

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 2011

HÀ NỘI - 2012

BAN BIÊN SOẠN

CHỈ ĐẠO THỰC HIỆN

TTUT. BSCKI. Đặng Quốc Việt
Giám đốc Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

CHỦ BIÊN

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

BIÊN TẬP

ThS.BS. Trịnh Ngọc Quang – Trưởng phòng Khoa học & Đào tạo
ThS.BS. Lý Thu Hiền – Phó trưởng phòng Khoa học & Đào tạo

LỜI NÓI ĐẦU

Sau Hội nghị khoa học lần thứ nhất vào năm 2010 của Hệ Truyền thông GDSK, công tác nghiên cứu khoa học đã được xác định là một nhiệm vụ cần được tăng cường tại cả cấp Trung ương và địa phương. Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương và các Trung tâm tuyến tỉnh đã thực hiện nhiều hơn các đề tài nghiên cứu với các nội dung khá đa dạng, phong phú góp phần không nhỏ nâng cao hiệu quả của các hoạt động truyền thông GDSK của toàn Hệ. Cuốn kỷ yếu “Các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2000 – 2010” đã được phát hành lần đầu tiên vào dịp Hội nghị đó và đã được cán bộ và các Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh/thành phố trên cả nước đánh giá cao.

Để tăng cường phổ biến các kết quả nghiên cứu, chia sẻ kinh nghiệm và thúc đẩy hoạt động nghiên cứu của các cá nhân, đơn vị thuộc hệ Truyền thông GDSK, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương đã thu thập, biên soạn các đề tài nghiên cứu của cán bộ và đơn vị thuộc hệ truyền thông thực hiện và hoàn thành năm 2011 để xây dựng cuốn ***“Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của Hệ truyền thông Giáo dục sức khỏe năm 2011”***. Cuốn kỷ yếu cũng là một nguồn tài liệu tham khảo hữu ích cho các cá nhân, đơn vị khi làm nghiên cứu khoa học.

Trong quá trình biên soạn cuốn kỷ yếu khó tránh khỏi những sai sót, Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương mong nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của bạn đọc để Trung tâm bổ sung, chỉnh lý để có những tài liệu với chất lượng tốt hơn cho các năm sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

T/M BAN BIÊN SOẠN
**Giám đốc, Chủ tịch Hội đồng Khoa học công nghệ
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương**

BSCKI. Đặng Quốc Việt

MỤC LỤC

Lời nói đầu

- 1 Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến công tác nghiên cứu khoa học của Trung tâm Truyền thông GDSK các tỉnh miền Bắc năm 2011
- 2 Đánh giá hiệu quả truyền thông thay đổi hành vi rửa tay bằng xà phòng trong phòng chống cúm A tại xã Mai Sơn, huyện Yên Mô, Ninh Bình, năm 2010
- 3 Đánh giá hiệu quả hoạt động truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống HIV/AIDS tại xã Gia Sinh, huyện Gia Viễn, Ninh Bình, năm 2009-2010
- 4 Sự cần thiết của truyền thông GDSK trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân
- 5 Đánh giá thực trạng nguồn lực truyền thông GDSK tuyến tỉnh, huyện tại tỉnh Hà Tĩnh năm 2010
- 6 Kiến thức, thực hành của người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh về bệnh tay chân miệng.
- 7 Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự phòng tai biến mạch máu não cho người cao tuổi tại thị xã Bắc Kạn, năm 2011
- 8 Đánh giá thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động phòng truyền thông GDSK các trạm y tế tỉnh Bắc Ninh năm 2011
- 9 Nghiên cứu thực trạng hút thuốc lá và thực hiện chính sách phòng chống tác hại thuốc lá trên địa bàn thành phố Đà Nẵng
- 10 Tình hình nhiễm HIV và đặc điểm nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010
- 11 Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm HIV của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010
- 12 Khảo sát hoạt động từ thiện của các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2011
- 13 Hiện trạng trang thiết bị và phương tiện làm việc của hệ truyền thông GDSK thành phố Cần Thơ năm 2010
- 14 Đánh giá tính phù hợp của tài liệu truyền thông chăm sóc mắt tại tỉnh Quảng Nam
- 15 Sáng kiến cải tiến kỹ thuật “Xây dựng chuyên mục Thầy thuốc gia đình trên truyền hình”

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CÔNG TÁC NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CỦA TRUNG TÂM TRUYỀN THÔNG GDSK CÁC TỈNH MIỀN BẮC NĂM 2011

*TS.Nguyễn Thị Kim Liên, ThS.Lý Thu Hiền, CN.Nguyễn Thị Lý,
CN.Nguyễn Thanh Hồng, CN.Nguyễn Thị Hồng Lua, CN.Nguyễn Thị Nhã Đan
Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương*

Tóm tắt nghiên cứu:

Nghiên cứu khoa học (NCKH) là một trong các nhiệm vụ của trung tâm TTGDSK. Với mục tiêu mô tả thực trạng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hoạt động NCKH của các trung tâm TTGDSK (T4G) miền Bắc, nghiên cứu đã tiến hành từ tháng 6-11/2011, trên 274 đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên môn của T4G 25 tỉnh/thành miền Bắc, đồng thời thu thập các đề tài nghiên cứu do các đơn vị này thực hiện trong 3 năm 2008-2010. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 năm từ 2008 -2010, trung bình mỗi T4G thực hiện 1,44 đề tài. Các nghiên cứu tập trung vào đánh giá hoạt động truyền thông của địa phương, nghiên cứu KAP về các vấn đề sức khỏe đang được quan tâm. Bên cạnh các nghiên cứu có chất lượng, nhiều báo cáo nghiên cứu còn sơ sài; thiếu tóm tắt, tổng quan, bàn luận; trình bày tài liệu tham khảo chưa đúng; phương pháp nghiên cứu chưa chặt chẽ. Kết quả nghiên cứu cũng cho biết chỉ có 27,4% cán bộ đã từng được tập huấn về NCKH; 95,6% có nhu cầu đào tạo thêm. 19,3% đã từng đề xuất đề tài nghiên cứu và 31% đã từng tham gia NCKH. 96,4% gặp khó khăn khi làm NCKH, với các khó khăn chủ yếu là thiếu kinh phí (81%), năng lực cán bộ yếu (67,9%). Việc không được đào tạo và không tham gia NCKH đã khiến cán bộ không đánh giá cao khả năng làm NCKH của mình và đơn vị. Nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới, trình độ học vấn, chuyên ngành đào tạo và việc được tập huấn về NCKH với việc tham gia làm NCKH của cán bộ.

1. Đặt vấn đề

Nghiên cứu khoa học (NCKH) là một nhiệm vụ quan trọng trong cả lĩnh vực điều trị cũng như dự phòng. Trong lĩnh vực TTGDSK, NCKH giúp người làm truyền thông hiểu rõ những vấn đề còn tồn tại, nguyên nhân và các phương pháp hiệu quả để giải quyết vấn đề đó. Đảng và Chính phủ ta nhận thức rõ vai trò của NCKH đối với sự phát triển của ngành Y tế nên trong Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ chính trị về Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, một trong những giải pháp được Đảng và Chính phủ ta xác định là “đẩy mạnh nghiên cứu khoa học”.

Theo Quyết định 911/1999/QĐ-BYT ngày 31 tháng 3 năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế, một trong những nhiệm vụ của các trung tâm TTGDSK tuyển tỉnh là tham gia và tổ chức công tác NCKH về TTGDSK trên địa bàn. NCKH là một trong các tiêu chí chấm điểm khi kiểm tra chéo công tác TTGDSK hàng năm của các tỉnh. Tuy nhiên hoạt động NCKH tại các T4G còn hạn chế. Theo báo cáo tổng kết của các T4G: năm 2009 có 99 đề

tài, năm 2010 có 120 đề tài. Báo cáo đánh giá kết quả chương trình hành động TTGDSK đến năm 2010 cũng đã chỉ ra: “Các nghiên cứu về đối tượng được truyền thông còn ít được triển khai. Đối với hệ TTGDSK, công tác NCKH vẫn là một lĩnh vực còn nhiều hạn chế”.

Với mong muốn tìm hiểu thực trạng công tác NCKH của các Trung tâm TTGDSK các tỉnh miền Bắc từ đó có những khuyến nghị phù hợp nhằm thúc đẩy công tác NCKH, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: ***“Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến công tác NCKH của Trung tâm TTGDSK các tỉnh miền Bắc năm 2011”***

2. Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả thực trạng NCKH của T4G các tỉnh miền Bắc năm 2011.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến công tác NCKH của T4G các tỉnh miền Bắc.
3. Đề xuất một số giải pháp thúc đẩy hoạt động NCKH tại T4G các tỉnh miền Bắc.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp thu thập thông tin bằng phương pháp định lượng và định tính.

3.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Cán bộ T4G các tỉnh miền Bắc (không bao gồm lái xe, bảo vệ, tạp vụ, văn thư)
- Báo cáo nghiên cứu do T4G các tỉnh miền Bắc thực hiện từ 2008 đến 2010.

3.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2011
- Địa điểm: T4G 25 tỉnh/thành miền Bắc (nghiên cứu định lượng). T4G Hà Nội, Lạng Sơn, Hưng Yên (nghiên cứu định tính)

3.4. Phương pháp chọn mẫu:

- Phương pháp định lượng: Chọn mẫu toàn bộ: Tất cả các cán bộ công tác tại trung tâm TTGDSK các tỉnh miền Bắc đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu đều đưa vào để nghiên cứu. Lấy danh sách cán bộ của các trung tâm TTGDSK các tỉnh miền Bắc, chọn được 277 người tham gia nghiên cứu.
- Phương pháp định tính: Chọn mẫu có chủ đích. Chọn 3 T4G đại diện cho thành phố, đồng bằng, miền núi là: Hà Nội, Hưng Yên, Lạng Sơn. Mỗi tỉnh phỏng vấn sâu 01 lãnh đạo đơn vị, 01 lãnh đạo Sở Y tế phụ trách công tác TTGDSK và thảo luận nhóm với 05 cán bộ.

3.5. Phương pháp thu thập số liệu:

- Số liệu định lượng: Số liệu được thu thập bằng phiếu tự điền gửi đến các đối tượng nghiên cứu.
- Số liệu định tính: Thực hiện thảo luận nhóm với cán bộ và phỏng vấn sâu lãnh đạo phụ trách NCKH của 03 T4G đã được chọn

- Thu thập và đánh giá chất lượng các báo cáo nghiên cứu do các T4G miền Bắc hoặc cán bộ của đơn vị đó thực hiện trong vòng 3 năm gần đây (2008-2010).

3.6. Phân tích số liệu

- Số liệu định lượng: Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.
- Số liệu định tính: Gỡ băng và tóm tắt lại thông tin theo các mục tiêu của nghiên cứu

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 274 cán bộ T4G 25 tỉnh/thành phố miền Bắc. Độ tuổi trung bình là 35,8; Cán bộ nữ chiếm 58,0%. Đa số được đào tạo từ các trường Y/được (37,9%) và báo chí (27,2%). Cán bộ có trình độ đại học và trên đại học chiếm đa số, trong đó tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học là 57,3%, chuyên khoa I - 10,2%, thạc sĩ - 2,2%, chuyên khoa II - 1,8%. Số cán bộ có trình độ trung cấp, cao đẳng vẫn chiếm gần 1/3.

Số năm công tác trung bình tại trung tâm Truyền thông là 6,2 năm. Có 66,1% số cán bộ được hỏi tham gia lấy tin, viết bài, làm phóng sự; 38,0% tham gia xây dựng kế hoạch. Các nhiệm vụ khác như tổ chức hoạt động truyền thông, phát triển tài liệu, đào tạo giảng dạy chiếm tỷ lệ khá tương đương nhau (32,8%; 31,8%; 30,7%). Chỉ có 19% tham gia làm NCKH.

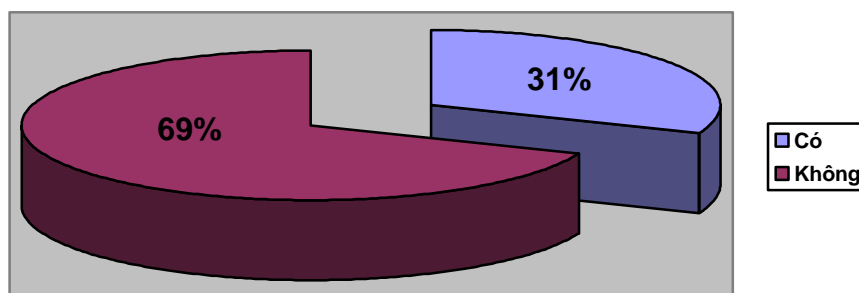
4.2. Thực trạng hoạt động NCKH của cán bộ và T4G các tỉnh miền Bắc

Bảng 1. Hoạt động NCKH của các T4G miền Bắc trong 3 năm 2008-2010

Tỉnh	Thành lập HDKH	Số đề tài thực hiện	Tỉnh	Thành lập HDKH	Số đề tài thực hiện
Hải Dương	Có (2003)	1	Cao Bằng	Chưa	1
Hải Phòng	Có (2000)	1	Hà Giang	Chưa	1
Hà Nội	Có (2010)	2	Vĩnh Phúc	Có (2010)	0
Bắc Giang	Có	1	Lai Châu	Có (2008)	1
Nam Định	Có (2005)	2	Hưng Yên	Có (2006)	1
Quảng Ninh	Chưa	1	Sơn La	Có (2006)	1
Hòa Bình	Có (2007)	2	Thái Bình	Có (2001)	2
Yên Bái	Có (2007)	3	Phú Thọ	Chưa	0
Lào Cai	Chưa	0	Bắc Ninh	Có (2011)	1
Bắc Cạn	Chưa	2	Hà Nam	Có (2005)	2
Điện Biên	Chưa	1	Ninh Bình	Có (2008)	4
Tuyên quang	Có (2007)	2	Lạng Sơn	Có (2009)	1
Thái Nguyên	Có	2			
Giá trị trung bình: 1,44; min: 0; max: 4					

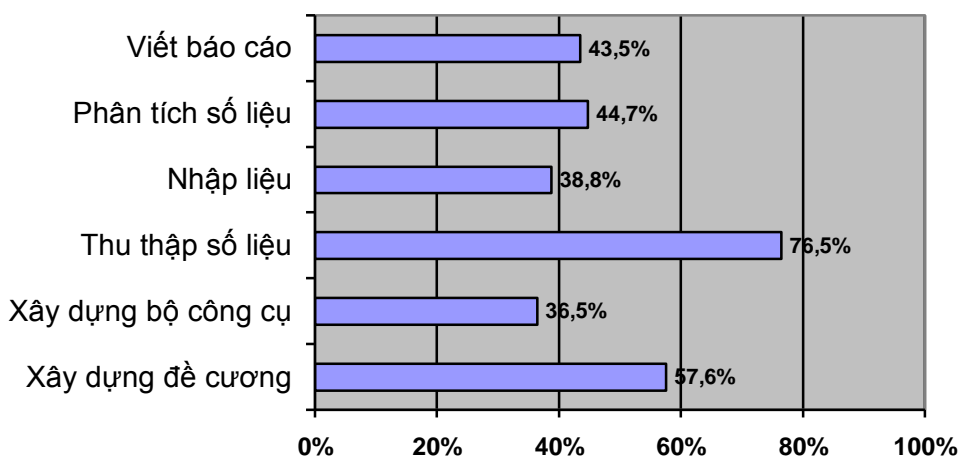
Trung bình trong 3 năm qua mỗi đơn vị thực hiện trung bình 1,44 đề tài, nhiều nhất là các tỉnh Ninh bình (4 đề tài/3 năm). Một số tỉnh như Lào Cai, Vĩnh Phúc, Thú Thọ không có đề tài nào được thực hiện trong vòng 3 năm qua. Số đề tài được thực hiện từ nguồn kinh phí hàng năm của đơn vị chiếm 77,8%.

19/25 đơn vị đã thành lập Hội đồng khoa học (HĐKH). Thái Bình là tỉnh thành lập HĐKH sớm nhất (năm 2001) và gần đây nhất là Bắc Ninh (năm 2011). Có 18/19 HĐKH có hoạt động và 16/18 HĐKH được cho rằng hoạt động có hiệu quả. Nhiều tỉnh miền núi phía Bắc không có HĐKH (Lào Cai, Bắc Cạn, Điện Biên, Cao Bằng, Hà Giang).



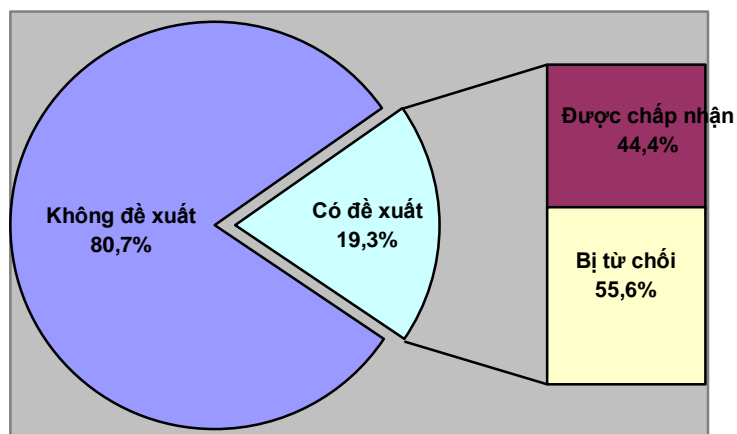
Biểu đồ 1. Tỷ lệ cán bộ T4G tham gia NCKH

31% cán bộ các T4G đã từng tham gia làm NCKH. Hầu hết các cán bộ đã từng làm NCKH tham gia vào 1-2 đề tài (chiếm 79,8%). Các đề tài mà các đối tượng nghiên cứu tham gia là đề tài cấp cơ sở (74,1%); luận án/luận văn (18,8%), đề tài cấp ngành (16,5%), đề tài cấp tỉnh (10,6%).



Biểu đồ 2. Hoạt động mà cán bộ T4G đã tham gia trong nghiên cứu

Hoạt động thu thập số liệu cho các nghiên cứu được cán bộ tham gia nhiều nhất (76,5%), tiếp đến là việc xây dựng đề cương nghiên cứu (57,6%), phân tích số liệu (44,7%), viết báo cáo nghiên cứu (43,5%). Hoạt động viết bài báo khoa học được ít cán bộ tham gia nhất, chỉ có 21,2%.



Biểu đồ 3. Thực trạng đề xuất đề tài NCKH của cán bộ T4G

Chỉ có 19,3% cán bộ đã từng đề xuất đề tài NCKH, trong đó 44,4% các đề xuất được lãnh đạo đơn vị chấp nhận. Lý do khiến cán bộ T4G các tỉnh phía Bắc không đề xuất đề tài: cán bộ chưa đủ tự tin để thực hiện đề tài (56,2%), kinh phí hạn chế (40,6%), không chọn được đề tài phù hợp (23,9%). Chỉ có 4,1% cho rằng việc NCKH là không cần thiết.

Kinh phí hạn chế là một cản trở cán bộ làm NCKH.

”Phòng GDSK là phòng chuyên môn mà cũng chẳng đề xuất đề tài. Kinh phí sự nghiệp hàng năm còn không đủ để chi. Nếu có kinh phí độc lập với kinh phí của cơ quan thì được, anh em sẵn sàng làm.” (TLN cán bộ T4G).

”Lãnh đạo đơn vị cũng ủng hộ lắm nhưng tiền không có, chỉ ủng hộ về mặt tinh thần thôi, ví dụ như có đơn vị nào mời làm thì lãnh đạo hoàn toàn ủng hộ” (TLN cán bộ T4G).

Ngoài ra nguyên nhân về nguồn nhân lực chưa đáp ứng với việc thực hiện đề tài cũng được các lãnh đạo T4G đề cập đến. *”Biết là NCKH quan trọng nhưng chúng tôi cũng ít làm đề tài vì cán bộ của hệ truyền thông mình còn rất mới, lại hay luân chuyển nên việc thực hiện NCKH cũng chưa được bài bản, chất lượng chưa cao”; ... “Anh em cũng đăng ký đề tài hàng năm đấy nhưng do đơn vị mới thành lập, kinh nghiệm làm nghiên cứu chưa nhiều nên chúng tôi tập trung và ưu tiên vào 1 đề tài thôi để đảm bảo tiến độ, chất lượng và đạt hiệu quả”* (PVS lãnh đạo T4G)

4.3. Nhận xét chất lượng các báo cáo NCKH đã thực hiện

Hầu hết các nghiên cứu gửi về là đề tài cấp cơ sở, áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu bằng phương pháp định lượng kết hợp định tính.

Về nội dung nghiên cứu: Nhiều nghiên cứu tập trung vào đánh giá các hoạt động truyền thông trên địa bàn như *“Nghiên cứu tổ chức và hoạt động của mạng lưới truyền thông GDSK tỉnh Thái Nguyên năm 2009”*; *“Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng công tác truyền thông GDSK tại cộng đồng”*; *“Nghiên cứu thực trạng kỹ năng thực*

hành của cộng tác viên truyền thông GDSK cơ sở”; “*Đánh giá thực trạng kiến thức, kỹ năng của cán bộ kiêm nhiệm truyền thông GDSK tại huyện Tiên Lữ*”... Nhiều nghiên cứu tập trung tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của người dân trên địa bàn về những vấn đề sức khỏe đang được cộng đồng quan tâm như cúm A/H5N1, về sức khỏe sinh sản hay về an toàn giao thông, thừa cân béo phì...

Về mục tiêu nghiên cứu: Trong các nghiên cứu KAP, mục tiêu được viết khá rõ ràng; có mối liên hệ mật thiết với tên đề tài và phần trình bày vấn đề nghiên cứu. Khi viết mục tiêu nghiên cứu các tác giả cũng đã sử dụng các động từ hành động và có thể đo lường được, ví dụ “*Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học năm 2009 tại thành phố Yên Bái*”. Tuy nhiên vẫn có những nghiên cứu mà mục tiêu không rõ ràng; mục tiêu được viết như liệt kê các hoạt động của nghiên cứu “*Sưu tầm, thống kê, khảo sát, phân tích những đặc điểm quan trọng...*” hoặc có sự nhầm lẫn giữa mục tiêu nghiên cứu và mục tiêu của truyền thông GDSK “*Mục tiêu cơ bản của GDSK là giúp cho mọi người xác định những vấn đề và nhu cầu sức khỏe của họ...*”.

Về phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập thông tin bằng phương pháp định lượng kết hợp định tính được áp dụng ở nhiều nghiên cứu. Trong các nghiên cứu đánh giá năng lực của hệ thống truyền thông phương pháp nghiên cứu dựa trên các báo cáo, số liệu, tài liệu sẵn có (nghiên cứu bàn giấy) được sử dụng nhiều. Trong các nghiên cứu Kiến thức – thái độ – thực hành (KAP), phương pháp nghiên cứu được mô tả khá tốt nhưng trong các nghiên cứu bàn giấy mô tả phương pháp rất chung chung.

Việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu: Mô tả đối tượng nghiên cứu chưa rõ ràng, cụ thể. Nhiều nghiên cứu còn nhầm lẫn giữa đối tượng truyền thông và đối tượng nghiên cứu: “*Là những đối tượng có liên quan trực tiếp, gián tiếp đến một vấn đề sức khỏe nào đó mà chúng ta cần tuyên truyền*”; “*Người truyền thông, đối tượng truyền thông và đối tượng quan trọng*”. Trong các nghiên cứu KAP, cỡ mẫu nghiên cứu chủ yếu được áp dụng công thức tính cho việc ước đoán một tỷ lệ trong quần thể. Nhiều nghiên cứu loại này đã làm tốt khâu chọn mẫu như chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn trong nghiên cứu. Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu chưa được mô tả cụ thể.

Việc trình bày kết quả nghiên cứu: Các test thống kê được sử dụng phổ biến là xác định tần số, tỷ lệ (%), một số nghiên cứu đã tìm hiểu mối liên quan giữa các biến (OR, p) hoặc so sánh sự khác biệt các giá trị tỷ lệ (test χ^2). Bên cạnh các nghiên cứu trình bày kết quả mạch lạc, bám sát mục tiêu còn có nhiều nghiên cứu kết quả rất sơ sài, kết cấu không cân xứng với các cấu phần khác, trình bày thiếu khoa học. Có nghiên cứu phần kết quả chưa đầy 2 trang trong tổng số 20 trang báo cáo. Nhiều kết quả định lượng không trình bày trên bảng/biểu đồ mà trình bày dưới dạng liệt kê, câu kể để đưa ra các tỷ lệ làm người đọc khó theo dõi. Nhiều bảng kết quả nghiên cứu không có phần nhận xét sau mỗi bảng.

Các cấu phần khác của một báo cáo nghiên cứu: Rất nhiều nghiên cứu không có phần tóm tắt nghiên cứu. Tổng quan tài liệu còn viết sơ sài (chỉ chiếm nửa trang) hoặc

viết lan man. Một số nghiên cứu không có phần tổng quan hoặc không đưa tổng quan vào một chương/phần riêng mà lại lồng vào phần đặt vấn đề hoặc kết quả nghiên cứu. Cũng giống như tổng quan, nhiều nghiên cứu đã không có phần bàn luận hoặc viết sơ sài, ít có sự liên hệ hay so sánh với kết quả các nghiên cứu khác. Một điểm dễ nhận thấy ở các nghiên cứu được các T4G gửi về đó là việc sắp xếp thứ tự tài liệu tham khảo không theo quy định (như không sắp xếp theo thứ tự a,b,c; không theo quy định viết tài liệu tham khảo cho sách, tạp chí...) và không có chú thích xem tài liệu tham khảo được dùng để minh họa, bàn luận cho nội dung nào. Thậm chí có nghiên cứu không hề sử dụng bất cứ tài liệu tham khảo nào.

4.4. Các yếu tố liên quan đến hoạt động NCKH

Có tới 96,4% các cán bộ đã từng làm NCKH của T4G các tỉnh phía Bắc cho rằng có gặp khó khăn trong quá trình thực hiện. Các khó khăn chủ yếu được đề cập đến là thiếu kinh phí (81%), tiếp đến là năng lực làm NCKH của cán bộ yếu (67,9%), thiếu trang thiết bị như phương tiện đi lại, máy ghi âm...(56%). Chỉ có 7,1% cán bộ đã từng tham gia NCKH cho rằng lãnh đạo đơn vị không ủng hộ.

4.4.1. Năng lực thực hiện NCKH của các T4G

Bảng 2. Tự đánh giá năng lực thực hiện NCKH của cán bộ T4G

Nội dung	Mức độ đánh giá (n= 274)									
	Yếu		Trung bình		Khá		Tốt		Rất tốt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lựa chọn chủ đề NC và xây dựng mục tiêu	24	8,8	123	44,9	84	30,6	41	15,0	2	0,7
Viết tổng quan tài liệu	30	11,0	122	44,5	92	33,6	28	10,2	2	0,7
Phương pháp nghiên cứu	28	10,2	121	44,2	91	33,2	32	11,7	2	0,7
Xây dựng bộ công cụ	28	10,2	122	44,6	89	32,5	33	12,0	2	0,7
Thu thập số liệu	22	12,0	104	38,0	87	31,7	55	20,1	6	2,2
Xử lý, phân tích số liệu	33	12,0	108	39,4	92	33,6	36	13,2	5	1,8
Viết báo cáo khoa học	26	9,5	119	43,4	92	33,6	31	11,3	6	2,2
Viết bài báo khoa học	35	12,8	136	49,6	66	24,1	32	11,7	5	1,8

Tỷ lệ các cán bộ tự đánh giá năng lực thực hiện NCKH của mình theo từng nội dung ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 38,0% đến 49,6%), tiếp đến là mức độ khá (từ 24,1% đến 33,2%). Chỉ có vài trường hợp tự thấy mình làm nghiên cứu rất tốt. Điểm trung bình đánh giá năng lực thực hiện NCKH của cán bộ là 20,1 điểm.

Bảng 3. Đánh giá năng lực thực hiện NCKH của đơn vị

Nội dung	Mức độ đánh giá (n =274)									
	Yếu		T.bình		Khá		Tốt		Rất tốt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lựa chọn chủ đề, xây dựng mục tiêu nghiên cứu	17	6,2	49	17,9	115	42,0	83	30,3	10	3,6
Viết tổng quan tài liệu	14	5,1	55	20,1	120	43,8	75	27,4	10	3,6
Phương pháp nghiên cứu	16	5,8	51	18,6	128	46,7	72	26,3	7	2,6
Xây dựng bộ công cụ	13	4,7	63	23,0	123	44,9	64	23,4	11	4,0
Thu thập số liệu	12	4,4	46	16,8	107	39,1	95	34,7	14	5,1
Xử lý, phân tích số liệu	19	6,9	49	17,9	111	40,5	81	29,6	14	5,1
Viết báo cáo khoa học	17	6,2	45	16,4	126	46,0	74	27,0	12	4,4
Viết bài báo khoa học	23	8,4	51	18,6	129	47,1	58	21,2	13	4,7

Kết quả bảng cho thấy tỷ lệ các cán bộ đánh giá năng lực thực hiện NCKH của đơn vị mình theo từng nội dung ở mức độ khá chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 39,1% đến 47,1%), tiếp đến là mức độ tốt (từ 21,2% đến 34,7%). Đánh giá việc thực hiện NCKH theo từng nội dung ở mức độ yếu và rất tốt có tỷ lệ thấp. Điểm trung bình đánh giá năng lực thực hiện NCKH của cán bộ là 20,1 điểm.

27,4% các cán bộ tại 25 T4G các tỉnh phía Bắc tham đã từng tham gia các khóa học về NCKH. Đa số được học về nội dung này trong các trường đại học (73,3%), số khóa học do Trung tâm TTGDSK Trung ương hoặc do chính các T4G tổ chức chỉ chiếm 10,7%. Gần 50% số cán bộ đã được đào tạo cách thời điểm phỏng vấn trên 2 năm. Hầu hết (98,7%) các cán bộ đã được đào tạo về NCKH cho rằng các khóa học này là cần thiết. Trong các nội dung đào tạo về NCKH, thiết kế đề cương nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (82,7%), phương pháp nghiên cứu (70,7%), chọn chủ đề và xây dựng mục tiêu (68%), xử lý và phân tích số liệu (58,7%), tổng quan tài liệu, kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu (53,3%), lập kế hoạch và viết báo cáo nghiên cứu (49,3%). Chỉ có 30,7% số đối tượng được học về nội dung viết bài báo khoa học.

Việc chưa được đào tạo và đào tạo lại, ít có cơ hội làm nghiên cứu đã làm hạn chế khả năng của cán bộ.

“Cán bộ của mình chưa được bài bản lắm nên chất lượng công tác NCKH còn gặp nhiều khó khăn” (PVS lãnh đạo T4G).

“Đa số anh em chưa được đào tạo, chủ yếu là tự mày mò học tập các form, mẫu nghiên cứu qua mạng nên chất lượng nghiên cứu chưa thực sự tốt...” (PVS lãnh đạo T4G).

“Nhân lực của T4G từ năm 1999 đến nay cũng có sự thay đổi nhiều. Cán bộ không ổn định, một số anh em học xong lại xin chuyển đi chỗ khác. Tưởng có bộ máy có thể làm được thì lại chuyển đi chỗ khác nên lại tìm người khác, lại phải đào tạo lại, ít nhiều có ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn của đơn vị cũng như NCKH” (TLN cán bộ T4G).

4.4.2. Kinh phí dành cho NCKH của cán bộ T4G

Có 16/25 trung tâm không dành kinh phí cố định từ hoạt động hàng năm của đơn vị cho hoạt động NCKH (chiếm 64,0%). 100% những trung tâm có dành kinh phí cho hoạt động NCKH đều sử dụng kinh phí đó đúng mục đích và 100% cho rằng kinh phí đó không đủ để thực hiện NCKH. Một số trung tâm đã cố gắng trích một phần kinh phí hoạt động hàng năm cho hoạt động này như Lạng Sơn, Tuyên Quang, Bắc Ninh (khoảng 10.000.000 đồng/năm); Hải Dương (3.000.000 đồng/năm).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy dù đơn vị có dành kinh phí cho hoạt động này đi chăng nữa thì kinh phí đó cũng không đủ đáp ứng nhu cầu.

“Trong 2 năm vừa qua, chỉ tiêu kế hoạch hàng năm có dành kinh phí cho NCKH. Tuy nhiên nguồn kinh phí theo quy định của tài chính khoảng 1% tổng kinh phí ngân sách hàng năm cho công tác nghiên cứu. Trong quá trình xây dựng kế hoạch đề tài NCKH thì kinh phí này thì không đủ đáp ứng nhu cầu.” (TLN cán bộ T4G).

Kinh phí hạn chế là một cản trở cán bộ làm NCKH. Trước hết kinh phí ít đồng nghĩa với việc sẽ không thể có đề tài để thực hiện mặc dù lãnh đạo rất ủng hộ.

4.4.3. Một số yếu tố liên quan đến việc tham gia NCKH của cán bộ T4G

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với việc tham gia NCKH

Yếu tố		Tham gia NCKH		OR (CI 95%)	p
		Có	Không		
Giới	Nam	47	67	2,3 (1,4 - 3,9)	<0,01
	Nữ	37	120		
Trình độ chuyên môn	ĐH và sau ĐH	77	119	5,6 (2,5 - 12,4)	<0,01
	Trung cấp, cao đẳng	8	70		
Chuyên ngành đào tạo	Y/dược	47	55	3 (1.76 - 5.1)	<0,01
	Các ngành khác	37	130		
Đào tạo về NCKH	Có	47	27	7,5 (4,3 - 14,0)	<0,01
	Không	37	160		
Vùng miền	Đồng bằng	30	90	0,6 (0,36 – 1,0)	>0,05
	Trung du miền núi	55	99		

Kết quả cho thấy, nam giới tham gia NCKH cao gấp 2,3 lần nữ giới ($p < 0,01$), cán bộ có trình độ đại học trở lên tham gia nghiên cứu cao gấp 5,6 lần các cán bộ khác ($p < 0,01$). Cán bộ tốt nghiệp các trường Y dược tham gia nghiên cứu nhiều hơn các cán bộ tốt nghiệp các chuyên ngành khác ($p < 0,01$). Những người đã từng được đào tạo/tập huấn về NCKH tham gia làm nghiên cứu nhiều gấp 7,5 lần những người chưa từng được đào tạo. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố vùng miền với việc tham gia NCKH của cán bộ các T4G.

4.5. Các giải pháp nhằm thúc đẩy hoạt động NCKH

4.5.1. Dành kinh phí cho hoạt động NCKH

Theo kết quả nghiên cứu định lượng, có tới hơn 90% đối tượng nghiên cứu chọn giải pháp ”dành kinh phí thường xuyên cho hoạt động NCKH”. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu định tính lại cho thấy để có được kinh phí cho hoạt động này không hề dễ, khi mà kinh phí cho hoạt động thường xuyên của đơn vị còn hạn chế.

”Kinh phí sự nghiệp hàng năm còn không đủ để chi. Nếu có kinh phí độc lập với kinh phí của cơ quan thì được, anh em sẵn sàng làm.” (TLN cán bộ T4G).

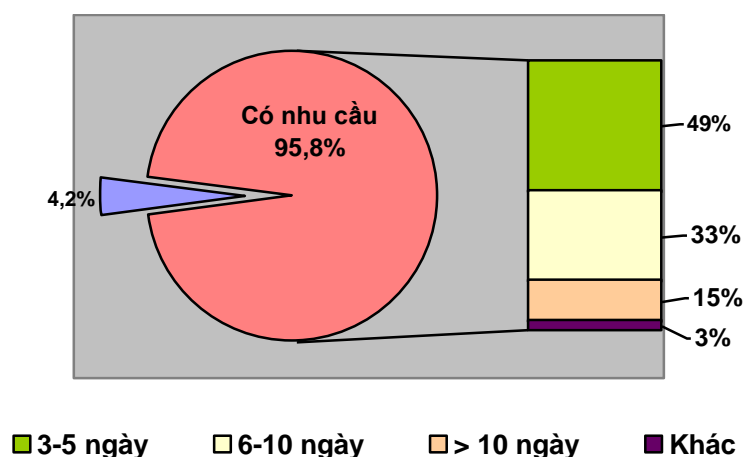
Để có kinh phí cho NCKH, một số đơn vị đã quyết định trích một phần từ kinh phí thường xuyên của đơn vị thông qua việc tiết kiệm chi.

”Chúng tôi cũng ấn định vài phần trăm/ năm kinh phí cho NCKH. Kinh phí này lấy từ kinh phí thường xuyên của đơn vị, tiết kiệm tiền xăng xe, ví dụ: phóng viên đi viết tin bài thì đi xe bus, khoán điện thoại, nước, internet...” (PVS lãnh đạo T4G).

Hoặc giải pháp ”mèo nhỏ bắt chuột nhỏ” cũng được đưa ra. ”Với kinh phí cho NCKH hàng năm ít hơn 10 triệu đồng thì vẫn có thể thực hiện được các đề tài trong phạm vi nhỏ như đánh giá hoặc sáng kiến cải tiến” (PVS lãnh đạo T4G).

4.5.2. Nâng cao năng lực thực hiện NCKH cho cán bộ T4G

▪ Tăng cường đào tạo về NCKH



Biểu đồ 4. Nguyên vọng được đào tạo về NCKH

95,6% số cán bộ cho rằng cần phải mở thêm các khóa tập huấn về NCKH. Thời gian mở lớp 3-5 ngày được 48,7% số người được hỏi cho là phù hợp; 33,3% cho rằng cần mở lớp từ 6-10 ngày. Chỉ có 14,6% cho rằng thời gian mở lớp nên trên 10 ngày.

Bảng 5. Nội dung về NCKH cán bộ mong muốn được đào tạo thêm

Chỉ số	Tần số (n=262)	Tỷ lệ (%)
Xây dựng đề cương	208	79,4
Viết tổng quan tài liệu	125	47,7
Lựa chọn chủ đề và xây dựng mục tiêu	199	76,0
Phương pháp nghiên cứu	193	73,7
Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu	157	59,9
Xử lý và phân tích số liệu	173	66,0
Lập kế hoạch nghiên cứu	160	61,1
Viết báo cáo nghiên cứu	175	66,8
Viết bài báo khoa học	142	54,2

Hầu hết các nội dung được các cán bộ mong muốn học tập, tìm hiểu thêm, trong đó cao nhất là xây dựng đề cương (79,4% số người được hỏi muốn học nội dung này), tiếp đến là lựa chọn chủ đề và xây dựng mục tiêu nghiên cứu (76%), phương pháp nghiên cứu (73,7%). Chỉ có 47,7% mong muốn được học về cách viết tổng quan tài liệu.

▪ Một số giải pháp khác

Ngoài việc tổ chức các khóa đào tạo về NCKH, cán bộ T4G cũng đề xuất một số giải pháp mà thông qua đó năng lực thực hiện NCKH của cán bộ có thể cải thiện; đó là có các hướng dẫn cụ thể về quy trình làm nghiên cứu, cách viết báo cáo nghiên cứu, tổ chức sinh hoạt khoa học định kỳ hàng năm hoặc phối kết hợp với các đơn vị có năng lực tốt để làm NCKH

”T5G cần có hướng dẫn cụ thể cách viết báo cáo cho các đơn vị... Hoặc có thể tổ chức sinh hoạt khoa học giữa các đơn vị truyền thông với nhau” (PVS lãnh đạo T4G)

”Nếu không đủ năng lực làm nghiên cứu mình có thể kết hợp với các đơn vị khác. Như ở tỉnh tôi bệnh viện đa khoa năm nào cũng tổ chức hội nghị khoa học, nếu quan hệ tốt họ có thể giúp rất nhiệt tình” (TLN cán bộ T4G).

5. Kết luận

- Hoạt động NCKH của T4G các tỉnh miền Bắc còn nhiều hạn chế: Số lượng nghiên cứu không nhiều (1,44 đề tài/trung tâm/3 năm). Chất lượng các nghiên cứu chưa tốt (phương pháp nghiên cứu chưa chặt chẽ; báo cáo nghiên cứu sơ sài; thiếu tóm tắt, tổng quan, bàn luận; trình bày tài liệu tham khảo chưa đúng).
- Sự tham gia và năng lực thực hiện NCKH của cán bộ còn hạn chế: 19,3% đã từng đề xuất đề tài, 31% đã từng tham gia NCKH. Điểm trung bình đánh giá năng lực thực hiện NCKH thấp (20,1 và 24,4/40 điểm)
- Thiếu kinh phí (81%) và năng lực thực hiện NCKH hạn chế (67,9%) là các yếu tố cản trở hoạt động NCKH.

- Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, trình độ, chuyên ngành đào tạo và việc đã từng được tập huấn về NCKH với việc tham gia NCKH.
- Một số giải pháp nhằm thúc đẩy hoạt động NCKH: Dành kinh phí thường xuyên cho NCKH; Nâng cao năng lực của cán bộ thông qua việc tăng cường đào tạo, tổ chức sinh hoạt khoa học định kỳ hoặc phối hợp với các đơn vị khác để làm nghiên cứu.

6. Khuyến nghị:

- Các đơn vị dành kinh phí thường xuyên cho hoạt động NCKH.
- Nâng cao năng lực thực hiện NCKH cho cán bộ T4G thông qua mở các khóa đào tạo với thời gian mở lớp phù hợp 3-5 ngày.
- Thực hiện các đề tài có quy mô nhỏ và vừa hoặc các sáng kiến cải tiến kỹ thuật phù hợp với nguồn kinh phí và năng lực của cán bộ.
- Phối hợp các đơn vị khác thực hiện NCKH

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2007), *Tài liệu hội nghị tập huấn nghiệp vụ khoa học công nghệ*.
2. Bộ Y tế (2006), *Báo cáo y tế Việt Nam 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới*, nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế (1999), *Quyết định về việc ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương*, số 911/1999/QĐ- BYT ngày 31 tháng 3 năm 1999.
4. Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh (1995), *Nghiên cứu xã hội học (Thủ tục, hình thức, phương pháp)*, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia.
5. Thủ tướng Chính phủ (2005), *Quyết định ban hành Chương trình hành động của Chính phủ Thực hiện Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, số 243/2005/QĐ-TTg ngày 5 tháng 10 năm 2005.
6. Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe Trung ương (2011), *Báo cáo đánh giá kết quả chương trình hành động truyền thông-giáo dục sức khỏe đến năm 2010*.
7. Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe Trung ương (2011), *Báo cáo tổng kết công tác truyền thông GDSK năm 2010 và triển khai công tác năm 2011*.
8. Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe Trung ương (2011), *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học về truyền thông-giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010*, NXB Khoa học kỹ thuật, năm 2011.
9. Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe Trung ương (2011), *Quyết định về việc ban hành “Quy trình xét duyệt đề cương và nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở”*, số 65/QĐ-GDSKTW ngày 28 tháng 3 năm 2011.
10. Trường Đại học Y Hà Nội, Dự án Việt Nam-Hà Lan, *Tài liệu hướng dẫn xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, năm 2011.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TRUYỀN THÔNG THAY ĐỔI HÀNH VI RỬA TAY BẰNG XÀ PHÒNG TRONG PHÒNG CHỐNG CÚM A TẠI XÃ MAI SƠN, HUYỆN YÊN MÔ, NINH BÌNH, NĂM 2010

*Phạm Ngọc Cương, Lê Thị Thu Hoàn
Trung tâm Truyền thông GDSK Ninh Bình*

Tóm tắt nghiên cứu:

Từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2010, Trung tâm TTGDSK Ninh Bình tổ chức các hoạt động truyền thông nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ và thực hành của người dân trên địa bàn xã Mai Sơn, huyện Yên Mô, tỉnh Ninh Bình về phòng chống bệnh cúm A. Một loạt các hoạt động truyền thông can thiệp đã được tiến hành như phát trên loa đài, phát tài liệu, tổ chức truyền thông lồng ghép, thăm hộ gia đình, phát xà phòng, chậu rửa... Kết quả đánh giá trước và sau can thiệp trên 200 phụ nữ trên 18 tuổi tại địa bàn xã đã cho thấy có sự chuyển biến về nhận thức và hành vi của đối tượng. Nhận thức của người dân về nguyên nhân gây bệnh cúm (do vi rút) tăng từ 61,5% lên 97,5%. Tỷ lệ người dân biết được đường lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với người bệnh và các dịch tiết mũi họng, hô hấp của người bệnh đã tăng từ 53% lên 100%. Kiến thức về các biểu hiện của bệnh và các biện pháp phòng bệnh cũng tăng lên đáng kể. Sau khi can thiệp phần lớn phụ nữ xã Mai Sơn đã thực hiện đúng và thường xuyên việc rửa tay bằng xà phòng (trước can thiệp: 24%, sau can thiệp: 100%).

1. Đặt vấn đề

Mai Sơn là một xã nằm ở phía Tây Bắc của huyện Yên Mô, tỉnh Ninh Bình, có diện tích tự nhiên gần 5 km², có 8 thôn với 890 hộ gia đình, trên 4.000 nhân khẩu. Cơ cấu kinh tế: nông nghiệp chiếm 62,8%, dịch vụ và công nghiệp chiếm 37,2%, giao thông thuận tiện với đường quốc lộ 1A, đường sắt Bắc - Nam và đường sông chạy qua xã - đây là điều kiện thuận lợi phát triển kinh tế, cải thiện đời sống cho nhân dân trong xã. Mặt khác ở đây vẫn còn nhiều tập quán lạc hậu, nguồn nước sạch cho sinh hoạt còn thiếu, tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh chưa cao, người dân vẫn chưa có thói quen rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, một số hộ vẫn còn sử dụng phân tươi để bón ruộng. Đây chính là mối nguy cơ tiềm ẩn phát sinh và phát triển các bệnh dịch bệnh nguy hiểm nhất là bệnh dịch cúm A và các bệnh đường tiêu hóa.

Từ năm 2004 - 2008 trên địa bàn huyện Yên Mô đã có 11 xã có dịch cúm A/H5N1 trên gia cầm, trong đó xã Mai Sơn có 2 đợt dịch (năm 2004 và năm 2005), tuy nhiên cho đến nay chưa phát hiện bệnh nhân nhiễm cúm A/H5N1. Năm 2009, trên địa bàn huyện Yên Mô và xã Mai Sơn cũng đã xảy ra dịch cúm A/H1N1 và các dịch bệnh nguy hiểm như tiêu chảy cấp nguy hiểm do tả, nhiễm liên cầu lợn ở người... Mặc dù đã triển khai đồng bộ và có hiệu quả các biện pháp phòng chống dịch nhưng với những điều kiện về tự nhiên, kinh tế xã hội

nêu trên, nguy cơ bùng phát các dịch bệnh này là rất lớn đòi hỏi phải chủ động triển khai các biện pháp can thiệp nhằm làm giảm thiểu nguy cơ.

Căn cứ nhu cầu thực tiễn và khả năng huy động các nguồn lực tại địa phương, chúng tôi lựa chọn hình thức can thiệp là rửa tay bằng xà phòng tại xã vì đây là hành vi quan trọng có thể phòng lây nhiễm cúm và các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa. Nhằm mục đích đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp bằng truyền thông tại xã Mai Sơn, huyện Yên Mô trong việc phòng chống dịch cúm A thông qua hành vi rửa tay bằng xà phòng, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: ***Đánh giá hiệu quả truyền thông thay đổi hành vi rửa tay bằng xà phòng trong phòng chống cúm A tại xã Mai Sơn, huyện Yên Mô năm 2010.***

2. Mục tiêu can thiệp

Mục tiêu chung: Nâng cao nhận thức, thái độ và thực hành của các tầng lớp nhân dân trong xã, đặc biệt là phụ nữ trong công tác phòng chống dịch cúm A.

Mục tiêu cụ thể: Đến hết tháng 01/2011, tại xã Mai Sơn có:

- 90% phụ nữ thường xuyên rửa tay bằng xà phòng đúng cách.
- 80% người dân rửa tay thường xuyên bằng xà phòng đúng cách.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2010
- Địa điểm: xã Mai Sơn, huyện Yên Mô, tỉnh Ninh Bình.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đánh giá trước - sau.

3.3. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ > 18 tuổi
- Chọn mẫu và cỡ mẫu cho nghiên cứu:
 - + Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần phỏng vấn trong nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Độ tin cậy của nghiên cứu, được xác định ở ngưỡng xác suất với α là 0,05 nên giá trị $Z_{(1-\alpha/2)}$ là 1,96

p: Tỷ lệ người dân có nhận thức, thái độ và thực hành đúng về phòng chống cúm A/H1N1 (để có cỡ mẫu cao nhất p được tính là 0,5)

d. Độ sai lệch mong muốn ($d = 0,05$)

Áp dụng vào công thức trên, cỡ mẫu được tính là 196, làm tròn là 200.

Như vậy cỡ mẫu điều tra là 200 (người).

- + Chọn đối tượng nghiên cứu: Sử dụng kỹ thuật quay cổ chai, hướng cổ chai quay về phía nào thì chọn hộ gần nhất của thôn gần nhất là điểm đầu tiên để tiến hành điều tra, sau đó áp dụng phương pháp cổng liền cổng (door to door) cho đến khi đủ cỡ mẫu. Nếu đối tượng nghiên cứu đi vắng thì chọn hộ gia đình tiếp theo cho đủ cỡ mẫu (Số lượng hộ thay đổi không quá 5%). Tại mỗi hộ gia đình thực hiện phỏng vấn một phụ nữ từ 18 tuổi trở lên.

3.4. Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng bằng bộ câu hỏi đã được chuẩn bị trước.

