

AN NINH SỨC KHỎE: CÁC HƯỚNG TIẾP CẬN NGHIÊN CỨU

ĐÀO THỊ MINH HƯƠNG*

Từ khóa: an ninh con người, an ninh sức khỏe, phát triển con người.

Ngày nhận bài: 10/7/2019; ngày gửi phản biện: 11/7/2019; ngày duyệt đăng bài: 15/8/2019.

Đặt vấn đề

Khái niệm an ninh sức khỏe (ANSK) (health security) ra đời khá muộn. Năm 2007, Báo cáo Y tế thế giới (*World Health Report*) với chủ đề “Tương lai an toàn hơn: An ninh sức khỏe cộng đồng toàn cầu trong thế kỷ XXI” chính thức sử dụng thuật ngữ ANSK nhằm nhấn mạnh đến những nguy cơ đe dọa sức khỏe của người dân trên khắp thế giới, đặc biệt là các dịch bệnh dễ lan truyền trên quy mô rộng, gây hậu quả nghiêm trọng như dịch SARS, HIV/AIDS, cúm H5N1, Ebola. ANSK được coi là một trong 7 chiều cạnh của an ninh con người (ANCN), nhưng cho đến nay khái niệm này vẫn chưa được chấp nhận một cách rộng rãi trong chương trình nghị sự cũng như trong thực tiễn bởi ba lí do sau: 1) Về mặt lý luận, chưa có một nội hàm thống nhất phân biệt ANSK với các khái niệm đã có ; 2) Về mặt thực tiễn là sự lo ngại của các quốc gia đối với việc lạm dụng khái niệm bảo vệ ANSK chống lại nguy cơ dịch bệnh, thảm họa môi trường trong hoạt động nhân đạo, cứu trợ dẫn đến nguy cơ xâm phạm chủ quyền quốc gia,... và 3) ANSK chưa được đưa vào Chương trình nghị sự của nhiều quốc gia do chưa chỉ ra được tính ưu tiên của nó so với các vấn đề khác (Đặng Xuân Thành, Đào Thị Minh Hương, 2017). Trong khi đó, nội hàm khái niệm ANCН bao gồm 7 chiều cạnh về cơ bản đã được các nhà khoa học trên thế giới thống nhất và đã được triển khai nghiên cứu, cũng như ứng dụng trong thực tiễn ở nhiều nước. Điều này dẫn đến tình trạng khái niệm ANSK như chiều cạnh ANCН, phô biến bên ngoài lĩnh vực y tế như là vấn đề an ninh quốc gia, an ninh cộng đồng hơn là bên trong lĩnh vực y tế.

Caballero Anthony (2002) nhận xét rằng, đề vấn đề sức khỏe được “an ninh hóa” một cách phô biến, nhất là đối với các nước đang phát triển, đòi hỏi phải chỉ ra rằng tình trạng sức khỏe của người dân đang bị đe dọa, hay có nguy cơ bị đe dọa và vấn đề đó cần phải ưu tiên xử lý hơn các vấn đề khác, cho dù đó là đòi hỏi từ thực tiễn cuộc sống. Thực tế cho thấy, ở các nước đang phát triển hiện nay, các bệnh lây nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức đối với hệ thống y tế trong những năm sắp tới vì nhiều dịch bệnh truyền nhiễm vẫn đang lưu hành, chưa được kiểm soát hoàn toàn hoặc có nguy cơ quay trở lại

* TS.; Viện Nghiên cứu Con người, Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.

Đào Thị Minh Hương

cùng với nguy cơ bùng phát các dịch bệnh mới, sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm... là hậu quả của nhiều yếu tố như già hóa dân số, tác động của các yếu tố công nghiệp hóa, đô thị hóa, ô nhiễm môi trường và thay đổi lối sống, bao gồm sự gia tăng nhanh tỉ lệ người ung thư với đa dạng bệnh và trẻ hóa.

Hơn nữa, việc an ninh hóa vấn đề sức khỏe không chỉ liên quan đến các nước đang phát triển khi trên thực tế, vấn đề sức khỏe toàn cầu đang phải đối mặt với nhiều thách thức như dịch bệnh mới phát sinh, dịch bệnh cũ quay lại do tác động của biến đổi khí hậu; nguy cơ tử vong, bệnh tật cao do thảm họa thiên nhiên, thảm họa do con người gây ra, ở các vùng đang có chiến sự hay do khủng bố sinh học. Để giảm thiểu nguy cơ dịch bệnh xuyên quốc gia trong bối cảnh toàn cầu hóa, cũng như tồn thắt liên quan đến sức khỏe không thể chỉ là nỗ lực của từng nước đơn lẻ mà là của cộng đồng quốc tế. Chính vì vậy, bên cạnh việc các chính phủ nên thành lập cơ quan điều phối chung cho các hoạt động y tế và an ninh quốc gia theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), việc các cơ quan này tham gia vào hoạt động của WHO là cần thiết nhằm bảo đảm ANSK cho con người.

1. Tiếp cận nghiên cứu an ninh sức khỏe với tư cách là chiêu cạnh an ninh con người

Mặc dù việc nghiên cứu về những mối đe dọa đối với tài sản, việc làm, sức khỏe, nhân phẩm của con người đã được tiến hành từ khá lâu, nhưng vấn đề ANCN chỉ mới bắt đầu được nghiên cứu một cách hệ thống từ thập niên 1990. Cùng với sự chuyển hướng mục tiêu phát triển từ tăng trưởng kinh tế sang con người, vấn đề an ninh cũng có sự chuyển dịch trọng tâm từ an ninh truyền thống sang an ninh phi truyền thống, từ an ninh quốc gia sang ANCN. Chính vì vậy, nhiều học giả đã cố gắng định vị ANCN trong tổng thể các nghiên cứu an ninh nói chung (Đặng Xuân Thanh, Đào Thị Minh Hương, 2017). Trong công trình “An ninh là gì?” (*What is Security*), Emma Rothschild (1995) đã chỉ ra rằng khái niệm ANCN được phát triển từ khái niệm an ninh theo hướng xuống dưới. Giải thích cho kết luận này, ông phân tích rằng, từ sau Chiến tranh Lạnh, sự mở rộng khái niệm an ninh đã diễn ra theo 4 hướng: *hướng xuống dưới* - từ quốc gia đến các cá nhân; *hướng lên trên* - từ quốc gia lên toàn hệ thống quốc tế; *theo chiều ngang* - từ lĩnh vực quân sự sang lĩnh vực chính trị, kinh tế, xã hội, môi trường; *khuếch tán theo mọi hướng* - mở rộng trách nhiệm bảo đảm an ninh từ nhà nước sang các thể chế quốc tế, chính quyền địa phương, các tổ chức phi chính phủ, cộng đồng, thị trường, truyền thông và dư luận xã hội. Để phân biệt ANCN với an ninh quốc gia, an ninh nội địa, an ninh phi truyền thống, Roland Paris (2002) trong công trình “An ninh con người: Sự chuyển dịch hình mẫu từ duy hay làn hơi nóng” (*Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?*) đã chỉ ra hai chiêu cạnh của an ninh: chiêu cạnh thứ nhất phân biệt các mối đe dọa theo tính chất quân sự hay phi quân sự (như kinh tế, môi trường), còn chiêu cạnh thứ hai phân biệt các cấp độ của chủ thể an ninh như xã hội, các nhóm và cá nhân.

