BrienHoldenVisionInstitute

NHỮNG KHÁI NIỆM Y TẾ CÔNG CỘNG

TÁC GIẢ

Kovin S Naidoo: Viện thị giác Brien Holden, Khoa y tế công cộng, Durban, Nam phi; Đại học KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Nam Phi

Brien Holden: Viện thị giác Brien Holden, Đại học New South Wales (UNSW), Australia

THẨM ĐỊNH

Ron Fyfe: Nguyên chủ tịch Ủy ban y tế WCO; Hiện tại; đại diện châu Á Thái bình dương tại Ủy ban y tế WCO và thành viên hội đồng THỊ GIÁC 2020 New Zealand

CHƯƠNG NÀY BAO GỒM NHỮNG NỘI DUNG:

- Sự phát triển và tình trạng nghèo
- Sức khỏe và các hệ thống chăm sóc sức khỏe
- Y tế công cộng
- Chăm sóc sức khỏe ban đầu
- Chăm sóc mắt ban đầu
- Nâng cao sức khỏe

SỰ PHÁT TRIỂN VÀ TÌNH TRẠNG NGHÈO

Tình trạng nghèo đáng sợ mà nhiều nước đang phát triển đang phải đối mặt có những ảnh hưởng lớn đối với mù, giảm thị lực và dịch vụ chăm sóc mắt nói chung (Naidoo, 2007). Do đó càng đòi hỏi các chiến lược rộng hơn để tìm kiếm các giải pháp lồng ghép bền vững, vượt qua các ranh giới của chăm sóc mắt, bao gồm các giải pháp xã hội, chính trị, và kinh tế.

Việc tập trung vào một chương trình phát triển hơn là một chương trình phòng bệnh hạn hẹp đã dẫn đến nhiều tranh cãi. Chương trình phát triển nêu bật sự cần thiết phải nhấn mạnh mối liên kết giữa tình trạng nghèo, phát triển xã hội và chăm sóc sức khỏe. Mù, giảm thị lực và sự thiếu toàn diện dịch vụ chăm sóc mắt thường là kết quả của những khó khăn về mặt xã hội, kinh tế và phát triển của các nước đang phát triển. Sachs (2001) đã nắm bắt được ý này một cách thuyết phục khi tuyên bố rằng sức khỏe tự nó là một mục tiêu ưu tiên, cũng như là một đóng góp quan trọng vào sự phát triển kinh tế và giảm nghèo.

Hơn nữa, người ta càng ngày càng nhận thấy sự cần thiết phải nêu bật liên kết giữa tình trạng nghèo, sự phát triển và chăm sóc sức khỏe. Theo sáng kiến Sức khỏe Toàn cầu và Chính sách Đối ngoại, các bộ trưởng ngoại giao của Brazil, Pháp, Indonesia, Na uy, Senegal, Nam Phi và Thái lan đã đưa ra một tuyên bố tại Oslo vào tháng 3 năm 2007 rằng:

> "Trong kỉ nguyên toàn cầu hóa và phụ thuộc lẫn nhau ngày nay, cần cấp thiết mở rộng phạm vi chính sách đối ngoại. Chúng ta cùng phải đối mặt với nhiều thách thức cấp bách đòi hỏi những đáp ứng phối hợp và những nỗ lực hợp tác. Chúng ta phải khuyến khích những ý tưởng mới, tìm kiếm và phát triển những quan hệ hợp tác và các cơ chế mới, và tạo ra các mô hình hợp tác mới. Chúng ta tin rằng sức khỏe là một trong những vấn đề chính sách đối ngoại lâu dài quan trọng nhất, nhưng vẫn còn ít được chú ý, của thời đại chúng ta. Cuộc sống và sức khỏe là tài sản quí giá nhất của chúng ta. Người ta ngày càng ý thức được rằng đầu tư vào sức khỏe rất quan trọng đối với sự tăng trưởng và phát triển kinh tế."(Amorim *và cs*, 2007)

SỨC KHỎE VÀ CÁC HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

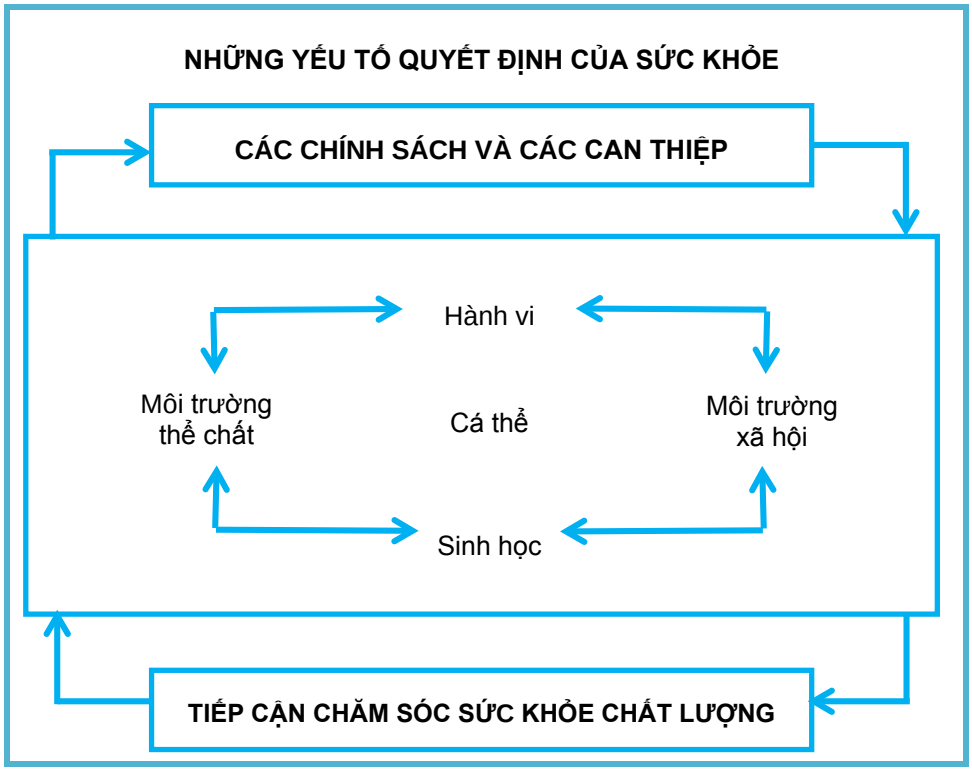
ĐỊNH NGHĨA SỨC KHỎE

Tổ chức y tế thế giới (WHO) là một cơ quan của Liên hiệp quốc, hoạt động như một nhà chức trách điều phối y tế công cộng quốc tế. Cơ quan quyết định chính của WHO là Hội đồng Y tế thế giới có đại biểu được chỉ định bởi các nước thành viên.

Tổ chức y tế thế giới (WHO, 1948) định nghĩa "sức khỏe" là: *"Một trạng thái khỏe mạnh hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không phải chỉ là không có bệnh hoặc ốm yếu"*. Định nghĩa này đã mở rộng, khái niệm sức khỏe không chỉ là sự có hoặc không có bệnh và nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe không chỉ là điều trị bệnh nhân mà còn bao gồm ảnh hưởng của các khía cạnh xã hội và môi trường.

NHỮNG YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH CỦA SỨC KHỎE

Sức khỏe của một cá nhân hoặc cộng đồng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm những yếu tố xã hội học, sinh học, hành vi và thể chất. Khi chăm sóc sức khỏe của một cá nhân, nếu tất cả những yếu tố này không được xem xét thì khó có thể đạt được sự chăm sóc sức khỏe có chất lượng (Xem hình 1-1).



Hình 1-1: *Những yếu tố quyết định của sức khỏe*

MỤC TIÊU CỦA HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

- Giảm nhẹ nỗi đau và bất hạnh
- Giảm lo âu
- Hạn chế thương tật
- Khuyến khích thích ứng
- Phòng chống bệnh
- Phòng chống cái chết
- Tạo ra và phổ biến những thông tin mới

SỨC KHỎE VÀ CÁC HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE (TIẾP THEO)

CÁC ĐẶC TÍNH CỦA MỘT HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỐT

- Tiếp cận được
- Liên tục
- Toàn diện
- Có trách nhiệm
- Tự đổi mới
- Hiệu quả
- Thích đáng về xã hội và văn hóa
- Phù hợp với từng cá nhân
- Chất lượng cao

NHỮNG THAY ĐỔI KHÔNG NGỪNG TRONG HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Bảng 1-1 nêu bật sự khác nhau trong hệ thống chăm sóc sức khỏe trước đây và ngày nay, rõ ràng là có những thay đổi không ngừng.

Bảng 1-1: *Những thay đổi không ngừng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe*

TRƯỚC ĐÂY	NGÀY NAY
Bệnh cấp tính	Bệnh mạn tính
Chữa trị	Phòng bệnh
Nằm viện	Ngoại trú
Chuyên khoa	Chăm sóc ban đầu
Thể xác	Tâm lí-xã hội
Cá nhân	Môi trường
Phí dịch vụ	Bên thứ ba
Hướng vào người cung cấp	Hướng vào người tiêu dùng
Chăm sóc sức khỏe là một đặc lợi	Chăm sóc sức khỏe là một quyền
Tính chuyên môn	Tính thương mại

Y TẾ CÔNG CỘNG

ĐỊNH NGHĨA Y TẾ CÔNG CỘNG

Có nhiều định nghĩa khác nhau của y tế công cộng:

- CEA Winslow (1920) định nghĩa *y tế công cộng là khoa học và nghệ thuật phòng bệnh và nâng cao sức khỏe và hiệu quả thông qua nỗ lực có tổ chức của cộng đồng*. Theo Winslow, các chức năng của y tế công cộng là: hệ thống vệ sinh, giáo dục vệ sinh cá nhân, chống nhiễm trùng ở cộng đồng, tổ chức các dịch vụ y tế công cộng và điều dưỡng để chẩn đoán sớm và điều trị dự phòng, phát triển "bộ máy xã hội"
- Y tế công cộng là "…việc mà chúng ta, với tư cách một xã hội, cùng làm để đảm bảo các điều kiện trong đó mọi người có thể khỏe mạnh." (Viện Y học Hoa kì, 1988)
- *Y tế công cộng là một trong những nỗ lực được tổ chức bởi xã hội để bảo vệ, nâng cao và phục hồi sức khỏe của người dân. Nó là sự kết hợp của các môn khoa học, các kĩ năng và lòng tin hướng vào việc duy trì và cải thiện sức khỏe của tất cả mọi người thông qua các hành động tập thể hoặc xã hội. Các chương trình, các dịch vụ và các cơ sở tập trung vào phòng bệnh và các nhu cầu sức khỏe của toàn dân* (Last, 1995).

Y TẾ CÔNG CỘNG (TIẾP THEO)

- Do đó, y tế công cộng tập trung vào sức khỏe của xã hội chứ không phải vào các cá nhân và là một chiến lược toàn diện nhằm vào tất cả những yếu tố quyết định của bệnh và sức khỏe kém bằng các chiến lược như y tế, sinh học, xã hội, và môi trường để cải thiện sức khỏe và thịnh vượng của xã hội

CÁC NGUYÊN LÍ PHỔ QUÁT TRONG Y TẾ CÔNG CỘNG

1. Nhiệm vụ cao nhất của y tế công cộng, cũng là nhiệm vụ của chính phủ, là **bảo vệ người dân khỏi những nguy cơ và các mối nguy hại cho sức khỏe**. Nó bao gồm việc thực hiện các chức năng y tế công cộng cơ bản như đảm bảo chất lượng thuốc và an toàn thực phẩm, nước, và cung cấp máu. Nó cũng bao gồm trách nhiệm đảm bảo rằng người dân có thông tin và phương tiện để bảo vệ sức khỏe của họ. Rõ ràng là nhiệm vụ này của chính phủ bao gồm các chức năng điều phối và đòi hỏi đầu tư của ngân sách nhà nước
2. Nguyên lí đạo đức cao nhất của y tế công cộng là **công bằng**. Điều này đơn giản nghĩa là người dân phải không bị từ chối tiếp cận với các can thiệp cứu sống hoặc tăng cường sức khỏe vì những lí do không công bằng, bao gồm những người có nguyên nhân kinh tế hoặc xã hội
3. Khả năng lớn nhất của y tế công cộng là **dự phòng**. Y học chỉ tập trung vào bệnh nhân, nhưng y tế công cộng tìm cách giải quyết các nguyên nhân của bệnh theo những cách để có thể bảo vệ toàn thể người dân

ĐẶC ĐIỂM CỦA Y TẾ CÔNG CỘNG

- **Tính tổ chức**: nỗ lực có định hướng và có trọng tâm, bởi mọi người, cho mọi người
- Sự góp phần của nhiều người từ các ngành nghề khác nhau
- **Tính xã hội:** sức khỏe của các quần thể được ưu tiên hơn sức khỏe của các cá nhân cụ thể
- Thành công được đo bằng sức khỏe chung của các quần thể hoặc các nhóm
- **Có trọng tâm**: tập trung vào dự phòng, nâng cao và bảo vệ sức khỏe
- Có thể có một trọng tâm rộng (nhằm vào những yếu tố kinh tế và xã hội quyết định) hoặc trọng tâm hẹp (nhằm vào các bệnh lâm sàng và các can thiệp khoa học)

Theo tuyên bố Y tế công cộng ở Hoa kì (1994) thì y tế công cộng có vai trò:

- Phòng ngừa bệnh dịch và sự lây lan bệnh
- Bảo vệ chống lại các mối nguy hiểm của môi trường
- Phòng ngừa chấn thương
- Đẩy mạnh và khuyến khích các hành vi lành mạnh
- Đối phó với các tai họa và giúp đỡ các cộng đồng trong việc phục hồi
- Đảm bảo chất lượng và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế

Y TẾ CÔNG CỘNG (TIẾP THEO)

CHỨC NĂNG CƠ BẢN CỦA Y TẾ CÔNG CỘNG

Các chức năng cơ bản y tế công cộng, theo định nghĩa của Lawson và Bauman (2001), được liệt kê trong Bảng 1-2.

Bảng 1-2: *Các chức năng cơ bản y tế công cộng*

LOẠI	THÍ DỤ
NÂNG CAO SỨC KHỎE VÀ PHÒNG BỆNH	• Tiêm chủng • Khám sàng lọc ung thư vú • Kiểm soát thuốc lá
CÁC CHỨC NĂNG TRUYỀN THỐNG CỦA Y TẾ CÔNG CỘNG	• Chất lượng nước (giám sát, cải thiện) • Chất thải và hệ thống vệ sinh • Kiểm tra và quản lí thực phẩm • Điều tra các đợt bùng phát bệnh nhiễm trùng
GIÁM SÁT VÀ THEO DÕI	• Điều tra quần thể • Thông báo các bệnh nhiễm trùng • Phát hiện các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe ở một quần thể
CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG	• Đề ra chính sách để hỗ trợ các chức năng trên • Tuyên truyền vận động cho những thay đổi y tế công cộng, tái phân phối tài nguyên y tế công cộng

Trung tâm Phòng Chống bệnh của Hoa kì (2008) đã chọn 10 nội dung sau là những thành tựu lớn nhất của y tế công cộng ở Hoa kì trong thời gian từ 1900 đến 1999:

1. **Tiêm chủng:** dẫn đến thanh toán bệnh đậu mùa và bệnh bại liệt trẻ em, và kiểm soát các bệnh như sởi, rubêôn, bạch hầu và uốn ván.
2. **An toàn giao thông:** góp phần làm giảm đáng kể tử vong do tai nạn giao thông.
3. **An toàn lao động:** làm giảm khoảng 40% tỉ lệ chấn thương lao động gây tử vong.
4. **Kiểm soát các bệnh nhiễm trùng:** các bệnh nhiễm trùng như bệnh thương hàn và bệnh tả, lây truyền qua nước bẩn, đã giảm đáng kể nhờ cải thiện hệ thống vệ sinh. Sự khám phá liệu pháp kháng khuẩn đã dẫn đến việc kiểm soát hiệu quả các bệnh nhiễm trùng như bệnh lao và các bệnh lây qua đường tình dục.
5. **Giảm tử vong do bệnh tim mạch vành và đột quị:** nhờ việc giảm yếu tố nguy cơ, kết hợp với tăng khả năng tiếp cận với phát hiện sớm và điều trị tốt hơn.
6. **Thực phẩm an toàn và có lợi cho sức khỏe hơn:** các bệnh thiếu dinh dưỡng chủ yếu như còi xương, bướu cổ và bệnh pellagra hầu như đã được thanh toán ở Hoa kì
7. **Bà mẹ và trẻ em khỏe hơn:** từ năm 1900, tỉ lệ tử vong trẻ em ở Hoa kì đã giảm 90% và tỉ lệ tử vong bà mẹ giảm 99%.
8. **Kế hoạch hóa gia đình:** đã thay đổi vai trò kinh tế và xã hội của phụ nữ. Cũng dẫn đến kết quả là các gia đình ít con hơn, số tử vong trẻ em và tử vong bà mẹ ít hơn, phòng chống HIV và các bệnh lây qua đường tình dục khác.
9. **Thêm fluorua vào nước uống:** mang lại lợi ích cho cả trẻ em và người lớn nhờ việc chống sâu răng có hiệu quả và giảm rụng răng về sau.
10. **Nhận thức được hút thuốc lá là một hiểm họa đối với sức khỏe** – từ năm 1964, báo cáo của Cục y tế cộng đồng về nguy cơ của việc hút thuốc lá đối với sức khỏe đã giúp giảm tỉ lệ hút thuốc lá ở người lớn ở Hoa kì và ngăn chặn được hàng triệu người chết do hút thuốc lá.

CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Phương pháp chăm sóc sức khỏe ban đầu là một triết lí và một mô hình dựa trên các khái niệm của một hệ thống y tế lí tưởng. Nó được hình thành trên cơ sở Tuyên bố Alma-Ata được chính thức đề xuất tại Hội nghị quốc tế về Chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Liên xô ngày 6-12 tháng 9 năm 1978. Tuyên bố định nghĩa chăm sóc sức khỏe ban đầu là:

> "…..chăm sóc sức khỏe thiết yếu dựa vào các phương pháp và kĩ thuật thực tế, có cơ sở khoa học, và chấp nhận được về mặt xã hội được làm cho dễ dàng đến được với tất cả các cá nhân và các gia đình trong cộng đồng thông qua việc tham gia hoàn toàn của họ và với chi phí mà cộng đồng và nhà nước có thể có khả năng để duy trì ở mỗi giai đoạn phát triển của nó với tinh thần tự lực và tự quyết. Nó tạo thành một phần không thể thiếu của cả hệ thống y tế của quốc gia, trong đó nó là chức năng trung tâm và trọng tâm và của sự phát triển xã hội và kinh tế chung của cộng đồng. Nó là mức tiếp xúc đầu tiên của các cá nhân, gia đình, và cộng đồng với hệ thống y tế quốc gia nhằm đưa chăm sóc sức khỏe đến càng gần càng tốt nơi mọi người sống và làm việc, và là những thành phần đầu tiên của một quá trình chăm sóc sức khỏe liên tục." (WHO & UNICEF, 1978)

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là sự tham gia đầy đủ và do đó đòi hỏi cộng đồng ở tất cả các mặt của sức khỏe và hành động tiếp sau của nó (Anderson & McFarlane, 2000; Wass, 2000; WHO, 1999). Nó giao cắt với công bằng xã hội và bình đẳng. Chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm nâng cao nhận thức xã hội của toàn thể cộng đồng và phổ biến dịch vụ chăm sóc ở mức cộng đồng và chuyển đến một tuyến cao hơn của hệ thống chăm sóc sức khỏe khi cần.

CÁC THÀNH PHẦN CỦA CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được đưa đến gần với người dân; do đó cần dựa vào việc tận dụng cả những cán bộ y tế không chuyên và chuyên nghiệp và bao gồm 8 thành phần thiết yếu dưới đây (WHO & Unicef, 1978):

1. Giáo dục để phát hiện và phòng chống các thách thức sức khỏe hiện hành
2. Cung cấp thức ăn và dinh dưỡng thích hợp; cung cấp đủ nước an toàn và hệ thống vệ sinh cơ bản
3. Chăm sóc bà mẹ và trẻ em, bao gồm kế hoạch hóa gia đình
4. Tiêm chủng chống các bệnh nhiễm trùng chủ yếu
5. Phòng chống các bệnh địa phương
6. Điều trị thích hợp các bệnh thường gặp bằng phương pháp thích hợp
7. Nâng cao sức khỏe tinh thần, cảm xúc và tâm hồn
8. Cung cấp thuốc thiết yếu

CHĂM SÓC MẮT BAN ĐẦU

Chăm sóc mắt là một thành phần không thể thiếu của chăm sóc sức khỏe và theo nghĩa hẹp thì chăm sóc mắt ban đầu là một thành phần không thể thiếu của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Chăm sóc mắt ban đầu thường là điểm đầu tiên của tương tác giữa hệ thống chăm sóc sức khỏe và bệnh nhân cần dịch vụ chăm sóc mắt. Đó là sự cung cấp các dịch vụ chăm sóc mắt toàn diện bao gồm:

- nâng cao sức khỏe và giáo dục sức khỏe,
- phòng bệnh,
- khám sàng lọc và đánh giá ban đầu các bệnh mắt,
- điều trị các bệnh mắt cấp tính và mạn tính cụ thể, và
- quản lí toàn diện các dịch vụ chăm sóc mắt cho cá nhân hoặc của gia đình
    - bao gồm sự phối hợp việc chuyển đến các cấp khác của hệ thống chăm sóc sức khỏe và chăm sóc mắt.

Tuy nhiên, phải thừa nhận rằng chăm sóc mắt ban đầu có những ý nghĩa và áp dụng khác nhau. Nó khác nhau giữa các nước tùy thuộc vào cách tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu về mặt nhân lực, đào tạo nhân lực, cơ sở hạ tầng, các cơ quan điều phối và các hệ thống chuyển tuyến (Pararajasegaram, 2006).

Ở các nước đang phát triển, phần lớn chăm sóc mắt ban đầu được đảm nhiệm bởi y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu và trong một số trường hợp bởi các cán bộ được đào tạo về chăm sóc mắt cụ thể như cán bộ lâm sàng nhãn khoa. Các cử nhân khúc xạ nhãn khoa chủ yếu phục vụ ở tuyến hai và tuyến ba. Ở các nước phát triển, thí dụ Hoa kì hoặc Vương quốc Anh, các cử nhân khúc xạ nhãn khoa thường là tuyến phục vụ đầu tiên và là những người chăm sóc mắt ban đầu.

CHĂM SÓC MẮT BAN ĐẦU (TIẾP THEO)

CÁC THÀNH PHẦN CỦA CHĂM SÓC MẮT BAN ĐẦU

- Giáo dục và tư vấn sức khỏe
- Chức năng lâm sàng
  - Điều trị
  - Chuyển tuyến
  - Theo dõi
- Chức năng hành chính
  - Làm bệnh án đơn giản và theo dõi

Có những yếu tố nền tảng quyết định logic của việc sử dụng chăm sóc mắt như là một dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (Catania & Roberts, 1978).

- Hầu như tất cả mọi người đều sẽ cần đến chăm sóc mắt ở một thời điểm nào đó trong cuộc đời
- Chăm sóc mắt chuẩn bị cho việc đánh giá, định giá, và phối hợp của một phạm vi rộng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe, bao gồm bệnh toàn thân, bệnh của quá trình phát triển, bệnh thần kinh, bệnh tâm thần, và các vấn đề khác liên quan sức khỏe ảnh hưởng đến sự khỏe mạnh của bệnh nhân

NÂNG CAO SỨC KHỎE

HIẾN CHƯƠNG OTTAWA

Hiến chương Ottawa về Nâng cao sức khỏe được đề ra bởi Tổ chức y tế thế giới (WHO), và được phát động ở hội nghị quốc tế lần thứ nhất về nâng cao sức khỏe, tổ chức ở Ottawa, Canada vào năm 1986. Hiến chương định rõ nâng cao sức khỏe là quá trình làm cho người dân có thể tăng kiểm soát đối với sức khỏe và để cải thiện sức khỏe của họ:

> "Để đạt được trạng thái khỏe mạnh hoàn toàn về mặt thể chất, tinh thần, và xã hội, một cá nhân hoặc nhóm phải có khả năng nhận biết và thực hiện những khát vọng, thỏa mãn các nhu cầu, và thay đổi hoặc ứng phó với môi trường. Do đó, sức khỏe được coi là một nguồn vui của cuộc sống hàng ngày chứ không phải là mục tiêu của cuộc sống. Sức khỏe là một khái niệm tích cực, nó nhấn mạnh phẩm chất xã hội và cá nhân, cũng như những khả năng thể chất. Do đó, nâng cao sức khỏe không chỉ là trách nhiệm của ngành y tế mà còn vượt lên trên những lối sống lành mạnh để đạt tới sự khỏe mạnh." (WHO, 1986)

ĐỊNH NGHĨA NÂNG CAO SỨC KHỎE

O'Donnell (1989) đã đưa ra định nghĩa nâng cao sức khỏe này trong tạp chí American Journal of Health Promotion:

> "**Nâng cao sức khỏe là một khoa học và nghệ thuật giúp mọi người thay đổi lối sống để tiến tới một tình trạng sức khỏe tối ưu.** Sức khỏe tối ưu được định nghĩa là sự cân bằng của sức khỏe thân thể, cảm xúc, xã hội, tâm hồn, và trí tuệ. Việc thay đổi lối sống có thể tạo thuận lợi thông qua sự kết hợp những nỗ lực để nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi và tạo ra các môi trường hỗ trợ thực hành y tế tốt. Trong 3 yếu tố này, các môi trường hỗ trợ có thể có ảnh hưởng lớn nhất để tạo ra sự thay đổi lâu bền".

5 yếu tố chủ chốt trong việc nâng cao sức khỏe là:

- Chính sách nhà nước phù hợp
- Phát triển các kĩ năng cá nhân
- Sự tham gia cộng đồng
- Các môi trường tốt và hỗ trợ
- Tái tổ chức các dịch vụ y tế

NÂNG CAO SỨC KHỎE (TIẾP THEO)

TÍNH THÍCH ĐÁNG CỦA VIỆC NÂNG CAO SỨC KHỎE ĐỐI VỚI KHÚC XẠ NHÃN KHOA

Chính sách y tế

- Tham gia phát triển các chương trình chăm sóc mắt quốc gia để xác định các phương pháp, mục tiêu và kết quả
- Đảm bảo rằng các chiến lược nâng cao sức khỏe được sát nhập vào tất cả các hoạt động phòng chống mù lòa
- Đảm bảo rằng chính sách của chính phủ cho phép điều trị và khám sàng lọc tật khúc xạ và khiếm thị nói riêng (và các nguyên nhân khác của mù nói chung) trong khi sát nhập nâng cao sức khỏe vào chiến lược chung
- Nghiên cứu ảnh hưởng của các nỗ lực nâng cao sức khỏe, các chương trình thu hồi chi phí và các chương trình bền vững về tật khúc xạ và khiếm thị
- Giám sát và đánh giá

Phát triển các kĩ năng cá nhân

- Sát nhập đào tạo nâng cao sức khỏe vào chương trình sức khỏe mắt cộng đồng và chương trình y tế công cộng ở cấp đại học
- Các hội thảo nâng cao sức khỏe cho các cử nhân khúc xạ nhãn khoa nhằm nâng cao năng lực để họ có thể sát nhập các chiến lược nâng cao sức khỏe vào các chương trình của họ

Sự tham gia của cộng đồng

- Phát triển các chiến lược để lôi kéo sự tham gia của các cộng đồng trong việc hoạch định, thực hiện và đánh giá các chương trình
- Sự tham gia của các cộng đồng vào các chương trình chăm sóc mắt như mở các cửa hàng kính mắt, trợ giúp cho việc khám sàng lọc, v.v.

Những lợi ích khác của sự tham gia cộng đồng trong các vấn đề liên quan sức khỏe được trích dẫn từ các tài liệu liên quan

- Tăng ý thức trách nhiệm và sự quản lí đối với sức khỏe của cá nhân và cộng đồng
- Tăng cường năng lực của các cá nhân thông qua việc nâng cao kiến thức, ý thức và phát triển các kĩ năng mới nhờ việc tham gia
- Hiểu rõ hơn các điều kiện khu vực
- Kết hợp thích hợp và hiệu quả kinh nghiệm truyền thống và bản địa trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc mắt

Các môi trường hỗ trợ

- Tham gia những nỗ lực để tạo ra một môi trường phòng chống các bệnh mắt
- Hỗ trợ/khởi đầu những nỗ lực cung cấp nước máy để phòng chống mắt hột và các bệnh nhiễm trùng khác
- Hỗ trợ/khởi đầu những nỗ lực để giảm sự tiếp xúc không cần thiết với tia cực tím

Tái tổ chức các dịch vụ y tế

- Đảm bảo rằng dịch vụ khúc xạ nhãn khoa được sát nhập vào các dịch vụ y tế hiện tại
- Góp phần vào sự phát triển các hệ thống chăm sóc mắt lồng ghép để đẩy mạnh việc sử dụng hiệu quả các nguồn lực hạn hẹp và nó kết hợp sự tham gia của các cộng đồng và cả những nỗ lực để giúp nâng cao sức khỏe

Việc nâng cao sức khỏe tạo cho các cử nhân khúc xạ nhãn khoa một cơ hội để thoát khỏi phương pháp chăm sóc mắt lâm sàng chật hẹp và nhận ra vai trò nhóm trong các dịch vụ chăm sóc mắt toàn diện, đặc biệt thành viên quan trọng nhất của nhóm, đó là cộng đồng.

TÀI LIỆU ĐỌC CHỌN LỌC

- The Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, 1986) (retrieved 13 Aug 2012)
  Source: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
- The Declaration of Alma-Ata. (WHO, 1978) (Retrieved 13 August 2012)
  Source:http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHỌN LỌC

- Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Store JG, Gadio CT, Dlamini-Zuma N, Pibulsonggram N, 2007. **Oslo Ministerial Declaration. Global health: a pressing foreign policy issue of our time**. Lancet. 369(9570):1373-8. http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf (accessed 14 Aug 2012)
- Anderson E., McFarlane J. Community as partner: **Theory and practice in nursing. 3rd ed**. Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins; 2000
- Catania LJ, Roberts JS, 1978. **Eye care delivery in prepaid group practice**. J Am Optom Assoc. Dec;49(12):1383-7
- Centre for Diesease Control and Prevention, 2008. **Ten great public health achievements in the 20th century**. http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm Accessed 14 Aug 2012
- Institute of Medicine, 1988. **The Future of Public Health**. 1 Jan. Accessed via http://iom.edu/Reports/1988/The-Future-of-Public-Health.aspx retrieved 14 Aug 2012
- Last J, 1995. **A Dictionary of Epidemiology**. 3rd ed. New York.Oxford University Press
- Lawson JS and Bauman AE, 2001.**Public health Australia: an introduction**. McGraw-Hill, Sydney
- Naidoo KS, 2007.**Blindness and Poverty in Africa. Clinical and Experimental Optometry**. 90(6):415-421
- O'Donnell MP, 1989. **Definition of health promotion, part III: expanding the definition**. Am J Health Promot. 3:5
- Pararajasegaram R, 2006. **Primary eye care workshop for Africa report, Nov 2006**. http://apps.who.int/blindness/primary%20eye%20care.pdf Retrieved 13 Aug 2012
- **Public Health In America, 1994**. http://web.health.gov/phfunctions/public.htm Accessed 14 Aug 2012
- Sachs J, 2001. **Macroeconomics and Health: Investing in health for Economic Development**. WHO, Geneva. p.16. http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf (Accessed 14 Aug 2012)
- Wass A, 2000. **Promoting health: The primary health care approach. 2nd ed**. Marrickville, NSW: Harcourt Australia
- WHO & UNICEF, 1978. **The International Conference on Primary Health Care, Declaration of Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978**. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Accessed 14 Aug 2012
- WHO, 1948. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, and entered into force on 7 April 1948**. http://www.who.int/about/definition/en/print.html (accessed 14 Aug 2012)
- WHO, 1986. **The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986**. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ Accessed 14 Aug 2012
- Winslow CEA, 1920. **The Untilled Fields of Public Health**. Science 9 Jan,51(1306):23–33
- World Health Organization, 1999. Community involvement in health development: A review of the concept and practice. In: Kahssay H, Oakley P, editors. Geneva, Switzerland