

Nhận xét: Giới tính nam có tỷ lệ tuân thủ là 45,7%, cao hơn giới tính nữ là 38,4%; nhóm từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ tuân thủ là 43,9%, cao hơn nhóm dưới 30 tuổi tỷ lệ tuân thủ là 30,7%; Khoa Sản có tỷ lệ tuân thủ VSTNK cao nhất là 46,9%. Nhân viên y tế đã từng tham gia tập huấn VST và không bị dị ứng dung dịch vệ sinh tay có tỷ lệ tuân thủ cao hơn nhóm còn lại.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát trên 287 lượt VSTNK của 41 nhân viên y tế tham gia làm việc tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước cho thấy tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa chung là 42,9%; tuân thủ vệ sinh tay khi sử dụng chế phẩm cồn là 44,8%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay sử dụng xà phòng khử khuẩn là 40%. Tỷ lệ tuân thủ các thao tác trong nghiên cứu dao động xung quanh 90%. Tuân thủ thấp nhất ở tiêu chí "Tổng thời gian 3 bước rửa tay ngoại khoa tối thiểu 3 phút" chỉ đạt 69,57%. Giới tính nam có tỷ lệ tuân thủ là 45,7%, cao hơn giới tính nữ là 38,4%; nhóm từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ tuân thủ là 43,9%, cao hơn nhóm dưới 30 tuổi tỷ lệ tuân thủ là 30,7%; Khoa Sản có tỷ lệ tuân thủ VSTNK cao nhất là 46,9%. Nhân viên y tế đã từng tham gia tập huấn VST và không bị dị ứng dung dịch vệ sinh tay có tỷ lệ tuân thủ cao hơn nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2020). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care.
2. Pittet D., Hugonnet S., Harbarth S., et al. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet, 356 (9238), 1307 - 12.
3. Shinde M. B. và Mohite V. R. (2014). A study to assess knowledge, attitude and practices of five moments of hand hygiene among nursing staff and students at a tertiary care hospital at Karad. International Journal of Science and Research (IJSR). 3(2), tr. 311 - 321.
4. Nguyễn Việt Hùng (2010). Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
5. Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước (2017). Tổng quan về Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước.
6. Y tế (2017). Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
7. Nguyễn Hoài Thu (2019). Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế và các yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.

TUÂN THỦ QUY TRÌNH VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY CỦA BÁC SĨ TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÀO CAI NĂM 2020 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

NGUYỄN THÚY QUỲNH¹,
NGUYỄN THỊ HƯƠNG²
¹Đại học Y tế Công cộng
²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hương
Email: nguyennhuongkhth@gmail.com
Ngày nhận: 07/5/2021
Ngày phản biện: 30/5/2021
Ngày duyệt bài: 02/6/2021

TÓM TẮT

Vệ sinh tay thường quy (VSTTQ) là biện pháp giúp ngăn ngừa lan truyền tác nhân nhiễm khuẩn trong bệnh viện. Nâng cao hoạt động quản lý về tuân thủ VSTTQ có vai trò quan trọng giúp giảm tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu (1)

Đánh giá tuân thủ quy trình vệ sinh tay thường quy (2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình vệ sinh tay thường quy của các bác sĩ tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Lào Cai năm 2020. Mẫu nghiên cứu gồm 110 bác sĩ làm việc tại 22 khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai với 220 cơ hội VST được quan sát. Lãnh đạo bệnh viện, Lãnh đạo một số Khoa và Phòng ban liên quan như Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn... được phỏng vấn sâu để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình VSTTQ. Thời gian nghiên cứu từ 15/7/2020 đến 30/8/2020.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bác sĩ tuân thủ VSTTQ là 47,3%. Trong 220 cơ hội VST được quan sát có 55,0% cơ hội được bác sĩ tuân thủ VSTTQ. Tỷ lệ tuân thủ VSTTQ cao nhất với thời điểm “trước thủ thuật vô khuẩn” (71,4%) tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là thời điểm “trước khi tiếp xúc bệnh nhân” (44,4%). Phương pháp VSTTQ được thực hiện chủ yếu bằng dung dịch sát khuẩn chứa cồn (70,2%) Phân tích tuân thủ VSTTQ theo 5 bước VST cho thấy tỷ lệ tuân thủ thấp nhất ở bước 5 (Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái, 62,3%) và bước 6 (Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại, 61,8%). Các yếu tố thúc đẩy cho việc tuân thủ VSTTQ của BS bao gồm: (1) Nhận thức tốt ích lợi và vai trò tuân thủ VSTTQ trong giảm thiểu nhiễm khuẩn bệnh viện (2) Quy trình về VSTTQ được tổ chức thực hiện tại BV theo quy trình chuẩn của Bộ Y tế và công tác giám sát đánh giá VSTTQ được lãnh đạo bệnh viện quan tâm; (3) Trang thiết bị phục vụ cho vệ sinh tay thường quy đã được trang bị cơ bản; (4) Công tác đào tạo, tập huấn về vệ sinh tay đã được triển khai định kỳ hàng năm. Các yếu tố làm giảm mức độ tuân thủ vệ sinh tay thường quy, bao gồm: (1) Áp lực công việc do bệnh nhân đông và một số BS có thái độ chưa tốt về việc tuân thủ VSTTQ; (2) Trang bị vệ sinh tay nhanh chưa được bố trí đầy đủ và hợp lý; (3) Công tác tập huấn, đào tạo diễn ra thường kỳ, tuy nhiên do đặc thù công việc bác sĩ tham gia không nhiều. Chưa có cơ chế kiểm tra, theo dõi việc thực hiện tuân thủ vệ sinh tay sau các khóa tập huấn; (4) Tổ chuyên trách thực hiện công tác giám sát đánh giá có số lượng ít, chất lượng nhân lực không đảm bảo cộng với sự phối hợp chưa được tốt của các phòng khoa; (5) Chưa có chế tài kỷ luật đối với các trường hợp cá nhân hoặc khoa phòng không tuân thủ VSTTQ, hình