Từ một phía, khái niệm ANCN được phát triển từ khái niệm an ninh quốc gia theo hướng xuống dưới từ chủ thể quốc gia đến chủ thể cá nhân, từ các mối đe dọa quân sự sang mối đe dọa phi quân sự. Từ phía khác, khái niệm ANCN được xem xét như chiêu

cạnh của phát triển con người (PTCN) và dần xem như khái niệm độc lập với khái niệm PTCN (Đào Thị Minh Hương, 2017). Bằng chứng là, khái niệm ANCN được chính thức đưa vào chương trình nghị sự của thế giới lần đầu tiên trong “Báo cáo phát triển con người năm 1994” (*Human Development Report 1994*) của Chương trình phát triển Liên hợp quốc (UNDP) do nhà Kinh tế học nổi tiếng người Pakistan, một trong những người đi tiên phong về lí luận PTCN là Mahbub ul Haq lãnh đạo nhóm soạn thảo. Báo cáo đã định nghĩa ANCN như là “sự an toàn trước các đe dọa thường xuyên như đói khát, bệnh tật và áp bức”; “bảo vệ khỏi sự gián đoạn bất ngờ và gây tổn hại trong cuộc sống hàng ngày cho dù tại nơi làm việc, ở nhà hay trong các cộng đồng”. Sự gián đoạn bất ngờ và gây tổn hại trong cuộc sống hàm ý xung đột nội bộ, chiến tranh, thiên tai gây tổn hại trong cuộc sống, cá nhân, cộng đồng, xã hội. Báo cáo chỉ rõ, nếu bản chất của PTCN là nâng cao năng lực và mở rộng cơ hội lựa chọn cho mọi cá nhân, thì ANCN hàm ý bảo đảm “thoát khỏi sự thiếu thốn” và “thoát khỏi sự sợ hãi” cho mỗi con người, mỗi cộng đồng.

Sau nhiều tranh luận, đến năm 2005, Tổng thư ký Liên hợp quốc lúc đó là ông Kofi Annan đã bổ sung thêm khía cạnh thứ ba của ANCN “*Tự do sống một cuộc sống có phẩm giá*” nhằm nhấn mạnh vào pháp trị, nhân quyền và dân chủ (K. Annan, 2005). Tiếp đó, Bogardi và Brauch (2005) đã đề xuất khía cạnh thứ tư của ANCN là “*Thoát khỏi những mối nguy hiểm rình rập*” nhằm giải quyết vấn đề phát triển bền vững môi trường và những mối nguy hại khác với hàm ý “*Sự tự do của thế hệ tương lai là được thừa kế một môi trường lành mạnh*”. Do đó, hiện nay nội hàm của ANCN có thể được xem như bao gồm bốn khía cạnh là:

(i) *Thoát khỏi sự thiếu thốn* (phương diện an ninh kinh tế và xã hội) bằng cách giảm tính dễ tổn thương của xã hội thông qua các chương trình xóa đói giảm nghèo (UNDP, 1994).

(ii) *Thoát khỏi nỗi sợ hãi* (phương diện an ninh chính trị, quân sự, xã hội và sức khỏe) bằng cách giảm khả năng con người phải đối diện với tình trạng bạo lực và xung đột, tăng khả năng con người được tiếp cận dịch vụ y tế (UNDP, 1994).

(iii) *Tự do sống một cuộc sống có phẩm giá* (phương diện dân chủ và pháp quyền) bằng cách thúc đẩy hệ thống luật định và tăng cường quản trị nhà nước, đảm bảo nhân quyền và dân chủ (K. Annan, 2005).

(iv) *Thoát khỏi các mối nguy hiểm rình rập* (phương diện an ninh môi trường) bằng cách giảm tính dễ tổn thương của xã hội trước các thảm họa tự nhiên và thảm họa do con người gây ra (Brauch, H.G., 2005).

Bốn đặc trưng quan trọng của ANCN được xác định là: Tính chất phổ biến đối với mọi người và mọi nơi; Tính phụ thuộc lẫn nhau giữa các thành tố ANCN; Ngăn ngừa sớm dễ hơn là để muộn; và Lấy con người làm trung tâm. Kết cấu ANCN bao gồm 7 thành tố cơ bản, bao gồm: An ninh cá nhân (tránh những hành vi bạo lực thân thể và bị đe dọa về mặt tinh thần); An ninh môi trường (tiếp cận tới nguồn nước, đất, không khí sạch, phòng chống thảm họa thiên tai); An ninh kinh tế (đảm bảo thu nhập cơ bản, tránh đói vỡ về kinh tế); An ninh chính trị (bảo đảm tự do, dân chủ và các quyền con người cơ bản); An ninh cộng đồng (giữ gìn được bản sắc văn hóa, trật tự an ninh công cộng); An

KỈ NIỆM 20 NĂM THÀNH LẬP VIỆN NGHIÊN CỨU CON NGƯỜI (THÁNG 9/1999)

Đào Thị Minh Hương

ninh sức khỏe (chủ động phòng tránh được bệnh dịch một cách tương đối, giảm gánh nặng bệnh tật, tăng cường thể lực); và An ninh lương thực (tiếp cận được nguồn lương thực có chất lượng).

Được nhắc đến như một chiềc cạnh của ANCN từ năm 1994 và có quan hệ mật thiết với các chiềc cạnh khác, ANSK được cho là khởi đầu của quá trình thực thi ANCN. Bởi những lí do sau: Thứ nhất, các nước chậm phát triển khi đối mặt với các vấn đề về sức khỏe trong hiện tại cũng như đe dọa về ANSK trong tương lai sẵn sàng chấp nhận sự giúp đỡ của các nước phát triển do sự giúp đỡ này mang tính cấp thiết nhưng không quá nhạy cảm vì ít ràng buộc chính trị liên quan đến nhân quyền và không can thiệp quá sâu vào nội bộ các nước nhận giúp đỡ. Thứ hai, tình trạng bệnh tật, suy dinh dưỡng, dịch bệnh là thách thức dễ kêu gọi các tổ chức, cá nhân cùng đóng góp sức người, sức của cho việc đảm bảo ANSK cho nhân loại. Thứ ba, mối tương quan giữa ANSK và các chiềc cạnh còn lại của ANCN thể hiện rất rõ nét trong mối quan hệ nhiều chiềc: An ninh kinh tế, an ninh lương thực với nguồn dinh dưỡng an toàn và đầy đủ đảm bảo sức khỏe; An ninh môi trường với không khí trong lành, đảm bảo vệ sinh và môi trường sống cho cá nhân; An ninh cá nhân được bảo vệ khỏi sự đe dọa chiến tranh, xung đột sắc tộc, tội ác tra tấn, hiếp dâm, bạo lực đường phố, gia đình, lạm dụng trẻ em, ma túy và giảm nguy cơ ANSK; An ninh cộng đồng với chính sách nhằm tăng cường sức khỏe con người, xây dựng lối sống lành mạnh, gia đình đầm ấm, mạng lưới xã hội bền chặt; An ninh chính trị với việc bảo vệ quyền con người trong đó có quyền được chăm sóc sức khỏe và quyền có sức khỏe. Cuối cùng, tình trạng lan truyền dịch bệnh ở nhiều quốc gia và nhiều khu vực trong cùng thời điểm cho thấy vấn đề ANSK không chỉ là vấn đề của từng quốc gia mà là vấn đề của cộng đồng quốc tế cần phải chung tay giải quyết (UNDP, 1994).

