

*Viet Nam among a sample of 2,394 never married youth aged between 15 and 24 years in late 2003. Risk and protective factor theoretical model was introduced and piloted in this study, using exposure to the likelihood of premarital sex as outcome variable. Cox proportional hazard regression analysis showed that youth who had experienced sexual abuse were 35 times more likely to report having had premarital sex. Mother connectedness was associated with a decreased likelihood of having sex before marriage. A medium level of school connectedness was also a factor associated with the delay of premarital sex (OR=0.27). Peer social deviance, on the other hand, increased the likelihood by at least 2.6 times. Separate models for each sex confirmed the protective effect of mother connectedness among females; the negative effect of peer social deviance among males; and the predominant risk of past sexual abuse in both sexes for premarital sex. These results reaffirm a growing body of literature from around the world that has shown connectedness to a parent to be associated with delay of premarital sex while peer social deviance and exposure of previous sexual abuse have been both associated with early sexual debut. Lessons learnt from the methodological pilot in this study provide insights for future longitudinal studies at broader scopes.*

*Key words: Adolescents, premarital sex, time to event analysis, risk and protective factors*

---

#### Các tác giả

(\*): Lê Cự Linh - Tiến sĩ, Trưởng Bộ môn Dân số, Trường Đại học Y tế công cộng – 138 Giảng Võ, Hà Nội.  
Email: lcl@hsph.edu.vn.

(\*\*): Robert Wm Blum - Giáo sư, Tiến sĩ, Trưởng khoa Dân số, Gia đình và Sức khoẻ sinh sản,  
Trường Y tế Công Cộng Bloomberg, Đại học Johns Hopkins, Hoa Kỳ. Email: rblum@jhsph.edu.

### 1. Đặt vấn đề

Trên thế giới, số người trẻ tuổi có quan hệ tình dục trước hôn nhân được báo cáo ngày càng tăng, quan hệ tình dục cũng xảy ra ở lứa tuổi ngày càng trẻ hơn. Phân tích Điều tra Nhân khẩu học từ 41 nước cho thấy nhóm phụ nữ ở độ tuổi 20 – 24 trong 58,6% các nước này có xu hướng có quan hệ tình dục trước hôn nhân dưới 18 tuổi nhiều hơn nhóm phụ nữ ở độ tuổi từ 40 – 44 [12]. Có nhiều yếu tố góp phần tạo nên xu hướng này. Người trẻ tuổi trì hoãn lập gia đình để học tập vì học tập ngày càng được coi trọng. Tiếp đến, tình hình dinh dưỡng và chăm sóc sức khoẻ cộng đồng được cải thiện ở những nước đang phát triển làm giảm tuổi có kinh nguyệt lần đầu, tăng khoảng thời gian từ khi có kinh nguyệt đến khi kết hôn so với các thế hệ trước. Tuổi trung bình có kinh lần đầu của các em gái Việt Nam ở thành thị là 14 và ở nông thôn là 18 [17]. Tuổi kết hôn trung bình lần đầu ngày càng tăng do học tập (tuổi kết hôn lần đầu trung bình ở thành thị là 24 và nông thôn là 20), quan hệ tình dục trước hôn nhân do đó cũng ngày càng tăng và không có biện pháp bảo vệ thích hợp khiến thanh thiếu niên phải đối mặt với nguy cơ

mang thai, mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV. Tuy nhiên, một trong các hạn chế của các nghiên cứu tại Việt Nam (kể cả điều tra sức khoẻ vị thành niên quốc gia SAVY 2003) là phân tích mô tả dựa trên các câu hỏi dạng “Bạn đã bao giờ quan hệ tình dục với ai chưa?” thu được trong các cuộc điều tra cắt ngang trên cộng đồng. Hạn chế cơ bản của cách phân tích này, là đơn giản hoá hành động quan hệ tình dục trước hôn nhân của thanh thiếu niên (TTN) thành các sự kiện, sau đó tính toán tần suất xuất hiện các sự kiện này ở các nhóm tuổi, giới khác nhau theo cách tính “tỷ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân” thông thường. Tỷ lệ này tính được từ ước lượng tử số là số TTN đã có quan hệ tình dục trước hôn nhân (QHTDTHN) – nghĩa là những người trả lời “đã có quan hệ” ở câu hỏi trên, chia cho mẫu số là số TTN chưa lập gia đình. Cách phân tích này bỏ qua một khía cạnh cơ bản, đó là “phơi nhiễm” của các TTN này là hoàn toàn khác nhau.

Bên cạnh vấn đề về kỹ thuật phân tích nêu trên, trong các nghiên cứu tại Việt Nam những yếu tố thúc đẩy hoặc trì hoãn việc QHTDTHN dựa trên khung lý thuyết về yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ

cũng chưa từng được tiến hành. Theo mô hình này các phân tích có tính tới các yếu tố thuộc về những phạm trù: gia đình, bạn bè, nhà trường và cộng đồng [3]. Trong đó, mỗi nhóm các yếu tố có thể có liên quan tới việc làm tăng hay giảm các hành vi nhạy cảm, hoặc thậm chí là nguy cơ có hại cho sức khoẻ [3,4]. Gia Lâm là một huyện ngoại thành Hà Nội và mang nhiều đặc điểm đô thị phát triển nhanh trong những năm gần đây và là nơi nhóm nghiên cứu lựa chọn để thử nghiệm bộ công cụ phỏng vấn TTN trước khi tiến hành dự án dài hạn tại cơ sở thực địa Chililab. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: 1) mô tả một số thang đo các yếu tố có liên quan đến sức khoẻ TTN theo mô hình yếu tố nguy cơ/ yếu tố bảo vệ; 2) phân tích các yếu tố liên quan đến hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân của TTN độ tuổi 15-24 tại Gia Lâm Hà Nội, trong đó sử dụng kỹ thuật phân tích dọc – có tính tới thời gian phối ngẫu nhiên khác nhau của từng đối tượng.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Cuộc điều tra cắt ngang được tiến hành trên 3 thị trấn ở Gia Lâm, huyện ngoại thành Hà Nội vào thời điểm cuối 2003 đầu năm 2004 – khi chưa có chia tách lại địa dư hành chính của Gia Lâm, mỗi cụm dân cư trong thị trấn được coi là đơn vị lấy mẫu ban đầu. Phương pháp chọn mẫu hệ thống được sử dụng để chọn ra 25 tổ dân phố, vì vậy mẫu nghiên cứu đại diện cho các thị trấn ở Gia Lâm vào thời điểm đó. Danh sách TTN trong độ tuổi từ 15 – 24 được lọc ra, sau đó các TTN được phỏng vấn bằng một bộ câu hỏi thông qua 3 phương pháp khác nhau: phỏng vấn trực tiếp (PI), phát vấn (SA) và phỏng vấn có trợ giúp của máy tính gắn với tai nghe – Audio Computer Assisted Self-Interview (ACASI). Từ danh sách mẫu ban đầu gồm 2.761 đối tượng có tất cả 2.394 đối tượng tham gia trả lời nghiên cứu (chiếm 87%), số còn lại bao gồm 2,3% từ chối trả lời và 11% không thể tiếp cận được vì không có ở địa bàn. Nhóm người đã lập gia đình chiếm 7,7% và vì mục đích nghiên cứu hành vi QHTDTHN, trong bài viết này, chúng tôi chỉ đưa vào phân tích những TTN chưa kết hôn, tổng cộng là 2.210 TTN – bao gồm cả 3 hình thức phỏng vấn. Bài viết này không thảo luận về sự khác biệt giữa ba hình thức phỏng vấn vì đã được trình bày chi tiết trong bài báo khác[11].

### 2.2. Biến số và thang đo:

Bộ câu hỏi bao gồm 12 nhóm nội dung khác nhau, trong đó bên cạnh các thông tin cá nhân và đặc điểm hộ gia đình còn có các biến số về môi trường gia đình, trường học, cộng đồng, v.v. Trong khuôn khổ của phân tích này, chúng tôi chỉ mô tả một số nhóm biến số và thang đo có liên quan, cụ thể bao gồm:

- 1) Thang đo về mức độ bị lạm dụng tình dục: Bao gồm các câu hỏi để xem đối tượng có từng bị thuyết phục, bị lừa gạt, hay ép buộc / cưỡng bức có QHTD. Các câu trả lời được mã hoá có / không.
- 2) Thang đo về sự gắn kết với mẹ (hoặc người phụ nữ chăm sóc chính trong gia đình nếu không có mẹ): bao gồm 4 câu hỏi về mức độ chăm sóc, quan tâm (trong từng câu có các cấp độ: hoàn toàn không / ít / vừa phải / nhiều).
- 3) Thang đo về sự gắn kết với bố (hoặc người đàn ông chăm sóc chính trong gia đình nếu không có bố): bao gồm 4 câu hỏi về mức độ chăm sóc, quan tâm (trong từng câu có các cấp độ: hoàn toàn không / ít / vừa phải / nhiều).
- 4) Thang đo về hành vi sử dụng rượu/ma túy của người mẹ: bao gồm 3 câu hỏi về việc mẹ sử dụng rượu hoặc các chất ma túy (có / không).
- 5) Thang đo về hành vi sử dụng rượu/ma túy của người bố: bao gồm 3 câu hỏi về việc bố sử dụng rượu hoặc các chất ma túy (có / không).
- 6) Thang đo về gắn kết với giáo viên ở trường: bao gồm 2 câu hỏi về sự quan tâm (không quan tâm/ quan tâm ít/ nhiều / rất nhiều) và đối xử công bằng của giáo viên (có / không).
- 7) Thang đo về sự lạm dụng của bạn cùng lứa: bao gồm 3 câu hỏi về lạm dụng (trong đó có các cấp độ không bao giờ / hiếm khi / thỉnh thoảng / hay bị).
- 8) Thang đo về tác động của nhóm bạn thân: bao gồm 10 câu hỏi về việc TTN cho biết họ có hay không, nếu có thì số lượng những người bạn thân có một số hành vi nguy cơ, cũng như việc những người bạn thân đó có những đặc điểm tích cực (qui đổi từ số lượng thành có / không).
- 9) Thang đo về đặc điểm kinh tế hộ gia đình: bao gồm 9 câu hỏi về một số đặc điểm nhà ở và vật dụng trong gia đình. Những thông tin này nhằm gián tiếp đánh giá tình trạng kinh tế hộ gia đình nơi TTN đang sống (qui đổi từ số lượng thành có / không).

Các biến độc lập đưa vào phân tích bao gồm 4 nhóm yếu tố: cá nhân, gia đình, bạn bè và nhà trường, xã hội. Nhóm yếu tố cá nhân bao gồm: nhóm tuổi (nhóm 15-19 và 20-24 tuổi), trình độ học vấn (không đi học, tiểu học/dưới trung học, trung học, học nghề và cao đẳng/đại học); và thang đo số 1 về việc đã từng bị lạm dụng tình dục. Nhóm yếu tố gia đình bao gồm các biến về thang đo điều kiện kinh tế hộ gia đình (thang đo số 9 nêu trên) được sắp xếp theo mức độ từ thấp lên cao; biến số sống với bố mẹ đẻ; tiền sử bệnh tâm thần trong gia đình và thành viên trong gia đình đã từng bị đi tù và các biến thang đo về cha mẹ nêu trên (thang đo số 2, 3, 4, 5). Nhóm các yếu tố về bạn bè và trường học bao gồm xếp loại ở trường (xuất sắc, tiên tiến và trung bình/yếu), và các thang đo số 6, 7, 8 nêu trên. Với thang đo số 8, cách tính điểm của thang đo được hiệu chỉnh để qui đổi về mức điểm càng cao càng mang tác động xấu (tiêu cực). Nhóm các yếu tố môi trường cộng đồng bao gồm biến số riêng lẻ để đánh giá mức độ gắn kết của đối tượng đối với cộng đồng đang sống: đối tượng phỏng vấn có muốn chuyển đi nơi khác sinh sống không (có/không) và có cảm thấy người lớn ở xung quanh quan tâm đến mình không (có/không). Tất cả các biến tổ hợp các thang đo được kiểm định tính tin cậy (reliability) với chỉ số Cronbachs Alpha. Sau đó, tùy theo phép phân tích, các thang đo nêu trên có thể được rời rạc hoá thành các cấp độ (chẳng hạn: cao, thấp, trung bình). Biến phụ thuộc chính của phân tích là QHTDTHN, ngoài ra, hai biến phụ thuộc khác là có sử dụng BCS trong lần QHTD đầu tiên và từng có nạo phá thai (hoặc làm cho bạn gái có thai, sau đó phải nạo phá thai nếu đối tượng là nam).

