn bó với cha/mẹ hoặc cả cha lẫn mẹ
- Nói chuyện/tâm sự về vấn đề tình dục/các hành vi khác với cha mẹ
- Kỳ vọng của cha mẹ vào việc học tập của con cái trong nhà trường
- Kỳ vọng của cha mẹ vào các hành vi kể cả hành vi tình dục
- Các hành vi sử dụng chất gây nghiện (trong gia đình)
- Bạo lực và các giải thuyết mâu thuẫn giữa các các nhân
- Tiền sử tự tử, trầm cảm, tâm thần trong gia đình
- Cảm nhận của thanh thiếu niên về sự hỗ trợ của cha mẹ
- Sự ổn định trong gia đình (Kinh tế, cấu trúc, di chuyển)

(3) *Yếu tố liên quan tới bạn bè cùng trang lứa*

- Các hành vi của bạn cùng trang lứa (ví dụ: hút thuốc, uống rượu, quan hệ tình dục)
- Môi quan hệ bạn bè (mức độ thân thiết, nhóm bạn)
- Tiền sử có bạn bè đã từng tự tử (thành hoặc không thành)
- Nhận thức được bạn bè đối xử công bằng

- Cường bức, quấy rối và bạo lực trong quan hệ tình dục
- Mức độ cha mẹ biết bạn bè của con cái mình

(4) Yếu tố nhà trường

- Nhận thức được thầy cô đối xử công bằng
- Nhận thức nhà trường là môi trường an toàn
- Cảm giác thuộc về/gắn bó với nhà trường
- Việc học tập ở trường, giảng dạy, học thêm dạy thêm
- Mục đích tương lai về học hành (tiếp thu và kỳ vọng)
- Giáo dục giới tính trong nhà trường
- Mức độ giáo viên liên lạc với cha mẹ học sinh

(5) Yếu tố cá nhân

- Tuổi, giới tính, học vấn
- Giai đoạn dậy thì
- Tôn giáo, tín ngưỡng
- Kiến thức, thái độ, nhận thức, kỹ năng liên quan đến sức khỏe
- Nhận thức và hậu quả (tương lai) của các hành vi nguy cơ
- Sự chấp nhận xã hội đối với những hành vi không theo chuẩn mực

Phụ lục 6: Tổ hợp biến số thang đo các yếu tố liên quan QHTD ở VTN (số liệu AH2 vòng 1)

Yếu tố cộng đồng

Có 5 câu hỏi về lễ hội và hương ước làng là các yếu tố văn hóa truyền thống (các biến số lựa chọn liệt kê - biến formative). Phân tích thành tố chính Principal Component Analysis – PCA (hệ số loading $\geq 0,4$) thấy không có các biến số tạo thành nhóm có giá trị Eigen value > 1 để tổ hợp biến số thang đo cho phân tích tiếp theo. Phân tích độ tin cậy với 5 biến số cho thấy không có sự nhất quán bên trong giữa các biến số với giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều mức khuyến nghị 0,7. Vì vậy các biến số không được tổ hợp thành biến thang đo mà được sử dụng là biến thành phần để phân tích.

Phân tích thành tố chính và độ tin cậy tương tự với 3 biến số về sự sẵn có dễ mua rượu bia, thuốc lá, ma túy ở cộng đồng cũng thấy không có sự nhất quán giữa các biến số với Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều mức khuyến nghị 0,7. Vì vậy các biến số không được tổ hợp thành biến số thang đo.

Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF với các biến số VTN nhận định về an ninh, an toàn tại làng xã VTN đang sinh sống (biến số quan điểm - reflective) với hệ số loading $\geq 0,4$, phương pháp trực giao Promax cho thấy tạo thành 3 nhóm biến số có giá trị Eigen value > 1 . Nhóm thứ nhất gồm 3 biến số (câu hỏi) về có bạn ở làng xã, thấy an toàn ở đó, và cộng đồng giúp đỡ nhau. Phân tích độ tin cậy với 3 biến số thấy không có sự nhất quán với Cronbach Alpha là 0,5 nhỏ hơn giá trị khuyến nghị 0,7 (vì vậy không tổ hợp thành biến số thang đo). Nhóm yếu tố thứ 2 gồm 2 biến số về bạo lực, tội phạm ở làng xã nơi VTN sinh sống. Phân tích độ tin cậy với 2 biến số thấy có sự nhất quán bên trong với Cronbach Alpha = 0,71. Vì vậy tổ hợp thành biến thang đo Mức độ kém an toàn ở cộng đồng làng xã, có giá trị từ 2 – 8 giá trị càng cao thì cộng đồng càng kém an toàn. Nhóm thứ 3 gồm

3 biến số là muốn sống ở làng xã và sẽ tiếc nếu phải chuyển đi. Phân tích độ tin cậy với 3 biến số thấy không có sự nhất quán giữa các biến số với giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn giá trị khuyến nghị 0,7 (không tổ hợp biến thang đo).

Yếu tố gia đình

Các biến số về cha mẹ sử dụng rượu bia, thuốc lá ma túy không có sự nhất quán bên trong, giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều giá trị khuyến nghị 0,7, nên không tổ hợp thành biến số thang đo để phân tích.

Các biến số quan điểm VTN về mức độ quan tâm chia sẻ của mẹ, người nữ nuôi dưỡng chính với VTN khi 10-14 tuổi gồm 7 câu hỏi có giá trị từ 1 – 5 tương ứng với rất thường xuyên đến không bao giờ chia sẻ. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 trong đó chỉ có nhóm yếu tố 1 gồm 4 câu hỏi có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha 0,72. Mã hóa lại và tổ hợp 4 biến số này thành biến số Mức độ quan tâm chia sẻ của mẹ, người nữ nuôi dưỡng với VTN có giá trị từ 4 – 20, giá trị càng cao thì mẹ quan tâm càng tăng.

Mức độ nhắc nhở của bố mẹ trong 12 tháng qua về các việc VTN không được làm gồm 5 câu hỏi có giá trị từ 1 – 5 tương ứng với rất thường xuyên đến không bao giờ. Phân tích thành tố PAF thấy cả 5 biến số tạo thành 1 nhóm có giá trị Eigen value > 1 và cả 5 biến số có sự nhất quán bên trong cao với giá trị Cronbach Alpha 0,93 cao hơn nhiều giá trị khuyến nghị 0,7. Tổ hợp 5 biến số thành biến thang đo là Mức độ nhắc nhở của bố mẹ về các việc VTN không được làm có giá trị từ 5 – 25. Mã hóa lại tự động biến số này với giá trị cao hơn tương ứng mức độ bố mẹ nhắc nhở VTN các việc không được làm tăng lên.

Thông tin về các hành vi bạo lực, tự tử, tâm thần xảy ra trong gia đình được thu thập với 7 câu hỏi (phần tự điền) có giá trị 1 là có và 2 là không. Phân tích thành

tổ chính PCA thấy tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 . Phân tích độ tin cậy không thấy nhóm yếu tố nào có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều giá trị khuyến nghị là 0,7, vì vậy không tổ hợp thành biến thang đo trong phân tích tiếp theo.

Sự giúp đỡ hỗ trợ nhau của các thành viên gia đình được thu thập với 5 câu hỏi có giá trị từ 1 là rất không đồng ý đến 4 là rất đồng ý. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 gồm 4 biến số (biến số khi khó khăn VTN thấy dễ nói chuyện với người ngoài hơn) không được đưa vào nhóm vì giá trị loading thấp. Phân tích độ tin cậy thấy cả 4 biến số có sự nhất quán bên trong cao với giá trị Cronbach Alpha là 0,87 lớn hơn giá trị khuyến nghị. Tổ hợp 4 biến số thành biến số thang đo là Mức độ thành viên gia đình hỗ trợ nhau có giá trị từ 4 – 16, giá trị càng cao thì mức độ gia đình quan tâm hỗ trợ nhau tăng lên.

Thông tin về người lớn trong gia đình xung đột bất hòa trong 12 tháng qua được thu thập qua 4 câu hỏi có giá trị từ 1 là rất thường xuyên đến 5 là không bao giờ xảy ra. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 4 biến số tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 . Phân tích độ tin cậy thấy cả 4 biến số có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha là 0,82 lớn hơn giá trị khuyến nghị 0,7. Mã hóa lại và tổ hợp 4 biến số thành biến số thang đo là Mức độ người lớn xung đột bất hòa trong gia đình trong 12 tháng qua có giá trị từ 4 – 20, giá trị cao hơn thì mức độ bất hòa tăng lên. Phân tích tương tự 3 biến số về mức độ xung đột bất hòa xảy ra trong bữa ăn gia đình hàng ngày trong 12 tháng qua (giá trị từ 1 là rất thường xuyên đến 5 là không bao giờ xảy ra). Kết quả phân tích thành tố PAF thấy cả 3 biến số tạo thành 1 nhóm yếu tố có Eigen value > 1 . Ba biến số có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha là 0,7. Mã hóa lại và tổ hợp 3 biến số thành biến số thang đo là Mức độ bất hòa trong bữa cơm gia đình hàng ngày có giá trị từ 3 – 15, giá trị cao hơn tương ứng mức độ xung đột trong bữa ăn tăng lên.