Mặc dù xuất hiện từ năm 1994 cùng với khái niệm ANCN và được cho là khởi đầu của quá trình thực thi ANCN, khái niệm ANSK như khái niệm độc lập được đưa vào chương trình nghị sự khá muộn. Tuy nhiên, một số tác giả lại mở rộng việc sử dụng thuật ngữ này bao hàm cả khía cạnh an ninh khỏi các loại khủng bố sinh hóa (Aginam, O., 2005), hoặc tập trung vào khía cạnh các hoạt động cứu trợ nhân đạo về y tế do các lực lượng gìn giữ hòa bình quốc tế, các lực lượng vũ trang các nước được ủy quyền và các tổ chức quốc tế phối hợp thực hiện dành cho người dân tại các vùng đang diễn ra hay chịu tác động nội chiến hoặc thảm họa thiên nhiên (Chen, L., 2004).

Trước đó, Hội đồng Bảo an Liên hợp quốc năm 2000 thông qua Nghị quyết số 1308 cho rằng HIV/AIDS đe dọa nền hòa bình và an ninh toàn cầu (Feldbaum, Patel, Sondorp &Lee, 2006). Đây có thể là ví dụ điển hình đánh dấu bước tiến trong việc ra đời khái niệm ANSK như khái niệm độc lập. Nghị quyết này ra đời trong bối cảnh tình trạng sức khỏe nói chung đã có cải thiện tốt do sự phát triển của các loại kháng sinh và vắc-xin cùng với việc cải thiện các tiêu chuẩn về nước, vệ sinh, chăm sóc sức khỏe và chất lượng thực phẩm ở các nước thu nhập cao và trung bình. Tuy nhiên, đại dịch HIV/AIDS ảnh hưởng đến bộ phận dân cư ở các nước phuong tây và gây những bất lợi cho các nước có thu nhập thấp (Kamarradt - Scott, 2014, tr. 193) .

Từ năm 1994 đến nay đã có nhiều nghiên cứu, thảo luận về ANSK như chiêu cạnh ANCN. Lincoln Chen trong bài “Sức khỏe như chính sách ưu tiên của ANCN trong thế kỷ XXI” (*Health as a Human Security Priority for the 21 st Century*) cho rằng một sức khỏe tốt là công cụ cho ANCN vì sức khỏe đòi hỏi cho phép các năng lực của con người được phát huy một cách tối đa, cho phép con người có thêm nhiều lựa chọn và phát triển. ANSK là cốt lõi cơ bản của sự sống còn của con người, của thể lực và dựa trên đó là ANCN bao gồm sinh kế, nhân phẩm và sự an toàn. Mất ANSK biểu hiện qua sức khỏe yếu ớt, bệnh tật, thương tật, khuyết tật gia tăng, có khả năng đe dọa và ảnh hưởng tới ANCN. Cũng theo tác giả, khủng hoảng về sức khỏe thường xảy ra trong những xung đột và trong dịch bệnh truyền nhiễm (Chen, L., 2004).

Ogata, S. (2001) và Sen, A. (2000) trong nghiên cứu của mình về ANCN nhìn nhận ANSK như một thành tố quan trọng của ANCN, khi cho rằng, sức khỏe của con người không chỉ là trụ cột, là chất lượng cuộc sống mà còn là sự sống còn của nhân loại. Tình trạng sức khỏe tác động đến khả năng kiểm soát, chăm sóc gia đình của mỗi người.

Mely Cabalelero Anthony trong bài viết “Tổng quan vấn đề sức khỏe và ANCN thông qua nghiên cứu trường hợp” (*Overview of Health and Human Security Case Studies*), khi nghiên cứu trường hợp một số nước Đông Nam Á về sức khỏe và ANCN, đã kết luận rằng không như một số quốc gia châu Âu hay châu Mỹ, ở một số quốc gia châu Á, thuật ngữ ANSK không phải là thuật ngữ phổ biến bởi vấn đề sức khỏe có vẻ như vẫn không được đảm bảo thực thi một cách tuyệt đối và xem ra vẫn là chủ đề nhạy cảm. Thêm vào đó, vấn đề sức khỏe vẫn chưa được an ninh hóa một cách phổ biến - điều đó đòi hỏi không chỉ phải minh chứng được rằng tình trạng sức khỏe người dân đang bị đe dọa, mà còn phải chứng minh được rằng vấn đề đó cần phải được ưu tiên xử lý hơn những vấn đề khác (Cabalelero- Anthony, M., 2002).

Liên quan đến lịch sử ra đời của khái niệm ANSK, vấn đề bệnh tật được quan tâm bởi không chỉ các chuyên gia y tế mà cả các chuyên gia về an ninh quốc gia. Xuất hiện nhiều ý kiến lo sợ rằng những căn bệnh mới nổi lên cùng với hệ thống y tế công cộng đang suy yếu sẽ gây ra sự đảo ngược đáng lo ngại cho lịch sử ngành y tế công cộng (Lakoff & Collier, 2008, tr. 9). Tác giả cho rằng: sự gia tăng các bệnh tật trên thế giới ngày nay là nguồn gốc, nguyên nhân khiến cho các tổ chức, cơ quan trong xã hội phải chuẩn bị đổi mới với rủi ro mới. Trong tham luận “Sức khỏe toàn cầu, an ninh con người và đóng góp của Nhật Bản” (*Global Health, Human Security, and Japan's Contributions*) trình bày tại hội thảo quốc tế vào năm 2008 với chủ đề: “Giải quyết vấn đề bệnh tật của cộng đồng như là mối đe dọa an ninh toàn cầu” (Dealing with Communicable Diseases as Global Human Security Threats), nhóm tác giả Keizo Takemi, Masamene Jimba, Sumie Ishii và các cộng sự khác đã chia sẻ kinh nghiệm giải quyết vấn đề ANSK ở Nhật Bản thông qua việc phân tích cuốn sổ “Sức khỏe bà mẹ và trẻ em”. Đây là ví dụ điển hình giải quyết bài toán về ANSK trong dài hạn dưới góc nhìn mới, khi sức khỏe của người trưởng thành

