

- based algorithm. Liver Transplantation. 2015;21(2):169-179. doi:10.1002/lt.24030
3. **Trần Thị Hằng.** Đặc điểm rối loạn đông máu và bước đầu nhận xét hiệu quả ứng dụng Rotem trên bệnh nhân ghép gan từ người cho chết não tại Bệnh viện Việt Đức. Y học Việt Nam. Published online April 17, 2018.
 4. **Hashir A, Singh SA, Krishnan G, Subramanian R, Gupta S.** Correlation of early ROTEM parameters with conventional coagulation tests in patients with chronic liver disease undergoing liver transplant. Indian J Anaesth. 2019;63(1):21-25. doi:10.4103/ija.IJA_334_18
 5. **Chow JH, Lee K, Abuelkasem E, Udekwu OR, Tanaka KA.** Coagulation Management During Liver Transplantation: Use of Fibrinogen Concentrate, Recombinant Activated Factor VII, Prothrombin Complex Concentrate, and Antifibrinolytics. Semin Cardiothorac Vasc Anesth. 2018;22(2):164-173. doi:10.1177/1089253217739689
 6. **Dumitrescu G, Januszkiewicz A, Ågren A, Magnusson M, Wahlin S, Wernerman J.** Thromboelastometry. Medicine (Baltimore). 2017; 96(23):e7101. doi:10.1097/ MD.00000000000007101
 7. **Kim B, Quan ML, Goh RY, et al.** Comparison of Prolonged Prothrombin and Activated Partial Thromboplastin Time Results With Thrombelastograph Parameters. Lab Med. 2013;44(4):319-323. doi:10.1309/LM2KBXKISKD9B1EA
 8. **Kamel Y, Hassanin A, Ahmed AR, et al.** Perioperative Thromboelastometry for Adult Living Donor Liver Transplant Recipients with a Tendency to Hypercoagulability: A Prospective Observational Cohort Study. TMH. 2018;45(6):404-412. doi:10.1159/000489605

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG - GIÁO DỤC SỨC KHỎE PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CHO NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI 4 XÃ THUỘC HUYỆN ĐẠI TỪ, TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2018

Bùi Duy Hưng¹, Nguyễn Công Trình², Nguyễn Minh Tuấn¹,
Hạc Văn Vinh³, Lê Hải Yến¹, Dương Thị Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tay chân miệng cho nhân viên y tế tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng. Chọn mẫu chủ đích toàn bộ nhân viên y tế xã (cán bộ y tế và y tế thôn bản) của 4 xã Hoàng Nông, Bản Ngoại, Khôi Kỳ và Bình Thuận tại Huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên. **Kết quả:** 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%. **Kết luận:** Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế tuyến xã. Trong đó cần chú trọng 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.

Từ khóa: Nhân viên y tế; Giáo dục sức khỏe; Phòng bệnh; Bệnh tay chân miệng.

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

²CTCP Bệnh viện Quốc tế Công Vinh, Hiệp Hòa, Bắc Giang

³ Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hưng

Email: buiduyhungyhcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 22.4.2022

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE COMMUNICATION SKILLS - HEALTH EDUCATION OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE PREVENTION FOR HEALTH WORKERS IN 4 COMMUNES OF DAI TU DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE 2018

Objective: The objective of this study was to evaluate the effectiveness of interventions to improve communication skills - health education of HFM prevention for health workers in 4 communes of Daitu district in Thai Nguyen. **Methods:** The interventional study design was applied in this study. All of healthcare staffs and health workers in 4 communes of Daitu districts were recruited in this study. **Results:** Intervention effectiveness of health workers: in terms of knowledge, attitude, and practice, respectively 0.1%; 28.5% and 34.4%; on counseling, talking about health 37.8%, and 41.6%, respectively. **Conclusions:** To effectively prevent hand, foot and mouth disease, it is necessary to improve health communication and education for health workers at commune level. In which, it is necessary to focus on building programs to update knowledge and skills to prevent hand, foot and mouth disease suitable for each audience to maximize the participation of the community

Keywords: health workers; Health education; Prevention; Hand, foot and mouth disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 37,5°C), biếng ăn, mệt mỏi, đau họng, loét miệng hoặc bong 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 [1], [6].

