

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

KHOA HỌC HÀNH VI VÀ GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Sách dùng Đào tạo Cử nhân y tế công cộng

Mã số: D14Z05

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2005

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Thị Thu

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN

ThS. Nguyễn Thu Anh

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

PGS.TS. Nguyễn Thị Thu

PGS.TS. Nguyễn Thị Bích Liên

PGS.TS. Phùng Văn Hoàn

TS. Trần Như Nguyên

TS. Khương Văn Duy

TS. Lê Trần Ngoan

ThS. Đặng Huy Hoàng

ThS. Nguyễn Thu Anh

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện Nghị định 43/2000/NĐ -CP ngày 30/8/2000 của Chính Phủ quy định chi tiết và hướng dẫn triển khai Luật Giáo dục, Bộ Y tế đã phê duyệt ban hành các chương trình khung cho Giáo dục đại học nhóm ngành Y tế công cộng (YTCC). Bộ Y tế tổ chức biên soạn bộ tài liệu dạy -học các môn học cơ sở và chuyên ngành theo chương trình mới nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo Đại học chuyên ngành YTCC của ngành Y tế. Trên cơ sở đó sách Khoa học hành vi và Giáo dục sức khỏe được tổ chức biên soạn lại dựa trên giáo trình Nâng cao sức khỏe (NCSK) đã sử dụng giảng dạy cho đối tượng Cử nhân YTCC từ năm 2002, với sự tham gia biên soạn của các Giảng viên Bộ môn Giáo dục sức khỏe (GDSK) và các giảng viên kiêm chức của trường Đại học YTCC.

Thời gian trước đây, tập giáo trình GDSK và NCSK được biên soạn có nội dung tập trung đề cập đến quá trình GDSK nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và hành vi của đối tượng theo hướng tích cực, có lợi cho sức khỏe. Thực tế để hình thành, duy trì bền vững hành vi sức khỏe lành mạnh, điều mà chúng ta mong muốn, không thể đạt được nếu chỉ đơn thuần thực hiện GDSK. Quá trình này phải diễn ra và tích hợp trong những môi trường thuận lợi, với những chính sách thích hợp, đồng thời các cá nhân tham gia phải có những kỹ năng cần thiết. Điều này đã được chỉ ra trong các chiến lược hành động chính của Hiến chương Ottawa về NCSK năm 1986 để góp phần đạt được mong muốn Sức khỏe cho mọi người.

Để cập nhật kiến thức về NCSK cho sinh viên YTCC, các tác giả đã cấu trúc lại nội dung cuốn sách với ba phần chính: những nội dung cơ bản của NCSK, những kỹ năng chính trong NCSK và triển khai các chương trình NCSK tại cộng đồng. Trong đó nội dung truyền thông, GDSK vẫn được thể hiện là một cấu phần quan trọng của chương trình NCSK. Những lý thuyết về hành vi được trình bày với mục đích giúp các cán bộ sẽ và đang hoạt động trong lĩnh vực YTCC có thể ứng dụng để phân tích, giải thích và dự đoán hành vi cá nhân góp phần xây dựng các chiến lược can thiệp NCSK hiệu quả.

Sách đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách giáo khoa và tài liệu dạy - học của Bộ Y tế phê chuẩn xuất bản làm tài liệu Dạy-Học chính thức cho đối tượng Cử nhân YTCC trong giai đoạn hiện nay, đồng thời có thể sử dụng tham khảo cho các đối tượng khác đang học tập và công tác trong ngành YTCC. Sau một thời gian thử nghiệm, sách cần được hiệu chỉnh tiêu đề, bổ sung và cập nhật nội dung để phù hợp với yêu cầu, tình hình mới.

Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn Trường Đại học YTCC đã biên soạn cuốn sách này. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp, giảng viên và sinh viên để cuốn sách ngày càng hoàn thiện hơn.

BỘ Y TẾ

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

MỤC LỤC

Phần 1.

GIỚI THIỆU VỀ NÂNG CAO SỨC KHOẺ	9
1. Sức khỏe và chăm sóc sức khỏe ban đầu	9
2. Giáo dục sức khỏe	11
3. Nâng cao sức khỏe	14
4. Các nguyên tắc chính của nâng cao sức khỏe	22
Câu hỏi thảo luận	23
Hành vi sức khỏe và quá trình thay đổi hành vi	24
1. Những yếu tố quyết định sức khỏe	24
2. Hành vi sức khỏe và những yếu tố ảnh hưởng	27
3. Quá trình thay đổi hành vi sức khỏe	35
4. Quá trình thay đổi hành vi và can thiệp thích hợp	39
Câu hỏi thảo luận	44
Các phương thức tiếp cận và mô hình nâng cao sức khỏe	46
1. Các phương thức tiếp cận nâng cao sức khỏe	46
2. Các mô hình nâng cao sức khỏe	53
Câu hỏi thảo luận	60
Phương pháp truyền thông sức khỏe	62
1. Quá trình truyền thông	62
2. Phương tiện truyền thông	71
5. Tiếp cận truyền thông-giáo dục sức khỏe	79
6. Các phương pháp truyền thông đại chúng	84
7. Những kỹ năng giao tiếp	86
Câu hỏi thảo luận	87
Đánh giá nhu cầu sức khỏe	88
1. Khái niệm nhu cầu sức khỏe	88
2. Các dạng nhu cầu	89
3. Các bước thực hiện đánh giá nhu cầu sức khỏe	90
4. Phương pháp thu thập thông tin	96

Bài tập thực hành	97
Lập kế hoạch chương trình nâng cao sức khỏe	98
1. Khái niệm về mục đích, mục tiêu	98
2. Các yêu cầu của mục tiêu	103
3. Lựa chọn chiến lược/giải pháp thích hợp	104
4. Phát triển các hoạt động cụ thể theo các giải pháp	105
5. Xác định nguồn lực để thực hiện chương trình	106
Bài tập thực hành:	107
Đánh giá chương trình nâng cao sức khỏe	108
1. Khái niệm, mục đích đánh giá	108
2. Các loại hình đánh giá	110
3. Phương pháp đánh giá	114
4. Chuẩn bị đánh giá	115
5. Các bước đánh giá chương trình giáo dục sức khỏe, nâng cao sức khỏe	115
Bài tập thực hành	
Phần 3.	116
Phát triển cộng đồng trong nâng cao sức khỏe	119
1. Khái niệm cộng đồng trong nâng cao sức khỏe	119
2. Các quan điểm định hướng phát triển cộng đồng	121
3. Cách tiếp cận phát triển cộng đồng	122
4. Các dạng hoạt động trong phát triển cộng đồng	123
5. Sự tham gia của cộng đồng	
6. Phát triển cộng đồng và khó khăn trong thực tiễn	124
Các câu hỏi thảo luận	126
Nâng cao sức khỏe ở một số cơ sở	128
Phần 1. Nâng cao sức khỏe trong trường học	128
1. Vị trí và tầm quan trọng của y tế trường học	129
2. Nội dung chính của y tế trường học	130
3. Nhiệm vụ của nhân viên y tế tại trường học	134
4. Mười nghiệp vụ quản lý y tế trường học	134
Nâng cao sức khỏe tại nơi làm việc	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CBYT	Cán bộ y tế
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
GD-NCSK	Giáo dục - Nâng cao sức khỏe
GDSK	Giáo dục sức khỏe
HIV/AIDS	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người/Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
NCSK	Nâng cao sức khỏe
PTCĐ	Phát triển cộng đồng
PTTTĐC	Phương tiện truyền thông đại chúng
SDD	Suy dinh dưỡng
STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexual Transmitted Diseases)
TTĐC	Truyền thông đại chúng
TT-GDSK	Truyền thông - Giáo dục sức khỏe
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
YTCC	Y tế công cộng

Phần 1

**NHỮNG NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA
NÂNG CAO SỨC KHOẺ**

Bài 1

GIỚI THIỆU VỀ NÂNG CAO SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các khái niệm về Sức khỏe, Giáo dục sức khỏe và Nâng cao sức khỏe.*
2. *Trình bày được quá trình phát triển của Giáo dục sức khỏe và Nâng cao sức khỏe.*
3. *Trình bày được các nguyên tắc chính của Nâng cao sức khỏe.*
4. *Trình bày được những chiến lược hành động chính của Nâng cao sức khỏe ở các nước đang phát triển.*

1. SỨC KHỎE VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Ngay từ khi hình thành cuộc sống của con người, sức khỏe đã trở thành một chủ đề quan tâm chính của nhân loại. Nhiều y văn trước đây đã đề cập sự chống chọi với bệnh tật của con người và miêu tả những yếu tố tác động có hại với sức khỏe cũng như các yếu tố giúp cho con người khỏe mạnh và kéo dài cuộc sống.

Ngày nay con người đã có nhiều kiến thức và phương tiện để phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật. Nhiều người đã biết cách phòng bệnh, bảo vệ sức khỏe cho cá nhân, cho gia đình và cho cả cộng đồng. Nhưng thực tế kiến thức và kỹ năng về sức khỏe, chăm sóc sức khỏe, các nguồn lực cần thiết còn nhiều khác biệt giữa các cá nhân, các cộng đồng. Gần đây, khoa học y học đã có những tiến bộ vượt bậc. Chúng ta đã hiểu biết toàn diện hơn, sâu hơn về các yếu tố nguy cơ của bệnh tật, các thông tin dịch tễ về tình hình bệnh tật, đau ốm, chết non ở các nhóm dân cư khác nhau trong cộng đồng. Thực tế cũng cho chúng ta thấy rằng sự cải thiện rõ rệt về sức khỏe khó có thể đạt được nếu thiếu sự cải thiện các điều kiện kinh tế và xã hội. Nghèo đói, điều kiện sống thiếu thốn, hạn chế về học hành, thiếu các thông tin, kiến thức về sức khỏe là các trở ngại chính cho người dân có được tình trạng sức khỏe mong muốn. Chúng ta cũng hiểu sâu sắc hơn về sự bất công bằng trong chăm sóc sức khỏe và các giải pháp để từng bước cải thiện vấn đề này.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) được thành lập vào năm 1946, với mong muốn đem lại sức khỏe tốt nhất cho tất cả mọi người. WHO đã định nghĩa: “*Sức khỏe là tình trạng hoàn toàn thoải mái về thể chất, tâm thần, và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh tật hoặc đau yếu*”. Mặc dù bản chất của các vấn đề sức khỏe, mô hình bệnh tật đã có nhiều thay đổi, nhưng mục đích trọng tâm và mong muốn đem lại tình trạng sức khỏe tốt cho mọi người của Tổ chức này không hề thay đổi.

Tình trạng sức khỏe tốt có hàm ý là con người đạt được sự cân bằng động với môi trường xung quanh, có khả năng thích ứng với môi trường. Đối với cá nhân, tình trạng sức khỏe tốt có ý nghĩa là chất lượng cuộc sống của họ được cải thiện, ít bị đau ốm, ít khuyết tật; cuộc sống cá nhân, gia đình và xã hội hạnh phúc; cá nhân có cơ hội

lực chọn trong công việc và nghỉ ngơi. Đối với cộng đồng, có tình trạng sức khỏe tốt có nghĩa là chất lượng cuộc sống của người dân cao hơn; người dân có khả năng tham gia tốt hơn trong việc lập kế hoạch và thực hiện các hoạt động phòng bệnh, hoạch định chính sách về sức khỏe.

Năm 1978, WHO và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) đã tổ chức Hội nghị quốc tế về Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) tại Alma-Ata (Kazakstan). Hội nghị đã nhất trí thông qua một tuyên bố lịch sử: "Sức khỏe cho mọi người có thể đạt được bằng cách sử dụng đầy đủ và hiệu quả các nguồn lực của thế giới...". Mục đích mà WHO và các quốc gia theo đuổi là "*Sức khỏe cho mọi người đến năm 2000*". Các quốc gia cũng đã nhận thấy rằng CSSKBĐ chính là biện pháp để đạt được mục đích này. Đây là quá trình chăm sóc ở mức độ tiếp xúc đầu tiên, gần nhất của các cá nhân, gia đình và cộng đồng với hệ thống y tế nhà nước, nhằm đáp ứng những nhu cầu y tế thiết yếu cho số đông người, với chi phí thấp nhất, tạo thành bước đầu tiên trong quá trình chăm sóc sức khỏe liên tục. Đây là công việc của các nhân viên y tế, các trạm y tế, các trung tâm y tế, các bệnh viện, các phòng khám đa khoa khu vực. Hoạt động CSSKBĐ còn gồm cả những hoạt động tự chăm sóc sức khỏe của các hộ gia đình.

CSSKBĐ được xem như là một chiến lược quan trọng để người dân trên toàn thế giới có được tình trạng sức khỏe để cho phép họ sống một cuộc sống hạnh phúc. CSSKBĐ đã đưa ra những tiếp cận mới, có tính thực hành cho các nước đã và đang phát triển để hành động hướng đến mục đích sức khỏe cho mọi người. CSSKBĐ tập trung giải quyết tám chủ đề chính:

1. Giáo dục về các vấn đề sức khỏe phổ biến, cũng như các phương pháp để phòng ngừa và kiểm soát chúng.
2. Cung cấp đầy đủ nước sạch và các vấn đề vệ sinh cơ bản.
3. Tăng cường việc cung cấp thực phẩm và dinh dưỡng hợp lí.
4. Tiêm chủng phòng các bệnh lây nhiễm chính.
5. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, bao gồm cả kế hoạch hóa gia đình.
6. Điều trị thích hợp các bệnh thông thường và chấn thương.
7. Phòng và kiểm soát các bệnh dịch tại địa phương.
8. Đảm bảo thuốc thiết yếu.

Việt Nam đã bổ sung thêm hai chủ đề quan trọng nữa trong thực tế chiến lược hoạt động của quốc gia, đó là:

9. Củng cố mạng lưới y tế cơ sở và
10. Tăng cường công tác quản lí sức khỏe tuyến cơ sở.

Tiếp cận CSSKBĐ ở các nước đã và đang phát triển có những mục tiêu sau:

- Tạo điều kiện cho người dân có thể tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, trong trường học, trong nhà máy, tại nơi làm việc.
- Tạo điều kiện cho người dân phòng ngừa bệnh tật và chấn thương có thể phòng tránh được.

- Tạo điều kiện cho người dân thực hiện quyền và nghĩa vụ của mình trong việc xây dựng môi trường thuận lợi để có một cuộc sống khỏe mạnh.
- Tạo điều kiện cho người dân tham gia và thực hiện việc lập kế hoạch quản lý sức khỏe, đảm bảo chắc chắn những điều kiện tiên quyết cho sức khỏe.

WHO đã xác định các hoạt động hướng đến sức khỏe cho mọi người phải dựa vào bốn lĩnh vực hoạt động chính, đó là:

- Những cam kết chính trị, xã hội và sự quyết tâm đạt được sức khỏe cho mọi người như một mục tiêu xã hội chính cho những thập kỉ tới.
- Sự tham gia của cộng đồng, tham gia của người dân và huy động các nguồn lực xã hội cho sự phát triển y tế.
- Hợp tác giữa các lĩnh vực khác nhau như nông nghiệp, giáo dục, truyền thông, công nghiệp, năng lượng, giao thông vận tải, nhà ở...
- Hệ thống hỗ trợ để đảm bảo rằng mọi người có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu, thông tin khoa học, công nghệ y tế thích hợp.

2. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

2.1. Khái niệm

Sức khỏe của một cộng đồng chỉ có thể được nâng cao khi người dân trong cộng đồng hiểu biết về cách phòng ngừa bệnh tật, chủ động tham gia vào việc phòng ngừa và kiểm soát bệnh, đóng góp ý kiến để giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe của chính họ, cũng như các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Những hoạt động nhằm cung cấp cho người dân kiến thức, kĩ năng để phòng ngừa bệnh tật, bảo vệ sức khỏe cho chính họ và cộng đồng xung quanh chính là những hoạt động truyền thông sức khỏe để giáo dục sức khỏe (GDSK). Trong mười nội dung về CSSKBD thì nội dung GDSK được xếp hàng đầu, điều này cho chúng ta thấy vai trò của GDSK rất quan trọng.

Cho đến giữa thập kỉ 80, thuật ngữ "Giáo dục sức khỏe" được sử dụng một cách rộng rãi để mô tả công việc của những người làm công tác thực hành như y tá, bác sĩ. Người dân thường lựa chọn cách chăm sóc sức khỏe phù hợp cho chính mình nên có thể cung cấp thông tin cho họ về cách phòng bệnh, khuyến khích họ thay đổi hành vi không lành mạnh, trang bị cho họ những kiến thức và kĩ năng để có được cuộc sống khỏe mạnh thông qua hoạt động giáo dục sức khỏe như tư vấn, thuyết phục và truyền thông đại chúng.

Một trong những khó khăn thường gặp phải trong GDSK là quyền tự do lựa chọn thông tin và mức độ tự nguyện thực hiện của người dân. Nếu người dân không nhận thức đúng, không tự nguyện làm theo hướng dẫn, mà họ lại lựa chọn, quyết định thực hiện những hành vi có hại cho sức khỏe thì dù người làm công tác GDSK, các nhân viên y tế có xác định đúng nhu cầu của người dân, quyết định cách thức, thời điểm can thiệp phù hợp, sử dụng những phương tiện truyền thông hiệu quả, họ có cố gắng đảm bảo sự hài lòng của người dân đến mức nào đi chăng nữa thì kết quả của những hoạt động GDSK vẫn rất thấp.

Khi xem xét GDSK trên phương diện thực hành, chúng ta có thể nghĩ rằng GDSK là sự cung cấp thông tin và nó sẽ thành công trong việc tăng cường sức khỏe khi đối tượng làm theo lời khuyên của chúng ta. Nhưng đối với một số nhà GDSK khác thì giáo dục là một phương tiện của sự "tìm hiểu" đối tượng. Người dân không phải là một chiếc "bình rỗng" để ta sẽ "đổ đầy" thông tin liên quan, lời khuyên, hướng dẫn để thay đổi hành vi của họ. Chúng ta đã biết, thông tin về nguy cơ của việc hút thuốc lá đã được biết đến từ năm 1963, thông tin về lây nhiễm HIV/AIDS đã được biết từ năm 1986 nhưng có một tỷ lệ đáng kể người dân vẫn tiếp tục hút thuốc và quan hệ tình dục "không an toàn". Những nhà GDSK này cho rằng không dễ dàng thuyết phục được người dân và càng không thể ép buộc được họ vì điều này có thể không những không đạt được hiệu quả, mà còn có thể ảnh hưởng đến khía cạnh đạo đức. Người GDSK phải là người trợ giúp, tạo điều kiện thuận lợi cho người dân thực hiện hành vi lành mạnh. Ngoài việc yêu cầu người dân phải làm những gì, người GDSK phải cùng làm việc với người dân để tìm hiểu nhu cầu của họ, và cùng hành động hướng đến sự lựa chọn các hành vi lành mạnh trên cơ sở hiểu biết đầy đủ về những hành vi có hại cho sức khỏe.

Green và cộng sự (1980) đã định nghĩa GDSK là "*sự tổng hợp các kinh nghiệm nhằm tạo điều kiện thuận lợi để người dân chấp nhận một cách tự nguyện các hành vi có lợi cho sức khỏe*". Khái niệm GDSK được đề cập trong tài liệu ***Kỹ năng giảng dạy về Truyền thông - Giáo dục sức khỏe*** của Bộ Y tế (1994) là *một quá trình nhằm giúp người dân tăng cường hiểu biết để thay đổi thái độ, tự nguyện thay đổi những hành vi có hại cho sức khỏe, chấp nhận và duy trì thực hiện những hành vi lành mạnh, có lợi cho sức khỏe.*

2.2. Làm thế nào để giúp cho mọi người sống khỏe mạnh hơn?

Có một số cách tiếp cận thường gặp nhằm giúp mọi người sống khỏe mạnh hơn:

- Cung cấp thông tin, giải thích, khuyến bảo, hy vọng mọi người sẽ tiếp thu và áp dụng để cải thiện tình trạng sức khỏe.
- Có thể gặp gỡ từng người để lắng nghe, trao đổi về các vấn đề liên quan đến sức khỏe, gợi ý cho họ quan tâm hoặc tham gia vào giải quyết các vấn đề của chính họ.
- Ép buộc mọi người thay đổi và cưỡng chế nếu không thay đổi hành vi có hại cho sức khỏe của họ.
- Để giúp người dân sống khỏe mạnh hơn một cách hiệu quả, các nhân viên, cán bộ y tế công cộng có thể thực hiện công tác GDSK bằng nhiều cách:
- Nói chuyện với mọi người và lắng nghe những vấn đề và mong muốn của họ.
- Xác định các hành vi hay những hành động tiêu cực có thể xảy ra của người dân, giải quyết và ngăn chặn những hành vi bất lợi đối với sức khỏe.
- Cùng người dân tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng, nguyên nhân dẫn đến những hành động của người dân, những vấn đề họ chưa giải quyết được gây ra hành vi của người dân.
- Động viên mọi người lựa chọn cách giải quyết vấn đề phù hợp với hoàn cảnh của họ.

- Đề nghị người dân đưa ra cách giải quyết vấn đề của họ.
- Hỗ trợ, cung cấp thông tin, phương tiện, công cụ cho người dân để họ có thể nhận thức, lựa chọn và áp dụng giải quyết thích hợp với chính họ.

2.3. Bản chất của giáo dục sức khỏe

GDSK là một phần chính, quan trọng của nâng cao sức khỏe (NCSK) nói riêng cũng như của công tác chăm sóc sức khỏe nói chung. GDSK nhằm hình thành và thúc đẩy những hành vi lành mạnh. Hành vi của con người có thể là nguyên nhân chính gây ra một vấn đề sức khỏe. Ví dụ nghiện hút thuốc lá có thể gây ra ung thư phổi. Tác động để đối tượng không hút thuốc hoặc cai thuốc lá trong trường hợp này là giải pháp chính. Bằng cách thay đổi hành vi, chúng ta có thể ngăn ngừa hoặc giải quyết được vấn đề của họ. Thông qua GDSK chúng ta giúp mọi người hiểu rõ hành vi của họ, biết được hành vi của họ tác động, ảnh hưởng đến sức khỏe của họ như thế nào. Chúng ta động viên mọi người tự lựa chọn một cuộc sống lành mạnh, chứ không cố tình ép buộc thay đổi.

GDSK không thay thế được các dịch vụ y tế khác, nhưng nó rất cần thiết để đẩy mạnh việc sử dụng đúng các dịch vụ này. Tiêm chủng là một minh họa rõ nét: nếu nhiều người không hiểu rõ và không tham gia tiêm chủng thì những thành tựu về vaccin sẽ chẳng có ý nghĩa gì; thùng rác công cộng sẽ vô ích trừ phi mọi người đều có thói quen bỏ rác vào đó. GDSK khuyến khích những hành vi lành mạnh, làm sức khỏe tốt lên, phòng ngừa ốm đau, chăm sóc và phục hồi sức khỏe. Đối tượng của các chương trình GDSK chính là những cá nhân, những gia đình, những nhóm người, tổ chức và những cộng đồng khác nhau.

Tuy nhiên, nếu chỉ có GDSK nhằm thay đổi hành vi của người dân thì chưa đủ vì hành vi của con người có liên quan với nhiều yếu tố. Chính vì thế, để hành vi sức khỏe của người dân thay đổi, duy trì và bền vững thì chúng ta phải có những chiến lược tác động đến các yếu tố khác ảnh hưởng đến hành vi như: các nguồn lực sẵn có, sự ủng hộ của những người ra quyết định, người hoạch định chính sách, môi trường tự nhiên và xã hội... và đây chính là hoạt động của lĩnh vực NCSK. Hành vi sức khỏe được hiểu như thế nào? Yếu tố cụ thể nào ảnh hưởng đến hành vi? Khái niệm và nội dung của NCSK và các hoạt động của quá trình này sẽ được xem xét đầy đủ trong những bài tiếp theo.

2.4. Người làm công tác giáo dục sức khỏe

Có một số người được đào tạo để chuyên làm công tác GDSK, họ được coi là những chuyên gia về lĩnh vực này. Công việc của các cán bộ chuyên môn khác như: bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, giáo viên, huấn luyện viên... đều ít nhiều có liên quan đến việc cung cấp thông tin, tuyên truyền, hướng dẫn, giúp đỡ người dân tăng cường, nâng cao kiến thức và kỹ năng về phòng bệnh, bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, vì thế họ đều tham gia làm GDSK. Chúng ta có thể nói rằng GDSK là nhiệm vụ của bất cứ người nào tham gia vào các hoạt động y tế và phát triển cộng đồng (PTCĐ). Để làm tốt công tác GDSK, người làm công tác này cần rèn luyện kỹ năng truyền thông, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng tiếp cận người dân, cộng đồng.

3. NÂNG CAO SỨC KHỎE

3.1. Lịch sử và khái niệm nâng cao sức khỏe

Sức khỏe của chúng ta chịu sự tác động của nhiều yếu tố như: yếu tố cá nhân, yếu tố môi trường nói chung, yếu tố chất lượng của dịch vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe. Như vậy, ngoài việc GDSK tác động đến từng cá nhân, các nhóm người hoặc những cộng đồng lớn hơn, chúng ta còn phải tác động để thay đổi, cải thiện môi trường nói chung, cũng như chất lượng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo chiều hướng tích cực, có lợi cho sức khỏe. Công việc mang tính chất đa dạng này liên quan đến nhiều lĩnh vực, ngành khác nhau. Cách tiếp cận mang tính toàn diện, đa ngành nhằm tạo điều kiện dễ dàng cho những hoạt động GDSK, chăm sóc sức khỏe để cuối cùng con người có được cuộc sống khỏe mạnh, tình trạng sức khỏe tốt. Những công việc, hoạt động có tính chất đa dạng, phức tạp vừa nêu ở trên được gọi là những hoạt động NCSK.

Trong hoạt động NCSK, ngoài việc các chuyên gia, cán bộ chuyên môn y tế xác định những vấn đề sức khỏe, bản thân người dân còn tự xác định những vấn đề sức khỏe liên quan đến họ trong cộng đồng. Ngoài những cán bộ y tế, giáo viên, nhà quản lí, các cán bộ xã hội đều có thể tham gia vào công tác NCSK. Người dân có sức khỏe tốt được xem như là trách nhiệm chung của toàn xã hội.

Vào cuối những năm 80, các Hội nghị quốc tế về NCSK đã xác định các chiến lược hành động để tăng cường tiến trình hướng đến mục tiêu "Sức khỏe cho mọi người", điều mà trong tuyên ngôn Alma Ata năm 1978 đã nêu ra. Năm 1986, Hội nghị quốc tế đầu tiên về NCSK của các nước phát triển, được tổ chức tại Ottawa, Canada. Khái niệm về NCSK được nêu ra là *"quá trình nhằm tạo điều kiện thuận lợi, giúp người dân tăng khả năng kiểm soát và cải thiện sức khỏe của họ; là một sự cam kết để giải quyết những thách thức nhằm làm giảm sự bất công bằng về chăm sóc sức khỏe; mở rộng phạm vi dự phòng, giúp người dân đối phó với hoàn cảnh của họ; tạo ra môi trường có lợi cho sức khỏe trong đó người dân có khả năng tự chăm sóc cho bản thân họ một cách tốt hơn"*. Hội nghị đã đưa ra bản Hiến chương về NCSK trong đó chỉ rõ năm lĩnh vực hành động được coi như những chiến lược chính để triển khai các chương trình can thiệp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe của người dân, nâng cao chất lượng cuộc sống, đó là:

1. Xây dựng chính sách công cộng về sức khỏe.
2. Tạo ra những môi trường hỗ trợ.
3. Huy động sự tham gia và đẩy mạnh hành động cộng đồng.
4. Phát triển những kĩ năng cá nhân và
5. Định hướng lại các dịch vụ sức khỏe hướng về dự phòng và NCSK.

Các thành viên tham dự Hội nghị đã thống nhất quan điểm vận động tạo ra sự cam kết chính trị cho sức khỏe và công bằng trong tất cả các lĩnh vực liên quan, đáp ứng những nhu cầu sức khỏe ở các quốc gia khác nhau, khắc phục sự bất công bằng

trong chăm sóc sức khỏe, và nhận thức rằng sức khỏe và việc duy trì sức khỏe đòi hỏi phải đầu tư nguồn lực đáng kể và cũng là một thách thức lớn của xã hội. WHO cũng đã xác định và nhấn mạnh đến việc cải thiện hành vi, lối sống, những điều kiện về môi trường và chăm sóc sức khỏe sẽ có hiệu quả thấp nếu những điều kiện tiên quyết cho sức khỏe như: hòa bình; nhà ở; lương thực, thực phẩm; nước sạch; học hành; thu nhập; hệ sinh thái ổn định; cơ hội bình đẳng và công bằng xã hội không được đáp ứng một cách cơ bản (Hiến chương Ottawa 1986).

Hai năm sau (1988), Hội nghị quốc tế lần thứ hai về NCSK của các nước công nghiệp hóa được tổ chức tại Adelaide, Australia, đã tập trung vào lĩnh vực đầu tiên trong năm lĩnh vực hành động, đó là *xây dựng chính sách công cộng về sức khỏe*. Cũng trong năm này, một hội nghị giữa kì để xem xét lại tiến trình thực hiện các hoạt động hướng đến sức khỏe cho mọi người vào năm 2000, được tổ chức tại Riga, Liên Xô cũ. Hội nghị này đề nghị các nước đổi mới và đẩy mạnh những chiến lược CSSKBD, tăng cường các hành động xã hội và chính trị cho sức khỏe, phát triển và huy động năng lực lãnh đạo, trao quyền cho người dân và tạo ra mối quan hệ cộng tác chặt chẽ trong các cơ quan, tổ chức hướng tới sức khỏe cho mọi người. Đồng thời những chủ đề này phải được chỉ ra trong kế hoạch hành động của chương trình NCSK. Những điều kiện mang tính đột phá và thách thức này cũng mở ra những cơ hội cho các nước đang phát triển đẩy mạnh các chiến lược NCSK và những hành động hỗ trợ để đạt được mục đích sức khỏe cho mọi người và sự phát triển kinh tế xã hội.

Năm 1989, một nhóm chuyên gia về NCSK của các nước đang phát triển họp tại Geneva, Thụy Sĩ đã đưa ra một văn kiện chiến lược gọi là: "*Lời kêu gọi hành động*". Tài liệu này xem xét phạm vi và hoạt động thực tế của NCSK ở các nước đang phát triển. Nội dung chính bao gồm: khởi động những hành động xã hội, chính trị cho sức khỏe; duy trì, củng cố những chính sách chung để đẩy mạnh hoạt động y tế, và xây dựng những mối quan hệ tốt giữa các cơ quan, tổ chức xã hội; xác định các chiến lược trao quyền làm chủ cho người dân, và tăng cường năng lực của quốc gia và những cam kết chính trị cho NCSK và phát triển cộng đồng trong sự phát triển y tế nói chung.

"*Lời kêu gọi hành động*" cũng đã thực hiện vai trò của NCSK trong việc tạo ra và tăng cường các điều kiện động viên người dân có những lựa chọn việc chăm sóc sức khỏe đúng đắn và cho phép họ sống một cuộc sống khỏe mạnh. Văn kiện này đã nhấn mạnh việc "*vận động*" như là một phương tiện ban đầu cho cả việc tạo ra và duy trì những cam kết chính trị cần thiết để đạt được những chính sách thích hợp cho sức khỏe đối với tất cả các lĩnh vực và phát triển mạnh mẽ các mối liên kết trong chính phủ, giữa các chính phủ và cộng đồng nói chung.

Vào năm 1991, Hội nghị quốc tế lần thứ ba về NCSK được tổ chức tại Sundsvall, Thụy Điển. Hội nghị đã làm rõ lĩnh vực hành động thứ hai trong năm lĩnh vực hành động đã xác định tại Hội nghị lần đầu tiên ở Ottawa, đó là *tạo ra những môi trường hỗ trợ*. Thuật ngữ "*môi trường*" được xem xét theo nghĩa rộng của nó, bao hàm môi trường xã hội, chính trị, kinh tế, văn hóa, cũng như môi trường tự nhiên.

Hội nghị quốc tế lần thứ tư về NCSK tổ chức vào năm 1997 tại Jakarta, Indonesia để phát triển những chiến lược cho sức khỏe mang tính quốc tế. Sức khỏe tiếp tục được nhấn mạnh là quyền cơ bản của con người và là yếu tố tiên quyết cho sự phát triển kinh tế và xã hội. NCSK được nhận thức là một thành phần thiết yếu của quá trình phát triển sức khỏe. Các điều kiện tiên quyết cho sức khỏe tiếp tục được nhấn mạnh có bổ sung thêm sự tôn trọng quyền con người, và xác định nghèo đói là mối đe dọa lớn nhất đến sức khỏe. Năm lĩnh vực hành động trong Hiến chương Ottawa vẫn được xem như năm chiến lược cơ bản của NCSK và phù hợp với tất cả các quốc gia. Hội nghị cũng xác định những ưu tiên cho NCSK trong thế kỉ 21, đó là:

- Đẩy mạnh trách nhiệm xã hội đối với sức khỏe.
- Tăng đầu tư cho sức khỏe.
- Đoàn kết và mở rộng mối quan hệ đối tác vì sức khỏe.
- Tăng cường năng lực cho cộng đồng và trao quyền cho cá nhân.
- Đảm bảo cơ sở hạ tầng cho NCSK.

Năm 2000, tại Mexico City, Hội nghị quốc tế lần thứ năm về NCSK đã diễn ra với khẩu hiệu "*Thu hẹp sự bất công bằng*". Đại diện Bộ Y tế của 87 quốc gia đã kí Tuyên bố chung về những nội dung chiến lược cho NCSK.

Hội nghị quốc tế lần thứ sáu về NCSK vừa diễn ra tháng 8 năm 2005 tại Bangkok, Thái Lan đã xác định những chiến lược và các cam kết về NCSK để giải quyết các yếu tố quyết định sức khỏe trong xu thế toàn cầu hóa. Hiến chương của Hội nghị đã được phát triển dựa trên các nguyên tắc, chiến lược hành động chính của Hiến chương Ottawa. NCSK một lần nữa được nhấn mạnh là *quá trình nhằm tạo điều kiện thuận lợi, giúp người dân tăng khả năng kiểm soát sức khỏe và các yếu tố quyết định sức khỏe của họ và bằng cách đó cải thiện sức khỏe của người dân.*

Những chiến lược chính cho NCSK trong xu thế toàn cầu hóa được chỉ ra là:

- Vận động cho sức khỏe dựa trên quyền con người và sự đoàn kết.
- Đầu tư vào những chính sách bền vững, các hành động và cơ sở hạ tầng để giải quyết các yếu tố quyết định sức khỏe.
- Xây dựng năng lực để phát triển chính sách, lãnh đạo, thực hành NCSK, chuyển giao kiến thức và nghiên cứu.
- Qui định và luật pháp để đảm bảo mức độ bảo vệ cao nhất, tránh sự đe dọa của những mối nguy hại và cho phép cơ hội sức khỏe bình đẳng đối với mọi người.
- Mối quan hệ đối tác và xây dựng những liên minh với công chúng, các tổ chức tư nhân, các tổ chức phi chính phủ và các lực lượng xã hội khác để duy trì bền vững những hành động vì sức khỏe.

Những cam kết vì sức khỏe cho mọi người cũng được nêu rõ:

- Làm cho NCSK trở thành vấn đề trung tâm trong chương trình nghị sự phát triển toàn cầu.
- Làm cho NCSK là trách nhiệm chính của tất cả các chính phủ.
- Làm cho NCSK là một vấn đề trọng tâm của các cộng đồng, xã hội.
- Thiết lập và thực hiện quan hệ cộng tác hiệu quả trong các chương trình NCSK.

3.2. Định nghĩa về nâng cao sức khỏe

NCSK là một thuật ngữ có hàm ý rộng, thể hiện một quá trình xã hội và chính trị toàn diện, không chỉ gồm những hành động hướng trực tiếp vào tăng cường những kỹ năng và năng lực của các cá nhân mà còn hành động để giảm nhẹ các tác động tiêu cực của các vấn đề xã hội, môi trường và kinh tế đối với sức khỏe. So với GDSK, NCSK có nội dung rộng hơn, khái quát hơn. NCSK kết hợp chặt chẽ tất cả những giải pháp được thiết kế một cách cẩn thận để tăng cường sức khỏe và kiểm soát bệnh tật. Một đặc trưng chính nổi bật của NCSK là tầm quan trọng của "*chính sách công cộng cho sức khỏe*" với những tiềm năng của nó để đạt được sự chuyển biến xã hội thông qua luật pháp, tài chính, kinh tế, và những hình thái khác của môi trường chung (Tones 1990). NCSK có thể được phân biệt rõ hơn so với GDSK là các hoạt động của nó liên quan đến các hành động chính trị và môi trường.

Các tác giả Green và Kreuter (1991) đã định nghĩa NCSK là "*Bất kỳ một sự kết hợp nào giữa GDSK và các yếu tố liên quan đến môi trường, kinh tế và tổ chức hỗ trợ cho hành vi có lợi cho sức khỏe của các cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng*". Vì thế NCSK không phải chỉ là trách nhiệm của riêng ngành y tế, mà là một lĩnh vực hoạt động mang tính chất lồng ghép, đa ngành hướng đến một lối sống lành mạnh để đạt được một trạng thái khỏe mạnh theo đúng nghĩa của nó.

Nếu dựa vào định nghĩa trên thì GDSK là một bộ phận quan trọng của NCSK nhằm tạo ra, thúc đẩy và duy trì những hành vi có lợi cho sức khỏe. Thuật ngữ NCSK thường được dùng để nhấn mạnh những nỗ lực nhằm gây ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe trong một khung cảnh xã hội rộng hơn. NCSK và GDSK có mối liên kết chặt chẽ với nhau. Trong thực tế, quá trình GDSK thường đi từ người GDSK đến người dân, còn trong quá trình NCSK người dân tham gia vào quá trình thực hiện.

Đến nay, khái niệm về NCSK đưa ra trong Hiến chương Ottawa đã và vẫn đang được sử dụng rộng rãi: "*NCSK là quá trình nhằm tạo điều kiện thuận lợi, giúp người dân tăng khả năng kiểm soát và cải thiện sức khỏe của họ*". WHO xác định có 3 cách để những người làm công tác NCSK có thể cải thiện tình hình sức khỏe thông qua việc làm của họ, đó là: vận động để có được sự ủng hộ, chính sách hỗ trợ; tạo ra những điều kiện thuận lợi; và điều tiết các hoạt động. Cho đến nay, NCSK đã được hiểu như là một quá trình của sự cải thiện sức khỏe cho cá nhân, nhóm hoặc cộng đồng. WHO xác định đó là sự trao quyền làm chủ, tạo sự công bằng, cộng tác và sự tham gia của các bên có liên quan. Những giá trị này nên được kết hợp chặt chẽ trong mọi hoạt động về sức khỏe và công tác cải thiện đời sống. NCSK vì thế là một cách tiếp cận lồng ghép để xác định và thực hiện những công tác y tế.

3.3. Nâng cao sức khỏe ở các nước đang phát triển

3.3.1. Từ khái niệm đến hành động

NCSK là hướng hoạt động xã hội cho sự phát triển sức khỏe. Nó là một khái niệm làm hồi sinh cách tiếp cận CSSKBD tại cả các nước đang phát triển và các nước công nghiệp. NCSK và hành động của xã hội vì mục đích sức khỏe cho mọi người bằng hai cách: tăng cường lối sống lành mạnh và cộng đồng hành động vì sức khỏe; tạo ra những điều kiện thuận lợi trợ giúp người dân sống một cuộc sống khỏe mạnh. Việc đầu tiên là trao quyền cho người dân với những kiến thức, kỹ năng để có cuộc sống khỏe mạnh. Việc thứ hai là cần có sự ảnh hưởng của các nhà hoạch định chính sách để theo đuổi, tạo ra các chính sách công cộng và chương trình hỗ trợ cho sức khỏe. Sự hỗ trợ, ủng hộ mạnh mẽ của xã hội cho hành động sức khỏe cần được khởi xướng, đẩy mạnh và duy trì. Mục tiêu sức khỏe cho mọi người sẽ trở thành hiện thực khi quần chúng nhân dân biết được quyền lợi, trách nhiệm của họ và ủng hộ các chính sách, chiến lược NCSK của Nhà nước và có sự hiểu biết sâu sắc về đường lối ở các cấp chính quyền.

NCSK có thể được mô tả như những hành động về xã hội, giáo dục và sự cam kết chính trị để làm tăng hiểu biết chung của cộng đồng về sức khỏe, nuôi dưỡng, duy trì lối sống lành mạnh và hành động cộng đồng trên cơ sở trao quyền làm chủ cho người dân thực hiện quyền lợi và trách nhiệm của mình một cách rõ ràng. NCSK trong thực tế là làm sáng tỏ lợi ích của việc cải thiện sức khỏe, đây là một tiến trình hành động của cộng đồng, của người hoạch định chính sách, các nhà chuyên môn và công chúng ủng hộ cho các chính sách hỗ trợ sức khỏe. Nó được thực hiện thông qua các hoạt động vận động, trao quyền làm chủ cho người dân, xây dựng hệ thống hỗ trợ xã hội cho phép người dân có được sự lựa chọn lành mạnh và sống một cuộc sống khỏe mạnh.

Khái niệm NCSK được chấp nhận và đánh giá cao tại các nước công nghiệp và cũng đang được ứng dụng tại các nước đang phát triển. Nó đã được mô tả bằng nhiều cách khác nhau, như giáo dục sức khỏe, truyền thông sức khỏe, vận động xã hội. Những việc này trong thực tế là những phân không thể tách rời, chúng hỗ trợ, bổ sung cho nhau.

Tại Hội nghị về NCSK ở Geneva năm 1989 ngoài "*Lời kêu gọi hành động*", hội nghị còn thăm dò tình hình áp dụng khái niệm và chiến lược NCSK ở các nước đang phát triển, và đề xuất những cách thức cụ thể để những khái niệm và chiến lược này được chuyển thành hành động trong bối cảnh của các quốc gia đang phát triển.

Tăng cường GDSK và cải thiện chính sách y tế, những chiến lược và hành động vì sức khỏe ở các nước đang phát triển đã trở thành cấu phần không thể thiếu được để đạt được sức khỏe cho mọi người. Có nhiều yếu tố cho thấy nhu cầu cấp thiết cần phải đẩy nhanh, đẩy mạnh hành động cho NCSK, và huy động các lực lượng xã hội cho y tế. Nhóm đứng đầu trong những yếu tố này là:

- Nhiều nước đang phát triển đang ở trong giai đoạn chuyển dịch mô hình sức khỏe. Họ chịu một gánh nặng gấp đôi - những bệnh truyền nhiễm chưa kiểm

soát được, gắn liền với xu hướng tăng liên tục tỷ lệ mắc các bệnh không lây truyền, thêm nữa là đại dịch HIV/AIDS. Tăng trưởng dân số nhanh, đô thị hóa nhanh chóng và đồng thời với sự phát triển kinh tế, xã hội là sự phát triển của những vấn đề về lối sống và môi trường. Lí do cơ bản của những vấn đề này là bất bình đẳng, nghèo đói, điều kiện sống thiếu thốn và thiếu giáo dục, đó chính là những điều kiện tiên quyết để đảm bảo một cuộc sống khỏe mạnh.

- Công bằng xã hội và quyền con người ở phụ nữ, trẻ em, công nhân và các nhóm dân tộc thiểu số đang dần thu hút sự chú ý của mọi người và là chủ đề chính cho những hành động quốc gia. Sức khỏe là thành tố quan trọng của những chủ đề này và đang là thách thức đối với tất cả các quốc gia trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân.
- Người dân khỏe mạnh sẽ hình thành xã hội khỏe mạnh, tạo động lực phát triển kinh tế và xã hội, giúp cho các quốc gia cường thịnh. Vì thế có nguồn nhân lực khỏe mạnh trong xã hội là mục đích của các quốc gia. Nhưng sức khỏe vẫn chưa được nhận thức một cách đúng đắn như là một sự tích hợp giữa các thành phần cần thiết của sự phát triển kinh tế - xã hội, dù cho thực tế điều này được Đại Hội đồng Liên hiệp quốc và Đại Hội đồng Y tế Thế giới từng nhấn mạnh. Những nhà hoạch định chính sách, lập kế hoạch, ra quyết định phải được thuyết phục về nhu cầu của sự tích hợp, lồng ghép các vấn đề liên quan đến sức khỏe vào tất cả những hoạt động phát triển, mặc dù những vấn đề môi trường, kinh tế và sức khỏe đôi khi có những mâu thuẫn của nó.
- Vận động đại chúng bảo vệ môi trường là sự huy động và tập hợp những sức mạnh chính trị và xã hội. Chúng có ý nghĩa cho những hành động tăng cường, nâng cao sức khỏe trong tương lai.

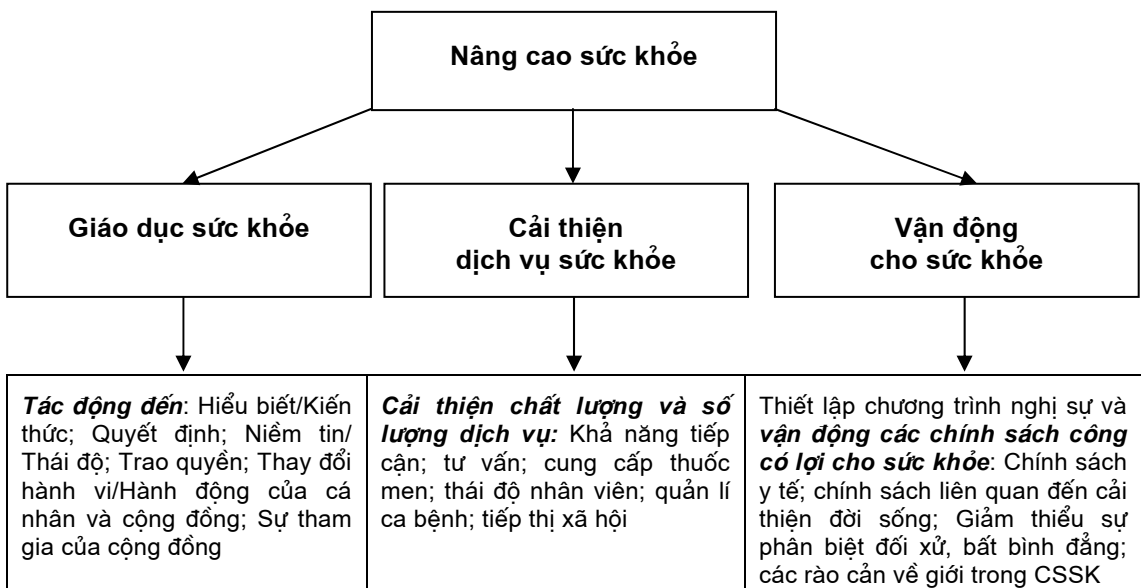
3.3.2. Chiến lược nâng cao sức khỏe

Nâng cao kiến thức và hiểu biết về sức khỏe là một bước không thể thiếu được trong việc đẩy mạnh hành động hỗ trợ sức khỏe. Tạo ra những điều kiện xã hội, kinh tế, và môi trường thuận lợi để dẫn đến việc cải thiện sức khỏe là hết sức cần thiết. Những điều này đã và sẽ trở thành hiện thực chỉ khi có hiểu biết thấu đáo về những vấn đề sức khỏe của các nhà hoạch định chính sách, chính trị gia, người lập kế hoạch kinh tế và mọi người dân; và khi những hiểu biết này được chuyển hóa vào trong chính sách, luật pháp và sự phân bổ nguồn lực cho sức khỏe. Không có gì cần thiết hơn bằng sự huy động toàn bộ những sức mạnh của xã hội cho sự khỏe mạnh và hạnh phúc của con người.

Ba chiến lược cơ bản của hành động xã hội được thiết lập một cách rõ ràng trong báo cáo của văn kiện "*Lời kêu gọi hành động*". Những chiến lược này là vận động cho sức khỏe; hỗ trợ xã hội và trao quyền làm chủ cho người dân. Những chiến lược này cấu thành một công cụ có sức mạnh để đẩy mạnh, cải thiện lối sống lành mạnh và tạo ra những điều kiện thuận lợi dẫn đến việc cải thiện sức khỏe. Mỗi chiến lược có những đặc điểm riêng và nội dung trọng điểm của nó.

Vận động khuyến khích và tạo sức ép đối với các nhà lãnh đạo, người hoạch định chính sách, người làm luật để họ có hành động ủng hộ, hỗ trợ cho sức khỏe. Hỗ trợ xã hội, bao gồm hỗ trợ cho hệ thống y tế, những điều kiện tăng cường và duy trì bền vững sẽ tạo cơ sở cho phép người dân có được những hoạt động hỗ trợ cho sức khỏe và đảm bảo có được tình trạng công bằng, trong chăm sóc sức khỏe. Trao quyền làm chủ là cung cấp cho các cá nhân, nhóm người dân những kiến thức, kỹ năng để hành động vì sức khỏe một cách chủ động.

Can thiệp NCSK hiệu quả được áp dụng ở các nước đang phát triển thường phải giải quyết ba lĩnh vực hành động chính đó là: GDSK, Cải thiện chất lượng dịch vụ và Vận động (Sơ đồ 1.1). GDSK được coi như một thành phần quan trọng nhất của NCSK, các hoạt động GDSK hướng đến cá nhân, gia đình và cộng đồng nhằm thúc đẩy chấp nhận hành vi lành mạnh, giúp người dân có đủ năng lực và tự tin để hành động. Cải thiện dịch vụ gồm cải thiện nội dung, loại hình của dịch vụ; cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân và tăng cường khả năng chấp nhận sử dụng dịch vụ. Vận động tác động đến các nhà hoạch định chính sách, xây dựng luật, qui định liên quan đến việc phân bổ nguồn lực, định hướng hoạt động dịch vụ và tăng cường tuân thủ luật pháp.



Sơ đồ 1.1. Các thành phần của NCSK

Như vậy chúng ta có thể nhận thấy rằng NCSK bao gồm tất cả những hoạt động nhằm phòng ngừa bệnh tật hoặc làm cho tình trạng sức khỏe tốt hơn. Bảng 1.1 đưa ra một số ví dụ về các hoạt động NCSK.

Chúng ta cần xác định và đánh giá những chiến lược, các chương trình NCSK đang tiến hành một cách khoa học để tạo có được những bài học kinh nghiệm, tiếp tục thiết kế và triển khai những chiến lược mới. Sẽ rất hữu ích nếu Việt Nam tiếp thu những kinh nghiệm quý báu ở các quốc gia đã phát triển và đang phát triển khác với các bài học rút ra từ những chương trình sức khỏe để từ đó chúng ta có thể chọn lọc và ứng dụng một cách thích hợp và hiệu quả.

Bảng 1.1. Một số ví dụ về hoạt động NCSK

1. Giáo dục sức khỏe	Nâng cao hiểu biết về các vấn đề sức khỏe Giúp người dân đạt được những kiến thức, kĩ năng cần thiết để có được sức khỏe tốt hơn.
2. Bảo vệ cá nhân	Tiêm chủng Luật sử dụng dây an toàn khi đi xe ô tô Sử dụng mũ bảo hiểm Mặc quần áo bảo hộ khi làm việc Chương trình đổi bom kim tiêm cho người tiêm chích ma túy
3. Làm cho môi trường trong sạch, an toàn	Quản lí nước thải, chất thải Cải thiện tình trạng nhà ở Cải thiện tình trạng đường xá, giảm thiểu nguy cơ tai nạn Luật an toàn lao động tại nơi làm việc Vệ sinh thực phẩm
4. Phát hiện những vấn đề sức khỏe ở giai đoạn có thể chữa trị sớm	Sàng lọc ung thư cổ tử cung Sàng lọc ung thư vú Đánh giá yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành
5. Tạo điều kiện dễ dàng lựa chọn những yếu tố có lợi cho sức khỏe	Tăng tính sẵn có của những sản phẩm có lợi cho sức khỏe Trợ giá những sản phẩm có lợi cho sức khỏe
6. Hạn chế những hoạt động, sản phẩm có hại cho sức khỏe	Kiểm soát quảng cáo những thứ có hại cho sức khỏe Đánh thuế cao những sản phẩm có hại cho sức khỏe Cấm lưu hành những sản phẩm gây hại cho sức khỏe

Bước vào thế kỷ XXI, cùng với công cuộc công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước, Đảng và Chính phủ Việt Nam đã chỉ đạo chặt chẽ công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân. Nghị quyết Đại hội Đảng lần thứ IX và Chiến lược chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010 đã vạch ra phương hướng phát triển tổng thể để nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Đặc biệt ngày 22/01/2002, Ban chấp hành Trung ương Đảng đã ra Chỉ thị số 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở nhằm tăng cường hơn nữa công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Ở Việt Nam, ngày 19/03/2001, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân giai đoạn 2001 - 2010. Mục tiêu chung của Chiến lược này là “Phấn đấu để mọi người dân được hưởng các dịch vụ CSSKBĐ, có điều kiện tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỉ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và phát triển giống nòi”. Trong các giải pháp chính để thực hiện chiến lược có giải pháp đẩy mạnh công tác y tế dự phòng, nâng cao sức khỏe.