KỈ NIỆM 20 NĂM THÀNH LẬP VIỆN NGHIÊN CỨU CON NGƯỜI (THÁNG 9/1999)

Đào Thị Minh Hương

được quan tâm từ khi còn là bào thai thông qua việc chăm sóc sức khỏe người mẹ. Cụ thể, sau chiến tranh thế giới lần thứ II, chiến lược tập trung vào bảo vệ sức khỏe trẻ em được Chính phủ Nhật Bản quan tâm, các bà mẹ khi mang thai được cấp một cuốn sổ tay để giúp họ theo dõi và đánh giá sự phát triển tình trạng sức khỏe, dinh dưỡng của bào thai. Ngoài ra, Chính phủ còn có Chương trình cung cấp vắcxin cho các cộng đồng để giải quyết các dịch bệnh bùng phát. Từ đây, họ kết luận rằng đảm bảo ANCN nói chung và ANSK nói riêng nhằm tăng cường sự tương tác giữa bảo vệ và trao quyền. Bảo vệ là các dịch vụ được cung cấp, nhưng trao quyền là con người có cơ hội và có khả năng tiếp cận đến các dịch vụ để chăm sóc sức khỏe.

Báo cáo PTCN Á Rập năm 2009 tập trung vào vấn đề sức khỏe đã dành một chương bàn luận về ANSK trong mối quan hệ với ANCN với tiêu đề “Tiếp cận sức khỏe thông qua an ninh con người - con đường vẫn còn bỏ ngỏ” (*Approaching health through human security - a road not taken*). Báo cáo đã chỉ ra rằng, sức khỏe là yếu tố quan trọng để đạt được tăng trưởng kinh tế và ổn định xã hội. Sức khỏe là một trong những đòi hỏi tối thiểu cần thiết để một quốc gia đạt được thành tựu về ANCN. Sức khỏe có những giá trị quốc tế nhất định, nó giúp xây dựng các liên minh vượt ra khỏi phạm vi quốc gia, văn hóa, dân tộc nhằm tạo ra cơ hội để củng cố ANCN.

Các nghiên cứu ANSK như chiêu cạnh ANCN tập trung vào tìm hiểu và cảnh báo các nguy cơ đe dọa ANSK, tác động đến ANCN. Báo cáo “An ninh con người hiện nay” năm 2003 của Ủy ban ANCN đã xác định những mối đe dọa chính đối với sức khỏe của người dân bao gồm: i) Các dịch bệnh truyền nhiễm toàn cầu, bao gồm cả đại dịch như HIV/AIDS và hội chứng hô hấp cấp tính (SARS); ii) Các khủng hoảng về sức khỏe gây ra bởi các cuộc xung đột vũ trang, chiến tranh và thảm họa nhân đạo khẩn cấp; iii) Nghèo đói kéo theo các vấn đề vệ sinh, môi trường, sức khỏe, bệnh tật. Đẩy lùi những mối đe dọa này đòi hỏi phải có sự hợp tác quốc tế chặt chẽ, do đó cần thiết phải nhận nhận vấn đề sức khỏe như một khía cạnh quan trọng của ANCN; iv) Biến đổi khí hậu dẫn đến thay đổi về sơ đồ dịch bệnh, khí hậu nóng lên toàn cầu dẫn đến việc quay trở lại của một số đại dịch đã được dập tắt trong nhiều thế kỷ qua (Commission on Human Security, 2003).

Nhiều tác giả chỉ ra rằng, ô nhiễm môi trường sống trên diện rộng, khủng khoảng môi trường sống ở một số nơi trên toàn cầu là một trong những nguy cơ đe dọa ANSK, gia tăng tỷ lệ tử vong do môi trường; xuất hiện dịch bệnh mới và quay trở lại dịch bệnh cũ. Các chuyên gia y tế đã tổng kết, có đến trên 40% bệnh tật này sinh là do nguyên nhân từ môi trường sống. Trước hết là ảnh hưởng gián tiếp của biến động môi trường sống, bao gồm những nguy cơ về sóng nhiệt, hạn hán, bão lũ lớn, gây thiệt hại nặng nề về tài sản, thương tật và tử vong về người. Biến động môi trường sống thực sự nghiêm trọng sẽ tác động đến an ninh lương thực, điều kiện vệ sinh, nguồn nước, không khí, dẫn đến nguy cơ suy dinh dưỡng trầm trọng, tiêu chảy và suy giảm miễn dịch,... làm giảm mạnh chất lượng dân số và sức khỏe con người. Nhiệt độ chung của toàn cầu tăng thêm khoảng 2 - 3°C sẽ

làm gia tăng tỉ lệ người mắc và tử vong do các loại bệnh truyền nhiễm và bệnh lây qua côn trùng: sốt rét, sốt xuất huyết,... dịch bệnh ở vật nuôi, gia súc, gia cầm, gây lây nhiễm sang người. Trong vòng 25 năm qua, đã xuất hiện hơn 30 bệnh lạ của con người, trong đó có các bệnh truyền nhiễm cực kì nguy hiểm lan truyền từ động vật như: SARS, cúm gia cầm H5N1, bệnh lợn tai xanh và HIV/AIDS, gây ra nhiều diễn biến phức tạp và bất thường hơn (sốt xuất huyết, viêm não mủ, ung thư,...) gây ra những thiệt hại không nhỏ và làm suy giảm chất lượng dân số. Đặc biệt, tỉ lệ bệnh tật, tỉ lệ tử vong tăng do ô nhiễm môi trường, do các đợt nắng nóng bất thường và do có sự xuất hiện các chủng loại vi sinh vật gây bệnh mới. Những bệnh này luôn tồn tại ở những khu vực vừa xảy ra thiên tai, đặc biệt có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe của dân cư ở các vùng kém phát triển, đồng dân và có tỉ lệ đói nghèo cao (Ahern, M., Kovats, R.S., Wilkinson, P., Few, R., and Matthies, F., 2005; Du, W., Fitzgerald, G.J., Clark, M., and Hou, X.Y., 2010; Lake, I.R., Hooper, L., Abdelhamid, A., Bentham, G., Boxall, A.B.A., Draper, A., Fairweather-Tait, S., Hulme, M., Hunter, P.R., Nichols, G. and Waldron, K.W., 2012).

