

Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp giám sát vệ sinh tay tại các đơn vị điều trị tích cực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021-2022

Effectiveness of hand hygiene compliance monitoring at Intensive Care Units of 108 Military Central Hospital in 2021-2022

Nguyễn Thị Nghiên, Bùi Thị Châu Linh, Lê Thị Hằng,
Nguyễn Thị Hòa, Nguyễn Thị Thu Yến, Vũ Anh Tuấn,
Nguyễn Thị Thư, Bùi Hoàng Anh, Nguyễn Quang Toàn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp giám sát vệ sinh tay tại các đơn vị điều trị tích cực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, cắt ngang và can thiệp trên 139 nhân viên y tế được đánh giá kiến thức, khảo sát thực trạng tuân thủ vệ sinh tay và thực hiện can thiệp nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay từ tháng 1/2021 đến 6/2022. **Kết quả:** Công tác giám sát và can thiệp nhằm tăng tỷ lệ thực hành vệ sinh tay của nhân viên y tế từ 51,07% lên 86,33%, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tăng từ 63,08% lên 91,18% bằng phần mềm giám sát. **Kết luận:** Biện pháp can thiệp tập trung vào huấn luyện, đào tạo và áp dụng phần mềm giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, từ đó đưa ra kế hoạch cải tiến nhằm tăng rõ rệt tỷ lệ tuân thủ đúng vệ sinh tay sau can thiệp, đồng thời đánh giá và phản hồi kết quả tuân thủ theo thời gian thực.

Từ khóa: Vệ sinh tay, nhân viên y tế, giám sát, nhiễm khuẩn bệnh viện.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of some hand hygiene monitoring interventions in Intensive Care Units, 108 Military Central Hospital in 2021-2022. **Subject and method:** A cross-sectional and interventional descriptive study on 139 health workers whose knowledge was assessed, surveyed about hand hygiene compliance, and the implementation of interventions to improve the compliance rate of hand hygiene from January 2021 to June 2022. **Result:** Monitoring and intervention increased from 51.07% to 86.33%, the rate of hand hygiene compliance increased from 63.08% to 91.18% by software's application. **Conclusion:** The intervention focusing on training and technology's application helped to improve hand hygiene compliance. The response after audit of hand hygiene helped to figure out the problems and propose the proper solutions to heads of department.

Keywords: Hand hygiene, health workers, audit, nosocomial infection.

1. Đặt vấn đề

Vệ sinh tay (VST) là biện pháp cơ bản nhất giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và sự lây lan của vi khuẩn kháng thuốc. Các đơn vị Hồi sức tích

Ngày nhận bài: 15/7/2022, ngày chấp nhận đăng: 26/7/2022

Người phản hồi: Nguyễn Quang Toàn, Email: bstoanqy@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

cực (HSTC) là nơi có nguy cơ NKBV rất cao do đặc điểm người bệnh có bệnh lý nặng, nhiều bệnh kết hợp, nhiều thủ thuật xâm nhập và môi trường tại các khoa HSTC có tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc cư trú cao [7].

Mặc dù thực hành VST rất đơn giản, dễ thực hiện nhưng việc cải thiện và duy trì tuân thủ trong thực hành lâm sàng rất khó khăn do nhiều nguyên nhân trong đó nguyên nhân chính là do sự tuân thủ kém của nhân viên y tế (NVYT) [5]. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cũng rút ra kết luận từ nhiều nghiên cứu cho thấy các cơ sở y tế có nền tảng tuân thủ ở mức trung bình cần phải có những chiến lược tập trung vào các vấn đề còn tồn tại để đạt được hiệu quả tốt hơn [8].

Do đó, chúng tôi đã xây dựng chương trình can thiệp tập trung, tăng cường huấn luyện và giám sát kết hợp phản hồi liên tục. Nghiên cứu được tiến hành tại các đơn vị HSTC: Khoa Hồi sức ngoại và ghép tạng; Khoa Hồi sức Nội và chống độc; Khoa Bệnh lây qua đường không khí và hồi sức, Khoa Hồi sức tim mạch, Khoa Hồi sức thần kinh; Khoa Hồi sức tiêu hoá. Đây là những khoa trọng điểm, có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cao, số lượng bệnh nhân đông, số lượng thủ thuật nhiều, đòi hỏi NVYT phải có sự tuân thủ VST tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp giám sát vệ sinh tay tại các đơn vị Điều trị tích cực, Bệnh viện TWQĐ 108 trong năm 2021-2022" với 2 mục tiêu: *Đánh giá kiến thức, thực hành vệ sinh tay của NVYT trước và sau can thiệp. Hiệu quả sử dụng phần mềm giám sát vệ sinh tay.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đánh giá tuân thủ VST: 139 NVYT bao gồm: 40 bác sĩ, 99 điều dưỡng đang làm việc tại các đơn vị HSTC gồm: Khoa Hồi sức nội và chống độc (A12A), Khoa Hồi sức ngoại và ghép tạng (A12B), Khoa Hồi sức truyền nhiễm (A4C), Khoa Hồi sức tim mạch (A2D), Khoa Hồi sức thần kinh (A7D) và Khoa Hồi sức tiêu hoá (A3C).

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu đánh giá thực trạng tuân thủ VST và nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại các đơn vị điều trị tích cực thời gian từ 1/2021 đến 12/2021.

Nghiên cứu can thiệp: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp tăng cường VST tại các đơn vị Điều trị tích cực thời gian từ 1/2022 đến 6/2022.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu mô tả đánh giá thực trạng tuân thủ VST tại các đơn vị Điều trị tích cực:

Cỡ mẫu đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST.

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 (1-p)}{p\varepsilon^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, ở ngưỡng xác suất $\alpha=0,05$ $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$.

p: Tỷ lệ ước đoán tuân thủ quy trình vệ sinh tay.

ε : Sai số tương đối cho phép (sai số mong muốn so với tỷ lệ ước tính).

p: Được lấy từ kết quả theo dõi VST năm 2017 [6] tại Khoa HSTC Bệnh viện TWQĐ 108, theo đó tỷ lệ tuân thủ VST là 70%. Với $\alpha = 0,05$, hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, $\alpha = 0,15$. Cỡ mẫu được tính là 1.103 cơ hội. Trong nghiên cứu chúng tôi đã quan sát cỡ mẫu 4562 cơ hội trước can thiệp và 4660 sau can thiệp.

Nghiên cứu can thiệp: Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp.

Cỡ mẫu: Tất cả các bác sĩ, điều dưỡng đang làm việc tại các khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện TWQĐ 108 trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang: Đánh giá thực trạng tuân thủ vệ sinh tay theo 5 thời điểm VST của WHO.

Nghiên cứu can thiệp

Tập huấn quy trình và thời điểm VST cho nhân viên y tế của 6 đơn vị HSTC trong quá trình khám, chăm sóc và điều trị người bệnh tại khoa.

Giám sát, phản hồi: Thực hiện giám sát nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm ONA/ENKETO, thông báo kết quả theo thời gian thực tới các NVYT, Điều dưỡng trưởng và Chỉ huy các khoa.

Tỷ lệ tuân thủ VST: Là tỷ lệ (%) giữa tổng số cơ hội có VST trên tổng số cơ hội cần VST.

$$\text{Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay (\%)} = \frac{\text{Số cơ hội rửa tay} \times 100}{\text{Số cơ hội cần phải rửa tay}}$$

Thu thập số liệu theo 2 cách: Giám sát trực tiếp tại buồng bệnh và giám sát qua camera theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới với áp dụng phần mềm giám sát vệ sinh tay.

