

BỘ Y TẾ
TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRUNG ƯƠNG

KỶ YẾU
CÁC ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
CỦA HỆ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE
NĂM 2012

Hà Nội, 2013

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN

TTUT.BSCKI. Đặng Quốc Việt

Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

BIÊN TẬP

TS.Nguyễn Thị Kim Liên - Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

ThS.BS. Trịnh Ngọc Quang - Phó Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

ThS. BS. Lý Thu Hiền - Phó trưởng phòng Khoa học và Đào tạo

CN. Phùng Thị Thảo - Cán bộ phòng Khoa học và Đào tạo

CN. Nguyễn Thị Lý - Cán bộ phòng Khoa học và Đào tạo

MỤC LỤC

1. Khảo sát kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2012	5
2. Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân xã Hà Vĩ, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn	18
3. Thực trạng đăng tải tin, bài, ảnh trên tờ tin sức khỏe cho mọi người giai đoạn 2006-2011 và nhu cầu năm 2012 của các đơn vị thuộc ngành y tế Cần Thơ ...	30
4. Nghiên cứu đề xuất các hình thức cảnh báo tác hại của thuốc lá trên bao bì sản phẩm	39
5. Khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi của cán bộ truyền thông tỉnh Đồng Tháp về bệnh tay chân miệng năm 2011-2012	49
6. Thực trạng và giải pháp phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em tại xã Hồng Lộc huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh	50
7. Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV tại nhà cho người sống chung với HIV/AIDS tại huyện Kiến Thụy và quận Dương Kinh, thành phố Hải Phòng	57
8. Đánh giá thực trạng và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của đội ngũ cán bộ truyền thông ngành y tế năm 2012	63
9. Nghiên cứu thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tại tỉnh Quảng Nam	72
10. Khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam	80
11. Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống tác hại của thuốc lá trong học sinh, sinh viên các trường cao đẳng và trung học chuyên nghiệp tại thành phố Tuy Hòa năm 2011	87
12. Sự cần thiết phải xây dựng mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe tích cực	96
13. Khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân tại tỉnh Quảng Nam	99
14. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường- tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011	109
15. Xây dựng mô hình điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe tại trạm y tế xã Phú Lâm, huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh	119

16. Thực trạng chăm sóc thai sản và các yếu tố liên quan trong phụ nữ đến khám và sinh đẻ tại khoa phụ sản bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình năm 2010-2011	123
--	-----

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE THIẾT YẾU TẠI GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI DÂN BÀ RỊA – VŨNG TÀU, NĂM 2012

*BSCKI. Nguyễn Văn Lân, Nguyễn Thị Thanh An, Cao Thị Phương Thủy
Trung tâm Truyền thông GDSK Bà Rịa – Vũng Tàu*

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ người dân tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng, nghiên cứu mô tả cắt ngang triển khai từ tháng 10-11/2012 đối với chủ hộ gia đình có trẻ dưới 5 tuổi trên 82 đơn vị hành chính cấp xã thuộc tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người dân tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu năm 2012 có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng là 65,0%. Có mối liên quan giữa kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng với nghề nghiệp làm công nhân, nhóm nghề nghiệp khác với nhóm CBCNV nhà nước. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng ở nhóm nghề nghiệp CBCNV nhà nước cao hơn 2 nhóm công nhân và nhóm nghề nghiệp khác. Nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng mà người dân được tiếp nhận từ đài truyền hình là 82,2%; cán bộ y tế, cơ sở y tế là 82,1%; đài phát thanh là 77,4%; báo là 66%; qua tranh ảnh tuyên truyền (tờ rơi, áp phích,...) là 64,0%; nghe từ người thân bạn bè là 50,1%.

1. Đặt vấn đề

Chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân là nhiệm vụ rất nặng nề của ngành y tế. Để người dân chủ động tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho mình và gia đình là vấn đề then chốt trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Muốn vậy, trước hết phải tuyên truyền phổ biến nâng cao kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu cho mọi người dân.

Mặt khác, từ năm 2005 đến nay, Bộ Y tế đều ban hành chương trình hành động TT-GDSK theo kế hoạch 5 năm, trong đó có yêu cầu đánh giá các chỉ số đầu kỳ và cuối kỳ để so sánh hiệu quả hoạt động của chương trình.

Để có bộ chỉ số nền về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa-Vũng Tàu theo chương trình hành động TT-GDSK giai đoạn 2012-2015 tại tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu, đồng thời để có số liệu làm căn cứ thẩm định xã/phường đạt chuẩn quốc gia về y tế xã theo chuẩn mới. Hơn nữa, hiện cũng chưa có điều tra tương tự nào được tiến hành tại Bà Rịa-Vũng Tàu; do đó tiến hành **Khảo sát kiến thức chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng của người dân Bà Rịa-Vũng Tàu** là rất cần thiết để từ đó có những can thiệp phù hợp trong những năm tiếp theo.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỉ lệ người dân tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng.
2. Xác định tỉ lệ các nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng mà người dân được tiếp nhận.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Chủ hộ gia đình (vợ hoặc chồng) đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2.2. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: 10 – 11/2012
- Địa điểm: tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu.

3.2.3. Chọn mẫu

- Các chủ hộ gia đình (vợ hoặc chồng) trong danh sách có trẻ dưới 5 tuổi của chương trình suy dinh dưỡng đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu trong thời gian nghiên cứu.
- Cỡ mẫu: N= 900 hộ dân.
- Kỹ thuật chọn mẫu:

• Bước 1

Sử dụng phương pháp chọn mẫu 30 cụm từ danh sách 82 xã/phường của tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu.

• Bước 2

Trong mỗi cụm đã được xác định, chọn ngẫu nhiên 3 tổ.

• Bước 3

Trong mỗi tổ của các xã/phường chọn 10 hộ điều tra, mỗi hộ phỏng vấn 1 đối tượng là vợ hoặc chồng.

Chọn hộ gia đình: Dựa vào danh sách trẻ em dưới 5 tuổi ở xã/phường, chọn một con số bất kỳ tương ứng với số thứ tự một trẻ trong danh sách. chọn hộ gia đình có trẻ

3.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

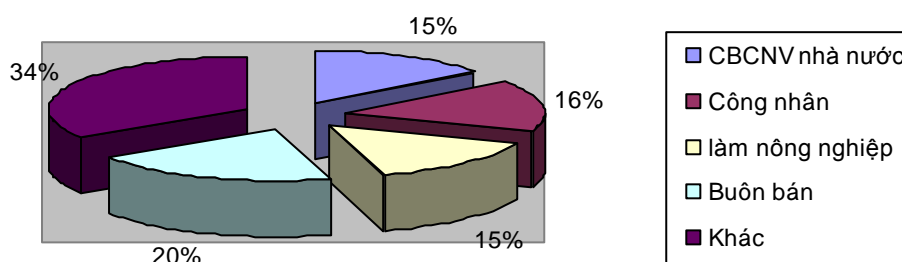
- Nhập liệu bằng phần mềm Epidata và phân tích số liệu bằng phần mềm R
- Giám tiếp qua bộ câu hỏi tự điền.

4. Kết quả nghiên cứu

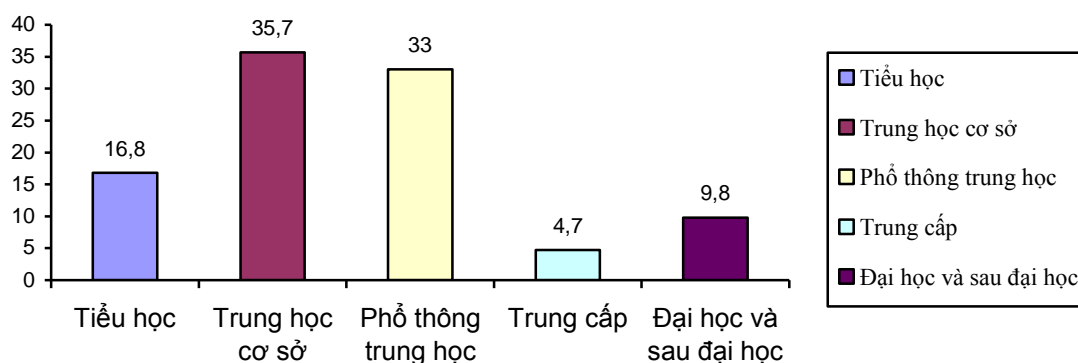
4.1. Đặc tính của đối tượng nghiên cứu

Trong 900 đối tượng tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm 81,8%, nam giới chiếm 18,2%. Đa số đối tượng tham gia trong nghiên cứu là dân tộc Kinh, chiếm tỷ lệ 97,5%.

Các nhóm nghề cán bộ nhà nước, công nhân, nông dân, buôn bán chiếm các tỷ lệ tương đương là 15,6%, 16%, 15% và 20%.



Biểu đồ 1. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7%, tiếp đó là trình độ học vấn trung học cơ sở với 33,0%. Có tới 16,8% có trình độ học vấn thấp ở mức tiểu học.

4.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng

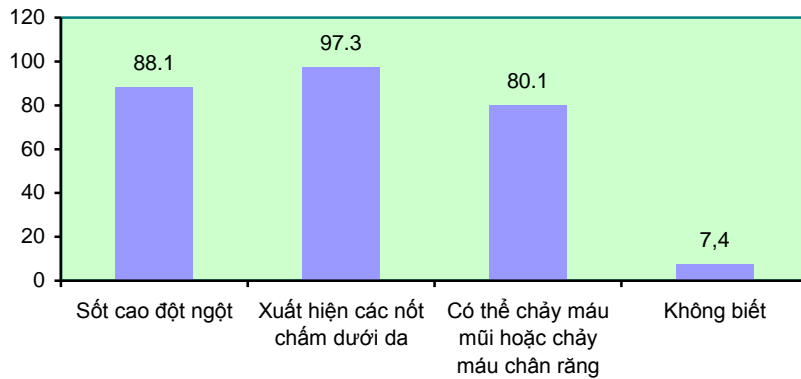
- **Kiến thức về bệnh tay chân miệng:** Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về phòng bệnh tay chân miệng đạt 90,9%.

Bảng 1: Kiến thức về cách phòng bệnh tay chân miệng

Cách phòng bệnh tay chân miệng	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Rửa tay, vật dụng đồ chơi thường xuyên với xà bông	885	98,3
Cho trẻ ăn chín, uống chín	767	85,2
Đến cơ sở y tế khi trẻ có sốt và các nốt bóng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, miệng, gối	829	92,1
Không cho trẻ đến lớp khi nghi ngờ bị bệnh	733	81,4

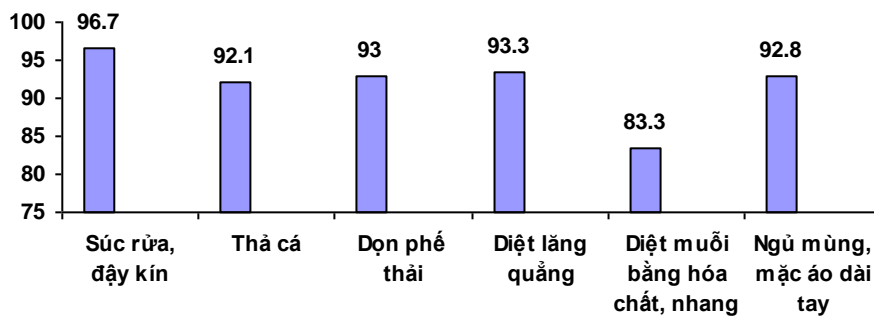
Số người trả lời phòng bệnh bằng cách rửa tay, vật dụng đồ chơi thường xuyên với xà bông là cao nhất 98,3%.

- **Kiến thức về bệnh sốt xuất huyết:** Người dân có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh sốt xuất huyết là 82,3%.



Biểu đồ 3. Kiến thức về dấu hiệu của bệnh sốt xuất huyết

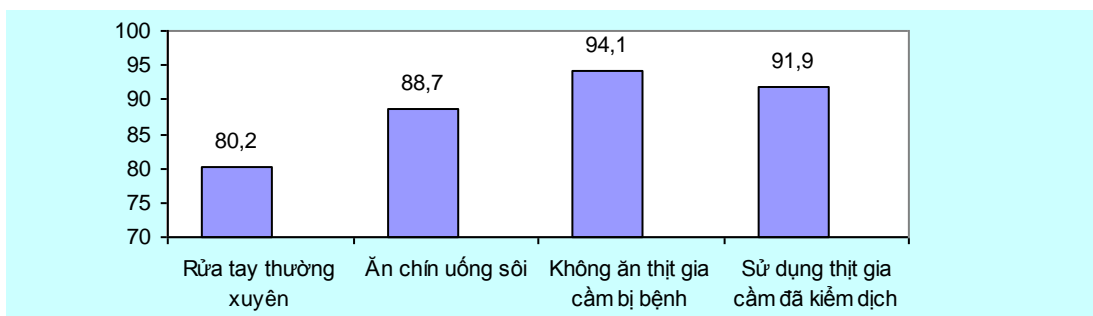
Số đối tượng nêu được các chấm nốt xuất huyết dưới da là dấu hiệu nhận biết sốt xuất huyết chiếm tỷ lệ cao với 97,3%. Còn 7,4% chưa biết dấu hiệu của bệnh.



Biểu đồ 4. Kiến thức về cách phòng bệnh chống bệnh sốt xuất huyết

Người dân trả lời súc rửa thường xuyên, đậy kín nắp đồ vật chứa nước để phòng chống sốt xuất huyết chiếm tỷ lệ cao nhất 96,7%.

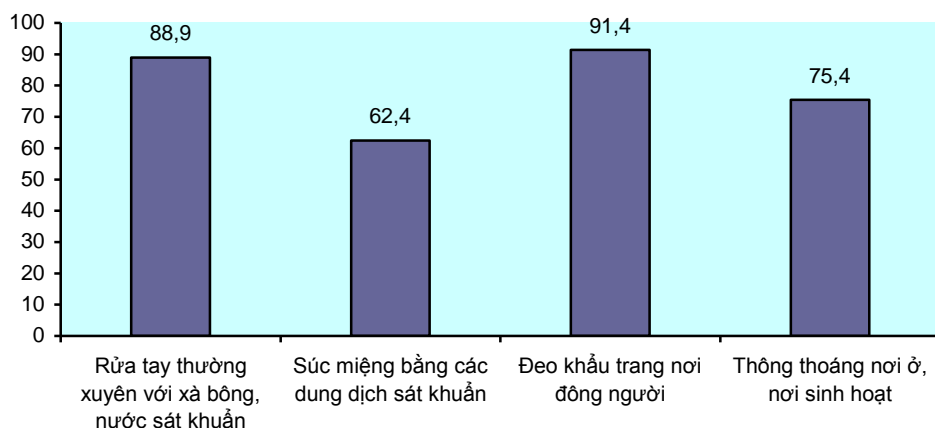
- Kiến thức về bệnh cúm A/H5N1: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh cúm A/H5N1 là 87,4%.



Biểu đồ 5. Kiến thức về biện pháp phòng chống bệnh cúm A/H5N1

Số có câu trả lời không ăn thịt gia cầm bệnh và sử dụng thịt gia cầm đã kiểm dịch đạt tỷ lệ cao tới 94,1% và 91,9%.

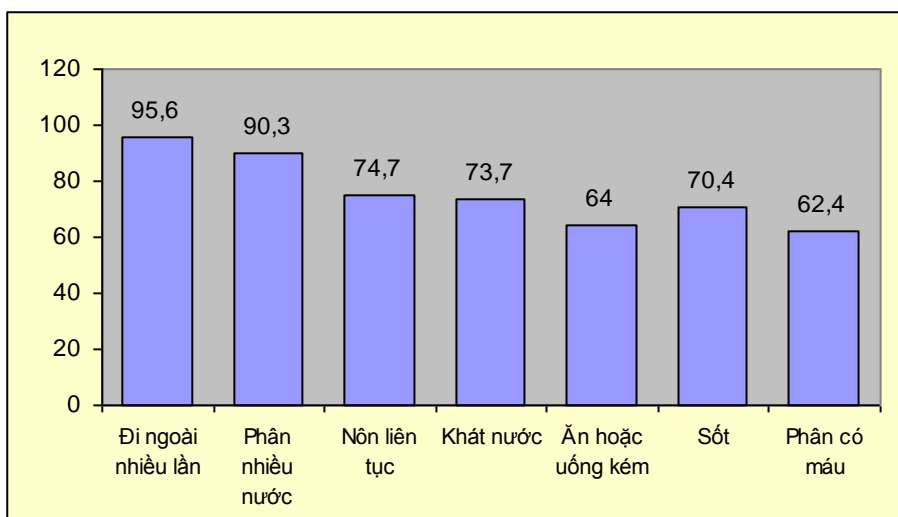
- Kiến thức về bệnh cúm A/H1N1: Tỷ lệ người dân có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh cúm A/H1N1 chiếm 73,4%.



Biểu đồ 6. Kiến thức về biện pháp phòng bệnh cúm gia cầm

Số đối tượng có câu trả lời đeo khẩu trang nơi đông người để phòng bệnh cúm là cao nhất với 91,4%.

- **Kiến thức về bệnh sốt rét:** Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh sốt rét chiếm 63,8%.
- **Kiến thức về bệnh tiêu chảy:** Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh tiêu chảy thấp, chỉ đạt 45,4%.



Biểu đồ 7. Kiến thức về triệu chứng bệnh tiêu chảy nặng ở trẻ

Có 95,6% đối tượng trả lời triệu chứng nặng của tiêu chảy phải đưa ngay đến cơ sở y tế là đi ngoài nhiều lần, 98% trả lời ăn chín uống sôi để phòng bệnh tiêu chảy.

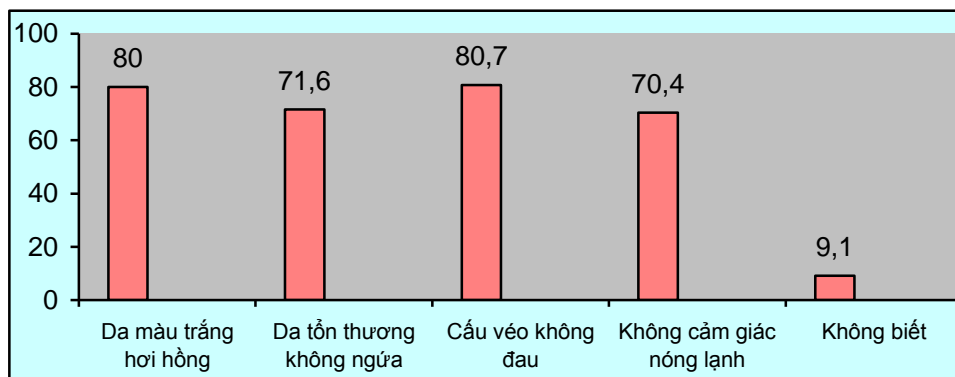
- **Kiến thức về bệnh lao phổi:** Có 74,2% đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh lao phổi.

Bảng 2: Kiến thức về triệu chứng thường gặp của bệnh lao phổi

Các triệu chứng	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Ho khạc kéo dài trên 2 tuần	849	94,3
Gầy sút, kém ăn, mệt mỏi	818	90,9

Sốt nhẹ về chiều	760	84,4
Ra mồ hôi đêm	553	61,4
Đau tức ngực, có khi khó thở	739	82,1

- *Kiến thức về bệnh phong*: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh phong chiếm 68,7%.



Biểu đồ 8. Nhận biết dấu hiệu của bệnh phong

Số đối tượng nêu được các dấu hiệu của bệnh phong đạt tỷ lệ thấp nhất là 70,4%, cao nhất là 80,7%. Vẫn có 9,1% người dân trả lời không biết về kiến thức trên.

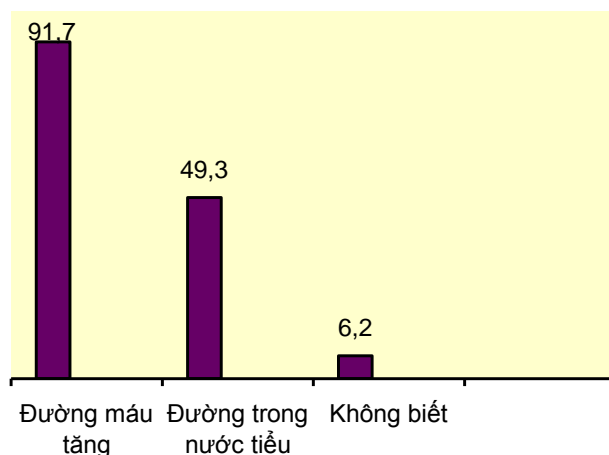
- *Kiến thức về HIV/AIDS*

Bảng 3: Kiến thức về con đường không lây truyền HIV/AIDS

Con đường không lây truyền HIV/AIDS	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Các giao tiếp thông thường: bắt tay, ôm hôn nhẹ...	785	87,2
Ho, hắt hơi, nước bọt, nước mắt, mồ hôi	617	68,6
Cùng làm việc, cùng học, ở cùng nhà, ngồi cùng...	758	84,0
Dùng chung nhà vệ sinh, bể bơi công cộng...	675	75,0
Muối, các côn trùng đốt không làm lây nhiễm HIV	543	60,3
Tất cả đều đúng	76	8,4
Không biết	36	4,0

Vẫn còn 4% đối tượng tham gia nghiên cứu không biết về những đường không lây nhiễm HIV/AIDS.

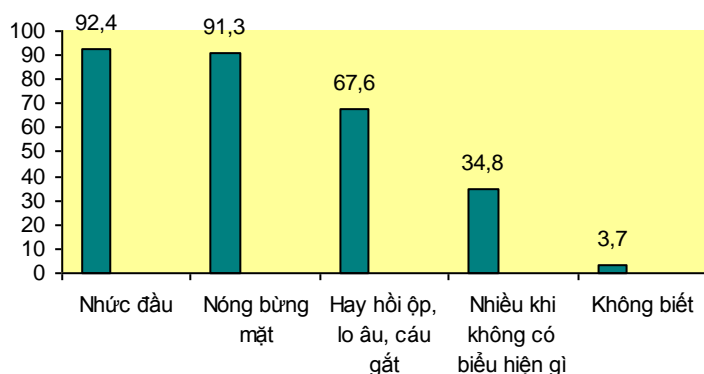
- *Kiến thức về bệnh đái tháo đường*: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 40,3%.



Biểu đồ 9. Kiến thức về dấu hiệu mắc bệnh đái tháo đường

Có 91,7% đối tượng trả lời đái tháo đường là đường máu tăng cao hơn bình thường; còn 6,2% đối tượng không biết về bệnh đái tháo đường.

- *Kiến thức về tăng huyết áp:* Tỷ lệ đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh tăng huyết áp chiếm 56,4%.



Biểu đồ 10. Kiến thức về biểu hiện của tăng huyết áp

Vẫn có 3,7% đối tượng không biết về biểu hiện của tăng huyết áp và 3,3% không biết về các yếu tố nguy cơ gây bệnh tăng huyết áp.

- *Kiến thức về bệnh trầm cảm:* 65,1% đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh trầm cảm

Bảng 4: Kiến thức về dấu hiệu của bệnh trầm cảm

Biểu hiện của bệnh trầm cảm	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Mất quan tâm và thích thú, khí sắc trầm	729	81,0
Rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng tập trung và chú ý	738	82,0
Mất định hướng không gian, thời gian	579	64,3
Có ý tưởng hay hành vi tự sát hoặc tự huỷ hoại	614	68,2
Không biết	70	7,8

- *Kiến thức về bệnh tâm thần phân liệt:* Tỷ lệ đối tượng được phỏng vấn có kiến thức thiết yếu đúng về bệnh tâm thần phân liệt chiếm 52,4%.

Bảng 5: Kiến thức về bệnh tâm thần phân liệt

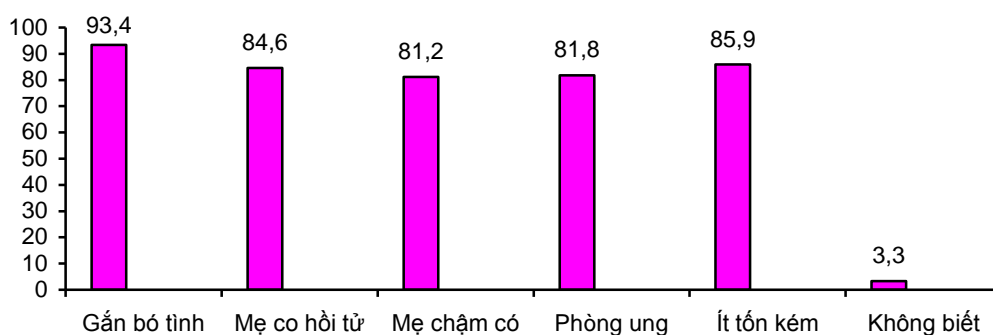
Bệnh tâm thần phân liệt	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Một bệnh loạn thần nặng	626	69,6
Bệnh chịu tác động mạnh của môi trường tâm lý gia đình, xã hội không thuận lợi	694	77,1
Bệnh do bệnh lý của não gây ra	701	77,9
Bệnh do ma quỷ gây ra	101	11,2
Không biết	75	8,3

- *Kiến thức về tiêm chủng:* 75% đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về tiêm chủng.

Bảng 6: Kiến thức về các loại vắc xin tiêm chủng cho trẻ dưới 1 tuổi

Các loại vắc xin tiêm chủng cho trẻ dưới 1 tuổi hiện nay	Tần số (n=900)	Tỷ lệ %
Lao	821	91,2
Sởi	869	96,6
Bại liệt	844	93,8
Bạch Hầu	803	89,2
Ho gà	804	89,3
Uốn ván	804	89,3
Viêm gan B	760	84,4
Viêm màng não mủ do Hib	614	68,2

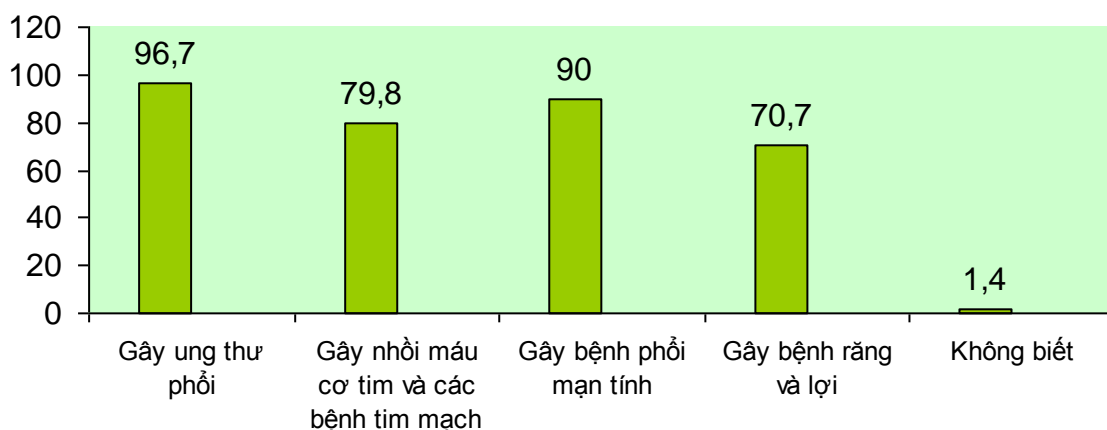
- *Kiến thức về phục hồi chức năng:* Có 75,1% đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng về chương trình Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Còn 9,1% đối tượng trả lời không biết về những kiến thức trên.
- *Kiến thức về sữa mẹ:* Tỷ lệ người dân được phỏng vấn có kiến thức thiết yếu đúng về nguồn sữa mẹ chiếm 71,6%.



Biểu đồ 11. Kiến thức về lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

Vẫn có 3,8% người dân trả lời không biết về lợi ích của nguồn sữa mẹ và 3,3 người dân không biết về lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.

- *Kiến thức về chăm sóc trẻ tại nhà:* Số đối tượng có kiến thức đúng về chăm sóc trẻ tại nhà chiếm 56,6%. Còn 3,7% người dân trả lời không biết về nguyên tắc cho trẻ ăn bổ sung và 3,2% người dân trả lời không biết về chăm sóc tại nhà khi trẻ bị ho, sốt.
- *Kiến thức về tác hại của thuốc lá:* 80,7% đối tượng có kiến thức đúng về tác hại của thuốc lá



Biểu đồ 12. Kiến thức về tác hại của thuốc lá

Có tới 96,7% đối tượng nói được hút thuốc lá gây ung thư phổi. Vẫn có 1,4% trả lời không biết về tác hại của thuốc lá.

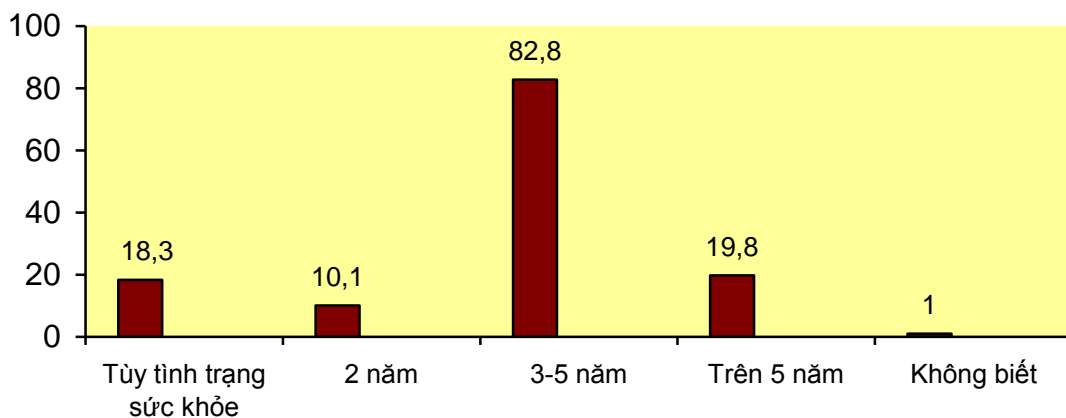
- *Kiến thức về nguồn nước sạch:*

Bảng 7: Kiến thức về nguồn nước sạch

Nguồn nước sạch	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Bể chứa nước mưa	242	26,9
Giếng khơi	249	27,7
Nước máng lần	70	7,8
Giếng khoan	530	58,9
Nhà máy nước	826	91,8
Không biết	24	2,7

Còn 2,7% đối tượng phỏng vấn không biết nguồn nước nào là nguồn nước sạch.

- *Kiến thức về vệ sinh an toàn thực phẩm trong chế biến thức ăn:* Tỷ lệ đối tượng được phỏng vấn có kiến thức thiết yếu đúng về vệ sinh an toàn thực phẩm trong chế biến thức ăn chiếm 76,4%, 2,1% đối tượng không biết về nơi chế biến thực phẩm đảm bảo vệ sinh và 1,7% đối tượng không biết về dụng cụ chứa rác hợp vệ sinh.
- *Kiến thức về sức khỏe sinh sản:* Đối tượng có kiến thức thiết yếu đúng của người dân về sức khỏe sinh sản là 36,7%.



Biểu đồ 13. Kiến thức về khoảng cách giữa các lần sinh con

- *Kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng:* Trong 900 đối tượng tham gia nghiên cứu, đối tượng có kiến thức chung đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng chiếm tỉ lệ 65,0%.

4.3. Kênh truyền thông người dân nhận thông tin

Bảng 8: Kênh truyền thông người dân nhận thông tin

Kênh thông tin	Tần số (n=900)	Tỷ lệ (%)
Do cán bộ y tế tuyên truyền; cơ sở y tế	739	82,1
Báo in	594	66,0
Đài phát thanh	697	77,4
Đài truyền hình	740	82,2
Nghe từ người thân bạn bè	451	50,1
Qua tranh ảnh truyền truyền (tờ rơi, áp phích)	576	64,0

Người dân được cung cấp kiến thức từ nguồn thông tin đài truyền hình và từ cán bộ y tế tuyên truyền, cơ sở y tế chiếm tỷ lệ cao, tương ứng là 82,2% và 82,1%, nguồn thông tin từ đài truyền thanh chiếm tỷ lệ 77,4%, những nguồn thông tin còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn.

5. Bàn luận

5.1. Đặc tính của mẫu nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là nữ giới (81,8%) vì nghiên cứu ưu tiên phỏng vấn các bà mẹ, thường là người chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ và các thành viên trong gia đình.

Đối tượng tham gia phỏng vấn đa số là các bà mẹ có con < 5 tuổi (chọn đối tượng dựa theo danh sách trẻ em < 5 tuổi của chương trình suy dinh dưỡng) vì điều kiện con còn nhỏ nên các bà mẹ thường ở nhà chăm sóc con cái và nội trợ.

Mặt bằng trình độ học vấn của các đối tượng điều tra chủ yếu là trung học cơ sở, trung học phổ thông phản ánh khách quan vì hiện nay các bà mẹ trẻ thường tối thiểu cũng học hết trung học cơ sở.

5.2. Kiến thức về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng

Bà Rịa – Vũng Tàu hiện đang xếp thứ 3 về số ca mắc bệnh tay chân miệng trong khu vực phía Nam, trong đó có 3 ca tử vong. Theo nhận định, trong các tháng cuối năm, tình hình bệnh tay chân miệng vẫn diễn biến phức tạp, nhất là ở nhóm trẻ gia đình tại cộng đồng. Trước tình hình đó thời gian vừa qua các sở, ngành, đoàn thể và chính quyền địa phương phối hợp chặt chẽ với ngành y tế triển khai công tác phòng chống bệnh, tăng cường công tác truyền thông để người dân thay đổi hành vi, chủ động tham gia phòng, chống bệnh tay chân miệng, vì thế hiểu biết của người dân về phòng chống bệnh tay chân miệng đã tăng cao (90,9%).

Hiện nay toàn tỉnh đã ghi nhận gần 1.300 ca sốt xuất huyết trong đó có 1 trường hợp tử vong (tại Xuyên Mộc). Thành phố Vũng Tàu có số ca mắc cao nhất, với gần 620 ca. Xử lý kịp thời và ngăn chặn có hiệu quả đường lây truyền bệnh; thường xuyên diệt bọ gậy, lăng quăng tại cộng đồng thông qua hoạt động của mạng lưới cộng tác viên; phát huy tối đa các phương tiện truyền thông đại chúng cùng tham gia... Nhờ đó nâng cao được nhận thức của người dân về phòng chống sốt xuất huyết (82,3%).

Theo báo cáo của Bộ Y tế, hiện dịch cúm trên gia cầm xảy ra tại nhiều địa phương bệnh đang tiếp tục diễn biến phức tạp và nguy cơ lan sang người là rất lớn. Trước thực tế đó tỉnh đã triển khai tăng cường công tác truyền thông trực tiếp tại cộng đồng trong việc phòng, chống dịch cúm A/H5N1 và đã mang lại hiệu quả, nâng cao được kiến thức của cộng đồng (87,4%).

Đến nay dịch sốt rét trên địa bàn tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu đã được đẩy lùi, tỷ lệ mắc thấp nên sự quan tâm của người dân về bệnh cũng giảm xuống, vì thế hiểu biết của người dân về bệnh sốt rét qua điều tra cũng không cao (63,8%).

5.3. Nguồn cung cấp thông tin qua phương tiện truyền thông

Thời gian qua, công tác thông tin tuyên truyền, giáo dục nâng cao nhận thức và ý thức của cộng đồng trong phòng chống bệnh tật luôn chiếm vị trí quan trọng. Nhiều năm qua, đội ngũ cán bộ y tế đã phối hợp với các ngành, đoàn thể của địa phương đẩy mạnh công tác tuyên truyền nâng cao ý thức phòng, chống bệnh tật cho nhân dân, cùng với sự phát triển của các phương tiện thông tin đại chúng thì đài truyền hình, đài phát thanh đã trở thành kênh thông tin hiệu quả để truyền tải kiến thức đến với người dân.

6. Kết luận

- Tỷ lệ người dân tỉnh Bà Rịa- Vũng Tàu (năm 2012) có kiến thức đúng về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng chiếm 65,0%.
- Nguồn cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng mà người dân được tiếp nhận từ đài truyền hình là 82,2%; từ cán bộ y tế, cơ sở y tế là 82,1%; từ đài phát thanh là 77,4%; từ báo in là 66,0%; qua tranh ảnh truyền truyền (tờ rơi, áp – phích,...) là 64,0%; nghe từ người thân bạn bè là 50,1%.

7. Kiến nghị

- Hiện nay tình hình các bệnh nguy hiểm, mới nổi và tái nổi diễn biến phức tạp, khó lường; các bệnh mạn tính không lây cũng ngày một chiếm tỷ lệ cao, cần tăng cường và duy trì thường xuyên các hoạt động truyền thông. Kết quả tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về bệnh tay chân miệng, sốt xuất huyết đạt cao vì thời gian qua công tác truyền thông làm rất quyết liệt. Kết quả tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về bệnh sốt rét thấp vì thời gian qua công tác truyền thông có phần lơ là do dịch sốt rét đã được đẩy lùi và hiện khá ổn.
- Kênh truyền thông trực tiếp qua nhân viên y tế, qua đài phát thanh truyền hình là rất hiệu quả, vì vậy trong thời gian tới cần chú trọng ưu tiên, đẩy mạnh các kênh truyền thông này. Bên cạnh đó cần nâng cao hơn nữa hiệu quả các phương tiện truyền thông khác để hỗ trợ nhằm mang lại hiệu quả tốt nhất cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng.
- Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020 với các tiêu chí đòi hỏi, kiến thức của người dân về chăm sóc sức khỏe thiết yếu tại gia đình và cộng đồng vừa rộng vừa cao hơn chuẩn của giai đoạn trước. Kết quả của điều tra này đưa ra tỷ lệ kiến thức chung đúng không cao (65,0%) là phù hợp. Mặt khác, theo chương trình hành động TT-GDSK đến năm 2015 cũng yêu cầu căn cứ vào điều tra đầu kỳ để có mục tiêu phân đầu cho các năm tiếp theo, vì vậy, đề nghị Sở Y tế điều chỉnh chỉ tiêu này hàng năm cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế - Cục Y tế Dự phòng và Môi trường (2010), *Hỏi đáp phòng chống bệnh cúm A (H1N1)*, NXB Hà Nội.
2. Bộ Y Tế - Cục Y tế Dự phòng và Môi trường (2008), *Hướng dẫn kiểm tra vệ sinh nước sạch, nước uống và nhà tiêu hộ gia đình*, NXB Hà Nội.
3. Bộ Y Tế - Dự án tăng cường giám sát và phòng chống đại dịch cúm ở người (2008), *Tài liệu tập huấn phát hiện, báo cáo kịp thời các ca bệnh H5N1 ở người và kiểm soát sự lây lan*, NXB Hà Nội.
4. Dự án tăng cường CSSKBĐ - Bộ Y tế (2000), *Thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại cộng đồng*, NXB Y học.
5. Hội khoa học kỹ thuật an toàn thực phẩm Việt Nam (2010), *Hỏi đáp về an toàn vệ sinh thực phẩm bảo vệ sức khỏe cộng đồng*, NXB Y học.
6. Ngành tâm thần học Việt Nam (2003), *Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng cho các bệnh loạn thần nặng mãn tính*, NXB Hà Nội.
7. Nguyễn Văn Út (2005), *Bài giảng bệnh học da liễu*, NXB Y Học.
8. Phạm Long Trung (1999), *Bệnh học Lao phổi tập II*, NXB Đà Nẵng.
9. Trường Đại học Y khoa Thái Bình – Bộ môn Nội (2006), *Bệnh học nội Khoa tập I*, NXB Y học.

10. WHO – Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương (2012), *Tài liệu tập huấn truyền thông về bệnh tay chân miệng*.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH CÚM A/H5N1 CỦA NGƯỜI DÂN XÃ HÀ VỊ, HUYỆN BẠCH THÔNG, TỈNH BẮC KẠN, NĂM 2012

*BSCK II. Tạ Văn Nam
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 chủ hộ gia đình tại xã Hà Vị, huyện Bạch Thông với mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong dự phòng bệnh cúm A/H5N1 tại tỉnh Bắc Kạn và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến những hành vi này. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 80% người được hỏi biết nguồn lây cúm A/H5N1 là từ gia cầm, 71% biết cúm A/H5N1 là do vi rút gây ra, 75% biết biểu hiện của bệnh. Thái độ của người dân về bệnh cúm A/H5N1: 73% đồng ý cúm A/H5N1 là bệnh rất nguy hiểm; 70% cho rằng cần thiết phải phòng bệnh cúm A/H5N1, 88% đồng ý khi bị bệnh cúm A/H5N1 cần đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất. Thực hành của người dân về bệnh cúm A/H5N1: 78% thực hiện vệ sinh nguồn nước sạch sẽ, 72% thường xuyên tẩy uế chuồng trại gia cầm. Nghiên cứu cũng tìm ra mối liên quan giữa kiến thức và thái độ với thực hành phòng chống cúm A/H5N1.

1. Đặt vấn đề

Cúm là một căn bệnh truyền nhiễm cấp tính và có thể bùng phát thành đại dịch gây nguy hiểm cho loài người trên toàn cầu. Bệnh cúm A/H5N1 xuất hiện lần đầu tiên ở Hồng Kông vào năm 1997. Việt Nam là nước có tỷ lệ nhiễm cúm A/H5N1 cao ở gia cầm và cũng có số trường hợp lây truyền từ gia cầm sang người cao so với các quốc gia khác trên thế giới (tính đến tháng 9 năm 2012 đã có 123 ca mắc trong đó tử vong 61 người), chỉ xếp thứ hai sau Indonesia. Hiện nay dịch bệnh cúm A/H5N1 vẫn đang là mối nguy hiểm có thể làm nhiều người mắc, ảnh hưởng tới sức khỏe, tính mạng của nhân dân đồng thời ảnh hưởng tới kinh tế, xã hội và cả chính trị quốc gia nói chung và của từng địa phương nói riêng.

Với tỉnh Bắc Kạn, tháng 3 năm 2010, tại xã Như Cối, huyện Chợ Mới đã xảy ra một vụ dịch cúm A/H5N1 cả trên gia cầm và trên người dẫn đến hiện tượng nhiều người bị lây nhiễm cúm A/H5N1 từ gia cầm, trong đó có 02 ca dương tính với virus cúm A/H5N1, một ca phải chuyển tuyến tới bệnh viện Nhiệt đới Quốc gia điều trị. Trong tháng 10 năm 2011, có một trường hợp tử vong là một bệnh nhân nam tại xã Cường Lợi, huyện Na Rì cũng có yếu tố dịch tễ liên quan tới việc tiếp xúc trực tiếp với gia cầm ốm, chết và xét nghiệm bệnh phẩm cho dương tính với virus cúm A/H5N1. Trên địa bàn tỉnh hàng năm vẫn xuất hiện gia cầm, thủy cầm chết hàng loạt, ngành thú y đã xét nghiệm mẫu bệnh phẩm và có dương tính với virus cúm A, đây là nguồn bệnh nguy hiểm có nguy cơ cao lây sang người.

Một trong nhiều nguyên nhân làm lây nhiễm cúm từ gia cầm sang người còn phổ biến là do người dân thiếu kiến thức về bệnh, chưa có thái độ tích cực đối với sự nguy hiểm của bệnh, còn lơ là chủ quan với dịch bệnh. Hành vi phòng chống bệnh chưa được chú trọng. Các trường hợp mắc bệnh cúm A/H5N1 thường là do tiếp xúc trực tiếp hoặc ăn thịt gia cầm chết, bị bệnh.

Tình hình thực hiện vệ sinh môi trường ở các xã miền núi, vùng cao của tỉnh Bắc Kạn chịu ảnh hưởng bởi điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội. Do phong tục tập quán chăn nuôi nhỏ lẻ làm ảnh hưởng đến việc khai báo khi có dịch và tiêu hủy gia súc gia cầm. Đây là những yếu tố gây gia tăng lây lan bệnh cúm A/H5N1 từ gia cầm sang người.

Cho đến thời điểm hiện tại trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn vẫn chưa có một nghiên cứu đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống bệnh cúm A/H5N1, nên chúng tôi chọn xã Hà Vị, huyện Bạch Thông là địa điểm để tiến hành nghiên cứu. Câu hỏi đặt ra ở đây là: *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh cúm A/H5N1 của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông ra sao? Yếu tố nào làm ảnh hưởng tới hành vi này?* Chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn, năm 2012”**.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân xã Hà Vị, huyện Bạch Thông.
2. Xác định một số yếu tố liên quan, ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng chống bệnh cúm A/H5N1.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Chủ hộ trong các hộ gia đình (từ 18 tuổi trở lên).

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Hộ gia đình có nuôi gia cầm, thủy cầm, đang sinh sống ổn định tại địa phương, đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Hộ không có đủ điều kiện trên, chủ hộ không có khả năng khai thác thông tin điều tra, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.2. Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang
- *Cỡ mẫu:* Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = \left[Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{pq}{d^2} \right]$$

Z: là chỉ số giới hạn của khoảng tin cậy 95% là 1,96

p: = 0,5 (Tính giá trị cao nhất)

q = 1 – p = 0,5

d = sai số tối đa 5% = 0,05

Thay vào công thức tính được $n = 384$, làm tròn là $n = 400$. Như vậy số đối tượng cần điều tra là 400 chủ hộ.

Phương pháp chọn mẫu: Lập danh sách các hộ dân đáp ứng các tiêu chí lựa chọn sau đó bốc thăm ngẫu nhiên chọn 400 chủ hộ.

3.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2012 đến tháng 10/2012.

3.4. Địa điểm nghiên cứu: xã Hà Vị, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn.

