

Kết quả can thiệp về vệ sinh tay tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa, năm 2014

Dương Nữ Tường Vy¹, Nguyễn Thanh Hương²

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh. Vệ sinh tay (VST) của nhân viên y tế (NVYT) trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh nhân luôn được coi là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất, có thể làm giảm 50% nguy cơ NKBV ở người bệnh. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả can thiệp VST của NVYT tại 7 khoa lâm sàng, Bệnh viện đa khoa Khánh Hòa dựa trên quan sát toàn bộ 214 bác sĩ, điều dưỡng trước và sau khi can thiệp tại 7 khoa lâm sàng. Kết quả chỉ rõ mức độ tuân thủ VST tăng từ 14,8% (trước can thiệp) lên 43,9% (sau can thiệp) ($p < 0,01$). Đặc biệt khoa ngoại thần kinh có sự thay đổi về tuân thủ VST cao nhất là 61,4% (từ 5,3% lên 66,7%), trong khi đó khoa ngoại lồng ngực thay đổi ít nhất chỉ là 10,3%. Trong số NVYT thực hiện tuân thủ VST tỷ lệ VST đúng quy trình tăng từ 62,1% lên 82,3% ($p < 0,01$). Bệnh viện cần tiếp tục duy trì các giải pháp can thiệp đã thực hiện, tập huấn lại về công tác VST cho NVYT 6 tháng/lần, lãnh đạo khoa cần nhắc nhở thường xuyên trong các buổi giao ban về việc tăng cường tuân thủ VST; khoa kiểm soát nhiễm khuẩn phối hợp chặt chẽ với mạng lưới tại các khoa lâm sàng để kiểm tra, giám sát NVYT tuân thủ thực hành VST theo định kỳ và đột xuất và đưa kết quả kiểm tra VST vào xét duyệt thi đua hàng tháng.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, vệ sinh tay, can thiệp.

Results of the intervention on hand hygiene at the Khanh Hoa general hospital in 2014

Duong Nu Tuong Vy¹, Nguyen Thanh Huong²

Nosocomial infection is one of leading causes threatening patient safety. Hand hygiene (HH) before and after contacting with patients is considered as simplest and most cost-effective solution which can reduce the risk of nosocomial infection by 50%. This study aims to evaluate the intervention on HH of doctors and nurses at 7 clinical departments in Khanh Hoa general hospital based on observations of all 214 doctors and nurses before and after intervention. Study findings show that HH compliance rate

increases from 14.8% to 43.9% ($p < 0.01$). The neurosurgery department has the highest HH increasing rate of 61.4% (from 5.3% to 66.7%) while the department of thoracic surgery has the lowest HH increasing rate of 10.3% only. Of those staff complying HH, the rate of correct practice increases from 62.1% to 82.3% ($p < 0.01$). The hospital should maintain those interventions, and conduct continuous training on HH for all staff every 6 months. The departments' leaders need to regularly remind on HH during department meetings while the department of infection control in collaboration with infection control network among clinical departments conducts HH control and supervision periodically and extraordinarily, and includes these results into criteria for monthly staff work performance assessment.

Key words: nosocomial infection, hand hygiene, evaluate, intervention

Tác giả:

1. Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn - Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa
2. Trường Đại học Y tế Công cộng

1. Đặt vấn đề

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là “những nhiễm khuẩn người bệnh mắc phải trong thời gian điều trị tại bệnh viện mà thời điểm nhập viện không thấy có yếu tố nhiễm khuẩn hay ủ bệnh nào. NKBV thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện” [15]. NKBV là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh, làm tăng tỷ lệ người bệnh tử vong, tăng ngày nằm điều trị, tăng chi phí dùng thuốc và tăng gánh nặng bệnh tật cho cả người bệnh và hệ thống y tế ở tất cả các nước trên thế giới. Tỷ lệ NKBV ở các nước Châu Âu và khu vực Tây Thái Bình Dương là từ 7,7% - 9,0%; khu vực Trung Đông, Đông Nam Á từ 10% - 11,8% và tại Mỹ khoảng 5% [13]. Năm 2007 tại Việt Nam, theo Bộ Y tế (BYT) tỷ lệ NKBV giao động từ 5,8% - 8,1% [9]. Nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2010 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ là 6,7%, thời gian nằm viện trung bình tăng lên 11,4 ngày, chi phí điều trị trung bình tăng 3,1 triệu đồng so với chi phí của bệnh nhân không mắc nhiễm khuẩn vết mổ [5].

