

ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI



GIÁO TRÌNH

CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

(TÀI LIỆU DÙNG CHO SINH VIÊN NGÀNH CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG)

Hà Nội, 2020

BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

I. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này, sinh viên có khả năng:

* Kiến thức

1. Trình bày khái niệm sức khỏe và sức khỏe toàn diện
2. Mô tả được các yếu tố quyết định sức khỏe
3. Trình bày được khái niệm cộng đồng và chăm sóc sức khỏe cộng đồng

* Kỹ năng

4. Áp dụng được kiến thức của bài học để phân tích các yếu tố tác động đến sức khỏe trong tình huống giả định.

* Năng lực tự chủ và trách nhiệm

5. Xây dựng được thái độ tích cực, chủ động, hợp tác trong làm việc nhóm và coi trọng vai trò của cộng đồng trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe.

II. NỘI DUNG

1. Sức khỏe

1.1. Khái niệm về sức khỏe

Định nghĩa sức khỏe của WHO (1948): “*Sức khỏe là một trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội, chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh hay tật*”

(*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity - WHO, 1948*).

Như vậy, sức khỏe là sự phối hợp hài hòa của cả ba thành phần: thể chất, tâm thần/tinh thần và xã hội, ba thành phần này có mối quan hệ mật thiết với

nhau và tác động qua lại chứ không tách biệt riêng rẽ. Một người có sức khỏe thể chất tốt (ăn tốt, ngủ tốt, cảm thấy khỏe mạnh) thường có điều kiện tốt hơn để phát triển sức khỏe tâm thần/tinh thần hay dễ dàng hòa nhập với các hoạt động xã hội hơn so với khi đau yếu hay gặp khó khăn về sức khỏe. Ngược lại, một người hạnh phúc về tinh thần và có đời sống xã hội thành công cũng thường có sức khỏe thể chất tốt hơn.

Dưới góc độ cá nhân, một người được coi là khỏe mạnh nếu người đó ít đau ốm, ít khuyết tật, có cuộc sống cá nhân, gia đình và xã hội hạnh phúc; có cơ hội lựa chọn trong công việc và nghỉ ngơi; chất lượng cuộc sống được cải thiện.

Dưới góc độ cộng đồng, một cộng đồng được coi là cộng đồng khỏe mạnh khi người dân của cộng đồng đó có khả năng tham gia một cách hiệu quả vào việc lập kế hoạch và thực hiện các hoạt động phòng chống bệnh tật, hoạch định các chính sách liên quan đến bảo vệ và nâng cao sức khỏe, chất lượng cuộc sống của người dân được đảm bảo (an toàn, điều kiện sống và sinh hoạt, môi trường sống...).

1.2. Quan niệm về sức khỏe toàn diện

Theo quan niệm mới, sức khỏe không chỉ là sự khỏe mạnh về mặt thể chất mà còn phải thoải mái về các mặt khác như: tâm thần, cảm xúc, xã hội... cũng như thích ứng tốt với những biến động của môi trường sống. Dưới đây là các khái niệm về sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, sức khỏe cảm xúc, sức khỏe xã hội và sức khỏe môi trường.

Sức khỏe thể chất: thể hiện ở trình độ phát triển thể hình, thể lực của cơ thể và khả năng thích ứng của cơ thể với điều kiện sống và lao động. Thể hình (tầm vóc) được thể hiện ở sự phát triển chiều cao, cân nặng và tỷ lệ giữa các bộ phận của cơ thể. Thể lực được thể hiện ở mức độ phát triển của các tổ chức thể lực như sức mạnh, sức nhanh, sức bền, sức dẻo dai và sự khéo léo.

Sức khỏe tâm thần: thể hiện khả năng tự làm chủ được bản thân, luôn giữ được thăng bằng trong lý trí và trong tình cảm.

Sức khỏe cảm xúc: thể hiện ở khả năng cảm nhận xúc động về sự sợ hãi – thích thú – vui buồn – tức giận và khả năng thể hiện các cảm nhận này một cách thích hợp. Đồng thời cũng là khả năng đương đầu với các stress – sự căng thẳng thất vọng và sự lo lắng.

Sức khỏe xã hội: thể hiện thể chế xã hội, các quy định về luật pháp, chế độ chính sách xã hội, mối quan hệ giữa con người trong xã hội, khả năng hòa nhập của con người với xã hội và khả năng tác động nhằm cải tạo môi trường xã hội đó.

Sức khỏe môi trường: thể hiện sự thích ứng của cơ thể với môi trường xung quanh (bao gồm cả môi trường tự nhiên và môi trường xã hội).

2. Các yếu tố quyết định sức khỏe

Có rất nhiều yếu tố quyết định sức khỏe, các yếu tố không tách rời nhau hoặc loại trừ lẫn nhau mà liên quan chặt chẽ với nhau. Có nhiều cách phân loại các yếu tố quyết định sức khỏe.

Một số tác giả phân chia các yếu tố quyết định sức khỏe thành 2 nhóm: nhóm các yếu tố bên trong (yếu tố nội sinh) và nhóm các yếu tố bên ngoài.

Yếu tố bên trong (yếu tố nội sinh) là những yếu tố quyết định nên thuộc tính/đặc điểm của chủ thể mà có tác động đến sức khỏe, gồm: gen – yếu tố di truyền, tuổi, giới, kiến thức, thái độ/niềm tin sức khỏe, hành vi sức khỏe.

Yếu tố ngoại sinh (còn gọi là yếu tố bên ngoài): là những yếu tố thuộc môi trường sống tác động đến sức khỏe của chủ thể, gồm môi trường tự nhiên và môi trường xã hội.

Một số tác giả khác lại phân chia các yếu tố quyết định sức khỏe thành 3 nhóm: yếu tố gen-di truyền, yếu tố môi trường và các yếu tố thuộc hành vi – lối sống.

Nhiều tác giả phân chia các yếu tố quyết định sức khỏe thành 4 nhóm, gồm: yếu tố gen - di truyền; yếu tố môi trường; yếu tố liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe và yếu tố hành vi/lối sống. Đây là một trong những cách phân

loại được ứng dụng nhiều nhất. Dưới đây chúng tôi sẽ trình bày 4 nhóm yếu tố tác động đến sức khỏe.

2.1. Yếu tố gen - di truyền:

- Yếu tố sinh học: tuổi, giới
- Yếu tố di truyền: bệnh do gen qui định (tiểu đường typ I, bệnh máu khó đông...), bệnh có yếu tố gia đình (tiểu đường typ II, một số loại ung thư...) hay liên quan đến chủng tộc.

2.2. Yếu tố môi trường:

Yếu tố môi trường gồm môi trường tự nhiên và môi trường xã hội.

2.2.1. Môi trường tự nhiên:

Bao gồm các yếu tố thuộc môi trường tự nhiên (đất, nước, không khí) tác động đến sức khỏe con người:

- Yếu tố vật lý: nhiệt độ, ánh sáng, độ ẩm, áp suất không khí, sức gió các tia bức xạ có sẵn trong ánh nắng mặt trời hay trong tự nhiên, khói, bụi (ví dụ từ hoạt động của núi lửa), tiếng ồn ...
- Yếu tố hóa học: các hóa chất có mặt trong môi trường đất, nước, không khí có thể gây bất lợi cho sức khỏe của con người như: thuốc bảo vệ thực vật, các chất phụ gia/chất bảo quản, chất tẩy rửa, các hóa chất dùng trong công nghiệp/sản xuất, thuốc, các hóa chất có sẵn trong không khí (CO, CO₂, O₂...), trong đất (iod, sắt, flour...).
- Yếu tố sinh học: các vi sinh vật gây bệnh có sẵn trong tự nhiên (các chủng virus cúm gia cầm, virus viêm não Nhật Bản, các loại giun sán...), sự cân bằng của hệ sinh thái...

2.2.2. Môi trường Xã hội:

- Yếu tố văn hóa – giáo dục: giáo dục, trình độ học vấn, niềm tin, phong tục tập quán, bình đẳng...
- Tình trạng kinh tế - xã hội: thu nhập, thất nghiệp, điều kiện lao động, nghèo đói, khoảng cách giàu – nghèo, dân số,...

- Thể chế, chính sách
- An ninh - chính trị: bất ổn chính trị, chiến tranh, xung đột...
- ...

Sức khỏe chịu tác động lớn từ môi trường xã hội. Sức khỏe cũng nằm trong hệ thống giá trị văn hóa – xã hội. Một số yếu tố thuộc văn hóa – xã hội có liên quan mật thiết tới sức khỏe như: phong tục tập quán; văn hóa ăn uống - ẩm thực; văn hóa thời trang – ăn mặc; văn hóa trong hôn nhân và tình dục...

Phong tục tập quán là văn hóa đặc trưng của từng vùng, từng nhóm dân tộc/sắc tộc. Nhân dân ta từ xưa đã có nhiều phong tục tập quán tốt cho sức khỏe như: phụ nữ có thai và những người đau yếu không bị đòi hỏi phải đến dự đám ma của những người thân/quen, tục “lên lão” nhằm tôn vinh sức khỏe của những người lớn tuổi, tục lệ mừng tuổi (lì xì) cho trẻ nhỏ và người già nhằm thể hiện sự ưu tiên chăm sóc đối với những người dễ có nguy cơ về sức khỏe... Tuy vậy, có một số phong tục tập quán lạc hậu không có lợi cho sức khỏe cũng cần được xóa bỏ như: tục mai táng lộ thiên hay chôn cất người thân ở gần nơi ở của một số dân tộc thiểu số, nạn tảo hôn, việc kiêng khem quá mức của phụ nữ sau sinh, cúng bái ma chay khi đau ốm...

Trong văn hóa ăn uống - ẩm thực, hiện tồn tại một số thực hành bất lợi cho sức khỏe. Sự bất cân đối và hợp lý trong chế độ dinh dưỡng dẫn đến tình trạng thiếu dinh dưỡng/thiếu vi chất ở nhóm dân số thu nhập thấp, đặc biệt người dân nghèo sinh sống ở những vùng sâu, vùng xa. Ngược lại, nhóm thu nhập cao đặc biệt ở các thành phố lớn thì đang đối mặt với tình trạng thừa cân/béo phì. Ngoài ra, một số món ăn truyền thống cũng gây nguy cơ mất vệ sinh an toàn thực phẩm như: gỏi cá, tiết canh hay các món sống hoặc không được nấu chín kỹ khác. Một số tập quán ăn uống không lành mạnh như tục chầu rượu bia ở các bữa tiệc hay các bữa cơm đãi khách hay việc coi bữa tối là bữa ăn chính... cũng đều gây hại cho sức khỏe.

Trong văn hóa ăn mặc – thời trang, một bộ phận người dân chỉ chủ yếu quan tâm tới việc chạy theo mốt mà thiếu quan tâm tới sức khỏe. Việc mặc quá chật, sử dụng chất liệu không thấm hút mồ hôi, phong phanh hay không phù hợp với thời tiết... đều có thể gây bất lợi đối với sức khỏe.

Trong hôn nhân và tình dục cũng cần khuyến khích tự do hôn nhân, đề cao tính tự nguyện và an toàn trong tình dục thay vì truyền thống lấy chồng/lấy vợ theo sự gán ghép hay ép buộc của những người có sức ảnh hưởng (cha mẹ, những người lớn tuổi và có tiếng nói trong dòng tộc...). Cũng cần loại bỏ những suy nghĩ cực đoan hay những quan điểm sai lầm về quyền – nghĩa vụ trong hôn nhân và tình dục. Bên cạnh đó, cần có các biện pháp nâng cao sự văn minh, bình đẳng và an toàn trong hôn nhân và tình dục như khuyến khích các bạn trẻ khám sức khỏe tình dục trước khi quan hệ tình dục hay kết hôn... nhằm giảm thiểu những tác động tiêu cực từ hôn nhân và tình dục đối với sức khỏe.

2.3. Yếu tố liên quan tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe:

Có nhiều yếu tố thuộc dịch vụ chăm sóc sức khỏe có vai trò quan trọng trong bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân như: tính sẵn có của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân; chất lượng dịch vụ.

Tính sẵn có: là sự sẵn có của các nguồn lực y tế như thuốc, cơ sở vật chất, trang thiết bị, kỹ thuật, nhân viên y tế... cho việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân. Người dân của một cộng đồng sẽ được bảo vệ và nâng cao sức khỏe tốt hơn nếu hệ thống các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của cộng đồng họ đảm bảo sự sẵn có của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân.

Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân: thể hiện thông qua giá thành của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khoảng cách từ nơi ở của người dân đến cơ sở y tế, mức độ thuận tiện về giao thông/đi lại hay thời gian di chuyển từ nhà đến cơ sở y tế của người dân, sự phù hợp về thời gian phục vụ của các cơ sở

y tế so với đặc thù công việc của người dân, mức độ thuận tiện trong sử dụng dịch vụ y tế của người dân (yêu cầu về giấy tờ, thủ tục, sự hỗ trợ hay hướng dẫn rõ ràng...), những rào cản hay thuận lợi liên quan khác như sự khác biệt hay tương đồng về ngôn ngữ, văn hóa... giữa người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và người sử dụng dịch vụ.

Chất lượng dịch vụ y tế: mức độ phát triển/thành thực về mặt chuyên môn, kỹ thuật, công nghệ... và các điều kiện hay phương tiện đảm bảo chất lượng của các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh/phục hồi chức năng, phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

2.4. Yếu tố hành vi - lối sống:

Hành vi con người là toàn bộ những phản ứng, cách cư xử, biểu hiện ra bên ngoài của một con người trong một hoàn cảnh, thời gian nhất định. Hành vi hàm chứa các yếu tố về nhận thức, thái độ/niềm tin, giá trị xã hội cụ thể của mỗi con người. Các yếu tố này gắn bó và tác động qua lại lẫn nhau, từ đó định hình nên hành vi của con người.

Hành vi sức khỏe là hành vi của con người có liên quan đến việc tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Hành vi sức khỏe được chia thành 3 nhóm sau: hành vi có lợi, hành vi có hại và hành vi trung gian.

Hành vi có lợi cho sức khỏe là những hành vi đóng góp tích cực vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. Ví dụ: tập thể dục thường xuyên, chế độ ăn hợp lý, khám sức khỏe định kì, vệ sinh cá nhân, vệ sinh nhà ở, vệ sinh môi trường, tuân thủ tốt luật giao thông, tham gia các hoạt động phòng chống dịch bệnh...

Hành vi có hại cho sức khỏe là những hành vi mà nếu được thực hiện sẽ mang lại những tác động tiêu cực tới sức khỏe của chính người thực hiện hành vi và/hoặc sức khỏe của những người xung quanh hay cộng đồng của họ. Ví dụ: sử dụng ma túy, hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, quan hệ tình dục không an toàn,

vứt rác bừa bãi, sử dụng hồ xí không đảm bảo vệ sinh, có hành vi phản kháng hay chống đối các hoạt động phòng chống dịch bệnh...

Hành vi trung gian là những hành vi không có lợi nhưng cũng không có hại cho sức khỏe hoặc là những hành vi mà chưa được chứng minh là có lợi hay có hại đối với sức khỏe. Ví dụ: đeo vòng bạc hay một số loại đá được tin là có lợi cho sức khỏe, mặc quần áo hay sử dụng đồ dùng theo phong thủy...

Sức khỏe nằm trong hệ thống giá trị văn hóa. Một số yếu tố thuộc văn hóa có liên quan mật thiết tới sức khỏe như: phong tục tập quán; văn hóa ăn uống - ẩm thực; văn hóa thời trang - ăn mặc; văn hóa trong hôn nhân và tình dục...

Phong tục tập quán là văn hóa đặc trưng của từng vùng, từng nhóm dân tộc/sắc tộc. Nhân dân ta từ xưa đã có nhiều phong tục tập quán tốt cho sức khỏe như: phụ nữ có thai và những người đau yếu không bị đòi hỏi phải đến dự đám ma của những người thân/quen, tục “lên lão” nhằm tôn vinh sức khỏe của những người lớn tuổi, tục lệ mừng tuổi (lì xì) cho trẻ nhỏ và người già nhằm thể hiện sự ưu tiên chăm sóc đối với những người dễ có nguy cơ về sức khỏe... Tuy vậy, có một số phong tục tập quán lạc hậu không có lợi cho sức khỏe cũng cần được xóa bỏ như: tục mai táng lộ thiên hay chôn cất người thân ở gần nơi ở của một số dân tộc thiểu số, nạn tảo hôn, việc kiêng khem quá mức của phụ nữ sau sinh, cúng bái ma chay khi đau ốm...

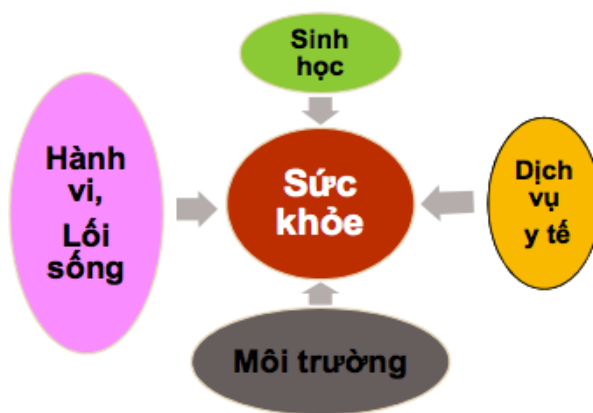
Trong văn hóa ăn uống - ẩm thực, hiện tồn tại một số thực hành bất lợi cho sức khỏe. Sự bất cân đối và hợp lý trong chế độ dinh dưỡng dẫn đến tình trạng thiếu dinh dưỡng/thiếu vi chất ở nhóm dân số thu nhập thấp, đặc biệt người dân nghèo sinh sống ở những vùng sâu, vùng xa. Ngược lại, nhóm thu nhập cao đặc biệt ở các thành phố lớn thì đang đối mặt với tình trạng thừa cân/béo phì. Ngoài ra, một số món ăn truyền thống cũng gây nguy cơ mất vệ sinh an toàn thực phẩm như: gỏi cá, tiết canh hay các món sống hoặc không được nấu chín kỹ khác. Một số tập quán ăn uống không lành mạnh như tục chầu rượu bia ở các

bữa tiệc hay các bữa cơm đãi khách hay việc coi bữa tối là bữa ăn chính... cũng đều gây hại cho sức khỏe.

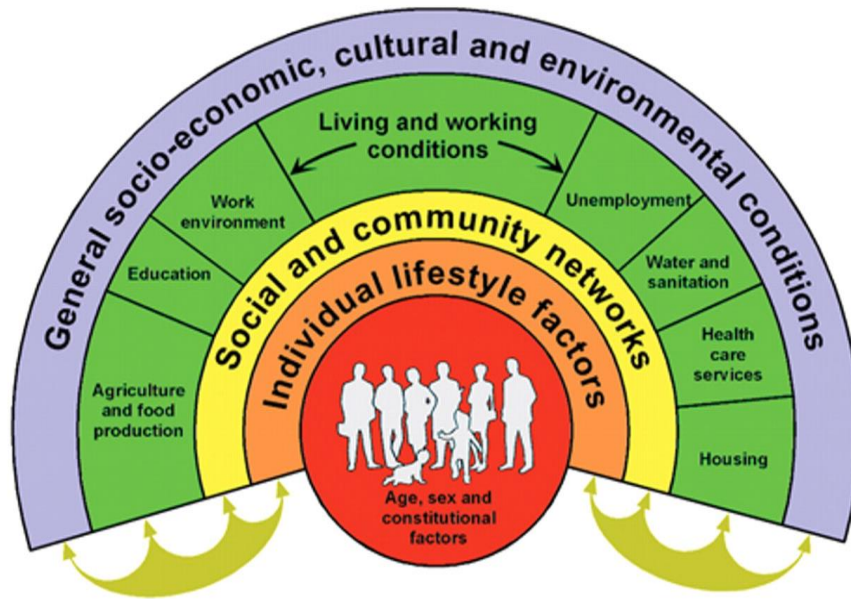
Trong văn hóa ăn mặc – thời trang, một bộ phận người dân chỉ chủ yếu quan tâm tới việc chạy theo mốt mà thiếu quan tâm tới sức khỏe. Việc mặc quá chật, sử dụng chất liệu không thấm hút mồ hôi, phong phanh hay không phù hợp với thời tiết... đều có thể gây bất lợi đối với sức khỏe.

Trong hôn nhân và tình dục cũng cần khuyến khích tự do hôn nhân, đề cao tính tự nguyện và an toàn trong tình dục thay vì truyền thống lấy chồng/lấy vợ theo sự gán ghép hay ép buộc của những người có sức ảnh hưởng (cha mẹ, những người lớn tuổi và có tiếng nói trong dòng tộc...). Cũng cần loại bỏ những suy nghĩ cực đoan hay những quan điểm sai lầm về quyền – nghĩa vụ trong hôn nhân và tình dục. Bên cạnh đó, cần có các biện pháp nâng cao sự văn minh, bình đẳng và an toàn trong hôn nhân và tình dục như khuyến khích các bạn trẻ khám sức khỏe tình dục trước khi quan hệ tình dục hay kết hôn... nhằm giảm thiểu những tác động tiêu cực từ hôn nhân và tình dục đối với sức khỏe.

Dưới đây là một số mô hình lý thuyết về các yếu tố tác động đến sức khỏe.