3.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Đánh giá trước can thiệp nhận thức, thái độ, thực hành của người dân nhất là phụ nữ liên quan đến công tác phòng chống dịch cúm A và hành vi rửa tay bằng xà phòng.
- Can thiệp bằng các hoạt động truyền thông, gồm:
 - + Tổ chức 08 lớp kỹ năng phòng chống dịch cúm A và biện pháp rửa tay bằng xà phòng cho hơn 400 phụ nữ tại 08 thôn.
 - + Tổ chức 02 cuộc thi kiến thức giữa các gia đình. Nội dung thi gồm 2 phần: phần thi kiến thức về phòng chống cúm A và phần thi thực hành rửa tay bằng xà phòng. Có 120 thí sinh là hội viên phụ nữ đến từ 8 chi hội trong toàn xã đã tham gia. Kết quả hội thi là căn cứ để trao các giải thưởng đồng thời chọn ra 80 hộ gia đình để hỗ trợ xà phòng, chậu, giá inox.
 - + Tuyên truyền phòng chống cúm tại cộng đồng:
 - Tuyên truyền trên đài truyền thanh xã: Đài Truyền thanh xã đã thường xuyên phát các bài tuyên truyền về bệnh cúm A, các biện pháp phòng chống, lợi ích của việc rửa tay bằng xà phòng, tin về các hoạt động của dự án.
 - Tổ chức các buổi truyền thông lồng ghép: Hội phụ nữ xã đã tổ chức được gần 30 buổi truyền thông lồng ghép, phối hợp với các tổ chức khác như cựu chiến binh, thanh niên, các nhà trường...
 - Truyền thông tại hộ gia đình: cán bộ hội phụ nữ, nhân viên y tế thôn đã thường xuyên đến tận các hộ gia đình cấp phát tài liệu, tổ chức tuyên truyền, giám sát và hướng dẫn việc thực hiện hành vi rửa tay bằng xà phòng tại mỗi hộ gia đình.
- Đánh giá nhận thức, thái độ, thực hành của người dân nhất là phụ nữ liên quan đến công tác phòng chống dịch cúm A và hành vi rửa tay bằng xà phòng sau can thiệp.

3.6. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 16.0. Kết quả sau khi phân tích, được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các

kiểm định thống kê (χ^2) để so sánh về nhận thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp.

4. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ đã nghe/biết về dịch cúm A trên người

Biết về bệnh cúm A trên người	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Đã biết	100	100	P>0,05
Chưa biết	0	0	
Tổng số	100	100	

Nhận xét: Qua phỏng vấn 200 phụ nữ tại 2 thời điểm trước và sau can thiệp thì 100% đối tượng trả lời đều đã được nghe và biết về bệnh cúm A.

Bảng 2. Nhận thức của phụ nữ về tác nhân gây dịch cúm A trên người

Tác nhân gây bệnh	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Do virus cúm gây ra	61,5	97,5	<0,05
Do vi khuẩn gây ra	21	2,5	
Không biết/không rõ	17,5	0	

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ sau khi can thiệp có nhận thức đúng tác nhân gây bệnh là do vi rút cúm cao hơn rất nhiều thời điểm trước can thiệp (61,5% và 97,5%), với $p<0,05$.

Bảng 3. Nhận thức về đường lây truyền bệnh cúm A/H1N1

Đường lây	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Hô hấp	48	94	<0,05
Tiêu hoá	23,5	0	
Máu	01	0	
Tình dục	0	0	
Tiếp xúc thông thường	21,5	6	
Khác (ghi rõ)	0	0	
Không biết	6	0	

Nhận xét: Về đường lây, trước can thiệp chỉ có 48% phụ nữ được hỏi trả lời là bệnh cúm A/H1N1 lây qua hô hấp, nhưng sau can thiệp tỷ lệ đó là 94% ($p<0,05$).

Bảng 4. Nhận thức về nguồn lây nhiễm cúm A/H1N1

Nguồn lây	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Người	53,5	96	<0,05
Các loại gia cầm, thủy cầm, chim	17	4	<0,05
Lợn	0	0	
Khác (ghi rõ)	0	0	
Không biết	29,5	0	

Nhận xét: Về nguồn lây nhiễm, trước can thiệp chỉ có 53,5% phụ nữ được hỏi trả lời là bệnh cúm A/H1N1 có nguồn lây duy nhất là người mắc bệnh, nhưng sau can thiệp tỷ lệ đó là 96% ($p < 0,05$).

Bảng 5. Nhận thức về sự nguy hiểm của dịch cúm A/H1N1

Sự nguy hiểm của bệnh	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Nguy hiểm	65,5	100	<0,05
Bình thường (như cúm mùa)	21	0	<0,05
Không biết	13,5	0	

Nhận xét: Về sự nguy hiểm của dịch, trước can thiệp chỉ có 65,6% phụ nữ cho rằng bệnh nguy hiểm nhưng sau can thiệp tỷ lệ đó đã tăng lên 100% ($p < 0,05$).

Bảng 6. Nhận thức về đường lây nhiễm cúm A/H1N1

Đường lây	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Tiếp xúc với người nhiễm vi rút cúm	68,5	100	<0,05
Qua đường hô hấp khi tiếp xúc với nước bọt, dịch tiết mũi họng của bệnh nhân	53	100	
Tiếp xúc trực tiếp với các đồ vật bị nhiễm vi rút	38	94,5	
Tiếp xúc với động vật bị bệnh	13,5	0	
Khác (ghi rõ)	0	0	
Không biết	8,0	0	

Nhận xét: Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về đường lây nhiễm cúm A/H1N1 tăng lên rõ rệt sau khi được cung cấp thông tin từ các hoạt động can thiệp, đặc biệt là đường lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với người bệnh và các dịch tiết mũi họng, hô hấp của người bệnh đã tăng từ 53% lên 100% ($p < 0,05$).

Bảng 7. Nhận thức về đối tượng dễ bị nhiễm cúm A/H1N1

Đối tượng	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Người già	53,5	89	<0,05
Trẻ em	58	84,5	
Phụ nữ có thai	40,5	73	
Người có sức khoẻ yếu hoặc đang mắc các bệnh khác	61,5	91	
Tất cả mọi người đều có thể mắc bệnh	29	72,5	

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng được phỏng vấn đều trả lời đúng về những đối tượng có nguy cơ lây nhiễm cúm A/H1N1 và tỷ lệ người có nhận thức đúng tăng cao rõ rệt sau khi được truyền thông.

Bảng 8. Nhận thức về việc phát hiện sớm các ca nhiễm cúm A/H1N1

Nhận thức	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Có thể	42	83,5	<0,05
Không thể	37,5	16,5	
Không biết	20,5	0	

Nhận xét: Sau khi thực hiện các biện pháp can thiệp bằng TTGDSK, tỷ lệ người có nhận thức đúng về việc có thể phát hiện sớm các trường hợp bệnh ngay tại cộng đồng đã tăng lên từ 42% lên 83,5%. $P < 0,05$

Bảng 9. Nhận thức về biểu hiện khi nhiễm cúm A/H1N1

Biểu hiện	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Sốt	45,5	100	<0,05
Đau đầu	56,5	89	
Đau mỏi cơ khớp	39,5	82	
Ho, chảy nước mũi	62,5	98,5	
Tiêu chảy	7	5	
Khác	11	09	

Nhận xét: Sau khi được TTGDSK, tỷ lệ đối tượng biết và liệt kê được các biểu hiện của người mắc cúm A/H1N1 đã tăng rất cao. Đặc biệt là ở 2 triệu chứng sốt và đau đầu với 100% số người được hỏi trả lời đúng.

Bảng 10. Thái độ khi tiếp xúc với những người nghi nhiễm cúm A/H1N1

Thái độ	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Tránh không tiếp xúc và cách li người bệnh	68	87	<0,05
Báo ngay cho cán bộ y tế	44,5	100	
Thực hiện vệ sinh ăn uống	32,5	96,5	
Thực hiện các biện pháp PCD do CQ y tế hướng dẫn	52	100	
Giữ bí mật để mọi người khỏi hoang mang	0	0	

Nhận xét: Bảng 10 cho thấy, trước khi can thiệp, tỷ lệ đối tượng có thái độ tích cực đối với việc tiếp xúc với người nhiễm cúm là rất thấp (dưới 50%). Tuy nhiên sau khi được truyền thông tỷ lệ có thái độ tích cực đã tăng lên rõ rệt.

Bảng 11. Về các biện pháp phòng lây nhiễm cúm A/H1N1

Biện pháp	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Tránh tiếp xúc với người bệnh	68	93,5	<0,05
Thường xuyên đeo khẩu trang y tế ở nơi công cộng	13,5	28	
Đeo khẩu trang và giữ khoảng cách >1m khi tiếp xúc với bệnh nhân	9,5	79,5	
Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng	24	100	
Che miệng, mũi khi ho, hắt hơi	53,5	89	
Uống thuốc phòng cúm	29	82	
VS cá nhân, môi trường thường xuyên, khử trùng các bề mặt tiếp xúc	56,5	91,5	

Nhận xét: Về các biện pháp phòng lây nhiễm, tỷ lệ đối tượng có thái độ tích cực sau khi được truyền thông khá cao nhưng không đồng đều như với hành vi đeo khẩu trang, tỷ lệ vẫn còn thấp (28%). Nguyên nhân là các đối tượng cho rằng việc đeo khẩu trang bất tiện, ảnh hưởng thẩm mỹ và gây trở ngại khi giao tiếp.

Bảng 12. Rửa tay bằng xà phòng có phòng được nhiễm cúm A/H1N1 không

Biện pháp	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Có	36,5	100	<0,05
Không	63,5	0	
Không biết	0	0	

Nhận xét: Phân tích bảng 12 chúng ta thấy sau khi được truyền thông, 100% đối tượng có nhận thức đúng và thái độ tích cực đối với việc rửa tay bằng xà phòng trong phòng chống cúm A so với 36,5% trước khi truyền thông.

Bảng 13. Thời điểm rửa tay bằng xà phòng

Thời điểm	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Trước khi ăn	70,5	100	<0,05
Trước khi chế biến thức ăn	43	87,5	
Sau khi đi làm đồng về	29	76	
Sau khi đi vệ sinh	58,5	100	
Khác	15	7	

Nhận xét: Sau khi được truyền thông GDSK phần lớn đối tượng đều đã biết các thời điểm cần rửa tay bằng xà phòng. Điều này hết sức quan trọng trong việc phòng lây nhiễm của bệnh cúm A cũng như các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa.

Bảng 14. Các bước rửa tay bằng xà phòng (kết hợp mô tả và quan sát thực hành)

Các bước	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Làm ướt hai bàn tay bằng nước sạch. Thoa xà phòng vào lòng bàn tay. Chà xát hai lòng bàn tay vào nhau	53,5	95,5	<0,05
Dùng ngón tay và lòng bàn tay này cuốn và xoay lần lượt từng ngón của bàn tay kia và ngược lại.	49	89	
Dùng lòng bàn tay này chà xát lên mu bàn tay kia và ...	42,5	76	
Dùng đầu ngón tay của bàn tay này miết vào kẽ giữa các ngón của bàn tay kia và ngược lại	38,5	69,5	
Chụm 5 đầu ngón tay của tay này cọ vào lòng bàn tay kia bằng cách xoay đi, xoay lại.	13,5	85	
Xả cho tay sạch hết xà phòng dưới nguồn nước sạch. Lau khô tay bằng khăn hoặc giấy sạch	56	94	

Nhận xét: Trước khi được hướng dẫn và tổ chức cuộc thi rửa tay bằng xà phòng, phần lớn đối tượng không mô tả được các bước rửa tay bằng xà phòng. Tuy nhiên sau khi được CBYT, CBPN hướng dẫn thực hành, được cung cấp xà phòng, chậu rửa... phần lớn đối tượng nghiên cứu đã mô tả đúng và thực hành thành thạo các bước rửa tay đúng bằng xà phòng.

Bảng 15. Kênh thông tin về phòng lây nhiễm cúm A/H1N1

Kênh thông tin	Tỷ lệ (%)		p
	Trước	Sau	
Sách, báo, tạp chí	23,5	24	
Ti vi	81	82,5	
Loa đài	71,5	100	<0,05
Cán bộ y tế	58,5	100	<0,05
Cán bộ phụ nữ	48	100	<0,05

Nhận xét: Trước khi can thiệp, nguồn cung cấp thông tin về cúm A chủ yếu là qua ti vi, vai trò của CBYT, CBPN khá mờ nhạt (khoảng 58% số người được hỏi). Tuy nhiên sau khi thực hiện các hoạt động truyền thông, tỷ lệ người trả lời có được các thông tin về cúm A và các biện pháp phòng chống từ CBYT, CBPN và hệ thống đài truyền thanh xã đã tăng lên rất cao (100%).

Bảng 16. Kênh phù hợp và hiệu quả nhất trong tuyên truyền về cúm A/H1N1

Kênh thông tin	Tỷ lệ %		p
	Trước	Sau	
Sách, báo, tạp chí	3,5	2	
Ti vi	29	3	
Loa đài	46	27,5	<0,05
Cán bộ y tế	18	32	<0,05
Khác (người thân, cán bộ chính quyền, phụ nữ...)	5,5	35,5	

Nhận xét: Trước khi can thiệp, đối với các đối tượng kênh thông tin phổ biến, tin tưởng và hiệu quả nhất là hệ thống loa truyền thanh của xã, ti vi, sau khi can thiệp số đối tượng xác định kênh thông tin hiệu quả và phù hợp nhất đã thay đổi với sự tin tưởng nhiều hơn vào CBYT (32%) và CBPN, cán bộ chính quyền (35,5%).

5. Kết luận

- Về tổ chức thực hiện: Dự án đã thành công đạt được mục tiêu kế hoạch đề ra là do đã lựa chọn đúng địa phương để triển khai thực hiện, mục tiêu được xây dựng phù hợp, kế hoạch hoạt động mang tính khả thi. Có sự phối hợp chặt chẽ, khoa học trong tổ chức, chỉ đạo và triển khai các hoạt động. Đặc biệt là nhận được sự đồng tình, ủng hộ và tham gia tích cực của các cấp ủy Đảng, chính quyền, các ban ngành đoàn thể và các tầng lớp nhân dân trong việc tổ chức và triển khai thực hiện các nội dung can thiệp.

- Nhận thức của phụ nữ xã Mai Sơn về các biện pháp phòng chống cúm A, nhất là rửa tay bằng xà phòng tăng lên đáng kể sau can thiệp (trước can thiệp: 36,5%, sau can thiệp: 100%).
- Sau khi can thiệp phần lớn phụ nữ xã Mai Sơn đã thực hiện đúng và thường xuyên việc rửa tay bằng xà phòng (trước can thiệp: 24%, sau can thiệp: 100%).

6. Kiến nghị

- Đề nghị Bộ Y tế, Sở Y tế Ninh Bình tiếp tục hỗ trợ để duy trì kết quả đã đạt được tại xã Mai Sơn và nhân rộng mô hình này tại các địa phương khác trong tỉnh.
- Tăng cường TTGDSK trong cộng đồng để nâng cao trình độ nhận thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống dịch cúm A/H1N1.
- Bổ sung nhân lực, tổ chức tập huấn cho CBYT cơ sở, đầu tư kinh phí, trang thiết bị, cập nhật tài liệu nhằm đáp ứng nhu cầu của công tác phòng chống dịch cúm A/H1N1.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG
TRUYỀN THÔNG THAY ĐỔI HÀNH VI TRONG PHÒNG CHỐNG
HIV/AIDS TẠI XÃ GIA SINH, HUYỆN GIA VIỄN, NINH BÌNH
NĂM 2009- 2010

Phạm Ngọc Cương, Phạm Thúy Hà
Trung tâm Truyền thông GDSK Ninh Bình

Tóm tắt nghiên cứu:

Để nâng cao nhận thức cho người dân về phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm TTGDSK Ninh Bình tổ chức các hoạt động truyền thông tại xã Gia Sinh, huyện Gia Viễn. Các hoạt động can thiệp bao gồm: thành lập ban điều hành của xã, các đội hành động của thôn, đào tạo về kỹ năng truyền thông phòng chống HIV/AIDS cho mạng lưới truyền thông viên, cung cấp tài liệu truyền thông, bao cao su (BCS), bơm kim tiêm (BKT) sạch; phát tin bài và thực hiện các hoạt động truyền thông trực tiếp. Sau 2 năm can thiệp, nhận thức, thái độ và thực hành của người dân trên địa bàn xã có sự thay đổi đáng kể. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có nhận thức đúng về đường lây nhiễm của HIV sau khi can thiệp đó tăng lên rõ rệt ở cả 3 đường lây chủ yếu (qua đường máu: từ 83,6% lên 98%, qua đường quan hệ tình dục (QHTD) từ: 80,6% lên 92%, từ mẹ sang con: từ 62,2% lên 91%). Tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về các biện pháp phòng lây nhiễm đã tăng lên: dùng riêng BKT từ 79,5 lên 100%, dùng BCS khi QHTD từ 85,7% lên 92%... Các đối tượng nghiên cứu đã có thái độ tích cực hơn và thực hiện được các hành vi phòng lây nhiễm HIV như: dùng BCS khi QHTD với vợ (chồng) bị nhiễm HIV (95%), sử dụng riêng BKT khi cần tiêm chích (100% số người đó tiêm chích trong 12 tháng qua). Sau can thiệp người dân xã Gia Sinh đã quan tâm, chia sẻ và giúp đỡ, không xa lánh, kì thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV (86% cho rằng đây không phải là tệ nạn xã hội cần lên án, 100% cho rằng cần quan tâm, giúp đỡ người nhiễm HIV).

1. Đặt vấn đề

Gia Sinh là xã miền núi nằm ở phía Nam của huyện Gia Viễn, có diện tích tự nhiên 14,8 km², dân số 7.019 người. Đây là xã mà đời sống của nhân dân còn nhiều khó khăn, 75% lao động làm nông nghiệp. Trong thời gian nông nhàn, người dân nơi đây thường đi làm ăn xa. Ngoài việc mang lại lợi ích của cải vật chất cho gia đình và xã hội, một số người trong số đó cũng mang theo tệ nạn nghiện hút, tiêm chích về địa phương. Những năm gần đây, trên địa bàn xã được đầu tư xây dựng Khu du lịch Tâm linh Chùa Bái Đính, lưu lượng khách tham quan du lịch đến đây ngày một đông. Đây là điều kiện thuận lợi cho việc phát triển kinh tế du lịch và các ngành nghề có liên quan. Điều đó đã giúp cho hàng ngàn người dân trong và ngoài xã có thêm việc làm và thu nhập, đời sống người dân được cải thiện và nâng cao, bộ mặt của xã được thay đổi nhanh chóng. Tuy nhiên lượng du khách đông cũng tiềm ẩn những nguy cơ làm phức tạp an ninh trật tự và phát sinh, phát triển các dịch bệnh nguy hiểm trong đó có HIV/AIDS. Hiện trên địa bàn

xã đã có 56 người nghiện chích ma túy, 32 người nhiễm HIV/AIDS trong đó tử vong 26 người. Qua khảo sát được tiến hành trước khi triển khai dự án, nhận thức, thái độ và thực hành của người dân trong xã chưa cao, vẫn còn nhiều người chưa có hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS, chưa biết cách phòng chống lây nhiễm cho bản thân, gia đình và cộng đồng. Tình trạng kì thị, phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV vẫn còn nặng nề. Người nhiễm HIV còn gặp rất nhiều khó khăn trong việc chăm sóc sức khỏe và hòa nhập cộng đồng. Vấn đề nâng cao nhận thức cho các tầng lớp nhân dân trong xã về HIV/AIDS là hết sức cần thiết. Thực tế tại xã mới có 01 CBYT chuyên trách công tác phòng chống HIV/AIDS nhưng cũng chỉ là cán bộ kiêm nhiệm, năng lực thực hành, kỹ năng truyền thông phòng chống HIV/AIDS còn hạn chế. Đây cũng chính là lí do nhóm nghiên cứu lựa chọn xã Gia Sinh để triển khai mô hình điểm truyền thông vận động thay đổi hành vi dựa vào cộng đồng trong phòng chống HIV/AIDS và thực hiện đề tài nghiên cứu: ***Đánh giá hiệu quả các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi trong phòng chống HIV/AIDS tại xã Gia Sinh năm 2009 - 2010***, với mục tiêu:

1. Đánh giá thực trạng nhận thức, thái độ và thực hành của người dân xã Gia Sinh đối với việc phòng chống HIV/AIDS.
2. Triển khai các hoạt động truyền thông GDSK nhằm nâng cao nhận thức, thái độ và thực hành của người dân xã Gia Sinh trong phòng chống HIV/AIDS.
3. Đánh giá hiệu quả các hoạt động can thiệp thông qua nhận thức, thái độ và thực hành của người dân xã Gia Sinh đối với việc phòng chống HIV/AIDS.

2. Kết quả nghiên cứu

2.1. Các hoạt động can thiệp đã triển khai

1. Thành lập được hệ thống điều hành trong xã: Ngay sau khi thống nhất thực hiện dự án tại xã, Chủ tịch UBND xã đã ký Quyết định thành lập Ban điều hành gồm 12 thành viên do đồng chí Phó Chủ tịch phụ trách Văn hoá xã hội làm Trưởng ban, đồng chí Trưởng trạm Y tế xã làm Phó ban thường trực, các đồng chí trưởng các ban ngành đoàn thể, hiệu trưởng các trường học trong xã là uỷ viên.
2. Tại 11/11 thôn của xã đã thành lập đội hành động do đồng chí Trưởng thôn làm đội trưởng. Thành phần của đội gồm các đồng chí Bí thư chi bộ, cán bộ mặt trận, chi hội Phụ nữ, đoàn Thanh niên, hội Nông dân, nhân viên Y tế thôn và trưởng các tộc họ. Quyết định thành lập do Chủ tịch UBND xã ký.
3. Mạng lưới cộng tác viên cộng đồng: Mỗi thôn đều có mạng lưới cộng tác viên gồm những vị chức sắc tôn giáo, trưởng các họ, dòng tộc, những người có uy tín trong thôn xóm, các chủ hộ gia đình.
4. Tập huấn nâng cao kiến thức, kỹ năng truyền thông phòng chống HIV/AIDS.
 - Tổ chức 10 lớp tập huấn về kiến thức HIV/AIDS cho đội ngũ báo cáo viên bao gồm toàn thể Ban điều hành xã và đội trưởng các đội hoạt động thôn.

- Tổ chức 15 lớp tập huấn về kỹ năng truyền thông phòng chống HIV/AIDS cho các truyền thông viên là thành viên các đội hoạt động.
- 5. Cung cấp tài liệu truyền thông bao gồm hàng nghìn áp phích, tờ rơi, sách nhỏ để cho mạng lưới của xã, thôn hoạt động.
- 6. Phối hợp với Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS và Trung tâm Y tế huyện Gia Viễn xây dựng xã Gia Sinh là một trong 3 xã của huyện triển khai hoạt động can thiệp giảm tác hại. Cụ thể là đã cung cấp trao đổi BKT sạch cho các đối tượng nghiện chích ma túy của xã và cung cấp bao cao su cho các nhà nghỉ đáp ứng nhu cầu sẵn có, thuận tiện.
- 7. Thường xuyên phát các tin, bài có nội dung tuyên truyền PC HIV/AIDS trên hệ thống truyền thanh xã.
- 8. Phối hợp lồng ghép hoạt động truyền thông thay đổi hành vi phòng chống HIV/AIDS với các hoạt động của các chương trình khác như chương trình phòng chống ma túy, mại dâm, phong trào xây dựng làng văn hóa, sức khỏe. Tổ chức các buổi truyền thông trực tiếp tại cộng đồng dân cư và trong các trường học của xã.

2.2. Nhận thức, thái độ và thực hành của người dân xã Gia Sinh trước và sau khi thực hiện dự án

Bảng 1. Số người đã được nghe hay đọc được tài liệu về HIV/AIDS

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Có	98	100
Chưa	02	0

Nhận xét: Trong số 100 đối tượng được hỏi, trước khi triển khai nghiên cứu vẫn có 02 người (2%) trả lời là chưa nghe và chưa biết về HIV/AIDS. Sau 2 năm triển khai các hoạt động truyền thông về HIV/AIDS, 100% số đối tượng đều đó biết về HIV/AIDS.

Bảng 2. Nguồn cung cấp thông tin về HIV/AIDS

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Báo chí	57,1	48
Ti vi	88,7	91
Loa đài (truyền thanh xã....)	77,5	100
Cán bộ y tế	63,2	92
Bạn bè	69,3	73
Tài liệu (tờ rơi, áp phích, băng rôn...)	43,8	100

Nhận xét: Nguồn thông tin về HIV/AIDS mà đối tượng có được, trước khi triển khai các hoạt động truyền thông, chủ yếu là từ ti vi và đài truyền thanh xã, vai trò của CBYT không nhiều (63,2%). Tuy nhiên sau khi triển khai các hoạt động truyền thông, nhất là truyền thông trực tiếp, nguồn thông tin từ CBYT đã được tăng lên (92%) và đặc biệt là từ loa truyền thanh xã, từ tài liệu là 100%.

Bảng 3. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về đường lây truyền của HIV

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Qua đường máu	83,6	98
Qua đường quan hệ tình dục	80,6	92
Từ mẹ sang con	62,2	91
Không biết	14,2	0
Khác (Đối tượng kể thêm các đường lây khác)	4,0	2

Nhận xét: Trong cuộc khảo sát trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về đường lây truyền của HIV/AIDS cũng khá cao, tuy nhiên vẫn còn đến 14% số đối tượng được phỏng vấn không biết đường lây của HIV, sau can thiệp không còn đối tượng trả lời không biết và tỷ lệ trả lời đúng tăng cao (trên 90% ở cả 3 đường lây).

Bảng 4. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về đường không lây truyền HIV

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Ăn chung bát đũa với người nhiễm HIV	64,2	91
Uống chung cốc, chén với người nhiễm HIV	66,3	87
Ngủ chung giường với người nhiễm HIV	73,4	93
Tắm chung với người nhiễm HIV	69,3	85
Sử dụng chung nhà vệ sinh với người nhiễm	75,5	100
Lao động, học tập, làm việc chung với người nhiễm HIV	87,5	96
Muối ớt	77,5	100
Không biết	8,1	0
Khác (Đối tượng kể thêm các đường lây khác)	7,1	0

Nhận xét: Về các đường không lây nhiễm HIV, trước khi triển khai các hoạt động truyền thông tỷ lệ người được phỏng vấn có nhận thức đúng còn tương đối thấp (từ 64,2% - 87,5% với từng hành vi), tuy nhiên sau khi được truyền thông, tỷ lệ này đó được nâng lên rõ rệt, từ 85% đến 100%.

Bảng 5. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Dùng riêng bơm, kim tiêm	79,5	100
Dùng riêng dao cạo, bấm móng tay, chân	62,2	98
Dùng riêng bàn chải răng	83,6	87
Dùng găng tay hay túi nilon, bao tay khi tiếp xúc với các dịch tiết, máu của người khác	68,3	81
Dùng BCS khi QHTD với người không biết họ có HIV hay mắc bệnh lây nhiễm qua đường TD không	85,7	92
Không biết/khác	13,2	0

Nhận xét: Về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV, đối với hành vi sử dụng BKT, trước can thiệp tỷ lệ là 79,5%, sau can thiệp là 100%, tương tự các biện pháp khác cũng tăng lên rõ rệt và có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Ý kiến của đối tượng nghiên cứu về biện pháp phòng lây nhiễm khi vợ (chồng) bị nhiễm HIV

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Ly hôn	17,3	0
Ly thân	54,0	47
Quan hệ tình dục bình thường	14,2	0
Dùng bao su khi quan hệ tình dục	53	95
Không biết/khác	6,1	0

Nhận xét: Bảng 6 về phòng lây nhiễm HIV trong trường hợp vợ (chồng) có HIV, trước can thiệp có tới 17,3% đối tượng phỏng vấn trả lời sẽ ly hôn, 54% ly thân, vẫn QHTD bình thường 14,2%, chỉ có 53% sử dụng BCS trong QHTD. Sau can thiệp nhận thức của người dân được nâng lên nên tỷ lệ này đã thay đổi: không có đối tượng nào trả lời sẽ ly hôn, tỷ lệ ly thân còn khá cao (47%), số người dùng BCS lên tới 95%.

Bảng 7. Tỷ lệ dùng BCS khi quan hệ tình dục với bạn tình trong 12 tháng qua

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Không có quan hệ tình dục với ai	34,6	35
Không dùng bao cao su	36,7	23
Có dùng bao cao su	28,5	42

Nhận xét: Trước can thiệp và sau can thiệp, tỷ lệ người trả lời không có QHTD là tương đương (34,6 và 35%). Số người này chủ yếu là đối tượng chưa có gia đình, cao tuổi..., ở những đối tượng còn lại tỷ lệ không sử dụng BCS đó giảm rõ rệt từ 36,7% xuống 23%. Số người sử dụng BCS tăng từ 28,5% lên 42%.

Bảng 8. Tỷ lệ dùng bơm kim tiêm trong 12 tháng qua, khi ốm đau hoặc tiêm truyền, có dùng bơm kim tiêm với người khác không (kể cả dùng chung bơm kim tiêm với người trong gia đình)

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Không tiêm chích lần nào	44,8	45
Có dùng chung bơm, kim tiêm	5,2	0
Không dùng chung bơm, kim tiêm	50	55

Nhận xét: Trong 12 tháng qua, số người không tiêm chích khi ốm đau khá cao và tương đương ở cả 2 thời điểm trước và sau can thiệp (44,8% và 45%). Ở số phải tiêm chích khi ốm đau, trước can thiệp vẫn có 5,2% trường hợp có sử dụng chung BKT, tuy nhiên sau can thiệp không có người sử dụng chung BKT.

Bảng 9. Ý kiến nhận xét nhiễm HIV/AIDS là tệ nạn xã hội cần phản đối không

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Có	48,9	6
Không	43,8	86
Không biết	4,0	0
Không trả lời	3,0	8

Nhận xét: Trước can thiệp có tới 48,9% đối tượng được hỏi cho rằng nhiễm HIV là tệ nạn xã hội, sau can thiệp tỷ lệ này giảm xuống chỉ còn 6%. Số người cho rằng đây chỉ là một bệnh, người nhiễm HIV cần được quan tâm, thông cảm và chia sẻ chiếm tới 86%.

Bảng 10. Ý kiến về cách ứng xử nếu trong gia đình có người nhiễm HIV/AIDS

Nội dung	Tỷ lệ (%)	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Để người nhiễm sống cách ly	24,4	2
Để người nhiễm sống chung với gia đình	59,1	94
Quan tâm chăm sóc người nhiễm	80,6	100
Gửi người nhiễm tới bệnh viện chăm sóc	12,2	4
Không biết	4,0	0

Nhận xét: Về việc đối xử với người nhiễm HIV, trước can thiệp có tới 24,4% đối tượng cho rằng cần cách li, 12,2% số người muốn để người nhiễm HIV tại các CSYT. Tuy nhiên sau can thiệp, nhận thức và thực hành của người dân đã thay đổi. Số người cho rằng cần cách li người nhiễm HIV chỉ còn 2%, 94% đồng ý để người nhiễm HIV sống chung cùng gia đình, 100% số người trả lời sẽ quan tâm, chăm sóc người nhiễm HIV (trước can thiệp là 80,6%).

3. Kết luận

1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có nhận thức đúng về đường lây nhiễm của HIV sau khi can thiệp đã tăng lên rõ rệt ở cả 3 đường lây chủ yếu:
 - Qua đường máu: từ 83,6% lên 98%,
 - Qua đường quan hệ tình dục từ: 80,6% lên 92%,
 - Từ mẹ sang con: từ 62,2% lên 91%.
2. Tỷ lệ đối tượng có nhận thức đúng về các biện pháp phòng lây nhiễm đã tăng lên sau khi thực hiện các hoạt động truyền thông: dùng riêng BKT từ 79,5 lên 100%, dùng BCS khi QHTD từ 85,7% lên 92%...
3. Các đối tượng nghiên cứu sau khi được TTGDSK về HIV/AIDS đã có thái độ tích cực hơn và thực hiện được các hành vi phòng lây nhiễm HIV như: dùng BCS khi QHTD với vợ (chồng) bị nhiễm HIV (95%), sử dụng riêng BKT khi cần tiêm chích (100% số người đó tiêm chích trong 12 tháng qua).
4. Sau can thiệp người dân xã Gia Sinh đã quan tâm, chia sẻ và giúp đỡ, không xa lánh, kì thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV: 86% cho rằng đây không phải là tệ nạn xã hội cần lên án, 100% cho rằng cần quan tâm, giúp đỡ người nhiễm HIV.

4. Kiến nghị

Trên cơ sở những kết quả nghiên cứu đã thu được, nhóm nghiên cứu đề xuất một số kiến nghị như sau:

1. Đề nghị ngành y tế, chính quyền địa phương tiếp tục quan tâm hỗ trợ để duy trì và củng cố kết quả và hiệu quả đã đạt được.
2. Xây dựng thêm một số mô hình này tại các địa phương khác nhằm từng bước nhân rộng mô hình truyền thông thay đổi hành vi dựa vào cộng đồng trong phòng chống HIV/AIDS.

SỰ CẦN THIẾT CỦA TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NHÂN DÂN

*BS. Đặng Thanh Hùng, CN. Ngô Gia Tường
Trung tâm Truyền thông GDSK Trà Vinh*

Tóm tắt nghiên cứu:

Truyền thông GDSK là công tác trong hệ thống y tế nhưng người dân chưa biết nhiều về lĩnh vực này, mặc dù nó có những đóng góp không nhỏ trong công tác phòng bệnh. Vì vậy, chúng ta cần khẳng định tầm quan trọng của truyền thông GDSK cũng như đưa nó đến với người dân, giúp cho người dân hiểu rõ hơn về công tác này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đưa công tác truyền thông tiếp cận với cộng đồng tốt hơn thông qua các kênh truyền thông, tìm và khắc phục những yếu kém tồn tại nhằm nâng cao hiệu quả.

Phương pháp: phương pháp mô tả và điều tra xã hội học để thu thập thông tin và phân tích đánh giá.

Dự kiến kết quả: Xây dựng được mối liên hệ mật thiết giữa công tác TTGDSK và các ban ngành đoàn thể nhằm đẩy mạnh công tác tuyên truyền tại cộng đồng.

1. Đặt vấn đề

Đảng và Nhà nước ta luôn coi trọng các chính sách và chiến lược phát triển con người, chăm sóc sức khỏe (CSSK) để đảm bảo sự phát triển đầy đủ về thể chất, thoải mái về tinh thần, lối sống lành mạnh, không có bệnh tật... Tại Nghị quyết Trung ương Đảng khóa IV của Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng có nêu: “Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Đầu tư cho sức khỏe chính là đầu tư cho phát triển kinh tế, xã hội. Phải đấu để mọi người đều được quan tâm chăm sóc sức khỏe.”

Trong những năm vừa qua, hệ truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) đã đóng góp một phần không nhỏ vào những thành tích của các mục tiêu chương trình, chiến lược CSSK nhân dân bằng việc nâng cao nhận thức, cung cấp kỹ năng và thực hành có lợi cho sức khỏe cá nhân và cho cộng đồng, phổ biến sâu rộng những chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước và của ngành Y tế tới người dân được kịp thời, góp phần ổn định đời sống kinh tế, chính trị, xã hội, trật tự an ninh và quốc phòng. Công tác TTGDSK cũng đã khẳng định được vai trò quan trọng của mình. Đảng, Nhà nước và ngành Y tế đã luôn coi trọng, nhấn mạnh công tác TTGDSK là một cấu phần không thể thiếu được trong sự nghiệp CSSK nhân dân.

Trà Vinh có hơn 1 triệu dân, có ba dân tộc cùng chung sống (Kinh, Khmer, Hoa) trong đó dân tộc Khmer chiếm trên 30% dân số, là địa phương có tỉ lệ hộ nghèo cao so với các tỉnh khác trong cả nước và cũng là địa phương chậm phát triển hơn so với các tỉnh còn

lại của miền Tây Nam Bộ. Với những hạn chế đó đã tạo không ít những khó khăn trong phát triển kinh tế của tỉnh mà đặc biệt công tác CSSK cho người dân. Người dân chưa được tiếp cận cũng như chưa được cung cấp những kỹ năng, kiến thức để biết cách tự bảo vệ bản thân và cộng đồng; mà nguyên nhân gốc rễ của vấn đề này là chưa có được sự phối hợp đồng bộ của các ban ngành đoàn thể, của cá nhân, gia đình và toàn xã hội.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung:

Nắm lại tình hình, hiệu quả của hoạt động TTGDSK tại cộng đồng nhằm tìm và phát huy yếu tố tích cực, củng cố mạng lưới truyền thông tuyến cơ sở về công tác truyền thông trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, tìm ra giải pháp khắc phục những khó khăn, yếu kém tồn tại để thực hiện tốt hơn trong công tác bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Mục tiêu cụ thể:

1. Khẳng định được tính tích cực, vai trò nòng cốt của TTGDSK trong công tác tuyên truyền phòng chống bệnh tật tại cộng đồng.
2. Phát huy được hiệu quả tích cực của TTGDSK trong công tác phòng bệnh.
3. Kết hợp công tác truyền thông với hoạt động các ban ngành, đoàn thể tại địa phương trong công tác bảo vệ sức khỏe người dân.
4. Nâng cao sự tiếp cận của người dân với công tác TTGDSK trong cộng đồng thông qua các hình thức truyền thông và hiệu quả của việc phối hợp với các ban ngành trong công tác tuyên truyền. Nâng cao hiểu biết của người dân về ý thức phòng bệnh.
5. Xây dựng mối liên kết chặt chẽ giữa truyền thông và các ban ngành đoàn thể.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu:

Dùng phương pháp mô tả cắt ngang và điều tra xã hội học (Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi và thảo luận nhóm đối với cán bộ thực hiện công tác truyền thông tại địa điểm nghiên cứu) để thu thập thông tin cơ bản về phương pháp, công tác truyền thông của CBYT phụ trách mảng TTGDSK; hoạt động của cộng tác viên nhóm, ấp và những thông tin về kiến thức phòng bệnh cũng như ý thức bảo vệ sức khỏe của người dân. Tổng hợp đánh giá hiệu quả và tìm phương hướng, giải pháp để đề xuất khắc phục những khó khăn, yếu kém đang tồn tại.

Phối hợp công tác TTGDSK cùng các ban ngành đoàn thể tạo nên sự thông suốt của công tác TTGDSK từ tỉnh đến cơ sở và công tác truyền thông với các ban ngành, đoàn thể các cấp.

3.2. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ truyền thông tuyến huyện (1); Cán bộ phụ trách truyền thông tuyến xã và cộng tác viên nhóm/ấp (2); Người dân tại các xã được chọn để điều tra (3).

Cỡ mẫu được tính theo công thức: $n = \frac{Z \times P(1-P)}{C^2} K$

$Z = 1.96$ (khoảng tin cậy 95%), $p = 60\%$ là ước đoán tham số quần thể, $C = 0,05$ là sai số cho phép, $K = 2$ là hệ số thiết kế.

Ta có: $n = \frac{3.8416 \times 0.24}{0,0025} \times 2 \approx 738$ làm tròn lấy $n = 740$

Chọn mẫu ở 10 xã/thị trấn thuộc huyện Châu Thành: thị trấn Châu Thành, Đa Lộc, Thanh Mỹ, Mỹ Chánh, Nguyệt Hóa, Lương Hòa A, Hòa Thuận, Phước Hảo, Long Hòa, Hòa Minh. Tiêu chí xã chọn mẫu: thuộc vùng kinh tế phát triển, thuộc vùng sâu vùng xa, đồng bào dân tộc. Mỗi xã chọn 74 người dân độ tuổi từ 20 – 50 tuổi và tất cả CBYT và cộng tác viên.

3.3. Kỹ thuật thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp người dân và thảo luận nhóm với CBYT và cộng tác viên khóm/ấp

3.4. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê đơn giản.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thấy được tính cấp thiết của vấn đề, sự cần thiết, vai trò công tác truyền thông

TTGDSK có liên quan mật thiết với tất cả các nội dung của các chương trình y tế. Chính TTGDSK đã tạo ra điều kiện thuận lợi cho các bước chuẩn bị, thực hiện và củng cố các kết quả của các mặt công tác CSSK ban đầu. Do đó TTGDSK cần phải được thực hiện trước, trong và sau khi triển khai mọi kế hoạch, chương trình y tế. Mặc dù không thể thay thế được các dịch vụ y tế khác nhưng TTGDSK bao giờ cũng góp phần thúc đẩy hoạt động của các dịch vụ y tế đó đạt kết quả vững bền hơn.

So với các giải pháp dịch vụ y tế khác, TTGDSK là một công tác khó làm và khó đánh giá, nhưng nếu làm tốt thì sẽ mang lại hiệu quả cao nhất với chi phí ít nhất, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở, nơi cần được áp dụng các kỹ thuật thích hợp chứ không phải là các kỹ thuật hiện đại đắt tiền.

Trước những diễn biến phức tạp của sự biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường là nguy cơ tiềm ẩn rất nhiều bệnh dịch ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân. Bên cạnh đó, chúng ta đang phải đối đầu với một số dịch bệnh nguy hiểm và có nguy cơ bùng phát thành dịch lớn như dịch cúm A ở người; bệnh tay chân miệng, dịch tiêu chảy cấp nguy hiểm, dịch sốt xuất huyết, viêm não... Trước thực trạng đó, ngành Y tế cùng các ban ngành đoàn thể luôn nêu cao cảnh giác, quyết tâm phòng và ngăn chặn, khống chế dịch bệnh không để lan rộng ra cộng đồng, trong đó công tác TTGDSK giữ một vai trò quan trọng, tiên phong trong công tác phòng và ngăn ngừa dịch, nâng cao hiểu biết, nhận thức cho nhân dân.

Công tác TTGDSK góp phần tích cực trong việc cung cấp thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời cho cộng đồng, góp phần tích cực trong việc ngăn ngừa dịch bệnh. Các hoạt

động truyền thông nhận được sự ủng hộ nhiệt tình của các cấp, các ngành, cộng đồng và các tổ chức xã hội.

4.2. Người dân sẽ có được những kiến thức cơ bản cũng như làm quen, tiếp cận với các hình thức truyền thông

Bên cạnh các phương pháp truyền thông đại chúng thì truyền thông trực tiếp sẽ thuận lợi hơn và có hiệu quả hơn do chúng ta tận dụng được lợi thế theo đặc trưng của từng vùng, để xây dựng nội dung truyền thông bám sát với hoàn cảnh thực tế của địa phương. Đội ngũ cộng tác viên là người am hiểu sâu sắc về địa bàn mà mình hoạt động, nắm được những thiếu sót cũng như những vấn nạn đang tồn tại, từ đó họ có cách tiếp cận, tìm hướng khắc phục.

Người dân tiếp cận được với các nguồn thông tin truyền thông về phòng chống bệnh tật, có được nhiều kiến thức về TTGDSK.

Công tác TTGDSK trở nên đại chúng, gần gũi và là người bạn, là kênh thông tin đáng tin cậy trong công tác bảo vệ sức khỏe của cộng đồng. Người dân tiếp cận và nắm bắt được các hình thức và phương tiện truyền thông tại cộng đồng.

4.3. Cộng tác viên, cán bộ truyền thông phát huy được kỹ năng trong công tác TTGDSK

Cộng tác viên và cán bộ làm công tác truyền thông nắm được và hiểu rõ phương thức truyền thông, nhiệm vụ mà mình đang đảm nhiệm.

Đây là vấn đề then chốt nhằm tạo tiền đề, tranh thủ sự ủng hộ và tham gia của các cấp ủy Đảng, chính quyền, tổ chức đoàn thể và nhân dân trong quá trình thực hiện công tác truyền thông, đồng thời bảo đảm tính bền vững.

Các địa phương phối hợp và vận động toàn xã hội cùng tham gia các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân; để các chương trình y tế đạt được mục tiêu đề ra mang tính thiết thực và bền vững .

Phối hợp với các chương trình mục tiêu quốc gia, dự án để phát huy hiệu quả về nguồn lực vật chất và kỹ thuật, thúc đẩy hệ thống TTGDSK phát triển và có điều kiện để thực hiện truyền thông cho cộng đồng.

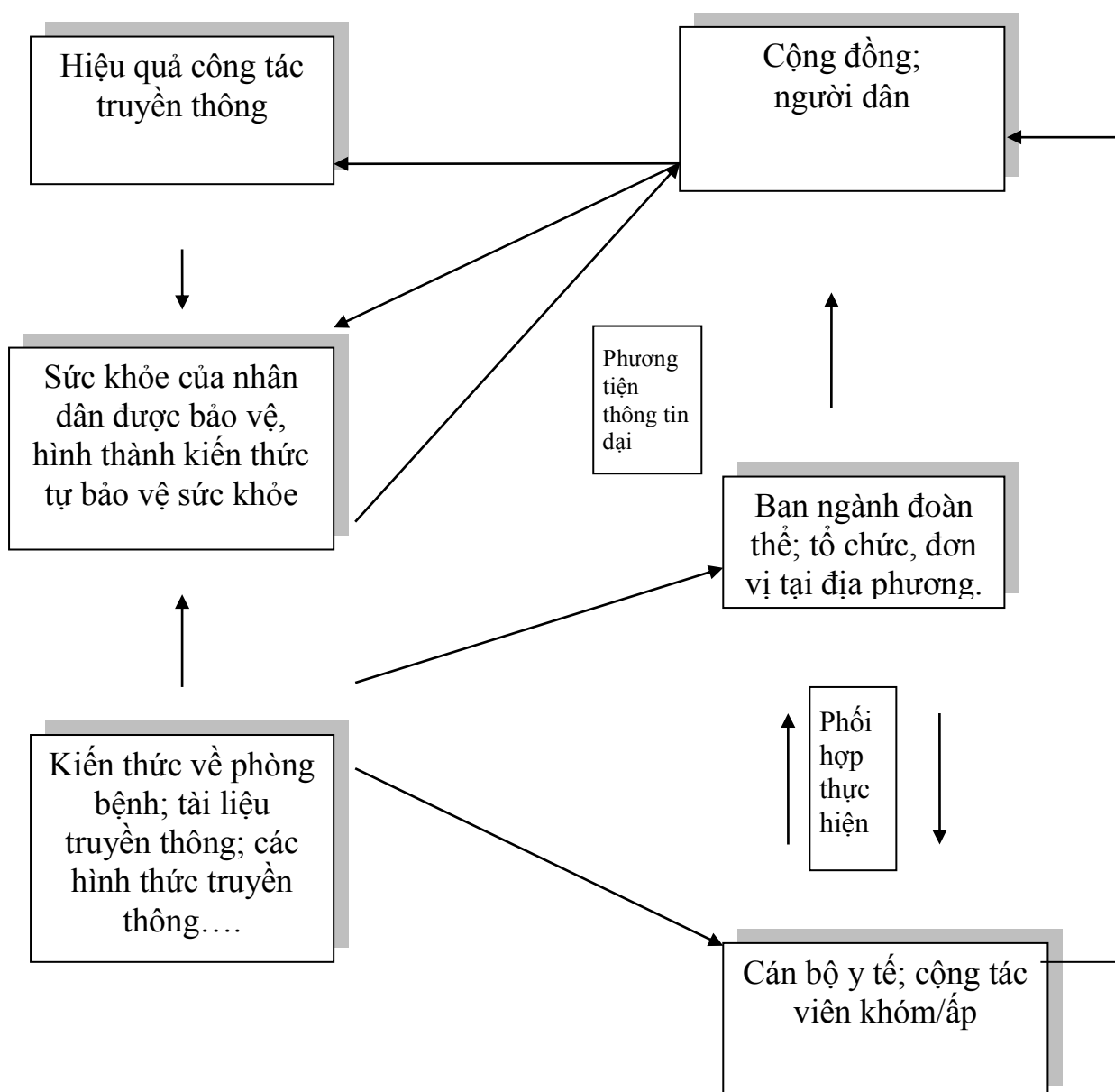
4.4. Thiết lập được mối quan hệ giữa TTGDSK và các ban ngành đoàn thể

Các hoạt động TTGDSK, vận động được đẩy mạnh với nhiều hình thức. TTGDSK chủ động kết hợp với các đơn vị trong và ngoài ngành Y tế, các đoàn thể, tổ chức xã hội, các cơ quan thông tin đại chúng ở địa phương tuyên truyền các hoạt động y tế, các phong trào thi đua, các gương người tốt, việc tốt, các đơn vị điển hình tiên tiến trong ngành Y tế, phong trào xây dựng làng văn hóa sức khỏe, Chuẩn quốc gia về Y tế xã, những thông tin y học phòng chống các dịch bệnh nguy hiểm được đăng tải thường xuyên. Tạo thành tiếng nói chung và sâu rộng trong toàn thể cộng đồng trong nhiệm vụ cao cả là chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Xây dựng được mối quan hệ chặt chẽ giữa ngành Y tế và các ban ngành đoàn thể. Tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tiếp cận với những thông tin cần thiết về tình hình dịch bệnh cũng như tiếp cận với những kiến thức về phòng bệnh.

Tạo được niềm tin của người dân vào hoạt động TTGDSK, khẳng định được vị trí và tầm quan trọng trong công tác truyền thông bảo vệ sức khỏe trong cộng đồng trước diễn biến phức tạp của bệnh tật, chuyển đổi mô hình bệnh tật với sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm, nhiều bệnh dịch mới phát sinh.

SƠ ĐỒ TRUYỀN THÔNG



4.5. Xây dựng mô hình truyền thông mẫu:

Trong xã hội, với mức sống ngày càng cao, vật giá leo thang, thì tình hình sức khỏe của người dân sẽ rất dễ bị đe dọa, do chạy theo lợi nhuận, người ta sẽ không từ phương thức sản xuất nào dù biết là sẽ tổn hại đến sức khỏe của cộng đồng.

Thông qua mô hình truyền thông chúng ta tiến hành xây dựng và thử nghiệm hoạt động công tác truyền thông tại một xã điểm, để từ đó đánh giá, rút kinh nghiệm về những ưu, khuyết điểm của công tác truyền thông.

Hoàn thiện công tác truyền thông tuyến cơ sở, tạo ra hành lang thông suốt hệ thống truyền thông đến tận cơ sở, giúp công tác ngày một hiệu quả hơn trong nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân.