3.5. Xử lý số liệu: Số liệu nhập vào máy và xử lý bằng phần mềm vi tính EPI-INFO 6.04.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về bệnh cúm A/H5N1

4.1.1. Kiến thức của người dân về bệnh cúm A/H5N1.

- Tỷ lệ người dân biết nguồn lây cúm A/H5N1 từ gia cầm là 80%
- Tỷ lệ người dân biết bệnh cúm A/H5N1 lây qua đường hô hấp chiếm 79%
- Tỷ lệ người dân biết biểu hiện bệnh cúm A/H5N1 là 75%
- Tỷ lệ người dân biết bệnh cúm A/H5N1 do vi rút gây ra là 71%

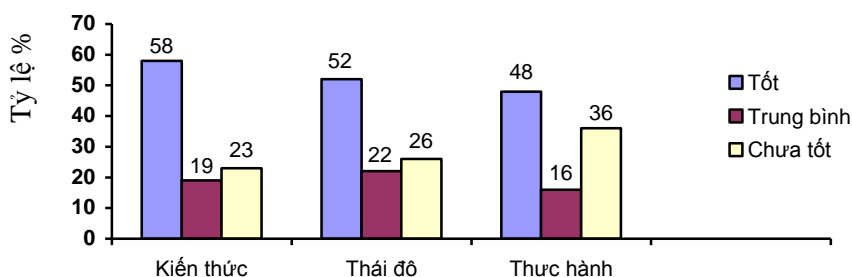
4.1.2. Thái độ về bệnh cúm A/H5N1

- Tỷ lệ người dân đồng ý cúm A/H5N1 là bệnh rất nguy hiểm đạt 73 %
- Tỷ lệ người dân cho là cần thiết phải phòng bệnh cúm A/H5N1 chiếm 70%
- Tỷ lệ người dân đồng ý khi bị bệnh cúm A/H5N1 cần đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất chiếm 88%

4.1.3. Thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1

- Tỷ lệ thực hiện giữ nguồn nước sạch là 78%
- Tỷ lệ thường xuyên tẩy uế chuồng trại gia cầm 72%
- Tỷ lệ đeo khẩu trang và các phương tiện bảo hộ khi tiếp xúc với gia cầm ốm, chết và rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng là như nhau 68%
- Tỷ lệ người dân cho rằng phải thực hiện triệt để yêu cầu của cán bộ thú y cũng như y tế về phòng chống bệnh cúm gia cầm chỉ đạt 58%
- Tỷ lệ cho rằng cần tiêm vắc xin phòng bệnh cúm cho gia cầm rất thấp với 32%

4.1.4. Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng, chống cúm A/H5N1



Biểu đồ 1. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống cúm A/H5N1

Biểu đồ 1 cho thấy, tỷ lệ người dân có kiến thức mức độ tốt là 58%, tuy nhiên thực hành ở mức độ tốt chỉ có 48%.

4.2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng tới kiến thức và mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng bệnh cúm A/H5N1

Bảng 1: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kiến thức phòng bệnh cúm A/H5N1

Kết quả Nghề nghiệp	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức Trung bình		Kiến thức tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Làm ruộng (n=369)	90	22,5	62	15,5	217	54,25	>0,05
CBVC và Hưu trí (n=17)	0	0	9	2,25	8	2	
Buôn bán (n=5)	1	0,25	2	0,5	2	0,5	
Nội trợ (n=1)	0	0	1	0,25	0	0	
Khác (n=8)	1	0,25	2	0,5	5	1,25	
Tổng	92	23	76	19	232	58	

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp đến hành vi phòng cúm A/H5N1 của người dân ($p>0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức phòng chống cúm A/H5N1

Kết quả Học vấn	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức Trung bình		Kiến thức tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Mù chữ và biết đọc biết viết (n=10)	1	0,25	8	2	1	0,25	>0,05
Tiểu học (n=41)	6	1,5	32	8	3	0,75	
THCS (n=264)	72	18	12	3	180	45	
Phổ thông Trung học trở lên (n=85)	13	3,25	24	6	48	12	
Tổng	92	23	76	19	232	58	

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với hành vi phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân ($p>0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế và kiến thức phòng chống cúm A/H5N1

Kết quả Điều kiện kinh tế	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức Trung bình		Kiến thức tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nghèo (n=41)	8	2	24	6	9	2,25	>0,05
Cận nghèo (n=61)	11	2,75	30	7,5	20	5	
Không nghèo (n=298)	73	18,25	22	5,5	203	50,57	
Tổng	92	23	76	19	232	58	

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa điều kiện kinh tế hộ gia đình với hành vi phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân ($p>0,05$).

Bảng 4: Ảnh hưởng của phương tiện truyền thông tại các hộ gia đình đến hành vi phòng chống cúm A/H5N1

Kết quả Phương tiện truyền thông	Kiến thức chưa tốt		Kiến thức Trung bình		Kiến thức tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không có đài, ti vi (n=5)	2	0,5	0	0	3	0,75	>0,05
Có đài hoặc ti vi (n=395)	90	22,5	76	19	229	57,25	
Tổng	92	23	76	19	232	58	

Nhận xét: Không thấy sự ảnh hưởng của phương tiện truyền thông tại các hộ gia đình đến hành vi phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân ($p>0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống cúm A/H5N1

Kết quả Kiến thức	Thực hành chưa tốt		Thực hành trung bình		Thực hành tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Chưa tốt (n=92)	88	22	04	01	0	0	<0,05
Trung bình (n=76)	43	10,75	22	5,5	11	2,75	
Tốt (n=232)	13	3,25	38	9,5	181	45,25	
Tổng	144	36	64	16	192	48	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống cúm A/H5N1. Người dân có kiến thức tốt thì thực hành việc phòng chống cúm A/H5N1 cũng tốt hơn và ngược lại ($p<0,05$).

Bảng 6: Mối liên quan giữa thái độ với thực hành phòng chống cúm A/H5N1

Kết quả Thái độ đối với bệnh cúm	Thực hành chưa tốt		Thực hành Trung bình		Thực hành tốt		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Chưa tốt (n=104)	82	22,5	16	4	6	1,5	p<0,01
Trung bình (n=88)	54	13,5	28	7	6	1,5	
Tốt (n=208)	8	2,0	20	5	180	45	
Tổng	144	36	64	16	192	48	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thái độ với thực hành phòng chống bệnh cúm A/H5N1. Người dân có thái độ tốt thì thực hành việc phòng chống cúm A/H5N1 cũng tốt hơn và ngược lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$.

5. Bàn luận

5.1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành của người dân xã Hà Vĩ, huyện Bạch Thông, tỉnh Bắc Kạn về phòng chống bệnh cúm A/H5N1.

Hiểu biết của người dân về bệnh cúm A/H5N1 khá: Tỷ lệ người dân biết nguồn lây bệnh là từ gia cầm đạt cao nhất (80%); Tỷ lệ người dân biết bệnh cúm A/H5N1 lây qua đường hô hấp chiếm 79%; Tỷ lệ người dân biết biểu hiện bệnh cúm A/H5N1 cũng khá cao (75%), Tỷ lệ người dân biết bệnh cúm gia cầm là do virus cúm A/H5N1 gây ra là 71%.

Thái độ của người dân về bệnh cúm A/H5N1 tương đối tốt: Tỷ lệ người dân đồng ý là cúm A/H5N1 là bệnh rất nguy hiểm đạt 73%; tỷ lệ người dân cho rằng cần thiết phải phòng bệnh cúm A/H5N1 cũng chiếm tới 70%. Tỷ lệ người dân đồng ý khi bị bệnh cúm A/H5N1 cần đưa ngay đến cơ sở y tế gần nhất chiếm 88%.

Thực hành của người dân về bệnh cúm A/H5N1 đạt mức khá: Tỷ lệ người dân thực hiện giữ vệ sinh nguồn nước sạch đạt 78%; thường xuyên tẩy uế chuồng trại gia cầm là 72%; tỷ lệ người cho rằng phải đeo khẩu trang và các phương tiện bảo hộ khi tiếp xúc với gia cầm ốm, chết và rửa tay sạch sẽ bằng xà phòng đạt đến 68%. Tuy nhiên tỷ lệ người dân cho rằng phải thực hiện triệt để yêu cầu của cán bộ thú y cũng như y tế về phòng chống bệnh cúm A/H5N1 là thấp 58%.

Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành theo các mức độ tốt, trung bình và chưa tốt cho thấy: Tỷ lệ người dân có kiến thức ở mức độ tốt (58%) cao hơn thái độ tốt (52%) và thực hành tốt (48%). Trong khi đó, thực hành mức độ chưa tốt lại chiếm cao hơn tỷ lệ cao nhất (36%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quang Thái tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên và kết quả nghiên cứu thực trạng nhận thức, thái độ, thực hành của người dân trong việc dự phòng cúm A/H5N1 tại 3 xã, phường thuộc tỉnh Thái Bình, do nhóm sinh viên Trường Đại học Y Thái Bình thực hiện năm 2007.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi phòng bệnh cúm A/H5N1

Kết quả nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế hộ gia đình và thực trạng phương tiện truyền thông mà gia đình có đến kiến thức về bệnh cúm A/H5N1 của người dân. Tuy nhiên, có ảnh hưởng rõ rệt của kiến thức phòng chống cúm A/H5N1 đến thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1 của người dân. Người dân có kiến thức tốt thì việc thực hành phòng chống cúm A/H5N1 cũng tốt hơn và ngược lại (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Thái độ của người dân có ảnh hưởng đến thực hành phòng bệnh cúm A/H5N1. Người dân có thái độ tốt thì việc thực hành phòng chống cúm A/H5N1 cũng tốt hơn và ngược lại (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$).

Như đã phân tích ở trên, tỷ lệ nghèo đói ở xã nghiên cứu thấp (năm 2011 là 23%), thấp hơn so với mặt bằng chung, điều kiện kinh tế tốt (trong khi đối tượng thuộc hộ nghèo trong diện điều tra chỉ chiếm 10,25%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa

thấy ảnh hưởng của tình hình kinh tế của người dân với hành vi của họ về phòng bệnh cúm A/H5N1. Tuy nhiên, thu nhập thấp cũng có thể là nguyên nhân chi phối đến việc mua vắc xin về tiêm phòng cho gia cầm (chỉ có 32% cho rằng cần phải tiêm vắc xin phòng bệnh cúm cho gia cầm). Vấn đề này cũng phù hợp với nhận xét trong phạm vi toàn quốc của nhóm chuyên gia Bộ Y tế đưa ra. Như vậy, rõ ràng mức sống của người dân cũng có thể là yếu tố chi phối mạnh mẽ tới hành vi của họ về dự phòng cúm A/H5N1, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lại chưa thấy có sự liên quan tình hình kinh tế hộ gia đình đến kiến thức về phòng bệnh cúm A/H5N1.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy có sự liên quan giữa kiến thức của người dân với thực hành của họ về dự phòng bệnh theo quan hệ tỷ lệ thuận. Nhóm người có kiến thức tốt thì tỷ lệ thực hành tốt cũng cao hơn và ngược lại. Như vậy, kiến thức kém sẽ dẫn đến thực hành kém về dự phòng bệnh. Tuy nhiên, ở đây cũng cho thấy một nhóm người tuy có kiến thức tốt nhưng việc thực hành mới chỉ dừng lại ở mức trung bình, chưa chắc chắn đã chuyển thành hành vi tốt.

Như vậy, có thể thấy sự tương quan rõ ràng theo tỷ lệ thuận giữa kiến thức và thực hành của người dân trong vấn đề dự phòng cúm A/H5N1. Điều đó cho thấy, chỉ có kiến thức tốt thôi chưa đủ, còn phải phối hợp với nhiều yếu tố khác như vấn đề phát triển kinh tế, việc đẩy mạnh các hoạt động truyền thông ở địa phương nhằm thu hút mọi người cùng tham gia, hay việc thay đổi các phong tục, thói quen, tập quán nhằm đưa tỷ lệ thực hành mức trung bình hiện nay đang rất cao ở đối tượng có kiến thức dự phòng cúm A/H5N1 tốt thành thực hành tốt. Đồng thời thúc đẩy nhóm người dân có kiến thức trung bình và yếu cùng tham gia, được nâng cao nhận thức và thực hành về dự phòng cúm A/H5N1. Một mặt cần đẩy mạnh công tác giáo dục dự phòng bệnh cúm A/H5N1, một mặt cần xây dựng các mô hình mẫu trực quan để xây dựng nhận thức cho người dân, giúp người dân nhanh chóng thay đổi hành vi của mình.

Về mối liên quan giữa thái độ và thực hành về dự phòng cúm A/H5N1, chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa thái độ về vệ sinh môi trường của người dân với mức độ thực hành vệ sinh môi trường của họ. Có kiến thức tốt chưa chắc đã thực hành tốt, bằng chứng là tất cả những chủ hộ có kiến thức tốt, việc thực hành dự phòng cúm A/H5N1 chưa đạt đến mức tốt mà chỉ đạt trung bình. Tuy nhiên người dân có thái độ tốt đã thực hành tốt.

Điều này phù hợp với nhận định trong các loại tài liệu về khoa học hành vi giáo dục sức khỏe. Trong 4 yếu tố cấu thành hành vi sức khỏe gồm có 3 yếu tố quyết định đó là kiến thức, thái độ và thực hành. Mục đích và quan trọng nhất trong TT-GDSK là phải giúp người dân hướng tới việc thực hành hành vi có lợi, chứ không đơn thuần là chỉ nâng cao kiến thức hay thái độ. Vì có kiến thức tốt thì vẫn cần phải có thái độ tốt, chỉ khi như vậy thì mới tiến hành thực hành tốt những hành vi có lợi nói chung và những hành vi phòng bệnh cúm A/H5N1 nói riêng.

6. Kiến nghị

1. Ngành Y tế cần có sự quan tâm, đầu tư về nguồn lực để nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người dân trong phòng chống bệnh cúm A/H5N1, bằng việc tăng cường công tác TT-GDSK, phát triển đa dạng các loại tài liệu truyền thông, lồng ghép phối hợp các phương pháp, hình thức thông tin-giáo dục-truyền thông tại các thôn bản và hộ gia đình.
2. Xây dựng mô hình điểm về thực hành phòng chống cúm A/H5N1 tại các hộ gia đình của một số thôn bản, sau đó đánh giá kết quả và nhân rộng mô hình. Hoặc phải có những nghiên cứu khoa học can thiệp sâu, đánh giá hiệu quả trước – sau can thiệp về sự thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người dân, trong đó có cả đánh giá sự thay đổi về cả định tính và định lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chỉ đạo Quốc gia phòng chống đại dịch cúm ở người - *Hội nghị Báo cáo Nghiên cứu Đánh giá giữa kỳ Kế hoạch Hành động Truyền thông phòng chống đại dịch cúm ở người giai đoạn 2008 – 2012*, Hà Nội ngày 20/4/2011.
2. Ban Chỉ đạo Quốc gia phòng chống đại dịch cúm ở người - *Tiểu ban tuyên truyền (2008), Nghiên cứu xây dựng mô hình truyền thông thay đổi hành vi rửa tay bằng xà phòng phòng bệnh cúm A dựa vào cộng đồng tại 5 tỉnh trong cả nước*, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2006), *Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe*, NXB Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và phòng lây nhiễm cúm A/H1N1*, (Quyết định số 2762/QĐ-BYT ngày 31/7/2009).
5. Trần Hữu Bích (2005), *Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống Cúm gia cầm của người dân tại 5 tỉnh (Bắc Giang, Hải Dương, Hà Tây, Nam Định và Thái Bình)*.
6. Phạm Ngọc Cương (2008), *Đánh giá KAP của người dân và thực trạng công tác quản lý, chỉ đạo phòng chống dịch cúm A/H5N1 tại tỉnh Ninh Bình*.
7. Phạm Ngọc Đỉnh và cộng sự (2005), *Các yếu tố nguy cơ của viêm phổi virus cấp do vi rút cúm A/H5N1 tại Việt Nam năm 2004*.
8. Sở Y tế tỉnh Bắc Kạn (2009-2012), *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2009, 2010, 2011 và 6 tháng 2012*.
9. Phạm Quang Thái (2011), *Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng huy động cộng đồng truyền thông cải thiện hành vi phòng bệnh cúm A cho người dân ở xã Hòa Bình, huyện Đông Hy, tỉnh Thái Nguyên – LA CKII*.
10. CARE international (2004), *Nghiên cứu cắt ngang về kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống cúm gia cầm ở các hộ gia đình chăn nuôi quy mô nhỏ và cán bộ y tế tại 4 tỉnh Long An, An Giang, Bình Định, Sơn La*, tr 45,47.

SO SÁNH THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ TẠI TỈNH BÌNH ĐỊNH SAU 10 NĂM THỰC HIỆN NGHỊ QUYẾT SỐ 12/2000 CỦA CHÍNH PHỦ

*CN. Phan Văn Hớn và cộng sự
Trung tâm Truyền thông GDSK Bình Định*

Tóm tắt nghiên cứu

Năm 2011, Trung tâm Truyền thông GDSK Bình Định tiến hành đề tài đánh giá thực trạng hút thuốc tại tỉnh, có so sánh với kết quả khảo sát được tiến hành 10 năm trước đó. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá trong cộng đồng nói chung có giảm (17,5% năm 2011 so với 28,8% năm 2001). Tỷ lệ hút thuốc ở nam giới là 46,6% và hút thuốc ở nữ giới là 0,6%. Tuổi bắt đầu hút thuốc trung bình là 21 tuổi. Một số nghề có tỷ lệ người đang hút thuốc lá cao: như lái xe 55,10%; nhóm ngành khác như thợ may, thợ xây, ở nhà,... 37,07%; bộ đội 30%; nông dân 27,74%. Đa số nhận thông tin về các tác hại thuốc lá qua truyền hình 82,6%, qua loa công cộng 60,4%. Ảnh hưởng của thuốc lá tới sức khỏe là lý do chủ yếu khiến người hút thuốc bỏ thuốc. Tuy nhiên, có tới 47,8% những người cai thuốc lại quay trở lại hút.

1. Đặt vấn đề

Thuốc lá hiện nay được xem là một nguyên nhân gây tử vong chủ yếu ở khu vực Tây Thái Bình Dương, nơi ước tính có đến 50-60% nam giới và 8-10% nữ giới hút thuốc lá và có mức tiêu thụ thuốc lá theo đầu người cao nhất thế giới. Thuốc lá có tác hại rất lớn đến sức khỏe, điều đó đã được khẳng định qua rất nhiều công trình nghiên cứu khoa học. Hút thuốc lá không chỉ gây ra các bệnh, các triệu chứng viêm nhiễm đường hô hấp mà còn gây nên các bệnh nguy hiểm như ung thư phổi, ung thư miệng, lưỡi, thanh quản, thực quản, bàng quang, tụy tạng, làm tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thai chết lưu, giảm cân nặng trẻ sơ sinh, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại biên và nhiều bệnh khác.

Tại Bình Định, năm 2001 để thực hiện Nghị quyết số 12/2000 ngày 14/8/2000 của Chính phủ về “Chính sách Quốc gia phòng, chống tác hại của thuốc lá giai đoạn 2000-2010”, Ban chỉ đạo Phòng chống tác hại thuốc lá (PCTHTL) tỉnh tiến hành khảo sát đánh giá thực trạng hút thuốc lá ở Bình Định. Theo khảo sát, tỷ lệ hút thuốc lá chung của Bình Định là 28,8%; trong đó 50,1% nam giới hút thuốc lá, 1,4% nữ giới hút thuốc. Trong những năm qua thực trạng sử dụng thuốc lá/thuốc lào tại tỉnh Bình Định có nhiều chuyển biến rõ nét; bên cạnh đó vẫn còn những tồn tại như: tỷ lệ hút thuốc khá cao, nhiều vấn đề liên quan PCTHTL tại cộng đồng còn khó khăn khi triển khai thực hiện như: hút thuốc lá nơi công cộng còn phổ biến, chưa thực hiện triệt để chống quảng cáo thuốc lá, bán buôn, bán lẻ thuốc lá...

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Bình Định tiến hành đề tài nhằm đánh giá thực trạng hút thuốc lá, thuốc lào ở tỉnh sau 10 năm thực hiện Nghị quyết 12/2000 của Chính phủ.

2. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng hút thuốc lá và cai thuốc của người dân tại tỉnh Bình Định năm 2011.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: chủ hộ hoặc là người đại diện gia đình từ 18 tuổi trở lên.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức: $n = 4p(1-p)/e^2$

Trong đó: n: số đối tượng cần nghiên cứu cộng đồng dân cư chung:

p: tỷ lệ hút thuốc lá dự đoán (theo nghiên cứu của Bình Định năm 2000, tỷ lệ chung chủ yếu nam giới là 28%, do vậy $p=0,28$)

e: sai số mong muốn (chọn $e=0,05$)

Thay vào công thức tính được $n = 320$ người. Để giảm yếu tố chủ quan cần nhân đôi số mẫu là $320 \times 2 = 640$.

Chọn mẫu nghiên cứu: Chọn 30 cụm để tiến hành điều tra, mỗi cụm điều tra 21 hộ gia đình. Cách chọn cụm theo phương pháp tỷ lệ cỡ dân số (PPS)

3.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05 đến tháng 11 năm 2012.

3.5. Thu thập và xử lý số liệu:

- Số liệu được thu thập thông qua việc phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm Epi-Info 2000.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng hút thuốc năm 2011 so với năm 2001

Bảng 1: Thực trạng hút thuốc lá năm 2011

Nội dung khảo sát	Tỷ lệ (%)	
	Năm 2001	Năm 2011
Tỷ lệ hút thuốc lá chung	28,8	17,5
Tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới	50,1	42,2
Tỷ lệ hút thuốc lá ở nữ giới	1,4	0,6
Lứa tuổi bắt đầu hút thuốc/số người từng hút		
Dưới hoặc bằng 15 tuổi	7,5	7,1
Trên 15 tuổi	77,6	92,9
Thời gian hút thuốc của người đang hút/số người đang hút		
Từ 10-20 năm	28,7	28,3
Trên 20 năm	27,4	61,5
Loại thuốc đang hút		
Thuốc có đầu lọc	90,4	97,5
Không đầu lọc	6,2	1,0
Thuốc tự quấn	6,2	1,5

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá năm 2011 là 17,5% năm 2001 tỷ lệ này là 28,8%. Tỷ lệ hút thuốc trong nam giới là 42,2%, nữ giới là 0,6%. Lứa tuổi bắt đầu hút thuốc chủ yếu là trên 15 tuổi (chiếm 92,9%). Thời gian hút thuốc trên 20 năm chiếm đa số (61,5%).

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy số điều thuốc hút trung bình trong một ngày tăng lên từ 11 điều (năm 2001) lên 13 điều (năm 2011). Số tiền trung bình để mua thuốc trong một tháng tăng từ 52.000 đồng năm 2001 lên 212.000 năm 2011. Thuốc đầu lọc là loại thuốc được đa số người hút sử dụng (90,4% năm 2001 và 97,5% năm 2011).

Ngoài ra nghiên cứu cũng đưa ra:

- Tuổi bắt đầu hút thuốc trung bình là 21 tuổi.
- 67,5% cơ quan, nơi làm việc của người được hỏi có quy định cấm hút thuốc lá.
- Một số nghề có tỷ lệ người đang hút thuốc lá cao: lái xe 55,10%; nhóm ngành khác như thợ may, thợ xây, ở nhà,... 37,07%; bộ đội 30%; nông dân 27,74%.
- 51,2% người hút thuốc có thói quen hút thuốc nơi công cộng mặc dù 96% số người hút thuốc biết sẽ bị phạt tiền nếu hút thuốc tại nơi quy định cấm, 20,5% hút ngay cả khi có trẻ em bên cạnh. 23,5% vẫn tiếp tục hút tại nơi công cộng dù cho có người nhắc nhở, 23,5% xin lỗi và vẫn tiếp tục hút

4.2. Kênh cung cấp thông tin về tác hại thuốc lá

Bảng 2: Kênh cung cấp thông tin về tác hại thuốc lá

Nội dung khảo sát	Năm 2001 (%)	Năm 2011 (%)
Truyền hình	70	82,6
Phát thanh, loa công cộng	11,2	60,4
Báo in, tờ truyền truyền	5	27,8
Cán bộ y tế	4,6	12,9

95,7% số người được hỏi biết tác hại của thuốc lá (năm 2001 tỷ lệ này là 90%). Đa số nhận thông tin về các tác hại thuốc lá qua truyền hình (82,6%), qua loa công cộng (60,4%). Chỉ có 12,9% số người được hỏi biết các tác hại của thuốc lá qua cán bộ y tế. Tỷ lệ nhận các thông tin về tác hại thuốc lá qua các kênh năm 2011 đều cao hơn năm 2001.

4.3. Thực trạng cai nghiện thuốc lá

Bảng 3: Lý do bỏ thuốc và các khó khăn khi thực hiện cai thuốc

Nội dung khảo sát	Năm 2001 (%)	Năm 2011(%)
Lý do bỏ thuốc lá của người từng thực hiện cai nghiện thuốc lá		
Nhận biết được tác hại đến sức khỏe của mình	51,4	54,0
Bỏ thuốc lá vì bệnh tật	18,8	36,4
Vì tốn tiền	11,0	17,0
Những khó khăn gặp phải khi thực hiện cai thuốc lá		
Do người xung quanh vẫn còn hút	33,3	20,0
Không vượt qua cơn thèm thuốc	29,9	40,0
Do người khác mời	18,4	20,0
Do nhu cầu công việc nên phải hút	8,0	8,0
Cai thuốc lá thất bại	48,8	47,8

Kết quả bảng 3 cho thấy, 54% quyết định bỏ thuốc vì biết tác hại của thuốc lá, 36,4% bỏ thuốc vì có bệnh tật, 17% bỏ thuốc vì thấy rằng mua thuốc tốn tiền. Những khó khăn chủ yếu gặp phải khi cai nghiện thuốc lá là do không vượt qua được cơn thèm thuốc (40%), do người khác mời (20%). Có tới 47,8% số người đã bỏ thuốc quay trở lại hút thuốc.

Ngoài ra nghiên cứu cũng chỉ ra số lần trung bình để cai thành công thuốc lá đối với người cai thành công là 2 lần. Một số đối tượng/ngành nghề có tỷ lệ cai thuốc thất bại cao: lái xe 72,7%; thợ xây, thợ may...62,6%, CBVC: 60,7%; nông dân 60%; kinh doanh-buôn bán 48%, công nhân 40%; cán bộ hưu trí 33,3%.

5. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 10 năm triển khai Nghị quyết số 12/2000 ngày 14/8/2000 của Chính phủ về “Chính sách Quốc gia phòng, chống tác hại của thuốc lá giai đoạn 2000-2010”, thực trạng hút thuốc tại tỉnh Bình Định năm 2011 đã có nhiều chuyển biến tích cực, cụ thể như sau:

- Tỷ lệ hút thuốc là 17,5% (năm 2001 là 28,8%) Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy số điều thuốc mà người hút thuốc trung bình trong một ngày tăng lên từ 11 điếu (năm 2001) lên 13 điếu (năm 2011).
- 54% quyết định bỏ thuốc vì biết tác hại của thuốc lá, 36,4% bỏ thuốc vì có bệnh tật, 17% bỏ thuốc vì thấy rằng mua thuốc tốn tiền. Những khó khăn chủ yếu gặp phải khi cai nghiện thuốc lá là do không vượt qua được cơn thèm thuốc (40%), do người khác mời (20%). 47,8% số người đã bỏ thuốc quay trở lại hút thuốc (năm 2001 là 48,8%).

THỰC TRẠNG ĐĂNG TẢI TIN, BÀI, ẢNH TRÊN TỜ TIN SỨC KHỎE CHO MỌI NGƯỜI GIAI ĐOẠN 2006-2011 VÀ NHU CẦU NĂM 2012 CỦA CÁC ĐƠN VỊ THUỘC NGÀNH Y TẾ CẦN THƠ

CN. Mai Anh Tuấn

Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ

Tóm tắt nghiên cứu

Mặc dù giáo dục sức khỏe không thay thế được dịch vụ y tế, nhưng nó rất cần thiết để giúp cho người dân lựa chọn sử dụng đúng đắn và sáng suốt các dịch vụ y tế có sẵn một cách có hiệu quả. Để giáo dục sức khỏe tốt, cần phải có và sử dụng một cách hiệu quả nhất các phương tiện giáo dục sức khỏe, trong đó “Tờ tin Sức khỏe cho mọi người” (TTSKCMN) của ngành Y tế TP Cần Thơ là phương tiện không thể thiếu trong công tác này. Kết quả đánh giá thực trạng và nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trên tờ tin Sức khỏe cho mọi người cho thấy: giai đoạn 2006-2012 tờ tin đã cơ bản đáp ứng được nhiệm vụ và chỉ tiêu ngành Y tế TP Cần Thơ giao, tuy nhiên số lượng tin, bài, ảnh còn nhiều hạn chế. Có 506 tin, bài, ảnh của các đơn vị khảo sát được chọn đăng trên TTSKCMN, thể loại được chọn đăng nhiều nhất là bài (188 bài). Có 35/39 đơn vị có tin, bài, ảnh được đăng tải. Về nhu cầu được đăng tải tin, bài, ảnh trên TTSKCMN năm 2012 cho thấy: 37/41 đơn vị có nhu cầu đăng tải. 91,9% đơn vị có nhu cầu được cấp miễn phí TTSKCMN. Gần 80% các đơn vị có nhu cầu được đào tạo nâng cao kỹ năng viết báo và chụp ảnh báo chí.

1. Đặt vấn đề

Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ, tiền thân là Ban Tuyên truyền Y tế trực thuộc Sở Y tế tỉnh Hậu Giang được thành lập vào tháng 3 năm 1983; đến năm 1990 chuyển thành Phòng Giáo dục sức khỏe thuộc Trung tâm Y học dự phòng tỉnh Hậu Giang. Cuối năm 1996, Sở Y tế thành lập Trung tâm Chăm sóc sức khỏe ban đầu, sau đổi tên thành Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường tỉnh Cần Thơ. Lúc bấy giờ hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của tỉnh Cần Thơ là một bộ phận do trung tâm này phụ trách. Ngày 01 tháng 6 năm 2006, Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ được thành lập trên cơ sở bộ phận chuyên trách truyền thông của Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường TP Cần Thơ.

Trải qua quá trình gần 30 năm hình thành và phát triển, hoạt động truyền thông GDSK của ngành Y tế tỉnh Hậu Giang nay là Cần Thơ đã đóng góp nhiều vào công cuộc chăm sóc sức khỏe nhân dân, trong đó “Tờ tin Sức khỏe cho mọi người” là phương tiện không thể thiếu.

Thời gian qua, đặc biệt giai đoạn 2006 – 2011, mặc dù Ban Biên tập Tờ tin (được trình bày dưới ấn phẩm “Tờ tin Sức khỏe cho mọi người” do Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ thực hiện) đã nhiệt tình biên tập và ưu tiên chọn đăng thông tin của mạng lưới, nhưng số lượng tin, bài, ảnh được đăng tải trên Tờ tin rất hạn chế. Đặc biệt năm 2012, lần đầu tiên, Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ giao chỉ tiêu cộng

tác tin, bài, ảnh trên tờ tin Sức khỏe cho mọi người quan tâm đến chất lượng được đăng tải. Thêm nữa, Sở Y tế TP Cần Thơ còn giao chỉ tiêu tin, bài, ảnh đăng trên website của ngành từ tháng 02/2012. Như vậy các đơn vị trực thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ có nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh rất lớn.

Nhu cầu của các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố, TTYT/TTYTDP, bệnh viện tuyến quận/huyện đăng tin bài trên tờ tin của ngành Y tế Cần Thơ cao là lý do tiến hành khảo sát vấn đề này.

Kết quả của nghiên cứu này sẽ là cơ sở để xây dựng hàng loạt các giải pháp (kế hoạch) triển khai một trong các hoạt động của Chương trình hành động Truyền thông Giáo dục sức khỏe giai đoạn (2011 – 2015) trên địa bàn TP Cần Thơ, góp phần vào việc thực hiện thắng lợi kế hoạch thực hiện Chỉ thị số 08/CT-BYT ngày 01/9/2008 của Bộ Y tế về tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định thực trạng đăng tải tin, bài, ảnh trên Tờ tin Sức khỏe cho mọi người giai đoạn (2006 – 2011) của các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ.
2. Xác định được nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trên Tờ tin Sức khỏe cho mọi người năm 2012 của các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

3.2. Đối tượng nghiên cứu

- 56 Tờ tin Sức khỏe cho mọi người từ tháng 6/2006 đến tháng 12/2011.
- 41 cơ sở y tế: trung tâm chuyên khoa, bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến thành phố; trung tâm y tế, trung tâm y tế dự phòng, bệnh viện tuyến quận/huyện; các cơ sở y tế ngoài công lập (bệnh viện tư); Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Quân Y 121.

3.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Thu thập nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trên Tờ tin ngành Y tế TP Cần Thơ trong năm 2012 của các đơn vị thuộc ngành y tế Cần Thơ thông qua mẫu khảo sát gửi các đơn vị. Mẫu khảo sát được thử nghiệm tại Phòng Truyền thông GDSK Trung tâm Y tế Dự phòng quận Ninh Kiều, trên 01 Tờ tin Sức khỏe cho mọi người – số Xuân năm 2012.
- Thống kê số tin, bài, ảnh của các đơn vị thuộc ngành Y tế Cần Thơ được đăng trên Tờ tin Sức khỏe cho mọi người từ tháng 06/2006 đến tháng 12/2011

3.4. Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel.

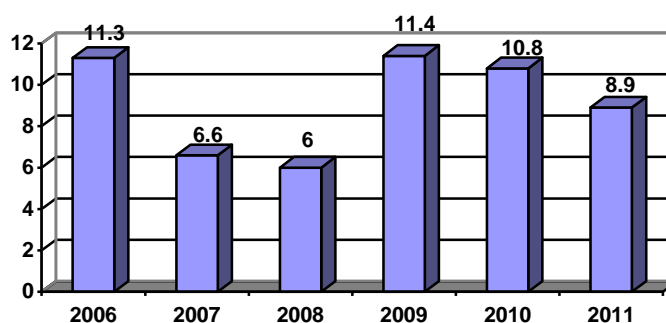
4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng tin, bài, ảnh được đăng tải trên tờ tin Sức khỏe cho mọi người (TTSKCMN) của các đơn vị thuộc ngành Y tế thành phố Cần Thơ

Bảng 1: Số lượng tin, bài, ảnh được đăng tải trên TTSKCMN của các đơn vị thuộc ngành Y tế thành phố Cần Thơ giai đoạn 2006 – 2011

Thể loại	Số lượng						Tổng cộng
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Tin	33	16	08	41	40	20	158
Bài	27	30	24	39	24	44	188
Ảnh	19	27	22	34	33	25	160
Cộng	79	73	54	114	97	89	506

Trong 06 năm qua, có 506 tin, bài, ảnh của các đơn vị khảo sát được chọn đăng trên TTSKCMN, thể loại được chọn đăng nhiều nhất là bài (188 bài, chiếm tỷ lệ 37,15%). Năm 2009 là năm có số tin, bài, ảnh được đăng tải nhiều nhất (114 tin, bài, ảnh).



Biểu đồ 1. Số tin, bài, ảnh trung bình của mỗi TTSKCMN giai đoạn 2006 – 2011

Giai đoạn từ tháng 6/2006 đến 12/2011 trung bình có 9 tin, bài, ảnh được đăng trên một TTSKCMN, nhiều nhất là năm 2006 (11,3 tin, bài, ảnh/TTSKCMN) và ít nhất là năm 2008 (6 tin, bài, ảnh/TTSKCMN).

Có 35 đơn vị có tin, bài, ảnh được đăng tải trên TTSKCMN giai đoạn (2006 – 2011), chiếm tỉ lệ 85,37%. Trong đó, các đơn vị không có tin, bài, ảnh chọn đăng gồm: BVĐKTQ, BVQY 121, BVĐKCR, BVĐKTN, BVKHPĐ, BVĐKVT.

Bảng 2: Tổng hợp loại nội dung tin, bài, ảnh được đăng tải trên TTSKCMN của các đơn vị thuộc ngành Y tế thành phố Cần Thơ giai đoạn 2006 – 2011

STT	ĐƠN VỊ	TIN		BÀI					ẢNH			Tổng cộng
		Hoạt động của đơn vị	Tổng hợp	Khoa giáo	Người tốt việc tốt	Sưu tầm	Phóng sự	Tổng hợp	Hoạt động của đơn vị	Minh họa cho tin được đăng	Minh họa cho bài được đăng	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	Đơn vị y tế tuyến thành phố	16	4	37	3	0	2	84	1	5	96	248
2	Bệnh viện ngoài công lập tại thành phố Cần thơ	1	1	0	1	0	0	1	0	2	1	7
3	Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và quân khu IX	1	0	7	0	0	0	6	0	1	11	26
4	Bệnh viện và TTYT quận/huyện	109	26	6	12	9	3	17	0	13	30	225
		127	31	50	16	9	5	108	1	21	138	506
	TỔNG CỘNG	158		188					160			506

Trong số tin, bài, ảnh được đăng tải giai đoạn (2006 – 2011) thể loại nội dung được đăng nhiều nhất là ảnh “Minh họa cho bài được đăng của đơn vị”, với 138 ảnh; đứng thứ hai là tin “Hoạt động của đơn vị”, với 127 tin; đứng thứ ba là bài “Tổng hợp”, với 108 bài. Các đơn vị thuộc tuyến thành phố có số lượng tin bài nhiều nhất (248), bệnh viện ngoài công lập có số lượng tin bài ít nhất (7).

4.2. Nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh năm 2012

Nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh được khảo sát tại 41 đơn vị thuộc ngành Y tế Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 37 đơn vị có nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trong năm 2012, chiếm tỷ lệ 90,24%. Một số đơn vị không có nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh gồm: BVYHCT, BVĐKHMCL, BVQTPSPC, BV 121.

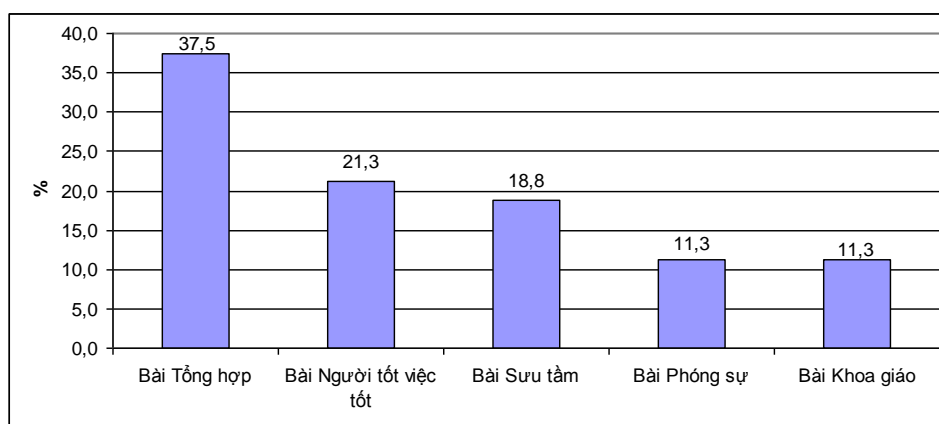
91,9% các đơn vị có nhu cầu gửi tin, bài, ảnh qua email, 13,5% muốn chuyển qua fax, 10,8% muốn chuyển qua đường bưu điện

Trong số 37 đơn vị có nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trên TTSKCMN năm 2012: 32 đơn vị có nhu cầu cộng tác tin (chiếm 86,48%), 25 đơn vị có nhu cầu cộng tác bài (chiếm 67,56%), 26 đơn vị có nhu cầu cộng tác ảnh (chiếm 70,27%).

4.2.1. Nhu cầu đăng tin trên TTSKCMN năm 2012

- Bình quân mỗi đơn vị có nhu cầu đăng tải 3,75 tin trên TTSKCMN. Các đơn vị có nhu cầu đăng tổng số có 138 tin, chỉ tiêu được giao là 118.
- Có 94 tin hoạt động có nhu cầu đăng tải trên TTSKCMN, trung bình một đơn vị có nhu cầu đăng 2,5 tin hoạt động.
- Có 44 tin tổng hợp có nhu cầu đăng tải trên TTSKCMN, trung bình một đơn vị có nhu cầu đăng 1,2 tin tổng hợp.

4.2.2. Nhu cầu đăng bài trên TTSKCMN năm 2012



Biểu đồ 2. Phân loại nội dung bài cộng tác cho TTSKCMN 2012

Biểu đồ 2 cho thấy nhu cầu đăng tải bài theo nội dung trên TTSKCMN năm 2012, như sau: 9 bài khoa giáo (chiếm 11,3%); 17 bài người tốt việc tốt (chiếm 21,3%); 15

bài sưu tầm (chiếm 18,8%); 9 bài phóng sự (11,3%); 30 bài tổng hợp (chiếm 37,5%). Tổng số bài có nhu cầu đăng là 80 bài trong khi chỉ tiêu được giao là 38 bài.

4.2.3. Nhu cầu đăng ảnh trên TTSKCMN năm 2012

Các đơn vị có nhu cầu đăng tổng số 144 ảnh trên TTSKCMN năm 2012, trong đó: 47 ảnh hoạt động của đơn vị, 64 ảnh minh họa cho tin được đăng, 33 ảnh minh họa cho bài được đăng.

4.2.3. Nhu cầu cộng tác với TTSKCMN năm 2012 theo số tờ tin

- 8 đơn vị có nhu cầu cộng tác 12 số/năm, chiếm 21,6%;
- 4 đơn vị có nhu cầu cộng tác 6 số/năm, chiếm 10,8%;
- 12 đơn vị có nhu cầu cộng tác 3 số/năm, chiếm 32,4%;
- 4 đơn vị có nhu cầu cộng tác thỉnh thoảng, chiếm 10,8%;
- 9 đơn vị có nhu cầu cộng tác khi có hoạt động diễn ra, chiếm 24,3%.

4.2.4. Nhu cầu nhận và phân phối TTSKCMN

3 đơn vị có nhu cầu mua trợ giá TTSKCMN (chiếm 8,10%); 34 đơn vị có nhu cầu cấp miễn phí cho ban giám đốc TTSKCMN (chiếm 91,90%).

Bảng 3: Số lượng muốn được nhận và phân phối TTSKCMN hàng tháng

Nhận và phân phối TTSKCMN	Số lượng	Trung bình số TTSKCMN/đơn vị
Tuyến thành phố (21 đơn vị)	221	10,52
Tuyến quận/huyện (15 đơn vị)	239	15,93
Tuyến xã/phường/thị trấn (85 đơn vị)	879	10,34

Bảng 3 cho thấy mỗi đơn vị y tế tuyến thành phố có nhu cầu nhận và phân phối trung bình 10,5 TTSKCMN, đơn vị y tế tuyến quận/huyện có nhu cầu nhận và phân phối trung bình 15,9 TTSKCMN; con số này đối với đơn vị tuyến xã/phường/thị trấn là 10,34 TTSKCMN.

4.2.5. Nhu cầu trả nhuận bút

Về nhu cầu được trả nhuận bút cho tác giả có tin, bài, ảnh đăng tải trên TTSKCMN: 51,4% đơn vị muốn được nhận 100%, 18,9% đơn vị có nhu cầu nhận 50% còn 50% hỗ trợ in ấn và phân phối, 16,2% đơn vị không cần nhận nhuận bút mà hỗ trợ 100% cho in ấn và phân phối, 13,51% đơn vị không có ý kiến.

4.2.6. Nhu cầu nâng cao kỹ năng viết báo và chụp ảnh báo chí

- 29 đơn vị có nhu cầu nâng cao kỹ năng viết báo, chiếm tỷ lệ 78,38%;
- 27 đơn vị có nhu cầu nâng cao kỹ năng chụp ảnh báo chí, chiếm tỷ lệ 72,97%.

- 73 cán bộ phụ trách GDSK và 32 đối tượng là cán bộ, viên chức làm trong ngành có khả năng viết báo và chụp ảnh cần nâng cao kỹ năng viết báo và chụp ảnh báo chí.

5. Bàn luận

Tờ tin Sức khỏe cho mọi người được Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ phát hành giai đoạn (2006 – 2011) đã cơ bản đáp ứng được nhiệm vụ và chỉ tiêu ngành Y tế TP Cần Thơ giao. Thực trạng đăng tải tin, bài, ảnh trên TTSKCMN của các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố, bệnh viện ngoài công lập, bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và Quân khu IX, bệnh viện và TTYT/TTYTDP quận/huyện (gọi chung là mạng lưới truyền thông GDSK) giai đoạn 2006 – 2011, có đặc điểm là các trung tâm YTDP tuyến quận/huyện có nhiều tin, bài, ảnh được đăng tải trên TTSKCMN vì trong giai đoạn này, đầu mối chủ yếu của hoạt động truyền thông GDSK là cán bộ phụ trách GDSK của các TTYTDP tuyến quận/huyện. Một số đơn vị do mới thành lập hoặc chia tách, như: CCATVSTP, CCDS-KHHGD, các bệnh viện ngoài công lập, nên có số lượng tin, bài, ảnh đăng tải còn hạn chế.

Đăng tải tin, bài, ảnh trên TTSKCMN giai đoạn 2006 – 2011 của các đơn vị thuộc ngành Y tế TP Cần Thơ còn khiêm tốn về số lượng. Nguyên nhân một phần là do cộng tác viên chưa có kỹ năng viết báo và chụp ảnh, một phần là do chưa có đủ trang thiết bị phục vụ cho công việc này, thêm nữa là họ chưa thật sự có nhu cầu đăng tải và chỉ tiêu giao tin, bài hàng năm chưa có tính thuyết phục. Với chỉ tiêu tin, bài hiện nay mà ngành Y tế TP Cần Thơ giao cho các đơn vị trực thuộc thì chỉ một mình cán bộ phụ trách GDSK không đáp ứng được. Chính vì vậy mà họ có nhu cầu rất lớn về đối tượng nhất là cán bộ, viên chức làm trong ngành có khả năng viết báo và chụp ảnh kể cả những công tác viên yêu thích công việc này trên từng địa bàn (đơn vị).

Trong giai đoạn 2006 – 2011, số lượng tin đăng tải trên TTSKCMN chiếm đa số vì so với viết bài viết tin dễ hơn. Trong khuôn khổ của một tờ tin, tin được chọn đăng tải nhiều hơn vì số từ của một tin ít hơn của một bài chính.

Mặc dù chỉ tiêu ảnh không được giao, nhưng có tới 144 ảnh được chọn đăng. Điều này hoàn toàn hợp lý, vì “Một bức tranh đáng giá một nghìn từ”, các đơn vị muốn minh họa thêm cho tin, bài được đăng tải, đồng thời góp cho hình thức của Tờ tin thêm phong phú.

Nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh trên TTSKCMN năm 2012 của các đơn vị thuộc ngành Y tế TP Cần Thơ quản lý rất cao, chiếm tỉ lệ 90,24%. Có tới 21/41 đơn vị được giao chỉ tiêu tin, bài, chính vì vậy mà các đơn vị có nhu cầu đăng tin, bài rất lớn. Mặt khác, có tới 20/41 đơn vị không được giao chỉ tiêu, nhưng họ lại có nhu cầu đăng tải tin, bài, ảnh với số lượng nhiều nhằm chuyển tải thông tin hoạt động của đơn vị thông qua Tờ tin.

Năm 2012, đối tượng mà các đơn vị có nhu cầu phân phối Tờ tin gồm: ban giám đốc, khoa/phòng trong đơn vị, góc GDSK các đơn vị tuyến thành phố; tuyến quận/huyện, gồm: ban giám đốc TTYT/TTYTDP, khoa/phòng, góc GDSK, ủy ban nhân

dân, đài truyền thanh, phòng y tế và ban, ngành, đoàn thể; tuyến xã/phường/thị trấn, gồm: ủy ban nhân dân, loa văn hóa thông tin, ban, ngành, đoàn thể, TYT, góc GDSK, cộng tác viên các chương trình y tế và tình nguyện viên sức khỏe cộng đồng, nhu cầu phân phối này so với kế hoạch mà Trung tâm Truyền thông GDSK TP. Cần Thơ phân phối hàng tháng là chưa đáp ứng.

6. Kiến nghị

Đối với Sở Y tế TP Cần Thơ

- Bổ sung thêm kinh phí để Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ thực hiện các việc như: tăng thêm số trang in ấn nhằm đáp ứng nhu cầu của mạng lưới truyền thông GDSK; hỗ trợ chi trả nhuận bút cho cộng tác viên có tin, bài, ảnh được đăng tải; tổ chức tập huấn kỹ năng viết báo, chụp ảnh, phân phối TTSKCMN; mua sắm trang thiết bị phục vụ viết tin, chụp ảnh.
- Trực tiếp chỉ đạo các đơn vị cộng tác tin, bài, ảnh cho TTSKCMN.

Đối với Trung tâm Truyền thông GDSK TP Cần Thơ

- Tăng cường tổ chức tập huấn nâng cao kỹ năng viết báo, kỹ năng chụp ảnh báo chí – tổ chức theo hình thức cuốn chiếu từng quận/huyện, từng đơn vị, cần mở rộng đối tượng để có lực lượng cộng tác viên đa dạng, phong phú.
- Nếu các đơn vị có nhu cầu đăng tải nhiều (vượt quá số trang phát hành hàng tháng), thì tăng cường biên tập tin, bài đăng tải trên website ngành Y tế.
- Kịp thời phản hồi cho các cộng tác viên có tin, bài viết chưa đạt.
- Giao chỉ tiêu tin, bài, ảnh cho 100% đơn vị mạng lưới truyền thông GDSK.
- Sản xuất và phát hành Tờ tin đúng thời gian quy định.
- Chủ động định hướng đề cương trước mỗi quý và trực tiếp đặt bài các đơn vị.
- Chi trả nhuận bút và tặng Tờ tin cho cộng tác viên.
- Có kế hoạch họp báo định kỳ mỗi quý một lần. Tổ chức họp mặt cộng tác viên mỗi năm một lần.
- Hỗ trợ trang thiết bị cho đơn vị để phục vụ viết tin, bài và chụp ảnh.

Đối với các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố, bệnh viện ngoài công lập, bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và Quân khu IX, bệnh viện và TTYT/TTYTDP quận/huyện.

- Ban Giám đốc: Giao chỉ tiêu viết tin, bài cho từng khoa, phòng của đơn vị; tạo điều kiện để có nhiều cán bộ tham dự tập huấn nâng cao kỹ năng viết tin và chụp ảnh báo chí.
- Cán bộ phụ trách hoạt động truyền thông GDSK: Là đầu mối nhận tin, bài, ảnh kịp thời chuyển cho Ban Biên tập TTSKCMN; kịp thời nhận và phân phối

TTSKCMN hàng tháng. Động viên, khuyến khích cộng tác viên trong đơn vị và trên địa bàn viết và gửi tin, bài.

- Tất cả tin, bài, ảnh gửi cộng tác gửi qua thư điện tử.

Đối với cộng tác viên của TTSKCMN

- Chủ động gửi cộng tác cho Ban Biên tập TTSKCMN.
- Điều chỉnh và bổ sung kịp thời những thông tin chưa chính xác khi có yêu cầu.
- Thường xuyên góp ý cho TTSKCMN về hình thức, nội dung và những thông tin chưa chính xác được đăng tải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế Thế giới (2006), *Giáo dục sức khỏe*, Hà Nội, tr. 189, 194.
2. Mai Anh Tuấn (2012), *Hiện trạng trang thiết bị và phương tiện làm việc của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe thành phố Cần Thơ năm 2011*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2011, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 133.
3. Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Nam (2011), *Khảo sát ý kiến bạn đọc về Thông tin Y – Dược và Sức khỏe Quảng Nam sau 2 năm phát hành*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001 – 2010, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 105, 106.
4. Nguyễn Như Ý – Chủ biên (1998), *Đại Từ điển Tiếng Việt*, NXB Văn hóa – Thông tin, tr. 37, 86, 600, 601, 1.645.

NGHIÊN CỨU ĐỀ XUẤT CÁC HÌNH THỨC CẢNH BÁO TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ TRÊN BAO BÌ SẢN PHẨM

BSCKI. Võ Thu Tùng

Trung tâm Truyền thông GDSK thành phố Đà Nẵng

Tóm tắt nghiên cứu

Năm 2012, Trung tâm truyền thông GDSK thành phố Đà Nẵng đã tiến hành Nghiên cứu hình ảnh cảnh báo tác hại trên bao bì thuốc lá với mục tiêu mô tả thực trạng về tình hình in cảnh báo trên bao thuốc và đề xuất về các hình thức in cảnh báo trên bao thuốc một cách hiệu quả. Bằng phương pháp phỏng vấn sâu kết hợp với quan sát các hình thức in cảnh báo sức khỏe trên các vỏ bao thuốc lá. Kết quả cho thấy Việt Nam chưa thực hiện đúng cam kết thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá về việc in cảnh báo bằng hình ảnh tác hại thuốc lá trên bao bì sản phẩm. Quy định bắt buộc về in lời cảnh báo bằng tiếng Việt trên vỏ bao thuốc lá tại Việt Nam có từ năm 1996. Tuy nhiên việc in cảnh báo sức khỏe vẫn chỉ mới bằng lời và hầu hết đều dừng ở mức 30% vỏ bao thuốc lá. Trong khi đó, một số nước trên thế giới in hình ảnh cảnh báo sức khỏe trên bao bì thuốc lá có hiệu quả rất lớn trong việc cảnh báo tác hại của thuốc lá.

1. Đặt vấn đề

Theo kết quả điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) tại Việt Nam vào năm 2010, Việt Nam có 47,4% nam, 1,4% nữ và 23,8% người trưởng thành đang hút thuốc lá; trong đó có 81,8% người hút thuốc hàng ngày và 26,9% người hút thuốc lẻo. Đồng thời, tỷ lệ hút thuốc lá thụ động ở Việt Nam cũng rất cao với 67,6% người bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nhà và 49% người bị phơi nhiễm tại nơi làm việc. Khói thuốc cũng là nguyên nhân của 40.000 ca tử vong ở Việt Nam mỗi năm. Tổ chức Y tế thế giới ước tính, nếu không có các biện pháp ngăn chặn thì đến năm 2020, 10% dân số Việt Nam sẽ tử vong vì các bệnh liên quan đến sử dụng các sản phẩm thuốc lá.

Việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh nhằm đảm bảo quyền của những người tiêu dùng được biết về các thông tin chính xác về sản phẩm mà họ sử dụng, những hậu quả đối với sức khỏe, tính gây nghiện và nguy cơ chết người từ việc sử dụng các sản phẩm thuốc lá, có tác dụng giáo dục sức khỏe cho cộng đồng kể cả đối với những người có trình độ học vấn thấp hoặc không biết chữ. Đây là biện pháp truyền thông có hiệu quả và tiết kiệm chi phí cho nhà nước và là xu thế chung trên thế giới.

Mặc dù Việt nam đã có những quy định cụ thể về việc in cảnh báo trên vỏ bao thuốc lá, song các quy định này đã thực hiện đến đâu? thực trạng hình ảnh cảnh báo trên vỏ bao thuốc lá như thế nào? Giải pháp nào phù hợp nhất? để trả lời cho các câu hỏi trên chúng tôi tiến hành “*Nghiên cứu đề xuất các hình thức cảnh báo tác hại của thuốc lá trên bao bì sản phẩm*”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng về tình hình in cảnh báo trên vỏ bao thuốc lá.
2. Đề xuất về các hình thức in cảnh báo trên vỏ bao thuốc một cách hiệu quả.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tháng 10 năm 2012.
- Địa điểm: Thành phố Đà Nẵng.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

- Đại diện chính quyền các cấp của tỉnh Đà Nẵng.
- Đại diện các sở ban ngành có liên quan đến nghị quyết 12/NQ-CP và quyết định 1315/QĐ-TTg.
- Đại diện các hàng quán, các quầy bán thuốc lá lẻ, các đại lý thuốc lá, nơi công cộng trong nhà.
- Các tổ chức chính trị xã hội.
- Vỏ bao thuốc lá các loại.

3.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Nghiên cứu các văn bản pháp luật và các kết quả đã nghiên cứu liên quan đến in cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá.
- Phỏng vấn sâu đại diện chính quyền các cấp, đại diện các sở ban ngành có liên quan đến nghị quyết 12/NQ-CP và quyết định 1315/QĐ-TTg, đại diện các hàng quán (café, quán ăn, nhà hàng), các quầy bán thuốc lá lẻ, các đại lý thuốc lá, nơi công cộng trong nhà (sân vận động, nhà ga, bến xe, rạp chiếu bóng, ...). Đã thực hiện 36 cuộc phỏng vấn sâu.
- Thảo luận nhóm trọng tâm các tổ chức chính trị xã hội, tổ chức xã hội các cấp. 10 cuộc thảo luận nhóm trọng tâm (nhóm 8 -10 người) đã được thực hiện
- Quan sát thu thập các hình thức in cảnh báo sức khỏe trên các vỏ bao thuốc lá, việc treo dán các quy định về thuốc lá... Địa điểm quan sát: các điểm bán thuốc lẻ, các đại lý (mua mẫu bao thuốc lá).

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Tình hình thực hiện in cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá ở các nước trên thế giới và một số nước trong khu vực

4.1.1. Trên thế giới

Công ước khung về kiểm soát thuốc lá bắt buộc các nước ký cam kết phải thực hiện quy định về in cảnh báo bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá.

Theo kết quả thống kê mới nhất của Vinacosh, hiện tại, đã có 23 quốc gia và vùng lãnh thổ trên thế giới đã áp dụng quy định in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá.

Việc in cảnh báo bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá đã được nhiều nước thực hiện một cách nghiêm túc và đã đem lại những kết quả tích cực, góp phần thay đổi cả về nhận thức và hành vi của những người hút thuốc lá.



Cảnh báo sức khỏe của Canada

Tại Canada, nơi đã sử dụng cảnh báo hình ảnh từ nhiều năm nay, khoảng một nửa số người hút thuốc cho biết hình ảnh đó làm họ nghĩ nhiều hơn về tác hại thuốc lá và muốn cai thuốc, 1/6 cho biết đã ít nhất một lần cất bao thuốc đi vì không muốn người khác nhìn thấy lời cảnh báo.

4.1.2. Tại một số nước trong khu vực Đông Nam Á

Singapore: in cảnh báo bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc vào năm 2004, chỉnh sửa và thêm hình ảnh vào năm 2006. Diện tích cảnh báo bao gồm cả hình ảnh và chữ đã chiếm 50% mặt trước và sau của vỏ bao thuốc. Trên hình ảnh cảnh báo nước này còn cho in cả số điện thoại hỗ trợ cai nghiện thuốc lá. Kết quả nghiên cứu tại nước này cũng cho thấy, hình ảnh cảnh báo đã làm cho khoảng 2/3 số người hút thuốc biết nhiều hơn về tác hại thuốc lá, 1/2 hút ít đi và 1/4 có thêm quyết tâm bỏ thuốc.

Thái Lan: Từ cuối tháng 3-2005, Thái Lan đã qui định in ảnh các tệ hại của những bệnh nhân do hút thuốc và dòng chữ cảnh báo trên một nửa mỗi vỏ bao thuốc lá nhằm khuyến cáo nguy cơ nhiễm các bệnh ung thư và tim mạch. Năm 2009, Thái Lan đã chỉnh sửa và đưa ra 9 hình ảnh cảnh báo sức khỏe bắt buộc phải in trên nhãn bao thuốc lá. Tại Thái Lan, kể từ khi áp dụng in hình ảnh lên nhãn bao thuốc, 92% người hút đã muốn bỏ, 62% giảm hút. Gần 78% thanh niên nước này tiếp nhận thông tin về tác hại của thuốc lá qua nhãn bao thuốc, ngoài truyền hình ra không có kênh truyền thông nào khác bao phủ rộng như vậy.



Cảnh báo trên bao thuốc lá tại Thái Lan

Malaysia: cũng đã thực hiện in cảnh báo bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc vào năm 2009, với diện tích cảnh báo là 40% mặt trước, 60% mặt sau. Trên hình ảnh cảnh báo nước này cũng cho in cả số điện thoại hỗ trợ cai nghiện thuốc lá.

Brunây: bắt đầu in cảnh báo bằng cả hình ảnh và lời từ tháng 12/2008, với diện tích là 50% mặt trước và sau của vỏ bao thuốc lá.

4.2. Tình hình in cảnh báo sức khỏe trên bao thuốc lá ở Việt Nam

Quy định bắt buộc về in lời cảnh báo bằng tiếng Việt trên vỏ bao thuốc lá tại Việt Nam có từ năm 1996. Thực hiện các quy định của Chính phủ và Bộ Y tế, bắt đầu từ 1/4/2008. Tuy nhiên, lời cảnh báo sức khỏe thường chỉ chiếm 2-2,5cm² trong diện tích 150cm² của vỏ bao; lại nằm ở phía bên cạnh vỏ bao thuốc và ở vị trí rất khó thu hút được sự chú ý của người hút. Chưa kể, câu cảnh báo: "Hút thuốc lá có hại cho sức khỏe", chưa nêu được tác hại cụ thể của thuốc lá.



Hiện tại thay bằng câu: “Hút thuốc lá có thể gây ung thư phổi” dòng chữ cảnh báo dù được đặt ở vị trí dễ nhìn hơn nhưng được in khá đơn giản. Nội dung cảnh báo chưa khẳng định rõ ràng, thủ phạm chính của ung thư là thuốc lá. Chữ “có thể” đã không thật sự gây tác động mạnh. Không ít người lầm tưởng rằng, hút thuốc lá chỉ có thể gây một căn bệnh ung thư và không gây ra các căn bệnh khác. Trong khi thực tế, nhiều nghiên cứu khoa học đã chứng minh hàng loạt các bệnh mà thuốc lá có thể gây ra như ung thư phế quản, các bệnh tim mạch, xuất huyết não, ung thư vòm họng, ảnh hưởng đến thai nhi...

Hầu hết các Công ty thuốc lá trong nước đã thực hiện việc in cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá. Tuy nhiên, các quy định của Việt Nam cũng chỉ đưa ra 2 lời cảnh báo và không bắt buộc sử dụng luân phiên nên đã làm giảm đi hiệu quả khuyến cáo. Việc cứ in mãi một hai câu như thế trong thời gian dài sẽ khiến cho người tiêu dùng dễ nhàm chán và không còn để ý nữa. Trong khi các công ty thuốc lá lại tìm cách thay đổi mẫu mã

và màu sắc liên tục, với nhiều hình thức đẹp và bắt mắt. Nhiều hãng đưa ra các thông điệp hết sức lôi cuốn, quảng cáo trá hình, làm lu mờ đi câu cảnh báo trên bao thuốc.

Trên thực tế, Việt Nam cũng đã sản xuất thuốc lá có in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên các vỏ bao thuốc lá để xuất khẩu sang Singapore. Nội dung và diện tích cảnh báo tuân thủ theo đúng quy định của Singapore, tức 50% mặt trước và sau của vỏ bao thuốc.



Năm 2007, Bộ Y tế đã có quyết định số 02/2007/QĐ-BYT ngày 15/01/2007 về vệ sinh an toàn đối với sản phẩm thuốc lá yêu cầu bắt buộc in cảnh báo về sức khỏe bằng chữ hoặc bằng hình ảnh trên diện tích tối thiểu là 30% của bề mặt trước và sau của vỏ bao thuốc lá. Bộ Y tế cũng đưa ra 5 mẫu cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh đi kèm với các dòng chữ: "Hút thuốc gây ung thư phổi", "Hút thuốc có hại cho thai nhi và trẻ nhỏ", "Hút thuốc gây chảy máu não", "Hút thuốc gây bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính", "Hút thuốc lá gây hôi miệng và hỏng răng". Mỗi mẫu cảnh báo trên phải được in luân phiên 2 năm một lần trên vỏ bao thuốc lá.



5 mẫu cảnh báo của BYT

Song những hình ảnh cảnh báo này đã không được thực hiện vì sau đó Chính phủ ban hành Nghị định 119/NĐ-CP ngày 18 tháng 7 năm 2007 quy định: về cảnh báo sức khỏe thì chỉ dùng một trong hai câu: "Hút thuốc lá có thể gây ung thư phổi" hoặc "Hút thuốc lá có thể gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính".

- Theo pháp luật hiện hành của Việt Nam (Chỉ thị số 12/2007/CT-TTg), bắt đầu từ ngày 01 tháng 01 năm 2010, in nội dung lời cảnh báo sức khỏe chiếm khoảng 50% diện tích của mỗi vỏ bao thuốc lá.
- Theo quy định của Công ước Khung thì: trong vòng 3 năm kể từ khi ký tham gia công ước, chính phủ nước đó phải thực hiện việc in cảnh báo về sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá; và phải đảm bảo chiếm 50% hoặc lớn hơn diện tích trung bày chính nhưng không được nhỏ hơn 30% của các diện tích trung bày chính của bao thuốc; có thể dưới hình thức chữ, hình ảnh hoặc cả chữ và hình ảnh.

Tuy nhiên cho đến nay, các quy định này đều chưa được thực hiện, việc in cảnh báo sức khỏe vẫn chỉ mới bằng lời và hầu hết đều dừng ở mức 30% diện tích vỏ bao thuốc lá.

Bên cạnh đó, hiện nay trên thị trường Việt Nam còn xuất hiện rất nhiều các loại thuốc lá nhập lậu và thuốc lá giả. Theo kết quả quan sát từ nghiên cứu này, nhiều loại thuốc lá lậu hoặc giả đang được bày bán tại các điểm bán thuốc lá lẻ hoặc được nhiều người mang đi bán dạo tại các quán nhậu trên địa bàn thành phố Đà Nẵng.



Một số mẫu bao thuốc lá mua được từ một người bán thuốc lá dạo ở Đà Nẵng

Hầu hết trên vỏ bao của những loại thuốc lá này đều không in lời cảnh báo sức khỏe theo quy định hiện hành của nước ta.

4.3. Ý kiến của người dân về in cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá:

Năm 2009, Bộ Y tế đã phối hợp với Trung tâm Nghiên cứu và Trợ giúp Phát triển Cộng đồng tiến hành “Đánh giá hiệu quả của hệ thống cảnh báo sức khỏe hiện tại in trên vỏ bao thuốc lá ở Việt Nam”. Nghiên cứu được tiến hành trên 1.200 người dân tại 3 tỉnh, thành phố: Hà Nội, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy, chỉ có 39% nhớ được nội dung cảnh báo “hút thuốc lá có thể gây ung thư phổi”; 5,9% nhớ được nội dung cảnh báo “hút thuốc lá có thể gây bệnh tắc nghẽn phổi mãn tính”; 54% số người hút thuốc lá không hề quan tâm tới ảnh hưởng sức khỏe khi nhìn lời cảnh báo sức khỏe. Hơn một nửa số người được hỏi cho rằng, lời cảnh báo hiện tại trên vỏ bao thuốc lá

chưa nói hết tác hại do thuốc lá gây ra; 60% số người hút thuốc lá nói rằng lời cảnh báo hiện tại không có tác dụng làm cho họ muốn bỏ thuốc. Nhiều ý kiến đều cho rằng cảnh báo bằng chữ và hình ảnh phải chiếm 50% đến 70% diện tích mặt chính của vỏ bao thuốc mới mong người hút “giật mình” mỗi khi cầm điều thuốc.

Kết quả phỏng vấn sâu cá nhân và thảo luận nhóm nhóm từ nghiên cứu này cũng cho thấy, hầu hết ý kiến đều cho rằng: việc in cảnh báo trên vỏ bao thuốc hiện nay mới chỉ thực hiện bằng chữ chứ chưa có hình ảnh cụ thể. Lời cảnh báo vẫn mang tính chung chung, chưa cụ thể và chưa đủ mạnh.

“Việc cảnh báo trên bao thuốc tôi thấy vẫn chưa có mấy người sợ, họ biết là ảnh hưởng đến sức khoẻ nhưng họ vẫn hút”.

Người bán quán cà phê

“Thuốc lá nhập có cả hình ảnh, ở mình chưa thấy, chỉ thấy có mấy câu, hình như 2 câu thì phải”.

Chủ một đại lý thuốc lá

“Lời cảnh báo vừa dài dòng, vừa chưa cụ thể, vừa chưa đủ mạnh”.

Thảo luận nhóm Hội Nông dân huyện Hoà Vang

“Lời cảnh báo còn nhẹ quá, chưa đủ sức cảnh báo so với độ đẹp của bao thuốc”...

Lãnh đạo Trung tâm Thể thao Đà Nẵng

Nhiều ý kiến cũng cho rằng: việc in cảnh báo trên bao thuốc có tác dụng nhất định đến hành vi của người hút thuốc lá. Nếu tiếp tục in lời cảnh báo bằng chữ thì phải có nội dung cụ thể, rõ ràng, chỉ rõ tất cả những tác hại do thuốc lá gây ra. Nên bỏ đi 2 từ "có thể" vì nó làm cho câu cảnh báo không đủ sức răn đe. Và nhất là nên sớm đưa cảnh báo bằng hình ảnh trên bao thuốc như các nước trên thế giới.

"Tôi có thấy một bao thuốc lá ở Mỹ có câu đại loại như “Hút thuốc lá sẽ làm bạn gái chia tay bạn”... biện pháp cảnh báo tác hại thuốc lá trên bao thuốc có thể có hiệu quả, vì vậy cần duy trì nhưng cải tiến thêm cách cảnh báo”...

Thảo luận nhóm Hội Nông dân huyện Hoà Vang

"Tôi thấy chưa đủ sức răn đe người hút thuốc, nếu thay chữ “có thể” trong câu “Hút thuốc lá có thể gây ung thư phổi” thành chữ “sẽ” thì hiệu quả hơn”.

Người bán quán cà phê

"Việc cảnh báo trên bao thuốc lá cũng ít nhiều có tác động, cần phải in cảnh báo bằng các hình ảnh cho họ sợ hơn”.

Người bán quán cà phê

"Chúng ta cần đưa các hình ảnh dễ gây sốc và sợ hơn”.

Lãnh đạo Trung tâm Thể thao Đà Nẵng

"Cần có hình ảnh như hình ung thư phế quản, hình phổi bị đốt cháy. Học theo tranh cổ động của WHO, gắn liền tác hại thuốc lá với thể hệ trẻ".

Thảo luận nhóm Đoàn thanh niên quận Ngũ Hành Sơn

4.4. Luận điểm của các công ty thuốc lá

Việc in cảnh báo bằng hình ảnh luôn vấp phải sự phản ứng từ các công ty sản xuất thuốc lá. Bằng nhiều lý do, họ cố biện minh và tìm đủ mọi cách trì hoãn việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh. Theo nghiên cứu của Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam, các công ty thuốc lá đều cho rằng:

- Ngành công nghiệp thuốc lá hàng năm đã đóng thuế cho nhà nước hàng tỷ USD.
- Không có bằng chứng là cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh có tác dụng.
- Việc thay đổi mẫu mã, in màu sẽ gây tốn kém khiến công nhân ngành này thất nghiệp.
- Việc in cảnh báo bằng hình ảnh phải cần nhiều thời gian để thực hiện.
- Quy định này là vi phạm quyền tự do ngôn luận và bản quyền nhãn hiệu.

Tuy nhiên, hàng chục nghiên cứu trên Thế giới và tại Việt Nam đã cho thấy rằng, người hút thuốc lá đã đọc, hiểu rõ và thay đổi hành vi sau khi tiếp cận với các cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh mạnh. Việc in cảnh báo sức khỏe hình ảnh cũng mang lại nhiều lợi ích về kinh tế cho các quốc gia, bởi vì "chỉ tính riêng 3 bệnh được lựa chọn trong nghiên cứu này thuốc lá gây ra khoảng 50% chi phí xã hội liên quan đến bệnh nhân nội trú và 804 tỷ đồng (khoảng 50 triệu đô la Mỹ), và 0,11% tổng sản phẩm quốc nội của Việt Nam hay 18% kinh phí chính phủ dành cho y tế và 19% kinh phí do các công ty thuốc lá đóng góp cho nhà nước". Các nước trên Thế giới cũng chỉ cần 6-9 tháng để thực hiện in cảnh báo bằng hình ảnh. Và đặc biệt, những nước với các hệ thống luật pháp khác nhau đã áp dụng qui định cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh mà không gặp những khó khăn pháp lý nào.

5. Đề xuất và kiến nghị

5.1. Đề xuất

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi xin đề xuất một số hình thức in cảnh báo tác hại của thuốc lá trên vỏ bao thuốc như sau:

- In cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh chiếm ít nhất 50% diện tích 2 mặt chính của vỏ bao thuốc lá.
- Sử dụng nhiều hình ảnh và thông điệp cảnh báo khác nhau. Điều này sẽ làm giảm sự nhàm chán và giúp cung cấp nhiều thông tin về tác hại của thuốc lá cho người tiêu dùng.
- Sử dụng quay vòng các thông điệp và thường xuyên có sự đổi mới để gây sự tò mò và chú ý của cộng đồng.

- Nội dung thông điệp cần:
 - Cung cấp thông tin toàn diện về tác hại sức khỏe.
 - Các thông điệp khác nhau có tác động đến các đối tượng khác nhau.
 - Có lời khuyên bỏ thuốc và số điện thoại hỗ trợ cai nghiện thuốc lá.
- Trước hết, nên áp dụng ngay 5 mẫu cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh đã được Bộ Y tế đưa ra theo quyết định số 02/2007/QĐ-BYT ngày 15/01/2007.

5.2. Kiến nghị

5.2.1. Đối với Trung ương

- Cần nhanh chóng ban hành quy định và lộ trình thực hiện việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá phù hợp với các khuyến cáo của Công ước Khung và xu thế chung của thế giới.
- Có quy định và lộ trình thực hiện in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên tất cả các sản phẩm có liên quan đến thuốc lá.
- Dựa vào kinh nghiệm của các nước để xây dựng và áp dụng những hình ảnh cảnh báo sức khỏe một cách hiệu quả nhất. Nên học tập và làm theo kinh nghiệm của Thái Lan, Malaysia, Singapore.
- Cần ban hành các chế tài xử phạt nghiêm minh đối với các cá nhân, tổ chức có hành vi vi phạm việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh.

5.2.2. Đối với thành phố

- Tổ chức thực hiện nghiêm túc các quy định về in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh.
- Vận động các Công ty sản xuất thuốc lá đóng trên địa bàn thành phố đi tiên phong trong việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh.
- Kiểm soát chặt chẽ nguồn thuốc lá nhập lậu, tăng cường kiểm tra và xử phạt nghiêm các cá nhân, tổ chức buôn bán các loại thuốc lá nhập lậu, các loại thuốc lá không in cảnh báo sức khỏe.
- Đẩy mạnh thông tin - tuyên truyền – giáo dục nhằm nâng cao nhận thức và hành vi của người dân đối với việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh. Làm sao cho mọi người tiêu dùng sản phẩm này đều biết được rằng: họ có quyền được biết toàn bộ sự thật về những tác hại của việc sử dụng thuốc lá và tiếp xúc với khói thuốc thụ động gây ra. Qua đó, giúp người dân bày tỏ sự ủng hộ việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, Đại học Y Hà Nội, *Nghiên cứu điều tra toàn cầu về tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS) 2010.*

2. Bộ Y tế, Trung tâm Nghiên cứu và Trợ giúp Phát triển Cộng đồng, *Đánh giá hiệu quả của hệ thống cảnh báo sức khỏe hiện tại in trên vỏ bao thuốc lá ở Việt Nam 2009*.
3. Chỉ thị số 12/2007/CT-TTg ngày 10 tháng 5 năm 2007 của Thủ tướng chính phủ về việc tăng cường các hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá, (5/2007).
4. Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá tại thành phố Đà Nẵng (Ban hành kèm theo Quyết định số 1338/UBND-QĐ ngày 22/2/2010 của Chủ tịch UBND thành phố Đà Nẵng).
5. Phạm Quỳnh Nga, Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt nam, *Nghiên cứu về cảnh báo sức khỏe hình ảnh trên bao bì thuốc lá 2009*.
6. Nghị định số 119/2007/NĐ-CP ngày 18/7/2007 của Thủ tướng chính phủ quy định về sản xuất và kinh doanh thuốc lá (7/2007).
7. Vũ Xuân Phú (2005), *Chi phí cho ba bệnh liên quan đến thuốc lá - Nghiên cứu chính sách phòng chống tác hại thuốc lá tại Việt Nam*.
8. Quyết định 1315/QĐ-TTg ngày 21/8/2009 của Thủ tướng chính phủ về việc phê duyệt kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá (8/2009).
9. Quyết định số 02/2007/QĐ – BYT ngày 15 tháng 1 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về Vệ sinh an toàn đối với sản phẩm thuốc lá.
10. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), *Công ước Khung về Kiểm soát thuốc lá. 2003*.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI CỦA CÁN BỘ TRUYỀN THÔNG TỈNH ĐỒNG THÁP VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG NĂM 2011 – 2012

Nguyễn Thị Diệu Hiền

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Đồng Tháp

Tóm tắt nghiên cứu

Hầu hết người dân hiện nay đã được tiếp cận các thông tin về tình hình dịch bệnh và các biện pháp phòng chống bệnh tay chân miệng (TCM). Truyền thông về tình hình dịch bệnh TCM đã được phổ biến rộng rãi đến cộng đồng với hình thức truyền thông đa dạng như truyền thông trên các phương tiện truyền thông đại chúng (truyền hình, phát thanh bằng loa, đài) và truyền thông trực tiếp thông qua đội ngũ cán bộ y tế, truyền thông viên... Tuy nhiên, kiến thức, thực hành của người dân vẫn còn nhiều hạn chế. Để nâng cao nhận thức của người dân về bệnh tay chân miệng, đội ngũ cán bộ y tế và truyền thông viên giữ vai trò hết sức quan trọng. Đội ngũ này có kiến thức, kỹ năng tốt thì hiệu quả truyền thông sẽ cao. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tìm hiểu thực trạng kiến thức, thái độ của người làm truyền thông về bệnh TCM. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 931 cán bộ y tế, giáo viên và truyền thông viên tại các xã phường thuộc 12 huyện/thị/thành phố của tỉnh Đồng Tháp trong năm 2011 kết quả cho thấy kiến thức của đội ngũ này còn nhiều hạn chế: 23% người được hỏi biết TCM là bệnh truyền nhiễm cấp tính, 45% biết nguyên nhân gây bệnh là do vi rút đường ruột gây ra, 85,2% cho rằng bệnh lây truyền qua tiếp xúc với da, niêm mạc; chỉ có 1,9% cho rằng bệnh lây qua đường tiêu hóa. Kiến thức về các biểu hiện của bệnh: 66,1% cho rằng bệnh có biểu hiện nổi bóng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, miệng. 100% người được hỏi biết rằng chưa có vắc xin phòng bệnh. Kiến thức về cách phòng và chăm sóc trẻ mắc TCM của đối tượng nghiên cứu khá tốt: 96,1% cho rằng để phòng bệnh TCM cần giữ vệ sinh sạch sẽ, rửa tay và rửa đồ chơi của trẻ. Các đối tượng nghiên cứu cũng kiến nghị để người dân quan tâm hơn về dịch bệnh TCM, cần tăng cường truyền thông qua báo, đài, loa phát thanh tại huyện, xã, phát tờ rơi, treo áp phích, truyền thông trực tiếp qua các cuộc thảo luận nhóm, nói chuyện sức khỏe... Nghiên cứu cũng đưa ra kiến nghị: Mở rộng hơn mạng lưới cộng tác viên; tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông, mở rộng thêm các lớp tập huấn nâng cao kinh nghiệm cho đội ngũ cán bộ tuyên truyền; hỗ trợ kinh phí, tạo điều kiện thích hợp nhằm thu hút đội ngũ cộng tác viên tham gia; tăng cường các hoạt động truyền thông có sử dụng tranh, ảnh gây ấn tượng cho người xem.

THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM TẠI XÃ HỒNG LỘC, HUYỆN LỘC HÀ, TỈNH HÀ TĨNH

*BS. Bùi Quang Tâm, CN. Nguyễn Thị Thanh Loan, Đoàn Thị Mỹ Loan,
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Hà Tĩnh*

Tóm tắt nghiên cứu

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng thiếu hụt các chất dinh dưỡng cần thiết làm ảnh hưởng đến quá trình sống, hoạt động và tăng trưởng bình thường của cơ thể. SDD trẻ em gồm có nhiều thể: thể thấp còi, nhẹ cân, thể phù, thể teo đét, . . . Tuy nhiên, trong đề tài nghiên cứu này chúng tôi đề cập đến tình trạng SDD trẻ em ở thể thấp còi và nhẹ cân tại Xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng SDD trẻ em ở xã Hồng Lộc còn cao 23,6%, đặc biệt là SDD thể thấp còi 26,3%; 70% trẻ SDD sống trong các gia đình có 3-4 con, hộ gia đình nghèo và cận nghèo chiếm 84%. Kiến thức, thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ còn nhiều hạn chế: chỉ có 45% biết tầm quan trọng của việc bổ sung vitamin A và cho trẻ uống thuốc tẩy giun, 55% biết SDD sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của con; 56% biết ăn uống hợp lý sẽ phòng tránh được SDD; 85% bà mẹ cho trẻ bú bình trong 6 tháng đầu. Để hạn chế tình trạng SDD ở trẻ em, cần có sự quan tâm, đầu tư của các cấp các ngành và sự cố gắng của đội ngũ cộng tác viên tại cơ sở, đặc biệt cần nâng cao kiến thức hiểu biết cơ bản trong việc nuôi dưỡng trẻ, nhất là giai đoạn trẻ dưới 5 tuổi.

1. Đặt vấn đề

Hơn ai hết, những người làm cha, mẹ luôn mong muốn con mình được khỏe mạnh và phát triển toàn diện, nhưng không phải đứa trẻ nào cũng đạt được nguyện vọng này. Lý do không phải chúng mắc trọng bệnh mà trẻ bị SDD, thường gặp nhiều nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi, biểu hiện ở những mức độ khác nhau. SDD không những gây ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, tâm thần và vận động của trẻ, mà còn ảnh hưởng đến sức lao động của xã hội sau này, trường hợp nặng có thể dẫn tới tử vong.

Trong những năm qua tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở tỉnh Hà Tĩnh nói riêng, cả nước nói chung đã được cải thiện đáng kể nhưng tỷ lệ SDD vẫn còn cao, đặc biệt là SDD thể thấp còi. Theo điều tra dân số gần đây nhất cho thấy tỷ lệ SDD của trẻ em dưới 5 tuổi ở Việt Nam cao thứ 13 trên thế giới (khoảng 2,5 triệu trẻ SDD thấp còi và 1,54 triệu trẻ SDD nhẹ cân, chiếm tỷ lệ 27,5 % tổng số trẻ). Còn tại Hà Tĩnh hiện nay tỷ lệ SDD chung là 27%, đặc biệt SDD thể thấp còi là khá cao 32,9% và có sự chênh lệch lớn giữa các địa phương. Đây cũng là một trở lực quan trọng của phát triển và hội nhập, nên rất cần phải đưa ra các giải pháp cụ thể phòng chống SDD cho các vùng khó khăn, tập trung ưu tiên cho những vùng có tỷ lệ SDD cao là rất cần thiết.

Hồng Lộc là xã miền núi của huyện Lộc Hà với 12 thôn. Đời sống kinh tế của người dân ở đây còn gặp nhiều khó khăn, môi trường bị ô nhiễm, tỷ lệ sinh con thứ 3 có xu hướng gia tăng. Chương trình phòng chống SDD của trẻ em dưới 5 tuổi đã và đang

được thực hiện song hiệu quả còn chưa cao. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu thực trạng và giải pháp phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng, nguyên nhân SDD ở trẻ dưới 5 tuổi tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà.
2. Đánh giá kiến thức nuôi con của các bà mẹ có con bị SDD tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà.
3. Đề xuất một số giải pháp nhằm góp phần cải thiện, nâng cao nhận thức trong phòng chống SDD và hạn chế gia tăng trẻ bị SDD.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh.
- Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh.
- Các bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi và thể nhẹ cân tại xã, ngoại trừ các bà mẹ không trực tiếp nuôi trẻ hoặc bị tâm thần, câm, điếc hoặc chối từ hợp tác.

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Tổ chức cân nặng và đo chiều cao dựa trên tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới để xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ (575 trẻ dưới 5 tuổi).
- Phỏng vấn dựa vào phiếu thu thập thông tin để tìm hiểu kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SDD trẻ em: 120 cuộc phỏng vấn.
- Thu thập thông tin từ báo cáo tổng kết của Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản tỉnh; Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh; Sở Lao động – thương binh xã hội tỉnh; Trung tâm Y tế Dự phòng huyện Lộc Hà và Trạm y tế xã Hồng Lộc năm 2011 và 6 tháng đầu năm 2012.

3.4. Nhập và xử lý số liệu

Kết quả phiếu thu thập thông tin được làm sạch trước khi nhập dữ liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm Excell.

3.5. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2012

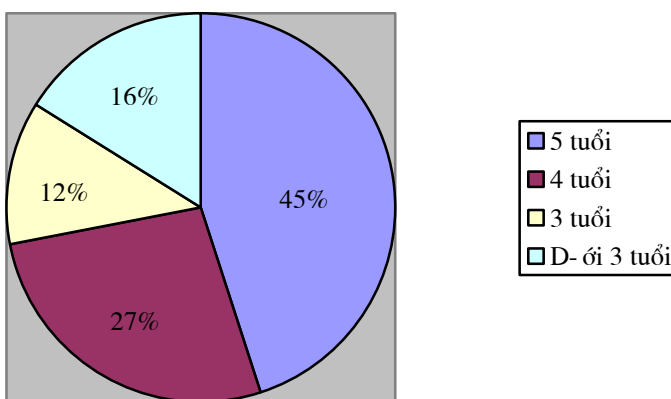
3.6. Địa điểm nghiên cứu: xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng trẻ bị suy dinh dưỡng tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dựa vào chuẩn cân nặng và chiều cao của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho trẻ dưới 5 tuổi.

Kết quả điều tra 575 trẻ dưới 5 tuổi tại xã Hồng Lộc, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh cho thấy có 134 trẻ SDD (chiếm tỷ lệ 23,6%). Trong số trẻ SDD thì số trẻ trai chiếm 37,5%, trẻ gái chiếm 62,5%. 23% trẻ bị SDD thể nhẹ cân theo tuổi (tỷ lệ này ở trẻ trai là 17,5 %; ở trẻ gái là 24,6%); 26,3% trẻ bị SDD chiều cao theo tuổi (tỷ lệ này trẻ trai là 24,5 %; ở trẻ gái là 27,7%).



Biểu đồ 1. Tình trạng suy dinh dưỡng theo độ tuổi

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, trong tổng số 134 trẻ SDD, trẻ 5 tuổi chiếm 45%; 4 tuổi chiếm 27%; 3 tuổi chiếm 12 % và dưới 3 tuổi chiếm 16%.

4.2. Yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ và kiến thức nuôi con của các bà mẹ có con bị suy dinh dưỡng tại xã Hồng Lộc, Lộc Hà.

4.2.1. Một số đặc điểm gia đình của nhóm trẻ SDD

Điều kiện kinh tế gia đình: Trong tổng số 134 trẻ bị suy dinh dưỡng, tỷ lệ thuộc hộ nghèo chiếm 19%, thuộc hộ cận nghèo chiếm 65%.

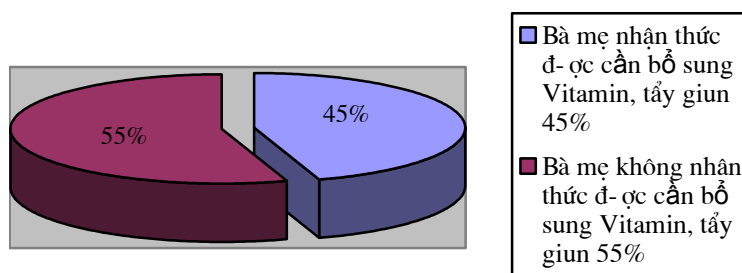
Số con trong các gia đình có trẻ SDD: có 3 con chiếm 40%, 4 con chiếm 30%. Số gia đình có 1-2 con chỉ chiếm 30%.

Tình trạng nguồn nước sinh hoạt: Hộ gia đình sử dụng nước giếng đào chiếm 45%; sử dụng nước giếng khoan chiếm 22% và sử dụng nước mưa chiếm 23%.

Trình độ học vấn và nghề nghiệp của cha/mẹ trẻ: Tỷ lệ bố mẹ học tiểu học: 40%, trung học cơ sở là 55%; trung học phổ thông là 10%; cao đẳng & trung cấp là 5 %.

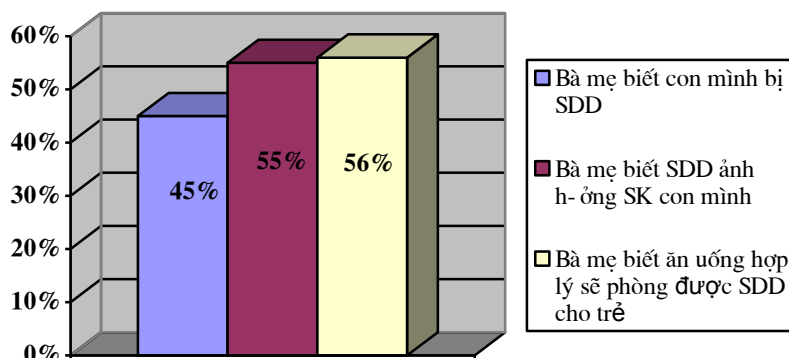
Nghề nghiệp của cha/mẹ trẻ: làm ruộng chiếm 75%; buôn bán chiếm 45%; công nhân chiếm 12%, công chức, viên chức chiếm 9%; nghề khác chiếm 40%.

4.2.2. Kiến thức của bà mẹ về phòng chống suy dinh dưỡng



Biểu đồ 2. Nhận thức của bà mẹ về cần thiết bổ sung vitamin A và tẩy giun cho trẻ

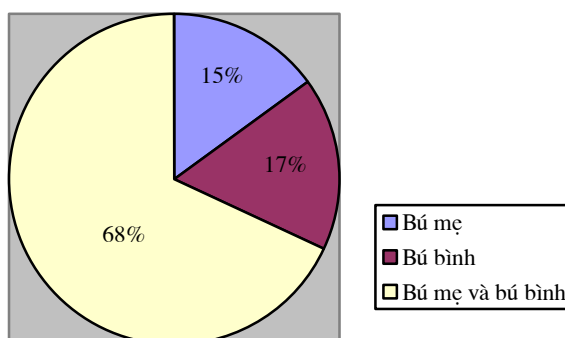
Kết quả biểu đồ cho thấy có 45% bà mẹ nhận thức được tầm quan trọng của việc bổ sung vitamin A và uống thuốc tẩy giun. 55% còn lại không nhận thấy được vai trò của uống bổ sung vitamin A và uống thuốc tẩy giun đối với các trẻ nhỏ.



Biểu đồ 3. Nhận thức của bà mẹ về tình trạng SDD ở trẻ

Nhận thức, hiểu biết về suy dinh dưỡng trẻ em của các bà mẹ ở mức độ thấp: 45% bà mẹ biết con mình bị SDD; 55% bà mẹ biết SDD sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe của con; 56% bà mẹ biết ăn uống hợp lý sẽ phòng tránh được SDD.

4.2.3. Thực hành nuôi dưỡng trẻ



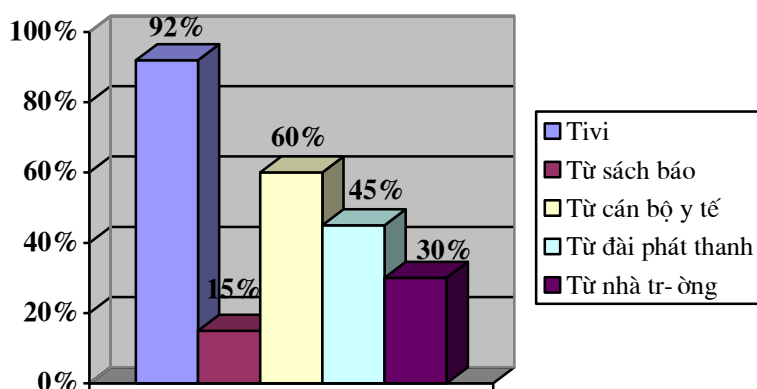
Biểu đồ 4. Thực hành nuôi dưỡng trẻ trong 6 tháng đầu

Chỉ có 15% trẻ SDD được bú mẹ trong 6 tháng đầu; 17% số trẻ SDD được bú bình và 68 % vừa được bú mẹ và bú bình.

Tỷ lệ trẻ ăn bổ sung/ăn dặm khi trẻ dưới 6 tháng chiếm 80%.

