



ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC NÔNG LÂM

Phan Thị Hồng Phúc, Phạm Đức Phúc (Đồng chủ biên)
Nguyễn Thị Kim Lan, Trần Nhật Thắng, Hạc Văn Vinh, Nguyễn Thị Tố Uyên,
Nguyễn Đức Dương, Trần Đức Hoàn, Trịnh Đình Thâu

GIÁO TRÌNH **MỘT SỨC KHỎE**



NHÀ XUẤT BẢN NÔNG NGHIỆP

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC NÔNG LÂM

PHAN THỊ HỒNG PHÚC, PHẠM ĐỨC PHÚC (Đồng chủ biên)
Nguyễn Thị Kim Lan, Trần Nhật Thắng, Hạc Văn Vinh,
Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Đức Dương, Trần Đức Hoàn, Trịnh Đình Thâu

GIÁO TRÌNH **MỘT SỨC KHỎE**



NHÀ XUẤT BẢN NÔNG NGHIỆP
HÀ NỘI – 2017

MỤC LỤC

<i>Danh mục chữ viết tắt</i>	v
<i>Danh mục bảng</i>	vii
<i>Danh mục hình</i>	ix
<i>Lời nói đầu</i>	xi

PHẦN 1	ĐẠI CƯƠNG VỀ MỘT SỨC KHỎE	1
	Chương 1 Một số vấn đề cơ bản về Một sức khỏe	3
	1.1. Khái niệm về sức khỏe, Một sức khỏe	3
	1.2. Lịch sử hình thành Một sức khỏe.	5
	1.3. Cách tiếp cận Một sức khỏe trên thế giới và Việt Nam	7
	1.4. Sự cần thiết xây dựng kế hoạch Một sức khỏe	11
	1.5. Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh và an toàn thực phẩm	13
	1.6. Cơ hội và thách thức của Một sức khỏe.	15
	Chương 2 Các yếu tố ảnh hưởng đến Một sức khỏe	21
	2.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe con người và sức khỏe động vật	21
	2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe hệ sinh thái	53
	2.3. Mối tương tác qua lại giữa sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe hệ sinh thái	61
	2.4. Ảnh hưởng của biến đổi khí hậu tới sức khỏe con người và sức khỏe động vật	64
	Chương 3 Năng lực cốt lõi Một sức khỏe	75
	3.1. Khái niệm về năng lực cốt lõi Một sức khỏe	75
	3.2. Năng lực cốt lõi Một sức khỏe	76
PHẦN 2	ÁP DỤNG NĂNG LỰC MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM	81
	Chương 4 Lập kế hoạch và quản lý kế hoạch trong kiểm soát dịch bệnh	83
	4.1. Kế hoạch và lập kế hoạch	83
	4.2. Quản lý kế hoạch	100
	Chương 5 Các yếu tố văn hóa, niềm tin và Một sức khỏe	109
	5.1. Một số khái niệm cơ bản về văn hóa.	109
	5.2. Văn hóa liên quan đến môi trường và sức khỏe	110
	5.3. Ảnh hưởng của những yếu tố văn hoá đối với sức khỏe con người	111

5.4. Niềm tin và quan niệm về sức khỏe, nguyên nhân bệnh tật từ góc độ văn hóa . . .	115
5.5. Một số thói quen, tập quán của Việt Nam và vấn đề Một sức khỏe	116
5.6. Xây dựng các chương trình can thiệp sức khỏe (dự phòng) cân nhắc yếu tố văn hóa	122
Chương 6 Lãnh đạo, hợp tác, quan hệ đối tác Một sức khỏe	123
6.1. Khái niệm về lãnh đạo	123
6.2. Khái niệm về hợp tác	124
6.3. Các phương thức hợp tác trong Một sức khỏe	126
6.4. Cách xác định các bên liên quan để xây dựng mối quan hệ hợp tác có hiệu quả trong Một sức khỏe	131
6.5. Giải quyết các mâu thuẫn/xung đột trong hợp tác	133
6.6. Áp dụng năng lực lãnh đạo trong kiểm soát dịch bệnh	138
6.7. Áp dụng năng lực hợp tác và quan hệ đối tác trong việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây và an toàn thực phẩm	139
Chương 7 Giá trị đạo đức, tư duy hệ thống Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh và an toàn thực phẩm	143
7.1. Khái niệm về giá trị đạo đức	143
7.2. Khái niệm về tư duy và phát triển tư duy	144
7.3. Khái niệm về hệ thống, đặc trưng của hệ thống	146
7.4. Tư duy hệ thống	147
7.5. Các phương thức tư duy hệ thống Một sức khỏe	154
7.6. Các bước phân tích để giải quyết vấn đề Một sức khỏe theo phương pháp tư duy hệ thống	161
7.7. Áp dụng năng lực tư duy hệ thống trong việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây và an toàn thực phẩm	165
Chương 8 Truyền thông, thông tin, chính sách và vận động chính sách trong Một sức khỏe	169
8.1. Truyền thông và thông tin	169
8.2. Chính sách và vận động chính sách	173
<i>Tài liệu tham khảo</i>	185

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

I. Danh mục viết tắt tiếng Việt

Bộ NN&PTNT	Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn
BTNMN	Bệnh truyền nhiễm mới nổi
HST	Hệ sinh thái
MSK	Một sức khỏe
UBND	Ủy ban Nhân dân
VSATTP	Vệ sinh an toàn thực phẩm

II. Danh mục viết tắt tiếng Anh

ADB	Asian Development Bank	Ngân hàng Phát triển Châu Á
AMR	Antimicrobial Resistance	Kháng kháng sinh
APSED	Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases	Chiến lược Châu Á Thái Bình Dương về dịch bệnh mới nổi
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	Hiệp hội các Quốc gia Đông Nam Á
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation	Diễn đàn hợp tác kinh tế Châu Á – Thái Bình Dương
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh của Hoa Kỳ
EPT	Emerging Pandemic Threats	Chương trình các mối đe dọa đại dịch mới nổi
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	Tổ chức Nông nghiệp và Lương thực Liên Hiệp Quốc
GRAI	Global Response to Avian Influenza	Ứng phó với dịch cúm gia cầm

HIV	Human Immunodeficiency Virus	Virus gây hội chứng suy giảm miễn dịch ở người
HPAI	Highly Pathogenic Avian Influenza	Cúm gia cầm độc lực cao
IHR	International Health Regulations	Điều lệ Y tế Quốc tế
IMCAPI	International Ministerial Conference on Animal and Pandemic Influenza	Hội nghị Bộ trưởng về phòng chống cúm gia cầm và đại dịch cúm
ILO	International Labour Organization	Tổ chức Lao động Quốc tế
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change	Ủy ban liên chính phủ về biến đổi khí hậu
MERS	Middle East Respiratory Syndrome	Hội chứng hô hấp Trung Đông
NSCHP	The National Steering Committee on Human Pandemic Influenza Prevention and Control	Ban chỉ đạo Quốc gia về phòng chống Cúm đại dịch ở người
OHCN	One Health Communication Network	Mạng lưới truyền thông Một sức khỏe
OHCC	One Health Core Competency	Năng lực cốt lõi của Một sức khỏe
OIE	World Organisation for Animal Health	Tổ chức Thú y thế giới
OPI	Organisation of Prevention Influenza	Tổ chức phòng chống Cúm gia cầm và đại dịch Cúm
PEP	Post Exposure Prophylaxis	Dự phòng sau phơi nhiễm
PrEP	Pre Exposure Prophylaxis	Dự phòng tiền phơi nhiễm
PVS	Performance of Veterinary Services	Bộ công cụ đánh giá công tác thú y
SARS	Severe acute respiratory syndrome	Hội chứng Viêm đường hô hấp cấp
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation	Hiệp hội Nam Á vì sự hợp tác khu vực
STDs	Sexually Transmitted Diseases	Các bệnh lây qua đường tình dục
SEAOHUN	South East Asia One Health University Network	Mạng lưới Một sức khỏe các trường Đại học Đông Nam Á
UN	United Nation	Liên Hợp Quốc
UNDP	United Nations Development Programme	Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc
UNICEF	United Nations Children's Fund	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
USAID	United State Agency for International Development	Cơ quan phát triển Quốc tế Hoa Kỳ
VOHUN	Vietnam One Health University Network	Mạng lưới Một sức khỏe các trường Đại học Việt Nam
WHO	World Health Organisation	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

BẢNG 2.1.	Các nguyên nhân tử vong theo tuổi và tỷ lệ theo tử vong của Úc	33
BẢNG 3.1.	Năng lực cốt lõi Một sức khỏe tại các nước Đông Nam Á	75
BẢNG 4.1.	Mẫu thu thập thông tin về bệnh cao huyết áp tại trạm y tế xã	87
BẢNG 4.2.	Bảng kiểm tra quan sát giếng nước đào	87
BẢNG 4.3.	Kế hoạch hành động	92
BẢNG 6.1.	So sánh các cách tiếp cận đa ngành, liên ngành và xuyên ngành	130
BẢNG 6.2.	Giải quyết các mâu thuẫn trong hợp tác	136
BẢNG 8.1.	Kế hoạch chiến thuật vận động	181
BẢNG 8.2.	Biểu mẫu kế hoạch vận động chính sách	182

DANH MỤC HÌNH

HÌNH 2.1.	Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Lalonde	25
HÌNH 2.2.	Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead	27
HÌNH 2.3.	Mô hình các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe	29
BIỂU ĐỒ 2.1.	Mô hình hệ thống thay đổi sử dụng đất ảnh hưởng tới sức khỏe hệ sinh thái	63
HÌNH 4.1.	Mô hình hóa lập kế hoạch theo chỉ tiêu	84
HÌNH 4.2.	Mô hình hóa lập kế hoạch từ dưới lên	84
HÌNH 4.3.	Sơ đồ về các nguyên nhân dẫn tới vấn đề sức khỏe	89
HÌNH 4.4.	Sơ đồ các nguyên nhân dẫn đến các vấn đề sức khỏe	89
HÌNH 5.1.	Đi gày gót quá cao có thể liên quan đến một số bệnh về xương và chấn thương	112
HÌNH 5.2.	Mặc áo chống nắng khi đi ra đường vào buổi sáng sớm để dẫn đến bệnh loãng xương	112
HÌNH 5.3	Nhà sàn của dân tộc Thái ở Lai Châu	115
HÌNH 5.4.	Bếp lửa trong nhà	115
HÌNH 5.5.	Món cá sống được nhiều người ưa chuộng	117
HÌNH 5.6.	Người Hàn Quốc hay ăn bạch tuộc sống	117
HÌNH 5.7.	Món gỏi cá trộn thính	117
HÌNH 5.8.	Món gỏi cá trộn rau	117
HÌNH 5.9.	Món tiết canh	118
HÌNH 5.10.	Quán ăn đường phố	119
HÌNH 5.11.	Phun thuốc trừ sâu cho rau	119
HÌNH 5.12.	Phun thuốc trừ sâu cho lúa	119
HÌNH 5.13.	Nuôi gia súc dưới gầm nhà sàn	120
HÌNH 5.14.	Sử dụng phân tươi tưới rau	121
HÌNH 5.15.	Nhà tiêu làm tạm bợ trên mặt ao	121

HÌNH 6.1.	Sơ đồ về sự hợp tác để thành công	125
HÌNH 6.2.	Mô hình các hình thức hợp tác ngành, đa ngành, liên ngành và xuyên ngành	127
HÌNH 6.3.	Chiếc ô hợp tác trong Một sức khỏe	129
HÌNH 6.4.	Các cách tiếp cận đa ngành, liên ngành và xuyên ngành trong thực hành nghiên cứu toàn diện	130
HÌNH 6.5.	Sơ đồ các bước thực hiện kiểm soát một vụ dịch	139
HÌNH 7.1.	Cấu trúc chung của sơ đồ tư duy	148
HÌNH 7.2.	Biểu đồ luồng đón tiếp bệnh nhân khám chữa bệnh	149
HÌNH 7.3.	Sơ đồ mô hình biểu đồ nhân quả	149
HÌNH 7.4.	Sơ đồ mô hình biểu đồ nhân quả về gia súc mắc bệnh Nhiệt thán	150
HÌNH 7.5.	Sơ đồ tư duy theo tương quan về người mắc bệnh Nhiệt thán	151
HÌNH 7.6.	Sơ đồ tổng hợp quá trình thu nhận kháng thể để tạo KIT xác định kháng nguyên	155
HÌNH 7.7.	Sơ đồ về biến động số lượng cá thể trong quần thể	156
HÌNH 7.8.	Sơ đồ các bên liên quan trong việc kiểm soát bệnh Sảy thai truyền nhiễm	157
HÌNH 7.9.	Sơ đồ diễn tiến của lộ trình kiểm soát bệnh Lở mồm long móng với hiệu quả tăng dần	159
HÌNH 7.10.	Đồ thị biểu diễn tỷ lệ nhiễm giun xoắn dạ múi khế theo tuổi trâu, bò	160
HÌNH 7.11.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 1)	161
HÌNH 7.12.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 2)	162
HÌNH 7.13.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 3)	162
HÌNH 7.14.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 4)	163
HÌNH 7.15.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 5)	163
HÌNH 7.16.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 6)	164
HÌNH 7.17.	Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 7)	164
HÌNH 8.1.	Áp phích truyền thông phòng bệnh Đại	172

LỜI NÓI ĐẦU

Một sức khỏe (One Health) là một phương thức phối hợp đa ngành nhằm tăng cường sức khỏe con người, động vật và môi trường đã được Tổ chức Nông Lương Liên Hiệp Quốc (FAO), Tổ chức Thú y thế giới (OIE) và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận. Phương thức tiếp cận Một sức khỏe nhằm khuyến khích nỗ lực phối hợp đa ngành tại các cấp địa phương, quốc gia, quốc tế và áp dụng các kiến thức chuyên môn nhằm cải thiện tối đa sức khỏe con người, vật nuôi và môi trường.

Trong những năm gần đây, cách tiếp cận “Một sức khỏe” đã và đang nhận được sự quan tâm sâu sắc của Chính phủ Việt Nam, thể hiện qua nhiều hoạt động mang tính quốc gia và khu vực. Điển hình là hội nghị Quốc gia ứng dụng phương thức tiếp cận Một sức khỏe trước nguy cơ các bệnh truyền nhiễm trong mối tương tác con người – động vật – hệ sinh thái ở Việt Nam; Thông tư liên tịch Bộ Y tế - Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn về “Hướng dẫn phối hợp phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người”; Quyết định của Bộ trưởng Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn ban hành Kế hoạch chiến lược Một sức khỏe Quốc gia phòng chống bệnh lây truyền giữa động vật và người.

Để tăng cường sự hiểu biết của cộng đồng về Một sức khỏe, tiến tới bảo vệ sức khỏe cho con người, vật nuôi và hệ sinh thái, Mạng lưới Một sức khỏe các trường Đại học Việt Nam đã đưa môn Một sức khỏe vào giảng dạy cho sinh viên các ngành Chăn nuôi, Thú y và Y tế công cộng.

Giáo trình Một sức khỏe do nhóm tác giả Trường Đại học Nông Lâm Thái Nguyên, Trường Đại học Y tế Công cộng, Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên, Trường Đại học Nông Lâm Bắc Giang và Học viện Nông nghiệp Việt Nam phối hợp biên soạn làm tài liệu giảng dạy môn học Một sức khỏe cho sinh viên ngành Chăn nuôi, Thú y, Y tế công cộng và Y học dự phòng.

Cuốn giáo trình Một sức khỏe giới thiệu các nội dung cơ bản về Một sức khỏe, cung cấp các kiến thức và kỹ năng cơ bản để giải quyết vấn đề Một sức khỏe cụ thể trong cộng đồng, bao gồm các phương pháp tiếp cận liên ngành và các lý thuyết cơ bản về Một sức khỏe. Thông qua môn học này, sinh viên sẽ được trang bị các khái niệm cơ bản và các năng lực cốt lõi về Một sức khỏe, từ đó có khả năng xác định được các vấn đề thuộc lĩnh vực Một sức khỏe trong cộng đồng và đề xuất hướng giải quyết với sự tham gia của nhiều bên liên quan (y tế, thú y, môi trường và các ngành khác).

Giáo trình gồm 2 phần, 8 chương, được phân công biên soạn như sau:

- Phần 1. Đại cương về Một sức khỏe
 - Chương 1 – 3. Phan Thị Hồng Phúc, Phạm Đức Phúc, Nguyễn Đức Dương, Trần Đức Hoàn
- Phần 2. Áp dụng năng lực cốt lõi Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh và an toàn thực phẩm
 - Chương 4, 5. Phan Thị Hồng Phúc, Trần Nhật Thắng, Hạc Văn Vinh, Nguyễn Thị Tố Uyên, Trịnh Đình Thâu.
 - Chương 6, 7. Phan Thị Hồng Phúc, Phạm Đức Phúc, Trần Nhật Thắng, Nguyễn Thị Kim Lan.
 - Chương 8. Phan Thị Hồng Phúc, Phạm Đức Phúc.

Để hoàn thành cuốn giáo trình này, nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn mạng lưới Một sức khỏe các trường Đại học Việt Nam (VOHUN), các chuyên gia của dự án ETP2/USAID.

Xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ của các đồng nghiệp trong suốt quá trình biên soạn. Cuốn giáo trình lần đầu tiên được in ấn chắc chắn không tránh khỏi thiếu sót. Tập thể tác giả rất mong nhận được các ý kiến của đồng nghiệp, sinh viên và bạn đọc để cuốn giáo trình được hoàn thiện hơn trong những lần xuất bản sau.

THAY MẶT NHÓM TÁC GIẢ

TS. PHAN THỊ HỒNG PHÚC – TS. PHẠM ĐỨC PHÚC

Phần 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ MỘT SỨC KHỎE

CHƯƠNG 1	Một số vấn đề cơ bản về Một sức khỏe	3
CHƯƠNG 2	Các yếu tố ảnh hưởng đến Một sức khỏe	21
CHƯƠNG 3	Năng lực cốt lõi Một sức khỏe	75

CHƯƠNG 1

MỘT SỐ VẤN ĐỀ CƠ BẢN VỀ MỘT SỨC KHỎE

1.1. KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHỎE, MỘT SỨC KHỎE

1.1.1. CÁC KHÁI NIỆM VỀ SỨC KHỎE

Từ những năm 460–370 trước công nguyên, Hippocrates đã thừa nhận, các yếu tố môi trường có ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Ông cho rằng, sức khỏe cộng đồng phụ thuộc vào môi trường trong sạch. Có nhiều khái niệm khác nhau về sức khỏe, tuy nhiên có một số khái niệm phổ biến về sức khỏe được trình bày dưới đây:

Sức khỏe hệ sinh thái Là khái niệm xuất phát từ khái niệm “sức khỏe môi trường đất” của Aldo Leopold, áp dụng các ý niệm về sức khỏe (bệnh tật và rối loạn chức năng) vào hệ sinh thái, giống như khi nó được áp dụng đối với các cá thể trong các ngành khoa học nghiên cứu về sức khỏe.

Sức khỏe của một hệ sinh thái gồm 4 đặc tính chủ yếu có thể áp dụng cho bất kỳ hệ thống phức tạp nào, gồm: tính bền vững, tính vận động, tính tổ chức và tính hồi phục.

Một hệ sinh thái khỏe mạnh và không bị các tổn thương nếu có tính ổn định và bền vững, nghĩa là nó vẫn duy trì các hoạt động chức năng của nó theo thời gian và có thể phục hồi sau các tổn thương.

Sức khỏe hệ sinh thái có thể được định nghĩa là phương pháp tiếp cận hệ thống và có sự tham gia để hiểu và nâng cao sức khỏe trong bối cảnh của sự tương tác xã hội và sinh thái. Sức khỏe hệ sinh thái không chỉ phản ánh sự hiểu biết về hệ thống xã hội, về hệ sinh thái và cách chúng tương tác với nhau, mà còn phản ánh sự hội tụ các ứng dụng, ý tưởng tổ chức từ việc quản lý kinh doanh, quy hoạch môi trường, nghiên cứu hoạt động cộng đồng, sự tham gia nghiên cứu, các hệ thống lý thuyết quan trọng và các lĩnh vực khác.

Sức khỏe hệ sinh thái là khái niệm rộng hơn nhiều so với khái niệm về sức khỏe, bởi các lĩnh vực đa dạng của nó bao gồm quản lý tài nguyên thiên nhiên, môi trường, động vật và con người. Khái niệm sức khỏe hệ sinh thái đã được hình thành bởi sự phát triển bền vững trong những năm 1980.

Sức khỏe toàn cầu Là sức khỏe của người dân trong bối cảnh toàn cầu, vượt lên trên những quan điểm và các mối quan tâm của mỗi quốc gia. Trong sức khỏe toàn cầu, các vấn đề vượt qua biên giới quốc gia hoặc có ảnh hưởng chính trị và kinh tế toàn cầu thường được nhấn mạnh. Lĩnh vực nghiên cứu và thực hành của nó ưu tiên cải thiện sức khỏe và đạt được sức khỏe tối ưu cho tất cả mọi người trên toàn thế giới. Như vậy, sức khỏe toàn cầu chính là sự cải thiện sức khỏe của người dân trên toàn thế giới, nhằm làm giảm sự bất bình đẳng và chống lại các mối đe dọa toàn cầu qua các biên giới quốc gia.

Sức khỏe toàn cầu tập trung vào các yếu tố sau:

- Y học mô tả các biểu hiện bệnh lý của bệnh và nâng cao công tác phòng chống, chẩn đoán và điều trị.
- Y tế công cộng nhấn mạnh sức khỏe của toàn dân.
- Dịch tễ học giúp xác định các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của các vấn đề về sức khỏe.
- Dân số học cung cấp dữ liệu cho các quyết định về chính sách.
- Kinh tế nhấn mạnh cách tiếp cận hiệu quả và lợi ích chi phí cho việc phân bổ tối ưu các nguồn lực y tế.
- Các ngành khoa học xã hội khác như nghiên cứu xã hội học, phát triển, nhân chủng học, nghiên cứu văn hóa và pháp luật có thể giúp hiểu được những yếu tố quyết định đến các vấn đề sức khỏe trong xã hội.

Sức khỏe toàn cầu cũng chia sẻ cách tiếp cận đa và liên ngành đến các vấn đề sức khỏe cũng như sự thừa nhận rằng việc đạt được sức khỏe tối ưu là lợi ích của cộng đồng, đòi hỏi phải có sự tham gia của nhiều bên liên quan, của các cơ quan và tổ chức.

1.1.2. MỘT SỨC KHỎE

Một sức khỏe (MSK) bao gồm sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe môi trường. MSK là một phương thức phối hợp đa ngành nhằm tăng cường sức khỏe con người, động vật và môi trường, đã được Tổ chức Nông nghiệp và Lương thực Liên Hiệp Quốc (FAO), Tổ chức Thú y thế giới (OIE) và Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận. Phương thức tiếp cận MSK nhằm khuyến khích nỗ lực phối hợp đa ngành tại các địa phương, quốc gia và quốc tế. Ngoài áp dụng cho các bệnh truyền nhiễm, MSK còn là nội dung quan trọng cho công tác phòng ngừa, giám sát và ứng phó các bệnh truyền lây từ động vật sang người.

Như vậy, MSK là khái niệm rộng, phản ánh bất kỳ mối quan hệ nào giữa sức khỏe con người, động vật và môi trường. Từ góc độ y tế công cộng, mục tiêu cuối cùng của MSK là làm thế nào để có Một sức khỏe con người tốt nhất, hay sức khỏe con người được đặt trong mối quan hệ với sức khỏe động vật và môi trường.

Có nhiều định nghĩa về MSK, nhưng ý nghĩa của nó vẫn là sự hợp tác giữa các ngành. Hợp tác trên các lĩnh vực có tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến sức khỏe, tối ưu hóa nguồn lực và những nỗ lực trong khi tôn trọng quyền tự chủ của các lĩnh vực khác nhau. Để nâng cao hiệu quả của các phương pháp tiếp cận MSK, việc cần thiết là phải thiết lập một sự cân bằng tốt hơn giữa các nhóm ngành hiện có và mạng lưới, đặc biệt là giữa các bác sĩ thú y và bác sĩ nhân y, tăng cường sự tham gia của các chuyên gia về sức khỏe môi trường và động vật hoang dã, cũng như các nhà khoa học xã hội và các tổ chức phát triển.

Cần phải nhận thức rằng, có sự gắn bó chặt chẽ giữa sức khỏe con người, sức khỏe động vật và hệ sinh thái. MSK tìm cách thúc đẩy, nâng cao và bảo vệ sức khỏe của tất cả các loài bằng cách tăng cường hợp tác giữa các bác sĩ nhân y, bác sĩ thú y, các nhà khoa học y học và các chuyên gia môi trường nhằm phát huy thế mạnh trong lĩnh vực lãnh đạo và quản lý để đạt được những mục tiêu trên.

1.2. LỊCH SỬ HÌNH THÀNH MỘT SỨC KHỎE

Sự hình thành và phát triển cách tiếp cận “Một sức khỏe” trải qua các giai đoạn khác nhau trong lịch sử phát triển xã hội. Người Ai Cập cổ đại khoảng 1800 năm trước công nguyên đã có những ý tưởng liên quan đến cách chữa bệnh chung cho người và động vật. Người Trung Quốc đã phát triển ngành Thú y là ngành riêng trong khoảng thế kỷ 11–13. Năm 1762, trường học Thú y đầu tiên được Claude Bourgelat thành lập ở Lyon nước Pháp. Ông đã đưa các giáo trình Y học của người vào giảng dạy cho sinh viên ngành Thú y, sau đó bị dư luận chỉ trích nặng nề do thời đó xã hội chưa chấp nhận vấn đề Một sức khỏe.

Trong thế kỷ 19, bệnh học tế bào ra đời, các nhà khoa học như Rudolf Virchow đã đi theo hướng nghiên cứu kết hợp các ngành khoa học sức khỏe con người và khoa học thú y, dựa trên sự giống nhau của các quá trình bệnh giữa người và động vật. Rudolf Virchow (thế kỷ 19) đã đề cập đến sự phụ thuộc lẫn nhau giữa sức khỏe con người và động vật. Osler (1849–1919) được nhiều người biết đến như là cha đẻ của khái niệm “Một sức khỏe”. Năm 1976, Calvin Shwabe là người đưa ra ý tưởng thống nhất khái niệm “One Medicine”, mô tả mối tương tác hệ thống giữa con người và động vật về các mặt như dinh dưỡng, sinh kế và sức khỏe. Ông đã đề xuất cách tiếp cận thống nhất chống lại bệnh truyền lây bằng cách sử dụng thuốc cho cả người và động vật. Như vậy, khái niệm “One Medicine” được hiểu ở phạm vi tương đối hẹp vì liên quan nhiều đến các kiến thức cơ bản về các môn học nói trên, đề cập nhiều hơn ở cấp độ cá thể của người và động vật. Nếu đặt vấn đề sức khỏe con người và động vật trong bối cảnh có sự tương tác

giữa con người, động vật và môi trường sống của chúng thì khái niệm này sẽ trở thành khái niệm “Một sức khỏe”. Ngày 29/9/2004, Hiệp hội Bảo tồn động vật hoang dã đã tập hợp một nhóm chuyên gia sức khỏe con người và động vật tổ chức hội nghị chuyên đề tại Đại học Rockefeller ở thành phố New York. Chuyên đề của hội nghị này là ‘Xây dựng cầu nối liên ngành cho sức khỏe trong một “thế giới toàn cầu hóa”, “thảo luận về mô hình chuyển động của các bệnh ở người, vật nuôi và động vật hoang dã”. Hội nghị đã xác định 12 vấn đề ưu tiên để chống lại các mối đe dọa đối với sức khỏe con người và động vật. Các ưu tiên này được gọi là “Nguyên tắc Manhattan”, là nguyên tắc tiếp cận liên ngành quốc tế để ngăn chặn bệnh tật, từ đây hình thành nên cơ sở của khái niệm “Một sức khỏe, một thế giới”.

Hội nghị Bộ trưởng Quốc tế về cúm gia cầm và đại dịch cúm (IMCAPI) tại New Delhi tháng 12/2007, đã tập trung thảo luận về vấn đề: thúc đẩy Một sức khỏe là sự phát triển tự nhiên của toàn cầu để ứng phó với dịch cúm gia cầm (GRAI). Tại hội nghị Bộ trưởng Quốc tế về cúm gia cầm và đại dịch cúm (IMCAPI) tại Sharm El-Sheikh, tháng 10/2008, Một sức khỏe đã trở thành một vấn đề thời sự và được thảo luận sôi nổi.

Năm 2009, sau khi được cử làm giám đốc Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh của Hoa Kỳ (CDC), Lonnie King đã đề xuất thành lập văn phòng Một sức khỏe. Văn phòng được xây dựng là đầu mối cho các tổ chức sức khỏe động vật và tăng cường hợp tác bên ngoài. Từ đó, vai trò của văn phòng Một sức khỏe đã được nâng lên, bao gồm hỗ trợ nghiên cứu cho y tế công cộng, tạo điều kiện cho việc trao đổi dữ liệu và thông tin giữa các nhà nghiên cứu trong các lĩnh vực.

Năm 2009, cơ quan phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID), đã thiết lập chương trình “Các mối đe dọa từ dịch bệnh mới nổi” (Emerging Pandemic Threats - EPT). Mục đích của chương trình là đảm bảo sự phối hợp, nỗ lực toàn diện để ngăn chặn sự xuất hiện của các bệnh có nguồn gốc động vật có thể đe dọa đến sức khỏe con người trên phạm vi toàn cầu. Chương trình EPT do các nhà chuyên môn trong lĩnh vực chăn nuôi và sức khỏe con người để xây dựng năng lực Một sức khỏe cấp quốc gia, khu vực và địa phương để phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán bệnh trong phòng thí nghiệm bằng các phản ứng nhanh, ngăn chặn bệnh và giảm thiểu rủi ro.

Năm 2010, tại Hà Nội hội nghị Bộ trưởng Quốc tế với sự tham gia của 71 quốc gia và tổ chức trong khu vực đã thống nhất: các nước đều phải tham gia và thực hiện rộng rãi Một sức khỏe trong phòng chống dịch cúm gia cầm. Với kinh nghiệm của đại dịch cúm H₁N₁ và cúm gia cầm H₅N₁, Hội nghị khẳng định cần phải chú ý nhiều hơn đến quan hệ giữa sức khỏe con người và động vật để giải quyết các mối đe dọa xảy ra khi có sự tương tác giữa động vật, con người và hệ sinh thái. Hội nghị đã kêu gọi hành động tập trung vào sức khỏe con người - động vật - hệ sinh thái và đề nghị thực hiện rộng rãi các khuyến nghị của Một sức khỏe.

Năm 2016, Bộ Nông nghiệp & Phát triển nông thôn, Bộ Y tế đã xây dựng kế hoạch chiến lược Một sức khỏe Quốc gia phòng chống bệnh lây truyền giữa động vật và người.

1.3. CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

1.3.1. CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TRÊN THẾ GIỚI

Trong những năm gần đây, thế giới đang phải đương đầu với nguy cơ xuất hiện và lan truyền các bệnh truyền nhiễm mới nổi (BTNMN) hoặc tái bùng phát ở người, vật nuôi và động vật hoang dã. Những bệnh này xuất hiện từ mối tương tác con người – động vật – hệ sinh thái và có khả năng gây hậu quả khôn lường đối với sức khỏe con người, sinh kế, sự phát triển kinh tế và nhiều vấn đề khác. Những minh chứng khoa học cho thấy, có khoảng 60% các bệnh truyền nhiễm ở người có nguồn gốc từ động vật và ít nhất 75% mầm bệnh của các bệnh truyền nhiễm mới nổi ở người (ví dụ bệnh Ebola, bệnh AIDS, bệnh Cúm) đều có nguồn gốc từ động vật.

Thế giới đã liên tục nỗ lực nhằm đối phó với dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi, không ngừng nâng cao hiểu biết về nguy cơ dịch bệnh dựa trên những nghiên cứu, trao đổi chính sách, khoa học kỹ thuật, thống nhất cho rằng tiếp cận Một sức khỏe cần phải được điều phối ở cấp toàn cầu, khu vực và quốc gia.

Tiếp cận Một sức khỏe là sự gắn bó chặt chẽ giữa sức khỏe con người, sức khỏe động vật (bao gồm vật nuôi, động vật hoang dã và những loài vật khác) và sức khỏe hệ sinh thái. Theo đó, tiếp cận Một sức khỏe để ứng phó với sự đe dọa của các bệnh truyền nhiễm trong mối tương tác con người – động vật – hệ sinh thái là sự phối hợp các ban, ngành, các lĩnh vực khác nhau, nhằm xác định nguy cơ tiềm tàng đối với sức khỏe cộng đồng liên quan đến bệnh truyền nhiễm, từ đó triển khai các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát hiệu quả.

Điều lệ Y tế quốc tế (IHR, 2005) đã cam kết với các quốc gia sẽ tập trung phát triển 8 năng lực trọng điểm nhằm xác định, điều tra và ứng phó với các trường hợp khẩn cấp trên phạm vi toàn cầu, bao gồm: (1) luật pháp, chính sách và tài chính của các quốc gia; (2) cơ chế điều phối các tài nguyên của quốc gia và các đối tác liên ngành; (3) giám sát; (4) ứng phó; (5) dự phòng; (6) truyền thông về nguy cơ; (7) nguồn nhân lực; (8) phòng thí nghiệm. Việt Nam đã đạt được những yêu cầu ở mức tối thiểu và hiện nay đang cân nhắc khả năng đánh giá các hoạt động của quốc gia với khung chương trình quan trắc và đánh giá Điều lệ Y tế quốc tế cập nhật.

Tổ chức Thú y thế giới (OIE) cũng đưa ra một khung chương trình tương tự nhằm hướng đến việc cải thiện các dịch vụ thú y, thông qua việc sử dụng công cụ đánh giá hiệu suất dịch vụ thú y (PVS). Khác với Điều lệ Y tế quốc tế (IHR), việc đánh giá này bao gồm rà soát về khía cạnh năng lực.

Chiến lược Thái Bình Dương về dịch bệnh mới nổi (APSED) nhằm nâng cao các năng lực trọng điểm quốc gia được nhắc đến trong khuôn khổ điều lệ Y tế Quốc tế, bao gồm 8 lĩnh vực: (1) giám sát, đánh giá nguy cơ và ứng phó; (2) phòng thí nghiệm; (3) bệnh truyền nhiễm từ động vật; (4) phòng ngừa và kiểm soát bệnh truyền nhiễm; (5) truyền thông về nguy cơ; (6) dự phòng các trường hợp y tế công cộng khẩn cấp; (7) dự phòng, cảnh báo và ứng phó cấp vùng; (8) quan trắc và đánh giá. Mục tiêu của chiến lược này nhằm giảm

thiếu các nguy cơ, tăng cường phát hiện sớm, dự phòng và phản ứng nhanh, đồng thời xây dựng các đối tác bền vững. Chương trình APSED hiện đang trong quá trình cập nhật cho giai đoạn 5 năm tiếp theo và sẽ là một tài liệu quan trọng làm cơ sở đối chiếu với kế hoạch quốc gia phòng chống bệnh truyền lây từ động vật sang người.

Chương trình an ninh y tế toàn cầu thúc đẩy việc ứng dụng mô hình Một sức khỏe trong việc phòng chống, phát hiện và ứng phó với các dịch bệnh mới nổi. Các gói hành động phòng chống bệnh truyền nhiễm từ động vật sang người vẫn đang được thiết lập cho phù hợp, đồng thời các trung tâm ứng phó khẩn cấp vẫn đang trong quá trình thiết lập và tích hợp các mục tiêu thiết thực cho giai đoạn 5 năm tiếp theo.

Hội nghị Quốc tế các bộ trưởng về cúm động vật và đại dịch (International Ministerial Conference on Animal and Pandemic Influenza - IMCAPI, 2010) tổ chức tại Hà Nội năm 2010 đã đưa ra 16 lĩnh vực quan trọng cho các nỗ lực cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu; kêu gọi các nước thành viên xây dựng chiến lược quốc gia, kế hoạch hành động và những biện pháp can thiệp, nhằm huy động toàn xã hội, các ban ngành, nhiều lĩnh vực và hoạt động của cộng đồng nhằm đối phó với sự đe dọa của bệnh phát sinh trong mối tương tác con người - động vật - hệ sinh thái. Đồng thời coi trọng việc xây dựng kế hoạch hoạt động liên tục trong các ngành chủ chốt, thúc đẩy các bên liên quan tăng cường thể chế và cơ chế thực thi để hỗ trợ sự hợp tác, làm việc, nâng cao hiệu quả truyền thông về nguy cơ ở tất cả các cấp, đặc biệt ở cộng đồng.

Ngân hàng phát triển Châu Á (ADB) đã tổ chức hội nghị về “Hợp tác trong lĩnh vực Thú y và phòng chống bệnh truyền nhiễm lây từ động vật sang người: Cúm gia cầm độc lực cao và các dịch bệnh khác”, cung cấp một khung chương trình tương tự cho việc hợp tác giữa hai lĩnh vực Y tế và Thú y trong việc phòng chống các bệnh truyền lây từ động vật đang được ưu tiên trong số nhiều bệnh truyền nhiễm khác như cúm gia cầm, bệnh dại, bệnh xoắn khuẩn, bệnh có nguồn gốc do thực phẩm nhiễm *Salmonella* và bệnh sảy thai truyền nhiễm.

Ngân hàng phát triển Châu Á (ADB) đang hỗ trợ Việt Nam thông qua dự án an ninh y tế tiểu vùng thượng lưu sông Mê Kông (2017 - 2022) để tăng cường (1) kiểm soát các bệnh truyền lây qua biên giới, đặc biệt đối với cư dân qua lại và dọc các hành lang kinh tế; (2) giám sát các bệnh truyền nhiễm, bao gồm các hệ thống thông báo điện tử và khả năng ứng phó ổ dịch; (3) dịch vụ phòng thí nghiệm cấp huyện và các quy trình phòng chống nhiễm khuẩn trong các bệnh viện tuyến huyện. Dự án được thiết kế nhằm hỗ trợ các hợp phần của APSED.

Ở cấp độ toàn cầu đã có nhiều cơ chế của các tổ chức liên Chính phủ, nhiều kế hoạch hành động và nhiều chương trình được thành lập và đóng góp cho nỗ lực Một sức khỏe, trong đó phải kể đến sự phối hợp toàn cầu của FAO - OIE - WHO nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe trong mối tương tác con người - động vật - hệ sinh thái; Sáng kiến hướng tới thế giới an toàn hơn (Towards a safer world - TASW); Sáng kiến an ninh y tế toàn cầu (Global Health Security), liên minh sức khỏe - sinh thái (Eco - Health Alliance); Chương trình các mối đe dọa đại dịch mới nổi của Cơ quan Phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID),

(USAID's Emerging Pandemic Threats - EPT) và chương trình an ninh y tế toàn cầu. Ở khu vực, những nỗ lực tập trung ở khối liên minh chính phủ như ASEAN và APEC, các chương trình, mạng lưới đa bên như chương trình của liên minh Châu Âu về nâng cao năng lực khu vực trong phòng chống, loại trừ những bệnh có tác nhân độc lực cao và mới nổi (HPED), trong đó có cúm gia cầm độc lực cao (HPAI) ở khu vực ASEAN và các quốc gia trong Hiệp hội Nam Á vì sự hợp tác khu vực (SAARC).

Ở cấp quốc gia, một số nước đi đầu trong việc xây dựng các diễn đàn/đối tác quốc gia về Một sức khỏe như Ủy ban Quốc gia về kiểm soát cúm gia cầm và phòng đại dịch cúm của Indonesia (FBPI), đối tác phòng chống cúm gia cầm và cúm ở người tại Việt Nam (PAHI), từ năm 2016 đã đổi là Đối tác Một sức khỏe (OHP), ở Bangladesh và Thái Lan cũng đã phát triển chiến lược/lộ trình Một sức khỏe quốc gia và nhiều sáng kiến khác từ các nước châu Phi.

1.3.2. CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỨC KHỎE TẠI VIỆT NAM

Bộ trưởng Bộ NN&PTNT kiêm Trưởng ban chỉ đạo Phòng chống Cúm gia cầm, đại diện Chính phủ Việt Nam cùng đối tác quốc tế và các bên liên quan tham gia xây dựng và ký khung đối tác Một sức khỏe phòng chống dịch bệnh từ động vật sang người, hướng dẫn tăng cường và áp dụng phương thức tiếp cận Một sức khỏe tại Việt Nam. Khung đối tác này được xây dựng trên cơ sở đối tác cúm gia cầm và cúm ở người đã hoạt động nhiều năm ở Việt Nam, với các nội dung sau:

Khu vực châu Á, trong đó có Việt Nam được xác định là một trong năm “điểm nóng” toàn cầu có nguy cơ rất cao xuất hiện các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm mới nổi, bao gồm các bệnh lây truyền từ vật nuôi, động vật hoang dã hoặc hệ sinh thái. Những bệnh truyền nhiễm mới nổi đã ghi nhận ở Việt Nam trong thập kỷ qua bao gồm Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS, 2003), Cúm gia cầm (Cúm A/H₅N₁, 2009). Trong cùng thời kỳ, các dịch bệnh trên vật nuôi như Hội chứng rối loạn sinh sản và hô hấp ở lợn - bệnh tai xanh (PRRS), Lở mồm long móng (FMD), Cúm lợn cổ điển (CSF) đã gây ra những tổn thất lớn về kinh tế, trong đó một số dịch bệnh có khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe con người, vật nuôi và động vật hoang dã được xác định là một mối nguy cơ tiềm tàng. Quá trình toàn cầu hóa, đô thị hóa diễn ra mạnh mẽ, sự giao lưu của con người bằng những phương tiện giao thông hiện đại là cơ hội cho các ổ dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi từ động vật lây sang người trong hiện tại, hoặc có thể trong tương lai, mặc dù bệnh phát sinh ở bên ngoài biên giới quốc gia cũng có thể là mối đe dọa đối với Việt Nam.

Trong những năm qua, hai Ban chỉ đạo quốc gia đã được thành lập, bao gồm đại diện các Bộ/Ngành tham gia ứng phó các bệnh dịch truyền nhiễm ở người và động vật. Đó là Ban chỉ đạo quốc gia phòng chống cúm gia cầm (NSCHP), được thành lập trên cơ sở Ban chỉ đạo quốc gia phòng chống SARS, 2003. Đối tác phòng chống cúm gia cầm và cúm ở người được thành lập năm 2006 với tổng số 26 thành viên (trong nước và quốc tế) nhằm hỗ trợ điều phối các nỗ lực của Chính phủ và quốc tế ở Việt Nam trong khuôn khổ

Chương trình hành động quốc gia phòng chống cúm gia cầm và cúm ở người giai đoạn 2006 - 2010, sau đó được gia hạn 05 năm nhằm hỗ trợ chương trình phối hợp hành động quốc gia phòng chống cúm gia cầm, dự phòng đại dịch và các bệnh truyền nhiễm mới nổi (AIPED) giai đoạn 2011 - 2015.

Các chương trình hoạt động đã được triển khai với sự phối hợp liên ngành, liên lĩnh vực trong phòng chống bệnh truyền nhiễm, với sự hỗ trợ của Liên Hiệp Quốc (UN), Các cơ quan kỹ thuật quốc tế, Ngân hàng Thế giới, Chính phủ Hoa Kỳ (USG), Liên minh châu Âu, các đối tác quốc tế, đa phương, song phương và các đối tác xã hội dân sự. Nhiều nhóm kỹ thuật đã được thành lập, hoạt động như nhóm công tác về an ninh sinh học (BSWG). Mạng lưới truyền thông Một sức khỏe (OHCN), mạng lưới các trường Đại học Một sức khỏe các trường Đại học Việt Nam (VOHUN) đã tập hợp được các chuyên gia về sức khỏe con người, sức khỏe động vật, vật nuôi, động vật hoang dã và sức khỏe hệ sinh thái từ các viện nghiên cứu, các trường đại học trong cả nước. Nhóm đối tác Y tế Liên Hiệp Quốc - Chính phủ tại Việt Nam (HPG) cũng đã thành lập Tiểu ban về bệnh truyền nhiễm, nằm trong phạm vi hoạt động Một sức khỏe.

Mô hình Một sức khỏe đã được triển khai thành công ở Việt Nam, thông qua sự phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế trong phòng chống cúm gia cầm giai đoạn 2007 - 2011 và dự án phòng chống cúm gia cầm và cúm người (VAHIP) do Ngân hàng Thế giới tài trợ.

Ngày 27/5/2013, Bộ Y tế và Bộ NN&PTNT đã ban hành Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT hướng dẫn việc phối hợp phòng chống dịch bệnh lây truyền từ động vật sang người. Song song với chương trình phối hợp hành động quốc gia về cúm gia cầm, dự phòng đại dịch và các bệnh truyền nhiễm mới nổi (AIPED), Chính phủ Việt Nam cũng tiếp tục xây dựng các kế hoạch và chuyên đề ngành, như Kế hoạch Quốc gia phòng ngừa và kiểm soát Cúm gia cầm từ năm 2014 đến năm 2018 (Bộ NN&PTNT, tháng 3/2014) và chính sách y tế dự phòng.

Thống nhất với công bố của tại hội nghị Bộ trưởng quốc tế về phòng chống cúm gia cầm và đại dịch cúm (IMCAPI) năm 2010 tại Hà Nội, Chính phủ Việt Nam đã xây dựng chương trình phối hợp hành động quốc gia phòng chống Cúm gia cầm, dự phòng đại dịch và các bệnh truyền nhiễm mới nổi (AIPED) giai đoạn 2011 - 2015. AIPED thể hiện mong muốn của Chính phủ Việt Nam trong việc áp dụng phương thức tiếp cận Một sức khỏe và kêu gọi rà soát chuyển đổi đối tác PAHI nhằm mở rộng các mục tiêu Một sức khỏe, nơi rộng trọng tâm sang các dịch bệnh lây từ động vật mới nổi nói chung, thay cho trọng tâm duy nhất về dịch cúm gia cầm trong sách Xanh.

Hội nghị quốc gia Một sức khỏe lần thứ hai được tổ chức ở Hà Nội vào tháng 4/2013 một lần nữa khẳng định sự cần thiết của việc tăng cường năng lực Một sức khỏe cấp quốc gia, theo đó đưa ra khuyến nghị và lộ trình phát triển Mạng lưới Một sức khỏe các trường Đại học ở Đông Nam Á (SEAOHUN), đồng thời xây dựng và thống nhất được 7 năng lực cốt lõi chung cho vùng, trong đó có Việt Nam. Đó là:

- Hợp tác và quan hệ đối tác.
- Giá trị và đạo đức.

- Lãnh đạo.
- Lập kế hoạch và quản lý.
- Truyền thông và thông tin.
- Tư duy hệ thống.
- Văn hóa và niềm tin.

1.4. SỰ CẦN THIẾT XÂY DỰNG KẾ HOẠCH MỘT SỨC KHỎE

Ngày 12/7/2017, Việt Nam đã chính thức ban hành Bản kế hoạch chiến lược Một sức khỏe phòng chống bệnh truyền lây giữa động vật và người, với mục đích giảm các tác động đến sức khỏe cũng như những ảnh hưởng khác do dịch bệnh truyền lây từ động vật hoặc có nguồn gốc từ động vật gây ra. Bản Kế hoạch đặt ra các mục tiêu cụ thể như: i) Tăng cường năng lực thực hiện tiếp cận Một sức khỏe trong việc phòng ngừa, kiểm soát các bệnh truyền lây giữa động vật và người nói chung; ii) Đẩy mạnh dự phòng các trường hợp khẩn cấp đối với bệnh có nguồn gốc động vật xuất hiện trên người; iii) Vận dụng các nguyên tắc Một sức khỏe nhằm hạn chế tác động đến sức khỏe cộng đồng của các bệnh lây từ động vật được ưu tiên hiện nay.

Lập kế hoạch và quản lý Một sức khỏe nhằm thiết kế, thực hiện và đánh giá các chương trình hợp tác xuyên ngành, đa lĩnh vực để tối đa hóa hiệu quả của hoạt động và đầu ra mong đợi của chương trình Một sức khỏe. Vì vậy việc lập kế hoạch Một sức khỏe là cần thiết cho các chương trình Một sức khỏe được triển khai ở cấp quốc gia, khu vực và quốc tế, với các lý do sau đây.

Hiện nay bệnh truyền lây từ động vật đang là mối đe dọa thường trực, gây nhiều ảnh hưởng đến y tế, kinh tế và xã hội ở nhiều nước trên thế giới. Trong bối cảnh có nhiều biến đổi môi trường trong phạm vi toàn cầu, nguy cơ các dịch bệnh mới nổi và bệnh truyền lây từ động vật có xu hướng ngày càng tăng. Cách tiếp cận Một sức khỏe được công nhận rộng rãi là phương pháp kiểm soát hiệu quả nhất đối với các loại dịch bệnh này. Đây là cách tiếp cận liên ngành, bao gồm cả khía cạnh phòng ngừa và ứng phó.

Kế hoạch Một sức khỏe được thiết kế nhằm tăng cường năng lực Một sức khỏe của các quốc gia, từ đó giảm thiểu tác động của dịch bệnh trên các lĩnh vực y tế cũng như các lĩnh vực khác. Trọng tâm của kế hoạch là hướng tới phát triển năng lực Một sức khỏe cốt lõi và tăng cường nỗ lực quốc gia đối với dịch bệnh và các lĩnh vực được ưu tiên. Việc lập kế hoạch Một sức khỏe là chi tiết hóa các công việc cần có sự hợp tác liên ngành, mô tả các hoạt động được triển khai, đồng thời chỉ ra những thiếu hụt trong ngân sách và các lĩnh vực cần tài trợ.

Ở các trường đại học, cần tập trung vào việc xây dựng đội ngũ cán bộ chuyên môn để trở thành người đi tiên phong về Một sức khỏe trong hiện tại và tương lai. Ngoài ra, cần phát triển năng lực cần thiết về Một sức khỏe, xác định chương trình đào tạo, cải thiện

phương pháp dạy và học, liên kết các năng lực cốt lõi Một sức khỏe với chương trình giảng dạy hiện có, phát triển công tác chuyên môn cho các giảng viên của các trường đại học.

Xây dựng bằng chứng khoa học về Một sức khỏe thông qua nghiên cứu, đánh giá và giải quyết các nhu cầu nghiên cứu Một sức khỏe Quốc gia, hợp tác và phát triển nghiên cứu Một sức khỏe, phát triển kỹ năng trình bày và công bố bài báo.

Tạo dựng khuôn khổ Một sức khỏe chung, liên quan đến các vấn đề quản trị và điều phối (cơ chế hoạt động liên ngành, đặc biệt với sự tham gia mạnh mẽ của lĩnh vực môi trường), cụ thể: (1) Cơ chế điều phối quốc gia có khả năng điều phối các lĩnh vực Y tế, Thú y, sức khỏe của động vật hoang dã, môi trường và nhiều lĩnh vực khác có liên quan trong tình huống dịch bệnh khẩn cấp và không khẩn cấp; (2) Kết nối các cơ quan chính phủ với các tổ chức xã hội, dân sự và các bên liên quan chủ chốt trong quá trình tham vấn và tập hợp thông tin chuyên ngành cũng như các chương trình hợp tác phòng ngừa và kiểm soát dịch bệnh; (3) Duy trì vận hành đối tác Một sức khỏe phòng chống bệnh truyền lây giữa động vật và người với ban thư ký đối tác để tạo nền tảng cho đối thoại chính sách và quản trị tri thức liên quan đến Một sức khỏe, bệnh truyền lây từ động vật, đồng thời hỗ trợ, điều phối các bên liên quan đến Một sức khỏe; (4) Tiến hành phối hợp điều tra các ổ dịch có nguồn gốc từ động vật khi cần thiết.

Tạo dựng khuôn khổ Một sức khỏe liên quan tới việc kiểm soát các trường hợp bệnh có nguồn gốc từ động vật xuất hiện trên người. Trong giai đoạn 2016–2020 sẽ triển khai các hoạt động cần thiết cho việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong giải quyết dịch bệnh trên người, cụ thể: (1) Ban chỉ đạo phòng chống dịch bệnh khẩn cấp đi vào hoạt động; (2) Xác định vai trò đầy đủ của các ban, ngành khác bên cạnh Bộ Y tế; (3) Trung tâm kiểm soát các trường hợp khẩn cấp được trang bị đầy đủ cho khả năng ứng phó với mọi mối đe dọa; (4) Rà soát và thử nghiệm kế hoạch dự phòng toàn dân với đại dịch; (5) Các hệ thống giám sát dịch bệnh khẩn cấp phù hợp; (6) Truyền thông nguy cơ về ổ dịch.

Tạo dựng một khuôn khổ Một sức khỏe liên quan tới việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong kiểm soát các loại virus cúm có khả năng phát triển thành đại dịch. Giai đoạn 2016–2020 sẽ triển khai các hoạt động nhằm tìm hiểu sâu sắc hơn các loại virus cúm trên động vật, từ đó giảm thiểu mối đe dọa của chúng đối với sức khỏe con người. Cụ thể: (1) Chương trình giám sát virus cúm gia cầm độc lực cao và virus cúm lợn; (2) Các chương trình tiêm phòng hiệu quả cho đàn gia cầm; (3) Tiến tới loại trừ các chủng virus cúm gia cầm độc lực cao; (4) Giám sát các ca mắc bệnh đường hô hấp trên người để sớm phát hiện các virus cúm gia cầm mới.

Tạo dựng một khuôn khổ Một sức khỏe liên quan tới việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong kiểm soát bệnh dại. Hoạt động chính bao gồm tăng cường tiêm phòng cho đàn chó, các chương trình tăng cường trách nhiệm của chủ nuôi để giảm thiểu số lượng chó thả rông tại khu vực có nguy cơ cao, điều trị dự phòng sau phơi nhiễm cho những đối tượng tiếp xúc với chó nghi nhiễm dại, đồng thời áp dụng có chọn lọc các gói dự phòng tiền phơi nhiễm cho nhóm có nguy cơ cao. Cụ thể: (1) Tăng cường tiêm phòng cho đàn chó; (2) Tăng cường trách nhiệm của chủ nuôi; (3) Các gói dự phòng sau phơi

nhễm (PEP) cho người bị chó nghi nhiễm dại cắn; (4) Dự phòng tiền phơi nhiễm (PrEP) cho nhóm có nguy cơ cao, bao gồm nhân viên tiêm phòng cho chó, đối tượng tham gia xử lý chó và trẻ em ở nơi có nguy cơ cao; (5) Tăng cường năng lực chẩn đoán bệnh dại.

Tạo dựng một khuôn khổ Một sức khỏe liên quan tới việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong kiểm soát kháng kháng sinh. Cụ thể: (1) Hạn chế việc sử dụng kháng sinh trên động vật, đồng thời tăng cường kiểm soát sử dụng kháng sinh cần thiết cho người; (2) Hạn chế và cải thiện việc sử dụng kháng sinh trên người; (3) Cải thiện cơ sở thông tin, dữ liệu về sử dụng kháng sinh và vấn đề kháng kháng sinh.

Tạo dựng một khuôn khổ Một sức khỏe liên quan tới việc áp dụng cách tiếp cận Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh có nguồn gốc động vật khác. Cụ thể: (1) Kiểm soát bệnh nhiệt thán; (2) Bệnh liên cầu; (3) Bệnh xoắn khuẩn; (4) Tăng cường khả năng truy nguồn gốc động vật và xét nghiệm chất tồn dư; (5) Đánh giá nguy cơ các bệnh truyền lây qua thực phẩm nguồn gốc động vật; (6) Triển khai triệt để Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT về “Hướng dẫn phối hợp phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người”.

Nguyên tắc chủ đạo chiến lược MSK Quốc gia phòng chống bệnh truyền lây giữa động vật và người gồm 4 nguyên tắc:

- Xây dựng dựa trên cơ sở các hoạt động đã áp dụng cách tiếp cận MSK trong phòng chống bệnh truyền lây từ động vật, triển khai thông qua hai chương trình OPI và AIPED.
- Xây dựng khung chương trình tổng hợp bao trùm và kết nối các chương trình, hoạt động đã được lên kế hoạch, nhằm hướng đến việc giải quyết các dịch bệnh truyền lây từ động vật thông qua áp dụng phương pháp tiếp cận MSK.
- Một sức khỏe đòi hỏi các đối tác cùng hướng tới những mục tiêu chung và trong một số trường hợp cụ thể, cần phối hợp triển khai các hoạt động nhằm đạt hiệu quả cao nhất trong việc phòng chống dịch bệnh và bảo vệ sức khỏe con người, động vật và môi trường.
- Tăng cường năng lực một cách chung chung là chưa đủ, năng lực đó cần phải được áp dụng để giải quyết từng dịch bệnh cụ thể đang được quan tâm tại địa phương.

1.5. MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM

1.5.1. MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH

- Một sức khỏe trong các bệnh truyền nhiễm mới nổi và tái nổi
 - Bệnh truyền nhiễm mới nổi là bệnh mới xuất hiện đang gia tăng về tần suất, phạm vi hoặc đối tượng mắc.
 - Bệnh truyền nhiễm tái nổi là bệnh truyền lây đã từng xảy ra trong quá khứ và hiện tại đang xuất hiện trở lại.

- Bệnh truyền nhiễm mới nổi gồm:
 - Bệnh truyền nhiễm đang có sự gia tăng về tần suất, phạm vi hoặc đối tượng mắc.
 - Bệnh được gây nên bởi một biến chủng mới của các tác nhân gây bệnh đã được biết đến từ trước.
 - Bệnh gây ra bởi các chủng vi khuẩn, ký sinh trùng đã kháng thuốc hoặc do các ký chủ trung gian truyền bệnh đã kháng với thuốc BVTV hoặc thuốc diệt côn trùng.
- Bệnh mới nổi và bệnh truyền lây từ động vật sang người gây thiệt hại nặng về kinh tế, nghiêm trọng về sức khỏe cộng đồng.
- Để kiểm soát và ngăn chặn hiệu quả bệnh dịch nêu trên cần có sự hợp tác liên ngành (y tế, thú y, môi trường) trong phạm vi quốc gia, khu vực và quốc tế.
- Tính khả thi của những nỗ lực trong phối hợp liên ngành giữa nhân y, thú y và chuyên gia sức khỏe môi trường với khuyến nghị chính sách quốc tế theo hướng hội nhập là đúng đắn.
- Tiếp cận Một sức khỏe và vấn đề nước sạch, vệ sinh môi trường
 - Nước là yếu tố không thể thiếu đối với đời sống con người và động vật, nếu không có nước thì không có sự sống.
 - Nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có liên quan tới nguồn nước, hay nói một cách khác nước là yếu tố môi trường truyền lây của nhiều bệnh truyền nhiễm.
 - Sự ô nhiễm nguồn nước do hóa chất, độc tố, các chất phụ gia của các loại thuốc và hormon ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe của người và động vật.
 - Cách tiếp cận Một sức khỏe chính là cách tiếp cận để giải quyết vấn đề vô cùng cần thiết về nước sạch và vệ sinh môi trường.
 - Cách thức sử dụng nước trong nông nghiệp ảnh hưởng đến vấn đề an toàn thực phẩm và đến sức khỏe của những người sử dụng nguồn nước để ăn uống, sinh hoạt.
 - Ưu tiên của phương pháp tiếp cận Một sức khỏe là các hệ thống mô hình sẽ xem xét nhiều khía cạnh của việc phân phối và sử dụng nguồn nước, gồm:
 - Vệ sinh môi trường, giám sát tác nhân gây bệnh, hệ thống thoát nước thích hợp để kiểm soát quần thể véc tơ truyền bệnh và ngăn chặn ô nhiễm hạ nguồn.
 - Tăng cường đầu tư hệ thống thủy lợi để cung cấp nước sạch, xử lý chất thải trong chăn nuôi, nâng cao năng suất nông nghiệp và an toàn thực phẩm, bảo vệ sức khỏe con người và vật nuôi.
- Một sức khỏe và biến đổi khí hậu
 - Vấn đề biến đổi khí hậu toàn cầu làm tăng thêm tính phức tạp và khó khăn đối với các vấn đề sức khỏe con người như an ninh lương thực, bệnh dịch mới nổi và kế hoạch phát triển bền vững quốc gia.
 - Tiếp cận Một sức khỏe đến vấn đề biến đổi khí hậu là tăng cường tầm quan trọng của nghiên cứu liên ngành và hợp tác quốc gia, khu vực và quốc tế.
 - Sự hợp tác giữa chuyên gia thú y, nhân y và y tế công cộng để hiểu về mối tương tác trong hệ sinh thái và phản ứng trong một hệ thống, là cơ sở để phân tích ảnh hưởng nghiêm trọng của biến đổi khí hậu đến hệ sinh thái và sức khỏe cộng đồng.

- Hợp tác liên ngành trong việc dự phòng/ứng phó với các nguy cơ bệnh dịch
 - Sự hợp tác của các chuyên gia về y tế trong các tổ chức địa phương, quốc gia, quốc tế là chìa khóa cho vấn đề đối phó với các nguy cơ dịch bệnh.
Ví dụ: Tại địa phương bác sỹ thú y có thể cung cấp hướng dẫn về các vấn đề quan trọng đối với y tế địa phương. Các hiệp hội nhân y và thú y địa phương có thể thường xuyên thảo luận về các chủ đề chung được quan tâm trong cộng đồng của họ. Các quốc gia và quốc tế, các nhà lãnh đạo của các bên liên quan đến vấn đề Một sức khỏe sẽ đẩy mạnh hỗ trợ bác sỹ ở cấp địa phương.
 - Hợp tác liên ngành là không thể thiếu được trong “Một sức khỏe”.

1.5.2. MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM

Tiếp cận Một sức khỏe và vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP) là sự chia sẻ những thông tin liên quan giữa các tổ chức khác nhau, thống nhất về nhiệm vụ giữa các chuyên gia nhân y, thú y, môi trường và các mạng lưới giám sát quốc gia, quốc tế.

Cách tiếp cận này mang lại hiệu quả cao trong công tác phòng chống các bệnh lây truyền qua thực phẩm như:

- Nâng cao năng lực toàn cầu để phát hiện, ngăn chặn, chuẩn bị và ứng phó với các bệnh dịch mới nổi, các mối đe dọa đại dịch và các vấn đề khác của con người, động vật và hệ sinh thái.
- Khuyến khích sự kết hợp của những ý tưởng cải thiện sức khỏe toàn cầu.
- Hình thành các quy định, chương trình nghiên cứu và thực hành về sản xuất thực phẩm để giúp cải thiện vấn đề an toàn thực phẩm.
- Tăng cường an toàn thực phẩm thông qua quản lý nhà nước và hệ sinh thái. Ví dụ vụ ngộ độc thực phẩm hơn 200 người trong 26 tiểu bang ở Mỹ do ăn rau Bina, mà tác nhân gây bệnh là do vi khuẩn *E. coli* O157:H7, vi khuẩn này được phát hiện do sự hợp tác làm việc của các nhà khoa học trong lĩnh vực thủy văn, vi sinh vật, dịch tễ học, sinh thái học.
- Tuyên truyền và phổ biến kiến thức về VSATTP cho cộng đồng dân cư.

1.6. CƠ HỘI VÀ THÁCH THỨC CỦA MỘT SỨC KHỎE

1.6.1. CƠ HỘI

Môi trường Quốc tế và Việt Nam đang tạo cơ hội thuận lợi về pháp lý, chính sách, tài chính, hợp tác, nguồn nhân lực, đào tạo... để thực hiện các chương trình Một sức khỏe, cụ thể:

Nhận thức bối cảnh quốc tế, trong nước về Một sức khỏe đã rõ. Những năm gần đây, thế giới đang phải đương đầu với nguy cơ xuất hiện và lan truyền các bệnh truyền nhiễm mới nổi hoặc tái bùng phát ở người, vật nuôi và động vật hoang dã. Những bệnh này xuất hiện từ mối tương tác con người - động vật - hệ sinh thái và có khả năng gây hậu quả khôn lường đối với sức khỏe con người, sinh kế, sự phát triển kinh tế và nhiều vấn đề khác. Thế giới đã nỗ lực liên tục nhằm đối phó với dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi, không ngừng nâng cao hiểu biết về nguy cơ dịch bệnh dựa trên những nghiên cứu, trao đổi chính sách, khoa học kỹ thuật và thống nhất cho rằng việc tiếp cận Một sức khỏe cần tiến hành ở cấp toàn cầu, khu vực và quốc gia.

Công bố tại hội nghị quốc tế các Bộ trưởng về cúm động vật và đại dịch năm 2010 (IMCAPI, 2010) tại Hà Nội đã đưa ra 16 lĩnh vực quan trọng cho nỗ lực cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu. Kêu gọi các nước thành viên xây dựng chiến lược quốc gia, kế hoạch hành động và những biện pháp can thiệp nhằm huy động toàn xã hội, các ban ngành, nhiều lĩnh vực và hoạt động của cộng đồng, nhằm đối phó với sự đe dọa của bệnh phát sinh trong mối tương tác con người - động vật - hệ sinh thái. Đồng thời coi trọng việc xây dựng kế hoạch hoạt động liên tục trong các ngành chủ chốt, thúc đẩy các bên liên quan tăng cường thể chế và cơ chế thực thi để hỗ trợ sự hợp tác, làm việc, nâng cao hiệu quả truyền thông về nguy cơ ở tất cả các cấp, đặc biệt ở cộng đồng.

Ở cấp độ toàn cầu đã có nhiều cơ chế của các tổ chức liên Chính phủ, nhiều kế hoạch hành động, nhiều chương trình được thành lập đóng góp cho nỗ lực Một sức khỏe, trong đó phải kể đến sự phối hợp toàn cầu của FAO - OIE - WHO, Sáng kiến an ninh y tế toàn cầu (Global Health Security), liên minh Eco - Health Alliance, chương trình của Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID) và chương trình An ninh Y tế toàn cầu...

Ở khu vực, những nỗ lực bao gồm khối liên minh chính phủ như ASEAN và APEC, các chương trình, mạng lưới đa bên như chương trình của Liên minh châu Âu về nâng cao năng lực khu vực trong phòng chống và loại trừ những bệnh do tác nhân độc lực cao và mới nổi (HPED) trong đó có Cúm gia cầm độc lực cao (HPAI) ở khu vực ASEAN và các quốc gia trong Hiệp hội Nam Á vì sự hợp tác khu vực (SAARC).

Ở cấp quốc gia, một số nước đi đầu trong việc xây dựng các diễn đàn/đối tác quốc gia về Một sức khỏe như Indonesia, Việt Nam; Bangladesh, Thái Lan cũng đã phát triển chiến lược/lộ trình Một sức khỏe quốc gia và nhiều sáng kiến khác từ các nước châu Phi.

1.6.2. NHỮNG KHÓ KHĂN VÀ THÁCH THỨC

Vai trò của nhà nước đối với những cơ quan quản lý chủ chốt trong lĩnh vực Một sức khỏe còn hạn chế. Theo Bộ Kế hoạch và Đầu tư (MPI): *“Việc phân chia trong hệ thống Nhà nước hiện nay vẫn thiếu cơ chế phân cấp và phân công nghĩa vụ cũng như quyền hạn rõ ràng cho các vị trí. Thực trạng này có thể thấy ở cả cấp Trung ương cũng như giữa cấp Trung ương và địa phương, dẫn đến sự trì trệ và kém hiệu quả trong việc ban hành và thực thi pháp luật.*

Sự phân chia theo chiều ngang và dọc cũng dẫn đến chông chéo và mâu thuẫn giữa các điều luật và quyết định”.

Cụ thể như sau: Ngoại trừ các trường hợp dịch bệnh khẩn cấp, các kênh liên lạc chính thống giữa hai ngành y tế và thú y nhằm mục đích chia sẻ thông tin và các kế hoạch hành động vẫn đang trong quá trình thiết lập, mặc dù Thông tư liên tịch số 15/2013 đã được ban hành. Việc rà soát các cơ quan có liên quan đến việc bảo vệ các loài động vật hoang dã đã cho thấy sự cần thiết của việc tăng cường làm rõ vai trò cũng như trách nhiệm của các bên có liên quan ở tất cả các cấp. Một số lượng lớn các phòng thí nghiệm y tế ở Việt Nam chưa được chứng nhận đạt tiêu chuẩn. Điều này đã đặt ra những thách thức trong việc chứng nhận phòng thí nghiệm cũng như chia sẻ thông tin giữa các phòng thí nghiệm, các cơ sở y tế công cộng, cũng như cơ sở dịch vụ thú y.

Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2015 cũng đề cập đến gánh nặng của các bệnh truyền lây, trong đó có các bệnh truyền nhiễm mới nổi và vấn đề kháng thuốc kháng sinh; hệ thống giám sát còn yếu; cơ chế chia sẻ thông tin còn chưa tốt giữa hai lĩnh vực điều trị và phòng ngừa; nhu cầu xây dựng các kế hoạch dự phòng và năng lực ứng phó trong tương lai. Báo cáo này cũng chỉ ra một số nguyên nhân phía sau của dịch bệnh như biến đổi khí hậu, đô thị hóa, công nghiệp hóa và ô nhiễm môi trường. Việc Việt Nam chuyển đổi thành nước công nghiệp đến năm 2020 tiềm ẩn “những áp lực gia tăng lên các hệ sinh thái trong những khu vực vốn đã quá tải (trong đó bao gồm hệ sinh thái nông nghiệp, thủy sản, rừng, đất ngập nước, ven biển và đô thị)”. Mặc dù được quản lý nhưng “kết quả dẫn đến việc gia tăng nguy cơ đối với sức khỏe con người không chỉ xuất phát từ các bệnh truyền nhiễm có nguồn gốc từ động vật mà còn từ rất nhiều các hiểm họa khác, như việc suy giảm chất lượng nước và không khí, cũng như mất đi sự đa dạng sinh học”.

Hiện nay, tầm quan trọng của các thực hành từ tuyến trên đối với nguy cơ bệnh truyền nhiễm ở tuyến dưới vẫn chưa được nhìn nhận đúng mức. Ví dụ như việc xây dựng và tái cấu trúc ngành chăn nuôi, việc thay đổi tập quán sử dụng đất, vùng sản xuất cũng như phân bố gia súc có thể dẫn tới mối nguy mới từ chất thải trong chăn nuôi, trong đó có cả ô nhiễm môi trường và tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh. Kế hoạch quốc gia hiện nay hướng tới việc gia tăng chăn nuôi gia súc ở khu vực Tây Nguyên. Điều này đòi hỏi đánh giá đúng đắn các tác động về môi trường. Các biện pháp an toàn sinh học chưa đủ tiêu chuẩn trong các hệ thống chăn nuôi công nghiệp có thể làm gia tăng các nguy cơ bệnh truyền nhiễm. Nguy cơ này có thể còn nghiêm trọng hơn trong trường hợp các nông trại ở vùng có nhiều động vật hoang dã, đặc biệt ở những nơi có sự tiếp xúc giữa gia cầm với các loài chim hoang dã. Các trang trại nuôi động vật hoang dã cũng tiềm ẩn nhiều mối nguy cơ dịch bệnh, đặc biệt là các bệnh lây truyền từ động vật sang người. Tỉnh Đồng Nai có mật độ trang trại nuôi động vật hoang dã rất lớn và có ngành chăn nuôi phát triển mạnh. Vì vậy, việc bảo đảm an toàn dịch bệnh cho người và động vật tại Đồng Nai là mối quan tâm hàng đầu của chính quyền địa phương nơi đây.

Cùng với những nguy cơ trên thì năng lực, thể chế và truy cứu vi phạm còn hạn chế đã có ảnh hưởng đến nguy cơ xảy ra các bệnh truyền nhiễm: Các sản phẩm động vật với mức ô nhiễm vi sinh hay hóa học vượt mức cho phép, sử dụng các chất cấm trong chăn nuôi, sử dụng các chất kháng sinh của người không theo đơn thuốc, duy trì thực hành tốt về an toàn sinh học, tăng cường quản lý và thực hiện an toàn sinh học ở các trang trại chăn nuôi quy mô lớn có thể làm giảm nguy cơ đối với một số dịch bệnh so với sản xuất thương mại qui mô nhỏ. Tuy nhiên, cơ chế quản lý tốt việc thực thi các quy định đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát dịch bệnh.

Hiện nay, sự liên kết giữa các ngành trong việc xây dựng công tác truyền thông hiệu quả để thay đổi hành vi, tăng cường phòng chống và kiểm soát dịch bệnh từ động vật truyền lây sang người vẫn còn hạn chế. Giáo dục và truyền thông về sức khỏe được xác định đóng vai trò chính trong ứng phó với các nguy cơ dịch bệnh mới nổi. Tuy nhiên, phản hồi chung cho thấy, giáo dục và truyền thông “*vẫn còn rời rạc và chưa hiệu quả*”. Truyền thông không thực sự rõ ràng và kịp thời có thể làm gia tăng mối lo ngại của cộng đồng.

Nguồn tài trợ chưa chắc chắn cho các chức năng trọng yếu liên quan đến việc kiểm soát dịch bệnh từ động vật truyền lây sang người.

Thực trạng quá tải trong thực hiện nhiệm vụ của các cán bộ, nhân viên thuộc Bộ NN&PTNT và Bộ Y tế.

Không có ngân sách dự phòng để quản lý các dịch bệnh khẩn cấp.

Công việc của Trung tâm quản lý khẩn cấp có liên quan đến các đơn vị bên ngoài Bộ Y tế. Ví dụ, vẫn chưa rõ ràng trung tâm này sẽ hoạt động thế nào nếu virus H₇N₉ chỉ được phát hiện ở gia cầm mà chưa xảy ra ở người. Như vậy, bên Y tế vẫn chưa thể hiện chức năng phối hợp.

Việc phối hợp của các cấp huyện và tỉnh trong hệ thống y tế để thực hiện điều tra, phân tích số liệu và thiết lập các biện pháp khống chế còn chưa tốt.

Vật tư, thiết bị bảo hộ cá nhân và các phương tiện khác để thực hiện ứng phó nhanh với dịch bệnh còn thiếu thốn.

Các ổ dịch thường diễn biến rất phức tạp nên khó quản lý theo các kế hoạch đã xây dựng. Ngay ở những nơi đã có kế hoạch thì các kế hoạch này cũng thường không hoàn hảo. Đại dịch H₁N₁ trong năm 2009 đã chứng minh rằng, các kế hoạch cần phải linh hoạt và điều chỉnh khi ổ dịch tiếp tục xảy ra, đặc biệt là sự thay đổi từ ngăn chặn sang giảm thiểu tác hại do dịch bệnh gây ra.

Những khó khăn, thách thức có thể sẽ ảnh hưởng đến khả năng ứng phó với các dịch bệnh mới nổi ở Việt Nam gồm:

- Tìm đủ số lượng động vật để xét nghiệm và xét nghiệm đủ số động vật để phát hiện sớm bệnh.
- Tìm đủ số người có thể có biểu hiện lâm sàng sau khi tiếp xúc với động vật.
- Tìm chiến lược thay đổi hành vi văn hóa thích ứng có thể được áp dụng trong một ngành hoặc lĩnh vực cụ thể.

- Phân biệt mầm bệnh có thể truyền lây từ động vật sang người với các vi sinh vật chỉ gây bệnh cho người.
- Việc buôn bán động vật hoang dã gia tăng.
- Sự không phù hợp giữa tốc độ phát triển chăn nuôi động vật hoang dã với khả năng quản lý và cung cấp các dịch vụ kỹ thuật phù hợp, đặc biệt trong lĩnh vực Thú y.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 1

1. Lịch sử hình thành Một sức khỏe trên thế giới và ở Việt Nam.
2. Nêu khái niệm về Một sức khỏe, cách tiếp cận Một sức khỏe của Việt Nam.
3. Tại sao phải xây dựng kế hoạch Một sức khỏe?
4. Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh và vệ sinh an toàn thực phẩm.
5. Những cơ hội và thách thức của việc tiếp cận Một sức khỏe.

CHƯƠNG 2

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MỘT SỨC KHỎE

2.1. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE CON NGƯỜI VÀ SỨC KHỎE ĐỘNG VẬT

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe được thực hiện từ những năm 1970. Những nghiên cứu này đóng vai trò quan trọng đối với cả các nhà hoạch định chính sách và những người lập kế hoạch cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe cung cấp những bằng chứng và phương pháp để thu nhập các số liệu về tình hình dịch bệnh, tỷ lệ tử vong và những thiệt hại do bệnh gây ra.

