

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN THỊ NGÀ

**THỰC TRẠNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC
SỨC KHỎE TUYẾN HUYỆN VÀ ĐÁNH GIÁ
MÔ HÌNH THÍ ĐIỂM PHÒNG TRUYỀN THÔNG
GIÁO DỤC SỨC KHỎE Ở TRUNG TÂM Y TẾ
HUYỆN BÌNH LỤC TỈNH HÀ NAM**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRẦN THỊ NGÀ

**THỰC TRẠNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC
SỨC KHỎE TUYẾN HUYỆN VÀ ĐÁNH GIÁ
MÔ HÌNH THÍ ĐIỂM PHÒNG TRUYỀN THÔNG
GIÁO DỤC SỨC KHỎE Ở TRUNG TÂM Y TẾ
HUYỆN BÌNH LỤC TỈNH HÀ NAM**

Chuyên ngành : Y tế Công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến

2. PGS.TS. Nguyễn Duy Luật

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận án này tôi đã nhận được sự giúp đỡ, hỗ trợ của rất nhiều cá nhân và tập thể, của các thầy/cô giáo, các bạn đồng nghiệp. Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến:

Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế, Ban Giám hiệu, Phòng Tổ chức cán bộ, Phòng Quản lý đào tạo Sau đại học trường Đại học Y Hà Nội, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Bộ môn Giáo dục sức khỏe, Bộ môn Tổ chức và Quản lý y tế đã cho phép tôi được dự khóa học Nghiên cứu sinh 35 của trường Đại học Y Hà Nội và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi hoàn thành được luận án.

Sở Y tế tỉnh Hà Nam, Ban Giám đốc Trung tâm y tế huyện Bình Lục, Ủy ban nhân dân, các trạm y tế xã huyện Bình Lục và đặc biệt là người dân hai xã An Mỹ và Đồng Du, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam đã hỗ trợ, tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình triển khai đề tài nghiên cứu tại thực địa.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến và PGS.TS. Nguyễn Duy Luật đã tận tình giúp đỡ, chỉ bảo cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận án. Trân trọng cảm ơn PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến – chủ nhiệm đề tài cấp Bộ đã cho phép tôi được sử dụng một phần số liệu để hoàn thành luận án.

Tôi xin cảm ơn sự động viên, hỗ trợ của tất cả các thầy cô, các bạn đồng nghiệp, các thành viên trong gia đình, đó chính là động lực, sự khích lệ lớn nhất để tôi học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

*Tác giả
Trần Thị Nga*

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trần Thị Nga, nghiên cứu sinh khóa 35 của Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy: PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến và PGS.TS. Nguyễn Duy Luật. PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến – chủ nhiệm đề tài cấp Bộ đã cho phép tôi được sử dụng một phần số liệu.
2. Công trình này không bị trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2020

Người viết cam đoan

Trần Thị Nga

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	: Bảo hiểm y tế
BVSK	: Bảo vệ sức khỏe
CSHQ	: Chỉ số hiệu quả
CSSK	: Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	: Chăm sóc sức khỏe ban đầu
GDSK	: Giáo dục sức khỏe
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
KN	: Kỹ năng
KT	: Kiến thức
NCSK	: Nâng cao sức khỏe
NĐTP	: Ngộ độc thực phẩm
PV	: Phỏng vấn
TCYTTG	: Tổ chức y tế thế giới
TLN	: Thảo luận nhóm
TTB	: Trang thiết bị
TT-GDSK	: Truyền thông-giáo dục sức khỏe
TTYT	: Trung tâm y tế
TT-YTDP	: Trung tâm y tế dự phòng
TYT	: Trạm y tế

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Đại cương về Truyền thông-giáo dục sức khỏe.....	3
1.1.1. Khái niệm.....	3
1.1.2. Vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe người dân.....	4
1.1.3. Hệ thống tổ chức TT-GDSK ở Việt Nam và chỉ đạo của Bộ Y tế về công tác TT-GDSK.....	7
1.2. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của trung tâm y tế huyện.....	11
1.2.1. Thực trạng về mạng lưới TT-GDSK.....	11
1.2.2. Thực trạng về nguồn lực thực hiện TT-GDSK tuyến huyện.....	13
1.2.3. Thực trạng về hoạt động TT-GDSK tuyến huyện.....	15
1.3. Kết quả và khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế huyện.	20
1.3.1. Kết quả của hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.....	20
1.3.2. Khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.	26
1.4. Thông tin về địa bàn nghiên cứu.....	33
1.4.1. Thông tin chung.....	33
1.4.2. Trung tâm y tế huyện Bình Lục.....	34
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	35
2.1. Thời gian nghiên cứu.....	35
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	35
2.2.1. Mục tiêu 1.....	35
2.2.2. Mục tiêu 2.....	39
2.2.3. Mục tiêu 3.....	47
2.3. Tổ chức nghiên cứu và lực lượng tham gia.....	51
2.4. Quản lý và sử dụng số liệu.....	51
2.5. Phân tích số liệu.....	51

2.5.1. Số liệu định lượng.....	51
2.5.2. Số liệu định tính	51
2.6. Sai số và cách không chế sai số	52
2.7. Đạo đức nghiên cứu	52
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	53
3.1. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 trung tâm y tế huyện tại 6 tỉnh năm 2008.....	53
3.1.1. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng TT-GDSK.....	53
3.1.2. Thực trạng về nhân lực của các phòng TT-GDSK tuyến huyện ..	55
3.1.3. Thực trạng về hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện	57
3.1.4. Những thuận lợi, khó khăn trong thực hiện TT-GDSK ở tuyến huyện	60
3.2. Đánh giá hiệu quả mô hình thí điểm Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2009.....	65
3.2.1. Xây dựng mô hình thí điểm phòng TT-GDSK huyện Bình Lục ..	65
3.2.2. Kết quả hoạt động TT-GDSK của huyện Bình Lục trước và sau khi thành lập Phòng TT-GDSK.....	69
3.3. Đánh giá khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 - 2017.....	80
3.3.1. Khả năng duy trì về nguồn lực của phòng TT-GDSK huyện Bình Lục	80
3.3.2. Khả năng duy trì về hoạt động TT-GDSK.....	83
3.3.3. Kết quả thực hiện TT-GDSK tại các TYT xã.....	83
3.3.4. Kiến thức, thực hành của người dân về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật.....	87
Chương 4: BÀN LUẬN.....	91
4.1. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 trung tâm y tế huyện năm 2008	91

4.1.1.	Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng TT-GDSK	91
4.1.2.	Thực trạng và nhu cầu về nhân lực của phòng TT-GDSK thuộc Trung tâm y tế huyện.....	93
4.1.3.	Thực trạng hoạt động TT-GDSK tuyến huyện.....	98
4.1.4.	Thuận lợi và khó khăn trong hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện..	104
4.2.	Hiệu quả thí điểm Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009-2017.	110
4.2.1.	Xây dựng phòng TT-GDSK	110
4.2.2.	Kết quả đạt được sau khi có Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục.	113
4.2.3.	Kiến thức, thực hành của người dân về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật thường gặp	114
4.3.	Khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 - 2017.	117
4.3.1.	Khả năng duy trì của phòng TT-GDSK huyện Bình Lục.....	117
4.3.2.	Tác động của phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe đến hoạt động tại trạm y tế xã	118
4.4.	Đóng góp và hạn chế của nghiên cứu	123
	KẾT LUẬN	124
	KHUYẾN NGHỊ.....	126
	DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	
	PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1.	Biến số nghiên cứu định lượng.....	37
Bảng 2.2.	Biến số nghiên cứu định tính.....	38
Bảng 2.3.	Biến số nghiên cứu định lượng trên người dân.....	45
Bảng 2.4.	Biến số nghiên cứu định lượng trên cán bộ y tế xã.....	46
Bảng 2.5.	Biến số nghiên cứu định tính.....	46
Bảng 2.6.	Biến số nghiên cứu tại TTYT huyện Bình Lục.....	48
Bảng 2.7.	Biến số nghiên cứu tại trạm y tế xã huyện Bình Lục.....	48
Bảng 2.8.	Biến số nghiên cứu định tính tại huyện Bình Lục.....	49
Bảng 3.1.	Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị trong phòng làm việc của các phòng TT-GDSK.....	53
Bảng 3.2.	Thực trạng phương tiện, trang thiết bị tác nghiệp của các phòng TT-GDSK.....	54
Bảng 3.3.	Tình hình nhân lực của phòng TT-GDSK tuyến huyện.....	55
Bảng 3.4.	Trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và đào tạo trong lĩnh vực TT-GDSK của cán bộ.....	56
Bảng 3.5.	Thực hiện hoạt động của cán bộ phòng TT-GDSK.....	57
Bảng 3.6.	Thuận lợi trong thực hiện hoạt động TT-GDSK.....	60
Bảng 3.7.	Khó khăn trong thực hiện hoạt động TT-GDSK.....	62
Bảng 3.8.	Cán bộ TYT xã được đào tạo và thực hiện TT-GDSK.....	70
Bảng 3.9.	Mức độ kỹ năng TT-GDSK của các trưởng TYT xã.....	70
Bảng 3.10.	Kết quả thực hiện hoạt động TT-GDSK gián tiếp tại xã.....	71
Bảng 3.11.	Kết quả thực hiện TT-GDSK trực tiếp tại xã.....	72
Bảng 3.12.	Hoạt động TT-GDSK liên quan đến y tế thôn.....	73
Bảng 3.13.	Theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động TT-GDSK của TYT xã trong năm.....	74

Bảng 3.14.	Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK của các TYT xã.....	75
Bảng 3.15.	Kiến thức của người dân về bệnh tiêu chảy.....	77
Bảng 3.16.	Thực hành của người dân về phòng bệnh tiêu chảy	78
Bảng 3.17.	Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	79
Bảng 3.18.	Thực hành của người dân về phòng chống NĐTP	79
Bảng 3.19.	Cơ sở vật chất, trang thiết bị của phòng TT-GDSK.....	81
Bảng 3.20.	Phương tiện, trang thiết bị của phòng TT-GDSK.....	82
Bảng 3.21.	Tình hình nhân lực của phòng TT-GDSK.....	82
Bảng 3.22.	Cơ sở vật chất thực hiện TT-GDSK tại các TYT xã	85
Bảng 3.23.	Kết quả thực hiện các hoạt động TT-GDSK gián tiếp tại các xã..	85
Bảng 3.24.	Kết quả thực hiện TT-GDSK trực tiếp trong năm.....	86
Bảng 3.25.	Quản lý hoạt động TT-GDSK tại TYT xã	87
Bảng 3.26.	Kiến thức của người dân về bệnh tiêu chảy.....	87

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Chất lượng hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện.....	58
Biểu đồ 3.2.	Cán bộ y tế tham gia lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK	58
Biểu đồ 3.3.	Chất lượng công tác lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK	59
Biểu đồ 3.4.	Nhân lực TYT xã được đào tạo và thực hiện TT-GDSK	84
Biểu đồ 3.5.	Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây NĐTP	88
Biểu đồ 3.6.	Thực hành của người dân về phòng bệnh tiêu chảy	89
Biểu đồ 3.7.	Thực hành của người dân về phòng NĐTP	89
Biểu đồ 3.8.	Nhu cầu TT-GDSK của người dân tại thôn/xã.....	90
Biểu đồ 3.9.	Sẵn sàng tham gia TT-GDSK của người dân.....	90

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Hệ thống tổ chức truyền thông giáo dục sức khoẻ ở Việt Nam ...	7
Hình 2.1.	Sơ đồ theo thời gian nghiên cứu	35

DANH MỤC HỘP

Hộp 1 – Thuận lợi chung trong hoạt động TT – GDSK tại tuyến cơ sở	61
Hộp 2 – Thuận lợi cá nhân trong hoạt động TT – GDSK tại tuyến cơ sở	62
Hộp 3 – Thực trạng nhân lực phòng TT-GDSK	63
Hộp 4 – Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị, kinh phí cho hoạt động TT-GDSK	64
Hộp 5 – Thực trạng công tác quản lý hoạt động TT-GDSK	65
Hộp 6 – Năng lực cán bộ được cải thiện.....	75
Hộp 7 – Kết quả hoạt động TT-GDSK sau thành lập phòng TT-GDSK.....	76
Hộp 8 – Quản lý hoạt động TT-GDSK tại tuyến xã.....	76
Hộp 9 – Thuận lợi trong hoạt động của phòng TT-GDSK.....	80
Hộp 10 – Khả năng duy trì về nguồn lực của phòng TT-GDSK.....	81
Hộp 11 – Chỉ đạo của phòng TT-GDSK.....	83
Hộp 12 – Hoạt động TT-GDSK tại xã	84

ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) cộng đồng vì thế đã được Tổ chức y tế Thế giới xếp là nội dung số một trong các nội dung về chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) [1],[2]. Với phương châm truyền thông chủ động, truyền thông đi trước một bước, Bộ Y tế đã chỉ đạo ngành y tế thực hiện và tăng cường công tác truyền thông cung cấp thông tin y tế [3],[4]. TT-GDSK trang bị kiến thức và kỹ năng cần thiết để mỗi người, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng có thể chủ động phòng bệnh, xây dựng nếp sống vệ sinh, rèn luyện thân thể, hạn chế những lối sống và thói quen có hại cho sức khỏe, phòng chống dịch bệnh và tham gia hoạt động bảo vệ, chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng [4],[5].

TT-GDSK là hoạt động mang tính xã hội tác động đến quyết định của mỗi cá nhân và cộng đồng nhằm nâng cao sức khỏe (NCSK) cho họ. TT-GDSK là một quá trình thường xuyên, liên tục và lâu dài, nó tác động đến ba lĩnh vực của đối tượng được TT-GDSK: kiến thức, thái độ của đối tượng đối với vấn đề sức khỏe và thực hành hay hành vi ứng xử của đối tượng để giải quyết vấn đề sức khỏe, bệnh tật [6].

Ở Việt Nam hệ thống TT-GDSK đã được hình thành từ tuyến trung ương đến tuyến cơ sở. Tổ chức phòng TT-GDSK của Trung tâm y tế (TTYT) huyện được hình thành theo Nghị định số 172/2004/NĐ-CP và được quy định về chức năng nhiệm vụ theo Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT [7],[8] nhằm tăng cường năng lực, nâng cao hiệu quả hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, đặc biệt là trạm y tế xã [9],[10]. Để có thể đảm nhận các chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK và tổ chức thực hiện, quản lý tốt các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn huyện, phòng TT-GDSK phải có đủ các điều kiện tối thiểu về nguồn lực. Nghiên cứu sinh đã thực hiện nghiên cứu từ năm 2008

đến năm 2014 nhằm trả lời câu hỏi: thực trạng hoạt động TT-GDSK tại trung tâm y tế huyện như thế nào? Mô hình và hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện thế nào là phù hợp? Sau khi phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam được thành lập và đi vào hoạt động thì hiệu quả mà mô hình phòng TT-GDSK mang lại là gì? Cần thiết có nghiên cứu tiếp theo để xem xét khả năng duy trì về tổ chức và hoạt động của phòng TT-GDSK. Do đó, đề tài nghiên cứu sinh tiếp tục được thực hiện từ năm 2016 nhằm xem xét khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK tại huyện bình Lục như thế nào? Để trả lời câu hỏi nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và đánh giá mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam”***.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 trung tâm y tế huyện tại 6 tỉnh năm 2008.*
2. *Đánh giá hiệu quả mô hình thí điểm phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.*
3. *Đánh giá khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009-2017.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về Truyền thông-giáo dục sức khỏe.

1.1.1. Khái niệm

Truyền thông giáo dục sức khỏe:

Truyền thông – Giáo dục sức khỏe giống như giáo dục chung, là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng [11].

TT-GDSK là một quá trình cần được tiến hành thường xuyên, liên tục, lâu dài, kết hợp nhiều phương pháp. Hoạt động TT-GDSK không phải chỉ đơn thuần là phát đi các thông tin hay thông điệp về sức khỏe, hay cung cấp thật nhiều thông tin về sức khỏe cho mọi người, mà là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và cách thực hành của mỗi người nhằm NCSK cho họ và cho cả cộng đồng. Hoạt động TT-GDSK thực chất là tạo ra môi trường hỗ trợ cho quá trình thay đổi hành vi sức khỏe của mỗi người, nhằm đạt được tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể được. TT-GDSK cũng là phương tiện hỗ trợ nhằm phát triển ý thức con người, phát huy tính tự lực cánh sinh và chủ động phòng ngừa, giải quyết vấn đề sức khỏe của cá nhân và cộng đồng [12].

Khả năng duy trì: về mạng lưới, nguồn lực và thực hiện hoạt động TT-GDSK.

1.1.2. Vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe người dân.

Công tác truyền thông, cung cấp thông tin y tế đóng vai trò hết sức quan trọng trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. TT-GDSK góp phần định hướng dư luận xã hội về chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng, Nhà nước, phổ biến kiến thức giúp người dân có nhận thức và hành vi đúng trong việc phòng, chống dịch, bệnh và nâng cao sức khỏe mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng [4].

Ở nhiều nơi trên Thế giới, các bệnh nhiễm trùng vẫn tiếp tục đe dọa sức khỏe của người dân, đặc biệt là trẻ nhỏ, người già gây tổn hại sức khỏe, kinh tế và phát triển xã hội. Sốt rét, tiêu chảy và những bệnh nhiễm trùng khác là những vấn đề sức khỏe chủ yếu đe dọa những người nghèo trên khắp thế giới. Tình trạng đau đớn, tử vong sớm, chi phí y tế có thể tránh được bằng cách thay đổi tích cực trong thực hành hành vi sức khỏe lành mạnh ở nhiều cấp độ [13].

Trong suốt hai mươi năm qua, đã có sự thay đổi lớn trong lĩnh vực y tế công cộng, các tổ chức, cá nhân quan tâm đến dự phòng bệnh tật và tử vong thông qua việc thay đổi lối sống và tham gia vào các quá trình sàng lọc phát hiện sớm bệnh tật. Những hoạt động dự phòng trong đó có TT-GDSK đã góp phần làm tăng tuổi thọ của người dân, ngay cả với những người mắc bệnh như ung thư, đái tháo đường. Trên thế giới những bệnh nhiễm trùng và suy dinh dưỡng vẫn gia tăng, bên cạnh đó lại xuất hiện ngày càng nhiều những bệnh thuộc nhóm không lây nhiễm [14]. Những vấn đề này làm tăng nhu cầu mới trong hoạt động TT-GDSK. Nếu TT-GDSK được thực hiện hiệu quả sẽ làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tàn phế và tỷ lệ tử vong ở các nước đang phát triển, nhiều chương trình y tế ở nhiều nơi trên thế giới đã đề cập đến vai trò của TT-

GDSK. Ngày 25 tháng 10 năm 2017 ban Chấp hành Trung ương đã đưa ra giải pháp nhằm đạt được các chỉ tiêu CSSK là không thể không có nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi sức khỏe, đây là hiệu quả của công tác TT-GDSK [15].

Trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển, vấn đề kháng thuốc đã trở nên báo động. Gánh nặng về chi phí điều trị do các bệnh nhiễm khuẩn gây ra khá lớn do việc thay thế các kháng sinh cũ bằng các kháng sinh mới, đắt tiền. Tình hình lao kháng thuốc đang xảy ra ở hầu hết các quốc gia. Toàn cầu có khoảng 640.000 trường hợp lao đa kháng thuốc, trong đó 9% là siêu kháng thuốc [16]. Ký sinh trùng sốt rét *Falciparum* kháng với artemisinin đang nổi lên ở Đông Nam Á. Đề kháng với thuốc chống sốt rét thế hệ trước đó như chloroquine và sulfadoxine-pyrimethamine là phổ biến ở hầu hết các nước lưu hành sốt rét [17].

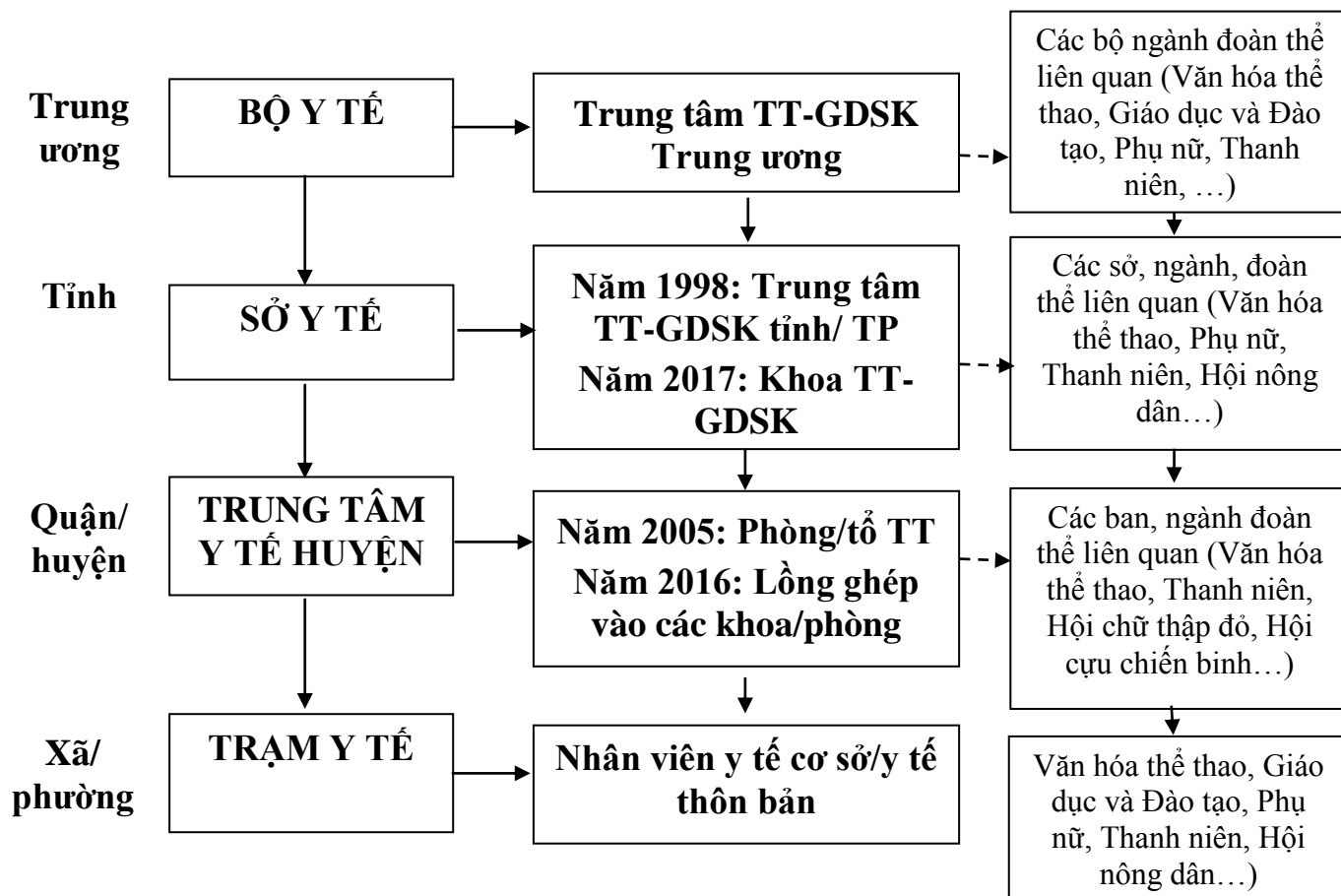
TT-GDSK không chỉ quan trọng trong công tác phòng bệnh mà còn có ý nghĩa trong công tác điều trị và quản lý các trường hợp bệnh. Hiện nay công tác thông tin, truyền thông, giáo dục về sử dụng thuốc an toàn hợp lý và quản lý các bệnh mạn tính đang là một trong những trọng tâm công tác của ngành y tế. Nguy cơ sử dụng thuốc không an toàn như người dân tự mua thuốc điều trị không theo chỉ định của bác sĩ hoặc sử dụng thuốc theo thói quen không có sự hướng dẫn và giám sát của nhân viên y tế khá phổ biến. Đó là do người dân chưa tiếp cận được thông tin và thiếu hiểu biết về hậu quả của việc tự dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy 57,8% người mắc bệnh mạn tính ở thành phố Hà Đông, Hà Nội tự điều trị tại nhà [18].

Hoạt động TT-GDSK không thay thế được các dịch vụ CSSK khác, nhưng nó góp phần nâng cao hiệu quả của các dịch vụ CSSK. Công tác này còn

tăng cường khả năng lựa chọn các dịch vụ CSSK một cách hiệu quả và chủ động, kể cả khu vực nhà nước và tư nhân. TT-GDSK là phương pháp dự phòng có hiệu quả cao, giảm được gánh nặng cho hệ điều trị nói riêng và kinh tế quốc gia nói chung. Hiện nay, rất nhiều chương trình CSSK sẽ không thể thành công nếu không chú trọng đến vai trò của TT-GDSK nhằm thay đổi các hành vi liên quan đến sự tồn tại của các vấn đề sức khỏe, bệnh tật. Bộ Y tế đã xác định rõ TT-GDSK là nhiệm vụ trước mắt và lâu dài của ngành y tế, của mọi cán bộ y tế. TT-GDSK đồng thời cũng là nhiệm vụ của các ngành, các cấp chính quyền, các tổ chức đoàn thể quần chúng có liên quan đến sức khỏe của nhân dân [19].

Muốn tăng cường sức khỏe, phòng chống bệnh tật cần phải thay đổi một số lối sống và hành vi của con người. Có nhiều yếu tố cấu thành hành vi, đó là kiến thức, thái độ, niềm tin và cách thực hành của con người trong những điều kiện nhất định. Lối sống là tập hợp các hành vi liên quan đến sức khỏe như thực hành vệ sinh cá nhân, thói quen ăn uống, tập quán sinh hoạt trong cộng đồng, nếp sống sinh hoạt, kiểu nhà ở, giao lưu bạn bè, xã hội. Có những hành vi được thực hành qua nhiều thế hệ trở thành phong tục tập quán, các hành vi này được nhiều người chia sẻ trong cộng đồng, được duy trì thực hiện trong thời gian dài. Nhiều phong tục tập quán trở thành niềm tin trong cộng đồng và là lối sống đặc trưng của từng cộng đồng [20].

1.1.3. Hệ thống tổ chức TT-GDSK ở Việt Nam và chỉ đạo của Bộ Y tế về công tác TT-GDSK



Hình 1.1. Hệ thống tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe ở Việt Nam

1.1.3.1. Tuyến Trung ương

Ngoài Trung tâm Truyền thông-Giáo dục sức khỏe Bộ Y tế còn có các viện và bệnh viện thực hiện hoạt động chuyên môn nghiệp vụ về TT-GDSK như: Viện Dinh dưỡng, Bệnh viện Bạch Mai,... các Vụ, Cục chuyên ngành như: Vụ truyền thông DS-KHHGĐ, Cục phòng, chống HIV/AIDS, Cục Y tế Dự phòng, Cục Quản lý Môi trường y tế, Cục Quản lý An toàn vệ sinh thực phẩm,...trong đó Trung tâm TT-GDSK Trung ương chịu trách nhiệm trước Bộ Y tế về chuyên môn, nghiệp vụ TT-GDSK trong cả nước [21].

1.1.3.2. Tuyển tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

Ngày 03 tháng 01 năm 1998 Chính phủ ban hành Nghị định số 01/1998/NĐ-CP qui định hệ thống tổ chức Y tế mỗi tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có một Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe. Ngày 26 tháng 6 năm 2017 Bộ Y tế ban hành thông tư số 26/2017/TT-BYT hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trong đó có khoa Truyền thông, giáo dục sức khỏe [22]. Tuyển tỉnh, thành phố còn có các đơn vị trực thuộc Sở y tế như bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, các khoa chuyên môn của trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố cũng tham gia thực hiện các hoạt động TT-GDSK (Khoa Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, Khoa Phòng, chống bệnh không lây nhiễm, Khoa Phòng, chống HIV/AIDS, Khoa Sức khỏe sinh sản...).

1.1.3.3. Tuyển huyện/quận, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh

Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2005 “Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh”. Trong quyết định này Phòng Truyền thông-Giáo dục sức khỏe là phòng chuyên môn của Trung tâm y tế dự phòng chuyên trách về công tác TT-GDSK trong phạm vi huyện. Ngày 25 tháng 10 năm 2016 Bộ Y tế ban hành thông tư số 37/2016/TT-BYT “Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương”, trung tâm không còn Phòng Truyền thông-Giáo dục sức khỏe. Căn cứ vào tính chất, đặc điểm của từng địa phương, Giám đốc Sở Y tế quyết định theo thẩm quyền việc thành lập, chia tách, lồng ghép các Phòng chức năng thuộc Trung tâm Y tế huyện, bảo đảm giúp Giám đốc Trung tâm Y tế huyện quản lý các hoạt động phù hợp với nhu cầu thực tế và theo quy định của pháp luật [23].

1.1.3.4. Tuyển xã/phường, thị trấn

Trạm y tế có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân chính vì vậy công tác TT-GDSK là nhiệm vụ thường xuyên của các cán bộ trạm y tế. Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản là lực lượng quan trọng hỗ trợ trạm y tế thực hiện hiệu quả công tác TT-GDSK. Trưởng trạm y tế chịu trách nhiệm quản lý, điều hành các hoạt động TT-GDSK và hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra mạng lưới y tế thôn bản [24]. Ngày 07 tháng 11 năm 2014, Bộ Y tế ra Quyết định số 4667/2014/QĐ-BYT ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020, bao gồm 10 tiêu chí trong đó có tiêu chí 10 về TT-GDSK [25].

1.1.3.5. Nhân viên y tế thôn/bản

Nhân viên y tế thôn/bản là nhân viên y tế hoạt động tại thôn/bản, có chức năng chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trong thôn, bản. Nhiệm vụ số một của nhân viên y tế thôn bản là tuyên truyền, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng [24].

Sự phát triển số lượng cán bộ làm công tác TT-GDSK các tuyến là rất quan trọng. Với vai trò và chức năng của mỗi tuyến thì việc hỗ trợ và phối hợp từ tuyến trên với tuyến dưới sẽ góp phần vào thực hiện tốt nhiệm vụ TT-GDSK từ tuyến trung ương đến cơ sở.

1.1.3.6. Sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể thực hiện TT-GDSK.

Ngành y tế chủ động phối hợp với các ngành, đoàn thể xã hội làm tốt vai trò nòng cốt trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể làm tăng cường hoạt động TT-GDSK.

Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam phối hợp với Bộ Y tế tăng cường thực hiện các nội dung về tuyên truyền, vận động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân gắn với việc thực hiện phong trào thi đua “Phụ nữ tích cực học tập, lao động sáng tạo, xây dựng gia đình hạnh phúc” và Cuộc vận động “Xây dựng gia đình 5 không 3 sạch” hiệu quả, thiết thực [26].

Hội Chữ thập đỏ Việt Nam là tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuyên truyền phổ biến kiến thức vệ sinh phòng bệnh, vệ sinh môi trường, kiến thức y học thông thường cho hội viên và nhân dân nhằm giúp nâng cao nhận thức bảo vệ sức khỏe cho bản thân và xã hội, trồng cây thuốc nam, xây dựng các trạm, chốt sơ cấp cứu, phát triển phong trào hiến máu nhân đạo, sơ cấp cứu ban đầu, xây dựng nếp sống vệ sinh, môi trường trong sạch [27].

Ngành văn hóa thông tin sử dụng các phương tiện truyền thông để phối hợp với các chương trình dự án y tế thực hiện kế hoạch cụ thể, thường xuyên tuyên truyền giáo dục hướng dẫn cộng đồng về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe, vận động nhân dân hưởng ứng và tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Ngành giáo dục đưa nội dung giáo dục sức khỏe vào chương trình chính khóa của các trường phổ thông. Tổ chức truyền thông, giáo dục sức khỏe cho học sinh và cha mẹ hoặc người giám hộ về các biện pháp phòng chống dịch, bệnh truyền nhiễm; phòng chống ngộ độc thực phẩm; dinh dưỡng hợp lý; hoạt động thể lực; phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu, bia; phòng chống bệnh, tật học đường; chăm sóc răng miệng; phòng chống các bệnh về mắt; tai nạn thương tích và các chiến dịch truyền thông, giáo dục khác liên quan đến công tác y tế trường học do Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo phát động [28].

Các cơ quan thông tin, đại chúng như phát thanh, truyền hình, cả hệ thống công nghệ thông tin cũng đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc chuyển tải các thông tin giáo dục sức khỏe đến với người dân. Các kênh thông tin trên các phương tiện này đã thể hiện rõ sức mạnh tạo dư luận và quảng bá rộng rãi các thông điệp truyền thông đến với người dân rất nhanh và rộng [4],[29].

Cấp ủy, chính quyền địa phương, các tổ chức chính trị xã hội, tổ chức xã hội nghề nghiệp thực hiện lồng ghép các chương trình, mục tiêu, đẩy mạnh các hoạt động TT-GDSK tại cộng đồng. Thủ tướng Chính phủ nhấn mạnh cần đẩy mạnh công tác TT-GDSK thông qua các hoạt động [30]:

- Kiện toàn mạng lưới truyền thông – giáo dục sức khỏe. Tăng cường đào tạo, đào tạo lại, tập huấn nâng cao năng lực hoạt động và kỹ năng truyền thông – giáo dục sức khỏe cho các tuyến.

- Xây dựng chương trình truyền thông phù hợp với nhóm đối tượng đích theo vùng miền, địa phương, phù hợp với các yếu tố về văn hóa, giới, lứa tuổi và dân tộc. Phát triển các mô hình truyền thông hiệu quả tại cộng đồng; mở rộng và đa dạng hóa các hoạt động truyền thông để nâng cao nhận thức của các cấp ủy đảng, chính quyền và người dân với quan điểm “Sức khỏe cho mọi người”, và “Mọi người vì sức khỏe”.

- Tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức cho nhân dân về lối sống, hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, tình dục không an toàn, dinh dưỡng không hợp lý; về sức khỏe học đường, dân số - kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe sinh sản, rèn luyện thể dục - thể thao, giúp người dân có các kiến thức cơ bản về phòng chống bệnh tật, có lối sống lành mạnh, tự rèn luyện để giữ gìn và nâng cao sức khỏe.

1.2. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của trung tâm y tế huyện

1.2.1. Thực trạng về mạng lưới TT-GDSK

Trên Thế giới:

Các nghiên cứu phân tích về thực trạng nguồn lực, tổ chức và hoạt động TT-GDSK cũng như những phân tích về hiệu quả, ưu điểm và nhược điểm của các mô hình thực hiện TT-GDSK ở các nước trên thế giới còn rất ít. Lý do là mỗi nước trên thế giới có cấu trúc tổ chức hệ thống y tế khác nhau,

các báo cáo thường chỉ mang tính chất quốc gia, thậm chí chỉ bó hẹp trong một khu vực nào đó của một nước, vì vậy ít được phổ biến trên thế giới. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe đã tương đối phát triển ở các nước Tây Âu, Canada và Hoa Kỳ nhưng chưa phát triển ở các nước Đông Âu và đặc biệt ở các nước châu Á [31].

Tổ chức hệ thống TT-GDSK ở Ấn Độ được xem là hợp lý khi bao gồm đa dạng các đơn vị kỹ thuật, các cơ quan TT-GDSK được thành lập ở tất cả các tuyến, các cơ quan TT-GDSK nhà nước và các chương trình TT-GDSK của các tổ chức phi chính phủ cùng tồn tại và có các hoạt động phối hợp với nhau. Ở nước này, cơ quan TT-GDSK bao gồm 7 đơn vị kỹ thuật chính là: Đào tạo, truyền thông, biên tập, giáo dục sức khỏe, nghiên cứu và đánh giá, thực địa và mô phỏng, đơn vị giáo dục sức khỏe ở trường học [32].

Một số điểm hạn chế của hệ thống TT-GDSK ở các nước đã được các tác giả đề cập như các chương trình TT-GDSK thường chỉ dựa trên kinh nghiệm và kiến thức chứ chưa dựa trên việc xác định nhu cầu của cộng đồng, chưa có sự tham gia của cộng đồng trong quá trình lập kế hoạch và việc thiết kế các chương trình GDSK chưa dựa trên các mô hình về sự thay đổi hành vi [32].

Các nghiên cứu này đã chỉ ra một số yếu tố cản trở làm cho các chương trình giáo dục sức khỏe tốt nhất chưa đến được với người dân như hạn chế về tài chính, hạn chế về số lượng và chất lượng nhân lực, các hoạt động thường không được lập kế hoạch [31], hoạt động đào tạo cán bộ TT-GDSK mang tính chất cầm tay chỉ việc nhiều hơn là phát triển tư duy và khả năng sáng tạo của cán bộ [33].

Ở Việt Nam:

Các tỉnh, thành phố đã thực hiện Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29/9/2004 của Chính phủ chia y tế tuyến huyện thành 3 đơn vị: Phòng y tế, Bệnh viện huyện và Trung tâm y tế dự phòng huyện. Trung tâm y tế dự phòng

huyện thành lập phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe theo quyết định số 26/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2005 của Bộ Y tế. Những huyện có trung tâm y tế huyện thì duy trì tổ TT-GDSK. Tuy nhiên do mới chia tách nên chưa xây dựng được cơ chế phối hợp hoạt động giữa ba đơn vị về chỉ đạo công tác truyền thông trên địa bàn huyện. Đây là những khó khăn, thử thách lớn đối với việc duy trì và xây dựng mạng lưới truyền thông cấp huyện [34].

Mạng lưới TT-GDSK cơ bản đã được hình thành nhưng nhiều địa phương mạng lưới từ tuyến huyện đến tuyến xã hiện nay vẫn chỉ là kiêm nhiệm nên rất khó khăn trong vấn đề chỉ đạo tuyến về chuyên môn dẫn đến việc thống kê báo cáo các hoạt động TT-GDSK chưa được thường xuyên. Việc triển khai chương trình hành động đã góp phần tạo đà nâng cao năng lực hệ thống truyền thông, kiện toàn công tác tổ chức. Phòng TT-GDSK của trung tâm Y tế dự phòng huyện, thị xã đã đi vào hoạt động, tuy nhiên vẫn còn một số những khó khăn: Tổ TT-GDSK chưa hoàn chỉnh về cơ cấu tổ chức, thiếu cơ sở vật chất để hoạt động. Cán bộ truyền thông tuyến dưới còn kiêm nhiệm nhiều nên thời gian dành cho công tác truyền thông còn hạn chế và năng lực cán bộ yếu, cán bộ truyền thông tuyến xã và y tế thôn bản luôn bị xáo trộn do thay đổi tổ chức y tế tuyến huyện [34],[35].

1.2.2. Thực trạng về nguồn lực thực hiện TT-GDSK tuyến huyện

Về cơ sở vật chất, trang thiết bị:

Ở tuyến huyện: Tổ chức hoạt động TT-GDSK chưa hoàn chỉnh, phòng TT-GDSK lồng ghép với các phòng khác [36],[37], chưa có quy định về trang thiết bị thực hiện công tác TT-GDSK nên trang thiết bị phục vụ công tác truyền thông còn thiếu thốn và nghèo nàn, thiếu các trang thiết bị thiết yếu như projector, máy ảnh, loa truyền thông lưu động [37],[38]. Ở tuyến xã: các trạm y tế đều có góc truyền thông song chưa đạt tiêu chuẩn [39], trang thiết bị

cho công tác truyền thông chưa được chú ý, đa phần dựa vào hệ thống truyền thanh của xã.

Về kinh phí:

Nguồn kinh phí dành cho hoạt động truyền thông tại các tỉnh, thành phố còn quá thấp, chưa đạt được mức 1,5% - 2% tổng chi cho sự nghiệp y tế, không đáp ứng được yêu cầu thực tế, vì vậy mà nhiều trung tâm còn gặp khó khăn [40]. Kinh phí cho hoạt động truyền thông ở tuyến huyện chủ yếu lấy từ các chương trình mục tiêu y tế quốc gia [38]. Hoạt động truyền thông của các chương trình y tế mục tiêu còn chưa thống nhất, chưa phát huy được nguồn lực tổng hợp, tạo gánh nặng cho y tế cơ sở [35].

Về nhân lực:

Nhân lực thực hiện các hoạt động TT-GDSK ở các nước thường đa dạng, gồm cán bộ thuộc các chuyên ngành khác nhau như bác sĩ chuyên khoa, bác sĩ đa khoa, các nhà tâm lý học, y tá, bác sĩ gia đình, các nhà dịch tễ học, các nhà quản lý, v.v... Các cán bộ này tùy theo vị trí của mình mà tham gia vào các hoạt động TT-GDSK ở các mức độ khác nhau, từ việc thực hiện tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân đến việc tổ chức các chương trình truyền thông, thiết kế phương tiện truyền thông và lập kế hoạch chiến lược cho các hoạt động TT-GDSK [31],[32],[41].

Ở Việt Nam nhiều địa phương nhân lực làm TT-GDSK từ tuyến huyện đến tuyến xã vẫn chỉ là kiêm nhiệm nên rất khó khăn trong chỉ đạo tuyến về chuyên môn dẫn đến việc thống kê báo cáo các hoạt động TT-GDSK chưa được thường xuyên. Việc triển khai chương trình hành động đã góp phần tạo đà nâng cao năng lực hệ thống truyền thông, kiện toàn công tác tổ chức. Các tỉnh/thành phố hiện đều có mạng lưới cộng tác viên TT-GDSK. Nhìn chung số cán bộ chuyên trách ít, đa số là cán bộ kiêm nhiệm nên khó hoàn thành chức năng, nhiệm vụ được giao [35],[42].

Phòng/tổ truyền thông tại các Trung tâm Y tế Quận/huyện: 617/755 các phòng/tổ truyền thông được thành lập tại tuyến Quận/huyện, với 1.741 cán bộ, trong đó 575 cán bộ chuyên trách, 1.166 cán bộ kiêm nhiệm [35].

Phòng/tổ truyền thông tại các Bệnh viện Đa khoa tuyến Quận/huyện: 353/605 các phòng/tổ truyền thông được thành lập tại Bệnh viện Đa khoa tuyến Quận/ huyện, với 707 cán bộ, trong đó có 107 chuyên trách, 600 cán bộ kiêm nhiệm [35].

Đối với các tỉnh có cán bộ làm công tác TT-GDSK thì cơ cấu cán bộ chưa đáp ứng được nhu cầu của hoạt động truyền thông, tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học phù hợp chuyên ngành còn thấp. Hầu hết cán bộ tại các tổ truyền thông tuyến huyện làm việc kiêm nhiệm nên hiệu quả hoạt động hạn chế, đặc biệt trong việc phối hợp với các ban ngành, đoàn thể tại địa phương. Đội ngũ cán bộ truyền thông không ổn định, thường xuyên thay đổi. Mặc dù được quan tâm đào tạo nâng cao năng lực, nhưng do biến động, thay đổi về nhân lực nên chất lượng mạng lưới cán bộ truyền thông vẫn còn hạn chế [43],[44].

Cán bộ làm công tác truyền thông được tham gia các khóa đào tạo về lập kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá chưa cao (46,2%), cán bộ được đào tạo về kỹ năng TT-GDSK (61,5%), phát triển tài liệu truyền thông không cao (32,5%), các phương tiện, tài liệu truyền thông còn ít [45]. Hoạt động TT-GDSK ở tuyến y tế cơ sở chưa được quan tâm, cán bộ còn yếu về năng lực và tổ chức hoạt động, thiếu quản lý, giám sát và hiệu quả chưa cao [46].

1.2.3. Thực trạng về hoạt động TT-GDSK tuyến huyện

Truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng:

Phương pháp truyền thông gián tiếp được triển khai rộng khắp thông qua các kênh truyền thông khá phổ biến như phát thanh, truyền hình; đăng tải các thông tin trên báo viết, báo điện tử; tư vấn qua điện thoại, Internet, thư từ; tổ chức các buổi mít tinh; cổ động diễu hành, xe loa tuyên truyền; triển lãm;

sản xuất các bản tin giáo dục sức khỏe tới cộng đồng dân cư phản ánh các hoạt động về công tác tuyên truyền chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, thực hiện Luật BHYT, Đề án 1816...Tuy nhiên, tần suất triển khai các hoạt động TT-GDSK trên các phương tiện thông tin đại chúng còn thấp (≥ 1 lần/tháng chỉ chiếm 66,7%) [37].

Truyền thông trực tiếp tại cộng đồng:

Các phương pháp truyền thông trực tiếp được triển khai với nhiều hình thức như thăm hộ gia đình; thảo luận nhóm; tư vấn sức khỏe, tổ chức các buổi nói chuyện sức khỏe tại cộng đồng và thực hành trình diễn/làm mẫu [43]. Truyền thông lồng ghép qua các buổi sinh hoạt tập thể. Sinh hoạt tập thể là hoạt động được diễn ra thường xuyên. Việc tuyên truyền lồng ghép qua các buổi họp/ sinh hoạt tập thể giúp tiết kiệm được nhiều thời gian, tập trung được nhiều người và có thể phân nhóm đối tượng truyền thông.

Truyền thông trực tiếp và truyền thông qua loa đài là hai phương pháp phổ biến nhất trong đó truyền thông trực tiếp qua cán bộ y tế được người dân tin cậy và đánh giá là có hiệu quả. 86% người dân cho rằng phương pháp TT-GDSK dễ hiểu và có tác dụng nhất, đó là phương pháp truyền thông lồng ghép qua các buổi họp. Tỷ lệ người dân thường xuyên nghe các chương trình TT-GDSK trên hệ thống loa phát thanh khá cao (77%). Điều này cũng thể hiện nhu cầu về thông tin TT-GDSK của người dân là rất lớn và cần có sự đầu tư nhiều hơn về con người, trang thiết bị, nội dung cho hoạt động TT-GDSK trên hệ thống loa phát thanh. Hiệu quả của các chương trình TT-GDSK trên hệ thống loa phát thanh của người dân được thể hiện bằng mức độ thực hiện theo những thông tin đã được nghe trên đài phát thanh. Hầu hết người dân thực hiện tốt theo những gì đã nghe được (81,9%) [40].