Thực hành của các bà mẹ trong chăm sóc trẻ để phòng chống SDD còn hạn chế: 22% bà mẹ quá kiêng khem khi trẻ bị ốm; 67% bà mẹ không biết cách chế biến bữa ăn đầy đủ dinh dưỡng; 55% bà mẹ không chú trọng vấn đề vệ sinh cá nhân và môi trường xung quanh bé sống; 45% không cho con ăn nhiều bữa trong ngày; 40% cho con ăn quá vạt trước bữa ăn

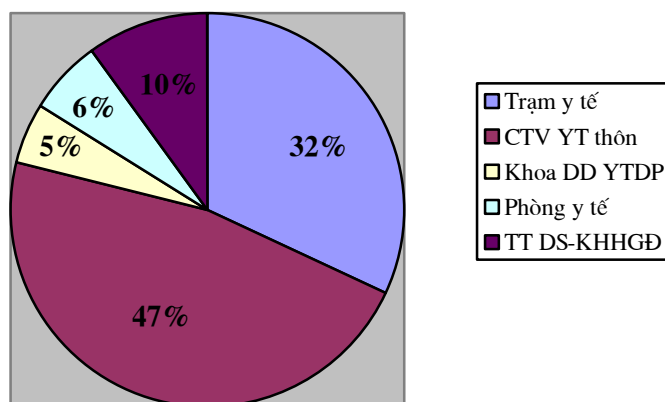
4.2.4. Nguồn thông tin về SDD mà bà mẹ nhận được



Biểu đồ 3. Các nguồn thông tin về SDD mà bà mẹ thu nhận được

92% bà mẹ nhận được thông tin về SDD từ ti vi; 60% từ cán bộ y tế, 45% từ đài phát thanh; 30% từ nhà trường và 15 % từ sách báo.

4.2.5. Nơi khám và tư vấn trẻ SDD



Biểu đồ 4. Nơi khám và tư vấn trẻ SDD

Tỷ lệ đến khám và tư vấn tại trạm y tế là 32%, đến nhân viên y tế thôn: 47%; đến khoa dinh dưỡng thuộc Trung tâm y tế huyện Lộc Hà: 5%; đến Phòng y tế: 6%, đến Trung tâm Dân số- KHHGĐ huyện: 10%. Hầu hết các bà mẹ đều thích được tư vấn tại trạm y tế và cộng tác viên dinh dưỡng.

5. Bàn luận

Từ thực tế đó cho thấy tỷ lệ trẻ bị SDD tại xã Hồng Lộc, Lộc Hà vẫn còn cao, đặc biệt là thể thấp còi. Trong đó tỷ lệ SDD ở bé gái cao hơn bé trai; trẻ bị SDD hầu hết rơi vào gia đình có từ 3 con trở lên, do đó nhóm trẻ sống trong gia đình thiếu ăn thường được ít quan tâm, chăm sóc chu đáo nên bị SDD cao hơn các nhóm khác; trẻ SDD chủ yếu ở nhóm hộ gia đình sử dụng nước giếng đào; gia đình có bố mẹ trình độ văn hoá thấp, đặc biệt là làm nghề nông nghiệp; tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ ăn sam sớm nhiều hơn so với trẻ ăn sam muộn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự hiểu biết chung của các bà mẹ về kiến thức phòng chống SDD còn hạn chế.... Nguyên nhân của vấn đề này là do Hồng Lộc là một xã nghèo miền núi, một số bộ phận dân cư đang ở mức chưa đủ ăn về số lượng. Cộng tác viên dinh dưỡng hiện nay đã đủ về số lượng nhưng kiến thức còn yếu, phụ cấp của chương trình còn eo hẹp; nguồn kinh phí chưa huy động được tại địa phương mà chỉ dựa vào Trung ương và tỉnh. Bên cạnh đó, có một số trẻ bị SDD lại xảy ra cả ở con em những gia đình khá giả nhưng do các bậc cha mẹ thiếu kiến thức về nuôi dưỡng trẻ đúng phương pháp nên cho trẻ ăn uống không hợp lý, chăm sóc không đúng phương pháp.

Để hạn chế tình trạng SDD trẻ em, các can thiệp can tác động nhằm nâng cao nhận thức cho các bà mẹ và hướng dẫn cho họ phương pháp chăm sóc con hợp lý. Ngay từ những tuần đầu tiên mang thai người mẹ cần ăn đủ chất đạm, canxi và iốt. Ngoài ra người mẹ cần ăn đủ sắt, đủ vitamin A và các chất dinh dưỡng cần thiết cho thai tăng trưởng và là nguồn dự trữ giúp trẻ phát triển trong những tháng đầu sau khi sinh.

6. Kiến nghị

- Tăng cường sự phối hợp chặt chẽ của ngành Y tế và ngành Giáo dục mầm non trong chiến lược phòng chống SDD trẻ em.
- Nhà trường tư vấn dinh dưỡng hợp lý cho phụ huynh đặc biệt phụ huynh có trẻ SDD.
- Nhà trường cần chăm sóc tập trung vào nhóm trẻ bị SDD thể thấp còi.
- Nhà trường và phụ huynh tổ chức chế độ ăn riêng cho trẻ bị SDD.
- Tiếp tục nghiên cứu và đề xuất các mô hình can thiệp tại các trường mẫu giáo để kiểm soát phòng chống SDD.
- Các cơ sở y tế (Bệnh viện, Trung tâm CSSKSS, cơ sở y tế tư nhân,...) cần thực hiện tư vấn cho các bậc cha mẹ có con bị SDD khi họ mang con đến khám.
- Phát triển các sách báo, tài liệu truyền thông về phòng chống SDD trẻ em để phổ biến cho nhà trường và phụ huynh.

- Báo, Đài Phát thanh Truyền hình Hà Tĩnh tăng cường phổ biến các thông tin phòng chống SDD trẻ em.
- Gia đình thường xuyên đưa trẻ đến cơ sở y tế để cân, đo chiều cao, kiểm tra sức khoẻ định kỳ. Điều này giúp phát hiện nhanh chóng tình trạng chậm tăng cân, chậm tăng chiều cao của trẻ và một số bệnh để điều trị kịp thời. Việc điều trị đúng nguyên nhân và tích cực ngay từ đầu sẽ giúp trẻ hồi phục nhanh, bắt kịp đà tăng trưởng với các trẻ cùng lứa tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - WHO – UNICEF, *Tài liệu đào tạo nhân viên y tế thôn bản*, Hà Nội, 2000
2. TS Nguyễn Hoàng Long, TS Dương Huy Liệu, *Chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở Việt Nam trong tình hình mới*, Nhà xuất bản Y học - Bộ y tế.
3. Nhà xuất bản Văn hoá dân tộc, *100 câu hỏi giải đáp về dinh dưỡng cho trẻ em*.
4. ThS. Phạm Văn Phú, T.S Serge Trèche, kỹ sư Bertrand Salvignol - *Sổ tay hướng dẫn nuôi trẻ dưới 2 tuổi*- Chương trình hợp tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em.
5. BS. Nguyễn Quang Thuận, *Thực hành truyền thông giáo dục sức khoẻ về chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em tại cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học – Unicef., Hà Nội, 2000.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ HIV TẠI NHÀ CHO NGƯỜI SỐNG CHUNG VỚI HIV/AIDS TẠI HUYỆN KIẾN THỤY VÀ QUẬN DƯƠNG KINH, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG

*ThS. BS. Nguyễn Quang Chính, BS. Nguyễn Quang Thịnh,
Nguyễn Thị Ngọc, Nguyễn Duy Thăng
Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong quá trình triển khai dự án hoạt động chăm sóc hỗ trợ người nhiễm, người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại địa bàn quận Dương Kinh, huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng. Tiến hành so sánh 10 nội dung trước và sau can thiệp nhằm phát hiện sự cải thiện do dự án mang lại. Trong số 10 nội dung đánh giá chỉ có thể là do độ bao phủ của dự án không thay đổi (89%); có thể do dự án đã triển khai hơn 2 năm, nên số lượng khách hàng được tiếp cận đã đạt tối đa, cũng như khả năng tài chính, hỗ trợ của dự án đến giới hạn.

Nhiều nội dung được cải thiện sau can thiệp của dự án: chất lượng dịch vụ (70%-93%), chuyển gửi (56% - 89%), sử dụng sổ liệu (67%-83%); nhân sự (83%-100%), quản lý (72% - 94%, phương pháp tiếp cận khách (83%-92%), vật tư thiết bị (78%-89%), sự hài lòng của khách hàng (87%-93%). Những cải thiện rất có ý nghĩa: giúp cho việc lập kế hoạch, phối hợp với mạng lưới khác để chuyển gửi khách hàng và đáp ứng mong muốn của khách hàng, phù hợp mục tiêu và hoạt động của dự án hỗ trợ chăm sóc người bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại cộng đồng. Những can thiệp, bổ sung hoạt động, điều chỉnh ngân sách phù hợp đã cải thiện chất lượng của các hoạt động dự án.

1. Đặt vấn đề

HIV/AIDS là vấn đề mang tính toàn cầu. Trên thế giới, cũng như các tỉnh thành tại Việt Nam đã có rất nhiều mô hình dự án lớn nhỏ khác nhau nhằm can thiệp giảm thiểu tác hại của bệnh đối với người nhiễm và cộng đồng.

Quận Dương Kinh và huyện Kiến Thụy nằm sát trung tâm thành phố Hải Phòng, là nơi có diễn biến lây nhiễm HIV khá phức tạp. Tính đến hết năm 2010, tổng số người nhiễm tại 2 địa bàn là hơn 400 người. Đến cuối năm 2008, người có H (NCH) tại huyện Kiến Thụy và quận Dương Kinh mới nhận được dự án hỗ trợ chăm sóc NCH/trẻ OVC do tổ chức CESVI – tổ chức phi chính phủ Italia và Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng thực hiện với nguồn tài trợ của cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ USAID và tổ chức PACT.

Khi dự án hoạt động, có những khó khăn thách thức, từ hoạt động của đội ngũ nhân viên chăm sóc tiếp cận cộng đồng, sự chấp nhận của cộng đồng, sự ủng hộ tham gia của ban ngành chính quyền địa phương... Để rút kinh nghiệm triển khai các dự án

tương tự cần thiết tiến hành nghiên cứu đánh giá cải thiện chất lượng dịch vụ của dự án cho người có H tại Hải Phòng nói riêng.

Chúng tôi tiến hành thực hiện **“Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV tại nhà cho người sống chung với HIV/AIDS tại huyện Kiến Thụy và quận Dương Kinh, thành phố Hải Phòng”**.

2. Mục tiêu

1. Mô tả các hoạt động của dự án chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV do tổ chức CESVI thực hiện tại quận Dương Kinh, huyện Kiến Thụy, thành phố Hải Phòng năm 2011.
2. Đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng của dự án.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1.Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, kết hợp định tính, định lượng.

3.2.Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2011.
- Địa điểm: Huyện Kiến Thụy và quận Dương Kinh thành phố Hải Phòng.

3.3.Đối tượng nghiên cứu

- Cán bộ dự án, lãnh đạo Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng; lãnh đạo Phòng y tế quận Dương Kinh, huyện Kiến Thụy; lãnh đạo một số cơ sở dịch vụ liên quan.
- Nhóm cán bộ dự án; nhân viên chăm sóc cộng đồng.
- Người nhiễm HIV/AIDS, người hưởng lợi từ dự án.

3.4.Cỡ mẫu: Đảm bảo tính đại diện của đối tượng tham gia.

3.5.Phương pháp thu thập thông tin:.

- *Sử dụng phiếu điều tra:* Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.
- *Phương pháp phỏng vấn sâu:* Lãnh đạo ban ngành đoàn thể cơ sở y tế địa phương; cán bộ dự án; nhân viên chăm sóc cộng đồng; khách hàng ...
- *Quan sát:* cơ sở vật chất của dự án, quan sát quy trình thăm hỏi, chăm sóc, rà soát báo cáo sổ sách lưu trữ...
- *Phương pháp thảo luận nhóm:*
 - o Nhóm khách hàng được hưởng dịch vụ dự án
 - o Mời ngẫu nhiên 16 người (327 người) được hưởng lợi tham dự chia 2 nhóm thảo luận (8 người/nhóm) tại địa bàn quận Dương Kinh, huyện Kiến Thụy.

3.6.Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê y học.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Các dịch vụ đã cung cấp trong 6 tháng (2/2011 – 8/2011)

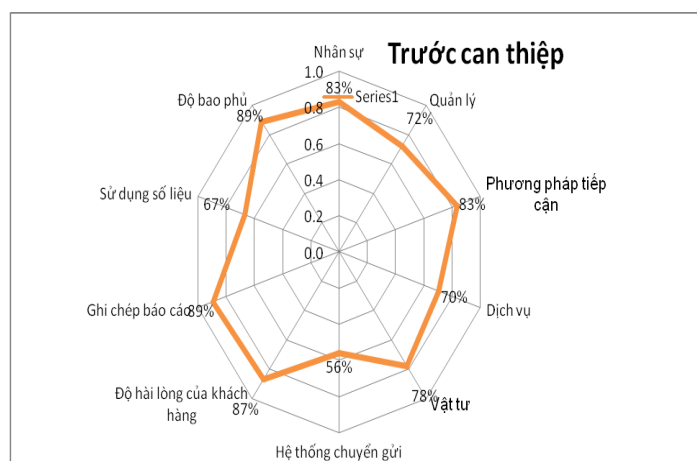
Bảng 1: Các dịch vụ cung cấp cho bệnh nhân và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS trong 6 tháng

Nội dung	Đối với người nhiễm H	Đối với trẻ em bị ảnh hưởng
Chăm sóc tại nhà	907 buổi	1033 buổi
Chăm sóc thể chất	143 buổi	352 lần
Chăm sóc tinh thần	544 buổi	281 lần
Tư vấn dinh dưỡng	817 buổi	859 lần
Hỗ trợ bổ sung thực phẩm	20 người	42 trẻ
Tư vấn dự phòng lây truyền	907 lần	7 trẻ
Cấp thuốc CSTN	215 người	145 trẻ
Nhận quà ốm	75 người	422 trẻ
Sàng lọc lao	762 người	7 trẻ

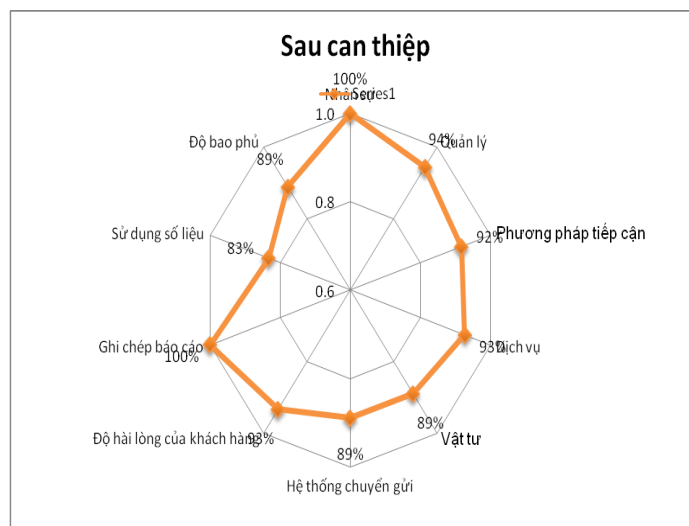
Tuy nguồn lực hạn chế (kinh phí và nhân lực) nhưng với sự hỗ trợ và cố vấn nhiệt tình Trung tâm truyền thông GDSK, Sở Y tế Hải Phòng, Phòng Y tế của quận Dương Kinh và huyện Kiến Thụy, cán bộ Tổ chức CESVI, của các ban ngành và địa phương; đội ngũ đồng đẳng viên đã cố gắng hết mình và đã luôn hoàn thành vượt mức các yêu cầu, chỉ tiêu kế hoạch đề ra, góp phần tích cực vào công tác phòng chống HIV/AIDS của thành phố

4.2. Kết quả trước và sau can thiệp

Kết quả hoạt động và chỉ tiêu hoạt động sau can thiệp (695) cho thấy số lượng người tham gia và số hoạt động đạt được lớn hơn so với trước can thiệp (670) có thể một phần do số bệnh nhân tăng thêm 7 người nhưng phần lớn là do có dự án hoạt động chăm sóc được hiệu quả hơn.



Biểu đồ 1. Tổng hợp chấm điểm các hoạt động trước can thiệp



Biểu đồ 2. Tổng hợp chấm điểm các hoạt động sau can thiệp

- Về nhân sự: Trước can thiệp và sau can thiệp tất cả các nhân viên hiểu rõ công việc của mình. Kết quả công việc của nhân viên trước can thiệp (13/18 điểm) thấp hơn sau can thiệp (18/18 điểm).
- Về quản lý: theo bảng chấm điểm của chúng tôi cho thấy lịch làm việc tuần trước can thiệp (1 điểm) không cụ thể bằng sau can thiệp (3 điểm), cùng với nó là các buổi giao ban định kỳ đều thực hiện tốt. Việc giám sát thờ ơ trước can thiệp nên hiệu quả không tốt bằng sau can thiệp (72% trước – 98% sau).
- Về phương pháp tiếp cận: Trước can thiệp độ bao phủ chỉ được 83% thấp hơn so với sau can thiệp đạt 92%, điều này được đánh giá căn cứ vào nội dung cụ thể là cung cấp dịch vụ trước can thiệp chỉ thực hiện khi có yêu cầu của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân, bảo mật khách hàng được duy trì trước sau nhưng các hoạt động lồng ghép trước can thiệp chỉ đạt 1 điểm.
- Về dịch vụ: dịch vụ được cung cấp thường xuyên hơn và tuân thủ điều trị, tuy nhiên việc cung cấp hỗ trợ thực phẩm và các phương tiện phòng lây nhiễm trước can thiệp còn thấp (1 điểm) sau can thiệp hoạt động này có hiệu quả rõ rệt 93%.
- Về vật tư: Các vật tư thiết yếu chăm sóc tự nguyện luôn có sẵn và được sử dụng, không có tình trạng hết thuốc; tài liệu giáo dục phù hợp khi có dự án can thiệp.
- Về hệ thống chuyển gửi: Các nhóm chăm sóc tự nguyện liên kết chặt chẽ với các dịch vụ hỗ trợ phúc lợi xã hội của UBND, Sở LĐTBXH, Sở GD&ĐT, Hội liên hiệp phụ nữ, Hội CTĐ, các tổ chức khác, các nhóm hỗ trợ NCH ...sau can thiệp (89%) trong khi đó trước can thiệp thủ tục chuyển bệnh nhân tới các phòng khám lao, phòng khám nhi còn khó (56%).
- Về độ hài lòng của khách hàng với dịch vụ được cung cấp: trước và sau can thiệp đều tạo được mối quan hệ tốt với bệnh nhân về chất lượng và thái độ (13-14/15 điểm).

- Về ghi chép sổ sách báo cáo: Các biểu mẫu thu thập số liệu sẵn có trong các hồ sơ dự án được sử dụng thường xuyên và đạt chất lượng tốt trước và sau dự án.
- Về sử dụng số liệu, giám sát và phản hồi hoạt động: cả trước và sau dự án kết quả đều không cao, tuy nhiên sau dự án kết quả vẫn được đánh giá là cao hơn trước dự án (từ 67% tăng lên 83%).
- Về độ bao phủ của dịch vụ đáp ứng các mong đợi: Độ bao phủ của dịch vụ đáp ứng các mục tiêu về chỉ số trọng yếu, số người được đào tạo và phục vụ đối với mỗi loại dịch vụ.

5. Kết luận

- Nghiên cứu tập trung 10 nội dung đề cập, chỉ ra điểm mạnh cần duy trì, điểm yếu thiếu sót cần khắc phục. Với cách làm có căn cứ khoa học, đơn giản gọn nhẹ, ít tốn kém. Với bộ công cụ chấm điểm cho từng hoạt động công khai chính xác.
- Sau 6 tháng, đã thực hiện điều chỉnh, bổ sung văn bản, thực hiện đào tạo, đào tạo lại, tăng cường giám sát nhắc nhở, điều chỉnh ngân sách... Kết quả đạt được sau can thiệp phản ánh hiệu quả nâng cao chất lượng hoạt động của dự án với sự nỗ lực của nhóm nghiên cứu.
- Chỉ có 1 nội dung là độ bao phủ của dự án không thay đổi (89%) có thể là do dự án triển khai đã 2 năm, số lượng khách hàng được tiếp cận đã đạt tối đa, cũng có thể khả năng tài chính, hỗ trợ của dự án cũng chỉ có giới hạn.
- Nhiều nội dung được cải thiện và rất quan trọng trong triển khai dự án như: chất lượng dịch vụ (70%-93%), chuyển gửi (56% - 89%), sử dụng số liệu (67%-83%), ghi chép báo cáo (89%-100%), nhân sự (83%-100%); những cải thiện rất có ý nghĩa vì giúp cho cán bộ dự án làm tốt hơn việc lập kế hoạch, phối hợp với mạng lưới khác để chuyển gửi khách hàng và đáp ứng nhu cầu của khách hàng. Phù hợp mục tiêu và hoạt động của dự án muốn hỗ trợ chăm sóc người bị ảnh hưởng của HIV/AIDs tại cộng đồng.
- Đánh giá cải thiện vừa nhưng khá quan trọng, vì dự án triển khai trong thời gian dài, nhắm tới đối tượng dễ bị tổn thương, chất lượng, hiệu quả của dự án đạt hàng đầu: quản lý (72% - 94%), phương pháp tiếp cận khách (83%-92%), vật tư thiết bị (78%-89%), sự hài lòng của khách hàng (87%-93%).
- Một số nội dung can thiệp chưa thể khắc phục hết có liên quan đến nhiều lý do: do ngân sách tài chính dự án, lĩnh vực triển khai giới hạn, trình độ NVCS hạn chế do là ĐĐV trình độ thấp, có những nguyên nhân khách quan như: sự phối hợp liên ngành, giữa các tổ chức dự án với nhau gặp trở ngại, các văn bản hướng dẫn của nhà nước chưa đầy đủ hoàn thiện...
- Những can thiệp, điều chỉnh hoạt động, điều chỉnh ngân sách phù hợp, đã cải thiện tốt đến các hoạt động dự án, có 2 nội dung được đánh giá là hoàn thiện (100%) đó là nhân sự và ghi chép báo cáo. Qua đánh giá của cán bộ dự án, NVCS và người hưởng lợi từ dự án.

- Nếu hoạt động dự án không còn tài trợ, thì chuyển giao cho nhóm tự lực, chính là người tham gia dự án hiện nay, vẫn tiếp tục hoạt động được dù có ít kinh phí, đảm bảo tính bền vững của chương trình dự án.

6. Kiến nghị

- Nghiên cứu áp dụng phương pháp nghiên cứu đánh giá kiểm định và cải thiện chất lượng hoạt động. Là một phương pháp khoa học mới. Rất phù hợp với những chương trình dự án can thiệp cho cộng đồng, những nhóm dễ tổn thương.
- Với hệ thống bảng kiểm, bộ công cụ, có thể giúp ích thực hiện cho những đề tài nghiên cứu khoa học với mức độ, vấn đề lớn hơn.
- Nên áp dụng mô hình nghiên cứu này để cải thiện chất lượng dịch vụ chương trình, dự án can thiệp tại cộng đồng, cho một số nhóm đối tượng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kết quả hoạt động dự án *Cải thiện liên kết và hỗ trợ các hoạt động chăm sóc tại nhà/cộng đồng và các dịch vụ điều trị HIV dành cho người sống chung với HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV tại Kiến Thụy, Dương Kinh, Hải Phòng năm 2011.*
2. *Hướng dẫn đánh giá cải thiện chất lượng hoạt động dự án của PACT.*
3. Quyết định 608/QĐ-TTg phê duyệt *Chiến lược Quốc gia Phòng chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.*

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG HOẠT ĐỘNG CỦA ĐỘI NGŨ CÁN BỘ TRUYỀN THÔNG NGÀNH Y TẾ NĂM 2012

CN. Nguyễn Thị Mai Hoa

Trung tâm Truyền thông – GDSK tỉnh Lai Châu

Tóm tắt nghiên cứu

Để đánh giá yếu tố ảnh hưởng tới mức độ hoàn thành nhiệm vụ và chất lượng đội ngũ cán bộ làm công tác truyền thông (TT) trong giai đoạn hiện nay, đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ, thực hiện tốt hơn nữa công tác TT GDSK của ngành Y tế Lai Châu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Đánh giá thực trạng và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của đội ngũ cán bộ truyền thông ngành y tế năm 2012”***. Đề tài được nghiên cứu thực tế trên 176 cán bộ đang làm công tác truyền thông tại tuyến tỉnh và cơ sở với mục đích mô tả về thực trạng đội ngũ cán bộ truyền thông về độ tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, cơ cấu dân tộc, thời gian công tác tại lĩnh vực truyền thông, thái độ đối với công việc truyền thông. Kết quả cho thấy: trình độ chuyên môn của cán bộ TT chủ yếu là trung học (80,3%), đại học và cao đẳng còn thấp lại tập trung chủ yếu tại cấp tỉnh những người làm trực tiếp là trung cấp, chuyên môn về y 89,3%, thuận lợi cho công tác TT. Thời gian công tác tại lĩnh vực truyền thông nhiều nhất là từ 2-4 năm, mặt khác đội ngũ cán bộ truyền thông tuyến cơ sở và tuyến tỉnh thường xuyên thay đổi. Còn 39% cán bộ chưa qua công tác tập huấn về TT. Việc nhận thức truyền thông là một nghề vẫn chiếm phần đa (76%) nhưng mức độ yêu thích nghề lại không cao. Điều này có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng hoạt động của cán bộ làm TT. Qua kết quả điều tra trên chúng tôi cũng đã có những đề xuất đối với sở y tế như nâng cao trình độ, tăng cường tập huấn và hỗ trợ cho cán bộ TT có thể yên tâm tham gia công tác TT.

1. Đặt vấn đề

TTGDSK giữ vai trò chủ chốt, giúp xác định các nhu cầu của cộng đồng, hiểu biết rõ các giá trị về niềm tin, thái độ, thực hành đối với sức khỏe, xác định những cách làm có hiệu quả để lồng ghép việc ra quyết định của cộng đồng và các kỹ thuật vào trong quá trình CSSK ban đầu, cung cấp các kỹ năng mới để nâng cao sức khỏe.

Nhận thức rõ tầm quan trọng của công tác TT GDSK, Sở Y tế luôn chú trọng tuyển chọn, đào tạo đội ngũ cán bộ làm công tác TT GDSK có khả năng đáp ứng yêu cầu. Tuy nhiên, do đội ngũ cán bộ làm công tác TT có nhiều biến động và thiếu ổn định, trình độ học vấn, chuyên môn được đào tạo trước khi làm truyền thông rất đa dạng, thiếu cán bộ có chuyên môn về ngành Y do vậy ảnh hưởng không nhỏ đến hoàn thành chức năng nhiệm vụ được giao.

Để đánh giá yếu tố ảnh hưởng tới mức độ hoàn thành nhiệm vụ và chất lượng đội ngũ cán bộ làm công tác TT trong giai đoạn hiện nay, đề xuất một số giải pháp nâng cao

chất lượng đội ngũ cán bộ, thực hiện tốt hơn nữa công tác TT GDSK, góp phần thực hiện tốt nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân của ngành Y tế Lai Châu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Đánh giá thực trạng và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của đội ngũ cán bộ truyền thông ngành y tế năm 2012”***.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng đội ngũ cán bộ làm công tác TT GDSK tỉnh Lai Châu năm 2012.
2. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng mức độ hoàn thành nhiệm vụ của đội ngũ cán bộ làm công tác TTGDSK trong giai đoạn hiện nay.
3. Đề xuất một số giải pháp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ làm công tác TTGDSK trong thời gian tới.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả cán bộ CNVC làm công tác TT – GDSK từ tuyến tỉnh đến cơ sở thuộc ngành Y tế tỉnh Lai Châu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Những CBCNV đang đi học dài hạn, cán bộ từ chối không hợp tác.

3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trên địa bàn tỉnh Lai Châu.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2012 đến ngày 15/12/2012.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Phương pháp thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
- Xây dựng bộ câu hỏi, hướng dẫn cách trả lời cho ĐTNC. Phát và thu phiếu trực tiếp cho các ĐTNC.

3.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Bộ câu hỏi mã hóa chuẩn để sử dụng cho điều tra cơ bản, sử dụng phương pháp thống kê để phân tích.

4. Kết quả nghiên cứu

Tại thời điểm nghiên cứu, mạng lưới cán bộ làm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe được phủ rộng khắp từ tuyến tỉnh cho đến cơ sở. Cán bộ làm công tác truyền thông của ngành Y tế đều kiêm nhiệm, chỉ duy nhất trung tâm truyền thông GDSK tuyến tỉnh là chuyên trách.

4.1. Thực trạng đội ngũ cán bộ làm công tác TT GDSK ngành Y tế năm 2012

Bảng 1: Độ tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Tần số	Tỷ lệ %
< 30 tuổi	70	39,3
30 – 39 tuổi	70	39,3
40 – 49 tuổi	32	18
> 50 tuổi	6	3,3
Giới tính		
Nam	81	45,5
Nữ	97	54,5
Tổng	178	100

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là những cán bộ trẻ, 39,3% có độ tuổi dưới 30 và từ 30 – 39 tuổi; từ 40 – 49 tuổi chiếm 18% và trên 50 tuổi chiếm số lượng rất ít, 3,3%. Tỷ lệ Nam/Nữ tương đối cân bằng (81/97)

Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Nếu xét về khả năng tuyên truyền thì nữ có khả năng tuyên truyền và có sự kiên trì nhẫn nại hơn nam giới. Tuy nhiên Lai Châu là tỉnh có giao thông đi lại khó khăn, trong khi đó đòi hỏi của công tác truyền thông hay phải đi đến các bản, gia đình để tuyên truyền vận động, do vậy tỷ lệ nữ cao hơn nam cũng gây khó khăn hạn chế trong việc đi lại tuyên truyền cho nhân dân.

Trong tổng số cán bộ làm công tác truyền thông, số người có tuổi đời dưới 40 tuổi chiếm khá cao, chiếm 78,6%. Lực lượng làm công tác truyền thông chủ yếu là những cán bộ trẻ, khỏe, nhiệt tình, tuy nhiên đội ngũ này có mặt hạn chế là kinh nghiệm trong cuộc sống cũng như kỹ năng tuyên truyền vận động, năng lực tham mưu còn hạn chế

Bảng 2: Cơ cấu dân tộc của đối tượng nghiên cứu

Dân tộc	Tần số	Tỷ lệ %
Kinh	116	65
Thái	33	18,4
Mông	6	3,3
Giao	5	3
Tày	5	3
Khác	13	7,3
Tổng	178	100

Nhận xét: Có 13/20 dân tộc trên địa bàn tỉnh. Trong đó dân tộc kinh chiếm nhiều nhất (65%), tiếp theo là dân tộc Thái (18,4%), dân tộc Mông chiếm 3,3%, dân tộc Dao và Tày có tỷ lệ bằng nhau (chiếm 3%); còn lại 13% là các dân tộc Hà Nhì, Dáy, Mường, Ê đê, Hoa, Xạ Phang, Sán Dìu, Cống (mỗi dân tộc có từ 1- 3 người). Thành phần dân tộc kinh chiếm nhiều có phần ưu thế là nhanh nhẹn, hoạt bát và nắm bắt nhanh các công việc được giao, nhưng họ cũng có mặt hạn chế là không biết tiếng dân tộc và chưa am hiểu phong tục tập quán địa phương nên cũng hạn chế trong công tác TT.

Bảng 3: Trình độ và chuyên ngành được đào tạo của đối tượng nghiên cứu

	Tần số	Tỷ lệ %
Trình độ		
Đại học và trên đại học	30	16,9
Cao đẳng	5	2,8
THCN	143	80,3
Chuyên ngành		
Y tế	159	89,3
Báo chí, truyền hình	6	3,3
Văn hóa xã hội	7	4,0
Chuyên môn khác	6	3,3
Tổng	178	100

Nhận xét: Trình độ chuyên môn chủ yếu là trung học, chiếm 80,3%, đại học 16,9% và cao đẳng 2,8%. Chuyên môn về y là chủ yếu chiếm 89,3%. Đây là điều kiện thuận lợi cho công tác tuyên truyền vận động và hướng dẫn nhân dân thực hiện vệ sinh phòng bệnh và chăm sóc sức khoẻ ban đầu, chuyên môn về văn hoá xã hội chiếm 4% (số này chủ yếu ở các đơn vị tuyến tỉnh); chuyên môn về báo chí truyền hình chiếm 3,3% (số này hầu hết ở trung tâm TTGDSK).

Bảng 4: Thời gian công tác tại lĩnh vực truyền thông

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ %
Dưới 2 năm	47	26,4
2 – 4 năm	64	36
5- 10 năm	48	27
10 năm trở lên	19	10,6

Nhận xét: Thời gian công tác tại lĩnh vực truyền thông nhiều nhất là từ 2-4 năm, chiếm 36%, tiếp đó là từ 5-10 năm, chiếm 27%, số ĐTNC công tác tại lĩnh vực này dưới 2 năm là 26,4% và từ 10 năm trở lên chỉ chiếm 10,6%. Nhóm cán bộ này hầu hết đã được tham gia tập huấn về công tác truyền thông 61%. Số chưa qua tập huấn chủ yếu là những người mới vào công tác ở lĩnh vực này (dưới 2 năm) Thực trạng này cũng ảnh hưởng đến việc thực hiện các kỹ năng truyền thông, vì kinh nghiệm công tác còn ít, đôi khi còn lúng túng trong việc xử lý các tình huống xảy ra tại cơ sở. Mặt khác đội ngũ cán bộ truyền thông tuyến cơ sở và tuyến tỉnh thường xuyên thay đổi. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy số cán bộ có trong tổ, đội truyền thông ở các trung tâm y tế huyện và các đơn vị tuyến tỉnh thì hầu như không nắm bắt được là mình có ở tổ truyền thông hay không

Bảng 5: Thái độ và nhận thức đối với công việc TT GDSK

	Tần số	Tỷ lệ %
Thái độ		
Rất yêu thích	99	55,6
Bình thường	79	44,4
Không yêu thích	0	0
Nhận thức		
Là một nghề	135	76
Không phải là một nghề	43	24
Tổng	178	100

Nhận xét: Trong số đối tượng nghiên cứu, thái độ rất yêu thích vẫn chiếm phần nhiều (55,6%) và cũng nằm trong nhóm nhận thức truyền thông là một nghề (76%), còn lại là thái độ bình thường, không có trường hợp nào không yêu thích công việc truyền thông (!).

Bảng 6: Đánh giá mức độ thực hiện viết tin, bài tuyên truyền trên các báo, bản tin y tế năm 2012.

Mức độ hoàn thành nhiệm vụ	Chỉ tiêu giao/Thực hiện	Tỷ lệ %
Tốt	220 tin, 155 bài/228 tin, 271 bài	133%
Khá	0	0
Trung bình	0	0
Yếu kém	0	0
Tổng	220 tin, 155 bài/228 tin, 271 bài	133%

Nhận xét: Về hoạt động viết tin, bài trên các báo, bản tin y tế, dựa trên kế hoạch chỉ tiêu của ngành Y tế giao năm 2012, nếu tính trung bình chung cả đơn vị tuyến tỉnh và huyện, thị thì đạt và vượt kế hoạch. Tuy nhiên nếu tính riêng từng đơn vị thì chỉ có 5 đơn vị thực hiện đạt KH giao là: Trung tâm TT GDSK, Bệnh viện Y học cổ truyền, Chi cục Dân số - KHHGĐ, TTYTDP thị xã, Bệnh viện Lao & Bệnh phổi, TTYT Tam Đường đạt loại trung bình, còn lại 11 đơn vị không thực hiện đạt chỉ tiêu này.

Bảng 7: Đánh giá mức độ thực hiện công tác TT trực tiếp tại cộng đồng năm 2012

Mức độ hoàn thành nhiệm vụ	Chỉ tiêu giao /Thực hiện	Tỷ lệ %
Tốt	4.324 buổi, 179.620 người nghe/6.856 buổi, 250.514 người nghe	149
Khá	0	0
Trung bình	0	0
Yếu kém	0	0
Tổng	4.324 buổi, 179.620 người nghe/6.856 buổi, 250.514 người nghe	149

Nhận xét: Công tác truyền thông trực tiếp tại cộng đồng được các đơn vị thực hiện đạt và vượt chỉ tiêu giao (căn cứ vào báo cáo thực hiện công tác TT hàng năm của các đơn vị gửi báo cáo TT TTGDSK).

Bảng 8: Đánh giá mức độ thực hiện công tác tập huấn nghiệp vụ cho cán bộ mạng lưới năm 2012

Mức độ hoàn thành nhiệm vụ	Chỉ tiêu giao /Thực hiện	Tỷ lệ %
Tốt	7 lớp/7 lớp	100
Khá	0	0
Trung bình	0	0
Yếu kém	0	0
Tổng	7	100

Nhận xét: Về chỉ tiêu này, mỗi huyện, thị được giao chỉ tiêu 01 lớp, Trung tâm TTGDSK trực tiếp làm giảng viên và thực hiện đạt 100% chỉ tiêu giao.

Bảng 9: Đánh giá mức độ thực hiện công tác mit tinh cổ động năm 2012

Mức độ hoàn thành nhiệm vụ	Chỉ tiêu giao /Thực hiện	Tỷ lệ %
Tốt	57 lần/57 lần	100%
Khá	0	0
Trung bình	0	0
Yếu kém	0	0
Tổng	57/57 lần	100

Nhận xét: Về công tác tổ chức các buổi mit tinh cổ động mặt đường thì ở một số đơn vị tuyến tỉnh cũng như ở huyện, thị, xã, phường đều tổ chức các buổi mit tinh theo kế hoạch giao và đạt 100% chỉ tiêu.

4.2. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ của đội ngũ cán bộ làm công tác truyền thông trong giai đoạn hiện nay

Bảng 10: Đánh giá của ĐTNC về mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đối với việc hoàn thành nhiệm vụ

Các yếu tố	Rất ảnh hưởng		Ảnh hưởng		Không ảnh hưởng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo công tác truyền thông của cấp uỷ, chính quyền	125	70,2	38	21,3	15	8,5
Tuyển chọn đánh giá đúng cán bộ	111	62,3	55	31	12	6,7
Chất lượng và nội dung tập huấn bồi dưỡng	123	69	44	25	11	6
Bố trí sử dụng đúng khả năng, sở trường	114	64	52	29,3	12	6,7
Ý thức tự học tập nâng cao trình độ	117	66	49	27,3	12	6,7

Nhận xét: Trong số ĐTNC, việc đánh giá về mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đối với hoàn thành nhiệm vụ, chủ yếu cho rằng các yếu tố trên rất ảnh hưởng đến việc hoàn thành nhiệm vụ, tiếp theo cho rằng ảnh hưởng và số cho rằng không ảnh hưởng chiếm phần ít, chiếm từ 11- 15 trường hợp trong tổng số 178 ĐTNC.

Bảng 11: Đánh giá của ĐTNC về mức độ cần thiết các tiêu chuẩn CBCNV làm công tác TT GDSK

Tiêu chuẩn và phẩm chất	Rất cần		Cần		Không cần	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Có trình độ trung cấp trở lên	137	77	38	21,3	3	1,7
Biết tiếng dân tộc	137	77	41	23	0	0
Có kỹ năng TT GDSK và sử dụng các phương tiện TT	155	87	23	13	0	0
Biết cảm thông, chia sẻ nhiệt tình trách nhiệm	140	78,7	37	20,7	1	0,6
Biết thu thập, phân tích số liệu, kỹ năng viết bài.	116	65,2	52	29,2	10	5,6

Nhận xét: Đánh giá về mức độ cần thiết các tiêu chuẩn của cán bộ viên chức làm công tác truyền thông thì chủ yếu cho rằng rất cần đối với các tiêu chuẩn trên, tiếp đó cho rằng là cần thiết, số đối tượng cho rằng không cần thiết chiếm rất ít, đặc biệt là kỹ năng truyền thông và sử dụng tài liệu truyền thông, biết tiếng dân tộc thì không một đối tượng nào cho là không cần thiết.

Việc đánh giá về mức độ cần thiết đối với chuyên môn về y tế thì có tới 69% cho rằng những người làm công tác truyền thông GDSK rất cần có chuyên môn về y tế, tiếp đó là cần thiết, chiếm 27,5%; có 3,3% ý kiến cho rằng bình thường và chỉ có 2 trên tổng số 178 ĐTNC cho rằng không cần thiết có chuyên môn về y tế.

Bảng 12: Mức độ ảnh hưởng của nội dung và phương thức tập huấn về mức độ hoàn thành nhiệm vụ của ĐTNC

Các yếu tố	Rất ảnh hưởng		Ảnh hưởng		Không ảnh hưởng	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Tập huấn, bồi dưỡng về nghiệp vụ TTGDSK	114	64	55	31	9	5
Tập huấn, bồi dưỡng về nghiệp vụ báo chí, truyền hình	75	42,1	79	44,4	24	13,5
Chất lượng tập huấn bồi dưỡng và thường xuyên được tập huấn bồi dưỡng	112	63	57	32	9	5

Nhận xét: Việc đánh giá về mức độ ảnh hưởng của nội dung và phương thức tập huấn về mức độ hoàn thành nhiệm vụ, chủ yếu cho rằng các yếu tố trên rất ảnh hưởng đến việc hoàn thành nhiệm vụ, tiếp theo cho rằng ảnh hưởng và số cho rằng không ảnh hưởng chiếm phần ít.

Bảng 13: Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về hình thức tập huấn, bồi dưỡng đối với mức độ hoàn thành nhiệm vụ.

Các yếu tố	Rất hiệu quả		Hiệu quả		Không hiệu quả	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Nội dung giáo trình sát chuyên đề, sâu về kiến thức và nghiệp vụ TT GDSK	112	63	66	37	0	0
Rèn luyện kỹ năng giải quyết tình huống	110	62	67	37,4	1	0,6
Rèn luyện kỹ năng TTGDSK	109	61,3	67	37,4	2	1,2
Rèn luyện trình độ tham mưu cho cấp trên, hướng dẫn cho cấp dưới	95	53,4	77	43,3	6	3,3
Rèn luyện kỹ năng nghiên cứu, tổng hợp, đánh giá, phân tích thông tin	100	56,1	75	42,2	3	1,7

Nhận xét: Cũng như bảng trên, việc đánh giá về hình thức tập huấn, bồi dưỡng đối với hoàn thành nhiệm vụ, chủ yếu cho rằng các hình thức tập huấn, bồi dưỡng trên rất hiệu quả đối với việc hoàn thành nhiệm vụ, tiếp theo cho rằng hiệu quả và số cho rằng không hiệu quả chiếm rất ít, đặc biệt là phần Nội dung giáo trình sát chuyên đề, sâu về kiến thức và nghiệp vụ TTGDSK thì không có ĐTNC nào cho là không hiệu quả.

4.3. Đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ làm công tác TT GDSK tỉnh Lai Châu trong giai đoạn hiện nay

Nhận xét: Việc đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ làm công tác TTGDSK tỉnh Lai Châu trong giai đoạn hiện nay của đối tượng nghiên cứu chiếm nhiều nhất ở phần tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn nghiệp vụ TTGDSK (chiếm 83,1%); phần đào tạo nâng cao học vấn, trình độ chuyên môn và phần Bồi dưỡng kiến thức về y tế (Liên quan đến phòng chống dịch bệnh, CSSK ban đầu...) chiếm trên 70%; tiếp đó là phần Học tiếng dân tộc, chiếm 61,2%; có 58,4% ý kiến cho rằng cần Tuyên truyền giáo dục tư tưởng, đạo đức nghề nghiệp và 45% ý kiến cần Tập huấn, bồi dưỡng về nghiệp vụ báo chí, truyền hình.

5. Kết luận

Tỷ lệ cân bằng giới trong nhóm cán bộ làm công tác TT góp phần đen lại hiệu quả TT của tỉnh. Tuổi tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ năng động song kinh nghiệm còn hạn chế, do vậy nhu cầu đào tạo thêm đào tại lại cao.

Trình độ chuyên môn chủ yếu về y và xã hội đem lại hiệu quả cho công tác TT, nhưng trình độ chủ yếu là THCS nên năng lực còn hạn chế. Đội ngũ có trình độ cao lại chủ yếu là lãnh đạo nên người trực tiếp làm việc còn yếu và thiếu.

Thái độ yêu thích công việc cao, trợ cấp còn hạn chế nên tỷ lệ cho rằng TT không phải một nghề chiếm một phần không nhỏ, Mức độ gắn bó với nghề chưa cao.

Đa số cán bộ làm công tác truyền thông đều cho rằng sự quan tâm của lãnh đạo của cấp uỷ, chính quyền, tuyển chọn đúng cán bộ vào vị trí công tác cũng như nội dung được tập huấn, ý thức tự giác học tập có ảnh hưởng rất lớn đến việc hoàn thành nhiệm vụ.

Đánh giá về mức độ cần thiết các tiêu chuẩn của cán bộ viên chức làm công tác truyền thông thì chủ yếu cho rằng cán bộ truyền thông rất cần có các tiêu chuẩn như: có trình độ trung cấp trở lên, có kỹ năng TT và sử dụng tài liệu TT, biết tiếng dân tộc, biết sẻ chia

Có tới 69% cho rằng những người làm công tác truyền thông GDSK rất cần có chuyên môn về y tế. Công tác này cơ bản ngành đã đáp ứng được bởi hiện tại có 89,3% cán bộ làm công tác TT có chuyên môn về y tế. Chỉ có TT TTGDSK tỉnh, số cán bộ chuyên ngành y còn ít, (chỉ có 5/19 cán bộ).

6. Kiến nghị

6.1. Với sở Y tế

Trong quá trình tuyển dụng, sắp xếp đội ngũ cán bộ làm công tác truyền thông cần có tiêu chuẩn đáp ứng với yêu cầu nhiệm vụ. Coi trọng người nhiệt tình, trách nhiệm, tâm huyết, nhanh nhẹn, biết thông cảm, chia sẻ, có sức khoẻ tốt và gương mẫu thực hiện tuyên truyền đúng chủ trương đường lối của đảng, chính sách pháp luật của nhà nước về lĩnh vực y tế đến với bà con nhân dân. Ưu tiên những người có chuyên môn về y tế và chuyên ngành về báo chí, truyền hình. Quan tâm tạo điều kiện về kinh phí cho hoạt động công tác TT trên địa bàn.