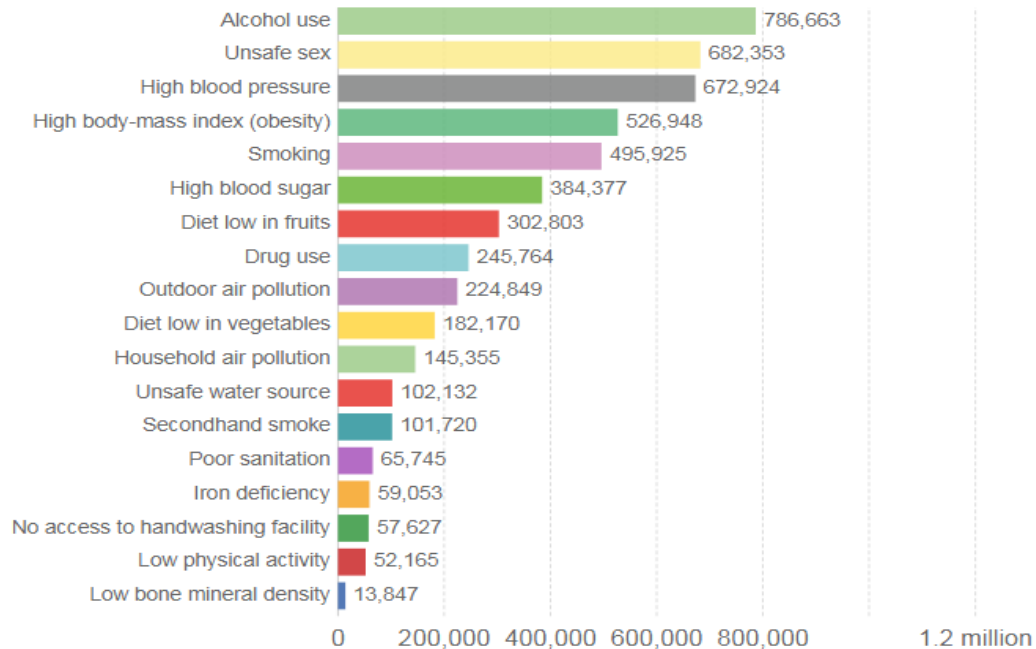
Sơ đồ 1.1: Mô hình của Lalonde



Sơ đồ 1.2: Mô hình của Dahlgren và Whitehead

Number of deaths by risk factor aged 15-49, World, 2017

Total annual number of deaths by risk factor, measured across both sexes for adolescents and adults aged 15-49 years old.



Source: IHME, Global Burden of Disease (GBD)

Biểu đồ 1.1. Các nguyên nhân gây tử vong của nhóm tuổi 15-49 trên toàn thế giới (2017)¹

¹ Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

(Chú thích: Alcohol use: sử dụng rượu bia; Unsafe sex: tình dục không an toàn; High blood pressure: cao huyết áp; Obesity: béo phì; Smoking: hút thuốc lá; High blood sugar: đường huyết cao; Diet low in fruits: chế độ ăn ít trái cây; Drug use: sử dụng ma túy; Outdoor air pollution: ô nhiễm môi trường ngoài nhà; Diet low in vegetables: chế độ ăn ít rau; Household air pollution: ô nhiễm môi trường nhà ở; Unsafe water source: Sử dụng nước không an toàn (không đảm bảo vệ sinh); Secondhand smoke: hút thuốc lá thụ động; Poor sanitation: vệ sinh thấp kém; Iron deficiency: thiếu sắt; No access to hand washing facility: không rửa tay; Low physical activity: ít hoạt động thể chất; Low bone mineral density: loãng xương).

3. Chăm sóc sức khỏe cộng đồng

3.1. Khái niệm chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Sức khỏe cộng đồng là một lĩnh vực nghiên cứu chính trong các ngành khoa học y tế và lâm sàng, tập trung vào việc duy trì, bảo vệ và cải thiện tình trạng sức khỏe của các nhóm dân cư và cộng đồng.

WHO xác định sức khỏe cộng đồng là tài nguyên môi trường, xã hội và kinh tế để duy trì tình cảm và thể chất tốt đẹp giữa con người với con người theo những cách thức nhằm thúc đẩy nguyện vọng của họ và đáp ứng nhu cầu trong môi trường độc đáo của họ.

Các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng có xu hướng tập trung vào một cộng đồng địa lý được xác định. Các can thiệp y tế xảy ra trong cộng đồng nhằm giảm các yếu tố nguy cơ và khuyến khích thực hiện bảo vệ sức khỏe.

Sự tham gia của người dân là một trong những yếu tố đặc biệt quan trọng đảm bảo sự thành công của các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Sự tham gia này rất đa dạng, bao gồm: nhận thức của các cá nhân trong cộng đồng về trách nhiệm của họ trong bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng; sự tham gia của các thành viên trong cộng đồng trong việc ra quyết định (những điều họ mong muốn giải quyết, giải pháp phù hợp và hiệu quả) để giải quyết các vấn đề

sức khỏe tồn tại; phân bổ các nguồn lực y tế; quản lý cộng đồng; vận động sự ủng hộ đối với các chiến dịch chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Ngoài ra, vai trò của cộng đồng còn thể hiện ở khả năng đóng góp nguồn lực cho công tác chăm sóc sức khỏe (sức người, kinh phí, trang thiết bị).

Sự tham gia của cộng đồng có nhiều mức độ khác nhau. Theo sự phân chia mức độ tham gia của Arnstein (xem ở sơ đồ phía dưới), ở mức độ thấp nhất là cộng đồng được hỏi ý kiến đối với kế hoạch hành động của một tổ chức hay cá nhân có trách nhiệm về chuyên môn. Ở mức cao nhất, cộng đồng được kiểm soát và thực hiện các chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cho chính họ.

8. Kiểm soát	} Các mức độ về quyền lực công dân	Các thành viên cộng đồng tham gia vào lập kế hoạch và ra quyết định (thông qua các ủy ban liên hiệp, các đại biểu đoàn thể) hoặc kiểm soát
7. Chuyển giao quyền lực		
6. Cộng tác		
5. Ủng hộ	} Các mức độ về quan tâm, chú ý	Các thành viên cộng đồng có tiếng nói nhưng có thể không được chú ý
4. Hỏi ý kiến		
3. Thông tin		
2. Điều trị	} Không tham gia	Các thành viên cộng đồng là người tiếp nhận (thụ động)
1. Bị điều khiển		

Sơ đồ 1.3: Bậc thang của Arnstein về sự tham gia (1969)

Dưới đây là một số khái niệm thường dùng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

3.2. Một số khái niệm thường dùng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng

Dưới đây là một số khái niệm hay thuật ngữ thường được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

*** Cộng đồng:**

Cộng đồng (community) là một nhóm dân cư, cụm dân cư được tổ chức thành một đơn vị có chung một đặc trưng hay quyền lợi hoặc mối quan tâm nào đó. Có chung quyền lợi về CSSK, cùng hoạt động để cải thiện sức khỏe trong mối quan hệ mật thiết với các nhân viên y tế cộng đồng nhằm mục tiêu cuối cùng là cải thiện chất lượng cuộc sống. Ví dụ:

Cộng đồng có chung một đặc trưng: những người cùng sống trong một khu vực địa lý (châu lục, vùng lãnh thổ, quốc gia, tỉnh, huyện, xã, thôn/bản); cùng chủng tộc (da vàng, da đen, da trắng), cùng dân tộc (kinh, tày, nùng...), Hội cựu chiến binh, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Hội sinh viên, Hội người cao tuổi, Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trẻ em dưới 5 tuổi....

Cộng đồng có chung một quyền lợi nào đó: Hội doanh nghiệp vừa và nhỏ; Hiệp hội bia rượu và nước giải khát...

Cộng đồng có chung mối quan tâm: hội những cha mẹ có con bị tự kỉ, hội người có HIV/AIDS Việt Nam...

*** Gia đình:**

Gia đình là một cộng đồng người sống chung và gắn bó với nhau bởi các mối quan hệ tình cảm, quan hệ hôn nhân, quan hệ huyết thống, quan hệ nuôi dưỡng và/hoặc quan hệ giáo dục.

*** Chăm sóc sức khỏe:**

Chăm sóc sức khỏe (Health Care) là sự quan tâm để cải thiện sức khỏe cộng đồng và được tạo bởi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

*** Dịch vụ chăm sóc sức khỏe:**

Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Health Care Services) bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân, dịch vụ sức khỏe môi trường, dịch vụ tư vấn và

giáo dục sức khỏe ... và được thực hiện bởi các cá nhân và tập thể (Cơ quan) trong cộng đồng. Ví dụ: các bệnh viện (công/tư/quốc tế, cấp trung ương/khu vực...), phòng khám, trung tâm y tế các tuyến, trạm y tế, các trung tâm tư vấn hỗ trợ tâm lý, các cơ sở tư vấn giáo dục sức khỏe (online/offline)...

** Hệ thống chăm sóc sức khỏe:*

Hệ thống chăm sóc sức khỏe (Health Care System) là một hệ thống tổ chức các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

** Hệ thống y tế:*

Hệ thống y tế (Health System) là một phức hợp đồng bộ mà một quốc gia tổ chức các nguồn lực để duy trì và cải thiện sức khỏe của người dân, của cộng đồng.

** Sàng lọc sức khỏe:*

Sàng lọc sức khỏe hay sàng tuyển (Sreening) là quá trình tìm ra những người có vấn đề sức khỏe mà chúng ta quan tâm từ một cộng đồng hay nhóm người xác định để từ đó có những biện pháp bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng. Kỹ thuật sàng lọc có thể giúp xác định yếu tố nguy cơ, những người đang ở thời kỳ tiền lâm sàng hay những người mang mầm bệnh nhưng không có biểu hiện bệnh (người lành mang mầm bệnh). Từ đó giúp xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng khoa học và hiệu quả.

Ví dụ: xét nghiệm đồng loạt người dân ở một vùng dịch hoặc những người được xác định có nguy cơ cao mắc Covid-19 (những người tiếp xúc gần với những trường hợp mắc bệnh đã được xác định và/hoặc tiếp xúc gần những trường hợp nghi ngờ mắc bệnh) để phát hiện sớm những người mang mầm bệnh; đo huyết áp để sàng lọc những người có vấn đề về huyết áp của một cộng đồng nào đó; xét nghiệm đường huyết để xác định những trường hợp mắc tiểu đường...

** Dịch tễ học cộng đồng:*

Dịch tễ học cộng đồng là một môn khoa học nghiên cứu sự xuất hiện và phân bố các vấn đề sức khỏe (bao gồm bệnh dịch, bệnh tật và các vấn đề y tế khác), cùng với những yếu tố liên quan đến sự phân bố này trong cộng đồng, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm tăng cường sức khỏe cộng đồng.

** Dân số:*

Dân số (Population) là tập hợp của những con người đang sống ở một vùng địa lý hoặc một không gian nhất định, là nguồn lao động quý báu cho sự phát triển kinh tế – xã hội, thường được đo bằng cuộc điều tra dân số và biểu hiện bằng tháp dân số.

BÀI 2. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU VÀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG

I. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này, sinh viên có khả năng:

*** Kiến thức**

1. Trình bày được ý nghĩa của tuyên ngôn Astana trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.
2. Trình bày được khái niệm, nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và vai trò điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

*** Năng lực tự chủ và trách nhiệm**

3. Xây dựng được thái độ tích cực, chủ động, hợp tác trong làm việc nhóm và coi trọng hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

II. NỘI DUNG

1. Tuyên ngôn Astana

Hội nghị quốc tế về phục vụ y tế cơ sở họp ngày 12/9/1978 tại thủ đô Astana (từ năm 2019 được đổi tên thành Nursultan) của Kazakhstan đã khẳng định lại: Sức khỏe là quyền cơ bản của con người. Để đạt được tình trạng sức khỏe tốt nhất cần phải tăng cường hơn nữa công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) với sự tham gia của toàn xã hội.

1.1. Nội dung cơ bản của tuyên ngôn

Tuyên ngôn Astana là một văn kiện quốc tế về CSSKBĐ với 10 nội dung cơ bản sau:

- Khẳng định lại khái niệm sức khỏe của tổ chức y tế thế giới (WHO) đã nêu năm 1948 và quyền con người về bảo vệ sức khỏe.

- Thừa nhận có sự chênh lệch sức khỏe một cách không thể chấp nhận được về mặt chính trị, kinh tế - xã hội giữa các dân tộc, các quốc gia và ngay trong nội bộ từng nước.
- Môi liên quan tương hỗ giữa tiến bộ xã hội, kinh tế và sức khỏe.
- Quyền của mọi người trong sự nghiệp bảo vệ sức khỏe.
- Trách nhiệm của chính phủ các nước đối với sức khỏe của nhân dân.
- Nêu khái niệm CSSKBD.
- Nội dung và điều kiện để thực hiện CSSKBD.
- Các nước phải xây dựng sách lược, chiến lược và chương trình hành động thực hiện CSSKBD.
- Hợp tác quốc tế trong CSSKBD.
- Toàn nhân loại đạt mức sức khỏe có thể chấp nhận được vào năm 2000. Nghĩa là vào năm 2000 không còn nơi nào trên thế giới có: Tỷ lệ chết trẻ em 0 tuổi (IMR – Infant Mortality Rate) > 50/100; Tuổi thọ trung bình < 60 tuổi.

1.2. Ý nghĩa của tuyên ngôn

- Phê phán một số thiếu sót của nền y tế cổ điển:
 - + Chỉ chú ý đến chữa bệnh bằng các kỹ thuật hiện đại, đặt tiền làm cho y tế xa rời quần chúng lao động.
 - + Chú ý tới cá nhân hơn là cộng đồng và môi trường sống và hoạt động của họ.
 - + Lên án sự bất công về chăm sóc sức khỏe trong các xã hội hiện nay và sự chênh lệch giữa các tầng lớp nhân dân trong mỗi nước.
- Nêu cao tính nhân đạo thời đại của bản tuyên ngôn.
- CSSKBD có khả năng thực hiện được ở đại bộ phận các nước và là sự tiến bộ của nền y học hiện đại: Y học dự phòng.
- Nêu cao vai trò làm chủ của người dân trong bảo vệ sức khỏe cá nhân, tập thể và cộng đồng.

- Nêu lên một phương pháp làm việc tiên bộ là lồng ghép, phối hợp liên khoa, liên ngành, liên khu vực và lượng giá các chỉ số theo dõi, đánh giá công việc.
- Nêu rõ mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau giữa sức khỏe và xây dựng kinh tế - xã hội, thực hiện chiến lược con người.

2. Chăm sóc sức khỏe ban đầu

2.1. Khái niệm

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là những chăm sóc tại cộng đồng và được thực hiện chủ yếu với các cơ sở y tế tuyến cơ sở. Các hoạt động CSSKBD tập trung vào dự phòng tích cực, khuyến khích người dân chủ động thực hiện các biện pháp bảo vệ sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. Do đó, các hoạt động CSSKBD quan tâm tới tính phù hợp, khả năng áp dụng và khả năng duy trì các hoạt động chăm sóc sức khỏe của người dân cũng như cung cấp các hướng dẫn/hỗ trợ phù hợp để đảm bảo hiệu quả trong bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng.

Định nghĩa chăm sóc sức khỏe ban đầu: *CSSKBD là những chăm sóc thiết yếu dựa trên các cơ sở thực tế và khoa học, các phương pháp chấp nhận được về mặt xã hội và các kỹ thuật có thể tiếp cận được một cách đa dạng đến cá nhân và gia đình trong cộng đồng, thông qua sự tham gia tích cực của chính họ với giá thành mà cộng đồng có thể chấp nhận được để duy trì các giai đoạn của quá trình phát triển với tinh thần tự lực cánh sinh* (theo Tuyên ngôn Astana, Kazakhstan, 1978).

2.2. Vai trò của chăm sóc sức khỏe ban đầu

Chăm sóc sức khỏe ban đầu có các vai trò sau:

- Là chức năng trọng tâm của hệ thống y tế quốc gia và quốc tế.
- Là sự tập trung chủ yếu của phát triển tập thể kinh tế - Xã hội.
- Là sự tiếp xúc đầu tiên của hệ thống y tế quốc gia với cá nhân, gia đình và cộng đồng.
- Đem dịch vụ y tế đến tận nơi con người sống và làm việc.

- Là bộ phận chính để đạt được mục tiêu chiến lược: Sức khỏe cho mọi người.

2.3. Nhận thức về chăm sóc sức khỏe

Nhận thức về chăm sóc sức khỏe theo quan niệm trước đây trước đây và nhận thức về chăm sóc sức khỏe theo tinh thần của tuyên ngôn Astana có một số khác biệt cơ bản do trước đây các hoạt động chăm sóc sức khỏe chủ yếu chỉ tập trung vào hoạt động khám chữa bệnh mà chưa quan tâm thích đáng đến hoạt động dự phòng trong khi Tuyên ngôn Astana đề cao vai trò quan trọng của dự phòng. Những khác biệt được trình bày cụ thể ở bảng 2.1 dưới đây.

Bảng 2.1. Một số khác biệt về chăm sóc sức khỏe giữa nhận thức cũ và nhận thức theo tuyên ngôn Astana

TT	Nội dung	Nhận thức cũ	Nhận thức mới
1	Quan niệm về sức khỏe	Không có bệnh tật	Thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội
2	Nội dung chăm sóc	Nặng về chữa bệnh	Dự phòng tích cực, chăm sóc toàn diện
3	Đối tượng chăm sóc	Cá thể: người ốm là chính	Cộng đồng: người khỏe + người ốm
4	Trách nhiệm	Y tế	Toàn dân – toàn xã hội
5	Vai trò của cộng đồng	Thu động: ỷ lại vào y tế	Chủ động: tự bảo vệ mình, tham gia của cộng đồng
6	Tính chất hoạt động	Y tế tách rời hệ thống kinh tế – xã hội	Y tế là một bộ phận lồng ghép trong hệ thống kinh tế – xã hội – xã hội hoá y tế.

2.4. Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu

Tuyên ngôn Astana đã đề ra tám nội dung về chăm sóc sức khỏe ban đầu làm cơ sở cho các chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng của các quốc gia, gồm:

- Giáo dục sức khoẻ.
- Cung cấp lương thực thực phẩm và cải tiến bữa ăn.
- Cung cấp đủ nước sạch và thanh khiết môi trường.
- Bảo vệ bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình.
- Tiêm chủng mở rộng phòng chống 6 bệnh truyền nhiễm trẻ em.
- Phòng chống các bệnh dịch lưu hành ở địa phương.
- Điều trị các bệnh và vết thương thông thường.
- Cung cấp thuốc thiết yếu.

Việt Nam chấp nhận cả 8 nội dung trên nhưng để phù hợp với thực tế, Việt Nam bổ sung thêm 2 nội dung sau:

- Quản lý sức khoẻ.
- Kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở.

3. Vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

3.1. Chức năng, nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng

Điều dưỡng cộng đồng là người hoạt động trong cộng đồng và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trong cộng đồng đó.

Người điều dưỡng cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện, lượng giá (nhận định) nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong cụm dân cư mà họ được phân công. Đồng thời, người điều dưỡng cộng đồng sẽ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết và thích hợp cho cả người bệnh, người tàn tật cũng như người khỏe mạnh trong cộng đồng.

Người điều dưỡng cộng đồng là cộng tác viên đắc lực, hỗ trợ có hiệu quả cho các bác sĩ hoạt động tại cộng đồng trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh,

thực hiện kế hoạch chăm sóc với chất lượng và kỹ thuật điều dưỡng thích hợp tại cộng đồng.

Ngoài ra, người Điều dưỡng cộng đồng còn là người tư vấn, giáo dục sức khỏe cho các thành viên trong cộng đồng.

Theo Bản mô tả nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng của Bộ Y tế, người cán bộ điều dưỡng có 4 chức năng và 32 nhiệm vụ đối với cộng đồng. Bốn chức năng gồm

- Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng;
- Thực hiện vệ sinh phòng bệnh, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân;
- Chăm sóc sức khỏe cộng đồng;
- Quản lý công tác điều dưỡng cộng đồng.

Nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng khó có thể phân định rõ ràng như Điều dưỡng bệnh viện. Vai trò của Điều dưỡng cộng đồng trải rộng với các hoạt động đa dạng, đòi hỏi sự đa năng nhiều hơn là chuyên môn sâu. Đối tượng chăm sóc có thể là cá nhân, gia đình và cộng đồng, thường là cụm dân cư có đặc thù về kinh tế - văn hóa - xã hội riêng. Phạm vi áp dụng các nguyên tắc nghề nghiệp trong cộng đồng cũng rộng lớn hơn nhiều đối với các cán bộ y tế khác.

Một vấn đề khác mà người Điều dưỡng cộng đồng phải quan tâm trong suốt quá trình hoạt động là vấn đề pháp luật, chính sách trong cộng đồng. Vấn đề sức khỏe liên quan đến các quy chế, chế độ, luật lệ, quyền hạn đặc biệt, cũng như cách chọn các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng thích hợp. Trong nhiều trường hợp, người Điều dưỡng cộng đồng cũng hoạt động như một cán bộ y tế tương đối độc lập.

Vì vậy để thực hiện chức năng nhiệm vụ chăm sóc tại cộng đồng, đòi hỏi người Điều dưỡng cộng đồng phải có nhiều nỗ lực và phải phối hợp các cấp lãnh đạo, các cơ quan đoàn thể và các ngành nghề trong cộng đồng cùng tham gia thì mới có thể hoàn thành nhiệm vụ một cách tốt đẹp.

Bảng 2.2 dưới đây là mô tả cụ thể 32 nhiệm vụ của người Điều dưỡng cộng đồng tương ứng với bốn chức năng của họ.

Bảng 2.2. Các nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng

TT	Các nhiệm vụ của Điều dưỡng cộng đồng
<i>Các nhiệm vụ thuộc chức năng 1- Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng:</i>	
1	Lập kế hoạch, tổ chức thực hiện và đánh giá công tác giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.
2	Tư vấn cho các cá nhân, gia đình và cộng đồng về các vấn đề sức khỏe và hạnh phúc gia đình.
3	Huy động cộng đồng cùng tham gia vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe.
<i>Các nhiệm vụ thuộc chức năng 2 - Thực hiện vệ sinh phòng bệnh, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân:</i>	
<i>* Dinh dưỡng hợp lý và vệ sinh thực phẩm:</i>	
4	Hướng dẫn cộng đồng về dinh dưỡng hợp lý và khoa học, vệ sinh.
5	Vận động nuôi con bằng sữa mẹ, ăn sam và nuôi con đúng cách.
6	Phối hợp phát hiện và can thiệp sớm các nguy cơ do thiếu chất.
7	Giám sát vệ sinh thực phẩm và vệ sinh ăn uống tại cộng đồng.
<i>* Nước sạch, vệ sinh môi trường và tiêm chủng mở rộng:</i>	
8	Thực hiện tiêm chủng tại cộng đồng.
9	Hướng dẫn cộng đồng và gia đình xây dựng, sử dụng, bảo quản các công trình vệ sinh (hố xí, giếng nước, nhà tắm...).
10	Hướng dẫn thực hiện vệ sinh toàn cảnh và duy trì các phong trào bảo vệ sức khỏe.
11	Giám sát an toàn lao động sản xuất. Phát hiện sớm và tham gia xử lý các nguy cơ ô nhiễm môi trường.