Thông tin về VTN bị lạm dụng thể chất, tinh thần trong gia đình được thu thập qua 5 câu hỏi có giá trị từ 1 là rất thường xuyên đến 5 là không bao giờ. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 5 biến số tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy chỉ có 1 nhóm yếu tố gồm 2 biến số (Bị đánh; Bị mắng) có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha là 0,72. Mã hóa lại và tổ hợp 2 biến số thành biến số thang đo là Mức độ VTN bị đánh mắng trong gia đình có giá trị từ 2 – 8, giá trị cao hơn tương ứng mức độ VTN bị đánh mắng trong gia đình tăng lên.

Yếu tố bạn bè

Quan điểm VTN về bị bạn bè trêu chọc hành hung trong 12 tháng qua được thu thập qua 2 câu hỏi. Phân tích sự nhất quán bên trong thấy 2 biến số này không có độ nhất quán cao với giá trị Cronbach Alpha 0,63 thấp hơn giá trị khuyến nghị 0,7, vì vậy không tổ hợp thành biến thang đo.

Thông tin về mức độ bạn bè VTN hút thuốc, uống rượu, nghiện ngập, tự tử, tham gia băng nhóm được thu thập qua 8 câu hỏi (phần tự điền) có giá trị từ 1 là không có bạn nào có hành vi đó đến 4 tất cả các bạn có hành vi đó. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Nhóm thứ nhất gồm 3 biến số (hút thuốc, uống rượu, bỏ học) nhóm yếu tố thứ 2 (gồm 5 biến số còn lại về tự tử, nghiện ngập, tham gia băng nhóm). Phân tích độ tin cậy thấy 3 biến số trong nhóm yếu tố 1 có sự nhất quán bên trong (Cronbach Alpha là 0,77), 5 biến số trong nhóm yếu tố 2 có sự nhất quán bên trong (Cronbach Alpha là 0,82). Các biến số nhóm 1 được mã hóa lại và tổ hợp thành biến số thang đo Mức độ bạn bè VTN hút thuốc uống rượu, bỏ học có giá trị từ 3 – 12 giá trị càng cao thì càng có nhiều bạn bè hút thuốc, uống rượu bia, bỏ học. Nhóm yếu tố 2 được mã hóa lại và tổ hợp thành biến số thang đo Mức độ bạn bè nghiện ngập, tự tử, băng nhóm có giá trị từ 5 – 20, giá trị cao hơn thì VTN có nhiều bạn nghiện ngập, tự tử, băng nhóm hơn.

Mức độ bạn bè VTN đã yêu, đã QHTD, mắc STIs hay HIV/AIDS được thu thập qua 7 câu hỏi được mã hóa lại có giá trị 1 là không có bạn nào như vậy đến 4 là tất cả bạn bè như vậy. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy không có nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy các biến số không có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều giá trị khuyến nghị, nên không được tổ hợp thành biến số thang đo.

Thông tin về bạn bè rủ rê, ép buộc với các hành vi hút thuốc uống rượu sử dụng ma túy, gây rối, QHTD được thu thập qua 7 câu hỏi (có/không). Phân tích thành tố chính PCA thấy tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value >1, nhóm 1 gồm 2 biến số (Bạn bè rủ rê ép buộc hút thuốc, uống rượu bia), nhóm yếu tố 2 gồm 5 biến số (Bạn rủ rê, ép buộc sử dụng thuốc lắc, ma túy, xem phim khiêu dâm, QHTD, gây rối). Phân tích độ tin cậy thấy cả 2 nhóm yếu tố có sự nhất quán bên trong cao Cronbach Alpha nhóm 1 là 0,8 nhóm 2 là 0,73. Tổ hợp nhóm yếu tố 1 thành biến số thang đo Mức độ bạn bè rủ rê ép buộc hút thuốc, uống rượu bia có giá trị từ 0 – 2. Tổ hợp nhóm yếu tố 2 thành biến số thang đo Mức độ bạn bè rủ rê ép buộc sử dụng ma túy, xem phim ảnh khiêu dâm, QHTD, gây rối có giá trị từ 0– 5. Giá trị thang đo càng cao thì mức độ bạn bè rủ rê ép buộc càng tăng.

Phân tích tương tự 7 biến số về bạn bè khuyến khích không nên hút thuốc, uống rượu bia, sử dụng ma túy, gây rối bạo lực, xem phim ảnh khiêu dâm, QHTD với phân tích thành tố chính PCA thấy cả 7 biến số tạo thành 1 nhóm có giá trị Eigen value >1. Các biến số có sự nhất quán bên trong cao (Cronbach Alpha là 0,98), được tổ hợp thành biến số thang đo là Mức độ bạn bè khuyến khích không nên sử dụng chất gây nghiện, bạo lực và QHTD có giá trị từ 0 đến 7, giá trị càng cao thì mức độ khuyến khích của bạn bè thân càng tăng lên.

Yếu tố nhà trường

Ý kiến của VTN về thầy cô giáo đối xử công bằng, khuyến khích, giúp đỡ với học sinh trong năm qua được thu thập qua 6 câu hỏi có giá trị từ 1 tương ứng rất không đồng ý đến 4 là rất đồng ý. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 gồm cả 6 biến số. Phân tích độ tin cậy thấy cả 6 biến số có sự nhất quán bên trong cao với giá trị Cronbach Alpha 0,9 cao hơn nhiều giá trị khuyến nghị. Mã hóa lại và tổ hợp 6 biến số này thành biến thang đo Mức độ thầy cô khuyến khích, đối xử công bằng tôn trọng học sinh có giá trị từ 6 – 24. Mức điểm cao hơn thì thầy cô khuyến khích, đối xử công bằng với học sinh tăng lên.

Mức độ thầy cô chế giễu, đánh, mắng học sinh trong năm qua được thu thập qua 4 câu hỏi có giá trị từ 1 tương ứng mức độ rất thường xuyên đến 5 là không bao giờ. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy cả 4 biến số tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy 4 biến số thấy có sự nhất quán bên trong thể hiện đo lường cùng hướng với giá trị Cronbach Alpha là 0,72. Mã hóa lại và tổ hợp 4 biến số này thành biến số thang đo Mức độ thầy cô mắng, đánh học sinh có giá trị từ 4 – 20. Mã hóa tự động lại biến số này với giá trị cao hơn tương ứng mức độ thầy cô đánh mắng học sinh tăng lên.

Yếu tố cá nhân

Mức độ hài lòng về chiều cao, cân nặng, hình thức của VTN được thu thập qua 3 câu hỏi có giá trị từ 1 là rất hài lòng đến 5 là rất không hài lòng. Phân tích thành tố chính PCA thấy tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 gồm cả 3 biến số. Phân tích độ tin cậy thấy có sự nhất quán bên trong với với giá trị Cronbach Alpha là 0,7 bằng giá trị khuyến nghị. Mã hóa lại và tổ hợp 3 biến số này thành biến số thang đo Mức độ VTN hài lòng về hình thể có giá trị từ 3 – 15, giá trị cao hơn tương ứng mức độ hài lòng về hình thể tăng lên.

Sự sử dụng ti vi, Internet, điện thoại trong tháng qua của VTN được thu thập qua 7 câu hỏi được mã hóa lại có giá trị từ 1 là không bao giờ 5 là thường xuyên sử dụng. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 7 biến số tạo thành 3 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy chỉ có 1 nhóm 2 biến số (sử dụng Internet và chơi điện tử) có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha là 0,71 bằng giá trị khuyến nghị. Tổ hợp 2 biến số này thành biến số thang đo là Mức độ sử dụng Internet và chơi game có giá trị từ 2 – 10, giá trị cao hơn thì mức độ VTN sử dụng Internet và chơi game tăng lên.

Thái độ VTN về sự nghiệp và gia đình, phụ nữ đối với chồng được thu thập qua 5 câu hỏi có giá trị từ 1 là rất không đồng ý đến 4 là rất đồng ý. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 5 biến số tạo thành 2 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy không có nhóm yếu tố nào có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha nhỏ hơn nhiều giá trị khuyến nghị là 0,7, nên không tổ hợp thành biến số thang đo.

Thái độ của VTN lạc quan về bản thân và gia đình hiện tại và tương lai được thu thập qua 6 câu hỏi có giá trị từ 1 rất không đồng ý đến 4 là rất đồng ý. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 6 biến số tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy cả 6 biến số có sự nhất quán bên trong cao với giá trị Cronbach Alpha là 0,84 lớn hơn giá trị khuyến nghị là 0,7. Tổ hợp cả 6 biến số thành biến số thang đo về Mức độ tin tưởng lạc quan về bản thân và gia đình tương lai có giá trị từ 6 – 24, giá trị càng cao thì sự lạc quan tin tưởng về bản thân và gia đình càng tăng lên.

Quan điểm của VTN về vai trò nam, nữ (vấn đề giới) được thu thập qua 6 câu hỏi có giá trị từ 1 rất không đồng ý đến 4 là rất đồng ý. Phân tích thành tố Principal Axis Factoring - PAF thấy 6 biến số tạo thành 3 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1. Phân tích độ tin cậy thấy chỉ có 1 nhóm yếu tố 2 biến số (Con trai

cần được học tập nhiều hơn con gái; Trong trường hợp thiếu việc làm, nam được ưu tiên có việc làm hơn nữ) có sự nhất quán bên trong với giá trị Cronbach Alpha là 0,72. Tổ hợp 2 biến số thành biến số thang đo là Mức độ trọng nam hơn nữ có giá trị từ 2 – 8, giá trị càng cao thì quan điểm VTN trọng nam hơn nữ càng tăng lên.

Các biến số về VTN hẹn hò, gần gũi với người yêu (hôn nhau, sờ nắn chỗ kín) được thu thập qua 4 câu hỏi. Phân tích thành tố chính PCA thấy tạo thành 1 nhóm yếu tố có Eigen value > 1, nhưng các biến số không có sự nhất quán bên trong (Cronbach Alpha nhỏ hơn 0,7), nên không tổ hợp thành biến số thang đo. Các biến số về thể loại phim VTN đã xem, đã từng xem phim khiêu dâm chưa, xem với ai, xem ở đâu cũng có Cronbach Alpha < 0,7, không tổ hợp biến số thang đo.

Phụ lục 7: Câu chuyện điển hình trong phỏng vấn sâu (Tên các nhân vật trong câu chuyện đã được thay đổi)

1. Câu chuyện của Sao (Thị trấn Sao Đỏ)

Sao năm nay 18 tuổi vừa học xong cấp 3 trường bán công ở Sao Đỏ, có em gái đang học lớp 9 cuối cấp 2 trường Chu Văn An. Gia đình ở thị trấn Sao Đỏ, trung tâm huyện. Bố mẹ Sao sinh ra và lớn lên ở một huyện nông thôn trong tỉnh Hải Dương. Bố làm công nhân nhà máy nhiệt điện Phả Lại, mẹ trước đây đi bộ đội rồi chuyển ngành về dạy mẫu giáo ở huyện Chí Linh, hiện nay bán hàng ăn tại nhà mặt đường gần trung tâm thị trấn cũng là trung tâm huyện. Bố mẹ em thỉnh thoảng có cãi nhau về kinh tế, học hành của con cái. Hàng xóm cũng có gia đình hay cãi chửi nhau, có con nghiện ngập. Điều kiện kinh tế gia đình em thuộc diện khá so với các gia đình ở đây, nhưng không gọi là giàu có (giàu là có ô tô, chi tiêu không thiếu thốn, con cái muốn gì là có). Trong gia đình Sao có hai chị em gái nhưng không hợp nhau lắm, Sao hợp với bố hơn và khi mẹ mắng thì hay được bố bênh. Nhưng Sao cũng ít nói chuyện với bố vì bố đi làm ở nhà máy theo ca, còn Sao đã học xong cấp 3 thì ở nhà bán hàng giúp mẹ và tối hay đi ngủ sớm. Chuyện về phụ nữ Sao chỉ nói chuyện với mẹ. Sao chơi với nhiều bạn trai và chơi với 5-6 bạn gái thân, trong đó có 1 bạn gái thân nhất.

Em của Sao học trường công lập, được cho là trường tốt hơn trường bán công, nhưng lớp A đó là nghịch vì nhiều học sinh xin vào học không phải thi vào. Sao nói rằng cấp 2 bây giờ viết thư tỏ tình cũng nhiều, yêu nhau kiểu trẻ con, chủ yếu là yêu khác lớp, ghen rồi đánh nhau cũng có “Cấp 2 yêu nhau khởi đầu chủ yếu viết thư, nó nhờ bạn gửi hộ, trẻ con ngại ít khi nói ra lắm. Yêu nhau thì tặng quà, rủ đi chơi. Em cháu nói ở trường cũng có đùa ôm nhau, chơi bời đua đòi mới thế thôi”. Dậy thì ở Sao bắt đầu năm lớp 7, khoảng 13 tuổi bắt đầu có kinh nguyệt, lần đầu thấy ngại, khó chịu, nói với mẹ thì mẹ nói là bình thường “Mẹ cháu bảo là mình phát triển lớn rồi, phải vệ sinh, giữ gìn nghĩa là nếu mình quan hệ với người khác giới thì có thể

có thai, mẹ cháu bảo và cháu đọc sách thế”. Bố Sao cũng biết vì khi có chu kì thì đau bụng và mẹ nói, uống thuốc thì đau ít. Nhiều bạn gái cùng lớp Sao cũng có kinh ở tuổi như Sao năm lớp 7-8. Từ đó thấy thay đổi về tính cách, cơ thể, lớn nhanh, biết giận hờn, ý tứ hơn trong quan hệ bạn khác giới. Lên cấp 3 thì Sao vẫn chơi với nhiều bạn trai và có yêu 2 lần “cháu chơi bạn bè vô tư lắm, chỉ lên cấp 3 thì 17-19 tuổi thì cũng yêu đương, bố mẹ cháu cũng lo đang học đi chơi với bạn bè nhiều quá. Cấm yêu đương thì không, nhưng bố mẹ cũng nói bây giờ đang học không yêu đương. Trường bán công yêu đương không thể cấm được nhưng không lộ liễu quá là được, trường cháu trước có người đang học lớp 11 yêu nhau phải bỏ học để cưới”. Sao cho rằng bố mẹ cũng thoải mái hơn nhiều gia đình khác. Nhà trường cũng có qui định học sinh không được nhuộm tóc, mặc đồng phục những ngày qui định, con gái không mặc váy đi học mà cũng không giám vì sợ con trai trêu tức váy lên, không đi xe máy. Học sinh cấp 3 cởi mở hơn mạnh dạn tán tỉnh, tỏ tình, viết thư, yêu đương. Sao cho rằng dậy thì ngày càng sớm hơn “năm em cháu học lớp 6 đã có bạn có chu kì và phỏng phao sớm hơn tuổi cháu ngày xưa”. Đặc điểm dậy thì của nam thì Sao biết là lớn nhanh vạm vỡ dáng đàn ông, võ giọng. Sao không biết về mộng tinh ở nam là dậy thì “môn sinh hồi năm cấp 1 cô giảng nam riêng nữ riêng, cô bắt con gái ra ngoài để dạy cho con trai và bắt nam ra ngoài khi dạy con gái, đâm ra nhiều cái phần nam cháu cũng không hiểu lắm, sau này tìm hiểu chủ yếu ở sách báo, hỏi mẹ”.

Năm học lớp 10 lớp Sao có vài bạn yêu nhau cùng lớp và khác lớp. Sao kể là năm lớp 11 thì gần nửa lớp còn lớp 12 thì hơn nửa lớp có người yêu “lớp 11 thì đứa nào cũng biết ngấm ngầm thích nhau rồi, yêu nhau là viết thư, tặng quà, đi với nhau, hẹn hò có khi ghen đánh nhau. Lớp A1 chúng cháu nổi tiếng là chơi bời, đánh nhau, yêu nhau thì không nổi tiếng lắm... Đã yêu thì cũng ảnh hưởng học hành chứ, nó nghĩ ngợi nhiều, chủ yếu là học kém đi. Con gái chủ yếu là thích yêu các anh lớn hơn học đại học, cao đẳng trung cấp hay đi làm rồi”. Trong lớp 11 Sao đã yêu bạn trai cùng tổ cùng lớp, nhưng tình yêu trẻ con, không hợp nhau lắm rồi chia tay năm học đó vì Sao cho là không thích yêu lâu dài với bạn trai cùng tuổi. Sang lớp 12 thì

Sao yêu lần thứ 2 “năm lớp 11 thích cũng có và yêu cũng có, lớp 12 cháu yêu người hơn tuổi. Vâng hơn cháu 4 tuổi anh ấy học cao đẳng cơ điện gần nhà cháu. Một anh là người yêu của đứa bạn học ngồi cùng bàn cháu, anh ấy cho anh kia nick của cháu, anh ấy gọi điện thoại di động cho cháu dùng điện thoại của anh bây giờ cháu yêu để giới thiệu. Khoảng 3 tháng thì anh bạn cháu tỏ tình...bây giờ con gái tỏ tình trước cũng nhiều. Anh ấy mời cháu đi uống nước, cháu cũng ngại nhưng cũng quý anh ấy rồi. Anh ấy lớn tuổi biết nhiều. Mấy tháng sau cháu cũng nói với mẹ cháu, cháu dẫn về nhà chơi bố mẹ cháu đều biết. Bố mẹ cháu phần ủng hộ phần không ủng hộ bảo yêu đương thế nào để không ảnh hưởng đến học hành. Bây giờ yêu nhiều trong cấp 3 không như hồi xưa thời bố mẹ cháu”. Nói chuyện về quan hệ tình yêu Sao hơi dè dặt nhưng không ngại ngần, tuy nhiên chỉ nói là mức độ gần gũi chỉ có ôm hôn, đụng chạm chứ chưa QHTD. Khi Sao có người yêu thì bạn bè và gia đình đều biết, cũng là bình thường vì nhiều bạn cũng có người yêu. Khi dậy thì thấy tò mò thấy thích, thấy bạn có người yêu mình không có cũng buồn. Sao cho rằng tình yêu đầu đẹp, nhiều giận hờn, kỉ niệm, yêu nhau chia tay cũng nhiều, yêu vài tháng có khi 1-2 năm, không hợp thì chia tay “Có bạn chia tay buồn khóc sụt sướt bạn bè động viên. Chia tay trong trường vẫn có thể yêu người khác nhưng cần một thời gian và con trai dễ hơn con gái. Mà con gái yêu người nhiều tuổi hơn ngoài trường thì cũng vẫn được, có khi yêu hai người cùng lúc, trong và ngoài trường. Con trai cũng như vậy nhưng hay yêu lớp dưới ít tuổi hơn”.

Nhận thức về QHTD Sao cho rằng ôm hôn không phải là QHTD, quan hệ là ngủ với nhau, thông thường yêu nhau trong phổ thông thì có nhưng ít chỉ có khi yêu người lớn tuổi hơn. Nếu chỉ cầm tay thì chỉ là thích thôi không phải yêu. Yêu là có ôm hôn đụng chạm, chăm sóc. QHTD thì có thể ở nhà nghỉ, bên ngoài hay ở nhà. Sao kể đã gần gũi ôm hôn người yêu thì có, còn QHTD thì chưa “ Đối với cháu ôm hôn thì có, quan hệ ...thì chưa, phải giữ gìn vì cháu nghĩ là mình cũng chưa thể tin tưởng người yêu mình, người yêu cháu anh ấy hơi nhát. ..ôm hôn, gần gũi nhau trong tình yêu là cũng phổ biến, cháu thấy bây giờ nó phát triển sớm, thay đổi nhiều thứ lắm, hiểu biết nhiều. .. Những đứa nó quan hệ tình dục có thai cũng thấy mặc

cảm...không có thai thì không sao cả, thanh niên bây giờ thì quan hệ tình dục trong tình yêu cũng bình thường thôi, nhiều gia đình cấm, nhưng không thể biết được không cấm được”, “Lớp 12 cháu có 5 bạn thân, 3 bạn có người yêu, ôm hôn nhau thì có”. Hiện tại người yêu Sao đi lao động nước ngoài ở Đài Loan, cuối tuần vẫn gọi điện về. Bạn gái của Sao cũng có người yêu đi lao động ở nước ngoài. Nói chuyện về thế nào là thủ dâm? Sao nói có nghe từ tự sướng cả ở nam và ở nữ nhưng không hiểu thế nào.

Sao nói khi đang học cấp 3 có bạn có thai phải nạo thai “bạn gái cháu cũng bị, thì bạn bè chơi với nhau thì cũng biết, nó nghỉ mấy buổi, đưa ở lớp cháu nó ở gần đây này, nó quan hệ với một anh, sau nó phải đi nạo thai, người nó gầy đi, bạn bè thân thì biết còn thường thì bạn bè không biết được”. Sao cho rằng nam thoáng hơn nữ không khát khe lắm về tình dục, nữ thì thụ động hơn nhưng hay tin có thể chiều người yêu khi tin là tình yêu bền lâu đến kết hôn hay sắp kết hôn. Sao cho là QHTD trước là do quá yêu tin tưởng nhau, nếu chưa thì không nên và bây giờ yêu nhau lợi dụng nhau là nhiều (nam, nữ cũng có), QHTD trong tình yêu là có nhiều. Có thai và nạo hút được cho là không may thì bị dính, sức khỏe không ảnh hưởng nhiều, học hành thì có ảnh hưởng một phần. Thường bị nạo hút là do quá đà không giữ gìn được, chơi bời, yêu người hơn tuổi, gia đình thường không biết được, làm phá thai ở bác sỹ tư ở Hải Dương hoặc ở Sao Đỏ, yêu anh hơn tuổi đi làm thì có tiền có xe đi lại, bạn bè thì thông cảm, không thân mà biết chuyện thì nói xấu là chơi bời.

Nói chuyện về BPTT Sao nói có biết về BCS, thuốc tránh thai, đặt vòng và với VTN thì BCS và thuốc uống khẩn cấp thích hợp. Sao nói biết cách dùng bao và thuốc nhưng chưa sử dụng bao giờ, có bán ở các hiệu thuốc và cho rằng chỉ gái nhà hàng (cave) dùng nhiều, uống nhiều vô sinh. Nhà hàng có cave ở Sao Đỏ có nhiều, con trai xem băng đĩa cấm nhiều để chơi bời cave. Trình tiết được hiểu là chưa QHTD cả nam và nữ nhưng nam thì không biết được, với nữ ngày xưa quan trọng nhưng bây giờ không quan trọng lắm, lấy nhau cần nhiều thứ, yêu thương nhau thì thông cảm được.

Nói về các bệnh STIs thì Sao có biết bệnh Lậu, Giang mai, HIV “cháu chưa thấy VTN bị bệnh lây truyền qua QHTD, chỉ nghe nói người lớn, chơi bời mại dâm thì bị”. Khu vực nhà Sao có người bị HIV do nghiện hút, có yêu đương quan hệ lung tung “Trước chị bán hàng ở đây chồng chị ấy bị AIDS không biết có lây sang chị ấy và con không. Có đứa ở trong ngõ này trước cũng yêu một anh bị HIV, mà cháu nghĩ là yêu nhau rồi chắc chắn phải quan hệ (QHTD), anh ấy bị do nghiện chích chung kim tiêm, gần nhà thì mới biết, ở đây người ta bận làm ăn không quan tâm, người biết đề phòng, không thân quá, vẫn nói chuyện bình thường vì HIV chỉ lây qua máu và tinh dịch thôi, nói chuyện không sao”.

Trong gia đình Sao có thể nói chuyện nhiều với mẹ hơn với bố, nhưng cũng có chuyện không nói “Mình đi chơi làm gì thì mới nói còn quan hệ thầm kín thì không, đi đâu xa thì chắc chắn phải nói với mẹ cháu, thì mình đi chơi thì nói với mẹ anh nọ anh kia tính cách thế nào, mẹ cháu bảo con gái phải biết giữ gìn, biết cách cư xử, mình cũng phải biết đề phòng, khi con trai đòi hỏi. Mẹ cháu nói chu kỳ phụ nữ bao nhiêu ngày là bình thường, máu màu gì...nếu nó kéo dài hay hôi là viêm nhiễm, bao giờ mình xảy ra vấn đề gì đó nói với mẹ hay khám bác sỹ, nói với bố không ít lắm”. Thông tin về giới, tình dục Sao có đọc nhiều qua sách báo, xem TV, Internet cũng dễ xem dễ tìm, có khi bạn bè bảo nhau địa chỉ trang web. Đa phần các bạn nam nữ trong cấp 3 biết dùng Internet để chat và xem thông tin. Hình ảnh QHTD, khoả thân thì con trai có xem nhiều, trêu nhau, con gái thì chỉ chat, nghe nhạc nhảy Audition. Nếu ở quán thấy nữ xem hình ảnh vớ vẩn thì ngại lắm, chỉ đùa chơi bời. Đĩa cấm thì học sinh cấp 3 cũng xem nhiều, con trai chủ yếu, thuê ở hàng, xem trộm bố mẹ ở nhà hay ở nhà bạn. TV thì hình ảnh hở hang hôn hít thôi, cũng canh tân thay đổi theo thời đại. Đi chat có lần Sao thấy anh nam bên cạnh xem hình mát (sex) chủ quán bảo tắt đi. Chuyện về MC Vàng Anh trên mạng Sao cũng đã xem, nhiều bạn nói không ngờ lại thế, nhưng rồi cũng thấy bình thường. Ca sỹ dùng thuốc lắc cũng có, ở Sao Đỏ cũng có 1 sàn nhảy bị công an đóng giả vào khám bắt vì có thuốc lắc.

2. Câu chuyện mẹ Sao

Mẹ của Sao năm nay 46 tuổi, học hết cấp 2 lớp 7/10 ở quê một huyện nông nghiệp thuộc Hải Dương. Chị là thứ 2 gia đình có bố mẹ 5 chị em trong đó có một em trai, các gia đình thời đó cũng có nhiều con. Bố là bộ đội phục viên, mẹ làm nông nghiệp. Chị em hợp với bố hơn vì mẹ hay nhắc nhở còn bố vui tính. Khi bằng độ tuổi Sao là những năm cuộc sống gia đình và xã hội khó khăn, gia đình kinh tế nghèo chỉ đủ ăn như hầu hết các gia đình khác. Chị có một em học cấp 3, một em khác đỗ cấp 3 nhưng học vài tháng thì phải nghỉ vì gia đình khó khăn, các chị em khác chỉ học hết cấp 2 vì không thi đỗ cấp 3 như phần lớn thanh thiếu niên khi đó chỉ học hết cấp 2. Trường cấp 3 xa nhà 7km nhưng em chị phải đi bộ đi học vì không có tiền mua xe đạp. Năm 1980 chị vào bộ đội đến 1984 chuyển ngành về trường mẫu giáo ở Chí Linh rồi nghỉ chế độ 1 lần.

Chị nhận biết về dậy thì khoảng năm 15 tuổi thấy có kinh nguyệt lần đầu khi đi cắt cỏ trâu, không biết gì về nói với mẹ “bị chảy máu” được mẹ bảo bị hành kinh phải đóng vải xô, giặt giũ “Ngày đấy ngô nghê lắm, nó có như bây giờ đâu, đi chăn trâu con trai con gái nhảy xuống sông nhảy ùm ùm. Nhưng dậy thì lớn rồi nhận thức rồi không tắm chung thế nữa, lớn ăn mặc kín đáo hơn không như lúc bé, đi sinh hoạt Đoàn va chạm chuyện trò cũng biết dần chứ mẹ không dạy”. Từ đó chị mới để ý cơ thể phát triển nhiều hơn, có eo, ngực khi đó chẳng thấy gì cũng không để ý. Trong gia đình thì phải ý tứ hơn, ra ngoài cũng chú ý người khác để ý. Tuy nhiên so với bạn cùng lứa thì chị không biết nhiều vì ngại chẳng ai nói chuyện với ai về các chuyện đó như bây giờ. Khi đó việc ăn mặc phải kín đáo quần áo không được mặc chật bó sát hay vải mỏng nổi rõ cơ thể, không hở hang tránh người ngoài chú ý chê cười, gia đình mắng và khi ấy cũng không nhiều quần áo, mặc quần áo vá đi học cũng không sao. Nhà trường khi đó không cấm đoán gì chỉ cấm đánh nhau, không có học sinh yêu trong trường cấp 2. Sinh hoạt đoàn đội khi đó vui và vô tư, bây giờ hoạt động Đoàn kém hơn. Chị cho rằng VTN bây giờ biết nhiều, biết sớm, dậy thì sớm hơn thế hệ chị ngày xưa “Bây giờ do chúng nó biết, thông minh hơn nó tự biết

là nó dậy thì, nó bảo con bị dậy thì rồi mẹ mua băng vệ sinh về con đóng, chúng nó đóng băng vệ sinh thì phải nhiều tiền, loại có cánh, mình toàn đóng vải xô ngày xưa mình chẳng biết gì. Con lớn có chu kì năm 14, con bé thì năm 13, giờ nhiều đứa dậy thì sớm, cơ thể chúng nó nở nang hơn, sạch sẽ hơn, cuộc sống chúng nó bây giờ đầy đủ về vật chất, tinh thần hơn”. Chị cho rằng trước đây con cái nghe lời bố mẹ, ăn cơm phải mời bây giờ thì không. Nhiều gia đình mãi làm ăn, không để ý, không quan tâm con cái hoặc con không nghe lời cãi lại bố mẹ, cãi thầy cô nhiều.

Năm còn đi học chị chỉ chơi bạn bè vô tư, không yêu đương, gán ghép chế nhau thì có. Học xong mới có tìm hiểu, con trai đến nhà con gái tìm hiểu chứ con gái không đến nhà con trai “trâu tìm cọc, chứ cọc không tìm trâu”. Cùng làng chị cũng có người để ý, nhưng chị không thích, cùng xã cũng có người qua lại, nhưng chị đi bộ đội điều kiện khác nhau chị muốn thoát ly sợ lại “chân lấm tay bùn” nên khuyên anh ấy lấy vợ, khi anh ấy cưới cũng buồn khóc mấy ngày sau này quên dần đi. Cuộc sống và cộng đồng ở nông thôn ngày đó gàn gỏi, tình cảm, để ý lẫn nhau, bây giờ nhà nào biết nhà ấy “Ngày ấy ai mà bảo hôm qua tao thấy mày đứng với thằng này thì mai phải tránh xa, hãi lắm sợ người ta nhìn thấy đồn đại, chỉ quan hệ bạn bè anh này anh kia đến chơi thì cả làng đã để ý ở quê bé xé ra to thêu dệt, thổi phồng sợ lấm xấu hổ không dám nhìn ai, nếu bị tiếng lãng nhăng thì sẽ không ai lấy. Bây giờ chúng nó bình thường, yêu đương sớm nhiều đứa cấp 2 đã yêu đương, ăn mặc hở hang”.

Ngày ấy học cấp 2 không có yêu nhau chỉ có gán ghép trêu đùa chế nhau cũng có, còn cấp 3 ngày đó chị không học thì không biết, nhưng nghe nói cũng có tình yêu học trò thơ thần ban đầu còn học xong thì mới đúng là tìm hiểu để yêu và cưới. Ngày xưa người ta yêu nhau thì cũng thầm kín thôi, ngày ấy mình thích ai hay con trai thích mình cũng không dám nói chỉ dám nhìn nhau “Bạn trai đến nhà chơi, ông bà già bắt vào nhà chứ không cho ra ngoài đường nói chuyện sợ người ta nói, không ai dám động đến mình chứ không đòi hỏi như bây giờ, ngủ với nhau hay có thai thì cả làng người ta cười lên án”. Sau này chị gặp chồng hiện nay khi là công

nhân nhà máy điện Phả Lại, chị tìm hiểu và yêu nghiêm túc, ngày ấy không thể có QHTD trước kết hôn “Ôm hôn thì nắm vào công nhân, ông ấy cứ đến nhiều quá về ông ấy bảo bây giờ kỷ niệm anh cái gì thì mình chẳng biết kỷ niệm anh cái gì. Ngày ra quân em kỷ niệm khăn tay mùi xoa anh ấy bảo là để anh lau nước mắt à. Bình thường thì cũng vẫn biết ý là gì rồi nhưng người ta không đòi hỏi. Sau này về cơ quan thì anh yêu rồi bảo kỷ niệm anh cái hôn, tôi bảo không được về sau người ta biết được người ta bàn tán, người ta khinh, thế rồi ông ấy nghiêng đầu hôn một cái thế là mình tát cho bốp một cái. Đưa phòng bên cạnh nó nghe được, khi anh ấy về nó bảo sao chị dã man thế chị tát anh ấy mạnh thế, em bảo không thích cái kiểu đấy”. Chị nói rằng bây giờ cấp 2 đã thích nhau, ăn mặc hở hang, đi tập thể cũng từng đôi, VTN yêu nhau trong cấp 3 là nhiều do dậy thì sớm, tò mò, yêu theo trào lưu, do ảnh hưởng bạn bè và xã hội và tình cảm không sâu sắc “Chúng nó giờ nay yêu người này thì mai nó chia tay nó yêu người khác, chuyện bình thường, trước yêu ai thì yêu mãi một người.”.

Quan niệm về trinh tiết khi đó vẫn quan trọng với phụ nữ và thanh danh của nam. Chị cho rằng bây giờ nhận thức thay đổi nhiều “Ngày ấy cái trinh tiết nó quan trọng lắm, với người con gái nó thiêng liêng lắm, con gái giờ hư hỏng, nhiều đưa không nhận thức được”. Bây giờ con cái tự do hơn, có cấm cũng chẳng cấm được, những đứa nó chơi bố mẹ không biết “Bây giờ nó bảo trinh tiết cũng chẳng làm nên cuộc sống ấm no đầy đủ, không quan trọng lắm về trinh tiết chỉ sợ lây bệnh thôi, sợ HIV, nó lây qua QHTD. Bây giờ nó cần nhà cao cửa rộng. Bây giờ lấy chồng lấy vợ cái thứ nhất nó nhìn là nhà giàu thứ 2 là gia đình có chức quyền, giờ đưa nghèo khổ nọ kia nó không thích, đưa con gái cực kỳ xấu nhà nó nhiều tiền nó vẫn lấy chồng bình thường. Tôi mới nói ngày xưa ít người mất trinh lắm, hồi đấy ngại lắm bị dân làng phê phán lên án thì sau này không ai dám lấy, ế đến già”.

Nhận thức về QHTD tuổi VTN, chị cho rằng thế hệ chị không có quan hệ tình dục trước kết hôn “thứ nhất là sợ dư luận bên ngoài, bố mẹ dặn nên cũng khác. Thanh niên hồi đó họ cũng không đòi hỏi cái đấy, chứ nó đòi hỏi như bây giờ thì

cũng ối người xa ngã, đi dân công nằm ngủ với nhau con trai nó cũng ngủ như chết ý, cũng có thể một phần là khổ đói dinh dưỡng nó không như bây giờ, một phần thông tin nó không như bây giờ, ngày ấy đi xem phim thì có bao giờ thấy ôm nhau đâu chẳng có bộ phim nào ôm hôn đâu, phim ảnh ngủ với nhau không bao giờ có. Chuyện sách chỉ có yêu tổ quốc yêu đồng bào, có câu nào về yêu nhau là cấm, có kể chuyện hay chép tay về chuyện tình cũng có rất ít”. Kiến thức của chị về tình dục là rất hạn chế trước hôn nhân, ngại và sợ về điều đó trước kết hôn được cho là giúp nữ giữ gìn hơn “Lúc lấy nhau rồi thì mới quan hệ, lúc đấy mình vẫn ngượng ngùng lắm, mình về gia đình nhà chồng ngủ với chồng, 2 ông bà già ngủ với nhau ở bên kia ngại lắm, xấu hổ. Bây giờ thanh niên chơi bời bời bụi tìm cách xem phim hay ôm hôn nhau, ngủ với nhau. Bây giờ bố mẹ thấy con cái dậy thì là lo, trước đây bố mẹ khỏi phải lo cái chuyện đấy”. VTN hiện nay tự do, manh dạn, không giữ gìn các giá trị truyền thống, tác động của phim ảnh băng đĩa, Internet không lành mạnh làm nhiều VTN có quan hệ tình dục nhưng không hiểu được tại sao trên mạng lại không loại bỏ và khoá những thứ không tốt cho VTN “Bây giờ xem phim nó viem nhiễm thế làm sao mà nó chịu được mà đến tuổi nó đòi hỏi rồi, đâm ra là nó tự đưa nhau đi. Nhiều nhà tối con đi đâu bố mẹ cũng chẳng biết, con trai bà Hồng bên cạnh đi cave cũng mặc, đi sàn nhảy cũng mặc, chỉ quan tâm chợ búa suốt ngày. Con bà Sáu đưa con gái vào nhà ngủ bố mẹ nó đi suốt ngày, bố đi lao động ở nước ngoài, nó đưa con bạn nó vào nhà đóng cửa xem phim rồi làm chuyện đó với nhau, sợ lắm. Xóm này cũng nhiều đứa yêu đương nhố nhăng. Bố mẹ chỉ khuyên chứ cấm đoán không được. Không cho nó đi chơi bạn nó đến rủ là lừa lừa đi, ngày trước khi bố mẹ đã cấm thì không giám đi. Như con bé nhà này nhá lần phim sex của con Vàng Anh ý thế là bạn trai nó xem rồi nó đưa cho con này mang về xem. Ông xã nhà này phát hiện nó bật xem thử mình bán hàng mình có biết gì đâu thế là nó tò mò. Ông xã nhà này bảo cô giáo dục thế nào để nó mượn về xem và cấm biệt, bảo vút ngay nó đi chứ để nó xem thì hỏng hết”. Ngày xưa lấy nhau còn chưa biết gì lấy nhau động vào nhau thì chết khiếp. Chị nhận xét rằng “Bây giờ VTN biết trước, nó hiểu trước vấn đề, đứa nào lấy chồng cũng có chữa hết rồi, về vài tháng là đẻ rồi. Bây giờ tìm lấy một người làm chồng làm vợ mà đòi hỏi là chưa quan hệ thì khó lắm, mà cũng

chẳng biết được mà tìm, bây giờ chúng nó hư hỏng lắm”. Chị nói rằng ngày xưa về nông thôn lấy vợ thì yên tâm, bây giờ ở nông thôn cũng chẳng khác gì ở phố, ngày xưa thủy chung người ta chờ chồng chờ người yêu, tôn trọng tình cảm, một lời thề là một lời thề. “Bây giờ chúng nó yêu nhố nhăng, nay yêu người này, mai nó yêu người khác, có khi cùng lúc yêu 2, 3 người. Không hiểu tại sao xã hội văn minh con người lại nhố nhăng hơn. Bây giờ vợ chồng có thể bỏ nhau ngay được. Yêu thì yêu cực kỳ nhưng hôm nay ở nhà với vợ mai đi với người khác. Ngày xưa có vợ là chỉ có vợ, chồng chỉ mong thứ 7 chủ nhật về với vợ con, bây giờ người ta ở lại cơ quan, đi hội hè, nghỉ mát ...chồng mình đi làm nhà máy đêm hôm ai mà biết được”.

Thế hệ chị không biết về nạo phá thai, ngày đấy có thai là đẻ đẻ chứ không có nạo hút vì đã là đứa con trong bụng và không có dịch vụ nạo phá thai. Bây giờ dịch vụ quá dễ dàng và VTN nạo phá thai không phải là ít “Bây giờ ra ngoài kia nó phá thai là bình thường, bây giờ nó mất 500 ngàn hay một triệu lại về bình thường. Học sinh trường cơ điện kia kia, mấy học sinh thiếu thôn, điều kiện không có lại muốn ăn diện thì phải bỏ bịch gái bao nạo thai đấy nhưng sau về lại lấy chồng bình thường”. Chị nói rằng xã hội ngày đó không có quán bar nhà hàng, cafe, gái làm tiền, phò phạch dĩ điểm ngày đó sau này gọi là mại dâm chị có nghe nói nhưng ở đâu đấy trên thành phố, gái chồng bỏ, chán chồng thì lên thành phố chứ ở quê không có. Không bao giờ thấy nói đến thủ dâm là gì, ái nam nữ thì vẫn gọi là đồng tính luyện ái là những người hay lên chùa lên đồng.

Thế hệ chị ở tuổi VTN hầu như không có thông tin về BPTT, có nghe nói đặt vòng thì với người lớn để ”kế hoạch” chứ trước đó có muốn không đẻ cũng không có BPTT, không biết làm thế nào. Khi học cấp 2 chị có nghe là ngủ với nhau thì có thai nhưng cũng không biết là như thế nào thì có thai được. Ngày ấy nếu có thai là đẻ đẻ chứ người ta không biết về nạo hút và cũng chẳng nơi nào bên ngoài làm nạo hút. Về bệnh lây truyền qua QHTD khi đó chị có nghe nói người chơi bời thì có bệnh Giang mai, bệnh Lậu, hoa liễu, phong tình, chưa có HIV. Chỉ kể “Internet và băng đĩa đen (sẽ) ngày xưa không có. Con bé nhà tôi nó bảo mẹ có biết băng sex là

gì không, là ngủ với nhau. Bạn trai nó xem nó đưa cho con mình xem, con mình xem đi với nó là con mình siêu lòng thôi. Bây giờ thì không cấm được chỉ làm thế nào cho nó quan hệ an toàn thôi không bị bệnh hay có thai. Nó học cấp 3 nó bảo nó đi học, học thêm mình chỉ biết con mình đi học thôi, biết làm sao được. Nhiều đứa nó bảo cô ạ trên Internet nhiều trò lắm, nó hướng dẫn cách ngủ với nhau nó còn đủ kiểu trên đời, trên mạng có nhiều trò chơi ma quỷ lắm, học sinh bị tiêm nhiễm. Các cụ ngày xưa không ai hướng dẫn không đài báo phim ảnh vẫn duy trì giống nòi”.

Phụ lục 8: Các biến số (định lượng, định tính) theo mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu cụ thể 1 được đáp ứng bởi nghiên cứu định tính (thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu). Mục tiêu nghiên cứu cụ thể 2 được đáp ứng bởi số liệu định lượng đã thu thập trong mô đun AH1. Mục tiêu nghiên cứu 3 được đáp ứng bởi cả số liệu định lượng AH1, AH2 và định tính với kỹ thuật Nhóm đề cử/bầu chọn.

Thông tin chung

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Thông tin chung				
1	Tuổi	Tính theo dương lịch từ ngày sinh đến ngày điều tra	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1, AH2
2	Giới tính	Nam hay nữ	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1, AH2
3	Dân tộc	Dân tộc kinh hay dân tộc khác	Biến phân loại	Cơ sở dữ liệu DESS
4	Nơi ở	Ở thị trấn hay xã	Biến phân loại	Cơ sở dữ liệu DESS
5	Học vấn	Lớp học cao nhất đã hoàn thành hoặc đang học	Biến phân loại	Cơ sở dữ liệu DESS
6	Điều kiện kinh tế gia đình	Khá giả, trung bình, nghèo tính theo Quintile (5 nhóm) tài sản, điều kiện sinh hoạt	Biến phân loại	Cơ sở dữ liệu DESS

Mục tiêu 1: Mô tả quan niệm, nhận thức về tình dục, SKSS (sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục) ở VTN và sự thay đổi

Các thông tin, biến số định tính cho mục tiêu 1 thu thập qua TLN, PVS

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Quan niệm, nhận thức về tình dục, SKSS ở VTN				
1	Quan niệm, nhận thức về QHTD ở VTN, xu hướng, so với thế hệ bố mẹ...	QHTD giao hợp (đường âm đạo, hậu môn, miệng), hành vi tình dục không giao hợp	Biến định tính	Thảo luận nhóm/Thảo luận giả định, phỏng vấn sâu
2	Quan niệm về sử dụng BPTT tuổi VTN, BPTT nào phù hợp VTN...	Các BPTT: BCS, viên tránh thai khẩn cấp, thuốc tránh thai uống hàng ngày, thuốc tiêm tránh thai, đình sản, dụng cụ tử cung, tính vòng kinh, xuất tinh ngoài v.v.	Biến định tính	Thảo luận nhóm/Thảo luận giả định, phỏng vấn sâu
3	Quan niệm, nhận thức về nạo phá thai tuổi VTN, so với thế hệ bố mẹ	Các biện pháp đình chỉ thai nghén, thực hiện bằng thuốc hoặc bằng kỹ thuật y tế, như hút chân không (hút điều hòa kinh nguyệt), phá thai bằng thuốc, nạo thai, phá thai to	Biến định tính	Thảo luận nhóm/Thảo luận giả định, phỏng vấn sâu
4	Nhận thức về các bệnh STIs ở VTN	Các bệnh lây truyền qua QHTD (STIs) gồm trên 20 bệnh, các bệnh hay gặp là Lậu, Giang mai, Nấm, Trùng roi, Viêm gan B, và HIV ...	Biến định tính	Thảo luận nhóm/Thảo luận giả định, phỏng vấn sâu

Mục tiêu 2: Mô tả kiến thức, thái độ về tình dục, SKSS và yếu tố liên quan, thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs ở vị thành niên.

Số liệu định lượng cho mục tiêu 2 thu thập trong mô đun AH1 (2006)

TT	Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Kiến thức, thái độ về tình dục, BPTT, nạo phá thai, bệnh STIs				
1	Kiến thức về tình dục, mang thai	<ul style="list-style-type: none"> - Từ khi nào một bạn nam có thể làm bạn nữ có thai - Từ khi nào một bạn nữ có thể có thai - Thời điểm nào trong kỳ kinh nữ dễ có thai nhất - Có thể có thai hay không dù chỉ QHTD một lần 	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
2	Kiến thức về QHTD an toàn	Biết QHTD giao hợp an toàn là có sử dụng BCS	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
3	Thái độ về QHTD trước kết hôn	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể quan hệ tình dục nếu yêu nhau - Có thể quan hệ tình dục nếu đã ăn hỏi - Có thể QHTD nếu đã dự định kết hôn - Có thể QHTD nếu cả hai đều muốn - Có thể QHTD nếu nam sử dụng BPTT - Có thể QHTD nếu nữ sử dụng BPTT 	Biến thang đo Likert scale 5 điểm (Rất không đồng ý, không đồng ý, đồng ý, rất đồng ý, không có ý kiến)	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
4	Thái độ tự tin để từ chối QHTD khi không muốn	- Mức độ tự tin thế nào để từ chối bạn tình QHTD khi không muốn	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
5	Thái độ về QHTD đồng tính	- QHTD đồng tính (nam với nam, hoặc nữ với nữ) có thể chấp nhận được	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
6	Thái độ về sử dụng BCS	Thái độ đồng tình hay không đồng tình với sử dụng BCS	Biến thang đo Likert	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1

			scale 5 mức điểm)	
7	Thái độ tự tin về sử dụng BCS khi có QHTD	<ul style="list-style-type: none"> - Mức tự tin thế nào để mua, tìm được BCS khi cần SD - Mức tự tin thuyết phục bạn tình dùng BCS khi QHTD - Mức tự tin nói với bạn tình “khôngBCS, không QHTD” - Mức tự tin sử dụng BCS đúng cách 	Biến thang đo Likert scale 5 mức điểm)	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
8	Nghe về bệnh STIs	Đã nghe về các bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
9	Biết tên các bệnh STIs	Liệt kê tên tất cả các bệnh STIs biết	Biến Phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH1
10	Biết cách phòng tránh STIs	Liệt kê các cách phòng tránh bệnh STIs biết	Biến Phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH1
11	Nghe về HIV/AIDS	Đã nghe về HIV/AIDS	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
12	Thái độ đối với người bị HIV	Thái độ cảm thông hay xa lánh, kì thị người bị HIV	Biến Phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH1
Thực trạng QHTD giao hợp, sử dụng BPTT, nạo phá thai, mắc bệnh STIs				
13	QHTD chưa	Đã QHTD giao hợp (đường âm đạo, miệng, hậu môn)	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
14	Tuổi QHTD lần đầu	Tuổi tính theo năm dương lịch	Biến Liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1 (vòng 1)
15	Quan hệ tình dục lần đầu với ai	Người yêu, bạn bè, người họ hàng, mại dâm, người mới gặp	Biến phân loại	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
16	Tuổi người QHTD	Tuổi tính theo năm dương	Biến	Bộ câu hỏi tự điền AH1

	với VTN (lần đầu)	lịch	Liên tục	
17	Số người đã từng QHTD (bạn tình)	Số lượng những người mà VTN đã QHTD với	Biến Liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1
18	Bị lạm dụng tình dục - không tự nguyện	VTN QHTD lần đầu do ép buộc, cưỡng bức, lừa gạt, dụ dỗ, thuyết phục	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
19	Sử dụng BPTT khi QHTD	- BPTT sử dụng trong QHTD lần đầu, trong QHTD lần gần nhất	Biến số Phân loại	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
20	Sử dụng BCS khi QHTD	- Có sử dụng BCS khi QHTD lần đầu, khi QHTD lần gần nhất	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
21	Có thai bao giờ chưa	Từ trước đến nay đã từng có thai lần nào	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
22	Tuổi khi lần đầu có thai	Tuổi theo năm dương lịch	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1
23	Số lần có thai	Có thai bao nhiêu lần	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1
24	Nạo phá thai bao giờ chưa	Từ trước đến nay đã từng nạo phá thai hay chưa	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền, mô đun AH1
25	Tuổi khi nạo phá thai lần đầu	Tuổi theo năm dương lịch	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1
26	Số lần nạo phá thai	Bao nhiêu lần nạo phá thai, hút điều hòa kinh nguyệt	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1
27	Có bị bệnh STIs không	Mắc bệnh STIs như Lậu, Giang mai, Nấm sinh dục, Trùng roi, Viêm gan B .v.v.	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH1
28	Tuổi khi lần đầu bị STIs	Tuổi theo năm dương lịch	Biến liên tục	Bộ câu hỏi tự điền AH1

Mục tiêu 3: Xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ đối với QHTD ở vị thành niên.

Các biến số định lượng cho mục tiêu 3: Biến số QHTD thu thập trong AH1 (vòng 1, 2). Các biến số cá nhân, gia đình, nhà trường, cộng đồng được thu thập trong AH2 (thông tin chung về VTN từ dữ liệu DESS)

TT	Tên biến (Biến định lượng)	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Nhóm yếu tố cộng đồng				
1	Tập quán, văn hóa cộng đồng	- Lễ hội làng, xã - Hương ước	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
2	Tiếp cận các chất gây nghiện	- Nhận định về tiếp cận sử dụng rượu, bia, thuốc lá, thuốc lào, ma túy	Biến thang đo Likert 5 mức điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
3	Điều kiện an ninh tại cộng đồng nơi ở	- Cảm nhận về an toàn, an ninh tại cộng đồng	Biến thang đo Likert 5 mức điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
4	Gắn bó yêu thích cộng đồng nơi ở	Cảm giác gắn bó yêu thích cộng đồng nơi ở	Biến thang đo Likert 5 mức điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
Nhóm yếu tố gia đình				
5	Sống cùng gia đình	Thường xuyên sống cùng cha mẹ đẻ	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
6	Yêu thương giúp đỡ trong gia đình	- Các thành viên gia đình quan tâm, giúp đỡ nhau	Biến phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH2
7	Người chăm sóc chính giai đoạn đầu tuổi VTN	- Ai là người chăm sóc chính khi 10-14 tuổi (bố/mẹ đẻ, ông/bà, cô gi..)	Biến phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH2
8	Bố mẹ nhắc nhở những việc không	Mức độ bố mẹ nhắc nhở những việc không được làm	Biến thang đo Likert	Bộ câu hỏi tự điền AH2

	được làm	(uống rượu bia, hút thuốc, đánh nhau, yêu, đua xe .v.v	scale 5 mức điểm	
9	Bất hòa gia đình	- Mức độ bất hòa (đánh, cãi chửi nhau...) trong gia đình	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
10	Bị đánh mắng	- Mức độ VTN bị đánh, mắng chửi trong gia đình	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
Nhóm yếu tố bạn bè				
11	Chơi với bạn, nhóm bạn	Thường chơi với bạn, nhóm bạn, nam/nữ hay cả hai giới	Biến phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH2
12	Chơi với bạn hư	Bạn hư: Bỏ học, hút thuốc, uống rượu bia, gây rối, đánh nhau, sử dụng ma túy.v.v.	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
13	Xem phim ảnh khiêu dâm với bạn	Bạn rủ rê xem phim ảnh khiêu dâm	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
14	Bạn đã yêu	Chơi với bạn đã có yêu đương	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
15	Bạn đã QHTD	Chơi với bạn đã có QHTD	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
16	Bị bắt lạt, trêu chọc, hành hung	Mức độ bị người cùng lứa tuổi bắt nạt (trêu chọc, dọa nạt, đánh chửi hành hung)	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
Nhóm yếu tố nhà trường				
17	Đi học	Hiện còn đi học hay đã thôi học	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
18	Kết quả học tập	Xếp loại học tập của năm	Biến	Bộ câu hỏi tự điền AH2

		đang học hay năm học cuối đã hoàn thành	phân loại	
19	Hạnh kiểm, đạo đức	Xếp loại hạnh kiểm năm học hiện tại/hoặc lớp cao nhất	Biến phân loại	Bộ câu hỏi tự điền AH2
20	Yêu thích, gắn bó trường lớp	Mức độ yêu thích, gắn bó với trường lớp đã, đang học	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
21	Điều kiện an toàn, an ninh ở trường học	Cảm nhận mức độ điều kiện an ninh, an toàn ở trường học đã/đang học	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
22	Thầy cô giúp đỡ, đối xử công bằng	Mức độ thầy cô giúp đỡ, khuyến khích, đối xử công bằng với học sinh	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
Nhóm yếu tố cá nhân				
23	Xem truyền hình cáp, internet	Có tiếp cận truyền hình cáp, đầu thu KT số, internet	Biến Nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2
24	Sử dụng internet, chơi điện tử (game)	Mức độ sử dụng internet, chơi điện tử (game)	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
25	Lạc quan về hiện tại, tương lai	Thái độ lạc quan về bản thân, gia đình, hiện tại, tương lai	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
26	Quan điểm về giới	Thái độ “trọng nam hơn nữ”	Biến thang đo Likert 5 điểm	Bộ câu hỏi tự điền AH2
27	Yêu đương	Đã từng yêu chưa	Biến nhị phân	Bộ câu hỏi tự điền AH2

Các biến số, thông tin định tính cho mục tiêu 3 (yếu tố nguy cơ, yếu tố bảo vệ với QHTD ở VTN) thu thập qua các Nhóm đề cử (Nominal Group Technique)

		Yếu tố nguy cơ (định tính)	Yếu tố bảo vệ (định tính)
A	Nhóm Yếu tố cá nhân	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dậy thì sớm 2. Tính bốc đồng, tò mò 3. VTN có bạn tình, yêu sớm 4. Bạn đồng lứa rủ rê... 5. Xem phim ảnh khiêu dâm 6. Quan tâm tình dục 7. Bị lạm dụng, cưỡng ép tình dục (bị hiếp dâm, sờ nắn...) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Dậy thì bình thường b. Tinh thần, tính tình bình thường c. Chơi với các bạn ngoan, gia đình nền nếp d. Các mối quan hệ lành mạnh e. Quan niệm đề cao trinh tiết f. Quan niệm đúng mực về tình yêu, hôn nhân
B	Nhóm Yếu tố gia đình	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không hạnh phúc (bố mẹ li dị, bất hòa) 2. Bố mẹ không sống cùng 3. Giao tiếp kém với bố mẹ về vấn đề tình dục 4. Kinh tế nghèo 5. Dạy dỗ, quản lý gia đình kém 6. Mâu thuẫn họ hàng, hàng xóm 	<ol style="list-style-type: none"> a. Hạnh phúc b. Giao tiếp tốt giữa VTN, bố mẹ, các thành viên gia đình c. Quản lý, dạy dỗ tốt d. Gia đình không mâu thuẫn, gắn bó
C	Nhóm Yếu tố trườn g học	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không đi học, bỏ học 2. Học lực kém 3. Hạnh kiểm kém 4. Đối xử không công bằng 5. Bị bắt nạt, trêu chọc 	<ol style="list-style-type: none"> a. Đi học b. Học lực tốt c. Hạnh kiểm tốt d. Môi trường đối xử công bằng e. Không bị trêu chọc, bắt nạt
D	Nhóm Yếu tố cộng đồng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khó khăn việc làm 2. Dịch vụ mại dâm 3. Dịch vụ bán, cho thuê, chiếu, băng đĩa phim khiêu dâm/sex 4. Đồng tình quan hệ tình dục, kết hôn sớm 5. Xung đột, cách biệt, tệ nạn 6. Thông tin, ảnh sex ở Internet, sách báo 7. Xu hướng yêu sớm, sống thử vợ chồng (sống buông thả, tự do) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Nhiều việc làm b. Không có mại dâm c. Không bán/thuê băng đĩa, phim sex d. Tập quán, cộng đồng tiến bộ e. Không có xung đột, cách biệt f. Quản lý tốt không xem thông tin hình ảnh sex trên Internet, sách báo g. Chuẩn mực đạo đức truyền thống tốt

Phụ lục 9: Tổ hợp biến số thang đo yếu tố liên quan với QHTD ở VTN giữa điều tra AH1 năm 2006 và 2009 (AH1 vòng 2 kết nối AH1 vòng 1)

Biến số thang đo trong số liệu AH1 vòng 2

Phân tích thành tố chính (Principle Component Analysis – PCA) với 10 biến số liệt kê về đặc điểm dậy thì nữ thu thập trong AH1 vòng 2, giống thu thập trong AH1 vòng 1 (biến số formative) với phương pháp trục giao quay vòng Varimax. Các giá trị kiểm định KMO-Bartlett's test = 0,88, $P < 0,05$ (giá trị khuyến nghị $> 0,6$), hệ số loading cao (từ 0,4 – 0,7), tạo thành 2 nhóm yếu tố có Eigen value > 1 , nhóm thứ nhất gồm 8 đặc điểm dậy thì (không gồm 2 đặc điểm “Có ham muốn về tình dục”, “Muốn có bạn khác giới”). Nhóm yếu tố thứ 2 gồm 2 đặc điểm dậy thì còn lại. Phân tích độ nhất quán bên trong (Internal consistency) chỉ thấy nhóm yếu tố 1 gồm 8 biến số về đặc điểm dậy thì nữ có sự nhất quán cao với Cronbach's Alpha = 0,89 (giá trị khuyến nghị $\geq 0,7$). Tổ hợp biến số thang đo “Mức độ kiến thức VTN về đặc điểm dậy thì nữ” có giá trị từ 0-8, giá trị cao hơn tương ứng biết nhiều hơn về đặc điểm dậy thì nữ.

Phân tích thành tố chính Principal Axis Factoring (PAF) với 6 biến số về thái độ đồng ý với QHTD trước khi cưới thu thập giống nhau ở cả 2 vòng điều tra AH1 (biến số reflective) với phương pháp trục giao quay vòng Promax. Các biến số liên quan chặt chẽ nhau ($0,3 < r < 0,8$) tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 , giải thích 70% sự biến thiên của các biến trong thành tố (component) và hệ số đưa vào (loading) cao. Giá trị Kaiser-Meyer-Okin xác định cỡ mẫu đủ lớn là 0,83 lớn hơn giá trị khuyến nghị ($\geq 0,6$), Bartlett Sphericity test, $P < 0,001$). Phân tích độ tin cậy thấy cả 6 biến số có sự nhất quán bên trong cao với hệ số Cronbach Alpha hiệu chỉnh = 0,9 (lớn hơn mức khuyến nghị 0,7). Tổ hợp biến số thang đo “Mức độ cởi mở về QHTD trước khi cưới” có giá trị từ 0 – 6, giá trị cao hơn tương ứng thái độ cởi mở hơn về QHTD.

Phân tích thành tố chính (Principle Component Analysis – PCA) với 5 biến số tên các BPTT mà VTN đã liệt kê trong AH1 vòng 2, giống liệt kê trong AH1 vòng 1 (BCS, thuốc uống tránh thai, xuất tinh ngoài, vòng tránh thai, đình sản nam, nữ) với phương pháp trực giao quay vòng Varimax. Giá trị kiểm định cỡ mẫu phù hợp KMO-Bartlett's test = 0,7, $P < 0,05$ (giá trị khuyến nghị $> 0,6$). Các biến số có giá trị loading cao (từ 0,4 – 0,8) tạo thành 1 nhóm yếu tố có giá trị Eigen value > 1 . Phân tích độ nhất quán bên trong (Internal consistency) thấy cả 5 biến số có sự nhất quán cao (Cronbach's Alpha = 0,75, cao hơn giá trị khuyến nghị 0,7). Tổ hợp biến số thang đo “Mức độ biết về các BPTT” có giá trị từ 0-5, giá trị cao hơn tương ứng với biết nhiều BPTT hơn.

Biến số thang đo trong số liệu AH1 vòng 1

Phân tích thành tố chính (Principle Component Analysis – PCA) với 10 biến số liệt kê về đặc điểm dậy thì nữ thu thập trong AH1 vòng 1 với phương pháp trực giao quay vòng Varimax. Kiểm định KMO-Bartlett's test = 0,84, $P < 0,05$, hệ số loading cao (từ 0,4 – 0,7), tạo thành 2 nhóm yếu tố có Eigen value > 1 , nhóm thứ nhất gồm 8 đặc điểm dậy thì (không gồm 2 đặc điểm “Có ham muốn về tình dục”, “Muốn có bạn khác giới”). Nhóm yếu tố thứ 2 gồm 2 đặc điểm dậy thì còn lại. Phân tích độ nhất quán bên trong (Internal consistency) chỉ thấy nhóm yếu tố 1 có sự nhất quán cao với Cronbach's Alpha = 0,85 (giá trị khuyến nghị $\geq 0,7$). Tổ hợp biến số thang đo “Mức độ kiến thức VTN về đặc điểm dậy thì nữ” có giá trị từ 0-8, giá trị cao hơn tương ứng biết nhiều hơn về đặc điểm dậy thì nữ.

Các biến số thang đo “Thái độ đồng tình QHTD” và “Biết các BPTT” đã được tổ hợp trong phần kết quả “Kiến thức tình dục, thực trạng QHTD, sử dụng BPTT, nạo phá thai, bệnh lây truyền qua QHTD ở VTN (AH1 vòng 1 năm 2006)”.