Theo Daniel Reidpath thì “một yếu tố gây ra sự thay đổi về sức khỏe theo hướng tốt hơn hoặc xấu đi đều là yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe”. Cách tiếp cận trong nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe được hình thành từ nhiều môn học khác nhau, nhằm tìm hiểu những cách thức mà tình trạng sức khỏe hay bệnh tật tăng lên hay giảm đi.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe bao gồm các yếu tố về sinh thái xã hội, môi trường, văn hóa, các yếu tố thuộc về gen và sinh học. Tuy nhiên, các nhóm yếu tố này không tác động một cách độc lập mà giữa chúng có những mối liên hệ chặt chẽ với nhau tác động đến sức khỏe. Những câu hỏi về mối liên hệ giữa các nhóm yếu tố đã từng được bàn luận như: Các áp lực xã hội gây ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân như thế nào trong quá trình tác động qua lại với các yếu tố sinh học của cơ thể? Yếu tố hành vi có ảnh hưởng như thế nào đến nguy cơ bệnh tật? Các điều kiện xã hội góp phần làm gia tăng hay giảm thiểu các cơ hội cải thiện sức khỏe như thế nào?...

2.1.1. SỨC KHỎE QUẦN THỂ VÀ SỨC KHỎE CÁ NHÂN

Việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tập trung vào cả các vấn đề sức khỏe quần thể và sức khỏe cá nhân.

Sức khỏe cá nhân xuất phát từ nhận định mỗi cá nhân có cách hiểu khác nhau về tình trạng sức khỏe của họ cũng như những cách khác nhau nhằm đạt được tình trạng sức khỏe tốt hơn.

Trái lại, sức khỏe quần thể liên quan đến việc cải thiện tình trạng sức khỏe của một quần thể nhất định (ví dụ: nhóm các bà mẹ trẻ, nhóm người cao tuổi...), đặc biệt trong việc giảm bất bình đẳng về sức khỏe thông qua các chính sách, các nghiên cứu và các chương trình can thiệp nhằm phòng, chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe.

Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tập trung vào các vấn đề sức khỏe và bệnh tật của quần thể nhiều hơn so với vấn đề sức khỏe của cá nhân.

Tiếp cận sức khỏe quần thể đề cập đến các vấn đề sức khỏe ở 4 cấp độ theo thang đo về địa lý, từ cấp độ sức khỏe của cộng đồng đến sức khỏe của một quốc gia hay phạm vi xa hơn là sức khỏe toàn cầu. Bên cạnh đó, sức khỏe của chúng ta đang ngày càng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố vượt ra khỏi phạm vi quốc gia – sức khỏe toàn cầu. Những vấn đề liên quan đến toàn cầu hóa được xem xét như là những nhân tố mới ảnh hưởng đến sức khỏe của con người và động vật.

Sức khỏe toàn cầu khác với sức khỏe quốc tế. Sức khỏe quốc tế chỉ các vấn đề sức khỏe liên quan đến hai hay nhiều quốc gia và thường đề cập đến những vấn đề liên quan đến các nước đang phát triển. Điểm nhận biết vấn đề sức khỏe quốc tế là chính phủ vẫn có thể ngăn chặn những ảnh hưởng từ bên ngoài tới sức khỏe người dân của họ bằng những công cụ và chính sách phù hợp. Sức khỏe toàn cầu được nhận biết khi những nguyên nhân và hậu quả của nó đã vượt ra khỏi sự kiểm soát trong phạm vi lãnh thổ của một quốc gia, do đó vượt ra khỏi khả năng giải quyết của một quốc gia (ví dụ, HIV/AIDS là một vấn đề sức khỏe toàn cầu). Sức khỏe toàn cầu quan tâm đến những yếu tố làm thay đổi khả năng của các quốc gia trong việc đương đầu với các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.

2.1.2. CÁC CẤP ĐỘ PHÂN TÍCH YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

Tiếp cận yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe ở các cấp độ khác nhau giúp chúng ta hiểu sâu hơn không chỉ về các vấn đề sức khỏe mà còn để ra hướng can thiệp cần thiết để giải quyết các vấn đề đó. Theo Turrell, có ba cấp độ về yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe: vi mô, trung mô và vĩ mô.

Các yếu tố vi mô: Bao gồm các hệ thống điều trị, quản lý bệnh tật và các chương trình đầu tư trong nghiên cứu lâm sàng, cố gắng can thiệp để thay đổi các điều kiện ban đầu của sức khỏe. Ví dụ như: chương trình nuôi dạy con cái nhằm tăng trình độ học vấn, sự tích cực và năng động của trẻ em, nhằm đảm bảo những trẻ em có hoàn cảnh khó khăn được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi bị ốm.

Các yếu tố trung mô: Bao gồm các yếu tố thuộc về lối sống, hành vi và các hoạt động phòng chống bệnh tật ở cấp độ cá nhân. Ví dụ: đối với bệnh lao, các yếu tố trung mô có thể liên quan đến môi trường nhà ở và trường học. Các chương trình can thiệp ở cấp độ trung mô có thể là tác động nhằm giảm hoặc chấm dứt hành vi hút thuốc của cha

mẹ, đảm bảo việc cung cấp các bữa ăn tốt cho sức khỏe và các hoạt động thể thao phù hợp trong trường học.

Các yếu tố vĩ mô: Là các yếu tố ở cấp độ tác động cao nhất đến sức khỏe của cá nhân/sức khỏe quần thể. Nhóm các yếu tố ở cấp độ vĩ mô bao gồm chính sách của Nhà nước, các hiệp ước thương mại toàn cầu, các chương trình đầu tư trong nghiên cứu sức khỏe dân số... Các yếu tố vĩ mô quyết định sức khỏe liên quan đến các nhân tố thuộc về cấu trúc kinh tế – xã hội.

Thay đổi các yếu tố vĩ mô được thực hiện thông qua việc tác động về mặt chính sách. Các chính sách cần tập trung giải quyết các vấn đề liên quan đến bất bình đẳng về thu nhập vốn có tác động mạnh đến sức khỏe của trẻ em và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các chính sách cần tập trung vào hệ thống giáo dục vì giáo dục cũng được coi là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Các chính sách cần đảm bảo rằng các hộ gia đình nghèo có cơ hội đạt được một trình độ giáo dục nhất định.

Bên cạnh cách phân chia các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe thành ba cấp độ trên, các yếu tố quyết định sức khỏe cũng có thể chia thành hai cấp độ:

Cấp độ gần: Các yếu tố ở cấp độ gần có tác động trực tiếp đến việc làm thay đổi tình trạng sức khỏe. Các yếu tố ở cấp độ gần tương đương với các yếu tố vi mô ở trên.

Cấp độ xa: Bao gồm các yếu tố có tác động gián tiếp tới sự thay đổi tình trạng sức khỏe. Mối tương quan giữa sự thay đổi tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe có thể là gián tiếp và khó nhận biết. Các yếu tố thuộc cấp độ xa tương đương với các yếu tố trung mô và vĩ mô đã phân tích ở trên.

2.1.3. CÁC MÔ HÌNH PHÂN TÍCH YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

Trước những năm 1970, trên thế giới đã phổ biến một cách tiếp cận truyền thống về sức khỏe thông qua quan điểm y sinh học xã hội. Quan điểm này đã bị Thomas McKeown phê phán trong những năm 1970–1980. Theo ông, sự cải thiện về mức sống đã nâng cao sức khỏe cộng đồng hơn so với các điều trị y học lâm sàng. Quan điểm y sinh học xã hội bị phê phán bởi nó đã không đề cập tới những yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe. Một số hạn chế của nó bao gồm:

- Chỉ tập trung vào những nguyên nhân mang tính đơn lẻ;
- Phân loại bệnh nhân theo dấu hiệu bệnh tật;
- Quy giản mọi nguyên nhân của bệnh tật về các yếu tố sinh học (tế bào, gen);
- Đề cao sự can thiệp và tập trung chữa trị hơn là phòng bệnh;
- Cho rằng tình trạng sức khỏe của cá nhân là kết quả của những lựa chọn mang tính cá nhân hay bởi những hạn chế của cá nhân về mặt tâm lý và sinh học.

Tuy nhiên đã có nhiều phát minh liên quan đến bệnh truyền nhiễm như phát minh ra quy trình vệ sinh và khử trùng, đặc biệt là trong quá trình phẫu thuật để ngăn ngừa sự lây nhiễm vi khuẩn; cấy ghép các bộ phận trong cơ thể; hay việc sử dụng những loại thuốc đặc trị trong điều trị bệnh...

Trên cơ sở phê phán những hạn chế của mô hình y sinh học trong giải thích nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe, các nhà nghiên cứu về sức khỏe đã xây dựng mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe một cách toàn diện hơn. Cho đến nay, có nhiều mô hình đã được công bố và ứng dụng để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe như Mô hình tình trạng sức khỏe y tế công cộng và dự báo của Viện Y tế công cộng và môi trường Hà Lan; Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead; Mô hình của Evans và Stottard; Mô hình của Frenk và cộng sự; Mô hình của Wollleswinkel; Mô hình của VanLeeuwen và cộng sự; Mô hình của Hancock và Perkins; Mô hình của Huynen và Martens; Mô hình của Lalonde....

Nhìn chung, các mô hình trên đã khắc phục được quan điểm thiên lệch trước đây về lĩnh vực sức khỏe. Bên cạnh vai trò của các yếu tố sinh học như gen, tế bào, các mô hình tập trung chủ yếu vào việc phân tích sự tác động của các yếu tố xã hội trong quá trình ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

Giáo trình này sẽ giới thiệu ba mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Lalonde, Dahlgren và Whitehead, John Germov. Trong đó, mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Lalonde là một cách tiếp cận mới về sức khỏe. Mô hình của Dahlgren và Whitehead có một cách nhìn chi tiết hơn về việc phân loại nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Mô hình “Khung xã hội” của John Germov - dựa trên tiếp cận của xã hội học sức khỏe, lại cho thấy tác động của cấu trúc xã hội lên sức khỏe của cá nhân như thế nào.

2.1.4. MÔ HÌNH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE CỦA LALONDE

Theo Lalonde, sức khỏe bị ảnh hưởng bởi 4 nhóm yếu tố: yếu tố sinh học, môi trường, lối sống và dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bốn nhóm yếu tố này được tác giả xác định thông qua việc phân tích các nguyên nhân của bệnh tật và tử vong của người dân ở Canada.

2.1.4.1. Các yếu tố sinh học

Các yếu tố sinh học bao gồm các khía cạnh của sức khỏe về mặt thể chất và tinh thần của mỗi cá nhân. Nhóm yếu tố này bao gồm gen di truyền của cá nhân, quá trình trưởng thành và già hóa, các cơ quan của cơ thể như xương, hệ thần kinh, cơ, nội tiết, hệ tiêu hóa... Cơ thể của con người là một cơ quan hữu cơ phức tạp nên vấn đề sức khỏe liên quan đến yếu tố sinh học được xem là vấn đề quan trọng, đa dạng và phức tạp. Nhóm yếu tố sinh học tác động đến tất cả các loại bệnh tật và tử vong (bao gồm cả đột biến gen, dị tật bẩm sinh, chậm phát triển trí tuệ).

2.1.4.2. Các yếu tố môi trường

Các yếu tố môi trường bao gồm môi trường tự nhiên và các yếu tố liên quan đến sức khỏe tồn tại bên ngoài cơ thể của con người và vượt ra ngoài phạm vi kiểm soát của cá nhân hoặc nếu có thì sự kiểm soát đó cũng chỉ ở mức độ có giới hạn. Các cá nhân tự họ không

thể đảm bảo được sự an toàn về lương thực, thực phẩm, thuốc, nước sinh hoạt...; tự họ không thể kiểm soát ô nhiễm không khí, ô nhiễm nước và tiếng ồn; hay ngăn chặn sự lan tràn của các bệnh truyền nhiễm; giải quyết việc vứt rác thải, xả nước thải bừa bãi; cũng như họ không thể kiểm soát được những biến đổi nhanh chóng của môi trường xã hội để không gây ảnh hưởng xấu tới sức khỏe của họ.

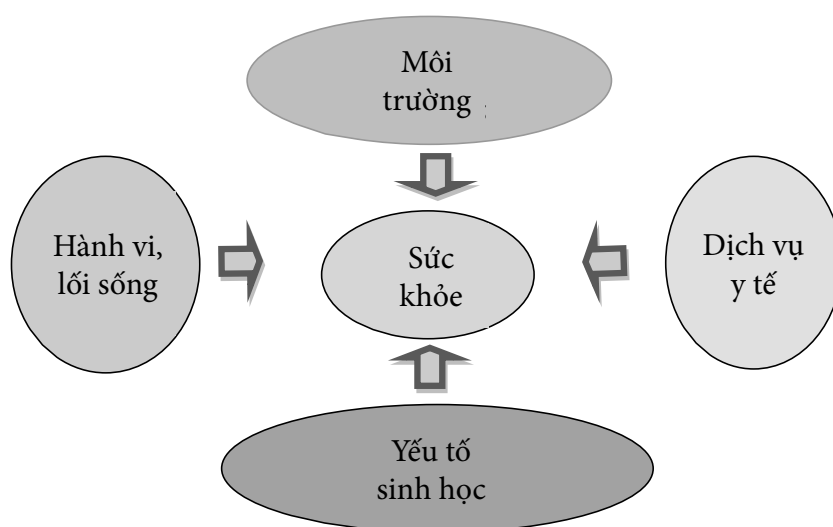
2.1.4.3. Hành vi, lối sống

Nhóm các yếu tố thuộc hành vi, lối sống liên quan đến sức khỏe là những mô hình có thể nhận biết được dựa trên những lựa chọn mang tính cá nhân. Các thói quen và các quyết định của cá nhân có thể có lợi hoặc có hại cho sức khỏe của họ. Khi các hành vi này dẫn đến bệnh tật và tử vong thì hành vi và lối sống của nạn nhân thường được xem như là nguyên nhân dẫn đến bệnh tật và tử vong của họ.

2.1.4.4. Hệ thống chăm sóc sức khỏe

Nhóm yếu tố về hệ thống chăm sóc sức khỏe bao gồm số lượng, chất lượng, sự sắp xếp, bản chất và các mối quan hệ của con người và các nguồn lực liên quan đến hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hệ thống này bao gồm thực hành lâm sàng, sự chăm sóc bệnh nhân, bệnh viện, nhà điều dưỡng, thuốc điều trị, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe công và tư nhân, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

Theo Lalonde, ngày nay hầu hết những nỗ lực của xã hội trong việc nâng cao sức khỏe đều tập trung phần nhiều cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, nguyên nhân gốc rễ gây ra bệnh tật và tử vong lại thuộc nhóm ba yếu tố sinh học, môi trường và lối sống. Hệ thống chăm sóc sức khỏe được sử dụng khi vấn đề bệnh tật đã xảy ra và cần được điều trị. Do đó, việc tập trung vào ba nhóm yếu tố sinh học, môi trường và lối sống trong việc phòng tránh bệnh tật và tử vong là việc làm quan trọng nhất.



HÌNH 2.1. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Lalonde (Marc Lalonde, 1981)

2.1.4.5. Những đóng góp quan trọng trong mô hình của Lalonde

Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Lalonde bước đầu xác định được các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Tác giả đã chỉ ra những khác biệt mà mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe này đạt được, bao gồm:

Đóng góp thứ nhất: Đã đề cập đến vai trò của các yếu tố sinh học, môi trường và lối sống và đặt ngang hàng với vai trò của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Đây là bước đột phá quan trọng vì các quan điểm trước đó đều cho rằng vai trò quan trọng nhất trong việc nâng cao sức khỏe là của các hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Đóng góp thứ hai: Là sự toàn diện của nó. Bất cứ bệnh tật nào cũng đều có thể tìm thấy nguồn gốc từ một hay kết hợp của cả 4 yếu tố. Sự toàn diện của một mô hình là rất quan trọng vì nó đảm bảo được việc xác định đầy đủ tất cả các khía cạnh của vấn đề sức khỏe cũng như các bên có liên quan tới vấn đề sức khỏe (ở cả cấp độ cá nhân và cấp độ tập thể, bệnh nhân, bác sĩ điều trị, các nhà khoa học và chính phủ) đều có vai trò ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe.

Đóng góp thứ ba: Cho phép sử dụng để phân tích bất cứ một vấn đề sức khỏe nào thông qua hệ thống 4 nhóm yếu tố để đánh giá mức độ quan trọng tương đối và sự tương tác giữa các nhóm yếu tố. Dựa trên nguồn số liệu quốc gia về sức khỏe của Canada, Lalonde đã phân tích các yếu tố tác động tới tử vong do tai nạn giao thông và thấy một thực tế rằng nguyên nhân chính gây tử vong do tai nạn giao thông có thể do những yếu tố rủi ro gây ra bởi cá nhân, các yếu tố liên quan đến phương tiện giao thông, chất lượng đường xá, sự sẵn sàng và kịp thời của hệ thống cấp cứu; các yếu tố về sinh học có vai trò ít hơn hoặc thậm chí là không được đề cập trong vấn đề này. Sắp xếp theo trật tự quan trọng giảm dần ảnh hưởng tới tử vong do tai nạn giao thông gây ra là: hành vi/lối sống, môi trường, hệ thống chăm sóc sức khỏe (ảnh hưởng chiếm tỷ lệ tương đương là: 75%, 20% và 5%). Việc phân tích này cho phép các nhà hoạch định chính sách tập trung sự chú ý của họ vào những yếu tố quyết định đóng vai trò quan trọng nhất.

Đóng góp thứ tư: Cho phép phân loại thành các nhóm yếu tố. Điều này dễ dàng hơn cho việc phát triển các vấn đề mô tả mối liên hệ trực tiếp giữa các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Quay trở lại với ví dụ về các nguyên nhân tử vong do tai nạn giao thông, trong nhóm yếu tố thuộc hành vi/lối sống, chúng ta có thể tiếp tục phân tích các nguy cơ cụ thể như do tay lái không vững, do sự bất cẩn và do sơ suất trong việc thắt dây an toàn, do tốc độ của phương tiện giao thông...

Cuối cùng, mô hình đã cung cấp một cách tiếp cận mới về sức khỏe, trong đó cho phép có những cách suy nghĩ sáng tạo, cởi mở hơn trong nhận thức. Một trong những vấn đề nâng cao sức khỏe chính là quyền lực hợp pháp để thực hiện nhiệm vụ này bị phân tán một cách rộng rãi giữa các cá nhân, các chính phủ, các chuyên gia sức khỏe và các thể chế xã hội. Sự phân chia trách nhiệm đôi khi dẫn đến sự mất cân bằng do mỗi bên tham gia chỉ chú trọng đến các giải pháp liên quan đến một lĩnh vực nhất định. Thông qua mô hình này, các bộ phận vốn bị phân tán được kết nối với nhau thành một chỉnh thể thống nhất cho phép xác định được tầm quan trọng của tất cả các yếu tố, trong đó bao gồm cả những vấn đề thuộc trách nhiệm của các lĩnh vực khác, của các bên tham gia khác.

2.1.5. MÔ HÌNH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE CỦA DAHLGREN VÀ WHITEHEAD

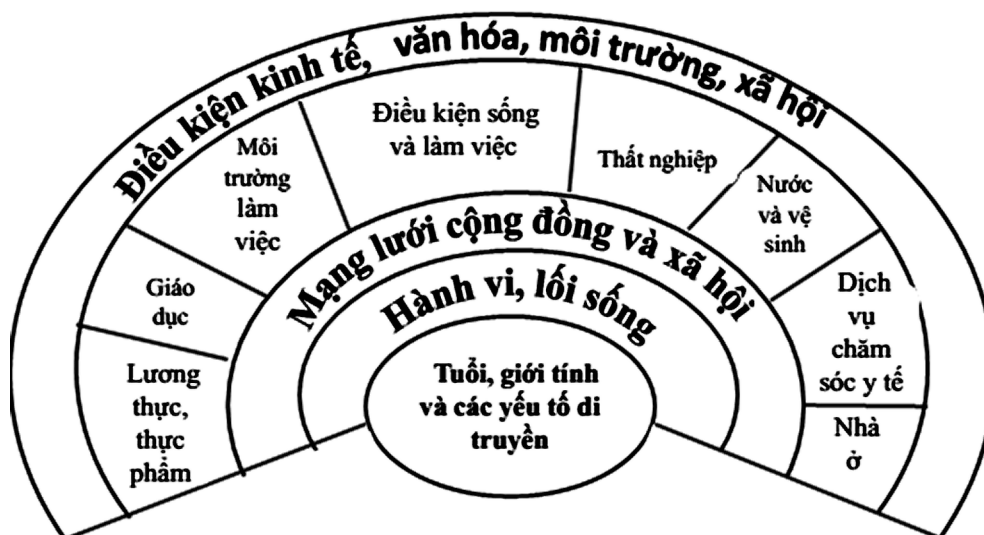
Năm 1995, Dahlgren và Whitehead đã khái niệm hóa các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe và mô tả bằng một sơ đồ phân cấp thành các nhóm yếu tố với những cấp độ khác nhau, từ cấp độ gần (những yếu tố gần với cá nhân) đến cấp độ xa (những yếu tố thuộc về cấu trúc xã hội, vượt ra khỏi sự kiểm soát của cá nhân).

Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead được cấu trúc thành 5 cấp độ. Nhóm các yếu tố được chia theo cấp độ từ gần tới xa, từ vi mô tới vĩ mô (được thể hiện thành 5 vòng tròn với các yếu tố bên trong).

Các nhóm yếu tố bao gồm:

- Tuổi, giới tính và các đặc trưng về di truyền.
- Các yếu tố về hành vi và lối sống của cá nhân.
- Các mạng lưới cộng đồng và xã hội.
- Điều kiện sống và làm việc (môi trường làm việc, giáo dục, thất nghiệp, nước và nước thải, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhà ở...).
- Các điều kiện kinh tế, xã hội, văn hóa và môi trường chung.

Nhóm các yếu tố sinh học gồm tuổi, giới tính và các yếu tố di truyền được xếp ở vòng tròn trung tâm của mô hình (cấp độ gần nhất với cá nhân). Những yếu tố này nhìn chung không thể thay đổi được vì người ta không thể thay đổi tuổi, giới tính (số đông) cũng như những đặc trưng sinh học của cơ thể. Trong khi đó, các nhóm yếu tố còn lại, về mặt lý



HÌNH 2.2. Mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe của Dahlgren và Whitehead (Dahlgren, Whitehead, 1995)

thuyết có thể tác động làm thay đổi được. Vòng tròn tiếp theo là nhóm các yếu tố thuộc về hành vi và lối sống của cá nhân. Các yếu tố này có thể có lợi hoặc có hại đối với sức khỏe.

Tuy nhiên, do các cá nhân có những mối tương tác với gia đình, bạn bè và những nhóm xã hội khác nên hành vi và lối sống của các cá nhân chịu ảnh hưởng bởi những tác động của cộng đồng và xã hội. Các vòng tròn tiếp theo cho thấy sự tác động của các yếu tố về điều kiện sống và làm việc của cá nhân (trong đó bao gồm cả việc tiếp cận tới các dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc y tế cần thiết). Các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe đều chịu ảnh hưởng của bối cảnh kinh tế, văn hóa, xã hội và môi trường chung.

Cách tiếp cận về mô hình đa cấp độ của Dahlgren và Whitehead đã được áp dụng rộng rãi trong các nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.

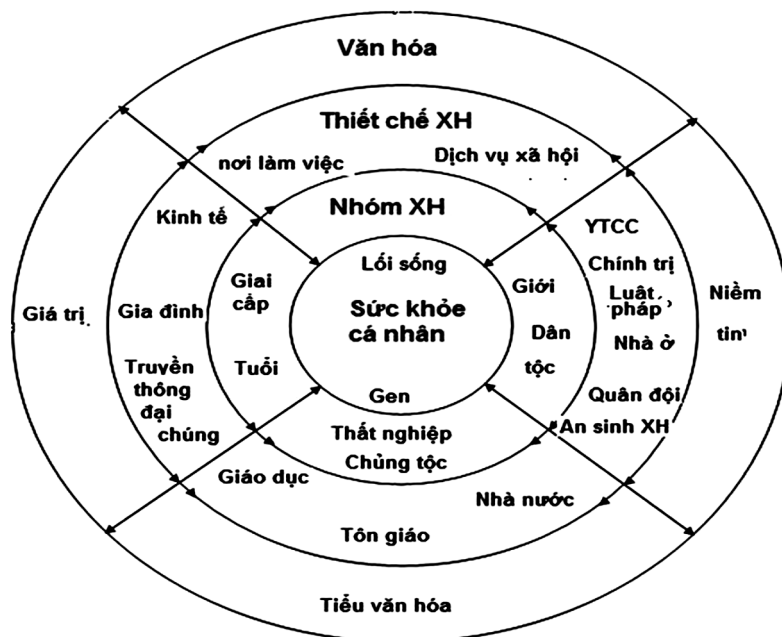
Mô hình đã chỉ ra được các cấp độ ảnh hưởng khác nhau của các nhóm yếu tố, chỉ ra được mối liên hệ giữa các cấp độ với nhau và cả chiều hướng tác động của các nhóm yếu tố đi từ vòng tròn ngoài cùng tới trung tâm, chỉ ra được từng yếu tố chi tiết trong mỗi cấp độ của nhóm yếu tố.

2.1.6. TIẾP CẬN XÃ HỘI HỌC VỀ SỨC KHỎE

Không thỏa mãn với sự phân tích nguyên nhân của sức khỏe và bệnh tật theo tiếp cận của mô hình y sinh học, các nhà xã hội học đã phát triển một cách tiếp cận mới nhằm giải thích nguyên nhân của sức khỏe và bệnh tật. Cách tiếp cận này tập trung sự chú ý vào các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe, trong đó hệ thống y tế là một trong những yếu tố xã hội đó.

Một điểm quan trọng cần lưu ý là tiếp cận xã hội học không chối bỏ sự tồn tại của những khía cạnh về sinh học, hay tâm lý của bệnh tật và tầm quan trọng của can thiệp mang tính lâm sàng. Tiếp cận xã hội học nhấn mạnh rằng sức khỏe và bệnh tật luôn xuất hiện và tồn tại trong một bối cảnh xã hội cụ thể và những can thiệp hiệu quả, cụ thể là những biện pháp phòng ngừa cần phải được đặt lên trên những can thiệp của y học. Khi đề cập đến nguồn gốc xã hội của bệnh tật, chúng ta cần phải hiểu rằng rất cần có sự cân bằng giữa những can thiệp mang tính cá nhân và những can thiệp mang tính xã hội, bởi vì phần lớn các khoản tiền đầu tư cho sức khỏe đều tập trung vào các can thiệp của y học. Các nhà xã hội học không có ý định thay thế mô hình y sinh học khi họ phát triển tiếp cận xã hội học về sức khỏe, mà mục đích của họ chỉ nhằm mở rộng cách hiểu và phân tích các vấn đề sức khỏe và bệnh tật.

Mô hình y sinh học dựa vào giả định rằng cá nhân phải hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với sức khỏe của mình, do đó mô hình này tập trung vào cấp độ cá nhân của nguyên nhân và cách chữa trị bệnh tật. Trong khi đó, tiếp cận xã hội học lại giả định sức khỏe là trách nhiệm của xã hội và tập trung vào tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Vì vậy, trong khi mô hình y sinh học tập trung vào việc chữa bệnh và những yếu tố nguy cơ của cá nhân, thì tiếp cận xã hội học lại tập trung vào những yếu tố mang tính xã hội, những yếu tố được cho là có nguy cơ đối với sức khỏe (như ô nhiễm môi trường, công



HÌNH 2.3. Mô hình các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe

(John Germov, 2005)

việc căng thẳng, sự phân biệt đối xử...) và cụ thể là nhấn mạnh đến sự bất bình đẳng về sức khỏe giữa các nhóm xã hội về giai cấp, giới, dân tộc, chủng tộc, nghề nghiệp.

Mô hình khung xã hội được xây dựng dựa trên tiếp cận xã hội học về sức khỏe nhằm phân tích mối quan hệ giữa cấu trúc xã hội và cá nhân, những tác động của cấu trúc xã hội tới tình trạng sức khỏe của cá nhân như thế nào.

Mô hình biểu thị bốn vòng tròn đồng tâm, mỗi vòng tròn là một cấp độ nhóm các yếu tố tác động đến sức khỏe của cá nhân. Vòng tròn trong cùng chỉ cấp độ yếu tố gắn với cá nhân nhất (lối sống của cá nhân và đặc điểm sinh học của cá nhân), tiếp đến là các vòng tròn chỉ cấp độ tác động theo nhóm xã hội, thể chế xã hội và văn hóa. Thể chế xã hội (như y tế, giáo dục, pháp luật, tôn giáo...) là những cấu trúc chính thức trong một xã hội được hình thành nhằm đáp ứng các nhu cầu xã hội như chăm sóc sức khỏe (y tế), trang bị kiến thức (giáo dục)... Nhóm xã hội hình thành như là kết quả của việc tạo lập các thể chế xã hội (ví dụ, các giai cấp được hình thành từ hệ thống kinh tế; văn hóa, luật pháp và giáo dục ảnh hưởng đến vai trò của phụ nữ và nam giới cũng như thái độ đối với những người có những hành động khác với số đông như các nhóm tôn giáo và dân tộc thiểu số). Các mối quan hệ xã hội cũng được hình thành cùng với sự hình thành của các thể chế xã hội (ví dụ, mối quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân trong thể chế y tế, quan hệ giữa thầy giáo và học sinh trong thể chế giáo dục...). Cấu trúc xã hội có ảnh hưởng rất lớn đến tất cả chúng ta, nhưng ảnh hưởng đó không phải là bất biến. Các mũi tên hai chiều trong hình thể hiện sự tương tác qua lại giữa các lớp (vòng tròn) và giữa các yếu tố. Điều này có nghĩa là, chúng ta là thành viên của nhóm, của một xã hội và chúng ta hành xử theo cách của nhóm, của xã hội mà chúng ta là thành viên.

Mô hình trên đề cập đến ba khía cạnh chính khi nghiên cứu về sức khỏe. Ba khía cạnh này bao gồm: Sự phân bố xã hội về sức khỏe và bệnh tật (cấp độ nhóm xã hội); Kiến tạo xã hội về sức khỏe và bệnh tật (cấp độ văn hóa) và Tổ chức xã hội của chăm sóc sức khỏe (cấp độ xã hội). Mô hình khung xã hội không chú trọng nhiều tới cấp độ gắn với cá nhân nhất (gen và lối sống) mà chú trọng nhiều hơn tới ba cấp độ còn lại.

2.1.6.1. Sự phân bố xã hội về sức khỏe và bệnh tật

Bệnh tật có sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm xã hội, cộng đồng, quốc gia khác nhau. Điều này có thể thấy thông qua các số liệu thống kê về hiện tượng tử tử theo giới tính và tuổi, hay tuổi thọ giữa các nhóm, các quốc gia trên thế giới. Mỗi nhóm xã hội với những đặc trưng của nó có ảnh hưởng khác nhau đến sức khỏe. Khi phân tích mối tương quan giữa các yếu tố về dân tộc, giai cấp, giới, chúng ta sẽ nhận thấy một cách cụ thể và rõ ràng sự khác biệt trong phân bố về sức khỏe. Điều này có nghĩa là khi phân tích các số liệu về tình trạng bệnh tật (số người bị ốm) hay tử vong (số người bị chết) và mối tương quan với các đặc trưng về giới tính, tuổi, giai cấp, vị thế kinh tế – xã hội hay các nhóm dân tộc khác nhau, chúng ta sẽ thấy sự phân bố không đồng đều.

Bằng cách tiếp cận của xã hội học về sức khỏe, sự khác biệt này sẽ được giải thích thông qua tác động gián tiếp của các điều kiện xã hội bên ngoài cá nhân. Khi cố gắng giải thích sự phân bố xã hội khác nhau, tiếp cận xã hội học về sức khỏe đã tập trung vào những tác động của điều kiện sống và làm việc tới tình trạng sức khỏe. Chúng ta có thể dễ dàng nhìn thấy nhiều căn bệnh là sản phẩm của xã hội (ví dụ, các bệnh nghề nghiệp như bệnh nhiễm độc chì, bụi phổi – bông, bụi phổi – silic xuất hiện do người lao động phải làm việc trong môi trường lao động bị ô nhiễm).

2.1.6.2. Kiến tạo xã hội về sức khỏe và bệnh tật

Định nghĩa về sức khỏe và bệnh tật khác nhau giữa các nền văn hóa và thay đổi qua thời gian. Vấn đề bệnh tật được nhìn nhận/xác định ở xã hội này, thời điểm này nhưng có thể không phải là vấn đề bệnh tật ở xã hội khác, thời điểm khác (ví dụ như vấn đề đồng tính, hội chứng nghiện rượu...). Sự khác biệt này cho thấy, các niềm tin văn hóa, hành vi và các thể chế xã hội định hình hay kiến tạo những cách thức hiểu biết về sức khỏe và bệnh tật. Do đó, định nghĩa về sức khỏe và bệnh tật không nhất thiết là những sự kiện mang tính khách quan, mà còn có thể là kết quả phản ánh những đặc điểm văn hóa, chính trị, đạo đức của mỗi xã hội, ở mỗi giai đoạn nhất định. Ví dụ, ngày nay các công ty được bị cáo buộc là họ đã quảng cáo nhiều căn bệnh nhưng họ tung ra thị trường những loại dược phẩm mới chỉ nhằm chữa trị các triệu chứng mang tính phổ biến.

2.1.6.3. Tổ chức xã hội của hệ thống chăm sóc sức khỏe

Khi xem xét cách thức mà xã hội tổ chức, đầu tư và sử dụng hệ thống chăm sóc sức khỏe thì vai trò của những chuyên gia y tế rất quan trọng. Vai trò này ảnh hưởng đáng kể tới

việc xây dựng các chính sách y tế cũng như các nguồn vốn nhằm đảm bảo lợi ích của những chuyên gia này, đồng thời có thể ảnh hưởng đến lợi ích của các y tá và cán bộ y tế khác. Sự thiếu công bằng giữa những người làm trong lĩnh vực y tế có thể làm hạn chế việc sử dụng có hiệu quả các nguồn lực y tế cũng như việc tiếp cận và sử dụng hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân.

Theo quan điểm của tiếp cận xã hội học, mọi nỗ lực nào nhằm mục đích cải thiện sức khỏe của cộng đồng đều phải tập trung vào điều kiện sống và làm việc, như vấn đề nghèo đói, cơ hội việc làm, điều kiện làm việc và sự khác biệt về văn hóa. Tiếp cận xã hội học đặt ra những ưu tiên ngang bằng cho cả biện pháp phòng bệnh, chữa bệnh và các mục tiêu nhằm giảm bất bình đẳng về sức khỏe. Để làm được điều đó cần có sự tham gia và ủng hộ của cộng đồng, sự can thiệp ở cấp độ vĩ mô bao gồm cả dịch vụ xã hội và chính sách công (như sự an toàn của nơi làm việc và kiểm soát ô nhiễm). Tất cả những giải pháp này hoàn toàn nằm bên ngoài hệ thống y tế và sự kiểm soát của cá nhân. Điều này cũng có nghĩa là, các đề xuất giải pháp của cách tiếp cận xã hội học về sức khỏe rất phức tạp, khó thực thi, dài hạn và cần có sự hợp tác của nhiều ngành, nhiều lĩnh vực có liên quan; tập trung xác định các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe; nhấn mạnh nhu cầu về các biện pháp phòng bệnh ngoài biện pháp điều trị của hệ thống y tế.

2.1.7. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

Các mô hình yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe đã đề cập đến các nhóm yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe. Việc áp dụng các mô hình trên phụ thuộc vào cách tiếp cận và mục đích. Tuy nhiên, giữa các mô hình không có sự mâu thuẫn với nhau và nhìn chung các yếu tố đều được đề cập nhưng việc xếp loại theo nhóm yếu tố có sự khác nhau. Vì vậy, chúng ta cần có một cách nhìn khái quát hơn để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Do đó, cần thống nhất sử dụng cách phân loại của Helen Keleher và Berni Murphy.

Theo Helen Keleher và Berni Murphy (2004), các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe có thể chia thành ba nhóm: các yếu tố sinh học mang tính cá nhân (ví dụ: gen, tuổi, giới tính), các yếu tố môi trường tự nhiên (thời tiết, khí hậu, không khí, nước), các yếu tố xã hội (điều kiện kinh tế, văn hóa...).

Tuy nhiên, theo các tác giả, sự phân biệt giữa các yếu tố môi trường tự nhiên, môi trường xã hội và yếu tố sinh học của cá nhân chỉ mang tính tương đối. Trong thực tế, giữa các nhóm yếu tố này có mối liên hệ chặt chẽ với nhau. Ví dụ, yếu tố tuổi vừa là đặc điểm sinh học của cá nhân, nhưng cũng là một yếu tố xã hội có ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân (người già và trẻ em là nhóm phụ thuộc và dễ bị tổn thương nên dễ bị ảnh hưởng đến sức khỏe). Hay yếu tố nước thuộc môi trường tự nhiên, nhưng những vấn đề về nước sạch lại chịu ảnh hưởng của các mối quan hệ xã hội của con người (ví dụ: vấn đề ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt của cộng đồng do rác và nước thải của các nhà máy công nghiệp).

2.1.7.1. Các yếu tố sinh học

Các yếu tố sinh học quyết định sức khỏe và bệnh tật đề cập tới một số những yếu tố không đồng nhất thuộc mỗi cá nhân, có ảnh hưởng trực tiếp, hoặc gián tiếp đến sức khỏe và bệnh tật. Về cơ bản, gen là yếu tố sinh học quan trọng trong mối tương quan với các yếu tố xã hội và môi trường. Những đặc điểm của cơ thể như tầm vóc, độ béo và màu da thường là những biểu hiện của sự tương tác giữa gen, hành vi và môi trường. Hai yếu tố sinh học quan trọng nữa là tuổi và giới tính cũng có ảnh hưởng đến sức khỏe. Tuổi có ảnh hưởng quan trọng đến nguyên nhân bệnh tật và tử vong. Trong phần lớn các số liệu điều tra liên quan đến bệnh tật, những tỷ lệ bệnh tật đặc trưng theo tuổi có thể giải thích cho nhận định này.

Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật giữa các quần thể dân cư có mối tương quan với yếu tố chủng tộc và dân tộc. Chủng tộc chỉ những đặc trưng về mặt sinh học (ví dụ: màu da, màu tóc, màu mắt, hình dáng cơ thể...), trong khi đó dân tộc hàm chứa cả những khía cạnh khác như yếu tố văn hóa, xã hội, kinh tế.

Rất nhiều nghiên cứu tại các nước đang phát triển cho thấy: tại các nước này, các nhóm dân tộc thiểu số thường có sức khỏe kém hơn. Bên cạnh những lý giải thiên về các nguyên nhân xã hội như điều kiện kinh tế – xã hội, vai trò cá nhân và cộng đồng, sự kỳ thị và phân biệt đối xử... người ta cho rằng sự khác biệt về bệnh tật giữa các quần thể có thể có liên quan đến yếu tố chủng tộc.

Nghiên cứu của Coyne và cộng sự (2000) cho thấy, có một số quần thể có tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường rất cao, đặc biệt là những người Pima Indians ở Arizona và những người Micronesian của Nauru. Ở cả hai quần thể này, hơn 50% những người trung niên đều bị mắc bệnh tiểu đường typ 2. Nghiên cứu của Gardner và cộng sự (1984) cho thấy, những quần thể có pha lẫn gen của thổ dân Mỹ càng cao thì tỷ lệ bị bệnh tiểu đường càng cao.

Tuy nhiên, những khác biệt về sinh học không phải là yếu tố duy nhất quyết định sức khỏe. Sự khác biệt về sức khỏe theo chủng tộc còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố kinh tế – xã hội khác. Những người Pima phải chịu những áp lực do không được xã hội quan tâm, sự bóc lột, kỳ thị và phân biệt đối xử, sự nghèo đói phổ biến hơn tất cả các chủng tộc khác. Tại Anh, một số nhóm dân tộc thiểu số bao gồm những nhóm cộng đồng người châu Á và châu Phi thường phải sống trong những điều kiện kinh tế – xã hội thấp, như điều kiện vệ sinh, ăn ở và làm việc kém, điều này có tác động tiêu cực đến sức khỏe con người. Ngoài các yếu tố kinh tế – xã hội thì vai trò của các cá nhân trong gia đình và hôn nhân cũng góp phần quan trọng tác động đến sức khỏe. Do mô hình gia đình thay đổi theo các nhóm dân tộc nên vai trò của giới cũng là một khía cạnh quan trọng trong việc tạo nên sự khác biệt về sức khỏe giữa các chủng tộc.

Tuổi có lẽ là yếu tố có ảnh hưởng nhất trong nhóm các yếu tố sinh học dẫn đến nguy cơ của bệnh tật và tử vong. Boyd Swinburn và David Cameon Smith (2004) cho biết các nguyên nhân tử vong theo tuổi và tỷ lệ theo tổng tử vong của Úc như trong BẢNG 2.1.

BẢNG 2.1 cho thấy, sự gia tăng nhanh tỷ lệ tử vong ở người già (tăng đột biến ở độ tuổi từ 65 trở lên, ở cả hai nhóm nam và nữ). Ở các nước thu nhập thấp hiện nay có tỷ lệ tử

BẢNG 2.1. Các nguyên nhân tử vong theo tuổi và tỷ lệ theo tử vong của Úc

Tuổi	Thứ tự nguyên nhân tử vong	Tỷ lệ tử vong theo giới tính (%)		Tỷ lệ tử vong theo nhóm tuổi (%)	
		Nam	Nữ	Nam	Nữ
<1	Các điều kiện đỡ đẻ/sinh đẻ	1,1	0,9	49	50
	Bệnh bẩm sinh			25	25
1–14	Chấn thương và ngộ độc	0,6	0,4	51	36
	Ung thư			14	17
15–24	Chấn thương và ngộ độc	1,8	0,7	73	61
	Ung thư			7	12
25–44	Chấn thương và ngộ độc	6,5	3,3	52	32
	Ung thư			12	33
45–64	Ung thư	16,7	10,9	41	55
	Bệnh tim mạch			29	18
65–84	Bệnh tim mạch	54,3	45,2	38	41
	Ung thư			35	30
≥85	Bệnh tim mạch	19,0	38,5	48	56
	Ung thư			18	11

(Nguồn: Boyd Swinburn và David Cameon Smith, 2004)

vong cao hơn nhiều ở nhóm trẻ sơ sinh, sản phụ, nhóm thiếu niên/vị thành niên. Về bản chất, những loại bệnh gây tử vong cao thường là những bệnh truyền nhiễm (và các vấn đề về sản khoa). Các bệnh truyền nhiễm trở nên nghiêm trọng ở những nhóm có hệ thống miễn dịch chưa hoàn thiện (nhóm trẻ nhỏ), suy dinh dưỡng (thường là trẻ em), và các bệnh nguy hiểm khác. Đồng thời, BẢNG 2.1 cho thấy, các nguyên nhân dẫn đến tử vong lại là những bệnh về tim mạch và ung thư (chiếm xấp xỉ khoảng $\frac{2}{3}$ tổng số tử vong) đây là căn bệnh phổ biến ở người già.

So sánh tương quan giữa tuổi, các bệnh khác nhau và các yếu tố nguy cơ cũng cho thấy những ảnh hưởng của yếu tố tuổi tác. Nghiên cứu của Dunstan và cộng sự (dẫn theo Boyd Swinburn và David Cameon Smith, 2004) cho thấy, có mối tương quan giữa sự phổ biến của bệnh béo phì và tuổi (có sự gia tăng tuyến tính tương đối tới nhóm tuổi 60, sau đó giảm xuống ở nhóm trên 60 tuổi). Một số yếu tố giải thích cho sự giảm bệnh béo phì ở người cao tuổi được các tác giả đưa ra gồm: Cá nhân có thể bị giảm cân do kết quả của những căn bệnh mắc phải đồng thời như ung thư, mất cảm giác thèm ăn do tuổi già, răng yếu, chế độ ăn uống đặc biệt do mắc bệnh tiểu đường hay chế độ ăn thiếu dinh dưỡng do thu nhập thấp...

Tỷ lệ này cũng phản ánh phần nào hiện những người béo phì thường chết sớm hơn và những người già còn lại là những người gầy; người cao tuổi có số thời gian sống trong môi trường xã hội ngày nay ít bị béo phì hơn các thế hệ sau của họ (vì điều kiện sống dễ gây béo phì cho cá nhân và quần thể).

Ở Việt Nam, số liệu điều tra mức sống hộ gia đình năm 1998 cho thấy, ốm đau thường xảy ra với trẻ em từ sơ sinh đến 4 tuổi và đối với người trên 50 tuổi. Nhóm 15 – 24 tuổi có tỷ lệ ốm đau thấp nhất. Mặc dù có thể có nhiều lý giải về mặt xã hội cho sự khác biệt này,

nhưng còn một đặc trưng về mặt sinh học của nhóm 15 – 24 tuổi đó là thời kỳ cơ thể có sức đề kháng cao nhất với mọi loại bệnh tật (UNDP, 2001).

BẢNG 2.1 cho thấy, có sự khác nhau về tình trạng bệnh tật theo giới tính và tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm nam, tuổi thọ cao hơn ở nhóm nữ. Điều này cũng thấy tương tự ở Việt Nam. Theo số liệu tổng điều tra dân số năm 1999, tuổi thọ trung bình của nam và nữ chênh lệch 3 năm (70 tuổi đối với nữ và 67 tuổi đối với nam). Điều tra biến động dân số năm 2001 cho thấy, tuổi thọ trung bình của nam giới đạt 70 và nữ giới đạt 73 tuổi. Vì vậy, hiện nay khoảng 60% người cao tuổi là phụ nữ.

Bên cạnh các bệnh liên quan đến giới tính như ung thư vú (ở nữ) và tuyến tiền liệt (ở nam), cũng có những khác nhau về bệnh giữa hai giới, ví dụ: bệnh loãng xương. Bệnh loãng xương là căn bệnh khá phổ biến ở nữ giới, đặc biệt là ở phụ nữ sau mãn kinh. Trong khi đó, nam giới lại có khả năng chống lại yếu tố nguy cơ này do họ có cơ thể to khỏe hơn, hormon sinh dục nam cũng tồn tại dài hơn.

Trên đây là những phân tích về ảnh hưởng của các yếu tố sinh học đến sức khỏe thông qua các đặc điểm cơ bản thuộc về sinh học như gen, giới tính, chủng tộc/dân tộc và tuổi. Tuy nhiên, mối liên quan giữa các yếu tố sinh học và sức khỏe trong mối tương quan với các yếu tố khác vẫn đang được quan tâm. Liệu các yếu tố nguy cơ về sinh học đóng vai trò quyết định hay chỉ đóng vai trò nhỏ trong mạng lưới các yếu tố nguyên nhân khác? Yếu tố sinh học quyết định sức khỏe rất đa dạng, có mối liên hệ qua lại với nhau, với hành vi của một cá nhân và môi trường xung quanh như thế nào?

2.1.7.2. Các yếu tố môi trường tự nhiên

Mối liên hệ chặt chẽ giữa sức khỏe con người và môi trường mà chúng ta đang sống đã được nhiều tác giả đề cập. Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 1997) ước tính 25% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu là do môi trường gây ra. Theo Pimental và cộng sự (1998) tỷ lệ này chiếm 40% và còn tiếp tục gia tăng. Những con số thống kê trên cho thấy, chúng ta không thể nói về sức khỏe mà không xét trong mối tương quan với môi trường tự nhiên.

Các yếu tố môi trường quyết định sức khỏe có thể chia theo môi trường đô thị, môi trường nông thôn; hoặc chia theo môi trường lao động và môi trường nhà ở.

Môi trường đô thị Hiện nay gần một nửa dân số thế giới sinh sống tại khu vực đô thị. Các thành phố tạo cơ hội cho mọi người có việc làm, giáo dục, chăm sóc sức khỏe tốt hơn; đô thị cũng đóng góp rất lớn vào sự phát triển nền kinh tế quốc dân. Tuy nhiên, sự tăng trưởng đô thị nhanh chóng mà không có quy hoạch toàn diện đã kéo theo hàng loạt những hiện tượng mà đô thị đang phải đối mặt, như hiện tượng nghèo đói, ô nhiễm môi trường và nhu cầu của người dân thường vượt quá khả năng của các dịch vụ. Tất cả những yếu tố này đã gây ra nhiều nguy cơ đối với sức khỏe của người dân.

Những dữ liệu nghiên cứu cho thấy một loạt các nguy cơ về sức khỏe và những yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe ở khu vực đô thị như nhà ở không đạt tiêu chuẩn, sự đông đúc, ô nhiễm không khí và nước, hoặc thiếu nước, thiếu các dịch vụ vệ sinh và xử lý chất

thải, các bệnh truyền nhiễm, chất thải công nghiệp, phương tiện giao thông tăng lên, hiện tượng stress có liên quan đến nghèo khổ và thất nghiệp. Chính quyền địa phương, chính phủ các nước và các tổ chức đa quốc gia đang vật lộn với những thách thức của quá trình đô thị hóa. Những nguy cơ về sức khỏe và các yếu tố liên quan là mối quan tâm của nhiều ngành khác nhau, trong đó những cảnh báo về ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường đô thị đến sức khỏe đang ngày càng thu hút sự chú ý của các ngành có liên quan.

Một số vấn đề môi trường đô thị đang phải đối mặt: Sự quá tải của dân cư đô thị, giao thông và ô nhiễm, mức độ gia tăng ô nhiễm đất, không khí và nước, hệ thống xử lý rác thải, thoát nước không hợp lý, thiếu nước sạch.

Các vấn đề môi trường được đề cập như ô nhiễm đất, không khí và nước; hệ thống xử lý rác thải, hệ thống thoát nước không hợp lý... đã trở nên đặc biệt nghiêm trọng đối với chất lượng cuộc sống của người dân (trong đó có sức khỏe). Đó là hệ quả của sự gia tăng nhanh chóng dân số và nền sản xuất đô thị mà không quan tâm tới môi trường và sức khỏe con người.

Môi trường nông thôn Nguy cơ môi trường ảnh hưởng tới sức khỏe của cộng đồng nông thôn bao gồm ô nhiễm không khí trong nhà do đốt nhiên liệu để nấu ăn và sưởi (một nguyên nhân phổ biến dẫn đến bệnh viêm phổi ở trẻ nhỏ ở các nước thế giới thứ ba), hệ thống xử lý rác thải kém, nhiễm độc thuốc trừ sâu bởi các hoạt động sản xuất nông nghiệp, thiếu nước sạch, các véc tơ truyền bệnh như sốt rét, sốt xuất huyết...

Môi trường ở các vùng nông thôn Việt Nam do ảnh hưởng của sự phát triển các làng nghề và các nhà máy công nghiệp đang ngày càng trở nên ô nhiễm. Không khí bị ô nhiễm do nhiệt, tiếng ồn, hơi độc, bụi khói; không gian ngày càng bị thu hẹp do đất bị chiếm dụng để xây dựng cơ sở sản xuất, chứa nguyên vật liệu, chất đốt, sản phẩm và nhất là chất thải đủ các loại; đất và nước đang bị chất thải rắn và nước thải xâm hại. Hàng loạt các “làng ung thư” ở Hà Nội, Phú Thọ, Hà Nam, Nghệ An, Quảng Nam, Hải Phòng được phát hiện và thông báo trên hệ thống các phương tiện truyền thông đại chúng như là tiếng chuông cảnh báo cho tình trạng ô nhiễm môi trường hiện nay ở nước ta.

Bên cạnh đó, tình trạng môi trường bị ô nhiễm do các hoạt động sản xuất nông nghiệp ở nông thôn cũng đang là vấn đề bức xúc. Môi trường nước, không khí chịu ảnh hưởng nặng nề của các loại thuốc bảo vệ thực vật do thói quen lạm dụng sử dụng thuốc bảo vệ thực vật của người dân. Sau khi phun thuốc, các dụng cụ pha chế, thậm chí cả nửa bình phun còn thừa, đều đổ cả ra ao, hồ, đồng ruộng, sông suối, gây ô nhiễm nguồn nước và các động – thực vật thủy sinh khác.

Việc phun thuốc trừ sâu không đúng kỹ thuật gây ảnh hưởng trước tiên đến chính sức khỏe của người nông dân. Sử dụng thuốc bảo vệ thực vật không đúng cách là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng gây nên một số bệnh phổ biến mà người dân nông thôn thường mắc phải như các bệnh về da liễu, các bệnh đường hô hấp.

Môi trường lao động Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) ước tính, mỗi ngày có khoảng 500 người chết tại nơi làm việc. Con số thống kê về các vụ tai nạn không gây tử

vong cao gấp 1.000 lần con số này. Các số liệu thống kê cho thấy, mức độ ảnh hưởng của các nguy cơ tại nơi làm việc đối với sức khỏe khá hơn. Phần lớn những người lao động bị thương tích và tử vong là những người làm việc trong môi trường nông nghiệp, lâm nghiệp, công nghiệp mỏ và xây dựng (Rosemary Nicholson và Peter Stephenson, 2004).

Nguy cơ ở môi trường lao động không chỉ ảnh hưởng đến những người làm trong các nhà máy, xí nghiệp đó mà còn ảnh hưởng đến những người dân sống xung quanh. Vào những năm 1970, một vụ nổ hóa chất tại một nhà máy ở Bhopal, Ấn Độ đã làm chết và làm bị thương hàng nghìn người dân sống xung quanh. Tương tự, vào những năm 1980, thảm họa Chernobyl đã làm chết hàng nghìn người và ảnh hưởng của nó còn kéo dài tới các thế hệ sau.

Tại Việt Nam, vấn đề về bệnh nghề nghiệp đang là mối quan tâm của nhiều cấp, nhiều ngành khi nhìn vào số lượng các vụ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, tính chất nguy hiểm và gây thiệt hại lớn ở môi trường lao động ngày càng gia tăng. Theo Cục An toàn lao động thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, năm 2016 cả nước xảy ra 7.981 vụ tai nạn lao động, trong đó có 8.251 người bị nạn, làm 862 người chết, hàng nghìn người bị thương. Tỷ lệ đó tuy có giảm so với năm 2015, nhưng theo Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, con số thống kê trên chưa phản ánh đầy đủ tình trạng tai nạn lao động đã xảy ra, và chỉ có 26.419/277.314 doanh nghiệp có báo cáo về tình hình lao động. Những lĩnh vực sản xuất kinh doanh xảy ra nhiều tai nạn là xây dựng chiếm 23,8%, khai thác khoáng sản 11,4%, sản xuất vật liệu xây dựng 7,4%, cơ khí chế tạo chiếm 5,9%, dịch vụ chiếm 5%, nông, lâm nghiệp chiếm 4,5%. Bệnh nghề nghiệp cũng không ngừng gia tăng trong các năm: năm 2016, hơn 3.200 người khám phát hiện có bệnh nghề nghiệp, tăng gần 24% so với năm 2015, trong đó số người mắc bệnh bụi phổi chiếm 75%.

Môi trường nhà ở Một môi trường nhà ở được xem là lành mạnh phụ thuộc vào thiết kế và kiến trúc, việc giữ gìn ngăn nắp, hệ thống cung cấp nước sạch hợp lý, hệ thống xử lý rác thải tốt, hệ thống thông gió đầy đủ.... Tổ chức Y tế Thế giới nhận định: Nhà ở là một yếu tố quan trọng của chất lượng cuộc sống, làm giảm thiểu một cách đáng kể các bệnh tật và chấn thương, từ đó giúp tâm thần và thể chất khỏe mạnh. Để có một môi trường nhà ở tốt cho đời sống gia đình, cần quan tâm chống lại những nguy cơ nảy sinh từ môi trường xã hội và cơ sở vật chất (WHO, 1997).

Bên cạnh điều kiện vật chất bên trong của nhà ở, điều kiện môi trường vật chất bên ngoài như: nhà ở gần khu công nghiệp, gần các đường phố lớn, tiếng ồn của các phương tiện giao thông (ví dụ: ở đường sắt, sân bay) cũng có ảnh hưởng tới sức khỏe của người dân. Nhà ở được thiết kế và quản lý không hợp lý dẫn tới các loài gặm nhấm và các véc-tơ truyền bệnh khác có thể xâm nhập. Điều kiện nhà ở ẩm thấp và lạnh làm tăng các bệnh đường hô hấp mạn tính, đặc biệt là đối với trẻ nhỏ và người già. Guest và cộng sự (1999) cho rằng, có mối tương quan đặc biệt giữa điều kiện nhà ở không đạt tiêu chuẩn và các biểu hiện rối loạn tâm lý như bạo lực, tội phạm, gây rối, lạm dụng rượu và thuốc phiện, kể cả sự tan vỡ gia đình (dẫn theo Rosemary Nicholson và Peter Stephenson, 2004).

Tuy nhiên, các điều kiện môi trường tự nhiên chịu ảnh hưởng nhiều của các quá trình xã hội thông qua quan hệ xã hội của con người. Sự ô nhiễm môi trường, sự phá vỡ cân bằng trong hệ sinh thái... đều có nguyên nhân từ quá trình quan hệ xã hội giữa cá nhân/các nhóm xã hội nhất định.

2.1.7.3. Các điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội

Các điều kiện xã hội đóng vai trò như là cấu trúc xã hội, định hình nên những mô hình xã hội về sức khỏe và bệnh tật và hành vi sức khỏe của các nhóm xã hội.

Nghèo đói Nghèo đói là tình trạng thiếu cơ hội để có thể sống một cuộc sống đáp ứng được với các tiêu chuẩn tối thiểu nhất định. Thước đo các tiêu chuẩn này và các nguyên nhân dẫn đến nghèo đói thay đổi tùy theo địa phương và theo thời gian.

Nghèo đói thường được đo lường thông qua một số chỉ số kinh tế - xã hội như thu nhập, chi tiêu và tài sản vật chất.

Sự phân bố về tỷ lệ nghèo giữa các nhóm xã hội có sự khác nhau theo các đặc trưng nhân khẩu học - xã hội như: tuổi, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn; các đặc trưng địa lý xã hội như: khu vực nông thôn - đô thị, vùng miền; các đặc trưng kinh tế - xã hội như: giữa các nhóm chi tiêu...

Theo thống kê của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, năm 2016 cả nước có hơn 2,31 triệu hộ nghèo (chiếm tỉ lệ 9,79% so với tổng số hộ dân cư trên toàn quốc) và hơn 1,24 triệu hộ cận nghèo (chiếm tỉ lệ 5,27%). Tỷ lệ nghèo đói của Việt Nam đã giảm ở tất cả các vùng trong cả nước, ở cả thành thị và nông thôn. Tuy nhiên, tốc độ giảm nghèo của dân tộc thiểu số chậm hơn rất nhiều so với tốc độ giảm nghèo chung của cả nước. Tỷ lệ nghèo đói giữa nông thôn và đô thị vẫn còn khoảng cách lớn.

Ảnh hưởng của nghèo đói đến sức khỏe Nghèo đói ảnh hưởng rất nhiều về mặt xã hội. Nghèo đói làm giảm khả năng tiếp cận giáo dục, văn hóa, kinh tế, chính trị và trong cả lĩnh vực sức khỏe.

Ảnh hưởng của nghèo đói đến sức khỏe được thừa nhận rộng rãi trên toàn thế giới. Jannie Naidoo, 2005 đã tổng quan được một số công trình nghiên cứu về nghèo đói và sức khỏe: nghèo đói dẫn đến tình trạng sức khỏe kém và tử vong (Acheson, 1998); thu nhập thấp là yếu tố chính dẫn đến bệnh mạn tính và bệnh tâm thần (Sturm Gresenz, 2002).

Ở Việt Nam, trong các báo cáo về nghèo đói của UNDP, World Bank... đã đề cập khá nhiều tới tác động của nghèo đói đến các vấn đề xã hội, trong đó có khía cạnh y tế. Nghèo đói là một trong những nguyên nhân của tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em. Tỷ lệ trẻ em thuộc nhóm nghèo nhất bị còi xương là 54%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm giàu nhất là 19% (UNDP, 2001). Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng ở nông thôn cũng cao hơn rất nhiều so với ở đô thị (năm 1993 là 37% ở thành thị và 57,8% ở khu vực nông thôn; năm 1998 tương ứng là 22,9% và 45,2%). Theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng quốc gia, năm 2016, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em có sự khác biệt giữa các vùng sinh thái, các vùng miền. Hiện tình trạng suy dinh dưỡng cao nhất là khu vực Tây Nguyên (suy dinh dưỡng nhẹ cân là 21,6%, suy dinh dưỡng thấp còi là 34,2%), tiếp đến là trung du và miền núi phía Bắc (suy dinh dưỡng

nhẹ cân là 19,5%, suy dinh dưỡng thấp còi là 30,3%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi thể nhẹ cân và thấp còi cao nhất vẫn tập trung ở những nơi có điều kiện kinh tế khó khăn, miền núi, vùng sâu vùng xa. Ở Tây Nguyên, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao nhất là 2 tỉnh Kon Tum và Gia Lai với suy dinh dưỡng nhẹ cân là 23,7% và 24,1%, suy dinh dưỡng thấp còi là 39,3% và 35,3%. Lai Châu và Hà Giang là hai tỉnh có tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em cao nhất khu vực trung du và miền núi phía Bắc: với suy dinh dưỡng nhẹ cân là 23,0% và 22,8%, suy dinh dưỡng thấp còi là 36,4% và 35,1%. Ở thành phố Hồ Chí Minh là 12,6%, ở Hà Nội là 5,4%. Sự khác biệt này cho thấy tác động của yếu tố giàu nghèo đến sức khỏe, khi mà ở đô thị tỷ lệ nghèo đói thấp hơn nhiều so với nông thôn.

Nghèo đói ảnh hưởng nhiều đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Trong số những hộ thuộc nhóm chi tiêu nghèo nhất có tới 43% số người bị ốm, tỷ lệ này ở nhóm chi tiêu giàu nhất là 39%. Với một người bị ốm thì xác suất được điều trị tính chung cả nước là 79%, nhóm chi tiêu giàu nhất là 83% và nhóm chi tiêu nghèo nhất là 70%. Chất lượng điều trị cũng khác nhau. Những người nghèo chỉ thường dựa vào trạm y tế xã, trong khi những hộ có mức sống cao hơn thường điều trị tại các phòng khám tư nhân và bệnh viện nhà nước. Mặc dù chi tiêu cho điều trị bệnh giữa nhóm giàu nhất và nhóm nghèo nhất đều chiếm 5% tổng chi tiêu của hộ nhưng chi tiêu của nhóm giàu nhất dành cho điều trị bệnh cao gấp 7 lần so với nhóm nghèo nhất.

Nhìn chung, các nghiên cứu về nghèo đói đều cho thấy, giữa nghèo đói và sức khỏe có mối liên hệ tác động qua lại lẫn nhau. Nghèo đói làm giảm khả năng tiếp cận các nguồn lực vật chất như thu nhập, nhà ở chất lượng tốt, môi trường cư trú xã hội và làm việc tốt. Nhóm nghèo thường có những hành vi nguy cơ như hút thuốc lá hành vi này như một cách đối phó do không đáp ứng được giá cả lương thực, thực phẩm. Các yếu tố tâm lý - xã hội do nghèo đói làm hạn chế mạng lưới xã hội của người nghèo, khiến họ có cảm giác vô dụng, không được tôn trọng.

Bất bình đẳng xã hội Bất bình đẳng là vấn đề mang tính phổ biến trên phạm vi toàn cầu chỉ sự khác biệt giữa cá nhân này với cá nhân khác, nhóm này với nhóm khác, cộng đồng này với cộng đồng khác, quốc gia này với quốc gia khác về các cơ hội trong cuộc sống như cơ hội tìm kiếm việc làm, khám chữa bệnh, đi học... Điều này được cho là không công bằng, thiên vị và có thể tránh được. Hiện nay, sự tồn tại của bất bình đẳng, nguyên nhân và hệ quả của nó, nhất là khi chúng liên quan đến giai cấp, giới tính, dân tộc và vùng miền, vẫn tiếp tục được quan tâm hàng đầu.

Bất bình đẳng về sức khỏe là sự khác biệt mang tính hệ thống về sức khỏe như tình trạng sức khỏe dân số, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật giữa các nhóm có mức độ giàu có, quyền lực và uy tín khác nhau. Bất bình đẳng về sức khỏe làm cho các nhóm yếu thế như nhóm người nghèo, nhóm phụ nữ, nhóm những người đồng tính hay nhóm dân tộc thiểu số càng trở nên bất lợi hơn đối với sức khỏe của họ.

Bất bình đẳng về sức khỏe được xác định do sự khác nhau về cấu tạo sinh học và do điều kiện sống liên quan đến sức khỏe như sự thiếu thốn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, điều kiện làm việc độc hại, điều kiện sống nghèo nàn...

Theo Whitehead (2005) mục tiêu của chúng ta không phải là loại trừ hay xóa bỏ tất cả những khác biệt về sức khỏe vì điều này là bất khả thi, nhưng cần phải làm giảm hoặc xóa bỏ hậu quả bất nguồn từ những yếu tố có thể tránh được và mang tính không công bằng. Điều này có nghĩa là mọi người cần có một cơ hội ngang bằng nhau để có tình trạng sức khỏe tốt, không nên đặt mọi người vào tình trạng bất lợi cho sức khỏe nếu điều đó có thể tránh được.

Đối lập với khái niệm bất bình đẳng về sức khỏe là khái niệm bình đẳng về sức khỏe.

Bất bình đẳng là những khác biệt về sức khỏe, những khác biệt này được coi là không cần thiết, có thể tránh được và không công bằng. Do đó, bình đẳng về sức khỏe ngụ ý rằng những khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm là không công bằng và có thể giải quyết được thông qua công cụ là các chính sách liên quan đến sự chia sẻ và phân phối các nguồn lực dành cho sức khỏe trong một nhóm hay các nhóm xã hội.

Theo Naidoo (2005), bất bình đẳng về sức khỏe có thể đo lường theo bốn khía cạnh: những khác biệt về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm xã hội; bất bình đẳng trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe; những khác biệt giữa các vùng miền, địa lý; những khác biệt trong điều trị bệnh tật.

Sự khác biệt về sức khỏe giữa nam và nữ được coi là sự bất bình đẳng về sức khỏe theo giới. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới (44,7%) cao hơn so với nam giới (38,2%). Hiện tượng này có thể được giải thích là khả năng đề kháng bệnh tật từ môi trường sống xung quanh của nữ kém hơn nam (yếu tố sinh học). Tuy nhiên, có những lý do quan trọng và mang đặc trưng xã hội hơn nhiều so với những khác biệt về đặc trưng thể chất giữa nam và nữ. Nữ giới do phải trải qua quá trình sinh con nên cơ thể phụ nữ có những biến đổi lớn, có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Bên cạnh đó, phân công lao động giữa nam và nữ cũng ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ. Phụ nữ thường phải làm việc ngoài giờ (công việc nông nghiệp, nội trợ...) nên có ít thời gian để nghỉ ngơi và phục hồi sức khỏe.

Bất bình đẳng nói lên sự phân chia các nguồn lực, các cơ hội và các quyền một cách không đồng đều, dẫn đến làm lợi cho nhóm người này và gây thiệt hại cho nhóm người khác. Bất bình đẳng giàu - nghèo làm cho người nghèo không có cơ hội và điều kiện tiếp cận các dịch vụ bảo vệ và chăm sóc sức khỏe. Do vậy, trẻ em trong các hộ gia đình nghèo thường thấp bé nhẹ cân, tức là bị suy dinh dưỡng nặng nề hơn so với các hộ giàu. Ngược lại, trẻ em trong các hộ giàu có thể dễ bị mắc chứng bệnh béo phì hơn là trẻ em trong các hộ nghèo.

Như phần trên đã phân tích, những người giàu thường có cơ hội lựa chọn các dịch vụ y tế và tiếp cận các dịch vụ cao cấp, còn những người nghèo thì không có khả năng chi trả các dịch vụ y tế. Do vậy, nguy cơ mắc bệnh cũng như khả năng phải chữa trị bệnh của người nghèo cao hơn hẳn so với nhóm người giàu. Những vùng sâu vùng xa là những vùng có tỷ lệ nghèo đói cao, cũng là những nơi có tỷ lệ dân cư bị ốm đau nhiều, tỷ lệ tử vong trẻ em cao và không ít các loại dịch bệnh vẫn còn tồn tại gây nguy hiểm đến sức khỏe và tính mạng của người dân ở những khu vực này.

Sự bất bình đẳng toàn cầu Bất bình đẳng về cơ hội được sống: Cứ 1.000 đứa trẻ Mỹ sinh ra thì có 7 trẻ chết trước khi đầy năm, trong khi cứ 1.000 đứa trẻ Mali ra đời thì

có đến 126 trẻ chết trước khi tròn 1 tuổi. Những đứa trẻ sống sót không chỉ ở Mali mà còn ở phần lớn các nước Châu Phi và nước nghèo khác ở châu Á, châu Mỹ Latinh đều đứng trước nguy cơ thiếu dinh dưỡng nghiêm trọng so với những đứa trẻ ở các nước giàu (IMF, 2006).

Kỳ thị và Phân biệt đối xử Phân biệt đối xử (Discrimination) và sự kỳ thị (Stigma) là hai khái niệm luôn đi cùng với nhau, giữa chúng có những điểm giống và khác nhau.

Kỳ thị là thái độ thể hiện sự thiếu tôn trọng đối với người hoặc vật nào đó. Phân biệt đối xử là hành vi ứng xử của một cá nhân hoặc của một nhóm đối với người khác, nhóm khác một cách đầy định kiến. Phân biệt đối xử thường được định nghĩa thông qua khái niệm “quyền con người” và các quyền khác, bao gồm các quyền trong các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, việc làm, hệ thống luật pháp, phúc lợi xã hội và đời sống gia đình.

Như vậy, kỳ thị xã hội thể hiện về mặt thái độ, còn phân biệt đối xử thể hiện thông qua hành động hay hành vi ứng xử. Phân biệt đối xử như là một cách thức thể hiện những tư tưởng kỳ thị dù là cố ý hay vô ý. Kỳ thị xã hội và phân biệt đối xử là hai khái niệm có mối liên quan với nhau. Các cá nhân bị kỳ thị có thể phải chịu đựng sự phân biệt và bạo lực liên quan đến các quyền con người. Tư tưởng kỳ thị có thể khiến một người hành động theo cách cản trở tiếp cận dịch vụ hoặc quyền lợi đối với người khác.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử có thể thể hiện ở cấp độ cá nhân, gia đình, bạn bè, cộng đồng và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc ở cấp độ chính phủ.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử thường xảy ra đối với những nhóm dễ bị tổn thương theo giới (tư tưởng trọng nam khinh nữ), theo tuổi (người già dễ bị phân biệt đối xử trong gia đình hiện đại), theo điều kiện kinh tế (kỳ thị và phân biệt đối xử với người nghèo), theo nghề nghiệp (kỳ thị và phân biệt đối xử với những người lao động thủ công), theo sức khỏe (kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người bị bệnh tật, khuyết tật...).

Trong lĩnh vực sức khỏe, kỳ thị xã hội và phân biệt đối xử thường xảy ra đối với những người mắc bệnh lây nhiễm, bệnh nan y như bệnh lao, bệnh giang mai, bệnh hủi... Tuy nhiên, sự kỳ thị liên quan đến HIV/AIDS là rõ ràng và mạnh mẽ hơn cả.

Sự kỳ thị đối với người có HIV/AIDS là một thái độ thiếu tôn trọng đối với người khác do nghi ngờ hoặc khẳng định tình trạng nhiễm HIV của họ.

Ngày nay, HIV/AIDS không những là thách thức lớn nhất trong lĩnh vực sức khỏe mà còn là thách thức lớn nhất về các quyền con người. Những người có HIV/AIDS phải chịu những gánh nặng của kỳ thị xã hội và phân biệt đối xử. Sự sợ hãi bị nhiễm HIV/AIDS là nguyên nhân dẫn đến sự kỳ thị và phân biệt đối xử, điều này lại làm cản trở quá trình phòng chống lây nhiễm HIV và cung cấp các dịch vụ điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người có HIV và gia đình của họ. Kỳ thị liên quan đến HIV/AIDS ngày càng được xem như là một thách thức lớn nhất đối với nỗ lực làm giảm sự lan rộng của bệnh dịch ở cấp độ cộng đồng, quốc gia và toàn cầu.

Thái độ kỳ thị thường không chỉ nhằm tới những người có HIV mà còn kỳ thị cả những hành vi được tin là nguyên nhân dẫn đến có HIV. Một người có HIV thường bị

người khác hoặc nhóm/cộng đồng gán cho nguyên nhân mắc là do mại dâm hoặc tiêm chích ma túy.

Những người được xem là ngoài lề xã hội như người nghèo, người đồng tính, người tiêm chích ma túy và gái mại dâm thường xuyên phải chịu gánh nặng của sự kỳ thị liên quan đến HIV/AIDS nhất. Những người có HIV thường bị quy là những người thuộc nhóm trên, mặc dù họ có thể hoặc không là thành viên của các nhóm đó.

2.1.7.4. Các biểu hiện phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS

Cấp độ gia đình và cộng đồng: Xa lánh/cô lập về mặt vật lý đối với người có HIV tại nhà (ví dụ: sắp xếp nơi sinh hoạt riêng rẽ); hoặc miễn cưỡng tiếp xúc (ví dụ: phớt lờ, miễn cưỡng bắt tay, không muốn nói chuyện...); hạn chế tiếp cận với vợ/chồng, con cái và họ hàng của người có HIV/AIDS; hạn chế chia sẻ/dùng chung dụng cụ sinh hoạt gia đình hàng ngày, nhà vệ sinh, phòng ăn...; hạn chế cơ hội tới các địa điểm công cộng, giải trí, thể thao...; phủ nhận/từ chối nguyện vọng được tổ chức tang lễ theo nghi lễ thông thường (mà thường là hỏa táng).

Ở cấp độ dịch vụ chăm sóc sức khỏe: Miễn cưỡng tiếp xúc với người có HIV/AIDS, trì hoãn điều trị, phục vụ chậm (ví dụ: bắt phải chờ đợi lâu, hẹn lại lịch khám và điều trị nhiều lần); từ chối nhập viện để chăm sóc/điều trị; truyền chuyển bệnh nhân giữa các bác sĩ/bệnh viện; trì hoãn hoặc từ chối phẫu thuật; bắt buộc xét nghiệm HIV trước khi phẫu thuật và trong quá trình mang thai; cho xuất viện sớm; từ chối điều trị mặc dù có thẻ bảo hiểm.

Ở nơi làm việc: Miễn cưỡng giao tiếp với người có HIV/AIDS; yêu cầu xét nghiệm HIV trong quá trình tuyển lao động và sử dụng lao động; yêu cầu người có HIV/AIDS chuyển việc mà không có bất cứ một lý do hợp lệ nào; ép viết đơn xin nghỉ việc.

2.1.7.5. Ảnh hưởng của kỳ thị và phân biệt đối xử đến sức khỏe

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử làm hạn chế cơ hội của các cá nhân trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ khác. Do đó, làm tăng nguy cơ lây nhiễm bệnh tới người khác. Trong nhiều trường hợp, những người này mặc dù rất cần thông tin, giáo dục và tư vấn nhưng sẽ không được hưởng lợi từ các dịch vụ này mặc dù các dịch vụ này là có sẵn.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử dẫn đến sự cô lập xã hội. Những người bị kỳ thị và phân biệt đối xử sẽ bị cô lập, bị nhòm ngó, dè bĩu và bị tách ra khỏi gia đình, cộng đồng, xã hội.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử làm hạn chế sự hòa nhập xã hội và sự hỗ trợ xã hội cho cá nhân.

Sự kỳ thị và phân biệt đối xử khiến cá nhân có các hành vi nguy cơ như: người bị nghi có HIV sẽ sợ bị phân biệt và kỳ thị nên tránh không đi kiểm tra xét nghiệm hoặc người bị chẩn đoán là có HIV/AIDS sẽ sợ hãi mà tránh không đến bệnh viện để điều trị; những người có HIV/AIDS không nói với bạn tình, vợ/chồng hoặc bạn tiêm chích về tình trạng sức khỏe của họ.

Tài sản bất bình đẳng, cơ hội bất bình đẳng Trẻ mồ côi do AIDS ở Nam Phi có bố mẹ bị chết do AIDS, sau khi cha hoặc mẹ hay cả hai đã chết, chúng phải tự xoay sở với sự mòn mỏi cùng cực, sự nhục mạ nặng nề, bệnh tật chạy chữa rất tốn kém, tình cảnh của những đứa trẻ này thật đáng lo ngại. Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) cho biết, năm 2003 có khoảng 12,3 triệu trẻ mồ côi do AIDS. Từ năm 2005–2010 có khoảng 8 triệu trẻ em mồ côi do AIDS. Năm 2016 có khoảng 1,5 triệu trẻ mồ côi do AIDS ở Nam Phi.

Cả một thế hệ người Nam Phi lớn lên sẽ phải do ông bà hoặc những người thân trong gia đình nuôi dưỡng, mà bản thân chúng có nguy cơ suy dinh dưỡng, bị chà đạp và bị mắc bệnh rất cao. Tồi tệ nhất là chúng sẽ phải lớn lên trong những hoàn cảnh mà quyền cơ bản về cơm ăn, áo mặc, nhà ở, chế độ chăm sóc thường không đảm bảo.

