## THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI ĐỊA BÀN DỰ ÁN

### 

### Giám sát - đáp ứng dịch

#### Cấu trúc của hệ thống giám sát

**Hệ thống giám sát BTN Quốc gia**

Hệ thống giám sát các BTN Việt Nam được triển khai ở tất cả các tuyến, bao gồm: Trung ương (Cục YTDP), khu vực (Viện Vệ sinh Dịch tễ/Pasteur, Viện SR-KST-CT), tỉnh (TTYTDP tỉnh, Trung tâm KDYTQT), huyện (TTYT huyện), xã/phường (Trạm Y tế xã/phường) và bệnh viện các tuyến. Nhiệm vụ chính của hệ thống này là phát hiện và báo cáo tất cả các BTN trong diện quản lý xẩy ra trong cộng đồng và vào điều trị tại bệnh viện các tuyến nhằm phát hiện sớm và khống chế kịp thời các dịch bệnh. Thông tin về các bệnh truyền nhiễm được phân tích ban đầu tại các TTYTDP tỉnh/TTYT huyện, sau đó được phân tích kỹ lưỡng hơn ở các Viện khu vực. Cục YTDP là cơ quan chỉ đạo điều hành toàn bộ các hoạt động giám sát và khống chế bệnh dịch trong toàn quốc. Hệ thống giám sát BTN gây dịch của Việt Nam hiện nay hoạt động theo Thông tư 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ Y tế, hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo 28 BTN gây dịch.



Hình 6. Cấu trúc hệ thống giám sát BTN quốc gia

**Hệ thống giám sát BTN tại các tỉnh dự án**

Tại tuyến tỉnh, 16/20 TTYTDP tỉnh (80%) đã thành lập tổ chuyên trách giám sát, trung bình mỗi tổ có 6 cán bộ chịu trách nhiệm thu thập thông tin ca bệnh và làm báo cáo thường kỳ. Hoạt động giám sát tích cực tại cơ sở y tế, giám sát hỗ trợ tuyến dưới, tổ chức chống dịch thuộc trách nhiệm của khoa kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vacxin sinh phẩm.

Tại tuyến huyện, 52/60 TTYT huyện (86,7%) đã thành lập tổ chuyên trách giám sát, trung bình mỗi tổ có 5 cán bộ chuyên trách về thu thập thông tin ca bệnh và làm báo cáo thường kỳ, hoạt động giám sát tích cực tại các CSYT, giám sát và đáp ứng dịch thuộc trách nhiệm của khoa kiểm soát dịch bệnh và phòng chống HIV/AIS.

Tại tuyến xã, mỗi TYT xã có một cán bộ chuyên trách về phòng chống dịch, cán bộ này chịu trách nhiệm tổng hợp thông tin từ 2 nguồn: 1) sổ khám chữa bệnh tại TYT và 2) từ nguồn thông tin của nhân viên YTTB về các trường hợp mắc/nghi mắc BTN trong cộng đồng. Cán bộ này làm báo cáo giám sát BTN thường kỳ theo các biểu mẫu quy định dưới sự chỉ đạo của trạm trưởng TYT.

Tại các bệnh viện, cán bộ chịu trách nhiệm tổng hợp và báo cáo thông tin về BTN cho các đơn vị YTDP thường là cán bộ phòng kế hoạch tổng hợp. Tùy từng địa phương, cán bộ này sẽ thông báo thông tin ca bệnh cho đơn vị YTDP qua điện thoại, qua báo cáo thường kỳ hoặc cung cấp thông tin khi cán bộ chuyên trách giám sát của đơn vị YTDP đến bệnh viện để giám sát, thu thập thông tin ca bệnh.

#### Phát hiện, thu thập thông tin và báo cáo ca bệnh

**Nguồn số liệu giám sát**

Tại tuyến tỉnh, các TTYTDP tỉnh thu thập, tổng hợp thông tin ca bệnh từ TTYT huyện và các BV cùng tuyến, bao gồm BV tuyến tỉnh, BV Bộ ngành đóng trên địa bàn tỉnh và các BV tư nhân. Kết quả điều tra cho thấy 20/20 TTYTDP tỉnh đã phân công cán bộ chuyên trách giám sát BTN tại các BV tỉnh. Tuy nhiên, nhiều TTYTDP tỉnh không có đủ nhân lực nên không phân công cán bộ giám sát BTN ở các BV Bộ ngành và BV tư nhân trên địa bàn.

Tại tuyến huyện, các TTYT huyện thực hiện thu thập, tổng hợp thông tin về BTN gây dịch từ 2 nguồn, TYT và các cơ sở điều trị. Kết quả điều tra cho thấy 60/60 TTYT tham gia điều tra đã phân công cán bộ đến giám sát BTN gây dịch tại các BV huyện. Do không có đủ nhân lực, rất ít TTYT phân công cán bộ đến giám sát tại các đơn vị y tế cơ quan doanh nghiệp và PKĐK tư nhân trên địa bàn.

Tại tuyến xã/phường, số liệu giám sát BTN chủ yếu được tổng hợp từ số người bệnh đến khám và điều trị tại TYT. Số bệnh nhân không đến khám tại TYT mà tự mua thuốc điều trị hoặc khám tại CSYT tư nhân ít khi được đưa vào báo cáo.

Đa số các BV tỉnh, huyện thường xuyên chủ động báo cáo thông tin về BTN gây dịch cho các đơn vị YTDP cùng cấp. Tuy nhiên, rất ít các BV Bộ ngành, đơn vị y tế cơ quan/doanh nghiệp, PKĐK tư nhân chủ động báo cáo thông tin ca bệnh cho hệ thống y tế dự phòng. Bên cạnh đó, tình trạng thiếu giám sát của các đơn vị y tế dự phòng với các cơ sở y tế này cũng là nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng thông tin ca bệnh của hệ thống báo cáo BTN gây dịch không đầy đủ, ảnh hưởng đến khả năng phát hiện sớm và đáp ứng dịch kịp thời của hệ thống phòng chống BTN.

**Hình thức báo cáo số liệu**

Phần lớn các TTYTDP tỉnh/TTYT huyện thực hiện báo cáo khẩn cấp qua điện thoại (trên 90%) và thư điện tử (90% ở tuyến tỉnh và 73,3% ở tuyến huyện). Tỷ lệ TTYTDP tỉnh sử dụng fax để báo dịch khẩn cấp cũng khá cao (65%). Đối với báo cáo tuần và báo cáo tháng, hầu hết các TTYTP tỉnh (trên 95%) và trên một nửa TTYT huyện báo cáo qua hòm thư điện tử (70% và 53,3%), sau đó mới gửi theo đường công văn. Điều đáng lưu ý là một số tỉnh/huyện không thực hiện gửi báo cáo bằng văn bản theo quy định để lưu trữ thông tin, số đơn vị YTDP tuyến huyện gửi báo cáo tuần bằng văn bản chỉ đạt 70% trong các đơn vị YTDP tuyến huyện được điều tra.

**Tính đầy đủ và đúng hạn của báo cáo giám sát**

Đa số các TTYTDP tỉnh/TTYT huyện gửi báo cáo tuần và báo cáo tháng lên tuyến trên đủ và đúng hạn. Còn một số đơn vị YTDP huyện tuy có đủ báo cáo tuần và báo cáo tháng nhưng nộp báo cáo chậm do đường truyền internet bị gián đoạn vì tình trạng mất điện tại địa phương. Tại tuyến xã, hầu hết TYT nộp báo cáo tháng vào ngày giao ban hàng tháng, thường vào tuần cuối cùng của tháng nên đều được tính là đúng hạn. Tuy nhiên, vẫn còn một số TYT xã gửi báo cáo tuần không đúng hạn hoặc không nộp báo cáo tuần. Đa số các TYT này nằm ở vùng sâu, vùng xa, không có điều kiện sử dụng internet, điều kiện giao thông không thuận tiện.

**Phản hồi báo cáo giám sát**

Theo quy định, các đơn vị YTDP tuyến trên có trách nhiệm phản hồi báo cáo tuần và báo cáo tháng cho tuyến dưới qua các hình thức như tạp chí/tập san, báo cáo tuần, báo cáo tháng. Kết quả điều tra cho thấy, hình thức phản hồi báo cáo tuần và báo cáo tháng là 2 hình thức phản hồi phổ biến nhất mà các TTYTDP tỉnh nhận được (70% và 80%), hình thức này ít phổ biến hơn ở tuyến huyện (33,3% và 55%). Đa số TTYT huyện khẳng định rằng họ thường xuyên phản hồi thông tin cho tuyến xã (86,7%), tuy nhiên hình thức chủ yếu là thông báo miệng qua giao ban hàng tháng.

#### Quản lý và phân tích số liệu giám sát

Số liệu điều tra cho thấy hầu hết các đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh/huyện đều có máy tính nối mạng internet. Số đơn vị có nối mạng nội bộ là 75% ở tuyến tỉnh và 35% ở tuyến huyện. Điều này tạo điều kiện thuận lợi cho việc quản lý và chia sẻ số liệu giám sát BTN của các đơn vị YTDP tại các tỉnh dự án.

Đa số các đơn vị YTDP tỉnh/huyện quản lý số liệu giám sát bằng cả 2 hình thức bao gồm máy tính và sổ sách báo cáo rời (lần lượt là 90% và 93,3%). Có 2 TTYTDP tỉnh và 3 TTYT huyện quản lý số liệu hoàn toàn trên máy tính (lần lượt là 10% và 5%). Cá biệt, có 1 TTYT huyện chỉ sử dụng sổ sách báo cáo rời để quản lý số liệu giám sát (1,7%).

Phần mềm chuyên dụng giám sát BTN chưa được áp dụng rộng rãi tại các đơn vị YTDP tỉnh/huyện. Đa số các đơn vị YTDP tuyến tỉnh, huyện thực hiện phân tích số liệu đơn giản theo số ca mắc/chết và theo địa dư (80% ở tuyến tỉnh và 70% ở tuyến huyện). Số đơn vị thực hiện phân tích thống kê đối với một số bệnh chiếm tỷ lệ thấp hơn (60% ở tuyến tỉnh và 55% ở tuyến huyện). Các phương pháp phân tích nâng cao rất ít được áp dụng tại các đơn vị YTDP tỉnh/huyện.

Xem xét việc phân tích xu hướng dịch của một số bệnh tả, thương hàn, sốt xuất huyết, viêm não virus, sốt rét, tay chân miệng, viêm màng não do não mô cầu, sởi, cúm A/H5N1, viêm đường hô hấp cấp tại các địa bàn có xảy ra dịch tương ứng trong năm 2012, kết quả cho thấy đa số các vụ dịch đều được các TTYTDP tỉnh/TTYT huyện vẽ biểu đồ xu hướng dịch theo thời gian (lần lượt là 92,9% và 95,3%). Số vụ dịch được các đơn vị YTDP tuyến tỉnh/huyện vẽ bản đồ vùng dịch đạt tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn khá cao (lần lượt là 71,4% và 87,1%), (chi tiết xem Bảng PL 71).

#### Sử dụng số liệu giám sát

Bên cạnh việc sử dụng số liệu giám sát để báo cáo cho hệ thống phòng chống BTN theo quy định, hầu hết các đơn vị YTDP tỉnh/huyện đã sử dụng số liệu vào việc dự báo dịch và lập kế hoạch cho hoạt động phòng chống dịch. Việc dự báo dịch và lập kế hoạch dựa trên bằng chứng này là một trong những điều kiện quan trọng giúp các đơn vị YTDP sử dụng tốt nguồn lực và đảm bảo hiệu quả của hoạt động phòng chống dịch.

Việc sử dụng số liệu giám sát để xây dựng chiến lược phòng chống bệnh truyền nhiễm được đa số các đơn vị YTDP tỉnh quan tâm (90%), tuy nhiên số đơn vị YTDP tuyến huyện quan tâm đến vấn đề này chỉ chiếm tỷ lệ thấp (40%).

#### Điều tra dịch

#### Trong tổng số các vụ nghi dịch được điều tra trong năm qua bởi các đơn vị YTDP tuyến tỉnh/huyện, số vụ nghi dịch được điều tra trong vòng 48 giờ kể từ khi nhận được thông tin chỉ đạt 87,6% ở tuyến tỉnh và 68,1% ở tuyến huyện, các con số này thấp hơn nhiều so với kỳ vọng (100%). Trong các vụ nghi dịch được điều tra, số vụ mà tuyến tỉnh có khả năng chẩn đoán bằng xét nghiệm chỉ đạt 48,9%. Số vụ nghi dịch mà các đơn vị YTDP tuyến huyện có khả năng chẩn đoán bằng xét nghiệm chiếm tỷ lệ rất thấp (8,5%).

#### Công tác chuẩn bị đáp ứng dịch

Kết quả điều tra cho thấy 100% các đơn vị YTDP tuyến tỉnh/huyện có bản kế hoạch dự phòng và đáp ứng dịch trong năm vừa qua, đa số các bản kế hoạch đều được xây dựng dựa trên số liệu giám sát BTN của địa phương. Ngoài bản kế hoạch năm về phòng chống dịch được xây dựng từ đầu năm, khi có dịch BTN xảy ra, dù lẻ tẻ hay bùng phát rộng, các đơn vị YTDP tỉnh/huyện đều xây dựng kế hoạch phòng chống dịch riêng cho các BTN đó. Hầu hết các đơn vị đều có đầy đủ cơ số chống dịch ở mọi thời điểm trong năm qua.

Đa số đơn vị YTDP tỉnh/huyện có kinh phí cho đáp ứng dịch kịp thời (lần lượt là 85% và 76,7%), điều này có nghĩa là, vẫn còn 15% TTYTDP tỉnh và 13,3% TTYT huyện không có kinh phí đáp ứng dịch kịp thời.

Trong số các đơn vị YTDP tuyến tỉnh, chỉ có 8/15 tỉnh có xảy ra dịch năm 2012 cho rằng kinh phí chống dịch đáp ứng đủ so với nhu cầu thực tế (chiếm tỷ lệ 53,3%). Trong số các đơn vi YTDP tuyến huyện, chỉ có 32/42 huyện có xảy ra dịch năm 2012 cho rằng kinh phí chống dịch đáp ứng đủ nhu cầu thực tế (chiếm tỷ lệ 76%). Đa số các đơn vị báo cáo có đủ kinh phí đáp ứng dịch trong năm qua là những đơn vị được các chương trình, dự án nước ngoài hỗ trợ kinh phí đáp ứng dịch.