Tổng hợp nguồn thông tin mà người dân nhận được cho thấy: rất ít người không nhận được thông tin GDSK từ bất kỳ nguồn nào (0,5%). Khoảng 50% người nhận được thông tin GDSK từ dưới 4 nguồn thông tin, và một tỷ lệ nhỏ (3,4%) người dân nhận được thông tin từ tất cả các nguồn. Khi xét về mức độ phù hợp của nội dung, hình thức và thời gian truyền thông với ngôn ngữ, hình ảnh và phong tục, thời gian thì hầu hết cán bộ y tế (84%) cho rằng các hoạt động TT-GDSK đã thực hiện là phù hợp. Một số ít cho rằng cần phải thay đổi về thời gian, hay nội dung cũng như hình thức cho phù hợp hơn với phong tục và ngôn ngữ tại địa phương [40]. Công tác TT-GDSK đã được triển khai dưới nhiều hình thức, đưa được nhiều thông tin về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe đến với cộng đồng. Các Trung tâm y tế Dự phòng đã chủ động triển khai các hoạt động theo định hướng của Trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia. Hoạt động TT-GDSK đã từng bước đi vào nền nếp ở các tuyến [47]. Tại tuyến xã thực hiện công tác TT-GDSK với nhiều phương pháp như tuyên truyền qua hệ thống truyền thanh, tổ chức góc truyền thông, phân phát tờ rơi, trưng bày tranh ảnh, tư vấn tại trạm y tế và hộ gia đình, tổ chức nói chuyện trực tiếp trong các cuộc họp đoàn thể, thôn xóm. Các hình thức này phong phú, có hiệu quả [40].

Phát triển tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe:

Việc xây dựng, biên soạn, sản xuất các loại tài liệu truyền thông theo các chủ đề tuyên truyền phục vụ cho công tác TT-GDSK là việc làm cần thiết. Một số trung tâm TT-GDSK ngày càng phát huy tính tự chủ học hỏi, sáng tạo trong việc thiết kế và sản xuất tài liệu không những đẹp về hình thức mà còn đảm bảo nội dung ngày càng phong phú, phù hợp với phong tục tập quán, gần gũi với người dân. Tuy nhiên, do hạn chế về kinh phí nên sản xuất tài liệu vẫn

chưa đáp ứng được nhu cầu truyền thông, chỉ 1/2 số địa phương đảm bảo đủ tài liệu truyền thông cho trạm y tế xã. Tài liệu được sử dụng tại góc truyền thông thường là các tài liệu về các chương trình mục tiêu quốc gia (chủ yếu là về phòng chống suy dinh dưỡng, KHHGD, ATVSTP, HIV/AIDS, Lao, Phong, tâm thần...). Hơn 1/3 số tài liệu này do Bộ Y tế, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe của Bộ Y tế, của các viện và cơ quan trực thuộc trung ương biên soạn. Quá nửa số tài liệu này là do các đơn vị tuyến tỉnh và huyện biên soạn. Còn một tỷ lệ nhỏ (10%) là do các dự án về y tế thực hiện biên soạn [35],[38].

Trong nghiên cứu đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại các trạm y tế của 4 tỉnh: Hà Giang, Bắc Giang, Đắk Lắk, Trà Vinh năm 2010 cho kết quả: Công tác TT-GDSK ở tuyến xã đã được các cấp chính quyền, các cấp lãnh đạo của ngành y tế quan tâm và được coi là một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất của trạm y tế. Vì vậy đã có sự chỉ đạo chặt chẽ của các cấp lãnh đạo, sự phối hợp tương đối tốt của các ban ngành, đoàn thể địa phương và được sự hưởng ứng của nhân dân. Các trạm y tế xã đã nhận thức được vai trò quan trọng của TT-GDSK và là tiêu chuẩn thứ nhất trong 10 chuẩn Quốc gia y tế xã. Công tác TT-GDSK đã được thực hiện một cách có kế hoạch, chủ động, sáng tạo, huy động được mọi cán bộ của trạm y tế xã, tất cả các nhân viên y tế thôn bản tích cực tham gia. Nhưng hạn chế của công tác TT-GDSK là nhân lực hầu như kiêm nhiệm, kinh phí, trang thiết bị cho công tác truyền thông rất thiếu, cán bộ làm công tác TT-GDSK chưa được đào tạo bài bản nên năng lực, kinh nghiệm còn nhiều hạn chế. Khả năng tổ chức các hoạt động truyền thông chưa có bài bản nên hiệu quả của công tác truyền thông tuy làm nhiều nhưng chất lượng chưa cao [40].

Mặc dù TT-GDSK đã có nhiều đóng góp vào công cuộc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nhưng trong tình hình hiện nay TT-GDSK cần có những phương thức và cách tiếp cận phù hợp [48]. Do nhu cầu thông tin, kiến thức về các vấn đề có liên quan đến sức khỏe, bệnh tật của người dân ngày càng tăng cao. Những thay đổi về mô hình bệnh tật với sự gia tăng của bệnh không lây, tai nạn thương tích cần có cách tiếp cận phù hợp trong TT-GDSK để giảm thiểu các nguy cơ đối với sức khỏe, thông qua thay đổi hành vi có hại.

Cơ sở y tế đã chú trọng đến công tác giáo dục sức khỏe, với mục đích thông báo đến người dân về vấn đề sức khỏe và dùng các phương pháp tiếp thị xã hội để thuyết phục người dân chấp nhận những cách sống thích hợp [49]. Bên cạnh vai trò tác động trực tiếp trong công tác dự phòng và điều trị, TT-GDSK cũng có vai trò gián tiếp hỗ trợ các cá nhân và hộ gia đình giảm bớt gánh nặng tài chính cho y tế, tránh những lãng phí trong chi tiêu cho y tế thông qua tuyên truyền vận động người dân tham gia mua bảo hiểm y tế (BHYT). Tuy nhiên một số điều tra gần đây cho thấy việc thiếu hiểu biết về BHYT đang là nguyên nhân chính cản trở cho mở rộng diện bao phủ. Lý do người nghèo đi khám lại không sử dụng thẻ BHYT chủ yếu là không biết cách sử dụng thẻ (trên 60% người có thẻ BHYT không dùng thẻ khi khám chữa bệnh) [50],[51]. Để khắc phục tình trạng này, một trong những giải pháp chính được đưa ra là tăng cường truyền thông để người dân hiểu rõ hơn về quyền lợi khi có BHYT.

Như vậy có thể thấy nhiều lĩnh vực trong CSSK hiện nay muốn thực hiện tốt thì cần đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK. Đáp ứng được nhu cầu đó đòi hỏi phải tiến hành những nghiên cứu, nhằm giúp cho các cán bộ trong hệ thống TT-GDSK có đủ các cơ sở khoa học và thực tiễn để thực hiện và quản lý hoạt động TT-GDSK ngày càng hiệu quả, góp phần nâng cao chất lượng trong CSSK cộng đồng.

1.3. Kết quả và khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế huyện.

1.3.1. Kết quả của hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

Nâng cao năng lực cán bộ trạm y tế xã:

Sự ra đời của các phòng TT-GDSK tuyến huyện đã khẳng định một bước tiến quan trọng trong công tác TT-GDSK, nâng cao chất lượng công tác này, đặc biệt là ở tuyến cơ sở, tuyến y tế gần nhất với nhân dân. Việc kiện toàn hoàn chỉnh từ trung ương đến địa phương là cơ sở ngành TT-GDSK có thể chỉ đạo, tổ chức và thực hiện tốt hoạt động TT-GDSK, tạo điều kiện thuận lợi cho việc phát triển hệ thống truyền thông đến tận cơ sở.

Với việc kiện toàn bộ máy trong công tác TT-GDSK, việc đào tạo tập huấn nâng cao trình độ cho các cán bộ y tế đặc biệt ở các tuyến y tế cơ sở sẽ được thực hiện dễ dàng và thuận lợi hơn. Nghiên cứu về thực trạng công tác TT-GDSK ở các TYT xã tỉnh Bắc Ninh năm 2011 cho thấy cán bộ phụ trách công tác truyền thông tại các TYT xã có 56,4% là trung cấp Y/Dược, 34,1% có trình độ cao đẳng/đại học và 7,1% có trình độ trên đại học, các cán bộ này đều đã được tập huấn kỹ năng TTGDSK (96,8%). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK có kiến thức đạt về kỹ năng TT-GDSK rất cao (88,9%). Cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK đã hiểu được vai trò của công tác truyền thông, mục đích của TT-GDSK, hành vi, các loại hình và kỹ năng truyền thông trực tiếp hiệu quả,...[52].

Kết quả công tác đào tạo nâng cao trình độ đội ngũ nhân lực TT-GDSK cũng được thể hiện trên đội ngũ nhân viên y tế thôn bản trong công tác truyền thông. Nghiên cứu tại huyện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh năm 2013 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản có kiến thức đạt về TT-GDSK là 80%, 100% đã thực hiện TT-GDSK tại cộng đồng [53]. Một nghiên cứu đánh giá về các kỹ

năng TT-GDSK của cán bộ y tế cơ sở tại Hà Tĩnh năm 2014 cho thấy 68,3% được đào tạo về kỹ năng TT-GDSK và đa số có nhu cầu được tập huấn về kỹ năng TT-GDSK (98.9%). Nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức của cán bộ y tế sau khi được tập huấn đã tăng lên rõ rệt so với trước đó [54]. Đây là thuận lợi lớn cho công tác truyền thông tại cộng đồng, cũng thể hiện phần nào kết quả khi thực hiện mô hình phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện.

Thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người dân:

Kết quả của hoạt động TT-GDSK thể hiện trên việc thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống bệnh tật:

Bệnh tiêu chảy vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong toàn cầu, đặc biệt là ở trẻ nhỏ ở các quốc gia hạn chế về tài nguyên. Bệnh tiêu chảy và các bệnh nhiễm trùng đường ruột khác vẫn là một thách thức chưa được đáp ứng với sức khỏe trẻ em toàn cầu [55]. Tại Việt Nam giai đoạn 2002- 2011, số ca mắc tiêu chảy là 9.408.345, khu vực mắc cao nhất là vùng Tây Bắc Bộ, Tây Nguyên và đồng bằng Sông Hồng [56].

Kiến thức của người dân về bệnh sốt xuất huyết Dengue thấp [57]. Nhiều nghiên cứu can thiệp cộng đồng bằng TT-GDSK đã được thực hiện, kết quả cho thấy: Tỷ lệ người dân tiếp cận chương trình TT-GDSK về phòng chống sốt xuất huyết cải thiện rõ rệt; kiến thức, thực hành của người dân về phòng bệnh sốt xuất huyết được cải thiện khi so sánh trước và sau can thiệp. Tỷ lệ người dân nhận biết muỗi vẫn là tác nhân truyền bệnh (59%, 75%). Tỷ lệ người dân biết triệu chứng chính của sốt xuất huyết như xuất huyết dưới da (48%, 58%). Người dân thực hiện súc rửa dụng cụ chứa nước (58,5%, 78%). Người dân thực hiện đập nắp dụng cụ chứa nước (49%, 59,5%) [58],[59].

Tỷ lệ nạo phá thai của Việt Nam cao trên thế giới, trong đó có 20% ở độ tuổi vị thành niên (VTN). Một nghiên cứu can thiệp bằng TT-GDSK được

thực hiện tại các trường trung học phổ thông của huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên đã cải thiện kiến thức, thực hành của VTN về sức khỏe sinh sản: VTN biết đúng thời điểm dễ mang thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt: 64,5%, biết ít nhất một biện pháp tránh thai: 96,5%, biết đủ các tác hại của nạo hút thai: 81%, biết sử dụng bao cao su đúng cách: 69,8%. Tỷ lệ VTN biết đúng các biểu hiện tuổi dậy thì ở nữ giới: 29,5%, biết đúng các biểu hiện tuổi dậy thì ở nam giới: 49,5%. Tỷ lệ VTN biết 5 cách phòng ngừa các bệnh lây qua đường tình dục: 7,5%, biết 3 đường lây nhiễm HIV/AIDS: 95% [60].

Các can thiệp đã được thực hiện nhằm trang bị kiến thức, thái độ và thực hành đúng cho phụ nữ về việc tự khám vú, chụp X-quang vú trong xác định sớm ung thư vú và tạo động lực tích cực về sức khỏe cho phụ nữ [61],[62]. TT-GDSK làm thay đổi kiến thức về thành phần bữa ăn của người bệnh đái tháo đường, họ cần ăn nhiều chất xơ hơn. Khẩu phần chất xơ trong bữa ăn của người dân Việt Nam rất thấp (8g/ngày) so với khuyến nghị [63].

Tỷ lệ người dân hai xã An Lão và Đồn Xá, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp rất thấp, kiến thức trung bình của người dân về các yếu tố nguy cơ so với kiến thức mong đợi chỉ đạt 10%, tỷ lệ người dân hiểu tăng huyết áp có thể dự phòng được chiếm 66,8% [64]. Việc điều trị tăng huyết áp không chỉ giới hạn bằng thuốc, can thiệp cung cấp cho người bệnh kiến thức về sinh lý của tăng huyết áp, bổ sung chế độ ăn uống. Thay đổi lối sống là một phần cần thiết trong điều trị tăng huyết áp [65].

Các hoạt động truyền thông về HIV/AIDS được đẩy mạnh, ước tính có 713.343 lượt truyền thông được triển khai trên toàn quốc, hàng trăm bài báo đưa tin về công tác điều trị, xét nghiệm HIV, thực hiện các mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 và hướng tới kết thúc AIDS vào năm 2030, sử dụng bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV. Tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS tham gia bảo hiểm y

tế tăng đáng kể, từ 50% năm 2016 lên khoảng 90% năm 2018. Nhiều tỉnh/thành phố đạt tỷ lệ 100% bệnh nhân đang điều trị ARV có thẻ BHYT như Ninh Thuận, Lai Châu, Cao Bằng, Cà Mau [66]. Nghiên cứu tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh cho thấy: Tỷ lệ phụ nữ có thai (PNCT) được xét nghiệm HIV muộn (sau 28 tuần hoặc trong lúc chuyển dạ) lần lượt là 19,8% và 17,1%. 82% PNCT xét nghiệm HIV sau 28 tuần và 84% PNCT được xét nghiệm trong khi chuyển dạ đã không được nhân viên y tế cung cấp thông tin về xét nghiệm HIV trong lần khám thai đầu tiên. Có 7,7% phụ nữ xét nghiệm HIV trong lúc chuyển dạ đã khám thai lần đầu tại trạm y tế phường, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm khám thai tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh là 35%. Như vậy, cơ sở y tế nơi phụ nữ khám thai lần đầu có vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin và tư vấn về xét nghiệm HIV để họ được xét nghiệm HIV sớm trong thai kỳ [67].

Nghiên cứu của Đặng Hương Giang về hiệu quả can thiệp bằng GDSK tới tình trạng bệnh hen ở trẻ 13- 14 tuổi thấy: giáo dục sức khỏe đã làm giảm triệu chứng ban ngày và triệu chứng ban đêm của trẻ ở quận can thiệp sau 1 năm, có sự khác biệt so với quận đối chứng ($p < 0,05$). Tăng tỉ lệ trẻ đạt kiểm soát hen tốt ở quận can thiệp từ 88,7% lên 94,6% sau 1 năm, mức tăng khác biệt có ý nghĩa so với quận đối chứng ($p < 0,05$). GDSK làm giảm tỉ lệ trẻ phải nghỉ học vì hen ở quận can thiệp từ 11,3% xuống còn 2,3% sau 1 năm ($p < 0,05$). Tỉ lệ trẻ có kiến thức tốt ở quận can thiệp tăng từ 2,3% lên 13,5% sau khi được GDSK, có sự khác biệt so với quận đối chứng ($p < 0,05$) [68]. Tỷ lệ cao người dân (60%) không được kiểm soát tốt bệnh và khó kiểm soát bệnh hen phế quản (HPQ), kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết phải xác định các yếu tố liên quan đến kiểm soát bệnh. Ngành y tế cần tăng cường truyền thông giáo dục về bệnh hen phế quản, giúp người dân truy cập dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cai nghiện thuốc lá có thể đem lại hiệu quả trong quản lý và kiểm soát

bệnh HPQ tốt hơn [69]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy sự khó khăn trong tuân thủ điều trị của người bệnh, cách sử dụng thuốc dự phòng và kỹ thuật sử dụng thuốc hít trong điều trị hen phế quản. TT-GDSK nhằm giảm cơn hen cấp bằng cách cho người bệnh hoặc cha mẹ người bệnh nhận ra và hành động theo những dấu hiệu cảnh báo sớm. Kết quả sau can thiệp cho thấy thời gian nằm viện của người bệnh giảm đi và đồng thời cũng giảm nguy cơ cấp cứu [70].

Ở Việt Nam, cộng đồng đã có những đóng góp quan trọng trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là trong các phong trào vệ sinh phòng bệnh, phòng dịch. Nghiên cứu tại 6 xã thuộc 2 huyện Kim Bôi và Mai Châu tỉnh Hòa Bình năm 2017 cho thấy: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh với dân tộc, nghề nghiệp, tình độ học vấn, xử lý phân của hộ gia đình và kinh tế hộ gia đình. Nhóm đối tượng làm ruộng, có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống, dân tộc Mường, hộ gia đình nghèo hoặc cận nghèo, hộ gia đình có sử dụng phân người có khả năng không có nhà tiêu hợp vệ sinh cao hơn các nhóm khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường truyền thông về nhà tiêu hợp vệ sinh cho các hộ gia đình tại các xã nông thôn miền núi phía Bắc [71]. Để triển khai TT-GDSK hiệu quả cần có sự chỉ đạo của các cấp, sự phối kết hợp liên ngành tại các tuyến tỉnh/thành phố, quận/huyện và xã/phường. Hiện nay chủ trương xã hội hoá công tác y tế là chủ trương lớn của Đảng, Nhà nước và ngành Y tế, đó cũng là giải pháp thích hợp để tiếp tục huy động tiềm năng to lớn của cộng đồng và các tổ chức xã hội tham gia giải quyết các vấn đề sức khỏe, bệnh tật của cộng đồng một cách chủ động, có tổ chức, có kế hoạch và đảm bảo tính bền vững. Hoạt động TT-GDSK chính là hoạt động cần được xã hội

hoá và cũng là hoạt động thể hiện rõ khả năng xã hội hoá trong công tác chăm sóc sức khoẻ cộng đồng [30].

Đánh giá hiệu quả công tác TT-GDSK trong việc thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống tác hại thuốc lá tại trường Đại học Thủ Dầu Một cho thấy: trước can thiệp: 10,2% sinh viên, giáo viên và nhân viên có sử dụng thuốc lá. Sau các hoạt động can thiệp truyền thông, kiến thức về tác hại của hút thuốc lá chủ động có tăng lên (62,9%; 98,1%). Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá thụ động cũng tăng lên (59,6%; 95,9%). Thái độ ứng xử về các biện pháp hạn chế ảnh hưởng tác hại của thuốc lá tăng lên: không hút thuốc trong nhà (81,3%; 85,7%), không hút thuốc nơi đông người (88,9%; 93,0%), không mời người khác hút thuốc trong nhà mình (68,6%; 70,8%), ra ngoài hành lang, sân vườn để hút tăng (59,2%; 67,5%), bảo người khác ngồi xa mình khi mình đang hút thuốc (40,2%; 45,6%). Thái độ không chấp nhận khi nhìn thấy một người đàn ông hút thuốc tăng (81,1%; 84,3%), khi nhìn thấy một người phụ nữ đang hút thuốc tăng (91,6%; 92,0%), khi nhìn thấy vị thành niên hút thuốc tăng (71,8%; 94,9%). Thực hành phòng chống tác hại của thuốc lá của sinh viên, giáo viên và nhân viên có thay đổi tích cực sau các hoạt động truyền thông: việc hút thuốc thường xuyên trong phòng họp và phòng làm việc giảm (1,7%; 0,6%). Việc hít phải khói thuốc lá trong phòng làm việc và phòng họp cũng giảm (4,0%; 1,8%) [72]. Kết quả nghiên cứu cho thấy ngành y tế cần đẩy mạnh các hoạt động TT-GDSK nhằm thay đổi kiến thức và hành vi của người dân về các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe.

Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng TT-GDSK trong quản lý điều trị bệnh động kinh tại cộng đồng, tác giả Trần Văn Tuấn đã thực hiện can thiệp có so sánh với nhóm chứng trên 96 bệnh nhân và người nhà bệnh nhân động kinh tại Thái Nguyên. Kết quả cho thấy: kiến thức về bệnh động kinh mức độ khá

ở nhóm can thiệp tăng là 43,8% (chỉ số hiệu quả 527%, $p < 0,05$). Kiến thức mức độ yếu giảm được 85,4% (chỉ số hiệu quả 97%, $p < 0,05$). Thái độ đạt mức khá ở nhóm can thiệp tăng là 28,1% (chỉ số hiệu quả 64%, $p < 0,05$). Mức độ yếu về thái độ giảm được 26,1% (chỉ số hiệu quả 8%, $p < 0,05$). Thực hành về bệnh động kinh mức độ khá sau can thiệp tăng là 34,4% (chỉ số hiệu quả 110%, $p < 0,05$). Mức độ yếu về thực hành giảm được 51,1% (chỉ số hiệu quả 73%, $p < 0,05$). Như vậy hoạt động can thiệp bằng TT-GDSK cần được duy trì để nâng cao nhận thức của người dân về bệnh tật [73].

1.3.2. Khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe.

Chỉ đạo của Bộ Y tế với công tác truyền thông giáo dục sức khỏe.

Nhận thức rõ vai trò quan trọng của TT-GDSK trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, Bộ Y tế rất quan tâm đến hoàn chỉnh hệ thống tổ chức TT-GDSK từ tuyến trung ương đến tuyến cơ sở và chỉ đạo tăng cường các hoạt động TT-GDSK.

Ngày 23 tháng 1 năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành công văn số 359/BYT-TT-KT về việc hướng dẫn công tác truyền thông y tế năm 2017. Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ thị các cơ quan, tổ chức có liên quan triển khai thực hiện các nhiệm vụ cấp bách như sau [74]:

1. Tăng cường truyền thông vận động nhằm tạo được sự đồng thuận, ủng hộ và tham gia của lãnh đạo Đảng, Nhà nước, chính quyền các cấp, các tổ chức chính trị- xã hội, các Bộ-ngành liên quan trong việc xây dựng, phổ biến và thực thi chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, gắn các mục tiêu, nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân với các mục tiêu, nhiệm vụ phát triển kinh tế xã hội của ngành, của địa phương; ưu tiên đầu tư nguồn lực để ngành y tế thực hiện thắng lợi các mục tiêu, yêu cầu và nhiệm vụ đã đề ra giai đoạn 2016-2020.

2. Đa dạng hóa và đổi mới phương thức thực hiện TT-GDSK giúp người dân nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi có lợi cho SK, hướng tới mỗi người dân và cộng đồng: chủ động phòng, chống bệnh và dịch bệnh, ủng hộ và tham gia phòng trào vệ sinh yêu nước-nâng cao Sk nhân dân; bảo đảm an toàn thực phẩm; ủng hộ và chung tay thực hiện giảm quá tải bệnh viện, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tăng sự hài lòng của người bệnh.
3. Đổi mới phương thức nâng cao chất lượng và hiệu quả TT cung cấp thông tin y tế. Thực hiện tốt quy định về phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí; nâng cao năng lực, kỹ năng cung cấp thông tin của mỗi đơn vị, mỗi cán bộ y tế. Chủ động cung cấp thông tin thường xuyên, kịp thời, chính xác cho dư luận và các cơ quan báo chí nhằm tạo sự đồng thuận, ủng hộ, chia sẻ và tham gia của toàn xã hội và mỗi người dân đối với hoạt động của ngành y tế trong thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân.
4. Đào tạo, tập huấn kỹ năng cung cấp thông tin, truyền thông giáo dục sức khỏe, kỹ năng tư vấn, tiếp xúc người bệnh cho toàn thể đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế, đặc biệt là cán bộ y tế trong các cơ sở khám chữa bệnh, triển khai thực hiện đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế tới sự hài lòng của người bệnh, củng cố và xây dựng y tế cơ sở, đổi mới giáo dục và đào tạo nhân lực y tế, hạn chế rủi ro và sai sót y khoa.
5. Tổ chức phong trào thi đua rèn luyện y đức, chuyên môn, nghiệp vụ, đổi mới phong cách phục vụ người bệnh. Biểu dương kịp thời những cá nhân, tập thể có nhiều thành tích xuất sắc trong công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.
6. Truyền thông kịp thời bằng nhiều hình thức những nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế giai đoạn 2016-2020, giới thiệu những kết quả, thành tựu và tiến bộ y học trong tất cả các lĩnh vực của ngành y tế Việt Nam đến người dân, cộng đồng quốc tế, tiếp tục khẳng định và tạo dựng niềm tin của người dân đối với ngành y tế, góp phần củng cố và nâng cao vị thế, vai trò của y tế Việt Nam trong sự nghiệp bảo vệ, xây dựng và phát triển đất nước.

7. Ủng hộ, thúc đẩy sự tham gia cung cấp thông tin về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân của mọi cá nhân, tổ chức quan tâm và chia sẻ hướng tới mục tiêu cung cấp thông tin đầy đủ, minh bạch, rộng khắp.

Xây dựng và hoàn thiện hệ thống y tế cơ sở trong đó có hệ thống TT-GDSK là việc làm hết sức cần thiết, vì mục tiêu chính của hoạt động truyền thông tại cơ sở nhằm hướng tới nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Tổ chức Phòng TT-GDSK của TTYT huyện, thị, thành phố được hình thành theo Nghị định của Chính phủ số 172/2004/NĐ-CP, là một trong những hoạt động có ảnh hưởng tích cực đến nhiều khía cạnh của công tác TT-GDSK ở cả huyện và xã.

Mạng lưới TT-GDSK đã được kiện toàn từ tỉnh xuống cơ sở. Mạng lưới TT-GDSK tuyến huyện được củng cố, hoạt động ngày càng chất lượng hơn [75]. Các trung tâm y tế huyện của tất cả tỉnh/thành phố đều có phòng/tổ truyền thông làm việc độc lập hoặc kết hợp với các khoa phòng khác. Các TYT xã, phường, thị trấn có truyền thông viên kiêm nhiệm; các khu phố, thôn, ấp có cộng tác viên truyền thông [76].

Cán bộ tham gia công tác TT- GDSK tại tuyến huyện đa số đều là cán bộ kiêm nhiệm, được tập huấn về kỹ năng TT-GDSK [75],[77],[78].

Phương pháp và tài liệu TT-GDSK được phát triển đa dạng. Tại tỉnh Hải Dương năm 2012 đã viết được gần 100 bài viết về phòng, chống bệnh cho các xã điểm và xã đạt chuẩn quốc gia về y tế. Trung tâm tỉnh đã phối hợp với tuyến huyện truyền thông trực tiếp được hơn 124 nghìn buổi/190 nghìn lượt người nghe, đạt 107,5%. Có được số người nghe đông như vậy là do các cán bộ truyền thông đã được tập huấn, đào tạo tốt về kiến thức và kỹ năng truyền thông ở tuyến huyện và tuyến cơ sở [79]. Tại Long An, năm 2014 đã thành lập 15 phòng tư vấn của 15 Trung tâm Y tế huyện, thị xã, thành phố. Cán bộ tư vấn có trình độ đại học và trên đại học chiếm 31,35%; 32,84% cán bộ tư vấn đã được đào tạo kỹ năng tư vấn; 100% đơn vị bố trí cán bộ trực tư vấn đầy đủ [80].

Theo báo cáo tại tỉnh Hà Tĩnh, kết quả 6 tháng đầu năm 2016 các hoạt động truyền thông gián tiếp trên các phương tiện thông tin đại chúng đều tăng đặc biệt là tuyên truyền qua hệ thống truyền thông của các đơn vị như: Website, facebook, loa truyền thanh; qua hệ thống loa truyền thanh của xã, thôn/bản tăng 25%; mít tinh cổ động tăng 26%; các hoạt động truyền thông trực tiếp (truyền thông tại cộng đồng) trong 6 tháng đầu năm 2016, nhìn chung đều tăng nhiều so với cùng kỳ năm trước, đặc biệt là tư vấn sức khỏe tăng 218%, nói chuyện sức khỏe tăng 122% [81].

Tại tỉnh Nghệ An, công tác truyền thông cũng được phối hợp giữa tuyến tỉnh và địa phương, triển khai thực hiện các hoạt động truyền thông trực tiếp tại cộng đồng với các hình thức: thăm hộ gia đình, thảo luận nhóm, tư vấn, nói chuyện sức khỏe, trình diễn làm mẫu. Các buổi nói chuyện truyền thông trực tiếp tại cộng đồng về các bệnh hay gặp tại cộng đồng như ho gà, viêm não Nhật Bản, an toàn thực phẩm, lợi ích của tiêm chủng, các bệnh thường gặp trong mùa hè, tuyên truyền tác hại thuốc lá tại các huyện của tỉnh Nghệ An [82].

Tại các trung tâm Y tế huyện của tỉnh Quảng Nam: 77,8% các tổ truyền thông thực hiện nói chuyện sức khỏe, 66,7% các tổ truyền thông thực hiện tư vấn, 33,3% tổ truyền thông thực hiện thăm hộ gia đình và thảo luận nhóm. 100% y tế thôn bản đều tham gia hoạt động TT-GDSK, số lần truyền thông trung bình của y tế thôn bản là 23,8 lần/năm [44].

Đề tài đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016 cũng cho thấy hoạt động TT-GDSK vẫn được duy trì và trở thành hoạt động thường xuyên tư vấn cho cá nhân/nhóm về các vấn đề sức khỏe được thực hiện nhiều nhất (94,3%), các hoạt động còn lại cũng được thực hiện tốt (trên 70%) [83].

Nhu cầu của người dân về chăm sóc sức khỏe:

Theo nhận định của Bộ Y tế, công tác truyền thông đảm nhận chăm sóc sức khỏe cho hơn 96 triệu dân, địa bàn hoạt động rộng khắp, số lượng cơ sở y

tế nhiều với hơn 400.000 cán bộ y tế nhưng phần lớn cán bộ y tế chưa có kinh nghiệm và kỹ năng xử lý khủng hoảng truyền thông trong khi nguy cơ tai biến y khoa thường trực và khó tránh khỏi [84].

Như vậy, đây là những khó khăn thách thức ảnh hưởng đến công tác truyền thông nói chung cũng như công tác truyền thông tuyến huyện nói riêng. Tuy nhiên, truyền thông đúng cách sẽ giúp huy động sự chủ động tham gia của người dân và toàn xã hội với công tác y tế, khiến người dân hợp tác, tuân thủ, phối hợp cùng ngành y tế. Vì vậy, mặc dù còn nhiều khó khăn thách thức, nhưng công tác truyền thông vẫn nên được đẩy mạnh từ trung ương đến địa phương, góp phần nâng cao nhận thức của người dân, từ đó nâng cao chất lượng cung cấp các dịch vụ y tế trên cả nước.

Cán bộ y tế được đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn:

- Tổ chức đào tạo, tập huấn, hướng dẫn thực hiện công tác truyền thông y tế và phổ biến các quy định kỹ năng phát ngôn, cung cấp thông tin cho báo chí đối với người phát ngôn của đơn vị, lãnh đạo đơn vị, bộ phận và cán bộ được phân công nhiệm vụ thực hiện truyền thông cung cấp thông tin y tế.

- Tập huấn cung cấp kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho các đơn vị, cán bộ trực tiếp thực hiện công tác TT-GDSK. Chú trọng đẩy mạnh và phát huy các hoạt động TT-GDSK đang thực hiện của các chương trình, dự án y tế.

- Tổ chức các hoạt động truyền thông trọng điểm, thường xuyên để tăng cường TT-GDSK cho người dân chủ động thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe.

- Thực hiện các mô hình truyền thông trong lĩnh vực y tế:

- + Truyền thông y tế trong bệnh viện: bộ phận truyền thông – chăm sóc người bệnh, xây dựng góc truyền thông, điểm truyền thông tư vấn cho người bệnh, trang thông tin điện tử, mạng xã hội của bệnh viện để cung cấp thông tin chính xác, kịp thời về chủ trương, chính sách, quy định của nhà nước và ngành y tế, các hoạt động chuyên môn của bệnh viện,...

+ Mô hình truyền thông về y tế dự phòng: cung cấp thông tin về hoạt động chuyên môn và các kiến thức dự phòng bệnh tật.

+ Mô hình truyền thông của chương trình mục tiêu y tế.

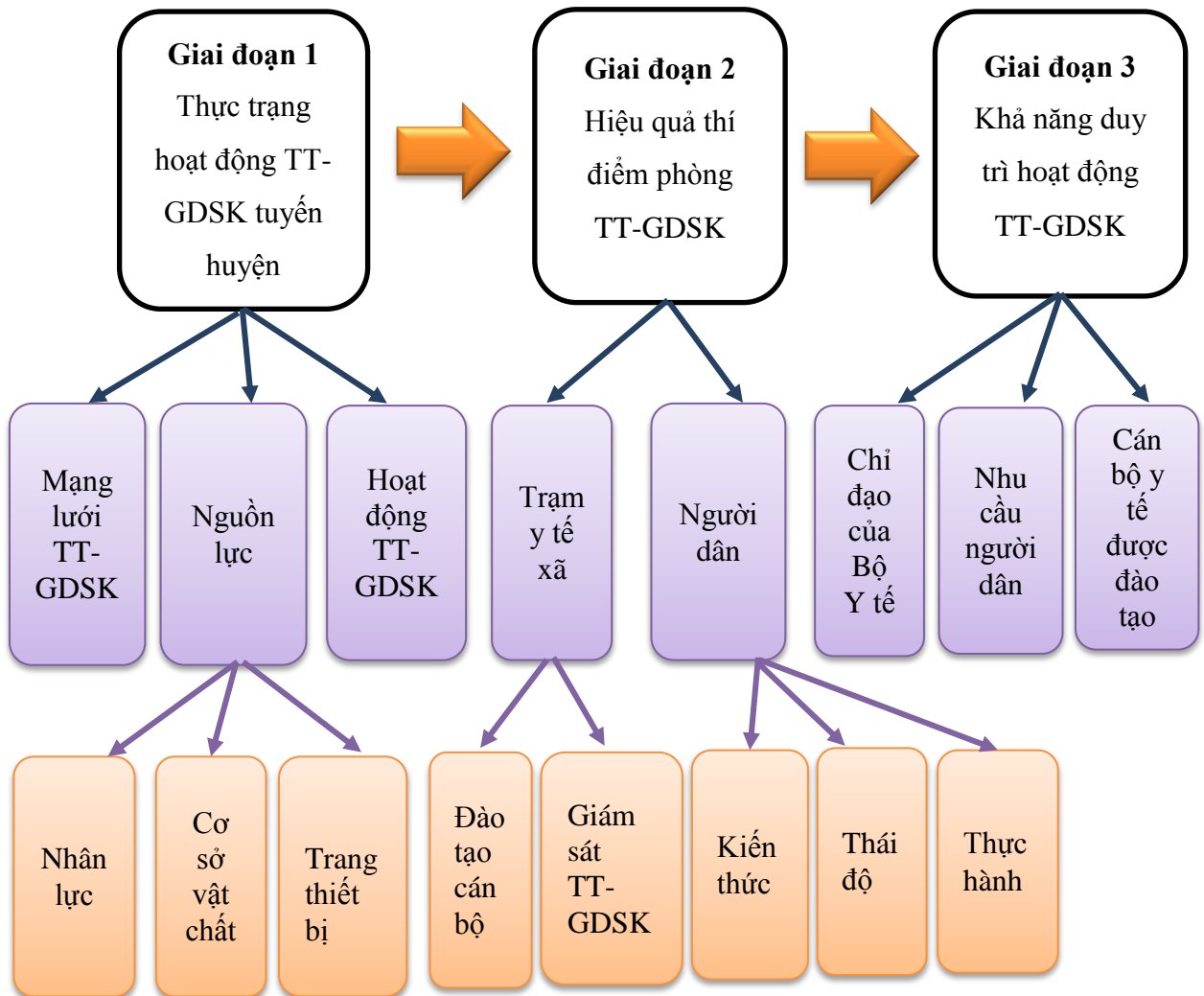
+ Thí điểm truyền thông trên mạng xã hội và ứng dụng trên điện thoại di động phổ biến như Zalo, Facebook. Thí điểm phát triển kênh thông tin phản hồi giữa các cơ quan quản lý, các cơ sở y tế với các cơ quan truyền thông đại chúng nhằm nắm bắt dư luận kịp thời, cung cấp thông tin nhanh, chính xác.

- Phối hợp xây dựng chương trình truyền hình, chương trình phát thanh, chuyên trang, chuyên mục...về công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Khuyến khích sử dụng các phương tiện truyền thông mới trên Internet như mạng xã hội, diễn đàn, các nền tảng chia sẻ hình ảnh và clip, các ứng dụng mobile...để thực hiện truyền thông cung cấp thông tin y tế.

- Xây dựng các sản phẩm TT-GDSK: tài liệu truyền thông, thông điệp phát thanh, truyền hình, bản tin, tờ rơi, pano, bang, đĩa... để cung cấp cho người dân.

- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát các hoạt động TT-GDSK trên các lĩnh vực hoạt động của ngành y tế, nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả cho các hoạt động TT-GDSK [74].

Khung lý thuyết:



1.4. Thông tin về địa bàn nghiên cứu

1.4.1. Thông tin chung

Huyện Bình Lục nằm ở phía đông của tỉnh Hà Nam, giáp với tỉnh Nam Định, cách thành phố Nam Định 15 km theo trục quốc lộ 21A. Bình Lục có diện tích 155 km², dân số của huyện tính đến cuộc tổng điều tra dân số ngày 01/4/2009 là 152.800 người. Huyện Bình Lục gồm 20 xã và 01 thị trấn. Trung bình mỗi xã có 1.918 hộ gia đình, số hộ nghèo tính trung bình là 160 hộ/xã. Ngày 23/7/2013, một phần diện tích và dân số của huyện Bình Lục gồm 1.236,54 ha diện tích tự nhiên và 12.868 người (các xã Đinh Xá, Trịnh Xá) được điều chỉnh về thành phố Phủ Lý, huyện Bình Lục còn lại 1 thị trấn và 18 xã. Nghề nghiệp chính của người dân là nông nghiệp (69,1%), ngoài ra người dân có nghề phụ là thêu, ren, làm bánh tráng... Khoảng cách trung bình từ các xã tới trung tâm huyện là 7,6 km, tới trung tâm của tỉnh là 17,1 km.

Công tác y tế đã được sự quan tâm của cấp uỷ đảng, chính quyền các cấp, sự phối kết hợp có hiệu quả của các ban, ngành trong toàn tỉnh. Tuy vậy công tác chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong những năm vừa qua vẫn tồn tại nhiều vấn đề bất cập cần phải tiếp tục quan tâm giải quyết như: cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ tại các cơ sở y tế đa phần đã xuống cấp, còn thiếu và lạc hậu, nhất là các đơn vị mới thành lập, trạm y tế một số xã khó khăn. Một số địa phương cấp uỷ Đảng, chính quyền chưa thật sự quan tâm chỉ đạo công tác y tế, hiệu quả các hoạt động còn thấp. Nhận thức của người dân về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khoẻ còn hạn chế. Kinh phí đầu tư cho ngành Y tế còn hạn hẹp, nhất là nguồn kinh phí sự nghiệp, việc đầu tư cho cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế còn chưa đáp ứng được nhu cầu. Cơ chế quản lý, chính sách đãi ngộ, đào tạo, thu hút cán bộ y tế có trình độ cao chưa phù hợp, chưa phát huy được hiệu quả. Công tác xã hội hoá y tế chưa đồng đều, hiệu quả còn thấp ở một số lĩnh vực. Năng lực quản lý, điều hành tại một số đơn vị còn hạn chế,

hiệu quả, chất lượng hoạt động chưa cao. Hoạt động TT-GDSK tuy đã có những chuyển biến nhất định, nhưng vẫn chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu thực tế của công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân [85].

1.4.2. Trung tâm y tế huyện Bình Lục

Thành lập vào tháng 11 năm 2005, do điều kiện mới chia tách nên Phòng TT-GDSK ghép với Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện Bình Lục: lồng ghép vào các hoạt động của chương trình/dự án. Các hình thức TT-GDSK: tư vấn trực tiếp, tư vấn qua điện thoại, truyền thông trực tiếp cho cá nhân hoặc nhóm nhỏ, kết hợp truyền thông trong hội nghị các ban ngành đoàn thể, truyền thông gián tiếp qua các phương tiện thông tin đại chúng: viết bài tuyên truyền phát qua đài truyền thanh của các xã; cấp phát tờ rơi, tranh ảnh,...

Hạn chế của công tác TT-GDSK khi chưa thành lập phòng TT-GDSK:

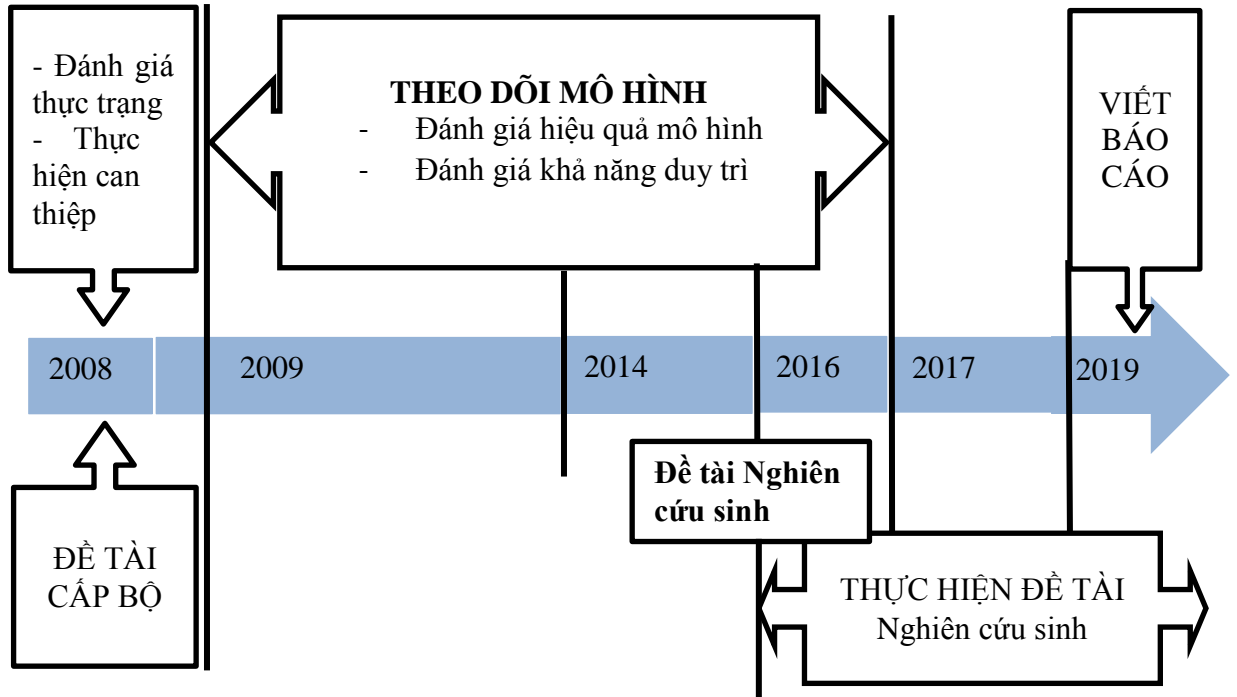
- Hàng năm không xây dựng kế hoạch tổng thể về TT-GDSK chung cho các vấn đề sức khỏe của huyện.
- Không có cán bộ chuyên trách truyền thông, các cán bộ phụ trách chương trình y tế kiêm nhiệm công tác truyền thông vì vậy cán bộ chưa được đào tạo chuyên sâu, chỉ được đào tạo theo các chương trình y tế. Kỹ năng thu thập thông tin, kỹ năng viết bài truyền thông của cán bộ còn hạn chế.
- Trang thiết bị truyền thông tại TTYT: hầu như không có, khi cần dùng phải đi thuê/mượn, chủ yếu sử dụng hệ thống trang thiết bị truyền thông sẵn có ở địa phương.
- Kinh phí truyền thông: rất hạn chế, chủ yếu lấy từ các dự án/chương trình y tế quốc gia, như vậy sẽ thực hiện riêng rẽ theo từng dự án.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2008 đến tháng 11/2017.



Hình 2.1. Sơ đồ theo thời gian nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng hoạt động TT-GDSK tại 55 trung tâm y tế huyện của 6 tỉnh năm 2008.

2.2.1.1. Địa điểm nghiên cứu

- Tỉnh: 6 tỉnh đại diện cho 3 khu vực: đồng bằng (Hà Nam, Tiền Giang), miền núi (Yên Bái, Đắk Lắk) và đô thị (Hải Phòng, Cần Thơ).

- Huyện: 55 TTYT huyện của 6 tỉnh được chọn. Số huyện điều tra theo từng tỉnh như sau: 1) Yên Bái: 9; 2) Đắk Lắk: 14; 3) Hà Nam: 6; 4) Tiền Giang: 9; 5) Hải Phòng: 10; 6) Cần Thơ: 7 huyện.

2.2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm cán bộ lãnh đạo, quản lý:
 - + Cán bộ của trung tâm TT-GDSK Trung ương.
 - + Cán bộ của trung tâm TT-GDSK tỉnh.
 - + Cán bộ lãnh đạo các TTYT huyện.
- Nhóm cung cấp dịch vụ TT-GDSK:
 - + Cán bộ phòng TT-GDSK.
 - + Cán bộ tham gia thực hiện hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện.

2.2.1.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

2.2.1.4. Mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Cán bộ phòng TT-GDSK của TTYT huyện:

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng tỷ lệ của một nghiên cứu mô tả:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó:

$p = 40\%$, tỷ lệ cán bộ có hiểu biết về chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK (kết quả điều tra thử trên 30 cán bộ tại TTYT huyện).