Nếu một xã hội mà hầu hết mọi người đều có được những kiến thức, ý thức bảo vệ sức khỏe tính mạng bản thân, gia đình thì tất yếu xã hội sẽ tiến tới mục tiêu an toàn, lành mạnh.

Tài liệu tham khảo:

1. Báo cáo tổng kết công tác TTGDSK năm 2010 và triển khai công tác năm 2011.
2. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức Trung ương (2010), Dự thảo báo kết quả đánh giá kết quả hoạt động TTGDSK đến năm 2010.
3. Tổ chức Y tế thế giới (2006), Giáo dục sức khỏe –Giơnevơ, Hà Nội
4. Giáo dục và nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, 2007

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ TUYẾN TỈNH, HUYỆN TẠI TỈNH HÀ TĨNH NĂM 2011

*BS. Bùi Quang Tâm, CN. Đỗ Thị Thu Hòa
Trung tâm Truyền thông GDSK Hà Tĩnh*

Tóm tắt nghiên cứu:

Nghiên cứu đánh giá tổ chức mạng lưới, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của hệ thống truyền thông tuyến tỉnh, huyện tại Hà Tĩnh. Kết quả cho thấy hệ thống tổ chức, mạng lưới TTGDSK từ tỉnh đến huyện của tỉnh Hà Tĩnh đã được kiện toàn và tương đối đầy đủ, tuy nhiên vẫn còn tồn tại những bất cập về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và cơ chế hoạt động. Trung tâm TTGDSK tỉnh chưa đủ nhân lực, cơ cấu cán bộ chưa phù hợp, thiếu bác sĩ, kinh phí hoạt động ít. 100% các Trung tâm, trạm, chi cục tuyến tỉnh có cán bộ phụ trách truyền thông; một số đơn vị có cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ hoạt động truyền thông tốt nhưng tài liệu truyền thông vẫn còn thiếu, kinh phí dành cho truyền thông ít. Ở các đơn vị tuyến huyện: 100% đã có phòng truyền thông nhưng cơ sở vật chất còn nghèo nàn.

1. Đặt vấn đề:

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) có vai trò rất quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung và công tác y tế nói riêng. Trong tuyên ngôn Alma-Ata năm (1978) Tổ chức Y tế thế giới xác định y tế thế giới có 8 nhiệm vụ trong đó nhiệm vụ thứ nhất là công tác GDSK. Trong 10 nội dung CSSK ban đầu của Y tế Việt Nam, công tác GDSK cũng được xếp hàng đầu. Nhận thức đúng vai trò và tầm quan trọng của công tác GDSK, ngay từ năm 1982 Bộ Y tế đã thành lập “Nhà tuyên truyền bảo vệ sức khỏe”, đến 1985 đổi tên thành “Trung tâm tuyên truyền bảo vệ sức khỏe”, Y tế địa phương thành lập phòng tuyên truyền sức khỏe nằm trong Ty Y tế. Năm 1998 liên bộ Bộ Y tế - Ban tổ chức cán bộ Chính phủ ban hành Thông tư 02 hướng dẫn thực hiện Nghị định 01 của Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương trong đó có Trung tâm TTGDSK. Để hoàn thiện tổ chức y tế theo quy định ngày 03/11/1999 UBND tỉnh Hà Tĩnh ban hành Quyết định 2325/QĐ-UBND thành lập Trung tâm TTGDSK Hà Tĩnh trực thuộc Sở Y tế.

Từ khi thành lập đến nay, mặc dù còn nhiều khó khăn nhưng được sự quan tâm của các cấp, các ngành, sự chỉ đạo trực tiếp của Sở Y tế và Trung tâm TTGDSK Trung ương, Trung tâm TTGDSK Hà Tĩnh đã từng bước xây dựng và hoàn thiện mạng lưới truyền thông từ tỉnh đến cơ sở. Hiện mạng lưới truyền thông của tỉnh được bao phủ từ tỉnh đến cơ sở bao gồm 11 đơn vị cấp tỉnh, 12 bệnh viện huyện, 12 trung tâm y tế dự phòng huyện, 262 trạm y tế xã và gần 3000 nhân viên y tế thôn bản. Những năm qua công tác TTGDSK đã góp phần quan trọng trong việc thay đổi nhận thức của người dân

trong công tác phòng chống dịch bệnh và CSSK ban đầu. Trong khuôn khổ của đề tài này chỉ đi sâu nghiên cứu thực trạng về tổ chức mạng lưới, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của mạng lưới truyền thông tuyến tỉnh, huyện liên quan đến hiệu quả của hoạt động truyền thông tới công tác CSSK của người dân. Từ những kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở để tham mưu cho cơ quan chủ quản, từ đó xây dựng các kế hoạch triển khai hoạt động TTGDSK giai đoạn 2011-2015. Góp phần thực hiện thắng lợi công tác CSSK nhân dân theo tinh thần Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị và Chỉ thị số 08 của Bộ Y tế về tăng cường công tác truyền thông.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng nguồn lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài liệu phục vụ hoạt động TTGDSK tuyến tỉnh, huyện của tỉnh Hà Tĩnh trong năm 2011.
2. Đề xuất, kiến nghị một số giải pháp để tăng cường năng lực và nâng cao hiệu quả công tác TTGDSK tại tuyến tỉnh, huyện.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Tỉnh Hà Tĩnh
- Thời gian: tháng 9-12/2011

3.2. Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.
- Đối tượng nghiên cứu:
 - + Trung tâm TTGDSK tỉnh
 - + 8 Trung tâm, trạm chuyên khoa có triển khai các chương trình truyền thông: Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm mắt, Trung tâm Phòng chống sốt rét kí sinh trùng côn trùng, Trạm Tâm thần, Trung tâm Phòng chống da liễu, Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm, Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản.
 - + 12 Trung tâm Y tế dự phòng huyện, thị, thành phố.

3.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng kỹ thuật toán thống kê cơ bản.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng nguồn lực phục vụ hoạt động TTGDSK tuyến tỉnh.

4.1.1. Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh:

Nhân lực: Đội ngũ cán bộ của Trung tâm TTGDSK còn thiếu về số lượng. Cơ cấu cán bộ chưa phù hợp, cán bộ chuyên ngành Y còn quá ít, đặc biệt là bác sỹ. Hiện mới chỉ có 1 bác sỹ /11 cán bộ, nhân viên (chiếm 9,09%).

Số cán bộ của Trung tâm TTGDSK được đào tạo về giảng viên TTGDSK chỉ ở mức trung bình, đạt 58,33%. Tuy nhiên hầu hết cán bộ còn trẻ, thiếu kinh nghiệm nên năng lực về giảng dạy TTGDSK còn hạn chế.

Về cơ sở vật chất: So với một số tỉnh bạn Trung tâm TTGDSK có cơ sở vật chất, điều kiện làm việc khá tốt. Có nhà làm việc khang trang 3 tầng, với 9 phòng chức năng, có ô tô và trang thiết bị thiết yếu phục vụ cho công tác truyền thông.

Kinh phí hoạt động: Kinh phí dành cho công tác TTGDSK còn quá thấp, mới ở định mức 35 triệu đồng/ người/ năm. Với mức kinh phí này Trung tâm chỉ đủ để chi cho các hoạt động thiết yếu của đơn vị và trả lương cho cán bộ nhân viên, nên việc triển khai các hoạt động truyền thông rất khó khăn. Chủ yếu phải phối hợp với các đơn vị có kinh phí từ các nguồn khác như các Chương trình y tế quốc gia, các dự án của nước ngoài...

4.1.2. Các Trung tâm, Trạm, Chi cục.

Nhân lực: 100% các đơn vị đều có cán bộ phụ trách truyền thông. Trình độ của đội ngũ này tương đối cao trong đó trình độ đại học trở lên là 88,23%, y sỹ và điều dưỡng trung học là 11,77%. Riêng tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, Chi cục ATVSTP đã thành lập phòng Truyền thông với từ 3-5 cán bộ phụ trách..

Cán bộ làm công tác truyền thông được đào tạo các kỹ năng truyền thông chỉ đạt 50%.

Cơ sở vật chất: Mới chỉ có 3/8 đơn vị tuyến tỉnh có phòng tư vấn riêng còn lại là lồng ghép với các phòng chức năng khác.

Trang thiết bị phục vụ cho công tác truyền thông tại các đơn vị khá đầy đủ 8/8 đơn vị có máy Projector, 6/8 đơn vị có máy ảnh, riêng loa truyền thông lưu động chỉ có 4/8 đơn vị có.

Tài liệu truyền thông ít và không đa dạng, chủ yếu tài liệu cũ do Trung ương cấp. Có một số đơn vị tự sản xuất được tài liệu truyền thông như: Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm YTDP tỉnh, Trung tâm Mắt. Tuy nhiên trong điều kiện cơ cấu dịch bệnh đang ngày càng đa dạng như hiện nay tài liệu truyền thông vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu .

Kinh phí dành cho công tác truyền thông thiếu. Chỉ các đơn vị có chương trình, dự án nước ngoài tài trợ, kinh phí truyền thông nhiều hơn nhưng không thường xuyên liên tục.

4.2. Thực trạng nguồn lực phục vụ hoạt động TTGDSK tuyến huyện.

Nhân lực: 100% các đơn vị tuyến huyện đã thành lập phòng truyền thông. 8/12 đơn vị bố trí từ 3-5 cán bộ kiêm nhiệm công tác truyền thông. Có 4 đơn vị chỉ bố trí 1-2 cán bộ phụ trách công tác truyền thông trong đó Trung tâm y tế Cẩm Xuyên, Trung tâm YTDP Hồng Lĩnh có 1 cán bộ chuyên trách công tác truyền thông. Đội ngũ cán bộ làm công tác truyền thông tuyến huyện có trình độ bác sỹ là 29,42%, y sỹ và điều dưỡng trung học, điều dưỡng sơ cấp là 70,59%.

Số cán bộ được tập huấn kỹ năng truyền thông đạt 82,35%, chủ yếu do Trung ương phối hợp với Trung tâm TTGDSK tỉnh tổ chức, 61,76% có tham gia các lớp tập huấn do Trung tâm YTDP tỉnh tổ chức, trong số này chỉ có 01 người cùng tham gia 03

lớp tập huấn. Có một số cán bộ của Trung tâm YTDP Thạch Hà và Vũ Quang được tham gia các lớp tập huấn do Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tổ chức.

Cơ sở vật chất: Chỉ có 1/12 huyện có phòng tư vấn riêng (huyện Kỳ Anh), còn lại chưa có hoặc lồng ghép với các phòng khác.

Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông còn thiếu thốn và nghèo nàn. Có 5/12 đơn vị không có các trang thiết bị thiết yếu phục vụ công tác truyền thông như: projector, máy ảnh, loa truyền thông lưu động. Chỉ có 2 trung tâm có máy projector phục vụ công tác giảng dạy và tập huấn là Kỳ Anh, Nghi Xuân, 5/12 đơn vị có máy ảnh.

Tài liệu truyền thông chủ yếu do trung ương và tỉnh cấp nhưng ít. Chỉ có 2/12 trung tâm tự sản xuất tài liệu truyền thông. Tài liệu chủ yếu là đĩa CD, tờ rơi, sách mỏng... do các chương trình mục tiêu y tế quốc gia cấp hoặc các chương trình dự án như sốt xuất huyết, an toàn vệ sinh thực phẩm, tay chân miệng, tăng huyết áp, phòng chống HIV/AIDS.

Kinh phí dành riêng cho công tác truyền thông không có. 12/12 trung tâm trả lời kinh phí hoạt động truyền thông hiện nay chủ yếu lấy từ các chương trình mục tiêu y tế quốc gia.

5. Bàn luận

Hệ thống tổ chức, mạng lưới TTGDSK từ tỉnh đến huyện của tỉnh Hà Tĩnh đã được kiện toàn và tương đối đầy đủ. Tuy nhiên vẫn còn tồn tại những bất cập về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và cơ chế hoạt động.

Trung tâm TTGDSK tỉnh: Về nhân lực, chưa đủ định biên theo Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV, cơ cấu cán bộ chưa phù hợp, thiếu cán bộ là bác sỹ, một số trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông đã quá cũ và hư hỏng. Do thiếu cán bộ là bác sỹ nên trong hoạt động chuyên môn phần GDSK, tư vấn hầu như còn bỏ ngỏ. Kinh phí cấp hàng năm thấp, chỉ đủ chi các hoạt động truyền thông cơ bản như tuyên truyền trên báo, đài tỉnh và trả lương cho cán bộ. Thiếu kinh phí cho việc đào tạo, phát triển tài liệu truyền thông hướng về cộng đồng phục vụ cho việc TTGDSK đến đối tượng đích.

Công tác truyền thông tại các Chi cục, Trung tâm, Trạm chuyên khoa tuyến tỉnh chưa thường xuyên, liên tục, chỉ chú trọng một vài đợt cao điểm trong năm. Trừ các đơn vị có phòng Truyền thông đã bố trí cán bộ chuyên trách còn hầu hết ở các đơn vị, cán bộ truyền thông chỉ làm kiêm nhiệm. Kinh phí dành cho truyền thông quá ít, nội dung truyền thông chủ yếu tập trung vào các hình thức: cấp phát tờ rơi, áp phích, làm các phóng sự, bài viết trên báo đài tỉnh. Thực tế cho thấy những đơn vị nào có kinh phí của các chương trình, dự án thì công tác truyền thông được đẩy mạnh và triển khai có bài bản hơn như: Trung tâm phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm YTDP tỉnh. Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông tại các đơn vị tuyến tỉnh được trang bị tương đối đầy đủ, đáp ứng tốt công tác truyền thông tại cơ sở.

Tại tuyến huyện, nguồn nhân lực truyền thông đã được kiện toàn theo Công văn số 01/CV-BCĐ về việc kiện toàn mạng lưới truyền thông, tuy nhiên đội ngũ này không

ổn định, thường xuyên thay đổi do nhiều nguyên nhân. Hầu hết cán bộ truyền thông làm kiêm nhiệm nên chất lượng công tác truyền thông không cao.

Trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông của các đơn vị tuyến huyện chưa được quan tâm đầu tư đúng mức, còn thiếu nhiều phương tiện truyền thông cần thiết để phục vụ việc TTGDSK tại cộng đồng.

Tình trạng thiếu bác sỹ, dược sỹ trong toàn ngành dẫn đến nhiều cán bộ có trình độ y sỹ, điều dưỡng trung học, sơ cấp phải đảm nhiệm công tác truyền thông và giảng dạy cũng có những ảnh hưởng nhất định đến chất lượng, hiệu quả công tác truyền thông.

Số cán bộ làm công tác truyền thông được trang bị các kỹ năng truyền thông hiện nay đạt ở mức trung bình. Tuy nhiên, tại một số đơn vị thường xuyên có sự thay đổi cán bộ làm công tác truyền thông nên nhiều cán mới đào tạo xong lại phải chuyển đi làm công tác khác, gây ra một sự lãng phí và làm ảnh hưởng nhiều tới việc giảng dạy và tập huấn tuyến cơ sở.

Các tài liệu truyền thông tại tuyến huyện chủ yếu lấy từ các Chương trình mục tiêu Y tế quốc gia. Có một số huyện tự sản xuất nhưng rất ít, chủ yếu khi có dịch bệnh xảy ra. Việc thiết kế in ấn tài liệu còn rất hạn chế và vấn đề kinh phí dành cho mục này hầu như không có vì vậy khi in ấn tài liệu chủ yếu lấy mẫu từ trung ương và sửa đổi cho phù hợp với phong tục tập quán và đặc điểm từng vùng, miền.

6. Đề xuất, kiến nghị.

6.1. Đề xuất các giải pháp nâng cao năng lực và hiệu quả công tác truyền thông tuyến tỉnh, huyện.

- Tiếp tục củng cố tổ chức, bộ máy và nhân lực cho trung tâm TTGDSK tỉnh. Bố trí cán bộ là bác sỹ để thực hiện các nhiệm vụ tư vấn và đào tạo. Thực hiện đào tạo và nâng cao trình độ lý luận chính trị, chuyên môn, nghiệp vụ TTGDSK cho đội ngũ cán bộ của Trung tâm.
- Tiếp tục củng cố và kiện toàn mạng lưới truyền thông tuyến huyện, đảm bảo phòng TTGDSK có ít nhất từ 2-3 cán bộ chuyên trách về TTGDSK. Xây dựng và ban hành biểu điểm thi đua hàng năm để đánh giá hoạt động truyền thông tại các đơn vị.
- Đầu tư kinh phí cho hoạt động TTGDSK tại các tuyến theo định mức từ 1,5-2% tổng kinh phí được cấp. Huy động nguồn lực cho hoạt động TTGDSK từ các chương trình mục tiêu y tế, dự án trong và ngoài ngành y tế.
- Đầu tư đủ trang thiết bị, phương tiện kỹ thuật cho từng tuyến theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07/7/2010 của Bộ y tế.
- Triển khai thực hiện Chỉ thị số 08CT-BYT về tăng cường công tác truyền thông, có sơ kết, tổng kết theo từng giai đoạn. Triển khai thực hiện Chương trình hành động TTGDSK đến 2015 và tầm nhìn 2020.

- Phối hợp với các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia để triển khai các chương trình truyền thông đúng trọng điểm và đạt hiệu quả cao, đặc biệt chú trọng việc sản xuất tài liệu truyền thông để tránh chồng chéo, lãng phí.
- Trung tâm TTGDSK hoàn thiện đề án xây dựng trang web của Trung tâm TTGDSK, đồng thời tiếp tục phối hợp với các cơ quan Báo, đài tỉnh mở các chuyên, trang, chuyên mục về TTGDSK cho người dân.

6.2. Kiến nghị

- Các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện tiếp tục đẩy mạnh công tác TTGDSK, thường xuyên kiện toàn và bổ sung cán bộ có chuyên môn và năng lực để làm công tác truyền thông.
- Sở Y tế chỉ đạo các đơn vị trong ngành tiếp tục thực hiện công tác TTGDSK; sớm triển khai và thực hiện Chương trình hành động TTGDSK đến năm 2015 và tầm nhìn 2020; chỉ đạo các đơn vị dành kinh phí chi cho công tác TTGDSK.
- Trung tâm TTGDSK Trung ương: Tiếp tục hỗ trợ về chuyên môn, đào tạo kỹ năng cho cán bộ truyền thông của đơn vị. Hỗ trợ trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông cho đơn vị. Quan tâm đầu tư các dự án về TTGDSK cho các tỉnh nghèo trong đó có Hà Tĩnh.

KIẾN THỨC - THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI TP. HỒ CHÍ MINH VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG, NĂM 2011

Hồ Thị Thiên Ngân¹, Trần Ngọc Hữu¹, Nguyễn Văn Anh², Bùi Thu Hương², Lê Văn Tuấn³

(1) Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh, (2) Unilever Việt Nam, (3) Tổ Chức Y Tế Thế Giới.

Tóm tắt nghiên cứu:

Kiến thức và Thực hành (KT) của người chăm sóc trẻ có vai trò rất quan trọng trong việc kiểm soát và ngăn chặn bùng phát dịch bệnh Tay Chân Miệng (TCM). Để công tác truyền thông mang lại hiệu quả, việc khảo sát KT của người chăm sóc trẻ về TCM được tiến hành nhằm xây dựng chiến lược và thông điệp truyền thông phù hợp và thiết thực. Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ người dân có kiến thức và thực hành đúng trong phòng và tránh lây lan bệnh TCM. Phương pháp: Khảo sát cắt ngang mô tả KT của nhóm người chăm sóc trẻ khỏe mạnh và nhóm có con đã mắc bệnh TCM, với tổng số có 60 người được phỏng vấn và khảo sát. Kết quả: Có 54,4% biết bệnh TCM có thể gây tử vong, bệnh lây truyền do bàn tay nhiễm bẩn 24,6%, lây qua ăn uống 87%, lây do tiếp xúc trẻ bệnh 54,2%... Biết đường lây qua hô hấp và tiêu hóa lần lượt là 33,3% và 35,1%. 100% biết dấu hiệu nặng cần chuyển viện (sốt cao, run giật tay/chân...). Kênh thu nhận thông tin về bệnh: Tivi 68,4%, y tế 57,9%, đài 36,8%... Tài liệu mong được nhận: Tờ rơi, áp phích, phim, internet... Thực hành: người chăm sóc trẻ có rửa tay 66,7%; lau sàn nhà/nơi trẻ chơi 68,9%; rửa đồ chơi 45,1%... Trẻ có thói quen mút tay 36,8%, có rửa tay trẻ 50,8%, sử dụng vật dụng riêng cho trẻ 54,4%. Kết luận: Kết quả khảo sát là cơ sở để xây dựng các tài liệu truyền thông và chiến lược truyền thông hiệu quả phù hợp tình hình dịch tại địa phương.

1. Đặt vấn đề:

Bệnh tay chân miệng là một loại bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Bệnh đặc trưng bằng các dấu hiệu: sốt, đau họng, có vết loét ở niêm mạc miệng và các bóng nước xuất hiện ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, chán ăn, li bì ... Tác nhân chủ yếu gây bệnh là nhóm virus đường ruột gồm virút Cocksackie A16 và Enterovirus 71 (EV71). Trong khi bệnh do virút Cocksackie A16 thường ở thể nhẹ và tự hết trong vòng một tuần. EV 71 thường gây bệnh cảnh nặng có những ca biến chứng thần kinh trung ương như: viêm màng não vô khuẩn, viêm não có triệu chứng giống như bệnh liệt mềm cấp và phù phổi cấp có thể dẫn đến tử vong.

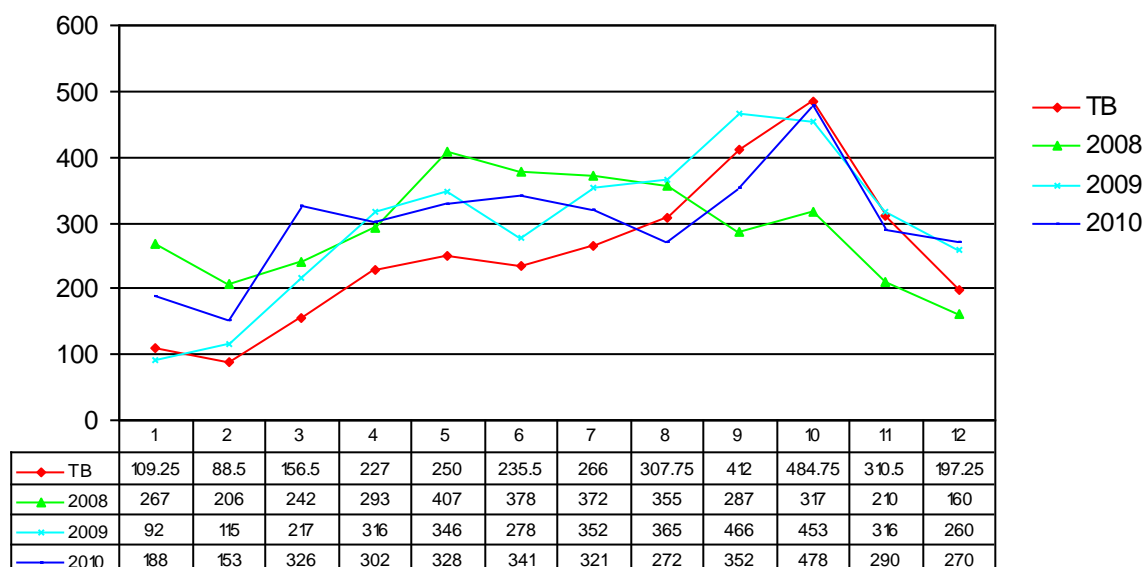
Nhiều vụ dịch TCM lớn nhỏ đã được ghi nhận trên khắp thế giới từ đầu những năm 1970. Trong những năm vừa qua, dịch tay chân miệng đã xuất hiện ở nhiều nước trên thế giới như: Mỹ, Hungary, Pháp, Thụy Điển. Đặc biệt trong khu vực châu Á Thái Bình Dương những vụ dịch lây lan rộng đã được báo cáo ở Úc, Brunây, Hàn Quốc, Nhật Bản, Mông Cổ, Mã Lai, Singapore, Trung Quốc, Đài Loan, Việt Nam...

Ở nước ta, đặc biệt khu vực phía Nam, bệnh được phát hiện đầu tiên năm 2003 tại Tp. Hồ Chí Minh. Trong năm 2005 hội chứng TCM xuất hiện ở hầu hết các tỉnh từ Lâm Đồng đến Cà Mau.

Theo số liệu giám sát của viện Pasteur TPHCM tại khu vực phía nam từ 2005 đến nay, trong năm dịch thường xuất hiện thành 2 đợt. Đợt 1 kéo dài từ tháng 3 đến tháng 5 với số ca nhiều nhất là vào tháng 5. Đợt 2 kéo dài từ tháng 9 đến tháng 12 với số ca xuất hiện nhiều nhất là vào tháng 11. Từ năm 2005 trở lại đây, theo ghi nhận của Bệnh viện Nhi đồng 1 TP. HCM thì số bệnh nhân nhập viện hàng năm không ngừng gia tăng.

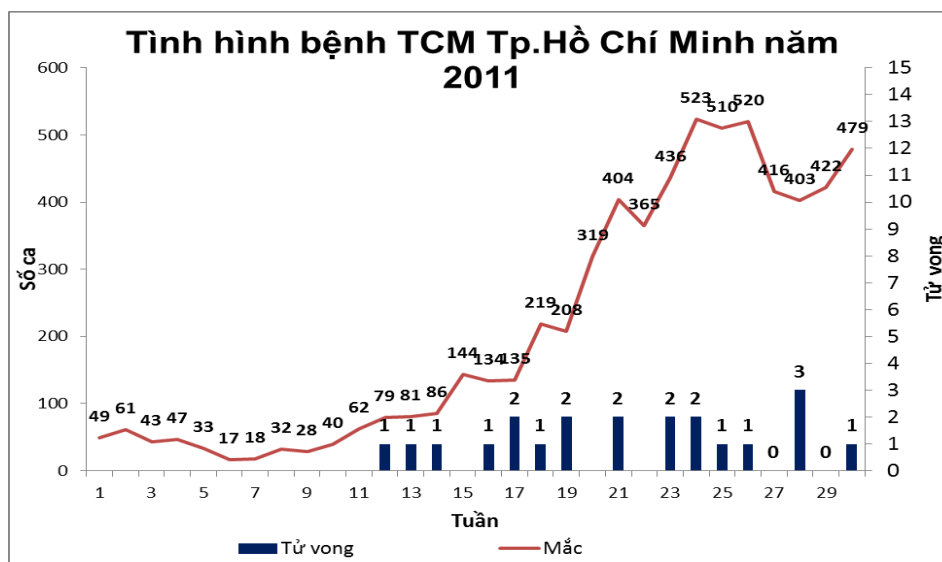
Bảng 1. Tình hình mắc tay chân miệng tại khu vực phía nam Việt Nam 2005 - 2010

Năm	Số ca mắc	Số ca chết	% C/M
2005	441	13	2,9
2006	2,284	13	0,6
2007	2,988	14	0,5
2008	10,958	25	0,2
2009	10,640	23	0,2
2010	9,770	6	0,06



Biểu đồ 1. Đường cong dịch của TP HCM theo tháng (từ 2008 - 2010)

Tại Tp Hồ Chí Minh, tính đến tuần 30/2011 (24/7/2011) có 6.314 ca mắc (tăng gấp 3 lần so với cùng kỳ năm 2010), trong đó có 21 ca tử vong (tăng hơn 20 lần so với cùng kỳ năm 2010).



Biểu đồ 2. Tình hình bệnh tay chân miệng Tp. Hồ Chí Minh năm 2011

Nhiều biện pháp đã được triển khai tại các tỉnh phía Nam cũng như là tại TPHCM nhằm giảm số ca mắc/chết gồm: Tập huấn cho cán bộ y tế các quận huyện; Tổ chức kiểm tra hoạt động phòng chống dịch tại các trường học; Tuyên truyền hướng dẫn sử dụng các chất khử khuẩn khác thay thế cloramin B; Truyền thông trên báo đài; Phối hợp với các cấp chính quyền, các tổ chức chính trị xã hội để phòng chống dịch bệnh. Tuy nhiên bệnh vẫn không giảm dịch vẫn bùng phát và kéo dài. Điều này có thể là do công tác truyền thông chưa được chú trọng và đầu tư đúng mức như là một biện pháp chính, truyền thông chưa tập trung đúng đối tượng đích, chiến lược truyền thông chưa phù hợp ... Do vậy, việc khảo sát KT của người chăm sóc trẻ nhằm tạo cơ sở để xây dựng các tài liệu truyền thông và chiến lược truyền thông hiệu quả phù hợp tình hình dịch tại địa phương.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung:

Xác định tỉ lệ người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi ở TP.HCM có kiến thức, thực hành đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng và các yếu tố liên quan đến thực hành.

Mục tiêu cụ thể:

1. Xác định tỉ lệ người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi có kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng
2. Xác định tỉ lệ người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi có thực hành đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng
3. Xác định tỉ lệ nguồn thông tin về phòng chống bệnh tay chân miệng mà người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi nhận được.
4. Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thực hành của người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi với tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nguồn thông tin .
5. Xác định mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của người trực tiếp chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi.

3. Phương pháp nghiên cứu:

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

3.2. Đối tượng nghiên cứu: 57 người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi nghe hiểu và trả lời được câu hỏi.

3.3. Địa điểm nghiên cứu:

– 27 phiếu tại BV Nhi Đồng I - Thành phố Hồ Chí Minh.

– 30 phiếu tại Phòng khám tiêm ngừa, Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh.

3.4. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tại thời điểm dịch bùng phát mạnh tại Tp. Hồ Chí Minh.

3.5. Phương pháp thu thập dữ liệu:

Phòng vấn đối tượng trực tiếp 60 người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi trong đó có 30 NCST có con dưới 5 tuổi đến tiêm ngừa tại phòng khám Viện Pasteur Tp. Hồ Chí Minh (có 27 phiếu hợp lệ) và 30 người chăm sóc trẻ có con bệnh tay chân miệng được điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng I - Tp. Hồ Chí Minh.

3.6. Xử lý và phân tích số liệu:

Mỗi bộ câu hỏi được kiểm tra ngay sau khi phỏng vấn về tính hoàn tất và tính phù hợp.

Số liệu sau khi thu thập sẽ được giám sát viên kiểm tra bởi tính phù hợp và đầy đủ. Sau đó dữ liệu được nhập liệu vào máy tính và xử lý số liệu bằng phần mềm Epi – 2000.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Giới tính của người chăm sóc trẻ và giới tính của trẻ

Đối tượng	Giới tính	
	Nam	Nữ
Cha/mẹ/Người chăm sóc trẻ (n=57)	11 (19,3%)	46 (80,70%)
Trẻ (n=57)	31 (54,38%)	26 (45,62%)
Trẻ dưới 3 tuổi (n=32)	17 (53,1%)	15 (46,9%)
Trẻ 3 đến 5 tuổi (n=25)	13 (52%)	12 (48%)
Trẻ đi học (n=38)	21 (55,26%)	17 (44,73%)

80,7% người chăm sóc trẻ tham gia vào nghiên cứu là nữ. Trẻ nam chiếm 54,38%. Trong nhóm trẻ dưới 3 tuổi, trẻ nam chiếm 53,1%, nữ chiếm 46,9%. Trong nhóm trẻ từ 3-5 tuổi, trẻ nam chiếm 52%, nữ chiếm 48%. Có 38/57 trẻ đi học chiếm 66,7%.

Bảng 3. Phân bố ca bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	Số ca	Tỷ lệ (%)	Giới		Tháng tuổi thấp nhất	Tháng tuổi cao nhất	Tháng tuổi trung bình
			Nam	Nữ			
< 3 tuổi	19	70,37	13	5	11	58	25,56
3 – 5 tuổi	08	29,62	6	3			
Tổng cộng	27	100	19	8			

Trong số 27 ca bệnh TCM được điều tra chủ yếu nhóm dưới 3 tuổi chiếm 70,37%, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 11 tháng tuổi, trung bình tháng tuổi mắc bệnh là 25,56 %.

70% số trẻ bệnh là trẻ nam. Tỷ số giữa trẻ nam/nữ mắc bệnh là 2,33/1. Tỷ lệ này mắc cao hơn so với nghiên cứu 175 ca bệnh tại Singapore năm 2000 (tỷ số mắc giữa nam/ nữ là 1,7 lần).

4.2. Kết quả khảo sát về kiến thức phòng chống bệnh Tay Chân Miệng

Bảng 4. Kết quả khảo sát kiến thức về bệnh

Biến số	Chung (n = 57)	Mẹ có con bị TCM (n=27)
Tính nguy hiểm của bệnh		
- Bệnh có ảnh hưởng đến sức khỏe	26 (45,61%)	16 (59,26%)
- Bệnh có thể nặng và gây tử vong	31 (54,39%)	17 (62,96%)
Tác nhân gây bệnh		
- Vi khuẩn	18 (32,57%)	11 (40,74 %)
- Vi rút	21 (36,84%)	15 (55,55 %)
- Khác	8 (14,04 %)	8 (29.63 %)
- Không biết	10 (17,54 %)	0%
Nguyên nhân gây bệnh		
- Qua bàn tay	14 (24,56%)	2 (7,41 %)
- Ăn uống không hợp vệ sinh	51 (87,71%)	18 (66,66 %)
- Tiếp xúc trẻ bệnh	31 (54,22%)	15 (55,55 %)
- Không rửa tay	32 (56,14%)	16 (59,26 %)
Đường lây truyền bệnh		
- Hô hấp	29 (50,87%)	18 (66,66 %)
- Tiêu hóa	51 (89,95%)	24 (88,89%)

Kết quả khảo sát cho thấy người chăm sóc trẻ biết bệnh TCM nguy hiểm chiếm 54,39%, riêng ở nhóm có trẻ đã mắc bệnh TCM tỷ lệ này là 62,96%.

Người chăm sóc trẻ biết tác nhân gây bệnh là do vi rút chiếm 36,84%, ở nhóm có trẻ bệnh tỷ lệ này 55,55%. Biết nguyên nhân gây bệnh do không rửa tay thường xuyên khá tương đương nhau ở cả hai nhóm (56,14 và 59,26%).

Hiểu biết người chăm sóc trẻ về đường lây truyền của bệnh (đường tiêu hóa) tương đương nhau ở cả hai nhóm (xấp xỉ 90%)

Như vậy qua kết quả khảo sát cho thấy người chăm sóc trẻ biết được đường lây của bệnh, nhưng chưa biết nhiều tính nguy hiểm của bệnh. Đây là cơ sở để xây dựng các phương tiện truyền thông, nội dung truyền thông phù hợp... Tăng cường tư vấn sức khỏe đối với người chăm sóc trẻ, để họ biết ngăn ngừa bệnh cho cộng đồng... Đây là đội ngũ truyền thông thiết thực hiệu quả cho các bà mẹ, cho người chăm sóc trẻ khi trẻ chưa mắc bệnh.

Bảng 5. Kết quả khảo sát nhận biết dấu hiệu bệnh của người chăm sóc trẻ

Biến số	Số lượng (n = 57)	Mẹ có con bị TCM (n=27)
<i>Dấu hiệu đầu tiên bệnh</i>		
Sốt	41 (71,93%)	27 (100%)
Nổi bóng nước:	38 (63,67%)	27 (100%)
Khác (Chảy nước miếng)	17 (29,82%)	09 (33,33%)
<i>Khi nào gia đình đến khám tại cơ sở y tế</i>		
Khi có dấu hiệu nặng	57 (100%)	27 (100%)
Co giật	57 (100%)	27 (100%)
Bóng nước	33 (57,89%)	27 (100%)
<i>Dấu hiệu thần kinh (khi có biến chứng)</i>		
Sốt cao (uống thuốc ko hết)	57 (100%)	27 (100%)
<i>Rối loạn tri giác:</i>		
Hôn mê	57 (100%)	27 (100%)
Lơ mơ	57 (100%)	27 (100%)
Đi loạng choạng	45 (79%)	27 (100%)
Nôn	43 (75,44%)	20 (74,07%)

Đa số khảo sát người chăm sóc trẻ khi có trẻ nặng gia đình mới cho trẻ đến CSYT, nếu ở giai đoạn nặng mới đưa vào bệnh viện, bệnh của trẻ sẽ diễn biến nặng, khó lường tai biến của bệnh dễ tử vong, không chủ động biện pháp phòng bệnh cho cộng đồng, khó triển khai các hoạt động can thiệp phòng chống chủ động. Nhóm người chăm sóc trẻ có trẻ bị bệnh có kiến thức về các biểu hiện bệnh dường như tốt hơn (đạt 100% ở hầu hết các nội dung).

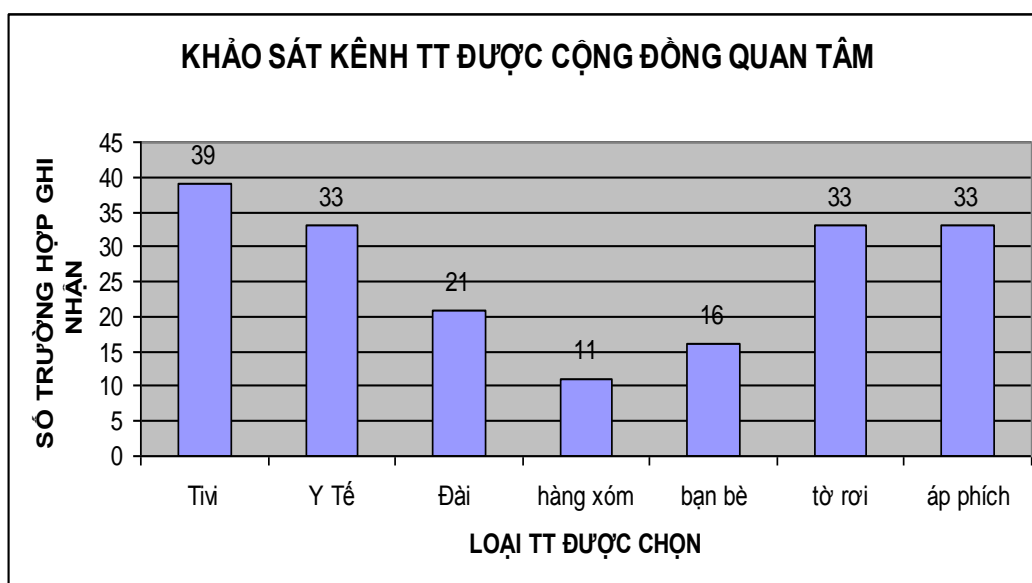
Bảng 6. Thực hiện các biện pháp phòng bệnh

Thực hành	Số lượng (n = 57)	Tỷ lệ (%)
Thực hành của người chăm sóc trẻ		
- Rửa tay	38	66,67
- Giữ vệ sinh : nhà cửa	55	96,49
- Ăn uống đầy đủ chất:	44	77,19
- Vệ sinh cá nhân: VS răng miệng	18	31,58
- Khác	22	38,60
Vệ sinh nhà cửa	57	100
- 1 lần/ngày	39	68,42
- 2 lần/ngày	8	14,04
- 3 lần/ngày	10	17,54
Chất tẩy rửa hay dùng:		
- Xà bông:	15	26,31
- VIM, sản phẩm trên thị trường	19	33,33
- Javel	3	5,26
- Cloramine B 2%	26	45,61
- Nước	11	19,30
Rửa đồ chơi cho trẻ:	38	66,67
Dùng vật dụng riêng: chén bát..	31	54,38
Cho trẻ nghỉ học khi bị bệnh (n=38)	38	100
Thực hành của trẻ		
Không cho tay vào miệng	36	40,35
Rửa tay		
+ Thường xuyên	34	60,71
+ Thỉnh thoảng	23	40,35
Rửa tay bằng xà phòng:	29	50,87
Rửa khi nào:		
+ Tay dơ:	57	100
+ Sau khi đi tiêu	48	84,21
+ Trước khi ăn	39	68,42

Khảo sát cho thấy người chăm sóc trẻ đã có thực hành đúng trong phòng chống bệnh TCM, trong đó: Rửa tay 66,67%, giữ vệ sinh nhà cửa 96,49 %, ăn uống đầy đủ chất 77, 19%, vệ sinh cá nhân (VS răng miệng) 31,58 %. 100% người chăm sóc trẻ thực hiện

vệ sinh nhà cửa hàng ngày, trong đó chủ yếu là thực hiện 1 lần/ngày (chiếm 68,42%). Tuy nhiên tỷ lệ rửa đồ chơi cho trẻ chỉ đạt 66,67%, cho trẻ sử dụng vật dụng cá nhân riêng (chén, bát...) chiếm 54,38% , rửa tay rất quan trọng nhưng chỉ có 66,67% người chăm sóc trẻ thực hiện. Các tỷ lệ này vẫn còn thấp, đây là những nguyên nhân làm trẻ dễ mắc bệnh TCM, lây lan số ca mắc trong cộng đồng khó kiểm soát.

Thực hành của trẻ: hơn 40% trẻ không cho tay vào miệng. 100% trẻ thực hiện rửa tay nhưng chỉ có 60,7% làm việc này thường xuyên và cũng chỉ có khoảng 50% trẻ rửa tay bằng xà phòng.



Biểu đồ 3. Kênh truyền thông được cộng đồng quan tâm

Kênh truyền thông được cộng đồng quan tâm nhất là ti vi, tiếp đến là cán bộ y tế, áp phích, tờ rơi. Với kết quả này các hoạt động truyền thông nên tập trung vào TV spot, áp phích, tờ rơi và truyền thông trực tiếp qua cán bộ y tế.

5. Kết luận và kiến nghị:

Qua khảo sát chúng tôi rút ra được các kết luận sau:

- Truyền thông cần tập trung vào người chăm sóc trẻ <5 tuổi và trẻ < 5 tuổi.
- Tài liệu truyền thông và các thông điệp cần tập trung:
 - + Thông điệp:
 - Bệnh TCM là gì: tác nhân, cách lây bệnh, các triệu chứng khởi phát, các triệu chứng chuyển nặng cần đem trẻ đến bệnh viện, không tự ý điều trị tại nhà, cách chăm sóc trẻ bệnh tại nhà (bệnh nhẹ, hoặc sau khi xuất viện) .
 - Phòng bệnh: Rửa tay bằng xà phòng thường xuyên cho trẻ và người chăm sóc trẻ, lau rửa sàn nhà, vật dụng tiếp xúc, đồ chơi của trẻ thường xuyên bằng dung dịch sát trùng thông thường có chứa chlor (javel)
 - + Tài liệu chính (bà mẹ mong muốn có):

- Phim trên TV thời lượng 3 phút (phối hợp với BV Nhi Đồng I, WHO, Unilever Việt Nam),
 - Tờ rơi áp phích, băng rôn về dấu hiệu nhận biết bệnh, cách ly khi trẻ bệnh, phòng chống bệnh.
- Chọn phương tiện/kênh truyền thông phù hợp: Các đài truyền hình, phát thanh trung ương và địa phương như HTV; VTV; O2; VOV; VOV; FM 99,9Mhz ...
 - Truyền thông trực tiếp đóng vai trò quan trọng trong vận động người dân thực hiện các thông điệp. Nhân viên/cộng tác viên y tế được người dân tin tưởng để tiếp nhận các thông điệp truyền thông.
 - Sự chuyển đổi để có được hành vi tốt như rửa tay bằng xà phòng, lau rửa sàn nhà, đồ chơi của trẻ... cần thời gian, do vậy chiến lược về truyền thông phải đủ dài (ít nhất là hết năm 2011) để khống chế dịch TCM, và cũng cần tính đến kế hoạch dài hạn (3 -5 năm) để không những khống chế TCM và cả những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm khác có cùng đường lây như tiêu chảy cấp, tả, cúm, sởi ...
 - Cần thiết xây dựng hệ thống giám sát bệnh tay chân miệng dựa vào trường học, cộng đồng để phát hiện sớm các ổ dịch, cách ly điều trị kịp thời các ca bệnh, ngăn chặn sự lây lan dịch bệnh trong nhà trường và cộng đồng.
 - Thầy thuốc tư cần được tham gia vào công tác truyền thông do vậy họ được tập huấn về phát hiện, điều trị và truyền thông về bệnh TCM tại tuyến cơ sở.

Tài liệu tham khảo:

1. Viện Pasteur TP HCM (2011), Hoạt động giám sát và phòng chống bệnh TCM tại khu vực phía nam từ 2005 – tuần 24/2011.
2. Báo cáo thống kê bệnh Bộ Y tế (2008), Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng ban hành kèm theo Quyết định 1742/QĐ-BYT ngày 19/05/2008.
3. Bộ Y tế (2008), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng ban hành kèm theo Quyết định 1732/QĐ-BYT ngày 16/05/2008.
4. Trương Hữu Khanh, Khoa nhiễm - Bệnh viện Nhi đồng 1- TP HCM, Chẩn đoán lâm sàng bệnh tay chân miệng.
5. Phan Văn Tú- Viện Pasteur TP. HCM (2008), Bệnh tay, chân, miệng.
6. Control of communicable diseases manual, 2008.
7. Global Handwashing day ([http://: www.globalhandwashingday.org](http://www.globalhandwashingday.org))
8. A Guide to clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) - WHO 7/2010.
9. HFMD: risk assessment of EV71 for the western pacific region (<http://www.wpro.who.int/sites/csr/data/RAEV71inWPR.htm>)
10. HFMD trends and statistics (WPRO 2010)

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP TRUYỀN THÔNG CẢI THIỆN HÀNH VI DỰ PHÒNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THỊ XÃ BẮC KẠN, NĂM 2011

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

Tóm tắt nghiên cứu:

Đề tài “*Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi tại thị xã Bắc Kạn năm 2011*” được trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Kạn thực hiện từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2011 tại 2 phường Nguyễn thị Minh Khai và phường Sông Cầu - thị xã Bắc Kạn, tỉnh Bắc Kạn, với mục tiêu chung là đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành của người cao tuổi (NCT) trong dự phòng bệnh Tai biến mạch máu não (TBMMN) tại Thị xã Bắc Kạn tỉnh Bắc Kạn, từ đó đề xuất một số giải pháp nhằm cải thiện hành vi dự phòng TBMMN cho NCT tại địa phương. Đối tượng nghiên cứu là 400 người cao tuổi (NCT).

1. Đặt vấn đề

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là bệnh gặp chủ yếu ở tuổi trung niên và cao tuổi. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao, chi phí điều trị tốn kém, hiệu quả điều trị còn thấp.

Ngày nay, mặc dù đã có nhiều phương pháp điều trị bệnh TBMMN nhưng chưa có phương pháp nào được cho là đặc hiệu. Đây cũng là một trong các bệnh có khả năng dự phòng có hiệu quả, do đó chiến lược hiện nay coi dự phòng bệnh là chính. Biện pháp dự phòng chủ yếu là nhằm vào khống chế các yếu tố nguy cơ trong đó chủ yếu là xơ vữa động mạch não, tăng huyết áp và phòng những hoàn cảnh dễ gây ra TBMMN.

Cho đến hết năm 2010, trên địa bàn tỉnh Bắc Kạn vẫn chưa có một nghiên cứu nào điều tra về kiến thức, thái độ và thực hành của người cao tuổi về dự phòng TBMMN. Hoạt động TTGDSK phòng chống bệnh TBMMN chưa được đưa vào nội dung tuyên truyền của các đơn vị y tế, nhất là y tế cơ sở.

Thị xã Bắc Kạn là trung tâm kinh tế, văn hóa - xã hội của tỉnh Bắc Kạn, nơi tập trung đông đúc dân cư sinh sống, song qua khảo sát tại 8 xã/phường của thị xã thì các hoạt động tuyên truyền của Trung tâm y tế thường chỉ được triển khai khi có dịch bệnh phát sinh hoặc theo kế hoạch của các chương trình y tế quốc gia, chưa có nguồn kinh phí chi cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về dự phòng TBMMN cho người cao tuổi.

Câu hỏi đặt ra ở đây là: *Thực trạng hành vi dự phòng bệnh tai biến mạch máu não ở người cao tuổi tại Thị xã Bắc Kạn ra sao? Giải pháp nào để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành cho người dân nói chung và người cao tuổi nói riêng trong công tác dự phòng bệnh Tai biến mạch máu não...* Để trả lời các câu hỏi này, chúng tôi chọn đề tài: “*Nghiên cứu thực trạng và đề xuất một số giải pháp truyền thông cải thiện hành vi dự*

phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi tại thị xã Bắc Kạn năm 2011”. Kết quả của đề tài sẽ là cơ sở quan trọng cho xây dựng kế hoạch TTGDSK từ đó giúp người cao tuổi dự phòng TBMMN tốt hơn.

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả thực trạng hành vi dự phòng TBMMN não ở người cao tuổi tại phường Nguyễn Thị Minh Khai và phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn năm 2011.
2. Đề xuất một số giải pháp nhằm cải thiện hành vi dự phòng TBMMN ở người cao tuổi tại tỉnh Bắc Kạn.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Chọn chủ đích 2 phường của thị xã Bắc Kạn (phường Nguyễn Thị Minh Khai và Phường Sông Cầu). Đây là 2 phường đều nằm ở trung tâm của thị xã Bắc Kạn nên thuận tiện cho việc triển khai nghiên cứu. Mặt khác, điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội ở 2 phường này có tính chất tương đối giống nhau.
- **Đối tượng nghiên cứu:** là người cao tuổi (những người tuổi từ 60 trở lên – Theo Luật Người cao tuổi) sống tại 2 phường được chọn.
 - + **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NCT bao gồm cả nam và nữ, còn đi lại được, không có các biểu hiện suy giảm trí tuệ, sinh sống ổn định tại địa điểm nghiên cứu ít nhất là 1 năm khi bắt đầu điều tra nghiên cứu ...
 - + **Tiêu chuẩn loại trừ:** NCT bị bệnh nặng, không tiếp xúc được, không có khả năng cung cấp thông tin,...
- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2011 đến tháng 9/2011.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu:** được tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó:

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

p: là Tỷ lệ hiểu biết về dự phòng TBMMN của NCT = 0,5.

q = 1 – p = 0,5.

d = sai số tối đa 5% = 0,05.