Trong năm 2001, Chính phủ cũng đã phê duyệt nhiều Chiến lược, Chương trình hành động quốc gia ngắn hạn hơn như: Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống

một số bệnh xã hội và HIV/AIDS giai đoạn 2001-2005, Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của thuốc lá giai đoạn 2001-2010, Chính sách quốc gia phòng chống tai nạn, thương tích giai đoạn 2002-2010, Chiến lược quốc gia về Sức khỏe sinh sản, Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010... Nhiều chỉ số sức khỏe được nêu ra chính là những mốc quan trọng để ngành Y tế, các ngành khác, người dân nhận thức một cách đúng đắn và cùng tham gia thực hiện.

Ngày 23/02/2005, Ban Khoa giáo Trung ương đã ra Công văn số 49 về việc hướng dẫn thực hiện Nghị quyết 46-CT/TW của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới. Nghị quyết này đã xác định các quan điểm chỉ đạo, mục tiêu cũng như các nhiệm vụ và giải pháp nhằm hoàn thiện và phát triển hệ thống y tế nước ta, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của nhân dân về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ, phục vụ đắc lực sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Đây là một văn kiện quan trọng của Đảng, định hướng cho lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong 10-15 năm tới, khi mà thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đang được hình thành. Việc triển khai thực hiện Nghị quyết phải được tiến hành trong nhiều năm liên tục theo một chương trình hành động thống nhất và đồng bộ phù hợp với từng cấp, từng ngành, đoàn thể. Những hướng dẫn cụ thể từ Bộ Y tế và các cơ quan chức năng sẽ là căn cứ pháp lý để thiết kế và triển khai những chương trình NCSK trên địa bàn cả nước.

4. CÁC NGUYÊN TẮC CHÍNH CỦA NÂNG CAO SỨC KHỎE

Tổ chức Y tế Thế giới đã nêu ra năm nguyên tắc chính của NCSK như sau:

1. NCSK gắn liền với quần thể dân cư trong khung cảnh chung của cuộc sống hàng ngày của họ, hơn là tập trung vào những nguy cơ, rủi ro của những bệnh tật cụ thể.
2. NCSK hướng đến hành động giải quyết các nguyên nhân hoặc những yếu tố quyết định sức khỏe nhằm đảm bảo một môi trường tổng thể dẫn đến việc cải thiện sức khỏe.
3. NCSK phối hợp nhiều phương pháp hoặc cách tiếp cận khác nhau, nhưng bổ trợ cho nhau, bao gồm: truyền thông, giáo dục, luật pháp, biện pháp tài chính, thay đổi tổ chức, phát triển cộng đồng và những hoạt động đặc thù của từng địa phương để chống lại những mối nguy hại cho sức khỏe.
4. Đặc biệt, NCSK nhằm vào sự tham gia hiệu quả của cộng đồng dựa trên những phong trào tự chủ và động viên, cổ vũ người dân tìm ra những cách thức phù hợp với chính họ để chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cộng đồng của chính họ.
5. NCSK về cơ bản là các hoạt động trong lĩnh vực y tế, xã hội, không phải là một dịch vụ y tế lâm sàng, những cán bộ chuyên môn về sức khỏe - đặc biệt trong CSSKBD - có một vai trò quan trọng trong việc duy trì và đẩy mạnh những hoạt động NCSK (WHO 1977).

Phát triển những chiến lược sức khỏe trên phạm vi rộng vì thế cần được dựa trên sự công bằng, tham gia của cộng đồng, và cộng tác liên ngành. Những điều kiện tiên

quyết cho sức khỏe, bao gồm cả những cam kết chính trị và hỗ trợ xã hội cần phải xem xét kỹ lưỡng.

NCSK là một thuật ngữ có nghĩa rộng, bao hàm những chiến lược can thiệp khác nhau. Quá trình này được xem như hàng loạt hoạt động có hệ thống, có chủ đích rõ ràng để phòng ngừa bệnh tật và đau yếu, giáo dục người dân lối sống lành mạnh hơn, hoặc chỉ rõ những yếu tố xã hội và môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe người dân. NCSK còn được xem như một hệ thống của những nguyên tắc định hướng công tác y tế nhằm tăng cường sự cộng tác, tham gia và xác định sự bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe. Vì thế người làm công tác NCSK cần nhận thức và hiểu rõ về khái niệm sức khỏe, GDSK, NCSK để định hướng hoạt động và tác động thay đổi hành vi cá nhân, các yếu tố liên quan để tăng cường sức khỏe người dân một cách hiệu quả.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

- Nêu và giải thích một số hoạt động Giáo dục sức khỏe và Nâng cao sức khỏe điển hình tại địa phương.
- Nêu các ví dụ về các hoạt động liên quan đến 5 lĩnh vực hành động đề cập trong tuyên ngôn Ottawa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1994). *Giáo trình Nâng cao kỹ năng giảng dạy về Truyền thông-Giáo dục sức khỏe*.
2. Bộ Y tế (2000). *Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010*.
3. Egger, Spark, Lawson, Donovan, (1999). *Health Promotion Strategies and Methods*, p: 1-15.
4. Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2nd edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
5. Jenie Naidoo, Jane Wills (2000). *Health Promotion-Foundations for Practice*, p: 27-48.
6. John Hubley (2004). *Communicating Health, An action guide to Health Education and Health Promotion*. 2nd edition, p:12-18.
7. John Kemm, Ann Close (1995). *Health Promotion-Theory and Practice*, p: 3-37.
8. John Walley, John Wright, John Huble (2001). *Public Health, An action guide to Improving Health in Developing Countries*, Oxford University Press, p: 141-152.
9. WHO (1994). *Health Promotion and Community action for Health in developing countries*, p: 1-6.

Bài 2

HÀNH VI SỨC KHOẺ VÀ QUÁ TRÌNH THAY ĐỔI HÀNH VI

MỤC TIÊU

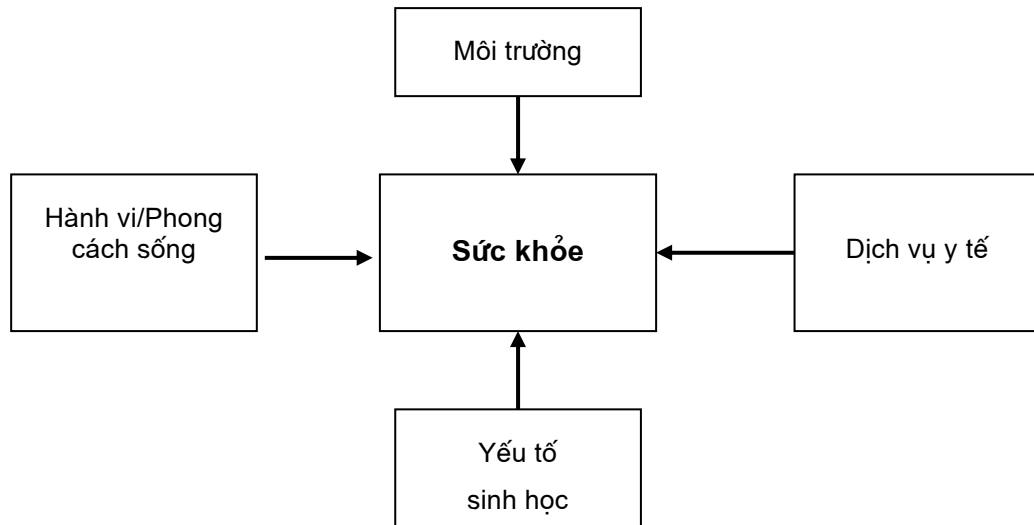
1. *Giải thích được những yếu tố quyết định sức khỏe.*
2. *Trình bày được khái niệm hành vi, hành vi sức khỏe.*
3. *Phân tích được các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe.*
4. *Trình bày được các mô hình lí thuyết giải thích và dự đoán quá trình thay đổi hành vi cá nhân.*
5. *Trình bày được các điều kiện tiên quyết của quá trình thay đổi hành vi và các chiến lược can thiệp phù hợp theo từng giai đoạn thay đổi hành vi.*

1. NHỮNG YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH SỨC KHOẺ

Với những hiểu biết cơ bản, chúng ta có thể nhận thấy có một số yếu tố góp phần làm cho con người khỏe mạnh và duy trì được sức khỏe của họ, cũng như những nguyên nhân làm cho con người bị đau ốm (xem thêm sơ đồ 2.1). Có thể liệt kê một số ví dụ về các yếu tố gây tác động xấu đến sức khỏe như:

- Yếu tố di truyền trong một số bệnh như hồng cầu liềm, đái tháo đường, thiếu năng trí tuệ có thể gây hậu quả xấu cho thế hệ con cái.
- Các tác nhân nhỏ bé như vi khuẩn, virus, nấm, giun sán... có thể xâm nhập vào cơ thể qua tiếp xúc, qua thức ăn, do hít phải hoặc do côn trùng hay các con vật khác đốt, cắn, cào từ đó gây bệnh.
- Các hóa chất như dầu hỏa, thuốc trừ sâu, khí đốt, phân bón, chì và acid có thể gây ngộ độc hoặc có hại cho cơ thể khi tiếp xúc quá mức. Thậm chí một số thuốc chữa bệnh nếu dùng không đúng có thể dẫn đến những tác dụng phụ ngoài ý muốn.
- Yếu tố môi trường như: lụt lội, bão, động đất, các thiên tai khác có thể gây thương tích hoặc tử vong nhiều người. Nhiều yếu tố khác có thể là nguy cơ tiềm ẩn gây ra tai nạn như: cháy nổ, nhà cửa tồi tàn, đường xá xuống cấp... Những điều kiện khó khăn về nhà ở, nơi làm việc, trong gia đình và cộng đồng dễ dẫn đến các vấn đề về sức khỏe tâm thần.
- Tuy nhiên, những yếu tố trên không phải bất cứ lúc nào cũng có thể gây tổn thương, gây bệnh tật, ốm đau cho con người. Nếu người dân hiểu rõ và biết cách ứng phó với những nguy cơ tiềm tàng này thì họ có thể phòng tránh được nhiều bệnh tật và những điều bất lợi cho sức khỏe. Các nguy cơ tiềm ẩn, các

yếu tố quyết định sức khỏe được chia thành bốn nhóm chính, đó là: yếu tố sinh học hay yếu tố di truyền; yếu tố về hành vi hay phong cách sống; yếu tố chất lượng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe và yếu tố môi trường, bao gồm cả môi trường tự nhiên và xã hội như: không khí, nguồn nước, đất, điều kiện sống và làm việc...



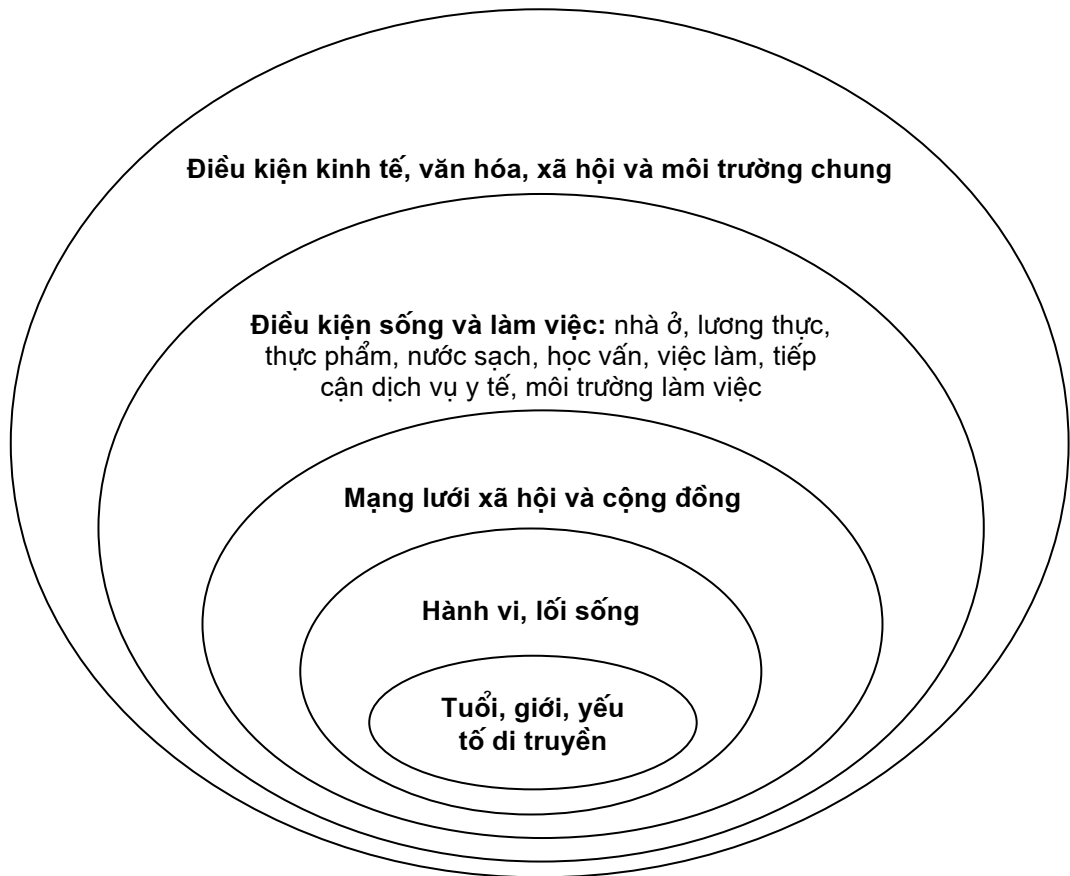
Sơ đồ 2.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe (Lalonde Report, 1974)

Trong cách giải thích về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe, tác giả Dahlgren và Whitehead (1991) cũng đã nêu ra bốn nhóm yếu tố chính và thể hiện chi tiết hơn các yếu tố tác động đến sức khỏe (Sơ đồ 2.2) đó là:

- Hành vi cá nhân và lối sống của con người.
- Những hỗ trợ và ảnh hưởng lẫn nhau trong cộng đồng.
- Điều kiện sống và làm việc, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế.
- Những điều kiện kinh tế, xã hội và môi trường.

1.1. Các yếu tố về di truyền

Các yếu tố sinh học quyết định cấu trúc cơ thể và các hoạt động chức năng của cơ thể. Gần đây, khoa học đã chứng minh khi có sự biến đổi, bất thường trong cấu trúc của những đoạn gen nào đó có thể gây ra những bệnh tật tương ứng. Hiện nay khoa học y học đã có thể sử dụng bản đồ gen làm công cụ chẩn đoán một số bệnh như: thiếu máu do hồng cầu hình liềm, bệnh xơ nang tụy, bệnh đái tháo đường... Phần lớn các yếu tố gen thường không thể thay đổi được và đến nay y học mới chỉ có thể can thiệp được ở mức độ hạn chế.



Sơ đồ 2.2: Các yếu tố chính quyết định sức khỏe (Dahlgren và Whitehead, 1991)

1.2. Yếu tố môi trường

Yếu tố môi trường đã và sẽ tiếp tục đóng một vai trò hết sức quan trọng quyết định tình trạng sức khỏe của bất cứ một cộng đồng nào. Thuật ngữ môi trường ở đây được hiểu theo nghĩa rộng, bao gồm: môi trường xã hội, tổ chức xã hội, các nguồn lực... Môi trường tự nhiên như: nhiệt độ, ánh sáng, không khí, đất, nước; các thiên tai, thảm họa. Môi trường sống, làm việc cụ thể như: tình trạng nhà ở, đường xá, nhà máy công nghiệp, cơ quan, bệnh viện, hầm mỏ...

1.3. Những yếu tố liên quan đến hệ thống chăm sóc sức khỏe

Hệ thống chăm sóc sức khỏe có ảnh hưởng đáng kể đến trạng thái sức khỏe của người dân. Chất lượng điều trị và chăm sóc như thế nào; tình trạng thuốc men có đầy đủ hay không; khả năng tiếp cận với dịch vụ của người dân (chi phí, khoảng cách tiếp cận các dịch vụ y tế, thời gian chờ đợi ...); thái độ của cán bộ y tế đối với người bệnh; trình độ chuyên môn của cán bộ y tế có đáp ứng được yêu cầu không, tính chất của hệ thống chăm sóc sức khỏe (CSSKBĐ hay chuyên ngành, y tế nhà nước hay y tế tư nhân). Tình trạng tiêu cực của những yếu tố thuộc hệ thống chăm sóc sức khỏe này sẽ có ảnh hưởng xấu đến tình trạng sức khỏe của người dân, của cộng đồng nói chung.

1.4. Yếu tố hành vi và lối sống của con người

Phần này được đề cập chi tiết trong mục 2 dưới đây.

2. HÀNH VI SỨC KHOẺ VÀ NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

2.1. Hành vi sức khỏe

Hành vi là cách ứng xử của con người đối với một sự vật, sự kiện, hiện tượng trong một hoàn cảnh, tình huống cụ thể, được biểu hiện bằng lời nói, cử chỉ, hành động nhất định. Hành vi hàm chứa các yếu tố nhận thức, kiến thức, thái độ, niềm tin, giá trị xã hội cụ thể của mỗi con người. Các yếu tố này thường đan xen, liên kết chặt chẽ với nhau, khó có thể phân tách rõ ràng.

Hành vi sức khỏe là hành vi của con người có liên quan đến việc tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe, hoặc liên quan đến một vấn đề sức khỏe nhất định, như: hành vi tập thể dục buổi sáng, hành vi về dinh dưỡng, về vệ sinh môi trường...

Hành vi sức khỏe của cá nhân là trọng tâm của quá trình GDSK và NCSK. Gochman (1982) đã định nghĩa hành vi sức khỏe là *“những thuộc tính cá nhân như niềm tin, sự mong đợi, động lực thúc đẩy, giá trị, nhận thức, và kinh nghiệm; những đặc điểm về tính cách bao gồm tình cảm, cảm xúc; các loại hình hành vi, hành động, và thói quen có liên quan đến sự duy trì, phục hồi, và cải thiện sức khỏe”*. Hành vi sức khỏe có khi rõ ràng, công khai, có thể quan sát được như hút thuốc lá, cũng có khi là những trạng thái cảm xúc không dễ dàng quan sát được như thái độ đối với việc dùng mũ bảo hiểm khi đi xe máy...

Theo xu thế thay đổi mô hình bệnh tật, tỉ lệ các bệnh tật liên quan đến hành vi cá nhân có xu hướng tăng như: chấn thương do tai nạn giao thông, bệnh tim mạch, ung thư phổi, lạm dụng thuốc, béo phì, HIV/AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục..., cho thấy hành vi sức khỏe của cá nhân đóng vai trò quan trọng cho quá trình nỗ lực nâng cao sức khỏe của người dân. Những hành vi sức khỏe như hút thuốc lá, sử dụng mũ bảo hiểm, uống bia rượu, dùng bao cao su trong quan hệ tình dục, chế độ ăn uống, tập thể dục... đã cho thấy rõ tác động quan trọng của chúng với trạng thái sức khỏe của cá nhân và của xã hội. Đại dịch HIV/AIDS là một ví dụ. Đây là một vấn đề sức khỏe có liên quan chặt chẽ với hành vi sức khỏe cá nhân. Sự điều độ, an toàn trong quan hệ tình dục, sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục, và tránh dùng bơm kim tiêm không tiệt trùng là một vài ví dụ về hành vi có lợi cho sức khỏe đã được xác nhận là có hiệu quả trong công cuộc phòng chống sự lan truyền HIV/AIDS.

Con người khỏe mạnh hoặc đau ốm thường là hậu quả của chính hành vi của họ. Có những hành vi lành mạnh, có lợi cho sức khỏe như: rửa tay trước khi ăn, nằm màn khi ngủ, phun thuốc diệt muỗi sẽ chống lại các loại muỗi truyền bệnh; không hút thuốc lá sẽ giảm được nguy cơ ung thư phổi; nuôi con bằng sữa mẹ có thể ngăn ngừa trẻ bị tiêu chảy và suy dinh dưỡng... Ngược lại cũng có những hành vi của con người có thể gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của chính họ hoặc cho những người xung quanh như: đi xe máy trên đường cao tốc mà không đội mũ bảo hiểm; hút thuốc lá, ăn nhiều chất béo, uống nhiều bia, rượu, uống nước lã, quan hệ tình dục không an toàn, tiêm chích ma túy... Cũng có những hành vi vô hại đối với sức khỏe như đeo vòng bạc ở cổ tay, cổ

chân ở trẻ em... Việc xác định được hành vi nào gây ra bệnh tật, hành vi nào phòng ngừa được bệnh tật là điều rất quan trọng trong NCSK.

Ví dụ: Tiêu chảy ở trẻ nhỏ:

Một số hành vi có thể là nguyên nhân gây ra tiêu chảy như:

- Uống nước sông, suối, ao, hồ mà không đun sôi.
- Các dụng cụ, đồ dùng cho trẻ ăn không được rửa sạch.
- Quản lí phân, rác không tốt dẫn đến việc nhiễm bẩn các đồ vật mà trẻ tiếp xúc và có thể đưa vào miệng.
- Thức ăn cho trẻ không được bảo quản tốt.
- Cho trẻ ăn thực phẩm để lâu, ôi thiu.

Một số việc làm có thể tránh được tiêu chảy cho trẻ em như:

- Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
- Bình sữa, các đồ dùng cho trẻ ăn phải đảm bảo vệ sinh.
- Rửa tay sạch trước khi cho trẻ ăn.
- Bảo quản thức ăn đúng cách.
- Uống nước đun sôi để nguội.

Hành vi hoặc lối sống không lành mạnh được xem là nguyên nhân dẫn đến bệnh tật, tử vong và các vấn đề sức khỏe khác. Một số nghiên cứu đã chỉ ra sự liên quan giữa hành vi cá nhân với bệnh tật.

- Hút thuốc lá là nguyên nhân chủ yếu của các bệnh ung thư phổi, bệnh tim mạch.
- Thói quen vệ sinh răng miệng kém liên quan đến sâu răng.
- Lạm dụng rượu là nguy cơ của các bệnh tim mạch; uống rượu trước khi lái xe là nguyên nhân chủ yếu của các tai nạn giao thông.
- Lối sống không vệ sinh liên quan tới các bệnh nhiễm trùng, thói quen ăn uống liên quan tới các bệnh dinh dưỡng, chuyển hóa.....

Trong nhiều thập kỉ qua, mô hình bệnh tật trên toàn thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng đã có nhiều thay đổi. Các bệnh nhiễm trùng cấp tính như bệnh lao, sởi đã không còn phổ biến như trước, bệnh bại liệt đã được thanh toán nhờ hiệu quả của chương trình tiêm chủng. Trong khi đó, những loại hình bệnh tật có thể “ngăn ngừa được” lại có xu hướng gia tăng như ung thư phổi, bệnh mạch vành, xơ vữa động mạch, chứng nghiện rượu, ma túy và các vấn đề chấn thương giao thông.

Vai trò của yếu tố hành vi đối với những vấn đề sức khỏe vừa nêu đã được chứng minh (xem Bảng 2.1). Ví dụ, có thể tránh được 25% tổng số tử vong do ung thư và nhiều trường hợp tử vong do đau tim chỉ bằng cách điều chỉnh một hành vi như không hút thuốc lá. Chỉ cần 10% đàn ông trong độ tuổi từ 35 đến 55 giảm cân đã làm giảm

khoảng 20% bệnh về tim, ung thư dạ dày, đái tháo đường, đột quỵ. Nói chung, khoảng 50% số tử vong do 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là do những yếu tố về lối sống mà những yếu tố này đều có thể điều chỉnh được.

Thành công trong việc điều chỉnh các hành vi sức khỏe sẽ mang lại một số tác động có lợi như góp phần làm giảm số tử vong do những căn bệnh liên quan đến lối sống; có thể trì hoãn thời gian dẫn đến tử vong, vì thế kéo dài tuổi thọ của cá nhân và tuổi thọ trung bình chung của quần thể; có thể tiết kiệm được khoản chi phí lớn cho điều trị và chăm sóc bệnh nhân. Số liệu ở bảng 2.2 cho thấy chi phí chữa trị một số bệnh rất lớn mà đúng ra có thể tiết kiệm được.

Bảng 2.1. Những yếu tố nguy cơ dẫn đến những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu

Bệnh	Những yếu tố nguy cơ
Bệnh tim	Thuốc lá, béo phì, cao huyết áp, chất béo gây xơ cứng động mạch, lối sống ít vận động.
Ung thư	Thuốc lá, ăn kiêng không đúng cách, rượu, chịu tác động của môi trường
Đột quỵ	Thuốc lá, cao huyết áp, chất béo gây xơ cứng động mạch, lối sống ít vận động
Các chấn thương do tai nạn	Không dùng mũ bảo hiểm khi lái xe, uống rượu, những rủi ro, tai nạn ở nhà.
Bệnh phổi mạn tính	Thuốc lá, chịu tác động của môi trường

(Theo M. McGinnis, 1994)

Bảng 2.2. Chi phí để điều trị một số vấn đề sức khỏe có thể ngăn ngừa được

Vấn đề sức khỏe	Can thiệp có thể tránh được	Chi phí / bệnh nhân (USD)
Bệnh tim	Phẫu thuật tim	30.000
Ung thư	Điều trị ung thư phổi	29.000
Các chấn thương	Điều trị và phục hồi....	570.000 (cả đời)
	Điều trị và phục hồi gãy xương chậu	40.000
Trẻ sơ sinh nhẹ cân	Điều trị hội chứng thiếu năng hô hấp	26.500

(Theo M. McGinnis, 1994)

Hành vi của con người, đặc biệt là hành vi sức khỏe, thường phức tạp và không phải lúc nào cũng được hiểu một cách rõ ràng. Qua nhiều năm, có nhiều lí thuyết đã cố gắng đưa ra sự giải thích về hành vi. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có lí thuyết nào giải thích một cách toàn diện về những khía cạnh của hành vi con người để góp phần giải quyết những vấn đề sức khỏe.

2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe

Có rất nhiều lí do làm cho con người có những cách ứng xử, những hành vi như họ vẫn thường thể hiện hàng ngày. Nếu chúng ta muốn GDSK để tạo ra và thúc đẩy những hành vi lành mạnh thì chúng ta phải hiểu rõ những yếu tố ảnh hưởng, những nguyên nhân dẫn đến hành vi sức khỏe. Trong một mô hình lập kế hoạch tổng thể, các tác giả Green và Kreuter (1980, 1991, 1999) đã phân ra ba nhóm yếu tố chính góp phần hình thành và tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến cách ứng xử, hành vi con người, đó là:

2.2.1. Những yếu tố tiền đề (*Predisposing factors*)

Những yếu tố tiền đề là yếu tố bên trong của cá nhân được hình thành trên cơ sở kiến thức, thái độ, niềm tin, giá trị, chuẩn mực xã hội của mỗi cá nhân. Nhóm yếu tố này quyết định cách ứng xử của chúng ta, cho ta những suy nghĩ, những cảm xúc đối với thế giới xung quanh.

- **Kiến thức** thường bắt nguồn từ sự học tập, trải nghiệm. Kiến thức là sự hiểu biết, kinh nghiệm được tổng hợp, khái quát hóa. Chúng ta tiếp thu kiến thức từ cha mẹ, giáo viên, bạn bè, sách vở, báo chí, phim ảnh. Người ta thường có thể kiểm tra kiến thức của mình đúng hay không đúng, ví dụ thò tay vào bếp lửa sẽ có cảm giác về nóng và đau. Sự trải nghiệm này sẽ ngăn ngừa cho người đó không lặp lại hành động tương tự. Người ta có thể chứng kiến một người không đội mũ bảo hiểm đi xe máy bị tai nạn rồi tử vong do chấn thương ở đầu. Từ kinh nghiệm này họ học được rằng nếu đi xe máy mà không đội mũ bảo hiểm thì rất nguy hiểm và cần phải thận trọng hơn khi đi xe máy.
- **Thái độ** thể hiện một phản ứng, quan điểm của cá nhân đối với một người, sự kiện, quan điểm nào đó. Nó phản ánh những gì người ta thích hoặc không thích, ủng hộ hoặc không ủng hộ. Thái độ bắt nguồn từ những trải nghiệm của bản thân hoặc từ những người thân. Thái độ biểu hiện sự thích thú, tin tưởng, ủng hộ điều này hoặc đề phòng, cảnh giác với điều khác của chúng ta. Tuy nhiên, thực tế cho thấy người ta không luôn ứng xử theo thái độ của họ.
- **Niềm tin** là sự tin tưởng chắc chắn rằng một sự kiện, quan điểm là đúng, là có thật mặc dù có thể không đúng, không có thật. Niềm tin này thường do cha mẹ, ông bà, và những người thân mà ta thương yêu, kính trọng truyền đạt, khuyến bảo hoặc có được từ kinh nghiệm bản thân. Người ta thường có xu hướng tiếp nhận niềm tin mà không kiểm chứng lại xem niềm tin đó có đúng không.

Ví dụ: Có những nhóm người cho rằng phụ nữ có thai không nên ăn thịt một số động vật vì nếu ăn đứa trẻ sau này sinh ra có thể có hành vi hoặc một số đặc điểm giống như con vật mà người mẹ đã từng ăn. Có nhiều bà mẹ tin rằng khi có thai nếu ăn quá nhiều thì sẽ khó đẻ vì đứa con quá to.

Những niềm tin thiếu cơ sở khoa học như thế làm cho bà mẹ có những hành vi có hại cho sức khỏe của chính họ và con cái họ. Niềm tin là một phần của cuộc sống con người. Mỗi cộng đồng, mỗi nhóm người có thể có những niềm

tin khác nhau, trái ngược nhau. Niềm tin của con người thường khó thay đổi. Một khi bạn hiểu rằng niềm tin có ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào thì bạn mới có thể có kế hoạch phù hợp cho sự thay đổi những niềm tin có hại này. Nếu niềm tin không ảnh hưởng xấu đến sức khỏe thì không nhất thiết phải thay đổi. Nếu can thiệp quá nhiều đến niềm tin của người dân có thể làm giảm mức độ cộng tác của họ với cán bộ y tế.

- **Giá trị xã hội:** Trong khoa học xã hội, giá trị được coi là những mối quan tâm, sở thích, bổn phận, trách nhiệm, ước muốn, nhu cầu và nhiều hình thái khác của định hướng lựa chọn. Mọi giá trị dường như chứa đựng một số yếu tố nhận thức. Chúng có tính chất hướng dẫn và định hướng. Khi được nhận thức một cách đầy đủ, các giá trị sẽ trở thành những tiêu chuẩn cho sự ưa thích, lựa chọn và phán xét. Vậy giá trị là điều mà con người cho là đúng đắn, là đáng có, mà chúng ta ưa thích, chúng ta cho là quan trọng để định hướng cho các hành động của chúng ta. Giá trị xã hội chính là điều được cộng đồng, xã hội coi là tốt đẹp và có ý nghĩa, nó làm cơ sở để phán xét các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày của con người.

Phần lớn các giá trị cơ bản của xã hội được con người tiếp nhận ngay khi còn nhỏ thông qua gia đình, nhà trường, bạn bè, thông tin đại chúng và các nguồn khác. Những giá trị này trở thành một phần của nhân cách con người. Vì giá trị chỉ ra cái gì là phù hợp, cái gì không phù hợp với cá nhân, với cộng đồng, với xã hội, nên chúng đồng thời chấp nhận những kiểu hành vi phù hợp và phủ nhận những hành vi khác không phù hợp với giá trị xã hội.

- **Chuẩn mực:** Là những mong đợi, những yêu cầu, những qui tắc xã hội được ghi nhận bằng lời, bằng chữ viết, bằng kí hiệu để định hướng hành vi các thành viên trong xã hội. Chúng xác định rõ cho con người cái gì nên làm, cái gì không nên làm và phải xử sự thế nào cho đúng trong các tình huống. Nếu giá trị là những quan niệm khá trừu tượng về điều quan trọng, cái đáng giá, thì chuẩn mực là các tiêu chuẩn, qui ước, hướng dẫn đối với hành vi cụ thể, thực tế của con người. Giá trị ít bị chi phối bởi hoàn cảnh hơn, có tính khái quát hơn, còn chuẩn mực thường liên kết các giá trị với các sự kiện thực tế. Chuẩn mực quan trọng nhất đối với mọi xã hội là pháp luật. Đây là những chuẩn mực có tính pháp chế. Nó qui định những hành vi được phép và không được phép thực hiện, trong đó có các hành vi sức khỏe. Ví dụ: khi “*cộng đồng khỏe mạnh*” là giá trị xã hội, thì không hút thuốc lá ở nơi công cộng, vệ sinh môi trường quanh hộ gia đình... là các chuẩn mực.
- Yếu tố văn hóa được hình thành và phát triển trong mối quan hệ giữa con người và xã hội, nó cũng chính là tổng hòa của các yếu tố vừa nêu trên có ảnh hưởng nhiều đến hành vi của người dân. Mỗi cộng đồng, mỗi quốc gia, mỗi dân tộc đều có những nét văn hóa riêng của mình. Nó được biểu hiện qua cách sống của họ. Hành vi là một trong những khía cạnh của văn hóa và ngược lại, văn hóa có ảnh hưởng sâu sắc đến niềm tin, thái độ, chuẩn mực. Tùy theo văn hóa mà cách ăn uống, sinh hoạt, chăm sóc sức khỏe... có những nét riêng. Việc hiểu biết toàn diện về văn hóa của một cộng đồng có thể giúp cho người cán bộ y tế xác định đúng các yếu tố ảnh hưởng tới hành vi sức khỏe, từ đó

làm tốt công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe của mình, góp phần làm cho quá trình NCSK đạt được mục đích.

2.2.2. Những yếu tố củng cố (Reinforcing factors)

Đó là những yếu tố ảnh hưởng từ phía người thân trong gia đình (cha mẹ, ông bà), thầy, cô giáo, bạn bè, đồng nghiệp, những người đứng đầu ở địa phương, những vị lãnh đạo, những người có chức sắc trong các tôn giáo... Họ chính là những người có uy tín, quan trọng đối với cộng đồng, góp phần tạo nên niềm tin, thái độ, chuẩn mực của cộng đồng đó. Con người thường có xu hướng nghe và làm theo những gì mà những người có uy tín, quan trọng đối với họ đã làm.

Ví dụ: Học sinh thường rửa tay trước khi ăn nếu các em thấy thầy cô giáo cũng làm như vậy; một trẻ nam có thể dễ dàng hút thuốc nếu trong số bạn thân của em có người hút thuốc.

2.2.3. Những yếu tố tạo điều kiện thuận lợi (Enabling factors)

Ngoài các yếu tố cá nhân, các yếu tố củng cố như đã nêu, còn có các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của con người mà chúng ta cần phải xem xét đến như: nơi sinh sống, điều kiện về nhà ở, hàng xóm láng giềng xung quanh, việc làm, thu nhập của họ, cũng như các chính sách chung và môi trường luật pháp. Đó là nhóm các yếu tố liên quan đến nguồn lực nói chung có ảnh hưởng rất lớn đến hành vi con người, là nhóm các yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện và duy trì hành vi của cá nhân.

Một số ví dụ minh họa: Một bà mẹ muốn được khám thai ở trạm xá xã nhưng vì phải đi bộ quá xa nên đã không đến khám. Một số người có thể làm những việc nguy hiểm, hoặc có nguy cơ cao nhưng họ vẫn phải làm vì kế sinh nhai như những người ngụp lặn để vớt cát dưới đáy sông mà không có dụng cụ bảo hộ. Người dân của một ngôi làng rất cần có nguồn nước sạch để sử dụng, nhưng chi phí cho việc khoan giếng quá cao nên họ không thể có giếng khoan, vì vậy họ vẫn phải tiếp tục dùng nước suối không đạt tiêu chuẩn vệ sinh.

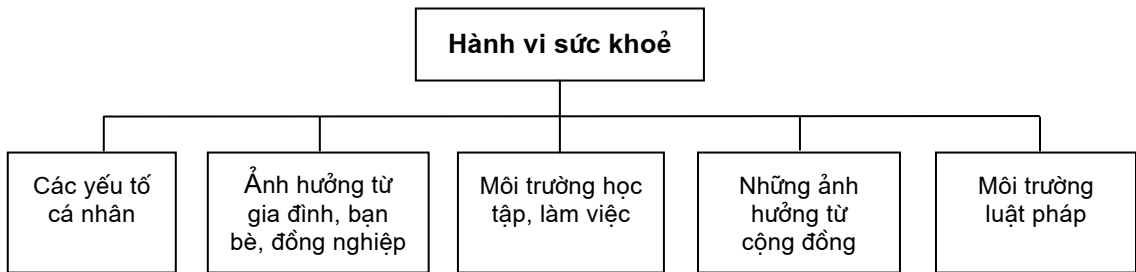
Yếu tố về môi trường pháp luật như các qui định, luật pháp có tác động rất mạnh đến hành vi cá nhân. Một người có thể hút thuốc lá nơi công cộng vì không có qui định cấm hút thuốc ràng buộc và người đó có thể dễ dàng mua thuốc lá với giá rẻ ở nhiều nơi. Hiện tượng hút thuốc trong bệnh viện và trường học sẽ không xảy ra nếu có qui định cấm hút thuốc và việc xử phạt những người hút thuốc trong các khu vực này được áp dụng nghiêm ngặt. Ngược lại, sẽ có nhiều người đi xe máy vượt đèn đỏ nếu không có sự giám sát và xử phạt nghiêm của cảnh sát.

Sự hiểu biết đúng đắn về các yếu tố ảnh hưởng, lí do dẫn đến một hành vi nào đó sẽ giúp chúng ta lựa chọn những phương pháp giáo dục, những giải pháp can thiệp thích hợp cho một vấn đề sức khỏe, cũng như xây dựng được những chính sách, tạo ra được môi trường hỗ trợ hiệu quả cho sự duy trì bền vững những hành vi có lợi cho sức khỏe. Trong cuộc sống thực tế có nhiều loại hành vi làm tăng cường, bảo vệ sức khỏe như: tập thể dục buổi sáng, ăn uống điều độ, thói quen vệ sinh môi trường...; chúng ta cần khuyến khích, thúc đẩy mọi người duy trì những hành vi này. Bên cạnh đó, cũng

có nhiều hành vi có hại cho sức khỏe như: hút thuốc lá, uống nhiều bia rượu, nghiện ma túy, không tập thể dục..., chúng ta cần có những giải pháp can thiệp để cải thiện.

2.3. Các cấp độ ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe

Phân trên đã đề cập đến ba nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến hành vi đó là: yếu tố cá nhân (nhóm yếu tố tiền đề); nhóm yếu tố củng cố (yếu tố giữa cá nhân với cá nhân, yếu tố cộng đồng); nhóm yếu tố tạo điều kiện thuận lợi/cho phép (yếu tố luật pháp, chính sách chung). Hành vi của con người hình thành trong mối quan hệ giữa con người và xã hội. Vì vậy, các chương trình nâng cao sức khỏe sẽ trở nên hiệu quả hơn khi có sự thay đổi tích cực môi trường xã hội. Người ta đã đưa ra một mô hình “*môi trường xã hội*” để tìm hiểu và giải thích về hành vi sức khỏe. Mô hình này đề cập đến năm cấp độ ảnh hưởng có thể quyết định các hành vi sức khỏe, mỗi cấp độ là một đối tượng cho các can thiệp của chương trình nâng cao sức khỏe. Chúng bao gồm: các yếu tố cá nhân, mối quan hệ cá nhân, các yếu tố tổ chức, các yếu tố về cộng đồng, và yếu tố luật pháp, chính sách xã hội tất cả các yếu tố này đều ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp đến hành vi sức khỏe của cá nhân trong mối tương quan đến các yếu tố của cấp độ khác (Sơ đồ 2.3).



Sơ đồ 2.3. Các cấp độ ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe

2.3.1. Cấp độ ảnh hưởng thứ nhất - Các yếu tố cá nhân

Các yếu tố cá nhân bao gồm kiến thức, thái độ và kỹ năng của từng cá nhân. Các yếu tố cá nhân này đã được các lý thuyết về tâm lý học đề cập và nghiên cứu. Trên thực tế một số người trở nên quan tâm và hướng tới thay đổi hành vi khi được giới thiệu các thông tin về nguy cơ sức khỏe. Ngược lại một số khác có thể từ chối nguy cơ của họ và không hướng tới thay đổi hành vi. Điều này là do nhận thức nguy cơ ở mỗi người là khác nhau. Nhận thức về khả năng mắc bệnh, tính trầm trọng của vấn đề và hậu quả của hành vi cũng khác nhau ở mỗi người.

Nghiên cứu của Weinberger, Greener, Mamlin và Jerin (1981) đã so sánh sự hiểu biết về khả năng mắc bệnh và ảnh hưởng trầm trọng của thuốc lá đến sức khỏe của những người hút thuốc và những người không hút thuốc. Những người đã hút thuốc có niềm tin về hậu quả của việc hút thuốc đối với sức khỏe khác với những người đang hút thuốc. Những người hút thuốc nặng đánh giá hậu quả của hút thuốc là ít trầm

trọng. Trong khi rất nhiều người đang hút thuốc đã công nhận tác hại tiềm tàng do hút thuốc, nhưng có cá nhân lại cho tác hại của thuốc lá đối với mình có thể thấp.

Do vậy các cán bộ làm việc trong lĩnh vực NCSK cần hiểu yếu tố nào đóng góp cho quyết định thay đổi hành vi của cá nhân, và yếu tố nào giúp một số người có thể điều chỉnh để thay đổi hành vi dễ dàng hơn những người khác. Khi phân tích yếu tố cá nhân chúng ta cần xem xét các điểm sau:

- Quan điểm của cá nhân về nguyên nhân và việc phòng ngừa bệnh tật như thế nào?
- Cá nhân có thể điều khiển cuộc sống của họ đến đâu và thay đổi hành vi đến mức độ nào?
- Cá nhân có tin sự thay đổi là cần thiết không?
- Cá nhân có nhận biết được việc thay đổi hành vi không lành mạnh là có lợi về lâu dài không?
- Những khó khăn và các vấn đề liên quan tới thay đổi hành vi.

2.3.2. Cấp độ ảnh hưởng thứ hai - Mối quan hệ cá nhân

Các mối quan hệ của cá nhân với gia đình, bạn bè và đồng nghiệp. Chúng có ảnh hưởng rất lớn đến các hành vi sức khỏe. Gia đình là nơi bắt nguồn của rất nhiều hành vi sức khỏe, đặc biệt là các thói quen học được khi còn là một đứa trẻ (ví dụ: đánh răng, tập thể dục, cách ăn uống). Các nghiên cứu hành vi hút thuốc đã chỉ ra những trẻ em trong gia đình có cha mẹ hút thuốc có nhiều khả năng sẽ hút thuốc hơn các trẻ em có cha mẹ không hút thuốc. Với lứa tuổi vị thành niên, ảnh hưởng của bạn bè, đồng đẳng thường trở nên quan trọng hơn (ví dụ: hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng ma túy và tham gia vào các hành vi nguy hiểm cho sức khỏe khác). Sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè, đồng nghiệp sẽ là các nhân tố tích cực cho các cá nhân thay đổi hành vi.

2.3.3. Cấp độ ảnh hưởng thứ ba - Môi trường học tập, làm việc

Môi trường học tập, làm việc có vai trò rất quan trọng bởi vì mọi người dành ra một phần ba hoặc một nửa thời gian trong ngày ở nơi làm việc hoặc học tập. Vì vậy môi trường này ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và các hành vi bảo vệ sức khỏe hoặc hành vi có hại cho sức khỏe. Ở nơi làm việc, công nhân có thể bị tiếp xúc với các hóa chất độc hại hoặc làm việc trong môi trường có nguy cơ tai nạn, chấn thương, hoặc có nhiều khả năng gây tình trạng căng thẳng (stress). Ngược lại, nơi làm việc có thể tạo ra một môi trường hỗ trợ cho việc thay đổi các hành vi có lợi cho sức khỏe. Nhà ăn của cơ quan hay trường học có thể cung cấp các bữa ăn có đủ các chất dinh dưỡng cần thiết cho sức khỏe, đồng thời cung cấp thông tin, những chỉ dẫn về dinh dưỡng cho cán bộ, học sinh, sinh viên. Cơ quan, trường học có thể xây dựng các phòng tập thể thao cho người lao động hoặc sinh viên. Nơi làm việc và trường học là môi trường thuận lợi để cấm hút thuốc lá. Vì vậy, trường học và cơ quan làm việc là những nơi lý tưởng để thực hiện các chương trình nâng cao sức khỏe và những can thiệp y tế công cộng khác.

Ví dụ: Các quy định về hạn chế tốc độ, đội mũ bảo hiểm sẽ hướng cá nhân có hành vi lái xe an toàn. Các quy định "không hút thuốc lá" ở nơi làm việc, sẽ tác động

manh tới thay đổi hành vi hút thuốc của những người làm việc tại đó và những người khác đến làm việc.

2.3.4. Cấp độ ảnh hưởng thứ tư - Các yếu tố cộng đồng

Yếu tố cộng đồng bao gồm các mối quan hệ xã hội, cơ cấu xã hội, phong tục, tập quán, văn hóa và truyền thống tồn tại trong các nhóm, tổ chức và cá nhân trong cộng đồng có thể ảnh hưởng mạnh đến hành vi sức khỏe. Các tổ chức xã hội có thể cùng nhau phối hợp thực hiện các chương trình tăng cường sức khỏe trong cộng đồng. Ví dụ: sự phối hợp chặt chẽ giữa hội phụ nữ xã và cộng tác viên dân số xã trong chương trình dân số - kế hoạch hóa gia đình sẽ giúp nhiều phụ nữ có cơ hội được thực hiện các biện pháp tránh thai. Phong tục mời thuốc lá trong các đám cưới, đám ma đã ảnh hưởng không nhỏ tới tỷ lệ hút thuốc của người Việt Nam. Qua một nghiên cứu đánh giá thực trạng hút thuốc lá ở Việt Nam cho thấy 58-69% số người được hỏi, cho rằng nên mời thuốc trong đám ma, đám cưới. Các can thiệp NCSK đã chú ý tới phát triển cộng đồng trong giáo dục thay đổi hành vi, ví dụ thi đua xây dựng cộng đồng không hút thuốc lá, làng văn hoá

2.3.5. Cấp độ ảnh hưởng thứ năm - Yếu tố luật pháp

Các luật, qui định cho phép hoặc giới hạn hoặc nghiêm cấm một số hành vi nguy hại cho sức khỏe. Trong môi trường luật pháp này, con người khó có thể thực hiện những hành vi mà pháp luật đã cấm, chính điều này tạo điều kiện cho họ thực hiện và duy trì bền vững hành vi có lợi cho sức khỏe của chính họ và cộng đồng. Ví dụ: nghiêm cấm buôn bán chất ma túy, quy định không hút thuốc lá ở nơi công cộng, không xả rác bừa bãi, quy định đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy và đeo dây bảo hiểm khi lái xe ô tô; xử phạt khi cá nhân vi phạm...

Qua đó chương trình GDSK, NCSK có thể thúc đẩy thay đổi hành vi thông qua các can thiệp đến môi trường xã hội, chính sách, luật pháp và phát triển kỹ năng cá nhân, tạo điều kiện thuận lợi cho cá nhân hành động cải thiện sức khỏe của họ. Ví dụ: chương trình phòng chống tác hại thuốc lá đồng thời thực hiện các can thiệp như: giáo dục truyền thông nhằm cung cấp thông tin về tác hại của thuốc lá, tăng thuế đối với mặt hàng thuốc lá, chính sách kiểm soát thành phần hóa chất trong thuốc lá, cấm quảng cáo thuốc lá trên các phương tiện thông tin đại chúng, có các quy định cụ thể về nhãn mác, lời cảnh báo trên bao thuốc lá...

Xác định yếu tố ảnh hưởng tới sự lựa chọn hành vi lành mạnh của cá nhân một cách toàn diện, sẽ giúp họ cân nhắc và hành động thay đổi hành vi. Cán bộ GDSK cần tôn trọng quan điểm, cách sống của cá nhân và có can thiệp thích hợp. Các lý thuyết khoa học hành vi là cơ sở cơ bản giải thích cho những thay đổi hành vi sức khỏe.

3. QUÁ TRÌNH THAY ĐỔI HÀNH VI SỨC KHỎE

3.1. Một số lý thuyết về hành vi cá nhân

Có nhiều hành vi góp phần tăng cường sức khỏe và bản thân những hành vi này thúc đẩy mọi người tiếp tục thực hiện. Vì vậy, cần xác định và khuyến khích người dân thực hiện chúng. Trái lại, cũng có nhiều hành vi có hại cho sức khỏe. Thông thường thì

hậu quả có hại đối với sức khỏe của một hành vi có thể làm cho người dân từ bỏ hành vi đó. Nhưng có thể do một số lí do cá nhân, người dân vẫn tiếp tục làm những gì như họ vẫn thường làm theo cách không có lợi cho sức khỏe. Trước khi bắt đầu những hoạt động GDSK và NCSK, cần phải hiểu biết thấu đáo các yếu tố tác động đến hành vi, những khó khăn có thể gặp phải, từ đó chúng ta sẽ có các giải pháp thích hợp. Chúng ta sẽ xem xét một số lí thuyết giải thích hành vi sức khỏe cá nhân.

3.1.1. Mô hình niềm tin sức khỏe

Mô hình niềm tin sức khỏe (Rosenstock 1966 và Becker hiệu chỉnh năm 1974) là một trong những nỗ lực nhằm giải thích các hành vi sức khỏe. Nguyên lí cơ bản của mô hình này giúp cán bộ GDSK xác định cách mà cá nhân nhận thức về sức khỏe của họ và nhận thức này ảnh hưởng /thúc đẩy hành vi của người đó như thế nào.

Theo mô hình này (Sơ đồ 2.4), các cá nhân sẽ có nhiều khả năng thay đổi hành vi có hại để thực hiện và duy trì hành vi mới có lợi cho sức khỏe khi nhận thức được:

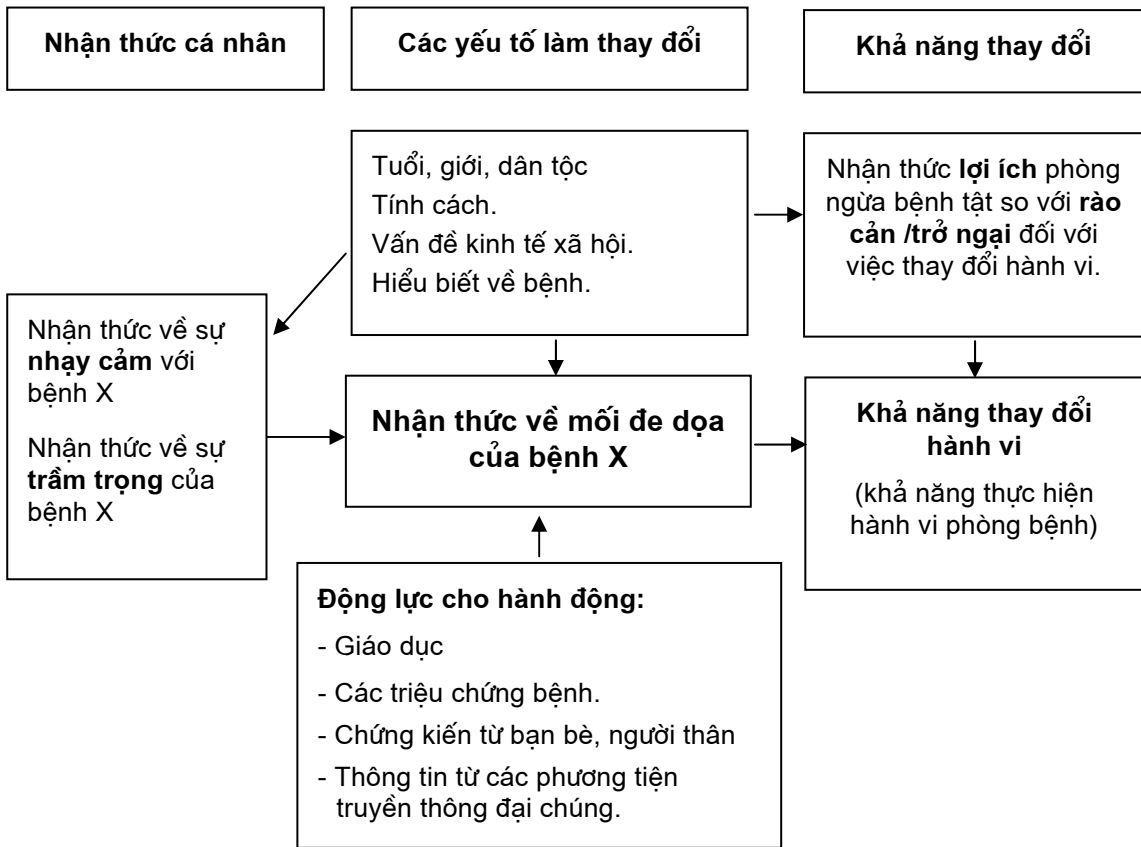
- Nguy cơ của họ với một bệnh cụ thể và sự trầm trọng của bệnh này.
- Sức khỏe của họ bị đe dọa bởi bệnh này (do hành vi của họ gây ra).
- Sẽ thu được nhiều lợi ích hơn so với những trở ngại có thể gặp phải khi thực hiện hành vi phòng bệnh (thay đổi hành vi có hại).
- Có nhiều thông tin về phòng bệnh, có sự khuyến khích để thay đổi hành vi.

Ví dụ: Nếu áp dụng mô hình này để giáo dục các cá nhân phòng ngừa nhiễm HIV các can thiệp truyền thông thay đổi hành vi cần giúp cá nhân:

- + Nhận biết được họ đang có nguy cơ nhiễm HIV.
- + Tin rằng hậu quả của nhiễm HIV là rất trầm trọng.
- + Nhận được sự khuyến khích ủng hộ cho thay đổi hành vi, ví dụ các thông tin từ các phương tiện truyền thông đại chúng.
- + Tin rằng thực hành hành vi tình dục an toàn có khả năng giảm bớt nguy cơ lây nhiễm HIV.
- + Nhận thức được lợi ích của hành động để giảm nguy cơ sẽ lớn hơn so với các chi phí và các hạn chế gây ra khác, ví dụ tránh được nguy cơ nhiễm HIV sẽ có lợi ích cho bản thân mình hơn là một chút giảm khoái cảm tình dục khi dùng bao cao su, hoặc các phản ứng tiêu cực của bạn tình...
- + Xác định được khả năng của mình để thực hiện thay đổi hành vi và duy trì thực hành tình dục an toàn.

Mô hình niềm tin sức khỏe đã được áp dụng hiệu quả trong truyền thông thay đổi hành vi, đặc biệt trong các chương trình như tiêm chủng và kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. Nhưng nó ít hiệu quả đối với các hành vi bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố xã hội như lạm dụng rượu và thuốc lá, những hành vi liên quan đến các bệnh mạn tính. Vì vậy cần linh hoạt áp dụng các mô hình lí thuyết khác nhau trong các can thiệp truyền thông thay đổi hành vi. Lí thuyết này có thể rất hữu dụng

khi xem xét, cân nhắc những thông tin liên quan đến nhóm đích cần phải thu thập trước khi phát triển chương trình can thiệp.



Sơ đồ 2.4. Mô hình niềm tin sức khoẻ (Becker, 1974)

3.1.2. Lí thuyết về hành động hợp lí và hành vi được lập kế hoạch (có dự định)

Lí thuyết hành động hợp lí được phát triển bởi Ajzen và Fishbein (1980). Lí thuyết này đưa ra một cách giải thích về hành vi có thể được dự đoán trước bởi ý định của cá nhân để thực hiện hành vi đó. Ví dụ như việc dự đoán một cá nhân sẽ chọn một chương trình bỏ thuốc lá hay giảm béo như thế nào phụ thuộc vào cá nhân đó có dự định thay đổi không, họ có tin rằng sự thay đổi sẽ có nhiều lợi ích cho sức khỏe của họ không, họ xác định những chuẩn mực chung như thế nào, họ có nghĩ rằng những người xung quanh ủng hộ việc họ thay đổi hay không (Sơ đồ 2.5).

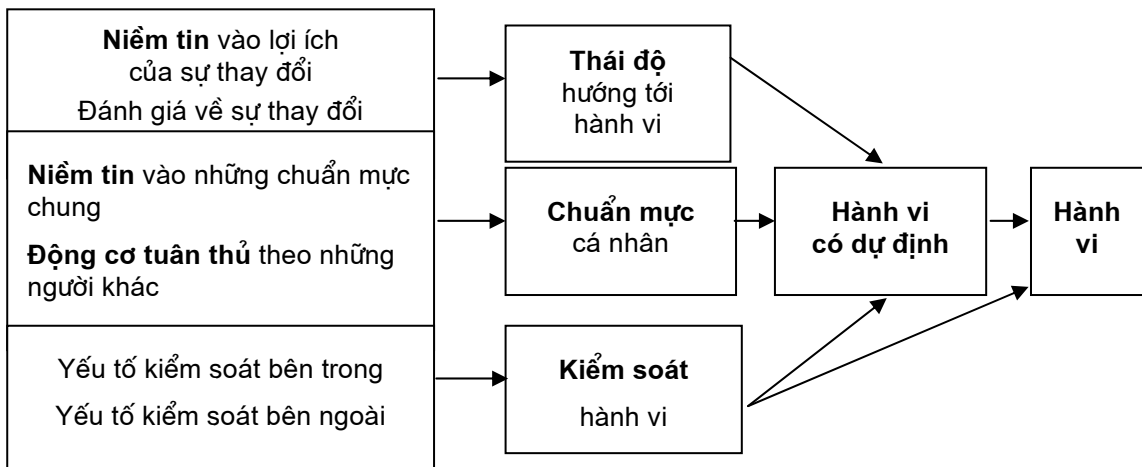
Theo lí thuyết này hành vi sức khỏe của cá nhân là kết quả trực tiếp của những hành vi đã có dự định thực hiện, nói khác đi là hành vi cá nhân đã lập kế hoạch thực hiện. Có ba yếu tố ảnh hưởng đến hành vi dự định. Đó là **thái độ** của cá nhân hướng tới hành động, **đặc điểm** của cá nhân (đối tượng) quan tâm tới hành động, và **nhận thức**

của cá nhân về khả năng kiểm soát hành vi đó. Thái độ trong trường hợp này được xác định bởi niềm tin cho rằng kết quả mong ước sẽ xảy ra nếu hành vi cụ thể được thay đổi và kết quả của sự thay đổi sẽ có lợi cho sức khỏe. Đặc điểm của cá nhân trong trường hợp này liên quan tới niềm tin của một người về điều mà những người khác, những người xung quanh nghĩ họ nên làm. Nhận thức cá nhân về khả năng kiểm soát hành vi là việc cá nhân cảm thấy họ có khả năng để thực hiện thay đổi hành vi hay không và thực hiện hành vi đó sẽ có hiệu quả như dự tính không?

Ba yếu tố ảnh hưởng này kết hợp để tạo nên hành vi dự định. Hai tác giả Ajzen và Fishbein (1980) nhận thấy rằng con người không luôn ứng xử nhất quán với những dự định của họ. Khả năng dự đoán hành vi bị ảnh hưởng bởi tính ổn định của niềm tin cá nhân. Một người chắc chắn dự định điều chỉnh, thay đổi hành vi cũ, thực hiện và duy trì hành vi mới nếu người đó tin rằng hành vi mới sẽ có lợi cho sức khỏe của họ. Theo lí thuyết này nếu áp lực xã hội và niềm tin đủ mạnh thì hành vi dự định thực hiện sẽ được chuyển thành hành vi thật sự.

Lí thuyết hành động hợp lí khác với mô hình niềm tin sức khỏe ở chỗ nó đặt tầm quan trọng của các chuẩn mực xã hội như một ảnh hưởng chính lên hành vi. Áp lực xã hội có thể bị ảnh hưởng từ các chuẩn mực xã hội, chuẩn mực của cộng đồng, nhóm đồng đẳng và niềm tin của những người quan trọng khác như cha mẹ, người thân và bạn bè.

Sự động viên tuân thủ cùng với áp lực xã hội từ những nhóm người có ý nghĩa quan trọng đối với cá nhân có thể làm cho họ cư xử theo cách mà họ tin rằng các cá nhân hoặc các nhóm khác nghĩ là đúng. Ảnh hưởng của nhóm đồng đẳng có thể rất mạnh trong các nhóm nhỏ nếu các thành viên của nhóm muốn thuộc về nhóm. Ví dụ những bạn trẻ thường có xu hướng hút thuốc lá nếu trong nhóm bạn có người bạn thân hút thuốc hoặc có người thân trong gia đình hút thuốc.



Sơ đồ 2.5. Lí thuyết của hành vi có dự định của Ajzen, 1991

Ajzen đã phát triển thêm mô hình hành động hợp lí và trở thành lí thuyết hành động hợp lí và hành vi có dự định. Phân bổ sung thêm chính là phân yếu tố kiểm soát

hành vi. Hành vi có dự định của cá nhân còn chịu ảnh hưởng của khả năng kiểm soát hành vi của họ. Yếu tố kiểm soát trong trường hợp này là:

- Yếu tố kiểm soát bên trong, được hiểu là niềm tin của cá nhân về trách nhiệm đối với sức khỏe của họ (*control beliefs*).
- Yếu tố kiểm soát bên ngoài, được hiểu là những hành động của họ còn có thể chịu tác động, ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài như từ những người khác có quyền lực, cơ hội, định mệnh hoặc sự may mắn (*perceived power*).

3.1.3. Lí thuyết nhận thức xã hội

Lí thuyết nhận thức xã hội (*Social cognitive theory*) được xem là lí thuyết hoàn chỉnh nhất áp dụng để giải thích cho thay đổi hành vi. Nó đề cập tới việc xác định hành vi sức khỏe và phương pháp giúp thay đổi hành vi. Theo lí thuyết nhận thức xã hội: các yếu tố xã hội, các yếu tố chính sách, môi trường và xã hội có thể hình thành hành vi của con người. Ví dụ tại nơi làm việc nếu không có quy định “không hút thuốc lá” thì bạn sẽ cảm thấy bình thường khi bạn có hành vi hút thuốc. Ngược lại nếu có các quy định “không hút thuốc lá” thì khi bạn hút thuốc, vì ít nhiều bạn sẽ cảm thấy mình đang vi phạm quy định của công sở, vì thế góp phần hạn chế hành vi hút thuốc của bạn. Đây cũng là môi trường hỗ trợ cho việc bỏ thuốc lá.

Theo lí thuyết nhận thức yếu tố xã hội thì hành vi cá nhân bị ảnh hưởng rất nhiều bởi môi trường xã hội như áp lực từ xã hội, bạn bè và nhóm. Vì vậy các nhà truyền thông thay đổi hành vi cần xem xét hành vi cá nhân trong ngữ cảnh xã hội, kinh tế và gia đình khi lập mục tiêu cho các chương trình sức khỏe. Ví dụ hành vi dùng chung bơm kim tiêm ở những người tiêm chích ma túy bị ảnh hưởng nhiều bởi áp lực của nhóm. Nó dường như để thể hiện tính cộng đồng của nhóm nghiện hút và giúp đỡ nhau trong lúc khó khăn (Grund 1993). Hơn nữa hành vi này cũng bị ảnh hưởng bởi vấn đề kinh tế. Những người nghiện đã cạn kiệt tiền vì chi phí để mua thuốc. Từ đó các can thiệp giáo dục nên tập trung nâng cao hiểu biết cho các đồng đảng viên, đồng thời cung cấp bơm kim tiêm nhằm hỗ trợ đối tượng về mặt vật chất để tăng cường khả năng thay đổi hành vi.

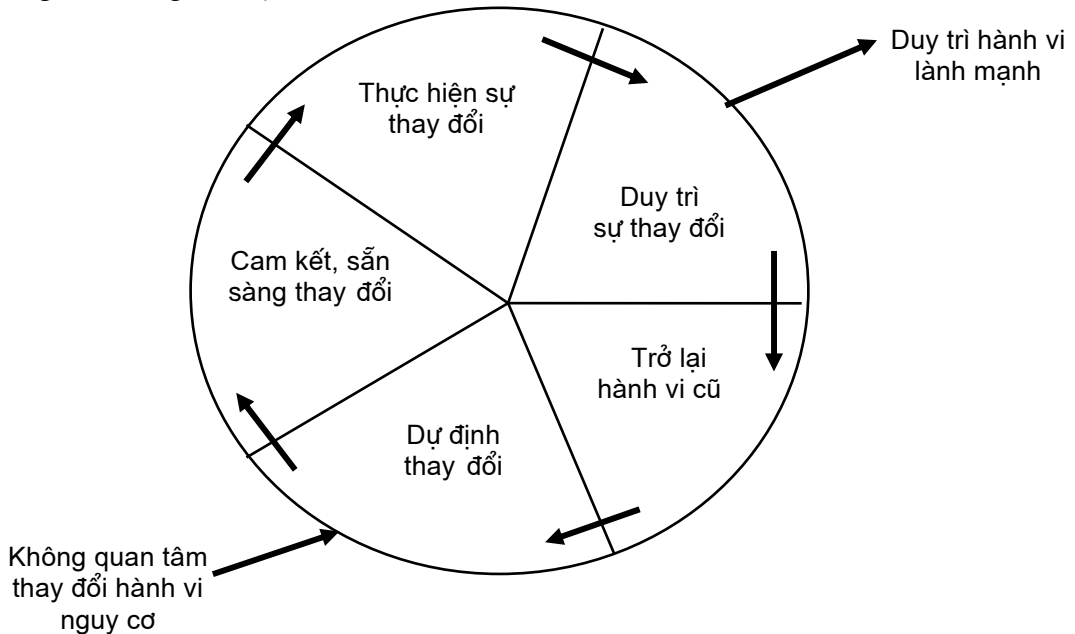
4. QUÁ TRÌNH THAY ĐỔI HÀNH VI VÀ CAN THIỆP THÍCH HỢP

Quá trình thay đổi hành vi không giống nhau đối với những cá nhân khác nhau. Có những người luôn sẵn sàng thay đổi cách ứng xử của mình khi họ cảm nhận sự không phù hợp trong cách làm của mình, trong khi đó có những người rất chậm hoặc không thay đổi hành vi của mình. Sự thay đổi hành vi thường xảy ra theo hai hướng:

- Thay đổi tự nhiên: Hành vi thay đổi theo những sự kiện tự nhiên như đôi khi chúng ta có những thay đổi cách ứng xử của mình theo cộng đồng xung quanh mà không suy nghĩ nhiều về điều đó.
- Thay đổi có kế hoạch: Đối tượng lập kế hoạch để thay đổi hành vi của mình như từng bước giảm dần số lượng thuốc hút hàng ngày, rồi tiến tới bỏ hẳn.

4.1. Các giai đoạn thay đổi hành vi

Thay đổi hành vi là một quá trình và thông thường chuyển dịch qua nhiều giai đoạn ở các cá nhân. Lí thuyết về sự thay đổi hành vi (Prochaska và DiClemente, 1984, 1986) gồm năm giai đoạn chính (Sơ đồ 2.6).



Sơ đồ 2.6. Các giai đoạn thay đổi hành vi (Naidoo J., Wills J., 2000)

4.1.1. Chưa quan tâm đến thay đổi hành vi

Trong giai đoạn này, cá nhân bắt đầu từ chỗ chưa biết, chưa có kiến thức, chưa có dự định thay đổi hành vi. Cá nhân chưa có hiểu biết về vấn đề sức khỏe họ đang mắc, chưa nhận thấy nguy cơ tiềm tàng của hành vi hay lối sống hoặc không lành mạnh của họ. Sau khi tiếp cận các nguồn thông tin, đối tượng đã biết, đã được cung cấp kiến thức, đã hiểu ra vấn đề.

Biện pháp tốt nhất lúc này là cung cấp các thông tin về nguy cơ của bệnh tật và của lối sống cá nhân. Hình thái thông điệp nên tập trung tạo ra nhận thức đúng đắn về sự đe dọa của vấn đề sức khỏe, của hành vi sức khỏe đối với đối tượng. Thông tin có thể thuyết phục cá nhân tiến tới giai đoạn tiếp theo. Chúng ta cũng có thể đưa ra các thông tin để cá nhân nhận thấy mặt có lợi nếu thay đổi hành vi. Ví dụ: “sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục sẽ giảm nguy cơ lây nhiễm HIV, sẽ có lợi hơn nhiều so với những hạn chế không đáng kể của bao cao su như giảm khoái cảm và một chút chi phí để mua bao cao su”. Đây là giai đoạn khó khăn nhất cho các nhà truyền thông thay đổi hành vi để thuyết phục đối tượng hướng đến thay đổi hành vi.

4.1.2. Quan tâm để thay đổi hành vi

Ở giai đoạn này, các cá nhân đã có các thông tin về nguy cơ của các hành vi không lành mạnh và nhận thấy các lợi ích của sự thay đổi. Đối tượng đã chấp nhận thay đổi nhưng họ chưa sẵn sàng thay đổi vì còn thiếu một số thông tin và sự trợ giúp để đi đến quyết định.

Truyền thông thay đổi hành vi cần tiếp tục đưa thông tin về nguy cơ của bệnh tật với hành vi cá nhân và thuyết phục các cá nhân thấy được lợi ích của việc thay đổi. Giai đoạn này cần có sự hỗ trợ cá nhân về mặt tinh thần, vật chất, đặc biệt sự giúp đỡ của các tổ chức đoàn thể, bạn bè để tạo nên môi trường thuận lợi giúp các cá nhân thay đổi hành vi.

4.1.3. Chuẩn bị thay đổi

Cá nhân có sự quyết tâm để thay đổi hành vi. Họ đã có ý định thay đổi và chuẩn bị cho sự thay đổi hành vi của mình. Giai đoạn này đối tượng rất cần sự giúp đỡ về vật chất và trợ giúp về tinh thần, tạo điều kiện thuận lợi của gia đình, bạn bè và xã hội, đồng thời cần giúp đối tượng lập kế hoạch cụ thể cho thay đổi. Ví dụ thay đổi hành vi dùng chung bơm kim tiêm ở người tiêm chích ma túy thì việc cung cấp bơm tiêm sạch sẽ hỗ trợ cá nhân thay đổi hành vi; hay việc cung cấp bao cao su để hướng cá nhân có thói quen dùng bao cao su trong quan hệ tình dục.

4.1.4. Hành động

Cá nhân sẵn sàng thực hiện việc thay đổi và thay đổi theo kế hoạch của họ. Họ thử nghiệm thực hiện hành vi mới, đồng thời đánh giá những lợi ích mà họ nhận được từ việc thực hiện hành vi mới. Họ có thể gặp phải một số khó khăn trong thời gian đầu thay đổi thói quen. Cần thông báo, tư vấn cho đối tượng một số thay đổi, những tác dụng phụ không mong muốn có thể xảy ra cho cơ thể trong thời gian đầu thay đổi thói quen và cách ứng phó. Hướng dẫn cá nhân cần làm gì để vượt qua một số khó khăn tạm thời trong những ngày đầu thay đổi thói quen đã lâu. Tăng cường sự trợ giúp, có những phần thưởng khích lệ của gia đình, bạn bè để khuyến khích đối tượng thực hiện và tiếp tục duy trì bền vững. Đây là giai đoạn khó khăn cần có sự giúp đỡ của những người làm GDSK và người thân có kinh nghiệm.

4.1.5. Duy trì hành vi đã thay đổi

Các cá nhân thực hiện và duy trì hành vi mới có lợi cho sức khỏe của mình. Nếu hành vi mới này diễn ra trong môi trường thuận lợi thì sẽ có tính ổn định và bền vững. Cá nhân sẽ nhận thức đúng lợi ích của sự thay đổi và sẽ tuyên truyền, vận động người khác làm theo. Nếu gặp lại môi trường cũ hoặc những điều kiện thuận lợi cho sự quay trở lại hành vi cũ thì việc duy trì hành vi mới dễ bị phá vỡ và đối tượng có thể trở lại những bước trước đó hoặc tái diễn hành vi cũ.

Chương trình giáo dục cần cung cấp sự trợ giúp của xã hội, của nhóm đồng đẳng và sự động viên của gia đình, bạn bè để cá nhân duy trì hành vi mới và lối sống lành mạnh. Điều quan trọng nhất ở giai đoạn này là chúng ta cần giúp cá nhân không quay trở lại hành vi cũ, duy trì một môi trường thuận lợi để hành vi mới bền vững.

Ví dụ: Tái nghiện là một vấn đề đặc biệt ở các trường hợp nghiện ma túy, rượu, thuốc lá. Vì vậy hạn chế những môi trường dễ làm cho đối tượng trở lại thói quen là điều cần lưu ý. Nên khuyên cá nhân đang cai nghiện thuốc lá không nên đến những nơi có nhiều khói thuốc; tránh những người đang hút thuốc, từ chối khéo khi bạn bè mời thuốc. Trong thời gian cai nghiện cần tránh các trạng thái bất thường về tình cảm, cảm xúc bởi các trạng thái buồn rầu, thất vọng dễ đẩy cá nhân nghiện trở lại. Sử dụng sự khuyến khích, nhắc nhở của bạn bè, gia đình để nhắc nhở cá nhân khi có ý định tái nghiện.

Hiểu biết sâu sắc các bước thay đổi hành vi của đối tượng sẽ giúp chúng ta có những can thiệp phù hợp, hiệu quả giúp cho người dân thay đổi và duy trì hành vi mới, có lợi cho sức khỏe. Trong mỗi giai đoạn cụ thể, các giải pháp can thiệp tương ứng sẽ đem lại hiệu quả cao hơn so với can thiệp chung. Ví dụ, một người hút thuốc lá trong giai đoạn thử bỏ thuốc sẽ thấy rằng những thông tin về tác hại của hút thuốc lá không còn hấp dẫn họ nữa, tuy nhiên những thông tin về một số khó khăn, những phản ứng phụ có thể xảy ra khi bỏ thuốc và cách ứng phó sẽ là những điều anh ta mong muốn.

Để giúp đối tượng thay đổi hành vi, người làm công tác GDSK cần:

- Chuẩn bị các câu hỏi để tìm hiểu vấn đề của đối tượng; xác định đối tượng đang ở giai đoạn nào của quá trình thay đổi hành vi để có các can thiệp thích hợp.
- Đối tượng đã sẵn sàng thay đổi hành vi chưa?
- Phải làm những gì để giúp đối tượng ở từng giai đoạn của quá trình thay đổi; cần hỗ trợ những gì để thúc đẩy cá nhân thay đổi hành vi.
- Giúp cá nhân ứng phó với các khó khăn để không quay lại hành vi, thói quen cũ.

Thực tế các giai đoạn thay đổi không phải lúc nào cũng đi qua trình tự các bước như vậy. Hành vi đã thay đổi ứng với giai đoạn sau vẫn có thể quay về tình trạng ban đầu nếu không có những điều kiện hỗ trợ thích hợp.

Những can thiệp nhằm thay đổi hành vi sức khỏe của đối tượng phù hợp với từng giai đoạn cụ thể sẽ đạt kết quả hơn những can thiệp không dựa trên việc xác định rõ hành vi của đối tượng đang ở giai đoạn nào. Thực tế lí thuyết các giai đoạn thay đổi hành vi này đã được áp dụng thành công cho nhiều can thiệp thay đổi hành vi sức khỏe khác nhau như: bỏ hút thuốc, cai nghiện ma túy, giảm cân nặng, điều chỉnh chế độ ăn uống nhiều chất béo, hoạt động tình dục an toàn, tập thể dục thường xuyên (xem thêm bảng 2.3)

Bảng 2.3. Ví dụ về áp dụng lí thuyết thay đổi hành vi trong việc thúc đẩy giảm cân ở những người béo phì (Don Nutbeam và Elizabeth Harris, 2004)

Các giai đoạn thay đổi	Quá trình thay đổi	Hành động của người GDSK
Tiền dự định	Nâng cao nhận thức	Trao đổi với người bệnh về vấn đề béo phì và khả năng làm giảm cân để giải quyết vấn đề.
Dự định	Nhận thức đúng về lợi ích của sự thay đổi	Trao đổi với người bệnh về những lợi ích tiềm tàng họ có được khi giảm cân

Chuẩn bị	Xác định các yếu tố cản trở	Giúp người bệnh xác định các khó khăn, cản trở có thể gặp phải và cách giải quyết; nhấn mạnh đến những lợi ích.
Hành động	Chương trình hành động thay đổi	Lập kế hoạch hành động, những bài tập cụ thể để giảm cân, theo dõi sát người bệnh.
Duy trì	Duy trì thực hiện và tiếp tục hỗ trợ	Theo dõi, hỗ trợ thường xuyên; trao đổi với người bệnh về khả năng tái tăng cân.

Những lí thuyết nêu trên cho thấy kiến thức, thái độ, niềm tin, chuẩn mực và giá trị xã hội có sự liên quan, kết hợp chặt chẽ trong mỗi con người để định hướng, hình thành hành vi cải thiện, tăng cường sức khỏe. Hành vi được hình thành bởi nhiều yếu tố và khi thay đổi có thể chuyển biến qua nhiều giai đoạn. Hành vi cần được nhìn nhận một cách tổng thể và phân tích rõ trên từng nhóm đối tượng để làm cơ sở cho việc thiết kế những chương trình can thiệp thích hợp và hiệu quả.

4.2. Các điều kiện tiên quyết để thay đổi hành vi

Theo quan điểm mới, hành vi cá nhân bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố. Vì vậy giáo dục truyền thông thay đổi hành vi cần được nhìn nhận rộng hơn về mặt tác động tâm lí xã hội và môi trường. Qua thực tế, từ những trường hợp đã thay đổi hành vi gợi ý rằng để thay đổi hành vi cần phải có những điều kiện tối thiểu để thực hiện (Jannie Naidoo và Jane Wills, 2000).

4.2.1. Việc thay đổi phải do cá nhân tự nguyện

Trước hết cá nhân phải có động cơ muốn thay đổi hành vi. Nếu chúng ta ép buộc đối tượng thay đổi hành vi khi họ chưa nhận thấy lợi ích của việc thay đổi và tác hại của hành vi không lành mạnh của họ thì việc thay đổi chỉ có tính tạm thời. Những người làm truyền thông thay đổi hành vi cần đưa ra các thông điệp rõ ràng, có tính thuyết phục để đối tượng nhận thấy nguy cơ đối với bản thân họ và tự nguyện hướng tới thay đổi.

4.2.2. Hành vi cần thay đổi phải có tính nổi bật, tác hại tới sức khỏe

Hầu hết các hành vi liên quan đến sức khỏe được hình thành trong cuộc sống hàng ngày như một thói quen mà cá nhân ít suy nghĩ hoặc để ý đến. Ví dụ hành vi hút thuốc lá, uống rượu, ăn uống không để ý khẩu phần dinh dưỡng được xem như thói quen bình thường của con người. Để thay đổi, hành vi đang tồn tại này cần được làm rõ là có hại và giảm sự chấp nhận của những người khác về hành vi này. Ví dụ: một người hút thuốc chuẩn bị sống cùng một người không hút thuốc thì hành vi hút thuốc được xem xét lại; cái chết của một người họ hàng vì ung thư vú có thể làm cho một phụ nữ trong gia đình lập tức đi khám sàng lọc.

4.2.3. Các hành vi đã thay đổi phải được duy trì theo thời gian

Các hành vi mới phải trở thành thường xuyên, được duy trì hàng ngày trong cuộc sống. Sẽ dễ dàng quay lại hành vi cũ nếu việc thực hiện hành vi mới gặp nhiều khó khăn. Vì vậy truyền thông thay đổi hành vi cần chú ý gợi ý các hành động đơn giản để

cá nhân có thể thực hiện được và dễ thực hiện. Ví dụ tăng các hoạt động thể chất bằng cách đi bộ, tập thể dục tại nhà sẽ dễ thực hiện hơn là tập ở các trung tâm thể hình.

4.2.4. Sự thay đổi hành vi không quá gây khó khăn cho cá nhân

Việc thay đổi được hành vi không làm cá nhân phải vượt quá sức và khả năng của mình. Việc thay đổi hành vi không làm đảo lộn cuộc sống, công việc thường lệ của cá nhân. Tuy nhiên cũng nên để đối tượng xác định các cách ứng phó để thay đổi hành vi cũ theo cách thích hợp của họ nhằm có được hành vi mới.

4.2.5. Phải có sự trợ giúp xã hội

Sự trợ giúp của xã hội là rất quan trọng bởi việc thay đổi của cá nhân có thể là thay đổi về mặt tâm lý và họ cần trợ giúp của bạn bè, gia đình, xã hội. Sự quan tâm của những người xung quanh sẽ khuyến khích cá nhân thay đổi hành vi và duy trì hành vi đã thay đổi. Vì vậy song song với việc truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi, chúng ta cần làm tốt các chương trình trợ giúp xã hội để khuyến khích, động viên cá nhân thay đổi hành vi và duy trì hành vi đã thay đổi.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

Nêu rõ các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe: Xác định một vấn đề sức khỏe, xác định các yếu tố ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe này, tập trung phân tích những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe trong vấn đề sức khỏe đã xác định.

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe dựa trên một số vấn đề về hành vi sức khỏe như: đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy; hút thuốc lá; sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục; tập thể dục hàng ngày...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Egger, Spark, Lawson, Donovan, (1999). *Health Promotion Strategies and Method*, p: 9-12.
2. Glanz, K., Lewis, F.M., and Rimer, B.K. (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (2nd edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
3. Jenie Naidoo, Jane Wills (2000). *Health Promotion, Foundations for Practice*. p: 3-48.
4. John Kemm, Ann Close (1995). *Health Promotion - Theory and Practice*, p: 3.
5. WHO (1994). *Health Promotion and Community action for Health in developing countries*. p: 1-6.
6. John Walley, John Wright, John Huble (2001). *Public Health, An action guide to Improving Health in Developing Countries*. Oxford University Press, p: 141-152.

Bài 3

CÁC PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN VÀ MÔ HÌNH NÂNG CAO SỨC KHOẺ

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được các cách tiếp cận trong nâng cao sức khỏe.*
2. *Trình bày được các mô hình nâng cao sức khỏe.*

1. CÁC PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN NÂNG CAO SỨC KHOẺ

Trong các bài trước chúng ta đã xem xét các khái niệm về sức khỏe, GDSK và NCSK. Chính tính đa dạng của các khái niệm về sức khỏe, các yếu tố tác động đến sức khỏe và các chỉ số đo lường sức khỏe dẫn đến việc hình thành các cách tiếp cận khác nhau áp dụng trong NCSK. Hiện nay có năm cách tiếp cận chính đang được áp dụng trong NCSK, đó là:

- Tiếp cận Y tế (bao gồm điều trị và dự phòng).
- Tiếp cận Thay đổi hành vi.
- Tiếp cận Giáo dục sức khỏe.
- Tiếp cận Nâng cao khả năng làm chủ về sức khỏe/Trao quyền về sức khỏe.
- Tiếp cận Vận động tạo ra môi trường xã hội thuận lợi.

Các phương thức tiếp cận này sẽ được xem xét cụ thể về mục đích, phương pháp và phương tiện đánh giá trong nội dung bài này. Mặc dù mỗi cách tiếp cận NCSK xuất phát từ các khía cạnh và góc độ khác nhau, chúng đều nhằm các mục đích cơ bản sau:

- Phòng ngừa và điều trị bệnh tật.
- Đảm bảo cung cấp đầy đủ thông tin để người dân có thể tự lựa chọn các giải pháp bảo vệ và NCSK phù hợp.
- Tạo điều kiện giúp người dân có đủ kỹ năng và niềm tin để tự chăm sóc sức khỏe tốt hơn.
- Tạo ra môi trường xã hội với các chính sách thuận lợi cho việc lựa chọn các giải pháp NCSK.

Về cơ bản khi giải quyết một vấn đề sức khỏe, việc xác định cách tiếp cận khả thi chính là quá trình mô tả, phân tích vấn đề để tìm ra các nguyên nhân, các yếu tố quyết định hoặc các yếu tố nguy cơ trực tiếp. Kết quả của việc phân tích vấn đề sức khỏe sẽ làm cơ sở để lựa chọn phương thức tiếp cận giải quyết thích hợp.

1.1. Tiếp cận y tế

1.1.1. Mục tiêu

Tiếp cận này bao gồm các hoạt động nhằm làm giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong. Đối tượng của các hoạt động này là toàn bộ quần thể và những nhóm nguy cơ cao. Mục đích cuối cùng của cách tiếp cận này là nhằm tìm ra các biện pháp dự phòng ngăn chặn sự phát triển của bệnh và các trường hợp tử vong. Biện pháp này thường được mô tả dưới ba cấp độ can thiệp:

- *Dự phòng cấp I*: Ngăn cản sự xuất hiện của bệnh tật bằng cách giáo dục sức khỏe, tiêm chủng, ví dụ: khuyến khích không hút thuốc lá, không ăn thức ăn không hợp vệ sinh...
- *Dự phòng cấp II*: Ngăn cản sự tiến triển của bệnh thông qua khám sàng lọc và các biện pháp chẩn đoán sớm khác, ví dụ sàng lọc phát hiện bệnh lao, ung thư vú...
- *Dự phòng cấp III*: Giảm thiểu hậu quả của bệnh tật và ngăn ngừa bệnh tái phát như phục hồi sức khỏe, giáo dục bệnh nhân, liệu pháp giảm đau...

Hiện nay tiếp cận y tế, đặc biệt là dự phòng cấp I và cấp II được áp dụng khá phổ biến và được đánh giá cao nhờ việc sử dụng các phương pháp khoa học như nghiên cứu bệnh dịch. Hơn nữa việc ngăn ngừa và phát hiện bệnh sớm thường ít tốn kém hơn nhiều so với việc điều trị cho những người đã mắc bệnh.

Tiếp cận y tế thường mang tính chuyên môn cao và mang tính áp đặt từ bên ngoài. Ở đây vai trò của các chuyên gia y tế, những người có kiến thức chuyên môn vô cùng quan trọng và đóng vai trò chủ đạo. Nhờ thực hiện biện pháp này chúng ta đã thu được những thành tựu đáng kể về sức khỏe. Ví dụ như việc loại trừ bệnh đậu mùa trên thế giới và thanh toán bệnh bại liệt ở Việt Nam là nhờ kết quả của chương trình tiêm chủng.

Tuy nhiên về bản chất, tiếp cận y tế được xây dựng dựa trên khái niệm có bệnh hay không có bệnh. Cách tiếp cận này nghiêng về chữa bệnh, phòng bệnh cụ thể mà không nhằm mục đích NCSK và do vậy đã bỏ qua các khía cạnh môi trường và xã hội của sức khỏe. Khi xã hội phát triển, y tế không chỉ phục vụ mục đích phòng ngừa bệnh tật mà còn chú trọng đến việc nâng cao chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, cách tiếp cận này còn dẫn đến tình trạng phụ thuộc quá nhiều vào y học khiến người bệnh trở nên thụ động, không tích cực trong việc hành động và quyết định sức khỏe của chính mình.

1.1.2. Các phương pháp

Nguyên tắc cơ bản của các dịch vụ dự phòng như tiêm phòng hay khám sàng lọc là tập trung phần lớn nguồn lực vào các nhóm nguy cơ cao ở một điều kiện nhất định. Trong khi việc tiêm chủng đòi hỏi một liều lượng nhất định để đạt hiệu quả mong muốn thì việc khám sàng lọc chỉ được áp dụng đối với một số nhóm nhất định. Ví dụ, đối với nữ giới tuổi từ 20-64 cần phải được khám sàng lọc ung thư cổ tử cung 3 năm một lần. Tiêm phòng các bệnh nhiễm khuẩn như bạch hầu, ho gà cần dùng đủ liều quy định mới có tác dụng.

Để liệu pháp dự phòng đạt hiệu quả, vấn đề sức khỏe cũng như đối tượng đích cần đáp ứng một số tiêu chuẩn nhất định. Ví dụ để công tác khám sàng lọc đạt hiệu quả cao, bệnh được sàng lọc cần đáp ứng một số tiêu chí:

- Căn bệnh đó cần phải có thời kỳ tiền lâm sàng kéo dài để không bỏ sót các triệu chứng bệnh.
- Điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt hơn.
- Xét nghiệm sử dụng cần có độ nhạy cao, nghĩa là cần phải phát hiện ra tất cả những người mắc bệnh (tỉ lệ âm tính giả thấp).
- Xét nghiệm sử dụng cần có độ đặc hiệu cao, nghĩa là chỉ phát hiện những người mắc bệnh (tỉ lệ dương tính giả thấp).
- Cần phải hiệu quả, có nghĩa là với một số xét nghiệm nhất định phải phát hiện ra một số đáng kể các trường hợp dương tính.

Các biện pháp y tế cũng cần dựa trên cơ sở các bằng chứng dịch tễ học. Nó cũng đòi hỏi một cơ sở hạ tầng đảm bảo khả năng cung cấp các dịch vụ này tới người sử dụng. Cơ sở hạ tầng ở đây bao gồm nhân lực, trang thiết bị, hệ thống quản lý thông tin để xác định xem ai là đối tượng sử dụng dịch vụ. Bên cạnh đó việc đảm bảo cung cấp đầy đủ các dịch vụ này chỉ có hiệu quả khi người dân tích cực tham gia chương trình. Rõ ràng biện pháp y tế là một quá trình phức tạp và phụ thuộc rất nhiều vào sự chỉ đạo từ tuyến trên và các chương trình y tế quốc gia.

1.1.3. Đánh giá

Về nguyên tắc, việc đánh giá hiệu quả của tiếp cận y tế phải dựa trên việc giảm tỉ lệ bệnh tật và tỉ lệ tử vong của bệnh. Đây là một quá trình lâu dài và không phải lúc nào cũng thực hiện được. Hiện nay người ta phải dựa trên các chỉ số gián tiếp như số người đã sử dụng dịch vụ. Mặc dù có một mối tương quan chặt chẽ giữa khả năng tiếp cận dịch vụ và việc giảm tỉ lệ mắc bệnh nhưng cũng cần phải thận trọng khi chỉ dựa trên chỉ số này.

Ví dụ vào năm 1974 ở Anh, 80% trẻ em được tiêm phòng ho gà. Theo các phương tiện thông tin đại chúng về tính an toàn của vaccin, tỉ lệ tiêm phòng ho gà đến năm 1987 mới đạt đến 80%. Các đợt bệnh dịch ho gà năm 1977-1979 và 1981-1983 cho thấy việc tiêm phòng đã góp phần làm giảm tỉ lệ mắc bệnh này. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong về bệnh ho gà nhìn chung đã giảm trước khi vaccin được sử dụng vào năm 1957 cho thấy rằng có thể chính điều kiện dinh dưỡng, điều kiện sống và chăm sóc y tế tốt hơn cũng đóng vai trò quan trọng vào việc giảm tỉ lệ mắc bệnh.

1.2. Tiếp cận thay đổi hành vi

1.2.1. Mục tiêu

Mối tương quan giữa thay đổi hành vi và tình trạng sức khỏe là cơ sở để đưa ra các can thiệp tác động đến hành vi. Tiếp cận này nhằm khuyến khích cá nhân chấp

nhận và thực hiện những hành vi lành mạnh, những hành vi được xem là yếu tố quyết định đối với việc NCSK. Việc đưa ra các quyết định có liên quan đến sức khỏe là một quá trình rất phức tạp, nó chỉ đạt được hiệu quả khi cá nhân đó chuẩn bị sẵn sàng cho việc thay đổi hành vi. Việc thực hiện các hoạt động nhằm tác động và thay đổi hành vi từ lâu đã là một phần quan trọng trong chương trình giáo dục sức khỏe.

Đây là cách tiếp cận rất phổ biến. Bằng cách thay đổi lối sống, con người có thể cải thiện một cách đáng kể sức khỏe của mình. Tương tự nếu họ không có trách nhiệm bảo vệ sức khỏe của mình thì họ phải chịu trách nhiệm về việc đó. Khi xem xét tại sao một người không chịu thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe của chính họ, chúng ta cần tìm hiểu nguyên nhân vấn đề một cách toàn diện. Ví dụ tại sao họ không chịu ăn uống một cách hợp lý. Có rất nhiều yếu tố có thể gây ra tình trạng này như thiếu kiến thức, không biết chế biến thức ăn, không có tiền, sở thích của gia đình, hay tại địa phương không có các thực phẩm cần thiết và phù hợp... Cũng cần lưu ý rằng hành vi sức khỏe không tách rời các hành vi khác vì tất cả các hành vi diễn ra hàng ngày như ăn, ngủ, làm việc, thể thao suy cho cùng đều tác động ít nhiều đến sức khỏe. Việc tìm hiểu nguyên nhân sâu xa các hành vi cá nhân là chìa khóa để giúp họ giải quyết vấn đề.

Bên cạnh đó có một mối quan hệ phức tạp giữa hành vi cá nhân và các yếu tố môi trường và xã hội. Hành vi có thể là kết quả của sự đáp ứng đối với điều kiện sống và các nguyên nhân dẫn đến điều kiện đó như thất nghiệp, nghèo đói, chúng có thể nằm ngoài khả năng kiểm soát của cá nhân. Thay đổi hành vi của cá nhân có thể bị hạn chế hoặc thúc đẩy bởi hệ thống xã hội mà họ là một thành viên.

1.2.2. Phương pháp

Chiến dịch vận động không hút thuốc lá, khuyến khích rèn luyện thể lực là các ví dụ điển hình của phương pháp này. Cách tiếp cận này nhằm vào từng cá nhân mặc dù việc tiếp cận họ có thể được thực hiện thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng hay tư vấn trực tiếp.

1.2.3. Đánh giá

Đánh giá các can thiệp thay đổi hành vi tương chừng đơn giản bằng cách trả lời câu hỏi hành vi sức khỏe của cá nhân có thay đổi sau can thiệp không? Tuy nhiên, quá trình thay đổi hành vi thường diễn ra trong một thời gian dài và thông thường khó xác định được một cách rõ ràng thay đổi nào là do can thiệp tác động, thay đổi nào do các yếu tố khác gây ra.

1.3. Tiếp cận giáo dục sức khỏe

1.3.1. Mục tiêu

Mục tiêu của cách tiếp cận này là cung cấp kiến thức, thông tin và phát triển những kỹ năng cần thiết để con người có thể lựa chọn hành vi sức khỏe của mình. Cần phải phân biệt tiếp cận hay biện pháp giáo dục với biện pháp thay đổi hành vi ở chỗ biện pháp thay đổi hành vi không nhằm để thuyết phục hoặc khuyến khích thay đổi theo một chiều hướng cụ thể nào. Trong khi đó, việc giáo dục sức khỏe là nhằm đạt một kết quả nhất định.

Tiếp cận giáo dục sức khỏe được dựa trên một loạt các giả thiết về mối quan hệ giữa kiến thức và hành vi: đó là bằng cách tăng cường kiến thức và hiểu biết sẽ dẫn đến thay đổi về thái độ và từ đó có thể dẫn đến thay đổi về hành vi.

1.3.2. Các phương pháp

Các lý thuyết tâm lý cho rằng quá trình học tập tiếp thu tri thức liên quan đến ba yếu tố:

- Nhận thức (thông tin và sự hiểu biết).
- Tác động (thái độ và tình cảm).
- Hành vi (các kỹ năng).

Tiếp cận giáo dục để NCSK sẽ cung cấp thông tin để giúp đối tượng lựa chọn hành vi sức khỏe của mình. Phương pháp này có thể được thực hiện bằng việc phát tờ rơi, hướng dẫn, băng rôn, áp phích. Đồng thời cũng tạo điều kiện cho đối tượng chia sẻ nhu cầu sức khỏe của mình. Có thể giáo dục theo từng nhóm hoặc cho từng người. Các chương trình giáo dục cũng giúp phát huy khả năng đưa ra quyết định của các khách hàng thông qua các vai diễn. Đối tượng có thể đóng vai hoặc rèn luyện cách ứng xử trong các tình huống thực tế của cuộc sống hàng ngày. Các chương trình giáo dục thường được hướng dẫn bởi một giáo viên hoặc một người hướng dẫn mặc dù vấn đề thảo luận có thể do đối tượng quyết định. Các can thiệp giáo dục đòi hỏi người làm công tác NCSK phải hiểu các nguyên tắc học tập của cả người lớn và trẻ em cũng như các yếu tố thúc đẩy hoặc gây cản trở việc học tập của họ.

1.3.3. Đánh giá

Đánh giá việc tăng cường kiến thức, hiểu biết là công việc tương đối dễ dàng. Giáo dục sức khỏe thông qua các chiến dịch truyền thông tin đại chúng, giáo dục từng người và giáo dục theo từng lớp học đều mang lại thành công trong việc tăng cường thông tin về các vấn đề sức khỏe, hoặc hiểu biết về các yếu tố nguy cơ đối với một vấn đề sức khỏe. Nhưng chỉ có thông tin không thì chưa đủ để giúp đối tượng thay đổi hành vi của họ.

1.4. Tiếp cận trao quyền về sức khỏe /nâng cao khả năng làm chủ về sức khỏe

1.4.1. Các mục tiêu

WHO đã khẳng định NCSK là tạo điều kiện cho người dân tăng cường khả năng kiểm soát được cuộc sống của chính mình. Trao quyền được sử dụng để mô tả cách tiếp cận nhằm tăng cường khả năng của người dân trong việc thay đổi hoàn cảnh thực tế của chính mình. Cách tiếp cận này giúp con người xác định được các mối quan tâm của họ, có được các kỹ năng và niềm tin để hành động vì sức khỏe của mình. Đây là phương pháp NCSK duy nhất bắt nguồn từ chính mỗi cá nhân đòi hỏi người làm công tác NCSK có nhiều kỹ năng khác nhau. Thay vì đóng vai trò là chuyên gia như ở các

biện pháp khác, người làm công tác sức khỏe ở đây trở thành người hướng dẫn, có chức năng hỗ trợ, khởi xướng vấn đề, khuyến khích mọi người thực hiện và dần dần rút lui khi đã đạt kết quả mong muốn.

Khi nói về trao quyền, chúng ta cần phải phân biệt giữa trao quyền cho cá nhân và trao quyền cho cộng đồng. Trao quyền cho cá nhân được sử dụng trong một số trường hợp nhằm mô tả các biện pháp tăng cường sức khỏe dựa trên việc tư vấn, lấy người dân có nhu cầu về sức khỏe (khách hàng) làm trung tâm nhằm tăng cường khả năng kiểm soát cuộc sống của chính họ. Đối với những người được trao quyền, họ cần phải:

- Nhận biết và hiểu được tình trạng hạn chế về khả năng thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe của mình.
- Nhận biết rõ về tình trạng của mình để từ đó có mong muốn thay đổi.
- Cảm thấy có khả năng thay đổi tình hình thông qua việc được cung cấp thông tin, hỗ trợ và trang bị các kỹ năng sống.

1.4.2. Các phương pháp

Các nội dung chính của phương pháp này có thể rất quen thuộc đối với nhiều y tá chăm sóc bệnh nhân, với giáo viên làm công tác nâng cao tính tự giác của học sinh và đối với những người làm công tác sức khỏe khác. Chúng có thể mang các tên gọi khác nhau như “phương pháp lấy khách hàng làm trung tâm”, “hỗ trợ” hay “tự chăm sóc” nhưng về bản chất là như nhau. Vai trò của người làm công tác NCSK là giúp đỡ đối tượng đích xác định được những vấn đề sức khỏe và các chiều hướng thay đổi.

Phát triển cộng đồng trong y tế công cộng là một phương pháp tương tự để trao quyền cho các nhóm bằng cách xác định những vấn đề của họ, cùng làm việc với họ để lập chương trình hành động nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe. Công tác phát triển cộng đồng là một công việc mất nhiều thời gian, và những người làm công tác y tế cần xác định ưu tiên cho những việc chính.

1.4.3. Đánh giá

Đánh giá trong cách tiếp cận này là một việc làm tương đối khó khăn, một phần là do quá trình trao quyền làm chủ và thiết lập mạng lưới NCSK cơ bản là một quá trình lâu dài. Do đó khó có thể chắc chắn rằng các thay đổi có được là do can thiệp này chứ không phải do các yếu tố khác tạo nên. Ngoài ra, kết quả tích cực của một biện pháp như vậy có thể rất mơ hồ và khó xác định, đặc biệt là khi so sánh chúng với những kết quả của các biện pháp khác, như các mục tiêu hoặc thay đổi về hành vi mà có thể xác định được số lượng của chúng. Đánh giá có thể được dựa trên mức độ thực hiện được mục tiêu cụ thể (đánh giá kết quả) và mức độ mà nhóm đó đã đạt được về việc thực hiện các hành động mong muốn (đánh giá quá trình).

1.5. Vận động tạo ra môi trường kinh tế - xã hội thuận lợi cho các hoạt động nâng cao sức khỏe

1.5.1. Mục tiêu

Thấy rõ tầm quan trọng của môi trường kinh tế - xã hội trong việc quyết định sức khỏe, cách tiếp cận này chú trọng vấn đề về chính sách và môi trường nhằm mục đích có được những thay đổi trong môi trường tự nhiên, môi trường kinh tế xã hội nhằm tạo ra những thuận lợi cho các hoạt động NCSK. Biện pháp này nhấn mạnh làm sao cho việc lựa chọn các hành vi có lợi cho sức khỏe trở thành một việc làm đơn giản hơn, thực tiễn hơn. Các biện pháp có lợi cho sức khỏe luôn luôn có sẵn nhưng vấn đề là phải làm cho nó trở thành hiện thực và khả thi vì hầu hết mọi người đều mong muốn có nhiều thay đổi về chi phí, tính sẵn có hoặc khả năng tiếp cận với các dịch vụ về sức khỏe.

1.5.2. Các phương pháp

Hoạt động trong tiếp cận này đòi hỏi người làm công tác NCSK phải có những kỹ năng vận động cần thiết như: lập kế hoạch chiến lược NCSK, vận động hành lang, thương thuyết đàm phán...

Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010 với mục tiêu chung là phấn đấu để mọi người dân được hưởng các dịch vụ CSSKBD, có điều kiện tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng; mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần, giảm tỉ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng thể lực và phát triển giống nòi. Nhiều giải pháp đề ra để đạt được mục tiêu này trong đó có giải pháp “Đẩy mạnh công tác y tế dự phòng, nâng cao sức khỏe”. Đây chính là kết quả của quá trình vận động lâu dài cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân của ngành y tế. Chiến lược này đã tạo môi trường chính sách thuận lợi cho việc triển khai các hoạt động NCSK ở tất cả các cấp.

1.5.3. Đánh giá

Đánh giá các hoạt động của cách tiếp cận này bao gồm đo lường các kết quả như thay đổi về luật, qui định, chính sách hay tổ chức nhằm NCSK, ví dụ xây dựng khu vực vui chơi an toàn cho trẻ em, cấm quảng cáo thuốc lá trên các phương tiện thông tin đại chúng, cấm hút thuốc ở những nơi công cộng... Những kết quả này thường là của những quá trình phức tạp và diễn ra trong thời gian dài, do vậy cũng khó chứng minh được mối quan hệ trực tiếp của chúng với các can thiệp NCSK nhất định.

Năm cách tiếp cận khác nhau của NCSK trong thực tế đôi khi có ranh giới không thật rõ ràng. Tuy nhiên, những tiếp cận này về bản chất là khác nhau. Chúng bao hàm các giả thiết khác nhau có liên quan đến bản chất của thay đổi sức khỏe. Các phương pháp can thiệp thích hợp, các kỹ năng cần thiết và các phương tiện đánh giá đều khác nhau. Trong thực tế, để thực hiện những hoạt động của các chương trình NCSK, các tiếp cận thường không tách rời, riêng rẽ mà người làm công tác NCSK luôn lồng ghép, phối hợp hài hòa để đạt được mục tiêu tổng thể của chương trình.