6.2. Với Trung tâm TT GDSK

Tăng cường hơn nữa công tác tập huấn về kỹ năng TT và kỹ năng viết tin, bài cho đội ngũ làm công tác TT từ tỉnh đến cơ sở. Bố trí, sắp xếp cán bộ phù hợp với năng lực, sở trường. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát công tác TT tuyến cơ sở.

6.3. Các đơn vị tuyến tỉnh và TTYT các huyện

Tạo điều kiện về thời gian cũng như các phương tiện truyền thông cho tổ truyền thông hoàn thành tốt nhiệm vụ, có thể bổ sung cho tổ truyền thông máy ảnh để thực hiện nhiệm vụ. Quan tâm nhiều hơn nữa đến các hoạt động truyền thông của đơn vị; thường xuyên kiểm tra, giá sát, nhắc nhở tổ truyền thông thực hiện tốt nhiệm vụ được giao.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP NÂNG CAO CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DÂN TẠI TỈNH QUẢNG NAM

*ThS. Nguyễn Thị Liên
Sở Y tế tỉnh Quảng Nam*

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục đích tăng cường và thực hiện hiệu quả hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK) đáp ứng nhu cầu được thông tin-GDSK của cộng đồng nghiên cứu mô tả cắt ngang triển khai trên cán bộ làm công tác TTGDSK của 15 tổ TTGDSK tuyến tỉnh, 9 phòng TTGDSK tuyến huyện, 41 tổ TTGDSK tuyến xã. Kết quả cho thấy: 15/15 đơn vị tuyến tỉnh đều đã thành lập tổ truyền thông GDSK, trung bình mỗi tổ có từ 3 đến 7 người nhưng đều là cán bộ kiêm nhiệm, không có cán bộ chuyên trách làm công tác GDSK, tại 9 Trung tâm Y tế tuyến huyện đều đã thành lập phòng truyền thông GDSK, trung bình mỗi phòng có từ 3 đến 7 người, 100% trạm y tế xã đều có tổ truyền thông GDSK, trung bình mỗi trạm có từ 3 đến 7 người. Tại tuyến tỉnh, huyện 100% cán bộ công tác tại các tổ truyền thông GDSK đều đã được đào tạo kỹ năng truyền thông, 29.3% truyền thông viên tại xã được đào tạo. Tỷ lệ các tổ TTGDSK xây dựng kế hoạch năm, quý, tháng, tuần lần lượt là 81.5%, 73.8%, 40%, 9.2%. Tại tuyến tỉnh, 80% các tổ truyền thông sử dụng hình thức tư vấn, tỷ lệ các hình thức thảo luận nhóm, nói chuyện, thăm hộ gia đình cũng được các tổ truyền thông của các đơn vị y tế tuyến tỉnh sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 46.7%; 40% và 20%. Tại tuyến huyện: 77.8% các tổ truyền thông thực hiện nói chuyện sức khỏe, 66.7% các tổ truyền thông thực hiện tư vấn, 33.3% tổ truyền thông thực hiện thăm hộ gia đình và thảo luận nhóm. 100% y tế thôn bản đều hoạt động công tác truyền thông GDSK, trung bình số lần truyền thông của YTTB là 23.8 lần/năm

1. Đặt vấn đề

Đảng, Nhà nước và ngành Y tế luôn coi trọng và khẳng định công tác truyền thông GDSK là một bộ phận không thể thiếu được trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân.

TTGDSK trong những năm qua đã góp phần quan trọng vào công tác CSSK nhân dân tỉnh Quảng Nam. Tuy nhiên, tình hình bệnh tật diễn biến phức tạp, mô hình bệnh tật cũng có những thay đổi, một số bệnh mới nổi... kéo theo nhu cầu TT GDSK ngày càng tăng trong khi đó khả năng đáp ứng chưa theo kịp do nguồn lực đầu tư cho công tác này còn nhiều bất cập.

Quảng Nam là tỉnh còn nghèo, tình hình kinh tế, xã hội giữa các vùng, miền phát triển không đồng đều, nhiều xã miền núi giao thông cách trở, thông tin liên lạc còn rất hạn chế, trình độ dân trí còn chênh lệch, ý thức vệ sinh, phòng bệnh của nhân dân nhìn chung còn thấp. Đây là khó khăn, thách thức không nhỏ cho công tác TTGDSK. Làm

thể nào tiếp tục tăng cường và thực hiện hiệu quả hơn nữa công tác truyền thông GDSK đáp ứng nhu cầu được thông tin-GDSK của cộng đồng để mỗi người dân, mỗi gia đình có được kiến thức và kỹ năng thực hành phòng bệnh, chữa bệnh đúng đắn, xây dựng nếp sống vệ sinh, rèn luyện thân thể.....? Với mục đích như vậy, chúng tôi tiến hành đề tài **“Nghiên cứu thực trạng và đề xuất giải pháp nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tại tỉnh Quảng Nam”**.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Nghiên cứu thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tại tỉnh Quảng Nam.
2. Đề xuất một số giải pháp can thiệp nhằm nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân tại tỉnh Quảng Nam.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1.Đối tượng nghiên cứu

- Cán bộ làm công tác truyền thông GDSK tại Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh
- Cán bộ các phòng/tổ truyền thông GDSK của các đơn vị y tế được chọn.
- Sổ sách, báo cáo liên quan đến công tác truyền thông GDSK tại các đơn vị y tế.

3.2.Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu:
 - + Chọn 100% các phòng truyền thông GDSK của các đơn vị tuyến tỉnh. Chọn được 15 tổ truyền thông GDSK tuyến tỉnh
 - + Chọn huyện: Áp dụng phương pháp phân tầng ở nhiều giai đoạn. Chọn được 9 phòng truyền thông GDSK tuyến huyện
 - + 41 tổ truyền thông GDSK tuyến xã

3.3.Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phương pháp thống kê Y học, ứng dụng phần mềm SPSS 10.0 và MS Excel 2000.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Tình hình nhân lực hoạt động truyền thông GDSK

4.1.1.Tình hình nhân lực tại tuyến tỉnh

Tất cả 15 đơn vị tuyến tỉnh đều đã thành lập tổ truyền thông GDSK, trung bình mỗi tổ có từ 3 đến 7 người nhưng đều là cán bộ kiêm nhiệm, không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK.

4.1.2. Tình hình nhân lực tại tuyến huyện

Theo quyết định 3526 của Bộ Y tế qui định các Trung tâm Y tế huyện phải có phòng truyền thông GDSK và có cán bộ chuyên trách, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại 9 Trung tâm Y tế tuyến huyện đều đã thành lập phòng truyền thông GDSK, trung bình mỗi phòng có từ 3 đến 7 người nhưng cũng không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK nên có khó khăn trong việc xây dựng và triển khai các hoạt động truyền thông GDSK.

4.1.3. Tình hình nhân lực tại tuyến xã

100% trạm y tế xã đều có tổ truyền thông GDSK, trung bình mỗi trạm có từ 3 đến 7 người nhưng cũng không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK. Điều đáng mừng là các trạm y tế đều huy động được các ban, ngành, đoàn thể tham gia hoạt động truyền thông GDSK, nhất là phụ nữ.

4.2. Tình hình trang thiết bị truyền thông GDSK

Bảng 1: Trang thiết bị tại tổ truyền thông GDSK tại các tuyến

Trang thiết bị có tại tổ truyền thông	Tuyến tỉnh		Tuyến huyện		Tuyến xã	
	Tần số (n=15)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n =9)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n =41)	Tỉ lệ (%)
Âm ly	12	80.0	4	44.4	17	41.5
Cassete	10	66.7	2	22.2	12	29.3
Loa sắt	6	40.0	2	22.2	23	56.1
Loa thùng	9	60.0	3	33.3	4	9.8
Máy ảnh	11	73.3	7	77.8	0	0.0
Ti vi	14	93.3	7	77.8	28	68.3
Micro	13	86.7	4	44.4	14	34.1
Đầu đĩa	12	80.0	4	44.4	13	31.7
Máy chiếu	12	80.0	6	66.7	2	4.9
Vi tính	8	53.3	0	0.0	0	0.0

Tại các đơn vị trang thiết bị cơ bản còn thiếu, phần lớn là trang thiết bị chung của đơn vị hay của các chương trình y tế quốc gia. Đặc biệt tuyến xã, nhiều nơi không có tivi, cassette, đầu đĩa, loa ...

4.3. Công tác đào tạo kỹ năng truyền thông GDSK

Qua điều tra chúng tôi thấy tại tuyến tỉnh, huyện 100% truyền thông viên (TTV) công tác tại các tổ truyền thông GDSK đều đã được đào tạo, nhưng số TTV tại xã được đào tạo chỉ có 29.3%.

4.4. Công tác xây dựng kế hoạch hoạt động truyền thông GDSK

Bảng 2: Xây dựng kế hoạch hoạt động truyền thông GDSK

Xây dựng kế hoạch	Tuyến tỉnh		Tuyến xã		Tuyến huyện		Chung	
	Tần số (n=15)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=9)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n = 41)	Tỉ lệ %	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Tuần	1	6.7	1	11.1	4	9.8	6	9.2
Tháng	6	40.0	4	44.4	18	43.9	26	40.0
Quý	11	73.3	7	77.8	34	82.9	48	73.8
Năm	10	66.7	8	88.9	37	90.2	53	81.5

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ các tổ truyền thông GDSK xây dựng kế hoạch năm, quý, tháng, tuần lần lượt là 81.5%, 73.8%, 40%, 9.2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên khi điều tra thực trạng công tác truyền thông GDSK tại tỉnh có 8% trạm y tế xã có thực hiện xây dựng kế hoạch hoạt động [3]. Đây là 1 vấn đề nổi cộm cần giải quyết bởi tình trạng làm việc nhưng không xây dựng kế hoạch trước hoặc có xây dựng nhưng không lưu trữ bằng văn bản mà chỉ thông qua các cuộc họp. Điều này sẽ dẫn đến tình trạng khó giám sát, khó thực hiện và hiệu quả hoạt động không cao. Lý do của tình trạng trên cơ bản là do cán bộ quản lý tại các tổ truyền thông GDSK chưa được đào tạo về cách lập kế hoạch đúng qui trình đạt chất lượng.

4.5. Thực hiện công tác truyền thông GDSK

4.5.1. Thực hiện truyền thông trực tiếp

Bảng 3: Thực hiện truyền thông trực tiếp tại tổ truyền thông GDSK tuyến tỉnh

Tuyến Hình thức	Tuyến tỉnh		Tuyến huyện		Tuyến xã		Chung	
	Tần số (n=15)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n =9)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=41)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Tư vấn	12	80.0	6	66.7	26	63.4	44	67.7
Thăm hộ gia đình	3	20.0	3	33.3	40	97.6	46	70.8
Thảo luận nhóm	7	46.7	3	33.3	28	68.3	38	58.5
Nói chuyện sức khỏe	6	40.0	7	77.8	30	73.2	49	66.2

Để công tác truyền thông GDSK có hiệu quả người làm công tác này phải biết lựa chọn các hình thức truyền thông GDSK phù hợp nhất với nội dung, điều kiện và phương tiện của mình. Điều quan trọng là người làm công tác truyền thông phải lựa chọn sao cho phù hợp với phong tục tập quán và điều kiện của địa phương.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy:

- Tại các tổ truyền thông GDSK tuyến tỉnh hình thức truyền thông được sử dụng nhiều nhất là tư vấn, 80% các tổ truyền thông tuyến tỉnh sử dụng hình thức này, tỷ lệ các hình thức khác như thảo luận nhóm, nói chuyện, thăm hộ gia đình cũng

được các tổ truyền thông của các đơn vị y tế tuyến tỉnh sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 46.7%; 40% và 20%. Kết quả trên cũng phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị

- Tại các huyện: hình thức được dùng nhiều nhất là nói chuyện sức khỏe với tỷ lệ là 77.8% các tổ truyền thông sử dụng hình thức này, sau đó đến tư vấn với tỷ lệ các tổ truyền thông dùng hình thức này là 66.7%, cuối cùng là thăm hộ gia đình và thảo luận nhóm, tỷ lệ các tổ truyền thông tuyến huyện sử dụng hình thức này là 33.3%.
- Tại tuyến xã truyền thông trực tiếp được sử dụng khá tốt, cả 4 hình thức đều được > 58.5% tổ truyền thông GDSK thực hiện
- Tỷ lệ số lần truyền thông trực tiếp có phối kết hợp với các ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội tham gia thực hiện chiếm 58.9%. Tỷ lệ người dân trong các làng, xã tham gia vào các phong trào, các sinh hoạt cộng đồng có lồng ghép với hoạt động truyền thông GDSK là 55.4%, chứng tỏ công tác truyền thông GDSK đã được sự hưởng ứng của cộng đồng.

4.5.2. Thực hiện truyền thông gián tiếp

Bảng 4: Sử dụng các kênh truyền thông

Hình thức	Tuyến tỉnh		Tuyến huyện		Tuyến xã		Chung	
	Tần số (n=15)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=9)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=41)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Truyền hình	15	100.0	1	11.1	0	0.0	16	24.6
Phát thanh	15	100.0	5	55.6	39	95.1	59	90.8
Lưu động	12	80.0	5	55.6	2	4.9	19	29.2
Mitting	2	13.3	2	22.2	0	0.0	4	2

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy các đơn vị tuyến tỉnh thực hiện cả 3 kênh là truyền hình, phát thanh và lưu động với tỷ lệ các tổ truyền thông sử dụng các kênh này lần lượt là 100%; 100% và 80%. Trong khi đó tuyến huyện, các tổ truyền thông lại sử dụng nhiều nhất là kênh phát thanh và lưu động với tỷ lệ các tổ có sử dụng là 2 kênh này đều là 55.6% và tuyến xã, các tổ truyền thông sử dụng nhiều nhất là kênh phát thanh với tỷ lệ các tổ có sử dụng kênh này là 90.8%. Kết quả này cũng phù hợp với điều kiện và chức năng của từng tuyến.

Tỷ lệ các lần truyền thông gián tiếp có phối kết hợp với các ban ngành đoàn thể các tổ chức xã hội tham gia thực hiện chiếm 66.6%.

4.5.3. Nhân viên y tế thôn tham gia công tác truyền thông GDSK

Trong năm nhiệm vụ của y tế thôn bản thì nhiệm vụ truyền thông GDSK cũng làm nhiệm vụ số một, điều này đã nói lên vai trò và trách nhiệm thực hiện công tác truyền thông GDSK của nhân viên y tế thôn, bản. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, tất cả

các cán bộ làm y tế thôn bản đều hoạt động công tác truyền thông GDSK, chiếm tỷ lệ 100%, trung bình số lần truyền thông của YTTB là 23.8 lần/năm:

Khi đánh giá hiệu quả hoạt động của mạng lưới nhân viên y tế bản tại huyện Tủa Chùa tỉnh Lai Châu, Tác giả Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự cho thấy: hiệu quả hoạt động của đội ngũ nhân viên y tế bản ở Tủa Chùa được thể hiện qua một số chỉ báo như: sự thay đổi về nhận thức, thái độ của dân cư đối với việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe; sự chuyển đổi trong các hành vi có liên quan mức độ cải thiện về các chỉ tiêu y tế, sức khỏe; góp phần tạo dựng cho người dân niềm tin đối với chế độ, ổn định an ninh chính trị và trật tự xã hội, sự ghi nhận của các nhà lãnh đạo ở địa phương và đặc biệt là sự chấp nhận của dân cư trong bản...

5. Kết luận

5.1.Tình hình nhân lực tại các tuyến

- Tuyến tỉnh: Trung bình mỗi tổ có từ 3 đến 7 người nhưng đều là cán bộ kiêm nhiệm, không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK.
- Tuyến huyện: Tất cả Trung tâm Y tế đều đã thành lập phòng truyền thông GDSK, trung bình mỗi phòng có từ 3 đến 7 người nhưng cũng không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK.
- Tuyến xã: 100% trạm y tế xã đều có tổ truyền thông GDSK, trung bình mỗi trạm có từ 3 đến 7 người nhưng cũng không có cán bộ chuyên trách làm công tác truyền thông GDSK. Mặc dù vậy, các trạm y tế đều huy động được các ban, ngành, đoàn thể tham gia vào các hoạt động truyền thông GDSK, tích cực nhất là phụ nữ.

5.2.Trang thiết bị tại tổ truyền thông GDSK

Tại các đơn vị trang thiết bị cơ bản còn thiếu, phần lớn là trang thiết bị chung của đơn vị hay của các chương trình y tế quốc gia. Đặc biệt tuyến xã có nhiều nơi không có tivi, cassette, đầu đĩa, loa ...

5.3.Công tác đào tạo kỹ năng truyền thông GDSK

Tại tuyến tỉnh, huyện 100% truyền thông viên công tác tại các tổ truyền thông GDSK đều đã được đào tạo, nhưng tại tuyến xã chỉ có 29.3% số TTV được đào tạo.

5.4.Công tác xây dựng kế hoạch hoạt động truyền thông GDSK

Tỉ lệ các tổ truyền thông GDSK xây dựng kế hoạch năm, quý, tháng, tuần lần lượt là 81.5%, 73.8%, 40%, 9.2%.

5.5.Thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

5.5.1.Thực hiện truyền thông GDSK trực tiếp

- Tuyến tỉnh: Tại các tổ truyền thông GDSK đều tham gia truyền thông GDSK trực tiếp. 80% các tổ truyền thông của các đơn vị y tế tuyến tỉnh thực hiện tư vấn, tỷ lệ

các tổ truyền thông thực hiện thảo luận nhóm, nói chuyện sức khỏe, thăm hộ gia đình lần lượt là 46.7%; 40% và 20%. Kết quả trên cũng phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của các đơn vị.

- Tuyến huyện: 77.8% các tổ truyền thông thực hiện nói chuyện sức khỏe, tỷ lệ các tổ truyền thông thực hiện tư vấn là 66.7%, 33.3% các tổ thực hiện thăm hộ gia đình và thảo luận nhóm.
- Tại tuyến xã truyền thông trực tiếp được sử dụng khá tốt, cả 4 hình thức đều được > 58.5% tổ truyền thông GDSK thực hiện. Tỷ lệ các lần truyền thông trực tiếp có phối kết hợp với các ban ngành đoàn thể các tổ chức xã hội tham gia thực hiện chiếm 58.9% và tỷ lệ người dân trong các làng, xã tham gia vào các phong trào, các sinh hoạt cộng đồng có lồng ghép với hoạt động truyền thông GDSK là 55.4%.

5.5.2. Thực hiện truyền thông gián tiếp

- 100% các tổ truyền thông tuyến tỉnh thực hiện truyền thông qua truyền hình và đài phát thanh; 80% các tổ truyền thông thực hiện truyền thông lưu động. 55.6% các tổ truyền thông tuyến huyện sử dụng hình thức truyền thông phát thanh và lưu động. 90.8% tổ truyền thông tuyến hình thức phát thanh.
- Tỷ lệ các lần truyền thông gián tiếp có phối kết hợp với các ban ngành đoàn thể các tổ chức xã hội tham gia thực hiện chiếm 66.6%.

5.5.3. Nhân viên y tế thôn tham gia công tác truyền thông GDSK

- Tất cả các cán bộ làm y tế thôn bản đều hoạt động công tác truyền thông GDSK chiếm 100%.
- Trung bình số lần truyền thông của YTTB là 23.8 lần/ năm.

6. Đề xuất giải pháp can thiệp

Qua kết quả nghiên cứu thực trạng hoạt động truyền thông GDSK tại các tuyến y tế cơ sở, chúng tôi đề xuất một số giải pháp sau để nâng cao năng lực cho công tác truyền thông GDSK:

6.1. Đối với các cơ quan, ban ngành, đoàn thể trong tỉnh

Công tác truyền thông GDSK để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng, là trách nhiệm của cấp ủy đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân... Trong đó, ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn. Vì vậy, để tạo điều kiện cho công tác chăm sóc sức khỏe của cộng đồng, cần phải:

- Đầu tư về cơ sở vật chất, trang thiết bị phù hợp với từng loại hình truyền thông.
- Cần có sự phối hợp chặt chẽ của các ban ngành đoàn thể trong công tác truyền thông GDSK.

- Cần có chính sách đãi ngộ thỏa đáng đối với cán bộ y tế công tác tại các cơ sở ở các khu vực vùng sâu, vùng xa, vùng cao, biên giới hải đảo; thực hiện sự công bằng trong cống hiến và phục vụ của mọi đối tượng cán bộ trong ngành y tế.

6.2.Đối với ngành y tế

Để công tác truyền thông GDSK tại các tuyến được tốt hơn, góp phần nâng cao sức khỏe cho nhân dân ngành y tế cần phải:

- Lập kế hoạch xây dựng, củng cố và hoàn thiện mạng lưới, cơ cấu tổ chức, nhân lực, trang thiết bị, kinh phí dành cho công tác truyền thông GDSK từ tỉnh đến thôn bản.
- Hoạt động theo qui trình hoạt động truyền thông GDSK ban hành năm 2006.
- Đào tạo, đào tạo lại công tác xây dựng kế hoạch, báo cáo và kỹ năng truyền thông GDSK cho tuyến y tế cơ sở.
- Biên soạn tài liệu thống nhất, phù hợp với địa phương cho truyền thông viên khi đi tuyên truyền. Tổ chức lựa chọn các hình thức truyền thông phù hợp với điều kiện miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chấp hành Trung ương (2005), Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị về *Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
2. Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự, (2002) *Hiệu quả hoạt động của mạng lưới nhân viên y tế tại huyện Tủa Chùa tỉnh Lai Châu*.
3. Nguyễn Thị Liên (2004), *Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam*.
4. Sở Y tế Quảng Nam (2004), *Đề án xây dựng chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2004 – 2010, tỉnh Quảng Nam*.
5. Sở Y tế Quảng Nam (2004), *Quyết định số 613/QĐ-SYT của Giám đốc Sở Y tế về việc phê duyệt và triển khai kế hoạch thực hiện Chương trình hành động truyền thông - Giáo dục sức khỏe đến năm 2010 tại tỉnh Quảng Nam*.

KHẢO SÁT VAI TRÒ CỦA TỔ CHỨC ĐẢNG, CHÍNH QUYỀN, ĐOÀN THỂ CÁC CẤP TRONG CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GDSK TẠI TỈNH QUẢNG NAM

BSCKI. Nguyễn Thị Kim Vân

Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Nam

Tóm tắt nghiên cứu

Để khảo sát vai trò của cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe Nghiên cứu tiến hành trên 45 cán bộ của 9 huyện và 205 cán bộ của 41 xã là cán bộ lãnh đạo Đảng, nhà nước, mặt trận, hội, đoàn thể huyện, xã về vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam. Kết quả cho thấy, trong tổng số các đối tượng tham gia vào nghiên cứu có 71.6% là nam và 28.4 là nữ. 95.6% cán bộ tuyến huyện 99.0% cán bộ tuyến xã cho là có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND. Có 95.6% huyện và 99.0% xã có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND. 97.8% cán bộ tuyến huyện và 99.5% cán bộ tuyến xã có tham gia chỉ đạo xây dựng kế hoạch hoạt động y tế. Chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch bằng văn bản tại tuyến huyện là 84.4% và 68.9% bằng hình thức trực tiếp, tại tuyến xã là 81.0% bằng văn bản và 70.2% chỉ đạo trực tiếp. Các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TT-GDSK như Hội Nông dân, hội Phụ nữ, Hội Chữ thập đỏ, Hội Cựu chiến binh, Đoàn thanh niên, Văn hóa thông tin, ngành Giáo dục, Mặt trận tổ quốc. Nghiên cứu cũng cho biết nguồn thông tin sức khỏe mà người dân nhận được: 80% người dân nhận thông tin từ cán bộ y tế, 71,1% nhận thông tin qua các phương tiện như ti vi, đài, báo, loa phát thanh, tờ rơi, poster.... 55,6% nhận thông tin sức khỏe qua người dân và thu nhận thông tin sức khỏe qua ban chăm sóc sức khỏe chiếm 51,1%.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua, hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe (TTGDSK) đã góp phần quan trọng vào kết quả đạt được của các chương trình y tế nói riêng và vào thành công của chiến lược chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND) nói chung. Đảng, Nhà nước và ngành y tế luôn coi trọng và khẳng định công tác TTGDSK là một phần không thể thiếu được trong sự nghiệp CSSKND. Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị, ngày 23/2/2005 đã đưa ra 7 nhiệm vụ và giải pháp thực hiện công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó chỉ rõ, phải: nâng cao hiệu quả Thông tin - Giáo dục - Truyền thông nhằm tạo sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức, trách nhiệm của toàn bộ hệ thống chính trị đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Giữ vai trò lãnh đạo của các cấp ủy đảng, chính quyền và sự tham gia của các hội đoàn thể trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước trên lĩnh vực chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân được triển khai thực hiện đã tạo ra bước chuyển biến mới về nhận thức và trách

nhiệm của cán bộ, đảng viên ở các cấp, các ngành. Hệ thống y tế ngày càng được củng cố, người dân đã được tiếp cận với các dịch vụ y tế ngày càng thuận lợi hơn, việc đầu tư từ ngân sách Nhà nước cho y tế ngày càng tăng...[4]. Tuy nhiên, công tác bảo vệ, CSSKND ở tỉnh ta vẫn còn nhiều khó khăn, hạn chế. Nhiệm vụ CSSKND, đặc biệt là công tác truyền thông giáo dục sức khỏe còn khoán trắng cho ngành y tế. Vì vậy, để khắc phục những tồn tại, hạn chế trên; đồng thời, một lần nữa xác định lại vai trò, trách nhiệm của các cấp ủy Đảng, chính quyền, mặt trận, hội, đoàn thể, ngành chức năng trong công tác bảo vệ và CSSKND nói chung và công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nói riêng, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu “Khảo sát vai trò của tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể các cấp trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá vai trò của cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam.
2. Đề xuất những giải pháp để nâng cao vai trò của cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm cán bộ lãnh đạo Đảng, Nhà nước, Mặt trận, Hội, Đoàn thể huyện, xã.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

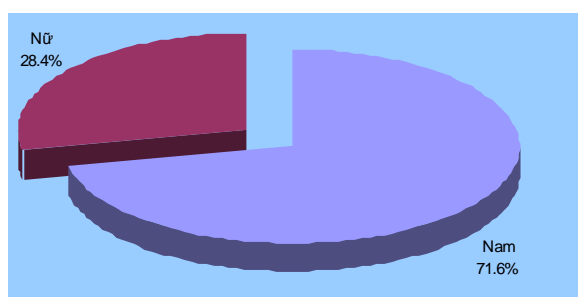
- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng nhiều giai đoạn. Chọn được 45 cán bộ của 9 huyện và 205 cán bộ của 41 xã.

3.3. Xử lý số liệu nghiên cứu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 10.0 và MS Excel 2000.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nam và nữ tham gia nghiên cứu

Trong 250 cán bộ lãnh đạo của các Ban, Ngành, Đoàn thể tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ cao 71.6%, trong khi đó nữ chiếm 28.4%.

4.2.Vai trò của các cấp lãnh đạo trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe

4.2.1. Công tác chỉ đạo

- Triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND

Các văn bản của trung ương, tỉnh về CSSKND đều được triển khai thông qua Hội nghị huyện uỷ, các kỳ họp của UBND huyện. Tỷ lệ có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND tại tuyến huyện là 95.6% và tuyến xã là 99.0%.

- Có văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện về công tác TTGDSK

Qua khảo sát cho thấy 95.6% huyện có các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện các chính sách về CSSKND có nội dung chỉ đạo về công tác TTGDSK và tỷ lệ này ở tuyến xã là 98,5%.

- Các cấp chính quyền địa phương tham gia chỉ đạo xây dựng kế hoạch hoạt động y tế

97.8% cán bộ lãnh đạo tuyến huyện tham gia chỉ đạo xây dựng kế hoạch hoạt động y tế và 99.5% cán bộ lãnh đạo tuyến xã tham gia chỉ đạo xây dựng kế hoạch hoạt động y tế.

- Các hình thức chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch

Qua khảo sát cho thấy khi có dịch bệnh xảy ra, 84.4% các huyện chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch bằng văn bản và 68.9 % trực tiếp chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch. Tương tự, tại tuyến xã, 81.0 % các xã chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch bằng văn bản và 70.2% trực tiếp chỉ đạo công tác tuyên truyền phòng chống dịch.

- Các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK

Bảng 1: Các hội, đoàn thể tại địa phương tham gia vào công tác TTGDSK

	Hội ND	Hội PN	Hội CTĐ	Đoàn TN	VHTT	Ngành GD	Hội CCF	Mặt trận
Huyện	11,1	11,1	2,2	6,7	4,4	4,4	2,2	13,3
Xã	66,8	98,1	58,0	89,3	86	61,5	67	73,7

Ở tuyến huyện, 13% tổ chức Mặt trận tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân, ở tuyến xã thì tỷ lệ này là 73.7%

Tỷ lệ Hội Nông dân và Hội Phụ nữ tuyến huyện tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân là 11,1%. Trong khi đó Hội nông dân và Hội phụ nữ ở tuyến xã tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân chiếm 66,8 % và 98,1%.

6,7% tổ chức Đoàn thanh niên ở huyện tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân. Ở tuyến xã tỷ lệ này là 89,3%.

Ở tuyến huyện, Ngành Văn hóa Thông tin và ngành Giáo dục ở huyện tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân cùng là 4,4%. Ở tuyến xã, tỷ lệ này là 86% và 61,5%.

Tỷ lệ Hội Chữ thập đỏ và Hội Cựu chiến binh ở tuyến huyện tham gia hoạt động TTGDSK cho người dân chiếm 2,2%. Trong khi đó hai tỷ lệ này tại xã là 67% và 58,0%.

4.2.2. Các hình thức truyền thông được các cấp chính quyền tham gia

Qua nghiên cứu cho thấy cán bộ lãnh đạo các Ban, Ngành tham gia TTGDSK dưới hình thức:

– Vận động người dân:

- Tuyến huyện: 100% cán bộ của 5 huyện (Phước Sơn, Nam Trà My, Quế Sơn, Núi Thành, Tam Kỳ) tham gia vận động người dân, tỷ lệ này của huyện Điện Bàn là 80%; huyện Duy Xuyên và Hiệp Đức là 60%. Tuy nhiên, huyện Thăng Bình cán bộ các Ban, Ngành không tham gia vào công tác truyền thông vận động người dân.

- Tuyến xã: đa số các cán bộ đều tham gia, đạt trên 80%. Cụ thể là cán bộ lãnh đạo ban ngành các xã của các huyện: Nam Trà My, Phước Sơn, Quế Sơn, Thăng Bình tham gia chiếm 82.9%, cán bộ lãnh đạo các ban ngành của các xã huyện Núi Thành chiếm 84%, Điện Bàn 88.6%; Duy Xuyên và Hiệp Đức chiếm 95.0%. 100% cán bộ các Ban, Ngành của các xã/phường, huyện Tam Kỳ tham gia vào công tác truyền thông vận động người dân.

– Nói chuyện sức khỏe với người dân

- Tuyến huyện: chỉ có huyện Phước Sơn, Thăng Bình chiếm tỷ lệ 100% cán bộ các Ban, Ngành tham gia. Cán bộ các ban ngành huyện Nam Trà My tham gia nói chuyện sức khỏe chiếm 80%. Tỷ lệ này ở huyện Quế Sơn, Núi Thành, Duy Xuyên chiếm 60%, hai huyện còn lại là Tam Kỳ, Hiệp Đức chiếm 40%.

- Tuyến xã: Tỷ lệ cán bộ các Ban, Ngành ở xã của huyện Nam Trà My tham gia vào hình thức nói chuyện sức khỏe với người dân chiếm 86.7%. Tỷ lệ này ở huyện Tam Kỳ, Hiệp Đức chiếm 85%; huyện Núi Thành chiếm 80%; Quế Sơn chiếm 70%; Phước Sơn chiếm 60%; Thăng Bình, Duy Xuyên, Điện Bàn chiếm 52.1%, 51.4%, 50%.

– Phát tờ rơi với người dân

- Tuyến huyện: Cán bộ các Ban, Ngành huyện Phước Sơn tham gia phát tờ rơi chiếm tỷ lệ 100%, 80% cán bộ huyện Nam Trà My tham gia phát tờ rơi. Tỷ lệ này tại các huyện: Điện Bàn, Tam Kỳ chiếm 60%.

- Ở tuyến xã: Cán bộ các Ban, Ngành của xã, huyện Thăng Bình tham gia vào hình thức phát tờ rơi với người dân chiếm tỷ lệ 82.9%. Tỷ lệ này của cán bộ các xã thuộc huyện Phước Sơn là 80%, Nam Trà My là 73.3%; Tam Kỳ là 70%; các huyện còn lại Núi Thành, Hiệp Đức là 56% và 55%. Riêng rất ít cán bộ các ban, ngành của các xã thuộc một số huyện như Duy Xuyên, Quế Sơn, Điện Bàn tham gia vào hình thức này, tỷ lệ này tại các huyện trên là 35%, 15%, 14.3%.

4.2.3. Nguồn thông tin về sức khỏe người dân thường nhận được.

Các thông tin về sức khỏe người dân nhận được chủ yếu từ cán bộ y tế cung cấp chiếm 80%, qua các phương tiện thông tin như ti vi, đài, báo, loa phát thanh, tờ rơi, poster.... chiếm 71,1 %; qua người dân chiếm 55,6% và thu nhận thông tin sức khỏe qua ban chăm sóc sức khỏe chiếm 51,1%.

5. Bàn luận và kết luận

Trong nghiên cứu này tỷ lệ có triển khai các văn bản liên quan đến công tác CSSKND tại tuyến huyện là 95.6% và tuyến xã là 99.0%. Tỷ lệ huyện có các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn hoặc kế hoạch thực hiện các chính sách về CSSKND có nội dung chỉ đạo về công tác TTGDSK là 95.6% và tỷ lệ này ở tuyến xã là 98,5%. So với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Cẩm Thạch chỉ có 78.6% phiếu cho biết, các văn bản của trung ương, tỉnh về CSSKND đều được triển khai thông qua Hội nghị Huyện ủy, các kỳ họp của UBND huyện. 71.5% đối tượng trả lời huyện đã có ban hành các Chỉ thị, Nghị quyết, Văn bản liên quan đến công tác CSSKND, các chương trình hành động và có hướng dẫn thực hiện các Chỉ thị, Nghị quyết, các văn bản khác của trung ương, của tỉnh về công tác CSSKND. Đồng thời, huyện đã có Nghị quyết HĐND và các Chương trình, mục tiêu cụ thể đối với việc CSSKND.

Qua nghiên cứu cho thấy các Ban, Ngành, Đoàn thể của huyện chưa quan tâm đến sức khỏe người dân. Đặc biệt, chưa có mối quan hệ mật thiết trong việc truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân. Hầu hết Ban, Ngành rất ít tham gia và còn khoán trắng cho ngành y tế. Còn đối với tuyến xã thì các cấp ban, ngành, đoàn thể rất quan tâm đến sức khỏe của người dân và tất cả các ban ngành đoàn thể đều tham gia vào công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân. Theo nghiên cứu “Tình hình thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tuyến xã” cho biết các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của TYT và nhân viên y tế thôn bản/ấp nhận được sự chỉ đạo chặt chẽ và kịp thời của Đảng ủy và UBND xã. Hầu hết các xã nhận được sự chỉ đạo này. Sự chỉ đạo của UBND và Đảng ủy xã thể hiện sự quan tâm và nhận thức về tầm quan trọng của hoạt động TTGDSK. Nhờ đó, nhiều hoạt động truyền thông sẽ có được sự hỗ trợ kịp thời và đạt hiệu quả cao. Ngoài sự chỉ đạo và hỗ trợ từ phía Đảng ủy và UBND xã, các hoạt động TTGDSK tuyến xã còn nhận được sự tham gia của các tổ chức đoàn thể (Mặt trận tổ quốc, hội Nông dân, hội Phụ nữ, đoàn Thanh niên, hội Chữ thập đỏ và hội Cựu chiến binh). Đây có thể nói là yếu tố quyết định đến hiệu quả của các hoạt động TTGDSK tại cộng đồng.

Theo nghiên cứu của Phạm Nguyễn Cẩm Thạch Khi được hỏi về các chương trình, mục tiêu y tế quốc gia đã được ngành y tế huyện triển khai như thế nào thì có 85.7% ý kiến cho rằng, rất được các cấp uỷ, chính quyền quan tâm chỉ đạo và ngành chức năng thực hiện tốt. Ban, Ngành, Hội, Đoàn thể liên quan cũng đã cùng vận động nhân dân tham gia vì địa phương xem đây là quyền lợi chính đáng và hết sức cần thiết đối với nhân dân cũng như sự phát triển kinh tế - xã hội của địa phương.

Theo Mạnh Thắng, trong các hình thức truyền thông thì hình thức truyền thông trực tiếp đến hộ gia đình và nói chuyện theo chủ đề GDSK đạt hiệu quả cao nhất. Đây là cách thức tạo môi trường giao tiếp gần gũi với đối tượng, cán bộ truyền thông có thể quan sát những biểu hiện liên quan đến sức khỏe của người dân, các vấn đề liên quan đến nguyên nhân gây bệnh như: trẻ ngủ không nằm màn, nhà ẩm thấp hoặc nuôi nhốt gia súc, gia cầm dưới gầm sàn... Từ đó, tuyên truyền, tư vấn sức khỏe đến từng thành viên trong gia đình và chỉ dẫn cách phòng, chống dịch, bệnh. Đặc biệt là tư vấn cách chăm sóc sức khỏe cho người già, trẻ em và phụ nữ có thai.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người dân nhận các thông tin về sức khỏe chủ yếu qua cán bộ y tế và qua các phương tiện thông tin đại chúng; còn qua Ban chăm sóc sức khỏe là ít nhất, qua đây cho thấy Ban chăm sóc sức khỏe chưa thật sự vào cuộc trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

Theo nghiên cứu của Bạch Thị Chính, Lê Công Minh, Tạ Quốc Đạt thì người dân nhận thông tin chủ yếu qua các phương tiện truyền thông như đài phát thanh xã, huyện, tỉnh, trung ương và qua tivi chiếm 76,5%. Tỷ lệ người dân nhận thông tin từ người đến nhà vận động trước can thiệp là 17,5%, sau can thiệp là 62,5%. Tỷ lệ người dân nhận tài liệu truyền thông trước can thiệp là 3,0%, sau can thiệp là 57,5%. Tỷ lệ người dân có được thông tin về phòng bệnh SXH từ các cuộc họp tổ trước và sau can thiệp (2,5%; 16,0%), xe cổ động trong chiến dịch 13,5%.

6. Kiến nghị

- Thành lập Ban chăm sóc sức khỏe cho nhân dân có các Ban, Ngành, Đoàn thể tham gia; tổ chức họp triển khai chương trình kế hoạch; tổ chức tuyên truyền theo nhiều kênh.
- Phải có sự chỉ đạo chặt chẽ của lãnh đạo huyện, xã sự phối hợp của các Ban, Ngành đoàn thể cùng tham gia thực hiện về TTGDSK.
- Thường xuyên phối hợp với các cơ quan liên quan thực hiện tốt công tác tuyên truyền, huy động các nguồn lực, vận động các tổ chức cá nhân tham gia TTGDSK
- Có sự đầu tư ngân sách về tài chính và nhân lực cho hoạt động truyền thông, hỗ trợ những trang thiết bị cho hoạt động, phát triển hệ thống loa truyền thanh cơ sở; hỗ trợ kinh phí cho đội ngũ cộng tác viên, truyền thông viên.
- Tăng cường sự quan tâm của ngành dọc; sự huy động của cộng đồng trong công tác XHH TTGDSK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bạch Thị Chính, Lê Công Minh, Tạ Quốc Đạt (2009), *Hiệu quả truyền thông GDSK nâng cao kiến thức thực hành đúng phòng chống SXH cho người dân tại xã Vĩnh Hựu huyện gò tây tỉnh Tiền Giang năm 2009*.
2. Ban Chấp hành Trung ương (2005), Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị về *Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
3. Mạnh Thắng (2011), *Nỗ lực Nâng cao chất lượng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe*.
4. Phạm Nguyễn Cẩm Thạch và cs, *Thực trạng và giải pháp tăng cường vai trò của hệ thống chính trị và sự tham gia của cộng đồng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân miền núi tỉnh Quảng Nam*.
5. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục Sức khỏe (1993), *Giáo trình cơ bản về Giáo dục sức khỏe*.

NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ TRONG HỌC SINH, SINH VIÊN CÁC TRƯỜNG CAO ĐẲNG VÀ TRUNG HỌC CHUYÊN NGHIỆP TẠI THÀNH PHỐ TUY HÒA NĂM 2011

*Bs. Nguyễn Vinh Quang, Bs. Châu Trọng Phát và cộng sự
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Phú Yên.*

Tóm tắt nghiên cứu

Hiện nay thuốc lá đã trở thành vấn đề toàn cầu, thu hút sự quan tâm của mọi người và mọi ngành trong xã hội. Mặc dù lời cảnh báo “Hút thuốc là có hại cho sức khỏe” được in trên tất cả các bao thuốc lá; cấm quảng cáo thuốc lá, cấm hút thuốc lá nơi công cộng nhằm giảm nhẹ tác hại của thuốc lá đã được triển khai mạnh mẽ. Tuy nhiên trong thực tế các động thái trên chưa đủ giúp giải quyết tình hình, số người hút thuốc lá cũng như tỷ lệ mắc, tỷ lệ chết do các bệnh mà thuốc lá gây nên vẫn không giảm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 406 học sinh, sinh viên các trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp tại Thành phố Tuy Hòa trong năm 2011 đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi phòng chống tác hại thuốc lá. Kết quả: Tỷ lệ đã từng hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu là 33,7%, trong đó ở nam giới đã từng hút thuốc lá khá cao với 46,1%, nữ giới 1,8%. Tỷ lệ hiện hút ở nhóm nghiên cứu là 20%, trong đó tỷ lệ hiện đang hút thuốc ở nam giới là (27,3%) nữ giới (0,9%). Tỷ lệ bỏ thuốc lá ở những người hút thuốc lá là 40,9% (trong đó nam giới là 40,7%, nữ 50%). Các kênh nhóm nghiên cứu tiếp nhận thông tin về tác hại thuốc lá cao nhất là truyền hình 72,9%; tiếp đến là sách báo, tạp chí 39,7%; kênh phát thanh 36,9%; người thân trong gia đình 26,1%.

1. Đặt vấn đề

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ hút thuốc lá toàn thế giới khoảng 47% ở nam giới và 12% nữ giới. Theo dự đoán của WHO nếu chiều hướng hút thuốc lá vẫn diễn ra như hiện nay thì việc hút thuốc lá sẽ trở thành đại dịch đe dọa sức khỏe con người trong thế kỷ XXI.

Theo kết quả của cuộc Điều tra Quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam (SAVY) năm 2003, tỷ lệ nam thanh niên Việt Nam đã từng hút thuốc lá là 43,6%, ở nữ giới là 1,2% và trong số nam thanh niên đã từng hút thì 71,7% vẫn còn hút. Mới đây tại hội thảo công bố kết quả điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) tại Việt Nam, do Bộ Y tế tổ chức ngày 27/10/2010, với 47,4% nam giới trưởng thành hút thuốc. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao trên Thế giới.

Thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên là trung tâm văn hóa, kinh tế, chính trị của tỉnh Phú Yên. Hiện tại trên địa bàn thành phố có 4 trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp, với số lượng sinh viên, học sinh (HSSV) chuyên nghiệp hằng năm dao động từ 10.000 đến 12.000 người. Mỗi năm tuyển sinh vào khoảng 4.000 - 5.000 HSSV mới.

Mặt dù trên Thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng đã có nhiều nghiên cứu về tác hại thuốc lá đối với sức khỏe. Tuy nhiên vẫn còn ít nghiên cứu để tìm hiểu về kiến thức, thái độ, hành vi trong HSSV về tác hại thuốc lá.

Xuất phát từ vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện **“Nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi phòng, chống tác hại thuốc lá trong học sinh, sinh viên các trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp tại thành phố Tuy Hòa năm 2011”**.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm đối tượng nghiên cứu.
2. Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của học sinh, sinh viên tại các trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp tại thành phố Tuy Hòa về phòng, chống tác hại thuốc lá.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Là học sinh, sinh viên các trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp tại thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên. Gồm 4 trường: Trung cấp Y tế, Trường Cao đẳng Xây dựng số 3, Trường Cao đẳng Nghề, Trường Cao đẳng Công nghiệp Tuy Hòa.

2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng.
- Cỡ mẫu phỏng vấn: tính theo công thức

$$n = \gamma^2 \frac{p(1-p)}{C^2}$$

n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý

Ước đoán $P = 0,5$ (p: tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá, chọn $p = 50\%$)

Ứng với độ tin cậy 95% có $\gamma = 1,96$

Chấp nhận $C = 0,05$ (sai số mong muốn 5%).

Tính được cỡ mẫu: $n = 384$.

3.2.2. Chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên: vào một lớp bất kỳ đang học, điều tra viên dùng phiếu phỏng vấn để thu thập số liệu đến khi đủ số lượng mẫu đã định trước. Thực tế đã phỏng vấn 406 HSSV.

3.3. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu trên phần mềm tin học ứng dụng SPSS 11.5.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

1. Tình hình sử dụng thuốc lá ở nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu theo giới

Bảng 1: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hút thuốc lá theo giới

Giới	Đã từng hút thuốc lá		Chưa từng hút	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam (N=293)	135	46,1	158	53,9
Nữ (N=113)	2	1,8	111	98,2
Chung (N=406)	137	33,7	269	66,3

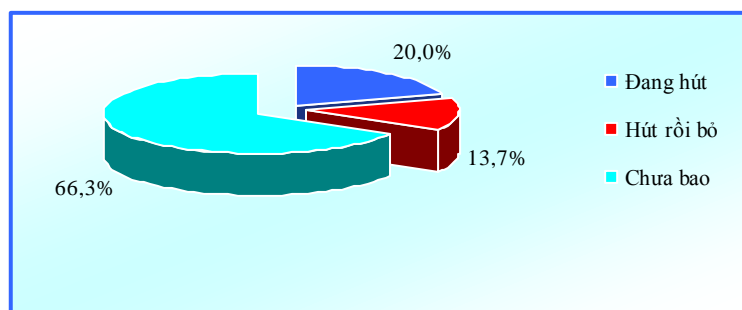
Tỷ lệ chung cả hai giới từng hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu là 33,7%, tỷ lệ riêng ở nam giới là 46,1%, nữ giới là 1,8%. Theo kết quả điều tra SAVY năm 2003 thì tỷ lệ đã từng hút thuốc là 22% (trong đó Nam 43,6%, nữ 1,2%).

