

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC

BÙI DUY HÙNG

**ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
PHÒNG CHỐNG DỊCH TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN - 2021

ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC

BÙI DUY HÙNG

**ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH TAY CHÂN MIỆNG
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP
PHÒNG CHỐNG DỊCH TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS NGUYỄN MINH TUẤN

2. PGS.TS HẠC VĂN VINH

THÁI NGUYÊN - 2021

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của tôi. Các số liệu, kết quả được trình bày trong luận án là trung thực và chưa được ai công bố trong bất kỳ công trình khoa học nào. Nếu sai, tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Thái Nguyên, tháng 5 năm 2021

Tác giả luận án

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS Nguyễn Minh Tuấn và PGS.TS Hạc Văn Vinh là những người thầy đã tận tình hướng dẫn và động viên tôi trong suốt quá trình thực hiện luận án.

Tôi xin gửi lời cảm ơn trân trọng tới cơ sở đào tạo Đại học Thái Nguyên, đơn vị đào tạo trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên đã tạo điều kiện để tôi hoàn thành khóa học và trình bày luận án.

Tôi xin gửi lời cảm ơn trân trọng tới Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên và Trung tâm Y tế huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên là hai đơn vị y tế đã tạo điều kiện cung cấp số liệu cũng như phối hợp để tôi tiến hành chương trình can thiệp và hoàn thành luận án.

Tôi xin cảm ơn đến các đồng nghiệp và bạn bè đã động viên, chia sẻ những kinh nghiệm trong quá trình tôi hoàn thành luận án.

Với tình cảm thân thương nhất, tôi xin dành cho những người thân yêu trong gia đình, nơi đã tạo điều kiện tốt nhất, là điểm tựa, nguồn động viên tinh thần giúp tôi thêm nghị lực trong suốt quá trình học tập và thực hiện luận án.

Thái Nguyên, tháng 5 năm 2021

Tác giả luận án

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ATVSTP	An toàn vệ sinh thực phẩm
BC	Biến chứng
BCĐ	Ban chỉ đạo
BTN	Bệnh truyền nhiễm
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKND	Chăm sóc sức khỏe nhân dân
CSYT	Cơ sở y tế
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
DTTS	Dân tộc thiểu số
EV 71	Enterovirus 71
GVMN	Giáo viên mầm non
HQCT	Hiệu quả can thiệp
KAP	Kiến thức, thái độ, thực hành
KCB	Khám chữa bệnh
KSBT	Kiểm soát bệnh tật
NCSK	Nói chuyện sức khỏe
NCST	Người chăm sóc trẻ
NTTCST	Người trực tiếp chăm sóc trẻ
NVYT	Nhân viên y tế
PCD	Phòng chống dịch
RTXP	Rửa tay xà phòng
SR-KST-CT	Sốt rét- Ký sinh trùng- Côn trùng
TCM	Tay chân miệng
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh

TT- GDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTKSBT	Trung tâm kiểm soát bệnh tật
TTYT	Trung tâm y tế
TU	Trung ương
TVSK	Tư vấn sức khỏe
TYT	Trạm y tế
UBND	Ủy ban nhân dân
YTCS	Y tế cơ sở
YTDP	Y tế dự phòng
YTTB	Y tế thôn bản

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN.....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	iii
MỤC LỤC	v
DANH MỤC BẢNG.....	ix
DANH MỤC HỘP	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Đặc điểm chung của bệnh tay chân miệng	3
1.1.1 Khái niệm bệnh tay chân miệng.....	3
1.1.2 Tác nhân gây bệnh tay chân miệng	3
1.1.3 Chẩn đoán bệnh tay chân miệng.....	3
1.1.4 Điều trị bệnh tay chân miệng.....	7
1.1.5 Phòng bệnh và xử lý trường hợp bệnh/ô dịch bệnh	7
1.2. Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng trên Thế giới và tại Việt Nam.....	10
1.2.1 Tình hình dịch bệnh tay chân miệng trên thế giới.....	10
1.2.2 Tình hình dịch bệnh tay chân miệng tại Việt Nam	14
1.2.3 Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự lưu hành dịch bệnh tay chân miệng	17
1.3. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở.....	27
1.3.1 Khái niệm về đáp ứng phòng chống dịch bệnh	27
1.3.2 Khả năng cảnh báo sớm dịch bệnh tay chân miệng.....	28
1.3.3 Hệ thống giám sát, phòng chống dịch tại Việt Nam	29
1.3.4 Hệ thống giám sát dịch bệnh tại tỉnh Thái Nguyên.....	30
1.3.5 Sự tham gia của tuyến y tế cơ sở và cộng đồng trong phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm.....	33
1.4. Một số giải pháp can thiệp phòng chống dịch tay chân miệng.....	34

1.4.1 Một số giải pháp phòng chống dịch bệnh tay chân miệng	34
1.4.2 Hiệu quả một số giải pháp can thiệp	37
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	41
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	41
2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu.....	42
2.2.1 Địa điểm nghiên cứu:	42
2.2.2 Thời gian nghiên cứu:	44
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	44
2.3.1 Thiết kế nghiên cứu:	44
2.3.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả	45
2.3.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp	47
2.3.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính.....	48
2.3.5 Nội dung can thiệp	50
2.3.6 Chỉ tiêu nghiên cứu	53
2.4. Tiêu chuẩn đánh giá.....	55
2.4.1 Phân độ lâm sàng bệnh tay chân miệng.....	55
2.4.2 Phân loại ổ dịch tay chân miệng.....	57
2.4.3 Tiêu chuẩn chấm điểm và phân loại mức độ KAP	57
2.4.4 Tiêu chuẩn chấm điểm và đánh giá bằng bảng kiểm cho nhân viên y tế	58
2.4.5 Kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch.....	58
2.4.6 Sự tham gia của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch.....	58
2.5. Phương pháp thu thập thông tin.....	60
2.5.1 Hồi cứu số liệu sẵn có	60
2.5.2 Phỏng vấn	60
2.5.3 Quan sát:	60
2.5.4 Phỏng vấn sâu	60
2.5.5 Thảo luận nhóm.....	60

2.6. Phương pháp xử lý số liệu:.....	61
2.7. Phương pháp không chế sai số.....	62
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.....	62
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	64
3.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015.....	64
3.2. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên.....	68
3.2.1 <i>Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở.....</i>	<i>68</i>
3.2.2 <i>Sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch bệnh tay chân miệng..</i>	<i>77</i>
3.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh tay chân miệng	83
3.3.1 <i>Nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở.....</i>	<i>85</i>
3.3.2 <i>Cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ.....</i>	<i>92</i>
3.3.3 <i>Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về hiệu quả của chương trình can thiệp....</i>	<i>98</i>
Chương 4. BÀN LUẬN.....	101
4.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015.....	101
4.1.1. <i>Tỷ lệ mắc bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên.....</i>	<i>101</i>
4.1.2. <i>Diễn biến bệnh tay chân miệng tỉnh Thái Nguyên, năm 2011-2015</i>	<i>103</i>
4.2. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên.....	104
4.2.1 <i>Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở.....</i>	<i>104</i>
4.2.2 <i>Sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch tay chân miệng...</i>	<i>112</i>
4.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi người chăm sóc trẻ trong phòng chống tay chân miệng.	124

<i>4.3.1 Nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở.....</i>	125
<i>4.3.2 Cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ</i>	130
<i>4.3.3 Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về chương trình can thiệp</i>	134
<i>4.3.4 Khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động can thiệp</i>	136
4.4. Một số hạn chế của đề tài.....	137
KẾT LUẬN	139
KHUYẾN NGHỊ.....	141
TÀI LIỆU THAM KHẢO	142
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐƯỢC CÔNG BỐ. ...	154
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Số lượng giáo viên mầm non tại các xã nghiên cứu.....	46
Bảng 2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính.....	49
Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh TCM từ năm 2011 - 2015	64
Bảng 3.2. Phân bố ca bệnh trong 5 năm 2011 - 2015 theo tuổi.....	65
Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc TCM năm 2011 - 2015 theo địa dư	66
Bảng 3.4. Phân loại ổ dịch, độ lâm sàng và nơi điều trị tay chân miệng.....	67
Bảng 3.5. Trang thiết bị, hóa chất PCD hiện có tại tuyến YTCS	68
Bảng 3.6. Kinh phí chi cho hoạt động phòng chống dịch TCM.....	69
Bảng 3.7. Đặc điểm nhân khẩu học của NVYT cơ sở	70
Bảng 3.8. Nhân lực và công tác tập huấn của NVYT xã về TCM	71
Bảng 3.9. Một số kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của NVYT xã.....	71
Bảng 3.10. KAP của NVYT về phòng chống TCM.....	72
Bảng 3.11. Đánh giá chung KAP của NVYT xã về phòng chống TCM.....	73
Bảng 3.12. Đánh giá kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã về phòng chống TCM ..	74
Bảng 3.13. Đánh giá kỹ năng khám và xử trí của CBYT xã về TCM.....	74
Bảng 3.14. Đánh giá của CBYT về phối hợp liên ngành trong PCD	78
Bảng 3.15 KAP của GVMN về phòng chống TCM	80
Bảng 3.16. KAP của bà mẹ về phòng chống TCM.....	81
Bảng 3.17. Nội dung các hoạt động can thiệp đã thực hiện trong 18 tháng ...	83
Bảng 3.18. Hiệu quả hoạt động của BCD PCD	85
Bảng 3.19. Đánh giá của CBYT về phối hợp liên ngành tốt sau can thiệp ...	87
Bảng 3.20. Sự thay đổi về KAP của NVYT xã về phòng chống TCM	87
Bảng 3.21. Hiệu quả cải thiện KAP của NVYT xã về phòng chống TCM....	88
Bảng 3.22. Sự thay đổi một số kỹ năng đáp ứng PCD của CBYT xã	89
Bảng 3.23. Sự thay đổi kỹ năng TT- GDSK của NVYT về phòng chống TCM ..	90
Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã.	91

Bảng 3.25. Hiệu quả can thiệp đối với kỹ năng khám, xử trí của CBYT	91
Bảng 3.26. Sự thay đổi kiến thức của NCST về phòng chống TCM.....	92
Bảng 3.27. Sự thay đổi thái độ của NCST về phòng chống TCM.....	93
Bảng 3.28. Sự thay đổi thực hành của NCST trẻ về phòng chống TCM	95
Bảng 3.29. So sánh KAP của NCST giữa xã can thiệp và đối chứng về TCM...	96
Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của NCST về bệnh TCM	97
Bảng 3.31. Số ca mắc tại 4 xã nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	97

DANH MỤC BIỂU ĐỒ, HÌNH

Biểu đồ 1.1 Số mắc TCM tại Singapore giai đoạn 2013 - 2018.....	11
Biểu đồ 1.2 Số mắc TCM tại Trung Quốc giai đoạn 2013 - 2018.....	13
Biểu đồ 1.3. Số mắc TCM tại Việt Nam giai đoạn 2013 - 2018.....	16
Sơ đồ 1.1: Khung lý thuyết nghiên cứu	40
Hình 2.1. Bản đồ hành chính huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên.....	43
Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng.....	45
Biểu đồ 3.1. Phân bố ca bệnh theo tháng trong 5 năm 2011 - 2015	64
Biểu đồ 3.2. Phân bố ca bệnh theo giới trong 5 năm (2011 - 2015).....	65
Hình 3.1. Biểu đồ Venn về vai trò của các tổ chức đối với chương trình phòng chống TCM tại địa bàn 4 xã nghiên cứu.....	77
Biểu đồ 3.3 KAP chung của người chăm sóc trẻ về phòng chống TCM.....	82

DANH MỤC HỘP

Hộp 1. Đánh giá về trang thiết bị cho phòng chống dịch tuyến YTCS	69
Hộp 2. Đánh giá về nguồn kinh phí phục vụ công tác PCD tuyến YTCS.....	70
Hộp 3. Khả năng đáp ứng phòng chống dịch bệnh TCM của NVYT cơ sở... 76	
Hộp 4. Ý kiến về sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch TCM	79
Hộp 5. Sự chấp nhận của cộng đồng đối với chương trình can thiệp.....	98
Hộp 6. Tính bền vững của chương trình can thiệp	99
Hộp 7. Khả năng duy trì và nhân rộng chương trình can thiệp.....	100

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay nhân loại đang phải đối mặt với sự diễn biến phức tạp của các dịch bệnh truyền nhiễm, đặc biệt ở các nước đang phát triển, bao gồm cả dịch bệnh mới xuất hiện cũng như dịch bệnh cũ quay trở lại và các bệnh gây dịch nguy hiểm như: cúm A(H5N1); cúm A(H1N1); HIV/AIDS; Ebola; sốt xuất huyết; tay chân miệng...[13], [59], [76], [101].

Tay chân miệng là một bệnh cấp tính do nhóm Enterovirus gây ra, bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, có khả năng phát triển thành dịch lớn và gây biến chứng nguy hiểm thậm chí dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử lý kịp thời [9], [51], [53], [86]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới: Tay chân miệng đã xảy ra tại nhiều quốc gia, nhưng tập trung chủ yếu và đe dọa sức khỏe trẻ em tại các nước khu vực Châu Á - Thái Bình Dương [102], [112]. Vụ dịch tại Đài Loan năm 1998 được coi là đại dịch với 129.106 trường hợp mắc, 405 trường hợp nặng và 78 trường hợp tử vong [56], [58], [102]. Từ năm 2008 - 2012, ở Trung Quốc đã có 7.200.092 trường hợp mắc với tỷ lệ mắc mới hàng năm là 1,2/1.000 trẻ/năm, tập trung chủ yếu ở trẻ từ 12 - 36 tháng [69], [65]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới thì khu vực Tây Thái Bình Dương, đã xuất hiện những vụ dịch lan rộng ở một số nước Châu Á bao gồm: Úc, Brunei, Trung Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Hàn Quốc, Singapore và Việt Nam [47], [50], [77], [83], [85], [102].

Tại Việt Nam, tay chân miệng đã và đang là vấn đề y tế quan trọng [7]. Theo báo cáo của Bộ Y tế, bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương trong cả nước. Năm 2012 cả nước có trên 153.550 trường hợp mắc, 45 trường hợp tử vong và 3 tháng đầu năm 2013, cả nước ghi nhận hơn 14.260 trường hợp mắc bệnh tại 63/63 tỉnh/thành phố, có 4 trường hợp tử vong [4]. Đến năm 2018 trong tuần 33, tổng cộng 2.378 trường hợp mắc được báo cáo ở 63 tỉnh/ thành, trong đó 961 trường hợp phải nhập viện [103].

Thái Nguyên là một tỉnh miền núi, cửa ngõ giao lưu kinh tế - xã hội giữa vùng trung du miền núi với vùng đồng bằng Bắc Bộ, điều kiện sống, điều kiện vệ sinh và trình độ nhận thức của người dân chưa cao [15]. Đặc biệt là kiến thức phòng bệnh của người chăm sóc trẻ về tay chân miệng còn nhiều

hạn chế. Đây là một trong những điều kiện thuận lợi cho sự bùng phát dịch bệnh và khó khăn cho công tác phòng chống dịch bệnh. Theo Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên, tay chân miệng bùng phát tại Thái Nguyên từ năm 2011 với 236 ca mắc được giám sát [41]. Trong những năm gần đây tại Thái Nguyên tay chân miệng có xu hướng tăng cao trên 9 huyện thành, thì Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc cao nhất trong cả 3 năm (2011, 2012, 2013) [42]. Dịch bệnh gia tăng đồng nghĩa với việc cần một lực lượng y tế dự phòng mạnh. Tuy nhiên công tác phòng chống dịch của Thái Nguyên còn gặp rất nhiều khó khăn, đặc biệt là tại tuyến huyện.

Trước bối cảnh tình hình dịch bệnh tay chân miệng xuất hiện trên quy mô lớn, rất cần có những nghiên cứu khoa học về đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng ở tỉnh Thái Nguyên. Từ đó có thể tìm hiểu những yếu tố ảnh hưởng đến công tác phòng chống dịch, và đưa ra những giải pháp phòng ngừa, ngăn chặn dịch xảy ra trên địa bàn? Đây thực sự là vấn đề có tính cấp thiết và giá trị thực tiễn giúp Ngành Y tế tỉnh Thái Nguyên có cơ sở khoa học chủ động xây dựng kế hoạch phòng chống tay chân miệng. Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: ***“Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng và hiệu quả một số giải pháp can thiệp phòng chống dịch tại tỉnh Thái Nguyên”***

**** Mục tiêu nghiên cứu***

1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015
2. Phân tích đáp ứng phòng chống dịch tay chân miệng của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016.
3. Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh tay chân miệng tại 02 xã của huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016 - 2018

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm chung của bệnh tay chân miệng

1.1.1 Khái niệm bệnh tay chân miệng

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, do các virus thuộc nhóm đường ruột gây ra. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt nhóm dưới 3 tuổi, với các biểu hiện sốt (từ 37,5⁰C), biếng ăn, mệt mỏi, đau họng, loét miệng hoặc bóng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, vùng mông, đầu gối. Các trường hợp có thể nặng và biểu hiện triệu chứng thần kinh như viêm màng não, viêm não hoặc liệt do Enterovirus gây ra. Đặc biệt Enterovirus 71 (EV71) gây những biểu hiện nặng trên lâm sàng và có thể tử vong [10], [22], [66], [90], [97], [104].

1.1.2 Tác nhân gây bệnh tay chân miệng

Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh là Coxsackievirus A16, tuy nhiên nó cũng có thể gây bệnh bởi những tác nhân khác như: Coxsackieviruses A5; A7; A9; A10; B2 và B5 [9], [10]. Các tác nhân nêu trên có diễn biến lâm sàng nhẹ, lành tính, hầu hết điều trị khỏi và có thể hồi phục trong vòng 7 - 10 ngày [5]. Mặc dù vậy bệnh nhân bị nhiễm Coxsackie A16 vẫn có thể bị biến chứng (BC) viêm màng não vô khuẩn nhưng rất hiếm gặp.

TCM do chủng Coxsackievirus A16 thường ở thể nhẹ, ít có BC, TCM do EV71 được quan tâm đặc biệt vì có thể gây bệnh nặng ở trẻ em [9], [10]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, tác nhân gây bệnh là EV71 có liên quan đến các BC về thần kinh, tim mạch và hô hấp, các bệnh nhân có thể chuyển sang diễn biến nặng và rất dễ dẫn đến tử vong [8].

1.1.3 Chẩn đoán bệnh tay chân miệng [10], [60]

Việc chẩn đoán xác định bệnh TCM dựa vào:

* *Triệu chứng lâm sàng*

- Giai đoạn ủ bệnh: 3 - 7 ngày, thường không xuất hiện triệu chứng.

- Giai đoạn khởi phát: Từ 1 - 2 ngày với các triệu chứng (TC) như: sốt nhẹ; mệt mỏi; đau họng; biếng ăn; tiêu chảy vài lần trong ngày.

- Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3 - 10 ngày với TC điển hình.

+ Loét miệng: Vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2 - 3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, họng, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú...

+ Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay; lòng bàn chân; gối; mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) có thể để lại vết thâm.

+ Sốt nhẹ, nôn. (nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng).

+ Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp (nếu có) thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

- Giai đoạn lui bệnh: Từ 3 - 5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng

* Các thể lâm sàng

- Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24 - 48 giờ.

- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

- Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

* Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm cơ bản.

- Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng.

- Xét nghiệm phát hiện virus (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt.

- Chụp cộng hưởng từ não.

* Phân độ bệnh

- Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

- Độ 2: Chia thành độ 2a và độ 2b

+ Độ 2a. Có một trong các dấu hiệu sau: Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám; sốt trên 2 ngày hay sốt trên 39⁰C; nôn; lừ đừ; khó ngủ; quấy khóc vô cớ.

+ Độ 2b. Có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2

- Nhóm 1. Biểu hiện giật mình ghi nhận lúc khám. Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/ 30 phút. Có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau: ngủ gà; mạch nhanh > 150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt); sốt cao $\geq 39^0\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt.

- Nhóm 2. Có các dấu hiệu: run chi; run người; ngồi không vững; đi loạng choạng; rung giật nhãn cầu...yếu chi hoặc liệt chi; liệt thần kinh sọ: nuốt sặc; thay đổi giọng nói.

- Độ 3. Có các dấu hiệu sau: mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt); một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng); vã mồ hôi; lạnh toàn thân hoặc khu trú; huyết áp tăng; thở nhanh; thở bất thường; rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm); tăng trương lực cơ.

- Độ 4: có thể sốc; phù phổi cấp; tím tái, SPO2 $< 92\%$; ngưng thở;...

* *Chẩn đoán*

- Chẩn đoán ca lâm sàng: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- + Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- + Lâm sàng: Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

- Chẩn đoán xác định: Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập xác định có virus gây bệnh.

- Chẩn đoán phân biệt

+ Các bệnh có biểu hiện loét miệng: Viêm loét miệng (áp-tơ): vết loét sâu; có dịch tiết; hay tái phát.

+ Bệnh có phát ban da: Sốt phát ban; dị ứng; viêm da mủ; thủy đậu

+ Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: Mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

+ Sốt xuất huyết Dengue: chấm xuất huyết, xuất huyết niêm mạc.

+ Viêm não - màng não: Do vi khuẩn hoặc virus khác

+ Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

** Biến chứng*

- Biến chứng thần kinh: viêm não; viêm não tủy; viêm màng não...

+ Rung giật cơ từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.

+ Ngủ gà, bứt rứt, chới với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

+ Rung giật nhãn cầu.

+ Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).

+ Liệt dây thần kinh sọ não.

+ Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

+ Tăng trương lực cơ biểu hiện: duỗi cứng mắt não; gồng cứng mắt vỏ.

- Biến chứng tim mạch, hô hấp: viêm cơ tim; phù phổi cấp; trụy mạch...

+ Mạch nhanh > 150 lần/phút.

+ Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân...)

+ Giai đoạn đầu có huyết áp (HA) tăng: HA tâm thu ở trẻ từ 1-2 tuổi ≥ 115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 120 mmHg, giai đoạn sau mạch, HA không đo được.

+ Khó thở: thở nhanh; rút lõm ngực; rít thanh quản; thở không đều.

+ Phù phổi cấp: sùi bọt hồng; Nội khí quản có máu hay bọt hồng.

1.1.4 Điều trị bệnh tay chân miệng

Theo Quyết định số: 1003/QĐ-BYT về việc Ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng [10].

** Nguyên tắc điều trị*

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

** Phân tuyến điều trị*

- Trạm y tế xã và phòng khám tư nhân
- + Khám và điều trị ngoại trú bệnh tay chân miệng độ 1
- + Chuyển tuyến: Đối với bệnh TCM độ 2a trở lên hoặc độ 1 với trẻ dưới 12 tháng hoặc có bệnh phối hợp kèm theo.
- Bệnh viện huyện, bệnh viện tư nhân.
- + Khám, điều trị bệnh tay chân miệng độ 1 và độ 2a.
- + Chuyển tuyến: Đối với độ 2b trở lên hoặc độ 2a có bệnh phối hợp.
- Bệnh viện đa khoa, phòng khám đa khoa, chuyên khoa nhi tuyến tỉnh.
- + Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.
- + Chuyển tuyến: Với độ 3, 4 khi không có đủ điều kiện hồi sức tích cực.
- Bệnh viện Nhi, Truyền nhiễm và các Bệnh viện được Bộ Y tế phân công là bệnh viện tuyến cuối: Khám, điều trị TCM ở tất cả các mức độ bệnh.

1.1.5 Phòng bệnh và xử lý trường hợp bệnh/ổ dịch bệnh

** Phòng bệnh tay chân miệng*

Theo Quyết định số: 1003/QĐ-BYT về việc Ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh TCM [10], Thông tư số: 13/2013/ TT-BYT: Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm [12].

- Nguyên tắc phòng bệnh.
- + Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- + Áp dụng các biện pháp phòng ngừa và phòng ngừa đối với dịch bệnh, chú ý tránh tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.
- Phòng bệnh tại các cơ sở y tế.
- + Cách ly theo nhóm bệnh.
- + Nhân viên y tế: Tiệt trùng trước, trong và sau khi chăm sóc bệnh nhân.
- + Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2% .
- + Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân,...
- Phòng bệnh ở cộng đồng.
- + Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng.
- + Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn.
- + Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn.
- + Cách ly trẻ bệnh tại nhà khi trẻ bị bệnh/khi có ổ dịch.

** Các biện pháp xử lý trường hợp bệnh/ổ dịch bệnh: Phải tiến hành xử lý ngay bệnh/ổ dịch bệnh trong vòng 48 giờ khi phát hiện*

- Các biện pháp chung để xử lý trường hợp bệnh/ổ dịch bệnh
- + Sở y tế tham mưu cho chủ tịch uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực tiếp chỉ đạo, huy động nguồn lực và các ban, ngành, đoàn thể triển khai các biện pháp phòng, chống dịch tại địa phương [39].
- + Quản lý và điều trị bệnh nhân sớm theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh TCM ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30/3/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế để hạn chế tối đa biến chứng nặng và tử vong [10].
- + Tăng cường giám sát, phòng chống bệnh tay chân miệng theo Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24/2/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế [9].
- + Củng cố hệ thống giám sát và báo cáo dịch tại tất cả các tuyến [39].

+ Tuyên truyền tới từng hộ gia đình, đặc biệt người chăm sóc trẻ (NCST), Chính quyền, đoàn thể tại địa phương về các biện pháp phòng chống TCM. Tuyên truyền bằng nhiều hình thức như họp tổ dân phố, tập huấn, hướng dẫn tại chỗ, tờ rơi, phát thanh, truyền hình [2].

+ Tổ chức các đội tự quản tại chỗ (phối hợp ban, ngành, đoàn thể) để hàng ngày kiểm tra, giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch tại từng hộ gia đình, đặc biệt gia đình bệnh nhân và những gia đình có trẻ em dưới 5 tuổi.

- Xử lý bệnh/ổ dịch bệnh tại hộ gia đình và cộng đồng.

+ Phạm vi xử lý: Ca tử phát (tại nhà bệnh nhân); ổ dịch (nhà bệnh nhân và các gia đình có trẻ em trong bán kính 100 mét tính từ nhà bệnh nhân).

- Các biện pháp cụ thể

+ Thực hiện triệt để các biện pháp chung.

+ Nếu bệnh nhân được điều trị tại nhà theo quy định thì phải được cách ly ít nhất 10 ngày kể từ ngày khởi bệnh. Hướng dẫn người nhà theo dõi bệnh nhân, khi thấy có các biểu hiện bất thường phải đến ngay cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời.

+ Đảm bảo có đủ xà phòng rửa tay tại hộ gia đình và ATVSTP.

+ Hướng dẫn hộ gia đình tự theo dõi sức khoẻ các thành viên trong gia đình, đặc biệt trẻ em dưới 5 tuổi, nếu phát hiện các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh phải thông báo ngay cho cơ sở y tế.

+ Khuyến cáo những thành viên trong hộ gia đình bệnh nhân không tiếp xúc, chăm sóc trẻ em khác và không tham gia chế biến, phục vụ các bữa ăn tập thể [105].

- Xử lý tại nhà trẻ, mẫu giáo

+ Thực hiện triệt để các biện pháp chung.

+ Trẻ mắc bệnh không đến lớp ít nhất là 10 ngày kể từ khi khởi bệnh và chỉ đến lớp khi hết loét miệng và các phỏng nước.

+ Đảm bảo có xà phòng rửa tay tại từng lớp học.

+ Thầy cô giáo cần theo dõi tình trạng sức khoẻ của trẻ hàng ngày, khi phát hiện có trẻ nghi ngờ mắc bệnh phải thông báo cho gia đình và CBYT để xử lý kịp thời.

+ Tuỳ tình hình và mức độ nghiêm trọng của dịch, cơ quan y tế địa phương tham mưu cho cấp có thẩm quyền tại địa phương quyết định việc tạm thời đóng cửa lớp học/trường học/nhà trẻ, mẫu giáo.

1.2. Đặc điểm dịch tễ bệnh tay chân miệng trên Thế giới và tại Việt Nam

1.2.1 Tình hình dịch bệnh tay chân miệng trên thế giới

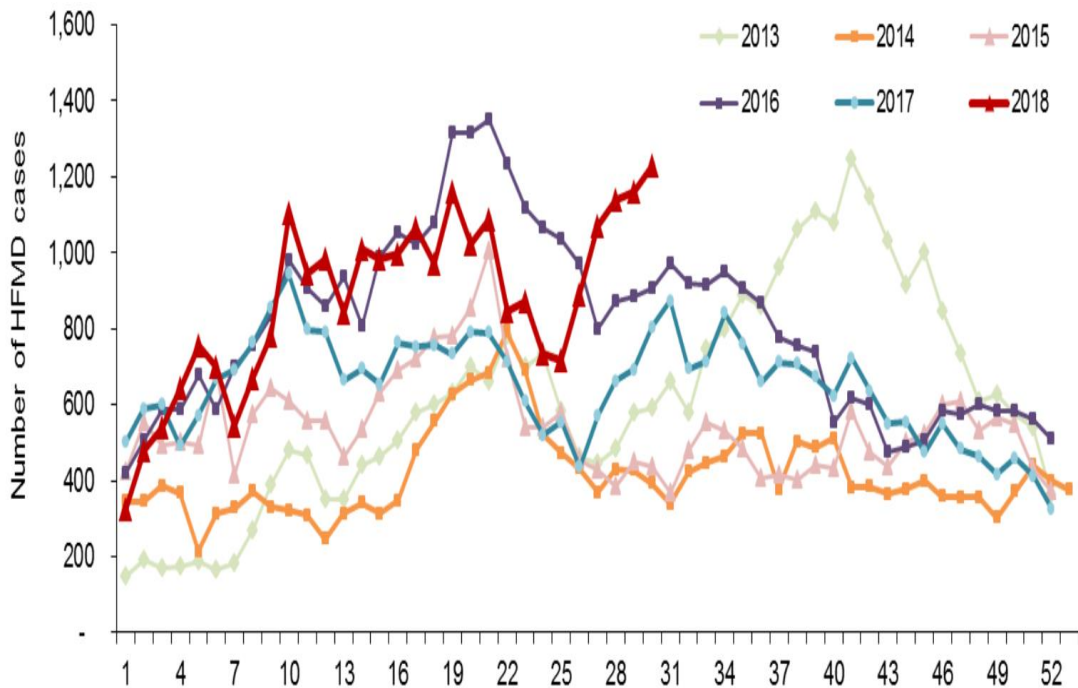
Coxsackie virus lần đầu tiên được phân lập tại thị trấn Coxsackie, New York, năm 1948 bởi G.DallDorf. Enterovirus typ 71 là một trong các virus đường ruột mới cũng gây tay chân miệng. EV71 lần đầu tiên phân lập được ở một trẻ em viêm màng não tại California năm 1969 [27]. Năm 1974 trường hợp này đã được thông báo. Vào những năm sau đó EV71 cũng được phân lập ra ở nhiều nước như Mỹ, Úc, Thụy Điển,... Nguyên nhân phổ biến nhất của TCM là coxsackievirus A16, Enterovirus 71 là nguyên nhân phổ biến đứng hàng thứ 2 gây bệnh TCM [27].

** Khu vực Tây Thái Bình Dương*

Bệnh đã lan rộng ra nhiều quốc gia, bao gồm: Úc; Brunei; Trung Quốc; Nhật Bản; Malaysia; Đông Timor; Hàn Quốc; Đài Loan; Singapore và Việt Nam [18]. Bệnh do các chủng enterovirus khác thường ở thể nhẹ ít có biến chứng, do EV71 nguy hiểm hơn và thường gây các biến chứng thần kinh nặng và có thể dẫn đến tử vong [7]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, tác nhân gây TCM là Enterovirus 71 có liên quan đến các biến chứng về thần kinh. Các biến chứng tim mạch và hô hấp như bệnh nhân chuyển sang diễn biến nặng và rất dễ dẫn đến tử vong [17], [54]. Tỷ lệ mắc bệnh TCM do nhiễm nhóm virus nguy hiểm EV71 đang gia tăng và lây truyền ở nhiều khu vực [18].

Đài Loan 1998 có 129.106 ca TCM, trong đó có 405 (0,3%) trường hợp nặng (hầu hết nhỏ hơn 5 tuổi), có 78 ca nặng tử vong (19,6%), trong số tử vong có đến 71 trẻ (91%) 5 tuổi hoặc nhỏ [102].

Tại Singapore năm 2000: Trong tổng 175 bệnh nhân TCM cho thấy kết quả 138 bệnh nhân (78,8%) là trẻ dưới 4 tuổi, 12 bệnh nhân (6,9%) là trẻ trên 10 tuổi, trong tổng số 175 bệnh nhân, tỷ số theo giới nam/nữ = 1,7/1. Cũng tại Singapore năm 2006 trong 3.000 ca TCM có khoảng 80% số mắc là trẻ dưới 5 tuổi, mặc dù hầu hết người lớn khoẻ mạnh đều có hệ thống miễn dịch chống lại sự xâm nhập của virus, nhưng những người bị suy giảm miễn dịch, người già có hệ miễn dịch yếu vẫn có thể mắc bệnh [49]. Năm 2018 tổng cộng có 26.252 trường hợp đã được báo cáo từ đầu năm. Số lượng các trường hợp được báo cáo đã tăng kể từ tuần 25 và cao hơn số lượng các trường hợp hàng tuần được báo cáo trong cùng khoảng thời gian của năm năm trước [103]

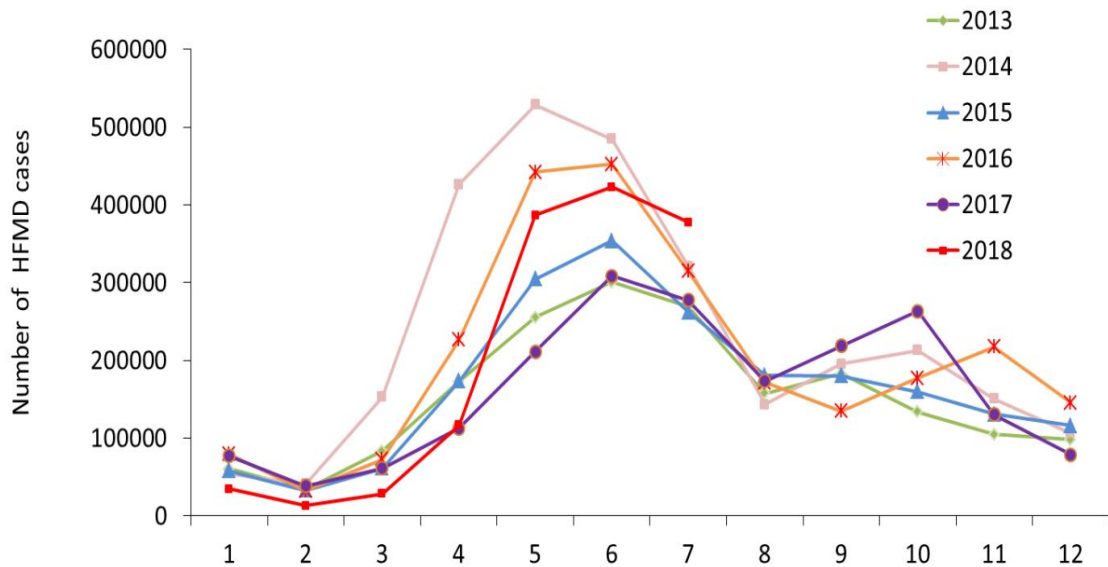


Biểu đồ 1.1 Số mắc TCM tại Singapore giai đoạn 2013 - 2018 [103]

Tại Trung Quốc, trường hợp nhiễm TCM được phát hiện đầu tiên vào năm 1981 tại Thượng Hải. Sau đó dịch đã lan sang các tỉnh thành khác như Bắc Kinh, Quảng Đông. Theo báo cáo tại nước này, từ tháng 05 năm 2008 đến tháng 4 năm 2009 đã ghi nhận 765.220 ca mắc, trong đó 89,1% là trẻ em dưới 5 tuổi, 4067 ca nặng và 205 ca tử vong. Trong số 2,2% số ca mắc được xét nghiệm xác định virus EV71 chiếm 56,1%. Tỷ lệ dương tính với EV 71 lần lượt là 52,6%, 83,5% và 96,1% trong số các ca nhẹ, nặng và tử vong. Năm 2010 một ổ dịch xảy ra ở miền nam Trung Quốc tại khu tự trị tỉnh Quảng Tây cũng như Quảng Đông, Hà Nam, Hà Bắc và Sơn Đông. Cho đến tháng 3 có 70.756 trẻ em bị mắc bệnh, 40 người chết vì căn bệnh này [18], [111].

Nghiên cứu của Wang và cộng sự mô tả dịch TCM tại tỉnh Sơn Đông Trung Quốc trong giai đoạn 2009- 2016, kết quả cho thấy trong giai đoạn 2009- 2016 từ các trường hợp có TC (n = 839,483), có hơn 370.000 trường hợp mắc TCM kể từ năm 2013. Tình hình TCM vẫn ở mức cao và tiếp tục gây ra dịch bệnh hàng năm ở tỉnh Sơn Đông từ năm 2013 trở đi. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh ở khu vực thành thị cao hơn đáng kể so với ở khu vực nông thôn, nhưng không có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn đáng kể ở các khu vực đô thị. Hơn nữa, 17 thành phố của tỉnh Sơn Đông có thể được phân loại thành ba nhóm dịch tễ học khác nhau theo các thời điểm cao điểm khác nhau từ phía Tây Nam đến vùng Đông Bắc. Nghiên cứu này làm sáng tỏ các đặc điểm dịch tễ học mới nhất của TCM ở tỉnh Sơn Đông đã chứng minh hữu ích cho việc phòng ngừa và kiểm soát bệnh ở Sơn Đông và các nơi khác [96].

Từ ngày 1 đến 31/7/ 2018, tổng cộng 377. 629 ca mắc TCM và 4 trường hợp tử vong đã được báo cáo tại Trung Quốc. Đây là mức tăng 27% so với cùng kỳ năm 2017, nhưng phù hợp với xu hướng theo mùa, như đã thấy từ 2013 đến 2015 [103].



Biểu đồ 1.2 Số mắc TCM tại Trung Quốc giai đoạn 2013 - 2018 [103]

Năm 2003 tại các tỉnh phía Tây Bengal, Ấn Độ đã xảy ra vụ dịch TCM và thống kê của Nilendu Sarma có 38 trẻ nhập viện [88]. Nhiều đợt dịch lớn cũng được đưa tin ở Singapore (hơn 2.600 ca vào ngày 20 tháng 4 năm 2008), Việt Nam (2.300 trường hợp, 11 ca tử vong), Mông Cổ (1.600 trường hợp), và Brunei (1.053 trường hợp từ tháng 6 đến tháng 8/2008), Trung Quốc. Liên tục trong các năm từ 2010 - 2013 dịch bệnh xảy ra ở nhiều quốc gia như: Việt Nam, Campuchia... Khiến cho hàng triệu người mắc bệnh và hàng nghìn trường hợp tử vong gây thiệt hại to lớn về kinh tế xã hội [18].

Nghiên cứu của Upala và cộng sự năm 2017 trên bệnh nhân mắc TCM tại miền Bắc Thái Lan cho thấy tổng cộng có 8.261 trường hợp được phân tích trong nghiên cứu, trong đó: 56,0% là nam giới, 97,5% tuổi dưới 6 tuổi, 82,6% là trường hợp bệnh nhân ngoại trú, 75,5% được báo cáo trong mùa mưa và 43,2% là từ tỉnh Chiang Mai. Số lượng các trường hợp bệnh nhi mắc TCM có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với nhiệt độ, áp suất không khí, độ ẩm tương đối và lượng mưa. Hầu hết các trường hợp đã được báo cáo ở các khu vực biên giới: Thái Lan - Myanmar và Thái Lan - Lào [95].

** Tình hình bệnh tay chân miệng tại một số khu vực khác trên Thế giới*

Ít có số liệu về dịch tễ học về TCM tại các nước khác ngoài Tây Thái Bình Dương. Ở Hà Lan, chỉ những ca TCM do EV71 nặng nhập viện mới được báo cáo trong hệ thống giám sát địa phương. Sau 21 năm có dịch lẻ tẻ kể từ năm 1963, trong năm 2007 đã có 58 trường hợp nhiễm EV71 được nhập viện. Tại Anh, có bằng chứng EV71 lưu hành liên tục với virus này được phân lập hàng năm từ 1998 đến 2006, trừ năm 2003. Trong vòng 8 năm có 32 bệnh nhân nhiễm EV71 có biểu hiện bệnh lý thần kinh hoặc biểu hiện ngoài da, trong số đó 1 trường hợp tử vong do viêm não [18].

Một nghiên cứu dọc ở Na Uy thực hiện từ tháng 9 - 2001 đến tháng 11-2003 cho thấy EV71 lưu hành không biểu hiện TC. 113 trẻ ba tháng tuổi khỏe mạnh tham gia vào nghiên cứu được xét nghiệm phân và theo dõi lâm sàng cho tới 28 tháng tuổi. Tỷ lệ EV71 trong phân cho thấy virus này lưu hành trên diện rộng từ tháng 10 - 2002 đến tháng 10 - 2003. Tuy nhiên, báo cáo của hệ thống giám sát cho thấy số lượng các ca nhập viện do viêm não, TCM không tăng trong khoảng thời gian trên [102].

Trong năm 2011, trên Thế giới tiếp tục xảy ra nhiều vụ dịch TCM: Ngày 10 tháng 05 tại Tây Ban Nha, một đợt bùng phát TCM đã được ghi nhận tại một trung tâm giữ trẻ ở thành phố Irun trong Basque Country. Từ tháng 04 đến tháng 12, có tổng cộng 99 ca mắc được ghi nhận, 53 bệnh nhân là trẻ trai, 25 ca xảy ra ở trung tâm giữ trẻ, trước ngày 13 tháng 5, và 74 ca ở cộng đồng xảy ra vào những ngày sau đó. Tất cả các ca đều là trẻ em dưới 4 tuổi. Trong 49 mẫu bệnh phẩm được xác định virus, Coxsackievirus A6 (CA6) chiếm 90% và Coxsackievirus A10 (CA10) chiếm 7% [79].

1.2.2 Tình hình dịch bệnh tay chân miệng tại Việt Nam

Tại Việt Nam, TCM được ghi nhận từ 2003 ở TPHCM. Năm 2005, nghiên cứu hợp tác giữa Bệnh viện Nhi Đồng 1 - Viện Pasteur TPHCM - Đại học Sarawak - Bệnh viện Sibul (Malaysia) và Đại học Sydney (Úc) cho thấy, trong số

764 người được chẩn đoán mắc TCM, có tới 411 trường hợp phân lập được tác nhân gây bệnh là virus (53,8%). Bao gồm: 216 ca do Coxsackievirus A16 (52,6%); 173 ca EV 71(42,1%) và 22 ca virus đường ruột khác (5,3%) [30], [81]. TCM có thể xảy ra các lứa tuổi, tuy nhiên thường xảy ra ở trẻ dưới 10 tuổi, cao nhất ở trẻ 1- 2 tuổi, theo số liệu thống kê của Bệnh Viện Nhi Đồng 1, TPHCM năm 2005 trẻ 1- 2 tuổi chiếm 71,5% [45].

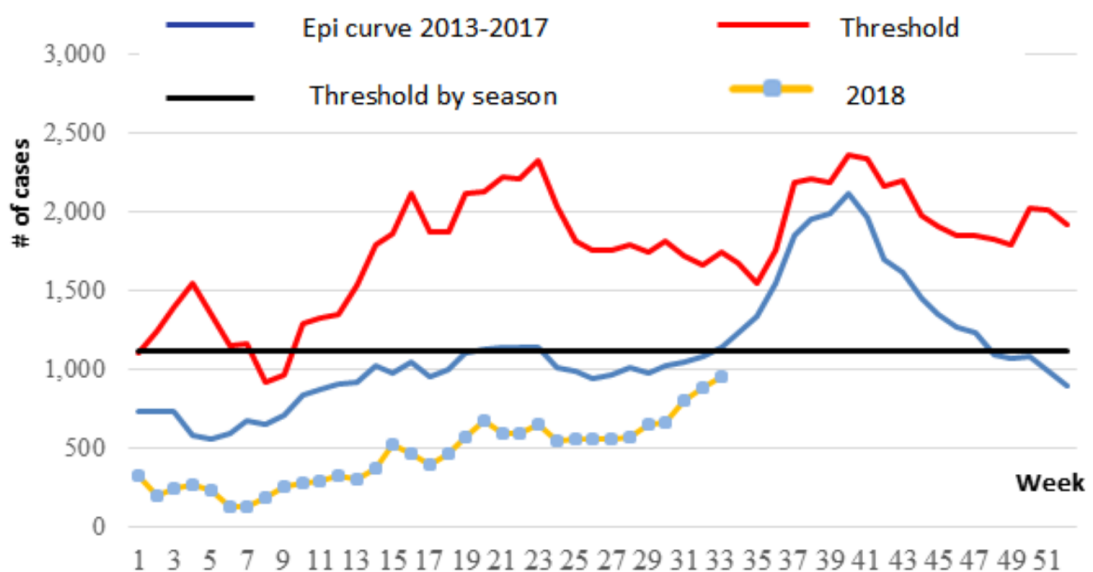
Trong các năm từ 2008 - 2010 mỗi năm phía Nam ghi nhận khoảng 10.000 ca. Bệnh TCM chính thức được đưa vào hệ thống báo cáo thường quy của Bộ Y tế (BYT) từ 2011. Theo báo cáo của Cục Y tế dự phòng, BYT năm 2011 cả nước ghi nhận 112.370 ca mắc tại 63 tỉnh /thành, số tử vong là 169 ca. Phía Nam chiếm 60% số mắc và 85,8% số ca tử vong của cả nước, theo thống kê số liệu TCM tính đến tuần 37 của năm 2011, trường hợp tử vong ở nam giới chiếm 71,3%, trẻ dưới 3 tuổi 79,6% [30].

Nghiên cứu của Trần Như Dương và cộng sự, toàn bộ ca TCM theo đúng định nghĩa ca bệnh của BYT ghi nhận trong hệ thống giám sát thường xuyên năm 2011 của khu vực miền Bắc đều được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy đã ghi nhận 20.529 trường hợp mắc với 3 ca tử vong. Bệnh xuất hiện ở tất cả các tỉnh, thành phố miền Bắc, trong đó Hải Phòng, Thanh Hóa, Hà Nội...là những tỉnh, thành phố có số mắc cao nhất với trên 1.000 trường hợp/tỉnh [19]. Trường hợp mắc bệnh xuất hiện ở nhiều nhóm tuổi nhưng tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 5, trong đó nhóm tuổi 1- 4 có tỷ lệ mắc cao nhất (chiếm 82,5%). Bệnh phân bố ở cả 2 giới: nam 59 %; nữ 41 %.

Nghiên cứu của Đinh Thị Bích Loan và cộng sự cho thấy trong 71 ca TCM thì giới nam chiếm 67,6% [33]. Bệnh chủ yếu là ở thể nhẹ (độ 1 và 2a), trong đó phân độ 1 chiếm đa số (89,5%); phân độ 2a chiếm (9,8%). Tác nhân gây bệnh được phát hiện gồm EV71 chiếm 41%; tác nhân CA16 và CA6 chiếm tỉ lệ lần lượt là 5% và 4%; các virus đường ruột chưa phân loại chiếm 50% [19], [29], [35].

Trong năm 2012 cả nước có trên 153.550 trường hợp mắc, 45 ca tử vong, trong đó: Miền Bắc 44.185 ca mắc (tỷ lệ mắc 111,0/100.00 dân); Miền Trung 17.889 ca (tỷ lệ mắc 151,9/100.00 dân); Miền Nam 88.294 ca (tỷ lệ mắc 261,1/100.00 dân); Tây Nguyên 7.286 ca (tỷ lệ mắc 177,9/100.00 dân). Ba tháng đầu năm 2013, cả nước có 14.260 người mắc bệnh, 4 người tử vong do TCM [4].

Báo cáo của WHO năm 2018 cho thấy trong tuần 33, tổng cộng 2378 trường hợp mắc TCM và không có ca tử vong được báo cáo ở 63 tỉnh/thành tại Việt Nam, trong đó 961 trường hợp phải nhập viện (Biểu đồ 1.3). Tình hình này phù hợp với xu hướng theo mùa của cùng kỳ năm 2014 - 2017. Tích lũy có 32.956 trường hợp TCM được báo cáo năm 2018, trong đó có 17.169 ca nhập viện, không có ca tử vong [103]



Biểu đồ 1.3. Số mắc TCM tại Việt Nam giai đoạn 2013 - 2018 [103]

Tại Thái Nguyên theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, từ tháng 7 năm 2011 đến hết tháng 12/2011 toàn tỉnh Thái Nguyên có 236 ca mắc TCM được giám sát. Bệnh nhanh chóng lây lan ra cộng đồng, năm 2012 trên địa bàn tỉnh ghi nhận 647 ca lâm sàng, năm 2013 ghi nhận 396 ca lâm sàng. Dịch bệnh xuất hiện ở hầu hết các xã/phường của 9/9 huyện thành trong đó có nhiều ổ dịch với hàng chục ca mắc bệnh tại các trường mầm non, nhà

trẻ, hàng trăm trường hợp được khám và điều trị tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên không có trường hợp nào tử vong. Trong năm 2011-2013 khu vực có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là: huyện Đại Từ; huyện Phú Lương. Khu vực có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là: huyện Đồng Hỷ; huyện Định Hóa [42].

Năm 2014 - 2015 dịch TCM tiếp tục diễn biến phức tạp trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên và đã được thống kê theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh [43]. Trong năm 2018, tỉnh Thái Nguyên có 305 ca mắc bệnh TCM được báo cáo trong đó thành phố Thái Nguyên có số ca mắc cao nhất với 86 trường hợp [44]. Điều này cho thấy nhu cầu cần tiếp tục nghiên cứu về tình hình và diễn biến dịch TCM tại địa bàn tỉnh Thái Nguyên.

Tổng quan tài liệu cho thấy bệnh TCM phân bố khắp toàn cầu, nhưng khu vực bị ảnh hưởng nhiều nhất là khu vực Đông Á (Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc...) và Đông Nam Á (Việt Nam, Malayxia, Singapore...). TCM có xu hướng gia tăng và duy trì ở mức cao trong những năm gần đây. Bệnh xảy ra chủ yếu ở trẻ em < 5 tuổi, tỷ lệ từ 85% đến 96% trong các vụ dịch. Trong số những trẻ mắc TCM, trẻ trai thường chiếm ưu thế. Giống như các enterovirus khác, mô hình gây bệnh của EV71 theo mùa rõ rệt và thay đổi theo khu vực địa lý. Tình hình bệnh TCM trên Thế giới và ở Việt Nam nói chung cũng như Thái Nguyên nói riêng vẫn có xu hướng diễn biến phức tạp.

1.2.3 Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự lưu hành dịch bệnh tay chân miệng

**** Tuổi***

Nghiên cứu bệnh chứng được thực hiện bởi Inta và cộng sự năm 2017 trên 380 trẻ em, kết quả cho thấy tuổi là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh TCM, trẻ dưới 2 tuổi có nguy cơ mắc TCM cao hơn gấp 6,35 lần so với trẻ lớn hơn 5 tuổi [70]. Năm 2014, Fang và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp (Meta - Analysis) trên 19 nghiên cứu khác nhau trong lĩnh vực TCM. Kết quả cho thấy tuổi là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng bệnh diễn biến trầm trọng [64]. Nghiên cứu của Li và cộng sự năm 2014 cho thấy bệnh

nhi dưới 4 tuổi có nguy cơ diễn biến trầm trọng với $p < 0,001$ [74]. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Koh và cộng sự năm 2016 cho thấy trung bình 82,6% tất cả các trường hợp xuất hiện TCM ở Châu Á ở lứa tuổi dưới 6 tuổi [73], điều này cho thấy vai trò của độ tuổi trong lưu hành dịch TCM. Kết quả tương tự cũng được Zheng và cộng sự khẳng định trong một nghiên cứu về yếu tố nguy cơ TCM diễn biến trầm trọng hoặc tử vong vào năm 2017, kết quả chỉ ra rằng độ tuổi bệnh nhi tử vong do TCM $2,04 \pm 1,5$ trong khi đó độ tuổi trung bình của bệnh nhi mắc TCM có kết quả điều trị tốt $2,52 \pm 2,3$ với $p > 0,05$ [112].

Tuy nhiên, năm 2010 Suzuki và cộng sự tiến hành nghiên cứu 2000 trường hợp mắc TCM nhằm xác định các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh diễn biến trầm trọng. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi giữa hai nhóm bệnh diễn biến trầm trọng và không trầm trọng [93].

** Giới tính*

Năm 2014, Fang và cộng sự thực hiện phân tích tổng hợp (Meta-Analysis) trên 19 nghiên cứu khác nhau trong lĩnh vực TCM. Kết quả này cho thấy, giới tính nam (OR = 1,06, 95% CI: 0.91-1.24) là yếu tố nguy cơ đối với mức độ trầm trọng của bệnh nhi TCM [64]. Nghiên cứu của Zheng và cộng sự 2017 cho thấy giới nữ là yếu tố nguy cơ dẫn đến tử vong đối với bệnh nhi mắc TCM nặng với OR = 17,38 (CI: 4,57 - 66,12); $p < 0,01$ [112]. Nghiên cứu tổng quan hệ thống (Systematic review) về dịch tễ học TCM tại Châu Á được Koh và cộng sự thực hiện năm 2016 cho thấy trẻ trai có liên quan nhiều hơn đến sự lây truyền và được chăm sóc y tế nhiều hơn so với trẻ gái [73]. Tuy nhiên, năm 2010 Suzuki và cộng sự tiến hành nghiên cứu 2000 trường hợp mắc TCM nhằm xác định các yếu tố nguy cơ dẫn đến diễn biến bệnh trầm trọng. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm bệnh diễn biến trầm trọng và không trầm trọng [93].

** Điều kiện sống*

Nghiên cứu tìm hiểu những yếu tố nguy cơ đối với mức độ trầm trọng của bệnh nhi TCM tại Hải Nam, Trung Quốc giai đoạn 2011 – 2012 của Chen và cộng sự cho thấy: Trẻ sống ở khu vực nông thôn là yếu tố nguy cơ của mức độ trầm trọng đối với bệnh nhi mắc bệnh TCM. Cụ thể nhóm tác giả tiến hành thu thập số liệu bệnh nhi mắc bệnh TCM trong giai đoạn 2011 – 2012 tại tỉnh Hải Nam, Trung Quốc và chia đối tượng nghiên cứu thành hai nhóm trầm trọng ($n = 980$) và không trầm trọng ($n = 1679$). Sau đó tiến hành phân tích dữ liệu về các yếu tố sinh học và hành vi của những bệnh nhi. Kết quả chỉ ra rằng: Trẻ sống trong khu vực nông thôn có nguy cơ bệnh diễn biến trầm trọng gấp 1,4 lần so với trẻ sống ở thành thị (OR = 1,4; 95% CI: 1,01 – 1,92) [57].

Năm 2014, Fang và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp (Meta – Analysis) trên 19 nghiên cứu khác nhau trong lĩnh vực bệnh TCM. Kết quả cho thấy có một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng bệnh diễn biến trầm trọng trong đó có điều trị ngoại trú (OR = 1,65, 95% CI: 1.26–2.17) và sinh sống tại vùng nông thôn (OR = 1,39, 95% CI: 0.95–2.02) [64].

Nghiên cứu của Cao và cộng sự năm 2012 nhằm xác định sự ảnh hưởng của yếu tố môi trường đối với tỷ lệ lưu hành của TCM tại Thẩm Quyển, Trung Quốc cho thấy: Mật độ dân số ($\rho = 0,685$, $p < 0,01$); mật độ bệnh nhân tại bệnh viện ($\rho = 0,708$, $p < 0,01$); mật độ đường phố ($\rho = 0,586$, $p < 0,01$) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ TCM. Khi đưa các yếu tố liên quan trên vào mô hình hồi quy đa biến, kết quả cho thấy mật độ bệnh nhân tại bệnh viện ($R^2 = 0,677$, $p < 0,001$) là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ lưu hành bệnh TCM [48].

Kết quả nghiên cứu xác định các yếu tố nguy cơ của TCM và đánh giá hiệu quả phòng tránh TCM bằng biện pháp RXP được thực hiện bởi Ruan và cộng sự năm 2011 chỉ ra các yếu tố nguy cơ đối với TCM bao gồm: Chơi

với trẻ em trong khu phố (OR = 11, 95% CI: 6,2 – 17); và phơi nhiễm cộng đồng tại các địa điểm đông người (OR = 7,3, 95% CI: 4,1 – 13) [87].

** Kiến thức - thái độ - thực hành (KAP) của người chăm sóc trẻ*

Nghiên cứu tìm hiểu những yếu tố nguy cơ đối với mức độ trầm trọng của bệnh nhi TCM tại Hải Nam, Trung Quốc giai đoạn 2011 – 2012 của Chen và cộng sự cho thấy: Bệnh nhi được chăm sóc bởi ông bà có nguy cơ bệnh diễn biến trầm trọng gấp 1,35 lần so với trẻ được chăm sóc bởi bố mẹ (OR = 1,35; 95% CI = 1,04 – 1,74); bệnh nhi có người chăm sóc trực tiếp trình độ học vấn dưới lớp 6 có nguy cơ bệnh diễn biến trầm trọng gấp 1,4 lần so với trẻ được chăm sóc bởi người chăm sóc trực tiếp có trình độ học vấn từ lớp 6 trở lên (OR = 1.40; 95% CI = 1.10 -1.78) [57]. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ đối với bệnh do EV71 gây ra tại Đài Loan (2010) trên 690 ông bố/bà mẹ và 104 cô giáo ở nhà trẻ mầm non cho thấy: Tỷ lệ trả lời đúng về các biểu hiện nhiễm EV71 là 31,9% ở các ông bố/bà mẹ và 26% ở giáo viên; tỷ lệ ông bố/bà mẹ và cô giáo cho rằng có thuốc đặc hiệu kháng lại EV71 là khoảng 50%, nhưng trên thực tế là không có, tỷ lệ biết mùa phát bệnh ở các ông bố/bà mẹ và cô giáo là 82,3% và 69,2% (theo thứ tự); Tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ đồng ý rằng trẻ nên ở nhà khi mắc EV71 là 91,3% và 72,2%; tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ cho rằng mắc EV71 là rất nguy hiểm chiếm 68% và 82% [107].

Nghiên cứu về KAP dự phòng TCM ở người chăm sóc trẻ (NCST) dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả: 50,4% NCST có kiến thức kém, 45,9% có kiến thức trung bình và 3,7% có kiến thức tốt. Tỷ lệ NCST có thái độ trung bình là 68,2% và thái độ tốt là 31,8%. Tỷ lệ NCST có thực hành chung tốt về phòng chống bệnh TCM ở mức độ kém là 0,2%; mức độ trung bình là 39,5% và mức độ tốt là 60,3% [55]. Một nghiên cứu khác về hành vi dự phòng EV71 trên 675 NCST dưới 5 tuổi tại Đài Loan cho thấy 82% người tham gia nghiên cứu

trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức đối với bệnh do EV71 gây ra [75]. Nghiên cứu về KAP phòng chống bệnh TCM ở những người thăm và chăm sóc trẻ tại Khoa Nhi, Bệnh viện Tengku Ampuan Afzan, Malaysia cho thấy: Hơn một nửa (53,1%) đối tượng tham gia nghiên cứu biết về dấu hiệu và biểu hiện TCM; 56,3% đồng ý rằng TCM có thể gây tử vong; 40,6% tin tưởng rằng TCM lây qua tiếp xúc thông thường; 93,8% đồng ý đi khám chữa bệnh tại CSYT khi có biểu hiện bệnh và 65,6% đồng ý rằng vệ sinh sạch sẽ sẽ phòng được bệnh TCM [84].

Aiewtrakun tiến hành nghiên cứu trên 388 NCST năm 2012 về kiến thức và thực hành về kiểm soát và phòng tránh bệnh TCM tại Thái Lan. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức tốt về phòng chống bệnh TCM đạt tỷ lệ thấp. Có 39,8% bà mẹ có kiến thức tốt về phòng chống bệnh, đặc biệt chỉ có 3,5% bà mẹ biết dự phòng TCM bằng cách rửa tay xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh [46]. Tác giả Chroenchokpanit và cộng sự (2013) nghiên cứu về KAP dự phòng TCM ở NCST dưới 5 tuổi ở Bangkok, Thái Lan cho kết quả: 50,4% NCST có kiến thức kém, 45,9% có kiến thức trung bình và 3,7% có kiến thức tốt. Tỷ lệ NCST có thái độ trung bình là 68,2% và thái độ tốt là 31,8%. Về thực hành, tỷ lệ NCST có thực hành chung tốt về phòng chống bệnh TCM ở mức độ kém là 0,2%, mức độ trung bình là 39,5% và mức độ tốt là 60,3% [55]. Nghiên cứu của Othman và cộng sự năm 2012 về KAP của người thân có trẻ mắc bệnh TCM cho thấy 53,1% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có thể nhận ra các dấu hiệu cũng như triệu chứng của bệnh, 56,3% ĐTNC tin rằng bệnh TCM có thể là nguyên nhân gây tử vong ở trẻ em, tỷ lệ ĐTNC biết về đường lây truyền của bệnh TCM chiếm 40,6%, ĐTNC cho rằng khi phát hiện các dấu hiệu của bệnh cần đưa trẻ đi khám ngay chiếm 93,8%, có 65,6% ĐTNC đồng ý rằng vệ sinh cho trẻ hợp lý có thể phòng tránh được bệnh TCM [84].

Một nghiên cứu bệnh chứng được tiến hành chọn ngẫu nhiên trên 283 trẻ dưới 6 tuổi có mắc TCM và Herpangina ở thị trấn Quiaosi, tỉnh Zhejiang, Trung Quốc để xác định các yếu tố nguy cơ về TCM và Herpangina và hiệu quả phòng bệnh bằng RTXP. Hiệu quả của biện pháp RTXP của trẻ được thông qua 4 câu hỏi liên quan đến rửa tay. Kết quả cho thấy 18% cha mẹ/NCST ở nhóm trẻ bệnh không biết về bệnh TCM trong khi con số tương ứng ở nhóm chứng là 9%. Phần trả lời kiến thức về bệnh TCM cho thấy trong nhóm bệnh có 50% trường hợp bệnh có kiến thức kém về bệnh và chỉ trả lời được từ 1 đến 3 câu hỏi, chỉ có 12% có điểm số tốt ≥ 07 , ở nhóm chứng các kết quả tương ứng là 2,5% và 78%. Về thực hành RTXP chỉ có 41% nhóm bệnh thực hiện trong khi đó số này ở nhóm chứng là 75% [87].

Nhằm thực hiện tốt công tác phòng bệnh TCM, việc tham gia của cộng đồng đóng vai trò rất quan trọng. Chính vì vậy, trong thời gian qua những nghiên cứu về KAP không chỉ được thực hiện trên đối tượng các bà mẹ/người chăm sóc mà còn được thực hiện trên đối tượng giáo viên, nhân viên y tế (NVYT), NCST tại các trung tâm nhi khoa. Kết quả cho thấy, hầu hết các đối tượng đều có mức độ tốt về kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng TCM.

Nghiên cứu của Thongchai và Promasatayaprot năm 2017 trên đối tượng NCST làm việc tại các Trung tâm Nhi khoa trên địa bàn tỉnh Ubon Ratchathani - Thái Lan cho thấy: Người chăm sóc trẻ có kiến thức về các hành vi sức khỏe trong phòng TCM ở mức cao (Mean: $2,76 \pm 0,114$), trong khi đó thái độ của người chăm sóc trong phòng TCM ở mức trung bình (Mean: $2,28 \pm 0,247$). Ngoài ra, kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian làm việc, kiến thức và thái độ trong phòng chống TCM có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi phòng tránh TCM trên đối tượng người chăm sóc trẻ [94].

Nghiên cứu của Weiangkham và cộng sự năm 2016 cho thấy người chăm sóc trẻ TCM trong nghiên cứu này có thực hành ở mức cao. Cụ thể

nghiên cứu được tiến hành trên 200 NCST được lựa chọn ngẫu nhiên từ 9 huyện trực thuộc tỉnh Phayao – Thái Lan. Bộ công cụ để đo lường thực hành của các hành vi sức khỏe trong chăm sóc bệnh nhân TCM gồm 3 phần: Vệ sinh cá nhân (13 câu hỏi), chăm sóc trẻ (22 câu hỏi), vệ sinh môi trường (25 câu hỏi). Mỗi câu hỏi được thiết kế theo thang điểm từ 1 đến 4 (điểm giới hạn từ cho bộ công cụ từ 60 - 240). Kết quả chỉ ra rằng điểm trung bình trung của người tham gia nghiên cứu trong thực hành chăm sóc trẻ mắc TCM $216,89 \pm 12,26$; trong đó vệ sinh cá nhân ($48,71 \pm 4,13$), chăm sóc trẻ ($79,23 \pm 4,61$), vệ sinh môi trường ($88,93 \pm 6,47$) [98].

Chang và cộng sự thực hiện năm 2011 nhằm đánh giá kiến thức của cán bộ y tế (CBYT) về TCM tại Đài Loan. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có 90% CBYT xác định được chính xác TC của TCM, có 95% CBYT xác định chính xác nguyên nhân gây TCM, tỷ lệ CBYT xác định chính xác nguồn lây của TCM đạt trên 80%, tỷ lệ CBYT xác định chính xác các BC và lứa tuổi dễ mắc TCM lần lượt 88% và 83%, thực hành rửa tay sau khi tiếp xúc bệnh nhân trong nghiên cứu này đạt 93,2% [52].

Những nghiên cứu được thực hiện trước đây cho thấy cần thực hiện những can thiệp nhằm cải thiện KAP về phòng TCM, trong khi đó việc duy trì, cải thiện hành vi này cho đối tượng GVMN, NVYT là hết sức cần thiết.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về KAP của người chăm sóc đối với bệnh TCM cũng đã được thực hiện tại nhiều địa phương. Theo Trần Đỗ Hùng, Dương Thị Thùy Trang [25], khi nghiên cứu về kiến thức của 119 bà mẹ có con dưới 5 tuổi cho thấy: Kiến thức về cách lây truyền: 56,7% bà mẹ không biết virus là nguyên nhân gây ra bệnh. 94,2% bà mẹ đều biết rằng TCM dễ lây nhưng chỉ có 69,2% các bà mẹ biết đường lây truyền bệnh. Kiến thức về phát hiện bệnh: Có 99,2% bà mẹ đều cho rằng tay chân miệng là bệnh nguy hiểm nhưng chỉ có 64,2% biết biến chứng. Có 80,8% bà mẹ biết dấu hiệu phát hiện bệnh và 65% biết các triệu chứng nguy hiểm cần đưa trẻ đến bệnh viện. Kiến

thức về cách chăm sóc nếu trẻ bệnh: 87,5% các bà mẹ biết cách xử trí nếu trẻ mắc bệnh. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức tốt về chăm sóc bóng nước, sốt và vết loét miệng tương ứng là: 99,2%; 53,3% và 62,5%; 37,5% bà mẹ còn kiêng cử và 22,9% không cách ly khi trẻ bệnh. Kiến thức về cách phòng bệnh: Đa số các bà mẹ không biết TCM chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vaccine phòng bệnh, với tỷ lệ tương ứng là 60,8% và 54,2%; 63,3% bà mẹ biết các biện pháp giảm nguy cơ lây nhiễm.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm năm 2015 cho thấy kiến thức chung và thực hành của bà mẹ về phòng TCM còn thấp. Nhiều bà mẹ có hiểu biết sai, cho là: TCM không tái phát ở trẻ (64%), đã có vắc xin phòng TCM (25%). Có tới 82,4% bà mẹ không biết tác nhân gây bệnh và 22,8% không biết đường lây bệnh TCM, chỉ có 85,3% bà mẹ biết TCM có thể phòng được... Thực hành của bà mẹ về phòng TCM chưa tốt: Tỷ lệ bà mẹ có rửa tay xà phòng (RTXP) khi chăm sóc trẻ và RTXP cho trẻ là cao (87,5%; 90%); nhưng RTXP vào từng thời điểm cần thiết cho mẹ và trẻ là chưa thường xuyên (< 50%); tỷ lệ mẹ có dùng xà phòng lau rửa đồ chơi của trẻ và lau chùi sàn nhà hàng ngày là thấp (21%; 29,8%); thực hiện vệ sinh môi trường (VSMT) tại hộ gia đình để phòng bệnh TCM chưa đạt [31].

Nghiên cứu của Mai Văn Phước cho thấy, tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi có kiến thức đạt về phòng TCM là 79,1%, tỷ lệ có thái độ tích cực về phòng TCM là 59,1%, có 83,7% bà mẹ thực hành đạt về phòng chống TCM [46]. Nghiên cứu của Võ Thị Tiên và Tạ Văn Trâm cho thấy đa số bà mẹ biết về nguyên nhân gây TCM, hiểu biết về virus gây bệnh, biết khi trẻ bị sốt, loét miệng, nổi bóng nước lòng bàn tay, lòng bàn chân nhưng các dấu hiệu trở nặng của TCM vẫn còn biết ít. Trong chăm sóc sức khỏe tại nhà khi trẻ sốt, đa số đã biết thực hành đúng. Có 92% bà mẹ biết rằng TCM là 1 bệnh nguy hiểm, còn 8% không biết rõ về bệnh TCM [36].

Nghiên cứu về kiến thức của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng bệnh TCM tại Hải Phòng, kết quả cho thấy 79% kiến thức của bà mẹ về bệnh TCM được phân loại ở mức khá, tỉ lệ bà mẹ có kiến thức tốt còn thấp (10,4%) [37].

** Thời gian nuôi dưỡng và chăm sóc*

Nghiên cứu tìm hiểu những yếu tố nguy cơ đối với mức độ trầm trọng của bệnh nhi TCM tại Hải Nam, Trung Quốc giai đoạn 2011 - 2012 của Chen và cộng sự cho thấy: Tình trạng trẻ nhẹ cân, trẻ chưa từng bú mẹ, cụ thể nhóm tác giả tiến hành thu thập số liệu bệnh nhi mắc TCM trong giai đoạn 2011 - 2012 tại tỉnh Hải Nam, Trung Quốc và chia ĐTNC thành hai nhóm trầm trọng (n = 980) và không trầm trọng (n = 1679). Sau đó tiến hành phân tích dữ liệu về các yếu tố sinh học và hành vi của những bệnh nhi. Kết quả chỉ ra rằng, bệnh nhi nhẹ cân có nguy cơ bệnh diễn biến trầm trọng gấp 1,63 lần so với trẻ có cân nặng bình thường (OR = 1,63; 95% CI = 1,08-2,45); bệnh nhi không bú mẹ trong 6 tháng đầu có nguy cơ bệnh diễn biến trầm trọng gấp 2,15 lần so với trẻ được bú mẹ trong 6 tháng đầu (OR = 2,15; 95% CI = 1,56 – 2,97) [57], cùng quan điểm với nghiên cứu trên, kết quả nghiên cứu của Inta và cộng sự cho thấy trẻ bú mẹ hoàn toàn dưới 6 tháng đầu có nguy cơ mắc bệnh TCM cao gấp 1,97 lần so với trẻ được bú mẹ hoàn toàn từ 6 tháng trở lên [70].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Thái Quang Hùng năm 2017 cũng cho thấy trẻ không bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu có nguy cơ mắc TCM cao gấp 1,83 lần (CI: 1,01 – 6,34) so với trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Ngoài ra trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là được xác định là yếu tố nguy cơ làm gia tăng nguy cơ mắc TCM nặng (OR = 2,06; CI: 1,1 – 4,01) [24].

** Điều kiện địa lý - khí hậu*

Việt Nam là một quốc gia nằm ở khu vực Đông Nam Á, có khí hậu nhiệt đới gió mùa nóng ẩm, nhiệt độ trung bình năm trên 20⁰C, độ ẩm cao (>80%), lượng mưa nhiều (1200mm- 1500mm). Đây là điều kiện thuận lợi cho các vi

khuẩn, virus phát triển dẫn đến các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, đặc biệt là bệnh TCM. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra rằng yếu tố khí hậu có mối liên quan đến sự lưu hành dịch TCM [67], [106].

Kết quả một nghiên cứu tại Nhật Bản nhằm đánh giá mối liên quan giữa tình trạng khí hậu và dịch bệnh TCM cho thấy nhiệt độ là yếu tố liên quan đến tỉ lệ lưu hành của bệnh. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, ở ngưỡng nhiệt nhỏ hơn 12°C và lớn hơn 30°C là yếu tố nguy cơ của việc gia tăng tỷ lệ lưu hành bệnh TCM [92].

Nghiên cứu của Dong và cộng sự năm 2016 về ảnh hưởng của yếu tố thời tiết đến bệnh TCM cho thấy: Nhiệt độ trung bình; độ ẩm tương đối; tốc độ gió và các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đối với sự lưu hành của bệnh TCM; hơn nữa, mức độ ảnh hưởng của các yếu tố trên đối với sự lưu hành của bệnh TCM là khác nhau phụ thuộc theo các mùa trong năm [61].

Nghiên cứu của Onozuka và cộng sự thực hiện năm 2011 tại Nhật Bản cho thấy nhiệt độ và độ ẩm tương đối là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đối với sự lưu hành của bệnh TCM. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng các trường hợp mắc hàng tuần tăng 11,2% (95% CI: 3,2 – 19,8) khi nhiệt độ trung bình tăng 01 độ. Đối với độ ẩm tương đối, với mỗi phần trăm độ ẩm tương đối tăng lên có liên quan đến số lượng ca mắc hàng tuần tăng 4,72% (95% CI: 2,4–7,2). Đặc biệt, nhiệt độ và độ ẩm ảnh hưởng chủ yếu đến tình trạng lưu hành TCM trên đối tượng trẻ em dưới 10 tuổi [82].

Nghiên cứu ảnh hưởng của yếu tố môi trường đối với TCM tại Hàn Quốc của Kim và cộng sự năm 2016 chỉ ra rằng nhiệt độ và độ ẩm là yếu tố nguy cơ đối với sự lan truyền của TCM. Kết quả cho thấy nếu nhiệt độ trung bình dưới 18 độ C thì khi nhiệt độ tăng lên 1 độ C, tỷ lệ TCM tăng 10,3% (CI: 8,4 – 12,3). Ngoài ra, khi độ ẩm trung bình dưới 65%, tỷ lệ TCM tăng 6,6% khi độ ẩm tăng lên 1% (CI: 3,6 – 9,7) [72].

Tổng quan tài liệu cho thấy có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự lan truyền cũng như tiên lượng nặng của bệnh TCM. Việc áp dụng các kết quả nghiên cứu trước đây để xác định các yếu tố ảnh hưởng cũng như xây dựng các chương trình can thiệp nhằm giảm tỷ lệ mắc, tử vong dựa trên các nghiên cứu này là hết sức cần thiết.

1.3. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

1.3.1 Khái niệm về đáp ứng phòng chống dịch bệnh

Là tổng hợp các các biện pháp nhằm ứng phó với tình hình dịch bệnh truyền nhiễm có thể xảy ra hoặc đã và đang xảy trên địa bàn bao gồm [13]:

- Các kỹ năng chính như: Điều tra dịch; xác định dịch; cách ly nguồn bệnh; xử lý phòng chống đặc hiệu và không đặc hiệu ngăn chặn sự phát tán tác nhân gây bệnh; bảo vệ người lành tại vùng có dịch và vùng nguy cơ.

- Lập kế hoạch phòng chống dịch (PCD), giám sát, báo cáo, đáp ứng tình hình dịch bệnh

- Kiện toàn Ban chỉ đạo (BCĐ) và huy động sự tham ra của cộng đồng trong công tác PCD

- Đảm bảo về trang thiết bị, kinh phí và nguồn nhân lực y tế tham gia công tác PCD

- Triển khai công tác tập huấn về văn bản chính hướng dẫn PCD, tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe vệ sinh phòng bệnh, tập huấn và cải thiện hành vi của CBYT tham gia công tác PCD.

- Luôn chủ động PCD bằng cách diễn tập PCD theo tình huống giả định.

Sau khi hoàn thành cuộc điều tra và thu thập được đủ bằng chứng, có thể lập kế hoạch PCD sử dụng các biện pháp đáp ứng phù hợp. Các hoạt động kiểm soát sự lan rộng của vụ dịch, hạn chế số mắc mới có thể được tiến hành ngay cả khi đang thực hiện điều tra. Hoạt động đáp ứng PCD bao gồm cả việc lập kế hoạch thực hiện chương trình dự phòng toàn diện sau khi kiểm soát

được vụ dịch nhằm giảm khả năng xảy ra những vụ dịch tương tự trong tương lai. Hoạt động đáp ứng PCD bao gồm các bước: Tăng cường giám sát trường hợp bệnh, trường hợp tiếp xúc với bệnh; đào tạo bổ sung và cập nhật kiến thức kỹ năng cho CBYT; triển khai các hoạt động TT-GDSK; cải thiện khả năng tiếp cận với nguồn nước sạch; cải thiện việc quản lý các chất thải; cải thiện ATVSTP; giảm nguy cơ tiếp xúc với nguồn lây; đề xuất các khuyến nghị kỹ thuật phù hợp chống dịch và điều chỉnh các chương trình can thiệp hoặc thay đổi chính sách cho phù hợp.

1.3.2 Khả năng cảnh báo sớm dịch bệnh tay chân miệng

Một số nước trên Thế giới đã có các biện pháp nhất định để cảnh báo sớm sự xuất hiện và lưu hành của bệnh TCM [109].

Năm 2012 Ma và cộng sự sử dụng dữ liệu giám sát từ hệ thống cán bộ y tế để đánh giá hoạt động cộng đồng về phòng TCM tại Hồng Kông từ năm 2001 đến 2010. Trong giai đoạn này, Hồng Kông xảy ra 2 dịch SARS vào năm 2003 và Cúm A H1N1 vào năm 2009, Hồng Kông đã áp dụng chương trình can thiệp bao gồm đóng cửa trường học và chiến dịch vệ sinh trên toàn lãnh thổ. Vì vậy tác giả tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của 2 can thiệp nói trên đối với bệnh TCM (thực tế, Hồng Kông chưa có can thiệp cụ thể dành riêng cho TCM) trong năm 2003 và 2009 với các giai đoạn còn lại từ 2001 đến 2010. Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân TCM đến khám tại hệ thống giám sát bệnh TCM giảm 57,2 % (95% CI: 53,0% – 60,7%) trong giai đoạn dịch SARS vào năm 2003, trong giai đoạn dịch Cúm A H1N1 vào năm 2009 tỷ lệ này là 26.7% (95% CI: 19.5%–32.7%). Đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân TCM đến khám tại hệ thống giám sát bệnh TCM trong thời điểm áp dụng các biện pháp can thiệp vào năm 2003 và 2009 đều thấp hơn các giai đoạn còn lại từ 2001 đến 2010 [78].

Năm 2011 Edmond, Wong và Chuang tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hoạt động của hệ thống giám sát dịch bệnh TCM “A sentinel surveillance system” (SSS). Kết quả nghiên cứu cho thấy hệ thống SSS hoạt động đơn giản và đem lại hệ thống dữ liệu chất lượng cao, ngoài ra hệ thống này có hiệu quả trong việc theo dõi các xu hướng TCM ở Hồng Kông, và rất hữu ích cho việc bắt đầu các biện pháp phòng ngừa. Cụ thể dữ liệu từ hệ thống giám sát này có mối tương quan với dữ liệu giám sát về xét nghiệm của TCM ($p < 0,001$) và tạo điều kiện phát hiện ổ dịch tại cộng đồng sớm. Ngoài ra, hệ thống này còn hỗ trợ trong việc xác định xu hướng bệnh theo mùa và nhóm có nguy cơ cao [63].

Năm 2016 Xiao, Liu và Feldman tiến hành nghiên cứu khả năng theo dõi và dự đoán TCM của hệ thống truy vấn BAIDU giai đoạn 2011 đến 2015, kết quả cho thấy mô hình dự đoán sử dụng hệ thống truy vấn BAIDU mang lại những dữ liệu chính xác, điều này cho thấy BAIDU có thể được sử dụng để theo dõi và dự đoán chắc chắn tình hình dịch TCM, và có thể phục vụ như một sự bổ sung cho các hệ thống giám sát dịch TCM [104]. Cùng quan điểm trên, năm 2017 Du và cộng sự tiến hành thử nghiệm hiệu quả của công cụ tìm kiếm dữ liệu truy vấn BAIDU trong dự đoán dịch TCM tại Trung Quốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy hệ thống này cải thiện đáng kể khả năng dự đoán dịch bệnh TCM [62].

1.3.3 Hệ thống giám sát, phòng chống dịch tại Việt Nam

Giám sát BTN là việc thu thập thông tin liên tục, có hệ thống về tình hình, chiều hướng của BTN, phân tích, giải thích và cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, triển khai và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống BTN [13].

Hiện nay hệ thống giám sát BTN gây dịch hoạt động theo Luật phòng chống BTN ngày 21/11/2007, Thông tư 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12

năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế [6]. Tổ chức của ngành y tế có chức năng thực hiện việc giám sát theo quy định của Luật Phòng, chống BTN trên phạm vi toàn quốc [13].

* Nhiệm vụ của hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm [6], [13].

- Phát hiện sớm trường hợp BTN tại bệnh viện, cộng đồng.
- Xét nghiệm để xác định trường hợp dương tính.
- Báo cáo nhanh trường hợp mắc và triển khai các biện PCD kịp thời.
- Qua quá trình giám sát bệnh lâu dài có thể phân tích, xác định được sự phân bố dịch tễ của BTN theo từng vùng địa lý.
- Xác định cơ cấu của bệnh truyền nhiễm trong cộng đồng.
- Đánh giá tính nghiêm trọng của BTN qua tần số mắc, chết và di chứng.
- Phát hiện quy luật phát sinh, chu kỳ bùng nổ dịch.
- Dự báo chiều hướng BTN, để chủ động phòng, chống.
- Lựa chọn BTN ưu tiên để có kế hoạch PCD trong từng thời kỳ.
- Đề xuất các biện pháp phòng, chống dịch kịp thời.

1.3.4 Hệ thống giám sát dịch bệnh tại tỉnh Thái Nguyên

Tỉnh Thái Nguyên hoạt động theo các quy định của BHYT, hệ thống giám sát hoạt động thường xuyên và thống nhất từ tuyến xã/phường/thị trấn lên đến tuyến huyện, tỉnh. Công tác giám sát, phát hiện, thu thập thông tin về BTN đã xảy ra tại địa phương để báo cáo khẩn cấp hoặc báo cáo thường kỳ theo quy định.

Trung tâm kiểm soát bệnh tật (TTKSBT) của tỉnh có trách nhiệm chỉ đạo các TTYT tuyến huyện và phối hợp với các đơn vị thuộc hệ điều trị thực hiện giám sát các BTN trên địa bàn phụ trách và báo cáo lên Viện Vệ sinh dịch tễ/Pasteur, các Viện thuộc hệ Y tế dự phòng (YTDP) phụ trách khu vực và Cục Y tế dự phòng, Sở Y tế. Tổ chức các lớp tập huấn về giám sát các BTN cho các huyện, thị trong địa bàn phụ trách. Phối kết hợp chặt chẽ với cơ quan, đơn vị liên quan trong công tác giám sát BTN tại cộng đồng [6].

Trung tâm YTDP tuyến huyện có trách nhiệm phối hợp với bệnh viện tuyến huyện, chỉ đạo y tế xã thực hiện giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn phụ trách và báo cáo lên Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh [6].

Các trạm y tế xã có trách nhiệm theo dõi, giám sát các trường hợp điều trị tại nhà, mắc mới trong cộng đồng [6].

Các phòng khám đa khoa khu vực, các bệnh viện huyện/tỉnh, các đơn vị y tế tư nhân có trách nhiệm thông báo kịp thời cho các đơn vị YTDP cùng cấp khi phát hiện hoặc tiếp nhận ca bệnh được chẩn đoán thuộc BTN trong diện quản lý hoặc các bệnh lạ, chưa rõ nguyên nhân [6].

Số liệu tổng hợp được chuyển từ tuyến dưới lên tuyến trên trong hệ thống giám sát BTN theo mẫu báo cáo thống nhất trong cả nước. Tích lũy số mắc và chết ghi nhận được trong một giai đoạn nhất định được báo cáo thường kỳ (theo tuần, tháng, quý, năm). Số mắc tích lũy được phân tích để theo dõi chỉ tiêu giảm mắc, tử vong, phát hiện dịch hoặc những vấn đề khác để có đáp ứng sớm [6].

Một số bệnh quan trọng (như các bệnh cần thanh toán hoặc loại trừ, hoặc những bệnh truyền nhiễm gây dịch, khi chỉ cần 1 trường hợp mắc duy nhất cũng đủ để trở thành dịch) cần phải được báo cáo khẩn cấp cho các tuyến trên như bệnh tả, dịch hạch thể phổi, sốt vàng, sốt xuất huyết do virus (Ebola, Lassa. Marburg), sốt West Nile...Ngoài ra các ca bệnh nghi SARS hoặc cúm A(H5N1) và các bệnh lạ mới nổi khác. Việc báo cáo khẩn cấp cũng cần được thực hiện khi một bệnh trạng nào đó có dấu hiệu vượt quá ngưỡng cảnh báo hoặc ngưỡng xảy dịch, cho thấy là dịch có thể xảy ra [6].

Công tác giám sát, thống kê, báo cáo BTN thường xuyên tại tỉnh Thái Nguyên được duy trì theo quy định trong nhiều năm qua, các mẫu báo cáo thường xuyên như báo cáo dịch tuần, báo cáo tình hình BTN trước đây (24

BTN theo QĐ 4880/2002/QĐ-BYT). Hiện nay là 28 BTN theo Thông tư 48/2010/TT-BYT [6].

Ở Việt nam cũng như trên địa bàn Thái Nguyên, bệnh tay chân miệng thuộc nhóm B trong Luật phòng chống BTN, việc giám sát, phòng chống TCM được thực hiện theo Hướng dẫn tại Quyết định 581/QĐ-BYT ngày 24/02/2012 của Bộ trưởng BYT. Giám sát ca TCM, theo định nghĩa ca bệnh lâm sàng là những trường hợp có sốt, ban chủ yếu dạng phỏng nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu gối, mông, có thể kèm theo loét ở miệng. Định nghĩa ca bệnh xác định là ca bệnh lâm sàng có xét nghiệm dương tính với virus đường ruột gây bệnh TCM [9], [12].

* Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên có đủ nguồn lực và thực hiện đúng quy trình giám sát bệnh tay chân miệng:

- Là đơn vị thường trực của Sở Y tế về đáp ứng tình trạng khẩn cấp với tình hình dịch bệnh, các sự kiện y tế công cộng... và trực tiếp chỉ đạo về chuyên môn đối với công tác PCD bệnh nói chung cũng như bệnh TCM nói riêng đồng thời chịu trách nhiệm địa bàn toàn tỉnh (09 huyện/thành phố/thị xã với 181 xã/phường/thị trấn).

- Trang thiết bị, cơ sở vật chất đủ và hiện đại, nguồn nhân lực đảm bảo chất lượng có tính chuyên nghiệp. Khoa phòng chống bệnh truyền nhiễm có phân công cán bộ chuyên trách cập nhật tình hình dịch bệnh trong đó có bệnh tay chân miệng bằng phần mềm hiện đại và quy trình giám sát chặt chẽ.

- Giám sát bệnh TCM dựa trên Hướng dẫn từ biểu mẫu của BYT và sử dụng Phần mềm báo cáo bệnh truyền nhiễm cập nhật thông tin báo cáo từ các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh từ các BVĐK tuyến tỉnh, BVĐK huyện, TTYT huyện và đặc biệt là các Trạm y tế xã/phường/thị trấn, CBYT trường học...

* Một số thách thức trong việc ghi nhận ca bệnh, điều tra khẳng định và báo cáo ca bệnh TCM đang vận hành trên địa bàn tỉnh:

- Các bậc cha mẹ khi thấy trẻ mắc TCM thường lo lắng và hầu hết đưa trẻ đến các cơ sở y tế để khám và điều trị, tuy nhiên cũng có thể có một số ít trường hợp mắc ở thể nhẹ, không đến cơ sở y tế khám hoặc tự mua thuốc

điều trị hoặc điều trị bệnh bằng thuốc nam... Vì vậy những trường hợp này sẽ sẽ không được ghi nhận trong báo cáo giám sát;

- Sự phối hợp giữa cán bộ y tế trường học và Trạm y tế xã một số địa phương chưa tốt dẫn đến ca mắc được phát hiện tại trường học nhưng báo cáo sang Trạm y tế xã chậm, đây là một trong những hạn chế khi thu thập thông tin hồi cứu số liệu.

1.3.5 Sự tham gia của tuyến y tế cơ sở và cộng đồng trong phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm

**** Tham gia của cộng đồng***

Là vai trò của chính quyền địa phương, ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng đó tham gia vào công tác PCD ở các mức độ khác nhau. Trong đó biện pháp tác động cũng như mức độ ảnh hưởng của các thành phần kể trên đối với công tác PCD bệnh là khác nhau.

- Trong công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân nói chung và công tác PCD nói riêng, sự tham gia của cộng đồng một cách tích cực, chủ động là hết sức cần thiết.

**** Tham gia của tuyến y tế cơ sở [39], [45].***

- Thực hiện các biện pháp cách ly phù hợp theo từng nhóm bệnh, chăm sóc toàn diện người mắc BTN. Trường hợp người bệnh không thực hiện yêu cầu cách ly của cơ sở KCB thì bị áp dụng biện pháp cưỡng chế cách ly theo quy định của Chính phủ.

- Tổ chức thực hiện các biện pháp diệt khuẩn, khử trùng môi trường và xử lý chất thải tại cơ sở KCB.

- Bảo đảm trang phục phòng hộ, điều kiện vệ sinh cá nhân cho thầy thuốc, nhân viên y tế, người bệnh và người nhà người bệnh.

- Theo dõi sức khỏe của thầy thuốc, nhân viên y tế trực tiếp tham gia chăm sóc, điều trị người mắc bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm A.

- Thông báo thông tin liên quan về BTN cho cơ quan YTDP cùng cấp.

- Thực hiện biện pháp chuyên môn khác theo quy định của pháp luật.

** Tham gia của cán bộ y tế*

- Thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm theo các quy định hiện hành.
- Tư vấn về phòng, chống BTN cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Giữ bí mật thông tin liên quan đến người bệnh.

** Tham gia của người dân*

- Người bệnh có trách nhiệm
 + Khai báo trung thực diễn biến bệnh, tuân thủ chỉ định, hướng dẫn của nhân viên y tế và nội quy, quy chế của cơ sở khám chữa bệnh. Đối với người mắc BTN thuộc nhóm A ngay sau khi xuất viện phải đăng ký theo dõi sức khỏe với y tế xã, phường, thị trấn nơi cư trú.

- Người nhà người bệnh có trách nhiệm thực hiện chỉ định, hướng dẫn của thầy thuốc, nhân viên y tế và nội quy, quy chế của cơ sở KCB

** Huy động các nguồn lực phòng chống dịch*

- Căn cứ vào tính chất, mức độ nguy hiểm và quy mô dịch bệnh đe dọa đến sức khỏe nhân dân, người có thẩm quyền được phép huy động, trưng dụng cơ sở vật chất, thiết bị y tế, thuốc, hoá chất...dịch vụ công cộng, phương tiện giao thông và các nguồn lực khác để chống dịch. Các phương tiện giao thông tham gia chống dịch được ưu tiên theo pháp luật về giao thông.

- Việc trưng dụng các nguồn lực phòng chống dịch được thực hiện theo quy định của pháp luật về trưng mua, trưng dụng tài sản. Tài sản đã trưng dụng phải được vệ sinh, diệt trùng, tẩy uế trước khi hoàn trả.

- Chính phủ, ủy ban nhân dân (UBND) các cấp có trách nhiệm bảo đảm các điều kiện để thực hiện các biện PCD theo quy định tại Luật này.

1.4. Một số giải pháp can thiệp phòng chống dịch tay chân miệng

1.4.1 Một số giải pháp phòng chống dịch bệnh tay chân miệng

Song song với hoạt động phòng chống dịch hiện đang được triển khai, nhiệm vụ và giải pháp để thực hiện tốt công tác PCD đã được xác định tập trung vào các hoạt động sau:

** Giải pháp giảm mắc*

Tăng cường công tác nhận định, dự báo ổ dịch: Xây dựng tiêu chí và tổ chức đánh giá vùng nguy cơ; thống kê, xử lý số liệu và nhận định kịp thời; mở rộng và củng cố hệ thống giám sát trọng điểm một số bệnh truyền nhiễm như tay chân miệng; tăng cường năng lực xét nghiệm. Xây dựng đề án, từng bước phối hợp với hệ thống điều trị để tiến tới giám sát bệnh truyền nhiễm thông qua giám sát ca bệnh tại hệ thống khám, chữa bệnh. Duy trì và phát huy vai trò của hệ thống giám sát thường xuyên, ứng dụng công nghệ thông tin trong giám sát bệnh truyền nhiễm.

Gần đây việc áp dụng công nghệ trong quản lý và dự báo sự xuất hiện của dịch bệnh TCM đã và đang được nghiên cứu tại các nước phát triển.

** Các giải pháp giảm tử vong*

- Tập trung hạn chế số mắc, đặc biệt hạn chế số mắc do những tác nhân có độc lực cao, hay gây biến chứng và tử vong.

- Tăng cường phát hiện sớm, tuyên truyền để bệnh nhân đến cơ sở y tế (CSYT) kịp thời. Củng cố năng lực của các đơn vị điều trị, sẵn sàng vật tư, thuốc, kinh phí, con người trong trường hợp bùng phát dịch.

** Đầu tư nguồn nhân lực*

- Bổ sung nhân lực cho các đơn vị YTDP các tuyến.

- Tăng cường năng lực cho CBYT dự phòng.

- Kiện toàn hệ thống đào tạo tuyến tỉnh trong lĩnh vực y tế dự phòng nhằm phát huy và tận dụng các nguồn lực.

** Truyền thông giáo dục sức khỏe*

Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe (TT-GDSK), phổ biến kiến thức về các biện pháp phòng bệnh, giáo dục vệ sinh tại những nơi có nguy cơ cao, nơi tập trung đông người như khu công nghiệp, trường học. Tổ chức chiến dịch tuyên truyền vận động nhân dân thực hiện phong trào vệ

sinh yêu nước phòng chống dịch bệnh, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, ngủ màn, ăn chín uống sôi, thực hiện tốt 3 chỉ tiêu công trình vệ sinh: nhà tắm; giếng nước và nhà tiêu tại các hộ gia đình. Tăng cường công tác truyền thông: Yếu tố nguy cơ đến đối tượng đích, tổ chức chiến dịch truyền thông kết hợp với các biện pháp cụ thể phòng, chống dịch bệnh (vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống...). Trên thực tế, các nghiên cứu được thực hiện trước đây cho thấy kiến thức và thái độ của cha mẹ, NCST đóng vai trò rất quan trọng trong thực hiện hành vi phòng bệnh TCM.

Suliman và cộng sự thực hiện nghiên cứu về hành vi sức khỏe phòng bệnh TCM trên 353 bà mẹ tại Malaysia vào năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của bà mẹ ($\beta = 0,122$; $p < 0,05$), nhận thức của bà mẹ về tính khả thi khi thực hiện các hành vi sức khỏe ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$), nhận thức về mức độ nguy hiểm của bệnh ($\beta = - 0,139$; $p < 0,01$) và cảm nhận của bà mẹ về các rào cản khi thực hiện hành vi ($\beta = - 0,155$; $p < 0,01$) là các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê trong việc thực hành các hành vi sức khỏe, trong đó cảm nhận của bà mẹ về các rào cản khi thực hiện hành vi là yếu tố dự đoán tốt nhất của bà mẹ trong việc thực hiện hành vi sức khỏe [91].

Năm 2012 Charoenchokpanit và Pumpaibool nghiên cứu về KAP các phòng TCM trên 456 NCST dưới 5 tuổi trực tiếp, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng thái độ ($\beta = 0,308$; $p < 0,001$) và kiến thức ($\beta = 0,086$; $p < 0,05$) là yếu tố dự đoán sự thay đổi trong thực hiện các hành vi sức khỏe của NCST, trong đó thái độ của NCST là yếu tố dự đoán tốt nhất sự thay đổi trong thực hiện các hành vi sức khỏe của NCST [55].

Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy rửa tay là hành vi sức khỏe quan trọng trong phòng bệnh TCM. Năm 2016 Zhang và cộng sự tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 99 bệnh nhân TCM và 126 đối tượng trong nhóm chứng nhằm tìm ra các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh TCM. Kết quả

ngiên cứu chỉ ra rằng rửa tay trước khi ăn là yếu tố dự phòng có ý nghĩa thống kê đối với bệnh TCM (OR = 0,3; 95% CI: 0.13–0.70; $p < 0,01$) [110]. Cùng quan điểm với nghiên cứu trên, kết quả nghiên cứu của Xie và cộng sự cũng cho thấy rửa tay xà phòng là yếu tố dự phòng có ý nghĩa thống kê đối với bệnh TCM (OR = 0,29; 95% CI: 0,11 – 0,78; $p < 0,01$) [105].

1.4.2 Hiệu quả một số giải pháp can thiệp

Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự tiến hành nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của dự án can thiệp cộng đồng trong phòng chống bệnh tay chân miệng tại quận Gò Vấp Thành Phố Hồ Chí Minh” trong giai đoạn từ tháng 6 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012, chương trình can thiệp được thiết kế chủ yếu dựa trên TT-GDSK nhằm nâng cao kiến thức về bệnh cũng như phòng chống bệnh TCM. Trong quá trình nghiên cứu 290 người chăm sóc chính được mời tham gia nghiên cứu, kết quả nghiên cứu cho thấy [34]: Kiến thức nhận biết bệnh TCM ở người trực tiếp chăm sóc trẻ (NTTCST), trước và sau can thiệp có tăng lên từ 54,14% lên 99,31%, tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp với $p = 0,003$ và KTC 95% 0,35 – 0,44; NTTCST có kiến thức về dấu hiệu chuyển nặng chung đúng của bệnh trước và sau nghiên cứu từ 33,79% lên 64,48%; kiến thức về phòng bệnh, biết dấu hiệu chuyển nặng của bệnh có sự khác biệt rõ trước và sau nghiên cứu. Đặc biệt kiến thức chung đúng phòng bệnh từ 43,79% lên 75,17% bao gồm rửa tay bằng xà phòng, lau sàn nhà, ngâm rửa đồ chơi của trẻ, không tiếp xúc với trẻ bệnh. Về thực hành phòng bệnh TCM, kết quả nghiên cứu cho thấy các hành vi sức khỏe trong phòng tránh bệnh TCM của ĐTNC đều tăng lên rõ rệt ở giai đoạn sau can thiệp, đặc biệt hành vi ngâm rửa đồ chơi chỉ đạt 39,66% ở giai đoạn trước can thiệp tăng lên 92,41% ở giai đoạn sau can thiệp, tỷ lệ thực hành chung trong phòng bệnh TCM đúng tăng từ 33,79% ở giai đoạn trước can thiệp lên 57,58% ở giai đoạn sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 1,56 trẻ /hộ có trẻ dưới 5 tuổi và số ca mắc TCM ở 290 hộ có trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh TCM năm 2011 là 22 ca/ 454 trẻ (4,85%), (01 ca tử vong, 02 ca độ

3, 05 ca độ 2b, 14 trẻ độ 1). Kết quả từ tháng 01/2012 - 12/2012 có 09/454 trẻ (1,98%) mắc bệnh TCM (không có tử vong; độ 1: 07 trẻ, 01 độ 2b, 01 độ 2a). Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc can thiệp với mắc bệnh TCM ($p = 0,018$). Như vậy sau 1 năm triển khai can thiệp nguy cơ mắc bệnh TCM giảm RR = 2,44 lần (KTC 95% 1,14-5,25), không có ca tử vong.

Năm 2012 Abu Zarin bin Zahari tiến hành nghiên cứu can thiệp nhằm nâng cao KAP trong phòng bệnh TCM cho bố, mẹ và NCST tại Malaysia. Nghiên cứu được tiến hành gồm 2 giai đoạn (giai đoạn 1: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của bố, mẹ và NCST tại giai đoạn trước can thiệp. Giai đoạn 2: Tiến hành can thiệp bằng hình thức TT-GDSK và đánh giá hiệu quả can thiệp cũng như một số yếu tố liên quan đến KAP về phòng bệnh TCM). Kết quả nghiên cứu cho thấy [108]:

Giai đoạn trước can thiệp 61,1% người tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt, 52,2% có thái độ tốt, trong khi đó tỷ lệ thực hành tốt của người tham gia trong nghiên cứu này 55,8%. Ở giai đoạn sau can thiệp, kiến thức về đường lây truyền của bệnh TCM được tăng lên có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên kiến thức chung về bệnh và phòng chống bệnh TCM không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thái độ và thực hành chung của đối tượng tham gia nghiên cứu này cũng không có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn sau can thiệp.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức về bệnh và phòng TCM của ĐTNC, mối liên quan có ý nghĩa thống kê cũng được tìm ra giữa thái độ với trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy thực hành phòng TCM có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức và thái độ về phòng TCM.

Nghiên cứu của Wang Li Hua và cộng sự năm 2010 tại huyện Dingtao, Tứ Xuyên, Trung Quốc về đánh giá kiến thức TCM của cha mẹ trẻ dưới 5 tuổi. Đây là nghiên cứu nhằm đánh giá sự tác động của GDSK về TCM cho

cha mẹ của trẻ dưới 5 tuổi thông qua hiểu biết của họ về bệnh. Kết quả cho thấy có sự khác biệt về kiến thức trước và sau khi nhận được GDSK về TCM. Tỷ lệ phụ huynh có kiến thức đạt về TCM trước và sau khi tiếp nhận GDSK tương ứng là 57,76% và 84,3% [68].

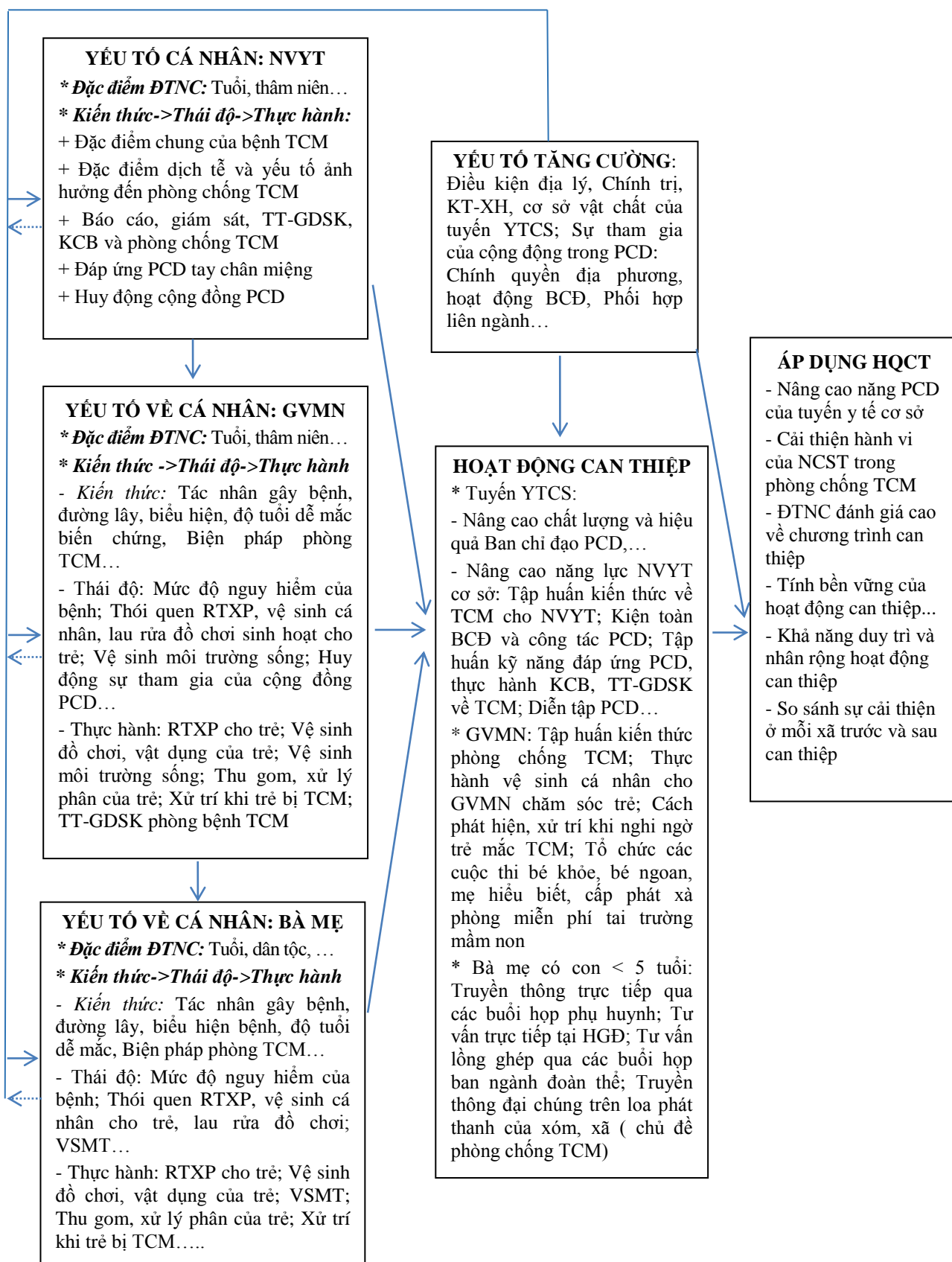
Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu can thiệp dự phòng bệnh TCM, tuy nhiên các nghiên cứu can thiệp trên thế giới và Việt Nam còn hạn chế về chất lượng, cụ thể nhiều nghiên cứu can thiệp chỉ tập chung vào một nhóm đối tượng, thiếu tính đồng bộ, trong khi đó muốn phòng chống được bệnh TCM cần phải có những nghiên cứu toàn diện và đa tầng tập chung vào nhiều nhóm đối tượng NVYT, GVMN, NCST, đặc biệt cần huy động sự tham gia của cộng đồng PCD một cách tích cực và chủ động đây chính là vấn đề có tính cấp thiết nhằm phòng chống dịch TCM một cách lâu dài, bền vững.