Thay vào các trị số ta có: $n = 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) / 0,05^2 = 384$.

Với công thức trên, cỡ mẫu được tính là 384, làm tròn n = 400.

Vì nghiên cứu được triển khai tại 2 phường nên mỗi phường chọn 200 người.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn dựa theo danh sách NCT ở 36 tổ dân phố (17 tổ thuộc phường Nguyễn Thị Minh Khai và 19 tổ thuộc phường Sông Cầu) do Hội trưởng Hội NCT 2 phường cung cấp, có đủ tiêu chuẩn để có thể được chọn vào mẫu điều tra nghiên cứu ở 2 phường Nguyễn Thị Minh Khai và Sông Cầu (mỗi phường chọn 200 NCT theo tiêu chí chọn mẫu nêu trên).

3.3. Công cụ thu thập số liệu

- Phiếu điều tra.
- Dụng cụ đo HA: Ống nghe, huyết áp kế.
- Phiếu chấm điểm đánh giá mức độ kiến thức, thái độ và thực hành.

3.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Đo huyết áp và ghi chép vào phiếu điều tra.
- Phỏng vấn trực tiếp NCT theo phiếu điều tra.

3.5. Xử lý số liệu: Số liệu nhập vào máy bằng phần mềm vi tính EPIINFO 6.04. Thống kê mô tả bao gồm ước tính các tần số và tỷ lệ phần trăm được thực hiện.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Kiến thức về bệnh và cách dự phòng bệnh TBMMN

- Kiến thức về bệnh TBMMN của NCT ở 2 phường tương đối tương đồng. Tỷ lệ NCT có kiến thức ở mức độ đạt chiếm 72%.
- Tỷ lệ NCT biết được biểu hiện cơ bản về bệnh TBMMN chiếm 75%.
- Số NCT biết được hoàn cảnh, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ cao gây TBMMN: Do tăng huyết áp (THA) là 79%, do uống rượu bia là 77%, do đi tiểu tiện về đêm là 72%, sau tắm lạnh đột ngột là 70,5%. Thấp nhất là tỷ lệ NCT biết nguyên nhân TBMMN là do thay đổi thời tiết là 35%, do BỆNH Đái tháo đường chỉ có 16% nói đúng.
- Tỷ lệ NCT hiểu biết về thói quen nguy hại có thể gây THA và TBMMN do uống rượu bia là cao nhất chiếm 77%, nhưng yếu tố do ăn mặn lại chiếm tỷ lệ thấp 32,5%.

4.2. Thái độ trong dự phòng bệnh TBMMN, phòng chống THA và đái tháo đường

- Thái độ của NCT về dự phòng TBMMN ở mức độ đạt chiếm tỷ lệ 73%.
- Tỷ lệ NCT cho rằng bệnh TBMMN là nguy hiểm chiếm 75%,
- Tỷ lệ có thái độ tích cực trong dự phòng TBMMN là 76%;
- Có 65% cho rằng THA, đái tháo đường là nguy hiểm,
- 42% cho rằng bệnh THA, đái tháo đường có thể phòng ngừa được.

4.3. Thực hành dự phòng bệnh TBMMN

Các thực hành dự phòng bệnh TBMMN của NCT mới chủ yếu tập trung vào thực hành dự phòng và chống tái phát THA. Thực hành mức độ đạt theo bảng chấm điểm chiếm tỷ lệ 76%, không đạt là 24%:

- Việc luyện tập TDTT, vận động thể lực hợp lý phòng ngừa THA, TBMMN là cao nhất chiếm 85%;
- Thực hành chế độ ăn uống hợp lý có lợi cho sức khỏe, phòng bệnh TBMMN là 78%.
- Tỷ lệ NCT thường xuyên đo HA là 77%.
- Việc điều trị THA, đái tháo đường theo đúng hướng dẫn của thầy thuốc là rất thấp chỉ chiếm 43% (Qua phỏng vấn đa phần NCT cho rằng khi HA tăng mới dùng thuốc khi ổn định thì dùng thuốc mà không phải thực hiện điều trị theo hướng dẫn của thuốc là điều trị lâu dài và suốt đời).
- Tỷ lệ NCT cho rằng phải tránh lạnh đột ngột khi tắm chiếm 68%.
- Tránh lạnh đột ngột khi đi tiêu tiện, đại tiện về đêm là 75,5%.
- Tránh căng thẳng tâm lý là thấp nhất chiếm 40,5%.

5. Bàn luận

5.1. Về đối tượng và quá trình nghiên cứu

Quá trình nghiên cứu được sự ủng hộ nhiệt tình của Ban CSSK ban đầu và Hội Người cao tuổi của 2 phường, đặc biệt là từ phía những NCT được chọn làm đối tượng nghiên cứu, do trước đây chỉ có những hoạt động khám bệnh miễn phí vào dịp kỷ niệm Ngày quốc tế Người cao tuổi 1 tháng 10 hằng năm. NCT ở 2 phường chưa được tiếp cận với các hoạt động điều tra, đo huyết áp và tư vấn về bệnh THA và TBMMN tại nhà nên hoạt động này được Hội NCT cho rằng rất có ý nghĩa.

Đối tượng nghiên cứu ở đây tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 60 đến dưới 80 tuổi, đa phần là cán bộ hưu trí và có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm tỷ lệ (37,75%) cao hơn nhóm đối tượng có trình độ học vấn THCS và Tiểu học, nên nhận thức về bệnh và dự phòng bệnh TBMMN cũng tương đối cao.

Qua đo huyết áp và điều tra 400 đối tượng nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ NCT trong nhóm nghiên cứu bị THA là khá cao chiếm 65,75%. Tuy rằng số liệu này chỉ có giá trị thống kê trong một quần thể nhất định không đại diện cho giá trị về tỷ lệ THA của NCT nhưng thực tế trong số đó đã có 33 đối tượng (8,25%) từng điều trị TBMMN thoáng qua, hiện sức khỏe đã hồi phục, không có di chứng. Kèm theo mắc bệnh đái tháo đường là 28 người (7%), bệnh tim mạch là 53 người (chiếm 13,25%)...

Thông tin của NCT tiếp nhận về bệnh THA và TBMMN chủ yếu là từ các phương tiện thông tin đại chúng (đài, ti vi); Trong Nội dung sinh hoạt Câu lạc bộ NCT chưa đề cập tới vấn đề rất đáng quan tâm này, ngành Y tế chưa có các hoạt động truyền thông về chủ đề phòng bệnh TBMMN cho người dân cũng như NCT tại địa phương.

Những số liệu trên cho thấy, yếu tố nguy cơ dẫn đến TBMMN tại các đối tượng này là rất cao, khi tỷ lệ bị mắc THA chiếm tới gần 2/3 số NCT được chọn nghiên cứu và đây là một thực tế đòi hỏi ngành y tế cần quan tâm tới việc CSSK cho NCT để phòng TBMMN.

5.2. KAP của người cao tuổi về dự phòng TBMMN

5.2.1. Về kiến thức

Xuất phát từ trình độ học vấn cũng như nghề nghiệp chủ yếu là cán bộ hưu trí nên tỷ lệ NCT có những hiểu biết về bệnh và dự phòng bệnh TBMMN tương đối cao. Số đối tượng trả lời đúng một trong những biểu hiện cơ bản của bệnh TBMMN đạt 75%. NCT chủ yếu là biết tới biểu hiện của bệnh TBMMN là liệt nửa người, bất tỉnh hoặc méo miệng, không nói được. Điều này lý giải việc các đối tượng nghiên cứu mới chỉ biết các thông tin về bệnh qua đài phát thanh, vô tuyến truyền hình, chưa được tư vấn hoặc tham dự truyền thông trực tiếp nên những biểu hiện khác của TBMMN nhất là những biểu hiện của tai biến thoáng qua là chưa rõ.

Số đối tượng nghiên cứu biết được hoàn cảnh, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ cao gây TBMMN chủ yếu trả lời là do Tăng huyết áp chiếm 79%; sau uống rượu bia (77%); yếu tố do đi tiểu tiện về đêm là 72%, do tắm lạnh đột ngột là 70,5%, nhưng số NCT biết rằng Đái tháo đường cũng có thể dẫn đến nguy cơ TBMMN lại rất thấp (chỉ chiếm 16%). Vì thực tế cho thấy các trường hợp đột quỵ xảy ra nhất là đối với nam giới thường là có liên quan tới hành vi uống rượu bia do đó các đối tượng thường suy luận và nêu rõ từ hành vi này sẽ có nguy cơ dẫn đến TBMMN.

So sánh với nghiên cứu tương tự của Dương Minh Thu và Đàm Khải Hoàn năm 2005 tại 3 xã phường của thành phố Thái Nguyên thì tỷ lệ đối tượng NCT trả lời đúng một trong những biểu hiện cơ bản của bệnh TBMMN và biết được hoàn cảnh, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ cao gây TBMMN là do THA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, nhưng tỷ lệ NCT cho rằng TBMMN và THA có nguyên nhân từ hành vi uống nhiều rượu, bia là cao hơn (77%; 45,3%).

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2010) về “Hiểu biết, thực hành một số thói quen gây nguy cơ đột quỵ não của NCT tại hai xã Lam Điền và Trường Yên thuộc huyện Chương Mỹ, Hà Nội”, tỷ lệ người nói đúng về 4 thói quen nguy cơ đột quỵ não là: uống nhiều rượu/bia (22,2%); ăn nhiều mỡ động vật (11,7%); hút thuốc lá/thuốc lào (9,3%) và ăn mặn (7,8%) còn lại 62,7% trả lời không biết thói quen nào.

Qua đánh giá chấm điểm về kiến thức của NCT về bệnh và dự phòng TBMMN của chúng tôi thì số đối tượng đạt >50 % số điểm chiếm 72%, không đạt là 28%. Như vậy tỷ lệ NCT có hiểu biết chung về bệnh cũng như dự phòng bệnh tương đối cao. So sánh với nghiên cứu của tác giả Dương Minh Thu và Đàm Khải Hoàn năm 2005 [4], [17], thì tỷ lệ đạt tại nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, tỷ lệ đạt yêu cầu về kiến thức ở nghiên cứu này cao hơn chiếm 78,4% (bao gồm cả đạt ở mức độ khá và trung bình), không đạt là 21,6% .

5.2.2. Về thái độ

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ NCT cho rằng TBMMN là nguy hiểm chiếm 75%; tỷ lệ NCT có thái độ tích cực trong dự phòng TBMMN là 76%; chỉ có 65% cho rằng

THA, đái tháo đường là nguy hiểm và 42% cho rằng THA, đái tháo đường có thể phòng ngừa được.

Đánh giá về mức độ thái độ của NCT về dự phòng TBMMN ở 2 phường tương đương nhau ($p > 0,05$). Thái độ về dự phòng TBMMN ở mức độ đạt của NCT chiếm tỷ lệ là 73%. So sánh với nghiên cứu của Dương Minh Thu và Đàm Khải Hoàn tại Thái Nguyên (năm 2005) thì tỷ lệ đạt về thái độ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (73% so với 82,2%)(bao gồm cả đạt ở mức độ khá và trung bình), nhưng tỷ lệ NCT coi THA là nguy hiểm tại nghiên cứu này thấp hơn (75% so với 37,1 %).

Như vậy, việc truyền thông về phòng, chống THA, đái tháo đường và TBMMN phải được triển khai sâu rộng, đồng bộ, tập trung vào cải thiện thái độ trong dự phòng tái phát, ăn, uống điều độ, vv... nhằm giúp NCT có thái độ tích cực quan tâm cùng phòng tránh bệnh cũng như các biến chứng của bệnh THA và đái tháo đường là hai bệnh có tỷ lệ mắc cao và có liên quan chặt chẽ đến bệnh TBMMN.

5.2.3. Về thực hành

Những đối tượng nghiên cứu đa số tập trung vào các biện pháp thực hành dự phòng TBMMN như: Luyện tập TDTT, vận động thể lực hợp lý chiếm 85%, cho thấy việc tập luyện TDTT được NCT trú trọng, thực tế ở tại 2 phường đã thành lập các câu lạc bộ dưỡng sinh và duy trì các hoạt động thường xuyên và thường có trên 50% số NCT tham gia.

NCT thường xuyên đo HA chiếm 77%, chế độ ăn dầu ăn thay thế mỡ lợn để phòng THA và TBMMN chiếm 56%. Trong số đối tượng nghiên cứu tỷ lệ mắc THA khá cao chiếm 65,75% nên các thực hành dự phòng của NCT tập trung vào dự phòng THA. Tuy nhiên điều trị THA, đái tháo đường theo đúng hướng dẫn của thầy thuốc chỉ chiếm 43%. Đa phần NCT cho rằng khi HA tăng mới dùng thuốc, khi ổn định thì dùng thuốc mà không phải là điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc, điều trị lâu dài và suốt đời.

NCT thực hành việc phòng bệnh TBMMN bằng cách tránh gió lùa và tránh những căng thẳng tâm lý còn thấp (40,5 và 46%). Như vậy có thể khẳng định rằng nhiều NCT còn chủ quan với các biện pháp phòng bệnh rất đơn giản, dễ thực hiện nhưng lại rất hiệu quả là phòng tránh những yếu tố nguy cơ trong sinh hoạt hằng ngày như; tránh lạnh, nóng đột ngột, tránh căng thẳng tâm lý...

Mức độ đạt yêu cầu về thực hành của NCT trong dự phòng TBMMN ở 2 phường theo bảng chấm điểm chiếm tỷ lệ 76%, không đạt là 24%. So sánh với nghiên cứu của Dương Minh Thu và Đàm Khải Hoàn tại Thái nguyên năm 2005 là tương đương (bao gồm cả đạt ở mức độ khá và trung bình).

Kết quả nghiên cứu cho thấy NCT cần được tiếp tục TTGDSK để có những hiểu biết đầy đủ về kiến thức, có thái độ tích cực và thực hành đầy đủ các biện pháp dự phòng TBMMN, không phải chỉ dừng lại những hiểu biết mơ hồ như một số đối tượng đã trình bày trong nghiên cứu. Thực tế, hiện nay nội dung này chưa được quan tâm, đa phần thông tin về bệnh, dự phòng bệnh là từ đài phát thanh, vô tuyến truyền hình là những

phương tiện truyền thông tất cả NCT đều dễ dàng tiếp cận được. Truyền thông cho NCT cần được tiến hành sâu rộng, đa dạng, phong phú và đồng bộ hơn trên nhiều phương tiện và hình thức khác nhau.

Để cải thiện thực hành phòng TBMMN tốt hơn cho NCT việc tổ chức câu lạc bộ thực hành tập luyện TDDT phòng ngừa bệnh tật, nâng cao sức khỏe, cải thiện về tinh thần như hoạt động của Hội người cao tuổi, câu lạc bộ dưỡng sinh là rất cần thiết cho NCT thực hành hành vi tích cực trong công tác luyện tập, rèn luyện sức khỏe, cải thiện tình trạng bệnh tật.

6. Kiến nghị

6.1. Kiến nghị:

- Cần tiếp tục nghiên cứu thêm về lĩnh vực này nhất là các nghiên cứu can thiệp và đánh giá hiệu quả sau can thiệp về các biện pháp cải thiện hành vi dự phòng TBMMN cho NCT trên địa bàn tỉnh với quy mô lớn hơn, tầm cỡ hơn.
- Quan tâm đầu tư cho lĩnh vực dự phòng TBMMN.

6.2. Đề xuất một số giải pháp:

- Xây dựng mô hình điểm về hoạt động TTGDSK nhằm nâng cao kiến thức về TBMMN và tăng cường thực hành các hành vi dự phòng TBMMN cho NCT ở một số xã, phường sau đó đánh giá kết quả và từ đó nhân rộng ra các địa phương khác.
- Sử dụng cả 2 hình thức TTGDSK trực tiếp và truyền thông gián tiếp qua các phương tiện thông tin đại chúng. Hoạt động TTGDSK cần tập trung vào các nội dung liên quan đến các yếu tố nguy cơ, biện pháp dự phòng và xử trí TBMMN để đảm bảo NCT có kiến thức, thái độ và thực hành đúng và đầy đủ liên quan đến TBMMN.
- Để nâng cao hiệu quả các hoạt động TTGDSK cho NCT các nội dung TTGDSK cần được lồng ghép vào hoạt động thường xuyên của Hội Người cao tuổi.
- Lồng ghép nội dung truyền thông về dự phòng TBMMN với việc phòng bệnh THA và Đái tháo đường vì 2 bệnh này cũng là nguyên nhân gây nên TBMMN.
- Huy động nguồn lực từ các tổ chức, các dự án...tổ chức những Hội thi Tìm hiểu về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh TBMMN cho người dân nhất là những người đang sinh hoạt trong Hội người cao tuổi.
- Phát triển các loại tài liệu TTGDSK chủ đề Dự phòng bệnh TBMMN, chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh TBMMN, phòng chống biến chứng của người bệnh THA, Đái tháo đường....

Tài liệu tham khảo

1. Ngô Hà (2002). *Kiến thức - thực hành dự phòng TBMMN của bệnh nhân trên 60 tuổi tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế Quận Đống Đa Hà Nội năm 2002*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y tế Công cộng.

2. Đàm Khải Hoàn (2010), *Huy động cộng đồng truyền thông giáo dục sức khỏe ở miền núi phía Bắc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Vi Quốc Hoàng (2001), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân TBMMN tại BVĐK-TW Thái Nguyên*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y khoa Thái Nguyên.
4. Lương Văn Huế và cộng sự (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân TBMMN giai đoạn cấp điều trị tại BVĐK tỉnh Bắc Kạn từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2010*, tr.7,8.
5. Trần Văn Huy và cộng sự (1992), "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện Tai biến mạch máu não do Tăng huyết áp", *Tạp chí Y học Việt Nam* (số 6/1992), Tr.16 - 20.
6. Đoàn Mạnh Lâm (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp và kết quả điều trị bệnh Xuất huyết não tại BVĐK tỉnh Bắc Kạn từ tháng 6/2009 đến tháng 6/2010*, tr. 6, 7.
7. Nguyễn Văn Thắng và cộng sự (2010), *Nghiên cứu về hiểu biết, thực hành một số thói quen gây nguy cơ đột quỵ não của người cao tuổi tại hai xã Lam Điền và Trường Yên thuộc huyện Chương Mỹ, Hà Nội*.
8. Đinh Thị Thìn (2002), *Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố nguy cơ gây TBMMN tại BVĐK trung tâm tỉnh Lạng Sơn*.
9. Dương Minh Thu, Đàm Khải Hoàn và cộng sự (2005), *Nghiên cứu xây dựng mô hình huy động câu lạc bộ người cao tuổi ở thành phố Thái Nguyên vào truyền thông phòng bệnh TBMMN*, Đề tài NCKH cấp Bộ.
10. Ngô Quang Trú và cộng sự (2005), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tại biến mạch máu não tại tỉnh Thái Nguyên*, Đề tài cấp Bộ, mã số B2003 - 04 -21.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HOẠT ĐỘNG PHÒNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CÁC TRẠM Y TẾ TỈNH BẮC NINH, NĂM 2011

*BSCK I. Nguyễn Văn Lang
Trung tâm Truyền thông GDSK Bắc Ninh.*

Tóm tắt nghiên cứu:

Nghiên cứu này nhằm cung cấp thông tin về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh. Với mong muốn nâng cao chất lượng hoạt động phòng TTGDSK, nghiên cứu đưa ra những kiến nghị, đề xuất và giải pháp cho lãnh đạo Sở Y tế.

Với phương pháp nghiên cứu cắt ngang có phân tích kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính trên 100% (126/126) Trạm Y tế (TYT) trên địa bàn tỉnh trong thời gian từ tháng 7 – 10/2011. Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng hoạt động phòng TTGDSK trên địa bàn tỉnh: 45% phòng TTGDSK không đạt về cơ sở vật chất và trang thiết bị, 87% không có mô hình, 97% không có giá treo tranh áp phích, 94% không đạt về tài liệu phục vụ công tác truyền thông, 43% không đạt về trang thiết bị tác nghiệp, 22,2% hoạt động phòng truyền thông không đạt, 89% cán bộ phụ trách công tác TTGDSK có kiến thức đạt, Nghiên cứu cũng tìm ra mối liên quan giữa hoạt động phòng truyền thông với trang thiết bị tác nghiệp và kiến thức của cán bộ phụ trách công tác truyền thông.

Từ khóa: Phòng truyền thông, trang thiết bị, mối liên quan

1. Đặt vấn đề

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) là nhiệm vụ số 1 trong 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) chính vì vậy 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 bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND).

Đẩy mạnh hoạt động TTGDSK là rất cần thiết và là cách tiếp cận có hiệu quả cho chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Nhận thức được tầm quan trọng của công tác TTGDSK trong chiến lược chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân nên chỉ sau khi tái lập tỉnh Ủy ban nhân dân Tỉnh Bắc Ninh ký quyết định thành lập Trung tâm Tuyên truyền bảo vệ sức khỏe thuộc Sở Y tế Bắc Ninh nay đổi tên thành Trung tâm TTGDSK tỉnh Bắc Ninh. Từ năm 2003 đến nay, khi triển khai thực hiện Chỉ thị 06 và Thông tư 05 của Thường vụ Tỉnh ủy Bắc Ninh về tăng cường củng cố Y tế cơ sở và quyết định 370 của Bộ y tế về Chuẩn hóa Quốc gia về Y tế xã giai đoạn 2003-2010 tuy còn gặp nhiều khó khăn về nguồn lực, đặc biệt là cơ sở vật chất, trang bị kỹ thuật nhưng công tác TTGDSK đã được các cấp Ủy Đảng, Chính quyền quan tâm hơn và đem lại những hiệu quả ban đầu: 100% các TYT có phòng TTGDSK lồng ghép, 100% Trạm Y tế (TYT) có

cán bộ phụ trách công tác TTGDSK được tập huấn kỹ năng TT-GDSK, kiến thức chăm sóc sức khỏe thiết yếu của người dân đã được nâng lên,.....

Từ thực tế trên chúng ta nhận thấy cần tiến hành nghiên cứu “***Đánh giá thực trạng và những yếu tố liên quan đến hoạt động phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe các Trạm Y tế tỉnh Bắc Ninh năm 2011***”. Để từ đó qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra những kiến nghị, đề xuất và giải pháp cho lãnh đạo Sở Y tế nhằm nâng cao hiệu quả cũng như chất lượng hoạt động phòng TT-GDSK. Đồng thời nghiên cứu sẽ là tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu, là cơ sở để triển khai can thiệp nhằm nâng cao chất lượng công tác TT-GDSK các Trạm Y tế trên địa bàn tỉnh.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung: Đánh giá thực trạng và những yếu tố liên quan đến hoạt động phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe các Trạm Y tế tỉnh Bắc Ninh năm 2011

Mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả thực trạng nguồn lực và cơ sở vật chất, trang thiết bị phòng TTGDSK các Trạm Y tế trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh năm 2011.
2. Tìm hiểu những yếu tố liên quan đến hoạt động phòng TTGDSK của các Trạm Y tế trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh năm 2011.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 126 phòng truyền thông tại Trạm Y tế xã, phường, thị trấn
- 126 cán bộ phụ trách công tác TTGDSK tại Trạm Y tế

3.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2011 đến tháng 10/2011

3.3. Địa điểm nghiên cứu: 126 xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh.

3.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính.

3.5. Phương pháp thu thập thông tin:

- Thu thập số liệu trong nghiên cứu định lượng: qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn
- Phương pháp thu thập số liệu định tính: Thảo luận nhóm (02 cuộc), phỏng vấn sâu (05 cuộc).

3.6. Phương pháp xử lý số liệu:

- Số liệu định lượng: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS12.0 (Các chỉ số nghiên cứu được tính toán dưới dạng tần suất, tần số, tỷ lệ %, số trung bình)
- Số liệu định tính: Trích dẫn nội dung phỏng vấn sâu qua băng ghi âm và ghi chép theo chủ đề phân tích.

3.7. Sai số và cách không chế:

Để đảm bảo giảm sai số trong nghiên cứu các thông tin trong biểu mẫu được kiểm tra kỹ ngay tại phòng truyền thông. Đối tượng nghiên cứu cung cấp thông tin được các nghiên cứu viên hướng dẫn trực tiếp ngay tại địa điểm nghiên cứu để đảm bảo các thông tin thu thập đầy đủ và đúng với mục tiêu của nghiên cứu. Các điều tra viên được tập huấn kỹ về bộ câu hỏi thu thập thông tin, được nghiên cứu kiểm tra chất lượng thu thập thông tin.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

6.1. Kết quả nghiên cứu định lượng

6.1.1. Cơ sở vật chất và trang thiết bị phòng Truyền thông:

56,3% các TYT trên địa bàn tỉnh được xây dựng trước năm 2003. Tại TYT số lượng cán bộ công nhân viên chức làm việc từ 5-10 người (chiếm 97,5%) và số thôn/khu trên địa bàn mỗi xã là 1-5 thôn/khu (chiếm 58,7%).

Là cơ sở y tế gần dân nhất, số lượng người dân đến khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế tại TYT chủ yếu từ 10-20 lượt người/ngày (46,8%). Tuy nhiên số lượng người đến khám, chữa bệnh không đồng đều tại các địa phương: có 1,6% TYT có số lượt người đến khám chữa bệnh dưới 5 lượt người/ngày, tuy nhiên có 24,6% TYT có số lượt người đến trên 20 lượt người/ngày.

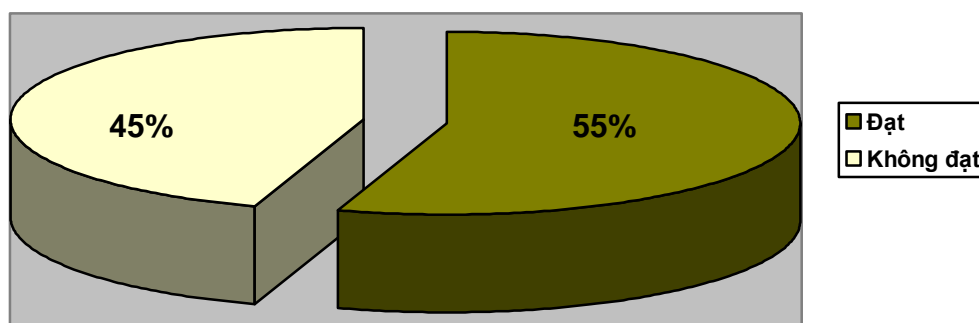
Qua nghiên cứu cũng cho thấy tên phòng truyền thông của các TYT khác nhau, 39,7% TYT đặt tên là Phòng Truyền thông, 38% đặt các tên khác như phòng Giao ban – Truyền thông, Phòng Khám bệnh, Số TYT đặt tên phòng Truyền thông - KCB - Tiêm chủng (4%), Phòng Tuyên truyền – KCB – Tiêm chủng (0,8%) chiếm tỷ lệ rất ít. Theo khuyến nghị của nhiều cán bộ phụ trách công tác TTGDSK thì phòng truyền thông nên lồng ghép với phòng Khám chữa bệnh – Tiêm chủng tuy nhiên số lượng TYT có tên theo khuyến nghị chỉ chiếm 4% còn lại là tên khác.

Vị trí phòng truyền thông các TYT chủ yếu ở tầng 1, thuận tiện cho công tác TTGDSK cho người dân đến Khám chữa bệnh, sử dụng dịch vụ y tế. Tuy nhiên vẫn có 6,3% (8 TYT) có phòng truyền thông ở tầng 2. Phòng Truyền thông chủ yếu được lồng ghép với phòng giao ban, phòng họp (34,9%), ngoài ra lồng ghép với các phòng khác chiếm 38% như phòng cấp cứu, phòng lưu bệnh nhân, phòng bán thuốc,...Việc lồng ghép phòng truyền thông tại các phòng khác gây ảnh hưởng không nhỏ tới hoạt động truyền thông của TYT. 8/126 phòng truyền thông lồng ghép phòng Giao ban, phòng được sử dụng chủ yếu khi giao ban, hội họp, và ít khi sử dụng cho hoạt động truyền thông thường xuyên (1 tháng sử dụng 1-2 lần).

Do cơ sở hạ tầng nên diện tích phòng Truyền thông các TYT cũng khác nhau, không có sự đồng nhất. 6,3% các TYT có phòng Truyền thông nhỏ hơn 14m², trong khi đó 69% TYT có diện tích >16 m² (có lồng ghép chủ yếu với phòng giao ban, phòng họp). Và chỉ có 24,7% TYT có diện tích theo Quyết định 2271/QĐBYT ngày 7/6/2002

của Bộ Y tế về ban hành tiêu chuẩn thiết kế Trạm y tế cơ sở - Tiêu chuẩn ngành là 14 m² -16 m²). Tuy nhiên để phù hợp với tình hình thực tế hiện nay về sử dụng phòng truyền thông cho hoạt động truyền thông và lồng ghép với phòng KCB và tiêm chủng thì hiện nay diện tích phòng truyền thông theo quyết định 2271/QĐBYT ngày 7/6/2002 của Bộ Y tế thì chưa thực sự phù hợp với nhu cầu thực tế tại địa phương.

Trang thiết bị phòng Truyền thông của các TYT chưa đồng nhất về số lượng. Tỷ lệ TYT có tủ đựng tài liệu (67,5%), giá để tài liệu và sách (51,6%), ghế ngồi (94,4%) chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên một số trang thiết bị lại chiếm tỷ lệ rất thấp như mô hình (31%), giá treo tranh áp phích (23%),...Đặc biệt sắp xếp tranh ảnh tại phòng truyền thông còn chưa khoa học (50%), khó nhìn, không theo chủ đề về các chương trình. Tài liệu truyền thông tại phòng truyền thông (tờ rơi, tranh lật/tranh gấp, sách báo liên quan đến sức khỏe,..) để trên giá tài liệu dễ nhìn, dễ thấy rất ít, có nhiều tài liệu để trong tủ khóa, cất trong tủ kín,...gây khó khăn cho việc tiếp cận thông tin của người dân khi đến phòng truyền thông.



Biểu đồ 1. Cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ phòng TT-GDSK

Qua biểu đồ chúng ta có thể nhận thấy tỷ lệ phòng truyền thông có sở sở vật chất và trang thiết bị thiết yếu cơ bản không đạt chiếm tỷ lệ cao (55%). Đây là tỷ lệ mà nghiên cứu thực hiện chỉ đánh giá phòng truyền thông đạt 50% số trang thiết bị cơ bản của phòng truyền thông. Qua kết quả đã cho chúng ta thấy cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ hoạt động truyền thông còn rất thiếu, chưa thể đáp ứng được so với nhu cầu CSSK nhân dân.

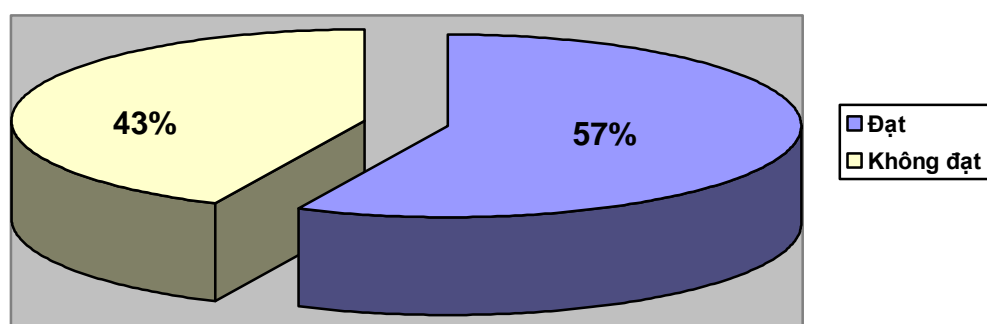
Tỷ lệ tài liệu phục vụ công tác truyền thông cũng không đồng đều. Pano và áp phích là tài liệu truyền thông không thể thiếu trong phòng truyền thông. Tuy nhiên không có TYT nào có tỷ lệ pano đạt (đạt 50% số pano cần thiết) và chỉ có 18,3% TYT có tỷ lệ áp phích đạt yêu cầu. Còn lại các loại tài liệu truyền thông khác như tờ rơi/tờ bướm (67,5%), tranh lật/tranh tư vấn (65,1%), sách mỏng/sách nhỏ (68,3%),...

Chỉ có 2,4% có pano về Chăm sóc sức khỏe sinh sản và cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em và Vệ sinh an toàn thực phẩm, 15,9% có áp phích về Vệ sinh môi trường, 11,1% áp phích về Dân số và kế hoạch hóa gia đình,.....

Phòng TTGDSK không đạt về tài liệu phục vụ phòng truyền thông chiếm tỷ lệ cao (94%). Đây là tỷ lệ phản ánh thực trạng các phòng truyền thông hiện nay khi số lượng, chất lượng các tài liệu truyền thông còn chưa phong phú, chưa đáp ứng được nhu cầu.

Bảng 1. Tỷ lệ có các trang thiết bị tác nghiệp ở phòng Truyền thông

Thiết bị	Có	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
Máy tính bàn	75	59,5
Máy in Laser	73	57,9
Máy điện thoại bàn	125	99,2
Bàn, ghế tư vấn	113	89,7
Ghế ngồi truyền thông trực tiếp	124	98,4
Kệ đựng tài liệu truyền thông	18	14,3
Ti vi từ 21”- 32”	126	100
Đầu CD	124	98,4
Máy ảnh kỹ thuật số	0	0
Mê ga phon (Loa cầm tay)	4	3,2
Tăng âm, loa nén, micro	122	96,8
Tủ hút ẩm bảo quản thiết bị	1	0,8
Đài Cassette 2 cửa băng, ổ đĩa CD, USB	57	45,2
Bảng viết di động	27	21,4

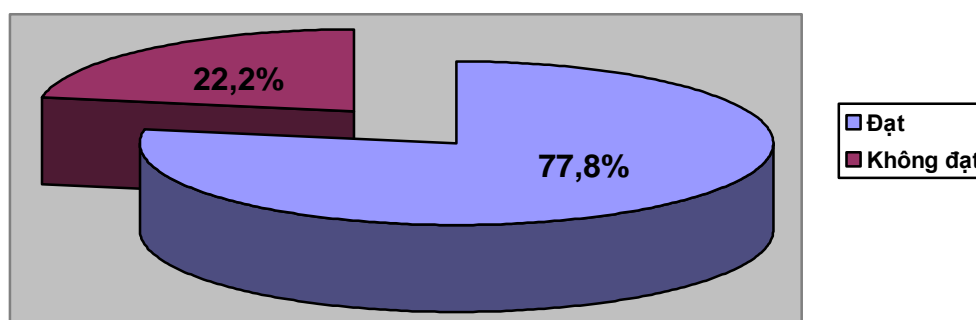


Biểu đồ 2. Trang thiết bị tác nghiệp ở phòng Truyền thông

Tỷ lệ TYT đạt có trên 50% số trang thiết bị tác nghiệp phục vụ phòng truyền thông không đạt chiếm 43%. Một số trang thiết bị thiết yếu tại TYT đã được cung cấp khá đầy đủ do sự quan tâm đầu tư của các cấp các ngành, chiếm tỷ lệ cao như bộ truyền thông ti vi (100%), tăng âm/loa nén (96,8%), đầu CD (98,4%). Qua quá trình thu thập số liệu nghiên cứu cũng đã nhận thấy tỷ lệ có do sự cấp phát không hợp lý từ các đơn vị tuyến trên khi cấp phát không tìm hiểu nhu cầu tại các TYT dẫn tới việc cấp phát trang thiết bị chông chéo, sử dụng không hiệu quả: 210 tivi/126 TYT, 158 đầu CD/126 TYT trong đó có 49,2% TYT có 2 tivi, 6,3% TYT có 3 ti vi, và 1,6% TYT có 4 tivi, 24,6%

TYT có 2 đầu CD,.....). Đặc biệt chất lượng trang thiết bị này đã xuống cấp 16/210 ti vi đã hỏng, 16/158 đầu CD đã hỏng không sử dụng được,....

Những trang thiết bị tác nghiệp công tác TTGDSK tại TYT đã được Bộ Y tế phê duyệt theo quyết định Quyết định số 2420/QĐ – BYT ngày 07/07/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm TTGDSK tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương và phòng TTGDSK các cấp từ tỉnh đến xã, phường, thị trấn thì hiện nay đạt hơn 50% số trang thiết bị theo yêu cầu thì chỉ có 57%, điều đó đã cho thấy trang thiết bị tác nghiệp phục vụ hoạt động truyền thông tại các TYT là vấn đề cần được quan tâm hơn nữa.

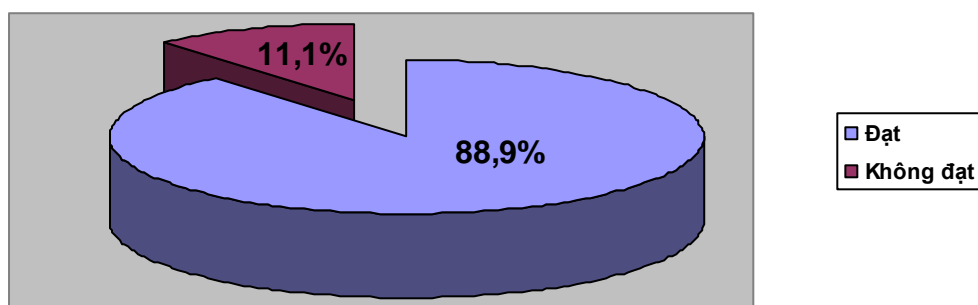


Biểu đồ 3. Nhận xét hoạt động phòng TT-GDSK

Tỷ lệ hoạt động phòng truyền thông tại các TYT đạt khá cao (77,8%). Tuy nhiên vẫn còn một số TYT hoạt động không hiệu quả (22,2%).

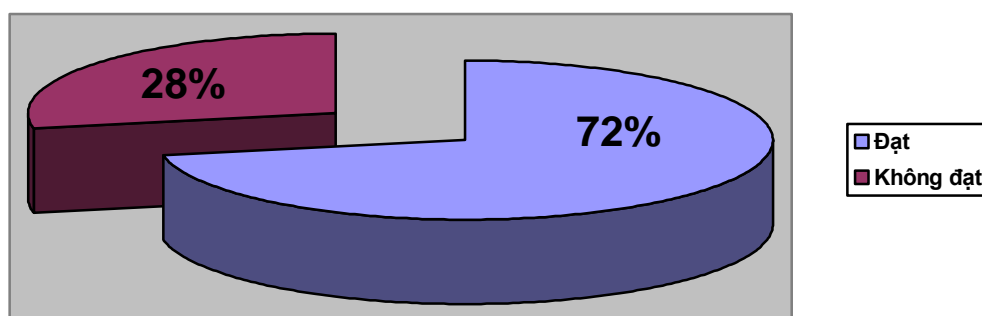
6.1.2. Nguồn nhân lực hoạt động phòng Truyền thông

Nghiên cứu cho thấy: độ tuổi của cán bộ phụ trách công tác truyền thông chủ yếu từ 41-55 tuổi (73,8%), độ tuổi trung bình 46 tuổi. Cán bộ phụ trách công tác truyền thông tại các TYT chủ yếu là nam giới (70,6%), nữ giới chiếm tỷ lệ ít (29,4%). Trình độ học vấn của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK tương đối cao, 56,4% cán bộ có trình độ Trung cấp Y/Dược, 34,1% có trình độ cao đẳng/đại học và 7,1% có trình độ trên đại học. Thời gian công tác tại TYT của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK chủ yếu từ 10-20 năm (50,8%), trên 20 năm chiếm 40,4%, một số ít làm việc dưới 5 năm (3,2%). Hoạt động TTGDSK được ngành Y tế quan tâm từ khi tái lập tỉnh, đến nay 26,2% cán bộ phụ trách công tác TTGDSK được 5-10 năm, 33,3% làm được 10-20 năm và 3,2% cán bộ làm được trên 20 năm trong lĩnh vực TTGDSK. Cán bộ phụ trách công tác TTGDSK các TYT phần lớn là kiêm nhiệm (96,8%) và đã được tập huấn kỹ năng TTGDSK (96,8%).



Biểu đồ 4. Nhận xét kiến thức cơ bản về TTGDSK của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK các TYT

Biểu đồ cho thấy tỷ lệ cán bộ phụ trách công tác TTGDSK đạt kiến thức cơ bản về kỹ năng TT-GDSK rất cao (88,9%). Cán bộ phụ trách công tác TTGDSK đã hiểu được vai trò của công tác truyền thông, mục đích của TTGDSK, hành vi, các loại hình và kỹ năng truyền thông trực tiếp hiệu quả,... Tuy nhiên cán bộ phụ trách công tác TTGDSK vẫn còn thiếu một số kiến thức cơ bản chủ yếu như quá trình thay đổi hành vi, chỉ có 0,8% cán bộ phụ trách công tác TTGDSK hiểu được quá trình thay đổi hành vi sức khỏe.



Biểu đồ 5. Nhận xét hoạt động của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK tại phòng TTGDSK

Tỷ lệ cán bộ phụ trách công tác truyền thông hoạt động tại phòng truyền thông đạt 72%, không đạt 28%. 96,8% cán bộ thực hiện truyền thông tại phòng truyền thông với các hình thức chủ yếu là tư vấn sức khỏe (95,2%), thảo luận nhóm sức khỏe (67,5%). Cán bộ thực hiện truyền thông chủ yếu khi có nhu cầu (46%) và trên 5 lần/tuần (21,4%). Tuy nhiên có 30,2% cán bộ phụ trách công tác TTGDSK thực hiện truyền thông tại phòng truyền thông dưới 5 lần/tuần.

6.1.3. Các yếu tố liên quan đến hoạt động phòng truyền thông

Bảng 2. Mối liên quan giữa cơ sở vật chất, trang thiết bị và hoạt động phòng TTGDSK

Cơ sở vật chất và trang thiết bị	Hoạt động đạt	Hoạt động không đạt	Tổng	OR, p
Đạt	57	12	69	OR = 1,85 $\chi^2 = 2,06$ p > 0,05
Không đạt	41	16	57	
Tổng	98	28	126	

Phân tích không cho thấy mối liên quan giữa cơ sở vật chất và hoạt động của phòng TTGDSK ($p>0,05$). Do nghiên cứu tập trung đưa ra được thực trạng cơ sở vật chất phòng truyền thông, hoạt động truyền thông tại phòng truyền thông chỉ được đánh giá qua một số tiêu chí tại TYT nên có thể chưa đánh giá hết được thực trạng hoạt động phòng truyền thông tại TYT. Sự khác biệt này có thể thay đổi nếu thực hiện đánh giá hoạt động phòng truyền thông với nhiều chỉ tiêu liên quan và mẫu nghiên cứu lớn hơn.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tài liệu và hoạt động phòng TTGDSK

Tài liệu	Hoạt động đạt	Hoạt động không đạt	Tổng	OR, p
Đạt	7	1	8	OR = 2,08 $\chi^2 = 0,47$ p > 0,05
Không đạt	91	27	118	
Tổng	98	28	126	

Kết quả phân tích không cho thấy mối liên quan giữa tài liệu TTGDSK và hoạt động phòng TTGDSK ($p>0,05$). Tài liệu truyền thông là một trong những phương tiện để thực hiện cũng như để góp phần thành công trong việc TTGDSK. Nghiên cứu cũng cho thấy thực trạng tài liệu truyền thông phục vụ hoạt động tại phòng truyền thông. Mối liên quan giữa tài liệu truyền thông và hoạt động phòng truyền thông có thể thay đổi nếu thực hiện đánh giá hoạt động phòng truyền thông với nhiều chỉ tiêu liên quan và mẫu nghiên cứu lớn hơn.

Bảng 4. Mối liên quan giữa trang thiết bị tác nghiệp và hoạt động phòng TTGDSK

Trang thiết bị tác nghiệp	Hoạt động đạt	Hoạt động không đạt	Tổng	OR, p
Đạt	61	11	72	OR = 2,55 $\chi^2 = 4,69$ p < 0,05
Không đạt	37	17	54	
Tổng	98	28	126	

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa trang thiết bị tác nghiệp và hoạt động phòng truyền thông. Những TYT trang thiết bị không đạt thì có nguy cơ hoạt động phòng TT-GDSK không đạt gấp 2,55 lần so với TYT có trang thiết bị đạt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Chính vì vậy, chúng ta cần quan tâm tới trang thiết bị

tác nghiệp phục vụ hoạt động phòng truyền thông để tăng cường hiệu quả hoạt động phòng truyền thông các TYT.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức cán bộ phụ trách công tác truyền thông và hoạt động phòng TTGDSK

Kiến thức	Hoạt động đạt	Hoạt động không đạt	Tổng	OR, p
Đạt	88	24	112	OR = 13,44 $\chi^2 = 20,05$ p < 0,05
Không đạt	3	11	14	
Tổng	91	35	126	

Có mối liên quan giữa kiến thức và hoạt động phòng TTGDSK của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK. Những Cán bộ phụ trách công tác TTGDSK có kiến thức không đạt thì hoạt động phòng TTGDSK không đạt gấp 13,44 lần so với người cán bộ phụ trách công tác TTGDSK có kiến thức đạt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Cán bộ truyền thông có kiến thức và kỹ năng về TTGDSK sẽ có hoạt động truyền thông tốt, chính vì vậy chúng ta cần quan tâm hơn nữa về đào tạo kỹ năng chuyên sâu về TTGDSK cho cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK để nâng cao hiệu quả hoạt động phòng truyền thông.

6.2. Kết quả nghiên cứu định tính

Theo đánh giá của một số cán bộ phụ trách công tác truyền thông tại TYT trên địa bàn tỉnh thì hiện nay cơ sở vật chất (phòng truyền thông) nhiều TYT đã xuống cấp, có TYT là nhà cấp 4, có TYT thì phòng truyền thông ở trên tầng 2 lồng ghép với phòng giao ban. Diện tích phòng quá nhỏ hẹp “*Trạm tôi cũng chỉ có 12m² mà lại là nhà cấp 4, như vậy thì làm sao mà truyền thông được,...*” (Nam, CB TYT– Tx. Từ Sơn). Về trang thiết bị của hệ thống truyền thông chủ yếu là đã hỏng, do được cấp phát từ lâu, nhiều khi đã hỏng ngay từ khi mới cấp phát “*Mà về trang thiết bị thì tôi cũng nói thật là trang thiết bị cấp nhưng có dùng được đâu. Mới cấp bộ tăng âm, vidio, ti vi và loa thì dùng được mỗi cái ti vi, còn lại hỏng từ lúc nào rồi nên ảnh hưởng rất nhiều đến công tác tuyên truyền,...*” “*trang thiết bị thì tôi tệ lắm, có mà thành “Cục sắt han” như TV thì đã đổi màu và được cất vào trong kho từ lâu rồi*” (Nam – CB TYT huyện Tiên Du).

Cũng theo đánh giá của cán bộ phụ trách công tác TTGDSK thì hoạt động phòng truyền thông các TYT chưa thực sự hiệu quả, nhiều khi chỉ là hình thức và phòng cũng chỉ là để cho đầy đủ các phòng ban cần có của một TYT “*Do cơ sở vật chất như vậy thì làm sao mà hoạt động tốt được*”, “*Hoạt động phòng truyền thông thực ra chưa phát huy được, chỉ là hình thức mà thôi. Phòng bé quá nên treo tranh ảnh làm sao được. Hoạt động chủ yếu là tư vấn tại đây*” “*Phòng truyền thông lồng ghép với phòng tiêm nên chỉ sử dụng chủ yếu là ngày tiêm chủng*” (Nữ, TYT huyện Tiên Du)

Để hoạt động truyền thông có hiệu quả, cần khắc phục được những yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của phòng truyền thông “*Chúng ta cần phải đầu tư cơ sở hạ tầng*

và trang thiết bị phục vụ phòng truyền thông. Đặc biệt là bộ loa, âm thanh đến truyền thông và phải có chế độ ưu tiên cho cán bộ phụ trách truyền thông”(Nam, TYT Tx. Từ Sơn), quan tâm hơn nữa tới cán bộ phụ trách công tác truyền thông “Cán bộ phụ trách công tác truyền thông cần được đào tạo thường xuyên, kiêm nhiệm ít việc đi và dành nhiều thời gian cho công tác truyền thông”, “Cán bộ cần được đào tạo, vì ở TYT mỗi người làm một mảng nên truyền thông trong lĩnh vực của mình. Vậy thì phải đào tạo hết, đào tạo thường xuyên về TTGDSK mới được” (Nữ, TYT huyện Tiên Du) và cũng theo đánh giá của người dân khi đến sử dụng các dịch vụ Y tế tại TYT, cần quan tâm hơn nữa tới nguồn nhân lực cho hoạt động truyền thông “BS phải nhiệt tình, hỏi thăm bệnh nhân thì mọi người mới muốn đến chứ” (Nam, 45 tuổi), “Mở rộng phòng và trang trí hấp dẫn, có quạt điện, bàn ghế nhiều hơn nữa để đủ cho nhiều người ngồi nghe và đợi khám” (Nam, 75 tuổi), “TYT phải tuyên truyền nhiều về phòng thì mọi người mới biết được. Chứ nhiều lúc sách báo ở đây, mọi người có dám cầm lên mà đọc đâu, tưởng là sách vở của BS” (Nữ 36 tuổi) .

5. Kết luận

5.1. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị và nguồn lực phục vụ hoạt động phòng truyền thông.

Cơ sở vật chất phòng truyền thông các TYT trên địa bàn tỉnh còn nhiều bất cập, chưa đồng. Phần lớn các TYT được xây dựng trước năm 2003 (56,3%) Có đến 8/126 TYT có phòng truyền thông ở trên tầng 2. Với diện tích còn hạn chế, nhiều TYT có diện tích quá nhỏ dưới 14m² nên hoạt động truyền thông còn rất hạn chế. 45% phòng truyền thông không đạt về cơ sở vật chất.

Tài liệu và trang thiết bị hoạt động phòng truyền thông chưa hợp lý. Mặc dù 100% các TYT có TV, có TYT có đến 4 chiếc TV để sử dụng tuy nhiên lại không có chiếc nào để ở phòng truyền thông. 98,4% TYT có đầu CD, 96,8% có bộ tăng âm, loa nén, micro. Một số trang thiết bị rất cần lại hầu như không có ở tất cả các TYT như máy ảnh (0%), tủ hút ẩm bảo quản trang thiết bị (0,85), bảng viết di động (21,4%),...Chính vì vậy mà trang thiết bị phục vụ phòng truyền thông đạt trên 50% số lượng theo yêu cầu chỉ chiếm 57%.

Đội ngũ cán bộ phụ trách công tác truyền thông trình độ ngày càng được nâng cao, những kiến thức cơ bản về truyền thông được nắm rõ thể hiện qua tỷ lệ cán bộ có những hiểu biết cơ bản về kỹ năng TTGDSK chiếm đến 88,9%. Hoạt động truyền thông của cán bộ phụ trách công tác truyền thông cũng ngày được nâng cao khi có 72% thực hiện truyền thông tại phòng truyền thông đạt.

5.2. Các yếu tố liên quan đến hoạt động phòng TTGDSK các TYT trên địa bàn tỉnh.

Kết quả phân tích không tìm được mối liên quan giữa cơ sở vật chất và tài liệu phục vụ công tác truyền thông với hoạt động phòng truyền thông.

Nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa trang thiết bị tác nghiệp và hoạt động phòng truyền thông. Những TYT trang thiết bị không đạt thì có nguy cơ hoạt động phòng TT-GDSK không đạt gấp 2,55 lần so với TYT có trang thiết bị đạt. Có mối liên quan giữa kiến thức và hoạt động phòng TT-GDSK của cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK. Những Cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK có kiến thức không đạt thì hoạt động phòng TT-GDSK không đạt gấp 13,44 lần so với người cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK có kiến thức đạt.

6. Kiến nghị

6.1. Nhóm giải pháp về cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ phòng truyền thông

Tăng nguồn kinh phí hoạt động chuyên môn theo quyết định 3526/2004/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ký ngày 6/10/2004 (đảm bảo 1,5 - 2% ngân sách y tế hàng năm cho hoạt động của hệ thống truyền thông GDSK) để có nguồn kinh phí chi hoạt động các TYT.

Đầu tư trang thiết bị cho công tác TTGDSK thực hiện theo Quyết định số 2420/QĐ – BHYT ngày 07/07/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các đơn vị tuyến huyện, xã.

Xây dựng qui chuẩn phòng truyền thông điểm TYT về diện tích, tên, vị trí, trang thiết bị cũng như việc sắp xếp các tài liệu truyền thông trong phòng truyền thông để các đơn vị khác học tập, nhân rộng.

6.2. Nhóm giải pháp về chuyên môn với nguồn nhân lực

Tăng cường tập huấn chuyên môn về truyền thông giáo dục sức khỏe cho cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK từ tỉnh xuống cơ sở và đội truyền thông viên từ tỉnh tới cơ sở.

Tổ chức tham quan học tập các TYT có phòng truyền thông hoạt động hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Ủy ban nhân dân tỉnh Bắc Ninh (1997). *Quyết định số 87/UN ngày 28/03/1997, Về việc thành lập Trung tâm tuyên truyền Bảo vệ sức khỏe thuộc Sở Y tế Bắc Ninh*. Bắc Ninh.
2. Đặng Khải Hoàn (2010), *Huy động cộng đồng truyền thông giáo dục ở miền núi phía Bắc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr9-15.
3. Bộ Y tế – Bộ Quốc phòng – Học viện Quân y (1999), *Đánh giá 20 năm thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt nam*, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2002), *Quyết định số 370/ QĐ - BHYT ban hành hướng dẫn Chuẩn Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001- 2010 năm 2002*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2004), *Quyết định số 3526 / 2004/ QĐ - BHYT về việc phê duyệt chương trình hành động truyền thông Giáo dục sức khỏe đến năm 2010*, Hà Nội.
6. Bộ Chính trị (2005), *Nghị quyết 46-NQ/TW về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Hà Nội.

7. Bộ Y tế (2002), *Quyết định 2271/QĐBYT ngày 7/6/2002 của Bộ y tế về ban hành tiêu chuẩn thiết kế Trạm y tế cơ sở - Tiêu chuẩn ngành*, Hà Nội.
8. Sở Y tế tỉnh Bắc Ninh (2005), *Công văn số 585/SYT-GDSK ngày 25/05/2005 về việc xây dựng Chương trình hành động TT-GDSK đến năm 2010*, Bắc Ninh.
9. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 2419/QĐ – BYT ngày 07/07/2010 về việc ban hành Tiêu chuẩn, định mức trong xây dựng trụ sở làm việc Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương*, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 2419/QĐ – BYT ngày 07/07/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các Trung tâm truyền thông GDSK tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương*, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ VÀ VIỆC THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI THUỐC LÁ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

*BSCK II. Nguyễn Út, BSCK II. Huỳnh Bá Tân, ThS.BS.Đoàn Thị Ngọc Trâm,
BSCK I. Võ Thu Tùng, BS. Đặng Thị Thu Thủy, CN. Nguyễn Hữu Quý
Trung tâm Truyền thông GDSK Đà Nẵng*

Tóm tắt nghiên cứu:

Hút thuốc lá là nguyên nhân chủ yếu gây ra các bệnh ung thư, tim mạch, phổi tắc nghẽn mãn tính. Với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính, nghiên cứu thực trạng hút thuốc lá và thực hiện chính sách phòng chống tác hại thuốc lá tại thành phố Đà Nẵng cho thấy tỷ lệ hút thuốc lá là 21,7%; ước tính số tiền chi cho việc hút thuốc lá ở Đà Nẵng xấp xỉ 1,3 tỷ đồng. Người dân có xu hướng ủng hộ các chính sách liên quan đến việc phòng chống tác hại thuốc lá. Tuy nhiên việc chấp hành các quy định cấm hút thuốc lá tại nơi công cộng vẫn chưa được thực hiện; số lượng người hút thuốc tại nơi công cộng vẫn chưa có chiều hướng thuyên giảm; giá và thuế thuốc lá có tăng nhưng chưa phù hợp, Đà Nẵng chưa có mô hình hỗ trợ cai nghiện thuốc lá; tình hình nhập lậu thuốc lá, buôn bán thuốc lá giả, thuốc lá nhái nhãn mác và kinh doanh trái phép các sản phẩm thuốc lá vẫn chưa được cải thiện.

1. Đặt vấn đề

Hút thuốc lá là nguyên nhân gây ra 90% các ca ung thư phổi, 75% các ca bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và 25% ca bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Tỷ lệ hút thuốc lá trên toàn thế giới khoảng 47% nam giới và 12% nữ giới. Ở các nước đang phát triển là 48% nam giới và 7% nữ giới hút thuốc lá. Hàng năm, thuốc lá gây ra khoảng 3,5 triệu trường hợp tử vong trên toàn cầu, nghĩa là mỗi ngày có 10.000 người chết do thuốc lá. Ước tính ở Việt Nam, mỗi năm có khoảng 40.000 ca tử vong do các bệnh liên quan đến hút thuốc. Vào năm 2030, con số này sẽ tăng lên thành 70.000 ca mỗi năm.

Báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2008 cho thấy, chỉ có khoảng 5% dân số toàn cầu được thực hiện các biện pháp toàn diện nhằm cấm hút thuốc lá; 40% quốc gia vẫn cho phép hút thuốc trong trường học và bệnh viện; 5% dân số thế giới sống ở các quốc gia có những biện pháp ngăn chặn toàn diện việc quảng cáo và khuyến khích sử dụng thuốc lá; khoảng 15 quốc gia, chiếm 6% dân số toàn cầu quản lý chặt chẽ việc in ấn những lời cảnh báo lên hộp bao thuốc lá. Các dịch vụ giúp điều trị sự phụ thuộc vào thuốc lá mới chỉ có mặt ở 9 quốc gia, chiếm 5% dân số toàn cầu. WHO đã công bố những số liệu cho thấy, bên cạnh những tiến bộ trong công tác kiểm soát thuốc lá đã đạt được, thì vẫn chưa có quốc gia nào thực hiện đầy đủ, nghiêm túc các biện pháp và vạch ra một hướng tiếp cận để Chính phủ các nước áp dụng, nhằm ngăn chặn hàng chục triệu nạn nhân chưa trưởng thành sẽ chết vào giữa thế kỷ này.

Ngày 21/8/2009, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quyết định số 1315/QĐ-TTg về việc phê duyệt Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá. Kế hoạch đưa ra các biện pháp giảm nhu cầu sử dụng các sản phẩm thuốc lá song song với việc giảm cung cấp các sản phẩm thuốc lá tiêu thụ trong nước. Điều này thể hiện cam kết mạnh mẽ của Chính phủ Việt Nam đối với cộng đồng quốc tế nhằm ngăn chặn nạn dịch hút thuốc lá.

Tại Đà Nẵng, ngày 22/2/2010, Ủy ban nhân dân (UBND) thành phố phê duyệt Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá (Ban hành kèm theo Quyết định số 1338/UBND-QĐ ngày 22/2/2010 của UBND thành phố Đà Nẵng) với mục tiêu hạ thấp tỷ lệ sử dụng thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá, nâng cao nhận thức và sự ủng hộ của các nhà hoạch định chính sách và cộng đồng về việc thực hiện Công ước khung về kiểm soát thuốc lá tại thành phố, xây dựng môi trường không khói thuốc tại những nơi công cộng, các cơ quan hành chính, các cơ sở y tế và các trường học trên địa bàn thành phố.

Mặc dù đã có sự cam kết của chính phủ đối với vấn đề kiểm soát thuốc lá và đặc biệt là đã có sự thi hành chính sách không hút thuốc, nhưng hiệu lực và sự tuân thủ vẫn còn yếu. Việt Nam nằm trong số những nước có tỷ lệ hút thuốc cao nhất trên thế giới. Sự chấp nhận của xã hội đối với hành vi hút thuốc lá tại nơi công cộng, và tỷ lệ hút thuốc thụ động của Việt Nam cũng tương đối cao. Thực trạng này vẫn sẽ tiếp tục tồn tại cho đến khi sự thực hiện và thi hành chính sách không khói thuốc được cải thiện.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu thực trạng hút thuốc lá và việc thực hiện chính sách phòng chống tác hại thuốc lá trên địa bàn thành phố Đà Nẵng**”.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung: Mô tả thực trạng hút thuốc lá và việc thực hiện các chính sách về thuốc lá tại thành phố Đà Nẵng, đồng thời đề xuất các giải pháp kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá.

Mục tiêu cụ thể:

1. Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc lá và nhận thức của người dân về các chính sách kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá.
2. Tìm hiểu các chính sách và việc thực hiện các chính sách phòng chống tác hại thuốc lá, bao gồm: khả năng thực hiện, kết quả thực hiện, khó khăn, thuận lợi.
3. Đề xuất các giải pháp nhằm góp phần đẩy mạnh công tác kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá trên địa bàn thành phố Đà Nẵng.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người dân từ 18 tuổi trở lên (do nghiên cứu này đề cập đến chính sách nên phải tìm hiểu ở các đối tượng đủ khả năng tiếp cận và hiểu biết các nội dung liên quan đến chính sách).

- Đại diện các sở ban ngành, tổ chức, đoàn thể tuyến thành phố và quận huyện, xã phường.

3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại 7 quận huyện thuộc thành phố Đà Nẵng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2010 đến tháng 6/2011.

3.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

3.3.1. Nghiên cứu định lượng

- Nội dung: Xác định tỷ lệ hút thuốc, thực trạng hút thuốc lá, đồng thời nghiên cứu kiến thức, thái độ và hành vi của đối tượng về các chính sách phòng chống tác hại thuốc lá.
- Công cụ: Bảng phỏng vấn cá nhân.
- Chọn mẫu: Cỡ mẫu tính theo phương pháp phân 30 cụm

$$n = n' \times 210\% \approx 810.$$

Trong đó n' là cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn được tính theo công thức

$$n' = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{\delta^2} = 384 \text{ (với } \alpha=0,05; p=50\%; \delta=5\%)$$

Mẫu điều tra được chia thành 30 cụm theo đơn vị là liên tổ dân phố / thôn (Liên tổ dân phố là địa bàn do 1 cộng tác viên sức khỏe cộng đồng phụ trách, có khoảng 15 – 20 cộng tác viên/phường. Thôn có y tế thôn phụ trách, có khoảng 10 – 15 y tế thôn/xã. Cộng tác viên và y tế thôn sẽ được chọn làm người dẫn đường cho các điều tra viên sau này).

Địa bàn nghiên cứu: 810 đối tượng nghiên cứu chia thành 30 cụm, phân đều ở 7 quận huyện theo tỷ lệ thôn/liên tổ dân phố. Như vậy mỗi quận huyện trên địa bàn thành phố Đà Nẵng sẽ có 4-5 cụm được điều tra.

Mỗi cụm có 27 đối tượng được chọn theo phương pháp chọn 1 hộ ngẫu nhiên ban đầu, phỏng vấn 01 người trên 18 tuổi trong hộ (lưu ý đảm bảo rải đều các lứa tuổi và giới), những hộ tiếp theo được chọn theo quy tắc bàn tay phải, cứ vậy cho đến hết 27 đối tượng.

3.3.2. Nghiên cứu định tính

- **Tổng hợp các văn bản về chính sách phòng chống tác hại thuốc lá (PCTHTL):** Nghị quyết 12/2000/NQ-CP ngày 14/8/2000 của Chính phủ về “Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của thuốc lá” trong giai đoạn 2000-2010”, Chỉ thị 12/2007/CT-TTg của Thủ tướng chính phủ về việc tăng cường các hoạt động phòng, chống tác hại của thuốc lá và Quyết định 1315/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ ngày 21/8/2009 về việc phê duyệt Kế hoạch thực hiện Công ước khung về kiểm soát 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, ...).
- **Thảo luận nhóm tập trung** các tổ chức chính trị xã hội, tổ chức xã hội các cấp
- **Quan sát** thu thập các hình thức quảng cáo, tiếp thị thuốc lá, việc in cảnh báo sức khỏe trên vỏ bao thuốc lá, việc treo dán các quy định về thuốc lá... Địa điểm quan sát: nhà hàng, quán nhậu, quán café, các điểm bán thuốc lẻ, các đại lý (mua mẫu bao thuốc lá), các trụ sở làm việc, nơi công cộng trong nhà.
- **Công cụ:** Bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu cho từng đối tượng, bảng hướng dẫn thảo luận nhóm tập trung cho từng nhóm đối tượng, bảng kiểm quan sát.
- **Chọn mẫu:** 36 cuộc phỏng vấn sâu và 10 cuộc thảo luận nhóm tập trung (nhóm 8 - 10 người)

3.3.3. Nội dung nghiên cứu

- **Nội dung 1:** Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc lá và nhận thức của người dân về các chính sách kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá.
- **Nội dung 2:** Tìm hiểu các chính sách và việc thực hiện các chính sách phòng chống tác hại thuốc lá, bao gồm: các kết quả thực hiện, khả năng thực hiện, khó khăn, thuận lợi.
- **Nội dung 3:** Đề xuất các giải pháp nhằm góp phần đẩy mạnh công tác kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá trên địa bàn thành phố Đà Nẵng, bao gồm:
 - + Thông tin, giáo dục, truyền thông;
 - + Xây dựng các mô hình “Cộng đồng không thuốc lá”;
 - + Điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá;
 - + Chế tài đối với vi phạm liên quan đến hút thuốc lá.

3.4. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu theo chương trình phần mềm thống kê cơ bản Excel và EpiInfo 2000.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng sử dụng thuốc lá tại và nhận thức của người dân về các chính sách phòng chống tác hại thuốc lá

Tỷ lệ hút thuốc là 21,7%, ở nam giới tỷ lệ này là 40,3%, ở nữ là 4,5%. 68,8% hộ gia đình có người hút thuốc. Đối với đối tượng từ 18 tuổi trở lên, tỷ lệ hiện hút thuốc là 34,4%, riêng ở nam giới là 55%, tỷ lệ này ở nữ là 8,1%.

Đối với nam giới, những người trong độ tuổi lao động (26 – 60) có tỷ lệ hút thuốc cao hơn nhóm trẻ hơn (18 – 25) và cao hơn nhóm già hơn (trên 60). Những người đã lập

gia đình có tỷ lệ hút thuốc là 35,3%, ở nhóm chưa lập gia đình, tỷ lệ này là 24,2%. Trình độ học vấn càng cao, tỷ lệ hút thuốc càng thấp.

Tỷ lệ hút thuốc trong nhóm những người đã lập gia đình là 35,3%, ở nhóm chưa lập gia đình, tỷ lệ này là 24,2%.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hút thuốc lá giữa các nhóm trình độ học vấn, trình độ càng cao, tỷ lệ hút thuốc càng thấp.

Trong nhóm CBCCLĐ không phải Nhà nước và lao động tự thân, tỷ lệ hút thuốc lần lượt là 42% và 50,2%. Riêng đối với nam giới, tỷ lệ này rất cao, 66,1% và 74,2%.

Trung bình 1 ngày 1 người hút thuốc chi 6.588 đồng (1.612 – 11.564). Ước tính hàng ngày, những người hút thuốc ở thành phố Đà Nẵng đã chi một số tiền để hút thuốc là 1.286.636.400 đồng (314.823.600 – 2.258.449.200).

Lý do bắt đầu hút thuốc phổ biến là do môi trường xã hội có nhiều người hút thuốc và tập quán quan hệ bằng thuốc lá, 32,3% do mọi người xung quanh hút, 21% do được mời. Độ tuổi bắt đầu hút thuốc tập trung vào nhóm dưới 25 tuổi, đặc biệt dưới 18 tuổi chiếm 42,1%.

22,6% trong số những người đã từng hút thuốc lá bỏ được thuốc lá. Khoảng 2/3 số người bỏ được thuốc lá chỉ cần bỏ 1 lần. Đa số có lý do bỏ thuốc liên quan đến tình hình sức khỏe (95,7%). Gần một nửa đối tượng bỏ được thuốc chỉ nhờ vào ý chí mà không cần sự hỗ trợ nào. Không thấy ai đề cập đến một loại thuốc nào điều trị cai nghiện.

31,5% người đang hút thuốc đã từng bỏ thuốc lá nhưng không thành công. Nguyên nhân có thể xuất phát chủ quan từ người hút thuốc như thèm (18,8%), những triệu chứng xuất hiện khi cai thuốc (22,5%), lo lắng buồn chán (18,8%), hoặc có thể xuất phát từ khách quan bên ngoài môi trường làm việc, sinh hoạt, hay quan hệ giao tiếp..., hoặc kết hợp cả 2 yếu tố chủ quan và khách quan.

41,7% người đang hút thuốc khẳng định rằng có ý định bỏ thuốc lá. 84% người có ý định bỏ thuốc nêu lý do liên quan đến sức khỏe. Gần 50% đề cập đến lý do sợ ảnh hưởng đến người xung quanh. Lý do tốn kém kinh tế cũng được đặt ra nhưng tỷ lệ thấp hơn 2 lý do trên (33%)

Đối với các chính sách giảm nhu cầu sử dụng thuốc lá, chính sách được biết đến nhiều nhất là quy định về in lời cảnh báo tác hại thuốc lá trên bao bì sản phẩm (60%). Chính sách hỗ trợ cai nghiện thuốc lá rất ít được đề cập (chỉ 3,2%). Chính sách liên quan đến quảng cáo, khuyến mại sản phẩm thuốc lá mặc dù đã áp dụng từ rất lâu mà vẫn được ít người đề cập đến (16,4%). Có 20,2% cho rằng hoàn toàn không biết một chính sách nào.

Đối với các chính sách giảm cung cấp thuốc lá, chính sách được biết đến nhiều nhất là chống buôn lậu thuốc lá và cấm nhập khẩu thuốc lá (56,2% và 52,3%). Việc cấm bán thuốc lá cho người dưới 18 tuổi chỉ có 27% người đề cập đến. Có 21,9% đối tượng điều tra không biết gì về các chính sách giảm cung cấp thuốc lá.

Người dân có xu hướng ủng hộ các chính sách liên quan đến phòng chống tác hại thuốc lá, tỷ lệ ủng hộ luôn cao hơn tỷ lệ phản đối. Đặc biệt đối với việc cấm hút thuốc nơi công cộng (89,2% ủng hộ hoặc rất ủng hộ), quy định in những hình ảnh cảnh báo tác hại thuốc lá trên bao bì sản phẩm có 87,6% ủng hộ hoặc rất ủng hộ, tăng thuế thuốc lá được 65,7% ủng hộ hoặc rất ủng hộ.

Hành vi mà người dân đã thực hiện để góp phần làm giảm tác hại thuốc lá bao gồm những hành vi giúp giảm nhu cầu sử dụng thuốc lá. Đối với người hút thuốc, hành vi của họ theo xu hướng hút ít lại (59,1%), không hút gần người khác (40,9%) hoặc không hút thuốc nơi công cộng (35,4%). Đối với người không hút thuốc thì xu hướng là khuyên bảo người khác bỏ hoặc giảm hút (67,4%).

4.2. Việc thực hiện các chính sách hiện hành về phòng chống tác hại thuốc lá

4.2.1. Các chính sách giảm nhu cầu sử dụng các sản phẩm thuốc lá

Hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều cho rằng các chính sách quy định những nơi không hút thuốc lá là phù hợp.

Tại nơi làm việc, các quy định đang được các cơ quan ban ngành đoàn thể triển khai thực hiện, tuy nhiên mức độ thực hiện có khác nhau ở từng đơn vị, việc thực hiện các quy định chưa thật đầy đủ, chặt chẽ và nghiêm túc.

Tại nơi công cộng, việc chấp hành các quy định cấm hút thuốc lá nơi công cộng vẫn chưa thực hiện được với nhiều lý do như ý thức của người dân chưa cao, thói quen hút thuốc không bỏ được và quan trọng hơn cả là việc chế tài xử phạt các trường hợp vi phạm chưa thực hiện được.

Việc thực thi các quy định về các khu vực không khói thuốc hiện nay tại thành phố Đà Nẵng mặc dầu có thay đổi theo chiều hướng tích cực nhưng tình hình thực hiện quy định tại các địa điểm này chưa nghiêm túc hoàn toàn. Thực trạng này cũng tương tự như ở các địa phương trên cả nước.

Quy định chế tài xử phạt vi phạm đối với hành vi hút thuốc lá nơi làm việc và nơi công cộng theo quy định của Chính phủ về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế chưa được thực hiện.

Số lượng người hút thuốc tại nơi công cộng và chỗ đông người vẫn không có chiều hướng thuyên giảm. Tại các bến xe và tại nhiều địa điểm công cộng khác trên địa bàn thành phố Đà Nẵng tình trạng hút thuốc lá vẫn xảy ra và chưa thấy xử phạt. Công tác xử phạt những trường hợp vi phạm nên được quy định thật rõ ràng, lực lượng nào sẽ theo dõi, giám sát, xử phạt và bố trí hợp lý thì quy định mới được thực hiện nghiêm túc và có tính khả thi.

Về chính sách giá và thuế đối với sản phẩm thuốc lá, trong những năm gần đây thuế và giá thuốc lá có tăng nhưng chưa phù hợp. Hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông về các chính sách, văn bản và quy định liên quan đến thuế và giá bán lẻ thuốc lá hiện nay

còn hạn chế. Các văn bản chính sách chỉ được triển khai ở các sở ban ngành và chưa bao phủ rộng khắp đến các thành phần có liên quan, đặc biệt là các đại lý bán buôn, bán lẻ.

Việc vi phạm chính sách cấm quảng cáo thuốc lá hiện nay tại thành phố Đà Nẵng vẫn còn xảy ra tại các điểm bán hàng, quán cà phê, quán nhậu... do chưa có hình thức xử phạt nghiêm minh.

Về chính sách hỗ trợ cai nghiện thuốc lá, có nhiều phương pháp điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá được áp dụng trên thế giới và đã có những bằng chứng khoa học chứng minh là có hiệu quả đáng kể. Việt Nam đã có một chương trình quốc gia tư vấn điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nhưng chỉ mới triển khai thí điểm ở một số ít đơn vị điều trị. Các phương pháp được chương trình áp dụng là tư vấn nhanh, tư vấn sâu, NRT và Bupropion. Chương trình đã có một số kết quả ban đầu cho thấy triển vọng duy trì và nhân rộng. Thành phố Đà Nẵng chưa có một mô hình cụ thể nào về điều trị hỗ trợ cai nghiện. Phong trào cai nghiện đã xuất hiện trong số người hút thuốc lá, nhưng những người đã cố gắng bỏ thuốc lá (thành công hay không thành công) ít được hỗ trợ bởi các phương pháp điều trị hỗ trợ cai nghiện (tư vấn hoặc dùng thuốc). Nhìn chung, hoạt động hỗ trợ cai nghiện thuốc lá theo nội dung của Quyết định 1315/QĐ-TTg trên địa bàn thành phố cũng như trên cả nước là chưa thực hiện hoàn toàn. Mức độ hỗ trợ cai nghiện của các cơ quan, đơn vị đối với những người hút thuốc lá vẫn còn hạn chế.

Về chính sách quy định in lời cảnh báo về tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe, lời cảnh báo sức khỏe ở Việt Nam vẫn còn yếu so với quy định của Công ước Khung: số lượng mẫu cảnh báo ít (2 mẫu), thông điệp yếu (dùng từ "có thể"), diện tích in cảnh báo nhỏ (30%), chưa quy định in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh. Chưa có một hành lang pháp lý rõ ràng (lộ trình thực hiện, chế tài xử phạt...) để bắt buộc các công ty thuốc lá thực thi nội dung này một cách nghiêm túc. Đa số ý kiến của người dân đều cho rằng, nên in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh trên vỏ bao thuốc lá, với diện tích ít nhất là 50% mặt chính của bao thuốc.

4.2.2. Các chính sách giảm cung cấp các sản phẩm thuốc lá tiêu thụ trong nước

Về Chính sách kiểm soát buôn bán các sản phẩm thuốc lá, hiện tượng mua bán thuốc lá tại những nơi có quy định cấm hút thuốc lá tại thành phố Đà Nẵng đã có sự chuyển biến tốt, tuy nhiên vẫn còn một số địa điểm vẫn chưa thực hiện nghiêm túc. Đa số các cơ quan hành chính thực hiện tốt quy định không mua bán sản phẩm thuốc lá. Một số cơ quan có dịch vụ thì chưa thực hiện tốt. Các trường học từ cấp tiểu học đến trung học phổ thông, nhìn chung các trường thực hiện tốt, không có hiện tượng buôn bán thuốc lá trong nhà trường. Tuy nhiên tình trạng mua bán thuốc lá vẫn còn xảy ra ở ngay các hàng quán gần trường. Đối với các trường Trung cấp, Cao đẳng và Đại học, quy định này vẫn chưa thực hiện tốt. Càng tin một số trường học vẫn còn hiện tượng mua bán thuốc lá. Nhiều bệnh viện đã nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ các quy định tuy nhiên một số bệnh viện vẫn thực hiện chưa tốt. Đặc biệt xung quanh bệnh viện, có nhiều hàng quán bán thuốc lá, tạo điều kiện dễ dàng cho bệnh nhân và người nhà mua thuốc lá vào trong bệnh viện hút.

Trên các phương tiện giao thông công cộng, nhà hàng, khách sạn và tại những nơi có quy định cấm hút thuốc lá chưa thực hiện tốt.

Mặc dầu các ngành chức năng thành phố đã có nhiều nỗ lực trong công tác kiểm tra, kiểm soát, chống buôn lậu thuốc lá nhưng tình hình nhập lậu thuốc lá, buôn bán thuốc lá giả, thuốc lá nhái nhãn mác và kinh doanh trái phép các sản phẩm thuốc lá vẫn chưa được cải thiện. Nguyên nhân có thể là do việc xử phạt hành vi buôn lậu thuốc lá còn quá nhẹ, không đủ sức răn đe và trấn áp đối với tội phạm buôn lậu.

Về chính sách cấm trẻ vị thành niên bán thuốc lá và cấm bán thuốc lá cho trẻ vị thành niên, tương tự như các quy định cấm hút thuốc ở những nơi làm việc và nơi công cộng, hiện tượng bán thuốc lá cho trẻ vị thành niên vẫn còn xảy ra, chưa có chuyển biến tích cực. Nguyên nhân chính là việc xử phạt chưa thực hiện nghiêm.

5. Giải pháp

5.1. Giải pháp ưu tiên

(1) Theo dõi và cập nhật các thông tin về sử dụng thuốc lá và kiểm soát thuốc lá, bao gồm: Sử dụng công cụ điều tra của nghiên cứu này hằng năm để theo dõi các chỉ số liên quan đến sử dụng thuốc lá; Tìm hiểu và lưu trữ các thông tin về kiểm soát và phòng chống tác hại thuốc lá trên thế giới, tại Việt Nam và các tỉnh thành; Tìm hiểu các thủ đoạn quảng cáo, khuyến mại, tài trợ trá hình của ngành công nghiệp thuốc lá; Phổ biến các thông tin thu thập được cho lãnh đạo thành phố, các sở ban ngành, tổ chức, đoàn thể và người dân.

(2) Tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông về kiểm soát thuốc lá, tập trung vào 4 nội dung: Truyền thông vận động hoàn thiện các chính sách phòng chống tác hại thuốc lá; Tuyên truyền chính sách phòng chống tác hại thuốc lá, bao gồm các chính sách được chính phủ, các bộ ngành có liên quan và lãnh đạo chính quyền các địa phương ban hành; Truyền thông thay đổi hành vi hút thuốc đối với các nhóm đối tượng đặc biệt là học sinh, sinh viên, người nghiện thuốc lá; Truyền thông nhằm nâng cao nhận thức của người dân đối với việc in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh.

(3) Nhân rộng các mô hình cộng đồng không thuốc lá đã thực hiện bao gồm: "Nơi làm việc không thuốc lá,,," "Trường học không thuốc lá,,," "Cơ sở y tế không thuốc lá,,," và "Cộng đồng dân cư không thuốc lá".

5.2. Giải pháp quan trọng

(4) Ban hành Luật phòng chống tác hại 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 chính sách và chế tài xử phạt về phòng chống tác hại thuốc lá một cách cụ thể trên cơ sở tham khảo kinh nghiệm của các nước đã thực hiện thành công ở Châu Âu, cũng như Châu Á. Các cơ quan quản lý cần xây dựng chế tài xử phạt, trong đó quy định rõ mức phạt cao theo kinh nghiệm các nước bạn về chế tài xử phạt và có những quy định cứng rắn về mặt

đạo đức xã hội khiến cho người hút thuốc phải suy nghĩ, cân nhắc trước khi hút... Quy định cụ thể lực lượng có chức năng xử phạt tại mỗi đơn vị, có mẫu hóa đơn xử phạt nhanh tại chỗ.

(5) Giao trách nhiệm thực hiện nơi công cộng không khói thuốc lá cho người quản lý nơi đó, họ phải tổ chức thực hiện mọi biện pháp theo quy định của pháp luật để không có người hút thuốc lá tại nơi mình quản lý mà gây ảnh hưởng đến người không hút thuốc, kể cả các biện pháp chế tài hay cưỡng chế khác, và chịu trách nhiệm với Nhà nước nếu có hiện tượng hút thuốc lá tại nơi mình quản lý.

(6) Chương trình quốc gia tư vấn điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá cần: Nâng cao chất lượng các dịch vụ điều trị cai nghiện thuốc lá đã có sẵn thông qua huấn luyện kỹ năng tư vấn sâu cho cán bộ y tế tại các cơ sở đó. Soạn thảo và phổ biến giáo trình lồng ghép dịch vụ điều trị hỗ trợ cai nghiện vào các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (trung tâm y tế quận huyện và trạm y tế). Chính thức nhập và phân phối rộng rãi các loại thuốc thay thế Nicotine (NRT) cũng như các loại thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá khác (Bupropion, Varenicline). Đưa nội dung tư vấn hỗ trợ cai nghiện thuốc lá cũng như các thông tin liên quan đến kiểm soát thuốc lá thành chương trình đào tạo chính quy cho sinh viên y khoa. Thực hiện các nghiên cứu sâu ứng dụng các liệu pháp mới trong các cơ sở dịch vụ điều trị cai nghiện thuốc lá.

(7) Ngành y tế thành phố cần: Triển khai thực hiện Hướng dẫn quốc gia về tổ chức tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá. Bổ sung vào phần khai thác tiền sử của bệnh án điều trị nội trú và ngoại trú nội dung “sử dụng thuốc lá” tại tất cả các cơ sở điều trị. Đảm bảo tất cả bệnh nhân có hút thuốc lá được nhận lời khuyên bỏ thuốc lá từ cán bộ y tế. Bổ sung các loại thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá vào danh mục thuốc của ngành y tế và danh mục bảo hiểm y tế. Đào tạo và đạo tạo lại kỹ năng tư vấn điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá cho mọi cán bộ y tế trong và ngoài ngành.

(8) Chính phủ 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.

(9) Quy định chặt chẽ việc trưng bày tủ thuốc khi đăng ký bán thuốc lẻ. Tất cả các tủ thuốc không được trưng bày một hình ảnh nào mô phỏng bao bì thuốc lá, mà chỉ được in những cảnh báo tác hại thuốc lá bằng hình ảnh và dòng chữ „Không bán thuốc lá cho trẻ em dưới 18 tuổi“.

(10) Tăng thuế thuốc lá đến mức tăng giá thuốc lá gấp 3-4 lần hiện nay.

5.3. Giải pháp đột phá và riêng có ở Đà Nẵng

(11) Quy hoạch mạng lưới bán lẻ thuốc lá thừa thớt gây bất lợi cho người hút thuốc lá khi tìm mua thuốc lá.

(12) Tổ chức một hệ thống điều trị hỗ trợ cai nghiện nghiện thuốc lá trong và ngoài Ngành y tế mà Trung tâm đào tạo là 3 cơ sở điều trị các bệnh lý liên quan đến thuốc lá: Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Đà Nẵng, Bệnh viện Đà Nẵng, Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng.

(13) Cung cấp đường dây nóng báo cáo hiện tượng quảng cáo, tiếp thị thuốc lá dưới mọi hình thức trên toàn thành phố.

TÌNH HÌNH NHIỄM HIV VÀ ĐẶC ĐIỂM NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2010

*BSCK II. Tôn Thất Toàn, CN. Nguyễn Thị Quế Lâm
Trung tâm Truyền thông GDSK Khánh Hòa*

Tóm tắt nghiên cứu:

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và tìm hiểu một số đặc điểm của nhóm nam quan hệ tình dục (QHTD) đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010. Có 455 MSM tham gia nghiên cứu với phương pháp chọn mẫu toàn bộ theo kết quả về bản đồ địa dư xã hội. Kết quả tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam QHTD đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa là 1,3%; tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm thành phố là 3,7%, nông thôn là 0,6%; nhóm đã từng lập gia đình là 3,9%, chưa lập gia đình là 0,8%; nhóm chỉ quan hệ tình dục với nam là 0,3%, có QHTD cả nam và nữ là 3,7%. Có 83,3% nam QHTD đồng giới sống độc thân, thành phố cao hơn nông thôn. 69,2% có QHTD lần đầu dưới 20 tuổi. Bạn tình QHTD lần đầu với bạn tình nam là 82,2%, bạn tình nữ là 14,9%. Quan hệ tình dục lần đầu với bạn tình nữ ở thành phố là 23,4%, nông thôn là 12,3%. Lý do QHTD với bạn tình nam vì tiền ở thành phố (29,9%) cao hơn ở nông thôn (19,3%). Vì thỏa mãn tình dục ở nông thôn (71,8%) cao hơn ở thành phố (49,5%).

Từ khóa: Nam quan hệ tình dục đồng giới, MSM, HIV, Khánh Hòa

1. Đặt vấn đề

Trên thế giới HIV/AIDS đã trở thành đại dịch và là mối hiểm họa đối với nhân loại. Từ những trường hợp được xác định đầu tiên như là một thực thể bệnh riêng biệt vào năm 1981 tại Hoa Kỳ, cho đến năm 2005, thế giới đã có 25 triệu người tử vong vì AIDS và 40,3 triệu người bị nhiễm HIV [8]. Ở Việt Nam, đến năm 2003 dịch HIV/AIDS đã lan ra tất cả các tỉnh, thành phố với 76.180 người nhiễm HIV. Tính đến tháng 12 năm 2010, cả nước đã có 183.938 người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống [3].

Tỉnh Khánh Hòa là một trong những tỉnh phát hiện người nhiễm HIV tương đối sớm trong cả nước, tính đến tháng 12 năm 2010, toàn tỉnh có 2.625 người nhiễm HIV, trong đó tiến triển sang giai đoạn AIDS là 1.414 người, số đã tử vong do AIDS là 954 người, nam giới chiếm tỷ lệ 78,5% [7]. Cho đến nay trên toàn quốc đã có nhiều nghiên cứu về tình hình nhiễm HIV ở nhiều nhóm đối tượng, tuy nhiên rất ít nghiên cứu về tình hình nhiễm HIV ở nhóm nam có QHTD đồng giới. Trong khi đó, trên thế giới có từ 3% đến 5% dân số là người đồng tính, tức là khoảng 100 triệu người. Ở Việt Nam, thống kê không chính thức cho thấy số người đồng tính có thể vào khoảng 100.000 người hoặc hơn [4].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài **“Nghiên cứu tình hình nhiễm HIV và một số đặc điểm của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010”**. Với mục tiêu như sau:

1. Xác định tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam QHTD đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010.
2. Tìm hiểu một số đặc điểm của nhóm nam QHTD đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010.

2. Tổng quan tài liệu

MSM là từ viết tắt của tiếng Anh “Men who have sex with men” có nghĩa là “Nam giới quan hệ tình dục với nam giới”. MSM là thuật ngữ được sử dụng để nói về quan hệ tình dục giữa những người có cơ thể sinh học là nam, thuật ngữ này không ám chỉ rằng nhóm MSM nhất thiết phải có một nhận dạng riêng gắn với quan hệ tình dục đồng giới nam. MSM được phân làm 3 nhóm:

- **Nhóm chuyển giới (còn gọi bóng lộn) :** để nói về những người nam thường mặc áo quần phụ nữ, có vẻ ngoài nữ tính và tự coi bản thân mình là phụ nữ.
- **Nhóm GAY (còn gọi bóng kín) :** để nói về những người nam hoàn toàn bị hấp dẫn về tình dục với những người nam khác. Họ thường có vẻ ngoài nam tính và mặc quần áo của nam.
- **Nhóm những người nam giới có quan hệ tình dục với nam giới nhưng không có khuynh hướng tình dục với nam giới:** Là những người nam quan hệ tình dục với nam giới không do nhu cầu tình dục mà vì những mục đích khác.

Trên thế giới tỷ lệ lây nhiễm HIV ở nhóm MSM khoảng 5-10%. Năm 2006, số trường hợp nhiễm HIV mới do quan hệ tình dục nam giới với nam giới chiếm 40% ở Canada và 53% ở Mỹ. Tại Đức, so sánh năm 2002 và năm 2006 cho thấy số trường hợp nhiễm HIV mới của nhóm nam quan hệ tình dục đang tăng lên 96%, trong khi đó việc lây truyền qua đường tiêm chích ma túy lại giảm xuống [9]. Mô hình dịch Châu Á cho thấy, đến năm 2010 trong các trường hợp nhiễm HIV mới hàng năm ở Châu Á thì số MSM sẽ chiếm phần lớn thay thế vị trí của những người tiêm chích ma túy và những người hành nghề mại dâm. Ở Băng cốc - Thái Lan, tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM được báo cáo là 30,8% trong năm 2007, 28,3% năm 2005 và 17,3% năm 2003. Tại Jakarta – Indonexia tỷ lệ nhiễm HIV là 22% ở những người nam chuyển đổi giới tính bán dâm, 3,6% ở nam bán dâm và 2,2% ở MSM [10]. Tại Việt Nam, theo ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS năm 2007-2012 của Cục Phòng chống AIDS tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm MSM tại Việt Nam năm 2009 ở mức 2%. Năm 2005 – 2006, kết quả giám sát hành vi và các chỉ số sinh học của Bộ Y tế cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Hà Nội là 9,4%, thành phố Hồ Chí Minh là 5,3% [2].

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người nam giới QHTD với nam giới (MSM) từ 16 tuổi trở lên

+ *Tiêu chuẩn chọn:*

- Tự nhận là có hành vi QHTD đồng giới nam
- Đang sống tại địa bàn nghiên cứu, là người Việt Nam
- Trong 12 tháng qua phải có ít nhất một lần QHTD với nam giới

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:* Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu

3.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở các nhóm MSM tại 6 huyện, thành phố của tỉnh Khánh Hòa thuộc khu vực thành thị và nông thôn là: huyện Vạn Ninh, Ninh Hòa, Diên Khánh, Cam Lâm, Cam Ranh và thành phố Nha Trang.

3.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011

3.4. Phương pháp nghiên cứu

3.4.1. Thiết kế nghiên cứu: phương pháp điều tra mô tả cắt ngang.

3.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu toàn bộ theo kết quả thực tế vẽ bản đồ địa dư xã hội với số MSM tham gia nghiên cứu được chọn là 455 MSM.

3.4.3. Các bước tiến hành:

- Xác định địa điểm tiến hành nghiên cứu
- Tuyển chọn điều tra viên, giám sát viên, kỹ thuật viên xét nghiệm, người dẫn đường.
- Tập huấn về nội dung và yêu cầu của điều tra, kỹ năng tiếp cận, kỹ năng phỏng vấn.
- Thu thập số liệu:
 - + Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước.
 - + Xét nghiệm HIV: Quy trình xét nghiệm thực hiện theo Quyết định 1418/2000/QĐ-BYT về Thường quy giám sát HIV/AIDS ở Việt Nam [1]. Mỗi MSM được lấy 3 ml máu tĩnh mạch, sử dụng kỹ thuật test nhanh tìm kháng thể HIV bằng sinh phẩm Determine HIV ½ của hãng Inverruss Medical – Japan sản xuất. Những trường hợp dương tính hoặc nghi ngờ mẫu máu đó được chuyển sang làm xét nghiệm khẳng định bằng 3 xét nghiệm: test nhanh với sinh phẩm Determin1/2, kỹ thuật ngưng kết với sinh phẩm Sorodia HIV ½ của hãng Fuji rebio – Japan sản xuất và kỹ thuật ELISA với sinh phẩm Gensoven HIV ½ của hãng Biosad – Pháp. Tất cả các xét nghiệm trong nghiên cứu đều được thực hiện tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Khánh Hòa.

3.5. Phương pháp xử lý số liệu

Các phiếu phỏng vấn sau khi làm sạch đã được nhập vào máy tính và xử lý số liệu bằng phần mềm phân tích thống kê SPSS version 13.0.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Tỷ lệ nhiễm HIV của MSM tại tỉnh Khánh Hòa

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm HIV của MSM

Kết quả xét nghiệm	Tần số	Tỷ lệ (%)	95% CI
Nhiễm	6	1,3	0,003 - 0,24
Không nhiễm	449	98,7	
Tổng	455	100,00	

Tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa là 1,3%.

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HIV theo một số đặc điểm của nhóm MSM tỉnh Khánh Hòa

Đặc điểm	Nhiễm HIV		Không nhiễm HIV		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Nơi ở							<0,05
Nông thôn	2	0,6	346	99,4	348	100,0	
Thành thị	4	3,7	103	96,3	107	100,0	
Tổng	6	1,3	449	98,7	455	100,0	
Tuổi							>0,05
Dưới 30 tuổi	4	1,4	285	98,6	289	100,0	
30 tuổi trở lên	2	1,2	164	98,8	166	100,0	
Tổng	6	1,3	449	98,7	455	100,0	
Trình độ học vấn							>0,05
THCS trở xuống	5	1,5	331	98,5	336	100,0	
THPT trở lên	1	0,8	118	99,2	119	100,0	
Tổng	6	1,3	449	98,7	455	100,0	
Khuynh hướng tình dục							<0,05
Chỉ QHTD với nam	1	0,3	320	99,7	321	100,0	
QHTD cả nam và nữ	5	3,7	129	96,3	134	100,0	
Tổng	6	1,3	449	98,7	455	100,0	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm HIV theo khu vực và theo khuynh hướng tình dục ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm HIV theo tuổi và theo trình độ học vấn ($p > 0,05$).

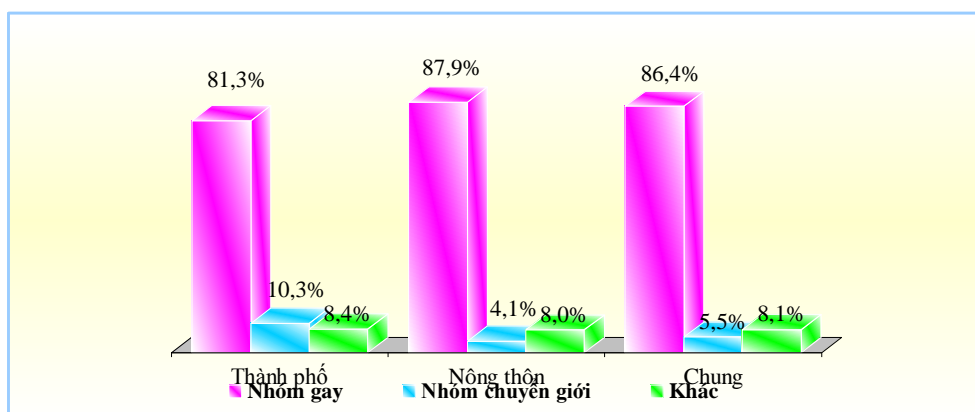
4.2. Một số đặc điểm của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa

Bảng 3. Đặc điểm nhân khẩu xã hội học của nhóm MSM

Đặc điểm	Thành phố		Nông thôn		Chung		Test thống kê
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tuổi							
Dưới 20	20	18,7	46	13,2	66	14,5	$\chi^2=4,01$ $p>0,05$
20 - 24	35	32,7	98	28,2	133	29,2	
25 - 29	20	18,7	70	20,1	90	19,8	
30 trở lên	32	29,9	134	38,5	166	36,5	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	
Trình độ học vấn							
Tiểu học trở xuống	44	41,1	46	13,2	90	19,8	$\chi^2=53,00$ $p<0,01$
THCS	35	32,7	211	60,7	246	54,1	
THPT	21	19,6	86	24,7	107	23,5	
ĐH-CD	7	6,6	5	1,4	12	2,6	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	
Nghề nghiệp							
Công nhân	5	4,7	34	9,8	39	8,6	$\chi^2=20,84$ $p<0,01$
Nhân viên bán hàng	5	4,7	31	8,9	36	7,9	
HSSV	11	10,3	17	4,9	28	6,2	
Không có NN	14	13,1	50	14,4	64	14,1	
Lao động tự do	39	36,4	73	21,0	112	24,6	
Khác	33	30,8	142	41	176	38,6	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	
Tình trạng hôn nhân							
Đã từng lập gia đình	13	12,1	63	18,1	76	16,7	$\chi^2=2,09$ $p>0,05$
Chưa lập gia đình	94	87,9	285	81,9	379	83,3	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	
Hiện sống với ai							
Chưa có vợ, sống với bố mẹ	84	78,5	250	71,8	334	73,4	$\chi^2=3,52$ $p>0,05$
Sống với vợ	9	8,4	54	15,5	63	13,9	
Sống với bạn tình nam	6	5,6	20	5,8	26	5,7	
Khác	8	7,5	24	6,9	32	7,0	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

Đa số đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 30 trở lên (36,5%), trình độ học vấn THCS chiếm đa số (54,1%). Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu rất đa dạng. Đa số đối tượng nghiên cứu chưa lập gia đình và sống với bố mẹ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM nông thôn và MSM thành phố về trình độ học vấn và nghề nghiệp ($p<0,01$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM nông thôn và MSM thành phố về tuổi, tình trạng hôn nhân và đối tượng mà MSM đang sống cùng ($p>0,05$).

4.2.1. Đặc điểm tình dục của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tự nhận dạng MSM ($p < 0,05$)

Hầu hết đối tượng nghiên cứu đều tự nhận dạng là nhóm Gay (86,4%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm MSM thành phố và nông thôn về đặc điểm tự nhận dạng của MSM ($p < 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm lần QHTD đầu tiên

Đặc điểm	Thành phố		Nông thôn		Chung		Test thống kê
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tuổi QHTD lần đầu							
Dưới 20	95	88,8	220	63,2	315	69,2	$\chi^2 = 25,19$ $p < 0,01$
20 – ít hơn 25	10	9,3	112	32,2	122	26,8	
25 hoặc hơn	2	1,9	16	4,6	18	4,0	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	
Bạn tình khi QHTD lần đầu							
Bạn tình nam	81	75,7	293	84,2	374	82,2	$\chi^2 = 9,16$ $p < 0,05$
Bạn tình nữ	25	23,4	43	12,3	68	14,9	
Vợ	1	0,9	12	3,5	13	2,9	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

Đa số đối tượng nghiên cứu QHTD lần đầu tiên lúc dưới 20 tuổi và bạn tình QHTD lần đầu tiên là nam giới.

Bảng 5. Lý do QHTD với nam giới

Lý do QHTD với nam	Thành phố		Nông thôn		Tổng		P
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tiền	32	29,9	67	19,3	99	21,8	<0,05
Thỏa mãn tình dục	53	49,5	250	71,8	303	66,6	<0,01
Tình yêu	49	45,8	151	43,4	200	44,0	$>0,05$
Tò mò	18	16,8	67	19,3	85	18,7	$>0,05$

Đa số MSM tham gia nghiên cứu trả lời rằng họ QHTD với nam giới để thỏa mãn tình dục (66,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về lý do QHTD với nam khi quan hệ vì tiền hoặc thỏa mãn tình dục ($p<0,05$). Khi QHTD trên cơ sở tình yêu hoặc do tò mò thì không có sự khác biệt ($p>0,05$).