3. Kết quả

Qua thời gian nghiên cứu có 139 NVYT tại các đơn vị HSTC.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 139)

Đặc điểm	Số lượng (%)
Tuổi (năm)	33,9 ± 10,2
Giới	
Nam	67 (48,20)
Nữ	72 (51,80)
Chuyên môn	
Bác sĩ	40 (28,77)
Điều dưỡng	99 (71,23)
Thời gian làm việc (năm)	10,0 ± 7,5
Số lượng nhân viên các khoa	
Khoa HS ngoại và ghép tạng	32
Khoa HS nội và chống độc	31
Khoa Bệnh lây đường không khí và hồi sức	30
Khoa Hồi sức tim mạch	21
Khoa Hồi sức thần kinh	10
Khoa Hồi sức tiêu hoá	15

Bảng 2. Kiến thức của NVYT về thực hành VST trước-sau can thiệp

Mức độ	Trước can thiệp (n = 139)		Sau can thiệp (n = 139)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đạt	71	51,07	120	86,33	<0,05
Không đạt	68	48,93	19	13,67	
Tổng	139	100	139	100	

Đánh giá chung về kiến thức VST của NVYT cho thấy, tỷ lệ các đối tượng có kiến thức đạt sau can thiệp tăng từ 51,07% lên 86,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo nghề nghiệp, trước-sau can thiệp

Đối tượng	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ	1.284	835	65,03	1.355	1.213	89,54
Điều dưỡng	2.084	1458	69,96	2.127	1.955	91,92
Học viên	1.194	585	49,15	1.178	1.081	86,34
Chung	4.562	2.878	63,08	4.660	4.249	91,18

Tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất ở đối tượng học viên, tiếp đến là bác sĩ, cao nhất ở đối tượng điều dưỡng. Sau can thiệp, tỷ lệ VST tăng ở tất cả các nhóm đối tượng khảo sát với tỷ lệ chung 91,18%.

Bảng 4. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo 5 thời điểm trước và sau can thiệp

Chỉ định	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)
1. Trước khi tiếp xúc với bệnh nhân)	1.131	663	58,6	1.194	1.086	91,0
2. Trước khi thực hiện thủ thuật sạch/vô khuẩn)	1.151	667	57,9	1.190	1.080	90,8
3. Sau khi tiếp xúc với máu/dịch cơ thể	1.144	655	57,3	1.172	1.069	91,2
4. Sau khi tiếp xúc với BN	1.146	652	56,9	1.241	1.130	91,1
5. Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh BN	1.154	673	58,3	1.055	966	91,6

Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất ở thời điểm 4 là 56,9%, tiếp đến là thời điểm 3, 2, 5 lần lượt là 57,3%; 57,9%; 58,3%, cao nhất ở thời điểm 1 là 58,6%.

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đều tăng ở tất cả các tình huống chỉ định. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tăng nhiều nhất ở thời điểm 5, tiếp đến là thời điểm 3.

Bảng 5. Đánh giá tỷ lệ tuân thủ theo mức độ cơ hội cần VST trước-sau can thiệp

Số cơ hội cần VST/giờ	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	Số cơ hội cần VST (n = 5.726)	Số cơ hội có VST (n = 3.310)	Tỷ lệ %	Số cơ hội cần VST (n = 5.852)	Số cơ hội có VST (n = 5.331)	Tỷ lệ %
< 50	1.445	848	58,7	1.372	1.272	92,7
50 - 60	1.311	761	58,0	1.041	958	92,0
> 60	2.970	1.701	57,3	3.493	3.101	88,8

Trước can thiệp, tỷ lệ số cơ hội có VST giảm dần theo mức độ cơ hội cần VST. Mức độ cơ hội cần VST càng nhiều thì tỷ lệ có VST càng giảm. Tỷ lệ có VST cao nhất đạt 58,7%. Sau can thiệp, tỷ lệ số cơ hội có VST cao nhất đạt 92,7%.

