

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những vấn đề y tế công cộng hàng đầu trên toàn thế giới. NKBV xảy ra sau khi người bệnh nhập viện và được coi là một chỉ số quan trọng đánh giá chất lượng bệnh viện, khả năng tổ chức quản lý và khả năng đảm bảo an toàn cho người bệnh của cơ sở y tế. NKBV lan truyền bằng nhiều con đường thông qua bề mặt (đặc biệt là tay), nước, không khí, đường tiêu hóa và phẫu thuật. Trong đó, vai trò của NVYT trong việc lây truyền NKBV là rất lớn. Nhiều NKBV được gây ra bởi sự lan truyền từ người bệnh này sang người bệnh khác thông qua NVYT, đặc biệt là điều dưỡng.

Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I của Thành phố Hà Nội với trang thiết bị phục vụ công tác điều trị được đầu tư nhưng diện tích dành cho điều trị chưa được đồng bộ, số lượng người bệnh đang bị quá tải, cũng như vị trí để thực hiện tốt công tác KSNK bệnh viện. Bên cạnh đó, qua đánh giá nội bộ cho thấy, hệ thống KSNK của bệnh viện chưa được thực hiện một cách có hệ thống và thường quy. Tình trạng tuân thủ các quy trình KSNK tại bệnh viện ở các NVYT nói chung và điều dưỡng nói riêng còn thấp. Theo báo cáo giám sát của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện Thanh Nhàn thiết phải tìm hiểu thực trạng tuân thủ các quy trình cơ bản KSNK và triển khai các can thiệp phù hợp nhằm nâng cao mức độ tuân thủ các biện pháp KSNK của nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng. Nghiên cứu: ***"Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và hiệu quả can thiệp tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2020"*** được thực hiện với các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện và yếu tố liên quan tại Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội năm 2018-2019.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện năm 2018-2019.
3. Đánh giá kết quả tuân thủ ba quy trình cơ bản trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện của điều dưỡng viên tại địa điểm nghiên cứu năm 2020.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Luận án cho thấy tình trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn như vệ sinh tay, thay băng vết thương và đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của nhân viên y tế tại bệnh viện Thanh Nhân còn chưa đồng bộ.

2. Luận án cho thấy một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện như tuổi, giới tính, khoa lâm sàng, tình trạng phẫu thuật và thời gian nằm viện.

3. Can thiệp đa phương thức cho thấy có tính hiệu quả cao khi cải thiện tuân thủ thực hành các quy trình kiểm soát của điều dưỡng và cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện, đưa hoạt động thực hành KSNK vào thường quy trong quy định của bệnh viện.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 136 trang, bao gồm: Đặt vấn đề 02 trang; Chương 1. Tổng quan: 31 trang; Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 26 trang; Chương 3. Kết quả nghiên cứu: 42 trang; Chương 4. Bàn luận: 31 trang; Kết luận: 02 trang, Khuyến nghị: 01 trang. Kết quả luận án được trình bày trong 31 bảng và 11 biểu. Luận án sử dụng 165 tài liệu tham khảo trong đó có 28 tiếng Việt và 137 tiếng Anh.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái niệm nhiễm khuẩn bệnh viện

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV): hay nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc sức khỏe (Healthcare associated infections – HAIs) là nhiễm khuẩn xảy ra tại các cơ sở y tế sau khi người bệnh nhập viện ít nhất 48 tiếng, mà không phải là ủ bệnh hoặc có triệu chứng tại thời điểm nhập viện. NKBV bao gồm cả nhiễm khuẩn ở người bệnh đã xuất viện và nhiễm khuẩn nghề nghiệp ở NVYT.

1.2. Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện của nhân viên y tế

Tăng cường tuân thủ các quy trình KSNK, đặc biệt là các quy trình vệ sinh tay, quy trình tiêm an toàn, quy trình khử khuẩn-tiệt khuẩn, quy trình thay băng vết thương và quy trình đặt Catheter tĩnh mạch ngoại

biên, đóng vai trò là trọng tâm của các chương trình can thiệp nâng cao khả năng KSNK tại các khoa và đơn vị của bệnh viện.

1.3. Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan

Mầm bệnh gây ra NKBV có thể từ nhiều nguồn khác nhau, gây ra các loại NKBV khác nhau, trong đó có các loại NKBV phổ biến như:

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp (bao gồm viêm phổi thở máy)
- Nhiễm khuẩn vết mổ
- Nhiễm khuẩn huyết khi đặt catheter trung tâm
- Nhiễm khuẩn tiết niệu khi đặt catheter

Ngoài ra, một số NKBV khác như viêm phổi mắc phải không do thở máy, nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, nhiễm khuẩn máu nguyên phát khác không liên quan đến sử dụng catheter và nhiễm trùng đường tiết niệu khác không liên quan đến sử dụng catheter. NKBV cũng có thể nhóm theo hệ thống cơ quan bị ảnh hưởng như nhiễm trùng tai, mắt, mũi và họng, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới (bao gồm viêm phế quản, viêm khí quản, viêm tiểu phế quản, áp xe phổi hoặc phù thũng mà không có bằng chứng viêm phổi), nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn tim mạch, nhiễm khuẩn xương khớp, nhiễm khuẩn hệ thần kinh và nhiễm khuẩn đường sinh sản [2].

1.4. Mô hình can thiệp đa phương thức trong tăng cường tuân thủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

1.4.1. Chiến lược đa phương thức trong hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn

Việc xây dựng các hoạt động đào tạo NVYT là can thiệp trọng tâm cho việc cải thiện KSNK, tuy nhiên, triển khai và duy trì bền vững các hoạt động can thiệp cải thiện KSNK cần có một cách tiếp cận mang tính hệ thống với nhiều bên liên quan tham gia. Các bằng chứng hiện tại ủng hộ chiến lược đa phương thức trong xây dựng các chương trình can thiệp KSNK. Chiến lược “Đa phương thức” được định nghĩa là chiến lược bao gồm một số yếu tố hoặc thành phần (ba hoặc nhiều hơn; thường là năm) được thực hiện theo cách tích hợp với mục đích cải thiện kết quả và thay đổi hành vi. Năm 2009, TCYTTG đã công bố

hướng dẫn thực hiện và đánh giá các chương trình vệ sinh tay trong các cơ sở y tế [20]. Hướng dẫn này xác định năm thành phần cần được thực hiện cụ thể: sát khuẩn tay bằng cồn tại điểm chăm sóc hoặc được thực hiện bởi NVYT, đào tạo và giáo dục, phản hồi quan sát và kết quả hoạt động, các gợi ý nhắc nhở (ví dụ: áp phích) và hỗ trợ hành chính/ môi trường/ thể chế. Các hướng dẫn của TCYTTG đã được phổ biến rộng rãi trên toàn thế giới và được báo cáo là có ảnh hưởng lớn tới công tác KSNK tại các bệnh viện. Sau này, chiến lược đa phương thức cũng được TCYTTG phổ biến và áp dụng cho các hoạt động khác trong việc cải thiện các quy trình KSNK của NVYT.

