

**HƯỚNG DẪN:  
PHÒNG NGỪA  
BỆNH MẮT HỘT  
QUA VIỆC XÂY  
DỰNG  
CHƯƠNG TRÌNH  
HỌC TẬP Y TẾ  
HỌC ĐƯỜNG**



**World Health  
Organization**

Geneva  
2006

**© Tổ chức Y tế Thế giới 2006**

Bảo lưu mọi quyền. Có thể nhận các ấn phẩm của Tổ chức Y tế Thế giới qua NXB TCYTTG, Tổ chức Y tế Thế giới, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (ĐT: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Yêu cầu cấp phép để in lại hoặc dịch các ấn phẩm của TCYTTG – để bán hoặc để phát phi thương mại – cần gửi đến NXB TCYTTG ở địa chỉ nêu trên (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Việc chọn lựa và trình bày tư liệu trong ấn phẩm này không hàm ý bày tỏ bất cứ quan điểm nào của Tổ chức Y tế Thế giới liên quan đến tình trạng pháp lý của bất cứ nước, lãnh thổ, thành phố hoặc vùng nào, hoặc thuộc thẩm quyền của nó, hoặc liên quan đến sự phân định ranh giới hay biên giới của nó. Những đường chấm trên bản đồ thể hiện các đường biên giới gần đúng có thể chưa hoàn toàn được chấp nhận.

Việc nhắc đến các công ty cụ thể hoặc những sản phẩm của các nhà sản xuất nhất định không hàm ý rằng Tổ chức Y tế Thế giới công nhận hay khuyến nghị những công ty hay sản phẩm đó hơn những công ty hay sản phẩm tương tự nhưng không được nhắc đến. Không kể lỗi và sai sót, tên của các sản phẩm độc quyền được phân biệt bằng các chữ cái đầu tên viết hoa.

Tổ chức Y tế Thế giới đã thực hiện mọi biện pháp để phòng hợp lý để thẩm tra những thông tin nêu trong ấn phẩm này. Tuy nhiên, tư liệu đã ấn hành được phát ra trên cơ sở không có bất cứ thể hiện hay hàm ý nào về sự đảm bảo. Trách nhiệm diễn giải và sử dụng tư liệu thuộc về người đọc. Tổ chức Y tế Thế giới sẽ không chịu bất cứ trách nhiệm gì đối với những tổn hại do việc sử dụng gây ra.

Ấn phẩm này không nhất thiết phải thể hiện quyết định hoặc chính sách của Tổ chức Y tế Thế giới.

# MỞ ĐẦU

## Tại sao lại là Bệnh mắt hột?

Bệnh mắt hột là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà truyền nhiễm trên thế giới. Bệnh lưu hành ở 55 nước, với trên 500 triệu người có nguy cơ bị mù vì bệnh này. Theo ước tính, đã có 6 triệu người bị mù vì bệnh mắt hột. Bắt đầu từ tuổi thơ ấu, bệnh ảnh hưởng chủ yếu đến trẻ em từ 1 đến 9 tuổi. Sự nhiễm khuẩn lặp đi lặp lại dẫn đến việc gây sẹo cho màng kết lót ở dưới mí mắt. Việc gây sẹo này làm cho mí mắt sụp xuống, bệnh trạng này được gọi là chứng lông quặm, nó làm cho lông mi mắt cọ vào và kết cục là làm trầy giác mạc. Giai đoạn cuối của quá trình này là sự mù loà không chữa khỏi được.

Để kiểm soát bệnh mắt hột và để loại trừ nó như một bệnh gây mù loà, WHO phê chuẩn chiến lược SAFE. 4 thành phần của chiến lược này là:

- **S** Phẫu thuật để sửa chữa chứng lông quặm
- **A** Kháng sinh để trị bệnh đang gây nhiễm
- **F** Giữ mặt sạch để phòng ngừa bệnh đang gây nhiễm lây lan, đặc biệt là lau sạch mủ ở mắt và mũi vốn hấp dẫn ruồi làm lây lan bệnh
- **(E)** Cải thiện môi trường, cung cấp đủ nước để giữ được vệ sinh thích đáng và cải thiện điều kiện vệ sinh trong đó đặc biệt tập trung vào nhà xí để làm giảm quần thể ruồi lây lan bệnh.

Bệnh mắt hột là một bệnh liên quan trực tiếp đến tình trạng kinh tế xã hội nghèo nàn của những quần thể bị ảnh hưởng, đặc biệt là thiếu khả năng tiếp cận nước, cải thiện điều kiện vệ sinh và dịch vụ y tế. Đây là sự kết hợp của tình trạng thiếu kiến thức về bệnh, về sự lây lan của bệnh và cách phòng ngừa nó; tuy nhiên, có thể giải quyết tình trạng này qua việc giáo dục – nhờ phương pháp y tế học đường.

## Tại sao lại là Bệnh mắt hột và Y tế học đường?

Đầu tư vào sức khỏe và tình trạng hạnh phúc của trẻ em trong độ tuổi đi học là đầu tư không chỉ vào cá nhân đứa trẻ mà vào cả gia đình, cộng đồng, và toàn bộ đất nước. Thúc đẩy sức khỏe trẻ em ngày nay là xây dựng nền tảng sức khỏe của người lớn trong tương lai và sức khỏe của con cái họ sau này, thế hệ tiếp theo. Nhà trường tạo ra một cơ chế, một điểm tiếp nhận để vươn tới một bộ phận lớn của quần thể theo cách trực tiếp (học sinh) và gián tiếp (gia đình các em và các thành viên của cộng đồng).

Cải thiện sức khỏe trẻ em là nâng cao tỷ lệ đi học, sức học, và

qua đó là thành tích học tập của các em. Điều này đặc biệt quan trọng đối với các em gái, vì mức độ giáo dục mà người phụ nữ đạt được là yếu tố quyết định tình trạng sức khoẻ của gia đình bà ta.

Phần lớn các trường hợp nhiễm bệnh mắt hột xảy ra ở trẻ em 1-9 tuổi, và vì thế các chương trình kiểm soát bệnh mắt hột dựa vào nhà trường có cơ hội đến được với nhiều đối tượng có nguy cơ cao nhất. Kiến thức về bệnh mắt hột, nguyên nhân và hậu quả của nó, cũng như việc học hỏi và thực hành những hành vi phòng ngừa bệnh tật sẽ giúp học sinh tránh bị mắc bệnh mắt hột, và tạo điều kiện cho các em đem kiến thức về nhà chia sẻ với cha mẹ, em và bạn bè mình.

Đầu tư vào bệnh mắt hột và y tế học đường một cách riêng biệt hoặc phối hợp đều góp phần vào thành tựu chung của đất nước trong việc đạt Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG). Nội dung đóng góp được mô tả trong Phụ lục 1.

### **Tài liệu hướng dẫn này dùng để làm gì?**

Tài liệu hướng dẫn này mô tả hệ phương pháp từng bước để phát triển chương trình giảng dạy tiểu học dạy trẻ em về bệnh mắt hột và những gì mà các em có thể làm để phòng ngừa bệnh. Kiến thức và kỹ năng là những yếu tố thiết yếu để kiểm soát bệnh mắt hột trong học sinh, gia đình và cộng đồng của các em. Hệ phương pháp này dựa trên giả định then chốt, rằng có thể thúc đẩy tính bền vững bằng nhận thức về tinh thần làm chủ trong nước có được qua việc thu hút tất cả các bên liên quan tiềm tàng, và rằng chương trình giảng dạy muốn thành công thì phải phù hợp với bối cảnh văn hoá.

Chương trình giảng dạy thu được sẽ nâng cao kiến thức của học sinh và thúc đẩy những hành vi góp phần loại trừ bệnh mắt hột như một bệnh gây mù loà cả trước mắt lẫn lâu dài. Hệ phương pháp được trình bày ở đây không chỉ hạn chế ở bệnh mắt hột - có thể dễ dàng áp dụng nó vào những thành phần khác của chương trình y tế học đường.

### **Tài liệu hướng dẫn này dành cho ai?**

Tài liệu hướng dẫn này dành cho những người công tác trong ngành y tế hoặc môi trường học đường với cam kết loại trừ bệnh mắt hột, bao gồm: điều phối viên các chương trình quốc gia, phòng chống bệnh mắt hột, điều phối viên y tế học đường quốc gia, tổ chức phi chính phủ làm về bệnh mắt hột, hoặc các nhà quản lý chương trình y tế học đường và các tổ chức phi chính phủ hoạt động trong lĩnh vực nhãn khoa.

### **Hệ phương pháp này đã được thử nghiệm chưa?**

Hệ phương pháp trình bày trong tài liệu hướng dẫn này là kết quả của các thử nghiệm thực địa kỹ lưỡng kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng tiến hành ở 2 nước. Hai nước này được chọn vì có những khác biệt về ngôn ngữ, văn hoá và chính trị - xã hội nhằm giúp đảm bảo khả năng nhân rộng hệ phương pháp. Kinh nghiệm cá nhân của 2 nước này được trình bày chi tiết trong Phần II.

Thử nghiệm thực địa là một bộ phận hợp thành trong dự án 4 năm do Quỹ Conrad N. Hilton tài trợ, và do Tổ chức Y tế Thế

**Tài liệu hướng dẫn này  
được kết cấu như thế  
nào?**

giới cùng tổ chức Helen Keller Quốc tế thực hiện.

Dự án được xây dựng dựa trên ý kiến cho rằng mục tiêu loại trừ bệnh mắt hột như một bệnh gây mù loà sẽ trở nên dễ dàng hơn nhờ việc phát triển công cụ cung cấp cho trẻ em những kiến thức và kỹ năng cần thiết để phòng ngừa bệnh thông qua quá trình có thể thực hiện ở tất cả các nước có bệnh mắt hột lưu hành bất luận những khác biệt về ngôn ngữ, văn hoá và chủng tộc.

Phần I cung cấp các bước được khuyến cáo và các hoạt động dựa trên những nghiên cứu định tính và định lượng tiến hành ở mỗi nước thí điểm. Sau từng bước sẽ có phân giải thích kỹ với những gợi ý và cân nhắc cần thiết trong quá trình triển khai.

Phần II mô tả chi tiết kinh nghiệm của mỗi nước thí điểm. Phần này giải thích về những quyết định cần đưa ra trong từng bước của quá trình triển khai, kết quả của từng hoạt động, những bài học thu được, thách thức phải đối mặt và hành động được thực hiện để đáp ứng với những thách thức đó. Nó cũng mô tả các nghiên cứu định tính và định lượng, và những kết quả vô giá của nghiên cứu trong việc tìm hiểu đầy đủ hơn về quá trình và đảm bảo rằng khuyến nghị có cơ sở thực chứng.

Phần III cung cấp công cụ KASPI.

# PHẦN I: HƯỚNG DẪN TỪNG BƯỚC VÀ KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên kinh nghiệm và những bài học thu được trong suốt dự án 4 năm, 8 bước sau được khuyến cáo cho việc phát triển chương trình giảng dạy có trọng tâm là bệnh mắt hột.

Bước 1: Tiến hành Phân tích tình hình

Bước 2: Xác định các bên liên quan chính

Bước 3: Thu hút các bên liên quan chính

Bước 4: Duy trì Động lực

Bước 5: Phát triển Khung kỹ thuật

Bước 6: Phát triển Chương trình giảng dạy

Bước 7: Thử nghiệm thực địa Chương trình giảng dạy

Bước 8: Triển khai trên diện rộng

Phần này bàn chi tiết về từng bước, cung cấp kinh nghiệm và những bài học cụ thể thu được từ 2 nước đã có thử nghiệm thực địa (Nước A và Nước B). Các ví dụ được đóng khung để giúp người sử dụng tài liệu hướng dẫn này áp dụng trong bối cảnh của chính mình.

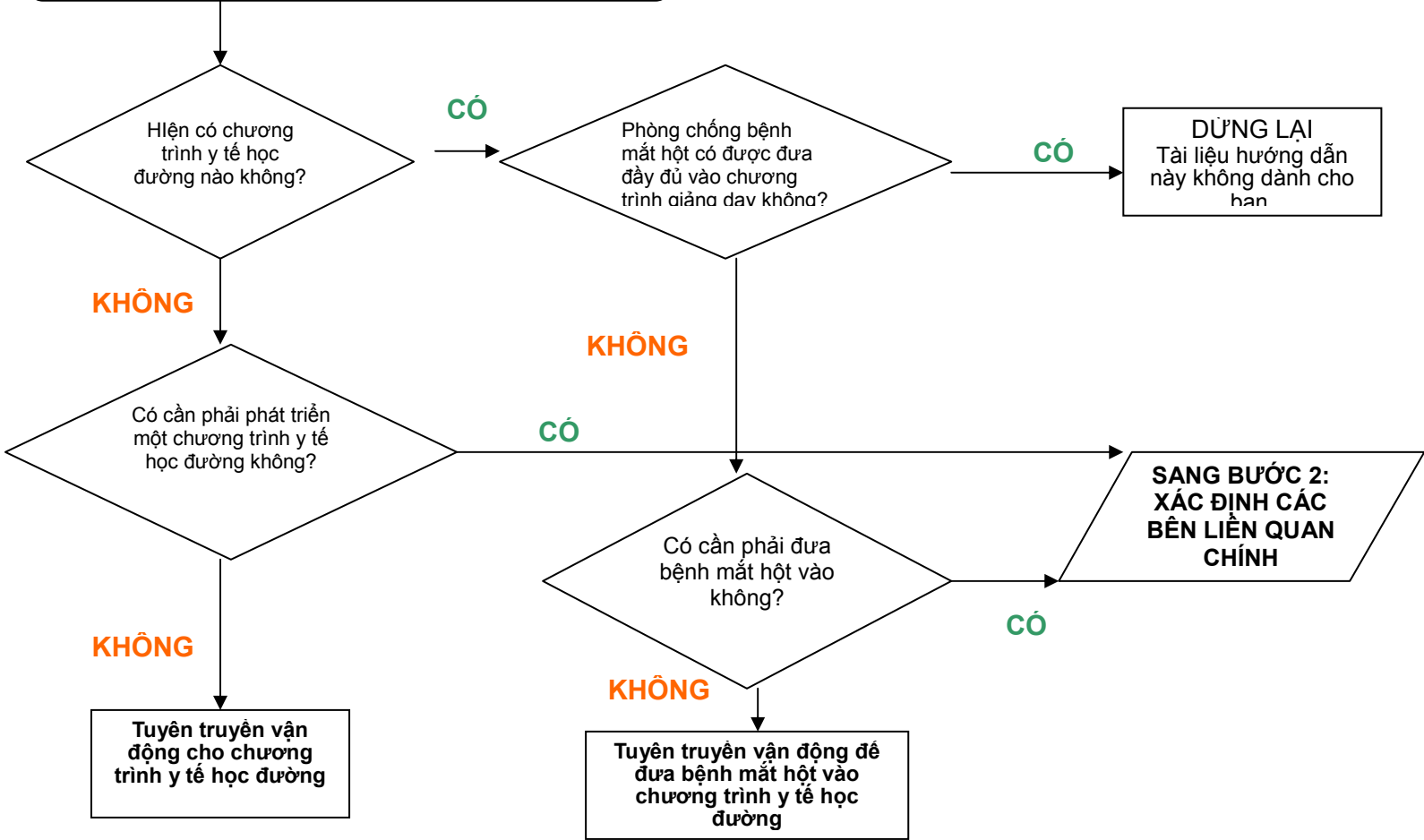
## **Bước 1: Tiến hành Phân tích tình hình**

*Mục tiêu: tìm hiểu đầy đủ thực trạng liên quan đến y tế học đường và bệnh mắt hột ở vùng địa lý đang được cân nhắc để đưa chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột vào.*

Trước khi bắt tay vào phát triển một chương trình giảng dạy có trọng tâm là bệnh mắt hột trong nhà trường, nên tiến hành phân tích để hiểu rõ hơn thực trạng của y tế học đường và việc xây dựng chương trình giảng dạy/thay đổi chương trình giảng dạy, đặc biệt là liên quan đến bệnh mắt hột. Việc phân tích này sẽ giúp xác định những cơ hội để đưa giáo dục về bệnh mắt hột vào trường tiểu học.

Trước tiên, điều quan trọng là nhận định xem tài liệu hướng dẫn này có phù hợp với đất nước hay không, và xác định cấp độ can thiệp thích hợp nhất, có thể là cấp quốc gia, tỉnh hoặc huyện. Ở trang sau có một số câu hỏi giúp đi đến quyết định này.

**BƯỚC 1: PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH Ở NƠI BỆNH  
MẮT HỘT LÀ VẤN ĐỀ Y TẾ CÔNG CỘNG**





Sau khi đã đi đến quyết định là tài liệu hướng dẫn này phù hợp, nên sử dụng những câu hỏi dưới đây để tìm hiểu tình hình chung.

Câu hỏi để khảo sát tình hình bệnh mắt hột trong nước:

- Tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột đang gây nhiễm là bao nhiêu?
- Đó có phải là vấn đề của cả quốc gia hay chỉ của những khu vực nhất định trong nước? Những yếu tố này sẽ giúp xác định phạm vi địa lý của dự án.

**Nước A** không có số liệu về tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột đang gây nhiễm. Một cuộc điều tra quốc gia đã xác định được những vùng có bệnh mắt hột lưu hành ở mức cao nhất, nhưng chưa có điều tra chi tiết hơn. Tuy nhiên, chứng lông quặm và sự mù loà do bệnh mắt hột thực sự đáng quan tâm và được coi là một vấn đề y tế công cộng.

Ở **Nước B**, tỷ lệ hiện mắc dao động giữa những khu vực khác nhau. Nhìn chung 40% quận huyện được coi là có bệnh lưu hành. Chương trình giảng dạy quốc gia cho phép tính đến tình hình địa phương, do đó bệnh mắt hột sẽ chỉ được đưa vào giảng dạy ở nơi nó tạo thành vấn đề.

Câu hỏi để khảo sát về y tế học đường:

- Khía cạnh nào của sức khỏe - nếu có – đã được đưa vào chương trình giảng dạy hiện hành?
- Những Bộ nào quản lý y tế học đường? Thông thường cả hai Bộ Giáo dục và Bộ Y tế đều có vụ y tế học đường.
- Nếu cả 2 Bộ đều làm về y tế học đường, công tác này được điều phối như thế nào? Điều này quan trọng để đảm bảo tuân thủ quy chế.
- Nếu bệnh mắt hột không được đưa vào chương trình giảng dạy, thì có những lĩnh vực khác như vệ sinh hoặc cải thiện điều kiện vệ sinh đã được đưa vào chương trình có thể liên hệ với bệnh mắt hột hay không?
- Tổ chức phi chính phủ nào có chương trình y tế học đường? Tổ chức phi chính phủ nào có thể tạo cơ hội đưa bệnh mắt hột vào chương trình giáo dục của mình?
- Đã có sẵn những tài liệu giảng dạy nào về y tế học đường?
- Giáo viên được đào tạo như thế nào về y tế học đường? Có hay không cơ hội để đưa y tế học đường về bệnh mắt hột vào chương trình tập huấn liên tục cho giáo viên - hoặc là tại chức hoặc là tại các cơ sở đào tạo giáo viên?

## Câu hỏi để khảo sát về xây dựng chương trình giảng dạy

- Cơ quan nào chịu trách nhiệm về chương trình giảng dạy tiểu học?
- Quyết định về chương trình giảng dạy được đưa ra ở cấp quốc gia hay ở cấp thấp hơn?
- Gần đây chương trình giảng dạy có được đưa ra xem xét lại, hoặc có kế hoạch sớm xem xét lại không?
- Việc xem xét lại diễn ra với tần suất như thế nào? Sự điều hoà thời gian là một yếu tố then chốt nếu cần đưa bệnh mắt hột vào thành một phần của chương trình giảng dạy.

Ở **Nước A**, lần xem xét lại cuối cùng được tiến hành vào giữa những năm 1960, kết quả chỉ được tổng kết và đưa ra vào cuối những năm 1980. Lần thứ hai xem xét lại chương trình giảng dạy trong trang sử mới của đất nước hiện đang được bắt đầu. Việc xem xét lại chương trình giảng dạy cung cấp cơ hội đưa bệnh mắt hột vào chương trình giảng dạy và đảm bảo cho nó trở thành một phần của việc giảng dạy liên tục ở trường tiểu học.

Ở **Nước B**, việc xem xét lại một cách hệ thống chương trình giảng dạy được tiến hành 10 năm một lần trong vòng 30 năm qua, và lần xem xét lại gần đây nhất kết thúc năm 2005. Dự án trùng hợp với lần xem xét lại này và kết quả là thành phần bệnh mắt hột được đưa vào thành một phần của chương trình giảng dạy quốc gia và sẽ được sử dụng cho những khu vực có bệnh mắt hột lưu hành.

- Ai tham gia vào việc xem xét lại và công tác này được điều phối như thế nào?
- Trước đây, ai (cá nhân hoặc cơ quan nào) đã tạo thuận lợi và ai đã cản trở quá trình? Việc biết được điều này sẽ giúp tiến hành tốt các bước 2 và 3 về sau.
- Lần xem xét lại chương trình giảng dạy trước, đã có được những nguồn lực nào để phục vụ cho quá trình?
- Chương trình giảng dạy hiện hành có dựa vào việc sử dụng sách hoặc các loại giáo cụ trực quan khác không?

## Câu hỏi để khảo sát về hệ thống giáo dục của đất nước

- Đất nước có cấu trúc giáo dục như thế nào? Cần phân tích các cơ quan và cá nhân ở cấp độ quốc gia cũng như các cấu trúc khu vực và địa phương.
- Hệ thống giáo dục có phân quyền không?
- Những nhà tài trợ nào chu cấp cho giáo dục tiểu học?
- Sự biến động giáo viên diễn ra ở mức độ như thế nào? Câu trả lời cho những câu hỏi này sẽ giúp xác định chiến lược và tần suất đào tạo giáo viên hoặc giám sát viên.
- Tỷ lệ nhập học và bỏ học trong các trường đích như thế nào?

Ở **Nước A**, tỷ lệ nhập học tiểu học thấp. Tỷ lệ nhập học của các em trai là dưới 50% và của các em gái là dưới 35%. Trước tình hình như vậy, cần cân nhắc các chiến lược cho phép học sinh phổ biến những kiến thức mới học được về bệnh mắt hột cho bạn bè không cùng học và anh chị em của các em (đặc biệt là chị em gái).

Ở **Nước B**, tỷ lệ nhập học rất cao ở cả em trai lẫn em gái. Trong tình hình này, chương trình kiểm soát bệnh mắt hột dựa vào nhà trường sẽ đến được với đa số học sinh tiểu học sống tại những khu vực có bệnh lưu hành. Mỗi quan tâm chính ở Nước B là trẻ em di trú – là nhóm khó tiếp cận.

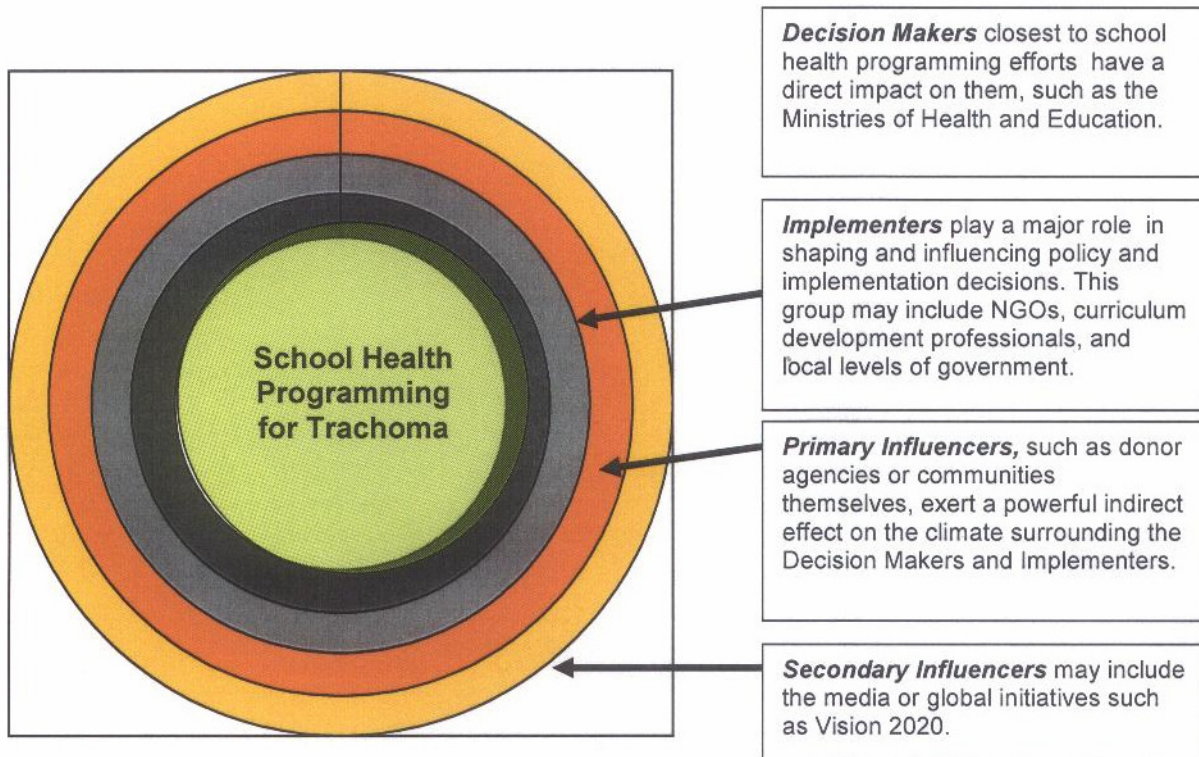
## **Bước 2: Xác định các bên liên quan chính**

*Mục tiêu: xác định các đối tác chính sách và kỹ thuật then chốt có thể trợ giúp và tạo thuận lợi cho việc phát triển và thực hiện chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột.*

Các bên liên quan là những người hoặc cơ quan tham gia vào lĩnh vực chương trình được quan tâm. Trong trường hợp này, những người có liên quan đến bệnh mắt hột và y tế học đường sẽ có nhiều khả năng tạo thuận lợi và duy trì các hoạt động chương trình. Điều quan trọng là xác lập được tinh thần làm chủ chương trình giữa các bên liên quan. Xác định các bên liên quan chính là một trong số những bước đầu cần thực hiện. Các bên liên quan chính thường sẽ bao gồm các Bộ Y tế và Giáo dục. Trước đây khu vực đích hoặc trong nước đã từng có dự án nào về y tế học đường chưa? Nếu có, ai là đầu mối chính trong chính quyền? Một số chính phủ có những cấu trúc có trách nhiệm xem xét lại và phát triển chương trình giảng dạy.

Xác định các bên liên quan chính trong việc phát triển chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Viện Tiếp thị xã hội, Stirling và Đại học Mở, Anh quốc



Chú thích trong hình:

Lập kế hoạch Y tế học đường về Bệnh mắt hột	<b>Những người ra quyết định</b> gần gũi nhất với các nỗ lực lập kế hoạch y tế học đường có tác động trực tiếp đến những nỗ lực này, ví dụ như các Bộ Y tế và Giáo dục
	<b>Những người thực hiện</b> đóng vai trò chính trong việc định hình và tác động đến chính sách cũng như các quyết định triển khai. Nhóm này có thể bao gồm các tổ chức phi chính phủ, các chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy, và các cấp chính quyền địa phương
	<b>Những nhân vật có ảnh hưởng chính</b> , ví dụ như các cơ quan tài trợ hay bản thân cộng đồng, gây ra tác động gián tiếp mạnh mẽ đến bầu không khí xung quanh những người ra quyết định và những người thực hiện.
	<b>Những nhân vật có ảnh hưởng phụ</b> , có thể bao gồm giới thông tin đại chúng hay các sáng kiến toàn cầu như Tầm nhìn 2020.

Để có thể thành công trong việc thu hút các bên liên quan - từ những người ra quyết định đến những nhân vật có ảnh hưởng phụ, cần phân tích nhu cầu của từng nhóm hoặc cá nhân liên quan đến y tế học đường và bệnh mắt hột cũng như cân nhắc lợi ích mà từng bên liên quan đem lại thông qua việc thực hiện thành công chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột.

Khi thăm dò vai trò tiềm tàng của từng bên có thể liên quan, nên sử dụng một số câu hỏi sau:

- Cá nhân này hoặc nhóm này hiện đang làm gì để hỗ trợ y tế học đường/kiểm soát bệnh mắt hột?
- Tại sao họ lại tham gia vào những hoạt động này?
- Họ phải báo cáo ai về những hoạt động của họ?
- Chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột có thể giúp gì cho họ để họ hoàn thành công việc *của họ* tốt hơn và đạt được mục tiêu *của họ*?

Các bên có thể liên quan ở từng cấp độ:

Người ra quyết định:

- Bộ trưởng Bộ Giáo dục
- Bộ trưởng Bộ Y tế

Người thực hiện:

- Đội trưởng Đội đặc nhiệm phòng chống Mù loà quốc gia (hoặc tỉnh, thành phố)
- Giám đốc Sáng kiến kiểm soát bệnh mắt hột quốc gia (hoặc tỉnh, thành phố)
- Các chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy
- Các cơ sở đào tạo giáo viên
- Giáo viên và giám sát viên giáo dục
- Nhân viên y tế tỉnh, thành phố
- Các cơ quan nhà nước phụ trách vấn đề Nước và Cải thiện điều kiện vệ sinh
- Các tổ chức phi chính phủ

Những nhân vật có ảnh hưởng chính:

- Các cộng đồng bị ảnh hưởng
- Các nhóm trợ giúp người khiếm thị
- Các Đại sứ quán có quan tâm hoặc các nhân vật chính trị
- Các hiệp hội Giáo viên

Những nhân vật có ảnh hưởng phụ:

- Ví dụ của quốc tế về các chương trình thành công
- Các nhà tài trợ quốc tế
- Các sáng kiến toàn cầu (Tầm nhìn 2020)

Ở **Nước A**, phần lớn các hoạt động y tế học đường tập trung vào những bệnh cụ thể và được các tổ chức phi chính phủ làm việc trực tiếp với các quan chức Bộ Y tế ở những Vụ phụ trách các bệnh cụ thể này triển khai hạn chế ở một số khu vực. Bộ Giáo dục, mặc dù mang sứ mệnh quốc gia phát triển các chương trình y tế học đường, chỉ quan tâm ở mức độ hạn hẹp và theo cách phân quyền cao độ, hoạt động của họ được điều phối tại tuyến huyện nơi triển khai. Với sự thôi thúc đưa ra chương trình giảng dạy tiểu học ở cấp quốc gia về bệnh mắt hột, trạng thái mơ hồ về tinh thần làm chủ hoạt động (Bộ Y tế hay Bộ Giáo dục) gia tăng nhanh chóng và phải giải toả bằng biện pháp ngoại giao trước khi tiếp tục thực hiện được hoạt

động. Về cơ bản, mỗi Bộ cần phải coi giáo dục về bệnh mắt hột là một cơ hội cho chính mình, chứ không phải là như những gì đã diễn ra lúc đầu, là mối đe dọa.

Ở **Nước B**, nơi chương trình y tế học đường đã có mặt từ trên 80 năm qua, chính quyền đã vạch rõ quy định về các hoạt động y tế học đường cùng với trách nhiệm cụ thể của cán bộ cả hai Bộ Y tế và Giáo dục. Tuy nhiên, sự tương tác giữa các điều phối viên y tế học đường của cả 2 Bộ còn rất hạn chế. Các hoạt động y tế học đường trong nước mang tính riêng rẽ từng bệnh hơn và mang định hướng dịch vụ y tế hơn. Vì thế Bộ Y tế thường đóng vai trò chính đối với y tế học đường trong nước. Áp lực phát triển chương trình giảng dạy tiểu học quốc gia về bệnh mắt hột dẫn đến sự tham gia tích cực hơn từ phía Bộ Giáo dục vì xây dựng chương trình giảng dạy và đào tạo giáo viên là sứ mạng của họ. Điều này thúc đẩy quan hệ hợp tác lớn mạnh hơn – vì lợi ích chung của cả 2 Bộ lẫn y tế học đường.

Ngoài những vai trò chính phủ rõ rệt, cần mở cửa cho những người khác có thể có những đóng góp quan trọng cho việc xây dựng chương trình giảng dạy và cho quá trình triển khai. Một số vị đại sứ hoặc các cơ quan Liên hiệp quốc như UNICEF và TCYTTG đặc biệt quan tâm đến các chương trình y tế học đường, nhất là cho các em gái (bệnh mắt hột ảnh hưởng đến nữ gấp 3 lần so với nam). Hợp tác Thách thức Thiên niên kỷ mới được xây dựng cũng coi mục tiêu tốt nghiệp tiểu học ở các em gái là một tiêu chuẩn, và vì thế là trọng tâm của nhiều chương trình và hoạt động mới trong đó kiểm soát bệnh mắt hột đóng vai trò nòng cốt.

Các nhân vật chính trị cũng quan trọng như cấu trúc, đôi khi còn quan trọng hơn. Có lãnh tụ chính kiến nào, nhân vật có danh tiếng nào hoặc cá nhân nào coi y tế học đường hoặc kiểm soát bệnh mắt hột là một trong những vấn đề được họ ưa chuộng không? Thế còn những đồng nghiệp đã nghỉ hưu có nhiều ảnh hưởng của những vị hiện đang công tác trong y tế học đường? Người phụ trách quảng cáo hoặc những người khác trong giới thông tin đại chúng cũng có thể đóng vai trò chủ chốt nếu cho họ thấy bệnh mắt hột có thể biến thành câu chuyện hay.

### **Bước 3: Thu hút các bên liên quan**

*Mục tiêu: có được sự cam kết từ phía các nhóm và cá nhân có ảnh hưởng để hỗ trợ cho việc phát triển và cho quá trình triển khai*

Điều quan trọng là có được cam kết của những người ở vị trí ra quyết định thích hợp với y tế học đường, với việc xây dựng chương trình giảng dạy và kiểm soát bệnh mắt hột, để thúc đẩy quá trình. Dưới đây là 2 phương án đảm bảo có được sự cam kết:

---

Phương án 1: Một khi đã xác định được các bên liên quan (Bước 2), có thể tổ chức hội thảo với các bên liên quan chính để a) trình bày mục tiêu của chương trình, b) định hướng tham dự viên về bệnh mắt hột, c) bàn về vai trò của y tế học đường trong kiểm soát bệnh mắt hột và d) tiến hành thảo luận cởi mở để giải quyết những mối quan tâm, trả lời câu hỏi, và lập kế hoạch những bước tiếp theo. Việc mời giới thông tin đại chúng đến hội thảo này có thể giúp tạo ra sự quan tâm rộng khắp hơn đến chương trình và ảnh hưởng đến cam kết lớn hơn từ phía các bên liên quan. Hội thảo này có thể dao động từ 1 giờ rưỡi đến nửa ngày.

Phương án 2: Hội thảo thường tốn kém và các bên liên quan chính thường rất bận, khó mà có thể tập trung lại 1 chỗ. Nếu như vậy, thì nên gặp riêng những nhân vật chủ chốt hoặc gặp từng nhóm nhỏ hơn. Phương án này có thể tốn nhiều thời gian hơn phương án nêu trên nhưng điều cốt yếu là những người ra quyết định nhận thức được về mục tiêu và hỗ trợ cho chương trình.

Ở **Nước A**, hội thảo với các bên liên quan tỏ ra hữu ích trong việc duy trì sự cam kết của các đối tác kỹ thuật then chốt đã xác định được qua các bước 2 và 3 hơn là trong việc đảm bảo cam kết hoặc đóng góp bổ sung. Tuy nhiên, các thành viên của Ban chỉ đạo dự án (xem Bước 5) cảm thấy rất rõ là không thể thiếu bước này.

Ở **Nước B**, không nhất thiết phải tổ chức hội thảo tuyên truyền vận động vì từ vài năm nay đã có cấu trúc hỗ trợ chương trình quốc gia phòng chống bệnh mắt hột, chương trình giảng dạy và các dự án y tế học đường. Những diễn đàn này được sử dụng để chia sẻ thông tin về dự án chương trình giảng dạy. Ngoài ra, còn có những buổi làm việc với cá nhân một số nhân vật chủ chốt để đảm bảo rằng ai cũng được thông báo về những dự định của chương trình, và để trả lời bất cứ câu hỏi nào hoặc giải quyết bất cứ vấn đề nào.

#### **Bước 4: Duy trì động lực**

*Mục tiêu: duy trì cam kết với quá trình xây dựng chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột đã đạt được ở những bước trước từ phía các nhóm và các cá nhân có ảnh hưởng.*

Một khi đã có được cam kết từ phía những cá nhân/cơ quan có thể ảnh hưởng đến thành công của dự án, thì việc sống còn là duy trì được sự cam kết này. Có nhiều cách khác nhau để làm việc đó, ví dụ: họp giao ban định kỳ, đi thăm các địa bàn thí điểm và triển khai, và ra bản tin. Mục tiêu chính - bất luận phương pháp được chọn – là động viên và duy trì sự quan tâm và tham gia của các bên liên quan, và qua đó là tinh thần làm chủ của họ.

---

Phương án 1: Việc thành lập Ban chỉ đạo hoặc đội đặc nhiệm để quản lý và theo dõi giám sát tiến độ đã rất thành công ở Nước A. Vai trò thành viên của Ban này phản ánh sự đóng góp của các bộ ngành khác nhau vào thành công của dự án, đồng thời được hạn chế ở quy mô đủ nhỏ để dễ điều phối các cuộc họp và nhanh chóng ra quyết định. Cơ chế này cho phép các bên hợp tác trong việc ra quyết định và thúc đẩy tinh thần làm chủ giữa những thành viên khác nhau và cơ quan của họ.

Có thể, như trong trường hợp Nước B, sử dụng những cơ chế hiện có để đạt được cùng mục đích. Nếu đã có sẵn một Ban để có thể kết hợp phát triển chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột dựa vào nhà trường, thì nên tận dụng để tránh chồng chéo nỗ lực. Mặt khác, Ban có sẵn có thể có những việc khác cần làm, và vì thế dự án chương trình giảng dạy sẽ không nhận được sự quan tâm đúng mức.

**Nước A** đã thành lập Ban chỉ đạo có đại diện của các Bộ Y tế, Giáo dục, Cung cấp Nước. Một số tổ chức phi chính phủ cũng có đại diện tham dự. Ban này họp định kỳ và ra những quyết định then chốt liên quan đến dự án. Cuộc đánh giá giữa kỳ của nhóm này đi đến kết luận là nó có vai trò quan trọng và cần được duy trì. Phần sau sẽ cung cấp thêm chi tiết về Ban này.

**Nước B** sử dụng các cấu trúc hiện có của Đội đặc nhiệm quốc gia về bệnh mắt hột và Ban chỉ đạo y tế học đường quốc gia để ra những quyết định then chốt về dự án. Các Ban họp vào những giai đoạn khác nhau của dự án chương trình giảng dạy để thông qua chương trình giảng dạy, cung cấp khuyến nghị về thử nghiệm thí điểm và phê chuẩn dự án.

Phương án 2: Nếu thành lập Ban không phải là phương án có thể làm được, cũng có thể duy trì động lực qua việc cập nhật định kỳ với các bên liên quan dưới hình thức báo cáo, bản tin, hoặc các cuộc gặp gỡ cá nhân. Việc mời đi thăm thực địa cũng có thể giúp duy trì sự quan tâm và cam kết. Bối cảnh địa phương sẽ quyết định mức độ tác động của phương pháp. Việc thu hút báo giới tham gia cũng có thể thúc đẩy sự quan tâm rộng khắp hơn trong quá trình xây dựng chương trình giảng dạy.

## **Bước 5: Phát triển khung kỹ thuật của chương trình giảng dạy**

*Mục tiêu: Phát triển khung kỹ thuật phác thảo những điểm chính trong kiến thức và những thực hành thiết yếu của học sinh để kiểm soát bệnh mắt hột.*

Mục tiêu của bước này là phát triển - thông qua phương pháp tham gia - những kiến thức và kỹ năng mà học sinh cần để góp phần kiểm soát bệnh mắt hột trong cộng đồng của các em. Có thể điền những kiến thức và kỹ năng đó vào một ma trận

(xem các phụ lục) trong đó 1 trực liệt kê: 1) kiến thức chung về bệnh mắt hột, 2) điều trị bệnh mắt hột, giữ mắt sạch, 3) sử dụng nhà xí, 4) sự sạch sẽ của môi trường, 5) ruồi (là cách để bệnh mắt hột lây lan), và 6) dùng chung khăn mặt (cũng là cách để bệnh mắt hột lây lan). Trục kia liệt kê 1) kiến thức, 2) kỹ năng và 3) chính sách (mà nhà trường cần có) để hỗ trợ và thúc đẩy việc kiểm soát bệnh mắt hột.

Phương án 1: Một phương pháp để phát triển bộ khung này là thông qua hội thảo. Tham dự viên có thể bao gồm phần lớn - nếu không phải là tất cả - những bên liên quan chính đã xác định được ở Bước 2 có kỹ thuật để đóng góp cho việc xây dựng chương trình giảng dạy và nỗ lực triển khai. Tham dự viên cũng có thể bao gồm cán bộ của những tổ chức phi chính phủ khác hoạt động trong lĩnh vực y tế học đường hoặc kiểm soát bệnh mắt hột. Những tổ chức tham gia vào việc cung cấp nước và cải thiện điều kiện vệ sinh cũng có nhiều kiến thức kỹ thuật quan trọng để đóng góp cho dự án.

Ở **Nước A**, một nhóm chuyên nghiên cứu về những thực hành vệ sinh sáng tạo đã tham gia bước này và đóng góp kinh nghiệm phong phú để xây dựng chỗ rửa tay vì nó liên quan đến việc sử dụng nhà xí.

Cũng cần mời đại diện các cấp khác nhau trong hệ thống của Bộ Giáo dục tham dự hội thảo này.

Ở **Nước B**, các chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy đã xem xét những khía cạnh khác nhau của chương trình giảng dạy tiểu học và đưa ra những ý kiến đóng góp có giá trị về viễn cảnh sư phạm của chương trình giảng dạy.

Ngoài các Bộ Y tế và Giáo dục, những Bộ khác cũng có thể tham gia là Bộ Nông nghiệp và Bộ Cung cấp Nước và Vệ sinh. Cũng cần thu hút bất cứ ai đã tham gia vào hệ thống giáo dục cũng như các chương trình F (rửa mặt) hoặc (cải thiện môi trường) được xác định qua các bước 1 và 2 của tài liệu hướng dẫn này.

#### **Nước A**

Tham dự viên của Hội thảo kỹ thuật:

Cơ quan quản lý y tế khu vực

Chuyên gia kỹ thuật của Bộ Giáo dục

Chuyên gia kỹ thuật của các Bộ Nông nghiệp, Nước và Vệ sinh

Nhóm nghiên cứu các biện pháp vệ sinh sáng tạo

Tổ chức Y tế Thế giới

Các tổ chức phi chính phủ có kinh nghiệm về y tế học đường như CRS và Cứu trợ Nhi đồng

#### **Nước B**

Tham dự viên của Hội thảo kỹ thuật:

Các cơ quan nhà nước quản lý việc xây dựng và xem xét lại chương trình giảng dạy  
Chuyên gia kỹ thuật của Bộ Giáo dục  
Chuyên gia kỹ thuật của Bộ Y tế  
Đại diện ngành giáo dục tại các khu vực thí điểm  
Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc  
Tổ chức Y tế Thế giới  
Các tổ chức phi chính phủ làm về y tế học đường và phát triển cộng đồng

Trong các phụ lục có ma trận đã điền của các Nước A và B. Khi tiến hành hội thảo kỹ thuật, có thể đưa những ma trận đã điền này ra trình bày với tham dự viên để làm điểm khởi đầu. Hoặc có thể dùng ma trận trống để tham dự viên tạo ra một ma trận của riêng mình.

Ưu điểm của phương án thứ nhất là phát triển được tinh thần làm chủ và tạo ra tính hiệp lực tiềm tàng qua việc tất cả các bên liên quan cùng làm việc với nhau.

Phương án 2: Có thể cân nhắc áp dụng một phương pháp khác, đặc biệt là khi không có nguồn lực để tổ chức hội thảo, là điền ma trận thông qua việc họp các nhóm con hoặc gặp các cá nhân. Nên nghĩ đến phương án này nếu khó tập trung người do hạn chế về thời gian hoặc khác biệt trong lịch làm việc. Phương pháp này có thể đòi hỏi ở các cá nhân đi đầu sáng kiến nhiều thời gian hơn và có thể khó đi đến thống nhất về khung kỹ thuật. Vì thế, có thể không đem lại được tinh thần làm chủ và kết quả mạnh mẽ như khi áp dụng Phương án 1.

Phương án 3: Phương án cuối cùng trình bày ở đây là sử dụng 1 hoặc cả 2 ma trận đã được đưa vào phụ lục và yêu cầu các bên liên quan thẩm định xem những kết quả này có phù hợp không, hoặc cung cấp những gợi ý mang tính xây dựng. Cũng như với Phương án 2, cần luân chuyển sản phẩm cuối cùng một lần cuối để đảm bảo tất cả nội dung đều thống nhất với bộ khung.

## **Bước 6: Phát triển chương trình giảng dạy**

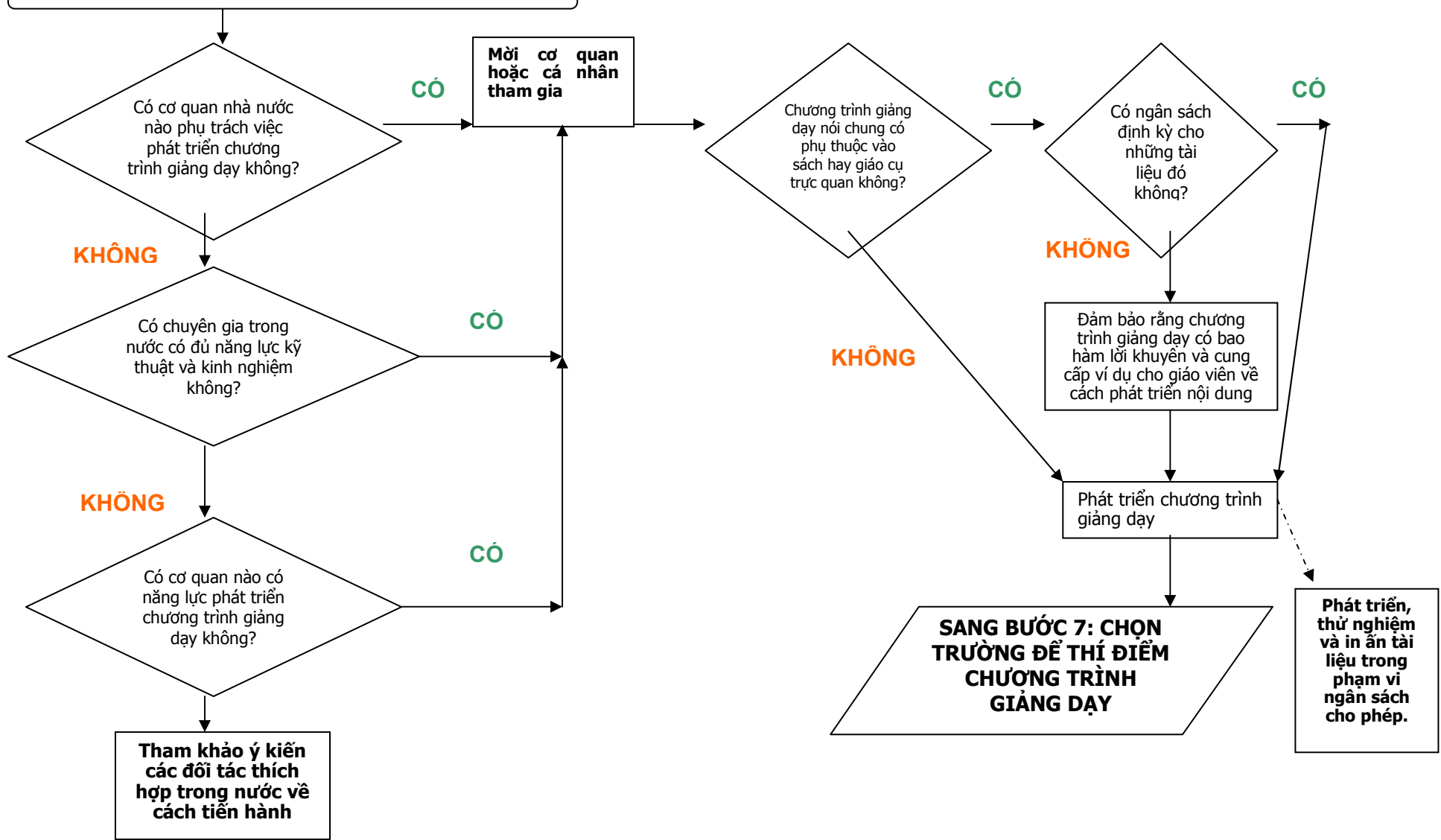
*Mục tiêu: phát triển chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột đúng đắn về kỹ thuật và nhất quán với các chương trình giảng dạy hiện hành về cấu trúc và hệ phương pháp.*

Chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột phải nhất quán với chương trình giảng dạy phổ thông hiện hành để đảm bảo được sự chấp nhận của hệ thống giáo dục và để tạo thuận lợi cho những giáo viên triển khai nó. Vì thế điều quan trọng, nếu có thể được, là mời một chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy quen thuộc với chương trình giảng dạy hiện hành tham gia. Vì chương trình giảng dạy này dựa trên ma trận kiến thức và kỹ năng được phát triển qua Bước 5, nên trong quá trình thực hiện cần sớm xác định được chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy.

Ở cả 2 nước thí điểm, có các cấu trúc chính quyền chịu trách nhiệm xây dựng chương trình giảng dạy. Bất cứ nỗ lực nào ở cấp quốc gia nhằm sửa đổi hoặc bổ sung chương trình giảng dạy phổ thông hiện hành nhưng không có sự tham gia của những cấu trúc này đều bị phản ứng mạnh. Ngay cả khi cần đưa chương trình giảng dạy ra triển khai ở cấp địa phương, cũng cần tham khảo ý kiến những người chịu trách nhiệm xây dựng và triển khai chương trình giảng dạy.



**BƯỚC 6: PHÁT TRIỂN CHƯƠNG TRÌNH GIẢNG DẠY**





Cả 2 nước đã thuê chuyên gia thông qua cấu trúc chính quyền chịu trách nhiệm xây dựng chương trình giảng dạy.

Ở **Nước A**, Bộ Giáo dục cơ bản có 1 chuyên gia về chương trình giảng dạy cấp quốc gia. Theo khuyến nghị của Ban chỉ đạo, chuyên gia này được hợp đồng làm chuyên gia phát triển chương trình giảng dạy. Sau đó Ban đã xem xét lại và thông qua chương trình giảng dạy.

Ở **Nước B**, cấu trúc chính quyền để xây dựng và xem xét lại chương trình giảng dạy là một cơ quan tự trị phục vụ cho Bộ Giáo dục, có sử dụng nhiều chuyên gia về chương trình giảng dạy. Đề phát triển chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột, bản thân cơ quan đã được hợp đồng. Một nhóm nhỏ các bên liên quan gồm cơ quan xây dựng chương trình giảng dạy, các Bộ Y tế và Giáo dục, thanh tra học đường và giáo viên đã cùng phát triển chương trình giảng dạy tại một hội thảo 10 ngày. Cơ quan xây dựng chương trình giảng dạy đảm nhận vai trò đi đầu dẫn dắt hội thảo.

Nếu có thể, nên mời các đối tác kỹ thuật then chốt đã tham gia Bước 5 (Phát triển Khung kỹ thuật) tham gia vào phần này của quá trình xây dựng chương trình giảng dạy. Năng lực chuyên môn của họ sẽ giúp ích cho quá trình phát triển, đảm bảo tính đúng đắn về mặt kỹ thuật cho cả bệnh mắt hột lẫn viễn cảnh sự phạm. Bằng cách thu hút các bộ ngành khác nhau, sẽ nâng cao được tinh thần làm chủ và cam kết với quá trình.

Sách, tranh lật, hoặc bất cứ giáo cụ trực quan nào khác ở dạng ấn phẩm đều không phải là những yếu tố căn bản của chương trình giảng dạy, và chỉ được cân nhắc nếu Bộ Giáo dục có ngân sách thường xuyên để hỗ trợ việc in ấn và phân phát chúng. Có thể dạy và học hiệu quả mà không cần đến những vật dụng hỗ trợ như vậy. Nếu không có ngân sách cho sách hoặc giáo cụ trực quan, cần bổ sung thêm vào chương trình giảng dạy một phần chỉ dẫn cho giáo viên cách tự phát triển những tài liệu này một cách ít hoặc không tốn kém.

Nếu thấy cần phải có tài liệu in ấn (xem cây quyết định ở trang trước), sản xuất tài liệu cho chương trình giảng dạy quốc gia song hành với việc triển khai (Bước 8) là 1 trong những khoản chi lớn nhất trong ngân sách dự án. Phải làm rõ những điểm sau khi đưa ra quyết định phát triển và in ấn tài liệu:

1) **Ai** sẽ chịu trách nhiệm:

- Tài trợ cho tài liệu?
  - Phát triển, thử nghiệm và xem xét lại tài liệu?
  - Phổ biến tài liệu?
  - Theo dõi tính hiệu quả của tài liệu?
  - Cập nhật và in ấn lại tài liệu?
-

2) **Cách** tiến hành việc in ấn? in ấn trong nước? in ấn ngoài nước? (trong trường hợp đó, cần cân nhắc chi phí vận chuyển và hải quan)

---

**Nước B** có kế hoạch sử dụng công ty in ấn sách giáo khoa thông thường để in ấn sách giáo khoa mới cho cả nước. Vì theo kế hoạch việc triển khai chương trình giảng dạy mới sẽ bắt đầu vào tháng 1/2006, nên sách giáo khoa mới sẽ tự động bao gồm tài liệu về phòng ngừa bệnh mắt hột. Sẽ dùng ngân sách hiện có do nhà nước cấp để bù vào chi phí gia tăng.

## **Bước 7 Thử nghiệm chương trình giảng dạy trên thực địa**

*Mục tiêu: thử nghiệm tính phù hợp về văn hoá, chất lượng và tính hiệu quả của chương trình giảng dạy để có thể chỉnh sửa trước khi triển khai trên diện rộng.*

Để đảm bảo khả năng được cơ quan quản lý chấp nhận, cần tuân thủ mọi hướng dẫn quốc gia hoặc địa phương về thử nghiệm chương trình giảng dạy. Cần cân nhắc những thông tin bổ sung ngoài những gì mà chính quyền có thể đòi hỏi để đưa ra được chương trình giảng dạy tốt nhất.

Tiêu chuẩn chọn địa điểm thử nghiệm cần tính đến những yếu tố như tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột, khả năng theo dõi giám sát và đánh giá quá trình (hậu cần và khả năng tiếp cận), và cam kết từ phía các cơ quan quản lý thích hợp để tạo thuận lợi cho quá trình trong giai đoạn thử nghiệm. Ở thời điểm này cũng cần quyết định xem phải có những dữ liệu đánh giá định tính và định lượng nào để đánh giá việc thí điểm chương trình giảng dạy. Tiêu chí đánh giá có thể bao gồm:

- Tính phù hợp của bài học với lớp hoặc tuổi của học sinh;
- Sự thoải mái và sự tin tưởng của giáo viên khi áp dụng chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột;
- Mức độ tập huấn cần thiết cho giáo viên hoặc được giáo viên coi là cần thiết;
- Sự hiểu biết của học sinh về những điều được giảng dạy;
- Phản ứng của học sinh đối với nội dung và những hoạt động đi kèm;
- Phản ứng của phụ huynh đối với nội dung được giảng dạy;

Quy trình đánh giá chương trình giảng dạy được phát triển ở 2 nước thí điểm được nêu trong các phụ lục của tài liệu hướng dẫn này.

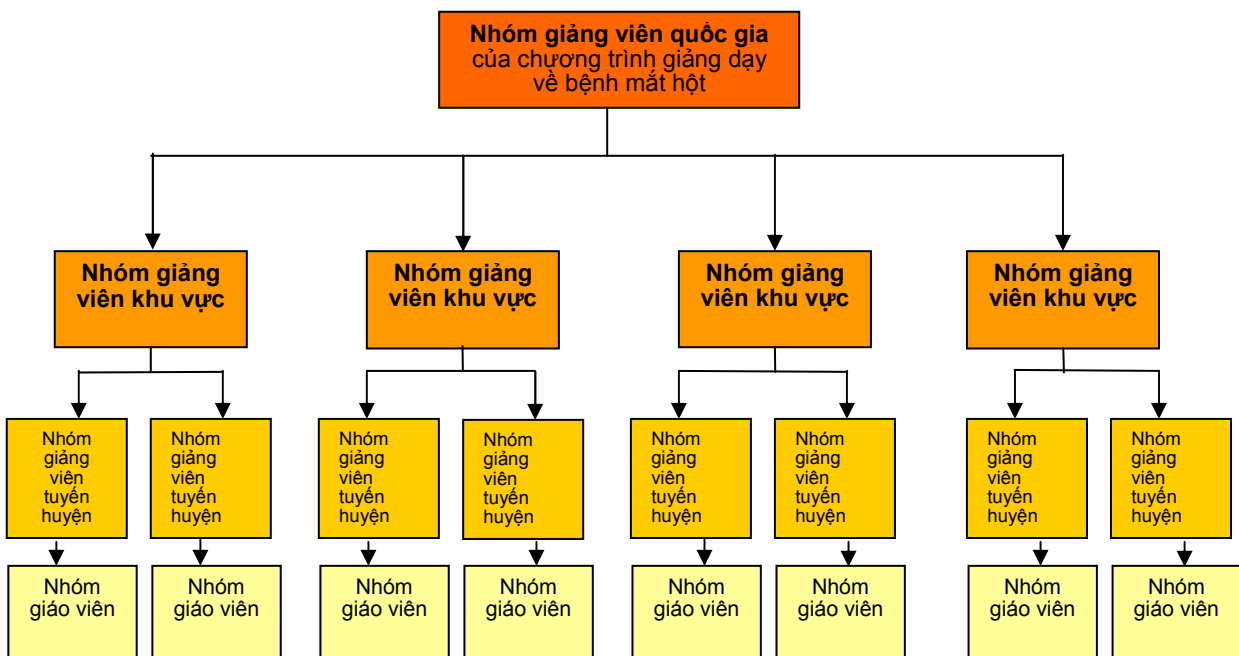
Cần lưu ý rằng tính hiệu quả của các chương trình y tế học đường không còn là điều phải bàn đến trong dự án này, cũng như tính hiệu quả của việc rửa mặt và vệ sinh môi trường trong việc kiểm soát bệnh mắt hột. Những chiến lược này đã được chứng minh là tốt và nhìn chung là được cộng đồng khoa học chấp nhận. Tuy nhiên, cần tính đến việc nhiều chính phủ các nước đòi hỏi phải có bằng chứng về tác động tại địa phương trước khi cam kết chia sẻ nguồn lực hạn hẹp cho chương trình.

## Bước 8: Triển khai trên diện rộng

- *Mục tiêu: chuẩn bị giáo viên và những cán bộ khác của hệ thống giáo dục để triển khai thành công chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột trong nhà trường.*

Bước chính để triển khai chương trình giảng dạy trên diện rộng là chuẩn bị giáo viên, giám sát viên, và những quan chức giáo dục khác tại các vùng mục tiêu cho việc giảng dạy về bệnh mắt hột trong lớp học. Giáo viên cần biết về bệnh mắt hột để dạy được nó một cách hiệu quả, họ cần cảm thấy thoải mái với chương trình giảng dạy. Giám sát viên cũng cần hiểu nội dung của chương trình giảng dạy để giám sát và hỗ trợ giáo viên được đầy đủ. Nếu có được những tài liệu giảng dạy như giáo cụ trực quan, nên đưa chúng vào đào tạo.

Tùy theo quy mô của việc triển khai trên diện rộng, có thể áp dụng phương pháp thác nước để đào tạo. Theo phương pháp này, một nhóm hạt nhân giảng viên được đào tạo để về sau hoặc là trực tiếp đào tạo giáo viên nếu vùng mục tiêu nhỏ, hoặc là đào tạo các nhóm giảng viên khác nếu vùng mục tiêu lớn. Nếu triển khai chương trình giảng dạy ở cấp quốc gia, nhóm giảng viên quốc gia sẽ đào tạo một số giảng viên khu vực để rồi họ lại đào tạo giảng viên tuyển huyện. Giảng viên tuyển huyện sẽ là người đi tập huấn cho giáo viên. Mô hình đào tạo thác nước được mô tả dưới đây:



Mặc dù mô hình thác nước rất có hiệu quả để tiến hành đào tạo trên diện rộng, nó đòi hỏi phải có sự theo dõi và giám sát liên tục để đảm bảo thông tin được truyền tải ở mỗi cấp độ đều như nhau và như ở cấp độ cao nhất. Trong việc phát triển các đội đào tạo ở những cấp độ khác nhau, điều quan trọng là họ được đào tạo về kỹ năng tập huấn cũng như nội dung của chương trình giảng dạy.

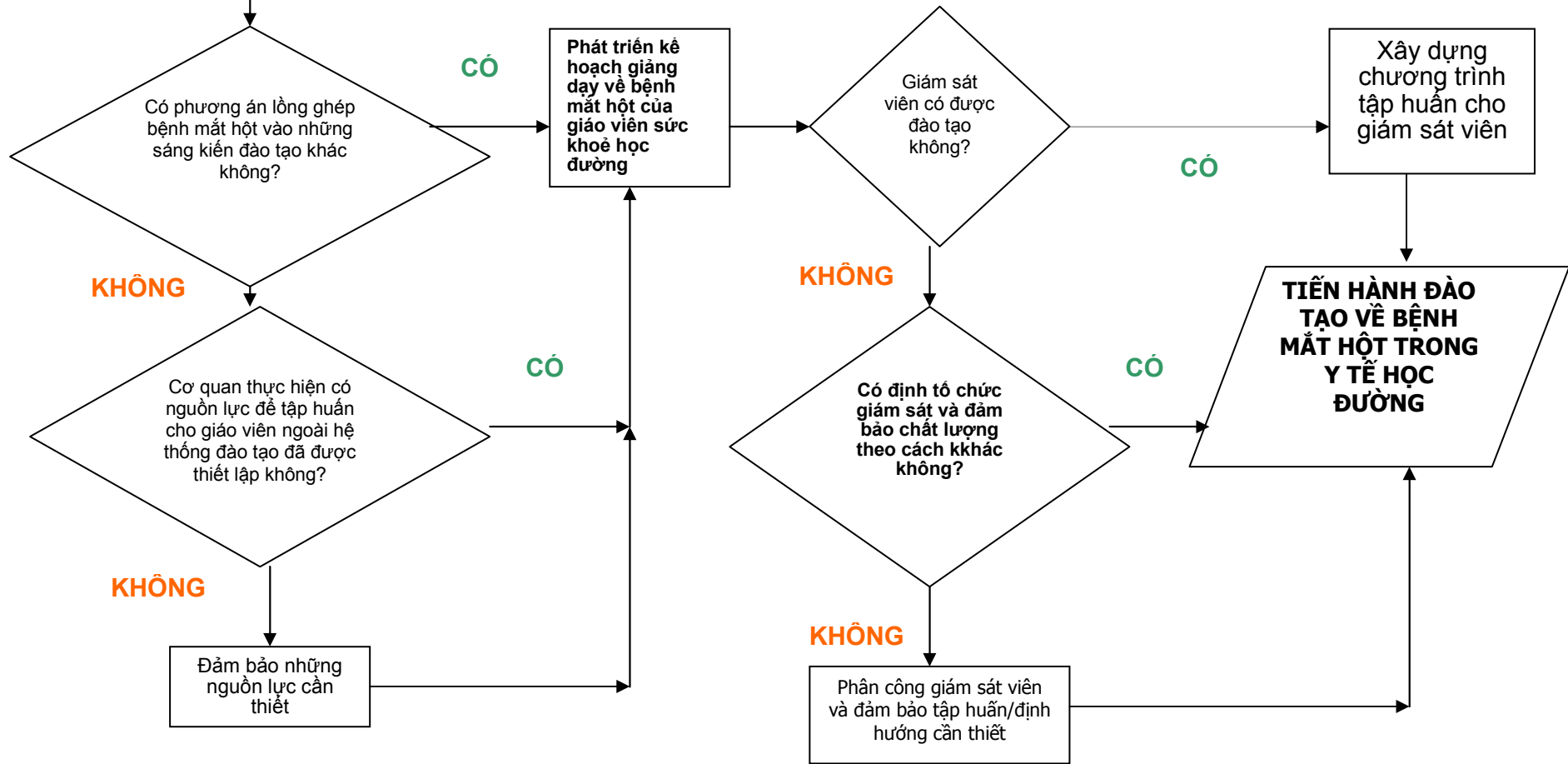
Đào tạo tại chức đòi hỏi cả nguồn lực tài chính lẫn hậu cần, và nếu quy mô triển khai càng lớn thì sẽ càng cần đến nhiều nguồn lực hơn. Nếu có thể, nên xác định những sáng kiến đào tạo khác để lồng ghép đào tạo về bệnh mắt hột vào.

**Nước A** đã tổ chức tập huấn 4 ngày cho giáo viên trong năm thứ nhất, và bổ túc 3 ngày trong năm thứ 2 của dự án. Hàng năm tất cả các giáo viên liên quan (thường là 2-3 người/trường, nhưng đôi khi lên đến 6 người) đều được tập huấn. Trong năm thứ 2, giáo viên của 8 trong số 16 trường thí điểm được dự tập huấn ngắn hoặc họp định hướng trong 1 ngày.

Ở **Nước B**, 40 giáo viên của 10 trường thí điểm được tập huấn vào năm thứ 2 của dự án. Ngoài 10 ngày (số liệu này đã được khẳng định chưa?) tập huấn cho giáo viên, còn có 2 ngày tập huấn cho giám sát viên giáo dục.



**BƯỚC 8: ĐÀO TẠO TẠI CHỨC ĐỀ TRIỂN KHAI TRÊN DIỆN RỘNG**





Thay vì cùng một lúc đào tạo tất cả giáo viên, có phương án bổ sung là lồng ghép chương trình giảng dạy mới vào đào tạo tại chức định kỳ và những cuộc họp thường diễn ra trong mọi năm học. Việc này chắc chắn sẽ kéo dài thời gian để triển khai chương trình giảng dạy trên diện rộng nhưng sẽ giúp giảm thiểu chi phí.

Một vấn đề phải đối mặt trong việc đào tạo tại chức là giáo viên nghỉ hưu, chuyển công tác đến các quận huyện không có bệnh lưu hành, hoặc nghỉ việc vì lý do khác. Để đảm bảo tính bền vững lâu dài của việc giảng dạy về bệnh mắt hột trong nhà trường ở các quận huyện có bệnh lưu hành, cần phải đưa bệnh mắt hột vào chương trình giảng dạy của các cơ sở đào tạo giáo viên. Điều này đảm bảo rằng khi giáo sinh tốt nghiệp và đảm nhận vị trí công tác mới, họ đã làm quen với nội dung và những thực hành trong chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột.

## PHẦN II: KINH NGHIỆM CỦA CÁC NƯỚC

Dự án này được tổ chức Helen Keller Quốc tế thí điểm ở Burkina Faso và Tanzania dưới sự giám sát kỹ thuật của TCYTTG. Việc lựa chọn nước phản ánh quyết tâm chọn những địa bàn khác nhau để mở rộng phạm vi kinh nghiệm và xác định một cách cụ thể hơn những bước cần thiết để phát triển chương trình giảng dạy hiệu quả có thể được cả hai Bộ Giáo dục và Y tế chấp nhận tại các nước có bệnh lưu hành. 2 đặc điểm chung của các nước này là cả hai đều ở châu Phi và cả hai đều có bệnh mắt hột lưu hành ở mức độ cao.

### Sơ lược về Burkina Faso

Dân số: 10 200 000\*  
% bệnh đang gây nhiễm: 27% (<10 tuổi)\*  
Tỷ lệ nhập học:  
Trẻ em trai: 48.4%†  
Trẻ em gái: 33.4%†  
Ngôn ngữ chính thống: tiếng Pháp

\*Nguồn: Le Trachome au Burkina Faso; Ko, Bernadette et al; 1997

†Nguồn: Plan Decennal de Developement de l'Education de Base 2000-2009; số liệu năm học 1997/98

## Sơ lược về Tanzania

Dân số: 34 500 000\*

% bệnh đang gây nhiễm: 10-45%, là một vấn đề y tế công cộng ở 10 trong số 21 khu vực□

Tỷ lệ nhập học

Trẻ em trai: 70.3%†

Trẻ em gái: 69.1%†

Ngôn ngữ chính thống: tiếng Swahili

\*Nguồn: Điều tra dân số 2002

□ Chương trình quốc gia phòng chống bệnh mắt hột, Bộ Y tế

† Nguồn: Điều tra hộ gia đình tuyến huyện

Ở mỗi nước, chương trình giảng dạy được phát triển thông qua quan hệ hợp tác đa ngành và được thử nghiệm tại một số trường để xác định xem chương trình giảng dạy có thực sự nâng cao kiến thức, thúc đẩy những hành vi lành mạnh và có tác động đến bệnh mắt hột trong học sinh cũng như các cộng đồng xung quanh hay không, chương trình giảng dạy có làm cho giáo viên thấy thoải mái không. Ở cả 2 nước, chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột đã được các cơ quan quản lý giáo dục chấp nhận cho áp dụng vào chương trình giảng dạy hiện hành ở bậc tiểu học. Điều này nêu bật cam kết của cả hai chính phủ trong việc kiểm soát bệnh mắt hột cũng như trong y tế học đường, và chỉ ra rằng việc giảng dạy về bệnh mắt hột sẽ được tiếp tục tiến hành tại tất cả các vùng có bệnh lưu hành ở mỗi nước.

Một lần nữa cần nhận thức được rằng chương trình giảng dạy chỉ là một phần của quá trình giảng dạy/học tập. Giáo viên có hiệu quả và môi trường học tập có lợi cũng là những yếu tố quan trọng của quá trình giáo dục.

Trong quá trình thực hiện dự án, điều được quan tâm nhiều là nếu cần nhân rộng quá trình này sang các nước khác, thì phải hạn chế nguồn lực cần thiết ở mức tối thiểu. Kết quả của dự án chính là tài liệu hướng dẫn này.

## Burkina Faso Phân tích tình hình

Nhiều năm nay ở Burkina Faso, hoạt động y tế đã được triển khai trong các trường học, mặc dù khó có thể nói chúng được bắt đầu khi nào vì Bộ Y tế không có chính sách coi học sinh như một nhóm con của những quần thể lớn hơn đã được thụ hưởng nhiều hoạt động khác nhau. Chủ yếu là loại hoạt động y tế nhỏ lẻ hơn ở cấp khu vực trong đó học sinh được bao gồm giữa các quần thể lớn hơn (như các hoạt động tẩy giun toàn dân), những hoạt động này chủ yếu được dẫn dắt qua tiếp xúc với các cấu trúc trong Bộ Y tế vì chúng giải quyết những vấn đề y tế cụ thể chỉ mới xảy ra trong môi trường trường học. Trong khi Bộ Giáo dục vẫn luôn tham gia, những hoạt động này chủ yếu được coi là hoạt động y tế. Trên thực tế, Bộ Y tế không có cấu trúc riêng để quản lý các chương

trình y tế học đường. Cấu trúc này tồn tại trong Bộ Giáo dục cơ bản từ năm 2000 kể từ khi nó được thiết lập cho Chương trình Phát triển Giáo dục cơ bản do Ngân hàng Thế giới tài trợ.

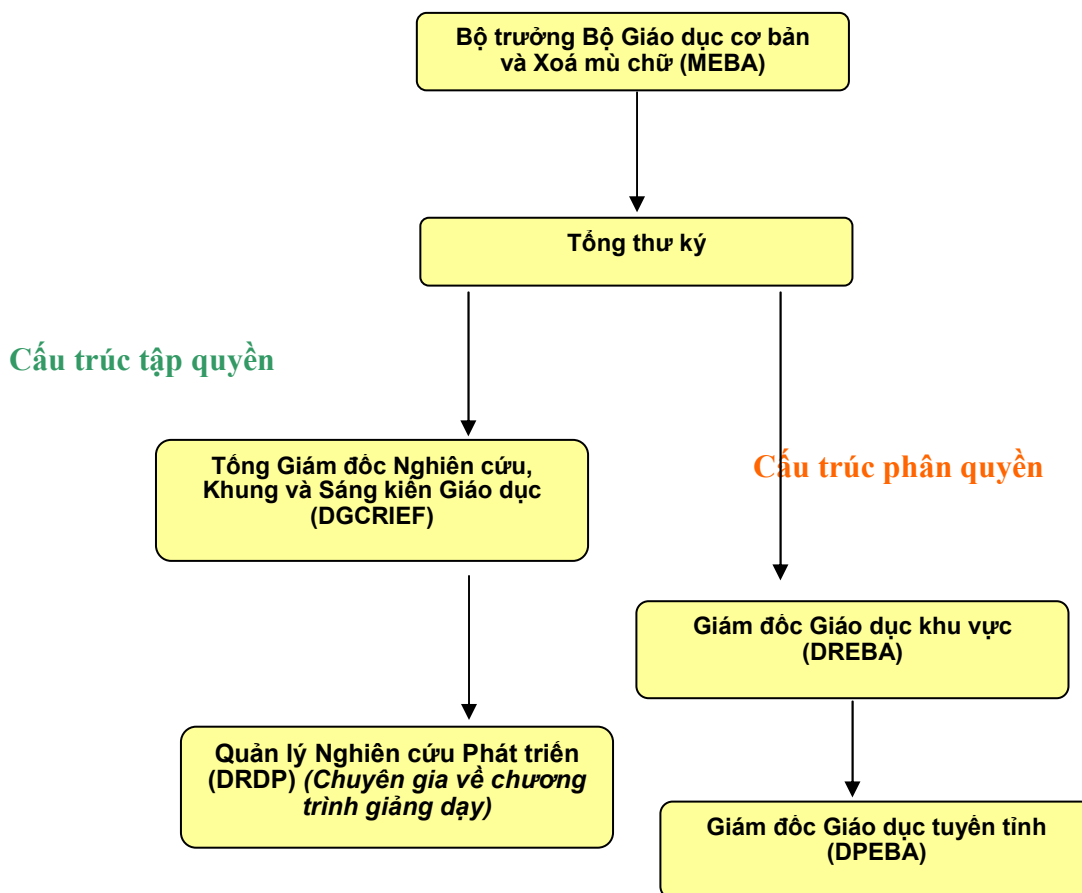
Khi dự án bắt đầu được triển khai ở Burkina Faso năm 2003, việc triển khai công tác kiểm soát bệnh mắt hột ở cấp độ quốc gia chưa được cấu trúc hoá. Những bài học về kiểm soát bệnh mắt hột đã được lồng ghép vào chương trình giảng dạy tiểu học ở 8 trường tại Fada và 8 trường tại Piela, 2 huyện khu vực miền đông đất nước. Khu vực này có tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột cao nhất đất nước: 45,6% trong số trẻ em dưới 10 tuổi.

Chương trình giảng dạy tiểu học hiện đại hiện đang áp dụng ở Burkina Faso trước đây đã được điều chỉnh một lần, quá trình này bắt đầu từ năm 1960 và tập trung vào xem xét lại việc sử dụng tiếng Pháp hay ngôn ngữ bản địa làm ngôn ngữ chính thống, cũng như kiểm tra các cấp độ và năng lực được phân công cho mỗi cấp độ. Quá trình xem xét lại dẫn đến quy trình chấp nhận kéo dài đã kết thúc năm 1989. Lần xem xét lại chương trình giảng dạy thứ hai hiện đang diễn ra. Trọng tâm được xác định trước cho lần xem xét lại này sẽ là nhấn mạnh đến những kỹ năng sống thực tiễn hơn là đến việc chuyển giao kiến thức theo kiểu giáo huấn.

Quá trình xem xét lại sẽ bao gồm những giai đoạn sau:

- **Chuẩn bị:** Giai đoạn này bao gồm hoạt động xem xét lại chương trình giảng dạy hiện hành ở cấp độ quốc gia, có chú ý đặc biệt đến ngôn ngữ được dùng và cấp hoặc lớp được áp dụng.
- **Xem xét lại nội dung:** Giai đoạn này sẽ có một hội đồng xem xét lại tất cả mọi chỉnh sửa trong chương trình giảng dạy phổ thông hiện đang được tất cả các tổ chức phi chính phủ, các nhóm, các cơ quan Liên hiệp quốc và những cơ quan khác thí điểm hoặc thử nghiệm. Hội đồng sẽ đưa ra khuyến nghị trình Bộ trưởng Bộ Giáo dục cơ bản và Xoá mù chữ về những yếu tố cần được đưa vào ở cấp độ quốc gia.
- **Phê chuẩn:** Bộ trưởng thông qua khuyến nghị của hội đồng, sau khi đã hoàn tất việc làm rõ hoặc điều chỉnh.
- **Triển khai:** Các khoá đào tạo ở cấp quốc gia cho giáo viên được chỉnh sửa để đưa vào chương trình giảng dạy mới. Việc đào tạo theo mô hình thác nước cho những giáo viên đã ở thực địa có thể đã hoặc không diễn ra tại thời điểm này.

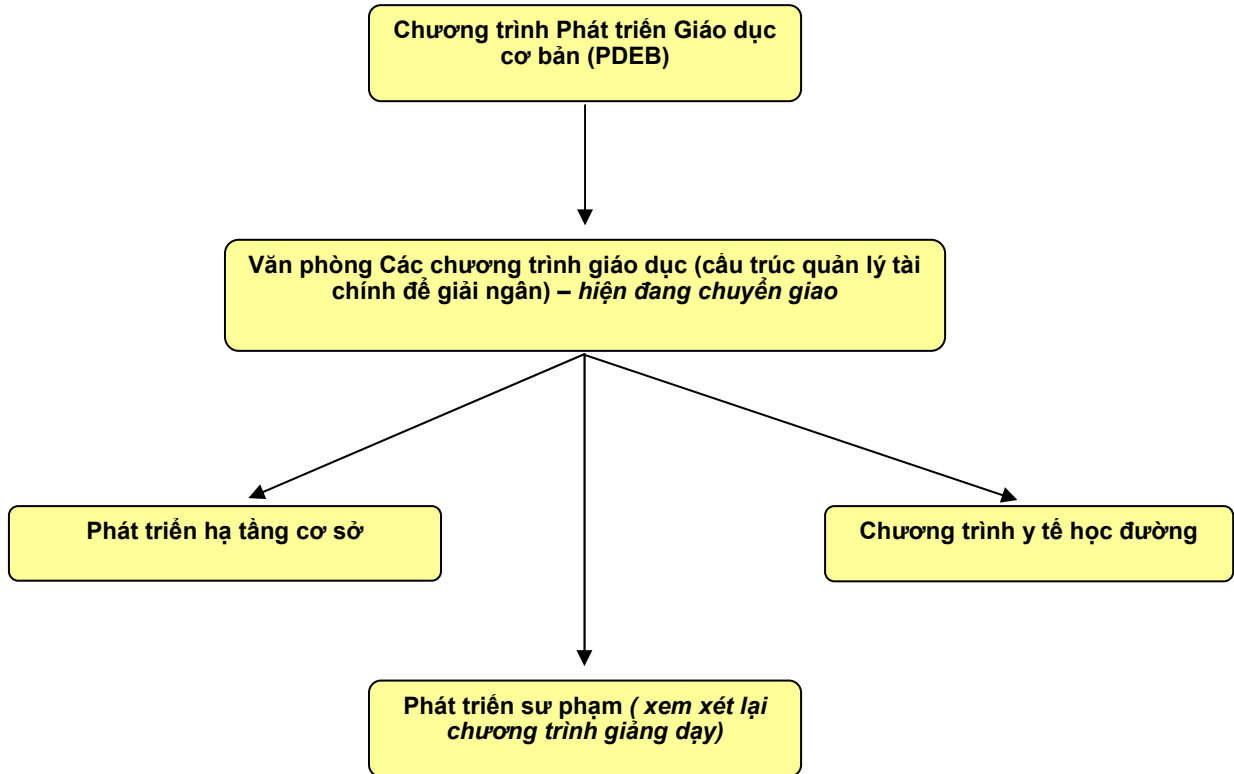
Hình 1: Cấu trúc giáo dục quốc gia ở Burkina Faso



Ở Burkina Faso có cả các cấu trúc giáo dục chính quy lẫn không chính quy. Giáo dục chính quy bao gồm các trường tiểu học truyền thống (trường mẹ - *écoles mères*) và trường vệ tinh (*écoles satellites*) được thiết kế để nâng cao tỷ lệ nhập học, đặc biệt là đối với các em gái, bằng cách bố trí trường ở những vùng trước đây ít được các trường tiểu học truyền thống phục vụ.

Trong hệ thống giáo dục chính quy, giáo viên trường mẹ được đào tạo trong 1 năm và sau đó được chính quyền cử đến khu vực/huyện/trường. Hàng năm chính quyền đều luân chuyển giáo viên trường mẹ, đôi khi cử giáo viên đến những khu vực xa gia đình họ mà ở đó họ không nói được tiếng địa phương. Ngược lại, giáo viên ở các trường vệ tinh là thành viên của những cộng đồng nơi họ làm việc, do các thành viên của cộng đồng chọn ra. Họ được đào tạo tăng cường trong 3 tháng, tập trung vào những kỹ năng thực tiễn. Vì những giáo viên này là thành viên của cộng đồng, nên họ sẽ không bị luân chuyển ra khỏi cộng đồng của mình.

Hình 2: Cấu trúc của Chương trình Giáo dục do Ngân hàng Thế giới tài trợ



Cấu trúc lớp ở Burkina Faso của trường tiểu học bao gồm 3 cấp độ. Học sinh học mỗi lớp mất 2 năm, với tổng số 6 năm tiểu học. Ba cấp độ này gồm *Lớp Dự bị (CP)*, *Lớp sơ học (CE)* và *Lớp nhì (CM)*. Tất cả các trường mẹ đều có đủ cả 3 lớp. Tất cả các trường vệ tinh hiện có các lớp Dự bị và lớp Sơ học, mặc dù một số trường đã bổ sung thêm các lớp Nhì để đáp ứng yêu cầu của cộng đồng. Đối với các trường vệ tinh chưa có lớp Nhì, học sinh phải theo phương án dự lớp Nhì của trường mẹ gần nhất. Trường vệ tinh thường ở cách trường mẹ 4 km.

*Trung tâm Giáo dục cơ bản không chính quy (DEBNF)* là loại cấu trúc giáo dục không chính quy do chính quyền tạo ra năm 1995. Những cấu trúc này chủ yếu phục vụ những học sinh lớn hơn (10-15 tuổi) không đạt đủ điểm thi vào hệ thống giáo dục chính quy, hoặc chưa bao giờ theo học ở cấu trúc giáo dục chính quy. Những kỹ năng trong Trung tâm Giáo dục cơ bản không chính quy tập trung vào dạy đọc và viết cơ bản và kỹ năng thương mại.

## Xác định các bên liên quan chính ở Burkina Faso

HKI đã hoạt động trong lĩnh vực kiểm soát bệnh mắt hột trong nhà trường thông qua dự án do Quỹ Bill & Melinda Gates tài trợ. Từ kinh nghiệm với dự án này, đã thu hút được nhiều nhân vật chủ chốt: các Bộ Y tế (CNLC) và Giáo dục (PDEB, DGEB), TCYTTG và HKI. Những đối tác kỹ thuật then chốt này tập hợp thành Ban điều hành để phát triển và lên kế hoạch 2 hội thảo, KASPI và tuyên truyền vận động, để cuối cùng dẫn đến sự hình thành Ban chỉ đạo quốc gia nhằm định hướng cho Dự án chương trình giảng dạy Hilton. Kinh nghiệm trước đây của dự án do Quỹ Gates tài trợ đem lại cho các đối tác kỹ thuật vị trí vô song nắm bắt được những người thực hiện hiện thời đang làm việc trong các chương trình y tế học đường.

## Hội thảo kỹ thuật ở Burkina Faso

Hội thảo kỹ thuật của các bên liên quan được tổ chức trong những ngày khai mạc dự án. Việc họp mặt này đóng 2 vai trò quan trọng: thứ nhất là giải quyết áp lực giữa các Bộ Y tế và Giáo dục cơ bản liên quan đến việc sở hữu các chương trình y tế học đường và chương trình này một cách cụ thể; thứ hai là chính thức thiết lập Ban chỉ đạo quốc gia để luôn có được sự chỉ đạo liên ngành cho dự án. Thành viên cố định của Ban chỉ đạo dự án Chương trình giảng dạy bao gồm đại diện của các Bộ Y tế, Giáo dục, Nước và Cải thiện điều kiện vệ sinh, đại diện CREPA, Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc và Ủy ban quốc gia phòng chống Mù loà, cũng như đại diện những tổ chức phi chính phủ khác hoạt động trong lĩnh vực y tế học đường, cụ thể là FDC/Cứu trợ Nhi đồng Mỹ và Dịch vụ Cứu trợ Công giáo (CRS).

## Thu hút các bên liên quan ở Burkina Faso

Bệnh mắt hột lưu hành ở tất cả 45 quận huyện của Burkina Faso, tỷ lệ hiện mắc dao động từ 11% đến 46%. Việc bệnh mắt hột là vấn đề y tế công cộng của quốc gia nói lên rằng bệnh mắt hột vượt qua được những ranh giới địa lý mà những chủ đề y tế học đường khác bỏ sót. Tình trạng lưu hành trên toàn quốc này cũng là lý luận mạnh mẽ để tuyên truyền vận động cho một dự án kiểm soát bệnh mắt hột và nó đã được khai thác khi thực hiện những hội thảo tuyên truyền vận động trong những giai đoạn khởi đầu dự án.

## Duy trì ở Burkina Faso

Ban chỉ đạo tiếp tục họp mỗi năm 2 lần trong suốt dự án. Những cuộc họp này phục vụ cho việc cập nhật cho các thành viên thông tin về các hoạt động then chốt, cũng như để đảm bảo sự hỗ trợ cụ thể khi cần. Đã thực hiện nỗ lực để mời 1 thành viên của mỗi Ban chỉ đạo địa phương tham dự mỗi cuộc họp ở cấp quốc gia để có kinh nghiệm trực tiếp từ thực địa.

Ngoài những cuộc họp thường xuyên này, có mời 1 chuyên gia tham gia giai đoạn cuối của dự án đầu tiên để đánh giá tính hiệu quả và hoạt động của Ban chỉ đạo. Việc đánh giá nhằm đảm bảo rằng các thành viên của Ban thấy ý kiến của mình được coi trọng và rằng hoạt động của Ban chỉ đạo là ưu tiên cho những người thực hiện chương trình.

## Quá trình xây dựng chương trình giảng dạy ở Burkina Faso

Trên phạm vi toàn đất nước Burkina Faso, hiện chỉ có 1 chuyên gia về chương trình giảng dạy làm việc tại cơ quan Quản lý nghiên cứu phát triển (DRDP). Chuyên gia này làm quá nhiều việc và thường ít có thời gian và nhiệt tình để dành cho tất cả các đối tác muốn đưa thông điệp vào chương trình giảng dạy tiểu học, đặc biệt là vì đây là một lĩnh vực ngày càng được quan tâm ở Burkina Faso. Chuyên gia đáp ứng nhiệt tình nhất với các dự án có thêm “động viên” như hợp đồng cá nhân với chuyên gia, và việc ông này đang quá tải làm giảm xác suất chú ý đúng mức và đánh giá hết tầm quan trọng của những yếu tố cụ thể trong việc điều chỉnh chương trình giảng dạy.

Sản phẩm được phát triển cho dự án do Quỹ Hilton tài trợ bao gồm:

- *Đề cương thí nghiệm*

Đề cương do nhóm của DRDP xây dựng và trình bày cho Ban chỉ đạo dự án để lấy ý kiến đóng góp, nhận xét và cuối cùng là phê duyệt. Nó được nêu trong Phụ lục A.

- *Hướng dẫn Đào tạo giáo viên*

Tác giả chính của tài liệu hướng dẫn là chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy cũng được mời tham gia phát triển nội dung chương trình giảng dạy. Tài liệu hướng dẫn cũng được chỉnh sửa theo quá trình tương tự như quá trình chỉnh sửa và phê duyệt đề cương – đã được Ban chỉ đạo dự án xem xét lại. Tài liệu hướng dẫn này được nêu trong Phụ lục B.

- *Hướng dẫn về chương trình giảng dạy đã điều chỉnh cho các lớp Dự bị, Sơ học và lớp Nhì*

Như đã nêu ở trên, đã mời chuyên gia phát triển chương trình giảng dạy cho mỗi cấp lớp. Chuyên gia là người duy nhất làm về xây dựng chương trình giảng dạy ở Burkina Faso. Ba tài liệu hướng dẫn được nêu trong các phụ lục C-E.

- *Giáo cụ trực quan cho mỗi lớp*

Giáo cụ trực quan đi kèm với hướng dẫn về chương trình giảng dạy là những loại trước đây đã được phát triển cho dự án y tế học đường và bệnh mắt hột do quỹ Gates tài trợ, tranh do nghệ nhân bản địa thể hiện. Mỗi tranh có kích thước bằng loại giấy chuẩn khổ A4 được dùng ở Burkina Faso. Mỗi giáo viên triển khai chương trình giảng dạy mới được phát một bộ 18 tranh ép plastic. Phiên bản nhỏ hơn được đưa vào Phụ lục F.

- *Bộ dụng cụ xét nghiệm vệ sinh cho mỗi lớp*

Mỗi lớp ở Burkina Faso được cấp một bộ dụng cụ xét nghiệm vệ sinh gồm một xô nhựa, một ấm nhựa và một cốc nhựa để rửa mặt một cách có hệ thống ở trường.

### Lựa chọn vùng thí điểm ở Burkina Faso

2 yếu tố then chốt quan trọng là bàn luận khi quyết định về vùng thí điểm ban đầu ở Burkina Faso: 1) tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột trong khu vực, đặc biệt là ở trẻ em dưới 10 tuổi, và 2) việc HKI có đại diện khu vực và vì thế có thể tạo thuận lợi cho việc tiếp cận thường xuyên và hỗ trợ cho những trường lần đầu tiên triển khai chương trình giảng dạy. 8 trường được chọn cho năm đầu vì lý do chỉ có một chuyên gia sư phạm duy nhất có thể tiến hành giám sát hàng tháng. Tiêu chuẩn chọn trường bao gồm: số lượng tương đương *trường mẹ* và *trường vệ tinh*; khoảng cách từ trung tâm quận huyện (để dễ tiếp cận).

### Tiến hành nghiên cứu ban đầu ở Burkina Faso

Vào thời gian nghiên cứu ban đầu, vẫn còn có sự nhầm lẫn về trách nhiệm hàng đầu đối với dự án giữa các Bộ Y tế và Giáo dục. Bộ Y tế đã khá dè dặt trong việc cho nhân viên (các chuyên gia mắt) dành thời gian tham gia vào nghiên cứu ban đầu. Kết quả là, tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột, mặc dù đã có mặt trong quan niệm và đề cương nghiên cứu, vẫn chưa được giải quyết khi tiến hành nghiên cứu tại thực địa do thiếu nhân lực đã được đào tạo để thực hiện thăm khám. Tuy nhiên, tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột đã được đưa vào nghiên cứu giữa kỳ và sẽ được đưa vào đánh giá cuối kỳ.

### Triển khai ở Burkina Faso

Tháng 5/2004, đánh giá giữa kỳ được tiến hành ở 4 trong số 8 trường dự án sau 3 ½ tháng triển khai. Kết quả của nghiên cứu này là ra được quyết định bắt đầu triển khai ở một tập hợp *trường mẹ* và *trường vệ tinh* thứ hai, trong đó giáo viên sẽ được phổ biến về dự án, mục tiêu của nó cũng như tất cả các tài liệu dự án. Giáo viên sẽ không được đào tạo tập trung về sử dụng chương trình giảng dạy đã điều chỉnh, nhưng được tham dự “buổi định hướng” 1 ngày về tài liệu và các mục tiêu của dự án. Những trường này được gọi là “trường “loại II”” khi 8 trường ban đầu được gọi là “trường “loại I””.

## Tiến lên

HKI, cùng với Dịch vụ Cứu trợ Công giáo và Cứu trợ Nhi đồng/Mỹ (FDC) đã thành lập côngxooxiom được gọi là MEBA's World Bank funded dự án y tế học đường MEBA do Ngân hàng Thế giới tài trợ. Dự án sẽ thúc đẩy "gói thiết yếu" các can thiệp y tế bao gồm bổ sung vitamin A và sắt cũng như điều trị tẩy giun mỗi năm một lần. Mỗi tổ chức phi chính phủ cũng sẽ thực hiện những hoạt động bổ trợ tại vùng triển khai của họ - thiết kế theo cách để sau này được triển khai ở cấp độ quốc gia. HKI có kế hoạch đưa kiểm soát bệnh mắt hột thành hoạt động bổ trợ tại vùng của họ với 2 tỉnh cho năm thứ nhất. HKI cũng đóng vai trò điều phối côngxooxiom. Dự án sẽ bao phủ 25 tỉnh trong năm thứ nhất triển khai, và tất cả 45 tỉnh vào năm thứ 3.

Để triển khai trên diện rộng những thành tựu thu được từ các vùng thí điểm ban đầu của dự án, đã có kế hoạch tích hợp khía cạnh giám sát việc giáo viên lồng ghép những bài học về bệnh mắt hột với các chuyên giám sát thường quy của giám sát viên tuyến huyện. Việc kết hợp này sẽ đảm bảo tính bền vững của hoạt động, góp phần nâng cao chất lượng của giáo viên liên quan đến những bài học về phòng ngừa bệnh mắt hột và đào tạo tập trung vào giám sát viên chứ không phải là giáo viên khi đạt được tiến bộ trong việc chấp nhận chương trình giảng dạy ở cấp độ quốc gia. Do có những thách thức trường diễn về tỷ lệ nhập học, sẽ có những nỗ lực để tăng cường việc sử dụng phương pháp từ trẻ em đến trẻ em trong đó học sinh được hưởng lợi từ những bài học về kiểm soát bệnh mắt hột tích cực truyền tải thông điệp đến những bạn bè không ở trong nhà trường cũng như những thành viên khác của cộng đồng

## Tanzania

### Phân tích tình hình

Tanzania lục địa có lịch sử lâu dài thực hiện các chương trình y tế học đường, với những hoạt động bắt đầu từ năm 1921. Năm 1997, Chương trình y tế học đường quốc gia (TNSHP) đã được phát triển với sự trợ giúp của Chính phủ Ailen. Mục đích của chương trình là phát triển các cấu trúc và hướng dẫn để điều phối ở cấp quốc gia các chương trình y tế học đường tuyến huyện trong công cuộc cải tổ chính quyền đang diễn ra. Một số chính sách và hoạt động đã được triển khai trong khuôn khổ Chương trình y tế học đường quốc gia.

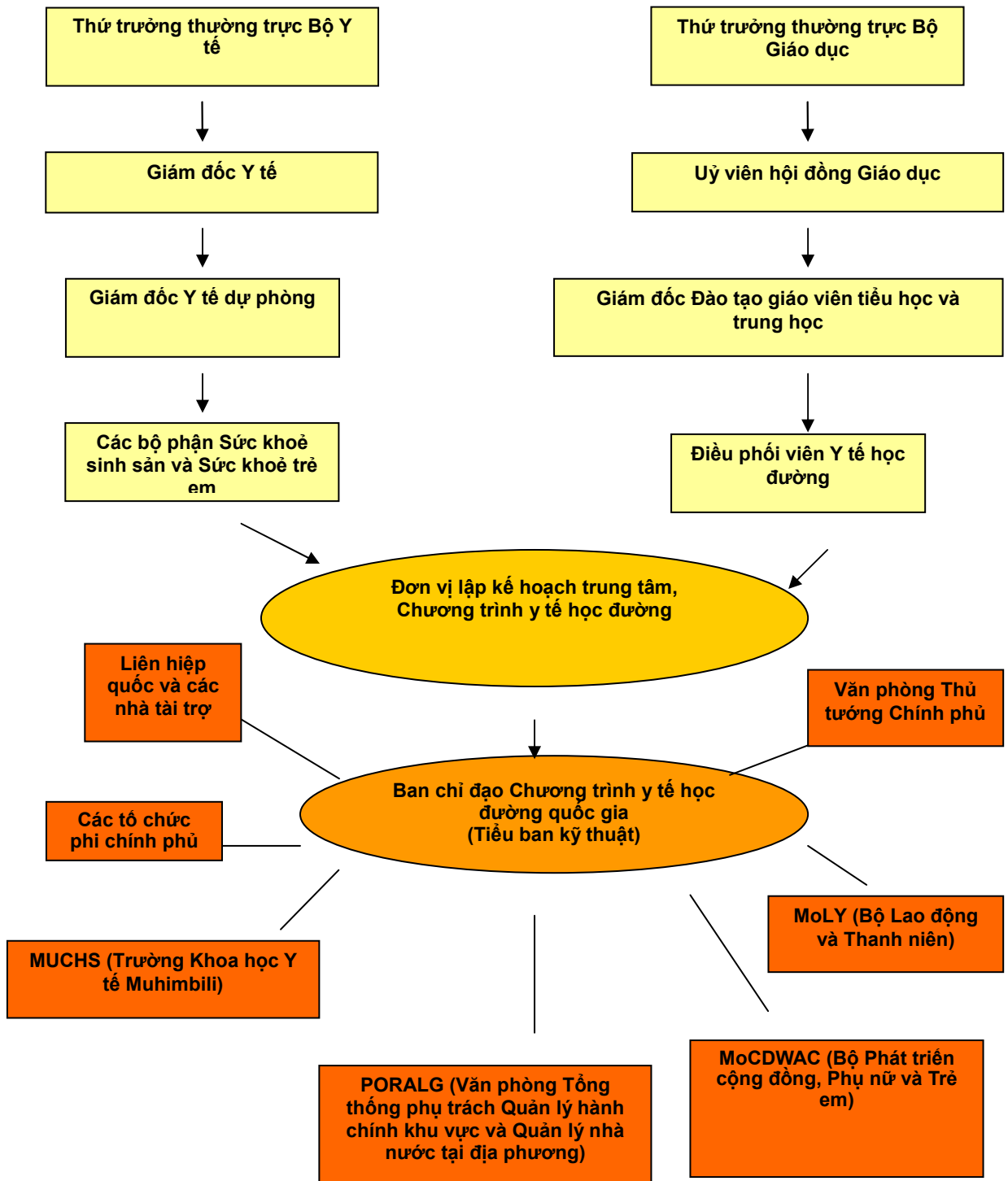
1. Thiết lập được Văn phòng Chương trình y tế học đường quốc gia trong Đơn vị Dịch vụ Sức khoẻ Trẻ em và Sức khoẻ Sinh sản quốc gia tại Bệnh viện quốc gia Muhimbili. Phân công một Điều phối viên y tế học đường quốc gia cho Văn phòng, có trách nhiệm báo cáo Giám đốc Y tế dự phòng, Bộ Y tế. Ngoài ra còn phân công một Điều phối viên y tế học đường của Bộ Giáo dục, chịu sự giám sát của Giám đốc Giáo dục tiểu học.
2. Bố trí Điều phối viên y tế học đường tuyến huyện ở các Phòng Y tế và Giáo dục.
3. Thiết lập Ban chỉ đạo quốc gia để chỉ đạo hoạt động của chương trình y tế học đường. Ngoài ra còn lập ra tiểu ban kỹ thuật để hỗ trợ kỹ thuật cho các hoạt động y tế học đường và dinh dưỡng.
4. Tiến hành một cuộc điều tra quốc gia về sức khoẻ trẻ em trong độ tuổi đi học qua việc phỏng vấn các giáo viên giáo dục sức khoẻ. Kết quả điều tra không hữu hiệu lắm để đánh giá tình trạng sức khoẻ vì chúng dựa trên kiến thức của giáo viên về các bệnh trạng trong cộng đồng của họ.

Tháng 11/2000, đã hình thành Định hướng chính sách Chương trình y tế học đường quốc gia trong đó các Thứ trưởng thường trực của cả Bộ Y tế lẫn Bộ Giáo dục đều đã ký tên. Chính sách có 3 thành phần định hướng cho các hoạt động y tế học đường ở Tanzania — giáo dục sức khoẻ, môi trường học đường lành mạnh và các dịch vụ trong nhà trường.

Đã xác định được rằng Chương trình y tế học đường quốc gia sẽ:

- a. Cung cấp hướng dẫn cho việc triển khai các hoạt động y tế học đường tại các trường trước tiểu học, tiểu học và trung học (nghĩa là sàng lọc, giáo dục sức khoẻ, sơ cứu, cung cấp nước an toàn, cải thiện điều kiện vệ sinh, v.v...)
- b. Điều phối các hoạt động y tế học đường giữa các bên liên quan chính
- c. Tuyên truyền vận động để thúc đẩy các dịch vụ giáo dục và sức khoẻ có chất lượng cho trẻ em trong độ tuổi đi học
- d. Tăng cường năng lực của nhân lực để thiết lập các chương trình y tế học đường hiệu quả trong khuôn khổ cấu trúc chính quyền địa

Hình 3: Cấu trúc Chương trình y tế học đường quốc gia ở Tanzania



Ở Tanzania có 2 cơ quan quản lý chương trình giảng dạy trong nhà trường, thi cử và cấp chứng chỉ. Thứ nhất là Viện Giáo dục Tanzania (TIE) chịu trách nhiệm thiết kế, phát triển, xem xét lại và theo dõi giám sát việc triển khai chương trình giảng dạy trong nhà trường tại tất cả các cấp độ dưới Bộ Giáo dục và Văn hoá. Thứ hai là Hội đồng thi quốc gia Tanzania (NECTA) có nhiệm vụ liên quan đến thi cử và cấp chứng chỉ. Có các kỳ thi tập trung vào cuối các khoá Chuẩn VII, Hình thức 4, Hình thức 6, Đào tạo giáo viên lấy Chứng chỉ và Văn bằng.

Viện Giáo dục Tanzania là một tổ chức trực thuộc Bộ Giáo dục và Văn hoá có trách nhiệm đảm bảo chất lượng giáo dục ở các cấp trước tiểu học, tiểu học, trung học và đào tạo giáo viên. Nó được thiết lập như một tổ chức độc lập năm 1975 sau khi tách khỏi Đại học tổng hợp Dar Salaam.

Vai trò chủ đạo của TIE là thiết kế, xem xét lại, cải cách các chương trình giảng dạy trước tiểu học, tiểu học, trung học, không chính quy, và đào tạo giáo viên trong nước. Viện chịu trách nhiệm về chất lượng của giáo dục ở các cấp đó và cung cấp tư vấn chuyên môn cho Bộ Giáo dục và Văn hoá về những vấn đề này.

Hiện nay Tanzania không triển khai kiểm soát bệnh mắt hột một cách có cấu trúc ở cấp độ quốc gia. Tuy nhiên bệnh mắt hột đã là một phần trong chương trình giảng dạy khoa học xã hội tại các trường trung học. HKI đã triển khai chương trình y tế học đường từ tháng 6/2000. Thông qua chương trình này, HKI áp dụng phương pháp 4 thành phần để thực hiện các chương trình y tế học đường được lên mô hình sau khi Tanzania có chủ trương FRESH (Tập trung Nguồn lực vào Y tế học đường hiệu quả). 4 thành phần bao gồm giáo dục sức khoẻ theo định hướng kỹ năng sống, môi trường học đường thuận lợi để thay đổi hành vi, dịch vụ y tế học đường và tiếp cận cộng đồng bằng cách sử dụng trẻ em làm tác nhân thay đổi. HKI đã thí điểm mô hình đào tạo giáo viên nhiều giai đoạn, bao gồm một phương pháp sư phạm dựa trên việc học qua hành động với trọng tâm là phương pháp kỹ năng sống ở một vài quận huyện miền trung Tanzania.

Ở Tanzania, chương trình giảng dạy về y tế học đường quốc gia ở tiểu học và trung học đã được xem xét lại 3 lần kể từ khi Tanzania giành được độc lập. Lần đầu tiên là năm 1985, lần thứ hai năm 1995, và gần đây nhất là năm 2004-2005 Trong 2 lần đầu, đã có một số thay đổi trong các phần của chương trình giảng dạy dựa trên tính thích hợp đối với môi trường. Năm 2004-05, có sự chuyển đổi lớn để làm cho chương trình trở nên tốt hơn và sử dụng các phương pháp học tập tích cực để giảng dạy thay vì chỉ dùng phân viết và diễn thuyết.

TIE đã trải qua quá trình xem xét lại một cách kỹ lưỡng toàn bộ chương trình giảng dạy, đã có một số thay đổi lớn cho tất cả mọi phần. Chương trình giảng dạy được các bên liên quan chính xem xét lại (thẩm định) vào tháng 3/2005. Hiện tại đang chờ sự phê chuẩn của Thứ trưởng thường trực Bộ Giáo dục và Văn hoá. Hy vọng rằng chương trình giảng dạy mới này sẽ được phê chuẩn vào tháng 1/2006.

## Xác định các bên liên quan chính ở Tanzania

HKI đã tiến hành phân tích tình hình của Chương trình y tế học đường quốc gia ở Tanzania. Đã xác định được các bên liên quan chính, bao gồm Bộ Y tế, Bộ Giáo dục, TIE và Chương trình nhãn khoa quốc gia (NECP). Trong thời gian lập bản đồ, HKI nhận ra rằng Viện Giáo dục Tanzania sẽ là đối tác then chốt trong quá trình này vì nó chịu trách nhiệm xây dựng và xem xét lại chương trình giảng dạy trong nước cho các trường tiểu học. Ngoài việc phát triển chương trình giảng dạy, nó cũng đóng vai trò then chốt trong việc phác thảo các bước tham gia vào thử nghiệm và đưa chương trình giảng dạy vào trong nhà trường.

Ban chỉ đạo dự án trong các cuộc họp theo dõi đã quyết định rằng sẽ không thành lập uỷ ban chính thức của các bên liên quan ở Tanzania vì đã có Ban chỉ đạo Chương trình y tế học đường quốc gia và Đội đặc nhiệm quốc gia về bệnh mắt hột. Một nhóm nhỏ các bên liên quan của 2 diễn đàn này sẽ nhóm họp 6 tháng một lần để xem xét lại tiến độ của dự án chương trình giảng dạy.

## Hội thảo kỹ thuật ở Tanzania

Tháng 8/2003, đã tiến hành hội thảo để phát triển bộ khung chứa đựng những Kiến thức, Thái độ, Kỹ năng, Chính sách và Chỉ số (KASPI) thích hợp về bệnh mắt hột nhằm giúp định hình chương trình giảng dạy. Các bên liên quan chính đã tham dự bao gồm đại diện các Bộ Y tế và Giáo dục, và đại diện các khu vực Singida và Dodoma. Tương tự như Hội thảo kỹ thuật ở Burkina Faso, A (thái độ) và I (chỉ số) được loại khỏi bộ khung. Khái niệm Thái độ tỏ ra quá khó và mất quá nhiều thời gian để làm sáng tỏ, nên không cần phải theo đuổi. Đã đi đến quyết định là Chỉ số và việc theo dõi giám sát chung đối với dự án tốt nhất là giao cho một nhóm nhỏ hơn, như Ban chỉ đạo, để tham dự viên của hội thảo này có thể tập trung vào những kiến thức, kỹ năng và chính sách cần thiết để hỗ trợ nội dung giảng dạy.

## Thu hút các bên liên quan ở Tanzania

Ở Tanzania, đã có nhiều nỗ lực lặp đi lặp lại để tổ chức họp với các bên liên quan, nhưng cuối cùng đã đi đến quyết định là vì TIE, cấu trúc chính quyền chịu trách nhiệm xây dựng và xem xét lại chương trình giảng dạy là nhân vật chính và tham gia vào tất cả mọi khía cạnh của dự án, nên không cần đến hội thảo. Tuy nhiên việc họp ở quy mô nhỏ hơn với các bên liên quan là đối tác then chốt về kiểm soát bệnh mắt hột và y tế học đường vẫn được tiến hành thường xuyên và hỗ trợ cho những vấn đề của dự án.

## Duy trì ở Tanzania

Các buổi họp của Đội đặc nhiệm về bệnh mắt hột tỏ ra là hành động lý tưởng để duy trì sự tham gia của các bên liên quan trong dự án chương trình giảng dạy ở Tanzania. Những cuộc họp định kỳ này tạo ra diễn đàn để những người thực hiện dự án cập nhật cho những người có liên quan trên phạm vi toàn quốc về nỗ lực kiểm soát bệnh mắt hột qua các hoạt động dự án. Ngoài ra, còn có một số cuộc họp nhỏ trong suốt thời gian dự án để cập nhật cho các bên liên quan về việc xây dựng chương trình giảng dạy, phê duyệt chương trình giảng dạy, kết quả thử nghiệm và tiến độ của dự án thí điểm.

## Quá trình xây dựng chương trình giảng dạy ở Tanzania

Helen Keller và Viện Giáo dục Tanzania đã ký thoả thuận chính thức về việc hợp tác phát triển chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột cho các trường tiểu học. Đã thống nhất một số bước để phát triển, thử nghiệm và đào tạo giáo viên sử dụng chương trình giảng dạy. HKI chi trả cho TIE 10% phí tư vấn để phát triển chương trình giảng dạy.

Tháng 6/2004 đã tổ chức hội thảo xây dựng chương trình giảng dạy, trong thời gian đó TIE, cán bộ nhân viên y tế học đường của HKI, thanh tra học đường, thanh tra vùng và điều phối viên chương trình y tế học đường của những khu vực miền trung đất nước tham gia vào việc phát triển chương trình giảng dạy. Khung KASPI đóng vai trò hướng đạo cho nhóm. Để hỗ trợ chương trình giảng dạy, TIE được giao nhiệm vụ phát triển hướng dẫn giáo viên và hướng dẫn học tập ngoài chương trình giảng dạy, giúp tạo thuận lợi cho việc giảng dạy và sử dụng chương trình giảng dạy.

Sản phẩm phát triển cho dự án do Quỹ Hilton tài trợ bao gồm:

- Chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột trong nhà trường, có đề cương khoá học về bệnh mắt hột cho các lớp từ I đến VII và dàn bài cho giáo viên.
- Tài liệu hướng dẫn giáo viên và học sinh về bệnh mắt hột để tạo thuận lợi cho quá trình giảng dạy và học tập, và là định hướng về nguồn lực và kỹ thuật. Có các hướng dẫn riêng biệt cho các lớp từ I đến VII cho cả giáo viên và học sinh. Đã thuê nghệ nhân bản địa vẽ minh họa cho hướng dẫn học sinh.
- Đã phát triển bảng hỏi thử nghiệm và hướng dẫn thảo luận nhóm tập trung để thử nghiệm chương trình giảng dạy và tài liệu hướng dẫn giáo viên và học viên ở huyện Kongwa thuộc vùng Dodoma. Giáo viên ở huyện đã có kinh nghiệm đáng kể để giảng dạy y tế học đường và bệnh mắt hột thông qua chương trình y tế học đường trước đây và đã cung cấp được những phản hồi có giá trị.
- Công cụ theo dõi và giám sát để đánh giá tính hiệu quả của đề cương khoá học và việc trợ giúp giáo viên sử dụng.

## Lựa chọn vùng thí điểm ở Tanzania

TIE và nhóm xây dựng chương trình giảng dạy đã đi đến quyết định là phải thử nghiệm chương trình giảng dạy tại huyện Kongwa, nơi giáo viên đã triển khai chương trình giảng dạy về y tế học đường, để lấy phản hồi của họ về chương trình giảng dạy mới về bệnh mắt hột. Dựa trên phản hồi của giáo viên và thanh tra học đường, đã thực hiện những thay đổi thích hợp cho chương trình giảng dạy.

Đã tổ chức hội thảo phê duyệt chương trình giảng dạy với các bên liên quan chính ở Dar Salaam để lần cuối thông qua những thay đổi. Trong hội thảo này, các thành viên của Ban chỉ đạo dự án đã được mời xem xét lại chương trình giảng dạy và cho phản hồi.

## Tiến hành nghiên cứu ban đầu ở Tanzania

Ban chỉ đạo và TIE đã đi đến quyết định là sẽ thử nghiệm chương trình giảng dạy để nhận định về tính hiệu quả của nó ở 1 huyện của Tanzania. Đã sử dụng một số tiêu chuẩn để lựa chọn huyện — tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột, những can thiệp y tế học đường tối thiểu ở huyện đó, số lượng tương đối ít tổ chức phi chính phủ làm việc ở đó. Huyện Manyoni thuộc vùng Singida ở miền trung đất nước được chọn làm vùng thí điểm. Huyện có tỷ lệ nhập học cao (70%), nhưng là 1 trong số những huyện nghèo nhất nước, có xảy ra nạn đói và hạn hán thường xuyên. Đã tiến hành điều tra tỷ lệ hiện mắc tại 30 trường trong huyện. 20 trường với tỷ lệ hiện mắc bệnh mắt hột cao nhất được chọn ra trong số 30 trường đã điều tra. 20 trường này được phân bổ ngẫu nhiên để tiếp nhận chương trình và làm trường đối chứng. Tại tất cả 20 trường, đã tiến hành điều tra KAP (kiến thức, thái độ và thực hành) với giáo viên và học sinh. Hệ phương pháp dùng để lựa chọn học sinh cho điều tra KAP và thiết kế bảng hỏi được nêu ở các phụ lục. Sẽ tiến hành đánh giá cuối kỳ để đánh giá sự thay đổi về kiến thức và thực hành ở giáo viên và học sinh tại các trường thực hiện chương trình và đối chứng.

## Triển khai ở Tanzania

Ở vùng thí điểm đã chọn, 40 giáo viên được đào tạo về cách sử dụng chương trình giảng dạy mới. Việc đào tạo do TIE tiến hành cùng với các điều phối viên y tế học đường của huyện. Ngoài đào tạo giáo viên, đã tổ chức đào tạo trong 2 ngày cho những thanh tra học đường và điều phối viên phòng giáo dục làm việc trực tiếp và giám sát giáo viên trong huyện.

Sau khi tập huấn, đã phân phát tài liệu hướng dẫn giáo viên và học viên cho 10 trường thí điểm. Tài liệu hướng dẫn học viên được phát cho học sinh theo tỷ lệ 3:1 (3 học sinh / 1 bộ sách) phù hợp với khuyến nghị của TIE và Bộ Giáo dục.

## Tiến lên

Ở Tanzania, việc xác định thời lượng cho dự án chương trình giảng dạy tỏ ra lý tưởng vì dự án diễn ra khi Tanzania đang tiến hành quá trình xem xét lại chương trình giảng dạy tiểu học. Quyết định của TIE xây dựng chương trình giảng dạy tiểu học mới một cách khoa học cũng phù hợp với những nhu cầu của dự án trong việc nhấn mạnh các phương pháp học tập tích cực và kỹ năng sống để thúc đẩy kỹ năng ra quyết định ở học sinh.

Chương trình giảng dạy về bệnh mắt hột đã được phát triển trong dự án này được chấp nhận để đưa vào chương trình giảng dạy tiểu học mới. Việc này tạo ra cơ hội phổ biến nó đến những quận huyện nơi bệnh mắt hột lưu hành theo kế hoạch triển khai chương trình giảng dạy của Bộ Giáo dục và của quận huyện.

HKI sẽ làm việc với Bộ Giáo dục và TIE để hỗ trợ việc triển khai chương trình giảng dạy tiểu học mới ở Tanzania. Sẽ hỗ trợ các vùng về đào tạo tại chức cho giáo viên, trợ giúp và giám sát để địa phương phát triển kế hoạch theo dõi giám sát và đánh giá đảm bảo chất lượng của chương trình giảng dạy mới. Trong trường hợp có thể, sẽ bổ sung việc giảng dạy về bệnh mắt hột trong chương trình giảng dạy mới vào chương trình đào tạo giáo viên trong nước.

# PHẦN III: KASPI

KIẾN THỨC	THÁI ĐỘ	KỸ NĂNG	CHÍNH SÁCH	CHỈ SỐ
<b>Bệnh mắt hột</b> Nó là gì, do cái gì gây ra, và có thể phòng ngừa được và...	Bệnh mắt hột thật khó chịu; bảo vệ	Nhận diện các tình huống nguy cơ	Nhà trường thúc đẩy & bảo vệ mắt và	
<b>Điều trị</b> Chữa được nếu bạn tuân thủ	Điều trị đầy đủ thì tốt & có hiệu quả cho mọi người	Thể hiện: lý lẽ ủng hộ việc điều trị và tầm quan trọng của sự tuân thủ	Điều trị hoặc chuyển tuyến bệnh mắt hột Tuyên truyền vận động cho đào tạo và nguồn lực để chữa trị	Số trường hợp mắc bệnh mắt hột đang gây nhiễm không được chữa trị
<b>Ruồi</b> Ruồi lây lan bệnh Mặt bần hấp dẫn ruồi	Không để ruồi đậu vào mặt	Rửa sạch mặt Rèm cửa sổ	Nhà xí và trường học không có phân / rác	Nhìn chung và trên mặt có ít ruồi hơn (cảm nhận và thực tế)
<b>Khăn mặt</b> Dùng chung khăn mặt làm lây lan bệnh mắt hột Cần phơi khô khăn mặt	Tôi yêu khăn mặt <u>của tôi</u>	Thể hiện lý lẽ ủng hộ a) khăn mặt riêng b) không dùng thứ khác để lau Phát triển cách xác định khăn mặt riêng	Đảm bảo sẵn có khăn mặt Cấm dùng chung khăn mặt	Có và có dùng khăn mặt cá nhân Không dùng chung khăn mặt
<b>Mặt sạch</b> Mặt sạch và tay sạch phòng ngừa bệnh	Mặt bần là không sành điệu, mặt sạch thì sành điệu	Có thể giữ sạch mặt Lập luận để có nước tại nhà trường và ở nhà, rửa mặt,	Nhà trường có sẵn nước hoặc khăn mặt cá nhân	% mặt sạch (không có rỉ mắt, rỉ mũi)

<p><b>Nhà xí</b> Sử dụng nhà xí làm giảm bệnh Thế nào là nhà xí tốt</p>	<p>Đi vệ sinh lung tung là không tốt Nhà xí có thể được</p>	<p>Cách duy trì nhà xí; Lập luận ủng hộ và giải thích lý do và cách thức xây dựng chúng</p>	<p>Các em trai và em gái bảo dưỡng đúng cách Xác định được cá nhân có trách nhiệm Theo dõi giám sát việc sử dụng và khả năng được chấp nhận</p>	<p>Nhà xí: có; có sử dụng chấp nhận được &amp; không có phân rơi vãi</p>
<p><b>Môi trường</b> Môi trường bản thủ thì nguy hiểm Cần làm sạch rác và phân Kiến thức về các phương pháp xử lý an toàn</p>	<p>Tự hào trong môi trường của bạn</p>	<p>Rửa sạch sẽ sau khi đi chợ và chạm vào súc vật Thể hiện lý lẽ ủng hộ việc quản lý rác và phân</p>	<p>Duy trì môi trường sạch sẽ quanh nhà trường Xác định cá nhân có trách nhiệm Quy tắc xử lý an toàn chất thải</p>	<p>Không có phân và rác</p>

## 4 giai đoạn

1) Buổi định hướng. Hướng đến các bên liên quan chính (Ủy ban quốc gia phòng chống Mù loà, giảng viên giáo viên chuyên nghiệp; giáo viên) và quảng bá ý tưởng cho họ. Xác định các nhân vật chủ chốt trong nước (ví dụ cán bộ giáo dục tuyên khu vực hoặc tuyên huyện).

2) Hội thảo xây dựng dự án. Làm việc với giáo viên thông thường để chuẩn bị tư liệu và đào tạo họ phổ biến nó. Điều cốt yếu là a) có các giảng viên chuyên nghiệp (cán bộ Phòng Giáo dục ở Tanzania) và các chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy trong nhóm và b) bắt đầu bằng cách xem xét lại và dựa vào những tài liệu giảng dạy và chính sách hiện hành.

3) Nghiên cứu thí điểm. Các giáo viên mới được đào tạo xúc tiến với việc giảng dạy tài liệu, có các giảng viên chuyên nghiệp và chuyên gia xây dựng chương trình giảng dạy tham gia đánh giá.

4) Thử nghiệm trên quy mô rộng hơn. Quảng bá với các bên liên quan chính.

## Chỉ dẫn cho người đứng đầu:

1. Bắt đầu bằng việc xem xét lại những chính sách và tài liệu hiện hành
2. Động viên giáo viên và nhà trường
3. Đảm bảo khả năng nhân rộng
4. Mời giáo viên chủ nhiệm và nhóm nhỏ ở mỗi trường để tạo ra công chúng phê bình
5. Tiến hành tại địa phương và theo cách rẽ tiền để đảm bảo có giảng viên thực thụ đến dự chứ không phải là các xếp
6. Sử dụng cơ sở của họ, và tạo thuận lợi *cho họ* tổ chức hội thảo
7. Xác định cán bộ chuyên trách quản lý dự án ở mỗi nước
8. Đảm bảo tinh thần làm chủ trong nước

## Lợi ích

Không phải thêm tài liệu giảng dạy  
Đào tạo tối thiểu  
Thời gian học trên lớp ngắn nhất  
Sự trợ giúp trong suốt chương trình giảng dạy  
Vỡ hoang và đi đầu thế giới  
Được cung cấp đủ nguồn lực

## Theo dõi giám sát và Đánh giá Mục đích

Phát triển một mô hình **toàn cầu** để thiết kế và triển khai chương trình giảng dạy dựa vào nhà trường nhằm phòng ngừa **có hiệu quả** bệnh mắt hột.

## Mục tiêu

Bao gồm cả tính hiệu quả và khả năng nhân rộng  
*Tính hiệu quả.* Theo nghĩa quá trình và kết quả.

1. việc giảng dạy được thực hiện
2. trẻ em và giáo viên có hiểu biết về bệnh mắt hột
3. trường học có môi trường sạch sẽ
4. không còn bệnh mắt hột không được chữa trị
5. đảm bảo mức độ sạch sẽ chấp nhận được của mắt
6. nêu bật được những vấn đề về bệnh mắt hột trong cộng đồng rộng hơn

*Khả năng nhân rộng* Để so sánh tác dụng của hệ phương pháp này ở 2 nước được can thiệp và xác định then chốt trong

- a. Tính tương đồng và sự khác biệt
- b. Gợi ý cho việc nhân rộng sang các nước khác

DIY:

Thu hút học sinh tham gia và coi đánh giá là kinh nghiệm học tập

Kết hợp với những chủ đề khác

Chỉ số

Quá trình

Tạo thuận lợi cho việc triển khai

CÂU HỎI	CHỈ SỐ
Nó có được triển khai không?	Việc giảng dạy có diễn ra không?
Nó có được triển khai tốt không?	Việc giảng dạy mang tính tương tác hay giáo huấn
Dễ dàng như thế nào?	Có giáo viên, giảng viên, lãnh đạo Giáo viên thích nó Bộ đồng ý chấp nhận nó
Nhanh chóng ra sao?	Thời gian giữa hội thảo và bài học đầu tiên
Hiệu quả đến đâu?	Tinh thần làm chủ
Hiệu quả kinh tế đến đâu?	Chi phí tính theo trường
Có thể phổ biến rộng hơn ở mỗi nước không? Nếu có, bằng cách nào?	
Có thể phổ biến rộng hơn ở các nước khác không? Nếu có, bằng cách nào?	Các nước khác yêu cầu có nó

PDR, bệnh võng mạc do đái tháo đường tăng sinh nhanh

Hệ thống 4 giai đoạn bao gồm: không, NPDR nhẹ, NPDR trung bình - nặng, bệnh võng mạc do đái tháo đường tăng sinh nhanh

( ) - Ảnh không xếp hạng được

**Hội thảo**  
Ai tham dự?

Cấp cao nhất được thông tin, không nhất thiết phải  
tham gia  
Lên cao đến mức có thể  
Quý Nhi đồng Liên hiệp quốc

**Khuôn khổ**

1. Cơ sở hợp lý / định nghĩa vấn đề
2. Thông tin về bệnh mắt hột
3. Thông tin về dự án
4. Tính hợp lý đằng sau phương pháp học tập này
5. Những nguồn lực hiện có
6. Liên kết giữa hành vi và KASPI
7. Dựa vào đó để phát triển kinh nghiệm học tập  
(có khung mẫu)
8. Dựa vào các chuyên gia xây dựng chương trình  
giảng dạy để hoàn thiện tài liệu