thức thi đua, khen thưởng cũng chưa được triển khai tại bệnh viện.

Các khuyến nghị: Bệnh viện cần nâng cao hiệu quả giám sát đánh giá, phối hợp triển khai hoạt động và có chế tài khen thưởng, kỷ luật trong việc tuân thủ VSTTQ đối với các Khoa/phòng.

Từ khóa: Vệ sinh tay thường quy, bác sĩ, bệnh viện đa khoa, Lào Cai.

SUMMARY

Hand hygiene compliance is a measure to help prevent the spread of infectious agents in hospitals. Improving the management of hand hygiene compliance plays an important role in reducing hospital infections. Improving hand hygiene compliance management is important in reducing hospital-acquired infections. The study was conducted with two objectives (1) Assessing hand hygiene compliance procedures (2) Analyzing a number of factors affecting the adherence to routine hand hygiene procedures of doctors at hospitals. clinical department of Lao Cai Provincial General Hospital in 2020. The study sample included: 110 doctors working in 22 clinical departments of Lao Cai Provincial General Hospital with 220 hand hygiene opportunities observed. Hospital leaders, leaders of some related faculties and departments such as the Department of Infection Control were interviewed in-depth to analyze the factors affecting hand hygiene compliance procedures. The study period was from July 15, 2020, to August 30, 2020.

Research results show that the percentage of doctors who adhere to Hand Hygiene hand Compliance Procedures is 47.3%. Of the 220 chances of Hand Hygiene observed, there was a 55.0% chance of being followed by the doctors. The highest adherence rate for Hand Hygiene was at the time “before aseptic procedure” (71.4%) and the lowest compliance rate was at the time “before patient contact” (44.4%). The hand hygiene method was performed primarily with an alcohol-based hand sanitiser (70.2%) Comparing with the 5-step Hand Hygiene Compliance Procedure, the result shows that Step 5 (Rub thumb of one hand into the palm of the other and vice versa, palm embraces thumb) and step 6 (Rub these fingertips into the palm of the other and vice versa) are where the lowest compliance rate at with the percentage of 62.3% and 61.8% respectively. The factors driving the adherence to Doctors’ Hand Hygiene include: (1) Good

awareness of the benefits and role of compliance Hand hygiene in reducing hospital-acquired infections (2) Hygiene procedures Hand hygiene is organized at the hospital according to the standard procedure of the Ministry of Health and the supervision and evaluation of Hand hygiene are concerned by hospital leaders; (3) Basic equipment for hand hygiene compliance procedure has been provided; (4) Training on hand hygiene has been carried out annually. Factors that reduce the level of hand hygiene compliance procedure include: (1) Work pressure due to a large number of patients and some doctors have an improper attitude about Hand Hygiene compliance procedure; (2) The equipment for quick hand hygiene has not been adequately and reasonably arranged; (3) Training and education take place regularly, however, due to the nature of the work, doctors do not participate much. There is no mechanism to check and monitor compliance with hand hygiene after training courses; (4) The specialized team for monitoring and evaluation is small in number, the quality of human resources is not guaranteed, and the coordination between departments is not effective; (5) There are no disciplinary sanctions for individuals or departments that do not comply with Hand Hygiene procedure. Also, the form of emulation and commendation has not been implemented at the hospital.

Recommendations: The hospital needs to improve the effectiveness of monitoring and evaluation, coordinate the implementation of activities and have a reward and discipline mechanism for compliance with Hand Hygiene for the Faculties/Departments.