α : Mức ý nghĩa thống kê: 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: Khoảng tin cậy (ứng với giá trị $\alpha = 0,05$): 95%

Giá trị $Z = 1,96$ thu được từ bảng Z

ε được chọn là một tỷ lệ so với tỷ lệ p (ε thường lấy = 0,1-0,4 của p ; trong nghiên cứu này chúng tôi lấy = 0,25)

Thay số vào tính và nhân với hệ số thiết kế = 2 được $n = 184$ người.

Thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tất cả cán bộ của phòng TT-GDSK tại 55 TTYT huyện của 6 tỉnh.

Tổng số cán bộ tham gia nghiên cứu là 227 người, đáp ứng được cỡ mẫu của nghiên cứu.

Nghiên cứu định tính:

+ Tuyển trung ương: thực hiện 01 cuộc thảo luận nhóm gồm 10 cán bộ lãnh đạo của trung tâm TT-GDSK Trung ương.

+ Tuyển tỉnh: Thực hiện nghiên cứu tại 3 tỉnh đại diện cho 3 khu vực: đồng bằng (Hà Nam), miền núi (Đắc Lắc) và đô thị (Cần Thơ).

03 cuộc thảo luận nhóm tại trung tâm TT-GDSK của 3 tỉnh (10 người/tỉnh)

06 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ phòng TT-GDSK huyện và cán bộ tham gia hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện (2 huyện/tỉnh; 8 người/cuộc).

03 cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo Trung tâm TT-GDSK của 3 tỉnh (3 người).

03 cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo TTYT huyện thuộc 3 tỉnh (3 người).

03 cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo phòng TT-GDSK thuộc 3 tỉnh (3 người).

2.2.1.5. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu định lượng

TT	Biến số	Phương pháp	Công cụ
1	Cơ sở vật chất, trang thiết bị	Số liệu sẵn có	1A
2	Phương tiện, trang thiết bị tác nghiệp	Số liệu sẵn có	1A
3	Số lượng/chất lượng nhân lực	Số liệu sẵn có	1A
4	Đào tạo cán bộ về TT-GDSK	Số liệu sẵn có	1A
5	Chất lượng hoạt động TT-GDSK	Phỏng vấn	1B
6	Cán bộ y tế tham gia lập kế hoạch, giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK	Phỏng vấn	1B
7	Thuận lợi/khó khăn trong TT-GDSK	Phỏng vấn	1B

Bảng 2.2. Biên số nghiên cứu định tính

TT	Biên số	Phương pháp	Công cụ
1	Hoạt động TT-GDSK ở tuyến tỉnh như thế nào?	TLN	3B
2	Thuận lợi, khó khăn trong thực hiện chỉ đạo hoạt động TT-GDSK với tuyến huyện?	TLN	3B
3	Thuận lợi, khó khăn trong thực hiện hoạt động TT-GDSK tuyến huyện?	TLN	3B
4	Tổ chức và hoạt động của các Phòng TT-GDSK tuyến huyện (điểm mạnh, điểm yếu)?	TLN PVS	3C 4A, 4B
5	Tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ, đáp ứng yêu cầu chuyên môn của cán bộ thực hiện TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
6	Cơ sở vật chất, trang thiết bị của Phòng TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
7	Tài liệu, ấn phẩm thực hiện TT-GDSK của Phòng TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
8	Công tác quản lý hoạt động TT-GDSK tuyến huyện (lập kế hoạch, theo dõi, giám sát)?	TLN PVS	3C 4A, 4B
9	Đề xuất xây dựng mô hình Phòng TT-GDSK tuyến huyện: Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế phối hợp, nhân lực, hoạt động, quản lý)?	TLN PVS	3C 4A, 4B

2.2.1.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

Nghiên cứu định lượng:

+ Thu thập số liệu sẵn có: Biểu mẫu được gửi trước qua đường bưu điện đến 55 TTYT huyện, khi nhóm nghiên cứu đến từng tỉnh sẽ nhận và kiểm tra thông tin đã được điền vào biểu mẫu (Phụ lục 1A).

+ Bộ câu hỏi tự điền của cán bộ phòng TT-GDSK huyện: Bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi sử dụng cho nghiên cứu. Nghiên cứu viên của trường Đại học Y Hà Nội sẽ hướng dẫn cán bộ trong quá trình điền phiếu, kiểm tra để đảm bảo phiếu đã được điền đầy đủ thông tin (Phụ lục 2A).

Nghiên cứu định tính:

+ Phát triển hướng dẫn thảo luận nhóm (Phụ lục 3B, 3C) và phỏng vấn sâu (Phụ lục 4A, 4B).

+ Cán bộ của nhóm nghiên cứu trực tiếp điều hành thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu được tập huấn kỹ và thống nhất cách thực hiện. Thư ký ghi chép đầy đủ và chính xác thông tin, phân tích sơ bộ ngay sau thảo luận để tránh bỏ sót thông tin.

2.2.2. Mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả mô hình thí điểm Phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2009.

2.2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

- **Tỉnh can thiệp:** Hà Nam là tỉnh được lựa chọn triển khai nghiên cứu can thiệp vì đây là một tỉnh có các điều kiện kinh tế, chính trị, xã hội, hoạt động y tế không có khác biệt lớn so với các tỉnh khác. Đồng thời, được sự đồng ý phối hợp triển khai các hoạt động can thiệp của Sở Y tế tỉnh Hà Nam và trung tâm TT-GDSK tỉnh.

- **Huyện can thiệp:** chọn huyện Bình Lục làm địa bàn thực hiện nghiên cứu can thiệp với các tiêu chí sau:

- + Là một trong những huyện đồng bằng đã nghiên cứu ở giai đoạn 1.
- + Đặc điểm về dân số, kinh tế, văn hoá-xã hội và y tế tương đối giống với các huyện đồng bằng khác.
- + Chưa có phòng TT-GDSK tại TTYT huyện.
- + Lãnh đạo Sở Y tế; Trung tâm TT-GDSK tỉnh, lãnh đạo chính quyền huyện và TTYTDP huyện đồng ý và sẵn sàng phối hợp nghiên cứu.

+ Địa bàn huyện không quá xa Hà Nội, đảm bảo tính khả thi cho các hoạt động giám sát và hỗ trợ nghiên cứu của các nghiên cứu viên.

- **Xã:** chọn 1 xã triển khai can thiệp và 1 xã đối chứng.

Xã thực hiện can thiệp: xã An Mỹ

Xã đối chứng: xã Đồng Du. Xã Đồng Du là xã có các đặc điểm kinh tế, văn hóa, xã hội và y tế tương tự như xã An Mỹ.

2.2.2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm cán bộ lãnh đạo:

- + Cán bộ lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Hà Nam.
- + Cán bộ lãnh đạo Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam.
- + Cán bộ lãnh đạo TTYT huyện.

- Nhóm cán bộ cung cấp dịch vụ TT-GDSK:

- + Cán bộ phòng TT-GDSK của TTYT huyện Bình Lục.
- + Cán bộ tham gia hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện Bình Lục.

- Nhóm thụ hưởng dịch vụ TT-GDSK:

- + Trưởng trạm y tế xã của huyện Bình Lục.
- + Người dân.

2.2.2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau có nhóm chứng.

Để đánh giá ảnh hưởng của can thiệp đến hoạt động TT-GDSK của huyện và các TYT xã chúng tôi tiến hành đánh giá so sánh các thay đổi trước và sau một năm can thiệp.

2.2.2.4. Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: người dân của 2 xã An Mỹ (can thiệp) và Đồng Du (chứng).

$$n = Z_{(\alpha,\beta)}^2 \frac{p_1(1-p_1) + (p_2(1-p_2))}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

p_1 : Tỷ lệ người dân có kiến thức về phòng bệnh bệnh tiêu chảy trước can thiệp, $p_1 = 64,8\%$ [86].

p_2 : Tỷ lệ người dân có kiến thức về phòng bệnh tiêu chảy sau can thiệp, $p_2 = 79,3\%$ [86].

α, β : Mức ý nghĩa thống kê, Lấy $\alpha = 0,05, \beta = 0,5; Z_{(\alpha,\beta)}^2 = 3,8$

Tính được $n=269$. Tổng số người cần điều tra = 269 người/xã x 2 xã = 538 người. Thực tế điều tra được 600 người/2 xã.

Mỗi hộ gia đình sẽ tiến hành phỏng vấn chủ hộ hoặc người đại diện cho hộ gia đình có khả năng cung cấp được đủ thông tin theo yêu cầu.

Khi khảo sát tại TTYT huyện Bình Lục, bệnh tiêu chảy là bệnh gặp phổ biến tại địa phương vì vậy chúng tôi chọn là nội dung can thiệp TT-GDSK.

Chọn mẫu:

1. Hộ gia đình: chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.
 - Lập danh sách hộ gia đình của 2 xã. Xác định khoảng cách mẫu k ở mỗi xã: $k = \text{Tổng số hộ gia đình tại 1 xã} / 269$. Trong danh sách hộ gia đình của mỗi xã chọn ngẫu nhiên hộ gia đình đầu tiên. Lấy số thứ tự của hộ gia đình đầu tiên + khoảng cách k sẽ được hộ gia đình thứ 2. Làm tương tự như vậy cho đến khi chọn đủ 269 hộ gia đình cho một xã.

Xã	Tổng số hộ gia đình	Số hộ gia đình cần điều tra	k
An Mỹ	947	269	3,5
Đồng Du	1.234	269	4,6

Xã Anh Mỹ: khoảng cách mẫu $k = 3,5$. Như vậy cứ cách 4 hộ gia đình sẽ chọn được hộ gia đình tiếp theo cần điều tra.

Xã Đồng Du: khoảng cách mẫu $k = 4,6$. Như vậy cứ cách 5 hộ gia đình sẽ chọn được hộ gia đình tiếp theo cần điều tra.

- Để đánh giá ảnh hưởng của mô hình can thiệp đến thay đổi kiến thức, thực hành của dân về một số vấn đề sức khỏe, bệnh tật chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả vào hai thời điểm trước và sau can thiệp một năm để so sánh trước sau. Những người được chọn để phỏng vấn trước và sau can thiệp là giống nhau. Những trường hợp không thể gặp để phỏng vấn sau can thiệp bởi lý do khách quan, chúng tôi chọn người đại diện của hộ gia đình liền kề để thay thế.
2. Nhóm cán bộ lãnh đạo:
 - Cán bộ trung tâm TT-GDSK Trung ương: 05 cán bộ
 - Cán bộ lãnh đạo Sở Y tế Hà Nam: 01 cán bộ
 - Cán bộ lãnh đạo của Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam: 06 cán bộ
 - Cán bộ lãnh đạo TTYT huyện Bình Lục: tất cả 03 cán bộ
 3. Nhóm cán bộ cung cấp dịch vụ TT-GDSK: 07 cán bộ.
 - Cán bộ phòng TT-GDSK huyện: 04 cán bộ
 - Các cán bộ tham gia hoạt động TT-GDSK: 03 cán bộ
 4. Nhóm thụ hưởng dịch vụ: Trưởng trạm y tế xã: tất cả 21 cán bộ

2.2.2.5. Nội dung nghiên cứu

- Xây dựng mô hình Phòng TT-GDSK:

Mô hình Phòng TT-GDSK được xây dựng với định hướng các hoạt động can thiệp dựa trên kết quả điều tra thực trạng và ý kiến hội thảo chuyên gia, được áp dụng tại huyện thí điểm với sự tham gia trực tiếp của các nghiên cứu viên, cán bộ phòng TT-GDSK huyện và TTYTDP huyện, trung tâm TT-GDSK tỉnh.

Quá trình thực hiện can thiệp, các nghiên cứu viên đóng vai trò tổ chức triển khai, giám sát và hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình triển khai can thiệp. Các cán bộ phòng TT-GDSK huyện tham gia trực tiếp vào các hoạt động can thiệp. Ban lãnh đạo TTYT huyện tham gia chỉ đạo sát các hoạt động của phòng TT-GDSK huyện nhằm phát huy tối đa các nguồn lực và lòng ghép hoạt động

TT-GDSK ở tuyến huyện.

Xây dựng mô hình Phòng TT-GDSK bao gồm các nội dung hoạt động định hướng chính như sau:

- Can thiệp về tổ chức:
 - + Đề nghị ra quyết định thành lập phòng TT-GDSK và nhân sự của phòng.
 - + Xây dựng và thống nhất chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK và phân công nhiệm vụ cho các cán bộ.
- Can thiệp về trang thiết bị, phương tiện, tài liệu TT-GDSK.
 - + Trang thiết bị, phương tiện TT-GDSK: Xác định nhu cầu và mua sắm các trang thiết bị thiết yếu cho Phòng TT-GDSK và xã An Mỹ (xã can thiệp).
 - + Tài liệu TT-GDSK: Hướng dẫn cán bộ y tế xây dựng tài liệu cần thiết cho hoạt động TT-GDSK.
 - + Khai thác và sử dụng các trang thiết bị TT-GDSK sẵn có của các cơ sở y tế trong huyện và của cộng đồng.
- Can thiệp về đào tạo
 - + Xác định nhu cầu đào tạo kiến thức, kỹ năng và quản lý hoạt động TT-GDSK.
 - + Soạn thảo tài liệu cần thiết cho đào tạo cán bộ.
 - + Thực hiện đào tạo cho cán bộ Phòng TT-GDSK và cán bộ liên quan của TTYT huyện và cán bộ y tế các TYT xã trong huyện.
 - + Đào tạo liên tục thông qua các hoạt động giám sát hỗ trợ, giao ban hàng tháng với trưởng trạm y tế xã về hoạt động TT-GDSK.
- Can thiệp về hoạt động và quản lý hoạt động TT-GDSK
 - + Xác định nội dung TT-GDSK ưu tiên thực hiện tại cộng đồng phù hợp với thời gian hàng tháng.
 - + Lập kế hoạch các hoạt động TT-GDSK hàng tháng.
 - + Thực hiện các hoạt động theo dõi, giám sát, báo cáo hoạt động TT-

GDSK tại các xã trong huyện.

+ Cán bộ của phòng TT-GDSK và nhóm nghiên cứu giám sát hỗ trợ thực hiện hoạt động TT-GDSK tại xã An Mỹ (xã can thiệp): Lập kế hoạch, tổ chức thực hiện các buổi TT-GDSK trực tiếp (nói chuyện GDSK, thảo luận nhóm và tư vấn lồng ghép khi người dân đến sử dụng dịch vụ tại TYT xã) và gián tiếp (đài phát thanh xã, tờ rơi) và báo cáo kết quả.

+ Thực hiện lồng ghép giao ban hàng tháng của TTYT huyện về TT-GDSK với các trưởng TYT xã để đánh giá kết quả thực hiện trong tháng, chia sẻ kinh nghiệm và triển khai kế hoạch hoạt động trong tháng tới.

+ Điều chỉnh các hoạt động can thiệp khi cần thiết cho phù hợp với thực tế qua theo dõi, giám sát.

- Đánh giá mô hình can thiệp:

- Theo dõi và ghi chép toàn bộ quá trình can thiệp, phát hiện những khó khăn, thuận lợi, các ưu nhược điểm của mô hình can thiệp.

- Một nghiên cứu ngang được thực hiện khi bắt đầu can thiệp và sau một năm triển khai mô hình can thiệp tại huyện Bình Lục.

Các tiêu chí được sử dụng để đánh giá mô hình can thiệp là:

+ Các chỉ số hoạt động, quản lý, nội dung TT-GDSK ưu tiên tại cộng đồng được chọn can thiệp.

+ Kết quả và tác động của mô hình can thiệp: Chỉ số hoạt động TT-GDSK thay đổi trước và sau can thiệp được so sánh để đánh giá kết quả mô hình can thiệp qua các thông tin thu thập được từ Phòng TT-GDSK của TTYT huyện, TYT xã và điều tra tại hộ gia đình.

+ Đánh giá mức độ kỹ năng TT-GDSK của trạm trưởng TYT xã: chia làm 4 mức độ dựa trên bảng kiểm thực hành TT-GDSK gồm 20 tiêu chí (Phụ lục 6):
Mức tốt: đạt >15 tiêu chí; mức khá: đạt từ 13-15 tiêu chí; mức trung bình: đạt từ 10-12 tiêu chí và chưa đạt: ≤ 9 tiêu chí.

+ Đánh giá hiệu quả can thiệp (HQCT): Chỉ số hiệu quả (CSHQ) được tính:

$$\text{CSHQ} = \frac{P_T - P_S}{P_T} \times 100 (\%)$$

Trong đó: P_T = tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm trước can thiệp.

P_S = tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm sau can thiệp.

CSHQ có thể tính bằng % hoặc bằng số tuyệt đối $P_T - P_S$

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ}_{(\text{Can thiệp})} - \text{CSHQ}_{(\text{chứng})}$$

2.2.2.6. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.3. Biến số nghiên cứu định lượng trên người dân

TT	Biến số	Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
1	Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy	BCH phỏng vấn	Phụ lục 5
2	Kiến thức của người dân về các biện pháp phòng bệnh tiêu chảy	BCH phỏng vấn	Phụ lục 5
3	Thực hành của người dân về phòng bệnh tiêu chảy	BCH phỏng vấn	Phụ lục 5
4	Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	BCH phỏng vấn	Phụ lục 5
5	Thực hành của người dân về phòng chống ngộ độc thực phẩm	BCH phỏng vấn	Phụ lục 5

Bảng 2.4. Biên số nghiên cứu định lượng trên cán bộ y tế xã

TT	Biên số	Phương pháp	Công cụ
1	Cán bộ y tế xã được đào tạo về TT-GDSK	BCH tự điền	2B
2	Cán bộ y tế xã thực hiện TT-GDSK	BCH tự điền	2B
3	Mức độ kỹ năng TT-GDSK của trưởng trạm y tế xã	BCH tự điền	2B
4	Kết quả thực hiện hoạt động TT-GDSK gián tiếp	BCH tự điền	2B
5	Kết quả thực hiện hoạt động TT-GDSK trực tiếp	BCH tự điền	2B
6	Hoạt động TT-GDSK liên quan đến y tế thôn	BCH tự điền	2B
7	Theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động TT-GDSK của TYT xã/ năm	BCH tự điền	2B
8	Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK của các TYT xã	BCH tự điền	2B

Bảng 2.5. Biên số nghiên cứu định tính

TT	Biên số	Phương pháp	Công cụ thu thập
1	Hoạt động TT-GDSK ở tuyến tỉnh như thế nào?	TLN	3A, 3B
2	Hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện thế nào?	TLN	3A, 3C
3	Thuận lợi, khó khăn trong chỉ đạo hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện?	TLN	3B
4	Thuận lợi, khó khăn trong thực hiện hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện?	TLN	3A, 3B
5	Đề xuất về mô hình Phòng TT-GDSK tuyến huyện (Tổ chức, nhân lực, hoạt động, ...)?	TLN	3A
6	Tổ chức và hoạt động của các Phòng TT-GDSK tuyến huyện (điểm mạnh, điểm yếu)?	TLN PVS	3C 4A, 4B
7	Tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ, khả năng đáp ứng yêu cầu chuyên môn của cán bộ thực hiện TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
8	Cơ sở vật chất, trang thiết bị của Phòng TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
9	Tài liệu, ấn phẩm thực hiện TT-GDSK của Phòng TT-GDSK tuyến huyện?	TLN PVS	3C 4A, 4B
10	Công tác quản lý hoạt động TT-GDSK tuyến huyện (lập kế hoạch, giám sát...)?	TLN PVS	3C 4A, 4B
11	Đề xuất xây dựng mô hình Phòng TT-GDSK tuyến huyện: Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế phối hợp, nhân lực, hoạt động, quản lý)?	TLN PVS	3C 4A, 4B

2.2.2.7. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

- Cán bộ Trung tâm TT-GDSK Trung ương: Thảo luận nhóm (Phụ lục 3A).
- Cán bộ lãnh đạo Sở Y tế Hà Nam: Phỏng vấn sâu (Phụ lục 4A).
- Cán bộ Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam: Thảo luận nhóm (Phụ lục 3B), phỏng vấn sâu (Phụ lục 4A).
- Cán bộ TTYT huyện Bình Lục: Thảo luận nhóm (Phụ lục 3C), phỏng vấn sâu (Phụ lục 4B).
- Trưởng trạm y tế xã: Bộ câu hỏi tự điền (Phụ lục 2B).
- Hộ gia đình: Phỏng vấn chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (Phụ lục 5).

2.2.3. Mục tiêu 3: Đánh giá khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 - 2017.

2.2.3.1. Địa điểm nghiên cứu: huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

2.2.3.2. Đối tượng nghiên cứu

- Cán bộ lãnh đạo TTYT huyện.
- Trưởng phòng và cán bộ phòng TT-GDSK
- Trạm trưởng TYT xã
- Chủ hộ gia đình của 2 xã An Mỹ (xã can thiệp) và Đồng Du (xã chứng)

2.2.3.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

2.2.3.4. Mẫu nghiên cứu

Định lượng:

- Trưởng trạm y tế xã: chọn tất cả 19 cán bộ.
- Người dân: 600 người (Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu hộ gia đình giống như ở mục tiêu 2).

Định tính:

- 01 cuộc thảo luận nhóm với 6 cán bộ TTYT huyện Bình Lục: 01 đại diện lãnh đạo trung tâm, 02 cán bộ phòng TT-GDSK, 03 cán bộ của các khoa/phòng tại TTYT huyện có tham gia hoạt động TT-GDSK.

- 01 cuộc thảo luận nhóm tất cả các trạm trưởng TYT xã: 19 cán bộ
- 04 cuộc phỏng vấn sâu: 01 lãnh đạo TTYT huyện, 01 trưởng phòng TT-GDSK và 02 trạm trưởng TYT xã.

2.2.3.5. Biến số nghiên cứu:

- Biến số nghiên cứu trên trưởng trạm y tế xã: giống mục tiêu 2.
- Biến số nghiên cứu trên người dân: giống mục tiêu 2.

Bảng 2.6. Biến số nghiên cứu tại TTYT huyện Bình Lục

TT	Biến số	Phương pháp	Công cụ thu thập
1	TTYT huyện tổ chức đào tạo cho cán bộ TYT xã	BCH tự điền	1B
2	TTYT huyện thực hiện theo dõi, giám sát hoạt động TT-GDSK tại xã	BCH tự điền	1B
3	Các chương trình TT-GDSK được triển khai	BCH tự điền	1B
4	Nhận xét về hoạt động TT-GDSK tại huyện	BCH tự điền	1B

Bảng 2.7. Biến số nghiên cứu tại trạm y tế xã huyện Bình Lục

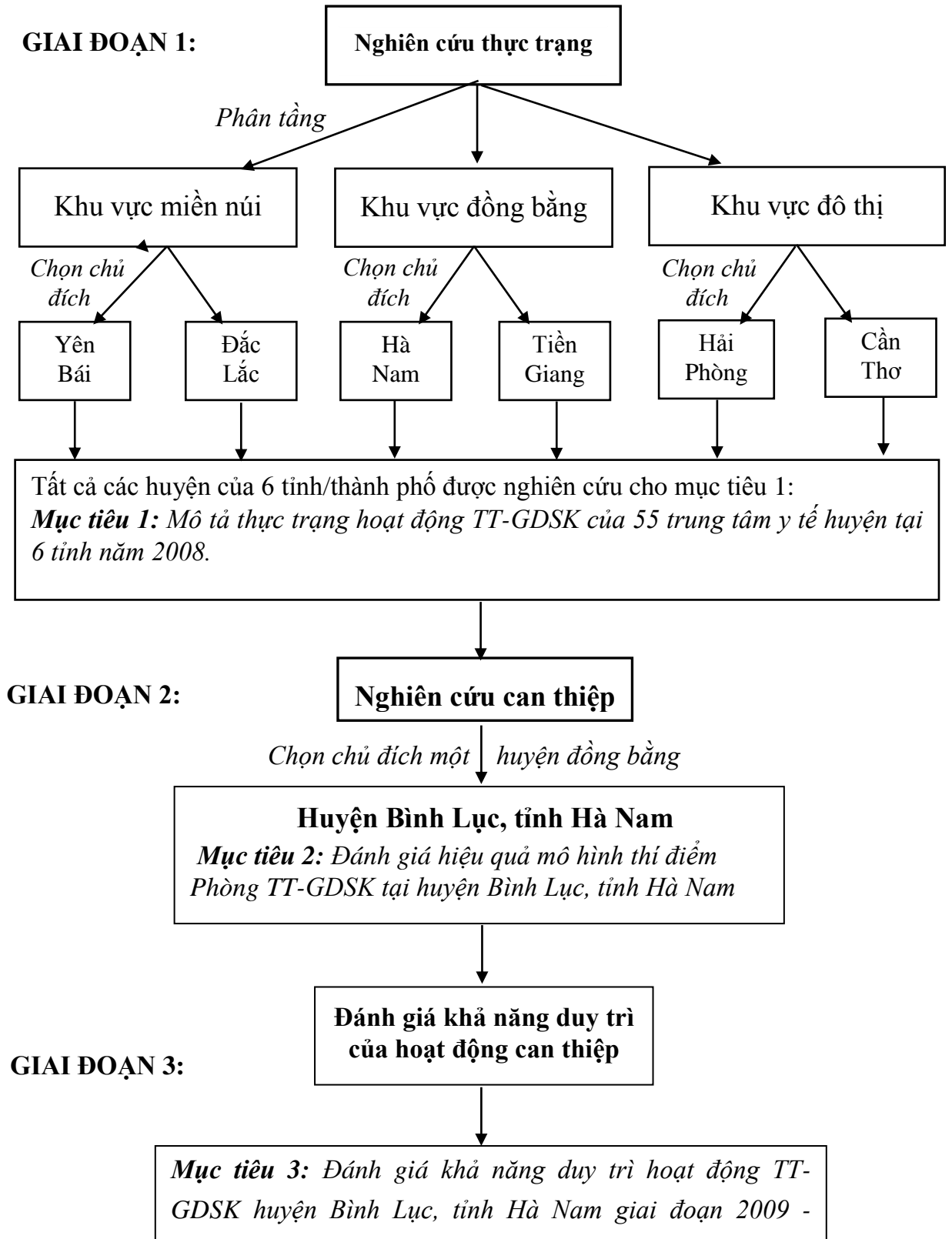
TT	Biến số	Phương pháp	Công cụ thu thập
1	Cán bộ y tế xã được đào tạo, thực hiện TT-GDSK	BCH tự điền	1C
2	Cơ sở vật chất thực hiện TT-GDSK: góc truyền thông, phương tiện, tài liệu	BCH tự điền	1C
3	Hoạt động truyền thông gián tiếp: số lượt, số chủ đề, tổng số bài truyền thông	BCH tự điền	1C
4	Hoạt động truyền thông trực tiếp: nói chuyện, thảo luận nhóm, tư vấn cá nhân.	BCH tự điền	1C
5	Quản lý hoạt động TT-GDSK: lập kế hoạch, theo dõi/giám sát, đánh giá	BCH tự điền	1C

Bảng 2.8. Biên số nghiên cứu định tính tại huyện Bình Lục

TT	Biên số	Phương pháp	Công cụ thu thập
1	Các hoạt động Phòng TT-GDSK thực hiện: lập kế hoạch, đào tạo cán bộ, triển khai hoạt động TT-GDSK, giám sát, giao ban tháng.	TLN PVS	3D 4B1
2	Thực hiện chức năng nhiệm vụ của Phòng TT-GDSK so với quy định	TLN PVS	3D 4B1
3	Thuận lợi/khó khăn trong thực hiện hoạt động TT-GDSK	TLN PVS	3D 4B1
4	Khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK	TLN PVS	3D 4B1
5	Hoạt động TT-GDSK triển khai tại xã: hoạt động, đáp ứng nhu cầu người dân, khó khăn, thuận lợi.	TLN PVS	3E 4C
6	Chỉ đạo hoạt động, theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện	TLN PVS	3E 4C
7	TYT xã theo dõi, giám sát, đánh giá y tế thôn thực hiện TT-GDSK	TLN PVS	3E 4C
8	Các biện pháp tăng cường hoạt động TT-GDSK tại xã.	TLN PVS	3E 4C

2.2.3.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

- Số liệu sẵn có tại TTYT huyện Bình Lục: Biểu mẫu (Phụ lục 1B).
- Số liệu sẵn có tại trạm y tế xã huyện Bình Lục: Biểu mẫu (Phụ lục 1C).
- Hộ gia đình: Phỏng vấn chủ hộ bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (Phụ lục 5).
- Cán bộ TTYT huyện Bình Lục: Thảo luận nhóm (Phụ lục 3D), phỏng vấn sâu (Phụ lục 4B1).
- Trưởng trạm y tế xã: Thảo luận nhóm (Phụ lục 3E), phỏng vấn sâu (Phụ lục 4C).



2.3. Tổ chức nghiên cứu và lực lượng tham gia

- Thu thập số liệu nghiên cứu được thực hiện theo từng giai đoạn.
- Số liệu được thu thập bởi các điều tra viên là giảng viên của trường Đại học Y Hà Nội. Điều tra viên được tập huấn, điều tra thử và chỉnh sửa bộ công cụ trước khi thực hiện nghiên cứu.
- Quá trình thu thập số liệu được giám sát bởi giảng viên của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

2.4. Quản lý và sử dụng số liệu

- Số liệu do nhóm cán bộ nghiên cứu quản lý và phân tích, được giám sát bởi nghiên cứu sinh và giảng viên hướng dẫn thuộc trường Đại học Y Hà Nội.
- Số liệu nghiên cứu được sử dụng trong viết và công bố các bài báo khoa học chuyên ngành Y tế Công cộng trên các tạp chí: Nghiên cứu y học, Y học Dự phòng và Y học Việt Nam.
- Báo cáo được gửi về địa phương triển khai nghiên cứu.

2.5. Phân tích số liệu

2.5.1. Số liệu định lượng

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata. Phân tích số liệu bằng phần mềm Excel, STATA 8.0 để tính toán tần suất, tỷ lệ %, số trung bình. Sử dụng các test thống kê thích hợp: Willcoxon test, X^2 /Fisher exact test để so sánh các tỷ lệ, số trung bình.

2.5.2. Số liệu định tính

Thông tin thu được từ các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được ghi chép đầy đủ. Thông tin được nghiên cứu viên đọc và mã hóa theo từng nội dung nghiên cứu. Kết quả được tập hợp và nhận định theo từng mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

2.6. Sai số và cách khống chế sai số

Sai số:

- Thu thập thông tin từ cán bộ phòng TT-GDSK bằng bộ câu hỏi tự điền vì vậy có thể cán bộ không điền đủ thông tin hoặc không hiểu chính xác nghĩa của câu hỏi.

- Các biểu mẫu thu thập thông tin sẵn có được gửi cho cán bộ của phòng TT-GDSK điền phiếu. Sai số có thể gặp phải là thiếu thông tin và thông tin không chính xác

Cách khống chế sai số:

- Nghiên cứu viên được tập huấn thống nhất về sử dụng công cụ thu thập thông tin và cán bộ điền phiếu dưới sự hướng dẫn trực tiếp của nghiên cứu viên.

- Khi thu thập phiếu nghiên cứu viên kiểm tra phiếu ngay tại chỗ để đảm bảo thông tin được thu thập đầy đủ và đúng với mục tiêu của nghiên cứu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trường Đại học Y Hà Nội ngày 06 tháng 01 năm 2017. Thông tin thu thập được chỉ nhằm góp phần xây dựng phòng TT-GDSK của TTYT huyện mà không sử dụng vào mục đích khác.

- Nghiên cứu được sự cho phép của chính quyền và các đơn vị y tế địa phương.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 trung tâm y tế huyện tại 6 tỉnh năm 2008.

3.1.1. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng TT-GDSK.

Bảng 3.1. Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị trong phòng làm việc của các phòng TT-GDSK (n = 55).

TT	Cơ sở vật chất, trang thiết bị	Số huyện	Tỷ lệ %
1	Số huyện có phòng làm việc độc lập cho phòng TT-GDSK	20	36,4
2	Số phòng TT-GDSK có bộ bàn ghế làm việc	42	76,4
3	Số phòng TT-GDSK có tủ sách chuyên môn	24	43,6
4	Số phòng TT-GDSK có tủ trưng bày các ấn phẩm truyền thông	10	18,2
5	Số phòng TT-GDSK có bảng ghi lịch công tác	30	54,5
6	Máy tính	16	29,1

Nhận xét: Nhìn chung trang thiết bị thông thường để phục vụ cho các hoạt động hành chính hàng ngày của các phòng TT-GDSK còn rất nghèo nàn, không có huyện nào có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị phòng làm việc để thực hiện hoạt động. Khoảng 1/3 số huyện có phòng TT-GDSK riêng. Số phòng TT-GDSK có tủ sách chuyên môn chỉ có 43,6%; có tủ trưng bày các ấn phẩm truyền thông rất thấp, chỉ có 18,2%. Bộ bàn ghế cho cán bộ làm việc cũng còn 1/4 số huyện chưa có, chỉ có 29,1% phòng TT-GDSK có máy tính.

Bảng 3.2. Thực trạng phương tiện, trang thiết bị tác nghiệp của các phòng TT-GDSK (n= 55)

TT	Phương tiện, trang thiết bị tác nghiệp	Số huyện	Tỷ lệ %
1	Máy ảnh	16	29,1
2	Máy cassette loại có chức năng thu, phát	16	29,1
3	Bộ truyền thông hỗn hợp gồm: Ampli, Loa, Micro, Máy radio cassette lớn	21	38,2
4	Đèn chiếu	14	25,5
5	Ampli dùng ắc quy + 01 loa + 01 micro (dùng để truyền thông lưu động bằng xe ô tô)	13	23,6
6	Ti vi màu 15 inch trở lên	14	25,5
7	Đầu đĩa hoặc đầu băng	14	25,5
8	Loa tay dùng pin (truyền thông tại cơ sở)	13	23,6
9	Máy phát điện công suất nhỏ	7	12,7

Nhận xét: Gần 40% phòng TT-GDSK có bộ truyền thông hỗn hợp, còn các phương tiện, trang thiết bị khác chỉ khoảng $\frac{1}{4}$ số phòng TT-GDSK có. Trên 70% số phòng TT-GDSK được khảo sát thiếu các trang thiết bị, phương tiện cần thiết cho hoạt động chuyên môn TT-GDSK. Tất cả các phòng TT-GDSK đều không có máy quay Camera, máy ghi âm, projector để thực hiện TT-GDSK.

3.1.2. Thực trạng về nhân lực của các phòng TT-GDSK tuyến huyện

Bảng 3.3. Tình hình nhân lực của phòng TT-GDSK tuyến huyện (n=55)

Nhân lực của phòng TT-GDSK tuyến huyện	Số huyện	Tỷ lệ %
Biên chế		
Số huyện có biên chế chính thức cho phòng TT-GDSK	36	65,5
Số cán bộ biên chế chính thức của phòng TT-GDSK:		
Trong đó: Có 1-2 cán bộ	29	52,7
Có 3 cán bộ	7	12,8
Trình độ chuyên môn		
Trung cấp/sơ cấp	34	61,8
Đại học	17	30,9
Sau đại học	4	7,3

Nhận xét:

- Biên chế cán bộ: Chỉ có 65,5% TTYT huyện có biên chế chính thức cho phòng TT-GDSK, trong đó hầu hết các phòng TT-GDSK chỉ có từ 1-2 cán bộ. Số phòng TT-GDSK có 3 cán bộ (đủ theo quy định) chiếm tỷ lệ rất thấp (12,8%).

- Trình độ chuyên môn của cán bộ: Đa số các phòng TT-GDSK có cán bộ với trình độ trung cấp/sơ cấp (61,8%). Phòng TT-GDSK có cán bộ trình độ đại học chiếm tỷ lệ rất thấp (30,9%), chỉ có 4/55 huyện có cán bộ với trình độ sau đại học (7,3%).

Bảng 3.4. Trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và đào tạo trong lĩnh vực TT-GDSK của cán bộ (n=227)

Nội dung	Đô thị (n=74)		Đ. Bằng (n=56)		Miền núi (n=97)		Chung (n=227)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
<i>Trình độ chuyên môn:</i>								
Trung cấp, sơ cấp	36	48,6	22	39,3	62	63,9	120	52,9
Đại học	22	29,7	24	42,9	25	25,8	71	31,3
Sau đại học	11	14,9	6	10,7	3	3,1	20	8,8
Khác	5	6,8	4	7,1	7	7,2	16	7,0
<i>Thâm niên công tác:</i>								
≤ 2 năm	65	87,8	48	85,7	95	97,9	208	91,6
> 2 năm	9	12,2	8	14,3	2	2,1	19	8,4
Được đào tạo/tập huấn trong 5 năm gần đây	28	37,8	24	42,9	41	42,3	93	41,0

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy hơn nửa số cán bộ được phỏng vấn có trình độ trung cấp, sơ cấp (52,9%). Số cán bộ đại học và sau đại học chiếm tỷ lệ cao nhất là ở hai tỉnh đồng bằng, thấp nhất ở hai tỉnh miền núi. Hầu hết cán bộ được phỏng vấn có thâm niên trong lĩnh vực TT-GDSK còn ít ≤ 2 năm (> 90%), đặc biệt ở miền núi (97,9%) và tính chung chỉ có 41% số cán bộ này được đào tạo/tập huấn về TT-GDSK trong 5 năm gần đây.

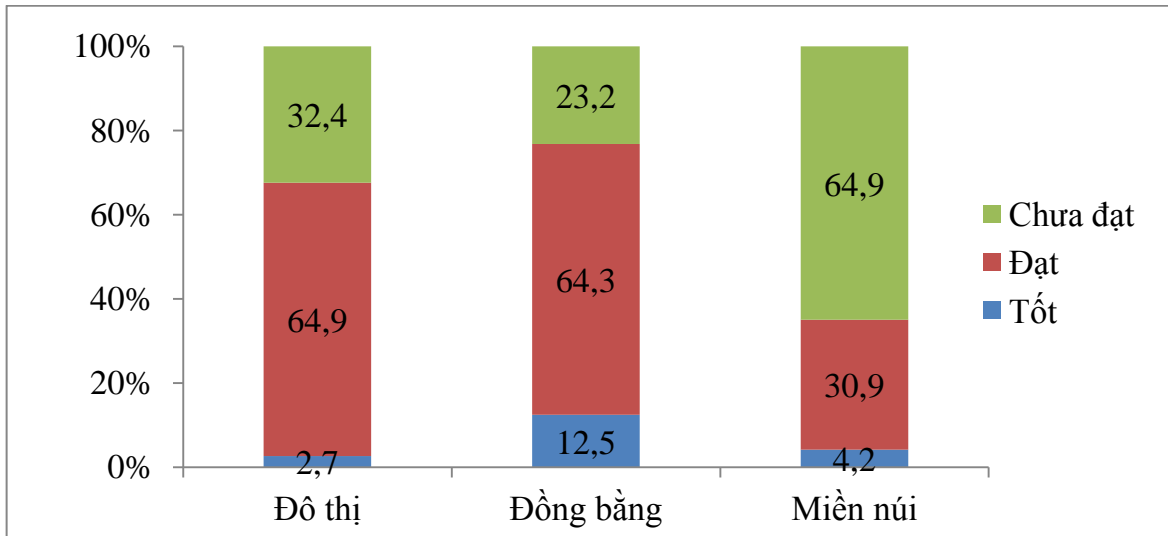
3.1.3. Thực trạng về hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện

Bảng 3.5. Thực hiện hoạt động của cán bộ phòng TT-GDSK (n=227)

Hoạt động TT-GDSK	Đô thị (n=74) SL (%)	Đồng bằng (n=56) SL (%)	Miền núi (n=97) SL (%)	Chung (n=227) SL (%)
Nói chuyện với cộng đồng về các vấn đề sức khỏe/bệnh tật	47 (63,5)	55 (98,2)	68 (70,1)	170 (74,9)
Thảo luận với các nhóm cộng đồng về vấn đề sức khỏe/bệnh tật	48 (64,9)	49 (87,5)	58 (59,8)	155 (68,3)
Tư vấn cho cá nhân/nhóm về các vấn đề sức khỏe/bệnh tật	56 (75,7)	51 (91,1)	64 (66,0)	177 (75,3)
Viết bài cho đài phát thanh	40 (54,1)	55 (98,2)	72 (74,0)	167 (73,6)
Làm panô, áp phích, tờ rơi, tờ bướm	30 (40,5)	40 (71,4)	54 (55,7)	124 (54,6)
Tham gia thực hiện nội dung TT-GDSK của các chương trình/dự án	57 (77,0)	49 (87,5)	77 (79,4)	183 (80,6)
Phối hợp với các ban ngành đoàn thể khác thực hiện TT-GDSK	53 (71,6)	54 (96,4)	78 (80,4)	185 (81,5)

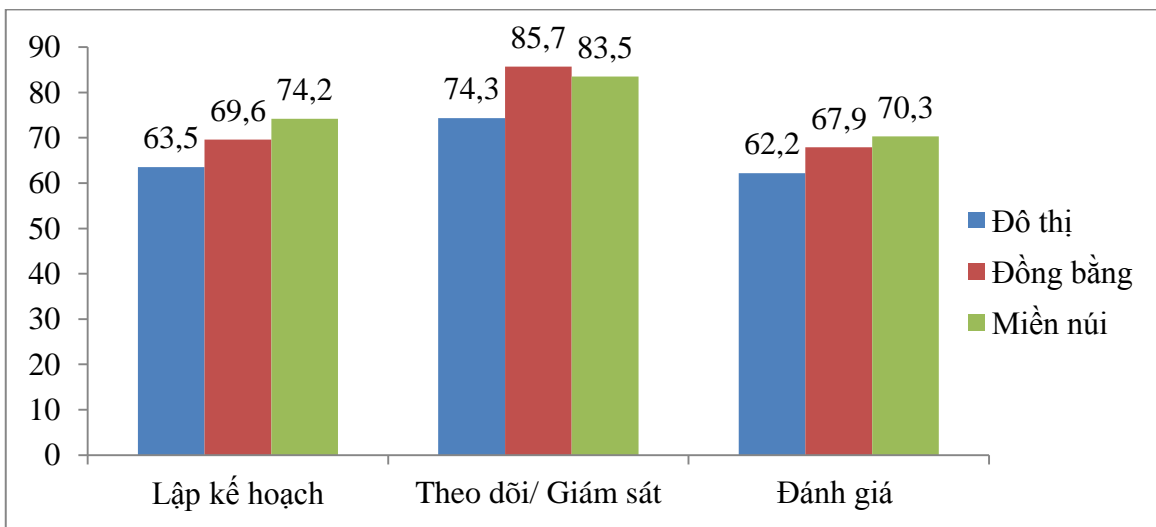
Nhận xét: Phần lớn cán bộ có tham gia vào các hoạt động TT-GDSK (> 60%).

Tỷ lệ cán bộ thực hiện các hoạt động TT-GDSK ở hai tỉnh đồng bằng cao nhất (tất cả các hoạt động đều được trên 70% cán bộ thực hiện); thấp nhất là ở hai thành phố. Hầu hết cán bộ y tế đã phối hợp với các ban ngành đoàn thể khác thực hiện TT-GDSK, tỷ lệ này thấp nhất ở hai thành phố (71,6%).



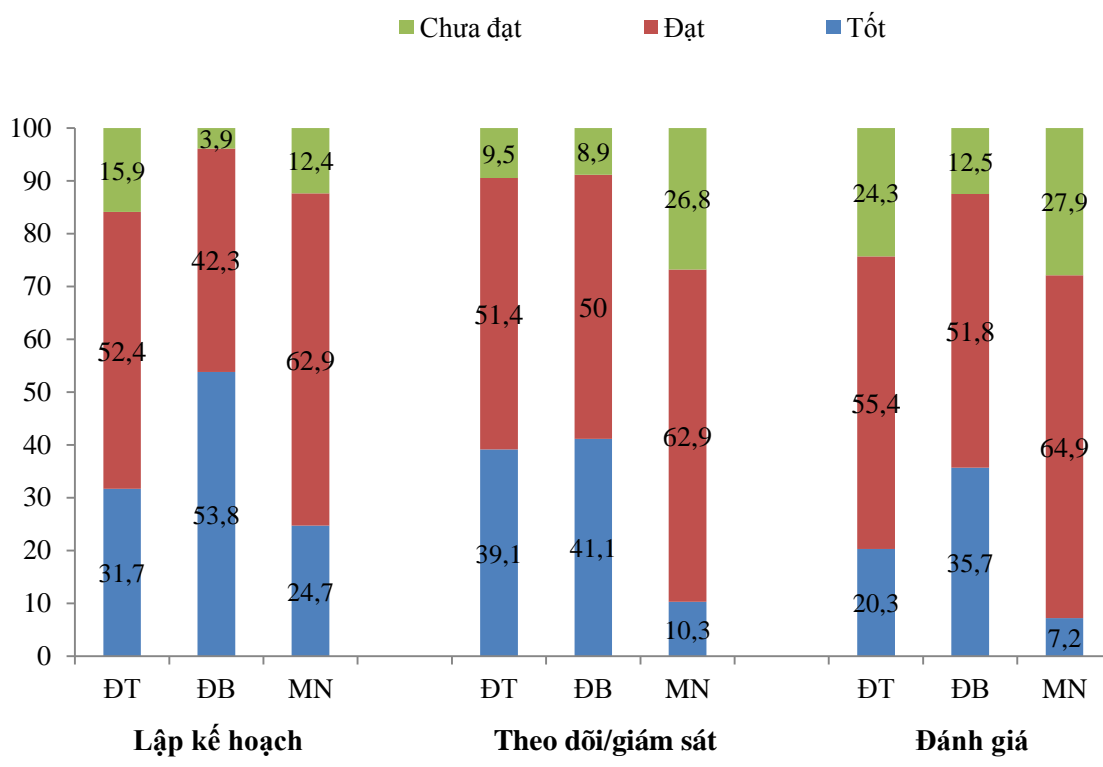
Biểu đồ 3.1. Chất lượng hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện (n=227)

Nhận xét: Ở cả ba khu vực, tỷ lệ cán bộ nhận xét chất lượng hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện ở mức tốt chiếm tỷ lệ rất thấp (2,7-12,5%), thấp nhất là khu vực thành phố; tỷ lệ cán bộ nhận xét là chưa đạt chiếm tỷ lệ khá cao và tập trung chủ yếu ở khu vực miền núi.