Bảng 3.1. Các cách tiếp cận NCSK thông qua ví dụ về hành vi ăn uống lành mạnh

Tiếp cận	Mục tiêu	Phương pháp	Mối quan hệ CBYT-khách hàng
Y tế	Xác định những người có nguy cơ về sức khỏe liên quan đến hành vi ăn uống	Khám bệnh do bác sĩ thực hiện (<i>đo chỉ số phát triển cơ thể BMI</i>)	CBYT đóng vai trò chủ động Khách hàng đóng vai trò thụ động, tuân theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.
Thay đổi hành vi	Khuyến khích các cá nhân có trách nhiệm với sức khỏe của chính mình và lựa chọn các hành vi lành mạnh có lợi cho sức khỏe	Thuyết phục thông qua tư vấn, cung cấp thông tin, các chiến dịch truyền thông	CBYT đóng vai trò chủ động Khách hàng đóng vai trò phụ thuộc
Giáo dục sức khỏe	Nâng cao kiến thức và kỹ năng đảm bảo một cuộc sống lành mạnh	Cung cấp thông tin Tìm hiểu kiến thức thái độ thông qua làm việc với nhóm nhỏ Phát triển kỹ năng	CBYT đóng vai trò chủ động. Khách hàng có thể tham gia thảo luận và đưa ra quyết định
Trao quyền/nâng cao khả năng làm chủ về sức khỏe	Làm việc với cá nhân hay cộng đồng để đáp ứng nhu cầu họ đưa ra	Vận động Thương thuyết Thiết lập mạng lưới cơ sở Tạo điều kiện thuận lợi	Người làm công tác NCSK đóng vai trò hỗ trợ. Khách hàng được trao quyền làm chủ
Vận động tạo môi trường xã hội thuận lợi cho nâng cao sức khỏe	Nhằm giải quyết các vấn đề về công bằng trong chăm sóc sức khỏe giữa các tầng lớp xã hội, giới, dân tộc, hay khu vực địa lý	Xây dựng chính sách, pháp chế về y tế công cộng (<i>quy định dán nhãn mác lên thực phẩm</i>) Vận động hành lang Kiểm soát tài chính (<i>trợ cấp cho nông dân sản xuất thực phẩm sạch</i>)	Mang tính áp đặt từ trên xuống Đòi hỏi có sự cam kết của các nhà làm chính sách và cộng đồng

2. CÁC MÔ HÌNH NÂNG CAO SỨC KHOẺ

Các phương thức tiếp cận NCSK hay còn có thể gọi là những biện pháp NCSK trên đây về cơ bản là nhằm mô tả những hoạt động người làm công tác NCSK tiến hành và người ta có thể thực hiện biện pháp này hoặc biện pháp khác tùy thuộc vào tình huống cụ thể. Việc xây dựng một mô hình thực hành để xác định các loại hình NCSK là rất cần thiết. Thực tế, một mô hình chăm sóc sức khỏe thông thường bao gồm các yếu tố chủ yếu như khách hàng, các mục tiêu, hoạt động và kết quả. Các mô hình NCSK có nhiều mục đích khác nhau. Chúng không phải chỉ là mô hình hướng dẫn

hành động mà có thể hỗ trợ để khái quát hóa hoặc sơ đồ hóa phạm vi NCSK; xem xét hoặc phân tích các hoạt động đang triển khai; lập kế hoạch và vẽ biểu đồ các khả năng can thiệp.

Việc sử dụng mô hình trong tiếp cận NCSK là rất cần thiết vì điều đó khuyến khích việc tư duy theo một khung lý thuyết chung, từ đó đưa ra các chiến lược và phương pháp hành động hợp lý và có cơ sở khoa học. Điều này cũng giúp sắp xếp ưu tiên hoặc ít nhiều xác định được các hình thức can thiệp phù hợp.

Các mô hình NCSK ngày càng xuất hiện nhiều với nội dung đan xen nhau nhưng thường không có sự thống nhất về thuật ngữ hoặc các tiêu chuẩn cơ bản. Những tranh luận về các mô hình NCSK có thể được đánh giá như là một dấu hiệu đáng khích lệ của mối quan tâm về mặt học thuật nhằm phát triển một cơ sở lý thuyết đúng đắn để hành động.

2.1. Mô hình của Caplan và Holland (1990)

Mô hình này đưa ra bốn phương thức cơ bản dùng trong NCSK được xếp thành hai nhóm (Sơ đồ 3.1). Nhóm thứ nhất liên quan đến bản chất của kiến thức. Kiến thức được xem xét là một chuỗi liên tục bao gồm từ các biện pháp chủ quan đến sự hiểu biết rồi đến các biện pháp khách quan. Các lý luận dựa trên cơ sở y học (như sức khỏe là đồng nghĩa với không bệnh tật) chỉ là một phần của mô hình này. Mô hình này đã chú ý đến cách lý giải của những người không có chuyên môn y tế về khái niệm sức khỏe và ý nghĩa của sức khỏe đối với họ.

Nhóm thứ hai có liên quan đến những giả thiết về bản chất cơ cấu của xã hội. Những giả thiết này giới hạn trong phạm vi từ các lý thuyết về thay đổi cơ bản về cơ cấu xã hội đến các lý thuyết về luật lệ xã hội.

Mỗi góc một phần tư trong Sơ đồ 3.1 mô tả một cách tiếp cận trong việc nghiên cứu về sức khỏe và thực hành NCSK. Các cách tiếp cận này không hoàn toàn độc lập với nhau. Có những tình huống khi chúng ta thực hiện một bước hay một cách tiếp cận này là bước khởi đầu cho việc chấp nhận một hay nhiều cách tiếp cận khác. Mỗi cách tiếp cận phối hợp các giả thuyết và triết lý khác nhau về xã hội, khái niệm sức khỏe và các nguyên nhân gây bệnh.

1. ***Quan điểm truyền thống / cổ điển*** có liên quan đến các biện pháp y tế và biện pháp thay đổi hành vi. Kiến thức xuất phát từ phía các nhà chuyên môn và điểm mấu chốt là cung cấp thông tin nhằm thay đổi hành vi.
2. ***Quan điểm nhân văn*** có liên quan đến biện pháp giáo dục. Giáo dục sức khỏe giúp cho các cá nhân có thể sử dụng các kỹ năng và phương pháp của riêng mình để sử dụng tối đa các điều kiện sống mà theo họ là lành mạnh.
3. ***Quan điểm nhân văn cấp tiến*** có liên quan đến biện pháp trao quyền. Ở đây NCSK chú trọng đến việc tăng cường nhận thức, và một phần của nội dung này là tập trung vào việc khám phá những phản ứng cá nhân đối với các vấn đề về sức khỏe. Cùng với điều này, các cá nhân được khuyến khích để hình thành nên các mạng lưới xã hội, kinh tế, tổ chức tạo điều kiện thuận lợi cho việc NCSK.

4. **Quan điểm cơ cấu xã hội cấp tiến** khẳng định rằng sự bất công bằng xã hội là nguyên nhân sâu xa của các vấn đề về sức khỏe, và vai trò của nâng cao sức khỏe là nhằm tác động vào mối quan hệ giữa sức khỏe và sự bất công bằng trong xã hội.



Sơ đồ 3.1. Bốn phương thức cơ bản của NCSK

(Naidoo J., 2000, *Health Promotion*)

2.2. Mô hình của Beattie (1991)

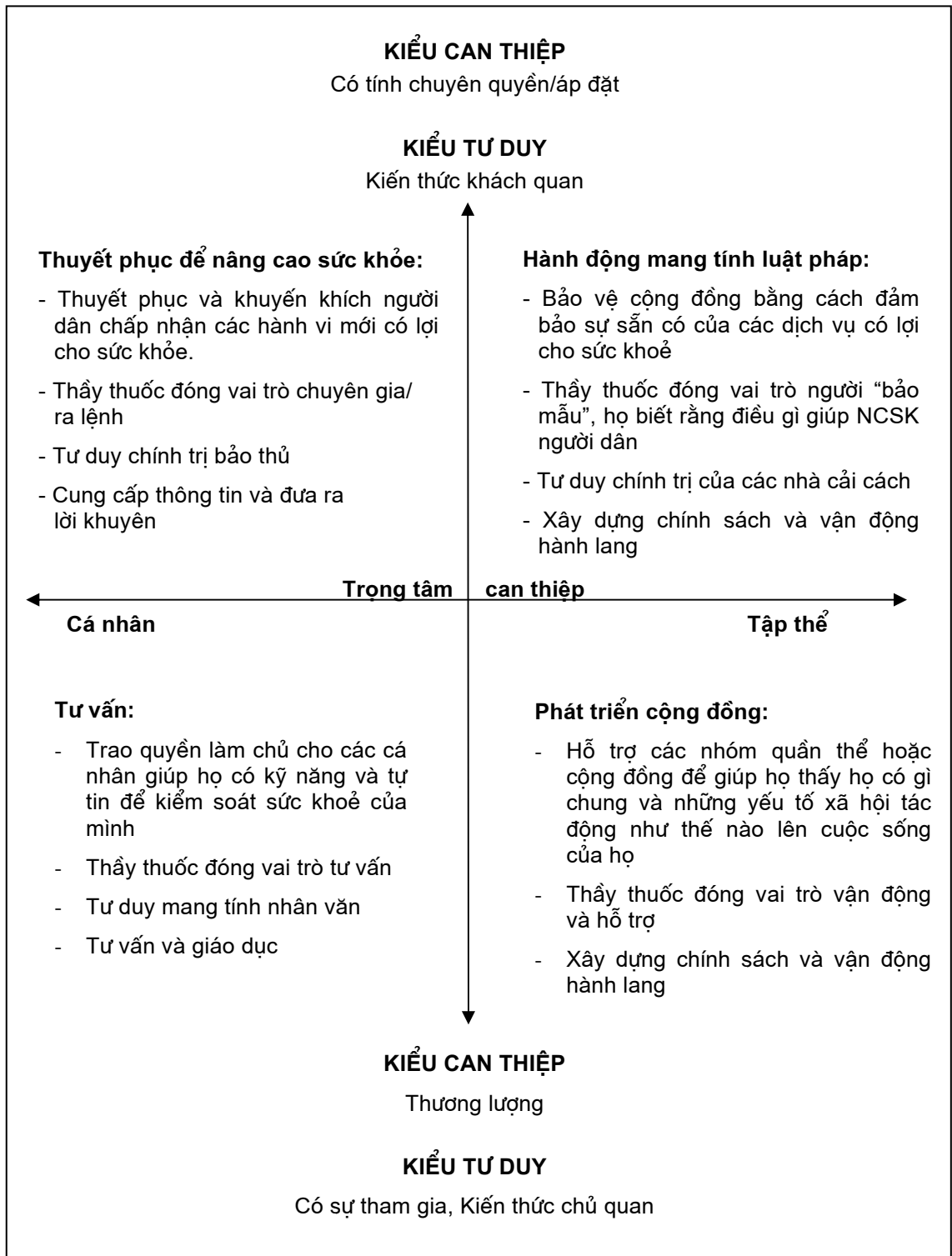
Beattie đưa ra một phương pháp phân tích theo khung lý thuyết về NCSK của các cách tiếp cận khác nhau. Ông cho rằng có bốn chiến lược NCSK (Sơ đồ 3.2). Tất cả đều xuất phát từ các hoạt động can thiệp, có thể mang tính chuyên quyền/áp đặt (từ trên xuống và theo sự hướng dẫn của chuyên gia) hay trên cơ sở thỏa thuận (từ dưới lên và đánh giá cao quyền tự chủ cá nhân). Trong nhiều trường hợp, NCSK bao gồm việc hướng dẫn và cung cấp thông tin do các cán bộ y tế quyết định và thực hiện.

Tương tự, công tác chính sách cũng được các chuyên gia hướng dẫn và việc xác định ưu tiên là dựa trên các số liệu dịch tễ học. Ngoài ra NCSK có thể bao gồm các can thiệp tập trung vào từng cá nhân hay tập thể, hoặc tập trung giải quyết căn nguyên của vấn đề. Bốn chiến lược chính để nâng cao sức khỏe trong các phương pháp của Beattie bao gồm:

1. **Thuyết phục vì sức khỏe:** Là những can thiệp do chuyên gia y tế thực hiện nhằm vào cá nhân. Ví dụ người làm công tác CSSKBĐ khuyến khích một phụ nữ mang thai ngừng hút thuốc, vận động phụ nữ có thai đi khám thai đủ ba lần trước sinh và tiêm vaccin phòng uốn ván...
2. **Hành động mang tính luật pháp:** Là những can thiệp do chuyên gia thực hiện nhưng nhằm mục đích bảo vệ các nhóm cộng đồng. Ví dụ, vận động để cấm quảng cáo thuốc lá, buộc đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy trên đường cao tốc...
3. **Tư vấn:** Những can thiệp này do khách hàng nắm vai trò chính chú trọng đến phát triển cá nhân. Người làm công tác sức khỏe có chức năng là một người hướng dẫn hơn là một chuyên gia. Ví dụ một cán bộ trẻ làm việc với các đoàn viên thanh niên giúp họ xác định được các nhu cầu về sức khỏe và sau đó cùng họ tạo niềm tin và hình thành các kỹ năng cần thiết để đạt mục tiêu NCSK.
4. **Phát triển cộng đồng:** Tương tự như tư vấn, những can thiệp này nhằm giúp tạo điều kiện để hoàn thiện các kỹ năng của một nhóm người hoặc một cộng đồng. Ví dụ người làm công tác cộng đồng làm việc với một số hộ gia đình nhằm tăng cường nhiều hơn nữa cơ hội học tập và thực hiện các hành vi ăn uống hợp vệ sinh.

Mỗi chiến lược nêu trên dựa trên các quan điểm khác nhau. Quan điểm bảo thủ nhìn nhận việc NCSK là các hoạt động nhằm hoàn thiện hoặc sửa chữa những gì được cho là sai sót. Còn theo quan điểm cải cách thì NCSK là các hoạt động nhằm hoàn thiện hoặc sửa chữa những gì được coi là xuống cấp. Những quan điểm này tạo nên các cách tiếp cận mang tính “áp đặt” dựa trên những quy tắc nhất định. Cả hai trường phái đều nhìn nhận NCSK là những hoạt động tạo điều kiện hoặc trao quyền làm chủ cho các cá nhân. Ngoài ra, quan điểm cơ bản này còn nhằm mục đích huy động và giải phóng các cộng đồng.

Mô hình của Beattie rất hữu ích đối với những người làm công tác NCSK. Nó giúp xác định cơ sở rõ ràng để quyết định một chiến lược và nhắc nhở họ rằng việc lựa chọn các can thiệp luôn bị ảnh hưởng bởi các môi trường chính trị và xã hội.



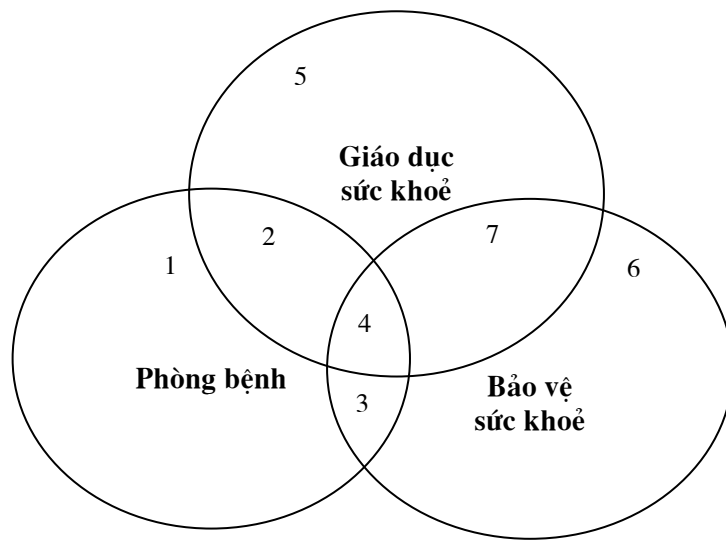
Sơ đồ 3.2: Sử dụng mô hình Beattie để phân tích hành động

(Naidoo J., 2000 , Health Promotion)

2.2. Mô hình của Tanahill (1996)

Mô hình NCSK này khá phổ biến và được áp dụng rộng rãi. Tanahill đưa ra ba phạm vi hoạt động có phần lồng ghép với nhau đó là: giáo dục sức khỏe, bảo vệ sức khỏe và phòng bệnh (Sơ đồ 3.3).

- **Giáo dục sức khỏe** truyền thông, giáo dục sức khỏe để nâng cao hiểu biết về sức khỏe và phòng bệnh, thay đổi thái độ và thực hiện hành vi lành mạnh.
- **Phòng ngừa** - giảm hoặc tránh nguy cơ mắc bệnh và đau ốm thông qua các can thiệp y tế.
- **Bảo vệ sức khỏe** - bảo vệ sức khỏe nhân dân bằng các biện pháp xã hội, tài chính và lập pháp.



Sơ đồ 3.3: Mô hình nâng cao sức khỏe của Tanahill.

Trong đó

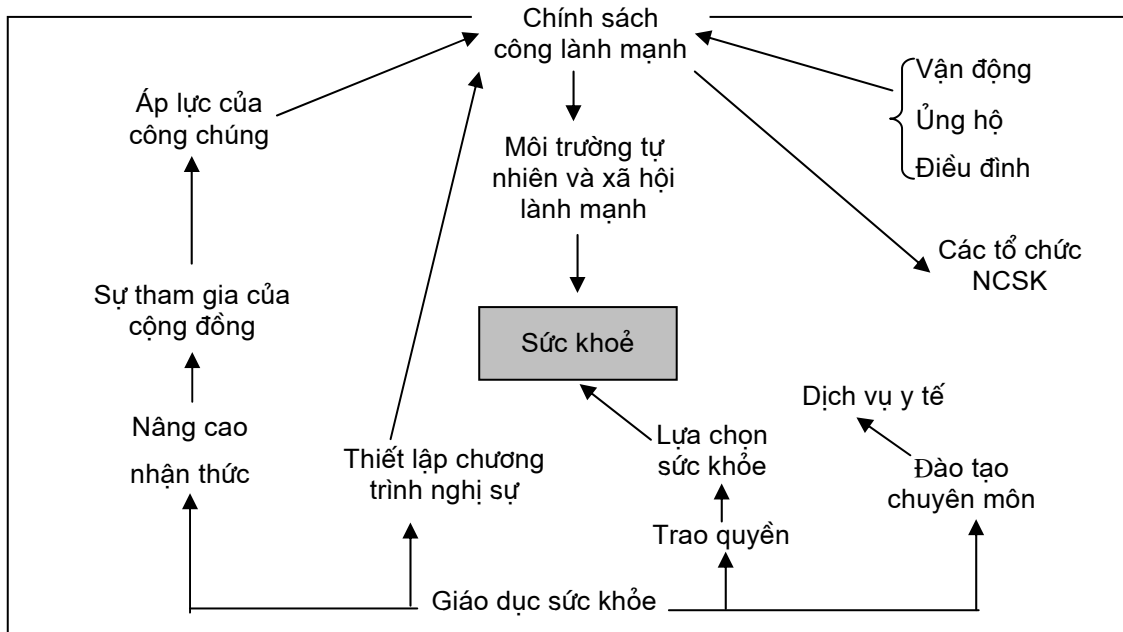
1. Các dịch vụ dự phòng như tiêm phòng, khám sàng lọc ung thư cổ tử cung, phát hiện ca bệnh tăng huyết áp...
2. Giáo dục sức khỏe: cung cấp thông tin và hướng dẫn bỏ hút thuốc lá.
3. Liệu pháp dự phòng: bổ sung fluor vào nước để ngừa sâu răng.
4. Giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện sức khỏe và phòng ngừa nguy cơ đối với sức khỏe như vận động hành lang để ban hành luật buộc sử dụng mũ bảo hiểm khi đi xe máy.
5. Giáo dục sức khỏe tích cực như bồi dưỡng kỹ năng sống cho thanh thiếu niên.
6. Bảo vệ sức khỏe tích cực như ban hành chính sách cấm hút thuốc ở nơi làm việc.
7. Giáo dục sức khỏe nhằm bảo vệ sức khỏe tích cực như vận động hành lang để cấm quảng cáo thuốc lá.

Sơ đồ Tannahill đưa ra cho thấy các biện pháp khác nhau có liên quan chặt chẽ với nhau trong một quá trình tổng hợp, được gọi là NCSK. Mô hình này chủ yếu nhằm mô tả những gì đang diễn ra trong thực tế. Nó giúp cho những người làm công tác NCSK nhận thấy được lợi ích tiềm năng từ hoạt động khác và nắm được nội dung của NCSK. Tuy nhiên, điều này không giải thích rõ ràng tại sao người thầy thuốc có thể chọn biện pháp này mà không chọn biện pháp khác. Mô hình này cho rằng các biện pháp có tương tác lẫn nhau, và như chúng ta đã thấy, chúng phản ánh các cách tiếp cận khác nhau khi nghiên cứu các vấn đề sức khỏe.

2.4. Mô hình của Tones (1994)

Mô hình này hoạt động dựa trên nguyên tắc chính là giúp con người kiểm soát được sức khỏe của chính mình. Nó chú trọng chủ yếu đến việc tạo điều kiện cho đối tượng có đủ khả năng nhận thức và hành động theo mục tiêu đề ra. Đây cũng là mục tiêu và chiến lược cốt lõi của mô hình này nhằm hỗ trợ và quyết định các can thiệp NCSK.

Tones đưa ra một phương trình đơn giản cho rằng việc tăng cường sức khỏe là một quá trình tổng thể của chính sách công lành mạnh nhân với GDSK (Sơ đồ 3.4). Ông coi giáo dục là yếu tố chủ đạo để tạo điều kiện cho cả những người có chuyên môn hay không có chuyên môn bằng cách nâng cao nhận thức của họ về các vấn đề sức khỏe. Khi đó con người có nhiều khả năng lựa chọn và tạo áp lực đòi hỏi việc ban hành các chính sách công có lợi cho sức khỏe. Chúng ta đã thấy có một sự khác biệt giữa việc tạo điều kiện cho bản thân và tạo điều kiện cho cộng đồng. Tones cho rằng có mối tương tác lẫn nhau giữa hai quá trình này.



Sơ đồ 3.4. Mô hình nâng cao sức khỏe của Tones

Những thay đổi về môi trường xã hội đạt được thông qua các chính sách công có lợi cho sức khỏe sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của các cá nhân. Những người có đủ kỹ năng tham gia có hiệu quả vào việc đưa ra quyết định có khả năng tiếp cận các nguồn thông tin và hình thành chính sách tốt hơn để đáp ứng nhu cầu của mình. Sự hỗ trợ của các cá nhân cũng cần thiết cho quá trình thay đổi. Ngược lại với biện pháp dự phòng, biện pháp trao quyền /tăng cường khả năng làm chủ về sức khỏe là mục đích chính của NCSK trong mô hình của Tones. Tiến hành biện pháp trao quyền nhằm nâng cao tính tự chủ và tạo điều kiện cho các cá nhân, các nhóm và cộng đồng kiểm soát cuộc sống của họ nhiều hơn nữa.

Tóm lại, bài này đã xem xét năm cách tiếp cận khác nhau trong NCSK, chúng bao gồm: biện pháp y tế; biện pháp thay đổi hành vi hoặc lối sống; biện pháp giáo dục sức khỏe; biện pháp trao quyền làm chủ về sức khỏe và phát triển cộng đồng; và biện pháp vận động tạo ra môi trường thuận lợi cho sức khỏe. Thực tế, ranh giới giữa những biện pháp này đôi khi không rõ ràng. Tuy nhiên, những biện pháp này về bản chất là khác nhau. Chúng dựa trên các giả thiết khác nhau có liên quan đến bản chất của quá trình thay đổi nhằm NCSK. Các phương pháp can thiệp thích hợp, các kỹ năng cần thiết và các phương tiện đánh giá đều khác nhau. Thông thường các biện pháp NCSK cũng như các cách tiếp cận và mô hình sử dụng thường bị chi phối bởi các chức năng và mô tả công việc của chính những người làm công tác này. Bài này nhấn mạnh vào tầm quan trọng của việc xem xét các cách tiếp cận khác nhau và xác định những thay đổi mà người làm NCSK muốn đạt được.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

- Hãy lựa chọn một vấn đề sức khỏe tại địa phương, phân tích và đề xuất cách tiếp cận hoặc áp dụng mô hình NCSK để lập kế hoạch cải thiện tình trạng này.
- Tại sao bạn lại chọn (các) cách tiếp cận/phương pháp hoặc mô hình này?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiley (1993). *Social and Behavioral Change Strategy*. Health Education Quarterly, Sup 1, p:113-135
2. Naidoo and Wills (2000) *Health Promotion: Foundation for Practice*. Royal College of Nursing, p: 91-111

Phần 2
NHỮNG KĨ NĂNG CHÍNH TRONG
NÂNG CAO SỨC KHOẺ

PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THÔNG SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

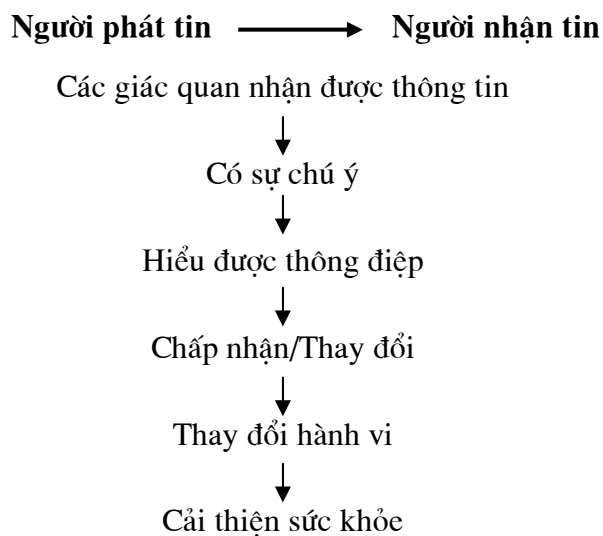
1. Trình bày được khái niệm truyền thông và quá trình truyền thông.
2. Trình bày được các hình thức truyền thông.
3. Mô tả được các phương tiện truyền thông đại chúng (TTĐC).
4. Trình bày được các phương thức tiếp cận truyền thông.
5. Trình bày được các phương pháp và kỹ năng giáo dục sức khỏe.

1. QUÁ TRÌNH TRUYỀN THÔNG

1.1. Khái niệm truyền thông

Truyền thông là quá trình trao đổi thông tin như những ý tưởng, cảm xúc, kiến thức và kỹ năng giữa con người với nhau. Truyền thông có thể là những cuộc đối thoại bình thường như giải thích một chủ đề, một nội dung nào đó; hỏi một câu hỏi hoặc chỉ là cuộc trò chuyện hàng ngày. Trong GDSK và NCSK, chúng ta giao tiếp, đối thoại, truyền thông nhằm mục đích nâng cao hiểu biết, thay đổi thái độ và hành vi theo chiều hướng tích cực, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe. Ở phạm vi rộng hơn, truyền thông tác động đến con người tạo ra sự thay đổi những yếu tố con người, xã hội và chính trị ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe và việc ra quyết định liên quan đến NCSK.

Để đạt được mục đích này, quá trình truyền thông phải trải qua nhiều giai đoạn và mỗi giai đoạn phải đạt được những hiệu quả nhất định (Sơ đồ 4.1).



Sơ đồ 4.1: Các giai đoạn truyền thông

Giai đoạn 1: Thông tin đến với đối tượng

Truyền thông không thể có hiệu quả trừ khi đối tượng nhìn thấy nghe thấy những thông điệp. Điều này thực sự rất rõ ràng và không cần bất kỳ lý thuyết nào để giải thích. Tuy nhiên có nhiều chương trình không có hiệu quả ngay tại giai đoạn được xem là đơn giản này. Nguyên nhân thất bại thường gặp là cách truyền tải thông điệp không phù hợp.

Ví dụ: Đặt những bảng tin ở khu khám bệnh hoặc những buổi nói chuyện tại phòng chăm sóc trước sinh. Những thông điệp này chỉ chuyển đến một số lượng đối tượng ít ỏi đến dịch vụ. Nhưng trong khi đó những đối tượng cần nhận được thông tin có thể không đến khu khám bệnh nhưng họ thường nghe đài hoặc đọc báo. Họ có thể bận việc vào thời điểm chương trình GDSK phát tin. Những chương trình truyền thông nên thực hiện tại những địa điểm, vị trí mà đối tượng có thể nghe tin, xem tin tức. Người làm truyền thông cần nghiên cứu đối tượng dự kiến để tìm hiểu vị trí đối tượng có thể xem bảng tin, họ thường nghe những gì và thói quen đọc của họ thế nào.

Giai đoạn 2: Thu hút sự chú ý của đối tượng

Bất kỳ quá trình truyền thông nào cũng cần phải thu hút sự chú ý để làm cho đối tượng cố gắng đọc hoặc nghe những thông tin của chương trình. Những ví dụ về truyền thông không hiệu quả trong giai đoạn này như: đi qua một bảng tin mà không hề nhìn vào bảng tin; không hề chú ý đến nói chuyện về sức khỏe hay những buổi hướng dẫn tại các cơ sở y tế; trưng bày, triển lãm liên quan đến sức khỏe nhưng rất ít người dừng lại xem; hoặc tắt đài hoặc chuyển kênh khi nghe bản tin. Tại một thời điểm chúng ta có thể tiếp nhận nhiều thông tin bởi nhiều giác quan, tuy nhiên khó có thể tập trung tất cả các giác quan để thu nhận thông tin trong cùng một thời điểm. Con người có thể chú ý tập trung vào một chủ đề mà có thể bỏ qua những chủ đề khác. Có nhiều cách làm cho quá trình truyền thông hấp dẫn đối tượng mà chúng ta sẽ bàn thêm trong những phần sau.

Giai đoạn 3: Lĩnh hội thông điệp

Khi một cá nhân chú ý đến một thông điệp người ta sẽ cố gắng nhận thức, lĩnh hội thông điệp. Lĩnh hội là một quá trình có tính cá nhân rất cao; hai người cùng nghe một chương trình phát trên đài, hay cùng xem một bảng tin quảng cáo, tuy nhiên cách hiểu và diễn giải ý nghĩa có thể khác nhau so với ý nghĩa người phát tin muốn nói. Sự diễn giải của cá nhân về thông điệp truyền thông phụ thuộc nhiều yếu tố. Sự hiểu nhầm có thể dễ dàng diễn ra khi: ngôn ngữ sử dụng phức tạp, sử dụng nhiều thuật ngữ kỹ thuật/chuyên môn không quen thuộc; nhiều sơ đồ/biểu đồ phức tạp; có nhiều chi tiết phân tán sự chú ý; nêu ra những chủ đề không quen thuộc...; một lý do khác gây hiểu nhầm là thông tin quá nhiều.

Giai đoạn 4: Thúc đẩy chấp nhận/thay đổi

Thông điệp truyền thông không chỉ được tiếp nhận và hiểu mà nó còn nên tạo ra niềm tin và sự chấp nhận ở đối tượng. Niềm tin về một chủ đề khó thay đổi nếu đã hình thành từ lâu và dễ dàng thay đổi hơn nếu nó mới hình thành. Thông thường cũng dễ dàng hơn để thúc đẩy hình thành niềm tin nếu những tác động của nó dễ dàng biểu hiện rõ, ví dụ cải thiện hệ thống thông hơi của hố xí sẽ làm giảm đi mùi hôi thối, điều

này sẽ làm cho người dân ở nông thôn tin tưởng và thay đổi hệ thống thông hơi. Nếu niềm tin tồn tại rộng rãi trong công chúng hoặc trở thành niềm tin có tính hệ thống như một tôn giáo thì chúng ta có thể dự đoán trước là không dễ dàng thay đổi hành vi bằng truyền thông đại chúng. Phần sau sẽ đề cập chi tiết hơn xem nguồn tin và nội dung có ảnh hưởng đến niềm tin và sự chấp nhận của đối tượng như thế nào?

Giai đoạn 5: Thay đổi hành vi

Quá trình truyền thông có thể làm cho niềm tin và thái độ của đối tượng thay đổi nhưng hành vi vẫn không thay đổi. Điều này có thể xảy ra khi truyền thông không nhằm vào niềm tin có ảnh hưởng nhiều đến thái độ hướng đến hành vi của cá nhân. Ví dụ nhiều chương trình truyền thông đã quá nhấn mạnh đến sự nguy hiểm của bệnh tiêu chảy mà không nhấn mạnh đến việc phòng mất nước bằng cách bù nước và các chất điện giải.

Một người có thể có thái độ tích cực và muốn hành động như bà mẹ muốn sử dụng biện pháp ngừa thai hay đưa con đi tiêm chủng. Tuy nhiên, áp lực từ phía những người khác trong gia đình hay cộng đồng có thể làm cho họ không thể thực hiện mong muốn của họ. Một lí do khác làm cho cá nhân không thực hiện hành vi mong đợi là thiếu những yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho sự thay đổi như: tài chính, kĩ năng, thời gian hoặc yếu tố dịch vụ y tế. Vai trò của các yếu tố văn hóa, niềm tin, áp lực xã hội và các yếu tố tạo điều kiện thuận lợi đã được đề cập chi tiết trong bài trước.

Giai đoạn 6: Cải thiện tình trạng sức khỏe

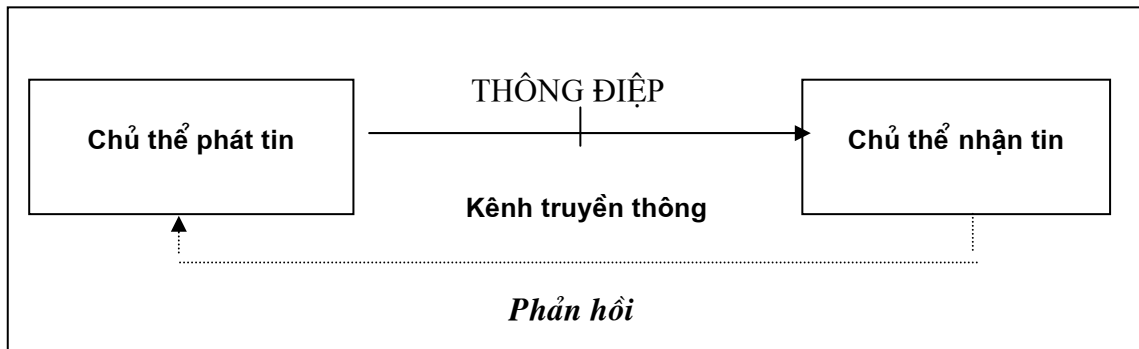
Những cải thiện, thay đổi về sức khỏe sẽ diễn ra nếu những hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe thay đổi theo chiều hướng tích cực.

1.2. Các thành phần của quá trình truyền thông

Quá trình truyền thông là một quá trình khép kín bao gồm hai hoạt động cơ bản, hoạt động chuyển thông điệp từ chủ thể phát tin tới chủ thể nhận tin, và hoạt động phản hồi từ chủ thể nhận tin tới chủ thể phát tin.

Các thành phần của quá trình truyền thông được mô tả như sơ đồ 4.

Nhiều: môi trường tự nhiên, tâm lí



Sơ đồ 4.2. Mô hình quá trình truyền thông

1.2.1. Chủ thể phát tin

Đây chính là nguồn phát tin. Nguồn phát có thể là một cá nhân, một nhóm, một cơ quan, tổ chức. Ví dụ: nhân viên y tế, Hội chữ thập đỏ, Trung tâm y tế... Người dân tiếp xúc với nhiều nguồn tin khác nhau và họ có khả năng tin những gì đến từ những người hoặc những cơ quan/tổ chức mà họ tin tưởng, là những nguồn tin đáng tin cậy. Tùy thuộc từng cộng đồng, sự tin cậy và nguồn tin đáng tin cậy có thể là: một người đứng đầu cộng đồng; những người có chuyên môn cao, được đào tạo bài bản; có cân nhắc đến yếu tố tuổi, giới, văn hóa, học vấn của đối tượng.

1.2.2. Chủ thể nhận tin

Là đối tượng nhận các thông điệp. Họ có thể là một cá nhân, một nhóm hay toàn thể cộng đồng. Ví dụ: một xã, huyện; nhóm đối tượng nghiện chích ma túy, nhóm người bán máu chuyên nghiệp...

Trong hoạt động truyền thông, việc xác định các đối tượng truyền thông đích trong các chiến dịch thông tin, giáo dục, truyền thông là hết sức quan trọng. Đó là cơ sở để chúng ta xây dựng được các thông điệp và các tài liệu hỗ trợ một cách có ích và thích hợp với đối tượng. Cần phải mô tả chi tiết các đặc điểm về kiến thức, sở thích, nhu cầu, mối quan tâm, các kênh truyền thông thường tiếp cận và các ưu tiên của các nhóm đối tượng truyền thông đích. Việc cố gắng tiếp cận với tất cả các đối tượng bằng cùng một thông điệp truyền thông hoặc chiến lược truyền thông có thể làm cho các thông điệp trở nên kém hiệu quả vì chúng có thể không thu hút được sự chú ý của các nhóm đối tượng truyền thông đích.

Với mỗi nhóm đối tượng, cần tìm hiểu về các đặc điểm thể chất, nhân khẩu học và có thể cả các đặc điểm tâm lí. Trên cơ sở này, ta sẽ lựa chọn được các chiến lược tiếp cận và quản lí tốt hơn với từng nhóm trong cộng đồng.

Việc phân nhóm đối tượng đích có thể dựa trên các đặc điểm sau đây:

- Theo đặc điểm thể chất gồm: giới tính, bệnh sử gia đình, các dạng và mức độ phơi nhiễm với các nguy cơ sức khỏe, các điều kiện về mặt y tế, các biểu hiện về bệnh tật.
- Theo đặc điểm hành vi gồm: hành vi có liên quan, tác động đến sức khỏe và các đặc điểm khác về lối sống.
- Theo đặc điểm nhân khẩu học gồm: nghề nghiệp, thu nhập, trình độ học vấn, hoàn cảnh gia đình, nơi làm việc và nơi ở, các đặc điểm về văn hoá.
- Theo đặc điểm tâm lí gồm: thái độ, ý tưởng, niềm tin, chuẩn mực, giá trị xã hội, sự tự đánh giá bản thân và các đặc tính cá nhân khác.

Hiểu biết về nhóm đối tượng đích càng chi tiết, đầy đủ bao nhiêu thì sẽ càng dễ dàng bấy nhiêu trong việc chuẩn bị một chương trình truyền thông thích hợp với đối tượng. Trong thực tế việc phân nhóm thường phối hợp các đặc điểm của các cách phân loại này.

Có thể phân nhóm đối tượng truyền thông theo mức độ ưu tiên như đối tượng đích cấp I và đối tượng đích cấp II. Đối tượng đích cấp I là những người mà chúng ta muốn tác động đến để thay đổi hành vi của chính họ. Thông thường, có nhiều nhóm đối tượng đích cấp I trong khi các nguồn lực lại có hạn, nên chúng ta cần phải lựa chọn nhóm đối tượng ưu tiên để tiến hành các hoạt động truyền thông. Lựa chọn ưu tiên sẽ giúp chúng ta có thể lập kế hoạch và phân bổ các nguồn lực một cách thích hợp để thực hiện chương trình truyền thông cho từng nhóm đối tượng. Nhóm đối tượng truyền thông đích cấp II là những người có ảnh hưởng đến nhóm đối tượng đích cấp I hoặc là người có thể tác động để tạo ra sự thay đổi ở nhóm đối tượng đích cấp I. Ví dụ: nhóm phụ huynh, nhóm bạn thân, đồng nghiệp, thầy cô giáo...

Việc xác định rõ các nhóm đối tượng đích sẽ giúp chúng ta có hướng đi đúng trong việc phát triển và phổ biến các thông điệp truyền thông và sử dụng hiệu quả các nguồn lực của chương trình.

1.2.3. Thông điệp truyền thông

Là những thông tin chính được mã hoá dưới dạng chữ viết, tranh ảnh, kí hiệu hoặc biểu tượng cần chuyển đến đối tượng, giúp đối tượng tăng kiến thức, tác động đến thái độ, niềm tin nhằm thay đổi thái độ và hành vi sức khoẻ theo chiều hướng có lợi.

Thông điệp là những nội dung chính, chủ yếu trình bày ngắn gọn và thuyết phục về một chủ đề, vấn đề sức khoẻ. Nội dung của thông điệp phải phản ánh được mục tiêu truyền thông. Ví dụ nếu mục tiêu cơ bản là tạo ra một quyết định hành động từ phía đối tượng, thì thông điệp phải chứa đựng những hành động cụ thể mà đối tượng sẽ thực hiện.

Thông điệp cần phải ngắn gọn, rõ ràng và có tính thuyết phục. Nên sử dụng các số liệu thực tế, cập nhật để tạo thêm sức mạnh cho thông điệp. Những thông điệp tốt thường kết hợp chặt chẽ các từ ngữ, các mệnh đề hoặc ý tưởng hoặc tranh ảnh minh họa mang tính tích cực, có ý nghĩa đối với đối tượng đích.

Cần chú ý năm yếu tố cơ bản sau đây khi xây dựng và chuyển tải thông điệp:

- **Nội dung:** Thể hiện rõ những ý tưởng cần truyền đạt. Những lập luận được sử dụng để thuyết phục đối tượng. Nội dung thông điệp thường bao gồm: *điều bạn muốn đạt được, tại sao muốn đạt được điều đó, bằng cách nào đạt được điều đó và hành động gì bạn muốn đối tượng thực hiện*. Một điều cũng rất quan trọng là phong cách của thông điệp để tác động đến đối tượng, ví dụ như: thông điệp có tính gây sợ hãi, có tính đe dọa; gây ra cảm giác lo ngại; có tính nghiêm túc; có tính hài hước; tạo ra xúc cảm; tạo ra áp lực; có tính nhắc nhở trách nhiệm; có tính khích lệ thực hiện... Tùy thuộc vào các đặc trưng của đối tượng, tùy chủ đề GDSK mà cần thiết kế thông điệp có nội dung cho phù hợp và hiệu quả.
- **Ngôn ngữ:** Sử dụng từ ngữ thế nào để thông điệp được truyền đạt rõ ràng và hiệu quả là hết sức cần thiết. Những thông điệp tốt thường kết hợp chặt chẽ các từ, cụm từ hoặc các khái niệm có ý nghĩa khái quát, tích cực hoặc có ý nghĩa đặc biệt đối với các đối tượng cần vận động. Nên dùng “ngôn ngữ” quen

thuộc với nhóm đối tượng đích, tránh dùng những thuật ngữ chuyên môn nếu thật sự không cần thiết. Nếu cần phải sử dụng bảng, sơ đồ, đồ thị thì chúng phải đơn giản, dễ hiểu và có chú thích đầy đủ, rõ ràng.

- **Nguồn tin và người đưa tin:** Hãy sử dụng thông tin từ những nguồn dữ liệu đáng tin cậy. Hãy lựa chọn những người làm công tác truyền thông, GDSK, người chuyển tin có thể tạo ra cảm giác tin cậy và những phản ứng tích cực từ phía đối tượng. Người đưa tin đôi khi quan trọng hơn cả thông điệp. Ví dụ: nếu chương trình đang cố gắng tác động đến công chúng thông qua báo chí, thì nên sử dụng những loại báo hàng ngày có đông đảo người đọc và có uy tín. Nếu chương trình đang hướng mục tiêu vào nam giới, hãy thử tác động đến họ thông qua các tổ chức Công đoàn, Đoàn thanh niên, Hội Cựu chiến binh, Hội nông dân, Câu lạc bộ...
- **Hình thức chuyển tải thông điệp:** Hãy lựa chọn cách truyền thông phù hợp nhất. Chẳng hạn, chuyển thông điệp qua các cuộc họp, các diễn đàn; hoặc gửi thông điệp qua thư; hoặc phát thông điệp qua các chương trình truyền hình, báo chí. Cần chú ý rằng các thông điệp sẽ không thu hút ngay được sự chú ý, cũng như tác động ngay đến quan điểm của đối tượng, vì vậy quá trình truyền thông lặp đi lặp lại và trên nhiều kênh là rất quan trọng. Tính nhất quán của nội dung thông điệp nên được duy trì cho đến khi nó thu hút và có tác động đến đối tượng đích.
- **Thời gian và địa điểm chuyển tải thông điệp:** Là yếu tố cần chú ý để có được một thời điểm tốt nhất tại địa điểm thuận lợi nhất cho việc chuyển tải thông điệp và để có nhiều đối tượng tiếp cận thông tin nhất.

Thiết kế, chuẩn bị tài liệu là việc hết sức quan trọng. Lựa chọn thông tin phù hợp, trình bày chúng theo những cách khác nhau, cho những đối tượng khác nhau để tạo sự cuốn hút và hấp dẫn nhất cho từng nhóm đối tượng. Đối với truyền thông đại chúng, thông tin có thể được trình bày dưới hình thức thông cáo báo chí, sử dụng ngôn ngữ và văn phong thường dùng trong báo viết hoặc báo hình. Những thông tin đó nếu dành cho những người ra quyết định, người hoạch định chính sách có thể trình bày dưới dạng bản tin gồm những thông tin có tính bằng chứng khoa học, những lập luận khoa học, những bảng dữ liệu thống kê, những sơ đồ, đồ thị... Cần chọn những thông tin từ kết quả của quá trình đánh giá ban đầu, nếu nó có thể cung cấp những lập luận có tính thuyết phục nhất đối với từng đối tượng đích.

Cách trình bày thông điệp quan trọng không kém vì nó góp phần hấp dẫn đối tượng. Loại sản phẩm chứa đựng thông tin có thể là các tài liệu in, các sản phẩm nghe, hoặc nghe - nhìn. Nên cung cấp thông tin tối thiểu để có thể đạt được mục tiêu, sau đó có thể cung cấp thông tin thêm, nhiều hơn. Minh họa bằng tranh ảnh, đồ thị, biểu đồ cũng là những hình thức cung cấp rất nhiều thông tin trong một không gian hạn chế và nhiều khi tác động của nó lớn hơn lời nói và chữ viết rất nhiều, đồng thời chúng cũng giúp minh họa những thông tin cốt lõi trong thông điệp.

Cả kênh truyền thông và mục tiêu của truyền thông sức khỏe đều có ảnh hưởng đến việc thiết kế nội dung truyền thông nhằm tối đa hiệu quả của quá trình truyền thông. Ví dụ ở vùng sâu vùng xa, nơi tiếp cận phương tiện đại chúng hạn chế thì thông

điệp được chuyển qua kênh trực tiếp là chủ yếu; ở nơi có tiếp cận các kênh đại chúng dễ dàng thì thông điệp sẽ được thiết kế thích hợp với các phương tiện truyền thông đại chúng. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự chấp nhận các thông điệp truyền thông của công chúng bao gồm:

- *Sự rõ ràng*: Các thông điệp truyền thông phải rõ ràng và dễ hiểu, hạn chế tối đa việc hiểu sai về nội dung hoặc có những hành động không thích hợp. Các thông điệp truyền thông chứa đựng càng ít các thuật ngữ kỹ thuật càng tốt, đồng thời giảm bớt các thông tin không liên quan đến đối tượng truyền thông đích.
- *Sự thích hợp về mặt văn hoá*: Nội dung truyền thông phải thích hợp với niềm tin, giá trị xã hội và văn hoá của đối tượng truyền thông.
- *Độ tin cậy*: Người truyền tin và các nguồn thông tin phải đáng tin cậy.
- *Các điểm chính*: Các điểm chính trong nội dung truyền thông cần được nhấn mạnh và lặp lại.
- *Hình thái truyền thông*: Một thông điệp truyền thông có thể được nhắc đi nhắc lại, gây sợ hãi, đưa ra thách thức, hoặc đi thẳng vào vấn đề cần truyền thông. Việc lựa chọn hình thái truyền thông phụ thuộc vào mức độ ảnh hưởng mà chương trình muốn tác động lên đối tượng đích.
- *Đáp ứng nhu cầu của đối tượng*: Nội dung truyền thông cần phải dựa trên sự nhận thức của đối tượng truyền thông, những gì là quan trọng đối với họ, những gì họ muốn biết, hoặc không cần biết. Lợi ích của đối tượng truyền thông được hiểu là họ sẽ đạt được cái gì mà họ nhận thức là quan trọng và có ý nghĩa đối với họ và có thể khác nhau đối với mỗi nhóm đối tượng.

Một số yếu tố khác có thể làm tăng hiệu quả của thông điệp truyền thông nên cần nhắc thêm khi thiết kế thông điệp gồm:

- *Tính đời thường* - nội dung thông điệp gắn gũi với cuộc sống tạo cảm xúc tích cực, gây ấn tượng đối với đối tượng, giúp đối tượng dễ nhớ, dễ thực hiện. Một câu chuyện đơn giản có thể rất dễ nhớ; câu chuyện này có thể chuyển tải vấn đề sức khoẻ cần tuyên truyền và giải pháp cho vấn đề đó.
- *Tính hài hước* - có thể gây ấn tượng và làm cho đối tượng nhớ thông điệp, nhưng rất khó để làm tốt. Đối với một vài nhóm đối tượng hoặc một vài chủ đề nhạy cảm, sự hài hước có thể dẫn đến bị công kích.
- *Tạo cảm xúc* - có thể làm cho các thông điệp trở nên hiện thực, riêng tư và tạo ra những cảm xúc tích cực, có thể giúp cho đối tượng chuyển đổi hành vi của mình theo mục đích của thông điệp. Nhưng cách này có thể gây ra sự lo lắng, sợ hãi, chính vì thế cần phải thật cẩn trọng khi vận dụng.
- *Dùng âm nhạc* - âm nhạc giúp thông điệp trở nên dễ tiếp thu hơn, nó có thể khơi gợi tình cảm của người nghe đối với thông điệp. Cần chú ý khi sử dụng âm nhạc vì nó có thể làm phân tán sự chú ý và làm cho thông điệp bị lu mờ.

Khi xây dựng các thông điệp về sức khỏe cần phải xem xét, cân nhắc các yếu tố trên. Trước khi đưa ra bản thảo cuối cùng, các thông điệp cần phải được thử nghiệm trước trên nhóm đối tượng truyền thông đích để đảm bảo tính tiếp cận và chấp nhận của đối tượng.

1.2.4. Kênh truyền thông

Là phương tiện, là cách thức để chuyển thông điệp đến đối tượng. Có thể phân ra hai loại kênh truyền thông chính:

- Kênh truyền thông trực tiếp: nói chuyện mặt đối mặt, tư vấn, thảo luận nhóm, hội họp, thảo luận...
- Kênh truyền thông đại chúng (gián tiếp): giao tiếp, truyền thông thông qua những phương tiện truyền thông đại chúng (truyền thanh; truyền hình, các tài liệu in ấn: báo, tạp chí, tờ rơi, sổ nhỏ...; tranh quảng cáo, bảng tin lớn...).

Quyết định sử dụng kênh truyền thông nào phụ thuộc vào từng vấn đề sức khỏe, mục tiêu và chiến lược cụ thể. Các thể loại tài liệu truyền thông cũng giúp ta lựa chọn kênh hợp lí. Những hình thức truyền thông thường được sử dụng là:

- Nói chuyện, tư vấn trực tiếp thông qua tình nguyện viên cộng đồng, đồng đẳng, thành viên gia đình.
- Truyền thông nhóm qua các cuộc hội họp, thảo luận tại cộng đồng, tại công sở, trường học.
- Truyền thông đại chúng qua đài truyền thanh, truyền hình, tạp chí, báo, tờ rơi, bảng tin, áp phích, loa công cộng, băng rôn.
- Tổ chức các loại hình sân khấu hóa: ca múa nhạc, kịch, các cuộc thi đố vui về các chủ đề sức khỏe.

Mỗi kênh truyền thông đều có những ưu điểm và hạn chế của nó, vì vậy phải cân nhắc kỹ càng trước khi lựa chọn kênh truyền thông (bảng 4.1). Cũng cần chú ý rằng các kênh truyền thông cũng đòi hỏi các tài liệu/thông điệp khác nhau về cả hình thức và nội dung.

Kênh truyền thông đại chúng có thể chuyển tải thông tin nhanh và tới được đông đảo quần chúng nhưng chúng ta không thể hy vọng nhiều vào việc các thông tin đại chúng có thể làm cho mọi người thay đổi hành vi của mình. Thông tin đại chúng nhìn chung có thể được xem như nguồn thông tin công cộng cơ bản nhưng bị hạn chế bởi thời gian, địa điểm, chất lượng thông tin và các yếu tố khác, nên kênh truyền thông này khó có thể giải thích một cách đầy đủ và kịp thời các thông tin phức tạp. Thông tin đại chúng thường quá chú trọng đến các thông tin mới hoặc các thông tin chỉ tác động đến một số nhóm đối tượng.

Mỗi một hình thức truyền tin như tạp chí, các bài báo, bài phát thanh trên đài, các buổi phỏng vấn, trao đổi trên truyền hình, các chuyên mục sức khỏe... đều có những ưu điểm riêng và mỗi hình thức có thể tiếp cận với một số nhóm đối tượng khác nhau. Có thể quyết định chọn các hình thức truyền tin và kênh truyền tin khác nhau, hoặc phối hợp chúng, nhưng cần lưu ý một điều là nên chọn các kênh truyền thông tiếp cận được với đối tượng đích nhiều nhất.