12	Thực hiện một số kỹ thuật y tế công cộng tại cộng đồng (lấy mẫu nước, mẫu phân, mẫu chất thải... gửi xét nghiệm, hướng dẫn các kỹ thuật xử lý nước...).
<i>* Phòng chống dịch và các bệnh xã hội:</i>	
13	Phát hiện sớm các nguy cơ gây bệnh, gây dịch tại cộng đồng và đề xuất biện pháp giải quyết. Báo cáo kịp thời khi có dịch.
14	Quản lý, theo dõi, chăm sóc các bệnh nhân mắc bệnh xã hội, bệnh mạn tính tại cộng đồng, tại nhà.
<i>Các nhiệm vụ thuộc chức năng 3 - Chăm sóc sức khỏe cộng đồng:</i>	
15	Thực hiện các chỉ định theo hướng dẫn của thầy thuốc.
16	Phối hợp xử lý các bệnh và các vết thương thôn thường, báo cáo thường xuyên các diễn biến cho thầy thuốc để phối hợp chữa bệnh và chăm sóc.
17	Tham gia xử trí ban đầu các tai nạn và thảm họa xảy ra tại địa phương.
18	Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng thích hợp và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc.
19	Chăm sóc và hướng dẫn phục hồi chức năng cho gia đình và cá nhân tại cộng đồng.
20	Áp dụng y học cổ truyền, đặc biệt là phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, phối hợp, hướng dẫn nhân dân trồng và nuôi các cây/con làm thuốc.
21	Hướng dẫn nhân dân dùng thuốc hợp lý, an toàn.
22	Trực tại trạm y tế và đi thăm gia đình theo lịch phân công.
23	Tham gia quản lý phụ nữ có thai và phát hiện các thai nghén có nguy cơ.
24	Tham gia quản lý phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và hướng dẫn sinh đẻ hợp lý trong cộng đồng.
25	Thực hiện các hoạt động GOBIF (FF).
<i>Các nhiệm vụ thuộc chức năng 4 - Quản lý công tác điều dưỡng cộng đồng:</i>	

26	Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện kế hoạch điều dưỡng cho cộng đồng, gia đình và cá nhân.
27	Giám sát công tác điều dưỡng theo nhiệm vụ được giao.
28	Lượng giá, đánh giá công tác điều dưỡng tại cộng đồng.
29	Huấn luyện điều dưỡng cho nhân viên, học sinh y tế và các đối tượng khác.
30	Bảo quản, bảo dưỡng dụng cụ và phương tiện làm việc.
31	Thực hiện chế độ báo cáo, quản lý thông tin theo sự phân công.
32	Lập hồ sơ theo dõi sức khỏe theo hộ gia đình và các đối tượng ưu tiên.

Ghi chú:

GOBIF: G: Theo dõi biểu đồ tăng trưởng O: Bù nước và điện giải
 B: Bú sữa mẹ; I: Tiêm chủng F: Kế hoạch hóa gia đình
 (FF): F: Bổ sung nguồn thức ăn F: Giáo dục bà mẹ

3.2. Năng lực của Điều dưỡng cộng đồng

Để làm tốt các nhiệm vụ tại cộng đồng, người Điều dưỡng cộng đồng cần học tập và rèn luyện để có được 10 năng lực cần có dưới đây:

- Kỹ năng áp dụng vào thực tế địa phương các mục tiêu của chăm sóc sức khỏe ban đầu và thực hiện các chỉ tiêu sức khỏe theo phân cấp quy định trong Chiến lược y tế quốc gia.
- Kỹ năng chẩn đoán cộng đồng, lựa chọn vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên và đề xuất biện pháp giải quyết.
- Kiến thức và kỹ năng lâm sàng cần thiết, nhận định tình trạng sức khỏe và bệnh tật của người bệnh, gia đình và cộng đồng.
- Kỹ năng lập kế hoạch điều dưỡng cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, cùng với các nhân viên y tế khác cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Kỹ năng sơ cứu, cấp cứu tai nạn, thảm họa với trạng bị và kỹ thuật điều dưỡng tại cộng đồng.

- Kỹ năng tham gia chăm sóc môi trường sống của cộng đồng, thực hiện các biện pháp dự phòng cấp I, cấp II, cấp III với điều kiện, phương tiện thích hợp tại cơ sở. Thực hiện các chương trình y tế tại địa phương.
- Kỹ năng iáo dục sức khỏe, tham gia hướng dẫn chăm sóc sức khỏe cho người dân và nhân viên y tế cơ sở.
- Huy động cộng đồng, các gia đình và cá nhân vào chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe tại cộng đồng.
- Kỹ năng làm việc nhóm và làm việc độc lập
- Kỹ năng lập kế hoạch hành động, kỹ năng giám sát đánh giá kết quả hoạt động điều dưỡng tại địa phương.

BÀI 3. THU THẬP VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

I. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này, sinh viên có khả năng:

*** Kiến thức**

1. Trình bày được khái niệm, tầm quan trọng và những yêu cầu của thông tin y tế.
2. Trình bày được các nhóm thông tin y tế cần thu thập trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
3. Trình bày được các kỹ thuật thu thập thông tin y tế.

*** Kỹ năng**

4. Phân tích được thông tin y tế phục vụ cho lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng trong tình huống giả định.

*** Năng lực tự chủ và trách nhiệm**

5. Xây dựng được thái độ tích cực, chủ động, trung thực, khách quan và hợp tác trong làm việc nhóm trong thu thập thông tin y tế phục vụ cho lập kế hoạch trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm thông tin y tế

1.1. Định nghĩa

Thông tin y tế là những thông tin về tình trạng sức khỏe, tình hình hoạt động của các lĩnh vực khác nhau trong ngành y tế và cả các lĩnh vực ngoài ngành y tế có liên quan tới sức khỏe cộng đồng.

Như vậy, thông tin y tế rất rộng, nó không chỉ bao hàm những thông tin liên quan đến sức khỏe hay dịch vụ y tế mà nó còn bao gồm cả những thông tin liên quan đến các lĩnh vực khác mà có thể tác động một cách trực tiếp hay gián

tiếp đến sức khỏe như: trình độ dân trí, thu nhập/tình trạng kinh tế, nghề nghiệp, hành vi – lối sống, phong tục tập quán, môi trường...

1.2. Tầm quan trọng của thông tin y tế

Thông tin y tế có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Nó là thành phần thiết yếu không thể thiếu đối với sự thành công của công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng bởi những vai trò quan trọng sau:

- Giúp đánh giá tình trạng sức khỏe của cộng đồng nói chung và tình trạng sức khỏe của cộng đồng đối với một vấn đề sức khỏe cụ thể thông qua các tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, tuổi thọ của người dân...
- Giúp đánh giá chiều hướng sức khỏe cộng đồng cũng như hiệu quả của công tác bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân thông qua việc so sánh tỷ lệ mắc bệnh/tử vong của cùng một cộng đồng qua các năm/các giai đoạn hoặc so sánh tỷ lệ này giữa các cộng đồng khác nhau.
- Phục vụ cho công tác lập kế hoạch và quản lý sức khỏe cộng đồng. Những người quản lý không thể thiếu thông tin y tế để phục vụ cho việc quản lý sức khỏe cộng đồng và lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Việc thông tin y tế thiếu và/hoặc không chính xác có thể dẫn đến giảm hiệu quả trong quản lý và bảo vệ sức khỏe người dân.

1.3. Những yêu cầu của thông tin y tế

Thông tin y tế tốt cần phải đảm bảo những yêu cầu sau:

Đầy đủ và toàn diện: thông tin đầy đủ và toàn diện sẽ giúp cung cấp bức tranh hay hình dung rõ ràng và hoàn thiện về tình hình sức khỏe của quần thể. Thông tin đầy đủ và toàn diện không những giúp cho các nhà quản lý nắm rõ tình hình sức khỏe của quần thể mà còn đặc biệt quan trọng trong xây dựng giải pháp chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Chẳng hạn, để lập kế hoạch phòng chống một bệnh nào đó thì người lập kế hoạch không chỉ cần các thông tin về tình hình mắc bệnh và tử vong của bệnh đó mà còn cần các thông tin liên quan đến một số lĩnh vực liên quan như điều kiện kinh tế - xã hội, phong tục tập quán, niềm tin,

thói quen của người dân, dịch vụ y tế, các qui định pháp luật/chính sách có liên quan, sự quan tâm hỗ trợ của chính quyền và các tổ chức đoàn thể....

Chính xác: thông tin y tế cần phản ánh đúng thực trạng sức khỏe của cộng đồng. Thông tin không chính xác dẫn đến những ngộ nhận về tình hình sức khỏe cộng đồng, từ đó có thể dẫn đến những ứng phó không phù hợp và kém hiệu quả.

Cập nhật: thông tin càng mới càng tốt. Thông tin cập nhật giúp cung cấp bức tranh về tình hình sức khỏe cộng đồng “hiện tại” thay vì “đã từng”. Điều này đặc biệt quan trọng trong lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Những bản kế hoạch dài hạn cũng như ngắn hạn nếu được xây dựng trên cơ sở thông tin/dữ quá cũ thường ít phù hợp, hiệu quả và khả thi so với những bản kế hoạch được xây dựng theo tình hình sức khỏe thực tại.

Đặc hiệu: khi lập kế hoạch để giải quyết một vấn đề sức khỏe nào đó, cần thu thập thông tin phản ánh đặc hiệu cho vấn đề đó. Ví dụ: Muốn lập kế hoạch phòng bệnh uốn ván rốn sơ sinh thì cần có thông tin về tỷ lệ thai phụ được tiêm đầy đủ các mũi phòng uốn ván hay tỷ lệ đẻ tại cơ sở y tế/tỷ lệ đẻ được hỗ trợ của nhân viên y tế. Trong khi đó, thông tin về tỷ lệ tiêm chủng vaccine ở trẻ em lại đặc hiệu hay cần thiết cho chương trình tiêm chủng mở rộng.

Được lượng hóa: các thông tin cần được trình bày dưới dạng con số cụ thể thay vì được định tính hóa. Ví dụ, việc trình bày tỷ lệ trẻ bị suy dinh dưỡng hay số trẻ bị suy dinh dưỡng sẽ rõ ràng hơn so với việc mô tả rằng tỷ lệ/số trẻ bị suy dinh dưỡng là cao/thấp, tốt/xấu, nhiều/ít...

Phản ánh chất lượng: thông tin không nên chỉ chú ý về số lượng mà bỏ qua thông tin về chất lượng sẽ dẫn đến thiếu toàn diện. Ví dụ trong công tác tiêm chủng mở rộng, ngoài tỷ lệ bao phủ hay số lượt trẻ được tiêm các loại vaccine cần có thông tin liên quan đến số lượng/tỷ lệ trẻ được tiêm đúng kỹ thuật hay số lượng/tỷ lệ trẻ được tiêm đầy đủ và đúng lịch các loại vaccine.

2. Các nhóm thông tin y tế

2.1. Thông tin về dân số

Phần này gồm các thông tin liên quan đến tình hình dân số, nhân khẩu học của cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số thông tin cơ bản:

- Dân số, dân số trung bình
- Cơ cấu dân số theo giới, tuổi, dân tộc/chủng tộc, cơ cấu nghề nghiệp...
- Các tỷ lệ/tỷ suất tử vong: tỷ lệ tử vong thô, tỷ lệ tử vong theo giới, tuổi, dân tộc....
- Tỷ suất sinh thô và tỷ suất phát triển dân số tự nhiên.
- Tỷ lệ nhập cư
- Tỷ lệ di cư
- Mật độ dân số
- Mức độ già hóa dân số...

2.2. Thông tin về kinh tế, văn hóa, xã hội

Phần này gồm các thông tin liên quan đến kinh tế, văn hóa – xã hội của cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số ví dụ:

- Thu nhập bình quân/đầu người
- Tỷ lệ hộ gia đình giàu/trung bình/ngheo, khoảng cách giàu - nghèo
- Tình trạng nhà ở
- Phân bố nghề nghiệp/điều kiện làm việc, tỷ lệ thất nghiệp
- Bình quân diện tích đất canh tác/ đầu người
- Tỷ lệ hộ gia đình có nghề phụ ở các vùng nông thôn
- Trình độ học vấn, tỷ lệ mù chữ
- Tình trạng hôn nhân
- Phong tục tập quán, thói quen – lối sống
- Tôn giáo, tín ngưỡng...

- An ninh/xung đột
- An sinh xã hội
- Tệ nạn xã hội
- Sự bình đẳng/bất bình đẳng giữa các nhóm người
- Kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân
- Tỷ lệ gia đình có phương tiện truyền thông như radio, ti vi, báo chí...

2.3. Thông tin về sức khỏe, bệnh tật

Phần này gồm các thông tin liên quan đến tình hình sức khỏe, bệnh tật của cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số thông tin tham khảo:

- 10 nguyên nhân gây tử vong cao nhất.
- 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất.
- Những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và nhập viện ở trẻ em
- 10 loại ung thư thường gặp nhất ở nam/nữ
- Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của một bệnh (HIV/AIDS, lao, sởi, sốt xuất huyết, tiểu đường, ung thư, suy dinh dưỡng, thừa cân/béo phì...)
- Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ em, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ...
- Tỷ lệ trẻ đẻ nhẹ cân
- Tỷ lệ mắc cận thị ở lứa tuổi học đường
- Tỷ lệ/số phụ nữ có thai không tăng đủ 9kg trong thai kỳ...

2.4. Thông tin về vệ sinh môi trường

Phần này gồm các thông tin liên quan đến tình hình vệ sinh – môi trường của cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số ví dụ:

- Tỷ lệ hộ gia đình có nước sạch cho ăn uống, sinh hoạt
- Tỷ lệ gia đình có hố xí hợp vệ sinh
- Tình hình xử lý rác thải

- Tình hình xử lý nước thải
- Số nguồn phát ra độc hại, ô nhiễm môi trường (nhà máy, bãi rác, hộ gia đình có nghề phụ gây ô nhiễm môi trường, kho hóa chất...) và tỷ lệ/số dân bị ảnh hưởng...
- Mức độ sử dụng thuốc bảo vệ thực vật, hóa chất và các hoạt động gây ô nhiễm môi trường
- Tình trạng nhiễm phân/nhiễm bẩn ở các nhà trẻ...

2.5. Thông tin về thực hiện các dịch vụ y tế

Phần này gồm các thông tin liên quan đến tình hình sử dụng dịch vụ y tế của cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số thông tin tham khảo:

- Số lượt khám/chữa bệnh tại các cơ sở y tế
- Số bệnh nhân nội/ngoại trú
- Hiệu suất sử dụng giường bệnh
- Số lượt/tỷ lệ trẻ được tiêm chủng các loại vaccine...
- Số lượt/tỷ lệ thai phụ được khám thai ít nhất 3 lần trong thời gian mang thai, số lượng/tỷ lệ thai phụ được tiêm phòng uốn ván đầy đủ.
- Số lượt/tỷ lệ hộ gia đình tiếp cận các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình
- Số lượt/tỷ lệ người dân được truyền thông - giáo dục sức khỏe
- Các chương trình bảo vệ và nâng cao sức khỏe được thực hiện tại địa phương...

2.6. Thông tin về nguồn lực y tế

Phần này gồm các thông tin liên quan đến tình hình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Tùy thuộc vào mục đích sử dụng mà các thông tin cần thu thập/xem xét có thể thay đổi, dưới đây là một số ví dụ:

- Số cán bộ y tế; số cán bộ y tế bình quân/100.000 dân
- Trình độ của cán bộ y tế (số tiến sĩ, thạc sĩ...)
- Hoạt động đào tạo/đào tạo lại cho cán bộ y tế...

- Số giường bệnh trung bình/100.000 dân
- Số cơ sở y tế theo các loại hình: bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, phòng khám, cơ sở y tế nhà nước, tư nhân, quốc tế, bán công.
- Mức độ sẵn có về trang thiết bị, công nghệ của các cơ sở y tế phục vụ cho công tác bảo vệ và nâng cao sức khỏe người dân.
- Kinh phí y tế cấp theo đầu dân
- Tỷ lệ ngân sách phân bổ cho hoạt động phòng bệnh và hoạt động điều trị...

2.7. Thông tin về sự hỗ trợ của cộng đồng

- Mức độ ủng hộ về tinh thần và vật chất từ các ban ngành, đoàn thể và tổ chức xã hội đối với các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- Số tiền, trang thiết bị, số ngày công được nhận và/hoặc có khả năng huy động từ cộng đồng.
- Số lượng và tỷ lệ người dân trong cộng đồng ủng hộ/cam kết tham gia giải bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

2.8. Thông tin về sự hỗ trợ của y tế tuyến trên

Thông tin về sự hỗ trợ của y tế tuyến trên bao gồm các hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật mà các cơ sở y tế tuyến trên dành cho các cơ sở y tế tuyến dưới như:

- Hoạt động luân chuyển cán bộ y tế từ một số bệnh viện tuyến trung ương xuống các bệnh viện tuyến dưới nhằm giúp nâng cao năng lực cho y tế tuyến dưới;
- Hoạt động tập huấn/đào tạo, chia sẻ thông tin, công nghệ/kỹ thuật chuyên môn của tuyến trên cho tuyến dưới...

3. Thu thập thông tin y tế

Tùy thuộc vào yêu cầu về thông tin cần thu thập và nguồn lực (kinh phí, thời gian, con người, trang thiết bị/dụng cụ), có thể thu thập những thông tin đã có sẵn từ các nguồn số liệu hay báo cáo/tài liệu hoặc thu thập thông tin trực tiếp

từ người dân (đối tượng đích). Mỗi biện pháp thu thập thông tin đều có những ưu điểm và hạn chế riêng.

3.1. Thu thập thông tin có sẵn

Thu thập thông tin sẵn có bao gồm hồi cứu các sổ sách ghi chép, các bệnh án, các báo cáo điều tra dân số, nhân khẩu, báo cáo của các ban ngành, các tổ chức phi chính phủ, sổ sách y tế, tài liệu đã xuất bản hoặc chưa công bố từ các nguồn trong và ngoài nước, bao gồm cả từ internet. Hồi cứu cũng bao gồm cả việc sử dụng các tư liệu ảnh, vật thể là các bằng chứng của một sự vật hay hiện tượng đã xảy ra. Nguồn số liệu sẵn có rất đa dạng, gồm:

- Sổ sách, tài liệu, nguồn dữ liệu (sổ khám bệnh, sổ sách quản lý hoạt động khám chữa bệnh, dữ liệu quản lý hoạt động khám chữa bệnh của các cơ sở y tế, sổ sách/dữ liệu quản lý về nhân khẩu, các quy định/văn bản của cơ quan công quyền...).
- Các bản báo cáo (luận văn/luận án, báo cáo đề tài nghiên cứu khoa học các cấp, báo cáo đánh giá đầu kì/giữa kì/cuối kì của một chương trình/dự án, các báo cáo thường kì/đột xuất của các cơ sở y tế...)
- Các bài báo khoa học trên các tạp chí chuyên ngành
- Sách, giáo trình
- Thông tin/bài viết từ các nguồn chính danh và đáng tin cậy (trang web của bộ y tế/các sở y tế/các viện, trang web của các trường...)

Trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, người ta thường sử dụng thông tin sẵn có khi muốn nghiên cứu xu hướng của một bệnh/vấn đề sức khỏe hoặc để tìm hiểu nguyên nhân của một vấn đề sức khỏe hiện tại. Ví dụ, có thể dựa vào sổ khám chữa bệnh ở trạm y tế xã trong 5 năm trước đó để phát hiện chiều hướng gia tăng của một bệnh nào đó của người dân ở xã này.

Ưu điểm: Kỹ thuật này có thể thu thập được những thông tin từ những thời điểm trước nghiên cứu. Thông tin có thể thu được từ nhiều năm, nhiều nguồn khác nhau. Vì vậy có thể xem xét được diễn biến của vấn đề nghiên cứu qua thời

gian mà không cần phải theo dõi lâu dài. Ví dụ như phân tích tình hình bệnh tật và tử vong qua sổ sách ghi chép của bệnh viện, cơ sở y tế. Ngoài ra kỹ thuật thu thập này thường ít tốn kém hơn các kỹ thuật thu thập số liệu khác.

Hạn chế: số liệu từ các tư liệu này có thể có tổ chức, cấu trúc chưa phù hợp với nhu cầu, các tiêu chuẩn ghi nhận và lưu trữ có thể chưa rõ ràng, không thống nhất. Nhiều số liệu có, song không đầy đủ, hoặc không biết có đầy đủ hay không. Một số tư liệu chỉ cung cấp tử số, không có mẫu số để tính toán các tỷ lệ. Rất nhiều yếu tố tác động làm cho việc lưu trữ, ghi nhận, chất lượng số liệu khác nhau, khó lượng hóa mức độ tin cậy. Ví dụ, trong nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng, kỹ thuật chẩn đoán, xét nghiệm và điều trị có thể có thay đổi theo thời gian làm cho việc so sánh đặc điểm của bệnh nhân vào các thời kỳ khác nhau có thể không chính xác do họ được chẩn đoán với các tiêu chí không hoàn toàn giống nhau, hoặc được xét nghiệm bởi quy trình hay máy móc không giống nhau.

Để hạn chế sai sót khi sử dụng tư liệu sẵn có, cần lưu ý là phải dựa trên các biểu mẫu thu thập số liệu thống nhất cả về cấu trúc mẫu, định nghĩa các trường hợp ghi nhận, các trường hợp nghi ngờ, các trường hợp loại bỏ không đưa vào phân tích.