Nghiên cứu cho thấy bàn tay NVYT là nguyên nhân chủ yếu nhất gây nên NKBV [7]. Vệ sinh tay (VST) trước và sau khi tiếp xúc với mỗi bệnh

nhân luôn được coi là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất, có thể làm giảm 50% nguy cơ NKBV ở người bệnh [5]. Lục Thị Thu Quỳnh và cộng sự đã đánh giá kết quả của hoạt động can thiệp thúc đẩy tuân thủ VST tại bệnh viện Nhi Trung Ương, trong đó đối tượng là toàn bộ nhân viên 3 khoa: Hồi sức ngoại, Hồi sức cấp cứu và Sơ sinh. Nghiên cứu cho thấy, ở giai đoạn một, khi tỷ lệ tuân thủ VST tăng từ 33,3% lên 55,8% thì NKBV giảm từ 11,5% xuống còn 6,77% và tương tự ở giai đoạn hai, khi tỷ lệ tuân thủ VST tăng từ 55,8% lên 61,9% thì NKBV giảm từ 6,77% xuống còn 3,69% [10].

Tại Việt Nam, trong thời gian đầu triển khai các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) bệnh viện theo thông tư 18/2009/TT- BYT [2] về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong đó có VST, phần lớn các bệnh viện không chỉ thiếu phương tiện VST như: bồn rửa tay, dung dịch rửa tay, khăn lau tay, dung dịch sát khuẩn tay nhanh... mà thực hành VST của NVYT cũng chưa được tuân thủ tốt [7]. Tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT chỉ đạt từ 0%-22,1% và trung bình là 12% [4].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa đã triển khai công tác VST theo thông tư 18/2009/TT- BYT từ

đầu năm 2010 do hội đồng KSNK, mạng lưới KSNK và khoa KSNK cùng phối hợp thực hiện. Song song với công tác VST bệnh viện cũng đã tiến hành giám sát NKBV nhưng vẫn còn gặp nhiều khó khăn do thiếu phương tiện, NVYT thiếu kiến thức về KSNK và thực tế tỷ lệ tuân thủ quy định VST của NVYT còn rất thấp. Theo số liệu báo cáo vào cuối năm 2013 của khoa KSNK tỷ lệ tuân thủ quy định VST tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa chỉ đạt 11,9% [1]. Từ tình hình thực tế này việc tiến hành can thiệp nhằm triển khai các giải pháp khả thi để tăng cường VST tại bệnh viện Khánh Hòa là hết sức cần thiết. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thay đổi việc tuân thủ VST trước và sau can thiệp làm cơ sở cho việc tiếp tục duy trì và cải thiện công tác KSNK tại Bệnh viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu can thiệp với thiết kế tiền thực nghiệm có đánh giá trước và sau không có nhóm so sánh được thực hiện tại 7 khoa lâm sàng gồm Hồi sức tích cực - Chống độc (HSTC-CD), Ngoại tổng quát (NTQ), Ngoại chấn thương chỉnh hình-bổ (NCTCH-B), Ngoại thần kinh (NTK), Ngoại cột sống (NCS), Ngoại lồng ngực (NLN) và khoa Nhi của Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa vào năm 2014. Các khoa này được ưu tiên lựa chọn thực hiện can thiệp do có nhiều bệnh nhân nặng nên các NVYT phải thực hiện nhiều thao tác kỹ thuật chăm sóc người bệnh. Nghiên cứu được chia làm 3 giai đoạn: mô tả thực trạng trước can thiệp (tháng 4); giai đoạn can thiệp (tháng 5) và đánh giá kết quả sau can thiệp (tháng 6).