Bảng 2: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hiện đang hút thuốc lá theo giới

Giới	Đang hút thuốc lá		Hút rồi bỏ	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam (N= 293)	80	27,3	55	18,8
Nữ (N=113)	1	0,9	1	0,9
Chung (N=406)	81	20	56	13,7

Qua kết quả bảng 2 tỷ lệ hiện hút ở nhóm nghiên cứu là 20%, trong đó tỷ lệ hiện đang hút thuốc ở nam giới là (27,3%) cao hơn nữ giới (0,9%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Có sự khác biệt tỷ lệ đang hút thuốc chung trong nghiên cứu của chúng tôi (20%) với nghiên cứu của Nguyễn Minh Dũng - Trung tâm Truyền thông GDSK Thừa Thiên Huế trong sinh viên Đại học Huế năm 2008 (21,8%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Tỷ lệ bỏ thuốc lá ở những người hút thuốc lá là 40,9%, trong đó nam giới là 40,7%, nữ 50%. Theo kết quả điều tra SAVY năm 2003 tỷ lệ bỏ hút thuốc lá ở nam giới từng hút thuốc là 28,3%. Do tỷ lệ nữ hút thuốc lá rất thấp 2/113 đối tượng nghiên cứu nên trong nghiên cứu này không tìm hiểu mối liên quan giữa hút thuốc lá ở nữ giới và các yếu tố liên quan.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu

4.1.2. Tỷ lệ hút thuốc lá theo trường và giới

Bảng 3: Tỷ lệ hút thuốc lá theo trường và giới

Trường	Hiện đang hút thuốc								
	Nam			Nữ			Chung		
	N	Tần số	Tỷ lệ %	N	Tần số	Tỷ lệ %	N	Tần số	Tỷ lệ %
TCYT	23	10	43,5	53	1	1,9	76	11	14,5
CĐXD	86	13	15,1	17	0	0	103	13	12,6
CĐN	86	32	37,2	15	0	0	101	32	31,7
CĐCN	198	25	25,5	28	0	0	126	25	19,8

Tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới cao nhất ở trường TCYT (43,5%) và thấp nhất ở trường CĐCN (25,5); ở nữ giới chỉ có 1 trường hợp đang hút thuốc ở trường TCYT. Kiểm định sự khác biệt tỷ lệ hút thuốc chung giữa các trường, ta thấy giá trị Chi bình phương bằng 13,598 và $p < 0,05$ nên ta kết luận có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá chung giữa các trường nghiên cứu.

4.1.3 Số lượng thuốc hút mỗi ngày và loại thuốc thường hút

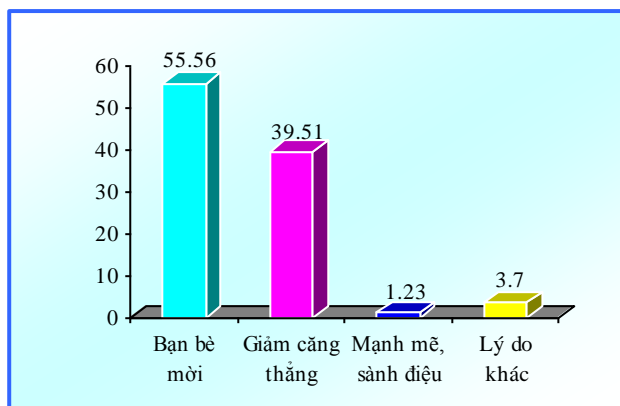
Bảng 4: Số điều thuốc hút mỗi ngày ở nam giới

Số điều thuốc hút/ngày	Tần số	Tỷ lệ %
<5	26	32,5
6-10	29	36,3
11-15	13	16,3
16-20	9	11,3
>20	3	3,8
Tổng	80	100

Số lượng thuốc hút/ngày từ 6-10 điều chiếm tỷ lệ cao nhất (36,3%), từ 1-5 điều (32,5%), từ 11-15 điều (16,3%), từ 16-20 điều (11,3%), trên 20 điều (3,8%).

Tất cả người hút đều sử dụng thuốc lá điều, một số ít sử dụng tẩu hút, thuốc lào, thuốc rơ.

4.1.4 Lý do chính hút thuốc lá



Biểu đồ 2. Lý do chính hút thuốc lá

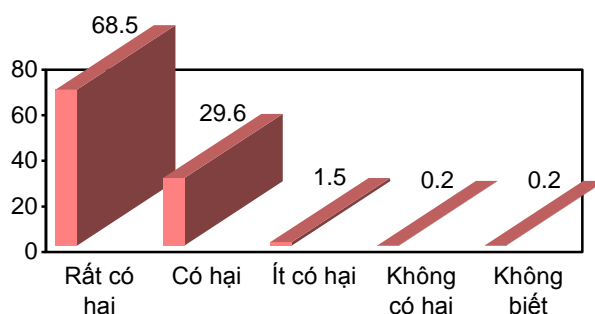
Lý do chính hút thuốc lá ở những người hiện đang hút thuốc lá do bạn bè mời là cao nhất (55,5%), hút để giảm căng thẳng (39,5), lý do thấy mạnh mẽ, sành điệu chiếm tỷ lệ thấp (1,2%), lý do khác (3,7%) như: thấy thích thì hút, sau khi ăn hoặc khi uống coffee hút thấy hay hay. Qua kết quả có thể thấy thói quen trong giao tiếp mời thuốc lá, hoặc người đang hút rồi mời bạn hút làm gia tăng tỷ lệ hút thuốc lá HSSV học tập trung, thường xuyên tiếp xúc với bạn bè cùng học hàng ngày, nếu trong nhóm bạn có người hút thuốc rất dễ mời mọi người hút theo. Do tác dụng kích thích các nơ ron thần kinh của Nicotin làm cho người hút có cảm giác hưng phấn, giảm căng thẳng nên thường hút khi có vấn đề trong sinh hoạt và học tập như: áp lực thi cử, áp lực trong cuộc sống hàng ngày.

4.1.5. Nơi hút thuốc lá

Trong số những người đang hút thuốc lá tại nhà thì mức độ thỉnh thoảng hút chiếm tỷ lệ cao nhất (72,8%). Tại trường học tỷ lệ không hút tại trường là (55,6%). Ở nơi khác thì mức độ thỉnh thoảng chiếm tỷ lệ cao nhất (69,1%).

4.2 Mức độ hiểu biết về tác hại của thuốc lá

4.2.1. Kiến thức về tác hại của thuốc lá



Biểu đồ 3. Hiểu biết về tác hại thuốc lá

Kiến thức hiểu biết về tác hại của việc hút thuốc lá, có 68,5% cho rằng hút thuốc lá rất có hại, có hại (29,6%), ít có hại (1,5%), không có hại (0,2%), không biết (0,2%). Nam giới cho rằng hút thuốc lá rất có hại 63,8%, có hại 33,8%, ít có hại 1,7%, không có hại 0,3%; trong khi đó tỷ lệ này ở nữ giới: hút thuốc lá rất có hại 80,5%, có hại 18,6%, ít có hại 0,9%. Có sự khác biệt về hiểu biết về tác hại của việc hút thuốc lá giữa nam và nữ trong nhóm nghiên cứu với $p < 0,01$. Tỷ lệ cho rằng hút thuốc lá rất có hại cao nhưng có sự khác biệt giữa hai giới. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nam giới hút thuốc lá nhiều hơn nên khi nói đến tác hại có thể những người nam hút thuốc sẽ cho rằng mức độ nguy hại của thuốc lá thấp hơn.

4.2.2. Hiểu biết về tác hại hút thuốc lá thụ động

Tỷ lệ chung của hai giới về mức độ nguy hại do hút thuốc lá thụ động: rất có hại 63,1% (trong đó, nam 64,2%, nữ 60,2%), có hại 32,5% (nam 32,8%, nữ 31,9%), ít có hại 2,7% (trong đó nam 2%, nữ 4,4%), không có hại 0,2% (trong đó nam 0,3%, nữ 0%), không biết 1,5% (trong đó nam 0,7, nữ 3,5%). Vẫn có số ít đối tượng nghiên cứu không biết tác hại hút thuốc lá thụ động.

4.2.3. Hiểu biết về các bệnh do thuốc lá gây ra

Bảng 5: Hiểu biết các bệnh do thuốc lá gây ra (N=406)

Các bệnh do thuốc lá gây ra	Hút thuốc lá		Hút thuốc lá thụ động	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Viêm phế quản/phổi	305	75,1	291	71,7
Ung thư phổi	372	91,6	322	79,3
Ung thư bộ phận khác	155	38,2	149	36,7
Bệnh tim mạch	207	51,0	197	48,5
ảnh hưởng thai nhi/trẻ em	269	66,3	285	70,2
Giảm tuổi thọ	261	64,3	227	55,9
Khác	6	1,5	5	1,2

Trong số 406 đối tượng được phỏng vấn thì bệnh gây ra do hút thuốc lá và hút thuốc lá thụ động: ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (người hút thuốc 91,6%, hút thuốc thụ động 79,3%), viêm phế quản/ phổi (người hút thuốc 75,1%, hút thuốc thụ động 77,7%), ảnh hưởng thai nhi/trẻ em (người hút thuốc 66,3%, hút thuốc thụ động 70,2%), hút thuốc lá ung thư các bộ phận khác chiếm tỷ lệ thấp (người hút thuốc 38,2%, hút thuốc thụ động 36,7%).

4.3. Thái độ đối với người hút thuốc

4.3.1. Thái độ đối với người hút thuốc

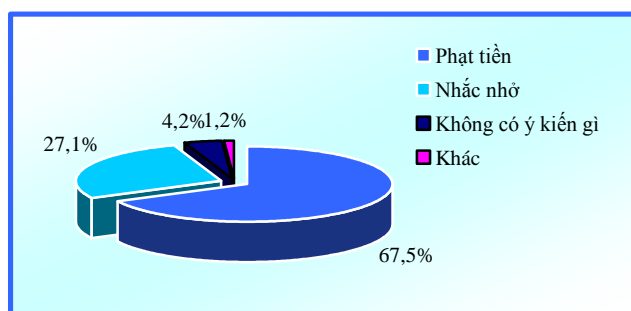
Trong số đối tượng được hỏi đã trả lời nếu có người hút thuốc thì sẽ yêu cầu đi nơi khác hút chiếm 50,5% (trong đó nam 46,4%, nữ 50,5%), yêu cầu tắt thuốc 27,1% (trong đó nam 24,2%, nữ 34,5%), bỏ đi nơi khác 30% (trong đó nam 33,4%, nữ

21,25%), không có ý kiến gì 5,9% (trong đó nam 8,2%, nữ 0%). Qua kết quả có thể thấy rằng mọi người thái độ tích cực hơn trong việc phòng, chống tác hại thuốc lá, trong đó thái độ của nữ giới tỏ vẻ kiên quyết hơn.

4.3.2. Thái độ đối với học sinh vi phạm quy định cấm hút thuốc

Thái độ của đối tượng được phỏng vấn về việc học sinh quy phạm quy định cấm hút thuốc: nhắc nhở không hút thuốc chiếm 54,4%, xét hạnh kiểm 39,9%, trừ thi đua lớp 5,2% và khác 0,7%.

4.3.3. Đối với những người vi phạm lệnh cấm hút thuốc



Biểu đồ 4. Hình thức xử phạt đối với người vi phạm cấm hút thuốc lá

Đối với hình thức xử phạt người vi phạm lệnh cấm hút thuốc có 67,5% đối tượng nghiên cứu cho rằng cần phạt tiền, 27,1% nhắc nhở, 4,2% không có ý kiến gì, 1,2% khác (cần có hình thức xử phạt nặng hơn).

4.3.4. Mức xử phạt đối với người vi phạm

Mức phạt tiền đối với người vi phạm quy định cấm hút thuốc có 41,4 % cho rằng phạt từ 50.000 đến dưới 100.000đ, 33,5% phạt trên 100.000, và 25,1% dưới 50.000đ.

4.4. Kiến thức về tác hại thuốc lá qua các nguồn thông tin

Có 72,9% trả lời nhận thông tin về tác hại của thuốc lá qua Tivi, Đài phát thanh 36,9%, Sách báo tạp chí (39,7%); tranh ảnh, áp phích (21,7%)..

Điều này cũng phù hợp với nhận xét trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Dũng ở Trung tâm Truyền thông GDSK Thừa Thiên Huế, Tivi là kênh truyền thông hấp dẫn nên thu hút nhiều người xem.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 406 học sinh, sinh viên tại 4 trường Cao đẳng và Trung học chuyên nghiệp tại thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên, chúng tôi kết luận:

5.1. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ đã từng hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu là 33,7%, trong đó ở nam giới đã từng hút thuốc lá khá cao với 46,1%, nữ giới 1,8%.

Tỷ lệ hiện hút ở nhóm nghiên cứu là 20%, trong đó tỷ lệ hiện đang hút thuốc ở

nam giới là (27,3%) cao hơn nữ giới (0,9%). Tỷ lệ bỏ thuốc lá ở những người hút thuốc lá là 40,9% (trong đó nam giới là 40,7%, nữ 50%).

5.2. Kiến thức, thái độ về phòng chống tác hại thuốc lá

Kiến thức tác hại hút thuốc lá: 63,8% nam giới cho rằng hút thuốc lá rất có hại, nữ giới là 80,5%.

Kiến thức tác hại hút thuốc lá thụ động: 64,2% nam giới cho rằng hút thuốc lá rất có hại, nữ giới là 60,2%.

Thái độ đối với người hút thuốc: 46,4% nam giới yêu cầu người hút đi nơi khác hút, nữ giới là 50,5%; Yêu cầu tắt thuốc (nam 24,2%, nữ 34,5%); không ý kiến gì (nam 8,2%, nữ 0%). Hình thức phạt người vi phạm quy định cấm hút thuốc: phạt tiền người vi phạm (nam 63,5%, nữ 77,9%). Mức phạt tiền từ 50.000 - dưới 100.000đ (41,4%), mức trên 100.000đ (33,5%), mức dưới 50.000đ (25,1%).

6. Kiến nghị

Để nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và hành vi theo chiều hướng tích cực để phòng chống tác hại thuốc lá trong học sinh, sinh viên tại thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên nói riêng. Trong thời gian tới chúng tôi đề nghị các cơ quan có thẩm quyền tập trung vào một số vấn đề cụ thể sau đây:

1. Đẩy mạnh các hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông trên các phương tiện truyền thông đại chúng với sự đa dạng về hình thức.
2. Trong các trường học cần thường xuyên tổ chức các buổi học ngoại khóa, sinh hoạt chuyên đề về phòng chống tác hại thuốc lá, phát động các phong trào “trường học không khói thuốc”, “giảng đường không khói thuốc”... Phòng y tế trường học cần có nơi tư vấn sức khỏe, góc tuyên truyền sức khỏe...Xây dựng các câu lạc bộ không khói thuốc lá để tạo sân chơi bổ ích và lành mạnh cho học sinh, sinh viên.
3. Thực hiện Quyết định 1315/QĐ-TTg ngày 21-8-2009 của Thủ tướng chính phủ “về việc phê duyệt Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá”, trong đó có các quy định cấm hút thuốc lá
4. Các cơ quan, ban ngành đoàn thể, Ban giám hiệu các trường cần quan tâm nhiều hơn nữa để tạo môi trường sống khỏe mạnh cho các em. Xây dựng môi trường không thuốc lá trong trường học và tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê (2003) *Điều tra Quốc gia về Thanh niên, Vị Thành niên Việt Nam*.
2. Cục thống kê Phú Yên (2010), *Niên giám thống kê 2010*.

3. Quyết định số 1315/QĐ-TTg ngày 21 tháng 8 năm 2009 của Thủ tướng Chính phủ *Về việc phê duyệt Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá.*
4. Sở Giáo dục và Đào tạo Phú Yên, *Báo cáo số lượng sinh viên, học sinh chuyên nghiệp năm học 2009 -2010, trang phụ lục 1 - 2.*
5. Lê Khắc Bảo, Nguyễn Trung Thành, *Khảo sát thực trạng hút thuốc lá của nhân viên y tế tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Thành phố Hồ Chí Minh.* Tập chí Y học - Thành phố Hồ Chí Minh, tập 13, 2009.
6. Nguyễn Minh Dũng, Hầu Văn Nam, *Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá của sinh viên đại học Huế năm 2008.* Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK TW, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật năm 2010, Trang 136, 142, 143.
7. Lương Ngọc Khuê, Phan Thị Hải, *Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) tại Việt Nam,* Vinachssh 2011.
8. Nguyễn Thị Nguyên Hoa, *Nghiên cứu lượng giá chương trình vận động khu vực dịch vụ công cộng không khói thuốc lá tại thành phố Hồ Chí Minh sau 2 năm thực hiện,* Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK trung ương, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật năm 2010, trang 231 - 234.
9. Trịnh Văn Hiệp, Trương Trọng Hoàng, *Khảo sát đánh giá hoạt động xây dựng mô hình cộng đồng không thuốc lá tại phường 28, quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh,* Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK TW, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật năm 2010, trang 220 - 223.
10. Châu Liễu Trinh, *Các yếu tố liên quan đến hành vi hút thuốc lá ở học sinh trung học phổ thông thành phố Cần Thơ,* Bộ Y tế, Trung tâm Truyền thông GDSK TW, NXB khoa học và kỹ thuật năm 2010.

SỰ CẦN THIẾT PHẢI XÂY DỰNG MÔ HÌNH TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TÍCH CỰC

Bs. Đặng Thanh Hùng

Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Trà Vinh

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 770 người là cán bộ y tế xã, cộng tác viên khóm/ấp và người dân độ tuổi từ 18-65. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định mức độ tiếp cận và nhu cầu của người dân đối với hoạt động truyền thông từ đó đúc kết xây dựng mô hình truyền thông phù hợp. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 100% người được hỏi cho rằng hoạt động truyền thông là cần thiết. Hầu hết người dân chưa được tiếp cận với các hình thức truyền thông trực tiếp như thảo luận nhóm, thăm hộ gia đình mà chủ yếu là tiếp cận qua kênh truyền thông gián tiếp (đài, ti vi, loa truyền thanh). Các thông tin về giáo dục sức khỏe được người dân nhận được chủ yếu qua cán bộ y tế (80%), phương tiện thông tin đại chúng (19,4%). Đội ngũ cộng tác chưa phát huy được vai trò nòng cốt của mình trong công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người dân. Các tài liệu truyền thông như áp phích, tranh gấp/tờ bướm, pano được 100% người dân tiếp cận trong khi đó các tài liệu khác (tranh lật, sách tranh) không được người dân biết đến. Từ những phát hiện trên, nghiên cứu đã đưa ra khuyến nghị cần nâng cao hơn nữa vai trò đội ngũ cộng tác viên, nâng cao hơn nữa sự tiếp cận của người dân đối với các hình thức, tài liệu phục vụ cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.

1. Đặt vấn đề

Hiệu quả công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) trong thời gian qua chưa đạt hiệu quả tốt, đa phần là làm truyền thông sau khi dịch bệnh đã bùng phát; kiến thức phòng bệnh của người dân chưa cao; người làm truyền thông chưa thật sự tâm huyết với nhiệm vụ của mình. Cần nghiên cứu để tìm hiểu nguyên nhân và xây dựng hướng khắc phục những yếu kém đang tồn tại.

Xác định mức độ hiểu biết, kiến thức và nhu cầu của người dân về công tác truyền thông; Yêu cầu, phương tiện phục vụ cho hoạt động truyền thông của cộng tác viên; Đúc kết xây dựng mô hình truyền thông.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Cán bộ phụ trách truyền thông tuyến xã và cộng tác viên khóm/ấp.
- Người dân độ tuổi từ 18 - 65 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \times P(1-P)}{C^2} k$$

Trong đó, n = cỡ mẫu để nghiên cứu, $Z = 1.96$ (khoảng tin cậy 95%), $p = 50\%$ là ước đoán tham số quần thể, $C = 0,05$ là sai số cho phép, $k = 2$ là hệ số thiết kế. Trong nghiên cứu $n = 770$.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

7 xã/thị trấn thuộc huyện Châu Thành: Thị trấn Châu Thành, Đa Lộc, Thanh Mỹ, Lương Hòa A, Phước Hảo, Hòa Minh, Hòa Thuận.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu có tuổi từ 30 tuổi đến 65 chiếm hơn 77% mẫu, dân tộc kinh chiếm 60%, 53,4% có trình độ văn hóa từ Tiểu học trở xuống, 72,5% là nữ, 69% làm ruộng, buôn bán chiếm 7%, công chức chỉ chiếm 1,5%.

Trong số những người được hỏi có 51 cộng tác viên. Tuổi của cộng tác viên khá trẻ (88,2% cộng tác viên có độ tuổi 18-46), 56,9% có trình độ từ THPT trở lên. Đây là điều kiện rất thuận lợi cho công tác truyền thông vì họ sẽ dễ dàng tiếp thu và truyền đạt các nội dung về chăm sóc sức khỏe đến với cộng đồng.

Số lượng cán bộ y tế tham gia nghiên cứu là 42 người, nhưng chỉ có 2 bác sĩ (chiếm 4,8%).

3.2. Kiến thức của người dân về công tác truyền thông và tài liệu truyền thông

100% đối tượng nghiên cứu (770 người) đều đã từng tiếp cận với các tài liệu truyền thông như tờ bướm/roi, áp phích, pano.... 100% chưa có điều kiện tiếp cận với tranh lật, tranh tư vấn, sách tranh...

Bảng 1: Các hình thức truyền thông về sức khỏe được tiếp cận

Hình thức truyền thông cận	được tiếp	Tần số (n=770)	Tỷ lệ %
Đài Phát thanh - Truyền hình		770	100
Loa phóng thanh, xe loa		687	89
Thăm hộ gia đình		02	0,2%
Thảo luận nhóm		03	0,38%

Kết quả bảng 1 cho thấy các hình thức truyền thông gián tiếp qua đài phát thanh, truyền hình, qua loa phóng thanh được hầu hết người dân tiếp cận. Truyền thông trực tiếp qua thăm hộ gia đình và thảo luận nhóm còn ít được thực hiện. Chính vì vậy cần tăng cường hoạt động này vì đây là phương pháp hữu hiệu giúp nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ và hành vi của đối tượng.

Bảng 2: Nguồn cung cấp thông tin về kiến thức phòng bệnh cho người dân

Nguồn cung cấp thông tin	Tần số (n=770)	Tỷ lệ %
Cán bộ y tế	616	80
Cộng tác viên	5	0,6
Phương tiện thông tin đại chúng	149	19,4

Kết quả bảng 2 cũng cho thấy nguồn cung cấp thông tin về kiến thức phòng bệnh chủ yếu là cán bộ y tế và qua các phương tiện thông tin đại chúng... Vai trò cộng tác viên còn rất hạn chế.

100% đối tượng nghiên cứu cho rằng công tác truyền thông GDSK là cần thiết. Tuy nhiên vẫn có 22,7% cho rằng không cần phải phát triển công tác truyền thông song song với công tác điều trị.

Về tài liệu truyền thông thì người dân chủ yếu quan tâm đến hai loại là tờ rơi và áp phích và cho rằng với lượng tài liệu được sử dụng trong thời gian qua chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế của người dân trong việc tuyên truyền phòng bệnh, cần bổ sung thêm về nguồn tài liệu; về hình thức truyền thông thì cần phát huy hình thức truyền thông thăm hộ gia đình vì hiện tại phương thức này chưa được thực hiện thường xuyên.

4. Kết luận

- 100% đối tượng nghiên cứu nhận thấy tầm quan trọng của công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Hầu hết người dân chưa có được tiếp cận với các hình thức truyền thông trực tiếp như thảo luận nhóm, thăm hộ gia đình mà chủ yếu là tiếp cận qua kênh truyền thông gián tiếp (đài, ti vi, loa truyền thanh).
- Đội ngũ cộng tác chưa phát huy được vai trò nòng cốt của mình trong công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người dân.

5. Kiến nghị

Để nâng cao hiệu quả hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại địa phương cần:

1. Kết hợp với hoạt động của các ban ngành, đoàn thể tại địa phương để thực hiện truyền thông sức khỏe. Tăng cường các hoạt động truyền thông trực tiếp như thảo luận nhóm, thăm hộ gia đình.
2. Cần có việc hỗ trợ về tài chính, phương tiện, dụng cụ phục vụ cho công tác truyền thông.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH TRONG BẢO VỆ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI DÂN TẠI TỈNH QUẢNG NAM

*Bs. Nguyễn Minh Thu, Phan Công Duẩn
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Quảng Nam*

Tóm tắt nghiên cứu

Với mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân tỉnh Quảng Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành từ tháng 3 - 11/2012, áp dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng ở nhiều giai đoạn trên 410 người dân được phỏng vấn và quan sát trực tiếp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 24.4% đối tượng có kiến thức đầy đủ về chế độ chăm sóc bà mẹ mang thai, 43.9% nêu đúng thời điểm ăn dặm, 60.5% trẻ được cân đúng định kỳ, 41.2% có kiến thức đầy đủ về phòng bệnh sốt rét và tỷ lệ này với sốt xuất huyết là 36.6%; 42% người dân thực hiện biện pháp phòng bệnh sốt xuất huyết, 28% có kiến thức phòng bệnh lao, 29.5% biết phòng bệnh tăng huyết áp, 36.6% biết phòng bệnh tiểu đường, 60.2% người dân có ít nhất 1 thói quen có hại sức khỏe, 48% số người được hỏi rửa thực phẩm ≥ 3 lần và 45.4% rửa tay thường xuyên, 65.8% rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua, Chương trình hành động GDSK được triển khai trên toàn tỉnh với nhiều hoạt động như: hội nghị triển khai, tập huấn, tuyên truyền, báo cáo sơ kết, tổng kết... một số nghiên cứu đã thực hiện nhưng chỉ tập trung ở một số đối tượng về vấn đề sức khỏe cụ thể, chưa có khảo sát đánh giá thực trạng kiến thức, hành vi về phòng, chữa bệnh của người dân toàn tỉnh liên quan đến nhiều vấn đề sức khỏe cộng đồng. Bởi vậy, cần phải đánh giá kiến thức, thực hành của người dân về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe một cách khoa học giúp các nhà hoạch định kế hoạch, chính sách có cơ sở khoa học đề ra các giải pháp phù hợp và có kế hoạch đầu tư lâu dài nhằm nâng cao kiến thức, thực hành bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân, giảm các hành vi có hại cho sức khỏe trong thời gian tới, đồng thời làm cơ sở ban đầu trước khi triển khai Kế hoạch thực hiện Chương trình hành động và đánh giá kết quả sau 5 năm thực hiện trên quy mô toàn tỉnh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **Khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân tại tỉnh Quảng Nam**.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân tỉnh Quảng Nam.
2. Đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao kiến thức, thực hành của người dân trong bảo vệ, chăm sóc sức khỏe.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân tỉnh Quảng Nam

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu trong nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Trị số phân phối chuẩn ($Z=1,96$)

P = 50% (giả định là tỷ lệ người dân có kiến thức về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe tốt)

D = 0,05 (Độ chính xác mong muốn)

Cỡ mẫu được tính cho nghiên cứu này $n = 384$ người, thêm 7% dự phòng cho các trường hợp bỏ cuộc ta có $n = 410$ người/41 xã = 10 người/xã.

3.3. Thời gian và địa điểm

- Thời gian: tháng 3 - 11/2012
- Địa điểm: 9/18 huyện, thành phố trên địa bàn tỉnh Quảng Nam, gồm: huyện Nam Trà My, Phước Sơn, Núi Thành, Thăng Bình, Điện Bàn, Duy Xuyên, Hiệp Đức, Quế Sơn và thành phố Tam Kỳ).

3.4. Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng nhiều giai đoạn.

3.5. Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê thông thường, Excel 2003.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu trên 410 đối tượng, trong đó 285 (69.5%) nữ và 125 (30.5%) nam, tuổi nhỏ nhất là 15, tuổi lớn nhất là 75.

Đối tượng được điều tra phân bố ở các xã/phường tiêu biểu cho những khu dân cư đặc trưng như đồng bằng ven biển, vùng trung du miền núi và khu vực thành phố với tỷ lệ lần lượt là 56.1%, 34.1% và 9.8%.

Đối tượng nghiên cứu được tiến hành hầu hết là dân tộc kinh chiếm tỷ lệ 87.3% còn lại là dân tộc thiểu số; chủ yếu là nghề nông chiếm 52.2% và buôn bán 20%; phần lớn trình độ văn hóa từ cấp 2 trở lên 83.4%.

4.2. Thực trạng kiến thức, thực hành bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân

4.2.1. Kiến thức, thực hành về các biện pháp tránh thai

Kiến thức về các biện pháp tránh thai là khá tốt. Qua điều tra cho thấy, 99% người dân biết về các biện pháp tránh thai. Điều này cho thấy, công tác truyền thông và các nguồn thông tin về kế hoạch hoá gia đình đã đến với người dân. Người dân biết từ 3 biện pháp tránh thai trở lên chiếm tỷ lệ 78.8%, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác.

Kết quả chúng tôi phân tích trên 237 đối tượng là phụ nữ 15-49 tuổi hiện đang có chồng, tỷ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại chiếm 69.2%. So với kết quả của Tổng cục thống kê năm 2011 thì tỷ lệ này tương tự.

4.2.2. Kiến thức, thực hành về chăm sóc bà mẹ khi mang thai

Số người trả lời đầy đủ các nội dung về chế độ dinh dưỡng của bà mẹ mang thai chiếm 36.1%. Tỷ lệ người dân trả lời đầy đủ về chế độ chăm sóc nghỉ ngơi chỉ chiếm 24.4%.

Có 77.5% người dân trả lời quá trình mang thai bà mẹ nên đi khám thai ≥ 3 lần, vẫn còn 22.5% khám thai < 3 lần, thậm chí 1% cho rằng không cần khám thai. Điều này cho thấy, cần đẩy mạnh truyền thông giáo dục tại cộng đồng.

4.2.3. Kiến thức, thực hành của người dân về CSSK trẻ em

❖ Kiến thức, thực hành của người dân về tiêm chủng

- Kiến thức của người dân về tiêm chủng phòng 7 bệnh cho trẻ dưới 5 tuổi trong Chương trình tiêm chủng mở rộng Quốc gia: Trả lời đầy đủ 7 bệnh được phòng ngừa là 63,4%; không đủ 7 bệnh 26.1% vẫn còn 10.5% là không biết tiêm chủng để phòng bệnh gì.
- Thực hành tiêm chủng

Bảng 1: Đưa trẻ dưới 5 tuổi đi tiêm chủng

Tiêm chủng cho trẻ dưới 5 tuổi	Tần số n = 375	Tỷ lệ %
Có	371	98.9
Không	04	1.1
Tổng		100.0

Với hiểu biết về tiêm chủng của người dân, qua phỏng vấn 375 người có trẻ < 5 tuổi, kết quả tỷ lệ trẻ được tiêm chủng đạt 98.9%. Trong số 371 trẻ được tiêm chủng có đến 91.6% trẻ được chủng đầy đủ.

❖ Kiến thức, thực hành của người dân về chăm sóc dinh dưỡng trẻ em

- Người dân trả lời đúng và đầy đủ lợi ích của việc bú sớm sau sinh (để tận dụng nguồn sữa non, kích thích tạo sữa, phòng băng huyết sau sinh) chỉ chiếm tỷ lệ 43.4%, vẫn còn 5.1% không biết lợi ích của việc bú sớm trong vòng giờ đầu. Như vậy, người dân hiểu biết đầy đủ về lợi ích của việc bú sớm sau sinh còn ở mức thấp.

- 43.9% người dân trả lời đúng thời điểm cho trẻ ăn dặm, trả lời sai 51.5%, không biết 4.6%. Điều này, cho thấy cần phải quan tâm đến thông điệp truyền thông cần phải nhất quán để người dân thực hành tốt hơn.
- Có 75.9% trả lời đúng 2 lần uống vitamin A trong năm cho trẻ, vẫn có đến 24.1% trả lời sai về số lần cho trẻ uống vitamin A.
- Phát hiện dấu hiệu nguy hiểm đưa ngay trẻ đến cơ sở y tế: Có 97.8% người dân biết ít nhất 1 dấu hiệu, trong đó “bỏ bú/bỏ ăn” là dấu hiệu người dân biết nhiều nhất (86.6%), tiếp đến là “co giật” (66.1%), “sốt cao” (64.9%), “bệnh nặng hơn” (61.0%) và “khó thở” (59.3%); các dấu hiệu khác người dân ít biết hơn. Tuy nhiên, điều quan trọng là không nên bỏ sót dấu hiệu nào, kết quả trên cho thấy, người dân biết đầy đủ các dấu hiệu nguy hiểm cần đưa trẻ ngay đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ thấp 23.7%, vẫn có 2.2% không biết dấu hiệu nào.
- Thực hành của người dân về chăm sóc dinh dưỡng trẻ em:

Bảng 2: Thực hành bú sớm ngay sau sinh

Thực hành bú sớm sau sinh	n=218	Tỷ lệ %
Bú ngay	145	66.5
Bú trong vòng 30 phút	45	20.6
Bú trong vòng 1 giờ	12	5.5
Bú sau 1 giờ	4	1.8
Bú sau 2 giờ	8	3.7
Không biết	4	1.8
Tổng		100.0

Hầu hết người dân thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh trong vòng 1 giờ (92.7%), đặc biệt bú ngay sau sinh 66.5%; vẫn còn 7.3% trẻ chưa được bú sớm trong vòng 1 giờ đầu. Kết quả chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác....

Bảng 3: Thực hành cân trẻ

Thực hành cân trẻ	n=375	Tỷ lệ %
Cân đúng định kỳ	227	60.5
Cân không đúng định kỳ	116	30.9
Không cân	32	8.5
Tổng		100.0

Kết quả điều tra 375 người dân trong những hộ gia đình có trẻ <5 tuổi, có 60.5% trẻ được cân đúng định kỳ, chưa cân lần nào 8.5% còn lại là cân sai định kỳ.

4.2.4. Kiến thức, thực hành của người dân về các bệnh lây nhiễm

- Kiến thức về bệnh sốt rét: Tỷ lệ những người được hỏi trả lời đúng biểu hiện bệnh sốt rét chiếm 70.7%, trả lời đúng về nguyên nhân gây bệnh là 74.1%; Như vậy khoảng 30% số người chưa có kiến thức cơ bản về nguyên nhân, phát hiện bệnh sốt rét. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu một số nghiên cứu. Tuy nhiên, nêu các biện

- pháp phòng ngừa bệnh sốt rét đúng đầy đủ chỉ đạt 41.2%, có lẽ do cán bộ y tế mới chỉ quan tâm truyền thông về nguyên nhân và cách phát hiện bệnh sốt rét để người dân đến khám bệnh, điều trị chứ chưa thực sự quan tâm đến hướng dẫn phòng bệnh.
- Kiến thức về bệnh sốt xuất huyết: 75.1% người dân biết muỗi vẫn là nguyên nhân gây bệnh SXH. Tuy nhiên biết đầy đủ biểu hiện của bệnh sốt xuất huyết và phòng bệnh chỉ chiếm 39.8% và 36.6%.
 - Thực hành các biện pháp phòng tránh sốt rét và sốt xuất huyết: Tỷ lệ người dân thường xuyên ngủ màn là 85.1%. Chỉ có 42% người dân tham gia thực hiện các biện pháp phòng bệnh SXH tại cộng đồng.
 - Kiến thức về bệnh lao: Có 74.6% người dân biết bệnh lao do vi khuẩn lao gây ra, vẫn còn 18.8% cho rằng bệnh lao do di truyền! 50.5% người dân biết đầy đủ 3 dấu hiệu chính của bệnh (sốt nhẹ về chiều, ho kéo dài và gầy sút cân); trong khi đó kiến thức phòng bệnh lao của người dân chỉ đạt 28%.
 - Kiến thức phòng lây nhiễm HIV/AIDS: Người dân trả lời đúng và đầy đủ mới chỉ đạt 30.7%, vẫn còn 3.7% trả lời sai.

4.2.5. Kiến thức, thực hành của người dân về các bệnh không lây nhiễm

- Kiến thức về bệnh tăng huyết áp: Qua điều tra của chúng tôi, 2/3 số người trả lời đúng cách phát hiện tăng huyết áp (66.6%); gần 1/3 số người (29.5%) trả lời đầy đủ các nội dung phòng bệnh, tỷ lệ nêu đầy đủ các yếu tố nguy cơ đạt rất thấp 14.2%. Khoảng 90% các bệnh nhân bị THA là không rõ nguyên nhân. Vì vậy để phòng chống bệnh THA thì cần tập trung truyền thông GDSK cả yếu tố nguy cơ, cách phát hiện và phòng bệnh.
- Kiến thức về bệnh đái tháo đường: Trong tình hình hiện nay khi mà tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường đang tăng nhanh, nên sự hiểu biết về bệnh của người dân là yếu tố quyết định trong giảm mắc và phòng chống tác hại của căn bệnh này. Qua điều tra, số người trả lời đúng, đầy đủ các yếu tố nguy cơ và biến chứng của bệnh rất thấp, lần lượt 15.6%; 18.5%. Về phòng bệnh, 36.6% trả lời đầy đủ. Vẫn còn tỷ lệ không nhỏ người dân không biết gì về bệnh này.

Bảng 4: Thói quen, lối sống hiện tại

Nội dung	n=410	Tỷ lệ %
Không có thói quen có hại cho sức khỏe	163	39.8
Có ít nhất 1 thói quen có hại cho sức khỏe	247	60.2
Tổng		100,0

Có đến 60.2% người dân trả lời có ít nhất 1 thói quen, lối sống có hại cho sức khỏe. Trong đó nhiều nhất thói quen ăn mặn và hút thuốc lá (1/3 số người có thói quen ăn mặn, 1/4 số người có thói quen hút thuốc lá).

4.2.6. Kiến thức, thực hành của người dân về ATVSTP

- Yếu tố nguy cơ có thể gây ngộ độc thực phẩm:

Có 43.2% người dân biết đầy đủ các nguyên nhân gây ngộ độc. Tuy nhiên hiểu từng lý do gây ngộ độc thực phẩm là khá tốt (68.3%- 94.4%).

Để nâng cao hơn nữa kiến thức cho người dân, chúng ta cần quan tâm triển khai mạnh mẽ công tác truyền thông về VSATTP tại các địa phương. Có thể nói, một sự hiểu biết tốt hơn về nhận thức và hành vi an toàn thực phẩm của người dân đồng nghĩa chúng ta có một chương trình giáo dục an toàn thực phẩm hiệu quả.

- Nhận biết dấu hiệu mất VSATTP:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 54.9% người dân nêu đầy đủ các dấu hiệu thực phẩm mất VSAT. Tuy nhiên, nếu trả lời từng dấu hiệu thì đa số người dân biết thực phẩm bị hư hỏng, mốc, nấm sẽ mất an toàn (96.8%); 65.4% người cho rằng thực phẩm nghi ngờ, chưa biết rõ nguồn gốc và 64.1% người trả lời thực phẩm có chất bảo quản, phẩm màu không phép. Theo số liệu thống kê của Cục ATVSTP trong năm 2007 cũng cho thấy tỷ lệ người tiêu dùng có kiến thức đúng về VSATTP của cả nước là 46,2%.

Có 98,0% người tiêu dùng biết để riêng thực phẩm sống và chín. Kết quả chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên năm 2010 về “ATVSTP”. chúng ta cần tiếp tục truyền thông để họ duy trì thực hành tốt hơn.

82.4% người dân thực hành bảo quản thức ăn bằng cách che đậy bằng vung, lồng bàn; 51.2% để thực phẩm trong tủ kính/tủ lạnh điều này có thể phù hợp với điều kiện của người dân hiện nay, vẫn còn 4.9% cho rằng không cần che đậy. Nghiên cứu chúng tôi tương tự một số nghiên cứu khác.

Gần một nửa người dân thực hành rửa thực phẩm từ 3 lần trở lên (48%), còn lại chỉ rửa 1-2 lần. Đây chính là lý do gây ngộ độc thực phẩm thường xảy ra tại các bữa ăn gia đình thiếu vệ sinh. Do vậy, cần có những nỗ lực hướng dẫn liên tục về an toàn thức ăn trong chế biến tại hộ gia đình để giúp bảo vệ sức khỏe. Đồng thời người dân cũng cần nhận được nhiều thông tin hơn về sử dụng thực phẩm ở gia đình họ và có hiểu biết tốt hơn về tầm quan trọng của làm sạch thực phẩm loại bỏ chất độc hại để dự phòng bệnh do thực phẩm.

4.2.7. Thực hành rửa tay của người dân

- Thời điểm rửa tay

Rửa tay thường xuyên, lưu ý rửa tay tại 5 thời điểm quan trọng: phải rửa tay sau khi đi vệ sinh, trước khi chế biến thức ăn, trước khi ăn, sau khi xì mũi và sau khi tiếp xúc vật bẩn như quét đồ rác, dọn phân hay sau khi tiếp xúc vật nuôi... . Qua điều tra chúng tôi thấy người dân thực hiện rửa tay thường xuyên đủ 5 thời điểm chiếm tỷ lệ 45.4%, đây cũng chính là nguyên nhân gây nhiễm khuẩn thức ăn, mà hậu quả là gây ra tình trạng tiêu chảy và ngộ độc thức ăn.

- Rửa tay bằng xà phòng

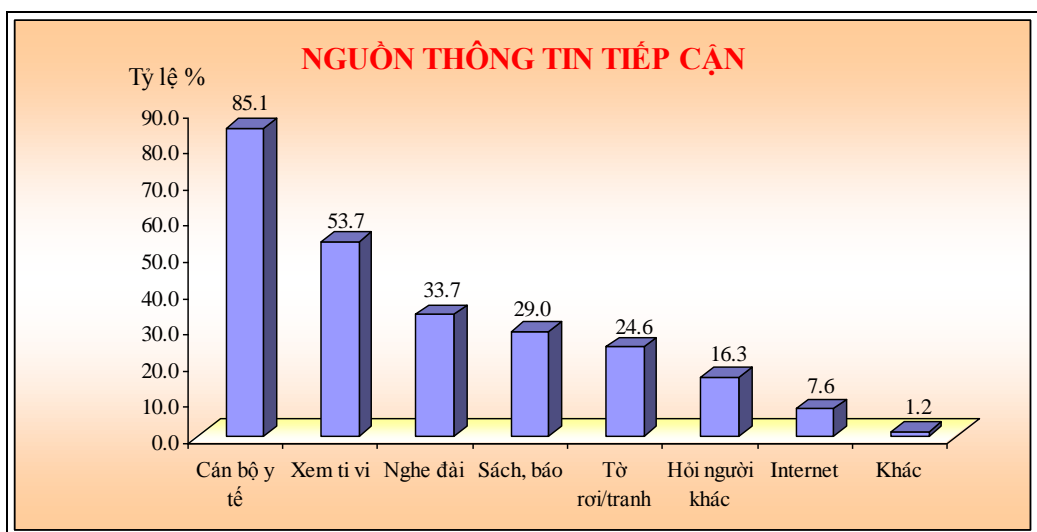
Người dân thực hành rửa tay bằng xà phòng với nước sạch chiếm tỷ lệ 65.8% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên (2010). Tuy nhiên, chỉ có 7.6% người dân thực hành lau tay bằng khăn khô sạch sau khi rửa.

4.3. Thực trạng người dân tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe

4.3.1. Tham dự các buổi truyền thông/họp tại cộng đồng

Người dân tham dự các buổi họp nói về chăm sóc sức khỏe nhằm tiếp cận thông tin chủ yếu 1-2 lần 55.4%, 3-4 lần chiếm 18.8%. Trong khi đó chưa tham dự lần nào chiếm đến 17.3%.

4.3.2. Nguồn thông tin người dân tiếp cận



Biểu đồ 1. Nguồn thông tin người dân tiếp cận

Nguồn thông tin được người dân tiếp cận nhiều nhất là cán bộ y tế (85.1%), tiếp theo là các phương tiện thông tin đại chúng; việc tiếp cận qua tờ rơi, tranh ảnh, Internet chiếm tỷ lệ thấp hơn do chưa được phổ biến.

5. Kết luận

5.1. Thực trạng kiến thức, thực hành bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân

- Tỷ lệ người dân biết từ 3 biện pháp tránh thai trở lên 78.8%. Tỷ lệ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại chiếm 69.2%.
- Kiến thức, thực hành về chăm sóc bà mẹ khi mang thai còn thiếu. Chỉ có 36.1% người dân có kiến thức đầy đủ về chế độ dinh dưỡng và 24.4% có kiến thức đầy đủ về chế độ chăm sóc nghỉ ngơi cho bà mẹ mang thai.
- Kiến thức, thực hành của người dân về CSSK trẻ em chưa đồng đều

- + 63,4% người dân có kiến thức về tiêm chủng; 75.9% trả lời đúng 2 lần uống vitamin A trong năm cho trẻ. Tuy nhiên, hiểu biết đầy đủ lợi ích bú sớm sau sinh và thời điểm ăn dặm còn thấp (43.4% và 43.9%).
- + Biết đầy đủ các dấu hiệu nguy hiểm cần đưa trẻ ngay đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ thấp 23.7%.
- + Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng đầy đủ tương đối cao (91.6%). Trẻ được cân đúng định kỳ chỉ đạt 60.5%.
- Kiến thức, thực hành của người dân về các bệnh lây nhiễm chưa tốt
 - + Người dân trả lời đúng biểu hiện bệnh sốt rét, nguyên nhân gây bệnh tương đối. Tuy nhiên, việc phòng ngừa bệnh sốt rét trả lời đúng đầy đủ đạt thấp (41.2%).
 - + 75.1% số người biết muỗi vẫn là nguyên nhân gây bệnh SXH; biết biểu hiện của bệnh sốt xuất huyết và phòng bệnh còn thấp (39.8% và 36.6%).
 - + Thực hành ngủ màn thường xuyên ngủ màn là 85.1%. Thực hiện các biện pháp phòng chống SXH chỉ có 42% người dân tham gia.
 - + 74.6% biết bệnh lao do vi khuẩn lao gây ra; một nửa số người biết đầy đủ 3 dấu hiệu chính của bệnh lao; biết đầy đủ biện pháp phòng bệnh lao chỉ đạt 41.2%.
 - + 30.7% số người trả lời đúng và đầy đủ về các biện pháp phòng lây nhiễm HIV/AIDS.
- Kiến thức, thực hành của người dân về các bệnh không lây nhiễm còn thấp
 - + 1/3 số người (29.5%) trả lời đầy đủ biện pháp phòng bệnh THA.
 - + 36.6% người dân có kiến thức về phòng bệnh đái tháo đường .
 - + Có đến 60.2% người dân có ít nhất 1 thói quen có hại cho sức khỏe.
- Kiến thức, thực hành của người dân về ATVSTP còn hạn chế
 - + Có 43.2% người trả lời biết đầy đủ các nguyên nhân gây ngộ độc; 54.9% số người nêu đầy đủ các dấu hiệu mất VSATTP.
 - + 48% thực hành rửa thực phẩm đủ 3 lần trở lên.
- Người dân thực hiện rửa tay thường xuyên chiếm tỷ lệ 45.4%.
- Thực hành rửa tay bằng xà phòng với nước sạch chiếm tỷ lệ 65.8%.