3.2. Thu thập thông tin từ người dân

Tùy thuộc yêu cầu về thông tin mà có thể lựa chọn những nhóm người phù hợp để thu thập thông tin. Chẳng hạn, có thể thu thập thông tin về việc sử dụng các biện pháp tránh thai ở nhóm nam/nữ trong độ tuổi sinh đẻ; thu thập thông tin về tình hình dinh dưỡng ở trẻ em từ trẻ (cân, đo) và người chăm sóc; thu thập thông tin về việc triển khai các hoạt động chăm sóc sức khỏe từ các cán bộ y tế...

Có nhiều kỹ thuật thu thập thông tin khác nhau. Mỗi kỹ thuật có điểm mạnh và hạn chế riêng. Dưới đây là một số kỹ thuật thu thập thông tin cơ bản thường được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

3.2.1. Phỏng vấn

3.2.1.1. Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi:

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đã được chuẩn bị trước là một trong những kỹ thuật TTTT tin thường dùng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Đây là kỹ thuật tối ưu để thu thập những thông tin về kiến thức, thái độ và thực hành của người dân liên quan đến một vấn đề sức khỏe nào đó.

Với kỹ thuật này, điều tra viên sử dụng một bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa trước để phỏng vấn đối tượng cung cấp thông tin nhằm thu thập những thông tin mà họ quan tâm.

* Ưu điểm:

- Dễ tiến hành,
- Phân tích số liệu nhanh và ít phức tạp.

* Hạn chế:

- Không khai thác được các thông tin sâu về quan niệm của người dân về một vấn đề nào đó, bối cảnh thực hiện hành vi...
- Chất lượng thông tin thu được có thể bị hạn chế nếu công cụ TTTT không được chuẩn hóa hay điều tra viên không được tập huấn kỹ.

3.2.1.2. Phỏng vấn sâu:

Phỏng vấn sâu là một trong kỹ thuật TTTT thường được sử dụng để thu thập các thông tin định tính. Đó là cuộc hội thoại hai chiều nhằm tìm hiểu về thái độ/quan niệm của các cá nhân về một vấn đề nào đó.

* Ưu điểm:

- Có thể khai thác thông tin chi tiết về quan niệm, niềm tin, thái độ, hành vi và bối cảnh...
- Phù hợp để tìm hiểu những chủ đề nhạy cảm.

* Hạn chế:

- Khó thực hiện đối với những người cung cấp thông tin quá kiêu lời hoặc những người nói lan man ra ngoài nội dung được hỏi.

- Môi trường phỏng vấn không phù hợp có thể khiến cho người cung cấp thông tin ngại chia sẻ những điều mà họ cho là thiếu đạo đức, có thể ảnh hưởng đến danh tiếng của gia đình và bản thân.
- Việc phân tích sẽ khó khăn và mất nhiều thời gian hơn so với phỏng vấn sử dụng bộ câu hỏi.
- Đòi hỏi sự linh hoạt và kỹ năng của người TTTT.

3.2.1.3. Hình thức phỏng vấn:

* Phỏng vấn trực tiếp:

Phỏng vấn trực tiếp là kỹ thuật hỏi - đáp mà trong đó điều tra viên gặp gỡ trực tiếp để thực hiện hỏi – đáp với từng cá nhân/hộ gia đình để tìm hiểu về bệnh, khai thác triệu chứng/bệnh sử của người bệnh, tìm hiểu về kiến thức, thái độ, thực hành... của cá nhân/hộ gia đình/cộng đồng.

Ưu điểm:

- Chủ động trong việc thu thập thông tin.
- So với hình thức phỏng vấn gián tiếp, phỏng vấn trực tiếp hạn chế được việc hiểu nhầm/hiểu chưa rõ câu hỏi của người được phỏng vấn.
- Có thể kết hợp với kỹ thuật quan sát để thu thập những thông tin trực quan.

Hạn chế:

- Chi phí cao do phải chi cho hoạt động thu thập thông tin tại thực địa.
- Đối tượng phỏng vấn có thể ngại ngần khi được hỏi về những thông tin nhạy cảm một cách trực diện, từ đó có thể dẫn đến việc cung cấp thông tin thiếu đầy đủ hoặc chính xác. Để khắc phục hạn chế này điều tra viên cần giúp người dân hiểu rõ tính bảo mật đối với thông tin mà họ cung cấp.
- Chất lượng thông tin thu được có thể bị ảnh hưởng bởi kỹ năng của người phỏng vấn.

- Ngoài ra, có thể cần sử dụng thiết bị ghi âm/ghi hình nhằm hỗ trợ ghi nhận thông tin, đặc biệt trong phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm hay quan sát.

* Phỏng vấn gián tiếp:

Phỏng vấn gián tiếp là kỹ thuật phỏng vấn mà điều tra viên không đối diện trực tiếp người cung cấp thông tin mà gửi câu hỏi và yêu cầu trả lời qua các phương tiện như đường bưu điện, thư điện tử (E-mail), điện thoại, các diễn đàn, website, các ứng dụng xã hội... Với sự bùng nổ của internet và các ứng dụng hỗ trợ tương tác, phỏng vấn gián tiếp ngày càng trở nên dễ dàng và thuận tiện.

Ưu điểm:

- Nhanh, đơn giản, thuận tiện
- Chi phí thấp, vì vậy có ưu thế khi cần phỏng vấn số lượng lớn, trên phạm vi rộng và dàn trải.
- Thuận lợi cho việc quản lý dữ liệu
- Có thể thu thập được thông tin trung thực về các chủ đề nhạy cảm mà đối tượng cảm thấy khó nói ra trước mặt người khác.

Hạn chế:

- Phụ thuộc vào công nghệ/dịch vụ trung gian nên ít phù hợp với những người sống ở vùng sâu, vùng xa.
- Thông tin thu được có thể bị sai lệch do người trả lời không hiểu rõ câu hỏi. Do vậy cần thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi điều tra chính thức, đồng thời cần có hướng dẫn trả lời cụ thể và rõ ràng.
- Tỷ lệ không trả lời thường cao hơn so với phỏng vấn trực tiếp.
- Có thể có nhiều thông tin bị bỏ sót.
- Có thể người trả lời không đúng đối tượng đích.
- Khó chủ động được thời gian TTTT.

Do những ưu điểm và hạn chế của hai cách phỏng vấn trên, phỏng vấn trực tiếp được sử dụng khi có đủ nguồn lực (nhân lực, kinh phí). Phỏng vấn gián tiếp

được sử dụng khi không đủ điều kiện và không cần thiết phải phỏng vấn trực tiếp. Trong thực tế, đôi khi phải kết hợp cả 2 hình thức.

3.2.2. Thảo luận nhóm

Thảo luận nhóm (Focused Group Discussion - FGD): người dẫn dắt/điều hành có chủ đích để thu nhận ý kiến của người dân về một chủ đề nhất định. Đây là một kỹ thuật thu thập thông tin cơ bản thường được sử dụng để tìm hiểu nhận thức của cộng đồng về bệnh tật, các hành vi sức khỏe của cộng đồng, thái độ/niềm tin của người dân đối với một chương trình y tế nào đó, những ý kiến đề xuất hay kiến nghị của họ nhằm cải thiện một vấn đề nào đó...

Thông qua thảo luận, câu trả lời mà từng cá nhân đưa ra có thể được xem xét, so sánh, đối chiếu với những câu trả lời từ các thành viên khác, do vậy kỹ thuật này ngoài khả năng thu nhận ý kiến của từng cá thể đơn lẻ còn có khả năng ghi nhận những thông tin/ý kiến đã được nhất trí hay chốt lại từ quá trình thảo luận của một nhóm người. Qua đó có thể thu được những thông tin đa dạng và sâu sắc về một chủ đề nào đó.

* Ưu điểm:

- Tìm hiểu những hành vi được coi là chuẩn (bởi cộng đồng), những từ mang tính địa phương, hay một lối sống/hành vi đặc trưng của một địa phương nào đó.
- Có cơ hội nghe được những quan điểm bất ngờ, những ý kiến được xây dựng trên cơ sở thảo luận của nhóm.
- Có ưu thế trong thu nhận ý kiến đánh giá/nhận xét/phản hồi của người dân về các dịch vụ/chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

* Một số lưu ý trong thảo luận nhóm:

- Chọn địa điểm trung tính (không ảnh hưởng đến cảm xúc/không gây cảm giác xa lạ với những người tham dự), đủ chỗ ngồi, tiện lợi.
- Chọn người tham gia theo mục tiêu, với số người tham gia phù hợp là khoảng 6-12 người.

- Khéo léo phân bổ thời gian cho các chủ đề khác nhau để duy trì sự hứng thú. Chú ý dung hòa các đối tượng lớn át và đối tượng e ngại/ít nói.

3.2.3. Quan sát

Quan sát là một kỹ thuật TTTT bao gồm việc lựa chọn, quan sát và ghi chép một cách có hệ thống về các hành vi và đặc tính của cơ thể, vật thể hay hiện tượng. Quan sát hành vi của con người là kỹ thuật thu thập số liệu được sử dụng phổ biến nhất, có thể được tiến hành dưới nhiều hình thức khác nhau như: quan sát bằng mắt (ví dụ quan sát tình trạng nhà ở, tình trạng vệ sinh môi trường, thu thập tình trạng cảm quan về nước...), khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, quan sát có sử dụng các phương tiện nghe nhìn.

* Ưu điểm:

- Cho kết quả trực quan.
- Có thể thu được những thông tin không được lộ tả và/hoặc khó ghi nhận chính xác qua các hình thức thu thập thông tin khác.

* Hạn chế:

- Có thể nảy sinh các vấn đề đạo đức liên quan đến việc giữ gìn bí mật/sự riêng tư của người được quan sát.
- Sự xuất hiện của người thu thập số liệu có thể tác động đến bối cảnh được quan sát. Ví dụ, khi quan sát người nữ hộ sinh khám thai, đối tượng quan sát (nữ hộ sinh) sẽ cố gắng thực hiện các thao tác “đúng sách” nhất, trong khi thường ngày họ có thể thực hiện không hoàn toàn chính xác như vậy.
- Ngoài ra, có thể xuất hiện các sai lệch do điều tra viên khi thiếu chuẩn mực (nhiều/ít, đẹp/xấu, sạch/bẩn...) cho việc ghi nhận và xếp loại thông tin thu được.
- Để khắc phục những nhược điểm trên, điều tra viên phải được đào tạo kỹ trước khi tiến hành quan sát. Những người quan sát cần tuân thủ một quy trình/ lịch trình quan sát để không bị bỏ sót thông tin. Đối với các quan sát cận lâm sàng, cần sử dụng cùng loại công cụ thu thập số liệu (cân, thước,

dụng cụ và máy móc xét nghiệm...). Ngoài ra, việc kết hợp sử dụng các phương tiện nghe nhìn (chụp ảnh, ghi hình, ghi âm) cũng giúp cho việc quan sát khách quan hơn và dễ dàng hơn trong ghi nhận và phân tích kết quả trong quan sát.

3.2.4. Phối hợp các kỹ thuật thu thập thông tin

Như đã trình bày ở trên, mỗi kỹ thuật thu thập thông tin đều có những ưu điểm và hạn chế. Vì vậy, việc kết hợp cùng lúc nhiều kỹ thuật TTTT sẽ giúp tận dụng điểm mạnh và hạn chế điểm yếu của từng kỹ thuật đơn lẻ. Mặt khác, sử dụng các kỹ thuật thu thập khác nhau sẽ giúp nâng cao chất lượng thông tin thu được, đồng thời có thể kiểm tra chéo giữa các thông tin.

Trong thực tế, có thể có nhiều kỹ thuật TTTT cùng được áp dụng đồng thời nhằm tối đa hóa chất lượng và sự đa dạng của thông tin thu được. Ví dụ, chăm sóc một người bệnh, điều dưỡng viên vừa phải quan sát bằng mắt (nhìn, ví dụ để đánh giá mức độ thiếu máu, tình trạng tiến triển của vết mổ), sử dụng xúc giác (sờ, gõ, ví dụ để đánh giá mức độ phù, mức độ mất nước), thính giác (nghe, ví dụ để phát hiện biểu hiện bất thường trong tiếng thở hay nhịp tim của người bệnh), vừa phải hỏi về bệnh sử (thời điểm bắt đầu xuất hiện/phát hiện bệnh, quá trình đi khám/điều trị, tiến triển của bệnh...), tiền sử (tiền sử xuất hiện bệnh ở gia đình/dòng họ, hành vi/lối sống hay tiền sử tiếp xúc với những yếu tố nguy cơ của bệnh...), việc tuân thủ chế độ điều trị (người bệnh có uống thuốc theo đúng chỉ dẫn hay không?, chế độ dinh dưỡng của người bệnh có được điều chỉnh để phù hợp với tình trạng bệnh lý hay không?...), mức độ cải thiện sức khỏe mà người bệnh cảm nhận được thông qua cảm giác ngon miệng, cảm giác đau/khó chịu/dễ chịu... Hoặc khi điều tra hộ gia đình, điều tra viên không chỉ phỏng vấn mà đôi khi còn phải kết hợp với quan sát, đo chỉ số nhân trắc, khám lâm sàng, lấy máu xét nghiệm hoặc lấy bệnh phẩm về phân tích...

Ngoài ra, bên cạnh việc thu thập thông tin từ người dân (đối tượng đích), người ta cũng thường thu thập những thông tin có sẵn nhằm tiết kiệm nguồn lực và tối ưu hóa hoạt động thu thập thông tin. Ví dụ, để thu thập thông tin phục vụ cho chương trình phòng chống sốt xuất huyết, ngoài việc xuống cộng đồng để điều tra về tình hình mắc sốt xuất huyết của người dân, kiến thức, thái độ và thực hành của họ liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết thì cũng cần hỏi cứu các tài liệu sẵn có để đánh giá được mức độ, chiều hướng của bệnh tại cộng đồng đó, sự sẵn có và mức độ tham gia/ủng hộ các hoạt động phòng chống sốt xuất huyết của người dân địa phương, hiệu quả và những trở ngại trong các hoạt động phòng chống sốt xuất huyết đã và đang được triển khai tại địa phương nếu có...

Cần lưu ý rằng mỗi kỹ thuật thu thập thông tin cần có các công cụ tương ứng. Bảng 3.2. dưới đây trình bày một số ví dụ để phân biệt kỹ thuật thu thập số liệu và công cụ:

Bảng 3.2. Công cụ thu thập thông tin tương ứng với kỹ thuật thu thập thông tin

Kỹ thuật TTTT	Công cụ TTTT
1. Phỏng vấn	- Bộ câu hỏi/hướng dẫn phỏng vấn - Máy ghi âm, ghi hình - Các tài liệu hỗ trợ liên quan (nếu có)
2. Quan sát	- Bảng kiểm/biểu mẫu ghi chép/phiếu điền kết quả xét nghiệm - Dụng cụ lấy mẫu, cân/đo, xét nghiệm... - Các tài liệu hỗ trợ liên quan (nếu có)
3. Thu thập thông tin sẵn có	- Các biểu mẫu thu thập thông tin sẵn có - Các tài liệu hỗ trợ liên quan (nếu có)

Một số biểu mẫu thu thập thông tin xin mời xem thêm ở Phụ lục 1 “Các mẫu phiếu thu thập thông tin về sức khỏe cộng đồng”.

4. Quản lý thông tin y tế

4.1. Hệ thống quản lý thông tin y tế tại tuyến cơ sở

4.1.1. Sổ khám bệnh A1/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A1	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none">- Bình quân số lần khám bệnh/người/năm- Số lượt khám, điều trị nội/ngoại trú- Số lượt cấp cứu, chuyển viện- Năng suất làm việc ở cơ sở- Mô hình bệnh tật: tỷ lệ mắc và chết theo bệnh, theo tuổi, mùa, vùng, nghề nghiệp- Tình hình sử dụng thuốc tại trạm y tế	<ul style="list-style-type: none">- Xây dựng kế hoạch y tế- Dự báo dịch bệnh- Đánh giá kết quả của các chương trình y tế- Đánh giá hiệu quả hoạt động của cơ sở y tế- Phục vụ công tác nghiên cứu khoa học

4.1.2. Sổ tiêm chủng vac-xin trẻ em A2.1/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A2.1	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none">- Số trẻ/tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ- Số trẻ/tỷ lệ không được tiêm chủng đầy đủ	<ul style="list-style-type: none">- Đánh giá kết quả chương trình TCMR- Đánh giá chất lượng dự phòng- Xây dựng kế hoạch

4.1.3. Sổ khám thai A3/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A3	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none">- Tổng số PN có thai- Tổng số lần khám thai- Số bà mẹ khám đủ 3 lần trong suốt thai kỳ- Số bà mẹ được tiêm phòng uốn ván	<ul style="list-style-type: none">- Phát hiện nguy cơ của bà mẹ trước và trong khi sinh- Theo dõi tiêm phòng uốn ván- Phát hiện nguy cơ của thai nhi

mũi 1-2 - Những biến chứng thường gặp trong thời kỳ thai sản	- Góp phần đánh giá kết quả chăm sóc bảo vệ bà mẹ, trẻ em
---	---

4.1.4. Sổ để A4/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A4	Mục đích sử dụng các chỉ số
- Số người đẻ - Nơi đẻ - Số lần đẻ - Phương pháp đẻ - Tai biến sản khoa - Tử vong khi đẻ - Số bà mẹ tử vong liên quan đến mang thai và sinh đẻ - Số trẻ đẻ nhẹ cân - Biến chứng của trẻ sinh ra	- Góp phần đánh giá kết quả chăm sóc bảo vệ bà mẹ, trẻ em

4.1.5. Sổ theo dõi các biện pháp kế hoạch hóa gia đình A5.1/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A5.1	Mục đích sử dụng các chỉ số
- Số người áp dụng các biện pháp tránh thai (BPTT)	- Đánh giá kết quả chương trình kế hoạch hóa gia đình
- Số người hút điều hòa kinh nguyệt, nạo phá thai	- Dự đoán phát triển dân số

4.1.6. Sổ theo dõi tử vong A6/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A6	Mục đích sử dụng các chỉ số
- Số người chết trong năm	- Tính tuổi thọ trung bình
- Nguyên nhân chết	- Đánh giá năng lực chẩn đoán, điều trị và các chương trình y tế
- Các tỷ lệ tử vong theo tuổi, giới, dân	

tộc, khu vực	
--------------	--

4.1.7. Sổ theo dõi một số bệnh tại cộng đồng A7-A10

Các chỉ số lấy từ sổ A7-10	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none"> - A7/YTCS: Sốt rét: số người mắc, số người được điều trị, số lam máu được xét nghiệm, số ca chết do sốt rét - A8/YTCS: Tâm thần và nghiện hút: số được quản lý và điều trị - A9/YTCS:Lao: số người được quản lý và điều trị, số người mới phát hiện, số người được điều trị khỏi - A10/YTCS: HIV/AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá công tác phòng chống bệnh

4.1.8. Sổ theo dõi công tác truyền thông – giáo dục sức khỏe A11/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A11	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none"> - Số người tham dự - Hình thức, phương tiện TT 	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi và đánh giá hoạt động TT của trạm y tế xã - Đánh giá tác động của TT-GDSK tới việc thay đổi hành vi của người dân

4.1.9. Sổ theo dõi, quản lý bệnh không lây nhiễm A12/YTCS

Các chỉ số lấy từ sổ A12	Mục đích sử dụng các chỉ số
<ul style="list-style-type: none"> - Số mắc, tỷ lệ mắc - Phân bố bệnh 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp đánh giá xu hướng bệnh tật - Phục vụ cho xây dựng kế hoạch, chính sách phòng chống bệnh

Một số mẫu sổ quản lý sức khỏe xin mời xem thêm ở Phụ lục 2 “Các mẫu sổ ghi chép hoạt động cung cấp dịch vụ và quản lý sức khỏe của cơ sở y tế xã, phường, thị trấn”.

4.2. Báo cáo hoạt động của y tế tuyến cơ sở

Các trạm y tế xã, phường, thị trấn có nhiệm vụ báo cáo định kỳ và/hoặc đột xuất theo quy định các nội dung sau:

- Đơn vị hành chính, dân số và tình hình sinh tử (Biểu 1/BCX).
- Ngân sách trạm y tế (Biểu 2/BCX).
- Tình hình nhân lực y tế xã (Biểu 3/BCX).
- Hoạt động chăm sóc bà mẹ, trẻ em, KHHGD (Biểu 4/BCX).
- Hoạt động khám chữa bệnh (Biểu 5/BCX).
- Hoạt động TCMR (Biểu 6/BCX).
- Tình hình mắc và tử vong do tai nạn thương tích (Biểu 7/BCX).
- Tình hình mắc và tử vong do bệnh truyền nhiễm gây dịch (Biểu 8/BCX).
- Hoạt động phòng chống bệnh xã hội (Biểu 9/BCX).
- Báo cáo tình hình tử vong từ cộng đồng (Biểu 10/BCX).

BÀI 4. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE VÀ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN

I. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này, sinh viên có khả năng:

** Kiến thức*

1. Trình bày được khái niệm vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên
2. Trình bày được các kỹ thuật xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên.

** Kỹ năng*

3. Xác định được vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên trong tình huống giả định.

** Năng lực tự chủ và trách nhiệm*

4. Xây dựng được thái độ tích cực, chủ động, hợp tác trong làm việc nhóm và coi trọng hoạt động xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên trong hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm

1.1. Chẩn đoán cộng đồng

Mỗi cộng đồng đều có vấn đề sức khỏe riêng, vì vậy, để xác định đúng các vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên, người cán bộ y tế phải thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán cộng đồng.

Chẩn đoán cộng đồng là phương pháp mà người cán bộ y tế sử dụng để xác định vấn đề sức khỏe của cộng đồng và giải quyết vấn đề sức khỏe đó với sự tham gia của cộng đồng.

Sự khác biệt giữa chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán cộng đồng là:

- Chẩn đoán lâm sàng bao gồm: Hỏi + Thăm khám + Xét nghiệm (nếu cần)
→ Chẩn đoán bệnh;
- Chẩn đoán cộng đồng bao gồm: Nói chuyện với cộng đồng + Sổ sách + Điều tra → Chẩn đoán cộng đồng.

