

Tập san Sức khỏe

Một xuất bản phẩm của Văn Phòng về các Vấn đề liên quan đến Dân Số

Số 2

Tăng cường hành vi có lợi cho sức khỏe

Tác giả: Elaine M. Murphy

Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số (Population Reference Bureau)

Được thành lập từ năm 1929, Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số (Population Reference Bureau) là cơ quan hàng đầu trong việc cung cấp một cách kịp thời và khách quan về các thông tin liên quan đến các khuynh hướng về dân số ở Hoa Kỳ và quốc tế và các tác động của chúng. Thông qua một loạt các hoạt động, bao gồm các xuất bản, dịch vụ thông tin, hội thảo và hỗ trợ kỹ thuật. Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số thông tin cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà giáo dục, cơ quan thông tin đại chúng, và các cá nhân có liên quan đang làm việc trong các toàn thể giới. Các nỗ lực của chúng tôi được sự ủng hộ thông qua các hợp đồng của chính phủ các nước, các tài trợ nghiên cứu của các quỹ, sự đóng góp của các cá nhân và hợp tác, và bán các xuất bản phẩm. Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số được quản lý bởi một ban điều hành bao gồm các thành viên đại diện cho các lĩnh vực chuyên môn và cộng đồng khác nhau

Tập san sức khỏe cung cấp cho người đọc một quan điểm chung và toàn diện, dễ hiểu và dễ sử dụng về các vấn đề chủ yếu liên quan đến chính sách về sức khỏe quốc tế. Xuất bản phẩm này được cung cấp cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà phân tích, các giám đốc phụ trách chương trình, các luật sư, nhà báo, thủ thư, các giáo sư và các sinh viên. Tập san sức khỏe được giúp đỡ thông qua một khoản tài trợ cho Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số (Population Reference Bureau-PRB) của Quỹ Bill và Melinda Gate với mục đích làm cho người sử dụng trên toàn thế giới có khả năng tiếp cận rộng rãi hơn với các phát hiện nghiên cứu quan trọng. Sáng kiến này cũng bao gồm việc đào tạo, các hoạt động liên quan đến Internet và các hoạt động khác để tăng cường các chính sách và chương trình liên quan đến sức khỏe.

Bạn cũng có thể tìm thấy xuất bản phẩm này tại Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số. Để trở thành thành viên của Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số hay để đặt các tài liệu do Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số xuất bản xin hãy liên hệ: PRB, 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, 202-328-3937; Email: popref@prb.org; Website: www.prb.org.

Nếu bạn muốn trích dẫn từ ấn bản này, hãy đề: Elaine M. Murphy, "Promoting Healthy Behavior," Health Bulletin 2 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005. Để được phép xuất bản một phần từ HealthBulletin, xin liên hệ Văn phòng về các vấn đề liên quan đến Dân số tại: permissions@prp.org, hay theo địa chỉ ở trên.

Copyright © May 2005 Population Reference Bureau

Bảng mục lục

Hành vi, Sức khỏe và Thiên niên kỷ.....	1
Hành vi có nguy cơ:	2
Chương trình y tế tập trung hơn:.....	4
Hiểu và tác động được quần chúng.....	5
Mô hình định hướng cho cá thể	7
Các giai đoạn của quá trình thay đổi:.....	8
Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM):.....	8
Các lý thuyết về hành vi sức khỏe giữa các cá nhân:.....	9
Thuyết học từ xã hội (SLT).....	9
Cấp độ cộng đồng và các mô hình liên quan:	10
Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M)	10
Lý thuyết về thay đổi tổ chức:.....	11
Lý thuyết giai đoạn tổ chức (Organizational Stage Theory).....	11
Lý thuyết phát triển tổ chức (ODT)	12
Lý thuyết về phổ biến các đổi mới (DIT).....	14
Tăng cường sức khỏe: các công cụ của thương mại.....	15
Phương tiện thông tin đại chúng	15
Tiếp thị xã hội (S.M).....	15
Vận động cộng đồng	16
Giáo dục sức khỏe	17
Cải thiện các tương tác hướng về khách hàng trong các cơ sở y tế	18
Truyền thông chính sách	19
Áp dụng các lý thuyết và phương tiện thay đổi hành vi.....	20
Kinh nghiệm lịch sử: Giảm suy dinh dưỡng	21
Kinh nghiệm lịch sử: Chiến đấu chống lại HIV/AIDS	22
Kinh nghiệm lịch sử: Giảm tổng số mắc sốt rét.....	24
Kinh nghiệm lịch sử: Giúp trẻ sống	25
Kinh nghiệm lịch sử : Cải thiện sức khỏe bà mẹ	28
Kinh nghiệm lịch sử: Đưa Kế Hoạch Hóa Gia Đình thành một chuẩn mục.....	29
Hướng tới những chương trình tăng cường sức khỏe có hiệu quả..	31
Kết luận	33
Tài liệu tham khảo.....	34
Nguồn tham khảo.....	37
Các trang Web tham khảo.....	37

Bảng mục lục (tiếp)

Hộp

<u>Hộp 1 Các hành vi sức khỏe có thể thay đổi</u>	7
<u>Hộp 2 Vận động một công đồng quốc gia hoặc quốc tế</u>	11
<u>Hộp 3 Lấy văn hoá làm sức mạnh</u>	17
<u>Hộp 4 Vượt trội và ngang hàng</u>	19
<u>Hộp 5 Thông tin là sức mạnh</u>	20
<u>Hộp 6 Ngành công nghiệp thể hiện một ví dụ tích cực</u>	22
<u>Hộp 7 Thay đổi mô hình KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH</u>	31

Bảng

<u>Bảng 1 Các yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến bệnh tật, tàn phế hoặc tử vong</u>	3
<u>Bảng 2 Các bệnh hàng đầu, tàn tật hoặc nguyên nhân tử vong</u>	4
<u>Bảng 3 Các mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ và những mục đích chính của năm 2015</u>	5
<u>Bảng 4 Triển vọng sinh thái: Các mức độ của sự ảnh hưởng</u>	7
<u>Bảng 5 Tóm tắt các lý thuyết thay đổi hành vi trong cuộc sống có chọn lọc</u>	13

Tăng cường hành vi có lợi cho sức khỏe

Sức khoẻ là trạng thái thoải mái hoàn toàn về mặt thể chất, tâm lý và xã hội chứ không chỉ đơn giản là không có bệnh hoặc không ốm yếu.

- Tổ chức Y tế Thế giới, 1948-

Hành vi, Sức khoẻ và Thiên niên kỷ

Cuối những năm 1970, các nhà lãnh đạo y tế trên thế giới đã họp lại để suy ngẫm xem sức khoẻ của thế giới năm 2000 sẽ như thế nào. Họ tiên đoán rằng có sự tiến bộ rất lớn và mọi người trên thế giới đều có một sức khoẻ cần thiết. Nhìn lại chúng ta thấy thái độ lạc quan của họ là có thể hiểu được. Chỉ trong thời gian ngắn, hơn 20 năm từ giữa thế kỷ 20, các cố gắng về y tế cộng đồng trên toàn cầu đã đạt được những thành tựu to lớn trong việc đấu tranh đẩy lùi bệnh tật, và thậm chí đã xoá sổ được bệnh đậu mùa, một trong những tai hoạ nguy hiểm nhất của thế giới. Tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh và trẻ em đã giảm xuống nhờ các chiến dịch tiêm chủng rộng rãi, cung cấp thực phẩm đầy đủ và những phương pháp điều trị mới với các bệnh thông thường. Sự tiến bộ của kháng sinh đã cứu sống được hàng triệu người. Tuổi thọ trung bình tăng lên một cách đáng kể ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển. Các chuyên gia y tế nhận thấy với giải pháp về chính sách kết hợp với các nguồn lực đầy đủ thì những nỗ lực phối hợp trong việc tăng cường những vấn đề này và các biện pháp can thiệp có hiệu quả khác đối với tất cả các khu vực trên thế giới sẽ biến ước mơ này trở thành hiện thực vào đầu thế kỷ 21.

Nhưng các tiên đoán này cũng không đáng tin cậy. Ngày nay, mặc dù với tất cả các tiến bộ thì hàng tỷ người cũng không có sức khoẻ tốt. AIDS đã làm giảm sự sống sót của trẻ em và tuổi thọ trung bình tại nhiều nơi ở châu Phi. Các cuộc xung đột vũ trang đã giết hại hàng triệu người một cách trực tiếp và hàng triệu trẻ em bị chết vì suy dinh dưỡng và bệnh tật. Ở một số nước tỷ lệ tiêm chủng đã giảm một cách đáng kể.

Sự phát triển không ngừng của việc kháng lại các thuốc kháng sinh đã làm giảm đi khả năng gần như kỳ diệu của chúng. Sốt rét và bệnh lao vẫn còn là những hiểm họa chính ở các nước nghèo, trong khi đó ở các nước giàu thì béo phì góp phần làm tăng các bệnh về tim, đái tháo đường và ung thư.

Do đánh giá cao về vai trò của các kỹ thuật nên các nhà lãnh đạo y tế ở những năm 70 có thể khó hình dung được vai trò trung tâm của hành vi trong cuộc sống đối với sức khỏe như ở năm 2000: bệnh tật và tử vong do các nguyên nhân có thể phòng ngừa được vẫn còn cao. Mặc dù virus, vi khuẩn, các nguyên nhân gây bệnh khác, các yếu tố bẩm sinh và di truyền có liên quan rõ ràng đến nhiều các vấn đề cấp thiết về sức khỏe trên thế giới, chúng ta cũng không thể giải quyết các vấn đề này một cách đơn thuần với các kỹ thuật như dùng vacxin, các kháng sinh thế hệ mới hoặc điều trị bằng gene. Hành vi trong cuộc sống là một yếu tố then chốt trong việc quyết định sức khỏe con người. Ta có thể dễ dàng nhận thấy tác động của những hoạt động riêng biệt như là tình dục không an toàn, hút thuốc lá hoặc không tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em. Nhưng chúng ta cũng phải nhận ra được các việc làm quan trọng có liên quan đến sức khỏe. Những quyết định của những nhà hoạch định chính sách có thể làm giảm hoặc đôi khi làm tăng sự nghèo nàn của người dân, sự phân phối nhỏ công bằng hoặc bất công do các nhà tài chính đối với việc điều trị và dự phòng của y tế, việc đối xử của nhân viên y tế với khách hàng một cách lịch sự, nhã nhặn hay thô bạo. Việc thi hành các chương trình y tế được thiết kế một cách có hiệu quả hay ít có hiệu quả. Các quyết định thuộc nhiều bộ phận bên ngoài có liên quan tới sức khỏe như việc cung cấp nước sạch và an toàn hoặc là việc xây dựng và sửa chữa các con đường.

Tập san sức khỏe này khảo sát của các hành vi quan trọng là nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong và tàn tật và việc phòng tránh hoặc làm

giảm bớt các nguyên nhân này. Nó mô tả các khung nghiên cứu cơ bản mà các nhà khoa học về hành vi trong cuộc sống sử dụng để hiểu và thúc đẩy những hành vi trong cuộc sống có liên quan tới sức khỏe, và những dụng cụ hữu hiệu khác nhau mà các chương trình tăng cường sức khỏe sử dụng. Hơn thế nữa bằng việc đưa ra một loạt các trường hợp thành công và các bài học, tập san này mong muốn giúp cho y học cộng đồng và những tổ chức chuyên nghiệp khác hợp nhất các chiến lược về thay đổi hành vi trong cuộc sống vào trong những chương trình và chính sách của họ ở mọi cấp độ.

Hành vi có nguy cơ:

Mối liên quan giữa hành vi trong cuộc sống và sức khỏe trở nên càng rõ ràng hơn khi xem xét 10 yếu tố nguy cơ đã được xác định bởi tổ chức y tế Thế giới đối với các bệnh và tử vong có thể phòng tránh được trên toàn thế giới. Thiếu cân ở mẹ và trẻ em; tình dục không an toàn; tăng HA; thuốc lá; rượu; nước không an toàn, kém vệ sinh; tăng cholesterol; khói do đốt nhiên liệu ở trong nhà; thiếu sắt; tăng chỉ số khối cơ thể (BMI), hoặc là thừa cân. Theo Tổ chức Y tế Thế giới thì 40% các trường hợp tử vong trên toàn thế giới là do 10 yếu tố nguy cơ này. Tuổi thọ trung bình trên toàn cầu sẽ tăng từ 5 đến 10 năm nếu như các cá nhân, cộng đồng, hệ thống y tế và các quốc gia quyết định tăng cường sức khỏe bằng cách làm giảm những yếu tố nguy cơ này.

Một điều thú vị là 2 trong danh sách 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu lại có tính chất trái ngược nhau về dinh dưỡng, đó là thiếu cân và thừa cân. Béo phì gây phiền toái cho những người ở các nước phát triển, đỡ hơn ở các nước nghèo và có thu nhập trung bình. Sự liên quan đến hành vi trong cuộc sống rất rõ ràng, chế độ ăn nhiều chất béo, muối đường và ít chất rau, hoa quả kèm theo với kém

Bảng 1

Các yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến bệnh tật, tàn phế hoặc tử vong

Các nước nghèo nhất	Các nước phát triển
1. Thiếu cân	1. Thuốc lá
2. Tình dục không an toàn	2. Tăng HA
3. Nước không an toàn và không vệ sinh	3. Rượu
4. Khói do đốt nhiên liệu trong nhà	4. Tăng cholesterol
5. Thiếu kẽm	5. Tăng BMI
6. Thiếu sắt	6. Ăn ít hoa quả và rau
7. Thiếu Vitamin A	7. Không hoạt động thể lực
8. Tăng HA	8. Dùng thuốc trái phép
9. Thuốc lá	9. Tình dục không an toàn
10. Tăng cholesterol	10. Thiếu sắt

vận động đã dẫn đến những tỷ lệ lớn đáng báo động của những người thừa cân, và tương ứng với những tỷ lệ cao của bệnh đái tháo đường, thiếu máu cơ tim, Tăng HA, và tai biến mạch máu não. Béo phì sẽ làm cho 5 triệu người chết/năm trong những năm 2020, so với hiện tại chỉ là 3 triệu người chết/năm.

Ngược lại thiếu cân lại là yếu tố nguy cơ lớn ở những nước nghèo. Suy dinh dưỡng ở trẻ em hiện nay gây ra 130 triệu trường hợp tử vong hàng năm và đang giảm dần do các biện pháp can thiệp của y tế cộng đồng. Tuy vậy nó vẫn sẽ còn là nguyên nhân gây ra 110 triệu trường hợp tử vong ở năm 2020.

Do nghèo nàn, mất bình đẳng về giới tính và những sự phân biệt khác là các nguyên nhân của sự việc thiếu dinh dưỡng nên để giải quyết vấn đề này cần phải thay đổi quan điểm sống ở nhiều cấp độ khác nhau. Ví dụ như những quyết định của các nhà lãnh đạo chính trị và phát triển ở cấp quốc tế, quốc gia hoặc địa phương đều thường gây ra hoặc làm tăng sự nghèo đói. Paul Farmer

gọi đây là " bạo lực cấu trúc" (Structural violence) và ông đã dùng ví dụ về những đập nước phục vụ cho nhu cầu về điện cho công nghiệp, thương mại nông thôn và vấn đề tốt đẹp nhất nhưng lại gây ra ngập nước đồng ruộng của người nghèo, làm tăng sự nghèo nàn và đói khổ. Các qui tắc về mất bình đẳng giới tính có nghĩa là phụ nữ và các cô gái nghèo sẽ ăn các thức ăn ít dinh dưỡng hơn. Sự phân biệt đối xử làm cho một số nhóm người ít được chăm sóc hoặc không được chăm sóc một chút nào về mặt y tế và dinh dưỡng. Thêm vào đó hệ thống y tế thường không xác định được sự suy dinh dưỡng hoặc là không quan tâm đến. Đối với nhiều phụ nữ có thai nghèo thì việc ăn trứng là bị "kiêng". Các chương trình dinh dưỡng có nhạy cảm về văn hoá có thể làm tăng khả năng chấp nhận nguồn cung cấp protein này. Nuôi con bằng sữa mẹ, lý tưởng nhất là chỉ cho bú mẹ trong 6 tháng đầu tiên, là nguồn dinh dưỡng và tăng sức đề kháng với bệnh tật tốt nhất cho trẻ hiện nay. Nhưng việc này đã từng bị phản đối quyết liệt trong nhiều năm với việc xuống dốc trong thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và việc tăng cường thương mại các sữa bột cho trẻ. Ngày nay do HIV có thể truyền qua sữa mẹ nên người phụ nữ lại càng cần có những chỉ dẫn rõ ràng hơn bao giờ hết.

Ngoài suy dinh dưỡng ra còn có những yếu tố nguy cơ hàng đầu khác cũng kêu gọi việc thay đổi hành vi. Rượu là yếu tố nguy cơ thứ 3 ở những nước phát triển và là vấn đề đang tăng lên ở các nước nghèo. Thuốc lá là một yếu tố nguy cơ chính trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá rằng với xu hướng tiếp tục như hiện nay thì việc hút thuốc sẽ gây ra 9 triệu cái chết trong năm 2020 so với chỉ 5 triệu hiện nay. Tình dục không an toàn - không phòng chống nhiễm trùng hoặc có thai ngoài ý muốn là một trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu ở cả nước giàu lẫn nước nghèo. Giàu hay nghèo, tình dục không an toàn là một hành vi trong cuộc sống và việc đem lại hành vi trong cuộc sống có tình dục an toàn hơn là một

nhu cầu cấp thiết của y tế cộng đồng trên toàn cầu. Từ các yếu tố nguy cơ cho sức khoẻ đến gánh nặng của bệnh tật

Các yếu tố nguy cơ chuyển thành bệnh, tàn phế và tử vong: vấn đề này được cộng đồng y học quốc tế xem như là "Gánh nặng của bệnh tật" (Xem bảng 2)

Việc nhằm giải quyết các hành vi trong cuộc sống nguy hại hơn những bệnh đặc biệt về lĩnh vực chi phí - hiệu quả, bởi vì một yếu tố nguy cơ có thể gây nên hoặc làm nặng hơn nhiều bệnh. Ví dụ, thuốc lá gây ra hoặc ảnh hưởng đến ung thư phổi, bệnh thiếu máu cơ tim, đái tháo đường và bệnh mạch máu não. Thiếu dinh dưỡng là nguyên nhân của những bệnh có thể gây ra khoảng 60% các trường tử vong ở trẻ em.

Bảng 2

Các bệnh hàng đầu, tàn tật hoặc nguyên nhân tử vong

Các nước nghèo nhất	Các nước phát triển
1. Thiếu cân	1. Thuốc lá
2. HIV/AIDS	2. Bệnh thiếu máu cơ tim
3. Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới	3. Rối loạn trầm cảm đơn cực. Bệnh lý mạch máu não
4. Các tình trạng chu sinh. rượu. Các bệnh lây truyền	4. Các rối loạn do dùng
5. Sốt rét thành	5. Điếc ở người trưởng
6. Các tình trạng người mẹ tính	6. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn
7. Rối loạn trầm cảm đơn cực	7. Tai nạn giao thông
8. Bệnh thiếu máu cơ tim	8. Ung thư khí - phế quản
9. Sởi	9. Alzheimer và các sa sút trí tuệ khác
10. Bệnh lao	10. Chấn thương do tự gây ra

Tình dục không an toàn, là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ hai ở các nước nghèo dẫn đến HIV/AIDS; các loại nhiễm trùng lây qua đường tình dục, các loại dò, ung thư cổ tử cung, không an toàn thai nghén, phá thai và sinh đẻ. Việc lạm

dụng rượu chi phối đến sự suy giảm phát triển của não bao gồm hội chứng thai nhi do rượu, xơ gan và ung thư gan, chấn thương và chết do bạo lực và tai nạn. Trên thực tế ở nhiều nước đang phát triển, sai lầm của người lái xe là nguyên nhân chủ yếu của các tai nạn giao thông, là nguyên nhân đang tăng dần của các tử vong và tàn tật. Theo giám đốc của chương trình toàn cầu của tổ chức y tế thế giới trên bằng chứng đối với chính sách y tế : " Về toàn cầu, chúng ta cần phải đạt được một sự cân bằng tốt hơn nữa giữa việc phòng tránh bệnh và việc chi đơn thuần điều trị hậu quả của bệnh. Vấn đề này chỉ có thể làm được khi có những hoạt động phối hợp để xác định và giảm các yếu tố nguy cơ chính đối với sức khoẻ".

Nếu chỉ quan tâm trực tiếp đến các nguyên nhân của tử vong thì hành vi trong cuộc sống đóng một vai trò then chốt. Ghi nhận về y tế của thế giới năm 2000 đã xếp các nguyên nhân gây tử vong trên toàn cầu làm 3 nhóm: cao nhất chiếm gần 60% là các bệnh không lây lan, nhiều nhất là bệnh lý về tim mạch. Hơn 30% các trường hợp tử vong trên toàn cầu là do các bệnh lây truyền, những tình trạng của mẹ và chu sinh, các thiếu hụt về dinh dưỡng. Còn lại 10% là do chấn thương. Ở các nước nghèo thì thứ tự lại khác: các bệnh lây nhiễm, các tình trạng chu sinh và mẹ, các thiếu hụt về dinh dưỡng gây ra phần lớn các trường hợp tử vong; tiếp theo là những chấn thương và các bệnh không lây lan. Ở tất cả mọi nơi việc thay đổi hành vi trong cuộc sống đều làm giảm một cách có ý nghĩa khả năng mắc những bệnh chết người này hoặc là nếu có mắc thì sẽ làm giảm bớt hậu quả của chúng khi điều trị sớm.

Chương trình y tế tập trung hơn:

Trong việc tăng cường hành vi trong cuộc sống lành mạnh có một vấn đề đặt ra là làm thế nào chúng ta giải quyết được các mối đe dọa với sức

khỏe khi mà chúng có mặt ở khắp mọi nơi trên thế giới? Câu trả lời là phải lựa chọn một phương hướng có hiệu quả hơn và tập trung hơn. Một bước khởi đầu trên toàn cầu, dự án ưu tiên kiểm soát bệnh, là giúp cho các nhà kế hoạch y tế tập trung nguồn lực ở những nơi cần nhiều nhất tại các nơi đang phát triển. Một sự khởi xướng khác là dựa trên sự thoả thuận của các nhà lãnh đạo trên thế giới khi họp tại hội nghị cấp cao nhất của thiên niên kỷ vào tháng 9 năm 2000 và 8 mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ. Với sự hợp tác của ngân hàng thế giới và các cơ quan khác của Liên Hợp Quốc, Chương trình phát triển của liên hợp quốc (UNDP) tập trung nguồn lực này để làm giảm nghèo đói, khuyến khích sự phát triển bền vững, nhằm vào các vấn đề sức khoẻ lớn nhất của hành tinh. Một hoặc nhiều mục đích đã được thiết lập cho mỗi mục tiêu chính, phần lớn cho năm 2015 (xem bảng 3). Việc ưu tiên kiểm soát bệnh ở các nước đang phát triển và bao hàm các mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ sẽ phụ thuộc vào sự thay đổi hành vi trong cuộc sống không những của mọi cá thể mà còn của các nhà lãnh đạo cộng đồng, các nhân viên của hệ thống y tế và các nhà hoạch định chính sách.

Nhưng vẫn còn tồn tại một câu hỏi: Liệu chúng ta có thể tác động hành vi trong cuộc sống một cách thích hợp để đạt được những mục tiêu trên. Khoa học về hành vi trong cuộc sống chỉ ra rằng chúng ta có thể và họ đã cung cấp các bằng chứng cơ bản của lý thuyết về sự thay đổi hành vi trong cuộc sống.

Hiểu và tác động được quần chúng

Chắc chắn một điều là hành vi của con người rất phức tạp và thường vượt quá sự hiểu biết. Suốt trong lịch sử, các nhà văn hay nhất đã cố gắng làm sáng tỏ tính chất phức tạp và trong thực tế đã phải ca ngợi tính huyền bí và không thể dự đoán được của con người. Ví dụ E.M.Forster đưa ra một tiểu thuyết về không gian 3 chiều - rất xứng

đáng với giải thưởng cao nhất, là một người với những cá tính có thể gây ngạc nhiên cho người đọc. Nếu như hành vi của con người mà có thể đơn giản chỉ ra được thì sẽ không có kho tàng văn hoá phong phú, không có sự căng thẳng trong

Bảng 3 Các mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ và những mục đích chính của năm 2015

- **Mục tiêu một: xoá bỏ tình trạng quá đói và nghèo:** Giảm một nửa số người sống với thu nhập dưới 1 đô-la/ngày trong năm 1990; Giảm một nửa số người bị đói.
- **Mục tiêu hai: Đạt được sự giáo dục tiểu học trên toàn cầu:** Đảm bảo tất cả các trẻ trai và gái hoàn thành được chương trình tiểu học.
- **Mục tiêu 3: Thúc đẩy sự bình đẳng giới tính và trao quyền cho phụ nữ:** Xoá bỏ sự phân biệt giới tính trong giáo dục tiểu học và trung học năm 2005 và ở tất cả các mức độ vào năm 2015.
- **Mục tiêu 4: Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em:** Giảm 2/3 tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi.
- **Mục tiêu 5: Cải thiện sức khoẻ sinh sản:** Giảm 3/4 tỷ lệ tử vong của người mẹ.
- **Mục tiêu 6: Đấu tranh với HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác:** Làm dừng lại và bắt đầu thay đổi sự lan truyền của HIV/AIDS; Làm dừng lại và bắt đầu thay đổi tỷ lệ mới mắc của sốt rét và các bệnh chính khác.
- **Mục tiêu 7: Đảm bảo cho môi trường ổn định:** Đưa các nguyên lý cơ bản của sự phát triển bền vững vào các chương trình và chính sách của đất nước, làm thay đổi tình trạng mất tài nguyên môi trường. Làm giảm một nửa số dân không được dùng nước sạch. Đạt được sự cải thiện rõ ràng cuộc sống ít nhất của 100 triệu người trong các khu nhà ổ chuột trong năm 2020
- **Mục tiêu 8: Thiết lập mối quan hệ toàn cầu cho sự phát triển:** Phát triển hơn nữa các hệ thống tài chính và thương mại mở cửa (và không có sự phân biệt). Cam kết quản lý tốt, phát triển và giảm nghèo ở mức độ quốc gia và quốc tế. Chú ý đến nhu cầu của các nước kém phát triển nhất bao gồm các chỉ tiêu nhập miễn phí đối với sự xuất khẩu của họ và tăng cường xoá nợ. Mở ra các công việc sản xuất và phù hợp cho thanh niên, phối hợp với các công ty dược, cho phép tiếp cận được và có khả năng sử dụng các thuốc thiết yếu, tạo ra lợi ích của các kỹ thuật mới, đặc biệt trong các công nghệ thông tin và truyền thông.

chính trị và không có thị trường chứng khoán. Sẽ rất dễ dàng để thay đổi hành vi trong cuộc sống có liên quan đến sức khỏe. Tuy nhiên mỗi cá thể đều có tính đặc thù và hành vi trong cuộc sống của họ rất đa dạng. Các cá thể khác nhau trong mỗi nhóm và nhóm này cũng khác với các nhóm khác. Một số hành vi trong cuộc sống không thể giải thích được. Cùng lúc đó thì sự tìm kiếm nhằm hiểu biết về hành vi trong cuộc sống của con người cũng không phải hoàn toàn khó thấy. Nghiên cứu đã bộc lộ được một số "đòn bẩy" làm cho con người trở nên hoạt động.

Phần này sẽ tổng kết lại một số lý thuyết về thay đổi hành vi trong cuộc sống mà các nhà khoa học về hành vi đã dùng để giải thích và thúc đẩy những hành vi trong cuộc sống lành mạnh ở cả các cá thể cũng như các nhóm xã hội. Lý thuyết này quan trọng vì nó vượt qua việc cố gắng đã giải thích sự hoạt động hoặc không hoạt động của từng cá thể riêng biệt và cung cấp một nền tảng hợp nhất cho việc tìm hiểu, dự đoán ở một phạm vi có thể và thúc đẩy hành vi trong cuộc sống của con người nói chung. Các lý thuyết này được chia làm nhiều phân tùy theo địa điểm của thay đổi. Trong thực tế nó sẽ là giả tạo và không thể phân tích được hành vi trong cuộc sống của từng cá thể nên không quan tâm đến hoàn cảnh xã hội nơi cá thể đang sống. Hoặc là không phân tích được hành vi trong cuộc sống của nhóm khi không có sự khác nhau giữa các cá thể bao gồm trong nhóm đó. Tuy vậy các nhà hoạch định các can thiệp thường tìm trong số các lý thuyết hoặc phân phối giữa chúng để có thể áp dụng và thoả mãn hơn cho nhu cầu của họ.

Trong thời gian đầu, nhiệm vụ của việc thay đổi hành vi trong cuộc sống có liên quan đến sức khỏe được cho rằng rất đơn giản giống như việc chuyển các thông điệp về sức khỏe như là "Hãy cho con bạn bú sữa mẹ" hoặc "Hãy sử dụng bao cao su" tới những người cần chúng. Đây là cách tiếp cận một chiều trong cộng đồng. Ngày nay các chương trình tăng cường sức khỏe thăm dò

không còn tin vào những đợt hô hào một lần bằng những cuốn sách nhỏ, quảng cáo hay truyền thông. Chúng bao gồm việc nghiên cứu mở rộng trên các thính giả thích hợp, kỹ năng xây dựng, giáo dục đa hệ và sự ủng hộ của những người có thể lực, sự phát triển của chính sách, sự ủng hộ của cộng đồng và các thay đổi về tổ chức, kinh tế môi trường. Cách tiếp cận này công nhận rằng con người đang sống trong một "sinh thái xã hội" động như là một bản thể.

Các lý thuyết mô tả dưới đây phù hợp với một triển vọng về sinh thái. Triển vọng này bao gồm 2 ý tưởng chủ chốt có thể hướng dẫn giúp cho các can thiệp về sức khỏe. Đầu tiên các hành vi trong cuộc sống có liên quan tới sức khỏe chịu tác động và tác động đến các cấp độ khác nhau của sự ảnh hưởng: các yếu tố nội tâm hoặc các yếu tố cá nhân, các yếu tố giữa các cá thể, các yếu tố của cơ quan hoặc tổ chức, các yếu tố cộng đồng hoặc yếu tố về chính sách cộng đồng (xem bảng 4). Ví dụ một người đàn ông trẻ có thể quan tâm đến việc thực hành tình dục an toàn hoặc sự kiêng khem vì anh ta được tiếp xúc với sự giáo dục về AIDS và muốn tự bảo vệ khỏi nhiễm HIV. Tuy nhiên động lực của anh ta còn thấp vì các bạn của anh không tin vào nguy hiểm và chế nhạo việc kiêng cử hoặc việc sử dụng bao cao su. Những qui tắc trong cộng đồng cổ vũ việc có nhiều bạn đối với đàn ông. Hơn thế nữa, các phòng mạch y tế đã từ chối phục vụ anh ta khi anh ta cố gắng trong việc dùng bao cao su. Các thuế nhập khẩu bao cao su làm cho giá ở hiệu thuốc trở nên quá cao so với khả năng của anh ta, đồng thời chính sách ở các trường lại cấm phân phối bao cao su cho sinh viên.

Ý tưởng chủ chốt thứ hai thừa nhận quan hệ nhân quả qua lại giữa các cá thể và môi trường của họ: hành vi trong cuộc sống ảnh hưởng đến và cũng chịu sự ảnh hưởng của môi trường xã hội của nó. Trong ví dụ nêu trên, người đàn ông tham gia một nhóm giáo dục ngang nhau, cố gắng để bảo vệ tuổi trẻ và tuyển mộ thêm các thành viên khác.

Nhóm này tổ chức một cuộc mít tinh lớn và nhận được sự theo dõi của giới truyền thông. Các bậc cha mẹ, giáo viên và cả số lượng ngày càng nhiều các nhà chính sách trở nên quan tâm hơn về tính nhạy cảm của những người trẻ tuổi. Và cuối cùng (không thể không có những thất bại) nhà trường và các luồng khác đưa ra vấn đề giáo dục giới tính và cung cấp bao cao su miễn phí hoặc với giá thấp.

Hộp 1 Các hành vi sức khỏe có thể thay đổi

Sự thành công trong việc cải thiện sức khỏe phụ thuộc vào những cố gắng đặc biệt nhằm thúc đẩy các hành vi trong cuộc sống phù hợp và không chỉ phụ thuộc vào sự giới thiệu các thuốc và kỹ thuật mới. Ví dụ, tại một số các làng xa xôi và không thuận lợi ở Châu Phi, những gia đình đã học cách lọc nước của họ để ngăn ngừa bệnh giun Guinea. ở Bangladesh các bà mẹ đã học và bây giờ họ đã dạy cho các cô con gái biết cách pha nước sạch với muối và đường để phòng tránh tử vong cho trẻ em do các bệnh ỉa chảy gây mất nước. Và ở Balan, nơi tiêu thụ thuốc lá cao nhất thế giới trước năm 1990 thì tỷ lệ hút thuốc đã giảm hẳn xuống do kết quả của sự phối hợp giữa việc đánh thuế, giáo dục sức khỏe, hạn chế tiêu thụ thuốc lá hợp pháp, bán hàng và quảng cáo.

Mô hình định hướng cho cá thể

Những nhà lý thuyết tập trung và sự công nhận của các cá thể bằng hành vi trong cuộc sống của một người không thể tồn tại trong chân không và nó sẽ bị ảnh hưởng bởi hoàn cảnh xung quanh, (xem bảng 5). Mô hình của họ liên quan đến tính sẵn sàng và khả năng để tiến hành các hành vi trong cuộc sống lành mạnh. Với đặc tính của anh ta hoặc cô ta: trình độ, các kỹ năng nhận thức, lòng tin, các giá trị, động lực, mức độ tự tin (tôi có thể làm được không?) lòng tự trọng (tôi có xứng đáng để khỏe mạnh không?) và sự cần thiết để tán thành người khác. Tính các cá nhân (như là rút dất hay tro li) và các yếu tố di truyền (như

đối với trầm cảm hoặc nghiện rượu) cũng rất quan trọng.

Bảng 4 Triển vọng sinh thái: Các mức độ của sự ảnh hưởng

Khái niệm	Định nghĩa
Các yếu tố cá thể	Những đặc trưng của các thể có ảnh hưởng đến hành vi trong cuộc sống như kiến thức, thái độ, niềm tin và các tính cách cá nhân.
Các yếu tố giữa các Cá thể	Những quá trình giữa các cá thể, nhóm đầu tiên bao gồm gia đình, bạn bè và những người ngang hàng mà tạo ra cá tính về mặt xã hội, sự hỗ trợ và vai trò xác định
Các yếu tố cơ quan	Các luật lệ, sự điều chỉnh, chính sách và những cấu trúc không chính thức có thể kìm nén hoặc thúc đẩy các hành vi trong cuộc sống đã được đề nghị
Các yếu tố cộng đồng	Hệ thống xã hội và các quy định hoặc các chuẩn mực tồn tại một cách chính thức hoặc không chính thức trong các cá thể, các nhóm và các tổ chức
Các yếu tố chính sách công cộng	Các chính sách và luật pháp của liên bang, của bang hoặc đại phương có tác dụng điều chỉnh hoặc hỗ trợ các hoạt động y tế và thực hành để tránh bệnh tật, phát hiện sớm theo dõi và điều trị

Trong thực tế, mỗi cá nhân là một đơn vị cơ bản nhất của việc tăng cường sức khỏe. Tất cả các mức độ như nhóm, tổ chức, cộng đồng và quốc gia đều bao gồm các cá thể. Một cá thể có thể bị ảnh hưởng đối với việc đưa ra các quyết định trong cuộc đời của anh ta hoặc của cô ta.

Nhưng một số người có ảnh hưởng đến người khác như những người lãnh đạo các quốc gia, điều khiển các tổ chức, thốn trị những người cùng lứa tuổi, nuôi trẻ em và phát triển các liên quan đến sức khỏe. Ở mức độ thực hành, một số lớn các chuyên gia y tế đã chi phí thời gian của họ để giải quyết với các cá thể khi gặp gỡ tay đôi như là

khuyến hoặc đưa ra cho khách hàng các hướng dẫn. Các tài liệu giảng dạy như các cuốn sách nhỏ và áp phích quảng cáo trong các phòng khám được chuẩn bị sẵn cho việc sử dụng của từng cá thể; truyền thông đại chúng đạt được số lượng lớn tại cùng một thời điểm. Do đó, mặc dù tập trung trên các cá thể đơn thuần -vẫn còn thiếu ở nhiều nơi- là không đầy đủ để có được sự thay đổi hành vi trong cuộc sống một cách lâu dài và trên diện rộng. Các mô hình ở cấp độ cá thể như các giai đoạn của quá trình thay đổi và mô hình niềm tin sức khỏe phải là các thành tố hoặc ít nhất cũng phải phù hợp với các quan điểm và lý thuyết ở mức độ rộng hơn.

Các giai đoạn của quá trình thay đổi:

Mô hình " các giai đoạn của quá trình thay đổi " phát sinh từ việc cai thuốc lá và điều trị nghiện rượu và thuốc phiện ở Mỹ, nhưng mô hình này đã được áp dụng cho nhiều hành vi sức khỏe khác. Giả thuyết cơ bản là thay đổi hành vi là một quá trình chứ không phải là một sự kiện. Người ta thấy các mức độ động cơ, sự sẵn sàng thay đổi khác nhau ở các cá thể khác nhau. Con người tại các điểm khác nhau của quá trình thay đổi có thể được tác động bởi các can thiệp khác nhau, phù hợp với giai đoạn của họ.

5 giai đoạn khác nhau được xác định trong mô hình các giai đoạn của thay đổi:

- Trước xem xét
- Xem xét
- Quyết định
- Hành động
- Duy trì

Mặc dù các giai đoạn này được liệt kê, nhưng không nhất thiết phải trải qua theo thứ tự này.

Đây là một mô hình vòng tròn, không phải đường thẳng. Con người không phải trải qua tất cả các giai đoạn đó, họ có thể bắt đầu và thoát ra tại bất kỳ điểm nào, và mọi người thường quay trở lại giai đoạn trước đó. Quay trở về nguồn gốc của nó, SCM giải thích vì sao những người làm công

hút thuốc có thể không tham gia vào những phòng cai thuốc do các ông chủ đưa ra. Sử dụng mô hình này, y tế lao động có thể phát triển một chương trình quản lý hút thuốc tiếp cận những người nghiện thuốc ở các giai đoạn khác nhau của quá trình thay đổi. Mặc dù mối liên quan giữa hút thuốc và sức khỏe kém được biết rõ ở các nước phát triển, ở các nước đang phát triển, nơi mà các công ty thuốc lá Mỹ đã tiếp thị thuốc lá một cách hiệu quả thì chúng ít được hiểu rõ hơn. Các cá nhân của những giai đoạn đầu, chưa ý thức được nguy cơ của việc dùng thuốc lá, cần thông tin và cách để nhận cách hoá nguy cơ. Những người khác được giúp đỡ để chuyển từ sự "xem xét thay đổi sang có ý định ngừng hút thuốc". Những người đã quyết định ngừng hút thuốc sẽ được sự giúp đỡ tốt nhất bằng cách phát triển xác thực, từng bước tạo lập kế hoạch hành động bao gồm từ bỏ thói quen như hút thuốc sau bữa ăn và đến quán hút thuốc. Những người đã thay đổi cần được phản hồi tích cực và trợ giúp xã hội. Để duy trì thói quen không hút thuốc, các cá thể cần được động viên bởi đồng nghiệp, bởi những người bạn không hút thuốc và tiếp tục tránh những yếu tố nguy cơ liên quan đến việc tái nghiện. Dễ dàng nếu pháp luật cấm hút thuốc tại công sở và những vị trí nơi công cộng. Một người tái nghiện quay lại với giai đoạn trước đó và sẽ cần trợ giúp phù hợp.

Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM):

Được giới thiệu những năm 1950 bởi các nhà tâm lý học làm việc tại cơ quan y tế cộng đồng Mỹ, mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) là một trong những mô hình được biết đến rộng rãi nhất trong lĩnh vực thay đổi hành vi.

Những nhà tâm lý này quan tâm đến việc phát triển sử dụng dịch vụ để chẩn đoán sớm và dự phòng lao phổi như tiêm phòng và chụp Xquang ngực. Họ cho rằng điều trị người sợ mắc những bệnh nặng và những hành vi liên quan đến sức

khỏe phản ánh mức độ sợ hãi của một người và thống kê bao gồm những điều thấy được của việc nếu nhưng lợi ích của việc thay đổi hành vi có giá trị hơn những điều ứng dụng của nó và những trở ngại tâm lý của họ. Ngăn gọn lại, những cá nhân tự đánh giá bên trong họ những lợi ích của việc thay đổi hành vi và tự quyết định có hành động hay không.

Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) xác định 4 mặt của sự đánh giá này:

- Sự nhạy cảm hiểu được về sức khỏe kém
- Hiểu được mức độ nghiêm trọng của sức khỏe kém
- Hiểu được lợi ích của thay đổi hành vi
- Hiểu được những trở ngại của việc hành động.

Sau đó thêm nguyên tắc " Tự hiệu lực – Self-efficacy ". Một tổ hợp chính xác của sự nhận thức phát triển thêm sự sẵn sàng hành động. Những thông điệp cải tiến sức khỏe, thông qua phương tiện truyền thông, giáo dục đồng đẳng và các can thiệp khác hoạt động giống như tín hiệu (âm hiệu, kêu gọi) hành động (cues to action) biểu lộ sự sẵn sàng hoạt động và hành vi công khai. Những kêu gọi này thường cần thiết để vượt qua những thói quen không tốt như: không đeo dây an toàn, ăn thức ăn giàu chất béo hoặc hút thuốc. Mô hình niềm tin sức khỏe (HBM) cũng giúp cho xác định điểm đòn bẩy của sự thay đổi. Một người hút thuốc nghĩ rằng họ không thể tự bỏ thuốc sẽ được nhận những thông tin đặc hiệu và được động viên để tham gia vào chương trình cai thuốc lá có trợ giúp.

Các lý thuyết về hành vi sức khỏe giữa các cá nhân:

Môi trường giữa các cá thể cũng có vai trò quan trọng trong hành vi sức khỏe: hành vi của người khác, ý kiến, lời khuyên, sự có hoặc thiếu sự trợ giúp, làm hại hoặc giúp đỡ về mặt tinh cảm vòng tròn ảnh hưởng gồm những gì mật thiết nhất và một cá thể: các thành viên trong gia đình, bạn bè, những người cùng địa vị nhưng vòng tròn cũng

có thể mở rộng thêm: những người cùng làm việc, những người mà cá thể gắn bó hoặc thân phục, cơ chế ảnh hưởng là tương hỗ: bị ảnh hưởng và gây ảnh hưởng lên những người khác. Một trong những thuyết bao gồm tốt nhất khái niệm này là “thuyết học từ xã hội “.

Thuyết học từ xã hội (SLT)

Để hiểu được và thay đổi những hành vi không lành mạnh, Thuyết học từ xã hội (SLT) phân tích những ảnh hưởng tâm lý nảy sinh từ:

- + Tương tác giữa các nhân tố cá thể
- + Môi trường xã hội
- + Kinh nghiệm

Trong khi môi trường xã hội và vật chất (physical) tạo nên hành vi, thì con người cũng không thụ động trong quá trình đó, họ cũng tác động trở lại môi trường theo cơ chế tương hỗ.

Ví dụ : Con người sống trong môi trường có sốt rét sẽ có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn nhưng họ lại làm giảm nguy cơ cá nhân bằng cách dùng màn tẩm thuốc diệt côn trùng hoặc họ lại làm giảm nguy cơ lan rộng nếu họ di chuyển hoặc tham gia vào nhóm cộng đồng khai thông cống rãnh những khu vực trú ẩn của mình. Một thí dụ khác là con người không chỉ học từ kinh nghiệm của chính họ mà còn học từ quan sát, hành động và kết quả của người khác. Ví dụ: Những nam thiếu niên không chứng kiến bố họ dùng bạo lực với mẹ họ thì ít có những hành vi bạo lực với bạn đời họ khi họ trưởng thành. Lý thuyết cũng nhấn mạnh năng lực hành vi, một người cần phải biết họ cần làm gì và làm như thế nào, vì thế những chỉ dẫn rõ ràng và giáo dục là cần thiết nhưng chưa đủ. Thuyết học từ xã hội (SLT) cho rằng sự tự giác tự tin của mỗi người muốn thay đổi là sự quan trọng nhất trong quá trình có được hành vi lành mạnh và gợi ý ba phương pháp để làm phát triển điều này.

- **Đề ra mục đích nhỏ, đơn giản:** khi ai đó đạt được những mục đích nhỏ, sự tự tin tăng lên

từng bước tiếp theo mục đích dễ dàng đạt được.

- **Cam kết thực hiện hành vi:** đồng ý tham gia các quá trình chính thức cụ thể hoá các thành quả và phần thưởng (củng cố sức mạnh), có nghĩa là những cá thể và nhóm sẽ được phản hồi, được hướng dẫn và khích lệ vì đạt được những tiến bộ.
- **Tự quản lý (theo dõi):** phản hồi từ quá trình tự theo dõi, giống như duy trì một nhật báo, làm tăng cường sự quyết định để thay đổi và làm phát triển sự tự tin vào mỗi cá thể để đạt được hành vi mong muốn.

Cuối cùng việc áp dụng những giai đoạn mở rộng và tăng cường tích cực giúp cho duy trì những hành vi mong muốn một khi đã đạt được nó.

Cấp độ cộng đồng và các mô hình liên quan:

Mục đích cơ bản của y tế công cộng là thiết kế những can thiệp tăng cường sức khỏe, có tác dụng tới cả cộng đồng và những nhóm đặc biệt hơn là chỉ tác dụng lên một cá thể.

Sức khỏe cộng đồng có thể cải thiện qua những chính sách như: bảo hiểm y tế toàn dân, thăm khám trước sinh cho các phụ nữ mang thai nghèo, và những hoạt động của bản thân cộng đồng như việc tổ chức yêu cầu những dịch vụ y tế tốt hơn. Hoạt động của cộng đồng cũng có thể hướng đến các vấn đề xã hội như: bất bình đẳng giới, và vấn đề vật chất như các đầm lầy gây sốt rét và gần đó mô hình mức sống cộng đồng phải tính xem các hệ thống xã hội hoạt động như thế nào, từ đó tìm ra cách để (cộng đồng và các tổ chức tạo nên nó và các nhà hoạch định chính sách có thẩm quyền) có thể thay đổi hệ thống xã hội.

Phần này mô tả ba bộ khung khái niệm để nâng cao sức khỏe cộng đồng: huy động sự tham gia của cộng đồng, các lý thuyết về thay đổi tổ chức, và lý thuyết về phổ biến các đổi mới.

Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M)

Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) là 1 “quá trình nhờ đó các nhóm cộng đồng được giúp đỡ để xác định các vấn đề chung hoặc mục tiêu, huy động các nguồn lực và để phát triển và triển khai những chiến lược hiệu quả để đạt được những mục tiêu đó”. Vì cộng đồng gắn chặt với những nội dung xã hội và chính trị rộng hơn, nên quá trình này cũng được gọi là “tiến trình xã hội”, bao gồm tất cả các mức độ ảnh hưởng, các chính sách nhà nước....

Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) đòi hỏi sự tham gia tích cực của các thành viên và cộng đồng để đánh giá các nguy cơ sức khỏe và hành động để làm giảm chúng.

Tăng cường năng lực cá nhân là nhân tố cơ bản của mô hình này, như một phần của quá trình tạo ra môi trường cho sự thay đổi.

Hay nói khác đi là dựa và những sức mạnh văn hoá, tác động vào các tài năng, các tâm tính ít được nhận biết của các đối tượng nghèo và mất quyền công dân, như lần đầu tiên được thực hiện ở Brazil do Paola Freire và cuốn “Giáo dục những đối tượng bị áp bức” và cuốn “Những nguyên tắc cấp tiến” của Saul Alinski ở Mỹ đã nêu.

Cần chú ý rằng huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) bao hàm rất nhiều loại cộng đồng. Cộng đồng rộng hơn bao gồm hệ thống xã hội của các tầng lớp giàu có, tầng lớp nghèo, tầng lớp chung lưu, công nhân, các nhóm tôn giáo, dân tộc đa số và thiểu số và các đối tượng khác.

Những nhóm khác nhau có các mối quan tâm, năng lực và cách đạt nguồn học khác nhau. Một trong những thách thức của huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) là lôi kéo các nhóm vào các vấn đề chung nhất như: điều kiện vệ sinh nghèo nàn và sau đó quyết định nên làm gì. Hành động có thể là làm đơn xin chính quyền xây nhà vệ sinh hoặc tận dụng khai thác quỹ địa phương nếu nhân dân địa phương và các nhóm quốc gia quan

tâm, huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) sẽ tạo ra môi trường cho sự thay đổi lành mạnh (xem Hộp 2)

Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) có thể vượt qua các ranh giới địa lý để đến với những người cùng chung một vấn đề y tế đặc biệt: tàn tật, AIDS.

ACTUP (liên minh AIDS để tăng thêm sức mạnh) là một ví dụ hay của cộng đồng hoạt động chống AIDS bao gồm các cá nhân mang HIV (+), liên kết với nhau nhiều thành phố nước Mỹ nỗ lực chấm dứt sự thờ ơ của chính phủ và cộng đồng đối với dịch AIDS.

Hộp 2

Vận động một cộng đồng quốc gia hoặc quốc tế

Huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M) có thể vượt qua các ranh giới địa lý để đến với những người cùng chung một vấn đề y tế đặc biệt: tàn tật, AIDS.

ACTUP (liên minh AIDS để tăng thêm sức mạnh) là một ví dụ hay của cộng đồng hoạt động chống AIDS bao gồm các cá nhân mang HIV (+), liên kết với nhau nhiều thành phố nước Mỹ nỗ lực chấm dứt sự thờ ơ của chính phủ và cộng đồng đối với dịch AIDS.

Được thành lập 1987, ACTVP sử dụng các test thăm dò thang điểm rộng... để mô tả sự quan tâm của phương tiện thông tin đại chúng.

ACTVP đã sử dụng một cách hiệu quả phương tiện thông tin đại chúng vốn là một nhân tố cần thiết cho việc huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M), để thúc đẩy chính phủ và các tổ chức khác tham gia việc đề phòng và ngăn ngừa HIV /AIDS tại Mỹ và nước khác.

Một cách tương tự, các thuốc đắt tiền trong AIDS dành cho các nước nghèo đã tạo áp lực lên các công ty dược phẩm qua mạng quảng cáo toàn cầu.

Được thành lập 1987, ACTVP sử dụng các test thăm dò thang điểm rộng... để mô tả sự quan tâm của phương tiện thông tin đại chúng.

ACTVP đã sử dụng một cách hiệu quả phương tiện thông tin đại chúng vốn là một nhân tố cần thiết cho việc huy động sự tham gia của cộng đồng (C.M), để thúc đẩy chính phủ và các tổ

chức khác tham gia việc đề phòng và ngăn ngừa HIV /AIDS tại Mỹ và nước khác.

Một cách tương tự, các thuốc đắt tiền trong AIDS dành cho các nước nghèo đã tạo áp lực lên các công ty dược phẩm qua mạng quảng cáo toàn cầu.

Lý thuyết về thay đổi tổ chức:

Các chuyên gia định nghĩa tổ chức là một phức hợp các hệ thống xã hội phân tầng, bao gồm các nguồn lực, thành viên, quy tắc, trao đổi và một văn hoá duy nhất. Trải qua nhiều năm đã có nhiều cố gắng để cải thiện diện mạo của một loại tổ chức: hệ thống y tế. Ngoài ra, các tổ chức ảnh hưởng tới y tế. Các lý thuyết thay đổi tổ chức giúp xác định cách thức để gây ảnh hưởng lên sự áp dụng và thể chế hoá các chính sách và chương trình tăng cường sức khỏe trong khuôn khổ phạm vi của tổ chức.

Lý thuyết giai đoạn tổ chức (Organizational Stage Theory)

Lý thuyết giai đoạn tổ chức (Organizational Stage Theory-OST) dựa trên sự quan sát các tổ chức, tương tự như các cá nhân cùng qua nhiều giai đoạn khác nhau khi thay đổi. Vì thế can thiệp có thể được tập trung vào việc vận động một tổ chức từ giai đoạn này sang giai đoạn khác. Các nhóm cộng đồng có thể trì trệ khó thay đổi và cần phải được động viên, các kỹ năng mới và sự tự tin để thay đổi thành công. Một tổ chức bắt đầu quá trình thay đổi bằng việc xác định vấn đề, xác định các giải pháp, người quản lý hoặc những người lao động có thể là người đầu tiên tìm ra vấn đề và đề nghị đưa ra các giải pháp.

Bước tiếp theo là hành động và tìm nguồn lực để thực hiện thay đổi. Giai đoạn thực hiện là bước tiếp theo và những thay đổi đầu tiên sẽ xuất hiện cho đến khi có nhiều thay đổi khác và vấn đề được giải quyết. Bước cuối cùng: “thể chế hóa” là cực kỳ quan trọng. Nếu không có sự phối hợp giữa sự thay đổi như một phần của quá trình thể

ché hoá thì những công việc như xác định và giải quyết vấn đề sẽ chỉ là những thử nghiệm tạm thời và đắt giá.

Lý thuyết phát triển tổ chức (ODT)

Bổ xung cho OST, lý thuyết phát triển tổ chức (ODT) quan tâm đến các quá trình và cấu trúc tổ chức ảnh hưởng như thế nào lên hành vi và động cơ của thành viên. Lý thuyết này khuyến khích phân tích các vấn đề can thiệp vào hoạt động

chính của một tổ chức, ví dụ như những vấn đề giữa người quản lý và nhân viên trong một đơn vị y tế, hoặc các phương pháp, cách thức phối hợp trong công việc.

Các cố vấn thường giúp đỡ các nhân viên xác định chọn lọc các vấn đề, và chia ra giải pháp và kế hoạch hành động chung. Một cách điển hình: toàn bộ tổ chức đều tham gia vào việc đánh giá sự thành công của các phương pháp giải quyết vấn đề và bắt đầu thể chế hóa sự thay đổi.

Bảng 5

Tóm tắt các lý thuyết thay đổi hành vi trong cuộc sống có chọn lọc

Mức độ	Lý thuyết	Tập trung	Khái niệm then chốt
Cá thể	Các giai đoạn và thay đổi mô hình	Mô tả sự sẵn sàng của cá thể để thay đổi hoặc nhằm thay đổi thành các hành vi trong cuộc sống lành mạnh	<ul style="list-style-type: none"> - Tự tính trước - Xem xét - Quyết định - Hành động - Duy trì
	Mô hình niềm tin sức khỏe	Đánh giá sự nhận thức cá nhân về sự đe dọa đối với sức khỏe và đánh giá hành vi trong cuộc sống được giới thiệu để ngăn chặn và giải quyết vấn đề này	<ul style="list-style-type: none"> - Sự nhạy cảm nhận thức - Tính nghiêm túc của nhận thức - Lợi ích của nhận thức về hành động - Tâm trạng hành động - Tự tin
Giữa các cá thể	Lý thuyết học từ xã hội	Giải thích hành vi trong cuộc sống theo lý thuyết tác động qua lại, 3 đường mà trong đó các yếu tố cá nhân ảnh hưởng của môi trường và hành vi trong cuộc sống tác động qua lại liên tục	<ul style="list-style-type: none"> - Khả năng hành vi - Thuyết quyết định qua lại - Kỳ vọng - Tự tin - Học quan sát - Tái tăng cường
Cộng đồng	Các lý thuyết về sự ủng hộ của cộng đồng	Nhấn mạnh sự quan tham gia tích cực và sự phát triển của cộng đồng mà có thể đánh giá và giải quyết các vấn đề của xã hội và sức khỏe một cách tốt nhất	<ul style="list-style-type: none"> - Trao quyền - Khả năng về cộng đồng - Tham gia và thích hợp - Lựa chọn vấn đề - Ý thức phê bình
	Các lý thuyết thay đổi tổ chức	Quan tâm đến các quá trình và chiến lược để làm tăng các cơ hội mà các chương trình và chính sách y tế sẽ được lựa chọn và duy trì trong các tổ chức chính thức	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định vấn đề (giai đoạn nhận thức) - Bắt đầu hoạt động (giai đoạn chấp nhận) - Thực hiện thay đổi - Thể chế hóa thay đổi
	Lý thuyết phổ biến các sáng tạo	Tập trung vào việc làm sao cho các ý tưởng mới, các sản phẩm và các thực hành xã hội lan truyền trong một xã hội hoặc từ xã hội này sang xã hội khác	<ul style="list-style-type: none"> - Lợi ích tương đối - Tính tương hợp - Tính phức tạp - Khả năng thử nghiệm được - Khả năng quan sát được

Lý thuyết về phổ biến các đổi mới (DIT)

Lý thuyết về phổ biến các đổi mới (DIT) nghiên cứu làm thế nào để những sản phẩm hành vi, ý tưởng mới được phổ biến. Thuyết này được coi là “thuyết trên tất cả các lý thuyết” vì nó nghiên cứu sự thay đổi hành vi ở nhiều mức độ cá nhân, liên cá thể, cộng đồng và nó ảnh hưởng đến các lý thuyết khác, đặc biệt là thuyết mạng lưới xã hội (social network theory). Các can thiệp về y tế đã mang lại hàng nghìn thành công nhỏ trong thay đổi hành vi nhưng làm thế nào để phổ biến nó. Ví dụ như tiêm chủng mở rộng của trẻ em làm thế nào để trở thành thường quy?

Lý thuyết về phổ biến các đổi mới (DIT) mô tả cách thức phổ biến hoá cách đổi mới một cách tự nhiên qua mạng lưới xã hội và phân tích cách sử dụng hệ thống để phổ biến những thay đổi hành vi.

Bốn nhân tố chính làm nên sự thành công của đổi mới:

- Bản thân của sự đổi mới
- Loại kênh truyền thông sẵn có
- Thời gian để chấp thuận phổ biến (time taken for adoption)
- Đặc trưng của hệ thống xã hội qua đó sự đổi mới được lan rộng

Thứ nhất sự đổi mới phải là tiến bộ hơn cái mà nó thay thế, đổi mới phải được so sánh bởi những người sử dụng nó.

Nếu đổi mới khó có thể chấp thuận (VD: một chế độ dùng thuốc khó nhớ) thì nó sẽ có ít cơ hội để được chấp thuận.

Dân chúng và các nhóm thích thử các đổi mới trước khi dùng nó vì thế nếu thử nghiệm là khả thi và thành công, sự đổi mới sẽ dễ được chấp nhận hơn, khi đã được chấp nhận nó sẽ được chấp nhận lâu dài và những người khác sẽ bị ảnh hưởng và cũng chấp nhận nó nếu họ thấy được những lợi ích có được từ sự thay đổi.

Thứ hai: Các kênh truyền thông, phương tiện để truyền thông điệp từ cá thể này đến cá thể khác.

Phương tiện thông tin đại chúng có hiệu quả trong phổ biến thông tin cho nhiều người, nhưng những người xung quanh có vai trò quan trọng hơn và việc ảnh hưởng đến quyết định của một cá nhân. Vì thế sử dụng mạng lưới xã hội để tăng cường thêm cho phương tiện thông tin đại chúng có hiệu quả hơn là chỉ dùng phương tiện thông tin đại chúng. Thêm vào đó khi những nhà lãnh đạo được tôn trọng nhắc lại những thông tin đã được nghe qua phương tiện thông tin đại chúng, sẽ có nhiều cá thể và nhóm quyết định chấp nhận hơn.

Phối hợp giữa: lãnh đạo cộng đồng, nhóm đồng đẳng và Phương tiện thông tin đại chúng, được tăng cường bởi các nhóm thuyết trình, các cơ hội gọi điện và đối thoại trực tiếp là phương tiện để tăng thêm khả năng được chấp nhận các đổi mới.

Thứ ba: sự đổi mới cần thời gian: từ sự ý thức ban đầu đến ý định chấp nhận thay đổi, là quá trình từ từ của cá thể và các tổ chức. Trước khi những thay đổi mong muốn có cơ hội để xuất hiện, kết thúc cung cấp tiền cho các chương trình hứa trước và các chương trình đã được đánh giá sớm hơn và được mong muốn hơn. Thêm vào đó một cá thể hoặc tổ chức có thể chấp nhận sự đổi mới sớm, muộn, hoặc cuối cùng. Cũng như các mặt khác của đời sống con người, sự phổ biến của đổi mới có thể đạt được trong hình cong bình thường hoặc đường cong hình chuông. Sự đổi mới trước hết được đón nhận bởi các cá thể tiên phong sau đó từ từ lan ra các cá thể chấp nhận sớm hơn, một cá thể loại “truyền giáo” địa phương. Những người chấp thuận sớm là nhân vật chính (key player) trong việc đưa sự đổi mới đến điểm quyết định (critical mass), điểm mà tại đó có đủ cá thể đã chấp nhận đổi mới và tốc độ lan rộng của chấp nhận đổi mới sẽ tự duy trì ổn định (self-sustained). Thứ tư: nhân tố thứ tư là hệ thống xã hội những cái tạo thành ranh giới trong đó chứa sự đổi mới phổ biến trong một hệ thống xã hội rộng lớn, ví dụ một thành phố có nhiều đơn vị nhỏ như hệ thống y tế, tôn giáo, chính trị, câu lạc bộ, tổ chức hiệp hội....

Cấu trúc và tiêu chuẩn của mỗi đơn vị sẽ ảnh hưởng đến sự phổ biến của đôi mới trong đơn vị đó.

Những nhà cải cách y tế (health promotor) cần phải hiểu về mức độ đôi mới về y tế được giới thiệu trong hệ thống xã hội đó có thể đạt được. Các nghiên cứu về chất lượng, phỏng vấn chiều sâu, các nhóm chuyên sâu và sơ đồ hệ thống xã hội có thể giúp định rõ các nhà lãnh đạo có ý kiến, những người có thể phổ biến sự đổi mới mà người ta mong đợi.

Tăng cường sức khỏe: các công cụ của thương mại

Ngày nay hầu hết các nhà lập kế hoạch y tế đều dùng một tổ hợp gồm các cách tiếp cận dựa trên lý thuyết và các công cụ (mô tả dưới đây) để cải cách hành vi. Dường như không một cách tiếp cận đơn lẻ nào có thể gây ra sự thay đổi ổn định hoặc đáng kể. Ví dụ: trong trường hợp vận động tránh thai để thu nhỏ gia đình ở các nước phát triển, các phương tiện thông tin đại chúng có đóng góp nhưng chỉ như một phần của tiến trình xã hội phức tạp hơn là một hiệu quả độc lập. Các kênh thông tin đã đưa ra một thông điệp tăng cường tạo nên các cuộc thảo luận liên cá thể giữa ngày càng nhiều người và thậm chí cuối cùng có kết quả lên sự thay đổi của hành vi và các giá trị xã hội

Phương tiện thông tin đại chúng

Được sử dụng một cách truyền thống và thường có hiệu quả để truyền tải thông tin hoặc cải tiến sản phẩm hoặc hoạt động qua quảng cáo, các nhà hoạch định kế hoạch y tế, đã đưa vào thông điệp của họ qua giải trí. Cách tiếp cận này được gọi là “giải trí – giáo dục”. Nghệ thuật này có từ lâu vào 350 năm trước công nguyên, Aristotle đã hiểu tại sao những câu chuyện làm cho mọi người có hành vi tốt. Thính giả xem một tấm bi kịch với

các anh hùng bi tráng tiếp cho anh và tự lo sợ cho bản thân mình.

Giáo dục – giải trí đã trở nên phổ biến và tinh tế hơn, có nhiều câu chuyện giáo dục cho sinh viên y tế phân tích. Ví dụ: trường đại học John Hopkin và các đối tác ở Tanzania đã thiết kế một chiến dịch đa phương tiện để cải cách kế hoạch hoá gia đình, bao gồm một vở ca kịch 52 cảnh, được bổ sung bởi các điểm phát thanh thúc đẩy một biểu tượng mới để cải thiện dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, các câu chuyện trên báo và tạp chí các băng đài tuyên truyền về thuốc tránh thai. Các phụ nữ nghe và nhớ lại chương trình không những thảo luận với chồng về các phương pháp tránh thai hiện đại mà còn sử dụng phương pháp tránh thai nhiều hơn gấp hai lần so với các phụ nữ không tiếp cận những thông điệp trên đài phát thanh.

Những phụ nữ đã nghe từ một nguồn thông tin đại chúng dùng phương pháp tránh thai nhiều gấp hai lần.

Những phụ nữ đã nghe từ sáu nguồn thông tin đại chúng dùng phương pháp tránh thai nhiều hơn gấp mười một lần.

Những chương trình như thế có thể đạt được hiệu quả cao hơn nữa nếu được tải phát đi trên làn sóng vô tuyến với những nhóm người nghe ngồi trên mặt đất và có các dịch vụ phụ phát sóng tại địa phương.

Tiếp thị xã hội (S.M)

Có thể tiếp thị những hành vi lành mạnh được không? Các nhà hoạt động thị trường xã hội (social marketer) đã trả lời là có. Họ chú ý rằng các sản phẩm có hại như thuốc lá thường thành công rất lớn. Áp dụng những đặc trưng thương mại đó, tiếp thị xã hội (S.M) đã bán những sản phẩm được bao cấp liên quan đến y tế như: màn, Oresol, bao cao su, viên thuốc tránh thai và các cải tiến hành vi liên quan đến chúng. Kỹ thuật này dựa vào các nghiên cứu trên người tiêu dùng được chia ra 4 phần:

- Sản phẩm, dịch vụ hấp dẫn
- Giá cả phải chăng, mang lại lợi ích
- Địa điểm phù hợp sẵn có
- Các cải tiến thuyết phục

Để làm giảm nguy cơ lây nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục và mang thai ngoài ý muốn, ở Camorun, một chương trình tiếp thị xã hội dịch vụ quốc tế về dân số đã tiếp cận 600.000 người ở độ tuổi hoạt động tình dục, tuổi 15 - 24, ở thành thị khuyến khích họ và tạo cho họ kỹ năng dùng bao cao su hoặc hạn chế quan hệ tình dục. Dự án đã sử dụng các nhà giáo dục đồng đẳng người Camorun, các phóng viên các nhân vật truyền thanh, các nhà viết kịch bản, các nghệ sĩ hài... để phát triển các thông điệp và hành động gây tiếng vang trong thanh niên thành thị. Được liên kết với chi nhánh bao cao su "100% trẻ", tất cả các hoạt động giao tiếp cung cấp các hình ảnh của các thanh niên, những người đã vượt qua những thử thách xã hội để bảo vệ sức khỏe của họ. Đặc biệt yêu thích là một chương trình trên đài phát thanh có tên là: "Solange: hãy nói về quan hệ tình dục", và một buổi diễn trên đài phát thanh có thể tiếp nhận các cuộc gọi điện đến.

Đối thoại trực tiếp với thanh niên, sử dụng phương pháp đóng vai và các kỹ thuật giao tiếp khác đã tiếp cận được sấp xỉ 10.000 thanh thiếu niên trong và ngoài trường học >40.000 bao cao su đã được bán ra trong năm 2002 qua chương trình "100% trẻ" sau 18 tháng, cả 2 giới thanh niên, những người được tiếp xúc với chương trình đều biết rõ cách sử dụng bao cao su, ít ngại ngùng hơn khi hỏi mua bao cao su và sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất với bạn tình thường xuyên của họ.

Vận động cộng đồng

Vận động một cộng đồng hướng tới sự thay đổi lành mạnh cho sức khỏe đòi hỏi sự lồng ghép vào các mạng lưới xã hội, giúp các đối tượng liên quan, cả bên nhận và bên cho, xác định được các mục tiêu sức khỏe chung, xây dựng chúng dựa

trên sức mạnh của các giá trị văn hóa hơn là khởi đầu triệt để từ chúng (xem Hộp 3). Trên hết, công việc vận động đòi hỏi lôi cuốn được các nhà lãnh đạo cộng đồng thúc đẩy quá trình này. Ví dụ, trong một dự án ở Senegal, những người bà trong gia đình đóng vai trò là các hướng dẫn viên về dinh dưỡng và đã có ảnh hưởng tích cực và mạnh mẽ thực hành của các bà mẹ trẻ⁴³. Một cách tiếp cận tương tự được sử dụng ở Kenya nhằm loại trừ một hủ tục có hại là cắt âm vật ở trẻ nữ tại một số nơi.

Bắt đầu từ năm 1993, Maendeleo Ya Wanawake, một tổ chức phụ nữ lớn nhất ở Kenya, và PATH, một tổ chức phi chính phủ quốc tế đã cùng vận động một chương trình "Lựa chọn nghi lễ trưởng thành". Chương trình này được xây dựng dựa trên các nghi lễ được sử dụng để đánh dấu sự chuyển giao từ thời kỳ bé gái lên phụ nữ trưởng thành, nhưng không đề cập tới nghi lễ cắt bao quy đầu. Một nghiên cứu tiến hành đã cho thấy rằng cộng đồng không nhận thức được các nguy cơ cho sức khỏe liên quan với việc cắt âm vật ở bé gái, trên thực tế họ còn tin tưởng rằng điều này sẽ làm sức khỏe tốt hơn. Ngoài ra các ông bố bà mẹ còn cho rằng nếu con gái họ không được làm thủ tục này thì sẽ không lấy được chồng. Họ cũng rất quý trọng thời điểm khi các cô gái biết về vai trò của người vợ, mặc dù các cô gái cảm thấy đau, nhưng họ lấy làm vui thích vì được cộng đồng thừa nhận là đã trưởng thành và lễ hội được tiến hành sau đó. Giáo dục cộng đồng không chỉ tập trung vào các nguy cơ cho sức khỏe mà còn vào một thực tế rằng những người đàn ông không từ chối lấy những phụ nữ không cắt âm vật. Chương trình đào tạo cũng thuyết phục được rất nhiều người thay đổi quan điểm theo hướng mới, kể cả những người được trọng vọng trong cộng đồng không những không làm hủ tục cắt âm vật cho con gái mình mà còn trở thành người dẫn đầu một phong trào mới (xem Hộp 4). Một khi cộng

Hộp 3

Lấy văn hoá làm sức mạnh

Trong *Sức khỏe và Văn hóa: Những điều nằm ngoài mô hình phương Tây*, giáo sư Collins Airhihenbuwa người Nigeria đã khuyên những nhà giáo dục sức khỏe không nên cho rằng văn hóa là đại diện của các khó khăn¹. Giáo sư đã chia văn hóa thành ba nhóm: tích cực, trung tính và tiêu cực. Những truyền thống văn hóa như nuôi con bằng sữa mẹ, chuyển giao các thông điệp quan trọng qua các điệu múa và bài hát là những viên gạch mang tính tích cực đối với giáo dục sức khỏe. Việc đeo chuỗi hạt ở cổ tay đứa trẻ nhằm xua đuổi những điều xấu xa có hại thì không đe dọa sức khỏe. Còn những thói quen như bắt bình đẳng giới, cắt âm vật ở bé gái hoặc hạn chế uống nước khi bị đi ngoài là những tác động mang tính tiêu cực. Giáo sư đã khuyên cáo nên xây dựng sức mạnh dựa trên văn hoá nhằm tăng cường điểm tích cực và giảm điểm tiêu cực.

Nhà dân tộc học Dwight Conquergood đã chứng minh cách tiếp cận này trong công việc của mình ở một khu lều người tị nạn. Sau một đợt bùng phát đại trong khu vực, một chiến dịch tiêm vaccine cho chó được vận động nhưng thất bại vì không ai hưởng ứng, và Conquergood lúc đó đang sống với người Hmong được yêu cầu thiết kế một chiến dịch tốt hơn. Ông đã tổ chức một cuộc điều hành do người Hmong dẫn đầu, với những tính cách quan trọng trong các câu chuyện dân gian – một con hổ nhảy múa và chơi các dụng cụ truyền thống; một động vật khác (một con vật sống ở vùng rừng nhiệt đới thường gây ra dịch bệnh khi bị quấy rầy) hát và gõ trống, trong khi con gà, được coi là có sức mạnh tiên tri thì giải thích cần phải làm gì để tránh bị đại. Ngày hôm sau, các trung tâm y tế đầy nghẹt những người đàn ông và đàn bà Hmong mang chó nhà mình đến tiêm

đồng nhận thấy những người có uy thế đã chấp nhận xu hướng mới và những lễ nghi lễ hội vẫn có giá trị tồn tại, thì việc thực hiện “cắt âm vật bằng lời” phát triển nhanh chóng. Từ đó cho tới 10 năm sau, hầu như không ai trong số 5,000 phụ

nữ trưởng thành với hình thức này bị cắt âm vật⁴⁵; một cuộc đánh giá độc lập đã kết luận rằng việc kết hợp phát huy nhạy cảm cộng đồng cùng với đưa ra một nghi thức mới thay thế đã đóng vai trò quan trọng trong các thay đổi hành vi và thái độ⁴⁶.

Giáo dục sức khỏe

Việc tuyên truyền các thông tin về sức khỏe không có gì mới – thông qua các lớp học, các cơ sở ngoài trường học, đài, báo, tạp chí và Internet. Ngoài việc giúp người lớn ra được những quyết định đúng đắn có lợi cho sức khỏe, thông tin và giáo dục là các hoạt động không thể thiếu được trong việc xã hội hoá hoặc đưa giới trẻ vào những định mức và hành vi có lợi cho sức khỏe – và thay đổi những cái không có lợi.

Các nhà khoa học về hành vi đã khẳng định rằng mặc dù một người có thể làm cho thông tin trở nên dễ hiểu hơn, dễ sử dụng hơn, thu hút hơn hoặc thấy cần thiết hơn những cũng chưa đủ để làm thay đổi hành vi ở phần lớn những người khác⁴⁷. Tuy nhiên, nó cũng đã có thể làm nên sự khác biệt khi được gắn vào những chương trình được thiết kế tốt và dựa trên nền tảng lí thuyết⁴⁸. Giáo dục tình dục ở Mỹ tiến hành khi việc mang thai ở thiếu niên và các bệnh lây truyền qua đường tình dục trở thành các vấn đề y tế công cộng là một ví dụ.

Một cuộc tổng kết hệ thống các chương trình giáo dục tình dục cho thấy rằng một vài chương trình đã mang lại tác động có tính bền vững như trì hoãn thời điểm bắt đầu sinh hoạt tình dục, tăng cường sử dụng biện pháp tránh thai, hoặc phòng ngừa mang thai ở lứa tuổi vị thành niên⁵⁰. Giáo dục tình dục trong đó có thảo luận về các biện pháp tránh thai đã không thúc đẩy thanh niên bắt đầu cuộc sống tình dục sớm hoặc tăng tần số sinh

hoạt tình dục. Trên thực tế một số chương trình giáo dục tình dục và giáo dục về HIV đã làm chậm lại độ tuổi bắt đầu sinh hoạt tình dục; đối với những thiếu niên đã bắt đầu có hoạt động này, thì các chương trình đều có thể giảm tần số hoạt động tình dục, tăng sử dụng bao cao su và giảm số lượng bạn tình. Một số chương trình với cách tiếp cận tập trung vào hướng hạn chế cũng được đưa vào nghiên cứu vì chúng không đạt tiêu chuẩn để đưa vào đánh giá một cách nghiêm ngặt. Với những chương trình theo cách tiếp cận này, đều không thấy có bằng chứng về tính hiệu quả.

Những chương trình sử dụng cách tiếp cận dựa trên lý thuyết đều được biết là mang lại hiệu quả. Những yếu tố chủ yếu bao gồm:

- Tập trung vào những hành vi tình dục nguy cơ và đưa ra các thông điệp rõ ràng lặp đi lặp lại về từ chối tình dục hoặc sử dụng bao cao su hoặc các hình thức tránh thai khác.
- Cung cấp các thông tin chính xác (xem Hộp 5)
- Thảo luận và lồng ghép các hoạt động xã hội để chỉ ra áp lực xã hội có ảnh hưởng tới hành vi tình dục. Các buổi thực hành được đưa ra để phát triển khả năng giao tiếp, thương lượng và từ chối để chuẩn bị cho thiếu niên khi tiếp xúc với tình huống thực trong cuộc sống. Những phương pháp giảng dạy này hoặc theo phương pháp giảng dạy có tham gia khác đã cho phép các học viên đưa thông tin được học trở thành của mình.
- Lựa chọn và đào tạo các huấn luyện viên hoặc những người lãnh đạo có niềm tin vào chương trình.
- Gắn chương trình với lứa tuổi, kinh nghiệm tình dục và văn hoá của đối tượng đào tạo.

Một chương trình có chiều sâu kết hợp được cả giáo dục tình dục, chăm sóc sức khỏe toàn

diện, và giám hộ đã tỏ ra có tác động tích cực tới hành vi tình dục, tránh thai, và sinh con ở trẻ em gái trong ba năm. Giáo dục giới tính không thể là chỉ trong thời gian ngắn; những chương trình ngắn hạn đều không đem lại những tác động có thể đo được về hành vi của trẻ.

Cải thiện các tương tác hướng về khách hàng trong các cơ sở y tế

Một số bằng chứng cho thấy rằng khách hàng hoặc các khách hàng tiềm năng thường gặp rất nhiều rào cản trong tiếp cận các dịch vụ y tế⁵¹. Tuy nhiên nếu các can thiệp nhằm thay đổi hành vi thành công trong giảm những rào cản này và khuyến khích mọi người tìm kiếm sự chăm sóc y tế ở các cơ sở y tế, liệu họ sẽ nhận được sự tiếp đón lịch sự hay mất lịch sự? Chất lượng các tương tác này, kể cả bằng lời hay không bằng lời, đều là phần nòng cốt trong mắt xích giao tiếp y tế, và có thể ảnh hưởng tới quyết định của khách hàng về việc tiếp nhận lời khuyên của tư vấn viên, hoặc tiếp tục điều trị hoặc tiếp tục quay trở lại để khám theo dõi.

Một đánh giá nghiên cứu về các tương tác hướng tới khách hàng trong các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình cho thấy rằng sự hài lòng của khách hàng thể hiện ở việc sử dụng phương pháp tránh thai hiệu quả hơn, tỷ lệ tiếp tục cao hơn, và truyền miệng mang tính tích cực. Ngược lại, sự không hài lòng thể hiện ở phương pháp thất bại, không tiếp tục sử dụng và truyền miệng tiêu cực.⁵⁴ Một nghiên cứu ở Ai cập cho thấy bằng việc thêm khoảng một phút vào việc thuyết phục và đáp ứng lại các nhu cầu của khách hàng đã làm tăng ba lần mức độ hài lòng của khách hàng và sự tiếp tục sử dụng biện pháp tránh thai, khi so với cách tư vấn đặt trọng tâm vào bác sĩ (người tư vấn)⁵⁵. Cho dù là tại phòng khám hoặc tại nhà, thì mọi người đều mong muốn giống nhau. Một điều tra ở Bangladesh cho thấy khách hàng đánh

giá cao các nhân viên cộng đồng khi họ không chỉ cung cấp thông tin mà còn biết thông cảm với nhu cầu của khách hàng, luôn lắng nghe và trả lời câu hỏi, và tỏ ra biết giúp đỡ khi có vấn đề. 60% số khách hàng được phục vụ bởi các nhân viên thực địa có thể cung cấp dịch vụ chất lượng cao hoặc rất cao dường như dễ dàng chấp nhận phương pháp mới⁵⁶. Một tài liệu xuất bản gần đây “*Cải thiện tương tác hướng tới khách hàng*” đã phác thảo ra những biện pháp dựa vào nghiên cứu để đem lại kinh nghiệm tốt hơn cho cả hai phía⁵⁷. Ví dụ, nhân viên y tế ở Indonesia nếu đã tham dự một khóa học về tư vấn lấy khách hàng làm trung tâm và cũng đã tham dự các buổi tự kiểm điểm hàng tuần đã có thể duy trì được sự cải thiện chất lượng, khi so với những người chỉ tham gia khóa học. Khách hàng cũng được hướng dẫn để có thể đặt câu hỏi cho người cung cấp dịch vụ, vì vậy có thể vượt qua được các rào cản khoảng cách xã hội mà thường gây hạn chế cho phần lớn phụ nữ nghèo⁵⁹

Truyền thông chính sách

Những nhà hoạch định chính sách thường ảnh hưởng tới thế giới, nhưng ai là người gây ảnh hưởng tới những đối tượng này? Những người hoài nghi có thể chỉ ra vai trò của các chiến dịch. Tuy nhiên cũng có những cách hợp pháp để tiếp cận phần lớn những nhà chính sách trung thực. Văn Phòng các vấn đề liên quan đến Dân số (PRB) có một lịch sử lâu dài trong việc truyền thông với những nhà chính sách để đưa ra các quyết định liên quan tới dân số và sức khỏe. Một dự án họ hỗ trợ thành công ở Ghana đã xác nhận lại các quan sát trên toàn thế giới rằng “các nhà quán quân” có thể giúp đạt mục tiêu tốt nhất.

Với sự hỗ trợ của Văn Phòng các vấn đề liên quan đến Dân số (PRB), một nhóm nhỏ các giáo sư thuộc trường Đại học tổng hợp Ghana và các nhà báo đã đánh thức chính sách dân số đã có từ

lâu của họ. Kế hoạch hoá dân số là một vấn đề nhạy cảm; rất nhiều người Ghana đã không tin

Hộp 4

Vượt trội và ngang hàng

Những người có sự khác biệt về cách suy nghĩ so với chuẩn mực của xã hội hoặc mạng lưới quan hệ xã hội cá nhân được coi là những người ‘vượt trội tích cực’ – ví dụ một số nam thanh niên sống ở khu nhà ổ chuột ở Châu Mỹ La tinh không tán thành các hành vi “nam nhi” điển hình theo kiểu bạo lực và khinh thường phụ nữ. Những đối tượng ngoại lệ này sẽ trở thành những giáo viên đồng lứa nếu có nhiều người biết đến họ và nếu họ sẵn sàng bộc lộ các hành vi khác thường của mình như là một phần chiến dịch.

Điều này cũng đã xảy ra ở Dự án H do Rio de Janeiro NGO Promundo tài trợ. Sau khi đào tạo kỹ lưỡng, những nam thanh niên được lựa chọn này đã tiếp cận những nam thanh niên khác bằng những câu chuyện hoặc thông điệp về các cách khác để thể hiện tính nam nhi. Họ cũng bán bao cao su loại rẻ tiền được thiết kế riêng biệt cho đối tượng thanh niên trong khu vực dự án.

Kết quả ban đầu cho thấy tỷ lệ biết về bao cao su Hora H cao, tỷ lệ sử dụng bao cao su tăng kể cả với bạn tình lâu năm hoặc mới, đồng thời kết quả tích cực thu được ở 18/24 mục trong thang điểm GEM. Kết quả đạt được tính theo thang điểm này đã khẳng định những thay đổi quan điểm liên quan với bạo lực theo giới, việc trở thành người cha, và bình đẳng giới.

Cách tiếp cận dựa vào điểm vượt trội mang tính tích cực càng ngày càng phổ biến. Đây là một trong những phương pháp xác đáng về văn hoá và có tính bền vững để thay đổi hành vi, bởi vì nó được dựa trên những sức mạnh đang có và nguồn lực sẵn có trong cộng đồng mà nó được áp dụng. Việc lựa chọn, đào tạo và hỗ trợ tiếp tục những người ‘vượt trội tích cực’ là những yếu tố chủ chốt.

tương vào chính sách do cho rằng các nhà tài trợ từ bên ngoài đã áp chính sách này cho đất nước của họ như là một điều kiện trao đổi viện trợ. Nhằm lấy lại sự quan tâm tới phát triển dân số

chậm và chỉ ra các vấn đề sức khỏe sinh sản, những người Ghana có địa vị cần phải nỗ lực trước tiên. Tiếp theo một hội nghị mở màn về “Dân số và Tái thiết quốc gia”, Dự án Tác động Dân số (PIP) đã ra đời và ngay lập tức triển khai các hoạt động để tiếp cận những nhà lập chính sách ở mọi cấp trong xã hội Ghana – đại diện của các Bộ chính phủ, các trường đại học, viện nghiên cứu, các tổ chức phi chính phủ, công đoàn và rất nhiều các hiệp hội như hội giáo viên, hội bác sĩ, y tá, dược sĩ

Các phương tiện thông tin đại chúng đóng vai trò then chốt. Đội PIP cùng vào cuộc với đài phát thanh, truyền hình và báo chí để đưa tin liên tục về các chủ đề liên quan. Đội dự án còn tổ chức các sự kiện công cộng, diễn thuyết ở mọi phòng họp và diễn đàn có thể, và đã phân phát một loạt sổ tay cho hơn 800 cá nhân trong phạm vi ảnh hưởng của dự án. Hai can thiệp đặc biệt có hiệu quả. Một là thông qua truyền hình và đã tác động được tới một số lớn những nhà lãnh đạo. Sau đó một loạt sổ tay nhỏ mô tả lại các buổi phỏng vấn với các quan chức chính phủ ra đời. Trong phần giới thiệu, Tổng thống Ghana đã ủng hộ chính sách dân số. Các hoạt động của dự án PIP đã đến được với “một số lớn” các nhà lập chính sách. Chính phủ, một khi đã trở thành mục tiêu của các hoạt động, sẽ thành một cộng tác viên và đã phổ biến chính sách dân số thông qua các bộ ngành của chính phủ. Một đánh giá của chính phủ Mỹ đã kết luận rằng dự án PIP đã đạt thành quả không ngờ, đạt được những mục tiêu mà các nước láng giềng đã thất bại.

Các vị lãnh đạo của dự án PIP tiếp tục đứng đầu về các chính sách dân số và sức khỏe sinh sản ở Ghana. Cùng với một số dự án khác, dự án PIP đã làm giảm HIV/AIDS, tỷ lệ có thai ngoài ý muốn và tình trạng ép buộc tình dục ở thanh niên.

Hộp 5

Thông tin là sức mạnh

Các nhà khoa học hành vi đồng ý rằng đối với phần lớn dân cư, thông tin là quan trọng nhưng chưa đủ để thay đổi bền vững hành vi. Tuy nhiên đối với những nhà vạch chiến lược y tế, nếu thông tin tương thích với mối quan tâm của họ, mang tính dựa trên bằng chứng và được khuyến cáo bởi các nhà chuyên môn có uy tín, thì có thể đưa thay đổi vào các chính sách và thực tiễn. Sức mạnh của thông tin còn được đẩy mạnh hơn nếu nó được sử dụng bởi liên minh các nhóm hành động vì các chương trình sức khỏe.

Theo như một phân tích gần đây về các chương trình phạm vi rộng đã thành công và đã làm cải thiện đáng kể tình hình y tế công cộng, thông tin đóng vai trò quan trọng thông qua:

- Tăng cường nhận thức về một vấn đề sức khỏe, sau đó tập trung sự chú ý của các nhà lãnh đạo địa phương về chính trị và về y tế.
- Định hình thiết kế của các dự án y tế thông qua áp dụng kinh nghiệm từ các dự án điểm, điều tra về khách hàng, hoặc triển khai nghiên cứu theo cách hiệu quả nhất (giá thành – hiệu quả).

Khuyến khích mọi người tham gia năng động thông qua phản hồi về tiến trình của chương trình y tế. Sự phản hồi này còn có tác dụng thúc đẩy làm cho chương trình đi theo hướng đúng đắn, làm nỗ lực hơn và thậm chí gây nên sự cạnh tranh giữa các nước để đạt được mục tiêu.

Áp dụng các lý thuyết và phương tiện thay đổi hành vi

Việc luôn luôn lưu tâm tới những chương trình đã thành công có sử dụng lý thuyết và phương tiện những ưu tiên kiểm soát bệnh tật tại các nước đang phát triển hoặc đạt được mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ. Những cách tiếp cận mới cũng nên cố gắng, một loạt các can thiệp – trên cả diện rộng và hẹp – sẽ đưa ra những mô hình đầy hứa hẹn. Một số ví dụ dưới đây sử dụng một tập hợp phương tiện thay đổi hành vi và phản ánh các lý thuyết thay đổi hành vi đã mô tả ở trên. Mặc dù

mục tiêu ban đầu là thay đổi hành vi các cá nhân và cộng đồng, những ví dụ này cũng tập trung vào hành vi của các nhân viên y tế và các nhà hoạch định chính sách, đồng thời đưa ra một số yếu tố ngữ cảnh quan trọng.

Kinh nghiệm lịch sử: Giảm suy dinh dưỡng.

Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ đầu tiên – “Xoá đói giảm nghèo” - đã kết hợp đói và nghèo một cách hợp lý: cả hai yếu tố đều gắn chặt với nhau trong một chu trình xoắn ốc đi xuống. Nghèo dẫn tới đói và đói dẫn tới bệnh tật. Bệnh tật đến lượt nó lại làm nghèo thêm do làm mất đi thêm những nguồn lực vốn đã rất hạn hẹp của các hộ gia đình, làm giảm hoặc làm mất đi khả năng làm việc của người lớn, khả năng được đi học của trẻ em, do đó tiếp tục làm giảm thu nhập hiện tại hoặc tương lai. Một cách tiếp cận y tế công cộng là nhằm để cắt đứt chu trình đói, nghèo và bệnh tật.

Một cách quan trọng để hướng tới giảm suy dinh dưỡng là làm giảm sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng, một hiện tượng “đói ẩn” có ảnh hưởng tới sức khỏe hàng tỷ người. Một chương trình về vi chất dinh dưỡng (MI) không lợi nhuận đặt trụ sở ở Canada và có rất nhiều cộng tác viên trên thế giới đã tấn công vào mảng này. Cùng với Tổ chức y tế thế giới, UNICEF, Ngân hàng thế giới, chính phủ các quốc gia, các lĩnh vực tư nhân và cộng đồng, chương trình MI đã đẩy mạnh những hoạt động hợp tác chưa từng có nhằm tăng cường sử dụng trên diện rộng các thức ăn thông thường có các vi chất dinh dưỡng cần thiết, hoặc cung cấp dưới dạng phân phối thức ăn. Từ năm 1990, sự cộng tác đáng kể này đã thu hút được sự chú ý của toàn thế giới về hậu quả của suy dinh dưỡng vi chất và đã chứng tỏ những gì có thể làm được để cải thiện. Chương trình MI cũng cùng với Chương trình tiêm chủng mở rộng ở các quốc gia trên thế giới cung cấp vitamin A và các chất bổ

sung vi dinh dưỡng trong Ngày tiêm chủng toàn quốc, sự hợp tác này cũng đã thuyết phục được các nhà sản xuất muối, ngô và lúa mì làm giàu sản phẩm của họ. Những nỗ lực này đã đưa lại hiệu quả trong tiến trình tới kiểm soát suy dinh dưỡng vi chất trên diện rộng:

- Kết quả của một chiến dịch MI lâu dài là iod hoá tất cả muối có thể ăn được trên toàn thế giới, cùng với sự cộng tác với ngành công nghiệp sản xuất muối, trên 70% dân số thế giới đã có thể sử dụng muối iod – một trong những câu chuyện thành công nhất trong lĩnh vực y tế công cộng trong nửa sau thế kỷ 20.
- Chỉ trong năm 2000, MI đã đáp ứng 75% nhu cầu cần bổ sung vitamin A trên toàn thế giới. Trong một giai đoạn 5 năm, bổ sung vitamin A đã giúp cứu sống trên 1 triệu trẻ em.
- Với vấn đề thiếu hụt sắt thì có khó khăn hơn, nhưng cũng có những dấu hiệu tiến triển. Tại Bangladesh, MI và cộng sự đã hỗ trợ chính phủ các biện pháp để giúp các phụ nữ trẻ không bị thiếu sắt. Trước khi lập gia đình và trước khi sinh con, trẻ vị thành niên gái được cho dùng sắt bổ sung, được tư vấn và giáo dục về dinh dưỡng để phòng ngừa thiếu hụt sắt và thiếu máu trong thời kỳ mang thai. Tại Ấn Độ, ba trong số bốn phụ nữ mang thai uống ít nhất một số viên sắt/folate bổ sung. Tại Darjeeling, một quận nhỏ ở phía Tây Bengal, bột mì có bổ sung vi dưỡng đã được phân phát cho các nhóm dân cư thu nhập thấp thông qua hệ thống phân phối công cộng. Các chiến lược tiếp thị xã hội và truyền thông y tế đã làm tăng nhận thức của người sử dụng và nhu cầu dùng bột mì có bổ sung vi dưỡng. Các nhà máy ở Iran đã bắt đầu bổ sung vi dưỡng cho bột mì vào năm 2001.

- Nếu quan tâm đến số người có thể tiếp cận được, thì những chương trình phạm vi rộng là tốt nhất, nhưng không phải ở đâu cũng khả thi. Một nghiên cứu thí điểm về vi dưỡng hóa ngô với nhiều vi chất dinh dưỡng ở Zambia cho thấy rằng những chương trình trên diện hẹp cũng khả thi và cũng được chấp nhận đối với nhân dân sở tại và nhà sản xuất.
- Muối bổ sung nhiều vi chất dinh dưỡng, kết hợp cả iốt, vitamin A và sắt, là một khả năng mà chương trình sẽ hỗ trợ trong tương lai. Nếu có thể chỉ ra được sự thiếu hụt tất cả ba chất này qua một cơ chế đơn giản nhưng toàn cầu, thì số lượng người được cứu sống không nghi ngờ gì sẽ tăng vọt. Công nghệ bổ sung hai vi chất cho muối đã được phát triển và sắp xếp; các nghiên cứu cũng đang tiến hành về bổ sung ba vi chất.

Chương trình MI và rất nhiều cộng tác của nó đã phát triển một mô hình chương trình trong đó thể hiện sự hiểu biết về hành vi của con người ở mọi cấp độ: xây dựng những cam kết mang tính chính trị, nâng cao sự quan tâm của các nhà lãnh đạo cộng đồng và dân cư, khởi động và cung cấp các phương tiện hành động, thiết lập sự thống nhất và mạng lưới, chuẩn bị các nguồn lực và chuyển giao quyền sở hữu, tăng cường khả năng của những đối tượng địa phương trong triển khai công việc (xem Hộp 6). Ngược lại, chương trình MI cũng là một ví dụ về vận động xã hội toàn cầu. Dựa trên nghiên cứu về phát triển, cộng đồng khoa học trước tiên thu hút sự quan tâm của toàn thế giới về suy dinh dưỡng do thiếu vi chất từ những năm cuối của thập kỷ 70 và những năm đầu thập kỷ 80. Sáng kiến về vi chất dinh dưỡng được đưa ra theo cam kết ở Cuộc gặp thượng đỉnh toàn cầu về trẻ em năm 1990 nhằm bản vệ trẻ em toàn thế giới khỏi nạn suy dinh dưỡng. Vào năm 2002, Phiên họp đặc biệt của tổng hội liên hợp quốc về trẻ em đã khẳng định lại cam kết

Hộp 6

Ngành công nghiệp thể hiện một ví dụ tích cực

Vào giữa những năm 90, Vinod Kapoor, chủ tịch của Hiệp hội xay nghiền bột mì Ấn độ đã đề nghị rằng những cơ sở xay trực thuộc hiệp hội sẽ cân nhắc việc cho vi chất sắt vào bột mì của họ. Mặc dù không đắt, nhưng giá thành của việc bổ sung này cũng vẫn là cao đối với một số cơ sở sản xuất nhỏ, mà phần lớn chúng hoặc động trên ngưỡng lợi nhuận bấp bênh. Cũng theo kinh nghiệm, còn có một lòng tin sai lầm cố hữu vào việc đưa bất cứ thứ gì thêm vào thức ăn ở ấn độ. Tuy nhiên Kapoor không nản lòng. Với sự hỗ trợ của chương trình Sáng kiến vi chất dinh dưỡng (MI), ông đã chọn lựa bổ sung vi chất sắt tại nhà máy của mình. Mặc dù điều đó có nghĩa là sẽ phải tìm lại khách hàng, vượt qua những vấn đề kỹ thuật liên quan với thể loại bột mì sử dụng ở ấn độ, Kapoor không bao giờ nao núng. Điều đó đã tới được với khoảng một triệu người. Kapoor nói rằng ông làm thế bởi vì ông cảm thấy đó là một “nghĩa vụ đối với xã hội”. Tuy nhiên, ông nói thêm, còn một yếu tố quan trọng nữa là MI và cơ quan cộng tác viên đã làm nhiều hơn thế để có thể thuyết phục những “cấp chính quyền vị trí cao” của ấn độ rằng bổ sung vi chất dinh dưỡng vào thức ăn – không chỉ thêm sắt vào bột mì - là rất tốt cho đất nước

sẽ chấm dứt tình trạng suy dinh dưỡng, điều này cho thấy công việc này cần được tiếp tục và nên tiếp tục tích cực hơn. Mục đích xóa đói giảm nghèo vào năm 2015 với vai trò là một mục tiêu phát triển đầu tiên trong thiên niên kỷ đã báo trước khả năng này.

Kinh nghiệm lịch sử: Chiến đấu chống lại HIV/AIDS

Uganda là một trong những câu chuyện về thành công đối với AIDS sớm nhất, đã có sự giảm đáng kể tỷ lệ mới mắc HIV (mới nhiễm) và sau đó là tỷ lệ hiện mắc (tổng số nhiễm) trong những năm đầu của thập kỷ 90. Việc giảm tỷ lệ HIV trong số phụ nữ mang thai đã được thể hiện bằng các số liệu từ ủy ban điều tra của Mỹ; chương trình hợp

nhất của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) và chương trình tiên nhiệm, chương trình Toàn cầu của TCYTTG về AIDS và nghiên cứu khác. Tỷ lệ hiện mắc HIV ở người lớn ở Uganda đạt đỉnh cao là 15% vào năm 1991, giảm xuống 5% vào cuối những năm 90, và đứng yên khoảng 4% vào năm 2004.

Điều gì đã xảy ra ở Uganda? Mặc dù tử vong do AIDS cũng cần đưa vào, tỷ lệ hiện mắc HIV giảm xuống dường như là do có sự cách tân toàn quốc về thay đổi hành vi tình dục. Các chữ cái ABC phân chia những thay đổi ban đầu này trong thay đổi hành vi mà cộng đồng được khuyến cáo: A (abstinence) nghĩa là kiêng hoặc lùi lại thời điểm bắt đầu hoạt động tình dục; B (being faithful) nghĩa là giảm số lượng bạn tình, C (condom) là sử dụng bao cao su. Trong khi chưa có sự thấu hiểu triệt để về mối liên quan giữa một loạt các can thiệp nhằm chống lại AIDS và sự giảm tỷ lệ HIV ở Uganda, thì một phân tích vào năm 2002 đã nhận thấy một số điểm chủ chốt như sau :

- Sự trợ giúp mang tính chính trị ở cấp cao nhằm tấn công vào HIV dẫn đến một đáp ứng đa ngành. Vào năm 1986, 15 năm sau nội chiến, Tổng thống Uganda Yoweri Museveni bắt đầu, hầu như liên tục, thông qua các phương tiện thông tin đại chúng hoặc trong các buổi trò chuyện trực tiếp về một kẻ thù mới – sự phát triển của đại dịch AIDS. Sau này khi phỏng vấn ông về sự lãnh đạo của mình, ông đã trả lời rằng ‘Khi có hổ tới làng, bắn !’. Ông cũng nhấn mạnh rằng cuộc chiến chống lại AIDS là một nhiệm vụ thể hiện lòng yêu nước, còn sự cởi mở chân thật, giao tiếp và sự lãnh đạo mạnh mẽ là điều cần thiết ở bất cứ cấp xã hội nào. Cho tới 2001, khoảng 700 cơ quan chính phủ và tổ chức phi chính phủ đã có hoạt động về HIV/AIDS ở mọi quận huyện ở Uganda.

- Các chiến dịch thay đổi hành vi phân cấp cũng đã đến được quần thể người dân nói chung và các nhóm nguy cơ chính. Uganda đã bắt đầu một chiến dịch công cộng tích cực chống HIV bao gồm cả các tài liệu in ấn, radio, biển báo, nhưng chủ yếu là dựa vào vận động cộng đồng cấp cơ sở. Chương trình kiểm soát bệnh lây truyền đường tình dục/AIDS đã đào tạo hàng ngàn tư vấn viên AIDS dựa vào cộng đồng, hướng dẫn viên sức khỏe, các hướng dẫn viên đồng lứa và một số thể loại chuyên gia khác. Với những tấm gương của những người đứng đầu cộng đồng, đồng thời do các nguồn lực phân bố phân cấp, do đó mà quần thể dân cư chung ở các khu vực thành thị và nông thôn đã rất sẵn sàng gia nhập cuộc chiến chống lại AIDS. HIV đã tiếp cận tới từng cộng đồng, do đó đã thúc giục cuộc vận động hiệu quả.
- Các can thiệp đã nhắm tới phụ nữ và thanh niên, tới phân biệt và kỳ thị. Từ các cấp chính phủ cao nhất cho tới cấp cơ sở, những nỗ lực về thay đổi hành vi đã nhấn mạnh sự trao quyền cho phụ nữ và các cô gái. Nếu không có yếu tố môi trường mang tính hỗ trợ này, thì dường như phụ nữ không thể chấp nhận các hành vi ABC. Giáo viên và những người khác đã tiếp cận thanh niên cả trong và ngoài trường học. Thông điệp từ các nhà lãnh đạo về chống lại sự kỳ thị phân biệt đối với những người sống chung với HIV/AIDS đã có tác động. Mặc dù vẫn còn, nhưng sự kỳ thị đã giảm tới mức có thể tạo một môi trường an toàn để có thể tìm kiếm tư vấn và xét nghiệm phát hiện tình trạng HIV
- Những nhà lãnh đạo tôn giáo và các tổ chức dựa trên lòng tin cũng đã được vận động để đứng đầu các hoạt động chăm sóc và giáo dục về AIDS. Những tổ chức lòng tin chính như Catholic, các dòng Cơ đốc khác, đạo Hồi và truyền thống có ảnh hưởng lớn ở Uganda; đã

sử dụng ảnh hưởng này để chiến đấu chống lại AIDS và khuyến khích chấp nhận những người bị nhiễm. Những bệnh viện trong số cơ sở y tế đầu tiên triển khai chăm sóc AIDS và hỗ trợ các chương trình ở Uganda. Một trong số hàng trăm sáng kiến dựa vào lòng tin, một dự án giáo dục AIDS triển khai ở cộng đồng Hồi giáo vùng quê do Hiệp hội y của đạo hồi đã được UNAIDS lựa chọn là ‘Một nghiên cứu trường hợp thực tiễn nhất’

- Uganda đã khởi đầu việc xét nghiệm và tư vấn tự nguyện bí mật (VCT). Vào năm 1990, trung tâm VCT đầu tiên được mở ở Kampala, trong vòng hai năm dịch vụ này đã lan tới các trung tâm ở bốn khu vực thành thị lớn và là một một trường giảm kì thị đã khuyến khích các đối tượng tìm hiểu tình trạng HIV của mình. Test HIV nhanh cho kết quả trong ngày và ‘Câu lạc bộ sau khi xét nghiệm’ đã là một sự hỗ trợ lâu dài cho việc thay đổi hành vi với những người làm xét nghiệm, không kể đến tình trạng của họ.
- Tiếp thị xã hội bao cao su đóng một vai trò quan trọng nhưng không phải vai trò chính. Vào thời điểm ban đầu, Tổng thống Uganda và một số những nhà lãnh đạo tôn giáo đã phản đối việc quảng cáo bao cao su, nhưng cho tới những năm giữa của thập kỷ 90, thì hầu như không còn phản đối nữa. Vào thời điểm đó, đã có hiện tượng giảm tỷ lệ mới mắc HIV. Trong những năm gần đây, việc sử dụng bao cao su tăng lên, đặc biệt trong nhóm nguy cơ cao, có lẽ đã đóng góp cho chiều hướng suy giảm liên tục này.
- Chương trình phòng chống bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STI) đã được nhấn mạnh thêm. Từ năm 1994, sau khi tỷ lệ hiện mắc HIV giảm xuống bắt đầu được ghi nhận, thì hai dự án có tài trợ ngân sách đã giúp cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị bệnh này.

Vào cuối những năm 90, thuốc được cung cấp đầy đủ và phân phối thuốc tới các cơ sở y tế vùng nông thôn cũng được cải thiện.

Thay đổi hành vi ban đầu – giảm bạn tình - được coi là yếu tố đơn quan trọng nhất trong giảm tỷ lệ hiện mắc HIV ở Uganda. Phần lớn những người Uganda đã có quan hệ tình dục hiện nay đều không hoặc giảm đáng kể số lượng bạn tình không thường xuyên. Những thay đổi hành vi này xuất hiện liên quan với truyền thông các thông tin phòng chống AIDS thông qua các mạng lưới xã hội phát triển từ cuộc vận động cơ sở trên toàn quốc. Thu thập thông tin từ những người đáng tin cậy và từ người bạn đồng lứa dường như đã làm thấm nhuần hơn, do đó mà làm thay đổi hành vi nhiều hơn và cuối cùng là ít nhiễm HIV hơn. Nỗ lực đem lại kết quả giảm tỷ lệ HIV không lường trước được này là khá hiệu quả kinh tế – chỉ khoảng 1.8\$US trên một đầu người lớn trong một năm trong giai đoạn 10 năm.

Gần đây, ở huyện Rakai của Uganda, đã có hiện tượng tăng mối quan hệ tình dục ‘qua đường’. Mặc dù sử dụng bao cao su tăng vẫn được báo cáo, nhưng việc tăng kiểu quan hệ tình dục này cũng làm các nhà phân tích lo lắng.

Kinh nghiệm lịch sử: Giảm tổng số mắc sốt rét

Theo TCYTTG, sốt rét là bệnh đứng hàng thứ tám trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu và hàng thứ 5 ở những nước đang phát triển nghèo nhất. Căn bệnh do muỗi sinh ra này cũng làm ảnh hưởng và giết chết nhiều trẻ dưới 5 tuổi và phụ nữ mang thai. Sáng kiến Giảm sốt rét của TCYTTG đã đặt mục tiêu là giảm một nửa tổng số tử vong do sốt rét và đảm bảo rằng ít nhất 60% những trường hợp có nguy cơ sẽ được hưởng lợi từ việc sử dụng màn có tẩm chất diệt muỗi, vào năm 1020. Ngủ có màn với chất diệt muỗi (ITN) có thể giảm tỷ lệ tử vong tới 63% và tỷ lệ mắc bệnh xuống ít nhất 40%. Do những chiến lược

này đòi hỏi phải có thay đổi hành vi ở mọi cấp, nên TCYTTG đã phát triển một module đào tạo cho các nhân viên y tế trong chương trình phòng chống sốt rét, Truyền thông tác động vào hành vi để giảm sốt rét.

Trong một nỗ lực để kích thích đầu tư thương mại vào màn ITN, USAIDS đã đưa ra NetMark, một consortium do Hiệp hội phát triển giáo dục, một hiệp hội có quan hệ với 13 nhà máy lớn (đại diện cho 80% khả năng sản xuất và cung ứng màn) để phát triển thị trường màn ITN và mở rộng tới châu Phi. Chương trình đã giúp miễn thuế về màn ITN ở Mali, Senegal và Zambia, bán hơn 600,000 màn và 500,000 lượt tầm lại thuốc trong 5 tháng hoạt động đầu tiên.

NetMark đã thiết kế và triển khai các chiến dịch marketing tập trung vào khách hàng dựa trên lý thuyết và nghiên cứu hành vi, sử dụng nhiều phương tiện thông tin đại chúng và các phương tiện truyền thông cộng đồng. Tiếp thị thương mại làm giảm gánh nặng lên khu vực nhà nước (công) thông qua tăng cường nhu cầu dùng màn, sau đó cung cấp cho những người có khả năng chi trả, do đó cho phép khu vực công có thể sử dụng nguồn lực ít ỏi để tập trung vào những người không thể chi trả. Cùng lúc, NetMark đã cố gắng đảm bảo cung cấp màn ITN duy trì cho người nghèo và cũng hỗ trợ những nỗ lực của quốc gia xin được tài trợ từ Nguồn vốn toàn cầu cho AIDS, Lao, và Sốt rét, với mục tiêu là cung cấp 40 triệu màn ITN trong thời gian 5 năm. NetMark cũng giúp mở rộng thị trường thương mại, xây dựng năng lực và chất lượng sản phẩm màn ITN trong các nhà máy đóng ở châu Phi. Căn cứ vào thành công của NetMark trong triển khai cách tiếp cận này ở một số nước, thì sự đầu tư theo một mô hình mới và đáng tin cậy này cho một can thiệp y tế mang tính bền vững và quan hệ với lĩnh vực thương mại đã báo trước một thành công ở cả lĩnh vực y tế và kinh tế châu Phi.

Kinh nghiệm lịch sử: Giúp trẻ sống

Cũng giống như các loài động vật có vú, loài người rất ‘cứng rắn’ trong bảo vệ con cái. Mỗi năm, khoảng 10,6 triệu trẻ sống ở những nước có thu nhập trung bình và thấp chết trước khi được 5 tuổi. 70% những trường hợp tử vong này là do 5 nguyên nhân có thể phòng và điều trị được: viêm phổi, ia chảy, sốt rét, sỏi và suy dinh dưỡng. Tử vong thường là do kết hợp của các tình trạng trên. Khi các nhà lãnh đạo y tế công cộng cân nhắc những con số thống kê đáng buồn này, thì họ đưa dẫn y kiến của giới chuyên môn, các nguồn lực và các nhà chính trị tổ chức những chiến dịch y tế nhằm tăng khả năng sống sót cho trẻ. Những nỗ lực này đã thành công. Tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 148/1000 trẻ vào năm 1955 xuống dưới 59/1000 trẻ vào năm 2000. Từ những năm 50, ‘tập hợp các biện pháp’ y tế công cộng ngày càng hiệu quả đã cứu sống nhiều trẻ. Thành phần của tập hợp này bao gồm cả vắc-xin phòng các bệnh truyền nhiễm, kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn, và muối pha dung dịch chống mất nước đường uống đã cứu sống nhiều trẻ bị tiêu chảy nặng – cộng với nuôi con bằng sữa mẹ, một ‘kỹ thuật’ hiệu quả và tự do. Ngoài ra, các phương tiện thông tin đại chúng cũng tiếp cận theo hướng này để đến được với hàng triệu người với những thông điệp sử dụng những công cụ này.

Nuôi con bằng sữa mẹ là một cách tự nhiên của các bà mẹ để nuôi dưỡng và bảo vệ con mình. Bất kỳ một hình thức cho con bú nào cũng giảm một nửa khả năng tử vong dưới 1 tuổi so với nhóm không được bú mẹ. Tuy nhiên, làm đúng – cho bú ngay sau khi sinh, bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu, bắt đầu ăn bổ sung sau 6 tháng – lại là một công cụ hiệu quả hơn cho sức khỏe của trẻ. Công thức nuôi con đúng này đã cứu được khoảng 1.5 triệu trẻ nữ nhi mỗi năm mà có thể tử vong do nguyên nhân tiêu chảy và nhiễm khuẩn hô hấp cấp. Dự án liên kết nguồn vốn USAID hiện đang sử dụng các chiến lược thay

đổi hành vi liên quan lí thuyết này để làm việc với các nhà hoạch định chính sách, nhân viên y tế, cộng đồng và các thành viên trong gia đình để tạo một môi trường hỗ trợ cho việc nuôi con bằng sữa mẹ theo cách tối ưu.

Tại mỗi nước, Dự án liên kết này trước tiên gây ảnh hưởng tới chính sách tương ứng với việc nuôi con bằng sữa mẹ tối ưu bằng cách hình thành những mối liên quan chủ động với các nhà lãnh đạo y tế và dinh dưỡng, các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức quốc tế và các viện khoa học. Hội thảo phân tích chính sách và hội thảo giữa các nhà cho và nhận viện trợ đã là những yếu tố cơ bản để thiết lập nên sự nhất trí và vận động các nguồn vốn phục vụ các can thiệp của chương trình để hỗ trợ việc áp dụng nuôi con bằng sữa mẹ theo cách tối ưu. Dự án liên kết này đã chỉ ra 6 yếu tố chung cho can thiệp ở các nước khác nhau:

- **Nghiên cứu hình thành** làm nhiệm vụ phân tích các lợi ích và khó khăn cho việc thay đổi trong từng nhóm đối tượng cộng đồng và xác định những hành động riêng biệt mà con người có thể sẽ tiếp nhận.
- **Thông điệp phải có trọng điểm, chính xác và được thử nghiệm trước** để quảng cáo những hành động ‘có thể làm được’
- **Kỹ năng tư vấn và giao tiếp** cho nhân viên y tế và nhân viên cộng đồng.
- **Thông điệp và các phương tiện thống nhất** qua các kênh truyền thông của chương trình để nhắm tới các hành vi khó
- **Phân biệt các nhóm khán giả đặc hiệu với những thông điệp** thông qua các phương tiện phù hợp (điện tử, sản phẩm in ấn, giao tiếp người-người, dựa trên hiện tượng và các cách tiếp cận truyền thống như bài hát, diễn múa rối),

- **Hỗ trợ bà mẹ và tương tác theo nhóm đồng lứa**, ví dụ như các nhóm hỗ trợ bà mẹ-bà mẹ, câu lạc bộ phụ nữ hoặc các nhóm khác đang tồn tại ở cấp cơ sở.

Kết quả thật ấn tượng. Tỷ lệ bắt đầu cho con bú đúng thời điểm tăng gần gấp đôi ở Madagascara (từ 34% lên 60%), và Ghana (32% lên 62%), tăng 25% ở Bolivia. Tỷ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ cũng tăng gần gấp đôi ở Madagascar (46% lên 83%), tăng đáng kể ở Ghana và tăng nhẹ ở Bolivia. Trong khi tỷ lệ cho ăn bổ sung đúng thời gian đã cao và không tăng ở những nước này, thì tỷ lệ các bà mẹ cũng cấp thức ăn bổ sung có chất lượng cũng tăng lên.

Mặc dù nuôi con bằng sữa mẹ giúp phòng bệnh tiêu chảy, nhưng liệu pháp bù nước đường uống (ORT) là một phương pháp cứu sống những trẻ bị tiêu chảy cấp và có nguy cơ tử vong do mất nước. Một báo cáo của TCYTTG ước lượng rằng tử vong do tiêu chảy giảm từ 4.6 triệu vào năm 1980 xuống 1.5 triệu năm 1999 – giảm gần hai phần ba – và việc chấp nhận ORT rộng rãi có thể là một yếu tố quan trọng của thành công này. Việc sử dụng ORT đã lan rộng chỉ từ một số quốc gia vào những năm 80 nay đã gần như phủ khắp toàn cầu. Sự lan rộng này xảy ra mặc dù vẫn còn khó khăn liên quan tới việc trộn thuốc đúng tỷ lệ và những hạn chế của ORS là chỉ điều trị mất nước chứ không điều trị bản thân bệnh tiêu chảy. ORT hiện cứu sống trên 1.5 triệu trẻ em mỗi năm

Tại Ai cập, tử vong do tiêu chảy giảm 82% so với những năm 80. Chương trình kiểm soát tiêu chảy quốc gia được triển khai năm 1984, vào cuối thập kỷ, ORT đã được sử dụng để điều trị cho từ 1/3 đến 1/2 tổng số các trường hợp tiêu chảy. Để định hình cách tiếp cận, chiến dịch ORT đã tiến hành nghiên cứu sự lựa chọn của khách hàng và các thói quen. Các chiến dịch thay đổi hành vi sâu rộng đã được sử dụng, bao gồm cả đào tạo cho nhân viên y tế, dược sĩ và các nhà báo. Đào tạo về tầm quan trọng của ORT đã đến được với

quần thể dân số chung thông qua kênh giao tiếp và phương tiện truyền thông. Các đánh giá viên cho rằng việc tiếp thị xã hội và chiến dịch truyền thông là những yếu tố quan trọng nhất để đạt tới thành công. Không giống như hầu hết các nước đang phát triển khác, truyền hình đến được mọi hộ gia đình từ giữa thập kỷ 80 do đó là kênh tiếp cận đầu tiên có thể chuyển tải được thông điệp chính thậm chí ở cả những hộ gia đình nghèo ở vùng nông thôn. Các chương trình này trên TV đã có sức thu hút lớn và đã được một ngôi sao opera đóng vai trò người dẫn chương trình. Các bảng hiệu và poster trên đường phố cũng như tờ rơi ở hiệu thuốc và phòng khám đã góp phần tiếp tục duy trì những ảnh hưởng thu được từ các chương trình trên TV.

Nhân viên y tế cộng đồng đã cung cấp các buổi hướng dẫn thực hành cho các bà mẹ cách pha ORS; các bà mẹ học rất nhanh và hầu hết đều có thể pha dung dịch đúng cách. Ngoài ra, ORS dạng dễ sử dụng cũng nhanh chóng được sản xuất. Các bà mẹ sử dụng ORS thường xuyên gấp hai lần trước đây khi tình trạng tiêu chảy nặng, một thông điệp đặc hiệu của chiến dịch. Chiến dịch cũng khuyến khích các bà mẹ tiếp tục cho con ăn trong thời gian tiêu chảy, ngược với trước đây là thường kiêng ăn; về khía cạnh này cũng có những thay đổi tích cực. Tỷ lệ nhập viện do mất nước nặng giảm xuống, tỷ lệ tử vong do tiêu chảy cũng giảm nhanh hơn so với những nguyên nhân khác. Đánh giá của TCYTTG kết luận rằng những thay đổi hành vi của bà mẹ và của nhân viên y tế trong việc xử trí ca bệnh đã đóng một vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tử vong do tiêu chảy.

Một nghiên cứu gần đây cho thấy có thể cải tiến ORS: giảm nồng độ muối và đường trong ORS và tăng thêm kẽm sẽ làm giảm thời gian và độ nặng của tiêu chảy, và cũng có hiệu quả kinh tế đáng kể hơn so với dung dịch ORS thông thường. Ngoài ra các bà mẹ cho con uống sirô kẽm với

ORS giảm được 75% khả năng phải dùng kháng sinh, một thực tế thường gặp nhưng không cần thiết dẫn tới kháng kháng sinh. Hướng dẫn mới của TCYTTG/UNICEF khuyến cáo các hành vi đặc biệt cho các bà mẹ, nhân viên y tế và những nhà lập pháp để chuyển dịch những phát hiện này thành hiện thực

Việc thảo luận các chiến lược để cải thiện sức khỏe trẻ em sẽ không được hoàn hảo nếu không có sáng kiến giữa TCYTTG và UNICEF được gọi là Kiểm soát lồng ghép các bệnh trẻ em (IMCI). Mục tiêu của nó là cứu sống trẻ và hỗ trợ trẻ lớn và phát triển bằng cách thay đổi hành vi ở nhiều mức độ khác nhau. IMCI kết hợp một số chương trình cứu sống trẻ có thiệu quả do đó không chỉ là một mà nhiều bệnh sẽ được đẩy lui hoặc kiểm soát hiệu quả đồng thời. Tại sao sáng kiến này là cần thiết? Mỗi ngày, hàng triệu trẻ ốm phải nhập viện, trung tâm y tế, các dược sĩ, bác sĩ và những ông lang đã không đánh giá hoặc điều trị đúng cho chúng. Bố mẹ thì thường không hoặc ít khi nhận được lời khuyên từ nhân viên y tế, và rất nhiều trường hợp trì hoãn tìm kiếm trợ giúp y tế gây nguy hiểm cho trẻ. Đối với các nước nghèo, thì thuốc, vật tư và trang thiết bị thường thiếu thốn, các phương tiện chuẩn đoán như X-quang, xét nghiệm cũng ít hoặc không có. Nhân viên y tế thường chỉ dựa vào tiền sử bệnh và triệu chứng để quyết định liệu trình điều trị phù hợp nhất với điều kiện của họ.

IMCI khuyến khích các hành vi phòng bệnh và chữa bệnh, những yếu tố đồng thời quyết định sức khỏe của một đứa trẻ. IMCI có 3 nội dung chính: cải thiện kỹ năng quản lý từng trường hợp bệnh của nhân viên y tế; cải thiện hệ thống y tế chung; và cải thiện thực hành sức khỏe gia đình và cộng đồng. Trong khi IMCI hiện nay được coi là chuẩn mực trong phòng và điều trị các bệnh trẻ em, thì đánh giá ở Bangladesh, Brazil, Peru, Tanzania và Uganda cho thấy rằng chỉ có một yếu tố thành công từ trước đến nay: đào tạo về

IMCI cho các nhân viên y tế tuyến đầu dẫn để cải thiện nhanh và bền vững trình độ của nhân viên y tế trong quản lý sức khỏe trẻ em. Tuy nhiên các bộ y tế và đối tác của họ trong những lĩnh vực này chưa thể mở rộng đào tạo ngoài một số các quận huyện trọng điểm. Các nhà đánh giá kết luận rằng việc hoạch định kế hoạch IMCI sẽ đòi hỏi một sự cam kết mạnh mẽ hơn để cải thiện được tình trạng quản lý và giám sát, có nguồn vốn nhiều hơn và giảm số lượng nhân viên. Còn có một nhu cầu nữa là tăng nhận thức của cộng đồng về thói quen tìm kiếm hỗ trợ y tế khi bị bệnh. Nhưng cũng đáng để nỗ lực: tác dụng hiệp đồng của cách tiếp cận này mang lại một hy vọng tốt nhất trong việc cải thiện sức khỏe trẻ em ở một phạm vi rộng lớn.

Kinh nghiệm lịch sử : Cải thiện sức khỏe bà mẹ

Hàng năm, trên toàn thế giới có vào khoảng 529,000 trường hợp tử vong mẹ xảy ra, 99% các trường hợp đó xảy ra tại các nước nghèo. Trung bình cứ một người phụ nữ bị tử vong thì có vào khoảng từ 30 đến 50 phụ nữ bị các biến chứng trầm trọng và lâu dài. Kết quả là các biến chứng liên quan đến thai kỳ là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tử vong và tàn tật mẹ tại các nước đang phát triển. Vì nhiều người cũng nhìn nhận tỉ lệ tử vong mẹ như một vấn đề nhân quyền, do đó các can thiệp nhằm gây tác động ảnh hưởng tới các quyết định của những nhà hoạch định chính sách phù hợp với sức khỏe bà mẹ thường hay bao gồm những lời kêu gọi về lương tri. Sự thật là việc giảm tỉ lệ tử vong mẹ là một trong những Mục tiêu Phát triển của Thiên niên kỷ cũng chính là một minh chứng về các kỹ năng giao tiếp chính sách trong khuôn khổ Sáng kiến Làm mẹ an toàn, một nỗ lực mang tính toàn cầu nhằm giảm các tử vong và bệnh tật liên quan đến thai kỳ và sinh đẻ.

Đôi khi một cụm từ mang tính phê phán là một chất xúc tác làm thức tỉnh mỗi quan ngại bị người ta lãng quên. Một bài báo đăng trên tạp chí vào năm 1985 của hai nhà lãnh đạo về y tế công cộng đã làm rõ một sự thật là các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và trẻ em đã hướng quá nhiều đến sức khỏe trẻ em, và đã sao nhãng về sức khỏe bà mẹ. Phụ đề của bài báo – "Chữ 'Bà Mẹ' ở đâu trong cụm từ 'Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em' ?" (Where is the 'M' in the 'MCH'?) – đã trở thành một tiếng kêu gào khẩn thiết để có được sự ủng hộ. Thậm chí với một vài nỗ lực trước đó, các nỗ lực đặc biệt nhằm giảm tử vong của phụ nữ trong sinh đẻ, cho đến giữa những năm của thập kỷ 1980 phong trào làm mẹ an toàn mới được rộ lên, và sự phổ biến tràn lan của cụm từ "Chữ 'Bà Mẹ' ở đâu trong cụm từ 'Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em' ?" (Where is the 'M' in the 'MCH'?) đã tạo ra cho nó một bước nhảy vọt về phía trước. Các nhà hoạch định chính sách y tế ở khắp mọi nơi đều phải đương đầu với việc trả lời câu hỏi và cấp tiền. Vì các cấp cứu sản khoa gây tử vong cho bà mẹ không thể lường trước được, các thăm khám trước sinh, vitamin, và thậm chí các bà đỡ được đào tạo sẽ không đủ. Những vấn đề trầm trọng về giảm tử vong mẹ cũng sẽ phải cung cấp dịch vụ sản khoa cấp cứu (EmOC), bao gồm truyền máu và mổ lấy thai.

Sri Lanka và Malaysia là những nước đi đầu trong việc giảm tử vong mẹ, làm tốt từ trước những năm 1980, các nhà hoạch định chính sách và lập kế hoạch y tế có ý chí cam kết đã bắt đầu các chương trình đến tới được những người chủ yếu và cuối cùng đã thay đổi hành vi của các nhân viên y tế và của các thành viên trong cộng đồng trên phạm vi toàn quốc. Các chương trình đã cung cấp những bài học được viết thành tài liệu rất tốt về việc làm thế nào để các nước nghèo có thể dần dần cắt giảm tỉ lệ tử vong mẹ xuống còn một nửa hoặc thậm chí hơn thế nữa. Thành công của họ cũng cung cấp thêm nhiệt tình cho phong trào làm mẹ an toàn và tạo ra một mô hình

để làm theo, do đó đẩy nhanh mọi tiến bộ. Sự cam kết của các nhà hoạch định chính sách y tế đạt được thông qua sáng kiến làm mẹ an toàn đã dẫn tới những thành công ngoạn mục trong việc giảm tử vong mẹ tại các nước Bolivia, tỉnh Hoa Nam của Trung Quốc, Ai cập, Honduras, Indonesia, Jamaica, và Zimbabwe.

Ngoài ra, các mô hình thành công có thể được phỏng theo và triển khai trên một phạm vi rộng hơn. Một chương trình kéo dài sáu năm, bao gồm nhiều nước và nhiều tổ chức cùng tham gia có tên gọi Giảm Tử vong và Tàn tật Mẹ (Averting Maternal Death and Disability - AMDD), được sự hỗ trợ của Quỹ Bill và Melinda Gates, cung cấp sự hỗ trợ về mặt kỹ thuật để cải thiện sự tiếp cận của phụ nữ đối với dịch vụ cấp cứu sản khoa tại trên 50 quốc gia nơi các nhà hoạch định chính sách và lập kế hoạch về y tế đã đáp ứng với lời hứa được dự án đưa ra. Qua một giai đoạn ba năm, các hoạt động của chương trình Giảm Tử vong và Tàn tật Mẹ (Averting Maternal Death and Disability - AMDD) đã bao trùm cho khoảng gần 180 triệu người và trên 270.000 phụ nữ đã được điều trị vì những tai biến sản khoa – tăng trung bình khoảng 144 phần trăm. Các trường hợp gây chết người giảm xuống hơn 50 phần trăm. Một yếu tố chủ yếu của thành công là việc lồng ghép các kỹ thuật cứu sống tính mạng với những chiến lược thay đổi hành vi cần phải có để làm cho những kỹ thuật này được hiện hữu và sử dụng một cách rộng rãi.

Liên minh Vành khăn trắng vì Làm mẹ an toàn (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood) là một sáng kiến trên diện rộng khác, một phong trào ở cấp cơ sở hiện nay đang thực hiện tại 24 quốc gia nhằm phát động các chiến dịch nâng cao nhận thức và xây dựng các liên minh lấy hành động thực tế làm trung tâm tại các cộng đồng, các nhân viên y tế nhà nước, và các tổ chức phi chính phủ để phòng ngừa các tử vong mẹ và sơ sinh không đáng xảy ra. Các hoạt động này đã thành

công. Chẳng hạn tại Indonesia, 70 phần trăm phụ nữ đã được tiếp xúc với chiến dịch đã sử dụng một nhân viên có kỹ năng cho việc đỡ đẻ, so với 44 phần trăm những người không được tiếp xúc với dự án; và 41 phần trăm được tiếp xúc với dự án biết rằng chảy máu trong thời kỳ thai nghén là một dấu hiệu nguy hiểm, so với chỉ có 16 phần trăm những người không được tiếp xúc. Các chuyên gia về sức khỏe phụ nữ hài lòng với thành công như vậy nhưng rất thích thú nhận thức thấy ngoài các phát hiện cơ bản, tiến bộ hơn nữa trong việc cải thiện sức khỏe bà mẹ sẽ đòi hỏi những nhà vô địch đầy quyết tâm và nói thẳng nói thật từ trong hệ thống y tế và từ những người ra quyết định và các chính khách.

Kinh nghiệm lịch sử: Đưa Kế Hoạch Hóa Gia Đình thành một chuẩn mực

Kiểm soát được sự sinh đẻ của một cá nhân bằng những phương tiện khác ngoài các hình thức nạo thai không an toàn là một bước tiến trong chặng đường dài hướng tới trao quyền cho người phụ nữ. Bởi vì có thai ngoài ý muốn hoặc có thai vào thời điểm không thuận lợi đều mang lại những nguy cơ sức khỏe cho mẹ và con, việc hàng triệu phụ nữ ở các nước đang phát triển chấp nhận sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại là một tiến bộ trong y tế công cộng và là một cách minh chứng hữu hiệu về sự lan rộng của một sự cách tân. Cho tới năm 2004, khoảng 60% số phụ nữ có gia đình trong độ tuổi sinh đẻ ở các nước đang phát triển đã đang sử dụng một số biện pháp kế hoạch hóa gia đình, so sánh với 15% vào năm 1960; năm 2004, 54% sử dụng phương pháp tránh thai hiện đại. Trong cùng thời gian, sinh đẻ ở những nước này cũng giảm từ trung bình 6 con xuống 3 con trên mỗi phụ nữ; trong khi sự phát triển chung đóng một vai trò lớn thì khoảng trên 40% những thay đổi này là từ những nỗ lực của chương trình kế hoạch hoá gia đình.

Trong khi câu chuyện về nỗ lực cá nhân để điều hòa sinh sản là một câu chuyện cổ, thì chương

trình kế hoạch hoá gia đình trên diện rộng được bắt đầu đầu tiên vào những năm 50 ở Ấn độ. Từ những năm 60, khi người ta nhận thấy rằng dân số tăng nhanh trở thành một yếu tố lớn gây xuống cấp môi trường và dẫn đến nghèo đói, kết quả nghiên cứu và các nhà chính trị cấp cao đã thuyết phục các cơ quan, hiệp hội hỗ trợ nước ngoài, và thậm chí cả các chương trình của chính phủ trên toàn thế giới tăng cường và tài trợ cho các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Vào năm 1965, USAID được ủy quyền đưa chương trình dân số và kế hoạch hóa gia đình vào chương trình trợ giúp nước nghèo. Cuối cùng, USAID trở thành một nhà tài trợ về dân số đơn độc lớn nhất trong một số lớn các nhà tài trợ song phương và một số hiệp hội tư nhân. Mặc dù thành công trong thời gian dài, nhưng các chương trình kế hoạch hóa gia đình vẫn còn gây nên nhiều tranh cãi.

Tuy nhiên, “các chương trình kế hoạch hóa gia đình có tổ chức” trên thực tế đã được tổ chức và làm việc không mệt mỏi để vượt qua được bất kể sự phản kháng nào. Các chính phủ và các tổ chức phi chính phủ đã xây dựng và đưa mạng lưới dịch vụ kế hoạch hóa gia đình tự do, hoặc lồng ghép dịch vụ kế hoạch hóa gia đình vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở một số nơi như cận Saharan của châu Phi. Trung quốc và Ấn Độ đã sớm tiến hành và triển khai mạnh mẽ các chương trình của chính họ. Các nhà tài trợ song phương và đa phương, các hiệp hội, và Liên đoàn kế hoạch hóa gia đình quốc tế đã hỗ trợ kỹ thuật và tài chính đáng kể cho các nước khác, bao gồm Bangladesh, Thái lan, Indonesia, Ai cập, Morocco, Kenya và Zimbabwe. Những quốc gia này đã tiến hành nhiều hội thảo để đào tạo bác sĩ, tá, và các nhân viên y tế khác để cung cấp các phương pháp tránh thai hiện đại và đề tư vấn khách hàng về cách sử dụng. Tư vấn viên cung cấp tờ rơi về phương pháp kế hoạch hoá gia đình sẵn có, thậm chí cả khi khách hàng không thể đọc. Cùng lúc, nhiều nguồn lực đáng kể cũng được đầu tư để phát triển các phương pháp tránh

thai mới; cuối cùng rất nhiều phương pháp hiện đại đã có mặt ở phòng khám để có thể đáp ứng được những nhu cầu và sở thích khác nhau của khách hàng.

Một số tổ chức tập trung vào đẩy mạnh kế hoạch hóa gia đình. Những sự kiện cộng đồng, các buổi trình diễn múa rối, nhảy múa ca hát và các cách tiếp cận trực tiếp khác cũng được tiến hành để công khai hóa sự tồn tại của các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, đảm bảo cho các khách hàng không bị nguy hiểm và khuyến khích phụ nữ sở tại, và ít hơn, nam giới, sử dụng chúng. Trong khi báo, tạp chí, ti vi tiếp cận các nhà lãnh đạo chủ dân số, thì các hình thức thông tin đại chúng khác như đài, poster, truyện cười, băng hiệu lại đến được với hàng triệu người nghèo và thường là không hoặc biết ít chữ. Các chương trình opera với chủ đề kế hoạch hóa gia đình được phát vào giờ cao điểm trên đài phát thanh; vì đài phát thanh phát triển nhanh chóng nên những chương trình này đến được với phần lớn người dân. ở những làng nông thôn hẻo lánh và các thành phố nghèo lân cận, các nhà lãnh đạo cộng đồng đã hỗ trợ các buổi nói chuyện theo nhóm và phim ảnh (thường sử dụng máy phát di động) về kế hoạch hóa gia đình. Các tuyên truyền viên cũng sử dụng hình thức giải trí theo kiểu dân gian để chuyển tải thông điệp về mong muốn kế hoạch hóa gia đình bằng cách gây cười cho khán giả. Các diễn viên thường đóng cảnh ông bố bà mẹ nghèo bị vây quanh bởi đàn con nhỏ, trong khi ở cảnh sau lại thể hiện một đôi vợ chồng ăn mặc đúng một và giàu có mà chỉ có hai con. Trong khi cách tiếp cận này có thể không đạt được hiệu quả là khán giả chấp nhận ngay lập tức việc kế hoạch hóa gia đình, nhưng những thông điệp tiếp theo đã góp phần làm giảm số lượng con trong mỗi gia đình.

Hình thức quảng cáo theo kiểu nhà nổi nhà và sự phân phát các dụng cụ tránh thai tự sử dụng là một cách để vượt qua rào cản văn hóa ở những

nơi người phụ nữ không thể tới được phòng khám. Cách tiếp cận này tỏ ra hiệu quả thể hiện ở số lượng phụ nữ vùng nông thôn Bangladesh sử dụng phương pháp “phân phối dựa vào cộng đồng”, gọi tắt là CBD, tăng lên; hình thức này trở nên nổi tiếng và lan rộng trên toàn đất nước Bangladesh và cả những nơi khác nữa. Các chương trình CBD, với những thay đổi nhỏ tùy theo từng vùng, đã trở thành một yếu tố phụ trợ thường xuyên cho các dịch vụ tại phòng khám ở nhiều nơi trên thế giới. Cũng ở Bangladesh, một chương trình dựa vào mạng lưới xã hội đã sử dụng các trung tâm hướng dẫn cộng đồng với tên gọi là Jiggashas để đưa kế hoạch hóa gia đình từ khía cạnh cá nhân thành một chuẩn mực xã hội; những cộng đồng này, nhân viên y tế trở thành các trợ giúp viên cho hình thức thảo luận nhóm và không chỉ là liên lạc viên để chuyển tải thông tin và dụng cụ.

Hình thức tiếp thị xã hội nhanh chóng gia nhập các cách tiếp cận khác để công khai hóa, quảng cáo và phân phối thuốc tránh thai viên và bao cao su thông qua các dược sĩ và những người bán lẻ với giá được trợ giúp khá thấp. Tiếp thị xã hội sử dụng phương tiện thông tin đại chúng, đặc biệt đài phát thanh, poster, băng hiệu để khuyến khích những người có đủ điều kiện mua thuốc tránh thai từ những người đi bán lẻ. Cuối cùng, bằng sự kiên trì trong việc chuyển tải các thông điệp có tính thuyết phục, mở rộng những phương tiện và dịch vụ tránh thai sẵn có và dễ chấp nhận, mở rộng các mô hình thành công sang các nước khác, kế hoạch hóa gia đình đã được chuyển đổi từ một sự cách tân gây nhiều tranh cãi thành một chuẩn mực toàn cầu.

Hướng tới những chương trình tăng cường sức khỏe có hiệu quả

Các bài học thu được từ nhiều năm thiết kế và triển khai các can thiệp nhằm thay đổi hành vi

Hộp 7

Thay đổi mô hình KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Câu chuyện về kế hoạch hóa gia đình vẫn tiếp tục. Khi nhìn nhận sự quan tâm lâu đời về sự phát triển dân số mạnh, kế hoạch hóa gia đình trước tiên được định nghĩa rất hẹp là một sự tránh thai. Theo thời gian, những quan điểm về bảo vệ sức khỏe của người phụ nữ ngày càng được ghi nhận, khi đó lại đặt ra những mối quan tâm khác, ví dụ sự lạm dụng chương trình ở một số quốc gia, kể cả triệt sản cưỡng bức. Những người ủng hộ cũng thấy rằng các chương trình thường bỏ qua các nhu cầu khác như đảm bảo mang thai và sinh đẻ an toàn, giảm nguy cơ nhiễm trùng qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS; và nhằm vào vấn đề bình đẳng giới vẫn tồn tại khiến cho phụ nữ thường có ít quyền lực trong cuộc sống tình dục của họ.

Những nỗ lực ủng hộ này đã ảnh hưởng tới các khuyến cáo và tiền đề của Hội nghị quốc tế về dân số và phát triển do Liên hợp quốc tài trợ (ICPD) tổ chức tại Cairo năm 1994. ICPD đã loại bỏ mô hình kiểm soát dân số. Chương trình hành động, được thống nhất bởi 179 quốc gia, đã bắt đầu một xu hướng mới về các dịch vụ lồng ghép hướng về quyền lợi và hướng về khách hàng để đáp ứng được các nhu cầu về sức khỏe sinh sản của phụ nữ ở một diện rộng hơn. Ví dụ, số chương trình trước đây chỉ tập trung vào tránh thai nay thêm cả nguy cơ HIV/AIDS và bạo lực với bạn tình tăng lên; đồng thời coi nam giới như là một đối tác. Quỹ dân số liên hợp quốc nhấn mạnh rằng việc đạt được các mục tiêu của ICPD cũng sẽ đẩy mạnh quá trình tiến tới các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ.

có thể được áp dụng và làm cho phù hợp một cách có hiệu quả vào các chương trình tăng cường sức khỏe¹²³:

- Xác định vấn đề sức khỏe cụ thể phải giải quyết và các hành vi tương xứng nếu thay đổi sẽ cải thiện được vấn đề. Xác định những nhà hoạt động chủ chốt tại từng cấp

- thích hợp, từ cá nhân cho tới nhà hoạt động chính sách.
- Biết và sử dụng các lý thuyết về hành vi lành mạnh trong thiết kế các chương trình tăng cường sức khỏe.
- Xem xét lại và tiến hành nghiên cứu kỹ lưỡng về và với các nhân vật chủ chốt, hiểu các lý do hành vi cơ bản về vấn đề sức khỏe, bao gồm các yếu tố sinh học, môi trường, văn hóa và các yếu tố khác nằm trong bối cảnh, và những động cơ cũng như trở ngại có thể gặp đối với sự thay đổi. Đặc biệt chú ý đến những rào cản đối với sự thay đổi và những thiệt thòi do sự bất bình đẳng về cấu trúc và xã hội. Bao gồm sự tham gia của các bên cùng tham gia một cách thích hợp như các đối tác thực sự trong thiết kế, triển khai, và đánh giá các can thiệp, sử dụng các công cụ tìm hiểu và đánh giá có sự tham gia của nhiều bên.
- Không được sao nhãng sự cần thiết có tính thực tiễn: lập kế hoạch và lập ngân sách một cách cẩn thận để đảm bảo đúng tiến độ về thời gian, các hoạt động có thời gian thích hợp để tạo ra kết quả và đánh giá được, xác định đúng đối tác, và chọn lọc những người tốt nhất để làm việc cho dự án. Theo dõi giám sát sự diễn biến, chất lượng, và tính bao trùm của các hoạt động, và tiến hành các uốn nắn, sửa sai khi cần thiết.
- Yêu cầu các bên tham gia chủ chốt xác định mô hình tiêu biểu và những người đồng đẳng tỏ ra có “sự sai lệch tích cực”- những hành vi lành mạnh có lợi cho sức khỏe khác với chuẩn mực xã hội – mà chương trình có thể liệt kê để ủng hộ mục tiêu của nó. Mô hình tiêu biểu có thể hấp dẫn đối với các nhà quản lý chương trình nhưng có thể không hấp dẫn với thanh niên hoặc những người hưởng lợi khác của chương trình.
- Làm việc để tạo ra một môi trường có thể làm người ta thay đổi được thông qua đối

thoại về chủ trương chính sách, ủng hộ chính sách, và xây dựng năng lực. Dựa trên khả năng có thể các ban ngành không thuộc khu vực y tế tỏ ra có yếu tố quan trọng trong khuôn khổ chương trình đối với hành vi có liên quan đến sức khỏe, cần chuẩn bị để lôi kéo sự tham gia và điều phối các nỗ lực của các khu vực khác (không thuộc khu vực y tế).

- Tổ chức một can thiệp nhiều mặt nhằm đối phó với cả các hành vi cụ thể lẫn các yếu tố nằm trong khung cảnh và tiếp cận với các nhà hoạch định chính sách, những người gác cổng, và những người được hưởng lợi trực tiếp. Để tiếp cận được với lực lượng cử tọa chủ chốt, sử dụng các kênh thông tin được xác định qua nghiên cứu như phương tiện thông tin đại chúng, các hoạt động cộng đồng trực diện, đào tạo các nhân viên y tế, và các hội nghị ảnh hưởng đến chính sách, với các thông điệp được điều phối mang tính chất bằng hữu và các cơ hội để thảo luận tại cộng đồng.
- Làm việc để bảo đảm tính bền vững. Xác định cơ chế và nguồn lực tại chỗ để cùng có hành vi tích cực ở cấp độ cá nhân, thể chế hóa ở cấp độ tổ chức, và huy động nguồn lực và chính sách hợp lý ở cấp chính sách. Xây dựng trên các giá trị văn hóa và truyền thống nhằm nuôi dưỡng và phát triển sự giúp đỡ tương thân tương ái và mối liên kết bền vững trong xã hội.
- Xây dựng việc đánh giá ngay từ lúc bắt đầu. Một cách lý tưởng, thiết kế một công cuộc đánh giá với các nhóm chứng và thử nghiệm và thu thập các số liệu cơ bản; đánh giá vào lúc dự án kết thúc, sáu tháng sau, một năm sau, và nếu có thể, tới năm năm sau đó. Bao gồm cả các phương pháp định tính và có sự tham gia để đảm bảo mọi quan điểm của các

- bên tham gia đều được tôn trọng. Phổ biến các phát hiện này thông qua các báo cáo có nội dung dễ hiểu và sử dụng và thông qua các cuộc họp.
- Thành lập các mối quan hệ đối tác để mở rộng phạm vi và/hoặc phòng theo các can thiệp thành công nhất tại các địa phương khác.

mới sẽ còn phải mất một quãng đường dài vươn tới việc đảm bảo sức khỏe cho tất cả mọi người. Chúng ta không phải chờ đến thiên niên kỷ sau.

Kết luận

Mặc dù vào cuối những năm 1970 các quan chức y tế công cộng lý tưởng đã cam kết đạt được “sức khỏe cho tất cả mọi người –health for all”, vào buổi bình minh của thế kỷ thứ 21, các thống kê y tế gần đây cho thấy một thực tế khác. Mặc dù có những tiến bộ, sức khỏe tốt hãy còn né tránh hàng tỉ con người, và những thách thức trầm trọng về sức khỏe hãy còn hiện diện ở khắp mọi nơi. Phân tích các yếu tố nguy cơ đối với những gánh nặng bệnh tật chủ yếu – tử vong và tàn phế gây ra do bệnh tật và thương tích – cho thấy vai trò trung tâm của hành vi lối sống con người vừa là các nguyên nhân lẫn giải pháp cho các vấn đề thuộc về sức khỏe.

Cả Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ lẫn việc xác định các ưu tiên không chế bệnh tật đều phản ánh tiếng nói chung rõ ràng của các nhà lãnh đạo thế giới: loại trừ tận gốc hoặc giảm một cách cơ bản các vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe và phát triển liên quan đến sức khỏe. Thành tựu đạt được sẽ tùy thuộc vào sự thay đổi hành vi ở mọi cấp độ - các cá nhân, gia đình, cộng đồng, tổ chức, và các cơ quan hoạch định chính sách. May mắn thay, các lý thuyết về hành vi dựa vào bằng chứng và các bài học kinh nghiệm lịch sử về thay đổi hành vi thành công chỉ ra con đường cho chúng ta thực hiện. Được ủng hộ và vun đắp bởi ý chí chính trị và các nguồn lực đầy đủ, việc mô phỏng và áp dụng các chương trình thành công và các quan điểm

Tài liệu tham khảo

1. World Health Organization (WHO), "Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978," accessed online at www.who.int, on Oct. 1, 2004.
2. Peter Lamprey et al., "Facing the HIV/AIDS Pandemic," *Population Bulletin* 57, no. 3 (2002): 17.
3. International Rescue Committee, "IRC Study Reveals 31,000 Die Monthly in Congo Conflict and 3.8 Million Died in Past Six Years. When Will the World Pay Attention?" Dec. 9, 2004, accessed online at www.theirc.org, on Feb. 12, 2005.
4. ORC Macro, *DHS Dimensions* 6, no. 2 (2004), accessed online at www.measuredhs.com, on Feb. 6, 2005.
5. Ruth Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC: Center for Global Development, 2004): 5.
6. WHO, *World Health Report 2002: Reducing Risk, Promoting Healthy Life* (Geneva: WHO, 2002), accessed online at www.who.int, on Nov. 15, 2004.
7. Colin D. Mathers et al., "Global Burden of Disease in 2002: Data Sources, Methods and Results," *Global Programme on Evidence for Health Policy*, Discussion Paper No. 54 (Geneva: World Health Organization, December 2003).
8. Tracy Kidder, *Mountains Beyond Mountains* (New York: Random House, 2003): 37-44.
9. Laurie F. DeRose et al., "Does Female Disadvantage Mean Lower Access to Food?" *Population and Development Review* 26, no. 3 (2000): 517-47.
10. Leonard S. Rubenstein, "Racial Discrimination and Health Care," statement before the World Conference on Racism, Race Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, Durban, South Africa, Sept. 5, 2000, accessed online at www.phrusa.org, on Jan. 24, 2005.
11. WHO, *World Health Report 2002*.
12. Vinand Nantulya and Florence Muli-Musiime, "Kenya: Uncovering the Social Determinant of Road Traffic Accidents," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York: Oxford University Press, 2001): 211-25.
13. WHO, *World Health Report 2002*.
14. WHO, *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000).
15. Dean T. Jamison et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2d ed. (Washington, DC: Disease Control Priorities Project, Fogarty International Center, National Institutes of Health, forthcoming), accessed online at www.fic.nih.gov, on Jan. 29, 2005.
16. United Nations (UN), "Millennium Development Goals," accessed online at www.un.org/millenniumgoals, on Dec. 2, 2004.
17. Adam Wagstaff and Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington, DC: The World Bank, 2004): ix-xiv.
18. E.M. Forster, *Aspects of the Novel* (Orlando, FL: Harcourt, Inc., 1927).
19. This section draws on an excellent summary developed by the National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (2003), available online at <http://cancer.gov>.
20. Kenneth R. McLeroy et al. "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs," *Health Education Quarterly* 15, no. 4 (1988): 351-77.
21. James O. Prochaska et al., "In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors," *American Psychologist* 47, no. 9 (1992): 1102-14.
22. Irwin M. Rosenstock et al., "Social Learning Theory and the Health Belief Model," *Health Education Quarterly* 15, no. 2 (1988): 175-85.
23. Albert Bandura, *Social Foundations of Thought and Action* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986).
24. Lori Heise et al., "Ending Violence Against Women," *Population Reports*, Series L, no. 11 (1999).
25. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 18.
26. Paulo Freire, *Pedagogy of the Oppressed* (New York: Continuum, 1970.)
27. Saul Alinsky, *Rules for Radicals: A Pragmatic Primer for Realistic Radicals* (New York: Vintage Books, 1971; revised edition, 1989).
28. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 22.
29. Robert E. Lande, "Performance Improvement," *Population Reports*, Series J, no. 52 (2002).
30. Everett M. Rogers, *Diffusion of Innovations*, 4th ed. (New York: The Free Press, 1995).
31. Thomas W. Valente, "Social Network Thresholds in the Diffusion of Innovation," *Social Networks* 18 (1996): 69-89.
32. Muhiuddin Haider et al., "Diffusion of Innovation and FOMENT: A Synergistic Theoretical Framework in Health Communication," in *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005): 1-24.
33. Naomi Rutenberg and Susan Cotts Watkins, "The Buzz Outside the Clinics: Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya," *Studies in Family Planning* 28, no. 4 (1997): 290-307.
34. Rogers, *Diffusion of Innovations*: 23-30.
35. Asha Mohamud, personal communication, March 9, 2005.
36. Robert Hornik and Emile McAnany, "Mass Media and Fertility Change," in *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, ed. John Casterline (Washington, DC: National Academies Press, 2001): 208-39.
37. Elaine Murphy, book review of Arvind Singhal et al., eds., *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*, in *Journal of Health Communications: International Perspectives* 10, no. 5 (forthcoming).
38. Arvind Singhal et al., eds., *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004).
- Miriam Jato et al., "The Impact of Multimedia Family Planning Promotion on the Contraceptive Behavior of Women in Tanzania," *International Family Planning Perspectives* 25, no. 2 (1999): 60-67.
40. Arvind Singhal et al., "Air Cover and Ground Mobilization: Integrating Broadcasts With Community Listening and Service Delivery in India," in *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*, ed. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004): 351-75.
41. William A. Smith, "Social Marketing and Social Change in Public Health Communication," in *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005).
42. Josselyn Neukom and Lori Ashford, *Changing Youth Behavior Through Social Marketing: Program Experiences and Research Findings from Cameroon, Madagascar, and*

- Rwanda (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003)
43. Judi Aubel et al., "Strengthening Grandmother Networks to Improve Community Nutrition: Experiences from Senegal," *Gender and Development* 9, no. 2 (2001): 62-73.
 44. Asha Mohamud et al., "Girls at Risk: Community Approaches to End Female Genital Mutilation and Treating Women Injured by the Practice," in *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, ed. Elaine Murphy (Washington, DC: PATH, 2002).
 45. PATH and Maendeleo Ya Wanawake, *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation: Raising Awareness and Changing Social Norms in Kenya* (Washington, DC: PATH, 2002).
 46. Jane N. Chege et al., *An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya* (New York: The Population Council, 2001).
 47. National Cancer Institute, *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion*: 11.
 48. Karen Glanz et al., "Linking Theory, Research and Practice," in *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 19-35.
 49. U.S. Centers for Disease Control and Prevention, *Healthy Youth!*, accessed online at www.cdc.gov, on Dec. 4, 2004.
 50. Douglas Kirby, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy* (Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001).
 51. Tim Ensor and Stephanie Cooper, "Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side," in *Health Policy and Planning* 19, no. 2 (2004): 69-79.
 52. Debra L. Roter and Judith A. Hall, "Patient Provider Communication," in *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 206-26.
 53. Elaine M. Murphy and Kristina Gryboski, "The Importance of Client-Provider Interactions: Evidence from Family Planning Programs," in *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*, ed. Muhiuddin Haider (Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005): 199-216.
 54. John Bongaarts and Susan C. Watkins, "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions," in *Population and Development Review* 22, no. 4 (1996): 639-82.
 55. Nahla Abdel-Tawab and Deborah Roter, "Provider-Client Relations in Family Planning Clinics in Egypt," *Population and Development Review* 22, no. 4 (1996): 639-82.
 56. Michael A. Koenig, *The Impact of Quality of Care on Contraceptive Use: Evidence from Longitudinal Data from Rural Bangladesh* (Baltimore: Johns Hopkins University, 2003): 6.
 57. Sharon Rudy et al., "Improving Client-provider Interaction," *Population Reports*, Series Q, no. 1 (2003).
 58. Mi Kim Young et al., "Self-Assessment and Peer Review: Improving Indonesian Service Providers' Communication with Clients," *International Family Planning Perspectives* 26, no. 1 (2000): 4-12.
 59. Mi Kim Young et al., "Increasing Patient Participation in Reproductive Health Consultations: an Evaluation of 'Smart Patient' Coaching in Indonesia," *Patient Education and Counseling* 50, no. 2 (2003): 113-22.
 60. Ruth Levine et al., "Mobilizing Political Leadership and Champions Takes a Little Luck and a Lot of Preparation," in *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC: Center for Global Development, 2005): 7.
 61. Elaine M. Murphy, *The Population Impact Project of Ghana: Reaching Out to Policymakers* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1991).
 62. African Youth Alliance, accessed online at www.ayaonline.org, on Feb. 21, 2005.
 63. Donald Nutbeam and Elizabeth Harris, *Theory in a Nutshell: A Guide to Health Promotion Theory* (New York: McGraw-Hill, 1999).
 64. John Walley et al., *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries* (New York: Oxford University Press, 2001): 168.
 65. World Bank, "Nutrition," *At-a-Glance* (Washington, DC: The World Bank, 2003): 1.
 66. The Micronutrient Initiative, *A Decade of Progress, A Lifetime of Hope*, accessed online at www.micronutrient.org, on Nov. 28, 2004.
 67. UN, *A World Fit for Children*, report of the 2002 UN General Assembly Special Session on Children, accessed online at www.unicef.org, on Dec. 2, 2004.
 68. UNAIDS, *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*, accessed online at www.unaids.org, on Dec. 2, 2004.
 69. Edward C. Green, *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries* (Westport, CT: Praeger Publishers, 2003).
 70. Janice A. Hogle, ed., *What Happened in Uganda?* (Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID), 2002).
 71. Arvind Singhal and Everett M. Rogers, *Combating AIDS: Communication Strategies in Action* (Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002): 376.
 72. Joan Haffey, personal communication, Feb. 21, 2005.
 73. Elaine M. Murphy and Margaret Greene, "Defending the ABCs: A Feminist Perspective" (2005, submitted for publication).
 74. UNAIDS, "The IMAU AIDS Education Project in Uganda," *UNAIDS Best Practices*, accessed online at www.unaids.org, on Nov. 13, 2004.
 75. Rand Stoneburner and Daniel Low-Beer, "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda," *Science* 302, no. 30 (2004): 714-18.
 - Rand Stoneburner et al., "Enhancing HIV Prevention in Africa: Investigating the Role of Social Cohesion on Knowledge Diffusion and Behavior Change in Uganda," presentation at U.S. Agency for International Development, Washington, DC, 2000.
 77. Hogle, *What Happened in Uganda?*
 78. CNN.com, "Study: Condoms keep AIDS in check in Uganda," accessed online at www.cnn.com, on March 9, 2005.
 79. James D. Shelton, "Partner Reduction Remains the Dominant Explanation," letter to the editor of *British Medical Journal* online, accessed online at <http://bmj.bmjournals.com>, on March 9, 2005.
 80. WHO, "Roll Back Malaria," accessed online at <http://mosquito.who.int>, on Nov. 14, 2004.
 81. USAID, "Our Work: Malaria," accessed online at www.usaid.gov, on Nov. 13, 2004.
 82. WHO, *Communication for Behavioural Impact to Roll Back Malaria* (Geneva: WHO, 2002): i.
 83. Academy for Educational Development (AED), "NetMark," accessed online at www.netmarkafrica.org, on Nov. 14, 2004.
 84. USAID, "Our Work: Malaria."
 85. The Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria, accessed online at www.theglobalfund.org, on Nov. 14, 2004.
 86. UNICEF, *State of the World's Children 2005*, accessed online at www.unicef.org, on Jan. 23, 2005
 87. World Bank, *Child Health at-a-Glance 1* (2002), accessed online at www.worldbank.org, on Nov. 21, 2004.
 88. Levine et al., *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*: 1.
 89. UNICEF, *Facts for Life*, 3d ed. (New York: UNICEF, 2002), as cited in *Experience Linkages* (Washington, DC: AED, 2003).
 90. AED, "Linkages Project," accessed online at www.linkagesproject.org, on Nov. 22, 2004.
 91. AED, *Experience Linkages*.
 92. Cesar G. Victora et al., "Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy," *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 10 (2000): 1246-55.

93. Rehydration Project, accessed online at <http://rehydrate.org>, on Feb. 21, 2005.
94. Ruth Levine et al., "Preventing Diarrheal Deaths in Egypt," in *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine et al. (Washington, DC: Center for Global Development, 2004).
95. Victora et al., "Reducing Deaths from Diarrhoea through Oral Rehydration Therapy."
96. Bjarne Robberstad et al., "Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhoea in Developing Countries," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 7 (2004): 523-31.
97. Abdullah H. Baqui et al., "Zinc Therapy for Diarrhoea Increased the Use of Oral Rehydration Therapy and Reduced the Use of Antibiotics in Bangladeshi Children," *Journal of Health, Population and Nutrition* 22, no. 4 (2004): 440-42.
98. WHO and UNICEF, *WHO/UNICEF Joint Statement on Clinical Management of Acute Diarrhoea* (May 2004), accessed online at www.who.int, on March 4, 2005.
99. WHO Integrated Management of Childhood Illness website, accessed online at www.who.int, on March 4, 2005.
100. Jennifer Bryce et al., "The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health Interventions," *American Journal of Public Health* 94, no. 3 (2004): 406-15.
101. WHO, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Geneva: WHO, 2004): 2.
102. Robert M. Hecht, "Foreword," in *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, ed. Alexander Preker (Washington, DC: The World Bank, 2003): xi-xiii.
103. Jerker Liljestrand and Kristina Gryboski, "Women Who Die Needlessly: Maternal Mortality as a Human Rights Issue," in *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, ed. Elaine M. Murphy (Washington, DC: PATH, 2002): 121-28.
104. Allen Rosenfield and Deborah Maine, "Maternal Mortality—A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?" *The Lancet* 2, (1985): 83-85.
105. Carla AbouZahr, "Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002," *British Medical Bulletin* 67 (2003): 13-25.
106. Indra Pathmanathan et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka* (Washington, DC: The World Bank, 2003).
107. Marjorie A. Koblinsky and Oona Campbell, "Factors Affecting the Reduction of Maternal Mortality," in *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*, ed. Marjorie A. Koblinsky (Washington, DC: The World Bank, 2003): 5-37.
108. Averting Maternal Death and Disability Network, accessed at <http://cpmcnet.columbia.edu>, on Nov. 15, 2004.
109. Therese McGinn, "Toward MDG 6: Reducing Maternal Mortality Globally," abstract submitted in October 2004 to the Global Health Council for presentation at the Global Health Council conference, May 31-June 3, 2005.
110. Kristina Gryboski, "Case Study: Indonesia's White Ribbon Alliance: Expanding Civil Society and Government Partnerships at Multiple Levels to Advocate for Maternal and Neonatal Health," report of Maternal and Neonatal Health Project (Baltimore: Johns Hopkins University, 2004).
111. AbouZahr, "Safe Motherhood: a Brief History of the Global Movement 1947-2002."
112. Family Health International, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning* (Arlington, VA: Family Health International, 2000).
113. Elaine M. Murphy, "Being Born Female is Dangerous to Your Health," *American Psychologist* 58, no. 3 (2003): 205-10; and Barbara Shane, *Family Planning Saves Lives*, 3d ed. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1997).
114. Elaine M. Murphy, "Diffusion of Innovations: Family Planning in Developing Countries," *Journal of Health Communication* 9, Supplement 1 (2004): 123-29.
115. Carl Haub, *World Population Data Sheet 2004* (Washington DC: Population Reference Bureau, 2004).
116. John Bongaarts, "The Role of Family Planning Programs in Fertility Decline," *Population Briefs* 2, no. 3 (1996).
117. Judith R. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries* (Santa Monica, CA: RAND, 2002): 1-44.
- Everett M. Rogers et al., "A Radio Soap Opera's Effects on Family Planning Behavior in Tanzania," *Studies in Family Planning* 30, no. 3 (1999): 193-211.
119. Phyllis T. Piotrow and Esta de Fossrd, "Entertainment-Education as a Public Health Intervention," in *Entertainment-Education and Social Change*, ed. Arvind Singhal et al. (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004): 39-60.
120. D. Lawrence Kincaid, "From Innovation to Social Norm: Bounded Normative Influence," *Journal of Health Communication: International Perspectives* 9, Supplement 1 (2004): 37-57.
121. Seltzer, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*: 33-34.
122. John Cleland, "Potatoes and Pills: An Overview of Innovation-Diffusion Contributions to Explanations of Fertility Decline," in *Diffusion Processes and Fertility Transition*, ed. John B. Casterline (Washington, DC: National Academies Press, 2001): 39-65.
123. See for example, Andrea C. Gielen and Eileen M. McDonald, "The Precede-Proceed Planning Model," in *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2d ed., ed. Karen Glanz et al. (San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1997): 359-83.

Nguồn tham khảo

- Core Initiative. *Health Education in Primary Health Care Projects: A Critical Review*. Washington, DC: Child Survival Collaboration and Resources Group (CORE), 2004. Available online at www.coregroup.org.
- Elder, John. *Behavior Change and Public Health in the Developing World*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001. Freire, Paulo. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum, 1970.
- Grabman, Lisa Howard, et al. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs. Available online at www.hcpartnership.org.
- Green, Edward C. *Rethinking AIDS Prevention: Learning from Successes in Developing Countries*. Westport, CT: Praeger Publishers, 2003.
- Haider, Muhiuddin, ed. *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2005.
- Levine, Ruth, et al. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development, 2004. National Cancer Institute. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion* (updated Feb. 27, 2003). Available online at <http://cancer.gov>.
- Pretty, Jules, et al. *Participatory Learning and Action: A Trainer's Guide*. London: International Institute for Environment and Development, 1995.
- Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*, 5th ed. New York: The Free Press, 2003.
- Singhal, Arvind, et al. *Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2004.
- Walley, John, et al. *Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, 2001.
- World Health Organization (WHO). *World Health Report 2002: Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO, 2000. Available online at www.who.int.

Các trang Web tham khảo

- Academy for Educational Development's CHANGE Project**
www.change.org
- The Cochrane Library Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness**
www.update-software.com/cochrane-frame
- The Communication Initiative**
www.comminit.com
- Family Health International and Johns Hopkins University's Health Information and Publications Network (HIPnet)**
www.hopkinsmedicine.org
- The Futures Group International's "What Works" series**
www.futuresgroup.com
- Johns Hopkins University Center for Communication Programs**
www.jhuccp.org
- Population Reference Bureau**
www.prb.org
- Management Sciences for Health's Best Practices Consortium**
www.msh.org
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH)**
www.path.org
- UNAIDS Best Practices Collection**
www.unaids.org
- USAID Knowledge for Development/Communities of Practice**
<http://knowledge.usaid.gov/ss.html>