### 2.3. Phương pháp phân tích:

Với biến số phụ thuộc là hành vi QHTDTHN, nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích dọc - vốn thường áp dụng với các nghiên cứu tiến cứu, nghiên cứu thuần tập, trong đó các đối tượng được quan sát phơi nhiễm trong một thời gian nhất định. Cách tiếp cận này cũng có thể áp dụng được cho số liệu thu được từ điều tra cắt ngang, nếu ta giả định thời điểm nghiên cứu chính là điểm kết thúc của một giai đoạn theo dõi dọc tình trạng “phơi nhiễm” của đối tượng nghiên cứu mà thời điểm bắt đầu là khi đối tượng bước vào độ tuổi vị thành niên. Lấy mốc tuổi bắt đầu được tính là vị thành niên là 10 tuổi, thì giả sử vào thời điểm nghiên cứu, một trẻ vị thành niên A đang 17 tuổi và vừa có QHTD lần đầu

đúng năm 17 tuổi sẽ có 7 năm (từ 10 tuổi đến 17 tuổi, giả định tính tuổi tròn) “phơi nhiễm” với khả năng có QHTD và đã có “kết quả” (là hành vi QHTD). Trong khi đó, một trẻ B khác - giả định cũng 17 tuổi tại thời điểm nghiên cứu mà vẫn chưa có QHTD sẽ có phơi nhiễm tới 7 năm với khả năng có QHTD nhưng hành động đó (biến số “kết quả”) chưa xảy ra. Một trẻ VTN giả định thứ ba - C tại thời điểm nghiên cứu đang 19 tuổi, nhưng đã từng có QHTD lần đầu năm 13 tuổi (nghĩa là có “phơi nhiễm” 3 năm từ lúc 10 tuổi đến lúc 13 tuổi). Một trẻ VTN giả định thứ tư - D tại thời điểm nghiên cứu cũng đang 19 tuổi và chưa từng có QHTD. Như vậy có thể thấy 4 trẻ VTN A, B, C, D có tổng số thời gian phơi nhiễm tính với nguy cơ “QHTD” từ lúc bắt đầu vào tuổi VTN (10 tuổi theo qui ước) tới thời điểm nghiên cứu tương ứng là 7 năm, 7 năm, 3 năm, và 9 năm. Cách tính tỷ lệ QHTD thông thường như đã mô tả trên sẽ qui A và B vào nhóm 17 tuổi còn C và D vào nhóm 19 tuổi. Như vậy tỷ lệ “từng có QHTDTHN” theo cách phân tích thông thường (nhìn cắt ngang tại một thời điểm) sẽ là 50% ở nhóm 17 tuổi (gồm A và B trong đó A đã có QHTD) và tương tự cũng là 50% ở nhóm 19 tuổi (gồm C và D, mà C đã có QHTD). Cách phân tích này không thể chỉ ra rằng trên thực tế tổng số năm “phơi nhiễm” của nhóm 17 tuổi trên thực tế là  $7 + 7 = 14$  năm, trong khi ở nhóm 19 tuổi chỉ là  $3 + 9 = 12$  năm. Như vậy, thực ra xác suất có QHTD của nhóm 17 tuổi phải là: 1 trên 14 người năm còn ở nhóm 19 tuổi là: 1 trên tổng số 12 người năm, và hai xác suất này không còn bằng nhau như cách tính trên nữa.

Vì vậy, trong phân tích này, chúng tôi lọc ra các đối tượng chưa kết hôn và giả định qui ra tuổi tròn, mỗi năm gồm 12 tháng và giả định nếu TTN nói mình đã có QHTD thì thời gian phơi nhiễm được tính từ lúc tròn 10 tuổi đến thời điểm giữa năm của năm được ghi nhận là có lần QHTD đầu tiên. Những biến này dựa trên câu trả lời của đối tượng phỏng vấn từ câu hỏi: “Bạn có quan hệ tình dục lần đầu khi bạn bao nhiêu tuổi?” Tuổi trẻ nhất trong mẫu nghiên cứu là 15 tuổi, do đó chúng tôi tạo ra một biến liên tục biểu diễn tổng số tháng từ khi 15 tuổi đến khi có quan hệ tình dục lần đầu - biến số này chính là biến phụ thuộc trong mô hình hồi qui Cox. Đương nhiên, có thể có trường hợp đối tượng nghiên cứu cho biết mình từng QHTD lần đầu trước cả tuổi 15. Những trường hợp đó được lọc ra khi phân tích (left-censored). Ngược lại, cũng có những đối tượng

tại thời điểm phỏng vấn đã 24 tuổi (nhóm tuổi cao nhất của mẫu nghiên cứu) mà vẫn chưa có QHTD. Những trường hợp đó được coi là “right-censored” – chưa có xuất hiện biến đầu ra quan tâm mặc dù đã hết “giai đoạn theo dõi”. Số liệu được phân tích đơn biến, sau đó đưa vào mô hình phân tích đa biến áp dụng phép phân tích theo tỉ lệ nguy cơ của Cox (Cox proportional hazard model) – trong đó các biến độc lập được thử nghiệm đã mô tả ở trên, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Cố nhiên, hạn chế của cách phân tích này là dựa trên bộ số liệu từ nghiên cứu cắt ngang để “tái hiện lại” lịch sử hành vi QHTD của đối tượng, nhưng không thể tái hiện được chính xác các yếu tố liên quan (các biến độc lập). Các biến số này (kể cả các thang đo về điều kiện kinh tế hộ, gắn kết với cha mẹ, v.v.) thực ra thu được tại thời điểm phỏng vấn, nhưng phải giả định rằng chúng không thay đổi theo thời gian kể từ khi TTN bước vào độ tuổi nghiên cứu. Ngoài ra, nghiên cứu không thể đưa ra kết luận về quan hệ nhân quả vì không thể khai thác được thông tin về trật tự thời gian diễn ra các sự kiện thuộc biến độc lập và biến phụ thuộc. Những hạn chế này chỉ có thể được khắc phục khi sử dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc theo thời gian thực sự, với nhiều vòng thu thập số liệu khác nhau.