1.4.3. Khung lý thuyết trong nghiên cứu

Tổng quan tài liệu cho thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến công tác phòng chống dịch TCM, trong đó phải kể đến năng lực PCD của tuyến YTCS và hành vi của NCST...

Trên thực tế muốn can thiệp phòng chống dịch TCM cần phải cải thiện các yếu tố thuộc về cá nhân: Kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT cơ sở và NCST đối với phòng chống TCM. Bên cạnh các yếu tố thuộc về cá nhân, thì những yếu tố tăng cường như: Sự tác động từ môi trường xung quanh (Gia đình, cộng đồng...); Điều kiện về Địa lý, chính trị, Kinh tế- xã hội... cũng ảnh hưởng không nhỏ đến việc phòng bệnh TCM.

Do đó để có hiệu quả cao trong PCD bệnh TCM cần phải có những nghiên cứu can thiệp quy mô lớn: Nâng cao năng lực phòng chống dịch cho tuyến YTCS; Cải thiện hành vi ở NCST và phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch TCM... Đây là nghiên cứu toàn diện, đa tầng và bền vững bao gồm nhiều nội dung can thiệp, được thể hiện bằng khung lý thuyết cụ thể như sau:



Sơ đồ 1.1: Khung lý thuyết nghiên cứu

Chương 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Người mắc bệnh tay chân miệng đã được chẩn đoán lâm sàng theo tiêu chí tại Quyết định số 2554/QĐ-BYT năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng [7]. Được ghi nhận qua hệ thống giám sát của TTKSBT tỉnh Thái Nguyên.

- Văn bản, hồ sơ, báo cáo về bệnh tay chân miệng.

- Bà mẹ có con dưới 5 tuổi cư trú tại địa điểm nghiên cứu: Đồng ý tham gia nghiên cứu; Có khả năng nghe, hiểu và trả lời được bộ câu hỏi phỏng vấn

- Giáo viên mầm non (GVMN) làm việc tại địa điểm nghiên cứu: Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Nhân viên y tế cơ sở (TTYT huyện và TYT xã) làm việc tại địa điểm nghiên cứu: Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Lãnh đạo cộng đồng: Đồng ý và phối hợp tham gia nghiên cứu

- Đại diện các ban ngành đoàn thể, tổ chức xã hội của xã làm việc tại địa điểm nghiên cứu: Đồng ý và phối hợp tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Ca bệnh hồi cứu từ sổ sách, báo cáo giám sát: không tổng hợp đủ thông tin hoặc thông tin thiếu chính xác;

- Những đối tượng đồng ý tham gia nhưng không hợp tác khi nghiên cứu

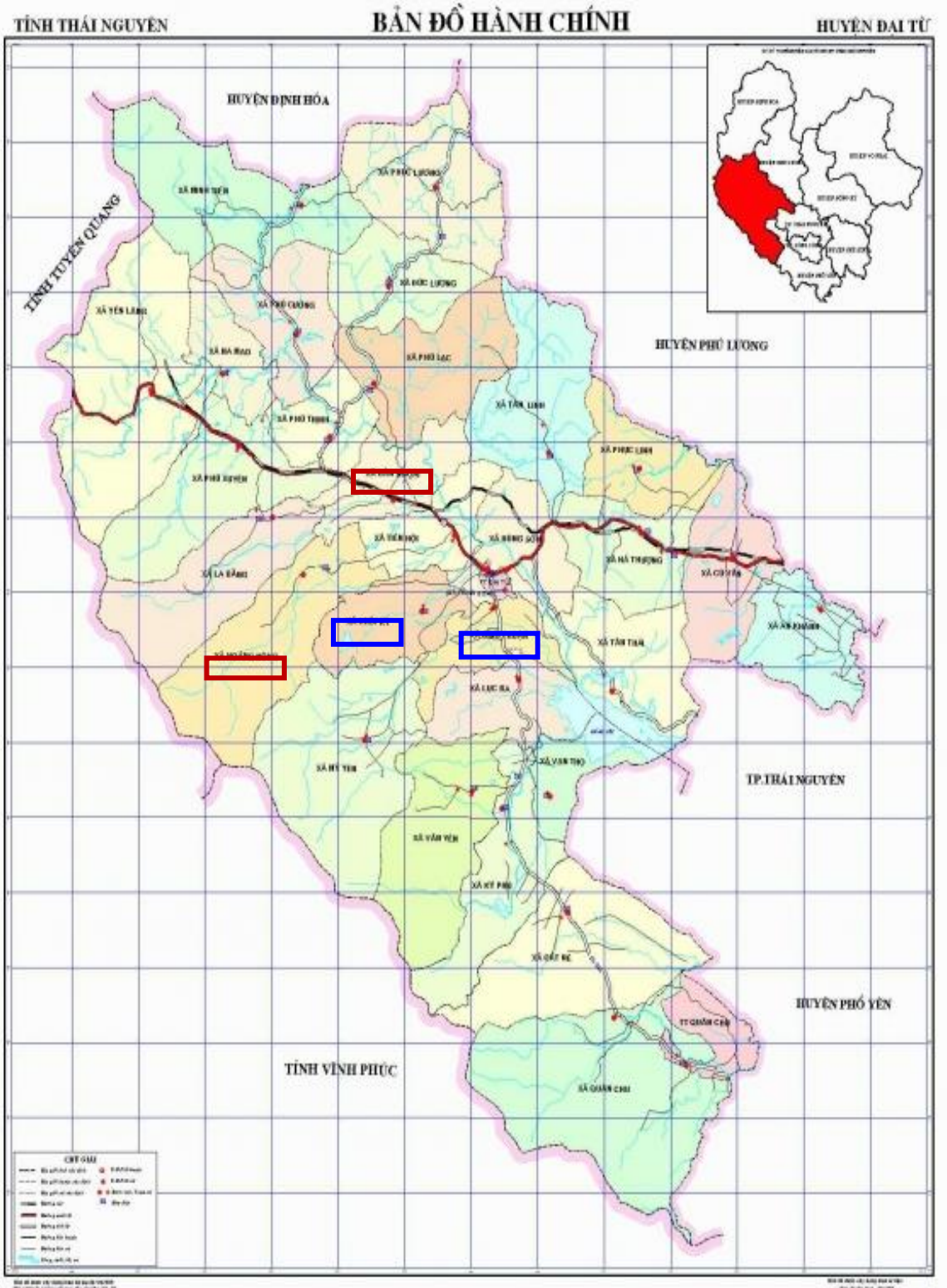
- Đối tượng nghiên cứu vắng mặt trong lần phỏng vấn đầu tiên và lần quay lại phỏng vấn sau đó

- Bà mẹ bệnh tâm thần/bệnh khác mà không trả lời được phỏng vấn.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1 Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại Từ. Đây là huyện có tỷ lệ mắc TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

Huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên là huyện miền núi nằm ở phía Tây Bắc tỉnh Thái Nguyên, cách thành phố Thái Nguyên 25 km. Phía Bắc giáp huyện Định Hóa, phía Đông Nam giáp thị xã Phổ Yên và thành phố Thái Nguyên, phía Đông Bắc giáp huyện Phú Lương, phía Tây giáp tỉnh Tuyên Quang và tỉnh Vĩnh Phúc, phía Nam giáp tỉnh Vĩnh Phúc. Huyện Đại Từ có 30 đơn vị hành chính bao gồm 2 thị trấn và 28 xã (2 thị trấn là: Hùng Sơn; Quân Chu; 28 xã là: Phúc Lương; Minh Tiến; Yên Lãng; Đức Lương; Phú Cường; Na Mao; Phú Lạc; Tân Linh; Phú Thịnh; Phục Linh; Phú Xuyên; Bản Ngoại; Tiên Hội; Cù Vân; Hà Thượng; La Bằng; Hoàng Nông; Khôi Kỳ; An Khánh; Tân Thái; Bình Thuận; Lục Ba; Mỹ Yên; Vạn Thọ; Văn Yên; Ký Phú; Cát Nê). Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc bệnh TCM cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên [15].



Hình 2.1. Bản đồ hành chính huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên

2.2.2 Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2016 - 6/2018

- Nghiên cứu mô tả: Từ tháng 01/2016 đến tháng 9/2016
- Nghiên cứu can thiệp: Từ tháng 10/2016 đến tháng 4/2018
- Đánh giá quá trình can thiệp: Từ tháng 4/2018 đến tháng 06/2018

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng 2 chiến lược thiết kế nghiên cứu

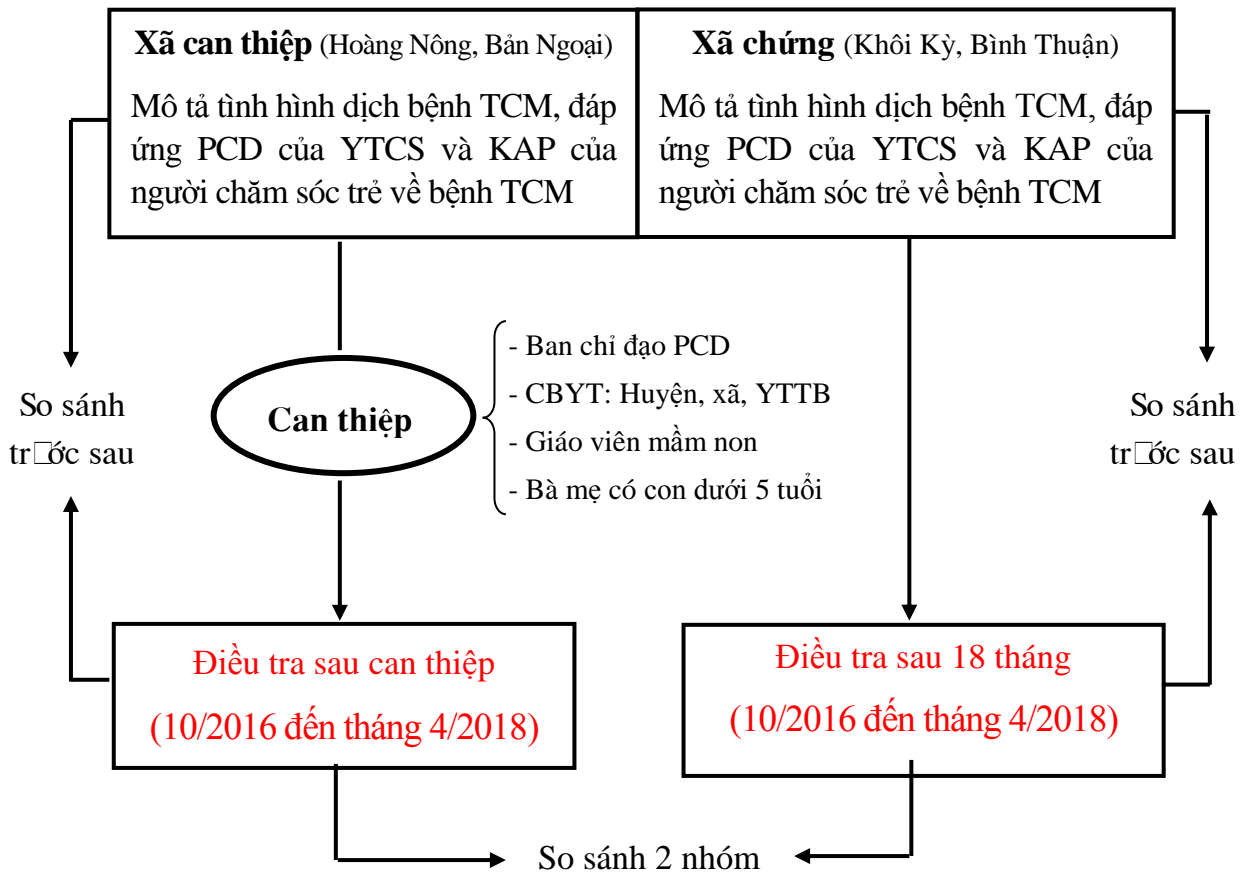
- Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên hồi cứu trong 5 năm (2011-2015) và khả năng đáp ứng phòng chống dịch của tuyến YTCS.

- Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng

+ Xã can thiệp: Thử nghiệm đáp ứng PCD của tuyến y tế cơ sở bằng cách đào tạo nâng cao năng lực PCD cho NVYT cơ sở và cải thiện hành vi của NCST bao gồm (GVMN và bà mẹ có con dưới 5 tuổi) trong phòng chống TCM tại cộng đồng.

+ Xã đối chứng: Giám sát, phòng chống dịch bệnh TCM theo qui định thường qui của BYT.

- Chọn xã nghiên cứu: Trong địa bàn huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên trước khi tiến hành nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã điều tra và thống kê tất cả các xã có ít nhất 250 bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Sau đó phân tầng theo khu vực địa lý, vùng gần trung tâm huyện và vùng xa trung tâm huyện Đại Từ. Mỗi khu vực chọn chủ đích 2 xã có số trường hợp bệnh TCM mắc cao nhất. Chọn được 4 xã: xã Bình Thuận và Bản Ngoại (gần trung tâm huyện); xã Hoàng Nông và Khôi Kỳ (xã xa trung tâm huyện).



Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng

2.3.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả [20], [21], [89]

* *Cỡ mẫu mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên*

Toàn bộ những trường hợp mắc bệnh và tử vong do TCM được báo cáo tại TTKSBT tỉnh Thái Nguyên từ năm 2011-2015 và dân số từng thời điểm.

* *Cỡ mẫu đánh giá khả năng đáp ứng phòng chống dịch*

Chọn chủ đích tất cả nhân viên y tế (NVYT) bao gồm CBYT và YTTB công tác tại TYT các xã nghiên cứu để đánh giá năng lực PCD bệnh TCM. Cụ thể: Bản Ngoại (CBYT: 08, YTTB: 22); Hoàng Nông (CBYT: 07, YTTB: 18); Bình Thuận (CBYT: 06, YTTB: 19); Khôi Kỳ (CBYT: 08, YTTB: 20).

* *Cỡ mẫu mô tả KAP của bà mẹ về phòng chống tay chân miệng*

- Đối với nghiên cứu thực trạng KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi sử dụng công thức tính cỡ mẫu dành cho nghiên cứu mô tả.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Số bà mẹ có con dưới 5 tuổi cần điều tra

p: Tỷ lệ bà mẹ có con dưới 5 tuổi thực hành đúng về phòng TCM, ước tính theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Anh Đào năm 2014 là 38,86% [16];

$Z(1-\alpha/2)$: hệ số giới hạn tin cậy, chọn độ tin cậy 95%, tương ứng $Z(1-\alpha/2) = 1,96$

d: độ chính xác mong muốn, ước tính $d = 0,031$;

Thay vào công thức tính được cỡ $n = 950$, để dự phòng các trường hợp không điều tra được do các nguyên nhân khác nhau, cỡ mẫu được cộng thêm 5% và làm tròn thành 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

- Chọn mẫu:

+ Chọn xã: Chọn chủ đích 4 xã có số lượng mắc bệnh TCM cao trong 5 năm (2011-2015), trong đó 2 xã ở gần trung tâm huyện (Bình Thuận và Bản Ngoại) và 2 xã ở xa trung tâm huyện (Hoàng Nông và Khôi Kỳ)

+ Chọn người mẹ có con dưới 5 tuổi: Mỗi xã chọn 250 người mẹ có con dưới 5 tuổi theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng chức năng *Random number list* trên phần mềm Epi Info 6.04.

* Cỡ mẫu mô tả KAP của giáo viên mầm non về phòng chống tay chân miệng

Chọn chủ đích toàn bộ 122 GVMN tại 4 xã nghiên cứu, cụ thể như sau:

Bảng 2.1. Số lượng giáo viên mầm non tại các xã nghiên cứu

Tên xã	Số lượng mẫu (GVMN)
Bình Thuận	35
Bản Ngoại	33
Hoàng Nông	28
Khôi Kỳ	26
Tổng số	122

Trên thực tế khi tiến hành điều tra KAP của nghiên cứu mô tả, có 02 GVMN của xã Bình Thuận không tham gia nghiên cứu do chuyên công tác, vì vậy nhóm nghiên cứu chỉ đánh giá KAP của 120 GVMN tại 04 xã nghiên cứu.

2.3.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp

Để thử nghiệm mô hình can thiệp, trong 4 xã nghiên cứu chọn 2 xã vùng xa trung tâm để bốc thăm ngẫu nhiên 1 xã can thiệp (Hoàng Nông) và xã đối chứng (Khôi Kỳ). Sau đó chọn 2 xã vùng gần trung tâm để bốc thăm ngẫu nhiên 1 xã can thiệp (Bản Ngoại) và xã đối chứng (Bình Thuận).

** Cỡ mẫu đánh giá hiệu quả nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở*

Chọn toàn bộ NVYT cơ sở (CBYT và YTTB) phân chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm can thiệp: 55 NVYT của xã Hoàng Nông và Bản Ngoại

+ Nhóm đối chứng: 53 NVYT của xã Khôi Kỳ và Bình Thuận

- Cỡ mẫu đánh giá hiệu quả cải thiện hành vi người mẹ có con dưới 5 tuổi, sử dụng cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ [20]:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

+ p_1 : Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi theo nghiên cứu của Trần Thị Anh Đào năm 2014 là 38,86% [16]

+ p_2 : Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ước tính tăng thêm 15% sau can thiệp là 54%

+ α : Mức sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$ (tin cậy 95%) ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

+ β : Mức sai lầm loại 2, chọn $\beta = 0,1$ (lực mẫu 90%), ta có $Z_{1-\beta} = 1,28$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 223 bà mẹ, cộng thêm 10%; làm tròn thành 250 bà mẹ cho mỗi xã can thiệp và xã đối chứng (tổng số mẫu của 4 xã là 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi).

- Chọn mẫu: Trong nghiên cứu mô tả đã chọn mỗi xã 250 bà mẹ có con dưới 5 tuổi, vì vậy căn cứ vào cỡ mẫu đã tính toán cho nghiên cứu can thiệp, chúng tôi đã chọn luôn số mẫu này để đánh giá hiệu quả cải thiện hành vi của

người chăm sóc trẻ. Đây là phương pháp chọn mẫu cụm (mỗi xã là một cụm) nên cỡ mẫu tối thiểu cần nhân với hệ số thiết kế là 2 (Một nhóm gồm: 2 xã can thiệp hoặc 2 xã đối chứng). Do đó mỗi nhóm cần khoảng 500 NCST

** Cỡ mẫu đánh giá hiệu quả cải thiện hành vi của giáo viên mầm non*

Chọn toàn bộ giáo viên mầm non ở địa điểm nghiên cứu và phân chia thành 2 nhóm (do có sự luân chuyển công tác của GVMN: Xã Bản Ngoại có thêm 02 GVMN cho nên tổng số GVMN của 02 xã can thiệp tăng lên 02 GVMN. Tổng là 63 GVMN).

+ Nhóm can thiệp: 63 GVMN của xã Hoàng Nông và Bản Ngoại

+ Nhóm đối chứng: 59 GVMN của xã Khôi Kỳ và Bình Thuận

2.3.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính

- Phỏng vấn sâu: Phỏng vấn với các cán bộ chủ chốt trong hệ thống PCD từ tuyến tỉnh, tuyến huyện, tuyến xã và người trực tiếp chăm sóc trẻ.

Mục tiêu phỏng vấn sâu nhằm phân tích các thông tin về: Nhân lực (BCĐ, đội chống dịch cơ động); phương tiện PCD (trang bị cá nhân, phương tiện vận chuyển, hóa chất...); khả năng XN, điều trị, cách ly nguồn lây... Và đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp phòng chống TCM.

+ Lãnh đạo Sở Y tế: (Trước CT: 0; Sau CT: 01)

+ Y tế tuyến tỉnh: Chọn chủ đích Trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm, TTKSBT tỉnh Thái Nguyên (Trước CT: 01; Sau CT: 01)

+ Tuyến huyện: Chọn chủ đích Đội trưởng Đội phòng chống dịch cơ động của TTYT huyện: (Trước CT: 01; Sau CT: 01)

+ Tuyến xã: Chọn chủ đích Trưởng TYT xã. (Trước CT: 01 cuộc; Sau CT: 01 cuộc). Tổng 4 xã trước và sau can thiệp gồm 8 cuộc

+ GVMN: Chọn Đại diện 01 GVMN (Trước CT: 0; Sau CT: 01)

+ Bà mẹ: Đại diện 01 bà mẹ tại xã can thiệp (Trước CT: 0 ; Sau CT: 01)

- Thảo luận nhóm với ban chỉ đạo CSSKND tuyến xã:

+ Trước can thiệp mỗi xã thảo luận 1 cuộc: Tổng 4 xã là 4 cuộc (Mỗi cuộc gồm 12 người) trong đó: 01 CBYT của TTYT huyện; 02 Nghiên cứu viên; 04 CBYT xã; Đại diện chính quyền địa phương và ban ngành đoàn thể gồm 03 người. Tổng số 4 cuộc là 40 người. Mục tiêu của thảo luận nhóm nhằm phân tích đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống bệnh tay chân miệng.

+ Sau can thiệp mỗi xã thảo luận 1 cuộc: Tổng 4 xã là 4 cuộc (Mỗi cuộc gồm 12 người) trong đó: 01 CBYT của TTYT huyện; 02 Nghiên cứu viên; 04 CBYT xã; Đại diện chính quyền địa phương và ban ngành đoàn thể gồm 03 người. Tổng số 4 cuộc là 40 người. Nhằm đánh giá tính hiệu quả, khả năng duy trì tính bền vững của các giải pháp can thiệp

Bảng 2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính (n = 95)

Đối tượng	Phỏng vấn sâu		Thảo luận nhóm	
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT
Lãnh đạo Sở Y tế	0	01	0	0
Khoa KSBT Tỉnh	01	01	0	0
Trung tâm Y tế huyện	01	01	04	04
Trạm y tế xã	04	04	16	16
Chính quyền địa phương, ban ngành...	0	0	12	12
Nghiên cứu viên	0	0	08	08
Giáo viên MN	0	01	0	0
Bà mẹ có con < 5 tuổi	0	01	0	0
Tổng	06	09	40	40

* **Ghi chú:** Sở dĩ chỉ phỏng vấn GVMN và bà mẹ sau can thiệp (cỡ mẫu định tính sau can thiệp) vì nhóm nghiên cứu muốn tìm hiểu về những khó khăn,

thuận lợi và khả năng duy trì các hoạt động can thiệp đối với nhóm được thụ hưởng là GVMN và bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Những thông tin này không có trước khi can thiệp (cỡ mẫu định tính trước can thiệp).

2.3.5 Nội dung can thiệp

2.3.5.1 Các vấn đề can thiệp

- Hoàn thiện cấu trúc của hệ thống, tăng cường tính phối hợp giữa các đơn vị trong đáp ứng phòng chống dịch bệnh TCM.
- Nâng cao hiệu quả và chất lượng hoạt động của công tác phòng chống dịch bệnh TCM.
- Cải thiện KAP và các kỹ năng phòng chống dịch của NVYT đối với bệnh tay chân miệng.
- Cải thiện KAP của người chăm sóc trẻ trực tiếp tại cộng đồng bao gồm bà mẹ và cô giáo mầm non.

2.3.5.2 Các biện pháp can thiệp

- Tổ chức hội nghị, lớp tập huấn chuyên môn, chuyển giao công nghệ về các nội dung liên quan đến hoạt động phòng chống dịch bệnh TCM.
- Tổ chức diễn tập phòng chống dịch bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu nhằm nâng cao năng lực phòng chống dịch bệnh TCM (phụ lục 13).
- Cung cấp tài liệu và các văn bản pháp luật liên quan đến giám sát và phòng chống dịch bệnh TCM.
- Kiện toàn/thành lập BCD, các đội cơ động trực thuộc phục vụ công tác phòng chống dịch bệnh TCM, phân định nhiệm vụ cụ thể cho từng đơn vị trong hệ thống để cải thiện hoạt động và tiến độ phát hiện trường hợp bệnh và tổ chức báo cáo đúng thời hạn cũng như tổ chức đáp ứng kịp thời và hiệu quả.
- Củng cố và gia tăng sự phối hợp giữa các đơn vị giám sát và sự tham gia của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch bệnh TCM.

2.3.5.3 Tổ chức triển khai can thiệp

- Nâng cao chất lượng và hiệu quả BCD phòng chống dịch:

Kiện toàn ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân (trước đây là ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe ban đầu) tuyến xã bao gồm đại diện các ban ngành đoàn thể của xã (phụ lục 19). Ngoài ra, tại địa phương đề xuất Trung tâm Y tế huyện thành lập tổ chuyên trách thực hiện các nhiệm vụ phòng chống dịch nếu được triệu tập của Ban chỉ đạo.

+ Ghi nhận thông tin dịch bệnh từ các tuyến, thống kê danh sách trường hợp bệnh, số liệu bệnh truyền nhiễm trên địa bàn quận huyện.

+ Theo dõi, phân tích dịch tễ học, nhận định tình hình dịch và đề xuất các giải pháp can thiệp phòng, chống dịch tại địa phương.

+ Đề xuất lên Lãnh đạo Trung tâm Y tế huyện đội cơ động đi điều tra trường hợp bệnh/ô dịch khi cần thiết, đồng thời báo cáo lên Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

+ Làm báo cáo định kỳ, nhanh và đột xuất khi cần lên tuyến trên.

+ Trạm y tế xã phân công 1 cán bộ chuyên trách thực hiện các nhiệm vụ: Ghi nhận thông tin trường hợp bệnh trên địa bàn; báo cáo lên tuyến trên ngay khi phát hiện trường hợp bệnh/ô dịch trên địa bàn; điều tra ban đầu khi phát hiện trường hợp bệnh/ô dịch; làm báo cáo định kỳ lên tuyến trên.

- Nâng cao năng lực NVYT cơ sở: Trong thời gian can thiệp, nhóm nghiên cứu phối hợp với Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên và Trung tâm Y tế huyện Đại Từ tổ chức 10 hội thảo về 04 chủ đề (chẩn đoán, xử trí, kỹ năng phòng chống dịch và giám sát dịch TCM). Sau khi hoàn thành 04 lớp tập huấn, các NVYT sẽ được áp dụng các kiến thức đã được trang bị trong buổi tổ chức diễn tập phòng chống dịch. Các nội dung chính của can thiệp bao gồm:

+ Tập huấn kiến thức về bệnh TCM cho NVYT xã

+ Tập huấn một số kỹ năng đáp ứng PCD cho NVYT xã

+ Lập kế hoạch và diễn tập phòng chống dịch theo kịch bản, tình huống giả định (phụ lục 13).

- + Kỹ năng thực hành khám chữa bệnh TCM
- + Kỹ năng thực hành nói chuyện, tư vấn về phòng chống bệnh TCM
- Cải thiện hành vi của các cô giáo mầm non về phòng chống bệnh TCM

Trong thời gian can thiệp, nhóm nghiên cứu phối hợp với Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên và Trung tâm Y tế huyện Đại Từ tổ chức 02 hội thảo về 02 chủ đề (cách phát hiện và xử trí bệnh TCM, các biện pháp phòng chống dịch TCM). Sau khi hoàn thành 02 lớp tập huấn, các CGMN sẽ được áp dụng các kiến thức đã được trang bị trong buổi tổ chức cuộc thi bé khỏe, bé ngoan và cô giáo hiểu biết (02 cuộc thi) do trạm y tế xã phối hợp với trường mầm non tổ chức. Trong cuộc thi này, ban tổ chức cấp phát xà phòng miễn phí cho hộ gia đình có trẻ tham dự. Các nội dung chính của can thiệp theo nội dung này bao gồm:

- + Tập huấn kiến thức cần thiết về bệnh TCM
- + Hướng dẫn thực hành vệ sinh cá nhân cho GVMN chăm sóc trẻ
- + Cách phát hiện hướng xử trí khi nghi ngờ trẻ mắc bệnh TCM
- + Tổ chức các cuộc thi bé khỏe, bé ngoan, người mẹ hiểu biết, cấp phát xà phòng miễn phí tại các trường mầm non.
- Cải thiện hành vi người mẹ có con dưới 5 tuổi, phòng chống bệnh TCM
- + Truyền thông trực tiếp qua các buổi họp phụ huynh: 3 tháng/lần
- + Tư vấn trực tiếp tại hộ gia đình: Nhân viên YTTB đến hộ gia đình để hướng dẫn vệ sinh nhà ở, vệ sinh cá nhân (rửa tay)... 3 tháng/1 lần.
- + Truyền thông đại chúng trên loa phát thanh của xóm, xã: Viết các bài truyền thông, tiểu phẩm về bệnh tay chân miệng, xây dựng phóng sự tuyên truyền về công tác phòng chống dịch TCM tại tỉnh Thái Nguyên. Hoạt động truyền thông tập trung vào các tháng có nguy cơ bùng phát dịch là tháng 4 - 5 và tháng 8 - 9 hằng năm.
- + Tư vấn, truyền thông lồng ghép qua các buổi họp ban ngành đoàn thể: Họp hội phụ nữ xã, dân số xã và qua các buổi tiêm chủng hàng tháng.

2.3.5.4 Báo cáo định kỳ và giám sát quá trình can thiệp

Thực hiện giao ban, báo cáo thông tin hàng tháng từ thôn, xã, huyện về hoạt động can thiệp tại địa bàn nghiên cứu. Giao ban với BCD huyện mỗi quý một lần. Hàng tháng thực hiện giao ban với CBYT xã và BCD xã. Với mục đích báo cáo các công việc đã thực hiện, những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hiện hoạt động can thiệp và đưa ra giải pháp, những nội dung chưa hiểu, chưa rõ trong tài liệu truyền thông và những vấn đề mà người dân hỏi về TCM mà chưa giải đáp được, đã được nhóm nghiên cứu tiếp tục tập huấn, thảo luận và đưa ra giải pháp phù hợp, kịp thời.

Định kỳ báo cáo: Từ y tế thôn đến trạm y tế xã hàng tuần (thứ tư hàng tuần), hoặc khi có diễn biến bất thường, đột xuất. Từ xã lên huyện và từ huyện lên tỉnh, theo quy định chung của Bộ Y tế về kiểm soát bệnh truyền nhiễm.

Giám sát của đề tài: Định kỳ 02 tháng giao ban với CBYT xã, YTTB tại trạm y tế xã và 1 tháng/lần đến ngẫu nhiên hộ gia đình trên địa bàn nghiên cứu và cơ sở chăm sóc trẻ để giám sát các hoạt động can thiệp.

2.3.6 Chỉ tiêu nghiên cứu

* Nhóm chỉ tiêu về đặc điểm dịch tễ học bệnh TCM tại tỉnh Thái nguyên

- Số lượng và tỷ lệ ca bệnh theo năm 2011- 2015 (Hướng dẫn của BYT)
- Tỷ lệ ca bệnh các tháng trong năm
- Số lượng và tỷ lệ ca bệnh theo tuổi
- Tỷ lệ ca bệnh theo giới tính
- Số lượng và tỷ lệ ca bệnh theo địa dư
- Tỷ lệ mắc bệnh theo phân loại ổ dịch
- Tỷ lệ bệnh ở các mức độ lâm sàng theo phân loại của BYT
- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại các cơ sở y tế

* Nhóm chỉ tiêu đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở thuộc huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên

Đáp ứng PCD bao gồm các nội dung liên quan đến dự phòng toàn diện sau khi kiểm soát được vụ dịch nhằm giảm khả năng xảy ra những vụ dịch tương tự trong tương lai, trong phần này chúng tôi thu thập một số chỉ tiêu sau:

- Trang thiết bị và cơ sở vật chất, kinh phí cho PCD
- Nguồn nhân lực y tế tham gia PCD tại địa bàn nghiên cứu
- Một số kỹ năng đáp ứng PCD của cán NVYT xã
- Công tác tập huấn và nội dung tập huấn về PCD
- Hoạt động báo cáo, giám sát đối với TCM
- Khó khăn, thuận lợi trong công tác PCD
- Hành vi của NVYT xã về phòng chống TCM
- Kỹ năng KCB, tư vấn, NCSK phòng chống TCM của NVYT xã

** Nhóm chỉ tiêu về sự tham gia của cộng đồng phòng chống bệnh TCM*

Là vai trò của chính quyền địa phương, ban, ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng đó tham gia vào công tác phòng chống dịch ở các mức độ khác nhau. Trong đó tầm quan trọng, biện pháp tác động cũng như mức độ ảnh hưởng của các thành phần kể trên đối với công tác PCD bệnh là khác nhau, trong phần này chúng tôi thu thập một số chỉ tiêu:

- Vai trò của từng thành phần trong cộng đồng đối với phòng chống TCM
- Mức độ tham gia của cộng đồng trong phòng chống TCM
- Biện pháp tác động vào các thành phần của cộng đồng nhằm huy động sự tham gia của các tổ chức này trong phòng chống TCM
- Thành phần nào sẽ có ảnh hưởng trực tiếp đến phòng bệnh TCM
- Ban chỉ đạo và các hoạt động liên quan đến PCD
- KAP của đối tượng trong cộng đồng có ảnh hưởng trực tiếp về phòng chống bệnh TCM (cụ thể là GVMN và các bà mẹ có con dưới 5 tuổi)

** Nhóm chỉ tiêu về hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi người chăm sóc trẻ em dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên*

- Chỉ số về hoạt động can thiệp:
 - + Số lượng các hoạt động phòng chống dịch đã triển khai: số buổi tập huấn; số buổi truyền thông; số buổi tư vấn, NCSK; số buổi diễn tập PCD

- + Số buổi thi bé khỏe ngoan người mẹ hiểu biết tại trường mầm non
- + Số buổi thực hành rửa tay xà phòng và cấp phát xà phòng miễn phí tại các trường mầm non đã triển khai.
- + Số buổi tư vấn sức khỏe phòng chống TCM tại hộ gia đình.
- + Đề xuất kiện toàn ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND) tuyến xã bao gồm đại diện chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể của xã có nhiệm vụ chỉ đạo quá trình PCD bệnh tại địa phương đồng thời có nhiệm vụ huy động được sự hưởng ứng và tham gia tích cực của người dân trong cộng đồng tham gia công tác PCD
 - + Số lần giám sát quá trình can thiệp.
 - Chỉ số về hiệu quả nâng cao năng lực phòng chống dịch của NVYT
 - + Sự thay đổi một số kỹ năng đáp ứng PCD của CBYT xã
 - + Số lượng và tỷ lệ NVYT xã có KAP phòng chống dịch TCM ở các mức độ: tốt, trung bình, kém, so sánh trước và sau can thiệp.
 - + Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của NVYT xã về phòng chống TCM
 - + Tỷ lệ CBYT thực hành về: TT-GDSK; KCB; tư vấn, nói chuyện sức khỏe được đánh giá ở mức: tốt, khá, đạt, không đạt, trước và sau can thiệp
 - + Hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng tư vấn và NCSK của NVYT xã
 - + Hiệu quả can thiệp đối với kỹ năng khám và xử trí của CBYT
 - Chỉ số về hiệu quả cải thiện KAP của người chăm sóc trẻ về bệnh TCM
 - + Sự thay KAP về bệnh TCM của giáo viên mầm non
 - + Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của GVMN về bệnh TCM
 - + Sự thay đổi KAP về bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi
 - + Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của bà mẹ về bệnh TCM
 - Đánh giá chung của đối tượng nghiên cứu về chương trình can thiệp

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

2.4.1 Phân độ lâm sàng bệnh tay chân miệng

* *Độ 1*: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da [10]

* *Độ 2*: Được phân thành độ 2a và độ 2b [10]

- *Độ 2a*: Có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

+ Sốt trên 2 ngày, sốt trên 39°C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

- *Độ 2b*: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2

<i>Nhóm 1:</i> Có một trong các biểu hiện	<i>Nhóm 2:</i> Có một trong các biểu hiện
+ Giật mình ghi nhận lúc khám. + Đã có giật mình ≥ 2 lần/30 phút. + Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau: ✓ Ngủ gà ✓ Mạch nhanh (>150 lần/phút) ✓ Sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt	+ Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng. + Rung giật nhãn cầu, lác mắt. + Yếu chi hoặc liệt chi. + Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

* *Độ 3*: Có các dấu hiệu sau [10]

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).

- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

- Huyết áp tăng: Huyết áp tâm thu ở trẻ dưới 1 tuổi: 110 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi ≥ 115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 120 mmHg.

- Thở nhanh, thở bất thường: cơn ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản.

- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm), tăng trương lực cơ.

* *Độ 4*: Có một trong các dấu hiệu sau [10]

- Sốc

- Phù phổi cấp: khó thở, tím tái, ran ẩm tăng nhanh hai phế trường, sùi bọt hồng, chụp phổi hình mờ cánh bướm

- Tím tái, $SPO_2 < 92\%$, ngưng thở, thở nấc

2.4.2 Phân loại ổ dịch tay chân miệng [9].

** Trường hợp bệnh tản phát*

Là các trường hợp bệnh tay chân miệng đơn lẻ không phát hiện liên quan về dịch tễ (đường lây và nguồn lây) với các trường hợp khác.

** Ổ dịch*

Một nơi (thôn/ấp/bản/tổ dân phố/cụm dân cư/đơn vị) được gọi là ổ dịch khi ghi nhận từ 02 trường hợp bệnh (lâm sàng hoặc xác định) trở lên khởi phát trong vòng 7 ngày có liên quan dịch tễ với nhau.

Ổ dịch được xác định là kết thúc khi sau 14 ngày không ghi nhận trường hợp mắc mới kể từ ngày khởi phát của trường hợp mắc bệnh.

2.4.3 Tiêu chuẩn chấm điểm và phân loại mức độ KAP

Theo bộ câu hỏi đánh giá KAP của CBYT, GVMN và bà mẹ mẹ có con dưới 5 tuổi:

Với mỗi đánh giá KAP cho từng nhóm đối tượng kể trên sẽ có tổng số 30 câu hỏi (10 câu hỏi đánh giá kiến thức, 10 câu hỏi đánh giá thái độ và 10 câu hỏi đánh giá thực hành).

Các câu hỏi/chỉ tiêu được lượng hóa bằng cách cho điểm. Câu hỏi đánh giá kiến thức và thực hành của những những nhóm đối tượng, mỗi câu trả lời đúng/biết cho 01 điểm, trả lời sai hoặc không đủ ý cho 0 điểm.

Các câu hỏi đánh giá thái độ, mỗi câu trả lời đồng ý (đúng) cho 01 điểm, nếu trả lời không đồng ý (sai) hoặc không có ý kiến cho 0 điểm. Tiếp theo tính tổng điểm cho từng biến, kiến thức, thái độ, thực hành. Phân loại theo 3 mức:

$\geq 80\%$ (8 - 10 điểm) : Tốt

60 - < 80% (6 - 7 điểm) : Trung bình

< 60% (< 6 điểm) : Kém

2.4.4 Tiêu chuẩn chấm điểm và đánh giá bằng bảng kiểm cho nhân viên y tế

Quan sát và chấm điểm theo thứ tự từng nội dung trong bảng kiểm, sau đó tính tổng số điểm chung của tất cả các nội dung cộng lại tương ứng 100%.

Sau đó sẽ xếp loại cụ thể như sau:

- Loại tốt (từ 90% trở lên)
- Loại khá (từ 80% đến dưới 90%)
- Loại đạt (từ 60% đến dưới 80%)
- Loại không đạt (dưới 60%)

2.4.5 Kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch

- Một số kỹ năng đáp ứng PCD của NVYT xã: Có 07 kỹ năng được xây dựng bởi các tình huống lâm sàng giả định, NVYT sẽ thực hiện các kỹ năng bao gồm: phát hiện ca bệnh; xác định dịch; điều tra dịch; cách ly nguồn bệnh; khoanh vùng dịch; khử khuẩn môi trường và điều trị ca bệnh tại cộng đồng.

- Các kỹ năng này được nhóm nghiên cứu quan sát, đánh giá dựa trên 02 tiêu chí: đạt và không đạt.

* Ghi chú: Điều kiện khi xây dựng những bộ công cụ điều tra, đánh giá tại mục 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5 (Phụ lục 17)

2.4.6 Sự tham gia của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch

* Ban chỉ đạo CSSK nhân dân (Ban chỉ đạo CSSKBĐ):

- Thành phần của BCD gồm có lãnh đạo Ủy ban nhân dân (UBND) xã làm trưởng ban, trưởng trạm y tế làm phó ban, lãnh đạo các ban ngành có liên quan tại địa phương là ủy viên. Khi có thay đổi về nhân sự, BCD được bổ sung kịp thời.

+ Ban chỉ đạo được coi là hợp lý khi có đầy đủ các tiêu chí trên

+ Ban chỉ đạo không hợp lý khi thiếu một trong các tiêu chí kể trên

- Ban chỉ đạo có quy chế làm việc, kế hoạch hoạt động hàng năm, họp định kỳ 6 tháng/1 lần và họp đột xuất khi cần thiết; có biên bản các cuộc họp để làm cơ sở tổ chức triển khai và theo dõi

+ Hoạt động của BCD đạt mức tốt: Khi có đầy đủ các tiêu chí trên

+ Hoạt động của BCD đạt mức trung bình: Khi thiếu một trong các tiêu chí kể trên

+ Hoạt động của BCD đạt mức kém: Khi thiếu từ 2 tiêu chí trong các tiêu chí kể trên

* Phối hợp liên ngành: Phối hợp liên ngành trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân có thể được hiểu là sự phối hợp hoạt động của nhiều người, nhiều ngành vào công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và được thực hiện dựa trên một chiến lược hoặc một chương trình hành động cụ thể với sự điều hành thống nhất. Trong công tác phòng chống dịch phối hợp liên ngành là huy động sự tham gia của cộng đồng: Chính quyền địa phương, Ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng đó tham gia vào công tác phòng chống dịch ở các mức độ khác nhau. Trong công tác PCD nói riêng chỉ có hiệu quả khi có sự tham gia của cộng đồng một cách tích cực chủ động.

- Phối hợp liên ngành đạt mức tốt khi: Chính quyền địa phương, Ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng đó tham gia vào công tác phòng chống dịch một cách tích cực chủ động.

- Phối hợp liên ngành đạt mức trung bình khi: Chính quyền địa phương, Ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng đó tham gia vào công tác phòng chống dịch một cách giản đơn hoặc thụ động.

- Phối hợp liên ngành đạt mức kém khi: Không có sự tham gia của chính quyền địa phương, hoặc thiếu sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và người dân trong cộng đồng trong công tác phòng chống dịch.

* KAP của đối tượng trong cộng đồng có ảnh hưởng trực tiếp về phòng chống bệnh TCM (cụ thể là GVMN và các bà mẹ có con dưới 5 tuổi)

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.5.1 Hồi cứu số liệu sẵn có

- Thu thập các thông tin về tình hình mắc TCM từ năm 2011-2015 dựa trên các báo cáo giám sát dịch tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên.

- Thông tin hồi cứu: Thu thập, ghi vào phiếu thông tin thứ cấp (phụ lục 2)

2.5.2 Phỏng vấn

- Phỏng vấn trực tiếp bà mẹ có con dưới 5 tuổi về bệnh TCM dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị (phụ lục 8)

- Phỏng vấn trực tiếp GVMN dựa trên bộ câu hỏi được chuẩn bị (phụ lục 7)

- Phỏng vấn trực tiếp CBYT trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị (phụ lục 3)

2.5.3 Quan sát:

- Quan sát bằng bảng kiểm đánh giá kỹ năng thực hành của CBYT trong KCB, phòng chống dịch, NCSK, tư vấn sức khỏe về bệnh TCM (phụ lục 4, 5, 6)

- Quan sát các phương tiện phòng chống dịch, hoá chất (phụ lục 10, 11)

2.5.4 Phỏng vấn sâu

- Lãnh đạo Sở Y tế, Trưởng khoa Phòng chống bệnh BTN của TTKSBT tỉnh Thái Nguyên, Đội trưởng đội PCD cơ động (TTYT huyện), Trưởng trạm y tế xã, Lãnh đạo trường mầm non, đại diện bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

Học viên trực tiếp thực hiện các cuộc phỏng vấn sâu theo hướng dẫn phỏng vấn sâu đã chuẩn bị. Cuộc phỏng vấn sâu đều có sự hỗ trợ của 1 cán bộ để ghi chép, ghi âm nội dung phỏng vấn, thời gian phỏng vấn từ 30 đến 40 phút (phụ lục 9)

2.5.5 Thảo luận nhóm

- Thảo luận nhóm trước can thiệp: Thảo luận đại diện 4 ban chỉ đạo của 4 xã nghiên cứu cùng CBYT huyện, CBYT xã và nghiên cứu viên.

- Thảo luận nhóm sau can thiệp: Thảo luận đại diện 4 ban chỉ đạo của 4 xã nghiên cứu cùng CBYT huyện, CBYT xã và nghiên cứu viên

Nghiên cứu viên trực tiếp điều hành thảo luận nhóm theo hướng dẫn đã chuẩn bị. Cuộc thảo luận nhóm đều có sự hỗ trợ của 1 cán bộ làm công tác tổ chức, 1 cán bộ làm công tác ghi chép, ghi âm nội dung thảo luận, thời gian từ 40 đến 60 phút (phụ lục 12).

2.6. Phương pháp xử lý số liệu:

- Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học như sau:

- Tỷ lệ mắc bệnh TCM được tính trên 100.000 dân.

- KAP của NVYT và NCST (bà mẹ, cô giáo mầm non) về bệnh TCM được tính dựa vào tỷ lệ phần % và phân loại theo mức độ tốt, trung bình, kém.

- Kỹ năng Đáp ứng dịch, thực hành của NVYT trong KCB, NCSK, TVSK về phòng bệnh TCM được tính dựa vào tỷ lệ phần % và phân loại mức độ: tốt, khá, đạt, không đạt sau đó tổng hợp thành 3 mức tốt, trung bình, kém

- Test χ^2 được sử dụng để so sánh giữa các tỷ lệ %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đánh giá ở ngưỡng xác suất $p < 0,05$.

- Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp theo công thức:

Chỉ số hiệu quả:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{p_1 - p_2}{p_1} \times 100$$

Trong đó:

CSHQ: Chỉ số hiệu quả

p_1 : Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu trước can thiệp

p_2 : Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp:

$$HQCT (\%) = CSHQ_{CT} - CSHQ_{ĐC}$$

Trong đó:

HQCT: Hiệu quả can thiệp

CSHQ_{CT}: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

CSHQ_{ĐC}: Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng

2.7. Phương pháp không chế sai số

- Bộ công cụ được thiết kế đơn giản, các nội dung được sắp xếp logic, giúp cho đối tượng phỏng vấn dễ hiểu, dễ trả lời.
- Thử nghiệm điều tra và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu.
- Các nghiên cứu viên được tập huấn kỹ về mục đích điều tra và các kỹ thuật thu thập thông tin, thu thập số liệu.
- Những hộ gia đình đi vắng đột xuất phải quay trở lại gia đình đó cho tới khi gặp được đối tượng nghiên cứu để bảo tồn mẫu nghiên cứu.
- Quy trình can thiệp ở cộng đồng được tập huấn kỹ cho nghiên cứu viên.
- Quy trình thu thập số liệu và triển khai giáo dục truyền thông được kiểm tra, theo dõi.
- Việc thu thập số liệu được giám sát chặt chẽ: Giám sát viên rà soát, kiểm tra lại toàn bộ số phiếu đã phỏng vấn. Sau một ngày thu thập số liệu, điều tra viên họp với giám sát viên để trao đổi, giải đáp những thắc mắc xảy ra trong quá trình điều tra.
- Những phiếu điều tra được đánh giá là không có độ tin cậy cao vì các lý do khác nhau được kiểm tra và phỏng vấn lại.
- Làm sạch số liệu và nhập kếp trước khi phân tích.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Quá trình thu thập số liệu từ hồ sơ lưu trữ được sự đồng ý của Ban lãnh đạo và Trưởng khoa Phòng chống bệnh truyền nhiễm của Trung tâm kiểm

soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên. Sự đồng ý của TTYT huyện Đại Từ và các TYT xã cùng các GVMN. Đặc biệt có sự phối hợp của chính quyền địa phương thuộc địa bàn nghiên cứu.

Quá trình phỏng vấn các nhóm đối tượng trên địa bàn nghiên cứu sẽ được thông báo rõ mục đích của nghiên cứu, đối tượng có thể từ chối không tham gia phỏng vấn. Đảm bảo chắc chắn không ảnh hưởng đến sức khỏe, kinh tế và cuộc sống gia đình của người tham gia phỏng vấn. Các thông tin cá nhân về người trả lời phỏng vấn, cung cấp thông tin cho nghiên cứu được mã hoá để giữ bí mật.

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

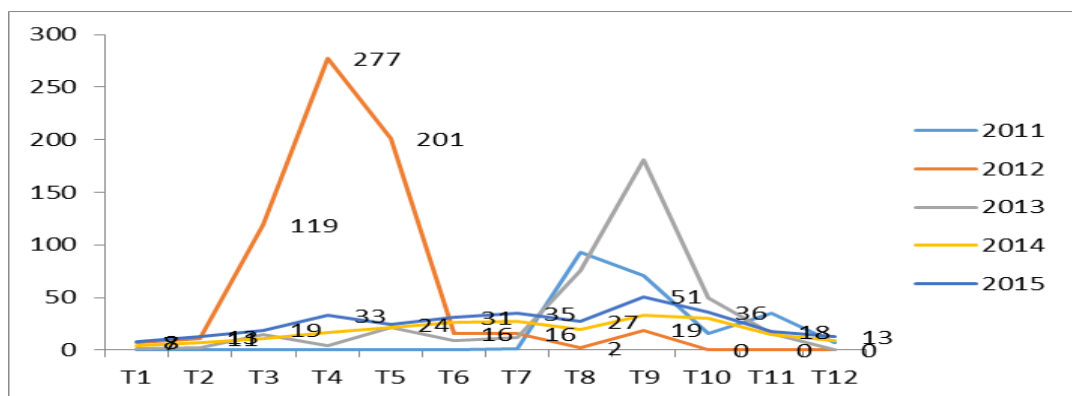
3.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015

Ca bệnh lâm sàng TCM đầu tiên được giám sát phát hiện tại Thái Nguyên vào ngày 29/07/2011. Đó là bệnh nhân nam, 45 tháng tuổi, có các triệu chứng sốt, nổi mụn nước ở lòng bàn tay bàn chân. Xét nghiệm tại viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho thấy bệnh nhân dương tính với EV71. Sau đó bệnh lan rộng trong cộng đồng với 9/9 huyện/ thành trong tỉnh Thái Nguyên.

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh TCM từ năm 2011 - 2015 (trên 100.000 dân)

Năm	Dân số	Mắc bệnh		Tử vong
		SL	TL/100.000	SL
2011	1.139.444	236	20,7	0
2012	1.149.083	647	56,3	0
2013	1.155.991	396	34,3	0
2014	1.173.238	221	18,8	0
2015	1.238.785	308	24,9	0
Tổng ca mắc 2011 - 2015		1808		

Nhận xét: Bệnh TCM khởi phát tại Thái Nguyên từ năm 2011, sau đó bùng phát vào năm 2012 với tỷ lệ mắc 56,3/100.000 dân. Đến năm 2014 tỷ lệ mắc giảm xuống còn 18,8/100.000 dân và tăng lên 24,9/100.000 dân vào năm 2015. Trong cả 5 năm, không có trường hợp nào tử vong do TCM



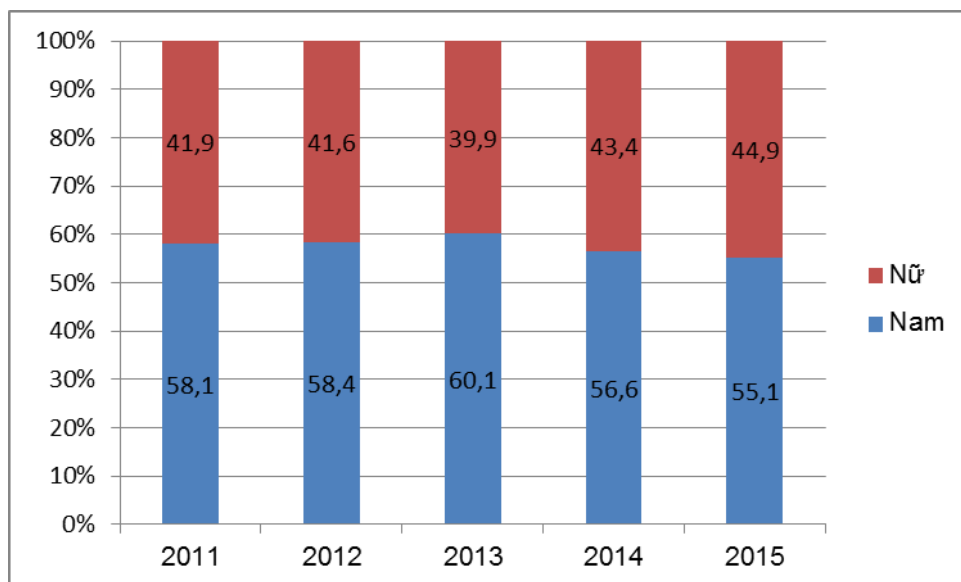
Biểu đồ 3.1. Phân bố ca bệnh theo tháng trong 5 năm 2011 - 2015

Nhận xét: Năm 2011 có đỉnh tháng 8 là 93 ca chiếm 39,4%. 2012, số ca cao nhất vào tháng 4 với 277 ca 42,8%. 2013, tháng 9 có 181 ca chiếm 45,9%. 2014 tháng 9 với tỷ lệ 14,9%. Năm 2015 tháng 9 chiếm tỷ lệ 16,6%.

Bảng 3.2. Phân bố ca bệnh trong 5 năm 2011 - 2015 theo tuổi (TL %)

Năm Tuổi	Năm 2011		Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Năm 2015	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL
≤ 5tuổi	229	97,0	632	97,7	359	90,7	215	97,3	301	97,7
6 -14 tuổi	6	2,5	15	2,3	35	8,8	6	2,7	7	2,3
≥ 15 tuổi	1	0,5	0	0,0	2	0,5	0	0	0	0
Tổng	236	100	647	100	396	100	221	100	308	100

Nhận xét: Trong giai đoạn 2011 - 2015, bệnh phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi (≤ 5tuổi) giao động từ 90,7 - 97,7%. Ít gặp ở nhóm tuổi 6- 14 từ 2,3% - 8,8%, và hiếm gặp ở nhóm tuổi ≥ 15 (có 1 ca năm 2011 và 2 ca năm 2013).



Biểu đồ 3.2. Phân bố ca bệnh theo giới trong 5 năm (2011 - 2015)

Nhận xét: TCM có xu hướng mắc ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái. Tỷ lệ trẻ trai mắc trong 2011- 2015 lần lượt 58,1%; 58,4%; 60,1%; 56,6%; và 55,1%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc TCM năm 2011 - 2015 theo địa dư (trên 100.000 dân)

Năm Địa dư	2011		2012		2013		2014		2015	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL
TP.TN	93	32,8	188	71,2	36	13,5	88	29,8	97	30,8
TP. S. Công	11	22,3	26	48,0	32	58,7	11	21,1	13	19,7
Phú Bình	12	8,3	98	67,1	23	15,6	9	6,3	10	6,9
Phủ Yên	15	10,2	22	14,6	87	57,3	10	6,8	17	9,9
Đồng Hỷ	5	4,5	7	6,2	10	8,7	4	3,6	8	7,0
Đại Từ	67	39,4	165	96,1	105	60,2	71	43,7	128	77,7
Phú Lương	23	21,2	92	84,2	80	72,5	18	16,8	21	19,6
Định Hóa	1	1,1	1	1,1	10	10,8	3	3,4	6	6,8
Võ Nhai	9	13,6	48	71,3	13	19,2	7	10,6	8	11,9
Tổng	236		647		396		221		308	

Nhận xét: Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc bệnh TCM cao nhất trong cả 5 năm từ 2011 đến 2015, tiếp đến là thành phố Thái Nguyên, huyện Phú Lương, và thành phố Sông Công. Tỷ lệ thấp nhất là ở huyện Định Hóa và Đồng Hỷ

* **Ghi chú:** Dân số trung bình của 9 huyện/ thành phố, tỉnh Thái Nguyên (phụ lục 1). Tỷ lệ mắc theo địa dư (bảng 3.3) được tính trên 100.000 dân

Bảng 3.4. Phân loại ổ dịch, độ lâm sàng và nơi điều trị tay chân miệng

Bệnh tay chân miệng giai đoạn 2011 – 2015		SL = 1808	Tỷ lệ (%)
<i>Phân loại ổ dịch</i>	Dịch tản phát	642	35,5
	Ổ dịch cộng đồng	848	46,9
	Ổ dịch trường học	126	7,0
	Không xác định	192	10,6
<i>Phân độ lâm sàng</i>	Độ 1	1752	96,9
	Độ 2a	56	3,1
	Độ 2b	0	0
	Độ 3	0	0
	Độ 4	0	0
<i>Nơi điều trị</i>	Tại nhà	960	53,1
	Trạm y tế xã/phường	450	24,9
	Bệnh viện đa khoa huyện	126	7,0
	Bệnh viện đa khoa tỉnh	236	13,0
	Cơ sở y tế khác	36	2,0

Nhận xét: Giai đoạn 2011 - 2015, ổ dịch cộng đồng chiếm 46,9%, tản phát chiếm 35,5%, có 10,6% không xác định được ổ dịch, ổ dịch tại trường học chiếm 7,0%. Trong tổng 1808 ca, có 1752 ca (96,9%) độ 1, còn lại 3,1% ca độ 2a. Trẻ mắc TCM chủ yếu điều trị tại nhà (53,1%), tại TYT xã (24,9%), tại BVĐK tỉnh (13,0%), thấp nhất là tại CSYT khác với tỷ lệ 2,0%.

3.2. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên

3.2.1 Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

3.2.1.1 Trang thiết bị và cơ sở vật chất cho phòng chống dịch

Bảng 3.5. Trang thiết bị, hóa chất hiện có tại tuyến YTCS (đến 20/5/2016)

Cơ sở y tế	TTYT	Bản Ngoại	Hoàng Nông	Bình Thuận	Khôi Kỳ
Danh mục TTB					
Chloramin B (Kg)	70	0	0	0	0
Máy phun cỡ lớn (Cái)	3	0	0	0	0
Máy phun sương gia nhiệt- Đức (Cái)	3	0	0	0	0
Bình phun hóa chất bằng tay (Cái)	0	12	2	01	02
Hộp đựng mẫu bệnh phẩm (Cái)	01	0	2	0	0
Ống nghe Y tế (Chiếc)	01	5	5	03	05
Huyết áp kế (Chiếc)	01	5	2	03	05
Cặp nhiệt độ (Chiếc)	02	10	5	10	10
Trang phục chống dịch 1 lần, (Bộ)	300	19	0	0	0
Trang phục dùng nhiều lần (Bộ)	10	19	0	0	0
Khẩu trang than hoạt tính (Chiếc)	190	30	0	0	0
Ủng cao su Việt Nam (Chiếc)	19	5	0	0	0
Kính bảo vệ Đai Loan (Chiếc)	đủ PCD	12	0	0	0
Găng tay Y tế (Đôi)	đủ PCD	50	200	20	20

* **Ghi chú:** Máy phun đa năng xách tay (Đức), xã Bản Ngoại có 2 cái hỏng 2. Bình phun hóa chất bằng tay, tại xã Bản Ngoại có 19 cái hỏng 7; Bình Thuận có 2 cái hỏng 1; Khôi Kỳ 3 cái hỏng 1. Kính bảo vệ Đai Loan, Bản Ngoại có 19 cái hỏng 7. Chloramin B (Kg) các xã đều đã hết hạn.

Nhận xét: Phương tiện PCD chưa đầy đủ các trang thiết bị cần thiết, tại TTYT huyện số lượng các loại trang thiết bị cũng chưa đầy đủ để cung cấp cho tuyến xã. Trang thiết bị cho PCD tại tuyến xã còn thiếu thôn, nhiều thiết bị hỏng chưa được bổ sung, tình trạng hóa chất sử dụng đã hết hạn.

Kết quả phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm: ĐTNC đều cho rằng cơ sở vật chất, trang thiết bị cho phòng chống TCM còn hạn chế cần được bổ sung.

Hộp 1. Đánh giá về trang thiết bị cho phòng chống dịch tuyến YTCS

“...Trang thiết bị cho PCD không được bổ sung kịp thời, điều này ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả của PCD bệnh tại địa phương ...”

...**Ông N, TTYT huyện**

“...Điều kiện trang thiết bị còn thiếu, nhiều trang thiết bị không sử dụng được, điều này là khó khăn cho địa phương khi có dịch xảy ra ...”

...**Ông B, TYT xã BT**

3.2.1.2 Kinh phí cho hoạt động phòng chống dịch

Bảng 3.6. Kinh phí chi cho hoạt động phòng chống dịch TCM năm 2016

Kinh phí	Được cấp	Chi cho PCD
Cơ sở y tế		
TTYT Huyện	30.000.0000	7.000.0000
TYT Hoàng Nông	4.500.000	0
TYT Khôi Kỳ	1.470.000	0
TYT Bản Ngoại	3.500.000	0
TYT Bình Thuận	3.700.000	0

Nhận xét: Nghiên cứu định lượng cho thấy, kinh phí được cấp của TTYT huyện cũng như các TYT xã trong năm 2016 còn hạn chế. Đặc biệt hầu như không có kinh phí cho hoạt động cho phòng chống dịch bệnh TCM.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy kinh phí cho hoạt động PCD do nguồn ngân sách UBND tỉnh cấp và còn hạn chế, chỉ đảm bảo được cho công tác tập huấn cập nhật kiến thức giám sát dịch cho cán bộ quản lý tuyến huyện, tuyến xã không có kinh phí cho hoạt động giám sát. Khi có tình huống dịch, căn cứ vào thực tế mới được xem xét và cấp kinh phí cho hoạt động chống dịch.

Khi được hỏi tại sao trong quá trình xây dựng kế hoạch PCD tay chân miệng tại địa phương, các đơn vị không xây dựng kinh phí đề nghị Chính quyền địa phương bổ sung kinh phí cho hoạt động, các nhóm thảo luận đều có nhận xét chung là một số chính quyền cơ sở chưa quan tâm, trông chờ vào nguồn cấp của tỉnh và Trung ương. Thể hiện qua các ý kiến sau:

Hộp 2. Đánh giá về nguồn kinh phí phục vụ công tác PCD tuyến YTCS

“...Trong kế hoạch phòng chống bệnh dịch TCM, chúng tôi có xây dựng kinh phí đề nghị UBND huyện cấp bổ sung, nhưng hầu như chưa có, kinh phí thực hiện tỉnh cấp thế nào thực hiện thế ...”...**Ông D, TTYT huyện**

“... Các công việc về y tế chúng tôi cũng đã nhiều lần xin UBND xã kinh phí hoạt động, nhưng do không có mục chi nên không chi được, nên chúng tôi cũng chưa xây dựng kế hoạch xin kinh phí cho công tác phòng chống dịch”...**Ông Đ, trạm y tế xã**

3.2.1.3 Nguồn nhân lực y tế tham gia phòng chống dịch tại các xã nghiên cứu

Bảng 3.7. Đặc điểm nhân khẩu học của NVYT cơ sở

Đặc điểm / Đối tượng		NVYT cơ sở	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi:	< 25	7	6,5
	25 -29	18	16,7
	30 – 34	34	31,5
	≥ 35	49	45,3
Học vấn:	Sơ cấp	79	73,2
	Trung cấp	13	12,0
	Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	16	14,8
Thời gian công tác:	< 1 năm	6	5,6
	1 – 5 năm	13	12,0
	> 5 năm	89	82,4
Dân tộc:	Kinh	84	77,8
	Thiểu số	24	22,2
Tổng		108	100

Nhận xét: NVYT tuổi từ 30 trở lên chiếm đa số (71,8%) trong đó tuổi từ 35 trở lên chiếm 45,3%, chỉ có 6,5% trong nhóm tuổi dưới 25. Phần lớn là người dân tộc kinh (77,8%). Trình độ sơ cấp chiếm cao nhất 73,2%, trung cấp và cao đẳng/đại học/sau đại học chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt 12% và 14,8%. Đa số có thời gian công tác từ 5 năm trở lên chiếm tỷ lệ 82,4%, chỉ có 6 nhân viên YTCS (5,6%) có thời gian công tác dưới 1 năm.

Bảng 3.8. Nhân lực và công tác tập huấn của NVYT xã về TCM

Tên xã	Số lượng NVYT	CBYT xã		YTTB	
		SL	Được tập huấn	SL	Được tập huấn
Bản Ngoại	30	08	04	22	0
Hoàng Nông	25	07	03	18	0
Bình Thuận	25	06	04	19	0
Khôi Kỳ	28	08	03	20	0
Tổng	108	29	14	79	0

Nhận xét: Trong 108 đối tượng nghiên cứu tại 4 xã, có 29 CBYT làm việc tại TYT xã, 79 y tế thôn bản. 100% YTTB chưa được tập huấn về TCM.

Bảng 3.9. Một số kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của NVYT xã

Đối tượng / Kỹ năng	CBYT (SL= 29)		YTTB (SL= 79)	
	SL	TL %	SL	TL %
Phát hiện ca bệnh lâm sàng	10	34,5	7	8,9
Điều tra dịch	9	31,0	4	5,1
Xác định dịch	8	27,6	5	6,3
Cách ly nguồn bệnh	8	27,6	9	11,4
Khoanh vùng dịch, phòng bệnh cho người lành	9	31,0	9	11,4
Khử khuẩn môi trường	8	27,6	15	18,9
Điều trị ca bệnh tại cộng đồng	9	31,0	5	6,3

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có kỹ năng PCD bệnh còn hạn chế, đối với CBYT kỹ năng tốt nhất là phát hiện ca bệnh lâm sàng (34,5%), trong khi đó đối với YTTB kỹ năng tốt nhất là kỹ năng khử khuẩn môi trường (18,9%).

Bảng 3.10. KAP của NVYT về phòng chống TCM

KAP	Đối tượng	NVYT			
		SL	TL %	SL	TL %
	Kiến thức	Đúng		Không đúng	
	Nguồn lây bệnh TCM	78	72,2	30	27,8
	Phương thức lây truyền bệnh TCM	52	48,1	56	51,9
	Nơi có nguy cơ cao mắc bệnh TCM	82	75,9	26	24,1
	Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM	86	79,6	22	20,4
	Biểu hiện của bệnh TCM	49	45,4	59	54,6
	Biến chứng của bệnh TCM	37	34,3	71	65,7
	Biện pháp vệ sinh để phòng TCM	84	77,8	24	22,2
	Thái độ	Đồng ý		Không đồng ý	
	Việc RTXP là hiệu quả để phòng TCM	90	83,3	18	16,7
	Không đưa trẻ đến trường khi đang TCM	70	64,8	38	35,2
	Tư vấn cho NCST để tránh vượt tuyến	66	61,1	42	38,9
	Tham gia của cộng đồng để phòng TCM	88	81,5	20	18,5
	Thực hành	Có/Đúng		Không đúng	
	RTXP trước, sau khi chăm sóc trẻ TCM	64	59,3	44	40,7
	Khả năng phân biệt bệnh TCM	31	28,7	77	71,3
	Tư vấn cho bà mẹ có con bị bệnh TCM thực hiện những việc cần làm	42	38,9	66	61,1
	Hướng xử trí khi trẻ mắc bệnh TCM độ 1	39	36,1	69	63,9
	Theo dõi sát, ghi chép sổ sách báo cáo	87	80,6	21	19,4

Nhận xét: NVYT có kiến thức đúng tương đối cao về lứa tuổi dễ mắc TCM (79,6%), biện pháp phòng bệnh (77,8%), nơi có nguy cơ mắc bệnh (75,9%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng như biểu hiện của bệnh (54,6%) và phương thức lây truyền (51,9%). Hầu hết NVYT có thái độ đúng (đồng ý) về TCM. Đặc biệt là thái độ RTXP (83,3%) và sự tham gia của cộng đồng trong phòng TCM (81,5%). Riêng thái độ cho rằng tư vấn để tránh vượt tuyến tỷ lệ không đồng ý còn khá cao (38,9%). Một số yêu cầu thực hành phòng tránh TCM chưa được thực hiện tốt như thực hiện những việc cần làm khi trẻ mắc TCM độ 1 (63,9%), tư vấn cho bà mẹ có trẻ mắc TCM (61,1%) và RTXP trước và sau chăm sóc trẻ (40,7%).

Bảng 3.11. Đánh giá chung KAP của NVYT về phòng chống TCM

NVYT xã		Số lượng	Tỷ lệ (%)
KAP			
Kiến thức	Tốt	60	55,6
	Trung bình	45	41,7
	Kém	3	2,7
Thái độ	Tốt	70	64,8
	Trung bình	38	35,2
	Kém	0	0
Thực hành	Tốt	30	27,8
	Trung bình	67	62,0
	Kém	11	10,2
Tổng		108	100,0

Nhận xét: Kiến thức, thái độ của NVYT về TCM tương đối tốt. Có 60/108 NVYT (55,6%) có kiến thức tốt, chỉ có 2,7% kiến thức kém. Có 64,8% NVYT thái độ tốt. Về khả năng thực hành chỉ có 27,8% đạt mức tốt, tỷ lệ NVYT thực hành ở mức trung bình, kém lần lượt 62% và 10,2%.

Bảng 3.12. Đánh giá kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã về phòng chống TCM

Kỹ năng Đánh giá	TVSK		NCSK	
	SL	TL (%)	SL	TL(%)
Tốt	19	17,6	25	23,1
Tung bình	62	57,4	68	63,0
Kém	27	25	15	13,9
Tổng	108	100,0	108	100,0

Nhận xét: Nhận xét: NVYT tư vấn tốt 17,6%, trung bình 57,4% và kém chiếm 25%. Kỹ năng NCSK tốt 23,1%, trung bình 63,0% và kém 13,9%.

Bảng 3.13. Đánh giá kỹ năng khám và xử trí của CBYT xã về TCM

Kỹ năng	CBYT	SL = 29	Tỷ lệ (%)
Chuẩn bị, đón tiếp	Đạt	29	100
	Không đạt	0	0
Hỏi bệnh	Đạt	18	62,1
	Không đạt	11	37,9
Thăm khám thể chất	Đạt	10	34,5
	Không đạt	19	65,5
Xét nghiệm cận lâm sàng	Đạt	22	75,9
	Không đạt	7	24,1
Chẩn đoán, xử trí	Đạt	17	58,6
	Không đạt	12	41,4
TT- GDSK về phòng TCM	Đạt	15	51,7
	Không đạt	14	48,3
Đánh giá chung khám, xử trí	Tốt	7	24,1
	Trung bình	12	41,4
	Kém	10	34,5
Tổng		29	100

Nhận xét: 100% CBYT xã chuẩn bị và đón tiếp bệnh nhân đạt yêu cầu, có 62,1% hỏi bệnh đạt yêu cầu. Trong thăm khám thể chất có 19 CBYT chiếm tỷ lệ 65,5% không đạt yêu cầu. Tỷ lệ CBYT đạt yêu cầu về hướng dẫn xét nghiệm, chẩn đoán, xử trí và TT- GDSK lần lượt 75,9%, 58,6% và 51,7%.

Tỷ lệ khám và xử trí tốt chiếm 24,1%, có 12 CBYT chiếm 41,4% khám và xử trí ở mức độ trung bình. Kỹ năng khám và xử trí kém chiếm 34,5%.

Trong quá trình đánh giá thực trạng công tác phòng chống dịch của tuyến YTCS, nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập thông tin với nhiều hình thức khác nhau để phân tích đáp ứng PCD của tuyến YTCS dựa vào các tiêu chí như trang thiết bị cơ sở vật chất, kinh phí hoạt động, nguồn nhân lực và chất lượng nguồn nhân lực, bên cạnh đó chúng tôi tiến hành những cuộc phỏng vấn sâu thảo luận nhóm, hội thảo khoa học có đại diện lãnh đạo các cấp trong ngành y tế, chính quyền địa phương và đại diện các ban ngành đoàn thể nhằm định tính được hoạt động của công tác PCD tại tuyến YTCS trên địa bàn, cũng như những bất cập trong công tác phòng chống dịch TCM.

Khi được hỏi tại sao một số cán bộ không nắm chắc kế hoạch cũng như kiến thức phòng chống dịch TCM tại địa phương, các nhóm thảo luận đều có nhận xét chung là vẫn còn một số cán bộ chưa vững kiến thức, các cán bộ mới chưa được tập huấn. Về năng lực giám sát, PCD bệnh nói chung và phòng chống TCM nói riêng, các nhóm thảo luận đều có nhận xét chung là hiện tại năng lực giám sát, PCD bệnh của đơn vị tuyến tỉnh đáp ứng về nhu cầu tình huống dịch bệnh xảy ra trên địa bàn tỉnh, tuyến huyện còn hạn chế mới chỉ ở khả năng giám sát, điều tra ca bệnh lấy và gửi mẫu làm xét nghiệm, tuyến xã với vai trò tham mưu và tổ chức thực hiện công tác giám sát dịch bệnh. Năng lực giám sát PCD của cán bộ tuyến xã, còn hạn chế về trình độ chuyên môn cũng như ứng phó với tình huống dịch bệnh.

Khi được hỏi tại sao một số đơn vị không tổng kết, đánh giá tình hình dịch TCM hàng năm, rất cần thiết cho việc đánh giá và xây dựng kế hoạch phòng chống dịch bệnh năm sau, các nhóm thảo luận đều có nhận xét chung là công tác phân tích đánh giá dịch tễ của tuyến huyện và đặc biệt tuyến xã còn hạn chế, xây dựng kế hoạch của các TYT xã còn yếu và chung chung, nhất là kế hoạch PCD bệnh chủ động, mới chỉ theo tình huống dịch. Với nghiên cứu định tính từ quá trình thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu, nhóm nghiên cứu đã đánh giá được khả năng đáp ứng phòng chống dịch của CBYT cơ sở tại địa bàn nghiên cứu được thể hiện bằng tổng hợp các ý kiến sau:

Hộp 3. Khả năng đáp ứng phòng chống dịch bệnh TCM của NVYT cơ sở

“...Một số cán bộ chưa nắm chắc diễn biến dịch bệnh, kế hoạch phòng chống dịch, cần phải tiếp tục tập huấn, đào tạo cho các đối tượng này...”

Bà L, TTYT huyện

“...Một số cán bộ thường làm theo thói quen mà chưa chú trọng trong công tác xây dựng kế hoạch, ít chịu khó cập nhật kiến thức...”

...Ông H, Khoa Kiểm soát dịch bệnh của huyện

“...Chúng tôi đã được tập huấn về phòng chống TCM, nhưng khi về cũng ít khi đọc lại, nên khi được hỏi thì cũng không nhớ hết các nội dung hướng dẫn...” **Bà Đ, Trạm Y tế xã KK**

“... Tuyến huyện, trang thiết bị chẩn đoán bệnh truyền nhiễm rất hạn chế, chủ yếu là lấy mẫu gửi Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh làm xét nghiệm chẩn đoán, đối với bệnh TCM cũng vậy...” **Ông S, Khoa KS dịch bệnh huyện**

“... Ở tuyến xã chúng tôi chỉ chẩn đoán lâm sàng, hoặc được cấp trên thông báo, nên khi có ca mắc bệnh thì chúng tôi phối hợp với cán bộ của huyện, tỉnh lấy mẫu và triển khai các biện pháp phòng chống dịch bệnh, với bệnh TCM cũng vậy...” **...Bà L, Trạm y tế xã**

“... Ở tuyến xã chỉ chẩn đoán lâm sàng, hoặc được cấp trên thông báo, nên khi có ca mắc bệnh truyền nhiễm thì chúng tôi phối hợp với cán bộ của huyện, tỉnh lấy mẫu và triển khai các biện pháp phòng chống dịch bệnh, với bệnh TCM cũng vậy...” **...Bà L, Trạm y tế HN**

“...Đánh giá tình hình bệnh TCM nói riêng, đặc biệt là cần phân tích dịch tễ về tình hình dịch bệnh, về vấn đề này tuyến tỉnh làm rất tốt, tuy nhiên đối với các huyện thì không phải huyện nào cũng làm được, nhất là TYT xã thì chưa có khả năng ...” **...Ông A, Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh**

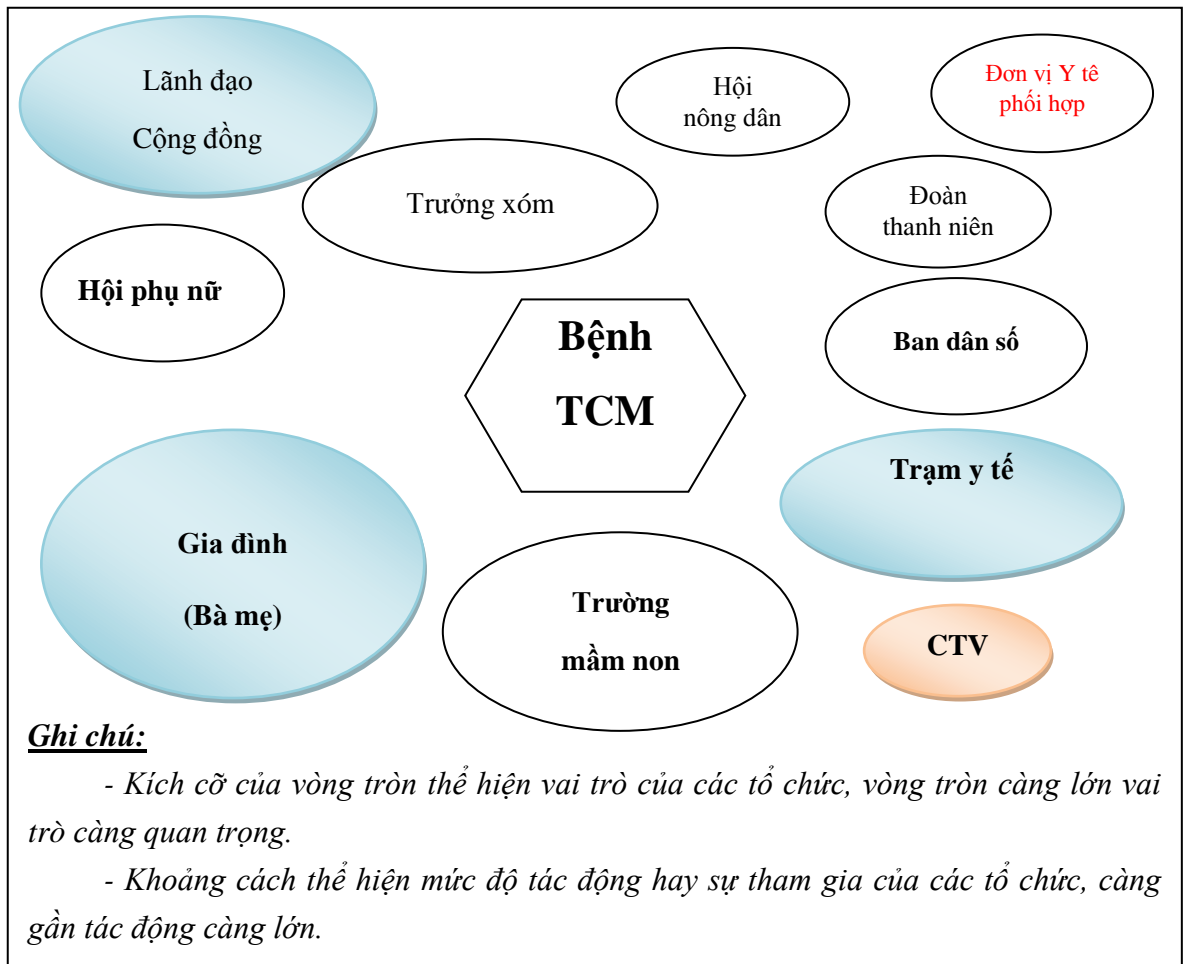
“...tổng kết đánh giá công tác phòng chống dịch TCM nói riêng thì nhiều khi chúng tôi không để ý, cứ triển khai công tác PCD xong là coi như xong ...”

...Ông T, Trạm y tế BT

3.2.2 Sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch bệnh tay chân miệng

3.2.2.1 Phân tích vai trò của cộng đồng trong phòng chống dịch tay chân miệng

Để xác định vai trò và sự tham gia của cộng đồng, phục vụ cho hoạt động can thiệp phòng chống bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã tổ chức thảo luận với các nhà Lãnh đạo cộng đồng (Đảng uỷ, Hội đồng nhân dân, UBND, Mặt trận tổ quốc) và đại diện các ban ngành như Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ, Hội nông dân tập thể, CBYT cơ sở, Ban dân số địa phương, GVMN và người dân trong cộng đồng (Bà mẹ có con dưới 5 tuổi) để phân tích vai trò và huy động sự tham gia của các tổ chức này trong công tác phòng chống bệnh TCM. Vai trò của các tổ chức này được trình bày theo giản đồ Venn ở hình 3.1 dưới đây:



Hình 3.1. Giản đồ Venn về vai trò của các tổ chức đối với chương trình phòng chống TCM tại địa bàn 4 xã nghiên cứu

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy, gia đình trong đó có vai trò của người mẹ và các thành viên trong gia đình có tầm quan trọng lớn nhất, tham gia trực tiếp vào quá trình chăm sóc phòng chống TCM ở trẻ nhỏ. Như vậy hoạt động chăm sóc và phòng bệnh cho trẻ chủ yếu ở hộ gia đình, Tuy nhiên kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ của người mẹ và các thành viên khác còn hạn chế.

Ngoài gia đình, trẻ còn được chăm sóc tại trường mầm non nhưng số lượng trẻ được tiếp cận với việc phòng bệnh TCM chiếm tỷ lệ thấp (khoảng 20% số trẻ). Vai trò của các GVMN có tầm ảnh hưởng rất lớn trong việc giáo dục và chăm sóc trẻ để phòng TCM.

Vai trò của lãnh đạo địa phương tuy rất lớn nhưng do trách nhiệm chưa rõ ràng, cụ thể nên chưa phát huy được nhiều. Các ban ngành đoàn thể ở địa phương có ảnh hưởng đến hoạt động chăm phòng chống bệnh TCM như: Hội phụ nữ đối với người mẹ, Ban dân số làm hạn chế mức sinh nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ em, Đoàn thanh niên tác động đến các đối tượng tiền hôn nhân, Hội nông dân trong việc phát triển kinh tế gia đình và đặc biệt là Trưởng xóm trong việc huy động sự tham gia của cộng đồng phòng chống bệnh TCM, tuy nhiên sự tham gia của các tổ chức đoàn thể vào hoạt động phòng chống TCM ở trẻ em còn hạn chế.

Bảng 3.14. Đánh giá của CBYT về phối hợp liên ngành trong PCD

Cơ sở y tế Chi số	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	SL	TL	SL	TL
Tốt	4	26,7	3	25,0
Trung bình	4	26,7	6	37,5
Kém	7	46,6	5	37,5

Nhận xét: ĐTNC đánh giá chưa cao về sự phối hợp liên ngành. Có 26,7% ĐTNC tại xã nghiên cứu đánh giá tốt về phối hợp liên ngành, 26,7% đánh giá ở mức độ trung bình, 46,6% ở mức kém. Trong khi đó, tỷ lệ này ở các xã đối chứng lần lượt 25,0%, 37,5% và 37,5%.

Hộp 4. Ý kiến về sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch TCM

*“...Trước tình hình dịch TCM bùng phát ở nhiều tỉnh thành. Trên địa bàn huyện cũng xuất hiện TCM, trạm y tế đã lập kế hoạch xin kinh phí UBND xã để phục vụ công tác tập huấn cho NVYT, nhưng khi chúng tôi lên gặp Chủ tịch xã báo cáo tình hình y tế và xin giúp đỡ, ông chủ tịch xã nói: Kinh phí ở xã không có nguồn nào chi cho hoạt động tập huấn PCD” ...**Bà H, TYT xã***

*“...Ban chỉ đạo phòng chống dịch được thành lập nhằm tăng cường hơn nữa tính chủ động và huy động thêm nguồn lực cho công tác phòng chống dịch. Tuy nhiên trong thời gian qua thành phần BCD còn chưa hợp lý, do đó dẫn đến hiệu quả chỉ đạo trong công tác PCD còn chưa cao ...” ...**Ông D, TTYT huyện***

UBND là cơ quan quản lý, điều hành có ảnh hưởng lớn đến hoạt động của TYT, trực tiếp cung cấp cơ sở vật chất, nhân lực, kinh phí cho các hoạt động CSSK ở địa phương. Do đó, sự ủng hộ, tham gia của chính quyền địa phương có ý nghĩa rất quan trọng. UBND có khả năng điều hành, phối hợp hoạt động của các đoàn thể, ban ngành trong xã và có quyền huy động các nguồn lực trong dân, tham gia vào các công tác xã hội, trong đó có công tác y tế. Tuy nhiên qua thảo luận nhóm cho thấy chính quyền địa phương chưa thực sự vào cuộc, vì chính quyền địa phương cho rằng việc CSSKND trong đó có công tác PCD là nhiệm vụ của ngành y tế, từ thực tế kể trên dẫn đến chính quyền địa phương và các ban ngành, đoàn thể chỉ tham gia vào công tác y tế một cách thụ động. Sau thảo luận, các bên liên quan đều nhận thức rõ vai trò và cam kết tham gia các hoạt động phòng chống TCM tại địa phương.

Nghiên cứu định tính đã gợi mở vai trò quan trọng của gia đình, trường học và tổ chức đoàn thể trong phòng chống bệnh TCM. Vì vậy nhóm nghiên cứu tiếp tục tiến hành thêm các nghiên cứu định lượng để tìm hiểu các yếu tố thúc đẩy sự tham gia của cộng đồng đó là kiến thức, thái độ, thực hành.

Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 29 CBYT xã, 120 giáo viên mầm non và 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi, kết quả như sau:

3.2.2.3 Hành vi của của người chăm sóc trẻ trong phòng chống tay chân miệng

* Trong 120 GVMN: Tuổi 30 - 34 chiếm cao nhất 39,2%, dân tộc kinh chiếm đa số 73,3%. Phần lớn có trình độ học vấn trung cấp, cao đẳng chiếm 93,3%. Tiếp cận thông tin về tay chân miệng của ĐTNC qua cán bộ y tế 90,8% và phương tiện thông tin đại chúng như sách báo, đài, internet 86,7%. Với 89,2% ĐTNC có nhu cầu được cung cấp thêm kiến thức về TCM, trong đó: Kiến thức về nguồn lây 56,7%; cách phòng bệnh 61,7%; biểu hiện bệnh 59,2%; cách xử trí 77,5%. Nguồn cung cấp thông tin phù hợp nhất là CBYT chiếm 84,2%.

Bảng 3.15 KAP của GVMN về phòng chống TCM

KAP	Đối tượng		GVMN		
	SL	TL %	SL	TL %	
Kiến thức		Đúng		Không đúng	
Phương thức lây truyền bệnh TCM		25	20,8	95	79,2
Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM		78	65,0	42	35,0
Biến chứng của bệnh TCM		34	28,3	86	71,7
Biện pháp vệ sinh để phòng TCM		85	70,8	35	29,2
Thái độ		Đồng ý		Không đồng ý	
TCM có thể gây nguy hiểm đến trẻ em		70	58,3	50	41,7
Không đưa trẻ đến trường khi đang bị TCM		90	75	30	25
Tham gia của cộng đồng để phòng TCM		101	84,2	19	15,8
Thực hành		Có/Đúng		Không đúng	
Việc rửa tay của NCST bằng XP		47	39,2	73	60,8
Việc rửa tay cho trẻ và hướng dẫn trẻ tự rửa tay bằng xà phòng		47	39,2	73	60,8
Không mớm thức ăn cho trẻ		92	76,7	28	23,3

Nhận xét: Đối tượng có kiến thức đúng tương đối cao về lứa tuổi dễ mắc TCM (65%) và đặc biệt là biện pháp vệ sinh phòng bệnh chiếm (70,8%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng về TCM, như phương thức lây truyền bệnh (79,2%), BC của bệnh (71,7%). Hầu hết ĐTNC đều có thái độ đúng (đồng ý) về TCM, đặc biệt về sự tham gia của cộng đồng chiếm (84,2%). Một số yêu cầu thực hành phòng tránh TCM chưa thực hiện đúng như thường xuyên RTXP của NCST và rửa tay cho trẻ bằng xà phòng đều chiếm (60,8%).

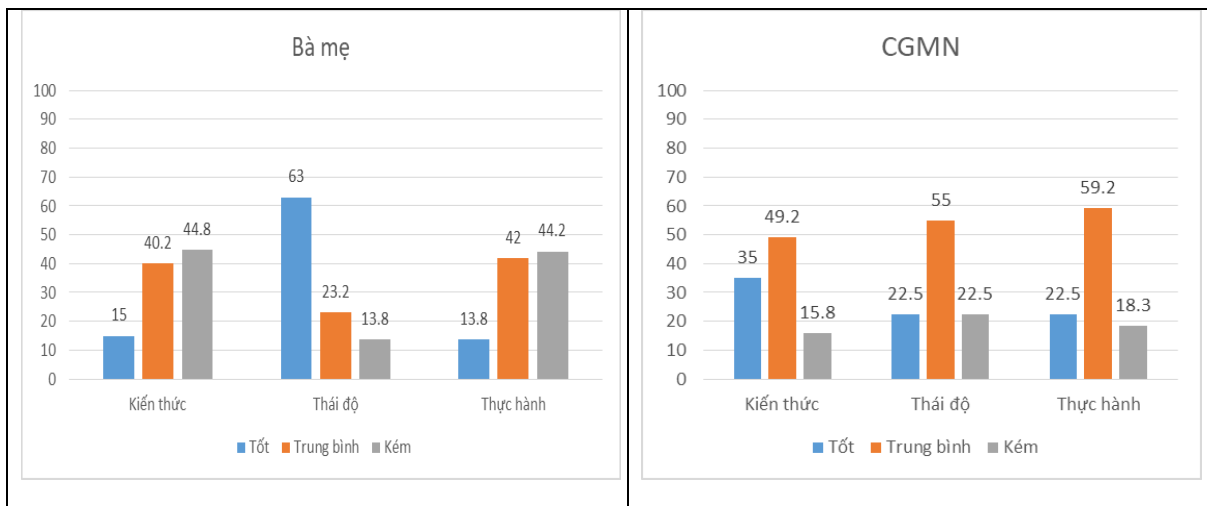
Trong 1000 Bà mẹ tham gia nghiên cứu: Tuổi 25 - 29 chiếm 44%; trình độ THCS (51,1%) hoặc THPT (23,6%), làm nông nghiệp 72%. DTTS chiếm 25,4%; 20,8% là hộ nghèo. Tiếp cận qua sách, báo, tivi, internet 74,9%, tiếp cận qua CBYT chiếm 78%. Với 96,9% bà mẹ có nhu cầu được cung cấp kiến thức về TCM, trong đó nguồn cung cấp thông tin phù hợp chiếm cao nhất là CBYT với tỷ lệ 56,9%.

Bảng 3.16. KAP của bà mẹ về phòng chống TCM

KAP \ Đối tượng	Bà mẹ			
	SL	TL %	SL	TL %
Kiến thức	Đúng		Không đúng	
Tác nhân nhân gây bệnh TCM	260	26	740	74
Nguồn lây bệnh TCM	524	52,4	476	47,6
Phương thức lây truyền TCM	192	19,2	808	80,8
Nơi có nguy cơ cao mắc TCM	197	19,7	803	80,3
Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM	521	52,1	479	47,9
Biến chứng của bệnh TCM	325	32,5	675	67,5
Biện pháp vệ sinh để phòng TCM	741	74,1	259	25,9
Thái độ	Đồng ý		Không đồng ý	
TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm	612	61,2	388	38,8
Không đến trường khi đang bị TCM	640	64	360	36
Phát hiện sớm, ĐT kịp thời là cần thiết	824	82,4	176	17,6
Đưa trẻ đến CSYT khi nghi ngờ TCM	867	86,7	133	13,3

<i>Thực hành</i>	<i>Có/Đúng</i>		<i>Không đúng</i>	
Rửa tay của NCST trẻ bằng XP	128	12,8	872	87,2
Rửa tay cho trẻ và hướng dẫn trẻ tự rửa tay bằng xà phòng	320	32	680	68
Thường xuyên rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần	451	45,1	549	54,9
Xử lý phân của trẻ đúng	701	70,1	299	29,9
Đưa trẻ đi khám khi nghi ngờ TCM	879	87,9	121	12,1

Nhận xét: Người mẹ có kiến thức đúng tương đối cao về nguồn lây TCM (52,4%) và đặc biệt là biện pháp vệ sinh phòng TCM chiếm (74,1%). Vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng như phương thức lây truyền (80,8%), nơi có nguy cơ cao mắc bệnh (80,3%). Hầu hết đều có thái độ đúng về TCM. Đặc biệt là thái độ đưa trẻ đến CSYT khi có biểu hiện nghi ngờ TCM (86,7%). Một số yêu cầu thực hành phòng tránh chưa được thực hiện đúng như thường xuyên RTXP cho NCST (87,2%) hay rửa tay cho trẻ bằng xà phòng (68%).



Biểu đồ 3.3 KAP chung của người chăm sóc trẻ về phòng chống TCM

Nhận xét: KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi chưa tốt, hầu hết ở mức trung bình và kém. Chỉ có 15% có kiến thức tốt, 13,8% thực hành tốt và 63% thái độ tốt. Trong khi đó KAP của GVMN về TCM ở mức trung bình. Có 35% có kiến thức tốt, 22,5% thực hành tốt và 22,5% thái độ tốt.

3.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh tay chân miệng

Bảng 3.17. Nội dung các hoạt động can thiệp đã thực hiện trong 18 tháng

Hoạt động can thiệp	Kết quả	Số lần thực hiện	Số người được tiếp cận
Tập huấn kiến thức về PCD TCM cho NVYT xã		2	55
Tổ chức kiện toàn ban chỉ đạo CSSKBD và công tác phòng chống dịch cho tuyến YTCS		1	29
Tập huấn kỹ năng đáp ứng PCD cho NVYT xã		2	17
Lập kế hoạch và diễn tập PCD theo kịch bản, tình huống giả định tại cộng đồng và trường mầm non		2	188
Tập huấn kỹ năng khám chữa bệnh cho CBYT xã		2	20
Tập huấn TT-GDSK cho NVYT phòng chống TCM		4	58
Tập huấn kiến thức về phòng chống cho GVMN		2	63
Thực hành vệ sinh cá nhân cho GVMN khi chăm sóc trẻ		1	63
Hướng dẫn GVMN phát hiện hướng xử trí cho khi nghi ngờ trẻ mắc bệnh TCM		1	63
Tổ chức hội thi bé khỏe, bé ngoan, người mẹ hiểu biết, cấp phát xà phòng miễn phí tại các trường mầm non.		2	63
Tư vấn SK về phòng chống TCM tại trường mầm non		2	63
Tư vấn sức khỏe về phòng chống bệnh TCM cho bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại hộ gia đình		2	500
TT - GDSK về phòng chống TCM cho các bà mẹ qua các buổi họp phụ huynh tại trường mầm non		2	150
Truyền thông phòng chống TCM đại chúng trên loa phát thanh của xóm, xã...		2	500

Kết quả	Số lần thực hiện	Số người được tiếp cận
Hoạt động can thiệp		
Cấp phát xà phòng miễn phí cho các bà mẹ	2	500
Tổ chức huy động sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống TCM: Chính quyền địa phương, ban ngành, đoàn thể, NVYT, GVMN, bà mẹ có con dưới 5 tuổi	2	635
- Hội thảo khoa học nhằm vào các mục tiêu của chương trình can thiệp, các đại biểu tham gia hội thảo: Đại diện chính quyền địa phương, ban ngành, CBYT, GVMN...	3	35
Tổ chức giám sát quá trình can thiệp phòng chống TCM tại TYT xã và trường mầm non...	4	118
Xây dựng phóng sự truyền hình phòng chống TCM	2	125

Nhận xét: Trong quá trình thực hiện chương trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đã thực hiện rất nhiều hoạt động nhằm mục tiêu nâng cao năng lực phòng chống dịch cho tuyến YTCS, cải thiện hành vi của NCST trong phòng chống bệnh TCM tại địa bàn nghiên cứu đồng thời huy động sự tham gia của cộng đồng phòng chống TCM, các hoạt động can thiệp đã có hơn 650 đối tượng tiếp cận được.

Cụ thể các nội dung can thiệp chính như: Tập huấn kiến thức, kỹ năng TT-GDSK, khám chữa bệnh và kỹ năng đáp ứng PCD cho NVYT xã về phòng chống dịch bệnh TCM, kiện toàn ban chỉ đạo CSSKBD, tổ chức diễn tập phòng chống dịch theo kịch bản tại 2 xã can thiệp; Tập huấn, TT-GDSK cho người chăm sóc trẻ về phòng chống TCM; Hội thảo khoa học về phòng chống bệnh TCM có đại diện chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, CBYT, GVMN nhằm phát huy sức mạnh của cộng đồng phòng chống TCM. Chương trình can thiệp mang tính bền vững, được cộng đồng chấp nhận, đồng thời có khả năng duy trì và nhân rộng.

3.3.1 Hiệu quả nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

3.3.1.1 Kiến toàn Ban chỉ đạo và các hoạt động liên quan đến phòng chống dịch

Ban chỉ đạo CSSKND (bao gồm cả nhiệm vụ phòng chống dịch) của xã Hoàng Nông, xã Bản Ngoại (2 xã can thiệp) về cơ bản được kiện toàn từ năm 2017: Quyết định số: 14/QĐ-UBND, Bản Ngoại ngày 16/2/2017 và mới nhất kể từ khi can thiệp theo Quyết định số: 178/QĐ-UBND, Bản Ngoại ngày 03/9/2019; Quyết định số 41/ QĐ-UBND, Hoàng Nông ngày 01/4/2019. Cơ cấu BCD gồm các thành viên: Phó chủ tịch UBND, Trưởng trạm y tế xã, Chủ tịch MTTQ, Chủ tịch Hội cựu chiến binh, Chủ tịch Hội NHPN, Chủ tịch HĐND, Trưởng CA xã, Xã đội trưởng, Cán bộ VH xã, Bí thư đoàn thanh niên, HT trường THCS, HT trường tiểu học, HT Trường mầm non. Sau thời gian can thiệp đánh giá của CBYT về hoạt động của BCD như sau: 13/15 (86,7%) CBYT cho rằng thành phần BCD là phù hợp, tỷ lệ đánh giá BCD hoạt động tốt tăng từ 4/15 (26,7%) lên 11/15 (73,3%).

Bảng 3.18. Hiệu quả hoạt động của Ban chỉ đạo phòng chống dịch

Cơ sở Y tế	Các chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp
TTYTDP Huyện SL = 36	Lập KH PCD	03 (5,6%)	03 (5,6%)
	Tư vấn phòng, điều trị bệnh	0	03 (8,3%)
	Viết bài phát thanh	03 (8,3%)	03 (8,3%)
	Báo cáo y tế địa phương	02 (5,6%)	02 (5,6%)
	Cách ly ca nghi mắc	11 (30,5%)	11 (30,5%)
Trạm Y tế Hoàng Nông SL = 07	Lập KH PCD	01 (14,3%)	03 (42,9%)
	Tư vấn phòng, điều trị bệnh	02 (28,6%)	03 (42,9%)
	Viết bài phát thanh	01 (14,3%)	6 (85,8%)
	Báo cáo y tế địa phương	02 (28,6%)	6 (85,8%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	1 (14,3%)

Cơ sở Y tế	Các chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Trạm Y tế xã Khôi Kỳ SL = 08	Lập KH PCD	1 (12,5%)	1 (12,5%)
	Tư vấn phòng, điều trị bệnh	2 (25%)	2 (25%)
	Viết bài phát thanh	2 (25%)	2 (25%)
	Báo cáo y tế địa phương	1 (12,5%)	1 (12,5%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	0 (0%)
Trạm Y tế xã Bản Ngoại SL = 08	Lập KH PCD	02 (25%)	06 (75%)
	Tư vấn phòng, điều trị bệnh	03 (37,5%)	06 (75%)
	Viết bài phát thanh	02 (25%)	06 (75%)
	Báo cáo y tế địa phương	04 (50%)	06 (75%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	01 (12,5%)
Trạm Y tế xã Bình Thuận SL = 06	Lập KH PCD	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Tư vấn phòng, điều trị bệnh	02 (33,4%)	02 (33,4%)
	Viết bài phát thanh	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Báo cáo y tế địa phương	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: Sau can thiệp tại 02 xã là Bản Ngoại và Hoàng Nông đã có cơ cấu lại đầy đủ các thành phần trong Ban phòng chống dịch, số người tham gia lập kế hoạch phòng chống dịch, tư vấn phòng, điều trị bệnh, viết bài phát thanh, báo cáo cơ quan y tế địa phương tại xã Bản Ngoại đều tăng lần lượt là (25% lên 75%; 37,5% lên 75%; 25% lên 75%; 50% lên 75%). Các khía cạnh này tại xã Hoàng Nông lần lượt là (14,3% lên 42,9%; 28,6% lên 42,9%; 14,3% lên 85,8%; 28,6% lên 85,8%) và tại 2 xã đều có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc bệnh sau can thiệp. Bên cạnh đó 02 xã đối chứng chưa có sự thay đổi gì so với trước can thiệp.

Bảng 3.19. Đánh giá của CBYT về phối hợp liên ngành tốt sau can thiệp

Địa điểm	Xã đối chứng	Xã can thiệp	P
Đánh giá			
Trước can thiệp	3/14 (21,4%)	4/15 (26,7%)	> 0,05
Sau can thiệp	5/14(35,7%)	11/15 (73,3%)	< 0,05
P	> 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt về sự phối hợp liên ngành trong PCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại 02 xã can thiệp đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong PCD đạt mức độ tốt tăng từ 26,7% lên 73,3%. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt trước và sau can thiệp.

3.3.1.2. Cải thiện chất lượng nguồn nhân lực NVYT cơ sở về phòng chống TCM

Bảng 3.20. Sự thay đổi về KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

Đối tượng	KAP	Nhóm CT (%)		Nhóm ĐC (%)		P (test χ^2)
		Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
CBYT	KT tốt	8 (53,3%)	10 (66,7%)	12 (85,7%)	10 (71,4%)	P _{1,2} < 0,05, P _{3,4} > 0,05 P _{1,3} < 0,05, P _{2,4} > 0,05
	TĐ tốt	7 (46,7%)	11 (73,3%)	12 (85,7%)	13 (92,9%)	
	TH tốt	6 (40%)	11 (73,3%)	10 (71,4%)	9 (64,3%)	
YTTB	KT tốt	21 (52,5%)	30 (75%)	19 (48,7%)	21 (53,8%)	P _{1,2} < 0,05, P _{3,4} > 0,05 P _{1,3} < 0,05, P _{2,4} > 0,05
	TĐ tốt	26 (65%)	32 (80%)	25 (64,1%)	24 (61,5%)	
	TH tốt	6 (15%)	11 (27,5%)	8 (20,5%)	8 (20,5%)	

Nhận xét: KAP của CBYT tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có thái độ và thực hành của CBYT ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp thái độ tốt tăng từ 46,7% lên 73,3% với $p < 0,05$. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 73,3% với $p < 0,05$.

KAP của YTTB tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có kiến thức và thực hành của YTTB ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp kiến thức tốt tăng từ 52,5% lên 75% với $p < 0,05$, thực hành của YTTB có sự thay đổi tăng từ 15% lên 27,5% với $p < 0,05$.

Bảng 3.21. Hiệu quả cải thiện KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

KAP	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%)
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	CSHQ _{CT} - CSHQ _{ĐC}
Kiến thức	20,1	20,0	0,1
Thái độ	36,3	7,8	28,5
Thực hành	45,4	11,0	34,4

Nhận xét: CS HQ về KAP tại xã can thiệp lần lượt 20,1%, 36,3% và 45,4% trong khi đó các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 20,0%, 7,8% và 11,0%. HQCT về KAP lần lượt 0,1%, 28,5% và 34,4%.

Bảng 3.22. Sự thay đổi một số kỹ năng đáp ứng PCD của CBYT xã

Đối tượng	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm đối chứng (%)		
	Trước SL = 15	Sau SL = 15	p	Trước SL = 14	Sau SL = 14	P
Đáp ứng PCD						
Phát hiện ca bệnh lâm sàng	5 (33,3%)	10 (66,7%)	< 0,05	5 (35,7%)	7 (50%)	> 0,05
Điều tra dịch	4 (26,7%)	11 (73,3%)	< 0,05	5 (35,7%)	6 (42,9%)	> 0,05
Xác định dịch	4 (26,7%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	7 (50%)	> 0,05
Cách ly nguồn bệnh	4 (26,7%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	5 (35,7%)	> 0,05
Khoanh vùng dịch, phòng cho người lành	4 (26,7%)	9 (60%)	< 0,05	5 (35,7%)	7 (50%)	> 0,05
Khử khuẩn môi trường	4 (26,7%)	11 (73,3%)	< 0,05	4 (28,6%)	6 (42,9%)	> 0,05
Điều trị ca bệnh tại cộng đồng	5 (33,3%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	5 (35,7%)	> 0,05

Nhận xét: Kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT tại nhóm can thiệp đều tăng lên có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% trước can thiệp lên 73,3% sau can thiệp. Trong khi đó các kỹ năng PCD của CBYT tại các xã đối chứng mặc dù có thay đổi tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.23. Sự thay đổi kỹ năng TT- GDSK của NVYT về phòng chống TCM

<i>Địa điểm</i>		Nhóm đối chứng	Nhóm can thiệp	P
<i>Kỹ năng</i>				
TVSK (Tốt)	Trước CT	9 (16,9%)	10 (18,2%)	> 0,05
	Sau CT	8 (15,1%)	19 (34,5%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
NCSK (Tốt)	Trước CT	12 (22,6%)	13 (23,6%)	> 0,05
	Sau CT	12 (22,6%)	24 (43,6%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Kỹ năng tư vấn, NCSK tăng lên sau can thiệp. Với TVSK từ 18,2% lên 34,5% với $p < 0,05$. NCSK tăng từ 23,6% lên 43,6%, $p < 0,05$. Nhóm chứng không thay đổi có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn trước và sau can thiệp.

Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp cải thiện kỹ năng TT- GDSK của NVYT xã

Kỹ năng	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%)
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	CSHQ _{CT} - CSHQ _{ĐC}
Tư vấn SK	47,4	9,6	37,8
Nói chuyện SK	45,8	4,2	41,6

Nhận xét: CSHQ về kỹ năng tư vấn và NCSK tại xã can thiệp lần lượt 47,4% và 45,8%, CSHQ tại xã đối chứng lần lượt 9,6% và 4,2%. HQCT về kỹ năng tư vấn và NCSK lần lượt 37,8%, và 41,6%.

Bảng 3.25. Hiệu quả can thiệp đối với kỹ năng khám, xử trí của CBYT

Kỹ năng	Đối tượng	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p	Chỉ số hiệu quả
Thực hiện tốt	Can thiệp (SL = 15)	3 (20 %)	5 (33,3%)	> 0,05	39,9
	Đối chứng (SL = 14)	2 (14,2%)	3 (21,4)	> 0,05	33,6

Nhận xét: Kỹ năng thăm khám của CBYT cơ sở mặc dù có sự thay đổi tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với CSHQ đạt 39,9. Ở nhóm chứng không tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về kỹ năng thăm khám.

3.3.2 Hiệu quả cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh tay chân miệng

Bảng 3.26. Sự thay đổi kiến thức của NCST về phòng chống TCM

Đối tượng Kiến thức	GVMN (SL= 63)			Bà mẹ (SL= 500)		
	Trước CT	Sau CT	p	Trước CT	Sau CT	P
Tác nhân nhân gây TCM	33 (52,3%)	49 (77,8%)	< 0,05	130 (26%)	285 (57,0%)	< 0,05
Nguồn lây bệnh TCM	37 (58,7%)	45 (71,4%)	< 0,05	262 (52,4%)	360 (72,0%)	< 0,05
Đường truyền nhiễm TCM	22 (34,9%)	36 (57,1%)	< 0,05	121 (24,2%)	224 (44,8%)	< 0,05
Phương thức lây truyền TCM	13 (20,6%)	44 (69,8%)	< 0,05	96 (19,2%)	151 (30,2%)	< 0,05
Nơi có nguy cơ cao mắc TCM	23 (35,8%)	44 (69,8%)	< 0,05	96 (19,2%)	202 (40,4%)	< 0,05
Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM	41 (65,1%)	50 (79,3%)	< 0,05	261 (52,2%)	351 (70,2%)	< 0,05
Biểu hiện của bệnh TCM	27 (42,9%)	41 (65,1%)	< 0,05	127 (25,4%)	151 (30,2%)	< 0,05
Biến chứng của bệnh TCM	18 (28,6%)	30 (47,6%)	< 0,05	163 (32,6%)	211 (42,2%)	> 0,05
Vắc xin phòng bệnh TCM	25 (41,7%)	38 (60,3%)	< 0,05	187 (37,4%)	221 (44,2%)	< 0,05
Biện pháp VS để phòng TCM	45 (71,4%)	49 (77,8%)	> 0,05	371 (74,2%)	401 (80,2%)	> 0,05
Kiến thức chung tốt	19 (30,2%)	34 (53,9%)	< 0,05	82 (16,4%)	153 (30,6%)	< 0,05

Nhận xét: Trước can thiệp GVMN đã có kiến thức đúng tương đối cao về vệ sinh phòng TCM chiếm (71,4%), tỷ lệ này ở bà mẹ là (74,2%). Tuy nhiên bà mẹ vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng về TCM phương thức lây truyền (80,8%). Sau can thiệp GVMN đều được cải thiện về kiến thức, khía cạnh phương thức lây truyền bệnh tăng từ 20,6% lên 69,8%, biện pháp vệ sinh mặc dù có tăng nhưng không đáng kể (từ 71,8% lên 77,8%). Đối với bà mẹ các khía cạnh đều tăng lên đặc biệt tác nhân gây bệnh từ 26% đúng đã tăng lên 57%, tuy nhiên một số khía cạnh như biểu hiện của bệnh, vaccin phòng bệnh tăng chưa đáng kể với tỷ lệ lần lượt (25,4% - 30,2%) và (37,4% - 44,2%). Tỷ lệ GVMN có kiến thức chung đúng tăng từ 30,2% lên 53,9% sau can thiệp với $p < 0,05$ và bà mẹ có kiến thức chung đúng tăng từ 16,4% trước can thiệp lên 30,6% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.27. Sự thay đổi thái độ của NCST về phòng chống TCM

Đối tượng Thái độ	GVMN (SL= 63)			Bà mẹ (SL= 500)		
	Trước CT	Sau CT	p	Trước CT	Sau CT	P
TCM nguy hiểm đến tính mạng TE	37 (58,7%)	51 (80,9%)	< 0,05	306 (61,2%)	368 (73,6%)	< 0,05
Việc RTX là biện pháp hiệu quả để phòng chống TCM	46 (73,0%)	54 (85,7%)	< 0,05	323 (64,6%)	425 (85,0%)	< 0,05
Dùng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi là cần thiết	42 (66,7%)	49 (77,8%)	< 0,05	381 (76,2%)	407 (81,4%)	< 0,05
Dùng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà, vật dụng là cần thiết	45 (71,4%)	47 (74,6%)	> 0,05	376 (75,2%)	422 (84,4%)	< 0,05

Không đưa trẻ đi học khi bị TCM	47 (74,6%)	55 (87,3%)	< 0,05	320 (64%)	355 (71,0%)	> 0,05
Phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng BC	41 (65,1%)	50 (79,4%)	< 0,05	412 (82,4%)	440 (88,0%)	> 0,05
Không điều trị bằng thuốc nam	26 (41,3%)	46 (73,0%)	< 0,05	231 (46,2%)	313 (62,6%)	< 0,05
Đưa trẻ CSYT khi nghi ngờ TCM	48 (76,2%)	56 (88,9%)	< 0,05	434 (86,8%)	452 (90,4%)	> 0,05
Tiêm phòng TCM nếu có vaccin	37 (58,7%)	47 (74,6%)	< 0,05	426 (85,2%)	455 (91,0%)	> 0,05
Tham gia của cộng đồng là cần thiết phòng TCM	51 (80,9%)	51 (80,9%)	> 0,05	411 (82,2%)	440 (88,0%)	> 0,05
Thái độ chung tốt	20 (31,7%)	32 (50,8%)	< 0,05	309 (61,8%)	405 (81,0%)	< 0,05

Nhận xét: Trước can thiệp hầu hết GVMN đều có thái độ đúng (đồng ý), riêng thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (41,3%). Bà mẹ cho rằng nên điều trị bệnh bằng thuốc nam cũng chiếm tỷ lệ khá cao (46,2%). Sau can thiệp thái độ GVMN trong phòng TCM được cải thiện đáng kể. Đối với thái độ của bà mẹ được cải thiện ở tất cả các khía cạnh, đặc biệt thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam thay đổi từ 46,2% lên 62,6%. GVMN có thái độ chung đúng tăng từ 31,7% lên 50,8% sau can thiệp với $p < 0,05$. Bà mẹ có thái độ chung đúng tăng từ 61,8% lên 81,0% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.28. Sự thay đổi thực hành của NCST trẻ về phòng chống TCM

Đối tượng Thực hành	GVMN (SL= 63)			Bà mẹ (SL= 500)		
	Trước CT	Sau CT	p	Trước CT	Sau CT	P
Thường xuyên rửa tay của NCST bằng XP	25 (39,7%)	44 (69,8%)	< 0,05	64 (12,8%)	245 (49,0%)	< 0,05
Thường xuyên rửa tay cho trẻ và hướng dẫn trẻ tự RTXP	25 (39,7%)	51 (80,9%)	< 0,05	160 (32%)	313 (62,6%)	< 0,05
VS vật dụng bằng cách tráng nước sôi	36 (57,1%)	41 (65,1%)	< 0,05	337 (67,4%)	353 (70,6%)	> 0,05
Không mớm thức ăn cho trẻ	48 (76,2%)	57 (90,5%)	< 0,05	194 (38,8%)	280 (56,0%)	< 0,05
Ngăn không cho mút tay, ngậm đồ chơi	43 (68,3%)	46 (73,0%)	> 0,05	382 (76,4%)	448 (89,6%)	< 0,05
Thường xuyên rửa đồ chơi bằng xà phòng ít nhất 1 tuần/lần	31 (49,2%)	36 (57,1%)	> 0,05	223 (44,6%)	296 (59,2%)	< 0,05
VS nhà cửa, đồ sinh hoạt 1-2 lần/tuần	44 (69,8%)	46 (73,0%)	> 0,05	371 (74,2%)	415 (83,0%)	> 0,05
Xử lý phân của trẻ đúng cách	45 (71,4%)	50 (79,4%)	> 0,05	351 (70,2%)	391 (78,2%)	> 0,05
Cách ly với trẻ đang bị TCM	41 (65,1%)	45 (71,4%)	> 0,05	382 (76,4%)	418 (83,6%)	> 0,05
Khuyến bố mẹ đưa trẻ đi khám khi nghi ngờ mắc TCM	45 (71,4%)	57 (90,5%)	< 0,05	440 (88,0%)	427 (85,4%)	> 0,05
Thực hành chung tốt	15 (23,8%)	26 (41,3%)	< 0,05	72 (14,4%)	136 (27,2%)	< 0,05

Nhận xét: Sau can thiệp thực hành của GVMN đã thay đổi đáng kể, đặc biệt hành vi rửa tay của NCST tăng từ 39,7 lên 69,8%, thường xuyên rửa tay cho trẻ tăng từ 39,7 lên đến 80,9%. Tỷ lệ 2 khía cạnh này ở bà mẹ lần lượt là (12,8% lên 44,8%) và (32% lên 62,6%), tuy nhiên thực hành của bà mẹ đưa trẻ đi khám khi có dấu hiệu nghi ngờ giảm từ 88,0% xuống 85,4%. Tỷ lệ GVMN có thực hành chung đúng tăng từ 23,8% lên 41,3% sau can thiệp với $p < 0,05$ và bà mẹ có thực hành chung đúng tăng từ 14,4% lên 27,2% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.29. So sánh KAP của NCST giữa xã can thiệp và đối chứng về TCM

Đối tượng	KAP	Nhóm CT (%)		Nhóm ĐC (%)		P (test χ^2)
		Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
GVMN	KT tốt	19 (30,2%)	34 (53,9%)	23 (38,9%)	27 (45,7%)	$P_{1,2} < 0,05, P_{3,4} > 0,05$ $P_{1,3} < 0,05, P_{2,4} > 0,05$
	TĐ tốt	20 (31,7%)	32 (50,8%)	19 (32,2%)	24 (40,7%)	
	TH tốt	15 (23,8%)	26 (41,3%)	12 (20,3%)	10 (16,9%)	
Bà mẹ	KT tốt	82 (16,4%)	153 (30,6%)	68 (13,6%)	82 (16,4%)	$P_{1,2} < 0,05, P_{3,4} > 0,05$ $P_{1,3} < 0,05, P_{2,4} > 0,05$
	TĐ tốt	309 (61,8%)	405 (81,0%)	321 (64,2%)	318 (63,6%)	
	TH tốt	72 (14,4%)	136 (27,2%)	66 (13,2%)	92 (18,4%)	

Nhận xét: Các xã được can thiệp có sự cải thiện rõ ràng về hành vi phòng chống TCM. Đối với GVMN có tỷ lệ về kiến thức, thái độ, thực hành ở mức tốt tăng lần lượt sau can thiệp là: (30,2% lên 53,9%); (31,7% lên 50,8%) và (23,8% lên 41,3%) có ý nghĩa thống kê. Tương tự các khía cạnh trên ở các bà mẹ cũng được cải thiện rõ ràng với tỷ lệ lần lượt là: (16,4% lên 30,6%); (61,8% lên 81,0%) và (14,4% lên 27,2%) có ý nghĩa thống kê. Tại xã đối chứng có sự thay đổi về KAP của NCST về phòng chống TCM tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp cải thiện KAP của NCST về bệnh TCM

Đối tượng	Chỉ số hiệu quả (%)		Hiệu quả can thiệp (%) CSHQ _{CT} - CSHQ _{ĐC}
	CSHQ _{CT}	CSHQ _{ĐC}	
KAP (GVMN)			
Kiến thức	43,9	14,9	29,0
Thái độ	37,6	20,9	16,7
Thực hành	42,4	20,1	22,3
KAP (Bà mẹ)			
Kiến thức	46,4	17,1	29,3
Thái độ	23,7	1,4	22,3
Thực hành	47,1	28,3	18,8

Nhận xét: CSHQ về kiến thức, thái độ, thực hành của GVMN tại xã can thiệp lần lượt là: 43,9%; 37,6% và 42,4%, CSHQ tại xã đối chứng lần lượt là: 14,9%; 20,9% và 20,1%. CSHQ về kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ tại xã can thiệp lần lượt là: 46,4%; 23,7% và 47,1% chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt là: 17,1%; 1,4% và 28,3%. HQCT về KAP của GVMN lần lượt là: 29,0%; 16,7% và 22,3%, của bà mẹ lần lượt là: 29,3%; 22,3% và 18,8%.

Bảng 3.31. Số ca mắc tại 4 xã nghiên cứu trước và sau can thiệp

Trạm y tế \ Năm		Trước can thiệp	Sau can thiệp
		2015	2018
Xã can thiệp	Hoàng Nông	16	0
	Bản Ngoại	12	0
Xã đối chứng	Khôi Kỳ	15	4
	Bình Thuận	13	3
Tổng chung		56	7

Nhận xét: Trước can thiệp trong năm 2015 cả 4 xã nghiên cứu có tổng mắc 56 ca tay chân miệng (Hoàng Nông 16 ca; Khôi Kỳ 15 ca; Bình Thuận 13 ca; Bản Ngoại 12 ca). Sau can thiệp số ca mắc TCM trên địa bàn nghiên cứu giảm đáng kể.

cứu có xu hướng giảm trong đến năm 2018. Trong năm 2018 tại 02 xã Bản Ngoại và Hoàng Nông không xuất hiện ca mắc tay chân miệng sau can thiệp.

3.3.3 Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về hiệu quả của chương trình can thiệp

Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm: ĐTNC đều cho rằng can thiệp thực hiện nhằm nâng cao năng lực PCD là cần thiết và bước đầu mang lại hiệu quả nhất định trong công tác PCD địa phương

Khi hỏi ĐTNC về biện pháp PCD tại địa phương, hầu hết cho rằng, sau can thiệp công tác này đã tiến triển tốt hơn và bài bản hơn, đã kiện toàn BCD phù hợp hơn và sâu sát hơn với tình hình dịch bệnh tại địa phương. Đồng thời công tác TT-GDSK đã cải thiện hành vi của ĐTNC về phòng chống TCM, chương trình can thiệp được cộng đồng chấp nhận chủ động tham gia:

Hộp 5. Sự chấp nhận của cộng đồng đối với chương trình can thiệp

“...Ban chỉ đạo hoạt động hiệu quả hơn do có kế hoạch chỉ đạo cụ thể đến từng xã, thôn. Báo cáo thống kê theo đúng quy trình hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng về tình hình dịch bệnh...” ...**Ông D, TYT xã HN**

“...Đã phù hợp đều đầy đủ các thành phần cần thiết như Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ....có khả năng tuyên truyền cho người dân. Tuy nhiên tôi đề xuất trong thành phần nên bổ sung thêm trưởng xóm hoặc Bí thư chi bộ trong ban chỉ đạo và cần được tập huấn...” ...**Ông N, TYT xã BT**

“...Có quy chế hoạt động và trách nhiệm cho các đồng chí trong BCD. Tuy nhiên tôi đề xuất nên tăng cường tập huấn kiến thức, cung cấp tài liệu cho các đồng chí trong BCD mà không phải là NVYT...” ...**Ông T, TYT xã BT**

“...Tập huấn về phòng chống và chăm sóc bệnh tay chân miệng rất bổ ích cho người chăm sóc trẻ, qua những buổi tập huấn hoặc được nghe tuyên truyền về bệnh tay chân miệng giúp cho người chăm sóc trẻ hiểu biết có thái độ đúng đắn và thực hành tốt phòng bệnh tay chân miệng. Bà H đánh giá cao ý tưởng và hoạt động của cuộc thi: Bé khỏe ngoan, người mẹ hiểu biết với chủ đề tay chân miệng tại các trường mầm non nói chung...” ...**Bà H, Trường mầm non xã B**

“...CBYT xã, đặc biệt là YTTB trong thời gian qua đã tuyên truyền cho người dân trong thôn về phòng bệnh TCM, giúp cho đa số người dân hiểu biết về cách phòng bệnh TCM và chăm sóc bệnh TCM như thế nào cho đúng, những người mẹ có con trẻ như chúng tôi hiểu biết hơn nhiều về đặc điểm bệnh TCM và cách phòng bệnh cho gia đình và cộng đồng. Để phòng được bệnh TCM thì chúng tôi phải chú trọng vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, chú trọng đến vấn đề rửa tay xà phòng, vệ sinh ăn uống cho trẻ... và xử lý phân đúng cách....”

Bà H, có con dưới 5 tuổi xã BN

Qua buổi hội thảo khoa học: Nhận xét đánh giá giữa kỳ của chương trình can thiệp phòng chống bệnh TCM tại huyện Đại Từ cho thấy:

- Nhóm nghiên cứu đã xây dựng kế hoạch chi tiết và tập huấn về phòng chống TCM cho các đối tượng NCST ở từng giai đoạn cụ thể, tổ TT- GDSK phòng chống TCM đến với các đối tượng đích tại địa bàn nghiên cứu.

- Cơ bản đã đánh giá được nguồn lực của tuyến YTCS và xây dựng kế hoạch cụ thể để tập huấn nâng cao năng lực cho cán CBYT cơ sở trên địa bàn.

Hộp 6. Tính bền vững của chương trình can thiệp

“...Đánh giá nhóm nghiên cứu đã xây dựng kịch bản chi tiết để chuẩn bị diễn tập PCD trên địa bàn nghiên cứu. Nội dung kịch bản có sự tham luận của các chuyên gia công tác tại TTYT huyện và trung tâm YTDP tỉnh Thái Nguyên....” ...**Ông N, Trung tâm Y tế huyện Đại Từ**

“...Diễn tập PCD là là hoạt động rất cần thiết đối với các cơ sở y tế dự phòng. Ông đề nghị TTKSBT tỉnh, Trung tâm Y tế huyện Đại Từ sẽ phối hợp chặt chẽ với các đơn vị y tế chuẩn bị cho cuộc diễn tập phòng chống dịch bệnh TCM trong thời gian tới...” ...**Ông T, Lãnh đạo Sở Y tế Tỉnh**

Qua hội thảo khoa học: Đánh giá kết quả hoạt động sau can thiệp phòng chống TCM tại địa bàn huyện Đại Từ cho thấy nhóm nghiên cứu đều đồng nhất quan điểm: Hiệu quả để phòng tránh TCM là nâng cao năng lực PCD của CBYT và cải thiện hành vi của NCST. Kết quả hoạt động can thiệp trong thời gian qua đã góp phần nâng cao năng lực PCD cho CBYT và cải thiện đáng kể hành vi của NCST về PCD bệnh TCM

Hộp 7. Khả năng duy trì và nhân rộng chương trình can thiệp

“...Cán bộ y tế trung tâm và cán bộ y tế tại 2 xã nghiên cứu đã thể hiện sự năng động trong công tác giám sát và phòng chống TCM nói riêng. Đặc biệt sau buổi diễn tập PCD tại địa bàn nghiên cứu thì năng lực của CBYT cũng như hành vi của GVMN đã được cải thiện đáng kể. Ông cho rằng hoạt động diễn tập phòng chống dịch đã góp phần kiện toàn mô hình PCD bệnh TCM có sự tham gia của cộng đồng....” **...Ông N, TTYT huyện Đại Từ**

“...Diễn tập PCD tại huyện Đại Từ là một hoạt động hiệu quả, góp phần nâng cao năng lực và đáp ứng PCD của mạng lưới YTDP nói chung và tuyến YTCS nói riêng, qua hoạt động này đã rút ra nhiều bài học kinh nghiệm về tính chủ động trong PCD và những kinh nghiệm quý có thể áp dụng cho các tuyến y tế cơ sở khác trên địa bàn tỉnh. Ông khẳng định đây là lần đầu tiên trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên thực hiện cuộc diễn tập PCD nói chung....” **...Ông C, Lãnh đạo Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh**

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015

4.1.1. Tỷ lệ mắc bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên

Trong giai đoạn 2011-2015, năm 2012 có tỷ lệ mắc TCM cao nhất là 56,3/100.000 dân, tỷ lệ này của tỉnh Thái Nguyên thấp hơn tỷ lệ mắc chung của cả nước (176,1/100.000 dân). Khu vực Miền Bắc (111,0/100.000 dân), Miền Nam (261,1/100.000 dân), Miền Trung (151,9/100.000 dân) và Tây Nguyên (177,1/100.000 dân) [4]. Tỷ lệ mắc của tỉnh Thái Nguyên năm 2012 cũng thấp hơn nhiều so với tỉnh Hải Phòng (314,87/100.000 dân) [29]. Ngoài ra, kết quả này thấp hơn so kết quả nghiên cứu dịch tễ học bệnh TCM ở Trung Quốc giai đoạn 2008 - 2012 với tổng số 7.200.092 trường hợp mắc TCM với tỷ lệ mắc mới hàng năm là 120/100.000 dân/năm, tập trung chủ yếu ở trẻ từ 12 - 36 tháng [100]. Giải thích cho sự khác biệt của các kết quả trên đây theo chúng tôi là do địa bàn nghiên cứu. Điều này đã được khẳng định qua nghiên cứu của tác giả Xing W. và cộng sự (2014) hay tác giả Jin-feng Wang và cộng sự (2011) đều công bố rằng sự xuất hiện/bùng phát bệnh TCM có liên quan đến yếu tố địa lý [71], [100].

Xu hướng mắc bệnh TCM theo tháng trong 5 năm (2011- 2015) tại tỉnh Thái Nguyên cho thấy: Bệnh rải rác quanh năm, năm 2011 xuất hiện đỉnh dịch vào tháng 8, năm 2012 xuất hiện một đỉnh dịch vào tháng 4, năm 2013 xuất hiện một đỉnh dịch vào tháng 9, năm 2014 và 2015 xuất hiện đỉnh dịch tháng 9. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với những nghiên cứu được thực hiện trước đó. Theo báo cáo chung tổng quan Ngành Y tế năm 2013 cũng cho thấy trong năm 2012, tình hình dịch bệnh tay chân miệng trên địa bàn cả nước rải rác quanh năm và xuất hiện 2 đỉnh dịch vào tháng 4 và tháng 9 [4], [11]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Hữu (2012)

cũng cho thấy rằng: Trong giai đoạn 2008- 2010, bệnh TCM quanh năm với 2 đỉnh dịch. Đỉnh thứ nhất trong khoảng từ tháng 5- 6, đỉnh thứ hai trong khoảng tháng 9 - 10 và năm 2011 dịch chỉ có một đỉnh vào tháng 9, tháng 10 [30]. Kết quả nghiên cứu của Xing và cộng sự thực hiện tại Trung Quốc giai đoạn 2008 - 2012 cũng cho thấy có 02 đỉnh dịch bệnh TCM đó là vào tháng 5 và tháng 9 - 10 hàng năm [100]. Có thể lý giải tỷ lệ mắc bệnh TCM theo thời gian như sau: Mùa hè nhiệt độ cao, nắng nóng thất thường kèm theo mưa là điều kiện lý tưởng cho mầm bệnh phát triển, nắng nóng cộng oi bức và mưa cũng làm con người thấy mệt mỏi, đặc biệt ở trẻ em sức đề kháng còn kém, dễ cảm nhiễm với virus. Mùa thu đông là điều kiện thuận lợi cho virus phát triển, nên các ca bệnh tăng đột biến hơn, mặt khác tháng 9 là thời điểm nhập học, nhiều trẻ tập trung tại các trường có thể tạo cơ hội cho bệnh lây lan. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới sự xuất hiện của bệnh TCM có liên quan đến sự thay đổi thời tiết theo mùa [71], [100].

Độ tuổi mắc bệnh chủ yếu trong giai đoạn 2011- 2015 là ở trẻ dưới 5 tuổi (năm 2011chiếm 97,0 %, năm 2012 chiếm 97,7%, năm 2013 chiếm 90,7%, năm 2014 chiếm 97,3%, năm 2015 chiếm 97,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi từ năm 2011 đến 2015 số ca mắc TCM ở trẻ trai cao hơn trẻ gái ở tất cả các năm. Năm 2011: 58,1%; năm 2012: 58,4%; năm 2013: 60,1%; năm 2014: 56,6%; năm 2015: 55,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp đặc điểm dịch tễ học của bệnh và những nghiên cứu được thực hiện trước đó. Theo nghiên cứu của Kow-tong chen cho thấy tỉ suất nam: nữ là (1,41: 1) [56]. Thực tế, trẻ em là đối tượng có sức đề kháng yếu, mặt khác trẻ em dưới 5 tuổi là lứa tuổi mầm non, thường xuyên tiếp xúc với nhiều người, đồng thời trẻ ăn bán trú tại trường, vì vậy nguy cơ lây truyền bệnh là rất cao. Ngoài ra, trẻ trai có xu hướng mắc bệnh TCM nhiều hơn trẻ gái đã được tìm

ra từ các nghiên cứu trước đây nguyên nhân của sự khác biệt này còn chưa được sáng tỏ, cần có những nghiên cứu sâu hơn về đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng để có những bằng chứng khoa học về sự phân bố các trường hợp mắc và tử vong theo giới tính [18]. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng do các bé trai thường có tính hiếu động, hay tìm hiểu và nghịch ngợm hơn so với bé gái, bên cạnh đó với tâm lý con trai thường sẽ khỏe mạnh hơn nên các ông bố, bà mẹ sẽ ít để ý chăm sóc vệ sinh và thường xuyên để trẻ tìm hiểu môi trường xung quanh cũng như chơi với bạn nhiều hơn do đó dẫn đến xu hướng trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái.

4.1.2. Diễn biến bệnh tay chân miệng tỉnh Thái Nguyên, năm 2011-2015

Trên địa bàn tỉnh, Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc bệnh TCM cao nhất trong cả 5 năm cụ thể: 2011 (39,4/100.000 dân); 2012 (96,1/100.000 dân); 2013 (60,2/100.000 dân); 2014 (43,7/100.000 dân); 2015 (77,7/100.000 dân). Tỷ lệ mắc thấp là Định Hóa: 2011 (1,1/100.000 dân); 2015 (6,8/100.000 dân). Kết quả từ các nghiên cứu trước chỉ ra rằng có sự khác nhau về tỷ lệ hay sự xuất hiện hay bùng phát bệnh TCM giữa các vùng địa lý khác nhau [100]. Mặt khác, sự phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo địa dư phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều kiện kinh tế, tập quán của người dân cũng như điều kiện chăm sóc y tế và hiệu quả của công tác PCD tại địa phương. Tuy số trường hợp mắc khá cao nhưng không có trường hợp nào tử vong do TCM. Ngoài ra (bảng 3.3) cho thấy tuy có sự tương đồng về địa lý của một số huyện nhưng tỷ lệ mắc bệnh cũng vẫn khác nhau, đây chính là một câu hỏi đang bỏ ngỏ cần có những nghiên cứu cụ thể về các yếu tố khác có thể liên quan đến TCM như công tác PCD hay hành vi dự phòng TCM của NCST trên các địa bàn nói trên.

Trong giai đoạn 2011 - 2015, tỷ lệ xuất hiện ổ dịch cộng đồng chiếm 46,9%, dịch tản phát chiếm 35,5%, có 10,6% không xác định được ổ dịch, ổ dịch xảy ra tại trường học chiếm 7,0%. Đây là một trong những yếu tố khó

khăn cho công tác phòng chống dịch bệnh TCM trên địa bàn Thái Nguyên do đặc điểm ổ dịch là ổ dịch cộng đồng và dịch tản phát chiếm cao. Việc khoanh vùng, cách ly và dập dịch ở trường học sẽ dễ dàng hơn nhiều so với việc khoanh vùng, cách ly và dập dịch các ổ dịch tại cộng đồng hay dịch tản phát.

Một trong những thuận lợi cho công tác xử trí, điều trị dịch TCM tại Thái Nguyên là đa số trẻ mắc bệnh ở mức độ nhẹ. Kết quả bảng 3.4 chỉ ra rằng trong tổng số 1808 ca bệnh tay chân miệng, (96,9%) độ 1, còn lại 3,1% ca độ 2a và không có trẻ mắc độ 2b, độ 3 và độ 4.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hơn một nửa (53,1%) bệnh nhân TCM được điều trị tại nhà và tỷ lệ bệnh nhân nằm điều trị tại trạm y tế xã, phường chiếm 24,9%. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả (bảng 3.4). Khi có hầu hết bệnh nhân mắc bệnh TCM mức độ 1. Đối với bệnh nhân mức độ này thì chỉ cần điều trị ngoại trú thông qua điều trị tại trạm y tế xã, phường. Tuy nhiên có vấn đề bất cập trong nghiên cứu của chúng tôi đó là tỷ lệ bệnh nhân TCM mức độ 2a chỉ chiếm 3,1%, Nhưng tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại BVĐK huyện và BVĐK tỉnh chiếm tỷ lệ lần lượt 7,0% và 13%. Lý giải điều này là do nhận thức của ông bố, bà mẹ có con dưới 5 tuổi thường rất quan tâm đến trẻ, gia đình trẻ thường cho trẻ đi điều trị vượt tuyến với quan điểm cho rằng sẽ được tiếp cận với dịch vụ y tế tốt hơn. Điều này một phần phản ánh kiến thức về bệnh TCM ở người dân trong cộng đồng còn rất hạn chế, đòi hỏi phải có những can thiệp thiết thực về mặt TT- GDSK cho người dân nhằm nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh TCM.

4.2. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên.

4.2.1 Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

4.2.1.1 Trang thiết bị, cơ sở vật chất và kinh phí hoạt động cho phòng chống dịch

Kết quả bảng 3.5 cho thấy phương tiện PCD chưa đầy đủ các trang thiết bị cần thiết. Tại tuyến xã, trang thiết bị cho PCD còn thiếu, nhiều thiết bị

hông chưa được bổ sung, tình trạng hóa chất sử dụng trong PCD đã hết hạn. Một nghiên cứu thực hiện trước đó về thực trạng công tác PCD bệnh TCM tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2014 cũng cho kết quả tương tự: Trang thiết bị, hóa chất, vật tư, phương tiện PCD dự trữ tại các kho của TTYT huyện và các TYT xã chỉ đáp ứng được nhu cầu khi có dịch nhỏ xảy ra [26]. Kinh phí hoạt động cũng đang là vấn đề trong công tác PCD của địa phương, kinh phí cho hoạt động PCD bệnh thường xuyên trong nguồn ngân sách UBND tỉnh cấp còn hạn chế, mới chỉ đảm bảo được kinh phí cho công tác tập huấn cập nhật cho cán bộ quản lý, giám sát PCD tuyến huyện và một phần kinh phí cho hoạt động giám sát tuyến xã. Khi có tình huống dịch, căn cứ vào tình hình thực tế mới được xem xét và cấp kinh phí cho hoạt động.

Cơ sở vật chất đóng vai trò rất quan trọng trong công tác PCD bệnh nói chung và PCD bệnh TCM nói riêng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tuyến y tế cơ sở cần chủ động trong việc kiểm tra về số lượng cũng như chất lượng của máy móc, trang thiết bị để có dự trữ bổ sung đảm bảo về số lượng cũng như chất lượng phục vụ cho công tác PCD bệnh. Ngoài ra, cán bộ y tế trong mạng lưới y tế dự phòng các cấp cũng cần nắm sát tình hình diễn biến cụ thể dịch bệnh của địa phương, kịp thời xin kinh phí đảm bảo cho các hoạt động PCD bệnh được thực hiện kịp thời, hiệu lực và hiệu quả.

4.2.1.2 Nhân lực trong công tác phòng chống dịch bệnh tay chân miệng

Kết quả bảng 3.8 cho thấy 100% đội ngũ YTTB chưa được tập huấn về bệnh TCM, tỷ lệ này ở đối tượng CBYT xã còn hạn chế, đây thực sự là yếu tố bất cập trong công tác PCD. Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy một số cán bộ không nắm chắc kế hoạch PCD tại địa phương, vẫn còn cán bộ chưa vững kiến thức và nhiều cán bộ mới chưa được tập huấn. Kết quả điều tra cũng cho thấy mặc dù trên địa bàn nghiên cứu đã triển khai một số chính sách nhằm cải thiện cả số lượng và chất lượng cán bộ công tác tại tuyến YTCS, tuy nhiên cũng trong tình trạng chung của các tỉnh miền núi, thực trạng địa bàn

nghiên cứu vẫn trong tình trạng thiếu hụt trầm trọng nhân lực y tế có trình độ cao (bác sĩ và dược sĩ đại học). Trên thực tế, các chế độ, chính sách đãi ngộ dù đã được cải thiện cũng không thể so sánh với các thành phố lớn, bệnh viện tư nhân, các công ty nước ngoài... Do đó nhằm khắc phục sự thiếu hụt và thu hút nguồn nhân lực y, dược có chuyên môn cao về công tác tại địa bàn nói riêng và các tỉnh miền núi nói chung cần có thêm các đề án thử nghiệm và đánh giá các chính sách can thiệp như: Nghiên cứu ban hành quy định các bác sĩ, dược sĩ mới ra trường cần phải thực hiện “nghĩa vụ” công tác 3 năm tại khu vực khó khăn, vùng sâu, vùng xa. Tiếp tục thực hiện đề án luân chuyển cán bộ ở tuyến trên xuống tuyến dưới để tăng cường chất lượng của công tác khám chữa bệnh tại tuyến YTCS và thực hiện công tác đào tạo cán bộ tại chỗ.

4.2.1.3 Năng lực của cán bộ y tế trong phòng chống dịch tay chân miệng

* Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả bảng 3.7 cho thấy NVYT ở nhóm tuổi từ 30 trở lên chiếm đa số (71,8%) trong đó nhóm tuổi từ 35 trở lên chiếm 45,3%, chỉ có 6,5% trong nhóm tuổi dưới 25. Phần lớn là người dân tộc kinh (77,8%). Về trình độ học vấn, NVYT có trình độ sơ cấp chiếm cao nhất 73,2%, trong khi đó có trình độ trung cấp và cao đẳng/đại học/sau đại học chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt 12% và 14,8%. Đa số có thời gian công tác từ 5 năm trở lên chiếm tỷ lệ 82,4%, chỉ có 6 NVYT (5,6%) có thời gian công tác dưới 1 năm. Đặc điểm của ĐTNC của chúng tôi cũng tương đối tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó. Nghiên cứu của Lê Trung Quân và cộng sự năm 2012 cho thấy nhóm tuổi từ 35 trở lên chiếm 56,8%, Dân tộc Kinh chiếm đa số (88,7%), số năm thâm niên công tác của NVYT phổ biến ở mức trên 5 năm (65,9%) [38]. Nghiên cứu của Dao Weiangkham và cộng sự năm 2016 cũng cho thấy, NVYT ở nhóm tuổi từ 30 trở lên chiếm 98%, số năm thâm niên công tác của NVYT phổ biến ở mức trên 5 năm (89%) [98]. Kết quả này có thể giải thích

như sau: Do nghiên cứu thực hiện trên đối tượng NVYT tuyến cơ sở, vì vậy lứa tuổi chủ yếu thuộc nhóm độ tuổi lao động là hoàn toàn hợp lý, ngoài ra, chương trình thành lập mạng lưới y tế thôn bản tại cơ sở đã được thực hiện trong một thời gian dài do đó thâm niên công tác của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5 năm trở lên là hoàn toàn dễ hiểu.

Truyền thông GDSK về phòng chống TCM cho đối tượng NCST là một việc vô cùng cần thiết nhằm phòng chống bệnh TCM. Theo nhận định của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế thì tỷ lệ người dân hiểu sai và không biết về bệnh này khá cao (37,8% và 31,3%). Hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của các bậc cha mẹ và NCST chuyển biến chậm, đặc biệt là ở vùng núi vùng sâu vùng xa [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy với tỷ lệ cao NVYT có thâm niên công tác kết hợp với độ tuổi từ 35 trở lên là nguồn nhân lực quan trọng, có nhiều kinh nghiệm về TT- GDSK cũng như tạo được uy tín trong cộng đồng. Các chương trình TT-GDSK cho các đối tượng về TCM nên tận dụng nguồn lực này nhằm nâng cao hiệu quả trong quá trình TT-GDSK.

* Một số kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch TCM của NVYT xã

Đối tượng nghiên cứu có kỹ năng phòng chống dịch TCM còn hạn chế, đối với CBYT xã kỹ năng tốt nhất là phát hiện ca bệnh lâm sàng (34,5%), đối tượng YTTB kỹ năng tốt nhất là kỹ năng khử khuẩn môi trường (18,9%). Trên thực tế 100% đội ngũ YTTB chưa được tập huấn về TCM, tỷ lệ này ở đối tượng CBYT xã còn hạn chế, đây thực sự là khó khăn trong công tác PCD bệnh và cũng có thể được xem là một trong những nguyên nhân dẫn đến kỹ năng PCD của NVYT xã trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế. Điều này cho thấy Ngành Y tế tại địa phương cần có chính sách và kế hoạch phù hợp cho các NVYT trong việc cập nhật kiến thức cũng như tham gia các lớp tập huấn nhằm nâng cao kỹ năng phòng chống dịch TCM nói riêng.

* Kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT về bệnh tay chân miệng

- Kiến thức của NVYT về bệnh tay chân miệng

Khảo sát 108 NVYT tại 4 xã được chọn tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016 cho thấy: NVYT có kiến thức đúng cao nhất về lứa tuổi dễ mắc TCM (79,6%), tiếp theo đó là biện pháp phòng TCM (77,8%), nơi có nguy cơ mắc bệnh (75,9%) và nguồn lây TCM chiếm (72,2%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng về TCM như biến chứng của bệnh (65,7%) và biểu hiện của bệnh (54,6%), tỷ lệ NVYT có kiến thức chung ở mức tốt chiếm 55,6% chỉ có 2,7% kiến thức kém. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Chang và cộng sự thực hiện năm 2011 đánh giá kiến thức của NVYT về TCM tại Đài Loan. Kết quả nghiên cứu của Chang chỉ ra rằng có 90% NVYT xác định được chính xác triệu chứng của bệnh, có 95% NVYT xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh, tỷ lệ NVYT xác định chính xác nguồn lây của TCM đạt trên 80%, tỷ lệ NVYT xác định chính xác các biến chứng và lứa tuổi dễ mắc TCM lần lượt 88% và 83 % [52].

Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Chang năm 2011 có thể được giải thích bởi đặc điểm của ĐTN. Trong nghiên cứu của chúng tôi NVYT có trình độ sơ cấp chiếm cao nhất 73,2%, chỉ có 14,8% có trình độ từ cao đẳng trở lên, kết quả này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Chang năm 2011 trong 293 đối tượng nghiên cứu đều có trình độ từ đại học trở lên. Do đó sự khác biệt về mức độ kiến thức của NVYT trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Chang cũng là phù hợp.

Dựa vào kết quả nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác được thực hiện trước đó, chúng tôi thấy rằng vẫn còn có những thiếu hụt không nhỏ về kiến thức trong phòng bệnh TCM nói riêng ở đối tượng NVYT cơ sở trên địa bàn nghiên cứu. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cần có kế hoạch tập huấn và đào tạo nhằm duy trì và nâng cao kiến thức cho NVYT trên địa bàn nghiên cứu trong phòng TCM.

- Thái độ của NVYT về bệnh tay chân miệng

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn (64,8%) NVYT có thái độ tốt về phòng TCM, tỷ lệ NVYT có thái độ trung bình chiếm 35,2% và không có thái độ kém về phòng TCM. Đây là yếu tố thuận lợi cho việc thực hành phòng chống TCM cho trẻ em dưới 5 tuổi. Kết quả chỉ ra rằng hầu hết NVYT tham gia phỏng vấn đều có thái độ đúng (đồng ý) về TCM. Đặc biệt là thái độ rửa tay xà phòng (83,3%) và sự tham gia của cộng đồng trong phòng tránh TCM (81,5%). Riêng thái độ cho rằng tư vấn để tránh vượt tuyến và cách ly trẻ khi bị bệnh tỷ lệ không đồng ý còn khá cao lần lượt 38,9% và 35,2%.

Thái độ là một trong những thành phần quan trọng của hành vi. Việc có thái độ tốt sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện các hoạt động phòng chống dịch TCM cũng như công tác TT-GDSK phòng chống dịch TCM cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc cần có kế hoạch tập huấn và đào tạo cho NVYT nhằm duy trì thái độ tốt về TCM. Ngoài ra cần cải thiện thái độ NVYT đối với nhận thức về tư vấn cho NCST mắc TCM nhằm tránh vượt tuyến và việc cách ly trẻ khi trẻ đang bị TCM.

- Thực hành của NVYT về bệnh tay chân miệng

Thực hành phòng chống TCM ở NVYT là điều kiện quan trọng để phòng chống sự lây lan của dịch bệnh ở trẻ em, nhằm giảm những ảnh hưởng về kinh tế, xã hội và sức khỏe do TCM gây nên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 27,8% NVYT đạt mức tốt, tỷ lệ NVYT thực hành ở mức trung bình và kém lần lượt 62% và 10,2%.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra một số yêu cầu thực hành phòng tránh bệnh chưa được thực hiện tốt như khả năng phân biệt TCM (71,3%), thực hiện đầy những việc cần làm khi trẻ mắc TCM độ 1 (63,9%), tư vấn đầy đủ cho bà mẹ có trẻ mắc TCM (61,1%) RTXP trước và sau chăm sóc trẻ (40,7%). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NVYT thực hành ghi chép báo cáo chiếm cao 80,6%. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng mặc dù tỷ

lệ NVYT thực hành ghi chép sổ sách về TCM chiếm tỷ lệ cao, nhưng năng lực của NVYT về khả năng tư vấn, xử trí đầy đủ đối với trẻ mắc TCM cũng như thực hành rửa tay còn hạn chế. Điều này cho thấy vẫn rất cần có kế hoạch cụ thể nhằm nâng cao năng lực cho tuyến YTCS phòng chống TCM.

Trên thực tế RTXP là bước thực hành tuy đơn giản nhưng đem lại hiệu quả cao trong phòng TCM. Hiệu quả của việc RTXP trong phòng TCM đã được báo cáo từ nhiều nghiên cứu [87], [110]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thực hành của NVYT về rửa tay để phòng TCM còn hạn chế chỉ đạt 59,3%. Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu thực hiện trước đó chúng tôi thu được kết quả khá tương đồng. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự năm 2013 cho thấy tỷ lệ NVYT thực hành rửa tay trước và sau chăm sóc bệnh nhân lần lượt 48,9% và 59,7% [32]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Chang và cộng sự năm 2011 khi tỷ lệ NVYT thực hành rửa tay sau khi tiếp xúc bệnh nhân trong nghiên cứu này đạt 93,2% [52]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Chang có thể được giải thích như sau: Nghiên cứu của Chang được thực hiện ở Đài Loan là đất nước có nền y học phát triển, ngoài ra tỷ lệ NVYT/người bệnh cao hơn nước ta, do đó một NVYT không phải chăm sóc quá nhiều bệnh nhân. Vì vậy tỷ lệ thực hành rửa tay trong nghiên cứu của Chang cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi cũng là phù hợp.

Mặc dù sự xuất hiện, bùng phát và cách xử trí TCM phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mùa, thời tiết, thời gian trong năm hay khoảng cách địa lý, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi về KAP của NVYT đối với việc phòng chống TCM cũng giống như những nghiên cứu khác cho thấy sự cần thiết phải có những tác động/can thiệp với mục tiêu nâng cao KAP cho NVYT trong việc phòng chống sự xuất hiện và lây lan của bệnh.

* Thực hành của NVYT về kỹ năng tư vấn và nói chuyện sức khỏe

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NVYT có kỹ năng tư vấn và NCSK tốt còn hạn chế chỉ chiếm 17,6% và 23,1%. Tỷ lệ NVYT có kỹ năng tư vấn và NCSK ở mức trung bình còn cao 57,4% và 63%. Vẫn còn 25% và 13,9% NVYT có kỹ năng tư vấn và NCSK ở mức kém. Có thể nói rằng hoạt động TT-GDSK tuy không thể thay thế được các hoạt động chuyên môn trong như khám và xử trí TCM, nhưng nó góp phần quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả của các hoạt động phòng tránh bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hoa năm 2013 cho thấy NVYT thực hiện các kỹ năng TT-GDSK chủ yếu đạt mức trung bình (56,8%), loại khá (31%), loại tốt rất ít (8,6%) và NVYT thực hiện ở mức yếu kém chiếm 3,4% [23].

Có thể nói kỹ năng tư vấn cũng như NCSK là kỹ năng phổ biến trong thực hành tại cộng đồng. Tuy nhiên để thực hiện có hiệu quả kỹ năng này yêu cầu NVYT phải được tập huấn và thực hành liên tục. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy cần có những chiến lược cụ thể nhằm cải thiện kỹ năng tư vấn cũng như NCSK về bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu nhằm nâng cao năng lực cho NVYT trong việc phòng chống TCM.

* Thực hành kỹ năng thăm khám và xử trí bệnh tay chân miệng

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng 100% CBYT xã chuẩn bị và đón tiếp bệnh nhân đạt yêu cầu, có 62,1% CBYT xã hỏi bệnh đạt yêu cầu. Trong thăm khám thể chất có 19 CBYT chiếm tỷ lệ 65,5% không đạt yêu cầu. Tỷ lệ CBYT đạt yêu cầu về hướng dẫn xét nghiệm, chẩn đoán, xử trí và TT-GDSK lần lượt 75,9; 58,6 và 51,7%. Tỷ lệ CBYT xã có kỹ năng khám và xử trí tốt chiếm 24,1%, có 12 CBYT chiếm 41,4% có kỹ năng khám và xử trí ở mức độ trung bình. Khám và xử trí kém chiếm 34,5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù giao tiếp của CBYT trong thực hành lâm sàng tương đối tốt tuy nhiên kỹ năng thăm khám và xử trí còn hạn chế. Do đó những chương trình tập

huấn, đào tạo nhằm duy trì tốt kỹ năng giao tiếp cũng như nâng cao kỹ năng thăm khám, xử trí cho CBYT trên địa bàn nghiên cứu là hết sức cần thiết trong phòng, điều trị và chăm sóc có hiệu quả bệnh TCM.

Kết quả nghiên cứu định tính (Hộp 3) cho thấy: NVYT cơ sở xã chưa vững kiến thức về phòng chống dịch TCM, công tác tập huấn cho CBYT xã còn hạn chế. Về năng lực giám sát phòng chống TCM nói riêng, các nhóm thảo luận đều có nhận xét chung là hiện tại năng lực giám sát của đơn vị tuyến tỉnh đáp ứng về nhu cầu tình huống dịch bệnh xảy ra trên địa bàn tỉnh, tuyến huyện còn hạn chế mới chỉ ở khả năng giám sát, điều tra ca bệnh lấy và gửi mẫu làm xét nghiệm, năng lực giám sát của cán bộ tuyến xã còn hạn chế về trình độ chuyên môn cũng như ứng phó với tình huống dịch bệnh. Xây dựng kế hoạch của các TYT xã còn yếu và chung chung. Nghiên cứu từ quá trình thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu, đã đánh giá được khả năng đáp ứng PCD của CBYT cơ sở tại địa bàn nghiên cứu còn nhiều khó khăn bất cập khi đối mặt với tình hình dịch bệnh có thật xảy ra. Qua đó rất cần có những chương trình can thiệp nhằm nâng cao năng lực PCD cho tuyến YTCS trên địa bàn.

4.2.2 Sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch tay chân miệng

4.2.2.1 Vai trò của lãnh đạo địa phương và các ban ngành, đoàn thể

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vai trò của Lãnh đạo địa phương tuy rất lớn nhưng do trách nhiệm chưa rõ ràng nên chưa phát huy được nhiều. Các ban ngành đoàn thể ở địa phương có ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động phòng chống bệnh TCM, nhưng sự tham gia của các tổ chức đoàn thể vào hoạt động phòng chống bệnh TCM ở trẻ em còn hạn chế. Sau thảo luận, các bên liên quan đều nhận thức rõ vai trò và cam kết tham gia các hoạt động phòng chống TCM tại địa phương. Điều này cho thấy việc kiện toàn Ban chỉ đạo, phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên trong BCD phòng chống dịch cũng như huy động sự tham gia có hiệu quả của các tổ chức đoàn thể tại địa phương là hết sức cần thiết.

4.2.2.2 Sự phối hợp liên ngành trong phòng chống tay chân miệng

Bảng 3.14. cho thấy CBYT đánh giá chưa cao về sự phối hợp liên ngành. Có 26,7% ĐTNC đánh giá tốt về phối hợp liên ngành, 26,7% ở mức độ trung bình, 46,6% ở mức kém. Tỷ lệ này ở các xã đối chứng lần lượt 25,0%, 37,5% và 37,5%. Công tác phòng chống dịch TCM nói riêng cần phải có sự tham gia vào cuộc quyết liệt của chính quyền địa phương các ban ngành, đoàn thể thậm chí các Bộ ngành cũng cần phải quan tâm, nếu chỉ riêng ngành y tế sẽ rất khó để thực hiện tốt công tác PCD.

Qua nghiên cứu định tính (hộp 4): Xác định chính quyền địa phương trên địa bàn nghiên cứu chưa thực sự vào cuộc với công tác y tế vì chính quyền địa phương cho rằng việc CSSKND trong đó có công tác PCD là nhiệm vụ của ngành y tế, từ thực tế kể trên dẫn đến chính quyền địa phương và các ban ngành, đoàn thể chỉ tham gia vào công tác y tế một cách thụ động, đây cũng là những bất cập của tuyến y tế cơ sở trong công tác PCD và thực sự là những rào cản không nhỏ cho ngành y tế khi phải đối mặt với dịch bệnh truyền nhiễm mà không có sự tham ra của cộng đồng.

Từ thực tế kể trên cho thấy NVYT cơ sở trên địa bàn cần làm tốt công tác tham mưu cho chính quyền địa phương về công tác y tế, bên cạnh đó cũng cần phải học tập, trau dồi kinh nghiệm, nâng cao trình độ chuyên môn để CSSKND tốt hơn, từ đó sẽ gây dựng được uy tín với chính quyền địa phương và niềm tin của nhân dân, đây là điểm mấu chốt để huy động sự tham gia của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch.

Có thể nói Ban chỉ đạo CSSKND trong PCD bệnh TCM đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc lên kế hoạch, huy động nhân lực, vật lực, tài chính để thực hiện các hoạt động PCD bệnh TCM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những can thiệp nhằm kiện toàn BCD, bổ sung, tái cơ cấu các ban trong phòng chống dịch bệnh TCM tại địa bàn nghiên cứu là cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả phòng chống dịch bệnh TCM tại địa phương.

Nghiên cứu định tính đã gợi mở vai trò quan trọng của gia đình, trường học và tổ chức đoàn thể trong phòng chống bệnh TCM. Vì vậy nhóm nghiên cứu đã tiến hành các nghiên cứu định lượng để tìm hiểu các yếu tố thúc đẩy sự tham gia của cộng đồng đó là kiến thức, thái độ, thực hành. Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi, 120 giáo viên mầm non và 29 CBYT xã để đánh giá tầm quan trọng, mức độ ảnh hưởng của những nhân tố này trong phòng chống bệnh tay chân miệng.

4.2.2.3 Sự tham gia của cô giáo mầm non trong phòng chống tay chân miệng

* Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 30 - 34 chiếm cao nhất (39,2%), là dân tộc kinh chiếm đa số (73,3%). Phần lớn có trình độ học vấn trung cấp, cao đẳng chiếm (93,3%), có 86,7% ĐTNC hiện đang là người chăm sóc trực tiếp trẻ tại trường mầm non. Đặc điểm về ĐTNC của chúng tôi tương đối tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [1], [99], [107]. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là NCST trẻ tại các trường mầm non, do đó đối tượng nghiên cứu chủ yếu thuộc lứa tuổi lao động và có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên là hoàn toàn phù hợp.

Truyền thông GDSK về TCM cho NCST là việc vô cùng cần thiết nhằm giảm tỷ lệ mắc và phòng chống dịch bệnh. Theo nhận định của Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế thì tỷ lệ người dân hiểu sai và không biết về bệnh này khá cao (37,8% và 31,3%). Hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của các bậc cha mẹ và NCS chuyển biến chậm, đặc biệt là ở vùng núi vùng sâu vùng xa [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguồn tiếp cận thông tin về bệnh TCM của đối tượng rất đa dạng trong đó cao nhất là qua CBYT (90,8%) và thông qua sách báo, đài, ti vi, internet (86,7%). Khi so sánh kết quả này với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó trên đối tượng là các bà mẹ chăm sóc trẻ trực tiếp chúng tôi thu được kết quả tương tự. Nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ

Hùng và Dương Thị Thùy Trang với nguồn tiếp cận thông tin về bệnh TCM của bà mẹ rất đa dạng, trong đó tiếp cận qua sách, báo, đài, tivi, internet chiếm 74,9% [25].

Với 89,2% đối tượng có nhu cầu được cung cấp thêm kiến thức về bệnh, trong đó: Kiến thức về nguồn lây (56,7%); cách phòng (61,7%); biểu hiện bệnh (59,2%) và cách xử trí bệnh TCM (77,5%). Nguồn cung cấp thông tin ĐTNC cho rằng phù hợp nhất là CBYT chiếm 84,2%, Kết quả này cho thấy nhu cầu cũng như định hướng hình thức TT-GDSK về phòng chống bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu.

*** Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng**

Kết quả khảo sát NCST tại các trường mầm non trên địa bàn 4 xã được chọn tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016 cho thấy tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức chung tốt về bệnh TCM chiếm 35%, tỷ lệ kiến thức chung về bệnh ở mức trung bình chiếm 49,2% (Biểu 3.3). Phần lớn có kiến thức không đúng phương thức lây truyền và biến chứng của TCM với tỷ lệ lần lượt 79,2% và 71,7%. Tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất là biện pháp vệ sinh phòng bệnh (70,8%), tiếp theo là lứa tuổi dễ mắc bệnh (65%). Khi so sánh với nghiên cứu của Aiewtrakun và cộng sự năm 2016 chúng tôi thu được kết quả tương tự. Kết quả nghiên cứu của Aiewtrakun và cộng sự cho thấy tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức chung đúng về các biện pháp phòng bệnh chiếm 39,8% [46]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 trong đó có 14,1% giáo viên có kiến thức đạt về dịch tễ của bệnh, 10% giáo viên có kiến thức đạt về đường lây của bệnh, tỷ lệ giáo viên có kiến thức đạt về biện pháp phòng ngừa còn thấp [1]. Nghiên cứu của Yang và cộng sự năm 2010 trên đối tượng GVMN cũng cho thấy GVMN có kiến thức đúng về TCM chiếm tỷ lệ thấp. Cụ thể, 26% GVMN có kiến thức đúng về triệu chứng thông thường và trầm trọng

của bệnh TCM [107]. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đó là do thời điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào năm 2016, sau khi tỉnh Thái Nguyên đã trải qua đỉnh dịch bệnh TCM vào năm 2012 [41]. Đặc biệt NCST tại các trường mầm non trên địa bàn tỉnh luôn được quan tâm và là một trong những đối tượng được tập trung tuyên truyền. Do vậy kiến thức về phòng TCM của ĐTNV ở thời điểm nghiên cứu cũng đã được cải thiện phần nào.

Mặc dù sự phù hợp hay khác biệt đôi chút so với nghiên cứu khác nhưng tất cả các nghiên cứu nói trên (bao gồm cả nghiên cứu của chúng tôi) cho thấy vẫn còn những thiếu hụt không nhỏ về kiến thức phòng chống bệnh TCM ở những người chăm sóc trẻ. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc tuyên truyền nhằm nâng cao kiến thức cho đối tượng trên địa bàn nghiên cứu.

*** Thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng**

Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có thái độ tốt chiếm 22,5%, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có thái độ trung bình và kém chiếm lần lượt 55% và 22,5%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu được thực hiện trước đó. Nghiên cứu của tác giả Ruttia và cộng sự (2013) về KAP dự phòng bệnh TCM ở NCST dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả tỷ lệ NCST có thái độ trung bình là 68,2% và thái độ tốt là 31,8% [55]. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 cho thấy đa số GVMN có thái độ phù hợp đối với bệnh TCM [1]. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ đối với bệnh do EV71 gây ra tại Đài Loan (2010) trên 690 ông bố/bà mẹ và 104 GVMN cho thấy: Tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ đồng ý rằng trẻ nên ở nhà khi mắc EV71 là 91,3% và 72,2%; tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ cho rằng mắc EV71 là rất nguy hiểm chiếm 68% và 82% [107]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 52,2% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc TCM có thái độ chung đúng về chăm sóc trẻ [108].

Nghiên cứu của chúng tôi này phần lớn ĐTNC có thái độ về bệnh TCM ở mức độ trung bình và tốt, chỉ có 22,5% có thái độ kém. Sở dĩ có kết quả trên có thể do thời điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào năm 2016, sau khi tỉnh Thái Nguyên đã trải qua đỉnh dịch bệnh TCM vào năm 2012 [41]. Đặc biệt NCST tại các trường mầm non trên địa bàn tỉnh luôn được quan tâm và là một trong những đối tượng được tập trung tuyên truyền. Do vậy đa số ĐTNC có thái độ về bệnh TCM ở mức độ trung bình và tốt cũng là phù hợp

Việc có thái độ tốt sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến thực hiện các hoạt động phòng chống dịch TCM. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc cần thiết duy trì công tác TT- GDSK cho đối tượng NCST tại trường mầm non nhằm cải thiện, nâng cao thái độ đối với nhận thức về mức độ nguy hiểm của bệnh cũng như thay đổi tư duy về việc sử dụng thuốc nam trong điều trị TCM.

*** Thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng**

Thực hành phòng chống TCM ở GVMN là một trong những yếu tố cực kỳ quan trọng để phòng chống sự lây lan của dịch bệnh ở trẻ em, nhằm giảm những ảnh hưởng về kinh tế, xã hội và sức khỏe do bệnh TCM gây nên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 22,5% người tham gia nghiên cứu thực hành tốt về bệnh TCM, tỷ lệ thực hành ở mức độ trung bình và kém đối với bệnh TCM (59,2% và 18,3% theo thứ tự).

Đồng thời kết quả nghiên cứu cũng cho thấy những biện pháp thực hành đơn giản phòng chống TCM cho trẻ em dưới 5 tuổi còn nhiều hạn chế như thực hành đúng về rửa tay của NCST chỉ đạt 39,2%, việc thực hành cho trẻ RTXP và hướng dẫn trẻ RTXP cũng chỉ đạt 39,2%, việc ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 lần/1 tuần đạt 49,2%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐTNC thực hành đúng việc không mớm thức ăn cho trẻ chiếm cao 76,7%. Điều này cho thấy còn nhiều bất cập trong kết quả

của công tác tuyên truyền phòng chống TCM và cũng là một khoảng trống rất lớn cần có sự tác động của TT- GDSK. Đối tượng là NCST tại các trường mầm non tuy nhiên việc thực hành rửa tay cũng như hướng dẫn trẻ rửa tay còn hạn chế, điều này cho thấy cần đẩy mạnh hơn nữa việc giám sát và tuyên truyền nhằm cải thiện vấn đề này, đặc biệt đây là hành vi sức khỏe tuy đơn giản nhưng đem lại hiệu quả cao trong phòng bệnh TCM.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 trên đối tượng cô giáo mầm non. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh cho thấy việc thực hành rửa tay cho bản thân và rửa đồ chơi cho trẻ chiếm tỷ lệ thấp [1]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 55,8% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc bệnh TCM thực hành tốt các hành vi dự phòng cũng như chăm sóc trẻ [108].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Bộ Y tế về việc thực hiện các hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của NCST chuyển biến chậm, đặc biệt đối với vùng trung du, miền núi [4]. Mặc dù sự xuất hiện, bùng phát và cách xử trí TCM phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mùa, thời tiết, thời gian trong năm hay khoảng cách địa lý, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi về KAP của NCST trẻ dưới 5 tuổi đối với việc phòng chống bệnh TCM cũng giống như những nghiên cứu khác cho thấy sự cần thiết phải có những tác động/can thiệp mới mục tiêu thay đổi KAP cho NCST trong việc phòng chống sự xuất hiện và lây lan của bệnh TCM.

4.2.2.4 Sự tham gia của bà mẹ trong phòng chống bệnh tay chân miệng

* Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bà mẹ ở độ tuổi 25 - 29 chiếm 44%. Hơn một nửa số có trình độ học vấn THCS (51,1%) hoặc THPT (23,6%), chủ yếu làm nông nghiệp (72%). Người DTTS chiếm 25,4% và 20,8% là hộ nghèo. Đặc điểm này cũng phù hợp tình hình địa lý, kinh tế, văn hóa và dân số của huyện Đại Từ, tỉnh

Thái Nguyên. Chính vì ĐTNC cứu chủ yếu làm nghề nông nghiệp, trình độ THCS chiếm cao và tỷ lệ người DTTS chiếm gần 1/4 nên khi TT- GDSK về phòng chống TCM nói riêng và các bệnh khác nói chung phải lưu ý ngôn ngữ cần đơn giản dễ hiểu, không dùng từ chuyên môn quá nhiều. Các tờ rơi tuyên truyền cần dùng hình ảnh, ít câu chữ, phù hợp với ngôn ngữ dùng ở địa phương [40], phải chọn thời gian thích hợp để phỏng vấn hay TT- GDSK, đặc biệt là các bà mẹ có nghề nội trợ và làm nghề nông nghiệp.

Truyền thông GDSK về phòng chống TCM cho bà mẹ có con dưới 5 tuổi là một việc vô cùng cần thiết nhằm giảm tỷ lệ mắc và phòng chống TCM. Theo nhận định của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế thì tỷ lệ người dân hiểu sai và không biết về bệnh này khá cao (37,8% và 31,3%). Hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của các bậc cha mẹ và NCST chuyên biến chậm, đặc biệt là ở vùng núi vùng sâu vùng xa [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng và Dương Thị Thùy Trang (2013) cho thấy: Phần lớn các bà mẹ đều đã được nghe về TCM trước đó nhưng chỉ là tên bệnh chứ không rõ các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân và dấu hiệu nhận biết bệnh. Cụ thể là có đến 99,2% bà mẹ đã nghe nói về bệnh (nguồn thông tin chủ yếu là ti vi là 71,7%, loa phát thanh chiếm tỷ 31,7%), trong đó 85% bà mẹ biết TCM là bệnh gì, 38,3% biết thời điểm xảy ra bệnh và 93,3% biết nhóm tuổi dễ mắc bệnh [25].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng và Dương Thị Thùy Trang với nguồn tiếp cận thông tin về bệnh TCM của bà mẹ rất đa dạng, trong đó tiếp cận qua sách, báo, đài, tivi, internet 74,9%, tiếp cận thông qua CBYT của chúng tôi chiếm 78%.

Với 96,9% bà mẹ có nhu cầu được cung cấp kiến thức về TCM, trong đó nguồn cung cấp thông tin mong muốn (phù hợp nhất) chiếm cao nhất là CBYT với tỷ lệ 56,9% cho thấy nhu cầu cũng như hình thức TT-GDSK về phòng chống TCM trên địa bàn nghiên cứu.

* Kiến thức của bà mẹ về bệnh tay chân miệng

Kết quả khảo sát 1000 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 4 xã được chọn tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức chung tốt về bệnh TCM chiếm rất thấp 15%, tỷ lệ có kiến thức chung về bệnh ở mức kém chiếm 44,8% (Biểu đồ 3.3). Phần lớn các bà mẹ có kiến thức không đúng về tác nhân gây bệnh, phương thức lây truyền và nơi có nguy cơ cao mắc TCM với tỷ lệ lần lượt 74%; 80,8% và 80,3%. Tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất là biện pháp vệ sinh phòng bệnh (74,1%), tiếp theo là nguồn lây bệnh TCM (52,4%) và lứa tuổi dễ mắc bệnh (52,1%). Bà mẹ có kiến thức tốt về bệnh TCM cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Tiến và Tạ Văn Trâm năm 2012 trong đó 54% bà mẹ biết về nguyên nhân của bệnh, 64% biết cách phòng chống bệnh [40] hành vi chung đúng 44% [14]. Kiến thức về từng nội dung của bệnh TCM trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng, Dương Thị Thùy Trang, kiến thức về cách lây truyền: 56,7% bà mẹ không biết virus là nguyên nhân gây ra bệnh; 94,2% bà mẹ đều biết rằng TCM dễ lây nhưng chỉ có 69,2% các bà mẹ biết đường lây truyền bệnh. Kiến thức về phát hiện bệnh: 99,2% bà mẹ đều cho rằng TCM là bệnh nguy hiểm nhưng chỉ có 64,2% biết biến chứng. Có 80,8% bà mẹ biết dấu hiệu phát hiện bệnh và 65% biết các triệu chứng nguy hiểm cần đưa trẻ đến bệnh viện. Kiến thức về cách chăm sóc nếu trẻ bệnh: 87,5% các bà mẹ biết cách xử trí nếu bé mắc bệnh. Phần lớn các bà mẹ đều có kiến thức tốt về chăm sóc bóng nước, sốt và vết loét miệng với tỷ lệ tương ứng là (99,2%; 53,3% và 62,5%) 37,5% bà mẹ còn kiêng cử và 22,9% không cách ly khi trẻ bệnh. Kiến thức về cách phòng bệnh đa số các bà mẹ không biết bệnh TCM chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vaccine phòng bệnh, với tỷ lệ tương ứng là 60,8% và 54,2%. Có 63,3% bà mẹ biết các biện pháp giảm nguy cơ lây nhiễm cho trẻ [25], bà mẹ có kiến thức tốt về bệnh TCM cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Tiến và Tạ Văn Trâm năm 2012 trong đó 54% bà mẹ biết về nguyên nhân của bệnh, 64%

biết cách phòng chống bệnh [40]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 61,1% NCST mắc TCM có kiến thức tốt [108].

Nghiên cứu về kiến thức, thái độ đối với bệnh do EV71 gây ra tại Đài Loan (2010) trên 690 ông bố/bà mẹ và 104 cô giáo ở nhà trẻ mầm non cho thấy: Tỷ lệ trả lời đúng về các biểu hiện nhiễm EV71 là 31,9% ở các ông bố/bà mẹ và 26% ở giáo viên; tỷ lệ ông bố/bà mẹ và cô giáo cho rằng có thuốc đặc hiệu kháng lại EV71 là khoảng 50%, nhưng trên thực tế là không có; Tỷ lệ biết mùa phát bệnh ở các ông bố/bà mẹ và cô giáo là 82,3% và 69,2% (theo thứ tự) [107]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu về KAP dự phòng bệnh TCM ở người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả: 50,4% người chăm sóc trẻ có kiến thức kém, 45,9% có kiến thức trung bình và 3,7% có kiến thức tốt [55]. Nghiên cứu của Jakrapong Aiewtrakun tại Thái Lan năm 2012 cho thấy, tỷ lệ bà mẹ cs kiến thức tốt về phòng chống bệnh TCM đạt tỷ lệ thấp. Có 39,8% bà mẹ có kiến thức tốt về phòng chống bệnh, đặc biệt chỉ có 3,5% bà mẹ biết dự phòng bệnh TCM bằng cách rửa tay xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh [46].

Lý giải điều này theo chúng tôi là do địa bàn nghiên cứu và đặc điểm cỡ mẫu. Các nghiên cứu trên được tiến hành trên những địa bàn phường/thành phố trong khi nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại một huyện thuộc tỉnh trung du miền núi. Hơn nữa, có khoảng 1/4 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người dân tộc thiểu số, tỷ lệ làm nghề nông nghiệp và ĐTNCC có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm tỷ lệ cao. Vấn đề này sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện TT-GDSK nâng cao kiến thức phòng chống TCM cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi trên địa bàn. Ngoài ra sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó tại Việt Nam có thể được giải thích thông qua sự khác nhau về đặc điểm của ĐTNCC. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47% bà mẹ thuộc diện hộ nghèo so với 7% trong nghiên cứu của Huỳnh Kiều Chinh và

Nguyễn Đỗ Nguyên (2014) [14]. Điều này cho thấy những bà mẹ có điều kiện kinh tế không ổn định có thể phải dành ít thời gian hơn trong việc tìm hiểu và chăm sóc con cái dẫn đến tỷ lệ hiểu biết về bệnh trong nghiên cứu này thấp hơn một số nghiên cứu trước. Mặc dù có thể phù hợp hay khác biệt đôi chút so với nghiên cứu khác nhưng tất cả các nghiên cứu nói trên (bao gồm cả nghiên cứu của chúng tôi) cho thấy còn có sự thiếu hụt về kiến thức phòng chống TCM ở những NCST.

* Thái độ của bà mẹ về bệnh tay chân miệng

Kết quả (biểu đồ 3.3) cho thấy phần lớn (63,0%) bà mẹ có thái độ tốt về bệnh TCM, thái độ trung bình và kém chiếm lần lượt 23,2% và 13,8%. Đây là yếu tố thuận lợi cho việc thực hành phòng chống TCM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ruttia và cộng sự (2013) về KAP dự phòng bệnh TCM ở NCST dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả tỷ lệ NCS có thái độ trung bình là 68,2% và thái độ tốt là 31,8% [55].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thái độ đúng về bệnh TCM chiếm cao nhất là thái độ về việc đưa trẻ đến cơ sở y tế khi nghi ngờ bệnh (86,7%), tiếp theo đó là việc tiêm phòng vắc xin cho trẻ (85,2%) và việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời trẻ bị TCM (82,4%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ đối với bệnh do EV71 gây ra tại Đài Loan (2010) trên 690 ông bố/bà mẹ và 104 cô giáo ở nhà trẻ mầm non cho thấy: Tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ đồng ý rằng trẻ nên ở nhà khi mắc EV71 là 91,3% và 72,2%; tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ cho rằng mắc EV71 là rất nguy hiểm chiếm 68% và 82% [107]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 52,2% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc bệnh TCM có thái độ đúng về chăm sóc trẻ [108].

Thái độ là một trong những thành phần quan trọng của hành vi phòng chống bệnh TCM. Việc có thái độ tốt sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện các hoạt động phòng chống dịch cũng như công tác truyền thông phòng

chống bệnh TCM cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc cần thiết cải thiện thái độ của bà mẹ đối với nhận thức về mức độ nguy hiểm của bệnh và việc cách ly trẻ khi trẻ đang bị bệnh TCM.

* Thực hành của bà mẹ về bệnh tay chân miệng

Thực hành phòng chống TCM ở bà mẹ có con dưới 5 tuổi là một trong những yếu tố cực kỳ quan trọng để phòng chống sự lây lan của bệnh dịch, nhằm giảm những ảnh hưởng về kinh tế, xã hội và sức khỏe do bệnh TCM gây nên. Nghiên cứu của chúng tôi (Biểu đồ 3.3) cho thấy chỉ có 13,8% bà mẹ có thực hành tốt về bệnh TCM, trong đó phần lớn bà mẹ có thực hành ở mức độ trung bình và kém đối với bệnh TCM (42% và 44,2% theo thứ tự).

Đồng thời kết quả Bảng 3.16 cũng cho thấy những biện pháp thực hành đơn giản phòng chống bệnh TCM cho trẻ em dưới 5 tuổi của bà mẹ còn nhiều hạn chế như thực hành đúng về rửa tay của NCST chỉ đạt 12,8%, việc thực hành cho trẻ RTXP và hướng dẫn trẻ RTXP cũng chỉ đạt 32%, việc ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 lần/1 tuần đạt 45,1% và còn có khoảng 1/3 số bà mẹ tham gia nghiên cứu không thực hành đúng việc xử lý phân của trẻ bị TCM. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bà mẹ thực hành đưa trẻ đi khám, điều trị khi nghi ngờ trẻ mắc TCM chiếm rất cao với 87,9%. Điều này cho thấy còn nhiều bất cập trong kết quả của công tác tuyên truyền phòng chống TCM và cũng là một khoảng trống rất lớn cần có sự tác động của TT- GDSK đối với bệnh TCM. Các bà mẹ vẫn tập trung chủ yếu vào việc đưa trẻ đi khám và điều trị khi nghi ngờ mà quên mất việc chủ động phòng chống bệnh TCM bằng những biện pháp rất đơn giản.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu về KAP dự phòng bệnh TCM ở người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả: Tỷ lệ người chăm sóc trẻ có thực hành chung tốt về phòng chống bệnh TCM ở mức độ kém là 0,2%; mức độ trung bình là 39,5% và mức độ tốt là 60,3% [55]. Nghiên cứu về thực hiện hành vi phòng chống bệnh TCM của Nguyễn Thị Nga

thực hiện năm 2016 cho thấy, bà mẹ thực hiện hành vi dự phòng cho trẻ ở mức độ trung bình với điểm trung bình 73.81 ± 8.70) [80]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu ở thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ thực hành chung đúng chiếm 39,4% [30]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 55,8% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc bệnh TCM thực hành tốt các hành vi dự phòng cũng như chăm sóc trẻ [108].

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Bộ Y tế về việc thực hiện các hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của các bậc cha mẹ và người chăm sóc trẻ chuyển biến chậm, đặc biệt đối với vùng trung du, miền núi [4]. Mặc dù sự xuất hiện, bùng phát và cách xử trí bệnh tay chân miệng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mùa, thời tiết, thời gian trong năm hay khoảng cách địa lý, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi về KAP của bà mẹ có con dưới 5 tuổi đối với việc phòng chống bệnh TCM cũng giống như những nghiên cứu khác cho thấy sự cần thiết phải có những tác động/can thiệp mới mục tiêu thay đổi KAP cho ông bố/bà mẹ/người chăm sóc trẻ trong việc phòng chống sự xuất hiện và lây lan của bệnh TCM.

4.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi người chăm sóc trẻ trong phòng chống tay chân miệng

Trong quá trình thực hiện chương trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đã thực hiện nhiều hoạt động nhằm mục tiêu nâng cao năng lực PCD cho tuyến YTCS. Cải thiện hành vi của NCST trong phòng chống TCM tại địa bàn nghiên cứu đồng thời huy động sự tham gia của cộng đồng phòng chống dịch, các hoạt động đã có hơn 600 đối tượng tiếp cận được. Cụ thể các hoạt động can thiệp chính như: Tập huấn kiến thức, kỹ năng TT-GDSK, khám chữa bệnh và kỹ năng đáp ứng PCD cho NVYT xã về phòng chống dịch TCM, kiện toàn ban chỉ đạo CSSKND, tổ chức diễn tập PCD theo kịch bản tại 2 xã can thiệp; Tập huấn, TT-GDSK cho NCST về phòng chống TCM; Hội thảo khoa học về phòng chống bệnh TCM có đại diện chính quyền địa

phương, các ban ngành đoàn thể, CBYT, GVMN nhằm phát huy sức mạnh của cộng đồng phòng chống TCM. Chương trình can thiệp mang tính bền vững, được cộng đồng chấp nhận, đồng thời có khả năng duy trì và nhân rộng.

Kết quả (bảng 3.31.) cho thấy: Trước can thiệp trong năm 2015 cả 4 xã nghiên cứu có tổng mắc 56 ca TCM (Hoàng Nông 16 ca; Khôi Kỳ 15 ca; Bình Thuận 13 ca; Bản Ngoại 12 ca). Sau can thiệp số ca mắc TCM trên địa bàn can thiệp có xu hướng giảm đến năm 2018. Trong 2018 tại 02 xã Bản Ngoại và Hoàng Nông không xuất hiện ca mắc TCM sau can thiệp. Điều này cho thấy can thiệp đã có hiệu quả gián tiếp đối với khống chế ca mắc mới trên địa bàn nghiên cứu. Tuy nhiên trong thời gian nghiên cứu trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên nói chung cũng như huyện Đại Từ nói riêng không có dịch TCM lớn xảy ra. Vì vậy hiệu quả can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi đối với giảm tỷ lệ mắc cần được tiếp tục nghiên cứu và đánh giá.

4.3.1 Nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

4.3.1.1 Kiện toàn Ban chỉ đạo và các hoạt động phòng chống dịch

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp có sự thay đổi cách đánh giá của CBYT về sự hợp lý của thành phần BCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể tại 02 xã can thiệp đối tượng cho rằng thành phần BCD là phù hợp tăng 26,7% lên 86,7%. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt về sự phù hợp của thành phần BCD trước và sau can thiệp. Sau can thiệp có sự thay đổi rõ rệt về đánh giá của CBYT về sự hiệu quả của BCD ở 02 xã can thiệp, đối tượng cho rằng BCD hoạt động tốt tăng từ 26,7% lên 73,3%. Ngoài ra 02 xã can thiệp là đã có sự cơ cấu lại đầy đủ các thành phần trong Ban PCD, số người tham gia Lập KHPCD, tư vấn phòng, điều trị bệnh, viết bài phát thanh, báo cáo y tế địa phương tại xã Bản Ngoại đều tăng lần lượt là (25% lên 75%; 37,5% lên 75%; 25% lên 75%; 50% lên 75%), các tiêu chí này tại xã Hoàng Nông lần lượt là (14,3% lên 42,9%; 28,6% lên 42,9%; 14,3% lên 85,8%; 28,6% lên 85,8%) và

2 xã can thiệp đã có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc bệnh. Trong khi đó 02 xã đối chứng chưa có sự cơ cấu lại đầy đủ các thành phần và không có sự thay đổi gì so với trước can thiệp.

Kết quả nghiên cứu bảng 3.19, có sự thay đổi rõ rệt về sự phối hợp liên ngành trong PCD. Cụ thể, tại 02 xã can thiệp đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong PCD đạt mức độ tốt tăng từ 26,7% lên 73,3%. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt trước và sau can thiệp.

Trên thực tế khi có dịch xảy ra, hiệu quả trong hoạt động của BCD và sự phối hợp liên ngành đóng vai trò rất quan trọng. Các yếu tố này cũng ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát dịch bệnh tại địa phương. Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp đã có hiệu quả nhất định trong thay đổi về tính phù hợp, hiệu quả của BCD phòng chống dịch, hiệu quả của phối hợp liên ngành cũng đã được tăng lên sau can thiệp. Dựa vào kết quả của nghiên cứu, các nghiên cứu tiếp theo có thể sử dụng để đánh giá hiệu quả của can thiệp này trên quần thể lớn hơn và đối tượng đa dạng hơn, nhằm đưa ra hướng dẫn phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả, hiệu lực của BCD phòng chống dịch cũng như nâng cao hiệu quả của sự phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch.

4.3.1.2 Nguồn lực cho hoạt động phòng chống dịch

** Nhân lực*

Kết quả nghiên cứu cho thấy số nhân viên tại TTYT huyện là 36, tại các xã nghiên cứu Hoàng Nông, Khôi Kỳ, Bản Ngoại và Bình Thuận số lượng nhân viên tại các trạm lần lượt 7, 8, 8 và 6. Đối chiếu với Thông tư 08 số lượng nhân viên tại TTYT và các trạm y tế trên địa bàn nghiên cứu là phù hợp. Ngoài ra, TTYT huyện hiện có 30 nhân viên thuộc cơ cấu chuyên môn chiếm 83,3%, 5 nhân viên thuộc cơ cấu xét nghiệm chiếm 13,9%, có 1 nhân viên thuộc cơ cấu quản lý chiếm 2,8%. Đối chiếu với Thông tư 08 cơ cấu này chưa phù hợp. Tại các trạm y tế xã trên địa bàn nghiên cứu hầu hết nhân viên thuộc cơ cấu chuyên môn, chưa có trạm nào có nhân lực trong cơ cấu xét

nghiệm, cơ cấu quản lý hành chính còn chiếm tỷ lệ hạn chế. Tại TTYT huyện hiện có 9 bác sĩ chiếm tỷ lệ 25%, có 27 điều dưỡng KTV và xét nghiệm chiếm tỷ lệ 75%. Đối chiếu với Thông tư 08 số lượng bác sĩ, điều dưỡng, KTV và xét nghiệm tại TTYT huyện là phù hợp. Tại các xã nghiên cứu, tỷ lệ bác sĩ, y sĩ chiếm cao hơn điều dưỡng, KTV, XN [3].

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng mặc dù trên địa bàn nghiên cứu đã triển khai một số chính sách nhằm cải thiện cả số lượng và chất lượng cán bộ công tác tại tuyến y tế cơ sở, tuy nhiên cũng trong tình trạng chung của các tỉnh miền núi, thực trạng tại Thái Nguyên nói chung và các xã nghiên cứu thuộc huyện Đại Từ nói riêng vẫn trong tình trạng thiếu hụt trầm trọng nhân lực y tế có trình độ cao (bác sĩ và dược sĩ đại học). Thực tế, các chế độ, chính sách đãi ngộ dù đã được cải thiện cũng không thể so sánh với các thành phố lớn như Hà Nội, Hồ Chí Minh, bệnh viện tư nhân, các công ty nước ngoài... Do đó, nhằm khắc phục sự thiếu hụt và thu hút nguồn nhân lực y, dược có chuyên môn cao về công tác tại các xã thuộc địa bàn nghiên cứu nói riêng và các tỉnh miền núi nói chung cần có thêm các đề án thử nghiệm và đánh giá các chính sách can thiệp như: Nghiên cứu ban hành quy định các Bác sĩ, dược sĩ mới ra trường cần phải thực hiện “nghĩa vụ” công tác 3 năm tại khu vực khó khăn, vùng sâu, vùng xa, tiếp tục thực hiện đề án luân chuyển cán bộ ở tuyến trên xuống tuyến dưới để tăng cường chất lượng của công tác KCB tại các tuyến YTCS và thực hiện công tác đào tạo cán bộ tại chỗ, ở một số địa bàn khó khăn xem xét việc đào tạo cử tuyến, đào tạo theo địa chỉ.

** Cơ sở vật chất, trang thiết bị và ngân sách cho phòng chống dịch*

Kết quả tại (bảng 3.5, bảng 3.6) cho thấy kinh phí hoạt động và trang thiết bị cho phòng chống dịch bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu còn nhiều hạn chế. Khi có dịch lớn xảy ra sẽ rất khó để kiểm soát dịch bệnh với điều kiện vật chất và kinh phí không đáp ứng được nhu cầu.

Mặc dù trong phạm vi của đề tài, chúng tôi không đủ nguồn lực để thay đổi và nâng cao về điều kiện vật chất cũng như kinh phí cho các địa phương trên địa bàn nghiên cứu. Tuy nhiên trong quá trình can thiệp chúng tôi đã thực hiện nhiều hoạt động như công tác tập huấn, TT-GDSK về phòng chống dịch TCM... kỹ năng huy động sự tham gia của cộng đồng, từ thực tế kể trên đã giúp cho NVYT cơ sở tăng tính chủ động đặc biệt xây dựng kế hoạch phục vụ cho phòng dịch. Đặc biệt trong chương trình can thiệp tại địa bàn, nhóm nghiên cứu đã xây dựng tình huống dịch giả định theo kịch bản và đầu tư nguồn lực: Tổ chức diễn tập phòng chống dịch ở cụm dân cư và trường mầm non tại 2 xã can thiệp là xã Bán ngoại và Hoàng Nông. Diễn tập có sự tham gia của cộng đồng. Cuộc diễn tập PCD được đánh giá cao của Lãnh đạo Sở y tế, Lãnh đạo TTKSBT tỉnh và Lãnh đạo Trung tâm y tế huyện Đại từ. Qua diễn tập phòng chống dịch năng lực chuyên môn của NVYT cơ sở được cải thiện. Hoạt động diễn tập phòng chống dịch theo tình huống đã giúp cho tuyến y tế cơ sở tại địa bàn nghiên cứu có cơ sở để định hướng và đầu tư trang thiết bị cơ sở vật chất cũng như có kế hoạch dự trù kinh phí phù hợp nhằm đáp ứng với những tình huống dịch có thật xảy ra tại địa bàn, đồng thời nhận thức rõ được vai trò của cộng đồng trong công tác phòng chống dịch bệnh.

4.3.1.3 Cải thiện chất lượng nguồn nhân lực về phòng chống TCM

** Kiến thức - thái Độ - thực hành*

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng KAP của CBYT cơ sở tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có thái độ và thực hành của CBYT ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp thái độ tốt tăng từ 46,7% lên 73,3% với $p < 0,05$. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 73,3% với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả về thái độ và thực hành cho NVYT cơ sở. Kết quả này cũng

tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [34], [78], [108], [110]. Kết quả cho thấy cần duy trì và mở rộng các mô hình TT-GDSK nâng cao kiến thức và thực hành về phòng TCM đặc biệt NVYT và cộng đồng.

KAP của YTTB tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ có kiến thức và thực hành của YTTB ở 2 xã can thiệp được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở 2 xã can thiệp kiến thức tốt tăng từ 52,5% lên 75% với $p < 0,05$, thực hành của YTTB có sự thay đổi tăng từ 15% lên 27,5% với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [34], [78], [108], [110]. Chỉ số hiệu quả về kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT cơ sở tại xã can thiệp lần lượt 20,1%, 36,3% và 45,4% trong khi đó chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 20,0%, 7,8% và 11,0%. Hiệu quả can thiệp về KAP của NVYT cơ sở lần lượt 0,1%, 28,5% và 34,4%.

* Sự thay đổi kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của cán bộ y tế cơ sở

Kỹ năng phòng chống dịch của CBYT cơ sở tại nhóm can thiệp đều tăng lên có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% trước can thiệp lên 73,3% sau can thiệp. Trong khi đó các kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT tại các xã đối chứng có thay đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê.

* Thay đổi kỹ năng TT-GDSK và khám chữa bệnh của NVYT xã về TCM

Kỹ năng tư vấn, NCSK tăng lên sau can thiệp. Đối với kỹ năng tư vấn sau can thiệp tăng từ 18,2% lên 34,5% với $p < 0,05$. Kỹ năng NCSK cũng tăng từ 23,6% lên 43,6%, $p < 0,05$. Ở nhóm không can thiệp, không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về kỹ năng tư vấn và NCSK ở giai đoạn trước và sau can thiệp. CSHQ về kỹ năng tư vấn và NCSK tại xã can thiệp lần lượt 47,4% và 45,8% trong khi đó các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 9,6% và 4,2%. Hiệu quả can thiệp về kỹ năng tư vấn và NCSK lần lượt 37,8%, và 41,6%.

Nghiên cứu chỉ ra rằng kỹ năng thăm khám mặc dù có sự thay đổi tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với CSHQ đạt 33,3. Ở nhóm chứng, cũng không tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về kỹ năng thăm khám.

Kết quả cho thấy mặc dù can thiệp đã mang lại hiệu quả cho một số kỹ năng đối với NVYT cơ sở tuy nhiên kỹ năng thăm khám, một trong những kỹ năng quan trọng của CBYT xã lại chưa cho thấy hiệu quả rõ rệt. Điều này chỉ ra rằng những nghiên cứu tiếp theo cần có những can thiệp phù hợp hơn và có kết hoạch giám sát hợp lý cho đối tượng CBYT xã nhằm cải thiện kỹ năng thăm khám cho CBYT.

4.3.2 Cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ trong phòng chống tay chân miệng

4.3.2.1 Cải thiện hành vi với cô giáo mầm non

Trước can thiệp GVMN đã có kiến thức đúng tương đối cao về biện pháp vệ sinh phòng TCM chiếm (71,4%). Sau can thiệp đối tượng đều có cải thiện về kiến thức trong phòng TCM đặc biệt về phương thức lây truyền tăng từ 20,6% lên 69,8%. Tuy nhiên kết quả cho thấy kiến thức về biện pháp vệ sinh mặc dù có tăng nhưng không đáng kể (từ 71,8% lên 77,8%). Trong môi trường mầm non các biện pháp vệ sinh đóng vai trò quan trọng trong phòng TCM, điều này cho thấy các can thiệp cần được thực hiện và duy trì nhằm cải thiện kiến thức về vấn đề này cho ĐTNC. Tỷ lệ GVMN có kiến thức chung đúng về phòng TCM tăng từ 30,2% lên 53,9% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Trước can thiệp hầu hết những đối tượng đều có thái độ đúng (đồng ý). Đặc biệt là thái độ đúng về sự tham gia của cộng đồng chiếm 80,9%; Riêng thái độ cho rằng nên điều trị bệnh tay chân miệng bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (41,3%). Kết quả sau can thiệp cho thấy hầu hết các khía cạnh về thái độ trong phòng TCM được cải thiện, đặc biệt thái độ cho rằng điều trị TCM bằng thuốc nam thay đổi từ 41,3% lên 73,0% nhưng thấp hơn các khía

cạnh khác. Những can thiệp tiếp theo nhằm thay đổi quan điểm này đặc biệt cho đối tượng cô giáo mầm non là cần thiết. Tỷ lệ GVMN có thái độ chung đúng về phòng TCM tăng từ 31,7% lên 50,8% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Thực hành của GVMN về phòng bệnh TCM đã thay đổi đáng kể, trước can thiệp một số yêu cầu thực hành phòng tránh bệnh TCM chưa được thực hiện đúng như thường xuyên RTX của người chăm sóc và rửa tay cho trẻ bằng xà phòng đều chiếm tỷ lệ (39,7%), vẫn còn 49,2% ĐTNC không thường xuyên ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần. Sau can thiệp thực hành của GVMN về phòng TCM đã thay đổi đáng kể, đặc biệt hành vi rửa tay của NCST tăng từ 39,7 lên đến 69,8%, thường xuyên rửa tay cho trẻ tăng từ 39,7 lên đến 80,9%. Có thể nói đây là những hành vi dự phòng tuy đơn giản nhưng hiệu quả trong phòng bệnh TCM, kết quả cho thấy can thiệp đã đem lại hiệu quả nhất định trong thực hành phòng TCM đối với đối tượng GVMN. Tỷ lệ GVMN có thực hành chung đúng về phòng bệnh TCM tăng từ 23,8% trước can thiệp lên 41,3% sau can thiệp với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng KAP của CGMN tại 02 xã can thiệp và đối chứng thay đổi sau giai đoạn can thiệp, tuy nhiên chỉ ở 2 xã can thiệp KAP được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. CSHQ về kiến thức, thái độ và thực hành lần lượt 43,9%; 37,6% và 42,4% trong khi đó các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 14,9%; 20,9% và 20,1%. HQCT về kiến thức, thái độ, thực hành của GVMN lần lượt 29,0%, 16,7% và 22,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả cho người chăm sóc trẻ. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [34], [108]. Huy động nguồn lực của cộng đồng và nâng cao năng lực cho cộng đồng là bài học được rút ra từ đánh giá này và là điều kiện thiết yếu để đạt được thành công cho chương trình can thiệp phòng chống bệnh tay chân miệng.

4.3.2.2 *Cải thiện hành vi của bà mẹ có con dưới 5 tuổi*

Trước can thiệp bà mẹ đã có kiến thức đúng tương đối cao về nguồn lây TCM (52,4%), lứa tuổi dễ mắc TCM (52,2%) và đặc biệt là biện pháp vệ sinh phòng TCM chiếm (74,2%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa hiểu đúng về TCM như đường truyền nhiễm (75,8%), phương thức lây truyền (80,8%), nơi có nguy cơ cao mắc bệnh (80,8%)... Sau can thiệp cho thấy các khía cạnh về kiến thức phòng bệnh TCM đều tăng lên đặc biệt tác nhân gây bệnh từ 26% đúng đã tăng lên 57%, tuy nhiên một số khía cạnh như biểu hiện của bệnh, vaccin phòng bệnh tăng lên chưa đáng kể với tỷ lệ trước và sau can thiệp lần lượt (25,4%; 30,2%) và (37,4%; 44,2%). Bà mẹ có kiến thức chung đúng về phòng TCM tăng từ 16,4% trước can thiệp lên 30,6% sau can thiệp với $p < 0,05$. Biểu hiện của bệnh đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm TCM, điều này cho thấy các nghiên cứu tiếp theo nên có nhưng can thiệp giúp bà mẹ nắm rõ những biểu hiện sớm của bệnh TCM điều này có ý nghĩa rất quan trọng trong việc dự phòng, điều trị sớm TCM tại cộng đồng.

Trước can thiệp hầu hết những bà mẹ tham gia phỏng vấn đều có thái độ đúng (đồng ý). Đặc biệt là thái độ đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có biểu hiện nghi ngờ TCM chiếm tỷ lệ (86,8%), riêng thái độ cho rằng nên điều trị bệnh TCM bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (46,2%). Sau can thiệp, kết quả cho thấy thái độ của bà mẹ về phòng bệnh TCM được cải thiện ở tất cả các khía cạnh đặc biệt thái độ cho rằng nên điều trị TCM bằng thuốc nam thay đổi từ 46,2% lên đến 62,6%. Bà mẹ có thái độ chung đúng về phòng TCM tăng từ 61,8% lên 81,0% sau can thiệp với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù thái độ về phòng chống dịch TCM của bà mẹ đã thay đổi tích cực sau can thiệp, tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ có thái độ chưa đúng trong việc sử dụng thuốc nam trong điều trị bệnh TCM còn cao, những nghiên cứu tiếp theo cần xem xét và tìm ra giải pháp nhằm cải thiện vấn đề này.

Thực hành của bà mẹ được cải thiện ở hầu hết các khía cạnh, trước can thiệp một số yêu cầu thực hành phòng tránh bệnh TCM chưa được thực hiện đúng như thường xuyên rửa tay xà phòng cho người chăm sóc (87,2%) hay rửa tay cho trẻ bằng xà phòng (68%), vẫn còn 61,2% bà mẹ mớm thức ăn cho trẻ và 55,4% bà mẹ không thường xuyên ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần. Sau can thiệp thực hành của bà mẹ được cải thiện ở hầu hết các khía cạnh, rửa tay xà phòng cho người chăm sóc tăng từ 12,8% đến 44,8%, thường xuyên rửa tay cho trẻ tăng từ 32% đến 62,6%, không mớm thức ăn cho trẻ tăng từ 38,8% lên đến 56,0%. Tuy nhiên đưa trẻ đi khám khi có dấu hiệu giảm từ 88,0% xuống 85,4%. Bà mẹ có thực hành chung đúng về phòng bệnh TCM tăng từ 14,4% lên 27,2% sau can thiệp với $p < 0,05$. Kết quả cho thấy một số thực hành quan trọng trong phòng TCM như rửa tay cho trẻ và NCST đã có sự chuyển biến sau can thiệp tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ thực hành đúng ở những hành vi quan trọng này vẫn còn hạn chế, điều này cho thấy mặc dù can thiệp đã đưa lại hiệu quả tuy nhiên những nghiên cứu tiếp theo cần có biện pháp can thiệp và giám sát sau can thiệp cụ thể. Đặc biệt trong giai đoạn không có dịch lớn xảy ra, công tác này vẫn cần thiết được duy trì để bà mẹ hiểu được tầm quan trọng của việc đưa trẻ đến khám tại cơ sở y tế khi có biểu hiện bệnh.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ tại 02 xã can thiệp và 02 xã đối chứng đều tăng lên, tuy nhiên chỉ có ở 2 xã can thiệp KAP được cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. CSHQ về kiến thức, thái độ và thực hành tại xã can thiệp lần lượt 46,4%; 23,7% và 47,1% các chỉ số này tại xã đối chứng lần lượt 17,1%; 1,4% và 28,3%. HQCT về kiến thức, thái độ và thực hành lần lượt 29,3%; 22,3% và 18,8%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp có mức độ KAP cao hơn so với xã đối chứng với $p < 0,05$

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả cho phòng bệnh ở bà mẹ. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [28], [34], [108]. Kết quả cho thấy rằng cần duy trì và mở rộng các mô hình TT-GDSK nâng cao kiến thức và thực hành về phòng TCM cho đối tượng NCST và cộng đồng.

4.3.3 Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về chương trình can thiệp

Nghiên cứu định tính thực hiện thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, ĐTNC đều cho rằng can thiệp thực hiện nhằm nâng cao năng lực phòng chống dịch TCM là cần thiết và bước đầu mang lại hiệu quả nhất định trong công tác PCD địa phương.

Đánh giá của ĐTNC về biện pháp PCD tại địa phương, hầu hết cho rằng, sau can thiệp công tác này đã tiến triển tốt hơn và bài bản hơn, Ban chỉ đạo đã quan tâm sâu sát hơn với tình hình dịch bệnh tại địa phương. Kết quả các ý kiến định tính đều cho thấy rằng cộng đồng đánh giá cao về các hoạt động can thiệp của nhóm nghiên cứu. Các hoạt động can thiệp đã có sự chỉ đạo thực sự của chính quyền các cấp và sự tham gia tích cực của các ban ngành đoàn thể địa phương, đây là một nhân tố rất quan trọng, nếu không có sự quan tâm chỉ đạo của các cấp chính quyền thì cũng sẽ rất khó huy động được cộng đồng tham gia. Có thể nhận thấy các bên liên quan bao gồm chính quyền, ban ngành đoàn thể, NVYT, đặc biệt là người dân đã tiếp nhận và tích cực tham gia các hoạt động can thiệp, trong đó có việc nâng cao kiến thức, hướng dẫn thực hành phòng bệnh TCM. Điểm cốt lõi là thực hiện tốt công tác dân vận làm cho lãnh đạo cộng đồng và người dân, nhận thức rõ được vấn đề nguy hiểm của bệnh TCM nếu không được phát hiện kịp thời, cũng như phòng bệnh lây lan ra cộng đồng và có hướng dẫn cụ thể các hoạt động thực hành. Việc thành lập ban chỉ đạo tuyến huyện, xã dựa trên nguồn lực sẵn có nhằm để phân công trách nhiệm cho từng nhóm đối tượng với sự tham gia của chính

quyền, các bên liên quan tại địa phương và UBND xã cùng với trạm y tế hỗ trợ, theo dõi, giám sát việc thực hiện TT-GDSK phòng bệnh TCM của YTTB cũng như tạo được sự đồng thuận của các cấp lãnh đạo từ huyện đến xã, theo dõi, giám sát việc thực hiện TT-GDSK, đồng thời huy động mạng lưới cộng đồng tham gia tạo mối liên hệ giữa người dân và các tổ chức cộng đồng, theo dõi các biểu hiện bất thường của dịch bệnh và hướng dẫn người dân thực hiện tốt việc phòng chống dịch bệnh TCM.

Qua buổi hội thảo khoa học, nhận xét đánh giá giữa kỳ của chương trình can thiệp phòng chống bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ cho thấy:

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng kế hoạch chi tiết và tập huấn về phòng chống TCM cho các đối tượng là NCST ở từng giai đoạn cụ thể, tổ chức tư vấn sức khỏe và tuyên truyền phòng chống TCM cho đến với các đối tượng đích tại địa bàn nghiên cứu. Cơ bản đã đánh giá được năng lực, nguồn lực của tuyến YTCS và xây dựng kế hoạch cụ thể để tập huấn nâng cao năng lực cho NVYT cơ sở trên địa bàn nghiên cứu

Kết quả thảo luận tại hội thảo khoa học, đánh giá kết quả hoạt động sau can thiệp phòng chống TCM tại địa bàn huyện Đại Từ cho thấy: Hiệu quả nhất để phòng tránh bệnh TCM là nâng cao năng lực PCD của CBYT và cải thiện hành vi của NCST. Sau can thiệp, qua các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, các ý kiến đều cho rằng cán bộ tham gia nghiên cứu đã được học tập về kiến thức, kỹ năng chuyên môn TT-GDSK nên đã áp dụng vào công việc của mình rất tốt. Những người tham gia đã được đào tạo nâng cao kiến thức về phòng bệnh TCM, kỹ năng về TT-GDSK, kỹ năng TVSK, họ đã tự tin và chủ động hơn trong hoạt động TT-GDSK, biết kết hợp lồng ghép hoạt động phòng bệnh TCM với các hoạt động y tế khác ở địa phương. NVYT cơ sở được đào tạo bài bản đây chính là một trong những nhân tố quan trọng, không thể thiếu để nâng cao chất lượng hoạt động của NVYT và tạo niềm tin

trong cộng đồng, từ đó NVYT lại có thể giáo dục ý thức tham gia của cộng đồng tốt hơn trong chăm sóc sức khoẻ.

4.3.4 Khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động can thiệp

Cùng với những kết quả tích cực mà hoạt động can thiệp mang lại trên địa bàn nghiên cứu, theo ý kiến của Ban chỉ đạo của huyện Đại Từ, cũng như Lãnh đạo, Ban ngành của các xã trên địa bàn nghiên cứu, mong muốn nhân rộng mô hình ra toàn huyện. Tuy nhiên, muốn duy trì và nhân rộng các hoạt động can thiệp ở các xã được can thiệp trên địa bàn nghiên cứu ra các xã khác, cần phải có các điều kiện nhất định đó là sự nỗ lực, cố gắng của toàn thể các bên liên quan, thông qua cách tiếp cận giáo dục hợp lý để tạo sự tham gia của cộng đồng.

Hoạt động can thiệp đã làm thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng tham gia nghiên cứu trong đó NVYT đã có những cố gắng rõ rệt và có trách nhiệm cao trong hoạt động TT-GDSK, đây là cơ sở vững chắc, là thành phần quan trọng để duy trì các hoạt động TT-GDSK. Với kết quả thảo luận nhóm của các cấp lãnh đạo trong ban chỉ đạo đã đánh giá cao giá trị của đề tài và mong muốn tiếp tục mở rộng hoạt động TT-GDSK cho người dân và khẳng định một lần nữa là hoạt động TT-GDSK có thể duy trì được. Chúng tôi cho rằng, để duy trì các hoạt động can thiệp ở đại bàn nghiên cứu và mở rộng ra các xã khác, yếu tố không thể thiếu được đó là tiếp tục đẩy mạnh TT-GDSK, hướng dẫn cộng đồng hành động. Có qui định cho NVYT xã, thôn những người trực tiếp thực hiện CSSK lồng ghép giáo dục trong công việc hàng ngày, tạo được thói quen nghề nghiệp về TT-GDSK. Nên xây dựng các chỉ tiêu cụ thể về TT-GDSK cho mỗi NVYT xã, thôn. Mặt khác vai trò, sự chỉ đạo của chính quyền địa phương, ngành y tế và sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể là các yêu cầu cơ bản để mở rộng can thiệp và huy động sự tham gia của cộng đồng trong việc phòng bệnh TCM, đồng thời cần tiếp tục

nâng cao năng lực cho NVYT thôn, xã thông qua các hình thức đào tạo liên tục, phù hợp mà Bộ Y tế đã hướng dẫn. Các hoạt động can thiệp phòng chống bệnh TCM tại các xã thuộc địa bàn nghiên cứu đã được cộng đồng đánh giá cao. Đây là điều kiện quan trọng để duy trì tính bền vững của chương trình can thiệp PCD đó có bệnh TCM ở các xã thuộc địa bàn nghiên cứu.

4.4. Một số hạn chế của đề tài

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên, giai đoạn 2011- 2015. Chính vì vậy ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu số liệu cần thu thập là số liệu hồi cứu của những năm trước đó. Điều này sẽ khó tránh khỏi một số ít khó khăn trong công tác thu thập số liệu:

- Một số ít trường hợp mắc ở thể nhẹ, không đến cơ sở y tế khám vì vậy những trường hợp này sẽ không được ghi nhận trong báo cáo giám sát;

- Sự phối hợp giữa CBYT trường học và TYT xã ở một số địa phương chưa tốt dẫn đến ca mắc được phát hiện tại trường học nhưng báo cáo sang TYT xã chậm hơn dự kiến. Tuy nhiên trước sự bùng phát diễn biến phức tạp của TCM tại tỉnh Thái Nguyên, từ năm 2011 Trung tâm KSBT tỉnh đã triển khai, quán triệt tất cả các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh cần cập nhật liên tục các biểu mẫu giám sát và báo cáo kịp thời về Trung tâm KSBT nhằm tránh tình hình bỏ sót ca bệnh tại cộng đồng. Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên có đủ nguồn lực và thực hiện đúng quy trình giám sát bệnh TCM.

- Ngoài ra để khắc phục thêm một số hạn chế khi thu thập số liệu hồi cứu: Nhóm nghiên cứu đã phối hợp với Khoa phòng chống BTN thuộc TTKSBT tỉnh Thái Nguyên thực hiện thống kê báo cáo tình hình dịch bệnh trên địa bàn tỉnh thông qua biểu mẫu giám sát của Trung tâm, bên cạnh đó nhóm cũng thường xuyên cập nhật, theo dõi diễn biến bệnh TCM tại địa bàn tỉnh Thái Nguyên trên các phương tiện thông tin đại chúng đồng thời kiểm tra lại thông

tin từ báo cáo giám sát của TTKSBT đối chiếu với các địa bàn có trường hợp bệnh để so sánh độ tin cậy và loại trừ những trường hợp không đủ độ tin cậy. Mặt khác trước khi tiến hành thu thập số liệu về TCM giai đoạn 2011 - 2015 thuộc địa bàn tỉnh Thái Nguyên nhóm nghiên cứu đã tổ chức tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn cho các điều tra viên. Do đó, kết quả nghiên cứu mà chúng tôi thu được là đáng tin cậy và có giá trị khoa học cao.

Nghiên cứu của chúng tôi được triển khai thông qua đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao khả năng đáp ứng phòng chống dịch TCM, tuy nhiên trong thời gian tiến hành nghiên cứu can thiệp trên địa bàn nghiên cứu không xuất hiện dịch lớn. Do vậy hiệu quả can thiệp đối với bệnh TCM chỉ có thể phân tích so sánh với quy định trên lý thuyết. Chính vì vậy việc tiếp tục nâng cao năng lực phòng chống dịch bệnh TCM trên địa bàn nghiên cứu là cần thiết nhằm hỗ trợ y tế trên địa bàn nghiên cứu nâng cao ý thức, tính chủ động trong công tác phòng chống dịch TCM.

Ngoài ra, tính bền vững của can thiệp trong giai đoạn tiếp theo khi nghiên cứu kết thúc cũng là vấn đề chúng tôi rất chú trọng. Cùng với những kết quả tích cực mà hoạt động can thiệp mang theo ý kiến của Ban chỉ đạo phối hợp thực hiện đề tài, cũng như lãnh đạo, ban ngành trên địa bàn nghiên cứu đã có ý kiến chia sẻ, mong muốn nhân rộng mô hình ra toàn huyện. Tuy nhiên, muốn duy trì và nhân rộng các hoạt động can thiệp ra các địa bàn khác trong tỉnh và ngoài tỉnh cần đặc biệt quan tâm đến các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến sự tham gia của cộng đồng: Trình độ dân trí, phong tục tập quán của người dân; Điều kiện địa lý, kinh tế - chính trị - xã hội; Năng lực hoạt động của tuyến YTCS; Vai trò của chính quyền (UBND) và đoàn thể mỗi địa phương; Sự quan tâm, giám sát, chỉ đạo của cơ quan y tế và lãnh đạo cấp trên.

KẾT LUẬN

1. Dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại Thái Nguyên giai đoạn 2011- 2015

Tỷ lệ mắc tay chân miệng tại Thái Nguyên giai đoạn 2011- 2015 không ổn định, lần lượt từng năm là: 20,7; 56,3; 34,3; 18,8 và 24,9/100.000 dân; Chủ yếu là trẻ em dưới 5 tuổi (trên 90,7%), trẻ trai cao hơn trẻ gái (trẻ trai chiếm trên 55,1%). Thời điểm bùng phát dịch thường vào tháng 8-9 và tháng 4 hàng năm; Chủ yếu là ổ dịch cộng đồng (46,9%), dịch tản phát (35,5%), dịch trường học (7,0%).

2. Đáp ứng phòng chống dịch tay chân miệng của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016

2.1. Đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở

Trang thiết bị và kinh phí phòng chống dịch cho tuyến y tế cơ sở còn hạn chế. Đáp ứng phòng chống dịch chưa tốt: Kỹ năng tốt nhất của cán bộ y tế là phát hiện ca bệnh (34,5%), Y tế thôn bản là khử khuẩn môi trường (18,9%). Nhân viên y tế: Có kiến thức tốt về phòng chống tay chân miệng chiếm 55,6%, thái độ tốt 64,8%, thực hành tốt 27,8%; Có kỹ năng tư vấn tốt 17,6%, trung bình 57,4% và kém 25%; Nói chuyện sức khỏe tốt 23,1%, trung bình 63,0%, kém 13,9%.

2.2. Sự tham gia của cộng đồng phòng chống dịch bệnh tay chân miệng

Vai trò của Lãnh đạo địa phương chưa rõ ràng, chưa phát huy được sự tham gia của các tổ chức đoàn thể; Hoạt động của ban chỉ đạo chưa hiệu quả và chưa phối hợp được liên ngành trong phòng chống dịch.

Kiến thức, thái độ, thực hành của giáo viên mầm non về phòng chống tay chân miệng ở mức trung bình: 35% có kiến thức tốt, 22,5% thực hành tốt và 22,5% thái độ tốt. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ hầu hết là trung bình và kém: Chỉ 15% có kiến thức tốt, 13,8% thực hành tốt và 63% thái độ tốt.

3. Hiệu quả chương trình can thiệp phòng chống dịch tay chân miệng

Số ca mắc ở các xã can thiệp có xu hướng giảm. Năm 2018 tại 02 xã Bản Ngoại và Hoàng Nông không xuất hiện ca mắc sau can thiệp.

3.1. Nâng cao năng lực phòng chống dịch tuyến y tế cơ sở

- Trạm y tế 2 xã can thiệp đã có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc, sự phối hợp liên ngành đạt mức độ tốt tăng từ 26,7% lên 73,3%. Đáp ứng phòng chống dịch của cán bộ y tế tại nhóm can thiệp đều được cải thiện trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% lên 73,3%.

- Hiệu quả can thiệp của nhân viên y tế: về kiến thức, thái độ, thực hành lần lượt 0,1%; 28,5% và 34,4%; về tư vấn, nói chuyện sức khỏe lần lượt 37,8%, và 41,6%.

3.2. Cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ

Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành: của giáo viên mầm non lần lượt là 29,0%, 16,7%, 22,3%; của bà mẹ có con dưới 5 tuổi lần lượt là 29,3%; 22,3% và 18,8%.

3.3. Khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động can thiệp

Nâng cao năng lực phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và cải thiện hành vi của người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh tay chân miệng, trong đó việc huy động và sử dụng các nguồn lực sẵn có của cộng đồng, đặc biệt là tình huống diễn tập phòng chống dịch nhằm sẵn sàng ứng phó khi có dịch xảy ra, đây là mô hình can thiệp có thể nhân rộng ở các địa bàn khác trong tỉnh Thái Nguyên nói riêng và các tỉnh miền núi phía Bắc nói chung.

KHUYẾN NGHỊ

1. Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao khả năng đáp ứng phòng chống dịch cho nhân viên y tế, trong đó diễn tập phòng chống dịch là biện pháp gắn với thực tế, do đó các địa phương có nguy cơ cao nên diễn tập phòng chống dịch ít nhất 01 lần vào tháng 3 hàng năm, trước mùa dịch xảy ra.

2. Phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại cộng đồng cần có sự tham gia của Chính quyền địa phương - Gia đình - Giáo viên mầm non. Trạm y tế xã là đơn vị chuyên môn xây dựng các chương trình cập nhật kiến thức, kỹ năng phòng chống dịch bệnh tay chân miệng phù hợp với từng đối tượng để huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng.

3. Mô hình can thiệp có thể nhân rộng ở các địa bàn khác trong tỉnh Thái Nguyên nói riêng và các tỉnh miền núi phía Bắc nói chung. Tuy nhiên muốn duy trì và nhân rộng các hoạt động can thiệp cần đặc biệt quan tâm đến các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến sự tham gia của cộng đồng: Trình độ dân trí, phong tục tập quán của người dân; Điều kiện địa lý, kinh tế - chính trị - xã hội; Năng lực hoạt động của tuyến Y tế cơ sở; Vai trò của chính quyền (UBND) và đoàn thể mỗi địa phương; Sự quan tâm, giám sát, chỉ đạo của cơ quan y tế và lãnh đạo cấp trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt

1. Lê Thị Kim Ánh, Đỗ Thị Thùy Chi và Lưu Thị Hồng (2013), "Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên ở các trường mầm non tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình, năm 2013", *Tạp chí Y tế công cộng*. 31, tr. 29-34.
2. Phạm Thanh Bình và Vũ Thị Minh Hạnh (2013), "Thực trạng thái độ và hành vi thực hành của nhóm chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi và đề xuất giải pháp tuyên thông", *Tạp chí Y học thực hành*. 7(875), tr. 21 - 24.
3. Bộ Nội vụ - Bộ Y tế, (2005), Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, Hà Nội.
4. Bộ Y tế- Cục Y tế dự phòng (2013), *Báo cáo số 887/BC-BYT: Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam*, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2010), *Qui chuẩn quốc gia về vệ sinh phòng bệnh truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2010), Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin báo cáo bệnh truyền nhiễm, Hà Nội.
7. Bộ Y tế (2011), Quyết định 2554/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng và các biện pháp phòng chống dịch đã triển khai*, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2012), Quyết định 581/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2012), Quyết định 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.

11. Bộ Y tế (2013), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013, Hà Nội.
12. Bộ Y tế (2013), Thông tư 13/2013/ TT-BYT: Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm, Hà Nội.
13. Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng và môi trường (2009), *Dịch tễ học thực địa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
14. Huỳnh Kiều Chinh và Nguyễn Đỗ Nguyên (2014), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện dương minh châu, tỉnh tây ninh năm 2013", *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 18(6), tr. 266-270.
15. Cục thống kê Thái Nguyên, (2013), *Niên giám thống kê 2012*, Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội.
16. Trần Thị Anh Đào và cộng đồng (2014), "Kiến thức và thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai", *Tạp chí Y học thực hành*. 23(911), tr. 1-6.
17. Đoàn Thị Ngọc Diệp và cộng sự (2008), "Nhận xét đặc điểm bệnh nhi tay chân miệng tử vong Bệnh viện nhi đồng I - TP Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 12(1), tr. 4 - 6.
18. Nguyễn Thành Đông và Hà Văn Như (2011), "Tổng quan về đặc điểm dịch tễ học và biện pháp phòng chống bệnh tay chân miệng", *Tạp chí Y học thực hành*. 798(12), tr. 82 - 85.
19. Trần Như Dương và cộng sự (2013), "Tình hình bệnh truyền nhiễm khu vực miền Bắc 9 tháng đầu năm 2013", *Tạp chí Y học dự phòng*. 8(25), tr. 11 - 12.
20. Đỗ Hàm (2011), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. Đỗ Hàm, Nguyễn Văn Sơn và Nguyễn Minh Tuấn (2014), *Tiếp cận nghiên cứu Khoa học Y học*, Nhà xuất bản Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.

22. Trần Tịnh Hiền (2011), "Bệnh tay chân miệng hiện nay", *Hội Y học, TP Hồ Chí Minh*, tr. 1 - 4.
23. Nguyễn Thị Mai Hoa (2013), Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế các xã, thị trấn huyện Tam Đường năm 2013, *kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*, Hà Nội.
24. Thái Quang Hùng (2017), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh*, Luận án Tiến sĩ, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y - Dược Huế, Huế.
25. Trần Đỗ Hùng và Dương Thị Thùy Trang (2013), "Khảo sát kiến thức chăm sóc bệnh nhi tay chân miệng của các bà mẹ tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", *Y học thực hành*. 6(873), tr. 60 - 65.
26. Bùi Duy Hưng và cộng sự (2016), "Thực trạng công tác phòng chống dịch bệnh Tay - Chân - Miệng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2014".
27. Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2012), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2011", *Tạp chí Y học thực hành*. 4(816), tr. 31 - 35.
28. Lê Thị Lan Hương (2018), Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành phòng chống bệnh Tay – chân - miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã An Lão, Bình Lục, Hà Nam Luận án tiến sĩ, Khoa Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
29. Hương, Lê Thị Song (2013), *Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh chân tay miệng tại Hải Phòng năm 2011- 2012*, Trung tâm Y tế dự phòng Hải Phòng, Hải phòng.
30. Trần Ngọc Hữu (2012), "Đặc điểm dịch tễ học của bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía nam giai đoạn 2005- 2011", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 16(3), tr. 19 - 24.

31. Nguyễn Thanh Liêm (2015), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 3 xã, huyện Mỹ Tú, tỉnh Sóc Trăng, năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
32. Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự (2013), "Đánh giá thực trạng rửa tay của nhân viên y tế bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2013", *Tạp chí Y học TP. HCM*. 17(4), tr. 71 - 75.
33. Đinh Thị Bích Loan và cộng sự (2012), Đặc điểm bệnh tay chân miệng nặng do EV 71 tại Bệnh viện An Giang, *Kỷ yếu Hội nghị Khoa học An Giang*, Editor^Editors, An Giang.
34. Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự (2015), "Thực hành phòng bệnh tay chân miệng tại cộng đồng: Nghiên cứu cắt ngang tại khu vực phía nam năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*. 5(165), tr. 464-469.
35. Trương Thị Chiết Ngự, Đoàn Thị Ngọc Diệp và Trương Hữu Khanh (2009), "Đặc điểm bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Nhi Đồng I năm 2007", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 13(1), tr. 219-223.
36. Mai Văn Phước (2015), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh tay Chân miệng cho trẻ dưới 5 tuổi của bà mẹ và một số Yếu tố liên quan tại 02 xã, huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
37. Nguyễn Thị Phương (2013), *Kiến thức về bệnh tay chân miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại 3 xã huyện Kiến Thụy- Hải Phòng năm 2013* Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y - Dược Hải Phòng, Hải Phòng.
38. Lê Trung Quân và cộng sự (2012), Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường – tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2012, Bộ Y tế.

39. Quốc Hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2007), Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm, Quốc Hội, Hà Nội.
40. Võ Thị Tiên và Tạ Văn Trâm (2012), "Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh. 16(4), tr. 83 - 92.
41. Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên (2012), Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh tay chân miệng tỉnh Thái nguyên năm 2012, Thái Nguyên.
42. Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên (2013), *Báo cáo tổng kết Y tế dự phòng năm 2012, phương hướng nhiệm vụ năm 2013*, Thái Nguyên.
43. Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên (2016), *Báo cáo tổng kết Y tế dự phòng năm 2015, phương hướng nhiệm vụ năm 2016*, Thái Nguyên.
44. Trung tâm KSBT tỉnh Thái Nguyên (2019), *Báo cáo tổng kết Y tế dự phòng năm 2018, phương hướng nhiệm vụ năm 2019*, Thái Nguyên.
45. Vụ khoa học và đào tạo - Bộ y tế (2007), *Thực hành cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Tài liệu Tiếng Anh

46. Aiewtrakun, Akrapong, et al. (2012), "Knowledge and Practice in Prevention and Control of Hand, Foot and Mouth Diseases in Child Care Centers in Khon Kaen Municipality", *Srinagarind Med J.* 27(3), pp. 250 - 257.
47. Ang, L. W., et al. (2009), "Epidemiology and control of hand, foot and mouth disease in Singapore, 2001-2007", *Ann Acad Med Singapore.* 38(2), pp. 106-12.
48. Cao, C., et al. (2012), Research on the environmental impact factors of Hand-Foot-Mouth Disease in Shenzhen, China using RS and GIS technologies, *2012 IEEE International Geoscience and Remote Sensing Symposium*, pp. 7240-7243.

49. Cardoso, M. J., et al. (2003), "Molecular epidemiology of human enterovirus 71 strains and recent outbreaks in the Asia-Pacific region: comparative analysis of the VP1 and VP4 genes", *Emerg Infect Dis.* 9(4), pp. 461-8.
50. Chan, K. P., et al. (2003), "Epidemic hand, foot and mouth disease caused by human enterovirus 71, Singapore", *Emerg Infect Dis.* 9(1), pp. 78-85.
51. Chan, L. G. , et al. (2000), "Deaths of Children during an Outbreak of Hand, Foot, and Mouth Disease in Sarawak, Malaysia: Clinical and Pathological Characteristics of the Disease", *Clinical Infectious Diseases.* 31, pp. 678-683.
52. Chang, Amy, et al. (2011), "Enterovirus knowledge and handwashing practices among nurses in a hospital in Taiwan", *Taiwan Epidemiology Bulletin.* 27, pp. 60-67,81.
53. Chang, L. Y., et al. (2007), "Neurodevelopment and cognition in children after enterovirus 71 infection", *N Engl J Med.* 356(12), pp. 1226-34.
54. Chang, L. Y., et al. (2002), "Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan", *Pediatrics.* 109(6), p. e88.
55. Charoenchokpanit, R and Pumpaibool, T (2013), "Knowledge Attitude and Preventive Behaviors towards Hand Foot and Mouth Disease among Caregivers of Children Under Five Years Old in Bangkok, Thailand", *Journal of Health Research.* 27(5), pp. 281-286.
56. Chen, Kow-Tong, et al. (2008), "Human Enterovirus 71 Disease: Clinical Features, Epidemiology, Virology, and Management", *The Open Epidemiology Journal.* 1.
57. Chen, S. M., et al. (2015), "Risk Factors for Severe Hand-Foot-Mouth Disease in Children in Hainan, China, 2011-2012", *Asia Pac J Public Health.* 27(7), pp. 715-22.

58. Chia, M. Y., et al. (2014), "Epidemiology of enterovirus 71 infections in Taiwan", *Pediatr Neonatol.* 55(4), pp. 243-9.
59. Coker, R. J., et al. (2011), "Emerging infectious diseases in southeast Asia: regional challenges to control", *Lancet.* 377(9765), pp. 599-609.
60. Cox, Brittany and Levent, Fatma (2018), "Hand, Foot, and Mouth Disease", *JAMA.* 320(23), pp. 2492-2492.
61. Dong, W., et al. (2016), "The Effects of Weather Factors on Hand, Foot and Mouth Disease in Beijing", *Sci Rep.* 6, p. 19247.
62. Du, Zhicheng, et al. (2017), "Predicting the hand, foot, and mouth disease incidence using search engine query data and climate variables: an ecological study in Guangdong, China", *BMJ open.* 7(10), pp. e016263-e016263.
63. Edmond, M., Wong, C., and Chuang, S. K. (2011), "Evaluation of sentinel surveillance system for monitoring hand, foot and mouth disease in Hong Kong", *Public Health.* 125(11), pp. 777-83.
64. Fang, Y., et al. (2014), "Risk factors of severe hand, foot and mouth disease: a meta-analysis", *Scand J Infect Dis.* 46(7), pp. 515-22.
65. Fu, Xuemin, et al. (2020), "National Epidemiology and Evolutionary History of Four Hand, Foot and Mouth Disease-Related Enteroviruses in China from 2008 to 2016", *Virologica Sinica.* 35(1), pp. 21-33.
66. Gonzalez, Gabriel, et al. (2019), "Enterovirus-Associated Hand-Foot and Mouth Disease and Neurological Complications in Japan and the Rest of the World", *International journal of molecular sciences.* 20(20), p. 5201.
67. Hii, Y. L., Rocklöv, J., and Ng, N. (2011), "Short Term Effects of Weather on Hand, Foot and Mouth Disease", *PLoS One.* 6(2).
68. Hua, Wang Li (2010), *The Situation of Knowledge about Hand-Foot-Mouth Disease among Parents of Children under 5 Years Old in Dingtao and Evaluation of the Effect of Health Education*, Master's thesis, Shandong University, China.

69. Huang, M. C., et al. (2006), "Long-term cognitive and motor deficits after enterovirus 71 brainstem encephalitis in children", *Pediatrics*. 118(6), pp. e1785-8.
70. Inta, Chadaporn, et al. (2017), "Factors associated with hand foot mouth disease among children in day care center, Chiang Rai, Thailand", *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*. 7, pp. 391-395.
71. Jin-feng Wang, et al. (2011), "Hand, foot and mouth disease: spatiotemporal transmission and climate", *International journal of Health Geographics*. 10(25).
72. Kim, B. I., et al. (2016), "Effect of Climatic Factors on Hand, Foot, and Mouth Disease in South Korea, 2010-2013". 11(6), p. e0157500.
73. Koh, Wee Ming, et al. (2016), "The Epidemiology of Hand, Foot and Mouth Disease in Asia: A Systematic Review and Analysis", *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 35(10), pp. e285-e300.
74. Li, Wei, et al. (2014), "Study on Risk Factors for Severe Hand, Foot and Mouth Disease in China", *PLoS ONE*. 9(1), p. e87603.
75. Lin, Mei-Ling Lou and D (2018), "Exploration of the Healthy Behaviors Against Enterovirus and Its Related Factors in the Caregivers of Preschool-age Children", *Hung Kuang Journal*. 49, pp. 145-161.
76. M. ZENG, et al. (2012), "Epidemiology of hand, foot, and mouth disease in children in Shanghai 2007–2010", *Epidemiology and Infection*. 140, pp. 1122-1130.
77. Ma, E., et al. (2010), "The enterovirus 71 epidemic in 2008--public health implications for Hong Kong", *Int J Infect Dis*. 14(9), pp. e775-80.
78. Ma, E., et al. (2011), "Effects of public health interventions in reducing transmission of hand, foot, and mouth disease", *Pediatr Infect Dis J*. 30(5), pp. 432-5.

79. Montes, M., et al. (2013), "Hand, foot, and mouth disease outbreak and coxsackievirus A6, northern Spain, 2011", *Emerg Infect Dis.* 19(4).
80. Nga, Nguyen Thi, Pongjaturawit, Yune, and Chaimongkol, Nujjaree (2016), "Factors Associated with Maternal Behavior in Prevention of the Hand, Foot and Mouth Disease in Young Children, Vietnam ", *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal.* 11(1), pp. 33-39.
81. Nguyen, N. T., et al. (2014), "Epidemiological and clinical characteristics of children who died from hand, foot and mouth disease in Vietnam, 2011", *BMC Infect Dis.* 14, p. 341.
82. Onozuka, D. and Hashizume, M. (2011), "The influence of temperature and humidity on the incidence of hand, foot, and mouth disease in Japan", *Sci Total Environ.* 410-411, pp. 119-25.
83. Ooi, M. H., et al. (2007), "Human enterovirus 71 disease in Sarawak, Malaysia: a prospective clinical, virological, and molecular epidemiological study", *Clin Infect Dis.* 44(5), pp. 646-56.
84. Othman, Nursyuhadah, et al. (2012), "Knowledge, Attitude and Practices Regarding Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) of Visitors in Hospital Tengku Ampuan Afzan, Pahang".
85. Piyada Linsuwanon, et al. (2014), "Epidemiology and seroepidemiology of human enterovirus 71 among Thai populations", *Journal of Biomedical Science* 21(16), pp. 1 - 13.
86. Qiu, Jun, et al. (2019), "The Clinical and Epidemiological Study of Children with Hand, Foot, and Mouth Disease in Hunan, China from 2013 to 2017", *Scientific reports.* 9(1), pp. 11662-11662.
87. Ruan, F., et al. (2011), "Risk factors for hand, foot, and mouth disease and herpangina and the preventive effect of hand-washing", *Pediatrics.* 127(4), pp. e898-904.

88. Sarma, Nilendu (2013), "Hand, foot, and mouth disease: Current scenario and Indian perspective", *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology* 79(2), pp. 165 - 175.
89. Stanley Lemeshow, et al. (1990), *Adequacy of Sample Size in Health studies*, John Wiley & Sons, Chichester, England.
90. Stephen, Nervi J. (2009), "Hand Foot and Mouth Disease", *Drug and Diseases*, Medscape, New York.
91. Suliman, Q., Md Said, S., and Zulkefli, N. A. M. (2017), *Predictors of preventive practices towards HFMD among mothers of preschool children in Klang District*, Vol. 13, 21-32.
92. Sumi, A., et al. (2017), "Association between meteorological factors and reported cases of hand, foot, and mouth disease from 2000 to 2015 in Japan", *Epidemiol Infect.* 145(14), pp. 2896-2911.
93. Suzuki, Y., et al. (2010), "Risk factors for severe hand foot and mouth disease", *Pediatr Int.* 52(2), pp. 203-7.
94. Thongchai, Comsun and Promasatayaprot, Vorapoj (2018), Health Behaviors Related to Preventing Disease of Hand Foot and Mouth Disease of Child Caregivers in Child Development Center Ubon Ratchathani Province, Thailand, *International Conference on Public Health*, Editor^Editors, London, United Kingdom.
95. Upala, Panupong, et al. (2017), *Epidemiology of hand foot mouth disease in Northern Thailand in 2016: A prospective cohort study*, Vol. 7, 321-326.
96. Wang, S. M., et al. (1999), "Clinical spectrum of enterovirus 71 infection in children in southern Taiwan, with an emphasis on neurological complications", *Clin Infect Dis.* 29(1), pp. 184-90.
97. Wang, Y. R., et al. (2013), "Epidemiology and clinical characteristics of hand foot, and mouth disease in a Shenzhen sentinel hospital from 2009 to 2011", *BMC Infect Dis.* 13, p. 539.

98. Weiangkham, Dao, et al. (2016), "Predictors of Preventive Behaviors for Hand Foot Mouth Disease among Caregivers in Childcare Center", *Journal of Nursing and Health Care*. 35(2), pp. 16-24.
99. Weiangkham., Dao, et al (2016), Study of hand foot mouth preventing behaviors among caregiver in childcare centers in Phayao province, *International Conference on Advances in Medical and Health Sciences*, Editor^Editors, Muang, Thailand.
100. Weijia Xing, et al. (2014), "Epidemiological characteristics of hand-foot-and-mouth disease in China, 2008-2012", *Lancet Infect Dis*. 14(4), pp. 308-318.
101. WHO (2009), *Meeting of the Regional clinical Network on emerging infectious disease*, Manila, Philippines.
102. WHO (2011), *A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD)*, Switzerland.
103. WHO (2018), *Hand, Foot and Mouth disease situation update*, accessed, from <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14191>.
104. Xiaobo Lei, et al. (2015), "Etiology, pathogenesis, antivirals and vaccines of hand, foot, and mouth disease", *Natl Sci Rev*. 2(3), pp. 268 - 284.
105. Xie, Y. H., et al. (2015), "Important roles of public playgrounds in the transmission of hand, foot, and mouth disease", *Epidemiol Infect*. 143(7), pp. 1432-41.
106. Yan, Xiang, et al. (2015), "Clinical and Etiological Characteristics of Atypical Hand-Foot-and-Mouth Disease in Children from Chongqing, China: A Retrospective Study", *BioMed Research International*. 2015, p. 802046.
107. Yang, S. C., et al. (2010), "Knowledge about and attitude toward enterovirus 71 infections: a survey of parents and teachers at kindergartens in Taiwan", *Am J Infect Control*. 38(4), pp. e21-4.

108. Zahari., Abu Zarin Bin, et al (2012), *An interventional study on the knowledge, attitude and practice on hand, foot and mouth disease among the parents or caregivers of children aged 10 and below at Nanga Sekuau resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012*, Faculty of Medicine and Health Science, University Malaysia Sarawak, Malaysia.
109. Zhan, Zhicheng, et al. (2019), "Real-Time Forecasting of Hand-Foot-and-Mouth Disease Outbreaks using the Integrating Compartment Model and Assimilation Filtering", *Scientific Reports*. 9.
110. Zhang, D., et al. (2016), "Hand-Washing: The Main Strategy for Avoiding Hand, Foot and Mouth Disease", *Int J Environ Res Public Health*. 13(6).
111. Zhang, Y., et al. (2009), "An outbreak of hand, foot, and mouth disease associated with subgenotype C4 of human enterovirus 71 in Shandong, China", *J Clin Virol*. 44(4), pp. 262-7.
112. Zheng, G., et al. (2017), "Risk factors for death in children with critical and severe hand-foot-and-mouth disease in Chongqing, China: An observational study", *Medicine (Baltimore)*. 96(49), p. e8934.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC
ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

TT	Tên bài báo	Tác giả		Tên Tạp chí, thời gian đăng bài
		Độc lập tiến hành	Đồng tác giả	
1	Bùi Duy Hưng, Nguyễn Minh Tuấn, Hạc Văn Vinh. “ <i>Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên năm 2011-2015</i> ”		X	Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 483- Tháng 10- Số 1- 2019. Tr 277-281.
2	Bùi Duy Hưng, Nguyễn Minh Tuấn, Hạc Văn Vinh. “ <i>Hiệu quả của giải pháp can thiệp nhằm nâng cao khả năng đáp ứng phòng chống dịch tay chân miệng tại một số xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên</i> ”		X	Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 483- Tháng 10- Số 2- 2019. Tr 77-82.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1.

CƠ CẤU DÂN SỐ TỈNH THÁI NGUYÊN THEO CÁC NĂM

DSTB Địa dư	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015
TP. TN	283.333	287.623	290.620	296.000	315.196
TP. S.Công	50.438	50.974	51.433	52.056	66.054
Phú Bình	136.883	137.914	138.819	142.497	144.940
Phổ Yên	139.410	140.352	140.816	146.243	171.307
Đông Hỷ	110.130	111.036	111.854	112.200	114.300
Đại Từ	160.598	161.224	161.789	162.630	164.730
Phú Lương	106.172	106.750	106.861	107.172	107.409
Định Hóa	87.434	87.693	87.885	88.100	88.175
Võ Nhai	65.046	65.517	65.914	66.340	66.674
DSTB tỉnh TN	1.139.444	1.149.083	1.155.991	1.173.238	1.238.785

(Nguồn: Số liệu của cục thống kê tỉnh Thái Nguyên/niên giám thống kê)

22. Dùng đồ chơi chung với trẻ nghi mắc bệnh TCM: Có (ghi rõ) Không

23. Dùng chung vật dụng (cốc, chén, khăn mặt,...) với trẻ nghi mắc bệnh TCM:

Có (ghi rõ) Không

24. Lấy mẫu và kết quả xét nghiệm:

Phân Ngày lấy:/...../..... Kết quả (nơi làm XN điền):

Dịch ngoáy họng: Ngày lấy:/...../..... Kết quả (nơi làm XN điền):

(Nếu bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện, lấy mẫu và điền đến câu 24, phô tô phiếu và gửi phiếu phô tô cùng mẫu bệnh phẩm lên tuyến trên. Khi bệnh nhân ra viện/chuyển viện/tử vong, hoàn thành hết câu còn lại và gửi phiếu gốc lên tuyến trên)

25. Phân độ lâm sàng nặng nhất trong cả quá trình bị bệnh: 1 2a 2b 3 4

26. Ngày ra viện/chuyển viện (nếu bệnh nhân tử vong, ghi ngày tử vong):/.../...

27. Chẩn đoán khi ra viện/chuyển viện/tử vong:

28. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện: Khỏi Đờ/ổn định Nặng, xin về

Chuyển viện Tử vong Trốn viện/mất theo dõi

29. Nếu chuyển viện, tên bệnh viện chuyển đến:

30. Nếu tử vong, chẩn đoán nguyên nhân tử vong:

Ngày điều tra:/...../.....

Xác nhận Đơn vị

Người điều tra

(Ký, đóng dấu)

(Ký, ghi rõ họ tên)

Phục lục 3.
PHIẾU ĐIỀU TRA KAP CỦA CÁN BỘ Y TẾ VỀ BỆNH TCM

Địa điểm:Xã.....

Huyện.....Tỉnh.....

Họ và tên điều tra viên:.....

Ngày phỏng vấn:...../...../.....

Họ tên người được phỏng vấn:

Đồng ý tham gia của người được phỏng vấn: Đồng ý Không đồng ý

Người được Phỏng vấn ký tên:.....

A. THÔNG TIN CHUNG VỀ CBYT			
TT	Câu hỏi	Trả lời	Mã hóa
A1	Năm nay Anh (chị) bao nhiêu tuổi? <i>(theo tuổi dương lịch)</i>	Ghi bằng số.....	
A2	Dân tộc?	Kinh Tày Dao Nùng Khác (ghi rõ):.....	1 2 3 4 5
A3	Trình độ chuyên môn? <i>(có bằng tốt nghiệp ở trình độ tương ứng)</i>	Trung cấp Cao đẳng Đại học Sau đại học Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
A4	Hiện tại phụ trách chương trình y tế gì? <i>(Liệt kê các chương trình)</i>	
A5	Thời gian công tác?năm	
B KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG			
B1	Tác nhân nhân gây bệnh tay chân miệng là gì? <i>(01 lựa chọn)</i>	Virus Vi khuẩn Nấm Ký sinh trùng Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B2	Bệnh tay chân miệng có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người? <i>(01 lựa chọn)</i>	Từ người bệnh Từ vật nuôi bị bệnh Từ động vật hoang dã Không biết Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B3	Bệnh TCM lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu? <i>(01 lựa chọn)</i>	Đường tiêu hóa Đường hô hấp Đường da, niêm mạc Đường máu Khác.....	1 2 3 4 5

B4	Loại ca bệnh TCM có thể ghi nhận từ? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”</i>)	Dịch tản phát Ô dịch cộng đồng Ô dịch trường học Dịch không xác định Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B5	Nguyên tắc xử lý ô dịch là: khi phát hiện trường hợp bệnh/ô dịch TCM, phải xử lý ngay trong vòng? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc trả lời mà chỉ hỏi “còn gì không?”</i>)	72 giờ 48 giờ 24 giờ 12 giờ Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B6	Lứa tuổi nào dễ mắc bệnh tay chân miệng nhất? (<i>01 lựa chọn</i>)	Dưới 5 tuổi Từ 5 - 15 tuổi Trên 15 tuổi Mọi lứa tuổi như nhau Khác.....	1 2 3 4 5
B7	Khi trẻ mắc bệnh TCM sẽ có những biểu hiện như thế nào?(<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa?”</i>)	Sốt Loét miệng, họng Phát ban dạng phỏng nước ở bàn tay, chân, đầu gối, mông Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B8	Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tay chân miệng có thể gây biến chứng gì? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”</i>)	Viêm não - màng não Viêm cơ tim Phù phổi cấp Nhiễm trùng máu Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B9	Bệnh tay chân miệng đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Đã có Chưa có Không biết	1 2 3
B10	Có những biện pháp như thế nào để phòng bệnh tay chân miệng? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”</i>)	Rửa tay cho trẻ và người CST. Rửa đồ chơi, vật dụng, lau nhà bằng dung dịch sát khuẩn. Không cho chơi với trẻ bị bệnh. Không biết. Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
C	THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
C1	Anh (Chị) có đồng ý rằng bệnh TCM: có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của TE?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5

C2	Có đồng ý với việc rửa tay xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C3	Có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C4	Có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C5	Có đồng ý: khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C6	Có đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C7	Có đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C8	Có đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải tư vấn hết sức chu đáo cho người CS trẻ, để tránh tình trạng vượt tuyến?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C9	Có đồng ý rằng việc vệ sinh môi trường sống, vệ sinh cá nhân là biện pháp tốt nhất dự phòng bệnh TCM hiện nay?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5

C10	Có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh TCM	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
D	THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
D1	Trong 12 tháng qua, anh (chị) có thực hiện TT-GDSK về bệnh TCM không?	Có Không (nếu có ghi rõ số lần.....)	1 2
D2	Nếu phải thực hiện TT-GDSK về bệnh TCM thì sẽ nhằm vào các đối tượng nào? (<i>Nhiều lựa chọn</i>)	Bà mẹ có con dưới 5 tuổi Cô giáo mầm non Người thường xuyên CS trẻ Mọi người dân trong cộng đồng Khác.....	1 2 3 4 5
D3	Khi nào thì cần chuyển trẻ bị bệnh TCM lên tuyến trên? (<i>ĐTV không đọc đáp án</i>)	- TCM độ 1 - TCM độ 2a - TCM độ 2b - TCM độ 3 - TCM độ 4	1 2 3 4 5
D4	Có tư vấn cho các bà mẹ nên cho trẻ nghỉ học nếu trẻ mắc bệnh TCM không	Có Không	1 2
D5	Nếu trẻ mắc bệnh tay chân miệng anh (chị) có sắp xếp trẻ nằm phòng riêng không?	Có Không	1 2
D6	Anh (chị) có rửa tay xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ bị bệnh TCM không?	Có Không	1 2
D7	Anh (chị) có khuyến cáo những thành viên trong hộ gia đình bệnh nhân, không nên tham gia chế biến thức ăn phục vụ các bữa ăn tập thể?	Có Không	1 2
D8	Anh (chị) sẽ tư vấn cho bà mẹ có con bị bệnh TCM thực hiện những công việc gì sau đây? (<i>ĐTV đọc từng đáp án</i>)	- Vệ sinh răng miệng với NaCl 0.9% sau mỗi bữa ăn - Tránh ăn đồ cay nóng - Uống nhiều nước - Ăn thức ăn lỏng dễ tiêu - Ăn những gì cháu thích	1 2 3 4 5

D9	Nếu đã chẩn đoán xác định là trẻ mắc bệnh TCM độ 1, anh (chị) sẽ làm gì?	Chỉ dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà Chuyển bệnh viện tuyến huyện Làm đủ các xét nghiệm xử trí Khuyên bà mẹ dùng thuốc nam. - Khác.....	1 2 3 4 5
D10	Khi phát hiện người mắc bệnh TCM: ghi chép sổ sách báo cáo không?	Có Không	1 2
E	NGUỒN TRUYỀN THÔNG VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
E1	Trong một năm qua, Anh (chị) có được tập huấn về phòng chống dịch bệnh TCM không?	Có Không (nếu có ghi rõ số lần.....)	1 2
E2	Kiến thức về phòng chống dịch bệnh TCM Anh (chị) nghe và được cập nhật từ đâu? (nhiều lựa chọn, ĐTV đọc từng đáp án)	- Giảng viên trường Y- Dược - Cán bộ TTYT dự phòng huyện - Cán bộ TTYT dự phòng tỉnh - Sách báo, đài, ti vi, internet Khác.....	1 2 3 4 5
E3	Anh (chị) thấy nguồn thông tin nào là phù hợp nhất với mình? (ĐTV đọc lại các nguồn thông tin ở câu E2 và ghi lại 01 lựa chọn của người trả lời)	(Ghi 01 câu trả lời phù hợp nhất và đánh mã vào ô bên cạnh)	
E4	Anh (chị) có muốn được tập huấn các kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh TCM không?	Có Không (Nếu không → KẾT THÚC)	
E5	Những kiến thức nào anh (chị) cần được biết thêm về phòng chống bệnh TCM ? (nhiều lựa chọn)	Giám sát bệnh tay chân miệng Khám phát hiện bệnh Cách xử trí khi mắc bệnh TT-GDSK về bệnh TCM Cách phòng bệnh TCM Khác.....	1 2 3 4 5 6
E6	Anh chị có sẵn sàng tham gia cùng với cộng đồng để phòng bệnh chống bệnh TCM không?	Có Không Khác.....	1 2 3

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của chị!

XÁC NHẬN CỦA TRẠM Y TẾ
(Ký tên đóng dấu)

ĐIỀU TRA VIÊN
(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 4.
BẢNG KIỂM KỸ NĂNG TƯ VẤN SỨC KHỎE CỦA NVYT

Họ và tên người được tư vấn:

Chủ đề/ vấn đề tư vấn:

Thời gian tư vấn:

Địa điểm tư vấn:

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Điểm chấm
1	Bố trí chỗ ngồi hợp lý, thoải mái	1	
2	Chào hỏi thân mật, làm quen	1	
3	Giới thiệu về mình	1	
4	Hỏi lý do của người đến tư vấn	1	
5	Tìm hiểu KAP của đối tượng về vấn đề tư vấn	3	
6	Động viên đối tượng trình bày hết vấn đề, hứa sẽ giữ bí mật các vấn đề riêng tư của họ	1	
7	Chăm chú nghe đối tượng	2	
8	Sử dụng giao tiếp mắt hợp lý	1	
9	Hỏi lại đối tượng để xác nhận lại thông tin khi cần thiết	1	
10	Xác định và khuyến khích những điểm đối tượng làm đúng	1	
11	Tóm tắt những lỗi sai của đối tượng về vấn đề tư vấn mà không làm gián đoạn việc trình bày của đối tượng	1	
12	Bổ xung kiến thức đối tượng chưa biết	2	
13	Thảo luận các cách giải quyết vấn đề cho đối tượng	2	
14	Giúp đối tượng thiết lập mục tiêu và cách giải quyết phù hợp cho vấn đề của họ	2	
15	Để đối tượng tự chọn cách giải quyết phù hợp	1	
16	Ghi chép lại mục tiêu và cách giải quyết vấn đề họ đã lựa chọn	2	
17	Động viên đối tượng thực hiện cách giải quyết họ chọn	1	

18	Giải thích cho đối tượng biết khi nào phải quay trở lại	1	
19	Sử dụng ngôn từ phù hợp dễ hiểu	1	
20	Sử dụng tài liệu, phương tiện hỗ trợ hợp lý	2	
21	Nêu ví dụ minh họa cho đối tượng dễ hiểu	2	
22	Kết hợp giao tiếp bằng lời và không lời	2	
23	Đề cập hết nội dung cơ bản vấn đề của đối tượng	1	
24	Trả lời hết câu hỏi, vấn đề đối tượng muốn biết	2	
25	Kiểm tra lại nhận thức và việc đối tượng nên làm	1	
26	Tóm tắt nội dung cơ bản của buổi tư vấn	1	
27	Biểu hiện sự tôn trọng đối tượng trong suốt quá trình tư vấn	1	
28	Tránh sử dụng những cử chỉ không cần thiết trong suốt quá trình tư vấn (dậm chân, nhìn xung quanh...)	1	
29	Tránh dành nhiều thời gian vào những thông tin không liên quan	1	
30	Sử dụng câu hỏi đóng và câu hỏi mở hợp lý	1	
31	Cảm ơn khi kết thúc	1	
32	Lưu hồ sơ của đối tượng khi kết thúc tư vấn	2	

Tổng số điểm:/44 điểm =%

Xếp loại:

Loại tốt (từ 90% trở lên)

Loại khá (từ 80% đến dưới 90%)

Loại đạt (từ 60% đến dưới 80%)

Loại không đạt (dưới 60%)

Những ý kiến nhận xét:

Người giám sát:

Phụ lục 5.

BẢNG KIỂM QUAN SÁT THỰC HÀNH NCSK CỦA NVYT

Đối tượng dự nói chuyện: : Người quan sát.....

Người nói chuyện:

Chủ đề nói chuyện:

Thời gian nói chuyện:

Nơi nói chuyện:

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Điểm chấm
1	Bố trí hội trường, chỗ ngồi hợp lý	1	
2	Trang phục của người nói chuyện phù hợp	1	
3	Chào hỏi, làm quen với đối tượng trước khi bắt đầu	1	
4	Người nói chuyện giới thiệu về mình	1	
5	Nêu rõ chủ đề nói chuyện	2	
6	Nêu rõ mục tiêu của buổi nói chuyện	3	
7	Kỹ năng nói, thuyết trình tốt	2	
8	Trình bày đầy đủ nội dung kiến thức về phòng chống bệnh TCM	3	
9	Cấu trúc bài nói chuyện sức khỏe hợp lý	1	
10	Sử dụng giao tiếp mắt hợp lý và bao quát	1	
11	Sử dụng ngôn từ thông thường phù hợp với địa phương	1	
12	Sử dụng tài liệu, phương tiện thích hợp	2	
13	Sử dụng thuận thực các phương tiện hỗ trợ (tranh ảnh, powerpoint...) khi thực hiện nói chuyện sức khỏe	2	
14	Nêu ví dụ minh họa cho đối tượng dễ hiểu	2	
15	Kết hợp sử dụng ngôn ngữ không lời	2	
16	Di chuyển hợp lý trong quá trình nói chuyện sức khỏe	1	
17	Âm lượng giọng nói trong quá trình nói chuyện được duy trì phù hợp (Không quá to, không quá nhỏ) đủ để người tham gia có thể nghe thấy	2	
18	Duy trì tốc độ nói phù hợp trong suốt quá trình nói chuyện sức khỏe (Không quá nhanh, không quá chậm)	2	
19	Tạo điều kiện để đối tượng đặt câu hỏi	1	
20	Khuyến khích đối tượng đặt câu hỏi khi cần thiết	1	
21	Trả lời rõ hết các câu hỏi của đối tượng	1	
22	Tóm tắt toàn bộ nội dung trình bày	3	
23	Nhấn mạnh những điều cần nhớ cần làm	1	
24	Biểu hiện sự tôn trọng đối tượng trong suốt quá trình nói chuyện sức khỏe	1	
25	Tạo điều kiện hỗ trợ đối tượng sau buổi nói chuyện	1	

26	Tránh sử dụng những cử chỉ không cần thiết trong suốt quá trình tư vấn (dậm chân, nhìn xung quanh...)	1	
27	Tránh dành nhiều thời gian vào những thông tin không liên quan	1	
28	Cung cấp tài liệu cho đối tượng hợp lý và phù hợp	1	
29	Biểu hiện sự nhiệt tình trong suốt quá trình nói chuyện sức khỏe	1	
30	Thời gian sắp xếp cho các phần trong nội dung nói chuyện sức khỏe phù hợp	1	
31	Thời gian cho buổi nói chuyện sức khỏe được thiết kế phù hợp	1	
32	Cảm ơn người tổ chức và đối tượng khi kết thúc	2	

Tổng số điểm:/42 điểm =%

Xếp loại:

Loại tốt (từ 90% trở lên)

Loại khá (từ 80% đến dưới 90%)

Loại đạt (từ 60% đến dưới 80%)

Loại không đạt (dưới 60%)

Những ý kiến nhận xét:

Người giám sát:

Phụ lục 6.
BẢNG KIỂM KHÁM, XỬ TRÍ VÀ PHÒNG BỆNH TCM CỦA CBYT

Đối tượng đưa trẻ em đến khám:

Người quan sát:

Người khám bệnh:

Chủ đề bệnh: Tay chân miệng

Thời gian:

Nơi khám:

TT	Nội dung kiểm tra, đánh giá	Điểm chuẩn	Điểm chấm
A.	Đón tiếp, thủ tục hành chính		
A1	Chào hỏi đối tượng niềm nở, mời ngồi...	1	
A2	Hỏi: họ và tên, quê quán...	1	
A3	Hỏi: Lý do đến khám bệnh	1	
B	Khai thác triệu chứng Lâm sàng		
	* Bệnh sử		
B1	Sốt ngày thứ mấy, sốt như thế nào?	1	
B2	Dùng thuốc loại gì, dùng thuốc như thế nào?		
B3	Phản ứng của cơ thể khi dùng thuốc?		
B4	Thở có nhanh hơn bình thường không?	1	
B5	Có nôn ói không?	1	
B6	Có quấy khóc không?	1	
B7	Ngủ gà, li bì?		
B8	Giật mình?	1	
B9	Run chi, yếu liệt chi?		
	* Thăm khám thể chất		
B10	Nhiệt độ: thường trẻ sốt nhẹ < 38,5 °C	1	
B11	Mạch: có bình thường theo tuổi?	1	
B12	Nhịp thở: có bình thường theo tuổi?	1	
B13	Tổn thương da: bóng nước nổi trên nền hồng ban,... Thường ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông	1	
B14	Tổn thương niêm mạc: bóng nước ở niêm mạc miệng, nướu, dưới lưỡi vỡ ra tạo thành vết loét. ... Thường ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi	1	
B15	Khám hô hấp, khi biến chứng hô hấp có thể có các dấu hiệu: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản, thở nông, thở bụng, thở không đều	1	
B16	Khám tuần hoàn, khi có biến chứng có thể biểu hiện: Mạch nhanh > 150 lần/phút; Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh...	1	
C	Tư vấn về cận lâm sàng		
C1	Một trong các xét nghiệm cơ bản: - Công thức máu - Protein C phản ứng (CRP) nếu có điều kiện	1	

	- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b		
C2	Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng: - Khí máu khi có suy hô hấp - Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc. - Dịch não tủy:	1	
D	Chẩn đoán		
D1	Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và DTH: - Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian. - Lâm sàng: Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gôi, móng, kèm sốt hoặc không.	1	
D2	Phân độ lâm sàng, độ 1: chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da	1	
D3	Phân độ lâm sàng độ 2a, có một trong các dấu hiệu sau: - Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút - Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 390C, - Nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.		
D4	Chẩn đoán đúng và thông báo cho gia đình	1	
E	Xử trí		
E1	Phân tuyến và chuyển tuyến đúng	1	
E2	- Hướng dẫn xử trí đối với bệnh nhi mắc bệnh độ 1, 2a	1	
E3	- Tư vấn chăm sóc điều dưỡng cho đối tượng	1	
E4	- Tư vấn phát hiện dấu hiệu bất thường của bệnh	1	
E5	- Tư vấn về biến chứng của bệnh	1	
F	TT- GDSK về phòng bệnh TCM		
F1	Tư vấn về nguyên nhân gây bệnh, đường lây, nguy cơ..	1	
F2	Tư vấn vệ sinh môi trường sống	1	
F3	Tư vấn vệ sinh cá nhân phòng bệnh TCM	1	
F4	Tư vấn để phòng lây chéo	1	
F5	Tư vấn về lứa tuổi dễ mắc bệnh tay chân miệng	1	
F6	Dặn dò chu đáo trước khi kết thúc vấn đề	1	

* Ghi chú: Tổng số 36 câu. Mỗi câu được mã hóa bằng cách đánh số thứ tự, người đánh giá quan sát chấm điểm, nếu cán bộ y tế cơ sở thao tác đúng cho 1 điểm, thao tác sai hoặc không đủ yêu cầu chấm 0 điểm. Sau đó cộng điểm và nhận định kết quả.

Tổng số điểm:/36 điểm =%

Xếp loại:

Loại tốt (từ 90% trở lên)

Loại khá (từ 80% đến dưới 90%)

Loại đạt (từ 60% đến dưới 80%)

Loại không đạt (dưới 60%)

Những ý kiến nhận xét:

Người giám sát

Phụ lục 7.

PHIẾU ĐIỀU TRA KAP CỦA GVMN VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Địa điểm: Trường.....

Xã.....Huyện.....Tỉnh.....

Họ và tên điều tra viên:.....

Ngày phỏng vấn:...../...../ 2016.

Họ tên người được phỏng vấn:

Đồng ý tham gia của người được phỏng vấn: Đồng ý Không đồng ý

Người được phỏng vấn ký tên:.....

Ký tên:.....

A. THÔNG TIN CHUNG (ANH, CHỊ, CÔ, BÁC...)			
TT	Câu hỏi	Trả lời	Mã hóa
A1	Năm nay Anh (Chị) bao nhiêu tuổi? <i>(theo tuổi dương lịch)</i>	Ghi bằng số.....	
A2	Là người dân tộc nào?	Kinh Tày Dao Nùng Khác (ghi rõ):.....	1 2 3 4 5
A3	Trình độ học vấn của Chị? <i>(có bằng tốt nghiệp ở trình độ tương ứng)</i>	Trung học cơ sở Trung học phổ thông Trung cấp, cao đẳng Đại học và trên đại học Khác.....	1 2 3 4 5
A4	Hiện tại đảm nhiệm công việc gì? <i>(Chọn 1 công việc chính - là công việc chiếm nhiều thời gian nhất)</i>	Chăm sóc trẻ trực tiếp Cấp dưỡng Bảo vệ Quản lý chung Khác (ghi rõ):.....	1 2 3 4 5
A5	Thuộc diện hộ nghèo không? <i>(phải được địa phương chứng nhận)</i>	Có Không Không trả lời	1 2 3
A6	Số con của Anh (Chị)? Số con dưới 5 tuổi?concon dưới 5 tuổi	
B	KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
B1	Anh (chị) đã từng nghe nói đến bệnh TCM chưa? <i>(01 lựa chọn)</i>	Có Không	1 2

B2	Tác nhân nhân gây bệnh tay chân miệng là gì? (01 lựa chọn)	Virus Vi khuẩn Nấm Ký sinh trùng Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B3	Bệnh TCM có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người? (01 lựa chọn)	Từ người bệnh Từ vật nuôi bị bệnh Từ động vật hoang dã Không biết Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B4	Bệnh TCM lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu? (01 lựa chọn)	Đường tiêu hóa Đường hô hấp Đường da, niêm mạc Đường máu Khác.....	1 2 3 4 5
B5	Địa điểm sinh hoạt nào trẻ có nguy cơ mắc bệnh TCM? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”)	Ở nhà Ở nhà trẻ, trường mầm non Nơi dân cư đông đúc Nơi vui chơi cho trẻ em Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B6	Lứa tuổi nào dễ mắc bệnh TCM nhất? (01 lựa chọn)	Dưới 3 tuổi Từ 3 - 4 tuổi Từ 5- 6 tuổi Mọi lứa tuổi như nhau Khác.....	1 2 3 4 5
B7	Khi trẻ mắc bệnh tay chân miệng sẽ có những biểu hiện như thế nào? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”)	Sốt Loét miệng, họng Phát ban dạng phỏng nước ở bàn tay, chân, đầu gối, mông Không biết Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B8	Không điều trị kịp thời, bệnh TCM có thể gây biến chứng gì? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”)	Viêm não - màng não Viêm cơ tim Phù phổi cấp Nhiễm trùng máu Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B9	Bệnh tay chân miệng đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Đã có Chưa có Không biết	1 2 3
B10	Có những biện pháp như thế nào để phòng bệnh tay chân miệng? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”)	Rửa tay cho trẻ và người CS trẻ Rửa đồ chơi, vật dụng, lau nhà bằng dung dịch sát khuẩn Không cho chơi với trẻ bị bệnh Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5

C	THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
C1	Có đồng ý rằng bệnh TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C2	Có đồng ý với việc rửa tay xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C3	Có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C4	Có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết để phòng bệnh?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C5	Có đồng ý rằng khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C6	Có đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C7	Có đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C8	Có đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải đưa trẻ đến cơ sở y tế?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5

C9	Có đồng ý với việc: tiêm phòng vac xin cho trẻ để phòng bệnh TCM không? (Nếu có vac xin tiêm phòng bệnh)	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C10	Có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
D	THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
D1	Có rửa tay xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không? (ĐTV đọc từng đáp án)	Trước khi chế biến thức ăn Trước khi cho trẻ ăn Trước khi bế ẵm trẻ Sau khi thay tã, vệ sinh cho trẻ Khác.....	1 2 3 4 5
D2	Có hướng dẫn trẻ tự rửa tay hoặc rửa tay cho trẻ bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không? (ĐTV đọc từng đáp án)	Trước khi ăn Sau khi đi vệ sinh Trước khi đi ngủ Bất cứ khi nào tay bẩn Khác	1 2 3 4 5
D3	Có vệ sinh vật dụng ăn uống (bát, cốc, thìa...) bằng cách tráng nước sôi trước khi sử dụng không?	Có Không	1 2
D4	Có cho trẻ dùng chung các đồ dùng sinh hoạt như (Khăn mặt, bàn chải đánh răng...)	Có Không	1 2
D5	Để trẻ có thói quen mút tay, ăn bốc hoặc ngậm đồ chơi không?	Có Không	1 2
D6	Có ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần không?	Có Không	1 2
D7	Có lau nhà và các đồ dùng sinh hoạt bằng các chất tẩy rửa thông thường 1-2 lần/tuần không?	Có Không	1 2
D8	Sau khi trẻ đi đại tiện, chị đã xử lý phân của trẻ như thế nào?	Đổ vào nhà tiêu Đổ ra vườn, ruộng Trẻ đại tiện ra xung quanh nhà Khác.....	1 2 3 4
D9	Có để trẻ bị bệnh TCM cùng chơi với những trẻ bình thường không?	Có Không	1 2

D10	Khi nghi ngờ trẻ bị TCM có khuyên các bậc phụ huynh đưa đến cơ sở y tế khám hay tự điều trị ở nhà?	Đưa đến cơ sở y tế Tự điều trị bằng thuốc nam Khác.....	1 2 3
E	NGUỒN TRUYỀN THÔNG VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
E1	Trong một năm qua, chị có nhận được thông tin TT-GDSK về bệnh TCM không?	Có Không (nếu có ghi rõ số lần.....)	1 2
E2	Nguồn thông tin về bệnh TCM chị nghe được từ đâu? (nhiều lựa chọn, ĐTV đọc từng đáp án)	Cán bộ trạm Y tế. Trưởng thôn/ tổ trưởng dân phố. Sách báo, đài, ti vi, internet. Bạn bè, người thân, hàng xóm. Khác.....	1 2 3 4 5
E3	Nguồn thông tin nào là phù hợp nhất với chị? (ĐTV đọc lại các thông tin ở câu E2 và ghi lại 01 lựa chọn của người trả lời)	(Ghi 01 câu trả lời phù hợp nhất và đánh mã vào ô bên cạnh)	
E4	Chị có muốn được cung cấp thêm các kiến thức về bệnh TCM không?	Có Không (Nếu không → KẾT THÚC)	1 2
E5	Những thông tin nào chị cần biết thêm về bệnh TCM ? (nhiều lựa chọn)	Nguồn lây truyền bệnh Biểu hiện của bệnh Cách xử trí khi mắc bệnh Cách phòng bệnh Khác.....	1 2 3 4 5
E6	Chị có sẵn sàng tham gia cùng CBYT và các ban ngành về công tác phòng bệnh chống TCM không	Có Không Không ý kiến	1 2 3

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của chị!

XÁC NHẬN CỦA NHÀ TRƯỞNG
(Ký tên đóng dấu)

ĐIỀU TRA VIÊN
(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 8.

PHIẾU ĐIỀU TRA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Địa điểm: Xóm.....Xã.....

Huyện.....Tỉnh.....

Họ và tên điều tra viên:.....

Ngày phỏng vấn:...../...../.....

Họ tên người được phỏng vấn:

Đồng ý tham gia của người được phỏng vấn: Đồng ý Không đồng ý

Người được Phỏng vấn ký tên:.....

A. THÔNG TIN CHUNG VỀ BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI			
TT	Câu hỏi	Trả lời	Mã hóa
A1	Năm nay Chị bao nhiêu tuổi? (theo tuổi dương lịch)	Ghi bằng số.....	
A2	Chị là người dân tộc nào?	Kinh Tày Dao Nùng Khác (ghi rõ):.....	1 2 3 4 5
A3	Trình độ học vấn của Chị? (có bằng tốt nghiệp ở trình độ tương ứng)	Không biết đọc biết viết Dưới tiểu học Tiểu học Trung học cơ sở Trung học phổ thông Trung cấp, cao đẳng Đại học và sau đại học	1 2 3 4 5 6 7
A4	Hiện tại Chị làm nghề gì? (Chọn 1 công việc chính - là công việc chiếm nhiều thời gian nhất)	Làm ruộng, làm vườn Công nhân Buôn bán Công chức, viên chức Khác (ghi rõ):.....	1 2 3 4 5
A5	Gia đình Chị có thuộc diện hộ nghèo, hay cận nghèo? (phải được địa phương chứng nhận)	Nghèo Cận nghèo Khác.....	1 2 3
A6	Số con của Chị? Số con dưới 5 tuổi?concon dưới 5 tuổi	
A7	Con chị đã bao giờ bị bệnh TCM chưa?	Đã bị mắc bệnh Chưa bị mắc bệnh	1 2

B	KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
B1	Theo chị, tác nhân nhân gây bệnh tay chân miệng là gì? (01 lựa chọn)	Virus Vi khuẩn Nấm Ký sinh trùng Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B2	Theo chị, bệnh TCM có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người? (01 lựa chọn)	Từ người bệnh Từ vật nuôi bị bệnh Từ động vật hoang dã Không biết Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B3	Theo chị, bệnh tay chân miệng lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu? (01 lựa chọn)	Đường tiêu hóa Đường hô hấp Đường da, niêm mạc Đường máu Khác.....	1 2 3 4 5
B4	Theo chị, cách thức lây truyền bệnh tay chân miệng sang người như thế nào? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ hỏi “còn gì nữa không?”)	- Tay bẩn đưa vào miệng (sờ vào đồ dùng, dịch tiết hô hấp, nốt phỏng... của người bị bệnh). - Tiếp xúc trực tiếp với hạt nước bọt, dịch tiết hô hấp của trẻ bệnh. - Phân của trẻ bị nhiễm bệnh - Không biết - Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B5	Theo chị, Địa điểm sinh hoạt nào nào trẻ có nguy cơ mắc bệnh TCM? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ hỏi “còn gì nữa không?”)	Ở nhà Ở nhà trẻ, trường mầm non Nơi dân cư đông đúc Nơi vui chơi cho trẻ em Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B6	Theo chị, lứa tuổi nào dễ mắc bệnh tay chân miệng nhất? (01 lựa chọn)	Dưới 5 tuổi Từ 5 - 15 tuổi Trên 15 tuổi Mọi lứa tuổi như nhau Khác (Ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B7	Theo chị, khi trẻ mắc bệnh TCM sẽ có những biểu hiện như thế nào? (nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ hỏi “còn gì nữa không?”)	Sốt Loét miệng, họng Phát ban dạng phỏng nước ở bàn tay, chân, đầu gối, mông Không biết Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5

B8	Theo chị, nếu không điều trị kịp thời, bệnh TCM có thể gây biến chứng gì? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ hỏi “còn gì nữa không?”</i>)	Viêm não - màng não Viêm cơ tim Phù phổi cấp Nhiễm trùng máu Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
B9	Theo chị, bệnh tay chân miệng đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Đã có Chưa có Không biết	1 2 3
B10	Theo chị, có những biện pháp như thế nào để phòng bệnh tay chân miệng? (<i>nhiều lựa chọn, ĐTV không đọc câu trả lời mà chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?”</i>)	- Rửa tay cho trẻ và người CST - Rửa đồ chơi, vật dụng, lau nhà bằng dung dịch sát khuẩn - Không cho chơi với trẻ bị bệnh - Không biết - Khác (ghi rõ).....	1 2 3 4 5
C	THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
C1	Chị có đồng ý rằng bệnh TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C2	Chị có đồng ý với việc rửa tay xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C3	Chị có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C4	Chị có đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C5	Chị có đồng ý rằng khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5

C6	Chị có đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C7	Chị có đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C8	Chị có đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất để khám bệnh?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C9	Nếu có vắc xin phòng bệnh tay chân miệng, chị có đồng ý cho trẻ tiêm phòng không?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
C10	Chị có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Rất đồng ý Đồng ý Không rõ ràng Không đồng ý Rất không đồng ý	1 2 3 4 5
D	THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
D1	Chị có rửa tay xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không? (ĐTV đọc từng đáp án)	Trước khi chế biến thức ăn Trước khi cho trẻ ăn Trước khi bế ẵm trẻ Sau khi thay tã, vệ sinh cho trẻ Khác...	1 2 3 4 5
D2	Chị có hướng dẫn con tự rửa tay hoặc rửa tay cho trẻ bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không? (ĐTV đọc từng đáp án)	Trước khi ăn Sau khi đi vệ sinh Trước khi đi ngủ Bất cứ khi nào tay bẩn Khác...	1 2 3 4 5
D3	Chị có vệ sinh đồ dùng ăn uống (bát, thìa...) bằng: tráng nước sôi trước khi sử dụng không?	Có Không	1 2
D4	Chị có mớm thức ăn cho trẻ (mỗi khi cho trẻ ăn) không?	Có Không	1 2

D5	Chị có nhắc bé không được ngậm mút ngón tay không?	Có Không	1 2
D6	Chị có ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần không?	Có Không Khác.....	1 2 3
D7	Chị có lau nhà và các đồ dùng sinh hoạt (bàn, ghế,...) bằng các chất tẩy rửa thông thường 1-2 lần/tuần?	Có Không Khác.....	1 2 3
D8	Sau khi trẻ đi đại tiện, chị đã xử lý phân của trẻ như thế nào?	Đổ vào nhà tiêu Đổ ra vườn, ruộng Trẻ đại tiện ra xung quanh nhà Khác.....	1 2 3 4
D9	Chị có để con mình chơi với trẻ bị bệnh TCM không?	Có Không	1 2
D10	Khi nghi ngờ con mình bị bệnh TCM chị có đưa con đến cơ sở y tế khám hay tự điều trị ở nhà?	Đưa đến cơ sở y tế Tự điều trị bằng thuốc nam Không điều trị Khác.....	1 2 3 4
E	NGUỒN TRUYỀN THÔNG VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG		
E1	Trong một năm qua, chị có nhận được thông tin TT-GDSK về bệnh TCM không?	Có Không (nếu có ghi rõ số lần.....)	1 2
E2	Nguồn thông tin về bệnh TCM chị nghe được từ đâu? (nhiều lựa chọn, ĐTV đọc từng đáp án)	- Cán bộ trạm Y tế - Trưởng thôn/ tổ trưởng dân phố - Sách báo, đài, ti vi, internet - Bạn bè, người thân, hàng xóm - Khác (Ghi rõ).....	1 2 3 4 5
E3	Chị thấy nguồn thông tin nào là phù hợp nhất với chị? (ĐTV đọc lại các nguồn thông tin ở câu E2 và ghi lại 01 lựa chọn của người trả lời)	- (Ghi 01 câu trả lời phù hợp nhất và đánh mã vào ô bên cạnh) -----	
E4	Chị có muốn được cung cấp thêm các kiến thức về bệnh TCM không?	Có Không (Nếu không → KẾT THÚC)	1 2
E5	Những thông tin nào chị cần biết thêm về bệnh TCM ? (nhiều lựa chọn)	Nguồn lây truyền bệnh Biểu hiện của bệnh Cách xử trí khi mắc bệnh Cách phòng bệnh Khác	1 2 3 4 5

E6	Chị có sẵn sàng tham gia cùng cán bộ y tế và các ban ngành đoàn thể về công tác phòng bệnh chống bệnh TCM không	Có	1
		Không	2
		Khác.....	3

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của chị!

XÁC NHẬN CỦA TRẠM Y TẾ
(Ký tên đóng dấu)

ĐIỀU TRA VIÊN
(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 9.
PHIẾU PHÒNG VẤN SÂU

STT	NỘI DUNG	
1	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết thời điểm thường xuất hiện dịch TCM tại địa phương trong 5 năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
2	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết qui mô vụ dịch tại địa phương trong 5 năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
3	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết loại ổ dịch thường gặp địa phương trong 5 năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
4	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết khi có dịch xảy ra, địa phương đã có các biện pháp đáp ứng phòng chống dịch như thế nào?
	Đối tượng nghiên cứu	
5	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị các biện pháp phòng chống dịch tại địa phương trong thời gian qua có hiệu quả không? Nếu không, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
6	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì nhằm nâng cao năng lực phòng chống dịch tại địa phương?
	Đối tượng nghiên cứu	
7	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết khi không có dịch, chế độ giám sát báo cáo dịch được thực hiện như thế nào
	Đối tượng nghiên cứu	
8	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị chế độ giám sát khi không có dịch tại địa phương có hiệu quả không? Nếu không, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
9	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì để nâng cao năng lực giám sát khi không có dịch tại địa phương?
	Đối tượng nghiên cứu	
10	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết cơ cấu ban chỉ đạo phòng chống dịch của địa phương
	Đối tượng nghiên cứu	
11	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị, cơ cấu ban chỉ đạo phòng chống dịch tại địa phương đã phù hợp chưa? Nếu chưa, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
12	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì trong việc thay đổi cơ cấu ban chỉ đạo phòng chống dịch tại địa phương không? Nếu có, anh/chị hãy trình bày cụ thể
	Đối tượng nghiên cứu	

13	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết hoạt động của ban chỉ đạo phòng chống dịch như thế nào?
	Đối tượng nghiên cứu	
14	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị hoạt động của ban chỉ đạo phòng chống dịch trong thời gian vừa qua có hiệu quả không? Nếu không, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
15	Nghiên cứu viên	Anh/chị có đề xuất gì để nâng cao hiệu quả của ban chỉ đạo phòng chống dịch của địa phương?
	Đối tượng nghiên cứu	
16	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết để chủ động phòng dịch, địa phương đã có những hoạt động gì
	Đối tượng nghiên cứu	
17	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết kết quả của những hoạt động đó
	Đối tượng nghiên cứu	
18	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị kết quả của những hoạt động chủ động phòng chống dịch tại địa phương có hiệu quả không? Nếu không, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
19	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì để nâng cao năng lực chủ động phòng chống dịch tại địa phương?
	Đối tượng nghiên cứu	
20	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết sự phối hợp của các ban ngành trong phòng chống dịch như thế nào?
	Đối tượng nghiên cứu	
21	Nghiên cứu viên	Theo anh/chị sự phối hợp của các ban ngành trong phòng chống dịch tại địa phương có hiệu quả không? Nếu không, tại sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
22	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì nhằm nâng cao hiệu quả phối hợp giữa các ban ngành tại địa phương trong phòng chống dịch?
	Đối tượng nghiên cứu	
23	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết nhận thức của cộng đồng trong phòng chống dịch ra sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
24	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết khả năng tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch ra sao?
	Đối tượng nghiên cứu	
25	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có đề xuất gì nhằm nâng cao nhận thức và khả năng tham gia của cộng đồng trong phòng chống dịch?
	Đối tượng nghiên cứu	

26	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết khó khăn trong phòng chống dịch trong những năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
27	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho biết thuận lợi trong phòng chống dịch trong những năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
28	Nghiên cứu viên	Anh/ chị có thể cho bài học kinh nghiệm trong phòng chống dịch trong những năm qua?
	Đối tượng nghiên cứu	
29	Nghiên cứu viên	Đề xuất, kiến nghị về công tác phòng chống dịch trong thời gian tới?
	Đối tượng nghiên cứu	
30	Nghiên cứu viên	Làm thế nào để duy trì tính bền vững trong công tác phòng chống dịch
	Đối tượng nghiên cứu	
31	Nghiên cứu viên	Ngoài những ý kiến trên anh/chị có ý kiến gì thêm nhằm nâng cao năng lực giám sát, phòng chống dịch tại địa phương không?
	Đối tượng nghiên cứu	

Người tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu viên

Phụ lục 10.

MẪU THU THẬP THÔNG TIN TẠI TUYỂN TỈNH, HUYỆN

Hành chính:

- Họ tên người cung cấp thông tin:.....

- Chức vụ:

Xin Anh (Chị) cho biết thông tin về các vấn đề sau:

1. Thành lập BCDPC Dịch tay chân miệng tuyển tỉnh, huyện;

Quyết định số:.....ngày.....

Số cuộc họp của BCD:.....

Các văn bản chỉ đạo đã ban hành:

1:

2:

3:

2. Nhân lực tại TTYTDP tỉnh, huyện.

Số TT	Trình độ	Biên chế	Hợp đồng	Tổng cộng
1	Sau đại học			
	Chuyên ngành YHDP			
	Vi sinh			
	Khác			
2	Đại học			
	Chuyên ngành YHDP			
	Đa khoa			
	Khác			
3	Kỹ thuật viên			
	Cao đẳng			
	Xét nghiệm vi sinh			
	Hóa lý			
Số TT	Trình độ	Biên chế	Hợp đồng	Tổng cộng
	Sinh hóa			
	Huyết học			
	Ký sinh trùng - Côn trùng			
	Khác			
	Trung cấp			
	Xét nghiệm vi sinh			
	Hóa lý			
	Sinh hóa			

	Huyết học			
	Ký sinh trùng - Côn trùng			
	Khác			
	Sơ cấp			
	Xét nghiệm Vi sinh			
	Hóa lý			
	Sinh hóa			
	Huyết học			
	Ký sinh trùng - Côn trùng			
	Khác			
	Tổng cộng			

3. Nhân lực thực hiện giám sát và phòng chống dịch;

Tổng số cán bộ tham gia giám sát và PC dịch:

Tổng số cán bộ được đào tạo về giám sát dịch bệnh.

Số TT	Chủ đề được đào tạo	Số cán bộ tham dự	Năm	Đơn vị thực hiện đào tạo	Thời gian (Số ngày)	Ghi chú
1						
2						
3						
4						

4. Số đội cơ cộng PC và các Tiểu ban phòng chống dịch:

(Có kèm Danh sách và chức năng nhiệm vụ của từng thành viên)

4.1. Đội cơ động:

1.....

2.....

4.2. các Tiểu ban:

4.2. Tiểu ban chuyên môn

1.....

4.2.2. Tiểu ban tuyên truyền

1.....

4.2.3. Tiểu ban hậu cần

1.....

5. Danh mục trang thiết bị, hóa chất phòng chống dịch bệnh TCM hiện có tại tuyến Huyện (tính đến 31/12/2015)

Danh mục	Đơn vị	Số lượng	Tình trạng hạn dùng
Chloramin B	Kg		
Máy phun cỡ lớn	Cái		
Máy phun đa năng xách tay - Đức	Cái		
Máy phun sương gia nhiệt - Đức	Cái		
Bình phun hóa chất bằng tay	Cái		
Hộp đựng mẫu bệnh phẩm	Cái		
Óng nghe Y tế	Chiếc		
Huyết áp kế	Chiếc		
Cặp nhiệt độ	Chiếc		
Trang phục chống dịch dùng 1 lần	Bộ		
Trang phục chống dịch dùng nhiều lần	Bộ		
Khẩu trang than hoạt tính	Chiếc		
Ủng cao su (Việt Nam)	Chiếc		
Kính bảo vệ (Đài Loan)	Đôi		
Găng tay Y tế	Đôi		

6. Kinh phí phục vụ công tác phòng chống dịch trong 3 năm gần đây:

Nguồn	Năm		
	2014 (triệu đồng)	2015 (Triệu đồng)	2016 (triệu đồng)
Ngân sách địa phương			
Ngân sách trung ương			
Hỗ trợ từ cộng đồng			
Các dự án			
Khác			
Tổng cộng			
Phân bổ kinh phí cho các hoạt động phòng chống Dịch bệnh tay chân miệng			Năm 2016
Tập huấn cán bộ các tuyến			
Tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng			
Mua sắm máy, TTB, hóa chất			
Phục vụ công tác Giám sát dịch			
Phục vụ công tác điều trị			
Khác			

Xác nhận của Thủ trưởng đơn vị

Ngày.....tháng.....năm 20....
Người điều tra

Phụ lục 11.

MẪU THU THẬP THÔNG TIN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Hành chính:

- Họ tên người cung cấp thông tin:.....

- Chức vụ:

Xin Anh (Chị) cho biết thông tin về các vấn đề sau:

1. Thành lập BCDPC Dịch tay chân miệng tuyến xã;

Quyết định số:.....ngày.....

Số cuộc họp của BCD:.....

Các văn bản chỉ đạo đã ban hành:

1:.....

2:.....

3:.....

2. Nhân lực tại trạm Y tế xã, thị trấn.

Tên xã	Tại Trạm Y tế			Y tế, Thôn Bản	Tổng số
	Đại học	Trung cấp	Sơ cấp		
....					
Cộng					

3. Số lượng cán bộ được tập huấn giám sát và phòng chống dịch tại các xã, thị trấn năm 2015.

Tên xã	Cán bộ Y tế xã, thị trấn		Y tế Thôn, Bản	
	Số lượng	được tập huấn	Số lượng	được tập huấn
....				
Cộng				

4. Danh mục trang thiết bị, hóa chất phòng chống dịch bệnh TCM hiện có tại tuyến xã (tính đến 31/12/2015)

Danh mục	Đơn vị	Số lượng	Tình trạng hạn dùng
Chloramin B	Kg		
Máy phun cỡ lớn	Cái		

Danh mục	Đơn vị	Số lượng	Tình trạng hạn dùng
Máy phun đa năng xách tay - Đức	Cái		
Máy phun sương gia nhiệt - Đức	Cái		
Bình phun hóa chất bằng tay	Cái		
Hộp đựng mẫu bệnh phẩm	Cái		
Ống nghe Y tế	Chiếc		
Huyết áp kế	Chiếc		
Cặp nhiệt độ	Chiếc		
Trang phục chống dịch dùng 1 lần	Bộ		
Trang phục chống dịch dùng nhiều lần	Bộ		
Khẩu trang than hoạt tính	Chiếc		
Ủng cao su (Việt Nam)	Chiếc		
Kính bảo vệ (Đài Loan)	Đôi		
Găng tay Y tế	Đôi		

5. Kinh phí phục vụ công tác phòng chống dịch trong 3 năm gần đây:

Nguồn	Năm		
	2014 (triệu đồng)	2015 (Triệu đồng)	2016 (triệu đồng)
Ngân sách địa phương			
Ngân sách trung ương			
Hỗ trợ từ cộng đồng			
Khác			
Tổng cộng			

Phân bổ kinh phí cho các hoạt động phòng chống Dịch bệnh tay chân miệng	Năm 2016
Tập huấn cán bộ các tuyến	
Tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng	
Mua sắm máy, TTB, hóa chất	
Phục vụ công tác Giám sát dịch	
Phục vụ công tác điều trị	
Khác	

Ngày.....tháng.....năm 20...

Xác nhận của Thủ trưởng đơn vị

Người điều tra

Phụ lục 12.
HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM

Mục tiêu:

1. Tìm hiểu về tình hình dịch bệnh nói chung và bệnh TCM tại địa phương.
2. Tìm hiểu về công tác phòng chống dịch bệnh TCM tại địa phương
3. Đề xuất giải pháp khả thi để phòng chống dịch bệnh tại địa phương

Nội Dung

1. Tình hình dịch bệnh TCM tại địa phương trong 5 năm qua diễn biến như thế nào?
(Thời điểm thường xuất hiện dịch, qui mô vụ dịch, ...?)
2. Khi có dịch xảy ra, địa phương đã có các biện pháp đáp ứng phòng chống dịch như thế nào?
3. Khi không có dịch, chế độ giám sát báo cáo dịch được thực hiện như thế nào?
4. Địa phương có ban chỉ đạo phòng chống dịch không, hoạt động của ban chỉ đạo như thế nào?
5. Để chủ động phòng dịch, địa phương đã có hoạt động gì? kết quả ra sao?
6. Sự phối hợp của các ban ngành trong phòng chống dịch như thế nào? nhận thức và khả năng tham gia của cộng đồng ra sao?
7. Khó khăn, thuận lợi và bài học kinh nghiệm trong PCD trong những năm qua?
8. Đề xuất, kiến nghị về công tác phòng chống dịch trong thời gian tới?
9. Làm thế nào để duy trì tính bền vững trong công tác phòng chống dịch

Phụ lục 13.

KỊCH BẢN DIỄN TẬP PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI HUYỆN ĐẠI TỪ TỈNH THÁI NGUYÊN

(Xã Can thiệp, Đại Từ, Thái Nguyên)

PHẦN 1.

1. Tình huống giả định

Tại trường mầm non xã Bản Ngoại huyện Đại từ xuất hiện 05 trường hợp trẻ mắc bệnh tay chân miệng (TCM).

Trường hợp đầu tiên mắc TCM được phát hiện ngày 18/3/2017, sau đó thêm 04 cháu bé chung lớp mầm non với trẻ tại trường mầm non Bản Ngoại cũng được phát hiện mắc bệnh và được Trạm y tế xã chẩn đoán TCM.

Lấy 05 mẫu bệnh phẩm gửi TTKSBT tỉnh Thái Nguyên, kết quả xét nghiệm dương tính với virus TCM (Typ EV 71).

Tại một số địa bàn khác trong huyện cũng đã xuất hiện rải rác một số trường hợp mắc bệnh tay chân miệng.

Ban chỉ đạo phòng, chống dịch của TTYT huyện Đại Từ nhận định đây là một vụ dịch tay chân miệng, hiện nay dịch còn ở diện hẹp, số ca mắc chưa lớn, nhưng đã có dấu hiệu lan rộng, có nguy cơ bùng phát thành dịch lớn nếu không ngăn chặn kịp thời.

2. Những việc đã làm

- Họp BGĐ Trung tâm y tế huyện Đại Từ cùng các Đội PCD cơ động, đưa ra phương án và các hoạt động PCD cần thiết.

- Báo cáo Sở y tế và TTKSBT tỉnh.
- Báo cáo Ban chỉ đạo PCD của huyện
- Sẵn sàng phương tiện, vật tư, hóa chất phòng chống dịch.

PHẦN 2.

DIỄN TẬP CƠ CHẾ ĐIỀU HÀNH CỦA BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG DỊCH (30 phút).

1. ĐỊA ĐIỂM: Tại phòng họp Trung tâm Y tế huyện Đại Từ.

2. THỜI GIAN: Từ 8 giờ 15 phút đến 8 giờ 45 phút ngày 23 /3/ 2017

3. NỘI DUNG CUỘC HỌP

3.1. Thành phần tham dự

- Đ/c: Phó chủ tịch UBND huyện- trưởng Ban chỉ đạo PCD của huyện Đại Từ
- Lãnh đạo Sở Y tế, TTYTDP tỉnh: 03 người
- Trung tâm Y tế huyện Đại Từ: (08 người) Giám đốc, PGĐ, Trưởng khoa và Đội PCD cơ động.
- Đơn vị y tế phối hợp: 04 người.

3.2. Nội dung

*** Đ/c: Giám đốc TTYT huyện- Trưởng Ban chỉ đạo PCD của TTYT huyện**

- Sơ lược tình hình dịch bệnh TCM trên thế giới, trong nước và tại địa bàn tỉnh/huyện trong thời gian qua, trình bày một số đặc điểm cần lưu ý của dịch bệnh.
- Tóm tắt tinh thần chỉ đạo chung của Sở y tế, TTKSBT tỉnh và Ban chỉ đạo PCD của huyện đối với việc xử lý dịch tại địa bàn.
- Diễn biến chi tiết của các trường hợp mắc tại địa phương trong đợt dịch này.

*** Chỉ đạo cuộc họp**

- Yêu cầu Trưởng Khoa KSDB của TTYT huyện: báo cáo diễn biến chi tiết của các trường hợp mắc bệnh tại địa phương trong đợt dịch này và các hoạt động đã triển khai (điều tra dịch tễ, giám sát, tuyên truyền giáo dục, chăm sóc điều trị...).
- Trạm Y tế xã báo cáo bổ sung tình hình diễn biến của dịch tại cộng đồng và trường Mầm non và tại các tổ/thôn/xóm trong xã.
- Ý kiến bổ sung của Đại diện Trường Mầm non: Hiệu trưởng trường mầm non Bản Ngoại.

*** Kết luận**

- Đã nắm rõ tình hình diễn biến của dịch.
- Sẽ báo cáo đầy đủ với Sở Y tế, Ban chỉ đạo PCD bệnh ở người của huyện và TTKSBT tỉnh

- Huy động các lực lượng của địa phương tham gia công tác chống dịch.

- Tại ổ dịch:

+ Giao nhiệm vụ cho đ/c Trưởng Khoa KSDB trực tiếp chỉ huy việc xử lý môi trường, phòng tránh lây lan. Điều các đội cơ động phòng, chống dịch và huy động cán bộ Trạm y tế xã ngay hiện trường để thăm khám bệnh nhân và thực hiện việc bao vây khống chế dịch, trong vòng 30 phút nữa có mặt tại hiện trường để làm nhiệm vụ ngay.

+ Hiện nay có 05 bệnh nhân đang được y tế địa phương quản lý và chăm sóc tại nhà, khả năng các bệnh này có thể diễn biến phức tạp và phòng các trường hợp có thể biến chứng nặng hơn, đề nghị GD Bệnh viện ĐK huyện cử 01 Đội cấp cứu lưu động của BVĐK huyện đến phối hợp cùng các đội chống dịch để thăm, khám cho bệnh nhân. Đồng thời chuẩn bị sẵn sàng khu vực cách ly điều trị để ưu tiên tiếp nhận, điều trị cho các trường hợp cần thiết khi có yêu cầu.

- Tôi sẽ xin ý kiến của đ/c Giám đốc Sở y tế 2 việc:

Một là sẽ thông báo cho Ban chỉ đạo phòng, chống các huyện tình hình dịch bệnh vừa qua và đề nghị địa phương hết sức quan tâm theo dõi diễn biến tình hình dịch bệnh để sẵn sàng khống chế khi dịch xảy ra tại địa phương mình,

Hai là đề nghị TTYTDP tỉnh và các TTYT huyện lân cận sẵn sàng ứng phó để hỗ trợ huyện Đại Từ trong trường hợp dịch diễn biến phức tạp và lan rộng.

Tiếp ngay sau đây, BCD phòng, chống dịch TTYT huyện Đại Từ sẽ triển khai ngay phương án tập trung dập dịch tại chỗ.

PHẦN 3.
DIỄN TẬP GIÁM SÁT, BAO VÂY
VÀ XỬ LÝ MÔI TRƯỜNG TẠI NƠI XẢY RA DỊCH BỆNH

1. Công tác chuẩn bị nhân lực, vật tư, hóa chất:

*** Yêu cầu nhân lực tham gia:**

- TTYT huyện: GD, Trưởng Khoa KSDB và 02 Đội cơ động PC dịch (huy động 02 máy phun hóa chất).

- Xã Bản Ngoại: Lãnh đạo UBND xã (trưởng ban CSSKND), đại diện Công an xã
Trạm Y tế xã Bản Ngoại: 03 cán bộ và 03 Y tế thôn bản (ưu tiên chọn nam giới để thực hiện phun hóa chất).

Trường Mầm non xã Bản Ngoại: 03-04 giáo viên của Trường.

*** Chuẩn bị cơ sở chống dịch gồm:**

- 02 máy phun hoá chất: TTYT huyện Đại Từ.
- 02 bình phun hóa chất bơm tay: TTYT huyện Đại Từ.
- 2 xô/thùng pha hoá chất cloramin B, khăn/giẻ lau: Trạm y tế xã Bản Ngoại.
- Hóa chất, vật tư: Cloramin B = 35 kg, quần áo bảo hộ = 20 bộ. Khăn mặt = 10 chiếc, xà phòng = 1 kg, khẩu trang N95 = 40 chiếc, khẩu trang 3 lớp = 150 chiếc, găng tay y tế: 200 đôi, 1 bộ dụng cụ lấy mẫu bệnh phẩm (TTKSBT tỉnh), 02 bộ dụng cụ khám bệnh gồm: 1 ống nghe, 1 huyết áp người lớn, 1 huyết áp kế nhi, 1 nhiệt kế người lớn, 1 nhiệt kế trẻ em (Trạm y tế xã).

Tập kết tại UBND xã Bản Ngoại, cách ổ dịch khoảng 200 m để nhận nhiệm vụ cụ thể.

NỘI DUNG DIỄN TẬP TẠI CƠ SỞ

Thời gian: 9 giờ 00 phút, ngày 23 /3 /2017.

DIỄN TẬP TẠI HIỆN TRƯỜNG KHU VỰC CÓ DỊCH

1. Dàn dựng khung cảnh tại nơi diễn tập

- Ban chỉ huy và nhân viên y tế, thành viên của các đội cơ động đều mặc bộ trang phục chống dịch.

1.1. Diễn tập tại trường Mầm non:

- Gặp Hiệu trưởng Trường Mầm non, thông báo tình hình dịch và yêu phối hợp cho đoàn công tác thực hiện nhiệm vụ

- Đội cơ động khảo sát và thực hiện phun hóa chất: phun từ trong nhà ra ngoài, phun hóa chất khử khuẩn, xử lý môi trường toàn bộ khuôn viên khu vực trường;

- Thực hiện lau rửa các vật dụng, toàn bộ bề mặt trong các phòng học của trường bằng dung dịch cloraminB

- Đồng thời hướng dẫn kỹ cho giáo viên mầm non của trường cách tự lau rửa để khử khuẩn thường xuyên sau này.

- Ghi nhận hình ảnh 01 nhân viên đội đang thực hiện và hướng dẫn giáo viên của trường cách pha hóa chất, lau chùi khử khuẩn các bề mặt...

- Báo cáo của các nhân viên đã thực hiện xong nhiệm vụ tại một phòng, xin được chuyển phòng học kế tiếp.

- Đội trưởng kiểm tra và đồng ý.

1.2. Diễn tập tại hộ nhân dân về phun hóa chất, tuyên truyền vận động, phát và dán tờ rơi:

- Trường công an hướng dẫn đến 01 hộ gia đình, thông báo tình hình dịch và yêu cầu hộ gia đình cho đoàn công tác thực hiện nhiệm vụ

- Đội cơ động khảo sát và thực hiện phun hóa chất: phun từ trong nhà ra ngoài, tìm phun những nơi môi trường kém vệ sinh.

- Thực hiện lau rửa các vật dụng, bề mặt trong gia đình bằng dung dịch cloraminB và hướng dẫn gia đình cách tự lau rửa để khử khuẩn.

- Ghi nhận hình ảnh 01 nhân viên đội đang tuyên truyền, hướng dẫn người dân và phát tờ rơi, dán tờ rơi.

- Báo cáo của các nhân viên đã thực hiện xong nhiệm vụ tại một nhà, xin được chuyển sang nhà liền kề.

- Đội trưởng kiểm tra và đồng ý.

1.3. Diễn tập tại hộ có người bệnh:

Dàn dựng sẵn: Tại 01 hộ dân (được giả định là phòng của nhà dân) làm nơi có bệnh nhân.

Tại phòng của 01 nhà dân được sắp xếp: Có giường của bệnh nhi đang nằm; trong phòng có 1 bàn và 4 ghế ngồi.

** Nội dung diễn tập*

- Đồng chí GD TTYT chỉ huy các lực lượng đứng trước nhà bệnh nhân và đề nghị đ/c trưởng trạm y tế vào thông báo với gia đình có đoàn các bác sĩ, nhân viên y tế đến thăm khám bệnh nhân.

- Đ/c trưởng trạm y tế bước đến cửa nhà gõ cửa; 01 người nhà ra tiếp và đ/c trưởng trạm y tế đến xin phép gia đình cho đoàn vào; người nhà đồng ý và sau đó đ/c trưởng trạm y tế ra báo cáo cho bác sĩ Vũ Hoài Nam là gia đình đã đồng ý cho đoàn vào thăm khám bệnh nhân.

- Đoàn vào nhà gồm: (GD TTYT), 01 bác sỹ lâm sàng (Trạm Y tế xã), Bs đội trưởng đội cơ động và 01 nhân viên y tế TTYT (lưu ý: BS Trạm Y tế xã có cầm trên tay 01 túi có dấu thập đỏ, bên trong có đầy đủ các phương tiện để làm tốt nhiệm vụ của mình như HA kế, ống nghe, dụng cụ lấy bệnh phẩm, quần áo bảo hộ cho người nhà và bệnh nhân, tài liệu tuyên truyền...)

1.4. Trong nhà của bệnh nhân:

- (GD TTYT), giới thiệu đoàn và thông báo đoàn đến để khám bệnh cho cháu và chỉ mắc bệnh, xin gia đình cho biết diễn biến bệnh

- Người nhà bệnh nhân cung cấp thông tin: Cách đây khoảng ... ngày,

- (GD TTYT): Chúng tôi được biết thông tin về bệnh của cháu qua TYT xã và trường mầm non...; xin phép gia đình cho chúng tôi được thăm khám và lấy mẫu xét nghiệm:

*** Tiến hành thăm khám và lấy mẫu xét nghiệm**

- Bệnh Nhi được Bs Nhi khám, trong khi khám và lấy mẫu xét nghiệm phải thực hiện đúng các quy trình khám và xét nghiệm

- Trong lúc đang khám bệnh trong nhà, đội 1 hướng dẫn anh em đội đến phun hóa chất ngoài nhà.

*** Hội chẩn và ra quyết định**

- (GD TTYT), chủ trì hội chẩn nhanh để nghe báo cáo và ra quyết định

- Bs lâm sàng: Qua bệnh sử và thăm khám thực tế bệnh nhân nhi, Tôi có chẩn đoán sơ bộ là bệnh nhân bị mắc TCM, có dấu hiệu biến chứng, tôi đề nghị cần chuyển bệnh nhân về điều trị tại khu điều trị tích cực bệnh TCM bệnh viện huyện.

- Cán bộ lấy mẫu xét nghiệm: Tôi đã lấy 2 mẫu dịch tiết vết phỏng và phân của bệnh nhi đang cho bảo quản, tôi sẽ gửi nhanh về TTKSBT tỉnh ngay và yêu cầu được trả lời nhanh nhất qua điện thoại khi có kết quả.

- Bs đội cơ động: Tôi đã kiểm tra việc xử lý môi trường bên ngoài xong, và tôi sẽ cho xử lý bên trong nhà.

Quyết định của chỉ huy: (GD TTYT),:

“ Tôi thống nhất với các đề nghị của các bác sĩ, tôi nhận định nơi đây đã là ổ dịch và ta có thể khoanh vùng không chế sớm không để dịch lây lan. Tôi sẽ yêu cầu Bệnh viện đa khoa huyện cho xe cấp cứu cùng tổ cấp cứu ngoại viện đến ngay để nhận và chuyển bệnh nhi.

“ Tôi đồng ý với ý kiến của Bs đội trưởng đội cơ động và có đề nghị là y tế địa phương có nhiệm vụ theo dõi. Việc chăm sóc, theo dõi người nhà của bệnh nhân và các gia đình lân cận phải thật sát nếu có các dấu hiệu nghi mắc bệnh, nhân viên y tế báo cáo cho TTYT huyện để cử bác sĩ đến thăm khám, cần thiết chuyển về Bệnh viện đa khoa tỉnh/thành phố để cách ly điều trị. Tôi yêu cầu địa phương thông báo cho nhân dân trong khu vực dịch và yêu cầu nhân dân không đến thăm nom, tiếp xúc những bệnh nhân nghi ngờ trong khu vực.

Các đ/c đã nghe rõ không? “**rõ**”; các đ/c có ý kiến gì thêm? Nếu các đ/c không có ý kiến gì thêm, tôi phân công đ/c trưởng trạm y tế ở lại đây, chờ xe cấp cứu bệnh viện đến tiếp nhận bệnh nhân. Tôi đi gặp gia đình và bệnh nhân để thông báo cho họ biết.

Sau đây, đề nghị các đ/c trong đoàn theo tôi qua nhà số 34 liền kề nhà này để thăm khám 01 bệnh nhân được thông báo có dấu hiệu bệnh.

2. Người dẫn chương trình:

“ Buổi diễn tập về bao vây, kiểm dịch, xử lý ổ dịch tại cộng đồng đã hoàn tất, Ban tổ chức kính mời tất cả quý vị...

Ban tổ chức điều hành diễn tập kính mời quý vị tham quan nơi tiếp nhận bệnh và các phòng điều trị bệnh trong vòng 15 phút, đúng 11 giờ 45 kính mời quý vị trở lại khuôn viên sân bệnh viện để ban tổ chức diễn tập ghi nhận những ý kiến đóng góp thêm của quý vị.

Trân trọng cảm ơn sự quan tâm theo dõi cuộc diễn tập của quý vị đại biểu.

Thái Nguyên tháng 3 năm 20...

Xây dựng kịch bản

Phụ lục 14

HƯỚNG DẪN CHẤM ĐIỂM PHIẾU ĐIỀU TRA KAP CỦA NVYT VỀ TCM

KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG			
(tổng điểm là 10 điểm= 100%)			
B	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
B1	Tác nhân nhân gây bệnh TCM là gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B2	Bệnh tay chân miệng có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B3	Bệnh TCM lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B4	Loại ca bệnh TCM có thể ghi nhận từ?	Gồm có 5 ý, chọn 1 trong các ý (1, 2, 3,4)	1
B5	Nguyên tắc xử lý ổ dịch là: khi phát hiện trường hợp bệnh/ổ dịch TCM, phải xử lý ngay trong vòng?	Gồm có 5 ý, chọn 1 trong các ý (2, 3, 4)	1
B6	Lứa tuổi nào dễ mắc bệnh TCM nhất?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B7	Khi trẻ mắc bệnh tay chân miệng sẽ có những biểu hiện như thế nào?	Có 5 ý, chọn ý (1 và 2) hoặc (1 và 3) hoặc (1, 2, 3) hoặc (2 và 3)	1
B8	Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tay chân miệng có thể gây biến chứng gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2 và 3)	1
B9	Theo chị, bệnh tay chân miệng đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Gồm có 3 ý, chọn ý 2	1
B10	Có những biện pháp nào để phòng chống bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2, 3)	1
THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG			
(tổng điểm là 10 điểm= 100%)			
C	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
C1	Đồng ý rằng bệnh TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1...
C2	Đồng ý với việc rửa tay bằng xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C3	Đồng ý với việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1

C4	Đồng ý với việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C5	Đồng ý rằng khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C6	Đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C7	Đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C8	Có đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải tư vấn hết sức chu đáo cho người CS trẻ, để tránh tình trạng vượt tuyến?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C9	Có đồng ý rằng việc vệ sinh môi trường sống, vệ sinh cá nhân là biện pháp tốt nhất dự phòng bệnh TCM hiện nay?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C10	Có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh TCM	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (tổng điểm là 10 điểm= 100%)			
D	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
D1	Trong 12 tháng qua, anh (chị) có thực hiện TT-GDSK về bệnh TCM không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1
D2	Nếu phải thực hiện TT-GDSK về bệnh TCM thì sẽ nhằm vào các đối tượng nào?	Gồm có 5 ý, chọn đủ các ý (1,2, 3, 4)	1
D3	Khi nào thì cần chuyển trẻ từ bị bệnh TCM từ TYT lên tuyến trên?	Gồm có 5 ý, chọn ý đủ các ý (2,3,4,5)	1
D4	Có tư vấn cho các bà mẹ nên cho trẻ nghỉ học nếu trẻ mắc bệnh TCM không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D5	Nếu trẻ mắc bệnh TCM anh (chị) có sắp xếp trẻ nằm phòng riêng không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D6	Có rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ bị bệnh TCM không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D7	Khuyến cáo những thành viên trong gia đình bệnh nhân, không nên tham gia chế biến thức ăn phục vụ các bữa ăn tập thể?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1

D8	Sẽ tư vấn cho bà mẹ có con bị bệnh TCM thực hiện những công việc gì sau đây?	Gồm có 5 ý, chọn ý cả 5 ý	1
D9	Nếu đã chẩn đoán xác định là trẻ mắc bệnh TCM độ 1, anh (chi) sẽ làm gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
D10	Khi phát hiện người mắc bệnh TCM: ghi chép sổ sách báo cáo không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1

Phụ lục 15

HƯỚNG DẪN CHẤM ĐIỂM PHIẾU ĐIỀU TRA KAP CỦA CÔ GIÁO MÀM NON
VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

<p style="text-align: center;">KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (tổng điểm là 10 điểm= 100%)</p>			
B	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
B1	Anh (chị) đã từng nghe nói đến bệnh TCM chưa? (01 lựa chọn)	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	
B2	Tác nhân nhân gây bệnh TCM là gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B3	bệnh tay chân miệng có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B4	Bệnh TCM lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B5	Địa điểm sinh hoạt nào trẻ có nguy cơ dễ mắc bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 2 và 4	1
B6	Lứa tuổi nào dễ mắc bệnh TCM nhất?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B7	Khi trẻ mắc bệnh TCM sẽ có những biểu hiện như thế nào?	Gồm có 5 ý, chọn ý (1 và 2) hoặc (1 và 3) hoặc (1, 2, 3) hoặc (2 và 3)	1
B8	Nếu không điều trị kịp thời, bệnh tay chân miệng có thể gây biến chứng gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2, 3)	1
B9	TCM đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Gồm có 3 ý, chọn ý 2	1
B10	Có những giải pháp nào để phòng chống bệnh TCM?	Gồm có 4 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2, 3)	1
<p style="text-align: center;">THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (tổng điểm là 10 điểm= 100%)</p>			
C	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
C1	Có đồng ý rằng bệnh TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1...
C2	Có đồng ý với việc rửa tay bằng xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1

C3	Chị có đồng ý với việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C4	Chị có đồng ý với việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C5	Có đồng ý rằng khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C6	Có đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C7	Có đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C8	Có đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất để khám bệnh?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C9	Nếu có vắc xin phòng bệnh TCM, chị có đồng ý cho trẻ tiêm phòng không?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C10	Có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh TCM	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1

THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(tổng điểm là 10 điểm= 100%)

D	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
D1	Có rửa tay bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không?	Gồm có 5 ý, chọn đủ các ý (1, 2, 3, 4)	1
D2	Chị có hướng dẫn con tự rửa tay hoặc rửa tay cho trẻ bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không?	Gồm có 5 ý, chọn đủ các ý (1,2, 4)	1
D3	Chị có vệ sinh vật dụng ăn uống (bát, cốc, thìa...) bằng cách tráng nước sôi trước khi sử dụng không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D4	Có cho trẻ dùng chung các đồ dùng sinh hoạt như (Khăn mặt, bàn chải đánh răng...)	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1

D5	Đề trẻ có thói quen mút tay, ăn bốc hoặc ngâm đồ chơi không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1
D6	Có ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D7	Có lau nhà và các đồ dùng sinh hoạt (bàn, ghế,...) bằng các chất tẩy rửa thông thường 1-2 lần/tuần không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D8	Sau khi trẻ đi đại tiện, chị đã xử lý phân của trẻ như thế nào?	Gồm có 4 ý, chọn ý 1	1
D9	Có để con mình chơi với trẻ đang bị bệnh tay chân miệng không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1
D10	Khi nghi ngờ con mình bị bệnh TCM chị có đưa con đến cơ sở y tế khám hay tự điều trị ở nhà?	Gồm có 3 ý, chọn ý 1	1

Phụ lục 16.

HƯỚNG DẪN CHẤM ĐIỂM PHIẾU ĐIỀU TRA KAP BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (tổng điểm là 10 điểm= 100%)			
B	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
B1	Tác nhân nhân gây bệnh TCM là gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B2	Theo chị, bệnh TCM có thể lây truyền từ nguồn lây nào sang con người?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B3	Bệnh TCM lây truyền vào cơ thể con người qua đường nào là chủ yếu?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B4	Theo chị, cách thức lây truyền bệnh TCM sang người như thế nào?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1, 2 và 3	1
B5	Theo chị, địa điểm sinh hoạt nào trẻ có nguy cơ mắc bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 2 và 4	1
B6	Theo chị, lứa tuổi nào dễ mắc bệnh tay chân miệng nhất?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1	1
B7	Theo chị, khi trẻ mắc bệnh TCM sẽ có những biểu hiện như thế nào?	Gồm có 5 ý, chọn ý (1 và 2) hoặc (1 và 3) hoặc (1, 2, 3) hoặc (2 và 3)	1
B8	Theo chị, nếu không điều trị kịp thời, bệnh TCM có thể gây biến chứng gì?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2, 3)	1
B9	Theo chị, bệnh tay chân miệng đã có vắc xin phòng ngừa chưa?	Gồm có 3 ý, chọn ý 2	1
B10	Theo chị, có những giải pháp nào để phòng chống bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1 trong các ý (1, 2, 3)	1
THÁI ĐỘ VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG (tổng điểm là 10 điểm= 100%)			
C	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
C1	Có đồng ý rằng bệnh TCM là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1...
C2	Đồng ý với việc rửa tay bằng xà phòng là biện pháp có hiệu quả để bệnh phòng TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C3	Đồng ý với việc sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết không?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1

C4	Chị có đồng ý với việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C5	Có đồng ý rằng khi trẻ đang bị bệnh TCM thì không nên cho trẻ tiếp tục đến trường học?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C6	Đồng ý rằng việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C7	Chị có đồng ý rằng không nên sử dụng thuốc nam tùy tiện để điều trị bệnh tay chân miệng?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C8	Đồng ý rằng khi trẻ mắc bệnh TCM cần phải đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất để khám bệnh?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C9	Nếu có vắc xin phòng bệnh TCM, chị có đồng ý cho trẻ tiêm phòng không?	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1
C10	Có đồng ý rằng sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh TCM	Gồm có 5 ý, chọn ý 1,2	1

THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

(tổng điểm là 10 điểm= 100%)

D	Nội dung câu hỏi	Chọn các ý đúng	Điểm
D1	Chị có rửa tay bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không?	Gồm có 5 ý, chọn đủ các ý (1, 2, 3, 4)	1
D2	Chị có hướng dẫn con tự rửa tay hoặc rửa tay cho trẻ bằng xà phòng khi thực hiện các công việc sau đây không?	Gồm có 5 ý, chọn đủ các ý (1, 2, 4)	1
D3	Chị có vệ sinh vật dụng ăn uống (bát, cốc, thìa...) bằng cách tráng nước sôi trước khi sử dụng không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D4	Chị có mớm thức ăn cho trẻ, (mỗi khi cho trẻ ăn) không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1
D5	Chị có nhắc bé không được ngậm mút ngón tay không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D6	Chị có ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 1	1
D7	Có thường xuyên lau nhà và các đồ dùng sinh hoạt (bàn, ghế,...) bằng các chất tẩy rửa thông thường 1-2 lần/tuần không?	Gồm có 3 ý, chọn ý 1	1
D8	Sau khi trẻ đi đại tiện, chị đã xử lý phân của trẻ như thế nào?	Gồm có 4 ý, chọn ý 1	1

D9	Chị có để con mình chơi với trẻ đang bị bệnh tay chân miệng không?	Gồm có 2 ý, chọn ý 2	1
D10	Khi nghi ngờ con mình bị bệnh TCM chị có đưa con đến cơ sở y tế khám hay tự điều trị ở nhà?	Gồm có 4 ý, chọn ý 1	1

Phụ lục 17.

ĐIỀU KIỆN KHI XÂY DỰNG BỘ CÔNG CỤ ĐIỀU TRA

Khi xây dựng bộ công cụ đánh giá tại mục 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5 trong luận án, NCS đã tham khảo các tài liệu văn bản hướng dẫn có liên quan đến phòng chống, điều trị chăm sóc, giám sát bệnh tay chân miệng, những đề tài, luận văn, sách, giáo trình... để xây dựng công cụ và bộ tiêu chí đánh giá phù hợp với luận án của NCS. Đồng thời để chuẩn hóa bộ công cụ và tiêu chí đánh giá NCS đã tham khảo ý kiến của các chuyên gia có uy tín, Giáo sư, PGS.TS đầu ngành, các Giảng viên Khoa YTCC của trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên. Bộ công cụ điều tra được chuẩn hóa lần 1, điều tra thử để điều chỉnh phù hợp với mỗi bộ công cụ cho đối tượng nghiên cứu, tập huấn điều tra viên sau đó được chuẩn hóa lần 2 trước khi sử dụng trong nghiên cứu. Dưới đây là một số văn bản, tài liệu, đề tài, luận văn cơ bản mà NCS đã tham khảo:

- Bộ Y tế (2013), "Thông tư số: 13/2013/ TT-BYT. Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm", *Hà Nội, năm 2013*.

- Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng và môi trường (2009), *Dịch tễ học thực địa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

- Bộ Y tế (2012), Quyết định 581/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng, tế, Bộ Y, Hà Nội.

- Bộ Y tế (2012), Quyết định 1003/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.

- Mẫu xây dựng bảng kiểm dùng đánh giá y tế trường học ban hành kèm theo: *Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BYT-BGDĐT ngày 12 tháng 5 năm 2016 quy định công tác y tế trường học của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo*

- Nguyễn Tri Khoa (2012), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Quận 11, TP. HCM năm 2012*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP. HCM

- Nguyễn Văn Tuyên (2012), *Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở các trường mẫu giáo tại phường Lái Thiêu, thị xã Thuận An, tỉnh Bình Dương năm 2012*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố HCM.

- Lê Thị Kim Ánh, Đỗ Thị Thùy Chi và Lưu Thị Hồng (2013), "Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên ở các trường mầm non tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình, năm 2013

- Huỳnh Kiều Chinh và Nguyễn Đỗ Nguyên (2014), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện dương minh châu, tỉnh tây ninh năm 2013", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh.

- Nguyễn Thị Mai Hoa (2013), Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế các xã, thị trấn huyện Tam Đường năm 2013, *kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2014*, Hà Nội.

Phụ lục 18.
MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHI TRIỂN KHAI ĐỀ TÀI LẬN ÁN TẠI ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU



Ảnh: Hội nghị triển khai công tác phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016





Ảnh sau: Sau buổi hội thảo khoa học về công tác phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016



Ảnh: Nhóm nghiên cứu TT-GDSK về phòng chống TCM tại trường mầm non



Ảnh: Sau buổi hội thảo về công tác giám sát, phòng chống bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên. Có sự phối hợp giữa Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, Trung tâm y tế huyện Đại Từ và nhóm nghiên cứu đề tài năm 2017



Ảnh: Nhóm nghiên cứu giám sát và hướng dẫn Giáo viên mầm non thực hành vệ sinh cá nhân, vệ sinh đồ chơi sinh hoạt của trẻ tại Trường mầm non.



Ảnh: Họp BCD chuẩn bị cho hoạt động diễn tập phòng chống dịch tại Trung tâm y tế huyện Đại Từ, có sự tham gia của lãnh đạo sở y tế và TTKSBT tỉnh Thái Nguyên.





Ảnh: Hoạt động diễn tập tại đã và đang triển khai tại địa bàn can thiệp.





Ảnh: Khám bệnh TT-GDSK phòng chống bệnh TCM tại hộ gia đình



Phụ lục 19.

MỘT SỐ QUYẾT ĐỊNH THÀNH LẬP BCD TẠI ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU