

ĐỀ TÀI

Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên năm 2022

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG I. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	2
1.1. Cơ sở của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.....	2
1.2. Các nội dung kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện	2
1.3. Nhiễm khuẩn bệnh viện	3
1.4. Các kiến thức cơ bản về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải rắn y tế.....	3
1.4.1. Khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ y tế:	3
1.4.2. Vệ sinh tay.....	7
1.4.3. Phân loại chất thải rắn y tế	8
CHƯƠNG II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	10
2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu	10
2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	10
2.1.2. Đối tượng.....	10
2.2. Phương pháp nghiên cứu	10
2.2.1. Phương pháp nghiên cứu.....	10
2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu	10
2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu.....	10
2.3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	10
2.3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải y tế rắn của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên - Hà Giang	11
2.3.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát NKBV của điều dưỡng	11
2.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu	11
2.4.1. Công cụ thu thập.....	11
2.4.2. Kỹ thuật thu thập	12
2.5. Phân tích số liệu.....	12
CHƯƠNG III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	12

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	12
3.2. Kiến thức về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay, phân loại chất thải	13
3.3. Kiến thức về vệ sinh tay.....	14
3.4. Kiến thức về phân loại chất thải.....	14
3.5. Các yếu tố ảnh hưởng	15
3.5.1. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết khử khuẩn - tiệt khuẩn	15
3.5.2. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết của vệ sinh tay.....	16
3.5.3. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết của phân loại chất thải	16
3.6. Thực hành khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải rắn y tế	17
3.6.1. Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng về khử khuẩn - tiệt khuẩn	17
3.6.2. Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng vệ sinh tay	17
3.7. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về khử khuẩn - tiệt khẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải.....	18
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN	19
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	19
4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay và phân loại chất thải	20
4.2.1. Kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn.....	20
4.2.2. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về vệ sinh tay ...	21
4.2.3. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về phân loại chất thải rắn y tế.....	21
4.2.4. Kiến thức, thái độ và thực hành chung của điều dưỡng về khử khuẩn - tiệt khẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải.....	21
4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loia chất thải của điều dưỡng.	22
KẾT LUẬN	22
1. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay, phân loại chất thải của điều dưỡng bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên .	22
2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn, tiệt khẩn dụng cụ, vệ sinh tay, phân loại chất thải	22
KHUYẾT NGHỊ	23
TÀI LIỆU THAM KHẢO	24

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

CT	Chất thải
CTYT	Chất thải y tế
CTRYT	Chất thải rắn y tế
DC	Dụng cụ
QĐ	Quyết định
KCB	Khám, chữa bệnh
GMHS	Gây mê hồi sức
HSTC	Hồi sức tích cực
TKDC	Tiệt khuẩn dụng cụ
NC	Nghiên cứu
KK-TK	Khử khuẩn - tiệt khuẩn
KSNK	Kiểm soát nhiễm khuẩn
NKBV	Nhiễm khuẩn bệnh viện
NVYT	Nhân viên y tế
VSV	Vi sinh vật
VST	Vệ sinh tay
MRSA	Tụ cầu vàng kháng Methicillin
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)
TMH	Tai mũi họng
RHM	Răng hàm mặt
PHCN	Phục hồi chức năng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là hậu quả nghiêm trọng trong thực hành điều trị và chăm sóc người bệnh mang lại. Việc giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện góp phần cùng với những biện pháp kiểm soát khác nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, giảm thời gian nằm viện, giảm kháng kháng sinh, giảm chi phí điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Người bệnh có thể mắc NKBV khi nhân viên y tế (NVYT) không tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình thực hành vô khuẩn cơ bản trong chăm sóc, điều trị. Đặc biệt điều dưỡng là những người thường xuyên tiếp xúc và chăm sóc người bệnh, nếu không có đủ kiến thức, thái độ và thực hành đúng về kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến người bệnh.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2007 tại các nước đang phát triển cho kết quả 1,4 triệu bệnh nhân (BN) mắc NKBV, chi phí cho BN mắc NKBV khoảng 1.300.000 – 2.300.000 USD/năm.

Ở nước ta hiện nay, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn đã được Bộ Y tế đưa vào danh mục kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện hàng năm. Tuy nhiên, vấn đề này còn gặp nhiều khó khăn do ngân sách hạn hẹp, tình trạng quá tải, cơ sở vật chất còn yếu kém, phần lớn NVYT chưa nhận thức được tầm quan trọng của KSNK bệnh viện.

Có nhiều tác giả trong nước nghiên cứu về KSNK; theo nghiên cứu của Bùi Hồng Giang năm 2013 tại Khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai cho thấy: Nhiễm khuẩn bệnh viện gặp; nhiễm khuẩn hô hấp là 68,1%, nhiễm khuẩn huyết là 14,4%, nhiễm khuẩn tiết niệu là 8,3% [1].

Một số nghiên cứu cho thấy làm tốt công tác KSNK sẽ giảm được tỷ lệ NKBV và nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh. Tại bệnh viện Chợ Rẫy (2014), tác giả Lê Anh Thư và cộng sự đã nghiên cứu đánh giá vệ sinh tay (VST) và NKBV cho thấy tỷ lệ VST từ 25,7% trước can thiệp lên 57,5% sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân NKBV giảm từ 31,7% xuống còn 20,3% sau can thiệp [2].

Tại Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của NVYT về KSNK. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên năm 2022”** với mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay và phân loại chất thải của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên – Hà Giang, năm 2022.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay và phân loại chất thải của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên – Hà Giang, năm 2022.

Chương I

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Cơ sở của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện

Kiểm soát NKBV là một trong những hoạt động chuyên môn quan trọng ở các cơ sở y tế, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) cũng cho rằng KSNK là rất quan trọng đối với các cơ sở khám chữa bệnh (KCB).

Ở Việt Nam, Bộ Y tế đánh giá được tầm quan trọng của công tác KSNK nên một số các hướng dẫn và quy định được ban hành.

Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2021. Thông tư Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế. [3].

Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 của Bộ y tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [4].

Quyết định số 3671/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 09 năm 2012, phê duyệt các hướng dẫn KSNK, cùng với tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK môi trường bệnh viện [5].

Quyết định số 4443/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 11 năm 2012, đồng thời Bộ Y tế thường xuyên chỉ đạo các cơ sở y tế duy trì tốt công tác này nhằm nâng cao chất lượng bệnh viện và giảm NKBV [6].

Ngoài xây dựng chính sách, ban hành các quy định, hướng dẫn về công tác kiểm soát NKBV. Hàng năm, trong tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện, Bộ Y tế đã đưa ra các tiêu chuẩn đánh giá việc triển khai thực hiện các văn bản pháp quy và thực hành về KSNK trong bệnh viện.