100% đơn vị YTDP tỉnh/huyện đã thành lập đội cơ động chống dịch, trung bình mỗi TTYTDP tỉnh có 2,5 đội cơ động chống dịch và mỗi TTYT huyện có 1,8 đội cơ động chống dịch. Tại tuyến tỉnh, 100% đội cơ động chống dịch đều có cán bộ dịch tễ, cán bộ xét nghiệm và cán bộ xử lý môi trường, đáp ứng đúng quy định về số lượng và thành phần của đội cơ động chống dịch. Tại tuyến huyện, mặc dù 100% đội cơ động chống dịch có cán bộ dịch tễ, tuy nhiên số đội có cán bộ xét nghiệm và cán bộ xử lý môi trường thấp hơn (lần lượt là 88,3% và 86,7%). Điều này cho thấy thành phần tham gia đội cơ động chống dịch tại tuyến huyện chưa thực sự đầy đủ theo quy định, lý do là nhân lực phòng chống dịch tại nhiều đơn vị YTDP tuyến huyện hiện nay còn thiếu, cả về số lượng và trình độ chuyên môn.

Mặc dù còn nhiều khó khăn nhưng khi nhận xét về khả năng ứng phó khi có dịch BTN xảy ra, đa số các đơn vị YTDP tỉnh/huyện đều cho rằng họ có khả năng ứng phó dịch tốt do có sự chỉ đạo kịp thời từ ban chỉ đạo PCD các cấp và do có sự chuẩn bị tốt cho công tác ứng phó dịch của các đơn vị YTDP, từ kế hoạch chống dịch, đội cơ động chống dịch, cơ số chống dịch và kinh phí chống dịch.

*Tuy còn nhiều hạn chế nhưng hệ thống PC BTN của địa phương vẫn có khả năng đáp ứng nhanh và xử lý được với các dịch bệnh truyền nhiễm, trên thực tế cũng mới chỉ xảy ra các dịch nhỏ* - **PVS LĐ TTYTDP Nghệ An.**

*Thực tế khi có dịch ngoài việc điều chuyển, sử dụng nhân lực tại chỗ, huy động lực lượng sinh viên ngành y, nông nghiệp, tỉnh đã điều động các đội cơ động của các huyện hỗ trợ nhau, đáp ứng yêu cầu chống dịch (H5N1, H1N1…) -* **PVS LĐ TTYTDP Đắc Lắc.**

*Địa phương có thể ứng phó kịp thời với các tình huống khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng do BTN gây ra , tuy nhiên chỉ ở quy mô nhỏ còn trong trường hợp dịch lan ra nhiều thì vẫn cần sự hỗ trợ của cấp trên đặc biệt là Viện Pasteur TPHCM (trang thiết bị, con người, hoá chất, thuốc,…)-* **PVS LĐ TTYTDP Đồng Tháp.**

Biểu đồ 38. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh/ TTYT huyện thực hiện đủ các chuyến giám sát hỗ trợ tuyến dưới theo kế hoạch năm 2012

#### Kiểm tra và giám sát hỗ trợ

Trong bản kế hoạch năm về phòng chống dịch có 1 phần là kế hoạch giám sát hỗ trợ tuyến dưới, trong đó ghi rõ số chuyến giám sát và thời gian dự kiến đi giám sát. Kết quả điều tra cho thấy chỉ có 70% đơn vị YTDP tuyến tỉnh thực hiện được đầy đủ các chuyến giám sát theo kế hoạch. Các lý do chủ yếu được các tỉnh đưa ra là thiếu nhân lực và kinh phí giám sát. Một số tỉnh bị chậm kinh phí hoạt động nên công việc dồn về các tháng cuối năm, không bố trí được thời gian để đi giám sát tuyến dưới theo dự kiến. Ở một số tỉnh khác, thời gian dự kiến đi giám sát trùng với thời gian xảy ra dịch trên địa bàn, các đơn vị YTDP ưu tiên nhân lực cho hoạt động chống dịch do đó cũng không đi giám sát tuyến dưới được theo như dự kiến.

Tại tuyến huyện, hoạt động giám sát hỗ trợ tuyến dưới về phòng chống dịch thường được lồng ghép với các chương trình khác. Nhân lực giám sát thường là cán bộ chuyên môn của tất cả các khoa phòng và đã được tham dự các lớp tập huấn về phòng chống dịch, điều này giúp khắc phục vấn đề thiếu nhân lực và địa bàn giám sát rộng, do đó tỷ lệ TTYT huyện thực hiện đầy đủ các chuyến giám sát hỗ trợ tuyến dưới theo kế hoạch khá cao (96,7%). Tuy nhiên điều này cũng có nhược điểm là cán bộ đi giám sát có kiến thức không đủ sâu về phòng chống dịch, không hỗ trợ được nhiều cho tuyến dưới.

#### Phối hợp trong công tác giám sát và đáp ứng dịch

Bảng 36. Tỷ lệ các đơn vị YTDP tỉnh/huyện phối hợp với các ban ngành đoàn thể trong hoạt động phòng chống dịch

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hoạt động phối hợp** | **TTYTDP tỉnh** | | **TTYT huyện** | |
| **%** | **N** | **%** | **N** |
| Phối hợp chặt chẽ với BV | 95,0 | 20 | 93,3 | 60 |
| Phối hợp với chính quyền địa phương | 100,0 | 20 | 100,0 | 60 |
| Phối hợp các ban ngành |  |  |  |  |
| * Ngành giáo dục | 100,0 | 20 | 90,0 | 60 |
| * Ngành văn hoá thông tin | 100,0 | 20 | 91,7 | 60 |
| * Ngành nông nghiệp | 100,0 | 20 | 58,3 | 60 |
| Phối hợp các đoàn thể |  |  |  |  |
| * Hội phụ nữ | 95,0 | 20 | 95,0 | 60 |
| * Đoàn thanh niên | 95,0 | 20 | 98,3 | 60 |
| * Hội nông dân | 85,0 | 20 | 86,7 | 60 |
| * Hội cựu chiến binh | 80,0 | 20 | 66,7 | 60 |

Tại địa bàn điều tra, tất cả các tỉnh, huyện, xã đều có ban chỉ đạo phòng chống dịch. Nhờ có ban chỉ đạo các cấp, sự phối hợp giữa ngành y tế và các ban ngành đoàn thể trong hoạt động phòng chống dịch trở nên thuận lợi hơn. Số liệu từ bảng trên cho thấy hầu hết các đơn vị YTDP tuyến tỉnh/ huyện đều đã có sự phối hợp với chính quyền và các ban ngành, đoàn thể trong hoạt động phòng chống dịch.

#### Năng lực xét nghiệm chẩn đoán BTN gây dịch

**Năng lực thực hiện các xét nghiệm cơ bản**

Bảng 37. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh có khả năng thực hiện các xét nghiêm máu trong chẩn đoán BTN gây dịch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***TT*** | ***Tên xét nghiệm*** | ***n*** | **%** |
| 1 | Test nhanh chẩn đoán HIV | 14 | 70,0 |
| 2 | Serodia chẩn đoán HIV | 8 | 40,0 |
| 3 | ELISA chẩn đoán HIV | 8 | 40,0 |
| 4 | Huyết thanh chẩn đoán Leptospira | 1 | 5,0 |
| 5 | Chẩn đoán Viêm não Nhật bản | 6 | 30,0 |
| 6 | Chẩn đoán nhanh SXH Dengue: MAC-ELISA | 16 | 80,0 |
| 7 | Sởi: ELISA IgM | 1 | 5,0 |
| 8 | Rubella: ELISA - IgG | 1 | 5,0 |
| 9 | Chlamydia: ELISA - IgG | 2 | 10,0 |
| 10 | Anti HAV (IgG) | 6 | 30,0 |
| 11 | Test nhanh chẩn đoán HBV | 15 | 75,0 |
| 12 | Serodia chẩn đoán HBV | 2 | 10,0 |
| 13 | ELISA chẩn đoán HBV | 6 | 30,0 |
| 14 | Anti HEV (IgM) | 1 | 5,0 |
| 15 | Anti HCV | 8 | 40,0 |

***Xét nghiệm máu***

Bảng số liệu cho thấy năng lực xét nghiệm chẩn đoán BTN gây dịch của các TTYTDP tỉnh còn khá hạn chế. Trong các xét nghiệm máu được thực hiện tại các TTYTDP tỉnh để chẩn đoán BTN gây dịch, chỉ có các test nhanh chẩn đoán HIV, SXH Dengue, viêm gan B là có tỷ lệ cao TTYT DP tỉnh thực hiện được (70% - 80%). Số TTYT DP tỉnh có thể chẩn đoán viêm não Nhật Bản, ELISA chẩn đoán HIV, ELISA chẩn đoán HBV, anti HCV chỉ chiếm tỷ lệ 30% - 40%. Các xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán Leptospira, sởi, rubbella, chlamydia... chỉ được rất ít TTYTDP tỉnh có khả năng thực hiện (5% -10%).

***Xét nghiệm phân lập vi khuẩn***

Bảng 38. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh có khả năng thực hiện các xét nghiêm phân lập vi khuẩn trong chẩn đoán BTN gây dịch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***TT*** | ***Tên xét nghiệm*** | ***n*** | **%** |
| 1 | Tả | 20 | 100,0 |
| 2 | Lỵ | 18 | 90,0 |
| 3 | Thương hàn | 18 | 90,0 |
| 4 | Dịch hạch | 3 | 15,0 |
| 5 | E.coli | 19 | 95,0 |
| 6 | Leptospira | 1 | 5,0 |
| 7 | Brucella | 0 | 0,0 |
| 8 | Lao | 1 | 5,0 |
| 9 | Trực khuẩn mủ xanh | 9 | 45,0 |
| 10 | Tụ cầu | 12 | 60,0 |
| 11 | Liên cầu | 8 | 40,0 |
| 12 | Não mô cầu | 6 | 30,0 |
| 13 | Phế cầu | 3 | 15,0 |
| 14 | Trực khuẩn than | 1 | 5,0 |
| **15** | Kháng sinh đồ | 4 | 20,0 |

100% TTYTDP tỉnh có khả năng thực hiện xét nghiệm nuôi cấy và phân lập vi khuẩn. Tuy nhiên, đa số TTYTDP tỉnh mới chỉ thực hiện được xét nghiệm phân lập vi khuẩn tả, lỵ, thương hàn và *E.coli* (90% - 100%). Khoảng trên dưới 1/2 số TTYTDP tỉnh phân lập được trực khuẩn mủ xanh và tụ cầu. Rất ít đơn vị phân lập được vi khuẩn dịch hạch, Leptospira, brucella, lao, phế cầu, trực khuẩn than và làm kháng sinh đồ.

Đa số các TTYTDP tỉnh có thể thực hiện các xét nghiệm xác định vi sinh vật thực phẩm, vi sinh vật nước, vi sinh vật trong không khí và sản xuất môi trường phục vụ các xét nghiệm về vi sinh vật và công tác vô trùng và hỗ trợ tuyến trước. (Chi tiết xem Bảng PL 72)

***Xét nghiệm ký sinh trùng***

Biểu đồ 39. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh có thể thực hiện được xét nghiệm ký sinh trùng

Khoảng trên một nửa số TTYTDP tỉnh có khả năng thực hiện xét nghiệm ký sinh trùng đường máu như xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét (bằng kính hiển vi và test chẩn đoán nhanh), xét nghiệm giun chỉ bạch huyết (55%). Khả năng xét nghiệm ký sinh trùng đường ruột được khoảng 70% số TTYTDP tỉnh thực hiện được, bao gồm xét nghiệm giun đũa, giun kim, giun tóc, giun móc, sán dây lợn, sán dây bò, sán lá gan nhỏ, sán lá phổi...

Biểu đồ 40. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh có thể thực hiện được xét nghiệm côn trùng

***Xét nghiệm côn trùng***

Loại xét nghiệm côn trùng được đa số TTYTDP tỉnh thực hiện được là giám sát thu thập muỗi và côn trùng tại thực địa và định loại muỗi trưởng thành và bọ gậy, Anopheles, Aedes, Culex, (lần lượt là 75% và 65%). Các xét nghiệm chỉ được trên dưới 1/3 số TTYTDP tỉnh thực hiện là định loại bọ chét và thử độ nhạy cảm của muỗi với hóa chất diệt muỗi (lần lượt là 30% và 35%).

**Năng lực thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu**

Bảng 39. Tỷ lệ TTYTDP tỉnh thực hiện được các xét nghiệm chuyên sâu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên kỹ thuật xét nghiệm** | **%** |
| 1 | Kỹ thuật PCR | 45,0 |
| 2 | Western blot chẩn đoán HIV | 15,0 |
| 3 | Dư lượng một số hoá chất bảo vệ thực vật trong thực phẩm | 25,0 |
| 4 | Nồng độ một số hóa chất bảo vệ thực vật trong môi trường | 5,0 |
| 5 | Xét nghiệm kim loại nặng: Asen, kẽm, đồng, chì, thuỷ ngân..trong môi trường (đất, nước, không khí) | 55,0 |
| 6 | Cầu khuẩn tan máu | 25,0 |
| 7 | Xác định *Clostridium perfringens* trong nước | 90,0 |
| 8 | Lấy mẫu và phân tích bụi bông | 5,0 |
| 9 | Lấy mẫu và phân tích bụi amiăng | 5,0 |
| 10 | Chụp X quang phục vụ chẩn đoán Bệnh bụi phổi | 45,0 |
| 11 | Điện não đồ | 5,0 |
| 12 | Siêu âm | 75,0 |

Năng lực thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu của các đơn vị YTDP tỉnh rất hạn chế. Trừ kỹ thuật xét nghiệm xác định *Clostridium perfringens* trong nước có 18/20 tỉnh thực hiện được (90%), các kỹ thuật khác có tỷ lệ thực hiện rất thấp. Đặc biệt là chỉ có 9/20 TTYTDP tỉnh (45%) có khả năng thực hiện kỹ thuật xét nghiệm PCR. Xét nghiệm Western blot chẩn đoán HIV chỉ có thể thực hiện ở 3/20 TTYTDP tỉnh (15%).