Việc học hành Từ góc độ giáo dục, điều có ý nghĩa là phải duy trì được việc học hành của trẻ dù chỉ là trang bị những kỹ năng thiết yếu để thoát nghèo. Được đi học là một điều quan trọng. Nó cho phép đứa trẻ hòa nhập với chuẩn mực và tập tục của xã hội, giúp trẻ có được sự tự tin và năng lực tham gia đầy đủ hơn các hoạt động của xã hội. Không có sự hòa nhập đó, trẻ nhỏ dễ bị tổn thương và dễ dàng bị lợi dụng thông qua việc bị ép gia nhập các băng nhóm đường phố, mạng lưới tội phạm hay đội quân vũ trang.

Tránh lây nhiễm Ưu tiên cấp bách nhất là phải đảm bảo bản thân trẻ em mồ côi do bố mẹ có HIV/AIDS không bị lây nhiễm. Tuy nhiên chính trẻ mồ côi do bố mẹ có HIV/AIDS lại đứng trước nguy cơ này, vì sự ghê sợ HIV/AIDS nên người ta thường quan niệm rằng con cái của những người chết vì AIDS chắc chắn đã nhiễm bệnh, vì thế tìm cách xa lánh, nhục mạ hoặc bóc lột chúng. Một số trẻ mồ côi vì bố mẹ mắc AIDS thậm chí còn không được phép đến trường và trạm y tế, vì người ta sợ sự hiện diện của chúng.

Tình cảnh của trẻ mồ côi vì AIDS cho thấy vòng tròn luẩn quẩn của sự miệt thị có thể kéo dài mãi, sự cô lập hay bị loại trừ về mặt xã hội (nhất là khi còn trẻ) có thể ngăn cản việc tích lũy tài sản và hạn chế khả năng duy trì sự tham gia vào các mạng lưới để thoát nghèo.

Văn hóa Có nhiều quan niệm về văn hóa và các thành phần của văn hoá. Văn hóa là tập hợp của sự hiểu biết, niềm tin và hành vi giữa những nhóm xã hội nhất định, thông qua quá trình học hỏi và chuyển giao từ thế hệ này sang thế hệ khác. Văn hóa là tập hợp các giá trị, thái độ và hành vi của các nhóm xã hội đặc thù. Định nghĩa này nhấn mạnh đến tính đặc thù trong văn hóa của các nhóm xã hội khác nhau. Các cấu phần của văn hóa bao gồm:

- Các giá trị: Là những gì được xã hội coi là quan trọng, cần thiết, mong muốn, theo đuổi và mưu cầu. Giá trị thường trở thành mục tiêu của hành vi, hoạt động mà con người tìm cách đạt được.
- Các chuẩn mực: Đó là các tiêu chuẩn, các quy định mà xã hội dùng để đánh giá, phán xét và điều chỉnh hành vi, hoạt động của các thành viên trong xã hội. Chuẩn mực văn hóa có chức năng khuyến khích và cưỡng chế hành vi theo ý là nếu làm đúng thì được coi là “bình thường”, là đáng khen ngợi, nhưng nếu làm sai hoặc vi phạm thì tùy theo mức độ nặng nhẹ sẽ bị trừng phạt.

Cần phân biệt các chuẩn mực “bất thành văn” dưới hình thức những lời răn dạy, những quy định ngầm hiểu không được ghi thành văn bản và các chuẩn mực “thành văn” được ghi trong các bộ luật, các văn bản pháp quy được cộng đồng xã hội thừa nhận và thi hành.

Phong tục, tập quán, ngôn ngữ, hệ tư tưởng, đạo đức, tôn giáo, khoa học, nghệ thuật... đều là những bộ phận cấu thành nên cấu trúc của văn hoá. Điều quan trọng từ góc độ xã hội học sức khỏe luôn chứa đựng các yếu tố có tác động rõ rệt tới hành vi sức khỏe thông qua quan niệm về sức khỏe, về cách chăm sóc và bảo vệ sức khỏe và cách thức phòng chống bệnh tật. Do vậy, một trong các nhiệm vụ của xã hội học sức khỏe là nghiên cứu đặc điểm và tính chất của mối quan hệ giữa văn hóa và sức khỏe, trong đó nhấn mạnh chiều tác động từ văn hóa tới sức khỏe.

Văn hóa và sức khỏe Văn hóa đóng vai trò quan trọng trong việc xác định bệnh tật và sức khỏe: Sức khỏe và bệnh tật tùy thuộc vào nền văn hóa của chúng ta. Điều này có nghĩa là không phải mọi vùng miền, mọi nơi trên thế giới đều có cách định nghĩa giống nhau, thế nào thì được coi là có bệnh tật và thế nào được coi là khỏe mạnh. Sức khỏe và bệnh tật không phải là vấn đề mang tính tuyệt đối như chúng ta nghĩ. Trên thế giới, mỗi một nền văn hóa sẽ cung cấp/trang bị những hướng dẫn/giá trị chuẩn mực, qua đó các thành viên của nền văn hóa đó sử dụng/áp dụng để xác định rằng họ có bị bệnh hay không.

Những khác biệt về văn hóa thể hiện trong hành vi của các nhóm xã hội và đều có ảnh hưởng tới niềm tin, quan niệm và hành vi sức khỏe cũng như tác động tới cách thức sử dụng các dịch vụ sức khỏe của hệ thống y tế. Vấn đề đặt ra không chỉ là các cá nhân hiểu như thế nào về sức khỏe và bệnh tật, mà là nhận thức, thái độ và hành vi của xã hội được kết tinh trong văn hóa luôn có tác động theo những cách nhất định tới sức khỏe của cá nhân và sức khỏe cộng đồng.

Sức khỏe là hiện tượng xã hội, có nguyên nhân xã hội, xuất phát từ lối sống, cách sinh hoạt, suy nghĩ, tình cảm của mỗi cá nhân trong xã hội. Nhận thức, thái độ, hành vi của cá nhân luôn có những tác động nhất định đến sức khỏe của cá nhân đó.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe bao gồm các yếu tố thuộc về sinh học (như gen, tuổi, giới tính...), các yếu tố thuộc về hành vi/lối sống và các yếu tố xã hội (nghèo đói, bất bình đẳng, kỳ thị và phân biệt đối xử, văn hóa...). Các yếu tố này đều có những ảnh hưởng tới sức khỏe ở những cấp độ khác nhau và vẫn cần bằng chứng chỉ ra những tác động của các yếu tố hoặc nhóm yếu tố đến sức khỏe.

Tuy nhiên, các điều kiện xã hội như là những cấu trúc xã hội có tác động tới vấn đề sức khỏe và bệnh tật. Những tác động này không phải là gián tiếp nhưng lại là nguyên nhân sâu xa của vấn đề sức khỏe. Các điều kiện này có mối liên hệ qua lại với nhau trong quá trình tác động đến sức khỏe. Chẳng hạn, thông qua nhiều nghiên cứu cho thấy nghèo đói là nguyên nhân của rất nhiều bệnh tật (các nước nghèo thường có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao hơn các nước giàu). Sự nghèo đói có nguy cơ dẫn đến bất bình đẳng và phân biệt đối xử vì nhóm người nghèo là một trong những nhóm dễ tổn thương và bị kỳ thị, phân biệt đối xử hơn nhóm người giàu. Bên cạnh đó, yếu tố văn hóa như một “lăng kính”

phản ánh sự kỳ thị và phân biệt đối xử trong xã hội. Các yếu tố văn hóa xã hội không chỉ tác động đến các lựa chọn sức khỏe của các cá nhân, mà còn tác động đến sự sẵn có và phân phối các lựa chọn này giữa các nhóm xã hội với nhau.

2.1.7.6. Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

Phân tích các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe được dựa trên luận điểm quan trọng: nếu tất cả mọi người đều có một tình trạng khỏe mạnh như nhau (thậm chí là có cùng một tình trạng bệnh tật như nhau) thì các yếu tố xã hội sẽ không được đề cập như là những yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, sức khỏe và bệnh tật có sự biến đổi và khác biệt giữa người này với người khác, giữa nhóm xã hội này với nhóm xã hội khác, giữa quần thể này với quần thể khác.

Như đã đề cập trong vấn đề tiếp cận xã hội học về sức khỏe, các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe được xem như là những điều kiện dẫn đến thay đổi tình trạng sức khỏe của một cá nhân hay một nhóm xã hội. Các điều kiện này nằm bên ngoài cá nhân, quyết định hành vi của cá nhân hoặc nhóm xã hội, góp phần làm tăng hoặc giảm tình trạng sức khỏe của cá nhân hoặc nhóm xã hội đó.

Việc xác định các yếu tố xã hội quyết định tới sức khỏe đã thu hút sự chú ý của khá nhiều nhà nghiên cứu trong lĩnh vực sức khỏe. Tuy nhiên, danh sách các yếu tố xã hội quyết định đến tình trạng sức khỏe khá phong phú, không có sự thống nhất hoàn toàn. Điều này cũng dễ hiểu bởi tính đa dạng, phức tạp của chính các mối quan hệ xã hội cũng như những đặc điểm khác biệt về không gian và thời gian tiến hành nghiên cứu. Chẳng hạn, trong báo cáo của Sở Y tế Toronto (1991) đề cập đến các nguy cơ như nghèo đói, vị thế xã hội thấp, sự cô lập xã hội và các điều kiện làm việc nguy hiểm, môi trường ô nhiễm. Trong báo cáo của WHO về các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe đã xác định 10 nhân tố quan trọng, bao gồm: bất bình đẳng xã hội, căng thẳng, thời thơ ấu, cô lập xã hội, việc làm, thất nghiệp, hỗ trợ xã hội, thói nghiện chất kích thích, thức ăn, giao thông.

Tuy nhiên, các quan điểm đều thống nhất: các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe là những yếu tố xã hội ở bên ngoài cá nhân, gây tác động lên sức khỏe của cá nhân hoặc của nhóm và ở một chừng mực nào đó các yếu tố xã hội này có thể thay đổi được.

Mô tả các điều kiện xã hội tác động trực tiếp đến các yếu tố nguy cơ (ví dụ: do nghèo đói, thiếu sự hỗ trợ của xã hội) và các yếu tố nguy cơ này ngay lập tức dẫn đến những hành vi có nguy cơ (ví dụ: nghiện thuốc lá, lạm dụng rượu bia). Các điều kiện có nguy cơ và các hành vi có nguy cơ làm tăng các yếu tố nguy cơ về thể chất, tâm lý xã hội và các yếu tố nguy cơ này lại là nguyên nhân dẫn đến nhiều vấn đề về sức khỏe và tử vong vốn có thể phòng ngừa được. Các nhóm xã hội bị ảnh hưởng bởi các điều kiện có nguy cơ, và hành vi có nguy cơ dẫn đến tình trạng sức khỏe tồi tệ. Ví dụ, những người thất nghiệp là nhóm xã hội có nguy cơ sống trong điều kiện nghèo nàn hơn và bị ngoài lề xã hội so với những nhóm xã hội khác. Điều này khiến những người thất nghiệp có xu hướng thực hiện những

hành vi nguy cơ như nghiện ma túy. Do đó, họ có nguy cơ mắc bệnh cao và tử vong sớm. Các điều kiện xã hội có nguy cơ, các hành vi có nguy cơ và các yếu tố nguy cơ có xu hướng tích hợp, liên kết, quan hệ chặt chẽ với nhau và có mức độ tác động khác nhau đến những nhóm xã hội khác nhau.

Bất bình đẳng xã hội

Trong một xã hội, những nhóm xã hội có vị thế xã hội thấp hơn thường có tuổi thọ thấp hơn. Chính sách y tế cần phải tập trung nhằm giải quyết các yếu tố kinh tế, xã hội quyết định sức khỏe.

Những hoàn cảnh kinh tế và xã hội nghèo đói gây ảnh hưởng đến sức khỏe trong suốt cuộc đời của con người. Những người thuộc tầng lớp có địa vị xã hội thấp nhất trong xã hội thường có nguy cơ bị ốm đau và tử vong sớm cao gấp hai lần so với những người thuộc tầng lớp có địa vị xã hội cao. Sự bất bình đẳng về sức khỏe xảy ra trong toàn xã hội, do đó, những người thuộc tầng lớp trung lưu cũng có nguy cơ bị bệnh tật và chết sớm nhiều hơn những người thuộc tầng lớp cao hơn.

Nghiên cứu tại nước Anh và xứ Wales (1997–1999) cho thấy, có sự khác biệt về tuổi thọ giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau. Sự khác biệt này do các nguyên nhân về vật chất và tâm lý gây ra, chúng có vai trò quan trọng trong việc tác động đến phần lớn bệnh tật và tử vong. Các yếu tố này có thể là: không có tài sản, không được giáo dục trong thời kỳ niên thiếu, làm việc trong điều kiện không được an toàn, sống trong điều kiện nhà ở tồi tàn...

Gợi ý chính sách:

Cuộc sống trải qua rất nhiều giai đoạn chuyển đổi: những thay đổi về tình cảm và vật chất trong giai đoạn thơ ấu, sự chuyển từ giáo dục cấp 1 lên cấp 2, giai đoạn đi làm, chuyển ra ở riêng cùng gia đình mới, chuyển đổi công việc và đối mặt với nguy cơ bị mất việc và cuối cùng là giai đoạn nghỉ hưu. Mỗi sự thay đổi trên có thể tạo ra những hoàn cảnh thuận lợi hoặc bất lợi ảnh hưởng đến sức khỏe của con người. Những người đã trải qua những điều kiện không thuận lợi trong quá khứ thường có nguy cơ cao nhất về sức khỏe trong những giai đoạn tiếp theo. Do đó, chính sách phúc lợi không chỉ cung cấp những điều kiện an toàn mà còn cung cấp những hỗ trợ để bù đắp cho những bất lợi mà các cá nhân phải trải qua trong những giai đoạn trước đó.

Sức khỏe tốt có liên quan đến việc giảm thiểu tỷ lệ thất học và thất nghiệp, tăng cường an ninh và nâng cao chất lượng nhà ở. Những người có vai trò xã hội tốt trong đời sống kinh tế, văn hóa và xã hội thường có tình trạng sức khỏe tốt hơn những người phải đối mặt với những điều kiện không an toàn, bị cô lập xã hội và bị tước đoạt.

Căng thẳng

Hoàn cảnh căng thẳng khiến con người cảm thấy buồn chán, lo âu và không có khả năng đối phó với căng thẳng. Căng thẳng ảnh hưởng tới sức khỏe và có thể dẫn tới tử vong.

Các hoàn cảnh tâm lý và xã hội có thể gây ra căng thẳng trong một thời gian dài. Sự lo âu, cảm giác bất an, cảm giác không được tôn trọng, cô lập xã hội và thiếu khả năng kiểm soát trong công việc và đời sống gia đình diễn ra một cách liên tục sẽ gây tác động mạnh mẽ đến tình trạng sức khỏe của các cá nhân. Những nguy cơ về tâm lý tích tụ trong suốt cuộc đời sẽ làm tăng nguy cơ sức khỏe tâm thần và tử vong. Việc kéo dài cảm giác lo âu và thiếu sự hỗ trợ sẽ huỷ hoại cuộc sống của cá nhân.

Tại sao những yếu tố tâm lý gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất? Trong những trường hợp khẩn cấp, hệ thống các hormon và hệ thống thần kinh sẽ phải đối phó với những đe dọa về mặt thể chất bằng việc tạo ra những phản ứng như nhịp tim tăng lên, huy động nguồn năng lượng dự trữ, lượng máu dồn về các cơ bắp và tăng cường cảm giác. Lúc đó, cả hệ thống tim mạch và hệ thống miễn dịch đều bị ảnh hưởng. Sự ảnh hưởng này không gây tác động nghiêm trọng nếu sự căng thẳng không xảy ra thường xuyên, ngược lại, nếu điều này xảy ra thường xuyên thì con người sẽ dễ bị các nguy cơ lây nhiễm, tiểu đường, cao huyết áp, đau tim, đột quỵ, trầm cảm hoặc gây gổ.

Gợi ý về chính sách:

Mặc dù can thiệp lâm sàng tới những thay đổi về sinh học xảy ra do sự căng thẳng có thể đạt được những kết quả nhất định, nhưng cần tập trung vào các yếu tố vĩ mô nhằm giảm thiểu những nguyên nhân chính dẫn đến căng thẳng mạn tính.

Chất lượng môi trường xã hội và đảm bảo về vật chất cũng như môi trường tự nhiên tại trường học, nơi làm việc... luôn là điều kiện quan trọng ảnh hưởng đến sức khỏe. Các tổ chức tạo cho các thành viên có cảm giác mình thuộc về tổ chức đó, được tham gia vào các hoạt động chung và thấy mình có giá trị luôn làm cho các thành viên khỏe mạnh hơn là ở nơi mà con người cảm thấy bị tách biệt, không được quan tâm, bị bóc lột và lợi dụng.

Chính phủ cần nhận thức rằng hệ thống phúc lợi xã hội cần tập trung đáp ứng những yêu cầu về vật chất và tâm lý. Chính phủ cần có sự hỗ trợ cho các gia đình có con nhỏ, khuyến khích các hoạt động cộng đồng, giảm cô lập xã hội, tăng cường an ninh, tài chính và vật chất, nâng cao kỹ năng đối phó với căng thẳng thông qua giáo dục và phục hồi chức năng.

Thời thơ ấu

Các chương trình nghiên cứu và can thiệp cho thấy, nền tảng cho sức khỏe của người trưởng thành phụ thuộc vào giai đoạn thơ ấu và trước khi sinh. Trẻ chậm lớn và thiếu sự quan tâm về tình cảm sẽ có nhiều nguy cơ về sức khỏe thể chất, giảm khả năng nhận thức khi trưởng thành.

Trong quá trình mang thai, các điều kiện sống không thuận lợi sẽ ảnh hưởng tới sự phát triển của thai nhi do tình trạng thiếu dinh dưỡng, căng thẳng của bà mẹ, lạm dụng rượu bia và thuốc lá, nghiện ma túy, thiếu luyện tập và chăm sóc trước sinh. Sự phát triển của thai nhi trong những điều kiện như vậy sẽ gây nên những nguy cơ cho sức khỏe trong suốt cuộc đời mai sau của đứa trẻ.

Gợi ý về chính sách:

Những nguy cơ về sức khỏe trong quá trình phát triển của trẻ xảy ra nhiều hơn ở những đứa trẻ sống trong điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, những nguy cơ này có thể giảm thiểu một cách hiệu quả thông qua việc chăm sóc trước, trong và sau khi sinh; phúc lợi y tế học đường; nâng cao trình độ giáo dục của cha mẹ và con cái. Các chương trình giáo dục và sức khỏe như vậy sẽ mang lại những lợi ích trực tiếp bằng việc tăng cường nhận thức của cha mẹ về những nhu cầu của con cái và khả năng lĩnh hội thông tin về sức khỏe và phát triển. Các chính sách nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe ban đầu cần tập trung vào những vấn đề sau:

- Nâng cao trình độ giáo dục chung và tạo ra cơ hội bình đẳng trong tiếp cận giáo dục để cải thiện sức khỏe cho các bà mẹ và trẻ em một cách dài hạn;
- Cung cấp nguồn dinh dưỡng tốt, giáo dục sức khỏe, các trang thiết bị dự phòng và các nguồn lực kinh tế và xã hội trong các giai đoạn trước khi mang thai, suốt quá trình mang thai và sau khi sinh, nhằm cải thiện sự tăng trưởng và phát triển của thai nhi và giảm thiểu những nguy cơ của bệnh tật và thiếu dinh dưỡng của trẻ nhỏ;
- Đảm bảo mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái được thiết lập chặt chẽ. Mối quan hệ này không chỉ diễn ra tại nhà. Đó còn là mối quan hệ chặt chẽ giữa cha mẹ và trường học, nhằm tăng cường kiến thức của cha mẹ về nhu cầu nhận thức và tình cảm của trẻ, khuyến khích sự phát triển nhận thức và hành vi xã hội của trẻ và ngăn chặn lạm dụng trẻ em.

Cô lập xã hội

Nghèo đói, cô lập xã hội có tác động nghiêm trọng đến tình trạng sức khỏe và tử vong. Nguy cơ phải sống một cuộc sống nghèo nàn có xu hướng xảy ra đối với một số nhóm xã hội nhất định.

Nghèo tuyệt đối - tình trạng không đáp ứng được những nhu cầu cơ bản của cuộc sống - vẫn còn tồn tại, thậm chí ở cả những nước giàu nhất châu Âu. Các nhóm xã hội như những người thất nghiệp, người dân tộc thiểu số, công nhân nhập cư, người khuyết tật, người tị nạn và vô gia cư là những nhóm có nhiều nguy cơ bị rơi vào tình trạng nghèo tuyệt đối cao nhất. Nghèo tương đối là những người có điều kiện kinh tế nghèo hơn phần lớn những người khác trong xã hội.

Những người nghèo bị hạn chế khả năng tiếp cận nhà ở, giáo dục, giao thông và tham gia xã hội. Họ bị tách biệt ra khỏi đời sống xã hội và bị cư xử một cách không công bằng dẫn tới tình trạng sức khỏe tồi tệ và có nhiều nguy cơ tử vong. Những căng thẳng trong cuộc sống nghèo nàn sẽ ảnh hưởng tới sức khỏe trong suốt quá trình từ lúc là thai nhi, trẻ nhỏ đến lúc về già. Ở nhiều nước, khoảng ¼ tổng dân số và chiếm tỷ lệ cao hơn là trẻ em phải sống trong tình trạng nghèo tuyệt đối.

Cô lập xã hội dẫn đến phân biệt chủng tộc, phân biệt đối xử, kỳ thị, chống đối và thất nghiệp. Hoàn cảnh sống như vậy dẫn đến những người này hạn chế tham gia vào các hoạt động giáo dục và đào tạo, các dịch vụ và hoạt động chung. Họ chịu những tổn thất

về tâm lý, xã hội và sức khỏe. Những người sống trong các điều kiện bị cô lập như nhà tù hay bệnh viện tâm thần cũng là những người dễ bị tổn thương. Thời gian sống trong các hoàn cảnh bất lợi càng dài thì con người càng có nguy cơ suy giảm về sức khỏe, đặc biệt là những bệnh về tim mạch. Do con người luôn có xu hướng rơi vào và thoát ra khỏi tình trạng nghèo đói trong suốt cuộc đời của họ, nên số người trải qua nghèo khổ và cô lập xã hội thường lớn hơn rất nhiều so với số người bị cô lập xã hội hiện tại.

Nghèo đói và cô lập xã hội làm tăng nguy cơ ly dị, ly thân, khuyết tật, ốm đau, nghiện ngập và tách biệt xã hội. Sức khỏe chịu ảnh hưởng gián tiếp bởi việc sống trong điều kiện bị tước đoạt, thất nghiệp, nhà ở tồi tàn, không được tiếp cận dịch vụ, môi trường sống nghèo nàn, ô nhiễm.

Gợi ý chính sách:

Tất cả các công dân cần được đảm bảo nguồn thu nhập và tiếp cận dịch vụ tối thiểu.

Các chương trình can thiệp nhằm giảm tình trạng nghèo đói và cô lập xã hội cần được thực hiện ở cả cấp độ cá nhân và cộng đồng.

Luật pháp có thể bảo vệ nhóm thiểu số và nhóm người dễ bị tổn thương khỏi sự phân biệt và cô lập xã hội.

Chính sách y tế công cộng có thể phá bỏ rào cản trong việc chăm sóc sức khỏe, dịch vụ xã hội và nhà ở.

Chính sách thị trường lao động, giáo dục và phúc lợi gia đình cần tập trung vào việc làm giảm sự phân tầng xã hội.

Việc làm

Sự căng thẳng tại nơi làm việc làm tăng nguy cơ bệnh tật. Những người có khả năng kiểm soát được những tình trạng căng thẳng này sẽ có sức khỏe tốt hơn những người không có khả năng kiểm soát.

Nhìn chung, những người có việc làm thường có sức khỏe tốt hơn những người không có việc làm, nhưng vấn đề tổ chức ở nơi làm việc, phương pháp quản lý và mối quan hệ trong tổ chức đó lại gây ảnh hưởng đến sức khỏe. Các nghiên cứu cho thấy, sự căng thẳng của công việc đóng vai trò quan trọng trong sự phân bố khác nhau về tình trạng sức khỏe và tử vong theo vị thế xã hội. Một vài nghiên cứu tại châu Âu cho thấy, sức khỏe bị đe dọa khi con người không có cơ hội sử dụng kỹ năng và không có quyền ra quyết định. Không có quyền kiểm soát công việc có mối liên quan rõ rệt đến tăng nguy cơ bị đau lưng và bệnh tim mạch. Những nguy cơ này độc lập với những đặc điểm tâm lý của đối tượng nghiên cứu. Ngược lại, chúng có mối liên hệ với môi trường làm việc.

Các nghiên cứu về vai trò của yêu cầu công việc cho thấy, có mối tương quan giữa yêu cầu và sự kiểm soát. Những công việc yêu cầu cao và kiểm soát kém thường chứa đựng nguy cơ cao. Các nghiên cứu cũng chỉ ra sự hỗ trợ xã hội đóng vai trò như là yếu tố bảo vệ, việc nhận phần thưởng không tương xứng hoặc không đầy đủ có liên quan đến gia tăng nguy cơ về tim mạch. Phần thưởng này có thể là tiền, vị thế xã hội hoặc là sự tôn trọng.

Gợi ý chính sách:

Việc cải thiện điều kiện làm việc sẽ tạo nên sự cố gắng trong công việc và sức khỏe tốt, từ đó làm tăng năng suất lao động. Đây là một quy luật đúng đắn cần được thiết lập.

Sự tham gia vào việc ra quyết định là quyền lợi của người lao động trong một tổ chức nhất định. Do đó, cần cho phép người lao động tham gia vào việc thiết kế và cải thiện môi trường làm việc của họ. Cần tạo cho người lao động khả năng kiểm soát, linh hoạt và có nhiều cơ hội phát triển trong công việc hơn.

Quản lý tốt liên quan đến việc đảm bảo các phần thưởng thích hợp bao gồm: tiền, vị thế và sự tôn trọng cho tất cả các nhân viên.

Cùng với một cơ sở hạ tầng đảm bảo và sự kiểm soát của luật pháp thì tại nơi làm việc cũng cần có dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong đó việc đào tạo cho người lao động nhận biết sớm các dấu hiệu liên quan đến sức khỏe tâm thần và các phương pháp can thiệp phù hợp là rất cần thiết.

Thất nghiệp

Thất nghiệp tác động tiêu cực đến sức khỏe và nguy cơ này sẽ cao hơn ở những nơi mà tình trạng thất nghiệp phổ biến xảy ra. Các nghiên cứu cho thấy, nguy cơ tử vong gia tăng ở những người thất nghiệp và gia đình của họ. Thất nghiệp dẫn đến những hậu quả về mặt tâm lý và cả những vấn đề về tài chính, đặc biệt là vấn đề nợ nần mà thất nghiệp mang lại.

Sức khỏe bị ảnh hưởng đầu tiên khi con người cảm nhận được việc làm của họ đang bị đe dọa, thậm chí trước khi họ bị thất nghiệp. Điều này gây ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần (đặc biệt là sự lo âu và trầm cảm), bệnh về tim mạch. Nguyên nhân có thể lý giải là vì các công việc không mang lại sự hài lòng hoặc không đảm bảo có tác động tiêu cực như sự thất nghiệp. Có việc làm không đơn thuần là sẽ có sức khỏe tâm thần, chất lượng công việc mới là điều quan trọng.

Gợi ý chính sách:

Các chính sách cần đạt được 3 mục tiêu: giảm tỷ lệ thất nghiệp và đảm bảo việc làm; giảm hậu quả của thất nghiệp và hỗ trợ người thất nghiệp tìm kiếm việc làm.

Tăng cường quản lý nhà nước về kinh tế nhằm đảm bảo việc làm và giảm thiểu thất nghiệp.

Rút ngắn thời gian làm việc nhằm đảm bảo việc làm và đạt được sự hài lòng đối với công việc.

Trang bị cho người lao động, đạt được trình độ giáo dục cao, có cơ chế thuận lợi cho việc đào tạo lại, đào tạo định hướng.

Đối với những người thất nghiệp, trợ cấp thất nghiệp là yếu tố bảo vệ, giảm thiểu những hậu quả có thể có của thất nghiệp.

Các tổ chức tín dụng có thể có lợi khi giảm nợ cho người vay nợ và tăng cường mạng lưới xã hội.

Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội và các mối quan hệ xã hội tốt đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe. Hỗ trợ xã hội giúp cung cấp những nguồn lực về tình cảm và tài chính mà các cá nhân cần.

Các mối quan hệ mang tính hỗ trợ cao có thể có tác động khuyến khích thực hiện các hành vi sức khỏe. Sự hỗ trợ được thực hiện trên hai phương diện cá nhân và xã hội. Tách biệt xã hội và cô lập xã hội có mối tương quan với tỷ lệ tử vong do bệnh tim. Những người không nhận được sự hỗ trợ xã hội thường kém khỏe mạnh hơn, nguy cơ trầm cảm nhiều hơn, biến chứng thai nhi và bị khuyết tật do các bệnh mạn tính cao hơn. Hơn nữa, những người có các mối quan hệ gần không được tốt thường có nguy cơ về sức khỏe tâm thần và thể chất. Mức độ nhận được hỗ trợ xã hội phụ thuộc vào vị thế kinh tế và xã hội của mỗi cá nhân. Nghèo đói đóng vai trò quan trọng dẫn đến tách biệt và cô lập xã hội.

Sự liên kết xã hội được định nghĩa như chất lượng của các mối quan hệ và sự tồn tại của niềm tin, trách nhiệm, sự tôn trọng trong một cộng đồng hay trong một xã hội rộng lớn hơn giúp bảo vệ con người và sức khỏe của họ tốt hơn. Sự bất bình đẳng là nguyên nhân phá vỡ các mối quan hệ tốt. Các xã hội có tỷ lệ bất bình đẳng về thu nhập cao thường có liên hệ xã hội thấp và tỷ lệ tội phạm cao. Một nghiên cứu cho thấy, ở cộng đồng có mối liên kết xã hội cao có tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành thấp. Tỷ lệ bệnh tim mạch tăng cao khi liên kết xã hội bị giảm sút.

Gợi ý chính sách:

Các nghiên cứu cho thấy, những mối liên hệ tốt có thể giảm được các phản ứng của cơ thể đối với sự căng thẳng. Việc cung cấp hỗ trợ xã hội giúp bệnh nhân hồi phục sức khỏe tốt hơn, hậu quả thai nghén trong nhóm phụ nữ dễ tổn thương cũng cải thiện hơn.

Giảm sự bất bình đẳng về kinh tế, xã hội và giảm sự cô lập xã hội có thể dẫn tới sự liên kết xã hội và tình trạng sức khỏe tốt hơn.

Cải thiện môi trường xã hội trong trường học, nơi làm việc và tại cộng đồng sẽ giúp con người cảm thấy có giá trị và được hỗ trợ. Điều này có tác động tích cực tới sức khỏe, đặc biệt là sức khỏe tâm thần.

Thiết lập các cơ sở vật chất nhằm khuyến khích sự tham gia và tương tác xã hội trong cộng đồng, giúp cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần.

Ở cả cấp độ đời sống cá nhân và cấp độ thiết chế, việc phân loại các cá nhân theo thứ hạng có thể dẫn tới chia rẽ xã hội.

Nghiện

Con người sử dụng thuốc lá, rượu bia, thuốc phiện và chịu những hậu quả của việc sử dụng đó. Tuy nhiên, việc sử dụng các chất gây nghiện này lại chịu sự tác động của những bối cảnh xã hội.

Sử dụng chất gây nghiện là một yếu tố quan trọng làm suy yếu sức khỏe. Thuốc phiện tạo cho người sử dụng có ảo giác thoát ra khỏi đời sống thực của họ, những khó khăn và căng thẳng mà họ đang gặp phải, nhưng thực tế lại làm cho vấn đề khó khăn đó trở nên

nghiêm trọng hơn. Hậu quả của việc sử dụng các chất gây nghiện này liên quan đến tai nạn, bạo lực, ngộ độc, chấn thương và tự vẫn. Sự nghèo đói (điều kiện nhà ở tồi tàn, thu nhập thấp, thất nghiệp, vô gia cư...) có mối tương quan với tỷ lệ với việc sử dụng thuốc lá. Thuốc lá bòn rút hết thu nhập của người nghèo và là một nguyên nhân quan trọng của tình trạng đau ốm và tử vong.

Việc sử dụng rượu bia, thuốc lá và thuốc phiện được khuyến khích bởi sự tiếp thị và các chiến lược khuyến mãi của các công ty đa quốc gia và các tổ chức bất hợp pháp. Các hoạt động tiếp thị của họ gây cản trở cho các chính sách nhằm giảm tỷ lệ sử dụng chất gây nghiện.

Gợi ý chính sách:

Các hoạt động nhằm giải quyết việc sử dụng ma túy không chỉ hỗ trợ và điều trị cho họ để thay đổi mức độ mà cần tập trung vào giải quyết những nguyên nhân gốc rễ.

Cần kiểm soát thị trường thông qua chính sách về giá cả và giấy phép, tăng cường thông tin và giáo dục sức khỏe để giảm tỷ lệ sử dụng và mới sử dụng ở thanh niên, cung cấp các dịch vụ điều trị hiệu quả.

Các biện pháp trên sẽ không thành công nếu các yếu tố xã hội dẫn đến vấn đề này không được thay đổi. Việc cố gắng thay đổi về trách nhiệm của những đối tượng này rõ ràng là biện pháp không toàn diện. Đó chỉ là sự đổ lỗi cho nạn nhân hơn là giải quyết các hoàn cảnh xã hội phức tạp khiến người ta bị nghiện. Do đó, chính sách hiệu quả cần được hỗ trợ bởi một khung tổng thể các chính sách kinh tế và xã hội.

Thực phẩm

Một chế độ ăn và cung cấp thực phẩm đầy đủ là yếu tố quan trọng để nâng cao sức khỏe. Thiếu thức ăn dẫn đến thiếu dinh dưỡng và các bệnh thiếu vitamin. Ăn uống quá độ dẫn đến các bệnh về tim mạch, bệnh tiểu đường, ung thư, thoái hóa về mắt, béo phì, bệnh răng miệng. Hai trạng thái này cùng xảy ra trong một xã hội nhất định.

Tăng trưởng kinh tế, cải thiện về chất lượng nhà ở và hệ thống nước thải tạo ra sự chuyển đổi về dịch tễ học từ các bệnh truyền nhiễm sang các bệnh không truyền nhiễm, bao gồm các bệnh tim mạch, đột quỵ và ung thư. Cùng với quá trình đó là sự chuyển đổi về dinh dưỡng khi mà chế độ ăn, đặc biệt là ở các nước châu Âu, đang chuyển sang chế độ ăn uống có nhiều mỡ và đường, làm tăng tỷ lệ béo phì ở các nước này. Đồng thời béo phì cũng trở nên phổ biến hơn ở nhóm người nghèo hơn là nhóm người giàu.

Các điều kiện kinh tế và xã hội dẫn đến sự bất bình đẳng về chất lượng thức ăn. Điều này dẫn đến sự bất bình đẳng về sức khỏe. Các giai cấp xã hội có chế độ ăn uống khác nhau. Ở nhiều nước, người nghèo có xu hướng sử dụng những thức ăn chế biến rẻ hơn thay cho thức ăn tươi, sạch.

Gợi ý chính sách:

Các cấp chính quyền (địa phương, quốc gia và quốc tế), các tổ chức phi chính phủ và các công ty thực phẩm cần phải:

- Đảm bảo tiếp cận y tế công cộng trong hệ thống lương thực, thực phẩm nhằm cung cấp nguồn thức ăn sạch, đầy đủ dinh dưỡng cho toàn xã hội, đặc biệt là cho những nhóm dễ bị tổn thương nhất.
- Ra quyết định một cách dân chủ, có trách nhiệm giải trình về các vấn đề liên quan đến vệ sinh an toàn thực phẩm với sự tham gia của những người trong cuộc và khách hàng.
- Hỗ trợ nông nghiệp phát triển bền vững nhằm bảo tồn nguồn dinh dưỡng tự nhiên và môi trường.
- Tạo dựng văn hóa ăn uống lành mạnh, đặc biệt thông qua các chương trình giáo dục trong trường học, nâng cao nhận thức về thức ăn và dinh dưỡng, kỹ năng nấu ăn, các thông tin sẵn có về thức ăn, chế độ ăn và sức khỏe, đặc biệt hướng tới đối tượng trẻ em.

Giao thông

Đi bộ, đi xe đạp hay sử dụng các phương tiện giao thông công cộng nâng cao sức khỏe theo 4 cách: tăng cường vận động cho cơ thể, giảm tai nạn giao thông, tăng giao tiếp xã hội và giảm ô nhiễm môi trường.

Các trang thiết bị hiện đại làm giảm sự vận động của cơ thể trong công việc và việc nhà, do đó, làm tăng nguy cơ bị béo phì. Con người cần phải tìm cho mình một biện pháp vận động phù hợp trong cuộc sống của họ. Chính sách về giao thông đóng vai trò quan trọng để tìm ra những biện pháp mới nhằm giảm sự phụ thuộc của con người vào ô tô, khuyến khích người dân đi bộ, đi xe đạp và mở rộng hệ thống giao thông công cộng. Các hoạt động luyện tập thường xuyên bảo vệ con người phòng chống các bệnh về tim mạch, hạn chế béo phì và giảm tỷ lệ mới mắc của bệnh tiểu đường. Luyện tập giúp người già thoát khỏi trầm cảm.

Giảm giao thông trên đường giúp giảm thiểu những tai nạn nghiêm trọng. Mặc dù những chấn thương liên quan đến ô tô cũng liên quan đến người đi bộ và người đi xe đạp nhưng sẽ liên quan đến số lượng người ít hơn. Môi trường đô thị được quy hoạch tốt cần phải tách riêng đường dành cho người đi bộ, đi xe đạp với đường dành cho ô tô nhằm đảm bảo sự an toàn cho người đi bộ và đi xe đạp.

Việc sử dụng ô tô riêng có xu hướng tách biệt con người với con người, ngược lại, đi xe đạp hay đi bộ và sử dụng phương tiện giao thông công cộng giúp khuyến khích sự giao tiếp xã hội trên đường phố. Sử dụng ô tô làm cho con người tách biệt với những người khác. Như đã đề cập ở trên, cô lập xã hội và thiếu sự tương tác xã hội có mối tương quan với tình trạng sức khỏe kém.

Giảm thiểu sự giao thông sẽ giúp giảm những ô nhiễm không khí do khói. Đi bộ và đi xe đạp hạn chế tối thiểu việc sử dụng nguồn nhiên liệu không thể phục hồi được và không làm cho không khí nóng lên, không làm tăng các bệnh liên quan đến ô nhiễm không khí, tạo ra ít tiếng ồn hơn và thích hợp hơn cho một xã hội đô thị sinh thái trong tương lai.

Gợi ý chính sách:

Cần có sự ưu tiên cho người đi bộ và đi xe đạp trên những tuyến đường, đặc biệt trong nội thành.

Cải thiện phương tiện giao thông công cộng trên các tuyến đường dài, đảm bảo sự kết nối thường xuyên với các khu vực nông thôn.

Khuyến khích sự thay đổi trong hành vi sử dụng phương tiện giao thông thông qua việc giảm sự hỗ trợ của chính phủ trong các dự án làm đường, tăng cường hỗ trợ tài chính cho giao thông công cộng, tăng thuế kinh doanh ô tô, tăng chi phí và gây khó khăn cho người sử dụng ô tô khi muốn đỗ xe.

Thay đổi việc sử dụng quỹ đất: chuyển không gian giao thông thành không gian xanh (trồng nhiều cây xanh), giảm không gian dành cho đỗ xe, đảm bảo đường dành riêng cho người đi bộ và người đi xe đạp, tăng cường sử dụng xe buýt và giảm việc xây dựng các siêu thị nằm ở ngoại ô vì sẽ làm tăng việc sử dụng ô tô.

Các bằng chứng cho thấy, càng xây dựng nhiều đường càng làm tăng việc sử dụng xe ô tô trong khi sự hạn chế giao thông có thể giảm thiểu sự tắc nghẽn đường.

2.2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE HỆ SINH THÁI

2.2.1. HỆ SINH THÁI

2.2.1.1. Khái niệm

Hệ sinh thái là tổ hợp của một quần xã sinh vật với môi trường vật lý mà quần xã đó tồn tại, trong đó các sinh vật tương tác với nhau, với môi trường để tạo nên chu trình vật chất (chu trình sinh – địa – hóa và sự chuyển hóa năng lượng).

Ví dụ: Ao, hồ, một khu rừng, một con sông, thậm chí một vùng biển... là những hệ sinh thái điển hình.

2.2.1.2. Đặc điểm, chức năng

Có thể hiểu hệ sinh thái bao gồm quần xã sinh vật (động vật, thực vật, vi sinh vật) và môi trường (ánh sáng, nhiệt độ, chất vô cơ...)

Tùy theo cấu trúc dinh dưỡng tạo nên sự đa dạng về loài, tạo nên chu trình tuần hoàn vật chất (chu trình tuần hoàn vật chất hiện nay hầu như chưa được khép kín vì dòng vật chất đã lấy ra không được trả lại cho môi trường đó).

Hệ sinh thái có kích thước to nhỏ khác nhau và cùng tồn tại độc lập (nghĩa là không nhận năng lượng từ hệ sinh thái khác).

Hệ sinh thái là đơn vị cơ bản của sinh thái học và được chia thành hệ sinh thái nhân tạo và hệ sinh thái tự nhiên. Đặc điểm của hệ sinh thái là một hệ thống hở có 3 dòng vật chất năng lượng, thông tin (dòng vào, dòng ra và dòng nội lưu).

Hệ sinh thái cũng có khả năng tự điều chỉnh để duy trì trạng thái cân bằng, nếu một thành phần thay đổi thì các thành phần khác cũng thay đổi theo ở mức độ nào đó để duy trì cân bằng, nếu biến đổi quá nhiều thì sẽ phá vỡ cân bằng sinh thái.

2.2.1.3. Các trạng thái của hệ sinh thái

Hệ sinh thái có thể có các trạng thái chính là:

- Trạng thái cân bằng: Tốc độ của các quá trình thuận nghịch như nhau (tổng hợp = phân hủy), năng lượng tự do không thay đổi.
- Trạng thái bất cân bằng: Trong quá trình trao đổi chất của hệ sinh thái, phần lớn vật chất đi vào không biến thành sản phẩm đi ra nên một phần năng lượng tự do mất đi dưới dạng nhiệt, phần năng lượng khác biến thành chất dự trữ.
- Trạng thái ổn định: Hệ sinh thái là hệ hở, nó thường xuyên được đảm bảo nguồn vật chất và năng lượng từ bên ngoài. Vật chất thường xuyên đi vào và sản phẩm cuối cùng của hệ không ngừng thải ra ngoài là CO_2 và H_2O ; mật độ các sản phẩm trung gian trong hệ không thay đổi được gọi là trạng thái ổn định.

2.2.1.4. Phân loại hệ sinh thái

Các hệ sinh thái trong sinh quyển có thể chia thành các hệ sinh thái trên cạn, hệ sinh thái nước mặn và hệ sinh thái nước ngọt.

Hệ sinh thái trên cạn được đặc trưng bởi các quần xã thực vật và thảm thực vật, chiếm sinh khối rất lớn và gắn liền với khí hậu địa phương. Do đó tên của quần xã cảnh quan địa lý thường là tên quần thể thực vật ở đấy.

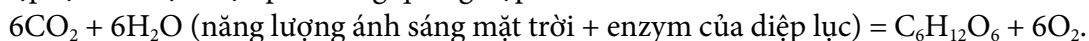
Hệ sinh thái nước mặn ít phụ thuộc vào khí hậu hơn hệ sinh thái trên cạn. Tính đặc trưng của hệ sinh thái nước mặn thể hiện ở sự phân bố theo chiều sâu, sự quang hợp của sinh vật nước mặn thể hiện ở tầng sản xuất hay tầng xanh, nơi nhận ánh sáng mặt trời.

Các hệ sinh thái nước ngọt thường không sâu, còn được phân chia ra hệ sinh thái môi trường nước chảy (sông, suối) và hệ sinh thái môi trường nước tĩnh (ao, hồ, đầm...).

2.2.2. CẤU TRÚC HỆ SINH THÁI

2.2.2.1. Yếu tố hữu sinh

Sinh vật sản xuất: Bao gồm vi khuẩn và cây xanh, tức là sinh vật có khả năng tổng hợp được tất cả các chất hữu cơ cần thiết cho cơ thể của mình. Các sinh vật này còn được gọi là sinh vật tự dưỡng. Cơ chế để các sinh vật tự quang hợp được các chất hữu cơ là do chúng có diệp lục để thực hiện phản ứng quang hợp sau:



Một số vi khuẩn được xem là sinh vật sản xuất do chúng cũng có khả năng quang hợp hay hóa tổng hợp. Tất cả các hoạt động sống có được là dựa vào khả năng sản xuất của sinh vật sản xuất.

Sinh vật tiêu thụ: Bao gồm các động vật sử dụng các chất hữu cơ trực tiếp hay gián tiếp từ sinh vật sản xuất, không có khả năng tự tổng hợp các chất hữu cơ cần thiết cho cơ thể và gọi là sinh vật dị dưỡng. Vật tiêu thụ cấp một hay động vật ăn cỏ là các động vật chỉ ăn được thực vật. Vật tiêu thụ cấp hai là động vật ăn tạp hay ăn thịt, chúng ăn vật tiêu thụ cấp một. Tương tự ta có động vật tiêu thụ cấp ba, cấp bốn. Ví dụ, trong hệ sinh thái hồ,

tảo là sinh vật sản xuất, giáp xác thấp là vật tiêu thụ cấp một; tôm tép là vật tiêu thụ cấp hai; cá rô, cá chuối là sinh vật tiêu thụ cấp ba; rắn nước, rái cá là sinh vật tiêu thụ cấp bốn.

Sinh vật phân hủy: Là các vi khuẩn và nấm, chúng phân hủy các chất hữu cơ. Tính chất dinh dưỡng kiểu này gọi là hoại sinh. Chúng sống nhờ vào các sinh vật chết.

Hầu hết các hệ sinh thái tự nhiên đều có đủ ba thành phần trên. Tuy vậy, trong một số trường hợp, hệ sinh thái không đủ cả ba thành phần. Ví dụ: Hệ sinh thái dưới đáy biển sâu thiếu sinh vật sản xuất, do đó chúng không thể tồn tại nếu không có hệ sinh thái tầng mặt cung cấp chất hữu cơ cho chúng. Tương tự, hệ sinh thái hang động không có sinh vật sản xuất. Hệ sinh thái đô thị cũng được coi là không có sinh vật sản xuất, muốn tồn tại hệ sinh thái này cần được cung cấp nguồn lương thực, thực phẩm từ hệ sinh thái nông thôn.

2.2.2.2. Yếu tố vô sinh

Các chất vô cơ bao gồm nhiệt độ, nước, ánh sáng, không khí và đất.

Nhiệt độ Nhiệt độ trên trái đất phụ thuộc vào năng lượng mặt trời, thay đổi theo các vùng địa lý và biến động theo thời gian. Nhiệt độ ở hai cực của trái đất rất thấp (thường dưới 0°C), trong khi nhiệt độ ở vùng xích đạo thường cao hơn nhưng biên độ của sự thay đổi nhiệt ở hai cực lại rất thấp so với vùng xích đạo. Nhiệt độ còn thay đổi theo đặc điểm của từng loại môi trường khác nhau. Trong nước, nhiệt độ ổn định hơn trên cạn. Trong không khí, tại tầng đối lưu (độ cao dưới 20km so với mặt đất) nhiệt độ giảm trung bình $0,56^{\circ}\text{C}$ khi lên cao 100m.

Nhiệt độ có tác động trực tiếp và gián tiếp đến sinh trưởng, phát triển, phân bố các sinh vật. Khi nhiệt độ tăng hay giảm vượt quá một giới hạn xác định nào đó thì sinh vật bị chết. Chính vì vậy, sự khác nhau về nhiệt độ trong không gian và thời gian đã dẫn tới sự phân bố sinh vật thành những nhóm rất đặc trưng, thể hiện sự thích nghi của chúng với điều kiện cụ thể của môi trường.

Có hai hình thức trao đổi nhiệt với cơ thể sống. Các sinh vật tiền nhân (vi khuẩn, tảo, lam), nấm thực vật, động vật không xương sống, cá, lưỡng cư, bò sát không có khả năng điều hòa nhiệt độ cơ thể, được gọi là các sinh vật biến nhiệt. Các động vật bậc cao hơn như chim, thú đã có sự phát triển và hoàn chỉnh cơ chế điều hòa nhiệt với sự hình thành trung tâm điều hòa nhiệt ở bộ não, giúp cho chúng có khả năng duy trì nhiệt độ của cơ thể (ở chim $40-42^{\circ}\text{C}$, ở gia súc $36,6-39^{\circ}\text{C}$), không phụ thuộc vào môi trường bên ngoài, gọi là động vật đẳng nhiệt (hay động vật máu nóng). Giữa hai nhóm trên có nhóm trung gian. Vào thời kỳ không thuận lợi trong năm, nhóm này ngủ hoặc ngừng hoạt động, nhiệt độ của cơ thể hạ thấp nhưng không bao giờ thấp dưới $10-13^{\circ}\text{C}$, khi trở lại hoạt động, nhiệt độ cao của cơ thể được duy trì mặc dù có sự thay đổi nhiệt độ của môi trường bên ngoài. Nhóm này gồm một số loài gặm nhấm nhỏ như sóc đất, sóc mạc mốt, nhím, chuột sóc, chim én...

Nhiệt độ có ảnh hưởng mạnh mẽ đến chức năng sống của sinh vật, như hình thái, sinh lý, sinh trưởng và khả năng sinh sản của sinh vật. Đối với sinh vật sống ở những nơi quá lạnh hoặc quá nóng (sa mạc) thường có cơ chế riêng để thích nghi như: có lông

dày (cừu, bò xạ, gấu Bắc cực...), hoặc có những lớp mỡ dưới da rất dày (cá voi Bắc cực mỡ dày tới 2m). Các côn trùng sa mạc đôi khi có các khoang rỗng dưới da chứa khí để chống lại cái nóng từ môi trường xâm nhập cơ thể. Đối với động vật đẳng nhiệt ở xứ lạnh thường có bộ phận phụ phía ngoài cơ thể như tai, đuôi... ít phát triển hơn so với động vật xứ nóng.

Ánh sáng Ánh sáng vừa là yếu tố điều chỉnh, vừa là yếu tố giới hạn đối với sinh vật. Thực vật cần ánh sáng như động vật cần thức ăn. Ánh sáng được coi là nguồn sống của nó. Một số sinh vật dị dưỡng (nấm, vi khuẩn) trong quá trình sống cũng sử dụng một phần năng lượng ánh sáng. Tùy theo cường độ và thời gian chiếu sáng mà ánh sáng ảnh hưởng nhiều hay ít đến quá trình trao đổi chất và năng lượng, cũng như các quá trình sinh lý khác nhau của cơ thể sống. Ngoài ra, ánh sáng còn ảnh hưởng đến các nhân tố sinh thái khác (nhiệt độ, độ ẩm, đất...).

Ánh sáng nhận được trên bề mặt trái đất chủ yếu là từ bức xạ mặt trời và một phần nhỏ từ mặt trăng và các tinh tú khác. Bức xạ mặt trời chiếu xuống mặt đất bị các chất trong khí quyển (oxy, ozon, cacbonic, hơi nước...) hấp thụ khoảng 19%, 34% phản xạ vào khoảng không vũ trụ, còn lại khoảng 47% đến bề mặt trái đất. Ánh sáng phân bố không đồng đều trên mặt đất. Càng xa xích đạo, cường độ ánh sáng càng giảm dần, ánh sáng còn thay đổi theo thời gian trong năm, nhìn chung càng gần xích đạo độ dài ngày càng giảm dần.

Liên quan đến sự thích nghi của sinh vật đối với ánh sáng, người ta chia thực vật thành ba loại: cây ưa bóng, trung tính và ưa sáng. Từ đặc tính này hình thành nên các tầng thực vật khác nhau trong tự nhiên: Ví dụ rừng cây bao gồm các cây ưa sáng vươn lên phía trên để hứng ánh sáng, các cây ưa bóng mọc ở phía dưới. Ngoài ra, chế độ chiếu sáng còn có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển của thực vật.

Từ sự thích nghi của động vật với ánh sáng, người ta cũng chia ra 2 nhóm: nhóm hoạt động ban ngày và nhóm hoạt động ban đêm. Nhóm hoạt động ban ngày thường có cơ quan cảm thụ ánh sáng rất phát triển, màu sắc sặc sỡ. Nhóm hoạt động ban đêm thì ngược lại. Đối với sinh vật dưới biển, các loài sống ở dưới đáy sâu trong điều kiện thiếu ánh sáng, mắt thường có khuynh hướng mở to và có khả năng quay 4 hướng để mở rộng tầm nhìn. Một số loài có cơ quan thị giác tiêu giảm hoàn toàn nhường chỗ cho cơ quan xúc giác và cơ quan phát sáng.

Không khí Không có không khí thì không có sự sống. Không khí cung cấp O_2 cho các sinh vật hô hấp sản sinh ra năng lượng. Cây xanh lấy CO_2 từ không khí để tiến hành quang hợp. Dòng không khí chuyển động có ảnh hưởng rõ rệt đến nhiệt độ và độ ẩm. Dòng không khí đối lưu thẳng đứng và gió nhẹ có vai trò quan trọng trong phát tán vi sinh vật, bào tử, phấn hoa... Tuy nhiên, khi thành phần không khí bị thay đổi (do ô nhiễm), hoặc gió mạnh cũng gây tổn hại cho cơ thể sinh vật. Trong quá trình tiến hóa, sinh vật ở cạn hình thành muộn hơn sinh vật ở nước. Môi trường không khí trên mặt đất phức tạp hơn và thay đổi nhiều hơn môi trường nước, đòi hỏi cơ thể sống có tính thích nghi cao hơn và linh hoạt hơn.

Nước Nước là thành phần không thể thiếu của cơ thể sống, thường chiếm từ 50–90% khối lượng cơ thể sinh vật. Nước là nguyên liệu cho cây quang hợp, là phương tiện vận chuyển dinh dưỡng trong cây, vận chuyển dinh dưỡng và máu trong cơ thể động vật. Nước tham gia vào quá trình trao đổi năng lượng và điều hòa nhiệt độ cơ thể. Nước còn tham gia tích cực vào quá trình phát tán nòi giống và là nơi sinh sống của nhiều loài sinh vật.

Nước tồn tại trong không khí dưới nhiều dạng: hơi nước, sương mù, mưa, tuyết... Sự cân bằng nước trong cơ thể đóng vai trò rất quan trọng với sinh vật trên cạn. Cân bằng nước được xác định bằng hiệu số giữa sự thu nhận nước và sự mất nước. Người ta chia thực vật trên cạn thành các nhóm liên quan tới chế độ nước, như nhóm cây ngập nước định kỳ, nhóm cây ưa ẩm, nhóm cây chịu hạn... Động vật cũng được chia thành ba nhóm: nhóm động vật ưa ẩm (ếch, nhái), nhóm động vật chịu hạn và nhóm trung gian.

Với thực vật, khi sống trong điều kiện khô hạn, chúng có các hình thức thích nghi rất đặc trưng như tích nước trong củ, thân, lá hoặc chống lại sự thoát hơi nước bề mặt bằng cách giảm kích thước lá (lá kim), rụng lá vào mùa khô, hình thành lớp biểu mô không thấm nước... Hình thức thích nghi cũng có thể thể hiện qua sự phát triển của bộ rễ. Một số nhóm cây sống ở vùng sa mạc có bộ rễ phát triển rất dài, mọc sâu hoặc trải rộng trên bề mặt đất để hút sương, tìm nguồn nước. Có những loài cây sa mạc với kích thước thân chỉ dài vài chục cm nhưng bộ rễ dài tới 8m.

Với động vật, biểu hiện thích nghi với điều kiện khô hạn cũng rất đa dạng, thể hiện ở cả tập tính, hình thái và sinh lý. Biểu hiện cụ thể như có tuyến mồ hôi rất kém phát triển, hoặc có lớp vỏ có khả năng chống thoát nước. Lạc đà còn có khả năng dự trữ nước trong bướu dưới dạng mỡ non. Khi thiếu nước, chúng tiết ra một loại men để oxy hóa nội bào lớp mỡ này, giải phóng ra nước, cung cấp cho các phản ứng sinh hóa trong cơ thể. Một số động vật hạn chế mất nước bằng cách thay đổi tập tính hoạt động, chẳng hạn như chuyển sang hoạt động vào ban đêm để tránh điều kiện khô hạn và nóng bức của ánh sáng mặt trời.

Đất Đất là một nhân tố sinh thái đặc biệt quan trọng cho sinh vật ở cạn. Con người được sinh ra trên mặt đất, lớn lên nhờ đất và khi chết lại trở về mặt đất. Theo Docutraiep (1879) thì “Đất là một vật thể thiên nhiên cấu tạo độc lập, lâu đời, do kết quả của quá trình hoạt động tổng hợp của 5 yếu tố hình thành đất gồm: đá, thực vật, động vật, khí hậu, địa hình và thời gian”. Sau này người ta bổ sung thêm một số yếu tố khác, trong đó có vai trò của con người. Chính con người đã làm thay đổi khá nhiều tính chất đất và có thể tạo ra một loại đất mới chưa hề có trong tự nhiên như đất lúa nước.

Về vai trò của đất đối với con người, người ta thường hay nói tới đất là môi trường sống của con người và sinh vật trên cạn. Đất cung cấp trực tiếp hay gián tiếp cho sinh vật trên cạn những nhu cầu thiết yếu cho sự tồn tại và phát triển. Riêng đối với con người, đất còn có giá trị cao về mặt lịch sử tâm lý và tinh thần. Khi nghiên cứu về đất trong sinh học, người ta thường quan tâm tới các đặc trưng như cấu trúc, nước trong đất, độ chua, tính hấp phụ, thành phần cơ giới, kết cấu và độ phì nhiêu.

Tuy các điều kiện sinh thái trong đất không đồng nhất nhưng đất vẫn là môi trường khá ổn định. Do đó, trong đất có một hệ sinh thái rất phong phú. Ngoài hệ rễ chằng chịt của các loài cây, trong đất còn có rất nhiều sinh vật. Trung bình trên 1m² lớp đất có hơn 100 tỷ tế bào động vật nguyên sinh, hàng triệu trùng bánh xe, hàng triệu giun tròn, nhiều ấu trùng sâu bọ, giun đất, thân mềm và các động vật không xương sống khác.

Chế độ ẩm, độ thoáng khí và nhiệt độ cùng với cấu trúc lớp đất mặt đã ảnh hưởng sâu sắc đến sự phân bố các loài thực vật và hệ rễ của chúng. Vùng sa mạc có loài cây rễ ăn lan sát mặt đất hút sương đêm, nhưng cũng có loài rễ ăn sâu tới 20m để lấy nước ngầm, trong khi bộ phận trên mặt đất giảm tối thiểu việc sử dụng đất như cỏ lạc đà (*Alhagi camelorum*, *camelthorn*). Ở vùng đầm lầy, phần lớn các loài cây thân gỗ đều có rễ cọc chết sớm hoặc không phát triển, nhưng hình thành nhiều rễ chùm xuất phát từ gốc thân.

Các chất hữu cơ Các sinh vật đều trực tiếp hoặc gián tiếp ảnh hưởng đến nhau. Ảnh hưởng trực tiếp giữa các sinh vật chủ yếu được biểu hiện thông qua quan hệ nơi ở và ổ sinh thái. Mỗi cơ thể, quần thể, loài đều có nơi ở và ổ sinh thái riêng.

Nơi ở là khoảng không gian mà cá thể hoặc quần thể hay loài đó chiếm cứ. Ổ sinh thái là tất cả các nhu cầu cho đời sống của cá thể, quần thể hay loài đó kiếm ăn, sinh sản... Các sinh vật có nơi ở và ổ sinh thái càng gần nhau thì càng ảnh hưởng mạnh đến nhau.

Ảnh hưởng gián tiếp giữa các sinh vật là ảnh hưởng thông qua nhân tố môi trường. Một cá thể hay quần thể, một loài trong hoạt động sống của mình làm biến đổi các nhân tố môi trường ngoài và từ đó ảnh hưởng đến đời sống của các cá thể, quần thể của loài khác.

2.2.3. TÍNH VỮNG BỀN CỦA HỆ SINH THÁI

Khái niệm về “tính bền vững” của hệ sinh thái rất khó xác định do nó bao hàm nhiều nghĩa khác nhau. Trước hết, một hệ được xem là bền vững khi hệ đó duy trì được trạng thái của nó không đổi theo thời gian, hay tính bền vững là “sức ỳ” của nó trước những hủy hoại; hay sự mềm dẻo, tức là khả năng quay trở lại trạng thái ban đầu sau khi bị tác động hủy hoại của ngoại lực; hay cuối cùng là biên độ (độ lệch) biến động của hệ để phản ứng lại những biến đổi của môi trường mà trong giới hạn đó hệ vẫn có thể quay trở lại trạng thái ban đầu.

Dạng đặc trưng của tính bền vững đối với một hệ là sự biến đổi có chu kỳ ổn định, khi những yếu tố giới hạn của môi trường cũng xuất hiện một cách tuần hoàn.

Những ví dụ sau đây cho thấy tính bền vững của các hệ sinh thái trong tự nhiên trước những biến cố của môi trường. Năm 1970, ở biển Đỏ do mực nước đột nhiên xuống thấp ba ngày, tại đỉnh các rạn san hô có đến 90% các polyp bị chết. Sau đó những rạn san hô này đã quay về trạng thái ban đầu ở cuối thế kỷ thứ 20. Hệ sinh thái san hô Great Barrier ở Australia bị sao biển hủy diệt 11% vào trước những năm 1972. Ví dụ khác: ở bờ biển Thái Bình Dương thuộc Mỹ, loài nhím *Strongilocentrotus* sp. sinh sản như vũ bão đã hủy diệt gần như hoàn toàn một loại tảo thuộc chi *Nereocysta*, song chỉ hai năm sau loài tảo này đã trở lại trạng thái ban đầu.

Hiện tại, người ta cũng chưa thấy rõ hết điều gì tạo ra “tính bền vững” của hệ sinh thái. Song các nhà sinh thái học đều chấp nhận giả định của Mac Arthur R. (1969), tính phức tạp trong cấu trúc của quần xã đã làm tăng tính bền vững của chính nó. Một quần xã được xem là kém bền vững nếu ưu thế về số lượng của một loài nào đó làm thay đổi mạnh số lượng của một loài khác. Sự phức tạp của các quần xã sinh vật nhiệt đới cùng với tính bền vững của chúng là bằng chứng đúng đắn cho quan điểm nêu trên. Tuy nhiên, tính bền vững và ổn định còn được tạo ra do môi trường ổn định của vùng nhiệt đới chứ không hẳn là đặc tính của quần xã. Nếu cho rằng, các hệ sinh thái ở vùng nhiệt đới bền vững là do tổ chức phức tạp của chúng thì lại xuất hiện một điều không rõ ràng: Vậy sự ổn định tạo ra tính phức tạp hay vì tính phức tạp mà chúng ổn định?

Nhiều nhà sinh thái học cho rằng, tính đa dạng càng tăng thì sự bền vững của các quần thể riêng biệt cấu trúc trên quần xã càng giảm (do kích thước quần thể nhỏ lại). Song để nâng cao sự bền vững của hệ thống thì cấu trúc dinh dưỡng trở nên phức tạp hơn. Ở nơi nào sinh vật có phổ thức ăn rộng thì chúng có thể nhanh chóng chuyển sang sử dụng loại thức ăn có độ phong phú cao nhất. Do đó, sinh vật tiêu thụ ít chịu tác động đối với sự biến động số lượng của các nhóm thức ăn riêng biệt. Trong các hệ sinh thái đơn giản hơn, dinh dưỡng của sinh vật tiêu thụ bị giới hạn bởi một số loại con mồi, và như vậy sự dao động về số lượng của con mồi thường gây ra sự biến đổi mạnh về số lượng của sinh vật tiêu thụ.

Hệ sinh thái khỏe mạnh là một hệ sinh thái ổn định và bền vững, duy trì đặc tính các thành phần, tổ chức và chức năng của chúng theo thời gian, đồng thời có khả năng phục hồi.

2.2.4. HỆ SINH THÁI VÀ CHU TRÌNH NƯỚC

Vòng tuần hoàn nước là sự tồn tại và vận động của nước trên mặt đất, trong lòng đất và trong bầu khí quyển của trái đất. Nước ở trái đất luôn vận động và chuyển từ trạng thái này sang trạng thái khác, từ thể lỏng sang thể hơi, rồi thể rắn và ngược lại. Vòng tuần hoàn nước đã và đang diễn ra từ hàng tỷ năm và tất cả cuộc sống trên trái đất đều phụ thuộc vào nó, trái đất chắc hẳn sẽ là một nơi không thể sống được nếu không có nước.

Nước tồn tại trên trái đất ở ba dạng: rắn, lỏng và hơi tùy thuộc vào nhiệt độ của bề mặt trái đất. Nước chủ yếu chứa ở đại dương (97,6%) dưới dạng lỏng, khoảng 2,1% ở dạng rắn (băng). Nước sông, hồ rất ít. Nước là dung môi hòa tan các chất và là nơi sinh sống của các sinh vật ở nước. Nước vận chuyển trong khí quyển, mang theo nhiều các chất dinh dưỡng, khoáng và một số chất khác cần thiết cho đời sống động, thực vật.

Vòng tuần hoàn nước không có điểm bắt đầu nhưng chúng ta có thể bắt đầu từ các đại dương. Mặt trời điều khiển vòng tuần hoàn nước bằng việc làm nóng nước trên đại dương, làm bốc hơi nước vào trong không khí. Những dòng khí bốc lên đem theo hơi nước vào trong khí quyển, gặp nơi có nhiệt độ thấp hơi nước bị ngưng tụ thành những đám mây. Những dòng không khí di chuyển những đám mây khắp toàn cầu, những phân

tử mây va chạm vào nhau, kết hợp với nhau, tăng kích cỡ và rơi xuống thành giáng thủy (mưa). Giáng thủy dưới dạng tuyết được tích lại thành những núi tuyết và băng hà, có thể giữ nước đóng băng hàng nghìn năm. Trong những vùng khí hậu ẩm áp hơn, khi mùa xuân đến, tuyết tan và chảy thành dòng trên mặt đất, đôi khi tạo thành lũ. Phần lớn lượng giáng thủy rơi trên các đại dương; hoặc rơi trên mặt đất và nhờ trọng lực trở thành dòng chảy mặt. Một phần dòng chảy mặt chảy vào sông theo những thung lũng sông trong khu vực, dòng chảy chính của sông chảy ra đại dương. Dòng chảy mặt và nước thấm được tích lũy và được trữ trong các hồ nước ngọt. Mặc dù vậy, không phải tất cả các dòng chảy mặt đều chảy vào các sông. Một lượng lớn nước thấm xuống dưới đất.

Một lượng nhỏ nước được giữ lại ở lớp đất sát mặt và được thấm ngược trở lại vào nước mặt và đại dương dưới dạng dòng chảy ngầm. Một phần nước ngầm chảy ra thành các dòng suối nước ngọt. Nước ngầm tầng nông được rễ cây hấp thụ rồi thoát hơi qua lá cây. Một lượng nước tiếp tục thấm vào lớp đất dưới sâu hơn và bổ sung cho tầng nước ngầm sâu để tái tạo nước ngầm, nơi mà một lượng nước ngọt khổng lồ được trữ lại trong một thời gian dài. Tuy nhiên, lượng nước này vẫn luân chuyển theo thời gian, có thể quay trở lại đại dương, nơi mà vòng tuần hoàn nước “kết thúc”... và sau đó lại “bắt đầu”.

Hệ sinh thái và lưới thức ăn Trong hệ sinh thái luôn xảy ra sự trao đổi chất và năng lượng trong nội bộ quần xã, giữa quần xã và môi trường bên ngoài của nó (sinh cảnh). Trong chu trình trao đổi vật chất, luôn có các nguyên tố hóa học, muối hòa tan, khí CO₂ và O₂ từ sinh cảnh tham gia tạo thành cơ thể sinh vật (quần xã), đồng thời có bộ phận của quần xã lại chuyển hóa thành sinh cảnh thông qua quá trình phân hủy xác sinh vật thành những chất vô cơ.

Chuỗi thức ăn Là một dãy bao gồm nhiều loài sinh vật, mỗi loài là một mắt xích thức ăn, mỗi mắt xích thức ăn tiêu thụ mắt xích thức ăn trước nó và lại bị mắt xích phía sau tiêu thụ. Trong một hệ sinh thái luôn xảy ra sự trao đổi vật chất và năng lượng trong nội bộ quần xã, giữa các quần xã với các thành phần bên ngoài của nó.

Chuỗi thức ăn tổng quát có dạng: Sinh vật sản xuất → Sinh vật tiêu thụ bậc 1 → Sinh vật tiêu thụ bậc 2 → Sinh vật tiêu thụ bậc 3 → ... → Sinh vật phân hủy.

Lưới thức ăn Là tổng hợp những chuỗi thức ăn có quan hệ với nhau trong hệ sinh thái. Mỗi loài trong quần xã không chỉ liên hệ với một chuỗi thức ăn mà có thể liên hệ với nhiều chuỗi thức ăn khác nhau.

- Bậc dinh dưỡng: Bao gồm những mắt xích thức ăn trong cùng một nhóm sắp xếp theo các thành phần của cùng một chuỗi thức ăn (sinh vật sản xuất, sinh vật tiêu thụ bậc 1, sinh vật tiêu thụ bậc 2...).
- Chu trình sinh – địa – hóa: Trong hệ sinh thái vật chất luôn có sự vận chuyển, biến đổi các chu trình từ cơ thể sống vào trong môi trường và ngược lại.

Lưới thức ăn gồm nhiều chuỗi thức ăn có những mắt xích chung. Các chuỗi thức ăn trong một hệ sinh thái thường đan xen nhau, liên kết với nhau một cách chặt chẽ tạo thành mạng lưới thức ăn.

Trong môi trường, mỗi sinh vật thường ăn các loại thức ăn khác nhau, đến phiên chúng lại làm thức ăn cho nhiều nhóm sinh vật khác. Chính vì thế mạng lưới thức ăn trong một môi trường thường rất phức tạp và góp phần tạo nên sự ổn định của hệ sinh thái. Quần xã càng đa dạng về thành phần thì lưới thức ăn càng phức tạp, khả năng tự cân bằng càng cao.

2.3. MỐI TƯƠNG TÁC QUA LẠI GIỮA SỨC KHỎE CON NGƯỜI, SỨC KHỎE ĐỘNG VẬT VÀ SỨC KHỎE HỆ SINH THÁI

2.3.1. ĐA DẠNG SINH HỌC LÀ GÌ?

Đa dạng sinh học là sự phong phú về nguồn gen, về giống, loài sinh vật và hệ sinh thái trong tự nhiên. Đa dạng sinh học được xem xét theo ba mức độ:

- Đa dạng sinh học ở cấp loài bao gồm toàn bộ các sinh vật sống trên trái đất, từ vi khuẩn đến các loài thực, động vật và các loài nấm.
- Đa dạng sinh học ở cấp quần thể bao gồm sự khác biệt về gen giữa các loài, khác biệt về gen giữa các quần thể sống cách ly nhau về địa lý cũng như khác biệt giữa các cá thể cùng chung sống trong một quần thể.
- Đa dạng sinh học còn bao gồm cả sự khác biệt giữa các quần xã (mà trong đó các loài sinh sống) và các hệ sinh thái (nơi mà các loài cũng như quần xã sinh vật tồn tại) kể cả sự khác biệt của các mối tương tác giữa chúng với nhau.

2.3.2. LỢI ÍCH CỦA ĐA DẠNG SINH HỌC

Đa dạng sinh học có giá trị riêng của nó. Hầu hết các nền văn hóa trên thế giới đều tôn thờ giá trị tự nhiên, đất đai và cuộc sống truyền thống, tín ngưỡng và tâm linh, trong giáo dục, sức khỏe và các hoạt động mang tính giải trí. Nhân loại cũng phụ thuộc vào sự đa dạng sinh học, những hàng hóa và dịch vụ.

Hàng hóa Các loài động vật, thực vật khác nhau hình thành nên chức năng của hệ sinh thái như rừng, nước ngọt, đất đai hay đại dương. Hệ sinh thái có đa dạng sinh học cao không chỉ cung cấp hàng hóa như thực phẩm, gỗ và nhiên liệu sinh học, về lĩnh vực y tế và nước sạch cho con người. Sự đa dạng sinh học cũng là nguồn cung cấp giống cây mới và con giống mới vì hầu hết các giống cây trồng và động vật nuôi có nguồn gốc từ cuộc sống hoang dã. Tổng hợp hoặc chiết xuất từ các loại động, thực vật và vi sinh vật thiên nhiên là cơ sở sản xuất ra thuốc hoặc dược liệu chữa bệnh cho con người.

Dịch vụ Cung cấp sự đa dạng sinh học (có thể gọi là dịch vụ hệ sinh thái) được cho là miễn phí và không thể thiếu được. Ví dụ: vi sinh vật cung cấp dinh dưỡng cho sự phát triển của cây cối, tạo ra oxy; mưa và gió hình thành đất từ tầng đá; thực vật và các loài

sinh vật khác giúp thực thể dày hơn theo thời gian. Đại dương chiếm $\frac{3}{4}$ diện tích của trái đất. Nó không chỉ chứa lượng nước lớn mà còn gồm hệ động, thực vật hình thành nên trái đất. Đại dương vận chuyển mọi sinh vật sống ở đó qua khoảng không gian rộng lớn, chúng kiểm soát khí hậu toàn cầu và cung cấp thực phẩm. Loài tảo biển nhỏ ngoài biển tạo ra lượng lớn oxy cần thiết cho các loài động vật trên cạn. Đồng thời carbon từ nhiên liệu bị đốt cháy trong không khí và bị giữ lại. Hàng nghìn năm nay, bờ biển là địa điểm thu hút con người. Động vật và thực vật xung quanh sinh ra chất dinh dưỡng lọc bụi bẩn từ các dòng sông và suối; giúp bảo vệ bờ biển khỏi cơn bão. Cá, tôm, cua, sò và rong ở biển là nguồn thức ăn của con người và động vật. Những rạn san hô là “khu rừng của đại dương”, nơi đó cung cấp nguồn cá, bảo vệ những mối nguy hại của tự nhiên và điều hòa khí hậu. Khoảng nửa tỷ người phụ thuộc vào các rạn san hô. Nhiều quốc gia phát triển, đang phát triển và những quốc đảo sống dựa vào những rạn san hô, vì đó là nguồn thực phẩm và cũng là sinh kế chính của họ.

2.3.3. YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP ĐẾN HỆ SINH THÁI

Những yếu tố sau **ảnh hưởng trực tiếp** đến hệ sinh thái như: Thay đổi đất ở, đất canh tác; biến đổi khí hậu; đánh bắt cá quá mức; sử dụng phân bón, phát triển vật nuôi quá mức; tưới tiêu; sự thay đổi của các dòng sông; nghẽn nguồn nước; ô nhiễm; nơi ở bị mất, suy giảm và bị phá vỡ; săn bắn quá mức; cháy rừng; sóng thần và động đất.

Yếu tố **ảnh hưởng gián tiếp** như: Gia tăng dân số; phát triển kinh tế (toàn cầu hóa, khung chính sách và thị trường); chính trị xã hội; khoa học và kỹ thuật; văn hóa và tôn giáo (tín ngưỡng, giá trị và thói quen).

2.3.4. ÁP LỰC CỦA ĐA DẠNG SINH HỌC

Báo cáo của Liên Hiệp Quốc năm 2016 nhấn mạnh đến tỷ lệ mất rừng; mối đe dọa tới nguồn cung cấp nước và ô nhiễm các vùng ven biển. Xu hướng chung/tổng thể là sự suy giảm $\frac{1}{3}$ về đa dạng sinh học trên toàn cầu trong 30 năm qua và còn tiếp tục giảm. Có đến $\frac{2}{3}$ số lượng các loài có thể biến mất. Theo báo cáo của tổ chức Hành tinh sống, năm 2015 có tới năm mối đe dọa lớn đối với đa dạng sinh học là do hoạt động của con người.