Biểu đồ 3.2. Cán bộ y tế tham gia lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK (n=227)

Nhận xét: Ở cả ba khu vực, cán bộ y tế tham gia lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK đều chiếm tỷ lệ cao (> 60%); trong đó cao nhất là hoạt động theo dõi/giám sát (74,5-83,6%). Tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện các hoạt động này ở các tỉnh đồng bằng và miền núi cao hơn ở thành phố.



Biểu đồ 3.3. Chất lượng công tác lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK (n=227)

Nhận xét: Ở cả ba khu vực, tỷ lệ cán bộ nhận xét chất lượng công tác lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá các hoạt động TT-GDSK ở mức đạt là cao nhất (đều >50%, trừ hoạt động lập kế hoạch ở khu vực đồng bằng thấp hơn). Tỷ lệ cán bộ miền núi nhận xét chất lượng chưa đạt cao nhất (12,4%; 26,8% và 29,7%) và nhận xét chất lượng tốt thấp nhất (24,7%; 10,3% và 7,2%).

3.1.4. Những thuận lợi, khó khăn trong thực hiện TT-GDSK ở tuyến huyện

3.1.4.1. Những thuận lợi trong thực hiện TT-GDSK ở tuyến huyện

Bảng 3.6. Thuận lợi trong thực hiện hoạt động TT-GDSK (n=227)

Thuận lợi	Đô thị (n=74)		Đ. Bằng (n=56)		Miền núi (n=97)		Chung (n=227)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Thuận lợi chung:								
Được sự quan tâm của lãnh đạo các cấp	33	44,6	23	41,1	34	35,1	90	39,6
Được sự quan tâm của các ban ngành, đoàn thể	29	39,2	16	28,6	35	36,1	80	35,2
Có đội ngũ cộng tác viên	29	39,2	23	41,1	25	25,8	77	33,9
Đã thành lập phòng TT-GDSK	4	5,4	8	14,3	19	19,6	31	13,7
Có sự hỗ trợ của các CT/DA	4	5,4	6	10,7	5	5,2	15	6,6
Thuận lợi của cá nhân:								
Phối hợp với các ban ngành	21	28,4	16	28,6	33	34,0	70	30,8
Đồng nghiệp nhiệt tình, có trách nhiệm	21	28,4	13	23,2	18	18,6	52	22,9
Chỉ đạo của cấp trên	11	14,9	17	30,4	21	21,6	49	21,6
Có kiến thức TT-GDSK	2	2,7	4	7,1	9	9,3	15	6,6
Có kỹ năng TT-GDSK	10	13,5	12	21,4	14	14,4	36	15,9
Có trình độ chuyên môn	10	13,5	6	10,7	8	8,2	24	10,6

Nhận xét:

- Thuận lợi chung trong TT-GDSK được đề cập nhiều nhất là được sự quan tâm của lãnh đạo các cấp (39,6%); sự quan tâm của các ban ngành đoàn thể (35,2%) và thiết lập được đội ngũ cộng tác viên (33,9%); đã thành lập phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện (13,7%).

- Thuận lợi của cá nhân: có sự phối hợp với các ban ngành (30,8%); đồng nghiệp nhiệt tình, có trách nhiệm (22,9%); có sự chỉ đạo của cấp trên (21,6%). Những thuận lợi như cán bộ có kiến thức, kỹ năng TT-GDSK, có trình độ chuyên môn chỉ có < 20% số người được phỏng vấn đề cập đến.

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy hoạt động TT-GDSK tại tuyến cơ sở đã nhận được sự quan tâm của lãnh đạo các cấp.

Hộp 1 – Thuận lợi chung trong hoạt động TT – GDSK tại tuyến cơ sở

“Hoạt động TT-GDSK được coi là nhiệm vụ hàng đầu trong mười nội dung CSSKBD nên được quan tâm, điều này được thể hiện trong các văn bản của ngành y tế và các cơ sở y tế” (TLN cán bộ Trung tâm TT-GDSK Trung Ương).

“Tổ chức chuyên môn thực hiện và quản lý hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện đã được hình thành và mang tính pháp lý, có hướng dẫn cụ thể về biên chế, tổ chức của phòng TT-GDSK” (PVS lãnh đạo Trung tâm TT-GDSK tỉnh).

“Dự án ADB, Ngân hàng Thế giới, UNICEF,... đã hỗ trợ cho chúng tôi rất nhiều trong việc đào tạo kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ hay hỗ trợ về tài liệu TT-GDSK” (PVS lãnh đạo phòng TT-GDSK).

“Phòng TT-GDSK được sự chỉ đạo, hướng dẫn trực tiếp về chuyên môn của trung tâm TT-GDSK tỉnh và do trung tâm TT-GDSK tỉnh kiểm tra, đánh giá, chấm điểm thi đua hàng năm” (PVS lãnh đạo phòng TT-GDSK).

“Ban giám đốc TTYT huyện chỉ đạo công tác kế hoạch cho hoạt động TT-GDSK, các huyện thường lồng ghép và phối hợp hoạt động TT-GDSK vào các hoạt động khác của TTYT huyện” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).

“Trong hoạt động TT-GDSK từ trước tới nay đã có sự phối hợp của chính quyền, các ban ngành đoàn thể như: Phòng văn hóa thông tin; Đài phát thanh; Hội chữ thập đỏ; Đoàn thanh niên...” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).

Để hoạt động TT-GDSK được thực hiện tốt tại tuyến y tế cơ sở luôn cần có sự chỉ đạo về mọi mặt của cấp trên và lãnh đạo TTYT huyện.

Hộp 2 – Thuận lợi cá nhân trong hoạt động TT – GDSK tại tuyến cơ sở
<p>“Phòng TT-GDSK được sự chỉ đạo, hướng dẫn trực tiếp về chuyên môn của trung tâm TT-GDSK tỉnh và do trung tâm TT-GDSK tỉnh kiểm tra, đánh giá, chấm điểm thi đua hàng năm” (PVS lãnh đạo phòng TT-GDSK).</p> <p>“Ban giám đốc TTYT huyện chỉ đạo công tác kế hoạch cho hoạt động TT-GDSK, các huyện thường lồng ghép và phối hợp hoạt động TT-GDSK vào các hoạt động khác của TTYT huyện” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).</p> <p>“Trong hoạt động TT-GDSK từ trước tới nay đã có sự phối hợp của chính quyền, các ban ngành đoàn thể như: Phòng văn hóa thông tin; Đài phát thanh; Hội chữ thập đỏ; Đoàn thanh niên...” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).</p>

3.1.4.2. Những khó khăn trong thực hiện TT-GDSK ở tuyến huyện

Bảng 3.7. Khó khăn trong thực hiện hoạt động TT-GDSK (n=227)

Khó khan	Đô thị (n=74)		Đồng bằng (n=56)		Miền núi (n=97)		Chung (n=227)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Khó khăn chung:								
Thiếu nhân lực	58	78,4	38	67,9	65	67,0	161	70,9
Thiếu phương tiện, TTB	41	55,4	29	51,8	40	41,2	110	48,5
Thiếu tài liệu/ấn phẩm	47	63,5	33	58,9	45	46,4	125	55,1
Thiếu cơ sở vật chất	26	35,1	20	35,7	21	21,6	67	29,5
Thiếu kinh phí	19	25,7	13	23,2	29	29,9	11	4,8
Yếu về tổ chức, quản lý	4	5,4	2	3,6	2	2,1	6	2,6
Khó khăn từ phía cá nhân:								
Thiếu điều kiện làm việc	72	97,3	48	85,7	75	77,3	195	85,9
Thiếu KT, KN về TT-GDSK	65	87,8	48	85,7	91	93,8	204	89,9
Trình độ dân trí thấp	28	37,8	10	17,9	53	54,6	91	40,1
Phải kiêm nhiệm nhiều việc	13	17,6	19	33,9	14	14,4	46	20,3
Địa bàn đi lại khó khan	6	8,1	9	16,1	23	23,7	38	16,7

Nhận xét:

- Khó khăn chung phổ biến nhất của các huyện trong hoạt động TT-GDSK là thiếu nhân lực (70,9%), trong đó tình trạng thiếu ở đô thị là cao nhất (78,4%); thiếu trang thiết bị, phương tiện (48,5%); thiếu tài liệu/ấn phẩm (55,1%).

- Khó khăn từ phía cá nhân: hầu hết cán bộ được phỏng vấn nêu khó khăn là thiếu điều kiện làm việc (85,9%), trong đó cao nhất là các huyện của hai thành phố (97,3%); thiếu kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK (89,9%); riêng ở các huyện của hai tỉnh miền núi, khó khăn do trình độ dân trí thấp cũng chiếm tỷ lệ cao (54,6%).

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhân lực thực hiện hoạt động TT-GDSK luôn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng, chưa đáp ứng được yêu cầu của công việc.

Hộp 3 – Thực trạng nhân lực phòng TT-GDSK
--

<p><i>“...Nhiều huyện chỉ có một cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK”</i> (PVS lãnh đạo trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam).</p>

<p><i>“...Có cán bộ chưa sắp xếp được vào vị trí nào thì tạm thời đưa vào làm công tác TT-GDSK”</i> (PVS lãnh đạo TTYT huyện).</p>
--

<p><i>“Trình độ cán bộ phụ trách công tác TT-GDSK chưa cao, nhiều huyện không có cán bộ có trình độ đại học nên bố trí cán bộ trung cấp phụ trách phòng TT-GDSK”</i> (PVS lãnh đạo trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam).</p>
--

<p><i>“Công tác TT-GDSK còn rất mới mẻ với một số cán bộ được phân công nhiệm vụ tại các phòng TT-GDSK”</i> (TLN Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam).</p>
--

Nguồn lực đầu tư cho hoạt động TT-GDSK còn rất hạn chế: Điều kiện cơ sở vật chất khó khăn, nhiều nơi chưa có phòng làm việc riêng phải ghép với khoa/phòng khác; trang thiết bị không đầy đủ; kinh phí cho hoạt động TT-GDSK hầu như không có, các hoạt động TT-GDSK được thực hiện dựa vào kinh phí chương trình mục tiêu quốc gia phân cho tỉnh, huyện và xã.

Hộp 4 – Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị, kinh phí cho hoạt động TT-GDSK

“Điều kiện cơ sở vật chất còn hạn chế, phân tán, địa điểm tạm bợ, nhiều phòng TT-GDSK chưa có chỗ làm việc độc lập phải làm nhờ, không có góc truyền thông hoặc góc truyền thông không đạt yêu cầu” (TLN cán bộ trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam).

“Nhiều phòng TT-GDSK chưa có các trang thiết bị thiết yếu để thực hiện nhiệm vụ chuyên môn như máy chiếu, máy tính, máy ảnh, máy quay phim, loa đài, tăng âm..” (TLN cán bộ trung tâm TT-GDSK tỉnh).

“Tài liệu/án phẩm cho TT-GDSK chủ yếu là do tuyển trên cấp, chưa tự sản xuất được. Tài liệu do nhiều nguồn khác nhau cung cấp nên không đồng bộ và địa phương không chủ động được” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).

“Các chương trình mục tiêu có kinh phí lại sử dụng riêng theo hướng dẫn của từng chương trình. Phòng TT-GDSK không được phân bổ nguồn kinh phí riêng cho hoạt động này nên rất khó khăn khi triển khai thực hiện hoạt động” (PVS trưởng phòng TT-GDSK).

Công tác quản lý như lập kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá, thống kê báo cáo và chỉ đạo của tuyển trên đối với phòng TT-GDSK huyện chưa hiệu quả. Quản lý và đào tạo nhân lực tham gia hoạt động TT-GDSK chưa đảm bảo.

Hộp 5 – Thực trạng công tác quản lý hoạt động TT-GDSK

“Trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh chưa chỉ đạo thường xuyên và thành quy chế, quy định đối với tuyến huyện” (PVS trưởng phòng TT-GDSK).

“Tổ chức tập huấn nghiệp vụ chuyên môn cho cán bộ làm công tác TT-GDSK gặp khó khăn do thiếu kinh phí” (PVS lãnh đạo trung tâm TT-GDSK tỉnh).

“Hệ thống thống kê báo cáo hoạt động TT-GDSK chưa được xây dựng đầy đủ” (PVS trưởng phòng TT-GDSK).

“Cán bộ làm công tác TT-GDSK không ổn định, thay đổi thường xuyên, chủ yếu là cán bộ kiêm nhiệm” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).

“Cán bộ phải kiêm nhiệm nhiều công việc nên chưa đầu tư nhiều cho hoạt động TT-GDSK” (PVS trưởng phòng TT-GDSK).

3.2. Đánh giá hiệu quả mô hình thí điểm Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2009.

3.2.1. Xây dựng mô hình thí điểm phòng TT-GDSK huyện Bình Lục

Dựa trên kết quả nghiên cứu thực trạng (mục tiêu 1) nhóm nghiên cứu đã tổ chức hội thảo với lãnh đạo Sở Y tế Hà Nam, lãnh đạo trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam và lãnh đạo TTYT huyện Bình Lục xây dựng Phòng TT-GDSK với mô hình như sau:

- **Về tổ chức, biên chế:**

- Thành lập phòng TT-GDSK huyện Bình Lục: Sở Y tế tỉnh Hà Nam đã ra quyết định số 127/QĐ-SYT ngày 02 tháng 4 năm 2009 về việc thành lập Phòng TT-GDSK. TTYT huyện Bình Lục đã ra quyết định số 65/QĐ-TTYT ngày 27 tháng 4 năm 2009 về việc thành lập Phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục với 4 cán bộ, trong đó có bổ nhiệm 1 cán bộ làm trưởng phòng.

- **Chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của phòng TT-GDSK:**

- Vị trí, chức năng: Phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục chịu sự chỉ đạo toàn diện của Giám đốc TTYT huyện và chịu sự chỉ đạo về chuyên môn nghiệp vụ của Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam. Phòng TT-GDSK có chức năng tham mưu cho Giám đốc Trung tâm y tế huyện về chuyên môn kỹ thuật và triển khai thực hiện, quản lý các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn huyện.

- Nhiệm vụ và quyền hạn: Phòng TT-GDSK có nhiệm vụ và quyền hạn sau:

- Xây dựng kế hoạch, triển khai thực hiện nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về TT-GDSK trên cơ sở chỉ tiêu kế hoạch của Trung tâm TT-GDSK tỉnh và thực tế của huyện.
- Phối hợp, lồng ghép với các cơ quan chức năng trong và ngoài ngành Y tế của huyện để tổ chức các hoạt động TT-GDSK bằng các phương pháp trực tiếp và gián tiếp phù hợp.
- Thực hiện theo dõi, giám sát và giao ban định kỳ hàng tháng về các hoạt động TT-GDSK ở tuyến xã. Tổ chức giao ban đột xuất khi cần để đáp ứng nhu cầu TT-GDSK phòng chống các bệnh dịch khẩn cấp.
- Tổ chức đào tạo và đào tạo lại kiến thức, kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ y tế xã, thôn khi có nhu cầu.
- Phối hợp và tham gia nghiên cứu khoa học để góp phần nâng cao chất lượng TT-GDSK trên địa bàn huyện.
- Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của Trung tâm TT-GDSK tỉnh và TTYT huyện.
- Soạn thảo các bài viết và phát triển vật liệu truyền thông theo khả năng để phục vụ cho các hoạt động TT-GDSK trong huyện.
- Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc TTYT huyện và Trung tâm TT-GDSK tỉnh giao và các nhiệm vụ theo quy định của pháp luật.

- **Phân công chức năng nhiệm vụ của cán bộ phòng TT-GDSK:**

Huyện Bình Lục gồm 01 thị trấn và 20 xã, chia thành 4 miền là miền A, B, C và miền Trung tâm. Giám đốc TTYT huyện Bình Lục đã có quyết định về việc phân công chức năng nhiệm vụ cụ thể cho từng cán bộ của phòng TT-GDSK như sau:

Trưởng phòng: phụ trách chung hoạt động của phòng trước Ban Giám đốc TTYT huyện và phụ trách hoạt động TT-GDSK của miền B.

Phó trưởng phòng: tham mưu giúp trưởng phòng và chịu trách nhiệm trước Ban Giám đốc TTYT huyện về hoạt động TT-GDSK của miền C.

Nhân viên 1: chịu trách nhiệm về hoạt động TT-GDSK của miền A.

Nhân viên 2: chịu trách nhiệm về hoạt động TT-GDSK của miền Trung tâm.

- **Về cơ sở vật chất, trang thiết bị cho phòng TT-GDSK:**

- + Phòng làm việc: có 2 phòng, 1 phòng làm việc của cán bộ, 1 phòng thực hiện truyền thông - tư vấn cho người dân.
- + Đủ bàn ghế cho cán bộ làm việc.
- + Được cung cấp đủ văn phòng phẩm (giấy bút, sổ sách...).
- + Có tủ trưng bày các vật liệu truyền thông.
- + Trang thiết bị gồm: tivi, đầu video, đĩa hình, băng ghi âm, tăng âm, loa, máy ảnh kỹ thuật số, máy tính để bàn, máy in, máy tính xách tay, máy chiếu đa năng, máy scanner.

- **Hoạt động can thiệp xây dựng phòng TT-GDSK:**

1. Tổ chức đào tạo: Đào tạo kiến thức, kỹ năng TT-GDSK và quản lý, lập kế hoạch cho cán bộ phòng TT-GDSK, các cán bộ của TTYT huyện và các trưởng trạm y tế của các xã trong huyện vào tháng 12/2008 đến tháng 4/2010.

2. Chỉ đạo của Ban giám đốc TTYT huyện với hoạt động TT-GDSK: Trên thực tế, các khoa phòng chuyên môn của TTYT huyện vẫn thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK, nhất là các hoạt động TT-GDSK theo kế hoạch của các chương trình y tế. Khi thành lập phòng TT-GDSK thì việc chỉ đạo phối hợp, lồng ghép giữa hoạt động của phòng TT-GDSK với các khoa chuyên môn của TTYT là rất cần thiết nhằm phối hợp sử dụng nguồn lực, nhất là nguồn nhân lực một cách hiệu quả nhất cho hoạt động TT-GDSK, trong điều kiện các nguồn lực dành cho hoạt động TT-GDSK nói chung còn rất hạn chế.
3. Xây dựng kế hoạch hoạt động TT-GDSK của phòng TT-GDSK huyện và hướng dẫn các trạm y tế xây dựng kế hoạch hoạt động theo tháng, quý và năm được phòng TT-GDSK chú trọng thực hiện từ tháng 4/2009. Nhận thức được công tác lập kế hoạch sẽ giúp cho phòng TT-GDSK chủ động thực hiện hoạt động TT-GDSK và thống nhất các hoạt động TT-GDSK trong toàn huyện.
4. Hỗ trợ, khuyến khích động viên các TYT xã thực hiện lập kế hoạch, triển khai thực hiện các hoạt động TT-GDSK, viết bài truyền thông trên đài truyền thanh xã và tổ chức TT-GDSK trực tiếp, lồng ghép tư vấn trực tiếp cho những người đến trạm y tế xã.
5. Giám sát triển khai kế hoạch hoạt động TT-GDSK ở các xã: Đây là hoạt động được quan tâm ngay từ khi phòng TT-GDSK được thành lập. Giám sát là hình thức đào tạo tại chỗ quan trọng. Thông qua hoạt động giám sát các cán bộ của phòng TT-GDSK và các cán bộ của TTYT huyện nắm chắc được các hoạt động TT-GDSK được triển khai ở xã/thôn và qua đó hỗ trợ cán bộ xã/thôn nâng cao được kỹ năng TT-GDSK. Trong giai đoạn đầu hoạt động giám sát do các cán bộ của phòng TT-GDSK và TTYT huyện, cán bộ trung tâm TT-GDSK tỉnh và cán bộ đề tài nghiên cứu cùng phối hợp thực hiện.

6. Thực hiện giao ban hàng tháng về công tác TT-GDSK với các trưởng TYT xã: Cán bộ đề tài nghiên cứu, lãnh đạo TTYT huyện, cán bộ phòng TT-GDSK, cán bộ trung tâm TT-GDSK tỉnh và các trưởng TYT xã tham gia giao ban hàng tháng. Các hoạt động đã thực hiện, kinh nghiệm và kế hoạch TT-GDSK được trao đổi, thống nhất và chia sẻ trong các cuộc giao ban tháng.
7. Xây dựng mẫu biểu thực hiện TT-GDSK thống nhất cho các xã: Biên bản thực hiện buổi TT-GDSK, biểu mẫu báo cáo thực hiện hoạt động TT-GDSK của TYT xã trong 1 tháng và được nộp về phòng TT-GDSK huyện vào buổi giao ban đầu tháng, sổ hoạt động TT-GDSK của TYT xã, bảng kiểm thực hiện TT-GDSK trực tiếp: nói chuyện GDSK, thảo luận nhóm, tư vấn GDSK và biểu mẫu thực hiện hoạt động TT-GDSK tuyến huyện.

3.2.2. Kết quả hoạt động TT-GDSK của huyện Bình Lục trước và sau thành lập Phòng TT-GDSK.

Sau một năm thực hiện can thiệp (năm 2009), nhóm nghiên cứu đánh giá tác động của việc thành lập phòng TT-GDSK đến sự thay đổi về hoạt động TT-GDSK tại huyện Bình Lục.

3.2.2.1. Kết quả của Phòng TT-GDSK tuyến huyện

+ Trung tâm y tế huyện và Phòng TT-GDSK đã thực hiện khá tốt các công việc như: Xây dựng và triển khai thực hiện kế hoạch, đào tạo cán bộ tuyến xã, giám sát hỗ trợ các TYT xã thực hiện kế hoạch TT-GDSK.

+ Ban giám đốc TTYT chú trọng hơn đến chỉ đạo phối hợp, lồng ghép thực hiện hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện và với các TYT xã.

+ Giám sát tuyến xã thực hiện TT-GDSK: Được thực hiện thường xuyên hàng tháng, có phối hợp, lồng ghép với các hoạt động y tế khác.

+ Giao ban công tác TT-GDSK thực hiện hàng tháng. Qua giao ban, phòng TT-GDSK sẽ tổng hợp được tình hình thực hiện công tác TT-GDSK của tuyến xã và hỗ trợ các TYT xã trong việc lập kế hoạch, thống nhất chủ đề ưu tiên TT-GDSK của từng xã và kịp thời hỗ trợ các TYT xã triển khai hoạt động.

3.2.2.2. Kết quả đạt được tại tuyến xã

- Nhân lực tham gia hoạt động TT-GDSK

Bảng 3.8. Cán bộ TYT xã được đào tạo và thực hiện TT-GDSK

Nội dung	Trước CT (n=93)		Sau CT (n=100)		p	CSHQ
	SL	%	SL	%		
Cán bộ TYT xã được đào tạo về TT-GDSK	40	43,0	83	83,0	<0,05	93,0
Cán bộ TYT xã thực hiện TT-GDSK	66	71,0	86	86,0	<0,05	21,1

Nhận xét: Số lượng cán bộ TYT xã được đào tạo về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK cũng như tham gia các hoạt động TT-GDSK sau khi có phòng TT-GDSK huyện đều tăng hơn so với trước (15% và 40%).

Bảng 3.9. Mức độ kỹ năng TT-GDSK của các trưởng TYT xã (n=21)

Mức độ kỹ năng TT-GDSK	Trước CT		Sau CT		p	CSHQ
	SL	%	SL	%		
Tốt	0	0,0	0	0,0	-	
Khá	9	42,9	20	95,2	<0,05	121,9
Trung bình	10	47,6	1	4,8	<0,05	90,0
Chưa đạt	2	9,5	0	0,0	-	

Nhận xét: Sau khi thành lập phòng TT-GDSK tuyến huyện kỹ năng TT-GDSK của trạm trưởng TYT xã đã được cải thiện rất rõ rệt so với trước. Trước khi có phòng TT-GDSK kỹ năng của cán bộ chỉ đạt ở mức khá và trung bình, có 2 cán bộ ở mức chưa đạt yêu cầu nhưng sau can thiệp, gần 100% cán bộ có kỹ năng TT-GDSK đạt mức khá.

Bảng 3.10. Kết quả thực hiện hoạt động TT-GDSK gián tiếp tại xã

TT-GDSK gián tiếp	Trước CT	Sau CT	P (CSHQ)
Số lượt truyền thông gián tiếp trên đài phát thanh xã trung bình/tháng/TYT xã	6,0 ± 3,5	7,4 ± 4,0	<0,05 (23,3)
Số chủ đề truyền thông trung bình được phát/TYT xã	14,3 ± 9,4	19,1 ± 10,3	<0,05 (33,6)
Tỷ lệ cán bộ viết bài truyền thông	55,9	74,0	<0,05 (32,4)
Số bài trung bình đã viết/TYT xã/năm	37,1 ± 17,5	49,3 ± 17,2	<0,05 (32,9)

Nhận xét: Sau khi thành lập phòng TT-GDSK tuyến huyện các hoạt động TT-GDSK gián tiếp đã tăng cả về số lượt, số chủ đề được TT-GDSK trên đài phát thanh cũng như số cán bộ tham gia viết bài và số lượng bài viết so với trước khi có phòng TT-GDSK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.11. Kết quả thực hiện TT-GDSK trực tiếp tại xã

TT-GDSK trực tiếp	Trước CT (n=93)		Sau CT (n=100)		P (CSHQ)
	SL	%	SL	%	
Nói chuyện GDSK					
Số cán bộ của TYT xã thực hiện nói chuyện GDSK trong năm	58	62,4	80	80,0	<0,05 (28,2)
Tổng số buổi nói chuyện GDSK trung bình/TYT xã	14,0 ± 10,8		21,3 ± 14,5		<0,05 (52,1)
Số chủ đề trung bình được thực hiện nói chuyện/TYT xã	8,9 ± 3,8		12,9 ± 5,4		<0,05 (44,9)
TT-GDSK theo nhóm nhỏ (TLN)					
Số cán bộ của TYT xã thực hiện TT-GDSK theo nhóm nhỏ	59	63,4	89	89,0	<0,05 (40,4)
Số cuộc TLN trung bình/TYT xã được thực hiện trong năm	10,4 ± 7,6		16,2 ± 10,8		<0,05 (55,8)
Số chủ đề TLN trung bình/TYTX được thực hiện	7,9 ± 3,9		11,4 ± 4,8		<0,05 (44,3)
Tư vấn cá nhân					
Số cán bộ TYT xã thực hiện tư vấn	87	93,5	100	100	<0,05 (14,9)
Tổng số lượt tư vấn được thực hiện trung bình/ tháng/TYT xã	138,5 ± 113,3		185,8 ± 141,0		<0,05 (34,2)

Nhận xét: Sau khi thành lập phòng TT-GDSK các hoạt động TT-GDSK trực tiếp như nói chuyện giáo dục sức khỏe, TT-GDSK nhóm nhỏ và tư vấn cho cá nhân được các TYT xã của huyện Bình Lục thực hiện đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước khi thành lập phòng TT-GDSK.

Bảng 3.12. Hoạt động TT-GDSK liên quan đến y tế thôn (n=21)

Hoạt động TYT xã	Trước CT		Sau CT		P (CSHQ)
	SL	%	SL	%	
Có giao ban đầu tháng về hoạt động TT-GDSK với y tế thôn	18	85,7	21	100,0	>0,05
Có sổ sách báo cáo hoạt động TT-GDSK	19	90,5	21	100,0	>0,05
Số cán bộ y tế thôn thực hiện TT-GDSK	252	95,1	265	100,0	<0,05 (5,2)
Số y tế thôn được cán bộ TYT xã giám sát thực hiện TT- GDSK	239	90,2	265	100,0	<0,05 (10,9)
Số y tế thôn được cán bộ TYT xã hướng dẫn/tập huấn kiến thức, kỹ năng TT-GDSK	233	87,9	265	100,0	<0,05 (13,8)

Nhận xét: Sau khi có phòng TT-GDSK, hoạt động giao ban định kỳ hàng tháng về TT-GDSK và ghi chép sổ sách báo cáo về hoạt động TT-GDSK được tất cả 21 trạm y tế trong huyện Bình Lục thực hiện. 100% các cán bộ y tế thôn được cán bộ TYT xã tập huấn về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK, tham gia thực hiện TT-GDSK và được cán bộ TYT xã giám sát.

Bảng 3.13. Theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động TT-GDSK của TYT xã trong năm (n=21)

Theo dõi, giám sát, đánh giá	Trước CT		Sau CT		P (CSHQ)
	SL	%	SL	%	
Số lần trung bình một TYT xã được theo dõi/giám sát thực hiện TT-GDSK	6,7 ± 5,4		12,0 ± 9,8		<0,05 (79,1)
Số lần trung bình cán bộ của TYT xã thực hiện theo dõi/giám sát TT-GDSK	11,0 ± 9,4		18,6 ± 9,0		<0,05 (69,1)
Số lần trung bình một TYT xã theo dõi/giám sát y tế thôn thực hiện TT-GDSK	9,0 ± 5,3		15,2 ± 10,7		<0,05 (68,9)
Số TYT xã có biên bản ghi chép kết quả giám sát	11	52,4	20	95,2	<0,05 (81,7)
Số lần trung bình một TYT xã được đánh giá kết quả thực hiện TT-GDSK	4,7 ± 4,2		9,1 ± 6,3		<0,05 (93,6)
Số lần trung bình một TYT xã thực hiện đánh giá kết quả hoạt động TT-GDSK	7,2 ± 5,2		13,8 ± 8,4		<0,05 (91,7)

Nhận xét: Công tác theo dõi, giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK sau khi phòng TT-GDSK thành lập được triển khai tốt hơn so với trước. Số lượt theo dõi, giám sát và đánh giá sau khi có phòng TT-GDSK đều tăng lên. Chất lượng các cuộc giám sát cũng tốt hơn thể hiện qua số TYT xã có biên bản ghi chép kết quả giám sát để đưa thông tin phản hồi cho đối tượng được giám sát.

Bảng 3.14. Cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK của các TYT xã (n=21)

Cơ sở vật chất, trang thiết bị	Trước CT		Sau CT		P (CSHQ)
	SL	%	SL	%	
Góc truyền thông tại TYT xã					
Có góc truyền thông	15	71,4	21	100,0	<0,05 (40,1)
Đạt	14	95,3	21	100,0	<0,05 (4,9)
Chưa đạt	1	4,7	0	0,0	-
Phương tiện TT-GDSK					
Đủ	4	19,0	5	23,8	>0,05
Thiếu	10	47,6	10	47,6	-
Rất thiếu	3	14,3	2	9,5	>0,05
Không ý kiến	4	19,0	4	19,0	-
Tài liệu TT-GDSK					
Đủ	3	14,3	6	28,6	>0,05
Thiếu	15	71,5	15	71,5	-
Rất thiếu	3	14,3	0	0,0	-

Nhận xét: Nhìn chung về cơ sở vật chất, trang thiết bị và tài liệu TT-GDSK của các xã sau khi thành lập phòng TT-GDSK không thay đổi so với trước. Sau khi thành lập phòng TT-GDSK 100% TYT xã có góc TT-GDSK đạt yêu cầu.

Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy sau khi thành lập phòng TT-GDSK:

- Năng lực của cán bộ làm công tác TT-GDSK được cải thiện

Hộp 6 – Năng lực cán bộ được cải thiện

“Chúng tôi đã xác định được các vấn đề ưu tiên cho TT-GDSK, lập kế hoạch thực hiện TT-GDSK, làm việc quy củ và bài bản hơn” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Nội dung bài viết TT-GDSK tốt hơn và phù hợp với đối tượng” và *“Khi thực hiện truyền thông cán bộ đã chú ý đến đối tượng, xem họ có nghe không, có hiểu không đồng thời lắng nghe phản hồi của đối tượng để điều chỉnh nội dung và phương pháp truyền thông cho phù hợp”* (TLN trạm trưởng TYT xã).

- Các hoạt động TT-GDSK được thực hiện đều đặn hơn, đa dạng hóa các phương pháp truyền thông.

Hộp 7 – Kết quả hoạt động TT-GDSK sau thành lập phòng TT-GDSK

“Hoạt động TT-GDSK được thực hiện đều đặn hơn, tần số bài phát trên loa truyền thanh nhiều hơn, nội dung phong phú hơn căn cứ vào vấn đề đặc thù của từng xã”, “Thực hiện xã hội hoá hoạt động TT-GDSK, các ban ngành đoàn thể tham gia hoạt động TT-GDSK tốt hơn” (TLN trưởng trạm y tế xã).

“Đa dạng hóa các phương pháp TT-GDSK: Tư vấn tại TYT xã, truyền thông lồng ghép vào các cuộc họp/hội nghị tại địa phương, TT-GDSK theo nhóm nhỏ, TT-GDSK qua các phương tiện thông tin đại chúng” (TLN trưởng TYT xã).

- Quản lý hoạt động TT-GDSK tại tuyến xã đã được cải thiện: đã có sổ sách, báo cáo thống nhất và áp dụng ở tất cả các TYT xã, số liệu báo cáo được ghi chép đầy đủ và kế hoạch tháng tiếp theo được gửi lên tuyến huyện vào buổi giao ban đầu tháng.

Hộp 8 – Quản lý hoạt động TT-GDSK tại tuyến xã

“Hệ thống lưu giữ và báo cáo được thực hiện tốt hơn: số liệu được ghi chép đầy đủ vào sổ, lên kế hoạch hoạt động và báo cáo kết quả từng tháng được gửi lên phòng TT-GDSK đúng hạn” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Phòng TT-GDSK xây dựng kế hoạch chung của cả huyện và gửi cho TYT xã, từ đó các xã xây dựng kế hoạch cụ thể cho xã mình” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Hệ thống báo cáo hoạt động TT-GDSK làm tốt hơn thể hiện qua: sổ sách, số liệu, kế hoạch, báo cáo” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Các cán bộ tuyến huyện hàng tuần, hàng tháng xuống đơn đốc, giám sát hỗ trợ, đánh giá các hoạt động TT-GDSK tại xã/thị trấn” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Cán bộ các TYT xã/thị trấn đã thực hiện đánh giá hiệu quả các hoạt động TT-GDSK ở thôn” (TLN trạm trưởng TYT xã).

3.2.2.3. Kiến thức, thực hành của người dân ở 2 xã An Mỹ và Đồng Du về bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa.

Bảng 3.15. Kiến thức của người dân về bệnh tiêu chảy (n=600)

Kiến thức về bệnh tiêu chảy	An Mỹ		Đồng Du		p (HQCT)
	Trước (n= 312)	Sau (n= 312)	Trước (n= 288)	Sau (n= 288)	
Nguyên nhân					
Sử dụng nước bẩn, nước lã	58 (18,6)	71 (22,7)	70 (24,3)	72 (25,0)	<0,05 (19,2)
Thức ăn không đảm bảo vệ sinh	24 (7,7)	27 (8,6)	23 (7,9)	10 (3,5)	<0,05 (73,0)
Không biết/ không trả lời	4 (1,3)	1 (0,3)	12 (4,2)	23 (8,0)	<0,05(167,0)
Biện pháp phòng tiêu chảy					
Ăn chín uống sôi	166(53,0)	173(55,4)	150 (52,1)	129 (44,8)	<0,05 (19,0)
Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	39 (12,5)	100(31,9)	35 (12,2)	38 (13,2)	<0,05(147,0)
Sử dụng nước sạch	11 (3,5)	30 (9,5)	41 (14,2)	11 (3,8)	<0,05(244,0)
Không biết/ không trả lời	12 (3,8)	0 (0,0)	5 (1,7)	24 (8,3)	<0,05(488,0)

Nhận xét: Theo ý kiến của người dân những nguyên nhân chính gây ra bệnh tiêu chảy là do: sử dụng nước bẩn, nước lã để ăn uống và ăn thức ăn không đảm bảo vệ sinh. Tỷ lệ người dân cho rằng bệnh tiêu chảy là do ăn thức ăn không đảm bảo vệ sinh sau can thiệp tại xã An Mỹ tăng cao hơn so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 73%). Sau can thiệp, tỷ lệ người dân không biết/ không trả lời về nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy ở xã An Mỹ giảm so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 167%).

Những biện pháp chủ yếu để phòng bệnh tiêu chảy được người dân biết đến sau can thiệp là: ăn chín uống sôi (55,4%), sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh (31,9%) và sử dụng nước sạch (9,5%) cao hơn so với trước can thiệp và so với xã chứng.

Bảng 3.16. Thực hành của người dân về phòng bệnh tiêu chảy (n=600)

Thực hành	An Mỹ		Đồng Du		P (HQCT)
	Trước (n= 312)	Sau (n= 312)	Trước (n= 288)	Sau (n= 288)	
Vệ sinh an toàn thực phẩm	84 (26,9)	68 (21,7)	60 (20,8)	38 (13,2)	<0,05 (17,2)
Sử dụng nước sạch	139 (44,6)	203 (64,8)	117 (40,6)	132 (45,8)	<0,05 (32,0)
Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	86 (27,6)	67 (21,4)	79 (27,4)	51(17,7)	<0,05 (12,9)
Không biết/ không phải phòng	22 (7,1)	11 (3,5)	8 (3,1)	21 (7,3)	<0,05 (186,0)

Nhận xét: Sau can thiệp, thực hành của người dân để phòng bệnh tiêu chảy như sử dụng nước sạch trong ăn uống; sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh và đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm. Trong đó, tỷ lệ người dân sử dụng nước sạch tăng so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 32%). Tỷ lệ người dân không biết cách phòng bệnh tiêu chảy giảm so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 186%).

Bảng 3.17. Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm (n=600)

Nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	An Mỹ		Đồng Du		P (HQCT)
	Trước (n= 312)	Sau (n= 312)	Trước (n= 288)	Sau (n= 288)	
Hoá chất BVTV/ bảo quản/phụ gia	30 (9,6)	209 (66,8)	150 (52,1)	152 (52,8)	<0,05 (594,0)
Ăn uống không hợp vệ sinh	58 (18,6)	93 (29,7)	35 (12,2)	70 (24,3)	>0,05
Không biết/ không trả lời	24 (7,7)	5 (1,6)	5 (1,7)	26 (9,0)	<0,05 (508,0)

Nhận xét: Sau can thiệp, kiến thức của người dân xã An Mỹ về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm do hoá chất bảo vệ thực vật/ chất bảo quản/ phụ gia tăng so với trước can thiệp và xã chứng (HQCT = 594%). Tỷ lệ người dân không biết/ không trả lời về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm giảm so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 508%).

Bảng 3.18. Thực hành của người dân về phòng chống NĐTP (n=600)

Thực hành	An Mỹ		Đồng Du		P (HQCT)
	Trước (n= 312)	Sau (n= 312)	Trước (n= 288)	Sau (n= 288)	
Sử dụng thực phẩm rõ nguồn gốc	190 (60,9)	224 (71,5)	199 (69,1)	181 (62,8)	<0,05 (26,0)
Ngâm rau, quả bằng nước muối	46 (14,7)	139 (44,4)	49 (17,0)	23 (8,0)	<0,05 (255,0)
Ăn uống hợp vệ sinh	79 (25,3)	155 (49,5)	48 (16,7)	46 (16,0)	<0,05 (100,0)
Không biết/ không trả lời	34 (10,9)	9 (2,9)	66 (23,3)	28 (9,7)	<0,05 (15,0)

Nhận xét: Biện pháp phòng chống ngộ độc thực phẩm được người dân xã An Mỹ thực hành nhiều nhất là sử dụng thực phẩm rõ nguồn gốc (71,5%), tỷ lệ này tăng so với trước can thiệp và so với xã chứng. Các biện pháp như: ngâm rau, quả bằng nước muối và ăn uống hợp vệ sinh sau can thiệp tăng so với trước can thiệp và so với xã chứng (HQCT = 255% và 100%). Tỷ lệ người dân không biết/ không trả lời về cách phòng chống ngộ độc thực phẩm giảm sau can thiệp.

3.3. Đánh giá khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 - 2017.

Kết quả so sánh tại 3 thời điểm: Năm 2009 (Kết thúc can thiệp), năm 2014 và năm 2016. Qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với cán bộ lãnh đạo TTYT huyện, cán bộ phòng TT-GDSK và trạm trưởng TYT xã cho thấy hoạt động TT-GDSK vẫn được duy trì.

Trong quá trình triển khai phòng TT-GDSK, TTYT huyện được sự ủng hộ của lãnh đạo địa phương, y tế cấp trên và người dân:

Hộp 9 – Thuận lợi trong hoạt động của phòng TT-GDSK

“Có sự chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở y tế Hà Nam về việc thành lập phòng TT-GDSK tại TTYT huyện Bình Lục. Sau khi thành lập TTYT huyện và các trạm y tế xã được trường Đại học Y Hà Nội tập huấn, nâng cao kiến thức và kỹ năng TT-GDSK như: kỹ năng quản lý, lập kế hoạch, viết bài TT-GDSK, kỹ năng thực hiện TT-GDSK trực tiếp” (PVS lãnh đạo TTYT huyện).

“Lãnh đạo địa phương quan tâm đến công tác y tế, người dân sẵn sàng tham gia vào các hoạt động bảo vệ sức khỏe” (PVS, TLN trạm trưởng TYT xã).

3.3.1. Khả năng duy trì về nguồn lực của phòng TT-GDSK huyện Bình Lục

Phòng TT-GDSK vẫn được duy trì ở huyện Bình Lục với các cán bộ chuyên trách. Phòng TT-GDSK huy động cán bộ của các khoa/phòng chuyên

môn khác tham gia vào hoạt động TT-GDSK. Trung tâm y tế huyện luôn chú trọng việc đào tạo cán bộ để thực hiện tốt nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Hộp 10 – Khả năng duy trì về nguồn lực của phòng TT-GDSK

“...có đủ các trang thiết bị cần thiết, phương tiện truyền thông để thực hiện công việc” (TLN cán bộ TTYT huyện, trạm trưởng TYT xã).

“Hiện nay phòng TT-GDSK chỉ có 2 cán bộ trong đó 1 cán bộ làm kiêm nhiệ, huy động cán bộ từ các khoa lâm sàng tham gia TT-GDSK” (PVS trưởng phòng TT-GDSK).

“...Nhân lực làm truyền thông được bổ sung và đào tạo thường xuyên” (TLN cán bộ TTYT huyện).

“Cán bộ của phòng TT-GDSK đào tạo cho cán bộ trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn để có đủ kiến thức và kỹ năng chuyên môn cũng như TT-GDSK” (TLN cán bộ trung tâm y tế).

Bảng 3.19. Cơ sở vật chất, trang thiết bị của phòng TT-GDSK

TT	Cơ sở vật chất, trang thiết bị	2009	2014	2016
1	Phòng làm việc độc lập	02	02	02
2	Bộ bàn ghế làm việc	02	02	02
3	Tủ trưng bày các ấn phẩm truyền thông	01	01	01
4	Máy điều hòa nhiệt độ	01	01	01
5	Tủ đựng tài liệu	02	01	01
6	Máy tính + máy in	02	01	01

Nhận xét: Cơ sở vật chất, trang thiết bị trong phòng TT-GDSK tại thời điểm năm 2014 và 2016 không được bổ sung thêm so với thời điểm kết thúc can thiệp. Có 01 tủ đựng tài liệu và 01 bộ máy tính bị hỏng nhưng không được bổ sung.

Bảng 3.20. Phương tiện, trang thiết bị của phòng TT-GDSK

TT	Phương tiện, trang thiết bị	2009	2014	2016
1	Máy cassette loại có chức năng thu, phát	01	01	00
2	Đèn chiếu	01	01	00
3	TV màu 15 inch trở lên, đầu video	01	01	00
4	Máy ảnh kỹ thuật số	01	00	00
5	Tăng âm, loa	01	00	00
6	Máy chiếu đa năng	01	00	00

Nhận xét: Phương tiện, trang thiết bị của phòng TT-GDSK tại thời điểm năm 2014 và 2016 không được bổ sung thêm so với thời điểm kết thúc can thiệp. Một số trang thiết bị đã hỏng không sử dụng được như máy ảnh kỹ thuật số, tăng âm, loa và máy chiếu đa năng.

Bảng 3.21. Tình hình nhân lực của phòng TT-GDSK

TT	Nhân lực	2009	2014	2016
1	Số cán bộ của phòng TT-GDSK	04	04	02
2	Số cán bộ biên chế của phòng TT-GDSK	02	02	01
3	Trình độ chuyên môn:			
	- Đại học:	00	00	01
	- Cao đẳng:	02	02	00
	- Trung cấp:	02	02	01

Nhận xét: Số lượng nhân lực: Năm 2014 vẫn duy trì được 4 cán bộ của phòng TT-GDSK như năm 2009, năm 2016 chỉ còn 02 cán bộ trong đó 01 cán bộ làm kiêm nhiệm. Chất lượng nhân lực: Năm 2016 trưởng phòng TT-GDSK có trình độ đại học.

3.3.2. Khả năng duy trì về hoạt động TT-GDSK

Công tác quản lý hoạt động TT-GDSK tại tuyến xã đã được cải thiện: đã có sổ sách, báo cáo thống nhất và áp dụng ở tất cả các TYT xã, số liệu báo cáo được ghi chép đầy đủ. Phòng TT-GDSK tuyến huyện tăng cường chỉ đạo tuyến xã và thực hiện tốt hơn nữa công tác xã hội hóa hoạt động TT-GDSK.

Hộp 11 – Chỉ đạo của phòng TT-GDSK

“Thực hiện thường xuyên công tác quản lý như: xây dựng kế hoạch TT-GDSK cho cả huyện từ đó các xã sẽ lập kế hoạch cụ thể cho xã mình, giám sát hỗ trợ, đánh giá của phòng TT-GDSK với các TYT xã”; “Bổ sung thêm phương tiện, tài liệu truyền thông cho xã” và “Thống nhất nội dung bài viết giữa các xã có cùng chủ đề TT-GDSK” (TLN trạm trưởng TYT xã).

“Phòng TT-GDSK phối hợp với các ban ngành đoàn thể khác trong huyện để lồng ghép các hoạt động TT-GDSK nhằm tiết kiệm nguồn lực và tăng tính khả thi của hoạt động” (TLN cán bộ tuyến huyện).