### 3. Kết quả

#### 3.1. Các thang đo:

Bảng 1 cho thấy tóm tắt các tiêu mục (câu hỏi phỏng vấn) của từng thang đo được thử nghiệm cũng như độ tin cậy của từng thang đo qua chỉ số Cronbachs Alpha. Nhìn chung, các thang đo tổ hợp đều có độ tin cậy chấp nhận được, ngoại trừ thang đo về việc sử dụng ma túy của người cha trong gia đình và thang đo về gắn kết với giáo viên ở trường (Cronbach Alpha dưới 0,6).

#### 3.2. Phân tích hai biến:

Bảng 2 so sánh 3 biến số đầu ra: đã từng quan hệ tình dục, sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất, đã từng phá thai (hoặc làm bạn gái mang thai mà phải phá thai) theo 3 biến

độc lập: tình trạng kinh tế hộ gia đình, trình độ học vấn và có sống cùng với bố mẹ đẻ hay không theo 3 cách thu thập số liệu.

Do không có khác biệt đáng kể về các biến số cơ bản (bảng 2), các phân tích tiếp nối liên quan tiếp theo đây sử dụng toàn bộ mẫu 2.210 đối tượng gồm cả 3 hình thức phỏng vấn. So sánh đặc điểm các biến độc lập của nam và nữ sử dụng phân tích ÷2 được trình bày ở Bảng 3. Kết quả cho thấy nữ thanh thiếu niên có xu hướng trả lời trong gia đình có thành viên bị tâm thần nhiều hơn. Sự khác biệt giới cũng thể hiện trong mức độ gắn kết với bố mẹ. Nữ TTN dường như gắn kết với mẹ nhiều hơn trong khi nam TTN thường gắn kết với bố. Thêm vào đó, nữ giới thường được xếp loại ở trường học tốt hơn và có ít bạn hơn so với nam giới. Và vì vậy, nam giới có xu hướng chịu nhiều ảnh hưởng tiêu cực từ bạn

**Bảng 1. Tóm tắt những biến tổ hợp các thang đo yếu tố liên quan**

Thang đo	Các câu hỏi tổ hợp thành thang đo	Cronbach Alpha
<b>Lạm dụng tình dục</b>	Đã bao giờ bạn bị thuyết phục có quan hệ tình dục chưa?	0,796
	Đã bao giờ bạn bị lừa để quan hệ tình dục chưa?	
	Đã bao giờ bạn bị ép buộc / cưỡng g ép có quan hệ tình dục chưa?	
<b>Gắn kết với mẹ</b>	Mẹ/ người phụ nữ chăm sóc bạn quan tâm đến bạn ở mức độ nào?	0,709
	Bạn có thể nói chuyện với mẹ khi gặp rắc rối ở mức độ nào?	
	Mẹ bạn có thường xuyên thể hiện rằng bà yêu bạn không?	
<b>Gắn kết với bố</b>	Bố/ người đàn ông chăm sóc bạn quan tâm đến bạn ở mức độ nào?	0,779
	Bạn có thể nói chuyện với bố khi gặp rắc rối ở mức độ nào?	
	Bố bạn có thường xuyên thể hiện rằng ông yêu bạn không?	
<b>Mẹ sử dụng rượu / ma túy</b>	Bạn cảm thấy gần gũi với mẹ đến mức nào?	0,797
	Mẹ bạn có bao giờ say rượu không?	
	Mẹ bạn có bao giờ hút thuốc phiện không?	
<b>Bố sử dụng rượu / ma túy</b>	Mẹ bạn có bao giờ tiêm chính ma túy không?	0,466
	Mẹ bạn có bao giờ dùng các loại ma túy khác không?	
	Bố bạn có bao giờ say rượu không?	
<b>Gắn kết với giáo viên</b>	Bố bạn có bao giờ hút thuốc phiện không?	0,508
	Bố bạn có bao giờ tiêm chính ma túy không?	
	Bố bạn có bao giờ dùng các loại ma túy khác không?	
<b>Bạn bè lạm dụng</b>	Giáo viên quan tâm đến bạn như thế nào?	0,615
	Giáo viên có đối xử công bằng với mọi học sinh không?	
	Bạn có thường bị các bạn đồng lứa chế giễu không?	
<b>Tác động của nhóm bạn thân</b>	Bạn có thường bị các bạn đồng lứa đánh không?	0,815
	Bạn có thường bị các bạn đồng lứa lạm dụng tình dục không?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình khá ở trường?	
<b>Kinh tế hộ gia đình</b>	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình có kế hoạch học lên tiếp?	0,702
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình sẽ bỏ học làm việc tự do?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình hút thuốc lá?	
<b>Kinh tế hộ gia đình</b>	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình uống rượu?	0,702
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình dùng thuốc phiện?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình dùng thuốc lá?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình tiêm chính ma túy?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình dùng các dạng ma túy khác?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình tham gia băng nhóm?	
	Bạn nghĩ có bao nhiêu bạn của mình thường xuyên mang vũ khí?	
	Nhà bạn có bao nhiêu phòng ngủ?	
	Nhà bạn có phải nhà mái bằng không?	
	Nhà bạn có TV không?	
	Nhà bạn có đầu Video/VCD/DVD không?	
	Nhà bạn có tủ lạnh không?	
Nhà bạn có xe đạp không?		
Nhà bạn có xe máy không?		
Nhà bạn có điện thoại không?		
Nhà bạn có bếp ga không?		