Tại Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, công tác KSNK đang được ban lãnh đạo bệnh viện đặc biệt quan tâm. Nhằm nâng cao công tác này bệnh viện đã thành lập Hội đồng KSNK với sự lãnh đạo trực tiếp từ Giám đốc và phó giám đốc bệnh viện, cùng với mạng lưới KSNK, ở tất cả các khoa phòng và thành lập khoa KSNK. Nhằm giám sát nâng cao công tác này, cũng là nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Khoa KSNK hoạt động với 09 thành viên thực hiện các nhiệm vụ về KSNK như: Giám sát, KK – TK, môi trường, đồ vải, bông gạc, hóa chất KK – TK.

1.2. Các nội dung kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện

Nhằm nâng cao chất lượng KCB và chăm sóc người bệnh, Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn về kiểm soát NKBV với những nội dung sau: khử khuẩn – tiệt khuẩn (KK - TK) dụng cụ y tế, phòng ngừa chuẩn (hướng dẫn sâu và chi tiết hơn các nội dung: vệ sinh tay (VST), sử dụng phòng hộ cá nhân, vệ sinh khi hô hấp và vệ sinh khi ho, sắp xếp người bệnh, tiêm an toàn và phòng tổn thương do vật sắc nhọn, vệ sinh môi trường, xử lý đồ vải, xử lý dụng cụ, xử lý chất thải), phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh

đặt Catheter trong lòng mạch, nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn vết mổ, tiêm an toàn, quản lý phân loại chất thải y tế, VST và nhấn mạnh các nội dung này ở mỗi thời điểm nhằm tăng tính thích hợp, tính cấp thiết trong từng giai đoạn.

Trong quá trình chăm sóc, điều trị, thực hiện các thủ thuật xâm lấn thì dụng cụ (DC) là phương tiện tiếp xúc trực tiếp với lòng mạch, các khoang vô khuẩn nên DC là yếu tố tác động trực tiếp đến cơ thể người bệnh nhiều nhất. Đây chính là nguồn lan truyền mầm bệnh nếu không được KK - TK tốt. Các hoạt động KK-TK trong bệnh viện được tiến hành hàng ngày với các yêu cầu rất nghiêm ngặt để đảm bảo vô khuẩn. Quá trình xử lý DC không đúng để lại hậu quả nghiêm trọng như: Tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tăng NKBV, tăng đề kháng kháng sinh, vi sinh vật (VSV) biến đổi tạo ra các chủng mới, tăng ngày điều trị, tăng chi phí và tử vong.

1.3. Nhiễm khuẩn bệnh viện

Khái niệm nhiễm khuẩn bệnh viện

Theo Tổ chức Y tế thế giới, nhiễm khuẩn bệnh viện là nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện mà không có dấu hiệu ủ bệnh hay triệu chứng lâm sàng tại thời điểm nhập viện, xuất hiện sau 48 giờ sau khi nhập viện [7].

1.4. Các kiến thức cơ bản về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải rắn y tế

1.4.1. Khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ y tế

Tái sử dụng các DC trong chăm sóc và điều trị tại các cơ sở KCB là một việc thường xuất hiện tại các bệnh viện. Quá trình tái sử dụng này nếu không được tuân thủ nghiêm ngặt từ khâu làm sạch, KK - TK và đóng gói, có thể gây nên những hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và điều trị người bệnh. Do vậy việc cập nhật kiến thức, kỹ thuật xử lý DC đúng là một yêu cầu cấp thiết, giúp hạn chế tới mức thấp nhất nguy cơ sai sót, bảo đảm an toàn cho người bệnh và chất lượng điều trị của người thầy thuốc.

1.4.1.1. Một số khái niệm

- *Làm sạch* là quá trình loại bỏ hoàn toàn các chất ngoại lai ra khỏi dụng cụ, thường được thực hiện bằng nước và xà phòng hoặc các chất enzyme.

- *Khử nhiễm* là một quá trình loại bỏ các VSV gây bệnh khỏi các dụng cụ, làm cho các dụng cụ trở nên an toàn khi sử dụng.

- *Khử khuẩn* là quá trình loại bỏ hầu hết hoặc tất cả VSV gây bệnh trên dụng cụ nhưng không diệt được bào tử vi khuẩn.

- *Tiệt khuẩn* là quá trình loại bỏ tất cả VSV gây bệnh và cả bào tử của vi khuẩn trên dụng cụ.

1.4.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến KK – TK dụng cụ

+ Số lượng và vị trí của tác nhân gây bệnh đến dụng cụ:

- Việc làm sạch DC trước khi KK – TK là rất cần thiết, làm giảm số lượng tác nhân gây bệnh, giúu ngăn quá trình KK – TK và đảm bảo chất lượng DC đạt tối ưu nhất.

- Khả năng bất hoạt các vi sinh vật: Có rất nhiều tác nhân gây đề kháng với hoá chất KK – TK, cơ chế của chúng cũng khác nhau. Việc lựa chọn hoá chất là rất là quan trọng, việc chọn hoá chất phải để ý đến cả chu trình KK, thời gian tiếp xúc của hoá chất có thể tiêu diệt được hầu hết các vi sinh vật.

- Nồng độ và hiệu quả của hoá chất KK: trong quá trình KK hoá chất phải tiêu diệt đố được các VSV gây bệnh mà mình mong muốn đạt được và tính cả thời gian mà hoá chất đạt được là bao lâu khi DC tiếp xúc với.

- Những yếu tố vật lý và hoá học của hoá chất KK: tính chất vật lý, hoá học của hoá chất ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình KK như nhiệt độ, độ pH, độ ẩm ...

- Những chất hữu cơ và vô cơ: như máu, huyết thanh, mủ, phân... hoặc những chất bôi trơn có thể làm ảnh hưởng đến khả năng diệt khuẩn của hoá chất KK và quá trình TK bằng 2 con đường là giảm khả năng diệt khuẩn, giảm nồng độ hoá chất, bảo vệ vi khuẩn sống sót qua quá trình KK- TK và tái hoạt động khi DC tiếp xúc với các bộ phận của cơ thể không lành lặn. Do vậy làm sạch và loại bỏ hoàn toàn chất hữu cơ, vô cơ bám trên bề mặt khe, kẽ, khớp và trong lòng ống, DC là việc làm quan trọng, quyết định đến chất lượng của TK – KK DC.

-Thời gian tiếp xúc với hóa chất là các DC khi được KK – TK phải tuyệt đối tuân thủ đúng thời gian tiếp xúc tối thiểu của hoá chất, thời gian tiếp xúc này thường được quy định rõ bởi nhà sản xuất và được ghi rõ trong hướng dẫn sử dụng.

1.4.1.3. Dụng cụ Phải được xử lý TK-KK theo mức độ:

- *Dụng cụ phải tiệt khuẩn* : Là những DC được sử dụng để đưa vào mô, mạch máu và khoang vô khuẩn. Theo cách phân loại này thì những DC phẫu thuật, các ống thông mạch máu, thông tim can thiệp, ống thông đường tiêu, DC cấy ghép và những đầu dò sóng siêu âm được đưa vào trong khoang vô khuẩn, đều phải TK trước và sau khi sử dụng.