Bảng 6. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo tình trạng mang găng, trước-sau can thiệp

Thời điểm	Trước can thiệp			Sau can thiệp			PV
	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)	Số cơ hội cần VST	Số cơ hội có VST	Tỷ lệ (%)	
Trước khi mang găng	2.461	1.394	56,6	4.742	4.322	91,1	60,9
Không mang găng	3.265	1.916	58,7	1.110	1.009	90,9	54,9

Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi mang găng là 56,6% và khi không mang găng là 58,7%.

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi mang găng là 91,1%, giá trị dự phòng là 60,9%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay khi không mang găng là 90,9%, giá trị dự phòng là 54,9%.

Bảng 7. Hiệu quả sử dụng phần mềm giám sát vệ sinh tay

Thời gian	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Trung bình cho 1 lần nhập số liệu/1 cơ hội quan sát	15 giây	Xử lý ngay
Trung bình xử lý số liệu/1 tháng	120 phút	Xử lý ngay
Phản hồi kết quả tới chỉ huy khoa	1 tháng/1 lần	Phản hồi được ngay
Chi phí giấy in	100.000	0

4. Bàn luận

4.1. Đánh giá kiến thức, thực hành vệ sinh tay của NVYT trước và sau can thiệp

4.1.1. Đánh giá kiến thức vệ sinh tay trước và sau can thiệp

Phần đánh giá kiến thức về vệ sinh bàn tay của NVYT gồm 19 câu hỏi tự điền, trả lời đúng 1 câu được 1 điểm. NVYT từ 11 điểm trở lên là đạt yêu cầu, dưới 11 điểm là không đạt yêu cầu.

Bảng 2 đánh giá chung về kiến thức vệ sinh tay của các đối tượng cho thấy, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt sau can thiệp tăng từ 51,7% lên 86,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biện pháp tăng cường VST phải được duy trì thường xuyên mới thường xuyên nâng cao được kiến thức thực hành VST của NVYT. Công tác đào tạo, tập huấn thường xuyên có tác dụng nâng cao kiến thức của NVYT về vệ sinh bàn tay, do đó cần duy trì công tác này làm cơ sở cho việc tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật trong thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của toàn bệnh viện. Điều này phù hợp với các khuyến cáo của WHO đã chỉ ra [9].

Tuy có kiến thức tốt về vệ sinh bàn tay nhưng tỷ lệ NVYT trả lời đúng thứ tự 6 bước của quy trình rửa

tay thường quy do Bộ Y tế ban hành còn chưa cao. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Trần Hữu Luyện tại Bệnh viện Trung Huế năm 2018 [4]. Hoạt động can thiệp đã tăng cường dán poster in hình 6 bước rửa tay tại tất cả các bồn rửa tay và tại các buồng bệnh, hành lang nhưng tỷ lệ NVYT trả lời đúng thứ tự 6 bước rửa tay vẫn còn thấp. Điều này cho thấy bệnh viện cần có thêm các biện pháp khác giúp NVYT nhớ được quy trình rửa tay. Rửa đúng quy trình có vai trò rất quan trọng trong việc loại bỏ các vi sinh vật trên da tay. Các bước của quy trình rửa tay nhằm bảo đảm cho các vùng da tay có khả năng mang tác nhân gây bệnh cao nhất được ưu tiên rửa sạch (ví dụ như các đầu ngón tay, ngón cái...) việc rửa không đúng quy trình sẽ không phát huy được hiệu quả tối đa của việc vệ sinh bàn tay trong phòng NKBV.

4.1.2. Thực hành vệ sinh tay của NVYT, trước và sau can thiệp

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST thấp nhất ở đối tượng học viên 49,15%, tiếp đến là bác sĩ 65,03%, cao nhất ở đối tượng điều dưỡng 69,96%. Sau can thiệp, tỷ lệ vệ sinh tay tăng ở tất cả các nhóm đối tượng khảo sát, với tỷ lệ chung 91,18%.