5.2. *Thực trạng về tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe*

Người dân tiếp cận thông tin về chăm sóc sức khỏe còn hạn chế.

6. Kiến nghị

6.1. Đối với cấp ủy đảng, chính quyền, ban, ngành, đoàn thể

- Các cấp ủy Đảng cần có Nghị quyết chuyên đề về truyền thông GDSK.
- Phối hợp liên ngành, huy động sự tham gia của cộng đồng.
- Đầu tư nguồn lực đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị kinh phí tối thiểu cho hoạt động truyền thông GDSK các tuyến.

6.2. Đối với ngành y tế

- Tập trung xây dựng các mô hình truyền thông GDSK tại cộng đồng.
- Thường xuyên đào tạo cho đội ngũ cán bộ y tế làm truyền thông GDSK.
- Xây dựng và phổ biến tài liệu truyền thông phù hợp ngôn ngữ, sinh hoạt, tập quán, văn hóa vùng miền. Chú trọng tài liệu truyền thông trong trường học.
- Phối hợp với các cơ quan báo, đài thực hiện chuyên mục hướng dẫn chăm sóc sức khỏe trên truyền hình, phát thanh, xây dựng chuyên trang trên các báo, tạp chí của các ban, ngành, đoàn thể. Đẩy mạnh truyền thông GDSK tại cộng đồng với nội dung trọng tâm, có chất lượng.
- Triển khai thực hiện công tác nghiên cứu khoa học hành vi tổ chức hội nghị khoa học nhằm trao đổi thông tin và chia sẻ kinh nghiệm.
- Tăng cường hợp tác quốc tế về lĩnh vực truyền thông nhằm huy động các nguồn lực cho công tác truyền thông GDSK.

6.3. Đối với người dân

- Phải tích cực tìm hiểu thông tin từ cán bộ y tế địa phương, tham gia các hoạt động nhân "Ngày sức khỏe", các phong trào vệ sinh phòng bệnh.
- Thường xuyên cập nhật kiến thức thông qua các buổi hướng dẫn của cán bộ y tế, theo dõi hướng dẫn chăm sóc sức khỏe trên các phương tiện thông tin đại chúng, tài liệu, tờ rơi, áp phích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chỉ thị số 08/CT-BYT ngày 01 tháng 9 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe
2. Cao Ngọc Thành, Phan Thị Kim Hoa (2008), *Nghiên cứu tình hình thực hiện kế hoạch hóa gia đình tại huyện Cần Giờ, Thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp 2.
3. Đào Huệ Lan, Nguyễn Thanh Hương, Nguyễn Minh Tuấn (2011), *Kiến thức, thực hành về phòng, chống HIV/AIDS của công nhân tại công ty Than Núi Béo, Quảng Ninh*.
4. Đàm Viết Cương, Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự (2010), *Đánh giá tình hình lạm dụng rượu bia tại Việt Nam*.

5. Đỗ Thị Anh Thư, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2009), *Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng biện pháp tránh thai của phụ nữ 15-49 tuổi tại huyện Ninh Hòa*.
6. Hồ Văn Hoàng (2008), *Nghiên cứu yếu tố nguy cơ ở một số xã có sốt rét dai dẳng tại các tỉnh Quảng Trị, Quảng Nam, Gia Lai và áp dụng một số biện pháp nâng cao hiệu quả phòng chống sốt rét*.
7. Nghị quyết số 46 -NQ/TW của Bộ Chính trị ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
8. Nguyễn Văn Đức (2003), *Thai nghén sinh đẻ và chăm sóc em bé*, Nhà xuất bản Y học.
9. Ngô Thị Nhu (2011), *Kiến thức, thực hành chăm sóc dinh dưỡng thai nghén của bà mẹ có thai tại thành phố Phủ Lý, tỉnh Hà Nam*.
10. Nguyễn Thị Liên, Phạm Nguyễn Cẩm Thạch và cộng sự (2010), *Thực trạng và giải pháp tăng cường vai trò của hệ thống chính trị và sự tham gia của cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân miền núi tỉnh Quảng Nam*.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ, PHƯỜNG – TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2011

*Lê Trung Quân, Nguyễn Minh Dũng, Hầu Văn Nam, Tôn Thất Hiền,
Thái Văn Khoa, Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Phương Huy, Nguyễn Văn Cường
Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Thừa Thiên Huế*

Tóm tắt nghiên cứu

Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) của cán bộ y tế xã phường đã phỏng vấn và quan sát 888 người tại Thừa Thiên Huế. Kết quả cho thấy tỷ lệ thái độ rất đúng chiếm 67,7% nhưng tỷ lệ thực hành tốt chỉ chiếm 14,3% và không có cán bộ y tế (CBYT) nào có kiến thức loại tốt. Vẫn còn thiếu hụt về kiến thức: chỉ 7,9% CBYT biết các dấu hiệu cơn sốt rét điển hình, 5,0% biết được đầy đủ các bước chế biến của một bữa ăn bổ sung. Trong thực hành kỹ năng truyền thông, chỉ có 22,1% thực hiện thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng. Nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa tìm hiểu thông tin y học, tham gia thực hiện và được đào tạo các nội dung của chương trình mục tiêu quốc gia về y tế với kiến thức, mối liên quan giữa thời gian công tác, sự hài lòng về mức thu nhập với thái độ và mối liên quan giữa sự tham gia đóng vai trong tập huấn, có đầy đủ tài liệu truyền thông với thực hành về TT-GDSK.

1. Đặt vấn đề

Trong hệ thống chăm sóc sức khỏe Việt Nam, trạm y tế xã, phường là nơi đầu tiên người dân tiếp cận khi ốm đau. Nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường là tổ chức thực hiện các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu. CBYT xã, phường có vai trò quan trọng trong vận động và thực hiện công tác xã hội hoá y tế nói chung và đặc biệt là công tác TT- GDSK, các lời khuyên của họ đều thiết thực hữu ích, dễ được người dân chấp nhận làm theo. Để thực hiện tốt nhiệm vụ TT-GDSK người truyền thông cần được trang bị kiến thức về y học, kiến thức về tâm lý, khoa học hành vi, đặc biệt là kỹ năng truyền thông, giao tiếp. Theo kết quả nghiên cứu của Trung tâm TT-GDSK Trung ương năm 2004, nguồn cung cấp thông tin sức khỏe đến với người dân thông qua cán bộ y tế là 92,3%, và 65,1% người dân cho rằng nguồn thông tin này là dễ hiểu.

Như vậy, để đáp ứng nhu cầu người dân tìm kiếm thông tin về sức khỏe và làm sao để nguồn thông tin này chính xác, dễ hiểu, dễ được người dân chấp nhận thì cần phải thường xuyên đào tạo về kiến thức và kỹ năng TT-GDSK cho đội ngũ CBYT.

Trên cơ sở đó, việc đánh giá năng lực hoạt động TT-GDSK của CBYT tại trạm y tế xã, phường nhằm đưa ra các giải pháp, xây dựng một kế hoạch chương trình đào tạo kỹ năng TT-GDSK phù hợp cho cho đội ngũ cán bộ y tế xã, phường. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài *Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường - tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011*.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành TT-GDSK của CBYT xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành TT-GDSK của CBYT xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu: CBYT xã, phường, thị trấn của tỉnh Thừa Thiên Huế

3.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2011-3/2012

3.3. Địa điểm nghiên cứu: tại 152 TYT xã, phường, thị trấn tỉnh Thừa Thiên Huế.

3.4 Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.4.1. Cỡ mẫu: toàn bộ 888 CBYT đang công tác tại các TYT xã phường, thị trấn.

3.4.2. Chọn mẫu: chọn những CBYT thuộc biên chế của trạm, đây là những cán bộ đang và sẽ tiếp tục công tác ổn định lâu dài tại trạm, là đối tượng sẽ tiếp tục hưởng lợi sau khi có những kiến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp CBYT thuộc đơn vị y tế tuyến tỉnh hoặc huyện đang công tác tăng cường tại các trạm y tế theo chương trình đưa bác sĩ về trạm y tế xã, CBYT thuộc biên chế trạm đang đi học dài hạn trên 3 tháng tại thời điểm nghiên cứu không thể sắp xếp được thời gian để tham gia phỏng vấn.

3.4.3. Công cụ thu thập số liệu: Thiết kế bộ câu hỏi cho các đối tượng điều tra dựa vào giáo trình “ Một số khái niệm cơ bản về truyền thông- giáo dục sức khỏe” và nội dung “Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006 – 2010”. Thiết kế phần đánh giá thực hành dựa vào bảng kiểm kỹ năng truyền thông trực tiếp, chi tiết hóa các nội dung trong bảng kiểm thành các tiêu chí cụ thể. Thiết kế phần đánh giá trang thiết bị, tài liệu truyền thông dựa vào hướng dẫn đánh giá hoạt động TT-GDSK tuyến huyện, xã.

3.4.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 11.5.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 888 CBYT xã được điều tra, nhóm tuổi từ 36-45 tuổi chiếm 31,3%, tiếp theo là nhóm tuổi từ 26- 35 tuổi và 46-55 tuổi (28,0% và 25,5%). Tỷ lệ CBYT là nữ cao hơn nam (65,0% so với 35,0%). Dân tộc Kinh chiếm 88,7%. Số năm công tác của CBYT phổ biến ở mức trên 10 năm (chiếm tỷ lệ 53,2%), tiếp theo là dưới 5 năm (34,1%), từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ thấp (12,7%). 14,1% CBYT có mức thu nhập trên 4 triệu đồng/tháng. CBYT có trình độ cao đẳng, trung cấp Y Dược chiếm tỷ lệ 62,2%, CBYT có trình độ đại học Y Dược chiếm 15,9%. Có 12,0% cán bộ không có bằng cấp chuyên môn Y Dược (chủ yếu là cán bộ làm công tác dân số).

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về TT-GDSK của CBYT xã, phường

Các hình thức truyền thông trực tiếp (TT) là một hoạt động truyền thông thường xuyên của CBYT nhưng tỉ lệ không biết hoặc hiểu sai là 20,7%. Tỷ lệ biết được dấu hiệu cơn sốt rét điển hình thấp 7,9%. Tỷ lệ không biết, sai về dấu hiệu bệnh ung thư là 15,5%. Thực hành dinh dưỡng là một hoạt động truyền thông thường xuyên của Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em (CTPCSDDTE) nhưng tỷ lệ CBYT biết đầy đủ các bước chế biến thức ăn cho trẻ chỉ là 5,0%. Vẫn còn một số thiếu hụt về kiến thức về bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng (BVSKTTCD), 73,6% không biết hoặc bao gồm tâm thần phân liệt (TTPL), động kinh và trầm cảm và 23,3% không biết hoặc sai các biểu hiện của bệnh TTPL.

Bảng 1: Thiếu hụt kiến thức về khái niệm cơ bản TT-GDSK và một số chương trình mục tiêu quốc gia y tế

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
CBYT không biết hoặc kể sai tên các hình thức truyền thông TT	184	20,7
CBYT biết được biểu hiện của cơn sốt rét điển hình	70	7,9
CBYT không biết, sai các dấu hiệu cần cảnh giác với ung thư	138	15,5
CBYT biết đầy đủ các bước chế biến bữa ăn bổ sung cho trẻ	44	5,0
CBYT không biết hoặc biết không đầy đủ 3 RLTT thuộc chương trình BVSKTTCD (TTPL, động kinh, trầm cảm)	654	73,6
CBYT không biết hoặc sai các biểu hiện của bệnh TTPL	207	23,3

Kết quả kiến thức chung về TT-GDSK không có CBYT nào đạt loại tốt, loại khá chiếm tỷ lệ thấp (20,4%), loại trung bình chiếm 53,9%. Vẫn còn 25,7% CBYT có kiến thức xếp loại kém.

100% CBYT đồng ý rằng hoạt động TT-GDSK là một nội dung quan trọng đối với các CTMTQGYT, trong đó ở mức độ rất đồng ý là 89,5%. 92,5% CBYT cho rằng trách nhiệm thực hiện công tác TT-GDSK là của tất cả CBYT, chỉ một số ít (7,5%) cho rằng trách nhiệm này thuộc về trưởng trạm y tế. Kết quả thái độ chung về TT-GDSK, mức độ rất đúng chiếm tỷ lệ 67,7%, mức độ đúng chiếm 32,3%. Không có CBYT nào có thái độ sai đối với TT-GDSK

Trong việc đánh giá thực hành kỹ năng truyền thông TT, số CBYT đạt loại tốt và khá với tỷ lệ thấp (14,3 và 24,0%), phần lớn vẫn là loại trung bình (42,7%), CBYT bị loại kém là 19,0%.

Bảng 2: Các thiếu hụt về thực hành kỹ năng TT-GDSK trực tiếp

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
CBYT thảo luận để giải quyết khó khăn với đối tượng	196	22,1
CBYT đặt câu hỏi để kiểm tra xem đối tượng có hiểu vấn đề	255	28,7

CBYT hứa hỗ trợ giúp đỡ thực hiện những điều sẽ làm	147	16,6
CBYT đạt được cam kết với đối tượng những điều sẽ làm	215	24,2

CBYT bỏ qua tiêu chí thảo luận và giải quyết khó khăn cho đối tượng truyền thông, chỉ có 22,1% số người thực hiện tiêu chí này. Các kỹ năng kiểm tra, khuyến khích và cuối cùng là cam kết, nhiều CBYT không thực hiện các tiêu chí này và kết quả đạt được là khá thấp dưới 30%.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về TT-GDSK của CBYT xã, phường

Bảng 3: Yếu tố liên quan đến kiến thức về TT-GDSK của CBYT

Yếu tố	Đạt		Không đạt		P
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Tham gia ≥ 3 CTMTQGYT	87	33,0	177	67,0	p<0,05
Tham gia < 3 CTMTQGYT	94	15,1	530	84,9	
Tập huấn ≥ 3 lĩnh vực	150	27,3	399	72,7	p<0,05
Tập huấn < 3 lĩnh vực	31	9,1	308	90,9	
Quan tâm, tìm hiểu TTYH	174	21,1	649	78,9	p<0,05
Không quan tâm, tìm hiểu TTYH	7	10,8	58	89,2	

Kết quả bảng 3 cho thấy CBYT tham gia từ 3 CTMTQGYT trở lên thì mức độ kiến thức đạt chiếm 33,0%; cao hơn nhóm CBYT tham gia dưới 3 chương trình (15,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). CBYT có tham gia tập huấn, đào tạo từ 3 lĩnh vực trở lên thì mức độ kiến thức đạt chiếm 27,3%; cao hơn nhóm CBYT chỉ được tập huấn, đào tạo dưới 3 lĩnh vực (9,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm CBYT có quan tâm tìm hiểu thông tin y học (TTYH) với mức độ kiến thức chung về TT-GDSK.

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số yếu tố đến thái độ chung về TT-GDSK

Yếu tố		Rất đúng		Đúng		P
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Trình độ chuyên môn	ĐH Y dược	104	73,8	37	26,2	p>0,05
	Khác	497	66,5	250	33,5	
Thời gian công tác	≥ 5 năm	438	74,9	147	25,1	p<0,05
	<5 năm	163	53,8	140	46,2	
Hài lòng với mức thu nhập	Đủ	89	83,2	18	16,8	P<0,05
	Không đủ	512	65,6	269	34,4	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian công tác, sự hài lòng về mức thu nhập với kết quả thái độ chung của CBYT về TT-GDSK.

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến thực hành truyền thông trực tiếp

Yếu tố		Đạt		Không đạt		P
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Trang thiết bị truyền thông	Đầy đủ	182	40,8	264	59,2	p>0,05
	Không đầy đủ	158	35,7	284	64,3	
Tài liệu truyền thông	Đầy đủ	193	44,3	243	55,7	p<0,05
	Không đầy đủ	147	32,5	305	67,5	
Thực hành đóng vai trong tập huấn	Có	278	66,0	143	34,0	p<0,05
	Không	34	22,8	115	77,2	

Không có sự khác biệt mức độ thực hành giữa nhóm CBYT có đầy đủ trang thiết bị truyền thông với nhóm có không đầy đủ ($p>0,05$). Mức độ thực hành đạt chiếm tỷ lệ lớn hơn ở CBYT có đầy đủ tài liệu truyền thông (44,3%) so với CBYT có không đầy đủ (32,5%) ($p<0,05$). Trong số những cán bộ được tập huấn kỹ năng thực hành TT-GDSK ($n=570$), CBYT có tham gia thực hành đóng vai thì mức độ thực hành đạt (66,0%) cao hơn nhóm không tham gia đóng vai trong tập huấn (22,8%).

5. Bàn luận

5.1. Về đặc điểm của CBYT xã, phường

Nghiên cứu cho thấy giữa các nhóm từ 26 đến 55 tuổi, nhóm từ 26-35 tuổi chiếm 28,0%, nhóm từ 36-45 tuổi chiếm 31,3% và nhóm từ 46-55 tuổi chiếm 25,5%. Đây là một trong những điều kiện thuận lợi cho công tác quản lý và phân công nguồn nhân lực một cách hợp lý, phục vụ cho công tác TT-GDSK tại tuyến xã. Bên cạnh đó, nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam (65,0% và 35,0%), đây cũng là một điểm mạnh, rất phù hợp cho truyền thông các chương trình y tế, phần lớn tập trung vào các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Trong công tác truyền thông, CBYT là nữ giới thường có tinh thần trách nhiệm, tận tình, chu đáo, tính tình nhẹ nhàng, nếu CBYT là nữ sẽ dễ tiếp cận với đối tượng cần được truyền thông, tư vấn là phụ nữ và trẻ em hơn là nam giới. CBYT dân tộc Kinh chiếm 88,7%. Các dân tộc khác chiếm 11,3% trong đó tập trung chủ yếu ở 2 huyện miền núi A Lưới (66,4%) và Nam Đông (26,3%). Số năm công tác của CBYT phổ biến ở mức trên 10 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất (53,2%), với tỷ lệ cao CBYT có thâm niên công tác kết hợp với độ tuổi từ 36-55 là nguồn nhân lực quan trọng, có nhiều kinh nghiệm về công tác TT-GDSK cũng như tạo được uy tín trong cộng đồng.

5.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về TT-GDSK của CBYT xã, phường

5.2.1. Kiến thức về TT-GDSK của CBYT xã, phường

Một số thiếu hụt về kiến thức TT-GDSK của CBYT đã được xác định. Một câu hỏi rất đơn giản là kể tên các hình thức truyền thông trực tiếp, kết quả tỷ lệ cán bộ kể tên được 3 hình thức truyền thông trực tiếp trở lên chỉ có 37,6% và 20,7% không kể được hình thức nào. Điều này cũng cho thấy, có thể những CBYT không kể được tên hình thức truyền thông trực tiếp nào rằng chưa bao giờ hoặc rất ít khi thực hiện hoặc tham gia tổ chức thực hiện 3 hình thức truyền thông trực tiếp thường xuyên tiến hành tại

trạm y tế và cộng đồng đó là: tư vấn, thăm hộ gia đình, nói chuyện sức khỏe tại các buổi họp thôn, tổ.

Tỷ lệ CBYT nhận biết được các triệu chứng của bệnh sốt rét không cao, biết đầy đủ 2 đặc điểm của triệu chứng sốt rét chỉ chiếm 7,9%, trong đó tỷ lệ biết sốt rét là bệnh diễn biến thành cơn có chu kỳ chỉ chiếm 24,5% và biết đặc điểm của cơn sốt diễn tiến 3 giai đoạn: rét, nóng, vã mồ hôi chiếm 53,9%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cục Y tế dự phòng (26,8% và 54,3%). Tuy sốt rét chỉ gặp nhiều ở miền núi và các vùng sâu vùng xa, nhưng do đặc điểm di cư tự do, người bệnh sốt rét có thể mang mầm bệnh từ vùng có dịch đến vùng không có dịch, và chỉ cần xuất hiện muỗi anopheles trên địa bàn là đủ điều kiện để dịch có thể xảy ra. Việc không nắm bắt được triệu chứng bệnh, không những gây khó khăn cho vấn đề chẩn đoán, bỏ sót nguồn lây mà còn giảm hiệu quả trong việc truyền thông để người dân tự phát hiện bệnh kịp thời, có thể hình thành tâm lý chủ quan với dịch của các cán bộ y tế ở các vùng không có dịch sốt rét lưu hành và có thể dẫn đến bùng phát dịch tại những vùng này.

Chương trình ung thư bắt đầu được triển khai tại Thừa Thiên Huế từ 2008, so với các chương trình y tế khác thì đây là chương trình khá mới, có thể đây là nguyên nhân khiến cho 15,5% CBYT không biết dấu hiệu nào hoặc hiểu sai các dấu hiệu nghi ngờ.

Việc tổ chức hướng dẫn thực hành nấu 1 bữa ăn dinh dưỡng cho các bà mẹ là một trong những hoạt động quan trọng của chương trình PCSDDTE và thường xuyên được tổ chức tiến hành, nhưng kết quả cho thấy số CBYT biết đầy đủ 5 bước chế biến một bữa ăn bổ sung cho trẻ rất thấp (5,0%). Điều này có thể lý giải là công tác này một số trạm y tế giao khoán cho nữ hộ sinh tiến hành, những CBYT khác không làm, không thực hành thì họ không biết, hoặc biết không đầy đủ các bước là điều dễ hiểu.

Ba rối loạn tâm thần thuộc chương trình BVSKTTCD giai đoạn 2006-2010 gồm: bệnh tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm đã được triển khai nhưng có 73,6% CBYT không biết hoặc biết không đầy đủ, có đến 23,3% CBYT không biết hoặc hiểu sai các biểu hiện của bệnh tâm thần phân liệt (TTPL). Các kiến thức về sức khỏe tâm thần là tương đối khó so với các chương trình khác, và vẫn còn tâm lý ỷ lại của một bộ phận CBYT, xem đây là nhiệm vụ chuyên môn đơn thuần của bác sỹ, y sỹ. Vì vậy, cần xây dựng và thiết kế các thông điệp truyền thông về sức khỏe tâm thần một cách khoa học và phù hợp hơn, cũng như ưu tiên đào tạo, tập huấn về chương trình này.

Nhìn chung, kiến thức chung về TT-GDSK của CBYT tuyến xã phường vẫn còn nhiều hạn chế, chưa đầy đủ và thấp hơn so với mong đợi. Kết quả tổng hợp chung cho thấy không có CBYT nào đạt loại tốt, loại khá cũng chiếm tỷ lệ thấp (20,4%), phần lớn là loại trung bình, chiếm hơn phân nửa (53,9%) và vẫn còn một tỷ lệ đáng kể CBYT bị loại kém (25,7%).

5.2.2. Thái độ về TT-GDSK của cán bộ y tế xã, phường

100% CBYT đồng ý rằng hoạt động TT-GDSK là một nội dung quan trọng đối với các CTMTQGYT, trong đó ở mức độ rất đồng ý là 89,5%. Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tuy không thể thay thế được các hoạt động chuyên môn của CTMTQGYT, nhưng nó góp phần quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của CTMTQGYT đó. Nhận thức được điều này, đa số CBYT đều cho rằng trách nhiệm thực hiện công tác TT-GDSK là nhiệm vụ của tất cả CBYT (92,5%), chỉ một số rất ít (7,5%) cho rằng trách nhiệm này thuộc về trưởng trạm y tế.

Nhìn chung, tỷ lệ CBYT có mức độ thái độ chung đúng là khá tốt, 67,7% có thái độ mức rất đúng, mức độ đúng là 32,3% và không có CBYT nào có thái độ sai đối với TT-GDSK.

5.2.3. Thực hành về TT-GDSK của cán bộ y tế xã, phường

Kỹ năng truyền thông trực tiếp là một kỹ năng truyền thông quan trọng mà bất cứ truyền thông viên (TTV) nào cũng cần được trang bị qua các lớp đào tạo, tập huấn và thực hiện thường xuyên trong công tác TT-GDSK. Tuy nhiên qua nghiên cứu vẫn còn một số thiếu hụt trong kỹ năng này cần được tập trung công tác đào tạo, tập huấn trong thời gian đến. Kết quả thực hành kỹ năng truyền thông trực tiếp, số CBYT đạt loại tốt và khá rất ít (14,3% và 24,0%), phần lớn vẫn là loại trung bình (42,7%). Vẫn còn số CBYT bị loại kém (19,0%).

Kỹ năng hỏi là một kỹ năng quan trọng trong truyền thông trực tiếp bằng cách sử dụng các câu hỏi mở. Nghiên cứu cho thấy phần lớn CBYT chỉ hỏi 1-2 câu (59,7%), hỏi 3-4 câu chiếm 29,2% và 11,1% người không đặt câu hỏi nào. Về nội dung các câu hỏi thì tỷ lệ CBYT đặt câu hỏi để tìm ra được những điều đối tượng đã biết (77,4%), tìm ra được những điều đối tượng đã làm đúng (45,3%), tìm ra được những điều đối tượng đã làm chưa đúng (40,3%) và tìm ra được những khó khăn đối tượng (19,9%). Nhìn vào kết quả trên, phần lớn nội dung câu hỏi đều thiên về khai thác sự hiểu biết của đối tượng, còn đi sâu vào hành vi đúng và chưa đúng hoặc khó khăn khi thực hiện hành vi mới đều rất thấp. Điều này làm giảm hiệu quả của công tác truyền thông, khi khuyên nhủ đối tượng, CBYT sẽ chỉ cung cấp thông tin mang tính một chiều là chính.

Kỹ năng khuyên nhủ là kỹ năng quan trọng nhất, chiếm nhiều thời gian nhất trong một cuộc truyền thông trực tiếp và là kỹ năng có liên quan mật thiết đến kỹ năng hỏi. Nếu không hỏi để khai thác tốt thông tin thì khi khuyên nhủ truyền thông viên sẽ cung cấp thông tin mang tính 1 chiều hoặc áp đặt một cách chủ quan đối với những điều đối tượng nên làm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đã phản ánh vấn đề trên, nội dung khuyên nhủ của CBYT phần lớn là bổ sung, cung cấp thông tin (92,1%), kể đến là hướng dẫn điều cần làm (74,8%) và rất ít CBYT tiến hành thảo luận giải quyết khó khăn để giúp đỡ đối tượng (22,1%).

Kỹ năng kiểm tra khá đơn giản, dễ làm nhưng đa số CBYT đều bỏ qua, có đến 71,3% không thực hiện kỹ năng này. Cùng với tiêu chí đặt câu hỏi kiểm tra (trong kỹ năng kiểm tra) để đánh giá nhanh về kiến thức của đối tượng có hiểu vấn đề được trao

đổi, thì tiêu chí cam kết nhằm đánh giá sự thay đổi thái độ của đối tượng sau khi được truyền thông. Đây là kỹ năng không khó nhưng chỉ có 24,2% CBYT thực hiện.

5.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và TT-GDSK của CBYT

Mức độ kiến thức chung đạt cao hơn ở những CBYT có tham gia vào hoạt động từ 3 CTMTQGYT trở lên so với CBYT tham gia ít hơn 3 chương trình (33,0% so với 15,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, với kết quả trên ta cũng có thể đưa ra các khuyến nghị đối với công tác quản lý CTMTQGYT tại TYT. Trưởng trạm nên luân phiên phân công CBYT tham gia vào các chương trình y tế khác nhau, ngoài việc phải chịu trách nhiệm thực hiện chương trình, trong công tác truyền thông, mỗi bản thân CBYT phải tự tìm hiểu bổ sung thêm kiến thức về các thông điệp truyền thông để đáp ứng nhu cầu công việc.

Trong 10 lĩnh vực khảo sát (bao gồm kiến thức, kỹ năng cơ bản về TT-GDSK và 9 CTTMTQGYT), nhóm CBYT có tham gia tập huấn từ 3 lĩnh vực trở lên mức độ kiến thức chung đạt cao hơn so với CBYT chỉ tham gia tập huấn ít hơn 3 lĩnh vực (27,3% so với 9,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, công tác đào tạo tập huấn là quan trọng trong việc nâng cao kiến thức cho CBYT, công tác nên được tiến hành thường xuyên. Tuy nhiên với nguồn lực hạn chế như hiện nay, cũng cần xây dựng kế hoạch đào tạo hợp lý, ưu tiên tập trung cho những nhóm đối tượng và chương trình có kết quả thấp.

Nhóm CBYT có quan tâm tìm hiểu thông tin y học thì mức độ kiến thức chung đạt cao hơn (21,1% so với 10,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy với kết quả này, chúng ta có thể đề xuất các hình thức và khuyến khích CBYT dành một ít thời gian của công việc hàng ngày vào việc tìm hiểu thông tin y học.

Nghiên cứu không tìm thấy sự liên hệ nào trình độ chuyên môn và kết quả thái độ chung về TT-GDSK. Tỷ lệ mức độ thái độ rất đúng ở những CBYT có trình độ Đại học Y Dược là 73,8%, nhóm CBYT có trình độ khác là 66,5% ($p > 0,05$). Điều này có thể giải thích được là ngoài kiến thức, thái độ có thể chịu ảnh hưởng bởi những yếu tố khác như niềm tin, kinh nghiệm sống và ảnh hưởng của những người xung quanh.

Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ thái độ chung mức độ rất đúng cao 74,9% ở nhóm CBYT có thời gian công tác từ 5 năm trở lên. Trái lại nhóm CBYT công tác dưới 5 năm thì mức độ thái độ rất đúng thấp hơn (53,8%) ($p < 0,05$). Như vậy cũng có thể thấy rằng khi thời gian công tác lâu hơn, CBYT tích lũy kinh nghiệm thu được trong cuộc sống, trong công việc hàng ngày và họ càng có thái độ tốt hơn về công tác TT-GDSK.

Tỷ lệ thái độ rất đúng ở những CBYT cho rằng mức thu nhập hàng tháng đủ đảm bảo nhu cầu cho sinh hoạt, chi tiêu là 83,2%, nhóm cho rằng không đủ là 65,6% ($p < 0,05$). Như vậy, có thể thấy rằng, khi đời sống kinh tế của CBYT được đảm bảo, họ có thái độ đúng đắn công tác TT-GDSK.

Nghiên cứu không cho thấy sự liên quan nào giữa việc CBYT có đầy đủ trang thiết bị hay không và mức độ thực hành đạt. Nhóm CBYT có đầy đủ trang thiết bị thì mức độ thực hành đạt là 40,8%, nhóm CBYT có không đầy đủ thì mức độ này là 35,7%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong khi đó, nhóm CBYT có đầy đủ tài liệu truyền thông thì mức độ thực hành đạt chiếm 44,3%, tỷ lệ này cao hơn nhóm không có đầy đủ tài liệu truyền thông (32,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Như vậy có thể thấy rằng tài liệu truyền thông có thể ảnh hưởng đến kỹ năng thực hành của CBYT, trong khi đó thiết bị truyền thông như: âm ly, loa đài... thì không. Điều này có thể giải thích là các trang thiết bị truyền thông chủ yếu là phương tiện để chuyển tải thông tin đến người dân, và đặc biệt hiện nay CBYT ít tham gia vào hoạt động viết bài phát thanh, soạn và đọc các tin tức, nội dung truyền thông chủ yếu phát từ các băng, đĩa hình tiếng đã được cung cấp sẵn. Trong khi đó tài liệu truyền thông luôn là phương tiện hỗ trợ đắc lực cho CBYT trong khi truyền thông trực tiếp. Có thể là khi có đầy đủ tài liệu truyền thông, CBYT có hứng thú và giúp cho họ tự tin hơn trong khi truyền thông, và họ thường xuyên thực hiện công tác truyền thông trực tiếp từ đó nâng cao kỹ năng thực hành của mình. Nghiên cứu cũng quy định tiêu chuẩn có trên 3 loại tranh lật là tiêu chuẩn bắt buộc để đánh giá trạm y tế có đầy đủ tài liệu truyền thông hay không vì đây là tài liệu truyền thông quan trọng nhất, chứa đựng nhiều nội dung, thường được sử dụng nhiều trong truyền thông trực tiếp và bền hơn các loại tài liệu khác. Từ kết quả nghiên cứu này, cần có kế hoạch tăng cường sản xuất đầy đủ các chủng loại tài liệu truyền thông, đặc biệt là tranh lật.

Trong số những CBYT có tham dự các lớp tập huấn, đào tạo có nội dung thực hành kỹ năng truyền thông ($n=570$), thì tỷ lệ mức độ thực hành đạt ở nhóm có tham gia đóng vai thực hành cao hơn nhóm không tham gia đóng vai (26,1% so với 7,4%), ($p<0,05$). Từ kết quả này, làm cơ sở để xây dựng kế hoạch các lớp tập huấn về kỹ năng truyền thông, trong đó chú trọng đến số lượng học viên vừa đủ, không nhiều quá và phải dành thời gian cho mọi học viên được đóng vai thực hành.

6. Kiến nghị

- Cần tổ chức đào tạo nâng cao kiến thức và thực hành TT-GDSK cho đội ngũ CBYT xã phường, tập trung vào nhóm điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh... Tổ chức nhiều hình thức lồng ghép để CBYT có điều kiện tìm hiểu và cập nhật thêm thông tin y học.
- Xây dựng, biên soạn đầy đủ, cập nhật thông tin tài liệu tập huấn về TT-GDSK để cung cấp cho tuyến y tế cơ sở.
- Lãnh đạo ngành y tế cần có giải pháp để nâng cao thu nhập, cải thiện đời sống cho CBYT cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Y tế dự phòng (2007), *Báo cáo nghiên cứu nhu cầu cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực phòng chống bệnh truyền nhiễm của 60 huyện trong địa bàn dự án khu vực tiểu vùng sông Mê Kông*, Hà Nội, tr.26-39.
2. Nguyễn Tiến Lâm (2003), *Nghiên cứu tình hình hoạt động của trạm y tế xã tỉnh Kon-tum năm 2002-2003*, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế, tr.67.
3. Tạc Văn Nam (2010), “Thực trạng nguồn lực phục vụ công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành y tế tỉnh Bắc Kạn năm 2007-2008 và đề xuất một số giải pháp đến 2015”, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về TT-GDSK giai đoạn 2001-2010*, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.122-130.
4. Nguyễn Quang Thuận và Cs (2007), “ Một số khái niệm cơ bản về truyền thông- giáo dục sức khỏe”, *Khoá học về các kỹ năng truyền thông- giáo dục sức khỏe*, Trung tâm TT- GDSK Trung ương, Hà Nội, tr.8-12.
5. Thủ tướng Chính phủ (2007), *Quyết định Phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006 - 2010*, Hà Nội.
6. Trung tâm truyền thông GDSK TW-Dự án Y tế Nông thôn (2010), “Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại 13 tỉnh dự án y tế nông thôn”, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về TT-GDSK giai đoạn 2001-2010*, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ Thuật, Hà Nội, tr.294-300.
7. Hashim D.S, Al Kubais W. and Al DulaymeA (2003), “Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 9, No.4, 2003, p.718-731.
8. Malaria Research Lead Program of the South African Medical Research Council (2008), *Brief report Evaluation of Malaria Health Education Interventions using Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) in South Africa*, pp.5.
9. Nighat Nisar, Muddasir Mirza, Majid Hafeez Qadri (2010), “Knowledge, Attitude and Practices of mothers regarding immunization of one year old child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi”, *Pak J Med Sci*, 26(1), pp.183-186.
10. Nguyen Toan Tran, Richard Taylor, Song Il Choe, Hae Suk Pyo, Ok Suk Kim, Hyon Chol So (2011), “Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Concerning Cervical Cancer and Screening among Rural and Urban Female Healthcare Practitioners in the Democratic People’s Republic of Korea” *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 12, 2011, pp.3023-3028.

XÂY DỰNG MÔ HÌNH ĐIỂM PHÒNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI TRẠM Y TẾ XÃ PHÚ LÂM, HUYỆN TIÊN DU, TỈNH BẮC NINH

*BSCKI. Nguyễn Văn Lang, CN Trương Thị Phương Hoa,
CN Bùi Thế Thực, CN Lê Thị Hồng
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh*

Tóm tắt nghiên cứu

100% (126 trạm y tế xã/phường trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh) đã đạt chuẩn. Tuy nhiên hiệu quả của phòng truyền thông tại các trạm y tế xã còn hạn chế. Nghiên cứu đánh giá thực trạng của bác sỹ CK I Nguyễn Văn Lang- Giám đốc Trung tâm TT-GDSK Bắc Ninh cho thấy có 39,7% trạm y tế bố trí phòng với tên là phòng truyền thông, bố trí sắp xếp tranh ảnh tại phòng truyền thông còn chưa khoa học là 50%, số lượng và chất lượng pano tuyên truyền đạt 50%; có 18,3% trạm y tế có tỷ lệ áp phích đạt yêu cầu, do đó chất lượng truyền thông cũng như hiệu quả làm việc của cán bộ y tế bị hạn chế. Sáng kiến **“Xây dựng mô hình điểm Phòng Truyền thông GDSK tại trạm y tế”** là quá trình giáo dục hành động tác động trực tiếp vào việc bố trí sắp xếp phòng truyền thông và đã mang lại hiệu quả rõ rệt cho người dân và cán bộ y tế tại trạm. Trên cơ sở sáng kiến đó lãnh đạo Sở y tế và các phòng ban, các đơn vị liên quan đóng góp xem xét phê duyệt ban hành quy định chuẩn về phòng truyền thông GDSK tại trạm y tế trên địa bàn toàn tỉnh Bắc Ninh. Kết quả 100% các trạm y tế tham gia sửa đổi nhiều nội dung có giá trị tốt làm cho các trạm y tế ngày càng khang trang, sạch gọn hơn, các phòng bố trí hợp lý hơn, tinh thần phục vụ của cán bộ y tế tốt hơn, người dân đến trạm y tế tin tưởng hơn...

1. Đặt vấn đề

Trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh, 100% xã, phường, thị trấn (126 xã/phường) đạt chuẩn Quốc gia về y tế xã nhưng cơ sở vật chất các phòng truyền thông tại các trạm y tế trên địa bàn chưa được đồng nhất. Cách bố trí sắp xếp tranh ảnh, tài liệu truyền thông chưa khoa học, còn lộn xộn, chưa hợp lý nên đã gây khó khăn trong việc tìm kiếm thông tin...Trang thiết bị cơ bản phục vụ hoạt động phòng truyền thông còn thiếu thốn, các hình thức truyền thông chưa phong phú, chưa hấp dẫn ... Chính vì vậy người dân đến trạm y tế chưa nắm bắt được thông tin, chưa nâng cao được kiến thức và kỹ năng tự chăm sóc bảo vệ sức khỏe. Qua điều tra đánh giá chuẩn kiến thức CSSK thiết yếu tại địa phương thì tỉ lệ hộ gia đình có kiến thức và kỹ năng thực hành CSSK thiết yếu đạt 40% trong khi đó chỉ tiêu đạt chuẩn là 60%.

Từ thực tế trên chúng tôi có sáng kiến **“Xây dựng mô hình điểm Phòng Truyền thông - GDSK tại trạm y tế xã Phú Lâm, huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh”**.

2. Mục tiêu

Xây dựng một mô hình điểm về Phòng Truyền thông GDSK tại trạm y tế để tiến tới chuẩn hóa phòng truyền thông các trạm y tế trên địa bàn toàn tỉnh.

3. Nội dung và kết quả

3.1. Cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, tranh ảnh, giá để tài liệu, bố trí phòng truyền thông hợp lý khoa học

- Vị trí phòng truyền thông: giữ nguyên vị trí tầng 1 mà trạm y tế đã bố trí.
- Diện tích: giữ nguyên như đã có 02 đã có đủ cửa đi vào.
- Tên gọi: phòng có 2 cửa vào
 - + Cửa bên phải: Phía trên có biển phòng Truyền thông GDSK
 - + Cửa bên trái: Phía trên không có biển.
- Bố trí, sắp xếp trang thiết bị, tranh ảnh, giá kệ....
- Mảng tường chính diện cửa nhìn vào:
 - + Ảnh Bác Hồ ở chính giữa cao nhất.
 - + Hai bên ảnh Bác treo 1 pano Sơ đồ y tế xã và 1 pano 12 điều y đức.
 - + Dưới ảnh Bác có khẩu hiệu bé: Lương y phải như từ mẫu.
 - + Bên cạnh 2 cửa sổ: sát góc tường 2 bên có pano 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và pano Khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới
- Mảng tường bên trái:
 - + Cụm pano có 14 áp phích được thiết kế thành từng ô tranh tuyên truyền về các chương trình mục tiêu quốc gia y tế. Khi cần thay đổi được nội dung thuận tiện. Cụm pano dạng hộp đèn thuận tiện cho cả ban đêm khi cần tuyên truyền.
 - + Lắp đặt 01 ti vi 32" TOSHIBA cố định vào tường; 01 đầu CD và 01 bộ tăng âm đặt trên giá cố định vào tường đảm bảo gọn, đẹp và chắc chắn, âm thanh tốt.
 - + Hai góc tường sát mặt trần: 02 loa được cố định vào tường.
- Mảng tường bên phải: thiết kế cụm pano hộp đèn có 16 áp phích tranh tuyên truyền các chương trình y tế khác
- Khoảng cách giữa 2 cửa đi vào
 - + Giá kệ báo Sức khỏe Đời sống và bản tin của ngành (giá kệ để phía trên kệ).
 - + Kệ đựng tài liệu tuyên truyền (tờ rơi, tờ bướm, tờ gấp) (kệ để phía dưới giá kệ báo).
- Trong phòng:
 - + Dàn máy vi tính đặt gần vị trí cửa sổ bên trái sát tủ tài liệu.
 - + Tủ đựng tài liệu truyền thông: Tủ gỗ tự nhiên có kích thước 1,8m x 2,3m x 0,4m mặt trước kính có phân ô tầng để tài liệu cho thuận tiện để nhìn dễ lấy. Vị trí tủ

đặt phía dưới dòng chữ: Lương y phải như từ mẫu (Sát mắng tường chính diện với cửa vào) và giữa 2 cửa sổ.

- + Bàn làm việc: 03 chiếc.
- Ghế ngồi cho bệnh nhân và cán bộ:
 - + Ghế ngồi chờ tư vấn 04 chiếc được cố định tại vị trí từ góc sát cửa bên phải đi vào và mảng tường phải.
 - + Ghế ngồi chờ tư vấn 04 chiếc được cố định tại vị trí góc sát cửa bên trái đi vào mảng tường trái.
 - + Ghế ngồi cơ động: 10 chiếc được bố trí cất 2 bên cửa đi vào bên trái, phải mỗi bên 05 chiếc. Khi đông người cần sử dụng lấy ra từ hai bên, sử dụng xong gấp lại cất gọn ở góc phòng.
 - + Ghế ngồi nơi 3 bàn làm việc: mỗi bàn làm việc đi kèm có 02 ghế (01 cho cán bộ y tế và 01 cho người bệnh).

3.2. Hiệu quả kinh tế - xã hội của sáng kiến

1. Khai thác sử dụng các thông tin tài liệu tuyên truyền từ Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh và Trung tâm Truyền thông GDSK TW đăng tải đảm bảo nhanh, chính xác, rõ tiền.
2. Hình ảnh trực quan, tiếng nói sống động giúp cho người dân dễ nhìn, dễ thấy, dễ nhớ, dễ thực hiện phòng và chữa bệnh.
3. Phòng truyền thông là nơi có nhiều người qua lại, trong lúc chờ đợi khám bệnh người bệnh có thể xem tranh ảnh, tài liệu tuyên truyền và thu nhận được các thông tin về phòng và chữa bệnh.
4. Đảm bảo gọn gàng, sắp xếp khoa học, tránh được ầm mớ các tài liệu và giữ được bền lâu tranh ảnh, tài liệu.
5. Người dân xã Phú Lâm đến thăm quan, tư vấn nhiều hơn, kiến thức và kỹ năng CSSK thiết yếu cho bản thân và cộng đồng tốt hơn. Tình trạng bệnh tật ở địa bàn giảm hơn, sức khỏe người dân từng bước được cải thiện tốt hơn, góp phần cải thiện kinh tế gia đình và quê hương ngày càng phát triển.
6. Đạt tiêu chuẩn phòng Truyền thông GDSK trạm Y tế (do Sở y tế Bắc Ninh quy định).
7. Tạo lòng tin của người dân đến thực hiện các dịch vụ y tế tại trạm và chính là cầu nối quan trọng giữa người dân với các chương trình y tế.
8. Thông qua phòng truyền thông GDSK cơ quan ngành y tế các cấp có thể theo dõi, cập nhật thông tin của trạm y tế về các hoạt động thông qua hệ thống vi tính đã được nối mạng.