“Giao ban công tác TT-GDSK được tổ chức định kỳ vào đầu tháng lồng ghép vào buổi giao ban chung giữa TTYT huyện với các trạm trưởng TYT xã nhằm hỗ trợ khi các xã gặp khó khăn cũng như định hướng các chủ đề TT-GDSK cụ thể cho từng xã” (TLN cán bộ trung tâm y tế).

“Tiếp tục đào tạo kiến thức và kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ TYT xã y tế thôn bản nhằm nâng cao chất lượng hoạt động TT-GDSK” (TLN cán bộ phòng TT-GDSK).

3.3.3. Kết quả thực hiện TT-GDSK tại các TYT xã

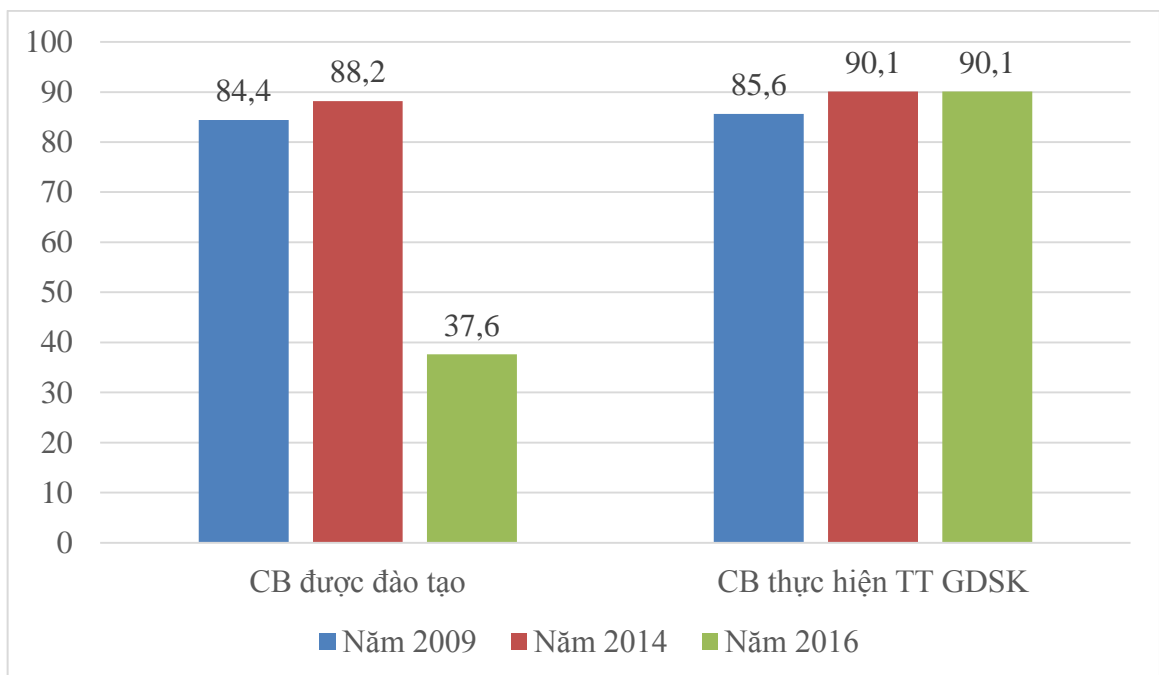
Đề hoạt động TT-GDSK trở thành hoạt động thường quy các TYT xã đã chủ động lập kế hoạch, lồng ghép vào các hoạt động chung của xã và phát triển mạng lưới tuyên truyền viên đặc biệt là nhân viên y tế thôn.

Hộp 12 – Hoạt động TT-GDSK tại xã

“TYT xã khi xây dựng kế hoạch hoạt động phải chú ý xây dựng kế hoạch TT-GDSK lồng trong kế hoạch chung của TYT xã” (TLN phòng TT-GDSK).

“Cán bộ y tế xã, thôn được đào tạo nâng cao kiến thức và kỹ năng TT-GDSK, duy trì thực hiện các hoạt động TT-GDSK tại xã/thôn và lồng ghép vào các hoạt động chung của xã” (TLN cán bộ tuyến huyện).

“Cán bộ TYT xã thường xuyên tổ chức đào tạo và giám sát y tế thôn triển khai thực hiện hoạt động TT-GDSK” (TLN cán bộ tuyến huyện).

**Biểu đồ 3.4. Nhân lực TYT xã được đào tạo và thực hiện TT-GDSK**

Nhận xét: Tỷ lệ cán bộ TYT xã được đào tạo về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK năm 2014 tăng hơn so với năm 2009, tuy nhiên giảm vào năm 2016. Tỷ lệ cán bộ của TYT xã tham gia vào thực hiện TT-GDSK năm 2014 tăng hơn so với năm 2009 và được duy trì trong năm 2016.

Bảng 3.22. Cơ sở vật chất thực hiện TT-GDSK tại các TYT xã (n=19)

Cơ sở vật chất	Năm 2009		Năm 2014		Năm 2016		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có góc truyền thông	19	100	19	100	19	100	-
Góc truyền thông đạt tiêu chuẩn	19	100	18	94,7	18	94,7	-
Đủ phương tiện TT-GDSK	3	15,8	8	42,1	9	47,4	>0,05
Đủ tài liệu TT-GDSK	5	27,8	10	40,5	13	68,4	>0,05

Nhận xét: Tại thời điểm năm 2014 và 2016, tất cả các TYT xã đều duy trì được góc TT-GDSK tuy nhiên có 1 TYT xã góc TT-GDSK chưa đạt yêu cầu. Tỷ lệ TYT xã có đủ phương tiện và tài liệu thực hiện TT-GDSK năm 2014 và 2016 cao hơn so với năm 2009.

Bảng 3.23. Kết quả thực hiện các hoạt động TT-GDSK gián tiếp tại các xã

TT-GDSK gián tiếp	Năm 2009	Năm 2014	Năm 2016	P
Số lượt truyền thông gián tiếp trên đài phát thanh xã trung bình/tháng/TYT xã	6,2 ± 4,4	7,5 ± 4,5	9,6 ± 7,2	>0,05
Số chủ đề truyền thông trung bình được phát/TYT xã	16,6 ± 11,6	19,2 ± 5,2	30,1 ± 20,9	<0,05
Tỷ lệ cán bộ viết bài TT-GDSK	53,3%	74,5%	59,4%	<0,05
Số bài trung bình/TYT xã/năm	41,8 ± 20,4	51,9 ± 25,6	43,1 ± 21,6	>0,05

Nhận xét: Hoạt động truyền thông qua loa đài phát thanh của xã tăng cả về số lượt và đa dạng về chủ đề. Đặc biệt, số chủ đề truyền thông trung bình được phát/TYT xã tăng có ý nghĩa thống kê từ năm 2016 so với thời điểm năm 2009 và năm 2014. Số cán bộ của TYT xã tham gia viết bài truyền thông tăng đáng kể so với thời điểm kết thúc can thiệp và đến năm 2016 duy trì ở mức 59,4%.

Bảng 3.24. Kết quả thực hiện TT-GDSK trực tiếp trong năm

TT-GDSK trực tiếp	Năm 2009 (n=90)		Năm 2014 (n=110)		Năm 2016 (n=101)		P
	n	%	n	%	n	%	
Nói chuyện GDSK							
Cán bộ của TYT xã thực hiện nói chuyện GDSK trong năm	71	78,9	77	70,0	69	68,3	>0,05
Số buổi nói chuyện GDSK trung bình/TYT xã	26,2 ± 26,7		23,9 ± 31,6		14,2 ± 6,8		>0,05
Số chủ đề trung bình được thực hiện nói chuyện/TYT xã	12,8 ± 3,8		14,8 ± 10,8		10,8 ± 6,2		>0,05
TT-GDSK theo nhóm nhỏ (TLN)							
Cán bộ của TYT xã thực hiện TT-GDSK theo nhóm nhỏ	68	75,6	81	73,6	60	59,4	<0,05
Số cuộc TLN trung bình/TYT xã được thực hiện trong năm	16,9 ± 18,3		21,2 ± 32,9		7,1 ± 6,7		>0,05
Số chủ đề TLN trung bình/TYT xã được thực hiện	9,9 ± 5,5		13,8 ± 11,5		6,2 ± 5,4		<0,05
Tư vấn cá nhân							
Số cán bộ TYT xã thực hiện tư vấn	58	68,2	100	90,9	91	90,1	<0,05
Số lượt tư vấn trung bình/tháng/TYT xã	132,8 ± 126,5		389,5 ± 367,9		212,2 ± 176,6		<0,05

Nhận xét: So với thời điểm kết thúc can thiệp thì các hoạt động TT-GDSK trực tiếp như nói chuyện giáo dục sức khỏe, TT-GDSK nhóm nhỏ và tư vấn cho cá nhân tại các TYT xã của huyện Bình Lục đều được duy trì hoặc cải thiện hơn.

Bảng 3.25. Quản lý hoạt động TT-GDSK tại TYT xã (n=19)

Quản lý hoạt động TT-GDSK	Năm 2009		Năm 2014		Năm 2016		P
	n	%	n	%	n	%	
TYT xã xây dựng kế hoạch TT-GDSK	19	100	19	100	19	100	-
TYT xã thực hiện hoạt động TT-GDSK theo đúng kế hoạch	19	100	17	89,5	18	94,7	>0,05
Số lần trung bình một TYT xã được theo dõi/giám sát thực hiện TT-GDSK/năm	11,7 ± 4,7		13,4 ± 10,8		9,9 ± 4,8		>0,05
Số lần trung bình một TYT xã được đánh giá kết quả thực hiện TT-GDSK/năm	8,8 ± 5,5		8,7 ± 5,2		8,6 ± 4,8		>0,05

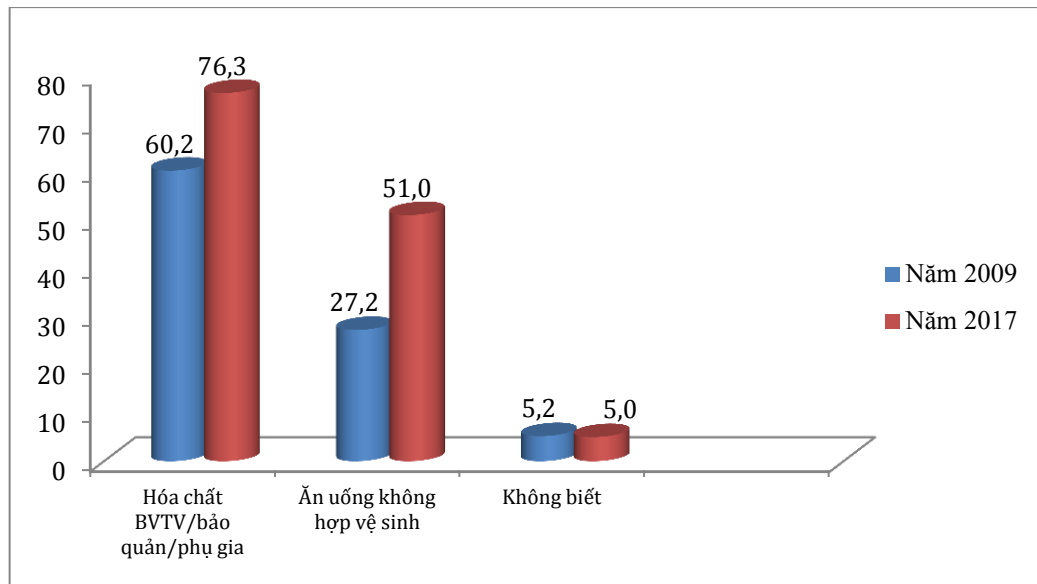
Nhận xét: Xây dựng kế hoạch TT-GDSK và triển khai hoạt động theo kế hoạch đã được các TYT xã thực hiện đầy đủ và trở thành hoạt động thường quy của đơn vị. Công tác theo dõi, giám sát và đánh giá các hoạt động TT-GDSK được duy trì tốt.

3.3.4. Kiến thức, thực hành của người dân về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật

Bảng 3.26. Kiến thức của người dân về bệnh tiêu chảy (n=600)

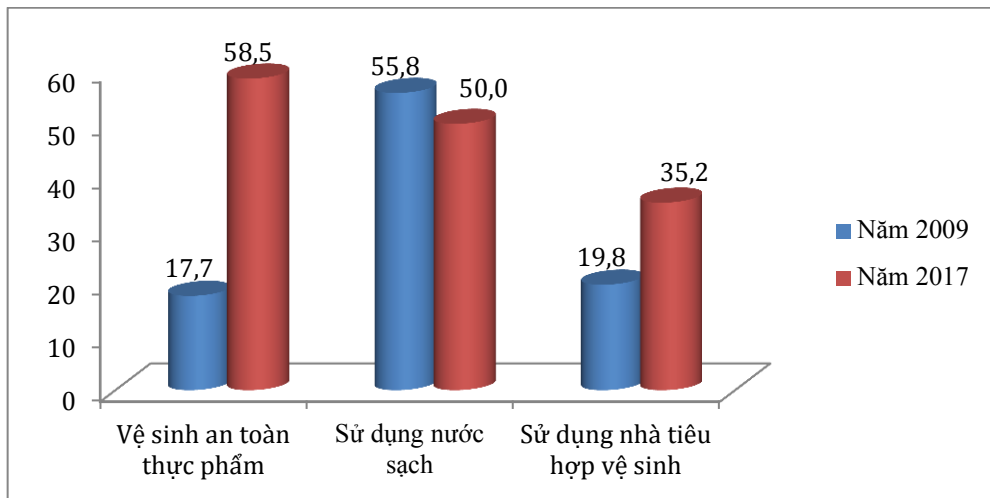
Kiến thức	Năm 2009		Năm 2017		P
	n	%	n	%	
Nguyên nhân					
Sử dụng nước bẩn, nước lã	143	23,8	411	68,5	<0,05
Thức ăn không đảm bảo vệ sinh	37	6,2	551	91,8	<0,05
Không biết	24	4,0	26	4,5	>0,05
Biện pháp phòng tiêu chảy					
Ăn chín uống sôi	302	50,3	515	85,8	<0,05
Sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	138	23,0	299	49,8	<0,05
Sử dụng nước sạch	41	6,8	213	35,5	<0,05

Nhận xét: Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây tiêu chảy phổ biến nhất là ăn thức ăn không đảm bảo vệ sinh và sử dụng nước bẩn, nước lã năm 2017 cao hơn so với năm 2009 (kết thúc can thiệp). Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ người dân (4,5%) không biết đến nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy. Các biện pháp phổ biến nhất được người dân sử dụng để phòng bệnh tiêu chảy là ăn chín uống sôi, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh và sử dụng nước sạch. Tỷ lệ người dân có kiến thức phòng bệnh tiêu chảy năm 2017 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2009.



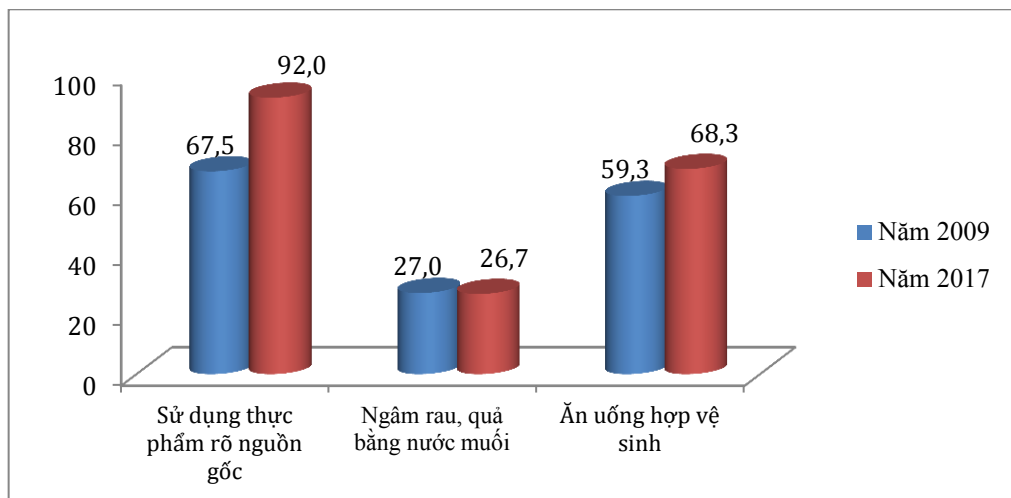
Biểu đồ 3.5. Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây NDTP (n=600)

Nhận xét: Người dân biết nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm là do hóa chất bảo vệ thực phẩm/bảo quản/phụ gia và ăn uống không hợp vệ sinh. Kiến thức của người dân tại thời điểm năm 2017 tăng khác biệt so với năm 2009.



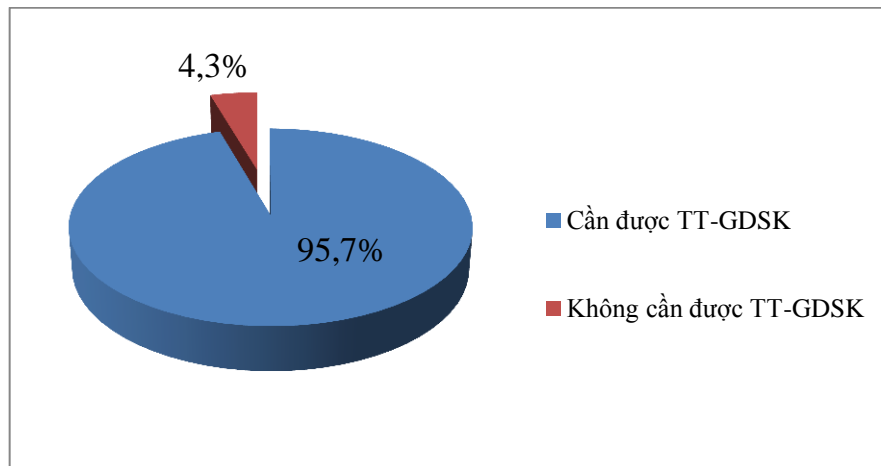
Biểu đồ 3.6. Thực hành của người dân về phòng bệnh tiêu chảy (n=600)

Nhận xét: Biện pháp để phòng các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa được người dân sử dụng nhiều nhất là đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm, tỷ lệ này khác biệt có ý nghĩa thống kê so với năm 2009. Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh không có sự thay đổi đáng kể.



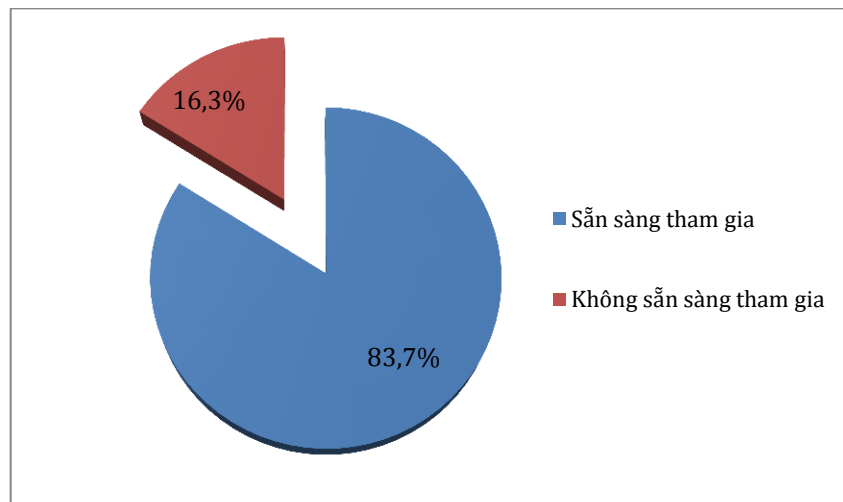
Biểu đồ 3.7. Thực hành của người dân về phòng NĐTP (n=600)

Nhận xét: Để phòng ngộ độc thực phẩm người dân đã sử dụng thực phẩm rõ nguồn gốc, tỷ lệ này ở năm 2017 cao hơn năm 2009. Thay đổi về thực hành như ngâm rau, quả bằng nước muối; ăn uống hợp vệ sinh không có sự khác biệt rõ rệt.



Biểu đồ 3.8. Nhu cầu TT-GDSK của người dân tại thôn/xã (n=600)

Nhận xét: Hầu hết người dân đều có nhu cầu được TT-GDSK về bệnh tật và cách phòng bệnh. Tuy nhiên, vẫn còn 4,3% người dân chưa thấy được tầm quan trọng của công tác TT-GDSK.



Biểu đồ 3.9. Sẵn sàng tham gia TT-GDSK của người dân (n=600)

Nhận xét: Hầu hết người dân sẵn sàng tham gia các hoạt động TT-GDSK được tổ chức tại địa phương, tuy nhiên vẫn còn 16,3% người dân chưa sẵn sàng tham gia.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 trung tâm y tế huyện năm 2008

4.1.1. Thực trạng về cơ sở vật chất, trang thiết bị của các phòng TT-GDSK

Để thực hiện nhiệm vụ được giao, các phòng TT-GDSK cần có các điều kiện về cơ sở vật chất và trang thiết bị nhất định. Hiện nay Bộ y tế đã ban hành quyết định về danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các trung tâm TT-GDSK, trong đó có phòng TT-GDSK thuộc trung tâm y tế quận, huyện, thành phố trực thuộc tỉnh [87]. Do mới được thành lập nên hiện nay các phòng TT-GDSK tuyến huyện vẫn chưa có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị cần có để phục vụ cho công tác TT-GDSK. Trên thực tế, tùy theo khả năng mà từng địa phương, đơn vị tự trang bị hoặc được hỗ trợ từ các tổ chức để nâng cấp về cơ sở hạ tầng và trang thiết bị. Kết quả khảo sát ở 55 huyện cho thấy cơ sở vật chất, trang thiết bị tối thiểu phục vụ cho công tác TT-GDSK của tuyến huyện còn rất thiếu như chúng tôi đã trình bày trong bảng 3.1 và bảng 3.2. Như vậy có thể thấy với tình trạng thiếu trang thiết bị như hiện nay các phòng TT-GDSK rất khó có thể thực hiện được các hoạt động chuyên môn với chất lượng cao. Nhu cầu cung cấp các trang thiết bị cần thiết cho các phòng TT-GDSK hiện nay là rất lớn, cần được các cấp có thẩm quyền xem xét, trước mắt là các phòng TT-GDSK cần năng động để khai thác, tìm kiếm các nguồn lực sẵn có để tự trang bị cho phòng mình. Chúng tôi cho rằng có thể do năng lực của cán bộ còn hạn chế nên chưa xác định được những trang thiết bị cần phải có để thực hiện các hoạt động TT-GDSK (phần lớn chưa có kinh nghiệm cũng như chưa được đào tạo tập huấn kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK). Mặt khác, một số TTYT huyện chưa có cán bộ chính thức cho phòng TT-GDSK nên chưa đánh giá được nhu cầu thực sự về các

phương tiện cần thiết cho phòng TT-GDSK. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy khi đầu tư trang thiết bị cho các phòng TT-GDSK rất cần quan tâm đến nhu cầu và đặc điểm địa bàn hoạt động của mỗi vùng để trang bị cho phù hợp.

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với tình hình chung của cả nước, trang thiết bị tối thiểu để phục vụ công tác chuyên môn chưa đủ và không đồng bộ; phương tiện truyền thông, cơ động điều hành chưa đáp ứng đủ [85]. Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Linh (2009) tại Đắc Lắc cho thấy hơn 50% phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện chưa được trang bị đầy đủ trang thiết bị (63,6%). Số đơn vị có máy chụp ảnh, bộ truyền thông hỗn hợp là 60%. Có 66,7% đơn vị có máy cassette, máy vi tính, tủ đựng tài liệu truyền thông và tivi [37]. Ở Bắc Kạn tất cả các huyện, thị của tỉnh đều được trang bị các loại phương tiện tối thiểu phục vụ công tác TT-GDSK như: đài cassette, loa tay, bộ âm ly/loa/micro, đầu Video/VCD/DVD, ti vi do các dự án lao, sốt rét... cấp, nhưng các loại trang thiết bị như máy tính, máy chiếu các loại, máy ảnh... thì còn thiếu, chưa được trang bị cho tổ truyền thông [36].

Hiện nay, nhu cầu về cơ sở vật chất và trang thiết bị chuyên môn cho các phòng TT-GDSK là rất lớn, để giải quyết vấn đề này đòi hỏi phải có kế hoạch với sự quan tâm của các cấp chính quyền, ngành y tế, sự nỗ lực của chính các phòng TT-GDSK. Trước mắt các TTYT huyện cần khai thác các nguồn lực, trang thiết bị sẵn có để có thể khắc phục các khó khăn, thiếu hụt về cơ sở vật chất, trang thiết bị giúp cho phòng TT-GDSK đi vào hoạt động. Đồng thời, Bộ Y tế cần chỉ đạo các Sở y tế có kế hoạch hàng năm trong việc sửa chữa, nâng cấp xây dựng, mua sắm trang thiết bị chuyên ngành cho phòng TT-GDSK của các TTYT huyện theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT ngày 07/7/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế [87].

4.1.2. Thực trạng và nhu cầu về nhân lực của phòng TT-GDSK thuộc Trung tâm y tế huyện

4.1.2.1. Thực trạng về nhân lực

Về số lượng cán bộ: Theo chương trình hành động TT-GDSK đến năm 2015, tuyến huyện là tuyến có vai trò rất quan trọng trong chỉ đạo và thực hiện chương trình hành động TT-GDSK [1]. Thực hiện Nghị định số 172/2005/NĐ-CP quy định về tổ chức cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã thành phố thuộc tỉnh, ở tuyến huyện đã hình thành đơn vị quản lý hoạt động TT-GDSK, đó là phòng TT-GDSK tại TTYT huyện [8]. Theo quyết định 26/2005/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế huyện thì phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện có từ 3 - 5 cán bộ [7]. Tuy nhiên, quá trình sắp xếp lại cán bộ y tế ở tuyến huyện đã dẫn đến tình trạng thiếu cán bộ y tế cho các trung tâm y tế huyện nói chung và đặc biệt là cán bộ cho phòng TT-GDSK. Tình trạng này cũng được phản ánh rất rõ trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Bảng 3.3 cho thấy có tới 19/55 (34,5%) TTYT huyện được nghiên cứu chưa có biên chế chính thức cho phòng TT-GDSK. Trong đó, hầu hết là các huyện thuộc hai tỉnh miền núi (14/19). Trong số các TTYT huyện có biên chế chính thức cho phòng TT-GDSK thì hầu hết mới chỉ có 1-2 cán bộ, chưa đủ số lượng cán bộ theo quy định. Tính chung, số cán bộ trung bình mới có 1,1 cán bộ/1 phòng TT-GDSK. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với tình hình chung của cả nước, mặc dù Nghị định 172/2005/NĐ-CP đã quy định về cơ cấu tổ chức mỗi Trung tâm Y tế huyện có một phòng TT-GDSK, nhưng mới có 617/755 huyện/quận có phòng TT-GDSK [85]. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu tại Đắk Lắk của Lê Ngọc Linh năm 2009. Số cán bộ trung bình của mỗi phòng TT-GDSK là 1,5 cán bộ, thiếu

nhieu so với quy định [37]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh năm 2005 tại tỉnh Yên Bái cho thấy toàn tỉnh có 9/9 trung tâm y tế có tổ TT-GDSK, mỗi tổ có 3 cán bộ đều là cán bộ kiêm nhiệm. 29,2% cán bộ của tổ TT-GDSK là cán bộ của Đội y tế dự phòng, 12,5% cán bộ của Đội bảo vệ bà mẹ trẻ em/ kế hoạch hóa gia đình và 33,3% cán bộ tại các phòng ban khác chủ yếu là Ban giám đốc hoặc phòng Kế hoạch tổng hợp [88]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Tạc Văn Nam năm 2006 tại Bắc Kạn cho thấy mỗi huyện/thị đều đã thành lập được tổ TT-GDSK có từ 3 - 4 cán bộ song đều là cán bộ kiêm nhiệm. Có 4/8 huyện/thị (chiếm 50%) lãnh đạo Trung tâm là tổ trưởng tổ TT-GDSK [36]. Như vậy ở các tổ/phòng TT-GDSK của các TTYT huyện chưa có cán bộ biên chế, hầu hết là cán bộ kiêm nhiệm. Để khắc phục được tình trạng thiếu nhân lực cho hoạt động TT-GDSK tại tuyến huyện và xã một số mô hình đã được các tác giả nghiên cứu và thử nghiệm tại Việt Nam. Nhân viên y tế thôn bản và cộng tác viên dân số, dinh dưỡng có nhiệm vụ chính là TT-GDSK, song do đa số cán bộ có trình độ học vấn thấp, nên việc truyền thông những vấn đề sức khỏe đến người dân rất khó khăn. Trong khi đó, đội ngũ giáo viên có trình độ học vấn cao, có trách nhiệm và uy tín với thôn bản. Trong mô hình này mỗi bản chọn một giáo viên để tiến hành đào tạo, sau đào tạo những giáo viên này vừa là người trực tiếp TT-GDSK cho học sinh trong lớp và bà con tại bản làng lại vừa là người vận động các giáo viên khác cùng thực hiện. Kết quả của mô hình đã góp phần nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình và làm mẹ an toàn [89]. Tác giả Hạc Văn Vinh đã thực hiện mô hình lồng ghép y tế bản-giáo viên cắm bản để thực hiện truyền thông giáo dục cho các bà mẹ về vệ sinh môi trường và chăm sóc sức khỏe sinh sản. Giáo viên cắm bản thực hiện công tác TT-GDSK dưới sự giám sát hỗ trợ của y tế bản và ban giám hiệu nhà trường. Sau khi áp dụng mô hình này kiến thức, thái độ, thực hành

của bà mẹ về vệ sinh môi trường và chăm sóc sức khỏe sinh sản có sự thay đổi khác biệt so với trước. Mô hình cũng được các ban ngành, tổ chức có liên quan, người hưởng lợi đánh giá cao và được sự chấp nhận của cộng đồng [90].

Mô hình huy động các câu lạc bộ người cao tuổi tham gia vào truyền thông phòng bệnh tai biến mạch máu não ở thành phố Thái Nguyên. Mô hình này đã được chính quyền địa phương và chủ tịch hội người cao tuổi chỉ đạo thực hiện, chi hội người cao tuổi đóng vai trò nòng cốt và cơ quan chuyên môn có vai trò tư vấn về chuyên môn. Hoạt động truyền thông được lồng ghép trong các hoạt động của câu lạc bộ nên đã thu hút được đông đảo người cao tuổi tham gia. Mô hình này đã làm thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng tai biến mạch máu não của người dân phường Quang Trung, thành phố Thái Nguyên [91].

Mô hình huy động cộng đồng tham gia truyền thông cải thiện hành vi về vệ sinh môi trường ở các bản vùng xa xôi hẻo lánh của xã vùng sâu Cây Thị, huyện Đông Hy, Thái Nguyên. Hoạt động của mô hình được lồng ghép vào nhiệm vụ của Ban chăm sóc sức khỏe ban đầu tại xã. Mô hình này đã huy động các tổ chức ban ngành ở địa phương tham gia chia sẻ trách nhiệm với y tế trong việc cải thiện hành vi của người dân về vệ sinh môi trường. Khi huy động cộng đồng tham gia cần xây dựng chức năng, nhiệm vụ cụ thể để có thể lồng ghép được các hoạt động TT-GDSK về vệ sinh môi trường vào nhiệm vụ của từng đơn vị và đảm bảo sự quản lý của trạm y tế xã về mặt chuyên môn. Mô hình can thiệp đã làm thay đổi hành vi về vệ sinh môi trường của người dân như kiến thức tăng 63%, thái độ tăng 33,2% và thực hành tăng 14,5% so với trước khi thực hiện mô hình. Hiệu quả can thiệp rõ nhất là kiến thức của người dân về vệ sinh môi trường (323%), tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh tăng 26,5%, hiệu quả can thiệp là 217,2% [92].

Một nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy kiến thức về ung thư vú và thực hành tự khám vú tăng lên và nhận thức về niềm tin sức khỏe của phụ nữ đều được cải thiện khi áp dụng biện pháp giáo dục đồng đẳng và giáo dục nhóm của sinh viên nữ đại học ở Thổ Nhĩ Kỳ. Nghiên cứu so sánh sự khác nhau của hai phương pháp can thiệp là giáo dục đồng đẳng và giáo dục nhóm. Nội dung can thiệp giáo dục đồng đẳng: Giảng viên đồng đẳng là những sinh viên điều dưỡng. Mỗi giảng viên giáo dục đồng đẳng sẽ hướng dẫn khoảng 9 sinh viên, phương pháp giáo dục chủ yếu là giảng dạy tương tác và tài liệu minh họa hình ảnh trong 01 giờ giảng lý thuyết và 01 giờ thực hành liên quan đến nội dung tự khám vú. Nội dung can thiệp giáo dục nhóm: chia 15 sinh viên/nhóm, nội dung can thiệp bao gồm 01 giờ lý thuyết về ung thư vú, tự khám vú và 01 giờ thực hành trên mô hình silicon. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Điểm số kiến thức trung bình tăng từ $42,0 \pm 13,9$ lên $65,3 \pm 13,1$ sau khi can thiệp bởi giáo dục đồng đẳng và từ $41,4 \pm 12,8$ lên $63,7 \pm 11,7$ sau khi can thiệp bởi giáo dục nhóm. Tỷ lệ thực hành thường xuyên tự khám vú tăng từ 25,9% lên 55,7% tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp giáo dục đồng đẳng và từ 45,5% lên 62,2% sau can thiệp giáo dục nhóm. Nhận thức về lợi ích và sự tự tin có liên quan đến tự khám vú tăng lên và các rào cản nhận thức giảm đáng kể sau cả hai can thiệp. Nghiên cứu đưa ra khuyến cáo tùy thuộc vào nguồn lực sẵn có như các nhà điều dưỡng và các chuyên gia y tế khác có thể lựa chọn giáo dục đồng đẳng và giáo dục nhóm để nâng cao nhận thức về bệnh ung thư vú ở phụ nữ trẻ [93].

Mô hình làng Văn hoá-Sức khoẻ đã được tác giả Nguyễn Văn Hiến thí điểm tại xã Tân Trào, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương: Đối tượng được lựa chọn thực hiện TT-GDSK gồm các cán bộ của trạm y tế xã, cán bộ y tế các thôn, lãnh đạo Đảng, Chính quyền xã, cán bộ ngành văn hoá thông tin, hội phụ nữ, đại diện ngành giáo dục, đoàn thanh niên, hội người cao tuổi, trưởng

phó thôn, bí thư, phó bí thư chi bộ các thôn trong xã. Cán bộ sau khi được đào tạo sẽ hình thành 6 nhóm thực hiện TT-GDSK theo từng thôn. Mỗi nhóm gồm 6-8 cán bộ gồm trưởng thôn, bí thư chi bộ thôn, y tế thôn, hội phụ nữ, cán bộ thông tin văn hoá xã, cán bộ xã và cán bộ trạm y tế xã ở thôn nào sẽ về cùng nhóm thôn đó. Các nhóm thảo luận và xây dựng kế hoạch TT-GDSK cho thôn mình trong đó có nêu ra các hoạt động và chỉ tiêu cụ thể cần đạt được. Cán bộ lãnh đạo Đảng, Chính quyền của xã cũng thống nhất kế hoạch hành động và chỉ đạo thực hiện TT-GDSK xây dựng làng Văn hoá-Sức khoẻ trong xã. Mô hình đã làm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về vệ sinh môi trường/3 công trình vệ sinh [94].

4.1.2.2. *Thực trạng về chất lượng cán bộ*

Kết quả ở bảng 3.3 và bảng 3.4 cho thấy số phòng TT-GDSK có cán bộ trình độ đại học chiếm tỷ lệ rất thấp (30,9%) và chỉ có 7,3% huyện có cán bộ sau đại học, đa số các huyện chỉ có cán bộ trình độ trung cấp hoặc sơ cấp. Số cán bộ có trình độ cao tập trung nhiều ở đồng bằng và thấp nhất ở miền núi. Cán bộ của phòng TT-GDSK tuyển huyện hầu hết có thâm niên công tác ít (≤ 2 năm chiếm 91,6%) và 83,7% phòng TT-GDSK cán bộ chưa được đào tạo tập huấn. Trong 5 năm gần đây, chỉ có 41% cán bộ được tham dự các lớp đào tạo/tập huấn nhưng chủ yếu thời gian tập huấn ngắn (< 1 tuần). Kết quả trên đây cho thấy, thực tế đội ngũ cán bộ TT-GDSK ở tuyển huyện rất thiếu về số lượng, hạn chế về chất lượng và đây cũng chính là một trong những khó khăn khi triển khai các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn tuyển huyện hiện nay [95]. Chúng ta đã biết, muốn thực hiện tốt các hoạt động TT-GDSK trước hết phải có đội ngũ cán bộ đủ về số lượng, được đào tạo để có kiến thức và kỹ năng cần thiết về TT-GDSK. Kết quả của nghiên cứu cho thấy cần phải bổ sung đội ngũ cán bộ có trình độ chuyên môn phù hợp cho phòng TT-GDSK của TTYT huyện thông qua đào tạo/đào tạo lại thường xuyên, liên tục cho cán bộ.

TTYT huyện được thành lập căn cứ theo quyết định 26/2005/QĐ-BYT, trong đó có phòng TT-GDSK riêng, cán bộ của phòng TT-GDSK là các cán bộ kiêm nhiệm hoặc được điều chuyển từ các khoa/phòng khác nên chưa được đào tạo về TT-GDSK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải cho kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến là vì sao kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế tuyến huyện về TT-GDSK còn rất hạn chế [96]. Kết quả này cũng phù hợp với thực tế là các phòng TT-GDSK chỉ mới được thành lập trong vòng từ 1-3 năm trở lại đây [97] và hầu hết cán bộ được biên chế vào phòng TT-GDSK hầu như trước đó chưa từng làm công tác TT-GDSK. Báo cáo tổng kết công tác TT-GDSK và định hướng công tác TT-GDSK 2010 của Trung tâm TT-GDSK Bộ Y tế cũng đã nêu rõ số cán bộ làm công tác TT-GDSK ở tuyến huyện chủ yếu là kiêm nhiệm, chỉ có 15% cán bộ chuyên trách [98]. Cho đến nay tổng số cán bộ làm công tác TT-GDSK ở tuyến huyện là 1.741 cán bộ và chủ yếu là cán bộ kiêm nhiệm, cán bộ chuyên trách chiếm 33%. Nhìn chung số cán bộ chuyên trách ít, chủ yếu là cán bộ kiêm nhiệm nên khó hoàn thành được chức năng, nhiệm vụ được giao [99].

4.1.3. Thực trạng hoạt động TT-GDSK tuyến huyện

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các hoạt động TT-GDSK đang được cán bộ thực hiện tại các huyện thuộc 6 tỉnh/thành phố nghiên cứu, với sự kết hợp cả hai phương pháp truyền thông trực tiếp và gián tiếp, đồng thời phối hợp với các ban ngành, đoàn thể khác trên địa bàn thực hiện TT-GDSK. Ở cả ba khu vực đồng bằng, miền núi và đô thị các hoạt động TT-GDSK trực tiếp như nói chuyện với cộng đồng, truyền thông theo nhóm nhỏ qua thảo luận nhóm cộng đồng, tư vấn cho cá nhân/nhóm cộng đồng chiếm tỷ lệ cao, đều trên 60% (bảng 3.5). Đặc biệt ở khu vực đồng bằng, tỷ lệ thực hiện các hoạt động này rất cao, tương ứng là 98,2%, 87,5% và 91,1%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương của tác giả

Nguyễn Văn Hiến và cộng sự: Có 85,7% người dân được hỏi ý kiến cho rằng họ nhận được thông tin sức khỏe từ cán bộ y tế, tương tự như kết quả 68,2% của tác giả Đỗ Thanh Tùng thực hiện tại Thanh Hóa và 93% của tác giả Lê Xuân Hùng [96],[100],[101]. Cao Thị Phi Nga và cộng sự (2006) trong một nghiên cứu tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An đã phát hiện ra rằng tỷ lệ tiếp nhận thông tin về chăm sóc sức khỏe trẻ em trong 3 tháng trước điều tra của các hộ gia đình có cán bộ y tế đến thăm là 11,4%, được nghe truyền thông về chăm sóc sức khỏe trẻ em là 49,1% [102]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2006) tại hai huyện Mai Sơn và Vĩnh Bảo, Hải Phòng về chăm sóc sức khỏe trẻ em cho thấy hình thức cung cấp thông tin GDSK chủ yếu thông qua cán bộ y tế xã và nhân viên y tế thôn bản, còn các hình thức khác như tivi, đài, báo, loa phát thanh chiếm tỷ lệ thấp. Việc nhân viên y tế thôn bản đến thăm hộ gia đình có liên quan chặt chẽ với nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ ốm [46]. Từ đó có thể thấy vai trò quan trọng của các phương pháp TT-GDSK trực tiếp, cũng như của các cán bộ y tế trong việc cung cấp, chuyển tải các thông điệp về sức khỏe tới người dân hiện nay [103].

Các hoạt động TT-GDSK gián tiếp như sử dụng đài phát thanh, panô, áp phích, tờ rơi và các tài liệu truyền thông khác cũng được thực hiện với tỷ lệ cao. Ở khu vực miền núi, các hoạt động TT-GDSK gián tiếp này được thực hiện với tỷ lệ cao hơn so với các hoạt động TT-GDSK trực tiếp. Điều này phù hợp với đặc điểm địa hình và dân cư ở vùng núi, việc đến từng nhà dân hoặc tập trung người dân lại để thực hiện các buổi TT-GDSK trực tiếp là rất khó khăn, vì vậy việc sử dụng các phương pháp truyền thông gián tiếp mang tính khả thi hơn và góp phần nâng cao kiến thức về chăm sóc và BVSK cho cộng đồng. Với địa hình miền núi, đi lại khó khăn, người dân ở phân tán, vì thế có thể khai thác hệ thống đài phát thanh là phương tiện quan trọng để truyền tải thông tin về sức khỏe đến cho người dân. Panô, áp phích được đặt ở những

nơi công cộng, nơi có nhiều người qua lại sẽ góp phần cung cấp thông tin, tuyên truyền các vấn đề về sức khỏe cho người dân. Các tài liệu in ấn trong TT-GDSK có một ưu điểm nổi bật là sử dụng được lâu dài, một người có thể đọc đi, đọc lại nhiều lần để hiểu và nhớ thông điệp, tài liệu cũng có thể chuyển từ người này sang người khác sử dụng. Do đó, kết quả nghiên cứu thể hiện những phương tiện này đã được chú ý tận dụng ở khu vực miền núi là một dấu hiệu tốt và cần được tiếp tục đẩy mạnh, phát huy.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu “Xác định phương pháp và phương tiện truyền thông phòng chống bệnh lao tại Ba Vì, Hà Tây” của tác giả Nguyễn Phương Hoa (2007). Tác giả Nguyễn Phương Hoa đã cho thấy nguồn cung cấp thông tin cho cộng đồng chủ yếu là: đài truyền hình (64,6%), đài phát thanh (12,7%), báo chí (7,1%), áp phích tranh cổ động (4,6%), loa phát thanh (3,8%) [104]. Một nghiên cứu thử nghiệm đã ghi nhận tác động của việc sử dụng công nghệ thông tin trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa các cá nhân mới được chẩn đoán mắc bệnh ung thư. Nhóm can thiệp được đào tạo 1 giờ về sử dụng công nghệ thông tin, CD-ROM về ung thư và danh sách các trang web liên quan đến ung thư có uy tín. Các tài liệu can thiệp đã có sẵn trong khoảng thời gian 8 tuần. Nhóm chúng được chăm sóc thông thường. Số liệu được thu thập tại 3 thời điểm: T1 (trước can thiệp), T2 (1 tuần sau can thiệp) và T3 (3 tháng sau can thiệp). Kết quả cho thấy nhóm can thiệp hài lòng với thông tin về ung thư hơn đáng kể so với nhóm chúng [105].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra ở khu vực đồng bằng các hoạt động TT-GDSK được các cán bộ thực hiện nhiều hơn so với khu vực đô thị và miền núi (bảng 3.5). Theo chúng tôi, thông tin này phù hợp với nhận xét của cán bộ về chất lượng hoạt động TT-GDSK ở huyện mình: Ở khu vực đồng bằng, số ý kiến nhận xét hoạt động TT-GDSK đạt và tốt chiếm 76,8%, trong khi tỷ lệ này thấp hơn ở khu vực đô thị (67,6%) và ở khu vực miền núi

(35%). Như vậy, còn 23,2-65% ý kiến nhận xét chất lượng hoạt động TT-GDSK ở ba khu vực là chưa đạt (biểu đồ 3.1). Mặc dù chỉ là ý kiến chủ quan, nhưng đây là ý kiến của chính những cán bộ đang thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK nên chúng ta thấy cần quan tâm nhiều hơn đến việc nâng cao chất lượng các hoạt động TT-GDSK, đặc biệt ở các tỉnh miền núi. Ở một số nước, các cơ quan TT-GDSK nhà nước tập trung chủ yếu ở khu vực thành phố trong khi đại đa số dân số lại ở các vùng nông thôn làm cho các hoạt động TT-GDSK chưa tiếp cận được số lượng lớn dân số.

Phối hợp, lồng ghép, thu hút nhiều ban ngành cùng tham gia là một nguyên lý của hoạt động TT-GDSK và nâng cao sức khỏe [106]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại các huyện nghiên cứu đã có khá nhiều ban ngành đoàn thể tham gia vào hoạt động TT-GDSK: 71,6% - 96,4% cán bộ được phỏng vấn trả lời có phối hợp với các ban ngành đoàn thể khác như: Ủy ban nhân dân huyện, Đài phát thanh/truyền hình huyện, Phòng văn hóa thông tin huyện, Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Trường học, Hội cựu chiến binh... Tuy nhiên, sự phối hợp hoạt động với một số tổ chức như: Trường học; Mặt trận tổ quốc; Hội cựu chiến binh; Hội nông dân còn chưa thường xuyên. Đây cũng là vấn đề cần nghiên cứu thêm để phát huy sức mạnh tổng hợp của các tổ chức trong cộng đồng, nhằm hỗ trợ và nâng cao hiệu quả hoạt động TT-GDSK, thực hiện đẩy mạnh xã hội hóa công tác TT-GDSK và các hoạt động CSSK nói chung.