Biến đổi môi trường sống ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến sức khỏe con người đã được WHO đặc biệt quan tâm từ đầu những năm 2000. Đã có rất nhiều báo cáo khu vực và báo cáo toàn cầu của WHO đề cập đến tác động này. Các vấn đề đã được chỉ ra trong các nghiên cứu của WHO về tác động của biến đổi môi trường sống đến ANSK bao gồm: Làm chậm lại việc đạt các mục tiêu thiên niên kỷ có liên quan đến vấn đề sức khỏe (mục tiêu 1: Triệt để loại trừ tình trạng bần cùng (nghèo cùng cực) và thiếu ăn; mục tiêu 4: Giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ em; mục tiêu 5: Cải thiện sức khỏe sinh sản; mục tiêu 6: Phòng chống HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh dịch khác; mục tiêu 7: Đảm bảo phát triển bền vững). Các báo cáo chỉ ra trách nhiệm, thách thức đối với chính phủ các quốc gia và các tổ chức quốc tế trong cuộc chiến kiểm soát dịch bệnh có khả năng bùng phát và lan rộng trong khu vực, toàn cầu dưới tác động của biến đổi môi trường sống. Xây dựng chiến lược thích nghi ở cấp độ địa phương và quốc gia trong việc giảm nhẹ tác động biến đổi môi trường đến sức khỏe con người và tăng cường năng lực, vai trò hệ thống y tế công cộng trong việc hướng dẫn và định hướng việc bảo vệ sức khỏe dưới tác động này là hai trong nhiều việc mà các cấp chính quyền và địa phương cần làm để đảm bảo ANSK (WHO, 2007).

Bên cạnh biến đổi môi trường sống, quan điểm của WHO là phải tiếp cận tất cả các nguy cơ tiềm ẩn liên quan đến sức khỏe nhằm phát hiện cũng như giải quyết các vấn đề, các sự kiện mang tính xuyên biên giới liên quan tới sức khỏe cộng đồng. Các báo cáo của WHO chỉ ra rằng, để đẩy lùi những mối đe dọa này đòi hỏi phải có sự hợp tác quốc tế, khu vực, giữa các quốc gia, các bộ, ngành trong quốc gia chặt chẽ, do đó, cần thiết phải nhìn nhận vấn đề sức khỏe như một khía cạnh quan trọng của ANCN, đặc biệt trong bối cảnh biến đổi môi trường tự nhiên.

Nhìn nhận các đại dịch như đe dọa nghiêm trọng đến ANSK và thông qua đó là đe dọa đến ANCN, nhiều nhà nghiên cứu tập trung vào phân tích tình trạng ANSK tại các

Đào Thị Minh Hương

khu vực, đặc biệt là ở châu Phi, nơi có mức sinh và tỉ lệ tử vong cao, sự báo động về ANSK do ảnh hưởng nặng nề bởi đại dịch HIV/AIDS trong vài thập niên gần đây. Nghiên cứu của (Ayodele Olawale Akenroye, 2010) có tên *HIV/AIDS as a Human Security threat in West Africa* cung cấp khung ANSK, đặt sức khỏe như là vấn đề an ninh và nêu lên thách thức ANSK ở Tây Phi. Những thách thức liên quan đến ANSK nơi đây tạo nên sự đói nghèo triền miên và các cuộc chiến tranh xung đột vũ trang. Cuộc khủng hoảng kinh tế toàn cầu đã tác động rất nghiêm trọng tới cộng đồng dân cư có nguồn tài nguyên nghèo nàn, thường xuyên xảy ra bất ổn trong vấn đề nhà ở và việc làm đã dẫn tới nhiều gia đình thành vô gia cư làm ảnh hưởng nghiêm trọng tới việc đảm bảo ANSK. Theo tác giả, ANSK là một trong những thành tố của ANCН nhưng dễ bị tổn thương nhất. Trong nghiên cứu của mình, tác giả chỉ ra mối đe dọa hàng ngày đối với ANSK bao gồm đại dịch, thiếu hệ thống nước hợp vệ sinh, vệ sinh môi trường, thiên tai do con người gây ra, sự thiếu quan tâm tới sức khỏe sinh sản của bé gái và bà mẹ, trẻ em, tai nạn giao thông, thất nghiệp, bạo lực. Theo tác giả, đói nghèo là một trong những nguyên nhân chính đe dọa ANSK.

Có thể thấy, xét từ góc độ sức khỏe thì các tranh luận trên đã chỉ ra có rất nhiều mối đe dọa về sức khỏe đối với ANCН được đưa vào hệ thống an ninh quốc gia và quốc tế trong bối cảnh hiện nay. Tuy nhiên, vấn đề ANSK cũng đối mặt với khó khăn trong việc thực thi hệ thống sức khỏe trên phạm vi toàn cầu vì nó bị chi phối bởi thể chế nhà nước của quốc gia và đồng thời chia sẻ những quan điểm tiếp cận chung về quyền con người và phát triển quốc tế (Simon Rushton, 2011).

2. Nghiên cứu an ninh sức khỏe theo hướng tiếp cận sức khỏe và chiều cạnh phát triển

Đối với nhóm học giả dựa trên cách tiếp cận thứ hai này thì ANSK được nghiên cứu dựa trên phúc lợi và quyền của mỗi người, vì thế ANSK được xem xét dựa trên sức khỏe của cá nhân và các yếu tố tác động đến ANSK của mỗi cá nhân.

Trong cách tiếp cận ANSK như chiều cạnh của phát triển, các tác giả tập trung vào xem xét các tiêu chí để đánh giá sức khỏe; các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, để qua đó có thể thấy vai trò của chính phủ với các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe, phân bổ nguồn lực cho y tế, nghiên cứu và phát triển công nghệ liên quan đến chăm sóc sức khỏe và điều trị bệnh tật;... vai trò của các cá nhân trong việc chủ động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe.

Tiêu chí đánh giá sức khỏe: bàn về tiêu chí đánh giá tình trạng sức khỏe cá nhân hay của quốc gia, các tác giả tập trung vào trả lời các câu hỏi: 1) con người sống được bao lâu thông qua tuổi thọ trung bình và gắn liền với nó là tỉ lệ tử vong trẻ em; 2) Con người sống khỏe mạnh thế nào thể hiện qua gánh nặng bệnh tật; 3) Con người có thể lực đến đâu - thông qua chiều cao.

Tiêu chí thứ nhì: Sức khỏe có nhiều phương diện, tuy nhiên, một khía cạnh quan trọng hơn cả là do lường sự sống, hay nói cách khác là một người có thể sống được bao lâu. Như vậy, việc một người sống được bao lâu, hay chính là tuổi thọ giúp đánh giá

nhiều điều quan trọng với sức khỏe dân số. Tuổi thọ mà các tác giả thường nhắc đến là tuổi thọ dự tính khi sinh, hay đơn giản là tuổi thọ dự tính (trung bình). Và nếu như theo quan điểm của UNDP về PTCN là tạo ra cho mọi người môi trường nâng cao năng lực và mở rộng sự lựa chọn để thực hiện cơ hội có cuộc sống đáng sống thì việc sống lâu hơn là tốt hơn. Các kết quả nghiên cứu cho thấy, thông thường các quần thể dân cư trong đó tuổi thọ cao hơn cũng là những quần thể trong đó mọi người sống khỏe mạnh hơn.