Keywords: Hand hygiene compliance, doctors, Lao Cai Provincial General Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Không vệ sinh tay (VST) trong quá trình chăm sóc người bệnh là nguyên nhân quan trọng làm lan truyền nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV). VST giúp loại bỏ hầu hết vi sinh vật có ở bàn tay, có tác dụng ngăn ngừa lan truyền tác nhân nhiễm khuẩn từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ người bệnh sang dụng cụ và NVYT, từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một người bệnh và từ NVYT sang người bệnh. Vệ sinh tay thường quy (VSTTQ) là biện pháp đơn giản, ít tốn kém, hiệu quả và an toàn trong việc giảm thiểu tình trạng NKBV trong các cơ sở

y tế [3], đặc biệt là trong bối cảnh bùng phát các dịch bệnh truyền nhiễm^[1].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về hướng dẫn thực hành VST trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh^[3] và Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/7/2018 về việc quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tăng cường tuân thủ VSTTQ làm giảm đáng kể tỷ lệ NKBV.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai là BV hạng I trực thuộc Sở Y tế Lào Cai. Kết quả giám sát VST tháng 06/2019, tỷ lệ NVYT có thực hành VSTTQ chỉ đạt 58,9% và tỷ lệ VST đúng 6 bước chỉ đạt 22,1%. Tỷ lệ này ở nhóm bác sĩ luôn thấp nhất trong các nhóm đối tượng^[1,2]. Cần có nghiên cứu để tìm hiểu yếu tố gì ảnh hưởng đến tỷ lệ VSTTQ nhóm bác sĩ thấp, từ đó, có biện pháp phù hợp nhằm cải thiện tình hình. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu “Tuân thủ quy trình vệ sinh tay thường quy của bác sĩ tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai năm 2020 và một số yếu tố ảnh hưởng” được thực hiện.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Định lượng: Bác sĩ đang công tác tại 22 khoa lâm sàng BVĐK tỉnh Lào Cai.

Tiêu chí lựa chọn: Bác sĩ đang công tác theo hợp đồng chính thức tại BV đang làm việc tại các khoa lâm sàng; trực tiếp khám chữa bệnh cho bệnh nhân.

Định tính: Đại diện lãnh đạo bệnh viện, bao gồm: phó giám đốc phụ trách chuyên môn, trưởng khoa KSNK bệnh viện; trưởng phòng quản lý chất lượng; trưởng phòng tổ chức cán bộ; đại diện bác sĩ tại các khoa lâm sàng.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 15/07/2020 - 30/08/2020.

- Địa điểm: Tại 22 khoa lâm sàng BVĐK tỉnh Lào Cai.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

4. Cỡ mẫu

4.1. Định lượng

Chọn mẫu toàn bộ bác sĩ trực tiếp điều trị và chăm sóc người bệnh đang công tác tại 22 khoa lâm sàng gồm 110 bác sĩ.

Số cơ hội VST cần quan sát: Áp dụng công thức cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang 01 tỷ lệ:

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

Trong đó:

- n: Là tổng số cơ hội quan sát cần thực hiện.
- Z = 1,96: Hệ số tin cậy.
- p = 0,85, tỷ lệ tuân thủ VSTTQ trên tổng số cơ hội cần VSTTQ, căn cứ tỷ lệ tham khảo nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền, tỷ lệ này là 84,8%.

- d = 0,05: Sai số tuyệt đối chấp nhận.

Thực tế, tổng thể cơ hội vệ sinh tay quan sát được là 220. Mỗi BS quan sát 02 cơ hội VSTTQ.

4.2. Định tính

04 cuộc phỏng vấn sâu (PVS) với Phó giám đốc bệnh viện; Trưởng khoa KSNK bệnh viện; Trưởng phòng Quản lý chất lượng; Trưởng phòng Tổ chức cán bộ và 02 cuộc thảo luận nhóm (TLN) với các BS tại khoa lâm sàng.

5. Phương pháp xử lý số liệu

Các phiếu điều tra được làm sạch, mã hóa, nhập số liệu bằng phần mềm epidata. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu định lượng phân tích thống kê mô tả (n; %) thực trạng tuân thủ VSTTQ theo cơ hội VST và bác

sĩ. Mỗi BS sẽ được quan sát 2 cơ hội VSTTQ, nếu cả 2 lần quan sát đều tuân thủ VSTTQ thì BS được đánh giá là tuân thủ VSTTQ.