Kênh truyền thông trực tiếp giữa các cá nhân đưa ra các thông điệp sức khỏe trong ngữ cảnh quen thuộc với đối tượng truyền thông hơn. Hình thức tư vấn sức khỏe cũng là một hình thức truyền thông trực tiếp phổ biến. Các kênh này thường có độ tin cậy và ảnh hưởng cao (người làm công tác truyền thông là các bác sĩ, các cán bộ y tế cộng đồng, bạn bè, các thành viên trong gia đình, đây là các nguồn lực rất đáng tin cậy). Do đặc điểm là gây ảnh hưởng thông qua mối liên hệ cá nhân, nên đòi hỏi người làm công tác này phải rất quen thuộc với nội dung truyền thông và từ đó có thể theo dõi mức độ tiếp cận và chấp nhận lâu dài của đối tượng. Kênh truyền thông này được chứng minh là rất hiệu quả trong nhiều chương trình y tế và chương trình phát triển. Ở Việt Nam, hiện nay các tình nguyện viên, các cộng tác viên cộng đồng có vai trò quan trọng đã và đang tiến hành tuyên truyền, GDSK có hiệu quả tại cộng đồng.

Các kênh truyền thông (bao gồm trường học, công sở và các đơn vị truyền thông) có thể tăng cường và mở rộng các nội dung truyền thông và đưa ra những hướng dẫn. Các kênh truyền thông ở mức độ giữa các cá nhân và ở mức độ cộng đồng có thể hỗ trợ lẫn nhau: Các kênh truyền thông cộng đồng cho phép tiến hành thảo luận vấn đề và kênh truyền thông cá nhân làm rõ các thông tin và khuyến khích sự thay đổi hành vi.

Phối hợp các kênh truyền thông khác nhau sẽ tăng cường tần suất xuất hiện của nội dung truyền thông, tăng cường các cơ hội cho đối tượng đích tiếp thu và ghi nhớ thông tin. Cần xem xét các câu hỏi dưới đây khi tiến hành chọn kênh truyền thông:

- Kênh truyền thông nào là phù hợp nhất cho một nội dung truyền thông về chủ đề/vấn đề sức khỏe cần truyền thông?
- Kênh truyền thông nào có uy tín và dễ tiếp cận với đối tượng đích?
- Kênh truyền thông nào thích hợp với mục tiêu của chương trình?
- Kênh truyền thông nào có khả năng thực thi trong giới hạn thời gian và kinh phí của chương trình?
- Ở đâu truyền thông có thể gây được sự chú ý và đáp ứng được những nỗ lực về tuyên truyền giáo dục? Nơi nào chúng ta có thể tìm được các đối tác tốt nhất?

Bảng 4.1. Những đặc điểm chính của kênh truyền thông đại chúng và truyền thông trực tiếp

Đặc điểm	Truyền thông đại chúng	Mặt đối mặt
Tốc độ bao phủ thông tin cho số đông đối tượng	Nhanh	Chậm
Độ chính xác và ít bị nhiễu	Độ chuẩn xác cao	Dễ bị sai lệch thông tin
Khả năng lựa chọn đối tượng	Khó lựa chọn đối tượng	Có tính lựa chọn cao
Chiều hướng truyền thông	Một chiều	Hai chiều
Khả năng đáp ứng những nhu cầu địa phương	Chỉ cung cấp thông tin chung	Có thể đáp ứng nhu cầu địa phương
Phản hồi	Phản hồi gián tiếp từ những điều tra	Có thể phản hồi trực tiếp
Tác động chính	Nâng cao hiểu biết, kiến thức	Những thay đổi về thái độ, hành vi, kĩ năng giải quyết vấn đề.

1.2.5. Phản hồi

Là những thông tin, ý kiến từ phía chủ thể nhận tin đến chủ thể phát tin. Dựa vào phản hồi mà chủ thể phát tin đánh giá được tác động của truyền thông đến đối tượng, cũng như có những điều chỉnh thích hợp về nội dung, thông điệp, hình thức, kênh truyền thông...

1.2.6. Nhiễu

Là những yếu tố môi trường tác động đến quá trình truyền thông. Ví dụ: tiếng ồn có thể ảnh hưởng đến sự tiếp thu nội dung thông điệp truyền thông...

2. PHƯƠNG TIỆN TRUYỀN THÔNG

2.1. Các phương tiện truyền thông đại chúng

Các phương tiện TTĐC được chia làm hai nhóm:

- Các phương tiện truyền thông có khả năng tiếp cận một số đối tượng nhất định.
- Các phương tiện truyền thông có khả năng tiếp cận rộng rãi các nhóm đối tượng.

2.1.1. Các phương tiện truyền thông đại chúng có khả năng tiếp cận một số đối tượng nhất định

Sách mỏng

Sách mỏng là tài liệu thích hợp nhất cho mục đích cung cấp kiến thức và khi có những nguồn hỗ trợ thông tin khác như các cơ sở y tế, các trung tâm giáo dục truyền thông. Cần thận trọng sử dụng sách mỏng trong trường hợp muốn thay đổi hành vi cá nhân, vì bản thân thông tin thường không đủ để dẫn tới việc thay đổi hành vi. Sách mỏng nên được sử dụng kết hợp với những loại hình truyền thông khác.

Tờ rơi (tờ gấp, tờ bướm)

Loại hình này cũng rất phổ biến và sử dụng thuận tiện. Được sử dụng trong trường hợp độc giả không có nhiều thời gian để đọc. Tờ rơi là một loại tài liệu truyền thông quan trọng trong các chiến dịch TTĐC. Nội dung trong tờ rơi thường rất ngắn gọn, cô đọng những thông tin cần thiết nhất như "Những điều cần biết về nuôi con bằng sữa mẹ", "Những điều cần biết về HIV/AIDS" và nhiều chủ đề khác. Trong các buổi thảo luận nhóm, nói chuyện, thăm hộ gia đình, tư vấn người giáo dục sức khỏe có thể phát tờ rơi, sách nhỏ hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe cho đối tượng. Tờ rơi, sách nhỏ còn được trưng bày và để đối tượng lựa chọn, đọc, mang đi tại những "góc", phòng giáo dục sức khỏe của các cơ sở y tế, hoặc tại các triển lãm về y tế.

Tranh lật hay sách lật

Đây là một loạt các bức tranh, ảnh trình bày về một chủ đề, một vấn đề sức khỏe nào đó. Tranh lật có thể trình bày một cách trình tự, đơn giản về một bệnh để người

học, người xem có thể hiểu và vận dụng. Thường sử dụng kết hợp trong các buổi nói chuyện sức khỏe trực tiếp với cá nhân, với nhóm.

Tạp chí

Tạp chí cũng là một phương tiện truyền thông có thể sử dụng để đăng tải các thông tin y tế. Tạp chí là một phương tiện có thể đăng tải những thông tin chuyên đề. Tuy nhiên mỗi tạp chí thường chỉ dành cho một số nhóm độc giả nhất định, do đó mà khả năng tiếp cận thường bị hạn chế. Một hạn chế cơ bản hiện nay là giá cả của tạp chí thường quá cao so với thu nhập của đại đa số người dân.

Áp phích /Pa nô

Là những bảng lớn, tờ giấy lớn vẽ các bức tranh, biểu tượng và những câu ngắn gọn thể hiện một thông điệp truyền thông, giáo dục sức khỏe nào đó như: nguyên nhân, triệu chứng, đường lây, hậu quả, cách phòng chống một bệnh... Loại hình này thường đặt, treo ở những nơi công cộng nên gây được sự chú ý của nhiều người. Là một loại tài liệu được sử dụng để hỗ trợ cho các tài liệu khác trong các chiến dịch truyền thông như cổ động nhân những sự kiện đặc biệt. Việc thiết kế pa nô, áp phích đòi hỏi người có chuyên môn, kỹ thuật và cũng tốn kém. Khi tiến hành sản xuất pa nô, áp phích cần chú ý chỉ trình bày một vấn đề, một ý tưởng để tránh nhầm lẫn và khó hiểu.

Các vật dụng hàng ngày (áo phông, áo mưa, mũ, cặp sách, túi khoác, dây đeo chìa khóa, tờ dán)

Là loại hình truyền thông đang được sử dụng ngày càng rộng rãi hơn trong hoạt động quảng cáo và tiếp thị. Yêu cầu của loại hình này là thông tin phải được chọn lọc rất kỹ lưỡng và ngắn gọn tối đa, thường dưới dạng một cụm từ hoặc một hình ảnh. Những vật dụng này có thể được tài trợ hoàn toàn (phát không) hoặc được tài trợ một phần (bán giá rẻ).

Băng, đài cassette

Là loại vật liệu truyền thông được sử dụng để ghi âm nội dung truyền thông sử dụng với máy cassette để phát tin hoặc để phát tin qua loa. Vật liệu này sử dụng phổ biến trong các chiến dịch TTĐC. Cần thử nghiệm giọng đọc và thời lượng đọc tin cho phù hợp trước khi phát tin.

Video

Đây là loại phương tiện nghe nhìn hiện đại, sinh động, hấp dẫn. Sử dụng nó chủ động hơn truyền hình trong công tác TT-GDSK. Loại hình này có thể sử dụng cho nhiều nhóm đối tượng. Việc chuẩn bị kịch bản, chương trình thu băng, kỹ thuật thu đòi hỏi người có chuyên môn, kỹ thuật đồng thời cũng cần có kinh phí thích hợp cho các hoạt động này. Sử dụng video phối hợp với các phương pháp khác như nói chuyện, thảo luận nhóm sẽ đem lại kết quả tốt hơn trong giáo dục sức khỏe. Ở cộng đồng, băng video thường chỉ được sử dụng trong những chiến dịch truyền thông ở các cụm dân cư. Ngoài vấn đề kinh phí và kỹ thuật sản xuất, hạn chế lớn nhất của hình thức này là cần phải có trang thiết bị đi kèm và nguồn điện sẵn sàng.

Báo điện tử, internet

Đây là phương tiện TTĐC hiện đại trên mạng internet. Lượng thông tin vô cùng lớn, đa dạng, cập nhật nhanh. Loại hình này rất thông dụng ở khu vực đô thị và đối tượng sử dụng thường là giới trẻ, giới trí thức... với yêu cầu cơ bản là có kiến thức và kỹ năng sử dụng máy tính và internet. Khả năng tiếp cận sử dụng loại hình này ở vùng nông thôn và vùng sâu - xa còn rất hạn chế.

2.1.2. Các phương tiện truyền thông có khả năng tiếp cận rộng rãi các đối tượng

Vô tuyến truyền hình (Ti vi)

Ti vi là một phương tiện TTĐC quan trọng bậc nhất hiện nay vì khả năng bao phủ thông tin rộng rãi và tính hiệu quả của nó. Theo điều tra gần đây, ở Việt Nam hiện nay tỷ lệ tiếp cận ti vi vào khoảng 70% hộ gia đình. Ti vi thường được sử dụng để nâng cao nhận thức về một vấn đề, tác động vào tình cảm và tạo dựng một hình ảnh liên quan đến một sản phẩm hoặc hành vi. Loại hình này thường hấp dẫn đối tượng vì ngoài lời nói còn có hình ảnh sinh động minh họa gây ấn tượng và nhớ lâu, giúp đối tượng nâng cao hiểu biết, thay đổi thái độ, hành vi theo chiều hướng tích cực. Các thông điệp về sức khỏe có thể được phát sóng bằng nhiều hình thức khác nhau như phim nhiều tập, kịch, diễn đàn, đối thoại, quảng cáo, trò chơi ... Việc thiết kế, phát sóng một chương trình trên truyền hình thường là công việc có tính chuyên nghiệp, công phu, chi phí cao nên cần có kế hoạch, sự kết hợp chặt chẽ giữa y tế và truyền hình khi thực hiện chương trình.

Đài phát thanh

Đài phát thanh cũng là một phương tiện quan trọng trong truyền thông, GDSK. So với ti vi, đài phát thanh có những ưu điểm như diện bao phủ rộng hơn ở các vùng sâu vùng xa, chi phí rẻ hơn. Các thông điệp giáo dục sức khỏe có thể được truyền đến đối tượng qua đài phát thanh dưới nhiều hình thức như: bài nói chuyện, bản tin sức khỏe, hỏi đáp về phòng bệnh. Việc lựa chọn thời điểm phát tin trên đài /loa cũng cần lưu ý để có được một số lượng đông đảo người nghe nhất. Đối tượng tiếp cận loại hình này là quảng đại quần chúng.

Báo in

Nhìn chung báo là một phương tiện truyền thông đại chúng phổ biến, tiếp cận nhiều nhóm đối tượng, rất phù hợp cho các hoạt động cung cấp thông tin cập nhật, quảng cáo. Các bản tin sức khỏe, bài viết về sức khỏe, hướng dẫn phòng bệnh, rèn luyện nâng cao sức khỏe dễ dàng đăng tải Sử dụng hình thức báo chí thường đạt hiệu quả cao vì số đông người dân có thể tiếp cận, thông điệp được thể hiện trên báo với hình thức đa dạng, đối tượng có thời gian để đọc và suy nghĩ kỹ lưỡng, giá cả cho loại hình này chấp nhận được. Tuy nhiên, khả năng tiếp cận sử dụng báo ở các đối tượng, ở các khu vực có khác nhau, thói quen sử dụng báo in ở các vùng nông thôn, vùng sâu xa hiện nay cũng còn rất hạn chế, do đó cần cân nhắc yếu tố về địa lí, dân số học, kinh tế, loại báo để đưa tin.

2.2. Lựa chọn phương tiện truyền thông đại chúng

Phát triển kinh tế xã hội trong những năm gần đây đã tạo cơ hội cho việc sử dụng rộng rãi các phương tiện TTĐC phục vụ cho các hoạt động TT-GDSK. Khi sử dụng các phương tiện TTĐC, những người làm công tác TT-GDSK cần xem xét rất kỹ lưỡng về loại phương tiện truyền thông, ưu nhược điểm của từng phương tiện, phương pháp truyền thông sẽ sử dụng, nhóm đối tượng đích, khả năng tài chính... để đạt được hiệu quả cao nhất. TTĐC thông thường chỉ là một phần của các chiến dịch hoặc chương trình, và thường được kết hợp với các phương pháp truyền thông trực tiếp khác.

Nhìn chung mỗi phương tiện TTĐC đều có những ưu điểm và hạn chế của nó, phần dưới đây sẽ tóm tắt ưu điểm và hạn chế của một số phương tiện TTĐC chính.

Bảng 7. Ưu nhược điểm của một số phương tiện truyền thông

Phương tiện	Ưu điểm	Hạn chế
Đài phát thanh	<p>Có thể tiếp cận cả những khán giả không biết đọc bằng ngôn ngữ của họ</p> <p>Đài thu thanh tương đối rẻ và nhiều người có thể mua được</p> <p>Có thể sử dụng pin, không cần điện nguồn, nên phù hợp với những vùng sâu, vùng xa</p> <p>Có thể phát sóng nhiều lần trong một ngày</p> <p>Việc sản xuất và phát chương trình là tương đối rẻ</p> <p>Diện phủ sóng thường là rộng hơn ti vi</p>	<p>Không phù hợp để truyền đạt kỹ năng thực hiện một hoạt động như cách sử dụng bao cao su vì không thể minh họa bằng trình diễn</p> <p>Khán giả không có cơ hội hỏi nếu họ không hiểu. Tuy nhiên có thể khắc phục nhược điểm này bằng cách cung cấp các địa chỉ tư vấn cho vấn đề đó</p> <p>Một số người có thể không tiếp cận được đài phát thanh</p>
Ti vi	<p>Là phương tiện hữu dụng cho nhiều đối tượng, dễ xem, dễ hiểu</p> <p>Có thể chỉ cho khán giả cách thực hiện một việc nào đó (truyền đạt kỹ năng bằng trình diễn)</p> <p>Có thể đưa những hoạt động đóng vai, do đó giúp khán giả dễ hiểu hơn</p>	<p>Có thể nhiều vùng không được phủ sóng như vùng sâu, vùng xa</p> <p>Một số đối tượng không đủ tiền mua</p> <p>Chi phí sản xuất và phát sóng chương trình thường là đắt</p> <p>Là phương tiện truyền thông một chiều</p>
Tài liệu in ấn	<p>Độc giả có thể đọc lại nếu họ chưa hiểu</p> <p>Một bài báo hoặc một cuốn sách, tờ rơi có thể được truyền tay cho nhiều người</p> <p>Nhiều người tin tưởng ở các bài viết hơn là các tin đưa trên đài phát thanh hoặc ti vi</p> <p>Độc giả có thể giữ lại các bài viết, các tin để xem lại khi cần</p>	<p>Chỉ tiếp cận được với những người biết đọc</p> <p>Giá báo, tạp chí là khá cao so với người thu nhập thấp</p> <p>Nếu đưa tin không chính xác, rất khó để sửa lại.</p>

2.3. Thử nghiệm các thông điệp truyền thông

Tất cả các nội dung và thông điệp TT-GDSK cần được thử nghiệm trên các nhóm đối tượng đích trước khi đưa chúng vào các tài liệu chính thức. Việc thử nghiệm sẽ giảm thiểu các yếu tố làm giảm hiệu quả của phương tiện truyền thông. Sau đây là một số phương pháp thử nghiệm hay được sử dụng.

2.3.1. Bản câu hỏi tự điền

Mục đích: Thu nhận các thông tin phản hồi từ các đối tượng truyền thông đối với các bản thảo.

Áp dụng: Với các tài liệu in ấn và nghe nhìn.

Số lượng người tham gia: Tùy theo yêu cầu hoặc có thể tính toán cỡ mẫu.

Chuẩn bị: Bảng danh sách người tham gia, các bản thảo hoặc tài liệu mẫu, bảng câu hỏi. Cần đặc biệt chú ý phân hướng dẫn trả lời, phần này cần ghi rõ yêu cầu và các nội dung cần góp ý để đảm bảo thu được đủ và đúng thông tin cần thiết.

Ưu điểm: Chi phí rẻ, vì không cần ghi tên nên đối tượng có thể mạnh dạn góp ý, dễ tiếp cận đối tượng và nhanh chóng có được kết quả.

Nhược điểm: có thể có những sai sót khi tự điền phiếu, các góp ý có thể không rõ ràng nhưng không kiểm tra lại được, có thể không thích hợp với các nhóm đối tượng hạn chế kỹ năng viết. Cần thử nghiệm bảng câu hỏi kỹ lưỡng trước khi tiến hành. Không nên sử dụng phương pháp này nếu có thể thực hiện bằng những phương pháp khác.

2.3.2. Phỏng vấn cá nhân

Mục đích: Thăm dò thái độ, phản ứng, niềm tin, mong đợi của các cá nhân và thảo luận về các vấn đề.

Áp dụng: Có thể thử nghiệm kỹ các thông điệp, các khả năng thực hiện chương trình hiệu quả, thảo luận về các vấn đề tế nhị hoặc là các bản thảo phức tạp.

Số người tham gia: Có thể tiến hành trên một số người của từng nhóm đối tượng cho từng loại tài liệu.

Yêu cầu: Danh sách những người tham gia, các câu hỏi định hướng phỏng vấn, cần phải tập huấn cho người phỏng vấn, máy, băng ghi âm và lựa chọn một địa điểm đủ yên tĩnh.

Ưu điểm: Các góp ý từ phỏng vấn sâu thường là chi tiết, cụ thể, có giá trị tham khảo để chỉnh sửa và hoàn thiện tài liệu, có thể thử các tài liệu truyền thông có tính tạo cảm xúc cao hoặc mang tính hài hước. Hoặc thử nghiệm các tài liệu phức tạp hoặc dài, có thể tiếp cận với các nhóm đối tượng khó tiếp cận. Phỏng vấn sâu còn được sử dụng với các đối tượng có trình độ học vấn thấp, kỹ năng viết kém.

Nhược điểm: Khá tốn kém, mất nhiều thời gian để thực hiện và phân tích.

2.3.3. Phỏng vấn tại các tụ điểm

Phỏng vấn tại các tụ điểm là cách tiếp cận các đối tượng đích tại các nơi mà họ hay đến như: nơi chiếu phim, câu lạc bộ, chợ, nơi chờ khám bệnh ở các bệnh viện hoặc sân trường... rồi đề nghị họ tham gia phỏng vấn. Một phỏng vấn tại các tụ điểm được bắt đầu bằng cách tiếp cận đối tượng, trình bày mục đích, nếu đối tượng đồng ý thì tiếp tục hỏi họ một số câu hỏi phân loại cụ thể để xem họ có phù hợp với các tiêu chuẩn phân loại là đối tượng đích hay không. Nếu thoả mãn sẽ tiến hành phỏng vấn tại địa điểm đã chuẩn bị hoặc nơi yên tĩnh quen thuộc với họ. Các bảng hỏi được sử dụng trong kiểu phỏng vấn này gồm câu hỏi nhiều lựa chọn hoặc những câu hỏi đóng để cho phép có phản hồi nhanh.

- Mục đích: để thu được những thông tin định lượng về tài liệu và nội dung truyền thông.
- Áp dụng: phạm vi rộng bao gồm các khái niệm, các ấn phẩm hoặc các tài liệu nghe nhìn.
- Số lượng người tham gia: tùy theo yêu cầu cụ thể mà số lượng đối tượng tham gia có tính đại diện hay không.
- Yêu cầu: bảng hỏi có cấu trúc; các điều tra viên phải được tập huấn/tiếp cận đối tượng tại các trung tâm thương mại, trường học, các địa điểm khác, phòng phỏng vấn; các phương tiện ghi âm; các sản phẩm nghe nhìn.
- Ưu điểm: có thể thu được nhiều ý kiến đóng góp; kết quả phân tích sẽ có giá trị hơn cho việc ra quyết định; có thể thử nghiệm nhiều loại tài liệu.
- Nhược điểm: thường phải phỏng vấn ngắn, nhanh; cần thiết phải khuyến khích /thuyết phục nhiều lần; không thể khảo sát kỹ lưỡng; khó thu thập thông tin đối với các chủ đề nhạy cảm; việc chọn mẫu rất chặt chẽ đối với các đối tượng, nơi phỏng vấn; đối tượng được phỏng vấn có thể không đại diện.

2.3.4. Thảo luận nhóm trọng tâm

Thảo luận nhóm trọng tâm được sử dụng để có sự hiểu biết sâu sắc về niềm tin, thái độ, sự chấp nhận và ngôn ngữ của đối tượng. Số lượng đối tượng khoảng 8 - 10 người /nhóm với các đặc điểm chung (ví dụ: bà mẹ có con dưới 5 tuổi, nhóm vị thành niên...). Câu hỏi hướng dẫn thảo luận cho phép giữ cuộc thảo luận đi đúng hướng.

Thảo luận nhóm trọng tâm đặc biệt có lợi trong giai đoạn phát triển các ý tưởng, ý niệm cho việc xây dựng thông điệp truyền thông. húng ta có thể hiểu biết sâu về niềm tin, thái độ của đối tượng truyền thông về các vấn đề sức khoẻ. Sự thoải mái trong thảo luận sẽ cung cấp các gợi ý giá trị cho phát triển các tài liệu theo ngôn ngữ mà đối tượng sử dụng và gợi mở những thay đổi theo những hướng mới. Thảo luận nhóm sẽ được ghi băng, gõ băng rồi phân tích và đưa ra các kết luận.

Các yêu cầu: Chương trình thảo luận; tập huấn cho người hướng dẫn thảo luận, danh sách người tham gia; địa điểm thảo luận; phương tiện ghi âm; ghi hình.

Ưu điểm: Tương tác trong nhóm và thời gian của cuộc thảo luận cho phép khai thác nhiều thông tin cần thiết, tìm ra được các ý niệm, nội dung chính để phát triển các tài liệu; có thể thu được nhiều ý kiến một lúc; có thể tiến hành phân tích nhanh.

Nhược điểm: Khá tốn kém; các đối tượng được chọn tham gia có thể không đại diện cho đối tượng truyền thông đích.

2.3.5. Các “test” thử khả năng đọc

Thử nghiệm đọc này chỉ đơn giản là để đoán biết trình độ học vấn phải có của các đối tượng truyền thông để có thể hiểu được các tài liệu in ấn trong chương trình. Các tài liệu về thông tin sức khỏe như: sách, tờ rơi, áp phích, tạp chí được thiết kế cho các nhóm đối tượng truyền thông đích riêng biệt; thử nghiệm đọc có thể chỉ ra mức độ thông tin mà hầu hết các đối tượng truyền thông có thể hiểu được. Mặc dù tỉ lệ biết chữ của Việt Nam cao, vẫn cần phải có các thử nghiệm đọc này ở các vùng nông thôn, vùng sâu - xa để đảm bảo rằng đối tượng truyền thông có thể hiểu được các thông tin trong các tài liệu.

Như đã trình bày trên đây, có nhiều loại tài liệu truyền thông khác nhau, mỗi loại tài liệu có thể cần có những lưu ý riêng khi tiến hành thử nghiệm. Tuy nhiên tất cả các loại tài liệu đều có những điểm chung khi tiến hành thử nghiệm, đó là mục đích và các câu hỏi chính cần trả lời khi thử nghiệm. Phần tiếp theo sẽ đưa ra một số gợi ý thực hành về thử nghiệm tài liệu truyền thông.

2.3.6. Hướng dẫn thực hành thử nghiệm tài liệu /thông điệp truyền thông

Mục đích của thử nghiệm tài liệu truyền thông:

- Đánh giá tính dễ đọc, dễ hiểu;
- Đánh giá khả năng nhớ lại thông điệp sau khi đọc/nghe/xem;
- Tìm ra những điểm mạnh và hạn chế của thông điệp;
- Xác định xem lợi ích cá nhân thu được nếu thực hiện lời khuyên như thông điệp có đủ mạnh để thay đổi hành vi hay không;
- Tìm kiếm những điểm nhạy cảm hoặc gây tranh cãi trong thông điệp.

Những nội dung chính cần thử nghiệm:

- Tên tài liệu, hình thức và cách trình bày, tính hấp dẫn, kiểu và cỡ chữ, hình ảnh minh họa;
- Khả năng lĩnh hội thông tin, liên hệ với cá nhân, tính thuyết phục, khả năng chấp nhận.

Những câu hỏi chính cần trả lời khi thử nghiệm:

- Có nhận xét gì/mức độ chấp nhận như thế nào với hình thức và cách trình bày của tài liệu/thông điệp? (gồm kích thước, màu sắc, các hình ảnh minh họa).
- Hiểu tài liệu/thông điệp/minh họa như thế nào? Có hiểu đúng không? Chỗ nào chưa hiểu và lý do?

- Những hình ảnh, thông tin trong tài liệu có liên quan đến đối tượng/bạn/người thân của đối tượng? Nếu có thì liên quan như thế nào?
- Có tin vào tài liệu/thông điệp không? Mức độ như thế nào?
- Tài liệu/thông điệp có tính thuyết phục không? Như thế nào? Cần sửa/thay đổi gì để tăng tính thuyết phục?
- Mức độ chấp nhận của đối tượng đối với tài liệu/thông điệp như thế nào? Cần thay đổi những gì? (gồm cả ngôn ngữ, khía cạnh văn hoá, tín ngưỡng).

Chỉnh sửa tài liệu sau thử nghiệm:

Sau khi thử nghiệm, chúng ta thu được rất nhiều thông tin bằng nhiều cách khác nhau. Vậy xử lý những thông tin này như thế nào? Đây là một vấn đề không hề đơn giản, nguyên tắc quan trọng nhất là biết kết hợp hài hòa ý kiến của đối tượng sử dụng và của chuyên gia thiết kế tài liệu. Đôi khi việc quyết định sửa một vài từ ngữ nào đó lại không hoàn toàn phụ thuộc vào tính đại diện của các góp ý, mà lại phụ thuộc rất nhiều vào ý kiến góp ý đó có giá trị hay không, có đáng cân nhắc hay không. Nếu không chắc chắn về tài liệu sau khi đã sửa, hãy tiếp tục thử nghiệm lại lần nữa nếu chúng ta vẫn còn thời gian và kinh phí. Phải thử nghiệm một tài liệu truyền thông nhiều lần trước khi in, tuy nhiên không nhất thiết phải thử nghiệm với cỡ mẫu giống nhau trong các lần thử nghiệm.

2.3.7. Một số chú ý khi thiết kế và sản xuất tài liệu in ấn

Việc thiết kế các tài liệu in ấn là cả một nghệ thuật, nó đòi hỏi chuyên môn, kinh nghiệm và kỹ năng. Phần này chỉ trình bày một số điểm chung nhất khi xây dựng các tài liệu.

Kiểu chữ

Kiểu chữ và văn phong tạo nên sự rõ ràng về nội dung truyền thông trong các tài liệu in. Nên chọn kiểu chữ đơn giản, rõ nét. Có thể dùng các kiểu chữ in đậm, in nghiêng cho các đề mục hoặc để nhấn mạnh. Khi lựa chọn cỡ chữ, khoảng cách giữa các dòng, giữa các chữ, cần xem xét đến đối tượng truyền thông. Cỡ chữ to có thể làm tăng tính dễ đọc, có thể sử dụng để truyền đạt thông tin tới những người có khả năng đọc kém như thị lực kém (người già), người có trình độ học vấn thấp (như dân tộc thiểu số hoặc trẻ em).

Tính dễ đọc

Tính dễ đọc có hàm ý cấu trúc câu đúng ngữ pháp, đơn giản. Viết câu ngắn, trình bày những đoạn văn ngắn (mỗi đoạn chỉ gồm 2-3 câu) có thể giúp làm tăng tính dễ đọc. Nên viết câu theo dạng chủ động. Cấu trúc rõ ba phần mở đầu (giới thiệu), nội dung chính (thân bài) và kết luận.

Văn phong

Cách hành văn là một yếu tố quan trọng trong việc phát triển các tài liệu in ấn. Cách hành văn đòi hỏi một quá trình học hỏi, tích lũy kinh nghiệm cộng thêm một chút năng khiếu viết.

Minh họa

Việc sử dụng hình ảnh minh họa có tác dụng rất lớn trong việc làm tăng tính hấp dẫn, dễ đọc, dễ hiểu. Hình ảnh thường được sử dụng để minh họa cho chủ đề của từng phần và minh họa cho những thông điệp chính. Ví dụ khi nói về vệ sinh cá nhân, bên cạnh các thông điệp như: *cần rửa mặt, đánh răng vào mỗi buổi sáng*”, tốt nhất là có một hình vẽ một bạn nhỏ đang đánh răng hoặc đang rửa mặt với các dụng cụ minh họa như chậu, bàn chải, kem đánh răng ... Cần đặc biệt chú ý đến việc sử dụng hình ảnh minh họa trong truyền thông với các nhóm đối tượng có khả năng đọc hạn chế.

Cách trình bày

Việc thiết kế cách trình bày nhằm làm cho độc giả dễ đọc và dễ hiểu nhất. Các hình ảnh minh họa, các đề mục, các bảng số liệu, biểu đồ, phân đoạn thông tin thường được sử dụng trong các tài liệu in ấn để làm tăng tính dễ hiểu và dễ đọc.

Có một điểm cần lưu ý trong các tài liệu in ấn là cần sử dụng những câu khái quát ở mỗi phần để giúp độc giả có cái nhìn tổng thể về phần đó. Bên cạnh đó những nội dung chính nên được tóm tắt và in đậm hoặc nghiêng, thông điệp chính của mỗi phần nên được in đậm bằng kiểu chữ khác hoặc được đặt vào trong khung.

5. CÁC TIẾP CẬN TRUYỀN THÔNG–GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Hoạt động Truyền thông Giáo dục sức khỏe (TT GDSK) có thể được thực hiện một cách trực tiếp giữa người làm TT-GDSK với người dân / đối tượng. Đây là một quá trình liên tục trao đổi hoặc chia sẻ thông tin, tình cảm, kỹ năng giữa người làm TT-GDSK với một cá nhân hoặc một nhóm người. Ví dụ: truyền thông trực tiếp hay được thực hiện tại cộng đồng như tổ chức nói chuyện về sức khỏe, thảo luận nhóm về sức khỏe, tư vấn hướng dẫn cho cá nhân và các thành viên trong hộ gia đình.

TT GDSK trực tiếp có hiệu quả nhanh trong việc làm thay đổi nhận thức, thay đổi hành vi của con người, có thể giải quyết thỏa đáng các thắc mắc của đối tượng. Người làm trực tiếp công tác này sẽ có cơ hội hiểu kỹ lưỡng nguyên nhân cốt lõi của vấn đề để có thể có những giải pháp phù hợp nhất. Họ sẽ có những biện pháp động viên đối tượng quyết tâm thay đổi hành vi. Tuy nhiên, phương pháp truyền thông trực tiếp thường hiệu quả khi thực hiện với cá nhân hoặc một nhóm người.

Bên cạnh đó chúng ta cũng thường tiến hành các hoạt động truyền thông nhưng không giao tiếp trực tiếp giữa người với người mà thông qua những phương tiện truyền thông đại chúng và gọi là cách tiếp cận hay phương pháp gián tiếp. Những nội dung dưới đây sẽ trình bày cách tiếp cận truyền thông với cá nhân, với nhóm và với cộng đồng.

5.1. Tiếp cận truyền thông - giáo dục sức khỏe với cá nhân

5.1.1. Nói chuyện về sức khỏe

Đây có thể là hình thức cung cấp thông tin về sức khỏe, hướng dẫn phòng bệnh, thực hiện hoặc thuyết phục một người nào đó thực hiện những hành vi cụ thể. Quá trình này đem lại hiệu quả cao. Đối tượng có thể tiếp thu, đưa ra các câu hỏi thắc mắc

và nhận được phản hồi ngay. Người làm TT-GDSK có thể hiểu được tâm tư, mong muốn, thái độ, dự định của đối tượng để có kế hoạch truyền thông thích hợp cho cả cộng đồng.

Ngoài ra, phương pháp GDSK trực tiếp này còn có hình thức đặc biệt hơn như tư vấn sức khỏe là một quá trình tìm hiểu nhu cầu của đối tượng về kiến thức, kỹ năng, về sự trợ giúp, sau đó cung cấp những thông tin, hướng dẫn, giải pháp và trợ giúp đối tượng lựa chọn giải pháp thực hiện để giải quyết vấn đề vướng mắc.

5.1.2. Tư vấn sức khỏe

Tư vấn là một trong những cách tiếp cận thông dụng nhất trong giáo dục sức khỏe đối với cá nhân hoặc với gia đình. Tư vấn là một phương pháp và là nghệ thuật đòi hỏi cán bộ tư vấn phải có kiến thức, kỹ năng, sự nhạy cảm để khuyến khích người đến tư vấn (đối tượng) bày tỏ được những vấn đề của mình. Rồi người tư vấn đưa ra các giải pháp để đối tượng có thể lựa chọn cho mình một giải pháp tối ưu phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh riêng của người được tư vấn. Vì họ là người quyết định nên giải pháp lựa chọn sẽ thích hợp và được duy trì. Như vậy, sau quá trình tư vấn, đối tượng sẽ tự quyết định các lựa chọn của mình chứ không phải do cán bộ tư vấn quyết định.

Một số nguyên tắc của hoạt động tư vấn là: cần tạo ra và duy trì mối quan hệ tốt với đối tượng; trên cơ sở đó xác định rõ nhu cầu của đối tượng; thấu hiểu và thông cảm với đối tượng; khuyến khích sự tham gia của đối tượng; tôn trọng và giữ bí mật cho đối tượng; cung cấp đủ thông tin và nguồn hỗ trợ cho đối tượng.

Quá trình tư vấn gồm các bước chính sau:

- Bước 1: Tạo mối quan hệ tốt và xác định rõ nhu cầu của người được tư vấn
- Bước 2: Khám phá nhu cầu và mối quan tâm
- Bước 3: Giúp cá nhân sắp đặt mục đích và xác định các lựa chọn
- Bước 4: Giúp đối tượng quyết định lựa chọn giải pháp thích hợp nhất cho vấn đề của mình và thực hiện theo quyết định.
- Bước 5: Giúp đối tượng phát triển kế hoạch hành động.

Cán bộ tư vấn cần phải hiểu được hoàn cảnh và suy nghĩ của đối tượng sau đó mới giúp họ xác định nhu cầu là gì và chọn giải pháp cho vấn đề của họ. Vì vậy, tư vấn có vai trò quan trọng trong việc nâng cao kiến thức chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho cá nhân, góp phần cho việc NCSK và phòng tránh bệnh tật cho cộng đồng. Tư vấn sức khỏe có thể thực hiện ở nhiều nơi từ các cơ sở y tế (như TTYT, bệnh viện...), đến những nơi khác như trường học, công sở, hộ gia đình...

5.2. Tiếp cận truyền thông – giáo dục sức khỏe với nhóm

5.2.1. Tổ chức nói chuyện về sức khỏe với nhóm

Buổi nói chuyện về sức khỏe là một hình thức phổ biến tại cộng đồng. Chúng ta có thể tổ chức một buổi nói chuyện riêng, nói chuyện chuyên đề hoặc có thể lồng ghép trong các buổi họp dân, các buổi họp tổng kết, triển khai hoạt động y tế tại cơ sở.

Trước khi nói chuyện về sức khỏe cần phải:

- Xác định rõ chủ đề nói chuyện: việc này sẽ giúp người trình bày chuẩn bị tốt nội dung cho buổi nói chuyện.
- Xác định rõ đối tượng (người nghe, người tham dự): sau khi đã có chủ đề người trình bày cần xem người nghe là những ai. Việc xác định rõ đối tượng sẽ giúp chuẩn bị cách nói chuyện, cách tiếp cận và cung cấp những thông tin cho từng đối tượng một cách phù hợp.
- Xác định nội dung theo trật tự cần trình bày.
- Xác định thời gian cần trình bày bao lâu. Việc này giúp chủ động về thời gian nói chuyện, phân bố từng phần, từng nội dung một cách thích hợp.
- Chuẩn bị phương tiện hỗ trợ thích hợp. Nếu nói chuyện với nhiều người cần có micro, loa để mọi người nghe được rõ.
- Chuẩn bị thời điểm và địa điểm nói chuyện phù hợp. Chúng ta sẽ nói chuyện vào thời điểm nào? Nói chuyện ở vị trí nào? Việc này cũng nên bàn và hẹn trước với người tổ chức tại địa phương để có sự phối hợp chuẩn bị giúp buổi nói chuyện được thuận lợi.

Khi nói chuyện cần phải:

- Tạo ra mối quan hệ tốt với đối tượng thông qua việc chào hỏi, giới thiệu rõ mục đích, ý nghĩa của buổi nói chuyện.
- Dùng từ, lời nói rõ ràng, dễ hiểu phù hợp với địa phương.
- Trình bày các nội dung theo trật tự logic, có sự chuẩn bị.
- Kết hợp sử dụng các ví dụ, phương tiện minh họa.
- Quan sát bao quát đối tượng để điều chỉnh cách trình bày.
- Dành thời gian để người nghe được hỏi và thảo luận những vấn đề chưa rõ.
- Giải đáp các thắc mắc của đối tượng một cách đầy đủ.

Kết thúc buổi nói chuyện:

- Tóm tắt, nhấn mạnh các nội dung chính cho đối tượng dễ nhớ.
- Có thể kiểm tra lại nhận thức của đối tượng nếu có điều kiện.
- Cảm ơn đối tượng trước khi kết thúc.

5.2.2. Tổ chức thảo luận nhóm về sức khỏe

Hình thức gần giống như nói chuyện với nhóm, nhưng ngoài việc cung cấp kiến thức, kỹ năng về một chủ đề sức khỏe nào đó còn nhằm để tìm hiểu thêm thông tin về kiến thức, thái độ, thực hành về một chủ đề sức khỏe cụ thể; thuận lợi, khó khăn khi thực hiện; những yếu tố liên quan đến vấn đề, cách giải quyết vấn đề để có cơ sở lập kế hoạch can thiệp.

Một số điểm cần thực hiện trước khi thảo luận nhóm:

- Xác định chủ đề và nội dung để thảo luận nhóm;
- Xác định rõ mục tiêu của buổi thảo luận;
- Xác định đối tượng tham dự;
- Nên chuẩn bị thư kí ghi chép;
- Chú ý chọn địa điểm, thời gian thích hợp.

Ví dụ: Khi tổ chức thảo luận nhóm người dân để tìm hiểu sự hiểu biết của họ về Bệnh Lao và tuyên truyền cách phòng bệnh này chúng ta có thể chuẩn bị các câu hỏi thảo luận như sau:

- + Bệnh lao biểu hiện như thế nào? Nguyên nhân của bệnh là gì?
- + Tác hại của bệnh lao là gì?
- + Tình hình bệnh lao ở địa phương ra sao?
- + Cần làm gì khi bị bệnh lao? Cần làm gì để phòng bệnh lao?

Khi thảo luận nhóm người điều hành cần chú ý:

- Chào hỏi, làm quen, giới thiệu về mình;
- Giải thích rõ ý nghĩa, mục tiêu của buổi thảo luận;
- Động viên mọi người tham gia tích cực;
- Thảo luận lần lượt các câu hỏi theo trình tự đã chuẩn bị;
- Tạo cơ hội, khuyến khích cho mọi thành viên tham gia tích cực và trao đổi;
- Không áp đặt lẫn át người tham gia và tránh để một số người có ý kiến lấn át thành viên khác;
- Sau mỗi phần nên có tóm tắt, kết luận và yêu cầu thực hiện những điều đã thống nhất;
- Cảm ơn đối tượng tham gia.

5.2.3. Giáo dục sức khỏe với gia đình

Đây là hình thức nói chuyện về sức khỏe dựa trên các vấn đề sức khỏe cần giải quyết tại hộ gia đình. Thăm gia đình để nói chuyện về sức khỏe có các ưu điểm sau:

- Xây dựng mối quan hệ tình cảm tốt với các thành viên gia đình.
- Môi trường gần gũi, quen thuộc nên đối tượng có cảm giác yên tâm, dễ tiếp thu, đồng thời có cơ hội và tự tin trình bày ý kiến, quan điểm của mình.
- Trực tiếp quan sát được những biểu hiện liên quan đến vấn đề sức khỏe.
- Đưa ra các lời khuyên sát thực.

Trước khi đến thăm và nói chuyện về sức khỏe tại hộ gia đình nên thu thập một số thông tin chung về hộ gia đình dự định đến và hàng xóm xung quanh, đồng thời hẹn trước với gia đình và đến vào thời gian thuận lợi, thích hợp.

Khi đến thăm hộ gia đình:

- Mở đầu bằng thăm hỏi chung, nêu rõ ý nghĩa, mục đích chuyến thăm.
- Quan sát nhanh môi trường gia đình, phát hiện các vấn đề liên quan đến sức khỏe.
- Thực hiện nói chuyện, tư vấn giáo dục về vấn đề sức khỏe theo kế hoạch chuẩn bị. Có thể nói chuyện với từng thành viên hoặc trao đổi chung tùy từng nội dung.
- Phát hiện những người ốm đau bệnh tật để thăm hỏi, tư vấn.
- Có thể giải thích và làm một số công việc liên quan.

Kết thúc thăm hộ gia đình:

- Tóm tắt nhắc lại các điều mấu chốt, nếu thuận lợi kiểm tra lại nhận thức của đối tượng về những thông tin vừa trao đổi.
- Tạo điều kiện giúp đỡ giải quyết vấn đề liên quan đến sức khỏe của gia đình.
- Cảm ơn sự hợp tác của gia đình.

5.3. Tiếp cận truyền thông – giáo dục sức khỏe với cộng đồng

Thường được thực hiện với những hình thức gián tiếp, cụ thể người làm TT-GDSK không trực tiếp tiếp xúc với đối tượng, các nội dung (thông điệp truyền thông) được chuyển tới đối tượng thông qua các phương tiện TTĐC. Hiện nay phương pháp này được áp dụng phổ biến và có tác dụng tốt trong tuyên truyền, cung cấp các thông tin về phòng bệnh, bảo vệ sức khỏe, nâng cao sức khỏe cho quảng đại quần chúng nhân dân. Tuy nhiên, việc áp dụng những phương pháp gián tiếp thông qua các phương tiện TTĐC thường có chi phí cao, mặt khác đây là hình thức thông tin một chiều nên cần phải có sự lồng ghép, phối hợp với các hình thức giáo dục khác để đạt được mục tiêu và tăng hiệu quả của giáo dục sức khỏe.

Các hình thức TT-GDSK với cộng đồng, với số đông đối tượng thường được tiến hành bằng những chương trình, những chiến dịch truyền thông nhân những ngày lễ, ngày kỉ niệm những sự kiện sức khỏe cụ thể như: ngày tiêm chủng, ngày vitamin A (01/6), ngày thế giới không hút thuốc lá (31/5), ngày quốc tế phòng chống HIV/AIDS (01/12).... Trong những chiến dịch này, các chương trình sân khấu hóa như: ca múa nhạc, kịch; thi đố vui có thưởng về các chủ đề sức khỏe được tổ chức nhằm thu hút đông đảo các thành phần xã hội tham gia. Trong các chiến dịch truyền thông này, một số lượng lớn các sổ nhỏ, sách tham khảo, tờ rơi, các tài liệu truyền thông khác được phân phát cho nhiều người; treo nhiều băng rôn, nhiều bảng tin quảng cáo lớn tại những nơi đông người tạo hiệu ứng truyền thông mạnh mẽ tới đối tượng.

6. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THÔNG ĐẠI CHÚNG

Có nhiều cách phân loại các phương pháp TTĐC, phần này đề cập ba phương pháp phổ biến là quảng cáo, thông tin đại chúng và giáo dục giải trí.

6.1. Quảng cáo

Quảng cáo là đưa những thông điệp giới thiệu về một sự vật, sự kiện, những hoạt động cụ thể trên nhiều phương tiện TTĐC khác nhau và thường là phải trả các chi phí cho đơn vị quảng cáo nói riêng, cơ quan phát tin nói chung.

Quảng cáo thường là một cấu phần của quá trình xúc tiến trong chiến dịch tiếp thị xã hội nhằm tạo ấn tượng, thu hút sự chú ý của đối tượng tới một *sản phẩm* cụ thể nhằm tăng sự tiếp cận và sử dụng sản phẩm của khách hàng. Trong lĩnh vực sức khỏe, hoạt động quảng cáo thường giới thiệu cho người dân những sản phẩm cụ thể nhằm mục đích phòng bệnh, duy trì sức khỏe và nâng cao sức khỏe, ví dụ: quảng cáo mũ bảo hiểm, bao cao su, thuốc tránh thai, thuốc bổ dưỡng...

6.2. Truyền thông đại chúng

TTĐC là chuyển tải những thông điệp trên phương tiện TTĐC do các cơ quan TTĐC tiến hành, ví dụ: việc đưa tin trên các chương trình thời sự, các chuyên đề. TTĐC chuyển tải những vấn đề, những câu chuyện hay những sự kiện nhằm duy trì và nâng cao nhận thức của khán giả, tác động thay đổi thái độ, hành vi của họ đối với vấn đề liên quan.

Nhiều chiến dịch TTĐC hiện nay đang sử dụng hình thức hội nghị để tăng cường các hoạt động TTĐC. Trong những hội nghị chuyên đề này, các phóng viên được mời đến và nhận được những thông tin dành cho báo chí, băng video, các cuộc phỏng vấn và các tài liệu khác để hỗ trợ những cơ quan này phát tin và bài liên quan đến nội dung, kết luận, khuyến cáo về chủ đề nào đó.

6.3. Giáo dục giải trí

Giáo dục giải trí là hình thức giáo dục thông qua các hoạt động giải trí. Tính giải trí, hấp dẫn, thoải mái của những hoạt động này góp phần tăng cường nhận thức, hiểu biết, thái độ và kỹ năng của đối tượng về các chủ đề cụ thể liên quan đến sức khỏe. Có rất nhiều hình thức giáo dục giải trí hiện nay đang được sử dụng như phim truyền hình nhiều tập, giải trí trên truyền hình như "*Ở nhà chủ nhật*", "*Chiếc nón kỳ diệu*", "*Vượt qua thử thách...* Những chủ đề sức khỏe trong chương trình này có thể tạo sự thay đổi về kiến thức, thái độ của khán giả một cách hiệu quả.

6.4. Lựa chọn phương pháp truyền thông đại chúng

Việc lựa chọn phương pháp TTĐC phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

- Mục tiêu của chiến dịch
- Kinh phí sẵn có

- Mức độ tác động đến các nhóm đối tượng
- Mức độ phức tạp của các thông điệp
- Thời gian
- Quan hệ với các cơ quan TTĐC
- Các phương tiện truyền thông sẵn có.

Lựa chọn và sử dụng phương pháp TTĐC dựa trên nguyên tắc có nhiều ưu điểm và hạn chế những nhược điểm (xem bảng 8).

Những chiến dịch TTĐC được sử dụng phổ biến trong cách tiếp cận NCSK với cộng đồng. Để đảm bảo cho sự thành công của một chiến dịch TTĐC cần chú ý đến những yếu tố sau:

- Có cán bộ có kinh nghiệm chuyên môn và sáng tạo
- Tiến hành nghiên cứu trước chiến dịch để hiểu được nhu cầu của các nhóm đối tượng.
- Đặt mục tiêu có tính khả thi
- Dựa vào một mô hình lí thuyết về thái độ, hành vi sức khỏe
- Hướng các thông điệp phù hợp đến các đối tượng khác nhau
- Chú ý đến tần suất tiếp cận với thông điệp của đối tượng
- Sử dụng nhiều phương tiện truyền thông khác nhau
- Sử dụng người phát tin, nguồn tin đáng tin cậy
- Tạo ra một môi trường hỗ trợ cho việc thay đổi

Hoàn cảnh phù hợp để sử dụng các phương tiện TTĐC: muốn tiếp cận nhiều đối tượng; trong thời gian ngắn; muốn vấn đề được thảo luận rộng rãi; nâng cao nhận thức, hiểu biết là mục đích chính.

Bảng 1: Ưu nhược điểm của các phương pháp truyền thông

Phương pháp	Ưu điểm	Nhược điểm
Quảng cáo	Tiếp cận nhiều người Chi phí tính theo số người nhận được và chịu tác động của thông tin khá thấp so với truyền thông trực tiếp Kiểm soát được nội dung, tần suất thông điệp	Tốn kém: chi phí thiết kế, sản xuất thông điệp, chi phí quảng cáo
Thông tin đại chúng	Tiếp cận nhiều người trong thời gian ngắn Ít tốn kém	Thường ít nhận được phản hồi từ phía đối tượng
Giáo dục giải trí	Tiếp cận nhiều người trong thời gian ngắn Có thể tiếp cận những đối tượng không thích thông điệp	Thông tin có thể không chính xác Có thể tốn kém

7. NHỮNG KĨ NĂNG GIAO TIẾP

Khi tiến hành thực hiện các hoạt động TT-GDSK, người làm công tác này cần rèn luyện nâng cao những kĩ năng giao tiếp, kĩ năng tư vấn để có thể hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình. Một số kĩ năng cơ bản mà người làm công tác TT-GDSK cần phải có khi thực hiện TT-GDSK được trình bày dưới đây:

7.1. Kĩ năng làm quen

Cần chào hỏi thân mật, nêu rõ lí do và mục đích của cuộc gặp gỡ với đối tượng. Cần chú ý đến những đặc điểm tâm lí của đối tượng để có cách ứng xử thích hợp.

7.2. Kĩ năng quan sát

Quan sát để giúp phát hiện các vấn đề liên quan đến vấn đề sức khỏe. Có thể trao đổi để giải quyết ngay một số vấn đề khi quan sát được tại cộng đồng. Hơn nữa, quan sát để cảm nhận thái độ của đối tượng để điều chỉnh ứng xử.

7.3. Kĩ năng đặt câu hỏi

- Có hai loại câu hỏi, đó là câu hỏi đóng và câu hỏi mở.
- Khôn khéo, không để cho đối tượng biết là họ bị kiểm tra. Đặt câu hỏi tập trung vào các vấn đề đã GDSK. Kết hợp với câu hỏi đóng và mở. Bổ sung ngay cho đối tượng khi thiếu hụt.

Khi đặt câu hỏi cần chú ý:

- Câu hỏi có rõ ràng, dễ hiểu chưa? Câu hỏi phải ngắn, không cần phải giải thích cách trả lời.
- Có phù hợp với đối tượng không? Tập trung vào vấn đề trọng tâm. Sau khi đặt câu hỏi cần giữ im lặng. Chỉ nên hỏi từng câu hỏi một. Nên hỏi xen kẽ câu hỏi đóng và câu hỏi mở.