Tuy tỷ lệ tuân thủ VST đạt tỷ lệ cao nhưng tỷ lệ VST đúng của NVYT lại đạt tỷ lệ rất thấp. Trên thực tế quan sát cho thấy các NVYT thường không VST đúng các bước theo trình tự, bỏ bước và kèm theo đó là không thực hiện đủ số lần cho mỗi bước (Quy trình VST thường quy gồm 6 bước, mỗi bước NVYT cần thực hiện ít nhất là 5 lần). Quy trình VST thường quy đã được Bộ Y tế ban hành và được dán tại tất cả các điểm rửa tay và trong các buồng bệnh nên mọi NVYT có thể tiếp cận rất dễ dàng tại BV, tuy nhiên nhân viên y tế vẫn thực hành sai, vì vậy cần có những biện pháp tăng cường đào tạo, nhắc nhở NVYT thực hành tốt hơn nữa để bảo đảm rửa tay hiệu quả.

Trong 5 thời điểm VST của NVYT được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi phân loại thành 2 thời điểm: Thời điểm trước khi NVYT chạm vào người bệnh (bao gồm các cơ hội trước khi chuẩn bị dụng cụ, thuốc, khám/chăm sóc người bệnh, làm thủ thuật xâm lấn, đi gang sạch) và sau khi NVYT chạm vào người bệnh (sau khi khám/chăm sóc người bệnh, tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ, máu, dịch và chất bài tiết của người bệnh, làm thủ thuật, tháo gang sạch, khi di chuyển từ vùng bẩn sang vùng sạch trên cùng 1 người bệnh). Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thấp nhất ở thời điểm 4 (sau khi tiếp xúc với BN) là 56,9%, tiếp đến là thời điểm 3 (sau khi tiếp xúc với máu/dịch cơ thể) là 57,3%, thời điểm 2 (trước khi thực hiện thủ thuật sạch/vô khuẩn) là 57,9%, thời điểm 5 là 58,3%, cao nhất ở thời điểm 1 (trước khi tiếp xúc với bệnh nhân) là 58,6%. Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đều tăng ở tất cả các thời điểm. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tăng nhiều nhất ở thời điểm 5 (sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh BN) là 91,6%, tiếp đến là thời điểm 3 là 91,2% (Giá trị dự phòng ở các thời điểm đạt từ 55,2% - 60,0%).

Kết quả nghiên cứu Bảng 4 cho thấy, ở cả trước và sau can thiệp, các NVYT đã tuân thủ tốt vệ sinh tay ở thời điểm trước khi chạm vào người bệnh. Điều này có thể nói NVYT đã ý thức bảo vệ người bệnh trước các nguy cơ của NKBV. Kết quả này khác với nghiên cứu của WHO được công bố tại Hội nghị lần thứ 21 về Vệ sinh vật lâm sàng và các bệnh truyền nhiễm tại châu Âu (ECCMID) năm 2011, theo đó gần

1/2 NVYT trên thế giới thường bỏ qua việc rửa tay trước khi tiếp xúc với người bệnh [8], [9].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự (2012) thực hiện tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi Đồng 1, cho thấy, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ở đối tượng là kỹ thuật viên >70%, nhưng khối bác sĩ và sinh viên thực tập tuân thủ vệ sinh tay kém (41 - 43%), tỷ lệ thực hiện đúng quy trình vệ sinh tay của nhóm kỹ thuật viên và bảo mẫu cũng đạt cao, lần lượt là 86% và 96%, nhưng hộ lý, học sinh và sinh viên thực tập và bác sĩ lại có tỷ lệ thực hành đúng chiếm tỷ lệ thấp là 11%, 40% và 49%. Đối tượng là điều dưỡng thực hành đúng chiếm 58% [1].

Trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Sơn Khương và cộng sự (2015), thực hiện tại Bệnh viện Quân y 120, cho thấy tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đạt cao ở các thời điểm trước làm các thủ thuật (88,4%), trước tiếp xúc với bệnh nhân (98,2%), sau tiếp xúc với máu, dịch tiết (92,7%) và ở 2 thời điểm có tỷ lệ tuân thủ vệ sinh kém là sau tiếp xúc với bệnh nhân (50%), sau tiếp xúc với môi trường xung quanh (34,8%). Tỷ lệ thực hiện đúng thứ tự các bước vệ sinh tay đối với bác sĩ là thấp nhất (19,4%), của điều dưỡng đạt tỷ lệ cao hơn (42,5%) [3].

Giải thích về điều này, một số nhà nghiên cứu đã cho rằng, việc điều dưỡng tuân thủ rửa tay tốt hơn là do tỷ lệ nữ trong điều dưỡng cao hơn so với bác sĩ, do đó sự tuân thủ VST có thể liên quan đến giới tính. Một giả thuyết khác nhận thấy các điều dưỡng là người gần gũi với các bệnh nhân hơn là các bác sĩ. Công việc chính của ĐD là chăm sóc người bệnh về cả tinh thần và thể chất, họ gần gũi bệnh nhân hơn do đó họ quan tâm hơn tới sự an toàn của người bệnh, điều đó dẫn đến việc họ tuân thủ rửa tay tốt hơn. Còn tại Việt Nam, việc các điều dưỡng tuân thủ vệ sinh bàn tay tốt hơn còn có thể do họ dễ dàng tiếp cận với các phương tiện VST hơn các bác sĩ. Thực tế cho thấy, các bác sĩ khi thăm khám người bệnh thường chỉ mang theo các công cụ phục vụ thao tác thăm khám. Khi muốn vệ sinh tay họ phải dùng các vị trí rửa tay cố định trong buồng bệnh, ví dụ như bồn rửa hoặc các chai chứa dung dịch sát khuẩn tay được bố trí trong buồng. Việc rửa tay với nước và xà phòng tại bồn rửa sẽ bị ảnh hưởng nếu BV không trang bị

hộp chứa khăn lau tay đi kèm hoặc bồn rửa tay đặt vị trí không thuận tiện, việc sát khuẩn tay với dung dịch sát khuẩn cũng sẽ bị ảnh hưởng nếu vị trí đặt chai dung dịch xa vị trí khám bệnh của các bác sĩ. Tại Việt Nam do điều kiện kinh tế, tùy bệnh viện nên việc trang bị dung dịch sát khuẩn tay còn thiếu như các chai chứa dung dịch VST chứa cồn tại mỗi đầu giường bệnh hoặc trong mỗi buồng bệnh. Do đó, kèm với áp lực công việc phải khám nhiều bệnh nhân trong 1 khoảng thời gian nhất định, các bác sĩ sẽ gặp khó khăn trong việc thực hiện vệ sinh bàn tay. Còn với các điều dưỡng khi họ khám hoặc thực hiện các thao tác chăm sóc, thủ thuật trên người bệnh, họ thường mang theo xe tiêm hoặc xe thay băng để đựng dụng cụ. Trên các xe thủ thuật đó được trang bị các chai sát khuẩn tay nhanh. Sau mỗi thao tác trên người bệnh, họ có ngay chai dung dịch sát khuẩn trên xe tiêm/xe thay băng bên cạnh mình để vệ sinh tay.

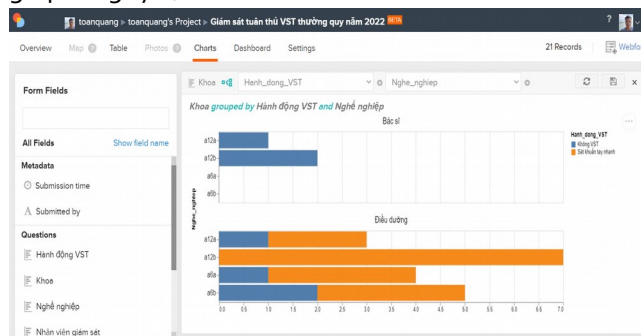
4.2. Hiệu quả sử dụng phần mềm giám sát vệ sinh tay