Để đánh giá kết quả can thiệp VST, nghiên cứu sử dụng 2 chỉ số theo hướng dẫn của WHO và BHYT là: *Tỷ lệ tuân thủ VST (%)* được tính bằng tổng số tình huống có VST trên tổng số tình huống cần VST; và *Tỷ lệ tuân thủ VST đúng quy trình (%)* được tính bằng tổng số tình huống VST đúng quy trình trên tổng số tình huống có VST [8]. Nhóm quan sát gồm 7 thành viên tổ Giám sát của khoa KSNK sử dụng bảng kiểm về VST được xây dựng dựa trên bộ công cụ giám sát tuân thủ VST theo “5 thời điểm” của WHO và tài liệu của Bộ Y tế. Các thành viên tổ giám sát này đều là những người có chuyên môn và kinh nghiệm trong lĩnh vực KSNK nói chung và VST nói riêng, đồng thời họ đã được tập huấn về qui trình giám sát và tiêu chuẩn đánh giá việc tuân thủ VST trước khi tham gia thu thập

số liệu. Số liệu được thu thập qua quan sát bằng bảng kiểm toàn bộ 214 bác sỹ và điều dưỡng hiện đang công tác trực tiếp khám chữa bệnh (mỗi người được quan sát 3 lần trước và 3 lần sau can thiệp tại 7 khoa trên). Số liệu quan sát được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0 để so sánh sự thay đổi về tỷ lệ tuân thủ VST và tuân thủ đúng quy trình VST bằng kiểm định phi tham số McNemar.

Dựa vào kết quả đánh giá trước can thiệp kế hoạch can thiệp đã được xây dựng với sự tham gia của các cán bộ Khoa, phòng liên quan và được sự phê duyệt của lãnh đạo bệnh viện. Một số giải pháp can thiệp chính bao gồm: (1) Tập huấn: 02 lớp (mỗi cán bộ cần bố trí tham gia 1 lớp) với nội dung chính là các chỉ định và quy trình VST, giảng viên là lãnh đạo khoa KSNK; (2) Bổ sung thêm trang thiết bị VST tại các vị trí thuận lợi cho việc VST gồm: 07 bồn rửa tay, 14 hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn, 16 bảng quy trình hướng dẫn VST và bổ sung vào định mức dung dịch sát khuẩn hàng tháng trong đó có 9 chai xà phòng sát khuẩn và 30 chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh; (3) Tăng cường kiểm tra, giám sát việc tuân thủ VST của bác sỹ, điều dưỡng tại các khoa: tổ giám sát của khoa KSNK phối hợp với mạng lưới KSNK tại các khoa dưới sự chỉ đạo của hội đồng KSNK đã lên kế hoạch hàng ngày kiểm tra, giám sát tuân thủ VST của NVYT theo từng khu vực trong toàn bệnh viện. Thời gian can thiệp từ ngày 1 đến ngày 30 tháng 5 năm 2014. Tuy nhiên, một số hoạt động vẫn tiếp tục diễn ra sau thời gian này như: công tác kiểm tra giám sát VST, duy trì bổ sung dung dịch rửa tay, bổ sung dung dịch sát khuẩn tay nhanh... tại các khoa phòng để duy trì và tiếp tục nâng cao tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=214)

Trong 7 khoa lâm sàng được đánh giá kết quả can thiệp 2 khoa có số lượng đối tượng nhiều nhất là khoa Nhi và HSTT- CD (đều chiếm 22%). Hai khoa có số đối tượng thấp nhất là NCS và NLN chỉ chiếm hơn 6%. Nữ chiếm gần 2/3 và điều dưỡng chiếm hơn 2/3 trong tổng số đối tượng nghiên cứu. Nhóm có độ tuổi trẻ (nhỏ hơn 30 tuổi) chiếm một nửa và chủ yếu đối tượng nghiên cứu có thâm niên công tác từ 10 năm trở xuống (76,1%).

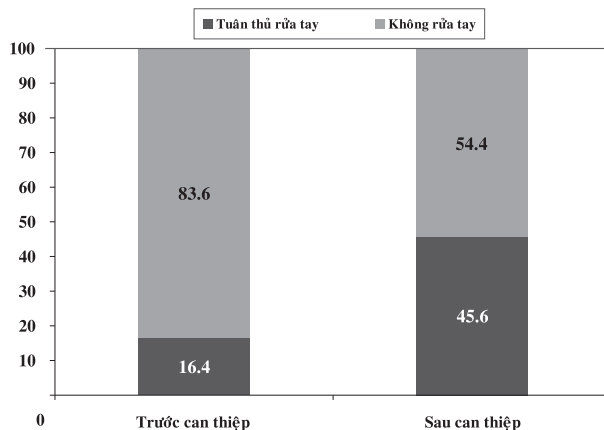
3.2. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao tuân thủ VST

Bảng 1. Tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp theo khoa

Khoa	Số tình huống cần VST	Số tình huống tuân thủ VST			
		Trước can thiệp	%	Sau can thiệp	%
NTK	75	4	5,3	50	66,7*
Nhi	141	56	39,7	91	64,5*
HSTC-CD	141	31	22,0	85	60,3*
NTQ	108	2	1,9	29	26,9*
CTCH-B	96	2	2,1	16	16,7*
NCS	42	0	0,0	7	16,7
NLN	39	0	0,0	4	10,3
Tổng	642	95	14,8	282	43,9*

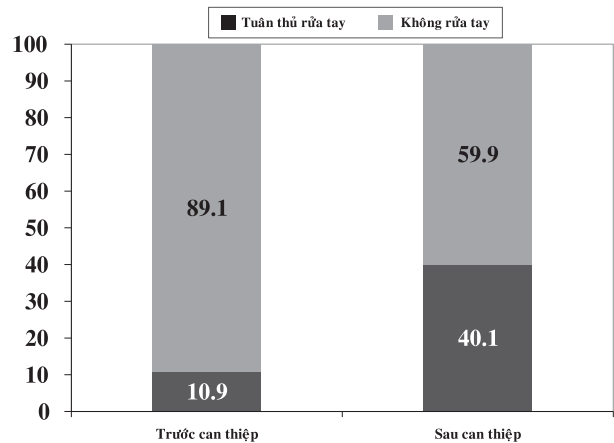
Ghi chú: * sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Kết quả sau can thiệp đã cho thấy sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ tuân thủ VST chung từ 14,8% đã tăng lên 43,9% ($p < 0,01$). Trong đó, khoa NTK đã có sự đột phá, tỷ lệ tuân thủ VST từ 5,3% trước can thiệp tăng lên 66,7% sau can thiệp. Tuy nhiên, khoa NLN có kết quả thay đổi không cao, chỉ có 04 trường hợp tuân thủ VST (10,3%) sau can thiệp.



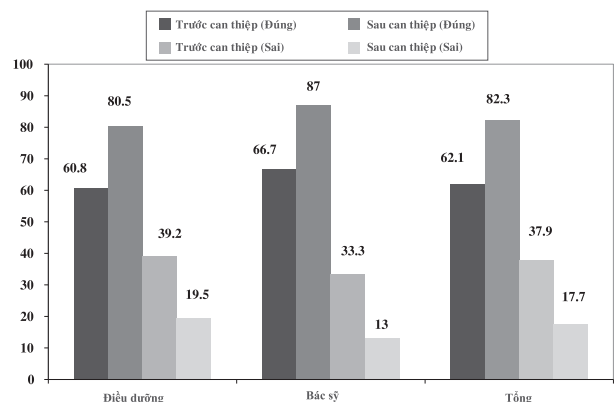
Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp của điều dưỡng

Trước can thiệp tỷ lệ tuân thủ là 16,4% chiếm 74 tình huống, sau can thiệp tăng lên 45,6% chiếm 205 tình huống ($p < 0,01$).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ quy trình VST trước và sau can thiệp của bác sĩ

Trong số 192 tình huống cần VST của bác sĩ, trước can thiệp tỷ lệ tuân thủ chỉ chiếm 10,9% nhưng cũng với số tình huống đó sau can thiệp tỷ lệ tuân thủ tăng lên 40,1% ($p < 0,01$).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST theo đối tượng

Trong 59 tình huống tuân thủ đúng quy trình VST trước can thiệp, có 45 tình huống của điều dưỡng chiếm 60,8% và bác sĩ chiếm 66,7% (14 tình huống). Nhưng sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST đã tăng lên, với điều dưỡng tăng từ 60,8% lên 80,5% ($p < 0,01$). Tương tự của bác sĩ cũng tăng từ 66,7% lên 87,0% tuân thủ đúng quy trình VST.

Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ VST ở thời điểm sau tiếp xúc dịch cao nhất là 45,0%; thấp nhất là sau tiếp xúc môi trường chỉ với 9,0%. Nhưng sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ ở năm thời điểm đều tăng, cao nhất là sau tiếp xúc bệnh nhân chiếm 59,5%, tiếp theo vẫn là sau tiếp xúc dịch 54,5%. Tuy nhiên, tỷ

lệ tuân thủ VST ở thời điểm sau tiếp xúc môi trường có tăng nhưng không nhiều.

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp theo chỉ định chuyên môn

Nội dung	Trước can thiệp (n = 642)		Sau can thiệp (n = 642)	
	Tuân thủ	%	Tuân thủ	%
Trước tiếp xúc bệnh nhân	28	13,2	99	43,0*
Trước thao tác vô khuẩn	9	12,5	27	33,3*
Sau tiếp xúc dịch	9	45,0	24	54,5*
Sau tiếp xúc bệnh nhân	36	18,6	113	59,5*
Sau tiếp xúc môi trường	13	9,0	19	19,6*
Tổng	95	14,8	282	43,9*

Ghi chú: * sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST trước và sau can thiệp theo chỉ định chuyên môn

Nội dung	Trước can thiệp (n = 95)		Sau can thiệp (n = 282)	
	Đúng n (%)	Sai n (%)	Đúng n (%)	Sai n (%)
Trước tiếp xúc bệnh nhân	15 (53,6)	13 (46,4)	87 (87,9)	12 (12,1)
Trước thao tác vô khuẩn	3 (33,3)	6 (66,7)	25 (92,6)	2 (7,4)
Sau tiếp xúc dịch	8 (88,9)	1 (11,1)	21 (87,5)	3 (12,5)
Sau tiếp xúc bệnh nhân	22 (61,1)	14 (38,9)	86 (76,1)	27 (23,9)
Sau tiếp xúc môi trường	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (68,4)	6 (31,6)
Tổng	59 (62,1)	36 (37,9)	232 (82,3)	50 (17,7)

Theo các chỉ định chuyên môn, trước can thiệp tình huống có tỷ lệ tuân thủ đúng VST cao nhất là sau tiếp xúc dịch chiếm 88,9%, tiếp theo là sau tiếp xúc môi trường 84,6% và tỷ lệ thấp nhất là trước thao tác vô khuẩn chỉ có 33,3% nhưng sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình VST tại tình huống này lại tăng cao nhất từ 33,3% lên đến 92,6%. Tuy nhiên với tình huống sau tiếp xúc môi trường tỷ lệ tuân thủ đúng lại giảm đi từ 84,6% xuống còn 68,4%.

4. Bàn luận

Kết quả đánh giá bước đầu cho thấy đã có sự thay đổi đáng kể về mức độ tuân thủ VST sau khi can thiệp tại 7 khoa lâm sàng của Bệnh viện. Chương trình can thiệp đã kết hợp đồng thời 3 nhóm giải pháp bao gồm: tổ chức 2 lớp tập huấn về quy trình VST cho các bác sỹ và điều dưỡng để cập nhật kiến thức và nâng cao nhận thức, đặc biệt đối với những nhân viên mới; trang bị đầy đủ các phương tiện VST theo đề nghị của khoa KSNK và các khoa lâm sàng, cụ thể tại 7 khoa can thiệp đã bổ sung được 7 bồn rửa tay, 14 hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn, 9 chai dung dịch sát khuẩn VST Polomi 500ml, 30 chai dung dịch rửa tay nhanh Clincare 500ml hàng tháng và 16 bảng quy trình VST; và tăng cường kiểm tra, giám sát trong việc thực hành quy trình VST của NVYT, đặc biệt hàng ngày, mạng lưới KSNK tại các khoa phối hợp với khoa KSNK kiểm tra, giám sát thực hành VST tại các khoa và có xử phạt. Tuy nhiên để duy trì và tăng tỷ lệ tuân thủ VST hơn nữa cần có thời gian để khẳng định tính bền vững của các biện pháp can thiệp. Các biện pháp này cũng khá phù hợp với các giải pháp can thiệp tăng cường tuân thủ VST do WHO khuyến cáo và đã được thực hiện thành công tại bệnh viện Bạch Mai đó là: Thay đổi hệ thống; Sử dụng cồn tại điểm chăm sóc bệnh nhân và sử dụng bồn rửa tay có đủ nước, xà phòng, khăn lau tay; Đào tạo, giáo dục; Giám sát thực hành VST; và Phản hồi kết quả [6], [14].

Sau can thiệp tỷ lệ tuân thủ VST chung của NVYT đã có cải thiện rõ và đạt 43,9% (tăng 29,1%), đặc biệt tại khoa NTK có sự thay đổi về tuân thủ VST cao nhất từ 5,3% trước can thiệp tăng lên tới 66,7% sau can thiệp. Tuy nhiên, tại khoa NLN và NCS tỷ lệ tuân thủ VST thay đổi thấp chỉ chiếm 10,3% và 16,7 %, có lẽ đây là hai khoa mới thành lập của bệnh viện nên lãnh đạo khoa chưa có nhiều kinh nghiệm và sát sao trong việc giám sát nhân viên của mình, mặt khác NVYT tại các khoa này đa số là nhân viên mới nên cũng còn nhiều hạn chế trong việc tuân thủ thực hành VST. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Hồng Thoa và Lê Thị Anh Thư tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011 khi giám sát 1726 trường hợp của khoa Hồi sức tích cực sau can thiệp thì tỷ lệ tuân thủ VST chung là 70,2% (tăng 41,6%) [10]. Sở dĩ nghiên cứu tại bệnh viện tỉnh Khánh Hòa có tỷ lệ tuân thủ VST sau can thiệp thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy ngoài những nguyên nhân thuộc về đặc điểm khác nhau của 2 bệnh viện, có thể

là do đối tượng nghiên cứu ở 2 bệnh viện khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 7 khoa, ngoài khoa HSTC - CD và khoa Nhi thì việc tuân thủ thực hành VST tại các khoa Ngoại còn khá thấp, trong khi đó nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy chỉ thực hiện ở khoa Hồi sức cấp cứu là khoa mà ở bất cứ bệnh viện nào cũng rất chú trọng đến việc kiểm soát tuân thủ thực hành VST. Tuy nhiên, khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Kukanich và cộng sự với nghiên cứu can thiệp nhằm cải thiện VST ở hai cơ sở chăm sóc sức khỏe tại Mỹ cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng, với can thiệp tại 2 cơ sở ở Mỹ cũng làm tăng tỷ lệ tuân thủ VST từ 11% lên 36% và từ 21% lên 54% [12].

Theo nghiên cứu của Tạ Thị Thành (2012) và cộng sự tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, trong đó có 1188 tình huống VST của 328 NVYT tại các khoa lâm sàng được quan sát với cho thấy, sau khi được tập huấn tỷ lệ thực hành đúng quy trình VST đã tăng từ 62% lên 83,5% [10]. Kết quả này là tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ tuân thủ thực hành VST đúng quy trình trước can thiệp là 62,1% và đã tăng lên 82,3% sau khi can.

Tương tự với kết quả nghiên cứu của Võ Thị Hồng Thoa và Lê Thị Anh Thư tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011 [11] nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST của điều dưỡng luôn cao hơn bác sỹ. Điều này có thể là do điều dưỡng là nhóm thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết của bệnh nhân trong suốt quá trình chăm sóc nên họ thường chú ý hơn đến việc rửa tay để tránh phơi nhiễm cho chính bản thân mình và lây nhiễm chéo.

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ thực hành VST ở 5 chỉ định chuyên môn đều tăng, cao nhất là sau tiếp xúc bệnh nhân chiếm 59,5% và trước tiếp xúc bệnh nhân 43,0%, đây là một điểm đáng ghi nhận vì NVYT đã có ý thức trong việc thực hành VST tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Võ Thị Hồng Thoa và Lê Thị Anh Thư tại bệnh viện Chợ Rẫy [12]. Tuy nhiên, mặc dù đã được can thiệp nhưng không như các chỉ định chuyên môn khác tỷ lệ tuân thủ ở thời điểm sau tiếp xúc môi trường đã tăng nhưng vẫn ở mức thấp dưới 20%, có lẽ vì nhận thức của NVYT chưa đánh giá cao tầm quan trọng của công tác VST tại thời điểm này.

Đây là một nghiên cứu can thiệp VST lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa và đã đạt được một số kết quả khả quan, tuy nhiên do thời gian can thiệp khá ngắn nên có thể ảnh hưởng đến tính bền vững của các kết quả đã đạt được. Mặc dù đã thực hiện một số biện pháp khống chế sai số việc thu thập thông tin qua quan sát thực hành VST có thể làm cho đối tượng nghiên cứu chủ động thay đổi hành vi theo hướng tích cực. Thiết kế đánh giá này chưa có nhóm chứng nên không thể kết luận sự thay đổi trước và sau là hoàn toàn do kết quả của can thiệp. Ngoài ra đánh giá này cũng chưa kết hợp với phương pháp định tính để tìm hiểu sâu hơn những lý do, rào cản trong việc thực hành VST sau can thiệp để có được các bài học sâu sắc và chính xác hơn để tiếp tục duy trì và cải thiện hiệu quả các hoạt động này trong giai đoạn tới.

5. Kết luận và khuyến nghị

Việc kết hợp 3 biện pháp can thiệp gồm tập huấn, trang bị thêm cơ sở vật chất và kiểm tra giám sát thường xuyên đã mang lại hiệu quả làm tăng tỷ lệ tuân thủ VST chung từ 14,8% lên 43,9% ($p<0,01$). Trong đó, khoa có tỷ lệ tuân thủ VST tăng cao nhất là khoa NTK (66,7%) và thấp nhất là khoa NLN (10,3%). Thực hành tuân thủ VST của nhóm điều dưỡng tăng từ 16,4% lên 45,6% và nhóm bác sỹ tăng từ 10,9% lên 40,1%.

- Tỷ lệ bác sỹ và điều dưỡng thực hành đúng quy trình VST tăng từ 62,1% lên 82,3% ($p<0,01$).

- Tỷ lệ tuân thủ VST ở 5 chỉ định chuyên môn đều tăng ($p<0,01$), cao nhất là sau tiếp xúc bệnh nhân (59,5%) và thấp nhất là sau tiếp xúc với môi trường (19,6%).

Cần tiếp tục duy trì các giải pháp can thiệp đã thực hiện, đặc biệt trang bị thêm nhiều điểm có dung dịch sát khuẩn tay nhanh để NVYT thuận lợi trong việc VST. Có kế hoạch tập huấn lại về công tác VST cho NVYT 6 tháng/lần. Khoa KSNK cần phối hợp chặt chẽ với mạng lưới KSNK tại các khoa phòng để kiểm tra, giám sát NVYT tuân thủ thực hành VST theo định kỳ hoặc đột xuất. Nên tiếp tục đánh giá với thiết kế có nhóm chứng để đảm bảo tính chính xác và bền vững của kết quả can thiệp.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Báo cáo tổng kết công tác kiểm soát nhiễm khuẩn – Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa (2013).
2. Bộ Y tế (2009), Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Thông tư 18/2009/TT-BYT
3. Lục Thị Thu Quỳnh, Nguyễn Thị Hoài Thu, Lê Kiến Ngải (2010), “Hiệu quả của 1 số chương trình thúc đẩy tuân thủ VST tại bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2010”, Y học lâm sàng, số chuyên đề (5/2010), 101- 108.
4. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2005), “Đánh giá phương tiện, nhận thức, tuân thủ rửa tay ở nhân viên y tế tại 1 số cơ sở y tế ở Việt Nam”, Y học thực hành, 518, 34-36.
5. Nguyễn Việt Hùng (2010), Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn Bệnh Viện, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội. 58-65.
6. Nguyễn Việt Hùng (2001), “Chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai”, Tài liệu đào tạo kiểm soát nhiễm khuẩn, Bệnh viện Bạch Mai, 1- 2.
7. Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư (2008). “Hiệu quả lâm sàng của phương pháp vệ sinh bàn tay bằng propanol và chlorhexidine trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện”, Tạp chí Y học lâm sàng, số chuyên đề (6/2008), 168- 173.
8. Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư, Đoàn Mai Phương (2008), “Mức độ ô nhiễm vi khuẩn ở bàn tay nhân viên y tế và hiệu quả khử khuẩn của một số chế phẩm vệ sinh bàn

tay sử dụng tại Bệnh viện Bạch Mai”, Y học lâm sàng, (số chuyên đề 6/2008), 152 – 155.

9. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2007), Thực trạng NKBV và công tác kiểm soát NK tại một số bệnh viện phía Bắc năm 2006-2007, Hội nghị triển khai Thông tư 18/2009/TT-BYT về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát NK tại các cơ sở khám, chữa bệnh, Hà Nội.

10. Tạ Thị Thành, Nguyễn Thị Thanh Tùng và cộng sự, (2012), Nhận thức và thái độ tuân thủ rửa tay của NVYT tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum năm 2012. Y học lâm sàng, số chuyên đề (15/2013), 109- 113.

11. Võ Thị Hồng Thoa, Lê Thị Anh Thư (2011), “Tuân thủ thực hành KSNK tại bệnh viện Chợ Rẫy-hiệu quả của chương trình tăng cường đào tạo và giám sát”, Y học thực hành, 904, 7- 11.

Tiếng Anh

12. Kukanich K.S, et al. (2013), “Evaluation of a Hand Hygiene Campaign in Outpatient Health Care Clinics”, American journal of Nursing, 113(3), 36-42.
13. WHO (1999). “Guideline for the prevention of nosocomial infection in health care facilities in resource limited setting”, Geneva, Switzerland.
14. WHO (2009), “Guidelines on Hand Hygiene in Health Care”, Geneva, Switzerland.
15. WHO (2002), Prevention of hospital-acquired infections, Practice Guide.