Bảng 6. QHTD hậu môn với bạn tình nam trong 3 tháng qua (n=453)

QHTD hậu môn với nam giới	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2=10,18$ $p<0,01$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Người chỉ “cho”	24	22,4	39	11,3	63	13,9	
Người chỉ “nhận”	4	3,8	29	8,4	33	7,3	
Vừa cho vừa nhận	79	73,8	278	80,3	357	78,8	
Tổng	107	100,0	346	100,0	453	100,0	

Có 2/455 MSM không có QHTD hậu môn với nam giới trong 3 tháng qua.

Đa số MSM trong nghiên cứu vừa là “người cho” vừa là “người nhận” khi QHTD đường hậu môn với bạn tình nam trong 3 tháng qua (78,8%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về “cho” và “nhận” khi QHTD hậu môn với bạn tình nam ($p<0,01$).

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ nhiễm HIV của MSM tại tỉnh Khánh Hòa

Tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa là 1,3%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu IBBS Bộ Y tế 2005-2006 được thực hiện tại thành phố Hồ Chí Minh (5,3%) và Hà Nội (9,4%). Tuy nhiên, nếu so với tỷ lệ nhiễm HIV tại Việt Nam theo dự báo của Cục phòng chống HIV/AIDS giai đoạn 2007-2012, tỷ lệ nhiễm HIV của MSM Khánh Hòa cao hơn rất nhiều, gấp 7 lần so với dự báo ước tính thấp (0,2%), gấp 4 lần so với ước tính trung bình (0,3%) và gấp 3 lần so với ước tính cao (0,4%) [4]. Nếu so sánh với các thành phố lớn của các nước trong khu vực thì tỷ lệ nhiễm HIV nhóm MSM Khánh Hòa cao hơn các thành phố như: Cáp Nhĩ Tân (0,9%), Bắc Kinh năm 2004 (0,4%) và Tế Nam (0,5%) của Trung Quốc. Tỷ lệ nhiễm HIV nhóm MSM Khánh Hòa thấp hơn Vientiane - Lào (5,6%); ChiangMai - Thái Lan (15,3%); Thượng Hải (1,5%), Bắc Kinh 2006 (5,8%) của Trung Quốc; PhnomPênh – Campuchia (2,6%) [10]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm HIV theo nơi ở và khuynh hướng tình dục ($p<0,05$). Tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm MSM ở thành phố là 3,7% cao hơn nhiều so với nông thôn (0,6%). Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm có QHTD cả nam và nữ là 3,7% cao hơn nhóm chỉ QHTD với nam (0,3%). Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM dưới 30 tuổi là 1,4% cao hơn nhóm từ 30 tuổi trở lên. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM có trình độ học vấn THCS trở xuống là 1,5%, cao hơn nhóm PTTH trở lên (0,8%). Tuy nhiên các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu phần lớn ở nhóm tuổi từ 20 – 29 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trình độ học vấn giữa MSM thành phố và MSM nông thôn ($p < 0,01$). Tỷ lệ MSM thành phố có trình độ tiểu học và ĐH-CD cao hơn MSM nông thôn, trong khi đó MSM nông thôn có trình độ THCS cao hơn MSM thành phố. Nghề nghiệp của MSM đa dạng, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm lao động tự do và các nghề nghiệp khác. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nghề nghiệp của MSM thành phố và MSM nông thôn ($p < 0,05$).

Tình trạng hôn nhân: Trên thực tế, một bộ phận MSM thường có khuynh hướng giấu đi bản chất thật của mình bằng cách lấy vợ. Tỷ lệ độc thân là 83,3%, thấp hơn so với nghiên cứu năm 2005 tại Khánh Hòa (92%), nhưng tỷ lệ lấy vợ, lập gia đình là 16,7% cao hơn so với năm 2005 (8%). Tỷ lệ sống độc thân của MSM tại Khánh Hòa cũng phù hợp với nghiên cứu trên 813 MSM của Vũ Mạnh Lợi tại 6 thành phố Thái Nguyên, Hà Nội, Đà Nẵng, Nha Trang, Cần Thơ, TP. Hồ Chí Minh, có 83% MSM đã cho rằng quan hệ tình dục đồng giới nam chỉ là vấn đề riêng tư, sống độc thân không liên quan đến việc lấy vợ, sinh con [6], [5].

4.3. Đặc điểm tình dục của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ của nhóm Gay và nhóm chuyển giới tham gia nghiên cứu này khác so với nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh năm 2005-2006. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhóm Gay tại Khánh Hòa là 86,4%, cao hơn so với TP. HCM là 54,5% [2].

Đối với khuynh hướng tình dục, trong nghiên cứu này là 70,5% MSM có khuynh hướng chỉ QHTD với nam và 29,5% có khuynh hướng QHTD cả nam và nữ. Tỷ lệ này có khác so với nghiên cứu của Trương Tấn Minh năm 2005 trên 295 MSM tại Khánh Hòa, khuynh hướng chỉ QHTD với nam là 44% và khuynh hướng QHTD cả nam và nữ là 42% [6]. So sánh giữa thành phố và nông thôn, mặc dù không có ý nghĩa về thống kê ($p > 0,05$), chúng ta vẫn thấy rằng tỷ lệ chỉ QHTD với nam ở thành phố cao hơn ở nông thôn (72% so với 70,1%), ngược lại tỷ lệ QHTD cả nam và nữ ở nông thôn lại cao hơn ở thành phố (29,9% so với 28%). So sánh với nghiên cứu tại Khánh Hòa 2005, khuynh hướng QHTD chỉ với nam ở thành phố là 38%, nông thôn 45%, khuynh hướng QHTD cả nam và nữ ở thành phố là 51% và nông thôn là 46% [6].

Tuổi QHTD lần đầu: MSM trong nghiên cứu này có trải nghiệm QHTD lần đầu ở lứa tuổi khá trẻ. 69,2% có QHTD lần đầu dưới 20 tuổi, thấp hơn so với nghiên cứu IBBS năm 2005-2006, tỷ lệ QHTD lần đầu tiên của MSM lúc dưới 20 tuổi tại Hà Nội là 73,8%, thành phố Hồ Chí Minh là 77,9% [2]. Một vấn đề cũng lưu ý đó là MSM ở thành phố có trải nghiệm tình dục lần đầu sớm hơn MSM nông thôn ($p < 0,01$). Trải nghiệm tình dục này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu vào năm 2005 tại Khánh Hòa [6].

Bạn tình khi QHTD lần đầu: trong kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy MSM QHTD lần đầu tiên với bạn tình nam là 82,2%, bạn tình nữ là 14,9%. MSM thành phố QHTD lần đầu với bạn tình nữ là 23,4% cao hơn so với MSM nông thôn (12,3%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Lý do quan hệ tình dục với nam giới: Trong 4 lý do đưa ra trong nghiên cứu để MSM có QHTD với nam bao gồm lý do vì tình yêu, vì tiền, vì tò mò, vì thỏa mãn tình dục thì lý do vì tình yêu chiếm tỷ lệ cao nhất 44%, tiếp theo là vì tiền (21,8%). Nghiên cứu của chúng tôi chưa xác định được mỗi QHTD vì tiền ở nhóm MSM có phải là bán dâm nam hay không, điều này cần được tìm hiểu thêm ở những nghiên cứu tiếp theo. Có sự khác biệt giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về lý do QHTD với nam. Khi quan hệ của họ dựa trên cơ sở tình yêu hoặc do tò mò thì không có sự khác biệt nào ($p>0,05$), Nhưng quan hệ vì tiền hoặc thỏa mãn tình dục thì có sự khác biệt ($p<0,05$). Tỷ lệ MSM thành phố QHTD với nam vì tiền nhiều hơn MSM nông thôn, trong khi tỷ lệ MSM nông thôn QHTD để thỏa mãn tình dục nhiều hơn MSM thành phố. Nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn là “người cho” hay “người nhận” ($p<0,05$). MSM thành phố QHTD chỉ là “người cho” nhiều hơn gần gấp đôi MSM nông thôn, ngược lại MSM nông thôn QHTD là người chỉ “nhận” nhiều hơn gấp đôi MSM thành phố.

5. Kết luận

5.1. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa

- Tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới là 1,3%.
- Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm thành phố là 3,7%, nông thôn là 0,6%; nhóm có trình độ học vấn trung học cơ sở trở xuống là 1,5% và phổ thông trung học trở lên là 0,8%; nhóm đã từng lập gia đình là 3,9%, chưa lập gia đình là 0,8%; nhóm chỉ quan hệ tình dục với nam là 0,3%, có quan hệ tình dục cả nam và nữ là 3,7%.

2. Đặc điểm của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa

83,3% nam quan hệ đồng giới sống độc thân, thành phố cao hơn nông thôn. 69,2% có quan hệ tình dục lần đầu dưới 20 tuổi. Bạn tình quan hệ tình dục lần đầu với bạn tình nam là 82,2%, bạn tình nữ là 14,9%. Quan hệ tình dục lần đầu với bạn tình nữ ở thành phố là 23,4%, nông thôn là 12,3%. Lý do quan hệ tình dục với bạn tình nam vì tiền ở thành phố (29,9%) cao hơn ở nông thôn (19,3%). Vì thỏa mãn tình dục ở nông thôn (71,8%) cao hơn ở thành phố (49,5%).

6. Khuyến nghị

- Tiếp tục duy trì và đẩy mạnh công tác truyền thông phòng, chống HIV/AIDS. Chọn hình thức và thông điệp truyền thông phù hợp với đặc trưng của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới.
- Tỉnh Khánh Hòa cần xây dựng kế hoạch cụ thể về can thiệp giảm tác hại đến nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới phù hợp với đặc điểm nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, gia đình của họ, tình hình tại địa phương và cần có sự tham gia các cấp, các ngành, cộng đồng.

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2000), “Thường quy giám sát HIV/AIDS ở Việt Nam”, *Quyết định số 1418/2000/QĐ-BYT*, tr. 3 - 4.
2. Bộ Y tế (2006), Kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/AIDS (IBBS) tại Việt Nam năm 2005 – 2006, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr.19 – 23, 38.
3. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2010 - Phương hướng, nhiệm vụ chủ yếu năm 2011*, tr.1-2.
4. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2009), *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam 2007-2012*, tr.14 - 23.
5. Vũ Mạnh Lợi và cộng sự (2009), “Tình dục đồng giới nam tại Việt Nam”, *Sự kỳ thị và hệ quả xã hội*, tr.72 - 73.
6. Trương Tấn Minh (2005), “Nghiên cứu hành vi nguy cơ và tỷ lệ nhiễm HIV nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa”, *Tạp chí Y học thực hành*, (528 + 529), tr.79 - 83.
7. Sở Y tế Khánh Hòa (2011), *Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2010 và Định hướng công tác năm 2011*, tr.4 - 6.
8. UNAIDS/WHO (2005), *AIDS Epidemic, Geneva*, pp. 2 - 3.
9. UNAIDS, UNDP (2007), *Taking Action Against HIV*, pp. 71 - 72.
10. UNAIDS (2008), *Report on the global AIDS epidemic*, pp. 5-9, 111 - 121.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NHIỄM HIV CỦA NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI TỈNH KHÁNH HÒA, NĂM 2010

*BSCK II. Tôn Thất Toàn, CN. Nguyễn Thị Quế Lâm
Trung tâm Truyền thông GDSK Khánh Hòa*

Tóm tắt nghiên cứu:

Nghiên cứu nhằm xác định kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm HIV của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010. Có 455 MSM tham gia nghiên cứu với phương pháp chọn mẫu toàn bộ theo kết quả về bản đồ địa dư xã hội. Kết quả cho thấy đa số nhóm MSM có kiến thức tốt về đường lây truyền HIV/AIDS. 47,5% trả lời đúng từ 14-15 câu hỏi về kiến thức đường lây truyền và cách phòng chống HIV/AIDS, nhưng vẫn còn 30% MSM cho rằng QHTD qua đường hậu môn là không có nguy cơ. Thái độ có 61,5% MSM không thảo luận với bạn tình nam về HIV hoặc các bệnh LTQĐTD khi QHTD qua đường hậu môn không trả tiền. MSM ở thành phố có tỷ lệ thảo luận với bạn tình là 76,3% cao hơn nông thôn (51%). Thực hành có 99,1% MSM đã từng sử dụng BCS trong QHTD. Nhưng trong lần QHTD gần đây nhất qua đường hậu môn phải trả tiền (78,6%) và 65,7% không sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nữ. Tiếp cận viên cộng đồng là nguồn cung cấp chủ yếu BCS (87,9%) và chất bôi trơn tan trong nước (96,2%). Chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) MSM có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV. Có 5,7% MSM trong nghiên cứu đã từng sử dụng ma túy và 2% có tiêm chích ma túy.

Từ khóa: Nam quan hệ tình dục đồng giới, MSM, bệnh LTQĐTD, HIV, Khánh Hòa

1. Đặt vấn đề

Bắt đầu từ cuối năm 1990, các nghiên cứu cho thấy rằng ở các nước có thu nhập cao như Canada, Mỹ, quan hệ tình dục giữa nam giới với nam giới (MSM) không an toàn vẫn là hình thức lây nhiễm HIV chính. Cách quan hệ tình dục của MSM qua đường miệng và đặc biệt qua đường hậu môn, nên dễ dàng chảy máu và lây lan HIV từ người đã nhiễm HIV sang người chưa nhiễm.

Một niềm tin rất phổ biến là các bệnh lây truyền qua đường tình dục là bệnh của phụ nữ vì vậy ít nam giới có quan hệ tình dục đồng giới đi xét nghiệm các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và HIV.

Tại Việt Nam chỉ số báo cáo Quốc gia thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS (UNGASS) về MSM năm 2008 cho thấy: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 9%, MSM đã xét nghiệm HIV và biết kết quả của mình là 16%, MSM xác định đúng các cách dự phòng lây qua đường tình dục và phủ nhận các nhận thức sai về lây truyền HIV là 54%, MSM sử dụng bao cao su lần quan hệ tình dục gần đây nhất qua đường hậu môn với một bạn tình nam là 61%, MSM tiếp cận chương trình dự phòng HIV là 25%.

Một đánh giá nhanh đáp ứng của chương trình HIV/AIDS dành cho MSM tại Việt

Nam năm 2009 cho thấy rất nhiều MSM không cho rằng mình có nguy cơ lây nhiễm HIV. Chương trình phòng chống HIV/AIDS ở một số nơi chỉ nhấn mạnh đối với các nguy cơ nhiễm trùng thông qua dùng chung bơm kim tiêm, quan hệ tình dục không an toàn với gái mại dâm.

Để có bằng chứng trong việc lập kế hoạch phòng chống HIV/AIDS cho nhóm MSM tại Khánh Hòa, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “Tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống nhiễm HIV của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa năm 2010”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM) từ 16 tuổi trở lên, gồm các nhóm:

- *Nhóm chuyển giới (bóng lộ)*
- *Nhóm GAY (bóng kín)*
- *Nhóm nam khác:* Là những người nam giới có quan hệ tình dục với nam giới nhưng không có khuynh hướng tình dục với nam giới.

Tiêu chuẩn chọn:

- Tự nhận là có hành vi quan hệ tình dục đồng giới nam
- Đang sống tại địa bàn nghiên cứu, là người Việt Nam
- Trong 12 tháng qua phải có ít nhất một lần quan hệ tình dục với nam giới

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở các nhóm MSM tại 6 huyện, thành phố của tỉnh Khánh Hòa thuộc khu vực thành thị và nông thôn là: huyện Vạn Ninh, Ninh Hòa, Diên Khánh, Cam Lâm, Cam Ranh và thành phố Nha Trang. Chúng tôi không tiến hành nghiên cứu nhóm MSM tại hai huyện còn lại của tỉnh Khánh Hòa là hai huyện thuộc khu vực miền núi, huyện Khánh Vĩnh và Khánh Sơn.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ theo kết quả thực tế vẽ bản đồ địa dư xã hội với số MSM tham gia nghiên cứu được chọn là 455 MSM.

2.4.3. Phương pháp tiến hành

Các bước đã tiến hành bao gồm xác định địa điểm tiến hành nghiên cứu, tuyển chọn điều tra viên, giám sát viên, người dẫn đường. Tập huấn về nội dung và yêu cầu của

điều tra, kỹ năng tiếp cận, kỹ năng phỏng vấn. Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước.

2.4.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Các phiếu phỏng vấn sau khi làm sạch đã được nhập vào máy tính bằng phần mềm phân tích thống kê SPSS version 13.0.

3. Kết quả nghiên cứu

Trong số 455 MSM tham gia nghiên cứu, có 107 MSM ở thành phố Nha Trang và 348 MSM ở các huyện còn lại. Qua phân tích, chúng tôi thấy có một số điểm khác biệt và tương đồng giữa MSM thành phố Nha Trang (gọi là MSM thành phố) và MSM ở các huyện nông thôn (gọi là MSM nông thôn).

3.1. Kiến thức phòng chống HIV/AIDS của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa

Bảng 1. Kiến thức về đường lây truyền HIV/AIDS của nhóm MSM

Trả lời đúng các câu hỏi	Thành phố		Nông thôn		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Nhiễm HIV qua dùng chung BKT	103	96,3	346	99,4	449	98,7	<0,05
Dùng chung điện thoại có thể lây nhiễm HIV	99	92,5	334	96,0	433	95,2	<0,05
Muối ớt có thể lây nhiễm HIV	70	65,4	152	43,7	222	48,8	<0,01
HIV lây qua sữa mẹ	84	78,5	261	75,0	345	75,8	<0,01
HIV lây qua QHTD	107	100,0	347	99,7	454	99,8	>0,05
PNMT nhiễm HIV có thể lây cho con	100	93,5	298	85,6	398	87,5	>0,05
Bắt tay, ôm hôn có thể lây nhiễm HIV	95	88,8	313	89,9	408	89,7	>0,05
Ăn uống chung có thể lây nhiễm HIV	99	92,5	307	88,2	406	89,2	>0,05
Dùng BKT mà người khác đã sử dụng có thể lây nhiễm HIV	105	98,1	346	99,4	451	99,1	>0,05

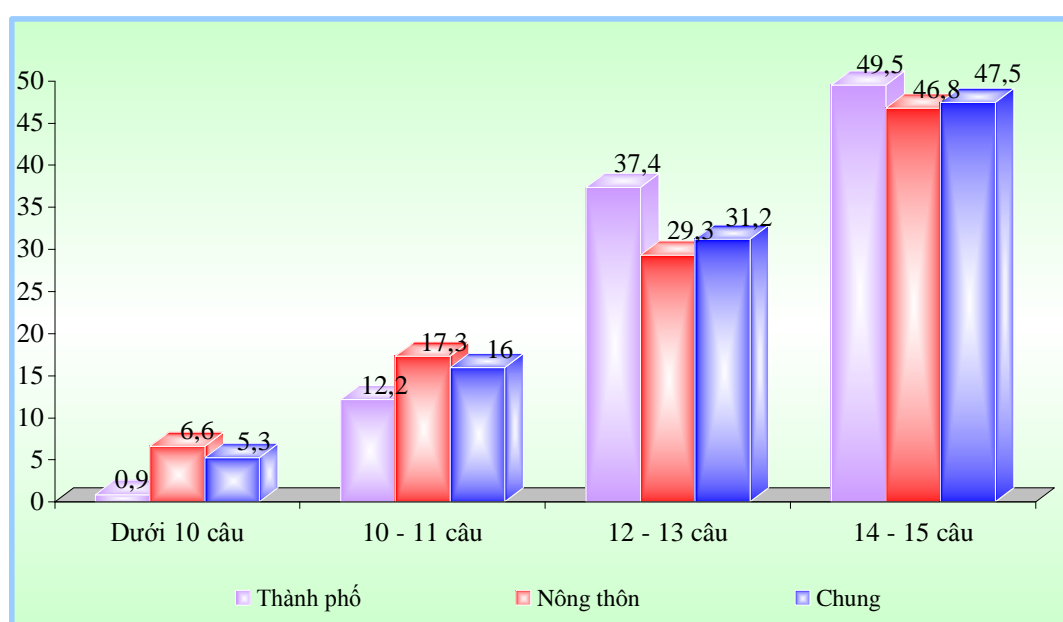
Đa số đối tượng nghiên cứu đều trả lời đúng các câu hỏi về đường lây truyền HIV. Tuy nhiên chưa được một nửa trả lời đúng là muối ớt không làm lây truyền HIV (48,8%). Có một số khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM nông thôn và MSM thành phố về các kiến thức lây truyền HIV ($p < 0,05$). MSM thành phố ít trả lời đúng hơn MSM nông thôn về dùng chung BKT làm lây truyền HIV, dùng chung điện thoại không lây HIV, nhưng tỷ lệ MSM thành phố trả lời đúng muối không làm truyền HIV và HIV lây qua sữa mẹ cao hơn MSM nông thôn.

Bảng 2. Kiến thức về cách phòng chống HIV/AIDS của nhóm MSM

Trả lời đúng các câu hỏi	Thành phố		Nông thôn		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
QHTD chỉ 1 người phòng lây truyền HIV	100	93,5	339	97,4	349	96,5	<0,01
Không QHTD hậu môn phòng lây truyền HIV	86	80,4	234	67,2	320	70,3	<0,01
Điều trị dự phòng PNMT nhiễm HIV phòng lây truyền cho con	87	81,3	234	67,2	321	70,5	<0,01
Dùng BCS đúng cách phòng lây truyền HIV	106	99,1	344	98,9	450	98,9	>0,05
Sử dụng BCS đúng cách khi QHTD hậu môn phòng lây truyền HIV	107	100,0	343	98,6	450	98,9	>0,05
Dùng BKT riêng phòng lây truyền HIV	105	98,1	345	99,1	450	98,9	>0,05

Hầu hết MSM đều biết rằng QHTD với một người, dùng BCS đúng cách khi QHTD, dùng BKT riêng đều phòng nguy cơ lây truyền HIV. Có khoảng 30% MSM không đồng ý là không QHTD hậu môn hoặc việc điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV cũng giúp giảm khả năng lây truyền HIV.

Tỷ lệ MSM thành phố biết rằng QHTD với một người sẽ giúp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV thấp hơn MSM nông thôn, ngược lại tỷ lệ MSM thành phố biết rằng điều trị dự phòng HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV sẽ giúp giảm nguy cơ lây truyền HIV cho con và không QHTD hậu môn giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn MSM nông thôn. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).



Biểu đồ 1. Kiến thức tổng hợp về HIV/AIDS ($p < 0,05$) của nhóm MSM

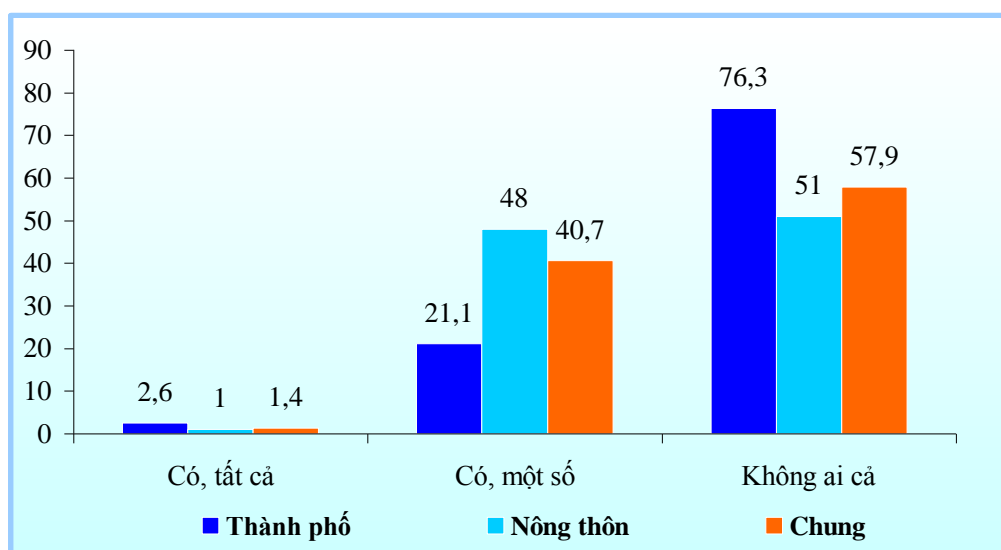
Đa số MSM đều có kiến thức về đường lây truyền và cách phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS, số MSM trả lời đúng từ 14 – 15 câu chiếm tỷ lệ cao nhất (gần 50%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về kiến thức HIV/AIDS ($p < 0,05$). MSM thành phố trả lời đúng các câu hỏi về HIV nhiều hơn MSM nông thôn.

3.2. Thái độ sẵn sàng xét nghiệm HIV

Bảng 3. Thảo luận về HIV/AIDS, BLTQĐTD với bạn tình QHTD hậu môn không trả tiền (n=442)

Thảo luận HIV/BLTQĐTD với bạn tình	Thành phố		Nông thôn		Tổng		
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có, tất cả	2	2,0	2	0,6	4	0,9	$\chi^2=2,41$ $p>0,05$
Có, một số	38	37,6	128	37,5	166	37,6	
Không ai cả	61	60,4	211	61,9	272	61,5	
Tổng	101	100,0	341	100,0	442	100,0	

448/455 đối tượng nghiên cứu bày tỏ thái độ sẵn sàng làm xét nghiệm tự nguyện bí mật để chẩn đoán HIV đạt 98,5%. Có 1 MSM thành phố và 6 MSM nông thôn không sẵn sàng làm xét nghiệm HIV.



Biểu đồ 2. Thảo luận về HIV, BLTQĐTD với bạn tình QHTD hậu môn phải trả tiền (n=140, $p < 0,05$)

Trên 50% MSM không thảo luận về HIV/AIDS, BLTQĐTD với bạn tình QHTD hậu môn phải trả tiền, riêng MSM thành phố có hơn 2/3 không thảo luận với bạn tình. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về thảo luận HIV, BLTQĐTD với bạn tình QHTD hậu môn phải trả tiền ($p < 0,05$), MSM nông thôn có tỷ lệ thảo luận với bạn tình cao hơn MSM thành phố.

3.3. Thực hành phòng chống nhiễm HIV của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa

1.3.1. Sử dụng BCS trong QHTD

Có 451/455 MSM đã từng sử dụng BCS trong QHTD chiếm tỷ lệ 99,1%. Chỉ có 4 MSM ở nông thôn là chưa bao giờ sử dụng BCS trong QHTD.

Bảng 4. Lý do không sử dụng BCS khi QHTD không trả tiền lần gần đây nhất

Lý do không sử dụng BCS	Thành phố		Nông thôn		Tổng		P
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Không sẵn có	19	57,6	61	42,1	80	44,9	>0,05
Không thích sử dụng	11	33,3	33	22,8	44	24,7	>0,05
Bạn tình từ chối	10	30,3	46	31,7	56	31,5	>0,05
Khác	4	12,1	29	20,0	33	18,5	>0,05

Lý do MSM không sử dụng BCS trong lần QHTD hậu môn không trả tiền gần đây nhất là do không sẵn có (44,9%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn về lý do không sử dụng BCS trong lần QHTD hậu môn không trả tiền gần đây nhất ($p>0,05$).

Bảng 5. Mức độ sử dụng BCS khi QHTD hậu môn không trả tiền

Mức độ sử dụng BCS	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2=7,0$ $p>0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Luôn luôn	8	7,9	51	15,0	59	13,3	
Thường	33	32,7	103	30,2	136	30,8	
Thỉnh thoảng	54	53,5	180	52,8	234	53,0	
Không bao giờ	6	5,9	7	2,1	13	2,9	
Tổng	101	100,0	341	100,0	442	100,0	

Trên 50% MSM thỉnh thoảng sử dụng BCS khi QHTD hậu môn không trả tiền và chỉ có 13,3% MSM luôn luôn sử dụng BCS khi QHTD hậu môn không trả tiền (dưới 5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ sử dụng BCS khi QHTD hậu môn không trả tiền giữa MSM thành phố và nông thôn ($p>0,05$).

Bảng 6. Sử dụng BCS trong lần QHTD với nữ gần đây nhất

Sử dụng BCS	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2=0,26$ $p>0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	8	28,6	30	33,7	38	32,5	
Không	20	71,4	59	66,3	79	67,5	
Tổng	28	100,0	89	100,0	117	100,0	

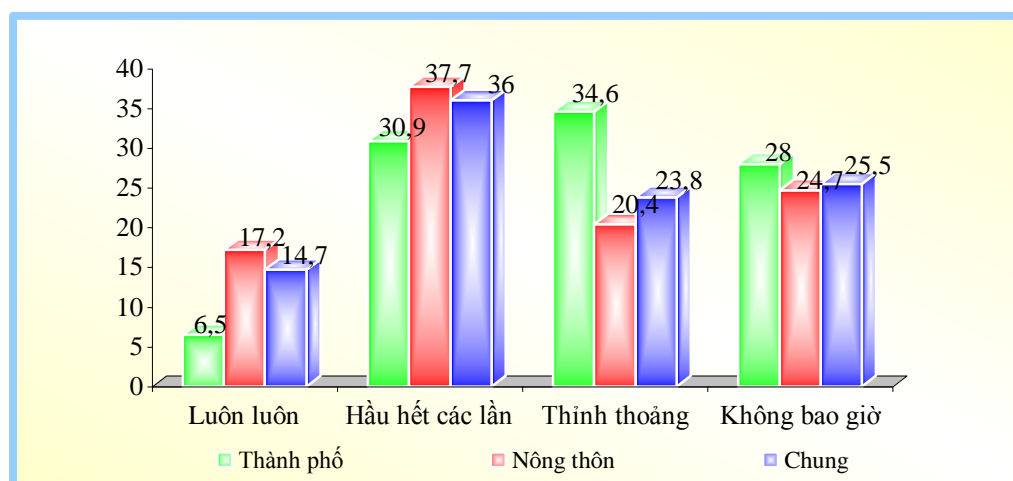
Đa số MSM không sử dụng BCS trong lần QHTD với bạn tình nữ lần gần đây nhất (gần 70%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và nông thôn về sử dụng BCS trong lần QHTD với nữ gần đây nhất ($p>0,05$).

1.3.2. Dùng chất bôi trơn tan trong nước trong QHTD hậu môn với nam giới

Bảng 7. Tỷ lệ sử dụng chất bôi trơn tan trong nước khi QHTD hậu môn với bạn tình nam

Sử dụng chất bôi trơn	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2=0,28$ $p>0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	77	72,0	262	75,3	339	74,5	
Không	30	28,0	86	24,7	116	25,5	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

Đa số MSM có sử dụng chất bôi trơn tan trong nước khi QHTD hậu môn với nam giới. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn trong việc sử dụng chất bôi trơn tan trong nước ($p>0,05$).



Biểu đồ 3. Mức độ sử dụng chất bôi trơn tan trong nước khi QHTD hậu môn với bạn tình nam ($p<0,01$)

Hơn 1/3 MSM sử dụng chất bôi trơn tan trong nước ở hầu hết các lần QHTD hậu môn. Mức độ sử dụng chất bôi trơn tan trong nước của MSM nông thôn thường xuyên hơn MSM thành phố với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$).

1.3.3. Sử dụng ma túy

Bảng 8. Tỷ lệ MSM đã từng sử dụng ma túy

Sử dụng ma túy	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2=1,98$ $p>0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	9	8,4	17	4,9	26	5,7	
Không	98	91,6	331	95,1	429	94,3	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

5,7% MSM tại tỉnh Khánh Hòa đã từng sử dụng ma túy. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và MSM nông thôn trong việc đã từng sử dụng ma túy ($p>0,05$).

Bảng 9. Tỷ lệ MSM tiêm chích ma túy

Tiêm chích ma túy	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2 = 2,24$ $p > 0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	4	3,7	5	1,5	9	2,0	
Không	103	96,3	343	98,5	446	98,0	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

Có 9/26 trường hợp sử dụng ma túy có sử dụng đường tiêm chích. Tỷ lệ MSM có tiêm chích ma túy là 2% (tính trên tổng số đối tượng nghiên cứu). Không có sự khác biệt giữa MSM nông thôn và MSM thành phố về tiêm chích ma túy ($p>0,05$).

1.3.4. Tiếp cận các dịch vụ xã hội

Bảng 10. Tiếp cận với dịch vụ cung cấp BCS (n=454) của nhóm MSM

Nơi cung cấp BCS	Thành phố		Nông thôn		Tổng		P
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Hiệu thuốc	39	36,4	195	56,2	234	51,5	<0,01
TCVCD	86	80,4	313	90,2	399	87,9	<0,01
Quầy bar/khách sạn	6	5,6	58	16,7	64	14,1	<0,01
Khác	16	15,0	38	11,0	54	11,9	>0,05

TCVCD và hiệu thuốc là nơi cung cấp BCS chủ yếu cho MSM. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số nguồn cung cấp BCS cho MSM thành phố và nông thôn như hiệu thuốc, TCVCD, quầy bar, khách sạn ($p<0,01$).

Bảng 11. Nhận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV của nhóm MSM

Nhận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV	Thành phố		Nông thôn		Tổng		$\chi^2 = 0,67$ $p > 0,05$
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	18	16,8	71	20,4	89	19,6	
Không	89	83,2	277	79,6	366	80,4	
Tổng	107	100,0	348	100,0	455	100,0	

Chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) MSM có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV. Không có sự khác biệt giữa MSM nông thôn và thành phố trong việc nhận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV ($p>0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Kiến thức phòng chống HIV/AIDS của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa

Kiến thức về đường lây truyền và biện pháp phòng tránh HIV của MSM trong nghiên cứu này tương đối tốt, nhóm MSM thành phố có kiến thức tốt hơn MSM nông thôn. Nếu so với nghiên cứu MSM Shirman Ruan 2007 Tê Nam – Trung Quốc chỉ có 80,5% biết HIV có thể lây nhiễm qua dùng chung bơm kim tiêm, 65,5% trả lời ăn uống chung không lây truyền HIV và 34,8% biết muỗi đốt không làm lây truyền HIV, các chỉ số nghiên cứu MSM Khánh Hòa đều tốt hơn nhiều.

4.2. Thái độ của nhóm MSM đối với HIV/AIDS và bệnh lây truyền qua đường tình dục

Thái độ quan tâm với HIV/AIDS, BLTQĐTD: Bảng 3 cho thấy đa số MSM không sẵn sàng thảo luận với bạn tình về HIV/AIDS, BLTQĐTD khi QHTD hậu môn không trả tiền (61,5%), có 37,6% MSM có thảo luận với một số bạn tình và chỉ có một số rất ít MSM có thảo luận với tất cả bạn tình (0,9%). Điều này cho thấy trong quá trình truyền thông đến nhóm MSM còn có khoảng trống trong việc thúc đẩy MSM chia sẻ thông tin về HIV/AIDS và BLTQĐTD với các bạn tình của họ.

MSM không thảo luận về HIV/AIDS, BLTQĐTD với bạn tình QHTD hậu môn có trả tiền là 57,9% và số có thảo luận với tất cả bạn tình rất thấp chỉ có 1,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). MSM nông thôn có tỷ lệ thảo luận với bạn tình cao hơn MSM thành phố và MSM khu vực thành phố có đến 76,3% không thảo luận với bạn tình. Việc sẵn sàng thảo luận với bạn tình về HIV/AIDS và BLTQĐTD có ý nghĩa quan trọng đối với thái độ phòng chống HIV/AIDS, từ đó giúp thay đổi hành vi luôn luôn sử dụng BCS khi QHTD giữa MSM và bạn tình của họ, vì vậy trong công tác truyền thông cần nhấn mạnh với MSM về nội dung này.

Thái độ sẵn sàng xét nghiệm HIV: Có 98,5% đối tượng nghiên cứu bày tỏ thái độ sẵn sàng làm xét nghiệm tự nguyện bí mật để chẩn đoán HIV. Chỉ có 1 MSM thành phố và 6 MSM nông thôn không sẵn sàng làm xét nghiệm HIV. Đây là bằng chứng thuận lợi khi bản thân MSM Khánh Hòa đã có quan tâm đến HIV/AIDS và muốn biết rõ tình hình sức khỏe của mình.

4.3. Thực hành phòng chống nhiễm HIV của nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa

4.3.1. Thực hành dùng BCS trong QHTD

Kết quả cho thấy 99,1% đối tượng nghiên cứu đã từng sử dụng BCS trong QHTD. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tỷ lệ 64% sử dụng BCS của MSM ở Bangkok, Thái Lan năm 2003- 2007 được báo cáo bởi tác giả Van Griensven. Mặc dù đây là một tỷ lệ tương đối cao nhưng thật sự chưa phản ánh được hành vi an toàn tình dục trong phòng chống lây truyền HIV/AIDS của nhóm MSM tại Khánh Hòa bởi vì việc có sử dụng BCS không quan trọng bằng việc sử dụng ra sao? Mức độ như thế nào? Thường xuyên hay không thường xuyên? Để đánh giá được hết tất cả các vấn đề này, nhóm nghiên cứu cũng đã đưa ra các

khảo sát về mức độ sử dụng BCS của nhóm MSM tương ứng với các đường QHTD miệng, hậu môn và QHTD với bạn tình nữ.

Lý do không sử dụng BCS khi QHTD hậu môn phải trả tiền lần gần đây nhất chủ yếu là không sẵn có (46,7%) và không thích sử dụng (46,7%), có 30% MSM không nghĩ đến việc sử dụng BCS và các lý do khác chiếm 20%. Vì vậy để nâng cao tỷ lệ sử dụng BCS cho MSM, ngoài việc truyền thông thay đổi hành vi cần có thêm các điểm cung cấp BCS thuận lợi, để MSM dễ dàng tiếp cận và nhận dịch vụ. Có sự khác biệt giữa MSM thành phố và nông thôn về một số lý do không sử dụng BCS khi QHTD hậu môn phải trả tiền lần gần đây nhất ($p<0,05$). Đa số MSM thành phố nói rằng do họ không nghĩ đến, trong khi MSM nông thôn lại nêu lý do là không thích sử dụng.

Lý do không sử dụng BCS khi QHTD không trả tiền lần gần đây nhất được đối tượng nghiên cứu đưa ra chủ yếu là do không sẵn có (44,9%), các lý do khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như bạn tình từ chối 31,5%, không thích sử dụng 24,7% và các lý do khác 18,5% (bảng 4). So sánh với QHTD hậu môn nam phải trả tiền, lý do không sử dụng BCS có khác nhau, điều này có thể giải thích do tính chất QHTD khác nhau nên lý do không sử dụng cũng khác nhau.

Về mức độ sử dụng BCS khi QHTD hậu môn không trả tiền, chỉ có 13,3% đối tượng nghiên cứu nói rằng họ luôn luôn sử dụng, còn lại chủ yếu là sử dụng đa số (30,8%) và thỉnh thoảng sử dụng (53%) (bảng 5). Mặc dù có sử dụng BCS nhưng chỉ với mức độ thỉnh thoảng cũng là một hành vi có nguy cơ lây truyền HIV của nhóm MSM. Vì vậy trong công tác truyền thông cũng cần nhấn mạnh thêm vấn đề này.

Về mức độ sử dụng BCS khi QHTD với nữ, kết quả nghiên cứu cho thấy đa số MSM không bao giờ sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nữ (58,1%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ sử dụng BCS khi QHTD với nữ giữa MSM thành phố và nông thôn ($p<0,01$). MSM nông thôn có mức độ sử dụng BCS luôn luôn và đa số nhiều hơn MSM thành phố, tuy nhiên MSM nông thôn không bao giờ sử dụng BCS khi QHTD với nữ cũng nhiều hơn MSM thành phố.

4.3.3. Dùng chất bôi trơn tan trong nước khi QHTD hậu môn với nam giới

Tỷ lệ MSM có sử dụng chất bôi trơn tan trong nước khi QHTD hậu môn với bạn tình nam là 74,5%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ 36% tại TP Hồ Chí Minh năm 2001 trong nghiên cứu của Donn Colby. Khuyến khích việc dùng chất bôi trơn tan trong nước là một hành vi tốt trong dự phòng lây truyền HIV của nhóm MSM.

Biểu đồ 3 cũng cho thấy số MSM sử dụng chất bôi trơn tan trong nước ở hầu hết các lần QHTD hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất (36%), thỉnh thoảng sử dụng là 23,8%, số MSM không bao giờ sử dụng vẫn còn tỷ lệ cao (25,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM thành phố và nông thôn về mức độ sử dụng chất bôi trơn tan trong nước trong QHTD hậu môn ($p<0,01$). MSM nông thôn sử dụng chất bôi trơn tan trong nước ở mức độ luôn luôn và hầu hết các lần cao hơn MSM thành phố, trong khi đó tỷ lệ

MSM thành phố thỉnh thoảng sử dụng hoặc không bao giờ sử dụng chất bôi trơn tan trong nước cao hơn MSM nông thôn. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, hành vi sử dụng chất bôi trơn tan trong nước của MSM nông thôn tốt hơn MSM thành phố.

4.3.4. Sử dụng ma túy

Sử dụng ma túy là một hành vi nguy cơ cao trong lây truyền HIV/AIDS. Bảng 8 cho thấy có 5,7% MSM tại tỉnh Khánh Hòa đã từng sử dụng ma túy. So sánh với các nghiên cứu khác trên đối tượng MSM thì tỷ lệ MSM sử dụng ma túy trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Shiman Ruan năm 2007 ở Tế Nam – Trung Quốc (2,1%) nhưng lại thấp hơn trong nghiên cứu của Sarah Sheridan năm 2007 ở Vienitian – Lào (21,1%), và đặc biệt thấp hơn nhiều so với tỷ lệ MSM sử dụng ma túy trong nghiên cứu IBBS của Bộ Y tế tại thành phố Hồ Chí Minh (21%) và thành phố Hà Nội (22,8%). Điều này có thể giải thích do Khánh Hòa là tỉnh nhỏ so với thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội, môi trường và văn hóa xã hội khác nhau nên đặc trưng liên quan hành vi sử dụng ma túy của MSM cũng khác nhau.

Đối với đối tượng sử dụng ma túy, điều quan trọng cần chú ý là có sử dụng bằng đường tiêm chích. Đây là hành vi dễ dẫn đến lây truyền HIV nhất khi sử dụng chung bơm kim tiêm. Bảng 9 cho thấy có 9 MSM sử dụng ma túy bằng đường tiêm chích chiếm tỷ lệ 2,0%. Không có sự khác biệt giữa MSM nông thôn và MSM thành phố khi dùng đường tiêm chích ma túy. So sánh với một số nghiên cứu khác ở nhóm MSM cho thấy tỷ lệ MSM tiêm chích ma túy trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Shiman Ruan năm 2007 tại Tế Nam – Trung Quốc (0,2%) và Donn Colby năm 2001 tại TP Hồ Chí Minh (0,4%), nhưng lại thấp hơn nghiên cứu IBBS của Bộ Y tế ở thành phố Hồ Chí Minh (3,8%) và Hà Nội (9,2%). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Bộ Y tế, tỷ lệ sử dụng ma túy ở thành phố Hồ Chí Minh là 22,8% nhưng tỷ lệ tiêm chích là 3,8% còn nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sử dụng ma túy chỉ có 5,7% nhưng tỷ lệ tiêm chích là 2,0%, điều đó cho thấy nhóm MSM Khánh Hòa sử dụng ma túy có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn MSM thành phố Hồ Chí Minh. Vì vậy trong quá trình truyền thông cho MSM ngoài việc hướng dẫn thực hành an toàn tình dục còn phải chú ý hướng dẫn thực hành an toàn tiêm chích.

4.3.5. Tiếp cận các dịch vụ xã hội

Tiếp cận dễ dàng các dịch vụ xã hội là một trong yếu tố quan trọng giúp MSM thực hiện hành vi đúng trong phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt là tiếp cận với các dịch vụ cung cấp BCS và chất bôi trơn tan trong nước.

Đối với dịch vụ cung cấp BCS, bảng 10 cho thấy TCVCĐ và hiệu thuốc là kênh cung cấp BCS chủ yếu cho MSM. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số nguồn cung cấp BCS cho MSM thành phố và nông thôn ($p < 0,01$). MSM nông thôn nhận BCS từ hiệu thuốc, quầy bar, khách sạn và TCVCĐ nhiều hơn MSM thành phố. Do vậy chúng ta có thể dựa vào các đặc điểm khác nhau này để lựa chọn kênh cung cấp dịch vụ phù hợp với đối tượng, giúp họ có thể tiếp cận dễ dàng hơn với dịch vụ cung cấp BCS, từ đó có thể nâng cao tỷ lệ MSM sử dụng BCS tại tỉnh Khánh Hòa.

Đối với việc nhận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV, bảng 11 cho thấy chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) MSM có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa MSM nông thôn và MSM thành phố trong việc nhận dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV ($p>0,05$).

5. Kết luận

Kiến thức: Đa số nhóm nam QHTD đồng giới có kiến thức tốt về đường lây truyền HIV/AIDS. 47,5% trả lời đúng từ 14-15 câu hỏi về kiến thức đường lây truyền và cách phòng chống HIV/AIDS, nhưng vẫn còn 30% nam QHTD đồng giới cho rằng quan hệ tình dục qua đường hậu môn là không có nguy cơ.

Thái độ: 61,5% nam QHTD đồng giới không thảo luận với bạn tình nam về HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khi QHTD qua đường hậu môn không trả tiền. Nam QHTD đồng giới ở thành phố có tỷ lệ thảo luận với bạn tình là 76,3% cao hơn khu vực nông thôn (51%).

Thực hành: Có 99,1% nam QHTD đồng giới tại Khánh Hòa đã từng sử dụng BCS trong quan hệ tình dục. Nhưng trong lần QHTD gần đây nhất qua đường hậu môn phải trả tiền (78,6%) và 65,7% không sử dụng bao cao su khi QHTD với bạn tình nữ.

Tiếp cận viên cộng đồng là nguồn cung cấp chủ yếu bao cao su (87,9%) và chất bôi trơn tan trong nước (96,2%). Chỉ có một tỷ lệ thấp (19,6%) nam QHTD đồng giới có nhận được dịch vụ tư vấn và hỗ trợ về HIV

Có 5,7% nam QHTD đồng giới trong nghiên cứu đã từng sử dụng ma túy và 2% (trên tổng số đối tượng nghiên cứu) có tiêm chích ma túy.

6. Khuyến nghị

- Vận động nhóm nam QHTD đồng giới thường xuyên sử dụng bao cao su đúng cách với bạn tình nam và cả bạn tình nữ. Sử dụng chất bôi trơn tan trong nước khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn.
- Khuyến khích nam QHTD đồng giới tiếp cận các dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện, khám và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.
- Truyền thông cho nhóm nam QHTD đồng giới về tác hại ma túy, nguy cơ lây nhiễm HIV qua việc dùng chung bơm kim tiêm.
- Chương trình bao cao su, chất bôi trơn tan trong nước, bơm kim tiêm cần được triển khai với độ bao phủ đủ lớn cả về địa bàn, số lượng và chất lượng. Củng cố và phát triển mạng lưới cộng tác viên, tiếp cận viên cộng đồng.
- Nâng cao chất lượng phòng khám điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục và hệ thống tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện. Đảm bảo đáp ứng đầy đủ về kỹ thuật, thuốc men, trang thiết bị, tính thân thiện nhằm thu hút nhóm nam QHTD đồng giới đến tư vấn, xét nghiệm HIV cũng như khám và điều trị các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2006), Kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/AIDS (IBBS) tại Việt Nam năm 2005 – 2006, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, tr.19 – 23, 38.
2. David Lowe, Phạm Vũ Thiên (2009), *Đánh giá nhanh tình hình và đáp ứng của các chương trình HIV và AIDS dành cho nhóm nam quan hệ tình dục với nam tại Việt Nam*, tr. 8.
3. Phạm Mạnh Hùng (2010), “Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, giáo dục và truyền thông chuyên đổi hành vi về giảm tác hại liên quan đến HIV/AIDS”, *Tạp chí Thông tin Y Dược*, (8), Bộ Y tế, tr.2.
4. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm (2004), *Chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*, Nhà xuất bản Y học, tr. 81.
5. Ủy ban Quốc gia phòng chống AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm (2008), *Báo cáo Quốc gia lần thứ 3 thực hiện tuyên bố cam kết về HIV/AIDS (Báo cáo UNGASS)*, tr. 6 -8.
6. Colby D. (2003), HIV Knowledge and Risk Factors Among Men Who Have Sex with Men in Ho Chi Minh City, Vietnam, *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32,(1), pp. 80 - 85.
7. Colby D., et al., (2008), Down on the farm: homosexual behaviour, HIV risk and HIV prevalence in rural communities in Khanh Hoa province, Vietnam, *BMJ Journal*, 84, pp. 439 - 440.
8. Grulich A.E. and Kaldor J.M. (2008), Trends HIV incidence in homosexual men in developed countries, *Csiro Publising, Sexual Health*, (5), pp.114-118.
9. Hongjie Liu et al. (2009), Egocentric Networks of Chinese Men Who Have Sex with Men: Network Components, Condom Use Norms, and Safer Sex, *AIDS patient care and STDs*, 23(10), pp. 887 - 888.
10. Philippe C. G. Adam, et al., (2009), Estimating Levels of HIV Testing, HIV Prevention Coverage, HIV Knowledge, and Condom Use Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Low-Income and Middle-Income Countries, *J Acquir Immune Defic Syndr*, (52), pp.145-146.

KHẢO SÁT HOẠT ĐỘNG TỪ THIỆN TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2011

*BSCK II. Phạm Văn Chính
Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ*

Tóm tắt nghiên cứu:

Qua khảo sát cho thấy 34/99 cơ sở y tế (CSYT) ở thành phố Cần Thơ có hoạt động từ thiện. CSYT ở cả 3 tuyến thành phố, quận huyện và xã phường đều có hoạt động từ thiện. Có 6 loại hình hoạt động từ thiện chủ yếu: Thuốc nam châm cứu: 44,11%, xe chuyển viện: 38,23%, Ăn uống: 32,35%, còn lại là hoạt động khám phát thuốc, tặng hòm, mai táng miễn phí. Có 44 hoạt động từ thiện tại 34 CSYT, trong đó 17,64% có 2 loại hình thức hoạt động từ thiện, 8,82% có 3 loại hình hoạt động từ thiện. Hoạt động từ thiện có yếu tố tôn giáo và cá nhân vận động chiếm 35,29%, có 29,41% do Hội chữ thập đỏ và Ban từ thiện địa phương điều hành. Số CSYT có hoạt động từ thiện trong 10 năm trở lại đây chiếm 55,87%; cá biệt có cơ sở đã hoạt động 33 năm. Quận Thốt Nốt, Ninh Kiều, và huyện Vĩnh Thạnh, Cờ Đỏ, Thới Lai là 5 địa phương có nhiều CSYT có hoạt động từ thiện. Hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ đóng góp phần rất to lớn và hiệu quả giúp cho bệnh nhân nghèo đỡ vất vả khi đến CSYT để được chăm sóc sức khỏe.

1. Đặt vấn đề

Từ lâu, tại các bệnh viện (trước đây gọi là Nhà thương) đã có hoạt động của các tổ chức từ thiện nhằm cung cấp các suất ăn (cơm, cháo, nước sôi...) miễn phí cho các bệnh nhân nghèo nằm viện. Hoạt động từ thiện này đã giúp ích rất nhiều cho các người bệnh và thân nhân nghèo phải ở lại bệnh viện. Nhiều người trong số bệnh nhân nghèo không có tiền trả tiền thuốc và dịch vụ chăm sóc y tế, do nhà nghèo, do bệnh nằm kéo dài không còn tiền chi trả. Bếp ăn từ thiện đã góp phần giúp thể chất người bệnh nghèo không bị suy sụp trong thời gian nằm viện, cùng với thuốc men giúp họ mau lành bệnh. Nhiều người có tấm lòng nhân ái, đóng góp tiền, của vào hoạt động từ thiện này. Những người khác tuy điều kiện kinh tế không dư giả nhưng bằng tấm lòng thương người đã ra công tham gia nấu nướng tại các bếp từ thiện hoặc đi quyên góp tiền và hiện vật cho bếp ăn. Những tấm lòng nhân ái đó xuất phát từ tình thương người như thể thương thân, đó là truyền thống, đạo lý lá lành đùm lá rách, lá rách ít đùm lá rách nhiều.

Như vậy, có nhiều cơ sở y tế (CSYT) ở địa bàn thành phố Cần thơ có tổ chức các hoạt động từ thiện trong các năm qua, những CSYT khác cũng có thể vận động để có hoạt động từ thiện tại cơ sở mình. Do đó mô hình có thể được nhân rộng nếu biết khơi gợi, tổ chức và tạo điều kiện tốt cho hoạt động. Đó là lý do chúng tôi tiến hành khảo sát các hoạt

động từ thiện tại CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2011 nhằm giúp tham mưu cho ngành y tế tạo điều kiện khuyến khích nhân rộng mô hình từ thiện gắn với CSYT.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung: Xác định các loại hình và quy mô tổ chức hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ năm 2011.

Mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỷ lệ % các CSYT đóng trên địa bàn thành phố Cần Thơ có tổ chức hoạt động từ thiện.
- Phân loại các hình thức hoạt động từ thiện tại các CSYT đóng trên địa bàn thành phố Cần Thơ.
- Xác định quy mô (hiệu quả) các loại hình hoạt động từ thiện tại các CSYT đóng trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Dân số mục tiêu: Các CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3.1.2. Dân số chọn mẫu: Tất cả CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ có tổ chức hoạt động từ thiện.

3.1.3. Cỡ mẫu: Chọn tất cả CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3.1.4. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn tất cả CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

3.3. Thu thập dữ kiện

3.3.1. Phương pháp thu thập dữ kiện: Nhóm khảo sát liên hệ lãnh đạo Phòng y tế, Trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện quận/huyện, các trạm y tế trên địa bàn gửi Bảng khảo sát phỏng vấn hoạt động từ thiện đến tất cả đơn vị, cơ sở trả lời xong gửi lại.

3.3.2. Định nghĩa biến số:

- CSYT: Là các bệnh viện công và tư, đa khoa và chuyên khoa cấp trung ương, thành phố, quận huyện, các Phòng khám khu vực, trạm y tế xã phường trên địa bàn thành phố Cần Thơ (loại trừ các CSYT hệ dự phòng không có giường bệnh).
- Bếp ăn từ thiện: Bếp ăn do các tổ chức, cá nhân lập ra với mục đích từ thiện: phục vụ bệnh nhân và thân nhân nuôi bệnh nghèo miễn phí; cung cấp nước đun sôi, cơm, cháo...
- Phòng thuốc Nam từ thiện: Do các Lương y phục vụ tại các CSYT với mục đích từ thiện: phục vụ bệnh nhân miễn phí (có hay không có thùng từ thiện).

- Xe cứu thương chuyển viện bệnh nhân nghèo từ thiện: Xe do các tổ chức, cá nhân tự trang bị phục vụ chuyển viện các bệnh nhân nghèo lên tuyến trên hay phục vụ cứu thương ngoại viện.
- Trại hòm và mai táng chôn cất từ thiện: Do các tổ chức, cá nhân tự nguyện mua hòm và mai táng bệnh nhân vô gia cư, bệnh nhân nghèo tử vong.

3.3.3. Công cụ thu thập dữ kiện: Bảng khảo sát hoạt động từ thiện tại CSYT ở thành phố Cần năm 2011.

3.3.4. Kiểm soát các yếu tố sai lệch thông tin

- Định nghĩa rõ biến số.
- Loại trừ hoạt động từ thiện ngẫu hứng: chỉ thực hiện đột xuất 1 lần khi có sự kiện.

3.3.5. Xử lý dữ kiện: Nhập liệu và thống kê bằng phần mềm Excel.

3.4. Chiến lược trình bày kết quả

- Tính số tổng và tính tỉ lệ.
- Phân loại hình thức hoạt động từ thiện.
- Phân tích quy mô hoạt động từ thiện.
- Tính các thông số phục vụ từ thiện.

3.5. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Thành phố Cần Thơ.
- Thời gian: Từ tháng 7-10/2011

3.6. Nghiên cứu thử

Tổ chức tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

4. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Phân loại CSYT

Phân loại (CSYT)	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Bệnh viện	14	14,14
Trạm y tế	85	85,85
Tổng số	99/111	89,18

Nhận xét:

- Khảo sát 99/111 CSYT có giường lưu bệnh chiếm tỉ lệ 89,18%.
- Chung cho hệ bệnh viện có 14 CSYT chiếm 14,14%.
- Có 100% trạm y tế (85 trạm) tham gia khảo sát chiếm 85,85%.
- Tất cả các CSYT tham gia khảo sát đều thuộc hệ nhà nước.

Bảng 2. Phân tuyến CSYT có hoạt động từ thiện:

Phân tuyến CSYT	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Thành phố và trung ương	8	8,08
Quận huyện	6	6,06
Trạm y tế	85	85,85
Tổng số	99	100

Nhận xét:

- Hệ bệnh viện tuyến trung ương, thành phố có 8 CSYT chiếm 8,08%.
- Hệ bệnh viện tuyến quận huyện là 6 CSYT chiếm 6,06%.
- Hệ trạm y tế có 85 CSYT chiếm 85,85%.

Bảng 3. Phân loại CSYT có hoạt động từ thiện

Phân loại CSYT	Tần suất	Tỉ lệ (%)
Bệnh viện	11	32,35
Xã phường	23	67,64
Tổng số	34/ 99	34.34

Nhận xét:

- Số CSYT có hoạt động từ thiện/số CSYT được khảo sát: 34/99 chiếm 34,34%.
- Có 11 CSYT là bệnh viện (32,35%) và 23 trạm y tế xã phường (67,64%).

Bảng 4. Phân tuyến CSYT có hoạt động từ thiện

Phân loại CSYT	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Thành phố và trung ương	6	17,64
Quận huyện	5	14,70
Trạm y tế	23	67,64
Tổng số	34	100

Nhận xét:

- Hệ bệnh viện tuyến trung ương, thành phố có 6 CSYT có hoạt động từ thiện chiếm 17,64%.
- Hệ bệnh viện tuyến quận huyện có 5 CSYT có hoạt động từ thiện chiếm 14,70%.
- Hệ trạm y tế có 23 CSYT có hoạt động từ thiện chiếm 67,64%.

Bảng 5. Hình thức hoạt động từ thiện

Hình thức hoạt động từ thiện	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Lĩnh vực ăn uống	11	25,00
Lĩnh vực thuốc nam châm cứu	15	34,09
Xe chuyển viện	13	29,54
Tặng hòm	1	2,27
Mai táng	2	4,54
Lĩnh vực khác	2	4,54
Tổng số	44	100

Nhận xét: Có 6 loại hình lĩnh vực hoạt động từ thiện chủ yếu tại các CSYT. Lĩnh vực thuốc nam châm cứu cao nhất 15 cơ sở, chiếm 34,09%%; Xe chuyển viện từ thiện 13 cơ sở chiếm 29,54%; Lĩnh vực ăn uống có 11 cơ sở chiếm 25,00%; Còn lại là hoạt động khám phát thuốc, tặng hòm, mai táng miễn phí.

Bảng 6. Số lượng hình thức hoạt động từ thiện của 1 CSYT

Số lượng hình thức hoạt động từ thiện	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Số cơ sở y tế có 1 hoạt động từ thiện	25	73,52
Số cơ sở y tế có 2 hoạt động từ thiện	6	17,64
Số cơ sở y tế có 3 hoạt động từ thiện	3	8,82
Tổng số	34	100

Nhận xét: Có 25 CSYT có 1 hoạt động từ thiện; 6 CSYT có 2 hoạt động từ thiện và 3 CSYT có 3 hoạt động từ thiện.

Bảng 7. Hình thức tổ chức hoạt động từ thiện

Hình thức hoạt động từ thiện	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Cá nhân, vận động nhân dân	12	35,29
Tổ chức	10	29,41
Có yếu tố tôn giáo	12	35,29
Tổng số	34	100

Nhận xét: Hoạt động từ thiện có yếu tố tôn giáo và có nguồn gốc từ cá nhân và vận động nhân dân đóng góp vận động chiếm số lượng như nhau (35,29%); do các tổ chức chiếm 29,41%.

- Đạo Hoà Hảo chiếm cao nhất 10/12 cơ sở y tế hoạt động từ thiện có yếu tố tôn giáo; 1 CSYT hoạt động từ thiện có yếu tố Công giáo (BV Lao Bệnh phổi) ; 1 cơ sở y tế hoạt động từ thiện có yếu tố nhiều tôn giáo chung sức (BVĐK Vĩnh Thạnh).

- Hội Chữ thập đỏ tổ chức hoạt động từ thiện tại 5 CSYT: BVĐK Trung ương, TP, TYT An Lạc, TYT Trường Xuân, TYT Trung Thạnh; Hội người cao tuổi tại TYT Trà Nóc.
- Ban từ thiện địa phương tổ chức hoạt động từ thiện tại 5 CSYT: TYT Trung Hưng, Trung Thạnh, Trung Kiên, BVĐK Thới Lai, BV Nhi đồng.
- Các cá nhân và các trạm y tế tổ chức vận động nhân dân các nhà hảo tâm hoạt động từ thiện tại 12 CSYT trong có 1 đơn vị vận động công ty hỗ trợ)..

Bảng 8. Nội dung và quy mô hoạt động từ thiện

Nội dung hoạt động từ thiện	Quy mô	Ghi chú
Cung cấp suất cơm	3.688 suất/ngày	2.300-10.000 đ/suất
Cung cấp suất cháo	1.917 suất/ngày	1.000-5.000đ/suất
Cung cấp suất nước sôi	4.072 suất/ngày	200-3.000 đ/suất
Cung cấp thuốc nam châm cứu	160 suất/ngày	
Xe chuyển viện	310 người/tháng	4 đơn vị không ghi số
Tặng hòm	15 cái/năm	400-600 ngàn/cái
Mai táng	40 người/năm	
Khác		Khám bệnh phát thuốc

Nhận xét:

- Có 8 loại hoạt động từ thiện thực hiện tại các CSYT: Cung cấp suất cơm, cháo, nước sôi, thuốc nam châm cứu, xe chuyển viện, tặng hòm, mai táng, khám cấp thuốc.
- Cung cấp suất nước sôi có số lượng nhiều nhất 4.072 suất/ngày; kế đó là cung cấp suất cơm 3.688 suất/ngày; cung cấp suất cháo 1.917 suất/ngày; xe chuyển viện 310 người/tháng; tặng hòm 15 cái/năm; mai táng 40 người/năm.
- Giá trị suất cơm trong khoảng 2.300-10.000 đ/suất; suất cháo từ 1.000-5.000đ/suất; nước sôi từ 200-3.000 đ/suất; tặng hòm 400-600 ngàn/cái.

Bảng 9. Thời gian hoạt động từ thiện

Thời gian hoạt động từ thiện	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Ban ngày	16	47,05
Cả ngày và đêm	15	44,11
Khác	3	Không ghi rõ ra
Dưới 5 năm	13	38,23
Từ 5 đến dưới 10 năm	6	17,64
Từ 10 đến dưới 15 năm	4	11,76
Từ 15 đến dưới 20 năm	3	8,82
Từ 20 năm trở lên	1	2,94
Khác	7	Không ghi rõ ra

Nhận xét:

- Có gần một nửa CSYT (47,05%) thời gian hoạt động từ thiện chủ yếu vào ban ngày; (44,11% CSYT thời gian hoạt động từ thiện cả ban ngày lẫn đêm; có 2 CSYT hoạt động theo tình hình nhu cầu, 1 CSYT không ghi rõ thời gian hoạt động.
- Có 13 CSYT (38,23%) thời gian hoạt động từ thiện từ <5 năm; có 6 CSYT (17,64%) thời gian hoạt động từ thiện từ 5≤10 năm; 4 CSYT (11,76%) thời gian hoạt động từ thiện từ 10≤15 năm; 3 CSYT (8,82%) thời gian hoạt động từ thiện từ 15≤20 năm; đặc biệt có BVĐK Thốt Nốt hoạt động từ thiện từ 1978 liên tục đến nay (33 năm) và TYT Thạnh Hoà mới có hoạt động từ thiện từ tháng 7/2011 (3 tháng).

Bảng 10. Phân loại địa bàn có CSYT hoạt động từ thiện

Địa bàn hoạt động từ thiện	Tần suất (CSYT)	Tỉ lệ (%)
Quận Ninh Kiều	7	20,58
Quận Bình Thủy	4	11,76
Quận Cái Răng	0	0
Quận Ô Môn	1	2,94
Quận Thốt Nốt	7	20,58
Huyện Phong Điền	2	5,88
Huyện Thới Lai	4	11,76
Huyện Vĩnh Thạnh	5	14,70
Huyện Cờ Đỏ	4	11,76

Nhận xét:

- Các quận huyện đều có CSYT Nhà nước có hoạt động từ thiện (trừ quận Cái Răng).
- Ninh Kiều và Thốt Nốt là 2 địa phương có nhiều CSYT có hoạt động từ thiện nhất (7 CSYT = 20,58%); kế đến là Vĩnh Thạnh 5 cơ sở y tế; Cờ Đỏ, Thới Lai và Bình Thủy có số CSYT có hoạt động từ thiện bằng nhau (4 CSYT = 11,76%).
- Quận Ninh Kiều có nhiều CSYT có hoạt động từ thiện do có nhiều bệnh viện thuộc tuyến Trung ương và chuyên khoa của thành phố đóng trên địa bàn.

5. Bàn luận

- Truyền thống tương trợ lá lành đùm lá rách, lá rách ít đùm lá rách nhiều, tương thân tương ái giúp đỡ lẫn nhau khi gặp hoạn nạn nhất là khi có bệnh tật phải nằm viện là việc làm từ thiện của nhân dân ta, là một khía cạnh đạo đức của người có tín ngưỡng xem làm từ thiện như một hình thức làm phước. Có tới 34,34% số CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ có triển khai hoạt động từ thiện, quả là một con số rất đáng kể.
- Hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ đóng góp phần rất to lớn và hiệu quả giúp cho bệnh nhân nghèo cơ nhờ có cái ăn uống khi nằm viện,

hốt thuốc châm cứu và chuyển tuyến miễn phí, khi chết cũng được hòm rương và chôn cất đàng hoàng. Điều này mang ý nghĩa nhân văn rất lớn.

- Cả 3 tuyến y tế từ thành phố, quận huyện và xã phường đều có tổ chức hoạt động từ thiện tại các CSYT. Tất cả đều có tổ chức chắc chắn, phân công cụ thể, hoạt động có hiệu quả. Tại tuyến thành phố và quận huyện chủ yếu là hoạt động từ thiện trong lĩnh vực ăn uống; tuyến xã phường chủ yếu hốt thuốc nam châm cứu và xe chuyển viện.
- Hình thức hoạt động từ thiện rất đa dạng từ cung cấp suất ăn, uống đến thuốc nam châm cứu, xe chuyển tuyến, cho hòm, mai táng, tặng tiền, quà... Quy mô hoạt động từ thiện có nơi rất lớn, cung cấp hàng trăm suất cơm cháo mỗi ngày nhất là các bệnh viện.
- Địa bàn hoạt động từ thiện tại CSYT có đều khắp (trừ quận Cái Răng); địa phương nào có đạo Hoà Hảo hoặc có Ban từ thiện thì công tác từ thiện hoạt động mạnh hơn. Thời gia hoạt động có cơ sở mới nhưng cũng có cơ sở thâm niên đến 33 năm, quả là một con số ấn tượng thể hiện lòng nhân ái của nhân dân ta rất to lớn.

6. Kết luận

- Có 99/111 CSYT được khảo sát chiếm 89,18%. Tất cả CSYT này đều thuộc hệ Nhà nước.
- Có 34/99 CSYT được khảo sát có hoạt động từ thiện chiếm 34,34%.
- CSYT ở cả 3 tuyến trung ương-thành phố, quận huyện và xã phường đều có hoạt động từ thiện, tương ứng: 17,64%, 14,70% và 67,64%.
- Có 6 loại hình thức hoạt động từ thiện chủ yếu tại các CSYT: Lĩnh vực thuốc nam châm cứu cao nhất 15 cơ sở, chiếm 44,11%, Xe chuyển viện từ thiện 13 cơ sở chiếm 38,23%, Lĩnh vực ăn uống có 11 cơ sở chiếm 32,35%, Còn lại là hoạt động khám phát thuốc, tặng hòm, mai táng miễn phí.
- Có tổng cộng 44 hình thức hoạt động từ thiện tại 34 CSYT, trong đó 6 CSYT (17,64%) có 2 loại hình thức hoạt động từ thiện; 3 CSYT (8,82%) có 3 loại hình thức hoạt động từ thiện.
- Các hoạt động từ thiện đều có tính tổ chức: cơ sở có yếu tố tôn giáo và cá nhân vận động nhân dân chiếm cao nhất (đều =12 cơ sở chiếm 35,29%), còn lại là 10 cơ sở do Hội chữ thập đỏ và Ban từ thiện địa phương điều hành. Điều này rất phù hợp với truyền thống làm phúc thiện của nhân dân ta.
- Thời gian hoạt động từ thiện của các CSYT thường là ban ngày hoặc cả ngày lẫn đêm. Số CSYT có hoạt động từ thiện trong 10 năm trở lại đây là 19 cơ sở chiếm 55,87%; cá biệt có cơ sở đã hoạt động 33 năm (BVĐK Thốt Nốt hoạt động từ 1978 – thời kỳ kinh tế còn rất khó khăn).
- Thốt Nốt, Ninh Kiều, Vĩnh Thạnh, Cờ Đỏ, Thới Lai là 5 địa phương có nhiều CSYT có hoạt động từ thiện.

- Hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn thành phố Cần Thơ đóng góp phần rất to lớn và hiệu quả giúp cho bệnh nhân nghèo đỡ vất vả khi đến CSYT để được chăm sóc sức khỏe.

7. Kiến nghị

Chính quyền địa phương và ngành Y tế các cấp cần khuyến khích nhân rộng, tạo điều kiện để mô hình xã hội hoá công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân qua hình thức hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn.

Nên cần có tổng kết và động viên khen thưởng các cơ sở, cá nhân, tổ chức tham gia hoạt động từ thiện tại các CSYT trên địa bàn.

HIỆN TRẠNG TRANG THIẾT BỊ VÀ PHƯƠNG TIỆN LÀM VIỆC CỦA HỆ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2011

*CN. Mai Anh Tuấn
Trung tâm Truyền thông GDSK Cần Thơ*

Tóm tắt nghiên cứu:

Trong bối cảnh hiện nay để hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe mang lại kiến thức, hiểu biết về các thông tin liên quan đến sức khỏe, hướng dẫn và giúp người dân thay đổi hành vi, từ bỏ những hành vi xấu và thực hành những hành vi có lợi cho sức khỏe thì trang thiết bị và phương tiện làm việc phục vụ cho truyền thông giáo dục sức khỏe không chỉ cần thiết mà trong bối cảnh tình hình dịch bệnh xảy ra thường xuyên, mô hình bệnh tật ở địa phương có nhiều phức tạp, thay đổi nên việc đầu tư trang thiết bị và phương tiện làm việc là một cách để góp phần quan trọng truyền thông hiệu quả phòng chống dịch ở địa phương.

1. Đặt vấn đề

Trung tâm TTGDSK TP Cần Thơ thành lập từ ngày 01/6/2006 được tách ra từ Trung tâm Sức khỏe lao động và Môi trường Cần Thơ, được thừa hưởng cơ sở vật chất và trang thiết bị, phương tiện truyền thông phần lớn được tạo ra từ dự án hợp tác quốc tế, dự án “Y tế Nông thôn” trang bị một số phương tiện truyền thông cho trung tâm và mạng lưới. Tuy nhiên, trang thiết bị qua thời gian khai thác đã bị xuống cấp và lạc hậu lại thiếu về chủng loại so với yêu cầu nhiệm vụ. Ngoài ra, hệ truyền thông cấp quận/huyện chưa ổn định về trụ sở và thiếu nhân sự nên phải lũng ghép, thiếu trang thiết bị; nhiều xã/phường chia tách nên các địa phương mới này chưa được trang bị trang thiết bị truyền thông cơ bản. Thêm vào đó, nhân sự y tế áp hoạt động cũng hạn chế; chưa thực hiện cấp sinh hoạt phí.

Thông tin GDSK là một trong những nội dung quan trọng trong hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu. TTGDSK mang lại kiến thức, hiểu biết về các thông tin có liên quan đến sức khỏe nhằm hướng dẫn, giúp người dân thay đổi hành vi, từ bỏ những hành vi xấu và thực hành những hành vi có lợi cho sức khỏe. Để thực hiện các hoạt động TTGDSK cho người dân và cộng đồng thì không thể thiếu các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho công tác truyền thông như: máy vi tính, máy chiếu, máy quay phim, bàn ghế, điện thoại,... Đây là công cụ thiết thực giúp cho các cơ sở y tế, đặc biệt là trạm y tế sử dụng cho mục đích TTGDSK.

Ngày 07 tháng 7 năm 2010, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quyết định số 2420/QĐ-BYT Ban hành danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các trung tâm TTGDSK.

Để có cơ sở xây dựng đề án trình cơ quan chức năng phê duyệt thực hiện Quyết định số 2420/QĐ-BYT, cần thiết phải có cuộc khảo sát hiện trạng TTB và PTLV của

mạng lưới TTGDSK từ thành phố đến quận/huyện, xã/phường và mạng lưới truyền thông viên y tế ấp (riêng mạng lưới y tế ấp sẽ loại ra không khảo sát, bởi lẽ mạng lưới này nhân sự thường xuyên không ổn định) trên địa bàn thành phố. Đây chính là lý do tiến hành đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở này.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chung: Xác định được hiện trạng trang thiết bị truyền thông, phương tiện làm việc về hoạt động TTGDSK tại các tuyến cơ sở y tế trên địa bàn TP Cần Thơ năm 2011, so sánh với chuẩn danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của hệ truyền thông do Bộ Y tế ban hành theo Quyết định 2420/QĐ-BYT.

Mục tiêu cụ thể

1. Xác định được hiện trạng trang thiết bị truyền thông tại Trung tâm TTGDSK TP Cần Thơ năm 2011, so sánh với chuẩn danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc theo Quyết định 2420/QĐ-BYT.
2. Xác định được hiện trạng trang thiết bị truyền thông tại các phòng TTGDSK quận/huyện và tại các bệnh viện trung tâm chuyên khoa trực thuộc Sở Y tế Cần Thơ năm 2011, so sánh với chuẩn danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc theo Quyết định 2420/QĐ-BYT.
3. Xác định được hiện trạng trang thiết bị truyền thông tại các trạm y tế tuyến xã/phường/thị trấn ở Cần Thơ năm 2011, so sánh với chuẩn danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc theo Quyết định 2420/QĐ-BYT.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Khảo sát cắt ngang mô tả và so sánh với chuẩn.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

Cỡ mẫu: Chọn tất cả cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ, cụ thể là 122 đơn vị. Trong đó, trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh/thành phố có 01 đơn vị (T4G Cần Thơ), phòng truyền thông GDSK thuộc TTYT, TTYTDP quận/huyện có 09 đơn vị, phòng tư vấn, tổ truyền thông GDSK các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa trực thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ có 27 cơ sở, các trạm y tế xã/phường/thị trấn có 85 trạm.

Tiêu chí đưa vào: Chọn tất cả cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ.

Tiêu chí loại ra: Cơ sở y tế ngoài công lập, phòng khám bệnh tư nhân (cá nhân).

Riêng nhân viên y tế, tổ y tế ấp/khu vực không khảo sát.

3.3. Thu thập dữ kiện

3.3.1. Phương pháp thu thập dữ kiện

Giám đốc Trung tâm TTGDSK TP Cần Thơ ra văn bản đề nghị các cơ sở y tế trên địa bàn báo cáo hiện trạng trang thiết bị và phương tiện làm việc phục vụ cho công tác

truyền thông giáo dục sức khỏe tại cơ sở mình theo Mẫu khảo sát trang thiết bị và phương tiện làm việc (*Phụ lục kèm theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*), gửi về Trung tâm TTGDSK Cần Thơ tổng hợp.

3.3.2. Định nghĩa biến số

- Cơ sở y tế: là các bệnh viện (đa khoa và chuyên khoa cấp thành phố, quận/huyện), trung tâm chuyên khoa cấp thành phố, TTYT quận/huyện, các phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã/phường trên địa bàn thành phố Cần Thơ (trực thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ theo hệ dọc).
- Cơ sở y tế ngoài công lập: là bệnh viện hay Trung tâm Y tế do tư nhân thành lập, Sở Y tế TP Cần Thơ trực tiếp quản lý về chuyên môn.
- Trang thiết bị phục vụ cho công tác TTGDSK: là những công cụ để cán bộ TTGDSK có nó để làm ra sản phẩm truyền thông, như: máy quay phim, in sao đĩa, máy in, máy tính,... (*theo Quyết định 2420/QĐ-BYT*)
- Phương tiện làm việc: là những cơ sở vật chất phục vụ cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, như xe máy, ô tô, bàn ghế làm việc, điều hòa nhiệt độ,...(*theo Quyết định 2420/QĐ-BYT*)

3.3.3. Công cụ thu thập dữ kiện: Mẫu khảo sát trang thiết bị và phương tiện làm việc

- Mẫu 1: khảo sát T4G Cần Thơ
- Mẫu 2: khảo sát TTYTDP/TTYT quận/huyện
- Mẫu 3: khảo sát bệnh viện và trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố, bệnh viện đa khoa quận/huyện
- Mẫu 4: khảo sát TYT

3.4. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Excel. Do thống kê đơn giản, nên không nhất thiết sử dụng các phần mềm thống kê trong nghiên cứu.

3.5. Nghiên cứu thử: Tại Phòng TTGDSK Trung tâm Y tế dự phòng quận Ninh Kiều, tại Trạm Y tế phường An Cư để xem tính thích hợp của Mẫu khảo sát và hiệu chỉnh cho thích hợp.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thống kê số lượng cơ sở khảo sát

Có 122 đơn vị tham gia trong phạm vi nghiên cứu trên địa bàn toàn TP Cần Thơ. Trong đó, trung tâm TTGDSK tỉnh/thành phố có 01 mẫu (T4G Cần Thơ), phòng truyền thông GDSK thuộc TTYT, TTYTDP quận/huyện có 09 cơ sở (08 TTYTDP gồm: Ninh Kiều, Bình Thủy, Cái Răng, Ô Môn, Thốt Nốt, Phong Điền, Thới Lai, Vĩnh Thạnh và 01 TTYT Cờ Đỏ - xem Bảng 7), phòng tư vấn, tổ truyền thông GDSK các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa trực thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ có 27 đơn vị, các trạm y tế xã/phường/thị trấn có 85 trạm.

4.2. Thực trạng trang thiết bị (TTB) và phương tiện làm việc (PTLV) tại T4G Cần Thơ

Bảng 1. Thực trạng TTB và phương tiện làm việc Phòng các lãnh đạo

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Bàn ghế làm việc	Bộ	03	02	-1	33
02	Bàn ghế tiếp khách	Bộ	03	01	-2	66
03	Bàn máy vi tính	Cái	03	02	-1	33
04	Máy vi tính để bàn	Cái	03	02	-1	33
05	Máy vi tính xách tay	Cái	03		-3	100
06	Máy in Laser	Cái	03	01	-2	66
07	Điện thoại bàn	Cái	03	01	-2	66
08	Tủ đựng tài liệu	Cái	03	02	-1	33
09	Tủ bảo quản lưu trữ TL	Cái	03	01	-2	66
10	Bàn ghế phòng họp	Người	35		-35	100
11	Quạt cây	Cái	03	01	-2	66
12	Máy điều hòa nhiệt độ	Cái	02	01	-1	50

Nhận xét: PTLV và TTB tại Phòng các lãnh đạo - T4G Cần Thơ: Không có danh mục PTLV và TTB đủ so với chuẩn. Có 12 loại danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn (như: bàn ghế làm việc, bàn ghế tiếp khách, bàn máy vi tính, máy vi tính để bàn, máy vi tính xách tay, máy in Laser, điện thoại bàn, tủ đựng tài liệu, tủ bảo quản lưu trữ tài liệu, bàn ghế phòng họp, quạt cây, máy điều hòa nhiệt độ), chiếm tỉ lệ 100%. Trong đó, có 02 danh mục PTLV và TTB thiếu hoàn toàn so với chuẩn (như: máy vi tính xách tay và bàn ghế phòng họp). Không có danh mục PTLV và TTB dư so với chuẩn.

Bảng 2. Thực trạng TTB và PTLV Hội trường - T4G Cần Thơ

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Bàn ghế hội trường	Người	60	36	-24	40
02	Ti vi màn hình mỏng	Cái	01		-1	100
03	Projector	Cái	01	01		0
04	Multi Media Projector	Bộ	01	01		0
05	Màn chiếu	Cái	01	01		0
06	Bảng viết di động	Cái	01		-1	100
07	Tượng Lãnh tụ	Tượng	01	01		0
08	Quạt trần	Cái	05		-5	100
09	Bục phát biểu	Cái	01		-1	100
10	Hệ thống âm thanh	Bộ	01	01		0

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại Hội trường T4G Cần Thơ:

- Có 05 danh mục PTLV và TTB đạt so với chuẩn.

- Có 05 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 50%.
- Không có danh mục PTLV và TTB dư so với chuẩn.

Bảng 3. Thực trạng TTB và PTLV của phòng TC-HC - T4G Cần Thơ

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Bàn, ghế làm việc	Bộ	03	02	-1	33
02	Bàn ghế tiếp khách	Bộ	01	01		0
03	Bàn máy vi tính	Cái	02	02		0
04	Máy vi tính bàn	Cái	02	02		0
05	Máy in Laser	Cái	01	01		0
06	Điện thoại bàn	Cái	01	01		0
07	Tủ đựng tài liệu	Cái	02	01	-1	50
08	Tủ lưu trữ hồ sơ	Cái	03	01	-2	67
09	Máy FAX	Cái	01		-1	100
10	Máy photocopy	Cái	01	01		0
11	Máy ảnh KTS	Cái	01		-1	100
12	Quạt trần	Cái	02	03	+1	+50
13	Bảng viết di động	Cái	01		-1	100
14	Máy phát điện	Cái	01		-1	100
15	Xe Ô tô	Cái	01		-1	100
16	Xe gắn máy	Cái	03		-3	100
17	Kệ sắt chứa các tài liệu truyền thông	Cái	04	01	-3	75
18	Máy sấy	Cái	01		-1	100
19	Máy hút ẩm	Cái	02		-2	100
20	Phương tiện phòng, chữa cháy	Bộ	01	01		0
21	Máy hủy tài liệu	Cái	01		-1	100

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại P. Tổ chức – Hành chính T4G Cần Thơ:

- Có 07 danh mục PTLV và TTB đạt so với chuẩn.
- Có 13 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 61,90%. Trong đó, 09 danh mục PTLV và TTB thiếu hoàn toàn so với chuẩn.
- Ngoài ra, P. Tổ chức – Hành chính có 01 danh mục PTLV và TTB thừa so với chuẩn là quạt trần.

Bảng 4. Thực trạng TTB và PTLV của phòng GDSK-KTNN T4G Cần Thơ

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Bàn ghế làm việc	Bộ	07	04	-3	43
02	Tủ đựng tài liệu	Cái	03		-3	100
03	Tủ bảo quản thiết bị, TL	Cái	04	01	-3	75
04	Điện thoại bàn	Cái	01		-1	100
05	Máy tính bàn	Cái	05	04	-1	20
06	Quạt trần	Cái	02	01	-1	50
07	Máy in Laser đen, trắng	Cái	02		-2	100
08	Máy in Lase màu	Cái	01		-1	100
09	Bàn ghế tiếp khách	Bộ	01		-1	100
10	Máy Scanner	Cái	01		-1	100
11	Máy quay DV Cam hoặc HD Cam	Cái	02	02		0
12	Máy quay Camera KTS	Cái	01		-1	100
13	Máy ảnh KTS	Cái	01	03	+2	+200
14	Bàn trộn âm thanh - Amly - loa kiểm tra	Bộ	01		-1	100
15	Bộ đèn chiếu sáng	Bộ	01		-1	100
16	Hệ thống dựng hình phi tuyến	Bộ	02	01	-1	50
17	Đầu đọc băng DV Cam, HD Cam	Cái	01	01		0
18	Đầu DVD kiểm tra tín hiệu từ đĩa hình	Cái	02		-2	100
19	Mê ga phone – loa cầm tay	Cái	03	03		0
20	Ổ cứng lưu trữ dữ liệu 500 Gb – 1Tb	Cái	02		-2	100
21	Tivi kiểm tra tín hiệu hình ảnh chuẩn	Cái	02		-2	100
22	Đài Cassette 2 cửa băng	Cái	01		-1	100
23	Máy ghi âm KTS chuyên dụng	Cái	02		-2	100
24	Bộ âm thanh - Loa nén Truyền thông lưu động	Bộ	01		-1	100
25	Máy ảnh KTS chuyên dụng	Cái	01	01		0
26	Máy ảnh KTS 7-10M	Cái	02		-2	100
27	Tủ hút ẩm bảo quản thiết bị	Cái	01		-1	100
28	Máy tính xách tay	Cái	01		-1	100
29	Projector	Cái	01		-1	100
30	Màn chiếu lưu động	Cái	01		-1	100
31	Trang Website (PTTB Trang Website)	Bộ	01		-1	100

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại P. GDSK-KTNN T4G Cần Thơ: Có 04 danh mục PTLV và TTB đạt so với chuẩn. Có 26 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn,

chiếm tỉ lệ 83, 87%. Trong đó, 21 danh mục PTLV và TTB thiếu hoàn toàn so với chuẩn. Ngoài ra, P. GDSK-KTNN có 01 danh mục PTLV và TTB thừa so với chuẩn là máy ảnh KTS.

Bảng 5. Thực trạng TTB và PTLV của phòng KH-TC - T4G Cần Thơ

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Bàn, ghế làm việc	Bộ	03	04	+1	+33
02	Bộ bàn ghế tiếp khách	Bộ	01		-1	100
03	Bàn máy vi tính	Bộ	02	04	+2	+100
04	Máy tính bàn	Cái	02	04	+2	+100
05	Máy tính xách tay	Cái	01	01 (PI)		0
06	Máy in laser	Cái	01	02	+1	+100
07	Máy ảnh KTS	Cái	01	01	0	0
08	Máy đánh chữ điện tử	Cái	01		-1	100
09	Quạt trần	Cái	02	02		0
10	Tủ bảo quản tài liệu	Cái	02	01	-1	50
11	Kết sắt	Cái	01	01		0
12	Máy đếm tiền	Cái	01		-1	100
13	Tủ đựng tài liệu	Cái	03		-3	100

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại P. Kế hoạch – Tài chính T4G Cần Thơ: Có 04 danh mục PTLV và TTB đạt so với chuẩn; Có 05 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 38, 46%. Trong đó, 04 danh mục PTLV và TTB thiếu hoàn toàn so với chuẩn. Ngoài ra, P. Kế hoạch – Tài chính, có 04 danh mục PTLV và TTB thừa so với chuẩn là bàn ghế làm việc, bàn máy vi tính, máy vi tính bàn và máy in laser.

4.3. Thực trạng TTB và PTLV TTYTDP/TTYT tuyến quận/huyện TP Cần Thơ

Bảng 6. Thực trạng TTB và PTLV tại TTYTDP/TTYT 9 quận/huyện TP Cần Thơ

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
I	Phòng làm việc					
01	Bàn ghế làm việc	Bộ	05x9=45	8	-37	82
02	Bàn ghế tiếp khách, họp	Bộ	01x9=9	4	-5	56
03	Bàn máy vi tính	Bộ	02x9=18	7	-11	61
04	Điện thoại bàn	Cái	01x9=9	3	-6	67
05	Quạt cây	Cái	02x9=18	1	-17	94
06	Quạt treo tường	Cái	01x9=9	2	-7	78
07	Máy vi tính bàn	Cái	02x9=18	6	-12	67
08	Máy vi tính xách tay	Cái	01x9=9	2	-7	78
09	Tủ đựng tài liệu lưu trữ	Cái	03x9=27	6	-21	78
10	Tủ đựng tài liệu tra cứu	Cái	01x9=9	2	-7	78
11	Bảng viết di động	Cái	01x9=9	0	-9	100

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
II	Phương tiện, trang thiết bị tác nghiệp					
01	Tủ nhiều ngăn đựng các ấn phẩm truyền thông	Cái	03x9=27	2	-25	93
02	Tủ sách, TLTK	Cái	01x9=9	4	-5	56
03	Đài Cassette hai cửa băng, ổ đĩa CD, USB	Cái	02x9=18	6	-12	67
04	Ti vi từ 21’’ - 32’’	Cái	01x9=9	6	-3	33
05	Đầu CD	Cái	03x9=27	7	-20	74
06	Bộ âm thanh - Loa nén, phát thanh tuyên truyền, truyền thông tại chỗ và lưu động	Bộ	01x9=9	3	-6	67
07	Mê ga phon (loa cầm tay)	Cái	03x9=27	4	-23	85
08	Projector	Cái	01x9=9	3	-6	67
09	Màn chiếu hình	Cái	01x9=9	3	-6	67
10	Tủ hút ẩm	Cái	01x9=9	0	-9	100
11	Máy ảnh kỹ thuật số	Cái	01x9=9	3	-6	67
12	Máy ghi âm KTS	Cái	01x9=9	0	-9	100
13	Máy quay Camera KTS	Cái	01x9=9	0	-9	100
14	Xe gắn máy	Cái	02x9=18	0	-18	100

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại phòng truyền thông GDSK thuộc TTYT, TTYTDP quận/huyện (8 TTYTDP gồm: Ninh Kiều, Bình Thủy, Cái Răng, Ô Môn, Thốt Nốt, Phong Điền, Thới Lai, Vĩnh Thạnh và 01 TTYT Cờ Đỏ) trên địa bàn TP Cần Thơ: Có 25 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 100%. Trong đó, có 05 danh mục PTLV và TTB thiếu hoàn toàn so với chuẩn.

4.4. Thực trạng TTB và PTLV trung tâm chuyên khoa, bệnh viện tuyến thành phố và bệnh viện đa khoa quận/huyện TP Cần Thơ

Bảng 7: Thực trạng TTB và PTLV tại 27 trung tâm chuyên khoa, bệnh viện tuyến thành phố và bệnh viện đa khoa quận/huyện

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
I	Phòng tư vấn					
01	Bàn ghế làm việc cho cán bộ tư vấn	Bộ	01x27 =27	33	+6	+22
02	Ghế ngồi cho các đối tượng đến tư vấn	Cái	05x27=135	117	-18	13
03	Có góc truyền thông tại phòng tư vấn	Bộ	01x27 =27	19	-8	30
04	Điện thoại bàn	Cái	01x27 =27	16	-11	41

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
05	Quạt treo tường	Cái	01x27 =27	28	+1	+4
06	Quạt cây	Cái	01x27 =27	14	-13	48
07	Tủ sách, TLTK	Cái	01x27 =27	17	-10	37
08	Đài Cassette 2 cửa băng	Cái	01x27 =27	7	-20	74
09	Ti vi từ 21”- 32”	Cái	01x27 =27	17	-10	37
10	Đầu DVD	Cái	01x27 =27	12	-15	56
II	Tổ truyền thông					
01	Bàn ghế làm việc	Bộ	03 → 05x27 =81→135	36	-99	73
02	Bàn máy vi tính	Bộ	02x27=54	17	-37	69
03	Máy vi tính	Cái	02x27=54	21	-33	61
04	Máy in Laser	Cái	01x27 =27	12	-15	56
05	Điện thoại bàn	Cái	01x27 =27	9	-18	67
06	Tủ lưu trữ tài liệu	Cái	01x27 =27	13	-14	52
07	Tủ tài liệu tra cứu	Cái	01x27 =27	8	-19	70
08	Bảng viết di động	Cái	01x27 =27	6	-21	78
09	Quạt cây	Cái	01x27 =27	12	-15	56
10	Quạt treo tường	Cái	01x27 =27	14	-13	48
11	Máy ghi âm KTS	Cái	01x27 =27	5	-22	81
12	Máy ảnh KTS	Cái	01x27 =27	9	-18	67
13	Ti vi từ 21”- 32”	Cái	01x27 =27	14	-13	48
14	Đài Cassette hai cửa băng có ổ đĩa CD	Cái	01x27 =27	7	-20	74
15	Đầu DVD	Cái	01x27 =27	12	-15	56
16	Bộ âm thanh - Loa nén, phát thanh tuyên truyền tại chỗ và lưu động	Bộ	01x27 =27	17	-10	37
17	Mê ga phon (loa cầm tay)	Cái	02x27=54	8	-46	85
18	Máy vi tính xách tay	Cái	01x27 =27	8	-19	70
19	Projector	Cái	01x27 =27	11	-16	59
20	Màn chiếu hình	Cái	01x27 =27	11	-16	59

Nhận xét: Phương tiện làm việc và TTB tại 27 TTYT chuyên khoa tuyển thành phố và bệnh viện đa khoa tuyển quận/huyện trên địa bàn TP Cần Thơ: Có 28 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 93,33%. Ngoài ra, có 02 danh mục PTLV và TTB thừa so với chuẩn là bàn ghế làm việc tư vấn và quạt treo tường.

4.5. Thực trạng TTB và PTLV TYT xã/phường/thị trấn TP Cần Thơ

Bảng 8. Thực trạng TTB và PTLV tại 85 TYT xã/phường

Số TT	Tên TTB và PTLV	Đơn vị tính	Chuẩn cấp 4	Số lượng	Thừa (+) Thiếu (-)	% (-) so chuẩn
01	Máy tính bàn	Cái	01x85=85	87	+2	+2
02	Máy in Laser	Cái	01x85=85	67	-18	21
03	Máy điện thoại bàn	Cái	01x85=85	70	-15	18
04	Bàn, ghế tư vấn	Bộ	01x85=85	69	-16	19
05	Ghế ngồi truyền thông trực tiếp	Cái	10 → 15 =850→ 1.275	572	-703	55
06	Kệ đựng tài liệu TT	Cái	01x85=85	43	-42	49
07	Ti vi từ 21”- 32”	Cái	01x85=85	48	-37	44
08	Đầu CD	Cái	01x85=85	38	-47	55
09	Máy ảnh kỹ thuật số	Cái	01x85=85	1	-84	99
10	Mê ga phon (Loa cầm tay)	Cái	04x85 =340	54	-286	84
11	Tăng âm, loa nén, micro	Bộ	01x85=85	33	-52	61
12	Tủ hút ẩm bảo quản thiết bị	Cái	01x85=85	3	-82	96
13	Đài Cassette 2 cửa băng, ổ đĩa CD, USB	Cái	01x85=85	49	-36	42
14	Bảng viết di động	Cái	01x85=85	15	-70	82
15	Góc TTGDSK	Bộ	01x85=85	47	-38	45

Nhận xét: PTLV và TTB tại 85 TYT xã/phường/thị trấn trên địa bàn TP Cần Thơ: - Có 14 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 93,33%. Ngoài ra, có 01 danh mục PTLV và TTB thừa so với chuẩn là máy vi tính bàn.

5. Bàn luận

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng TTB và PTLV của hệ TTGDSK thành phố Cần Thơ gồm: T4G Cần Thơ và 9 quận/huyện (Ninh Kiều, Bình Thủy, Cái Răng, Phong Điền, Ô Môn, Thới Lai, Cờ Đỏ, Thốt Nốt, Vĩnh Thạnh), 27 trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố và bệnh viện đa khoa quận/huyện, 85 TYT xã/phường/thị trấn “trang thiết bị phục vụ cho hoạt động TTGDSK còn thiếu về số lượng”. Riêng, T4G Cần Thơ, đến thời điểm hiện nay, trong số 66 danh mục PTLV và TTB được khảo sát so với 14 danh mục TTB và trụ sở hoạt động được Trung tâm TTGDSK Trung ương khảo sát tại 13 tỉnh/thành năm 2004 thì có các danh mục bị giảm (như: xe ô tô, xe máy), có các danh mục TTB và PTLV tăng thêm (như: máy laptop, máy quay camera DV cam), nhưng nhìn chung các danh mục TTB và PTLV vẫn tương tự như nhận định của năm 2004 là “còn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng”, chưa đáp ứng được nhu cầu hoạt động.

Nhân lực, TTB và PTLV của T4G Cần Thơ từ năm 2011 so với 2004: thời điểm 2004, nhân lực của T4G Cần Thơ chỉ là một phòng GDSK nhỏ với 4 – 5 cán bộ, thì nay

là một T4G với nhân lực 14 biên chế. TTB và PTLV lại lạc hậu (các TTB và PTLV sử dụng từ 2005 đến nay chủ yếu là do dự án “Y tế nông thôn cấp”), so với quy định thì TTB và PTLV thiếu, một số TTB và PTLV chưa đồng bộ để khai thác, như: máy ghi âm maran, loa pin cầm tay,...

TTYT/TTYTDP tuyến quận/huyện, năm 2010 mới thành lập đồng bộ phòng GDSK trên 9 quận/huyện, do thành mới thành lập nên TTB và PTLV của tuyến này cũng chưa đáp ứng cho nhu cầu truyền thông phòng chống dịch bệnh của địa phương.

Các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa tuyến thành phố và bệnh viện đa khoa quận/huyện, tổ truyền TTGDSK được thành lập nhưng hầu như TTB và PTLV chưa được đầu tư đủ so với chuẩn, các TTB và PTLV chủ yếu được các cơ sở này đầu tư phục vụ cho công tác truyền thông trực tiếp hoặc lưu động, các TTB và PTLV để phục vụ chung chưa có đầu tư riêng cho hoạt động TTGDSK.

Tuyến xã/phường/thị trấn, thì đã thành lập được phòng GDSK, có cán bộ phụ trách, nhưng TTB và phương tiện phục vụ cho hoạt động này cũng thiếu rất nhiều so với chuẩn.

6. Kết luận

- Có 122 cơ sở y tế thuộc 03 tuyến (thành phố, quận/huyện, xã/phường) được khảo sát, đạt tỉ lệ 100%.
- So với Quyết định số 2420/QĐ-BYT, cơ sở y tế cả 03 tuyến đều còn rất thiếu PTLV và TTB phục vụ cho hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Tuyến thành phố tại Trung tâm TTGDSK TP Cần Thơ, khảo sát 66 danh mục TTB và PTLV, có 40 danh mục TTB và PTLV hoàn toàn không có so với chuẩn của một đơn vị cấp 4 mà Bộ Y tế ban hành (chiếm tỉ lệ 61%). Có 05 danh mục TTB và PTLV thừa so với chuẩn như là: quạt trần bố trí ở Phòng Tổ chức – Hành chính, máy ảnh KTS ở Phòng GDSK-KTNN; bàn ghế làm việc, bàn máy vi tính, máy vi tính bàn và máy in laser ở Phòng Kế hoạch – Tài chính. Tuy nhiên, cũng có 20 danh mục TTB và PTLV của trung tâm hiện nay đạt so với chuẩn.
- Tuyến quận/huyện tại phòng TTGDSK thuộc TTYT, TTYTDP quận/huyện có 09 mẫu (08 TTYTDP gồm: Ninh Kiều, Bình Thủy, Cái Răng, Ô Môn, Thốt Nốt, Phong Điền, Thới Lai, Vĩnh Thạnh và 01 TTYT Cờ Đỏ), có 25 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 100%.
- Tại phòng tư vấn, tổ TTGDSK các bệnh viện, trung tâm chuyên khoa trực thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ có 27 mẫu, có 28 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 93,33%.
- Tuyến xã/phường/thị trấn, có 85 mẫu, 14 danh mục PTLV và TTB thiếu so với chuẩn, chiếm tỉ lệ 93,33%.
- Có một danh mục PTLV và TTB hiện có ở các cơ sở y tế mà theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT chưa đề cập như: đường truyền nối mạng Internet (trong 122 cơ sở y tế được khảo sát, thì trừ tuyến xã/phường/thị trấn chưa được trang bị đầy đủ).