Bảng 4.1 dưới đây trình bày một số khác biệt cơ bản giữa chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán cộng đồng.

Bảng 4.1. Sự khác biệt giữa chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán cộng đồng

Đặc điểm	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán cộng đồng
1. Đối tượng chẩn đoán	Cá nhân người bệnh	Cả cộng đồng
2. Mục đích chẩn đoán	Phát hiện bệnh tật	Xác định vấn đề sức khỏe
3. Mối quan hệ	Cán bộ y tế - người bệnh	Cán bộ y tế - cộng đồng
4. Ai đến với ai	Người bệnh đến với cán bộ y tế	Cán bộ y tế đến với cộng đồng
5. Phương pháp chẩn đoán	Y học lâm sàng là chính	Y học cộng đồng
6. Nguyên liệu chẩn đoán	Các triệu chứng, kết quả xét nghiệm	Các chỉ số dịch tễ học cộng đồng
7. Phương pháp xử trí	Chữa bệnh	Các kế hoạch y tế chăm sóc CD
8. Điểm kết thúc	Người bệnh khỏi, đỡ, tàn tật hoặc chết	Suốt đời, lâu dài, không kết thúc

Chẩn đoán cộng đồng là nhiệm vụ cơ bản của người cán bộ y tế làm việc tại cơ sở và là khâu then chốt quyết định các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng có phù hợp với thực tế và có khả thi hay không.

1.2. Khái niệm vấn đề sức khỏe

Theo khái niệm của Y tế công cộng: “vấn đề sức khỏe” là bộ phận của “tình trạng xấu” về sức khỏe.

Trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, VĐSK thường được hiểu theo hai cách sau đây:

- VĐSK là tỷ lệ mắc hay chết của một bệnh nào đó còn cao ở cộng đồng.
- VĐSK là vấn đề tồn tại trong y tế như: thiếu nước sạch; thiếu thuốc; tỷ lệ phụ nữ 15 – 49 tuổi sử dụng các biện pháp tránh thai thấp...

Trên thực tế, VĐSK cần được hiểu là vấn đề tồn tại trong Y tế.

Định nghĩa VĐSK: là công việc tồn tại trong y tế, nổi cộm lên cần được giải quyết sớm trong một cộng đồng và xét về mọi mặt thì cộng đồng có khả năng giải quyết được công việc tồn tại đó.

1.3. Khái niệm vấn đề sức khỏe ưu tiên

Trên thực tế, nhu cầu giải quyết các VĐSK tồn tại ở mỗi cộng đồng thường vượt quá khả năng giải quyết của cộng đồng đó do giới hạn về nguồn lực (nhân lực, vật lực, tài lực, thời gian). Do vậy, các cộng đồng phải sắp xếp để giải quyết các VĐSK theo thứ tự ưu tiên.

Vấn đề sức khỏe ưu tiên là vấn đề đặt ra yêu cầu được giải quyết một cách cấp thiết nhất, cộng đồng sẵn sàng/ủng hộ và có điều kiện nguồn lực giải quyết tốt nhất. Tiêu chí để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên sẽ được trình bày cụ thể ở phần tiếp theo của bài học này.

2. Xác định VĐSK

2.1. Kỹ thuật Delphi

- Một nhóm người được coi là hiểu biết cùng thảo luận và thống nhất xem tại cộng đồng của họ hiện đang có VĐSK gì.
- Ưu điểm: dễ thực hiện, ít tốn kém nên trong thực tế một số địa phương vẫn áp dụng.

- Nhược điểm: Có thể có nhiều sai lệch trong xác định VĐSK do phương pháp này phụ thuộc nhiều vào hiểu biết, kinh nghiệm và quan niệm cá nhân của những người tham gia thảo luận.

2.2. Kỹ thuật dựa trên gánh nặng bệnh tật

Đây là kỹ thuật dựa vào bằng chứng là những số liệu sẵn có liên quan đến tình trạng sức khỏe của cộng đồng, kết hợp với phân tích định tính. Trong kỹ thuật này, trên cơ sở các tiêu chuẩn xác định VĐSK, các nhà quản lý sẽ chấm điểm cho từng vấn đề sức khỏe sau đó tính tổng điểm và đưa ra kết luận theo kết quả chấm điểm. Bảng 4.2 dưới đây là biểu mẫu chấm điểm xác định VĐSK theo kỹ thuật dựa trên gánh nặng bệnh tật với 4 tiêu chuẩn xác định VĐSK:

Bảng 4.2. Mẫu bảng xác định vấn đề sức tại cộng đồng

T T	Tiêu chuẩn xác định vấn đề sức khỏe	Chấm điểm			
		VĐ1	VĐ2	VĐ3	...
1	Các chỉ số biểu hiện vấn đề đã vượt quá mức bình thường				
2	Cộng đồng đã biết tên của vấn đề và đã có phản ứng rõ ràng				
3	Đã có dự kiến hành động của nhiều ban ngành				
4	Ngoài cán bộ y tế, trong cộng đồng đã có một nhóm người khá thông thạo về vấn đề				
Tổng điểm					

Trong kỹ thuật này, người ta sẽ lựa chọn thang điểm để chấm điểm xác định VĐSK. Có thể lựa chọn áp dụng những thang điểm khác nhau, chẳng hạn như thang điểm 0 – 10; thang điểm 0-5; hay thang điểm 0-3... Sau đây chúng tôi xin giới thiệu cơ sở để chấm theo thang điểm 0-3:

- 3 điểm: Rất rõ ràng

- 2 điểm: Rõ ràng
- 1 điểm: Chưa rõ lắm
- 0 điểm: Không rõ, không có

Việc chấm điểm nên được thực hiện theo hàng (theo từng tiêu chuẩn xác định VĐSK). Sau đó, cộng điểm của cả 4 tiêu chuẩn trên vào hàng tổng điểm và đưa ra kết luận theo thang tham khảo như sau:

- 9 – 12 điểm: Vấn đề đó là VĐSK
- Dưới 9 điểm: Vấn đề đó chưa rõ là VĐSK

Trên thực tế, để đảm bảo tính chính xác và khách quan trong việc xác định VĐSK cần dựa vào các bằng chứng/số liệu thực tiễn để chấm điểm. Cơ sở chấm điểm cho từng tiêu chuẩn được trình bày chi tiết dưới đây.

** Cơ sở để chấm điểm tiêu chuẩn 1 (các chỉ số biểu hiện vấn đề đã vượt quá mức bình thường):*

Việc xác định mức bình thường về một vấn đề của cộng đồng là rất khó. Thông thường người ta dựa vào các cơ sở sau đây:

- Cơ sở 1: dựa vào chỉ số bệnh tật (hoặc tình trạng y tế) của cộng đồng đó các năm trước để xem xu hướng phát triển của bệnh là tăng/giảm/duy trì ổn định/hay thay đổi thất thường... để từ đó đánh giá vấn đề. Bệnh có xu hướng tăng cao càng cho điểm cao và ngược lại.
- Cơ sở 2: so sánh với các chỉ số bệnh trạng tương ứng của cộng đồng có điều kiện tương đồng với cộng đồng đang được xem xét về điều kiện địa lý, khí hậu, kinh tế - xã hội... để xem các chỉ số biểu hiện vấn đề của cộng đồng là ở mức cao/thấp hay tương đương với các cộng đồng tương tự. Bệnh có tỷ lệ cao càng so với các cộng đồng có điều kiện tương đồng thì càng cho điểm cao và ngược lại.
- Cơ sở 3: dựa vào các chuẩn qui định của VĐSK ở mỗi vùng địa lý do Bộ y tế qui định. Bệnh có tỷ lệ cao càng so với chuẩn qui định của Bộ y tế thì càng cho điểm cao và ngược lại.

- Cơ sở 4: dựa vào mục tiêu kế hoạch dài hạn của cộng đồng. Bệnh có tỷ lệ cao hơn so với mục tiêu/kế hoạch thì càng cho điểm cao và ngược lại.

* *Cơ sở chấm điểm tiêu chuẩn 2 (Cộng đồng đã biết tên của vấn đề và đã có phản ứng rõ ràng)*

- Có thể dựa vào tỷ lệ người dân đã nhận thức được sự tồn tại của VĐSK (biết tên vấn đề/đã từng được nghe/học/tìm hiểu về vấn đề) và có nhu cầu giải quyết vấn đề (mong muốn giải quyết, sẵn sàng tham gia giải quyết...).
- Muốn có thông tin chính xác về nhận thức và nhu cầu giải quyết vấn đề của người dân, cần tiến hành một nghiên cứu thăm dò trên một mẫu đại diện cho cộng đồng.
- Dựa trên tỷ lệ người dân đã nhận thức được sự tồn tại của VĐSK và có nhu cầu giải quyết giải quyết vấn đề, cho điểm như sau:
 - + <50% người dân biết sự tồn tại và có nhu cầu giải quyết vấn đề: 0 điểm
 - + Từ 50% - <60% người dân biết sự tồn tại và có nhu cầu giải quyết vấn đề: 1 điểm
 - + Từ 60% - 70% người dân biết sự tồn tại và có nhu cầu giải quyết vấn đề: 2 điểm
 - + >70% người dân biết sự tồn tại và có nhu cầu giải quyết vấn đề: 3 điểm

* *Cơ sở chấm điểm tiêu chuẩn 3 (Đã có dự kiến hành động của nhiều ban ngành)*

- Càng nhiều ban, ngành, đoàn thể trong cộng đồng có dự kiến giải quyết vấn đề đó thì điểm càng cao.
- Cách cho điểm như sau:

+ Chính quyền có dự kiến giải quyết :	1 điểm
+ Hội phụ nữ :	0,5 điểm
+ Đoàn thanh niên :	0,5 điểm
+ Hội nông dân :	0,5 điểm
+ Các ban ngành, đoàn thể khác :	0,5 điểm

* Cơ sở chấm điểm tiêu chuẩn 4 (Ngoài cán bộ y tế, trong cộng đồng đã có một nhóm người khá thông thạo về vấn đề)

- Tỷ lệ dân số thông thạo giải quyết vấn đề trong cộng đồng càng cao thì chấm điểm càng cao và ngược lại, cụ thể như sau:

- + < 0,1% dân số thông thạo giải quyết vấn đề : 0 điểm
- + 0,1 - < 0,2 % dân số thông thạo giải quyết vấn đề : 1 điểm
- + 0,2 % - 0,3 % dân số thông thạo giải quyết vấn đề : 2 điểm
- + > 0,3 % dân số thông thạo giải quyết vấn đề : 3 điểm

3. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

3.1. Kỹ thuật Delphi:

Tương tự như trong xác định vấn đề sức khỏe. Với kỹ thuật này, cần lấy ý kiến biểu quyết của những người có hiểu biết và kinh nghiệm liên quan đến sức khỏe để lựa chọn ra những vấn đề sức khỏe cần được ưu tiên giải quyết sớm và/hoặc ưu tiên nguồn lực để giải quyết tại địa phương.

Trong thực tế thực hiện chăm sóc sức khỏe cộng đồng, một địa bàn có thể có nhiều vấn đề sức khỏe cần được ưu tiên giải quyết cùng lúc.

3.2. Kỹ thuật dựa trên bảng tiêu chuẩn thông thường

Kỹ thuật này dựa trên các thông tin y tế của địa phương để chấm điểm xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên, dựa theo sáu tiêu chí ở bảng 4.3 dưới đây.

Bảng 4.3. Mẫu bảng xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên tại cộng đồng

TT	Tiêu chuẩn xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên	Chấm điểm			
		VĐ1	VĐ2	VĐ3	...
1	Mức độ phổ biến của vấn đề (nhiều người mắc/liên quan)				
2	Gây tác hại lớn (tử vong, tàn phế, tổn hại kinh tế xã hội...)				
3	Ảnh hưởng đến nhóm người có khó khăn/thiệt				

	thời (nghèo, mù chữ, vùng hẻo lánh, dân tộc, phụ nữ, trẻ em...)				
4	Đã có kỹ thuật, phương tiện giải quyết				
5	Kinh phí chấp nhận được				
6	Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết				
Tổng điểm					

Cách thực hiện: chấm điểm cho từng tiêu chuẩn, sau đó tính tổng điểm của từng VĐSK và lựa chọn ra VĐSK ưu tiên. Những VĐSK được chấm điểm cao nhất sẽ được ưu tiên để giải quyết trước và ngược lại.

Cơ sở chấm điểm cho từng tiêu chuẩn được trình bày chi tiết dưới đây.

** Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 1 (Mức độ phổ biến của vấn đề)*

- Áp dụng giống như chấm điểm tiêu chuẩn 1 của VĐSK
- Cơ sở 1: dựa vào chỉ số bệnh tật (hoặc tình trạng y tế) của cộng đồng đó các năm trước để xem xu hướng phát triển của bệnh là tăng/giảm/duy trì ổn định/hay thay đổi thất thường... để từ đó đánh giá vấn đề. Bệnh có xu hướng tăng cao càng cho điểm cao và ngược lại.
- Cơ sở 2: so sánh với các chỉ số bệnh trạng tương ứng của cộng đồng có điều kiện tương đồng với cộng đồng đang được xem xét về điều kiện địa lý, khí hậu, kinh tế - xã hội... để xem các chỉ số biểu hiện vấn đề của cộng đồng là ở mức cao/thấp hay tương đương với các cộng đồng tương tự. Bệnh có tỷ lệ cao càng so với các cộng đồng có điều kiện tương đồng thì càng cho điểm cao và ngược lại.
- Cơ sở 3: dựa vào các chuẩn qui định của VĐSK ở mỗi vùng địa lý do Bộ y tế qui định. Bệnh có tỷ lệ cao càng so với chuẩn qui định của Bộ y tế thì càng cho điểm cao và ngược lại.
- Cơ sở 4: dựa vào mục tiêu kế hoạch dài hạn của cộng đồng. Bệnh có tỷ lệ cao hơn so với mục tiêu/kế hoạch thì càng cho điểm cao và ngược lại.

** Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 2 (Gây tác hại lớn)*

- Không tử vong: 0 Đ
- Tỷ lệ tử vong của cộng đồng bằng tỷ lệ tử vong của cùng bệnh đó và cùng thời điểm (trong phạm vi cả nước): 1 Đ
- Tỷ lệ tử vong của cộng gấp đôi tỷ lệ tử vong của cùng bệnh đó và cùng thời điểm (trong phạm vi cả nước): 2 Đ
- Tỷ lệ tử vong của cộng gấp 3 lần tỷ lệ tử vong của cùng bệnh đó và cùng thời điểm (trong phạm vi cả nước): 3 Đ
- Số người tử vong trong cộng đồng: Dùng chỉ số này để so sánh giữa các VĐSK trong cộng đồng để đánh giá tiêu chuẩn 2.

Đối với những cộng đồng nhỏ như xã, phường, chấm điểm dựa trên số người tử vong, cụ thể như sau:

- + Không có ai tử vong : 0 điểm
- + TV từ 1- 5 người : 2 điểm
- + TV từ 6 người trở lên : 3 điểm

- Mức thiệt hại về kinh tế: Qui ra tiền.

** Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 3 (Ảnh hưởng đến nhóm người có khó khăn/thiệt thời)*

Trước hết phải có tiêu chí để xác định số người nghèo, người có khó khăn tại cộng đồng. Nếu VĐSK đang xét (đang chấm điểm) có liên quan nhiều tới số người có khó khăn, người nghèo tại cộng đồng thì cho điểm cao và ngược lại.

- Tỷ lệ người nghèo mắc/liên quan tới VĐSK chiếm < 30% : 0 điểm
- Tỷ lệ người nghèo mắc/liên quan tới VĐSK chiếm 30%-< 50% : 1 điểm
- Tỷ lệ người nghèo mắc/liên quan tới VĐSK chiếm 50% - 60% : 2 điểm
- Tỷ lệ người nghèo mắc/liên quan tới VĐSK chiếm > 60% : 3 điểm

** Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 4 (Đã có kỹ thuật, phương tiện giải quyết)*

- Không có hay có ít, chỉ đủ giải quyết khoảng < 20% VĐSK : 0 điểm
- Có ít, chỉ đủ giải quyết khoảng 20% - <40% VĐSK : 1 điểm
- Có ít, chỉ đủ giải quyết khoảng 40% - < 60% VĐSK : 2 điểm

- Có tạm đủ để giải quyết khoảng $\geq 60\%$ VĐSK : 3 điểm

* *Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 5 (Kinh phí chấp nhận được)*

- Không có hay có ít kinh phí, chỉ đủ giải quyết khoảng $< 20\%$ VĐSK: 0 điểm
- Có ít kinh phí, chỉ đủ giải quyết khoảng $20\% - < 40\%$ VĐSK : 1 điểm
- Có ít kinh phí, chỉ đủ giải quyết khoảng $40\% - < 60\%$ VĐSK : 2 điểm
- Có tạm đủ kinh phí giải quyết khoảng $\geq 60\%$ VĐSK : 3 điểm

* *Cơ sở chấm điểm cho tiêu chuẩn 6 (Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết)*

Dựa vào tỷ lệ người dân trong cộng đồng có thái độ ủng hộ giải quyết VĐSK (giống như cách cho điểm tiêu chuẩn 2 trong xác định VĐSK).

Muốn có bằng chứng thực tế về tỷ lệ này cần điều tra trên một mẫu đại diện cho cộng đồng.

Dựa trên tỷ lệ người dân trong cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề, cho điểm như sau:

- $< 50\%$ người dân sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề: 0đ
- Từ $50\% - < 60\%$ người dân sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề: 1đ
- Từ $60\% - 70\%$ người dân sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề: 2đ
- $> 70\%$ người dân sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề: 3đ

BÀI 5. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

I. MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học này, sinh viên có khả năng:

*** Kiến thức**

1. Trình bày được ý nghĩa và tầm quan trọng của lập kế hoạch.
2. Mô tả được các bước trong qui trình lập kế hoạch.

*** Kỹ năng**

3. Lập được một bản kế hoạch CSSK cộng đồng trong tình huống giả định.

*** Năng lực tự chủ và trách nhiệm**

4. Xây dựng được thái độ tích cực, chủ động, hợp tác trong làm việc nhóm và coi trọng hoạt động lập kế hoạch trong CSSK cộng đồng.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm kế hoạch và lập kế hoạch

Từ lâu con người đã biết lập kế hoạch. Kế hoạch có thể chỉ đơn giản là việc dự tính trước việc thực hiện một công việc nào đó, chẳng hạn như ngày hôm sau sẽ đi săn ở đâu, đi với ai, cần chuẩn bị để mang theo những công cụ gì... Qua thời gian, việc lập kế hoạch ngày càng được quan tâm cũng như được ứng dụng các thành tựu của khoa học công nghệ để không ngừng nâng cao chất lượng và hiệu quả của kế hoạch.

Kế hoạch là những dự định của con người trong việc sử dụng các nguồn lực (nhân lực, cơ sở vật chất, tiền bạc, thời gian...) để làm một việc gì đó nhằm đạt kết quả nhất định. Nói cách khác, kế hoạch là một tập hợp những hoạt động, công việc được sắp xếp theo trình tự nhất định để đạt được mục tiêu đã đề ra.

Lập kế hoạch là việc lựa chọn phương pháp tiếp cận hợp lý với các mục tiêu định trước. Lập kế hoạch bao gồm việc lựa chọn giải pháp và phương thức

hành động để những người có trách nhiệm liên quan thực hiện theo. Lập kế hoạch có nghĩa là xác định trước những việc cần làm, cách làm, thời gian, người thực hiện, nguồn lực và mong đợi đối với từng việc làm cụ thể. Việc làm kế hoạch được ví von như việc bắc một nhịp cầu từ trạng thái hay nơi chốn hiện tại tới nơi mà chúng ta muốn đến trong tương lai.

Như vậy, lập kế hoạch là quá trình xây dựng các mục tiêu và xác định các nguồn lực, quyết định cách tốt nhất để thực hiện các mục tiêu đã đề ra.

2. Ý nghĩa và tầm quan trọng của lập kế hoạch

Lập kế hoạch trở thành một hoạt động tất yếu đối với sự phát triển nói chung và đối với việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân nói riêng. Có thể nói, việc lập kế hoạch đòi hỏi sự đầu tư thích đáng về công sức, thời gian và trí tuệ của cá nhân và tổ chức. Những bản kế hoạch tốt sẽ có thể trở thành đòn bẩy cho sự phát triển và ngược lại, những bản kế hoạch không tốt có thể trở thành nhân tố kìm hãm sự phát triển.

Kế hoạch CSSKCD là một trong những yếu tố mang tính quyết định đối với việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân. Bản kế hoạch tốt là bước đầu tiên để đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Những bản kế hoạch CSSKCD không tốt có thể dẫn đến sự lãng phí nguồn lực và ít hiệu quả trong việc phòng chống bệnh tật, hạ thấp tỷ lệ mắc và chết của một bệnh nào đó trong cộng đồng.

Chu trình quản lý gồm 3 bước: lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch, đánh giá việc thực hiện kế hoạch. Lập kế hoạch là bước đầu tiên của chu trình quản lý nói chung và trong quản lý các chương trình/hoạt động CSSK nói riêng. Kế hoạch gắn liền với việc triển khai các chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe của cộng đồng. Đồng thời, nó cũng là cơ sở cho việc giám sát và đánh giá các chương trình/hoạt động CSSKCD.

Một bản kế hoạch tốt cần đạt được ba yêu cầu sau:

- Chọn đúng việc cần làm và mức độ hoàn thành.

- Xác định được cách làm tốt.
- Đảm bảo sử dụng được các nguồn lực có hiệu quả.

3. Các kiểu lập kế hoạch

3.1. Lập kế hoạch từ trên xuống

Đặc điểm cơ bản của kiểu lập kế hoạch từ trên xuống (Top – Down) là tuyên trên giao chỉ tiêu cho tuyên dưới để tuyên dưới lập kế hoạch hoạt động nên còn gọi là lập kế hoạch theo chỉ tiêu. Kiểu lập kế hoạch này có một số nhược điểm.