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 [7], [10]. Bệnh thường tự khỏi, tuy nhiên trong những năm gần đây đã có nhiều người bệnh TCM tử vong. Tại Trung Quốc, chỉ tính năm 2009 đã có 353 trẻ tử vong, năm 2010 số tử vong đã tăng lên 876 trẻ, năm 2011 số tử vong là 506 trẻ. Nếu chỉ tính riêng số trẻ tử vong trên số trẻ mắc bệnh nặng thì tỷ lệ này là 2,6-6,2% [8]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế, trường hợp mắc bệnh TCM đầu tiên được phát hiện vào năm 2003 và bệnh có xu hướng tăng dần theo thời gian. Bệnh TCM chính thức được đưa vào hệ thống báo cáo thường quy của Bộ Y tế từ năm 2011. 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, trường hợp tử vong ở trẻ dưới 3 tuổi là 79,6% [2]. Hiện nay, bệnh TCM chưa có vắc xin dự phòng và thuốc điều trị đặc hiệu chủ yếu là điều trị triệu chứng và biến chứng.

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 còn chưa cao. Dịch bệnh tay chân miệng bùng phát tại Thái Nguyên từ năm 2011 với 236 ca mắc tay chân miệng được giám sát và liên tục là bệnh có tỷ lệ mắc cao trong những năm gần đây. Trên 9 huyện thành của tỉnh Thái Nguyên thì huyện Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc cao nhất trong năm 2011-2015[4]. Dịch bệnh gia tăng đồng nghĩa với việc cần một lực lượng y tế dự phòng mạnh. Mặt khác, công tác phòng chống dịch bệnh của Thái Nguyên vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn, nhất là tại tuyến huyện. Điều này chỉ ra sự cần thiết của việc áp dụng một số biện pháp can thiệp nhằm hỗ trợ tuyến y tế cơ sở nâng cao năng lực phòng chống dịch trong phòng bệnh tay chân miệng trong đó có kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK). Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ*

năng truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tay chân miệng cho nhân viên y tế tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế xã bao gồm cán bộ y tế và y tế thôn bản

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại từ, tỉnh Thái Nguyên, là huyện thuộc địa bàn miền núi, có tỷ lệ mắc bệnh TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2018 - 4/2018

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, thiết kế so sánh trước sau và có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu chủ đích toàn bộ NVYT xã bao gồm cán bộ y tế (CBYT) và y tế thôn bản (YTTB). Sau đó phân chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm can thiệp: 55 NVYT của xã Hoàng Nông và Bản Ngoại gồm 15 CBYT và 40 YTTB

+ Nhóm đối chứng: 53 NVYT của xã Khôi Kỳ và Bình Thuận gồm 14 CBYT và 39 YTTB

2.3.3. Nội dung can thiệp: Tập huấn kiến thức về bệnh TCM cho NVYT xã; Kỹ năng thực hành nói chuyện, tư vấn về phòng chống bệnh TCM

2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của NVYT được xây dựng bởi nghiên cứu viên, được thử nghiệm điều tra và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu. Bộ công cụ 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 (đúng 1 điểm, sai hoặc không có ý kiến 0 điểm). Tiếp theo tính tổng điểm cho từng biến: kiến thức, thái độ, thực hành. Phân loại theo 3 mức, theo thang điểm Bloom: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Mức độ tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém.

- Kỹ năng thực hành của NVYT trong nâng cao sức khỏe (NCSK), tư vấn sức khỏe (TVSK) về phòng bệnh TCM được tính dựa vào tỷ lệ phần % và phân loại theo 3 mức theo thang điểm Bloom: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Mức độ tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém.