**Bảng 2. Tỷ lệ hành vi nhạy cảm theo phương pháp thu thập số liệu đặc điểm cá nhân**

Câu hỏi	Quan hệ tình dục (có)			Sử dụng BCS (có)			Phá thai (có)		
	PI	SA	ACASI	PI	SA	ACASI	PI	SA	ACASI
<b>Đặc điểm</b>	<i>n=50</i>	<i>n=46</i>	<i>n=79</i>	<i>n=19</i>	<i>n=16</i>	<i>n=29</i>	<i>n=2</i>	<i>n=8</i>	<i>n=10</i>
<b>Mức kinh tế hộ gia đình</b>									
Dưới trung bình	38,0%	37%	29,1%	36,8%	25%	27,6%	0%	12,5%	10%
Trung bình	34%	26,1%	35,4%	31,6%	43,8%	37,9%	50%	12,5%	20%
Trên trung bình	28%	37%	35,4%	31,6%	31,3%	34,5%	50%	75%	70%
<b>Sống với gia đình</b>									
Sống với bố mẹ đẻ	68%	82,6%	79,7%	63,2%	68,8%	89,7%	50%	87,5%	80%
<b>Trình độ học vấn</b>									
Không đi học	16%	2,2%	3,8%	15,8%	0%	6,9%	0%	0%	0%
Tiểu học/dưới trung học	10%	10,9%	6,3%	5,3%	6,3%	0%	50%	0%	10%
Trung học	42%	21,7%	16,5%	36,8%	18,8%	13,8%	50%	12,5%	20%
Học nghề	12%	37%	36,7%	5,3%	37,5%	37,9%	0%	37,5%	30%
Đại học/Cao đẳng	20%	28,3%	36,7%	36,8%	37,5%	41,4%	0%	50%	40%

Những tỉ lệ ở dạng chữ nghiêng:  $p < 0,05$  khi so sánh giữa 3 phương pháp phỏng vấn.

**Bảng 3. So sánh một số đặc điểm giữa nam và nữ**

Đặc điểm	Nam	Nữ	
<b>Cá nhân</b>			
Tuổi/nhóm tuổi			
15-19	47,3%	47,9%	$\chi^2 = 0,074$ ;
20-24	52,7%	52,1%	$p > 0,05$
Trình độ học vấn			
Không đi học	3,8%	3,5%	
Tiểu học/dưới trung học	6,3%	3,7%	
Trung học	40,8%	40,1%	
Học nghề	22,7%	25,9%	$\chi^2 = 9,721$ ;
Đại học/Cao đẳng	26,5%	26,8%	$p > 0,05$
Đã từng bị lạm dụng tình dục	1,6% (n=1031)	0,8% (n=1133)	$\chi^2 = 3,321$ ;
			$p > 0,05$
<b>Tình trạng kinh tế hộ gia đình</b>			
Dưới trung bình	29,9%	35,0%	
Trung bình	35,2%	29,7%	$\chi^2 = 9,723$ ;
Trên trung bình	34,9%	35,3%	$p > 0,05$
Sống với bố mẹ đẻ *	81,0%	75,4%	$\chi^2 = 10,080$ ;
			$p = 0,034$
<b>Yếu tố gia đình</b>			
Mẹ từng sử dụng rượu hoặc ma túy *	4,1%	1,6%	$\chi^2 = 12,703$ ;
			$P = 0,027$
Bố từng sử dụng rượu hoặc ma túy	41,6%	37,7%	$\chi^2 = 3,552$ ;
			$p > 0,05$
Thành viên gia đình có tiền sử bệnh thần kinh **	1,3%	3,4%	$\chi^2 = 10,794$ ;
			$p = 0,002$
Thành viên gia đình từng bị bắt giam	4,0%	3,5%	$\chi^2 = 0,351$ ;
			$p > 0,05$
Sự gắn kết với mẹ *			
Thấp	14,1%	16,1%	
Trung bình	51,5%	45,0%	$\chi^2 = 9,230$ ;
Cao	34,3%	38,9%	$p = 0,042$
Sự gắn kết với cha **			
Thấp	30,9%	36,7%	
Trung bình	47,4%	48,5%	$\chi^2 = 20,044$ ;
Cao	21,7%	15,8%	$p = 0,002$
<b>Yếu tố bạn bè và trường học</b>			
Xếp loại ***			
Giỏi	4,5%	5,1%	
Tiến tiến	44,3%	65,2%	$\chi^2 = 61,864$ ;
Trung bình/Kém	51,2%	29,7%	$p = 0,001$
Sự gắn kết với giáo viên			
Thấp	20,7%	21,3%	
Trung bình	27,2%	26,1%	$\chi^2 = 0,194$ ;
Cao	52,1%	52,6%	$p > 0,05$

(cỡ mẫu đối với nam = 1054, nữ = 1156, trừ một số trường hợp đặc biệt sẽ ghi chú). Có ý nghĩa thống kê ở mức: \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

bè hơn so với nữ giới.

Tỉ lệ thanh thiếu niên chưa kết hôn đã có QHTD là 13,4% đối với nam và 3,5% đối với nữ. Tuổi trung bình có quan hệ tình dục lần đầu là 20.1 đối với cả hai giới. Trong nhóm thanh thiếu niên có quan hệ tình dục, số bạn tình trung bình của nam là 2,9 và số bạn tình trung bình của nữ là 2,0 (tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê). Về quan hệ tình dục an toàn, phân tích trong số thanh thiếu niên chưa kết hôn đã từng QHTD có 41,9% cho biết có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục đầu tiên (44,8% với nhóm tuổi từ 15 – 19 và 41,3% với nhóm tuổi từ 20 – 24). Có 36,6% thanh thiếu niên có quan hệ tình dục trước hôn nhân có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục đầu tiên (34,4% với nhóm tuổi từ 15 – 19 và 37,1% với nhóm tuổi từ 20 – 24).