Thứ nhất là, chỉ tiêu tuyên trên giao không phù hợp với tình hình thực tế của tuyên dưới. Đặc biệt là khi tuyên trên giao chỉ tiêu dưới dạng “cào bằng” mà chưa xem xét thấu đáo tới sự khác biệt về nguồn lực/năng lực giữa các cơ sở y tế tuyên dưới cũng như sự khác biệt về điều kiện kinh tế - văn hóa – xã hội hay điều kiện về tự nhiên của từng khu vực. Do đó, trong một số trường hợp, tuyên dưới với vai trò bị động của mình có thể gặp khó khăn, lúng túng trong lập kế hoạch.

Thứ hai là, kiểu lập kế hoạch này không khuyến khích được sự chủ động, sáng tạo của số đông. Nó cũng thường ít lôi kéo được hay tận dụng được “chat xám” của nhiều người vào việc lập kế hoạch so với một số kiểu lập kế hoạch khác.

Do vậy, trong một chừng mực nào đó thì kiểu lập kế hoạch này có thể kìm hãm sự phát triển cũng như kìm hãm hiệu quả của các hoạt động bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người dân. Do vậy, hiện nay trong thực tế ít nơi áp dụng kiểu lập kế hoạch này.

3.2. Lập kế hoạch từ dưới lên

Trong kiểu lập kế hoạch từ dưới lên (Bottom – Up), cấp dưới/tuyên dưới chủ động lập kế hoạch trước để nộp lên cấp trên/tuyên trên. Trên cơ sở kế hoạch của các cấp dưới/tuyên dưới đưa lên, cấp trên/tuyên trên sẽ lập kế hoạch tổng

thể. Kiểu lập kế hoạch này khắc phục được các nhược điểm của kiểu của kiểu lập kế hoạch từ trên xuống do một số lý do dưới đây.

Thứ nhất là, chỉ tiêu kế hoạch do chính những người thực hiện đặt ra. Những người này thường là những người nắm rõ nhất tình hình sức khỏe cũng như các vấn đề liên quan đến kinh tế, văn hóa, xã hội, khí hậu, thổ nhưỡng của địa phương mà họ phụ trách. Do vậy, chỉ tiêu mà họ xây dựng cũng thường sát với thực tế hơn.

Thứ hai là, kiểu lập kế hoạch này giúp phát huy sự chủ động, sáng tạo của các cá nhân và tổ chức thuộc cấp dưới/tuyến dưới. Từ đó nó cũng giúp huy động tốt hơn sự tham gia và trách nhiệm của những người triển khai hoạt động theo kế hoạch khi mà họ cảm thấy được trao quyền trong lập kế hoạch cũng như hiểu rõ về bản kế hoạch.

3.3. Lập kế hoạch kết hợp

Với kiểu lập kế hoạch kết hợp, tuyến trên thực hiện giao chỉ tiêu xuống tuyến dưới để làm cơ sở xây dựng kế hoạch hoạt động của tuyến dưới. Tuy nhiên, chỉ tiêu từ tuyến trên giao xuống có thể được điều chỉnh theo đề nghị của tuyến dưới để đảm bảo tính khả thi và phù hợp với điều kiện thực tế về nguồn lực của tuyến dưới cũng như hoàn cảnh của địa phương. Với kiểu lập kế hoạch này, tuyến dưới cũng được chủ động hơn trong việc lập kế hoạch.

4. Qui trình lập kế hoạch

Để có được một bản kế hoạch hoàn chỉnh, phải trải qua nhiều bước khác nhau và phải tuân theo trình tự nhất định, không thể đảo lộn. Có nhiều tác giả phân qui trình lập kế hoạch thành 4 bước, 6 bước hay 11 bước... Tuy nhiên, việc phân chia thành bao nhiêu bước không quá quan trọng. Trong tài liệu này, chúng tôi xin giới thiệu qui trình lập kế hoạch gồm 6 bước.

- Bước 1: Thu thập, phân tích thông tin y tế
- Bước 2: Xác định các vấn đề sức khỏe tồn tại trong cộng đồng
- Bước 3: Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

- Bước 4: Xác định mục tiêu
- Bước 5: Lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện.
- Bước 6: Xây dựng kế hoạch hành động hoàn chỉnh

Nội dung cụ thể của từng bước sẽ được giới thiệu ở phần dưới đây.

4.1. Thu thập, phân tích thông tin y tế

Bước này còn có một tên gọi khác là bước lượng giá nhu cầu. Đây là bước đầu tiên trong lập kế hoạch nhằm giúp người lập kế hoạch hiểu rõ về thực trạng sức khỏe cộng đồng, những nguyên nhân dẫn tới sự xuất hiện/lưu hành/lan tràn bệnh trong cộng đồng, những thông tin liên quan đến tình hình dân số, kinh tế, văn hóa, xã hội, điều kiện tự nhiên... tác động đến sức khỏe cộng đồng và/hoặc tác động đến hoạt động bảo vệ và nâng cao sức khỏe của cộng đồng.

Bước này giúp cho người lập kế hoạch có thông tin đầu vào cho kế hoạch (chỉ số đầu vào, nguồn lực...) nhằm phục vụ cho các bước tiếp theo của lập kế hoạch, trong đó có thể giúp người lập kế hoạch định hướng được mục tiêu, có ý tưởng trong việc lựa chọn giải pháp và hoạt động phù hợp để giải quyết được vấn đề sức khỏe của cộng đồng.

Nội dung của bước này xin xem thêm ở bài 5 “Thu thập và quản lý thông tin y tế trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng” của giáo trình này.

4.2. Xác định vấn đề sức khỏe trong cộng đồng

Trên cơ sở các thông tin đã được thu thập và phân tích ở bước 1, cần phải tiến hành xác định những vấn đề sức khỏe hiện đang tồn tại ở cộng đồng. Cần lưu ý là những cộng đồng khác nhau có thể có những vấn đề sức khỏe khác nhau. Chẳng hạn như sốt rét là vấn đề sức khỏe của một số tỉnh thuộc khu vực miền núi phía bắc và Tây Nguyên nhưng không phải là vấn đề sức khỏe của các khu vực đồng bằng.

Nội dung của bước này xin xem thêm ở bài 2 “Xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên tại cộng đồng” của Giáo trình này.

4.3. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Như chúng tôi đã trình bày trước đó, cùng một thời điểm ở mỗi cộng đồng có thể tồn tại rất nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau trong khi nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe cộng đồng thường bị hạn chế. Do vậy, sau khi xác định được những vấn đề sức khỏe thực sự tồn tại ở cộng đồng, bước tiếp theo là cần phải xác định (những) vấn đề sức khỏe ưu tiên cần giải quyết sớm và/hoặc cần ưu tiên nhiều nguồn lực hơn để giải quyết.

Vấn đề sức khỏe ưu tiên có thể thay đổi giữa các địa quốc gia/vùng lãnh thổ, địa phương hay các cộng đồng/nhóm dân cư khác nhau. Chẳng hạn như thừa cân béo phì hiện là một trong những vấn đề sức khỏe ưu tiên của các nước phát triển hay các thành phố lớn của Việt Nam, trong khi đó ở các nước nghèo hay các khu vực thuộc vùng sâu, vùng xa của Việt Nam, vấn đề suy dinh dưỡng lại vẫn là vấn đề nghiêm trọng. Mặt khác, vấn đề sức khỏe ưu tiên có thể thay đổi theo thời gian. Chẳng hạn dịch bệnh SARS đã từng là vấn đề sức khỏe ưu tiên của Việt Nam vào năm 2003 nhưng đến năm 2020, một trong những vấn đề sức khỏe được ưu tiên hàng đầu lại là dịch bệnh Covid-19.

Nội dung của bước này xin xem thêm ở bài 2 “Xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên tại cộng đồng” của Giáo trình này.

4.4. Xây dựng mục tiêu

Mục tiêu là kết quả hay thứ mà cá nhân/tổ chức mong muốn đạt được từ một chương trình hay hoạt động cụ thể nào đó. Có thể nói mục tiêu là một trong những phần quan trọng nhất của một bản kế hoạch, nó chỉ ra các nhà quản lý muốn đạt được điều gì từ chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng của họ.

Mục tiêu có thể được coi là kim chỉ nam cho việc thiết kế các phần còn lại trong bản kế hoạch. Nói cách khác, các phần còn lại của bản kế hoạch phải bám sát được mục tiêu. Từ mục tiêu, người lập kế hoạch sẽ quyết định giải pháp và

hoạt động, các nguồn lực cần chuẩn bị và cách thức thực hiện để làm sao đạt được những điều mà họ mong muốn.

Đồng thời, mục tiêu còn là cơ sở cho việc giám sát và đánh giá các chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Một số câu hỏi cần được trả lời sau khi kết thúc mỗi chương trình chăm sóc sức khỏe cụm dân cư là: chúng ta có đạt được những mục tiêu mà chúng ta đã đề ra không? Nếu có thì chúng ta đã đạt được mục tiêu ở mức độ nào? (đạt được một phần hay đạt được hoàn toàn hay vượt chỉ tiêu?). Nếu không thì tại sao? Một chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng không thể được coi là thành công nếu không đạt được những mục tiêu đã được đề ra.

* *Cách viết mục tiêu thông minh (SMART):*

Một mục tiêu thông minh cần phải đạt được cả 5 đặc tính cơ bản sau:

- *Cụ thể (Specific):* Mục tiêu cần bắt đầu bằng một động từ cụ thể như: nâng cao, hạ thấp, tăng cường, cải thiện, thúc đẩy, tăng, giảm... Cần tránh sử dụng các dạng từ ngữ khác (danh từ, tính từ...) khi bắt đầu một mục tiêu cũng như tránh sử dụng những động từ không rõ ràng (hiểu được, nắm được...).
- *Đo lường được (Measureable):* đây là yêu cầu quan trọng nhằm làm cơ sở đánh giá mức độ đạt mục tiêu sau khi kết thúc chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- *Khả thi, có khả năng đạt được (Achievable):* khi xây dựng mục tiêu cần cân nhắc thực trạng vấn đề, nguồn lực và các yếu tố liên quan để đưa ra chỉ tiêu khả thi song đảm bảo tối đa hóa hiệu quả sử dụng các nguồn lực. Việc xây dựng mục tiêu quá tham vọng sẽ có thể dẫn đến nguy cơ không hoàn thành được mục tiêu. Ngược lại, việc đưa ra mục tiêu quá an toàn có thể gây lãng phí nguồn lực và không tối đa hóa hiệu quả của chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

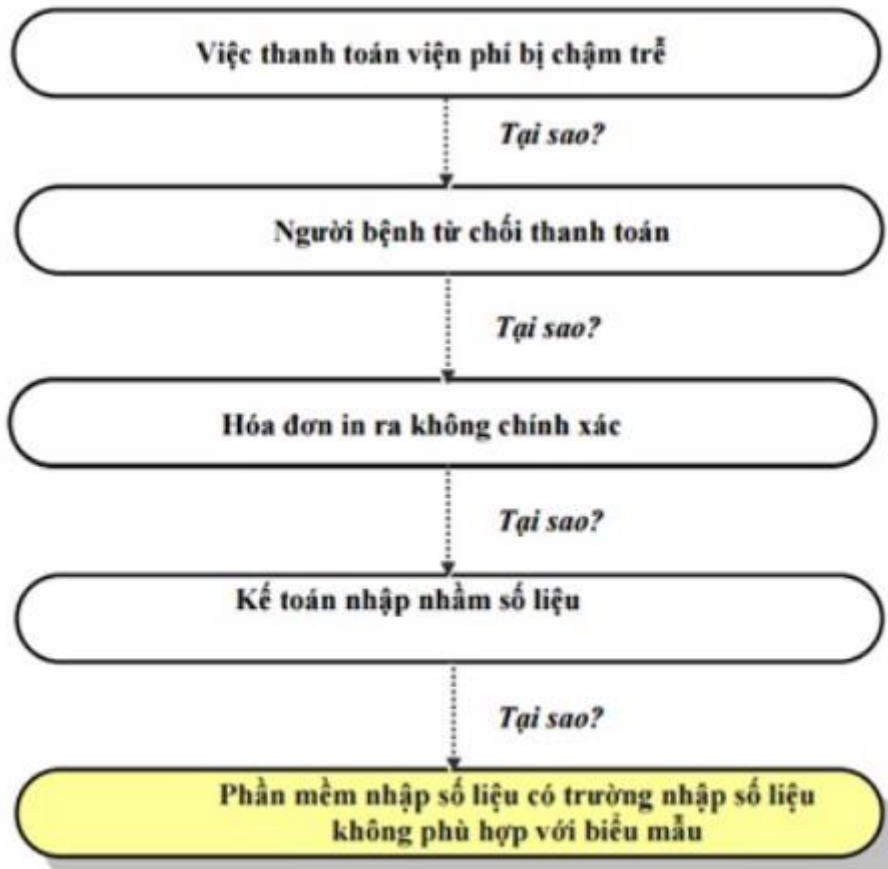
- *Thích hợp, phù hợp (Relevant)*: với vấn đề sức khỏe đã được xác định, phù hợp với chiến lược, chính sách y tế hoặc giúp để giải quyết vấn đề cộng đồng đang muốn giải quyết.
- *Thời gian (Time)*: thông tin về thời gian cần được đề cập rõ trong mục tiêu, thời gian này sẽ là cơ sở để triển khai hoạt động cũng như là cơ sở để đánh giá kết quả của chương trình/hoạt động.

4.5. Lựa chọn giải pháp và xác định hoạt động

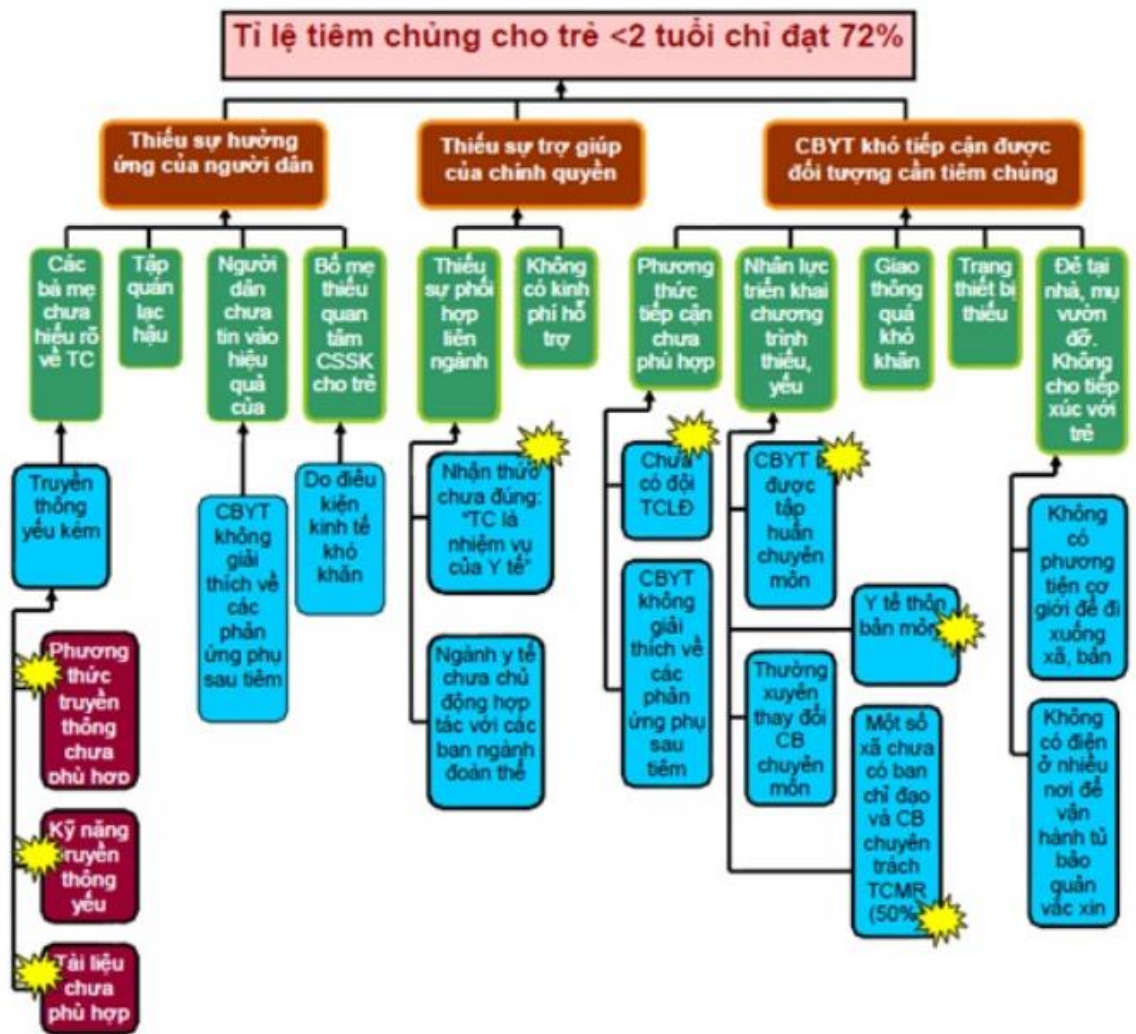
Giải pháp là con đường hoặc cách thức để đạt được mục tiêu, hoặc là cách thức để giải quyết nguyên nhân gốc rễ của vấn đề. Giải pháp là phương tiện, phương thức để đạt được các mục tiêu của chương trình/hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Ở bước này, người lập kế hoạch thường phải vẽ cây vấn đề để làm rõ những nguyên nhân trực tiếp và gián tiếp dẫn đến vấn đề, đặc biệt là xác định được các nguyên nhân gốc rễ của vấn đề (là những nguyên nhân cốt lõi và quan trọng nhất dẫn đến vấn đề sức khỏe mà chúng ta đang quan tâm) để từ đó xác định được các giải pháp tác động vào các nguyên nhân gốc rễ gây ra vấn đề.

Dưới đây là một số ví dụ về cây vấn đề:



Ảnh 5.1: Cây vấn đề nguyên nhân dẫn đến việc thanh toán viện phí bị chậm trễ



Ảnh 5.2: Cây vấn đề về nguyên nhân dẫn đến Tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ dưới 2 tuổi còn thấp

Từ việc vẽ cây vấn đề, người lập kế hoạch có thể dễ dàng thấy được những “nguyên nhân gốc rễ”. Ví dụ, đối với cây vấn đề 1, nguyên nhân gốc rễ là “phần mềm nhập số liệu có trường nhập số liệu không phù hợp với biểu mẫu”; với cây vấn đề 2, nguyên nhân gốc rễ là các nguyên nhân đã được đánh dấu .

Từ những nguyên nhân gốc rễ đã được xác định, người lập kế hoạch cần lựa chọn giải pháp để giải quyết những nguyên nhân gốc rễ để từ đó giải quyết một cách triệt để và hiệu quả vấn đề sức khỏe tồn tại tại cộng đồng.

Ví dụ với cây vấn đề 1, để giải quyết được vấn đề “Việc thanh toán viện phí bị chậm trễ” thì cần chỉnh sửa vào phần mềm nhập liệu để đảm bảo sự phù hợp giữa phần mềm và biểu mẫu. Với cây vấn đề 2, để giải quyết vấn đề “Tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ dưới 2 tuổi thấp”, cần đưa ra 03 nhóm giải pháp sau: i) nhóm giải pháp nhằm cải thiện sự hưởng ứng của người dân: thay đổi phương thức, kỹ năng và tài liệu truyền thông nhằm nâng cao hiệu quả của truyền thông; ii) nhóm giải pháp nhằm tăng cường sự hỗ trợ của chính quyền và các ban ngành: nâng cao nhận thức của chính quyền và các ban ngành đối với tiêm chủng để từ đó huy động hiệu quả hơn sự tham gia và ủng hộ của họ đối với hoạt động tiêm chủng; iii) nhóm giải pháp nhằm nâng cao khả năng tiếp cận đối tượng tiêm chủng: tổ chức đội tiêm chủng lưu động, tập huấn chuyên môn cho cán bộ y tế, đảm bảo nhân lực tham gia y tế thôn bản/cộng tác viên y tế, thành lập ban chỉ đạo và cán bộ chuyên trách về tiêm chủng mở rộng ở một số xã còn thiếu.

Trước mỗi nguyên nhân, có thể có rất nhiều giải pháp khác nhau. Ví dụ, để nâng cao kiến thức của học sinh lứa tuổi học đường về phòng chống các tật khúc xạ, có thể có giải pháp về giáo dục (đưa nội dung phòng chống các tật khúc xạ vào chương trình giảng dạy chính khóa hoặc ngoại khóa của trường học), truyền thông (tivi, báo, đài, internet, pano-áp phích, các sự kiện truyền thông, tư vấn/truyền thông cá nhân...) hay tổ chức cuộc thi/trò chơi tìm hiểu về bệnh.... Do vậy, người lập kế hoạch cần cân nhắc kỹ để lựa chọn được giải pháp tốt nhất với điều kiện thực tế của cộng đồng và nguồn lực. Một giải pháp tốt cần đáp ứng được năm tiêu chuẩn lựa chọn giải pháp tối ưu dưới đây.

** 5 tiêu chuẩn lựa chọn giải pháp:*

Khả thi: giải pháp được lựa chọn phải phù hợp với thực tế về điều kiện nguồn lực của địa phương (nhân lực, vật lực, tài chính và thời gian) và với đường lối chính trị, chính sách phát triển về kinh tế - xã hội và y tế của địa phương.

Chấp nhận được: không có những trở ngại quá khó khăn, có thể vượt qua về mặt chủ quan (người tham gia thực hiện), cũng như khách quan (người sử dụng, cộng đồng...).

Có hiệu lực, hiệu quả cao: giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề. Đảm bảo chi phí – hiệu quả giữa đầu vào trong các hoạt động/dịch vụ và kết quả đạt được (tình trạng sức khỏe được cải thiện...).

Thích hợp: một số giải pháp được coi là thích hợp, khi các biện pháp về chuyên môn, kỹ thuật cũng như về tổ chức có thể áp dụng phù hợp với điều kiện hoàn cảnh ở những nơi mà các hoạt động đã được triển khai. Phù hợp về kiến thức, thói quen, sở thích của người dân và điều kiện của địa phương (địa lý, khí hậu, tính sẵn có, cơ sở hạ tầng...).

Bền vững (có khả năng duy trì lâu dài): nên lựa chọn những giải pháp mà cộng đồng/địa phương có khả năng tiếp tục duy trì/triển khai sau khi không còn sự hỗ trợ nguồn lực từ bên ngoài để đảm bảo rằng các hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng vẫn sẽ được người dân địa phương tiếp tục triển khai ngay cả khi không có sự hỗ trợ cả về tài chính và /hoặc kỹ thuật từ bên ngoài.

* *Xác định hoạt động*

Hoạt động là những công việc cụ thể cần được thực hiện. Hoạt động thường được xác định trên cơ sở các giải pháp đã được lựa chọn nhằm đạt được các mục tiêu đề ra. Mỗi giải pháp thường có nhiều hoạt động.

Ví dụ: Để đạt mục tiêu giảm tỷ lệ mắc uốn ván sơ sinh trên địa bàn, với giải pháp "tiêm vaccin uốn ván cho thai phụ" có thể gồm các hoạt động sau:

- Lập và thường xuyên cập nhật danh sách các thai phụ trên địa bàn.
- Dự trữ đủ vaccin uốn ván và bố trí cán bộ tiêm.
- Theo dõi việc tiêm vắc-xin của các thai phụ trên địa bàn.
- Mời/vận động các thai phụ tiêm vaccin uốn ván.
- Tổ chức các điểm tiêm vaccin uốn ván cho thai phụ.
- ...

Xác định các hoạt động cần thực hiện theo các giải pháp. Sau đó cần lập kế hoạch đầy đủ cho các hoạt động đã được liệt kê. Những hoạt động đã đặt ra mà không thực hiện được hoặc không đảm bảo kỹ thuật, sẽ có thể làm ảnh hưởng tới kết quả của các hoạt động khác cũng như kết quả chung của toàn bộ chương trình chăm sóc sức khỏe.

4.6. Xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết

Kế hoạch hành động mô tả các công việc (hoạt động) theo trình tự cùng với trách nhiệm thực hiện (chọn người phù hợp với nhiệm vụ triển khai hoạt động, giám sát đánh giá hoạt động), địa điểm thực hiện (chọn địa điểm phù hợp), thời gian (chọn thời gian tối ưu cho hoạt động), dự trù những nguồn lực cần thiết (tiền, vật dụng/trang thiết bị...) và kết quả hay đầu ra mong đợi tương ứng với từng hoạt động. Một bản kế hoạch hoạt động cần trả lời được các câu hỏi sau đây:

- Cái gì?
- Khi nào?
- Ở đâu?
- Ai?
- Như thế nào?
- Kết quả dự kiến/Đầu ra mong đợi?

Thời gian, địa điểm, người thực thi, người phối hợp, người giám sát là những yếu tố cần cân nhắc và lên kế hoạch cho từng hoạt động.

Nguồn kinh phí, vật tư và mức kinh phí: gồm tiền, các vật dụng/trang thiết bị, thuốc men, giấy tờ/tài liệu. Trong bản kế hoạch phải nêu đầy đủ các mục này và dự trù cho từng hoạt động trên cơ sở tiết kiệm và tận dụng những nguồn lực có sẵn và/hoặc những nguồn lực dễ huy động.

Kết quả dự kiến: Đối với người thực hiện, kết quả dự kiến là các đầu ra hay kết quả cần đạt được cho từng công việc (hoạt động) cụ thể. Đối với người quản lý, đây là cơ sở để theo dõi tiến độ thực hiện và đánh giá kết quả hoạt động.

Kết quả dự kiến thường được nêu dưới dạng con số cụ thể. Ví dụ:

- 2 khóa tập huấn được tổ chức
- ít nhất 500 người tham
- 80% những người dự tập huấn nâng cao được kiến thức về... sau khóa tập huấn.
- 95% người tham gia tập huấn hài lòng về công tác tổ chức và hậu cần...

Có nhiều loại kế hoạch khác nhau như: kế hoạch thời (Timetable), kế hoạch hoạt động (activity plan); kế hoạch ngắn hạn, kế hoạch dài hạn; kế hoạch của cá nhân, kế hoạch của tổ chức...

Với kế hoạch thời gian thì người lập kế hoạch chỉ trình bày thời gian dự kiến của các hoạt động đã được đề ra.

Bảng 5.1. Ví dụ về kế hoạch thời gian

TT	Tên hoạt động	Thời gian (tháng)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mục tiêu 1: "..."													
1.1	Hoạt động 1.1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1.2	Hoạt động 1.2					x	x	x	x	x	x	x	x
1.3	Hoạt động 1.3									x	x	x	x
Mục tiêu 2: "..."													
2.1	Hoạt động 2.1	x	x										
2.2	Hoạt động 2.2		x	x	x								
2.3	Hoạt động 2.3				x	x							
Mục tiêu 3: "..."													
3.1	Hoạt động 3.1	x			x			x			x		
3.2	Hoạt động 3.2				x		x		x		x		
3.2	Hoạt động 3.3		x										
...		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Với kế hoạch hoạt động, có nhiều biểu mẫu lập kế hoạch khác nhau. Việc lựa chọn biểu mẫu tùy thuộc vào nhu cầu, sở thích, thói quen của người sử dụng hay quy định của cơ quan của cơ quan/tổ chức. Tuy nhiên, một biểu mẫu lập kế hoạch tốt phải bao hàm đầy đủ các thông tin cơ bản của một bản kế hoạch như bảng 5.2.

Bảng 5.2. Biểu mẫu lập kế hoạch

Tên hoạt động	Thời gian		Địa điểm thực hiện	Người thực hiện	Người phối hợp	Người giám sát	Nguồn lực	Kết quả mong đợi/ dự kiến
	Bắt đầu	Kết thúc						
...								
...								
...								

Với kế hoạch hoạt động, người ta thường dùng kế hoạch tóm tắt cho những chương trình, hợp phần chung hay cho cả giai đoạn dài (1 năm/5 năm...). Nó mô tả thông tin tóm tắt về những hoạt động lớn cần làm (ví dụ: nghiên cứu ban đầu, tổ chức sự kiện truyền thông, đánh giá giữa kỳ/cuối kỳ chương trình dự án...), thời gian và địa điểm dự kiến, người chịu trách nhiệm chính, nguồn lực và kết quả mong đợi. Ví dụ:

Bảng 5.3. Kế hoạch hoạt động của chương trình A (Ví dụ)

T	Tên hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Người thực hiện	Người phối hợp	Người giám sát	Kinh phí	Đầu ra/kết quả mong đợi
1	Tổ chức hội thảo X	3/2019	huyện X	Nguyễn Văn A	Nguyễn Văn B	Quản lý chương trình	18 triệu	- 01 Hội thảo được tổ chức - ít nhất 50 người tham dự
2	Tổ chức sự kiện truyền thông Y	4/2019 - 11/2020	huyện X	Nguyễn Văn B	Nguyễn Văn C	Quản lý chương trình	15 triệu	- 02 sự kiện được tổ chức - Ít nhất 200 người/1 sự kiện
3	Đánh giá giữa kỳ	11/2019 - 12/2019	huyện X	Chuyên gia	Nguyễn Văn A	Quản lý chương trình	20 triệu	- 01 bản đề cương đánh giá - 01 bộ công cụ đánh giá - 01 bản báo cáo kết quả đánh giá
4	Tập huấn về... cho...	9/2019 - 6/2020	huyện X	Nguyễn Văn C	Nguyễn Văn B	Quản lý chương trình	90 triệu	- 06 khóa tập huấn được tổ chức - Ít nhất 40 người/1 khóa tập huấn - 80% học viên thay đổi kiến thức sau khóa tập huấn
5	Đánh giá cuối kỳ	12/2020	huyện X	Chuyên gia	Nguyễn Văn A	Quản lý chương trình	20 triệu	- 01 bản đề cương đánh giá - 01 bộ công cụ đánh giá - 01 bản báo cáo kết quả đánh giá

Trên cơ sở kế hoạch chung của cả chương trình/giai đoạn, những người có trách nhiệm thường cần phải xây dựng kế hoạch hoạt động cho những giai đoạn ngắn hơn (ví dụ: kế hoạch hoạt động hàng tháng) và/hoặc xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết cho từng hoạt động lớn để làm rõ những thông tin chưa được mô tả cụ thể trong kế hoạch tóm tắt. Ví dụ, từ bản kế hoạch trên, cần phải xây dựng 6 bản kế hoạch riêng cho 6 hoạt động lớn kê trên bởi trong từng hoạt động lớn này, sẽ có nhiều việc cụ thể cần phải được lên kế hoạch chi tiết cho việc thực hiện. Dưới đây là một ví dụ về kế hoạch hoạt động của chương trình phòng chống uốn ván sơ sinh.

KẾ HOẠCH HOẠT ĐỘNG

Tên chương trình/hoạt động: Phòng chống uốn ván sơ sinh

Địa điểm: xã X – huyện Y – tỉnh Z

Thời gian: 1/2020 – 12/2020

Đối tượng: Phụ nữ có thai đang sinh sống trên địa bàn xã X

Tổ chức thực hiện: Trạm y tế xã X

Mục tiêu:

1. Tăng tỷ lệ thai phụ xã X được tiêm đủ vaccine phòng uốn ván từ 75% năm 2019 lên 90% năm 2020.
2. Giảm tỷ lệ sản phụ xã X đẻ tại nhà từ 10% năm 2019 xuống 6% vào năm 2020.

Kế hoạch hoạt động chi tiết:

T T	Tên hoạt động	Thời gian		Địa điểm thực hiện	Người thực hiện	Người phối hợp	Người giám sát	Kinh phí/ TTB	Dự kiến kết quả
		Bắt đầu	Kết thúc						

1	Mục tiêu 1: Tăng tỷ lệ thai phụ xã X được tiêm đủ vaccine phòng uốn ván từ 75% năm 2019 lên 90% vào năm 2020.								
1.1	Lập và cập nhật danh sách các thai phụ trên địa bàn	01/01 2020	31/12 2020	Xã X	Y tế thôn bản	Nữ hộ sinh A	Trạm trưởng		Ít nhất 95% thai phụ sinh sống trên địa bàn được đưa vào danh sách
1.2	Vận động các thai phụ đi tiêm vaccine uốn ván	01/01 2020	31/12 2020	Xã X	Y tế thôn bản	Nữ hộ sinh A	Trạm trưởng	1 triệu đồng	100% thai phụ trong danh sách nhận được giấy mời
1.3	Chuẩn bị thủ tục xin cấp vaccine	Hàng quý		TYT xã X	Nữ hộ sinh A	BS. B	Trạm trưởng	300 liều vaccine	Đảm bảo đủ vaccine cho 100% thai phụ trên địa bàn
1.4	Tiêm vaccine uốn ván cho thai phụ	Thứ 5 hàng tuần		TYT xã X	Điều dưỡng C	BS. B	Trạm trưởng	300 liều vaccine, tủ lạnh, 300 bơm kim tiêm, 01 bộ bàn ghế...	90% thai phụ trong danh sách được tiêm đầy đủ và đúng thời gian

2	Mục tiêu 2: Giảm tỷ lệ sản phụ xã X đẻ tại nhà từ 10% năm 2019 xuống 6% năm 2020								
2.1	Truyền thông về nguy cơ sức khỏe của đẻ tại nhà	<u>01/01</u> 2020	<u>31/12</u> 2020	Xã X	Y tế thôn bản	Nữ hộ sinh A	Trạm trưởng		Ít nhất 95% thai phụ sinh sống trên địa bàn được đưa vào danh sách
2.2	Bố trí cán bộ trực đẻ tại trạm y tế 24/24	<u>01/01</u> 2020	<u>31/12</u> 2020	TYT xã X	Cán bộ TYT xã X		Trạm trưởng		Ít nhất 94% thai phụ sinh sống trên địa bàn đẻ tại trạm
	...								

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Lao động - Thương binh và xã hội và Unicef Việt Nam (2017), Chăm sóc sức khỏe cộng đồng, <https://www.unicef.org/vietnam/sites/unicef.org.vietnam/files/2018-07/Training%20resources%20on%20social%20work%2020%20docs.pdf>, trích dẫn 10/4/2020.
2. Bộ Y tế- Vụ Khoa học và Đào tạo (2007), Giáo dục, nâng cao sức khỏe, nxb Y học, Hà Nội.
3. Bộ y tế - Vụ khoa học và đào tạo (2006), Chăm sóc sức khỏe ban đầu, Nxb Y học, Hà Nội.
4. Bộ y tế - Vụ khoa học và đào tạo (2006), Điều dưỡng cộng đồng, Nxb Y học, Hà Nội.
5. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Khoa học hành vi và truyền thông giáo dục sức khỏe, nxb Y học, Hà Nội.
6. Trường Đại học Y tế Công cộng (2008), Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe (bản lưu hành nội bộ).
7. Trường Đại học Y tế công cộng (2012), Sổ tay thực tập cộng đồng, nxb Y học, Hà Nội.
8. Trường đại học Y Thái bình – Học viện quân y (1996), Y tế công cộng và chăm sóc sức khỏe ban đầu, Nxb Y học, Hà Nội.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Các mẫu phiếu thu thập thông tin về sức khỏe cộng đồng

Mẫu 1: Bộ câu hỏi phỏng vấn hộ gia đình

Mã số phiếu:

PHIẾU ĐIỀU TRA KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN TRONG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH

Ngày phỏng vấn:; Họ tên điều tra viên:

Họ tên người trả lời:; Địa chỉ:

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG:

1. Tuổi (tính theo tuổi dương lịch): _____

2. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ

3. Nghề nghiệp:

1. Công nhân 2. Viên chức/văn phòng 3. Buôn bán/Lao động tự do

4. Nội trợ 5. Khác (ghi rõ) _____

4. Trình độ văn hóa:

1. Cấp 1 2. Cấp II 3. Cấp III

4. Sơ/trung cấp 5. Cao đẳng/ĐH 6. Sau ĐH

5. Trình trạng hôn nhân: 1. Độc thân 2. Có chồng/vợ 3. Ly hôn/góa

6. Tình trạng kinh tế gia đình: 1. Khá/giàu 2. Trung bình 3. Nghèo

7. Số người trong gia đình:; 7.1. Số trẻ em:; 7.2. Số người lớn:

PHẦN B. KIẾN THỨC VỀ SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH

T	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
1.	Ông/bà đã từng đọc và/hoặc được hướng dẫn về sử dụng thuốc chưa?	1. Rồi 2. Chưa	
2.	Nếu có, ông/bà nghe từ những nguồn nào?	1. Nhân viên y tế/chuyên gia 2. Người thân quen/bạn bè 3. Tự tìm hiểu (đọc hướng dẫn sử dụng, đọc sách báo...)	

T T	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
3.	Ông/bà nghe/tìm hiểu qua phương tiện gì?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sách báo 2. Ti vi, đài 3. Loa phát thanh 4. Internet/mạng xã hội 5. Tờ rơi, pano, áp phích 6. Đường dây nóng, tổng đài hỗ trợ 7. Tư vấn/nói chuyện trực tiếp 8. Họp/hội thảo 9. Khác (ghi rõ) _____ 	
4.	Theo ông/bà, thời hạn đơn thuốc có giá trị mua thuốc là bao nhiêu lâu kể từ ngày kê đơn thuốc?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không biết 2. Tối đa 5 ngày 3. Khác (ghi rõ) _____ 	
5.	Theo ông/bà, thuốc kháng sinh được sử dụng để điều trị loại bệnh gì?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không biết/không trả lời 2. Bệnh do vi khuẩn 3. Bệnh do vi rút 4. Bệnh do kí sinh trùng 5. Bệnh do nấm 6. Khác (ghi rõ): _____ 	
6.	Theo ông/bà, khi nào thì phải mua thuốc kháng sinh?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không biết/không trả lời 2. Khi bị ốm 3. Theo kê đơn của bác sĩ 4. Theo hướng dẫn của người bán thuốc 5. Theo lời khuyên của người thân quen, bạn bè 6. Khác (ghi rõ): _____ 	
7.	Theo ông/bà, việc sử dụng thuốc kháng sinh cần tuân theo ý kiến/hướng dẫn của ai?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Theo hướng dẫn bác sĩ 2. Theo hướng dẫn của người bán thuốc 3. Theo hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất 4. Theo kinh nghiệm cá nhân 5. Theo lời khuyên của người thân quen, bạn bè 6. Khác (ghi rõ): _____ 	
8.	Theo ông/bà, thế nào là sử dụng thuốc kháng sinh đúng cách?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không biết 2. Đúng chỉ định/đúng bệnh 3. Đúng liều 4. Đúng đường 5. Đúng thời điểm 6. Đủ thời gian 7. Khác (ghi rõ): _____ 	
9.	Theo ông/bà, thuốc kháng sinh có thể sử dụng theo những đường nào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Không biết 2. Nhỏ, xịt 3. Bôi ngoài da/niêm mạc 4. Uống/ngậm 	

T T	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
		5. Tiêm 6. Khác (ghi rõ): _____	
10.	Theo ông/bà, thuốc kháng sinh thường được kê đơn sử dụng trong mấy ngày?	1. Không biết 2. Đến khi khỏi bệnh 3. Dưới 7 ngày 4. Từ 7-10 ngày hoặc sau khi khỏi bệnh 3 ngày 5. Trên 10 ngày 6. Khác (ghi rõ): _____	
11.	Theo ông/bà, sử dụng kháng sinh không đủ thời gian có thể dẫn đến những hậu quả gì?	1. Không biết/không trả lời 2. Không khỏi bệnh 3. Dễ bị mắc bệnh trở lại 4. Khó điều trị/nguy cơ kháng thuốc 5. Khác (ghi rõ) _____	
12.	Theo ông/bà, sử dụng kháng sinh không đúng thời điểm có thể dẫn đến những hậu quả gì?	1. Không biết 2. Giảm khả năng hấp thu 3. Giảm khả năng điều trị/giảm tác dụng 4. Tăng tác dụng phụ 5. Khác (ghi rõ) _____	
13.	Theo ông/bà, sử dụng kháng sinh không đủ liều có thể dẫn đến những hậu quả gì?	1. Không biết/không trả lời 2. Không ảnh hưởng gì 3. Không khỏi bệnh/kéo dài thời gian điều trị 4. Tồn kém 5. Hại sức khỏe 6. Dễ bị mắc bệnh trở lại 7. Khó điều trị/nguy cơ kháng thuốc 8. Khác (ghi rõ) _____	
14.	Theo ông/bà, sử dụng kháng sinh quá liều có thể dẫn đến những hậu quả gì?	1. Không biết/không trả lời 2. Không ảnh hưởng gì 3. Gây hại cho sức khỏe/tác dụng phụ 4. Khác (ghi rõ) _____	
15.	Theo ông/bà, việc tự ý sử dụng kháng sinh có thể dẫn đến những hậu quả gì?	1. Không biết 2. Không ảnh hưởng gì 3. Không khỏi bệnh 4. Tồn kém 5. Hại sức khỏe 6. Nguy cơ kháng thuốc 7. Khác (ghi rõ) _____	

PHẦN C. THỰC HÀNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH

TT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
-----------	----------------	----------------	--------------------

TT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
1.	Trung bình mỗi năm gia đình ông bà sử dụng kháng sinh khoảng bao nhiêu lần?	___ lần	
2.	Gia đình ông bà sử dụng kháng sinh cho ai?	1. Trẻ em 2. Người lớn 3. Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)	
3.	Trong đó, ai sử dụng kháng sinh nhiều nhất? (<i>chỉ chọn một đáp án</i>)	1. Trẻ em 2. Người lớn 3. Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)	
4.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng thuốc kháng sinh là khi nào?	1. Trong vòng 1 tuần trước 2. Trong vòng 1 tháng trước 3. Trong vòng 3 tháng trước 4. Trong vòng 6 tháng trước 5. Trong vòng 1 năm 6. Trên 1 năm	
5.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng thuốc kháng sinh cho ai?	1. Trẻ em trong gia đình 2. Người lớn trong gia đình	
6.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị bệnh gì?	1. Không biết/không rõ 2. Nhiễm khuẩn hô hấp 3. Tiêu chảy 4. Bệnh ngoài da 5. Bệnh ở mắt 6. Khác (ghi rõ): _____	
7.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng thuốc kháng sinh, ai là người đưa ra quyết định mua thuốc?	1. Trẻ em 2. Người lớn 3. Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên)	
8.	Quyết định đó được đưa ra dựa trên ý kiến/hướng dẫn của ai?	1. Không biết/không rõ 2. Theo đơn thuốc/hướng dẫn của bác sĩ 3. Theo tư vấn của người bán thuốc 4. Tự tìm hiểu/theo kinh nghiệm cá nhân người mua thuốc 5. Theo kinh nghiệm của người thân quen, bạn bè 6. Khác (ghi rõ): _____	
9.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà mua thuốc kháng sinh ở đâu?	1. Bệnh viện/phòng khám 2. Hiệu thuốc 3. Khác (ghi rõ) _____	
10.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng mấy loại thuốc kháng sinh?	_____	
11.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng kháng sinh trong mấy ngày?	4. 1 liều duy nhất 5. <7 ngày 6. Từ 7-10 ngày 7. Trên 10 ngày	