Tất cả các bản ghi âm của các cuộc TLN và PVS được tiến hành gỡ băng, tổng hợp các thông tin và mã hóa, phân tích theo các chủ đề nghiên cứu để đánh giá yếu tố ảnh hưởng đến VSTTQ của BS.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của bác sĩ

Bảng 1. Tỷ lệ vệ sinh tay theo cơ hội quan sát (n = 220)

Tuân thủ VST	Tỷ lệ	
	N	%
Có VST và đầy đủ 6 bước	121	55,0
Có VST nhưng không đầy đủ 6 bước	48	21,8
Không vệ sinh tay	51	23,2
Tổng	220	100,0

Nhận xét:

Bảng 1 cho thấy trong 220 cơ hội cần VST quan sát được, có 55,0% số cơ hội có VST và đầy đủ 6 bước, tỷ lệ không VST là 23,2%. Tỷ lệ này thấp hơn tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Đắc Lắc năm 2019 là 64,5% hay tại BVĐK tỉnh Ninh Thuận năm 2018 là 89,3%^[7,10].

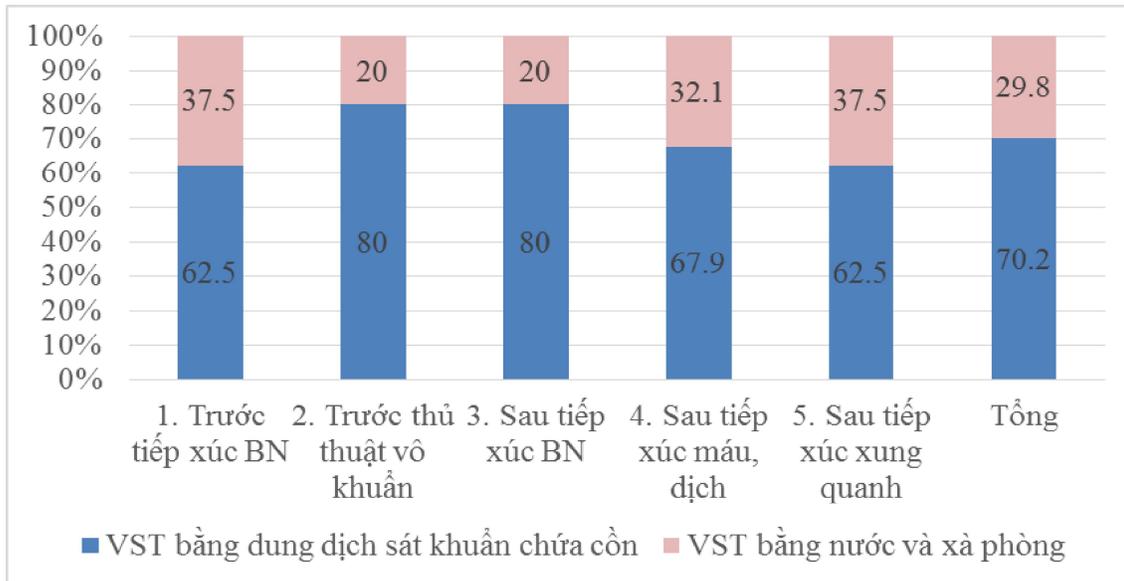
Bảng 2. Tỷ lệ cơ hội tuân thủ VSTTQ theo quy trình 6 bước tại 05 thời điểm cần VST (n = 220)

Thời điểm tuân thủ VSTTQ	Số cơ hội cần VSTTQ quan sát được (a)	Số cơ hội tuân thủ VSTTQ (b)	Tỷ lệ tuân thủ VSTTQ (b/a*100) (%)
Trước tiếp xúc BN	72	32	44,4
Trước thủ thuật vô khuẩn	28	20	71,4
Sau tiếp xúc BN	33	25	75,7
Sau tiếp xúc máu, dịch	56	28	50,0
Sau tiếp xúc xung quanh	31	16	51,6
Tổng	220	121	55,0

Nhận xét:

Tỷ lệ cơ hội tuân thủ VSTTQ cao nhất ở thời điểm “sau khi tiếp xúc với bệnh nhân”, chiếm 75,7%. Thời điểm “trước khi tiếp xúc bệnh nhân” có tỷ lệ cơ hội tuân thủ VSTTQ thấp nhất, với 44,4%. Trong tổng số 220 cơ hội vệ sinh tay quan sát được tỷ lệ tuân thủ VSTTQ chung là 55,0%.

Tỷ lệ chung vệ sinh tay thường quy trên số cơ hội quan sát ở các khoa thường xuyên thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn là 71,1%, lớn hơn so với các khoa ít thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn (37,7%).



Biểu đồ 1. Phương pháp VST trong tổng số cơ hội tuân thủ VSTTQ (n = 121)

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương thức rửa tay của bác sĩ ở các (5) thời điểm quan sát chủ yếu là bằng dung dịch sát khuẩn chứa cồn, với 70,2% cơ hội. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Xuân Hương (73,9%)^[9].

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ các bước VSTTQ theo cơ hội quan sát (n = 220)

Các bước của quy trình	Số cơ hội VSTTQ quan sát được (a)	Số cơ hội tuân thủ VSTTQ (b)	Tỷ lệ tuân thủ VSTTQ (b/a*100) (%)
Bước 1	220	168	76,4
Bước 2	220	168	76,4
Bước 3	220	138	62,7
Bước 4	220	161	73,2
Bước 5	220	137	62,3
Bước 6	220	136	61,8
Đủ 6 bước	220	121	55,0

Trong 6 bước của quy trình VSTTQ thì bước 5 và bước 6 có tỷ lệ cơ hội tuân thủ VSTTQ thấp nhất, tương ứng lần lượt là 62,3% và 61,8%. Vấn đề này ngoài lí do giản tiện thao tác để rút ngắn thời gian, có thể do bác sĩ không nắm rõ hoặc chưa chú tâm đến các quy trình.

Bảng 4. Tỷ lệ bác sĩ tuân thủ VSTTQ (n = 110)

Tuân thủ VSTTQ	Tỷ lệ	
	N	%
Bác sĩ tuân thủ VSTTQ	52	47,3
Bác sĩ không tuân thủ VSTTQ	58	52,7
Tổng	110	100,0

Tỷ lệ bác sĩ tuân thủ VSTTQ ở cả hai cơ hội là 47,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Vân Trang (năm 2010) tại Bệnh viện Chợ Rẫy với tỷ lệ tuân thủ VSTTQ của bác sĩ 24,6% [8] và Phạm Thị Thủy năm 2019 là 21,1%^[10].

Bảng 5. Tỷ lệ bác sĩ tuân thủ VSTTQ theo 2 nhóm khoa (n = 110)

Khoa	Tuân thủ VSTTQ		Không tuân thủ VSTTQ	
	N	%	n	%
Nhóm 1: Các khoa thường xuyên thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn	37	64,9	20	35,1
Nhóm 2: Các khoa ít thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn	15	28,3	38	71,7
Tổng	52	47,3	58	52,7

Tỷ lệ tuân thủ cơ hội tại các khoa thường xuyên thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn cao hơn so với khoa ít thực hiện thủ thuật/can thiệp xâm lấn. Sự khác biệt này có thể giải thích vì đặc thù các khoa cấp cứu, hồi sức cấp cứu, ngoại chấn thương... là nơi tiếp đón người bệnh hằng ngày, là nơi thực hiện nhiều thủ thuật can thiệp như thăm khám, lấy dấu hiệu sinh tồn, sơ cấp cứu ban đầu và cũng là nơi có khả năng tiếp xúc nhiều với máu và dịch tiết cơ thể của người bệnh, do đó, các bác sĩ tại các khoa này

có ý thức VST đi kèm với tỷ lệ tuân thủ VSTTTQ theo cơ hội cao hơn các khoa còn lại.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng việc tuân thủ VSTTTQ của bác sĩ

2.1. Yếu tố cá nhân

2.1.1. Nhận thức của bác sĩ và các bên liên quan về vai trò, tầm quan trọng của VSTTTQ

Kết quả định tính cho thấy đội ngũ bác sĩ đã nhận thức tốt về vai trò và tầm quan trọng của VSTTTQ và kiến thức của họ tương đối đầy đủ, tuy nhiên vẫn còn một số lượng tương đối lớn bác sĩ chưa tuân thủ VSTTTQ trong quá trình làm việc. *“Vệ sinh tay có vai trò rất quan trọng trong việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân bởi vì hậu quả của nhiễm khuẩn bệnh viện rất nặng đối với bệnh nhân cũng như nhân viên y tế, điều đầu tiên là nó làm tăng chi phí cho ngày điều trị, tăng chi phí cho bệnh nhân gây tổn kém. Thứ hai, nhiễm khuẩn bệnh viện nó không những gây hậu quả nặng nề về mặt lâm sàng mà còn là nguyên nhân làm tăng sự kháng thuốc của vi sinh vật, xuất hiện những chủng vi khuẩn kháng đa kháng sinh là nguyên nhân gây tử vong trong bệnh viện.” (PVS cán bộ quản lý)*

2.1.2. Kiến thức của bác sĩ về tuân thủ VSTTTQ

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy còn một số bác sĩ chưa có kiến thức đúng và đủ về chỉ định và thời điểm cần VST, đồng thời ý thức của họ cũng chưa được tốt dẫn đến không tuân thủ VST mặc dù đã được đào tạo đầy đủ và có kiến thức về VST. Mặt khác, do kiến thức chưa đầy đủ nên có những bác sĩ đã thực hành vệ sinh tay nhưng không quan tâm đến việc đúng sai và chất lượng của quá trình rửa tay, là lí do của việc bác sĩ không tuân thủ các bước của quy trình VST chuẩn.

2.1.3. Ý thức thực hành của bác sĩ về tuân thủ VSTTTQ

Các ý kiến từ bác sĩ và các cán bộ quản lý đều đồng quan điểm về việc bác sĩ mặc dù đã có kiến thức cơ bản về VSTTTQ và nhận thức được vai trò quan trọng khi tuân thủ VST nhưng việc họ không thực hành VST thường xuyên bắt nguồn từ lí do quan trọng nhất là ý thức cá nhân *“Cái này nó gắn với ý thức, chứ kiến thức chỉ có thế, tập huấn đi tập huấn lại nó cũng không thay đổi về kiến thức, 6 bước nó vẫn là 6 bước, mà cái quan trọng có ý thức để thực hiện không” (TLN bác sĩ).*

2.2. Cơ sở vật chất/phương tiện VSTTTQ

2.2.1. Sự sẵn có, thuận tiện trong sử dụng của trang thiết bị hỗ trợ VSTTTQ

Về cơ bản trang thiết bị, phương tiện vệ sinh tay đã đảm bảo đáp ứng được nhu cầu VST của NVYT, tuy vậy số lượng hiện nay vẫn chưa thật đầy đủ, còn thiếu ở trong các buồng bệnh, một số vị trí để các phương tiện vệ sinh tay chưa thuận tiện để đội ngũ bác sĩ tiếp cận khi cần sử dụng, dẫn đến bác sĩ có thể bỏ qua việc tuân thủ VST.

2.2.2. Chất lượng của trang thiết bị, phương tiện VST

Chất lượng các sản phẩm để rửa tay, vệ sinh tay không tốt, các loại hóa chất được cung cấp không đảm bảo, gây ra các dị ứng cho bàn tay buộc các bác sĩ phải lựa chọn phương án rửa tay khác như xà phòng với nước để giảm độ khô bàn tay, điều này cũng gây ra sự bất tiện.

2.3. Tính chất công việc và văn hóa làm việc

2.3.1. Khối lượng công việc, việc phân công nhiệm vụ liên quan đến VSTTTQ

Đặc thù công việc và điều kiện làm việc ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ VSTTTQ của bác sĩ, áp lực công việc do người bệnh đông dẫn đến các bác sĩ không đủ thời gian để VST hoặc làm tắt, bỏ bước mà không theo quy trình chuẩn. *“Do áp lực công việc, tần suất bác sĩ làm việc quá lớn, ví dụ như khoa khám bệnh, bệnh nhân rất là đông, theo quy định một ngày bác sĩ chỉ khám cho 40 bệnh nhân, nhưng ở đây bác sĩ có những ngày khám hơn 100 bệnh nhân thì không đủ thời gian để VST như mong muốn được” (PVS cán bộ quản lý).*

2.3.2. Văn hóa nơi làm việc về VSTTTQ

Không chỉ thiếu sự phối hợp trong việc giám sát, đánh giá quản lý, bản thân các trưởng khoa phòng hầu như chưa quan tâm, “thấu hiểu” và đồng cảm với hoạt động chống nhiễm khuẩn, tăng cường vệ sinh tay, thậm chí “phó mặc” cho khoa chuyên trách. *“Họ chưa thực sự hiểu, chưa nhiệt tình, cứ nghĩ việc đấy là của chúng tôi những người đi giám sát mà không hiểu là bác sĩ trưởng khoa phải có cùng trách nhiệm để giáo dục nhân viên mình thực hiện cho tốt hơn”.*

2.4. Hoạt động đào tạo, tập huấn về VSTTTQ

2.4.1. Hoạt động đào tạo, tập huấn và sự tham gia

Công tác đào tạo, tập huấn để nâng cao nhận thức về VSTTTQ của NVYT được thực hiện thường kì tại bệnh viện. Tuy nhiên, số buổi tập huấn trong năm chưa được triển khai nhiều, mỗi năm mới triển khai được một đến hai buổi, số lượng bác sĩ tham gia các buổi tập huấn ít do

đặc thù công việc với khối lượng công việc và số lượng bệnh nhân nhiều.

2.4.2. Chất lượng khóa đào tạo, tập huấn

Bộ phận giảng viên tập huấn đã chú trọng nâng cao chất lượng bằng nhiều phương pháp khác nhau, kết hợp lí thuyết và thực hành, tăng tương tác trong học tập. Ngoài ra, để tiếp nhận những kiến thức mới, nâng cao trình độ và kĩ năng, các phụ trách đào tạo, tập huấn đã chú trọng việc giao lưu trao đổi tiếp cận qua kênh thông tin khác nhau. *“Hiện tại, công nghệ thông tin rất phát triển thì nguồn tiếp cận rất là nhiều, chúng tôi cũng hay theo dõi trên các kênh fanpage của các bệnh viện lớn hoặc các hội kiểm soát nhiễm khuẩn mà họ lập ra”.*

2.5. Cơ chế quản lý, phối hợp thực hiện

2.5.1. Các quy định, quy trình thực hiện VSTTQ

Hiện nay, bệnh viện đã xây dựng quy trình vệ sinh tay nội bộ theo tiêu chuẩn và đã ban hành các quy định để thực hiện. *“Chúng tôi xây dựng quy trình vệ sinh tay theo tiêu chuẩn ISO được duyệt, nhưng trước khi có quy chuẩn đó thì chúng tôi có quy định VST được ban hành đối với bệnh viện rất là chi tiết, ví dụ như là ở chỗ nào treo cái gì và quy định những thời điểm nào cần VST thì những cái đó là định hướng và có quy định bắt buộc rồi” (PVS cán bộ quản lý).*

2.5.2. Cơ chế giám sát, đánh giá VSTTQ của bệnh viện

Tại bệnh viện, việc giám sát, đánh giá VST do khoa KSNK thực hiện, tại khoa đã có tổ chuyên trách đi giám sát và nhắc nhở. Tuy nhiên, số lượng đợt giám sát ít, không thường xuyên, chưa có sự phối hợp giữa các khoa phòng trong quá trình giám sát làm cho hiệu quả công tác VST chưa cao. *“Khoa KSNK đã thực hiện một số chuyên đề giám sát như giám sát trọng điểm tại khoa hồi sức tích cực, giám sát quy trình thay băng tại các khoa ngoại. Tuy nhiên, hiệu quả có vẻ chưa được như ý do các bộ phận chưa có sự phối hợp ăn ý trong quá trình làm việc” (TLN bác sĩ).*

Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai các hoạt động giám sát, đánh giá là nguồn nhân lực. *“Theo Thông tư 16 của Bộ Y tế là 150 giường bệnh phải có một cán bộ chuyên trách đi giám sát. Năm ngoái, chúng tôi đủ 4 người thì bệnh viện 700 giường nhưng năm nay hai nhân lực chuyển đi rồi, vậy thì nhân lực chúng tôi thiếu, còn yếu nữa” (PVS cán bộ quản lý).*

2.5.3. Cơ chế khen thưởng, xử phạt về tuân thủ VSTTQ của bệnh viện

Các hình thức xử lý chỉ dừng lại ở nhắc nhở, thông báo mà chưa có chế tài xử phạt đủ răn đe nên chưa có nhiều tác động đến việc tuân thủ VSTTQ. Hình thức khen thưởng để khuyến khích các cá nhân, tập thể thi đua, nêu gương tuân thủ VST và phối hợp tốt trong công tác triển khai VST cũng không được thực hiện tại bệnh viện. *“Lãnh đạo bệnh viện cũng quan tâm rồi nhưng thực sự chưa có chế tài gì, cái chỗ làm tốt cũng chưa có thưởng mà chỗ làm chưa tốt cũng chưa có xử phạt vậy thì nó chưa có hiệu quả là vì thế” (PVS cán bộ quản lý).*

KẾT LUẬN

Tỷ lệ bác sĩ tuân thủ VSTTQ ở cả 2 cơ hội quan sát là 47,3%. Trong số 220 cơ hội quan sát được có 55,0% cơ hội tuân thủ VSTTQ theo 6 bước, trong đó thời điểm “trước thủ thuật vô khuẩn” có tỷ lệ VSTTQ cao nhất (71,4%), thấp nhất là thời điểm “trước khi tiếp xúc bệnh nhân” (44,4%). Phương pháp VSTTQ chủ yếu bằng nước và xà phòng. Trong số cơ hội tuân thủ VSTTQ, tỷ lệ tuân thủ thấp nhất ở bước 5 và bước 6.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ VSTTQ: Các yếu tố thúc đẩy cho việc tuân thủ VSTTQ của BS bao gồm: (1) Nhận thức tốt ích lợi và vai trò tuân thủ VSTTQ trong giảm thiểu nhiễm khuẩn bệnh viện (2) Quy trình về VSTTQ được tổ chức thực hiện tại BV theo quy trình chuẩn của Bộ Y tế và công tác giám sát đánh giá VSTTQ được lãnh đạo bệnh viện quan tâm; (3) Trang thiết bị phục vụ cho vệ sinh tay thường quy đã được trang bị cơ bản; (4) Công tác đào tạo, tập huấn về vệ sinh tay đã được triển khai định kì hằng năm. Các yếu tố làm giảm mức độ tuân thủ vệ sinh tay thường quy, bao gồm: (1) Áp lực công việc do bệnh nhân đông và một số BS có thái độ chưa tốt về việc tuân thủ VSTTQ; (2) Trang bị vệ sinh tay nhanh chưa được bố trí đầy đủ và hợp lý; (3) Công tác tập huấn, đào tạo diễn ra thường kì, tuy nhiên do đặc thù công việc bác sĩ tham gia không nhiều. Chưa có cơ chế kiểm tra, theo dõi việc thực hiện tuân thủ vệ sinh tay sau các khóa tập huấn; (4) Tổ chuyên trách thực hiện công tác giám sát đánh giá có số lượng ít, chất lượng nhân lực không đảm bảo cộng với sự phối hợp chưa được tốt của các phòng khoa; (5) Chưa có chế tài kỷ luật đối với các trường hợp cá nhân hoặc khoa phòng không tuân thủ VSTTQ, hình thức thi đua, khen thưởng cũng chưa được triển khai tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2009), Global Influenza Programme. Pandemic Influenza Preparedness