9. Trạm y tế cập nhật thông tin từ y tế tuyến trên chỉ đạo, hướng dẫn kịp thời, chính xác, rõ ràng.
10. Giúp làm báo cáo gửi cấp trên nhanh, chính xác, kịp thời và lưu giữ tốt các tài liệu tuyên truyền liên quan đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của trạm và cấp trên.
11. Với sáng kiến “Xây dựng mô hình điểm phòng truyền thông GDSK tại trạm y tế xã Phú Lâm, huyện Tiên du, tỉnh Bắc Ninh” hoàn thành trước tháng 9 năm 2012 sẽ góp phần quan trọng từng bước nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành bảo vệ, chăm sóc sức khỏe thiết yếu giúp người dân tự thay đổi hành vi có hại sức khỏe bằng hành vi có lợi sức khỏe cho Bản thân – Gia đình – Cộng đồng. Đây là cơ sở để Lãnh đạo Sở Y tế xét duyệt ban hành quy định chuẩn hóa phòng truyền thông GDSK trạm y tế trên địa bàn toàn tỉnh, góp phần thực hiện Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011 – 2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ quốc phòng – Học Viện Quân y (1999), *Đánh giá 20 năm thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam*.
2. Báo cáo tổng kết *Vận dụng phương pháp giáo dục hành động cải thiện điều kiện làm việc và cảnh quan môi trường các trạm y tế tỉnh Bắc ninh 2003 – 2010* của Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh.
3. Thủ tướng chính phủ (1994), *Quyết định số 58/TTg ngày 03 tháng 02 năm 1994 của Thủ tướng chính phủ về một số vấn đề tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở*.
4. Tổ chức Y tế Thế giới. Giờ ne vợ (2006), *Giáo dục sức khỏe, xí nghiệp in Mỹ thuật*, tr 24 – 25.
5. Bộ Y tế (2003), *Giáo trình cơ bản về Truyền thông giáo dục sức khỏe*, NXB Y học Hà Nội, tr 7 – 9.
6. Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2008), *Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị phòng truyền thông GDSK trung tâm y tế Huyện*, Tạp chí y học thực hành số 708, tr 21 – 25.
7. Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương (2011), *Báo cáo tổng kết chương trình hành động Truyền thông GDSK giai đoạn 2005 – 2010*, tr 6 – 8.
8. Nguyễn Văn Lang (2011), *Đánh giá thực trạng và những yếu tố liên quan đến hoạt động phòng truyền thông GDSK các trạm y tế tỉnh Bắc Ninh năm 2011*.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC THAI SẢN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM VÀ SINH ĐẸ TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THỚI BÌNH NĂM 2010 – 2011

*BS. Nguyễn Trọng Bài, BS. Phạm Kim Thoa
Trung tâm Truyền thông GDSK Cà Mau, BVĐK Thới Bình Cà Mau*

Tóm tắt nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu xác định thực trạng chăm sóc thai sản và các yếu tố liên quan đến chăm sóc thai sản của phụ nữ tại huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau. Tiến hành nghiên cứu cắt ngang, từ tháng 01/2010-06/2011, trên 466 đối tượng là phụ nữ trong huyện đến khám thai và sinh đẻ tại khoa phụ sản, bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ khám thai là 68,2%, khám đủ 3 lần/thai kỳ là 51,9%; 52,5% phụ nữ sinh đẻ tại bệnh viện huyện, 27,2% sinh đẻ tại trạm y tế xã, 11,1% sinh đẻ ở bệnh viện tỉnh và trung ương, tuy nhiên vẫn còn 8,9% đẻ tại nhà và 6,8% không phải là CBYT đỡ đẻ; 89,5% sau sinh được uống vitamine A, 90,7% được cán bộ y tế khám trong vòng 7 ngày sau sinh. Các yếu tố nhóm tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp có liên quan đến thực hành chăm sóc thai sản.

1. Đặt vấn đề

Mang thai và sinh sản là quá trình sinh lý, tuy nhiên tử vong có liên quan đến thai sản là vấn đề sức khỏe lớn rất được quan tâm. Hàng năm trên thế giới, ước tính có khoảng 500.000 đến 600.000 phụ nữ chết có liên quan đến thai sản; Tỷ lệ đó ở Việt Nam ở vào khoảng 135/100.000 trẻ đẻ sống. Hơn một nửa số tử vong này có thể tránh được nếu chăm sóc thai sản tốt. Tỉnh Cà Mau là một tỉnh nghèo, ở Miền Nam, gồm 08 huyện thị. Thới Bình là huyện nông thôn ở vùng sâu và còn nhiều khó khăn của Cà Mau, nên việc chăm sóc sức khỏe nói chung và thai sản nói riêng còn những hạn chế. Tổng số phụ nữ 15-49 có chồng 22.821 người, tỷ lệ 69,42%, Tổng số trẻ đẻ ra sống 2200 trẻ (năm 2009). Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên năm 2008 và 2009 là 1,24%. Cuộc sống của người dân nơi đây còn khó khăn và còn nhiều phong tục lạc hậu. Việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế nói chung cũng như dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em còn hạn chế. Vào những năm 90 của thế kỷ trước các bà mẹ của 14 xã trong huyện thực hành trong Chăm sóc sức khỏe Bà mẹ trẻ em còn nhiều vấn đề quan tâm như: Không chăm sóc trước sinh, đẻ tại nhà mà không có sự giúp đỡ của người có chuyên môn, không được chăm sóc sau sinh, chế độ dinh dưỡng cho trẻ còn kém, tỉ lệ suy dinh dưỡng là 15,33 % (năm 2009).

Từ những thực tế trên, để đánh giá một cách đầy đủ thực trạng chăm sóc thai sản ở phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, làm cơ sở, đánh giá công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại địa phương, có cơ sở lập kế hoạch, hành động can thiệp với mục đích chính là giảm tử vong mẹ, đảm bảo sinh đẻ an toàn cho mẹ và con tại tỉnh Cà Mau nói chung và huyện Thới Bình nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài ***“Thực trạng chăm sóc***

thai sản và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám bệnh và sinh đẻ tại khoa phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình năm 2010-2011”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

2.1. Mục tiêu chung

Nghiên cứu thực trạng về thực hành chăm sóc thai sản và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám bệnh và sinh đẻ tại khoa phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình năm 2010-2011.

2.2. Mục tiêu cụ thể

1. Mô tả thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của phụ nữ đến khám bệnh và sinh đẻ tại khoa phụ sản bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình.
2. Phân tích các yếu tố liên quan tới thực hành chăm sóc thai sản của phụ nữ đến khám bệnh và sinh đẻ tại khoa phụ sản bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3.2. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, có chồng, sinh sống tại huyện Thới Bình, đến khám thai hoặc sinh đẻ tại khoa phụ sản Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình.

3.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2010 đến tháng 5/2011.

3.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng các phần mềm thống kê SPSS và Epi Info.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng thực hành

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi 21- 35 tuổi, chiếm 76,2%. Chủ yếu là người dân tộc kinh 98,5%. Trình độ học vấn chủ yếu là THCS, chiếm 49,1% và tiểu học chiếm 24,7% và đại học/trên đại học chỉ có 3%. Mặc dù địa bàn nghiên cứu là nông thôn nhưng mặt bằng về học vấn của phụ nữ là tương đối cao. Còn 9 người (1,9%) không biết chữ.

Nghề nghiệp là công nhân viên chức chiếm 10,9%, chủ yếu làm ruộng/rẫy (53,9) và nội trợ (24,2%), phù hợp với cơ cấu kinh tế của một huyện.

Bảng 1: Đặc điểm tiền sử về số lần mang thai, sinh đẻ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Số lần mang thai (n=466)</i>		
< 3 lần	399	85,6
≥ 3 lần	67	14,4
<i>Số lần đẻ tính chung (n=466)</i>		

< 3 lần	459	98,5
≥ 3 lần	7	1,5
Số lần đẻ của nhóm đã từng đẻ (n=162)		
<3 lần	155	95,7
≥ 3 lần	7	4,3
Số con sống hiện tại (n=158)		
< 3 con	151	95,6
≥ 3 con	7	4,4
Số con trung bình	1,36	

Số lần mang thai chủ yếu là lần 1 (62,9%) và 2 (22,7%), 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ thấp (14,4%), người mang thai nhiều nhất là 7 lần (một người). 65,2% chưa sinh lần nào, đã sinh 1 lần (tỷ lệ 24,5%), nhóm chưa sinh và sinh dưới 3 lần là 98,5%; 1,5% là sinh lần thứ 3 trở lên, trong đó người sinh nhiều nhất là 5 lần (1 người). Trong số 162 người đã từng sinh đẻ có 95,7% sinh dưới 3 lần, 4,3% sinh từ 3 lần trở lên.

Trong nghiên cứu, số lần mang thai trung bình là 1,15 lần, số lần đẻ trung bình là 1,01, trong nhóm những người đã từng sinh đẻ có số lần đẻ trung bình là 1,04 và số con sống trung bình là 1,36 con.

Trong 466 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 66,1% (308) đã khám thai trong lần mang thai này và 33,5% (156) không đi khám.

Bảng 2: Số lần khám thai trong một thai kỳ

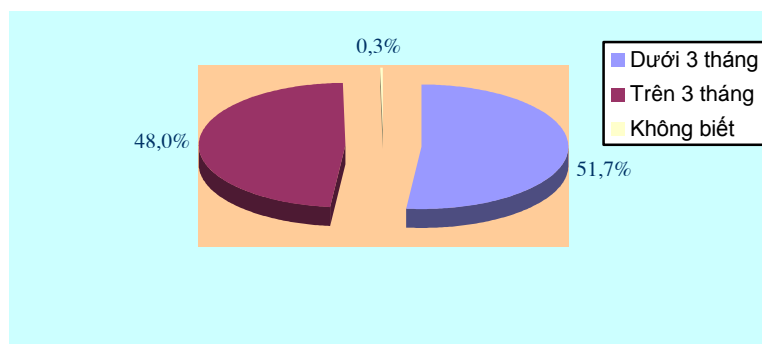
Số lần khám thai	Tần số (n=318)	Tỷ lệ (%)
1 lần/thai kỳ	49	15,8
2 lần/thai kỳ	100	32,3
3 lần trở lên/thai kỳ	161	51,9
Không nhớ/không trả lời	8	3,4

Bảng 2 cho thấy, trong 318 đối tượng đã từng đi khám thai, số phụ nữ mang thai đi khám từ 3 lần trở lên trong một thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), khám 1 lần trong một thai kỳ chiếm tỷ lệ thấp nhất (15,8%).

Số lần khám thai trung bình trong một thai kỳ của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu là 2,56 lần.

Tuy không có số liệu mới, nhưng so với số liệu điều tra nhân khẩu học năm 1997 thì tỷ lệ khám thai và khám thai đủ 3 lần của nghiên cứu cao hơn so với cả nước và trong khu vực.

Tính chung trong 466 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 80,9% đã tiêm phòng uốn ván khi mang thai còn 19,1% không tiêm. Tỷ lệ tiêm uốn ván 2 lần trong một thai kỳ cao nhất (87,3%), 1 lần là 11,1% và 3 lần là 1,3%.



Biểu đồ 1. Thời gian uống viên sắt trong một thai kỳ

Thai phụ có uống viên sắt trong thai kỳ, nhưng chỉ có 48% là uống từ 3 tháng trở lên, còn lại 51,7% uống viên sắt không đủ 3 tháng.

Bảng 3: Nơi sinh của bà mẹ

Nơi sinh	Tần số (n=162)	Tỷ lệ (%)
Trạm y tế	44	27,2
Bệnh viện huyện	85	52,5
BV tỉnh/TW	18	11,1
Tại nhà	14	8,6
Khác (chòi, tư nhân...)	1	0,6

Trong số những thai phụ đã sinh con thì đa số chọn bệnh viện huyện chiếm 52,5%, trạm y tế xã 27,2%, bệnh viện tỉnh/TW 11,1%. Vẫn còn 8,9% đẻ tại nhà và 6,8% không phải là CBYT đỡ đẻ.

Trong số 162 người đã sinh con thì có 129 người thực hiện chăm sóc trong sinh đạt yêu cầu, chiếm tỷ lệ 79,6%.

Bảng 4: Chăm sóc sau sinh

Nội dung	Tần số (n=162)	Tỷ lệ (%)
Uống vitamin A sau sinh		
Có	145	89,5
Không	17	10,5
Được cán bộ y tế khám trong vòng 7 ngày sau sinh		
Có	147	90,7
Không	15	9,3

Tỷ lệ phụ nữ được uống vitamin A sau sinh là 89,5%. Được khám trong vòng 7 ngày sau sinh là 90,7%. Được cán bộ y tế khám trong vòng 7 ngày sau sinh là 90,7%. Mức đạt chung thực hành chăm sóc sau sinh là 89,5%.

4.2. Mối liên quan đến hành vi chăm sóc thai sản

Bảng 5: So sánh thực hành chăm sóc trước sinh theo nhóm tuổi và nghề nghiệp của bà mẹ

Mức độ Đặc điểm	Không đạt	Đạt	Tổng	χ^2 , p
Nhóm tuổi mẹ				
≤ 20 tuổi	36	51	87	$\chi^2=12,306$ p<0,005
21-35 tuổi	93	262	355	
>35 tuổi	12	12	24	
Tổng	141	325	466	
Nghề nghiệp của mẹ				
Làm ruộng	96	155	251	$\chi^2=17,424$ p<0,005
Công chức	8	43	51	
Buôn bán	5	18	23	
Nội trợ	25	88	113	
Nghề khác	7	21	28	
Tổng	141	325	466	

Bà mẹ nhóm tuổi 21-35 chăm sóc trước sinh đạt yêu cầu cao hơn các nhóm tuổi khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,005).

Nhóm nghề nghiệp CBCC có thực hành chăm sóc trước sinh đạt yêu cầu chiếm 84,3%, nhóm buôn bán 78,3%, nội trợ 77,9%, và nhóm làm ruộng có tỷ lệ đạt thấp nhất là 61,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,005).

Các yếu tố khác như dân tộc, trình độ học vấn, kinh tế gia đình chưa đủ bằng chứng nói lên mối liên quan giữa các yếu tố này với kiến thức chăm sóc thai sản trước sinh.

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn của mẹ với uống bổ sung viên sắt trước sinh ($\chi^2=8,28$, p < 0,005); giữa nhóm tuổi và khám thai của các thai phụ ($\chi^2=8,11$, p < 0,05); giữa nhóm tuổi và thực hành uống viên sắt của các thai phụ, ($\chi^2=6,40$, p < 0,05); giữa nghề nghiệp và thực hành tiêm ngừa uốn ván từ trước của các thai phụ ($\chi^2=19,85$, p < 0,005).

Bảng 6: So sánh thực hành chăm sóc trong khi sinh theo nhóm tuổi của bà mẹ

Mức độ Nhóm tuổi mẹ	Không đạt	Đạt	Tổng	χ^2, p
≤ 20 tuổi	0	5	5	$\chi^2=7,122$ p < 0,005
21-35 tuổi	25	113	138	
>35 tuổi	8	11	19	
Tổng	33	129	162	

Bà mẹ khi sinh ở nhóm 21-35 tuổi có thực hành tốt chăm sóc khi sinh đạt 81,9%, tỷ lệ đạt ở nhóm >35 tuổi là 57,9%. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($\chi^2=7,122$; $p < 0,05$). Các yếu tố khác như: dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp của mẹ, mức kinh tế gia đình, thực hành trước sinh, tuy có sự khác biệt về tỷ lệ mức đạt trong sinh nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

5. Kết luận

5.1. Thực hành chăm sóc thai sản

- Tỷ lệ khám thai cao là 68,2%. Trung bình 2,56 lần/thai phụ.
- Tỷ lệ có thực hành khám thai đúng (≥ 3 lần/thai kỳ) đạt 51,9%.
- Tỷ lệ có thực hành tiêm ngừa đúng đạt 88,6%; (35,4% đã được tiêm ngừa uốn ván trước khi mang thai).
- Tỷ lệ có thực hành uống viên sắt đúng đạt 48%.

5.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành chăm sóc thai sản

Chăm sóc trước sinh:

Nhóm tuổi và nghề nghiệp có mối liên quan đến kiến thức, thực hành của bà mẹ trong chăm sóc trước sinh.

- Những bà mẹ làm công nhân viên chức có thực hành chăm sóc trước sinh cao hơn các bà mẹ ở nhóm nghề khác ($\chi^2=17,424$; $P < 0,005$).
- Có mối liên quan giữa trình độ của bà mẹ và thực hành uống bổ sung viên sắt trước sinh ($\chi^2=8,28$, $p=0,004$).

Chăm sóc trong khi sinh:

- Nhóm bà mẹ 21-35 tuổi có kiến thức, thực hành chăm sóc trong khi sinh cao hơn các nhóm tuổi khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2=7,122$; $p < 0,005$).
- Chưa đủ bằng chứng nói lên mối liên quan giữa các yếu tố dân tộc mẹ, trình độ học vấn của mẹ, mức kinh tế gia đình với kiến thức chăm khi sinh của bà mẹ.
- Không tìm được mối liên quan nào với kiến thức và thực hành chăm sóc sau sinh.

6. Kiến nghị

Cần nâng cao vai trò trách nhiệm của y tế cơ sở, nhất là tuyến xã trong việc phát hiện, quản lý thai nghén, cung cấp thêm kiến thức cho phụ nữ, vận động phụ nữ có thai tiêm phòng uốn ván sơ sinh và tuyên truyền về công dụng của viên sắt để cho chị em phụ nữ hiểu được tầm quan trọng của chăm sóc sức khỏe thai sản, nhằm củng cố và nâng cao hơn nữa những hành vi và những thói quen tốt cho phụ nữ trong huyện. Nhất là kiến thức về chăm sóc trước sinh vì thực tế số có khám thai chỉ có 68,2% và khám thai đủ 3 lần/thai kỳ chỉ 51,9%.

Ngành y tế và các ngành dân số, thanh niên, phụ nữ và toàn xã hội nên thường xuyên có kế hoạch tuyên truyền, vận động nâng cao dân trí, giáo dục kiến thức, thay đổi thái độ thực hành cho phụ nữ về chăm sóc thai sản, cần tập trung nhiều hơn cho các nhóm đối tượng ở độ tuổi ≤ 20 , ≥ 35 tuổi. Chú trọng tới truyền thông nhằm hạn chế tình trạng sinh nhiều con...Làm được điều này sẽ góp phần không nhỏ để nâng cao chất lượng chăm sóc thai sản, chăm sóc y tế, bảo vệ sức khỏe phụ nữ và trẻ sơ sinh giảm được những nguy cơ lâu dài về sức khỏe cho bản thân người phụ nữ và những gánh nặng cho gia đình và cộng đồng xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2007), *Báo cáo kết quả nghiên cứu hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ CSSKSS của phụ nữ dân tộc thiểu số Tây nguyên*.
2. Bộ Y tế (2004), *Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2003 và phương hướng năm 2004*, Vụ sức khỏe sinh sản, NXB Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2004), *Niên giám thống kê y tế*, Tr109-113, NXB Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2003), *Thực trạng làm mẹ an toàn ở Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2002), *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản*, Vụ sức khỏe sinh sản, NXB Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2000), *Chiến lược quốc gia về CSSKSS giai đoạn 2001 – 2010*.
7. Bộ Y tế - Vụ BVSKBMTE-KHHGD (1997), *Một số thường quy về chăm sóc SKBMTE/KHHGD*, Chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển, Lĩnh vực BMTE-KHHGD.
8. Vương Tiên Hòa (2001), *Sức khỏe sinh sản*, NXB Y học, Hà Nội
9. Vụ BMTE – KHHGD (2002), *Báo cáo nghiên cứu về tử vong mẹ*, tr.49, 52.
10. Cao Ngọc Thành, Võ Văn Thắng (2008), *Giáo trình sau đại học Quản lý sức khỏe sinh sản*, Đại học Y Dược Huế.

SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KỸ THUẬT PHẦN MỀM HỌC THUẬT NGỮ Y HỌC ANH VIỆT

*BSCKII Phạm Văn Chính, CN Nguyễn Thị Tuyết Thanh
Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe thành phố Cần Thơ.
KS. Chung Nam Phong - Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ*

Tóm tắt Sáng kiến cải tiến kỹ thuật:

Thuật ngữ Y học tiếng Anh là môn học bắt buộc cho các sinh viên Y Nha Dược tại các trường đại học Y Nha Dược trên toàn quốc, các lớp sau đại học...Trong nghiên cứu, giảng dạy và thực hành nghề y, các thầy thuốc thường tham khảo tài liệu từ y văn và các sách giáo khoa của các trường danh tiếng. Liên quan ngành y, 3 ngữ hệ thường sử dụng là: Tiếng Anh, tiếng Pháp và tiếng La-tinh, trong đó ngữ hệ tiếng Anh hiện phổ biến nhất. Trong thời đại bùng nổ công nghệ thông tin như hiện nay, việc sử dụng máy tính là rất phổ biến. Một số phần mềm từ điển y dược học được đưa lên mạng để sử dụng trực tuyến hoặc download về máy tính cá nhân sử dụng; Phần lớn các công trình này chỉ đơn thuần từ điển sắp xếp theo alphabet. Tác giả thực hiện Sáng kiến cải tiến kỹ thuật **“Phần mềm học thuật ngữ y học Anh-Việt”** gồm 4 nội dung: Từ điển sắp xếp theo alphabet, minh họa chú thích các hình ảnh giải phẫu thông dụng bằng thuật ngữ Anh-Việt, các thành tố (tiếp đầu ngữ và tiếp vĩ ngữ), và bảng phân loại bệnh tật theo Hội nghị Quốc tế lần thứ 10 (ICD10). Những ai có nhu cầu tham khảo có thể sử dụng trực tuyến hoặc download về máy tính cá nhân sử dụng rất tiện lợi.

1.Đặt vấn đề:

Thuật ngữ Y học tiếng Anh là môn học bắt buộc cho các sinh viên Y Nha Dược tại các trường đại học Y Nha Dược trên toàn quốc, các lớp sau đại học...Trong nghiên cứu, giảng dạy và thực hành nghề y, các thầy thuốc thường tham khảo tài liệu từ y văn và các sách giáo khoa của các trường danh tiếng. Liên quan ngành y, 3 ngữ hệ thường sử dụng là: Tiếng Anh, tiếng Pháp và tiếng La-tinh, trong đó ngữ hệ tiếng Anh hiện phổ biến nhất. Trong thời đại bùng nổ công nghệ thông tin như hiện nay, việc sử dụng máy tính là rất phổ biến. Một số phần mềm từ điển y dược học được đưa lên mạng để sử dụng trực tuyến hoặc download về máy tính cá nhân sử dụng; Phần lớn các công trình này chỉ đơn thuần từ điển sắp xếp theo alphabet. Do đó, tác giả muốn thực hiện Sáng kiến cải tiến kỹ thuật **“Phần mềm học thuật ngữ y học Anh-Việt”** gồm nhiều nội dung hơn. Cụ thể gồm 4 nội dung: Từ điển sắp xếp theo alphabet, minh họa chú thích các hình ảnh giải phẫu thông dụng bằng thuật ngữ Anh-Việt, các thành tố (tiếp đầu ngữ và tiếp vĩ ngữ), và bảng phân loại bệnh tật theo Hội nghị Quốc tế lần thứ 10 (ICD10). Những ai có nhu cầu tham khảo có thể sử dụng trực tuyến hoặc download về máy tính cá nhân sử dụng rất tiện lợi.

2. Mục tiêu của sáng kiến cải tiến kỹ thuật:

2.1.Mục tiêu tổng quát: Thiết kế được phần mềm tra cứu và tham khảo các thuật ngữ Y học Anh – Việt giúp người sử dụng dễ và tiện tra cứu và tham khảo và học tập.

2.2.Mục tiêu cụ thể:

1. Tập hợp được lượng lớn các thuật ngữ y khoa dưới dạng từ (đơn) hoặc ngữ (cụm từ) sắp xếp tra cứu theo thứ tự alphabet;
2. Minh họa, chú thích các hình ảnh giải phẫu thông dụng bằng thuật ngữ Anh-Việt;
3. Phân loại và sắp xếp tra cứu tiếp đầu ngữ và tiếp vĩ ngữ y học;
4. Phân loại và sắp xếp tra cứu bảng phân loại bệnh tật theo Hội nghị quốc tế lần thứ 10 (ICD10).

3.Mô tả sáng kiến cải tiến kỹ thuật:

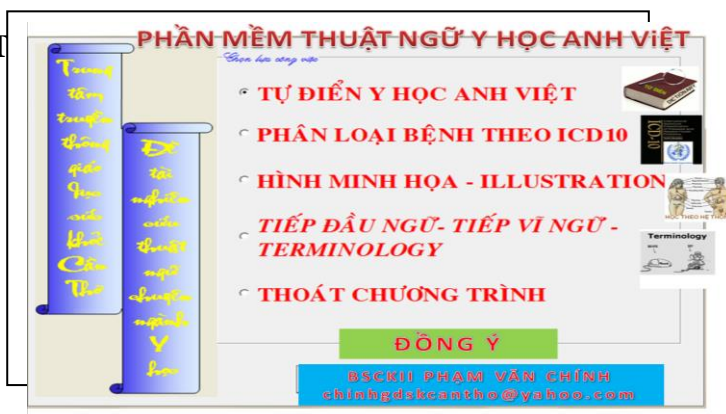
3.1.Tình trạng kỹ thuật hoặc quy trình làm việc hiện tại:

Có các phần mềm trực tuyến trên mạng như sau:

- 1) Trường Đại học Y Dược Hà Nội tại website <http://www.hmu.edu.vn/news/dict.asp> có phần mềm [Medical Dictionaries Online](#) (Tự điển Y học online).
- 2) BS Bảo Phi có phần mềm *Tự điển Y khoa Anh Việt* 65.000 từ - MEDISOFT tại website <http://medisoft.com.vn/medic.asp>
- 3) Free Online Vietnamese Dictionary - Hệ thống tra cứu từ điển chuyên ngành trực tuyến mở Anh, Pháp, Nhật, Việt, Viết Tắt tại địa chỉ website: <http://tratu.soha.vn/>
- 4) KOOL Dictionary v1.5 : Từ Điển Anh-Việt - Việt-Anh - Y Học Gọn Nhẹ & miễn phí tại website <http://nhietlanh.vn/forum/>
- 5) Từ điển Y khoa Anh – Việt trực tuyến · yck36 tại website <http://yck36.forumvi.com/t33-topic>.
- 6) Từ điển y học Anh việt online tại website [http://tailieu.vn/tag/document/từ điển y học Anh Việt.html](http://tailieu.vn/tag/document/từ+điển+y+học+Anh+Việt.html)

3.2.Nội dung giải pháp được đề nghị công nhận sáng kiến:

PHẦN MỀM HỌC T
phần mềm như sau:



diện

Chi tiết:

• **Từ điển: Chữ cái sắp xếp theo thứ tự alphabet và số từ:**

A:	1.595	I:	991	O:	1.169	U:	847
B:	1 468	J:	124	P:	2.196	V:	685
E:	1.652	K:	167	Q:	99	W:	287
F:	413	L:	396	R:	555	X:	154
G:	648	M:	1.547	S:	1.101	Y:	35
H:	1.854	N:	695	T:	850	Z:	174

19.711 từ và 3.764 ngữ (21.345 từ)

Tổng cộng: 41.056 từ.

Minh họa, chú thích các hình ảnh giải phẫu thông dụng bằng thuật ngữ Anh-Việt (39 ảnh):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1) The Skeletal SystemAnterior View | 22) Cranial Nerves |
| 2) The Skeletal SystemPosterior View | 23) Brachial Plexus |
| 3) The Skull -Sagittal View | 24) The Male Reproductive System |
| 4) The Vertebral Column | 25) The Female Reproductive System |
| 5) Bone Femur | 26) The Respiratory System |
| 6) Bones of the leg & Foot | 27) The Visceral Arteries |
| 7) Bones of the Hand | 28) The Lymphatic System |
| 8) Ligaments of the Knee | 29) The Muscular System (Anterior View) |
| 9) Muscles of the Foot | 30) The Muscular System (Posterior View) |
| 10) Muscles of the Hand | 31) Structure of lung |
| 11) Muscles of the Head | 32) Devided of abdoment region |
| 12) The Brain | 33) The Heart |
| 13) The Ear | 34) Liver |
| 14) The Eye | 35) Nose & Throat |
| 15) The Skin | 36) Nose & Throat |
| 16) The Endocrine System | 37) Trunk of woman |
| 17) The Digestive System | 38) Trunk of man |
| 18) The Urinary System | 39) Planes |
| 19) The Circulatory System (Artery) | |
| 20) The Circulatory System (Venous) | |
| 21) The Nervous System (Spine) | |

Phân loại và sắp xếp tra cứu tiếp đầu ngữ và tiếp vĩ ngữ y học (225 từ thành tố):

• **Tiếp đầu ngữ:** 191 thành tố

- | | | | | |
|-----------|--------------|--------------|----------------|------------|
| 1. A- | 9. Ante- | 17. Bala- | 25. Celi- | 33. Chrom- |
| 2. Ab- | 10. Anti- | 18. Bi- | 26. Cephal- | 34. Cili- |
| 3. Acou- | 11. qua- | 19. Blast- | 27. Cervic- | 35. Colp- |
| 4. Acro- | 12. rthr- | 20. Blephar- | 28. Cheil- | 36. Cor- |
| 5. Aden- | 13. Asthsen- | 21. Brachi- | 29. Chol- | 37. Corn- |
| 6. Amino- | 14. Audi- | 22. Brady- | 30. Cholecyst- | 38. Cost- |
| 7. Andr- | 15. Aur- | 23. Bucc- | 31. Choledoch- | 39. Cuti- |
| 8. Angi- | 16. Aut- | 24. Cardio- | 32. Chondr- | 40. Cycle- |

41. Cyst-	72. Hepat-	103. Melan-	134. Para-	165. Somn-
42. Cyt-	73. Heter-	104. Men-	135. Para-	166. Son-
43. Dacry-	74. Hidr-	105. Metr-	136. Pectus-	167. Spondyl-
44. Dactyl-	75. Hist-	106. Micr-	137. Peri-	168. Stereo-
45. De-	76. Hol-	107. Mono-	138. Phago-	169. Stoma-
46. Dent-	77. Homo-	108. Multi-	139. Phallus-	170. Sub-
47. Derm-	78. Hydr-	109. Myc-	140. Phleb-	171. Sudor-
48. Desm-	79. Hyper-	110. Myel-	141. Phot-	172. Supra-
49. Di-	80. Hypn-	111. Narco-	142. Poly	173. Syn-
50. Dips-	81. Hypo-	112. Naso-	143. Post-	174. Synderm-
51. Dis-	82. Hyster-	113. Nat-	144. Posth-	175. Tachy-
52. Dys-	83. Im-	114. Neo-	145. Pre-	176. Teno-
53. Ectop-	84. Inter-	115. Nephr-	146. Presby-	177. Tera-
54. Encephal-	85. Intra-	116. Neur-	147. Pro-	178. Tetra-
55. End-	86. Iso-	117. Ocul-	148. Pseud-	179. Thel-
56. Enter-	87. Juxta-	118. Odor-	149. Psych-	180. Therm-
57. Epi-	88. Kerat-	119. Olfact-	150. Ptyal-	181. Thromb-
58. Episo-	89. Kine-	120. Olig-	151. Peur-	182. Trachel-
59. Erythro-	90. Labio-	121. Omphal-	152. Pyel-	183. Tri-
60. Extra-	91. Lacrima-	122. Onco-	153. Quadr-	184. Trich-
61. Fertile-	92. Lact-	123. Onych-	154. Ren-	185. Ultra-
62. Galact-	93. Laparo-	124. Oo-	155. Retro-	186. Uni-
63. Gastr-	94. Leio-	125. Ophthalm-	156. Rhabd-	187. Vas-
64. Genit-	95. Leuk-	126. Opt-	157. Rhin-	188. Ven-
65. Ger-	96. Linguo-	127. Orchi-	158. Salping-	189. Vesic-
66. Germ-	97. Lith-	128. Orex-	159. Sangu-	190. Vis-
67. Gloss-	98. Lumb-	129. Oro-	160. Sarc-	191. Vit-
68. Glyc-	99. Macr-	130. Ortho-	161. Scler-	
69. Gravid-	100. Mam-	131. Os-	162. Scoto-	
70. Gyne-	101. Masta-	132. Osma-	163. Sial-	
71. Hemi-	102. Mel-	133. Oste-	164. Soma-	

• **Tiếp vĩ ngữ:** 34 thành tố

1. logy	8. -crine	15. -gen	22. -penia	29. -rrhaphy
2. -malacia	9. -cyesis	16. -itis	23. -pexy	30. -rrhea
3. -scope	10. -desis	17. -lysis	24. -physis	31. -stasis
4. -algia	11. -ectomy	18. -malacia	25. -plasty	32. -tomy
5. -ase	12. -emia	19. -megaly	26. -plegia	33. -trophy
6. -cele	13. -esthesia	20. -odynia	27. -ptosis	34. -trophic
7. -ceps	14. -gamy	21. -oid	28. -rrhage	

Tổng cộng: 19.146 từ

• **Sắp xếp Bảng phân loại bệnh tật theo Hội nghị Quốc tế lần 10 - ICD10 (21 nhóm):**

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Bệnh nhiễm trùng và kí sinh trùng | 13. Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết |
| 2. Bướu tân sinh | 14. Bệnh hệ sinh dục |
| 3. Bệnh của máu | 15. Thai nghén |
| 4. Bệnh nội tiết | 16. Một số bệnh lý xuất phát trong thời kỳ Chu Sinh |
| 5. Rối loạn tâm thần và hành vi | 17. Dị tật bẩm sinh |
| 6. Bệnh hệ thần kinh | 18. Các triệu chứng |
| 7. Bệnh mắt và phần phụ | 19. Vết thương |
| 8. Bệnh tai và xương chũm | 20. Các nguyên nhân ngoại sinh của bệnh và tử vong |
| 9. Bệnh hệ tuần hoàn | 21. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế. |
| 10. Bệnh hệ hô hấp | |
| 11. Bệnh hệ tiêu hóa | |
| 12. Bệnh da và mô dưới da | |

3.3. Khả năng áp dụng sáng kiến

- Mọi máy tính có kết nối internet (xem trực tuyến - online)
- Có thể download về máy tính cá nhân sử dụng.
- Có thể gửi phần mềm qua thư điện tử email.

3.4. Hiệu quả dự kiến thu được khi áp dụng sáng kiến:

- Tra khảo nhanh
- Nội dung phong phú (4 nội dung)
- Hình thức trình bày theo nhóm (phân loại sẵn để tra cứu)
- Mọi người có máy vi tính có thể kết nối trực tuyến hoặc download về máy cá nhân sử dụng, có thể làm quà tặng cho bạn bè gửi qua email.

3. Kết luận

Sáng kiến kỹ thuật **PHẦN MỀM HỌC THUẬT NGỮ Y HỌC ANH VIỆT** là một giải pháp tiện ích giúp cho những người đang học tập, nghiên cứu, thực hành trong lĩnh vực Y Nha Dược khoa trong thời đại bùng nổ công nghệ tin học; Giao diện phần mềm đẹp, dễ tra cứu tham khảo nhanh, có hình ảnh minh họa chuẩn, sắp xếp theo quy ước quốc tế; Có thể xem online và - hoặc download.

4. Kiến nghị

- Phổ biến sáng kiến kỹ thuật này trên website Sở Y tế thành phố Cần Thơ
- Phổ biến sáng kiến kỹ thuật này trên website t5g, t4g TP HCM cho nhiều người tham khảo (online và - hoặc download).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) BS Bảo Phi có phần mềm *Từ điển Y khoa Anh Việt* 65.000 từ - MEDISOFT tại website <http://medisoft.com.vn/medic.asp>
- 2) Đinh Đắc Phúc – Hồ Liên Biện- A course in Medical English
- 3) Trường Đại học Y Dược Hà Nội tại website <http://www.hmu.edu.vn/news/dict.asp> có phần mềm [Medical Dictionaries Online](#) (Từ điển Y học online).
- 4) Free *Online* Vietnamese Dictionary - Hệ thống tra cứu *từ điển* chuyên ngành *trực tuyến* mở Anh, Pháp, Nhật, Việt, viết tắt tại địa chỉ website: <http://tratu.soha.vn/>
- 5) KOOL Dictionary v1.5 : Từ Điển Anh-Việt - Việt-Anh - Y Học Gọn Nhẹ & miễn phí tại website <http://nhietlanh.vn/forum/>
- 6) Bùi Khánh Thuận - Sách Từ Điển Y Học Anh-Việt (English-Vietnamese Medical Dictionary).
- 7) Từ điển y khoa Anh Việt trực tuyến yck36 tại website <http://yck36.forumvi.com/t33-topic>.
- 8) Từ điển y học Anh việt online tại website <http://tailieu.vn/tag/document/tu-dien-y-hoc-anh-viet.html>

HUY ĐỘNG KINH PHÍ CHO HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE

*Triệu Thị Thanh Hải, Đàm Quang Ngọc
Trung tâm Truyền thông GDSK Cao Bằng*

1. Mục tiêu

Huy động kinh phí từ các Dự án của Chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế và các Dự án hợp tác quốc tế để sản xuất các loại tài liệu cấp phát cho Y tế cơ sở phục vụ công tác Truyền thông - Giáo dục sức khỏe tại cộng đồng. Đồng thời hỗ trợ cho việc xây dựng các chuyên mục Truyền thông - Giáo dục sức khỏe trên các phương tiện thông tin đại chúng.

2. Thực trạng trước khi áp dụng sáng kiến

Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe trực thuộc Sở Y tế Cao Bằng được thành lập theo Quyết định số: 137/1999/QĐ-UB ngày 13 tháng 02 năm 1999 của Ủy ban nhân dân tỉnh. Có chức năng, nhiệm vụ tham mưu cho Sở Y tế về công tác Truyền thông - Giáo dục sức khỏe cho nhân dân; chuyển tải Chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước đến cán bộ y tế để hoàn thành tốt nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong tỉnh.

Căn cứ Quyết định số: 911/1999/QĐ - BYT ngày 31/03/1999 của Bộ Y tế về việc ban hành "Quy định chức năng nhiệm vụ, tổ chức bộ máy của Trung tâm Truyền thông - GDSK tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương" Sở Y tế đã giao cho Trung tâm Truyền thông - GDSK tỉnh Cao Bằng thực hiện các nhiệm vụ sau:

1. Xây dựng chuyên mục “Thầy thuốc của bạn” phát sóng trên Đài Phát thanh - Truyền hình tỉnh 2 tuần/chuyên mục.
2. Xây dựng chuyên trang chào mừng kỷ niệm ngày “Thầy thuốc Việt Nam” 27/2 hàng năm. Xây dựng chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” Trên Báo Cao Bằng.
3. Phát hành Bản tin "Y tế Cao Bằng" 2 tháng/số, cấp phát cho các đơn vị và các điểm Bưu điện văn hóa xã.
4. Sản xuất tài liệu truyền thông - GDSK cấp phát cho Y tế cơ sở phục vụ công tác truyền thông phòng chống dịch, bệnh tại cộng đồng.
5. Chỉ đạo tuyến huyện, xã thực hiện chiến dịch truyền thông phòng chống dịch bệnh nguy hiểm.
6. Tập huấn nâng cao nghiệp vụ Truyền thông - GDSK cho cán bộ làm công tác Truyền thông - GDSK và Nhân viên Y tế thôn bản.

Từ khi thành lập đến nay, Trung tâm luôn hoạt động trong tình trạng thiếu cán bộ làm công tác chuyên môn nghiệp vụ, thiếu trang thiết bị và đặc biệt là thiếu kinh phí chi

cho các hoạt động chuyên môn nghiệp vụ. Để có tăng nguồn kinh phí hoạt động truyền thông, Trung tâm phải phối hợp với các các chương trình, dự án y tế thông gia thông qua các Hợp đồng trách nhiệm. Nhưng nguồn kinh phí này phải thực thanh, thực chi do Trung tâm chưa có Hóa đơn giá trị gia tăng nên không thể tiết kiệm để chi thu nhập tăng thêm cho cán bộ viên chức. Đời sống của cán bộ viên chức lao động còn gặp nhiều khó khăn, một số viên chức sau khi được đào tạo có trình độ cao, có kinh nghiệm trong công tác đã xin chuyển đến đơn vị khác có thu nhập cao hơn làm ảnh hưởng đến tư tưởng của các cán bộ khác trong Trung tâm.

Để khắc phục tình trạng trên chúng tôi đã nghiên cứu và quyết định áp dụng giải pháp: “Huy động kinh phí từ các Dự án của Chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế, các Dự án hợp tác quốc tế để phục vụ công tác Truyền thông – GDSK thông qua áp dụng cơ chế tài chính mới”

3. Mô tả bản chất của sáng kiến

3.1. Tính mới, tính sáng tạo, tính khoa học

Căn cứ Thông t- số71/TT - BTC ngày 09 tháng 8 năm 2006 của Bộ Tài chính về việc h- ớng dẫn thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ - CP ngày 25 tháng 4 năm 2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập Trung tâm đã trình Sở Y tế đề nghị cấp trên phê duyệt Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe là đơn vị sự nghiệp có thu. Đồng thời trình với Cục thuế tỉnh cấp Hoá đơn giá trị gia tăng cho Trung tâm. Xây dựng Quy chế quản lý hoạt động dịch vụ của Trung tâm theo nguyên tắc quản lý thống nhất, bảo đảm bù đắp được chi phí và có tích lũy.

Từ khi trở thành đơn vị sự nghiệp có thu, Trung tâm đã hoàn toàn chủ động sử dụng nguồn kinh phí huy động từ các Dự án của chương trình mục tiêu Quốc gia về Y tế và các Dự án hợp tác Quốc tế trong hoạt động chuyên môn. Tăng thu nhập cho cán bộ, viên chức, lao động góp phần động viên khuyến khích cán bộ nỗ lực nâng cao trình độ về mọi mặt, hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao. Đó chính là những điểm mới của giải pháp này.

3.2. Hiệu quả

Từ khi áp dụng giải pháp đến nay một số Dự án của Chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế, các Dự án hợp tác quốc tế đã chủ động đến Trung tâm để xem xét đánh giá năng lực và giao kinh phí để Trung tâm thực hiện các hoạt động Truyền thông - Giáo dục sức khỏe cho nhân dân. Tổng số kinh phí huy động như sau:

- + Năm 2011: 304.319.600 đồng.
- + Năm 2012: 150.000.000 đồng.
- + Dự kiến trong tháng 12 năm 2012 Trung tâm ký Hợp đồng với Dự án VIE/027 huy động được: 1.200.000.000 đồng để triển khai Dự án “Truyền

thông - GDSK cho người nghèo và đồng dân tộc thiểu số tại các huyện Hà Quảng, Nguyên Bình, Trùng Khánh ”.

Việc áp dụng cơ chế tài chính mới đã giúp Trung tâm đã đạt và vượt chỉ tiêu đề ra trong năm. Đảm bảo về số lượng và chất lượng các sản phẩm, được các đơn vị hợp tác đánh giá cao. Gặp nhiều thuận lợi trong thanh quyết toán với các Chương trình Dự án.

Kết quả cụ thể như sau: Xây dựng được 25/24 chuyên mục “Thầy thuốc của bạn” phát sóng trên Đài Phát thanh - Truyền hình tỉnh (đạt 104% kế hoạch); Thực hiện được 36/36 chuyên mục “Sức khỏe & Đời sống” trên Báo Cao Bằng (đạt 100% kế hoạch). Phát hành được 06 số Bản tin “Y tế Cao Bằng” với số lượng 9.000 quyển (đạt 100% kế hoạch), sản xuất được một số loại tài liệu truyền thông - GDSK cấp phát cho Y tế cơ sở phục vụ công tác truyền thông phòng chống dịch bệnh tại cộng đồng.

3.3. Khả năng và các điều kiện cần thiết để áp dụng sáng kiến

- Phải có Quy chế quản lý hoạt động dịch vụ của Trung tâm theo nguyên tắc quản lý thống nhất, bảo đảm bù đắp được chi phí và có tích lũy. Quy định mức thu chi cụ thể cho từng hoạt động. Thủ trưởng đơn vị chịu trách nhiệm trước cơ quan quản lý cấp trên về các hoạt động dịch vụ của đơn vị. Phải công khai các khoản thu chi. Nguồn kinh phí huy động được khi thực hiện thanh toán phải tuân thủ theo các quy định hiện hành của nhà nước và của các Chương trình, Dự án.
- Phải có Hoá đơn giá trị gia tăng.
- Cán bộ, viên chức, lao động của Trung tâm phải thành thạo các kỹ năng về sản xuất và phát triển tài liệu Truyền thông - GDSK. Đồng thời phải nắm vững quy trình tổ chức các sự kiện Truyền thông - GDSK, các chiến dịch Truyền thông - GDSK, cuộc thi truyền thông viên giỏi và tích cực hưởng ứng.

3.4. Thời gian và những người tham gia tổ chức áp dụng sáng kiến lần đầu

- Thời gian áp dụng sáng kiến từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012. Tiếp tục thực hiện trong những năm tiếp theo.
- Những người tham gia tổ chức áp dụng: toàn thể cán bộ, viên chức, lao động của Trung tâm Truyền thông - GDSK tỉnh Cao Bằng.

4. Kết luận:

Công tác Truyền thông - GDSK là một lĩnh vực năng động, luôn luôn có sự đổi mới về hình thức và nội dung; đổi mới về phương pháp và công nghệ kỹ thuật trong việc sản xuất các chương trình Truyền thông - GDSK. Đòi hỏi người làm Truyền thông - GDSK phải không ngừng trau dồi kiến thức mọi mặt, phải nắm vững các quan điểm của Đảng về công tác tuyên truyền, nắm vững yêu cầu nhiệm vụ chính trị của Ngành và địa phương. Đồng thời luôn bám sát những vấn đề trong thực tiễn cuộc sống mà cộng đồng quan tâm để từ đó tổ chức thông tin tuyên truyền kịp thời. Vì vậy người làm Truyền thông - GDSK cần phải viết, nói, làm theo đúng những chủ trương, đường lối,

chính sách của Đảng và Nhà nước. Phát triển, nâng cao công tác Truyền thông - GDSK sẽ thúc đẩy các mặt hoạt động của ngành Y tế.

Để giúp cho cán bộ, viên chức, lao động của Trung tâm Truyền thông - GDSK yên tâm công tác, nỗ lực học tập nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ góp phần nâng cao hiệu quả công tác, xây dựng Trung tâm Truyền thông - GDSK ngày càng vững mạnh, trong thời gian tới cần phải đẩy mạnh cải tiến và áp dụng giải pháp “ Huy động kinh phí từ các Dự án của Chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế, các Dự án hợp tác quốc tế để phục vụ công tác Truyền thông - GDSK cho nhân dân”.