Tóm lại, hệ thống giám sát BTN là một mạng lưới khá hoàn chỉnh từ tuyến trung ương đến thôn bản, có quy chế hoạt động đầy đủ và rõ ràng, nhất là sau khi Bộ Y tế ban hành Thông tư 48/2010/TT - BYT. Đa số các thành phần tham gia hệ thống tại các tỉnh dự án đều tuân thủ quy chế báo cáo BTN gây dịch. Về cơ bản, hệ thống vẫn có khả năng phát hiện và đáp ứng dịch kịp thời do có sự chỉ đạo sát sao của BCĐ PCD các cấp, sự phối hợp chặt chẽ, đồng tâm hiệp lực giữa ngành y tế với chính quyền và các ban ngành đoàn thể trong công tác PCD. Tuy nhiên, khả năng phát hiện sớm và đáp ứng kịp thời với các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là BTN mới nổi ít nhiều bị ảnh hưởng bởi hệ thống vẫn tồn tại một số thành phần chưa tham gia tích cực vào hoạt động giám sát BTN, thiếu tài liệu hướng dẫn về giám sát nhiều BTN nói chung và bệnh truyền nhiễm mới nổi nói riêng. Bên cạnh đó, nhân lực, trang thiết bị phòng chống BTN còn nhiều hạn chế và chưa đáp ứng được yêu cầu công việc. Khả năng ứng phó với dịch BTN của các đơn vị tuyến huyện/xã còn hạn chế, đa số các LĐ TTYT huyện đều cho rằng tuyến huyện chỉ có khả năng ứng phó với dịch BTN nhỏ, đối với dịch lớn hoặc với BTN mới nổi/tái nổi thì cần có sự hỗ trợ từ tuyến trên, cả về hướng dẫn, kế hoạch, nhân lực, TTB và kinh phí thực hiện.

### Kiểm dịch y tế biên giới

#### Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới

Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam do Cục Y tế dự phòng là đơn vị chịu trách nhiệm quản lý, chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật về kiểm dịch y tế biên giới trên phạm vi toàn quốc. Cục Y tế dự phòng là Cơ quan đầu mối quốc gia thực hiện Điều lệ Y tế quốc tế 2005, có trách nhiệm cập nhật kịp thời các thông tin dịch bệnh truyền nhiễm trên thế giới và cung cấp cho các đơn vị kiểm dịch y tế biên giới tại các địa phương để tăng cường giám sát, phòng chống các dịch bệnh lan truyền vào Việt Nam. Dưới Cục YTDP là 4 Viện VSDT và Pasteur, chịu trách nhiệm theo dõi và tham mưu cho Cục Y tế dự phòng chỉ đạo các biện pháp kiểm dịch y tế cho các đơn vị kiểm dịch y tế biên giới tuyến tỉnh trên địa bàn Viện phụ trách. Tại tuyến tỉnh, đơn vị kiểm dịch y tế biên giới được bố trí tại Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế trực thuộc Sở Y tế hoặc khoa KDYTBG trực thuộc TTYTDP tỉnh. Hiện nay cả nước có 13 Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế và 32 TTYTDP tỉnh có hoạt động kiểm dịch y tế biên giới.



Hình 7. Hệ thống kiểm dịch y tế biên giới Việt Nam

Tại 20 tỉnh dự án, có 5 Trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế đặt tại 5 tỉnh/thành phố gồm Hà Nội, Lào Cai, Quảng Trị, Tây Ninh, An Giang và 14 khoa kiểm dịch y tế thuộc TTYTDP các tỉnh Điện Biên, Sơn La, Thanh Hoá, Nghệ An, Hà Tĩnh, Quảng Bình, Đắc Lắc, Đắc Nông, Bình Phước, Long An, Đồng Tháp, Cần Thơ, Kiên Giang. Hiện có 52 cửa khẩu đang có hoạt động kiểm dịch y tế tại các tỉnh dự án, trong đó có 1 cửa khẩu đường sắt tại Lào Cai, 3 cửa khẩu đường hàng không tại Hà Nội, Cần Thơ và Kiên Giang, còn lại là các cửa khẩu đường thủy và đường bộ.

*Đắc Lắc chưa có cửa khẩu, nhân dân sinh sống tại vùng biên giới đi lại tự do, thực tế là không được phép, cho đến nay hệ thống y tế cùa tỉnh và tỉnh giáp ranh (thuộc Campuchia) chưa kết nối được với nhau -***LĐ TTYTDP tỉnh Đắc Lắc.**

*Ở Đắc Nông có 2 cửa khẩu (Bua Phrăng và Đắc Bơ- Tuy Đức) nhưng chủ yếu là nhân dân qua lại, chưa có xuất nhập khẩu hàng hóa, đây là cửa khẩu nhỏ. Tổ kiểm dịch y tế gồm có 3 người, hàng tháng mỗi người tới cửa khẩu 10 ngày, chủ yếu là giám sát BTN bằng lâm sàng cho những người qua lại. Đến* *nay công tác này cũng chưa được tỉnh, ngành đầu tư -* **LĐ TTYTDP tỉnh Đắc Nông.**

#### Hoạt động KDYT biên giới tại các tỉnh dự án

**Giám sát bệnh truyền nhiễm nhóm A**

Chức năng chính của các đơn vị kiểm dịch y tế biên giới là phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A lan truyền qua cửa khẩu. Hoạt động chủ yếu là tập trung giám sát các đối tượng phải kiểm dịch y tế (người, hàng hóa, phương tiện vận tải) để kịp thời phát hiện, cách ly, theo dõi, xử lý theo quy định; theo dõi chặt chẽ hành khách, phương tiện, hàng hóa nhập cảnh/xuất cảnh/quá cảnh Việt Nam đặc biệt từ vùng dịch.

Hoạt động kiểm dịch y tế biên giới tại các tỉnh dự án được thực hiện thường xuyên theo quy trình quy định trong Nghị định 103/2010/NĐ-CP ngày 1/10/2010 của Chính phủ. Trong 20 tỉnh dự án, có 2 tỉnh Trà Vinh và Bến Tre không có biên giới nên không thành lập đơn vị KDYT biên giới. Tỉnh Đắc Lắc chưa có cửa khẩu nên không triển khai hoạt động. Tỉnh Đắc Nông tuy có triển khai hoạt động kiểm dịch tại cửa khẩu nhưng hoạt động nghèo nàn do chưa được quan tâm đầu tư.

Theo quy định, đối tượng KDYT biên giới bao gồm người, phương tiện vận tải, hàng hóa nhập cảnh/xuất cảnh/quá cảnh Việt Nam và thi thể, hài cốt, mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người vận chuyển qua biên giới Việt Nam. Hiện nay hoạt động KDYT biên giới tại các tỉnh dự án chủ yếu là: 1) Kết nối với hệ thống IHR kịp thời tiếp nhận và chia sẻ thông tin về các hành khách xuất nhập cảnh từ các khu vực có dịch; 2) Sàng lọc sức khỏe hành khách quốc tế; 3) Khử trùng các phương tiện vận chuyển qua cửa khẩu; 4) Phát phiếu theo dõi sức khỏe cho các hành khách trong thời gian xảy dịch và 5) Cách ly kịp thời các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm từ cửa khẩu. Nhìn chung, hoạt động kiểm dịch y tế biên giới tại đa số các các cửa khẩu đã được triển khai đúng theo [Nghị định 103/2010/NĐ-CP](https://www.google.com.vn/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.moj.gov.vn%2Fvbpq%2FLists%2FVn%2520bn%2520php%2520lut%2FView_Detail.aspx%3FItemID%3D25869&ei=vbCiUevgAc24iAeYxoHQCQ&usg=AFQjCNHnACrWwOMipad36RtqtLi1fev4Xw&sig2=gy2KUnd-TOg6OdEb6_acEA&bvm=bv.47008514,d.aGc) ngày 1/10/2010 của Chính phủ. Tuy nhiên, hoạt động KDYT còn một số điểm hạn chế:

*Năm 2011, nhiều người Campuchia sống ở vùng dịch tả nhưng không đi qua cửa khẩu gần đó mà đi qua cửa khẩu khác, khai sai địa chỉ nên không phát hiện được để lấy mẫu xét nghiệm và cách ly* **- PVS cán bộ KDYT An Giang.**

*Có một số nhân viên của đơn vị biên phòng chưa hợp tác tốt. Họ vẫn cho khách qua mà chưa có kiểm tra của y tế mặc dù biết khách sang Việt Nam để khám bệnh -* **PVS đơn vị KDYT biên giới Tây Ninh***.*

*Việc giám sát BTN đối với người tại khu vực cửa khẩu đường biển thì không có khó khăn gì, nhưng tại cửa khẩu đường bộ thì chỉ khi có dịch mới làm được, do chủ phương tiện luôn trốn tránh* **- PVS đơn vị KDYT biên giới Nghệ An.**

Tại nhiều cửa khẩu, nhất là cửa khẩu đường bộ, rất khó xác định được đối tượng nào đến từ vùng dịch do đó có thể bỏ sót đối tượng cần kiểm dịch. Bên cạnh đó, nhận thức, ý thức của nhiều chủ phương tiện vận chuyển người, động vật hay hàng hóa về phòng chống BTN chưa tốt, họ thường trốn tránh, không hợp tác với cơ quan kiểm dịch.

Đối với vấn đề kiểm dịch cho đối tượng là hàng hóa thì phần lớn các đơn vị KDYT cho rằng hoạt động kiểm dịch còn gặp nhiều khó khăn do ở một số cửa khẩu hàng hóa quá nhiều, nhân lực ít và cơ chế phối hợp hoạt động giữa các cơ quan liên ngành không rõ ràng.

*Kiểm dịch cho người thì tương đối ổn nhưng hàng hóa, động vật, thực vật thì còn phức tạp và gặp nhiều khó khăn do nhập vào nhiều mà phối hợp lại hết sức chung chung. Để kiểm soát được chặt chẽ thì phải thông quan rõ ràng, chứ cứ nhập vào rồi hậu kiểm thì khó... và phải thống nhất một đầu mối kiểm soát rõ ràng thì mới kiểm soát được -* **PVS cán bộ TTKDYTQT Hà Nội**

*Chỉ kiểm tra đại diện hàng hóa trên phương tiện chứ không thể kiểm tra hết được vì như thế sẽ mất nhiều thời gian* **- PVS đơn vị KDYT biên giới An Giang.**

*Chưa có thông tư liên tịch giữa Bộ y tế, Bộ tài chính- Tổng cục Hải quan về việc phối hợp trong giám sát BTN nhóm A tại cửa khẩu dẫn đến có cửa khẩu phối hợp rất tốt, có cửa khẩu không.* **- PVS đơn vị KDYT biên giới Tây Ninh**

Hoạt động xử lý y tế hiện nay cũng có những điểm hạn chế, trong đó hạn chế lớn nhất là chế tài xử lý các vi phạm quy định kiểm dịch y tế chưa đủ mạnh, đơn vị KDYT cũng không được trao quyền xử lý đối tượng vi phạm quy định kiểm dịch y tế. Bên cạnh đó, nhận thức và ý thức phòng chống BTN của người dân còn hạn chế nên không ủng hộ và gây cản trở hoạt động này.

*Dịch xảy ra nhanh, công tác tuyên truyền hạn chế, nên hành khách chưa hiểu tại sao lại phải phun hóa chất vào phương tiện vận chuyển. Một số tài xế cũng không chịu cho phun hóa chất vào phương tiện, không nộp tiền kiểm dịch, đơn vị phải lập biên bản với sự chứng* *kiến của các bên liên quan, gửi* *thanh tra Sở y tế -* **PVS cán bộ đơn vị KDYT Tây Ninh.**

Tại một số cửa khẩu, cơ sở vật chất của đơn vị kiểm dịch còn khó khăn, cán bộ kiểm dịch phải đi ở nhờ cơ quan khác. Tình trạng thiếu phòng cách ly, thiếu nhân lực, thiếu trang thiết bị, thuốc men, vac xin, sinh phẩm tại một số cửa khẩu cũng là rào cản ảnh hưởng đến việc phát hiện và xử lý y tế đối với người được kiểm dịch tại các cửa khẩu.

*Cửa khẩu quốc tế Bình Hiệp mặc dù có kế hoạch từ 2010 nhưng cho đến nay vẫn chưa xây dựng, cơ sở không có, ọp ẹp; TTB cũng chưa có gì, về nhân lực có 3 cán bộ, việc thăm khám hoàn toàn dựa vào lâm sàng -* **LĐ TTYTDP tỉnh Long An.**

*Nhìn chung hoạt động còn khó khăn, thiếu cán bộ, TTB còn thiếu nhiều -* **PVS cán bộ TTKDYT quốc tế Hà Nội.**

*Nếu có dịch lớn xảy ra, nhân lực như thế này là không đủ, TTB không đủ trong khi cửa khẩu lại cách quá xa trung tâm* ***-* PVS cán bộ KDYT biên giới Nghệ An.**

*Trang thiết bị y tế hỗ trợ phục vụ cho công tác kiểm dịch còn thiếu nhiều -* **PVS cán bộ KDYT biên giới Đồng Tháp**

**Báo cáo số liệu**

*Nhân viên của Viện vẫn chưa được giới thiệu về IHR (đang có kế hoạch xin kinh phí WHO/VN để tập huấn giới thiệu cho cán bộ viện và Sở Y tế, TTYTDP các tỉnh trong năm 2013* **- Đại diện Viện Pasteur TPHCM.**

*Cán bộ không có điều kiện cập nhật kiến thức thường xuyên, thiếu kiến thức về vùng miền; chưa được đào tạo về nghề nghiệp đầy đủ và chưa hiểu đúng về ngành kiểm dịch -* **PVS cán bộ trung tâm KDYTQT Hà Nội.**

*Nhân lực thiếu, chưa được đào tạo cập nhật thông tin thường xuyên nên thiếu đồng bộ trong việc xử lý vi phạm -* **PVS cán bộ đợn vị KDYT Quảng Trị.**

*Khi học trong trường không có bộ môn này nên không được học, khi ra trường mới được đào tạo trong thời gian ngắn nên cần có bộ môn kiểm dịch trong nhà trường. Cán bộ cấn được tập huấn thường xuyên, liên tuc trong suốt thời gian công tác và cần được đào tạo về ngoại ngữ phù hợp với các nước láng giềng và tiếng Anh -* **PVS cán bộ đợn vị KDYT Tây Ninh.**

*“Đắc Lắc chưa có cửa khẩu, cán bộ đa số chưa rõ về điều lệ y tế quốc tế, về tài liệu cũng chưa được cung cấp, nếu muốn tìm hiểu cũng phải mày mò; đơn vị cũng chỉ có 2 người đi tập huấn, và hiện nay cũng chưa có nội dung cụ thể để hoạt động” -* **LĐ TTYTDP Đắc Lắc.**

Tại các cửa khẩu đều có cán bộ phụ trách KDYT trực thường xuyên. Số liệu được cán bộ cửa khẩu báo cáo về đơn vị KDYT. Các đơn vị tổng hợp và báo cáo số liệu cho Sở Y tế, TTYTDP tỉnh và Cục YTDP bằng email trước sau đó gửi theo đường công văn. Những BTN thuộc nhóm A được báo cáo hàng tuần dù không có dịch. Những BTN khác chỉ thực hiện báo cáo tuần khi có dịch, còn khi không có dịch thì thực hiện báo cáo theo tháng, quý, năm.

#### Tập huấn đào tạo cán bộ KDYT

Nhìn chung, các đơn vị KDYT đã tổ chức đào tạo tập huấn về các nội dung quan trọng liên quan đến phòng chống BTN và kiểm dịch y tế biên giới, trong đó chú trọng đến việc phổ biến và cập nhật các văn bản pháp quy về kiểm dịch y tế, tập huấn kỹ thuật phòng chống các bệnh truyền nhiễm phải kiểm dịch và các quy trình xử lý y tế tại cửa khẩu. Đa số các đơn vị KDYT biên giới cũng đã cử cán bộ đi tập huấn về Điều lệ y tế quốc tế (IHR) và 2/3 số đơn vị KDYT biên giới đã triển khai tập huấn về phòng chống BTN mới nổi (APSED) cho đội ngũ cán bộ. Tuy nhiên, một số tỉnh mới chỉ cử 1 - 2 cán bộ đi tập huấn về IHR mà chưa tổ chức tập huấn cho đội ngũ cán bộ KDYT của tỉnh. Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ KDYT tại các tỉnh dự án cho thấy đội ngũ cán bộ KDYT không có điều kiện cập nhật kiến thức về KDYT nên kiến thức của đa số cán bộ kiểm dịch chưa đầy đủ và thiếu cập nhật.

Hoạt động tập huấn về điều lệ y tế quốc tế mới chỉ được triển khai cho cán bộ thuộc các đơn vị kiểm dịch y tế quốc tế mà chưa mở rộng đến cán bộ phòng chống bệnh truyền nhiễm trong hệ thống y tế dự phòng, đặc biệt là ở các huyện biên giới. Đa số lãnh đạo các trung tâm y tế dự phòng tỉnh cho biết cán bộ của họ chưa được tập huấn về điều lệ y tế quốc tế. Nhiều lãnh đạo các TTYT huyện khu vực biên giới cho biết họ chưa bao giờ nghe nói đến vấn đề này. Trong bối cảnh thiếu nhân lực kiểm dịch y tế quốc tế tại các cửa khẩu có lưu lượng người, phương tiện, hàng hóa qua lại đông đúc, việc tập huấn/đào tạo cho cán bộ phòng chống dịch về điều lệ y tế quốc tế và sự phối hợp chặt chẽ giữa cơ quan kiểm dịch và y tế dự phòng có thể tháo gỡ những khó khăn do thiếu nhân lực kiểm dịch y tế tại các cửa khẩu, tăng cường hiệu quả hoạt động phòng chống BTN qua biên giới.

Nhận xét về khả năng đáp ứng điều lệ y tế quốc tế của tỉnh, đa số lãnh đạo đơn vị KDYT các cấp cho rằng Việt nam cần có thêm thời gian để chuẩn bị trước khi chính thức tham gia IHR. LĐ các đơn vị kiểm dịch y tế biên giới tại các tỉnh dự án cũng đều cho rằng địa phương mình chưa đủ điều kiện tham gia thực hiện điều lệ y tế quốc tế do thiếu nhân lực được đào tạo bài bản về KDYT, thiếu thốn CSVC/TTB phục vụ hoạt động KDYT biên giới tại các cửa khẩu. Bên cạnh đó vấn đề hợp tác khu vực trong phòng chống BTN còn rất hạn chế.

*“Hiện Việt Nam đã đáp ứng được khoảng 80 - 90% yêu cầu của IHR. Việt Nam hiện còn đang vướng mắc hai vấn đề là Điều lệ quốc tế yêu cầu thực hiện liên ngành, khai báo về hóa chất và hạt nhân, nhưng hiện chúng ta chưa làm được việc này. Chúng ta có đầu mối quốc gia dựa trên hệ thống sẵn có để thu thập thông tin số liệu. Thực tế là lộ trình này đến năm 2012 là Việt Nam hoàn thiện, nhưng chúng ta xin lùi lại đến năm 2014”* **- LĐ Cục YTDP - BYT**

*“Viện Pasteur HCM cơ bản có thể đáp ứng IHR/APSED tuy nhiên về an toàn sinh học cấp 3 chưa đạt”* ***- Đại diện Viện Pasteur TP HCM****.*

*“Hệ thống y tế VN đã cam kết theo lộ trình thực hiện IHR, tuy nhiên cho đến nay nhiều vấn đề cần phải nỗ lực hơn nữa VD như hệ thống xét nghiệm còn thiếu cả TTB cả nguồn lực và cả về cơ sở vật chất”-* **Đại diện Viện VSDT Tây Nguyên.**

*“Sự phối hợp với các nước trong việc chia sẻ thông tin, hoạt động và giải pháp liên quan đến PCBTN qua biên giới còn hạn chế. Bên cạnh đó vẫn còn các rào cản liên quan đến an ninh và nhiều vấn đề nhạy cảm khác...” -* **Đại diện Viện VSDT Tây Nguyên.**

*“Cho đến nay hệ thống y tế cùa Tỉnh và tỉnh giáp ranh (Việt Nam- Campuchia) chưa kết nối được với nhau”* ***- LĐ TTYTDP Đắc Lắc.***

*“Hệ thống PC BTN chưa đáp ứng IHR về nhân lực (bác sỹ), phòng xét nghiệm không đảm bảo về kỹ thuật và máy móc thiết bị. Cán bộ chưa được tập huấn, đào tạo về IHR” -* **LĐ TTYTDP Lào Cai.**

#### Hoạt động thực hiện mô hình cộng đồng vì sức khỏe

Trong khuôn khổ Dự án phòng chống bệnh truyền nhiễm khu vực tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2, Bộ Y tế đã ban hành tài liệu Hướng dẫn xây dựng Làng sức khỏe (còn gọi là cộng đồng vì sức khỏe). Theo Tổ chức Y tế thế giới, mô hình cộng đồng vì sức khỏe bao gồm 4 bộ tiêu chí chủ yếu: Cộng đồng sức khỏe; Gia đình sức khỏe; Trường học nâng cao sức khỏe và Chợ lành mạnh. Trong mỗi bộ tiêu chí nói trên đều có các tiêu chí cụ thể về chính sách, kinh tế xã hội, cơ sở vật chất và chăm sóc sức khỏe với nhiều nội dung. Thang điểm của mỗi bộ tiêu chí là 100 điểm, được đưa ra nhằm đánh giá khách quan các hoạt động vì sức khỏe của tập thể hoặc hộ gia đình.

Đến thời điểm điều tra, dự án đã triển khai mô hình cộng đồng vì sức khỏe tại 110 làng ở 55 xã của 55 huyện biên giới (xem Bảng PL 73 và Bảng PL 74). Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo các đơn vị YTDP các cấp và lãnh đạo cộng đồng tại 31 xã thực hiện mô hình cộng đồng vì sức khỏe cho thấy mô hình được nhiều lãnh đạo chính quyền, ban ngành và cộng đồng ủng hộ do mô hình hướng đến việc cải thiện chất lượng cuộc sống của cộng đồng, phòng ngừa bệnh tật hiệu quả. Tuy nhiên, đa số các lãnh đạo địa phương đều cho rằng rất khó để triển khai mô hình thành công. Lý do là bộ tiêu chí yêu cầu quá cao, nhiều tiêu chí không phù hợp, đặc biệt là ở địa bàn miền núi, nơi có nhiều người nghèo, người DTTS đang sinh sống.

*“Sau khi chúng tôi đi họp triển khai các tiêu chí này thì chúng tôi đều bác bỏ hết vì thực hiện những tiêu chí này không phù hợp với xã miền núi đặc biệt vùng sâu vùng xa” -* **LĐ TTYT huyện Đakrông - Quảng Trị.**

*“Người Vân Kiều sống ở vùng sâu vùng xa, nhận thức hạn chế và phong tục tập quán lạc hậu nên khó xây dựng được làng văn hóa SK -* **LĐ TTYT huyện Lệ Thủy - Quảng Bình.**

*“Địa bàn rộng, dân cư sống rải rác, truyền thông thực hiện chưa tốt nên hiệu quả chưa được như mong muốn. Tiêu chí về chợ sức khỏe cũng rất khó thực hiện, chợ là nơi tạp nham, dân đến từ tứ phương. Nội quy giữa họ là rất khó khăn” -* **LĐ TTYT huyện Vũ Quang - Hà Tĩnh.**

*“Các tiêu chí đưa ra quá xa vời so với thực tế, vì vùng ưu tiên là vùng giáp biên, là những nơi vốn tiếp cận với dịch vụ y tế thấp, trình độ dân trí thấp, kinh tế khó khăn, giao thông đi lại khó...” -* **LĐ TTYT huyện Thường Xuân - Thanh Hóa.**

*“Xã nào đạt 30 - 40% tiêu chí đã là tích cực. Trong khi đó theo tiến độ dự án đề ra, một năm phải làm được 2 xã, năm sau mở rộng tiếp 2 xã khác, như vậy là rất khó”* **- LĐ BQLDA Nghệ An.**

*“Quy định các khu dân cư, khu phố có nhà văn hóa/nhà sinh hoạt cộng đồng là không phù hợp do trên thực tế triển khai mỗi xã chỉ có 01 nhà văn hoá” -* **LĐ TTYTDP tỉnh An Giang.**

*“Các tiêu chuẩn quá khó trong khi đó dự án lại không có kinh phí hỗ trợ. Bên cạnh đó do địa phương không có đủ khả năng, đủ nguồn lực để thực hiện theo đúng các tiêu chí đó’ -* **LĐ TTYTDP tỉnh Kiên Giang).**

*“Nhiều nơi làm nhà vệ sinh không phù hợp vì không có nước, dân chủ yếu dùng hố xí đào. Bếp làm chung với nhà theo tập quán, khó vận động để tách riêng ra. Nhiều gia đình không quan tâm làm nền và bể chứa phân gia súc cho chuồng trâu...* **- LĐ TTYT huyện Simacai - Lào Cai.**

Các giải pháp nhằm thực hiện thành công mô hình được nhiều cán bộ thực hiện chương trình đưa ra bao gồm: 1) Không nên áp dụng cứng nhắc 1 bộ tiêu chí cho tất cả các địa phương mà phải điều chỉnh linh hoạt một số tiêu chí không phù hợp với vùng miền; 2) Tăng cường truyền thông cho cộng đồng về mô hình cộng đồng vì sức khỏe, có thể lồng ghép hoạt động truyền thông về mô hình với các hoạt động truyền thông về nội dung khác như nông thôn mới, dân số - KHHGĐ, CSSKSS và dinh dưỡng... để tăng tỷ lệ người dân được truyền thông về mô hình, đặc biệt ở các địa bàn miền núi, DTTS và 3) Thời gian thực hiện mô hình nên kéo dài để cải thiện và duy trì hành vi sức khỏe tốt của cộng đồng.

## KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CỘNG ĐỒNG VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TRUYỀN NHIỄM

### Thông tin chung về đối tượng phỏng vấn

Bảng 40. Thông tin chung về đối tượng phỏng vấn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thông tin chung** | **n** | **%** |
| **Tuổi** |  |  |
| * <=20 | 27 | 1,3 |
| * 21-30 | 464 | 21,5 |
| * 31-40 | 577 | 26,7 |
| * 41-50 | 521 | 24,1 |
| * 51-60 | 423 | 19,6 |
| * 61 trở lên | 148 | 6,9 |
| **Giới** |  |  |
| * Nam | 580 | 26,9 |
| * Nữ | 1580 | 73,1 |
| **Dân tộc** |  |  |
| * Kinh | 1656 | 76,7 |
| * Khác | 504 | 23,3 |
| **Học vấn** |  |  |
| * <= THCS | 1527 | 70,7 |
| * >THCS | 633 | 29,3 |
| **Nghề nghiệp** |  |  |
| * Nông, lâm, ngư nghiệp | 1092 | 50,6 |
| * Lao động thủ công, CN | 158 | 7,3 |
| * Buôn bán kinh doanh | 376 | 17,4 |
| * Công chức, viên chức | 143 | 6,6 |
| * Khác | 391 | 18,1 |
| **Tình trạng hôn nhân** |  |  |
| * Đang có vợ chồng | 1949 | 90,2 |
| * Ly dị, Ly hôn | 32 | 1,5 |
| * Goá | 114 | 5,3 |
| * Chưa lập gia đình | 65 | 3,0 |
| **Tình trạng nhà ở hộ GĐ** |  |  |
| * Kiên cố | 1556 | 72,0 |
| * Không kiên cố | 599 | 27,7 |
| * Đang ở nhờ | 5 | 0,2 |
| **Kinh tế hộ GĐ** |  |  |
| * Nghèo | 268 | 12,4 |
| * Cận nghèo | 162 | 7,5 |
| * Không nghèo | 1730 | 80,1 |

Các đối tượng được phỏng vấn chủ yếu đều nằm trong độ tuổi 21 – 60, nhóm tuổi từ 31 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,7%), thấp nhất là nhóm tuổi từ 51 – 60 (19,6%), trong đó nữ giới chiếm gần 3/4 đối tượng tham gia phỏng vấn (73,1%). Trên 75% đối tượng thuộc dân tộc Kinh và gần 1/4 đối tượng thuộc các dân tộc thiểu số. Đa phần đối tượng được phỏng vấn đã học xong THCS (70,7%).

Về nghề nghiệp: hơn một nửa (50,6%) đối tượng nghiên cứu làm nông, lâm, ngư nghiệp; tiếp đến là buôn bán kinh doanh (17,4%); lao động thủ công, công nhân và công chức, viên chức chiếm tỷ lệ tương đương (7,3% và 6,6%); các nghề tự do khác chiếm tỷ lệ khá cao (18,1%).

Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu (90,2%) đều đã có vợ chồng, phần đông đều có nhà ở kiên cố (72,0%) và không thuộc đối tượng nghèo/cận nghèo (80,1%)

### Kiến thức chung của cộng đồng về phòng chống BTN

Biểu đồ 41. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về BTN

Nhìn chung, đa số cộng đồng có kiến thức đúng về đường lây truyền, trung gian truyền bệnh (lần lượt là 82,6%, 76%). Tuy nhiên, chỉ khoảng trên dưới 1/2 số người được phỏng vấn trả lời đúng về định nghĩa bệnh truyền nhiễm và tác nhân gây bệnh (43,6% và 57%).

Ba đường lây truyền được người dân biết đến nhiều nhất là đường hô hấp (70,1%), đường tiêu hóa (54,6%) và đường máu (46,0%). Hơn một nửa (57,3%) số người được phỏng vấn cho biết trung gian truyền bệnh là qua côn trùng đốt. Viêm não Nhật Bản là bệnh truyền nhiễm có thể dự phòng bằng vắc xin được người dân biết đến nhiều nhất với gần 75,0%. Tuy nhiên, một bộ phận không nhỏ số người được hỏi trả lời sai khi cho rằng có thể dự phòng bệnh tả và SXH bằng vắc xin (48,9% và 33,3%) (Xem Bảng PL 76).

Biểu đồ 42. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh SXH Dengue

### Kiến thức phòng chống một số BTN

**Sốt xuất huyết Dengue**

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây nên. Vi rút muỗi *Aedes aegypti* truyền từ người bệnh sang người lành. Kết quả điều tra cho thấy gần 2/3 cộng đồng có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh SXH Dengue (62,5%). Số người hiểu sai hoặc không biết nguyên nhân gây bệnh chiếm trên 1/3 đối tượng trả lời phỏng vấn (37,5%).

Biểu đồ 43. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh SXH Dengue

Có thể thấy kiến thức của người dân về các triệu chứng của bệnh SXH Dengue còn khá nghèo nàn. Đa số đã nhắc đến triệu chứng sốt (80,6%), tuy nhiên số đối tượng nhắc đến triệu chứng phát ban và xuất huyết dưới da/niêm mạc không nhiều mặc dù đây là triệu chứng điển hình của SXH (44,7% và 16,1%). Các triệu chứng khác được rất ít đối tượng đề cập đến. Đặc biệt, vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ người dân không biết gì về triệu chứng bệnh SXH Dengue (12,1%).

Biểu đồ 44. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh SXH Dengue

Kiến thức của người dân trong cộng đồng về các dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh SXH Dengue cũng rất hạn chế. Dấu hiệu cảnh báo nặng được biết đến nhiều nhất là xuất huyết dưới da lan rộng toàn thân cũng chỉ đạt 49,0%. Các dấu hiệu được một số ít đối tượng biết đến là đi tiểu ít, hạ huyết áp và nôn nhiều (dao động dưới 10%). Bên cạnh đó, vẫn còn tới 36,9% đối tượng được phỏng vấn không biết dấu hiệu cảnh báo nặng nào.

Biểu đồ 45. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các biện pháp phòng bệnh SXH Dengue

Kiến thức của người dân về các biện pháp phòng bệnh SXH còn rất hạn chế. Ba loại biện pháp phòng bệnh SXH Dengue phổ biến chỉ được trên 50% cộng đồng biết đến là luôn ngủ màn ban ngày, dọn dẹp nhà cửa ngăn nắp, vệ sinh môi trường sạch sẽ và phun thuốc/dùng nhang/sử dụng đèn, vợt diệt muỗi. Các biện pháp hiệu quả khác được rất ít đối tượng đề cập đến.

Biểu đồ 46. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh SXH Dengue, theo tỉnh

Điểm trung bình kiến thức của người dân về phòng chống sốt xuất huyết Dengue đều thấp dưới mức trung bình ở tất cả các tỉnh. Mức điểm thấp nhất thuộc về các tỉnh miền núi phía Bắc như Điện Biên, Lào Cai và Sơn La (15,6 - 26,1/100 điểm). Mức điểm cao nhất thuộc về Hà Nội (42,4/100 điểm).

**Viêm não Nhật Bản**

Biểu đồ 47. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh VNNB

VNNB là bệnh nhiễm vi rút cấp tính làm tổn thương hệ thần kinh trung ương, thường gặp ở trẻ em dưới 15 tuổi. Nguyên nhân của bệnh do muỗi Culex đốt truyền vi rút gây bệnh từ động vật mang bệnh sang người lành. Đây là một bệnh nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân, tuy nhiên phần lớn người dân hiểu sai hoặc không biết nguyên nhân gây ra bệnh này (86,7%).

Biểu đồ 48. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh VNNB

Tương tự như nguyên nhân gây bệnh, hiểu biết của người dân về các triệu chứng của bệnh VNNB còn khá hạn chế khi có tới 63,1% đối tượng không biết về các triệu trứng của bệnh. Dấu hiệu được nhiều người dân biết đến nhất là sốt cao đột ngột cũng chỉ đạt 31,7%. Các dấu hiệu khác được rất ít đối tượng biết đến.

Biểu đồ 49. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về những dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị VNNB

Kiến thức của người dân về bệnh VNNB rất hạn chế và thể hiện rõ nhất qua nhận thức của họ về những dấu hiệu cảnh báo bệnh nặng ở người bị bệnh. Có tới 70% đối tượng được phỏng vấn không biết bất cứ dấu hiệu cảnh báo nào. Có giật là dấu hiệu được nhiều người biết đến nhất cũng chỉ đạt chưa đến 25%. Tất cả các dấu hiệu cảnh báo bệnh nặng còn lại được người dân biết đến rất với tỷ lệ không đáng kể (dao động dưới 6,5%). Điều này cho thấy, đây là một trong những nội dung quan trọng cần lưu ý khi truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng.

Biểu đồ 50. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các biện pháp phòng bệnh VNNB

Do chưa có hiểu biết đúng về nguyên nhân gây bệnh, các triệu chứng của bệnh cũng như những dấu hiệu cảnh báo bệnh nặng ở người bị bệnh VNNB, kiến thức phòng bệnh của người dân về bệnh VNNB của người dân trong cộng đồng còn rất hạn chế. Có tới gần 40% người dân không biết bất cứ biện pháp phòng chống bệnh VNNB nào. Hai biện pháp được người dân quan tâm nhiều nhất là tiêm vaccine phòng VNNB và luôn luôn ngủ màn ban đêm chống muỗi đốt cũng chỉ chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt là 48,7% và 32.2%).

Biểu đồ 51. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh VNNB, theo tỉnh

Mức điểm rất thấp của cộng đồng ở đa số các tỉnh cho thấy người dân gần như không hiểu gì về bệnh VNNB. Điểm trung bình kiến thức của cộng đồng về phòng chống VNNB chỉ đạt dưới 20/100 điểm ở 19/20 tỉnh. Mức điểm thấp nhất rơi vào các tỉnh phía Nam (<10/100 điểm). Mức điểm cao nhất thuộc về cộng đồng ở Hà Nội (28,9/100 điểm). Điều này cho thấy, các nội dung về triệu chứng, dấu hiệu cảnh báo nặng và biện pháp phòng bệnh VNNB cần được tuyên truyền phổ biến cho người dân ở tất cả các tỉnh dự án.

Biểu đồ 52. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh tả

**Bệnh tả**

Nguyên dân gây bệnh tả là do phẩy khuẩn tả truyền từ người bệnh sang người lành qua đường phân - miệng. Tả là bệnh hay gặp nguy hiểm nhưng tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh không cao (55%). Điều đó có nghĩa 45% người dân hiểu sai hoặc không biết về nguyên nhân gây ra bệnh này.

Biểu đồ 53. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh tả

Trong số các triệu chứng nhận biết bệnh tả, triệu chứng tiêu chảy liên tục nhiều lần trong ngày được đa số người dân trong cộng đồng biết đến (83,5%). Tuy nhiên, một triệu chứng chỉ điểm quan trọng ít được các đối tượng nhắc đến là phân toàn nước, trắng đục như nước vo gạo (24,5%). Các triệu chứng liên quan đến dấu hiệu mất nước nặng khác như mệt lả, mắt trũng, da khô được rất ít người dân biết đến. Điều đáng lưu ý là vẫn còn một bộ phân không nhỏ người dân không biết triệu chứng nào của bệnh tả (12,4%).

Biểu đồ 54. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về những dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh tả

Kết quả điều tra cho thấy, hơn một nửa (54,6%) đối tượng phỏng vấn không biết bất cứ dấu hiệu cảnh báo nặng nào của người bị bệnh tả. Hai dấu hiệu được trên dưới 20% đối tượng đề cập là khát nước và li bì hôn mê. Các dấu hiệu do mất nước nặng khác như huyết áp tụt, ít hoặc không đi tiểu, tay chân lạnh, mạch nhanh, khó bắt chỉ được rất ít người biết đến.

Biểu đồ 55. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các biện pháp phòng bệnh tả

So với kiến thức của người dân trong cộng đồng về nguyên nhân, triệu chứng cũng như nhận biết những dấu hiệu cảnh báo nặng của bệnh tả, kiến thức của họ về cách phòng chống bệnh tả tốt hơn, mặc dù chưa đầy đủ. Hai cách phòng chống bệnh tả được người dân chú ý nhiều nhất là ăn chín và uống nước sôi/sạch (lần lượt là 85,8% và 84,8%). Biện pháp RTXP trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh là một biện pháp đơn giản và hiệu quả nhưng chỉ được 28,8% đối tượng biết đến. Rất nhiều biện pháp phòng bệnh khác mà người dân chưa đề cập đến như không ăn gỏi cá, nem chua, sử dụng nhà tiêu HVS, không dùng phân tươi, diệt ruồi, thu gom rác hàng ngày (dưới 10%).

Biểu đồ 56. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh tả, theo tỉnh

Nhìn chung, điểm kiến thức của người dân trong cộng đồng về phòng chống bệnh tả chỉ đạt dưới mức trung bình ở tất cả các tỉnh. Mức điểm này đặc biệt thấp ở các tỉnh Điện Biên và Lào Cai (13,7 và 18,6/100 điểm). Mức điểm này đạt cao nhất ở Hà Nội (37,7/100 điểm). Các dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh tả là nội dung có rất ít người biết đến và cần được chú trọng trong chương trình truyền thông phòng chống bệnh tả tại các tỉnh dự án.

**Giun truyền qua đất**

Biểu đồ 57. Tỷ lệ cộng đồng biết các loại giun thường mắc ở người

Giun truyền qua đất (GTQĐ) là bệnh rất phổ biến. Các loại giun truyền qua đất bao gồm giun đũa, giun tóc và giun móc. Trong số các loại giun truyền qua đất, giun đũa được người dân biết đến nhiều nhất (66,3%), giun móc và giun tóc có tỷ lệ cộng đồng biết đến thấp (44% và 17,3%). Đáng chú ý là nhiều người dân trong cộng đồng không biết loại giun nào thường mắc ở người (20,8%).

Biểu đồ 58. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh GTQĐ

Nhiễm giun truyền qua đất gây nên tình trạng suy dinh dưỡng, thiếu máu, chậm phát triển về thể lực và tinh thần, tăng nguy cơ bị nhiễm các bệnh khác. Trong số các triệu chứng cụ thể của bệnh giun truyền qua đất, đau bụng vùng quanh rốn hay ở vùng thượng vị là triệu chứng thường gặp và được người dân biết đến nhiều nhất (70,1%), kế đến là da xanh xao (38,4%), gầy còm (31,8%) và buồn nôn (25,3%), các triệu chứng khác được ít người nhắc đến. Điều đáng quan tâm là vẫn còn 12,3% người dân không biết đến triệu chứng nào của bệnh.

Biểu đồ 59. Tỷ lệ người dân biết về các biện pháp phòng bệnh GTQĐ

Kiến thức của người dân về các biện pháp phòng bệnh GTQĐ chưa thực sự đầy đủ khi phần lớn đối tượng chỉ đề cập đến việc ăn chín và uống nước sôi/sạch (79,5% và 78,3%). Để đề phòng bệnh này, điều quan trọng là phải giữ gìn vệ sinh thân thể, vệ sinh ăn uống, thường xuyên rửa tay cho trẻ bằng nước sạch với xà bông trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh, sử dụng nhà tiêu HVS… Tuy nhiên, các biện pháp này chỉ được một số ít người dân đề cập đến. Giun truyền qua đất là bệnh khá phổ biến nhưng kiến thức của người dân vẫn còn nhiều hạn chế. Do đó, việc truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng cần phải đẩy mạnh hơn nữa trong thời gian tới.

Biểu đồ 60. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh giun truyền qua đất, theo tỉnh

Mặc dù là bệnh phổ biến nhưng kiến thức của người dân về GTQĐ chỉ đạt dưới mức trung bình ở tất cả các tỉnh dự án. Điểm kiến thức của người dân tại các tỉnh phía Nam về bệnh GTQĐ thấp hơn nhiều so với các tỉnh khác, đặc biệt là cộng đồng ở Cần Thơ, Trà Vinh, Kiên Giang, Đồng Tháp (dưới 20/100 điểm).

Biểu đồ 61. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng hiểu đúng về nguyên nhân gây bệnh TCM

**Tay chân miệng**

Bệnh tay chân miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra, chủ yếu là Coxsacke virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu đồ trên cho thấy, kiến thức của người dân trong cộng đồng về nguyên nhân gây bệnh tay chân miệng còn rất hạn chế. Tỷ lệ người dân hiểu sai và không biết về bệnh này khá cao (37,8% và 31,3%).

Biểu đồ 62. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh TCM

Ba triệu chứng của bệnh tay chân miệng được người dân biết đến nhiều nhất là phỏng nước/vết loét nhỏ xuất hiện ở miệng, lợi, lưỡi (59,3%); phát ban, phỏng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, gối, mông (51,8%) và sốt nhẹ (48,6%); các triệu chứng khác được rất ít người biết đến. Đáng chú ý là tỷ lệ người dân không biết bất cứ triệu chứng nào của bệnh TCM khá cao (21,1%).

Biểu đồ 63. Tỷ lệ người dân biết về những dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh TCM

Tương tự như các bệnh truyền nhiễm khác, kiến thức của người dân về các dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị bệnh tay chân miệng rất hạn chế. Có tới 46% đối tượng phỏng vấn không biết bất cứ dấu hiệu nào, dấu hiệu được người dân chú ý nhiều nhất là sốt trên 2 ngày, sốt cao trên 39 độ (47,6%). Nhiều dấu hiệu nguy hiểm khác bị bỏ qua là thở nhanh, thở mệt, nôn ói nhiều, giật mình, run tay chân, yếu liệt chân tay (dưới 5%).

Biểu đồ 64. Tỷ lệ người dân biết các biện pháp phòng bệnh TCM

Do tính chất dễ lây lan và hậu quả nghiêm trọng của bệnh nên người dân cần phải biết các biện pháp phòng ngừa. Kết quả điều tra cho thấy, rửa tay cho trẻ nhiều lần trong ngày bằng xà phòng là biện pháp phòng bệnh tay chân miệng được nhiều người đề cập đến nhất (61,5%); kế đến là cho trẻ ăn chín, uống nước chín/sạch (40,2%). Tuy nhiên, do sự hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh cũng như triệu chứng và các dấu hiệu cảnh báo nặng của bệnh còn hạn chế nên vẫn còn 21,1% người dân không biết biện pháp phòng bệnh này.

Biểu đồ 65. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh TCM, theo tỉnh

Điểm TBKT của người dân về bệnh tay chân miệng rất thấp ở tất cả các tỉnh dự án (<=30 điểm), đặc biệt là ở Điện Biên, Hà Tĩnh, Lào Cai, Nghệ An, Quảng Bình, Quảng Trị, Thanh Hóa (dưới 20/100 điểm). Điểm kiến thức trung bình của cộng đồng đạt cao nhất ở Hà Nội (30/100 điểm).

**Cúm A H5N1**

Biểu đồ 66. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về bệnh cúm A H5N1

Cúm A H5N1 là bệnh cúm nguy hiểm và có thể lây từ gia cầm sang người. Mặc dù chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe đã đặc biệt chú trọng đến căn bệnh nguy hiểm này trong những năm qua, vẫn còn trên 1/3 cộng đồng đang hiểu sai hoặc không biết gì về bệnh này (38,5%). Số đối tượng phỏng vấn có hiểu biết đúng về bệnh cúm A H5N1 chỉ đạt 61%.

Biểu đồ 67. Tỷ lệ người dân biết về các đường lây truyền bệnh cúm A H5N1

Đường lây truyền phổ biến của bệnh cúm A H5N1 được nhiều người dân biết đến nhất là tiếp xúc trực tiếp với gia cầm, trứng gia cầm bị bệnh (70,5%) và ăn thịt, trứng của gia cầm chưa được nấu chín (50,2%). Việc tiếp xúc với phân/chất thải của gia cầm bị bệnh, tiếp xúc trực tiếp với người bị bệnh cúm gia cầm, trực tiếp giết mổ gia cầm bệnh, nơi ở gần chuồng trại của gia cầm bệnh cũng là những đường lây cần được chú ý nhưng chưa được nhiều đối tượng đề cập đến (dưới 30,0%).

Biểu đồ 68. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các triệu chứng của bệnh cúm A H5N1

Triệu chứng phổ biến của bệnh cúm A H5N1 được người dân biết đến nhiều nhất là sốt trên 38 độ (66,9%). Các triệu chứng khác như ho, ho khan, đau ngực; đau đầu, nhức cơ; khó thở, tức ngực, thở nhanh, tím tái được biết đến với tỷ lệ thấp hơn (33,6%, 18,9% và 22,4%). Điều đáng chú ý là vẫn còn hơn 1/4 người dân trong cộng đồng không biết bất kỳ triệu chứng nào của bệnh cúm A H5N1.

Biểu đồ 69. Tỷ lệ cộng đồng hiểu đúng về các biện pháp phòng bệnh cúm A H5N1

Khi được hỏi về các biện pháp phòng bệnh cúm A H1N1, biện pháp được đa phần người dân trả lời là không sử dụng gia cầm mắc bệnh hoặc gia cầm chết (71,7%), tiếp theo là rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn, trước khi chế biến thức ăn, sau khi có tiếp xúc với gia cầm (40,4%). Các biện pháp dễ bị bỏ qua là không để chung thịt gia cầm chín, sống, dùng dao, thớt riêng khi thái thịt sống và chín… chiếm tỷ lệ không đáng kể (dưới 4%). Bên cạnh đó, vẫn còn một số người dân không biết đến các biện pháp phòng chống cúm A H1N1 (13,2%).

Biểu đồ 70. Điểm trung bình kiến thức của người dân trong cộng đồng về bệnh cúm A/H5N1, theo tỉnh

Điểm TBKT của người dân về bệnh cúm A/H5N1 ở mức dưới trung bình, trong đó, cao nhất ở Hà Nội (42,3/100 điểm) và thấp nhất ở các tỉnh Điện Biên, Lào Cai, Trà Vinh (dao động từ 20-25/100 điểm).

Biểu đồ 71. Điểm kiến thức trung bình của người dân trong cộng đồng về PCBTN

Nhìn chung, kiến thức của người dân trong cộng đồng về phòng chống BTN còn rất hạn chế. Quy ra điểm trung bình, kiến thức của những đối tượng được phỏng vấn chỉ đạt dưới mức trung bình (26,1/100 điểm). Điểm kiến thức của cộng đồng đặc biệt thấp ở các bệnh viêm não Nhật Bản, tay chân miệng và tả (lần lượt là 15,5/100; 21/100 và 23,8/100). Đây là 3 bệnh cần được truyền thông nâng cao kiến thức cho người dân tại tất cả các tỉnh dự án, đặc biệt là các nội dung: triệu chứng, các dấu hiệu cảnh báo nặng ở người mắc bệnh và các biện pháp phòng bệnh. Ngoài 3 bệnh này,nội dung cần được ưu tiên truyền thông nhiều hơn tại các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, Đông Nam bộ là các dấu hiệu cảnh báo nặng ở người bị SXH Dengue, giun truyền qua đất…

**Tiếp cận thông tin PCBTN**

Biểu đồ 72. Tỷ lệ người dân trong cộng đồng được tiếp cận thông tin PCBTN

TV/radio, đài truyền thanh xã và cán bộ y tế là những nguồn thông tin có tỷ lệ cộng đồng tiếp cận nhiều nhất (86%, 35% và 51%). Nhân viên YTTB cũng là nguồn thông tin được khoảng 1/4 cộng đồng đề cập. Các nguồn thông tin khác có vai trò rất thấp trong việc cung cấp thông tin phòng chống BTN cho cộng đồng (internet, trường học, cán bộ đoàn thể, tài liệu truyền thông...).

**Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống BTN của cộng đồng**

Tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI) được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm của cộng đồng với một số yếu tố. Ở mô hình phân tích dưới đây, biến độc lập là độ tuổi, dân tộc, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế hộ gia đình. Biến phụ thuộc là tỷ lệ người dân có điểm kiến thức cao hơn hoặc bằng 30/100 điểm[[1]](#footnote-1).

Bảng 41. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống BTN của cộng đồng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Biến độc lập*** | ***Tỷ lệ người có điểm kiến thức >=30 điểm*** | ***OR thô (95%CI)*** | ***OR hiệu chỉnh (95%CI)*** | ***P value*** |
| **Tuổi** |  |  |  |  |
| * > 35 | 32,5 | 1 | 1 | >0,05 |
| * <= 35 | 37,0 | 1,22 (1,01 - 1,47) | 1,1 (0,9 - 1,35) |  |
| **Dân tộc** |  |  |  |  |
| * DTTS | 22,2 | 1 | 1 | <0,01 |
| * Kinh | 37,7 | 2,12 (1,68 - 2,67) | 1,54 (1,19 - 1,99) |  |
| **Giới** |  |  |  |  |
| * Nam | 30,9 | 1 | - | >0,05 |
| * Nữ | 35,3 | 1,22 (0,99 - 1,5) | - |  |
| **Học vấn** |  |  |  |  |
| * <= Trung học cơ sở | 26,3 | 1 | 1 | <0,001 |
| * > Trung học cơ sở | 52,8 | 3,13 (2,58 - 3,79) | 2,67 (2,18 - 3,27) |  |
| **Nghề nghiệp** |  |  |  |  |
| * Nông nghiệp | 36,0 | 1 | - | >0,05 |
| * Khác | 32,0 | 0,84 (0,7 -1,0) | - |  |
| **Tình trạng hôn nhân** |  |  |  |  |
| * Đang có vợ /chồng | 34,8 | 1,44 (1,05 - 1,98) | 1,38 (0,99 - 1,92) | >0,05 |
| * Khác | 27,0 | 1 | 1 |  |
| **Điều kiện kinh tế** |  |  |  |  |
| * Nghèo/cận nghèo | 17,2 | 1 | 1 | <0,001 |
| * Không nghèo | 38,3 | 2,98 (2,28 - 3,9) | 2,18 (1,64 - 2,89) |  |

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm của cộng đồng có liên quan đến các yếu tố tuổi, dân tộc, học vấn, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế hộ gia đình. Yếu tố giới và nghề nghiệp không cho thấy mối liên quan nào đến kiến thức của người dân về phòng chống bệnh truyền nhiễm.

Các yếu tố được xác định có liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm của cộng đồng khi phân tích đơn biến đều được đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến. Kết quả cho thấy các yếu tố thực sự có liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm của cộng đồng là yếu tố dân tộc, học vấn và điều kiện kinh tế hộ gia đình. Những đối tượng là người dân tộc Kinh, học vấn từ THPT trở lên và không nghèo có tỷ lệ đạt điểm trung bình kiến thức >=30 điểm cao hơn các nhóm tương ứng lần lượt là 1,54 lần (95%CI: 1,19 -1,99); 2,67 lần (95%CI: 2,18 - 3,27) và 2,18 lần (1,64 - 2,89).

### Thực hành phòng chống BTN và một số yếu tố liên quan

**Thực hành phòng chống BTN của cộng đồng**

Bảng 42. Điều kiện vệ sinh HGĐ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Công trình vệ sinh*** | ***n*** | ***%*** |
| Nguồn nước sinh hoạt chính |  |  |
| * Nước máy | 789 | 36,5 |
| * Nước mưa | 78 | 3,6 |
| * Giếng khoan | 485 | 22,5 |
| * Giếng đào | 475 | 22,0 |
| * Nước suối đầu nguồn | 176 | 8,1 |
| * Khác | 157 | 7,3 |
| * Nguồn nước chính HVS (theo cảm quan) | 1769 | 81,9 |
| Nhà tắm |  |  |
| * Kiên cố | 1350 | 62,5 |
| * Không kiên cố | 481 | 22,3 |
| * Không có | 329 | 15,2 |
| Nhà tiêu |  |  |
| * Tự hoại | 897 | 41,5 |
| * Thấm dội nước | 315 | 14,6 |
| * Hai ngăn | 212 | 9,8 |
| * Một ngăn | 193 | 8,9 |
| * Đào cải tiến | 110 | 5,1 |
| * Biogas | 2 | 0,1 |
| * Khác | 243 | 11,3 |
| * Không có | 188 | 8,7 |
| * Nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh (theo QĐ 01) | 1463 | 74,2 |
| Khu rửa tay |  |  |
| * Có vòi nước | 1746 | 80,8 |
| * Có xà phòng rửa tay | 1457 | 67,5 |

Nguồn nước chính trong nghiên cứu này là nguồn nước được sử dụng nhiều nhất trong ăn uống và sinh hoạt của các hộ gia đình. Điều tra viên phỏng vấn đối tượng kết hợp quan sát trực tiếp nguồn nước để xác định loại nguồn nước và điền vào phiếu điều tra. Kết quả điều tra cho thấy: Nguồn nước sinh hoạt chính chiếm tỷ lệ cao nhất tại các HGĐ là nước máy (36,5%) tiếp đến là giếng khoan (22,5%) và giếng đào (22%). Rất ít hộ gia đình sử dụng nguồn nước chính cho sinh hoạt là nước mưa (3,6%) và nước suối đầu nguồn (8,1%). So với kết quả điều tra vệ sinh môi trường hộ gia đình vùng nông thôn toàn quốc năm 2006, tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước máy cao hơn rất nhiều (36,5% so với 11,7%), tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước giếng khơi cũng giảm đi đáng kể (22% so với 31,2%). Như vậy, tổng cộng có 81,9% hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt chính thuộc loại hợp vệ sinh theo cảm quan (nước không màu, không mùi, không có vị lạ). Điều này có nghĩa là còn gần 20% hộ gia đình được điều tra hiện sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh theo cảm quan.

Trong số hộ gia đình được điều tra, tỷ lệ có nhà tắm khá cao (84,8%), tuy nhiên chỉ có 62,6% HGĐ có nhà tắm kiên cố, số HGĐ còn lại chỉ có nhà tắm tạm hoặc không có nhà tắm. Tỷ lệ hộ gia đình có vòi nước/khu vực rửa tay khá cao (80,8%) và 67,5% hộ gia đình có xà phòng rửa tay tại nơi rửa tay ở thời điểm điều tra.

Đa số HGĐ đã có nhà tiêu (91,3%), số hộ có nhà tiêu tự hoại và thấm dội nước chiếm trên một nửa (56,1%), còn lại là các hộ có nhà tiêu khô nổi (18,7%), khô chìm (5,1%) và biogas (0,1%). Tỷ lệ hộ gia đình trong điều tra này có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh theo QCVN 01: 2011/BYT khá cao (74,2%).

**Hành vi vệ sinh nhà ở và môi trường sống**

Biểu đồ 73. Tỷ lệ HGĐ thường xuyên vệ sinh nhà ở và môi trường sống

Một số hành vi vệ sinh nhà cửa và vệ sinh môi trường sống được cộng đồng thực hiện khá tốt là: thu gom rác hàng ngày và dọn dẹp nhà cửa ngăn nắp, sạch sẽ, vệ sinh chuồng trại (80%), phát quang bụi rậm, lấp cống rãnh ao tù (75,2%), phun thuốc/dùng nhanh/sử dụng đèn, vợt diệt muỗi trong năm 2012 (71%). Tuy nhiên, tỷ lệ gia đình thực hiện các hành vi vệ sinh phòng chống bệnh sốt xuất huyết còn thấp, như: thả cá vào dụng cụ/bể chứa nước để diệt bọ gậy (17,3%), dọn dẹp đồ phế thải chứa nước xung quanh nhà (28,8%), thau rửa dụng cụ chứa nước hàng tuần (45%).

**Hành vi vệ sinh cá nhân**

Biểu đồ 74. Tỷ lệ người dân thường xuyên RTXP vào các thời điểm cần thiết

Rửa tay với xà phòng được coi là cách phòng bệnh có chi phí thấp nhất nhưng mang lại hiệu quả pḥòng các bệnh tiêu chảy, giun sán, nhiễm khuẩn hô hấp cao hơn so với các biện pháp khác trong các chương trình can thiệp về nước sạch và vệ sinh môi trường. Thói quen rửa tay với xà phòng trước khi ăn và sau khi đại, tiểu tiện giúp loại bỏ mầm bệnh theo tay bẩn xâm nhiễm vào thức ăn, nước uống, vào cơ thể gây ra những bệnh tật nguy hiểm cho con người. Kết quả phỏng vấn về hành vi rửa tay với xà phòng tại một số thời điểm cho thấy: 67-69% đối tượng được phỏng vấn nói bản thân thường xuyên rửa tay xà phòng trước khi ăn và thường xuyên rửa tay xà phòng sau khi đi vệ sinh; 55,7% thường xuyên rửa tay xà phòng sau khi tiếp xúc với gia cầm; và 43,5% nói có thường xuyên rửa tay trước khi cho trẻ ăn và sau khi vệ sinh cho trẻ. Điều này cho thấy vẫn còn một bộ phận không nhỏ trong cộng đồng chưa tạo được thói quen thường xuyên rửa tay với xà phòng để phòng bệnh.

**Hành vi ăn uống hợp vệ sinh**

Biểu đồ 75. Tỷ lệ người dân có hành vi ăn uống hợp vệ sinh

Đa số đối tượng phỏng vấn đã thực hiện các hành vi ăn uống hợp vệ sinh để phòng tránh các bệnh đường tiêu hóa và cúm A H5N1. Trên 90% đối tượng phỏng vấn đã thường xuyên ăn chín, thường xuyên uống nước sôi/sạch, sử dụng thịt gia cầm từ nguồn tin cậy, không ăn gỏi cá/nem chua trong năm qua. Tuy nhiên, vẫn còn 15,2% đối tượng ăn tiết canh trong năm qua. Cần tuyên truyền để người dân không ăn tiết canh và không ăn thịt gia cầm mắc bệnh/chết để phòng tránh H5N1 và H1N1.

**Hành vi chế biến thực phẩm hợp vệ sinh**

Biểu đồ 76. Tỷ lệ người dân có hành vi chế biến thực phẩm hợp vệ sinh

Đa số đối tượng phỏng vấn đã có hành vi đúng trong chế biến thực phẩm là không để chung thịt gia cầm chín và sống cùng một ngăn tủ/chạn (84%). Tuy nhiên, vẫn còn khoảng trên 1/3 cộng đồng vẫn chưa sử dụng riêng dao, thớt khi thái thịt sống và thít chín (35,6%). Tỷ lệ người dân có rửa tay với xà phòng trước và sau khi chế biến thức ăn còn thấp (56% và 68,5%).

**Hành vi phòng bệnh cho trẻ**

Biểu đồ 77. Tỷ lệ người dân có hành vi đúng trong phòng bệnh cho trẻ

Hành vi của đối tượng phỏng vấn trong phòng bệnh cho trẻ còn hạn chế. Chưa đến 1/3 đối tượng cho biết thường xuyên vệ sinh đồ chơi, sàn nhà bằng xà phòng (30,8%), gần 1/2 đối tượng cho biết trẻ từ 24-60 tháng tuổi vẫn thường xuyên mút tay hoặc mút/ngậm đồ chơi. Điều đáng mừng là tỷ lệ cao trẻ dưới 10 tuổi được tiêm phòng vắc xin viêm não Nhật Bản và trẻ 24-60 tháng tuổi được uống thuốc tẩy giun trong 6 tháng qua (88,1% và 75,5%)

Biểu đồ 78. Điểm thực hành trung bình của cộng đồng về phòng chống BTN

Điểm thực hành trung bình của cộng đồng về phòng chống bệnh truyền nhiễm ở mức khá (66,3/100 điểm), trong đó điểm cao nhất là hành vi ăn uống hợp vệ sinh (94,7/100 điểm), tiếp đến là điều kiện vệ sinh hộ gia đình (72,1/100 điểm) và hành vi chế biến thực phẩm hợp vệ sinh (68,2/100 điểm). Hành vi vệ sinh cá nhân và vệ sinh nhà ở/môi trường sống chỉ đạt mức trung bình (59/100 điểm và 56,8/100 điểm). Đáng chú ý là hành vi phòng bệnh cho trẻ chỉ đạt mức điểm khá hạn chế (36,8/100 điểm). Đa số các nhóm hành vi nói trên vẫn cần được ưu tiên trong truyền thông giáo dục sức khỏe tại cộng đồng trong giai đoạn tới.

**Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống BTN của cộng đồng**

Bảng 43. Một số yếu tố liên quan đến thực hành PCBTN của cộng đồng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Biến độc lập*** | ***Tỷ lệ người có điểm thực hành tốt (>=70 điểm)*** | ***OR thô (95%CI)*** | ***OR hiệu chỉnh (95%CI)*** | ***P value*** |
| Tuổi |  |  |  |  |
| * > 35 | 51,5 | 1 | - | >0,05 |
| * <= 35 | 47,8 | 0,86 (0,72 - 1,03) | - |  |
| Dân tộc |  |  |  |  |
| * DTTS | 27,6 | 1 | 1 | <0.001 |
| * Kinh | 57,1 | 3,49 (2,81 - 4,34) | 2,38 (1,89 -3,01) |  |
| Giới |  |  |  |  |
| * Nam | 42,8 | 1 | 1 | <0.01 |
| * Nữ | 52,9 | 1,5 (1,24 - 1,82) | 1,45 (1,19 - 1,78) |  |
| Học vấn |  |  |  |  |
| * <= Trung học cơ sở | 45,0 | 1 | 1 | <0.001 |
| * > Trung học cơ sở | 62,7 | 2,06 (1,7 - 2,49) | 1,49 (1,21 - 1,82) |  |
| Nghề nghiệp |  |  |  |  |
| * Nông nghiệp | 39,0 | 1 | 1 | <0.001 |
| * Khác | 62,1 | 2,57 (2,16 - 3,06) | 1,85 (1,53 - 2,22) |  |
| Tình trạng hôn nhân |  |  |  |  |
| * Đang có vợ/chồng | 48,3 | 1 | - | >0,05 |
| * Khác | 50,4 | 1,09 (0,82 - 1,44) | - |  |
| Điều kiện kinh tế |  |  |  |  |
| * Nghèo/cận nghèo | 30,2 | 1 | 1 | <0.001 |
| * Không nghèo | 55,1 | 2,84(2,26 - 3,56) | 1,86 (1,46 - 2,38) |  |

Các biến độc lập được đưa vào phân tích bao gồm yếu tố tuổi, dân tộc, giới, học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố không có mối liên quan nào đến hành vi phòng chống BTN của cộng đồng là yếu tố tuổi và tình trạng hôn nhân. Các yếu tố này đã được loại ra khỏi mô hình phân tích hồi quy đa biến. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố thực sự có liên quan đến hành vi phòng chống BTN của cộng đồng bao gồm các yếu tố dân tộc, giới, học vấn, nghề nghiệp và điều kiện kinh tế, với mức chênh về tỷ lệ đối tượng có điểm thực hành ≥70/100 điểm của nhóm dân tộc Kinh, nữ giới, học vấn từ THPT trở lên, nghề phi nông nghiệp và không nghèo so với các nhóm đối tượng tương ứng lần lượt là 2,38 lần (95%CI: 1,89 - 3,01); 1,45 lần (95% CI: 1,19 - 1,78); 1,49 lần (95%CI: 1,21 – 1,82); 1,85 lần (95%CI: 1,53 – 2,22) và 1,86 lần (95% CI: 1,46 – 2,38).

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

## KẾT LUẬN

**Thông tin hành chính, y tế cơ bản của các tỉnh, huyện triển khai dự án**

* Địa bàn điều tra chủ yếu là các tỉnh biên giới, do đó tỷ lệ xã nghèo, hộ nghèo cao hơn nhiều so với mức bình quân toàn quốc. Các tỉnh có tỷ lệ xã nghèo, hộ nghèo rất cao thuộc về miền núi phía Bắc, Tây Nguyên và một số tỉnh Bắc Trung bộ. Đây cũng là các tỉnh có tỷ lệ cao nhất về chết trẻ dưới 1 tuổi, chết trẻ dưới 5 tuổi, SDD trẻ dưới 5 tuổi.

**Cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng tại các tỉnh, huyện dự án**

* Bệnh lây chiếm khoảng 1/4 và bệnh không lây chiếm khoảng 2/3 trong cơ cấu bệnh tật của các tỉnh/huyện được điều tra. Tại các xã điều tra, bệnh không lây chiếm tỷ lệ rất cao trong cơ cấu bệnh tật (86,1%), bệnh lây và tai nạn thương tích chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp (12,2% và 1,7%).
* Nhóm bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng chiếm tỷ lệ không cao trong cơ cấu bệnh tật của các tỉnh dự án năm 2010 (8,7%), đứng thứ 4 sau nhóm bệnh hô hấp (23,7%), tuần hoàn (10,6%) và tiêu hóa (10,2%). Nhóm bệnh chấn thương, ngộ độc chiếm 5,7% trong tổng số bệnh nhân nhập viện điều trị năm 2010.
* Nhóm bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng chiếm 9,9% nguyên nhân gây tử vong bệnh viện năm 2010 tại các tỉnh dự án, đứng thứ 4 sau các nhóm bệnh hô hấp (18,3%), tuần hoàn (16,7%) và chấn thương - ngộ độc (13,1%).
* Kết quả khám sức khỏe cộng đồng tại 2 tỉnh Sơn La và Đắc Lắc cho thấy tỷ lệ cao người dân có ít nhất 1 vấn đề sức khỏe tại thời điểm khám (73,9%), trong đó số có nhu cầu chăm sóc y tế là 61,5%. Các bệnh răng hàm mặt, tai mũi họng, mắt chiếm tỷ lệ rất cao trong quần thể (52,5%, 44,5% và 26,9%). Nhóm bệnh hệ tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, thần kinh, nội tiết cũng chiếm 1 tỷ lệ không nhỏ trong cộng đồng (lần lượt là 9,2%, 3,7%, 4,9%, 6,7% và 3,9%).

**Tình hình mắc bệnh truyền nhiễm tại các tỉnh, huyện dự án**

Các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là BTN mới nổi/tái nổi như tả, SXH, tay chân miệng, SARS, cúm A/H5N1, cúm A/H1N1, liên cầu lợn,... có diễn biến khá phức tạp tại các tỉnh dự án. Đa số các bệnh này là bệnh nguy hiểm và có nguồn gốc từ động vật:

* Sốt xuất huyết có tỷ lệ mắc trung bình giai đoạn 2006 -2010 tại các tỉnh và các huyện điều tra là 126 và 128/100.000 dân. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều tại các xã điều tra (99/100.000 dân). Phần lớn ca mắc SXH tập trung ở các tỉnh phía Nam và trên 2/3 xảy ra ở trẻ em <15 tuổi. Trong khi đó, đa số trường hợp mắc sốt xuất huyết tại các khu vực khác xảy ra ở người lớn.
* Bệnh cúm AH5N1: trong giai đoạn 2006 - 2010, bệnh cúm A/H5N1 có tổng số ca mắc trên địa bàn dự án là 8 ca, tổng số ca tử vong là 5 ca (62,5%). Các trường hợp mắc rải rác ở Sơn La, Điện Biên, Hà Nội, Thanh Hóa và Đồng Tháp.
* Bệnh tay chân miệng xuất hiện trên địa bàn dự án từ năm 2007. Tỷ lệ mắc tay chân miệng trung bình trong giai đoạn 2007 - 2010 là 7,44/100.000 dân. Tỷ lệ chết/mắc trung bình là 0,11/100.000 dân. Dịch xuất hiện chủ yếu ở các tỉnh phía Nam. Tại các xã điều tra, dịch có xu hướng tăng mạnh từ 2,49/100.000 dân năm 2008 lên 15/100.000 dân năm 2010.
* Bệnh viêm não Nhật bản xuất hiện ở 8/20 tỉnh dự án trong giai đoạn 2006 - 2010. Bệnh có số ca mắc cao năm 2006 (253 ca), sau đó giảm mạnh trong các năm 2007 - 2009, và có xu hướng tăng trở lại vào năm 2010 (100 ca). Tỷ lệ mắc VNNB trung bình trong cả giai đoạn 2006 - 2010 là 0,38/100.000. Tại các xã điều tra, VNNB chỉ được phát hiện năm 2007 và 2008 với tỷ lệ mắc rất thấp (0,1/100.000 dân).
* Bệnh tả bùng phát mạnh vào năm 2007 (918 ca) sau đó giảm mạnh năm 2008 - 2009 và tăng lên vào năm 2010 với 364 ca mắc. Tỷ lệ mắc tả trung bình là 1,4/100.000 dân. Dịch tả tập trung chủ yếu ở các tỉnh phía Bắc, đặc biệt là Hà Nội.
* Bệnh thương hàn có tỷ lệ mắc cao trên địa bàn dự án năm 2006 (7,84/100.000 dân) và có xu hướng giảm dần đến 2010 (2,04/100.000 dân). Bệnh có tỷ lệ mắc bệnh trung bình là 4,47/100.000 dân. Tỷ lệ này cao hơn một chút ở các huyện điều tra (5,44/100.000 dân) và rất thấp ở các xã điều tra (4,47/100.000 dân).

**Kết quả xét nghiệm giun cho trẻ từ 24-60 tháng tuổi và hoạt động phòng chống GTQĐ**

* Kết quả xét nghiệm giun tại cộng đồng cho thấy tỷ lệ thấp trẻ mầm non 24 -60 tháng tuổi nhiễm GTQĐ (8,8%), hầu hết trẻ nhiễm GTQĐ là đơn nhiễm. Cường độ nhiễm GTQĐ của trẻ đều ở mức thấp (1-25 trứng giun đũa/1 g phân và 1-17 trứng giun tóc/g phân).
* Tỷ lệ trẻ từ 2-5 tuổi được tẩy giun tại các tỉnh dự án là 59,7%, 10/20 tỉnh thực hiện tẩy giun cho trên 90% trẻ em. Các tỉnh có tỷ lệ tẩy giun thấp là Thanh Hóa (76,9%), Đồng Tháp (73,8%), An Giang (6,3%), Bến Tre (69%). Chỉ có 6 tỉnh Sơn La, Điện Biên, Lào Cai, Đắc Lắc, Đắc Nông và Quảng Bình thực hiện tẩy giun 2 lần/năm.
* Tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh sản được tẩy giun rất thấp (18,5%). Chỉ có 4/20 tỉnh thực hiện tẩy giun cho phụ nữ tuổi sinh sản, và chỉ thực hiện tẩy giun 1 lần 1 năm.