Về thực hiện quản lý hoạt động TT-GDSK của huyện: Quản lý là một trong các yếu tố quyết định, có ảnh hưởng đến cả số lượng cũng như chất lượng và hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong đó có hoạt động TT-GDSK và NCSK. Quản lý mỗi chương trình TT-GDSK nhằm đảm bảo các hoạt động được thực hiện chủ động theo kế hoạch, đáp ứng nhu cầu nâng cao kiến thức, chuyển đổi thái độ và thực hành những hành vi có lợi cho sức khỏe của các nhóm đối tượng đích. Công tác lập kế hoạch được coi là xương

sống trong quản lý các chương trình TT-GDSK và NCSK [107]. Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy trên 60% cán bộ có thực hiện lập kế hoạch hoạt động TT-GDSK (biểu đồ 3.2). Trong số các kế hoạch được lập, phần lớn là kế hoạch tháng, quý và năm, ngoài ra còn có kế hoạch theo chương trình/dự án và các kế hoạch đột xuất khi nảy sinh vấn đề sức khỏe tại cộng đồng như khi có dịch bệnh xảy ra... Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến khi tìm hiểu về lập kế hoạch ở huyện Thanh Miện: 46,9% cán bộ y tế cho biết đơn vị họ không có kế hoạch cụ thể cho hoạt động TT-GDSK. Đây cũng là điều hợp lý vì nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến tiến hành ở thời điểm từ năm 2002 [94]. Hơn nữa, trong vài năm trở lại đây hoạt động TT-GDSK đã nhận được sự quan tâm của ngành y tế, đã có những bước phát triển đáng khích lệ thể hiện ở việc đã có sự thay đổi quan trọng về mặt tổ chức trong hoạt động TT-GDSK tại tuyến huyện (thành lập phòng TT-GDSK trực thuộc trung tâm y tế huyện) [7].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu tại Lào Cai cho thấy tất cả các trung tâm y tế huyện, thành phố đều chưa chủ động xây dựng kế hoạch truyền thông, mặc dù hàng năm đã có hướng dẫn của trung tâm Truyền thông – Giáo dục sức khỏe tỉnh. Các TTYT huyện mới chỉ xây dựng được kế hoạch TT-GDSK theo yêu cầu của công việc, cụ thể là khi chương trình y tế nào có kinh phí để hoạt động thì cán bộ chuyên trách ở đó mới xây dựng kế hoạch và triển khai hoạt động theo thời gian và kinh phí của chương trình đã phân định sẵn. Do đó, việc truyền thông thường chông chéo, không thường xuyên dẫn đến hiệu quả không cao, thông tin đến với người dân không thường xuyên liên tục [39]. Nghiên cứu của tác giả Tạc Văn Nam (2006) tại Bắc Kạn cũng cho kết quả tương tự. Việc lập kế hoạch và triển khai các hoạt động TT-GDSK tại TTYT huyện, thị chưa có kế hoạch tổng thể cả năm/quý/tháng mà chỉ mang tính thời vụ, theo nhu cầu kế hoạch của từng chương trình y tế quốc gia. Tại 8/8 TTYT huyện, thị việc lập và triển khai kế hoạch phối hợp với các ban,

ngành liên quan đều không được triển khai từ đầu năm mà chỉ khi có công việc mới xây dựng kế hoạch phối hợp, ví dụ: ngày hiến máu nhân đạo, ngày Thế giới phòng chống Lao, ngày vi chất dinh dưỡng, ngày Thế giới phòng chống AIDS...[36].

Nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Linh tại Đắc Lắc năm 2009 cho thấy y tế tuyến huyện đã thực hiện lập kế hoạch tháng, quý, 6 tháng và kế hoạch năm cho các hoạt động TT-GDSK. 93,3% TTYT huyện lập kế hoạch năm, trong khi kế hoạch tháng, quý và 6 tháng có tỷ lệ thấp hơn so với quy định (từ 46,7% đến 66,7%) [108]. Hoạt động báo cáo cho tuyến trên đầy đủ, kịp thời chỉ đạt 13,3% là rất thấp so với quy định (100%). Điều này chứng tỏ công tác thống kê báo cáo của các phòng TT-GDSK tuyến huyện còn rất lỏng lẻo và thiếu sự giám sát từ tuyến trên. Như vậy cần tăng cường vai trò chỉ đạo của trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh đối với hoạt động thống kê báo cáo, giám sát và đánh giá của phòng TT-GDSK tuyến huyện. Các nghiên cứu này đã chỉ ra một số yếu tố cản trở làm cho các chương trình giáo dục sức khỏe tốt nhất chưa đến được với người dân như sự hạn chế về tài chính, hạn chế về số lượng và chất lượng nhân lực, các hoạt động thường không được lập kế hoạch [31]. Các chương trình TT-GDSK thường chỉ dựa trên kinh nghiệm và kiến thức chứ chưa dựa trên việc xác định nhu cầu của cộng đồng, chưa có sự tham gia của cộng đồng trong quá trình lập kế hoạch và việc thiết kế các chương trình giáo dục sức khỏe chưa dựa trên các mô hình về sự thay đổi hành vi [32].

Như vậy, việc triển khai thành lập phòng TT-GDSK tuy còn mới mẻ nhưng đã thực hiện quản lý hoạt động TT-GDSK khoa học hơn. Theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK là những khâu quan trọng trong quản lý. Cũng như công tác lập kế hoạch, trên 60% cán bộ có tham gia thực hiện theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK của huyện, song họ cũng đánh giá chất lượng chưa tốt (biểu đồ 3.2, 3.3). Như vậy, chúng tôi

nhận thấy không những cần phải triển khai công tác quản lý mà cần phải có sự giám sát, hỗ trợ cả về kiến thức và kỹ năng để quản lý hoạt động TT-GDSK được thực hiện với chất lượng tốt hơn. Có như vậy mới tạo ra sự chuyển biến thực sự trong quản lý số lượng, chất lượng và nâng cao hiệu quả hoạt động TT-GDSK, góp phần nâng cao dân trí, giải quyết bệnh tật và các vấn đề sức khỏe phổ biến trong cộng đồng. Theo ý kiến của cán bộ TT-GDSK, chất lượng lập kế hoạch chưa tốt (biểu đồ 3.3), thông tin này rất đáng được quan tâm, nhất là đối với các cán bộ quản lý các trung tâm TT-GDSK tỉnh và phòng TT-GDSK của TTYT huyện. Tuy nhiên, cũng như đánh giá về chất lượng hoạt động TT-GDSK, đây cũng mới là ý kiến chủ quan của những người được phỏng vấn, thực tế chất lượng lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá cần được xây dựng các tiêu chí đánh giá cụ thể hơn. Như vậy, cần có thêm nghiên cứu để đánh giá chất lượng thực sự về lập kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK của cán bộ phòng TT-GDSK huyện, từ đó đề xuất và thực hiện các biện pháp thích hợp để nâng cao chất lượng công tác quản lý và lập kế hoạch TT-GDSK.

4.1.4. Thuận lợi và khó khăn trong hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện

Thuận lợi:

Trước hết về nhân lực, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất tại các TTYT huyện hiện nay là 31- 45 tuổi (chiếm 43,2%). Đây là nhóm tuổi trẻ, nhiệt tình, thời gian làm việc còn dài, hơn nữa đây cũng là nhóm tuổi đã có số năm công tác nhất định, tích lũy được kinh nghiệm, kiến thức trong công việc. Thêm vào đó, hoạt động TT-GDSK có sự trợ giúp của đội ngũ cộng tác viên đông đảo và nhiệt tình ở địa phương, đó là một yếu tố quan trọng giúp bù đắp khó khăn thiếu nhân lực của phòng TT-GDSK huyện, tuy nhiên trên thực tế đội ngũ này cũng thường xuyên thay đổi do điều kiện làm việc cũng như chính sách đãi ngộ, thu hút đối với họ chưa phù hợp.

Một thuận lợi khác được tỷ lệ lớn cán bộ nhấn mạnh đó là: Hoạt động TT-GDSK của huyện được sự quan tâm của lãnh đạo các cấp, sự quan tâm của các ban ngành đoàn thể (bảng 3.6). Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cán bộ y tế cũng cho thấy ngoài sự quan tâm của các cấp lãnh đạo, các ban ngành đoàn thể còn nhận được sự hỗ trợ của các dự án trong việc đào tạo cán bộ và cung cấp tài liệu TT-GDSK. Phòng TT-GDSK mới được thành lập, nguồn lực để thực hiện hoạt động còn thiếu thì sự quan tâm, hỗ trợ, chỉ đạo, hướng dẫn từ các cấp lãnh đạo là một điều kiện thuận lợi rất lớn. Điều này góp phần khắc phục những khó khăn của phòng TT-GDSK khi chưa ổn định về tổ chức và hoạt động. Tuy nhiên, thành lập phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện và đi vào hoạt động là bước phát triển, tạo ra những cơ hội đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện. Đây cũng là thành công bước đầu mang tính pháp lý phù hợp với Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT: quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh [7]. Sau khi được thành lập, phòng TT-GDSK đã thực hiện tốt các hoạt động theo chức năng, nhiệm vụ được giao trong đó hoạt động quản lý được chú trọng. Đây là một bước tiến quan trọng vì trước khi phòng TT-GDSK tuyến huyện được thành lập chưa có một cơ quan đầu mối nào chịu trách nhiệm quản lý hoạt động TT-GDSK tại tuyến huyện. Sau khi đi vào hoạt động chính thức, hoạt động quản lý xuyên suốt từ huyện tới xã, thôn đã được hình thành.

Trong công tác TT-GDSK, đặc biệt là ở tuyến cơ sở, huy động cộng đồng tham gia vào TT-GDSK và NCSK được coi là chiến lược quan trọng [109]. Sự phối hợp với các ban ngành đoàn thể và hợp tác liên ngành giúp làm giảm những khó khăn do thiếu nguồn lực. Tỷ lệ cán bộ có phối hợp liên ngành trong hoạt động ở các tỉnh trong nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến tại huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương [96]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy cán bộ tuyến huyện

đã nhận thức rõ tầm quan trọng của việc phối hợp liên ngành, đồng thời đã chủ động phối hợp trong thực hiện hoạt động. Bên cạnh những thuận lợi chung, gần 20% cán bộ có kiến thức, có kỹ năng để thực hiện hoạt động TT-GDSK, đây là một trong những thuận lợi rất quan trọng. Cán bộ phòng TT-GDSK huyện vừa là người trực tiếp thực hiện các hoạt động TT-GDSK vừa là người chỉ đạo thực hiện các hoạt động TT-GDSK ở tuyến cơ sở, do vậy, việc họ có kiến thức, có kỹ năng là yếu tố quyết định giúp họ hoàn thành nhiệm vụ của mình và hỗ trợ đồng nghiệp thực hiện nhiệm vụ. Tuy nhiên, tỷ lệ cán bộ có kiến thức và kỹ năng TT-GDSK còn thấp nên hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện hiện nay còn gặp khó khăn.

Một số các thuận lợi khác khi thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu các cán bộ cũng đã nêu ra là: Tổ chức chuyên môn thực hiện và quản lý hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện đã được hình thành và mang tính pháp lý, đó là phòng TT-GDSK. Đây chính là một thuận lợi, khẳng định vai trò của hoạt động TT-GDSK trong hệ thống tổ chức chăm sóc sức khỏe. Do có tổ chức chịu trách nhiệm về hoạt động TT-GDSK nên cán bộ được bố trí cho hoạt động TT-GDSK rõ ràng hơn. Hoạt động TT-GDSK được chỉ đạo theo ngành dọc từ tuyến trung ương đến tuyến huyện, đây là thuận lợi rất cơ bản. Mặt khác, TT-GDSK được coi là nhiệm vụ hàng đầu trong CSSKBĐ nên được quan tâm, điều này được thể hiện trong các văn bản về công tác y tế của Đảng, Nhà nước và ngành y tế [110],[111]. Hoạt động TT-GDSK từ trước đến nay vẫn được thực hiện ở tuyến huyện, xã trong các chương trình y tế, vì thế cán bộ tuyến y tế cơ sở cũng đã quen với các hoạt động này. Đây cũng là hoạt động được xã hội hoá, được các cấp chính quyền và các ban ngành, đoàn thể phối hợp tham gia. Nếu phòng TT-GDSK tuyến huyện biết khai thác các thuận lợi này thì đây sẽ là động lực thúc đẩy mở rộng triển khai hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện.

Khó khăn:

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện, đặc biệt là hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện hiện nay còn gặp rất nhiều khó khăn.

Các khó khăn chung được nói đến nhiều nhất là thiếu nhân lực, sau đó là thiếu TTB, phương tiện, tài liệu/ấn phẩm, cơ sở vật chất và kinh phí (bảng 3.7) và những ý kiến này hoàn toàn phù hợp với thực tế ở các địa phương. Quá trình sắp xếp lại tổ chức y tế ở tuyến huyện đã dẫn đến tình trạng thiếu cán bộ trong các TT-YTDP huyện nói chung và đặc biệt là cán bộ cho phòng TT-GDSK mới thành lập.

Về công tác ở phòng TT-GDSK tuyến huyện được rất ít cán bộ lựa chọn vì theo ý kiến của những cán bộ tham gia phỏng vấn thì đây là lĩnh vực mà điều kiện hoạt động còn rất khó khăn, thiếu trang thiết bị, thiếu kinh phí, thu nhập của cán bộ lại thấp. Mặt khác, do chia tách thành ba tổ chức khác nhau từ một tổ chức duy nhất trước đây là trung tâm y tế huyện, lại chưa được bổ sung thêm cơ sở vật chất, trang thiết bị, cán bộ nên cả ba tổ chức y tế tuyến huyện (phòng y tế, bệnh viện huyện, TTYT huyện) đều gặp khó khăn. Kết quả bảng 3.4 cũng cho thấy tình trạng phổ biến là các cán bộ đều mới về lĩnh vực TT-GDSK (>90% có thâm niên ≤ 2 năm), do cơ cấu tổ chức mới họ được điều chuyển làm công tác TT-GDSK mà chưa được đào tạo, tập huấn về TT-GDSK [112].

Từ phía cá nhân cán bộ, khó khăn được nhiều cán bộ nêu ra là thiếu kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK (89,9%, tỷ lệ này cao nhất là ở khu vực miền núi), thiếu điều kiện làm việc (85,9%) trong đó cao nhất là các huyện của hai thành phố (97,3%); sau đó là trình độ dân trí thấp, phong tục lạc hậu của người dân, đặc biệt ở khu vực miền núi (54,6% cán bộ nhận xét trình độ dân trí thấp, phong tục lạc hậu là yếu tố ảnh hưởng không tốt đến hoạt động của họ). Để hoàn thành tốt công tác TT-GDSK của mình, các cán bộ phải có trình độ chuyên môn phù hợp, có kiến thức và kỹ năng về TT-GDSK. Nhưng nghiên

cứu của chúng tôi (bảng 3.4) cho thấy, trình độ chuyên môn của cán bộ vẫn còn thấp (52,9% cán bộ có trình độ trung cấp hoặc sơ cấp), mặt khác, chỉ có 16,3% huyện nghiên cứu có cán bộ được đào tạo/tập huấn về TT-GDSK, trong đó chủ yếu là các khóa tập huấn ngắn với thời gian dưới 1 tuần (bảng 3.3). Kết quả của bảng 3.4 cũng chỉ ra ở những huyện có cán bộ được đào tạo về TT-GDSK thì mới chỉ đào tạo được cho 41% cán bộ đang làm TT-GDSK. Như vậy, để công tác TT-GDSK có hiệu quả cần thiết phải tổ chức các khóa đào tạo/đào tạo lại cho cán bộ có kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là những gợi ý để trung tâm TT-GDSK các tỉnh xem xét, xác định nhu cầu đào tạo, nâng cao kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ các phòng TT-GDSK của TTYT huyện. Ở khu vực đô thị, chỉ có 29,7% cán bộ có trình độ đại học và 14,9% cán bộ có trình độ sau đại học, còn lại có tới 48,6% cán bộ có trình độ trung cấp và sơ cấp. Ở khu vực đồng bằng, tỉ lệ cán bộ có trình độ đại học cao hơn (42,9%) nhưng lại chỉ có 10,7% cán bộ có trình độ sau đại học. Ở khu vực miền núi, số cán bộ có trình độ trung cấp và sơ cấp chiếm đa số (63,9%), số cán bộ có trình độ sau đại học cũng thấp hơn (3,1%). Kết quả này cho thấy cán bộ ở cả ba khu vực, đặc biệt ở khu vực miền núi còn rất khó khăn, chưa có các điều kiện cơ bản cần thiết để đảm bảo cho cán bộ hoàn thành tốt nhiệm vụ, đây chính là một trong những khó khăn lớn cán bộ y tế gặp phải khi triển khai các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn huyện hiện nay.

Con người là thành tố quan trọng của mọi tổ chức, cơ quan nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, nguồn nhân lực là yếu tố cơ bản cho mọi thành tựu y tế [113]. Thực hiện hoạt động TT-GDSK cần nhiều nguồn lực khác nhau, trong đó nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất. Nguồn nhân lực quyết định đến toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các hoạt động. Cán bộ các phòng TT-GDSK tuyến huyện là chủ thể quan trọng trong tổ chức, thực hiện TT-GDSK, nếu họ thiếu kiến thức và kỹ năng TT-GDSK thì không thực hiện được nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở. Đây cũng là một trong các điều kiện tiên quyết để tăng cường TT-

GDSK. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Ở mỗi khu vực có những khó khăn đặc thù riêng, để đảm bảo hoạt động TT-GDSK hiệu quả cần chú ý đến các khó khăn của từng địa bàn để có thể hỗ trợ và lập kế hoạch từng bước giải quyết.

Ý kiến thảo luận nhóm cũng đã thể hiện một số khó khăn chính giống như các ý kiến thu được qua điều tra phỏng vấn cá nhân. Khó khăn nổi bật nhất được nêu ra là vấn đề về nhân lực. Nhìn chung các huyện hiện nay rất thiếu cán bộ, nhất là cán bộ có trình độ đại học và sau đại học. Do thay đổi tổ chức ở tuyến huyện nên ngay cả cán bộ lãnh đạo các đơn vị y tế của huyện cũng thiếu. Phòng TT-GDSK là tổ chức mới được hình thành nên nhiều nơi chỉ có một cán bộ phụ trách hoặc có cán bộ làm kiêm nhiệm. Nhiều cán bộ chưa được đào tạo, không có hướng dẫn nên không biết phải làm gì. Nhiều huyện sắp xếp cán bộ cho phòng TT-GDSK không ổn định, vì thế tạo tâm lý không yên tâm và không nhiệt tình với công việc. Nhiều cán bộ tự đánh giá là thiếu kiến thức, kỹ năng TT-GDSK nhưng lại phải thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK. Rõ ràng vấn đề nhân lực cho các phòng TT-GDSK hiện nay là vấn đề cốt lõi cần giải quyết. Nếu không quan tâm đến nhân lực thì chắc chắn việc thành lập các phòng TT-GDSK chỉ là hình thức và khó có thể cải thiện được hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện. Bên cạnh các khó khăn về nhân lực thì cơ sở vật chất, trang thiết bị cho các phòng TT-GDSK cũng đang tồn tại nhiều khó khăn lớn. Điều kiện cơ sở vật chất còn rất hạn chế, phân tán, địa điểm tạm bợ, nhiều phòng TT-GDSK chưa có chỗ làm việc. Các trang thiết bị cho hoạt động chuyên môn nhiều phòng TT-GDSK chưa có. Kinh phí cho hoạt động TT-GDSK chưa có nguồn rõ ràng, chưa được đầu tư đúng mức. Với nhiều khó khăn như vậy để có thể hoàn thành được chức năng nhiệm vụ các phòng TT-GDSK cần được sự quan tâm đúng mức của các cấp có thẩm quyền, cùng với sự nỗ lực, sáng tạo từng bước giải quyết các khó khăn tìm cách bổ sung nguồn lực cho phòng TT-GDSK huyện.

4.2. Hiệu quả thí điểm Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009-2017.

4.2.1. Xây dựng phòng TT-GDSK

Trong quyết định số 26/2005/QĐ-BYT đã quy định về các khoa, phòng chuyên môn của Trung tâm y tế dự phòng huyện (nay là trung tâm y tế huyện), trong đó có Phòng TT-GDSK. Tuy nhiên kết quả điều tra thực trạng hoạt động TT-GDSK ở 55 huyện của chúng tôi cho thấy hiện vẫn còn 34,5% huyện chưa có biên chế cán bộ cho phòng TT-GDSK. 52,7% phòng TT-GDSK huyện chỉ có 1-2 biên chế (bảng 3.3). Như vậy các TTYT huyện chưa bố trí nhân lực cho Phòng TT-GDSK hoặc có nhưng chưa đủ số lượng cán bộ theo quy định. Để có thể thực hiện tốt hoạt động TT-GDSK tại tuyến cơ sở cần thiết phải bố trí đủ nhân lực cho Phòng TT-GDSK.

TTYT huyện Bình Lục là một trong những đơn vị chưa thành lập Phòng TT-GDSK. Căn cứ theo quyết định số 26/2005/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế và quyết định số 127/QĐ-SYT của Giám đốc Sở Y tế tỉnh Hà Nam, TTYT huyện Bình Lục đã ra quyết định 65/QĐ-TTYT về việc thành lập phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục. Phòng TT-GDSK huyện Bình Lục được thành lập và đi vào hoạt động là điều kiện tiên quyết và là bước đầu thành công trong xây dựng mô hình phòng TT-GDSK. Nhưng huyện Bình Lục cũng giống như ở nhiều huyện khác mà chúng tôi điều tra, phòng TT-GDSK còn gặp rất nhiều khó khăn trong thực hiện chức năng nhiệm vụ mới. Khó khăn trước tiên là năng lực chỉ đạo thực hiện hoạt động TT-GDSK của chính cán bộ phòng TT-GDSK còn hạn chế. Như kết quả điều tra thực trạng đã cho thấy hầu như các cán bộ của phòng TT-GDSK huyện đều chưa được đào tạo nên còn thiếu kiến thức và kỹ năng thực hiện TT-GDSK, vì thế họ rất khó để có thể chỉ đạo tuyến xã/thôn trong huyện đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK.

Mặt khác phòng TT-GDSK là tổ chức mới được thành lập, hầu như chưa có kinh nghiệm trong đảm nhiệm chức năng làm đầu mối quản lý công tác TT-GDSK trong huyện. Với thực trạng như vậy, vấn đề được quan tâm đầu tiên trong xây dựng mô hình phòng TT-GDSK ở huyện Bình Lục là cần đào tạo cho các cán bộ của phòng TT-GDSK, đồng thời đào tạo cho các trưởng TYT xã. Chính vì vậy ngay sau khi phòng TT-GDSK được thành lập nhóm nghiên cứu chúng tôi đã tổ chức các khóa tập huấn về 2 chủ đề: tập huấn kiến thức, kỹ năng TT-GDSK và tập huấn về lập kế hoạch, theo dõi, giám sát hoạt động/chương trình y tế cho cán bộ phòng TT-GDSK, cán bộ liên quan tới hoạt động TT-GDSK của trung tâm y tế và các trạm trưởng trạm y tế xã. Hai nội dung tập huấn được xác định thông qua khảo sát thực trạng cán bộ. Tác động đầu tiên của việc đào tạo là nâng cao rõ rệt kiến thức và kỹ năng TT-GDSK cho các cán bộ của phòng TT-GDSK, một số cán bộ liên quan của trung tâm y tế huyện và các trưởng trạm y tế xã của huyện Bình Lục. Mặc dù phòng TT-GDSK có ba nhiệm vụ đã được quy định trong quyết định 26/QĐ-BYT, nhưng việc cụ thể hoá các nhiệm vụ của phòng TT-GDSK là cần thiết để làm cơ sở cho các cán bộ của phòng TT-GDSK nhìn nhận rõ hơn nhiệm vụ và xây dựng kế hoạch hoạt động phù hợp với nhiệm vụ. Trên cơ sở ba nhiệm vụ đã được quy định, với sự chỉ đạo của ban giám đốc TTYT huyện, các cán bộ của phòng TT-GDSK đã thảo luận và xây dựng chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK và được giám đốc TTYT huyện phê duyệt. Trong bản quy định về chức năng nhiệm vụ có thể thấy rõ vai trò quản lý các hoạt động TT-GDSK của phòng TT-GDSK.

Qua một năm hoạt động, phòng TT-GDSK huyện Bình Lục về cơ bản đã thực hiện các hoạt động theo chức năng nhiệm vụ được xây dựng. Nhưng đáng chú ý là nhiệm vụ được phòng TT-GDSK huyện chú trọng quan tâm là hoạt động quản lý. Đây là điểm mới với tuyến huyện vì từ trước đến nay chưa có tổ chức chính thức làm đầu mối quản lý các hoạt động TT-GDSK ở tuyến

huyện. Công tác quản lý có tác động lớn đến cả số lượng và chất lượng các hoạt động TT-GDSK. Khi mới thành lập phòng TT-GDSK, cán bộ lãnh đạo của trung tâm y tế huyện quan tâm đến công tác quản lý để đưa các hoạt động TT-GDSK đi vào nề nếp là việc làm cần thiết. Cán bộ của phòng TT-GDSK tiếp cận với cách làm việc khoa học, xây dựng mục tiêu, kế hoạch hoạt động sẽ tạo ra ảnh hưởng lâu dài, giúp các cán bộ phòng TT-GDSK có thể chủ động trong mọi hoạt động và sử dụng hợp lý các nguồn lực có hạn để đạt được kết quả tốt nhất. Phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục đã thực sự là tổ chức đầu mối quản lý các hoạt động TT-GDSK ở huyện Bình Lục, góp phần đẩy mạnh công tác CSSKBĐ, nhất là công tác TT-GDSK trong huyện.

CSSKBĐ là nhiệm vụ trọng tâm của tuyến y tế cơ sở, TT-GDSK là nội dung đầu tiên của CSSKBĐ và cũng là nội dung đầu tiên trong chuẩn Quốc gia về y tế xã [114]. Nhiều hoạt động của tuyến y tế cơ sở gắn với TT-GDSK. Việc quy định trưởng các TYT xã trực tiếp phụ trách công tác TT-GDSK ở xã và đưa nội dung TT-GDSK vào giao ban hàng tháng với các trưởng TYT xã trong huyện và các cán bộ TTYT huyện là hoàn toàn phù hợp với yêu cầu thực tế và chỉ thị 08 ngày 01/9/2008 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về đẩy mạnh công tác TT-GDSK và chiến lược CSSKBĐ của ngành y tế.

Một trong những điểm nhấn quan trọng của mô hình phòng TT-GDSK huyện Bình Lục là đẩy mạnh thực hiện các hoạt động TT-GDSK trực tiếp. Để đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK trực tiếp thì các cán bộ cần được đào tạo về các kỹ năng truyền thông, kỹ năng giao tiếp. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi thiết kế các hoạt động can thiệp xây dựng phòng TT-GDSK đã chú trọng đào tạo cho các cán bộ phòng TT-GDSK và các trưởng TYT xã về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK. Sau đào tạo các trưởng TYT xã đã tổ chức các hoạt động TT-GDSK trực tiếp tại xã của mình, đặc biệt là đã thống nhất hướng dẫn các cán bộ TYT xã thực hiện lồng ghép tư vấn thường xuyên cho người dân đến TYT xã khám, chữa bệnh hoặc nhận các dịch vụ CSSK khác.

4.2.2. Kết quả đạt được sau khi có Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục.

Tại TTYT huyện, thông qua hoạt động xây dựng phòng TT-GDSK các cán bộ Phòng TT-GDSK và cán bộ liên quan đã nâng cao được cả kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK. Đặc biệt họ đã hình dung được nhiệm vụ của phòng TT-GDSK và nhận thức vai trò đầu mối trong chỉ đạo các hoạt động TT-GDSK trong huyện của phòng TT-GDSK. Hoạt động quản lý bao gồm lập kế hoạch theo dõi/giám sát và đánh giá TT-GDSK là một trong các điểm yếu nói chung của các phòng TT-GDSK như kết quả điều tra thực trạng của chúng tôi đã chỉ ra. Khắc phục điểm yếu này ngay từ khi đi vào hoạt động phòng TT-GDSK đã chú ý đến xây dựng kế hoạch, theo dõi/giám sát và đánh giá. Thực hiện các hoạt động này đã thực sự góp phần làm cho cán bộ phòng TT-GDSK nâng cao năng lực và gắn kết hơn với thực tế để chỉ đạo các hoạt động TT-GDSK ở tuyến xã. Bước đầu các hoạt động này đã đi vào nề nếp và đã có tác động đến các hoạt động tương tự ở tuyến xã.

Khi so sánh một số hoạt động TT-GDSK tại thời điểm chưa có phòng TT-GDSK và sau khi có phòng TT-GDSK tại các xã mà trưởng TYT đã nêu ra, có thể nhận thấy các hoạt động TT-GDSK ở các xã sau khi thành lập phòng TT-GDSK đã có các bước phát triển tốt hơn so với trước (kết quả các bảng 3.8 - 3.14). Những thay đổi chính trong hoạt động TT-GDSK mà các trưởng TYT xã nêu ra là: Số cán bộ TYT xã được đào tạo về kiến thức kỹ năng TT-GDSK đã tăng lên 2 lần so với trước khi thành lập phòng TT-GDSK, số cán bộ đánh giá kỹ năng TT-GDSK của cán bộ ở mức độ khá thời điểm sau thành lập phòng TT-GDSK cũng tăng lên hơn 2 lần so với trước. Đây là một kết quả đáng mừng vì có thể nói với hoạt động TT-GDSK thì cán bộ được đào tạo và có kỹ năng TT-GDSK là điều kiện cần thiết nhất để thực hiện tốt các hoạt động TT-GDSK. Các hoạt động TT-GDSK cả trực tiếp và gián tiếp được thực hiện sau khi có phòng TT-GDSK đều tăng hơn so với trước và ở mức khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi cũng rất phù hợp với các nhận định của cán bộ y tế huyện và xã trong thảo luận nhóm là khi được đào tạo về kiến thức và kỹ năng sẽ làm cho cán bộ quan tâm đến thực hiện TT-GDSK.

Những hoạt động của phòng TT-GDSK huyện như theo dõi/giám sát, đánh giá cũng đã có tác động đến các TYT xã. Số TYT xã được theo dõi/giám sát cũng như thực hiện theo dõi giám sát, đánh giá đã tăng lên với sự khác biệt có ý nghĩa khi so sánh tại hai thời điểm trước và sau khi thành lập phòng TT-GDSK. Các hoạt động quản lý này được duy trì và phát triển chắc chắn sẽ ảnh hưởng tốt đến chất lượng các hoạt động TT-GDSK và qua đó góp phần đào tạo nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế xã/thôn. Riêng về các phương tiện trang thiết bị trước và sau khi thành lập phòng TT-GDSK hầu như không có khác biệt, trừ góc truyền thông ở các TYT xã có tốt hơn sau khi thành lập phòng TT-GDSK (bảng 3.14). Kết quả này cũng phản ánh một thực tế là các xã rất khó khăn trong việc tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK, đây là vấn đề cần được sự quan tâm hỗ trợ của tuyến trên.

4.2.3. Kiến thức, thực hành của người dân về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật thường gặp

Ý kiến nhận định của các trưởng TYT xã cũng như các ý kiến nhận xét của người dân qua điều tra tại hai xã An Mỹ và Đồng Du cũng đã phản ánh những thay đổi tích cực của hoạt động TT-GDSK trong địa bàn huyện Bình Lục sau khi phòng TT-GDSK được thành lập. Kết quả điều tra các trưởng TYT xã đã cho thấy sự khác biệt về số lượng và chất lượng các hoạt động TT-GDSK do cán bộ TYT xã và y tế thôn thực hiện. Nhìn chung sau khi thành lập phòng TT-GDSK các hoạt động TT-GDSK ở huyện Bình Lục (bảng 3.9 - 3.14) đã tăng về số lượng và chất lượng cũng được cải thiện theo thông tin và nhận định của các trưởng TYT xã, tuy nhiên đây mới chỉ là kết quả và nhận định của các chủ thể thực hiện TT-GDSK. Vấn đề hiệu quả của hoạt động TT-

GDSK phải được thể hiện trong thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng được TT-GDSK [86].

Khi điều tra về kiến thức, thực hành của người dân về một số vấn đề sức khỏe, bệnh tật thường gặp tại 2 xã nghiên cứu, kết quả cũng đã cho thấy sau khi có phòng TT-GDSK tỷ lệ người dân có kiến thức về nguyên nhân tiêu chảy, biện pháp phòng chống tiêu chảy, nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm cũng đã tăng lên ở cả 2 xã nghiên cứu (bảng 3.15 - 3.17). Người dân đã biết được những nguyên nhân gây ra bệnh tiêu chảy là do sử dụng nước bẩn/nước lã trong ăn uống (25%) và ăn thức ăn sống (3,5%). Chỉ có 0,3% người dân được hỏi không biết/không trả lời về nguyên nhân gây tiêu chảy, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Tài tại Phú Lý [115], điều này có thể lý giải bởi Phú Lý là thị xã nên người dân dễ dàng tiếp cận với các nguồn thông tin hơn. Theo báo cáo kết quả điều tra y tế Quốc gia của Bộ Y tế tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước sạch vẫn còn rất thấp so với chuẩn ban hành, cụ thể ở nông thôn mới đạt 28% (chuẩn: 70%). Ở thành thị tỷ lệ này là 64% (chuẩn: 90%) [116].

Đáng chú ý là số dân ở xã An Mỹ (xã can thiệp) biết về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm do hoá chất bảo vệ thực phẩm/bảo quản/chất phụ gia đã tăng lên rõ rệt khi so sánh hai thời điểm trước can thiệp (9,6%) và sau can thiệp (66,8%) (bảng 3.17). Nhìn chung hoạt động TT-GDSK ở cả hai xã sau khi thành lập phòng TT-GDSK đã có tác động đến thay đổi kiến thức của dân về các vấn đề sức khỏe bệnh tật thường gặp. Kiến thức của người dân về các biện pháp phòng bệnh tiêu chảy được cải thiện như: ăn chín uống sôi, vệ sinh môi trường sạch sẽ và sử dụng thực phẩm an toàn/rõ nguồn gốc. Các tỷ lệ này sau can thiệp chưa cao nhưng đã có sự khác biệt khi so sánh với kết quả trước can thiệp và so với xã chứng (bảng 3.15). Khi được hỏi về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm tỷ lệ người dân nêu ra được các nguyên nhân khá cao như: hoá chất bảo vệ thực vật/chất bảo quản/phụ gia (66,8%), ăn uống không hợp

vệ sinh (29,7%) nhưng vẫn còn 1,6% người dân không biết về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm, kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến ở huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương [94].

Khi người dân đã có kiến thức, muốn thay đổi được thực hành cần phải có thời gian [117],[118]. Thực hành phòng bệnh thường xuất phát từ hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh và điều kiện áp dụng các biện pháp phòng bệnh của người dân. Những biện pháp được người dân thực hiện nhiều nhất để phòng ngộ độc thực phẩm là sử dụng thực phẩm rõ nguồn gốc (71,5%); ăn ở vệ sinh/rửa tay sạch (49,5%); rửa rau sạch/ngâm bằng nước muối (44,4%) nhưng vẫn còn đến 2,9% người dân không biết/không trả lời về các biện pháp phòng chống ngộ độc thực phẩm. Các biện pháp phòng bệnh lây truyền qua đường tiêu hoá được người dân thực hiện như sử dụng nước sạch, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, ăn chín, uống sôi - đây là những biện pháp quan trọng vì tiêu chảy liên quan chặt chẽ đến nước sạch/vệ sinh môi trường [119]. Tỷ lệ hộ dùng hố xí hợp vệ sinh ở khu vực nông thôn cũng tương tự như việc sử dụng nước sạch, ở nông thôn tỷ lệ này là 27% so với chuẩn là 70%, ở thành thị là 75,5% so với chuẩn là 90%. Khu vực nông thôn đặc biệt là vùng sâu, vùng xa, nơi có các tập quán lạc hậu thì việc sử dụng hố xí hợp vệ sinh còn là vấn đề cần được cải thiện vì vậy cần đẩy mạnh hơn nữa việc tuyên truyền, vận động nhân dân cũng như tìm các nguồn vốn hỗ trợ cho người dân xây dựng hố xí hợp vệ sinh. Tại xã An Mỹ (xã can thiệp) đã có sự thay đổi thực hành của người dân về phòng bệnh lây truyền qua đường tiêu hoá và phòng chống ngộ độc thực phẩm, sự thay đổi này khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp và so với xã chứng.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là các hoạt động TT-GDSK được thực hiện thường xuyên, liên tục qua nhiều hình thức khác nhau như truyền thông trực tiếp, truyền thông gián tiếp qua các phương tiện thông tin đại chúng: ti vi, loa đài, tranh ảnh, tờ rơi... Trong nghiên cứu này chúng tôi kết hợp truyền

thông trên loa đài của xã/thôn: 1 lần/tuần; truyền thông trực tiếp lồng ghép vào các hoạt động của thôn/xã như họp thôn, họp hội phụ nữ, họp hội nông dân: 1 lần/tháng; phát tờ rơi, tranh ảnh treo ở những nơi công cộng, đặc biệt đã lồng ghép hoạt động TT-GDSK vào công tác khám chữa bệnh hàng ngày của cán bộ y tế. Tổng số lượt tư vấn được thực hiện trung bình/tháng tại xã An Mỹ là 248 lượt, chiếm 82,9% tổng số bệnh nhân khám chữa bệnh [120]. Với những kết quả nghiên cứu thể hiện những thay đổi kiến thức và thực hành của dân tại 2 xã về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật có thể nhận định là hoạt động TT-GDSK của các TYT xã huyện Bình Lục sau khi thành lập phòng TT-GDSK đã đến được với người dân và có ảnh hưởng tích cực đến thay đổi kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống bệnh tật, bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

4.3. Khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 - 2017.

4.3.1. Khả năng duy trì của phòng TT-GDSK huyện Bình Lục

Phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe là phòng chức năng của TTYT huyện Bình Lục và vẫn được duy trì về tổ chức, cơ sở vật chất, hoạt động vào năm 2017. Để có thể đảm nhận các chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK và tổ chức thực hiện, quản lý tốt các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn huyện, phòng TT-GDSK cần thiết được bổ sung đủ các điều kiện tối thiểu về nguồn lực. Cơ sở vật chất, trang thiết bị của phòng TT-GDSK tại thời điểm năm 2014 và 2016 không được bổ sung thêm so với thời điểm kết thúc can thiệp. Một số trang thiết bị đã bị hỏng và không được bổ sung như tủ đựng tài liệu, máy ảnh, loa, máy chiếu đa năng (bảng 3.19, 3.20).

Thực hiện hoạt động TT-GDSK cần nhiều nguồn lực khác nhau, trong đó nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất. Nguồn nhân lực quyết định đến toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các hoạt động. Trước hết cần có đội ngũ cán bộ đủ về số lượng và được đào tạo kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK.

Nhân lực phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014 vẫn duy trì được 4 cán bộ như khi thành lập phòng TT-GDSK năm 2009. Đến năm 2016 phòng TT-GDSK còn 2 cán bộ do 1 cán bộ nghỉ hưu và 1 cán bộ chuyển công tác. Để đảm bảo số lượng cán bộ thực hiện công tác TT-GDSK trung tâm y tế huyện đã cử cán bộ tại các khoa/phòng khác tham gia kiêm nhiệm là rất cần thiết. Đồng thời để công tác TT-GDSK đạt hiệu quả cao cần huy động cộng đồng tham gia, bởi vì mục đích cuối cùng của công tác TT-GDSK nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người dân. Một nghiên cứu can thiệp bằng truyền thông giáo dục dinh dưỡng được thực hiện tại Sóc Sơn, Hà nội: mô hình này ngoài sự tham gia của cán bộ y tế còn huy động sự tham gia của các tình nguyện viên, các bà mẹ có con dưới 5 tuổi, lãnh đạo xã và hội phụ nữ. Sau 12 tháng thực hiện mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng: tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi được tiếp nhận thông tin từ cán bộ tăng lên, tỷ lệ bà mẹ được cộng tác viên dinh dưỡng hướng dẫn cách chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ đúng tăng lên, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng giảm so với trước can thiệp. Như vậy mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã mang lại hiệu quả tại huyện Sóc Sơn và cần thiết được nhân rộng để các bà mẹ có con dưới 5 tuổi có thể tiếp cận được [121].

4.3.2. Tác động của phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe đến hoạt động tại trạm y tế xã

Cán bộ tham gia truyền thông tại TTYT huyện, cán bộ y tế xã, y tế thôn đều được đào tạo cập nhật hàng năm. Khi so sánh một số hoạt động TT-GDSK qua các năm có thể nhận thấy những thay đổi chính mà các trưởng TYT xã nêu ra là: Tỷ lệ cán bộ TYT xã được đào tạo về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK đã tăng lên (90,1%) đồng thời sau khi được đào tạo các cán bộ này đã tham gia vào thực hiện các hoạt động TT-GDSK cho người dân (biểu đồ 3.4). Bên cạnh việc đào tạo nâng cao trình độ cán bộ, trung tâm y tế huyện còn chú trọng tới việc duy trì góc TT-GDSK tại TYT xã. 100% các TYT xã

có góc truyền thông trong đó 94,7% đạt tiêu chuẩn, kết quả này cao hơn kết quả chung của toàn quốc: 64,9% [122]. Tỷ lệ TYT xã có đủ phương tiện và tài liệu TT-GDSK năm 2016 cao hơn năm 2014 nhưng cũng chỉ đạt 47,4% và 68,4%. Kết quả nghiên cứu về trang thiết bị và phương tiện TT-GDSK của TYT xã về phòng chống bệnh truyền nhiễm tại thành phố Hà Nội cho thấy: không có TYT xã nào có đủ 100% trang thiết bị, chỉ 1,4% TYT xã có đủ 75% [123]. Tại TTYT huyện hoạt động TT-GDSK được lồng ghép vào các chương trình y tế và phối hợp với cán bộ các khoa/phòng chuyên môn cùng tham gia thực hiện. Hoạt động TT-GDSK được thực hiện theo kế hoạch, chủ động, huy động được mọi cán bộ của TYT xã, tất cả các nhân viên y tế thôn bản tích cực tham gia. TT-GDSK thông qua các hình thức như tuyên truyền qua hệ thống truyền thanh, tổ chức góc truyền thông, phát tờ rơi, trưng bày tranh ảnh, tư vấn tại trạm y tế và hộ gia đình, tổ chức nói chuyện trực tiếp trong các cuộc họp đoàn thể, thôn xóm. Các hoạt động TT-GDSK gián tiếp trên đài phát thanh của xã đều tăng về số buổi (9,6 lần/TYT/tháng) và chủ đề truyền thông, kết quả này cao hơn chỉ tiêu được giao cho vùng đồng bằng (4 lần trở lên) [122]. TT-GDSK trực tiếp thông qua tư vấn cá nhân đều tăng về số lượt và số lượng cán bộ tham gia tư vấn.

Việc quy định trưởng các TYT xã trực tiếp phụ trách công tác TT-GDSK ở xã và đưa nội dung TT-GDSK vào giao ban hàng tháng với các trưởng TYT xã trong huyện và các cán bộ TTYT huyện là hoàn toàn phù hợp với yêu cầu thực tế, đây là điểm mà TTYT huyện Bình Lục đã thực hiện tốt. Theo dõi, giám sát và đánh giá là các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng và điều chỉnh các hoạt động TT-GDSK cho phù hợp hơn. Tại huyện Bình Lục hoạt động theo dõi, giám sát và đánh giá được thực hiện thường xuyên từ tuyến huyện đến tuyến xã và mạng lưới y tế thôn nên các hoạt động TT-GDSK được duy trì. Tất cả các TYT xã vẫn duy trì hoạt động lập kế hoạch TT-GDSK và triển khai hoạt động theo kế hoạch. Nghiên cứu tại Đắc Lắc

cho thấy y tế tuyến huyện đã thực hiện lập kế hoạch tháng, quý, 6 tháng và kế hoạch năm cho các hoạt động TT-GDSK. 93,3% TTYT huyện lập kế hoạch năm, trong khi kế hoạch tháng, quý và 6 tháng có tỷ lệ thấp hơn so với quy định (từ 46,7% đến 66,7%) [37].

Theo dõi/giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK là những khâu quan trọng trong quản lý. Những hoạt động của phòng TT-GDSK huyện như theo dõi/giám sát, đánh giá cũng đã có tác động đến các TYT xã. Số lượt TYT xã được theo dõi/giám sát, đánh giá đã tăng lên khi so sánh qua các năm. Chúng tôi nhận thấy không những cần phải triển khai công tác quản lý mà cần phải có sự giám sát, hỗ trợ cả về kiến thức và kỹ năng để hoạt động TT-GDSK được thực hiện với chất lượng tốt hơn.

TT-GDSK là một trong những nội dung trọng tâm và liên quan đến tất cả các nội dung khác của CSSKBĐ. Vì vậy, nội dung của TT-GDSK cho cộng đồng rất rộng, bao gồm tất cả vấn đề liên quan đến sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội. Tuy nhiên người thực hiện TT-GDSK luôn phải lựa chọn những nội dung cụ thể trong từng thời điểm cho phù hợp với hoàn cảnh từng địa phương. Tiêu chảy và ngộ độc thực phẩm là nội dung trọng tâm của hoạt động TT-GDSK trong thời gian gần đây. Ở các nước đang phát triển, trẻ dưới 3 tuổi trung bình mắc 3 lượt/năm/trẻ. Khoảng 80% trường hợp tử vong do tiêu chảy là trẻ em dưới 2 tuổi [124]. Kiến thức của người dân về nguyên nhân gây bệnh và các biện pháp phòng tiêu chảy tăng lên theo thời gian (bảng 3.37), điều này chứng tỏ người dân đã tiếp nhận được thông tin thông qua hoạt động TT-GDSK. Kiến thức của người dân huyện Bình Lục về phòng bệnh tiêu chảy cao hơn người dân ở Yên Bái, cụ thể: 86,7% người dân cho rằng cần ăn chín uống sôi, 24,5% cho rằng sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh và 14,5% cho rằng sử dụng nguồn nước sạch để ăn uống [125]. Nghiên cứu kiến thức về tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con tiêu chảy tại bệnh viện Nhi trung ương năm 2017 cho thấy: 59% bà mẹ biết về bệnh tiêu chảy cấp, 60,0-87,7% các bà mẹ có thể

nhận biết các dấu hiệu mất nước thông thường, nhưng chỉ có 15,7% bà mẹ có kiến thức tốt về bệnh [126]. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy cần thiết trang bị cho các bà mẹ đang nuôi con nhỏ có kiến thức và thực hành đúng về bệnh tiêu chảy thông qua các hoạt động TT-GDSK, chương trình TT-GDSK cần được thực hiện thường xuyên, lâu dài.