Năm thành phần phổ biến nhất bao gồm: (i) thay đổi hệ thống (sự sẵn có của cơ sở hạ tầng và nguồn cung cấp phù hợp để cho phép thực hành tốt phòng ngừa và kiểm soát nhiễm trùng); (ii) giáo dục và đào tạo nhân viên y tế và những người đóng vai trò quan trọng (ví dụ, các nhà quản lý); (iii) giám sát cơ sở hạ tầng, thực hành, quy trình, kết quả và cung cấp phản hồi dữ liệu; (iv) nhắc nhở tại nơi làm việc / thông tin liên lạc; và (v) thay đổi văn hóa trong cơ sở hoặc tăng cường môi trường an toàn.

Trong KSNK, chiến lược đa phương thức thường bao gồm một bộ ba hoặc nhiều thành phần (ví dụ: cải thiện quản trị, lãnh đạo và trách nhiệm giải trình; giáo dục và đào tạo các nhà cung cấp dịch vụ; kiểm tra, giám sát và đánh giá; và truyền thông hiệu quả) được thực hiện chung và liên tục để tối đa hóa kết quả và thay đổi hành vi. Mục tiêu cuối cùng là tạo ra văn hóa tổ chức và môi trường an toàn cho người bệnh để hỗ trợ cải thiện chất lượng nói chung.

1.4.2. Tại Việt Nam

Trong các chương trình phòng chống NKBV, vệ sinh bàn tay (vệ sinh tay) luôn là một thành phần không thể thiếu, đóng vai trò quan trọng trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Vệ sinh tay là một phần của vệ sinh thân thể nằm trong vệ sinh chung của ngành vệ sinh, người ta cho rằng rửa tay cùng với vệ sinh thân thể, mắt, miệng là thành tựu to lớn của nhân loại, chính vì vậy vệ sinh thân thể được đưa vào chương trình chung môn học giáo dục công dân của các quốc gia trên thế giới.

Ngoài ra, các quy trình khác cũng được triển khai như tăng cường khử khuẩn – tiệt khuẩn hoặc tiêm an toàn.

1.4.3. Hiệu quả về can thiệp đa phương thức trong cải thiện tuân thủ các quy trình KSNK

Các yếu tố liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn là: Khuyến khích nhân viên y tế thực hiện các quy trình; tăng cường cơ sở vật chất; giám sát việc thực hiện các quy trình KSNK. Có thể khẳng định NKBV xảy ra liên quan đến nhiều yếu tố bao gồm: con người, môi trường bệnh viện và người bệnh. Do đó, một chương trình KSNK triển khai cũng bao gồm các hoạt động đa phương thức, với sự huy động đa ngành và sự tham gia của tất cả mọi người.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1.1. Người bệnh

- Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh bao gồm:

- +) Người bệnh nằm điều trị nội trú
- +) Có thời gian nhập viện >48 giờ
- +) Có mặt tại thời điểm điều tra.

- Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

+) Người bệnh có thời gian nằm viện dưới 48 giờ, người bệnh điều trị ngoại trú.

+) Người bệnh đang ủ bệnh một bệnh nhiễm trùng khi nhập viện, phát hiện người bệnh này chủ yếu dựa vào dấu hiệu bất thường về cận lâm sàng như XQ, xét nghiệm máu ...và khám lâm sàng có biểu hiện của bệnh nhiễm khuẩn

2.1.1.2. Nhân viên y tế cho mục tiêu 1 và 2

- Tiêu chuẩn tuyển chọn bao gồm:

- +) Trực tiếp thăm khám, điều trị và chăm sóc người bệnh
- +) Có mặt tại thời điểm nghiên cứu
- +) Đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ

+) Những người đang đi học, nghỉ thai sản, ốm hoặc từ chối tham gia.

2.1.1.3. Điều dưỡng viên cho mục tiêu 3

- Tiêu chuẩn tuyển chọn bao gồm:

- +) Trực tiếp chăm sóc người bệnh
 - +) Có mặt tại thời điểm nghiên cứu
 - +) Đồng ý tham gia nghiên cứu
 - +) Tham gia nghiên cứu giai đoạn
- Tiêu chuẩn loại trừ

+) Những người đang đi học, nghỉ thai sản, ốm hoặc từ chối tham gia.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa điều trị lâm sàng của Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2018 đến tháng 9/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được áp dụng, kết hợp giữa thu thập số liệu định lượng và định tính thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

- Giai đoạn 2: Nghiên cứu thử nghiệm so sánh trước-sau không có nhóm chứng.

- Giai đoạn 3: Đánh giá sau can thiệp, kết hợp giữa thu thập số liệu định lượng và định tính thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.2.2.1. Cỡ mẫu cho mục tiêu 1

- Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 229 nhân viên y tế. Cộng 10% nhân viên y tế dự phòng không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc, tổng cỡ mẫu là 252

- 03 cuộc thảo luận nhóm trọng tâm được tiến hành với 15 NVYT tại các khoa lâm sàng (5 NVYT/cuộc). Các NVYT được lựa chọn ngẫu nhiên trong số các NVYT được mời tham gia nghiên cứu.

- 02 cuộc phỏng vấn sâu với) 1 Đại diện lãnh đạo khoa KSNK và 1 Đại diện lãnh đạo bệnh viện. Phương pháp chọn mẫu chủ đích được áp dụng.

2.2.2.2. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho mục tiêu 2*

Đối với mục tiêu 2, nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ người bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Tổng cộng có 712 người bệnh năm 2018 (đánh giá ngày 29/8/2018) và 751 người bệnh năm 2019 (đánh giá ngày 27/7/2019).

2.2.2.3. *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho mục tiêu 3*

** Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho người bệnh*

Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ người bệnh nội trú tại các khoa lâm sàng và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Tổng cộng có 647 người bệnh nội trú được đánh giá tình trạng NKBV năm 2020 (đánh giá ngày 30/9/2020).

** Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho điều dưỡng*

Tổng số mẫu là 190 điều dưỡng, tương ứng với số lượng điều dưỡng thực tế được lựa chọn vào giai đoạn 1. Như vậy, toàn bộ điều dưỡng trong giai đoạn 1 được lựa chọn vào nghiên cứu giai đoạn 2 và 3.

** Cỡ mẫu và cách chọn mẫu cho phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm*

- 03 cuộc thảo luận nhóm trọng tâm được tiến hành với 15 NVYT tại các khoa lâm sàng (5 NVYT/cuộc). Các NVYT được lựa chọn ngẫu nhiên trong số các NVYT được mời tham gia nghiên cứu.

- 02 cuộc phỏng vấn sâu với 1) 1 Đại diện lãnh đạo khoa KSNK và 2) 1 Đại diện lãnh đạo bệnh viện. Phương pháp chọn mẫu chủ đích được áp dụng.

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu

2.2.3.1. *Biến số và chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 1*

** Thông tin chung*

** Các biến số về tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế*

2.2.3.2. *Các biến số và chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 2*

** Thông tin chung*

** Các biến số, chỉ số về nhiễm khuẩn bệnh viện*

2.2.3.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu cho mục tiêu 3

** Các biến số, chỉ số định lượng trước và sau can thiệp*

** Các thông tin định tính*

2.3. Tổ chức nghiên cứu

2.3.1. Tổ chức nhóm và quy trình triển khai nghiên cứu

2.3.1.1. Tổ chức nhóm nghiên cứu

2.3.1.2. Nội dung can thiệp

Trong nghiên cứu này, cách tiếp cận đa phương thức được áp dụng nhằm cải thiện tình trạng tuân thủ của ba quy trình KSNK cơ bản bao gồm: vệ sinh tay, thay băng và quy trình đặt ống thông (catheter) tĩnh mạch ngoại vi. Cốt lõi của can thiệp bao gồm 4 hoạt động:

- Bổ sung, hoàn thiện và ban hành quy định về quy trình
- Trang bị phương tiện, vật dụng cần thiết
- Tập huấn cho giám sát viên và điều dưỡng
- Tăng cường, nâng cao chất lượng hoạt động giám sát tuân thủ

quy trình.

2.3.2. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.3.2.1. Quan sát thực hành

2.3.2.2. Đánh giá nhiễm khuẩn bệnh viện

2.3.2.3. Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm

2.4. Các tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

2.4.1. Xác định chỉ số nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện

2.4.1.1. Điều tra, khám lâm sàng, phát hiện người bệnh mắc NKBV

2.4.1.2. Xét nghiệm vi sinh, phân lập và định danh vi khuẩn

2.4.2. Xác định biến số, chỉ số nghiên cứu vệ sinh tay

2.4.3. Xác định biến số, chỉ số nghiên cứu quy trình thay băng vết thương và quy trình đặt ống thông (catheter) tĩnh mạch ngoại vi

2.5. Quản lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata, phân tích bằng phần mềm Stata 16.0. Thông tin định tính thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được ghi âm và gõ băng, tổng hợp qua phần mềm Microsoft Excel. Các nội dung được trích dẫn và tổng hợp theo các chủ đề đã xác định.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2019

3.1.1. Thông tin chung của nhân viên y tế

3.1.2. Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu này, có tổng cộng 6 cơ hội rửa tay cho nhân viên y tế, được phân làm hai thời điểm:

- Trước khi tiếp xúc với người bệnh (bao gồm giai đoạn trước khi tiếp xúc với người bệnh, trước khi thực hiện thủ thuật hoặc quy trình sạch, vô khuẩn, đi găng sạch). Tổng cộng có 13258 lần quan sát trước khi tiếp xúc với người bệnh

- Sau khi tiếp xúc với người bệnh (bao gồm sau khi khám/chăm sóc cho người bệnh, sau khi tiếp xúc dịch cơ thể, sau khi làm thủ thuật, sau khi tiếp xúc môi trường xung quanh người bệnh). Tổng cộng có 3286 lần quan sát sau khi tiếp xúc với người bệnh.

Bảng 3.1. Tình trạng tuân thủ vệ sinh tay

	Số lần quan sát	Số lần tuân thủ	Tỷ lệ tuân thủ (%)	Số lần tuân thủ đúng	Tỷ lệ tuân thủ đúng (%)
Trước khi tiếp xúc với người bệnh	13258	6681	50,4%	5126	38,7%
Sau khi tiếp xúc với người bệnh	3286	1504	47,4%	1225	37,3%
Tổng	16544	8185	49,5%	6351	38,4%

Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh trước khi tiếp xúc với người bệnh là 50,4%, cao hơn so với sau khi tiếp xúc với người bệnh là 47,4%. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình 6 bước vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh là 38,7%, sau khi tiếp xúc với người bệnh là 37,3%. Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay là 49,5% và có 38,4% nhân viên y tế tuân thủ đúng 6 bước vệ sinh tay. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay đúng không có sự khác biệt

theo giới, nhưng có khác biệt theo trình độ chuyên môn, số năm công tác và có tập huấn KSNK.

Khoa Khám bệnh có tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thấp nhất với 43,2%, tiếp đến là Răng Hàm Mặt (46,9%) và Nhi (47,3%). Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay cao nhất ở khoa Nội thận tiết niệu (52,0%), Liên Chuyên khoa (51,4%), và Hồi sức tích cực (50,7%). Sự khác biệt giữa các khoa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Khi đánh giá về các nguyên nhân dẫn đến việc không tuân thủ quy trình vệ sinh tay, nguyên nhân phổ biến nhất là “quy trình phức tạp” (24,6%), tiếp đến là “có quá nhiều cơ hội cần vệ sinh tay” (21,4%) và không đủ hóa chất cho việc vệ sinh tay (17,5%).

3.1.3. Thực trạng tuân thủ quy trình thay băng vết thương của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan

Tổng cộng có 391 cơ hội quan sát trên 66 nhân viên y tế trên các khoa Ngoại, hồi sức tích cực ngoại, Sản và ung bướu.

Đối với quy trình thay băng vết thương, bước có tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện đạt thấp nhất là tháo găng, vệ sinh tay (29,2%), chuẩn bị gạc và dung dịch sát khuẩn (30,4%) và vệ sinh tay, mang găng tay (32,0%). Các bước như thông báo cho người bệnh có tỷ lệ không thực hiện cao nhất. Tỷ lệ tuân thủ đúng và đủ quy trình thay băng vết thương với đầy đủ 16 bước ở nhân viên y tế là 28,6%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ theo giới tính, trình độ chuyên môn, số năm công tác và tình trạng được tập huấn.