Những thiệt hại và suy giảm hệ sinh thái: Những thay đổi hệ sinh thái rừng, đất ngập nước hay vùng núi sẽ làm môi trường sống không phù hợp cho các loài động vật hoang dã và thực vật.

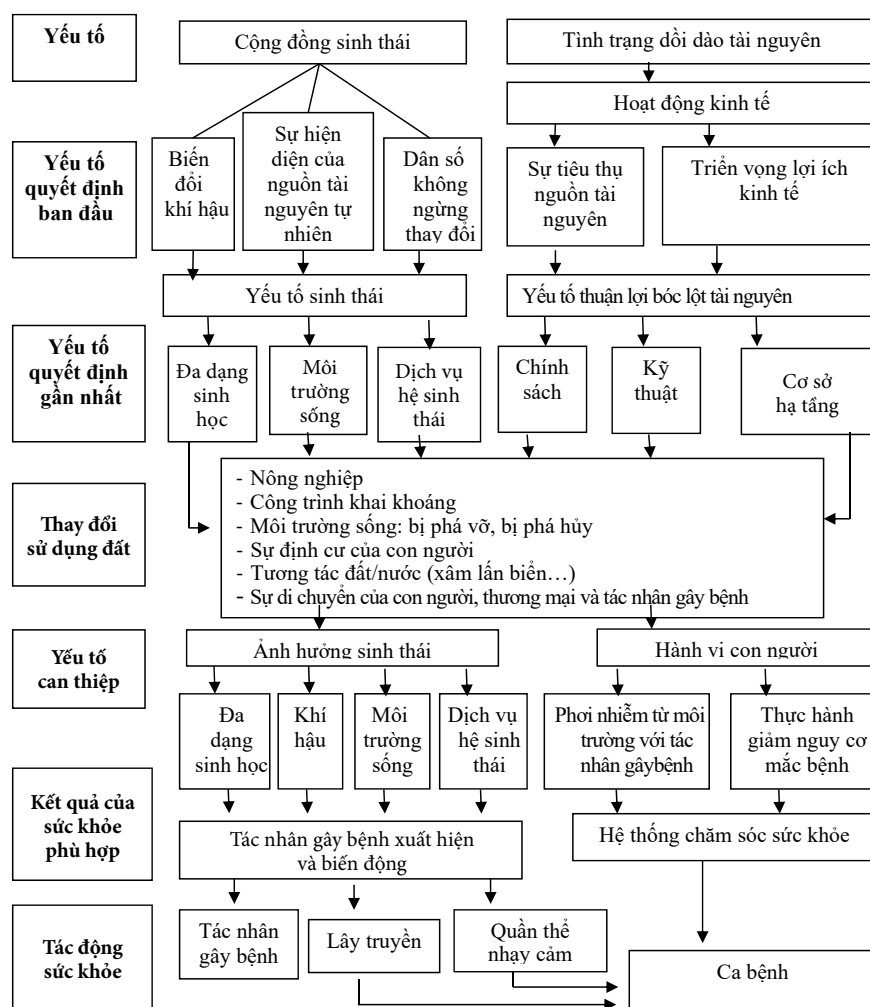
Khai thác quá mức các loài vật hoang dã: Nếu con người sử dụng quá nhiều động vật và thực vật làm thực phẩm hay các mục đích khác thì các loài động, thực vật sẽ dần dần mất đi. Các hoạt động như đánh bắt cá, săn bắn và khai thác gỗ quá mức tài nguyên thiên nhiên là nguyên nhân gây ra hậu quả trên.

2.3.4.1. Ô nhiễm nguồn nước

Các chất dinh dưỡng dư thừa từ bón phân hóa học quá nhiều sẽ làm ô nhiễm nguồn nước sạch và hệ sinh thái biển. Các nguồn gây ô nhiễm khác là rác thải của các thành phố lớn, của ngành công nghiệp và khai khoáng.

2.3.4.2. Biến đổi khí hậu

Hoạt động trong sản xuất nông nghiệp, công nghiệp, đốt than và dầu, chặt phá rừng thải khí ra môi trường gây hiệu ứng nhà kính là nguyên nhân dẫn đến tăng nhiệt độ toàn cầu trên đất liền và trên biển. Những rạn san hô hay tảng băng ở Bắc Băng Dương và các loại động, thực vật không thể đối phó với những sự thay đổi nhanh chóng này. Mô hình hệ thống thay đổi sử dụng đất ảnh hưởng tới sức khỏe hệ sinh thái được mô tả qua **BIỂU ĐỒ 2.1.**



Biểu đồ 2.1. Mô hình hệ thống thay đổi sử dụng đất ảnh hưởng tới sức khỏe hệ sinh thái

BIỂU ĐỒ 2.1 cho thấy, hệ thống thay đổi sử dụng đất có ảnh hưởng tới đa dạng sinh học và sức khỏe hệ sinh thái. Mô hình này chỉ ra mối quan hệ giữa các tác nhân thay đổi sử dụng đất và các mức độ hậu quả của thay đổi môi trường và các hậu quả đối với sức khỏe. Như đã nói ở trên, những thay đổi về sử dụng đất có thể thay đổi hệ sinh thái và đặc biệt là đa dạng sinh học khu vực. Với những loại thay đổi đó, tác nhân gây bệnh không ngừng biến động, làm tăng hoặc giảm sự lây truyền bệnh.

Ví dụ: phá rừng → nhiệt độ tăng, gây lũ lụt, cường độ ánh sáng mặt trời mạnh → muỗi sinh sản nhiều → dịch bệnh sốt rét.

Trong nhiều trường hợp phá rừng có thể làm tăng sự sinh sản của muỗi *Anopheles*. Một số loài muỗi *Anopheles* sinh sản trong nước, ở nơi có bóng tối. Một vài loài muỗi khác tăng tỷ lệ sống sót trong môi trường bị tàn phá, vì vậy sự lây truyền theo mùa của bệnh sốt rét sẽ kéo dài hơn. Ví dụ, Malaysia do không còn rừng cao su vào những năm 1990 nên đã làm tăng tỷ lệ mắc sốt rét. Ở những nơi khác, nơi trồng nhiều hoa và cây có quả cũng là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ mắc sốt rét, bởi vì đó là điều kiện sinh thái tốt cho muỗi *Anopheles* phát triển. Một kết quả đã được thừa nhận về bệnh sốt rét là hệ thống tưới tiêu làm tăng mức độ sinh sản của muỗi và tăng tỷ lệ bệnh sốt rét. Phá rừng để khai thác khoáng, quặng cũng vừa tạo ra môi trường cho côn trùng sinh sản thuận lợi, vừa làm con người tăng cơ hội tiếp xúc với các véc tơ truyền bệnh.

Ví dụ: Ô nhiễm môi trường sinh thái do công ty Formosa gây ra. Về kinh tế, riêng số hải sản chết dạt vào bờ khoảng 100 tấn. Chính phủ cho biết, đến nay, mức độ ô nhiễm bởi các độc tố như sắt, phenol, amoni... đã giảm dần, đảm bảo an toàn cho người tắm biển. Tuy nhiên, khó xử lý hơn cả là đáy biển vẫn tồn tại lớp huyền phù, màng bám keo tụ tại các khu vực san hô, đá cứng... cần tiếp tục đánh giá tính chất, mức độ độc hại. Lâu dài, do các rạn san hô, phù du sinh vật sẽ chết nên có nguy cơ làm gián đoạn chuỗi thức ăn biển, khiến suy giảm đa dạng sinh học và nguồn lợi thủy sản khu vực, ảnh hưởng đến sinh kế lâu dài của nhân dân. Chính phủ xác định có tới trên 17.600 tàu cá và gần 41.000 người đã bị ảnh hưởng trực tiếp. Trên 176.000 người phụ thuộc bị ảnh hưởng theo. Do không thể đánh bắt trong phạm vi từ bờ đến 20 hải lý, có tới 90% tàu lắp máy công suất thấp và gần 4.000 tàu không lắp máy đã phải nằm bờ. Sản lượng khai thác ven bờ thiệt hại khoảng 1.600 tấn/tháng.

2.4. ẢNH HƯỞNG CỦA BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU TỚI SỨC KHỎE CON NGƯỜI VÀ SỨC KHỎE ĐỘNG VẬT

2.4.1. KHÍ HẬU

Khí hậu bao gồm các yếu tố nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa, áp suất khí quyển, các hiện tượng xảy ra trong khí quyển và nhiều yếu tố khí tượng khác trong các khoảng thời gian dài ở một vùng, miền xác định.

Khí hậu trong nghĩa hẹp thường định nghĩa là “Thời tiết trung bình” hoặc chính xác hơn là bảng thống kê mô tả định kì về ý nghĩa các sự thay đổi có liên quan trong khoảng thời gian khác nhau, từ hàng tháng cho đến hàng nghìn, hàng triệu năm. Khoảng thời gian truyền thống là 30 năm, theo như định nghĩa của Tổ chức Khí tượng Thế giới (World Meteorological Organization—WMO). Các số liệu thường xuyên được đưa ra là các biến đổi về nhiệt độ, lượng mưa và gió. Khí hậu trong nghĩa rộng hơn là một trạng thái thống kê mô tả của hệ thống khí hậu.

Sự khác nhau giữa khí hậu và thời tiết thường được tóm tắt qua thành ngữ “khí hậu là những gì bạn mong đợi, thời tiết là những gì bạn nhận được”. Trong lịch sử có một số yếu tố không đổi (hoặc chỉ thay đổi rất nhỏ theo thời gian) để xác định khí hậu như tọa độ địa lí, độ cao, tỷ lệ giữa đất và nước, các đại dương và vùng núi lân cận. Cũng có các yếu tố quyết định khác sinh động hơn: Ví dụ, dòng hải lưu trong các đại dương đã làm cho phía Bắc Đại Tây Dương ấm lên 5°C (9°F) so với vùng vịnh của các đại dương khác. Các dòng hải lưu cũng phân phối lại nhiệt độ giữa đất liền và nước trên một khu vực. Mật độ các loài thực vật cũng cho thấy ảnh hưởng của sự hấp thụ năng lượng mặt trời, sự duy trì lượng mưa trên cấp khu vực. Sự thay đổi lượng khí nhà kính quyết định đến số lượng năng lượng mặt trời vào trái đất, dẫn tới sự ấm lên hay lạnh đi trên toàn cầu.

2.4.2. BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU

Biến đổi khí hậu là sự thay đổi hệ thống khí hậu, gồm khí quyển, thủy quyển, sinh quyển, thạch quyển hiện tại và trong tương lai bởi các nguyên nhân tự nhiên và nhân tạo trong một giai đoạn nhất định được tính bằng thập kỷ hay hàng triệu năm. Sự biến đổi có thể là thay đổi thời tiết bình quân, hay thay đổi sự phân bố các sự kiện thời tiết quanh một mức trung bình. Sự biến đổi khí hậu có thể giới hạn trong một vùng nhất định, hay có thể xuất hiện trên toàn cầu. Trong những năm gần đây, đặc biệt trong ngữ cảnh chính sách môi trường, biến đổi khí hậu thường đề cập tới sự thay đổi khí hậu hiện nay, được gọi chung bằng hiện tượng nóng lên toàn cầu. Nguyên nhân chính làm biến đổi khí hậu trái đất là do sự gia tăng các hoạt động tạo ra các chất thải khí nhà kính, các hoạt động khai thác quá mức các bể hấp thụ và bể chứa khí nhà kính như sinh khối, rừng, các hệ sinh thái biển, ven bờ và đất liền khác.

Biến đổi khí hậu là sự thay đổi trạng thái trung bình của khí hậu theo một xu thế nhất định, trong một khoảng thời gian nhất định (thập kỷ, thế kỷ...). Ví dụ: Ấm lên, lạnh đi... hay sự biến động của khí hậu dài hạn sẽ dẫn tới biến đổi khí hậu.

Theo định nghĩa của Công ước chung Liên Hiệp Quốc: Biến đổi khí hậu là sự thay đổi của khí hậu, được quy định trực tiếp hay gián tiếp là do hoạt động của con người làm thay đổi thành phần khí quyển, và đóng góp thêm vào sự biến động khí hậu tự nhiên quan sát được trong khoảng thời gian so sánh được.

2.4.3. NGUYÊN NHÂN CỦA BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU

Nguyên nhân chính làm biến đổi khí hậu trái đất là do sự gia tăng các hoạt động tạo ra các chất thải khí nhà kính, các hoạt động khai thác quá mức các bể hấp thụ khí nhà kính. Nhằm hạn chế sự biến đổi khí hậu, Nghị định thư Kyoto đã được đưa ra nhằm hạn chế và ổn định sáu loại khí nhà kính chủ yếu là CO_2 , CH_4 , N_2O , HFCs, PFCs và SF_6 .

CO_2 Hầu như tất cả chúng ta đều biết khí carbonic (CO_2) được thải ra từ quá trình hô hấp của con người. Con người hít khí oxy (O_2) và thở ra khí carbonic, trong khi đó thực vật lại làm điều ngược lại, lấy khí carbonic và thải ra khí oxy (điều này làm cho chúng trở nên quan trọng trong việc ngăn chặn biến đổi khí hậu). Chúng ta cũng đã có thể biết khí CO_2 có trong những thức uống có gas như nước ngọt (coca cola, soda) dưới dạng bong bóng khí sủi lên.

Một lượng lớn khí CO_2 được sinh ra tự nhiên đi vào bầu khí quyển thông qua những quá trình như: sự phân hủy các vật chất hữu cơ, thoát ra từ núi lửa, hay hô hấp của các sinh vật sống. Một lượng khí CO_2 tương đương cũng bị loại ra khỏi bầu khí quyển thông qua các quá trình quang hợp bởi thực vật và các phiêu sinh vật biển hoặc sự phân hủy đá do thời tiết. Kết quả của quá trình cân bằng này là lượng khí CO_2 trong bầu khí quyển luôn ở trạng thái ổn định trong 650.000 năm qua (vào khoảng 180–300ppm).

Tuy nhiên, các hoạt động của con người đã làm cho quá trình này không còn cân bằng và nồng độ CO_2 trong bầu khí quyển đã và đang tăng lên (đạt tới mức 390 ppm vào năm 2010). Những hoạt động chính của con người dẫn đến sự thải ra khí CO_2 bao gồm: đốt xăng/dầu để chạy động cơ xe máy, ô tô, xe buýt, xe tải và nhà máy; đốt các nhiên liệu khác như than và dầu (ví dụ để sản xuất điện trong các nhà máy điện) và củi (gỗ). Việc đốt nhiên liệu hóa thạch (như than, dầu, xăng và khí thiên nhiên) đóng góp đến 75% lượng khí CO_2 mà con người thải ra trong vòng 20 năm qua.

Việc phá rừng (chặt, đốt hoặc tàn phá cây rừng) là nguyên nhân cho khoảng 20% lượng CO_2 thải ra bởi con người. Hoạt động phá rừng đang diễn ra trên toàn thế giới với tốc độ 10 triệu hecta mỗi năm. Khi cây rừng bị đốn hạ hoặc bị đốt sẽ thải ra rất nhiều khí CO_2 vào bầu khí quyển. Nếu một vùng rộng lớn cây cối bị chặt đi và không được trồng lại, CO_2 sẽ bị lưu lại trong bầu khí quyển, đây là một trong những lí do vì sao ngăn chặn mất rừng là một hoạt động vô cùng quan trọng.

CH_4 Metan (CH_4) được phát thải vào bầu khí quyển từ rất nhiều nguồn khác nhau cả tự nhiên (đa số từ các vùng đất ngập nước) và do con người (khai thác và sản xuất nhiên liệu có nguồn gốc hóa thạch, đốt chảy metan để tạo ra năng lượng, chăn nuôi gia súc và sự rò rỉ từ các bãi chôn lấp rác). Khí metan phân giải tự nhiên ở tầng thấp của bầu khí quyển, nhưng tốc độ thải khí metan từ các hoạt động của con người nhanh hơn khả năng phân hủy của tự nhiên. Nồng độ metan trong bầu khí quyển đã tăng lên xấp xỉ 148% từ năm 1750.

N_2O được sinh ra từ các nguồn tự nhiên như đại dương và đất (đặc biệt là ở vùng nhiệt đới), nơi chúng sẽ bị phân hủy một cách tự nhiên và mất đi. Những hoạt động của con người như bón phân cho đất, chăn nuôi gia súc, các nhà máy công nghiệp, đã làm tăng nồng độ của oxyt nitơ trong bầu khí quyển từ 270 ppm năm 1750 lên 319 ppm.

HFCs được sử dụng thay cho các chất phá hủy ozon (ODS) và HFC-23 là sản phẩm phụ của quá trình sản xuất HCFC-22 (chất lạnh HCFC-22 có trong các thiết bị làm lạnh, dễ gây hiệu ứng nhà kính).

PFCs sinh ra từ quá trình sản xuất nhôm.

SF₆ sử dụng trong vật liệu cách điện và trong quá trình sản xuất magiê.

2.4.4. TÁC ĐỘNG CỦA BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU LÊN HỆ SINH THÁI

Biến đổi khí hậu có thể gây ra một số tác động lớn. Cho đến nay, theo ước tính, khoảng từ 20–30% số loài có nguy cơ tuyệt chủng nếu nhiệt độ trung bình toàn cầu tăng khoảng 3°C (tương ứng từ năm 1980–1999). Khi nhiệt độ toàn cầu tăng hơn 3,5°C, dự báo mô hình cho thấy trên toàn cầu sẽ có từ 40–70% loài tuyệt chủng.

Biến đổi khí hậu sẽ tác động lên toàn bộ hệ sinh thái vốn rất nhạy cảm của Trái đất. Biến đổi khí hậu gây tác động qua lại liên quan đến sự suy giảm chất lượng của tự nhiên, kinh tế và xã hội. Vấn đề này làm thay đổi cán cân thực phẩm trong sinh quyển, làm mất tính đa dạng sinh học, đất và rừng bị suy kiệt.

Nhiều vùng bảo tồn đất ngập nước sẽ bị đe dọa, sự bền vững trở nên mong manh hơn, một số vi sinh vật có thể bị tiêu diệt, nhưng cũng có một số côn trùng sẽ gia tăng về số lượng (muỗi).

Diện tích canh tác nông nghiệp như lúa, màu, cây ăn trái và nuôi trồng thủy sản sẽ bị thu hẹp, năng suất và sản lượng sẽ bị suy giảm. Điều này có thể đe dọa đến an ninh lương thực quốc gia.

Các vùng tài nguyên rừng, đất, nước, sinh vật hoang dã, khoáng sản (than bùn, cát đá xây dựng...) sẽ bị xâm lấn, khai thác quá mức và bị hủy hoại.

Nông dân, ngư dân và dân nghèo sẽ là đối tượng chịu nhiều tổn thương nặng nề do thiếu nguồn dinh dưỡng tối thiểu, thiếu sự sở hữu tài nguyên, thiếu khả năng tài chính, thiếu điều kiện tiếp cận thông tin để có thể đối phó kịp thời với sự thay đổi thời tiết – khí hậu.

Dự kiến sẽ có sự dịch chuyển dòng di cư của nông dân các vùng ven biển do tác động nặng nề của biến đổi khí hậu, nước biển dâng lên ngập các đô thị. Điều này khiến các kế hoạch quy hoạch đô thị bị phá vỡ, trật tự xã hội sẽ bị đe dọa, môi trường đô thị sẽ bị xấu đi do sự gia tăng cơ học về dân số.

2.4.5. TÁC ĐỘNG TIỀM TÀNG CỦA BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU ĐỐI VỚI VIỆT NAM

Theo kết quả đánh giá cho toàn cầu của Ủy ban Liên minh Chính phủ về biến đổi khí hậu (IPCC) và những nghiên cứu sơ bộ ban đầu của các nhà khoa học Việt Nam, tác động tiềm tàng của biến đổi khí hậu đối với nước ta là nghiêm trọng và cần được nghiên cứu sâu thêm.

Tác động của nước biển dâng: Việt Nam có bờ biển dài 3.260 km, hơn một triệu km² lãnh hải, trên 3.000 hòn đảo gần bờ và hai quần đảo xa bờ, nhiều vùng đất thấp ven biển. Những vùng này hàng năm phải chịu ngập lụt nặng nề trong mùa mưa và hạn hán, xâm nhập mặn trong mùa khô. Biến đổi khí hậu và nước biển dâng sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng nói trên, làm tăng diện tích ngập lụt gây khó khăn cho thoát nước, tăng xói lở bờ biển và nhiễm mặn nguồn nước, ảnh hưởng đến sản xuất nông nghiệp và nước sinh hoạt, gây rủi ro lớn đối với các công trình xây dựng ven biển như đê biển, đường giao thông, bến cảng, các nhà máy, các đô thị và khu dân cư ven biển.

Tác động của sự nóng lên toàn cầu: Nhiệt độ tăng, độ ẩm cao làm gia tăng sức ép về nhiệt đối với cơ thể con người, nhất là người già và trẻ em, làm tăng nguy cơ mắc bệnh tật, đặc biệt là các bệnh nhiệt đới, bệnh truyền nhiễm thông qua sự phát triển của các loài vi khuẩn, các côn trùng và vật chủ mang bệnh, chế độ dinh dưỡng và vệ sinh môi trường suy giảm. Sự gia tăng của nhiệt độ còn ảnh hưởng đến các lĩnh vực khác như năng lượng, giao thông vận tải, công nghiệp, xây dựng, du lịch, thương mại... liên quan đến chi phí gia tăng cho việc làm mát, thông gió, bảo quản và vận hành thiết bị, phương tiện, sức bền vật liệu.

Tác động của các hiện tượng khí hậu cực đoan và thiên tai: Sự gia tăng các hiện tượng khí hậu cực đoan và thiên tai, cả về tần số và cường độ do biến đổi khí hậu là mối đe dọa thường xuyên, trước mắt và lâu dài đối với tất cả các lĩnh vực, các vùng và các cộng đồng. Bão, lũ lụt, hạn hán, mưa lớn, nắng nóng, tố lốc là thiên tai xảy ra hàng năm ở nhiều vùng trong cả nước, gây thiệt hại cho con người, sản xuất và đời sống.

Tác động của biến đổi khí hậu đối với tài nguyên nước: Tài nguyên nước đang chịu thêm nguy cơ suy giảm do hạn hán ngày một tăng ở một số vùng, mùa. Khó khăn này sẽ ảnh hưởng đến nông nghiệp, việc cung cấp nước ở nông thôn, thành thị và sản xuất điện. Chế độ mưa thay đổi có thể gây lũ lụt nghiêm trọng vào mùa mưa và hạn hán vào mùa khô, gây khó khăn cho việc cấp nước và tăng mâu thuẫn trong sử dụng nước.

Tác động của biến đổi khí hậu đối với nông nghiệp và an ninh lương thực: Biến đổi khí hậu có tác động lớn đến sinh trưởng, năng suất cây trồng, thời vụ gieo trồng, làm tăng nguy cơ lây lan sâu bệnh hại cây trồng. Biến đổi khí hậu ảnh hưởng đến sinh sản, sinh trưởng của gia súc, gia cầm, làm tăng khả năng sinh bệnh, lây truyền dịch bệnh của gia súc, gia cầm.

Tác động của biến đổi khí hậu đối với lâm nghiệp: Do biến đổi khí hậu nên hệ sinh thái rừng bị ảnh hưởng theo các chiều hướng khác nhau.

Tác động của biến đổi khí hậu với công nghiệp và xây dựng: Biến đổi khí hậu làm tăng khó khăn trong việc cung cấp nước và nguyên vật liệu cho các ngành công nghiệp và xây dựng như dệt may, chế tạo, khai thác và chế biến các loại khoáng sản, nông, lâm, thủy, hải sản, xây dựng công nghiệp và dân dụng, công nghệ hạt nhân, thông tin, truyền thông... Các điều kiện khí hậu cực đoan gia tăng cùng với thiên tai làm cho tuổi thọ của vật liệu, linh kiện, máy móc, thiết bị và các công trình giảm đi, đòi hỏi những chi phí tăng lên để khắc phục.

2.4.6. BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU TÁC ĐỘNG TỚI SỨC KHỎE

Biến đổi khí hậu trong những thập kỷ gần đây có thể đưa đến một số hậu quả về sức khỏe. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính, trong các năm tới, biến đổi khí hậu phải chịu trách nhiệm với khoảng 2,4% bệnh tiêu chảy trên toàn thế giới và 6% bệnh sốt rét ở một số nước có mức thu nhập trung bình.

Nhiệt độ cao làm tăng tác động tiêu cực đối với sức khỏe con người, dẫn đến gia tăng một số nguy cơ đối với tuổi già, người mắc bệnh tim mạch, bệnh thần kinh. Tình trạng nóng lên làm thay đổi cấu trúc mùa nhiệt hàng năm. Ở miền Bắc, mùa đông sẽ ấm lên, dẫn đến thay đổi nhịp sinh học của con người.

Biến đổi khí hậu làm tăng khả năng xảy ra một số bệnh nhiệt đới: sốt rét, sốt xuất huyết, làm tăng tốc độ sinh trưởng và phát triển nhiều loại vi khuẩn và côn trùng, vật chủ mang bệnh, làm tăng số lượng người bị bệnh truyền nhiễm dễ lây lan...

Thiên tai như bão tố, nước dâng, ngập lụt, hạn hán, mưa lớn, sạt lở đất... gia tăng về cường độ và tần số, làm tăng số người bị thiệt mạng và ảnh hưởng gián tiếp đến sức khỏe thông qua ô nhiễm môi trường, suy sinh dưỡng, bệnh tật hoặc do những đổ vỡ của kế hoạch dân số, kinh tế xã hội, cơ hội việc làm và thu nhập. Những đối tượng dễ bị tổn thương nhất là những nông dân nghèo, các dân tộc thiểu số ở miền núi, người già, trẻ em và phụ nữ.

2.4.7. TÌNH HÌNH MỘT SỐ DỊCH BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU TRÊN THẾ GIỚI

Theo đánh giá của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sự biến đổi khí hậu trong những thập niên gần đây rõ ràng có ảnh hưởng tới một số bệnh truyền nhiễm. WHO ước tính trong năm 2000 có khoảng 2,4% số trường hợp tiêu chảy cấp trên thế giới, 6% các trường hợp mắc sốt rét ở các nước có mức thu nhập trung bình và thấp đều có liên quan đến biến đổi khí hậu. Ở Việt Nam, trong giai đoạn 1998–2008, diễn biến của một số bệnh truyền nhiễm gây dịch bệnh truyền nhiễm qua vectơ dao động qua các năm. Sự biến động của thời tiết có tác động rõ rệt đến sự gia tăng nguy cơ bùng phát các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa (như tả, thương hàn, tiêu chảy cấp...), các bệnh đường hô hấp (SARS, cúm A/H₅N₁, cúm A/H₁N₁) và các bệnh do vectơ như sốt rét, sốt xuất huyết Dengue. Trong khi một số dịch bệnh nguy hiểm mới nổi đã được kiểm soát (cúm A/H₅N₁), thậm chí không còn xuất hiện (SARS) thì trong năm 2009 lại xuất hiện một tác nhân gây dịch mới đang khiến các chuyên gia y tế thế giới đau đầu: virus cúm A/H₁N₁/2009. Mặc dù không nghiêm trọng như nhận định ban đầu, song sự lan truyền với tốc độ chóng mặt và chiếm tỷ lệ áp đảo so với các bệnh cúm mùa thông thường, loại virus này vẫn luôn tiềm ẩn mối đe dọa với toàn cầu nếu nó được đi kèm với một loại virus cúm khác có độc lực mạnh hơn, như virus cúm gia cầm H₅N₁, hoặc virus Corona từng gây dịch SARS tại Việt Nam và một số quốc gia trong một vài năm trở lại đây.

Các vấn đề do môi trường thay đổi tác động trực tiếp đến sự phát sinh dịch bệnh và sức khỏe con người. Lũ lụt gây ngập úng kéo dài, sự bùng phát của côn trùng gây bệnh như sốt rét, sốt xuất huyết, những nguồn gây bệnh, làm tăng khả năng bùng phát và lan truyền các dịch bệnh như bệnh cúm A/H₁N₁, tiêu chảy, dịch tả... Biến đổi khí hậu làm tăng khả năng xảy ra một số bệnh như viêm não Nhật Bản, làm tăng tốc độ sinh trưởng và phát triển nhiều loại vi khuẩn, côn trùng và vật chủ mang bệnh (ruồi, muỗi, chuột, bọ chét, ve). Biến đổi khí hậu là một trong những nguyên nhân dẫn đến sự xuất hiện trở lại của một số bệnh truyền nhiễm ở vùng nhiệt đới (sốt rét, sốt Dengue, dịch hạch, dịch tả), xuất hiện một số bệnh truyền nhiễm mới (SARS, cúm A/H₅N₁, cúm A/H₁N₁), thúc đẩy nhanh hơn quá trình đột biến của virus gây bệnh cúm A/H₁N₁ và H₅N₁. Các hoạt động của con người đã gây biến đổi hệ sinh thái cả ở trên cạn và dưới nước, săn bắn trái phép làm giảm đáng kể, thậm chí gây diệt vong một số loài thú hiếm, phát thải khí nhà kính ngày càng tăng là nguyên nhân chủ yếu của xu thế ấm lên toàn cầu, tầng ozon bị phá hủy dẫn đến sự tăng cường độ bức xạ tử ngoại trên mặt đất, là nguyên nhân gây bệnh ung thư da và các bệnh về mắt. Các đợt nắng nóng kéo dài, nhiệt độ không khí tăng, gây nên những tác động tiêu cực đối với sức khỏe con người, dẫn đến gia tăng một số nguy cơ đối với tuổi già, những người mắc bệnh tim mạch, bệnh thần kinh, dị ứng.

Điều đáng lo ngại nhất là sự biến đổi khí hậu ảnh hưởng đến sự thay đổi sinh thái, gây ra một loạt yếu tố có thể làm trầm trọng thêm hoặc tràn lan một loạt các bệnh mới (bệnh truyền lây—zoonosis). Theo Lokman Hakim Bin Sulaiman, Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu các bệnh truyền nhiễm, Viện nghiên cứu Y học Bộ Y tế Malaysia, trong số 1.400 loài sinh vật gây bệnh truyền nhiễm cho con người được biết đến, 61% gây bệnh truyền lây. Động vật hoang dã và động vật nuôi là những loài chủ chốt gây ra bệnh truyền lây từ những sinh vật không rõ trước đây, có thể xuất hiện trong con người. Chẳng hạn như tại Malaysia, sự kết hợp giữa yếu tố El Nino và cháy rừng đã phá hủy hệ sinh thái đã khiến loài dơi và quạ mang virus *Paramyxovirus* kỳ lạ. Virus *Nipal* gây ra bệnh viêm não mới tại Malaysia trong ba tháng đã làm 283 trường hợp mắc, 105 người chết. Tương tự, Anthony J. Michael M.C., thành viên Hội đồng nghiên cứu Y khoa và Y tế quốc gia Úc cho biết, một số bệnh truyền nhiễm lây qua đường trung gian mang tính chất địa lý đã gia tăng trong những năm gần đây, cùng với sự nóng lên trong khu vực (như bệnh sốt rét ở khu vực cao nguyên Đông châu Phi, bệnh viêm não do ve truyền ở Thụy Điển, bệnh Lyme ở Canada, bệnh sán máng ở miền Đông Trung Quốc và châu Âu, bệnh lỵ xanh do virus ở châu Âu). Đặc biệt, các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền thành từng đợt sang người từ các động vật di cư như bệnh sốt Tây sông Nile (hiện đã có cả ở Mỹ và Canada - chim là vật chủ), bệnh sốt thung lũng Rift Kenya (ở đại gia súc), bệnh do virus sông Ross ở Úc (ở chuột túi).

Trong 6 tháng đầu năm 2011, thế giới tiếp tục ghi nhận các trường hợp mắc cúm A (H₅N₁) tại 4 quốc gia: Ai Cập ghi nhận thêm 31 trường hợp mắc, 12 trường hợp tử vong; Campuchia (6/6); Indonesia (7/5) và Bangladesh (2/0). Lũy tích từ năm 2003 đến nay, toàn thế giới đã ghi nhận 562 trường hợp mắc cúm A (H₅N₁) tại 15 quốc gia, trong đó có 329 trường hợp tử vong.

Theo kết quả giám sát cúm trên toàn cầu từ ngày 05–18/6/2011, tại 71 quốc gia và vùng lãnh thổ đã ghi nhận 485 mẫu xét nghiệm dương tính với virus cúm A (H_1N_1), chiếm tỷ lệ 57,9% các mẫu xét nghiệm dương tính với virus cúm.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) từ năm 2012 đến nay, một số loại dịch bệnh do các loại virus gây ra đang tiếp tục là mối lo ngại của nhiều quốc gia và tác động trực tiếp đến sức khỏe con người như dịch sốt vàng da, dịch bệnh MERS-CoV, dịch bệnh Ebola, dịch cúm A và gần đây nhất là dịch bệnh do virus Zika gây ra.

Dịch bệnh sốt vàng da: Ngày 13/3/2016, WHO đã nhận được thông báo từ Trung Quốc về một trường hợp nhiễm trùng virus gây bệnh sốt vàng da. Bệnh nhân là nam giới 32 tuổi, quốc tịch Trung Quốc, làm việc tại Luanda, Angola, nhập cảnh Bắc Kinh, Trung Quốc ngày 10/3/2016 và được nhập viện Bắc Kinh cùng ngày, được CDC Trung Quốc chẩn đoán xác định bệnh sốt vàng da bằng xét nghiệm đặc hiệu.

Dịch bệnh MERS-CoV: WHO tiếp tục ghi nhận nhiều trường hợp mắc bệnh và tử vong mới trên toàn cầu. Phần lớn là từ các nước vùng Trung Đông (Oman, Saudi Arabia,...). Thái Lan đã ghi nhận ca bệnh xâm nhập từ Oman vào ngày 23/01/2016. Theo WHO ngày 29/1/2016 trên thế giới ghi nhận 1.627 trường hợp mắc, trong đó có 586 trường hợp tử vong tại 26 nước. Bản tin của WHO ngày 23/3/2016 trên thế giới ghi nhận 1.698 trường hợp mắc, trong đó có 609 trường hợp tử vong. Theo WHO, MERS-CoV gây ra bệnh cảnh nhiễm trùng nặng với tỷ lệ tử vong cao và có khả năng truyền bệnh từ người sang người và chủ yếu là tại các cơ sở y tế.

Dịch bệnh Ebola: Ngày 19/12/2015, WHO thông báo dịch bệnh do virus Ebola đã được khống chế hoàn toàn trên phạm vi toàn cầu và ngày 29/3/2016 đã chính thức dỡ bỏ tình trạng khẩn cấp toàn cầu đối với bệnh do virus Ebola. Tuy nhiên, hiện tại đã tái xuất hiện một số trường hợp mắc và chết do virus Ebola tại Guinea, Liberia.

Dịch bệnh Cúm A (H_7N_9): Tại Trung Quốc từ 17/01/2016 đến 19/2/2016 ghi nhận 29 trường hợp mắc, trong đó 11 trường hợp tử vong. Phân bố tại các tỉnh sau: Zhejiang (7), Hunan (7), Jiangsu (6), Guangdong (4), Fujian (3), Shanghai (2). Theo WHO, hầu hết các trường hợp đều có phơi nhiễm với virus Cúm A(H_7N_9) thông qua gia cầm nhiễm bệnh hoặc môi trường ô nhiễm.

Dịch bệnh Cúm A (H_5N_6): Tại Trung Quốc vẫn tiếp tục ghi nhận các trường hợp mắc mới trên người.

2.4.8. TÌNH HÌNH MỘT SỐ DỊCH BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU Ở VIỆT NAM

Biến đổi khí hậu xảy ra trên phạm vi toàn cầu, gây tác động mạnh mẽ đến sự sống trên trái đất. Biến đổi khí hậu làm tăng thiên tai, thảm họa, bão, lũ lụt, hạn hán, động đất, sóng thần. Động đất, lũ lụt có chiều hướng gia tăng trong các năm. Năm 2012 ở nước ta đã xảy ra bão, lũ lụt, ngập úng do mưa to và nhiều, gây thiệt hại rất lớn về người và hoa màu trong phạm vi cả nước. Từ cuối năm 2014 đến giữa năm 2016, hiện tượng El Nino mạnh, kéo dài nhất trong lịch sử,

nền nhiệt độ tăng cao, lượng mưa và dòng chảy thiếu hụt. Khu vực đồng bằng sông Cửu Long mực nước thấp nhất trong vòng 90 năm qua nên xâm nhập mặn đã xuất hiện sớm hơn. Hạn hán, xâm nhập mặn đã xảy ra gay gắt, gây thiệt hại nặng nề, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sản xuất và đời sống nhân dân, kéo theo dịch bệnh xuất hiện nhiều hơn. Đầu năm 2016, các tỉnh miền Bắc xảy ra rét đậm, rét hại trên diện rộng, nhiều nơi đã xuất hiện băng giá và mưa tuyết, đặc biệt mưa tuyết hiếm gặp đã xảy ra ở một số địa phương (Ba Vì, Tam Đảo, Mộc Châu, Kỳ Sơn...). Trong năm 2016 hai cơn bão (số 1 và số 3) đã đổ bộ vào khu vực đồng bằng Bắc Bộ, trong đó bão số 1 gây ngập úng nghiêm trọng tại các tỉnh đồng bằng sông Hồng, mưa lớn, lũ quét xảy ra ngày một nhiều hơn gây thiệt hại về người và tài sản. Năm 2017 mùa mưa bão đến sớm, các cơn bão có tính bất thường, khó dự đoán gia tăng. Sự khắc nghiệt của khí hậu và môi trường ngày càng có xu hướng tăng lên và đang phá vỡ những quy luật tồn tại nhiều năm qua. Hiện tượng ENSO, trạng thái trung tính, không nghiêng về pha nóng (El Nino) và cũng không nghiêng về pha lạnh (La Nina) sẽ có xu hướng chuyển sang trạng thái El Nino. Bão, lũ lụt làm cho môi trường bị ô nhiễm, phân và rác gây ô nhiễm nguồn nước, đồng thời là môi trường lý tưởng để ruồi, muỗi phát triển, tạo điều kiện cho các bệnh truyền nhiễm bùng lên thành dịch lớn, gây ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống và sức khỏe của con người.

Theo Cục Quản lý môi trường y tế (Bộ Y tế), hiện tượng nóng lên toàn cầu đã thúc đẩy sự phát triển của các loài muỗi, làm tăng nguy cơ bệnh sốt xuất huyết, sốt rét... Trong hơn 10 năm qua, diễn biến của một số bệnh truyền nhiễm gây dịch, bệnh lây truyền tăng dần qua các năm.

Thống kê cho thấy, hàng năm Việt Nam có khoảng 3,5 triệu người mắc các bệnh truyền nhiễm với hàng nghìn trường hợp tử vong. Nguyên nhân khiến xuất hiện các bệnh mới nổi và tái nổi là do biến đổi khí hậu, môi trường. Một số loại bệnh nhiệt đới đã biến mất ở nhiều nước trên thế giới, nhưng đang phát triển mạnh tại Việt Nam như: Lao, sốt xuất huyết, sốt rét... Theo báo cáo nhanh của Cục Y tế dự phòng, trong 4 tháng đầu năm 2017, số lượng bệnh nhân mắc sốt xuất huyết chiếm nhiều nhất với gần 21.000 trường hợp, trong đó có 8 trường hợp tử vong. Bệnh ho gà có 220 trường hợp mắc, 5 trường hợp tử vong. Bệnh viêm não do virus có 129 trường hợp mắc và 5 trường hợp tử vong. Bệnh liên cầu lợn ở người làm 34 trường hợp mắc và 3 trường hợp tử vong. Bệnh viêm não do não mô cầu có 11 trường hợp mắc và 2 trường hợp tử vong. Bên cạnh đó, bệnh tay chân miệng có gần 11.000 trường hợp mắc, bệnh do virus Zika có 21 trường hợp mắc, trong đó, thành phố Hồ Chí Minh chiếm tới 15 ca, hai tỉnh Đồng Nai và Bình Dương 2 ca/tỉnh.

Khí hậu biến đổi có liên quan trực tiếp và gián tiếp đến đời sống và sức khỏe cộng đồng ở mọi quốc gia. Việt Nam là một nước nhiệt đới có bờ biển dài và phải chịu ảnh hưởng nghiêm trọng của biến đổi khí hậu, đặc biệt là mực nước biển dâng. Tác động trực tiếp của biến đổi khí hậu đến sức khỏe con người thông qua mối quan hệ trao đổi vật chất giữa cơ thể với môi trường xung quanh, dẫn đến những biến đổi về sinh lý, tập quán, khả năng thích nghi và những phản ứng của cơ thể đối với các tác động đó. Các đợt nắng nóng kéo dài, nhiệt độ không khí tăng, gây nên những tác động tiêu cực đối với sức khỏe con người, dẫn đến gia tăng nguy cơ đối với những người mắc bệnh tim mạch, bệnh thần kinh...

Tác động gián tiếp của biến đổi khí hậu đến sức khỏe con người thông qua những nguồn gây bệnh, làm tăng khả năng bùng phát và lan truyền các bệnh dịch như bệnh cúm A/H₅N₁, bệnh tay chân miệng, bệnh tiêu chảy, bệnh dịch tả...

Các hoạt động của con người như chặt phá và khai thác rừng bừa bãi, khai thác các nguồn tài nguyên thiên nhiên không có kiểm soát, gây ô nhiễm môi trường, phá hủy cân bằng sinh thái và đa dạng sinh học. Ở nước ta, nhiều nơi rừng bị phá hủy, tài nguyên thiên nhiên bị đào bới không theo quy hoạch, đất bị xói mòn, thoái hóa, dẫn đến lũ lụt, đe dọa trực tiếp đến sức khỏe và cuộc sống của nhân dân.

Các chất thải cũng góp phần gây ô nhiễm môi trường, hiện nay ở nước ta chất thải đang là vấn đề bức xúc của toàn xã hội. Chất thải đang hàng ngày, hàng giờ gây ô nhiễm môi trường, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe con người. Chất thải được chia thành 3 loại: chất thải công nghiệp, chất thải y tế và chất thải sinh hoạt. *Chất thải công nghiệp* là những chất thải do các nhà máy, xí nghiệp thải ra trong quá trình hoạt động như axit, kiềm, hóa chất độc của các nhà máy hóa chất gây ô nhiễm đất và nguồn nước (ví dụ: nước thải của công ty sản xuất bột ngọt Vedan), bụi của các xí nghiệp sản xuất xi măng, chất thải trong giao thông vận tải (khói ô tô, xe máy) gây ô nhiễm không khí, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của người dân. *Chất thải y tế* là các loại chất thải phát sinh trong các cơ sở y tế do các hoạt động khám chữa bệnh, chăm sóc, xét nghiệm, phòng bệnh và nghiên cứu (bao gồm các chai lọ, ống nghiệm, bơm kim tiêm, dao mổ, băng gạc, các dung dịch, hóa chất dùng để xét nghiệm, khử trùng, đặc biệt các chất thải y tế nguy hại như máu, dịch cơ thể, chất bài tiết của bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm, bơm kim tiêm và các vật sắc nhọn như dao, kéo dùng cho bệnh nhân AIDS hoặc dùng cho bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm, các dược phẩm, hóa chất và các chất phóng xạ dùng trong y tế). Nếu những chất thải này không được tiêu hủy sẽ gây nguy hại cho môi trường và sức khỏe con người. *Chất thải sinh hoạt* bao gồm các loại rác thải trong sinh hoạt hàng ngày của con người, như túi nilon, vật liệu đóng gói, đồ hộp, thức ăn dư thừa của người và gia súc, xác súc vật chết... Đặc biệt, các túi nilon có thể tồn tại nhiều năm không phân hủy, gây ô nhiễm rất lớn cho môi trường.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 2

1. Phân tích các mô hình yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.
2. Mối tương tác qua lại giữa sức khỏe con người, động vật và hệ sinh thái.
3. Ảnh hưởng của biến đổi khí hậu tới sức khỏe con người và sức khỏe động vật.
4. Tình hình dịch bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam.
5. Tình hình một số dịch bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu trên thế giới.

CHƯƠNG 3

NĂNG LỰC CỐT LÕI

MỘT SỨC KHỎE

3.1. KHÁI NIỆM VỀ NĂNG LỰC CỐT LÕI MỘT SỨC KHỎE

Năng lực cốt lõi của Một sức khỏe (OHCC) là kiến thức, kỹ năng, hành vi và mọi thành viên trong đội ngũ Một sức khỏe cần có được. Các năng lực cốt lõi được tập hợp thành danh mục riêng cho từng lĩnh vực và được xác định theo các cấp độ quốc tế, khu vực và quốc gia, sử dụng phương thức tiếp cận cùng tham gia, dựa trên các nhu cầu, thể chế của mỗi nước.

Các năng lực cốt lõi Một sức khỏe của khu vực Đông Nam Á được trình bày ở **BẢNG 3.1**.

Khuôn khổ năng lực cốt lõi bao gồm 3 cấp độ của chương trình và giáo dục phát triển: năng lực cấp quốc gia để tạo điều kiện phát triển chương trình giảng dạy, đáp ứng nhu cầu

BẢNG 3.1. Năng lực cốt lõi Một sức khỏe tại các nước Đông Nam Á

Lĩnh vực tăng cường năng lực Một sức khỏe tại mỗi quốc gia: Kết quả hội thảo tháng 07/2012 của các trường đại học Đông Nam Á về các năng lực cốt lõi của “Một sức khỏe”				SEAOHUN tháng 10/2012
Malaysia	Indonesia	Thái Lan	Việt Nam	
Quản lý	Quản lý	Kế hoạch và quản lý	Kế hoạch và quản lý	Quản lý
Truyền thông	Truyền thông	Truyền thông và thông tin	Truyền thông và thông tin	Truyền thông và thông tin
Văn hóa và tín ngưỡng	Văn hóa và tín ngưỡng	Văn hóa và đạo đức	Văn hóa và tín ngưỡng	Văn hóa và tín ngưỡng
Lãnh đạo	Lãnh đạo	Lãnh đạo	Lãnh đạo	Lãnh đạo
Hợp tác và đối tác	Phối hợp	Hợp tác và đối tác	Hợp tác và đối tác	Hợp tác và đối tác
Đạo đức	Văn hóa và đạo đức		Giá trị và đạo đức	Giá trị và đạo đức
Tư duy hệ thống	Tư duy hệ thống	Tư duy hệ thống	Tư duy hệ thống	Tư duy hệ thống
		Kiến thức Một sức khỏe	Chính sách và vận động chính sách	

của các tổ chức và các chương trình trong một quốc gia cụ thể; năng lực khu vực để tạo điều kiện phối hợp phát triển chương trình giảng dạy trong một mạng lưới khu vực như SEAOHUN hoặc OHCEA; năng lực toàn cầu để tạo điều kiện chia sẻ phát triển chương trình giảng dạy qua các biên giới khu vực và mạng lưới.

Năng lực cốt lõi của Một sức khỏe bao gồm: Tư duy hệ thống, Hợp tác và quan hệ đối tác, Truyền thông và thông tin, Văn hóa và niềm tin, Giá trị và đạo đức, Chính sách và vận động chính sách, Lãnh đạo.

3.2. NĂNG LỰC CỐT LÕI MỘT SỨC KHỎE

3.2.1. KẾ HOẠCH VÀ QUẢN LÝ

Là khả năng lập kế hoạch, thiết kế, thực hiện, giám sát và đánh giá các chương trình hợp tác liên ngành, đa lĩnh vực để tối đa hóa hiệu quả của hoạt động và kết quả mong đợi của các chương trình Một sức khỏe.

Quản lý năng lực lập kế hoạch bao gồm: Đánh giá các nguồn lực cần thiết để đảm bảo vai trò và trách nhiệm của mình trong việc quản lý Một sức khỏe (phòng ngừa, giám sát); tham gia xây dựng kế hoạch liên ngành.

Quản lý năng lực thiết kế gồm: Phát triển các sáng kiến giám sát các bệnh truyền lây từ động vật sang người; hiểu vai trò và trách nhiệm của mỗi cá nhân trong một nhóm Một sức khỏe; xây dựng đề cương kế hoạch hoạt động và quản lý nhóm; phát triển các kế hoạch và các chương trình đối phó với dịch bệnh; phân loại các vấn đề Một sức khỏe theo thứ tự ưu tiên; xây dựng các mục tiêu hướng đến Một sức khỏe.

Quản lý năng lực triển khai/thực hiện gồm: Đề xuất cách quản lý, sử dụng hiệu quả thời gian và nguồn lực của nhóm Một sức khỏe; ưu tiên các nhiệm vụ thuộc trách nhiệm của mình trong nhóm liên ngành Một sức khỏe; kỹ năng làm việc nhóm để đối phó với các trường hợp xảy ra khi các nguồn tài nguyên dự đoán không có sẵn hoặc tình hình thay đổi; xác định được các số liệu hỗ trợ việc đánh giá các nỗ lực đối phó bệnh truyền lây từ động vật sang người.

3.2.2. TRUYỀN THÔNG VÀ THÔNG TIN

Là khả năng tiếp thu, xử lý, tổng hợp, chia sẻ và trao đổi thông tin có hiệu quả giữa các ngành và lĩnh vực để thiết lập, tăng cường và thúc đẩy chương trình hành động vì Một sức khỏe.

Công nghệ thông tin được sử dụng trong việc quản lý hiệu quả và chia sẻ thông tin giữa các ngành và giữa các lĩnh vực với nhau.

Nâng cao kỹ năng thực hành giao tiếp chủ động của những người hoạt động trong chương trình Một sức khỏe.

Phổ biến và điều chỉnh các tài liệu truyền thông (IEC) đến các cấp độ áp dụng Một sức khỏe.

Áp dụng nhiều phương pháp tiếp cận phương tiện truyền thông khác nhau.

Công nghệ thông tin có vai trò quan trọng trong việc quản lý các thông tin/dữ liệu định tính và định lượng. Vì vậy cần phải:

- Tổ chức quản lý hiệu quả các dữ liệu (thu thập, phân tích và kết luận).
- Xác định và phân tích các bài học kinh nghiệm.
- Sử dụng kiến thức công nghệ thông tin cơ bản và quyết tâm học hỏi những phương pháp mới.

3.2.3. VĂN HÓA VÀ NIỀM TIN

Là khả năng thấu hiểu, phân tích, đánh giá sự đa dạng về chuẩn mực xã hội, vai trò của các cá nhân, các cộng đồng và các tổ chức dẫn đến một kết quả dự định của chương trình Một sức khỏe.

Các năng lực cần có về văn hóa gồm: Có khả năng xác định và giải thích về những vấn đề chính trong văn hóa, tín ngưỡng và quy tắc chung của từng địa phương; hiểu rõ các giá trị khác biệt của các nền văn hóa khác nhau trong cộng đồng địa phương và toàn cầu; tương tác được với các thành viên trong nhóm có nguồn gốc khác nhau (nền văn hóa khác nhau, các ngành khác nhau...) trong quá trình đối phó với dịch bệnh; đa dạng văn hóa trong xây dựng đội ngũ và mạng lưới.

Các năng lực cần có về hệ thống niềm tin gồm: Tạo niềm tin trong cộng đồng trong chương trình Một sức khỏe; phân biệt sự khác nhau giữa các hệ thống niềm tin hiện có và thực hành tâm linh giữa các nhóm dân tộc khác nhau ở những vùng có dịch; có kiến thức và sử dụng kiến thức về các nguyên tắc đa dạng để xác định niềm tin của những người liên quan trong việc xử lý một ổ dịch; điều chỉnh cách quản lý dịch bệnh thích hợp với các nền văn hóa, tín ngưỡng khác nhau.

3.2.4. LÃNH ĐẠO

Là khả năng xây dựng tầm nhìn mang tính liên ngành, các giải pháp hợp tác tiên phong bằng cách ra quyết định quan trọng, có chiến lược và cam kết góp phần thúc đẩy phương pháp tiếp cận liên ngành để giải quyết các thách thức Một sức khỏe.

Các kỹ năng cần đạt được là: mô tả các điểm mạnh, điểm yếu, các cơ hội và mối đe dọa của những thách thức Một sức khỏe; xây dựng kế hoạch liên ngành giữa các ngành trong Một sức khỏe; thực hiện các dự án thúc đẩy mô hình của Một sức khỏe; đánh giá việc thực hiện dự án, nhóm thực hiện, kết quả và tác động để cải thiện Một sức khỏe.

3.2.5. HỢP TÁC VÀ QUAN HỆ ĐỐI TÁC

Là khả năng thúc đẩy và duy trì sự hợp tác hiệu quả giữa các cá nhân, các bên liên quan và cộng đồng để có thể làm việc hiệu quả đối với các sáng kiến vì Một sức khỏe.

Các kỹ năng cần đạt được là: Phát triển hoặc thiết lập sự hợp tác, đối tác và kết nối các mạng lưới; xây dựng chiến lược để hợp tác với đối tác trong toàn ngành; xây dựng quy trình để duy trì và tăng cường hợp tác hiệu quả trong quan hệ đối tác liên ngành.

3.2.6. GIÁ TRỊ VÀ ĐẠO ĐỨC

Là khả năng xác định và đáp ứng các vấn đề của Một sức khỏe ở nhiều cấp độ với tính đích thực, trung thực, tin cậy, công bằng, trách nhiệm, khả năng thích ứng trong các môi trường khác nhau.

Giá trị và đạo đức nghề nghiệp thể hiện: Cư xử một cách trung thực, công bằng và đạo đức; sử dụng các tiêu chuẩn nghề nghiệp và xây dựng các thủ tục, chính sách, pháp luật; cởi mở để có thể thay đổi ý tưởng của một người khác và nhận thức được nó.

Giá trị và đạo đức trong làm việc nhóm thể hiện: Tích cực hỗ trợ các thành viên khác, sẵn sàng chia sẻ về kỹ năng, kiến thức chuyên môn và thời gian; duy trì một môi trường tin cậy, toàn vẹn và trách nhiệm trong một nhóm; xác định các xung đột, các vấn đề cơ bản khác và có những hành động thích hợp.

Giá trị đạo đức của tổ chức thể hiện: Xây dựng quy trình tiêu chuẩn để bảo vệ sự toàn vẹn và trách nhiệm của một tổ chức; xác định, giao tiếp, và chứng minh được giá trị và đạo đức của tổ chức đó.

3.2.7. TƯ DUY HỆ THỐNG

Là khả năng phân tích làm thế nào để các yếu tố khác nhau có ảnh hưởng và tương tác lẫn nhau trong một tổng thể mà kết quả là sự phụ thuộc tự nhiên giữa con người, động vật, môi trường và sinh thái, những phụ thuộc này ảnh hưởng như thế nào đến mối quan hệ giữa các cá thể, các nhóm, các tổ chức và các cộng đồng.

Tư duy hệ thống có các vai trò sau:

- Xác định các yếu tố của hệ thống Một sức khỏe (động vật, con người và môi trường).
- Hiểu và tích hợp hệ thống tư duy giữa các nhóm hoặc các bên khác nhau (các mạng lưới xã hội, các tổ chức, chính phủ, cộng đồng và hệ sinh thái).
- Nhận ra các hoạt động để tất cả các yếu tố trong một hệ thống được kết nối và phát triển.

Tư duy hệ thống bao gồm cả vai trò đánh giá, phản hồi và cải thiện:

- Đánh giá điểm mạnh và điểm yếu trong việc áp dụng cách tiếp cận tư duy hệ thống cho các vấn đề của Một sức khỏe.
- Phân tích những thay đổi ảnh hưởng đến hệ thống Một sức khỏe (đầu vào, quá trình, kết quả, thành công/thất bại).

3.2.8. CHÍNH SÁCH VÀ VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Chính sách là tập hợp các chủ trương và hành động về phương diện nào đó của chính phủ, nó bao gồm các mục tiêu mà chính phủ muốn đạt được và cách làm để đạt được các mục tiêu đó. Những mục tiêu này bao gồm sự phát triển toàn diện trên các lĩnh vực kinh tế – văn hóa – xã hội – môi trường.

Chính sách về y tế là tập hợp các chủ trương và hành động của chính phủ nhằm chăm sóc sức khỏe cho người dân một cách tốt nhất.

Để xây dựng được các chính sách cần phải có những năng lực sau: Xác định đối tượng hưởng thụ chính sách; xác định được đối tượng khuyến khích hoặc hạn chế hành động; có các chủ trương và giải pháp thực hiện; xác định được mục đích của chính sách.

Để ban hành chính sách cần: Dự báo được phản ứng của xã hội (những đối tượng hưởng thụ chính sách); phải đảm bảo điều kiện cần và đủ để thực hiện chính sách.

Các chính sách liên quan đến Một sức khỏe mang tính chất liên ngành, vì vậy nó được xây dựng dựa trên thực trạng và định hướng của mỗi ngành và liên ngành.

Vận động chính sách là việc tuyên truyền, giải thích, động viên những người nghiên cứu, soạn thảo và ban hành các chính sách tự nguyện xây dựng các chính sách theo nguyện vọng chính đáng của người vận động.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 3

1. Trình bày khái niệm Năng lực cốt lõi Một sức khỏe.
2. Trình bày tóm tắt Năng lực cốt lõi Một sức khỏe.
3. Hãy lấy một ví dụ về Lập kế hoạch trong Một sức khỏe.
4. Hãy lấy một ví dụ về Truyền thông và Thông tin trong Một sức khỏe.
5. Hãy lấy một ví dụ về Tư duy hệ thống trong Một sức khỏe.

Phần 2

ÁP DỤNG NĂNG LỰC MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM

CHƯƠNG 4	Lập kế hoạch và quản lý kế hoạch trong kiểm soát dịch bệnh	83
CHƯƠNG 5	Các yếu tố văn hóa, niềm tin và Một sức khỏe	109
CHƯƠNG 6	Lãnh đạo, hợp tác, quan hệ đối tác Một sức khỏe	123
CHƯƠNG 7	Giá trị đạo đức, tư duy hệ thống Một sức khỏe trong kiểm soát dịch bệnh và an toàn thực phẩm	143
CHƯƠNG 8	Truyền thông, thông tin, chính sách và vận động chính sách trong Một sức khỏe	169

CHƯƠNG 4

LẬP KẾ HOẠCH VÀ QUẢN LÝ KẾ HOẠCH TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH

4.1. KẾ HOẠCH VÀ LẬP KẾ HOẠCH

4.1.1. KHÁI NIỆM KẾ HOẠCH VÀ LẬP KẾ HOẠCH

Kế hoạch là một tập hợp những hoạt động, những công việc được sắp xếp theo trình tự nhất định để đạt được mục tiêu đã đề ra. Lập kế hoạch là chức năng rất quan trọng đối với mỗi nhà quản lý, bởi vì nó gắn liền với việc lựa chọn mục tiêu và chương trình hành động trong tương lai. Kế hoạch là điều thách thức lớn với hầu hết các nhà quản lý, đặc biệt là với các cơ quan Nhà nước.

Kế hoạch có thể là các chương trình hành động, hoặc bất kỳ danh sách, sơ đồ, bảng biểu được sắp xếp theo lịch trình, có thời hạn, chia thành các giai đoạn, các bước thời gian thực hiện, có phân bổ nguồn lực, ấn định những mục tiêu cụ thể và xác định biện pháp, sự chuẩn bị, triển khai thực hiện nhằm đạt được một mục tiêu và các chỉ tiêu đã đề ra.

Lập kế hoạch là quá trình xây dựng một chương trình tiến độ tối ưu cho việc thực hiện các mục tiêu đã lựa chọn của hệ thống, dựa trên cơ sở tính toán một cách đầy đủ và khoa học về các điều kiện, phương tiện, các nguồn lực hiện có hoặc sẽ có trong tương lai.

4.1.2. CÁC LOẠI KẾ HOẠCH

Hiện nay có nhiều cách phân loại kế hoạch.

Phân theo thời gian Gồm các loại:

- Kế hoạch dài hạn hay kế hoạch chiến lược: thường từ 5–10 năm và xa hơn nữa.
- Kế hoạch trung hạn: thường từ 3–5 năm.
- Kế hoạch ngắn hạn: dưới 3 năm, thường là kế hoạch năm hay 6 tháng...

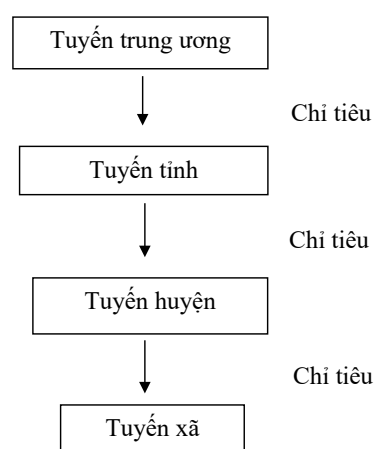
Sự phân chia như trên chỉ mang tính tương đối. Tùy cấp độ hay đơn vị xây dựng kế hoạch sẽ có phân loại riêng về khoảng thời gian cho từng loại kế hoạch dài hạn, trung hạn, ngắn hạn.

Phân theo nội dung công việc Gồm các loại:

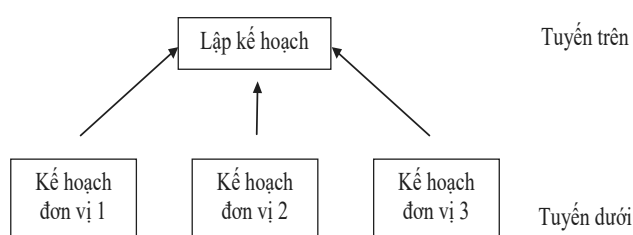
- Kế hoạch tài chính.
- Kế hoạch nhân lực: Trong đó có kế hoạch đào tạo, tiếp nhận, để bạt cán bộ...
- Kế hoạch cho một hoạt động y tế cộng đồng...

Phân chia theo cách làm kế hoạch

- Lập kế hoạch theo chỉ tiêu: Là cách lập kế hoạch từ trên đưa xuống (HÌNH 4.1), nghĩa là cấp trên đưa chỉ tiêu thực hiện cho cấp dưới và cấp dưới lấy đó làm mục tiêu xây dựng kế hoạch của mình. Với cách làm kế hoạch này, cấp dưới luôn bị động và đa số trường hợp chỉ tiêu của trên đưa xuống không phù hợp với thực tế của địa phương do cấp dưới phụ trách. Có những vấn đề sức khỏe là ưu tiên của cấp trên song không phải là ưu tiên của cấp dưới...
- Lập kế hoạch từ dưới lên: Còn được gọi là lập kế hoạch theo định hướng vấn đề hay lập kế hoạch theo nhu cầu (HÌNH 4.2). Lập kế hoạch từ dưới lên ngược hẳn với kiểu lập kế hoạch theo chỉ tiêu. Cấp dưới (hay tuyến dưới) lập kế hoạch trước, cấp trên (hay tuyến trên) lập kế hoạch sau và căn cứ vào bản kế hoạch của cấp dưới (tuyến dưới) để xây dựng bản kế hoạch của mình. Phương pháp lập kế hoạch từ dưới lên có rất nhiều ưu điểm. Trước hết nó gắn trách nhiệm của cấp dưới (tuyến dưới) vào việc lập kế hoạch và việc thực hiện kế hoạch đó. Cấp dưới luôn chủ động trong soạn thảo, thực hiện kế hoạch và đặc biệt là bản kế hoạch rất sát với điều kiện thực tế của cấp dưới. Với phương pháp này, bản kế hoạch của các cấp từ cơ sở tới Trung ương luôn đảm bảo tốt về mọi phương diện.



HÌNH 4.1. Mô hình hóa lập kế hoạch theo chỉ tiêu



HÌNH 4.2. Mô hình hóa lập kế hoạch từ dưới lên

4.1.3. VAI TRÒ CỦA LẬP KẾ HOẠCH TRONG MỘT SỨC KHỎE

Ở góc độ tổng thể, việc xây dựng kế hoạch có ý nghĩa quan trọng. Trên thực tế, có thể không có kế hoạch nào hoàn toàn đúng, hoặc không có tính khả thi, nhưng nếu không lập kế hoạch thì không thể thực hiện được. Kế hoạch là tiêu chuẩn, là thước đo kết quả so với những gì đã đề ra. Kế hoạch dù có sai nhưng vẫn rất cần thiết, điều này đặc biệt quan trọng trong Một sức khỏe, nó là trọng tâm của hoạt động phòng chống dịch bệnh một cách dài hơi. Việc xây dựng một kế hoạch trong ngành Y tế hay Thú y là một bước quan trọng, bởi kế hoạch đã xây dựng là kim chỉ nam cho quá trình thực hiện để đạt được mục tiêu đã đặt ra.

Ở góc độ cá nhân, khi lập được kế hoạch thì tư duy quản lý sẽ có hệ thống hơn để có thể dự tính được các tình huống sắp xảy ra. Việc phối hợp được mọi nguồn lực của cá nhân, của tổ chức để tạo nên một sức mạnh tổng hợp có thể giúp đạt được mục tiêu mong muốn. Ngoài ra, kế hoạch đã xây dựng còn giúp cuối cùng hướng đến. Đồng thời dễ dàng kiểm tra, giám sát hiệu quả thực hiện dự án của cá nhân, đặc biệt, khi có kế hoạch chi tiết, cụ thể sẽ giúp tránh được những việc bị động, đột xuất chen ngang làm mất thời gian của cá nhân.

Một kế hoạch cụ thể, chi tiết và sự quyết tâm thực hiện sẽ giúp cá nhân chiến thắng bệnh tri hoãn để đạt đến sự thành công. Nếu kế hoạch được thực hiện nghiêm túc, nó sẽ tạo ra những tác động mạnh mẽ và mang lại hiệu quả cao.

4.1.4. QUY TRÌNH LẬP KẾ HOẠCH TRONG Y TẾ CÔNG CỘNG

4.1.4.1. Các câu hỏi đặt ra cho những người lập kế hoạch

Trước khi tiến hành từng bước xây dựng một bản kế hoạch y tế, người xây dựng kế hoạch cần phải cân nhắc các câu hỏi sau đây:

- Tình hình y tế hiện nay ra sao? có những vấn đề gì tồn tại?
- Trong số các vấn đề tồn tại, những vấn đề nào được chọn là *vấn đề ưu tiên* giải quyết?
- Khi giải quyết các vấn đề ưu tiên đó, cần phải đặt ra các mục tiêu gì?
- Sẽ áp dụng những giải pháp nào để giải quyết cho các vấn đề đó?
- Khi thực hiện các giải pháp đó, cần phải thông qua những hoạt động cụ thể nào?
- Để thực hiện các hoạt động đó cần quỹ thời gian là bao nhiêu, khi nào bắt đầu, khi nào kết thúc? cần có các nguồn lực nào, bao nhiêu và ở đâu?
- Cần chuẩn bị gì để bảo vệ kế hoạch?
- Cần chuẩn bị gì để thực hiện kế hoạch và điều chỉnh kế hoạch trong khi triển khai?

4.1.4.2. Các bước lập kế hoạch trong Y tế công cộng

Khi lập kế hoạch, tùy vào loại kế hoạch và nội dung quản lý mà ta có quy trình lập kế hoạch cụ thể chi tiết khác nhau. Quy trình lập kế hoạch hoạt động y tế hiện nay thường theo các bước sau:

Bước 1: Phân tích tình hình thực tế và xác định các vấn đề ưu tiên cần can thiệp, tìm nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.

Bước 2: Xác định tên kế hoạch.

Bước 3: Xác định các mục tiêu.

Bước 4: Chọn các giải pháp phù hợp.

Bước 5: Lập kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động và sắp xếp, bố trí các nguồn lực theo thời gian.

Bước 1. Phân tích tình hình thực tế và xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

▪ Phân tích tình hình thực tế. Tình hình thực tế được đánh giá thông qua các vấn đề sau:

Xem xét về đặc điểm địa lý, dân cư: xác định các thông tin về diện tích, địa hình, phân bố diện tích đồng bằng, vùng núi thấp, vùng núi cao, vùng ven biển, biên giới hoặc hải đảo (nếu có), đặc điểm khí hậu, sinh thái, các loại vectơ truyền bệnh, các mầm bệnh tự nhiên... Các yếu tố này tạo điều kiện thuận lợi cho việc lan truyền các mầm bệnh, các bệnh dịch như thế nào?

Tìm hiểu tình hình phát triển kinh tế, xã hội: tình hình phát triển kinh tế, các ngành nghề đã có ở trong các năm trước để thấy được những khó khăn, thuận lợi trong đời sống kinh tế các cộng đồng.

Điều tra về tình hình sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân: tình hình sức khỏe được thể hiện qua các chỉ tiêu sức khỏe cơ bản, số liệu có được từ tổng kết tình hình mắc bệnh và tử vong qua các năm...

Xem xét về khả năng cung cấp dịch vụ y tế: phân tích tình hình cung cấp dịch vụ y tế, qua đó nhận định khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng của mạng lưới y tế trong địa bàn..

▪ Xác định vấn đề Một sức khỏe qua thu thập các thông tin. Vấn đề sức khỏe được hiểu là “*vấn đề tồn tại của sức khỏe cộng đồng*”, có nghĩa là tình trạng bệnh, tật, thiếu hụt về thể lực, về dinh dưỡng, những tồn tại về vệ sinh môi trường hoặc những tồn tại trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của ngành y tế cũng như của toàn xã hội. Các nội dung đã thu thập có thể trả lời cho các câu hỏi dưới đây:

- Những dịch bệnh hay vấn đề Một sức khỏe nào đang nổi cộm tại địa phương?
- Những vấn đề này ảnh hưởng như thế nào tới sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe môi trường?
- Làm thế nào để giải quyết ít nhất một vấn đề Một sức khỏe tại địa phương?

▪ Xác định kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

+ *Thu thập số liệu thứ cấp:*

Thông tin được thu thập dựa trên các sổ sách, báo cáo có sẵn của các đơn vị. Các số liệu có sẵn có thể bao gồm các báo cáo định kỳ của cơ sở, sổ sách, các bài báo, tạp chí, hồ sơ bệnh án, kết quả khám sức khỏe định kỳ, báo cáo kinh doanh hàng năm của một cơ sở, báo cáo thực hiện chương trình Y tế....

Ví dụ: Công cụ thu thập thông tin khi áp dụng phương pháp này là bảng kiểm, mẫu thu thập thông tin có sẵn được xây dựng tùy thuộc vào mục tiêu, chủ đề mà người điều tra dự kiến thực hiện.

BẢNG 4.1. Mẫu thu thập thông tin về bệnh cao huyết áp tại trạm y tế xã

STT	Họ và tên	Nơi ở (thôn)	Ngày, tháng, năm sinh	Giới (nam, nữ)	Ngày, tháng, năm mắc	Kết quả điều trị (khỏi, tử vong)

+ Thu thập số liệu sơ cấp:

Phương pháp quan sát là một kỹ thuật thu thập thông tin hệ thống, bao gồm lựa chọn, quan sát và ghi chép lại các hành vi và đặc điểm của chủ thể/hiện tượng được quan sát.

Phương pháp quan sát thường được sử dụng để thu thập các thông tin liên quan đến con người, môi trường nơi con người và động vật sinh sống. Phương pháp này cho phép cung cấp thông tin về hành vi thực, từ đó hiểu rõ hơn hành vi hay chủ đề/hiện tượng được nghiên cứu.

Phương pháp quan sát có ưu điểm là: thông tin được thu thập thường chính xác, rất phù hợp với những nghiên cứu hay việc xác định thông tin về hành vi, hoặc điều kiện môi trường, do thông tin thu thập bởi chính người đánh giá nên không bị sai số do người trả lời. Tuy nhiên, phương pháp này thường mất thời gian và chỉ nên áp dụng trong một nghiên cứu diện hẹp. Hơn nữa, thông tin thu thập được có thể bị ảnh hưởng bởi sai số “chuẩn bị trước” nếu đối tượng biết trước lịch quan sát. Trong đánh giá nhanh thu thập thông tin vấn đề Một sức khỏe, trước khi quan sát, người quan sát cần phải xin phép được quan sát và nêu mục đích quan sát, vì vậy cũng có thể bị “sai số” sau khi người được quan

BẢNG 4.2. Bảng kiểm tra quan sát giếng nước đào

TT	Các nội dung kiểm tra	Điểm nguy cơ
1	Khoảng cách từ giếng tới nhà tiêu gần nhất < 10 m	(Có: 1; không: 0)
2	Khoảng cách từ giếng tới bãi rác gần nhất < 10 m	(Có: 1; không: 0)
3	Khoảng cách từ giếng tới chuồng gia súc gần nhất < 10 m	(Có: 1; không: 0)
4	Thiếu nắp đậy giếng	(Có: 1; không: 0)
5	Thành giếng cao < 0,8 m so với nền giếng	(Có: 1; không: 0)
6	Vách giếng bị hở, bị nứt	(Có: 1; không: 0)
7	Thiếu sàn giếng hoặc sàn giếng bị nứt hoặc hẹp hơn 1 m tính từ vách giếng	(Có: 1; không: 0)
8	Thiếu rãnh thoát nước thải hoặc điểm đổ nước thải < 10 m	(Có: 1; không: 0)
9	Dụng cụ lấy nước bị bẩn hoặc được đặt trên nền giếng	(Có: 1; không: 0)
Cộng		

Đánh giá nguy cơ:

0 điểm: Chưa có nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước;

1-4 điểm: Có nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước;

≥ 5 điểm: Có nguy cơ cao gây ô nhiễm nguồn nước.

sát biết rõ mục đích và họ có thể thay đổi hành vi hoặc môi trường quan sát theo hướng “mong muốn”.

Ví dụ về thức ăn đường phố, do sự có mặt của người quan sát nên đối tượng được quan sát có thể cố tình làm “tốt hơn” thường ngày. Để khắc phục hạn chế này, nên áp dụng quan sát lặp lại ít nhất 3 lần với cùng một đối tượng quan sát.

Công cụ thu thập thông tin trong phương pháp quan sát có thể là bảng kiểm hoặc liệt kê các chủ đề dự kiến quan sát, người quan sát ghi kết quả bên cạnh. Có một điều lưu ý trong phương pháp quan sát là phải ghi rõ thời gian, địa điểm và bối cảnh quan sát.

Phương pháp phỏng vấn:

Phương pháp phỏng vấn là phương pháp thu thập thông tin bằng cách đặt câu hỏi trực tiếp cho đối tượng, có thể là cá nhân hoặc nhóm. Phương pháp này cung cấp các thông tin về kiến thức, về quan niệm, thái độ, giá trị và hành vi tự thuật của đối tượng.

Phương pháp phỏng vấn có hai phương pháp: phỏng vấn sâu (độ linh hoạt cao) và phỏng vấn theo bộ câu hỏi cấu trúc (độ linh hoạt thấp). Công cụ thu thập thông tin khi áp dụng phương pháp này là hướng dẫn phỏng vấn sâu (mục đích, chủ đề phỏng vấn...) hay bộ câu hỏi (bán cấu trúc hoặc cấu trúc).

Phương pháp sử dụng bộ câu hỏi tự điền:

Là phương pháp thu thập thông tin vấn đề Một sức khỏe bằng việc sử dụng bộ câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn để đối tượng trả lời bằng ghi chép vào bộ câu hỏi này.

Phương pháp này có thể thực hiện bằng cách gửi qua thư điện tử (email), phỏng vấn tập trung tất cả các đối tượng và hướng dẫn cho họ tự điền, hoặc đưa bộ câu hỏi cho đối tượng và sau đó thu thập lại.

Phương pháp thảo luận nhóm tập trung:

Đây là phương pháp cung cấp các thông tin thu thập về vấn đề Một sức khỏe phù hợp. Các ý tưởng, các trải nghiệm, các cảm xúc được thể hiện tốt hơn khi có sự tương tác giữa các thành viên trong nhóm.

Một số câu hỏi gợi ý trong khi hướng dẫn thảo luận nhóm để thu thập thông tin vấn đề Một sức khỏe:

- Có những vấn đề sức khỏe hay bệnh dịch nào đang xảy ra tại xã?
- Có những yếu tố ảnh hưởng (hay nguyên nhân) nào gây ra vấn đề đó?
- Làm thế nào để giải quyết vấn đề này?

Phương pháp vẽ bản đồ:

Là phương pháp trình bày một cách trực quan các thông tin đã thu thập được về một vấn đề nghiên cứu.

Phương pháp vẽ bản đồ được vận dụng trong những trường hợp sau: Khi muốn kiểm chứng thông tin thu thập về một vấn đề nào đó qua thảo luận nhóm thì vẽ bản đồ để trực quan hoá thông tin của thảo luận nhóm; khi muốn xây dựng một bức tranh thực tế về một vấn đề nào đó của cộng đồng (ví dụ: nguồn nước sinh hoạt, nhà vệ sinh, rác thải sinh hoạt...).

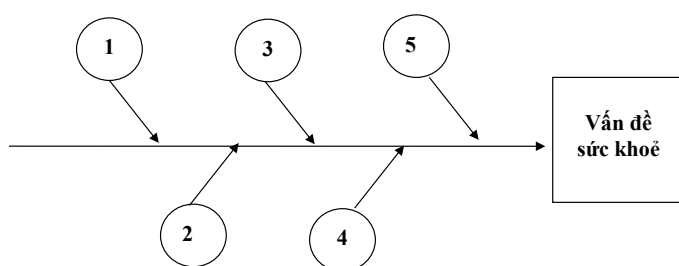
+ Một số phương pháp khác trong thu thập thông tin vấn đề Sức khỏe:

Ngoài các phương pháp đã trình bày ở trên, chúng ta còn có thể áp dụng một số phương pháp khác như: liệt kê tự do, phân loại nhóm, phân hạng sử dụng thang điểm...

Sau khi thu thập được số liệu cần thiết, cần xác định đâu là vấn đề sức khỏe và vấn đề nào là ưu tiên cần phải giải quyết. Sau khi đã tìm được vấn đề sức khỏe ưu tiên cần giải quyết, cần phải đi tìm nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.

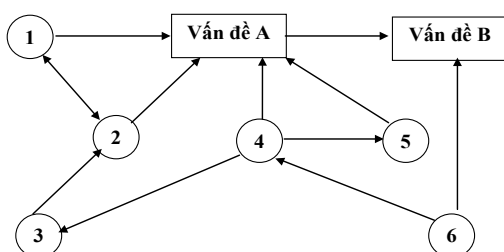
▪ Phân tích nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe

Sau khi lựa chọn được vấn đề sức khỏe ưu tiên, cần phân tích nguyên nhân gây ra vấn đề của sức khỏe đó. Trong phần phân tích, cần trả lời câu hỏi “**Vì sao?**” để xác định nguyên nhân gốc rễ của vấn đề, sử dụng “**Khung xương cá**” để chỉ ra mối liên quan giữa hậu quả và nguyên nhân của vấn đề. Có một số cách biểu diễn mối liên quan giữa nguyên nhân và hậu quả như sau:



HÌNH 4.3. Sơ đồ về các nguyên nhân dẫn tới vấn đề sức khỏe

HÌNH 4.3 cho thấy: 1, 2, 3, 4, 5 là những nguyên nhân dẫn tới vấn đề tồn tại. Cách này không cho thấy mối quan hệ nhân quả hoặc không có quan hệ nhân quả giữa các nguyên nhân gây ra cùng một vấn đề. Vì vậy có thể biểu diễn theo cách thứ 2 ở HÌNH 4.4.



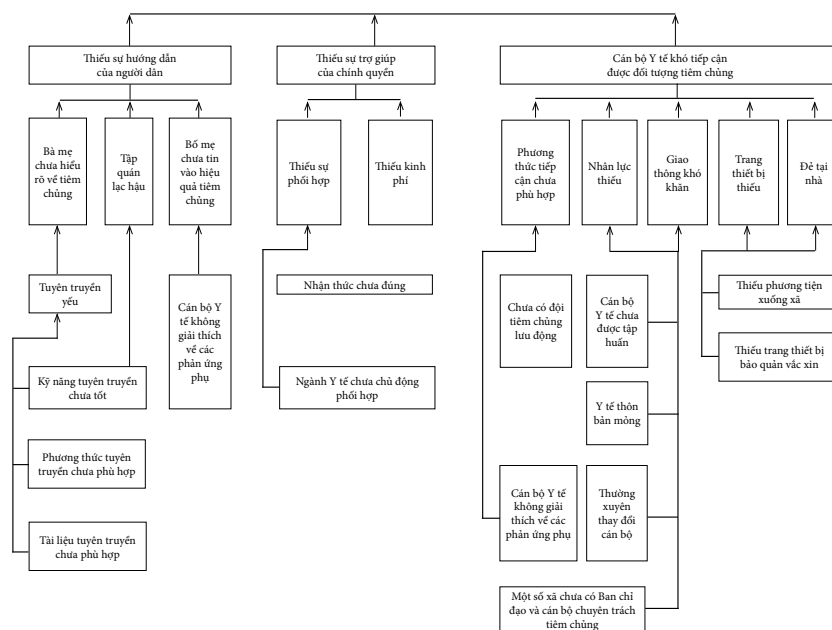
HÌNH 4.4. Sơ đồ các nguyên nhân dẫn đến các vấn đề sức khỏe

HÌNH 4.4 là cách biểu diễn một cách đầy đủ các nguyên nhân gây bệnh. Tuy nhiên, nhìn vào sơ đồ này vẫn chưa biết nên tác động vào nguyên nhân nào để giảm bớt hoặc loại bỏ vấn đề tồn tại.

Vì vậy, dựa vào những số liệu cụ thể, kết hợp với kinh nghiệm cá nhân và cách làm việc theo nhóm, có thể vẽ cây nguyên nhân cho một vấn đề.

Ví dụ: Tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ em dưới 2 tuổi đạt 72%. Trong ví dụ này, kết quả tiêm phòng ở trẻ em chỉ đạt 72%. Những nguyên nhân nào dẫn đến tỷ lệ tiêm phòng ở trẻ dưới 2 tuổi đạt thấp như vậy? **HÌNH 4.5** biểu diễn mối quan hệ nhân – quả của ví dụ này.

Ví dụ: Tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ <2 tuổi chỉ đạt 72%



HÌNH 4.5. Mối quan hệ nhân – quả tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ em dưới 2 tuổi đạt 72%

Bước 2. Xác định tên kế hoạch

Tên kế hoạch theo vấn đề tồn tại ưu tiên/vấn đề sức khỏe ưu tiên, cần nêu rõ vấn đề tồn tại hay vấn đề sức khỏe ưu tiên, đối tượng, thời gian và địa điểm.

Ví dụ: “Kế hoạch tăng cường công tác phòng, chống nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp ở trẻ em dưới 5 tuổi tại tỉnh Thái Nguyên, năm 2017”.

Bước 3. Xác định mục tiêu

Mục tiêu là cơ sở để xây dựng một bản kế hoạch. Mục tiêu là cái đích, là những điều cụ thể mà ta mong muốn (hoặc phấn đấu) để đạt được hay làm được trong một khoảng thời gian nhất định.

Mục tiêu được xây dựng dựa trên: Cơ sở thu thập thông tin của vấn đề đó, phân tích nguyên nhân vấn đề. Từ những nguyên nhân có thể can thiệp được, chúng ta phân tích hậu quả và diễn tả ngược lại hậu quả, đó chính là mục tiêu cần xác định. Ngoài ra, mục tiêu còn được xây dựng trên cơ sở phân tích nguyên nhân và khả năng giải quyết ở địa phương, đồng thời dựa vào kinh nghiệm của người lập kế hoạch.

Nội dung của mục tiêu bao gồm: Tên công việc, đối tượng, mức phấn đấu, thời gian hoàn thành và địa điểm thực hiện.

Viết một mục tiêu phải ngắn gọn, rõ ràng. Một mục tiêu cần phải đảm bảo các đặc tính: *Đặc thù – Đo lường – Thích hợp – Thực thi – Thời gian*.

- Đặc thù, không được lẫn lộn vấn đề này với vấn đề khác.
- Đo lường được, theo dõi được, đánh giá được.
- Thích hợp, phù hợp với vấn đề sức khỏe đã được xác định.
- Thực thi được, tức là tiến hành được và có ý nghĩa.
- Thời gian: Quy định khoảng thời gian phải đạt được những điều mong muốn hoặc hoàn thành công việc.

Bước 4. Xác định giải pháp thực hiện

- Tầm quan trọng của xác định giải pháp

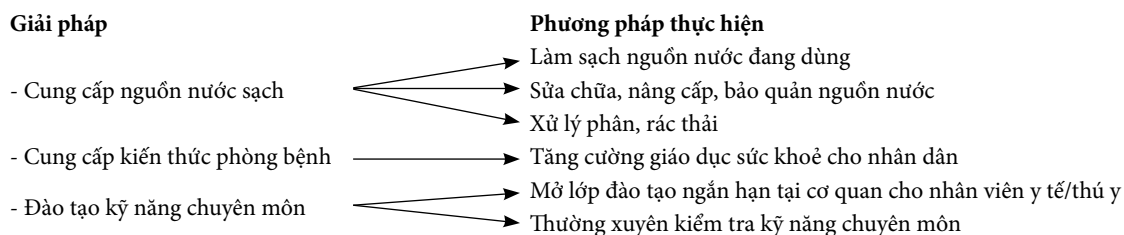
Giải pháp là phương thức/phương pháp giải quyết/thực hiện vấn đề, là tập hợp nhiều hoạt động có cùng một mục đích. Khi đã có mục tiêu, xác định giải pháp chính là xác định con đường đi tới mục tiêu đó. Con đường đi tới mục tiêu càng ngắn, gọn, phù hợp thì càng tốt, có hiệu quả. Để tìm được giải pháp tối ưu phải tìm được nguyên nhân cuối cùng gây ra sự tồn tại của vấn đề. Một mục tiêu có thể có một hay nhiều giải pháp. Giải pháp tối ưu là giải pháp có khả năng thực hiện được; chấp nhận được; có hiệu lực và hiệu quả cao; thích hợp; có khả năng duy trì. Trong một số kế hoạch lớn, mỗi giải pháp thực chất là một kế hoạch nhỏ.

Chọn giải pháp tối ưu: Cần căn cứ vào 5 tiêu chuẩn sau

- Có khả năng tổ chức thực hiện được: giải pháp thực hiện cần có đủ nguồn lực. Nguồn lực gồm 5 yếu tố: nhân lực, vật lực, tài chính, thời gian và phương pháp quản lý.
- Chấp nhận được: không có những trở ngại vượt quá khả năng có thể vượt qua của cơ quan thực hiện, cũng như của những người sử dụng hay cộng đồng.
- Có hiệu quả cao về kỹ thuật và về đầu tư: thể hiện bằng giá thành rẻ và có hiệu quả cao. Ví dụ: Hai loại thuốc đều điều trị khỏi một bệnh, như vậy chúng đều có hiệu lực. Nhưng thuốc nào giá thành điều trị một ca bệnh thấp hơn thì việc sử dụng thuốc đó hiệu quả hơn.
- Thích hợp: một giải pháp được coi là thích hợp khi các nội dung hoạt động về chuyên môn, kỹ thuật cũng như về tổ chức có thể áp dụng phù hợp với điều kiện tự nhiên, môi trường kinh tế, văn hoá và xã hội của địa phương đó, được người dân của cộng đồng cũng như đối tượng sử dụng hoặc đối tượng được hưởng dịch vụ y tế chấp thuận tham gia thực hiện.
- Duy trì được (có tính bền vững): nghĩa là, nếu không có sự hỗ trợ từ bên ngoài, thì vẫn có thể tiếp tục triển khai thực hiện giải pháp với nguồn lực hiện có của địa phương.

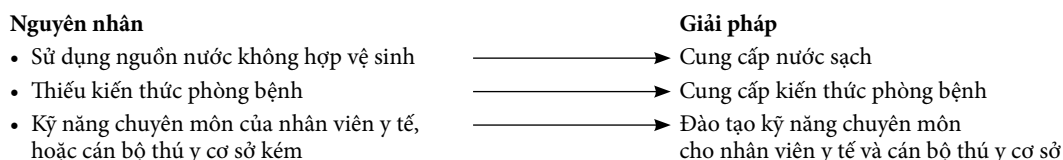
- Các bước để lựa chọn giải pháp

Tìm giải pháp: Giải pháp là vấn đề được xác định qua trả lời câu hỏi: Chúng ta phải làm gì? Ví dụ:



Lựa chọn giải pháp để giải quyết nguyên nhân: Giải pháp được xác định bằng cách trả lời câu hỏi “*làm gì*”. Nguyên nhân nào – giải pháp đó. Thường một nguyên nhân có thể có nhiều giải pháp can thiệp để giải quyết nguyên nhân đó. Chúng ta cần phải căn cứ vào nguồn lực hiện có để lựa chọn giải pháp khả thi.

Ví dụ:



Xác định phương pháp thực hiện giải pháp: Mỗi giải pháp có một hoặc nhiều phương pháp thực hiện tương ứng với nó. Việc xác định phương pháp thực hiện bằng trả lời câu hỏi “*làm như thế nào*”?

Lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện hiệu quả, khả thi: Việc lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện hiệu quả, khả thi đòi hỏi phải phân tích một cách sâu sắc, chi tiết các tiền đề và mục tiêu của kế hoạch. Những tiền đề cần luôn được chú ý là những nguồn lực hiện tại và trong tương lai sẽ có.

Bước 5. Lập kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động

Mỗi giải pháp sẽ có một hoặc nhiều hoạt động phối hợp thực hiện. Với mỗi hoạt động cần nêu chi tiết những điểm sau:

- Tên hoạt động.
- Thời gian: Thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc hoạt động.
- Người thực hiện.
- Người hoặc cơ quan phối hợp.

BẢNG 4.3. Kế hoạch hành động

TT	Tên hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Người thực hiện	Người/Cơ quan phối hợp	Kinh phí, cơ sở vật chất	Dự kiến kết quả

- Kinh phí, cơ sở vật chất cần thiết.
- Dự kiến kết quả.

Viết bản kế hoạch, thông qua, duyệt kế hoạch: Kế hoạch phải được viết ra giấy. Tất cả những nội dung được xác định từ bước 1 đến bước 5 đều được ghi vào bản kế hoạch. Bản kế hoạch phải được thông qua toàn bộ cán bộ công chức trong đơn vị và phải được cấp trên phê duyệt trước khi thực hiện.

Lập kế hoạch là một khâu quan trọng trong chu trình quản lý. Thực hiện lập kế hoạch tốt giúp cho việc quản lý có hiệu quả chương trình y tế. Khi lập kế hoạch cần phân tích kỹ lưỡng tình hình nguồn lực hiện có và các yếu tố liên quan tới chương trình sẽ tiến hành. Tùy theo từng loại kế hoạch mà đưa ra bản kế hoạch có tính khả thi nhưng phải tuân thủ theo các bước lập kế hoạch cơ bản như đã nêu ở trên.

4.1.4.3. Áp dụng năng lực lập kế hoạch trong Y tế công cộng

Tình huống: Theo báo cáo của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên, năm 2016 có tới 5.146 người bị chó nghi dại cắn, trong đó có 3.000 người đã đến cơ sở y tế tiêm phòng dại, có 4 người tử vong do phát bệnh dại. Để kiểm soát được bệnh dại tại địa phương, anh/chị hãy lập kế hoạch để giải quyết vấn đề nêu trên.

Giải quyết tình huống. Gợi ý thực hiện:

Bước 1: Thu thập các số liệu sơ cấp và thứ cấp.

Bước 2: Phân tích nguyên nhân của vấn đề; vẽ cây vấn đề tìm nguyên nhân.

Bước 3: Xác định tên kế hoạch.

Bước 4: Xác định mục tiêu cần thực hiện.

Bước 5: Xác định giải pháp, từ nguyên nhân tìm được sẽ đề xuất các giải pháp.

Bước 6: Lập kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động.

4.1.5. QUY TRÌNH LẬP KẾ HOẠCH TRONG PHÒNG, CHỐNG DỊCH BỆNH Ở GIA SÚC, GIA CẦM

4.1.5.1. Mục tiêu

- Mục tiêu chung

Chủ động phòng chống hiệu quả các dịch bệnh ở gia súc, gia cầm và thủy sản nuôi với phương châm phòng bệnh là chính, kết hợp với quản lý, giám sát chặt chẽ tại các thôn, bản, các hộ chăn nuôi, các ao hồ nuôi để phát hiện sớm, xử lý nhanh, không để lây lan thành dịch, đảm bảo phát triển chăn nuôi, nuôi trồng thủy sản bền vững, bảo vệ sức khỏe con người và môi trường sinh thái.

Sẵn sàng các phương án, nguồn nhân lực, vật tư, vắc xin, hóa chất để chủ động ứng phó với các dịch bệnh nguy hiểm ở động vật, các bệnh chung giữa người và động vật, hạn chế thấp nhất thiệt hại cho người và động vật nuôi.

- Mục tiêu cụ thể

Xác định mục tiêu cụ thể cho từng đợt triển khai, từng thời điểm thích hợp.

Tập trung khống chế, làm giảm số lượng ổ dịch ở động vật nuôi trên địa bàn; phát hiện các ổ dịch nguy hiểm ở gia súc, gia cầm; báo cáo; lấy mẫu xét nghiệm; xử lý nhanh.

Tiêm phòng các loại vắc xin, tỷ lệ tiêm phòng của năm sau cao hơn năm trước (tùy theo từng đơn vị có tỷ lệ tiêm phòng cụ thể).

Tăng cường kiểm dịch gia súc, gia cầm; kiểm tra, cách ly, tiêm phòng cho gia súc, gia cầm nhập về chăn nuôi theo các chương trình, dự án.

Kiểm soát giết mổ, kiểm tra vệ sinh thú y; các cơ sở giết mổ được cấp giấy chứng nhận an toàn thực phẩm.

Các vùng có nguy cơ cao được tiêu độc định kỳ; tổ chức các tháng hành động vệ sinh tiêu độc khử trùng; thực hiện xã hội hóa trong công tác này.

Kiểm tra định kỳ các cơ sở chăn nuôi gia súc giống, gia cầm giống; xây dựng và công nhận một số cơ sở chăn nuôi gia súc, gia cầm tập trung an toàn dịch bệnh động vật.

Nâng cao năng lực chuyên môn của đội ngũ cán bộ thú y cơ sở, đáp ứng công tác tiêm phòng, giám sát, thông tin, báo cáo dịch tại các xã, phường.

4.1.5.2. Xây dựng giải pháp thực hiện

Xây dựng các giải pháp thực hiện cụ thể như:

- Củng cố ban chỉ đạo chăn nuôi, phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản các cấp: Phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên ban chỉ đạo; ban hành kế hoạch hoạt động cụ thể để chỉ đạo đồng bộ các giải pháp phòng chống dịch.
- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát, đôn đốc thực hiện và xác định vai trò của người đứng đầu các đơn vị, địa phương trong việc lãnh đạo thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh; định kỳ, đột xuất tổ chức họp đánh giá, chỉ ra tồn tại, đề xuất các giải pháp, tham mưu các chủ trương thực hiện trong thời gian tới.
- Các nội dung giải pháp kỹ thuật.

Khi chưa có dịch xảy ra

- Công tác tuyên truyền

Tổ chức tuyên truyền thường xuyên trên các phương tiện thông tin đại chúng, tờ rơi về: tình hình dịch bệnh ở gia súc, gia cầm, thủy sản nuôi; dự tính, dự báo, xác định các nguy cơ phát sinh dịch bệnh và các biện pháp phòng chống để người dân chủ động thực hiện, nhằm bảo vệ đàn gia súc, gia cầm, thủy sản.

Tổ chức tuyên truyền theo chuyên đề về các đợt tiêm phòng vắc xin, vệ sinh tiêu độc khử trùng môi trường; xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh...

Duy trì trang web của Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Chi cục Chăn nuôi và Thú y với nội dung, hình thức phong phú để phổ biến rộng rãi các văn bản phòng chống dịch, kế hoạch triển khai, hướng dẫn chuyên môn, nâng cao ý thức, trách nhiệm của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch bệnh.

- Công tác đào tạo, tập huấn

Đào tạo chuyên sâu về chẩn đoán xét nghiệm, dịch tễ, kiểm dịch, thú y thủy sản... để nâng cao năng lực cho cán bộ tỉnh, huyện đáp ứng với nhiệm vụ hiện nay.

Tổ chức tập huấn về công tác giám sát, xác minh dịch bệnh; công tác tham mưu kế hoạch phòng chống dịch; công tác quản lý, theo dõi, lập bản đồ dịch tễ; kiến thức thú y cho cán bộ thú y phường, xã.

- Công tác giám sát dịch bệnh

Củng cố hệ thống giám sát, khai báo, thông tin dịch tới từng thôn, hộ chăn nuôi, hồ nuôi thủy sản; báo cáo định kỳ hàng tháng ở mỗi cấp. Đối với các trường hợp nghi nhiễm bệnh nguy hiểm như bệnh Cúm gia cầm, bệnh Tai xanh ở lợn, bệnh Lở mồm long móng ở trâu, bò, lợn; cần báo cáo ngay cho cơ quan Thú y, chính quyền địa phương hoặc qua đường dây nóng để lấy mẫu xét nghiệm và kịp thời khống chế.

Tổ chức giám sát chặt chẽ gia súc, gia cầm nhập về nuôi theo các chương trình, dự án, hoặc nuôi tại các hộ chăn nuôi để theo dõi, cách ly, tiêm phòng, tiêu độc trước khi nhập đàn, kịp thời xử lý nếu có dịch bệnh xảy ra. Thực hiện giám sát định kỳ vùng nuôi trồng thủy sản trước và trong vụ thả nuôi.

Triển khai giám sát chủ động bằng việc lấy mẫu xét nghiệm định kỳ sự lưu hành của mầm bệnh nguy hiểm... Giám sát sau tiêm phòng vắc xin để đánh giá sự bảo hộ; xây dựng bản đồ dịch tễ điện tử phục vụ phòng chống dịch bệnh.

- Công tác tiêm phòng vắc xin

Xây dựng kế hoạch triển khai tiêm phòng các loại vắc xin định kỳ 2 vụ/năm với các loại vắc xin: Tụ huyết trùng trâu bò; vắc xin Tụ huyết trùng lợn, Dịch tả lợn, Phó thương hàn lợn; vắc xin Lở mồm long móng trâu bò, lợn; vắc xin Cúm gia cầm, Niu cát sơn, Dịch tả, Gumboro... để tạo miễn dịch chủ động cho đàn gia súc, gia cầm.

Thực hiện xã hội hóa các loại vắc xin phòng bệnh thông thường cho gia súc, gia cầm. Thực hiện hỗ trợ vắc xin bằng nguồn kinh phí từ Trung ương (nếu có) và của tỉnh theo chương trình Quốc gia phòng chống bệnh.

- Công tác vệ sinh, tiêu độc khử trùng

Triển khai thực hiện công tác vệ sinh, tiêu độc khử trùng thường xuyên tại những nơi nguy cơ cao, các ổ dịch cũ, các lò giết mổ... Xây dựng kế hoạch, tổ chức lễ phát động và triển khai tháng vệ sinh tiêu độc khử trùng; chủ động nguồn hóa chất tiêu độc khử trùng và tranh thủ sự hỗ trợ hóa chất từ Trung ương.

Huy động nguồn lực của địa phương và của người dân để mua hóa chất, vôi bột... thực hiện vệ sinh, tiêu độc khử trùng tại nơi có nguy cơ cao, khu vực chăn nuôi, nuôi thủy sản.

- Công tác kiểm dịch động vật

Thực hiện việc kiểm dịch xuất, nhập vật nuôi tận gốc, đúng quy trình; thực hiện thông tin hai chiều nơi xuất và nơi nhập, để tăng cường quản lý vật nuôi.

Kiểm dịch, kiểm soát giống thủy sản trong quá trình xuất, nhập đảm bảo rõ nguồn gốc, an toàn; giống phải được kiểm dịch cẩn thận trước khi thả nuôi.

- Kiểm soát giết mổ, kiểm tra vệ sinh thú y

Tiếp tục phối hợp với các địa phương quy hoạch khu giết mổ gia súc tập trung theo Quyết định được ban hành tại từng thời điểm của các bên liên quan.

Nâng cao ý thức của người dân trong quá trình giết mổ gia súc, gia cầm; thực hiện đúng quy trình kiểm soát giết mổ, phát hiện gia súc bệnh để xử lý nhằm ngăn ngừa dịch bệnh và cung cấp sản phẩm động vật an toàn cho người tiêu dùng.

- *Kiểm tra định kỳ cơ sở chăn nuôi gia súc giống, gia cầm giống và xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh động vật.*

Tổ chức kiểm tra định kỳ 2 lần/năm đối với các cơ sở chăn nuôi gia súc giống, gia cầm giống theo quy định nhằm phát hiện ở gia súc, gia cầm giống hiện tượng mang trùng, kịp thời khống chế dịch bệnh, cung cấp con giống an toàn cho người chăn nuôi.

Tổ chức tập huấn, hướng dẫn, hỗ trợ các cơ sở chăn nuôi thực hiện các nội dung vệ sinh thú y và xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh động vật. Tiến hành thẩm định và công nhận một số cơ sở chăn nuôi tập trung an toàn dịch bệnh động vật.

- *Thanh, kiểm tra, xử lý vi phạm*

Xây dựng kế hoạch thanh, kiểm tra trên các lĩnh vực hoạt động để kịp thời phát hiện, xử lý những vi phạm theo quy định của pháp luật.

Thành lập các đội kiểm tra liên ngành cấp tỉnh, cấp huyện để kiểm tra công tác phòng chống dịch bệnh, vận chuyển, giết mổ, kinh doanh gia súc, gia cầm và sản phẩm gia súc, gia cầm. Kiên quyết xử lý các trường hợp vi phạm quy định trong phòng chống dịch bệnh động vật.

Duy trì hoạt động tại các chốt kiểm dịch để kiểm tra việc vận chuyển gia súc, gia cầm, sản phẩm gia súc, gia cầm, giống thủy sản, nhằm quản lý tình hình dịch bệnh.

Khi xảy ra dịch

Thực hiện đồng bộ các biện pháp khoanh vùng bao vây, khống chế dịch bệnh theo quy định tại các văn bản do cơ quan chức năng ban hành.

Quản lý ổ dịch: Quản lý việc xuất nhập, cách ly điều trị hoặc xử lý tiêu hủy theo quy định đối với từng loại bệnh dịch.

Lấy mẫu xét nghiệm để xác định nhanh, chính xác mầm bệnh và có giải pháp khống chế phù hợp.

Vệ sinh tiêu độc khử trùng chuồng trại, môi trường chăn nuôi, những nơi có nguy cơ cao theo hướng dẫn của cơ quan Thú y.

Điều tra mở rộng, tăng cường giám sát, phát hiện dịch bệnh trên địa bàn. Trong trường hợp cần thiết cần tiến hành lấy mẫu để giám sát chủ động.

Quản lý vùng dịch: Xác định vùng dịch, vùng khống chế, vùng đệm; thống kê gia súc, gia cầm trong từng vùng để áp dụng các biện pháp phù hợp.

Thành lập các chốt kiểm dịch tạm thời, đặt biển báo để kiểm soát gia súc, gia cầm, các sản phẩm gia súc, gia cầm, phương tiện vận chuyển... ra vào vùng dịch.

Tổ chức tiêm phòng bao vây vùng đệm, vùng khống chế và tiêm thẳng vắc xin vào ổ dịch theo hướng dẫn của cơ quan chuyên môn.

Công bố dịch và công bố hết dịch theo quy định của Luật Thú y.

4.1.5.3. Cơ chế tài chính trong phòng chống bệnh cho gia súc, gia cầm

Các nguồn kinh phí

- Nguồn Trung ương:

Dựa theo các chính sách ban hành để biết được các nguồn vốn trung ương rót cho các đơn vị, cụ thể như chương trình vắc xin, thuốc khử trùng.

Giám sát chủ động sự lưu hành mầm bệnh theo chỉ đạo của Cục Thú y.

- Ngân sách của tỉnh:

Dựa vào kế hoạch của từng tỉnh để biết được nguồn kinh phí tỉnh cấp cho từng hạng mục cụ thể. Gồm các loại sau:

- Kinh phí kiểm tra giám sát dịch bệnh, giám sát định kỳ cơ sở chăn nuôi gia súc giống, gia cầm giống, thủy sản giống; xét nghiệm các ổ dịch nguy hiểm; xét nghiệm lưu hành mầm bệnh; xét nghiệm sau tiêm phòng đối với dịch bệnh nguy hiểm.
- Kinh phí tổ chức triển khai, kiểm tra, chỉ đạo công tác tiêm phòng, vệ sinh tiêu độc khử trùng, xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh động vật, kiểm tra liên ngành.
- Kinh phí tuyên truyền, đào tạo, tập huấn cấp tỉnh.
- Kinh phí tổ chức chống dịch và hỗ trợ cho người dân tiêu hủy gia súc, gia cầm mắc bệnh (nếu có dịch bệnh xảy ra) theo văn bản ban hành.

- Ngân sách của huyện và xã:

Dựa vào nguồn ngân sách của huyện/xã để biết nguồn kinh phí huyện/xã cấp theo các hạng mục như sau:

- Kinh phí kiểm tra giám sát dịch bệnh, giám sát định kỳ cơ sở chăn nuôi gia súc, gia cầm, thủy sản.
- Kinh phí tổ chức triển khai, kiểm tra, chỉ đạo công tác tiêm phòng, vệ sinh tiêu độc khử trùng, xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh động vật, kiểm soát giết mổ, kiểm tra liên ngành trong phạm vi huyện/xã.
- Kinh phí tuyên truyền, củng cố, quản lý, tập huấn cho cán bộ cấp huyện/xã và cơ sở chăn nuôi, nuôi trồng thủy sản.
- Kinh phí vật tư, hóa chất, dụng cụ phòng chống dịch.
- Kinh phí tổ chức chống dịch cấp huyện/xã (nếu có dịch bệnh xảy ra)
- Kinh phí do nhân dân đóng góp: Gồm các loại
 - Kinh phí vắc xin, công tiêm do người dân đóng góp.
 - Kinh phí mua hóa chất tiêu độc định kỳ hoặc đột xuất tại khu vực chăn nuôi.

Xây dựng kinh phí

Dựa trên bản lập kế hoạch và nguồn ngân sách, đưa ra được số liệu cụ thể về kinh phí cho năm tài chính hoặc các đợt phòng chống dịch cụ thể.

Ví dụ:

- Tổng kinh phí (kinh phí cho 1 năm): Là tổng kinh phí cho toàn bộ hoạt động.
- Trong đó:

- Ngân sách Trung ương: Là tổng nguồn kinh phí do trung ương cấp cho năm hoặc cho từng hoạt động cụ thể.
- Ngân sách của tỉnh: Là tổng nguồn kinh phí do tỉnh cấp cho năm hoặc cho từng hoạt động cụ thể.
- Ngân sách của huyện, xã: Là tổng nguồn kinh phí do huyện, hoặc xã cấp cho năm hoặc cho từng hoạt động cụ thể.
- Kinh phí nhân dân đóng góp: Dự kiến từ các hoạt động của năm để đưa ra mức đóng góp của dân trong năm hoặc trong từng hoạt động cụ thể.

Sau khi đưa ra số liệu cụ thể, đính kèm theo Phụ lục các hoạt động và kinh phí cho từng hạng mục.

4.1.5.4. Tổ chức thực hiện trong phòng chống bệnh cho gia súc, gia cầm

Phân công các đơn vị, cá nhân tổ chức thực hiện.

Ví dụ, tuyến tỉnh thực hiện như sau:

- *Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn*: Là cơ quan thường trực cho Ban chỉ đạo chăn nuôi, phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản của tỉnh. Sở có vai trò chủ trì tham mưu với Ủy ban nhân dân tỉnh, Ban chỉ đạo chăn nuôi, phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản của tỉnh và triển khai thực hiện các nội dung trong công tác phòng chống dịch bệnh ở động vật nuôi. Phối hợp chặt chẽ với các cơ quan thông tấn báo chí, Sở Thông tin và truyền thông, Sở Y tế, các tổ chức đoàn thể, chính quyền các cấp đẩy mạnh công tác thông tin tuyên truyền, chia sẻ thông tin, hướng dẫn các biện pháp phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản theo quy định. Duy trì trang thông tin điện tử của Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, trang thông tin của Chi cục Chăn nuôi và Thú y các tỉnh/thành.

Chỉ đạo Chi cục Chăn nuôi và Thú y phối hợp với các địa phương, các ngành, các tổ chức đoàn thể trong các hoạt động phòng chống dịch động vật nuôi; tổ chức giám sát dịch bệnh, khoanh vùng, xử lý dịch bệnh không để lây lan; tổ chức quản lý, củng cố, nâng cao năng lực cho mạng lưới thú y cơ sở, phổ biến kiến thức cho người chăn nuôi; tổ chức tiêm phòng các loại vắc xin đạt hiệu quả; thực hiện quy trình kiểm dịch động vật; quy hoạch giết mổ tập trung và nâng cấp điều kiện vệ sinh thú y, an toàn thực phẩm tại các cơ sở giết mổ để cung cấp thực phẩm an toàn cho cộng đồng...

Tổng hợp, báo cáo định kỳ và đột xuất công tác phòng chống dịch bệnh động vật.

- *Ủy ban Nhân dân các huyện, thị xã, thành phố*: là cơ quan chịu trách nhiệm triển khai thực hiện công tác phòng, chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản nuôi trên địa bàn quản lý. Kien toàn và tăng cường hoạt động của Ban chỉ đạo chăn nuôi, phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản cấp huyện; phân công nhiệm vụ cho các thành viên Ban chỉ đạo.

Xây dựng kế hoạch và bố trí nguồn lực cho công tác phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản nuôi tại địa phương. Chủ động sử dụng nguồn kinh phí từ quỹ phòng chống thiên tai, dịch bệnh cho công tác phòng chống dịch bệnh động vật; có phương án

chuẩn bị sẵn sàng về nhân lực, vật tư, hóa chất để chủ động đối phó khi có dịch bệnh động vật xảy ra.

Tổ chức thông tin, tuyên truyền bằng các hình thức, nhằm nâng cao nhận thức về công tác phòng chống dịch bệnh động vật để người dân chủ động tự bảo vệ đàn gia súc, gia cầm, thủy sản của mình và cộng đồng.

Triển khai tổ chức giám sát dịch bệnh, phát hiện sớm, kịp thời xử lý, không để lây lan ra diện rộng; điều tra, thống kê các số liệu về chăn nuôi, nuôi trồng thủy sản để chủ động trong công tác phòng chống dịch bệnh; triển khai công tác tiêm phòng, chống dịch, vận chuyển, kinh doanh động vật và sản phẩm động vật trên địa bàn; xử lý nghiêm các trường hợp vi phạm.

Chỉ đạo việc kiểm tra định kỳ cơ sở chăn nuôi gia súc giống, gia cầm giống; xây dựng cơ sở an toàn dịch bệnh; quy hoạch giết mổ tập trung; vệ sinh tiêu độc khử trùng môi trường trên địa bàn. Triển khai thực hiện kế hoạch phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm của tỉnh, huyện tới Ủy ban Nhân dân các xã thuộc địa bàn quản lý.

- *Sở Y tế*: Giám sát, phát hiện, chia sẻ thông tin, tuyên truyền, phối hợp với Sở Nông nghiệp & Phát triển nông thôn trong công tác phòng chống dịch bệnh truyền lây từ động vật sang người.

- *Sở Tài chính, Sở Kế hoạch và Đầu tư*: Có trách nhiệm tham mưu, đề xuất với Ủy ban Nhân dân tỉnh bố trí đủ nguồn lực thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm trong năm, theo đề xuất của Sở Nông nghiệp & Phát triển nông thôn.

- *Sở Công thương*: Chỉ đạo Chi cục Quản lý thị trường tham gia kiểm soát vận chuyển, lưu thông động vật và sản phẩm động vật; giám sát công tác phòng chống dịch bệnh tại các địa phương, xử lý các vi phạm về kinh doanh, buôn bán, vận chuyển động vật và sản phẩm động vật theo quy định. Phối hợp có hiệu quả trong công tác kiểm tra liên ngành.

- *Sở Tài nguyên và Môi trường*: Có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn các địa phương giám sát và xử lý môi trường tại các khu vực có ổ dịch nguy hiểm và khu vực tiêu hủy gia súc, gia cầm bệnh; phối hợp với Sở Nông nghiệp và Phát triển nông thôn triển khai tháng vệ sinh tiêu độc, khử trùng môi trường chăn nuôi và phòng chống dịch bệnh.

- *Sở Thông tin và Truyền thông*: Chủ trì xây dựng và triển khai thực hiện kế hoạch tuyên truyền phòng, chống dịch bệnh và chỉ đạo các đơn vị trong ngành tổ chức thông tin kịp thời, chính xác cho nhân dân về nguy cơ, tác hại, diễn biến dịch bệnh trên gia súc, gia cầm, thủy sản nuôi và các văn bản quy định trong công tác phòng chống dịch bệnh.

- *Đài phát thanh và truyền hình, Báo chí*: Phối hợp với Sở Nông nghiệp & Phát triển nông thôn xây dựng nội dung, chuyên mục cho chương trình truyền thông đại chúng về các nội dung phòng chống dịch bệnh động vật.

- *Công an tỉnh*: Chỉ đạo lực lượng trong ngành tham gia tích cực trong công tác phòng chống dịch bệnh gia súc, gia cầm, thủy sản nuôi; cử cán bộ phối hợp trong hoạt động kiểm tra, chốt chặn, cũng như xử lý các trường hợp vi phạm.

- *Bộ chỉ huy Bộ đội biên phòng tỉnh*: Chỉ đạo các đồn biên phòng tăng cường kiểm tra, kiểm soát, ngăn chặn các hành vi vận chuyển động vật và sản phẩm động vật trái phép ở

biên giới đường bộ và đường biển. Xử lý kiên quyết các trường hợp vi phạm theo chức năng của mình.

Đề nghị các cơ quan Trung ương đóng trên địa bàn, Ủy ban Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Đài truyền hình Việt Nam, các tổ chức chính trị xã hội... phối hợp với Sở Nông nghiệp & Phát triển nông thôn, Ủy ban nhân dân các huyện, thị xã, thành phố thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh động vật; chỉ đạo toàn hệ thống từ tỉnh đến cơ sở vận động hội viên, đoàn viên tích cực thực hiện công tác phòng chống dịch bệnh động vật trong gia đình và cộng đồng.

4.2. QUẢN LÝ KẾ HOẠCH

4.2.1. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ

Có nhiều khái niệm về “quản lý”. Ở những góc độ khác nhau, có những khái niệm khác nhau:

Quản lý là làm cho mọi việc cần làm phải được mọi người cùng làm. Làm thế nào để một công việc phải được mọi người cùng tổ chức, cơ quan, đơn vị đều làm việc. Nghĩa là những cá nhân trong tổ chức, những thành viên trong cộng đồng cùng có trách nhiệm về công việc và đều phải làm việc để hoàn thành công việc được giao.

Ví dụ: trong công tác kế hoạch hoá gia đình, người quản lý giỏi là phải biết xã hội hoá việc này, làm cho mọi cấp, mọi ngành, mọi đoàn thể, mọi tổ chức và mọi người cùng tham gia.

Quản lý là làm cho mọi việc cần làm được thực hiện.

Ví dụ: Trong một đợt tiêm chủng mở rộng người quản lý là người phải biết nêu ra những việc cần làm trước, trong và sau đợt tiêm chủng và làm thế nào để tất cả những việc đó trở thành hiện thực, có sản phẩm, có chất lượng.

Cũng có thể nói cách khác, quản lý là làm cho mọi người, mọi bộ phận hoạt động một cách nhịp nhàng, đều đặn để đạt được mục tiêu đã đề ra.

Quản lý là đưa ra quyết định đúng đắn.

Tục ngữ có câu: “Một người lo bằng một kho người làm”. Ở đây ta có thể hiểu theo khía cạnh “người lo” là người biết lo lắng, suy nghĩ để đưa ra quyết định đúng trong mọi trường hợp và nhất là khi khó khăn, gay gắt. Trong hoàn cảnh hiện tại của nước ta còn có khó khăn về kinh tế, thiếu tiền, thiếu phương tiện, thiếu khoa học - kỹ thuật và công nghệ, thông tin... thì việc đưa ra những quyết định đúng là điều rất khó khăn cho người quản lý. Tuy vậy, người quản lý vẫn không được phép đưa ra những quyết định sai. Ví dụ ở cơ quan, đơn vị có rất nhiều việc phải làm, người quản lý phải quyết định: hiện tại không làm việc “A”, chưa làm việc “B”, tập trung vào làm việc “C” và làm

được bao nhiêu, ai làm, làm bằng những nguồn lực cụ thể nào, bao giờ xong, sản phẩm cuối cùng là gì? Tóm lại đưa ra quyết định phải đúng: Đúng chỗ, đúng thời điểm, đúng người, đúng việc.

Quản lý là sử dụng có hiệu quả các nguồn tài nguyên và thời gian. Trong bất kỳ điều kiện nào giàu hay nghèo đều phải sử dụng có hiệu quả các nguồn lực, nhất là trong hoàn cảnh đang còn có nhiều khó khăn và nghèo như nước ta. Người quản lý giỏi là người biết sử dụng các “nguồn lực” và thời gian của cơ quan, đơn vị mình để tạo ra nhiều sản phẩm phục vụ cho sự phát triển cơ quan, đơn vị mình. Nói tóm lại làm việc gì cũng phải nghĩ tới hiệu quả công việc.

4.2.2. NHỮNG NGUYÊN TẮC CHÍNH CỦA QUẢN LÝ

Để công tác quản lý đem lại kết quả mong muốn, người quản lý cần tuân theo một số nguyên tắc như sau:

4.2.2.1. Quản lý bằng mục tiêu

Làm một việc gì dù lớn dù nhỏ đều phải có mục tiêu. Tùy theo tính chất và quy mô của công việc mà mục tiêu được thiết lập khác nhau. Những đặc tính chung của mục tiêu là: Làm cái gì, làm ở đâu, làm được bao nhiêu và kết thúc vào lúc nào. Mục tiêu gồm cả mục tiêu ngắn hạn (mục tiêu gần) và mục tiêu dài hạn (mục tiêu xa).

Nhờ quản lý bằng mục tiêu mà người quản lý biết mình đi đến đâu, những gì đã đề cập và những gì chưa làm được thông qua việc so sánh kết quả đạt được với mục tiêu đã đề ra. Mục tiêu là cơ sở cho việc đánh giá kết quả thực hiện.

4.2.2.2. Học qua kinh nghiệm thực tế

Làm một việc gì dù lớn hay nhỏ, có khi thành công cũng có khi thất bại, có khi thuận lợi nhưng cũng có khi gặp khó khăn trở ngại. Trong trường hợp thất bại hoặc gặp khó khăn trở ngại sẽ tạo ra một khoảng cách giữa mục tiêu và kết quả đạt được, người quản lý cần phải xác định được nguyên nhân tạo ra khoảng cách đó. Bởi vì có tìm được nguyên nhân thì mới đưa ra được những biện pháp, giải pháp để tháo gỡ, khắc phục khó khăn, trở ngại, giúp cho việc thực hiện kế hoạch đúng tiến độ, đạt được mục tiêu đề ra. Qua nhiều lần như vậy, người quản lý sẽ học tập được kinh nghiệm từ thực tế và từng bước trưởng thành trong công tác quản lý.

4.2.2.3. Phân công lao động

Phân công lao động là phân chia công việc cho từng người ở từng chuyên môn khác nhau một cách tương xứng. Vì vậy khi phân công lao động phải dựa vào trình độ đào tạo, năng lực công tác và sở trường của từng người, nhưng cũng cần xem xét, cân nhắc đến điều kiện và hoàn cảnh của từng người cho phù hợp với công việc mà họ phải đảm nhiệm. Có như vậy người lao động mới có điều kiện hoàn thành nhiệm vụ được giao.

Khi phân công lao động, người quản lý cần dựa vào phương châm: “Vì việc mà chọn người”. Mặt khác cùng với việc phân công lao động người quản lý cần chú ý tới việc đảm bảo các điều kiện cần thiết cho người lao động, để họ có thể hoàn thành nhiệm vụ được giao.

4.2.2.4. Thay thế các nguồn lực

Trong mọi hoạt động cần phải có các nguồn lực (nhân lực, vật lực, tài lực). Việc thay thế các nguồn lực bảo đảm cho sự hoạt động bình thường và phát triển của một cơ quan, đơn vị. Người quản lý khi thay thế các nguồn lực phải: thực tế, hợp lý, tiết kiệm, tránh lãng phí, phù hợp hình thức. Phải sử dụng đồng tiền đúng mục đích và có hiệu quả.

Trong việc thay thế các nguồn lực, người quản lý cần đặc biệt quan tâm đến nguồn nhân lực bởi vì nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất. Trong quản lý nguồn nhân lực thì vấn đề cơ bản nhất là bồi dưỡng đào tạo cán bộ. Việc bồi dưỡng đào tạo nguồn nhân lực là nhiệm vụ trọng tâm, thường xuyên của một cơ quan, đơn vị.

4.2.2.5. Tính hội tụ, tập trung vào trọng điểm chính

Trong một kế hoạch, một công việc bao gồm nhiều công đoạn, nhiều khâu. Nhưng có những khâu, những công đoạn, giữ vị trí then chốt, chính yếu quyết định việc hoàn thành kế hoạch hoặc công việc và mục tiêu đã đề ra. Vì vậy người quản lý cần phải dự kiến và xác định được các công đoạn, các khâu giữ vị trí then chốt, chính yếu để có sự tập trung lãnh đạo, chỉ đạo và điều hành các hoạt động. Hướng vào trọng điểm chính hay tập trung vào các vấn đề ưu tiên để nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra và hoàn thành được nhiệm vụ của cơ quan, đơn vị một cách hiệu quả nhất.

4.2.2.6. Dựa trên chức năng định ra cấu trúc

Xây dựng bộ máy của một tổ chức phải dựa trên chức năng nhiệm vụ của tổ chức đó, hay nói cách khác là tổ chức của cơ quan đơn vị phải dựa vào nhiệm vụ mà đơn vị đó được giao. Khi xây dựng bộ máy của một tổ chức cần chú ý những điểm sau đây:

Bộ máy phải gọn nhẹ, không chồng chéo: Kiên quyết cắt giảm những khâu trung gian không cần thiết để ưu tiên nhân lực cho khu vực lao động trực tiếp, cố gắng giảm bớt nhân lực ở khu vực lao động gián tiếp. Cán bộ đảm nhiệm ở mọi vị trí trong bộ máy tổ chức phải tinh thông nghiệp vụ, giỏi chuyên môn và có năng lực công tác theo phương châm “Coi trọng chất lượng hơn số lượng”.

Ủy quyền: Sự ủy quyền là một nguyên tắc mà người quản lý thường phải sử dụng. Sự ủy quyền là quyền lực của người này được trao cho người khác, được áp dụng khi người quản lý tạm thời vắng mặt trong một thời gian nhất định. Khi thực hiện nguyên tắc này cần chú ý những điểm sau:

- Người trao quyền và người được ủy quyền phải ý thức được trách nhiệm của mình trước cơ quan, đơn vị.
- Người được ủy quyền phải là người có năng lực, được tin nhiệm và đáng tin cậy, mặt khác phải nắm được những vấn đề cơ bản về tình hình của cơ quan, đơn vị.

Tùy theo thời gian tạm vắng của người quản lý mà tổ chức việc bàn giao một cách hợp lý. Nếu người quản lý tạm vắng trong thời gian ngắn thì chỉ bàn giao những vấn đề cơ bản và những công việc trước mắt cần phải giải quyết. Nếu tạm vắng trong thời gian dài thì phải tổ chức bàn giao một cách toàn diện, đầy đủ, chi tiết và cụ thể. Việc bàn giao phải được thực hiện ở thời gian, thời điểm thích hợp.

4.2.2.7. Chọn lọc và xử lý thông tin

Quản lý bao hàm giám sát, kiểm tra và đánh giá, vì vậy cần phải có thông tin. Lượng thông tin rất nhiều và từ nhiều nguồn, nhiều phía, có thông tin chính xác, có thông tin sai lệch, có thông tin còn có giá trị sử dụng, có thông tin đã lạc hậu... Để tránh sự mệt mỏi và đảm bảo đầu óc minh mẫn không bị chông chất quá nhiều thông tin, người quản lý cần phải biết loại bỏ những thông tin đã lạc hậu và sai lệch, chỉ giữ lại những thông tin còn có giá trị sử dụng và những thông tin đúng. Nếu không làm như vậy, nhiều thông tin đã lạc hậu lại lẫn át chi phối thông tin còn có giá trị sử dụng, thông tin sai lệch chi phối lẫn át thông tin đúng làm cho người quản lý đưa ra quyết định thiếu chính xác.

4.2.2.8. Quản lý bằng ngoại lệ

Quản lý bằng ngoại lệ là áp dụng việc quản lý ngoài cái chung. Nó được thể hiện trên hai khía cạnh:

- Phải biết chọn lọc và xử lý thông tin để từ đó giải quyết công việc một cách linh hoạt, không cứng nhắc, máy móc, rập khuôn nhưng có cơ sở khoa học.
- Phải có quyết định lớn, bởi vì nếu người quản lý bị lúng túng trong các quyết định lặt vặt thì dễ bỏ qua các quyết định quan trọng.

Tóm lại, quản lý bằng ngoại lệ là quá trình chọn lọc và xử lý thông tin để chọn ưu tiên các vấn đề cần quyết định.

4.2.2.9. Quyết định phải được đưa ra đúng lúc

Áp dụng nguyên tắc này có nghĩa là các quyết định phải được đưa ra gần nhất về thời gian và địa điểm, làm như vậy vừa tiết kiệm được thời gian vừa tránh được công việc thừa, mà nhất là không để lỡ công việc, mất thời cơ.

4.2.3. NHỮNG CHỨC NĂNG CHÍNH CỦA QUẢN LÝ

Chức năng là một khu vực trách nhiệm rộng bao gồm nhiều hoạt động và nhằm vào việc thực hiện mục tiêu đã định. Các chức năng chính của quản lý bao gồm:

4.2.3.1. Dự đoán

Dự đoán là dựa trên cơ sở khoa học để đoán trước toàn bộ quá trình và các hiện tượng mà tương lai có thể xảy ra trong sự phát triển của các yếu tố chính để làm cơ sở cho việc xây

dựng kế hoạch như: chính trị, kinh tế, văn hoá, xã hội, khoa học công nghệ cũng như các yếu tố về thiên nhiên... Dự đoán tốt thì chất lượng kế hoạch sẽ tốt. Tuy nhiên kết quả của dự đoán cũng chỉ chính xác ở mức độ tương đối, cho nên chỉ mang tính định hướng, bởi vì trong khoảng thời gian đó sẽ có sự biến động của các hiện tượng tự nhiên và xã hội. Vì lẽ đó, trong quá trình triển khai thực hiện kế hoạch phải luôn luôn bám sát tình hình thực tế để có điều chỉnh thích hợp.

4.2.3.2. Kế hoạch hóa

Kế hoạch hóa là xây dựng quyết định, mục tiêu, chương trình hành động và bước đi cụ thể trong một khoảng thời gian nhất định để đảm bảo cho sự hoạt động nhịp nhàng ăn khớp của mọi bộ phận cấu thành. Để làm được điều đó, trước hết phải chọn ra các hoạt động, bao nhiêu hoạt động, ai thực hiện. Sau cùng là phải dự kiến thời gian và các nguồn lực. Đối với các nguồn lực phải nói rõ cần bao nhiêu, khi nào cần và khi cần lấy ở đâu.

4.2.3.3. Tổ chức thực hiện

Tổ chức là liên kết những phần riêng rẽ với nhau thành một hệ thống bảo đảm cho sự hoạt động nhịp nhàng, ăn khớp với nhau như một thể thống nhất. Vì vậy cần phải biết lựa chọn các yếu tố cần thiết (sức lao động, kỹ thuật, vật tư, tài chính) và biết tổ chức chúng lại thành phương tiện có hiệu lực để thực hiện mục tiêu đã định.

4.2.3.4. Động viên

Động viên là nhằm khai thác tiềm năng và huy động tiềm lực của người lao động. Để làm được điều đó, cần chú ý những điều cơ bản sau đây:

- Khi làm một việc gì, trước hết việc đó phải đem lại lợi ích và đáp ứng được nhu cầu, nguyện vọng của người lao động.
- Phải biết khơi dậy truyền thống và nhiệt huyết của người lao động. Phải có sự khuyến khích về vật chất cũng như tinh thần đối với người lao động.

4.2.3.5. Điều hòa

Điều hòa là làm như thế nào để cho mọi hoạt động của một tập thể người lao động được nhịp nhàng ăn khớp với nhau, đảm bảo cho các hoạt động ở mọi bộ phận cấu thành theo những tiêu chuẩn, những quy định; khi xảy ra vi phạm thì phải áp dụng các biện pháp điều chỉnh thích hợp.

Điều hòa cũng cần được áp dụng trong việc quản lý vật tư, kinh phí và thời gian để hỗ trợ cho các hoạt động của con người. Người quản lý cần phải có sự sâu sát để phát hiện kịp thời sự bất hợp lý, mất cân đối về các nguồn lực ở chỗ này, chỗ kia nhằm đưa ra quyết định điều chỉnh thích hợp, đảm bảo cho các hoạt động tiến triển bình thường, không gặp khó khăn trở ngại.

4.2.3.6. Giám sát

Giám sát là một hoạt động quan trọng trong quá trình tổ chức thực hiện kế hoạch. Không có giám sát, không có quản lý, thì hiệu quả công việc sẽ rất thấp hoặc không có hiệu quả. Đối tượng của hoạt động giám sát là con người với những năng lực của họ. Mục đích của giám sát là nâng cao năng lực của các thành viên trong nhóm để họ hoàn thành tốt hơn các nhiệm vụ được phân công.

4.2.3.7. Kiểm tra

Kiểm tra là tai mắt của quản lý. Quản lý mà không kiểm tra coi như không quản lý. Kiểm tra là căn cứ vào kế hoạch và mục tiêu đã xác định để xem xét toàn bộ sự diễn biến của quá trình thực hiện kế hoạch, phát hiện kịp thời những khó khăn, thuận lợi, những sai sót, tìm nguyên nhân và đưa ra những biện pháp can thiệp đảm bảo cho việc thực hiện kế hoạch đúng tiến độ, đạt mục tiêu. Kiểm tra phải được tiến hành thường xuyên trong quá trình thực hiện kế hoạch và phải kết hợp nhiều hình thức như: Kiểm tra định kỳ, kiểm tra đột xuất (bất thường), kiểm tra từ dưới lên, kiểm tra từ trên xuống và kiểm tra giữa các bộ phận, giữa các khâu.

4.2.3.8. Đánh giá

Đánh giá là một quá trình (hoặc một hoạt động) thu thập thông tin, phân tích, xử lý và sử dụng thông tin để:

- Xem xét thực trạng vấn đề. Lập kế hoạch, chương trình, dự án. Theo dõi, điều hành hoạt động.
- Xác định tiến độ thực hiện. “Đo” các nguồn lực đã bỏ ra cho các hoạt động, các chương trình.
- “Đo” hiệu quả, sự thay đổi do tác động của các hoạt động, các chương trình.

4.2.4. MỘT SỐ NĂNG LỰC CƠ BẢN CỦA QUẢN LÝ MỘT SỨC KHỎE

4.2.4.1. Quản lý: Năng lực lập Kế hoạch

Đánh giá các nguồn lực cần thiết để đảm bảo vai trò và trách nhiệm của mình trong việc quản lý một can thiệp Một sức khỏe (phòng ngừa, giám sát, hoặc dập dịch). Đóng góp vào xây dựng kế hoạch liên ngành.

4.2.4.2. Quản lý: Năng lực thiết kế

- Phát triển các sáng kiến giám sát các bệnh lây truyền từ động vật sang người.
- Hiểu vai trò và trách nhiệm của mỗi cá nhân trong một nhóm Một sức khỏe.
- Xây dựng các đề cương kế hoạch hoạt động và quản lý nhóm.
- Phát triển các kế hoạch và các chương trình đối phó với dịch.
- Phân loại các vấn đề Một sức khỏe theo thứ tự ưu tiên.
- Xây dựng các mục tiêu hướng đến Một sức khỏe.

4.2.4.3. Quản lý: Năng lực triển khai/thực hiện

- Đề xuất cách quản lý sử dụng hiệu quả thời gian và nguồn lực của nhóm Một sức khỏe.
- Ưu tiên các nhiệm vụ trong vai trò trách nhiệm của chính mình trong một đội liên ngành Một sức khỏe.
- Kỹ năng làm việc nhóm để đối phó với các trường hợp xảy ra khi các nguồn tài nguyên dự đoán không có sẵn hoặc tình hình thay đổi.
- Xác định được các số liệu để hỗ trợ việc đánh giá các nỗ lực đối phó với một mối đe dọa của bệnh lây truyền từ động vật sang người.

4.2.4.4. Yêu cầu quản lý các vấn đề sức khỏe

Đối với việc quản lý các vấn đề sức khỏe nói chung, để quản lý bệnh hiệu quả đòi hỏi phải quản lý được: các vấn đề xảy ra tức thì trên lâm sàng; các yếu tố nguy cơ của dịch bệnh; các yếu tố ảnh hưởng của dịch bệnh.

Ví dụ, để quản lý nguy cơ của một người bị tiêu chảy cấp thì cần:

- Xác định được những hậu quả về sức khỏe mà người bệnh có thể gặp phải như: Các biến chứng tức thì của bệnh shock, mất nước.
- Tiếp đến là quản lý được yếu tố nguy cơ của cá nhân như hành vi thiếu vệ sinh trong ăn uống.

Cuối cùng là quản lý được các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến như môi trường, sự thiếu hiểu biết về bệnh....

Ví dụ, quản lý một vụ dịch, khi một vụ dịch xảy ra, để quản lý được nguy cơ lan truyền dịch cần thực hiện 9 bước dưới đây:

1. Xác định xem có đúng là có dịch xảy ra không?;
2. Khẳng định chẩn đoán;
3. Thiết lập về định nghĩa ca bệnh;
4. Xác định và ghi nhận các ca bệnh;
5. Vẽ biểu đồ đường cong dịch;
6. Xác định đối tượng có nguy cơ mắc;
7. Hình thành và kiểm định giả thuyết;
8. Thực hiện các biện pháp kiểm soát dịch;
9. Báo cáo, truyền thông.

Tóm lại, để trở thành người quản lý hiệu quả, chúng ta cần xác định được công việc một người quản lý phải làm để đạt được các mục tiêu của tổ chức (làm đúng việc), cùng với và thông qua các cá nhân (làm đúng cách). Ken Blanchard đã đưa ra kết luận: “Làm một người quản lý thì thước đo quan trọng không phải là điều gì sẽ xảy đến khi anh ta có mặt mà là điều gì sẽ xảy ra khi anh ta vắng mặt”.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 4

1. Xây dựng các giải pháp thực hiện trong phòng, chống dịch bệnh ở gia súc, gia cầm khi chưa có dịch xảy ra.
2. Xây dựng các giải pháp thực hiện trong phòng, chống dịch bệnh ở gia súc, gia cầm khi có dịch xảy ra.
3. Lập kế hoạch xây dựng kế hoạch phòng, chống dịch bệnh cho một địa phương cụ thể.
4. Xây dựng các giải pháp giải quyết một vấn đề sức khỏe ưu tiên tại cộng đồng.
5. Áp dụng năng lực lập kế hoạch trong giải quyết một vấn đề sức khỏe ưu tiên tại cộng đồng.

CHƯƠNG 5

CÁC YẾU TỐ VĂN HÓA, NIỀM TIN VÀ MỘT SỨC KHỎE

5.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ VĂN HÓA

Có nhiều định nghĩa/khái niệm khác nhau về văn hóa. Khái niệm văn hóa có thể được dùng trong những ngữ cảnh khác nhau với ý nghĩa khác nhau.

Trong các định nghĩa về văn hóa, nổi tiếng nhất là định nghĩa của Edward Burnett Tylor trong cuốn “Văn hóa nguyên thủy” xuất bản năm 1871:

“Văn hóa là một tổng thể tri thức, tín ngưỡng, nghệ thuật, đạo đức, luật pháp, phong tục, tập quán và tất cả mọi khả năng mà con người có được với tư cách là một thành viên xã hội.”

Định nghĩa của UNESCO về văn hóa theo nghĩa rộng:

“Văn hoá là một phức thể, tổng thể các đặc trưng diện mạo về tinh thần, vật chất, tình cảm khắc họa lên bản sắc của một cộng đồng, gia đình, làng xóm, xã hội... Văn hoá không chỉ bao gồm nghệ thuật văn chương mà cả lối sống, những quyền cơ bản của con người, những hệ thống giá trị, những truyền thống tín ngưỡng.”

Những khái niệm trên về văn hóa cho thấy, văn hóa là một phạm trù phức tạp, trừu tượng và mang tính chất đa dạng. Văn hóa của một cộng đồng người được trao truyền và bảo lưu qua các thế hệ, không phải thông qua con đường di truyền mang tính bẩm sinh như di truyền sinh học mà thông qua con đường học hỏi giữa các thành viên trong cộng đồng.

Theo tài liệu của Phạm Khiêm Ích (2001):

“Văn hóa là hệ thống hiện có về các giá trị vật chất và tinh thần do con người sáng tạo và tích lũy qua quá trình hoạt động thực tiễn, trong tác động qua lại giữa con người với môi trường xã hội và tự nhiên.”

5.2. VĂN HÓA LIÊN QUAN ĐẾN MÔI TRƯỜNG VÀ SỨC KHỎE

5.2.1. VĂN HÓA BỊ ẢNH HƯỞNG BỞI MÔI TRƯỜNG

Con người cũng là một sản phẩm đặc biệt của tự nhiên, cùng tồn tại, phát triển với môi trường tự nhiên và phụ thuộc vào tự nhiên. Để sinh tồn con người cần có thức ăn, nơi ở an toàn và có điều kiện tốt để sống, để sinh trưởng và phát triển. Để thực hiện quá trình này, cả con người và các động vật sống đều trải qua sự thích nghi sinh vật.

Con người trong quá trình thích nghi đã tạo thành các nhóm, phát triển các kiến thức và công nghệ để có thể sử dụng nguồn tài nguyên của môi trường có ích cho cuộc sống. Những kiến thức và công nghệ này là nhân tố cơ bản của văn hóa và được lưu truyền từ đời này sang đời khác. Con người thích nghi với môi trường mang tính văn hóa, khác với động vật - sự thích nghi chỉ mang tính sinh học.

Môi trường tự nhiên bao gồm khí hậu, đất đai, cây trồng, động vật và sự hiện diện của các nguồn sống như không khí, nước, lửa... Môi trường tự nhiên không hoàn toàn quyết định văn hóa của một cộng đồng, nhưng nền văn hóa bị ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường. Cư dân sống trên các hòn đảo chắc chắn phải kiếm ăn bằng nghề săn bắt cá; cư dân trên các thảo nguyên phải biết chăn nuôi, du mục; những người sống bên những cánh rừng trên lục địa lại kiếm ăn bằng săn bắn, hái lượm... Quá trình lao động, sản xuất ra của cải vật chất dần dần tạo thành những phương thức sản xuất nhất định, rồi phương thức sản xuất lại quy định lối sống, tức là quy định văn hoá của xã hội ấy. Có thể nói, hoạt động sản xuất ra của cải vật chất là hoạt động sống căn bản nhất của con người, và chính nó quyết định nhiều nhất đến sự hình thành và phát triển nền văn hoá của từng xã hội. Như vậy, có thể nói, mặc dù có ảnh hưởng gián tiếp nhưng ở đây chính môi trường đã quy định sự hình thành và phát triển của mỗi một nền văn hoá nói chung và một hình thái biểu tượng nào đó nói riêng.

Một số nhà nhân học đã cho rằng, văn hóa như là một sự thích nghi có liên quan đến những gì tồn tại xung quanh con người. Đó là các công nghệ liên quan đến sự sinh tồn, cấu trúc gia đình, tôn giáo và các thành tố khác của văn hóa. Các nhà nhân học cũng quan tâm đến sự thích nghi của văn hóa đối với môi trường cụ thể và văn hóa đã tham gia vào sự thích nghi này như thế nào.

5.2.2. VĂN HÓA TÁC ĐỘNG LẠI MÔI TRƯỜNG

Văn hóa tác động trở lại con người theo 2 loại hình:

Loại văn hóa thứ nhất: Con người đối lập với tự nhiên và xã hội, coi con người là trung tâm và động cơ hành vi của con người là khai thác, tận dụng triệt để vì lợi ích của mình. Nạn tàn phá rừng và săn bắt động vật hoang dã, động vật quý hiếm vẫn tồn tại ở nhiều nơi trên thế giới là một minh chứng cho loại hình văn hóa này.

Chính những hành động này đã, đang và sẽ tiếp tục hủy hoại môi trường sống của chính con người, và đến một lúc nào đó con người sẽ chịu hậu quả nặng nề từ việc mất cân bằng sinh thái.

Loại văn hóa thứ hai: Không đặt con người đối lập với thế giới, coi mọi vật ở thế giới này đều có tính người và tính xã hội, tất cả đều có chủ thể. Nền văn hóa này không chỉ sản sinh ra những hành vi tôn trọng môi trường mà còn sinh ra những kiến thức về bảo vệ môi trường.

5.3. ẢNH HƯỞNG CỦA NHỮNG YẾU TỐ VĂN HÓA ĐỐI VỚI SỨC KHOẺ CON NGƯỜI

5.3.1. VĂN HÓA ẨM THỰC VÀ SỨC KHOẺ

Văn hóa ẩm thực là một biểu hiện quan trọng đối với đời sống con người, hàm chứa ý nghĩa triết lý. Từ xa xưa, dân gian đã tổng kết thành câu triết lý “Học ăn, học nói, học gói, học mở” chủ yếu để nhắc nhở những người mới vào đời thì khâu đầu tiên là học ăn. Ở Việt Nam, ăn uống là một nét văn hóa có ý nghĩa sâu sắc, liên quan đến mọi mặt của đời sống xã hội. Người Việt cho rằng: “Có thực mới vực được đạo”, đây là một quan điểm hết sức biện chứng, “ăn” được coi là tiền đề để con người có thể bước vào các lĩnh vực hoạt động khác. Việc ăn là việc quan trọng của mỗi con người.

Thức ăn đóng một vai trò quan trọng trong đời sống hàng ngày: Nó tạo ra và duy trì mối quan hệ xã hội, nó là dấu hiệu của tình trạng xã hội, nghề nghiệp và giới tính, nó tạo ra những thay đổi đời sống quan trọng, đặc trưng cho vùng địa lý, dân tộc hay tôn giáo. Bởi vì những vai trò đa dạng này, niềm tin và những thói quen về ẩm thực sẽ rất khó thay đổi, cho dù chúng ảnh hưởng lớn đến sức khỏe. Nhiều nhà nhân học, y học cho rằng: niềm tin và thói quen liên quan đến văn hoá hơn là do bản thân thức ăn.

Nhiều nền văn hoá có thể loại ra khỏi chế độ ăn những chất dinh dưỡng rất cần thiết cho cơ thể, bởi xem chúng như thứ ô uế, xúc phạm thần linh, xa lạ với tôn giáo. Ví dụ: Những người theo Đạo Hindu bị cấm giết thịt hay ăn bất kỳ loại động vật nào, đặc biệt là bò, nhưng sữa và những sản phẩm của sữa có thể được ăn. Những người theo đạo Hồi không ăn thịt lợn và cả những sản phẩm chế biến từ lợn; loại thịt duy nhất được phép ăn là thịt của những động vật có móng, nhai lại và phải được giết mổ theo nghi thức Đạo Hồi. Ở Việt Nam, phụ nữ sau sinh thường kiêng không ăn các loại rau cải, kiêng ăn các loại thực phẩm tanh như cá, tôm, cua... do vậy dễ bị thiếu các chất dinh dưỡng.

Sự loại trừ, không ăn một loại thực phẩm nào đó còn do quan niệm phân loại thức ăn ở một số nền văn hoá. Ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, châu Mỹ La tinh, thức ăn, thuốc, bệnh, tình trạng tinh thần và thể chất, những lực lượng thiên nhiên và siêu nhiên được phân thành hai nhóm: Nóng hoặc lạnh, âm hoặc dương. Lý thuyết về sinh lý được xây dựng trên cơ sở này và sức khỏe được xem như là sự cân bằng giữa hai loại này. Vì vậy, khi ốm được điều trị bằng cách thêm thức ăn hay thuốc vào chế độ ăn để

phục hồi cân bằng. Ví dụ: Người dân Puerto Rico cho rằng cảm lạnh do ăn quá nhiều thức ăn lạnh, do đó gây ra lạnh dạ dày. Đơn giản bệnh nhân được khuyên là không nên uống nước trái cây, bởi vì chúng thuộc loại lạnh và nên dùng các loại thuốc hay thức ăn nóng như aspirin, vitamin, dầu gan cá. Trong suốt thời kỳ mang thai, phụ nữ ở nước này tránh dùng những thức ăn nóng hay thuốc nóng (bao gồm cả sắt và vitamin các loại) để đứa trẻ được sinh ra không bị các bệnh nóng như phát ban (Harwood, 1971). Ở Việt Nam, quan niệm cân bằng âm dương cần thiết cho sự điều hoà phủ tạng rất được coi trọng trong văn hóa ẩm thực. Tập quán ăn ở nhiều vùng miền, dùng gia vị thích hợp với từng món ăn để cân bằng hàn – nhiệt trong cơ thể. Thịt vịt mát nên ăn vào mùa hè (rằm tháng 7 âm lịch của người Tày, Nùng...). Vịt, hến, ốc mát nên dùng gừng để điều hòa. Cay là cực dương, phải điều hòa bằng chua là cực âm, vì thế ớt nên đi kèm với chanh.

Những yếu tố văn hóa có thể khuyến khích tiêu thụ một số loại thức ăn, nước uống bằng cách xem nó là thực phẩm, linh thiêng, thuốc hay như một quy ước của xã hội, tôn giáo hay dân tộc. Việt Nam cũng như một số dân tộc Á đông khác thích ăn những thực phẩm được làm từ những loại thủy sản tươi sống lên men (các loại mắm). Những loại thực phẩm này cho chất đạm cao, nhất là các axit amin cần thiết mà ruột có thể hấp thu trực tiếp để nuôi sống cơ thể. Một số loại bệnh như còi xương do thiếu vitamin D thường gặp trẻ em Việt Nam, do các bà mẹ trước đây thường sử dụng xương ống của lợn để nấu cháo và bột cho con, nhưng nước xương thì có nhiều mỡ và mỡ này làm cản trở hấp thu canxi, do vậy trẻ dễ bị còi xương.

5.3.2. TRANG PHỤC VÀ SỨC KHỎE

Trang phục không chỉ khác nhau giữa các nền văn hoá, mà còn khác nhau giữa nam và nữ trong cùng một nhóm, hoặc thay đổi để phù hợp với những trường hợp đặc biệt. Những kiểu trang phục như quá chật, hay quá dài, những đôi giày gót quá cao có thể liên quan



HÌNH 5.1. Đi giày gót quá cao có thể liên quan đến một số bệnh về xương và chấn thương
(<http://www.baomoi.com>)



HÌNH 5.2. Mặc áo chống nắng khi đi ra đường vào buổi sáng sớm dễ dẫn đến bệnh loãng xương
(<http://pda.vietbao.vn>)

đến một số bệnh và chấn thương. Ví dụ: Sự thiếu ánh nắng mặt trời kết hợp với chế độ ăn chay, tình trạng bị giam hãm ở nhà, áo quần dài... đã góp phần làm tỷ lệ loãng xương cao ở phụ nữ châu Á. Ngoài ra, những vật dụng như mỹ phẩm, đồ nữ trang, nước hoa và thuốc nhuộm tóc là một trong những nguyên nhân gây nên các bệnh ngoài da thường gặp như viêm da hay dị ứng da.

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Vũ Thu Thủy (2003) tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ là 56,10%, ở nam giới là 23,90% đối với những người trên 60 tuổi. Nguyên nhân của bệnh loãng xương một phần do chế độ dinh dưỡng, một phần do thói quen hạn chế tối đa tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

5.3.3. TÍN NGƯỠNG VÀ SỨC KHỎE

Có nhiều tôn giáo khác nhau trên thế giới. Mỗi tôn giáo có cách giải thích khác nhau về thế giới, có những luật lệ, quy định riêng, có những nghi thức đặc biệt của từng tôn giáo. Những tập tục của nhiều tôn giáo ít nhiều có ảnh hưởng đến sức khỏe. Ăn chay là ẩm thực của Đạo Phật, nghi lễ đi trên lửa của người Hindu hay hành hương của Đạo Hồi có thể liên quan đến sự phát sinh một số bệnh. Ví dụ: Hành hương theo nhóm lớn có thể được xem là yếu tố phát sinh bệnh dịch tả, lỵ hay viêm gan do virus... Niềm tin về sự tồn tại của thế giới siêu nhiên là nguồn gốc của các cách giải thích khác nhau về bệnh tật. Bệnh là do Chúa Trời trừng phạt vì không cầu nguyện và cảm ơn Chúa mỗi ngày. Vì vậy, muốn lành bệnh chỉ cầu nguyện và sám hối, chứ không phải dùng thuốc.

5.3.4. NHỮNG TẬP TỤC VÀ SỨC KHỎE

Tập tục là một đặc trưng của tất cả xã hội loài người, dù lớn hay nhỏ. Chúng là cách thức mà xã hội tiến hành kỷ niệm, duy trì và cải tạo thế giới mà họ sống, là cách mà họ đối diện với những nguy cơ đe dọa thế giới. Những tập tục xảy ra ở nhiều nơi, có nhiều hình thức và thực hiện nhiều chức năng. Có nhiều tập tục liên quan đến sức khỏe và bệnh tật. Một số đồng bào dân tộc Tây Nguyên (Việt Nam) có tục canh người chết, tử thi được canh giữ bởi những người thân trong nhiều ngày đêm. Ở Ấn Độ có tục lệ rắc tro người chết trên những dòng sông được cho là linh thiêng, điều này có thể làm tăng nguy cơ phát tán đối với các bệnh truyền nhiễm. Một số nơi vị trí chôn cất người chết, nơi hỏa táng hay nơi để tử thi được chọn rất gần với nơi ở, nguồn thức ăn hay nước uống.

Tuy nhiên, một số tục lệ lại có tác dụng bảo vệ con người cả về thể chất lẫn tinh thần. Ví dụ: ở một số xã hội truyền thống Nam Phi, phụ nữ có thai không được tham gia các hoạt động xã hội, hạn chế tiếp xúc với mọi người, bị cấm dùng một số loại thức ăn, trang phục có hại cho sức khỏe. Những điều kiêng kỵ này được đặt ra phần nào có tác dụng bảo vệ sản phụ và đứa trẻ khỏi tiếp xúc với những nguồn lây nhiễm hay chấn thương.

5.3.5. VĂN HOÁ GIỚI VÀ SỨC KHỎE

Văn hoá giới là những niềm tin và hành vi văn hoá liên quan đến giới. Chúng có thể bảo vệ sức khoẻ hoặc là nguyên nhân gây nên giảm sút sức khoẻ tùy thuộc vào hoàn cảnh. Thói quen trong sinh hoạt, tính cách khác nhau giữa hai giới tạo nên những bệnh cảnh đặc trưng riêng. Nam giới được xem là đối tượng tiêu thụ nhiều rượu hơn, hút nhiều thuốc hơn, cạnh tranh nhiều hơn và đối mặt với nhiều nguy cơ hơn trong cuộc sống hàng ngày của họ như những môn thể thao nguy hiểm, những nghi lễ bắt đầu thời kỳ trưởng thành, chiến tranh... Ngưỡng chịu đau của nam giới thường cao, một số trường hợp điều này là nguy hiểm cho sức khoẻ, bởi vì có thể dẫn đến phát hiện muộn những triệu chứng của bệnh.

Ngược lại ở nữ giới, nguy cơ đối với sức khoẻ thường xuất phát từ mang thai, sinh đẻ, sảy thai, nhiễm trùng, hậu sản. Trang phục, sử dụng mỹ phẩm hay quan niệm phụ nữ chỉ nên quanh quẩn làm những việc trong nhà cũng là nguyên nhân của một số bệnh thường gặp. Gần đây, ở nhiều nước trên thế giới mối hiểm họa cho sức khoẻ phụ nữ liên quan tới phẫu thuật thẩm mỹ như nâng ngực, nâng mũi... Ngưỡng đau ở nữ giới thấp, giúp phát hiện sớm một số bệnh, song cũng dễ làm thầy thuốc chẩn đoán sai bệnh.

Hành vi tình dục thay đổi ở các nền văn hoá khác nhau cũng là nguyên nhân của nhiều bệnh trầm trọng. Ở một số xã hội cho phép quan hệ tình dục ngoài hôn nhân và chế độ đa thê. Điều này dẫn tới nguy cơ lây truyền các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs), đặc biệt là HIV/AIDS. Ở một số nước, tình dục đồng giới bị cấm tuyệt đối, nhưng một số nước nó vẫn được chấp nhận, hay chỉ giới hạn trong một vài cá thể, hay trong một thời gian nào đó. Ví dụ: theo O'Neil và Denis, 2016, người Etoro ở New Guinea quan hệ tình dục khác giới bị cấm 260 ngày trong một năm, trong khi *"tình dục đồng giới không bị cấm ở bất kỳ thời gian nào và được xem là làm cho cây trồng nở hoa và con trai trở nên mạnh mẽ hơn"*.

5.3.6. VĂN HOÁ CƯ TRÚ VÀ SỨC KHỎE

Nhà ở liên quan mật thiết với sức khoẻ. Cấu trúc, vị trí, tiện nghi và cách sử dụng nơi ở có tác động mạnh mẽ đến trạng thái thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội. Ở Manila (Philippines), những cộng đồng dân cư sống ở các khu nhà ổ chuột có tỷ lệ tử vong ở trẻ em cao hơn 3 lần các vùng còn lại của thành phố, tỷ lệ nhiễm lao cao hơn các nơi khác 9 lần.

Ở Việt Nam, nhà được làm theo hướng đông và đông nam được xem là những hướng tốt theo quan niệm dân gian. Thực sự nhà làm theo hướng này có tác dụng bảo vệ người dân tránh được tác động trực tiếp của các cơn gió mùa đông bắc vào mùa đông và sự bức xạ nhiệt trực tiếp của mặt trời vào mùa hè.

Cấu trúc nhà sàn và bếp đun ở giữa nhà là nét văn hoá đặc trưng của một số dân tộc ở Việt Nam, tập quán này có thể giúp cho người dân tránh thú dữ, thích nghi được với khí hậu lạnh và ẩm ở các vùng núi cao về mùa đông. Nhà ở gắn liền với tập quán của các dân tộc thiểu số. Đa số người dân tộc thiểu số của Việt Nam ở nhà sàn. Xu hướng nhà sàn ở khu vực miền núi phía Bắc thường ngắn và rộng, còn nhà sàn ở Tây Nguyên thường dài



HÌNH 5.3. Nhà sàn của dân tộc Thái ở Lai Châu
(<http://baolaichau.vn>)



HÌNH 5.4. Bếp lửa trong nhà
(<http://baolaichau.vn>)

và hẹp. Tuy nhiên, trong các ngôi nhà của người dân tộc thiểu số (nhà sàn hay nhà gỗ của người H'Mông, người Dao; nhà đất của người Dao, người Sán Dìu, người Nùng...) đều đun bếp trong nhà, làm cho không khí trong nhà bị ô nhiễm bởi khói bếp và có thể gây ra một số bệnh. Ví dụ người dân ngủ không nằm màn, vì quan niệm bếp lửa ngăn được muỗi và mắc màn gần bếp lửa dễ bị cháy. Khác với các dân tộc khác, người Dao chỉ làm nhà nền đất, mái thấp, nhà thấp, ít cửa sổ, tập quán này ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe người dân, dẫn đến dễ bị các bệnh đường hô hấp. Tập quán để chuồng trại gia súc ở gần nhà, nuôi gia súc ở gầm sàn của một số đồng bào dân tộc như người Vân Kiều (Quảng Trị), người Tày, Nùng (vùng Đông Bắc, Tây Bắc), không sử dụng nhà xí mà phóng uế bừa bãi (người Dao, người H'Mông) đều làm tăng nguy cơ ô nhiễm môi trường, dẫn đến nhiều bệnh ký sinh trùng truyền lây từ động vật sang người.

5.4. NIỀM TIN VÀ QUAN NIỆM VỀ SỨC KHỎE, NGUYÊN NHÂN BỆNH TẬT TỪ GÓC ĐỘ VĂN HÓA

Mỗi nền văn hóa trên thế giới có hệ thống niềm tin đối với sức khỏe và chữa bệnh khác nhau và khác với hệ thống y sinh học. Sự khác nhau về niềm tin bao gồm nhiều khía cạnh: Đó là quan niệm về mô hình bệnh tật, về nguyên nhân gây bệnh, biểu tượng của khỏe mạnh và ốm đau, các bệnh đặc biệt mang tính văn hóa, sự tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế hiện đại và dân gian. Theo nhà nhân học Helman, con người có thể có các quan niệm khác nhau về nguyên nhân bệnh tật, bao gồm:

- Các yếu tố liên quan đến cá nhân: các thói quen xấu hay trạng thái tinh thần không tốt.
- Các yếu tố môi trường (ô nhiễm, động vật, thực vật và vi sinh vật).

- Các yếu tố liên quan đến xã hội (đối xử và xung đột giữa các cá nhân, cơ sở y tế, chính sách...).
- Các yếu tố siêu nhiên (chúa trời, ma quỷ, số phận, các niềm tin văn hóa mang tính bản địa như ma thuật, phù thủy, phù phép, bùa...).

Theo văn hóa các nước phương Tây, nguyên nhân của bệnh tật là do các yếu tố cá nhân và môi trường tự nhiên, trong khi tại các nước chưa phát triển thì giải thích nguyên nhân bệnh tật là do các yếu tố xã hội và yếu tố siêu nhiên. Theo một nghiên cứu tại châu Mỹ, khi so sánh quan điểm về nguyên nhân bệnh tật giữa nhóm người Mỹ da trắng và các nhóm thiểu số (Mỹ Phi, Mỹ La-tinh, Mỹ ở Đảo Thái Bình Dương), thì nhóm thiểu số cho rằng nguyên nhân bệnh do các yếu tố siêu nhiên cao hơn rõ rệt so với nhóm người Mỹ da trắng. Tuy nhiên, nghiên cứu này không thấy sự khác biệt giữa các nhóm khi quan niệm nguyên nhân bệnh tật là do căng thẳng bởi quan hệ cá nhân, lối sống, môi trường và sự may rủi.

Trong một nghiên cứu khác tại nước Anh, Furnham (1950) đã cho thấy sức mạnh của niềm tin tôn giáo. Họ tin vào định mệnh hoặc các thế lực siêu nhiên, những người già và những chính trị gia theo cánh tả thường nhấn mạnh nguyên nhân bệnh tật do các yếu tố từ bên ngoài. Trong khi những người theo trường phái liệu pháp trị bệnh không dùng thuốc thường quan niệm nguyên nhân bệnh tật được sinh ra từ chính bản thân con người, tự con người có thể điều khiển được, mà ít cho rằng bệnh tật hay ốm đau là do định mệnh hay các nguyên nhân từ bên ngoài.

Niềm tin đối với sức khỏe và bệnh tật cũng khác nhau giữa các quốc gia có nền văn hóa khác nhau. Người dân ở một số nước cho rằng bệnh tật là do các tệ nạn, hay do sự căng thẳng bởi các mối quan hệ cá nhân. Người phương Tây ít khi cho rằng việc ốm đau do định mệnh, trong khi đa số các cộng đồng châu Phi coi đây là một trong các nguyên nhân chủ yếu. Người châu Á khi bị mắc bệnh nặng cũng chấp nhận coi như “số trời”, hay “định mệnh của số phận không thể tránh khỏi”.

5.5. MỘT SỐ THÓI QUEN, TẬP QUÁN CỦA VIỆT NAM VÀ VẤN ĐỀ MỘT SỨC KHỎE

5.5.1. THÓI QUEN ĂN UỐNG

Có hai món ăn nổi tiếng của Việt Nam là món gỏi cá và tiết canh. Mặc dù có nguy cơ truyền bệnh rất cao, song một số nhóm người vẫn thích ăn hai món ăn này. Liệu các thói quen mang yếu tố văn hóa có thể thay đổi nếu thói quen đó ảnh hưởng đến sức khỏe? Về khía cạnh y học dự phòng, liệu có thể xây dựng chiến lược dự phòng để thay đổi được các thói quen văn hóa đã ăn sâu vào tư tưởng con người?

Ăn gỏi cá (cá sống) Tại nhiều nước trên thế giới, việc ăn gỏi cá đã hình thành như một phong tục tập quán từ lâu đời. Tùy theo tập tục của mỗi quốc gia, cá sống có thể được chế biến thành cá muối, cá ngâm giấm, cá phơi khô hay hun khói. Tuy nhiên, tất cả những



HÌNH 5.5. Món cá sống được nhiều người ưa chuộng
(<http://danviet.vn>)



HÌNH 5.6. Người Hàn Quốc hay ăn bạch tuộc sống
(<http://news.zing.vn>)

cách ăn kể trên nếu cá bị nhiễm ấu trùng sán đều không thể loại trừ được. Người Nhật có món cá sống đặc trưng là sushi, được làm bằng cá biển, nên những người ăn sushi có thể bị lây truyền bệnh Anisakis đặc biệt nguy hiểm cho con người do ấu trùng giun *Anisakis* xâm nhập vào não. Người Nhật, Triều Tiên và tại một số nơi ở Việt Nam còn có tục ăn cá sống gọi là “sinh cầm”. Cá nhỏ được bắt ra khi còn sống quăn bánh tráng kèm rau sống, gia vị, hành tỏi cho bớt mùi tanh, rồi ăn khi cá còn đang quẫy, hoặc cá sống cắt miếng.

Ở Việt Nam những năm gần đây, gỏi cá sống được phổ biến khá rộng rãi và đã trở thành món “đặc sản”. Người ta có thể làm gỏi với nhiều thứ cá, nhưng thường cá nhệch và cá mè là loại được ưa chuộng nhất. Cá nuôi dưới ao, ăn nhiều loại thức ăn, nhưng nhiều khi là phân người từ những cầu tiêu tự xây cất chung quanh ao cá. Ở những vùng như Nam Định, Ninh Bình, người ta thường xuyên ăn gỏi cá. Theo điều tra của Viện Sốt rét, ký sinh trùng và côn trùng Trung ương, tính đến năm 2009, cả nước đã có 24 tỉnh thành có bệnh sán lá gan nhỏ lưu hành, cao nhất ở Nam Định, Phú Yên (37%), Hà Nội (tỷ lệ nhiễm Hà Tây cũ là 40,1%)... Đây là những vùng mà gỏi cá được người dân quan niệm như món ăn “vừa mát vừa bổ”. Tại miền Bắc, gỏi cá được chế biến dưới dạng những lát thịt cá thái nhỏ trộn với thật nhiều gia vị. Còn ở miền Trung, miền Nam, đặc biệt là các tỉnh Phú Yên, Bình Định, người dân lại chuộng món gỏi sinh cầm (ăn cá còn bơi trong chậu).



HÌNH 5.7. Món gỏi cá trộn thính
(<http://me.phununet.com>)



HÌNH 5.8. Món gỏi cá trộn rau
(<http://vaobepnauan.com>)

Nghiên cứu tại xã Khánh Thượng, huyện Ba Vì, Hà Nội đã cho thấy, hầu hết những người dân bị nhiễm sán lá gan nhỏ đã được điều trị vẫn tiếp tục ăn gỏi cá và lại bị tái nhiễm nhiều lần. Khi được hỏi thì mọi người đều cho rằng thói quen ăn gỏi cá như là một hiện tượng văn hóa đặc trưng trong các sự kiện có ăn uống tại địa phương này.

Tại sao gỏi cá lại được nhiều người thích và “nghiên” đến như vậy?

Gỏi cá được làm từ thịt cá sống, trộn với rau hoặc trộn với thính (gạo rang giã nhỏ), rồi gói vào các loại lá ăn kèm với các gia vị khác nhau.

Ăn tiết canh Có thể nói tiết canh là một trong những món ăn độc đáo nhất trong ẩm thực Việt. Những người nước ngoài nếu không quen có thể rất ghê rợn với hình thức ăn “máu sống” này.

Tiết canh được chế biến từ máu tươi của vịt, ngan, ngỗng, lợn, dê... Theo quan niệm cổ truyền thì tiết canh ăn vào rất bổ, mát và lành. Ăn gì bổ nấy, nhiều người cho rằng ăn tiết bổ khí huyết, còn tốt hơn nhiều các loại thuốc tây y. Nhiều người cho rằng tiết canh vịt là món nhắm rượu tuyệt vời nhất của mùa hè xứ Bắc kỳ xưa và nó đã trở thành “kỷ niệm” khó phai trong tâm tưởng của nhiều người, đặc biệt là “dân nhậu”. Một số người quan niệm ăn tiết canh đầu tháng là đỏ, là may mắn trong cả tháng, do vậy họ thường xuyên ăn tiết canh vào những ngày mùng 1 âm lịch hàng tháng.



HÌNH 5.9. Món tiết canh
(<http://saigongame.com>)

Văn hóa ăn uống đường phố (ảnh hưởng và bị ảnh hưởng môi trường) Trong văn hóa ẩm thực Việt Nam, ẩm thực vỉa hè được xem là nét văn hóa độc đáo. Vì vậy ẩm thực vỉa hè luôn để lại ấn tượng khó phai trong lòng người Việt cũng như du khách bốn phương khi đặt chân đến Việt Nam. Một Website của kênh truyền hình nổi tiếng ở Mỹ đã đăng tải danh sách 14 địa danh có ẩm thực vỉa hè tuyệt vời nhất, trong đó có thủ đô Hà Nội và Sài Gòn.

Đã là người Việt thì hầu như ai cũng có kỷ niệm gắn liền với món ăn đường phố. Thậm chí ăn ngoài phố, vỉa hè từ lâu đã trở thành một thói quen vô cùng thú vị đối với mọi lứa tuổi.



HÌNH 5.10. Quán ăn đường phố
(<http://www.doisongphapluat.com>)

Nhiều người Việt thích thưởng thức các món ăn đường phố tại các khu phố. Họ ngồi vừa ăn uống, vừa trò chuyện trong cái bụi bặm của đường phố, cái đông đúc của dòng người qua lại. Người nơi khác tới muốn tìm hiểu về ẩm thực đường phố hẳn sẽ tò mò và ngạc nhiên về cái thú ăn bình dân như kiểu chợ quê giữa lòng thủ đô hiện đại. Họ sẽ thấy thích thú khi được trải nghiệm văn hóa đặc sắc ấy cùng bạn bè với những món ăn ngon. Thói quen này đã đi sâu vào tâm tưởng của người Việt và khó thay đổi được. Văn hóa ăn uống vỉa hè còn đi vào trong văn học của người Việt. Tuy nhiên thức ăn đường phố là mối nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe và ô nhiễm môi trường.

5.5.2. THÓI QUEN SỬ DỤNG THUỐC BẢO VỆ THỰC VẬT TRONG NÔNG NGHIỆP

Với những nước nông nghiệp, việc sử dụng thuốc bảo vệ thực vật trong nông nghiệp là việc cần thiết, nhằm mục đích diệt trừ sâu hại và mang lại lợi ích kinh tế cho những người làm nghề nông. Tuy nhiên, việc sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật cũng cần đúng cách để



HÌNH 5.11. Phun thuốc trừ sâu cho rau
(<http://www.baobaclieu.vn>)



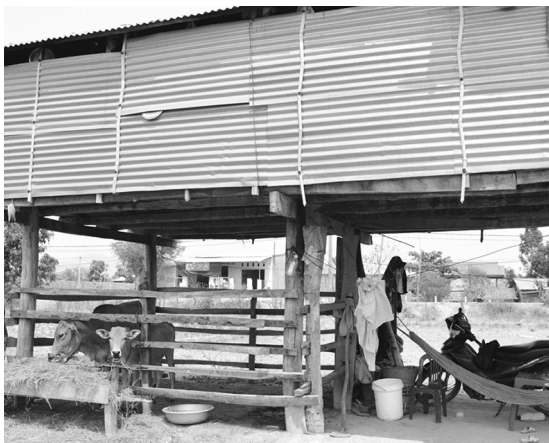
HÌNH 5.12. Phun thuốc trừ sâu cho lúa
(<http://www.baobaclieu.vn>)

không gây ảnh hưởng đến môi trường tự nhiên và con người. Những năm gần đây, việc sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật một cách tràn lan (thuốc trừ sâu, thuốc kích thích) không có sự kiểm soát là mối lo ngại của người dân. Điều này không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người tiêu dùng (trong hiện tại và tương lai) mà còn ảnh hưởng đến môi trường sống. Việc con người tác động vào môi trường không có sự kiểm soát, tác động vào nguồn thực phẩm không có giới hạn và việc sử dụng hóa chất bảo vệ thực vật bừa bãi sẽ dẫn đến nguy cơ bệnh tật khó lường. Con người tác động vào tự nhiên, tự nhiên bị hủy hoại lại tác động xấu đến đời sống con người.

5.5.3. THÓI QUEN NHỐT GIỮ VẬT NUÔI GẦN NHÀ Ở

Con trâu đối với các gia đình nông thôn Việt Nam là một tài sản quý, là biểu tượng của nền nông nghiệp Việt Nam. Người Việt Nam đã có câu ca dao để ví tầm quan trọng và sự quý giá của con trâu trong gia đình: “Con trâu là đầu cơ nghiệp”. Biểu tượng cho sự thanh bình của người nông dân Việt là hình ảnh cậu bé chăn trâu ngồi thổi sáo trên lưng trâu. Tuy nhiên, nhiều dân tộc đã nuôi giữ trâu ngay dưới gầm nhà sàn, thói quen này không tốt cho sức khỏe con người.

Không chỉ có trâu, bò, người nông dân miền núi còn nuôi cả những vật nuôi khác như lợn, gà dưới gầm sàn nhà... Ở các địa phương khác, những vật nuôi này đều được nuôi trong chuồng ở gần nhà hoặc bếp để tránh mất trộm và tiện chăm sóc. Vấn đề này ảnh hưởng không nhỏ đến môi trường sống và là nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe người nông dân. Do chăn thả gia súc, gia cầm gần nhà nên chất thải của vật nuôi gây ra ô nhiễm môi trường xung quanh nhà ở, thậm chí ô nhiễm thức ăn nếu chuồng trại gia súc, gia cầm ở gần bếp. Từ đó dẫn đến nguy cơ mắc những bệnh truyền nhiễm (đặc biệt là những bệnh đường tiêu hóa, da, niêm mạc) cho những người chăn nuôi.



HÌNH 5.13. Nuôi gia súc dưới gầm nhà sàn
(<http://caobangtv.vn>)

5.5.4. THÓI QUEN KHÔNG DÙNG NHÀ VỆ SINH VÀ SỬ DỤNG CHẤT THẢI TƯƠI TRONG TRỒNG TRỌT

Hiện nay tại Việt Nam còn có khoảng 30% số hộ gia đình không có nhà tiêu hợp vệ sinh, thậm chí một số hộ còn không có nhà tiêu. Việc sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh đã ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe của người dân. Nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa việc sử dụng nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn và những bệnh truyền nhiễm. Sử dụng nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn đã là vấn đề cần giải quyết của nước ta trong một thời gian rất dài nhằm cải thiện sức khỏe cho người dân.

Thói quen sử dụng nhà vệ sinh tại Việt Nam cũng có những ảnh hưởng ít nhiều đến nhà nông. Người nông dân thường quen sử dụng nhà xí 1 ngăn, 2 ngăn, sau đó tận dụng phân đã ủ để bón cho cây trồng.

Khi môi trường bị ô nhiễm, sức đề kháng của động vật suy giảm và bị nhiễm bệnh. Con người tiếp xúc với các động vật nhiễm bệnh có nguy cơ bị lây nhiễm một số bệnh như cúm gia cầm, heo... và các bệnh ký sinh trùng. Do môi trường bị ô nhiễm sẽ tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến sức khỏe con người mà việc sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh là một việc quan trọng đối với sức khỏe con người và động vật.



HÌNH 5.14. Sử dụng phân tươi tưới rau
(<http://soyte.haiduong.gov.vn>)



HÌNH 5.15. Nhà tiêu làm tạm bợ trên mặt ao
(<http://www.baomoi.com>)

HÌNH 5.14 cho thấy thói quen là người dân thường sử dụng phân gia súc, gia cầm để bổ sung và cải tạo đất trồng. Đây là phương pháp giúp đất màu mỡ và cây trồng tốt tươi, tuy nhiên để phát huy được giá trị hữu ích cần thực hiện đúng quy trình khoa học, việc sử dụng phân tươi trực tiếp dễ lây nhiễm các mầm bệnh từ vi khuẩn và ký sinh trùng.

HÌNH 5.15 cho thấy đại tiện xuống ao, lấy phân làm thức ăn cho cá đã trở thành một thói quen được dân ta quen gọi là “cầu tôm”. Thói quen này làm cho người ăn cá dễ bị mắc bệnh giun sán, vì cá ở các ao có “cầu tôm” dễ bị nhiễm các loại ấu trùng giun sán, con người lại ăn cá dưới những ao đó, đặc biệt là thói quen ăn gỏi cá thì nguy cơ bị mắc bệnh rất cao.

5.6. XÂY DỰNG CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP SỨC KHỎE (DỰ PHÒNG) CÂN NHẮC YẾU TỐ VĂN HÓA

Để xây dựng tốt các chương trình dự phòng và can thiệp y tế, đặc biệt liên quan đến lĩnh vực Một sức khỏe, người thực hiện chương trình cần áp dụng cách tiếp cận nhân học trong việc phát hiện các vấn đề mang tính văn hóa, tìm hiểu chính quan điểm của đối tượng (được hưởng can thiệp) về sức khỏe, bệnh tật và dịch bệnh, khả năng chấp nhận các can thiệp và các phương thức điều trị, dự phòng, cũng như việc sử dụng những hệ thống dịch vụ y tế và điều trị khác nhau theo văn hóa và tập quán địa phương.

Bên cạnh đó, các nhà nghiên cứu cần tìm hiểu các vấn đề của Một sức khỏe trong sự phân tích bối cảnh tổng hợp của xã hội, văn hóa, lịch sử và kinh tế – chính trị, tìm hiểu xem con người trong cộng đồng nghĩ gì và có niềm tin như thế nào về nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe, tìm hiểu xem họ giải quyết vấn đề sức khỏe của bản thân như thế nào. Vấn đề sức khỏe liên quan đến văn hóa bản địa rất quan trọng, có thể cung cấp nguồn số liệu dồi dào về kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến sức khỏe, các chuẩn mực có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe. Từ đó, có thể xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe, can thiệp và chăm sóc sức khỏe hiệu quả, có tính khả thi và bền vững.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 5

1. Phong tục tập quán về sinh hoạt liên quan đến Một sức khỏe.
2. Thói quen ăn, uống của Việt Nam và vấn đề Một sức khỏe.
3. Thói quen sử dụng thuốc bảo vệ thực vật trong nông nghiệp.
4. Áp dụng năng lực văn hóa niềm tin về sinh hoạt trong vấn đề Một sức khỏe.
5. Áp dụng năng lực văn hóa niềm tin về ăn uống trong vấn đề Một sức khỏe.

CHƯƠNG 6

LÃNH ĐẠO, HỢP TÁC, QUAN HỆ ĐỐI TÁC MỘT SỨC KHỎE

6.1. KHÁI NIỆM VỀ LÃNH ĐẠO

Năng lực lãnh đạo là khả năng xây dựng và chia sẻ tầm nhìn chung, tạo cảm hứng, truyền động lực cho những người cùng làm việc với mình, đưa ra các giải pháp hợp tác tiên phong bằng cách ra các quyết định quan trọng, có chiến lược, và cam kết góp phần thúc đẩy phương pháp tiếp cận liên ngành để giải quyết các thách thức Một sức khỏe.

Năng lực lãnh đạo đóng một vai trò quan trọng để có được thành công của tổ chức. Người lãnh đạo tốt là người có chiến lược lâu dài và tư duy một cách có hệ thống, đưa ra được các mục tiêu, chiến lược cho cả nhóm cũng như các tổ chức Một sức khỏe. Họ có thể tạo điều kiện tối đa cho cấp dưới phát huy năng lực, có khả năng đánh giá năng lực, hiệu suất công việc của từng người, từ đó nhìn nhận và tác động đến các cá nhân để cải thiện công việc tốt hơn. Năng lực lãnh đạo còn được thể hiện ở vai trò vận động, tạo ra các mối quan hệ đối tác, và thúc đẩy sự hợp tác trong nhóm Một sức khỏe. Điều này được thể hiện rõ ở khả năng tạo và truyền đạt một tầm nhìn chung giữa các ngành và lĩnh vực, đẩy mạnh tôn trọng lẫn nhau giữa các chuyên gia khác nhau trong một nhóm Một sức khỏe và sử dụng các chiến lược quản lý thay đổi để hướng dẫn mọi người hoặc nhóm có thể chấp nhận những ý tưởng mới.

Một trong những vai trò quan trọng nhất của lãnh đạo là khả năng ra quyết định nhằm đạt được sự hợp tác hoặc sự đồng thuận của nhóm đa ngành. Từ đó đưa ra các giải pháp hợp tác và tin tưởng lẫn nhau, cũng như cam kết làm việc lâu dài trong suốt quá trình đối phó với một vụ dịch bùng nổ. Ngoài ra, năng lực hỗ trợ “cam kết nhóm” cũng hỗ trợ cho người lãnh đạo thúc đẩy nhóm đối phó với dịch, làm việc cùng nhau để đạt được các thỏa thuận mục tiêu của nhóm. Cam kết nhóm sẽ tạo môi trường thuận lợi cho sự tham gia và cam kết của các thành viên, tiếp thêm sinh lực cam kết mục tiêu giữa các

ngành và lĩnh vực, và huy động, huấn luyện và hướng dẫn những người khác đến từ nhiều lĩnh vực. Mục tiêu của những nhà lãnh đạo là phát triển các nhóm hoặc đội hoạt động có hiệu quả nhất bằng cách luôn theo dõi hỗ trợ các thành viên nhóm thực hiện nhiệm vụ và quan tâm đến một số khía cạnh cơ bản sau: Làm cho mọi thành viên hiểu rõ ràng mục tiêu và mục đích của nhóm hay của tổ chức; Linh hoạt trong việc làm thế nào để các thành viên nhóm cũng phối hợp thực hiện mục tiêu; Truyền thông có hiệu quả và hiểu rõ các thành viên trong nhóm; Có chiến lược đưa ra các quyết định hiệu quả, đảm bảo sự cam kết của các thành viên đối với các quyết định quan trọng của nhóm; Vì sự phát triển của nhóm mà người lãnh đạo có thể chia sẻ, phân công trách nhiệm phù hợp với khả năng và sự nhất trí của thành viên trong nhóm; Phát triển sự liên kết trong nhóm trong khi vẫn duy trì các biện pháp cần thiết để đảm bảo tự do của cá nhân; Chú trọng sử dụng các khả năng khác nhau của các thành viên trong nhóm; Duy trì cân bằng giữa tình cảm và công việc hợp lý - đưa tình cảm vào kết quả làm việc của nhóm.

Lãnh đạo không phải một kiểu có thể phù hợp cho tất cả mọi hoàn cảnh. Có nhiều phong cách lãnh đạo khác nhau, với những điểm nổi bật và điểm yếu riêng. Mỗi phong cách có thể có hiệu quả cao hoặc thấp tùy thuộc vào từng hoàn cảnh. Không có phong cách chuẩn mực cho người lãnh đạo. Phong cách lãnh đạo mà người làm về Một sức khỏe áp dụng sẽ phụ thuộc vào đối tượng mà họ dẫn dắt, làm việc và môi trường làm việc. Người lãnh đạo nên thích ứng phong cách của mình để phù hợp với từng tình huống hoặc một nhóm cụ thể. Đó chính là lý do vì sao năng lực lãnh đạo lại hữu ích để đạt được sự hiểu biết thấu đáo về những phong cách lãnh đạo khác để từ đó người lãnh đạo có thể định hình, thích ứng linh hoạt phong cách lãnh đạo trong nhiều tình huống khác nhau.

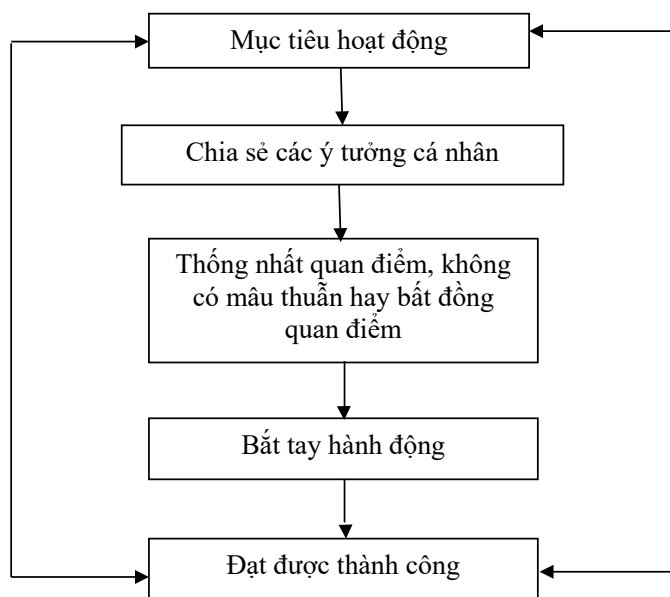
Một số phong cách lãnh đạo điển hình như phong cách lãnh đạo quyền uy, dân chủ, tự do, người dẫn dắt, hợp tác thân thiện... Ví dụ lãnh đạo quyền uy là phong cách mà các nhà lãnh đạo có rất nhiều quyền lực đối với cấp dưới của họ. Nhân viên và các thành viên trong nhóm ít có cơ hội để đưa ra đề nghị, ý kiến ngay cả khi những đề nghị đó mang lại lợi ích tốt cho nhóm. Ưu điểm của lãnh đạo quyền uy là các quyết định được đưa ra nhanh chóng, và công việc được thực hiện một cách hiệu quả. Nhược điểm là người lãnh đạo sẽ không nhận được sự ủng hộ từ thành viên trong nhóm. Tuy nhiên, trong một số trường hợp cần phải đưa ra quyết định một cách dứt khoát và nhanh chóng, ví như việc xử lý các dịch bệnh lây lan nhanh chóng và phức tạp, thì phong cách này sẽ đạt hiệu quả cao.

6.2. KHÁI NIỆM VỀ HỢP TÁC

Hợp tác là quá trình của hai hay nhiều người, hai trong nhiều tổ chức cùng làm việc với nhau để hoàn thành một sự việc nào đó có hiệu quả.

Một trong những thách thức mà thế giới hiện nay đang đối mặt chính là vấn đề hợp tác và quan hệ đối tác. Hợp tác và quan hệ đối tác giữa các nước, hợp tác và quan hệ đối tác giữa các tổ chức, hợp tác và quan hệ đối tác trong các lĩnh vực kinh tế, nông nghiệp, tài

chính, sức khỏe... Hợp tác cũng chính là nguyên nhân của sự thành công, nhưng đôi khi cũng chính là nguyên nhân của mâu thuẫn và sự xung đột. Theo các định nghĩa đã có thì hợp tác có nghĩa là cùng nhau làm việc, cùng nhau xây dựng, cùng nhau suy nghĩ, có một điểm chung nào đó để có thể cùng nhau làm việc một cách bình đẳng (chia sẻ), không có sự hiểu lầm, mục đích cuối cùng là thành công:



HÌNH 6.1. Sơ đồ về sự hợp tác để thành công

Tuy nhiên, trên thực tế mọi người thường không có xu hướng làm việc cùng nhau một cách tự nhiên, một cách thoải mái, mà động cơ làm việc cùng nhau của các cá nhân cũng như tổ chức rất phức tạp và đa dạng. Họ thường làm việc cùng nhau vì một số lý do, điều kiện hoặc thậm chí là do áp lực nào đó. Điều này có thể thấy trong nhiều lĩnh vực hợp tác khác nhau như hợp tác về chính trị, hợp tác về kinh tế, hợp tác về quân sự, hợp tác trong y tế... Một số lý do khiến cho cá nhân hay các tổ chức buộc phải hợp tác với nhau, đó là:

- Họ buộc phải thông qua chính phủ hoặc tuân thủ theo luật định.
- Hợp tác để thực thi quyền lực, kiểm soát người hay tổ chức khác.
- Hợp tác nhằm đạt hiệu quả cao hơn trong việc sử dụng các nguồn lực khan hiếm.
- Hợp tác nhằm giảm chi phí giao dịch của các hình thức tổ chức.
- Hợp tác để tìm kiếm sự ổn định bằng cách chia sẻ rủi ro.
- Hợp tác để nâng cao uy tín, hình ảnh hoặc hoàn thiện hồ sơ của họ.
- Hợp tác nhằm tiếp cận các nguồn tài nguyên mới.
- Hợp tác để thúc đẩy học tập của cá nhân và của tổ chức.

Rõ ràng là một khi đã có sự hợp tác giữa các cá nhân và tổ chức thì họ đều thu được lợi ích cũng như lợi nhuận. Những lợi ích tiềm năng của sự hợp tác thường hấp dẫn, bao gồm các ý tưởng chia sẻ, kiến thức và nguồn lực để đạt được sức mạnh tổng hợp chung mà các tổ chức và cá nhân không thể tạo ra nếu làm một cách độc lập.

Nhìn chung, hợp tác làm việc bao gồm các nội dung sau:

- Chia sẻ mục đích: Cộng tác cùng làm việc để đạt được mục tiêu chung.
- Chia sẻ nhu cầu: Để đạt được mục tiêu chung, đòi hỏi sự kết hợp các kỹ năng, các nguồn lực và các ý tưởng của tất cả các bên.
- Trao đổi thẳng thắn và lắng nghe một cách tích cực.
- Tương hỗ lẫn nhau: Phối hợp cùng hành động và đàm phán trong nhóm một cách có hiệu quả.

Thực tế cho thấy, sự tham gia của nhiều ngành khác nhau vào một nhóm cùng làm việc ngày càng được đề cập cũng như được nhấn mạnh, đặc biệt trong lĩnh vực y học, bao gồm các nghiên cứu y học, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đào tạo trong lĩnh vực y học và xây dựng chính sách y tế với các ngành khác như công nghiệp, nông nghiệp, giao thông và các ban ngành khác.

6.3. CÁC PHƯƠNG THỨC HỢP TÁC TRONG MỘT SỨC KHỎE

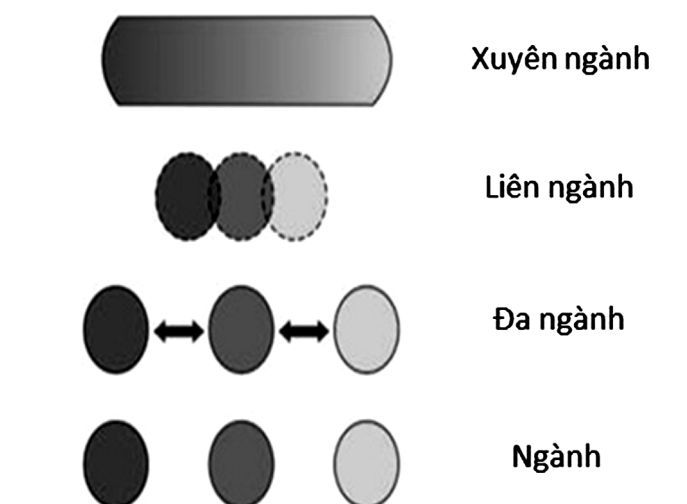
Để đạt được sự hợp tác có hiệu quả trong Một sức khỏe, chúng ta cần tìm hiểu thuật ngữ về “ngành”. Thuật ngữ “ngành” là một lĩnh vực khoa học riêng biệt về kiến thức, giáo dục, đào tạo và các hoạt động khác nhau, phục vụ sự phát triển kinh tế – xã hội.

Ngày nay rất nhiều hoạt động trong nhiều lĩnh vực đều có sự tham gia của các ngành khác nhau, đem lại nhiều giá trị cũng như lợi ích to lớn cho các bên liên quan.

Ví dụ: Ở các bệnh viện thành lập các tổ cấp cứu hay các tổ điều trị với sự tham gia của các cán bộ y tế đến từ nhiều chuyên ngành (chuyên khoa) khác nhau. Tổ chức của các trường đại học bao giờ cũng phải có nhiều phòng ban chức năng, các khoa chuyên môn, các viện nghiên cứu, trung tâm... với các lĩnh vực khác nhau, các chuyên ngành, nhiều bộ môn với nhiều chương trình giảng dạy khác nhau... Rõ ràng, luôn có sự hợp tác giữa các ngành trong cùng một cơ cấu tổ chức cũng như các hoạt động trong mọi lĩnh vực, mà mục đích cuối cùng là đạt được mục tiêu đề ra.

Trong Một sức khỏe, thuật ngữ đa ngành, liên ngành và xuyên ngành đã được sử dụng biểu thị các hình thức hợp tác khác nhau để cùng tạo ra một sản phẩm, hay giải quyết mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, việc sử dụng những thuật ngữ này vẫn còn chưa rõ ràng và thường hay bị nhầm lẫn.

Vậy, thế nào là hợp tác đa ngành, liên ngành và xuyên ngành? Có điểm gì giống và khác nhau giữa các cấp độ (hình thức) hợp tác này? Hiện nay xu hướng của Một sức khỏe đang tập trung vào cấp độ nào trong hợp tác, khó khăn cũng như thách thức như thế nào?



HÌNH 6.2. Mô hình các hình thức hợp tác ngành, đa ngành, liên ngành và xuyên ngành

(Nguồn: Bill Dennison, 1996)

Đa ngành là việc kết hợp giữa một số ngành học phù hợp với nhau để xác định lại các vấn đề bên ngoài ranh giới thông thường và đạt được các giải pháp dựa trên sự hiểu biết mới về các tình huống phức tạp. Nhóm nghiên cứu, trong đó các thành viên thuộc các ngành khác nhau cùng làm việc trong một vấn đề thông thường trong sự tương tác có giới hạn (Grossman, 1979).

Theo Klein, đa ngành là một quá trình hình thành cầu nối giữa các ngành, không có sự tích hợp.

Ví dụ 1: Trong một nhóm đa ngành đối phó với suy dinh dưỡng trẻ em, các thành viên (gồm các nhà dinh dưỡng, những người làm công tác xã hội, các nhà giáo dục sức khỏe, các bác sỹ tâm lý...) hoạt động như là chuyên gia độc lập, hoàn toàn không có sự tương tác với nhau để giải quyết vấn đề. Thông qua phương pháp tiếp cận đa ngành, một số ngành đã gặp nhau, các chuyên gia thuộc các chuyên ngành khác nhau làm việc với nhau về các khía cạnh khác nhau của cùng một vấn đề (trong trường hợp cụ thể này là bệnh suy dinh dưỡng) mà không phải là sự tích hợp chung. Kết quả là sự kết nối giữa các kết quả đầu ra của các ngành, được chỉnh sửa và đặt lại với nhau một cách hợp lý. Nhóm điều phối Một sức khỏe bao gồm các chuyên gia đến từ các ngành.

Ví dụ 2: Khi có dịch Cúm gia cầm xảy ra trên địa bàn thì cần sự hợp tác của nhiều ngành chức năng khác nhau, sự vào cuộc của toàn bộ hệ thống bao gồm: thú y, y tế dự phòng, đoàn thanh niên, hội phụ nữ, truyền thông, tài chính... để nhằm mục đích dập dịch lây lan sang các đàn gia cầm khác, lây sang người, giải quyết các thiệt hại mà dịch gây ra.

Tóm lại, đặc điểm của hợp tác đa ngành không phải là tìm cách tích hợp nhiều lĩnh vực liên quan mà các thành viên hợp tác làm việc với nhau. Sự hợp tác này vẫn cho thấy một số rào cản nhất định, đó là:

- **Áp lực về thời gian:** Thông thường đây chính là vấn đề cần lưu tâm nhất trong Một sức khỏe, khi mà giữa các trường, các viện, các cơ quan Nhà nước phối hợp tổ chức một hoạt động hoặc thực hiện một vấn đề Một sức khỏe nào đó thì cơ quan đứng ra

tổ chức không chỉ phải thực hiện công việc đó của họ mà còn phải mất thời gian kết nối, truyền thông hay trả lời những thay đổi nếu có của các đối tác khác.

- Sự khác nhau trong chuyên ngành: Cộng tác nhằm mục đích chia sẻ kiến thức và so sánh kết quả từ các lĩnh vực chứ không nhằm mục đích cố gắng vượt qua ranh giới của chuyên ngành hoặc tạo ra kiến thức mới.

Liên ngành là kết hợp của hai hay nhiều ngành học hoặc lĩnh vực, cần thiết trong một hoạt động cụ thể. *Ví dụ:* Khi ngành vật lý hạt nhân được kết hợp với ngành y học sẽ dẫn đến phương pháp điều trị mới cho bệnh ung thư; nghiên cứu dịch tễ bệnh AIDS hay hiện tượng nóng lên toàn cầu thì đòi hỏi sự hợp tác của nhiều ngành, mà mục đích cuối cùng là để giải quyết một vấn đề hay một bệnh nào đó.

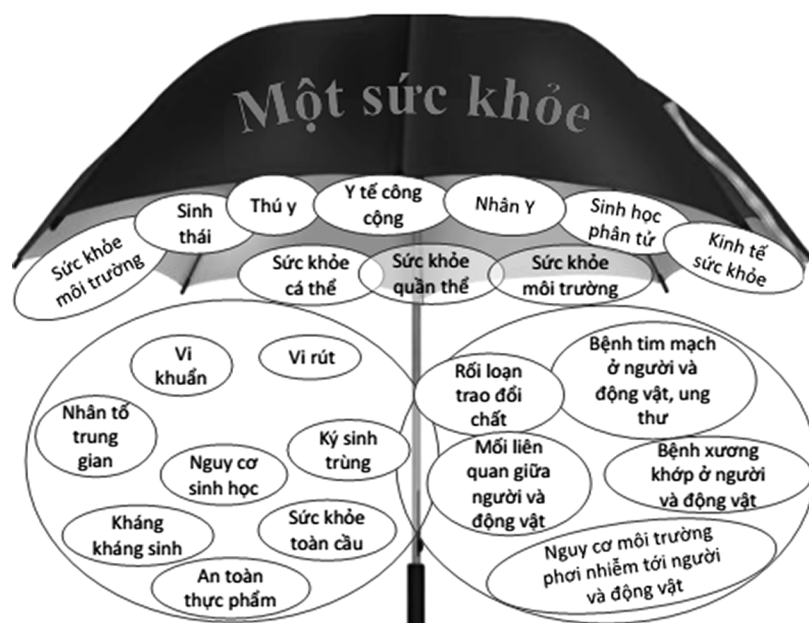
Trong thực tế hiện nay, việc kết hợp liên ngành có thể tạo ra những nguyên tắc mới, ngành mới. *Ví dụ:* việc kết hợp giữa ngành hóa học và sinh học đã tạo ra ngành sinh hóa. Trong một nhóm liên ngành làm việc về vấn đề suy dinh dưỡng ở trẻ em, các thành viên cùng thảo luận về quan điểm của họ và phát triển một kế hoạch thực hiện chung cho trẻ em. Hoạt động liên ngành là một quá trình có hệ thống, phát triển khả năng phân tích và tổng hợp từ quan điểm của một số ngành. Mục tiêu là cố gắng tổng hợp và liên kết kiến thức từ các ngành, đặt nó trong một khuôn khổ hệ thống lớn hơn.

Vậy tại sao phải hợp tác liên ngành? Đó là vấn đề quan trọng, bởi vì:

- Sự sáng tạo thường đòi hỏi những kiến thức liên ngành.
- Những người mới tiếp cận có đóng góp quan trọng đối với lĩnh vực mới.
- Người nghiên cứu trong một ngành thường mắc lỗi và được phát hiện bởi người quen thuộc với hai hoặc nhiều ngành.
- Một số chủ đề nghiên cứu có giá trị tạo ra những khe hở giữa các ngành truyền thống.
- Nhiều vấn đề trí thức, xã hội và thực tiễn đòi hỏi phương pháp tiếp cận liên ngành.
- Tiếp cận liên ngành sẽ linh hoạt hơn trong các vấn đề nghiên cứu.
- Liên ngành có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ sự độc lập của ngành học.

Xuyên ngành bao hàm một chiến lược nghiên cứu vượt qua rào cản của nhiều ngành để tạo ra một cách tiếp cận toàn diện, đòi hỏi sự năng động của toàn bộ hệ thống. Tiếp cận xuyên ngành được áp dụng cho các nỗ lực nghiên cứu, tập trung vào các vấn đề mà những vấn đề đó vượt qua ranh giới của hai hoặc nhiều ngành. Đây cũng chính là cách tiếp cận cao nhất trong Một sức khỏe.

Cách tiếp cận xuyên ngành về một vấn đề như bệnh truyền lây, hay an toàn thực phẩm, với sự hợp tác cả trong và ngoài ngành chăn nuôi thú y có thể dẫn đến những quan điểm mới trong lĩnh vực này. *Ví dụ:* trong lĩnh vực nhi khoa, liên ngành để thành lập một đội phòng chống suy dinh dưỡng ở trẻ em, các thành viên chia sẻ vai trò như mỗi chuyên gia sẽ giúp các thành viên khác có được kỹ năng liên quan đến lĩnh vực của chuyên gia, điều này đòi hỏi cả việc phát huy vai trò (chấp nhận người khác có thể làm những gì thuộc chuyên môn của họ mà họ được đào tạo) và mở rộng vai trò (cho phép một người có thể làm nhiều việc hơn những gì mà họ được đào tạo để làm).



HÌNH 6.3. Chiếc ô hợp tác trong Một sức khỏe

(Nguồn: One Health Sweden, 2014)

Phương pháp tiếp cận xuyên ngành đang được kỳ vọng nhiều hơn đa ngành hoặc liên ngành. Triết lý của nó là thành quả của sự thống nhất tất cả các kiến thức không phân biệt lĩnh vực. Tiên tố “xuyên” cho thấy, mục đích của nó vượt ra khỏi các đơn vị chuyên ngành hẹp. Xuyên ngành bắt đầu từ vấn đề thực và rút ra từ nhiều chuyên ngành với mục đích xây dựng nội dung và phương pháp riêng của mình. Cách tiếp cận xuyên ngành Một sức khỏe tập trung vào các vấn đề đòi hỏi hai hay nhiều ngành cùng tham gia giải quyết, với các đặc điểm sau:

- Mục đích là tạo ra một sự thống nhất về kiến thức, nhưng không nhất thiết phải phát triển các hoạt động phối hợp.
- Hợp tác xuyên ngành có thể hấp dẫn nhất, nhưng khó khăn để có được hình thức nghiên cứu tích hợp.
- Hợp tác xuyên ngành là hình thức cao nhất của các dự án tích hợp, liên quan đến không chỉ nhiều lĩnh vực, mà còn có nhiều người tham gia phù hợp với phương pháp tiếp cận Một sức khỏe.
- Trong một môi trường hợp tác xuyên ngành Một sức khỏe, không có ngành nào là ngành có được sự ưu tiên hơn các ngành khác.

Hợp tác xuyên ngành đòi hỏi nỗ lực đáng kể của những người tham gia để thực hiện công việc của từng ngành, hoặc thay thế cách tư duy truyền thống.

Sự thuận lợi cũng như rào cản giữa các hình thức hợp tác đa ngành, liên ngành và xuyên ngành trong cách tiếp cận Một sức khỏe được thể hiện ở HÌNH 6.4.

	Tổng hợp nhiều ngành mới và lý thuyết	Tập trung giải quyết vấn đề	Quá trình nghiên cứu lặp lại	Bao hàm nhiều ngành	Bao hàm nhiều bên liên quan trong quá trình nghiên cứu	Kiến thức được chia sẻ giữa các ngành	Dựa theo chủ đề	Nghiên cứu phối hợp	Nghiên cứu toàn diện	Vượt qua rào cản nhận thức	Theo đuổi phương pháp đa lĩnh vực	Liên quan đến việc thực hiện kết quả
Đa ngành												
Liên ngành												
Xuyên ngành												

HÌNH 6.4. Các cách tiếp cận đa ngành, liên ngành và xuyên ngành trong thực hành nghiên cứu toàn diện

(Nguồn: Paul Stock và Rob J.F. Burton, 2011).

BẢNG 6.1. So sánh các cách tiếp cận đa ngành, liên ngành và xuyên ngành

Đa ngành	Liên ngành	Xuyên ngành
Làm việc với vài ngành	Làm việc giữa các ngành	Làm việc vượt ra ngoài các ngành
Bao gồm hơn hai ngành	Bao gồm hai ngành (tập trung vào hoạt động đối ứng của các ngành)	Bao gồm các nhà khoa học từ các ngành nổi trội, các đối tác, các thành viên không làm khoa học, không tham gia giảng dạy.
Các thành viên đến từ nhiều ngành khác nhau, làm việc độc lập trên các mặt khác nhau của một dự án, song song hoặc tuần tự	Các thành viên đến từ nhiều ngành khác nhau, làm chung với nhau trên cùng một dự án.	Các thành viên đến từ nhiều ngành khác nhau, làm chung với nhau và đều sử dụng một mục tiêu khuôn khổ
Các mục tiêu đơn lẻ trong các chuyên ngành khác nhau	Chia sẻ mục tiêu	Chia sẻ mục tiêu và kỹ năng
Người tham gia có sự riêng biệt nhưng trong mối quan hệ tương tác với nhau	Người tham gia có vai trò chung	Người tham gia có vai trò mở rộng
Người tham gia duy trì ngành riêng của họ	Người tham gia từ bỏ một số điểm trong vai trò ngành riêng, nhưng duy trì ngành khoa học cơ bản	Người tham gia phát triển một mục tiêu khuôn khổ, cùng nhau tạo nên khoa học cơ bản của ngành
Không phải đối mặt với các rào cản ngành	Làm mờ đi những rào cản ngành	Vượt qua các rào cản ngành
Tổng kết và đặt các ngành cạnh nhau	Tích hợp và tổng hợp các ngành	Tích hợp, hợp nhất, đồng nhất, kết hợp, thống nhất và hài hòa các ngành với nhau về quan điểm và cách tiếp cận
Bổ sung, tích hợp, hợp tác	Tương tác, tích hợp, hợp tác	Toàn diện, ưu việt, tích hợp và hợp tác
Có sự gắn kết bên ngoài	Có sự gắn kết bên trong	Có sự gắn kết bên trong và bên ngoài
Người tham gia học được từ những người khác	Người tham gia học từ những người khác	Người tham gia học từ những người khác và ngược lại

Sự khác nhau giữa các hợp tác đa ngành, liên ngành và xuyên ngành trong Một sức khỏe được thể hiện ở **BẢNG 6.1.**

Sự hợp tác đa ngành có thể ví giống như một đĩa salad, trong đó có thể có nhiều rau hoặc hỗn hợp rau với các loại dưa chuột, cà chua, các thành phần này vẫn được phân biệt rõ ràng và nguyên vẹn. Trong khi đó, hợp tác liên ngành giống như một nồi bơ nấu chảy, trong đó chúng ta chỉ có thể phân biệt được một phần rõ ràng. Hợp tác xuyên ngành giống như một cái bánh ngọt, trong đó các thành phần cấu thành nên nó không còn được phân biệt rõ ràng, sản phẩm cuối cùng là một thứ khác so với các thành phần ban đầu.

6.4. CÁCH XÁC ĐỊNH CÁC BÊN LIÊN QUAN ĐỂ XÂY DỰNG MỐI QUAN HỆ HỢP TÁC CÓ HIỆU QUẢ TRONG MỘT SỨC KHỎE

6.4.1. MA TRẬN XÁC ĐỊNH CÁC BÊN LIÊN QUAN

Đây là vấn đề rất quan trọng, nhằm xác định các đối tác cần thiết giúp cho việc lập kế hoạch và triển khai bất kỳ dự án hợp tác nào, bao gồm các bước sau:

- Bước 1: Liệt kê danh sách các đối tác tiềm năng. Ví dụ, trong Một sức khỏe cần sự phối hợp của các đối tác như nhân y, thú y, môi trường, kinh tế...
- Bước 2: Xem xét sự khác biệt (phân biệt) các đối tác và nhóm thành các nhóm đối tác, hoàn tất danh sách các đối tác tiềm năng.
- Bước 3: Động não và lựa chọn các đối tác quan trọng kèm theo lý do.

6.4.2. MA TRẬN TẦM QUAN TRỌNG VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Biết thế mạnh và khả năng ảnh hưởng của các bên liên quan đến một dự án hoặc hoạt động giúp xác định tiềm năng cũng như nguy cơ gây ra bởi các bên liên quan và liên minh giữa các bên liên quan. Xây dựng ma trận cho thấy các vị trí tương đối của các bên liên quan, ảnh hưởng và tầm quan trọng có ích cho thiết kế và triển khai dự án. Thông thường, các bên liên quan có tầm quan trọng cao nhưng ít ảnh hưởng có thể cần các hoạt động hoặc các biện pháp đặc biệt để đảm bảo kiểm soát quá trình ra quyết định và phân bổ nguồn lực. Các bước xây dựng ma trận tầm quan trọng và ảnh hưởng của các đối tác gồm:

- Bước 1: Xác định các bên liên quan.
- Bước 2: Xác định tầm quan trọng và ảnh hưởng của các bên liên quan.
- Bước 3: Đưa thông tin vào ma trận và xác định các khuyến nghị để cải thiện.

6.4.3. MA TRẬN NHẬN THỨC CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Ma trận nhận thức của các bên liên quan có thể hỗ trợ phát hiện phạm vi nhận thức của các bên liên quan khác nhau, đồng thời xác định các xung đột và chia sẻ nhận thức về vấn đề cần giải quyết. Các bước xây dựng ma trận các bên liên quan gồm:

- Bước 1. Trả lời các câu hỏi sau: Các bên liên quan nhận thức về vấn đề như thế nào? Những nguyên nhân hay lý do mà các bên liên quan cho là có liên quan đến thực trạng của vấn đề đang cần giải quyết? Những phương thức mà các bên liên quan cho là có thể giải quyết được vấn đề?
- Bước 2. Xác định các ý kiến mâu thuẫn và chia sẻ nhận thức về vấn đề.

6.4.4. MA TRẬN MỤC TIÊU CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Ma trận mục tiêu của các bên liên quan giúp các bên liên quan tìm hiểu mục tiêu của họ, giúp họ thấy được sự khác biệt của họ về các mối quan tâm cũng như mặt bằng chung. Các phát hiện này giữa các bên liên quan sẽ giúp họ xác định khả năng và hạn chế cho những hành động tập thể trong mối quan hệ đối tác. Thường xung đột trong các dự án nghiên cứu và phát triển có thể liên quan đến các mâu thuẫn về mục tiêu giữa các bên liên quan. Phân tích các mục tiêu của các bên liên quan khác nhau có thể giúp khám phá các mục tiêu mâu thuẫn và đề nghị điều chỉnh. Các bước xây dựng ma trận mục tiêu các bên liên quan gồm:

- Bước 1: Làm rõ mục tiêu của các bên liên quan.
- Bước 2: Hình thành các cặp hoặc các nhóm của các bên liên quan.
- Bước 3: Xác định các mục tiêu có thể chia sẻ giữa các bên và các mục tiêu mâu thuẫn.

6.4.5. MA TRẬN VAI TRÒ CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Ma trận vai trò của các bên liên quan nhằm phân tích, xác định rõ ai làm gì một cách có hệ thống để cùng giải quyết mối quan tâm chung, xác định được khoảng trống hoặc sự thiếu hụt hoặc chồng chéo để cải thiện vai trò của các bên trong hoạt động chung. Các bước xây dựng ma trận vai trò của các bên liên quan gồm:

- Bước 1: Xác định các bên liên quan thực sự có liên quan và vai trò của họ trong từng lĩnh vực hoạt động (kỹ thuật, marketing...)
- Bước 2: Đánh giá các bên liên quan và sự thể hiện vai trò của họ trong từng lĩnh vực theo năm cấp độ: rất tốt, tốt, tạm được, trung bình và kém.
- Bước 3: Xác định các khoảng trống, hoặc sự thiếu hụt, hoặc chồng chéo trong vai trò của các bên liên quan.

6.4.6. MA TRẬN MỐI LIÊN HỆ GIỮA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Ma trận mối liên hệ giữa các bên liên quan giúp có cái nhìn sâu sắc trong mối liên kết giữa các bên liên quan. Những hiểu biết này có thể dẫn đến sự phát triển của các tiêu chí cần

cho cải thiện các mối quan hệ cũng như đàm phán liên kết. Thông qua đó, các mối liên hệ chủ yếu có thể được cải thiện hoặc hình thành các mối liên hệ mới. Các bước xây dựng ma trận mối liên hệ giữa các bên liên quan gồm:

- Bước 1: Xác định các bên liên quan.
- Bước 2: Xây dựng các tiêu chí để đánh giá mối liên hệ.
- Bước 3: Điền bảng ma trận và đưa ra các khuyến nghị cải thiện.

6.4.7. MA TRẬN NHU CẦU THÔNG TIN

Phân tích nhu cầu thông tin trong mối liên hệ một cách có hệ thống giữa các bên cho phép xác định các thông tin có sẵn cho các bên liên quan, và những thông tin không được cung cấp vì thiếu trong hệ thống, hoặc do mối quan hệ yếu giữa các bên liên quan. Bên cạnh đó, dựa trên cái nhìn sâu sắc về thông tin liên quan hiện đang thiếu, hoặc không được cung cấp, có thể chỉ ra vấn đề, vai trò mới cho nghiên cứu. Các bước xây dựng ma trận gồm:

- Bước 1: Xác định các bên liên quan có tính quyết định.
- Bước 2: Liệt kê thông tin cần thiết mà từng bên liên quan có nhu cầu.
- Bước 3: Kiểm tra xem mỗi bên liên quan có nhận được thông tin mà họ cần hay không.

6.4.8. MA TRẬN LỢI ÍCH CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN

Không phải tất cả các bên liên quan, hoặc tất cả các đối tượng mục tiêu của một dự án trong thực tế sẽ được hưởng lợi như nhau. Một số sẽ được lợi nhiều hơn những người khác. Một số thậm chí có thể mất lợi thế. Ma trận lợi ích của các bên liên quan sẽ giúp tìm hiểu xem bên liên quan nào được, bên liên quan nào mất về mặt lợi ích từ những sáng tạo hay những thay đổi, từ đó có những lựa chọn công bằng hơn. Các bước xây dựng ma trận gồm:

- Bước 1: Xác định các bên liên quan bị ảnh hưởng.
- Bước 2: Chỉ ra các lợi ích và những thiệt hại của từng bên liên quan.

6.5. GIẢI QUYẾT CÁC MÂU THUẪN/XUNG ĐỘT TRONG HỢP TÁC

Có thể nói các tình huống xung đột/mâu thuẫn là không thể tránh khỏi trong cuộc sống cũng như trong hoạt động nhóm. Thomas-Kilmann (1972) đã thiết kế mô hình công cụ để đánh giá hành vi của một cá nhân trong các tình huống xung đột. “Các tình huống xung đột” là những tình huống mà trong đó những mối quan tâm của hai người xuất hiện không tương thích. Trong tình hình như vậy, chúng ta có thể mô tả hành vi của một người thành hai loại hình cơ bản: (1) sự quyết đoán, mức độ mà những nỗ lực cá nhân đáp ứng

mối quan tâm riêng của mình, và (2) sự đồng thuận/hợp tác, mức độ mà những nỗ lực cá nhân để đáp ứng mối quan tâm của người khác. Hai loại hình cơ bản của hành vi có thể được sử dụng để xác định năm kỹ năng đối phó với các cuộc xung đột:

1. **Cạnh tranh:** Là sự quyết đoán/sự ganh đua và không đồng thuận/hợp tác, mỗi cá nhân theo đuổi mối quan tâm riêng của mình. Cạnh tranh có thể có nghĩa là “đứng lên bảo vệ quyền lợi của mình”, “bảo vệ một vấn đề mà họ tin là đúng, hoặc chỉ đơn giản là cố gắng để giành chiến thắng”.
2. **Điều tiết:** Là có hợp tác nhưng không quyết đoán - trái ngược với cạnh tranh. Khi đó một cá nhân bỏ qua mối quan tâm riêng của mình để đáp ứng những mối quan tâm của người khác, có một chút yếu tố của sự hy sinh trong kỹ năng này.
3. **Lảng tránh:** Là không quyết đoán và không hợp tác - các cá nhân không ngay lập tức theo đuổi mối quan tâm riêng của mình hoặc của người khác. Người này không giải quyết cuộc xung đột. Lảng tránh ở đây là lảng tránh giải quyết vấn đề, vấn đề được trì hoãn cho đến một thời gian tốt hơn, hoặc đơn giản là rút lui khỏi một tình huống đe dọa.
4. **Cộng tác:** Là bao gồm cả quyết đoán và hợp tác, trái ngược với lảng tránh. Người này cố gắng phối hợp với các bên liên quan, nỗ lực làm việc với người khác để tìm một số giải pháp đáp ứng đầy đủ những mối quan tâm của cả hai người. Nó có nghĩa là đào sâu vào một vấn đề để xác định các mối quan tâm cơ bản của hai cá nhân, và để tìm một sự thay thế đáp ứng sự quan tâm của cả hai người. Hợp tác giữa hai người có thể mang hình thức khám phá những bất đồng để học hỏi từ những hiểu biết của nhau, cố gắng giải quyết một số điều nếu không muốn cạnh tranh các nguồn tài nguyên, hoặc đối mặt để cố gắng tìm một giải pháp sáng tạo cho một vấn đề cá nhân.
5. **Thỏa hiệp:** Là trung gian của sự quyết đoán và hợp tác. Mục tiêu là để tìm thấy một số giải pháp mà cả hai bên đều chấp nhận và phần nào thỏa mãn cả hai bên. Thỏa hiệp là trung gian của cạnh tranh và điều tiết. Thỏa hiệp làm giảm tính cạnh tranh, nghiêng nhiều hơn về điều tiết. Tương tự như vậy, nó đề cập đến một vấn đề trực tiếp hơn lảng tránh, nhưng không khám phá về chiều sâu như cộng tác. Thỏa hiệp có thể có nghĩa là chia nhỏ sự khác biệt, trao đổi, nhượng bộ, hoặc tìm kiếm một vị trí trung gian.

6.5.1. GIẢI QUYẾT MÂU THUẪN TRONG HỢP TÁC

Mâu thuẫn trong quá trình hợp tác, làm việc cùng nhau trong một nhóm, một đội là một điều rất khó tránh khỏi. Do đó đội/nhóm hợp tác cần phải hiểu rõ nguyên nhân của xung đột và quá trình phát triển xung đột. Chính vì mỗi một đội/nhóm hợp tác rất đa dạng, các thành viên trong nhóm có kiến thức khác nhau, có những ý tưởng, quan điểm, năng

lực làm việc khác nhau... Đây là một lợi thế trong công việc, nhưng sự đa dạng này cũng là một nguồn gốc của xung đột. Do đó, xung đột là không thể tránh khỏi và chúng ta phải học cách quản lý nó. Nếu xung đột được quản lý tốt nó sẽ không trở thành mối nguy hại phá vỡ mối quan hệ hợp tác. Xung đột thậm chí có thể là tích cực, tạo ra sự năng động, sáng tạo cho hoạt động nhóm, nhưng một tiêu cực xung đột có thể làm cho hiệu quả làm việc theo nhóm không đạt được như mong muốn.

- Xung đột tích cực có thể sáng tạo, nó có thể giúp các nhóm đưa ra quyết định tốt hơn bằng cách: động viên họ để kiểm tra một vấn đề mà họ có thể bỏ qua; buộc họ phải xem xét lại một giải pháp và có thể có nhiều sáng tạo; khuyến khích họ tích hợp một số ý tưởng để đưa ra các giải pháp tốt hơn; tăng cường năng lực, do đó tăng cường tình đoàn kết và sự gắn kết.
- Xung đột tiêu cực làm giảm hiệu suất làm việc nhóm do: tạo ra sự sợ hãi, thất vọng, mất lòng tin và lảng tránh; các thông tin quan trọng không được trao đổi và công việc bị gián đoạn; năng lực hoạt động của nhóm đi theo hướng giảm dần và không còn; phá hoại uy tín của họ trong con mắt của người khác hay của khách hàng.

Nguyên nhân của các xung đột trong nhóm hầu như luôn luôn là do lợi ích khác nhau của các thành viên. Những khác biệt này có thể là thực sự hoặc chỉ là nhận thức do: vai trò và trách nhiệm không rõ ràng, có những vấn đề không rõ ràng về thông tin; hệ thống khen thưởng và ưu đãi không đồng nhất; có sự cạnh tranh về lợi ích; có sự khác biệt trong nhận thức, phong cách làm việc, thái độ; có sự căng thẳng giữa công bằng và bình đẳng; khác biệt về văn hóa làm ảnh hưởng đến phong cách thảo luận và khoan dung trong các cuộc tranh luận nóng; sợ mất mặt, cách thức giải quyết xung đột.

Để xử lý xung đột, các thành viên của nhóm hợp tác cần cố gắng tuân thủ những vấn đề sau:

- Vô tư, cố gắng không để cho nhận thức và giá trị riêng của mình ảnh hưởng đến các cuộc thảo luận. Đảm bảo tất cả mọi người sẽ có cơ hội để thể hiện mối quan tâm của mình.
- Đồng cảm với tất cả các bên. Nhìn mọi thứ từ nhiều góc độ, phân biệt cảm xúc từ các vấn đề quan trọng, làm rõ các vấn đề.
- Nghe, đọc ngôn ngữ cơ thể, nhạy cảm với cảm xúc và thận trọng với yếu tố tình cảm không rõ ràng.
- Tìm kiếm các mối quan tâm chung để xác định mục tiêu, chia sẻ và xác định tiềm năng hợp tác.
- Chia nhỏ các vấn đề thành nhiều phần, giải quyết từng vấn đề một và bắt đầu từ các điểm đơn giản.
- Duy trì một cảm giác hài hước và cố gắng xoa dịu sự căng thẳng.

Các kỹ thuật áp dụng để giải quyết mâu thuẫn và xung đột được trình bày ở BẢNG 6.2.

BẢNG 6.2. Giải quyết các mâu thuẫn trong hợp tác

Đàm phán	Thường liên quan đến thương lượng. Nó thường được áp dụng với một hợp đồng hoặc giao dịch giữa các bên liên quan. Các bên đi đến thỏa thuận thông qua thảo luận.
Hòa giải	Một người thứ 3 hoạt động như một trung gian để giúp giải quyết tranh chấp. Họ hướng dẫn thảo luận để giúp tạo ra một giải pháp. Các bên phải thể hiện rằng họ muốn giải quyết, có thể cho và nhận.
Trọng tài	Một bên thứ 3 vô tư lắng nghe cả hai bên tranh chấp và quyết định về vấn đề này. Các bên tranh chấp đang bị ràng buộc bởi các quyết định. Thường bắt nguồn từ một hợp đồng tranh chấp về tài chính (không linh hoạt) hoặc khi hòa giải không thành công.
Hợp tác	Các bên làm việc cùng nhau để đi đến các giải pháp sáng tạo nhằm đạt được kết quả mà hai bên mong muốn. Phương pháp động não thường được sử dụng. Không cần thiết phải có người trung gian thứ 3.
Đồng thuận	Những người tham gia trong cuộc xung đột đồng ý về một số điểm và đi đến quyết định, tất cả đều có thể chung sống với các quan điểm bất đồng đó, mỗi người từ bỏ một ít sự bất đồng của riêng mình, tuân thủ theo nguyên tắc đa số.

6.5.2. CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP TRONG HỢP TÁC

Với những góc độ và mục đích khác nhau, nhiều quan niệm khác nhau về giao tiếp đã được đưa ra, đó là: “Giao tiếp là nói một điều gì đó với ai đó”; “Giao tiếp là việc chuyển tải các ý tưởng giữa loài người”; “Giao tiếp là sự trao đổi thông tin”; “Giao tiếp là sự chia sẻ thông tin và tạo quan hệ”; “Giao tiếp là việc truyền đạt hướng dẫn, chỉ dẫn giữa người này và người khác, có thể dẫn đến hành động”...

Nếu hiểu theo nghĩa rộng trong bối cảnh hợp tác vì Một sức khỏe: “Giao tiếp là sự chia sẻ thông tin và tạo quan hệ” thì hiện tượng này không chỉ có ở xã hội loài người, mà còn tồn tại khách quan, xuất hiện ở cả các loài khác. Tuy nhiên, ở góc độ hợp tác giữa các ngành với nhau, “giao tiếp” được hiểu là hành động xác lập mối quan hệ và sự tiếp xúc giữa con người với con người, nhằm thỏa mãn nhu cầu nhất định về thông tin để giải quyết vấn đề. Trên cơ sở thu nhận thông tin, hai bên giao tiếp sẽ xây dựng, điều chỉnh mục tiêu, hành vi qua sự tương tác lẫn nhau để cùng hiểu biết về một tình huống, có cùng tiếng nói, thu được lợi ích nhiều nhất có thể. Đặc biệt trong bối cảnh Một sức khỏe, sự hợp tác giữa các ngành để tối ưu hóa nguồn lực và nỗ lực của các lĩnh vực khác nhau, nhằm giải quyết một vấn đề liên quan đến sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe hệ sinh thái, thì vấn đề giao tiếp càng trở nên quan trọng và cần thiết. Khi một nhóm hay một đội ngũ chuyên gia trong các lĩnh vực khác nhau được thiết lập để giải quyết vấn đề Một sức khỏe, vấn đề giao tiếp giữa các thành viên luôn được đặt ra vì các lý do sau:

- Trong một nhóm, tất cả các thành viên đều làm việc vì một mục tiêu chung. Cần phải đảm bảo rằng mục tiêu được chia sẻ bởi tất cả các thành viên. Nếu có những câu hỏi/thắc mắc về mục tiêu thì các câu hỏi này cần phải được giải quyết một cách nhanh chóng để cả nhóm tiến hành các công việc tiếp theo.
- Khi cần phải ra quyết định, nhóm cần nhận thức được rằng các quyết định đó là trong tầm tay của nhóm và tất cả mọi người lúc này cùng trong một hoàn cảnh.

- Nếu thông tin liên lạc giữa các thành viên được duy trì, công việc chung của nhóm sẽ đạt hiệu quả cao hơn. Giao tiếp đảm bảo thông tin được chia sẻ trong nhóm. Tất cả các thành viên trong nhóm đều có kiến thức. Kiến thức chính là sức mạnh, tất cả các thành viên đều có cảm giác có quyền và được cống hiến.
- Thông qua giao tiếp, các thành viên trong nhóm sẽ đóng góp nhiều hơn và cảm thấy có giá trị cho nhóm hay đội của mình.

Để hoạt động giao tiếp có hiệu quả, cần đảm bảo những yếu tố cơ bản sau:

- Phải xây dựng được một bản thông điệp có hiệu quả, nghĩa là nội dung phải rõ ràng, trình bày hợp lý và truyền tải hữu hiệu.
- Bảo đảm dòng chảy thông tin, có nghĩa là trong giao tiếp phải bảo đảm thông tin liên tục, không bị gián đoạn, để người phát và nhận thông tin dễ chia sẻ với nhau.
- Bảo đảm cho ý nghĩa của thông điệp phản ánh được hiểu theo một nghĩa nhất định, tránh được hiện tượng hiểu nhầm, hiểu sai vấn đề.
- Quan tâm đến bối cảnh giao tiếp (giao tiếp với ai? như thế nào? khi nào?...). Phải có sự phản hồi khi cần thiết. Cần chú ý đến ngôn ngữ và các kiến thức cần thiết.

Trong quá trình hợp tác, để giao tiếp giữa các thành viên trong nhóm/đội có hiệu quả cần phải tuân thủ một số nguyên tắc sau đây:

- Đảm bảo các mục tiêu được xác định rõ ràng. Tương tác là nhằm mục đích giải quyết vấn đề và đạt được mục tiêu của nhóm. Đảm bảo thành viên trong nhóm tin tưởng lẫn nhau bằng cách giao tiếp cởi mở.
- Trong các hình thức giao tiếp có hai kỹ năng quan trọng cần phải chú ý, đó là kỹ năng viết và kỹ năng nghe.

Trong kỹ năng viết, nhằm cung cấp thông tin trong quá trình hợp tác cần phải tuân thủ một số nguyên tắc, trong đó có một số nguyên tắc cơ bản đã được George Orwell đưa ra. Đó là:

- Không bao giờ sử dụng một phép ẩn dụ, tỉ dụ, hoặc con số khác với bài phát biểu của bạn trong bản in.
- Không bao giờ sử dụng một từ dài mà có thể thay thế bằng một từ ngắn hơn.
- Nếu có thể thì cắt giảm một từ.
- Không bao giờ sử dụng thể bị động khi bạn có thể sử dụng thể chủ động.
- Không bao giờ sử dụng một cụm từ nước ngoài, nếu bạn có thể sử dụng tiếng Việt.

Nếu bạn phá vỡ bất cứ quy tắc nào ở trên có thể dẫn tới một thông tin phản cảm, phản khoa học.

Bên cạnh kỹ năng viết, kỹ năng lắng nghe đóng vai trò rất quan trọng trong công việc. Muốn thành công trong bất cứ mối quan hệ hợp tác nào cũng phải biết lắng nghe. Lắng nghe giúp ta học hỏi kinh nghiệm, thấu hiểu tâm tư tình cảm, tính cách, sở thích, thói

quen của đối tác. Từ đó tạo sự gắn kết, hợp tác và tăng hiệu quả công việc. Để lắng nghe một cách hiệu quả, cần phải:

- Tập trung vào người nói. Chú ý các dấu hiệu trong lời nói, kể cả ngữ điệu, cường độ của lời nói. Loại bỏ các yếu tố nhiễu xung quanh.
- Khuyến khích bằng các tín hiệu không lời (gật đầu, nghiêng về phía người nói).
- Khuyến khích người nói bằng cách sử dụng các từ như “có”, “tôi biết”...
- Đặt câu hỏi để làm rõ những gì được nghe.
- Kiểm tra hiểu biết của bạn bằng cách lặp lại hoặc diễn giải những gì bạn nghĩ rằng bạn đã nghe được.
- Phản hồi khi thích hợp, kiểm soát phản ứng. Nghe toàn bộ nội dung không ngắt quãng. Dành thời gian cho người nói suy nghĩ và trò chuyện. Tóm tắt những gì đã nghe được.

6.6. ÁP DỤNG NĂNG LỰC LÃNH ĐẠO TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH

6.6.1. TÌNH HUỐNG

Trong xã A có 30 người bị chó cắn, trong đó có 10 người đã tiêm phòng vắc xin. Đồng thời trong xã có xuất hiện một số chó chạy rong, cắn những con chó khác. Đã có một số người bị những con chó hoang này cắn, gây hoang mang cho người dân trong xã. Trong đó có 2 con chó bị đập chết và mổ thịt. Toàn xã có 500 chó nhưng chỉ có 100 chó đã tiêm vắc xin.

Hãy áp dụng năng lực lãnh đạo trong Một sức khỏe để giải quyết với ổ dịch bệnh dại trong trường hợp nêu trên?

6.6.2. GIẢI QUYẾT TÌNH HUỐNG

Nhóm lãnh đạo đa ngành trong giải quyết vấn đề Một sức khỏe bao gồm các cá nhân đến từ nhiều lĩnh vực khác nhau. Trong trường hợp này, nhóm lãnh đạo đa ngành được xây dựng gồm các nhà Y học lâm sàng, Y tế công cộng và Thú y. Năng lực lãnh đạo trong Một sức khỏe sẽ giúp cho người lãnh đạo nhóm có thể làm việc với những đối tác bên ngoài lĩnh vực của mình. Giả thiết nếu lãnh đạo nhóm liên ngành là một chuyên gia về Y tế công cộng. Sự hiểu biết nhất định về bệnh Dại trên vật nuôi, ổ dịch bệnh Dại ngoài môi trường và các đặc điểm lâm sàng về bệnh Dại trên người sẽ giúp người lãnh đạo dễ dàng chia sẻ cũng như tiếp nhận các ý kiến từ các thành viên khác. Đồng thời, với các kỹ năng y tế công cộng giúp phân tích và tổng hợp các thông tin này để đưa ra các quyết định hoặc hành động phù hợp. Nói cách khác, năng lực lãnh đạo Một sức khỏe yêu cầu người lãnh đạo có thể kết hợp hài hòa trách nhiệm và lợi ích của mỗi bên liên quan, phù hợp với từng điều kiện cụ thể. Như vậy, hình mẫu phong cách lãnh đạo hợp tác, thân thiện là phù hợp trong trường hợp này.

6.7. ÁP DỤNG NĂNG LỰC HỢP TÁC VÀ QUAN HỆ ĐỐI TÁC TRONG VIỆC KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH TRUYỀN LÂY VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM

6.7.1. TÌNH HUỐNG 1

Một ổ dịch cúm gia cầm typ A/H₅N₆ tại một xã trên địa bàn huyện Chi Lăng, tỉnh Lạng Sơn, đã làm chết 2.000 con gà và 2 người bị mắc bệnh cúm.

Dựa vào năng lực hợp tác và quan hệ đối tác mà anh (chị) đã học, hãy trình bày các bước để xử lý tình huống trên.

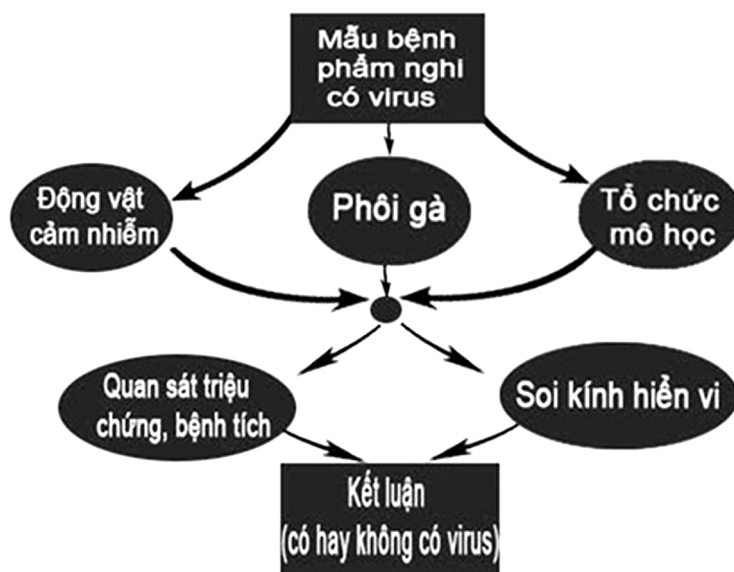
6.7.2. GIẢI QUYẾT TÌNH HUỐNG 1

Xác định các bên liên quan trong giải quyết vấn đề cúm gia cầm tại huyện.

Có thể bao gồm các cơ quan tham gia sau: Cơ quan thú y, cơ quan y tế dự phòng, chính quyền địa phương cấp huyện, các tổ chức xã hội gồm hội phụ nữ, hội nông dân, cựu chiến binh, đoàn thanh niên, lực lượng vũ trang cơ sở.

Xác định vai trò cụ thể của các bên

Điều phối các bên tham gia. Khi dịch cúm gia cầm xảy ra trên địa bàn của huyện Chi Lăng, tỉnh Lạng Sơn thì chúng ta cần xem xét trong trường hợp này bên nào sẽ điều tiết các công việc. Nếu không có trường hợp lây nhiễm sang người thì Thú y sẽ là bên chỉ đạo chính, còn Y tế dự phòng sẽ là bên tham gia phối hợp chính, ngoài ra còn phải phối hợp với các bên khác như công an, phụ nữ, đoàn thanh niên, hội cựu chiến binh, dân phòng...



HÌNH 6.5. Sơ đồ các bước thực hiện kiểm soát một vụ dịch

(Nguồn: Trung tâm Chẩn đoán Thú y Trung ương, 2015)

Nhân lực, vật lực. Nếu bên Thú y chỉ đạo và điều tiết các công việc thì những yêu cầu về chuẩn bị nhân lực như sau: cử một cán bộ có chuyên môn phòng thí nghiệm xuống hiện trường để lấy mẫu tại cơ sở và xét nghiệm theo các bước sau:

- Cán bộ Y tế dự phòng cùng kết hợp trong việc đánh giá khả năng lây lan của bệnh cúm gia cầm sang người tại xã và thiết lập kế hoạch phòng chống bệnh này ở người.
- Công an xã kết hợp với hội cựu chiến binh và đoàn thanh niên có nhiệm vụ lập chốt kiểm dịch tại cơ sở để ngăn người dân vận chuyển trái phép gia cầm chết ra khỏi địa bàn để ngăn ngừa dịch phát tán sang các địa phương khác. Hội phụ nữ có nhiệm vụ tuyên truyền cho bà con nông dân các tác hại của bệnh cúm gia cầm, tập hợp người dân để phổ biến các tác hại cũng như truyền thông về cách xử lý gia cầm chết. Cần chú ý rằng đối với tất cả các cán bộ kể trên đều phải huy động tối đa nguồn nguyên vật liệu tại chỗ để đảm bảo cho công việc diễn ra một cách hiệu quả và nhịp nhàng.

Xây dựng quy tắc phòng, chống dịch cúm gia cầm tại địa phương để đối phó với dịch cúm như sau:

- Tập trung kiểm tra, xử lý gia cầm không rõ nguồn gốc tại các cơ sở kinh doanh, vận chuyển, buôn bán gia cầm nhỏ lẻ, các chợ đầu mối, nhất là tại các khu vực biên giới, cửa khẩu. Xử lý nghiêm những trường hợp vi phạm, không thực hiện quy trình vệ sinh phòng chống dịch bệnh. Các địa phương cần thành lập các đoàn kiểm tra liên ngành để kiểm tra việc triển khai công tác phòng chống dịch bệnh đến tận thôn bản, tạo sự đồng bộ từ các cấp, các ngành đến người dân.
- Thực hiện tốt công tác giám sát dịch bệnh đến tận các cơ sở chăn nuôi, thôn xóm. Lưu ý lấy mẫu kiểm tra giám sát dịch bệnh ở những nơi có số lượng gia cầm lớn, các vùng chăn nuôi tập trung, các chợ đầu mối kinh doanh gia cầm, những nơi có nguy cơ mắc bệnh cao, những ổ dịch cũ.
- Thực hiện tốt việc tiêm các loại vắc xin cho đàn gia cầm, tổng tẩy uế môi trường để chủ động tạo miễn dịch cho đàn gia cầm và làm sạch môi trường, ngăn chặn mầm bệnh xâm nhập. Làm tốt việc tuyên truyền về vai trò, lợi ích của việc tổng tẩy uế môi trường để người chăn nuôi chủ động áp dụng, cùng chính quyền địa phương làm sạch môi trường.
- Tuyên truyền đầy đủ, đúng mức độ để người dân chủ động áp dụng các biện pháp phòng dịch, nhưng vẫn đảm bảo phát triển sản xuất, sử dụng gia cầm làm thực phẩm rõ nguồn gốc, không hoang mang, không quay lưng lại với thịt gia cầm để ngành chăn nuôi gia cầm tiếp tục phát triển ổn định.
- Nâng cao năng lực ngành thú y, các địa phương chủ động xây dựng kế hoạch về tăng cường đào tạo, tập huấn cho cán bộ thú y, đặc biệt mạng lưới thú y xã, thôn bản để chủ động áp dụng các biện pháp chuyên môn kỹ thuật ngăn chặn dịch bệnh và sẵn sàng đối phó khi có dịch bệnh xảy ra. Đầu tư trang thiết bị, máy móc chuyên dụng để ngành Thú y thực hiện tốt công tác tiêm phòng, vệ sinh tiêu độc, tổng tẩy uế môi

trường. Trực tiếp hướng dẫn người chăn nuôi áp dụng các biện pháp kỹ thuật trong phòng, chống dịch bệnh. Thống kê, báo cáo, giám sát dịch bệnh, kịp thời xử lý tình huống, ngăn chặn dịch bệnh ngay từ cơ sở.

- Ngành Thú y đã chuẩn bị đầy đủ các phương tiện phục vụ công tác xét nghiệm chẩn đoán bệnh cúm gia cầm, hiện đang khẩn trương hoàn tất việc trang bị hệ thống trang thiết bị hiện đại để có đủ năng lực chẩn đoán bệnh cúm gia cầm, đồng thời giám sát tình hình nhiễm virus cúm gia cầm trên những đàn gà đã được tiêm phòng.
- Ngành Y tế đã có kế hoạch giám sát công tác tiêm phòng vắc xin cúm cho người. Chuẩn bị đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị, vật tư, bảo hộ lao động, cấp phát cho huyện, xã sẵn sàng cho công tác phòng chống dịch cúm gia cầm. Nhập thuốc bột Tamiflu chuẩn bị dự phòng trong trường hợp có dịch xảy ra và có người lây nhiễm Cúm gia cầm.

Ngoài việc xây dựng các quy tắc kể trên thì việc xác định thuận lợi và khó khăn của các bên liên quan tại địa phương rất quan trọng. Nếu ngành Thú y còn thiếu nguyên vật liệu để phục vụ công tác chẩn đoán và lấy mẫu thì phải yêu cầu ngành Y tế hỗ trợ.

Kêu gọi sự hỗ trợ, tham gia của các tổ chức như: các công ty thuốc, công ty thức ăn chăn nuôi có thể hỗ trợ vắc xin hoặc giảm giá thành thức ăn cho bà con nông dân bị thiệt hại. Đồng thời tranh thủ sự đóng góp, hỗ trợ của các cá nhân, các nhà hảo tâm trong và ngoài địa bàn.

Tuy nhiên, việc cốt lõi nhất vẫn là sự vào cuộc của cộng đồng, nâng cao ý thức cho bà con nông dân và người dân tại địa phương, tại các khu vực lân cận để thúc đẩy vai trò của cộng đồng trong phối hợp với chính quyền địa phương để phòng chống dịch.

6.7.3. TÌNH HUỐNG 2

Phát hiện được chất cấm tại trang trại nuôi lợn thịt thương phẩm tại thành phố Thái Nguyên, cụ thể có 70/150 mẫu dương tính với chất cấm Salbutamol khi lợn đang chuẩn bị xuất chuồng 1 tuần.

Dựa vào năng lực hợp tác và quan hệ đối tác mà anh (chị) đã học, hãy trình bày các bước để xử lý tình huống trên.

6.7.4. GIẢI QUYẾT TÌNH HUỐNG 2

Xác định các bên tham gia gồm: Chi cục Chăn nuôi và Thú y và Trạm Thú y thành phố, cơ quan Y tế, đội kiểm tra liên ngành, các đầu mối cung cấp thức ăn chăn nuôi, thuốc thú y cho trang trại, các đầu mối thu mua và chế biến sản phẩm từ lợn, chính quyền địa phương cấp thành phố, lực lượng vũ trang, các tổ chức xã hội khác, các cơ quan truyền thông.

Tổ chức họp khẩn cấp các bên liên quan bàn về vấn đề đã phát hiện tại trang trại kể trên để tìm ra nguồn gốc, xuất xứ của chất cấm này. Tìm hiểu xem trang trại lợn này lấy

chất cấm ở đâu, cá nhân nào cung cấp? Từ đó có biện pháp xử lý và kiểm soát tình hình sử dụng chất cấm trong chăn nuôi tại trại.

Để ngăn chặn các hành vi gây nguy hiểm đến sức khỏe, tính mạng người tiêu dùng và có các chế tài xử lý cụ thể, cần căn cứ vào các văn bản theo quy định của pháp luật tại từng thời điểm cụ thể.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 6

1. Áp dụng năng lực lãnh đạo trong giải quyết bệnh Cúm gia cầm H₅N₁.
2. Cách xác định các bên liên quan để xây dựng mối quan hệ hợp tác có hiệu quả trong Một sức khỏe.
3. Áp dụng năng lực hợp tác và quan hệ đối tác trong việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây và an toàn thực phẩm.
4. Lấy một ví dụ về áp dụng năng lực hợp tác và quan hệ đối tác trong việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây.
5. Lấy một ví dụ về áp dụng năng lực hợp tác và quan hệ đối tác trong việc kiểm soát an toàn thực phẩm.

CHƯƠNG 7

GIÁ TRỊ ĐẠO ĐỨC, TƯ DUY HỆ THỐNG MỘT SỨC KHỎE TRONG KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM

7.1. KHÁI NIỆM VỀ GIÁ TRỊ ĐẠO ĐỨC

Năng lực giá trị và đạo đức bao gồm các năng lực xác định và đáp ứng một cách tôn trọng và công bằng trên tất cả các lĩnh vực, các ngành đối với các vấn đề Một sức khỏe trong sự đa dạng của con người, của động vật và các bối cảnh hệ sinh thái, đồng thời thúc đẩy trách nhiệm giải trình để có được tác động đầy đủ đến các quyết định của hệ thống tích hợp ở cấp địa phương, cấp quốc gia, và cấp quốc tế.

Năng lực này thể hiện giá trị cá nhân, đạo đức và tính chuyên nghiệp trong việc lập kế hoạch và thực hiện các biện pháp can thiệp trong Một sức khỏe.

Một chuyên gia Một sức khỏe cần tôn trọng và đối xử công bằng với các cá nhân, luôn sẵn sàng lắng nghe và nhìn nhận ý kiến cá nhân từ các ngành và các lĩnh vực khác nhau, từ đó thay đổi ý tưởng, quan điểm, phương pháp tiếp cận dựa trên kết quả thông tin mới hoặc tình huống mới. Điều này thể hiện ở việc cư xử đối với người khác một cách trung thực, công bằng và tôn trọng. Họ dám chịu trách nhiệm về công việc của mình, dám thừa nhận sai lầm và sẵn sàng thay đổi ý tưởng, nhận thức dựa trên những thông tin mới hoặc tình huống mới qua khả năng xem xét các khía cạnh đạo đức khác nhau của một tình huống trước khi đưa ra quyết định. Bên cạnh đó, cần tôn trọng và đối xử công bằng giữa các nhóm. Năng lực xác định các khía cạnh đạo đức khác nhau của các quyết định bao gồm cả các tình huống khó xử và xung đột lợi ích tồn tại trên mọi ngành và mọi lĩnh vực, đồng thời có tính đến những khía cạnh đó khi ra quyết định cho ra hành động của nhóm. Giá trị và đạo đức thể hiện ở việc chủ động tìm kiếm và học hỏi từ người khác, tích cực hỗ trợ các thành viên khác, sẵn sàng chia sẻ kỹ năng, kiến thức, chuyên môn, tạo ra môi trường tin cậy trong nhóm, tương tác với các thành viên khác một cách công bằng, đối xử nhất quán với mọi người trong mọi tình huống khó xử về đạo đức. Ngoài nhóm, việc tôn

trọng và đối xử công bằng giữa các tổ chức cũng giúp đảm bảo rằng các quyết định liên quan đã tính đến đạo đức và các giá trị của tất cả các tổ chức và các bên liên quan tham gia vào hành động Một sức khỏe. Các nhà hoạt động trong lĩnh vực Một sức khỏe có trách nhiệm giải trình đầy đủ tác động, công nhận và thừa nhận khi hậu quả không lường trước xảy ra do thiếu hiểu biết về sự khác biệt giữa các ngành và kế hoạch phát triển của các hành động trong tương lai.

7.2. KHÁI NIỆM VỀ TƯ DUY VÀ PHÁT TRIỂN TƯ DUY

7.2.1. KHÁI NIỆM VỀ TƯ DUY

Tư duy là một phạm trù triết học dùng để chỉ những hoạt động của tinh thần, đem những cảm giác của con người để sửa đổi và cải tạo thế giới thông qua các hoạt động vật chất, làm cho con người có nhận thức đúng đắn về sự vật và có cách ứng xử phù hợp với nó.

Tư duy là sản phẩm cao nhất của vật chất được tổ chức một cách đặc biệt—bộ não con người. Tư duy phản ánh tích cực hiện thực khách quan dưới dạng các khái niệm, sự phán đoán, lý luận....

Theo triết học duy tâm khách quan, tư duy là sản phẩm của “Ý niệm tuyệt đối” với tư cách là bản năng siêu tự nhiên, độc lập, không phụ thuộc vào vật chất. Theo George Wilhemer Fridrick Heghen: “Ý niệm tuyệt đối là bản nguyên của hoạt động và nó chỉ có thể biểu hiện trong tư duy, trong nhận thức của cá nhân mà thôi”. Karl Marx nhận xét: “Đối với Heghen, vận động của tư duy được ông nhân cách hóa dưới tên gọi “ý niệm” là chúa sáng tạo ra hiện thực; hiện thực chỉ là hình thức bề ngoài của ý niệm”.

Theo triết học duy vật biện chứng, tư duy là một trong các đặc tính của vật chất phát triển đến trình độ tổ chức cao. Về lý thuyết, Karl Marx cho rằng: “Vận động kiểu tư duy chỉ là sự vận động của hiện thực khách quan, được di chuyển vào và được cải tạo, tái tạo trong đầu óc con người dưới dạng một sự phản ánh”. Luận cứ này còn dựa trên những nghiên cứu thực nghiệm của Ivan Petrovich Pavlov, nhà sinh lý học người Nga. Bằng các thí nghiệm tâm, sinh lý áp dụng trên động vật và con người, ông đi đến kết luận: “Hoạt động tâm lý là kết quả của hoạt động sinh lý một bộ phận nhất định ở não”.

Tóm lại, tư duy là quá trình tâm lý, phản ánh những thuộc tính bản chất, những mối liên hệ và quan hệ bên trong có tính quy luật của sự vật, hiện tượng trong hiện thực khách quan mà trước đó ta chưa biết. “Tư duy thú vị hơn sự hiểu biết, nhưng lại kém thú vị hơn sự nhìn nhận” (Johann Wolfgang von Goethe).

7.2.2. PHÁT TRIỂN TƯ DUY

Việc phát triển tư duy là rất quan trọng, nếu không có khả năng tư duy thì không thể học tập, không thể hiểu biết, không cải tạo được tự nhiên, xã hội và rèn luyện bản thân. Phải đặt cá nhân vào tình huống có vấn đề để kích thích tính tích cực của bản thân, độc lập

sáng tạo khi giải quyết tình huống có vấn đề. Phải rèn luyện học tập nâng cao nhận thức để phát triển khả năng tư duy tốt, chính xác. Phải tăng cường khả năng trừu tượng, khái quát. Phải thường xuyên quan sát tìm hiểu thực tế, rèn luyện cảm giác, tính nhạy cảm, năng lực trí nhớ, nhằm nâng cao nhận thức cảm tính để sau đó rút ra nhận thức một cách lý tính, khoa học. Phải trau dồi vốn ngôn ngữ, vì ngôn ngữ là cái vỏ thể hiện tư duy và thông qua đó mới biểu đạt được tư duy của bản thân và lĩnh hội tư duy của người khác. Phải tích cực trong nhiều hoạt động và tăng cường các mối quan hệ giao tiếp. Tóm lại, muốn phát triển tư duy tốt có thể thực hiện theo các phương pháp sau:

Chọn thời gian phù hợp Đa số người lớn tuổi thường suy nghĩ sáng suốt hơn vào buổi sáng, trong khi những người trẻ lại thường minh mẫn hơn vào buổi chiều. Do đó, hãy cố gắng tìm ra những “khoảnh khắc vàng” của bộ não và để dành chúng cho những công việc đòi hỏi tư duy nhiều nhất. Hãy dành một thời gian tối thiểu trong ngày cho việc rèn luyện cơ thể. Lúc đó sẽ thấy việc chọn thời gian phù hợp là rất quan trọng.

Viết ra những gì chợt đến trong đầu Luôn luôn mang theo sổ và bút, hoặc bất cứ phương tiện nào giúp bản thân ghi lại những gì nhìn thấy, nghe thấy mà bản thân cho là quan trọng, hoặc những ý tưởng chợt đến. Có thể 99% những điều này là vô dụng, nhưng 1% còn lại sẽ thúc đẩy bản thân trở thành thiên tài. Bản thân sẽ không thể nhớ được nếu không ghi chép lại. Như một nhà hiền triết đã nói “Trí nhớ dù tuyệt vời đến đâu cũng không bằng một nét mực phai mờ nhất”.

Xây dựng kiến thức mới trên nền tảng những gì đã có Mỗi khi nhận được những thông tin mới, hãy liên hệ chúng với những gì mình đã biết. Đó là phương pháp tối ưu khiến cho những kiến thức mới không bị rơi rụng, và những hiểu biết đã có không bị lạc hậu.

Luôn luôn thực hành Một nghiên cứu do Viện nghiên cứu lão khoa (Mỹ) tiến hành cho thấy, việc thực hành thường xuyên trên một số lĩnh vực đã khiến khả năng nhận thức và trí nhớ ở những người 70 tuổi làm việc tốt hơn lúc họ 60. Vì vậy, hãy thường xuyên thực hành kiến thức của mình từ khi bạn còn trẻ.

Kết bạn với những người thông minh Đừng bao giờ bỏ qua cơ hội kết bạn với những người có khả năng tư duy cao hơn. Quan sát cách họ giải quyết vấn đề và suy nghĩ về điều đó, sẽ rút ra cho mình được nhiều kinh nghiệm.

Học cách tập trung Chúng ta đã bao giờ đột nhiên quên tên một người chỉ sau khi gặp anh ta vài phút? Vấn đề không phải trí nhớ mà là khả năng tập trung. Khi tiếp xúc với kiến thức mới hoặc bắt đầu một công việc trí tuệ, hãy cố gắng gạt bỏ ra khỏi đầu mọi vấn đề khác không liên quan. Nếu cảm thấy khó thực hiện, hãy tạo ra một môi trường thuận lợi: đóng cửa phòng, tắt điện thoại, yêu cầu người khác không làm phiền...

Thư giãn Một trong những biện pháp thư giãn tốt nhất cho những người làm việc trí tuệ là nghe nhạc Mozart. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh âm nhạc của ông vừa có tác dụng thư giãn, giảm stress, vừa kích thích sự hình thành mối liên hệ phức hợp giữa các phần của não, khả năng trao đổi thông tin trong não nhờ vậy trở nên hiệu quả hơn và tốc độ tư duy sẽ nhanh hơn.

Thử thách bản thân ở những lĩnh vực mới Khi gần cuối đời, họa sĩ theo trường phái ấn tượng nổi tiếng Henri Matisse đã chuyển từ việc sáng tác bằng cọ sang dùng kéo. Nhiều tác phẩm tranh cắt giấy của ông ra đời trong thời gian này đã trở thành kiệt tác nhờ có được phong cách thể hiện mới mẻ đến không ngờ. Bài học rút ra là đừng bao giờ ỷ lại vào kinh nghiệm. Kinh nghiệm có thể làm cho bạn trở thành chuyên gia trong nhiều lĩnh vực, nhưng cũng có thể khiến bạn trở nên cổ hủ, lạc hậu trước sự biến đổi của thời cuộc. Vì vậy, từ khi còn trẻ, hãy tìm cơ hội để thử thách khả năng ở những lĩnh vực mới, và đừng ngần ngại nếu phải làm lại từ đầu.

Rèn luyện cơ thể để bồi dưỡng tinh thần Một tinh thần minh mẫn chỉ có được trong một cơ thể khỏe mạnh. Nếu chúng ta đang chọn cho mình một hình thức luyện tập thì aerobic có thể là quyết định đúng đắn. Nhiều công trình nghiên cứu gần đây cho thấy, aerobic có thể cải thiện đáng kể khả năng làm việc trí óc. Nguyên nhân có thể do các bài tập aerobic làm tăng lượng oxy và dưỡng chất lên não, đồng thời kích thích sản sinh một hợp chất tự nhiên là neurotrophin, vốn có tác dụng thúc đẩy các tế bào não phát triển. Vì thế, dù bận rộn, hãy dành một thời gian tối thiểu trong ngày cho việc rèn luyện cơ thể. Chúng ta sẽ thấy điều này mang lại hiệu quả tốt nhất.

7.3. KHÁI NIỆM VỀ HỆ THỐNG, ĐẶC TRƯNG CỦA HỆ THỐNG

7.3.1. KHÁI NIỆM VỀ HỆ THỐNG

Hệ thống là một tập hợp các phần tử có mối quan hệ hữu cơ với nhau, tác động chi phối lẫn nhau theo các quy luật nhất định để trở thành một chỉnh thể. Các đặc tính của hệ thống được phát triển đồng nhất từ mối liên hệ của các cấu phần trong hệ thống. Tuy nhiên, mỗi cấu phần của hệ thống cũng có những đặc tính riêng, không đồng nhất với các thành phần khác. Trong lĩnh vực Một sức khỏe, hệ thống được hiểu như sự tập hợp các cấu phần của sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe môi trường. Các cấu phần này tác động qua lại, chi phối lẫn nhau, nhưng cũng có những đặc điểm riêng, không đồng nhất như nhau.

7.3.2. ĐẶC TRƯNG CỦA HỆ THỐNG

Mọi hệ thống đều có mục đích nhằm phục vụ cho một hệ thống lớn hơn.

Ví dụ: Mục đích của việc khống chế dịch cúm gia cầm do virus độc lực cao là ngăn ngừa xảy ra đại dịch cúm ở người và gia cầm, hạn chế tối đa tỷ lệ mắc bệnh và tử vong; đảm bảo sức khỏe cho con người và vật nuôi.

Tất cả mọi bộ phận của tổ chức đều phải tham gia vào việc tổ chức thực thi các hoạt động để đạt mục đích của hệ thống. Ví dụ: Muốn khống chế được dịch cúm gia cầm do virus độc lực cao phải có sự đồng thuận và tham gia của các tổ chức, cá nhân, các cơ quan,

ban ngành. Nếu bỏ bất kỳ một trong các thành phần này thì sẽ khó thực hiện được một cách tối ưu.

Các bộ phận của hệ thống phải được bố trí hợp lý để hệ thống thực thi đạt được mục đích của nó. Ví dụ: Nếu bố trí cho cán bộ tài chính đi tuyên truyền về phương thức lây truyền cúm gia cầm và biện pháp khống chế thì có thể sẽ làm sai mục đích và sẽ khó thực hiện được mục đích ban đầu đặt ra.

Hệ thống thay đổi trong khi đáp ứng với phản hồi. Từ “phản hồi” giữ vai trò trung tâm trong tư duy hệ thống. Phản hồi là thông tin quay trở lại nguồn phát của nó để gây ảnh hưởng tới hành động tiếp theo của nơi phát. Ví dụ: Lúc đầu dịch cúm gia cầm độc lực cao bùng phát ở gia cầm, nhưng chưa phát hiện người mắc bệnh, sau đó số lượng người mắc bệnh tăng lên. Thông tin về số lượng người mắc bệnh ngày càng tăng sẽ đặt được truyền về các cơ quan chức năng, từ thông tin này các cơ quan chức năng sẽ họp và lên kế hoạch hành động khẩn cấp để đối phó với dịch cúm gia cầm và đại dịch cúm ở người.

Hệ thống duy trì sự ổn định bằng việc điều chỉnh dựa trên phản hồi. Ví dụ: Sau khi công bố dịch cúm gia cầm, các ban ngành vào cuộc và khống chế được bệnh, nếu hết thời gian quy định không còn phát hiện thấy gia cầm mắc bệnh, Ban chỉ đạo sẽ xin ý kiến cấp trên và công bố hết dịch.

7.4. TƯ DUY HỆ THỐNG

7.4.1. KHÁI NIỆM VỀ TƯ DUY HỆ THỐNG

Tư duy hệ thống là quan điểm nhìn nhận thế giới khách quan trong một thể thống nhất không thể tách rời, mà ở đó tất cả các đơn vị, các yếu tố cấu thành, các hiện tượng cơ bản sinh ra từ chúng đều có mối liên hệ, tác động qua lại với nhau trong tổng thể.

Tư duy hệ thống là tư duy môi trường – bối cảnh, tư duy toàn thể để nhìn nhận thấu đáo một sự vật dựa trên sự thấu hiểu các mối liên hệ tồn tại giữa các hiện tượng, giữa sự vật với môi trường xung quanh, thay vì chỉ chú tâm vào chi tiết của sự vật đó. Tư duy hệ thống là tư duy mạng lưới, được tập trung vào mối quan hệ giữa các sự vật hơn là từng vật thể riêng lẻ, khuyến khích tương tác linh động giữa các cấp bậc thuộc cùng hệ thống. Tư duy hệ thống được nhìn nhận, đánh giá theo tiến trình, hay tư duy tiến trình, vì để thay đổi kết quả, trước tiên cần phải thay đổi tiến trình dẫn đến kết quả. Bên cạnh đó, tư duy hệ thống còn là tư duy hồi quy, việc kiểm tra giả thuyết, đặt ra câu hỏi tiếp theo để đi đến tận cùng vấn đề là công cụ bổ túc cho dự đoán.

Ví dụ, muốn tư duy hệ thống trong phòng chống cúm gia cầm độc lực cao cần: Lập kế hoạch, hiểu biết về bệnh, dự kiến diễn biến của bệnh, các cá nhân, tổ chức có thể tham gia khống chế dịch bệnh...

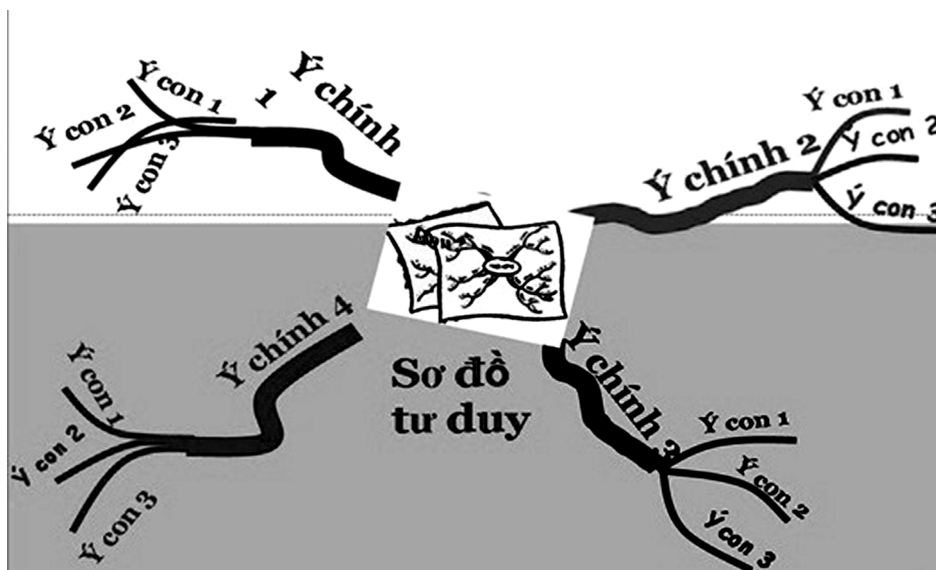
Trong quá trình tư duy hệ thống thường mắc các lỗi chi tiết mà quên đi cái tổng thể. Ví dụ: bệnh Cúm gia cầm độc lực cao không chỉ lây nhiễm cho gia cầm mà có thể lây sang người, vì vậy khi lập kế hoạch phòng chống không chỉ chú trọng đến việc phòng bệnh ở

gia cầm như thế nào mà còn phải có kế hoạch ngăn ngừa bệnh lây từ gia cầm sang người, các biện pháp khuyến cáo con người phòng ngừa bệnh....

7.4.2. CÁC KỸ NĂNG CỦA TƯ DUY HỆ THỐNG

Tư duy hệ thống bao gồm bốn kỹ năng.

7.4.2.1. Tư duy theo mô hình hóa

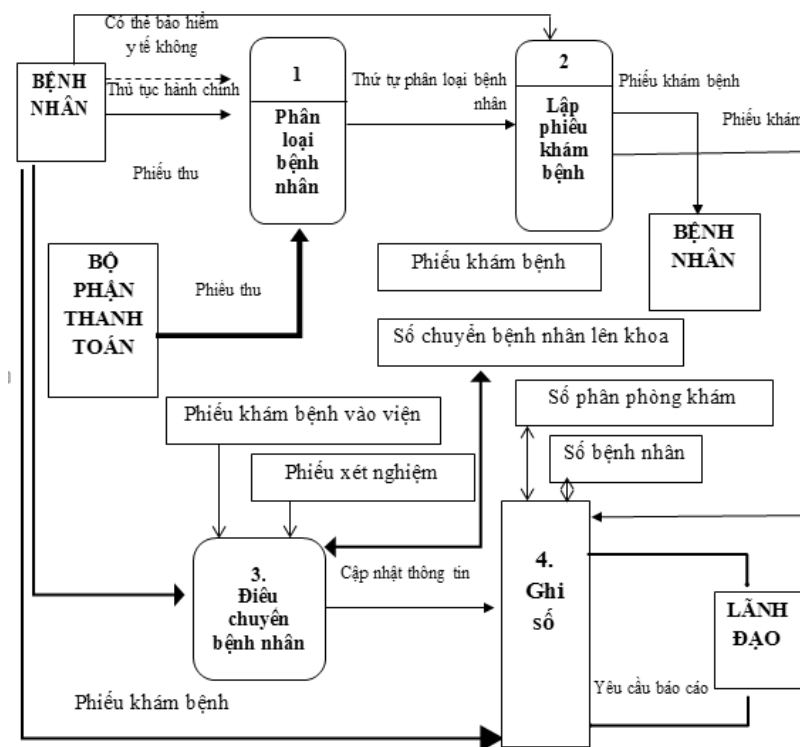


HÌNH 7.1. Cấu trúc chung của sơ đồ tư duy

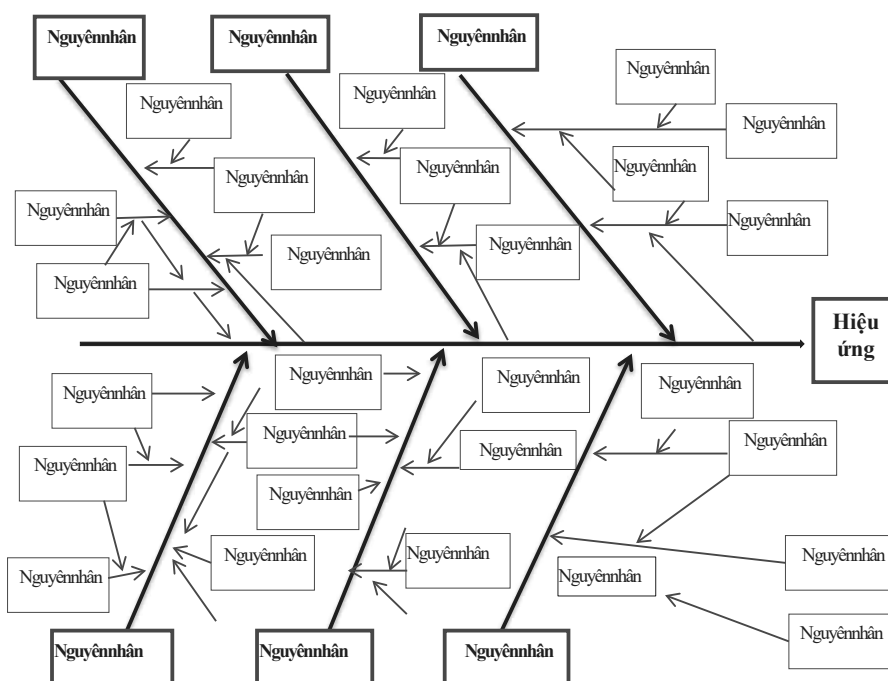
Tư duy hệ thống đòi hỏi việc ý thức sự kiện chúng ta giải quyết với các mô hình của thực tại chứ không với bản thân thực tại. Tư duy theo mô hình cũng chứa đựng khả năng xây dựng mô hình. Mô hình phải được xây dựng hợp lệ và có khả năng phát triển hơn nữa. Khả năng xây dựng mô hình và phân tích mô hình phụ thuộc phần lớn vào công cụ sẵn có để mô tả mô hình. Chọn một dạng mô hình biểu diễn thích hợp (như biểu đồ nhân quả, biểu đồ kho và luồng, phương trình...) là điểm mấu chốt của tư duy hệ thống, với mục đích rèn luyện các dạng biểu diễn của cách tiếp cận.

Ví dụ về biểu đồ phân luồng đón tiếp bệnh nhân khám chữa bệnh tại bệnh viện được mô tả từ khâu đón tiếp bệnh nhân đến quá trình khám, chữa bệnh, điều chuyển bệnh nhân được biểu thị qua HÌNH 7.2.

Biểu đồ chu trình nhân quả cho phép làm mô hình hóa định lượng, biểu đồ kho và luồng cho những hướng dẫn chủ chốt về cấu trúc của mô hình mô phỏng định lượng.



HÌNH 7.2. Biểu đồ luồng đón tiếp bệnh nhân khám chữa bệnh



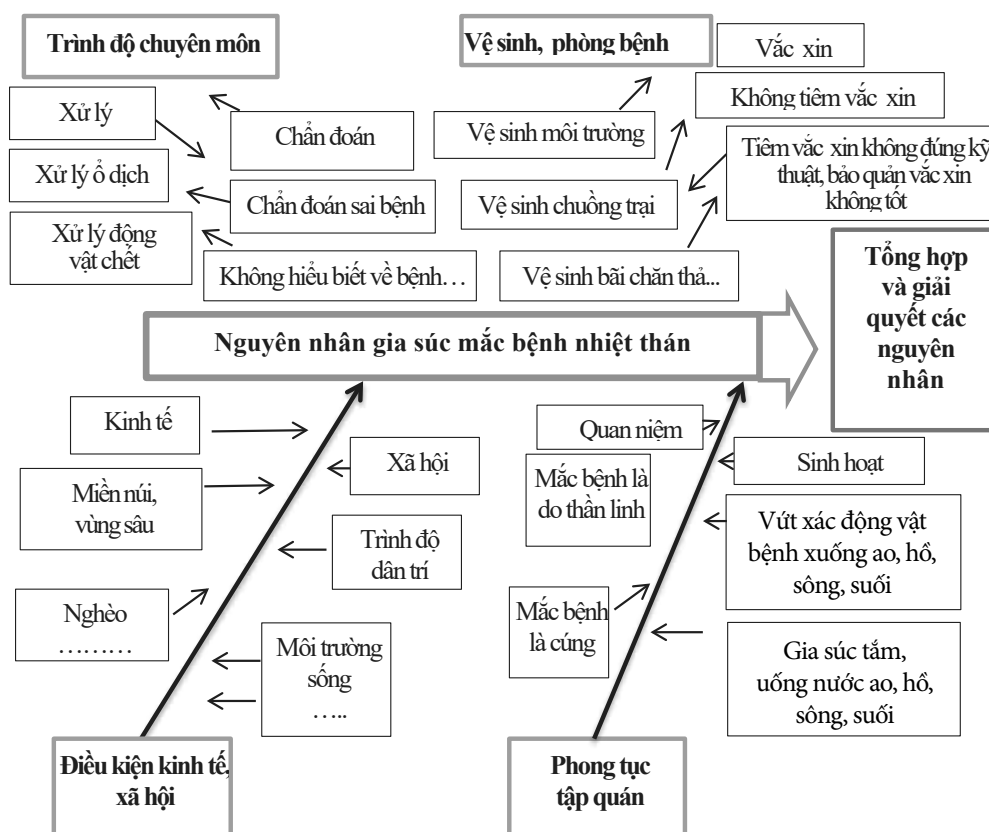
HÌNH 7.3. Sơ đồ mô hình biểu đồ nhân quả

Ví dụ về biểu đồ nhân quả: Xác định nguyên nhân mắc bệnh nhiệt thán bằng phương pháp tư duy hệ thống theo tư duy mô hình biểu đồ nhân quả. Biểu đồ nhân quả (CED) là một phương pháp tìm ra đối tượng mắc bệnh, nguyên nhân làm cho người, trâu, bò mắc bệnh nhiệt thán, ảnh hưởng của bệnh đến con người, động vật và môi trường, từ đó thực hiện các biện pháp để khống chế bệnh.

Biểu đồ nhân quả (HÌNH 7.3) là một công cụ hiệu quả giúp phát hiện những nguyên nhân cụ thể nhất, những nguyên nhân này có liên quan tới tình hình mắc bệnh, đồng thời giúp nắm được tận cảnh một cách có hệ thống.

Những lưu ý khi xây dựng mô hình biểu đồ nhân quả theo tư duy mô hình hệ thống:

- Trước tiên xác định vấn đề cần tìm hiểu (chọn xương sống), sau đó xác định các yếu tố/nguyên nhân liên quan đến vấn đề cần tìm hiểu (các nhánh chính – xương dăm).
- Mô tả một cách chi tiết các nhân tố ảnh hưởng đến bệnh (hình thành nên các nhánh chính – xương dăm), đây chính là nguyên nhân mấu chốt của bệnh.
- Tiến hành điều tra nguyên nhân từ các nhánh chính (xương dăm). Ưu tiên các nguyên nhân liên quan đến chuyên ngành, sau đó mới đến các yếu tố bên ngoài.



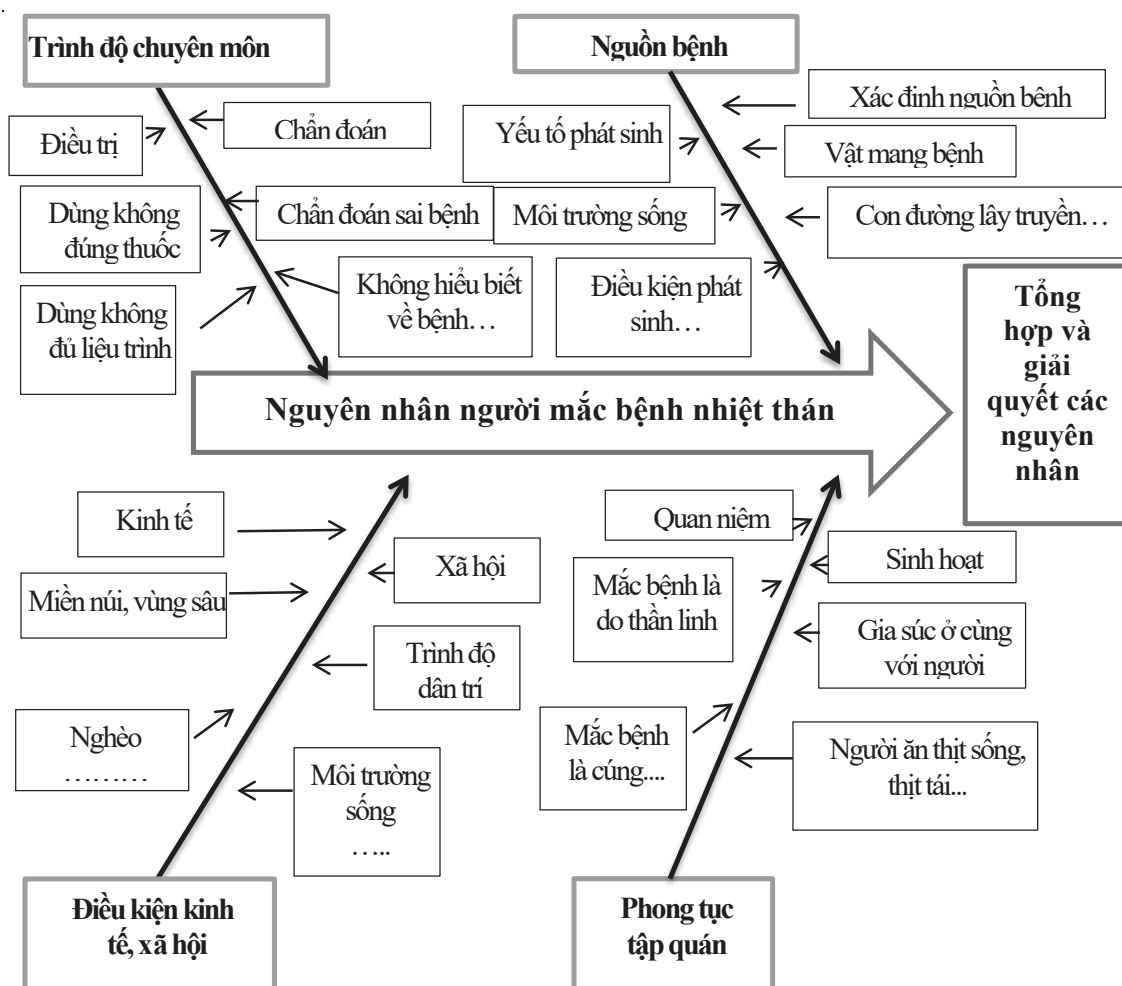
HÌNH 7.4. Sơ đồ mô hình biểu đồ nhân quả về gia súc mắc bệnh Nhiệt thán

Từ sơ đồ chung của mô hình, xác định mô hình tư duy hệ thống của bệnh Nhiệt thán qua một vài ví dụ về nguyên nhân mắc bệnh (HÌNH 7.4).

7.4.2.2. Tư duy theo tương quan

Là tư duy theo cấu trúc hệ thống, tương quan.

Người phương Tây thường rất giỏi trong cách lập luận nhân quả. Các quan hệ nếu – thì là những khối xây dựng cơ bản của tâm trí chúng ta vào việc hiểu mọi điều. Nền tảng của cách tư duy này là phác họa chính xác nguyên nhân và hậu quả. Để giải thích một hiện tượng chúng ta phải tìm nguyên nhân của nó. Người ta giả thiết rằng nguyên nhân này tồn tại, và rằng hậu quả bao giờ cũng có thể được quan sát, bất kỳ khi nào nguyên nhân hợp thức. Những từ và cụm từ như “vì”, “do vậy”, “nếu – thì” ký hiệu cho quan niệm tư duy như vậy có trong ngôn ngữ hàng ngày. Tương tự, trong toán học có khái niệm hàm



HÌNH 7.5. Sơ đồ tư duy theo tương quan về người mắc bệnh nhiệt thán

với một biến độc lập (= “nguyên nhân”) và một biến phụ thuộc (= “hậu quả”). Tương phản với cách tư duy này trong mối quan hệ nhân quả, có thể được gọi là tư duy chức năng hay tư duy tuyến tính - là tư duy theo tương quan.

Trong hệ thống có tương quan, chúng ta không chỉ có các hậu quả trực tiếp mà cả hậu quả gián tiếp nữa. Điều này có thể dẫn tới chu trình phản hồi. Chu trình phản hồi có thể làm tăng cường (dương tính) hay làm cân bằng (âm tính).

Tư duy theo tương quan là một cách tư duy có tính tới các hậu quả gián tiếp, mạng lưới các nguyên nhân và hậu quả, chu trình phản hồi và việc phát triển của các cấu trúc như vậy qua thời gian. Tư duy theo tương quan cũng đòi hỏi cách biểu diễn thích hợp: Sơ đồ chu trình nhân quả là công cụ đơn giản và linh hoạt nhất để ghi lại các vấn đề tương quan.

Ví dụ: Tư duy theo tương quan về người mắc bệnh Nhiệt thán (HÌNH 7.5).

7.4.2.3. Tư duy động

Là tư duy theo các tiến trình động (trễ, chu trình phản hồi, dao động) của các hệ thống có hành vi nào đó theo thời gian. Tính trễ và dao động thời gian là tính năng điển hình của hệ thống và đều có thể được quan sát theo chiều thời gian. Tư duy động cũng có nghĩa là nhìn trước sự phát triển trong tương lai. Một góc nhìn lại dĩ vãng đơn thuần trong quá khứ không đủ cho việc chỉ đạo thực tế hệ thống - giống như không thể chỉ nhìn vào một nguyên nhân, ví dụ: do điều kiện kinh tế khó khăn mà trâu, bò mắc bệnh Nhiệt thán.

Do vậy, các mô hình mô phỏng là rất có ích, hay thậm chí rất cần thiết để dự kiến những nguyên nhân khác trong hiện tại và có thể trong tương lai, đặc biệt khi thực tại có các nguyên nhân khác dẫn đến tình trạng bệnh.

7.4.2.4. Chỉ đạo hệ thống

Làm tăng khả năng cho việc quản lý hệ thống thực hành và hệ thống kiểm soát.

Kỹ năng thứ tư của tư duy hệ thống là việc chỉ đạo thực tế hệ thống. Tư duy hệ thống bao giờ cũng có cấu phần thực dụng, nó giải quyết không chỉ bằng suy nghĩ về hệ thống, mà còn quan tâm tới hành động hướng theo hệ thống.

Một trong những câu hỏi nền tảng và quan trọng nhất của hệ thống thực hành là: Cấu phần hệ thống nào là chủ đề cho sự thay đổi? Trong hệ thống xã hội thường không thể thay đổi hành vi của người khác một cách trực tiếp được, người ta chỉ có thể thay đổi hành vi của chính mình. Trong một hệ thống kinh tế, người sản xuất thường không điều khiển trực tiếp được thị trường. Các hoạt động thị trường thường là các hoạt động của phía cung cấp để hấp dẫn phản ứng ham muốn của phía yêu cầu.

Tại sao tư duy hệ thống lại có giá trị? Bởi vì nó có thể giúp thiết kế khôn ngoan, kéo dài giải pháp của vấn đề. Theo nghĩa đơn giản nhất, tư duy hệ thống cung cấp bức tranh chính xác hơn về thực tế, để có thể sử dụng các lực tự nhiên của hệ thống đạt tới kết quả mong muốn. Tư duy hệ thống cũng động viên việc suy nghĩ về các vấn đề và giải pháp

thực hiện bằng con mắt nhìn lâu dài. Ví dụ: Làm thế nào để các giải pháp đặc biệt đang xem xét có thể tồn tại lâu được? Hậu quả có thể không được để ý tới là gì? Cuối cùng, tư duy hệ thống dựa trên một số nguyên tắc thông dụng, cơ bản có trong tất cả mọi phạm vi hoạt động của cuộc sống.

7.4.3. PHÂN BIỆT TƯ DUY HỆ THỐNG VỚI TƯ DUY TRUYỀN THỐNG

Cách tiếp cận tư duy hệ thống về cơ bản khác với cách tiếp cận phân tích truyền thống. Phân tích truyền thống tập trung vào việc tách bạch từng thành phần chi tiết của đối tượng được nghiên cứu. Trong thực tế, từ “phân tích” bắt nguồn từ nghĩa gốc, tức là chia thành các bộ phận hợp thành. Ngược lại, tư duy hệ thống tập trung vào cách đối tượng được nghiên cứu tương tác với các thành phần khác của hệ thống có chứa nó - hệ thống vốn là tập hợp các phần tử tương tác để tạo ra hành vi. Điều này có nghĩa là, thay vì cô lập những phần ngày càng nhỏ hơn của hệ thống được nghiên cứu, thì tư duy hệ thống làm việc bằng cách mở rộng góc nhìn của nó có tính tới số các tương tác ngày càng lớn, xem như vấn đề cần được nghiên cứu. Điều này đôi khi làm nảy sinh những kết luận khác biệt đáng để ý so với kết luận do dạng phân tích truyền thống đem lại, đặc biệt khi vấn đề được nghiên cứu là phức tạp động hay có nhiều phản hồi từ các nguồn khác, bên trong hay bên ngoài.

Đặc trưng của tư duy hệ thống làm cho nó rất có hiệu quả trong hầu hết các vấn đề khó giải quyết nhất: những vấn đề bao gồm các yếu tố phức tạp, những vấn đề phụ thuộc rất nhiều vào quá khứ hay hành động của các yếu tố khác, và những hành động bắt nguồn từ sự phối hợp không hiệu quả giữa những yếu tố tham dự.

7.4.4. VAI TRÒ CỦA TƯ DUY HỆ THỐNG TRONG MỘT SỨC KHỎE

Khái niệm Một sức khỏe đã được trình bày ở bài mở đầu, trong đó nhấn mạnh đến mối quan hệ tương tác giữa sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe hệ sinh thái. Với phương pháp tư duy hệ thống, nhìn nhận một cách tổng quát hơn là nhìn nhận từng bộ phận riêng lẻ trong hệ thống như đã đề cập ở trên, giúp cho các nhà khoa học làm việc trong lĩnh vực Một sức khỏe có cái nhìn toàn diện, phân tích được mối tương tác giữa ba lĩnh vực này với nhau, từ đó vượt qua ranh giới truyền thống giữa nhân y và thú y. Bằng việc phân tích toàn diện này sẽ đề xuất các giải pháp giải quyết vấn đề Một sức khỏe ưu việt hơn phương pháp tư duy truyền thống khác.

Ví dụ: Để giải quyết vấn đề dịch Cúm gia cầm xuất hiện tại địa phương, nếu áp dụng phương pháp tư duy truyền thống thì chỉ tiến hành chôn lấp, khử trùng khu vực chăn nuôi gia cầm thì chưa thể ngăn chặn được sự phát triển của dịch, nhất là khi bệnh lây lan sang người thì ngành Chăn nuôi Thú y không thể giải quyết được. Vì vậy, trường hợp này ta phải áp dụng phương pháp tư duy hệ thống để xác định xem dịch xảy ra ở người, động

vật và môi trường như thế nào? Ngoài ngành Thú y thì còn ngành nào tại địa phương cần tham gia để giải quyết vấn đề này? Chúng ta cần có tư duy hệ thống tổng thể về dịch cúm gia cầm khi đề cập tới vấn đề Một sức khỏe, chứ không chỉ bó hẹp trong ngành chuyên môn của mình.

7.5. CÁC PHƯƠNG THỨC TƯ DUY HỆ THỐNG MỘT SỨC KHỎE

7.5.1. SƠ ĐỒ HÓA CÁC ĐẶC ĐIỂM CHUNG

Tính sinh động và hình tượng của văn bản dưới dạng hình ảnh giúp người đọc dễ nhớ, dễ hình dung hơn các văn bản dạng chữ. Khi một hiện tượng được biểu thị dưới dạng biểu đồ sẽ giúp dễ dàng nhận biết mối quan hệ, sự liên quan giữa các đối tượng trong sự kiện, hoặc dễ dàng kết nối các sự kiện với nhau. Thiết lập mối liên hệ giữa các khái niệm mới đã được chuẩn hóa là một trong những kỹ năng tư duy quan trọng nhất của quá trình học tập.

Do vậy, sơ đồ hóa các khái niệm, các đặc điểm quan trọng về một sự vật, hiện tượng rất có ích khi tư duy về sự vật, hiện tượng đó trong những điều kiện cụ thể. Đồng thời, khi sơ đồ hóa được thực hiện dưới hình thức của một quá trình làm việc nhóm, chúng sẽ giúp cho việc động não, giao tiếp và tạo ra các hiểu biết nền tảng chung.

Ví dụ: Khi triển khai nghiên cứu, đánh giá nhanh với sự tham gia của cộng đồng về chuỗi giá trị chăn nuôi gia cầm trong dịch cúm A/H₅N₁. Việc tìm hiểu về khu vực chăn nuôi và buôn bán các sản phẩm gia cầm tại cộng đồng dễ dàng được thực hiện khi các đối tượng được phỏng vấn sử dụng que gỗ để vẽ sơ đồ cộng đồng dân cư với các hình ảnh nhà, chuồng trại, chợ; dùng sỏi đá để chỉ mật độ gia cầm tại các điểm chăn nuôi buôn bán được thể hiện trên bản đồ.

Trong phân tích hệ thống, việc phân tích mối quan hệ giữa các yếu tố khác nhau (các bên liên quan, các tổ chức, các quy trình) là rất quan trọng. Điều này càng quan trọng hơn khi nó được đề cập trong bối cảnh tiếp cận Một sức khỏe. Việc phân tích này khác với một dạng khác của phân tích, dựa trên sơ đồ hóa là phân tích giản lược. Sơ đồ hóa các đặc điểm chung sử dụng để xác định các điểm trọng yếu trong nghiên cứu, bao gồm xác định các yếu tố (các bên liên quan, các vấn đề, các quy trình...) của một tình huống phức tạp, hình thành thêm vào hệ thống để phục vụ cho quá trình phân tích sau này. Mục đích cuối cùng của việc phân tích này là thiết kế cải tiến hệ thống một vấn đề nào đó có thể được thực hiện bởi các bên liên quan.

Dựa trên những yêu cầu cụ thể mà có thể sử dụng một biểu đồ đơn giản hoặc phức hợp. Chúng ta nên sử dụng các hình ảnh hoặc dấu hiệu để xây dựng sơ đồ. Tuy nhiên, nếu việc sử dụng từ ngữ là cần thiết để giải thích rõ hơn các khái niệm thì từ ngữ có thể được kết hợp trong sơ đồ, nên sử dụng các từ hoặc cụm từ, không nên dùng cả câu để giải thích



HÌNH 7.6. Sơ đồ tổng hợp quá trình thu nhận kháng thể để tạo KIT xác định kháng nguyên

(Nguồn: Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 2010)

trong sơ đồ. Sau khi hoàn tất quá trình vẽ, cần đặt tên cho sơ đồ để giúp biểu thị tốt nhất mục đích và nội dung của sơ đồ.

Ví dụ: Xây dựng sơ đồ hóa quy trình thu nhận kháng thể đặc hiệu kháng nguyên, tạo Kit chẩn đoán (HÌNH 7.6).

Như vậy, thay cách diễn tả bằng lời quy trình tạo kháng thể để chế tạo kit chẩn đoán mà người đọc sẽ khó tiếp thu và khó nhớ, bằng cách thực hiện sơ đồ hóa thì người đọc sẽ dễ nhận biết và dễ nhớ hơn nhiều.

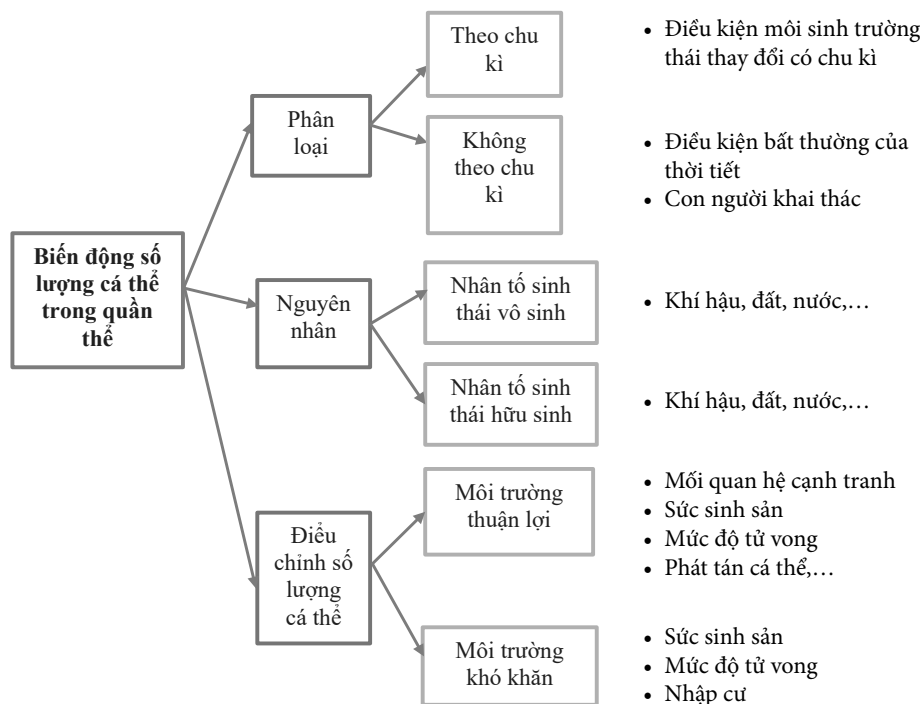
7.5.2. SƠ ĐỒ KHÁI NIỆM

Sơ đồ khái niệm là cách thể hiện và kết nối kiến thức bằng cách chỉ ra các cấu phần quan trọng (các khái niệm) và mối quan hệ giữa chúng quanh một chủ đề cụ thể. Sơ đồ khái niệm thường được sử dụng như một cách truyền đạt thông tin trong giảng dạy và học tập.

Sơ đồ khái niệm được sử dụng với nhiều mục đích khác nhau. Các mục đích sử dụng của nó có thể liệt kê, cụ thể như sau:

- Động não để sắp xếp và mở rộng một hướng suy nghĩ của một người;
- Ghi chú cá nhân;
- Ghi chú trong quá trình phỏng vấn;
- Chỉ ra mối liên quan của các khái niệm và các ý tưởng khác nhau;
- Giao tiếp trong một tình huống phức tạp với người khác.

Ví dụ:



HÌNH 7.7. Sơ đồ về biến động số lượng cá thể trong quần thể

Một sơ đồ khái niệm có thể được xây dựng theo các bước sau đây:

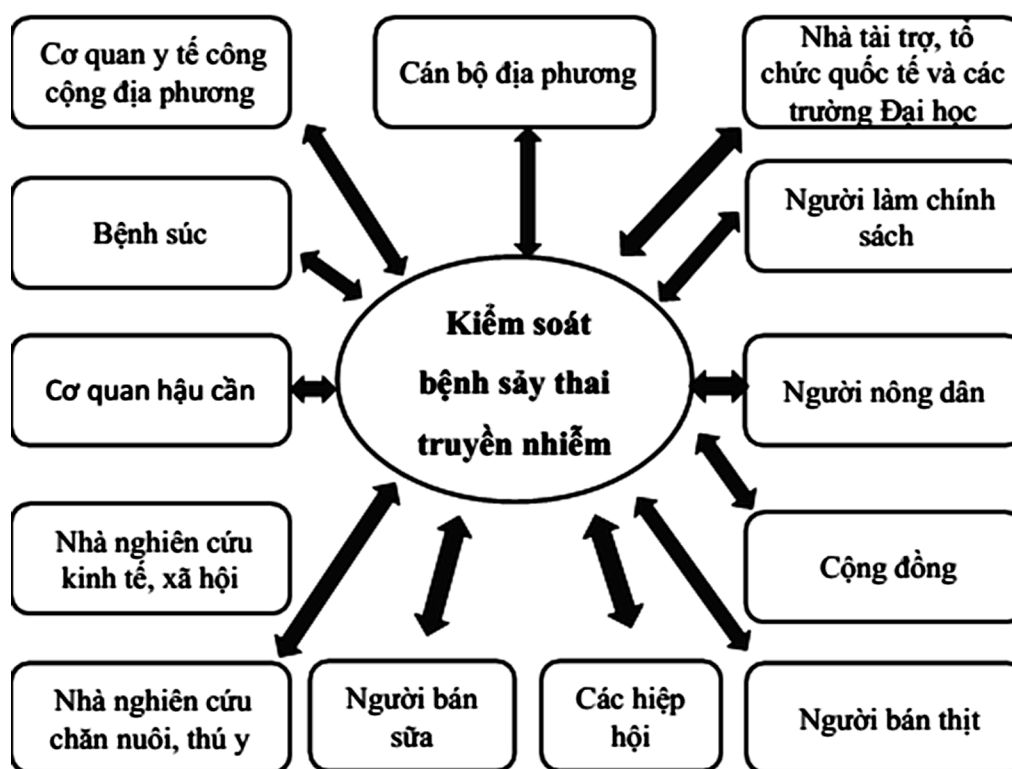
- Bước 1: Xuất phát với một khái niệm trung tâm hoặc chủ đề của cuộc phỏng vấn.
- Bước 2: Xây dựng các cấu phần xung quanh, các câu hỏi hoặc các vấn đề (thường là từ 4 đến 6 cấu phần). Các câu hỏi hoặc các vấn đề cấu phần thường được thể hiện bằng các từ hoặc cụm từ, kết nối với vấn đề trung tâm bằng các đường kẻ.
- Bước 3: Sau khi các cấu phần quan trọng được sắp xếp quanh vấn đề trung tâm, với mỗi cấu phần này lại có thể phát triển các cấu phần phụ tương tự. Sơ đồ khái niệm sẽ được xây dựng theo định hướng từ trung tâm ra dần phía ngoài.

Quá trình mở rộng được dừng lại sau khi sơ đồ được phát triển qua 3 hoặc 4 lớp, tính từ vấn đề trung tâm. Nếu xét thấy có cấu phần cần phân tích chi tiết hơn nữa thì có thể phát triển thêm các lớp, các từ, các cấu phần phụ.

7.5.3. SƠ ĐỒ CÁC BÊN LIÊN QUAN

Sơ đồ các bên liên quan cho thấy vai trò và vị trí của các bên liên quan với tư cách là một phần của hệ thống. Theo định nghĩa hệ thống, tất cả những hệ thống mà chúng ta quan tâm trong bất kỳ hoàn cảnh nào đều là những hệ thống hoạt động của con người, vì thế nó bao gồm nhiều bên liên quan. Nếu các bên liên quan được hình tượng hóa là các vòng tròn hoặc các đám màu nổi, thì sơ đồ các bên liên quan là xác định các yếu tố và các khu vực chồng lên nhau, nơi diễn ra sự tương tác. Theo sự xác định này, sơ đồ các bên liên quan sẽ không bao gồm các đường kẻ hoặc các phần không giao thoa giữa các yếu tố.

Ví dụ: Sơ đồ về các bên liên quan trong việc kiểm soát bệnh Sảy thai truyền nhiễm ở gia súc.



HÌNH 7.8. Sơ đồ các bên liên quan trong việc kiểm soát bệnh Sảy thai truyền nhiễm
(Nguồn: Fred U., 2015)

Sơ đồ các bên liên quan thường được sử dụng tại giai đoạn sơ bộ của cuộc điều tra, khi lợi ích và quan điểm khác nhau liên quan đến một vấn đề đang được xác định. Đồng thời, các khu vực quan tâm chung của các bên liên quan cũng đang được xác định ở giai đoạn này để phục vụ cho quá trình điều tra tiếp theo của vấn đề.

Chúng ta dễ dàng tìm hiểu và xây dựng được sơ đồ các bên liên quan. Do vậy, sơ đồ các bên liên quan sẽ là một công cụ hữu ích giúp các bên tham gia hình dung, xác định và phân tích các mối quan hệ của họ với các đối tác khác khi xây dựng kế hoạch thực hiện công việc.

Phương thức để xây dựng sơ đồ các bên liên quan bao gồm:

- Xác định tất cả các bên liên quan trong vấn đề đang được thảo luận;
- Sắp xếp các bên liên quan theo từng cặp để thảo luận về các vai trò khác nhau, chia sẻ các mối quan tâm của họ và xác định các điểm xung đột lợi ích trong vấn đề đang quan tâm.

Các kết quả thảo luận sẽ được sắp xếp với sự giao thoa về vai trò, lợi ích, những xung đột lợi ích tại các vùng có sự tương tác (các vùng chồng lên nhau).

Từ đó, một sơ đồ được xây dựng sẽ biểu thị được mối liên quan giữa các bên tham gia trong một vấn đề cụ thể.

7.5.4. SƠ ĐỒ DIỄN TIẾN

Sơ đồ diễn tiến nhấn mạnh quá trình diễn tiến của một vấn đề bên trong hoặc giữa các hệ thống. Trong các nghiên cứu về sinh kế nông nghiệp sơ đồ diễn tiến thường biểu hiện dòng chảy của nguyên vật liệu, con giống, chất dinh dưỡng hoặc tiền. Khi một hệ thống cụ thể được mô tả với các ranh giới thì sơ đồ diễn tiến còn được gọi là mô hình “đầu vào – đầu ra”.

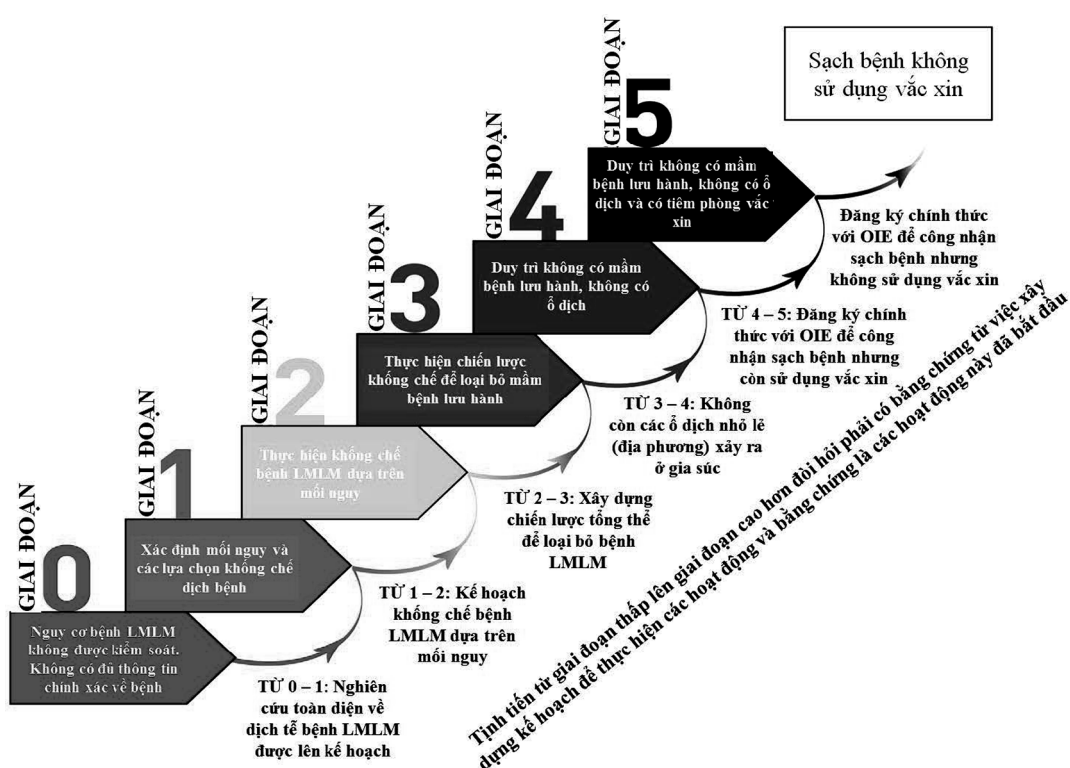
Sơ đồ diễn tiến chỉ ra phương thức sử dụng nguồn lực trong một hệ thống. Khi hệ thống được xác định bởi các ranh giới thì các yếu tố đầu vào, đầu ra của hệ thống cũng được thể hiện một cách rõ ràng, đồng thời chỉ rõ sự liên quan của các yếu tố này trong cùng một hệ thống và sự liên quan của một hệ thống này với một hệ thống khác.

Việc xác định rõ diễn tiến của các thành phần trong một hệ thống làm thuận lợi hơn quá trình xác định sự thay đổi tiềm năng của các thành phần đó và mức độ tác động tới sự thay đổi của hệ thống.

Sơ đồ diễn tiến có thể được thể hiện cách điệu dưới các hình thức khác nhau, phù hợp với đối tượng, ví dụ như dạng ảnh hoặc hình tượng. Sự cách điệu đó giúp quá trình diễn tiến dễ dàng được nhận biết và tăng cường sự trao đổi thông tin giữa các bên liên quan. Sử dụng sơ đồ diễn tiến tạo điều kiện cho người nông dân có thể khám phá, hoặc mô hình hóa các ý tưởng liên quan đến khai thác hệ sinh thái mới trong nông nghiệp, thêm các yếu tố mới vào hoạt động sản xuất của họ, hoặc nhìn nhận được sự thay đổi của nguồn tài nguyên.

Để xây dựng sơ đồ diễn tiến, trước tiên cần xác định rõ mục đích của sơ đồ. Trong ví dụ về sơ đồ diễn tiến chuỗi giá trị chăn nuôi gia cầm, cần xác định mục đích của sơ đồ để giúp người nông dân phân tích và nhìn nhận những vấn đề được sắp xếp trong mô hình, như con giống, thức ăn, bệnh tật. Sơ đồ diễn tiến nên kết hợp nhiều dòng chảy khác nhau trong cùng một sơ đồ (ví dụ: người lao động, thức ăn, con giống, thành phẩm ...).

Tiếp theo, sử dụng các hình vẽ hộp, hoặc biểu tượng để mô tả các yếu tố chính của hệ thống được mô hình hóa. Chỉ ra các dòng chảy chính bằng cách sử dụng các mũi tên một đầu giữa các thành phần. Việc giải thích cho các mũi tên có thể được thêm vào, nếu thấy cần thiết. Không nên sử dụng mũi tên hai đầu để mô tả dòng chảy, vì dễ tạo nên sự nhầm lẫn về hướng diễn tiến của vấn đề.



HÌNH 7.9. Sơ đồ diễn tiến của lộ trình kiểm soát bệnh Lở mồm long móng với hiệu quả tăng dần
(Nguồn: FAO, 2016)

Sẽ rất hữu ích nếu ranh giới của hệ thống đang được xem xét được thể hiện một cách rõ ràng. Do vậy, các yếu tố đầu vào và đầu ra cần có những tính chất rõ ràng, cụ thể.

7.5.5. ĐỒ THỊ NHẬN BIẾT/DẤU HIỆU

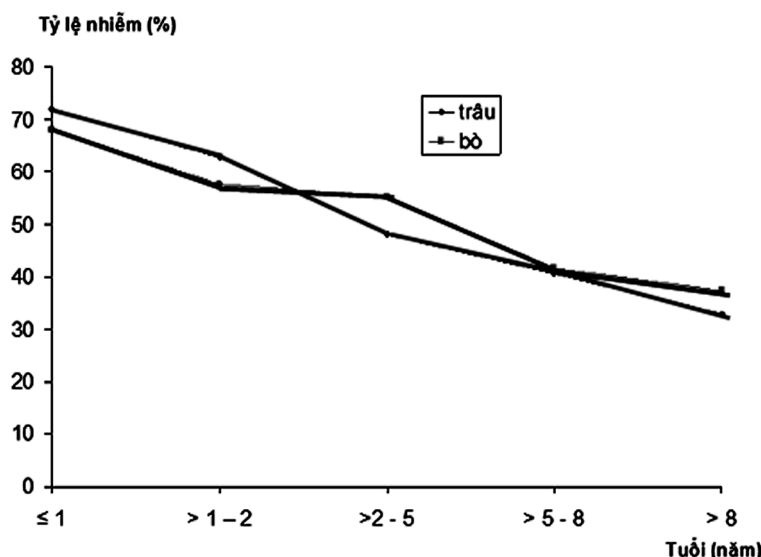
Đồ thị các dấu hiệu cho thấy mối quan hệ giữa các quá trình hoặc các biến số trong một hệ thống. Đồng thời, đồ thị dấu hiệu cũng chỉ ra mối quan hệ đó là tích cực hay tiêu cực.

Đồ thị dấu hiệu hỗ trợ đánh giá xu hướng diễn tiến của một tình huống phức tạp. Nó có thể cho thấy kết quả của quá trình can thiệp.

Xây dựng một đồ thị dấu hiệu được bắt đầu với các biến số (có thể là một hoạt động hoặc một quá trình) được quan tâm, xác định các biến số khác tác động đến biến số đầu tiên, sự tác động này có thể tăng hoặc giảm, đánh dấu mối quan hệ này bằng các mũi tên. Nếu một dấu hiệu cho thấy sự gia tăng giá trị của biến thứ 2 làm cho giá trị biến thứ nhất cũng tăng lên, kết quả đó sẽ được đánh dấu với một dấu hiệu dương tính (+). Nếu sự gia tăng giá trị của biến thứ 2 làm giảm giá trị của biến thứ nhất, kết quả đó sẽ được đánh dấu với một dấu hiệu âm tính (-).

Tiếp tục xây dựng đồ thị bằng cách tìm các biến số liên quan có ảnh hưởng đến giá trị của vấn đề đã được xác định. Nếu mối liên hệ giữa hai biến số không rõ ràng thì cần đính kèm một giải thích cụ thể cho vấn đề này.

Ví dụ về đồ thị biểu thị tỷ lệ nhiễm giun xoắn dạ múi khế theo tuổi trâu, bò.



HÌNH 7.10. Đồ thị biểu diễn tỷ lệ nhiễm giun xoắn dạ múi khế theo tuổi trâu, bò

Đồ thị cho thấy diễn biến về tỷ lệ nhiễm giun xoắn dạ múi khế ở trâu, bò. Trâu, bò các lứa tuổi đều nhiễm giun xoắn dạ múi khế, nhưng ở các lứa tuổi khác nhau thì tỷ lệ nhiễm khác nhau. Tỷ lệ nhiễm giun xoắn dạ múi khế giảm dần theo tuổi trâu, bò.

7.5.6. SƠ ĐỒ NHÂN QUẢ

Sơ đồ nhân quả chỉ ra sự chuyển biến đến kết quả của một vấn đề, trong đó có sự đóng góp hoặc liên quan của các nguyên nhân. Dạng sơ đồ này còn được gọi là sơ đồ đa nguyên nhân, hoặc cây vấn đề, hoặc cây nguyên nhân – kết quả.

Khi thể hiện trong sơ đồ nguyên nhân – kết quả, có rất ít sự khác biệt giữa nguyên nhân, kết quả và tác động. Sự khác biệt phụ thuộc vào mức độ vấn đề được xác định.

Sơ đồ nhân quả là một cách để tổng hợp tình huống phức tạp, giúp tích hợp quan điểm của các bên liên quan ở các lĩnh vực khác nhau về vấn đề đang được thảo luận. Quá trình xây dựng sơ đồ nhân quả sẽ là một sự lãng phí thời gian nếu các nguyên nhân của vấn đề không được giải quyết.

Sơ đồ nhân quả được xây dựng sẽ chỉ ra được hệ thống các vấn đề cần can thiệp. Kết quả đó giúp đơn giản hóa quá trình xây dựng kế hoạch can thiệp khi chuyển cây vấn đề hay cây mục tiêu từ tiêu cực sang tích cực để giải quyết các vấn đề này.

Việc xây dựng sơ đồ nhân quả được bắt đầu với một vấn đề trọng tâm. Xác định các nguyên nhân trực tiếp gây tác động đến vấn đề trung tâm và sắp xếp tại hàng thứ nhất bên dưới vấn đề. Hàng nguyên nhân tiếp theo được xếp bên dưới hàng nguyên nhân thứ nhất, chỉ ra các nguyên nhân gây nên nguyên nhân thứ nhất. Như vậy, nguyên nhân thứ nhất lại trở thành kết quả của nguyên nhân thứ hai. Cứ như vậy, các hàng tiếp theo của nguyên nhân sẽ được xây dựng dọc xuống phía dưới. Phương pháp xây dựng sơ đồ nhân – quả theo logic chiều dọc, với câu hỏi quan trọng là: nguyên nhân của vấn đề A có gây ra vấn đề B không? Hoặc vấn đề B có gây ra vấn đề A không? Quá trình phát triển sơ đồ nhân – quả theo logic chiều dọc sẽ dừng lại khi các nguyên nhân được xác định gây ra vấn đề nằm ngoài khả năng thực hiện của các bên liên quan.