Sử dụng nước sạch là một trong những nội dung trọng tâm của dự phòng các bệnh lây qua đường nước. Tỷ lệ sử dụng nguồn nước sạch của người dân vẫn chưa cao. Việc sử dụng nguồn nước sạch phụ thuộc vào việc người dân có kiến thức về vai trò của nguồn nước sạch cũng như có đủ điều kiện kinh tế để đầu tư hay không. Chỉ khi người dân có được những kiến thức cơ bản về nước sạch, các tác hại do việc sử dụng nguồn nước không đảm bảo vệ sinh gây ra thì họ mới có ý thức chủ động thay đổi hành vi để sử dụng nước sạch. Giáo dục người dân sử dụng nước sạch và đảm bảo vệ sinh môi trường vẫn là một nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế, cần thiết triển khai các chương trình giáo dục hướng dẫn cộng đồng lựa chọn nguồn nước, xử lý, bảo quản nước sinh hoạt hợp vệ sinh [126].

Nhà tiêu hợp vệ sinh cũng là một trong ba công trình trọng điểm về vệ sinh môi trường tại cộng đồng: nhà tắm, nguồn nước và nhà tiêu hợp vệ sinh. Các nội dung tuyên truyền về kiến thức và thực hành sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh cũng là những nội dung chính của hoạt động TT-GDSK tại tuyến cơ sở. Theo điều tra năm 2016, tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam lên tới 78,5% cao hơn kết quả tại Hòa Bình năm 2017 (46,6%) [127]. Nghiên cứu về nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân tộc Raglay tại huyện Bắc Ái, tỉnh Ninh Thuận cho tỷ lệ rất thấp: chỉ có 25,8% hộ gia đình có nhà tiêu, 14,2% hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh, 13,5% nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh về sử dụng và bảo quản [128]. Phân người nếu không được quản lý và xử lý tốt là nguyên nhân gây ô nhiễm môi trường đất và nước. Vấn đề này đã và đang được các quốc gia và cộng đồng thế giới quan tâm [129],[130].

Các biện pháp phòng bệnh mà người dân thực hiện thường xuất phát từ kiến thức về nguyên nhân gây bệnh cũng như những điều kiện áp dụng các biện pháp phòng bệnh. Thực hành phòng bệnh tiêu chảy và ngộ độc thực phẩm được người dân huyện Bình Lục lựa chọn nhiều là: vệ sinh thực phẩm, sử dụng thực phẩm rõ nguồn gốc; sử dụng nước sạch; sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh. Các biện pháp này cũng là những hành vi, lối sống lành mạnh, không đòi hỏi chi phí quá tốn kém, vì vậy cần được động viên và khuyến khích thực hiện.

Hiện nay, người dân đều nhận thức được sức khỏe là vốn quý, đầu tư cho sức khỏe là đầu tư cho sự phát triển. Hầu hết người dân huyện Bình Lục có nhu cầu được TT-GDSK về bệnh tật và cách phòng bệnh (biểu đồ 3.8) và 83,7% (biểu đồ 3.9) người dân sẵn sàng tham gia các hoạt động TT-GDSK được tổ chức tại địa phương. Theo ý kiến của người dân các hình thức truyền thông mang lại hiệu quả và phù hợp đó là phát thanh qua loa đài của thôn/xã, tư vấn tại hộ gia đình và tư vấn trực tiếp khi người dân đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế.

Phòng TT-GDSK huyện Bình Lục về cơ bản đã thực hiện các hoạt động theo chức năng nhiệm vụ được xây dựng. Nhưng đáng chú ý là nhiệm vụ được phòng TT-GDSK huyện chú trọng quan tâm là hoạt động quản lý. Công tác quản lý có tác động lớn đến cả số lượng và chất lượng các hoạt động TT-GDSK. Cán bộ của phòng TT-GDSK tiếp cận với cách làm việc khoa học, xây dựng mục tiêu, kế hoạch hoạt động sẽ tạo ra ảnh hưởng lâu dài, giúp các cán bộ phòng TT-GDSK có thể chủ động trong mọi hoạt động và sử dụng hợp lý các nguồn lực có hạn để đạt được kết quả tốt nhất. Phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục đã thực sự là tổ chức đầu mối quản lý các hoạt động TT-GDSK ở huyện Bình Lục, góp phần đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu do đó trong tình hình hiện nay TT-GDSK cần có những phương thức và cách tiếp cận phù hợp [48]. Tuy nhiên, do sự thay đổi về mô hình tổ chức y tế tuyến huyện, trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện huyện gộp lại trở

thành trung tâm y tế huyện đa chức năng nên phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe huyện Bình Lục sẽ được gộp vào phòng Kế hoạch-Nghiệp vụ.

4.4. Đóng góp và hạn chế của nghiên cứu

- Sau khi kết thúc can thiệp, nghiên cứu vẫn tiếp tục được thực hiện nhằm xem xét khả năng duy trì các hoạt động sau can thiệp.

- Do nguồn lực hạn chế nên nghiên cứu chỉ làm được trên 55 huyện thuộc 6 tỉnh của 63 tỉnh/thành phố.

- Thời gian nghiên cứu kéo dài và mô hình tổ chức y tế tuyến huyện thay đổi nên nghiên cứu gặp khó khăn.

- Theo TT37/2016/TT-BYT thì trung tâm y tế huyện không còn Phòng TT-GDSK, tuy nhiên hoạt động TT-GDSK rất quan trọng và là nội dung số 1 của cả thế giới và Việt Nam nên chỉ thay đổi tên gọi thành tổ truyền thông còn chức năng, nhiệm vụ và hoạt động vẫn được duy trì.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hoạt động TT-GDSK của 55 TTYT huyện tại 6 tỉnh năm 2008.

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị không đầy đủ: > 50% TTYT huyện không có phòng TT-GDSK độc lập. > 70% phòng TT-GDSK thiếu các trang thiết bị thiết yếu.

- Nhân lực: thiếu về số lượng và hạn chế về trình độ chuyên môn. 34,5% phòng TT-GDSK chưa có biên chế; 87,3% huyện cán bộ phòng TT-GDSK chưa được đào tạo, tập huấn.

- Phương pháp TT-GDSK đa dạng, có sự phối hợp với nhiều ban ngành đoàn thể để thực hiện hoạt động TT-GDSK. Chất lượng hoạt động TT-GDSK chưa cao: Có từ 23,2-65% ý kiến nhận xét chất lượng hoạt động TT-GDSK ở cả ba khu vực là chưa đạt.

- Quản lý hoạt động TT-GDSK đã được thực hiện nhưng chất lượng chưa cao: Trên 60% cán bộ có tham gia thực hiện quản lý hoạt động TT-GDSK tuy nhiên 3,9- 27,9% ý kiến cho rằng chất lượng các hoạt động lập kế hoạch, theo dõi, giám sát chưa đạt.

2. Hiệu quả thí điểm Phòng TT-GDSK tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2009.

- Kiến thức và kỹ năng của cán bộ phòng TT-GDSK và các trạm trưởng TYT xã về TT-GDSK được cải thiện: trước và sau can thiệp kỹ năng của cán bộ ở mức khá là 42,9% và 95,2% nhưng sau một thời gian hoạt động đã có 2 cán bộ đạt được mức tốt. Công tác theo dõi, giám sát và đánh giá hoạt động TT-GDSK sau can thiệp được triển khai tốt hơn.

- Số lượng và chất lượng hoạt động TT-GDSK được cải thiện: số buổi truyền thông, số chủ đề truyền thông đều tăng lên sau can thiệp.

- Kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống một số vấn đề sức khỏe, bệnh tật được nâng cao: Sử dụng thức ăn không đảm bảo gây bệnh tiêu chảy (HQCT: 73%); hóa chất bảo vệ thực vật là nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm (HQCT: 59,4%); Để phòng bệnh người dân sử dụng nước sạch (HQCT: 32%); Ăn uống hợp vệ sinh (HQCT: 100%).

3. Khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam giai đoạn 2009 – 2017

- Nguồn lực: cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài liệu TT-GDSK ở TTYT huyện và TYT xã vẫn đảm bảo để thực hiện hoạt động TT-GDSK.

- TTYT huyện thường xuyên tổ chức các lớp đào tạo và giám sát thực hiện TT-GDSK tại xã: 37,6% cán bộ y tế xã được đào tạo; 90,1% cán bộ thực hiện TT-GDSK; TTYT huyện giám sát TYT xã: trung bình 9,9 lượt /TYT xã/năm.

- Các hoạt động TT-GDSK trở thành hoạt động thường quy, kiến thức và thực hành của người dân về phòng chống một số vấn đề sức khỏe, bệnh tật được nâng cao năm 2017: Sử dụng thức ăn không đảm bảo gây bệnh tiêu chảy (91,8%); hóa chất bảo vệ thực vật là nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm (73,6%); Để phòng bệnh người dân sử dụng thực phẩm an toàn (92%), sử dụng nước sạch (50%).

KHUYẾN NGHỊ

Để hoạt động TT-GDSK có hiệu quả chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị:

1. Với Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh:

Các khoa TT-GDSK thuộc Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh/thành phố cần xây dựng kế hoạch và tổ chức đào tạo kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK, quản lý và lập kế hoạch y tế cho các cán bộ tuyến huyện, sau đó các cán bộ phụ trách hoạt động TT-GDSK đào tạo lại cho cán bộ y tế xã/thôn.

2. Với trung tâm y tế huyện:

- Trước mắt cần khai thác và sử dụng các trang thiết bị TT-GDSK hiện có để phục vụ cho hoạt động của phòng TT-GDSK. Sau đó cần có kế hoạch đầu tư TTB thiết yếu cho hoạt động TT-GDSK như: Tivi, đầu video, bộ truyền thông hỗn hợp, máy tính, máy in, máy ảnh, máy quay video, máy chiếu.

- Hình thành mạng lưới cán bộ tham gia TT-GDSK: cán bộ của phòng Kế hoạch- Nghiệp vụ, cán bộ từ các khoa/phòng thuộc TTYT huyện, cán bộ của các TYT xã và nhân viên y tế thôn bản.

3. Với Phòng Kế hoạch- Nghiệp vụ của Trung tâm y tế

- Xây dựng kế hoạch và các chỉ tiêu hoạt động TT-GDSK tại huyện và xã, lồng ghép các hoạt động tư vấn, GDSK vào công việc hàng ngày.

- Theo dõi, giám sát, đánh giá định kỳ các hoạt động TT-GDSK.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Trần Thị Nga**, Nguyễn Văn Hiến, Lê Thị Tài, Nguyễn Duy Luật (2010). Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã An Mỹ và Đồng Du, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, số 1 – 2/ 2010, vol 66, 119-125.
2. **Trần Thị Nga**, Nguyễn Văn Hiến, Lê Thị Tài, Nguyễn Duy Luật (2011). Ảnh hưởng của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thực hành về một số vấn đề sức khỏe bệnh tật của người dân xã An Mỹ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* số 4, vol 75. 129 - 135.
3. **Trần Thị Nga**, Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Duy Luật (2018). Khả năng duy trì hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của các trạm y tế xã thuộc huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam sau can thiệp xây dựng phòng truyền thông giáo dục sức khỏe. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 28, số 4, 118-123.
4. **Trần Thị Nga**, Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Duy Luật (2018). Khả năng duy trì và tác động của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe đến hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 473, số 1&2, 103-107.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011). Quyết định 1827/QĐ-BYT về việc phê duyệt "Chương trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, Hà Nội.
2. Linda M. Siminerio (1999). Defining the Role of the Health Education Specialist in the United States. *Diabetes Spectrum.*, 12(3), 52.
3. Chính phủ (2013). Quyết định số 25/2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 04 tháng 5 năm 2013 ban hành quy chế phát ngôn và cung cấp thông tin cho báo chí, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2014). Chỉ thị số 07/CT-BYT ngày 19 tháng 6 năm 2014 về việc tăng cường công tác truyền thông, cung cấp thông tin y tế, Hà Nội.
5. Floyd, K (2014). Relational and health correlates of affection deprivation. *Western Journal of Communication* , 78, 383-403.
6. Lederman, L.C, et al. (2008). A final word: Framing the future of health communication. In Lederman, L.C. (Ed.), *Beyond these walls: Readings in health communication*. Oxford: Oxford University Press.
7. Bộ Y tế (2005). Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT về việc ban hành “Quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh”, Hà Nội.
8. Chính phủ (2005). Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29 tháng 9 năm 2004 quy định về tổ chức cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã thành phố thuộc tỉnh, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2018). Quyết định số 1624/QĐ-BYT: Ban hành chương trình hành động của Bộ Y tế thực hiện Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành trung ương Đảng khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, Hà Nội.

10. Thủ tướng Chính phủ (2016). Quyết định 2348/QĐ-TTg, ngày 05 tháng 12 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ Phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới, Hà Nội.
11. Bộ môn Giáo dục sức khỏe, Trường Đại học Y Hà Nội (2012). Khoa học hành vi và truyền thông giáo dục sức khỏe. Nhà xuất bản Y học.
12. Trường Đại học Y Hà Nội (2013). Giáo dục và nâng cao sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. Jeffrey D Stanaway (2019). The global burden of typhoid and paratyphoid fevers: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 19(4), 369–381.
14. Rebecca Langford, et al. (2015). Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *Int J Behav Nutr Phys Act*, doi: 10.1186/s12966-015-0167-7 Accessed 17/6/2019.
15. Ban Chấp hành Trung ương (2017). Nghị quyết 20/NQ-TW về tăng cường công tác bảo vệ , chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Hà Nội.
16. WHO. (2012). Global tuberculosis report 2012.
17. U.S & E.U. (2014). Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance: Progress report.
18. Hoàng Văn Minh, Kim Bảo Giang (2010). Tỷ lệ hiện mắc, mô hình sử dụng dịch vụ y tế và chi phí điều trị một số bệnh mạn tính của người dân thành phố Hà Đông, Hà Nội, 2009. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 70(5), 43–48.
19. Thủ tướng Chính phủ (2018). Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 02 tháng 9 năm 2018 về Phê duyệt chương trình sức khỏe Việt Nam, Hà Nội.
20. Nguyễn Văn Tới và cs (2010). Hiệu quả truyền thông trong thay đổi nhận thức - thực hành của người dân về phòng chống Sốt xuất huyết tại Bảo Vinh, Long Khánh, Đồng Nai năm 2009. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, (2 (14)), 48–53.

21. Thủ tướng Chính phủ (2006). Quyết định số 621/QĐ-TTg ngày 18 tháng 4 năm 2006 về việc sắp xếp, tổ chức lại các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế ngoài nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2003 của Chính phủ.
22. Bộ Y tế (2017). Thông tư số 26/2017/TT-BYT ngày 26 tháng 6 năm 2017 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Hà Nội.
23. Bộ Y tế (2016). Thông tư 37/2016/TT-BYT ngày 25 tháng 10 năm 2016 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc trung ương, Hà Nội.
24. Bộ Y tế (2010). Thông tư 39/2010/TT-BYT ngày 10/9/2010 quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản, Hà Nội.
25. Bộ Y tế (2014). Quyết định 4667/QĐ-BYT ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020, Hà Nội.
26. Bộ Y tế - Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2014). Chương trình số 168/CTr-BYT-HLHPNVN ngày 21 tháng 3 năm 2014 “Phối hợp thực hiện công tác tuyên truyền, vận động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2014-2020”, Hà Nội.
27. Bộ Y tế (2014). Thông tư số 17/2014/TT-BYT ngày 02 tháng 6 năm 2014 “Quy định việc cấp giấy phép hoạt động đối với trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ và việc huấn luyện sơ cấp cứu chữ thập đỏ”, Hà Nội
28. Bộ Y tế - Bộ Giáo dục và Đào tạo (2016). Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 “Quy định về công tác y tế trường học”, Hà Nội.

29. Bộ Y tế (2019). Công văn số 521/BYT-TT-KT ngày 30 tháng 01 năm 2019 về việc “Hướng dẫn thực hiện công tác truyền thông y tế năm 2019”, Hà Nội.
30. Thủ tướng Chính phủ (2013). Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10 tháng 01 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030, Hà Nội.
31. Zeman C, et al. (2005). Health Promotion Theory, Praxis and Needs in Transylvania, Romania. *The International Electronic Journal of Health Education*, (8), 36–47.
32. Shama Manoj. (2005). Health Education in Indian: A Strengths, Weaknesses, Oportunities and Threats (SWOT) Analysis. *The International Electronic Journal of Health Education*, (8), 80–85.
33. Mendis L, Adkoli B.V and Adhikari R.K. (2004). Postgraduate medical education in South Asia. Time to move on from postcolonial era. *BMJ*, 328(7443): 779. doi: 10.1136/bmj.328.7443.779 accessed 17/6/2019.
34. Bộ Y tế (2008). Báo cáo tóm tắt công tác y tế năm 2008 và kế hoạch năm 2009. *Tạp chí Y học thực hành*, 641+642 (1), 5.
35. Bộ Y tế (2008). Báo cáo sơ kết giai đoạn I chương trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2010, Hà Nội.
36. Tạc Văn Nam (2006). Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Bắc Kạn: thực trạng và giải pháp. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
37. Lê Ngọc Linh (2009). Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng các dân tộc tỉnh Đắk Lắk. Luận văn chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.

38. Bùi Quang Tâm, Đỗ Thị Thu Hòa (2011). Đánh giá thực trạng nguồn lực truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến tỉnh, huyện tại tỉnh Hà Tĩnh năm 2011. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2011, 40–45.
39. Nguyễn Thị Thu (2005). Công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe tỉnh Lào Cai: Thực trạng và giải pháp. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa I, trường đại học Y-Dược Thái Nguyên.
40. Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam (2010). Nghiên cứu đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại các trạm y tế xã năm 2010. <http://vhea.org.vn/NewsDetails.aspx?CateID=158&NewsID=134>, ngày 20/7/2018.
41. Susan Boust. (2005). A Behavioral Health Education and Research System for Nebraska, Nebraska Behavioral Health Reform, Nebraska Department of Health and Human Services Division of Behavioral Health Services.
42. Lương Ngọc Khuê (2011). Thực trạng nguồn nhân lực bệnh viện tại Việt Nam giai đoạn 2008-2010. Tạp chí Y học thực hành, số 4 (760), 3–5.
43. Ngô Quang Hạnh (2010). Nghiên cứu tổ chức và hoạt động của mạng lưới truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Thái Nguyên năm 2009. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, 82–93.
44. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Quảng Nam (2010). Khảo sát thực trạng hoạt động của hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe tại tỉnh Quảng Nam. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, 277–289.
45. Trung tâm TT-GDSK Trung ương (2010). Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại 13 tỉnh dự án y tế nông thôn. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học về truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2001-2010, 294–300.

46. Nguyễn Thị Kim Liên (2006). Đánh giá thực trạng và hiệu quả của một số giải pháp can thiệp truyền thông-giáo dục sức khỏe trong chăm sóc sức khỏe trẻ em tại tuyến y tế cơ sở. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà nội.
47. Đàm Quang Ngọc (2010). Thực trạng tổ chức và hoạt động của mạng lưới truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Cao Bằng 3 năm 2006-2009. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa cấp I, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
48. Patricia J. Kelly Sally Guttmacher, Yumary Ruiz-Janecko (2010). Community-Based Health Interventions, Principles and Applications, Jossey-Bass, A Wiley Imprint, 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741-www.josseybass.com. The United States of America, 12.
49. Jennie Naidoo and Wills Jane (2002). Heath Promotion, Foundation for practice, Bailliere Tildall Published in asociation with the RCN, 71–111.
50. Nguyễn Đình Dự (2007). Mô tả tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang năm 2007. Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, trường Đại học Y tế công cộng.
51. Axelsen H, et al. (2005). The Impact of the Health Care Fund for the Poor on Poor Households in Two Provinces in Vietnam, Global forum for health research, Forum 9, Mumbai India, 20–24.
52. Nguyễn Văn Lang (2011). 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. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2011, 63–74.
53. Đỗ Thị Uyên (2013). Mô tả hoạt động và một số yếu tố liên quan đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế thôn huyện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh năm 2013. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013, 48–55.

54. Nguyễn Văn Thắng và Đỗ Thị Thu Hòa (2014). Đánh giá kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cộng tác viên y tế cơ sở huyện Cẩm Xuyên, tỉnh Hà Tĩnh năm 2014. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014, 65–66.
55. Margaret Mokomane, Ishmael Kasvosve, Emilia de Melo (2018). The global problem of childhood diarrhoeal diseases: emerging strategies in prevention and management. *The Adv Infect Dis*, doi: 10.1177/2049936117744429, 5(1), 29–43 accessed 17/6/2019.
56. Nguyễn Thanh Thảo, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2014). Tình hình bệnh tiêu chảy ở Việt nam giai đoạn 2002-2011. *Tạp chí y học dự phòng*, XXIV(7(156)), 92–96.
57. Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến, Lê Thị Lan Anh (2015). Kiến thức, thực hành về bệnh sốt xuất huyết Dengue của người dân tại hai xã, huyện Chư Sê, tỉnh Gia Lai năm 2013. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXV6 (166), 445–451.
58. Lê Công Minh (2012). Đánh giá hoạt động truyền thông can thiệp thay đổi kiến thức và thực hành của người dân trong phòng chống sốt xuất huyết tại hai xã tỉnh Tiền Giang, năm 2011. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16(3), 479–485.
59. Nguyễn Văn Tới (2010). Hiệu quả truyền thông trong thay đổi kiến thức, thực hành của người dân về phòng chống sốt xuất huyết tại Bảo Vinh, Long Khánh, Đồng Nai năm 2009. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2), 48–54.
60. Trần Thị Nga, Đỗ Thị Phương, Nguyễn Tuyết Trang (2010). Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe sinh sản vị thành niên tại huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 5 (70), 139–144.

61. Gupta SK. (2009). Impact of a health education intervention program regarding breast self examination by women in a semi-urban area of Madhya Pradesh, India. *Asian Pac J Cancer Prev*, 10 (6), 1113–1117.
62. Rezaeian M, et al. (2014). The effects of breast cancer educational intervention on knowledge and health beliefs of women 40 years and older, Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*, 3(43), doi: 10.4103/2277-9531.131929 Accessed 18/7/2019.
63. Bui TN, Le TH, Nguyen do H. (2014). Pre-germinated brown rice reduced both blood glucose concentration and body weight in Vietnamese women with impaired glucose tolerance. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*, 60 (3), 183–187.
64. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài (2015). Kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân tại hai xã huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. *Tạp chí Y học dự phòng*, XXV 6 (166), 174–181.
65. Kevin J Woolf, John D Bisognano. (2011). Nondrug Interventions for Treatment of Hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 13 (11), 829-835.
66. Bộ Y tế (2018). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2018 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2019.
67. Nguyễn Thị Thúy Hạnh, Đỗ Đăng An (2010). Thực trạng và các yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV sớm cho phụ nữ có thai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 70 (5), 135–139.
68. Đặng Hương Giang (2014). Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản ở trẻ em 13 – 14 tuổi và hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe ở hai quận của Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học – Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
69. Kimberly Nguyen, Hatice Zahran (2011). Factors Associated with Asthma Control among Adults in Five New England States, 2006–2007, *Journal of Asthma*, 48(6):581-8, DOI: 10.3109/02770903.2011.576744, accessed 18/7/2019.

70. Geraldine Brown, Michael Levin (2005). Asthma Education, *Current Allergy & Clinical Immunology*, 18(1), 14–15.
71. Lê Thị Thanh Xuân, Tạ Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thúy Hiền (2019). Một số yếu tố liên quan đến nhà tiêu hộ gia đình hợp vệ sinh tại 6 xã thuộc tỉnh Hòa Bình năm 2017. *Tạp chí Y học Thực hành*, 5 (1097), 66–69.
72. Phạm Công Chánh (2014). Đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe trong thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống tác hại thuốc lá của sinh viên, giáo viên, nhân viên của trường Đại học Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương năm 2014. *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*, 26–34.
73. Trần Văn Tuấn (2012). Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe trong quản lý điều trị bệnh động kinh tại cộng đồng. *Tạp chí Y Dược lâm sàng*, tập 7, số 4, 35–41.
74. Bộ Y tế (2017). Công văn số 359/BYT-TT-KT của Bộ Y tế ngày 23 tháng 01 năm 2007 về việc “Hướng dẫn công tác truyền thông y tế năm 2017”, Hà Nội.
75. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2018). Báo cáo hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2017.
76. Sở Y tế Bà Rịa-Vũng Tàu, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe (2015). Thành tựu, thành tích đạt được trong giai đoạn 2009-2014, web <http://soyte.baria-vungtau.gov.vn/trung-tam-truyen-thong-giao-duc-suc-khoe/> Accessed 17/8/2019.
77. Sở Y tế Thừa thiên Huế, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe (2015). Báo cáo định hướng mô hình tổ chức và nội dung hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trong thời gian sắp tới.
78. Trương Văn Dũng (2014). Trà Vinh: Phát huy vai trò mạng lưới truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến cơ sở. Sở Y tế Trà Vinh. <http://www.travinh.gov.vn/wps/portal/soyte>, Accessed 17/8/2019.

79. Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Hải Dương (2013). Trung tâm Truyền thông GDSK- Đơn vị thi đua xuất sắc. <http://soyte.haiduong.gov.vn/ArticleDetail/1/0/4088/4089/5382/> Accessed 17/8/2019.
80. Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh Long An (2014). Khảo sát thực trạng hoạt động phòng tư vấn các đơn vị y tế tuyến huyện năm 2014. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014, 137–142.
81. Trung tâm TT-GDSK Hà Tĩnh (2016). Báo cáo sơ kết công tác Truyền thông - Giáo dục sức khỏe 6 tháng đầu năm - Phương hướng nhiệm vụ 6 tháng cuối năm 2016.
82. Trung tâm TT-GDSK Nghệ An (2018). Báo cáo kết quả hoạt động công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe năm 2018 và kế hoạch công tác năm 2019.
83. Trần Hữu Lộc, Bùi Kim Chiên, Nguyễn Thị Ngát (2016). Đánh giá chất lượng hoạt động công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của y tế tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Kiên Giang năm 2016. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2016, 123–128.
84. Bộ Y tế (2015). Báo cáo Hội nghị Nâng cao hiệu quả truyền thông về công tác y tế, Hà Nội.
85. Sở Y tế tỉnh Hà Nam (2010). Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2010, Hà Nam.
86. Nguyễn Văn Hiến, Ngô Toàn Định, Nguyễn Duy Luật (2003). Ảnh hưởng của can thiệp truyền thông - giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về vệ sinh môi trường/3 công trình vệ sinh tại xã Tân Trào, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương. Tạp chí Nghiên cứu y học, 21, 64–66.

87. Bộ Y tế (2010). Quyết định số 2420/QĐ-BYT, ngày 07 tháng 7 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục trang thiết bị và phương tiện làm việc của các trung tâm truyền thông-giáo dục sức khỏe, Hà Nội.
88. Nguyễn Thị Minh (2005). Nghiên cứu thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tỉnh Yên Bái 2001-2005. Chuyên đề tốt nghiệp chuyên khoa cấp I, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
89. Đàm Khải Hoàn (2004). Bước đầu đánh giá hiệu quả mô hình huy động giáo viên “cắm bản” tham gia vào truyền thông sức khỏe sinh sản cho phụ nữ ở vùng đặc biệt của huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. Đề tài cấp Bộ, Đại học Y Thái Nguyên.
90. Hạc Văn Vinh, Đào Văn Dũng và Đàm Khải Hoàn (2009). Truyền thông giáo dục sức khỏe, Chuyên đề tiến sỹ, Học viện Quân y, Hà Nội.
91. Dương Minh Thu (2005). Nghiên cứu xây dựng mô hình huy động các câu lạc bộ người cao tuổi ở thành phố Thái Nguyên vào truyền thông phòng bệnh tai biến mạch máu não. Đề tài cấp Bộ, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
92. Đàm Khải Hoàn (2008). Huy động cộng đồng truyền thông cải thiện hành vi về vệ sinh môi trường ở các bản vùng xa xôi hẻo lánh xã vùng sâu Cây Thị, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. Đề tài cấp Bộ, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
93. Karayurt O, Dicle A, Malak AT. (2009). Effects of Peer and Group Education on Knowledge, Beliefs and Breast Self-Examination Practice among University Students in Turkey. Turk J Med Sci., 39 (1), 59–66.
94. Nguyễn Văn Hiến (2004). Nghiên cứu hoạt động giáo dục sức khỏe tại một số xã ở một huyện đồng bằng Bắc bộ và thử nghiệm mô hình can thiệp giáo dục sức khỏe. Luận án tiến sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
95. Arona NK. (2003). Interacting with Cancer Patients: The Significance of physicians Communication Behavior. Social Science & Medicine., 57 (5), 791–806.

96. Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Thành Trung (2008). Thực trạng hoạt động Truyền thông Giáo dục sức khỏe ở tuyến huyện bốn tỉnh: Yên Bái, Thái Nguyên, Hà Tây và Thái Bình năm 2006. Tạp chí Y học thực hành., 56 (4), 119–124.
97. Bộ Y tế (2004). Quyết định số 3526/2004/QĐ-BYT về việc phê duyệt chương trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe đến năm 2010, Hà Nội.
98. Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương (2010). Báo cáo tổng kết công tác truyền thông giáo dục sức khỏe toàn quốc năm 2009 và định hướng công tác năm 2010, Hà Nội.
99. Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương (2010). Báo cáo tổng kết công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2010 và triển khai công tác năm 2011, Hà Nội.
100. Lê Xuân Hùng (2008). Đánh giá “Thông tin-giáo dục-truyền thông” và “Kiến thức-thái độ-thực hành” của người dân trong phòng chống sốt rét sau can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe. Tạp chí phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 3/2008, 3–10.
101. Đỗ Thanh Tùng (2004). Nghiên cứu giải pháp nâng cao chất lượng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng dân cư Thanh Hóa. Tạp chí thông tin y dược, 12/2004., 27–29.
102. Cao Thị Phi Nga, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Anh Dũng (2006). Thực trạng kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Hưng Đông, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2006. Tạp chí Y học thực hành, 643, 102–108.
103. Nguyễn Văn Hiến (2007). Thực trạng và khả năng đẩy mạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại một số xã huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương. Tạp chí Y học thực hành, 585/2007., 200–205.

104. Nguyễn Thị Phương Hoa, Nguyễn Thị kim Chúc (2007). Xác định phương pháp và phương tiện truyền thông trong công tác truyền thông phòng chống bệnh lao tại cộng đồng. Tạp chí Nghiên cứu y học., 52 (5), 81–85.
105. Loiselle C, et al. (2010). The impact of multimedia informational intervention on psychosocial adjustment among individuals with newly diagnosed breast or prostate cancer: a feasibility study. Patient Education & Counseling., 80 (1), 48–55.
106. World Health Organization. (2006). Advocacy, Communication and Social mobilization to fight TB. A 10-year framework for action.
107. Thompson J.M. (2007). Health services administration in S. Chisolm (Ed.). The Health Professions: Trends and Opportunities in U.S. healthcare.
108. Sở y tế tỉnh Đắk Lắk (2007). Quy trình hoạt động truyền thông - giáo dục sức khỏe tỉnh Đắk Lắk, ban hành theo quyết định số 201/QĐ-SYT ngày 31/5/2007.
109. Quốc hội (2008). Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 03 tháng 06 năm 2008 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân, Hà Nội.
110. Bộ Y tế (2008). Chỉ thị số 08 ngày 01 tháng 9 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe, Hà Nội.
111. Bộ Chính trị (2005). Nghị quyết số 46-NQ/TW về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, Hà Nội.
112. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe trung ương (2008). Báo cáo tổng kết công tác Truyền thông Giáo dục sức khỏe toàn quốc năm 2007 và định hướng công tác năm 2008, Hà Nội.
113. WHO (2006). The world health report 2006: working together for health, Geneva.

114. Bộ Y tế (2002). Quyết định số 370/2002/QĐ-BYT ngày 7 tháng 2 năm 2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010, Hà Nội.
115. Lê Thị Tài (2005). Nghiên cứu giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe môi trường của người dân tại một phường thuộc thị xã Phú Lý đang đô thị hóa. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
116. Tổng cục thống kê (2003). Báo cáo kết quả điều tra y tế Quốc gia 2001-2002, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
117. Linkages & AED. (2003). Behavior Change Communication, (2002) 884-8221, NW, Washington, DC., 3-10.
118. Webb, T.L., Sniehotta, F.F. & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 105, 1879-1892.
119. Trần Thị Thúy Hằng, Lý Văn Xuân (2010). Kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan trong phòng và xử trí bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại ấp Đông Ba, xã Bình Hòa, huyện Thuận An, tỉnh Bình Dương tháng 03/2009. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.*, 14 (1), 335.
120. Trạm y tế xã An Mỹ (2009). Báo cáo kết quả hoạt động TT-GDSK của trạm y tế xã An Mỹ, huyện Bình Lục năm 2009.
121. Phạm Duy Tường, Trần Thị Phúc Nguyệt (2012). Cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại Sóc Sơn - Hà Nội bằng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng. *Tạp chí Nghiên cứu y học.*, 79 (2), 208–213.
122. Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe trung ương (2010). Chương trình hành động truyền thông giáo dục sức khỏe giai đoạn 2011 – 2015 và tầm nhìn đến 2020.

123. Nguyễn Nhật Cảm, Trần Thị Phương Thảo, Nguyễn Hữu Thắng (2016). Thực trạng trang thiết bị và phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe của trạm y tế xã về phòng chống bệnh truyền nhiễm, thành phố Hà Nội năm 2015. *Tạp chí Y học dự phòng.*, 2 (175), 178–185.
124. Liu L, J.H., et al. (2012). Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality: an update systematic analysis for 2010 with time trends since 2000.
125. Hoàng Thị Thu Hà, Lê Thị Thanh Xuân, Chu Văn Thắng (2015). Kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh tiêu chảy cấp của người dân tại hai xã của tỉnh Yên Bái năm 2013. *Tạp chí Y học dự phòng*, 6 (166), 352–357.
126. Lưu Thị Mỹ Thực, Trương Thị Phương, Phạm Thu Hiền. (2018). Kiến thức về tiêu chảy cấp của các bà mẹ có con tiêu chảy cấp điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng.*, 4(28), 35–41.
127. Lê Thị Thanh Xuân, Tạ Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thúy Hiền (2019). Một số yếu tố liên quan đến nhà tiêu hợp vệ sinh tại 6 xã thuộc tỉnh Hòa Bình năm 2017. *Tạp chí Y học thực hành.*, 5 (1097), 66–69.
128. Lưu Văn Trị, Lê Thị Thanh Hương (2018). Thực trạng nhà tiêu hợp vệ sinh của người dân tộc Raglay và một số yếu tố liên quan tại huyện Bắc Ái, tỉnh Ninh Thuận. *Tạp chí Y học dự phòng.*, 4(28), 151–156.
129. C. Brocklehurst (2014). Scaling up rural sanitation in India. *PLoS Medicine.*, 11 (8), 1001–710.
130. T. Clasen, S. Boisson, P. Routray, et al. (2014). Effectiveness of a rural sanitation programme on diarrhoea, soil-transmitted helminth infection, and child malnutrition in Odisha, India: a cluster-randomised trial. *The Lancet. Global health.*, 2 (11), 645–53.

**BIỂU MẪU THỐNG KÊ CƠ SỞ VẬT CHẤT
CỦA PHÒNG TT-GDSK, TTYTDP HUYỆN**

Sở Y tế:, TTYTDP huyện:

I. THÔNG TIN CHUNG

101. Tổng số phòng làm việc hiện có của Trung tâm: phòng

102. Số phòng dành cho phòng TT-GDSK: phòng

II. CÁC PHƯƠNG TIỆN LÀM VIỆC HIỆN CÓ

TT	Loại	Số lượng hiện có	Tình trạng	
			Tốt	Hỏng/không sử dụng được
1	Bộ bàn ghế làm việc			
2	Tủ sách chuyên môn			
3	Tủ đựng và trưng bày các sản phẩm truyền thông			
4	Máy điều hòa nhiệt độ			
5	Bảng ghi lịch công tác			
6				
7				

III NHỮNG PHƯƠNG TIỆN LÀM VIỆC CẦN THIẾT NHƯNG CHƯA CÓ

TT	Loại TTB	Tần suất sử dụng			
		Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
201					
202					
203					

3. NHỮNG Ý KIẾN ĐỀ XUẤT KHÁC VỀ CƠ SỞ VẬT CHẤT CHO CÁN BỘ TT-GDSK TẠI TUYẾN HUYỆN

.....
.....

....., ngày/...../2008

Người cung cấp thông tin

BIỂU MẪU THỐNG KÊ VỀ NHÂN LỰC CỦA PHÒNG TT-GDSK, TTYTDP HUYỆN

Sở Y tế:, TTYTDP huyện:

1. Thực trạng nhân lực:

101. Tổng số cán bộ hiện có của Phòng TT-GDSK: người

102. Trong đó:

Số cán bộ chính thức: người

Số cán bộ kiêm nhiệm: người

103. Trình độ chuyên môn:

Số cán bộ có trình độ đại học: người

Trong đó, Bác sĩ: người

Khác: người

Số cán bộ có trình độ sau đại học: người

Số cán bộ có trình độ trung cấp: người

104. Số người đã được đào tạo về TT-GDSK:

≤ tuần: người > 3 tháng- 6tháng: người

> 1tuần - 1 tháng: người > 6 tháng: người

>1 tháng - 3 tháng: người

105. Thời gian công tác thuộc chuyên ngành GDSK:

≤ 1năm > 3-5 năm > 5 năm - 10 năm

> 1-3 năm > 10 năm

2. Ý kiến đề xuất về nhân lực

201. Số lượng cán bộ cần thiết cho 1 phòng TT-GDSK tuyến huyện:người

202. Yêu cầu về trình độ chuyên môn:

.....

203. Yêu cầu về đào tạo bồi dưỡng nghiệp vụ:

.....

204. Các đề xuất khác (nếu có):

.....

....., ngày/...../2008

Người cung cấp thông tin

BIỂU MẪU THỐNG KÊ TRẠNG THIẾT BỊ
CỦA PHÒNG TT-GDSK, TTYTDP HUYỆN

Sở Y tế:, TTYTDP huyện:

1. TÌNH HÌNH TRẠNG THIẾT BỊ HIỆN CÓ

TT	Loại TTB	Số lượng hiện có	Tình trạng		Tần suất sử dụng			
			Tốt	Hỏng/không sử dụng được	Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
101	Máy ảnh							
102	Máy cassette loại có chức năng thu, phát							
103	Bộ truyền thông hỗn hợp gồm:							
	Ampli							
	Loa							
	Micro FM							
	Máy radio cassette lớn							
104	Đèn chiếu							
105	Ampli dùng ac quy + 01 loa + 01 micro (dùng để truyền thông lưu động bằng xe ô tô)							

2. NHỮNG TRANG THIẾT BỊ CẦN THIẾT NHƯNG CHƯA CÓ

TT	Loại TTB	Tần suất sử dụng			
		Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
201					
202					
203					
204					
205					
206					

3. NHỮNG Ý KIẾN ĐỀ XUẤT KHÁC VỀ TRANG THIẾT BỊ CHO HOẠT ĐỘNG TT-GDSK TẠI TUYẾN HUYỆN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., ngày/...../2008

Người cung cấp thông tin

Bộ Y tế
Trường Đại học Y Hà Nội

**BIỂU MẪU THỐNG KÊ VĂN BẢN, TÀI LIỆU, ÁN PHẨM/VẬT LIỆU TRUYỀN THÔNG
CỦA PHÒNG TT-GDSK THUỘC TTYTDP HUYỆN**

Sở Y tế:, TTYTDP huyện:

1. CÁC VĂN BẢN/QUY ĐỊNH HIỆN CÓ

1.1. Hiện nay huyện của Anh/Chị có các văn bản quy định về hoạt động TT-GDSK không?

Có: 1 Không: 2
Không biết: 3 ý kiến khác 4 (xin nêu cụ thể).....

1.2. Nếu có các văn bản quy định xin Anh/Chị điền vào bảng sau:

STT	Tên văn bản	Ngày tháng năm ban hành	Chức vụ người ký ban hành
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

II. TÀI LIỆU, ẢN PHẨM, VẬT LIỆU TRUYỀN THÔNG HIỆN CÓ

TT	Tên tài liệu, ấn phẩm, vật liệu truyền thông	Số lượng hiện có	Tình trạng		Tần suất sử dụng			
			Tốt	Hỏng/không sử dụng được	Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
101								
102								
103								
104								

3. TÀI LIỆU, ẢN PHẨM, VẬT LIỆU TRUYỀN THÔNG CẦN THIẾT NHƯNG CHƯA CÓ

TT	Tên tài liệu, ấn phẩm, vật liệu truyền thông	Tần suất sử dụng			
		Hàng ngày	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
201					
202					
203					
204					

3. NHỮNG ĐỀ XUẤT KHÁC VỀ TÀI LIỆU, ẢN PHẨM, VẬT LIỆU CHO HOẠT ĐỘNG TT-GDSK TẠI TUYẾN HUYỆN

.....

.....

.....

....., ngày/...../2008

Người cung cấp thông tin

Trường Đại học Y Hà Nội**Phiếu thu thập thông tin tại trung tâm y tế huyện**
(Số liệu năm 200.....)**I. Thông tin chung**

1. Tỉnh: _____ Huyện: _____
2. Diện tích toàn huyện: km²
3. Dân số toàn huyện: người
4. Số trẻ dưới 1 tuổi:
5. Số trẻ dưới 2 tuổi:
6. Số trẻ dưới 3 tuổi:
7. Số trẻ dưới 5 tuổi:
8. Số phụ nữ 15 - 49 tuổi: người
9. Tổng số hộ:, Số hộ nghèo:
10. Tỷ lệ hộ có ti vi:
11. Số hộ sử dụng nước sạch:.....Tỷ lệ%:.....
12. Số hộ có nhà tiêu hợp vệ sinh:Tỷ lệ %.....
13. Tổng số xã trong huyện: _____ xã; Số xã có bác sĩ: _____ xã
14. Số thôn bản trong huyện:; Số thôn bản có nhân viên y tế:
15. Xã xa nhất cách TTYT huyện: _____ Km

II. Thông tin về hoạt động TT-GDSK

1. Số lớp đào tạo, tập huấn về TT-GDSK do TTYT huyện tổ chức cho cán bộ trạm y tế xã trong năm 2008:; Tổng số ngày:;
Số cán bộ tham dự: người
2. Số lớp đào tạo, tập huấn về TT-GDSK do TTYT huyện tổ chức cho nhân viên y tế thôn bản trong năm 2008:; Thời gian trung bình/1 lớp: ngày
Số cán bộ tham dự: người
3. Số lần cán bộ TTYT huyện xuống các xã theo dõi, giám sát hoạt động TT-GDSK trung bình 1 tháng:
4. Hỗ trợ về trang thiết bị TT-GDSK của TTYT huyện cho các trạm y tế xã (nếu có, ghi cụ thể):
5. Hỗ trợ về tài chính của TTYT huyện cho hoạt động TT-GDSK của các trạm y tế

xã (nếu có, ghi cụ thể):

6. Các chương trình TT-GDSK được triển khai tại huyện năm 2008 (ghi cụ thể):

.....

7. Hỗ trợ của Sở Y tế đối với hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện trong năm 2008:

.....

9. Hỗ trợ của UBND huyện đối với hoạt động TT-GDSK của TTYT huyện trong năm 2008:

.....

10. Số xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã tính đến hết năm 2008: xã

11. Số trạm y tế xã đạt chuẩn 1 về “Xã hội hoá và bảo vệ sức khỏe nhân dân và công tác truyền thông giáo dục sức khỏe” đến hết năm 2008:.....xã

12. Các ý kiến nhận xét chung về hoạt động TT-GDSK trong huyện năm 2008:

.....

.....