- *Dụng cụ phải khử khuẩn mức độ cao*: Là những DC tiếp xúc với niêm mạc hoặc da bị tổn thương, tối thiểu phải được KK mức độ cao bằng hóa chất KK.

- *Khử khuẩn mức độ trung bình - thấp*: Là những DC tiếp xúc với da lành, không tiếp xúc với niêm mạc.

1.4.1.4. Nguyên tắc khử khuẩn – tiệt khuẩn dụng cụ

*** Nguyên tắc khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ**

- Dụng cụ khi sử dụng cho mỗi người bệnh phải được xử lý thích hợp.

- Dụng cụ sau khi xử lý phải được bảo quản an toàn cho đến khi sử dụng.
- NVYT phải được tập huấn, trang bị đầy đủ các phương tiện phòng hộ.
- Dụng cụ y tế trong các cơ sở KCB phải được quản lý và xử lý tập trung.

*** Nguyên tắc chọn lựa hóa chất khử và tiệt khuẩn dụng cụ**

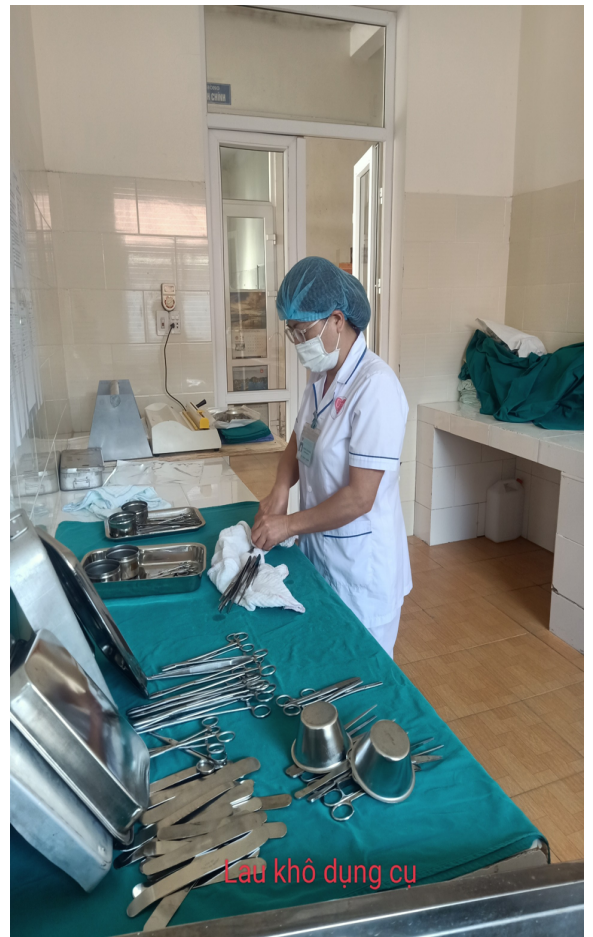
Hoá chất KK - TK dụng cụ phải chọn thích hợp cho từng loại DC, để DC đạt được tối ưu về vô khuẩn, tiệt khuẩn. Do vậy khi lựa chọn hoá chất phải dựa trên những nguyên tắc sau: không tổn kém và không gây tổn hại DC, dựa vào khả năng tiêu diệt vi khuẩn của hoá chất, mức độ gây hại của DC để điều chỉnh hoá chất phù hợp tránh gây hại cho người sử dụng và an toàn cho môi trường.

1.4.1.5. Các phương pháp KK – TK dụng cụ

* **Làm sạch:** là quá trình xả nước ban đầu để loại bỏ chất bẩn, máu, mủ, dịch tiết, đờm... Việc làm sạch được thực hiện bằng tay hoặc bằng máy rửa cơ học. khi thực hiện làm sạch phải lựa chọn chất tẩy rửa tương thích với DC và theo khuyến cáo của nhà sản xuất.



Rửa dụng cụ



Lau khô dụng cụ

DC sau khi làm sạch cần kiểm tra các bề mặt, khe khớp và loại bỏ hoặc sửa chữa các DC bị gãy, hỏng và han rỉ trước khi đem KK- TK.

* **Khử khuẩn mức độ cao:** là KK bằng hóa chất, áp dụng cho các DC bán thiết yếu khi không thể áp dụng TK. KK mức độ cao đạt hiệu quả phụ thuộc vào từng loại hóa chất, thời gian, nồng độ.



Rửa và ngâm hoá chất
ống dẫn lưu mềm



* **Khử khuẩn trung bình và thấp**, áp dụng cho các DC tiếp xúc với da nguyên vẹn, sử dụng hóa chất theo nồng độ và thời gian khuyến cáo của các nhà sản xuất.

* **Tiệt khuẩn dụng cụ** là sử dụng máy TK với các công nghệ mới như:

+ Nồi hấp hoặc autoclave: cơ chế là sử dụng nhiệt ướt cho những dụng cụ chịu được nhiệt độ và độ ẩm.

+ Sử dụng phương pháp TK nhiệt độ thấp: như Hydrogen peroxide gas plasma, cho những DC không chịu được nhiệt độ và độ ẩm.

+ TK bằng phương pháp ngâm peracetic acide, glutaraldehyde, có thể dùng cho DC không chịu nhiệt và cần sử dụng ngay lập tức nên không có thời gian để tiệt khuẩn bằng máy dành cho DC không chịu nhiệt, song phương pháp này cần chú ý đến khâu sử dụng để tránh tái nhiễm trong quá trình bảo quản.

+ TK bằng phương pháp hấp khô là TK trong nhiệt độ 340⁰F (170⁰ C) trong 60 phút. Song phương pháp này không được khuyến khích trong TKDC vì dễ làm gãy hỏng và làm mòn DC.



Xếp dụng cụ vào nồi hấp
tiệt trùng



Nồi hấp tiệt trùng

* Lưu giữ và bảo quản:

Dụng cụ sau TK phải được lưu giữ ở nơi quy định bảo quản chất lượng DC đã TK. Nơi lưu giữ DC phải có các tủ, kệ bảo đảm không bị hỏng khi tiếp xúc bên ngoài bề mặt đóng gói. Tủ kệ phải cách nền nhà 12 – 25 cm, cách trần 12,5cm, cách tường 5cm.

Nơi lưu giữ DC tại đơn vị TK trung tâm có thông khí tốt và phải được giám sát nhiệt độ, độ ẩm và bụi như nhiệt độ: 18 -22⁰C, Độ ẩm: 35 – 60%.

Kiểm tra, luân chuyển DC thường xuyên để tránh hết hạn sử dụng. Hạn sử dụng của các loại DC TK tùy thuộc vào phương pháp TK, chất lượng bao bì đóng gói, tình trạng lưu giữ.

Khi sử dụng nếu thấy nhãn trên các DC bị mờ, không rõ hoặc không còn hạn sử dụng cần phải tệt khuẩn lại.



1.4.2. Vệ sinh tay

VST là làm sạch tay bằng nước với xà phòng có hay không có chất sát khuẩn và sát khuẩn tay với dung dịch có chứa cồn.

Tổ chức Y tế thế giới WHO (2007), trên cơ sở khuyến cáo và ý kiến của các chuyên gia KSNK hàng đầu trên thế giới dựa vào các nghiên cứu khoa học đã đưa ra khuyến cáo: VST là biện pháp đơn giản, rẻ tiền nhất và cũng hiệu quả nhất trong KSNK, do đó cần tăng cường kiến thức, thái độ và thực hành VST của NVYT sẽ tác động trực tiếp đến giảm tỷ lệ NKBV.

VST là biện pháp chính để giảm NKBV, mặc dù hành động này là đơn giản, tuy nhiên để hình thành được thói quen này ở NVYT, cần phải giám sát thường xuyên kết hợp với tập huấn và lồng ghép vào các hoạt động phong trào khác để giới thiệu về nội dung này.

Bộ Y tế đã ban hành Công văn số 7517/BYT-ĐT, ngày 12/10/2007, Về việc hướng dẫn 6 bước VST thường quy với nước và xà phòng hoặc dung dịch chứa cồn. Sát khuẩn tay với dung dịch có chứa cồn: có hiệu quả như VST với nước và dung dịch chứa cồn, xong chỉ áp dụng khi bàn tay sạch không dính máu và các chất tiết của người bệnh. Có thể sử dụng tại những nơi không có điều kiện đặt hệ thống VST. Dung dịch VST nhanh thường được sử dụng là cồn (Ethanol, propanol,...) trong Chlorhexidin 0,5%.



1.4.3. Phân loại chất thải rắn y tế

1.4.3.1. Nguyên tắc phân loại chất thải:

- Người làm phát sinh chất thải phải phân loại ngay tại đầu nguồn theo quy định.
- Chất thải rắn phải phân loại đúng theo quy định về mã màu, mã vạch, không để lẫn với CT thông thường. Nếu để lẫn, CT đó phải được tiêu huỷ như CT y tế nguy hại.

1.4.3.2. Phân loại và nhận dạng các chất thải rắn y tế

- *Chất thải sắc nhọn (loại A) bao gồm:* Bơm kim tiêm, đầu sắc nhọn của dây truyền, lưỡi dao mổ, đinh mổ, cưa. Phân loại CT lây nhiễm, các ống tiêm, mảnh thủy tinh vỡ và các vật sắc nhọn khác sử dụng trong các hoạt động y tế.
- *Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn (loại B) bao gồm:* CT thâm máu, thâm dịch sinh học của cơ thể và các CT phát sinh từ buồng bệnh cách ly.
- *Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao (loại C) bao gồm:* Chất thải phát sinh trong các phòng xét nghiệm như: Bệnh phẩm và dụng cụ đựng/dính bệnh phẩm.

- *Chất thải giải phẫu (loại D) bao gồm:* Các mô, cơ quan, bộ phận cơ thể người, rau thai, bào thai và xác động vật thí nghiệm.

* *Chất thải hóa học nguy hại:* Dược phẩm quá hạn, kém phẩm chất không còn khả năng sử dụng.

* *Chất thải chứa kim loại nặng:* Thủy ngân (từ nhiệt kế, huyết áp kế thủy ngân bị vỡ).

1.4.3.3. Hệ thống mã màu các phương tiện chứa, đựng chất thải rắn y tế

Màu vàng đựng chất thải lây nhiễm.

Màu đen đựng chất thải hoá học nguy hại và chất thải phóng xạ.

Màu xanh đựng chất thải thông thường và các bình áp suất nhỏ.

Màu trắng đựng chất thải tái chế.

Phân loại rác thải y tế

 CHẤT THẢI LÂY NHIỄM SẮC NHỌN			 CHẤT THẢI LÂY NHIỄM KHÔNG SẮC NHỌN			 CHẤT THẢI NGUY HẠI KHÔNG LÂY NHIỄM			CHẤT THẢI THÔNG THƯỜNG								
 CHẤT THẢI HỮU CƠ DỄ PHÂN HỦY			CHẤT THẢI CÒN LẠI			 CHẤT THẢI TÁI CHẾ											
<ul style="list-style-type: none"> - Kim tiêm - Kim bướm - Kim lún - Bơm liên kim tiêm - Lưỡi dao mổ - Đầu sắc nhọn của dây truyền - Lam kính - Các vật sắc nhọn 			<ul style="list-style-type: none"> - Găng tay, khẩu trang - Băng, gạc thấm máu - Dây truyền dịch - Ống hút đàm - Chất thải từ buồng cách ly - Bệnh phẩm, dụng cụ đựng bệnh phẩm 			<ul style="list-style-type: none"> - Dược phẩm quá hạn kém phẩm chất - Hóa chất có thành phần nguy hại - Thiết bị vỡ có chứa thủy ngân: thủy kế... 			<ul style="list-style-type: none"> - Thức ăn thừa các loại, thực phẩm thái bỏ - Lá cây, hoa quả, bã trà, cà phê... 			<ul style="list-style-type: none"> - Túi ni lông, bao bì đựng thực phẩm... - Chất thải còn lại (vô cơ không tái chế) 			<ul style="list-style-type: none"> - Vô chai nhựa, chai thủy tinh, vỏ hộp thuốc, vỏ hộp sữa, vỏ lon nhôm, chai; lon nước giải khát - Vô chai dịch truyền không dính máu. - Tạp chí, báo, giấy, sách vở các loại... 		
																	
																	

Chương II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022.

2.1.2. Đối tượng

- Điều dưỡng ở các khoa lâm sàng, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: chọn được 42/74 đối tượng là điều dưỡng có mặt trong thời điểm phát vấn.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Điều dưỡng đang đi học tập trung không làm việc ở khoa trong thời gian đi thu thập số liệu
 - + Điều dưỡng nghỉ ốm, nghỉ thai sản tại thời điểm lấy số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu; Kết hợp giữa định tính và định lượng

- Nghiên cứu định lượng: Mô tả với thiết kế nghiên cứu cắt ngang.
- Nghiên cứu định tính: Phỏng vấn qua bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn.

2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ các điều dưỡng làm việc tại 11 khoa: Khoa Nội tổng hợp, Khoa Phụ Sản, Khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Ngoại tổng hợp, Khoa Nhi, Khoa Tai Mũi Họng - Răng Hàm Mặt, Khoa Truyền nhiễm, Khoa KSNK, Khoa Khám bệnh, Khoa YHCT, khoa lão học. Đảm bảo tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Giới tính:
- Tuổi:
- Số năm công tác:
- Bộ phận công tác:
- Vị trí công tác:
- Trình độ đào tạo:

- Được đào tạo về KSNK năm 2022:

2.3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải y tế rắn của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên - Hà Giang

2.3.2.1. Kiến thức của điều dưỡng viên về khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải y tế.

2.3.2.2. Thái độ của điều dưỡng viên về khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải y tế.

2.3.2.3. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay

2.3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát NKBV của điều dưỡng

Kiến thức về KK – TK, VST và phân loại chất thải y tế với đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Thái độ về KK – TK, VST và phân loại chất thải y tế với đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Thực hành về KK – TK, VST và phân loại chất thải y tế với đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

2.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

2.4.1. Công cụ thu thập

Bảng hỏi về kiến thức, thái độ về KK - TK dụng cụ, VST và phân loại chất thải rắn y tế.

Bảng kiểm giám sát thực hành qua quan sát trực tiếp trên 3 nội dung KK – TK, VST, phân loại chất thải y tế của Bộ Y tế ban hành thực hành về công tác KSNK bệnh viện.

Các nội dung trong bộ câu hỏi dựa theo các văn bản sau:

+ Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2021. Thông tư Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế.

+ Quyết định số 3671/QĐ-BYT phê duyệt các hướng dẫn về KSNK như: KK - TK, phòng ngừa chân, phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết, NK viết mổ, NK phổi, tiêm an toàn.

+ Tài liệu đào tạo phòng và kiểm soát NKBV Bạch Mai 2013.

+ Phỏng vấn sâu; tiến hành 2 cuộc phỏng vấn sâu

- Phỏng vấn phụ trách khoa KSNK bệnh viện về tầm quan trọng của công tác KSNK bệnh viện, và thực trạng công tác KSNK của BVĐK huyện Vị Xuyên

- Phỏng vấn 02 bác sỹ (01 khoa Ngoại tổng hợp, 01 khoa Phụ sản về thực trạng công tác KSNK bệnh viện tại khoa)

2.4.2. Kỹ thuật thu thập

- Phỏng vấn trực tiếp
- Quan sát thực hành KK – TK, các bước VST và quá trình phân loại chất thải y tế của điều dưỡng viên.

2.5. Phân tích số liệu

- Số liệu được phân tích trên bảng tính Excel 2007 thông thường.
- Thái độ được đánh giá theo 5 mức độ là Rất ít cần thiết, ít cần thiết, cần thiết, khá cần thiết, rất cần thiết. Khi chấm điểm đạt ta nhóm thành 2 nhóm:
 - + Không cần thiết = rất ít cần thiết và ít cần thiết.
 - + Cần thiết = cần thiết, khá cần thiết và rất cần thiết.
- + Trả lời không cần thiết được 0 điểm/câu.
- + Trả lời cần thiết được 1 điểm/câu.
- Cách tính điểm và phân loại điểm kiến thức, thái độ, thực hành như sau:
 - + Trả lời đúng câu hỏi được 1 điểm/câu.
 - + Trả lời sai câu hỏi được 0 điểm/câu.
 - + Kiến thức, thái độ, thực hành đạt khi các nội dung đạt $\geq 80\%$ tổng điểm.
 - + Kiến thức, thái độ, thực hành chưa đạt khi các nội dung đạt $< 80\%$ tổng điểm.

Chương III

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2022 đến 9/2022, tiến hành nghiên cứu trên 42 điều dưỡng viên tại 11 khoa lâm sàng Bệnh viện, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nữ	34	80,9
	Nam	8	19,1
Tuổi	≥ 35	13	30,9
	< 35	29	69,1

Trình độ học vấn	Đại học, Cao đẳng	12	28,6
	Trung cấp	30	71,4
Thâm niên công tác	≥ 10 năm	12	28,6
	< 10 năm	30	71,4
Vị trí công tác	Điều dưỡng trưởng	13	40
	Điều dưỡng viên	29	60
Được đào tạo KSNK năm 2022	Được đào tạo	32	76,2
	Không được đào tạo	10	23,8
Bộ phận công tác	Khối Nội	12	28,6
	Khối Ngoại, Sản, HSCC	12	28,6
	Khối chuyên khoa lẻ và khoa khám bệnh	8	19

Nhận xét: Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ chiếm 80,9%, tuổi đời của điều dưỡng nhìn chung là trẻ dưới 35 tuổi chiếm đa số (60,9%). Thâm niên công tác dưới 10 năm là chủ yếu 71,4%. Trình độ chủ yếu là trung cấp chiếm 71,4%.

3.2. Kiến thức về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay, phân loại chất thải

Bảng 3.2: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng khử khuẩn – tiệt khuẩn

Khái niệm cơ bản	đúng	Tỷ lệ (%)	chưa đúng	Tỷ lệ (%)
Làm sạch	29	69	13	31
Khử nhiễm	19	45,3	23	54,7
Tiệt khuẩn	11	26,2	31	73,8
Khử khuẩn mức độ cao	12	28,6	30	71,4
Nguyên tắc KK - TK dụng cụ	23	54,7	19	45,3
Yếu tố ảnh hưởng đến KK - TK	26	61,9	16	38,1

Nhận xét: Kết quả tại bảng 3.2 cho ta thấy tượng nghiên cứu có kiến thức cơ bản về KK - TK không cao. Tỷ lệ chọn đúng cao nhất là nguyên tắc tiệt khuẩn 73,8%, thấp nhất là khái niệm về KK mức độ cao 28,6%.

3.3. Kiến thức về vệ sinh tay

Bảng 3.3: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện

Kiến thức về vệ sinh tay và NKBV	Đúng	Tỷ lệ (%)	Chưa đúng	Tỷ lệ (%)
Con đường lây truyền NKBV	30	71,4	12	28,6
Con đường lây truyền vi khuẩn kháng thuốc	11	42,9	31	73,8
Điều NVYT cần làm để ngăn ngừa NKBV	24	57,1	18	42,9
Mục đích của VST	31	73,8	11	26,9
Khái niệm VST	22	52,3	20	47,7
VST đạt tiêu chuẩn	24	57,1	18	42,9
Các bước VST thường quy	32	76,1	10	23,9
Thời gian tối thiểu thực hiện VST thường quy	42	100	0	0
Tình huống không được VST bằng cồn	30	71,4	12	28,6
Số thời điểm VST trong chăm sóc BN	16	38,1	26	61,9
Thời điểm VST theo quy định của Bộ Y tế	13	30,9	29	69,1

Nhận xét: Tại bảng 3.3 cho thấy cơ bản đối tượng nghiên cứu đều có kiến thức về VST và NKBV. Cao nhất là thời gian tối thiểu VST thường quy theo quy định của Bộ y tế. Tuy nhiên cũng còn một số kiến thức chưa tốt như Số thời điểm VST trong chăm sóc BN trả lời đúng là 38,1%. Thời điểm VST theo quy định của Bộ Y tế trả lời đúng là 30,9%.

3.4. Kiến thức về phân loại chất thải

Bảng 3.4: Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về phân loại chất thải

Kiến thức đúng về phân loại chất thải	Kiến thức đúng	Tỷ lệ (%)	Kiến thức chưa đúng/ chưa đầy đủ	Tỷ lệ (%)
Khái niệm CT nguy hại	30	71,4	12	28,6
Khái niệm giảm thiểu CT y tế	33	76,6	9	23,4
Phân loại CTYT theo nhóm CT	20	47,6	22	52,4
Phân loại CTYT theo đường lây nhiễm	24	57,1	18	42,9
Nguyên tắc phân loại CTYT	29	69	13	31

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân loại CTYT theo nhóm CT chưa đúng còn cao (52,4%)

3.5. Các yếu tố ảnh hưởng:

3.5.1. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết khử khuẩn - tiệt khuẩn

Bảng 3.5: Tỷ lệ điều dưỡng cho rằng KK – TK dụng cụ là cần thiết

Khử khuẩn – tiệt khuẩn dụng cụ	Cần thiết		Không cần thiết	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Quá trình làm sạch DC	30	71,4	12	28,6
Xử lý DC tại các khoa lâm sàng	42	100	0	0
Xử lý DC tập trung	42	100	0	0
Mang phòng hộ cá nhân khi xử lý dụng cụ	36	85,7	6	14,3
Phân loại dụng cụ trước khi KK – TK	28	66,7	14	33,3
Phân loại DC trước làm sạch	24	57,1	18	57
Làm sạch dụng cụ ngay sau khi sử dụng	30	71,4	12	42,9
Ghi tên, ngày pha, ngày thay dung dịch hoá chất ngâm KK DC	38	90,4	4	9,6
DC thay bằng đũa KK mức độ cao chuyển xuống khoa KSNK	42	100	0	0
DC sau khi KK mức độ cao cần tráng lại bằng nước vô khuẩn hoặc cồn 70 ⁰	32	76,2	12	23,8
Bảo quản DC đã KK - TK đúng quy định	36	85,7	6	14,3
Kiểm tra thường xuyên hạn sử dụng của các gói DC	42	100	0	0

Nhận xét: Kết quả cho thấy thái độ của điều dưỡng về xử lý dụng cụ tại các khoa lâm sàng, DC thay bằng đũa KK mức độ cao chuyển xuống khoa KSNK, Kiểm tra thường xuyên hạn sử dụng của các gói DC rất cao đều đạt tỷ lệ 100%, với thái độ về Ghi tên, ngày pha, ngày thay dung dịch hoá chất ngâm KK DC 90,4%, với 85,7% thái độ của điều dưỡng về Mang phòng hộ cá nhân khi xử lý dụng cụ và Bảo quản DC đã KK - TK đúng quy định.

3.5.2. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết của vệ sinh tay

Bảng 3.6: Tỷ lệ điều dưỡng cho rằng vệ sinh tay là cần thiết

Thái độ về vệ sinh tay	Cần thiết		Không cần thiết	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vệ sinh tay và NKBV	33	78,6	9	21,4
Thời điểm VST và lan truyền NKBV	26	61,9	8	38,1
VST thường quy trong chăm sóc người bệnh	23	54,7	19	45,3
Số lượng hóa chất khi sát khuẩn tay nhanh	19	45,2	23	54,8
Thực hiện đúng lượng hóa chất khi VST	17	40,5	25	59,5
Trang bị phương tiện VST	22	52,4	20	47,6

Nhận xét: Thái độ của điều dưỡng cho rằng VST là rất cần thiết cũng ở mức 78,6% và Thời điểm VST và lan truyền NKBV 61,9 %. Đây là điều kiện tốt để can thiệp tập huấn, giám sát nhắc nhở để điều dưỡng có kiến thức và thực hành tốt.

3.5.3. Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết của phân loại chất thải

Bảng 3.7: Tỷ lệ điều dưỡng cho rằng phân loại chất thải là cần thiết

Thái độ về phân loại chất thải	Cần thiết		Không Cần thiết	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
CT y tế với sức khỏe con người và môi trường	36	85,7	6	14,3
Giảm thiểu chất thải rắn y tế	27	64,3	15	35,7
Phân loại CTRYT theo đường lây nhiễm	23	54,7	19	45,3
Phân loại chất thải ngay khi phát sinh	30	71,4	12	28,6
Tiêu chuẩn của hộp kháng thủng	32	76,2	10	23,8
Hộp kháng thủng không để quá 3/4	16	38	16	62

Nhận xét: Các nội dung được đo lường khác về sự cần thiết của phân loại chất thải cũng được đánh giá ở mức rất cần thiết ở mức 85,7% và Tiêu chuẩn hộp kháng thủng, phân loại chất thải ngay khi phát sinh lần lượt đạt 76,2% và 71,4%. Điều này cùng hợp lý với việc BVĐK huyện Đồng Văn đã thực hiện phân loại rác thải tại nguồn.

3.6 Thực hành khử khuẩn–tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải rắn y tế

3.6.1. Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đạt về khử khuẩn - tiệt khuẩn

Bảng 3.8: Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng về khử khuẩn - tiệt khuẩn

Thực hành khử khuẩn – tiệt khuẩn	Số lượng đạt	Tỷ lệ (%)	Số lượng chưa đạt	Tỷ lệ (%)
Cách pha hóa chất KK sơ bộ	17	40,4	25	59,6
Thời gian KK – TK dụng cụ không chịu nhiệt	22	52,3	20	47,7
Thời gian ngâm KK dụng cụ không chịu nhiệt	14	33,3	28	66,7
Nhiệt độ và thời gian thích hợp KK DC bằng máy sấy khô	25	59,6	17	40,4

Nhận xét: Tỷ lệ về thực hành đúng về pha hóa chất KK sơ bộ và Nhiệt độ và thời gian thích hợp KK DC bằng máy sấy khô rất thấp (40,4%). 66,7% thực hành sai Thời gian ngâm KK DC không chịu nhiệt. Tỷ lệ cao nhất (59,6%) điều dưỡng thực hành đúng về nhiệt độ và thời gian thích hợp KK DC bằng máy sấy khô.

3.6.2. Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng vệ sinh tay

Bảng 3.9: Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng vệ sinh tay

Thực hành vệ sinh tay	Thực hành đúng	Tỷ lệ %	Thực hành chưa đúng	Tỷ lệ %
Thực hành bước thứ 2 trong VST thường quy	18	42,8	24	57,2
Thực hành bước thứ 4 trong VST thường quy	21	50	21	50
VST nhanh bằng dung dịch chứa cồn có mấy bước	32	76,2	10	23,8
Thời gian VST nhanh bằng dung dịch chứa cồn	32	76,2	10	23,8
Trước khi chăm sóc mỗi người bệnh	19	45,2	23	54,8
Trước khi thực hiện thủ thuật đòi hỏi vô trùng	38	90,5	4	9,5
Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể và chăm sóc người bệnh	40	95,2	2	4,8

Nhận xét: Tỷ lệ ĐĐ có thực hành bước 2 trong quy trình VST thường quy là 42,8%. Thực hành bước 4 ĐĐ chỉ trả lời đúng 50%. Tỷ lệ điều dưỡng thực hành VST Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể và chăm sóc người bệnh là 95,2%. Tỷ lệ ĐĐ thực hành VST Trước khi thực hiện thủ thuật đòi hỏi vô trùng là 90,5%.

Bảng 3.10: Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng về phân loại chất thải theo nhóm và mã màu quy định

Thực hành phân loại chất thải	Thực hành đúng	Tỷ lệ %	Thực hành chưa đúng	Tỷ lệ %
Chất thải loại A	32	76,2	10	23,8
Chất thải loại B	29	69	13	31
Chất thải loại C	26	61,9	16	38,1
Chất thải loại D	23	54,7	19	45,3
Phân loại CT vào túi màu vàng	26	61,9	16	38,1
Phân loại CT sắc nhọn	21	50	21	50
Phân loại CT thông thường	22	52,3	20	47,7
Phân loại CT nguy hại	17	40,4	25	59,6
Phân loại CT tái chế	15	35,7	27	64,3

Nhận xét:

Thực hành phân loại CT theo nhóm chất thải cao nhất là 76,2% điều dưỡng phân loại đúng về CT loại A, 61,9% điều dưỡng phân loại đúng về Chất thải loại C và Phân loại CT vào túi màu vàng. Điều dưỡng thực hành đúng về phân loại CT tái chế là 35,7% thấp nhất trong thực hành phân loại CT y tế.

3.7. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải.

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành KK – TK, VST và phân loại chất thải với đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		Đạt	Tỷ lệ %	Không đạt	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	26	86,6	8	27,3
	Nam (*)	4	50	4	50
Tuổi	≥ 30 tuổi	13	100	0	0
	< 30 tuổi (*)	25	86,2	4	13,8

Yếu tố		Đạt	Tỷ lệ %	Không đạt	Tỷ lệ %
Thâm niên công tác	≥ 10 năm	12	100	0	
	< 10 năm (*)	19	63,3	11	36,7
Trình độ	\geq Đại học	10	83,3	2	16,7
	TH (*)	21	70	9	30
Vị trí công tác	ĐDT	11	84,6	2	15,4
	ĐD (*)	15	51,7	14	48,3
Bộ phận làm việc	Khối Ngoại	9	75	3	25
	Khối Nội (*)	12	60	8	40
Được đào tạo KSNK năm 2022	Có	28	87,5	4	12,5
	Không (*)	4	40	6	60

Nhận xét: Nhóm có thâm niên công tác trên 10 năm có kết quả nghiên cứu đạt 100 % về kiến thức, thái độ và thực hành khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải, nhóm thâm niên công tác dưới 10 năm chỉ đạt 63,3 %. Nhóm trình độ đại học cao đạt 82,7%, nhóm trình độ trung cấp chỉ đạt 70% .

Nhóm điều dưỡng khối ngoại đạt 75%, nhóm điều dưỡng khối nội chỉ đạt 60%. Nhóm điều dưỡng mới được đào tạo đạt 87,5%, nhóm không được đào tạo năm 2017 chỉ đạt 40%. Có sự khác biệt về đạt yêu cầu về kiến thức, thái độ, thực hành và phân loại chất thải rắn y tế ở nhóm đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt là rất ít

Chương IV BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2022 đến tháng 9/2022, tiến hành nghiên cứu trên 42 điều dưỡng viên tại 11 khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, chúng tôi thấy tỷ lệ đạt về kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu là khá thấp. Chúng tôi tìm thấy một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành ở đối tượng nghiên cứu: trình độ học vấn, thâm niên công tác...

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm đa số 80,9%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm, tính chất nghề nghiệp về giới tính về ngành

điều dưỡng trên thế giới cũng như Việt Nam, hầu hết điều dưỡng là nữ giới. Trình độ học vấn chủ yếu là đối tượng trung cấp chiếm tỷ lệ 71,4%, tỷ lệ điều dưỡng đại học chiếm khá thấp và không có điều dưỡng viên sau đại học.

Nhóm điều dưỡng có thâm niên công tác < 10 năm chiếm tỷ lệ 71,4%, ≥ 10 năm chiếm 28,6%. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần điều dưỡng viên của bệnh viện có độ tuổi còn khá trẻ. Đây cũng là một yếu tố thuận lợi khi thực hiện các can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành.

Một điểm đáng quan tâm là tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về KSNK năm 2022 chiếm 76,2% đối tượng nghiên cứu. Kiểm soát nhiễm khuẩn là một lĩnh vực rộng lớn và yêu cầu thực hành chuẩn để đạt được hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Do đó, công tác đào tạo, tập huấn về KSNK luôn được duy trì hàng năm tại bệnh viện.

Tỷ lệ nhân viên điều dưỡng ở khối nội, khối ngoại chiếm tỷ lệ cao, khối chuyên khoa lẻ và khám bệnh (19%).

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay và phân loại chất thải

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng điểm cắt cho kiến thức, thái độ và thực hành ở khoảng điểm ≥80% tổng số điểm được coi như đạt. Đây là một điểm cắt khá cao, tuy nhiên, chúng tôi đánh giá là phù hợp để áp dụng trên đối tượng là NVYT, để đảm bảo an toàn cho người bệnh, yêu cầu thực hành đạt về KSNK đối với điều dưỡng yêu cầu phải cao và nghiêm ngặt.

4.2.1. Kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn – tiệt khuẩn

4.2.1.1. Kiến thức và thực hành về khử khuẩn – tiệt khuẩn

Kết quả tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức về khử khuẩn – tiệt khuẩn chỉ đúng 26,2%, một nghiên cứu đánh giá kiến thức về khử khuẩn – tiệt khuẩn của Paudyal P và cộng sự (2008), kiến thức chung về khử khuẩn - tiệt khuẩn với tỷ lệ trả lời đúng về nguyên tắc KK - TK dụng cụ (68,2%) là cao nhất và thấp nhất là khử khuẩn mức độ cao dụng cụ y tế (37,9%). Đây là các số liệu tỷ lệ % thực tế, không cắt điểm nhưng kết quả khá thấp, ngay cả với những khái niệm cơ bản về khử khuẩn – tiệt khuẩn dụng cụ đối tượng nghiên cứu trả lời chưa đúng yêu cầu, cho thấy lỗ hổng căn bản về kiến thức của đối tượng cần phải được đào tạo lại.

Nhìn chung, thực hiện KSNK chưa chuẩn và kỹ năng chưa đạt yêu cầu do rất nhiều nguyên nhân chủ quan và khách quan. Nội dung quan trọng trong phòng ngừa chuẩn trong bệnh viện cần đảm bảo tuyệt đối và yêu cầu nhân viên phải thực hành đúng quy trình.

4.2.1.2. Thái độ về về khử khuẩn – tiệt khuẩn

Tỷ lệ điều dưỡng cho rằng cần thiết phải phân loại DC trước khi KK – TK và

DC sau khi KK mức độ cao cần tráng lại bằng nước cất vô khuẩn hoặc còn 70⁰ tại bảng 3.5 lần lượt là (66,7% và 76,2%). Tỷ lệ đối tượng cho rằng các tình huống về KK - TK được đưa ra là cần thiết thấp nhất so với tỷ lệ thái độ về VST và phân loại CTRYT. Trong 3 nhóm thái độ, đây là nhóm cần được quan tâm nhiều để tăng cường thái độ đúng đắn của đối tượng về việc KK - TK.

4.2.2. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về vệ sinh tay

4.2.2.1. Kiến thức, thực hành về vệ sinh tay

Đề tài của chúng tôi đánh giá kiến thức về VST đạt cao nhất trong số 3 nội dung. Tuy nhiên tỷ lệ VST đạt tiêu chuẩn chỉ là 57,1%.

4.2.2.2. Thái độ đối tượng nghiên cứu về sự cần thiết vệ sinh tay

Kết quả nghiên cứu, thấy có 78,6% đối tượng cho rằng VST là rất cần thiết nhằm giảm tỷ lệ NKBV, chiếm tỷ lệ cao trong các thái độ được đo lường. Các nội dung được đo lường khác về sự cần thiết của VST cũng được đánh giá ở mức rất cần thiết ở khoảng trên 60%. Tuy nhiên còn tỷ lệ cao (21,4%) cho rằng VST là không thực sự cần thiết, đây là vấn đề của bệnh viện, đặt ra mục tiêu cho bệnh viện cần có Kế hoạch đào tạo, đào tạo lại nhằm tăng cường nhận thức của nhân viên về VST và phòng ngừa NKBV.

4.2.3. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về phân loại chất thải rắn y tế

4.2.3.1. Kiến thức, thực hành về phân loại chất thải rắn y tế

Kiến thức về phân loại chất thải y tế đúng trong nghiên cứu của chúng tôi giao động từ 35,7% đến 76,2%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng kiến thức về thực hành phân loại chất thải tái chế chiếm tỷ lệ thấp, chỉ đạt 35,7 %, đồng thời, kiến thức xử lý chất thải khi xảy ra sự cố vẫn chủ yếu là báo cho người chịu trách nhiệm, tỷ lệ thực hiện xử lý thấp. Điều này cho thấy, vẫn còn nhiều điểm yếu kém trong công tác phân loại CTRYT tại bệnh viện.

4.2.3.2. Thái độ về phân loại chất thải rắn y tế

Thái độ của điều dưỡng về sự cần thiết phân loại CTRYT, các nội dung được đo lường khác về sự cần thiết của phân loại CT cũng được đánh giá ở mức rất cần thiết ở khoảng trên 70%. Đây cũng là mức thái độ của NVYT đáng khích lệ vì đã coi trọng việc phân loại CTRYT.

4.2.4. Kiến thức, thái độ và thực hành chung của điều dưỡng về khử khuẩn - tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải

Tỷ lệ đạt của kiến thức chung về VST, KK - TK và phân loại CTRYT 86,6%. Số liệu này cho thấy còn tình trạng thiếu kiến thức chung về cả 3 nội dung này. Chính vì vậy, cần phải bổ sung kiến thức đối tượng nghiên cứu, tập trung vào những

kiến thức cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa chuẩn cho nhân viên bệnh viện.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải của điều dưỡng

Kết quả bảng 3.11 cho thấy nhóm có thâm niên công tác trên 10 năm có kết quả nghiên cứu đạt 100 % về kiến thức, thái độ và thực hành khử khuẩn – tiệt khuẩn, vệ sinh tay và phân loại chất thải, nhóm thâm niên công tác dưới 10 năm chỉ đạt 63,3 %. Nhóm trình độ đại học cao đạt 82,7%, nhóm trình độ trung cấp chỉ đạt 70% . Nhóm điều dưỡng khối ngoại đạt 75%, nhóm điều dưỡng khối nội chỉ đạt 60%. Nhóm điều dưỡng mới được đào tạo đạt 87,5%, nhóm không được đào tạo năm 2017 chỉ đạt 40%. Có sự khác biệt về đạt yêu cầu về kiến thức, thái độ, thực hành và phân loại chất thải răn y tế ở nhóm đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt là rất ít

KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2022 đến tháng 9/2022, tiến hành nghiên cứu trên 42 điều dưỡng viên tại 11 khoa lâm sàng, Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, chúng tôi đưa ra kết luận sau:

1. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay, phân loại chất thải của điều dưỡng Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên – Hà Giang năm 2022.

- Tỷ lệ đạt của thái độ chung cho VST, KK - TK và phân loại CTRYT cao (chiếm 86,6%).

- Tỷ lệ đạt của thực hành chung cho VST, KK - TK và phân loại CTRYT là thấp (21,4%). Trong đó VST đạt cao nhất (62,6%).

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ, vệ sinh tay, phân loại chất thải.

+ Các yếu tố thâm niên, trình độ, bộ phận làm việc, được đào tạo thực sự là yếu tố tích cực ảnh hưởng đến việc đạt kiến thức.

+ Trình độ học vấn là yếu tố tích cực ảnh hưởng đến việc đạt thái độ chung.

+ Các yếu tố trình độ và việc được đào tạo thực sự là yếu tố tích cực ảnh hưởng đến việc đạt kiến thức về thực hành.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu kết quả nghiên cứu cho tỷ lệ nhân viên y tế đạt kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn rất thấp, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Tăng cường đào tạo các kiến thức về KK – TK, phân loại chất thải y tế, kiến thức về phòng ngừa chuẩn và KSNK bệnh viện nói chung, trong đó, tập trung về:
 - + Các kiến thức mà đối tượng hiện thiếu: cách thức và thời điểm VST, phân loại CTRYT thấp nhất phân loại chất thải tái chế, kiến thức xử lý chất thải khi xảy ra sự cố,...
 - + Cần tác động sớm đến kiến thức của đối tượng
 - + Tập trung vào những kiến thức cơ bản.
2. Tăng cường giám sát tác động thực hành của đối tượng, tác động đến cả 3 nội dung, nhất là thực hành KK – TK.
3. Đầu tư vật lực cho công tác KSNK bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nghiên cứu công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai của Bùi Hồng Giang năm 2013 [1].
- Một số nghiên cứu cho thấy làm tốt công tác KSNK sẽ giảm được tỷ lệ NKBV và nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh. Tại bệnh viện Chợ Rẫy (2014), tác giả Lê Anh Thư [2].
- Thông tư số 20/2021/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2021. Thông tư Quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế. [3].
- Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 của Bộ y tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [4]
- Quyết định số 3671/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 09 năm 2012, phê duyệt các hướng dẫn KSNK, các tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK môi trường bệnh viện [5].
- Quyết định số 4443/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 11 năm 2012 Về công tác Kiểm Soát nhiễm khuẩn bệnh viện, Bộ Y tế [6].