7.4. Kĩ năng lắng nghe

Lắng nghe nghĩa là không chỉ nghe bằng tai mà phải nghe bằng cả mắt, cử chỉ, dáng điệu. Nhìn vào mắt người nói thể hiện thân thiện, khích lệ người nói. Không đột ngột ngắt lời người nói. Không làm việc khác, nói chuyện, nhìn đi nơi khác. Kiên trì, không thể hiện sự sốt ruột khó chịu.

7.5. Kĩ năng trình bày, giải thích

- Trình bày những nội dung cần trao đổi rõ ràng, theo trình tự, logic.
- Sử dụng từ ngữ dễ hiểu, quen thuộc với đối tượng.
- Nắm chắc vấn đề cần giải thích, giải thích đầy đủ, rõ ràng những câu hỏi, thắc mắc đối tượng nêu ra.

Giải thích ngắn gọn, súc tích, sử dụng từ ngữ dễ hiểu. Sử dụng các ví dụ và tranh ảnh, tài liệu minh họa để giải thích nếu có. Giải thích tất cả mọi câu hỏi mà đối tượng đã nêu ra. Tôn trọng đối tượng, không tỏ thái độ coi thường họ.

7.6. Kỹ năng sử dụng tài liệu truyền thông – giáo dục sức khỏe

Sử dụng các tài liệu đã được chính thức lưu hành để minh họa. Sử dụng đúng lúc đúng chỗ. Chỉ cho đối tượng thấy rõ tài liệu. Giải thích rõ theo cấu trúc logic của tài liệu.

7.7. Kỹ năng khuyến khích động viên, khen ngợi

Không được phê phán những hiểu biết, việc làm chưa đúng hay chưa làm của đối tượng. Cố gắng tìm ra những điểm tốt của đối tượng để khen ngợi dù là nhỏ. Tạo mọi điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng thực hiện thực hành thay đổi hành vi.

TT-GDSK bằng các phương pháp đa dạng là can thiệp chủ yếu nhằm thay đổi hành vi cá nhân. Chính vì vậy các cán bộ làm công tác giáo dục truyền thông cần xác định được hành vi cá nhân ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào và yếu tố nào ảnh hưởng đến hành vi. Từ đó vận dụng các lí thuyết cơ bản về hành vi vào những giải pháp can thiệp phù hợp, đồng thời tác động điều chỉnh các chính sách, thay đổi môi trường để tạo nên một môi trường thuận lợi cho cá nhân thay đổi hành vi.

NỘI DUNG THẢO LUẬN

- Làm thế nào để thực hiện một chương trình TT-GDSK hiệu quả cho một vấn đề sức khỏe tại địa phương?
- Tai nạn giao thông đang là một vấn đề y tế công cộng ở Việt Nam hiện nay. Một trong các nguyên nhân chính là ý thức chấp hành luật giao thông của người dân còn kém. Bạn hãy phân tích các yếu tố ảnh đến ý thức chấp hành luật lệ giao thông của người dân ở Việt Nam và đề ra các hình thức can thiệp truyền thông -giáo dục phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gochman DS., (1988). *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, USA
2. John Hubley, (2004). *Communicating Health. An action guide to Health education and Health Promotion. 2nd Edition*, MacMillan, p:47-65; 88-105; 127-163
3. John Kemn, Ann Close, (1995). *Health Promotion - Theory and Practice*. MacMillan Press Ltd.
4. Linda E., Simnett I.,(1999). *Promoting Health -A Practical Guide*, London-New York- Toronto. Fourth Ed.
5. Naidoo, J. and Wills, J. (2000). *Health Promotion - Foundations for Practice (2nd Ed)*, Harcourt Publishers Limited, London.

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm về nhu cầu sức khỏe và tầm quan trọng của đánh giá nhu cầu.*
2. *Mô tả được các dạng nhu cầu sức khỏe.*
3. *Trình bày được các phương pháp và kỹ năng cần thiết trong đánh giá nhu cầu.*
4. *Nêu được các bước của đánh giá nhu cầu sức khỏe.*

NỘI DUNG

Lập kế hoạch cho một chương trình NCSK là một bước hết sức quan trọng để quyết định sự thành công của chương trình. Trong đó đánh giá nhu cầu sức khỏe là bước đầu tiên của quá trình lập kế hoạch. Đánh giá nhu cầu để xác định những gì cá nhân, nhóm hay cộng đồng cần, để cùng họ lập kế hoạch can thiệp giải quyết vấn đề, cải thiện tình hình môi trường theo hướng thuận lợi cho người dân phòng bệnh, bảo vệ, duy trì và nâng cao sức khỏe của họ.

1. KHÁI NIỆM NHU CẦU SỨC KHỎE

Nhu cầu là điều mà chúng ta muốn hoặc cần bổ sung, là tình trạng hoặc điều kiện nếu không đáp ứng được sẽ hạn chế, cản trở con người thực hiện các chức năng thông thường. Hay nói cách khác là sự thoả mãn nhu cầu sẽ đáp ứng các chức năng của con người trong cuộc sống. Nhu cầu còn được hiểu là sự khác biệt giữa những gì đang tồn tại và những gì chúng ta mong muốn.

Nhu cầu sức khỏe là trạng thái, điều kiện hoặc các yếu tố mà nếu thiếu nó sẽ cản trở con người đạt được một trạng thái hoàn toàn thoả mái về thể chất, tâm thần và xã hội. Ví dụ: việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe, môi trường an toàn, hành vi khỏe mạnh của cá nhân và sự trợ giúp của xã hội (Hawe, 2000).

Đánh giá nhu cầu sức khỏe là nghiên cứu có tính hệ thống về chất lượng cuộc sống, tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe như hành vi sức khỏe và môi trường... (Bartholomew, 2000).

Đánh giá nhu cầu bao gồm phân tích các yếu tố nguy cơ về sinh lý học, hành vi và môi trường ảnh hưởng tới sức khỏe, ngay cả khi các vấn đề sức khỏe chưa xuất hiện. Ví dụ: ung thư phổi là một vấn đề sức khỏe; nồng độ nicotin trong máu cao là yếu tố nguy cơ sinh lý học; hút thuốc lá là hành vi nguy cơ và môi trường làm việc căng thẳng, cuộc sống cô đơn là yếu tố môi trường nguy cơ. Như thế đánh giá nhu cầu

bao gồm các nghiên cứu xác định các hành vi, tác động của các yếu tố môi trường, xã hội tới sức khỏe hoặc các nguy cơ sức khỏe.

Thực hiện đánh giá nhu cầu sức khỏe nhằm:

- Xác định các vấn đề sức khỏe của cộng đồng. Xem xét các nhu cầu đặc biệt của các nhóm dân cư khó khăn, nhóm dễ bị tổn thương hoặc các nhóm dân cư mà nhu cầu sức khỏe của họ chưa được đáp ứng đầy đủ. Ví dụ: nhu cầu thông tin sức khỏe bằng ngôn ngữ H'Mông của nhóm dân tộc H'Mông; nhu cầu đảm bảo khẩu phần dinh dưỡng trong bữa ăn cho trẻ em suy dinh dưỡng, nhu cầu dịch vụ kế hoạch hóa gia đình cho các phụ nữ ở vùng sâu - xa...
- Xác định phạm vi, mức độ trầm trọng của vấn đề sức khỏe.
- Xác định nhóm đối tượng đích mà chương trình can thiệp cần tác động. Cụ thể ai là người chịu tác động nhiều nhất bởi vấn đề sức khỏe này. Ví dụ trẻ em với vấn đề suy dinh dưỡng, phụ nữ với vấn đề tai biến sau sinh...
- Xác định các yếu tố nguy cơ: hành vi cá nhân, yếu tố môi trường tự nhiên, kinh tế, xã hội, chính sách, luật pháp, tổ chức...
- Xác định các nguồn lực trong cộng đồng để lập kế hoạch thực hiện, can thiệp.
- Có cơ sở, bằng chứng để xây dựng mục tiêu can thiệp và các chiến lược /giải pháp can thiệp thích hợp.

2. CÁC DẠNG NHU CẦU

2.1. Nhu cầu chuẩn tắc (*normative need*): Được xác định bởi các chuyên gia. Nhu cầu này có thể được điều chỉnh dựa theo những khuyến nghị từ các nghiên cứu khoa học. Ví dụ: theo khuyến nghị của các nhà khoa học, trẻ 12-15 tháng tuổi cần được tiêm chủng nhắc lại vaccin Sởi.

2.2. Nhu cầu được biểu lộ (*expressed need*): Là các nhu cầu được xác định thông qua quan sát, nhận xét việc sử dụng các dịch vụ sức khỏe của người dân. Việc xác định cũng có thể dựa vào số liệu thống kê, danh sách khách hàng chờ ở các dịch vụ hoặc phỏng vấn những người cung cấp dịch vụ. Ví dụ: nhiều sản phụ đăng kí sinh tại phòng hộ sinh trung tâm chứng tỏ người dân đã thay đổi thói quen lựa chọn dịch vụ sinh tại các dịch vụ y tế cơ sở.

Tuy nhiên, có thể có các cách lí giải không nhất quán về nhu cầu được biểu lộ. Ví dụ, nhiều khách hàng chờ đợi tại một dịch vụ y tế có thể do nhu cầu của khách hàng tăng nhưng cũng có thể do dịch vụ quá chậm.

2.3. Nhu cầu cảm nhận (*felt need*): Là những gì người dân cho biết họ muốn có hoặc nghĩ rằng đó là những vấn đề cần được giải quyết. Những phương pháp chung để đánh giá loại nhu cầu này là điều tra tìm hiểu quan điểm, ý kiến của người dân, hoặc qua các buổi họp cộng đồng...

2.4. Nhu cầu so sánh (*comparative need*): Được xác định trên cơ sở xem xét dịch vụ đã cung cấp trong một khu vực cho một đối tượng cụ thể và sử dụng dịch vụ cơ bản

này để xác định một loạt các dịch vụ cho đối tượng tương tự trên một khu vực khác. Những người nhận được dịch vụ với những người không nhận được dịch vụ. Người không nhận được dịch vụ có thể được xác định như những người có nhu cầu. Ví dụ tại địa phương A, chương trình cung cấp nước sạch được thực hiện và người dân ở đây đã có nước sạch cho sinh hoạt. Trái lại địa phương B không có các hoạt động trên và đương nhiên nước sạch là một nhu cầu ở địa phương B.

3. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN ĐÁNH GIÁ NHU CẦU SỨC KHOẺ

Tiến hành đánh giá nhu cầu để có được bức tranh toàn diện về những vấn đề sức khỏe của cộng đồng, từ đó hướng dẫn lựa chọn những chương trình can thiệp phù hợp. Quá trình đánh giá nhu cầu có thể chia thành 2 giai đoạn chính theo mục đích thu thập số liệu trong từng giai đoạn..

3.1 Giai đoạn 1: Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Mục đích là thu thập số liệu và cân nhắc nhiều ý kiến để quyết định chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên. Phạm vi, mức độ của vấn đề cần được chỉ rõ với những chi tiết liên quan tới nhóm đối tượng đích. Giai đoạn này gồm bốn bước.

3.1.1. Bước 1: Trao đổi và bàn bạc với cộng đồng

Đầu tiên là tiếp cận, nói chuyện và bàn bạc với những người sống và làm việc trong cộng đồng để lấy thông tin liên quan mà họ cho là quan trọng. Những gì người dân quan tâm, những vấn đề sức khỏe nào họ cho rằng cần phải giải quyết? Đánh giá tình hình sức khỏe của cán bộ y tế địa phương. Đối tượng liên quan đến các vấn đề sức khỏe là ai? Tiếp cận các tổ chức, dịch vụ y tế khác; các ban ngành đoàn thể; mạng lưới cộng tác viên; các thầy thuốc tư nhân; các vị đứng đứng đầu cộng đồng; các giáo viên ... để thu thập thông tin, tìm hiểu, làm rõ các vấn đề liên quan. Các hình thức trao đổi có thể là các buổi họp cộng đồng, thảo luận nhóm trọng tâm hoặc phỏng vấn. Nói chuyện với các lãnh đạo hoặc các thành viên có trách nhiệm trong cộng đồng.

Ai sẽ là người mà bạn cần thảo luận hoặc phỏng vấn:

- Những người làm việc trong cộng đồng có hiểu biết hoặc có chuyên môn về những vấn đề sức khỏe cộng đồng. Ví dụ: các cán bộ y tế địa phương, nhân viên y tế thôn bản, các thầy thuốc tư nhân, người đại diện của các cơ quan, ban ngành; người đứng đầu cộng đồng (tổ trưởng dân phố, trưởng thôn, cha đạo...); các tình nguyện viên, giáo viên...
- Bàn bạc với cộng đồng để đưa ra đánh giá chung về các vấn đề sức khỏe đang tồn tại trong cộng đồng. Tuy nhiên quá trình thảo luận không phải lúc nào cũng luôn thành công. Những lí do có thể là một số người cung cấp thông tin có thể không chủ động tham gia vào quá trình; các kết quả thảo luận có thể bị lãng quên; thời gian hạn chế, địa điểm không thuận lợi làm cho các thông tin thu thập được nghèo nàn; có thể do người tham gia thảo luận không đại diện cho nhóm đối tượng đích. Cần chú ý rằng những người tham gia trao đổi có thể bày tỏ các quan điểm và kinh nghiệm khác nhau với các dạng nhu cầu

khác nhau. Vì vậy cần theo dõi một cách hệ thống trong khi trao đổi để định hướng tìm hiểu sâu thêm hoặc triển khai các bước tiếp theo.

3.1.2 Bước 2: Thu thập số liệu, thông tin

Số liệu, thông tin có từ nhiều nguồn khác nhau. Chúng gồm những thông tin chung về kinh tế, văn hóa, xã hội; thông tin liên quan đến sức khỏe, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tìm hiểu những thông tin này và có thể tìm hiểu thêm trên những đối tượng liên quan sẽ giúp chúng ta xác định các vấn đề sức khỏe, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên và xây dựng kế hoạch can thiệp.

Các số liệu, thông tin có liên quan đến vấn đề sức khỏe, cần thu thập thường là:

- Thông tin về dân số học như tuổi, giới, tình trạng gia đình.... Các thông tin này có thể thu thập qua các hồ sơ được lưu giữ ở cơ quan hành chính phường/xã, quận/huyện; cơ quan y tế các cấp
- Chỉ số về môi trường, kinh tế và xã hội như: học vấn, hôn nhân, nghề nghiệp, tình trạng thất nghiệp, nhà cửa, thu nhập, giao thông, các vùng cây xanh và vấn đề ô nhiễm môi trường....
- Tình trạng sức khỏe: tỉ lệ bệnh tật, tỉ lệ chết; bệnh dịch; các loại hình chấn thương; các nguyên nhân tử vong; bệnh tật theo lứa tuổi, giới tính, hoặc khu vực. Các số liệu này có thể thu được từ các cơ quan y tế các cấp.
- Khả năng đáp ứng của các dịch vụ sức khỏe và hiệu quả hoạt động của những dịch vụ này. Ví dụ: khoảng cách từ trạm y tế xã tới khu dân cư có thuận tiện cho dân không? Các dịch vụ y tế có thể phục vụ người dân bất kì thời gian nào trong ngày không? Đánh giá chất lượng của các dịch vụ bao gồm xem xét khả năng, trình độ của nhân viên y tế và chất lượng cơ sở hạ tầng, dụng cụ trang thiết bị...

Đánh giá nhu cầu sức khỏe cũng cần xem xét tới các chương trình chăm sóc sức khỏe đang tồn tại ở địa phương, kể cả chương trình quốc gia hay chương trình đang được các tổ chức phi chính phủ trợ giúp. Điều này nhằm huy động nguồn lực sẵn có và tạo nên mạng lưới hoạt động gồm các tổ chức có cùng chức năng.

Đánh giá khả năng của cộng đồng và nguồn lực trong kế hoạch chương trình sẽ chỉ ra sự cần thiết để nâng cao năng lực trong phát triển chương trình và thực hiện chương trình.

Sử dụng các số liệu sẵn có

Các số liệu sẵn có rất có ích trong việc xác định các vấn đề sức khỏe. Các số liệu này gồm những nhóm chính sau:

- Số liệu nhân khẩu học: dân số, tỉ lệ theo giới, lứa tuổi, nhóm dân tộc...
- Các chỉ số xã hội: trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng việc làm, thu nhập, tình trạng hôn nhân, các hỗ trợ xã hội...

- Các số liệu dịch tễ học: sự phân bố và các yếu tố tác động đến bệnh tật và chấn thương trong quần thể dân cư. Những số liệu này gồm: tỉ lệ mới mắc và hiện mắc, tỉ lệ tử vong, tỉ lệ tàn tật, nguyên nhân chết, tỉ lệ sinh; các yếu tố nguy cơ; tình trạng lạm dụng, bạo lực; nguồn lực phục vụ cho công tác y tế...

Nguồn cung cấp số liệu

Các số liệu này có thể lấy từ các hồ sơ được lưu trữ tại các cơ sở y tế, cơ quan chính quyền các cấp. Những người cung cấp thông tin chính tại cộng đồng, các tạp chí sức khỏe, các báo cáo tổng kết cũng chính là những nguồn thông tin cần tiếp cận. Tuy nhiên, khi sử dụng các thông tin có sẵn cần xem xét số liệu đó đã đủ chưa? Những thông tin gì cần thu thập thêm? Độ tin cậy của các thông tin thu thập được ra sao?

3.1.3. Bước 3: Giới thiệu kết quả thu được

- Những người đóng góp thông tin và ý kiến cho dự án của chúng ta nên được mời đến để nghe thông báo về những kết quả thu được. Bạn cũng nên mời các cá nhân, tổ chức, những người đóng vai trò tiềm năng trong việc hướng dẫn, phối hợp, trợ giúp khi thực hiện chương trình.
- Sự có mặt và những đóng góp của các thành viên đại diện cho cộng đồng sẽ góp phần khẳng định chương trình thực sự vì lợi ích của cộng đồng.
- Khi giới thiệu kết quả, nên trình bày rõ ràng, đơn giản, dễ hiểu để cho người nghe tiếp thu và có thể rút ra các ý kiến nhận xét, góp ý.

3.1.4. Bước 4: Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Với nguồn lực hạn chế, chương trình không thể thiết kế tất cả các can thiệp để giải quyết tất cả các nhu cầu đã được xác định ở trên. Vì vậy cần xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên là gì. Việc lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên có thể xem xét, cân nhắc theo các tiêu chí sau:

- Mức độ phổ biến: dựa vào các chỉ số mới mắc và chỉ số hiện mắc hoặc vấn đề có ảnh hưởng tới số đông dân cư.
- Mức độ trầm trọng: vấn đề sức khỏe gây nguy hại cho cá nhân, nhóm, cộng đồng như thế nào? Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tuổi thọ hay thiệt hại kinh tế ra sao. Mức độ này thường biểu hiện ở tỉ lệ chết, tỉ lệ tàn tật, mức độ thiệt hại...
- Hiệu quả can thiệp: có thể thay đổi, cải thiện vấn đề bằng các can thiệp hay không; chúng ta có những chuyên gia thực hiện can thiệp hay không. Ví dụ các hành vi dùng chung bơm kim tiêm là một trong những nguyên nhân gây lan truyền HIV. Hành vi này có thể thay đổi bằng các can thiệp như giáo dục nâng cao nhận thức về nguy cơ của dùng chung bơm kim tiêm, hoặc chương trình trao đổi bơm kim tiêm có thể giảm tỉ lệ dùng chung bơm tiêm trong nhóm người tiêm chích ma túy. Ngược lại, các biện pháp buộc những người này ngừng thuốc một cách đột ngột thường không khả thi trong thời gian

ngắn, hoặc nếu không có những chuyên gia tư vấn thì hiệu quả thay đổi hành vi cũng rất thấp.

- Mức độ quan tâm của cộng đồng: vấn đề có tác động đến cộng đồng như thế nào; người dân có sẵn sàng, tự nguyện tham gia hay không; các hỗ trợ xã hội như thế nào.

Có nhiều cách xác định và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên như: cho điểm theo sáu tiêu chí (mức độ phổ biến; mức độ trầm trọng; ảnh hưởng đến nhóm đối tượng khó khăn; đã có cách giải quyết; khả năng kinh phí; tham gia của cộng đồng) hoặc tính theo thang điểm ưu tiên (mức độ phổ biến, trầm trọng và hiệu quả của can thiệp) mà WHO đã khuyến cáo áp dụng. Cách xác định vấn đề sức khỏe, chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên đã được trình bày kỹ lưỡng trong môn học quản lý hệ thống y tế.

3.2. Giai đoạn 2: Phân tích vấn đề sức khỏe ưu tiên

Vấn đề sức khỏe ưu tiên và nhóm ưu tiên đã được xác định ở giai đoạn 1. Giai đoạn tiếp theo chúng ta sẽ phân tích vấn đề sức khỏe ưu tiên để hướng tới xác định các can thiệp của chương trình. Trước khi lập kế hoạch can thiệp chúng ta cần phải hiểu rõ các yếu tố ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe và phải xác định có cần thu thập thêm thông tin gì không.

3.2.1. Bước 5: Nghiên cứu tổng quan tài liệu

Tổng hợp và xem xét kỹ lưỡng các kết quả nghiên cứu có liên quan đến vấn đề đã công bố để hiểu rõ các yếu tố quyết định, các yếu tố nguy cơ trực tiếp, gián tiếp của vấn đề sức khỏe chúng ta đang quan tâm. Điểm lại các báo cáo về những kiểu can thiệp đã được thử nghiệm, tiến hành và tỉ lệ thành công, đồng thời xem xét những cản trở, những tồn tại cần tiếp tục giải quyết. Điều này sẽ giúp chúng ta thiết kế can thiệp phù hợp để giải quyết vấn đề sức khỏe hiệu quả. Sau khi nghiên cứu tổng quan tài liệu chúng ta có thể xác định những thông tin liên quan cần thu thập thêm.

3.2.2. Bước 6: Mô tả nhóm đối tượng đích

Chúng ta cần phải mô tả một cách chi tiết đối tượng đích của can thiệp. Những chỉ số liên quan gồm các đặc điểm nhân khẩu học, các chỉ số xã hội như: tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, học vấn, nghề nghiệp, nơi cư trú... Các thông tin chi tiết về nhóm đích sẽ là căn cứ để xây dựng kế hoạch can thiệp. Một lí do khác nữa là dựa trên những thông tin này, những người làm NCSK ở khu vực khác có thể so sánh, cân nhắc để ra quyết định về những can thiệp của họ.

3.2.3. Bước 7: Phân tích vấn đề sức khỏe

Chúng ta sẽ tìm hiểu, xác định một loạt thông tin theo các nhóm yếu tố liên quan, điều này giúp chúng ta định hướng phạm vi, mức độ và kiểu can thiệp. Bảng 9 sẽ giúp chúng ta phân tích nhiều yếu tố liên quan đến vấn đề sức khỏe.

Bảng 9. Khung phân tích các yếu tố liên quan đến vấn đề sức khỏe

Yếu tố	Ví dụ
Cá nhân	Kiến thức; thái độ; niềm tin; giá trị xã hội; tính tự trọng; sự tự chủ; hành vi cá nhân
Xã hội	Những hình mẫu; hỗ trợ xã hội; những mong muốn; chuẩn mực văn hóa
Môi trường	Môi trường tự nhiên; ô nhiễm; nhà ở; vấn đề giao thông; nguồn nước sử dụng
Dịch vụ y tế	Tính sẵn có; khả năng tiếp cận; tính nhạy cảm /khả năng chấp nhận của đối tượng đích
Tài chính	Chi phí cho dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe; cơ chế khuyến khích tài chính cho công tác phòng bệnh
Chính trị	Những cơ hội cho sự tham gia vào quá trình ra quyết định, hoạch định chính sách; các chính sách y tế và sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe.
Luật pháp	Những qui định về an toàn nơi làm việc, lao động; an toàn vệ sinh thực phẩm; luật bảo vệ môi trường; qui định liên quan đến quá trình tiếp xúc những vật liệu độc hại.

(Hawe P, Degeling D, Hall J, (2003). *Evaluating Health Promotion*)

3.2.4. Bước 8: Phân tích các yếu tố ảnh hưởng (nguy cơ gián tiếp) đến vấn đề sức khỏe

Trong bước này chúng ta tiếp tục phân tích sâu hơn các yếu tố ảnh hưởng, các yếu tố được coi là gián tiếp góp phần gây ra vấn đề sức khỏe. Đây là những yếu tố như: thiếu điều kiện học hành; khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế; không có khả năng chi trả phí dịch vụ, thiếu sự trợ giúp xã hội...

Ví dụ: Vấn đề có thai ở đối tượng vị thành niên. Những yếu tố gián tiếp gây ra có thể là:

- Không sử dụng phương tiện tránh thai
- Thiếu kiến thức về sử dụng phương tiện tránh thai
- Khó khăn trong việc mua phương tiện tránh thai
- Giá phương tiện tránh thai cao
- Tính tự trọng thấp
- Cảm nhận tiêu cực khi sử dụng phương tiện tránh thai
- Thỏa mãn nhu cầu cá nhân về việc có một đứa con để chăm sóc, nuôi nấng

Chúng ta cũng cần sắp xếp những yếu tố này theo trình tự logic của những nguyên nhân gây ra vấn đề, điều này có thể giúp chúng ta phân loại các nguyên nhân. Đầu tiên chúng ta xác định các yếu tố được gọi là các dấu hiệu chỉ điểm (risk marker). Các yếu tố này biểu thị nơi xảy ra vấn đề, nhóm đối tượng thường mắc. Những yếu tố

này thường không trực tiếp gây ra vấn đề. Theo ví dụ trên, yếu tố chỉ điểm của vấn đề trẻ vị thành niên có thai là: thiếu nữ tuổi 14-17; thuộc nhóm có đời sống kinh tế - xã hội khó khăn.

Tiếp theo chúng ta xếp các yếu tố nguy cơ theo trình tự. Điều này góp phần giải thích vì sao xảy ra vấn đề. Trong ví dụ trên yếu tố nguy cơ là quan hệ tình dục nhưng không sử dụng biện pháp tránh thai.

Bước thứ ba chúng ta xem xét các yếu tố gián tiếp, góp phần gây ra vấn đề. Đây chính là những yếu tố dẫn đến các yếu tố nguy cơ. Ví dụ các yếu tố góp phần gây ra quan hệ tình dục nhưng không sử dụng biện pháp tránh thai là: thiếu hiểu biết, chi phí cho phương tiện tránh thai, những khó khăn khi đi mua, thái độ về sử dụng phương tiện tránh thai, muốn trở thành người mẹ...

Nhiệm vụ tiếp theo là chúng ta sắp xếp những yếu tố này vào ba nhóm chính: những yếu tố tiền đề, những yếu tố tạo điều kiện thuận lợi và những yếu tố củng cố /tăng cường (đã đề cập chi tiết trong bài 2). Vì sao nên sắp xếp theo ba nhóm yếu tố như vậy? Bởi vì trong khi lập kế hoạch can thiệp chúng ta thấy rằng thật khó có được sự thay đổi và duy trì hành vi mong muốn nếu chúng ta không tác động vào cả ba nhóm yếu tố này. Việc phân nhóm nguyên nhân rõ ràng sẽ giúp cho can thiệp có tính toàn diện và hiệu quả.

Ví dụ: Vấn đề có thai ở đối tượng vị thành niên.

Yếu tố nguy cơ: quan hệ tình dục nhưng không sử dụng biện pháp tránh thai.

Các yếu tố gián tiếp /góp phần:

- Nhóm yếu tố tiền đề: kiến thức, thái độ về phương tiện tránh thai
- Nhóm yếu tố tạo điều kiện thuận lợi: phương tiện tránh thai có giá cao; dịch vụ cung cấp /bán phương tiện tránh thai không thuận tiện
- Nhóm yếu tố củng cố /tăng cường: giá trị, niềm tin về sự có thai ở lứa tuổi này; vấn đề tài chính ở những bà mẹ trẻ độc thân

Cuối cùng chúng ta cần xem xét, lựa chọn các cơ quan, tổ chức, cộng đồng có liên quan đến việc tham gia lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch như thế nào.

3.2.5. Bước 9: Xem xét lại và tăng cường các nguồn lực cộng đồng

Thực tế có nhiều địa phương đã sẵn sàng chuẩn bị và triển khai hành động để giải quyết các nhu cầu sức khỏe của họ. Tại những địa phương mà chúng ta triển khai một kế hoạch can thiệp mới, chúng ta nên tìm hiểu rõ những nguồn lực hiện có, những chương trình đang triển khai. Các chương trình can thiệp sức khỏe nên có sự tham gia, phối hợp chặt chẽ với các thành viên cộng đồng. Như vậy bên cạnh việc xác định nhu cầu sức khỏe, chúng ta nên tìm hiểu một cách cẩn thận năng lực và sức mạnh của cộng đồng. Điều này thể hiện thông qua những kiến thức, kỹ năng chuyên môn, những bài học thành công của những chương trình đã thực hiện. Cũng cần tìm hiểu sự ủng hộ, sự tham gia của các cá nhân, tổ chức thuộc những nhóm đích của chương trình can thiệp.

Như vậy cuối phần đánh giá nhu cầu chúng ta cần có:

- Một vấn đề sức khỏe ưu tiên được nhất trí cao
- Chỉ rõ phạm vi, mức độ của vấn đề sức khỏe
- Xác định được nhóm đích với những đặc điểm có thể xác định rõ ràng
- Một loạt các yếu tố nguy cơ và các yếu tố gián tiếp góp phần được xếp theo nhóm yếu tố tiền đề, tạo điều kiện thuận lợi và tăng cường
- Chỉ ra những nguồn lực cộng đồng có thể tham gia vào quá trình can thiệp
- Cam kết từ cộng đồng, từ người thực hiện chương trình để có được kết quả mong muốn.

4. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP THÔNG TIN

Có nhiều cách để thu thập thông tin khác nhau như tìm hiểu lấy số liệu có sẵn trong hồ sơ, sổ sách lưu trữ; phỏng vấn sâu những người cung cấp thông tin chính; phỏng vấn hàng loạt đối tượng dựa vào bảng câu hỏi chuẩn bị sẵn; quan sát, ghi chép dựa vào các bảng kiểm. Các phương pháp này sẽ được trình bày chi tiết trong môn học Nhân học y tế và Nghiên cứu sức khỏe cộng đồng, trong phần này chỉ trình bày khái quát.

4.1. Phương pháp định tính

Quan sát: Là phương pháp thu thập thông tin bằng cách theo dõi và phân tích hiện tượng. Ví dụ trước vấn đề suy dinh dưỡng trẻ em ở một xã, chúng ta cần tìm hiểu nguồn thực phẩm được cung cấp, vì thế chợ nên là nơi ưu tiên cho quan sát. Cần xác định thời điểm tốt nhất cho quan sát, nếu không sẽ có thể cho cảm nhận không đúng về hiện tượng. Ví dụ nếu quan sát hiện tượng ùn tắc giao thông ngoài giờ cao điểm sẽ không cho bức tranh thật về hiện tượng ùn tắc giao thông trong thành phố. Có thể trao đổi ý kiến với những người quan sát khác trên cùng một đối tượng quan sát để có nhận xét hợp lí. Có thể mời một số thành viên cùng quan sát những hiện tượng diễn ra trong cộng đồng của họ, giúp cộng đồng hiểu rõ hơn về vấn đề mà họ đang đối mặt.

Phỏng vấn: Phỏng vấn là cuộc đối thoại có mục đích và được chuẩn bị trước nhằm thu thập những thông tin liên quan, cần thiết đối với chủ đề nào đó, đặc biệt là các chủ đề có tính nhạy cảm. Người phỏng vấn chuẩn bị và đặt câu hỏi rồi ghi nhận những thông tin phản hồi từ người đối thoại với mình. Trong quá trình phỏng vấn, có thể khai thác, tìm hiểu thêm một số thông tin và kiểm tra lại một số thông tin chưa rõ ràng. Cần quan sát những biểu hiện của người trả lời, các yếu tố của môi trường phỏng vấn có thể làm ảnh hưởng tới kết quả của cuộc phỏng vấn để điều chỉnh. Kỹ năng, phong cách của người phỏng vấn là yếu tố quan trọng giúp cuộc phỏng vấn đạt hiệu quả.

Thảo luận nhóm trọng tâm. Thảo luận nhóm đối tượng có cùng một số đặc điểm nhằm trao đổi, bàn luận và lấy ý kiến về một chủ đề quan tâm. Ví dụ thảo luận nhóm phụ nữ về chủ đề giảm sự chấp nhận hút thuốc lá nơi công cộng, công sở và tại nhà ... Thảo luận nhóm cho phép mọi người tự do nói ra các ý kiến của họ về vấn đề đặt ra, từ đó ta có thể rút ra những gợi ý, những chủ điểm cần tìm hiểu, nghiên cứu kĩ lưỡng hơn.

Đây là phương pháp đơn giản để thu thập thông tin của nhóm đối tượng đích. Tuy nhiên không cho phép ta xác định được phạm vi, tầm cỡ của vấn đề. Các phương pháp định tính còn sử dụng để làm rõ hơn các kết quả định lượng. Thông tin định tính sẽ giúp hiểu rõ hơn các yếu tố góp phần, các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân của vấn đề sức khỏe.

4.2. Phương pháp định lượng

- Điều tra trên một mẫu quần thể nhất định bằng bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn.
- Tổng hợp các số liệu thống kê về dân số học, dịch tễ học, các trường hợp mới mắc, hiện mắc
- Kết quả định lượng cho phép ước lượng phạm vi, mức độ của vấn đề; mô tả, ước lượng mức độ liên quan giữa các yếu tố phơi nhiễm và nguy cơ. Ví dụ số liệu điều tra cho thấy tỉ lệ ung thư phổi cao ở nhóm người nghiện hút thuốc lá và mối liên quan giữa hút thuốc lá và ung thư phổi rất chặt chẽ hoặc hành vi hút thuốc lá là nguy cơ của ung thư phổi.

Trong thực tế, tùy thuộc câu hỏi nghiên cứu cần trả lời, thiết kế nghiên cứu có thể là định tính, định lượng hoặc kết hợp cả định tính và định lượng. Kết quả định tính thu được có thể là gợi ý cho một nghiên cứu định lượng hoặc tìm hiểu sâu hơn về một vấn đề mà kết quả định lượng chưa thể hiện được.

BÀI TẬP THỰC HÀNH

- Các nghiên cứu trước đây cho thấy yếu tố góp phần, gián tiếp của vấn đề có thai ở nữ vị thành niên là do thiếu kiến thức về phòng tránh thai và định kiến xã hội với vấn đề này. Hãy xác định nhóm đối tượng ưu tiên cần tìm hiểu? Thông tin nào cần thu thập thêm?
- Giả sử yếu tố nguy cơ là không đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy. Hãy xác định các yếu tố góp phần dẫn đến nguy cơ này và sắp xếp theo các nhóm yếu tố tiên đề, tạo điều kiện thuận lợi và tăng cường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daniel S., Nelly E., Jose C., (1999). *Participatory Rural Appraisal and Planning*, International Institute of Rural Reconstruction.
2. Bartholomew L.K., Parcel G.S., Kok G., Gottlieb N.H., (2000). *Intervention Mapping- Designing Theory and Evidence- Based Health Promotion Programs*, London, Toronto.
3. Hawe P., Degeling D., Hall J., (2003). *Evaluating Health Promotion*, MacLennan, Australia, p: 16-40.

LẬP KẾ HOẠCH CHƯƠNG TRÌNH NÂNG CAO SỨC KHOẺ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm về mục đích, mục tiêu và chiến lược.
2. Trình bày được các tiêu chuẩn của mục tiêu và các loại mục tiêu.
3. Xây dựng được các mục tiêu, chiến lược cho một chương trình NCSK.
4. Lập được bản kế hoạch hành động cho chương trình NCSK.

NỘI DUNG

Sau khi đánh giá nhu cầu, xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên và các yếu tố nguy cơ, bước tiếp theo chúng ta phải thực hiện là xác định mục đích, mục tiêu và chiến lược hay giải pháp giải quyết vấn đề, rồi lập kế hoạch hành động để triển khai thực hiện chương trình GDSK đơn thuần hoặc chương trình NCSK. Đây là công việc quan trọng giúp định hướng và thực hiện chương trình hiệu quả, và cũng là cơ sở cho việc theo dõi và đánh giá chương trình.

1. KHÁI NIỆM VỀ MỤC ĐÍCH, MỤC TIÊU

1.1. Mục đích

Theo Từ điển tiếng Việt thì mục đích là *cái đích đặt ra để hướng tới*. Mục đích thường là một tuyên bố chung về những gì mà một chương trình cố gắng đạt được. Mục đích có tính đại cương, bao hàm mọi khía cạnh của chương trình và thường khó có thể đo lường chính xác. Để đạt được mục đích cần phải thực hiện và đạt được nhiều mục tiêu và thường mất một thời gian dài. Mục đích của chương trình thường gồm hai thành phần quan trọng là những kết quả mong muốn cuối cùng cho các đối tượng có liên quan.

Trong những chương trình sức khỏe, mục đích thường là những mong muốn về sự cải thiện tình trạng sức khỏe cho nhóm ưu tiên hoặc nhóm đối tượng đích. Mục đích nhằm giải quyết, thay đổi vấn đề sức khỏe đã được phân tích ở bước đánh giá nhu cầu theo hướng tích cực.

Ví dụ: Vấn đề sức khỏe là: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi là 35% tại tỉnh miền núi X vào năm 2005. Chương trình Phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em được thiết kế với mục đích là giảm tối đa tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe trẻ em của tỉnh..

1.2. Mục tiêu

Mục tiêu là điều chương trình can thiệp mong muốn đạt được trong một thời gian xác định nào đó. Mục tiêu thường được diễn tả cụ thể hơn mục đích và được ví như

chiếc cầu nối giữa những nhu cầu sức khỏe và kế hoạch can thiệp. Mục tiêu thường nhằm giải quyết các yếu tố nguy cơ đã được xác định ở bước đánh giá nhu cầu. Ví dụ: yếu tố nguy cơ của ung thư phổi là hành vi hút thuốc lá, vì thế mục tiêu của chương trình "Phòng ngừa ung thư phổi" là để giảm tỉ lệ người hút thuốc. Mục tiêu thường đạt được trước mục đích. Khác với mục đích có tính khái quát, mục tiêu có tính cụ thể, đặc thù; thể hiện mức độ có thể đo lường được. Mục tiêu diễn tả những thay đổi trong nhóm ưu tiên mà chương trình mong muốn đạt được sau khi chương trình kết thúc.

Ví dụ: Mục tiêu: giảm tỉ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi từ 30% hiện nay xuống còn 20% vào năm 2010 tại tỉnh X.

Đối với các chương trình GDSK thì các mục tiêu GDSK cụ thể chính là những mục tiêu thay đổi về kiến thức, thái độ, hành vi không lành mạnh của nhóm đối tượng đích sau khi chương trình hoàn thành.

Ví dụ: Kiến thức, thái độ, thực hành về nuôi dưỡng con của các bà mẹ là các yếu tố chính ảnh hưởng tới tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em, vậy mục tiêu GDSK của chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em là:

- Sau 6 tháng thực hiện chương trình GDSK phòng chống Suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, 95% bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại tỉnh Y chuẩn bị được bữa ăn đúng khẩu phần dinh dưỡng.
- Trong vòng 12 tháng thực hiện chương trình, 90% các bà mẹ có con ở thời kỳ ăn dặm tại xã A, huyện B, tỉnh C sử dụng ô vuông thức ăn để cung cấp thức ăn hàng ngày cho trẻ đúng thành phần dinh dưỡng.

Một mục tiêu GDSK có thể chỉ nhằm làm thay đổi nhận thức, thái độ, kĩ năng hoặc thay đổi cả ba mặt đó, ví dụ:

- Đến cuối tháng 6 năm 2005, tất cả bà mẹ trong xã A đều được tâm quan trọng và sự cần thiết phải tiêm chủng đủ loại vaccin cho trẻ dưới 1 tuổi theo đúng lịch quy định.
- Đến hết quý I năm 2005, tất cả các bà mẹ biết cách pha ORESOL cho con uống khi con bị tiêu chảy.
- Trong năm học 2005-2006, 100% học sinh trong trường phổ thông trung học A không hút thuốc lá.

1.3. Tại sao phải xây dựng mục tiêu trong giáo dục sức khỏe?

- Mục tiêu là mốc để định hướng các hoạt động của chương trình phải thực hiện để đạt được. Xây dựng mục tiêu là một bước quan trọng của lập kế hoạch.
- Mục tiêu rõ ràng giúp người quản lí, điều hành thực hiện chương trình xác định và cân đối nguồn lực tương xứng. Mục tiêu là cơ sở để lựa chọn các chiến lược, giải pháp thực hiện, và cho phép chúng ta giám sát và đánh giá quy trình cũng như hiệu quả của chương trình.

- Mặt khác, các nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe nói chung luôn có hạn, vì thế cũng phải cân nhắc xây dựng mục tiêu hợp lí dựa trên cơ sở nguồn lực để tăng tính khả thi và hiệu quả của chương trình.
- Trong quá trình thực hiện chương trình thì mục tiêu định hướng việc điều hành, theo dõi và giám sát các hoạt động và có thể điều chỉnh các hoạt động cho thích hợp. Việc đặt ra mục tiêu cụ thể sẽ kích thích và động viên những người thực hiện chương trình phấn đấu thực hiện đạt được mục tiêu về thời gian, số lượng và chất lượng.
- Mục tiêu là cơ sở để đặt ra các chỉ số đánh giá kết quả của chương trình. Để biết chương trình thành công hay thất bại phải so sánh kết quả đạt được với mục tiêu đã đề ra. Không có mục tiêu cũng sẽ không đánh giá được các mức độ đạt được của chương trình.

1.4. Tương quan giữa xây dựng mục đích, mục tiêu của chương trình với đánh giá nhu cầu

Mục đích chương trình sẽ nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe đã được xác định trong giai đoạn đánh giá nhu cầu. Mục tiêu chương trình sẽ nhằm giải quyết các yếu tố nguy cơ trực tiếp của vấn đề sức khỏe.. Mục tiêu cụ thể sẽ nhằm giải quyết các yếu tố ảnh hưởng đến, dẫn đến yếu tố nguy cơ trực tiếp, ví dụ: thiếu kiến thức, thiếu niềm tin...

Một số ví dụ sau đây minh họa mối liên quan giữa mục đích, mục tiêu, mục tiêu cụ thể với việc phân tích vấn đề sức khỏe.

Bảng 10. Ví dụ về tiếp xúc với tia tử ngoại ở trẻ em

Vấn đề sức khỏe	Trẻ em trong trường học tiếp xúc với tia tử ngoại quá mức	Mục đích	Giảm mức độ tiếp xúc với ánh nắng mặt trời ở học sinh trong trường
Yếu tố nguy cơ (trực tiếp)	Trẻ không đội mũ khi ra nắng	Mục tiêu	Tăng tỉ lệ trẻ đội mũ khi ra nắng
Những yếu tố góp phần (gián tiếp)	Trẻ không thích đội mũ (<i>yếu tố tiền đề</i>)	Mục tiêu cụ thể 1	Tăng tỉ lệ trẻ thích đội mũ
	Nhà trường không cung cấp mũ cho trẻ (<i>yếu tố tạo điều kiện thuận lợi</i>)	Mục tiêu cụ thể 2	Cung cấp mũ miễn phí cho học sinh
	Mũ không phải là phần thuộc trang phục bắt buộc trong trường (<i>yếu tố tăng cường /củng cố</i>)	Mục tiêu cụ thể 3	Bắt buộc học sinh phải đội mũ khi ra nắng

Bảng 11. Ví dụ về chấn thương do tai nạn giao thông

Vấn đề sức khỏe	Chấn thương do tai nạn xe máy tăng	Mục đích	Giảm tỉ lệ chấn thương do tai nạn xe máy
Yếu tố nguy cơ (trực tiếp)	Người điều khiển xe máy không chấp hành đúng các quy định về an toàn giao thông	Mục tiêu	Tăng tỉ lệ người điều khiển xe máy chấp hành nghiêm luật giao thông
Những yếu tố góp phần (gián tiếp)	Người điều khiển xe máy chưa qua đào tạo kĩ năng lái xe và luật giao thông	Mục tiêu cụ thể 1	100% người điều khiển xe máy có giấy phép lái xe.
	Không đội mũ bảo hiểm khi đi xe máy	Mục tiêu cụ thể 2	90% người điều khiển xe máy đội mũ bảo hiểm

1.5. Các bước viết mục tiêu

Căn cứ vào các thông tin đã có và khả năng nguồn lực bao gồm cả thời gian để xây dựng mục tiêu cho các chương trình NCSK cụ thể. Khi xây dựng mục tiêu cần tham khảo ý kiến của cộng đồng và các đối tác, các cơ quan phối hợp để có thể huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng vào chương trình và để tăng sức mạnh, tăng tính khả thi của chương trình. Xây dựng mục tiêu cần qua ba bước sau:

1.5.1. Bước 1: Liệt kê ra các mục tiêu dự định

Sau khi xác định mục đích của chương trình là nhằm để thay đổi, giải quyết vấn đề sức khỏe, dựa theo các yếu tố nguy cơ trực tiếp, các yếu tố góp phần (nguy cơ gián tiếp) đã được phân loại trong phần trước, chúng ta liệt kê hàng loạt các yếu tố tương ứng với từng nhóm. Những yếu tố này có thể là kết quả của quá trình phân tích vấn đề trong phần đánh giá nhu cầu hoặc từ các nghiên cứu khác. Từ đó chúng ta có những tuyên bố về những mục tiêu tương ứng. Chúng ta có thể minh họa bước này qua ví dụ về chấn thương do tai nạn giao thông như sau:

Bảng 12. Viết mục tiêu cho chương trình phòng ngừa tai nạn giao thông

Vấn đề sức khỏe: Chấn thương do tai nạn xe máy tăng

Mục đích: Giảm tỉ lệ chấn thương do tai nạn xe máy

Yếu tố nguy cơ (trực tiếp)	Mục tiêu
Người điều khiển xe máy không chấp hành đúng các quy định về an toàn giao thông	Tăng tỉ lệ người điều khiển xe máy chấp hành nghiêm luật giao thông
Chất lượng đường kém	Cải thiện chất lượng đường
Chất lượng đèn chiếu sáng, hệ thống chỉ dẫn kém	Cải thiện chất lượng hệ thống chiếu sáng, hệ thống chỉ dẫn
Mật độ phương tiện tham gia giao thông quá lớn	Giảm mật độ phương tiện tham gia

Những yếu tố góp phần (gián tiếp)	Mục tiêu cụ thể
Người điều khiển xe máy chưa qua đào tạo kỹ năng lái xe và luật giao thông Hệ thống giám sát, xử phạt chưa nghiêm Không sử dụng phương tiện bảo hiểm như: mũ bảo hiểm (xe máy), cài dây an toàn (xe ô tô)	100% người điều khiển xe máy có giấy phép lái xe. 100% các trường hợp vi phạm được xử phạt nghiêm Tăng x % người sử dụng xe máy đội mũ bảo hiểm; y% người lái ô tô và hành khách đeo dây an toàn
Thiếu tu bổ, nâng cấp đường Thiếu kinh phí bảo dưỡng Thiếu nhân lực, phương tiện duy trì chất lượng Thiếu tính phối hợp, đồng bộ của các cơ quan chức năng (giao thông, cảnh sát) Phân luồng phương tiện giao thông kém	Tăng x % kinh phí nâng cấp, bảo dưỡng đường Tăng y % nhân lực và phương tiện duy trì bảo dưỡng chất lượng đường Phối hợp đồng bộ các ngành cảnh sát và giao thông trong quản lý hệ thống chỉ dẫn, ánh sáng Phân luồng giao thông ở tất cả những địa điểm cần thiết.

Cần chú ý trả lời các câu hỏi:

- Ai sẽ là đối tượng ưu tiên mà chương trình tác động?
- Đối tượng đích cần làm gì để có hành vi lành mạnh?
- Yếu tố môi trường, xã hội nào cần tác động để tạo điều kiện thay đổi hành vi?
- Cần khoảng thời gian là bao lâu để đối tượng đích có sự thay đổi.
- Chương trình mong muốn đối tượng đích thay đổi hành vi đến mức độ nào?

Việc định ra mức độ thích hợp và khả thi cho thay đổi hành vi và cải thiện sức khỏe của đối tượng đích đòi hỏi các nhà lập kế hoạch phải xem lại mục tiêu của các chương trình quốc gia, nghiên cứu các tài liệu, báo cáo hiện có, tính đến các nguồn lực có thể huy động cho chương trình, bao gồm nguồn lực từ ngành y tế, từ cộng đồng và các tổ chức khác.

1.5.2. Bước 2: Xem xét lại các mục tiêu đã được liệt kê

Có thể nhiều mục tiêu được nêu ra, tuy nhiên cùng một lúc thường không thể giải quyết được mọi việc. Vì vậy chúng ta xem xét lại và lựa chọn các mục tiêu có thể giải quyết dựa vào những nguồn lực và thời gian hiện có nhằm cải thiện hành vi cá nhân, môi trường, các yếu tố có ảnh hưởng tới vấn đề sức khỏe đã được đề cập ở phần đánh giá nhu cầu và tổng quan tài liệu. Sau đó lược bỏ bớt các mục tiêu chưa giải quyết được.

1.5.3. Bước 3: Chọn ra các mục tiêu có tính khả thi và điều chỉnh lại nếu cần

Chọn ra các mục tiêu chủ yếu phù hợp với thời gian, nguồn lực và phải đáp ứng việc giải quyết các yếu tố nguy cơ đã được xác định ở bước đánh giá nhu cầu và tổng

quan tài liệu. Sau khi xây dựng mục tiêu, chúng ta tiếp tục phải đưa ra các chiến lược và lập kế hoạch các hoạt động cụ thể của chương trình nhằm đạt mục tiêu.

2. CÁC YÊU CẦU CỦA MỤC TIÊU

Mục tiêu cần đạt được các yêu cầu sau:

2.1. Đặc thù, cụ thể

Mục tiêu phải đề cập một vấn đề cụ thể, liên quan đến một đối tượng đích cụ thể tại một địa điểm xác định. Ví dụ: cải thiện kiến thức của các bà mẹ về nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ để giảm tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em; tăng tỉ lệ người dân có kiến thức và thực hành đúng để phòng bệnh cúm do virus H₅N₁.

2.2. Đo lường được

Mục tiêu cần nêu rõ mức độ thay đổi, có thể so sánh được với mức ban đầu để thấy kết quả đạt được, có thể đánh giá được hiệu quả của chương trình. Sự thành công của chương trình có thể đánh giá về số lượng, chất lượng và thời gian. Thước đo mức độ đạt được có thể là một số lượng cụ thể, là tỉ lệ phần trăm, hoặc bằng mức độ định tính như: tốt, khá, trung bình, kém (có tiêu chuẩn đánh giá cho từng mức độ cụ thể).

2.3. Có thể đạt được hay khả thi

Mục tiêu đặt ra phải có khả năng đạt được, tức là có tính khả thi, phù hợp với các điều kiện, nguồn lực hiện có để thực hiện chương trình. Đối với các chương trình GDSK hoặc NCSK, khi đặt mục tiêu thay đổi hành vi cá nhân chúng ta cần cân nhắc hành vi đó có dễ thay đổi hay không trong một khoảng thời gian nhất định. Tính khả thi của mục tiêu rất quan trọng. Để đảm bảo khả năng thực thi thì cần phân tích kĩ lưỡng nguyên nhân của hành vi sức khỏe, các nguồn lực có sẵn và các nguồn lực có thể huy động để thực hiện chương trình.