Với sự phát triển của công nghệ thông tin, ngày nay các nội dung giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn nói chung trong đó có giám sát tuân thủ vệ sinh tay nói riêng được ứng dụng các phần mềm nhằm mang lại hiệu quả trong công tác giám sát và phản hồi kết quả.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phần mềm giám sát trên giao diện web phiên bản miễn phí từ trang ONA/ENKETO. Đây là phần mềm thu thập và xử lý số liệu tự động được sử dụng rộng rãi trong các hoạt động nghiên cứu, thu thập dữ liệu đặc biệt trong lĩnh vực sức khỏe. Các số liệu được nhập trực tiếp vào phần mềm trên giao diện website có thể chạy trực tuyến hoặc offline. Các số liệu tự động được xử lý tùy theo yêu cầu của người sử dụng, kết quả được biểu diễn dưới dạng sơ đồ, biểu đồ, tỷ lệ %.

So sánh với phương pháp truyền thống là nhập dữ liệu trên phiếu giám sát bằng giấy, sau đó nhập và xử lý số liệu bằng các phần mềm thống kê như SPSS thì phương pháp sử dụng phần mềm sẽ làm giảm chi phí, nhân lực, thời gian được nhiều lần. Quan trọng nhất là các kết quả được cập nhật theo thời gian thực và được chuyển ngay tới cán bộ, nhân viên có liên

quan tạo thuận lợi cho việc quản lý và xử lý kịp thời giúp tăng tỷ lệ tuân thủ VST.



Hình 1. Giao diện phần mềm giám sát tuân thủ vệ sinh tay

5. Kết luận

Một số biện pháp can thiệp tập trung vào huấn luyện, đào tạo và áp dụng phần mềm giám sát tuân thủ vệ sinh tay để đánh giá và phản hồi ngay tới NVYT từ đó đưa ra kế hoạch cải tiến nhằm tăng rõ rệt sau can thiệp về tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo 5 thời điểm, thực hiện đúng 6 bước vệ sinh tay.

Ứng dụng phần mềm giám sát tuân thủ vệ sinh tay giúp giảm chi phí nhân lực, thời gian, kinh phí và phản ánh ngay kết quả theo thời gian thực đến các khoa để có biện pháp nhắc nhở đào tạo khắc phục kịp thời nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ VST.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự (2012) *Đánh giá sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Nhi Đồng I*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 16.2, tr. 128-131.
2. Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư và cộng sự (2016) *Thực trạng phương tiện VST, nhận thức và thực hành VST của nhân viên y tế tại một số khoa lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, tháng 6/2016, tr. 136-141.
3. Huỳnh Sơn Khương (2017) *Đánh giá thực hành rửa tay của nhân viên y tế Bệnh viện Quân y 120 năm 2015*. Báo cáo tại Hội nghị khoa học Bệnh viện 120 mở rộng năm 2017, truy cập tại https://www.benhvienquany120.vn/index.php?act=nd_y_khoa&muc=2&id=52.

4. Trần Hữu Luyện, Đặng Như Phần (2018) *Khảo sát tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Trung ương Huế*. Tạp chí Y học thực hành, tháng 5/2018, tr. 123-128.
5. Võ Văn Tân, Lê Thị Anh Thư, Nancy White (2010) *Liên quan giữa kiến thức và hành vi của điều dưỡng về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 14(4), tr. 77-84.
6. Nguyễn Quang Toàn, Đinh Vạn Trung, Nguyễn Thị Hoà (2017) *Đánh giá kiến thức, thái độ và khảo sát sự tuân thủ VST của nhân viên y tế Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2017*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, số 12, tr. 226-232.
7. Centers of Disease Control and Prevention (2021) *Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force*.
8. World Health Organization (2009) *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Switzerland: A World Alliance For Safer Health Care.
9. World Health Organization: Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health-Care Workers. 8/2009. Ngày truy cập: 15/08/2021. <<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation-feedback/en/>>.