**Cơ chế, chính sách liên quan đến phòng chống BTN**

* Các văn bản chính sách về phòng chống bệnh truyền nhiễm đã bao phủ các vấn đề cơ bản trong phòng chống dịch, tạo môi trường pháp lý thuận lợi cho hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, vẫn còn một số văn bản chính sách chưa đủ rõ ràng, cụ thể.
  + Chính sách tuyển dụng và đãi ngộ, thu hút cán bộ việc tại hệ thống Dự phòng còn nhiều bất cập ở nhiều địa phương dẫn đến một số đơn vị sự nghiệp y tế không tuyển dụng đủ nhân lực theo quy định do thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính.
  + Các văn bản quy định về chế độ phụ cấp ưu đãi, phụ cấp chống dịch cho cán bộ chưa rõ ràng, chưa tương xứng với lao động đặc thù của Ngành cũng như các chuyên khoa.
  + Chưa có các quy định và hướng dẫn cụ thể về giám sát đối với các bệnh trong phòng chống bệnh truyền nhiễm.
  + Chính sách về ưu tiên, hỗ trợ đào tạo, bồi dưỡng cán bộ cán bộ YTDP nói chung và cán bộ làm công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm nói riêng vẫn còn thiếu.
  + Chính sách cho công bố dịch vẫn còn thiếu một số thông tư cho danh mục các bệnh nhóm B
  + Chưa có chính sách ưu tiên đào tạo cán bộ y tế dự phòng, việc đào tạo kỹ thuật viên y tế dự phòng tại các tỉnh chưa được quan tâm, chưa thu hút được nhân lực làm việc ổn định lâu dài trong các đơn vị của hệ thống.
  + Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2012 của Thủ tướng Chính phủ về việc thực hiện chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch chưa có hướng dẫn thực hiện của Bộ Tài chính, nên khó khăn cho các địa phương khi áp dụng
* Vẫn còn một số đơn vị YTDP tuyến tỉnh/huyện chưa thực hiện đúng chế độ phụ cấp nghề cho cán bộ PCD; chế độ công tác phí; chế độ điều tra xác minh dịch và chế độ trực chống dịch.

**Thực trạng nhân lực phòng chống BTN tại các tỉnh, huyện triển khai dự án**

* Có 28,2 CBYT/10.000 dân tại các tỉnh dự án, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với mức bình quân toàn quốc (39,7/10.000 dân). Hà Nội, Thanh Hóa và Đắc Nông có tỷ lệ cán bộ y tế nữ đặc biệt thấp (19,7% - 36,2%). Số CBYT là người DTTS chiếm 14,8%, tập trung chủ yếu ở các tỉnh miền núi phía Bắc, Quảng Trị và Trà Vinh.
* Tỷ lệ bác sỹ, dược sỹ và điều dưỡng/10,000 dân tại các tỉnh dự án là 4,9; 0,3 và 6,2, rất thấp so với mức bình quân toàn quốc (7,2; 1,76 và 9,4/10.000 dân) và so với chỉ tiêu 5 năm của ngành y tế (7 bác sỹ và 1,2 dược sỹ đại học/10.000 dân).
* Tỷ lệ TYT có bác sỹ chưa cao (67,7% ở các huyện điều tra và 60% ở các xã điều tra), thấp hơn chỉ tiêu 5 năm của ngành y tế (70%). Tỷ lệ TYT có NHS đạt trên 95% ở các huyện và xã điều tra, vượt chỉ tiêu 5 năm của ngành y tế.
* Tính trung bình, mỗi thôn/bản đều có 1 nhân viên YTTB. Tỷ lệ thôn bản có NVYTTB hoạt động khá cao (94,5%). Hà Nội và Lào Cai là 2 tỉnh thành có tỷ lệ này thấp hơn cả (77,2% và 80,7%).
* Chỉ có 12/20 TTYTDP tỉnh đáp ứng nhu cầu nhân lực tối thiểu theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ. Các TTYTDP tỉnh thiếu trầm trọng cán bộ thuộc về Sơn La, Thanh Hóa, Đắc Nông, Quảng Bình. Số cán bộ tối thiểu cần bổ sung tại các TTYTDP tỉnh là 107 cán bộ.
* Chỉ có 36/60 TTYT huyện đáp ứng nhu cầu nhân lực tối thiểu theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ. Các tỉnh có rất ít huyện đạt yêu cầu về số lượng nhân lực y tế là Điện Biên, Nghệ An, Hà Tĩnh, Đắc Lắc, Đắc Nông, Trà Vinh, Kiên Giang và Bến Tre. Số cán bộ tối thiểu cần bổ sung tại các TTYT huyện là 163 cán bộ.
* Tình trạng thiếu bác sỹ và kỹ thuật viên xét nghiệm rất phổ biến ở các đơn vị YTDP tuyến tỉnh/huyện. Số bác sỹ tối thiểu còn thiếu là 141 ở tuyến tỉnh và 100 ở tuyến huyện. Số kỹ thuật viên xét nghiệm tối thiểu còn thiếu là 121 ở tuyến tỉnh và 145 ở tuyến huyện.
* Số TYT có bác sỹ tại 20 tỉnh dự án đạt 57,5%. Các tỉnh có tỷ lệ TYT có bác sỹ rất thấp là Điện Biên, Lào Cai, Nghệ An, Quảng Trị, Đắc Lắc, Tây Ninh (0% - 33%)

**Cơ sở vật chất, trang thiết bị phòng chống BTN tại các tỉnh, huyện triển khai dự án**

* Cơ sở vật chất của các TTYTDP tỉnh còn chưa đạt so với chuẩn thiết kế. Trong đó, 70% không đạt về diện tích xây dựng, 70% không đạt tiêu chuẩn về các hạng mục phụ trợ, 85% không đạt về số phòng làm việc của khoa kiểm soát dịch bệnh và vắc xin sinh phẩm, không trung tâm nào đạt quy định về số phòng KDYT, 85% không đạt tiêu chuẩn về số phòng cho khoa xét nghiệm.
* Cơ sở vật chất của TTYT huyện còn rất khó khăn. Còn 5% TTYT huyện hiện chưa có trụ sở làm việc, 1/3 số TTYT không đạt yêu cầu về diện tích mặt bằng theo chuẩn của Bộ Y; 61,7% TTYT không có ô tô chuyên dụng phục vụ PCD; 80% TTYT không có đủ các khoa phòng chuyên môn 85% TTYT không có đủ các hạng mục phụ trợ; 95% TTYT không có đủ số phòng cho khoa xét nghiệm; 96,7% TTYT không có đủ các khoa phòng chuyên môn.
* Trang thiết bị cơ bản phục vụ hoạt động PCD: 100% TTYTDP tỉnh có đủ trang thiết bị cơ bản: máy tính, nối mạng internet, điện thoại, fax, ô tô chuyên dụng. Tuy nhiên, chỉ có 90% TTYT huyện có nối mạng internet và chỉ có 38,3% TTYT có ô tô chuyên dụng phục vụ PCD. Đối với tuyến xã, đa số TYT có điện thoại (95%) và máy tính (89,2%).
* Trang thiết bị chuyên dụng phòng chống dịch còn rất thiếu thốn ở tuyến tỉnh và tuyến huyện, không TTYTDP tỉnh nào có đủ các trang thiết bị phòng chống bệnh truyền nhiễm theo quy định. Tính trung bình, mỗi TTYTDP tỉnh chỉ đạt 47,7% TTB PCD và mỗi TTYT huyện chỉ đạt dưới 30% về số TTB. Trong đó thấp nhất là các huyện ở Sơn La (6,5%) và cao nhất là các huyện tại Hà Nội (27,4%).
* TTB xét nghiệm tại TTYTDP tỉnh còn thiếu khá nhiều, số đơn vị có máy PCR, máy điện di GEL, máy sắc ký lỏng cao áp, máy quang phổ hấp phụ nguyên tử, kính hiển vi huỳnh quang, máy soi GEL, kính hiển vi soi nổi lần lượt là 80%, 65%, 65%, 55%, 50%, 50% và 40%. Tại tuyến huyện, không đơn vị nào có đủ TTB xét nghiệm theo quy định. 100% đơn vị không có máy khuấy từ, 90% không có máy hút ẩm, 88% không có tủ an toàn sinh học cấp 2,87% không có bộ xét nghiệm côn trùng, 42% không có bộ xét nghiệm ký sinh trùng...

**Hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm tại tỉnh, huyện dự án**

* Hệ thống giám sát BTN có cấu trúc và cơ chế hoạt động rõ ràng và thống nhất ở tất cả các tỉnh, đa số đơn vị YTDP tỉnh/huyện đã thành lập tổ chuyên trách giám sát (80% và 86,7%). Sau Thông tư 48/2010, hệ thống đã có đầy đủ thành phần tham gia, hiệu quả hoạt động đã cải thiện nhiều so với trước.
* Đa số đơn vị YTDP các tuyến thực hiện báo cáo tuần và báo cáo tháng đầy đủ và đúng hạn. Tuy nhiên, vẫn còn một số TYT xã nộp báo cáo tuần không đúng hạn hoặc không nộp báo cáo tuần. Đa số các TYT này nằm ở vùng sâu, vùng xa, không có điều kiện sử dụng internet, điều kiện giao thông không thuận tiện.
* Khoảng trên một nửa số đơn vị YTDP tỉnh/huyện đã thực hiện phân tích số liệu theo thời gian, địa điểm, con người. Tỷ lệ cao đơn vị YTDP tỉnh/huyện đã vẽ bản đồ vùng dịch và biểu đồ mô tả xu hướng một số dịch bệnh xảy ra trên địa bàn.
* Số vụ nghi dịch được các đơn vị YTDP tỉnh/huyện điều tra đáp ứng trong vòng 48 giờ đạt tỷ lệ chưa cao (87,6% và 68,1%). Đa số các vụ nghi dịch được chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng. Số vụ được chẩn đoán dựa vào xét nghiệm chỉ chiếm dưới 10%.
* Hoạt động chuẩn bị đáp ứng dịch khá tốt tại các tỉnh dự án. 100% có bản kế hoạch dự phòng và đáp ứng dịch, có cơ số chống dịch vào mọi thời điểm trong năm qua, có đội cơ động chống dịch với đầy đủ thành phần theo quy định. Một số tỉnh và huyện chưa có kinh phí riêng cho hoạt động giám sát phòng chống dịch. Kinh phí cho giám sát và phòng chống dịch chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế ở cả tuyến tỉnh, huyện và xã.
* Năng lực xét nghiệm chẩn đoán BTN gây dịch của các đơn vị YTDP tỉnh huyện còn khá hạn chế. Đa số đơn vị YTDP tỉnh mới chỉ thực hiện được các test chẩn đoán nhanh, phân lập vi khuẩn trong một số bệnh tả, lỵ, thương hàn, Ecoli. Phân lập các vi khuẩn khác hoặc làm kháng sinh đồ được rất ít đơn vị tuyến tỉnh thực hiện được. Tuyến huyện chưa thực hiện được các xét nghiệm chẩn ddoán xác định ca bệnh.
* Hệ thống phòng chống BTN cũng có một số điểm hạn chế: Nhiều cơ sở y tế tư nhân, bệnh viện bộ/ngành, các đơn vị y tế cơ quan/doanh nghiệp chưa tích cực tham gia báo cáo số liệu cho hệ thống giám sát BTN; Chưa có đầy đủ tài liệu hướng dẫn giám sát cho tất cả các bệnh, đặc biệt là các bệnh truyền nhiễm mới nổi. Tình trạng thiếu nhân lực có trình độ chuyên môn tốt, thiếu TTB, thiếu kinh phí hoạt động tại các đơn vị YTDP, đặc biệt là tuyến huyện vẫn là những rào cản ảnh hưởng đến khả năng phát hiện sớm và đáp ứng kịp thời với BTN nói chung và bệnh mới nổi nói riêng.
* Hệ thống KDYT biên giới đã hình thành cấu trúc và quy chế hoạt động rõ ràng. Tuy nhiên, do thiếu nhân lực, TTB và sự phối hợp liên ngành chưa chặt chẽ ở một số cửa khẩu nên hoạt động kiểm dịch còn bỏ sót nhiều đối tượng, đặc biệt là phương tiện vận tải, hàng hóa cần kiểm dịch.
* Bộ tiêu chí đánh giá thực hiện mô hình cộng đồng vì sức khỏe được cho là yêu cầu quá cao, không phù hợp với nhiều địa phương, đặc biệt là các xã miền núi, DTTS...

**Kiến thức, thực hành của người dân về phòng chống BTN tại địa bàn dự án**

* Kiến thức của cộng đồng về phòng chống BTN còn khá hạn chế, đặc biệt rất yếu về các bệnh VNNB, tả, TCM. Tỷ lệ rất thấp đối tượng trả lời đúng về nguyên nhân gây bệnh, các triệu chứng chính và biện pháp phòng bệnh. Điểm trung bình kiến thức PCBTN của cộng đồng chỉ đạt 26,1/100 điểm. Kiến thức phòng chống bệnh truyền nhiễm của cộng đồng có liên quan đến yếu tố dân tộc, học vấn và điều kiện kinh tế hộ gia đình. Những đối tượng là người dân tộc Kinh, học vấn từ THPT trở lên và không nghèo có tỷ lệ đạt điểm trung bình kiến thức ≥ 30 điểm cao hơn các nhóm tương ứng lần lượt là 1,54 lần, 2,67 lần và 2,18 lần.
* Mặc dù có kiến thức PCBTN hạn chế, hành vi của cộng đồng về phòng chống BTN đạt mức khá. Điểm trung bình thực hành PCBTN của cộng đồng là 66,3/100 điểm. Hành vi phòng bệnh cho trẻ chưa được người dân trong cộng đồng quan tâm khi điểm thực hành chỉ đạt dưới mức trung bình (36,8/100 điểm). Các yếu tố dân tộc, giới, học vấn, nghề nghiệp và điều kiện kinh tế có liên quan đến hành vi PCBTN của cộng đồng, mức chênh về tỷ lệ đối tượng có điểm thực hành ≥ 70/100 điểm của nhóm dân tộc Kinh, nữ giới, học vấn từ THPT trở lên, nghề phi nông nghiệp và không nghèo so với các nhóm đối tượng tương ứng lần lượt là 2,38; 1,45 lần; 1,49 lần; 1,85 lần và 1,86 lần.

1. *Do điểm kiến thức của cộng đồng rất thấp nên mốc 30/100 điểm được chọn để so sánh kiến thức giữa các nhóm đối tượng có yếu tố đặc trưng cơ bản khác nhau. Nếu chọn mốc so sánh cao hơn, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa do tỷ lệ đối tượng đáp ứng điều kiện đưa ra quá thấp.*  [↑](#footnote-ref-1)