and Response: A WHO Guidance Document, Switzerland.

2. **Allegranzi B., Storr J., Dziekan G. et al.** (2007). The First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care: from launch to current progress and achievements, Journal of Hospital Infection. 65, pg.115-123.

3. Bộ Y tế (2017). Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Việt Nam.

4. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai (2019). Báo cáo số 334/BC-BVT ngày 31/12/2019 về kết quả hoạt động năm 2019 và phương hướng hoạt động năm 2020, Lào Cai.

5. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai (2019), Thông báo số 260/TB-BVT ngày 08/07/2019 về kết quả thực hiện tháng hành động vệ sinh tay năm 2019, Lào Cai, tr.1-2.

6. **Bùi Thị Kim Nhung, Nguyễn Tiến Thành và cộng sự** (2009). Đánh giá sự tuân thủ rửa tay của cán bộ, nhân viên y tế tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2009, Các công trình nghiên

cứu khoa học Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức lần thứ II - 2009, tr. 61 - 67.

7. **Đặng Ngọc Liên** (2018). Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của phẫu thuật viên mổ đẻ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, năm 2018, Trường Đại học Y tế Công cộng, tr. 87.

8. **Đặng Thị Vân Trang và Lê Anh Thư** (2010). Tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế theo 5 thời điểm của Tổ chức Y tế thế giới, Hội nghị Khoa học kỹ thuật Bệnh viện Chợ Rẫy.

9. **Hoàng Thị Xuân Hương** (2011). Đánh giá kiến thức, thái độ và tỷ lệ vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đổng Đa - Hà Nội trước và sau khi triển khai Dự án Tăng cường vệ sinh bệnh viện năm 2010 - 2011, Đào tạo sau đại học, Đại học Y tế Công cộng.

10. **Phạm Thị Thủy** (2019), Tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Đắk Lắk năm 2019, Trường Đại học Y tế Công cộng, tr.112.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG NÔN VÀ BUỒN NÔN CỦA GRANISETRON SO VỚI ONDANSETRON SAU PHẪU THUẬT CỘT SỐNG ĐƯỢC GIẢM ĐAU THEO PHƯƠNG PHÁP BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT BẰNG MORPHIN

PHẠM THỊ KIM HUỆ¹, NGUYỄN ĐĂNG QUANG²
¹Bệnh viện Thanh Nhân
²Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng nôn và buồn nôn (NBNSM) sau phẫu thuật cột sống của Granisetron (G) so sánh với Ondansetron (O) trên bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, ngẫu nhiên, có đối chứng.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đăng Quang
Email: ndq.hmu@gmail.com
Ngày nhận: 14/5/2021
Ngày phản biện: 30/5/2021
Ngày duyệt bài: 02/6/2021

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nôn và buồn nôn sau mổ ở nhóm G và nhóm O lần lượt là 33,3% và 36,6%. Thời gian xuất hiện NBNSM ở nhóm G là $15,3 \pm 4,1$ giờ (H) trong khi chỉ số này ở nhóm O là $15,8 \pm 4,8$ H. Về tỷ lệ bệnh nhân có NBNSM tại các thời điểm khác nhau, tỷ lệ này cao nhất tại thời điểm 2 đến 12 H và 12 đến 24 H đối với cả hai nhóm, tương ứng là 10,0%; 13,3% ở nhóm G và 13,3%; 13,3% ở nhóm O. Mức độ NBNSM được đánh giá theo thang điểm Klockgether-Radke. Theo đó, tỷ lệ bệnh nhân có NBNSM mức độ 1 là cao nhất ở nhóm G (16,6%), trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm O là NBNSM mức độ 3 (23,3%). Tuy nhiên, kết