Các nghiên cứu cũng cho thấy những khác biệt về khả năng sống sót và tuổi thọ giữa các nước trên thế giới luôn tồn tại, điều này cho thấy sự khác biệt về tình trạng sức khỏe từ góc độ tuổi thọ giữa các quốc gia luôn tồn tại (Angus Deaton, 2013). Vì tuổi thọ nhắc đến ở đây là tuổi thọ trung bình dự tính khi sinh nên phụ thuộc rất nhiều vào tỉ lệ tử vong ở trẻ em. Chính vì vậy, tỉ lệ tử vong trẻ em cũng được nhìn nhận như tiêu chí quan trọng trong việc đánh giá sức khỏe quốc gia, cộng đồng. Tỉ lệ tử vong trẻ em thường được nhắc đến là tỉ lệ tử vong trẻ em khi sinh, trẻ em dưới 1 tuổi và trẻ em dưới 5 tuổi.

Tiêu chí thứ hai: Sức khỏe không chỉ được đánh giá từ việc một người sống được bao lâu, hay tuổi thọ trung bình của một quốc gia là bao nhiêu năm mà còn xét đến việc con người khỏe mạnh như thế nào trong cuộc sống hàng ngày. Vì vậy, theo các tác giả, chúng ta không nên chỉ tập trung vào tuổi thọ trung bình hay tỉ lệ tử vong mà bỏ qua tỉ lệ mắc bệnh (Henry Aaron & William B. Schwartz, 1984). Từ đây, một định lượng khác về ANSK, ngược lại với tuổi thọ trung bình là gánh nặng bệnh tật của con người.

Liên quan đến chỉ số gánh nặng bệnh tật, các tác giả phân loại bệnh tật như bệnh liên quan đến bẩm sinh¹, bệnh truyền nhiễm và bệnh không truyền nhiễm. Việc phân chia các mô hình bệnh tật cũng như chỉ ra tác nhân chủ yếu gây ra các loại bệnh trong các nghiên cứu này giúp cho việc tìm giải pháp giảm thiểu tình trạng bệnh tật và nâng cao ANSK con người. Bên cạnh những bệnh tật về thể chất, khi đánh giá về tình trạng sức khỏe không thể không nhắc đến bệnh tật về tinh thần. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, những người phải chịu đựng bệnh tật, bao gồm sự nguy hiểm của những bệnh kịch phát, sự chịu đựng dai dẳng với các căn bệnh mãn tính hay sự bất thường của căn bệnh trầm cảm đều có ít khả năng hơn để thực hiện mong muốn trong cuộc sống (Nicholas Timmins, 2009). Khi xem xét tiêu chí gánh nặng bệnh tật trong việc đánh giá tình trạng sức khỏe, hay ANSK, một số tác giả tập trung vào phân tích việc cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị sức khỏe, cũng như khả năng tiếp cận dịch vụ của người bệnh như tiêu chí quan trọng của ANSK. Theo các tác giả, việc được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp để được chăm sóc và điều trị bệnh tật là vô cùng quan trọng. Việc dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được cung cấp đầy đủ (không có các dịch vụ tương ứng hoặc người bệnh không có khả năng tiếp cận) khiến tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong tăng sẽ dẫn đến nguy cơ mất ANSK.

¹Bẩm sinh là hiện tượng sinh ra đã có - bẩm sinh có thể là do di truyền và có thể là không phải do di truyền đem lại.

Đào Thị Minh Hương

Tiêu chí thứ ba. Bàn về sức khỏe con người, các tác giả không chỉ quan tâm tình trạng bệnh tật, tuổi thọ trung bình mà còn quan tâm đến việc con người sống khỏe mạnh ở mức độ nào, hay nói cách khác, quan tâm đến tình trạng thể chất và trí tuệ, cụ thể là tình trạng suy dinh dưỡng và chiều cao con người.

Các nhà nghiên cứu như Phyllis B. Eveleth và James M. Tanner (1991), trong tác phẩm *Worldwide Variation in Human Growth*, và Roderick Floud Kenneth Wachter và Anabel Gregory (2006), trong nghiên cứu *Height, health, and history: Nutritional status in the United Kingdom, 1750 - 1980* đã phân tích mối quan hệ giữa chiều cao và sức khỏe; quan hệ giữa mức độ suy dinh dưỡng và sức khỏe, cụ thể là quan hệ giữa chiều cao cá nhân, cộng đồng khi trưởng thành và mức độ suy dinh dưỡng mà họ trải qua thời thơ ấu. Trong nghiên cứu của mình, họ chỉ ra rằng ở cấp độ cá nhân, không thể nói một người cao hơn thì khỏe mạnh hơn so với người thấp hơn. Tuy nhiên, theo các tác giả, khi xem xét ở cấp độ cộng đồng dân cư thì mối quan hệ chiều cao và sức khỏe trở nên rõ nét hơn. Các tác giả lý giải, khi một quần thể dân số thấp hơn một quần thể dân số khác, điều đó cho thấy rằng, bên cạnh yếu tố di truyền qua các thế hệ, các thành viên của quần thể thứ nhất so với quần thể còn lại có khả năng cao bị thiếu dinh dưỡng trong thời thơ ấu hay trong tuổi thanh thiếu niên. Việc suy dinh dưỡng này có nhiều lí do, nhưng chủ yếu là do họ không đủ ăn hoặc do họ sống trong một môi trường không trong lành, nhiều dịch bệnh. Có thể nói, chiều cao của cá nhân và của cộng đồng phụ thuộc vào yếu tố di truyền, yếu tố dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe. Từ góc độ di truyền, với cùng một điều kiện sống, chiều cao phụ thuộc vào gen của gia đình, do đó cha mẹ cao sẽ có con cao hơn. Tuy nhiên, từ góc độ xã hội, sự giao động về chiều cao trung bình giữa các quần thể dân số là chỉ số tốt về sự giao động trong mức độ thiếu thốn (Angus Deaton, 2013, tr. 259). Luận điểm này còn nhiều tranh cãi, khác biệt về di truyền trước đây được cho là nguyên nhân chính của sự khác biệt về chiều cao giữa các quần thể dân số. Tuy vậy, thực tế cho thấy khi điều kiện sống bao gồm điều kiện ăn uống và điều kiện chăm sóc sức khỏe tốt lên, một số nước có quần thể dân cư thấp đã trở nên cao hơn, đôi khi khá nhanh chóng, vượt qua các nước có quần thể dân số cao hơn họ trước đây.

Quan tâm đến mối quan hệ chiều cao và trí tuệ, hai tác giả Anne C. Case và Christina H. Paxson (2008) trong nghiên cứu *Stature and status: Height, Ability, and Labor Markets Outcomes* đã chỉ ra rằng do chức năng nhận thức phát triển cùng các phần còn lại của cơ thể, vì vậy người thấp hơn, tính trung bình, không thông minh bằng những người cao hơn. Đã có nhiều chỉ trích đối với quan điểm này. Bảo vệ quan điểm của mình, hai tác giả đã cho rằng bất kể việc mọi người được cung cấp đủ dinh dưỡng và được chăm sóc sức khỏe tốt như nhau, một số người vẫn sẽ thấp hơn một số người khác do di truyền (cải thiện chiều cao phải trải qua nhiều thế hệ), nhưng sẽ không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về chức năng nhận thức trong quan hệ với chiều cao. Tuy vậy, trong thực tế luôn tồn tại sự khác biệt trong việc cung cấp dinh dưỡng và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi người. Ở một số khu vực, trẻ em sẽ không đủ dinh dưỡng và không được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết, những em bé này

khi lớn lên sẽ có khả năng cao roi vào nhóm những người thấp. Vì não trẻ em rất cần chất dinh dưỡng để phát triển bình thường như các phần khác của cơ thể trong suốt quá trình phát triển, nếu thiếu ăn sẽ dẫn đến thiếu dinh dưỡng hay thiếu calo do cơ thể thường xuyên mắc bệnh ở nhóm trẻ này cho nên não không thể phát triển tốt nhất các khả năng. Đó là lí do vì sao người thấp, tính trung bình, có não kém phát triển hơn và chức năng nhận thức kém hơn.

Nhìn nhận chiều cao như một tiêu chí sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần và chịu ảnh hưởng của yếu tố dinh dưỡng, bệnh tật và yếu tố gen, các tác giả muôn nhán mạnh rằng cải thiện chiều cao dẫn đến cải thiện sức khỏe thể chất và ngược lại. Để cải thiện chiều cao cần quan tâm đến tăng cường sức khỏe cho trẻ em trong suốt thời kì phát triển đặc biệt là thời thơ ấu và thiếu niên thông qua cải thiện dinh dưỡng, loại bỏ và giảm thiểu bệnh tật thông qua cải thiện điều kiện vệ sinh, kiểm soát dịch bệnh và vắcxin. Đi sâu vào nghiên cứu mối quan hệ giữa chiều cao và bệnh tật, chiều cao và mức độ dinh dưỡng, các nhà khoa học như Timothy J. Hatton và Bernice E. Bray, 2010, trong nghiên cứu *Long Run Trends in The Heights of European Men, 19th-20th Centuries*, đã chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong trẻ em và mức thu nhập của một quốc gia là hai trong số những tiêu chí có quan hệ mật thiết đối với chiều cao của người trưởng thành. Trong đó, việc giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh - một dấu hiệu về môi trường bệnh tật được cải thiện - là yếu tố quan trọng nhất, sự gia tăng thu nhập liên quan đến dinh dưỡng chỉ đứng hàng thứ hai.

Cần phải làm rõ rằng tăng chiều cao thông qua cải thiện dinh dưỡng và cải thiện môi trường bệnh tật phải mất nhiều năm mới cho kết quả, vì các bà mẹ nhỏ bé và không có sức khỏe tốt sẽ có ít cơ hội hơn trong việc sinh ra các em bé to lớn so với các bà mẹ có chiều cao và sức khỏe tốt. Điều đó có nghĩa bên cạnh việc chăm sóc các em bé cần quan tâm đến sức khỏe sinh sản của các bà mẹ, đặc biệt trong quá trình mang thai (T. J. Cole, 2003). Cũng theo hướng này, nghiên cứu về chiều cao hiện tại, chiều cao trong lịch sử và tăng trưởng chiều cao của người dân các quốc gia trong mối quan hệ với bệnh tật và tiền bạc, Timothy J. Hatton (2011) trong tác phẩm *How Have Europeans Grown so tall* đã chỉ ra rằng mức sống của người dân nói chung đã được cải thiện nhiều. Tuổi thọ trung bình cao hơn; chiều cao trung bình và thể lực tăng lên. Nhưng cũng như thu nhập và điều kiện chăm sóc y tế, tiền bối về thể lực, chiều cao và tuổi thọ không được phân phối bình đẳng. Ở tốc độ hiện tại, sẽ phải mất hàng thế kỷ hoặc lâu hơn nữa để người dân ở một số vùng có thu nhập thấp, tình trạng y tế không đảm bảo có thể cao lên chỉ bằng người châu Âu hiện nay. Ngay cả khi tiến hành đồng thời nhiều biện pháp thì cũng phải mất nhiều thế hệ để quần thể dân số phát triển hết tiềm năng. Phát hiện này rất có ý nghĩa trong việc đưa ra chính sách liên quan đến ANSK nhìn từ góc độ chất lượng dân số.

Kết luận

Nghiên cứu ANSK theo hai cách tiếp cận nêu trên cho chúng ta thấy, mặc dù thuật ngữ ANSK được nhắc đến trong *Báo cáo phát triển con người* của UNDP năm 1994 khi được xem xét như một trong 7 chiều cạnh của ANCN chính thức được sử dụng vào năm 2007 và được các nhà nghiên cứu dự đoán rằng không lâu nữa, ANSK sẽ được hợp nhất

Đào Thị Minh Hương

vào trong chính sách an ninh, nhưng cho đến nay, khái niệm ANSK vẫn chưa được chấp nhận một cách rộng rãi do ba lí do (như đã trình bày ở phần đặt vấn đề).

Mặc dù vậy, những vấn đề liên quan tới ANCN nói chung và ANSK nói riêng đang ngày càng được nghiên cứu, tiềm tiến, quan tâm một cách sâu sắc hơn bởi những lí do: Thứ nhất, các nguy cơ về sức khỏe mang tính toàn cầu xuất hiện như là kết quả của các bệnh đang nổi lên và có khả năng tái xuất hiện bất cứ khi nào và bất cứ ở đâu. Các nguy cơ về sức khỏe này là hậu quả của tình trạng di cư xuyên quốc gia, nó cũng là nguyên nhân chính thúc đẩy quá trình này diễn ra tăng nhanh hơn nữa; tội phạm xuyên quốc gia tăng nhanh về số lượng và mở rộng về vị trí địa lý kéo theo thay đổi môi trường và xuất hiện khủng bố sinh học,... Những sự kiện này đã dẫn tới sự phát triển và nâng tầm mới của các chương trình liên quan tới sức khỏe nói chung và ANSK nói riêng. Do đó, quy định của tổ chức IHR (Quy định y tế quốc tế) khẳng định cần phải “ngăn chặn những mối đe dọa về bệnh truyền nhiễm tiềm ẩn, dù xảy ra tự nhiên hay do con người gây ra”. Thứ hai, việc sử dụng thuật ngữ an ninh trong vấn đề sức khỏe là để thúc đẩy các mục tiêu, chương trình hành động của lĩnh vực y tế công cộng. Mặc dù vấn đề này nhận được nhiều ý kiến trái chiều nhưng về cơ bản được ủng hộ hơn là phản đối bởi vì tạo ra cam kết về mặt chính trị và đảm bảo nguồn lực bổ sung. Các vấn đề liên quan của y tế công cộng ở đây tập trung vào ý nghĩa, thực thi cũng như các giá-trị sức khỏe đối với con người. Do đó, tăng cường giám sát các dịch bệnh sẽ có thể đem lại nhiều lợi ích cho quốc gia mà ở đó thiếu cơ sở hạ tầng y tế công cộng cần thiết.

Cách tiếp cận ANSK như chiêu cạnh ANCN có điểm chung với cách tiếp cận ANSK như chiêu cạnh phát triển, có khi cả hai cùng cho rằng đảm bảo sức khỏe nên được khai niệm hóa thành quyền con người, nhưng khác nhau ở chỗ là các nhà nghiên cứu ANSK theo hướng tiếp cận thứ nhất xem yếu tố Nhà nước là nhân tố chủ yếu để đảm bảo ANSK chống lại đại dịch và ANSK liên quan chặt chẽ đến sức khỏe công cộng, còn theo các nhà nghiên cứu ở cách tiếp cận thứ hai thì có rất nhiều yếu tố tác động, đến bình đẳng sức khỏe và ANSK của mỗi cá nhân và xa hơn nữa là sự phát triển, thịnh vượng hay nghèo đói của cả quốc gia hay toàn thế giới.

Tài liệu tham khảo

1. Aginam, O. 2005. *Global Health Governance*. International and Public health in divided world. University of Toronto Press. Toronto. In Tim Brown. “Vulnerability is universal”: “Considering the place of “security” and “vulnerability” within contemporary global health discourse”. *Social Science Medicine*, 72(3): 319 - 326, January 2011.
2. Ahern, M., Kovats, R.S., Wilkinson, P., Few, R., and Matthies, F. 2005. “Global health impacts of floods: epidemiologic evidence”. *Epidemiological Review*, 27, 36 - 46.
3. Angus Deaton. 2013. *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origin of Inequality*. Princeton University Press.

4. Annan, Kofi. 2005. "In larger freedom: Towards development, security, and human rights for all". Report of the Secretary General on the integrated and coordinated follow-up to the outcomes of the major United Nations conferences and summits in the economic, social, and related fields, 05 - 27078(E). New York. United Nations Press.
5. Anne C. Case and Christina H. Paxson. 2008. "Stature and status: Height, ability, and labor markets outcomes". *Journal of Political Economy*, 116 (30, page 499 - 532).
6. *Arab Human Development Report*. 2009. "Challenges to Human Security in the Arab Countries", chapter 7. Approaching health through human security - a road not taken.
7. Ayodele Olawale Akenroye. 2010. "HIV/AIDS as a Human Security Threat in West Africa". A Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies of The University of Manitoba in partial fulfilment of the requirements of the degree of Master of Laws.
8. Brauch H-G. 2005. "Environment and Human Security. Towards freedom from hazard impacts". InterSections No. 2. United Nations University, Institute for Environment and Human Security. Bonn. Germany, 56p.
9. Caballero-Anthony, M. *Overview of Health and Human Security Case Studies*, "Health and Human Security: Moving from Concept to Action-Fourth Intellectual Dialogue on Building Asia's Tomorrow"; (ed. Pamela J. Noda), Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2002, pp. 21 - 44.
10. Commission on Human Security. 2003. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*. New York.
11. Chen L.C. 2004. "Health as Human Security Priority for the 21st Century". *Paper for Human Security*, Track III, Helsinki Process.
12. Cole T. J.,. 2003. "The secular trend in human physical growth: A biological view". *Economics and Human Biology*, 1(2): 161-168.
13. Du, W., Fitz; Gerald, G.J., Clark, M., and Hou, X.Y. 2010. "Health impacts of floods". *Prehospital Disaster Medicine*, 25, 265-272.
14. Emma Rothschild. *What is security*. Daedalus, Vol. 124, No. 3, "The Quest for World Order" (Summer, 1995), pp. 53 - 98. Published by: The MIT Press.
15. Feldbaum, H, Patel, P, Sondorp E &L, K,. 2006. "Global health and national security: The need for critical engagement". *Medicine, Conflict and Survival*, vol 22, N.3, pp. 192-198. DOI: 10.1080/136236906000772501.
16. Henry Aaron and William B. Schwartz,. 1984. *The Painful prescription: Rationing hospital care*. Brookings.
17. Đào Thị Minh Hương (chủ biên). 2017. *Phát triển bền vững con người Việt Nam trong bối cảnh đầy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và hội nhập quốc tế*. Hà Nội: Nxb. Khoa học xã hội.
18. Kamarradt - Scott, Adam. 2014. *Managing Global Health Security: The World Health Organization and Disease*. Outbreak Control.

KỈ NIỆM 20 NĂM THÀNH LẬP VIỆN NGHIÊN CỨU CON NGƯỜI (THÁNG 9/1999)

Đào Thị Minh Hương

19. Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, and Yasuhide Nakamura. Task Force on “Challenges in Global Health and Japan’s Contribution”. 2008. Paper presented at FGFJ international symposium on From Okinawa to Toyako: “Dealing with Communicable Diseases as Global Human Security Threats”, Tokyo.
20. Lakoff & Collier. 2008. “Biosecurity Interventions: Global Health & security in Quetions, Nework”. Columbia University Press. *Social Studies of Siciens*, 39 (3), pp. 395 - 420.
21. Lake, I.R., Hooper, L., Abdelhamid, A., Bentham, G., Boxall, A.B.A., Draper, A., Fairweather-Tait, S., Hulme, M., Hunter, P.R., Nichols, G. and Waldron, K.W. 2012. “Climate change and food security; health impacts in developed countries”. *Environmental Health Perspectives*.
22. Nicholas Timmins, 2009. “A NICE way of influencing health spending: A conversation with Sir Micaela rawlins”. *Health Afairs*, 28 (5): 1360 - 1365.
23. Ogata Sadako. 2001. “State Security - Human Security”. *The Fridtjof Nansen Memorial Lecture*. Tokyo, 12 December.
24. Paris, Roland. 2001. “Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?”. *International Security*, 26:2. 87 - 102.
25. Phyllis B. Eveleth and James M. Tanner. 1991. *Worldwide variationin human growth*. Cambridge University Press.
26. Roderick Floud Kenneth Wachter and Anabel Gregory. 2006. “Height, health, and history”. *Nutritional status in the United Kingdom, 1750 - 1980*. Cambridge University Press.
27. Sen, Amartia. 2000. “Why Human Security?”. Cited in Sabina Alkire. *Conceptual Framework for the Commission on Human Security*. Working Manuscript. 6 December.
28. Simon Rushton. 2011. “Global Health Security: Security for Whom? Security from What?”, First published: 07 November, (<https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919>).
29. Đặng Xuân Thanh, Đào Thị Minh Hương (đồng chủ biên). 2017. *Đảm bảo An ninh con người trong bối cảnh toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế*. Hà Nội: Nxb. Khoa học xã hội.
30. Timothy J. Hatton and Bernice E. Bray. 2010. “Long run trends in the heights of European men, 19th-20th centuries”, *Economics and Human Biology*, 8(30: 405 - 413).
31. Timothy J. Hatton. 2011. “How have Europeans grown so tall?”. CEPR Discussion Paper DP8490, (<http://ssrn.com/abstract=1897996>).
32. UNDP. 1994. *The Human Development Report*.
33. WHO. 2007. *World Health Report*. “A safer future: global public health security in the 21st century”, (https://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf).