

Truyền thông dịch bệnh truyền nhiễm từ góc nhìn an ninh phi truyền thống

Ngày nhận bài: 04/08/2026 | Ngày phản biện: 11/08/2026 | Ngày xuất bản: 02/10/2026

Tác giả: Vũ Mạnh Cường (Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe Trung ương)

Tóm tắt: Dịch bệnh truyền nhiễm trước hết là vấn đề y tế công cộng, nhưng khi quy mô lây truyền, mức độ nghiêm trọng hoặc hệ quả xã hội vượt quá khả năng xử lý thông thường của một ngành chuyên môn, nguy cơ dịch bệnh có thể đặt ra yêu cầu quản trị liên ngành và được xem xét trong khung an ninh phi truyền thống. Bài viết phân tích truyền thông dịch bệnh như một bộ phận hỗ trợ quản trị nguy cơ, tập trung vào khả năng cung cấp thông tin chính xác, kịp thời, thống nhất, tiếp nhận phản hồi của công chúng và hỗ trợ hành vi phòng bệnh. Nghiên cứu đối chiếu các kết quả với Nghị quyết số 147/NQ-CP, Kế hoạch số 437/KH-BCA, Quyết định số 1125/QĐ-TTg và Quyết định số 3631/QĐ-BYT để xác định những yêu cầu về cơ chế cung cấp thông tin chính thống, truyền thông nguy cơ, xử lý thông tin sai lệch, phối hợp liên ngành và tổ chức truyền thông phù hợp với từng nhóm nguy cơ dịch bệnh. Các khuyến nghị được giới hạn ở những vấn đề có căn cứ từ dữ liệu khảo sát và các văn bản chính sách nêu trên.

1. Đặt vấn đề

Trong bài viết này, “truyền thông dịch bệnh” được hiểu là quá trình có tổ chức nhằm cung cấp, giải thích và cập nhật thông tin về nguy cơ dịch bệnh; hướng dẫn hành vi phòng bệnh; tiếp nhận phản hồi của công chúng; đồng thời hỗ trợ cơ quan có thẩm quyền điều chỉnh nội dung truyền thông theo diễn biến thực tế. Khái niệm này vượt ra ngoài hoạt động phổ biến kiến thức y tế đơn thuần, nhưng không thay thế các hoạt động chuyên môn như giám sát dịch tễ, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị và kiểm soát dịch.

“An ninh phi truyền thống” trong phạm vi bài viết được hiểu là các nguy cơ phi quân sự có khả năng tác động rộng đến an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đời sống dân cư và phát triển bền vững, qua đó đòi hỏi sự phối hợp của nhiều chủ thể trong phòng ngừa, cảnh báo và ứng phó. Cách tiếp cận này phù hợp với Nghị quyết số 147/NQ-CP ngày 22/5/2025 của Chính phủ về Chiến lược tổng thể quốc gia phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045 (Chính phủ, 2025).

Trên cơ sở đó, Kế hoạch số 437/KH-BCA ngày 21/7/2025 của Bộ Công an cụ thể hóa các nhiệm vụ về cơ chế điều hành, chính sách, pháp luật, tuyên truyền, đào tạo, khoa học - công nghệ, dự báo và xây dựng kịch bản ứng phó. Bộ Y tế được giao nghiên cứu, xây dựng và hướng dẫn triển khai kịch bản ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống trong lĩnh vực y tế. Điều này đặt dịch bệnh và tình huống y tế công cộng trong một hệ thống quản trị nguy cơ có tính liên ngành (Bộ Công an, 2025).

Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 23/6/2026 tiếp tục xác định tuyên truyền, truyền thông là một thành tố của quản trị nguy cơ, yêu cầu bảo đảm thông tin khoa học, kịp thời, chính xác, dễ tiếp cận; phát huy báo chí, nền tảng số, mạng xã hội và hệ thống thông tin cơ sở; đồng thời tăng cường dự báo, cảnh báo và xử lý thông tin sai lệch. Trong lĩnh vực y tế, Bộ Y tế được giao chủ trì truyền thông phòng, chống dịch bệnh, cung cấp khuyến cáo chuyên môn và xây dựng kịch bản truyền thông khi dịch bùng phát (Thủ tướng Chính phủ, 2026). Quyết định số 3631/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 tiếp tục cụ thể hóa trách nhiệm này thông qua các nhiệm vụ về an ninh y tế, truyền thông, chuyển đổi số, xây dựng kịch bản và chuẩn bị nguồn lực (Bộ Y tế, 2025).

Về y tế công cộng, yêu cầu truyền thông khác nhau giữa các nhóm bệnh. Sởi là bệnh có vắc xin phòng ngừa; sốt xuất huyết phụ thuộc vào véc tơ, môi trường và hành vi cộng đồng; Nipah là bệnh mới nổi có nguồn gốc động vật và nguy cơ xâm nhập. Sự khác biệt về đường lây, biện pháp dự phòng và mức độ chắc chắn của thông tin dẫn đến những yêu cầu truyền thông khác nhau.

Từ đó, bài viết tập trung trả lời ba câu hỏi: khi nào dịch bệnh truyền nhiễm cần được xem xét trong khung quản trị an ninh phi truyền thống; các nhóm bệnh khác nhau đặt ra yêu cầu truyền thông như thế nào; và kết quả khảo sát cho thấy những vấn đề nào

cần ưu tiên để nâng cao năng lực truyền thông dịch bệnh tại địa phương.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu tài liệu và phân tích chính sách

Nghiên cứu tài liệu được sử dụng để xác lập cơ sở lý luận về truyền thông nguy cơ, truyền thông trong tình huống y tế công cộng, niềm tin của công chúng, khuếch đại xã hội của nguy cơ và tiếp cận Một sức khỏe. Nguồn tài liệu gồm các công trình khoa học có liên quan trực tiếp, hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và các văn bản chính sách của Việt Nam. Phân tích chính sách tập trung vào Nghị quyết số 147/NQ-CP, Kế hoạch số 437/KH-BCA, Quyết định số 1125/QĐ-TTg và Quyết định số 3631/QĐ-BYT. Đối với từng văn bản, nghiên cứu xác định mục tiêu, nhiệm vụ, chủ thể thực hiện và các yêu cầu liên quan trực tiếp đến cảnh báo, cung cấp thông tin, truyền thông nguy cơ, xử lý thông tin sai lệch và phối hợp liên ngành. Các văn bản này được sử dụng để xác lập bối cảnh thể chế và đối chiếu với dữ liệu thực nghiệm; chúng không được sử dụng thay cho bằng chứng về hành vi công chúng hoặc chất lượng thông điệp truyền thông.

2.2. Phân tích trường hợp

Ba trường hợp được lựa chọn gồm sởi, sốt xuất huyết và Nipah. Việc lựa chọn có chủ đích nhằm so sánh ba nhóm bệnh có đặc điểm khác nhau về biện pháp dự phòng, cơ chế lây truyền, mức độ lưu hành và mức độ bất định của thông tin. Sởi đại diện cho bệnh có vắc xin phòng ngừa nhưng vẫn có nguy cơ tái bùng phát khi còn khoảng trống bảo vệ trong cộng đồng; sốt xuất huyết đại diện cho bệnh lưu hành do véc tơ, đòi hỏi hành vi phòng bệnh lặp lại ở hộ gia đình và cộng đồng; Nipah đại diện cho bệnh mới nổi có nguồn gốc động vật và nguy cơ xâm nhập. Ba trường hợp này được sử dụng để làm rõ yêu cầu truyền thông khác nhau, không nhằm đại diện cho toàn bộ bệnh truyền nhiễm.

2.3. Điều tra xã hội học

Điều tra xã hội học được thực hiện tại Quảng Ninh, Đà Nẵng và Cần Thơ từ ngày 26/2 đến ngày 1/4/2026. Ba địa bàn được lựa chọn có chủ đích để quan sát vấn đề tại ba

khu vực địa lý khác nhau của Việt Nam; Tổng số phiếu thu được là 1.350. Sau khi loại 208 trường hợp thuộc diện khảo sát và làm sạch dữ liệu, 1.142 phiếu hợp lệ được đưa vào phân tích bằng SPSS 26.0. Bài viết sử dụng chủ yếu thống kê mô tả, gồm tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình đối với các chỉ báo về nguồn tiếp nhận thông tin, mức độ tin tưởng, mức độ gặp thông tin sai lệch, tính kịp thời, tính nhất quán, mức độ tương tác và một số phản ứng tự báo cáo liên quan đến thông tin phòng, chống dịch.

2.4. Phỏng vấn sâu và nguyên tắc sử dụng dữ liệu định tính

Nghiên cứu định tính gồm phỏng vấn sâu 33 người, trong đó có 9 người ở tuyến trung ương, 10 người ở tuyến tỉnh, 4 chuyên gia quốc tế, 6 nhà báo và 4 người thuộc nhóm chuyên gia hoặc cán bộ tuyến cơ sở. Dữ liệu định tính được sử dụng để kiểm tra và bổ trợ cho việc diễn giải các vấn đề về cung cấp thông tin, phối hợp, phản hồi và thực tiễn truyền thông.

3. Kết quả và thảo luận

3.1. Dịch bệnh truyền nhiễm trong khung quản trị an ninh phi truyền thống

Dịch bệnh truyền nhiễm có nguồn gốc phi quân sự, nhưng trong những tình huống nhất định có thể gây tác động vượt khỏi phạm vi y tế chuyên ngành. Khi số ca bệnh tăng nhanh, mức độ nghiêm trọng cao, hệ thống y tế chịu áp lực hoặc hoạt động kinh tế - xã hội bị ảnh hưởng trên diện rộng, yêu cầu ứng phó có thể cần đến sự phối hợp giữa nhiều cơ quan và cấp quản lý. Vì vậy, việc xem xét dịch bệnh trong khung an ninh phi truyền thống không có nghĩa là thay đổi bản chất y tế của dịch bệnh, mà nhằm nhận diện điều kiện mà một nguy cơ y tế cần được quản trị bằng cơ chế phối hợp rộng hơn.

Kasperson (1988) chỉ ra rằng tín hiệu nguy cơ không đi trực tiếp từ đánh giá khoa học đến phản ứng của công chúng mà được tiếp nhận và diễn giải qua các cá nhân, tổ chức và thiết chế xã hội. Giá trị của khung khuếch đại xã hội của nguy cơ đối với nghiên cứu này nằm ở việc giải thích vì sao cùng một thông tin y tế có thể tạo ra phản ứng xã hội khác nhau tùy thuộc vào nguồn cung cấp, cách diễn giải và bối cảnh tiếp nhận. Tuy nhiên, khung lý thuyết này không cho phép suy ra rằng mọi biến động thông tin đều dẫn đến khủng hoảng xã hội; mức độ tác động phải được xác định bằng

dữ liệu của từng tình huống cụ thể.

Các văn bản chính sách của Việt Nam cho thấy truyền thông được đặt trong chuỗi phòng ngừa và ứng phó, nhưng không thay thế chức năng chuyên môn y tế. Kế hoạch số 437/KH-BCA yêu cầu triển khai công tác thông tin, tuyên truyền, đào tạo, dự báo và xây dựng kịch bản ứng phó; Quyết định số 1125/QĐ-TTg yêu cầu xây dựng cơ chế truyền thông chủ động, kịp thời, chính xác, tăng cường cảnh báo và xử lý thông tin sai lệch; Quyết định số 3631/QĐ-BYT giao ngành y tế triển khai thông tin, tuyên truyền và xây dựng kịch bản khung ứng phó trong lĩnh vực y tế. Từ các căn cứ này, có thể xác định truyền thông dịch bệnh là một bộ phận hỗ trợ quản trị nguy cơ, trước hết thông qua cung cấp thông tin chính thống, giải thích khuyến cáo chuyên môn, tiếp nhận phản hồi và hỗ trợ hành vi phòng bệnh.

3.2. Yêu cầu truyền thông đối với các nhóm nguy cơ dịch bệnh

3.2.1. Bệnh có vắc xin phòng ngừa

WHO xác định sởi là bệnh có khả năng lây truyền rất mạnh và vắc xin là biện pháp dự phòng chủ yếu (World Health Organization, 2026a). Vì vậy, nội dung truyền thông đối với nhóm bệnh có vắc xin cần làm rõ nguy cơ mắc bệnh, lịch và chỉ định tiêm chủng, tiêm bù đối với những trường hợp chưa được bảo vệ đầy đủ và các hướng dẫn an toàn do cơ quan y tế có thẩm quyền ban hành.

Trong khảo sát, 71,9% người trả lời cho biết đã tiếp nhận thông tin về nhóm bệnh có thể dự phòng bằng vắc xin; 55,0% cho biết đã tiếp nhận nội dung vận động tiêm chủng, trong khi 82,4% tiếp nhận hướng dẫn phòng, chống dịch nói chung. Các tỷ lệ này phản ánh mức độ tiếp nhận của các nhóm nội dung khác nhau. Chúng không cho phép kết luận rằng thông điệp tiêm chủng có chất lượng thấp hơn hoặc việc vận động tiêm chủng kém hiệu quả. Tuy nhiên, việc nội dung vận động tiêm chủng được ghi nhận với tỷ lệ thấp hơn hướng dẫn phòng, chống dịch nói chung cho thấy đây là nhóm nội dung cần tiếp tục được khảo sát về mức độ bao phủ, khả năng tiếp cận và mức độ phù hợp với các nhóm công chúng cụ thể.

3.2.2. Bệnh lưu hành do véc tơ và phụ thuộc hành vi cộng đồng

Sốt xuất huyết là bệnh do vi rút dengue gây ra, lây truyền chủ yếu qua muỗi. WHO nhấn mạnh các biện pháp phòng bệnh liên quan đến kiểm soát véc tơ, phòng muỗi đốt và phát hiện sớm dấu hiệu nặng (World Health Organization, 2025). Do đó, yêu cầu truyền thông không dừng ở cung cấp kiến thức về bệnh mà phải chuyển khuyến cáo chuyên môn thành các hành động cụ thể, có thể thực hiện tại hộ gia đình và cộng đồng.

Kết quả khảo sát cho thấy 84,6% người trả lời đã tiếp nhận thông tin về nhóm bệnh lưu hành phổ biến và bệnh do véc tơ, là tỷ lệ cao nhất trong các nhóm bệnh được hỏi. Kết quả này cho phép nhận định nhóm nội dung trên xuất hiện thường xuyên trong trải nghiệm tiếp nhận của người tham gia khảo sát.

3.2.3. Bệnh mới nổi có nguồn gốc động vật và nguy cơ xâm nhập

Nipah là bệnh do vi rút có nguồn gốc động vật; WHO cho biết vi rút có thể lây từ động vật sang người, qua thực phẩm bị nhiễm và trong một số tình huống có thể lây trực tiếp giữa người với người (World Health Organization, 2025). Đối với nhóm bệnh này, truyền thông phải phân biệt rõ giữa thông tin về nguy cơ và thông tin xác nhận dịch đang xảy ra, nhằm bảo đảm cảnh báo sớm nhưng không tạo ấn tượng sai về tình hình dịch tễ.

Khảo sát ghi nhận 64,3% người trả lời đã tiếp nhận thông tin về các bệnh do vi rút nguy hiểm như Ebola, MERS và đậu mùa khỉ, trong khi 53,2% tiếp nhận thông tin về nhóm bệnh lây truyền từ động vật sang người. Hai chỉ báo đo những nhóm nội dung khác nhau, vì vậy không đủ căn cứ để kết luận về mức độ hiểu biết của công chúng đối với cơ chế lây truyền từ động vật sang người. Tuy nhiên, kết quả cho thấy nội dung về nguồn lây động vật là một phương diện cần được chú ý hơn khi thiết kế truyền thông về bệnh mới nổi.

Cách tiếp cận Một sức khỏe nhấn mạnh mối liên hệ giữa sức khỏe con người, động vật và hệ sinh thái, đồng thời yêu cầu phối hợp giữa các lĩnh vực có liên quan. Đối với truyền thông, giá trị của cách tiếp cận này nằm ở yêu cầu thống nhất nguồn dữ liệu chuyên môn và giải thích rõ cho công chúng sự khác biệt giữa nguy cơ tiềm tàng, ca bệnh nghi ngờ và tình trạng dịch đã được xác nhận.

3.3. Niềm tin vào nguồn thông tin chính thống và mức độ tiếp xúc với thông tin sai lệch

Mức độ tin tưởng đối với thông tin dịch bệnh trong nhóm khảo sát đạt trung bình 4,26/5. Có 51,1% người trả lời ở mức tin tưởng và 39,8% ở mức rất tin tưởng; tổng hai mức đạt 90,9%. Chỉ 2,2% thể hiện không tin tưởng hoặc rất không tin tưởng. Kết quả cho thấy nguồn thông tin y tế chính thống có mức độ tin cậy cao trong nhóm người tham gia khảo sát.

Cùng lúc, 52,8% người trả lời cho biết thường xuyên gặp thông tin sai sự thật về dịch bệnh; 46,4% cho rằng thông tin dịch bệnh có thể khiến họ hoang mang và 37,9% có xu hướng lảng tránh thông tin để giảm căng thẳng. Hai nhóm dữ liệu phản ánh hai hiện tượng khác nhau: mức độ tin tưởng đối với nguồn chính thống và mức độ tiếp xúc với môi trường thông tin đa nguồn. Vì vậy, không nên diễn giải sự cùng tồn tại của hai hiện tượng này như một nghịch lý. Vấn đề cần phân tích là làm thế nào để thông tin chính thống được cung cấp đủ sớm, đủ rõ và có khả năng trả lời những câu hỏi cụ thể của công chúng.

3.4. Các kênh tiếp nhận thông tin dịch bệnh và môi trường truyền thông số

Mạng xã hội là kênh được người tham gia khảo sát lựa chọn nhiều nhất khi tiếp nhận thông tin dịch bệnh, đạt 83,1%. Các kênh khác gồm cán bộ và cơ quan y tế 58,6%, truyền hình 47,3%, báo điện tử 46,4% và website của cơ quan y tế 41,2%. Các tỷ lệ này chỉ phản ánh mức độ sử dụng kênh trong mẫu khảo sát; chúng không tự thân chứng minh chất lượng, độ chính xác hoặc hiệu quả của từng kênh.

Khi đặt tỷ lệ tiếp nhận qua mạng xã hội bên cạnh tỷ lệ 52,8% thường xuyên gặp thông tin sai sự thật, có thể xác định một yêu cầu thực tiễn: nguồn thông tin chính thống cần hiện diện rõ ràng trong môi trường số mà công chúng đang sử dụng. Yêu cầu này phù hợp với Quyết định số 1125/QĐ-TTg, trong đó Thủ tướng Chính phủ yêu cầu phát huy vai trò của báo chí, nền tảng số, mạng xã hội và hệ thống thông tin cơ sở; đồng thời tăng cường khả năng phát hiện, xử lý tin giả và thông tin sai sự thật (Thủ tướng Chính phủ, 2026).

Dữ liệu khảo sát không đo trực tiếp mức độ liên thông về kỹ thuật hoặc tổ chức giữa các kênh. Tuy nhiên, 34,1% người trả lời nhận thấy thông tin giữa các nguồn còn thiếu nhất quán là căn cứ để đặt vấn đề về sự thống nhất của dữ liệu nguồn và thông điệp cốt lõi giữa các kênh.

3.5. Tính kịp thời, tính nhất quán và khả năng tiếp nhận phản hồi

Trong nhóm hạn chế được khảo sát, 34,1% cho rằng thông tin còn thiếu nhất quán giữa các nguồn; 30,8% nhận định thông tin chính thống chưa đủ sức phản bác thông tin sai lệch; 18,6% cho rằng thông tin còn chậm hoặc chưa kịp thời. Bên cạnh đó, 46,6% đánh giá truyền thông còn một chiều, thiếu tương tác và ít quan tâm đến ý kiến người dân; 40,9% cho rằng việc ứng dụng truyền thông số và truyền thông xã hội chưa đáp ứng nhu cầu tiếp cận.

Các kết quả trên cho thấy vấn đề được người tham gia nhận diện không chỉ liên quan đến số lượng thông tin, mà còn liên quan đến tốc độ phản hồi, mức độ thống nhất và khả năng tiếp nhận ý kiến của công chúng. Quyết định số 1125/QĐ-TTg yêu cầu xây dựng cơ chế truyền thông chủ động, kịp thời, chính xác; Kế hoạch số 437/KH-BCA yêu cầu xây dựng cơ chế chia sẻ thông tin cảnh báo sớm và kịp thời cung cấp thông tin chính thống; Quyết định số 3631/QĐ-BYT yêu cầu triển khai công tác thông tin, tuyên truyền và xây dựng kịch bản khung ứng phó trong lĩnh vực y tế. Các yêu cầu này là căn cứ để đề xuất hoàn thiện quy trình cung cấp và cập nhật thông tin, nhưng không phải bằng chứng cho thấy mọi cơ quan hiện nay đều đang phản ứng chậm.

Trong bài viết, “tiếp nhận và phân tích phản hồi của công chúng” được hiểu là việc thu thập có hệ thống các câu hỏi, hiểu sai, tin đồn, mức độ lo ngại và rào cản hành vi để điều chỉnh nội dung truyền thông. Khái niệm này tương ứng với social listening trong tài liệu quốc tế, nhưng bài viết sử dụng thuật ngữ tiếng Việt để bảo đảm rõ nghĩa và tránh cách diễn đạt mang tính khẩu ngữ.

3.6. Từ cung cấp thông tin đến truyền thông hỗ trợ quản trị nguy cơ

Trong các nhóm nội dung được khảo sát, hướng dẫn phòng, chống dịch có tỷ lệ người tiếp nhận cao nhất, đạt 82,4%; tiếp theo là cảnh báo bùng phát dịch 71,0%, diễn biến dịch 60,9%, vệ sinh cá nhân và môi trường 58,3% và vận động tiêm chủng 55,0%.

Thông tin chuyên biệt về từng bệnh đạt 28,2%. Các tỷ lệ này phản ánh mức độ tiếp nhận của từng nhóm nội dung, không cho phép suy trực tiếp về chất lượng hoặc chiều sâu của thông điệp.

Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm nội dung cho thấy khi xây dựng kế hoạch truyền thông cần xác định rõ loại nguy cơ, nhóm công chúng và hành vi cần hỗ trợ. Đối với bệnh có vắc xin, nội dung cần tập trung vào hướng dẫn tiêm chủng và nguồn thông tin chính thức; đối với bệnh lưu hành do véc tơ, nội dung cần gắn với hành vi kiểm soát véc tơ và nhận biết dấu hiệu nặng; đối với bệnh mới nổi, nội dung cần nhấn mạnh nhận biết nguy cơ, nguồn lây và phân biệt giữa cảnh báo nguy cơ với xác nhận dịch. Đây là sự khác biệt về trọng tâm nội dung, không phải ba mô hình truyền thông tách biệt tuyệt đối.

Đối với đánh giá hiệu quả, các chỉ số lượt xem, lượt thích hoặc số lượng tin, bài phản ánh đầu ra truyền thông nhưng không đủ để đo kết quả ở mức nhận thức và hành vi. Trong khảo sát, điểm trung bình của chỉ báo tự báo cáo về thực hiện đầy đủ khuyến cáo đạt 4,23/5; chủ động tìm kiếm thông tin khi có cảnh báo đạt 4,18/5; chia sẻ thông tin chính thống đạt 4,16/5; kiểm chứng thông tin trên mạng xã hội đạt 4,13/5. Các chỉ báo này chỉ phản ánh tự đánh giá của người trả lời, không thay thế dữ liệu hành vi quan sát trực tiếp.

4. Khuyến nghị nâng cao năng lực truyền thông dịch bệnh

4.1. Hoàn thiện quy trình cung cấp, cập nhật và phát ngôn thông tin

Khuyến nghị đầu tiên xuất phát trực tiếp từ ba nhóm dữ liệu: 18,6% người trả lời cho rằng thông tin còn chậm hoặc chưa kịp thời; 34,1% nhận thấy thông tin giữa các nguồn còn thiếu nhất quán; 30,8% cho rằng thông tin chính thống chưa đủ sức phản bác thông tin sai lệch. Ở phương diện chính sách, Quyết định số 1125/QĐ-TTg yêu cầu xây dựng cơ chế truyền thông chủ động, kịp thời, chính xác và giao Bộ Y tế phối hợp xây dựng kịch bản truyền thông, thiết lập cơ chế cung cấp thông tin chính thống. Kế hoạch số 437/KH-BCA cũng yêu cầu cơ chế chia sẻ thông tin cảnh báo sớm giữa lực lượng chức năng và cơ quan truyền thông. Vì vậy, kế hoạch phòng, chống dịch ở từng cấp cần xác định rõ đầu mối dữ liệu, người có thẩm quyền cung cấp thông tin, nguyên tắc xác minh, thời điểm cập nhật và kênh công bố chính thức.

Yêu cầu kịp thời không đồng nghĩa với công bố thông tin khi chưa đủ căn cứ. Quy trình phù hợp cần cho phép công bố những dữ kiện đã được xác minh, đồng thời nêu rõ nội dung đang tiếp tục kiểm tra và thời điểm dự kiến cập nhật. Cách tổ chức này nhằm giảm khoảng trống thông tin nhưng vẫn giữ yêu cầu về độ chính xác và trách nhiệm phát ngôn.

4.2. Xác định nội dung truyền thông theo đặc điểm của từng nhóm nguy cơ

Kết quả nghiên cứu cho thấy nội dung truyền thông phòng, chống dịch bệnh cần được thiết kế theo đặc điểm của từng nhóm nguy cơ, thay vì áp dụng một thông điệp chung cho mọi loại bệnh. Việc xác định trọng tâm truyền thông phải dựa trên đặc điểm dịch tễ, cơ chế lây truyền, biện pháp dự phòng, mức độ phơi nhiễm và nhóm công chúng chịu tác động trực tiếp.

Đối với bệnh có vắc xin phòng ngừa, như sởi, nội dung cần tập trung vào nguy cơ mắc bệnh, lịch tiêm, chỉ định tiêm chủng, tiêm bù và nguồn thông tin chính thức; nhóm công chúng trọng tâm là cha mẹ, người chăm sóc và các đối tượng chưa được bảo vệ đầy đủ. Với bệnh lưu hành do véc tơ, như sốt xuất huyết, truyền thông cần ưu tiên kiểm soát véc tơ, vệ sinh môi trường, phòng muỗi đốt, nhận biết dấu hiệu nặng và hướng dẫn tìm kiếm chăm sóc y tế. Đối với bệnh mới nổi có nguồn gốc động vật, như Nipah, nội dung cần làm rõ nguy cơ, nguồn lây, mức độ xác nhận dịch và kênh thông tin chính thức.

Như vậy, nội dung truyền thông phải được điều chỉnh theo dữ liệu dịch tễ, khuyến cáo chuyên môn và đặc điểm công chúng tại từng thời điểm.

4.3. Thiết lập cơ chế tiếp nhận, phân tích phản hồi của công chúng và xử lý thông tin sai lệch

Tỷ lệ 52,8% người được khảo sát thường xuyên gặp thông tin sai sự thật và 46,6% đánh giá truyền thông còn một chiều là căn cứ để đề xuất tăng cường cơ chế tiếp nhận và phân tích phản hồi của công chúng. Hoạt động này cần tập trung vào các câu hỏi thường gặp, nội dung hiểu sai, tin đồn, mức độ lo ngại và rào cản hành vi của từng nhóm công chúng. Kết quả phân tích phản hồi phải được sử dụng để điều chỉnh nội

dung và lựa chọn kênh truyền thông, thay vì chỉ ghi nhận tương tác trên nền tảng số.

Quyết định số 1125/QĐ-TTg yêu cầu phát hiện, xử lý tin giả và thông tin sai sự thật; đồng thời phát triển truyền thông đa nền tảng và tăng tính tương tác với người dân. Từ yêu cầu đó, việc phản hồi thông tin sai lệch nên được ưu tiên theo mức độ lan truyền và khả năng ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe. Bài viết không đề xuất một cơ chế xử lý pháp lý mới đối với tin sai, mà chỉ đề xuất nguyên tắc tổ chức phản hồi truyền thông dựa trên mức độ tác động.

4.4. Phối hợp các kênh truyền thông trên cơ sở nguồn thông tin chính thống nhất

Kết quả khảo sát cho thấy công chúng tiếp nhận thông tin qua nhiều kênh khác nhau. Vì vậy, giải pháp phù hợp không phải lựa chọn một kênh thay thế các kênh còn lại, mà là bảo đảm các kênh cùng dựa trên nguồn dữ liệu chuyên môn đã được xác minh và thông điệp cốt lõi nhất quán. Quyết định số 1125/QĐ-TTg yêu cầu phát huy vai trò của báo chí, nền tảng số, mạng xã hội và hệ thống thông tin cơ sở; đồng thời giao các cơ quan báo chí tăng cường thông tin chính thống, phối hợp xử lý khủng hoảng truyền thông và phát triển sản phẩm đa nền tảng. Đối với Bộ Y tế, văn bản yêu cầu phối hợp cung cấp thông tin, khuyến cáo chuyên môn và thiết lập cơ chế cung cấp thông tin chính thống.

Trong phạm vi dữ liệu hiện có, bài viết chỉ đề xuất yêu cầu thống nhất nguồn dữ liệu và thông điệp cốt lõi. Mức độ liên thông về công nghệ, quy trình phối hợp giữa từng cơ quan và hiệu quả của từng mô hình phối hợp cần được kiểm chứng bằng nghiên cứu tổ chức và dữ liệu quy trình riêng.

4.5. Hoàn thiện chỉ số đánh giá hiệu quả truyền thông

Đánh giá hiệu quả truyền thông cần phân biệt đầu ra, kết quả và tác động. Số lượng tin, bài, lượt xem hoặc lượt tương tác là chỉ báo đầu ra. Mức độ hiểu đúng, khả năng nhận biết nguồn chính thống và khả năng kiểm chứng thông tin phản ánh kết quả gần. Hành vi phòng bệnh và mức giảm thiểu rủi ro là kết quả ở mức cao hơn và cần dữ liệu quan sát hoặc thiết kế đánh giá riêng. Đối với nghiên cứu tiếp theo, có thể xây dựng các chỉ báo chuyên biệt như mức độ thực hiện tiêm bù ở nhóm mục tiêu đối với sởi;

mức độ duy trì hành vi kiểm soát véc tơ đối với sốt xuất huyết; khả năng nhận biết đúng nguy cơ và nguồn thông tin chính thức đối với bệnh mới nổi. Các chỉ báo này là đề xuất nghiên cứu, chưa phải kết quả đã được đo trong khảo sát hiện tại.

5. Kết luận

Dịch bệnh truyền nhiễm trước hết thuộc lĩnh vực y tế công cộng. Tuy nhiên, khi quy mô lây truyền, mức độ nghiêm trọng hoặc hệ quả xã hội vượt quá khả năng xử lý thông thường của một ngành chuyên môn, việc phòng ngừa và ứng phó có thể đặt ra yêu cầu quản trị liên ngành và được xem xét trong khung an ninh phi truyền thống. Trong mối quan hệ đó, truyền thông dịch bệnh có chức năng hỗ trợ cung cấp thông tin chính thống, giải thích khuyến cáo chuyên môn, cảnh báo nguy cơ, tiếp nhận phản hồi và hỗ trợ hành vi phòng bệnh; truyền thông không thay thế các biện pháp chuyên môn y tế hoặc chức năng bảo đảm an ninh, trật tự.

Khảo sát tại Quảng Ninh, Đà Nẵng và Cần Thơ cho thấy 90,9% người tham gia tin tưởng hoặc rất tin tưởng thông tin y tế chính thống; 52,8% thường xuyên gặp thông tin sai sự thật; 34,1% nhận thấy thông tin giữa các nguồn còn thiếu nhất quán; 30,8% cho rằng thông tin chính thống chưa đủ sức phản bác thông tin sai lệch; 46,6% đánh giá truyền thông còn một chiều; 83,1% tiếp nhận thông tin dịch bệnh qua mạng xã hội. Các kết quả này không cho phép khẳng định quan hệ nhân quả hoặc suy rộng cho toàn bộ dân số Việt Nam, nhưng cho phép xác định những vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu và ưu tiên xử lý gồm tính kịp thời, tính nhất quán, khả năng tiếp nhận phản hồi và sự hiện diện của nguồn thông tin chính thống trong môi trường số.

Nghị quyết số 147/NQ-CP xác lập khuôn khổ chiến lược về phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống; Kế hoạch số 437/KH-BCA cụ thể hóa các nhóm nhiệm vụ triển khai; Quyết định số 1125/QĐ-TTg phê duyệt Đề án tuyên truyền và xác định các yêu cầu về truyền thông chủ động, kịp thời, chính xác, truyền thông số, xử lý thông tin sai lệch và trách nhiệm của Bộ Y tế; Quyết định số 3631/QĐ-BYT cụ thể hóa các nhiệm vụ của ngành y tế về an ninh y tế, kịch bản ứng phó, thông tin tuyên truyền, đào tạo và ứng dụng khoa học - công nghệ. Trên cơ sở đối chiếu, đề xuất hoàn thiện quy trình cung cấp và cập nhật thông tin, xác định nội dung truyền thông theo đặc điểm từng nhóm nguy cơ dịch bệnh, tăng cường tiếp nhận phản hồi của công chúng,

xử lý thông tin sai lệch và phối hợp các kênh trên cơ sở nguồn thông tin chính thức thống nhất. Hiệu quả của các giải pháp cần tiếp tục được kiểm chứng bằng dữ liệu hành vi, dữ liệu quy trình và các nghiên cứu so sánh theo địa bàn hoặc loại bệnh./.

Tài liệu tham khảo

Bộ Công an. (2025). Kế hoạch số 437/KH-BCA ngày 21/7/2025 triển khai Nghị quyết số 147/NQ-CP ngày 22/5/2025 của Chính phủ về Chiến lược tổng thể quốc gia phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống giai đoạn 2025-2030.

Bộ Y tế. (2025). Quyết định số 3631/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 ban hành Kế hoạch triển khai Nghị quyết số 147/NQ-CP ngày 22/5/2025 của Chính phủ về Chiến lược tổng thể quốc gia phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống giai đoạn 2025-2030.

Chính phủ, (2025). Nghị quyết số 147/NQ-CP ngày 22/5/2025 ban hành Chiến lược tổng thể quốc gia phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045.

Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X., & Ratick, S. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x>

Reynolds, B., & Seeger, M. W. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10(1), 43-55. <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>

Thủ tướng Chính phủ. (2026). Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 23/6/2026 phê duyệt Đề án “Tuyên truyền phòng ngừa, ứng phó với các đe dọa an ninh phi truyền thống đến năm 2030, tầm nhìn đến năm 2045”.

World Health Organization. (2017). Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication policy and practice. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208>

World Health Organization. (2025). Dengue. WHO Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

World Health Organization. (2026a). One Health. WHO Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

World Health Organization. (2026b). Measles. WHO Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>

World Health Organization. (2026c). Nipah virus. WHO Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, & World Organisation for Animal Health. (2019). Taking a multisectoral, One Health approach: A tripartite guide to addressing zoonotic diseases in countries. World Health Organization.