2.4. Thích hợp

Mục tiêu phải phù hợp với các vấn đề sức khỏe đã được phân tích ở bước đánh giá nhu cầu. Các mục tiêu NCSK thường là nhằm thay đổi các hành vi nguy cơ liên quan tới vấn đề sức khỏe. Ví dụ: hành vi tình dục không an toàn ở nhóm thanh niên là hành vi nguy cơ của các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs), như vậy mục tiêu của chương trình phòng chống STDs, HIV/AIDS có thể là: *"đến tháng 12/2005, 90% thanh niên có hành vi tình dục an toàn...."*

2.5. Xác định về thời gian

Chúng ta mong muốn vấn đề được cải thiện vào một thời điểm nhất định, vì thế mục tiêu chương trình, các hoạt động cụ thể đều phải xác định những khoảng thời gian tương ứng, phải có những mốc thời gian xác định để hoàn thành. Thời gian cụ thể còn giúp chúng ta tính toán, cân đối nguồn lực thực hiện. Thời gian xác định còn giúp ta có kế hoạch đánh giá kết quả, hiệu quả của chương trình. Nếu không xác định đúng thời

gian cần thiết để đạt mục tiêu thì sẽ không thúc đẩy được cố gắng để đạt được mục tiêu và có thể gây lãng phí nguồn lực và thời gian. Hơn nữa khoảng thời gian từ khi bắt đầu chương trình đến khi kết thúc phải đủ để đạt được các thay đổi mong đợi. Ví dụ: Sau 12 tháng từ khi bắt đầu chương trình tiêm chủng, 95% bà mẹ có con dưới 5 tuổi đưa con đi tiêm đủ các loại Vaccin phòng bệnh và đúng lịch tại xã X, huyện Y.

Để dễ nhớ, các yếu tố cần đạt được của mục tiêu bạn có thể nhớ chữ viết tắt của các yếu tố trên: 2Đ-3T (Đặc thù, Đạt được, Thực thi (khả thi), Thích hợp và Thời gian, hoặc chữ SMART của tiếng Anh (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound).

Xây dựng mục tiêu cho chương trình GDSK hoặc NCSK là rất quan trọng. Mục tiêu định hướng cho mọi chiến lược và hoạt động của chương trình. Để xây dựng được mục tiêu phải phân tích kỹ các thông tin cơ bản ban đầu và các yếu tố có thể ảnh hưởng đến quá trình đạt được mục tiêu. Như vậy xây dựng mục tiêu đúng và khả thi không phải đơn giản. Nó đòi hỏi người tham gia phải có đầy đủ kiến thức và kinh nghiệm. Để đảm bảo đạt được mục tiêu, một điều rất quan trọng là cần thu hút cộng đồng tham gia để xác định nhu cầu GDSK, NCSK, để xây dựng mục tiêu và tham gia các hoạt động để đạt mục tiêu.

3. LỰA CHỌN CHIẾN LƯỢC /GIẢI PHÁP THÍCH HỢP

3.1. Khái niệm

Sau khi đã xác định rõ mục tiêu, bước tiếp theo là lựa chọn các chiến lược hay các giải pháp thích hợp để đạt được mục tiêu chương trình. *Chiến lược là các phương pháp, cách thức tốt nhất để đạt được mục tiêu.* Ví dụ: vận động, phát triển chính sách, đào tạo, tập huấn, truyền thông đại chúng...

3.2. Các yêu cầu của chiến lược

Chiến lược đặt ra phải phù hợp với nhóm ưu tiên: ví dụ phương pháp truyền thông nhóm nhỏ hoặc tư vấn để giáo dục đối tượng nguy cơ cao trong phòng chống STDs, HIV/AIDS có thể là biện pháp hiệu quả với đối tượng này. Cần lưu ý khả năng tác động tới số đông đối tượng đích: ví dụ truyền thông đại chúng (TTĐC). Chiến lược thực hiện chương trình phải phù hợp với nguồn lực, năng lực sẵn có và những nguồn lực sẽ huy động của tổ chức thực hiện dự án. Bên cạnh đó nó phải phù hợp với văn hóa, phong tục tập quán, truyền thống và chuẩn mực xã hội ở địa phương nơi thực hiện chương trình NCSK.

Các chiến lược đặt ra nên dựa theo các chiến lược NCSK chính nêu ra trong Hiến chương Ottawa (1986) và Hiến chương Bangkok (2005) như: xây dựng chính sách y tế lành mạnh, tạo môi trường thuận lợi cho thay đổi hành vi như sự trợ giúp của xã hội, tăng cường các điều kiện vật chất kỹ thuật; nâng cao vai trò cộng đồng, ví dụ xây dựng cộng đồng không thuốc lá, trường học không khói thuốc lá; phát triển kỹ năng cá nhân, ví dụ: đào tạo nâng cao trình độ cho cán bộ y tế thôn bản, nâng cao hiểu biết và kỹ năng phòng lây nhiễm HIV/AIDS cho các nhóm nguy cơ cao.

3.3. Các dạng chiến lược

- Giáo dục và đào tạo: ví dụ đào tạo nâng cao kỹ năng lập kế hoạch, kỹ năng tư vấn cho cán bộ y tế thôn bản...
- Truyền thông qua các phương tiện TTĐC...
- Truyền thông trực tiếp: ví dụ tư vấn, truyền thông nhóm nhỏ
- Giáo dục đồng đẳng: ví dụ nhóm bạn giúp bạn trong phòng chống HIV/AIDS, STDs trong nhóm tiêm chích ma túy, mại dâm...
- Thiết lập các dịch vụ hỗ trợ: ví dụ thành lập các phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá, tư vấn các chủ đề khác...
- Xây dựng các nội quy, qui định để tăng cường, duy trì hành vi lành mạnh.
- Phát triển nguồn thông tin: xây dựng các trang báo điện tử, báo in, diễn đàn.
- Phối hợp với các ban ngành, tổ chức chuyên môn để cùng hoạt động giải quyết vấn đề
- Phối hợp với các cơ quan TTĐC và cơ quan văn hóa - xã hội (Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Hội chữ thập đỏ...) để phổ cập kiến thức, kỹ năng bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho toàn thể cộng đồng
- Hợp tác với các cơ sở giáo dục đóng trên địa bàn, lồng ghép chương trình GDSK vào giảng dạy trong nhà trường
- Phối hợp mọi lực lượng y tế trên địa bàn (hội viên chữ thập đỏ, cộng tác viên dân số, những người tình nguyện, y tế tư nhân, cán bộ y tế về hưu...), có phân công trách nhiệm rõ ràng, có huấn luyện, đào tạo kỹ năng GDSK và sử dụng các phương tiện truyền thông

4. PHÁT TRIỂN CÁC HOẠT ĐỘNG CỤ THỂ THEO CÁC GIẢI PHÁP

Khi đã xác định rõ các giải pháp thực hiện, công việc tiếp theo là lập ra bảng kế hoạch hành động gồm các hoạt động cụ thể. Các hoạt động này được phát triển từ các giải pháp tương ứng. Khi liệt kê các hoạt động cụ thể cần đối chiếu lại mục tiêu để đảm bảo là hoạt động phù hợp với mục tiêu, cũng như phù hợp với giải pháp. Nếu cần thiết có thể điều chỉnh cả mục tiêu, giải pháp và hoạt động cụ thể cho hợp lí.

Khi lựa chọn các hoạt động cần cân nhắc tính khả thi và hiệu quả. Nếu hiệu quả thấp và /hoặc khó thực hiện thì cần xem xét lựa chọn các hoạt động tương ứng thay thế. Tùy theo các giai đoạn thực hiện, các hoạt động cụ thể còn bao hàm cả các hoạt động giám sát, theo dõi, đánh giá định kì và kết thúc chương trình.

Bảng kế hoạch hành động có nhiều hình thức, tuy nhiên chúng ta có thể sử dụng mẫu bảng thông dụng như sau:

Bảng 13. Mẫu kế hoạch chương trình NCSK

Tiêu đề bản kế hoạch:

Mục tiêu chung; Mục tiêu cụ thể

Các giải pháp

Bảng kế hoạch hành động

STT (1)	Các hoạt động chính (2)	Thời gian (từ ... đến) (3)	Người thực hiện (4)	Người phối hợp (5)	Phương tiện (6)	Người giám sát (7)	Kinh phí (8)	Kết quả mong muốn (9)

5. XÁC ĐỊNH NGUỒN LỰC ĐỂ THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH

Người lập kế hoạch cần xác định rõ nguồn lực nào đã có và cần thêm nguồn lực nào. Nguồn lực có thể bao gồm con người, tài chính, phương tiện, công cụ, thời gian, kỹ năng, kinh nghiệm và sự nhiệt tình của tất cả các đối tượng sẽ tham gia chương trình.

Khi lập kế hoạch hành động cụ thể cần xác định những yếu tố cơ bản:

- Những ai sẽ phải trực tiếp tham gia thực hiện, những ai hỗ trợ, những ai là người cộng tác. Trách nhiệm của họ cụ thể như thế nào. Trong những trường hợp cần thiết thì mời ai phối hợp giải quyết. Lưu ý những người có tác động tích cực đến đối tượng đích để có thể mời phối hợp khi cần như: những tình nguyện viên, bạn thân, thầy cô giáo, cha mẹ, hội phụ nữ, đoàn thanh niên
- Các chính sách liên quan đến chương trình như thế nào; có chương trình nào tương tự đang diễn ra tại địa phương không. Ví dụ khi dự định triển khai chương trình giáo dục an toàn tình dục cho thanh niên tại địa phương, chúng ta cần tìm hiểu những chính sách liên quan đến GDSK giới tính đang được thực hiện ở địa phương; đã có chương trình về giáo dục an toàn tình dục chưa? Nếu có, chúng ta có thể sử dụng như những yếu tố thuận lợi, bài học kinh nghiệm trong lập kế hoạch, đồng thời nghiên cứu tránh chồng chéo và cũng để xem xét tính phù hợp của chương trình.
- Xem xét các dịch vụ và phương tiện sẵn có để lập kế hoạch sử dụng trong chương trình. Ví dụ huy động các phòng khám nha khoa tư nhân trong chương trình phòng chống các bệnh răng miệng.
- Nguồn tài liệu: xem xét và tận dụng các tài liệu truyền thông sẵn có nếu các tài liệu đó có cùng chủ đề sức khỏe với chương trình đang được thực hiện.

BÀI TẬP THỰC HÀNH:

1. Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá để giảm tác hại của khói thuốc đối với những người không hút thuốc tại nơi công cộng (cụ thể là tại các quán rượu tại tỉnh X). Cán bộ chương trình đã xây dựng mục đích của chương trình là: *làm việc với các chủ quán rượu để xây dựng các khu vực dành riêng cho hút thuốc trong các quán rượu*. Mục tiêu của chương trình là: *Tăng nhận thức về tính khả thi và lợi ích của việc xây dựng vùng dành riêng để hút thuốc. 50% các quán rượu trong tỉnh xây dựng các vùng dành riêng cho người hút thuốc.*

Mục đích và mục tiêu chương trình có giải quyết được vấn đề không? Mục tiêu chương trình có đáp ứng các tiêu chuẩn của mục tiêu không? Tại sao?

2. V.Q. là một xã thuộc một huyện ngoại thành Hà Nội, 80% dân số của xã là làm nghề nông, chủ yếu là nuôi cá và trồng rau màu cung cấp cho thành phố. Nhân dân có phong tục dùng phân tươi để chăm sóc rau màu. Số liệu về khám chữa bệnh của trạm y tế xã trong những năm gần đây cho thấy bệnh có tỉ lệ mắc cao nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn là tiêu chảy. Trạm y tế xã có ý định xây dựng kế hoạch GDSK/NCSK nhằm làm giảm tỉ lệ mắc bệnh tiêu chảy ở trẻ em.

- Là một người được giao nhiệm vụ lập kế hoạch GDSK về phòng chống tiêu chảy cho xã V.Q, bạn đề nghị cần thu thập thêm những thông tin gì để xây dựng mục tiêu GDSK có tính khả thi?
- Giả định là bạn đã có đủ các thông tin cần thiết như bạn đề nghị ở câu hỏi trên, bạn hãy xây dựng các mục tiêu GDSK về phòng chống tiêu chảy cho xã V.Q

3. Bàn luận theo nhóm để xây dựng mục đích và mục tiêu cho các chương trình để giải quyết những vấn đề sức khỏe sau:

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi cao tại tỉnh A
- Tỷ lệ sốt rét cao tại tỉnh B
- Tình trạng lây truyền HIV cao trong nhóm tiêm trích ma túy tại tỉnh C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bartholomew L.K., Parcel G.S., Kok G., Gottlieb N.H., (2000). *Intervention Mapping-Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs*, London, Toronto
2. Hawe P., Degeling D., Hall J., (2000). *Evaluating Health Promotion*, Australia.
3. Naidoo J., Wills J., (2000). *Health Promotion- Foundation for Practice* Ed-Sd, Bailliere Tindall.

ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH NÂNG CAO SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm và mục đích của đánh giá.*
2. *Phân biệt được các loại đánh giá.*
3. *Trình bày được phương pháp và kỹ năng cần thiết để thực hiện đánh giá một chương trình giáo dục sức khỏe.*
4. *Viết được các câu hỏi chính cho từng loại đánh giá.*
5. *Xác định được các chỉ số cho từng loại đánh giá.*

NỘI DUNG

Đánh giá là công việc cần thiết để xác định chương trình giáo dục sức khỏe (GDSK), nâng cao sức khỏe (NCSK) có được thực hiện như kế hoạch hay không bởi trong thực tế tất cả các công việc mà nhà kế hoạch dự định trên giấy tờ đều có thể thay đổi. Nguồn lực và vật lực có thể biến đổi so với những điều mà nhà kế hoạch dự định. Trong quá trình thực hiện có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thành công của chương trình. Đánh giá sẽ xác định các mục tiêu và mục đích của chương trình có đạt được hay không? Đánh giá cho biết phương tiện, tài liệu của chương trình có phù hợp với đối tượng ưu tiên hay không? Các hoạt động của chương trình có thực sự diễn ra hay không? Kết quả của đánh giá cũng giúp các nhà kế hoạch và thực hiện chương trình rút kinh nghiệm và điều chỉnh cho các chương trình tiếp theo. Kế hoạch đánh giá là bước cuối cùng của kế hoạch chương trình. Tuy nhiên nghĩ về đánh giá phải là công việc song song với kế hoạch và đánh giá nhu cầu. Chương này sẽ cung cấp cách tiếp cận sử dụng trong đánh giá chương trình sức khỏe. Các hình thức đánh giá và các phương pháp sử dụng trong đánh giá.

1. KHÁI NIỆM, MỤC ĐÍCH ĐÁNH GIÁ

1.1. Khái niệm

Đánh giá là quá trình khẳng định giá trị của một vật hay một tài sản nào đó. Đánh giá chương trình sức khỏe là quá trình xác định kết quả đạt được của một hoạt động hay một loạt các hoạt động của một chương trình có thành công hay không khi so sánh với các mục tiêu đã được xây dựng trước. Đánh giá bao gồm quá trình đo lường kết quả, hiệu quả của chương trình.

Đánh giá chương trình thường liên quan tới các biện pháp quan sát, thu thập số liệu để xác định chương trình hoạt động như thế nào, so sánh hiệu quả của chương trình với các chỉ số ban đầu.

Một vấn đề khó khăn trong đánh giá là đánh giá thường chỉ thực hiện vào cuối chương trình. Trên thực tế bạn phải nghĩ bạn sẽ đánh giá chương trình của bạn như thế nào ngay từ khi lập kế hoạch. Đánh giá để xác định chương trình có phù hợp với năng lực và nguồn lực đã sử dụng không.

1.2. Mục đích của đánh giá

Đánh giá chương trình nhằm:

- Xác định chương trình có được thực hiện theo kế hoạch không
- Xác định chương trình có đạt được mục tiêu và mục đích không.
- Xác định yếu tố nào ảnh hưởng đến sự thành công hay thất bại của chương trình.
- Rút ra bài học kinh nghiệm để thay đổi hoặc điều chỉnh phương pháp nhằm đạt được kết quả tốt hơn ở những chương trình sau. Đánh giá tài liệu truyền thông và phương pháp truyền thông sẽ xác định các phương pháp và tài liệu truyền thông có phù hợp với nhóm ưu tiên không? Có hấp dẫn khán giả không? Đặc biệt đối với các dự án thí điểm được thử nghiệm và các giải pháp mới bạn muốn áp dụng vào nơi khác. Bạn phải đánh giá được những tiến bộ thực sự do chương trình giáo dục sức khỏe qua việc sử dụng các phương pháp thích hợp để rút kinh nghiệm cho các chương trình sau nhằm tránh lãng phí tiền của nếu lặp lại các phương pháp không phù hợp, không có hiệu quả.
- Động viên và làm thỏa mãn cán bộ và những người tình nguyện, nếu chương trình đạt được mục tiêu đề ra. Các đồng nghiệp và những người khác có thể cho là chương trình giáo dục không có kết quả và bạn cần phải có bằng chứng để chứng minh kết quả thuyết phục và tranh thủ sự đồng tình hỗ trợ của họ.
- Biện giải cho việc sử dụng nguồn lực bao gồm tài chính và nhân lực. Đánh giá chương trình để chỉ ra là bạn đã tiến hành công việc của bạn tương đương với giá trị của nguồn lực. Để xác định xem có phải điều chỉnh gì về nguồn lực tiếp nhận từ cơ quan cung cấp tài chính.

Những điểm cần chú ý khi thực hiện đánh giá:

Khi đánh giá bạn cần đặt ra câu hỏi là vì sao bạn cần đánh giá chương trình giáo dục sức khỏe, đánh giá những chỉ số nào và đánh giá cho ai. Đánh giá cần nêu ra được các thay đổi nào đã và đang diễn ra.

- Bạn có thể tin tưởng với kết quả của chương trình đến mức độ nào? Bởi các thay đổi đã xảy ra có thể không hoàn toàn là do kết quả của chương trình giáo dục sức khỏe mà có thể do các yếu tố khác không thuộc can thiệp của chương trình.
- Thời gian bắt đầu chương trình đến thời điểm thực hiện đánh giá phải đủ để đối tượng đích thay đổi hành vi: ví dụ sau 6, 9, 12 tháng kể từ khi chương trình bắt đầu.

- Nguồn lực là có thể để thực hiện đánh giá
- Cần thiết phải có sự tham gia của cộng đồng trong đánh giá. Sự tham gia của cộng đồng giúp hình thành mối quan hệ trách nhiệm với cộng đồng: bạn có thể biết được suy nghĩ của họ về các lợi ích và các điểm yếu của các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của bạn. Bạn có thể nhờ đến kinh nghiệm của họ và hiểu được những gì đã và đang xảy ra, đánh giá trở thành một quá trình học hỏi, cộng đồng có thể thể hiện các kinh nghiệm của họ và lập kế hoạch cho các hoạt động trong tương lai.

2. CÁC LOẠI HÌNH ĐÁNH GIÁ

2.1. Đánh giá quá trình (*Process Evaluation*)

Đánh giá quá trình để ước lượng các hoạt động của chương trình. Đánh giá chất lượng của các hoạt động và các hoạt động của chương trình đang tiếp cận đến nhóm nào. Đánh giá tiến độ thực hiện chương trình bao gồm việc lượng giá các mục tiêu trung gian, những gì đã đạt được cho đến thời điểm hiện tại. Xây dựng các chỉ số để đánh giá các mục tiêu trung gian: ví dụ như chỉ số về tiến độ các hoạt động trong chương trình GDSK.

2.2. Đánh giá tác động (*Impact Evaluation*)

Đánh giá tác động để ước lượng hiệu quả trung gian của chương trình. Đối với chương trình GDSK, đánh giá tác động là để ước lượng những thay đổi về hành vi, kiến thức thái độ mà chương trình GDSK đã mang lại. Việc đánh giá tác động ảnh hưởng của GDSK thường không phải dễ dàng vì ngoài GDSK có nhiều tác động khác đến hành vi sức khỏe của cá nhân cũng như của cộng đồng.

Đánh giá tác động để xác định liệu chương trình có đạt được mục tiêu đề ra hay không? Người đánh giá cần xác định rõ các chỉ số để có thể đánh giá được các mức độ thay đổi về kiến thức, thái độ và hành vi của đối tượng và so sánh với mục tiêu mong đợi đã nêu ra. Đánh giá tác động thường được thực hiện ngay sau khi chương trình kết thúc.

Đánh giá các chương trình GDSK bao gồm việc đưa ra các quyết định quan trọng. Các thay đổi nào cần được đánh giá? Làm thế nào để đo lường được các thay đổi đó? Làm thế nào để bạn có thể đẩy mạnh quá trình thay đổi diễn ra như là kết quả của chương trình?

Trong lập kế hoạch đánh giá cần đưa ra các chỉ số đo lường các thay đổi mà chương trình mong muốn đạt được. Hầu hết mọi người có thể đồng ý điều quan trọng trong đánh giá là phải chỉ ra được các thay đổi đã xảy ra. Nhưng sự cần thiết chỉ ra các thay đổi như là kết quả của chương trình thì thường không rõ ràng.

Cần xem xét các yếu tố hoàn cảnh bên ngoài có ảnh hưởng đến chương trình GDSK như ví dụ sau:

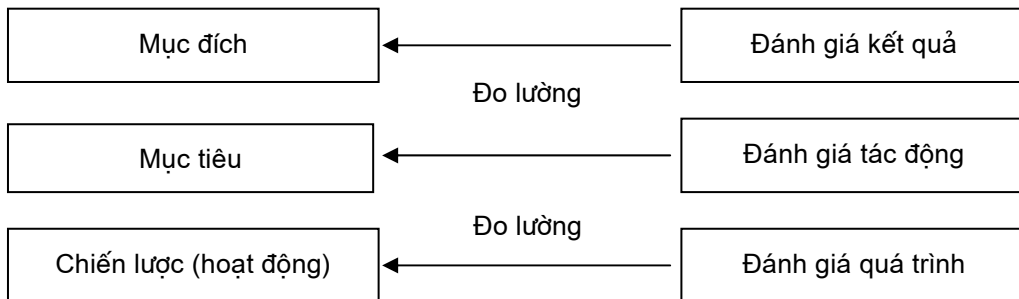
- Tăng tỷ lệ tiêm chủng là do Bộ Y tế triển khai chương trình truyền thông đại chúng trên phạm vi toàn quốc.
- Ảnh hưởng của các cá nhân trong cộng đồng do họ có các ý tưởng mới.
- Trong chiến dịch giáo dục phòng chống AIDS có một ngôi sao điện ảnh nào đó chết vì AIDS và điều này dẫn đến các hành vi tình dục an toàn hơn.
- Tỷ lệ tiêu chảy giảm xuống trong thời gian 4 tháng của chiến dịch giáo dục sức khỏe, nhưng tiêu chảy bình thường cũng có thể giảm trong giai đoạn sau khi mùa mưa kết thúc.

2.3. Đánh giá kết quả (*Outcome Evaluation*)

Đánh giá kết quả là để ước lượng hiệu quả của chương trình về mặt lâu dài. Đánh giá kết quả để xác định liệu mục đích của chương trình có đạt được hay không. Ví dụ mục đích của chương trình GDSK nâng cao kiến thức về dinh dưỡng trẻ em cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi là giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em.

2.4. Đánh giá chi phí - hiệu quả (*Cost-Effectiveness Evaluation*)

Để ước lượng các kết quả đạt được có tương xứng với những nỗ lực, nguồn lực (Nhân lực, tiền, cơ sở vật chất, thời gian) bỏ ra hay không? Để so sánh giá thành và hiệu quả thực của chương trình.



Sơ đồ 14. Mối liên hệ giữa các loại hình đánh giá với mục đích - mục tiêu và hoạt động của chương trình

3. CÁC CÂU HỎI CHÍNH CẦN TRẢ LỜI TRONG ĐÁNH GIÁ

3.1. Đánh giá quá trình

Cần chú ý rằng đánh giá quá trình chỉ bắt đầu khi chương trình đã được thực hiện, Đánh giá quá trình bao gồm đánh giá tất cả các hoạt động của chương trình và bao gồm đánh giá chất lượng tài liệu, sự tiếp cận của chương trình tới nhóm ưu tiên. Kết quả của đánh giá sẽ giúp cải thiện và phát triển chương trình tốt hơn.

Có bốn câu hỏi chính cần được trả lời trong đánh giá quá trình:

- Tất cả các hoạt động của chương trình có thực sự tiếp cận tới nhóm ưu tiên hay không?
- Những người tham gia vào chương trình có thoả mãn với chương trình hay không?
- Tất cả các hoạt động của chương trình có đang được thực hiện hay không?
- Chất lượng của các tài liệu truyền thông có phù hợp và hấp dẫn khán giả không?

Các ví dụ về các chỉ số cần đánh giá:

- Số buổi giảng về an toàn giao thông
- Số học sinh tham gia
- Thời điểm thông tin về an toàn giao thông được chiếu trên đài truyền hình
- Thông tin mà nhóm ưu tiên thu nhận được từ bài giảng tại nhà trường và qua kênh truyền thông

Đánh giá các hoạt động truyền thông:

Một cách tốt nhất là dự kiến được trước các vấn đề của truyền thông với các mẫu thử nghiệm các đối tượng đích dự kiến trước khi tiến hành các hoạt động chính. Tuy nhiên vào cuối chương trình vẫn phải đánh giá ảnh hưởng của chương trình đó như thế nào. Những thất bại trong chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình truyền thông. Nếu bạn đặt ra các câu hỏi dưới đây và tìm sự thất bại diễn ra ở giai đoạn nào của quá trình truyền thông bạn có thể khắc phục được khó khăn và đẩy mạnh chương trình.

Câu hỏi đặt ra khi đánh giá các hoạt động truyền thông là:

- Các hoạt động truyền thông có được thực hiện không?
 - + Bao nhiêu chương trình truyền thông đại chúng đã được thực hiện?
 - + Bao nhiêu các cuộc nói chuyện/ đào tạo đã được tiến hành?
 - + Bao nhiêu cuộc họp của cộng đồng đã được tổ chức?
 - + Bao nhiêu các tờ rơi được phân phát? Bao nhiêu áp phích được sử dụng?
- Bao nhiêu đối tượng đích đã nhận được các thông điệp?
 - + Bao nhiêu, tỉ lệ người xem được các tờ áp phích?
 - + Bao nhiêu, tỉ lệ người nghe được các bài phát trên loa, đài?
 - + Bao nhiêu, tỉ lệ người đã nghe các buổi nói chuyện?
 - + Bao nhiêu, tỉ lệ người đã đến các cuộc triển lãm?
- Các đối tượng đích có chú ý đến các hoạt động truyền thông hay không?

- + Tỷ lệ bao phủ của chương trình như thế nào?
- + Bao nhiêu người đã nghe được các bài phát thanh, xem các áp phích, bao nhiêu người chú ý trong các cuộc họp?
- Các đối tượng đích có hiểu được các thông điệp hay không?
 - + Bao nhiêu người có thể nhắc lại đúng các thông điệp trên các áp phích, chương trình của radio, các buổi nói chuyện, các cuộc họp vv.
- Các thông điệp có thuyết phục được mọi người không?
 - + Bao nhiêu người chấp nhận và tin tưởng vào các thông điệp?

Bạn cần phải rất thực tế để đánh giá các thay đổi diễn ra. Các thay đổi trong nhận thức, hiểu biết và niềm tin có thể diễn ra rất sớm sau quá trình truyền thông. Tuy nhiên các thay đổi về hành vi và sức khỏe cần phải có thời gian dài hơn. Một ý tưởng tốt là cần phải đánh giá ngắn hạn sớm sau khi kết thúc các hoạt động của chương trình và theo dõi sau đó để đánh giá các thay đổi lâu dài diễn ra.

3.2. Đánh giá tác động

Đánh giá tác động trả lời câu hỏi:

- Kiến thức của nhóm được tác động có được cải thiện không?
- Thái độ của nhóm được tác động với hành vi không khỏe mạnh có thay đổi không?
- Bao nhiêu người đã thay đổi hành vi sức khỏe hoặc dự định thay đổi do kết quả của các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe?

Ước lượng sự cải thiện kiến thức của nhóm ưu tiên hay đối tượng đích:

- Nhóm đối tượng đích đã hiểu biết được điều gì?
- Mức độ hiểu biết của nhóm đối tượng đích như thế nào?

Ước lượng sự cải thiện thái độ:

- Nhóm đối tượng nghĩ về một hành vi nguy cơ như thế nào? Ví dụ đối tượng nghĩ gì về hành vi hút thuốc lá trong nhà? Đồng ý hay không đồng ý?
- Cảm giác của nhóm đối tượng với hành vi nguy cơ như thế nào? Có thể là rất lo lắng về hậu quả của hành vi nguy cơ, lo lắng hoặc không lo lắng

Ước lượng thay đổi hành vi:

- Đánh giá thay đổi hành vi có thể bằng cách quan sát cái mà đối tượng làm. Ví dụ quan sát hành vi đội mũ bảo hiểm của những người đi xe máy.
- Đánh giá thay đổi hành vi có thể bằng cách điều tra qua bộ câu hỏi. Ví dụ bạn thường làm gì khi hút thuốc trong nhà để giảm tác hại của khói thuốc cho người xung quanh?

3.3. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả nhằm trả lời câu hỏi :

- Các hành vi thay đổi có góp phần tăng cường sức khỏe hay không?
- Tỷ lệ đối tượng cải thiện tình trạng sức khỏe do được hưởng lợi từ chương trình?
- Mức độ thay đổi của tỷ lệ bệnh, tỷ lệ mắc bệnh mới diễn ra như thế nào?

4. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ

Đánh giá cần chỉ ra được các thay đổi đã diễn ra là do chương trình của bạn. Nếu như mục tiêu của chương trình rõ ngay từ đầu thì không khó khăn trong việc chỉ ra các thay đổi trong cộng đồng. Tuy nhiên chứng minh các thay đổi là do chương trình riêng của bạn thì không phải dễ dàng vì có các lí do khác.

Có hai phương pháp thường được sử dụng trong đánh giá:

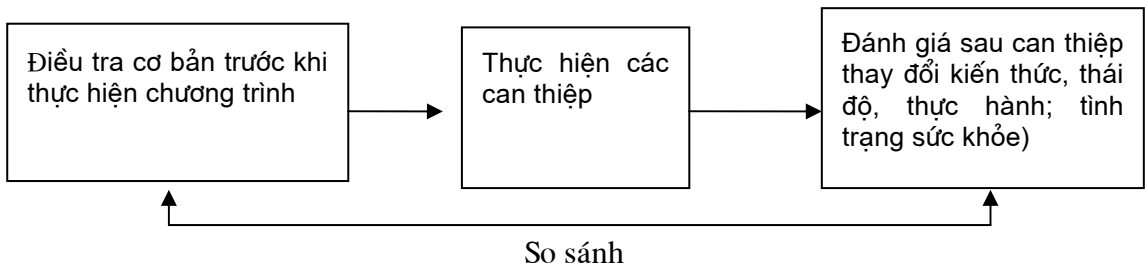
- **Phương pháp định tính:** Phỏng vấn, thảo luận nhóm trọng tâm, quan sát. Phương pháp định tính cho ta các nhận xét sâu về tại sao kết quả lại không đạt được như kế hoạch, hoặc tại sao chương trình đã đạt được mục tiêu. Nhưng kết quả thu được bằng phương pháp định tính không có tính đại diện cho cả quần thể điều tra (tham khảo thêm ở phần đánh giá nhu cầu).
- **Phương pháp định lượng:** Điều tra bằng câu hỏi, bảng kiểm, có sử dụng nhóm đối chứng hoặc không. Phương pháp điều tra thực hiện trên một quần thể nghiên cứu rộng sẽ xác định được mức độ tác động của chương trình và mức độ cải thiện sức khỏe của nhóm đối tượng mà chương trình đã can thiệp. Tuy nhiên các số liệu thu được từ phương pháp định lượng lại không trả lời được một cách chi tiết các câu hỏi như lí do thất bại hay thành công của chương trình, những nguyên nhân sâu xa của vấn đề.

Chúng ta có thể sử dụng cả hai tiếp cận trên trong đánh giá nhu cầu sức khỏe và đánh giá hiệu quả chương trình (Tham khảo bài Đánh giá nhu cầu sức khỏe).

Các đo lường, phân tích kết quả đạt được có thể dựa trên sự so sánh với một nhóm đối chứng hoặc so sánh kết quả trước và sau khi thực hiện chương trình.

Sử dụng nhóm đối chứng: Bạn có thể sử dụng nhóm chứng bằng cách chọn nhóm chứng càng giống với nhóm đích càng tốt (về tuổi tác, về trình độ văn hóa, về nghề nghiệp, thu nhập...), nhóm này không nhận chương trình giáo dục. Nếu nhóm can thiệp có được kết quả tốt hơn sẽ là bằng chứng rõ ràng thể hiện sự thành công của chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe.

Đánh giá gián tiếp không có nhóm chứng (đánh giá trước và sau can thiệp): Nếu không có khả năng lựa chọn nhóm chứng thì ta phải sử dụng phương pháp gián tiếp và loại trừ các lí do khác dẫn đến quá trình thay đổi. Chúng ta phải xem xét thật trọng những gì đã xảy ra? Ta cần chọn mẫu và phỏng vấn cộng đồng vì sao họ có sự thay đổi hành vi? Có phải vì các hoạt động truyền thông GDSK hay không hay vì những lí do khác mà bạn không nhận thấy?



Sơ đồ 15. Mô hình đánh giá trước sau can thiệp

5. CHUẨN BỊ CHO ĐÁNH GIÁ

Lập kế hoạch đánh giá bao gồm các nội dung tóm tắt như sau:

- Xác định xem sẽ đánh giá cái gì?
- Lựa chọn phương pháp đánh giá nào? Có cần phải sử dụng nhóm chứng để so sánh không?
- Chuẩn bị các chỉ số có thể đo lường được và có khả năng thực hiện để đánh giá mức độ thành công.
- Xem xét nguồn nhân lực và cộng đồng khi xác định mục tiêu của đánh giá.
- Xem xét sự thay đổi kể cả trong thời gian ngắn và lâu dài.
- Không chỉ giới hạn tìm hiểu xem bạn đã đạt được mục tiêu đề ra chưa mà cần phát hiện các thành công ngoài dự kiến, cũng như các vấn đề không mong muốn xảy ra. Điều này cũng rất hữu ích, là bài học kinh nghiệm quý.
- Tìm cách huy động sự tham gia của cộng đồng ở tất cả các giai đoạn của đánh giá bao gồm từ xác định mục tiêu, thu thập số liệu, đánh giá đầu ra và xác định các hoạt động cho tương lai.
- Học hỏi từ thành công cũng như thất bại. Tìm hiểu tại sao chương trình thành công hay thất bại và bài học nào có thể rút ra.
- Chia sẻ thành công cũng như thất bại của bạn với những người khác. Thảo luận với họ cái mà bạn đã làm, báo cáo và thông báo kết quả của bạn cho các tờ tin tức và báo chí nếu có thể.

6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH GDSK, NCSK

- Xác định mục tiêu đánh giá
- Chọn phương pháp đánh giá: định tính, định lượng hoặc kết hợp cả phương pháp định tính và định lượng
- Chọn cỡ mẫu
- Thiết kế và thử nghiệm bộ câu hỏi, công cụ đánh giá

- Điều tra, thu thập số liệu, làm sạch số liệu
- Xử lý và phân tích số liệu
- Viết báo cáo
- Công bố kết quả.

Bài tập thực hành đánh giá quá trình, tác động và kết quả

Giả sử chương trình bạn đang thực hiện là: Giáo dục sức khỏe trong nhà trường để ngăn ngừa tai nạn giao thông cho học sinh phổ thông. Mục đích của chương trình là giảm tỷ lệ tai nạn giao thông trong trẻ em dưới 15 tuổi. Mục tiêu của chương trình là 95% các em học sinh thực hiện đúng luật lệ giao thông.

Chương trình có các hoạt động là:

- Nói chuyện ngoại khóa về an toàn giao thông.
- Phát tờ rơi truyền thông về an toàn giao thông cho các em học sinh trong nhà trường
- Truyền thông về an toàn giao thông qua kênh VTV1 đài truyền hình.

Hãy xác định các chỉ số để đánh giá quá trình (hoạt động), tác động và kết quả của chương trình.

BÀI TẬP THỰC HÀNH

Theo bài tập tình huống ở phần đánh giá nhu cầu. Bạn đã xác định được vấn đề sức khỏe ưu tiên, và xây dựng mục tiêu cho chương trình, bạn hãy xây dựng các chỉ số đánh giá cho đánh giá quá trình, tác động và kết quả và đưa ra phương pháp để thực hiện đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Green L., Kreuter M. (2000). *Health Promotion Planning An Education and Environment Approach*, Mayfield Mountain Company, View- Toronto-London.
2. Hawe P., Degeling D., Hall J. (2000). *Evaluating Health promotion - Health Workers Guide*, MacLennan and Petty - Sydney, Philadelphia, London
3. Kemm, J. & Close, A. (1995). *Health Promotion - Theory and Practice*, Macmillian Press LTD, London.
4. Naidoo, J. and Wills, J. (2000). *Health Promotion - Foundations for Practice* (2nd Ed), Harcourt Publishers Limited, London.

Phần 3

TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH

NÂNG CAO SỨC KHOẺ TẠI CỘNG ĐỒNG

PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG TRONG NÂNG CAO SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm về Cộng đồng và Phát triển cộng đồng (PTCD)*
2. *Nêu được mục tiêu và ý nghĩa của PTCD trong Nâng cao sức khỏe*
3. *Trình bày được cách tiếp cận PTCD*
4. *Trình bày được cách thiết kế một dự án PTCD*

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM CỘNG ĐỒNG TRONG NÂNG CAO SỨC KHỎE

1.1. Khái niệm cộng đồng

Trong y tế công cộng (YTCC), khái niệm cộng đồng được sử dụng rất phổ biến và đóng một vai trò quan trọng. Đối tượng can thiệp của YTCC là một cộng đồng dân cư khác với đối tượng can thiệp của y học lâm sàng là các cá nhân đơn lẻ. Hiện nay có nhiều khái niệm khác nhau về cộng đồng. Tuy nhiên về căn bản, một cộng đồng này được phân biệt với cộng đồng khác bởi những đặc trưng riêng nào đó như: yếu tố địa lý, văn hóa, xã hội, dân tộc, tôn giáo nghề nghiệp. Theo từ điển tiếng Việt của Viện Ngôn ngữ học năm 2004 cộng đồng là: *“toàn thể những người cùng sống, có những điểm giống nhau, gắn bó thành một khối trong sinh hoạt xã hội”*.

Trong bài học này chúng ta hiểu cộng đồng là: "một nhóm người có mối quan hệ, ràng buộc lẫn nhau do có chung một hoặc một số đặc tính như: cùng sống trong một vùng nhất định, cùng một dân tộc, cùng tôn giáo, chia sẻ hoặc có chung các giá trị, chuẩn mực hay mối quan tâm". Ví dụ: cộng đồng của một làng, xã, huyện, tỉnh nào đó; cộng đồng người Thiên chúa giáo; cộng đồng người làm nghề gốm sứ, cộng đồng dân tộc H'Mông; cộng đồng nông thôn, thành thị

1.2. Đặc điểm của cộng đồng

- Đặc điểm đầu tiên phải kể đến khi nhắc tới cộng đồng đó là yếu tố địa lí. Nói đến cộng đồng là nói đến một tập thể người định cư trên một vùng đất đai có giới hạn. Ranh giới địa lí được xác lập là cơ sở để phân biệt cộng đồng này với cộng đồng khác. Ý thức về địa lí là một trong các ý thức sâu sắc và lâu bền của con người. Ví dụ: người cùng quê, cùng làng, cùng xứ, người miền xuôi, hay miền ngược, người miền biển hay miền núi
- Yếu tố thứ hai là yếu tố kinh tế: Cơ sở kinh tế là yếu tố cơ bản quyết định đời sống xã hội. Trong những hoàn cảnh cụ thể, con người không thể sống riêng

biệt mà phải dựa vào nhau, cùng chung sống, cùng lao động và cùng hưởng thụ những thành quả lao động. Lúc này, các hoạt động kinh tế không chỉ tạo ra cho cộng đồng sự đảm bảo về mặt vật chất mà đó còn là một phương diện của sự phát triển cộng đồng. Mọi người gắn kết với nhau trong mối quan hệ việc làm như làng nghề...

- Yếu tố văn hóa: Đây là một nét đặc biệt của cộng đồng và là hạt nhân bền vững gắn kết con người với cộng đồng. Các yếu tố như truyền thống lịch sử, các giá trị và chuẩn mực xã hội, phong tục, tập quán, tôn giáo tín ngưỡng là cơ sở duy trì và phát triển một cách bền vững đối với mỗi cộng đồng.

1.3. Khái niệm phát triển cộng đồng trong nâng cao sức khỏe

1.3.1. Một số khái niệm phát triển cộng đồng

Phát triển cộng đồng là một quá trình nâng cao sức khỏe (NCSK) có sự tham gia của những người dân vào việc đưa ra các quyết định của bản thân về các yếu tố liên quan đến sức khỏe. Nói cách khác, đó là việc cùng với mọi người và cộng đồng tạo ra *sức mạnh* và sự tự tin nhằm giải quyết các vấn đề có tính cấp thiết (Baum 1989).

Đến những năm 1950, quá trình PTCĐ nói chung được mô tả là các can thiệp của chính quyền dưới góc độ huấn luyện những người lạc hậu những kỹ thuật tốt hơn để họ quản lý đất đai và sức khỏe bản thân, hoặc khắc phục những thiếu hụt trong lĩnh vực giáo dục, sức khỏe và phúc lợi (Dixon 1989).

PTCĐ trong NCSK là một quá trình qua đó một cộng đồng xác định được các nhu cầu về sức khỏe hoặc mục tiêu NCSK của mình, sắp đặt thứ tự ưu tiên cho các nhu cầu hay mục tiêu này; nâng cao sự tự tin và quyết tâm trong cộng đồng, tìm kiếm các nguồn lực bên trong và bên ngoài nhằm giải quyết được những nhu cầu và mục tiêu này; hình thành thái độ, hành vi hợp tác, phối hợp trong cộng đồng theo chiều hướng tích cực. (Ross 1955).

Trong NCSK, PTCĐ nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc tăng tính chủ động và tự kiểm soát của người dân nhằm xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của bản thân. Nâng cao nhận thức của cộng đồng đối với các hành vi có lợi hoặc không có lợi cho sức khỏe của cộng đồng nói chung và của bản thân nói riêng. PTCĐ mang ý nghĩa huy động, khuyến khích sự tham gia của cộng đồng, kêu gọi sự ủng hộ của những người đứng đầu cộng đồng, khuyến khích tính tự lực và tự nguyện trong cộng đồng.

Tóm lại, PTCĐ trong NCSK là một tiến trình giải quyết vấn đề sức khỏe, qua đó sức khỏe cộng đồng được cải thiện nhờ nâng cao kiến thức và phát triển kỹ năng phát hiện nhu cầu và vấn đề sức khỏe, xác định được các vấn đề ưu tiên, huy động được các nguồn lực để đưa ra các giải pháp và hành động thích hợp. PTCĐ thực chất là sự tham gia chủ động với tư cách tập thể của người dân vào quá trình NCSK của cá nhân và cộng đồng.

1.3.2. Một số khái niệm liên quan đến PTCĐ

Sự tham gia của cộng đồng là sự tham gia của mọi người trong cộng đồng đến quá trình xây dựng mục tiêu và thực hiện các hoạt động nhằm NCSK. Mức độ tham gia khác nhau của cộng đồng được thể hiện ở sự tham gia của các cấp, ngành, các bên liên quan, từ trung ương xuống địa phương, và của chính những người dân tại cộng đồng đó. Ví dụ như việc tham gia đóng góp ý kiến của người dân đối với các điều luật bảo vệ và chăm sóc sức khỏe hay sự tham gia của người dân vào chương trình y tế tại địa phương (chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình phòng chống sốt rét, chương trình phòng chống lao và bệnh phổi ...).

Hoạt động ngoại tuyến là sự mở rộng của các dịch vụ chuyên môn đến các khu vực dân cư sinh sống nhằm giúp cho cộng đồng dễ dàng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Ví dụ: các nhóm lưu động của các trạm y tế xã đi đến từng bản làng để phát hiện và điều trị sốt rét, các đội lưu động lấy mẫu xét nghiệm Lao tại cộng đồng, thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng tại các vùng sâu, vùng xa...

Dự án y tế cộng đồng là dự án được thiết kế nhằm đáp ứng được các nhu cầu về sức khỏe trong cộng đồng. Ví dụ: dự án phòng chống suy dinh dưỡng trong cộng đồng, dự án nâng cao ý thức cộng đồng trong phòng chống tai nạn, thương tích, dự án giáo dục sức khỏe về phòng chống tác hại thuốc lá....

2. CÁC QUAN ĐIỂM ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG

2.1. Quan điểm

- PTCĐ dựa trên cách tiếp cận từ cơ sở, xuất phát từ nhu cầu thực tế của người dân. Mỗi người dân trong cộng đồng cần có nhận thức, hiểu biết đúng và thực hiện những hành vi lành mạnh nhằm bảo vệ, NCSK của mình và của cộng đồng.
- Sự tham gia của cộng đồng là quan điểm cơ bản của PTCĐ. Yếu tố tổ chức là hết sức quan trọng. Cơ quan Y tế phối hợp với chính quyền địa phương, cùng các tổ chức, đoàn thể chính trị, xã hội (Mặt trận tổ quốc, Hội Phụ nữ, Hội Nông dân, Hội Cựu chiến binh, Đoàn Thanh niên, Hội Chữ Thập đỏ...). Cần động viên, hỗ trợ, huy động người dân cùng tham gia trong các chương trình sức khỏe cộng đồng. Sự tham gia của chính quyền được coi là nhân tố bên trong, là một thành phần quan trọng của cộng đồng trong NCSK.
- Phát triển năng lực cho người dân bằng các chương trình giáo dục sức khỏe, đào tạo kỹ năng phù hợp với từng cộng đồng nhằm tăng cường kiến thức, thay đổi thái độ và hành vi, kỹ năng thực hành. Từ đó năng lực của người dân sẽ được củng cố.

Nói đến phát triển cộng đồng, người ta thường đề cập đến xây dựng năng lực và trao quyền tự chủ cho người dân trong NCSK nhằm giúp người dân hiểu biết, nhận thức đúng tầm quan trọng của các dự án sức khỏe triển khai tại cộng đồng, qua đó người dân tham gia tốt hơn vào các hoạt động NCSK tại cộng đồng.

2.2. Mục tiêu của phát triển cộng đồng

- Hướng tới cải thiện và nâng cao chất lượng sống của cộng đồng với sự cân bằng về thể chất và tinh thần bằng cách thay đổi hành vi sức khỏe một cách tích cực.
- Tạo sự bình đẳng tham gia của các nhóm trong cộng đồng, bao gồm cả các nhóm thiệt thòi. Tất cả mọi người đều có quyền bình đẳng như nhau trong nhu cầu về sức khỏe và tham gia vào các hoạt động chăm sóc NCSK. Ví dụ: trong các dự án giảm tác hại trong phòng chống HIV/AIDS, sự tham gia của các nhóm có nguy cơ cao như tiêm chích ma túy, mại dâm đóng vai trò quan trọng khi họ tham gia làm công tác giáo dục đồng đẳng hoặc khi họ nói lên tiếng nói của mình trong quá trình thực hiện chương trình và đánh giá các hoạt động can thiệp về phòng chống HIV/AIDS.
- Thu hút sự tham gia tích cực của người dân vào quá trình PTCĐ và duy trì tính bền vững của quá trình phát triển.

3. CÁCH TIẾP CẬN PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG

3.1. Tập trung vào nhu cầu sức khỏe của cộng đồng

Khác với các vấn đề ưu tiên do các nhà chuyên môn xác định ra, PTCĐ bắt đầu với các ưu tiên sức khỏe, là nhu cầu sức khỏe của cộng đồng, được xác định với sự tham gia tích cực của cộng đồng và phù hợp với cộng đồng. Với những nhu cầu sức khỏe được xác định, các chương trình nâng cao sức khỏe được thiết kế và thực hiện trên cộng đồng.

Nhiệm vụ của cán bộ Y tế cộng đồng là tạo ra một bức tranh toàn cảnh về sức khỏe cộng đồng, xác định được những cá nhân, nhóm người hoặc nguồn lực đóng vai trò quyết định trong cộng đồng. Cán bộ y tế cộng đồng là người liên lạc, tiếp xúc với người dân sống và làm việc tại cộng đồng nhằm xác định các nhu cầu và cùng với các chuyên gia đưa ra các giải pháp can thiệp.

3.2. Tập trung vào quá trình nâng cao sức khỏe

Quá trình tạo điều kiện cũng như năng lực giúp cộng đồng chủ động NCSK của mình được coi là một hoạt động tích cực của phát triển cộng đồng. Đó là sự tăng cường tham gia chủ động, nâng cao sự tự tin và tính tự chủ của người dân. Trong quá trình đó, cán bộ y tế cộng đồng đóng một vai trò thiết yếu trong việc khuyến khích sự phát triển cá nhân thông qua hoạt động đào tạo, hoạt động nhóm tự hỗ trợ lẫn nhau; phát triển các kỹ năng vận động hành lang để có chính sách, sự ủng hộ tích cực hay làm việc với cộng đồng để huy động nguồn lực và sự tham gia; hỗ trợ đào tạo, phát triển tài liệu đào tạo...

3.3. Tập trung vào những nhóm cộng đồng dễ bị tổn thương, khó khăn

Quá trình PTCĐ ưu tiên can thiệp trên những nhóm cộng đồng khó khăn, thiệt thòi, dễ bị tổn thương như cộng đồng dân tộc thiểu số ở miền núi, vùng sâu xa. Thay vì

chỉ tập trung vào yếu tố lối sống cá nhân, PTCĐ tập trung giải quyết những yếu tố xã hội quyết định sức khỏe. Mục đích chính của quá trình này là tạo động lực và khả năng để người dân cùng hành động tác động lên các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe như các vấn đề về văn hóa, xã hội, kinh tế và môi trường. Để làm được điều này, các chương trình sức khỏe cần:

- Tăng cường các hoạt động tăng cường sức khỏe đối với những nhóm đối tượng thiệt thòi, khó khăn;
- Tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của nhóm người này;
- Củng cố, nâng cao trách nhiệm, bổn phận của dịch vụ;
- Vận động và đại diện cho những mối quan tâm của những nhóm thiệt thòi;
- Làm nổi bật các đặc trưng của cộng đồng và những ảnh hưởng đối với các vấn đề sức khỏe cụ thể.

Tiếp cận PTCĐ là một quá trình lâu dài, phức tạp. Quá trình này tạo ra triển vọng thay đổi tình trạng sức khỏe cộng đồng nhưng sẽ gặp không ít khó khăn để đạt được điều đó (bảng 14).

Bảng 14. Thuận lợi, khó khăn của tiếp cận PTCĐ

Các thuận lợi của PTCĐ	Các khó khăn của PTCĐ
Bắt đầu với những quan tâm của người dân, vì vậy dễ đạt được sự ủng hộ của mọi người	Tốn nhiều thời gian, công sức
Tập trung vào các nguyên nhân căn bản và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe, không dựa vào các triệu chứng	Các kết quả thường không rõ ràng và khó định lượng
Nâng cao nhận thức về các nguyên nhân xã hội của vấn đề sức khỏe	Khó khăn trong việc đánh giá; Nếu không đánh giá được, việc cấp ngân sách sẽ gặp khó khăn
Quá trình tham gia của các bên liên quan sẽ cho phép /nâng cao tính tự tin trong cộng đồng	Cán bộ NCSK đôi khi khó xử khi đứng giữa cộng đồng và cơ quan họ làm việc
Quá trình bao gồm những kĩ năng có thể chuyển giao như kĩ năng giao tiếp, kĩ năng vận động hành lang	Thường tập trung vào một nhóm dân cư
Ở mức độ nào đó, chính những người dân trong cộng đồng cũng sẽ như một người cán bộ làm công tác NCSK tại cộng đồng của mình.	Đôi khi các vấn đề đưa ra giải quyết mang tính cục bộ địa phương, thiếu các định hướng tổng thể

4. CÁC DẠNG HOẠT ĐỘNG TRONG PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG

Có nhiều hoạt động khác nhau được thể hiện trong PTCĐ, nhưng có năm dạng hoạt động được Smithies và Adams nêu ra như sau:

- ***Sự tham gia của cộng đồng trong việc đưa ra quyết định:*** Tăng cường vai trò của cộng đồng trong quá trình đưa ra quyết định, sự tham gia này có thể ở nhiều mức độ từ cao xuống thấp, như điều hành, trao quyền, tư vấn, thông báo...
- ***Hành động của cộng đồng:*** Bất cứ hành động nào của cộng đồng nhằm mục đích thay đổi một điều gì đó để góp phần NCSK cộng đồng. Ví dụ: việc vận động các cơ quan chức năng cung cấp các dịch vụ sức khỏe, dịch vụ hỗ trợ khác nhằm giải quyết các nhu cầu sức khỏe của cộng đồng.
- ***Các quá trình tạo điều kiện cho sự tham gia của cộng đồng:*** bao gồm các hoạt động nhằm tăng cường các kỹ năng giúp mọi người tham gia một cách chủ động và tích cực vào các hoạt động của cộng đồng nói chung và NCSK nói riêng. Nó bao gồm việc cung cấp các khóa đào tạo phù hợp, phát triển và hỗ trợ các mạng lưới trong cộng đồng.
- ***Quan hệ giữa các nhà chuyên môn và cộng đồng:*** Trong phát triển cộng đồng, mối quan hệ giữa những người làm công tác sức khỏe và cộng đồng cư dân cần được cải thiện theo hướng linh hoạt và chủ động từ cả hai phía, sự thân thiện và niềm tin là yếu tố cần thiết đảm bảo tính bền vững cho các chương trình sức khỏe tại cộng đồng. Hơn thế nữa, việc tổ chức chính quyền tại địa phương công nhận quan hệ tích cực này sẽ là động lực mạnh mẽ để người dân tự tin và chủ động hơn trong việc bày tỏ các nhu cầu cũng như quan tâm của mình đối với cộng đồng.
- ***Hỗ trợ về mặt chiến lược:*** Bao gồm các chính sách hay kế hoạch dài hạn hoặc ngắn hạn về mặt tổ chức, thực hiện, đánh giá các chương trình PTCĐ. Hỗ trợ chiến lược có thể ở nhiều cấp độ, như cộng đồng dân cư, thành phố, khu vực và quốc gia.

5. PHÁT TRIỂN CỘNG ĐỒNG VÀ KHÓ KHĂN TRONG THỰC TIỄN

5.1. Khó khăn về ngân sách

Hầu hết các dự án PTCĐ được cấp ngân sách thông qua các cơ quan quản lý nhà nước, chẳng hạn như các cơ quan phụ trách về y tế, giáo dục. Một số ngân sách được cấp từ các nguồn khác nhau bao gồm ngân sách chính phủ và nguồn ngân sách kêu gọi. Do vậy có thể sẽ gặp khó khăn trong việc lập kế hoạch triển khai và đánh giá nếu ngân sách không ổn định. Ngân sách không được đảm bảo ổn định khiến cán bộ PTCĐ chuyển từ chỗ tập trung vào các công việc về PTCĐ sang việc tìm kiếm các nguồn ngân sách để duy trì các hoạt động PTCĐ.

5.2. Trách nhiệm của nhân viên PTCĐ

Cán bộ PTCĐ được xem như chiếc cầu nối giữa cộng đồng với các chương trình nâng cao sức khỏe, do vậy, họ có trách nhiệm kép trước cộng đồng cũng như chính quyền địa phương nói chung và đơn vị y tế chủ quản nói riêng về tình hình sức khỏe của cộng đồng.

5.3. Sự chấp thuận của cơ quan quản lí

PTCĐ là một công việc tốn rất nhiều thời gian và nguồn lực để đạt được những kết quả mong muốn. PTCĐ có xu hướng tập trung vào một nhóm cộng đồng nhỏ trong khi các nhà chức trách có xu hướng tập trung vào các khối dân cư lớn. Với tính chất dài hạn, kết quả chưa nhìn thấy ngay được của PTCĐ có thể mâu thuẫn với nhu cầu tổ chức phân bổ nguồn lực dựa trên những kết quả phản ánh cơ bản. Những vấn đề như sự phân biệt trong cung cấp dịch vụ có thể không được những nhà chức trách chấp nhận.

5.4. Vai trò của các nhà chuyên môn

Những người làm công tác chuyên môn thường cho rằng họ là chuyên gia, là người hiểu biết nhất trong lĩnh vực mà mình chuyên sâu, ngược lại các cán bộ PTCĐ coi vai trò của họ như là chất xúc tác hoặc là người tạo điều kiện cho người dân tham gia. Nhiệm vụ của họ là tạo điều kiện cho cộng đồng bày tỏ những nhu cầu của mình và hỗ trợ cộng đồng giải quyết được những nhu cầu đó. Khi không có sự hiểu nhau, thiếu sự thống nhất về chức năng nhiệm vụ giữa các chuyên gia và nhân viên PTCĐ có thể nảy sinh những khó khăn trong hoạt động.

6. GIỚI THIỆU VỀ THIẾT KẾ DỰ ÁN PTCĐ

Dự án PTCĐ là một kế hoạch hành động có sự phối hợp của nhiều lực lượng xã hội nhằm huy động các nguồn lực, phân bổ chúng một cách hợp lí để tạo ra các sản phẩm hàng hóa và dịch vụ xã hội, từ đó tạo ra những chuyển biến xã hội tại cộng đồng.

Qui trình thiết kế được đi theo logic gồm năm bước: nhận diện cộng đồng; xác định nhu cầu, xây dựng mục tiêu; xác định nguồn lực và trở ngại; xây dựng kế hoạch hành động. Với sự tham gia của người dân trong quá trình thiết kế, không những dự án có những căn cứ thực tế mà còn có cơ hội để người dân có thể sử hữu ngay từ đầu dự án.

6.1. Nhận diện cộng đồng

Là quá trình thu thập dữ liệu đầu vào, đó là: các dữ liệu về kinh tế, xã hội, văn hóa, giáo dục, sức khỏe, vệ sinh, dinh dưỡng của cộng đồng, qua đó bộc lộ những vấn đề cần giải quyết.

6.2. Đánh giá nhu cầu

Là quá trình xác định các nhu cầu, sắp xếp ưu tiên các nhu cầu, cân đối và quyết định đáp ứng nhu cầu nào. Quá trình này được tiến hành qua các cuộc điều tra theo những thiết kế khoa học.

Một số cách để thu thập thông tin như sau:

- Hội thảo chuyên đề có sự tham gia của các thành viên trong cộng đồng.
- Tìm hiểu quan điểm của các tổ chức.
- Phỏng vấn người dân, tiếp xúc cá nhân với những người có uy tín trong cộng đồng

- Mời người dân tham dự buổi nói chuyện của chuyên gia về PTCĐ và tổ chức thảo luận về nhu cầu của cộng đồng.
- Các buổi họp dưới hình thức đóng góp, trung cầu ý kiến.

6.3. Xây dựng mục tiêu

- Mục tiêu tổng quát là mục đích cuối cùng của dự án là phương hướng tổng thể cần vươn tới của tất cả các hoạt động của dự án. Việc xác định mục tiêu tổng thể phụ thuộc vào câu hỏi nghiên cứu của dự án là gì.
- Mục tiêu cụ thể: Trả lời câu hỏi cái gì? Làm cái gì? Khi nào làm? Có thể thực hiện được không? Có thể đo lường được?

6.4. Lượng giá nguồn lực và trở ngại

Trong quá trình thiết kế dự án, các cán bộ phát triển cộng đồng cần xác định rõ các nguồn lực và những trở ngại liên quan đến tài chính (tài lực), cơ sở vật chất (vật lực), con người (nhân lực) để đảm bảo tính khả thi của một dự án phát triển cộng đồng. Việc lượng giá các nguồn lực cũng như trở ngại sẽ giúp cán bộ PTCĐ tận dụng một cách tối ưu nhất các nguồn lực của cộng đồng, mặt khác hạn chế và tìm cách giải quyết các vấn đề tồn tại đã và có thể gây cản trở đến chương trình PTCĐ.

6.5. Xây dựng kế hoạch hành động

Đây là quá trình xác định và lựa chọn giải pháp can thiệp; xác định các hoạt động cụ thể của dự án; sắp xếp trình tự cho các hoạt động; xác định thời gian cho các hoạt động; phân công trách nhiệm thực hiện các hoạt động cho từng thành viên tham gia; dự trù kinh phí và các phương tiện, công cụ cho các hoạt động. Sau khi hoàn thiện bản kế hoạch các hoạt động sẽ được triển khai, quá trình theo dõi, giám sát và đánh giá đồng thời cũng được thực hiện theo kế hoạch đề ra.

PTCĐ trong NCSK là quá trình tổng thể giúp người dân NCSK cũng như dân nâng cao chất lượng cuộc sống. PTCĐ là một chiến lược đã được cộng đồng quốc tế và nhiều quốc gia thừa nhận. Đối với các cán bộ cộng đồng, đây được coi là chiến lược lâu dài, có tính nhân văn nhằm NCSK. Tuy nhiên, trên thực tế công tác PTCĐ có nhiều thách thức và việc đánh giá hiệu quả của công tác PTCĐ gặp nhiều khó khăn. Điều này cần được giải quyết bằng những hỗ trợ của tổ chức chính quyền, và quan trọng hơn cả là sự tham gia một cách có ý thức của chính người dân tại cộng đồng.

CÁC CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Bạn thuộc về các nhóm cộng đồng nào trong xã hội? Phân tích những đặc tính cơ bản của các cộng đồng này?
2. Bạn hiểu thế nào về PTCĐ? Trong nội dung công tác NCSK, chiến lược PTCĐ đóng vai trò quan trọng như thế nào?

3. Cần phải làm gì để tham gia và làm tốt các hoạt động PTCĐ?
4. Dự định cho một dự án PTCĐ trong tương lai của bạn như thế nào?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Egger, Spark, Lawson, Donovan, (1999). *Health promotion strategies and method.*
2. John Kemm, Ann Close (1995). *Health Promotion-Theory and Practic.e*
3. Jenie Naidoo, Jane Wills (2000). *Health Promotion: Foundation for Practice.* Royal College of Nursing, p:199-216

NÂNG CAO SỨC KHOẺ Ở MỘT SỐ CƠ SỞ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của các hoạt động nâng cao sức khỏe tại trường học, tại nơi làm việc.
2. Mô tả chương trình nâng cao sức khỏe tiến hành tại các cơ sở cụ thể.

NỘI DUNG

PHẦN 1. NÂNG CAO SỨC KHOẺ TRONG TRƯỜNG HỌC

Quan điểm trường học có thể tăng cường sức khỏe và mang lại niềm vui cho trẻ đã có từ lâu. Sự phát triển của dịch vụ y tế học đường, sự đòi hỏi cung cấp những bữa ăn và giáo dục thể chất là những thí dụ để chứng minh trường học đã được coi là một môi trường quan trọng như thế nào trong việc khuyến khích chọn lựa lối sống để có sức khỏe tốt.

Khái niệm về một trường học tăng cường sức khỏe là một khái niệm khá là mới mẻ. Trường học tăng cường sức khỏe nhằm thực hiện được những lối sống lành mạnh cho toàn bộ học sinh bằng cách phát triển môi trường thuận lợi, góp phần tăng cường sức khỏe. Trường học cung cấp những cơ hội và cũng đòi hỏi sự tận tụy và tính cam kết cao cho việc cung cấp một môi trường thể chất xã hội để tăng cường sức khỏe và an toàn (WHO 1993). Trường học được coi như là một môi trường tổng hợp mà trong đó có nhiều nhân tố ảnh hưởng tới sức khỏe của học sinh và đội ngũ giáo viên gồm: việc cách tổ chức hoạt động của trường học, việc giáo dục về những vấn đề sức khỏe và việc cung cấp những dịch vụ y tế và thuốc men trong trường. Phần này nói về sự đầy đủ về mặt thể chất, tinh thần và xã hội của trẻ em và các trường học có thể trở thành những người đại diện đầy quyền năng như thế nào trong việc tăng cường sức khỏe tốt thông qua chương trình giảng dạy và những bài luyện tập hàng ngày.

WHO đã coi sức khỏe như là một tài nguyên phục vụ cho sự tồn tại của chúng ta. Thành tựu giáo dục cũng là bước khởi đầu của trẻ em. Trường học lành mạnh là một môi trường học tập tích cực có thể góp phần cho việc nâng cao thành tựu giáo dục.

Trường học được coi là một nơi rất quan trọng để tiến hành các hoạt động nâng cao sức khỏe, cơ bản là vì trường học luôn có một số lượng rất lớn học sinh. Trong trường học, học sinh được học về những kiến thức phổ thông, ngoài ra còn được học nhiều chủ đề liên quan đến sức khỏe, thái độ, cử chỉ và cách ứng xử giúp cho trẻ hình thành những hành vi có lợi cho sức khỏe ngay từ khi còn nhỏ.

Giai đoạn đi học là thời kỳ có nhiều thay đổi về tâm sinh lí, học sinh hình thành những cử chỉ và thói quen mà theo chúng suốt quãng đời. Những vấn đề về hành vi và sức khỏe thường phát sinh khi trẻ không nhận thức đúng về những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe. Vị thành niên là một nhóm người dễ bị ảnh hưởng bởi bạn bè

cùng trang lứa. Môi trường học đường cung cấp cơ hội giao tiếp với các bạn bè, cung cấp những cơ hội học hành và môi trường an toàn để thực hành những kỹ năng mới.

Có đủ chứng cứ cho rằng trẻ nhỏ và thanh niên thực hiện những hành vi trong sinh hoạt gây nguy hại cho sức khỏe và dần dần thực hiện hành vi này như là một thói quen. Tuy nhiên, cũng có những yếu tố kinh tế, xã hội và cá nhân, những giá trị và chuẩn mực văn hóa ảnh hưởng đến những quyết định của lớp trẻ, những cách ứng phó của chúng với các vấn đề về sức khỏe. Điều kiện sống khó khăn, thiếu sự ủng hộ của cộng đồng, cũng như kết quả học tập không tốt được coi như là những yếu tố có tác động xấu đến sức khỏe của trẻ.

Có một mối quan hệ giữa sức khỏe, giáo dục và khả năng học tập. Cuộc sống của trẻ ở trường học ảnh hưởng tới sự hình thành lòng tự trọng và tự nhận thức của chúng cũng như thái độ ứng xử của chúng. Học sinh không thích đi học, chậm tiến bộ thường có khuynh hướng tập hút thuốc, uống rượu sớm hơn và thích trở thành những người sử dụng rượu và thuốc lá một cách thường xuyên. Nếu trẻ khỏe mạnh, việc tiếp thu trong học tập sẽ nhanh hơn, dễ hiểu hơn và trẻ thích thú hơn (WHO 1995).

Theo WHO, một nhà trường triển khai các hoạt động NCSK có nhiều lợi ích:

- Áp dụng được các mô hình toàn diện về sức khỏe, trong đó bao gồm những mối liên quan giữa thể chất, tinh thần, xã hội và môi trường của sức khỏe.
- Thu hút các gia đình, phụ huynh học sinh thông qua việc khuyến khích họ tham gia vào việc phát triển kiến thức và kỹ năng cho con em họ.
- Đề cao ý nghĩa của môi trường tự nhiên như: trường học, nước sạch, sân chơi, cây xanh...góp phần làm cho trẻ an toàn, khỏe mạnh, tạo ra các mối quan hệ xã hội và môi trường học tập tích cực.
- Liên kết các dịch vụ y tế địa phương và khu vực với nhà trường để giải quyết những mối quan tâm về sức khỏe có ảnh hưởng đến học sinh (như: bệnh giun sán, tật khúc xạ, tật cột sống, sang chấn tâm lý...).
- Sự tham gia của học sinh góp phần tạo ra những kỹ năng liên quan đến lối sống lành mạnh và sức khỏe suốt đời.
- Tạo điều kiện nâng cao sự bình đẳng về giáo dục và sức khỏe bằng cách nâng cao các năng lực liên quan đến sức khỏe cho học sinh nữ và của phụ nữ trong cộng đồng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho nhà trường và cộng đồng địa phương cùng phối hợp với nhau để có những sáng kiến về sức khỏe đem lại lợi ích cho học sinh, gia đình và xã hội.

GIỚI THIỆU VỀ CÔNG TÁC Y TẾ TRƯỜNG HỌC TẠI VIỆT NAM

1. VỊ TRÍ VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA Y TẾ TRƯỜNG HỌC

- Học sinh chiếm trên 25% dân số, thuộc lứa tuổi trẻ, tương lai của đất nước, vì thế sức khỏe của học sinh hôm nay có ý nghĩa là sức khỏe của dân tộc mai sau.

- Học sinh thuộc tuổi trẻ, đang lớn nhanh và phát triển về mọi mặt, vì vậy muốn có thể hệ tương lai khỏe mạnh phải chú ý từ tuổi này. Trên thực tế đa số bệnh ở tuổi trưởng thành đều bắt nguồn từ lứa tuổi học đường như: suy dinh dưỡng, cận thị, cong vẹo cột sống, bướu cổ, lao, các bệnh tim mạch, tiêu hóa, bệnh truyền qua đường tình dục
- Môi trường tập trung đông, tạm thời là cơ hội để lan nhanh các bệnh truyền nhiễm, nhất là các bệnh dịch như: cúm, sởi, quai bị, đau mắt, bạch hầu, ho gà, sốt xuất huyết từ trường tới gia đình và toàn xã hội (ba môi trường).
- Học sinh là cầu nối hữu hiệu nhất giữa ba môi trường, nên nếu các em được chăm sóc, giáo dục về mặt sức khỏe sẽ có ảnh hưởng tích cực tới cả ba môi trường.
- Trường học là nơi giáo dục toàn diện cho thế hệ trẻ, cho nên làm tốt công tác sức khỏe cũng có nghĩa là làm tốt các nội dung giáo dục khác như: đức, trí, thể, mỹ, lao động.

Y tế trường học phải là công tác quan trọng hàng đầu trong sự nghiệp giáo dục sức khỏe thế hệ trẻ và quan trọng ngang với các nội dung khác của nhà trường, nhằm thực hiện khẩu hiệu: *trẻ em hôm nay - thế giới ngày mai, tất cả vì tương lai con em chúng ta, tất cả vì học sinh thân yêu!*

2. NỘI DUNG CHÍNH CỦA Y TẾ TRƯỜNG HỌC

2.1. Vệ sinh học đường

Gồm có: vệ sinh cá nhân, vệ sinh trường sở, vệ sinh môi trường, vệ sinh chế độ học và sinh hoạt, vệ sinh học phẩm, vệ sinh trang phục học đường, vệ sinh an toàn thực phẩm

- Vệ sinh cá nhân: vệ sinh thân thể và trang phục, lối sống lành mạnh, tự biết chăm sóc sức khỏe cho bản thân, vệ sinh tuổi dậy thì
- Vệ sinh trường sở: quy cách xây dựng trường sở để đảm bảo an toàn, sạch đẹp, chiếu sáng đủ và hợp lí, thoáng khí, chống tác hại của thời tiết, học cụ đủ và phù hợp với tâm vóc, sắp xếp đúng, tạo nơi học, rèn luyện, vui chơi, lao động thuận tiện nhất để học tốt, dạy tốt và phòng ngừa các bệnh và tai nạn, chủ yếu là 2 bệnh học đường: cận thị và cong vẹo cột sống. Về sinh hoạt: đảm bảo tốt sinh hoạt giữa học và chơi, nhất là trong năm học, chủ nhật ngày lễ, ngày nghỉ Tết và các tháng hè để học tốt và sức khỏe cũng tốt.
- Vệ sinh môi trường: chủ yếu quản lí, giải quyết tốt phân, rác, nước thải, khí thải trong trường, quan tâm trồng cây xanh, hoa và thảm cỏ, đảm bảo uống nước tinh khiết vô trùng, dùng bếp đun không khói, lọc nước để làm trong nước, đủ sọt rác có nắp đậy, đủ sân chơi bãi tập sạch, thoáng mát, ít bụi và an toàn, thải tốt nước mưa và nước sinh hoạt hàng ngày, không để ứ đọng.
- Vệ sinh chế độ học và sinh hoạt: sắp xếp hợp lí thời khóa biểu, ưu tiên cho học sinh nhỏ, chống học ca ba, vui chơi giải trí tốt nhất, nghỉ ngơi đầy đủ, và

hợp lí (nghỉ ngơi tích cực và chủ động), chống học gạo, học không nghỉ và ngủ thiếu, tôn trọng các quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo về chế độ học và thi cử.

- Vệ sinh học phẩm: đảm bảo học phẩm an toàn, sạch đẹp, thuận tiện cho việc học tập và hoàn toàn thống nhất với Bộ Giáo Dục và Đào tạo để học đi đôi với hành. Phối hợp tốt nhất giữa nhà trường và gia đình cùng các nhà sản xuất, nơi cung cấp học phẩm cho học sinh từng cấp như: vở, bút, cặp, chì, phấn, thước.
- Về trang phục: đảm bảo ý thức giữ gìn vệ sinh trang phục cho học sinh, đồng thời phối hợp với nhà trường và nơi sản xuất tạo trang phục học đường phù hợp theo tâm lí và sinh lí tuổi, giới, thời tiết, cấu trúc cơ thể người Việt Nam, đẹp và dễ phổ cập rộng rãi.
- Vệ sinh an toàn thực phẩm: đảm bảo ăn uống sạch, an toàn để không mắc các bệnh cấp tính (ngộ độc, tiêu chảy, dị ứng) và các bệnh mạn tính do hóa chất độc và các mầm bệnh (virus, vi khuẩn, kí sinh trùng, nấm mốc), giáo dục trong vệ sinh ăn, uống cho học sinh, đảm bảo ăn đủ chất dinh dưỡng, tiêu hóa tốt, phòng chống suy dinh dưỡng, béo phì, bệnh răng miệng, bệnh đường tiêu hóa, bệnh ung thư

2.2. Phòng các bệnh truyền nhiễm gây dịch

Gồm bốn loại bệnh sau:

- Bệnh truyền qua đường hô hấp (qua nước bọt, nước mũi) như cúm, sốt cao, viêm họng, bạch hầu, ho gà, sốt phát ban, thủy đậu, đau mắt đỏ, quai bị, viêm màng não (phòng bệnh chủ yếu là vệ sinh không khí và ý thức học sinh khi ho, hắt hơi, khạc nhổ, cười to, nói to).
- Bệnh truyền qua đường tiêu hóa (qua nước và thực phẩm) như: tả, lỵ, thương hàn, bại liệt, tiêu chảy, giun sán, viêm gan A (phòng bệnh chủ yếu) là: vệ sinh ăn uống và thực phẩm, vệ sinh dụng cụ ăn uống giữa bệnh nhân và người lành, vệ sinh bếp, căng tin).
- Bệnh truyền qua đường máu (do vật trung gian truyền từ máu người có mang mầm bệnh sang người lành như muỗi hay bọ chét đốt, dụng cụ y tế không tiệt trùng kĩ, quan hệ tình dục không an toàn) như các bệnh truyền qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS, sốt xuất huyết, viêm não, viêm gan B, bệnh giun chỉ

Bệnh truyền qua đường da niêm mạc (do tiếp xúc trực tiếp) như bệnh dại (chủ yếu do chó dại cắn), uốn ván, nhiệt thán, đau mắt đỏ, ghẻ, chấy rận

Chú ý: Phát hiện sớm - cách ly kịp thời và đúng đắn, bao vây dập tắt nhanh, không để lây lan và gây tác hại lớn đến học tập, giảng dạy, đến người và của. Sát trùng, tẩy uế những nơi nghi ngờ theo hướng dẫn của cơ quan vệ sinh phòng dịch.

2.3. Phòng các bệnh thường gặp khác

Gồm có hai loại (từ chương trình y tế có liên quan và từ các bệnh và tệ nạn trong tuổi học đường trong từng giai đoạn và từng nơi tạo ra do giao lưu quốc tế và sự tiến hóa của xã hội).

- Các chương trình cần sự phối hợp của y tế trường học gồm: chống tiêu chảy (CDD), tiêm chủng mở rộng (EPI), chống nhiễm khuẩn đường hô hấp (ARI), phòng chống HIV/AIDS, các bệnh lây qua đường tình dục, bệnh bướu cổ, phong, mắt hột, sốt rét, thấp tim, suy dinh dưỡng, thiếu vi chất (iod, vitamin A, fluor), vệ sinh an toàn thực phẩm, nước sạch và vệ sinh môi trường (WATSAN), giun sán, ma túy học đường, lao, kế hoạch hóa gia đình (sinh đẻ có kế hoạch) sức khỏe sinh sản (cho tuổi vị thành niên).
- Các bệnh thường gây ra trong lứa tuổi học sinh (chủ yếu trong thành phố theo mô hình các nước công nghiệp) như quan hệ tình dục sớm, có thai và làm mẹ sớm, nạo phá thai, các bệnh truyền nhiễm lây qua đường tình dục (HIV/AIDS, lậu, giang mai, hạ cam...), nghiện ma túy, dùng các chất kích thích mạnh (gây hoang tưởng, kích dục, bạo lực), rối loạn nhân cách, sa sút về tâm thần: như nói dối, bỏ nhà đi lang thang, ăn cắp hoặc cướp giật, giết người, hiếp dâm, thủ dâm, rối loạn kinh nguyệt, đồng tính luyến ái, tự vẫn, xâm mình, lại có nhu cầu làm đẹp khác như: nhuộm tóc, phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật chỉnh hình, tập luyện, trang điểm, cùng các giải pháp khác. Cho nên ở Pháp hiện nay cứ 5000 6000 học sinh có 1 trung tâm gồm có: 1 bác sĩ, 2 y tá, 2 trợ lí xã hội (tài liệu y tế học đường Pháp - 1998).

Ngoài ra còn hai bệnh phổ biến là hai bệnh học đường: cận thị và cong vẹo cột sống mà ta cần tập trung làm tốt. Muốn giải quyết cần bốn biện pháp sau:

- Giáo dục phòng tránh, nêu rõ cơ chế và tác hại của bệnh và hành vi (theo tuổi và giới).
- Tổ chức tốt mạng lưới giám sát của trường và biết phát hiện sớm.
- Có phòng y tế và nhân viên y tế cần làm thêm tư vấn sức khỏe, nếu cần mới thêm 1 nữ giáo viên hay cán bộ Đoàn có kinh nghiệm và uy tín với các em.
- Có hình thức khen, phê và phối hợp chặt chẽ với gia đình và các tổ chức hữu quan.

2.4. Chăm sóc răng miệng (chương trình Nha học đường)

Tổ chức này tuy được đặc biệt đề cao trong TP. Hồ Chí Minh và các tỉnh phía nam, nhưng cần hiểu rõ là nó nằm trong y tế học đường chung chứ không tách biệt, bốn nội dung cần quán triệt là:

- Giáo dục vệ sinh răng miệng (dạy cách chọn bàn chải, kem đánh răng, cách chải răng đúng, ý thức vệ sinh trong ăn uống để ngừa sâu răng, viêm nướu như: tránh ăn nhiều chất ngọt, các bột dính hoặc cắn các vật cứng, chọn thức ăn phù hợp, tránh dùng nhiều nước lạnh cả ngày, hiểu biết đầy đủ về các chất làm chắc răng là chất fluor).
- Tổ chức súc miệng dung dịch fluor 0,2% hàng tuần cho học sinh tiểu học (vì là tuổi bắt đầu mọc răng vĩnh viễn) cần bảo vệ lâu dài.

- Tổ chức khám răng định kỳ 6 tháng/1 lần để phát hiện sớm, chữa trị kịp thời để phòng và trị bệnh ngay từ ban đầu, sẽ không có biến chứng và bảo vệ được lâu.
- Trám bít các hố rãnh trên mặt nhai để ngừa sâu răng và bảo tồn được lâu.
- Phấn đấu giảm tỉ lệ sâu răng, viêm lợi cho tuổi học đường để khỏe, đẹp, học tốt, ngừa nhiều biến chứng.

2.5. Sơ cấp cứu ban đầu

Nhằm xử trí ngay tại chỗ, sớm nhất các tai nạn cùng các biến chứng do tai nạn gây ra như: chảy máu, gãy xương, bong gân, sai khớp, ngất xỉu, ngạt, điện giật, chết đuối, bỏng, ngộ độc do thuốc, do độc chất, do ăn uống, hạ đường máu, chó cắn, rắn cắn, say nóng, cảm lạnh, cảm nắng, dị vật rơi vào mắt, nghẹn, dị vật đường thở, nôn mửa, tiêu chảy cấp, dị ứng, đau mắt, đau bụng, đau đầu và khớp, nhiễm trùng ngoài da, động kinh Giải pháp là phải có nhân viên cấp cứu thường trực tại trường, có tối thiểu các loại thuốc men và các loại trang thiết bị y tế trong phòng y tế trường học.

Để làm tốt các yêu cầu trên cần lưu ý năm điểm sau cho mỗi trường học:

- Phải tổ chức ban y tế trường học của trường do giám hiệu làm trưởng ban. Nhân viên y tế làm thường trực trong thời gian học sinh có mặt tại trường, thêm cán bộ đoàn, đội, một số học sinh lớn, đại diện phụ huynh học sinh và đại diện hội chữ thập đỏ của trường.
- Phải có phòng y tế (trong đó có nha học đường) với các trang bị tối thiểu. Người được giao phụ trách phòng này phải được học tập, bồi dưỡng hàng năm để thành thạo công tác chuyên môn và nghiệp vụ, biết cách quản lý công việc.
- Phải có văn bản, tài liệu về y tế trường học do hai Bộ soạn thảo hoặc ban y tế trường học thành phố hướng dẫn để biết mà phấn đấu xây dựng trường tiên tiến về y tế trường học hay trường học nâng cao sức khỏe (Health Promoting School) như các nước quen dùng, làm đúng chức năng, đúng khoa học vệ sinh và sự phạm, tiết kiệm công quỹ và có sự đóng góp tối đa của nhà trường, gia đình và cộng đồng nơi trường đóng.
- Phải dựa vào nguồn tài chính chủ yếu là sự đóng góp của phụ huynh và bảo hiểm y tế vì được trích 35% tổng số tiền thu được cho hoạt động y tế trường học của trường mà chủ yếu là: trang thiết bị, thuốc men phục vụ học sinh.
- Phải luôn coi trọng công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe và công tác đào tạo, huấn luyện cho mạng lưới vệ sinh viên, hội viên chữ thập đỏ của trường, công tác thi đua khen thưởng và ngược lại có xử lý thích đáng đối với các trường hợp vi phạm. Tiêu chuẩn thi đua về mặt vệ sinh học đường - y tế học đường cần phải lồng ghép vào tiêu chuẩn thi đua 2 tốt thì mới tránh được mâu thuẫn và mới có hiệu lực. Cần phối hợp, lồng ghép các chương trình y tế nhằm tăng hiệu quả của mỗi chương trình, lại tiết kiệm được thời gian, nhân lực, kinh phí.

Y tế trường học làm tốt nhằm mục tiêu: học tốt, dạy tốt, sức khỏe tốt cho đông đảo học sinh và cả giáo viên, cán bộ công nhân viên của nhà trường để tạo ra tác động tích cực tới mọi gia đình và toàn xã hội.

3. NHIỆM VỤ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRƯỜNG HỌC

1. Xây dựng kế hoạch hoạt động y tế cho năm học, trình lãnh đạo phê duyệt và tổ chức thực hiện.
2. Sơ cứu và xử lý ban đầu các bệnh thông thường, quản lý tủ thuốc và y dụng cụ.
3. Tổ chức thực hiện khám sức khỏe định kỳ, quản lý hồ sơ sức khỏe của học sinh và giáo viên.
4. Tổ chức triển khai các chương trình y tế đưa vào trường học.
5. Tham mưu cho lãnh đạo nhà trường chỉ đạo thực hiện các yêu cầu vệ sinh học đường, vệ sinh môi trường trong nhà trường, vệ sinh an toàn thực phẩm, vệ sinh khu vực nội trú, bán trú theo các quy định đã ban hành của Bộ Y tế, Bộ Giáo dục Đào tạo, nội quy của nhà trường.
6. Tham gia các lớp đào tạo bồi dưỡng về y tế học đường do ngành y tế tổ chức cùng các yêu cầu do y tế học đường cấp huyện, quận đề ra.
7. Sơ kết, tổng kết công tác y tế trường học, báo cáo thống kê y tế học đường theo quy định.

4. MÙI NGHIỆP VỤ QUẢN LÝ Y TẾ TRƯỜNG HỌC

4.1. Tuyên truyền vận động

- Tuyên truyền cái gì? Tuyên truyền chủ trương, đường lối, chính sách về y tế trường học cùng các yêu cầu chuyên môn, nhất là các điều lệ vệ sinh học đường để mọi người cùng hiểu, đồng tình cùng làm và làm cho thật tốt.
- Tuyên truyền cho ai? Lãnh đạo các ban ngành có liên quan như: y tế, giáo dục, hội chữ thập đỏ, phụ nữ, thanh niên, các ban ngành, đoàn thể địa phương, hội cha mẹ học sinh để họ giúp đỡ, cộng tác, tổ chức thực hiện hay nói chung là: xã hội hóa công tác y tế học đường.
- Vận động ai và để làm gì? Những người có tâm huyết với sức khỏe thế hệ trẻ, các nhà doanh nghiệp có sản phẩm phục vụ học sinh như: cặp, vở, bút, giày dép, trang phục học đường, đồ chơi, mỹ phẩm, kem và bàn chải răng, nước ngọt, bánh kẹo, các thuốc, nghĩa là rất rộng. Các Mạnh thường quân ở trong nước và ngoài nước. Họ có thể giúp ta kinh phí, vật tư, tài liệu, sản phẩm cùng nhiều thứ khác trên nguyên tắc: cùng có lợi và không đi ngược chủ trương chung của nhà nước và với mục tiêu của giáo dục.
- Tuyên truyền vận động bằng cách nào? Trực tiếp như: Tới nơi giải thích, đi vận động, nói chuyện hoặc gián tiếp qua mọi kênh truyền thông mà ta có như:

tivi, đài báo, tổ chức các cuộc thi, các chiến dịch cổ động, ví dụ như chiến dịch sạch xanh thành phố.

4.2. Đào tạo - huấn luyện chuyên môn nghiệp vụ

- Cho mạng lưới chuyên trách các huyện, quận. Cho mạng lưới các trường (chuyên trách và bán chuyên trách thường gọi là giáo viên kiêm nhiệm).
- Tổ chức đào tạo trong hè cho mạng lưới chuyên môn như: nha sĩ, các y sĩ chung, bác sĩ, y tá để: giỏi một việc biết nhiều việc. Muốn vậy phải nắm vững mạng lưới, trình độ và có kế hoạch chi tiết để đào tạo hàng năm.
- Cho lãnh đạo các ban ngành, đoàn thể, nhất là các trường về tầm quan trọng của y tế trường học cùng một số yêu cầu có liên quan cần hỗ trợ của họ như: kinh phí, xin biên chế, xin cơ sở vật chất, hoặc cho phép đưa tiêu chuẩn y tế trường học vào các điểm thi đua đánh giá chung toàn trường hoặc toàn ngành, vì sức khỏe cũng là một trong các mục tiêu phấn đấu của ngành Giáo dục và Đào tạo.
- Thời gian đào tạo thuận lợi là trong hè, vì mọi giáo viên đều có thời gian bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ trong một tháng hè.

4.3. Tổ chức mạng lưới

Cần thành lập ban y tế trường học hay ban sức khỏe trường học cấp tỉnh, thành rồi quận, huyện, cuối cùng là ban sức khỏe trường học. Ở cấp tỉnh, huyện thì trưởng ban nên là vị phó chủ tịch phụ trách văn hóa xã hội, phó ban là đại diện hai sở hay hai phòng (hoặc trung tâm) y tế và giáo dục, song người thư kí thường trực là quan trọng nhất. Ở trường thì trưởng ban nên là giám hiệu, phó ban thường trực là nhân viên y tế chuyên trách hay kiêm nhiệm. Ban này cần có đại diện phụ huynh học sinh, vì đây là lực lượng hỗ trợ đắc lực nhiều việc cho y tế trường học. Mạng lưới cũng nên có thêm thành viên chữ thập đỏ và Đoàn thanh niên vì hội chữ thập đỏ có ban thanh thiếu niên chữ thập đỏ trường học với nội dung hoạt động sức khỏe và vệ sinh y tế trường học chúng ta.

4.4. Sinh hoạt

Đã có tổ chức thì phải có sinh hoạt để điều hành và duy trì, phát triển tổ chức đó. Ban y tế trường học (thành phố hay tỉnh) cần quy định lịch sinh hoạt nội bộ trong ban (nên là hàng tháng với nhóm thư kí và hàng quý với toàn ban), lịch sinh hoạt với quận, huyện (nên là hàng quý) và giúp cấp dưới sắp xếp lịch sinh hoạt cho bản thân họ. Nên sinh hoạt với cấp trên hay nội bộ trước rồi mới sinh hoạt với cấp dưới cho sát. Nói chung mỗi năm học nên sinh hoạt như sau: Tháng 8 để chuẩn bị cho năm học mới. Tháng 12 để sơ kết học kỳ 1, có kế hoạch cho tết nguyên đán và học kỳ 2. Tháng 6 để tổng kết năm học (trong đó có tết và học kỳ 2) để ra kế hoạch hè. Chú ý khi sinh hoạt phải có chuẩn bị kĩ nội dung, tránh hời hợt, rỗng tuếch sẽ khó duy trì sinh hoạt về sau. Có nhận xét thi đua qua mỗi kỳ sinh hoạt và kết quả này đưa vào tổng kết năm học.

4.5. Báo cáo

Có ba loại báo cáo sau: Báo cáo thường kỳ (học kỳ, năm học) theo mẫu của Bộ rồi tỉnh chi tiết để gửi cho cơ sở, hện ngày nộp thì mới có số liệu chính xác được, vì thế phải có mẫu thống nhất. Báo cáo đột xuất được chia hai loại: đột xuất từ yêu cầu thu thập một chuyên đề gì đó hay khi có thiên tai, dịch bệnh xảy ra và đột xuất từ dưới báo lên khi có tai nạn hay một yêu cầu gấp nào đó. Nói chung báo cáo cần có mẫu và hện đúng ngày nộp từ dưới lên, ví dụ muốn báo cáo lên Bộ vào tháng 6 thì tỉnh phải có báo cáo từ quận, huyện từ cuối tháng 5, quận huyện phải có đủ báo cáo từ cơ sở vào đầu tháng 5 thì mới chuẩn bị kịp. Tuyệt đối tránh tình trạng bịa số liệu.

4.6. Thanh tra - kiểm tra

Thanh tra khi có yêu cầu khẩn cấp như khi có tai nạn, dịch bệnh, có khiếu nại hay vi phạm các nguyên tắc vệ sinh an toàn gây bệnh dịch hay tai nạn cần xử lý, còn kiểm tra chủ yếu là động viên, thi đua. Có ba loại kiểm tra là: kiểm tra thường kỳ để góp ý, thường vào đầu năm học. Kiểm tra xếp loại để thi đua, khen thưởng khi sơ, tổng kết, thường vào cuối học kỳ và kiểm tra đột xuất khi có yêu cầu hay sự cố xảy ra. Khi đi kiểm tra cần có đoàn tối thiểu ba người, có biên bản ghi chép gửi lại cơ sở, có thể báo trước hoặc không báo trước tùy loại kiểm tra, ví dụ góp ý thì nên báo trước.

4.7. Chọn và chỉ đạo điểm

Nên lựa chọn mô hình mẫu, mô hình hoạt động thành công để nhân rộng. Nói chung mỗi tỉnh nên có điểm: một quận điểm, một huyện điểm. Trong quận, huyện lại nên có các trường điểm như: mẫu giáo, tiểu học, trung học cơ sở và phổ thông trung học. Cũng có thể chọn điểm về y tế trường học hay riêng từng chuyên mục như vệ sinh môi trường, chiếu sáng và học cụ, bếp ăn tập thể, vệ sinh cá nhân học sinh, bảo hiểm y tế Cần thường xuyên xuống điểm để giúp đỡ họ về tinh thần để họ tự lực thì mới dễ nhân điểm thành diện rộng. Cũng có nơi chọn điểm để đối ngoại, để vươn tới khi có điều kiện, điểm đối nội để nhân rộng nhanh chóng và điểm làm thử theo mô hình mới mà chưa dứt khoát là hoàn toàn có thể nhân rộng. Trong mỗi trường cũng nên chọn lớp điểm rồi khối lớp điểm về y tế trường học. Mỗi chuyên đề y tế cũng nên có những điểm riêng như bảo hiểm y tế, nha học đường, phòng chống ma túy học đường hay phòng chống HIV/AIDS.

4.8. Nhân diện

Mục tiêu chính của y tế trường học là phải nhân ra diện rộng các thành quả về y tế trường học. Có ba cách nhân diện: mời tới điểm tham quan, học tập để làm theo, tổng hợp các điểm tốt rồi phổ biến qua các bài học kinh nghiệm của họ. Tổ chức kiểm tra chéo lẫn nhau dưới sự chủ trì của cấp chỉ đạo để gây khí thế thi đua như muốn tốt hơn bạn để có điểm cao hơn và được khen thưởng cuối năm. Tránh tư tưởng ăn thua khi tổ chức kiểm tra chéo nhau.

4.9. Điều tra, nghiên cứu về y tế trường học

Điều tra, nghiên cứu các chủ đề phát triển thể lực, tình hình bệnh học đường, tình hình vệ sinh học đường, vệ sinh an toàn thực phẩm, tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS, tỷ lệ

nghiện hút, tiêm chích ma túy, vấn đề học phẩm, trang phục học đường, bệnh răng miệng, các điều tra kiến thức, thái độ, thực hành về một chủ đề (KAP) trong học sinh và giáo viên.

4.10. Sơ kết, tổng kết

Có thể tổ chức sơ kết học kỳ, tổng kết năm học hoặc năm năm một lần, tiến hành riêng từng ngành: Y tế, Giáo dục và Đào tạo hay chung của cả ban y tế trường học từng cấp. Sau mỗi lần sơ, tổng kết phải rút ra bài học gì và phải có biện pháp thúc đẩy phong trào ngày thêm mạnh mẽ. Lưu ý: có khen thì phải có thưởng, có phê thì phải có phạt.

Mười nghiệp vụ quản lý là cảm nang giúp cho cán bộ chỉ đạo làm tốt công tác y tế trường học. Muốn vậy phải sâu về chuyên môn thì mới đúng hướng. Chúng ta cần chi tiết mười nghiệp vụ trên cho địa phương mình, chắc chắn sẽ thành công. Chuyên môn và nghiệp vụ có mối tương quan hai chiều là như vậy, không thể coi nhẹ mặt nào. Những người cần học nghiệp vụ là những cán bộ lãnh đạo y tế trường học các cấp như tỉnh, huyện, xã.

PHẦN 2. NÂNG CAO SỨC KHOẺ TẠI NƠI LÀM VIỆC

Một nơi làm việc được NCSK sẽ tạo ra một môi trường hỗ trợ, duy trì và NCSK cho người lao động. Nó cho phép các nhà quản lý và người làm việc tăng cường bảo vệ sức khỏe của bản thân họ, tạo điều kiện cho họ có nghị lực, niềm tin và hài lòng với công việc của mình, nhờ đó mà hiệu quả lao động tăng cao, làm giàu cho xã hội.

Các hoạt động như phòng chống bệnh nghề nghiệp và an toàn lao động đã được triển khai từ rất lâu tại nơi làm việc, song kể từ khi có hiến chương Ottawa (1986), các hoạt động nâng cao sức khỏe (NCSK) mới được chú ý đến. Cùng với chính sách đổi mới, công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước, ngày càng có nhiều người vào lao động tại các khu công nghiệp và doanh nghiệp. Thực tế này đã đặt ra nhiều vấn đề trong việc bảo vệ sức khỏe người lao động trong môi trường sản xuất. Phần này sẽ tập trung thảo luận một hướng tiếp cận mới trong việc bảo vệ sức khỏe người lao động thông qua các hoạt động NCSK tại nơi làm việc.

2.1. Khái niệm

NCSK tại nơi làm việc là những hoạt động giáo dục, tổ chức hoặc các hoạt động kinh tế được thiết kế nhằm cải thiện sức khỏe người lao động và qua đó cải thiện sức khỏe của cộng đồng. Như vậy NCSK tại nơi làm việc không chỉ là những hoạt động y tế mà nó bao gồm nhiều hoạt động khác nhau, miễn sao những hoạt động này có ích cho sức khỏe của người lao động.

Một nơi làm việc được NCSK nhằm:

- Tạo ra môi trường làm việc an toàn, được hỗ trợ về sức khỏe
- Phát triển những nơi làm việc có giá trị xã hội, hỗ trợ và duy trì sức khỏe cho lực lượng lao động và ở đó việc bảo vệ và NCSK trở thành một phần quan trọng của công tác quản lý

- Hỗ trợ sự tham gia của người lao động và người sử dụng lao động để có được những lối sống lành mạnh
- Lôi cuốn và mở rộng sự tham gia của các thành viên ở phạm vi nơi làm việc, gia đình và cộng đồng.

Nơi làm việc trong bài này ngụ ý là những tổ chức nhà nước (cơ quan, doanh nghiệp) và các tổ chức tư nhân (doanh nghiệp) có sử dụng lực lượng lao động tập trung (gọi chung là tổ chức). Bài này không đề cập đến lực lượng lao động phân tán (nông dân) mặc dù họ là lực lượng lao động đông nhất hiện nay.

2.2. Sự cần thiết phải nâng cao sức khỏe tại nơi làm việc

Sự thịnh vượng của mỗi quốc gia phụ thuộc vào khả năng đóng góp của lực lượng lao động của quốc gia đó, vì thế cần phải chăm lo sức khỏe của họ. Việc chú ý đến sức khỏe của người lao động là một cách đầu tư khôn ngoan bằng cách tăng cường các hoạt động giáo dục và NCSK cho những đối tượng này.

Tại điều 4 " Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân và các điều lệ áp dụng Luật" (1991) có qui định rõ: "*Các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh Nhà nước, các đơn vị vũ trang (gọi chung là các tổ chức Nhà nước), các cơ sở sản xuất, kinh doanh của tập thể và tư nhân có trách nhiệm trực tiếp chăm lo, bảo vệ, tăng cường sức khỏe của những thành viên trong cơ quan, đơn vị mình.*"

Luật còn qui định rõ trách nhiệm của các tổ chức Nhà nước và Tư nhân trong việc đảm bảo sức khỏe người lao động, trong đó nhấn mạnh đến vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp và chăm sóc y tế.

Một số đặc điểm về lực lượng lao động và hoạt động NCSK:

- Lực lượng lao động chiếm khoảng 45% dân số trong đó lao động nông nghiệp chiếm đến 2/3, còn lại là các ngành nghề khác như công nghiệp chế biến (3.207.800), xây dựng (940.000), vận tải và kho bãi (929.200), khai thác mỏ (219.300)...
- Những người này không được tiếp cận và hưởng lợi từ những hoạt động NCSK ở cộng đồng trong giờ làm việc.
- Mỗi môi trường làm việc có đặc thù khác nhau mà dịch vụ y tế chung có thể không phù hợp.
- Dễ tiếp cận họ trong giờ làm việc.
- Môi trường làm việc thường có tính kỷ luật cao, nên dễ tổ chức hoạt động, dễ khuyến khích sự tham gia của những đối tượng hưởng lợi.
- Mỗi người hưởng lợi từ những hoạt động NCSK tại nơi làm việc là một hạt nhân NCSK cho gia đình họ và qua đó cải thiện sức khỏe cộng đồng.

Thông qua việc NCSK tại nơi làm việc, các thói quen, hành vi, nếp sống và làm việc lành mạnh được hình thành giúp người lao động có thể kiểm soát được các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của họ góp phần bảo vệ, duy trì và nâng cao tình trạng sức khỏe, chất lượng cuộc sống của họ.

2.3. Các hoạt động nâng cao sức khỏe tại nơi làm việc hiện nay

Nhìn chung ở nước ta NCSK là một khái niệm khá mới, và đối với các tổ chức thì khái niệm này còn khá xa lạ. Những hoạt động hiện nay chủ yếu là các hoạt động y tế bao gồm khám chữa bệnh định kỳ, sơ cấp cứu, vệ sinh an toàn lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp. Tương ứng với những nhiệm vụ này, hệ thống tổ chức y tế trong các tổ chức Nhà nước và tư nhân thường bao gồm bộ phận y tế và một mạng lưới an toàn vệ sinh viên. Tuy nhiên ở các tổ chức tư nhân, đặc biệt là các doanh nghiệp nhỏ, đôi khi không tồn tại hệ thống này.

Trong quá trình triển khai các hoạt động tại nơi làm việc, những khó khăn thường gặp ở cả phía người sử dụng lao động và người lao động.

Về người sử dụng lao động:

- Không quan tâm do không nhận thức được tầm quan trọng và lợi ích của chương trình, đặc biệt là đối với các doanh nghiệp tư nhân, doanh nghiệp nhỏ không có mạng lưới y tế.
- Thường cho rằng Nhà nước có trách nhiệm đảm bảo sức khỏe người lao động, doanh nghiệp có nghĩa vụ nộp thuế, nên không muốn chi tiền cho các hoạt động NCSK.
- Không ủng hộ các hoạt động vì sợ ảnh hưởng đến lợi nhuận.
- Cho rằng người lao động phải có trách nhiệm tự bảo vệ sức khỏe của mình

Về phía người lao động:

- Không nhận thức được lợi ích thiết thực của chương trình NCSK.
- Không muốn đề cập đến quyền được tiếp cận dịch vụ y tế và thông tin về sức khỏe vì sợ ảnh hưởng đến việc làm.
- Không muốn tham gia các hoạt động vì mất thời gian sản xuất, ảnh hưởng đến thu nhập, nhất là hiện nay đa số các doanh nghiệp thực hiện chế độ khoán sản phẩm.

Trong những năm gần đây, do dịch HIV/AIDS lan rộng, chương trình phòng chống AIDS tại nơi làm việc đã được triển khai trong các tổ chức và doanh nghiệp lớn. Đối với các doanh nghiệp, chương trình này được thực hiện thông qua quan hệ đối tác giữa mạng lưới phòng chống AIDS của ngành y tế và mạng lưới quản lý của Phòng Công nghiệp và Thương mại Việt nam. Những thành công ban đầu của chương trình này cho thấy, khi người sử dụng lao động và người lao động nhận thức được lợi ích thiết thực của chương trình, họ sẽ sẵn sàng đầu tư nguồn lực để thực hiện chương trình.

2.4. Lợi ích của chương trình nâng cao sức khỏe tại nơi làm việc

Đối với người sử dụng lao động, mục đích của họ là tạo ra lợi nhuận, nên có thể họ không muốn đầu tư nhiều cho công tác chăm sóc sức khỏe cho người lao động. Tuy nhiên họ lại được hưởng lợi rất nhiều từ những hoạt động NCSK người lao động, ít

nhất việc NCSK người lao động cũng không làm giảm khả năng tạo ra lợi nhuận của tổ chức đó.

Các chi phí liên quan đến một lực lượng lao động không khỏe mạnh có thể tóm tắt như sau:

- Chi phí cho việc tuyển và đào tạo nhân viên để thay thế những người phải thôi việc vì lý do sức khỏe.
- Chi phí trực tiếp phải trả cho những người nghỉ ốm.
- Chi phí gián tiếp (cơ hội) do những người ốm.
- Chi phí do giảm năng suất lao động vì mệt mỏi.
- Chi phí bồi thường cho những trường hợp tai nạn hoặc rủi ro nghề nghiệp.

Những lợi ích của NCSK đối với người sử dụng lao động (hay cơ quan /doanh nghiệp) là:

- Giảm chi phí y tế và các chi phí cơ hội nêu trên.
- Động viên tinh thần làm việc và thiện cảm của người lao động.
- Tăng năng suất lao động do lực lượng lao động khỏe mạnh hơn.
- Tạo ra một hình ảnh tốt đẹp về tổ chức và người sử dụng lao động vì biết quan tâm và có trách nhiệm với người lao động.

Đối với hầu hết người sử dụng lao động, họ đều nhận thức được rằng người lao động là tài sản lớn nhất của tổ chức, do đó chúng ta có cơ hội để thuyết phục họ hành động để bảo vệ lực lượng lao động.

2.5. Các nguyên tắc cơ bản

Theo Hiến chương Ottawa về NCSK (1986), NCSK phải nhằm tạo ra được một môi trường tích cực hỗ trợ cho việc cải thiện sức khỏe thông qua việc phát triển tổ chức. Ba tiếp cận cần thiết để đạt được mục tiêu này là:

Xây dựng một môi trường sống và làm việc lành mạnh cho mọi người.

- lồng ghép chương trình NCSK vào các hoạt động hàng ngày ở môi trường đó.
- Tạo ra những điều kiện để khuếch tán những chương trình này sang môi trường khác bằng cách xây dựng và phát triển mạng lưới làm việc và các liên minh chặt chẽ.

Các hoạt động NCSK tại nơi làm việc trước hết nhằm giải quyết các vấn đề nảy sinh tại nơi làm việc, đặc biệt là các vấn đề đòi hỏi có sự thay đổi về chính sách. Chương trình NCSK tại nơi làm việc cần phải thực hiện thông qua sự kết hợp chặt chẽ với các hoạt động an toàn lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp thông qua các quan hệ đối tác.