Phân tích tương quan hai biến cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng bao cao su và một số yếu tố kinh tế xã hội của thanh thiếu niên (như tuổi, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế hộ gia đình, sống với bố mẹ đẻ hay không, v.v.). Tỉ lệ sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục đầu tiên cao nhất ở nhóm có sự gắn kết với bố mẹ (cả bố và mẹ) ở mức trung bình. Ở nhóm có sự gắn kết với mẹ ở mức trung bình, tỉ lệ sử dụng bao cao su là 41% (so với 31% ở nhóm có sự gắn kết thấp và cao với cha mẹ). Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê. Giới là yếu tố duy nhất có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nam có xu hướng sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục đầu tiên nhiều hơn nữ (44,1% so với 10,3%).

### 3.3. Phân tích đa biến:

Do có sự khác biệt giữa hai giới trong quan hệ tình dục trước hôn nhân và sử dụng bao cao su từ phân tích tương quan hai biến, kĩ thuật phân tích tỉ lệ nguy cơ của Cox được sử dụng cho cả hai giới và từng giới riêng biệt, phân tích cho biến phụ thuộc là: xác suất QHTDTHN và có sử dụng bao cao su trong lần QHTD đầu tiên. Để phù hợp với khung yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đã được đề cập phía trên, những mô hình được thực hiện theo cách tiếp cận đưa lần lượt các biến độc

**Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến xác suất có quan hệ tình dục trước hôn nhân của thanh thiếu niên chưa kết hôn (cả hai giới)**

Biến độc lập	Hệ số (B)	Sai số chuẩn	Giá trị p	OR
<b>Tình bị lạm dụng tình dục</b>				
Không (*)	—	—	—	1
Có	3,555	0,430	0,000	34,994
<b>Gắn kết với mẹ</b>				
Thấp (*)	—	—	—	1
Trung bình	-0,758	0,377	0,044	0,468
Cao	-1,241	0,441	0,005	0,289
<b>Gắn kết với giáo viên</b>				
Thấp (*)	—	—	—	1
Trung bình	-1,295	0,499	0,009	0,274
Cao	-0,461	0,363	0,204	0,631
<b>Tác động xấu từ bạn bè</b>				
Thấp (*)	—	—	—	1
Trung bình	0,961	0,525	0,067	2,615
Cao	1,327	0,504	0,009	3,769
<b>Người lớn quan tâm đến bạn</b>				
Có (*)	—	—	—	1
Không	-0,636	0,325	0,050	0,529
Cỡ mẫu (N) = 994 (*) = nhóm so sánh, — = Không áp dụng				
-2 Log Likelihood = 411,19, $\chi^2 = 289,74$ ; df=8; p=0,001,				

lập vào mô hình (stepwise) – bao gồm tất cả các biến số tổ hợp nêu trên và các biến số tuổi, giới, chỉ những biến có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (mức khác biệt cho các biến khi đưa vào mô hình  $p < 0,05$  và mức khác biệt để các biến tồn tại trong mô hình là  $p < 0,10$ ). Bảng 4 đưa ra mô hình cuối cùng cho cả hai giới. Trong quá trình phân tích hồi qui, chỉ những biến số trình bày tại bảng này mới được giữ lại trong mô hình.

Sau khi khống chế các yếu tố nhiễu, thanh thiếu niên đã từng bị lạm dụng tình dục có xu hướng có quan hệ tình dục trước hôn nhân cao gấp 35 lần nhóm chưa từng bị lạm dụng tình dục. Đặc biệt, sự gắn kết với mẹ có liên quan tới việc TTN có xác suất QHTDTHN thấp đi. Cụ thể, thanh thiếu niên có sự gắn kết với mẹ ở mức độ trung bình và mức độ cao có xác suất QHTD thấp hơn những TTN gắn kết ở mức thấp lần lượt là 50% và 70%. Không thấy sự ảnh hưởng tương tự đối với sự gắn kết với bố. Thanh thiếu niên gắn kết và có sự quan tâm ở giáo viên ở mức độ trung bình cũng có xác suất QHTDTHN thấp hơn khoảng 70%. Quan trọng hơn cả, tác động xấu từ bạn bè có xu hướng làm tăng tỉ lệ TTN chưa lập gia đình có QHTDTHN (từ 2,6 đến 3,8 lần).

Do tỷ lệ từng có QHTD ở nam và nữ rất khác nhau, Bảng 5 cho thấy mô hình các yếu tố ảnh hưởng riêng ở từng giới. Trong mô hình riêng này,

lạm dụng tình dục là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến tỉ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân, tăng tỉ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân của nam giới lên 17 lần và của nữ giới lên tới 91 lần (kết quả này có thể một phần do rất ít nữ giới trả lời có quan hệ tình dục trước hôn nhân). Sự gắn kết với mẹ và tác động từ bạn bè cũng tác động khác nhau ở mỗi giới. Sự gắn kết với mẹ có xu hướng làm giảm xác suất QHTDTHN ở nữ (OR=0,1,  $p < 0,01$ ). Tác động từ bạn bè không ảnh hưởng có ý nghĩa với nữ giới nhưng lại có ảnh hưởng ở nam giới. Đặc biệt, khi so sánh nhóm thanh thiếu niên ít chịu tác động từ bạn bè, nhóm thanh thiếu niên chịu tác động tiêu cực từ bạn bè ở mức trung bình hoặc cao có xu hướng có QHTDTHN gấp lần lượt là 4 và 7,5 lần.