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

Chỉ số hiệu quả (CSHQ):

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

Trong đó: CSHQ: Chỉ số hiệu quả
 p₁: Tỷ lệ chỉ số nghiên cứu trước can thiệp
 p₂: 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
2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp NVYT về bệnh tay chân miệng dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị.
2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 3.1. Sự thay đổi về KAP của NVYT xã về phòng chống TCM

Đối tượng	KAP	Nhóm CT (%)		Nhóm ĐC (%)		p
		Trước (1)	Sau (2)	Trước (3)	Sau (4)	
CBYT	Kiến thức tốt	8(53,3%)	10(66,7%)	12(85,7%)	10(71,4%)	p _{1,2} (TB-TH) < 0,05 p _{3,4} > 0,05 p _{1,3} > 0,05 p _{2,4} > 0,05
	Thái độ tốt	7(46,7%)	13(81,3%)	9(64,3%)	11(78,6%)	
	Thực hành tốt	6(40%)	12(80,0%)	7(50%)	8(57,1%)	
YTTB	Kiến thức tốt	21(52,5%)	30(75%)	19(48,7%)	21(53,8%)	p _{1,2} (KT-TH) < 0,05 p _{3,4} > 0,05 p _{1,3} > 0,05 p _{2,4} (KT-TH) < 0,05
	Thái độ tốt	26(65%)	32(80%)	25(64,1%)	24(61,5%)	
	Thực hành tốt	6(15%)	17(42,5%)	8(20,5%)	8(20,5%)	

Nhận xét: KAP của CBYT tại 02 xã can thiệp 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 81,3% với p < 0,05. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 80,0% với p < 0,05.

KAP của YTTB tại 02 xã can thiệp 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 42,5% với p < 0,05.

Bảng 3.2. 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: Chỉ số hiệu quả 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%. Hiệu quả can thiệp về KAP lần lượt 0,1%, 28,5% và 34,4%.

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

Bảng 3.3. Sự thay đổi kỹ năng TT- GDSK của NVYT về phòng chống TCM

Kỹ năng	Địa điểm	Nhóm đối chứng	Nhóm can thiệp	p
	Sau can thiệp	8 (15,1%)	19 (34,5%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Nói chuyện sức khỏe (Tốt)	Trước can thiệp	12 (22,6%)	13 (23,6%)	> 0,05
	Sau can thiệp	12 (22,6%)	24 (43,6%)	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Kỹ năng tư vấn, nói chuyện sức khỏe tăng lên sau can thiệp. Với tư vấn sức khỏe từ 18,2% lên 34,5% với p < 0,05. Còn kỹ năng nói chuyện sức khỏe 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 3.4. 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 sức khỏe	47,4	9,6	37,8
Nói chuyện sức khỏe	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%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng KAP của CBYT cơ sở tại 02 xã can thiệp 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 81,3% với $p < 0,05$. Thực hành của CBYT thay đổi tương đối rõ rệt tăng từ 40% lên 80% 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 [3], [5], [9]. 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 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 42,5% với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [3], [5], [9]. 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%.

Kỹ năng tư vấn, nói chuyện sức khỏe 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 nói chuyện sức khỏe 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 nói chuyện sức khỏe ở giai đoạn trước và sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả 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 nói chuyện sức khỏe lần lượt 37,8%, và 41,6%. 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 để duy trì các hoạt động can thiệp ở địa 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. Cần có qui định cho NVYT xã, thôn những người trực tiếp thực hiện chăm sóc sức khỏe lồng ghép giáo dục trong công việc hàng ngày, tạo được thói quen nghề nghiệp về TT-GDSK và nên xây dựng các chỉ tiêu cụ thể về TT-GDSK cho mỗi NVYT xã, thôn.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp của nhân viên y tế xã: 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%.

KIẾN NGHỊ. Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế tuyến xã. Trong đó cần chú trọng 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- WHO (2011)**, A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD), Switzerland.
- WHO (2013)**, A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD), Switzerland.
- 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 Sekau resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012, Faculty of Medicine and Health Science, University Malaysia Sarawak, Malaysia.