Nhân viên y tế ở khoa Chấn thương chỉnh hình có tỷ lệ tuân thủ đúng và đủ quy trình thay băng vết thương cao nhất (31,8%), tiếp đến là khoa Sản (30,3%) và Ngoại thần kinh (30,2%). Sự khác biệt giữa các khoa không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Quy trình phức tạp (28,8%), quên các bước (21,2%) và không đủ dụng cụ, trang thiết bị (19,7%) là 3 yếu tố phổ biến nhất liên quan đến việc không tuân thủ quy trình thay băng vết thương.

3.1.4. Thực trạng tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan

Với quy trình đặt ống thông tĩnh mạch ngoại vi, quy trình này chủ yếu được thực hiện ở các Khoa Nội, Nhi và Hồi sức Nội. Do đó nghiên cứu tiên hành đánh giá mức độ tuân thủ của quy trình đặt catheter tĩnh

mạch ngoại vi tại các khoa này. Tổng cộng có 388 cơ hội quan sát trên 93 nhân viên y tế.

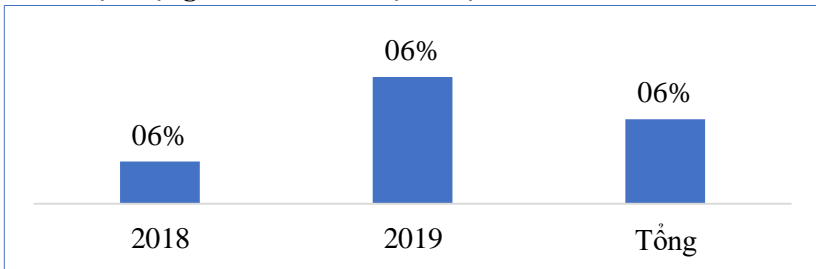
Đối với quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi, bước có tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện đạt thấp nhất là thông báo cho người bệnh (66,8%), dẫn dò người bệnh (67,0%) và cung cấp thông tin (69,1%). Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi đầy đủ 16 bước ở nhân viên y tế là 65,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ theo giới tính, trình độ chuyên môn, và số năm công tác. NVYT được tập huấn về KSNK tuân thủ tốt hơn so với NVYT không được tập huấn ($p < 0,05$).

Nhân viên y tế ở khoa Nhi có tỷ lệ tuân thủ đúng và đầy đủ quy trình cao nhất (72,3%), tiếp đến là Hồi sức nội (69,8%) và Đột quy (66,7%). Sự khác biệt giữa các khoa không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nguyên nhân phổ biến nhất liên quan đến việc không tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là quên các bước (32,3%), quy trình phức tạp (22,6%) và thấy không cần thiết phải làm đầy đủ (21,5%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện năm 2018-2019

3.2.1. Thông tin chung của người bệnh

3.2.2. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện



Hình 3.1. Tỷ lệ mức nhiễm khuẩn bệnh viện

Kết quả đánh giá cho thấy, năm 2018 có 5,9% người bệnh nội trú mắc NKBV, tăng lên 6,1% trong năm 2019. Tính chung, có 88/1463 người bệnh mắc NKBV trong 2 năm (6,0%).

Tất cả người bệnh mắc NKBV chỉ mắc 1 loại NKBV. NKBV phổ biến nhất là NKVM (31,0% năm 2018 và 43,5% năm 2019), tiếp đến là nhiễm khuẩn hô hấp trên (26,2% năm 2018 và 21,7% năm 2019), viêm phổi bệnh viện (bao gồm viêm phổi thờ máy) (19,1% năm 2018 và 8,7% năm 2019). Nhiễm khuẩn da, mô mềm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4,8% năm 2018 và 6,5% năm 2019.

Mật độ NKBV/1000 ngày nằm viện là 5,11. Mật độ 4 loại nhiễm khuẩn phổ biến bao gồm nhiễm khuẩn huyết là 4,21; nhiễm khuẩn tiết niệu là 6,61; nhiễm khuẩn vết mổ là 10,26 và nhiễm khuẩn hô hấp là 8,76.

Trong số 88 trường hợp NKBV, có 36 trường hợp được xét nghiệm vi sinh, chủ yếu là cấy máu (29/36 trường hợp) và đờm (5/29 trường hợp). Có 2 trường hợp cấy nước tiểu. Trong đó có 18 trường hợp (50%) xét nghiệm âm tính. Tỷ lệ dương tính ở mẫu cấy máu là 55,2%; cấy đờm là 20,0% và cấy nước tiểu là 100%. Trong số các mẫu dương tính, *Pseudomonas aeruginosa* chiếm phần lớn (41,7% năm 2018 và 20,8% năm 2019), tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* (0,0% năm 2018 và 20,8% năm 2019).

3.2.3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Người bệnh tuổi 18-29 ít có nguy cơ mắc NKBV so với người bệnh < 18 tuổi (OR=0,17, 95%CI=0,03-0,99). Nữ giới, điều trị tại khoa Nội thận tiết niệu, mắc các bệnh tim mạch, phải phẫu thuật và thời gian nằm viện là những yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc NKBV.

3.3. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng

3.3.1. Hiệu quả thay đổi tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn

3.3.1.1. Quy trình thay băng vết thương

Sau can thiệp, phần lớn các bước trong quy trình thay băng vết thương đều được điều dưỡng thực hiện đầy đủ.

Nhìn chung, mức độ tuân thủ quy trình thay băng vết thương tăng lên gấp hơn 2 lần từ 28,2% lên 87,5%. Hiệu quả can thiệp là 210,7%. Các khoa đều có sự gia tăng đáng kể về mức độ tuân thủ, cao nhất là

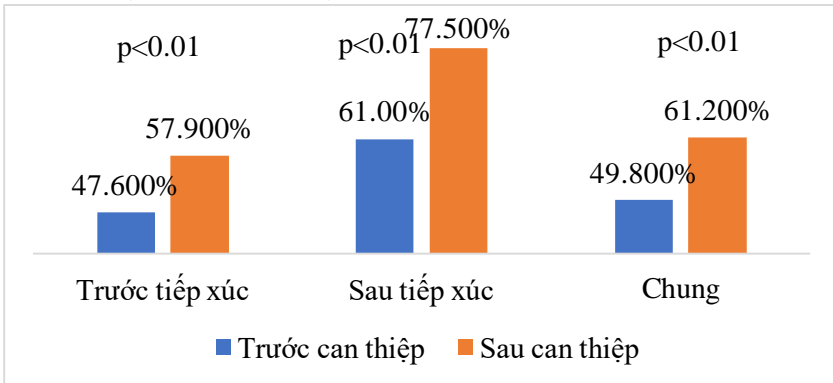
khoa Hồi sức ngoại với 89,7%, tiếp đến là Ngoại thần kinh (88,9%) và Chấn thương chỉnh hình (88,6%).

3.3.1.2. Quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi

Sau can thiệp, phần lớn các bước của quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi đều được điều dưỡng thực hiện đầy đủ.

Nhìn chung, mức độ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tăng lên từ 65,7% lên 87,5%. Hiệu quả can thiệp là 33,2%. Các khoa đều có sự gia tăng đáng kể về mức độ tuân thủ, cao nhất là khoa Hồi sức nội với 92,1%, tiếp đến là Tiêu hóa (88,9%) và Nội tổng hợp (88,6%).

3.3.1.3. Quy trình vệ sinh tay



Hình 3.2. Tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay trước và sau can thiệp

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh tăng từ 47,6% lên 57,9%. Hiệu quả can thiệp là 21,6. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay sau khi tiếp xúc người bệnh tăng từ 61,0% lên 77,5%. Hiệu quả can thiệp là 26,8%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay nói chung tăng từ 49,8% lên 61,2%. Hiệu quả can thiệp là 22,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhìn chung, sự khác biệt về tỷ lệ vệ sinh tay giữa trước và sau can thiệp ở các khoa đều có ý nghĩa thống kê (trừ Khoa khám bệnh và Khoa Cấp cứu) với hiệu quả can thiệp từ 14,0% (Khoa Hồi sức tích cực) đến Khoa Liên Chuyên khoa (50,2%).

3.3.2. Hiệu quả thay đổi thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.2 Tình trạng mắc NKBV

Đặc điểm	Trước can thiệp (n=1463)		Sau can thiệp (n=647)		p-value	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Mắc NKBV						
Không	1375	94,0	633	97,8	<0,01	63,3
Có	88	6,0	14	2,2		

Tỷ lệ NKBV từ 6,0% trước can thiệp giảm còn 2,2% sau can thiệp ($p < 0,01$), hiệu quả can thiệp đạt 63,3%.

Bảng 3.3 Các loại nhiễm khuẩn bệnh viện trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp (n=1463)		Sau can thiệp (n=647)		P-value
	n	%	n	%	
Nhiễm khuẩn vết mổ	33	37,5	2	14,3	0,12
Nhiễm khuẩn huyết	6	6,8	2	14,3	
Nhiễm khuẩn hô hấp trên	21	23,9	7	50,0	
Viêm phổi bệnh viện	12	13,6	0	0,0	
Nhiễm khuẩn tiết niệu	7	8,0	2	14,3	
Nhiễm khuẩn da, mô mềm	5	5,7	1	7,1	
Nhiễm khuẩn khác	4	4,6	0	0,0	

Sau can thiệp, nhiễm khuẩn hô hấp trên là dạng NKBV phổ biến nhất (7/14 trường hợp, 50,0%). Vẫn còn các dạng NKBV như NKVM, NKH, NKTN và nhiễm khuẩn da, mô mềm, dù chỉ có 1-2 trường hợp. Mật độ NKBV/1000 ngày nằm viện giảm từ 5,12 xuống 2,60. Hiệu quả can thiệp là 49,2%. Mật độ các loại nhiễm khuẩn khác cũng giảm như nhiễm khuẩn huyết giảm từ 4,21 còn 1,81; nhiễm khuẩn tiết niệu giảm từ 6,61 còn 1,95; nhiễm khuẩn vết mổ giảm từ 10,26 còn 0,70 và nhiễm khuẩn hô hấp giảm từ 8,76 còn 2,55.

3.3.3. Kết quả nghiên cứu định tính sau can thiệp

3.3.3.1. Thay đổi hệ thống và đào tạo KSNK tại bệnh viện và khoa lâm sàng

3.3.3.2. Cải thiện tuân thủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn

3.3.3.3. Khuyến nghị đảm bảo tính bền vững của mô hình can thiệp

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại Bệnh viện Thanh Nhàn

4.1.1. Tình trạng tuân thủ vệ sinh tay

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay là 49,6% và có 38,4% nhân viên y tế tuân thủ đúng 6 bước vệ sinh tay. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Qua quan sát, quá trình thực hiện vệ sinh tay của điều dưỡng vẫn còn thiếu sót. Trên thực tế quan sát cho thấy các NVYT thường không rửa đúng các bước theo trình tự, bỏ bước và kèm theo đó là không thực hiện đủ số lần cho mỗi bước do quy trình rửa tay thường quy gồm 6 bước, mỗi bước NVYT cần thực hiện ít nhất là 5 lần. Thực tế, quy trình rửa tay 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 họ vẫn thực hành sai, vì vậy cần có những hình thức khác để nhắc nhở NVYT thực hành tốt hơn nữa để bảo đảm rửa tay hiệu quả. Điều này cũng phù hợp với kết quả khi đánh giá về các nguyên nhân dẫn đến việc không tuân thủ quy trình vệ sinh tay, nguyên nhân phổ biến nhất là “quy trình phức tạp” (24,6%), tiếp đến là “có quá nhiều cơ hội cần vệ sinh tay” (21,4%) và không đủ hóa chất cho việc vệ sinh tay (17,5%).

Đáng chú ý, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước tiếp xúc với người bệnh cao hơn so với sau khi tiếp xúc với người bệnh. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh trước khi tiếp xúc với người bệnh là 50,4%, cao hơn so với sau khi tiếp xúc với người bệnh là 47,4%. Tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình 6 bước vệ sinh tay trước khi tiếp xúc với người bệnh là 38,7%, sau khi tiếp xúc với người bệnh là 37,3%. Thực tế cho thấy, sau khi chăm sóc người bệnh, điều dưỡng thường rửa tay và sau đó sẽ chạm vào 1 vật nào đó trong buồng bệnh (có thể là chạm vào áo blouse, chạm vào bệnh án, chạm vào đồ dùng của bệnh nhân hoặc bề mặt ngoài của các dụng cụ y tế ...) do đó, bàn tay họ lại bị nhiễm vi khuẩn và có thể là loại vi khuẩn đa kháng kháng sinh. Nếu điều dưỡng chỉ rửa tay trước khi chạm vào người bệnh và không rửa sau khi chăm sóc thì sẽ không truyền các loại

vi khuẩn trong bệnh viện cho người bệnh. Do đó, đối với người bệnh, việc điều dưỡng rửa tay sau khi chăm sóc người bệnh cần được nhấn mạnh trong các can thiệp cải thiện tuân thủ vệ sinh tay.

Sự khác biệt giữa các khoa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt này có thể do tình trạng trang bị dung dịch sát khuẩn tay nhanh cho từng khoa còn khác biệt. Theo thói quen, NVYT sau mỗi lần khám hoặc điều trị người bệnh thường rửa tay bằng nước và xà phòng tại bồn rửa tay được bố trí ngoài phòng khám hoặc sát khuẩn tay với cồn 70° có sẵn trên bàn. Việc không bố trí đầy đủ trang thiết bị rửa tay gây phiền toái cho NVYT, do đó họ chọn phương pháp sát khuẩn tay với cồn. Sát khuẩn tay theo phương pháp này gây khô da tay, tróc da (do cồn gây mất nước da tay) khiến họ hạn chế thực hiện vệ sinh bàn tay. Do đó khi được trang bị dung dịch sát khuẩn tay chứa chất làm mềm da tay, họ không phải ngại việc bàn tay sẽ bị tổn thương do đó tuân thủ vệ sinh bàn tay tốt hơn.

4.1.2. Tình trạng tuân thủ quy trình thay băng vết thương

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, tình trạng tuân thủ quy trình thay băng vết thương của NVYT tại bệnh viện Thanh Nhàn ở mức thấp. Kết quả cũng cho thấy vệ sinh tay cũng là một khâu còn thiếu sót trong khi thực hiện thay băng. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế vệ sinh tay giúp loại bỏ hầu hết vi sinh vật có ở bàn tay, do đó 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 nhân viên y tế, từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một người bệnh và từ nhân viên y tế sang người bệnh. Kết quả này cũng đã được bàn luận và phù hợp với kết quả về tuân thủ vệ sinh tay của NVYT trong nghiên cứu này.

4.1.3. Tình trạng tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi

Nhìn chung tỷ lệ thực hành đạt trong phần lớn các bước đều ở mức cao >90%. Điều này có thể do các bước trong quy trình đều là những bước cần thiết để có thể thực hiện thủ thuật này. Kết quả này phù hợp với kết quả khi đánh giá về yếu tố liên quan đến không tuân thủ quy trình, cụ thể nguyên nhân phổ biến nhất liên quan đến việc không tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là quên các bước (32,3%),

quy trình phức tạp (22,6%) và thấy không cần thiết phải làm đầy đủ (21,5%). Cần lưu ý thu thuật đặt catheter là thủ thuật xâm lấn, do đó NVYT cần phải thông báo một cách đầy đủ và cung cấp thông tin cho người bệnh và người nhà để họ có thể chuẩn bị. Việc tập huấn và đào tạo đóng vai trò rất quan trọng, khi kết quả cho thấy nhân viên y tế được tập huấn NKBV có tỷ lệ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là 71,0% cao hơn 52,7% của nhóm không được tập huấn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Do đó, các khoa lâm sàng cần có công tác hướng dẫn đào tạo trực tiếp tại chỗ dưới hình thức thực hành, cập nhật thêm kiến thức và tăng cường giám sát kiểm tra đối với NVYT tại khoa. Ngoài ra, bệnh viện cũng cần tăng cường tổ chức, xây dựng các chương trình tập huấn về phòng ngừa NKH trên người bệnh đặt catheter đối với các bước đạt tỷ lệ chưa cao trong thực hành đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi.

4.2. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan

4.2.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Thanh Nhàn 2018-2019

4.2.2.1. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện

Kết quả đánh giá cho thấy, trong 1463 người bệnh tham gia nghiên cứu, có 88 người bệnh mắc NKBV. Tính chung, tỷ lệ NKBV trong 2 năm là 6,0%, năm 2018 có 5,9% người bệnh nội trú mắc NKBV, tăng lên 6,1% trong năm 2019. Kết quả có thể thấy tỷ lệ NKBV tại bệnh viện Thanh Nhàn đang ở mức cao. Điều này có thể lí giải do bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện tuyến trên của Hà Nội, nhận bệnh nhân từ nhiều vùng của Hà Nội với nhiều tình trạng bệnh nặng, phức tạp; sử dụng nhiều hơn những phương tiện chẩn đoán và điều trị xâm nhập, số lượng bệnh nhân ngày càng đông với tình trạng quá tải liên tục dẫn đến tỷ lệ NKBV của bệnh viện Thanh Nhàn tăng so với những năm trước và cao hơn nhiều bệnh viện khác. Ngoài ra, theo điều tra cắt ngang NKBV tại bệnh viện Thanh Nhàn 10/2017 tỷ lệ NKBV là 3,58%. Như vậy, khi so sánh với một điều tra nội bộ năm 2017, tỷ lệ NKBV tại bệnh viện đang có xu hướng tăng lên. Đây là một thực trạng đáng báo động gây rất nhiều khó

khẩn cho công tác KSNK. Bởi vậy công tác KSNK cần được đẩy mạnh để giải quyết tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện.

4.2.2.2. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện theo loại nhiễm khuẩn và theo đơn vị

4.2.2.3. Kết quả xét nghiệm vi sinh

4.2.4. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Một bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn bệnh viện tiềm ẩn sau đó rất nhiều yếu tố nguy cơ. Có nhiều nhóm yếu tố liên quan gây NKBV trong đó phải kể đến các nhóm yếu tố liên quan tới người bệnh, tới TTXN và mức độ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh trong quần thể nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan gây NKBV đến bệnh nhân gồm: bệnh nhân tuổi cao, tình trạng bệnh đi kèm, nhiễm khuẩn lúc vào... cùng với nhiều yếu tố khác như thời gian nằm viện kéo dài, thực hiện các thủ thuật xâm lấn, phẫu thuật hay không đều là những yếu tố quan trọng gây NKBV.

Nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu trước đó ở chỗ bệnh nhân phẫu thuật nằm trong nhóm bệnh nhân có nguy cơ NKBV cao nhất. Điều này có thể là do bản chất của việc điều trị ở những bệnh nhân này khiến họ dễ bị phơi nhiễm với vi khuẩn bệnh viện, do đó dẫn đến nhiễm trùng bệnh viện thông qua các vị trí phẫu thuật. Phát hiện cũng chỉ ra rằng thời gian nằm viện kéo dài có liên quan đến khả năng mắc NKBV cao hơn, phù hợp với các tài liệu trước đây.

Thời gian nằm viện dài hạn có thể do mức độ nghiêm trọng của bệnh cũng như sự phức tạp của các biện pháp can thiệp, là những yếu tố có liên quan đáng kể đến nhiễm trùng bệnh viện. Ngoài ra, thời gian nằm viện lâu như vậy có thể làm tăng tính nhạy cảm của bệnh nhân với vi khuẩn mắc phải tại bệnh viện và khiến họ có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng bệnh viện. Thời gian điều trị vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của NKBV. Nằm viện kéo dài làm tăng nguy cơ mắc NKBV bởi vì các BN nằm viện dài ngày đều là những trường hợp nặng kèm theo nhiều biến chứng, trong đó có NKBV, ngược lại NKBV làm kéo dài thời gian điều trị.

Đáng chú ý, người bệnh điều trị tại khoa Nội thận tiết niệu (OR=3,63, 95%CI=1,04-12,65) có khả năng mắc NKBV cao hơn điều trị tại các khoa nội khác. Điều này cho thấy khoa Nội thận tiết niệu là một trong những khoa cần triển khai can thiệp KSNK một cách toàn diện nhất. Người bệnh mắc các bệnh thận tiết niệu có nguy cơ bị NKTN cao.

Nghiên cứu cho thấy những người mắc các bệnh liên quan đến tim có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng tại bệnh viện cao nhất so với những người mắc các bệnh lý khác. Lý do có thể không rõ ràng; tuy nhiên, chúng tôi cho rằng điều này có thể là do những bệnh nhân này thường phải điều trị tại bệnh viện dài ngày, do đó làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng bệnh viện. Dữ liệu của nghiên cứu cũng cho thấy những bệnh nhân này có thời gian nằm viện lâu hơn những bệnh nhân không có tình trạng này.

Nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan giữa thủ thuật xâm lấn và NKBV, cho thấy, tất cả người bệnh thực hiện thủ thuật xâm nhập đều có nguy cơ mắc NKBV như nhau, do đó việc KSNK cần phải được chú ý đến tất cả người bệnh này.

4.3. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng

4.3.1. Phương pháp tiếp cận đa phương thức trong cải thiện hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn

4.3.2. Hiệu quả thay đổi hành vi thực hiện quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn

4.3.2.1. Quy trình thay băng vết thương

Trong nghiên cứu này, phần lớn các bước trong quy trình thay băng vết thương đều được điều dưỡng thực hiện đầy đủ. Như vậy, có thể thấy, so với trước can thiệp, tình trạng không thực hiện hoặc thực hiện không đầy đủ đã có sự cải thiện đáng kể. Phần lớn các bước không được thực hiện đầy đủ là những bước liên quan đến truyền thông và giáo dục người bệnh và người nhà, do đó có ít ảnh hưởng tới khả năng gây ra tình trạng NKBV.

4.3.2.2. Quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi

Trong nghiên cứu này, đối với quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi, sau can thiệp, phần lớn các bước đều được điều dưỡng thực hiện đầy đủ. Nhìn chung, mức độ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tăng lên từ 65,7% lên 87,5%. Hiệu quả can thiệp là 33,2%.

4.3.2.3. Quy trình vệ sinh tay

Trong nghiên cứu này, với quy trình vệ sinh tay, sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay nói chung tăng từ 49,8% lên 61,2%. Hiệu quả can thiệp là 22,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mặc dù đã báo cáo những cải thiện đáng kể, nhưng tỷ lệ tuân thủ của vệ sinh tay không đạt được mức độ tuân thủ đồng nhất và tối ưu. Báo cáo từ các nghiên cứu trước đây cho thấy, để ngăn chặn sự lây truyền chéo của vi sinh vật ở những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao, thực hành vệ sinh tay tốt cần được thực hiện trong ít nhất 60–80% các trường hợp cần thiết. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ở những khoa như Ngoại tổng hợp, Ngoại khác, Cấp cứu, Hồi sức tích cực, và Khoa khám bệnh vẫn còn ở mức dưới 60%.

Mặc dù mức độ tuân thủ chung có tăng lên, chúng tôi đã quan sát thấy sự cải thiện đáng kể việc tuân thủ sau khi tiếp xúc với người bệnh. Điều này có thể do thói quen của NVYT, hoặc khi NVYT tiếp xúc với người bệnh, họ mới nhớ ra cần phải rửa tay. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Điều này cần được làm rõ trong các nghiên cứu tiếp theo, tuy nhiên có thể giải thích rằng do các biện pháp can thiệp không đầy đủ, hoặc NVYT tiếp nhận can thiệp không đầy đủ. Phản hồi từ nghiên cứu định tính cho thấy việc tuân thủ các quy định này vẫn còn nhiều khó khăn do có nhiều bước và có thể NVYT bị bỏ sót một vài bước, dẫn đến việc rửa tay không đúng quy trình thường quy. Với thời gian can thiệp trong 12 tháng với mức độ tuân thủ như vậy, chúng tôi thấy rằng cần thiết phải duy trì cũng như đẩy mạnh quá trình giám sát kỹ thuật để đảm bảo công tác vệ sinh tay của NVYT được đảm bảo đúng theo quy định trong KSNK.

4.3.3. Hiệu quả thay đổi thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện

Tỷ lệ NKBV từ 6,0% trước can thiệp giảm còn 2,2% sau can thiệp ($p < 0,01$), hiệu quả can thiệp đạt 63,3%. Sau can thiệp, nhiễm khuẩn hô hấp trên là dạng NKBV phổ biến nhất (7/14 trường hợp, 50,0%). Vẫn còn các dạng NKBV như NKVM, NKH, NKTN và nhiễm khuẩn da, mô mềm, dù chỉ có 1-2 trường hợp. Sau can thiệp, mật độ NKBV/1000 ngày nằm viện giảm từ 5,12 xuống 2,60. Hiệu quả can thiệp là 49,2%.

Như vậy, có thể thấy chiến lược can thiệp đã đạt được những hiệu quả nhất định. Đáng chú ý trong bối cảnh thực hiện nghiên cứu, ngoài can thiệp được thực hiện trong nghiên cứu này, không có can thiệp nào về KSNK được thực hiện. Do đó, sự thay đổi về tỷ lệ NKBV có thể được cho là do có sự tác động sâu rộng của can thiệp này tới việc hình thành kiến thức, thái độ và thói quen của NVYT, từ đó làm giảm nguy cơ mắc NKBV cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu khác trước đây khi áp dụng mô hình đa phương thức trong cải thiện NKBV. Nghiên cứu của Corina Ebnöther và cộng sự (2008) tại một bệnh viện ở Thụy Sĩ cho thấy, sau khi áp dụng can thiệp, tỷ lệ NKBV giảm từ 11,7% còn 6,8% sau 2 năm, và tỷ lệ tuân thủ rửa tay tăng lên 20%. Nghiên cứu của Walter Zingg và cộng sự (2014) áp dụng can thiệp đa phương thức trong phòng ngừa NKH liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm. Kết quả cho thấy mật độ mắc NKH giảm từ 2,7/1000 ngày đặt catheter trong năm đầu tiên xuống còn 0,7/1000 ngày đặt catheter trong năm cuối cùng sau khi can thiệp. Như vậy, kết quả nghiên cứu giúp củng cố bằng chứng về vai trò của can thiệp đa phương thức trong cải thiện tuân thủ quy trình KSNK và giảm tình trạng NKBV, từ đó tạo nền tảng giúp cho lãnh đạo bệnh viện có thể đưa vào trong kế hoạch hoạt động thường kỳ của bệnh viện và của các khoa lâm sàng tại bệnh viện.

4.3.4. Kết quả nghiên cứu định tính và nhận định về can thiệp

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy, một trong những yếu tố cơ bản quyết định đến sự thành công của mô hình đó là thay đổi hệ thống KSNK, cũng như đảm bảo được sự đào tạo và tập

huấn liên tục cho các NVYT tại các khoa lâm sàng và tại bệnh viện. Việc triển khai thường xuyên các hoạt động đào tạo đã giúp đảm bảo NVYT có thể được cập nhật thường xuyên về quy trình và các tiêu chuẩn cho các quy trình, điều mà trước khi can thiệp còn thiếu do nguồn nhân lực hạn chế. Nhìn chung, các ý kiến cho rằng việc triển khai chương trình can thiệp này là hoàn toàn khả thi và có khả năng đảm bảo tính bền vững khi các khoa lâm sàng hoặc bệnh viện triển khai lồng ghép thường quy các hoạt động này vào hoạt động chung của bệnh viện. Zingg và cộng sự đã xác định được mười yếu tố chính cần thiết để KSNK hiệu quả trong hoạt động hàng ngày của mọi bệnh viện, bao gồm: có các tổ chức hoặc hội đồng KSNK ở cấp bệnh viện; khối lượng công việc của NVYT, áp dụng đúng các hướng dẫn; giáo dục và thực hành; các chương trình phòng ngừa đa phương thức và có sự tham gia của các bên liên quan, văn hóa tổ chức tích cực; giám sát và phản hồi. Những yếu tố này cũng phù hợp với nguyên lý của mô hình can thiệp đa phương thức được áp dụng trong nghiên cứu này. Do vậy, về tổng thể, có thể thấy tình trạng NKBV đã có sự cải thiện đáng kể, một phần cũng nhờ sự cải thiện về việc tuân thủ các quy trình KSNK. Thành công trong việc cải thiện kết quả và thực hành lâm sàng chủ yếu nhờ vào động lực của NVYT trong việc cải thiện thực hành KSNK. Các phương pháp hay nhất về phòng ngừa và KSNK được thực hiện thành công nhất khi được lồng ghép trong văn hóa của chính bệnh viện.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2019 và một số yếu tố liên quan.

- Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay là 49,5% và có 38,4% nhân viên y tế tuân thủ đúng 6 bước vệ sinh tay.

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình thay băng vết thương với đầy đủ 16 bước ở nhân viên y tế là 28,6%. Không có sự khác biệt giữa các nhóm.

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi đầy đủ 16 bước ở nhân viên y tế là 65,7%.

2. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2019.

- Tỷ lệ NKBV là 6,0%. Mật độ NKBV/1000 ngày nằm viện là 5,12.

- Tuổi 18-29 ít có khả năng mắc NKBV so với người bệnh < 18 tuổi (OR=0,17, 95%CI=0,03-0,99).

- Nữ giới (OR = 2,01, 95% CI = 1,17-3,45) có khả năng mắc NKBV cao hơn nam giới.

- Điều trị tại khoa Nội thận tiết niệu (OR=3,63, 95%CI=1,04-12,65) có khả năng mắc NKBV cao hơn điều trị tại các khoa nội khác.

- Mắc các bệnh tim mạch (OR = 3,60, 95% CI = 1,96-6,63) có khả năng mắc NKBV cao hơn người bệnh không mắc.

- Người bệnh phải phẫu thuật (OR = 7,82, 95% CI = 3,80-16,09) có khả năng mắc NKBV cao hơn người bệnh không phải phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện dài (OR = 1,07, 95% CI = 1,04-1,10) làm tăng khả năng mắc NKBV.

3. Hiệu quả can thiệp tăng cường tuân thủ một số quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018-2020.

- Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ quy trình thay băng vết thương tăng lên gấp hơn 2 lần từ 28,2% lên 87,5%. Hiệu quả can thiệp là 210,7%

- Tỷ lệ tuân thủ quy trình đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tăng lên từ 65,7% lên 87,5%. Hiệu quả can thiệp là 33,2%.
- Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung tăng từ 49,8% lên 61,2%. Hiệu quả can thiệp là 22,3%.
- Tỷ lệ NKBV từ 6,0% trước can thiệp giảm còn 2,2% sau can thiệp ($p < 0,01$), hiệu quả can thiệp đạt 63,3%.

-

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu này chúng tôi xin đưa ra khuyến nghị sau:

1. Tiếp tục duy trì các hoạt động tập huấn, giao ban, chia sẻ kinh nghiệm về KSNK & thực hiện chuẩn hóa các quy trình. Duy trì công tác giám sát, tập huấn.
2. Đa dạng nội dung và hình thức tập huấn, tuyên truyền, Đào tạo CB KSNK chuyên nghiệp – lâu dài, tập trung nhấn mạnh tầm quan trọng của công tác KSNK. Áp dụng các chế tài, quy định thưởng/phạt.
3. Tiếp tục nhân rộng nghiên cứu đánh giá hoạt động KSNK tại các BV trên hệ thống BV trực thuộc Hà Nội.