Ngày tháng năm 2008

Người cung cấp thông tin

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU XIN Ý KIẾN
VỀ HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ (TT-GDSK)
CỦA CÁC TRẠM Y TẾ XÃ, HUYỆN BÌNH LỤC

Tên trạm Y tế:

TT	Nội dung nhận xét	Năm
1	Về nhân lực:	
	- Số cán bộ của TYT xã thực hiện hoạt động TT-GDSK	
	- Số cán bộ của TYT được đào tạo về kiến thức, kỹ năng TT-GDSK?	
	- Mức độ kỹ năng TT của cán bộ trạm nói chung: Tốt, khá, trung bình, chưa đạt	
2	Nhận xét về cơ sở vật chất	
	- Góc truyền thông tại trạm Y tế:	
	+ Chưa có:	
	+ Có: Tốt, khá, trung bình, chưa đạt	
	- Phương tiện TT-GDSK (Đủ, thiếu, rất thiếu)	
	- Tài liệu TT-GDSK của trạm có (Đủ, thiếu, rất thiếu)	
3	Các hoạt động TT-GDSK được thực hiện:	
3.1	Truyền thông gián tiếp trong năm	
	- Số lượt truyền thông gián tiếp trên đài phát thanh xã trung bình trên một tháng	
	- Số chủ đề đã được phát trên đài phát thanh xã trong năm	
	- Số cán bộ viết bài TT-GDSK trong năm	
	- Tổng số bài đã viết để TT-GDSK trong năm	
3.2	Truyền thông trực tiếp:	
	- Nói chuyện GDSK:	
	+ Số CB của trạm y tế thực hiện Nói chuyện GDSK trong năm	
	+ Tổng số buổi Nói chuyện GDSK trong năm	
	+ Số chủ đề được thực hiện nói chuyện trong năm	
	- Thảo luận nhóm (TLN) (Truyền thông nhóm nhỏ):	
	+ Số CB trạm y tế thực hiện thảo luận nhóm GDSK trong năm	
	+ Tổng số cuộc TLN được thực hiện trong năm	
	+ Số chủ đề được thực hiện TLN trong năm	
	- Tư vấn cá nhân:	
	+ Số cán bộ trạm y tế thực hiện tư vấn trong năm	
	+ Tổng số lượt tư vấn được thực hiện trung bình/tháng	

TT	Nội dung nhận xét	Năm
4	Ý kiến về quản lý hoạt động TT-GDSK	
4.1	Ý kiến về lập KH hoạt động. TT-GDSK	
	- Loại kế hoạch đã được lập trong năm:	
	Kế hoạch tuần	
	Kế hoạch tháng	
	Kế hoạch quý	
	Kế hoạch năm	
	- Số cán bộ tham gia lập kế hoạch TT-GDSK?:	
	Của trạm y tế:	
	Cán bộ khác:	
	- Kế hoạch đã lập có được thông báo cho các cán bộ của trạm y tế không?	
	- Các hoạt động TT-GDSK có được thực hiện đúng kế hoạch đã lập không?	
4.2	Ý kiến về Theo dõi/Giám sát hoạt động TT	
	- Số lần TYT được theo dõi/giám sát thực hiện TT-GDSK:	
	- Số lần cán bộ của TYT thực hiện theo dõi/giám sát thực hiện TT-GDSK:	
	- Số cuộc theo dõi/giám sát CBYT thôn thực hiện TT-GDSK:	
	- Có sổ/biên bản ghi chép lại kết quả giám sát không?	
	- Kết quả giám sát có được phản hồi cho người được giám sát không?	
4.3	Ý kiến về đánh giá hoạt động TT-GDSK	
	- Số lần TYT được đánh giá kết quả thực hiện TT-GDSK:	
	- Số lần TYT đánh giá kết quả thực hiện TT-GDSK:	
4.4	Ý kiến về hoạt động TT-GDSK liên quan đến y tế thôn	
	- Trạm có họp/giao ban định kỳ về hoạt động TT-GDSK không?	
	- Trạm có sổ sách báo cáo hoạt động TT-GDSK không?	
	- Số cán bộ y tế thôn thực hiện TT-GDSK trong năm	
	- Số cán bộ y tế thôn được cán bộ trạm y tế giám sát thực hiện TT-GDSK trong năm	
	- Số cán bộ y tế thôn được cán bộ trạm y tế hướng dẫn/tập huấn về kiến thức kỹ năng TT-GDSK trong năm	

Các ý kiến khác:

.....

**Phiếu xin ý kiến về
hoạt động Truyền thông giáo dục sức khỏe và
phòng TT-GDSK của Trung tâm Y tế dự phòng huyện**

Để tăng cường hoạt động Truyền thông-Giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) và xây dựng thí điểm mô hình phòng TT-GDSK tại Trung tâm Y tế Dự phòng huyện, góp phần chăm sóc sức khỏe cộng đồng, kính đề nghị Anh/Chị vui lòng cho biết một số thông tin, ý kiến/nhận xét liên quan đến hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện hiện nay.

I. Thông tin chung

- 1.1. Họ và tên:
- 1.2. Tuổi:
- 1.3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
- 1.4. Chức vụ:
- 1.5. Đơn vị công tác:
- 1.6. Năm tốt nghiệp:
- 1.7. Chuyên ngành học:
- 1.8. Chuyên ngành công tác hiện nay:
- 1.9. Số năm công tác trong chuyên ngành hiện nay: năm.
- 1.10. Số năm đã làm chuyên trách công tác Truyền thông- Giáo dục sức khỏe:..... năm
- 1.11. Số năm công tác tại phòng TT-GDSK:.....năm
- 1.12. Số năm làm công tác quản lý:.....năm.

II. ý kiến về hoạt động TT-GDSK

2.1. Nhận xét chung của Anh/Chị về hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện hiện nay:

Tốt: 1 Chưa tốt: 3
Khá: 2 ý kiến khác: 4 (xin ghi cụ thể)

Vì sao Anh/Chị có ý kiến nhận xét như vậy:

2.2. Xin nêu các điểm mạnh/thuận lợi trong hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị hiện nay:

.....

2.3. Xin nêu các điểm yếu/khó khăn trong hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị hiện nay:

2.4. Xin đánh giá về mức độ phối hợp/lồng ghép các hoạt động TT-GDSK của các đơn vị y tế ở huyện của Anh/Chị:

Phối hợp tốt:	1	Không phối hợp:	3
Phối hợp chưa tốt:	2	ý kiến khác:	4 (xin ghi cụ thể)

2.5. Xin nêu các hoạt động TT-GDSK mà hiện nay Anh/Chị đang thực hiện?

2.6. Xin nêu các điểm mạnh/thuận lợi của Anh/Chị trong thực hiện hoạt động TT-GDSK hiện nay:

2.7. Xin nêu các hạn chế/khó khăn của Anh/Chị trong thực hiện hoạt động TT-GDSK hiện nay:

2.8. Xin nêu các yếu tố có ảnh hưởng tốt đến hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị:

2.9. Xin nêu các yếu tố ảnh hưởng không tốt đến hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị:

2.10. Xin nêu các ý kiến khác của Anh/Chị về hoạt động TT-GDSK của huyện Anh/Chị:

III. Ý kiến về nguồn lực cho hoạt động TT-GDSK

3.1. Xin Anh/Chị nhận xét về nguồn nhân lực cho hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị?

Đủ:	1	Thiếu:	3
Tạm đủ:	2	Rất thiếu:	4
		ý kiến khác:	5 (xin ghi cụ thể)

3.2. Xin Anh/Chị nhận xét về nguồn kinh phí cho hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị:

Đủ:	1	Thiếu:	3
Tạm đủ:	2	Rất thiếu:	4
		ý kiến khác:	5 (xin ghi cụ thể)

3.3. Nhận xét chung của Anh/Chị về cơ sở, trang thiết bị cho hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện của Anh/Chị hiện nay:

Đủ:	1	Thiếu:	3
Tạm đủ:	2	Rất thiếu:	4
		ý kiến khác:	5 (xin ghi cụ thể)

3.4. Nhận xét chung về tài liệu/ấn phẩm cho hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị hiện nay:

Đủ: 1 Rất thiếu: 4
Tạm đủ: 2 Không biết 5
Thiếu: 3 ý kiến khác: 6 (xin ghi cụ thể)

3.5. Xin nêu những điểm mạnh/thuận lợi về nguồn lực cho hoạt động TT-GDSK ở huyện Anh/Chị:

- Nhân lực:
- Kinh phí:
- Phương tiện/cơ sở vật chất:
- Tài liệu/ấn phẩm:

3.6. Xin nêu các điểm yếu/khó khăn về nguồn lực cho hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị

- Nhân lực:
- Kinh phí:
- Phương tiện/cơ sở vật chất:
- Tài liệu/ấn phẩm:

3.7. Xin nêu các ý kiến khác liên quan đến các nguồn lực cho hoạt động TT-GDSK của huyện Anh/Chị:

IV. Ý kiến về quản lý các hoạt động TT-GDSK

4.1. Hiện nay đơn vị nào chịu trách nhiệm chính về quản lý hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị:

Phòng y tế: 1 Không rõ đơn vị nào: 4
Bệnh viện huyện: 2 Không biết: 5
Trung tâm y tế dự phòng: 3 Khác: 6 (ghi cụ thể).....

4.2. Hiện nay huyện của Anh/Chị có các văn bản quy định về hoạt động TT-GDSK không?

Có: 1 Không: 2
Không biết: 3 ý kiến khác 4 (xin nêu cụ thể).....

4.3. Nếu có các văn bản quy định xin Anh/Chị điền vào bảng sau:

STT	Tên văn bản	Ngày tháng năm ban hành	Chức vụ người ký ban hành
1.			
2.			
3.			
4.			

4.4. Các hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị có được lập kế hoạch không:

Có: 1 Không: 2

4.5. Nếu có thực hiện thì đó là loại kế hoạch nào:

Kế hoạch tháng: 1 Kế hoạch năm: 3
Kế hoạch quý: 2 Kế hoạch khác 4 (xin ghi cụ thể):

4.6. Xin Anh/Chị nêu nhận xét về chất lượng hoạt động lập kế hoạch TT-GDSK:

Tốt: 1 Chưa đạt: 3
Trung bình: 2 Khác 4 (xin ghi cụ thể):

4.7. Theo dõi/giám sát các hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị có được thực hiện không:

Có: 1 Không: 2

4.8. Nếu có theo dõi/giám sát hoạt động TT-GDSK xin Anh/Chị nhận xét về chất lượng các hoạt động này ở huyện của Anh/Chị:

Tốt: 1 Chưa đạt: 3
Trung bình: 2 Khác 4 (xin ghi cụ thể):

4.9. Đánh giá các hoạt động TT-GDSK ở huyện của Anh/Chị có được thực hiện không:

Có: 1 Không: 2

4.10. Nếu có đánh giá hoạt động TT-GDSK xin Anh/Chị nhận xét về chất lượng các hoạt động này ở huyện của Anh/Chị:

Tốt: 1 Chưa đạt: 3
Trung bình: 2 Khác 4 (xin ghi cụ thể):

4.11. Xin Anh/Chị đề xuất ý kiến để quản lý tốt hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện:
.....

V. Ý kiến về đào tạo TT-GDSK

5.1. Trong 5 năm gần đây Anh/Chị có được đào tạo/tập huấn về TT-GDSK không:

Có: 1 Không: 2

5.2. Nếu có, xin nêu thông tin về các khoá đào tạo/tập huấn Anh/Chị đã tham dự vào bảng sau đây:

STT	Tên khoá đào tạo/tập huấn	Thời gian bao lâu	Ngày tháng năm tổ chức	Địa điểm tổ chức	Đơn vị tổ chức
1.					
2.					
3.					
4.					

5.3. Theo Anh/Chị cán bộ TT-GDSK ở tuyến huyện hiện nay có đủ kiến thức để thực hiện tốt TT-GDSK chưa:

Đủ: 1 Chưa đủ: 2

ý kiến khác: 3 (xin ghi cụ thể):

5.3. Theo Anh/Chị hiện nay những kiến thức nào cần ưu tiên đào tạo cho cán bộ TT-GDSK tuyến huyện để thực hiện tốt nhiệm vụ TT-GDSK:

.....

5.4. Theo Anh/Chị hiện nay những kỹ năng nào cần ưu tiên đào tạo cho cán bộ TT-GDSK tuyến huyện để thực hiện tốt nhiệm vụ TT-GDSK:

.....

5.5. Hiện nay Anh/Chị có nhu cầu cần được đào tạo về TT-GDSK không:

Có: 1 Không: 2

5.6. Nếu có nhu cầu đào tạo về TT-GDSK thì Anh/Chị thấy cần đào tạo về những nội dung nào:

5.7. Nêu các ý kiến khác của Anh/Chị liên quan đến đào tạo TT-GDSK cho cán bộ tuyến huyện:

.....

VI. Ý kiến về phòng TT-GDSK của TT-YTDP huyện

6.1. Xin nêu các điểm mạnh/thuận lợi trong hoạt động của phòng TT-GDSK của huyện anh/chị:

.....

6.2. Xin nêu các hạn chế/khó khăn trong hoạt động của phòng TT-GDSK của huyện Anh/Chị:

.....

6.3. Theo Anh/Chị phòng TT-GDSK cần có bao nhiêu cán bộ là phù hợp với điều kiện hiện nay:

.....

6.4. Xin Anh/Chị hãy liệt kê các trang thiết bị/phương tiện tối thiểu mà phòng TT-GDSK huyện cần có trong điều kiện hiện nay:

.....

6.5. Xin nêu các nhiệm vụ ưu tiên hiện nay theo Anh/Chị phòng TT-GDSK huyện cần tập trung thực hiện:.....

.....

6.6. Xin nêu tất cả các ý kiến đề xuất của Anh/Chị về mô hình phòng TT-GDSK huyện (như về tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cán bộ, cơ sở vật chất, cơ chế phối hợp hoạt động, quản lý...).

.....

Xin chân thành cảm ơn Anh/Chị đã nêu các ý kiến quý báu để góp phần đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện.

Phiếu tìm hiểu hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

(Sử dụng để phỏng vấn cán bộ y tế thôn, xã)

Thôn:, **Xã:**, **Huyện:** Bình Lục, **tỉnh:** Hà Nam

I. Thông tin chung về người được phỏng vấn

1.1. Họ và tên:

1.2. Tuổi:, 1.3. Giới: Nam: 1 Nữ: 2

1.4. Trình độ chuyên môn được đào tạo:

Y tá/điều dưỡng sơ cấp:	1	Lương y:	6
Y tá/điều dưỡng TH:	2	Sơ cấp dược:	7
Nữ hộ sinh:	3	Trung cấp dược:	8
Y sỹ:	4	Dược sỹ:	9
Bác sĩ:	5	Khác, ghi cụ thể:	10

1.5. Năm tốt nghiệp:

1.6. Số năm đã công tác trong ngành: năm

1.7. Nơi công tác hiện nay:

Y tế thôn/đội:	1	Trạm y tế xã:	2
Nơi khác (ghi cụ thể):	3		

1.8. Chức vụ hiện tại:

Không giữ chức vụ gì:	0
Trưởng/phó trạm YT xã/thị trấn:	1
Khác (ghi cụ thể):	2

1.9. Số năm đã làm công tác quản lý: năm

II. Thông tin về hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

2.1. Xin anh/chị cho biết nhiệm vụ/công việc chính của anh/chị hiện nay là gì?

Khám bệnh/Điều trị:	1
Phụ trách các chương trình YT:	2
Dược:	3
Công tác quản lý:	4
Công việc khác (xin ghi cụ thể)	5

2.2. Anh/chị có được giao nhiệm vụ thực hiện TT-GDSK không?

Có 1 Không 2

2.3. Hiện nay anh chị có thực hiện các hoạt động TT-GDSK không?

Có 1 Không 2 → chuyển câu 2.17

2.4. Nếu có, đơn vị nào/ai trực tiếp giao nhiệm vụ TT-GDSK cho Anh/chị:

5. Nếu có thực hiện các hoạt động TT-GDSK thì anh/chị thực hiện thường xuyên như thế nào?

Hàng ngày (ít nhất 1lần/1ngày): 1

Hàng tuần (ít nhất 1lần/1tuần): 2

Hàng tháng (ít nhất 1lần/1tháng): 3

Hàng quý (ít nhất 1lần/1quý): 4

Thực hiện khi có yêu cầu: 5

Khác (xin ghi cụ thể): 6

2.6. Xin anh/chị kể ra các hoạt động TT-GDSK mà anh/chị đã thực hiện trong 3 tháng qua?

TT	Chủ đề/nội dung TT-GDSK	Phương pháp TT-GDSK đã sử dụng	Phương tiện TT-GDSK đã sử dụng	Đối tượng được TT-GDSK
1				
2				
3				
4				
5				

2.7. Anh/chị đã bao giờ soạn thảo, sản xuất các tài liệu/vật liệu cho TT-GDSK chưa? (ví dụ như bài viết, bài báo, tờ bướm, tờ rơi, tranh ảnh, áp phích)

Có: 1 Không: 2 → chuyển câu 2.8

2.7. Nếu có thì đó là những tài liệu/vật liệu nào (có thể nhiều khả năng trả lời)?

Bài viết đăng báo: 1

Bài nói chuyện trước đông người 2

Bài phát trên loa truyền thanh: 3

Viết bảng tin, kẻ khẩu hiệu, băng rôn: 4

Khác (xin ghi cụ thể) 5

2.8. Anh/chị thấy phương tiện/tài liệu nào sử dụng có hiệu quả trong TT-GDSK ở thôn/xã của ta hiện nay? (xin xếp theo thứ tự ưu tiên từ 1 đến hết theo ý của anh/chị)

2. 15. Xin anh/chị nhận xét chung về các hoạt động TT-GDSK hiện nay ở thôn/xã ta?

Tốt	1	Trung bình	3
Khá	2	Chưa đạt	4
Khác (ghi cụ thể)	5		

2.16. Anh/chị cho biết lý do vì sao anh/chị lại có nhận xét như vậy?
.....

2.17. Vì sao anh/chị không thực hiện các hoạt động TT-GDSK?

Không được phân công:	1	Không có khả năng:	3
Không có thời gian:	2	Khác (ghi cụ thể):	4

2.18. ở xã của anh/chị công tác hiện nay có lập kế hoạch hoạt động TT-GDSK không?

Có	1	Không	2
----	---	-------	---

2.19. Nếu xã của Anh/chị có lập kế hoạch thì đó là kế hoạch gì?

Tuần	1	Năm	4
Tháng	2	Theo yêu cầu	5
Quý	3	Thất thường	6

2.20. Nhận xét của người phỏng vấn về kế hoạch TT-GDSK: (người phỏng vấn kết hợp quan sát các loại kế hoạch, và ghi nhận xét):

2.21. Ai là người chịu trách nhiệm chính lập kế hoạch cho các hoạt động TT-GDSK ở thôn/xã của anh/chị (xin ghi rõ họ tên và chức vụ)?

Họ và tên: Chức vụ:

2.22. Anh chị có lập kế hoạch cho các hoạt động TT-GDSK của mình không?

Có	1	Không	2	————> chuyển câu 2.25)
----	---	-------	---	------------------------

2.23. Nếu có lập kế hoạch thì anh/chị có lập loại kế hoạch nào?

Tuần	1	Năm	4
Tháng	2	Theo yêu cầu	5
Quý	3	Thất thường	6

2.24. Nhận xét của người phỏng vấn về kế hoạch TT-GDSK: (người phỏng vấn kết hợp quan sát các loại kế hoạch, và ghi nhận xét):

2.25. Xã của anh/chị có phân công người quản lý, theo dõi, giám sát các hoạt động TT-GDSK không?

Có	1	Không	2	————> chuyển câu 2.27
----	---	-------	---	-----------------------

2.26. Nếu có, ai là người chịu trách nhiệm chính quản lý theo dõi các hoạt động TT-GDSK?

Họ và tên: Chức vụ:

2.27. Anh/chị cho ý kiến nhận xét về quản lý, theo dõi, giám sát hoạt động TT-GDSK ở thôn/xã ta?

Tốt:	1	Trung bình:	2	Chưa tốt:	3
------	---	-------------	---	-----------	---

2.28. Vì sao anh/chị có nhận xét như vậy?

2.29. ở thôn/xã của anh/chị có đánh giá các hoạt động TT-GDSK không?

Có: 1 Không: 2 → chuyển câu 2.31
Không biết: 3 → chuyển câu 2.31

2.30. Nếu có, xin anh/chị cho biết ai là người chịu trách nhiệm chính đánh giá hoạt động TT-GDSK?

Họ và tên: Chức vụ:

2.31. ở thôn/xã của anh/chị đánh giá các hoạt động TT-GDSK bằng phương pháp nào?

III. Quá trình đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe.

3.1. Anh/chị có bao giờ được đào tạo về TT-GDSK không?

Có 1 Không 2 → chuyển câu 3.3

3.2. Nếu có, xin anh/chị cho biết các khoá đào tạo về TT-GDSK mà anh/chị đã được tham dự trong 5 năm gần đây?

STT	Tên khoá học	Năm nào	Số ngày học	Nội dung chính của khoá học	Tên đơn vị tổ chức đào tạo
1					
2					
3					
4					
5					

3.3. Xin anh/chị tự đánh giá về khả năng thực hiện TT-GDSK của bản thân mình hiện nay?

Tốt 1 Chưa đạt cần được đào tạo thêm 4
Khá 2 Yếu kém cần đào tạo lại 5
Trung bình 3 Khác (ghi cụ thể) 6

3.4. Hiện nay anh/chị có cần được đào tạo về TT-GDSK cho mình không?

Có 1 Không 2 → chuyển câu 4.1

3.5. Nếu có, để thực hiện tốt hơn công tác TT-GDSK anh/chị thấy cần được đào tạo thêm những kiến thức và kỹ năng nào?

- Kiến thức:
- Kỹ năng:

IV. Ý kiến khác về hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe

4.1 Theo anh/chị hoạt động TT-GDSK hiện nay tại địa phương anh/chị có đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng chưa?

Đáp ứng 1 Chưa đáp ứng 2
Khác (ghi cụ thể) 3

4.2. Vì sao anh/chị có nhận xét như vậy?

4.3. Theo anh/chị trong điều kiện hiện nay có thể đẩy mạnh các hoạt động TT-GDSK ở thôn/xã ta được không?

Có 1 Không 2 → chuyển câu 4.5

4.4. Nếu có thì theo anh/chị, làm thế nào có thể đẩy mạnh các hoạt động TT-GDSK?

(có thể trả lời nhiều khả năng)

Đào tạo lại cho cán bộ y tế về GDSK	1
Quy định rõ nhiệm vụ GDSK cho mỗi người	2
Lập kế hoạch cụ thể về GDSK	3
Có chính sách khuyến khích thực hiện GDSK	4
Có chế độ quản lý tốt các hoạt động GDSK	5
Giám sát, hỗ trợ thường xuyên của cấp trên	6
Ý kiến khác (xin ghi cụ thể)	7

4.5. Ngoài các ý kiến trên xin anh/chị vui lòng nêu các ý kiến khác nhằm đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK ở địa phương anh/chị.

.....

Ngày tháng năm 2008

Người giám sát
(Ký và ghi rõ họ tên)

Người phỏng vấn
(Ký và ghi rõ họ tên)

**THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ LÀM CÔNG TÁC TT-GDSK
TUYỂN TRUNG ƯƠNG**

1. Các anh/chị hãy Nhận xét chung về hoạt động TT-GDSK hiện nay ở tuyến tỉnh?
2. Các anh/chị hãy Nhận xét chung về hoạt động TT-GDSK hiện nay ở tuyến huyện?
3. Xin các Anh/Chị hãy nêu các thuận lợi và khó khăn trong hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện hiện nay:
 - Thuận lợi?
 - Khó khăn?
 - Đề xuất của Anh/Chị về hướng khắc phục
4. Ý kiến đề xuất của anh/chị về mô hình phòng TT-GDSK tuyến huyện?
 - Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế phối hợp/lồng ghép hoạt động,...
 - Cán bộ: số lượng, chất lượng?
 - Hoạt động? Quản lý?
 - Quan hệ với: các đơn vị khác của TTYT, trung tâm TT-GDSK tỉnh? Các đơn vị y tế khác trong huyện? Trạm y tế? Có quan, ban ngành khác của huyện?...

THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ LÀM CÔNG TÁC TT-GDSK TUYẾN TỈNH

1. Các anh/chị hãy Nhận xét chung về hoạt động TT-GDSK hiện nay ở tuyến tỉnh?
2. Những thuận lợi và khó khăn trong chỉ đạo các hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện?
3. Xin các Anh/Chị hãy nêu các thuận lợi và khó khăn trong hoạt động TT-GDSK ở tuyến huyện hiện nay:
 - Thuận lợi
 - Khó khăn
 - Đề xuất của Anh/Chị về hướng khắc phục
4. Hoạt động chỉ đạo TT-GDSK của tuyến tỉnh với huyện hiện nay như thế nào, các thuận lợi và khó khăn?
 - Tình hình cán bộ hiện có của TT-YTDP
 - Bảng kiểm danh mục các trang thiết bị TT-GDSK hiện có
 - Thống kê về tổ chức
 - Thống kê về nhân sự
 - Thống kê về trang thiết bị
 - Thống kê về cơ sở vật chất
 - Chỉ đạo của trung tâm TT-GDSK tỉnh với huyện: văn bản quy định, hoạt động....

**THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ PHÒNG TT-GDSK
VÀ CÁN BỘ TTYT HUYỆN**

1. Đánh giá chung của anh/chị về tổ chức và hoạt động của các phòng TT-GDSK tuyến huyện hiện nay? Điểm mạnh? Điểm yếu?
2. Đánh giá chung về tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ và khả năng đáp ứng yêu cầu chuyên môn về TT-GDSK củ các cán bộ chuyên trách TT-GDSK tuyến huyện?
3. Đánh giá về cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay của các phòng TT-GDSK tuyến huyện?
4. Nhận định về tài liệu, ấn phẩm, panô, áp phích phục vụ cho hoạt động TT-GDSK tuyến huyện hiện nay?
5. Thực tế tình hình quản lý hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện: lập kế hoạch, theo dõi, giám sát của phòng TT-GDSK?
6. Nhận định về kinh phí cho phòng TT-GDSK?
7. Nêu các hoạt động cụ thể mà trung tâm TT-GDSK tỉnh chỉ đạo các phòng TT-GDSK thực hiện? (Nội dung, phương pháp, quản lý hoạt động TT-GDSK tuyến huyện).
8. Các yếu tố thuận lợi/thúc đẩy hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện?
9. Các yếu tố khó khăn/hạn chế hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện?
10. Anh/chị mong muốn trung tâm TT-GDSK tỉnh hỗ trợ hỗ gì cho phòng TT-GDSK tuyến huyện hoạt động tốt?
11. Ý kiến đề xuất của anh/chị về mô hình phòng TT-GDSK tuyến huyện?
 - Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế phối hợp/lồng ghép hoạt động,...
 - Cán bộ: số lượng, chất lượng?
 - Hoạt động? Quản lý?
 - Quan hệ với: các đơn vị khác của TTYT, trung tâm TT-GDSK tỉnh? Các đơn vị y tế khác trong huyện? Trạm y tế? Có quan, ban ngành khác của huyện?...

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ TTYT HUYỆN BÌNH LỤC

Thành phần: Cán bộ lãnh đạo của TTYT huyện và cán bộ của phòng TT-GDSK.

Nội dung:

1. Anh/chị cho biết các hoạt động mà phòng TT-GDSK thực hiện trong năm 2014?
 - Lập kế hoạch? (loại kế hoạch?cán bộ tham gia LKH?...)
 - Đào tạo cán bộ tuyến xã, thôn bản?
 - Triển khai các hoạt động TT-GDSK ở huyện, xã?
 - Giám sát hoạt động TT-GDSK tuyến xã?
 - Giao ban hàng tháng với các trạm trưởng?
2. Anh/chị so sánh các hoạt động được triển khai với:
 - Hoạt động năm 2010
 - Chức năng nhiệm vụ của phòng TT-GDSK theo quy định (hoàn thành? Không hoàn thành?)
3. Anh/chị cho biết thuận lợi/điểm mạnh của phòng TT-GDSK trong thực hiện hoạt động? (Nhân lực, Phương tiện/cơ sở vật chất, Tài liệu/ ấn phẩm)
4. Anh/chị cho biết khó khăn/thách thức của phòng TT-GDSK trong thực hiện hoạt động?
5. Anh/chị cho biết khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK?
 - Nếu duy trì được: cần hỗ trợ, thay đổi gì để duy trì mô hình?
 - Nếu khó khăn: cần thêm các điều kiện gì để có thể duy trì mô hình?

THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ

1. Đánh giá chung về hoạt động TT-GDSK đã và đang thực hiện tại tuyến xã, các kết quả đã đạt được, mức độ đáp ứng nhu cầu thực tế, đáp ứng quy định chuẩn số 1 về y tế xã? Tồn tại và khó khăn? Nguyên nhân?
2. Nhận định về công tác lập kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá các hoạt động TT-GDSK của trạm y tế xã đã thực hiện, làm được và chưa làm được? Lý do?
3. Ý kiến về vai trò chỉ đạo các hoạt động và quản lý, theo dõi, giám sát, đánh giá hoạt động TT-GDSK của tuyến huyện đối với các trạm y tế xã trong huyện: những việc làm tốt, việc cần làm nhưng chưa thực hiện được? Lý do?
4. Nhận xét về điểm mạnh, điểm yếu, thuận lợi và khó khăn trong hoạt động TT-GDSK của y tế thôn, lý do tại sao?
5. Nhận xét về vai trò của trạm y tế trong việc theo dõi, giám sát hỗ trợ và đánh giá cán bộ y tế thôn thực hiện nhiệm vụ TT-GDSK?
6. Nhận định về cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay của trạm y tế xã/y tế thôn sử dụng cho các hoạt động TT-GDSK?
7. Đề xuất các biện pháp nâng cao số lượng, chất lượng và tăng cường quản lý các hoạt động TT-GDSK ở tuyến xã?
 - Đối với xã: TYT xã làm gì? Y tế thôn làm gì?
 - Đối với TTYT huyện: Việc cần làm?
 - Đề xuất với các đơn vị liên quan khác?
8. Các ý kiến đề xuất khác?

PHÒNG VẤN SÂU CÁN BỘ TRUNG TÂM TT-GDSK TỈNH

1. Đánh giá chung về tổ chức, hoạt động của các phòng TT-GDSK tuyến huyện hiện nay: Điểm mạnh? Điểm yếu?
2. Nhận định về tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ và khả năng đáp ứng yêu cầu chuyên môn về TT-GDSK của các cán bộ chuyên trách TT-GDSK tuyến huyện?
3. Nhận định về cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay của các phòng TT-GDSK tuyến huyện?
4. Nhận định về tài liệu, ấn phẩm, panô, áp phích phục vụ cho hoạt động TT-GDSK tuyến huyện hiện nay?
5. Nhận định về tình hình quản lý hoạt động TT-GDSK tuyến huyện: lập kế hoạch, theo dõi, giám sát của phòng TT-GDSK?
6. Nhận định về kinh phí cho phòng TT-GDSK?
7. Nêu các hoạt động cụ thể mà phòng TT-GDSK hiện nay đang thực hiện? (truyền thông trực tiếp, gián tiếp, hoạt động lồng ghép, ...)
8. Các yếu tố thuận lợi, khó khăn cho hoạt động của phòng TT-GDSK huyện?
9. Các hoạt động chỉ đạo của trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh đối với hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện?
10. Ý kiến đề xuất về mô hình phòng TT-GDSK huyện?
 - Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế,...
 - Cán bộ (số lượng, chất lượng)
 - Hoạt động, quản lý
 - Quan hệ với tuyến tỉnh, các đơn vị y tế trong huyện? cơ quan khác?
 - Các ý kiến khác?

PHÒNG VẤN SÂU CÁN BỘ TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN

1. Đánh giá chung về tổ chức, hoạt động của các phòng TT-GDSK tuyến huyện hiện nay: Điểm mạnh? Điểm yếu?
2. Nhận định về tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ và khả năng đáp ứng yêu cầu chuyên môn về TT-GDSK của các cán bộ chuyên trách TT-GDSK tuyến huyện?
3. Nhận định về cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay của các phòng TT-GDSK tuyến huyện?
4. Nhận định về tài liệu, ấn phẩm, panô, áp phích phục vụ cho hoạt động TT-GDSK tuyến huyện hiện nay?
5. Nhận định về tình hình quản lý hoạt động TT-GDSK tuyến huyện: lập kế hoạch, theo dõi, giám sát của phòng TT-GDSK?
6. Nhận định về kinh phí cho phòng TT-GDSK?
7. Nêu các hoạt động cụ thể mà phòng TT-GDSK hiện nay đang thực hiện? (truyền thông trực tiếp, gián tiếp, hoạt động lồng ghép, ...)
8. Các yếu tố thuận lợi, khó khăn cho hoạt động của phòng TT-GDSK huyện?
9. Các hoạt động chỉ đạo của trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh đối với hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện?
10. Ý kiến đề xuất về mô hình phòng TT-GDSK huyện?
 - Tổ chức, chức năng nhiệm vụ, cơ chế,...
 - Cán bộ (số lượng, chất lượng)
 - Hoạt động, quản lý
 - Quan hệ với tuyến tỉnh, các đơn vị y tế trong huyện? cơ quan khác?
 - Các ý kiến khác?

**PHÒNG VẤN SÂU CÁN BỘ TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÌNH LỤC
VỀ KHẢ NĂNG DUY TRÌ HOẠT ĐỘNG TT-GDSK**

- 11.Đánh giá chung về tổ chức, hoạt động của phòng TT-GDSK huyện hiện nay:
Điểm mạnh? Điểm yếu?
- 12.Nhận định về tình hình nhân lực (số lượng, chất lượng), phân công nhiệm vụ và khả năng đáp ứng yêu cầu chuyên môn về TT-GDSK của các cán bộ chuyên trách TT-GDSK huyện?
- 13.Nhận định về cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay của phòng TT-GDSK huyện?
- 14.Nhận định về tài liệu, ấn phẩm, panô, áp phích phục vụ cho hoạt động TT-GDSK huyện hiện nay?
- 15.Nhận định về tình hình quản lý hoạt động TT-GDSK của huyện: lập kế hoạch, theo dõi, giám sát của phòng TT-GDSK?
- 16.Nhận định về kinh phí cho phòng TT-GDSK?
- 17.Nêu các hoạt động cụ thể mà phòng TT-GDSK đang thực hiện? (truyền thông trực tiếp, gián tiếp, hoạt động lồng ghép, ...)
- 18.Các yếu tố thuận lợi, khó khăn cho hoạt động của phòng TT-GDSK huyện?
- 19.Các hoạt động chỉ đạo của trung tâm TT-GDSK tuyến tỉnh đối với hoạt động của phòng TT-GDSK tuyến huyện?
20. Đánh giá về khả năng duy trì hoạt động TT-GDSK?

PHIẾU TÌM HIỂU HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

(Sử dụng để phỏng vấn chủ hộ gia đình hoặc người lớn có khả năng cung cấp đủ thông tin)

Thôn:, Xã:, Huyện: Bình Lục, tỉnh: Hà Nam

I. THÔNG TIN CHUNG VỀ NGƯỜI ĐƯỢC PHỎNG VẤN

1.1. Họ và tên:

1.2. Tuổi:.....

1.3. Giới: Nam: 1 Nữ: 2

1.4. Dân tộc: Kinh: 1 Khác (ghi cụ thể): 2

1.5. Tôn giáo:

Không theo tôn giáo nào:	1	Phật giáo	2
Thiên chúa giáo	3	Khác (ghi cụ thể)	4

1.6. Tình trạng hôn nhân:

Độc thân	1	Có vợ/chồng	2
Goá	3	Ly dị/li thân	4

1.7. Trình độ học vấn:

Không biết chữ	1	Biết đọc biết viết	2
Hết Cấp I	3	Hết Cấp II	4
Hết Cấp III	5	TC/CĐ/ĐH/SĐH	6

1.8. Nghề nghiệp

Nông nghiệp	1	Công nhân	2
Thợ thủ công	3	Cán bộ viên chức	4
Cán bộ về hưu	5	Nội trợ	5
		Khác (ghi cụ thể)	6

1.9. Xin ông/bà cho biết gia đình ta hiện có các phương tiện thông tin gì? (kết hợp quan sát, có thể chọn nhiều ý):

Báo/tạp chí (ghi rõ loại gì)	1
Đài/radio	2
Ti vi/Video	3
Loa truyền thanh của thôn/xã	4
Khác (xin ghi cụ thể)	6

II. THÔNG TIN VỀ HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

2.1. Xin ông/bà cho biết những thông tin về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật ông/bà nhận được từ những nguồn nào? (có thể chọn nhiều ý) mức độ cung cấp thông tin từ những nguồn trên như thế nào?

Nguồn cung cấp thông tin	Khoanh vào các số đúng với câu trả lời	Mức độ cung cấp thông tin như thế nào?		
		Nhiều nhất	Trung bình	Ít
Báo, tạp chí	1			
Đài/Radio	2			
Tivi/Video	3			
Cán bộ y tế	4			
Đoàn thanh niên	5			
Hội phụ nữ	6			
Mặt trận tổ quốc	7			
Hội nông dân tập thể	8			
Hội cựu chiến binh	9			
Tổ chức tôn giáo	A			
Hội người cao tuổi	B			
	C			

2.2. Trong vòng 3 tháng gần đây ông/bà có nhận được các thông tin nào về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật không?

1. Có 2. Không → chuyển đến câu 2.4

2.3. Nếu có, xin cho biết các thông tin đó ông/bà nhận được từ nguồn nào, nội dung là gì? (Có thể chọn nhiều ý)

STT	Nguồn cung cấp thông tin	Nội dung thông tin là gì?
1	Báo, tạp chí	
2	Đài/Radio	
3	Đài truyền thanh của thôn/xã	
4	Tivi/Video	
5	Cán bộ y tế	
6	Tờ bướm, tờ rơi, pa nô	
7	Băng rôn, khẩu hiệu, áp phích	
8	Bảng tin của thôn/xóm	
9		

2.4. Trong 6 tháng qua (Từ giữa năm đến giờ) ông/bà có được ai trực tiếp cung cấp thông tin về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật không?

1. Có 2. Không → chuyển đến câu 2.6

2.5. Nếu có, thì ai/những ai đã trực tiếp cung cấp các thông tin về bảo vệ, nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh tật cho ông/bà?

.....

2.6. Xin ông/bà cho biết những tổ chức hay đoàn thể nào đang tham gia vào hoạt động TT-GDSK ở thôn/xã ta? (có thể có nhiều khả năng, sau khi khoanh vào các khả năng người được phỏng vấn trả lời rồi thì hỏi mức độ tham gia của từng khả năng đó).

Tên tổ chức/đoàn thể	Khoanh vào các số đúng với câu trả lời	Mức độ tham gia như thế nào?		
		Tích cực	Trung bình	Ít tham gia
Cán bộ y tế xã/thôn	1			
Cán bộ y tế huyện	2			
Đảng	3			
Chính quyền	4			
Đoàn thanh niên	5			
Hội phụ nữ	6			
Mặt trận tổ quốc	7			
Hội nông dân tập thể	8			
Hội cựu chiến binh	9			
Tổ chức tôn giáo	A			
Hội người cao tuổi	B			
	C			
	D			

2.7. Xin ông/bà cho ý kiến nhận xét về các hoạt động TT-GDSK đã và đang thực hiện ở thôn/xã ta?

1. Tốt 2. Khá 3. Trung bình 4. Chưa đạt
 5. Ý kiến khác (ghi cụ thể)

2.8. Vì sao ông/bà lại có nhận xét như vậy?

.....

2.9. Xin ông/bà cho biết những cách TT-GDSK nào đã và đang được thực hiện ở thôn/xã ta?

(Có thể có nhiều câu trả lời)

1. Đài truyền thanh
2. Ti vi
3. Cung cấp tài liệu (tờ rơi, tranh quảng cáo, báo chí...)
4. Nói chuyện trực tiếp cho nhiều người tại cộng đồng
5. Đến thăm và TT- GDSK cho gia đình
6. TT-GDSK cho nhóm nhỏ (dưới 20 người)
7. Gặp gỡ, tư vấn cho cá nhân tại gia đình
8. Tư vấn cho cá nhân tại trạm y tế
9. Khác (xin ghi cụ thể)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 3. Viêm kết mạc | 4. Nhiễm trùng da |
| 5. Không biết/không trả lời | 6. Khác (ghi rõ)..... |

3.6. Xin ông/bà cho biết nhà tiêu không hợp vệ sinh có thể làm lây truyền những bệnh gì? (có thể có nhiều câu trả lời)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Bệnh đường tiêu hóa (tả, lỵ,...) | 2. Các bệnh nhiễm ký sinh trùng, giun sán |
| 3. Đau mắt hột | 4. Không biết/không trả lời |
| 5. Khác (ghi rõ)..... | |

3.7. Gia đình ông/bà đã và đang làm gì để phòng chống các bệnh lây truyền? (có thể có nhiều câu trả lời)

- | | |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. Tiêm vắc xin | 2. Giữ vệ sinh cá nhân |
| 3. Đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm | 4. Vệ sinh môi trường |
| 5. Diệt côn trùng | 6. Khác (ghi rõ)..... |

3.8. Theo ý kiến của ông/bà thì có những nguyên nhân nào gây ra ngộ độc thực phẩm hiện nay? (có thể có nhiều câu trả lời)

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. Hóa chất, chất bảo quản, phụ gia | 3. Không biết, không trả lời |
| 2. Ăn uống không hợp vệ sinh | 4. Khác (ghi rõ)..... |

3.9. Xin ông/bà cho biết gia đình ta đã và đang thực hiện những cách nào để phòng chống ngộ độc thực phẩm? (có thể có nhiều câu trả lời)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. Lựa chọn thực phẩm an toàn | 2. Bảo quản thức ăn đúng |
| 3. Rửa ra sạch (ngâm nước muối) | 4. Vệ sinh tay trước khi chế biến thực phẩm |
| 5. Không biết/không trả lời | 6. Khác (ghi rõ)..... |

Xin cảm ơn ông/bà đã cung cấp thông tin và có ý kiến đóng góp quý báu cho hoạt động Truyền thông giáo dục sức khỏe của xã mình.

Ngày Tháng năm 2008

Người giám sát
(Ký và ghi rõ họ tên)

Người phỏng vấn
(Ký và ghi rõ họ tên)

BẢNG KIỂM QUAN SÁT KỸ NĂNG NÓI CHUYỆN GDSK

Họ và tên người tư vấn:

Họ và tên người được tư vấn:

Chủ đề/vấn đề tư vấn:

Thời gian tư vấn:

Địa điểm nói chuyện:

Các bước thực hiện	Thang điểm			
	0 (Không làm)	1 (Sai)	2 (Đúng)	3 (Thành thạo)
1. Bố trí hội trường, chỗ ngồi hợp lý:				
2. Bắt đầu hấp dẫn:				
3. Chào hỏi làm quen với đối tượng trước khi bắt đầu:				
4. Người nói chuyện giới thiệu về mình:				
5. Nêu rõ ràng chủ đề nói chuyện:				
6. Có nêu rõ mục tiêu của buổi nói chuyện:				
7. Nói đủ to để mọi người nghe rõ:				
8. Trình bày nội dung chính thích hợp của chủ đề:				
9- Quan sát bao quát được đối tượng nghe:				
10. Sử dụng các ngôn ngữ thông thường:				
11- Sử dụng các tài liệu, phương tiện thích hợp:				
12. Nêu ví dụ minh họa cho đối tượng dễ hiểu:				
13. Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời:				
14. Tạo điều kiện để đối tượng đặt câu hỏi:				
15. Trả lời rõ hết các câu hỏi của đối tượng:				
16. Tóm tắt nội dung mấu chốt từng phần trình bày:				
17. Tóm tắt toàn bộ chủ đề thảo luận:				
18. Nhấn mạnh những điều cần nhớ cần làm:				
19. Cảm ơn người tổ chức và đối tượng khi kết thúc:				
20. Tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng				

Những ý kiến nhận xét khác:

Người giám sát

BẢNG KIỂM QUAN SÁT THỰC HÀNH THẢO LUẬN NHÓM GDSK

Người hướng dẫn thảo luận:

Chủ đề thảo luận:

Đối tượng tham gia thảo luận:

Thời gian thảo luận:

Địa điểm thảo luận:

Nội dung	Không Làm	Có làm		
		Chưa đạt	Đạt	Tốt
1- Bố trí chỗ ngồi hợp lý, thoải mái: 2- Chào hỏi thân mật, làm quen: 3- Giới thiệu người hướng dẫn, người tham dự: 4- Nêu rõ chủ đề, mục đích buổi thảo luận: 5- Động viên, thu hút tham gia thảo luận: 6- Nêu câu hỏi thảo luận rõ ràng: 7- Tập trung thảo luận nội dung thích hợp: 8- Quan sát bao quát toàn bộ nhóm thảo luận: 9- Sử dụng ngôn từ phù hợp, dễ hiểu: 10- Sử dụng tài liệu, phương tiện hợp lý: 11- Nêu ví dụ minh họa cho đối tượng dễ hiểu: 12- Kết hợp giao tiếp bằng lời và không lời: 13- Tạo điều kiện cho mọi người đều có ý kiến: 14- Chăm chú lắng nghe đối tượng: 15- Tóm tắt nội dung cơ bản của mỗi phần: 16- Thảo luận hết các nội dung cơ bản: 18- Kiểm tra lại nhận thức của đối tượng: 17- Tóm tắt toàn bộ chủ đề thảo luận: 19- Động viên, cảm ơn đối tượng khi kết thúc: 20- Tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng:				

- **Những ý kiến nhận xét:**

Người giám sát

BẢNG KIỂM QUAN SÁT KỸ NĂNG TƯ VẤN GDSK

Họ và tên người tư vấn:

Họ và tên người được tư vấn:

Chủ đề/vấn đề tư vấn:

Thời gian tư vấn:

Địa điểm tư vấn:

Các bước thực hiện	Thang điểm			
	0 (Không làm)	1 (Sai)	2 (Đúng)	3 (Thành thạo)
1. Bố trí hội trường, chỗ ngồi hợp lý, thoải mái				
2. Chào hỏi thân mật, làm quen				
3. Giới thiệu về mình				
4. Hỏi lý do của người đến tư vấn				
5. Tìm hiểu KAP của đối tượng				
6. Động viên đối tượng nêu vấn đề, giữ bí mật				
7. Lắng nghe đối tượng				
8. Bổ sung kiến thức cho đối tượng				
9- Thảo luận cách giải quyết vấn đề				
10. Đề đối tượng chọn cách giải quyết phù hợp				
11- Thảo luận về cách giải quyết				
12. Sử dụng ngôn từ phù hợp, dễ hiểu:				
13. Sử dụng tài liệu, phương tiện hợp lý				
14. Nêu ví dụ minh họa				
15. Kết hợp giao tiếp bằng lời và không lời				
16. Đề cập tất cả nội dung cơ bản về vấn đề				
17. Trả lời câu hỏi của đối tượng				
18. Kiểm tra lại nhận thức và việc cần làm				
19. Tóm tắt nội dung cơ bản của buổi tư vấn				
20. Tạo điều kiện tiếp tục hỗ trợ đối tượng				

Những ý kiến nhận xét khác:

Người giám sát