7. Kiến nghị

Qua kết quả khảo sát, bàn luận và kết luận thực trạng trang thiết bị và phương tiện làm việc của hệ TTGDSK TP.Cần Thơ năm 2011, tác giả xin kiến nghị:

- Trung tâm TTGDSK TP Cần Thơ xây dựng đề án trình cơ quan chức năng phê duyệt thực hiện theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT trong năm 2012 để hoạt động truyền thông của toàn thành phố (từ thành phố đến quận/huyện, xã/phường/thị trấn) theo lộ trình đến năm 2015 có đủ trang thiết bị và phương tiện làm việc.
- Mặc dù không khảo sát PTLV và TTB ban đầu của mạng lưới truyền thông viên y tế ấp, nhưng khi xây dựng đề án T4G Cần Thơ thống kê số lượng truyền thông viên y tế ấp đang hoạt động để trang bị PTLV và TTB theo chuẩn của Quyết định số 2420/QĐ-BYT để trình cơ quan chức năng phê duyệt.
- Riêng các bệnh viện, các trung tâm chuyên khoa thuộc Sở Y tế TP Cần Thơ các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế, trực thuộc Quân khu IX, các cơ sở y tế ngoài công lập, T4G Cần Thơ dự thảo văn bản trình Sở Y tế TP Cần Thơ đề nghị các cơ sở này tự trang bị đủ PTLV và TTB phục vụ cho công tác TTGDSK theo chuẩn của Quyết định số 2420/QĐ-BYT.

Tài liệu tham khảo

1. Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. Phụ lục kèm theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế
3. Giáo dục sức khỏe, Tổ chức Y tế Thế giới, 2006
4. Khóa học về Các Kỹ năng Truyền thông Giáo dục sức khỏe, Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương, năm 2007
5. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương, Dự án Y tế Nông thôn “Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại 13 tỉnh Dự án Y tế Nông thôn”, năm 2004, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001 – 2010, Nhà Xuất bản Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, năm 2010

ĐÁNH GIÁ TÍNH PHÙ HỢP CỦA TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG CHĂM SÓC MẮT TẠI TỈNH QUẢNG NAM

*ThS. Nguyễn Thị Liên
Trung tâm Truyền thông GDSK Quảng Nam*

Tóm tắt nghiên cứu:

Mục tiêu của điều tra nhằm đánh giá tính phù hợp của 4 tài liệu truyền thông chăm sóc mắt dùng trong dự án FHF và đề xuất những điều chỉnh (nếu có) ở tài liệu truyền thông về chăm sóc mắt trong giai đoạn tiếp theo một cách tốt hơn. Điều tra được tiến hành từ ngày 11/10/2010 đến ngày 25/10/2011, được thiết kế theo phương pháp mô tả với thiết kế cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 427 người, trong đó chọn tất cả cán bộ y tế từ huyện đến thôn được 127 người, 427 người dân. Kết quả cho thấy nội dung tài liệu phù hợp (20% người dân hiểu 100% tài liệu, hơn 60% người dân hiểu được >50% nội dung), trên 97% cho rằng thích/rất thích tài liệu; điểm hấp dẫn của tài liệu là màu sắc và hình ảnh; điểm chưa thích là: cỡ chữ còn nhỏ, khó đọc, tính bắt mắt chưa cao. 100% người dân cho rằng tài liệu có ích trong công tác phòng chống bệnh mắt tại cộng đồng.

1. Đặt vấn đề

Quỹ Fred Hollows Foundation (FHF) là một tổ chức phi chính phủ, hoạt động nhân đạo phi lợi nhuận, được thành lập tại Úc năm 1993 mang tên cố giá sư nhãn khoa người Úc Fred Hollows. Tôn chỉ của Quỹ FHF là giúp đỡ thực hiện chương trình phòng ngừa mù loà ở các nước đang phát triển. Hiện nay, quỹ FHF có văn phòng chính tại Sydney (Úc), có chi nhánh ở nhiều nước trên thế giới trong đó có ở Việt Nam.

Tại Quảng Nam, thông qua tổ chức FHF tại Việt Nam đã có đề án đề nghị chương trình Seeing is Believing của ngân hàng Standard Chartered Bank (SCB) hỗ trợ thực hiện các hoạt động phòng chống mù loà trong tỉnh với 4 mục tiêu: Phát triển hệ thống chăm sóc mắt ban đầu từ tỉnh đến xã thông qua việc đào tạo và cung cấp trang thiết bị cần thiết (1); Nâng cao nhận thức và kiến thức về chăm sóc mắt ban đầu cho cộng đồng nhằm hướng họ đến các hành vi phòng chống mù loà (2); Giảm tỉ lệ mù loà thông qua hoạt động đẩy mạnh khám chữa bệnh về mắt, phẫu thuật đục thủy tinh thể và thực hiện chương trình khúc xạ học đường (3); Tăng cường khả năng quản lý chương trình phòng chống mù loà cho cán bộ tuyến tỉnh, huyện trong việc duy trì và phát triển các hoạt động chăm sóc mắt (4).

Nhiều hoạt động thiết thực nhằm phòng chống mù loà đã được triển khai trong đó có việc sản xuất nhiều tài liệu TTGDSK nâng cao nhận thức và kiến thức về chăm sóc mắt ban đầu cho cộng đồng nhằm hướng họ đến các hành vi phòng chống mù loà như: Sổ tay chăm sóc mắt ban đầu những điều cần biết để giữ gìn đôi mắt; Tờ rơi những điều cần biết về một số bệnh mắt, Tờ rơi về bệnh cườm nước và panô đục thủy tinh thể. Các tài liệu này được cung cấp đến cư dân sống tại các huyện của Dự án. Đây là lần đầu tiên

sản xuất các loại tài liệu này nên Dự án chưa đánh giá được tính phù hợp của tài liệu. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đánh giá “Đánh giá tính phù hợp của tài liệu truyền thông chăm sóc mắt tại trường học” với hai mục tiêu:

1. Đánh giá tính phù hợp của tài liệu truyền thông chăm sóc mắt dùng trong cộng đồng cư dân tại các huyện dự án.
2. Đề xuất những điều chỉnh (nếu có) ở tài liệu truyền thông về chăm sóc mắt trong giai đoạn tiếp theo một cách tốt hơn.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân đang sống ở một số địa phương tỉnh Quảng Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả với thiết kế cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%.

p: 0,5 (p ở đây giả định là tỷ tài liệu có hiệu quả)

q: 1-p

d: 0,05 (Độ chính xác mong muốn).

$n = 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 / 0,0025 \times 10\% \text{ (tỷ lệ bỏ cuộc ước tính)} = 423 \text{ người}$

Thực tế chúng tôi chọn được 427 người dân, đúng theo qui định chọn mẫu.

2.2.3. Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp phân tầng ở nhiều giai đoạn.

- Chọn Huyện: chọn ngẫu nhiên (bằng cách bốc thăm) 1 huyện miền núi (Hiệp Đức), 1 huyện vùng ven biển (Núi Thành), huyện đồng bằng (Thăng Bình).
- Chọn xã: Mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 3 xã: lập danh sách các xã tại các huyện được chọn, chọn ngẫu nhiên một xã và sau đó chọn các xã lân cận cho đủ 3 xã bao gồm:
 - + Huyện Thăng Bình: chọn 3 xã là Bình An, Bình Trung, Thị trấn
 - + Huyện Hiệp Đức chọn 3 xã là Bình Lâm, Quế Bình, Tân An.
 - + Huyện Núi Thành chọn 3 xã là Tam Xuân I, Tam Xuân II, Tam Hiệp.
- Chọn đối tượng:
 - + Lập danh sách các hộ trong mỗi xã chọn theo thứ tự hết hộ này đến hộ khác, hết thôn này đến thôn khác liền kề.

- + Chọn ngẫu nhiên 1 hộ theo danh sách để bắt đầu điều tra (mỗi hộ lấy 1 người) các hộ được điều tra tiếp theo là các hộ liền kề cho đến khi đủ số người cần chọn (số người cần chọn cho 1 xã là 423 người : 3 huyện : 3 xã = 47 người).

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn theo bảng câu hỏi thiết kế sẵn.

2.4. Thời gian nghiên cứu: Từ 11/10/2010 – 25/10/2011

2.5. Xử lý số liệu nghiên cứu: Số liệu được xử lý bằng chương trình EPI INFOR 6.04 và Excel 2007.

3. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

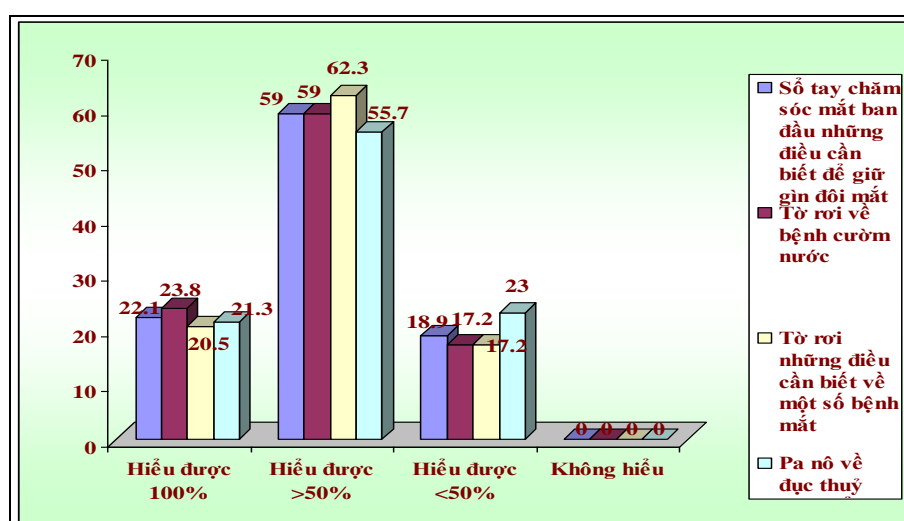
427 đối tượng tham gia vào nghiên cứu được chọn theo phương pháp phân tầng tỷ lệ, trong đó 158 nam (37%), 269 nữ (64%), 100% đều là người dân tộc kinh. Đối tượng điều tra được chọn ngẫu nhiên tại hai huyện Núi Thành, Hiệp Đức, mỗi huyện 141 người (33%) và huyện Thăng Bình 145 người (34%); tỷ lệ này phù hợp với phương pháp pháp chọn mẫu, thể hiện sự phân bố theo khu dân cư đặc trưng của tỉnh.

Đa số đối tượng nghiên cứu là nông dân (69,6%), tiếp theo đó là buôn bán (10,8%), công nhân (8,2%), nhân viên văn phòng (4,4%), nội trợ (3,5%), làm thuê (2,1%), không có nghề nghiệp (1,4%).

Đối tượng tham gia điều tra có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên chiếm đa số 337 người (78,9%), học tiểu học có 90 người (21,1%), với trình độ học vấn này đủ điều kiện để họ cho những ý kiến xác thực về tài liệu.

3.2. Đánh giá tính phù hợp của tài liệu truyền thông

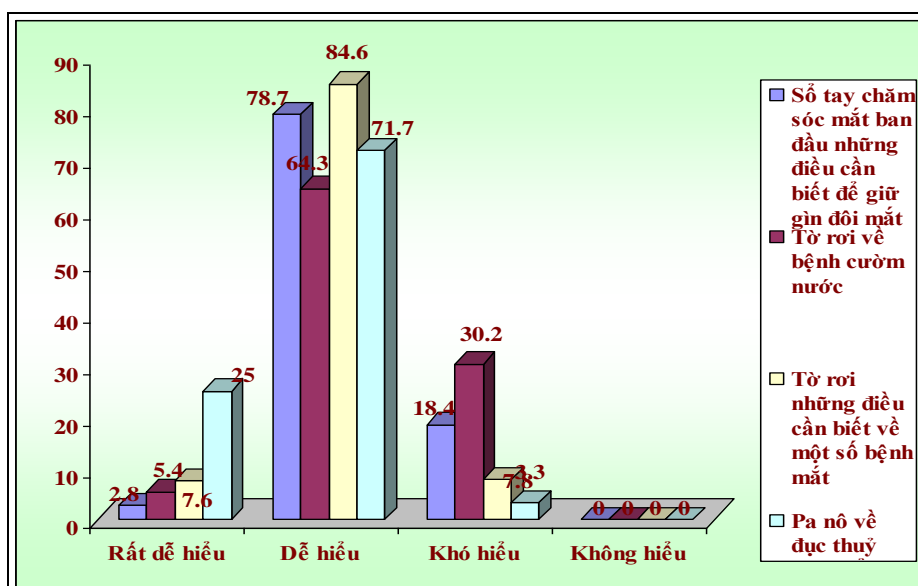
3.2.1. Đánh giá về nội dung của tài liệu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người dân hiểu nội dung tài liệu

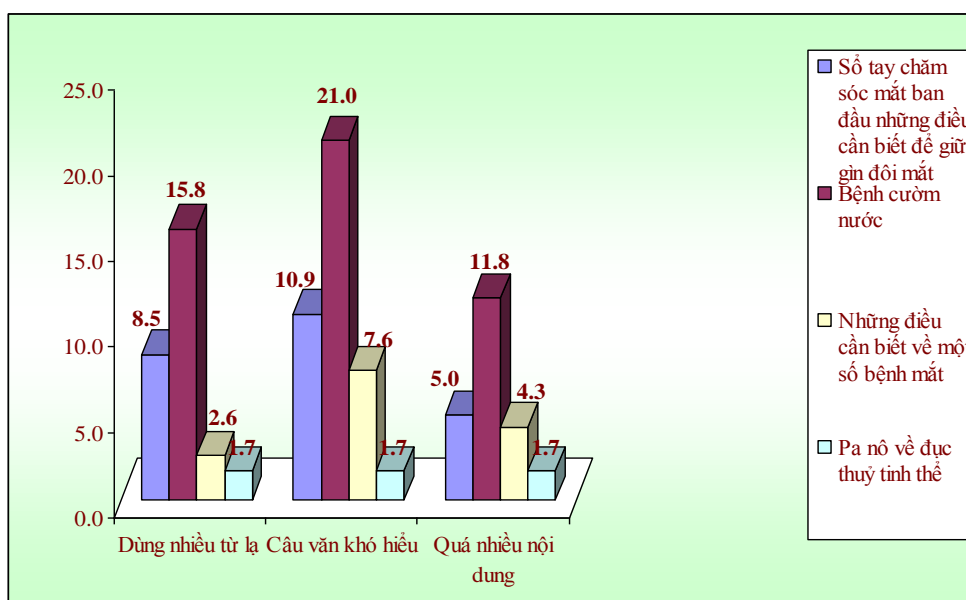
Khi xây dựng nội dung tài liệu truyền thông, quan trọng nhất ta phải xây dựng được các thông điệp ngắn gọn, xúc tích, thuyết phục. Kết quả nghiên cứu cho thấy tài liệu mà

Dự án đã thực hiện đã đến được với người dân, có >20% người dân đọc các tài liệu đó hiểu được 100%, hơn 60% người dân hiểu được >50% nội dung và đặc biệt không có người dân nào trả lời không hiểu gì khi đọc các tài liệu này. Điều này cho thấy các nội dung mà tài liệu có đã đạt được yêu cầu về nội dung.



Biểu đồ 2. Đánh giá của người dân về nội dung của tài liệu

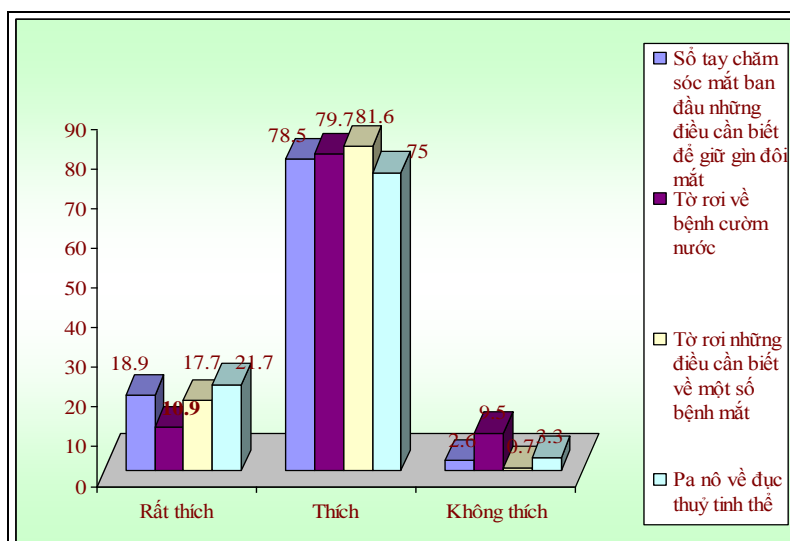
Khi hỏi kỹ về nội dung các loại tài liệu khi đọc người dân có thấy dễ hiểu không thì đa số (từ >70% đến > 90%) cho rằng rất dễ hiểu hoặc dễ hiểu, chỉ có sổ tay chăm sóc mắt ban đầu có 18,4% và tờ rơi về bệnh cườm nước có 30,2% cho rằng khó hiểu.



Biểu đồ 3. Lý do khó hiểu về nội dung

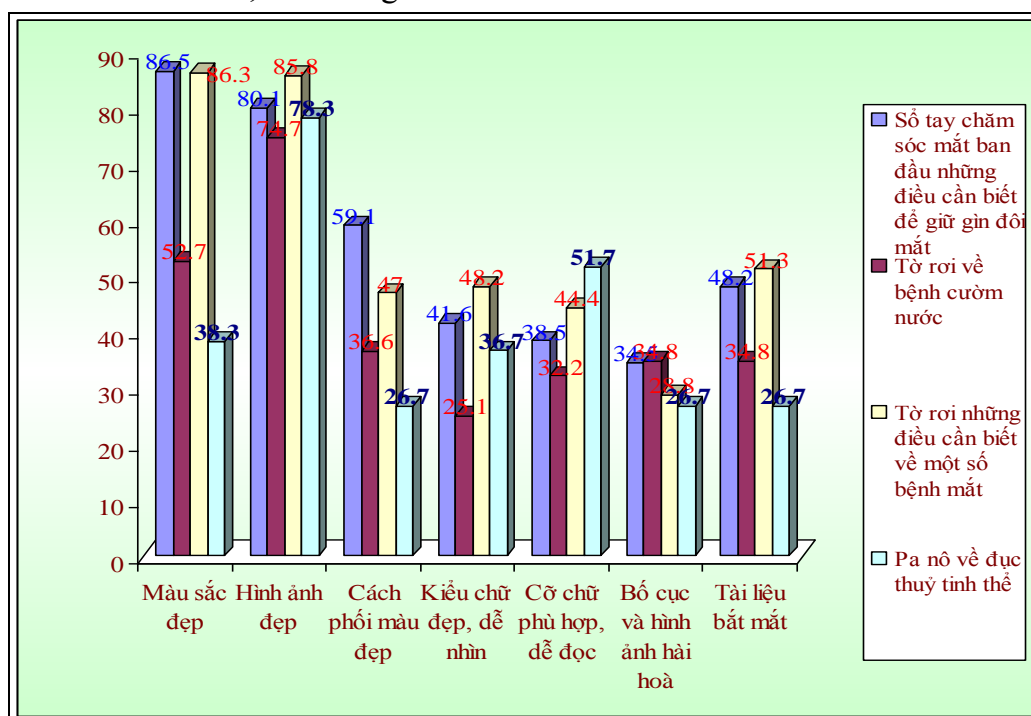
Khi phân tích kỹ lý do làm họ khó hiểu về nội dung thì có 8,5% người nhận xét về sổ tay, 15,8% nhận xét về tờ rơi đã dùng nhiều từ chuyên môn; 10,9% và 21% cho rằng tài liệu quá nhiều nội dung; 7,8% và 18,9% cho rằng câu văn khó hiểu.

3.2.2. Đánh giá về hình thức tài liệu



Biểu đồ 4. Ý kiến của người dân về tài liệu

Có > 97% người được hỏi cho rằng họ rất thích hoặc thích các tài liệu, chỉ có tờ rơi về bệnh cườm nước có 9,5% không thích.



Biểu đồ 5. Những điểm về hình thức được người dân thích

Về hình thức các tài liệu được người dân đánh giá như sau:

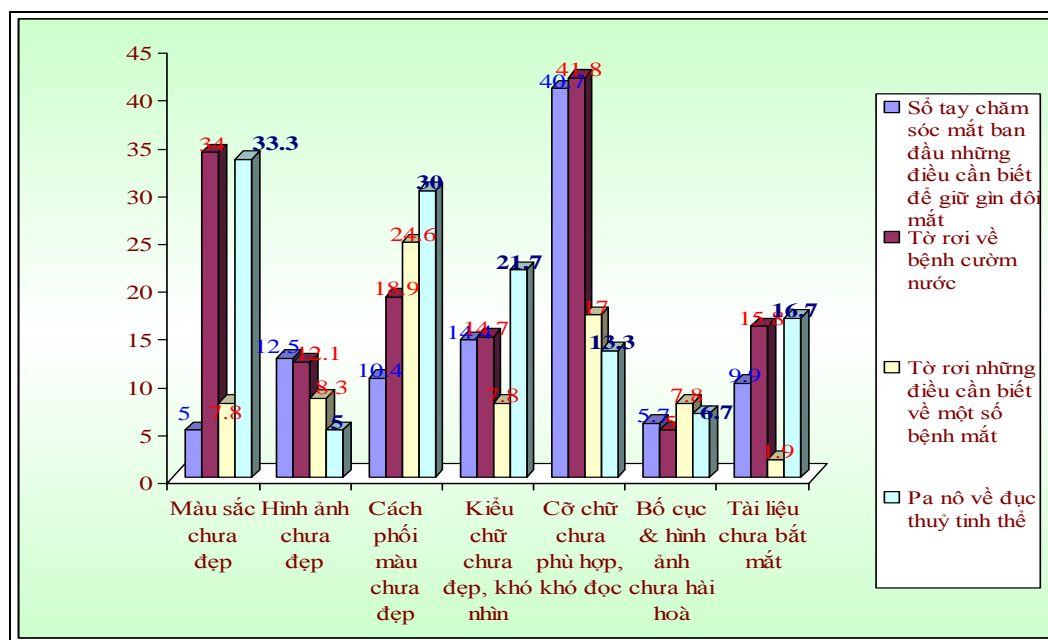
Số tay chăm sóc mắt ban đầu, những điều cần biết để giữ gìn đôi mắt: 86,5% cho rằng màu sắc đẹp, 80,1% thấy hình ảnh đẹp, 59,1% cho rằng cách phối màu đẹp, 41,6% đồng ý kiểu chữ đẹp, dễ nhìn, 38,5% cỡ chữ phù hợp, dễ đọc, 34,4% nhận xét bố cục và hình ảnh hài hoà, 48,2% thấy tài liệu bắt mắt

Tờ rơi những điều cần biết về một số bệnh mắt: 86,3% cho rằng màu sắc đẹp, 85,8% thấy hình ảnh đẹp, 47% cho rằng cách phối màu đẹp, 48,2% đồng ý kiểu chữ đẹp,

đễ nhìn, 44,4% cỡ chữ phù hợp, dễ đọc, 28,8% nhận xét bố cục và hình ảnh hài hoà, 51.3% thấy tài liệu bắt mắt

Panô về bệnh đục thủy tinh thể: 38,3% cho rằng màu sắc đẹp, 78,3% thấy hình ảnh đẹp, 26,7% cho rằng cách phối màu đẹp, 36,7% đồng ý kiểu chữ đẹp, dễ nhìn, 51,7% cỡ chữ phù hợp, dễ đọc, 26,7% nhận xét bố cục và hình ảnh hài hoà, 26,7% thấy tài liệu bắt mắt.

Tờ rơi bệnh cườm nước: 71,7% thấy hình ảnh đẹp, 52,7% cho rằng màu sắc đẹp, 36,6% cho rằng cách phối màu đẹp, 25,1% đồng ý kiểu chữ đẹp, dễ nhìn, 32,2% cỡ chữ phù hợp, dễ đọc, 34,8% nhận xét bố cục và hình ảnh hài hoà, 32,8% thấy tài liệu bắt mắt.



Biểu đồ 6. Những điểm về hình thức người dân chưa thích

Biểu đồ trên cho thấy, những điều người dân chưa thích về hình thức đó là màu sắc và cách phối màu chưa đẹp, cỡ chữ còn nhỏ, khó đọc, tính bắt mắt chưa cao, đặc biệt là tờ rơi bệnh cườm mắt. Trong đó, người dân đề xuất cụ thể như sau:

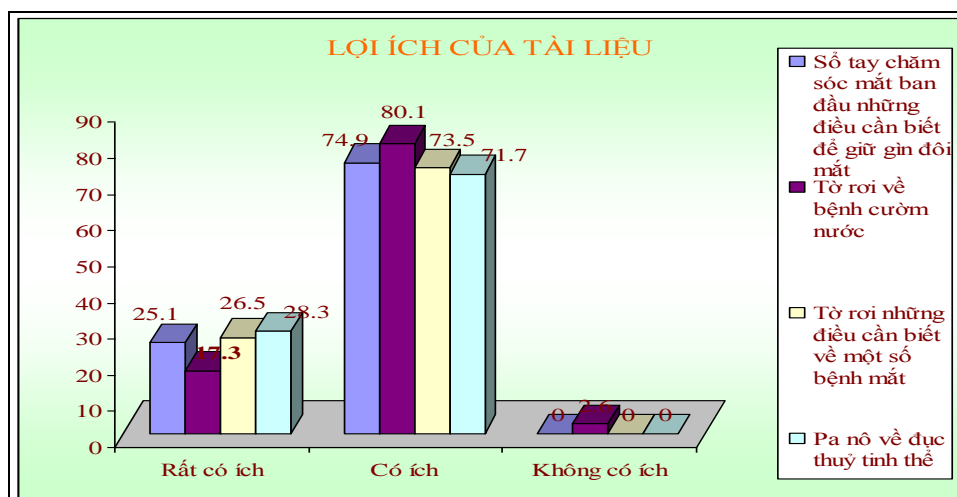
Số tay chăm sóc mắt ban đầu, những điều cần biết để giữ gìn đôi mắt: cần dùng cỡ chữ lớn hơn, thay hình ảnh có tại địa phương và rõ nét; giảm bớt nội dung, ít thông tin hơn.

Tờ rơi về bệnh cườm nước: Cỡ chữ lớn hơn, thưa hơn để dễ nhìn, thay đổi màu sắc cho đẹp, thay hình ảnh lớn và rõ nét hơn. Nội dung cần rõ ràng hơn, ngắn gọn, ít chữ.

Tờ rơi những điều cần biết về một số bệnh mắt: Cỡ chữ lớn hơn, thay hình ảnh lớn, gần gũi và rõ nét hơn, thay đổi màu sắc nhất là nền của tờ rơi. Dùng từ dễ hiểu hơn.

Pa nô: Cỡ chữ lớn, rõ hơn, thay đổi màu sắc đậm và bắt mắt. Nên thay mới pa nô vì đã quá cũ.

3.2.3. Lợi ích của tài liệu truyền thông đối với người dân



Biểu đồ 7. Lợi ích của tài liệu truyền thông đối với người dân

Tiêu chuẩn của một tài liệu truyền thông tốt đó là nội dung tài liệu làm cho người đọc có thể tin tưởng được và có khả năng thuyết phục họ làm theo hành vi mong muốn. Tài liệu truyền thông chăm sóc mắt dành cho người dân đã làm được điều đó. 100% người dân đều thấy rằng tài liệu dự án cung cấp cho họ đều rất có ích hoặc có ích trong công tác phòng chống các bệnh về mắt tại cộng đồng. Riêng tờ rơi về bệnh cườm nước có lẽ vì sử dụng nhiều từ chuyên môn làm người dân khó hiểu nên có 2,6% người dân cho rằng nó không có ích. Con số này một lần nữa cảnh báo cho chúng ta khi làm tài liệu cần phải thật thực tế với người dân họ mới chấp nhận được.

4. Kết luận và khuyến nghị

4.1. Kết luận

1. Tính phù hợp của tài liệu truyền thông chăm sóc mắt đã dùng trong dự án FHF

- Về nội dung của tài liệu: Kết quả điều tra cho thấy các nội dung mà tài liệu có đã đạt được yêu cầu, phù hợp với người dân:
 - Có >20% người dân đọc các tài liệu đó hiểu được 100%, hơn 60% người dân hiểu được >50% nội dung và đặc biệt không có người dân nào trả lời không hiểu gì khi đọc các tài liệu này.
 - Đa số cho rằng tài liệu rất dễ hiểu hoặc dễ hiểu, có 18,4% và tờ rơi về bệnh cườm nước có 30,2% cho rằng khó hiểu. Lý do khó hiểu vì tài liệu đã dùng nhiều từ chuyên môn; quá nhiều nội dung và câu văn khó hiểu
- Về hình thức của các tài liệu
 - Trên 97% cho rằng họ rất thích hoặc thích tài liệu
 - Những điểm về hình thức được người dân thích chủ yếu là màu sắc tài liệu đẹp, hình ảnh đẹp

- Những điểm về hình thức được người dân chưa thích đó là cách phối màu chưa đẹp, cỡ chữ còn nhỏ, khó đọc, tính bắt mắt chưa cao, đặc biệt là tờ rơi bệnh cườm mắt.
- Lợi ích của tài liệu truyền thông đối với người dân: 100% người dân đều thấy rằng tài liệu dự án cung cấp cho họ đều rất có ích hoặc có ích trong công tác phòng chống các bệnh về mắt tại cộng đồng

4.2. Một số khuyến nghị

4.2.1. Những đề xuất cụ thể cho từng tài liệu:

- Sổ tay chăm sóc mắt ban đầu, những điều cần biết để giữ gìn đôi mắt: cần dùng cỡ chữ lớn hơn, thay hình ảnh có tại địa phương và rõ nét; giảm bớt nội dung, ít thông tin hơn.
- Tờ rơi về bệnh cườm nước: Cỡ chữ lớn hơn, thưa hơn để dễ nhìn, thay đổi màu sắc cho đẹp, thay hình ảnh lớn và rõ nét hơn. Nội dung cần rõ ràng hơn, ngắn gọn, ít chữ.
- Tờ rơi những điều cần biết về một số bệnh mắt: Cỡ chữ lớn hơn, thay hình ảnh lớn, gần gũi và rõ nét hơn, thay đổi màu sắc nhất là nền của tờ rơi. Dùng từ dễ hiểu hơn.
- Pa nô: Cỡ chữ lớn, rõ hơn, thay đổi màu sắc đậm và bắt mắt. Nên thay mới pa nô vì đã quá cũ.

4.2.2. Những đề xuất chung:

Về nội dung các tài liệu: Khi biên soạn cần xây dựng các thông điệp phù hợp với nhóm đối tượng (trình độ, nhận thức và thực hành). Mỗi thông điệp chỉ nhằm thay đổi hành vi của một nhóm đối tượng. Thông điệp phải nhất quán với mục tiêu của chương trình, dự án truyền thông. Trong đó:

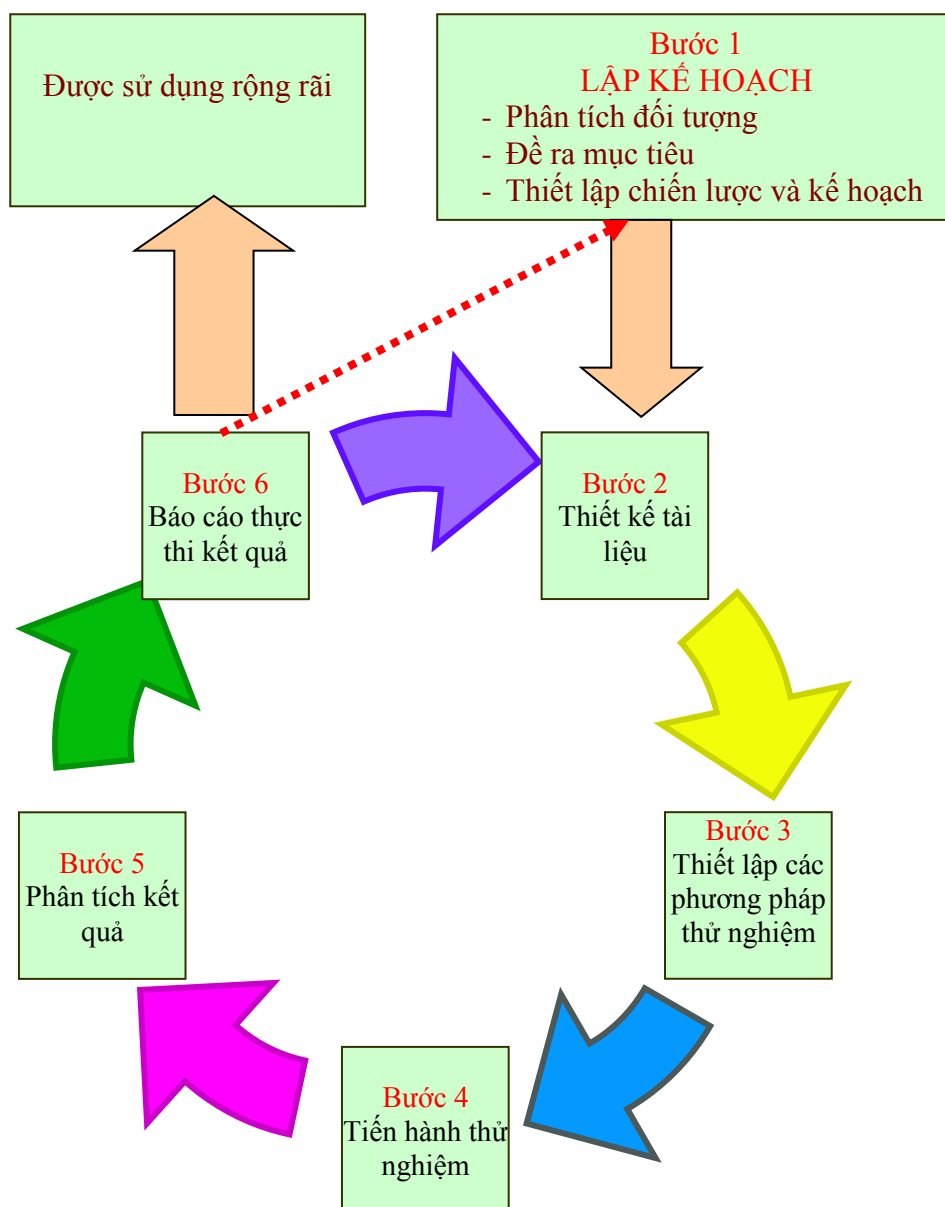
- Nội dung thông điệp phải rõ ràng, dễ hiểu. Đối tượng phải được phân loại để mỗi khi nhắc đến thông điệp họ cảm thấy đây là thông điệp dành cho họ. Trong thông điệp không nên chứa đựng các yếu tố nhạy cảm như về tôn giáo, chính trị, và các yếu tố gây khó chịu cho người tiếp nhận. Cần lưu ý khi sản xuất cho người dân cần đưa những nội dung đơn giản, dễ hiểu và không nên sử dụng các từ chuyên môn.
- Kết cấu thông điệp: cần phù hợp về văn hoá; hợp với tình huống và đặc tính tâm lý; không quá tải về thông tin.
- Thông điệp phải có tính thuyết phục, lời lẽ hợp lý, mang tính khoa học, thực tiễn và nguồn được các cơ quan tổ chức có uy tín cung cấp, tạo nên được sự tò mò, suy nghĩ của đối tượng xung quanh vấn đề được đề cập, nêu được lợi ích có được nếu đối tượng thực hiện hành vi mới đó.
- Thông điệp phải dễ nhớ: Ngắn gọn và xúc tích; có sự lặp lại

Về hình thức: khi thiết kế tài liệu truyền thông cần chú ý

- Mỗi hình minh hoạ chỉ mang 01 thông điệp
- Sử dụng hình ảnh minh hoạ để hỗ trợ phần lời.

- Bố trí phần lời gần với hình ảnh minh họa
- Để bề mặt tài liệu có khoảng trống, thoáng, tránh mật độ chữ quá nhiều
- Trình bày cân đối giữa khoảng trống, chữ và hình ảnh minh họa

Đề xuất áp dụng quy trình phát triển tài liệu truyền thông:



Tài liệu tham khảo

1. Ban Bí thư Trung ương Đảng (2002), “Về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”, Chỉ thị số 06-CT/TW.
2. Bộ Y tế (2009), “Danh mục trang thiết bị y tế tuyến xã”, <http://www.moh.gov.vn>
3. 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”.

4. *Phạm Mạnh Hùng (2010), “ Tư tưởng Hồ Chí Minh về công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân”, <http://tinhdoanbg.gov.vn/tn-lam-theo-li-bac/tu-tuong-ho-chi-minh/398-tu-tuong-cham-soc-suc-khoe-nhan-dan.html>*
5. *Sở Y tế Quảng Nam (2009), “Đề án Quy hoạch phát triển hệ thống y tế tỉnh giai đoạn 2009 - 2015 và tầm nhìn đến năm 2020”*
6. *Phạm Nguyễn Cẩm Thạch và cs (1997) “Đánh giá thực trạng tình hình tổ chức và hoạt động của Y tế cơ sở 6 huyện miền núi tỉnh Quảng Nam”, Sở Y tế Quảng Nam.*
7. *Bùi Thanh Tâm (2005), “Những định hướng và giải pháp cơ bản trong đào tạo, sử dụng nguồn nhân lực y tế trong mạng lưới y tế cơ sở (huyện/thị, xã/phường, thôn/bản)”, Tạp chí Y tế Xã hội học, số 8, ngày 01/03/2005.*
8. *Tổ chức y tế Thế giới (2005), “Phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10”, <http://ebooks.vdcmeia.com>*
9. *Đặng Quốc Việt, (2006) “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”, <http://www.t5g.org.vn/defaults>, thông tin chi tiết bài viết*
10. *WHO (1948), “Hiến pháp của Tổ chức Y tế Thế giới”.*

SÁNG KIẾN CẢI TIẾN KỸ THUẬT XÂY DỰNG CHUYÊN MỤC “THẦY THUỐC GIA ĐÌNH TRÊN TRUYỀN HÌNH”

*BS. Nguyễn Quang Thịnh
Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng*

I. Đặt vấn đề

Hải Phòng là đô thị loại I cấp quốc gia với diện tích: 1509 km², dân số trên 2 triệu người.

Địa lý: Có 15 quận huyện (7 quận nội thành, 8 huyện ngoại thành) 226 xã phường, thị trấn. Trong 8 huyện ngoại thành có 02 huyện đảo Cát Hải (Cát Bà) và huyện Bạch Long Vĩ nằm cách trung tâm thành phố 80 hải lý.

Kinh tế: Hải Phòng là trọng điểm phát triển kinh tế của đồng bằng Bắc Bộ và miền duyên hải. Là một đỉnh trong tam giác phát triển kinh tế phía Bắc gồm: Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh. Về giao lưu quốc tế và thông thương nội địa Hải Phòng có cảng biển, sân bay quốc tế có quốc lộ 5 nối Hà Nội với Hải Phòng, có quốc lộ 10 nối Quảng Ninh với Hải Phòng và các tỉnh phía Nam đồng bằng Bắc Bộ. Nên chịu nhiều áp lực lớn về công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, về công tác phòng chống dịch bệnh và phòng chống tệ nạn xã hội mại dâm, ma túy, HIV/AIDS...

Mạng lưới y tế: Thành phố có 08 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa cấp thành phố, 13 trung tâm chuyên khoa và chi cục, 15 bệnh viện tuyến quận huyện, 226 trạm y tế xã/phường, có trường Đại học Y, trường Cao đẳng Y tế.

Thông tin đại chúng:

- Đài phát thanh truyền hình Hải Phòng gồm 2 kênh phát sóng qua vệ tinh và truyền hình cáp. Phát sóng toàn quốc 24h/ngày.
- Báo chí địa phương có: Hải Phòng nhật báo, Hải Phòng cuối tuần, An ninh Hải Phòng và nhiều báo Trung ương thường trú tại địa phương.

Thực trạng công tác truyền thông GDSK của Hải Phòng.

Thuận lợi:

- Công tác TTGDSK của Hải Phòng được UBND thành phố, ngành y tế và các cơ quan chức năng quan tâm ủng hộ về mọi mặt.
- Trung tâm Truyền thông GDSK (T4G) Hải Phòng là đơn vị được thành lập từ 30/5/1987. Là một trong những đơn vị được thành lập sớm nhất trong số các địa phương trong toàn quốc, nên có điều kiện thời gian triển khai và kiểm nghiệm kết quả các hình thức truyền thông.
- Đội ngũ cán bộ làm công tác truyền thông GDSK có thời gian dài gắn bó với công việc nên có nhiều kinh nghiệm trong công tác truyền thông GDSK.

- Về cơ sở vật chất: Trung tâm đảm bảo được những yêu cầu cơ bản để đáp ứng cho công tác thông tin, giáo dục, truyền thông.

Hạn chế:

- Nguồn kinh phí hàng năm dành cho công tác truyền thông chưa đáp ứng được yêu cầu thực tế.
- Trang thiết bị kỹ thuật phục vụ xây dựng các chương trình truyền hình chưa được trang bị đồng bộ nên hoạt động còn khó khăn.
- Kinh phí dành cho xây dựng các chương trình truyền thông về y tế trên đài phát và phát sóng phát thanh truyền hình rất lớn, ngành y tế không thể đáp ứng được.
- Căn cứ vào tình hình thực tế, từ năm 2011 T4G đã phối hợp với đài phát thanh truyền hình Hải Phòng thử nghiệm xây dựng chuyên mục “Thầy thuốc gia đình” phát sóng hàng ngày từ thứ 2 đến thứ 7 hàng tuần để phục vụ nhu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân dân.

II. Mục tiêu

1. Đáp ứng tốt nhất các nội dung về TTGDSK trên sóng truyền hình như: Phổ biến kiến thức y dược học, phổ biến chính sách pháp luật, giúp cho người dân có thêm kiến thức để chuyển đổi hành vi và duy trì các hành vi có lợi cho sức khỏe.
2. Tạo ra một kênh thông tin riêng cho ngành y tế trên sóng truyền hình, từng bước tạo tiếng nói và xây dựng thương hiệu cho trung tâm và y tế thành phố.
3. Khẳng định được vai trò của TTGDSK trong công tác bảo vệ và CSSKBĐ.
4. Tranh thủ nguồn kinh phí cho chương trình qua hình thức phối hợp xã hội hóa công tác truyền thông.

III. Mô tả sáng kiến cải tiến

1. Tình trạng kỹ thuật hiện nay của trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng.

Không có phòng Studio chuyên dụng, có 01 máy quay kỹ thuật số, chỉ đáp ứng được yêu cầu quay camera lấy tư liệu, không đáp ứng được các yêu cầu kỹ thuật của đài truyền hình.

2. Quy trình làm việc trước đây.

- Phóng viên của trung tâm quay lấy tư liệu theo chuyên đề, gửi sang đài truyền hình, đài truyền hình xây dựng nội dung, xử lý kỹ thuật theo kịch bản của trung tâm rồi phát sóng.
- Nguồn kinh phí cho chương trình do Trung tâm chi trả.

3. Quy trình làm việc hiện nay.

- Trung tâm lên kế hoạch nội dung cần tuyên truyền theo tuần/tháng.
- Bác sĩ của trung tâm chuẩn bị nội dung bài nói theo kế hoạch.

- Phóng viên của đài truyền hình hoặc của trung tâm quay lấy tư liệu theo yêu cầu chuyên mục. Địa điểm thực hiện: Phòng thu, ghi hình của Trung tâm TTGDSK.
- Đài truyền hình xử lý kỹ thuật và thực hiện phát sóng theo kế hoạch. Địa điểm thực hiện: Đài phát thanh truyền hình.
- Nguồn kinh phí chương trình do đài truyền hình đảm nhận.

4. Nội dung giải pháp được công nhận là sáng kiến

Thực tế cho thấy, khó khăn lớn nhất của Trung tâm TTGDSK các địa phương khi thực hiện công tác truyền thông trên sóng phát thanh và truyền hình là không thực hiện được thường xuyên. Lý do:

- Không có nguồn kinh phí để thực hiện theo yêu cầu của đài truyền hình.
- Các T4G không đủ năng lực kỹ thuật để đáp ứng yêu cầu xây dựng chương trình và phát sóng.
- Phóng viên của các T4G không chuyên nghiệp trong lĩnh vực truyền hình.
- Yêu cầu TTGDSK trên sóng truyền hình là rất lớn nhưng không thể triển khai được do thiếu thốn về kinh phí, nhân lực, phương tiện và cơ chế làm việc.

5. Giải pháp thực hiện được đề nghị công nhận là sáng kiến bởi các lý do:

- Khắc phục được tình trạng yếu về năng lực, thiếu về kinh phí, hạn chế về trang thiết bị khi triển khai các chương trình TTGDSK trên đài truyền hình.
- Phát huy được thế mạnh của Trung tâm là có đội ngũ cán bộ có nhiều kinh nghiệm và kiến thức về TTGDSK. Tranh thủ được thế mạnh của đài truyền hình về trang thiết bị và điều kiện phát sóng. (Từ trước tới nay đã có nhiều cố gắng để có được thời gian phát sóng liên tục, chủ động theo kế hoạch nhưng chưa thực hiện được).
- Tạo ra được một cơ chế làm việc có hiệu quả. Bước đầu đã triển khai được một trong những mục tiêu xã hội hóa, liên kết để làm truyền thông GDSK. Cả Đài Truyền hình và Trung tâm TTGDSK đều có lợi.

6. Khả năng áp dụng sáng kiến

Có thể áp dụng với các tỉnh, thành phố nhưng cần phải có những điều kiện sau:

- Phải được sự quan tâm ủng hộ của lãnh đạo ngành, lãnh đạo tỉnh, thành phố và lãnh đạo đài truyền hình. Muốn đạt được hiệu quả thì Trung tâm TTGDSK phải làm tốt công tác vận động và tham mưu với lãnh đạo cấp trên.
- Trung tâm phải khẳng định được khả năng của mình trong lĩnh vực TTGDSK và được các cấp các ngành ghi nhận.

7. Hiệu quả (dự kiến thu được) khi áp dụng sáng kiến

- Khắc phục được tình trạng thiếu kinh phí, để triển khai chuyên mục. Theo định mức thuê phát sóng truyền hình hiện tại: 1,5 triệu đồng cho 01 phút phát sóng, mỗi

ngày cần có kinh phí 15 triệu đồng với thời lượng 300 ngày/năm. Đã làm lợi cho ngành y tế 4,5 tỷ đồng.

- Chuyên mục được duy trì phát sóng liên tục từ thứ 2 đến thứ 7 hàng tuần, với thời lượng 5 phút/lần x 2 lần/ngày. Đã tạo điều kiện cho ngành y tế có điều kiện triển khai các nội dung tuyên truyền một cách đầy đủ, có hệ thống, đạt hiệu quả cao, đáp ứng kịp thời các yêu cầu phòng chống dịch bệnh theo mùa, phòng chống dịch khẩn cấp và truyền thông các chương trình y tế có mục tiêu và các nội dung TTGDSK thường xuyên, đột xuất.
- Tạo điều kiện cho phóng viên và các bác sĩ tham gia chuyên mục được nâng cao năng lực và có thêm kinh nghiệm làm công tác truyền thông qua sóng truyền hình.
- Chuyên mục được phát sóng qua vệ tinh, phủ sóng toàn quốc nên diện phủ sóng rộng. Qua 3 tháng triển khai đã nhận được các thông tin phản hồi từ 16 tỉnh, thành phố trong cả nước (từ 10/9/2011 đến 20/12/2011 đã có 58 cuộc điện thoại liên lạc xin được giải đáp về sức khỏe qua chuyên mục “Thầy thuốc gia đình”).

IV. Kết luận

- Chuyên mục “Thầy thuốc gia đình” được triển khai từ 01/9/2011 đã tạo điều kiện cho ngành Y tế có thêm một kênh truyền thông, được phát sóng định kỳ, có thể chủ động triển khai các nội dung truyền thông theo kế hoạch.
- Khắc phục được tình trạng thiếu kinh phí, thiếu trang thiết bị, thiếu cán bộ chuyên môn mà các T4G đang gặp phải.
- Chuyên mục đem lại hiệu quả truyền thông rất cao, vì đáp ứng kịp thời công tác phòng chống dịch bệnh thường xuyên và đột xuất.
- Qua 3 tháng thử nghiệm chuyên mục đã nhận được sự quan tâm của nhân dân Hải Phòng, của lãnh đạo thành phố và khán giả xem truyền hình của các tỉnh, thành phố trong cả nước.
- Thực hiện được mục tiêu xã hội hóa công tác truyền thông, vừa tranh thủ được cơ sở vật chất của đài truyền hình vừa phát huy được khả năng chuyên môn của cán bộ Trung tâm TTGDSK. Cả hai bên hợp tác đều có lợi.

V. Kiến nghị

Kinh phí hàng năm dành cho công tác truyền thông quá ít, không đảm bảo được các yêu cầu thực tế. Đề nghị Bộ Y Tế có thông tư, nghị định yêu cầu Sở Y Tế các tỉnh, thành phố phải chuyển các nội dung TTGDSK của các chương trình Y tế có mục tiêu về Trung tâm TTGDSK thực hiện.