#### 4. Bàn luận

Quan hệ tình dục trước hôn nhân là hiện tượng dường như không phổ biến ở Việt Nam. Điều tra

**Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến xác suất thanh thiếu niên từng có quan hệ tình dục trước hôn nhân (tách riêng mô hình cho nam và nữ)**

Biến độc lập	Nam				Nữ			
	Hệ số (B)	Sai số chuẩn	Giá trị p	OR	Hệ số (B)	Sai số chuẩn	Giá trị p	OR
<b>Tình bị lạm dụng tình dục</b>								
Không (*)	—	—	—	1	—	—	—	1
Có	2,832	0,633	0,000	16,988	4,512	0,743	0,000	91,078
<b>Gắn kết với mẹ</b>								
Thấp (*)	—	—	—	—	—	—	—	1
Trung bình	—	—	—	—	2,295	0,628	0,000	0,101
Cao	—	—	—	—	2,650	0,859	0,002	0,071
<b>Tác động xấu từ bạn bè</b>								
Thấp (*)	—	—	—	1	—	—	—	—
Trung bình	1,380	1,075	0,199	3,977	—	—	—	—
Cao	2,014	1,027	0,050	7,491	—	—	—	—
Cỡ mẫu (N) = 485 (*) = nhóm so sánh, — = không áp dụng								
-2 Log Likelihood = 255,54, $\chi^2 = 48,54$ ; df=3; p=0,001								
Cỡ mẫu (N) = 320 (*) = nhóm so sánh, — = không áp dụng								
-2 Log Likelihood = 102,81, $\chi^2 = 245,05$ ; df=3; p=0,001								

quốc gia về sức khỏe thanh thiếu niên (SAVY) [2] cho thấy khoảng 15,4% nam và 2,3% nữ vị thành niên trả lời đã có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Tỷ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân ở nữ giới tương tự với một số nước ở châu Á (ví dụ, Nhật Bản) nhưng ở tỉ lệ của nam giới lại thấp hơn so với các nước khác trong khu vực. Việt Nam ngày càng chịu nhiều ảnh hưởng từ các nước phương Tây và các nước khác trong khu vực Đông Nam Á, thanh thiếu niên Việt Nam cũng chịu nhiều tác động từ xã hội giống như thanh thiếu niên ở các nước khác trên thế giới. Tuổi có quan hệ tình dục ở Việt Nam cũng như nhiều nước đang phát triển có xu hướng ngày càng giảm [21, 14]. Về sử dụng các biện pháp tránh thai

trong lần quan hệ tình dục đầu tiên, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thấp hơn so với SAVY (41,9% so với 51%) [17]. Tỷ lệ sử dụng bao cao su cũng tương tự như vậy. Quan hệ tình dục không an toàn ở những người trẻ tuổi lại một lần nữa cần được tăng cường sự quan tâm.

Nghiên cứu này cho thấy ở Việt Nam cũng có nhiều yếu tố tác động đến QHTDTHN như ở các nước công nghiệp hoá. Đặc biệt chúng ta lại nhìn thấy xu hướng tăng tỉ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân ở những người bị lạm dụng tình dục. Theo báo cáo của Blum và cộng sự (2003) trong Nghiên cứu dọc về Vị thành niên (Add health) ở Hoa Kỳ, bạo lực tình dục có liên quan với bạo lực ở tuổi vị thành niên (tỷ suất chênh OR ở nữ là 31,61 và ở nam là 35,67). Cũng trong nghiên cứu này, sự gắn kết với gia đình có tỷ suất chênh là 0,61. Tương tự, trong nghiên cứu về vị thành niên tiến hành năm 1991 ở Minnesota, Harris và cộng sự [6] cho thấy vị thành niên càng có sự gắn kết với cha mẹ thì tỷ lệ bị lạm dụng tình dục càng giảm. Mới gần đây, những nghiên cứu về bạo lực trên cơ sở giới và bạo lực tình dục bắt đầu được tiến hành ở các nước đang phát triển [8]. Nghiên cứu ở Philipin và Uganda đều thể hiện mối liên quan giữa quan hệ tình dục trước hôn nhân và lạm dụng tình dục [9, 7].

Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu báo cáo có mối liên quan giữa sự gắn kết với bố mẹ, quan hệ tình dục trước hôn nhân và mang thai. Rà soát các nghiên cứu ở Hoa Kỳ, Miller [16] kết luận rằng 19/20 nghiên cứu cho thấy nguy cơ mang thai giảm ở TTN có sự gắn kết với cha mẹ. Những nghiên cứu ngoài Hoa Kỳ cũng có kết quả tương tự như vậy. Ví dụ, với vị thành niên ở Caribê, nhóm tuổi 13 đến 15 có sự gắn kết cao với cha mẹ có xác suất QHTDTHN giảm đi (OR = 0,76). Cũng như thế, Slap và cộng sự [20] báo cáo xu hướng về sự gắn kết với bố mẹ và giảm tỷ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân ở vị thành niên Nigeria. Những kết quả tương tự cũng được đưa ra ở Hồng Kông [10] và Đài Loan [5].

Tuy nhiên, ảnh hưởng giữa sự gắn kết với cha mẹ và hành vi tình dục ở nam vị thành niên là không cao và không nhất quán giữa các nghiên cứu ở Mỹ. Đặc biệt, phân tích số liệu Add Health của Sieving và cộng sự [19] chỉ ra sự gần gũi với mẹ không có liên quan đến hành vi tình dục của nam vị thành niên như ở nữ. Cụ thể, nghiên cứu này chỉ ra nữ vị thành niên nhỏ tuổi (lớp 7 và lớp 8), cảm thấy gần

gũi với mẹ có tỷ lệ quan hệ tình dục lần đầu thấp hơn khoảng 30% so với các bạn cùng lứa ít gần gũi với mẹ hơn. Tuy vậy, Choe và Lin đã có phát hiện trái ngược khi nghiên cứu vị thành niên Đài Loan [5]. Trong các tác giả này, sự gắn kết của con trai với mẹ (đánh giá qua mức độ trao đổi với người mẹ về các vấn đề rắc rối) có liên quan đến xác suất quan hệ tình dục thấp hơn (OR=0,45) nhưng sự gắn kết này lại không có ý nghĩa với nhóm nữ.

Gắn kết với trường học được coi là yếu tố bảo vệ, làm giảm tuổi quan hệ tình dục lần đầu ở Caribê [2, 18], Mỹ Latinh và Hoa Kỳ. McNeely và cộng sự chỉ ra nếu học sinh cảm thấy gần gũi với giáo viên, được sự quan tâm của giáo viên nhiều hơn, khả năng quan hệ tình dục lần đầu mà không sử dụng bao cao su sẽ thấp hơn [13]. Chúng tôi chưa thấy tác động này ở Gia Lâm liên quan đến việc dùng bao cao su (có thể vì số đối tượng từng có QHTD và lần đầu dùng bao cao su không cao). Tuy nhiên, gắn kết ở mức trung bình với thầy cô giáo cho thấy giảm nguy cơ có QHTD tới 70%.

Nghiên cứu này ở Gia Lâm là nghiên cứu đầu tiên về các yếu tố ảnh hưởng đến QHTDTHN ở vị thành niên Việt Nam có sử dụng mô hình yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ. Mặc dù tỉ lệ QHTDTHN ở nghiên cứu này, cũng như ở Việt Nam còn thấp so với nhiều nước Nam Á và các nước công nghiệp khác, nhưng những yếu tố tác động đến hành vi QHTDTHN cũng tương tự như vậy. Mối liên quan với sự gắn kết với mẹ hay tác động tiêu cực từ nhóm bạn có khác biệt ở hai giới. Cần nhìn nhận rằng bản thân hành vi QHTDTHN không hoàn toàn mang hàm ý tiêu cực. Tuy vậy, do những xu hướng và bằng chứng đã thảo luận ở trên, hành vi này ở TTN tại địa bàn nghiên cứu có nguy cơ cao do thực hành sử dụng các biện pháp tránh thai và phòng bệnh lây truyền còn kém (thường do tỷ lệ sử dụng bao cao su thấp). Vì vậy, nghiên cứu này cũng gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách tầm quan trọng của mối liên hệ giữa sự gắn kết nói chung giữa vị thành niên với cha mẹ và với thầy cô giáo đối với một số vấn đề sức khỏe sinh sản/ sức khỏe tình dục ở thanh thiếu niên. Mặt khác, nghiên cứu cũng chỉ ra cách sử dụng các biến tổ hợp (ít đề cập tại Việt Nam) và hình thức phân tích các hành vi tình dục mà các nghiên cứu dọc ở qui mô lớn hơn, dài hạn hơn có thể rút ra kinh nghiệm và bài học.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Blum J, Ireland M, Blum RW (2003). Gender Differences in Juvenile Violence: A Report from Add Health, *Journal of Adolescent Health*, 32(3):234-240.
2. Blum RW, Halcín L, Beuhring T (2003). Adolescent Health in the Caribbean: Risk and Protective Factors, *American Journal of Public Health*, 93(3):456-460.
3. Blum, R.W (1998). Healthy Youth Development as a Model for Youth Health Promotion: A Review. *J Adolesc Health* 22(5):368-375.
4. Blum, R.W., McNeely, C., Nonnemaker, J (2002). Vulnerability, Risk and Protection. *J Adolesc Health* 31(1S):28-39.
5. Choe MK, Lin L. Effect of Marriage on Premarital sex and marriage in Taiwan, East-West Center working paper, 108-116.
6. Harris L, Blum RW, Resnick M. Teen (1991). Females in Minnesota: A Portrait of Quiet Disturbance, *Women and Therapy*, 11(3/4):119-135.
7. Hindin MJ, Adair LS (2002). Who's At Risk? Factors Associated Wife Abuse in the Philippines, *Social Science and Medicine*, 55(8): 1387-1401.
8. Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S (eds) (2006). *Sex without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
9. Koenig MA, Stephenson R, Ahmed S (2006). Individual and Contextual Determinants of Domestic Violence in North India, *American Journal of Public Health*, 96 (1): 132-138.
10. Lam TH et al (2001). Prevalence and correlates of smoking and sexual activity among Hong Kong adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29: 352-358.
11. Le LC, Blum RW, Magnani, R (2006). A pilot of audio-computer assisted self-interview for youth reproductive health research in Vietnam, *Journal of Adolescent Health*, 38, (6): 740-747.
12. Lloyd C, et al, ed. *Schooling* (2005). In: *Growing Up Global*. National Research Council, Washington DC, National Academies Press: 65-167.
13. McNeely CA, Shew ML, Beuhring T (2002). Mothers' Influence on Adolescents' Sexual Debut, *Journal of Adolescent Health*, 31(3):256-265.
14. Meekers D, Calves AE (1999). Gender Differentials in adolescent sexual activity and reproductive health in the Cameroon, *African Journal of Reproductive Health*, 3(2): 51-67.
15. Mensch B.S., Bruce J., Greene M.E. *The uncharted passage: Girls' adolescence in the developing world*. The Population Council, New York, NY.
16. Miller BC (1998). *Families Matter: A Research Synthesis of Family Influences on Adolescent Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
17. Ministry of Health (MOH), UNICEF (2005). *General Statistical Office (GSO). Survey Assessment of Vietnamese Youth*. Ministry of Health, Hanoi.
18. Ohene SA, Ireland M, Blum RW (2004). Sexually-Inexperienced Caribbean Youth: Correlates of Delayed Sexual Debut, *Journal of Adolescent Family Health*, 3(4):177-184.
19. Sieving RE, McNeely CS, Blum RW (2000). Maternal Expectations, Mother-Child Connectedness, and Adolescent Sexual Debut, *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154(8):809-816.
20. Slap G et al (2003). Sexual behavior of adolescents in Nigeria: Cross sectional survey of school children, *BMJ*, 326:1-6.
21. Wyatt J et al (1999). Correlates of first intercourse among women in Jamaica, *Archives of Sexual Behavior*, 28(2): 139-157.

---

Lời cảm ơn

Nghiên cứu này được hỗ trợ bởi quỹ Ford trong dự án “Nâng cao năng lực đào tạo và nghiên cứu cho trường Đại học Y tế Công cộng trong lĩnh vực khoa học xã hội sức khỏe sinh sản”. Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến lãnh đạo trường Đại học Y tế Công Cộng và Trung tâm Y tế huyện Gia Lâm đã giúp đỡ và tạo điều kiện trong quá trình nghiên cứu.