TT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
		8. Khác (ghi rõ) _____	
12.	Lần gần đây nhất gia đình ông/bà sử dụng thuốc kháng sinh theo (những) đường nào?	1. Không biết 2. Nhỏ/xịt 3. Bôi da/niêm mạc 4. Uống/ngậm 5. Khác (ghi rõ): _____	
13.	Lần bị ốm đó, ông/bà (hoặc người thân của họ - hỏi theo thực tế) có đi khám không?	1. Có 2. Không	2→20
14.	Nếu có, gia đình ông/bà có mua thuốc kháng sinh theo đơn không (đúng loại thuốc, đúng số lượng)?	1. Mua đúng loại thuốc và đúng số lượng 2. Mua đúng loại thuốc nhưng số lượng ít hơn 3. Mua đúng loại thuốc nhưng số lượng nhiều hơn 4. Mua loại thuốc khác 5. Không mua	1→16
15.	Tại sao lần đó gia đình ông/bà không mua thuốc theo đơn?	1. Thiếu tiền 2. Hiệu thuốc không có đúng/đủ thuốc theo đơn 3. Thấy không cần thiết 4. Lý do khác (ghi rõ) _____	
16.	Lần bị ốm đó, gia đình ông/bà có sử dụng thuốc kháng sinh theo liều được kê không?	1. Có 2. Không	
17.	Lần bị ốm đó, gia đình ông/bà có sử dụng thuốc kháng sinh theo đường dùng/cách dùng được hướng dẫn không?	1. Có 2. Không	
18.	Lần bị ốm đó, gia đình ông/bà có sử dụng thuốc kháng sinh theo thời điểm được hướng dẫn không?	1. Có 2. Không	
19.	Lần bị ốm đó, gia đình ông/bà có sử dụng thuốc kháng sinh theo số ngày được hướng dẫn không?	1. Có 2. Không	
20.	Lần bị ốm đó, ông/bà (hoặc người thân của họ - hỏi theo thực tế) có đi khám lại không?	1. Có 2. Không	
21.	Lần bị ốm đó, gia đình ông/bà có tự quyết định đi mua thêm thuốc kháng sinh về sử dụng không?	1. Có 2. Không	
22.	Lần bị ốm đó, người ốm có bị khó chịu hay gặp phải vấn đề gì khi sử dụng thuốc kháng sinh không?	1. Rồi 2. Chưa	
23.	Nếu có, người đó gặp phải những vấn đề gì?	1. Dị ứng, nổi mề-đay 2. Đau bụng	

TT	Câu hỏi	Trả lời	Ghi chú
		3. Tiêu chảy 4. Khác (ghi rõ) _____	
24.	Gia đình ông bà đã tìm kiếm sự giúp đỡ của những ai khi gặp phải (những) vấn đề đó?	1. Bác sĩ 2. Công ty sản xuất/phân phối thuốc 3. Dược sĩ/người bán thuốc 4. Người thân quen 5. Khác (ghi rõ) _____	
25.	Trong số những lần sử dụng kháng sinh, mức độ tự mua thuốc của gia đình ông bà như thế nào?	1. Không biết 2. Không bao giờ 3. Chiếm ít hơn một nửa số lần dùng thuốc 4. Chiếm một nửa số lần dùng thuốc 5. Chiếm phần lớn số lần dùng thuốc 6. Tất cả số lần dùng thuốc	
26.	Với những loại thuốc uống, gia đình ông/bà thường uống thuốc với loại nước gì?	5. Nước trắng 6. Nước trà 7. Sữa 8. Khác (ghi rõ) _____	

Mẫu 2: BẢNG KIỂM CHO GIẾNG KHƠI

Tên chủ hộ gia đình hoặc cơ sở quan sát:

Địa chỉ:

STT	Thông tin đánh giá	Kết quả quan sát	
1	Giếng cách nhà tiêu ít nhất 10m	1. Có	2. Không
2	Thành giếng cao ít nhất 0,8m	1. Có	2. Không
3	Sàn lát xi măng không bị nứt vỡ và dốc ra ngoài để không bị đọng nước	1. Có	2. Không
4	Miệng giếng có nắp đậy	1. Có	2. Không
5	Có giá hoặc cọc để treo gầu múc nước	1. Có	2. Không
6	Có rãnh thoát nước xung quanh	1. Có	2. Không
7	Nền giếng có rêu trơn	1. Có	2. Không

	Tổng số điểm nguy cơ (bằng tổng số ô sẫm màu được khoanh):	
--	--	--

Mẫu 3: PHIẾU GHI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM NƯỚC SINH HOẠT

Địa điểm xét nghiệm: Bệnh viện

Vị trí lấy mẫu:

Ngày, giờ lấy mẫu: h/...../200.....

Đặc điểm ngày lấy mẫu:

.....

Đặc điểm khu vực lấy mẫu:

.....

Ngày làm xét nghiệm:/...../

Kết quả:

TT	Chỉ tiêu xét nghiệm	Đơn vị đo	TCCP	kết quả
1	Màu			
2	Mùi			
3	Độ trong			
4	pH			
5	Chất hữu cơ:			
	- A xít			
	- Kiềm			
6	NO ₂			
7	NH ₃			
8	NaCl			

Phụ lục 2: Các mẫu sổ ghi chép hoạt động cung cấp dịch vụ và quản lý sức khỏe của cơ sở y tế xã, phường, thị trấn

1- Sổ khám bệnh (A1/YTCS)

A1/YTCS

SỔ KHÁM BỆNH

TT	Họ và tên	Tuổi		Số thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Triệu chứng	Chẩn đoán	Phương pháp điều trị	Y, BS khám bệnh	Ghi chú
		Nam	Nữ									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

2- Sổ tiêm chủng của trẻ em

2.1. Sổ tiêm chủng cơ bản cho trẻ em (A2.1/YTCS)

A2.1/YTCS

SỔ TIÊM CHỦNG CƠ BẢN CHO TRẺ EM

TT	Họ và tên	Ngày tháng năm sinh		Họ tên mẹ hoặc cha	Địa chỉ gia đình	Miễn dịch cơ bản											Tiêm nhắc lại, bổ sung		Số mẫu UV mẹ đã tiêm	Ghi chú			
		Nam	Nữ			BCG		Viêm gan B sơ sinh		DPT-VGB-Hib			Bại liệt			Sởi	TCĐĐ	DPT4			Sởi 2		
						Ngày	Sẹo	≤ 24 giờ	> 24 giờ	1	2	2	1	2	3								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		

2.3- Sổ tiêm vắc xin uốn ván cho phụ nữ

A2.3/YTCS

SỔ TIÊM VẮC XIN UỐN VÁN CHO PHỤ NỮ

TT	Họ và tên	Năm sinh	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	UV1		UV2		UV3		UV4		UV5		Ghi chú
						Ngày tháng tiêm	Tháng thai	Ngày tháng tiêm	Tháng thai	Ngày tháng tiêm	Tháng thai	Ngày tháng tiêm	Tháng thai	Ngày tháng tiêm	Tháng thai	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

3- Sổ khám Thai (A3/YTCS)

SỔ A3/YTCS

SỔ KHÁM THAI

TT	Họ và tên	Ngày khám thai	Tuổi	Thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tiền sử sức khỏe và sinh đẻ	Ngày kinh cuối cùng	Tuần thai	Dự kiến ngày sinh	Lần có thai thứ mấy	Trọng lượng mẹ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

4- Sổ đẻ (A4/YTCS)

SỔ A4/YTCS

SỔ ĐẼ

TT	Ngày đẻ	Họ và tên	Tuổi	Thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Được quản lý thai	Tiêm UV đầy đủ	Số lần KT		Xét nghiệm HIV		Tiền sử thai	
										3lần/3 kỳ	≥4lần/3 kỳ	Trước và trong mang thai	Trong chuyển dạ	Số lần đẻ đủ tháng	Số lần đẻ non
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

5- Sổ thực hiện biện pháp Kế hoạch hóa gia đình và phá thai

5.1. Sổ thực hiện biện pháp Kế hoạch hóa gia đình (A5.1/YTCS)

SỔ A5.1/YTCS

SỔ THỰC HIỆN BIỆN PHÁP KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tình trạng hôn nhân	Đặt vòng	Triệt sản	Thuốc tránh thai			Bảo cao su	Người thực hiện	Tai biến do thực hiện BPTT		Ghi chú
		Nam	Nữ							Thuốc viên	Thuốc tiêm	Thuốc cấy			Mắc	Chết	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

5.2- Sổ phá thai (A5.2/YTCS)

Sổ S5.2/YTCS

SỔ PHÁ THAI

TT	Ngày tháng	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tình trạng hôn nhân	Số con hiện có	Ngày kinh cuối cùng	Chẩn đoán thai	Phương pháp phá thai	Kết quả soi mô	Tai biến		Người thực hiện	Khám lại sau 2 tuần	Ghi chú
													Mắc	Tử vong			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

1- Sổ theo dõi tử vong (A6/YTCS)

Sổ A6/YTCS

SỔ THEO DÕI TỬ VONG

Ngày tháng ghi số	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Ngày tháng tử vong	Nơi tử vong			Nguyên nhân tử vong*	Được BHYT chăm sóc khi tử vong		Người thu thập	Ghi chú
		Nam	Nữ					Tại CSYT	Tại nhà	Khác		Có	Không		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

2- Sổ theo dõi, quản lý bệnh nhân sốt rét (A7/YTCS)

Số A7/YTCS

SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ BỆNH NHÂN SỐT RÉT

TT	Ngày tháng	Họ và tên	Tuổi		Có thai	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Có sốt	XN lam, que thử	Kết quả xét nghiệm	Chẩn đoán	Kết quả điều trị	Tên và số lượng thuốc sốt rét điều trị	Tên và số lượng thuốc sốt rét cấp tự điều trị	Nơi phát hiện
			Nam	Nữ												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

3- Sổ theo dõi, quản lý bệnh nhân tâm thần tại cộng đồng (A8/YTCS)

Số A8/YTCS

SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ BỆNH NHÂN TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

TT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Chẩn đoán			Theo dõi dùng thuốc của bệnh nhân theo tháng												PHCN; Lao động, công tác, VSCN			Kiểm tra tại nhà	
		Nam	Nữ		TT	PL	ĐK	TC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tốt	TB		Kém
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

4- Sổ theo dõi, quản lý bệnh nhân Lao tại cộng đồng (A9/YTCS)

Sổ A9/YTCS

SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ BỆNH NHÂN LAO TẠI CỘNG ĐỒNG

TT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Nghề nghiệp	Ngày về xã điều trị	Số trên phiếu ĐTCKS*	Phân loại bệnh nhân	Kết quả điều trị					Ghi chú
		Nam	Nữ						Khỏi	Hoàn thành	Chuyển	Bỏ	Chết	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

5- Sổ theo dõi, quản lý bệnh nhân HIV tại cộng đồng (A10/YTCS)

Sổ A10/YTCS

SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ BỆNH NHÂN HIV TẠI CỘNG ĐỒNG

TT	Ngày vào sổ	Họ và tên	Năm sinh		Dân tộc	Nơi cư trú	Đối tượng*		Ngày xét nghiệm kháng định	Nơi kháng định nhiễm HIV	Nơi quản lý điều trị ARV	Ngày từ vong	Ghi chú
			Nam	Nữ			Đương	Tđó: TG có thai					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

6- Sổ theo dõi công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (A11/YTCS)

SỔ A11/YTCS

SỔ THEO DÕI CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

TT	Thời gian	Địa điểm	Nội dung	Hình thức truyền thông	Đối tượng	Số người tham dự	Phương tiện, tài liệu truyền thông	Thời lượng	Đơn vị người thực hiện	Ghi chú
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

7- Sổ theo dõi, quản lý bệnh không lây nhiễm (A12/YTCS)

SỔ A12/YTCS

SỔ THEO DÕI, QUẢN LÝ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

Tên bệnh:

TT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Nghề nghiệp	Ngày phát hiện	Nơi phát hiện	Ghi chú
		Nam	Nữ					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

8- Phiếu theo dõi bệnh nhân Phong

PHIẾU THEO DÕI BỆNH NHÂN PHONG

Họ và tên: Năm sinh Nam Nữ

Địa chỉ (thôn, xóm) Nhóm bệnh: MB PB

Tháng, năm mắc bệnh: Tháng, năm phát hiện (bệnh nhân mới)

Đối tượng: Mới DDS chuyển sang Tái phát sau DDS Tái phát sau ĐHTL

Ghi tên lại Chuyển đến Độ tàn phế Chỉ số BI

Thời gian điều trị DDS (Nếu có)

Tháng năm bắt đầu ĐHTL Phác đồ MB PB Khác

Năm	Theo dõi ĐHTL (1)												STUT THTN (2)	Hoàn thành	Bỏ đi	Chết	Chuyển đi	Không rõ	Độ tàn phế	Phản ứng	Giám sát (3)				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									Năm	L/sang	Vị khuẩn	Độ t phế	P ứng
20...																									
20...																									
20...																									
20...																									
20...																									

(1) Tháng đầu tiên ghi dấu x. Các tháng sau ghi dấu P. Tháng cuối cùng ghi dấu C

(2) Số tháng uống thuốc - Số tháng cần uống trong năm

Danh sách người tiếp xúc

STT	Họ và tên	Năm sinh	Quan hệ với người bệnh	Kết quả khám										
				Tháng năm	Kết quả	Tháng năm	Kết quả	Tháng năm	Kết quả	Tháng năm	Kết quả	Tháng năm	Kết quả	

Phụ lục 3: Biểu mẫu báo cáo thống kê y tế của xã, phường, thị trấn

Biểu: 1/BCX

ĐƠN VỊ HÀNH CHÍNH, DÂN SỐ VÀ TÌNH HÌNH SINH TỬ
Báo cáo năm

STT	Chỉ tiêu	Số lượng	STT	Chỉ tiêu	Số lượng
1	2	3	4	5	6
1	Diện tích (Km ²)		7	Tổng số tử vong	
2	Số thôn, bản			Trong đó: Nữ	
3	Số thôn, bản có NVYT hoạt động			Nơi tử vong:	
4	Số thôn bản có cô đỡ được đào tạo ≥ 6 tháng			Tại CSYT	
5	Dân số của xã đến 1/7			Tại nhà	
	Trong đó: Nữ			Nơi khác	
	Số trẻ em < 5 tuổi			- Tử vong < 1 tuổi	
	Số trẻ em < 15 tuổi			Trong đó: Nữ	
	Số phụ nữ 15-49 tuổi			- Tử vong < 5 tuổi	
6	Tổng số trẻ đẻ ra sống			Trong đó: Nữ	
	Trong đó: Nữ				

Xã đạt tiêu chí Quốc gia về y tế: Có Không

Trạm Y tế đạt tiêu chuẩn xử lý chất thải: Rắn Lỏng Khí

Biểu: 2/BCX

NGÂN SÁCH TRẠM Y TẾ

Báo cáo năm

Đơn vị tính: Triệu đồng

TT	Chỉ tiêu	Số lượng	Ghi chú
1	2	3	4
I	Thu ngân sách y tế		
1	Ngân sách nhà nước cấp		
2	Thu BHYT		
3	Thu dịch vụ khám chữa bệnh		
4	Thu khác		
II	Chi ngân sách y tế		
1	Chi thường xuyên		
1.1	Chi lương cho nhân viên y tế		
1.2	Chi mua sắm phục vụ chuyên môn		
1.3	Chi khác		
2	Chi đầu tư phát triển		

Biểu: 3/BCX

TÌNH HÌNH NHÂN LỰC Y TẾ XÃ

Số có mặt đến 31 tháng 12 năm....

STT	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	Nhân lực y tế tại Trạm			Nhân lực y tế thôn bản		
		Tổng số	Trong đó		Tổng số	Trong đó	
			Nữ	Dân tộc ít người		Nữ	Dân tộc ít người
1	2	3	4	5	6	7	8
	TỔNG SỐ						
1	Tiến sĩ y khoa						
2	Chuyên khoa II Y						
3	Thạc sĩ y						
4	Chuyên khoa I y						
5	Bác sĩ						
6	Tiến sĩ YTCC						
7	YTCC chuyên khoa II						
8	Thạc sĩ YTCC						
9	YTCC chuyên khoa I						
10	CN YTCC						
11	Y sĩ						
12	KTV y sau đại học						

Biểu: 4/BCX

HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC BÀ MẸ, TRẺ EM VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Báo cáo 3, 6, 9 và 12 tháng

TT	Tên chỉ tiêu	Tổng số	Trong đó	
			Tại TYT	Tại nhà
1	2	3	4	5
I	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ:			
1	Phụ nữ có thai			
	Tr đó: vị thành niên			
2	Số PN có thai được xét nghiệm HIV			
	Trđ: Số có kết quả khẳng định nhiễm HIV			
3	Tổng số lượt khám thai			
	Trđ: Số lượt xét nghiệm nước tiểu			
4	Số phụ nữ đẻ			
	Trđ: Số đẻ tuổi vị thành niên			
	Số được quản lý thai			
	Số được tiêm đủ mũi vắc xin phòng uốn ván			
	Số được khám thai 3 lần trong 3 thời kỳ			
	Số được khám thai ≥ 4 lần trong 3 thời kỳ			

Biểu: 5/BCX

HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH

Báo cáo 3, 6, 9 và 12 tháng

TT	Chỉ tiêu	Số lượng	Ghi chú
1	2	3	4
1	Tổng số giường của trạm		
2	Tổng số lượt khám bệnh		
	Trđ: Nữ		
2.1	Số lượt khám bệnh cho bệnh nhân BHYT		
2.2	Số lượt khám bệnh bằng YHCT/kết hợp YHCT		
2.3	Số lượt khám bệnh cho Trẻ em <15 tuổi		
3	Tổng số lượt xét nghiệm		
4	Tổng số lượt siêu âm		
5	Tổng số bệnh nhân chuyển tuyến		
6	Tổng số lượt khám dự phòng		

Biểu: 6/BCX

HOẠT ĐỘNG TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

Báo cáo 3, 6, 9, 12 tháng

TT	Chỉ tiêu	Số lượng
1	2	3
A	Tiêm chủng	
I	Tiêm chủng cơ bản cho trẻ <1 tuổi	
1	Số trẻ em dưới 1 tuổi	
2	Số trẻ đã được tiêm/uống đủ liều:	
2.1	BCG	
2.2	VGB sơ sinh ≤ 24 giờ	
2.3	DPT-VGB-Hib	
2.4	Bại liệt	
2.5	Sởi	
2.6	Số trẻ tiêm chủng đầy đủ 8 bệnh có vắc-xin phòng ngừa	
II	Tiêm phòng các bệnh khác (Chỉ tính trẻ đã tiêm đủ liều)	
1	Đối tượng tiêm vắc xin phòng Viêm não Nhật bản	
	Trở: Số trẻ đã tiêm được 3 mũi	
2	Đối tượng tiêm vắc xin phòng Thương hàn	
	Trở: Số trẻ đã được tiêm	
3	Đối tượng uống vắc xin phòng Tả	

Biểu: 7/BCX

TÌNH HÌNH MẮC VÀ TỬ VONG DO TAI NẠN THƯƠNG TÍCH

Báo cáo 3, 6, 9, 12 tháng

TT	Tên TNTT	Mắc	Tử vong	Ghi chú
1	2	3	4	5
1	Tai nạn Giao thông			
2	Đuối nước			
3	Ngộ độc thực phẩm			
4	Tự tử			
5	Tai nạn lao động			
6	Tai nạn khác			

Biểu: 8/BCX

TÌNH HÌNH MẮC VÀ TỬ VONG BỆNH TRUYỀN NHIỄM GÂY DỊCH

Báo cáo 3, 6, 9, 12 tháng

TT	Tên bệnh	Nhóm (*)	Mã số theo ICD-10	Mắc	Chết
1	2	3	4	5	6
1	Tả	A	A00		
2	Thương hàn	B	A01		
3	Lỵ trực trùng	B	A03		
4	Lỵ amíp	B	A06		
5	Tiêu chảy	B	A09		
6	Viêm não vi rút	B	A83		
7	Sốt xuất huyết	B	A90/A91		
8	Sốt rét	B	B50		
9	Viêm gan vi rút	B	B15		
10	Bệnh Đại	B	A82		
11	Viêm màng não do não mô cầu	B	A39		
12	Thủy đậu	B	B01		
13	Bạch hầu	B	A36		
14	Ho gà	B	A37		
15	Uốn ván sơ sinh	B	A33		

Biểu: 9/BCX

HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH XÃ HỘI

Báo cáo 3, 6, 9, 12 tháng

TT	Nội dung	Số lượng	Ghi chú
1	2	3	4
I	Phòng chống sốt rét		
1	Tổng số bệnh nhân sốt rét mới phát hiện		
2	Số bệnh nhân tử vong do sốt rét		
II	Phòng chống HIV/AIDS		
1	Số ca nhiễm HIV mới phát hiện		
	Trđ: Nữ		
2	Số hiện nhiễm HIV được phát hiện		
	Trđ: Nữ		
3	Số hiện nhiễm HIV được phát hiện trong nhóm tuổi 15-49		
	Trđ: Nữ		
4	Số hiện mắc AIDS được quản lý		
5	Số ca tử vong do HIV/AIDS		
	Trđ: Nữ		
III	Sức khỏe tâm thần		
1	Số bệnh nhân hiện mắc động kinh		

Biểu: 10/BCX

BÁO CÁO TÌNH HÌNH TỬ VONG TỪ CỘNG ĐỒNG

Báo cáo 3, 6, 9 và 12 tháng

Nguyên nhân tử vong	Tử vong chung		Trong đó					Tử vong mẹ
	Tổng số	Nữ	<1 tuổi	Từ 1- <5 tuổi	Từ 5- <15 tuổi	Từ 15 - <60 tuổi	>60 tuổi	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
TỔNG SỐ								
1. Bệnh lao								
2. Viêm gan vi rút								
3. Sốt xuất huyết/ sốt vi rút								
4. HIV/AIDS								
5. Ung thư các loại								
6. Khối u lành tính và không rõ T/chất								
7. Đái tháo đường								
8. Các bệnh tâm thần								
9. Viêm não/màng não								
10. Tai biến mạch máu não								
11. Các bệnh khác của hệ tuần hoàn								
12. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)								

MỤC LỤC

BÀI 1. SỨC KHỎE, CÁC YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH SỨC KHỎE, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG.....	Error! Bookmark not defined.
BÀI 2. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU VÀ VAI TRÒ CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU	17
BÀI 3. THU THẬP VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG.....	27
BÀI 4. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE VÀ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN TẠI CỘNG ĐỒNG	47
BÀI 5. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỤM DÂN CƯ.....	57
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	77
PHỤ LỤC.....	78