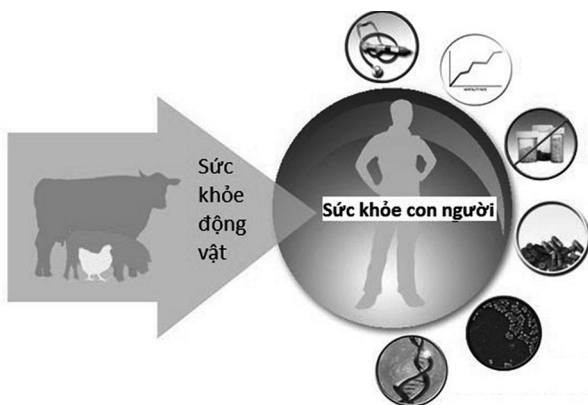
Một phương pháp khác để xây dựng sơ đồ nhân quả, đó là dựa trên sự liên quan lẫn nhau giữa các nguyên nhân. Tuy nhiên, lưu ý rằng mối liên quan giữa các nguyên nhân có thể dẫn tư duy của chúng ta thành một vòng luẩn quẩn, khó xác định điểm đầu và điểm cuối.

7.6. CÁC BƯỚC PHÂN TÍCH ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ MỘT SỨC KHỎE THEO PHƯƠNG PHÁP TƯ DUY HỆ THỐNG

Lựa chọn giải pháp giải quyết vấn đề Một sức khỏe cụ thể theo phương pháp tư duy hệ thống:

Bước 1 Xác định một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe, mà sinh viên cần nghiên cứu là gì? Ví dụ: vấn đề Một sức khỏe thường là dịch bệnh truyền lây, an toàn thực phẩm, kháng kháng sinh...

HÌNH 7.11. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 1)

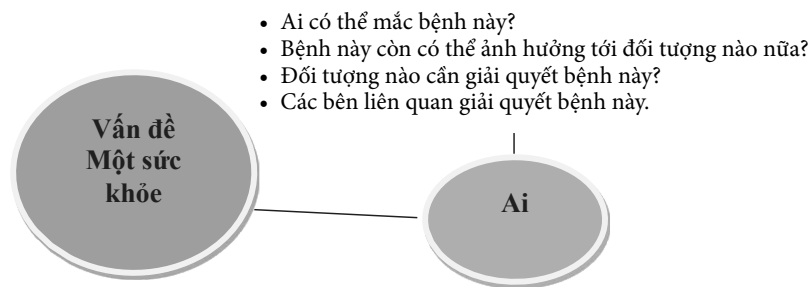


Bước 2 Xác định đối tượng của vấn đề Một sức khỏe?

Sau khi đã xác định được vấn đề Một sức khỏe, cần xác định tiếp, con người hay động vật nào mắc bệnh, hoặc có khả năng mắc bệnh.

Để giải quyết được vấn đề trên, cần trả lời các câu hỏi về vấn đề Một sức khỏe, có thể đề cập một số nội dung như: các dịch bệnh truyền lây, lạm dụng chất kháng sinh trong chăn nuôi, tính kháng kháng sinh ở người...

- Ai có thể mắc bệnh đại? (ví dụ: chó, mèo là chủ yếu).
- Bệnh đại còn có thể ảnh hưởng tới đối tượng nào nữa? (có thể là con người trong trường hợp người tiếp xúc với chó bị bệnh đại).
- Đối tượng nào (ai) sẽ cần giải quyết bệnh đại? (ngành Thú y và Y tế dự phòng sẽ kết hợp với nhau để giải quyết bệnh đại).
- Các bên liên quan giải quyết bệnh đại? (ngoài ngành Thú y và Y tế dự phòng cần phải kết hợp với các bên khác tham gia như: chính quyền, công an, đoàn thanh niên, hội phụ nữ...)



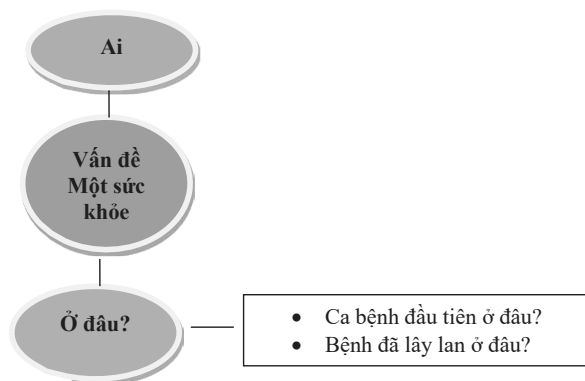
HÌNH 7.12. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 2)

Bước 3 Sau khi đã xác định được đối tượng (ai) của vấn đề Một sức khỏe cụ thể, tiếp đến chúng ta cần xác định:

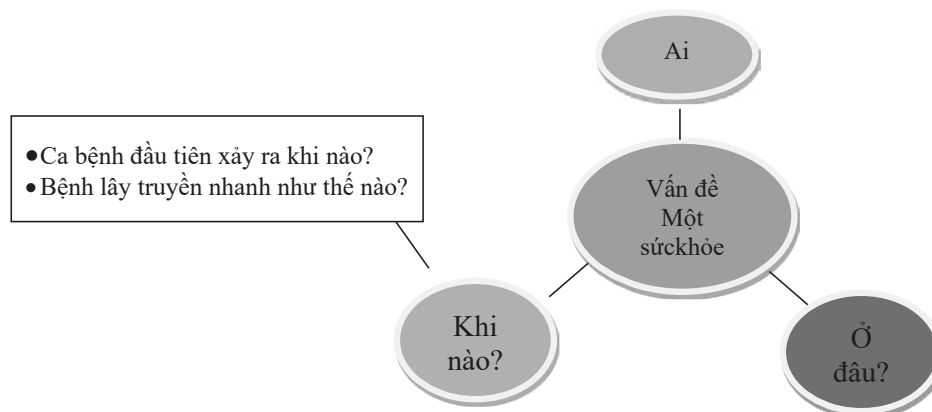
- Ca bệnh đầu tiên ở đâu? (Ví dụ trong bệnh đại thì con chó nào hoặc người nào bị chó cắn có biểu hiện đại đầu tiên).
- Bệnh đó lây lan ở đâu? (chỉ lây lan trong một xóm hay một xã, huyện, tỉnh...)

Bước 4 Xác định một số câu hỏi khác.

- Ca bệnh đầu tiên xảy ra khi nào? (Ví dụ con chó bị bệnh đại đã chết cắn người đó đã được bao lâu rồi?).



HÌNH 7.13. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 3)

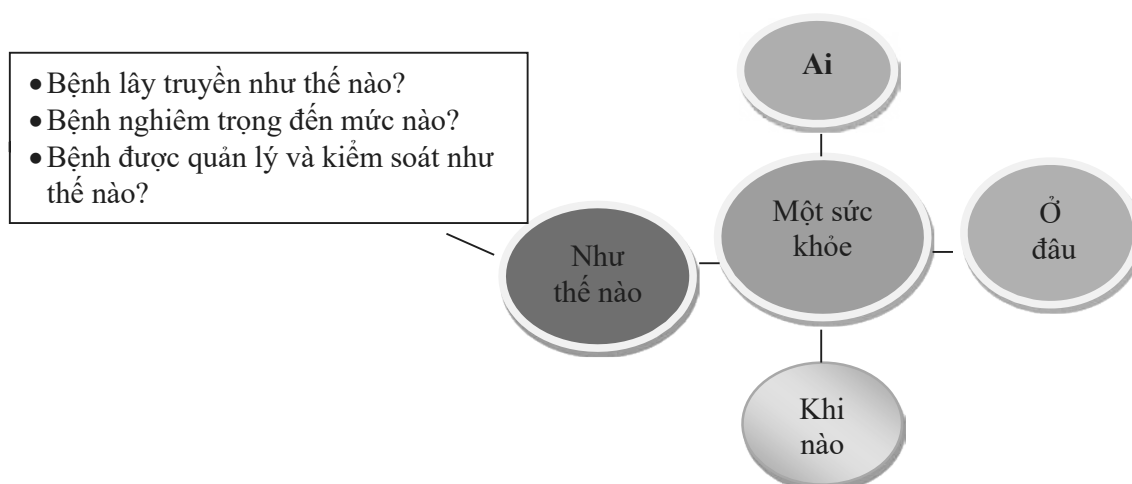


HÌNH 7.14. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 4)

- Bệnh lây truyền nhanh như thế nào? (con chó bị đại có cắn nhiều con chó hàng xóm khác không, những con nào đã bị cắn?).

Bước 5 Xác định các bước tiếp theo:

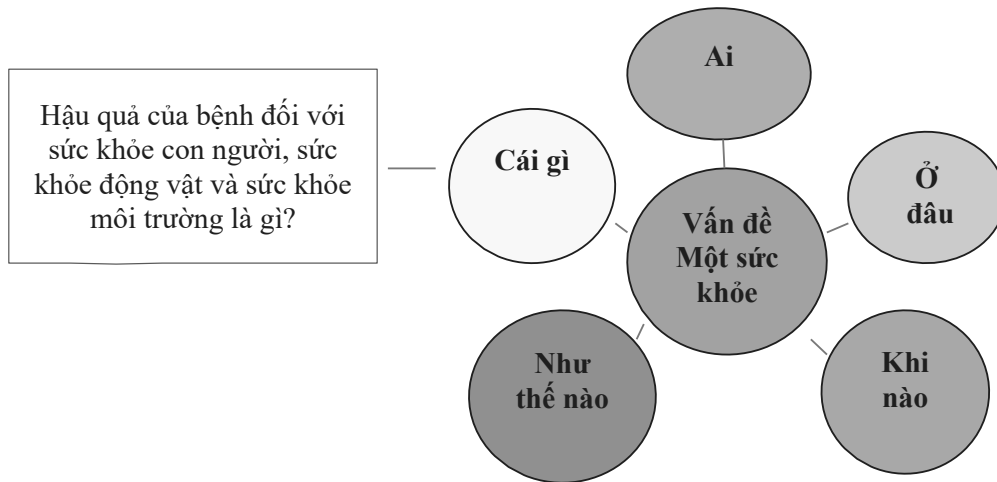
- Bệnh đã lây truyền như thế nào? (trong trường hợp có người bị chó cắn thì cần phải tìm nguyên nhân gây ra là do con chó nào cắn).
- Bệnh nghiêm trọng đến mức nào? (con chó bị nghi đại đã cắn bao nhiêu người tại địa phương).
- Bệnh được quản lý và kiểm soát như thế nào? (chức năng của ngành Thú y và Y tế dự phòng trong trường hợp này như thế nào, ai chỉ đạo để dập dịch, các ban ngành, đoàn thể khác có tham gia vào không?).



HÌNH 7.15. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 5)

Bước 6 Xem xét tổng thể vấn đề Một sức khỏe.

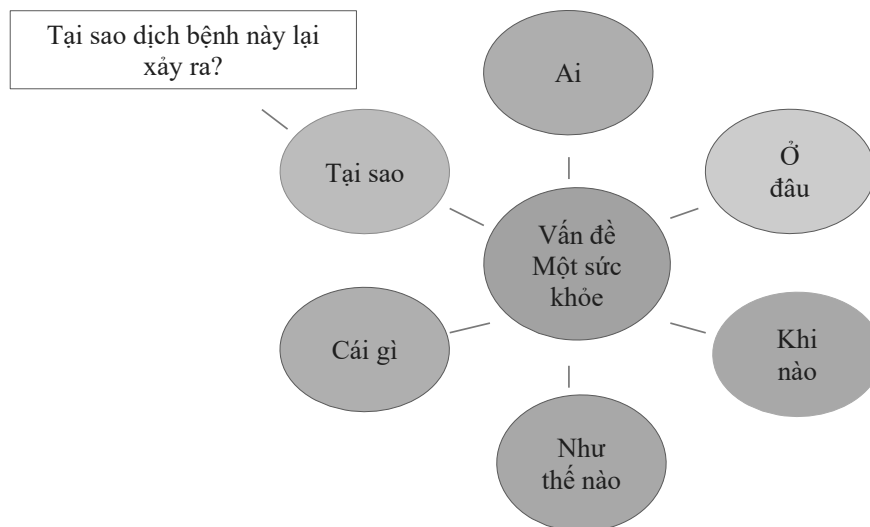
Hậu quả của bệnh đối với sức khỏe con người, sức khỏe động vật và sức khỏe môi trường là gì? (bệnh đại gây thiệt hại cho sức khỏe con người, sức khỏe động vật và môi trường ra sao, gây ra những cái chết thương tâm như thế nào ?)



HÌNH 7.16. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 6)

Bước 7 Giải quyết tổng thể vấn đề Một sức khỏe.

Trong bước cuối cùng này, sau khi đã giải quyết một loạt các câu hỏi ai, ở đâu, khi nào, như thế nào, cái gì, chúng ta cần trả lời câu hỏi cuối cùng là: Tại sao bệnh này lại xảy ra? (chó bị đại xuất hiện tại địa phương chúng ta, vì vậy cần tìm hiểu xem khâu nào chúng ta đang làm còn thiếu sót như vấn đề tiêm vắc xin, nuôi nhốt chó...)



HÌNH 7.17. Áp dụng tư duy hệ thống giải quyết một vấn đề cụ thể của Một sức khỏe (Bước 7)

7.7. ÁP DỤNG NĂNG LỰC TƯ DUY HỆ THỐNG TRONG VIỆC KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH TRUYỀN LÂY VÀ AN TOÀN THỰC PHẨM

7.7.1. TÌNH HUỐNG 1

Bệnh dại xảy ra ở xã A, huyện B của tỉnh Thái Nguyên, đồng bào dân tộc ở khu vực miền núi đã có người chết do chó cắn.

Dựa vào năng lực tư duy hệ thống mà anh (chị) đã học, hãy trình bày các bước để xử lý tình huống trên.

Giải quyết tình huống 1 Đầu tiên cần nắm chắc các bước thực hiện trong năng lực tư duy hệ thống để có thể giải quyết tình huống cụ thể.

Vấn đề Một sức khỏe ở đây là gì?: Vấn đề Một sức khỏe ở đây chính là bệnh dại (một bệnh truyền lây nguy hiểm).

Trong tình huống này, có người bị chết do chó dại cắn, nhưng chưa thấy có nhiều thông tin về con chó bị bệnh dại đó.

Bệnh dại trong tình huống này có khả năng lây lan cho các con chó khác nuôi trong xã, ngoài ra con người cũng có thể bị bệnh nếu con chó này cắn người.

Sau khi đã có thông tin người chết do chó dại cắn, gia đình người bệnh cần thông báo ngay đến trung tâm y tế dự phòng và trạm thú y để phối kết hợp và lên phương án xử lý.

Ngoài ngành Thú y và Y tế thì trường ban chỉ đạo dập dịch bệnh dại tại xã cần huy động thêm các ban ngành, đoàn thể khác như Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ, Hội cựu chiến binh, Công an xã... và đặc biệt là sự tham gia của toàn thể người dân trong xã.

Sau khi đoàn dập dịch đã được thành lập, đoàn có trách nhiệm thu thập các thông tin và thực hiện các công việc tiếp theo:

- Thu thập thông tin: Ca bệnh đầu tiên xảy ra ở xã A cụ thể là ở gia đình nào? Người bị chết là do nguyên nhân nào? Con chó cắn bệnh nhân đó đã được bắt giữ hay chưa? Ngoài ra trước khi chết con chó đó có còn cắn người nào khác không, cụ thể là những ai? Có cắn các con chó khác không, cụ thể là của chủ nuôi chó nào?
- Hợp ban phòng chống dại tại cơ sở để thông báo về ca bệnh dại xảy ra trên địa bàn, đề nghị phương hướng giải quyết và triển khai kế hoạch phòng dại tại cơ sở:
 - Phối hợp với thú y xã điều tra hình bệnh dại ở chó/mèo thuộc xã A, các xã lân cận.
 - Tiến hành điều tra, thống kê toàn bộ số lượng chó, mèo trong địa bàn xã A và các xã lân cận để có kế hoạch và biện pháp tiêm phòng vắc xin cho đàn chó, mèo.
 - Phối hợp với y tế thôn bản điều tra những người bị chó, mèo cắn và điều trị dự phòng.

Tại thời điểm xảy ra vụ dịch, cán bộ Thú y cơ sở là người trực tiếp điều tra vụ dịch.

Tiến hành ngay các biện pháp kiểm soát dịch như sau:

- UBND xã ra thông báo là đang có dịch dại lưu hành tại địa phương.
- Điều tra tất cả những người và những con vật bị con chó bị dại cắn.

- Xích nhốt những con vật bị cắn để theo dõi và lấy mẫu khi có chỉ định.
- Tổ chức tiêm phòng cho đàn chó chưa bị cắn tại xã và các xã lân cận.
- Bắt và giết chó thả rông, chó không được tiêm phòng.
- Tiêu hủy những con có biểu hiện lâm sàng nghi mắc bệnh, khử trùng chuồng, cũi.
- Cấm vận chuyển động vật ra/vào vùng nghi có dịch.
- Những người tham gia giết mổ, chế biến thịt chó cũng có nguy cơ phơi nhiễm nếu chân tay bị thương ngay trước và trong khi giết mổ, chế biến.
- Truyền thông: Dùng loa phóng thanh và băng rôn, khẩu hiệu treo trong các khu vực tập trung người dân như nhà văn hóa, trường học, bệnh xá...; Thông báo có dịch đại lưu hành tại địa bàn.

7.7.2. TÌNH HUỐNG 2

Ngộ độc thực phẩm do ăn phải thực phẩm kém chất lượng tại một công ty cổ phần thức ăn chăn nuôi. Cụ thể: tại cơ sở có 32 người nhập viện vì tiêu chảy cấp do *Salmonella* gây ra.

Dựa vào năng lực tư duy hệ thống anh (chị) đã học, hãy trình bày các bước để xử lý tình huống trên.

Giải quyết tình huống 2 Vấn đề Một sức khỏe phải xử lý ở đây là gì? Vấn đề Một sức khỏe ở đây chính là ngộ độc thực phẩm làm 32 người phải nhập viện vì tiêu chảy cấp.

Đối tượng bị nhiễm trong trường hợp này là những người công nhân.

Thành lập đoàn công tác đến điều tra vụ dịch bao gồm các thành phần sau: bác sỹ y tế, nhân viên thú y, cán bộ chi cục an toàn thực phẩm, lãnh đạo công ty.

Điểm đến đầu tiên để tìm hiểu vụ ngộ độc này là bếp ăn tập thể, mục đích để thu thập một số thông tin sau đây:

- Nguồn thức ăn mà nhà bếp mua trước khi đưa vào chế biến cho công nhân ăn, kiểm tra xem nguồn thức ăn này có đảm bảo về xuất xứ không? Có nhãn mác bên ngoài ghi rõ số lô, hạn sử dụng không?
- Tình hình chế biến các thực phẩm này như thế nào? Có đảm bảo vệ sinh không? Các dụng cụ chế biến (dao, thớt, xoong, nồi...) như thế nào (sạch hay bẩn)?
- Xác định phương tiện bảo quản thực phẩm trước, trong và sau khi chế biến có hợp vệ sinh không? Chế biến thức ăn tại bếp như thế nào, các đầu bếp có thực hiện đầy đủ các khâu vệ sinh an toàn thực phẩm không?
- Có lưu lại các mẫu thực phẩm không? Quy trình lưu mẫu có đúng không?

Kết quả: Xác định loại thực phẩm cụ thể gây ngộ độc cho công nhân ở đây là thịt lợn đã bị nhiễm khuẩn. Kiểm tra mẫu thực phẩm tại công ty, cơ quan chức năng phát hiện thấy trong mẫu thịt lợn mà công nhân đã ăn bị nhiễm vi khuẩn *Salmonella*.

Hợp các bên liên quan của cơ sở để thông báo tình hình ngộ độc trên. Thăm hỏi, động viên những công nhân đang nằm điều trị tại bệnh viện.

Phương pháp xử lý được thống nhất áp dụng gồm:

- Thứ nhất: Cần phải loại bỏ toàn bộ số thịt đã bị nhiễm khuẩn còn lại ở bếp ăn của công ty.
- Thứ hai: Vệ sinh sạch sẽ khu vực bảo quản thực phẩm.
- Thứ ba: Kiểm tra lại nguồn cung cấp thực phẩm cho công ty.
- Thứ tư: Theo dõi những công nhân khác cũng ăn tại bếp ăn của công ty để có biện pháp điều trị kịp thời.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 7

1. Các bước phân tích để giải quyết vấn đề Một sức khỏe theo phương pháp tư duy hệ thống.
2. Áp dụng năng lực tư duy hệ thống trong việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây.
3. Áp dụng năng lực tư duy hệ thống trong việc kiểm soát an toàn thực phẩm.
4. Đưa ra một tình huống và giải quyết một tình huống cụ thể về tư duy hệ thống việc kiểm soát dịch bệnh truyền lây.
5. Đưa ra một tình huống và giải quyết một tình huống cụ thể về tư duy hệ thống việc kiểm soát vệ sinh an toàn thực phẩm.

CHƯƠNG 8

TRUYỀN THÔNG, THÔNG TIN, CHÍNH SÁCH VÀ VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH TRONG MỘT SỨC KHỎE

8.1. TRUYỀN THÔNG VÀ THÔNG TIN

8.1.1. TRUYỀN THÔNG

8.1.1.1. Khái niệm về truyền thông

Truyền thông là quá trình trao đổi thông tin, tương tác thông tin giữa hai hoặc nhiều người với nhau nhằm tăng cường hiểu biết lẫn nhau, thay đổi nhận thức. Truyền thông là sản phẩm của xã hội con người, là yếu tố động lực kích thích sự phát triển của xã hội.

Thực chất truyền thông là gì? Hiện nay, có những loại hình truyền thông nào? Chúng ta hãy cùng nhau tìm hiểu rõ hơn về vấn đề này. Ngày nay, xã hội loài người không ngừng phát triển, đời sống của người dân không ngừng được nâng cao, đòi hỏi vai trò ngày một lớn hơn nữa của truyền thông trong việc cung cấp thông tin.

8.1.1.2. Các yếu tố cơ bản của quá trình truyền thông

Nguồn: Là yếu tố mang thông tin tiềm năng và khởi xướng quá trình truyền thông.

Thông điệp: Là nội dung thông tin được trao đổi từ nguồn phát đến đối tượng tiếp nhận thông tin.

Kênh truyền thông: Là các phương tiện, con đường, cách thức chuyển tải thông điệp từ nguồn phát đến đối tượng tiếp nhận.

Người nhận: Là các cá nhân hay nhóm người tiếp nhận thông điệp trong quá trình truyền thông.

Phản hồi: Là thông tin ngược, là dòng chảy của thông điệp từ người nhận trở về nguồn phát.

Nhiều: Là yếu tố gây ra sự sai lệch thông tin trong quá trình truyền thông.

8.1.1.3. Phương tiện truyền thông

Phương tiện truyền thông là việc vận dụng các khả năng của cơ thể, sử dụng những phương tiện có sẵn trong tự nhiên, những công cụ nhân tạo để diễn tả và chuyển tải những thông tin, thông điệp từ bản thân đến người khác hay từ nơi này sang nơi khác.

8.1.1.4. Các phương tiện truyền thông phổ biến hiện nay

Ngày nay, có rất nhiều phương tiện truyền thông để những người làm công tác marketing tiếp cận với khách hàng: Phương tiện điện tử (truyền hình và radio), báo chí, bán hàng online, trang web.

Internet đứng đầu trong các phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt truyền thông mạng xã hội (Social Media) như: Facebook, Twitter, Yahoo. Theo thống kê khoảng 45,6% số người lứa tuổi từ 18–54 cho biết họ chọn Internet là phương tiện truyền thông thuận lợi nhất.

Truyền hình, báo chí cũng là các phương tiện truyền thông quan trọng, khá phổ biến hiện nay. Ngoài ra còn có nhiều phương tiện truyền thông phổ biến khác như: sách, điện ảnh, phát thanh, quảng cáo, băng đĩa.

8.1.2. THÔNG TIN

8.1.2.1. Khái niệm về thông tin

Thông tin là một khái niệm trừu tượng được thể hiện qua các thông báo, các biểu hiện... đem lại một nhận thức chủ quan cho một đối tượng nhận tin. Thông tin là dữ liệu đã được xử lý xong, mang ý nghĩa rõ ràng. Thông tin cũng có thể bị diễn đạt sai lệch, xuyên tạc do tác động cố ý hay vô ý của con người hay sinh vật khác.

Một hệ thống thông tin là một tiến trình ghi nhận dữ liệu, xử lý nó và cung cấp tạo nên dữ liệu mới có ý nghĩa thông tin, liên quan một phần đến một tổ chức, để trợ giúp các hoạt động liên quan đến tổ chức.

Khái niệm thông tin được sử dụng thường ngày. Con người có nhu cầu đọc báo, nghe đài, xem phim, video, đi tham quan, du lịch, tham khảo ý kiến người khác,... để nhận được thêm thông tin mới. Thông tin mang lại cho con người sự hiểu biết, nhận thức tốt hơn về những đối tượng trong đời sống xã hội, trong thiên nhiên,... giúp cho họ thực hiện hợp lý công việc cần làm để đạt tới mục đích một cách tốt nhất.

Theo nghĩa thông thường, thông tin là tất cả các sự kiện, sự việc, ý tưởng, phán đoán làm tăng thêm sự hiểu biết của con người. Thông tin hình thành trong quá trình giao tiếp: Một người có thể nhận thông tin trực tiếp từ người khác thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, từ các ngân hàng dữ liệu hoặc từ tất cả các hiện tượng quan sát được trong môi trường xung quanh.

8.1.2.2. Xử lý thông tin

Khi tiếp nhận được thông tin, con người thường phải xử lý nó để tạo ra những thông tin mới, có ích hơn, từ đó có những phản ứng nhất định. Người tài xế chăm chú quan sát

người, xe cộ đi lại trên đường, độ tốt xấu mặt đường, tính năng kỹ thuật cũng như vị trí của chiếc xe để quyết định là cần tăng tốc độ hay hãm phanh, cần bẻ lái sang trái hay sang phải... nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho chuyến xe đi.

Thông tin có thể được phát sinh, được lưu trữ, được truyền, được tìm kiếm, được sao chép, được xử lý, nhân bản. Thông tin cũng có thể biến dạng, sai lệch hoặc bị phá hủy.

Mỗi tế bào sinh dục của những cá thể sinh vật mang thông tin di truyền quyết định những đặc trưng phát triển của cá thể đó. Gặp môi trường không thuận lợi, các thông tin di truyền đó có thể bị biến dạng, sai lệch dẫn đến sự hình thành những cá thể dị dạng. Ngược lại, bằng những tác động tốt của di truyền học chọn giống, ta có thể cấy hoặc làm thay đổi các thông tin di truyền theo hướng có lợi cho con người. Thông tin được thể hiện dưới nhiều dạng thức khác nhau như sóng ánh sáng, sóng âm, điện tử, các ký hiệu viết trên giấy hoặc khắc trên gỗ, trên đá, trên các tấm kim loại... Về nguyên tắc, bất kỳ cấu trúc vật chất nào hoặc bất kỳ dòng năng lượng nào cũng có thể mang thông tin. Chúng được gọi là những vật (giá) mang tin. Dữ liệu là biểu diễn của thông tin và được thể hiện bằng các tín hiệu vật lý.

Thông tin chứa đựng ý nghĩa, còn dữ liệu là các dữ kiện không có cấu trúc và không có ý nghĩa rõ ràng nếu không được tổ chức và xử lý. Cùng một thông tin, có thể được biểu diễn bằng những dữ liệu khác nhau. Cùng biểu diễn một đơn vị, nhưng trong chữ số thập phân ta ký hiệu 1, còn trong hệ đếm La Mã lại dùng ký hiệu I. Mỗi dữ liệu lại có thể được thể hiện bằng những ký hiệu vật lý khác nhau. Cũng là gậy đầu, đối với nhiều dân tộc trên thế giới thì đó là tín hiệu thể hiện sự đồng tình; nhưng ngược lại, đối với người Hy Lạp, gậy đầu để biểu lộ sự bất đồng. Cùng là ký hiệu I nhưng trong tiếng Anh có nghĩa là đại từ nhân xưng ngôi thứ nhất (tôi) còn trong toán học lại là chữ số La Mã có giá trị là 1. Mỗi tín hiệu có thể dùng để thể hiện các thông tin khác nhau. Uống một chén rượu để mừng ngày gặp mặt, cũng có thể uống chén rượu để giải sầu, để tiễn đưa người thân lên đường đi xa.

Thông tin là một khái niệm trừu tượng, tồn tại khách quan, có thể nhớ trong đối tượng, biến đổi trong đối tượng và áp dụng để điều khiển đối tượng. Thông tin làm tăng thêm hiểu biết của con người, là nguồn gốc của nhận thức. Thông tin về một đối tượng chính là một dữ kiện về đối tượng đó, chúng giúp ta nhận biết và hiểu được đối tượng. Thông tin có liên quan chặt chẽ đến khái niệm về độ bất định. Mỗi đối tượng chưa xác định hoàn toàn đều có một độ bất định nào đó. Tính bất định này chưa cho biết một cách chính xác và đầy đủ về đối tượng đó.

8.1.3. PHÊ DUYỆT KẾ HOẠCH TRUYỀN THÔNG

Tùy theo kế hoạch công việc và nhiệm vụ được giao các cấp có thẩm quyền sẽ phê duyệt các kế hoạch truyền thông của đơn vị.

Ví dụ: Khi bệnh đại xảy ra ở một địa phương thì chính quyền địa phương sẽ phê duyệt kế hoạch truyền thông phòng chống dịch bệnh đó và giao cho các đơn vị chuyên môn triển khai thực hiện.



HÌNH 8.1. Áp phích truyền thông phòng bệnh dại
(Nguồn: wpro.who.int)

Ví dụ: Tỉnh A đặt mục tiêu nâng cao nhận thức, thay đổi thái độ, hành vi của người dân nông thôn nhằm cải thiện hành vi vệ sinh cá nhân, tăng cường tỷ lệ người dân được tiếp cận bền vững với nước sạch và vệ sinh đạt tiêu chuẩn tại khu vực nông thôn. Phấn đấu đến 2020 có 100% hộ dân (tương ứng 22.670 hộ) của 25 xã can thiệp “Vệ sinh toàn xã” được truyền thông - vận động xây và sử dụng nhà tiêu cải thiện (3.650 công trình vệ sinh được xây mới/cải thiện) và được cung cấp kiến thức vệ sinh cá nhân; 100% giáo viên và học sinh các trường mầm non và tiểu học (không kể các điểm trường) của 25 xã “Vệ sinh toàn xã” được cung cấp kiến thức về sử dụng và bảo quản nhà tiêu hợp vệ sinh, đúng quy cách, rửa tay với xà phòng và nước sạch vào các thời điểm quan trọng.

Như vậy để đạt được mục tiêu đề ra thì Ủy ban nhân dân tỉnh A phải là đơn vị phê duyệt kế hoạch truyền thông.

8.1.4. ÁP DỤNG NĂNG LỰC TRUYỀN THÔNG VÀ THÔNG TIN TRONG VIỆC KIỂM SOÁT DỊCH BỆNH

Tình huống đặt ra Ngày 15/2/2017 tiếp nhận thông tin trong xã A có 15 người bị chó cắn, trong đó có 5 người đã tiêm phòng vắc xin. Tại thời điểm này trong xã xuất hiện một số chó chạy rong, cắn những con chó khác. Đã có một số người bị những con chó hoang

này cần, gây hoang mang cho người dân trong xã. Trong đó có 3 con chó bị đập chết và mổ thịt. Toàn xã có 975 con chó nhưng chỉ có 300 chó được tiêm phòng vắc xin.

Năng lực truyền thông, thông tin có vai trò như thế nào trong ứng phó với ổ dịch bệnh Đại trong trường hợp nêu trên?.

Giải quyết tình huống Thông tin và truyền thông cần xác định 2 mảng nội dung phù hợp với 2 nhóm đối tượng, gồm: i) Những người bị chó cắn, những người chưa bị chó cắn và những người đã ăn thịt chó; ii) Nhà quản lý và lập chính sách. Nhóm đa ngành trong truyền thông và thông tin về phòng và xử trí bệnh Đại sẽ xác định được các thông tin truyền thông về bệnh Đại trên động vật cần được xác định bởi các chuyên gia Thú y; thông tin về bệnh Đại trên người sẽ được xác định và chịu trách nhiệm bởi các chuyên gia Y tế; chiến lược truyền tải thông tin sẽ do các chuyên gia Truyền thông hay các chuyên gia về Y tế công cộng. Đồng thời, nhóm liên ngành cũng cần xác định được cấp độ truyền thông (phạm vi truyền thông và lượng thông tin) cho từng đối tượng cụ thể. Ngoài ra, năng lực thông tin truyền thông cần hiểu rất rõ về các tập quán ăn uống, sinh hoạt của người dân. Các khía cạnh này sẽ được hỗ trợ bởi năng lực văn hóa và niềm tin.

8.2. CHÍNH SÁCH VÀ VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

8.2.1. KHÁI NIỆM VỀ CHÍNH SÁCH

Chính sách là tập hợp các chủ trương và hành động về phương diện nào đó của Chính phủ, bao gồm các mục tiêu mà Chính phủ muốn đạt được và cách làm để thực hiện các mục tiêu đó. Những mục tiêu này bao gồm sự phát triển toàn diện trên các lĩnh vực kinh tế, văn hóa, xã hội và môi trường.

Chính sách phát triển nông thôn là tập hợp các chủ trương và hành động của Chính phủ nhằm tạo cho nông thôn phát triển bằng cách tác động vào việc cung cấp các yếu tố đầu vào (đất đai, lao động, vốn, cơ sở hạ tầng), tác động tới giá đầu vào hay giá đầu ra trong nông thôn, tác động về việc thay đổi tổ chức, trong đó thị trường đầu vào và cả đầu ra được thực hiện, tác động vào chuyển giao công nghệ.

Như vậy có thể hiểu: Chính sách là chương trình hành động do các nhà lãnh đạo hay nhà quản lý đề ra để giải quyết một vấn đề nào đó thuộc phạm vi thẩm quyền của mình.

8.2.2. KHÁI NIỆM VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Vận động chính sách là vận động các chiến lược khác nhau nhằm gây ảnh hưởng tới việc ra quyết định ở các cấp tổ chức, địa phương, tỉnh, quốc gia, quốc tế.

Vận động là quá trình tạo ra sự ủng hộ, xây dựng sự nhất trí, hình thành bầu không khí thuận lợi và môi trường ủng hộ đối với một đường lối hay một vấn đề cụ thể thông qua một hệ thống các hành động có kế hoạch và được tổ chức tốt, do một nhóm các cá nhân hay các tổ chức phối hợp với nhau thực hiện.

Vận động chính sách là quá trình mà các cá nhân hay tổ chức tìm cách ảnh hưởng tới việc ra quyết định về chính sách công.

Về bản chất, vận động chính sách là một quá trình hành động. Vận động chính sách đóng vai trò quan trọng trong việc xác lập công bằng xã hội, tự do chính trị và tự do dân sự, và mang lại tiếng nói cho công dân và những người yếu thế.

Vận động chính sách là một từ hữu ích để mô tả các can thiệp có kế hoạch nhằm mang lại thay đổi đối với các vấn đề cụ thể. Các can thiệp có kế hoạch này nhằm để ngăn chặn một vấn đề có thể xảy ra hoặc để huy động mọi người tham gia vào các chương trình hoạt động mới để giải quyết một vấn đề.

Vận động chính sách không chỉ bao gồm việc thay đổi hay tạo ra các chính sách mới mà còn là việc đưa chính sách vào thực hiện. Vận động chính sách bao gồm nhiều hoạt động cụ thể ngắn hạn để đạt được mục tiêu dài hạn.

8.2.3. MỤC TIÊU CỦA VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Mục tiêu của vận động chính sách là đạt được sự thay đổi cụ thể trong các chính sách, các hoạt động, các chương trình và việc phân bổ nguồn lực mang lại lợi ích cho những người tham gia vào quá trình.

Tăng cường sự tham gia của người dân và trách nhiệm giải trình trong quá trình xây dựng luật pháp và chính sách thông qua việc tăng cường sự tham gia của các tổ chức vào những quá trình nêu trên ở cấp trung ương và địa phương, cũng như giám sát việc thực hiện.

8.2.4. BỐI CẢNH SỬ DỤNG VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

- Khi chưa có chính sách: Vận động hướng tới việc soạn thảo, ban hành chính sách mới.
- Khi đã có chính sách: Vận động nhằm vào việc tạo môi trường thuận lợi/ ủng hộ việc thực thi chính sách ở tất cả các cấp.
- Khi chính sách đã được thực hiện sau một giai đoạn: Vận động nhằm vào việc điều chỉnh, bổ sung để chính sách sát với thực tế cuộc sống, hoặc thậm chí đề nghị bỏ hẳn chính sách đó.

8.2.5. CHU TRÌNH VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

8.2.5.1. Bước 1. Xác định và phân tích vấn đề cần vận động chính sách

Tại sao phải xác định vấn đề cần vận động?

Đây chính là đầu bài để cho chúng ta tìm lời giải ở những bước tiếp theo. Việc xác định vấn đề là bước đầu tiên quan trọng nhất và cũng khó khăn nhất. Nếu chúng ta xác định vấn đề không đúng thì sẽ dẫn đến hậu quả hoặc là (i) vấn đề đó không phải là vấn đề đại diện cho toàn bộ người dân của địa phương; (ii) vấn đề đó không cần giải quyết bằng hình thức gây tác động, thay đổi chính sách.

Xác định bằng cách nào?

- Thông qua thu thập thông tin từ tài liệu có sẵn (báo cáo, các nghiên cứu, các bài báo, thông tin về pháp luật và chính sách).
- Thông qua điều tra, khảo sát, đánh giá tình hình kinh tế xã hội của địa phương.

Phân tích sâu các vấn đề cần vận động

Sau khi tìm được các vấn đề cần vận động, tập hợp nhóm để thảo luận sâu về các vấn đề đó, tìm hiểu nguyên nhân cốt lõi gây ra vấn đề đó. Việc phân tích sâu sẽ có tác dụng giúp chúng ta hiểu rõ hơn bản chất của vấn đề cần vận động, từ đó sẽ giúp cho cộng đồng có khả năng lựa chọn được một vấn đề ưu tiên thực hiện trước. Chúng ta thường đặt các câu hỏi TẠI SAO để phân tích nguyên nhân của vấn đề.

Việc phân tích sâu vấn đề có ý nghĩa:

- Giúp chúng ta hiểu rõ hơn nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.
- Xác định những khó khăn tiềm năng.
- Giúp xác định nguồn lực cần thiết để giải quyết vấn đề.
- Tạo sự thống nhất giữa các bên liên quan.

Lựa chọn ưu tiên vấn đề cần vận động

Trên cơ sở danh sách các vấn đề vận động, chúng ta cần lựa chọn ra một hoặc hai vấn đề ưu tiên thực hiện. Việc lựa chọn vấn đề ưu tiên giải quyết có thể thông qua hình thức: Bỏ phiếu, cho điểm hoặc biểu quyết.

Một số nội dung gợi ý để phân tích sâu vấn đề vận động:

- Vấn đề cần giải quyết là gì?
- Vấn đề này đã gây ra những hậu quả như thế nào?
- Những nguyên nhân nào dẫn đến hậu quả này? (Bảng biện pháp đặt các câu hỏi tại sao?).
- Các chủ trương, chính sách liên quan đến vấn đề này đã được thực hiện như thế nào? Đã có hay chưa có?
- Vai trò/quan điểm của lãnh đạo chính quyền đối với vấn đề này ra sao?

8.2.5.2. Bước 2. Phân tích các bên liên quan

Các bên liên quan là những người, nhóm người hay tổ chức có mối quan tâm đến vấn đề dự kiến thực hiện vận động sắp tới.

Việc xác định các bên liên quan, đánh giá mối quan tâm của họ và ảnh hưởng của họ đến kết quả chương trình vận động chính sách gọi là quá trình phân tích các bên liên quan.

Phân tích các bên liên quan là một kỹ thuật quan trọng, giúp xác định và phân tích tầm quan trọng của những người, những nhóm người, những tổ chức giữ vai trò chính, có ảnh hưởng quan trọng tới sự thành công của hoạt động vận động chính sách.

Từng bước phân tích vai trò của những người, nhóm người, những tổ chức này để xác định cách “thu hút” đối tượng phù hợp vào những thời điểm phù hợp, nhằm phát huy sự ủng hộ của họ hoặc giảm thiểu sự chống đối của họ.

Các nhóm liên quan

Nhóm người hưởng lợi: có thể là cá nhân hoặc nhóm người (trong trường hợp này thường được hiểu là nhóm người) trực tiếp thụ hưởng lợi ích từ kết quả tích cực của hoạt động vận động chính sách. Nhóm người được hưởng lợi tốt hơn khi việc vận động đạt kết quả. Việc sử dụng chính những người hưởng lợi trở thành những nhà vận động chính sách sẽ mang lại sức thuyết phục và đáng tin cậy nhất.

Nhóm ra quyết định: là những người có khả năng và quyền hạn để tạo ra những thay đổi mà nhóm hưởng lợi đang hướng tới. Đây là nhóm đối tượng quan trọng nhất khi thực hiện chương trình vận động chính sách, vì nhóm người này mới có thẩm quyền ban hành hoặc thay đổi chính sách, pháp luật hoặc quy định.

- Đối tượng chính: là những người ra quyết định bằng văn bản chính thức (có thể thông qua những thay đổi trong chính sách), tác động trực tiếp đến kết quả của mục tiêu vận động.
- Đối tượng kế cận: là các cá nhân và nhóm có thể tác động đến những người ra quyết định nêu trên.

Nhóm người ủng hộ hoặc đối tác: là những cá nhân, nhóm người hoặc những tổ chức có cùng quan điểm, họ nhất trí và cam kết phối hợp với bạn để cùng đạt được mục đích đã đề ra. Việc lựa chọn được người ủng hộ sẽ góp phần tăng cao khả năng thành công của chương trình vận động chính sách. Tuy nhiên, việc này lại tạo thêm một “sức ép” khác đối với nhóm ra quyết định. Trên thực tế nhóm đối tượng này thường không hưởng lợi trực tiếp từ việc thay đổi chính sách nhưng thường có lợi gián tiếp. Việc tìm kiếm được nhiều liên minh càng làm cho chương trình vận động chính sách có khả năng thành công cao. Nhưng quan trọng, bạn phải xác định được người ủng hộ mình là ai và họ có thể đóng góp những gì vào chương trình vận động chính sách của mình. Thực tế cho thấy, rất nhiều chương trình vận động chính sách ở cơ sở, nhóm hưởng lợi chính rất khó tìm kiếm được liên minh cùng hành động bởi vì nhiều lý do khác nhau nhưng một trong những lý do cơ bản là họ chưa thực sự hiểu thế nào là Vận động chính sách. Mặt khác, đôi khi nhóm hưởng lợi chính coi nhóm ủng hộ là “khán giả” của chương trình vận động chính sách, do vậy không lôi cuốn họ vào cùng thực hiện với mình. Một liên minh giữa người hưởng lợi chính và người ủng hộ có thể gây ảnh hưởng xấu đến các nỗ lực vận động chính sách.

Nhóm bảo thủ/đối lập: là những cá nhân hoặc nhóm người có thái độ và quan điểm khác hoặc đối lập với vấn đề mà bạn định lựa chọn để vận động. Vấn đề quan trọng mà bạn nên nhớ là tuy họ đối lập với bạn về quan điểm nhưng không phải vì thế mà bạn coi họ là đối thủ. Chính quan điểm đối lập của nhóm đối tượng này là cơ sở cho những lập luận vận động chính sách của bạn. Điều quan trọng là bạn phải tìm hiểu và hiểu rõ quan

điểm của họ về vấn đề bạn dự kiến làm vận động. Tại sao họ lại không đồng ý? Họ không đồng ý ở chỗ nào? Quan điểm của họ về vấn đề này như thế nào? Thực tế cho thấy rằng, nhóm đối lập có quan điểm khác là do họ chưa được cấp thông tin đầy đủ hoặc do nhận được những thông tin sai lệch từ người khác đưa lại.

Nhóm do dự hoặc trung lập: là những cá nhân hay nhóm người chưa quyết định xem họ ủng hộ bạn hay phản đối bạn đối với vấn đề bạn lựa chọn vận động. Đôi khi nếu biết lôi kéo nhóm người này thì chương trình vận động cũng đạt được thành công. Vấn đề quan trọng là bạn đừng để nhóm này trở thành nhóm đối lập với mình.

Tầm quan trọng của phân tích các bên liên quan

- Các bên liên quan sẽ sử dụng thông tin hiệu quả nhất khi thông tin nhận được phù hợp với nhu cầu cụ thể của họ.
- Kết quả phân tích các bên liên quan là căn cứ để nhóm đi vận động xác định được nội dung thông tin (thông qua tài liệu vận động), hình thức chuyển tải thông tin thích hợp, hiệu quả.

Các bước để xác định các bên liên quan

- Liệt kê tất cả các bên liên quan theo nhóm đối tượng nói trên.
Câu hỏi gợi ý: các bên liên quan là những ai? (Liệt kê dựa trên nhóm đối tượng nói trên).
- Phân tích các bên liên quan: làm rõ mức độ ủng hộ hay phản đối của các bên liên quan. Các tiêu chí sau cần được quan tâm làm rõ: sự quan tâm của họ đối với vấn đề này, thái độ của họ, sự hiểu biết của họ về vấn đề này, tuổi, giới tính.
Câu hỏi gợi ý: Tại sao họ lại liên quan đến vấn đề này? Mức độ liên quan của họ với vấn đề này như thế nào? Hiểu biết/quan điểm của họ về vấn đề này như thế nào? Trình độ, tuổi, học vấn của họ như thế nào? Nếu ủng hộ vấn đề này họ sẽ được lợi gì? Ai có thể gây ảnh hưởng tới họ? Họ sẽ hưởng ứng nhất với những lập luận nào? Nguồn thông tin nào họ thường coi là tin cậy?

8.2.5.3. Bước 3. Xây dựng mục tiêu vận động chính sách

Mục tiêu của vận động chính sách là nhằm tới sự thay đổi về chính sách, về chương trình hoặc vai trò của một cơ quan/thiết chế hay một tổ chức. Mục tiêu vận động sẽ giúp mọi người trong nhóm hiểu rõ hơn mình đang nỗ lực để đạt tới điều gì. Một vấn đề có thể có nhiều mục tiêu.

Yêu cầu mục tiêu vận động chính sách là một tuyên bố trong đó nói rõ anh/chị muốn đạt được kết quả gì. Mục tiêu vận động chính sách cần phải:

- Cụ thể: chúng ta muốn thay đổi điều gì? Các chủ thể liên quan cần làm gì và nhóm hưởng lợi là ai? Sự thay đổi đó ở lĩnh vực nào: luật pháp, chính sách, cơ chế? Thay đổi đó diễn ra vào lúc nào và ở đâu?
- Đo lường được: thể hiện bằng con số nhất định hoặc bằng việc sửa đổi, ban hành văn bản, quyết định.

- Tính khả thi: phù hợp với nguồn lực của tổ chức đi vận động về các vấn đề như nhân lực (trình độ, cương vị, quan hệ); tài lực (kinh phí bỏ ra và huy động được); thời gian (thời gian bố trí cho công việc)
- Thực tế: mục tiêu trong mức độ có thể thực hiện được với các nguồn lực có sẵn.
- Trong một khoảng thời gian cụ thể: xác định một khung thời gian nhất định để đạt được mục tiêu. Giá trị của việc xác định khung thời gian là người vận động có thể sử dụng nó như những điểm mốc để kiểm tra tiến độ của chương trình vận động.

Ví dụ 1: Đến tháng 10/2017 (THỜI GIAN), Trạm Thú y huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang (NGƯỜI THỰC HIỆN) vận động và thuyết phục (LÀM GIÌ) Phòng Nông nghiệp, Chủ tịch UBND huyện Na Hang (ĐỐI TƯỢNG VẬN ĐỘNG) ra quyết định và hỗ trợ (THAY ĐỔI) 100% các hộ nghèo được tiêm phòng vắc xin cho đàn gia súc miễn phí (NHÓM ĐỐI TƯỢNG VẬN ĐỘNG).

Ví dụ 2: Đến tháng 10/2017, UBND xã Thanh Tương, huyện Na Hang, tỉnh Tuyên Quang sẽ tổ chức vận động để thuyết phục lãnh đạo Sở Y Tế, Trung tâm Y tế huyện khám chữa bệnh miễn phí cho người cao tuổi ở các hộ nghèo.

Cấu trúc viết mục tiêu: (trong thời gian bao lâu/đến lúc nào)...(người thực hiện)...(làm gì).....(đối với ai – nhóm đối tượng cần vận động)...(thực hiện/thay đổi cái gì)....(cho ai – nhóm đối tượng hưởng lợi).

Do vậy, mục tiêu vận động chính sách cần thể hiện rõ: Người đi vận động muốn thay đổi gì? Ai có thể giúp đạt được sự thay đổi này? Mức độ thay đổi là như thế nào? Khi nào?

Làm thế nào để xây dựng mục tiêu vận động chính sách tốt? Xây dựng các kịch bản về mức độ thay đổi mong muốn; Lựa chọn kịch bản khả thi, có thể thành công trong khả năng nguồn lực cho phép.

8.2.5.4. Bước 4. Xây dựng thông điệp vận động chính sách

Thông điệp vận động là sự thể hiện mục tiêu vận động thành lời kêu gọi hành động ở đối tượng vận động. Thông thường có thông điệp vận động chính hướng tới đối tượng ra quyết định và các thông điệp bổ trợ hướng tới các chủ thể liên quan khác.

Nguyên tắc xây dựng thông điệp

Thông điệp phải hướng tới mục tiêu của vận động; Kêu gọi sự chú ý; Tạo ra thông điệp ngắn gọn, đơn giản, dễ hiểu nhưng đảm bảo tính khoa học đúng đắn: mỗi thông điệp không nên kéo dài quá 2 phút, nhưng cũng không ngắn quá dưới 90 giây.

Thông điệp đáp ứng tối đa nhu cầu và nguyện vọng của mỗi nhóm đối tượng được vận động, tức là thông điệp phải phản ánh lợi ích của đối tượng được vận động: phản ánh những lợi ích vật chất hoặc tinh thần (hoặc cả hai) để thúc đẩy người được vận động có động cơ hành động.

Thông điệp phải tạo được niềm tin cho đối tượng được vận động: nếu có bảng biểu, đồ thị thì chúng phải đơn giản, rõ ràng, dễ hiểu, tránh sử dụng thuật ngữ khoa học; thông

điệp phải có lời kêu gọi đối tượng được vận động hành động thực hiện các giải pháp của vận động; thông điệp phải nhất quán.

Trước khi viết thông điệp, cần suy ngẫm những câu hỏi sau: Nội dung của thông điệp có dựa trên những bằng chứng cụ thể đáng tin cậy hay không? Thông điệp có phù hợp với đối tượng và người hưởng lợi? Thông điệp đã được tham khảo ý kiến đối tác chưa? Làm thế nào để thử nghiệm thông điệp của mình đã hiệu quả và phù hợp hay chưa?

Cấu trúc của một thông điệp

- Câu tuyên bố: thể hiện tầm quan trọng của vấn đề.
- Bằng chứng: những thông tin về tình hình thực tế để củng cố, chứng minh cho tuyên bố để minh chứng cho bằng chứng đã nêu.
- Kêu gọi hành động: là đề nghị, mong đợi người ra quyết định hành động để cải thiện tình hình. Đưa ra giải pháp về mặt chính sách, nguồn lực để giải quyết tình trạng được nêu (chú ý lợi ích xã hội).

Ví dụ: Thông điệp vận động phòng chống HIV/AIDS

Phòng ngừa sớm là cách tốt nhất để bảo vệ thanh niên khỏi lây nhiễm HIV/AIDS (CÂU TUYÊN BỐ). Các nghiên cứu đã minh chứng rằng những người được cung cấp những thông tin chính xác về phòng chống HIV/AIDS và hành vi tình dục có trách nhiệm khi còn là vị thành niên thường ít bị nhiễm HIV/AIDS hơn khi đã trưởng thành (BẰNG CHỨNG). Chúng ta đã thấy ở những nước nơi mà thanh niên đều được cung cấp thông tin chính xác về HIV/AIDS từ khi học tiểu học đã có được kiến thức và kỹ năng tốt nhất để bảo vệ bản thân (VÍ DỤ). Xin hãy giúp chúng tôi bảo vệ thế hệ thanh niên: Hãy ủng hộ một dự thảo quy định đưa giáo dục phòng chống HIV/AIDS vào giáo trình giảng dạy cho trẻ từ 10–12 tuổi (KÊU GỌI HÀNH ĐỘNG).

Các bước để chuẩn bị thông điệp

- Xây dựng câu tuyên bố: nên dựa vào vấn đề vận động để xây dựng câu tuyên bố.
- Phát triển bằng chứng: sử dụng số liệu thống kê, các báo cáo..., các bằng chứng, ví dụ thực tế (cần điều tra, phỏng vấn...).
- Dự thảo thông điệp.
- Hoàn thiện thông điệp: sau khi có thông điệp dự thảo, cần phải gửi thử nghiệm cho một số đối tượng cần nhận thông điệp. Những diễn giải của người đọc sẽ giúp chúng ta kiểm tra xem mức độ rõ ràng, dễ hiểu của thông điệp và thông điệp có được hiểu theo như mong muốn của chúng ta hay chưa.

Tài liệu vận động

- Giới thiệu dự án;
- Tài liệu tổng hợp về chính sách có liên quan, về tình hình thực tế của vấn đề;
- Câu chuyện thực tế hoặc tình huống làm bằng chứng cho vấn đề vận động.

8.2.5.5. Bước 5. Xác định chiến thuật vận động

Sau khi đã tiến hành xác định các bên liên quan trong quá trình vận động chính sách tại cơ sở, nhóm vận động cần xác định các chiến thuật vận động chính sách.

Việc sử dụng các hình thức khác nhau để chuyển tải thông tin, thông điệp của nhóm vận động đến những đối tượng/các bên liên quan nhằm lôi kéo, tạo ra sự ủng hộ của các thành viên này đến hoạt động của mình nhằm đạt được mục đích của quá trình vận động.

Mục tiêu của hoạt động này được coi như một hình thức lựa chọn công cụ để thực hiện quá trình vận động chính sách, từ hình thức đơn giản nhất là huy động tới hình thức gây áp lực buộc người ra quyết định phải quan tâm và hình thức cao nhất đạt được là cam kết và thực hiện. Xác định chiến thuật vận động theo các bước như sau:

Phương pháp

Huy động: Là hình thức kêu gọi sự tham gia của các thành viên, cộng đồng dưới hình thức nhân lực, vật lực tham gia thực hiện quá trình vận động nhóm nhằm đạt được mục tiêu chung của vận động chính sách. Để huy động tốt cần thể hiện rõ các quan điểm, mục đích, mục tiêu, cách thức hoạt động và đặc biệt những kết quả đạt được sẽ phục vụ cho những đối tượng hưởng lợi nào...

Đối thoại: Là sự giao tiếp bằng lời nói giữa thành viên đại diện hoặc nhóm cộng đồng với đối tượng/nhóm đối tượng cần vận động (thông thường là các nhà ra quyết định). Hoạt động này rất cần người có khả năng thuyết phục, hiểu rõ những hoạt động cũng như mục tiêu mà nhóm vận động đang hướng tới.

Tranh luận: Là việc sử dụng những lập luận, những bằng chứng để bảo vệ ý kiến của nhóm vận động và hướng đối tượng cùng tranh luận theo quan điểm của mình. Trong các buổi tranh luận sẽ thu hút được nhiều các phương tiện quan tâm nếu chủ đề mang tính thời sự.

Đàm phán: Là hình thức thảo luận với đối tác mang lại lợi ích cho nhóm vận động ở mức cao nhất có thể được. Trong tiến trình này, điều quan trọng là phải tập trung để hiểu quan điểm của đối phương và trở thành một công cụ xây dựng mối quan hệ và giúp tìm một giải pháp chung mà cả hai bên đều thấy hài lòng.

Những điểm cần ghi nhớ: đặt mục tiêu đạt được ở mức cao nhất vì thường đối tác dễ chấp nhận giảm hiệu quả/lợi ích xuống hơn; thu thập nhiều thông tin về người mà đại diện nhóm hoặc nhóm sẽ đàm phán.

Vận động hành lang: Là hình thức tiếp cận của nhóm vận động tới một nhà hoạch định chính sách hoặc một nhóm để tạo ra những tác động quan trọng tới quá trình vận động chính sách của nhóm.

Những điểm cần ghi nhớ: hãy nêu rõ một vấn đề cho một lần tiếp cận; tìm hiểu rõ quan điểm của người ra quyết định và bối cảnh của vấn đề; hãy tận dụng và phát triển mối liên hệ cá nhân; hãy đưa thẳng vấn đề chính và đảm bảo đó là SỰ THẬT; xác định rõ đối thủ cạnh tranh và đối tác; chia sẻ thông tin đó với người bạn cần vận động hành lang.

BẢNG 8.1. Kế hoạch chiến thuật vận động

Kỹ thuật	Các bên liên quan			
	Đối tượng hưởng lợi	Đối tác, đồng minh	Phản đối	Các nhà ra quyết định
Huy động				
Đối thoại				
Tranh luận				
Đàm phán				
Vận động hành lang				
Đơn thỉnh cầu				
Gây áp lực				

Đơn thỉnh cầu: Là hình thức sử dụng văn bản chính thức để bày tỏ quan điểm của nhóm tới đối tượng liên quan. Thông thường, đơn thỉnh cầu phải ngắn gọn và đảm bảo thông tin đầy đủ, rõ ràng và phải thể hiện được sự cam kết của cả nhóm.

Gây áp lực: Là hình thức mạnh nhất buộc đối tác phải thực hiện theo các mong đợi của nhóm nhằm đạt được kết quả vận động trong thời gian ngắn nhất. Để thực hiện được hình thức gây áp lực này, nhóm phải sở hữu những thông tin quan trọng và có kế hoạch rõ ràng, cũng như bắt buộc nhóm phải ở vị trí mạnh hơn.

Hình thức thực hiện/truyền thông

Đối với mỗi kênh truyền thông có ưu điểm, nhược điểm riêng. Dựa vào kết quả phân tích các bên liên quan để đưa ra các kế hoạch và quyết định sử dụng kênh truyền thông cho hợp lý và tiết kiệm nguồn lực cho các hoạt động tiếp theo. Hiện nay, hệ thống truyền thông có thể được chia làm hai loại như sau:

- Truyền thông trực tiếp: hội thảo, hội nghị; các cuộc gặp, làm việc chính thức hoặc không chính thức; các cuộc trò chuyện thân mật: gặp mặt trong triển lãm, hội chợ, hội làng...; tham quan thực tế; trao đổi qua đường dây nóng; đối thoại trực tuyến.
- Truyền thông gián tiếp: thư, thư khuyến nghị; bản tóm lược thông tin/báo cáo ngắn gọn; sách, tài liệu; phim tư liệu, phóng sự truyền hình, băng video...; bài báo, tạp chí, trang điện tử; các chương trình phát thanh; băng rôn, khẩu hiệu.

Tiêu chí lựa chọn kênh truyền thông

Độ bao phủ: Là phạm vi mà thông tin qua kênh truyền thông này đến được với đối tượng cần được chia sẻ. Việc sử dụng phạm vi rộng lớn của kênh truyền thông sẽ dễ gây tiếng vang trong cộng đồng và thu hút được nhiều sự quan tâm của các đối tượng khác cũng như cộng đồng khác.

Chi phí: Hãy cân đối ngân sách/chi phí cho loại truyền thông phù hợp với điều kiện ngân sách của nhóm. Một chi phí hợp lý là chi phí thấp nhất nhưng đạt hiệu quả cao nhất, bởi việc sử dụng kênh truyền thông trong việc vận động chính sách có thể phải áp dụng nhiều lần trong quá trình thực hiện.

Nguồn lực: Việc xác định nguồn lực là điều cần thiết cho mọi hoạt động. Nguồn lực được coi là yếu tố đầu tiên cần xem xét để có thể lựa chọn các hình thức thực hiện nhằm mang lại hiệu quả cao nhất và hạn chế tối đa việc sử dụng nguồn lực này.

Đối tượng đích: Đây là điểm quan trọng trong việc xác định kênh truyền thông. Nếu không xác định rõ đối tượng đích của kênh truyền thông sẽ không thu được kết quả phục vụ cho quá trình vận động của nhóm, không thu hút, gây sức ép đối với những người liên quan.

Tài liệu vận động

Tài liệu in: Là các tài liệu mà nhóm thu thập được cũng như soạn thảo ra dưới hình thức văn bản như: thư, công văn, tờ rơi, báo cáo...

Tài liệu hình: Là các tài liệu nhóm thu thập được, ghi lại dưới hình dạng tranh ảnh, đoạn phim...

8.2.5.6. Bước 6. Kế hoạch vận động chính sách

Kế hoạch vận động chính sách được xây dựng sau khi nhóm đã xác định được vấn đề vận động, các đối tượng liên quan, mục tiêu vận động. Các kế hoạch nếu được xây dựng tốt sẽ giúp cho nhóm vận động hiểu rõ những công việc làm tiếp theo là gì, thực hiện như thế nào, ai thực hiện, khi nào tiến hành và dự trù nguồn ngân sách cho hoạt động đó. Dựa trên kế hoạch này có thể giám sát được tiến trình, chất lượng công việc.

BẢNG 8.2. Biểu mẫu kế hoạch vận động chính sách

Hoạt động	Cơ quan thực hiện chính	Cơ quan phối hợp	Đối tượng vận động	Kinh phí	Địa điểm	Thời gian
Mục tiêu hoạt động:.....						
Hoạt động 1						
Hoạt động 2						
Hoạt động 3						
.....						

Hoạt động: Hãy liệt kê các hoạt động dự kiến thực hiện trong quá trình vận động chính sách của nhóm. Các hoạt động càng chi tiết càng có lợi ích cho việc kiểm soát, kiểm tra chất lượng công việc cũng như chuẩn bị điều hành hoạt động trong thời gian tiếp theo.

Cơ quan thực hiện chính: Là đơn vị chịu trách nhiệm thực hiện và hiệu quả công việc đối với người quản lý chính. Đối tượng ở đây có thể là một cá nhân được giao nhiệm vụ tùy thuộc từng hoạt động cụ thể. (Ví dụ: Hội nông dân xã, đoàn thanh niên...).

Cơ quan phối hợp: Là cá nhân, đơn vị hỗ trợ cơ quan thực hiện chính trong việc triển khai hoạt động. (Ví dụ: Hội nông dân xã, hội phụ nữ xã...).

Đối tượng hoạt động: Là người/nhóm người ra quyết định, chính sách mà nhóm thực hiện muốn vận động để họ ra các quyết định, chính sách... theo mong muốn của nhóm. (Ví dụ: Chủ tịch Ủy ban nhân dân xã...).

Kinh phí: Là khoản ngân sách dự kiến để thực hiện hoạt động (Ví dụ: 5 triệu đồng).

Địa điểm: Là nơi diễn ra hoạt động theo dự kiến của nhóm (Ví dụ: Văn phòng Ủy ban nhân dân, nhà họp thôn, bản).

Thời gian: Là mốc thời gian và khoảng thời gian dự kiến thực hiện hoạt động. (Ví dụ: Từ ngày 01/6/2015 đến 31/12/2015).

8.2.6. THU THẬP THÔNG TIN VỀ BỐI CẢNH VÀ MÔI TRƯỜNG CHÍNH SÁCH ĐỐI VỚI CÁC VẤN ĐỀ VẬN ĐỘNG CHÍNH SÁCH

Khi bắt đầu chiến dịch vận động chính sách, người vận động cần hiểu được bức tranh tổng thể. Cần biết những chính sách hoặc luật pháp nào có thể ảnh hưởng hoặc tác động đến vấn đề vận động. Luật pháp xác định ranh giới những gì được làm trong khuôn khổ pháp luật.

Các chính sách của Nhà nước thể hiện quan điểm của Chính phủ về một vấn đề nào đó, và hình thành cơ sở cho các kế hoạch chi tiết hơn. Luật pháp và chính sách có thể là những điều bạn có thể sử dụng để hỗ trợ cho hoạt động của mình, cũng có thể là những điều mà bạn nỗ lực để thay đổi thông qua vận động chính sách.

Vận động chính sách để điều chỉnh hoặc đưa ra các pháp chế mới gây ảnh hưởng đến quá trình ra quyết định từ cấp cơ sở đến quốc gia, và đôi khi cao hơn. Các thông tin quan trọng cần thu thập là:

- Ai quyết định? (Ví dụ: các nhà quản lý, đại biểu Quốc hội, những người ảnh hưởng đến dư luận xã hội như các nhà lãnh đạo cộng đồng).
- Điều gì được quyết định? (Ví dụ: chính sách, chương trình, ngân sách, các cơ quan giám sát và thực hiện).

Trong bất kỳ chiến dịch vận động chính sách nào người vận động cũng cần cân nhắc đến mức độ hoạt động, ngay cả khi trọng tâm của người vận động ở mức độ thấp. Để trở thành một nhà vận động chính sách đáng tin cậy, người vận động cần nắm rõ các chiến lược và chính sách hiện hành về vấn đề quan tâm. Điều này không chỉ giúp bạn hiểu rõ vấn đề mà mình vận động chính sách, mà còn trang bị những kiến thức mà người vận động cần suy xét một cách nghiêm túc khi bắt đầu chiến dịch của mình. Hiểu biết về luật pháp và chính sách sẽ giúp người vận động tổ chức chiến dịch của mình dựa trên những cái đã có sẵn. Tìm hiểu luật pháp và chính sách giúp người vận động chính sách chắc chắn rằng mình không vận động cho những điều đã có. Ngoài chính sách và quy định, còn có thể có những chiến lược, kế hoạch chiến lược xác định công việc của các cơ quan chính phủ. Hãy tìm hiểu đó là những gì để kế hoạch vận động chính sách có thể hỗ trợ và

bổ sung thêm từ những nguồn công cộng khác như thư viện, internet, cửa hàng sách... Nhiều khi, người vận động chính sách cũng có thể tìm được thông tin từ những nguồn rất gần với mình. Nếu người vận động chính sách biết ai đó làm trong lĩnh vực y tế, họ có thể nói cho người vận động biết về những chính sách hay chương trình mới mà họ đang thực hiện. Ngoài ra, họ có thể nói cho người vận động biết ai có thể cung cấp thêm thông tin, hoặc đến nơi nào để tìm kiếm tài liệu.

Các văn bản luật, chính sách và chương trình có thể là những tài liệu khá phức tạp. Người vận động chính sách không nhất thiết phải tự mình đọc tất cả. Nếu người vận động tìm được bài phân tích về những tài liệu này từ một nguồn tin cậy thì người vận động có thể dựa vào nguồn đó. Tuy nhiên, trong nhóm vận động chính sách cần có một người đọc và phân tích tất cả các thông tin cơ bản một cách kỹ lưỡng. Nắm vững về tình hình chung giúp cho chiến dịch vận động chính sách có độ tin cậy và giúp người vận động xác định các vấn đề, mục tiêu và thông điệp của mình một cách rõ ràng hơn.

CHỦ ĐỀ THẢO LUẬN CHƯƠNG 8

1. Những hiểu biết của anh/chị về truyền thông và thông tin.
2. Áp dụng năng lực truyền thông và thông tin trong giải quyết dịch cúm A H₅N₁ ở gia cầm.
3. Những hiểu biết của anh/chị về chính sách và vận động chính sách.
4. Xây dựng kế hoạch vận động chính sách cho chương trình tiêm phòng dịch bệnh Nhiệt thán ở gia súc tại huyện A, tỉnh B.
5. Xây dựng kế hoạch vận động chính sách cho chương trình phòng chống dịch Sốt xuất huyết tại huyện B, tỉnh C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Nông nghiệp & Phát triển nông thôn, Bộ Y tế (2016), *Kế hoạch chiến lược Một sức khỏe Quốc gia phòng chống bệnh truyền lây giữa động vật và người, giai đoạn 2016 – 2020*.
2. Bộ Nông nghiệp & Phát triển nông thôn, Bộ Y tế (2017). *Kế hoạch chiến lược kiểm soát và thanh toán bệnh Đại đến năm 2020*.
3. Thông tư liên tịch số 16/2013/TTLT-BYT-BNN&PTNT ngày 27/5/2013, “Hướng dẫn phối hợp phòng, chống bệnh lây truyền từ động vật sang người”.
4. Bộ Y tế (2011), *Quản lý và tổ chức y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Dự án Việt Nam – Hà Lan (2004), *Lập kế hoạch và quản lý dựa vào bằng chứng trong ngành y tế Việt Nam*, tr. 1–4.
6. Mai Văn Hai (2013), “*Bản sắc Văn hóa Việt Nam trong tiến trình toàn cầu hóa hiện nay*”, Tạp chí Xã hội học, số 3 (123).
7. Nguyễn Đức Hình, Lê Thị Hương (2015), *Một sức khỏe trong Y học dự phòng và Y tế công cộng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Đỗ Mai Hoa, Phạm Thị Thùy Linh, Nguyễn Minh Hoàng (2012), *Lập kế hoạch y tế*, Nhà xuất bản Lao động–Xã hội.
9. Lưu Ngọc Hoạt (2004), *Thu thập và xử lý thông tin cung cấp bằng chứng cho lập kế hoạch và quản lý*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. Nguyễn Việt Hùng, Trần Thị Tuyết Hạnh (2016), *Tiếp cận Hệ sinh thái đối với sức khỏe (Ecohealth)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. Dương Huy Liệu (2001), *Hướng dẫn viết kế hoạch y tế địa phương*, Quản lý y tế, Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới, dự án Phát triển hệ thống y tế.
12. Trịnh Đình Thâu, Phạm Hồng Ngân (2016), *Giáo trình Bệnh truyền lây giữa động vật và người*, Nhà xuất bản Đại học Nông nghiệp, Hà Nội.

13. Nguyễn Bá Hiên và cs (2015). *Bệnh cúm ở người và động vật*. Nhà xuất bản Nông nghiệp, Hà Nội.
14. Nguyễn Duy Phong (2009), *Một số chuyên đề về Y tế công cộng*, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. HCM.
15. Phạm Đức Phúc, Lưu Quốc Toàn (2016), *Sổ tay hướng dẫn, đánh giá nguy cơ hóa học trong an toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Phạm Đức Phúc, Đặng Xuân Sinh (2016), *Sổ tay hướng dẫn, đánh giá nguy cơ vi sinh vật trong an toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Phạm Đức Phúc, Lưu Quốc Toàn, Nguyễn Thị Bích Thảo, Lê Thị Huyền Trang, Trịnh Thu Hằng (2016), *Năng lực cốt lõi Một sức khỏe*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
18. Tổ chức Y tế Thế giới (2005). *Điều lệ Y tế Quốc tế*.
19. Trần Thục, Nguyễn Văn Thắng, Huỳnh Thị Lan Hương, Mai Văn Khiêm, Nguyễn Xuân Hiên, Doãn Hà Phong (2009), *Kịch bản biến đổi khí hậu, nước biển dâng cho Việt Nam*, Bộ Tài nguyên và Môi trường, Nhà xuất bản Tài nguyên môi trường và Bản đồ Việt Nam, Hà Nội.
20. Lưu Quốc Toàn, Nguyễn Việt Hùng, Bùi Mai Hương (2013). “Đánh giá nguy cơ thịt lợn nhiễm *Salmonella* ở Hà Nội”, *Tạp chí Y học dự phòng*, XXIII: 10-18
21. Đào Trí Úc, Vũ Công Giao (2015), *Vận động chính sách công-lý luận và thực tiễn*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội.
22. American Veterinary Medical Association (2008), “One health: A new professional imperative”.
23. Bernard C. K., Choi Anita W. P. Pak. (2006). “Multidisciplinarity, Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Health Research, Services, Education and Policy,” *Clin. Invest. Med.*, Vol 29(6).
24. Christopher Eddy, Paul A. Stull, Erik Balster(2013), “Environmental Health - Champions of One Health”, *Journal of Environmental Health*.
25. Department of Health and Human Services U.S. (2009), “Competencies for Public Health Informaticians”.
26. Haines, Kovats R. S., Campbell-Lendrum D., (2006), “Climate change and human health: Impacts, vulnerability, and mitigation”, *The Lancet*. 367: 2101–09.
27. Hung Nguyen Viet, Phuc Pham Duc(2015), A One Health perspective for integrated human and animal sanitation and nutrient recycling. In Zinsstag J., Schelling E., Waltner D., Toews M., Whittaker & Tanner M. (Eds.), *One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*. CAB International, Wallingford, UK.
28. Hung Nguyen Viet, Vi Nguyen, Phuc Pham Duc(2015), Institutional research capacity development for integrated approaches in developing countries: An example from Vietnam. In Zinsstag J., Schelling E., Waltner D., Toews M., Whittaker & Tanner M. (Eds.), *One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches*. CAB International, Wallingford, UK.

29. Nguyen Viet H., Phuc Pham Duc, Le Vu Anh, Phung Dac Cam, Jakob Zinsstag (2014), One Health: Integrated approach for research and intervention to improve the health of human, animal and the environment. *Journal of Science and Technology of the Ministry of Science and Technology of Vietnam*. 1(2014): 44-48.
30. Nguyen V., Nguyen Viet H., Phuc Pham Duc, Craig S., Scott A. McEwen. "Identifying the impediments and enablers of ecohealth for a case study on health and environmental sanitation in Ha Nam, Vietnam." *Infect. Dis. Poverty* 3(1): 36. (2014).
31. Nguyen V., Nguyen Viet H., Phuc Pham Duc, Wiese M. (2014), Scenario Planning for Community Development in Vietnam: A New Tool for Integrated Health Approaches?, *Global Health Action*, 7(24482).
32. Meadows D. (2008). *Thinking in Systems Thinking: A Primer*. United States of America: Chelsea Green Publishing.
33. Michael M. C., Campbell Lendrum D. H., Corvalán C. F., Ebi K. L., Githeko A. K., Scheraga J. D., Woodward A. (2003), *Climate change and human health: Risks and responses*, World Health Organization.
34. Paul Stock, Rob Burton J. F. (2011), "Defining Terms for Integrated (Multi-Inter-Trans-Disciplinary)", *Sustainability Research*, 3: 1090–1113.
35. Phuc Pham Duc, Nguyen Van Tuong, (2016). *Improve management capacity of laboratory equipment at the universities and colleges of medicine and pharmacy*. Medical Publishing House. Hanoi.
36. Toan Quoc Luu, Mai Huong Nguyen, Hung Nguyen Viet, Giang Pham, Tung Dinh Xuan, Lauren E., MacDonal, Phuc Pham Duc (2017). Community participatory interventions to improve farmer knowledge and practices of household biogas unit operation in Ha Nam province, Vietnam. *Journal of Public Health Management and Practice* (accepted).
37. Veterinarians without Borders, Canada (April 2010), "One Health for One World: A Compendium of Case Study".

GIÁO TRÌNH MỘT SỨC KHỎE

Chịu trách nhiệm xuất bản
Quyền Giám đốc - Phó Tổng Biên tập:
TS. LÊ LÂN

Biên tập và sửa bản in:
LÊ MINH THU

Trình bày, bìa:
NGUYỄN THỊ ÁNH TUYẾT

NHÀ XUẤT BẢN NÔNG NGHIỆP
167/6 Phương Mai - Đống Đa - Hà Nội
ĐT: (04) 38523887, (04) 38521940 - Fax: (04) 35760748
Website: <http://www.nxbnongnghiep.com.vn>

CHI NHÁNH NHÀ XUẤT BẢN NÔNG NGHIỆP
58 Nguyễn Bình Khiêm - Q.I - Tp. Hồ Chí Minh
ĐT: (08) 38299521, 38297157 - Fax: (08) 39101036

$\frac{63-630}{NN-2017}$ - 1/217 - 17

In 200 bản, khổ 19 × 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Nông nghiệp.
Địa chỉ: Số 6, ngõ 167 phố Phương Mai - Đống Đa - Hà Nội.
Xác nhận đăng ký xuất bản số 3345-2017/CXBIPH/1-217/NN ngày 03/10/2017.
Quyết định XB số: 94/QĐ-NXBNN ngày 6/10/2017.
ISBN 978-604-60-2624-2
In xong và nộp lưu chiểu Quý IV/2017.



MẠNG LƯỚI MỘT SỨC KHỎE CÁC TRƯỜNG ĐẠI HỌC VIỆT NAM (Vietnam One Health University Network)

www.vohun.org



OneHealth
WORKFORCE



GIÁO TRÌNH MỘT SỨC KHỎE

63-630
NN-2017-1/217-17

ISBN 978-604-60-2624-2



9 786046 026242

Sách không bán