

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH ĐỊNH  
SỞ Y TẾ

-----

**BÁO CÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

Tên đề tài:

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ  
MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ VỆ SINH TAY CỦA  
BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ TẠI CÁC CƠ SỞ  
KHÁM CHỮA BỆNH CỦA TỈNH BÌNH ĐỊNH  
NĂM 2024**

Chủ nhiệm đề tài: Ts. Nguyễn Thị Như Tú

Đồng chủ nhiệm: CNĐD. Nguyễn Thị Mỹ Hòa

**BÌNH ĐỊNH, tháng 11/2024**

UỶ BAN NHÂN DÂN TỈNH BÌNH ĐỊNH  
SỞ Y TẾ

-----

**BÁO CÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

**Tên đề tài:**

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ  
MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ VỆ SINH TAY CỦA  
BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ TẠI CÁC CƠ SỞ  
KHÁM CHỮA BỆNH CỦA TỈNH BÌNH ĐỊNH  
NĂM 2024**

**Chủ nhiệm đề tài:** Ts. Nguyễn Thị Như Tú

**Đồng chủ nhiệm:** CNĐD. Nguyễn Thị Mỹ Hòa

**Cán bộ thực hiện:** BS.Trần Khánh Ngọc

**BÌNH ĐỊNH, tháng 11/2024**

## MỤC LỤC

	<b>Trang</b>
Mục lục .....	i
Danh mục các từ viết tắt .....	iii
Danh mục các bảng .....	iv
Danh mục các hình vẽ, đồ thị .....	v
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1 - TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Đại cương về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện.....	3
1.1.1. Những bằng chứng khoa học liên quan thực hành vệ sinh tay.....	3
1.1.2. Nội dung thực hành vệ sinh tay .....	9
1.2. Tình hình nghiên cứu về vệ sinh tay .....	14
1.2.1. Trên thế giới .....	14
1.2.2. Tại Việt Nam .....	18
<b>CHƯƠNG 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>22</b>
2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	22
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	22
2.1.2. Thời gian nghiên cứu.....	22
2.1.3. Địa điểm nghiên cứu .....	22
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	22
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu .....	22
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	22
2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu.....	23
2.2.4. Nội dung nghiên cứu chính .....	26
2.2.5. Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu .....	27
2.2.6. Đạo đức trong nghiên cứu .....	31
<b>CHƯƠNG 3 - KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>32</b>
3.1. Một số đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu .....	32
3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu .....	33
3.2.1. Kiến thức về vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu .....	33

3.2.2. Thái độ về vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.2.3. Thực hành vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu .....	38
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành VST .....	40
3.3.1. Thực trạng nhận thông tin về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện.....	40
3.3.2. Nhu cầu nhận thông tin về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện.....	42
3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành VST .....	43
<b>CHƯƠNG 4 - BÀN LUẬN.....</b>	<b>49</b>
4.1. Kiến thức, thái độ và thực hành VST của bệnh nhân và người nhà.....	49
4.1.1. Kiến thức về VST của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân .....	49
4.1.2. Thái độ của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về VST.....	51
4.1.3. Thực hành về VST của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.....	52
4.2. Thực trạng nhận thông tin và nhu cầu nhận thông tin về VST của bệnh nhân và người nhà .....	54
4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà.....	55
4.3.1. Liên quan giữa kiến thức vệ sinh tay và một số yếu tố nhân khẩu học.....	55
4.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại cơ sở y tế.....	58
4.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại cơ sở y tế.....	60
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>63</b>
<b>KIẾN NGHỊ .....</b>	<b>64</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	

**DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

<b>BN:</b>	Bệnh nhân
<b>CS:</b>	Chăm sóc
<b>ĐTNC:</b>	Đối tượng nghiên cứu
<b>HS:</b>	Học sinh
<b>KBCB:</b>	Khám bệnh, chữa bệnh
<b>KSNK:</b>	Kiểm soát nhiễm khuẩn
<b>NNBN:</b>	Người nhà bệnh nhân
<b>NVYT:</b>	Nhân viên y tế
<b>VST:</b>	Vệ sinh tay
<b>VSV:</b>	Vi sinh vật
<b>TNTT:</b>	Tai nạn thương tích
<b>TE &amp; VTN:</b>	Trẻ em và vị thành niên
<b>TT GDSK:</b>	Truyền thông giáo dục sức khỏe
<b>WHO:</b>	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

## DANH MỤC CÁC BẢNG

	<b>Trang</b>
Bảng 3.1. Một số đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu.....	32
Bảng 3.2. Kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay .....	33
Bảng 3.3. Kiến thức về quy trình vệ sinh tay .....	34
Bảng 3.4. Kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay .....	35
Bảng 3.5. Kiến thức toàn diện của ĐTNC về vệ sinh tay .....	36
Bảng 3.6. Thực trạng về thái độ của ĐTNC về việc vệ sinh tay.....	37
Bảng 3.7. Tần suất VST của ĐTNC.....	38
Bảng 3.8. Tình hình tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC .....	38
Bảng 3.9. Thời gian VST của ĐTNC qua hỏi.....	39
Bảng 3.10. Liên quan giữa kiến thức VST và nhóm tuổi của ĐTNC .....	43
Bảng 3.11. Liên quan giữa kiến thức VST và giới tính của ĐTNC.....	44
Bảng 3.12. Liên quan giữa kiến thức VST và nơi sống của ĐTNC .....	44
Bảng 3.13. Liên quan giữa kiến thức VST và nghề nghiệp của ĐTNC.....	44
Bảng 3.14. Liên quan giữa kiến thức VST và học vấn của ĐTNC.....	45
Bảng 3.15. Liên quan giữa kiến thức và nhận thông tin về lợi ích của VST ...	45
Bảng 3.16. Liên quan giữa kiến thức và nhận thông tin về NKBV .....	45
Bảng 3.17. Liên quan giữa thái độ và nhận thông tin về lợi ích của VST .....	46
Bảng 3.18. Liên quan giữa thái độ và nhận thông tin về NKBV .....	46
Bảng 3.19. Liên quan giữa thái độ và kiến thức toàn diện về VST .....	46
Bảng 3.20. Liên quan giữa thực hành và nhận thông tin về lợi ích của VST ...	47
Bảng 3.21. Liên quan giữa thực hành và nhận thông tin về NKBV .....	47
Bảng 3.22. Liên quan giữa thực hành và kiến thức toàn diện về VST .....	47
Bảng 3.23. Liên quan giữa thực hành và thái độ về VST .....	48

## DANH MỤC CÁC HÌNH VẼ, ĐỒ THỊ

		<b>Trang</b>
Hình 3.1	Mức độ kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay .....	33
Hình 3.2.	Mức độ kiến thức về quy trình của vệ sinh tay.....	34
Hình 3.3.	Mức độ kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay .....	35
Hình 3.4.	Mức độ kiến thức toàn diện về vệ sinh tay .....	36
Hình 3.5.	Mức độ thái độ tích cực của ĐTNC về việc vệ sinh tay.....	37
Hình 3.6.	Mức độ tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC .....	39
Hình 3.7.	Tình hình VST đúng thời gian quy định của ĐTNC .....	40
Hình 3.8.	Tình hình nhận thông tin của ĐTNC về lợi ích của VST .....	40
Hình 3.9.	Tình hình nhận thông tin của ĐTNC về 06 bước VST qua poster .....	41
Hình 3.10.	Tình hình nhận thông tin của ĐTNC về nhiễm khuẩn bệnh viện.....	41
Hình 3.11.	Tình hình mong muốn được nhận thông tin về VST.....	42
Hình 3.12.	Mong muốn được nhận thông tin về nhiễm khuẩn bệnh viện .....	42
Hình 3.13.	Nguồn cung cấp thông tin muốn nhận về VST và NKBV .....	43

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm trùng bệnh viện ảnh hưởng đối với sức khỏe và sự an toàn của bệnh nhân, dẫn đến tình trạng bệnh nhân phải nằm viện kéo dài, dễ bị biến chứng, tăng tình trạng kháng kháng sinh, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân, gia đình và tăng gánh nặng cho hệ thống y tế [20]. Một số nghiên cứu tại các quốc gia đã chỉ ra việc lan truyền mầm bệnh trong môi trường bệnh viện thường thông qua bàn tay bị nhiễm bẩn của nhân viên y tế, của người cung cấp dịch vụ chăm sóc và chính bản thân bệnh nhân; lý do thường gặp của việc không tuân thủ vệ sinh tay là do kiến thức về vấn đề vệ sinh tay còn hạn chế và thái độ thiếu tích cực đối với vấn đề vệ sinh tay [8],[15],[30],[16],[11],[2].

Hiện nay tình trạng bệnh nhân quá tải tại các bệnh viện khá thường xuyên, đặc biệt là tại các khoa hệ Ngoại, Hồi sức cấp cứu và khoa Sản; ngoài ra từ thời điểm ngày 01/01/2021, người có thể bảo hiểm y tế tự đi khám chữa bệnh không đúng tuyến tại các cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh trên phạm vi toàn quốc được quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí điều trị nội trú theo phạm vi quyền lợi và mức hưởng như đúng tuyến cũng là nguyên nhân gây quá tải cho tuyến trên và góp phần làm tăng nhiễm khuẩn bệnh viện [1], [13].

Tại Việt Nam việc bệnh nhân tự chăm sóc phục vụ cho bản thân và người nhà hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân trong thời gian nằm viện là rất phổ biến. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế, giải pháp để cải thiện nhiễm khuẩn bệnh viện là phải đào tạo hướng dẫn cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về vệ sinh tay [2].

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam thường tập trung khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành và yếu tố liên quan vệ sinh tay của nhân viên y tế; Tại Việt Nam rất hiếm nghiên cứu liên quan vệ sinh tay tiến hành trên đối tượng là bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân, ngoại trừ nghiên cứu của



Nguyễn Thị Kim Liên (2017) là nghiên cứu đầu tiên và duy nhất tại Việt Nam trên đối tượng người nhà bệnh nhân [3],[4],[6],[7],[18],[21],[27].

Xuất phát từ thực tế đó nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài “***Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan về vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại các cơ sở khám chữa bệnh của tỉnh Bình Định năm 2024***” với hai mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại các cơ sở khám chữa bệnh của tỉnh Bình Định, năm 2024;
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của các đối tượng trên.

## Chương 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Đại cương về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện

##### 1.1.1. Những bằng chứng khoa học liên quan thực hành vệ sinh tay

###### 1.1.1.1. Phổ vi khuẩn trên bàn tay

Năm 1938, Price P.B chia vi khuẩn trên da bàn tay làm 2 nhóm: Vi khuẩn vắng lai và vi khuẩn định cư.

+ Vi khuẩn định cư: Gồm các cầu khuẩn gram (+): *S.epidermidis*, *aurers*, *S. hominis*, v.v. và các vi khuẩn gram (-): *Acinetobacter*, *Enterobacter*... Các vi khuẩn gram (-) thường chiếm tỷ lệ cao ở tay nhân viên y tế (NVYT) thuộc đơn vị hồi sức cấp cứu, đặc biệt ở những người vệ sinh tay (VST) dưới 8 lần/ngày. Phổ vi khuẩn định cư thường cư trú ở lớp sâu của biểu bì da. VST thường quy không loại bỏ được các vi khuẩn này khỏi bàn tay nhưng VST thường xuyên có thể làm giảm mức độ định cư của vi khuẩn trên tay. Để loại bỏ các vi khuẩn này trên da tay trong VST ngoại khoa, các thành viên kíp phẫu thuật cần VST bằng dung dịch VST chứa cồn hoặc dung dịch xà phòng chứa chlorhexidine 4% trong thời gian tối thiểu 3 phút.

+ Vi khuẩn vắng lai: Loại vi khuẩn này gồm các vi khuẩn trên da người bệnh (NB) hoặc trên các bề mặt môi trường bệnh viện (chăn, ga giường, dụng cụ phương tiện phục vụ NB) và làm ô nhiễm bàn tay trong quá trình chăm sóc và điều trị. Mức độ ô nhiễm bàn tay phụ thuộc vào loại thao tác sạch/bẩn, thời gian thực hiện thao tác và tần suất VST của NVYT.

Phổ vi khuẩn vắng lai là thủ phạm chính gây nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), tuy nhiên phổ vi khuẩn này có thể loại bỏ dễ dàng bằng VST thường quy (rửa tay với nước và xà phòng thường hoặc chà tay bằng dung dịch VST

chứa còn trong thời gian 20-30 giây). Do vậy, VST trước và sau tiếp xúc với mỗi NB là biện pháp quan trọng nhất trong phòng ngừa NKBV. VST trước phẫu thuật cần loại bỏ cả hai phổ vi khuẩn vãng lai và định cư, do vậy cần áp dụng quy trình VST ngoại khoa [2].

#### **1.1.1.2. Bằng chứng lan truyền tác nhân gây bệnh qua bàn tay**

Lan truyền tác nhân nhiễm khuẩn từ NB này sang NB khác qua bàn tay NVYT cần một chuỗi các yếu tố, gồm: (1) Vi sinh vật (VSV) có trên da NB hoặc trên bề mặt đồ dùng, vật dụng xung quanh NB truyền vào tay NVYT; (2) Tiếp theo, NVYT không VST hoặc VST không đúng quy trình hoặc sử dụng hóa chất VST không thích hợp, (3) Cuối cùng, bàn tay bị ô nhiễm của NVYT phải tiếp xúc trực tiếp NB khác hoặc gián tiếp qua các dụng cụ, thiết bị sử dụng trên NB.

Trong môi trường bệnh viện, mọi nơi bàn tay đụng chạm vào đều có vi khuẩn trên đó. Các tác nhân NKBV không chỉ có ở các vết thương nhiễm khuẩn, ở chất thải và dịch tiết của NB mà thường xuyên có trên da lành của NB. Lượng vi khuẩn (ví dụ: *S.epiderminis*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp và *Acinetobacter* spp.) có ở 1 cm<sup>2</sup> da lành của NB thay đổi từ 10<sup>2</sup> đến 10<sup>6</sup> vi khuẩn, nhiều nhất là ở vùng bẹn, vùng hố nách, vùng nếp khuỷu tay, bàn tay. Có 25% da người bình thường mang *S. Aureus*, da người mắc bệnh tiểu đường, NB lọc máu chu kỳ và người viêm da mãn tính có *S. aureus* định cư cao hơn. Các tác nhân gây bệnh này, đặc biệt là các chủng tụ cầu hoặc cầu khuẩn đường ruột có khả năng sống sót cao trong điều kiện môi trường khô, làm ô nhiễm quần áo, ga giường, đồ dùng cá nhân và bề mặt các phương tiện khác trong buồng bệnh.

Trong quá trình chăm sóc NB, bàn tay NVYT thường xuyên bị ô nhiễm VSV có ở trên da NB cũng như ở bề mặt môi trường bệnh viện. Theo Lê Thị Anh

Thư và cộng sự (Bệnh viện Chợ Rẫy), lượng vi khuẩn trung bình có ở bàn tay NVYT là 5,4 log, cao nhất ở hộ lý, kế đến là bác sỹ và thấp nhất là điều dưỡng. Pittet D và cộng sự (1999) đánh giá mức độ ô nhiễm bàn tay NVYT trực tiếp chăm sóc NB, số lượng vi khuẩn có ở các đầu ngón tay thay đổi từ 0 đến 300 đơn vị khuẩn lạc, trong đó trực khuẩn gram (-) chiếm 15% và tụ cầu vàng chiếm 11% các chủng vi khuẩn phân lập được. Thời gian thao tác càng dài thì mức độ ô nhiễm bàn tay càng lớn.

Không VST trước khi chăm sóc NB là nguyên nhân quan trọng làm lan truyền NKBV. Các VSV có ở bàn tay ô nhiễm lan truyền trực tiếp sang NB thông qua các thực hành chăm sóc hoặc gián tiếp do bàn tay làm ô nhiễm các dụng cụ chăm sóc. Tại bệnh viện Bạch Mai, Nguyễn Việt Hùng và cộng sự đã nghiên cứu thấy bàn tay NVYT bị ô nhiễm trung bình: 1,65 log khuẩn lạc. Một số chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp gồm: *A. baumannii*, *K. pneumoniae* và *S. aureus*. Đáng chú ý, NVYT không thực hiện bất kỳ thực hành chăm sóc nào trong buồng bệnh có mức ô nhiễm bàn tay cao nhất (2,1 log). Nghiên cứu này càng khẳng định sự cần thiết phải VST thường xuyên, đặc biệt là VST trước khi vào buồng bệnh. Bàn tay NVYT là phương tiện lan truyền bệnh quan trọng trong các vụ dịch NKBV [2].

### **1.1.1.3. Mối liên quan giữa vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện**

VST làm giảm NKBV ở NB và NVYT. Nghiên cứu can thiệp điển hình của Semmelweis thực hiện năm 1847 cho thấy tỷ lệ tử vong ở sản phụ giảm từ 18% xuống 5% sau ít tháng triển khai khử khuẩn tay bắt buộc bằng dung dịch chloride. Gần đây, nhiều nghiên cứu tại những khu vực lâm sàng khác nhau nhằm đánh giá hiệu quả phòng ngừa NKBV của thực hành VST thường quy đã cho thấy tỷ lệ NKBV giảm khi cải thiện tỷ lệ tuân thủ VST ở NVYT, đặc biệt ở những khu vực

có nhiều thủ thuật xâm nhập như cấp cứu, hồi sức tích cực, ngoại khoa, nhi khoa. Nhìn chung, thực hiện tốt VST làm giảm 30% - 50% NKBV [2].

Tóm lại, bàn tay là phương tiện quan trọng làm lan truyền NKBV. VST giúp loại bỏ hầu hết VSV có ở bàn tay, do đó, có tác dụng ngăn ngừa lan truyền tác nhân nhiễm khuẩn từ NB này sang NB khác, từ NB sang dụng cụ và NVYT, từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng một NB và từ NVYT sang NB. VST là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa NKBV, đồng thời cũng là biện pháp bảo đảm an toàn cho NVYT trong thực hành chăm sóc và điều trị NB.

#### **1.1.1.4. Tình hình tuân thủ vệ sinh tay ở nhân viên y tế và yếu tố ảnh hưởng**

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST ở NVYT thay đổi từ 13% - 81%, tính chung là 40,5%. Tỷ lệ tuân thủ VST không đồng nhất giữa các khu vực lâm sàng, khu vực hồi sức cấp cứu thường cao hơn các khu vực khác. Tỷ lệ tuân thủ VST ở bác sỹ thấp hơn các nhóm NVYT khác.

Tuân thủ VST trong các cơ sở khám bệnh chữa bệnh (KBCB) ở nước ta hiện nay chưa tốt. Khảo sát tại 10 bệnh viện năm 2005 cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST ở NVYT là 13,4%. Trong những năm gần đây, tỉ lệ tuân thủ VST ở các cơ sở KBCB đã cải thiện đáng kể, dao động từ 30% đến 40%.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ VST ở NVYT gồm thiếu phương tiện, thiếu kiến thức, thiếu NVYT (quá tải), lạm dụng găng, thiếu kiểm tra giám sát và thiếu các biện pháp tạo dựng thói quen VST.

Tác dụng không mong muốn của các hóa chất VST cũng là một nguyên nhân làm giảm tuân thủ VST ở NVYT. Trên thực tế rất ít NVYT bị viêm da dị ứng do hóa chất VST trừ khi sử dụng loại hóa chất VST chất lượng không tốt (xà phòng bột, dung dịch xà phòng hoặc còn không được bổ sung chất làm ẩm và dưỡng da). Các chế phẩm VST chứa iodine hoặc chlorhexidine có nguy cơ kích

ứng da cao hơn dung dịch VST chứa cồn.

- Thiếu phương tiện VST, quá tải công việc, thiếu nhân lực.
- Thiếu kiến thức về quy trình/ hướng dẫn thực hành VST.
- Thiếu kiến thức về quy định/ hướng dẫn mang găng.
- Thiếu thông tin khoa học liên quan giữa VST và NKBV.
- Quên không VST; không được yêu cầu hoặc hướng dẫn từ người có trách nhiệm.
- Không tin tưởng về hiệu quả VST trong phòng ngừa NKBV.
- Không đồng ý với quy trình VST [2].

#### **1.1.1.5. Các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả loại bỏ vi sinh vật trên tay**

VST giúp loại bỏ VSV có ở bàn tay. Theo Rotter (1999), VST bằng nước và xà phòng thường trong 30 giây loại bỏ được 1,8- 2,8 log vi khuẩn ở bàn tay. Đánh giá hiệu quả VST tại bệnh viện Bạch Mai (2007) cho thấy VST bằng xà phòng hoặc chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong 30 giây có thể loại bỏ được > 90% vi khuẩn ở các đầu ngón tay NVYT. Hiệu quả loại bỏ VSV trên bàn tay của thực hành VST phụ thuộc vào một số yếu tố sau:

- *Kỹ thuật vệ sinh tay*

VST không đúng quy trình sẽ không loại bỏ hết được VSV trên tay. Một số vị trí như đầu ngón tay, kẽ móng tay, kẽ ngón tay, mu ngón cái và mu bàn tay là những vùng NVYT thường bỏ quên không chà tay, do vậy đã không được tiếp xúc với hóa chất VST và VSV không được loại bỏ ở những nơi này.

VST đúng quy trình giúp loại bỏ VSV ở bàn tay hiệu quả hơn. Nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai (2007) cho thấy số lượng VSV ở tay NVYT thực hiện đúng kỹ thuật VST (0,2 log), thấp hơn so với NVYT thực hiện VST không đúng kỹ thuật (1,0 log).

- *Thời gian vệ sinh tay*

Thời gian VST ảnh hưởng tới mức độ loại bỏ vi khuẩn trên bàn tay. VST bằng nước và xà phòng thường trong 15 giây, lượng vi khuẩn giảm 0,6 log - 1,1 log, trong 30 giây lượng vi khuẩn giảm 1,8 log- 2,8 log. Lượng vi khuẩn ở bàn tay giảm 3,5 log khi chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong 30 giây; giảm 4 log - 5 log nếu chà tay trong 1 phút. Thực tế nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai, lượng vi khuẩn ở 5 đầu ngón tay NVYT sau VST  $\geq 20$  giây (0,7 log), giảm hơn nhóm VST  $< 20$  giây (1,1 log). Theo các khuyến cáo hiện nay, thời gian chà tay với hóa chất trong VST thường quy là 20 giây - 30 giây.

- *Hóa chất vệ sinh tay*

Hiện nay có nhiều loại hóa chất VST có hiệu lực diệt khuẩn tốt đang được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế. Xét về mức độ loại bỏ VSV ở bàn tay, xà phòng thường là một hóa chất tốt; xà phòng khử khuẩn tốt hơn xà phòng thường và tốt nhất là chế phẩm VST chứa cồn. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến khích NVYT khử khuẩn tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong 20 - 30 giây với hầu hết thao tác chăm sóc, điều trị NB.

- *Mang đồ trang sức và móng tay giả*

Vùng da ngón tay dưới chỗ mang nhẫn chứa nhiều VSV gây bệnh hơn vùng da không mang nhẫn. Mang nhẫn là yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng mang trực khuẩn gram (-) và tụ cầu vàng. Số lượng vi khuẩn phân lập được trên tay phụ thuộc vào số lượng nhẫn mang trên tay.

Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy kẽ móng tay là nơi chứa nhiều VSV nhất trên bàn tay. Các hướng dẫn thực hành VST hiện nay khuyến cáo NVYT không để móng tay dài, không mang móng tay giả khi chăm sóc NB; không mang nhẫn và các đồ trang sức khác khi VST, đặc biệt khi VST ngoại khoa [2].

### ***1.1.2. Nội dung thực hành vệ sinh tay***

#### **1.1.2.1. Phương tiện vệ sinh tay**

- **Hóa chất vệ sinh tay**

Mọi hóa chất VST sử dụng trong y tế phải được Bộ Y tế cấp phép sử dụng. Các hóa chất VST cần có chất làm ẩm da hoặc chất dưỡng da.

+ Xà phòng thường: Dạng bánh hoặc dạng dung dịch không chứa tác nhân diệt khuẩn.

+ Xà phòng khử khuẩn: Dạng dung dịch có chứa chloherxidine hoặc iodine.

+ Dung dịch VST chứa cồn (isopropanol, ethanol, n-propanol hoặc kết hợp hai trong các thành phần này hoặc kết hợp với 1 chất khử khuẩn).

Bình chứa hóa chất VST cần kín, có bơm định lượng tự động hoặc bằng cần gạt hoạt động tốt, có nhãn ghi rõ loại dung dịch VST và còn hạn sử dụng, được gắn tại các vị trí thuận lợi cho người sử dụng.

Hạn chế sử dụng xà phòng dạng bánh, nếu sử dụng thì cần lựa chọn loại bánh nhỏ, để trong giá đựng có nắp đậy kín và có lỗ thoát nước.

- **Bồn rửa tay**

Bồn rửa tay ngoại khoa: Rộng, thành cao, có vòi cấp nước tự động hoặc cần gạt, quanh bồn không để phương tiện, đồ vật khác.

Bồn rửa tay thường quy: Vòi cấp nước có cần gạt hoặc khóa vận hoạt động tốt; bồn sạch, quanh bồn không để phương tiện, đồ vật khác.

- **Nước rửa tay**

Nước rửa tay ngoại khoa: Nước vô khuẩn, ví dụ nước máy hoặc nước RO (*Reverse Osmosis - thẩm thấu ngược*) được khử khuẩn bằng tia cực tím hoặc được lọc qua màng siêu lọc.

Nước rửa tay thường quy: Nước sạch (ví dụ nước máy đạt tiêu quy chuẩn



Quốc gia về nước sinh hoạt QCVN 02: 2009/BYT được cấp qua vòi có khóa hoạt động tốt).

- **Khăn lau tay**

Khăn lau tay cho rửa tay thường quy: Khăn sạch sợi bông hoặc khăn giấy sử dụng một lần. Nếu là khăn sợi bông, cần giặt khử khuẩn sau mỗi lần sử dụng, được đựng trong hộp cấp khăn kín tại mỗi điểm rửa tay.

Khăn lau tay cho VST ngoại khoa: Khăn sợi bông được hấp tiệt khuẩn hoặc khăn giấy vô khuẩn dùng một lần. Khăn cần được đóng gói theo cơ số vừa đủ cho một ca phẫu thuật và được cấp cùng bộ áo choàng vô khuẩn trong buồng phẫu thuật. Nếu áp dụng quy trình VST ngoại khoa bằng dung dịch VST chứa cồn thì có thể sử dụng loại khăn giấy/khăn sợi bông sạch đựng trong thùng cấp khăn tại khu vực bồn rửa tay để lau khô tay trước khi chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn.

- **Trang bị phương tiện vệ sinh tay**

Phương tiện VST thường quy phải luôn có sẵn ở mọi buồng phẫu thuật, thủ thuật, mọi khu vực chăm sóc NB, khu hành chính, khu tiếp đón NB và các buồng vệ sinh. Tại các khu vực có nguy cơ lây nhiễm cao, các giường NB nặng, xe tiêm, xe thủ thuật, buồng phẫu thuật, thủ thuật cần được trang bị dung dịch VST tay chứa cồn. Các buồng thủ thuật, buồng hành chính, buồng NB nặng, khu tiếp đón NB và khu vệ sinh phải có bồn rửa tay.

Tại mỗi bồn rửa tay thường quy, ngoài xà phòng thường rửa tay cần trang bị đồng bộ các phương tiện khác gồm quy trình rửa tay, khăn lau tay sử dụng một lần và thùng thu gom khăn đã sử dụng (nếu là khăn sợi bông sử dụng lại) hoặc thùng chất thải thông thường (nếu sử dụng khăn giấy dùng một lần).

Phương tiện tại mỗi điểm VST ngoại khoa bằng xà phòng khử khuẩn gồm:

- (1) Bồn và nước rửa tay đạt chuẩn; (2) Dung dịch xà phòng chứa chlorhexidine 4%; (3) Bàn chải đánh kẽ móng tay tiệt khuẩn.

Phương tiện tại mỗi điểm VST ngoại khoa bằng dung dịch VST chứa cồn gồm: (1) Bồn và nước rửa tay đạt chuẩn; (2) Dung dịch xà phòng thường; (3) Dung dịch VST chứa cồn; (4) Khăn lau tay sạch hoặc được hấp tiệt khuẩn; (5) Bàn chải đánh kẽ móng tay tiệt khuẩn.

Nhìn chung, nên ưu tiên lựa chọn dung dịch xà phòng thường và cồn VST tay cho VST thường quy và ngoại khoa [2].

#### 1.1.2.2. Thời điểm vệ sinh tay thường quy

Mọi đối tượng trực tiếp chăm sóc NB cần rửa tay bằng nước và xà phòng thường hoặc chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn vào 5 thời điểm như hình sau [2]



Ngoài ra, các thời điểm chăm sóc sau cũng cần VST như sau:

- + Khi chuyển từ chăm sóc bản sang chăm sóc sạch trên cùng NB.
- + Trước khi mang găng và sau khi tháo găng.
- + Trước khi vào buồng bệnh và sau khi ra khỏi buồng bệnh.
- + Mọi NVYT trong buồng phẫu thuật (phụ mê, chạy ngoài, học viên...)

phải VST trước khi vào buồng phẫu thuật, bất kỳ khi bàn tay chạm vào bề mặt thiết bị phương tiện phải VST ngay bằng dung dịch chứa cồn [2].

### 1.1.2.3. Kỹ thuật vệ sinh tay thường quy

Dù VST bằng xà phòng và nước hoặc chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn cần thực hiện theo kỹ thuật 6 bước được trình bày bên dưới [2].

#### QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY



**Bước 1:** Làm ướt tay bằng nước và xà phòng. Chà hai lòng bàn tay vào nhau.



**Bước 2:** Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.



**Bước 3:** Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay.



**Bước 4:** Chà mặt ngoài các ngón tay này vào lòng bàn tay kia.



**Bước 5:** Xoay ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái).



**Bước 6:** Xoay các đầu ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Làm sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô.

Chú ý:

- Rửa tay bằng nước và xà phòng khi bàn tay có vết bẩn. Thời gian mỗi lần rửa tay tối thiểu 30 giây, các bước 2,3,4,5 làm đi làm lại tối thiểu 5 lần;

Khi thực hiện quy trình VST thường quy cần lưu ý các điểm sau:

+ Lựa chọn đúng phương pháp VST: Nếu bàn tay nhìn rõ vết bẩn hoặc dính các dịch tiết của cơ thể phải VST bằng nước và xà phòng thường. Chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn khi tay không trông rõ vết bẩn, sau tháo bỏ găng hoặc khi thăm khám giữa các NB.

+ Lấy đủ 3ml -5 ml dung dịch VST cho mỗi lần VST.

+ Tuân thủ đúng kỹ thuật VST. Chà tay cùng hóa chất VST theo đúng trình tự từ bước 1 tới bước 6, mỗi bước chà 5 lần để bảo đảm hóa chất tiếp xúc đều trên toàn bộ bề mặt bàn tay. Trường hợp chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn, nếu chà đủ 6 bước mà tay chưa khô thì lặp lại các bước cho tới khi tay khô. Trường hợp VST bằng nước và xà phòng thì trước khi lấy dung dịch xà phòng cần mở vòi nước và làm ướt bàn tay; sau khi kết thúc 6 bước chà tay cần rửa lại tay dưới vòi nước để loại bỏ hoàn toàn hóa chất trên tay, lau khô tay bằng khăn sạch, khóa vòi nước bằng khăn vừa sử dụng, thải bỏ khăn vào thùng thu gom khăn.

+ Tuân thủ đúng thời gian VST: Thời gian chà tay với hóa chất VST theo quy trình 6 bước phải đạt từ 20-30 giây.

+ Không rửa lại tay bằng nước và xà phòng sau khi đã chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn.

+ Tránh làm ô nhiễm lại bàn tay sau VST: Sử dụng nước sạch để rửa tay, sử dụng khăn sợi bông/khăn giấy sạch dùng 1 lần để lau khô tay, sử dụng khăn đã dùng lau khô tay để đóng vòi nước. Không dùng một khăn lau tay chung cho nhiều lần rửa tay [2].

## 1.2. Tình hình nghiên cứu về vệ sinh tay

### 1.2.1. Trên thế giới

Patarakul và cộng sự (2005) khảo sát thái độ và thực hành tuân thủ VST của NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt thuộc Bệnh viện King Chulalongkorn Memorial cho thấy tỷ lệ tuân thủ khoảng 50% và có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm NVYT có chuyên môn khác nhau và khách đến thăm. Lý do phổ biến nhất dẫn đến việc không tuân thủ VST là vì nhu cầu của bệnh nhân được coi là ưu tiên (51,2%) là, tiếp theo là quên (35,7%) và kích ứng da do các chất VST (15,5%). Các đối tượng cho là sẽ cải thiện sự tuân thủ của họ bằng nhiều chiến lược bao gồm các chất VST ít gây kích ứng có sẵn (53,4%), cung cấp cho họ thông tin về tỷ lệ NKBV hiện tại (49,1%) và các vật tư VST phải dễ dàng tiếp cận (46,3%). Hầu hết các đối tượng (99,7%) đều khẳng định biết kỹ thuật VST. Rửa tay bằng xà phòng được cho là phương pháp giảm lây truyền tốt nhất (37,8%) [28].

Amin và cộng sự (2014) đã tiến hành một thử nghiệm ngẫu nhiên ở thành thị Dhaka, Bangladesh để so sánh hiệu quả của việc rửa tay với nước xà phòng của các bà mẹ trong thời gian 15 và 30 giây nhằm loại bỏ vi khuẩn trên bàn tay (30 g bột giặt trong 1,5 L nước) với xà phòng bánh và nước. Kết quả: Nước xà phòng và xà phòng bánh loại bỏ các coliform chịu nhiệt tương tự sau khi rửa trong 15 giây (*giảm log<sub>10</sub> trung bình = 0,7 đơn vị hình thành khuẩn lạc [CFU], P < 0,001 khi rửa tay với nước và nước xà phòng; khi rửa với xà phòng bánh đã giảm log<sub>10</sub> trung bình = 0,6 CFU, P = 0,001*). Tăng thời gian chà lên 30 giây không cải thiện khả năng loại bỏ VSV ( $P > 0,05$ ). Chỉ rửa tay bằng nước cũng làm giảm vi khuẩn coliform chịu nhiệt (*giảm log<sub>10</sub> trung bình = 0,3 CFU, P = 0,046*) nhưng kém hiệu quả hơn so với chà tay bằng nước xà phòng. Nhóm

nghiên cứu kiến nghị nước xà phòng là chất làm sạch rẻ tiền và có hiệu quả về mặt vi sinh để cải thiện việc rửa tay ở các gia đình có trẻ dễ bị tổn thương [19].

Nghiên cứu của Musu và cộng sự (2017) khảo sát trên 347 người bao gồm 34% (118) là bác sĩ, 56% (195) là điều dưỡng và 10% (34) là trợ lý điều dưỡng. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ các quy trình VST và các biện pháp phòng ngừa chuẩn khác biệt đáng kể giữa các các nhóm ( $\chi^2 = 17,56, p < 0,001$ ). Trợ lý điều dưỡng có tỷ lệ tuân thủ cao hơn so với điều dưỡng và bác sĩ. Rửa tay bằng xà phòng và nước hoặc xà phòng sát trùng hoặc với sản phẩm có chứa cồn trước khi chuẩn bị thuốc và trước khi chuẩn bị thức ăn hoặc phục vụ bữa ăn từ 30% - 100%. Tỷ lệ rửa tay sau khi tiếp xúc với các đồ vật xung quanh bao gồm cả thiết bị y tế ở gần NB dao động từ 28-45%. Rửa tay trước khi tiếp xúc trực tiếp với NB và sau khi tiếp xúc trực tiếp với NB dao động từ 37- 42% và từ 55- 97% [26].

Goodarzi và cộng sự (2020) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 600 điều dưỡng, trợ lý điều dưỡng đang làm việc trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt của 07 Trung tâm Giáo dục Y tế của Đại học Khoa học Y tế Iran. Kết quả cho thấy 56,6% điều dưỡng tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt về VST, 71,3% có thái độ trung lập đối với thực hành VST và 64,5% có thái độ tích cực. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và trình độ học vấn, nhận thức và độ tuổi, kinh nghiệm làm việc và nơi làm việc [20].

Najla (2020) thực hiện 82.250 quan sát VST tại 268 đơn vị chăm sóc tích cực của Ấn Độ, kiến thức NVYT mức trung bình 65,5%, thực hành 68,9% [18].

Nghiên cứu của Knighton và các cộng sự (2020) trên 107 BN, 26 (24,3%) cho rằng trước khi nhập viện, họ thực hiện VST không khó khăn hoặc ít khó khăn là 39 (36,4%). Ngược lại, trong thời gian nằm viện, 56 (52,3%) BN cho biết họ cần được hỗ trợ nhiều khi đi đến bồn rửa tay trong phòng hoặc vào phòng tắm. 34

(32%) BN chưa bao giờ yêu cầu NVYT hỗ trợ họ rửa tay trong thời gian nằm viện. 83 (77,6%) cho biết họ không sử dụng dung dịch VST của cá nhân họ trong thời gian nằm viện. 50 (46,7%) BN cho biết không sử dụng dung dịch VST và 24 (22,4%) không biết BV có cung cấp dung dịch VST cho họ. Gần một nửa số người tham gia 49 (45,8%) cho biết họ đã không sử dụng dung dịch VST gắn trên tường bên trong hoặc bên ngoài phòng và 41 người (38,3%) cho biết họ không thể sử dụng dung dịch VST treo trên tường bên trong hoặc bên ngoài phòng. Mặc dù có khăn lau tay đặt trên khay thức ăn của bệnh nhân trong giờ ăn, 49 (45,8%) người tham gia báo cáo không sử dụng chúng, 43 (40,2%) cho biết họ đã sử dụng chúng và 15 (14%) cho biết họ không thể mở gói khăn tay. 32% cho rằng rửa tay trước khi ra viện là quan trọng và 27,1% (n = 29) là rất quan trọng. Hơn một nửa số người tham gia hầu hết đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý rằng VST của NVYT quan trọng hơn VST của BN với tỷ lệ 34 (31,8%) và 23 (21,5%). Chỉ có 1 (0,9%) người tham gia cho biết họ nhắc nhở thường xuyên việc VST của NVYT. Gần 30% (n = 32) BN cho biết gần như không bao giờ họ được nhắc nhở VST. Hành vi và sự hài lòng với việc VST trong số 107 người tham gia được hỏi về tần suất VST trung bình mỗi ngày, 31 (29,0%) cho biết họ không hề rửa tay và 38 (35,5%) cho biết trung bình 1–2 lần mỗi ngày. Gần một nửa số người tham gia (50; 46,7%) cho biết họ rất không hài lòng về việc VST ở bệnh viện so với VST khi ở nhà; và 16 (15%) rất hài lòng với việc VST sạch sẽ [23].

Kumar và cộng sự (2021) đã khảo sát 66 NVYT tại các khoa Y và ICU đã cho thấy tất cả NVYT đều nhận thức được tầm quan trọng của VST và sai sót đó có thể gây ra nhiễm khuẩn chéo. 94% chắc chắn họ thực hiện đầy đủ tất cả các bước VST. Đa số 81,8% NVYT có rửa tay trước khi thực hiện bất kỳ quy trình sạch hoặc vô trùng nào. 87,9% VST sau khi tiếp xúc trực tiếp với dịch cơ thể và

77,3% VST sau khi chạm vào BN. Tuy nhiên, chỉ có 65,2% thực hành VST trước khi chạm vào BN và 54,5% VST sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh BN. 13,6% NVYT tuân thủ VST khi nhìn thấy vết bẩn rõ ràng. 94% NVYT đã sử dụng dung dịch VST có chứa cồn và 71,2% đã rửa tay bằng xà phòng và nước khi tay bị bẩn rõ ràng. 8/66 (12,1%) NVYT cho biết họ đã không tuân thủ VST đầy đủ do quên, thiếu nhắc nhở tại chỗ và thiếu thời gian [24].

Loveday (2021) khảo sát tại Bệnh viện Vương quốc Anh khu chăm sóc/phục hồi chức năng người cao tuổi cấp tính. Trong thời gian đầu, 303 cơ hội VST đã được quan sát; mức độ tuân thủ VST là 13,2% (40/303; CI 95% 9,9-17,5). Có 526 cơ hội đã được quan sát, mức độ tuân thủ VST là 58,9% (310/526); tăng 45,7% so với mức cơ bản (khoảng tin cậy 95% 39,7%-51,0%;  $P < 0,001$ ). Tác giả khẳng định cung cấp cho bệnh nhân gói khăn lau tay nhiều lần là một cách tiếp cận đơn giản, tiết kiệm chi phí để tăng tỷ lệ VST và giảm nguy cơ mắc NKBV tại bệnh viện. Nhân viên chăm sóc sức khỏe đóng một vai trò thiết yếu trong việc khuyến khích VST. Về khả năng tiếp cận phương tiện thực hiện VST của bệnh nhân: xà phòng và nước có sẵn cho 13% (39/303) cơ hội và 75% (27/39) cơ hội này là khi sử dụng nhà vệ sinh. Sử dụng khăn lau tay dùng một lần có sẵn là 16% (47/303) cơ hội, 95% (45/47) trong số này là trước khi ăn hoặc uống vì loại khăn lau này thường được đặt trên khay ăn của BN. Những khăn lau này chỉ được sử dụng để làm sạch tay là 13% (3/45) [25].

Wang (2022) tìm thấy kiến thức VST của ĐTNC có mối tương quan tích cực với thái độ và thái độ có tác động tích cực đến thực hành VST. Hạn chế nhận thức là rào cản có liên quan tiêu cực đến thái độ và thực hành VST. Ngoài ra, tỷ lệ thời gian dành cho VST có liên quan đáng kể đến thái độ và thực hành và đào tạo về NKBV là yếu tố dự báo cho nhận thức và thực hành của ĐTNC [30].



### 1.2.2. Tại Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bông và cộng sự (2017) trên 363 NVYT gồm bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý tại bệnh viện Xuyên Á cho thấy NVYT có kiến thức đúng về thời gian VST thường quy chiếm 84,3% và tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT là 74,1% [3].

Nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) trên 80 NVYT tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh cho thấy kiến thức chung của NVYT về VST đúng chiếm 55%. Trong đó tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về mục đích VST là 40%, về các bước của VST là 56,3%, về thời gian VST tối thiểu là 56,3%, về phương tiện VST là 75%, về 5 thời điểm VST là 90%. Tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT là 24,6% trong đó bác sĩ tuân thủ VST chiếm 30%, còn điều dưỡng 22,8%. NVYT có thái độ rất tốt về sự cần thiết của việc tập huấn VST, tuân thủ 5 thời điểm VST và thực hành đúng các bước VST. Nghiên cứu cũng đã chứng minh được hiệu quả can thiệp đa mô thức đã áp dụng tại bệnh viện bao gồm tổ chức phát động chiến dịch VST, tập huấn về VST, cung cấp đủ phương tiện VST và tờ rơi, áp phích và chính sách khen thưởng, động viên kịp thời. Can thiệp này đã dẫn đến sự thay đổi về kiến thức và tuân thủ vệ sinh tay của NVYT theo hướng tích cực, có ý nghĩa thống kê [14].

Nghiên cứu của Trần Thái Phúc và cộng sự (2020) trên 174 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Nhi Thái Bình kết quả cho thấy tỷ lệ điều dưỡng viên có kiến thức chung đạt về VST thường quy chiếm 87,4%. Tỷ lệ điều dưỡng viên trả lời đúng câu hỏi về trình tự các bước của quy trình rửa tay thường quy là 87,9%. Tỷ lệ điều dưỡng viên có thái độ chung tích cực về rửa tay thường quy chiếm 88,5%. Tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành chung đạt về rửa tay thường quy chiếm 92,0%. Đa số điều dưỡng viên thực hành

6 bước của quy trình rửa tay thường quy chiếm tỷ lệ cao nhất ở mức làm đúng chiếm 75% (dao động từ 76,4% đến 80,5%), mức độ không làm chiếm tỷ lệ thấp nhất (dao động từ 0,6% đến 1,2%) [10].

Nghiên cứu của Phùng Thị Phương và cộng sự (2022) trên 400 NVYT (gồm bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh) trực tiếp khám, chữa bệnh và chăm sóc NB, đang công tác tại Bệnh viện Quân y 354 (200 NVYT) và Bệnh viện Quân y 105 (200 NVYT). Mỗi Bệnh viện thực hiện 1.201 cơ hội quan sát VST. Kết quả cho thấy Bệnh viện Quân y 105 có tỷ lệ tuân thủ VST cao nhất tại Khoa Nội thần kinh (90,7%) và thấp nhất tại Khoa Phụ sản 63,9%. Bệnh viện Quân y 354: tuân thủ VST cao nhất tại Khoa Y học cổ truyền (89,80%) và thấp nhất tại Khoa Ngoại chung (63,40%). Về tuân thủ VST chung cho thấy Bệnh viện quân y 105 có 25,8% cơ hội NVYT quên VST và 74,2% cơ hội NVYT tuân thủ VST. Bệnh viện Quân y 354 có 74,0% cơ hội NVYT tuân thủ VST, 26,0% cơ hội NVYT quên VST. Về tuân thủ VST đúng kỹ thuật thì Bệnh viện Quân y 105 trong số 891 cơ hội quan sát có tuân thủ VST tại các thời điểm thì có 75,9% cơ hội quan sát NVYT thực hành VST đúng kỹ thuật, 24,1% cơ hội quan sát thực hành VST chưa đúng kỹ thuật ( $p < 0,05$ ) [11].

Nghiên cứu của Đoàn Thị Mền (2022) thực hiện quan sát 342 lượt VST ngoại khoa của NVYT tại phòng mổ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương cho thấy tỷ lệ tuân thủ đúng tất cả các bước của quy trình VST ngoại khoa chiếm tỷ lệ 37,4% [9].

Nghiên cứu của Lương Anh Vũ và cộng sự (2020) trên 435 sinh viên đang học lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Kết quả cho thấy 96,2% sinh viên có kiến thức đúng về vai trò của sự tuân thủ VST đúng cách, giúp làm giảm nguy cơ nhiễm trùng ở NVYT và NB trong đó có 83,0% sinh viên cho rằng cần phải

VST sau khi chạm vào môi trường xung quanh NB mà không chạm vào NB. 78,2% sinh viên biết đúng 6 bước cần thực hiện; về thời gian tối thiểu VST chỉ có 31,3% sinh viên biết. Điểm kiến thức đạt của sinh viên là 58,2% [17].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân (2022) thực hiện trên 104 sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 và năm thứ 4 đang học tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả cho thấy thực hành VST trong quá trình chăm sóc NB của sinh viên điều dưỡng chỉ đạt mức trung bình. Tỷ lệ tuân thủ VST tại các thời điểm cần VST của sinh viên là 57,5%. Tỷ lệ VST đúng của sinh viên là 42,8%. Lý do phổ biến nhất khiến sinh viên không tuân thủ VST là do thiếu các điều kiện cần để VST như bồn rửa tay, cùn hay xà phòng rửa tay và khăn lau tay [5].

Nghiên cứu của Võ Ngọc Trang Đài và cộng sự (2023) tiến hành khảo sát trên 242 sinh viên ngành Y đa khoa năm thứ ba hệ chính quy tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung về rửa tay thường quy ở mức đạt là 40,1%. Sinh viên có thái độ tích cực về rửa tay thường quy là 57,9%. Đa phần sinh viên thỉnh thoảng chủ động tìm hiểu kiến thức về rửa tay thường quy (55,8%). Nguồn tiếp cận thông tin về rửa tay thường quy nhiều nhất là từ Internet (63,3%) và trường học (63,2%) [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lua (2023) khảo sát trên 87 NVYT trực tiếp chăm sóc NB tại Trường Đại học Y khoa Vinh, kết quả cho thấy 100% NVYT có kiến thức đúng về 5 thời điểm VST; 98,9% có nhận thức đúng về các tác dụng của VST; 96,6% hiểu được VST thường quy trước khi khám có vai trò bảo vệ cho bệnh nhân; Chỉ có 10,3% biết việc VST thường quy sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh bệnh nhân nhằm bảo vệ cho bệnh nhân; Tỷ lệ tuân thủ VST trước khi làm thủ thuật vô khuẩn đạt cao nhất trong các thời điểm VST nhưng chỉ đạt 54,9%; Tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là trước khi tiếp xúc với NB [7].

Tóm lại tại Việt Nam có khá nhiều nghiên cứu về tuân thủ VST trên đối tượng là bác sĩ, điều dưỡng, học sinh, sinh viên Y khoa tuy nhiên nghiên cứu về tuân thủ về VST trên BN hoặc thân nhân thì vô cùng hiếm gặp.

Nghiên cứu của Nguyễn thị Kim Liên và cộng sự (2017) thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trên 120 thân nhân của NB là nghiên cứu đầu tiên của Việt Nam về đánh giá nhận thức VST trên đối tượng thân nhân của NB, đó là những người trực tiếp tham gia hỗ trợ chăm sóc NB giúp cho điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thân nhân của NB chưa từng nghe về nhiễm khuẩn bệnh viện khá cao chiếm 31,7%. Kiến thức chung của thân nhân NB về VST thấp chiếm tỷ lệ 52,5%. Tỷ lệ thân nhân của NB đồng ý: rửa tay là cách rẻ tiền và hiệu quả giúp làm giảm nhiễm khuẩn bệnh viện là 92,5%; bàn tay bẩn có thể làm nhiễm khuẩn bệnh viện là 78,4%; Tỷ lệ bà mẹ đang chăm sóc bệnh nhi tại bệnh viện Nhi đồng 2 cho biết luôn luôn rửa tay trước khi chăm sóc con và sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh giường bệnh chiếm tỷ lệ lần lượt là 59,2% và 24,1%. Nhóm nghiên cứu đã chứng minh được bằng cách tư vấn trực tiếp cho thân nhân NB trong thời gian nằm viện đã làm thay đổi nhận thức về VST của họ cũng như thay đổi hành vi nhắc nhở bác sĩ/ điều dưỡng khi không VST mà thực hiện khám hoặc làm thủ thuật trên NB [12].

Nghiên cứu của Nguyễn thị Kim Liên đã gợi ý cho nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện nghiên cứu này và các nghiên cứu can thiệp trong giai đoạn tiếp theo. Hiện nay tại các bệnh viện của Việt Nam nói chung và tỉnh Bình Định nói riêng thì thân nhân NB là 01 thành viên không thể thiếu của đội chăm sóc. Nếu thân nhân NB thực hành VST tốt sẽ góp phần đáng kể vào sự thành công trong điều trị và chăm sóc NB trong thời gian nằm viện.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân, người nhà bệnh nhân tỉnh táo, có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân, người nhà dưới 13 tuổi và lớn hơn 70 tuổi

##### 2.1.2. Thời gian nghiên cứu: 09 tháng từ tháng 02 đến 11/2024

##### 2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại các Bệnh viện công và tư của tỉnh

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang

##### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Công thức tính cỡ mẫu :

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

Trong đó:

\* n: cỡ mẫu

\*  $Z_{(1-\alpha/2)}$  : Hệ số tin cậy (Với độ tin cậy 95% thì  $Z = 1,96$ )

\* p: Ước lượng tỷ lệ không tuân thủ VST của BN và người nhà BN, theo nghiên cứu của Knighton và các cộng sự (2020) tỷ lệ BN không tuân thủ VST hàng ngày là 29%, nên lấy  $p=0,29$

\* d: Độ chính xác mong muốn về sai số tuyệt đối của tham số giữa mẫu và quần thể (= 5%)

Cỡ mẫu tối thiểu được tính từ công thức trên là 317, dự kiến tỷ lệ bỏ cuộc là 10%, nên tổng số BN và người nhà cần điều tra tối thiểu là 349.

Cỡ mẫu nghiên cứu của từng Bệnh viện/ Trung tâm Y tế được phân bổ dựa vào số giường bệnh theo kế hoạch của các đơn vị cụ thể như sau:

+ Bệnh viện đa khoa tỉnh: 35 phiếu;

+ BVKV Bồng Sơn, TTYT Quy Nhơn và BV Bình Định : 25 phiếu, tổng cộng 75 phiếu;

+ TTYT: Tuy Phước, An Nhơn, Tây Sơn, Phù Cát, Phù Mỹ, Hoài Nhơn: 20 phiếu, tổng cộng 120 phiếu;

+ BV YHCT - PHCN, Lao và bệnh phổi, Tâm Thần, Mắt và TTYT Vĩnh Thạnh, An Lão, Hoài Ân, Vân Canh: 15 phiếu, tổng cộng 120 phiếu.

### 2.2.3. Biện số và chỉ số nghiên cứu

Tên nhóm	Biện số và chỉ số nghiên cứu
<b>A. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu</b>	
<b>Dân số học (08 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuổi: Tính theo năm</li> <li>- Giới: tỷ lệ % nam, nữ</li> <li>- Dân tộc: tỷ lệ % dân tộc kinh, thiểu số</li> <li>- Chỗ ở hiện tại: tỷ lệ % sống ở thành phố, thị xã, nông thôn...</li> <li>- Nghề nghiệp: tỷ lệ % công chức, kinh doanh, lao động tự do...</li> <li>- Học vấn: tỷ lệ % cấp 1, cấp 2, trung cấp-cao đẳng, ĐH-SĐH</li> <li>- Đã từng nghe nói NKBV: tỷ lệ % có nghe, chưa từng nghe</li> <li>- Đối tượng nghiên cứu: tỷ lệ % BN, người nhà</li> </ul>
<b>B. Kiến thức liên quan VST của đối tượng nghiên cứu</b>	
<b>Lợi ích và công dụng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bàn tay bẩn là tác nhân trong lây lan bệnh: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay đúng quy trình là cách đơn giản, hiệu quả, rẻ tiền: tỷ lệ</li> </ul>

<b>của VST (05 biến)</b>	<p>% đúng, sai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rửa tay thường xuyên để bảo vệ bản thân: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay là 1 trong những cách hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lây lan của vi khuẩn: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sẽ loại bỏ hầu hết các vi sinh vật trên da bàn tay: tỷ lệ % đúng, sai</li> </ul>
<b>Quy trình VST (03 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thời gian cho 1 lần rửa tay với dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn là 20-30 giây: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Hình thức rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là dd SK tay chứa cồn</li> <li>- Quy trình rửa tay thường quy gồm 6 bước</li> </ul>
<b>Các thời điểm VST (07 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính máu, dịch: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sau khi đi vệ sinh: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay trước khi: ăn, chuẩn bị thức ăn, chuẩn bị thuốc để uống, uống thuốc: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, giường chiếu của BN: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sau khi tiếp xúc với ...bề mặt xung quanh giường NB: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sau khi thay tả, khăn, băng vệ sinh: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Rửa tay sau khi ho, hắt hơi, xì mũi: tỷ lệ % đúng, sai</li> </ul>
<b>Kiến thức toàn diện về VST (04 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Về lợi ích và công dụng VST: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Về quy trình VST: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Thời điểm cần VST: tỷ lệ % đúng, sai</li> <li>- Kiến thức toàn diện về VST (<i>lợi ích, quy trình, thời điểm</i>): tỷ lệ % đúng, sai</li> </ul>

<b>Thái độ (05 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuân thủ VST khi có phương tiện (<i>nước, xà phòng, khăn tay</i>): tỷ lệ % đồng ý, không đồng ý</li> <li>- Rửa tay nhiều lần trong ngày sẽ làm tổn thương hư da tay: tỷ lệ % đồng ý, không đồng ý</li> <li>- Rửa tay là lựa chọn tốt nhất để giảm sự lây truyền NKBV: tỷ lệ % đồng ý, không đồng ý</li> <li>- Dán các tranh ảnh hướng dẫn khuyến khích tăng VST: tỷ lệ % đồng ý, không đồng ý</li> <li>- Tham dự các các buổi nói chuyện, sinh hoạt cung cấp kiến thức VST khiến BN tuân thủ VST: tỷ lệ % đồng ý, không đồng ý</li> </ul>
<b>C. Thực hành VST của đối tượng nghiên cứu</b>	
<b>Thực hành (04 biến)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VST bằng nước không dùng xà phòng: tỷ lệ % có, không</li> <li>- VST có xà phòng hoặc dung dịch có chứa cồn: tỷ lệ % có thực hiện, không thực hiện</li> <li>- VST bằng dung dịch có chứa cồn đủ thời gian cần: tỷ lệ % thực hiện đủ thời gian, không đủ</li> <li>- Tần suất VST trung bình/ngày: tỷ lệ % &lt; 4 lần; 4-8 lần; ≥ 9 lần</li> </ul>
<b>E. Nguồn thông tin và nhu cầu nhận thông tin về VST (04 biến số)</b>	
<b>Nguồn thông tin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đã từng nhận thông tin về lợi ích VST: tỷ lệ % có hoặc không</li> <li>- Đã nhìn thấy 6 bước quy trình VST: tỷ lệ % có hoặc không</li> </ul>
<b>Nhu cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muốn nhận thông tin liên quan VST: tỷ lệ % có hoặc không</li> <li>- Nguồn thông tin muốn nhận về VST: Tỷ lệ % loa BV, NVYT, internet, tivi, khác...</li> </ul>



#### 2.2.4. Nội dung nghiên cứu chính

- Mô tả các thông tin về dân số học của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC);
- Mô tả và đánh giá mức kiến thức của ĐTNC liên quan VST;
- Mô tả và đánh giá mức thái độ của ĐTNC đối với VST;
- Mô tả và đánh giá mức thực hành VST của ĐTNC;
- Mô tả nhu cầu nhận và mong muốn được nhận thông tin VST của ĐTNC.
- Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành VST của ĐTNC

##### 2.2.4.1. Kỹ thuật thu thập thông tin và bộ công cụ thu thập thông tin

###### - Kỹ thuật thu thập thông tin/ dữ liệu áp dụng trong nghiên cứu

+ Phỏng vấn trực tiếp ĐTNC, sử dụng cách gợi hỏi, gợi nhớ để ĐTNC được phỏng vấn nhớ lại chính xác các thông tin;

+ Ghi nhận đầy đủ, chính xác các thông tin mà ĐTNC cung cấp;

+ Điền đầy đủ, chính xác các thông tin trong bộ phiếu điều tra;

+ Kiểm tra chéo, đảm bảo thống nhất các thông tin mà ĐTNC cung cấp.

- **Bộ công cụ nghiên cứu:** Nhóm nghiên cứu tự xây dựng trên cơ sở tham khảo các công trình nghiên cứu của các tác giả Patarakul (2005), Amin (2014), Bông (2017), Liên (2017), Phương (2022), Mên (2023), Knighton (2020), Kumar (2021), Loveday (2021) [28],[19],[3],[12],[11],[9], [4],[29],[24],[25].

Bộ phiếu khảo sát gồm:

+ Phần A: Thông tin về ĐTNC;

+ Phần B: Khảo sát kiến thức về thực hành VST của ĐTNC

+ Phần C: Khảo sát thái độ đối với VST của ĐTNC

+ Phần D: Khảo sát thực hành VST của ĐTNC

+ Phần E: Nguồn thông tin và nhu cầu nhận thông tin về VST của ĐTNC

#### 2.2.4.2. Tổ chức và quá trình thực hiện điều tra

- + Điều tra viên được tập huấn trước điều tra và phải tuân thủ trình tự những hướng dẫn đã được nêu trong bộ phiếu điều tra, không gợi ý cho ĐTNC;
- + Điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp ĐTNC bằng cách sử dụng bộ câu hỏi (phụ lục 1);
- + Số mẫu khảo sát của từng cơ sở được thực hiện tại các khoa: Hồi sức cấp cứu, nội, ngoại, sản, nhi và nhiễm.

#### 2.2.5. Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu

- Phiếu điều tra được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.00;
- Phân tích đơn biến để mô tả tần suất, tỷ lệ phần trăm về kiến thức, thái độ, thực hành VST của ĐTNC, sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ ;
- Dùng Test Chi bình phương hoặc Fisher Test để tìm mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với một số yếu tố với mức ý nghĩa được chọn là 0,05 và tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95%.
- Việc đánh giá, xếp loại mức độ kiến thức, thái độ và thực hành được mô tả chi tiết bên dưới.

#### \* Đánh giá và phân loại kiến thức toàn diện về VST

##### Bảng nội dung đánh giá kiến thức toàn diện về VST

Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý ( <i>chọn ý đúng</i> )	Điểm số
<b>A/ Kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay</b>	<b>5</b>
Bàn tay bẩn là tác nhân quan trọng trong việc lây lan bệnh tại BV	1
Rửa tay đúng quy trình là cách đơn giản, hiệu quả, rẻ tiền giúp làm giảm NKBV	1
Rửa tay thường xuyên để bảo vệ chính bản thân	1

Rửa tay là 1 trong những cách hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lây lan của vi khuẩn	1
Rửa tay sẽ loại bỏ hầu hết các vi sinh vật trên da bàn tay	1
<b>B/ Kiến thức về quy trình vệ sinh tay</b>	<b>3</b>
Thời gian cho 1 lần rửa tay với dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn là 20-30 giây	1
Hình thức rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là dd SK tay chứa cồn	1
06 bước rửa tay: Chà lòng bàn tay, chà mu bàn tay, chà kẽ bàn tay, chà các ngón tay, xoay ngón tay cái và chụm các ngón tay	1
<b>C/ Kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay</b>	<b>7</b>
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính máu, dịch hoặc các chất bài tiết	1
Rửa tay sau khi đi vệ sinh	1
Rửa tay trước khi: ăn, chuẩn bị thức ăn, chuẩn bị thuốc để uống, uống thuốc	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, giường chiếu của bệnh nhân	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, vật dụng, bề mặt xung quanh giường của NB	1
Rửa tay sau khi thay tả, bỉm, khô, băng vệ sinh	1
Rửa tay sau khi ho, hắt hơi, xì mũi	1

Dựa vào tổng số điểm đạt được của ĐTNCC để xếp mức kiến thức như sau:

**A) Kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay**

+ 05 điểm thì xếp mức: Tốt;

+ Từ 04 điểm trở xuống xếp mức: Chưa tốt.

**B) Kiến thức về quy trình vệ sinh tay**

+ 03 điểm thì xếp mức: Tốt;

+ Từ 02 điểm trở xuống xếp mức: Chưa tốt.

**C/ Kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay**

+ 07 điểm thì xếp mức: Tốt;

+ Từ 06 điểm trở xuống xếp mức: Chưa tốt.

**D/ Kiến thức toàn diện về vệ sinh tay**

+ 15 điểm thì xếp mức: Tốt;

+ Từ 14 điểm trở xuống xếp mức: Chưa tốt.

**\* Đánh giá và phân loại thái độ về VST**

**Bảng nội dung đánh giá thái độ về VST**

<b>TT</b>	<b>Nội dung phỏng vấn</b>	<b>Đồng ý</b>	<b>Không đồng ý</b>	<b>Không có ý kiến</b>
1	Nếu bệnh viện có sẵn nước và xà phòng, khăn lau tay thì việc tuân thủ VST sẽ tăng hơn	1		
2	Trong ngày VST nhiều lần sẽ làm tổn thương hư da tay		1	
3	Rửa tay là lựa chọn tốt nhất để giảm sự lây truyền của các tác nhân gây nhiễm khuẩn có liên quan đến chăm sóc y tế.	1		
4	Việc dán các tranh ảnh hướng dẫn khuyến khích rửa tay tại các vị trí dễ nhìn sẽ làm tăng tỉ lệ tuân thủ rửa tay trong bệnh viện	1		
5	Nếu được tham dự các các buổi nói chuyện, sinh hoạt cung cấp kiến thức về vệ sinh bàn tay sẽ khiến tôi cảm thấy cần phải tuân thủ rửa tay tốt hơn	1		

Dựa vào tổng số điểm đạt được của ĐTNC để xếp mức độ như sau:

- + Đạt 5 điểm thì xếp mức: Thái độ tích cực
- + Đạt 4 điểm trở xuống thì xếp mức: Thái độ chưa tích cực

**\* Đánh giá và phân loại thực hành về VST**

**Bảng nội dung đánh giá thực hành về VST**

<b>Nội dung đánh giá thực hành và trả lời có thực hiện</b>	<b>Điểm số</b>
Rửa tay trước khi chuẩn bị thức ăn hoặc trước khi ăn	1
Rửa tay trước khi chuẩn bị thuốc để uống hoặc trước khi uống thuốc	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính máu	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính dịch hoặc các chất bài tiết	1
Rửa tay sau khi đi vệ sinh (đi cầu, đi tiểu)	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, giường chiếu của bệnh nhân	1
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, vật dụng, bề mặt xung quanh giường của NB	1
Rửa tay sau khi thay tả, bỉm, khô, băng vệ sinh	1
Rửa tay sau khi ho, hắt hơi	1
Rửa tay sau khi xì mũi	1

Dựa vào tổng số điểm đạt được của ĐTNC để xếp mức thực hành như sau:

- + 10 điểm thì xếp mức: Tốt;
- + Từ 9 điểm trở xuống xếp mức: Chưa tốt.

**2.2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.**

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Kỹ thuật Ngành Y tế xét duyệt đồng ý cho phép triển khai thực hiện;

Các thông tin do ĐTNC cung cấp được cam kết giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu;

Việc khảo sát chỉ được thực hiện khi các ĐTNC tự nguyện, không ép buộc;

Các số liệu đều được mã hóa để đảm bảo tính bí mật của thông tin.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Một số đặc trưng cá nhân của đối tượng nghiên cứu (n=350)**

Đặc trưng	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Tuổi: 41 ± 13,95</b>		
<i>13 - 39 tuổi</i>	74	21,1
<i>30 - 49 tuổi</i>	175	50,0
<i>50 - 70 tuổi</i>	101	28,9
<b>Giới</b>		
<i>Nam</i>	123	35,1
<i>Nữ</i>	227	64,9
<b>Nơi ở hiện tại</b>		
<i>Thành phố</i>	42	12,0
<i>Thị xã/ thị trấn</i>	85	24,3
<i>Nông thôn</i>	194	55,4
<i>Miền núi/ xã đảo</i>	29	8,3
<b>Dân tộc</b>		
<i>Kinh</i>	319	91,1
<i>Thiểu số</i>	31	8,9
<b>Đối tượng</b>		
<i>Bệnh nhân</i>	166	47,4
<i>Người nhà</i>	184	52,6
<b>Nghề nghiệp</b>		
<i>Công chức/ viên chức</i>	39	11,1
<i>Kinh doanh</i>	38	10,9
<i>Lao động tự do</i>	202	57,7
<i>Khác (sinh viên, nội trợ, hưu trí, công nhân)</i>	71	20,3

Trong số 350 người tham gia nghiên cứu có 52,6% là người nhà, phần lớn là người kinh (91,1%); 50% ĐTNC có độ tuổi 30-49, hơn nữa ĐTNC là lao động tự do (57,7%); số BN và NN sống ở nông thôn và miền núi/ xã đảo chiếm 63,7%.

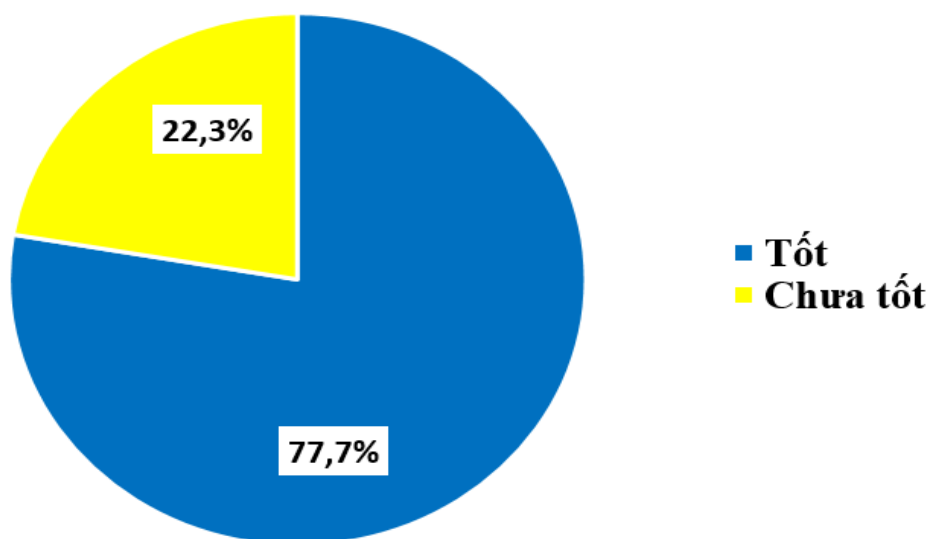
### 3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Kiến thức về vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.2. Kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay**

Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý ( <i>chọn ý đúng</i> )	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bàn tay bẩn là tác nhân quan trọng trong việc lây lan bệnh tại BV	334	95,4
Rửa tay đúng quy trình là cách đơn giản, hiệu quả, rẻ tiền giúp làm giảm NKBV	325	92,9
Rửa tay thường xuyên để bảo vệ chính bản thân	345	98,6
Rửa tay là 1 trong những cách hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lây lan của vi khuẩn	339	96,9
Rửa tay sẽ loại bỏ hầu hết các vi sinh vật trên da bàn tay	295	84,3

Kiến thức của ĐTNC về lợi ích và công dụng của VST từ 84,3% -98,6%.



**Hình 3.1. Mức độ kiến thức về lợi ích và công dụng của vệ sinh tay (n=350)**

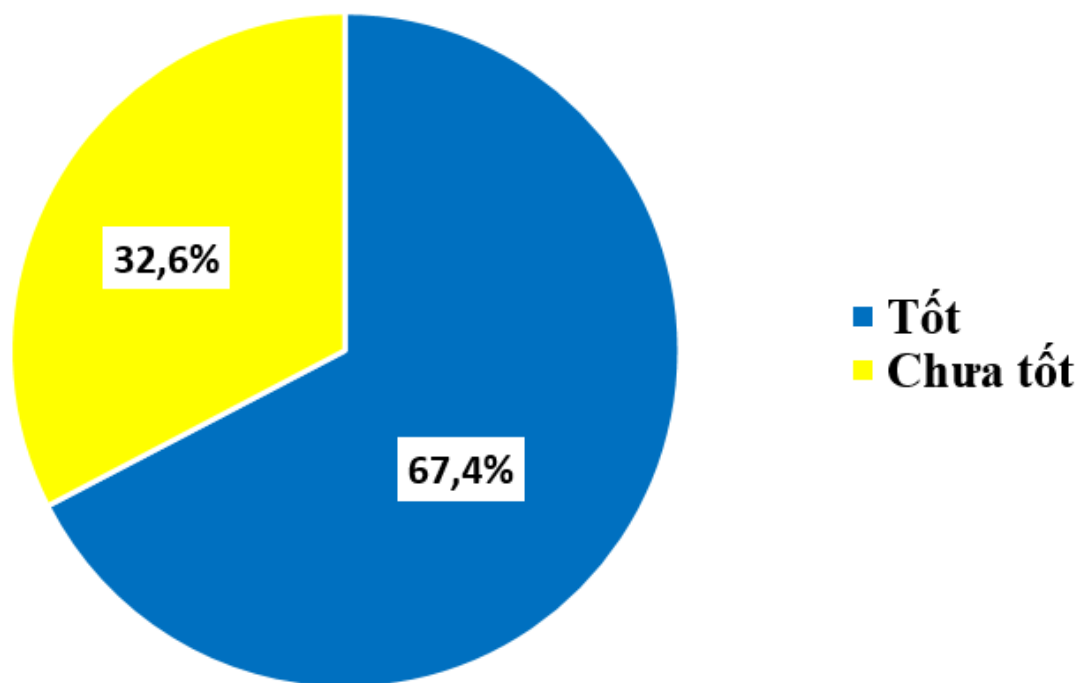
Kiến thức của ĐTNC về lợi ích và công dụng của VST mức độ tốt (77,7%)



**Bảng 3.3. Kiến thức về quy trình vệ sinh tay**

<b>Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý (<i>chọn ý đúng</i>)</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Thời gian cho 1 lần rửa tay với dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn là 20-30 giây	261	74,6
Hình thức rửa tay có tác dụng diệt vi khuẩn tốt nhất là dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn	279	79,7
Quy trình rửa tay thường quy gồm 6 bước	297	84,9

Kiến thức của ĐTNC về quy trình VST từ 74,6% - 84,9%.

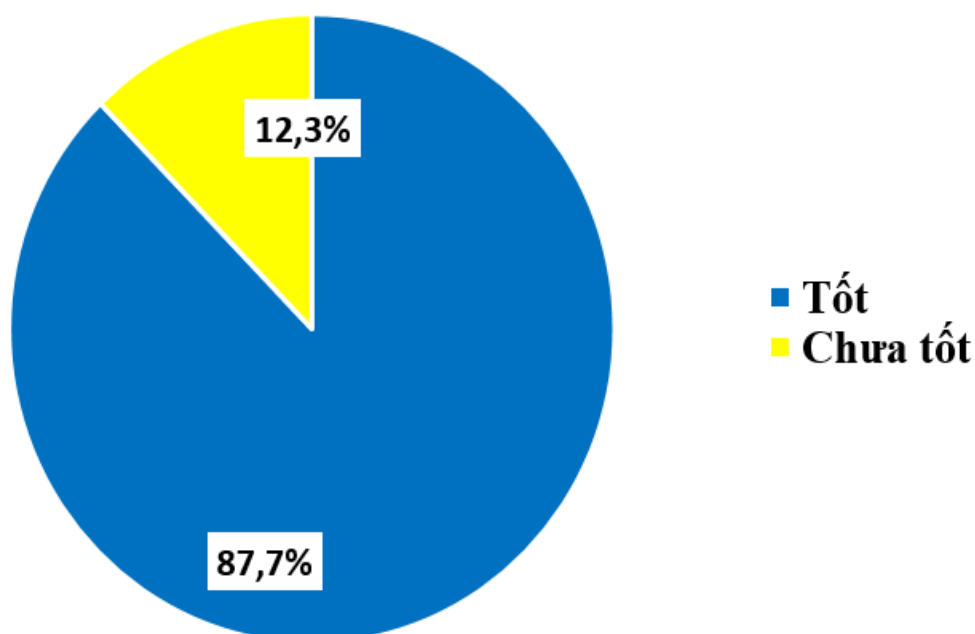
**Hình 3.2. Mức độ kiến thức về quy trình của vệ sinh tay (n=350)**

Kiến thức của ĐTNC về quy trình VST mức độ tốt chiếm 67,4%.

**Bảng 3.4. Kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay**

<b>Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý (chọn ý đúng)</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính máu, dịch hoặc các chất bài tiết	341	97,4
Rửa tay sau khi đi vệ sinh	348	99,4
Rửa tay trước khi: ăn, chuẩn bị thức ăn, chuẩn bị thuốc để uống, uống thuốc	342	97,7
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, giường chiếu của bệnh nhân	323	92,3
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, vật dụng, bề mặt xung quanh giường của NB	321	91,7
Rửa tay sau khi thay tả, bím, khô, băng vệ sinh	345	98,6
Rửa tay sau khi ho, hắt hơi, xì mũi	343	98,0

Kiến thức của ĐTNB về các thời điểm VST từ 91,7% - 98,6%.

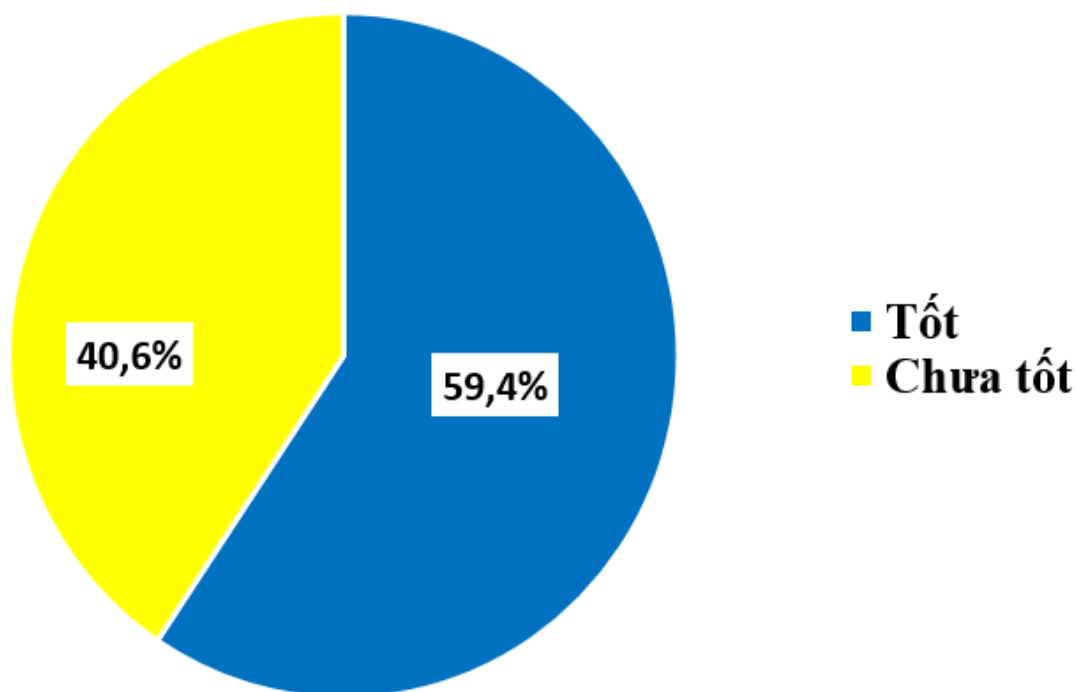
**Hình 3.3. Mức độ kiến thức về các thời điểm cần vệ sinh tay (n=350)**

Kiến thức của ĐTNB về các thời điểm VST mức độ tốt chiếm 87,7%.

**Bảng 3.5. Kiến thức toàn diện của ĐTNC về vệ sinh tay**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm trung bình $13,8 \pm 1,92$ ; thấp nhất 5 điểm, cao nhất 15 điểm, Mode: 15 điểm		
Kiến thức đúng về lợi ích và công dụng vệ sinh tay	272	77,7
Kiến thức đúng về quy trình vệ sinh tay	236	67,4
Kiến thức đúng về các thời điểm cần vệ sinh tay	307	87,7
Kiến thức đúng toàn diện về vệ sinh tay	208	59,4

Kiến thức toàn diện của ĐTNC về VST từ 59,4% - 87,7%.

**Hình 3.4. Mức độ kiến thức toàn diện về vệ sinh tay (n=350)**

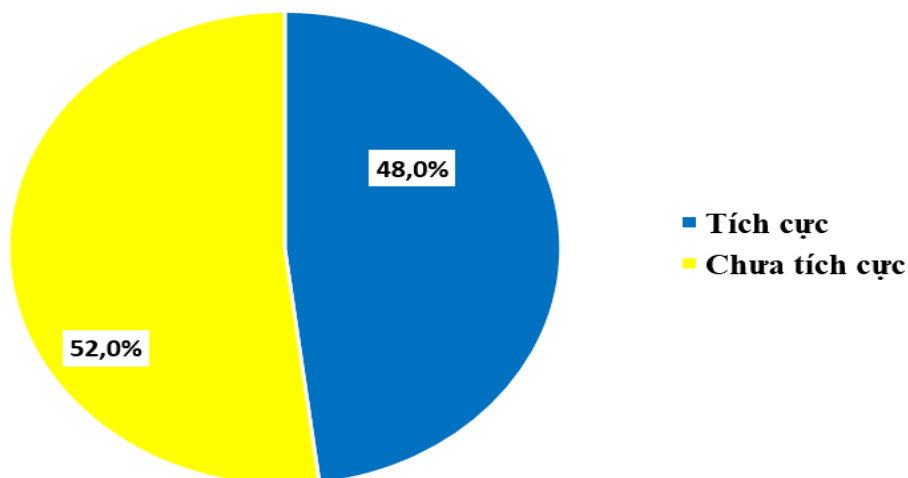
Kiến thức toàn diện của ĐTNC về VST mức độ tốt chiếm 59,4%.

### 3.2.2. Thái độ về vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.6. Thực trạng về thái độ của ĐTNC về việc vệ sinh tay**

Nội dung phỏng vấn và trả lời đồng ý	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nếu BV có sẵn nước và xà phòng, khăn tay thì việc tuân thủ rửa tay sẽ tăng hơn	338	96,6
Rửa tay nhiều lần trong ngày không làm hư da tay	186	53,1
Rửa tay là lựa chọn tốt nhất để giảm sự lây truyền của các tác nhân gây nhiễm khuẩn có liên quan đến chăm sóc y tế.	335	95,7
Việc dán các tranh ảnh hướng dẫn khuyến khích rửa tay tại các vị trí dễ nhìn sẽ làm tăng tỉ lệ tuân thủ rửa tay trong bệnh viện	330	94,3
Nếu được tham dự các buổi nói chuyện, sinh hoạt cung cấp kiến thức về vệ sinh bàn tay sẽ khiến tôi cảm thấy cần phải tuân thủ rửa tay tốt hơn	323	92,3

Thái độ của ĐTNC về VST từ 53,1% đến 96,6%.



**Hình 3.5. Mức độ thái độ tích cực của ĐTNC về việc vệ sinh tay (n=350)**

Thái độ của ĐTNC về VST ở mức độ tích cực chiếm 48%

### 3.2.3. Thực hành vệ sinh tay của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.7. Tần suất VST của ĐTNC (n=339)**

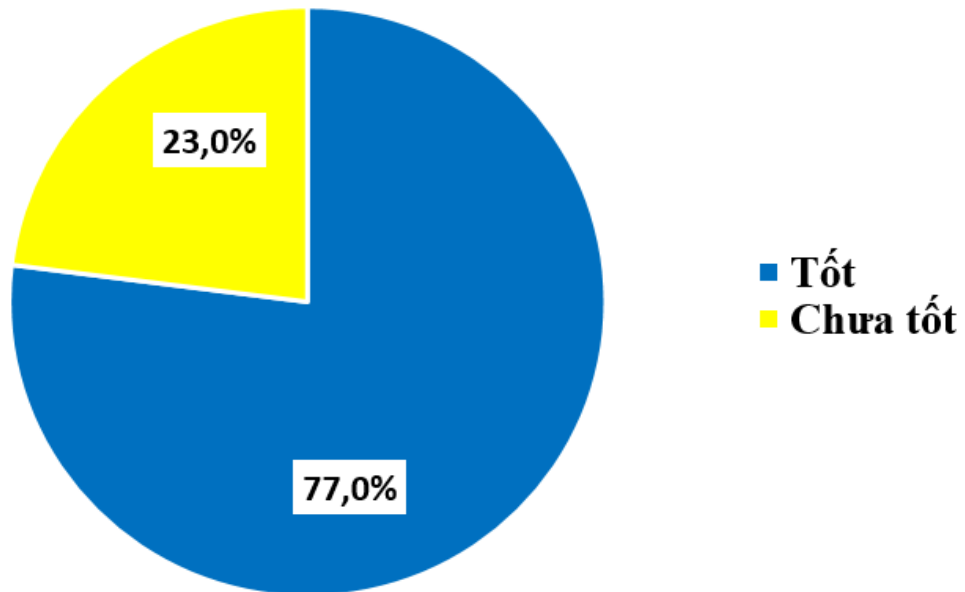
Nội dung hỏi về thực hành VST	Tần suất VST trong ngày		
	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Tần suất VST trung bình trong ngày bằng nước và xà phòng	1	22	6,55 ± 3,359
Tần suất VST trong ngày hôm trước bằng nước và xà phòng hoặc dung dịch có cồn	1	25	6,54 ± 3,735

Tần suất VST trung bình trong ngày của ĐTNC khoảng 7 lần kể cả bằng nước và xà phòng hoặc dung dịch có cồn.

**Bảng 3.8. Tình hình tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC (n=339)**

Nội dung hỏi việc thực hành VST tại các thời điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rửa tay trước khi chuẩn bị thức ăn hoặc trước khi ăn	333	95,1
Rửa tay trước khi chuẩn bị thuốc để uống hoặc trước khi uống thuốc	296	84,6
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính máu	346	98,9
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, dụng cụ dính dịch hoặc các chất bài tiết	346	98,9
Rửa tay sau khi đi vệ sinh (đi cầu, đi tiêu)	345	98,6
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, giường chiếu của bệnh nhân	300	85,7
Rửa tay sau khi tiếp xúc với đồ vật, vật dụng, bề mặt xung quanh giường của NB	298	85,1
Rửa tay sau khi thay tả, bỉm, khó, băng vệ sinh	347	99,1
Rửa tay sau khi ho, hắt hơi	323	92,3
Rửa tay sau khi xì mũi	329	94,0

Thông qua phỏng vấn trực tiếp để đánh giá việc thực hành VST của ĐTNC cho thấy mức độ tuân thủ từ 85,1% đến 98,9%.



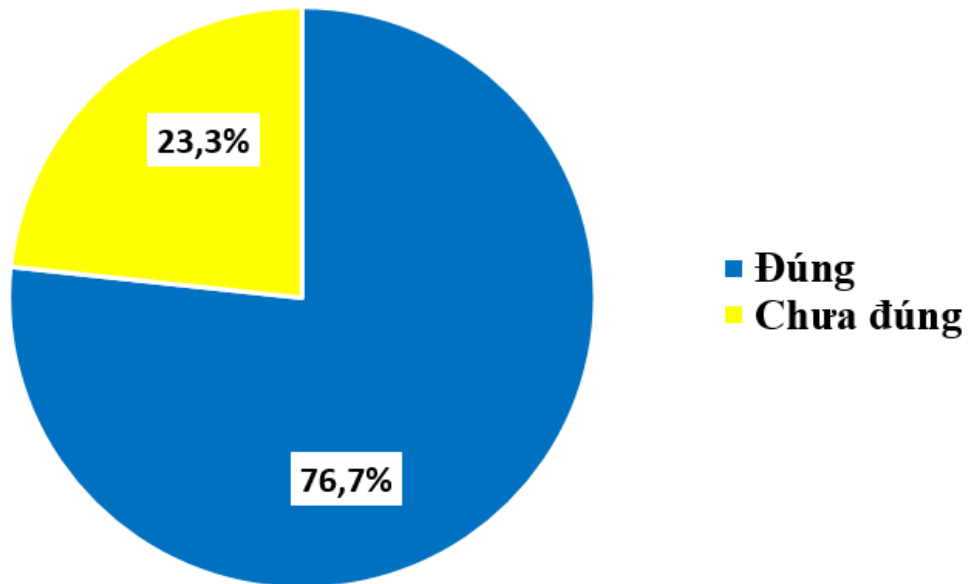
**Hình 3.6. Mức độ tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC (n=339)**

Việc tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC ở mức tốt chiếm 77%

**Bảng 3.9. Thời gian VST của ĐTNC qua hỏi (n=339)**

Nội dung hỏi về thực hành VST	Tần suất VST trong ngày		
	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Thời gian trung bình cho 01 lần VST với dung dịch có cồn	5	60	24,83 ± 10,137

Thông qua phỏng vấn trực tiếp để xác định thời gian VST của ĐTNC cho thấy trung bình 1 lần VST với dung dịch có cồn khoảng 24 phút.

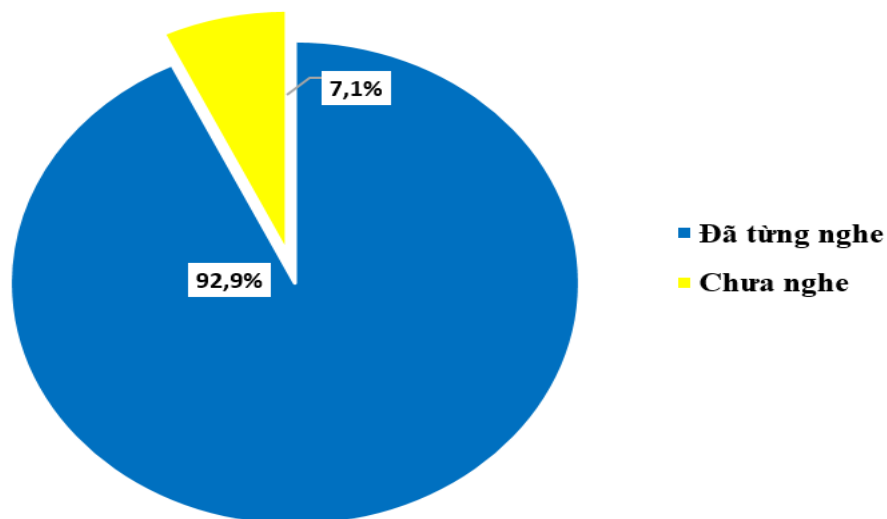


**Hình 3.7. Tình hình VST đúng thời gian quy định của ĐTNC (n=339)**

Việc tuân thủ VST của ĐTNC đảm bảo đúng thời gian quy định (76,7%).

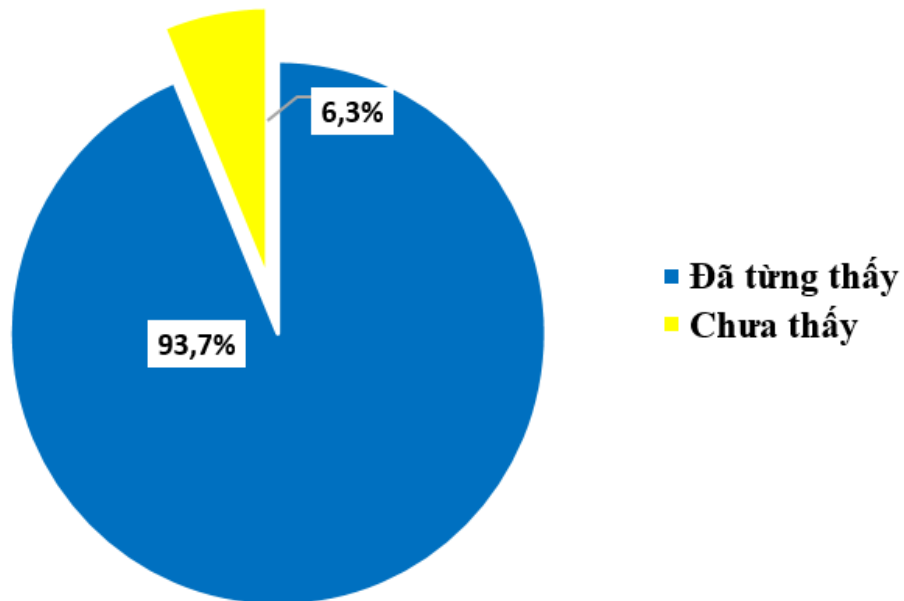
### **3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành VST**

#### **3.3.1. Thực trạng nhận thông tin về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện**

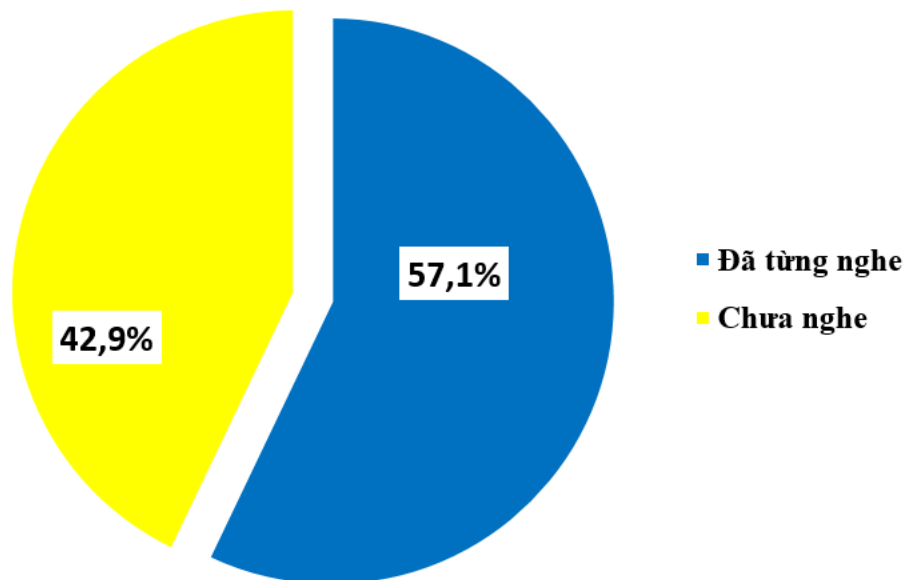


**Hình 3.8. Tình hình nhận thông tin của ĐTNC về lợi ích của VST**

ĐTNC đã từng nghe về lợi ích của VST chiếm 92,9%



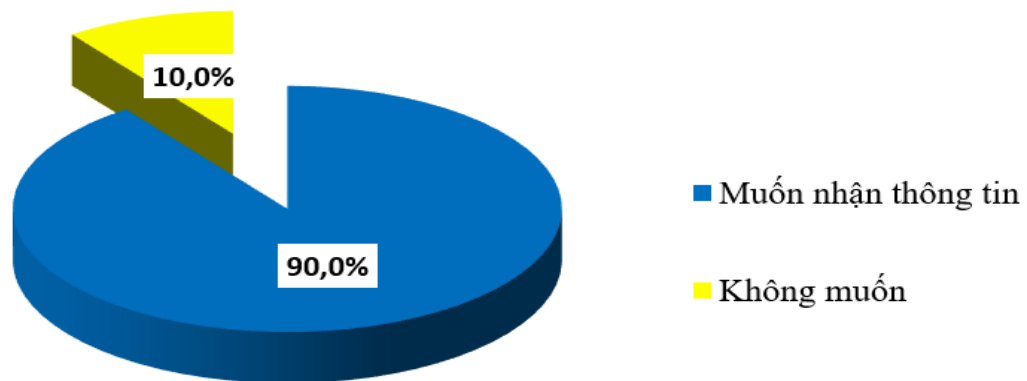
**Hình 3.9. Tình hình nhận thông tin của DTNC về 06 bước VST qua poster**  
DTNC đã từng thấy poster về 6 bước VST chiếm 93,7%



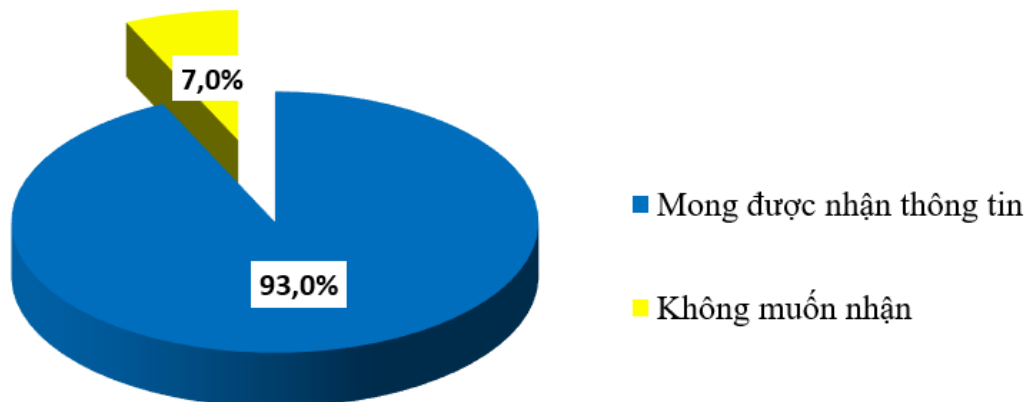
**Hình 3.10. Tình hình nhận thông tin của DTNC về nhiễm khuẩn bệnh viện**  
DTNC đã từng nghe về nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 57,1%



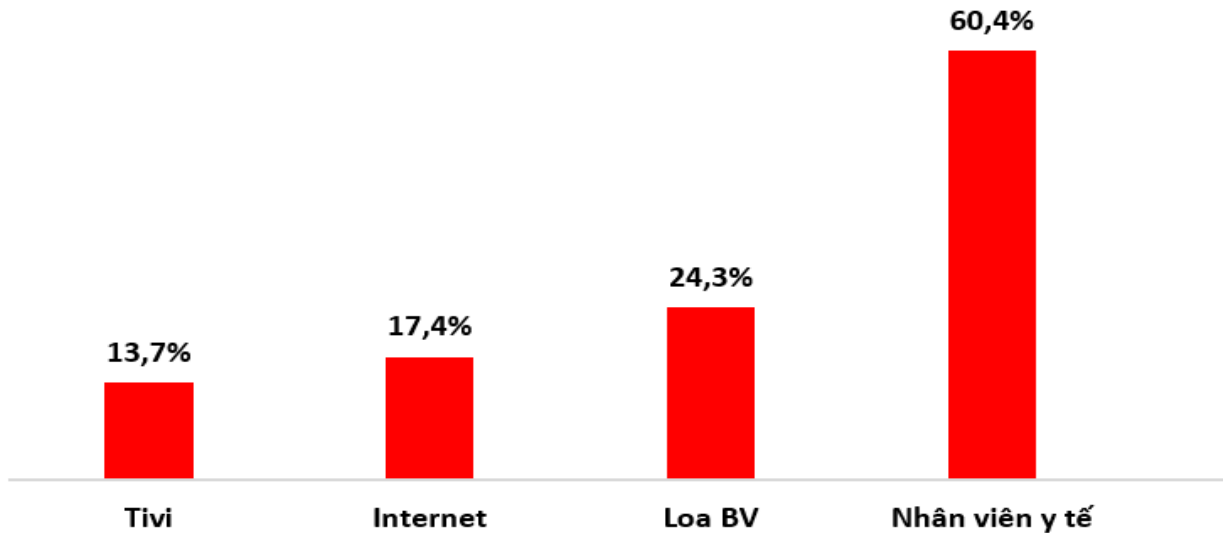
### 3.3.2. Nhu cầu nhận thông tin về vệ sinh tay và nhiễm khuẩn bệnh viện



**Hình 3.11. Tình hình mong muốn được nhận thông tin về VST**  
ĐTNC mong muốn được nhận thông tin về VST chiếm 90%



**Hình 3.12. Mong muốn được nhận thông tin về nhiễm khuẩn bệnh viện**  
ĐTNC mong muốn được nhận thông tin về KSNK chiếm 9%



**Hình 3.13. Nguồn cung cấp thông tin muốn nhận về VST và NKBV**

ĐTNC mong muốn được nhận thông tin về VST và KSNK từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,4%

### 3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành VST

#### 3.3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức VST của ĐTNC

**Bảng 3.10. Liên quan giữa kiến thức VST và nhóm tuổi của ĐTNC**

Nhóm tuổi	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
<b>Dưới 50 tuổi</b>	92 (36,9%)	157 (63,1%)	OR = 1,7 1,048 – 2,670	0,03
<b>50 – 70 tuổi</b>	50 (49,5%)	51 (50,5%)		

ĐTNC ở độ tuổi dưới 50 có kiến thức về VST cao hơn 1,7 lần so với những BN và NN trên 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.11. Liên quan giữa kiến thức VST và giới tính của ĐTNC**

Giới tính	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
<b>Nam</b>	54 (43,9%)	69(56,1%)	OR = 1,24 0,792 – 1,929	0,350
<b>Nữ</b>	88 (38,8%)	139 (61,2%)		

ĐTNC là nữ giới có kiến thức tốt về VST (61,1%) cao hơn những BN và NN là nam giới nhưng sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.12. Liên quan giữa kiến thức VST và nơi sống của ĐTNC**

Nơi sống	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
<b>Thành phố/thị xã</b>	35 (27,6%)	92 (72,4%)	OR = 2,4 1,516 – 3,878	0,000
<b>Nông thôn/miền núi</b>	107 (48%)	116 (52%)		

ĐTNC thành phố/ thị xã có kiến thức về VST cao hơn 2,4 lần so với những BN và NN sống ở nông thôn, miền núi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.13. Liên quan giữa kiến thức VST và nghề nghiệp của ĐTNC**

Nghề nghiệp	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
<b>Công chức, viên chức - kinh doanh - hưu trí</b>	21 (24,7%)	64 (75,3%)	OR = 2,6 1,479 – 4,434	0,001
<b>Khác</b>	121 (45,7%)	144 (54,3%)		

ĐTNC là công chức/ viên chức, người kinh doanh, cán bộ hưu có kiến thức về VST cao hơn 2,6 lần so với những BN và NN có nghề nghiệp khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.14. Liên quan giữa kiến thức VST và học vấn của ĐTNC**

Trình độ học vấn	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
Từ cấp 3 trở xuống	109 (47,4%)	121(52,6%)	OR = 2,4 1,474 – 3,827	0,000
Khác	33 (27,5%)	87 (72,5%)		

ĐTNC học vấn trên cấp 3 có kiến thức về VST cao hơn 2,4 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.15. Liên quan giữa kiến thức và nhận thông tin về lợi ích của VST**

Thông tin về VST	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
Chưa từng nhận	15 (60%)	10 (40%)	OR = 2,3 1,019 – 5,366	0,04
Có nhận	127 (39,1%)	208 (60,9%)		

ĐTNC học vấn trên cấp 3 có kiến thức về VST cao hơn 2,4 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.16. Liên quan giữa kiến thức và nhận thông tin về NKBV**

Thông tin về NKBV	Kiến thức về VST		OR 95% CI	P
	Chưa tốt	Tốt		
Chưa từng nghe	72 (48%)	78 (52%)	OR = 1,7 1,112 – 2,642	0,014
Có nghe	70 (35%)	130 (65%)		

ĐTNC đã từng nhận thông tin về NKBV có kiến thức về VST cao hơn 1,7 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### 3.3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ VST của ĐTNCS

**Bảng 3.17. Liên quan giữa thái độ và nhận thông tin về lợi ích của VST**

Thông tin về VST	Thái độ về VST		OR 95% CI	p
	Chưa tích cực	Tích cực		
Chưa từng nhận	17 (68%)	8 (32%)	OR = 2,06 0,865 – 4,909	0,097
Có nhận	165 (50,8%)	160(49,2%)		

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thái độ tích cực về VST và nhận thông tin về lợi ích của VST.

**Bảng 3.18. Liên quan giữa thái độ và nhận thông tin về NKBV**

Thông tin về NKBV	Thái độ về VST		OR 95% CI	p
	Chưa tích cực	Tích cực		
Chưa từng nhận	84 (56%)	66 (44%)	OR = 1,325 0,866 – 2,027	0,195
Có nhận	98 (49%)	102(51%)		

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thái độ tích cực về VST và nhận thông tin về NKBV.

**Bảng 3.19. Liên quan giữa thái độ và kiến thức toàn diện về VST**

Kiến thức toàn diện về VST	Thái độ về VST		OR 95% CI	p
	Chưa tích cực	Tích cực		
Chưa tốt	82 (57,7%)	60 (42,3%)	OR = 1,476 0,960 – 2,269	0,075
Tốt	100 (48,1%)	108 (51,9%)		

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thái độ tích cực về VST và kiến thức toàn diện về VST

### 3.3.3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành VST của ĐTNC

**Bảng 3.20. Liên quan giữa thực hành và nhận thông tin về lợi ích của VST**

Thông tin về VST	Thực hành VST		OR 95% CI	p
	Chưa tốt	Tốt		
Chưa từng nhận	11 (44%)	14 (56%)	OR = 2,9 1,267 – 6,707	0,009
Có nhận	69 (21,2%)	256 (78,8%)		

ĐTNC đã từng nhận thông tin về VST có thực hành VST cao hơn 2,9 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.21. Liên quan giữa thực hành và nhận thông tin về NKBV**

Thông tin về NKBV	Thực hành VST		OR 95% CI	p
	Chưa Tốt	Tốt		
Chưa từng nghe	34 (22,7%)	116 (77,3%)	OR = 0,981 0,592 – 1,625	0,941
Có nghe	46 (23%)	154 (77%)		

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thực hành VST và nhận thông tin về NKBV.

**Bảng 3.22. Liên quan giữa thực hành và kiến thức toàn diện về VST**

Kiến thức toàn diện về VST	Thực hành VST		OR 95% CI	p
	Chưa Tốt	Tốt		
Chưa tốt	67 (47,2%)	75 (6,3%)	OR = 13,4 6,989 – 25,693	0,000
Tốt	13 (6,3%)	195 (93,8%)		

ĐTNC có kiến thức toàn diện về VST có thực hành VST cao hơn 13,4 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.23. Liên quan giữa thực hành và thái độ về VST**

Thái độ về VST	Thực hành VST		OR 95% CI	p
	Chưa Tốt	Tốt		
<b>Chưa tích cực</b>	53 (29,1%)	129 (70,9%)	OR = 2,146 1,274 – 3,614	0,004
<b>Tích cực</b>	27 (16,1%)	141 (83,9%)		

ĐTNC có thái độ tích cực về VST có thực hành VST cao hơn 2,1 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Kiến thức, thái độ và thực hành VST của bệnh nhân và người nhà**

##### **4.1.1. Kiến thức về VST của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 84,9% (297/350) BN và người nhà BN có kiến thức đúng về 6 bước của quy trình VST, thấp hơn nghiên cứu của Patarakul và cộng sự (2005) có 99,7% NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt thuộc Bệnh viện King Chulalongkorn Memorial đều khẳng định biết kỹ thuật VST [28] và cũng thấp hơn của Trần Thái Phúc và cộng sự (2020) trên 174 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Nhi Thái Bình kết quả cho thấy tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng câu hỏi về trình tự và nội dung các bước của quy trình rửa tay thường quy là 87,9% [10].

Theo nhóm nghiên cứu sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân và người nhà, trong đó có 6,3% họ chưa từng được nhìn thấy poster 6 bước VST; mặc khác đối tượng nghiên cứu của Patarakul có cả nhân viên y tế, còn nghiên cứu của Trần Thái Phúc 100% đều là NVYT những người có chuyên môn y, họ đã được đào tạo trong trường và sau khi ra trường đi làm việc vẫn tiếp tục được cập nhật kiến thức thường xuyên.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) trên 80 NVYT tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về các bước của VST là 56,3% [14]. Theo nhóm nghiên cứu sự khác biệt là do thời điểm nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang, lúc đó Bộ Y tế vừa mới ban hành Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (*ban hành kèm theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế*) nên việc cập nhật hạn chế.



Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, thời gian chà tay với hóa chất trong VST thường quy là 20 giây - 30 giây. Bởi vì nhiều nghiên cứu đã chứng minh thời gian VST ảnh hưởng tới mức độ loại bỏ vi khuẩn trên bàn tay. VST bằng nước và xà phòng thường trong 15 giây, lượng vi khuẩn giảm 0,6 log - 1,1 log, trong 30 giây lượng vi khuẩn giảm 1,8 log- 2,8 log. Lượng vi khuẩn ở bàn tay giảm 3,5 log khi chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong 30 giây; giảm 4 log - 5 log nếu chà tay trong 1 phút. Thực tế nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai, lượng vi khuẩn ở 5 đầu ngón tay NVYT sau VST  $\geq 20$  giây (0,7 log), giảm hơn nhóm VST < 20 giây (1,1 log) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 74,6% (261/350) BN và người nhà BN biết thời gian cho 1 lần rửa tay với dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn là 20-30 giây cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) là 56,3% [14] và cũng cao hơn nghiên cứu của Lương Anh Vũ và cộng sự (2020) trên 435 sinh viên đang học lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn chỉ có 31,3% sinh viên biết thời gian cần thiết VST [17].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 59,4% BN và người nhà BN có kiến thức toàn diện về VST cao hơn nghiên cứu của Nguyễn thị Kim Liên và cộng sự (2017) thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trên 120 thân nhân của NB kiến thức chung của thân nhân NB về VST chỉ đạt 52,5%. Và cũng cao hơn nghiên cứu của Lương Anh Vũ kiến thức của sinh viên Y là 58,2% [17].

Theo nhóm nghiên cứu có sự khác biệt này có thể là do thời điểm nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang, Lương Anh Vũ, Nguyễn thị Kim Liên trước năm 2020, lúc đó các can thiệp, các đợt phát động về chiến dịch VST, Hội thi tờ rơi, Poster về VST không rầm rộ như thời gian gần đây. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 93,7% BN và người nhà đã từng nhìn thấy Poster có đầy đủ 6 bước chi tiết về quy trình VST có nêu rõ thời gian cần thiết để rửa tay treo tại các vị trí rửa

tay và trong phòng bệnh; có thể điều này đã ảnh hưởng trực tiếp đến kiến thức của BN và người nhà BN.

#### **4.1.2. Thái độ của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về VST**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 48% BN và người nhà BN có thái độ tích cực về VST thấp hơn nghiên cứu của Goodarzi và cộng sự (2020) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 600 điều dưỡng, trợ lý điều dưỡng đang làm việc trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt của 07 Trung tâm Giáo dục Y tế của Đại học Khoa học Y tế Iran thì 64,5% có thái độ tích cực về VST [20]. Và cũng thấp hơn nghiên cứu của Võ Ngọc Trang Đài và cộng sự (2023) tiến hành khảo sát trên 242 sinh viên ngành Y đa khoa năm thứ ba hệ chính quy tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên có thái độ tích cực về rửa tay thường quy là 57,9% [4].

Theo nhóm nghiên cứu sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân và người nhà còn đối tượng nghiên cứu của Goodarzi và Võ Ngọc Trang Đài là điều dưỡng, trợ lý điều dưỡng và sinh viên Y khoa. Trên thực tế rất ít NVYT bị viêm da dị ứng do hóa chất VST tuy nhiên khi sử dụng loại hóa chất VST chất lượng không tốt (*xà phòng bột, dung dịch xà phòng hoặc cồn không được bổ sung chất làm ẩm và dưỡng da hoặc các chế phẩm VST chứa iodine hoặc chlorhexidine*) thì vẫn có nguy cơ kích ứng da. Theo Patarakul NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt việc không tuân thủ VST là vì kích ứng da do các chất VST (15,5%). Các đối tượng cho là sẽ cải thiện sự tuân thủ bằng nhiều chiến lược bao gồm các chất VST ít gây kích ứng có sẵn (53,4%)[28].

### 4.1.3. Thực hành về VST của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tần suất VST trung bình trong ngày bằng nước và xà phòng hoặc dung dịch có cồn của ĐTNC khoảng 7 lần. Có 77% BN và người nhà tuân thủ VST tại 5 thời điểm ở mức độ tốt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Patarakul và cộng sự (2005) khảo sát thái độ và thực hành tuân thủ VST của NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt thuộc Bệnh viện King Chulalongkorn Memorial cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST khoảng 50% [28].

Và kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Loveday và cộng sự (2021) khảo sát tại Bệnh viện đa khoa, Vương quốc Anh khu chăm sóc/phục hồi chức năng người cao tuổi cấp tính cho thấy mức độ tuân thủ VST là 13,2% (40/303) [25].

So với các tác giả tại Việt Nam quan sát tuân thủ VST của NVYT thì cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của nghiên cứu của Nguyễn Thị Bông và cộng sự (2017) trên 363 NVYT gồm bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý tại bệnh viện Xuyên Á cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT là 74,1% [3]. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) trên 80 NVYT tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT là 24,6% trong đó bác sĩ tuân thủ VST chiếm 30%, còn điều dưỡng 22,8% [14]. Nghiên cứu của Đoàn Thị Mên (2022) thực hiện quan sát 342 lượt VST ngoại khoa của NVYT tại phòng mổ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình VST ngoại khoa 37,4% [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân (2022) thực hiện trên 104 sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 và năm thứ 4 đang học tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả cho thấy tỷ lệ VST đúng của sinh viên là 42,8%

[5]. Nghiên cứu của Nguyễn thị Kim Liên và cộng sự (2017) thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trên 120 thân nhân của NB tìm thấy tỷ lệ bà mẹ đang chăm sóc bệnh nhi tại bệnh viện Nhi đồng 2 cho biết luôn luôn rửa tay trước khi chăm sóc con chiếm 59,2% và sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh giường bệnh 24,1% [12]. Theo nhóm nghiên cứu có sự khác biệt này có thể là do thời điểm thực hiện nghiên cứu khác nhau và tác động của các hoạt động can thiệp, các đợt phát động về chiến dịch VST, Hội thi tờ rơi, Poster về VST, truyền thông VST tại các bệnh viện/ TTYT của tỉnh Bình Định rất rầm rộ trong thời gian 2 năm gần đây để hưởng ứng cuộc vận động VST của Bộ Y tế, Sở Y tế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2021) đã khảo sát 66 NVYT tại các khoa Y và ICU đã cho thấy 94% họ thực hiện đầy đủ tất cả các bước VST [24].

So với các tác giả tại Việt Nam quan sát tuân thủ VST của NVYT thì cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của nghiên cứu của Trần Thái Phúc và cộng sự (2020) trên 174 điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Nhi Thái Bình kết quả cho thấy tỷ lệ điều dưỡng viên có thực hành chung về rửa tay thường quy xếp mức độ đạt chiếm 92,0% [10]. Nghiên cứu của Phùng Thị Phương và cộng sự (2022) trên bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh trực tiếp khám, chữa bệnh và chăm sóc NB tại Bệnh viện Quân Y 105 tại Khoa Nội thần kinh có tỷ lệ tuân thủ VST là 90,7% và Khoa Y học cổ truyền thuộc Bệnh viện Quân y 354 tỷ lệ tuân thủ VST là 89,8% [11]. Theo nhóm nghiên cứu sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân và người nhà còn phần lớn đối tượng nghiên cứu của các tác giả trên đây chủ yếu là NVYT, là sinh viên Y khoa, thân nhân của BN.

#### **4.2. Thực trạng nhận thông tin và nhu cầu nhận thông tin về VST của bệnh nhân và người nhà**

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân và người nhà đã từng nghe thông tin về lợi ích của VST cao chiếm 92,9% và có 93,7% bệnh nhân và người nhà đã từng nhận thông tin về 6 bước VST từ các poster treo trong bệnh viện/TTYT. Điều này cũng có thể lý giải vì sao kiến thức của ĐTNC về các thời điểm VST đạt mức độ tốt chiếm 87,7% và việc tuân thủ VST tại 05 thời điểm của ĐTNC ở mức tốt chiếm 77%.

Theo nghiên cứu của Patarakul và cộng sự (2005) khảo sát thực hành tuân thủ VST của NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt thuộc Bệnh viện King Chulalongkorn Memorial tìm thấy NVYT và khách đến thăm sẽ cải thiện sự tuân thủ VST nếu cung cấp cho họ thông tin về tỷ lệ NKBV hiện tại (49,1%) [28].

Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2022) đã tìm thấy kiến thức VST của bệnh nhân có mối tương quan tích cực với thái độ và thái độ có tác động tích cực đến thực hành VST của bệnh nhân. Hạn chế nhận thức là rào cản có liên quan tiêu cực đến thái độ và thực hành VST của bệnh nhân. Ngoài ra, tỷ lệ thời gian dành cho VST có liên quan đáng kể đến thái độ và thực hành và đào tạo về NKBV là yếu tố dự báo cho nhận thức và thực hành của bệnh nhân [30].

Tương tự nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang và cộng sự (2017) trên 80 NVYT tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh cũng đã chứng minh được hiệu quả can thiệp đa mô thức đã áp dụng tại bệnh viện bao gồm tổ chức phát động chiến dịch VST, tập huấn về VST, cung cấp đủ phương tiện VST và tờ rơi, áp phích và chính sách khen thưởng, động viên kịp thời. Can thiệp này đã dẫn đến sự thay đổi về kiến thức và tuân thủ vệ sinh tay của NVYT theo hướng

tích cực, có ý nghĩa thông kê [14]. Nghiên cứu của Nguyễn thị Kim Liên và cộng sự (2017) thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trên 120 thân nhân của NB cũng đã chứng minh được bằng cách tư vấn trực tiếp cho thân nhân NB trong thời gian nằm viện đã làm thay đổi nhận thức về VST của họ [12].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 90% BN và người nhà mong được nhận thông tin về VST và 93% ĐTNC mong muốn được nhận thông tin về KSNK; trong đó nguồn cung cấp thông tin mà họ mong muốn được nhận nhiều nhất là từ NVYT chiếm 60,4%, kế đến là từ loa của bệnh viện chiếm 24,3%, chỉ có 17,4% là từ internet và 13,7% muốn nhận thông tin từ đài truyền hình.

Nghiên cứu của Võ Ngọc Trang Đài và cộng sự (2023) tiến hành khảo sát trên 242 sinh viên ngành Y đa khoa năm thứ ba hệ chính quy tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả cho thấy nguồn thông tin về VST mà họ tiếp cận được nhiều nhất là từ Internet (63,3%) và trường học (63,2%) [4].

Từ các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy tầm quan trọng của việc cung cấp thông tin về VST và NKBV cho NVYT và BN, thân nhân BN; điều này đã tác động trực tiếp đến kiến thức và sự cải thiện hành vi tuân thủ VST của họ theo hướng tích cực.

Theo nhóm nghiên cứu, tình trạng thiếu thông tin về VST vẫn còn đang tồn tại; việc tiếp cận thông tin VST của BN và thân nhân BN vẫn còn hạn chế, hình thức chưa đa dạng, chưa đáp ứng mong muốn và cần duy trì, cải tiến các hoạt động can thiệp.

### **4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà**

#### **4.3.1. Liên quan giữa kiến thức vệ sinh tay và một số yếu tố nhân khẩu học**

##### **4.3.1.1. Về tuổi tác**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN và NN (<50 tuổi) có kiến thức VST cao hơn 1,7 lần so với những BN và NN trên 50 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (OR=1,7; CI: 1,048-2,670). Điều này cũng tìm thấy trong nghiên cứu của Amin (2014) tại Bangladesh cũng nhấn mạnh rằng nhận thức về thời gian và kỹ thuật VST thường cao hơn ở nhóm trẻ tuổi, nhờ vào các chương trình giáo dục sức khỏe mới được triển khai gần đây [19], nghiên cứu của Goodarzi (2020), cũng tìm thấy yếu tố tuổi có liên quan đến kiến thức về VST [20]. Theo nhóm nghiên cứu nguyên nhân có thể do nhóm trẻ thường tiếp cận tốt hơn với các kênh thông tin hiện đại và mạng xã hội.

#### **4.3.1.2. Về giới tính**

Phụ nữ thường có kiến thức VST cao hơn nam giới. Điều này có thể lý giải bởi sự cẩn thận và vai trò truyền thống của phụ nữ trong chăm sóc gia đình. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy những BN và NN là nữ giới có kiến thức về VST (61,2%) cao hơn nam giới (56,1%) nhưng sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Knighton (2020), chỉ ra rằng phụ nữ thường chú trọng hơn đến các quy trình chăm sóc cá nhân và gia đình, bao gồm cả VST [22].

#### **4.3.1.3. Về Nghề nghiệp**

Nghề nghiệp cũng có mối liên quan đáng kể đến kiến thức về VST. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng làm công việc văn phòng hoặc kinh doanh có mức kiến thức tốt hơn 2,6 lần so với lao động phổ thông hoặc làm tự do. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Wang (2022), chỉ ra rằng nhóm có môi trường làm việc được giáo dục về sức khỏe và NKBV thường tuân thủ VST tốt hơn [30].

#### **4.3.1.4. Về trình độ học vấn**

Một số nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn là yếu tố ảnh hưởng mạnh đến kiến thức VST. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì ĐTNC có học vấn trên cấp 3 có kiến thức về VST cao hơn 2,4 lần so với những đối tượng khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  (OR=2,4; CI: 1,474-3,827). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Goodarzi (2020), trong đó trình độ học vấn cao giúp tăng khả năng tiếp cận thông tin và nhận thức đúng đắn về VST [20]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2017) tại Việt Nam cũng khẳng định rằng người nhà bệnh nhân có trình độ cao có xu hướng hiểu rõ hơn về vai trò của VST trong phòng ngừa NKBV [20].

#### **4.3.1.5. Ảnh hưởng của nơi sinh sống**

Nhóm đối tượng sống tại khu vực thành phố hoặc thị xã có kiến thức về VST tốt hơn so với nhóm sống ở nông thôn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐTNC sinh sống tại thành phố/ thị xã có kiến thức về VST cao hơn 2,4 lần so với những BN và NN sống ở nông thôn, miền núi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  (OR=2,4; CI: 1,516-3,878). Kết quả này đồng thuận với nghiên cứu của Loveday (2021) tại Anh, nhấn mạnh rằng việc cải thiện khả năng tiếp cận các nguồn thông tin về VST tại khu vực nông thôn là cần thiết [25]. Theo nhóm nghiên cứu lý do chính có thể khu vực thành phố, thị xã có điều kiện tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế tốt hơn các địa phương khác.

Nghiên cứu của nhóm chúng tôi nhấn mạnh các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức VST bao gồm (*tuổi, nghề nghiệp, học vấn và nơi sinh sống*), đồng thời khẳng định vai trò của giáo dục sức khỏe trong việc nâng cao nhận thức và tuân thủ VST. Các kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước như của Amin (2014), Nguyễn Thị Kim Liên (2017), Goodarzi (2020), Loveday



(2021) và Wang (2022); đồng thời làm nổi bật các vấn đề đặc thù tại Việt Nam như chênh lệch thông tin giữa khu vực đô thị và nông thôn.

#### **4.3.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại cơ sở y tế**

Thái độ đối với thực hành VST của BN và NNBN đóng vai trò quan trọng trong việc tuân thủ các quy trình VST nhằm phòng ngừa NKBV. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại các cơ sở y tế tỉnh Bình Định, các yếu tố như nhận thức về lợi ích của VST, sự sẵn có của phương tiện VST, và sự hỗ trợ từ NVYT đều tác động đến thái độ của BN và NNBN đối với việc thực hiện VST.

##### **4.3.2.1. Nhận thức về lợi ích của vệ sinh tay**

Kết quả nghiên cứu cho thấy 96,9% BN và NNBN đồng ý rằng VST là một biện pháp quan trọng giúp ngăn ngừa lây nhiễm trong bệnh viện. Tuy nhiên, chỉ có 95,7% BN và NNBN tin rằng việc thực hiện VST thường xuyên sẽ bảo vệ sức khỏe của chính họ.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hiệp (2023) tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi cũng ghi nhận rằng mặc dù 82,7% điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức đạt về VST, nhưng thái độ tích cực đối với việc thực hiện VST chỉ đạt 64,5% [6]. Điều này cho thấy nhận thức cao về lợi ích VST chưa đủ để tạo ra thái độ tích cực và cần có các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao sự chủ động trong việc thực hiện VST.

##### **4.3.2.2. Ảnh hưởng của môi trường bệnh viện đến thái độ**

Một yếu tố khác ảnh hưởng đến thái độ của BN và NNBN là sự sẵn có của phương tiện VST và môi trường hỗ trợ. Chỉ 96,6% BN cho biết họ dễ dàng tiếp cận dung dịch sát khuẩn hoặc bồn rửa tay tại buồng bệnh và 93,7% BN và NNBN

cho biết họ đã từng nhìn thấy poster hướng dẫn 6 bước VST. Theo nhóm nghiên cứu điều này làm giảm động lực thực hiện VST thường xuyên.

Theo kết quả nghiên cứu của Loveday (2021) tại Anh, việc cung cấp khăn lau tay dùng một lần trên khay thức ăn giúp tăng tỷ lệ tuân thủ VST từ 13,2% lên 58,9% [25]. Điều này cho thấy môi trường thuận lợi, kết hợp với các phương tiện VST dễ tiếp cận, có thể cải thiện thái độ và hành vi VST của BN và NNBN.

#### **4.3.2.3. Vai trò của NVYT trong thay đổi thái độ của BN và NNBN**

Sự hỗ trợ và nhắc nhở từ NVYT là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thái độ của BN và NNBN đối với VST. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7,1% BN và NNBN không nhận được bất kỳ sự nhắc nhở nào từ NVYT về việc VST cũng như 42,9% chưa từng được nghe về NKBV trong thời gian nằm viện.

Điều này tương tự với nghiên cứu của Knighton (2020), khi nằm viện 32% BN không được nhắc nhở thường xuyên về VST và chỉ có 0,9% BN chủ động nhắc nhở NVYT thực hiện VST [23]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2017) cũng khẳng định rằng việc tư vấn trực tiếp từ NVYT đã giúp cải thiện đáng kể nhận thức và thái độ của NNBN đối với VST [12].

#### **4.3.2.4. Thái độ đối với trách nhiệm vệ sinh tay của bản thân và NVYT**

Một phát hiện quan trọng từ nghiên cứu của chúng tôi là nhiều BN và NNBN cho rằng trách nhiệm chính trong việc thực hiện VST thuộc về NVYT. Chỉ 53,1% BN cảm thấy rằng họ có trách nhiệm ngang bằng hoặc lớn hơn NVYT trong việc duy trì vệ sinh tay cá nhân. Nghiên cứu của Knighton (2020) cũng cho thấy rằng hơn 50% BN tại Mỹ tin rằng VST của NVYT quan trọng hơn so với VST của họ [23]. Điều này phản ánh một rào cản nhận thức cần được khắc phục để BN và NNBN chủ động hơn trong việc thực hiện VST.

Theo nhóm nghiên cứu thái độ của BN và NNBN đối với VST phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm nhận thức về lợi ích, sự sẵn có của phương tiện VST, và sự hỗ trợ từ NVYT. Việc cải thiện thái độ đòi hỏi một chiến lược toàn diện, từ nâng cao nhận thức đến cải thiện môi trường và thúc đẩy sự hỗ trợ từ NVYT. So sánh với các nghiên cứu khác đã cho thấy rằng thái độ tích cực có thể được cải thiện nếu các yếu tố này được quản lý hiệu quả.

#### **4.3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại cơ sở y tế**

Thực hành VST của BN và NNBN là một trong những yếu tố quan trọng giúp kiểm soát NKBV. Nghiên cứu của chúng tôi tại các cơ sở y tế tỉnh Bình Định đã chỉ ra rằng thực hành VST của BN và NNBN vẫn còn nhiều hạn chế, chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như kiến thức, thái độ, điều kiện vật chất và sự hỗ trợ từ NVYT.

##### **4.3.3.1. Ảnh hưởng của kiến thức đến thực hành vệ sinh tay**

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có **77%** BN và NNBN có thực hành VST đúng theo quy trình khuyến cáo của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới. Điều này có mối liên quan chặt chẽ với mức độ kiến thức về VST. Những BN và NNBN có kiến thức đầy đủ về quy trình VST có tỷ lệ thực hành đúng cao hơn 13,4 lần so với những BN và NNBN khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hiệp (2023) tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi cũng ghi nhận rằng mặc dù 82,7% điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức đạt về VST, nhưng tỷ lệ tuân thủ thực hành chỉ đạt 31,8% [6]. Nghiên cứu của Phùng Thị Phương, Kim Bảo Giang và Trần Thị Giáng Hương (2022) cũng ghi nhận tương tự mặc dầu kiến thức về VST đạt 90,2% nhưng thực hành tuân thủ VST chỉ đạt 63,9% [11]. Theo nhóm nghiên cứu bên cạnh kiến thức, cần có

những yếu tố khác như thái độ tích cực và sự hỗ trợ từ môi trường để thúc đẩy thực hành VST đúng cách.

#### **4.3.3.2. Thái độ và động lực trong thực hành VST**

Một yếu tố quan trọng khác ảnh hưởng đến thực hành VST là thái độ của BN và NNBN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 48% BN và NNBN có thái độ tích cực về VST và 95,7% BN và NNBN tin rằng việc thực hiện VST thường xuyên là cần thiết để bảo vệ sức khỏe của bản thân và người khác. Điều này dẫn đến việc thực hiện VST không đều đặn hoặc chỉ làm khi có sự giám sát của NVYT, trong nghiên cứu của chúng tôi tần suất VST trung bình trong ngày của BN và NNBN chỉ khoảng 7 lần và có nhiều BN trong ngày chỉ rửa tay 1 lần.

Nghiên cứu của Knighton (2020) tại Mỹ, 52,3% BN cho biết họ cần sự hỗ trợ từ NVYT khi đi đến bồn rửa tay hoặc sử dụng dung dịch sát khuẩn, và 45,8% BN không sử dụng dung dịch VST đặt trong phòng bệnh [23].

Theo nhóm nghiên cứu kết quả này tương đồng với tình trạng VST tại Việt Nam, nơi BN và NNBN thường thiếu sự chủ động trong thực hành VST và phụ thuộc nhiều vào NVYT.

#### **4.3.3.3. Ảnh hưởng của điều kiện vật chất và môi trường bệnh viện**

Khả năng tiếp cận các phương tiện VST như bồn rửa tay, dung dịch sát khuẩn, và khăn lau tay, poster hướng dẫn quy trình VST là những yếu tố then chốt trong việc duy trì thực hành VST. Theo kết quả nghiên cứu của Loveday (2021) tại Anh, việc cung cấp khăn lau tay dùng một lần trên khay thức ăn giúp tăng tỷ lệ tuân thủ VST từ 13,2% lên 58,9% [25]. Theo Patarakul NVYT và khách đến thăm tại các phòng chăm sóc đặc biệt việc không tuân thủ VST là vì kích ứng da do các chất VST (15,5%). NVYT và khách đến thăm cho là sẽ cải thiện sự tuân thủ bằng nhiều chiến lược bao gồm các chất VST ít gây kích ứng có

sẵn (53,4%)[28]. Theo nhóm nghiên cứu việc cung cấp đầy đủ, dễ tiếp cận các phương tiện VST và loại dung dịch VST an toàn, ít kích ứng da có thể cải thiện đáng kể hành vi VST của BN và NNBN.

#### **4.3.3.4. Vai trò của NVYT trong việc hỗ trợ và giám sát thực hành VST**

Sự hỗ trợ và giám sát từ NVYT là một yếu tố quan trọng giúp cải thiện thực hành VST của BN và NNBN. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2017) tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng cho thấy việc tư vấn trực tiếp cho thân nhân BN đã cải thiện đáng kể thực hành VST, với tỷ lệ thân nhân rửa tay trước khi chăm sóc con tăng từ 59,2% lên 76,5% [12]. Điều này nhấn mạnh vai trò của NVYT không chỉ là người giám sát mà còn là người hướng dẫn và hỗ trợ BN, NNBN trong việc tuân thủ các quy trình VST.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu về tình trạng vệ sinh tay của 350 bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tại các cơ sở khám chữa bệnh tỉnh Bình Định cho thấy:

### **1. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại các cơ sở khám chữa bệnh của tỉnh Bình Định**

- 77,7% ĐTNC có kiến thức tốt về lợi ích và công dụng của VST; 67,4% hiểu rõ về quy trình VST và 87,7% nhận biết đúng các thời điểm cần thực hiện VST; 59,4% BN và NNBN có kiến thức toàn diện về VST.

- 48% ĐTNC thể hiện thái độ tích cực đối với VST;

- 77% ĐTNC tuân thủ đầy đủ VST tại 05 thời điểm quan trọng theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới. Tần suất trung bình thực hiện VST trong ngày khoảng 7 lần.

### **2. Thực trạng được nhận và nhu cầu nhận thông tin về vệ sinh tay của bệnh nhân và người nhà tại các cơ sở khám chữa bệnh của tỉnh Bình Định**

- 92,9% BN và NNBN đã nhận được thông tin về lợi ích của VST; 93,7% BN và NNBN có nhận thông tin về 06 bước VST và thời gian cần thiết để VST hiệu quả;

- Phần lớn BN và NNBN mong muốn nhận thêm thông tin VST và NKBV từ NVYT là 60,4%, tiếp theo là từ hệ thống loa của bệnh viện chiếm 24,3%.

### **3. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành về VST của bệnh nhân và người nhà tại các cơ sở khám chữa bệnh của tỉnh Bình Định**

- Có mối liên quan giữa các yếu tố nhân chủng học (*tuổi, dân tộc, nơi sinh sống, nghề nghiệp, học vấn*) với kiến thức VST.

- Có liên quan giữa thực hành VST với kiến thức toàn diện về VST, với thái độ tích cực trong VST và việc nhận thông tin về VST và NKBV.

## **KIẾN NGHỊ**

Nhằm cải thiện toàn diện kiến thức, thái độ và thực hành VST của BN và NNBN, góp phần giảm thiểu nguy cơ NKBV và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe trong bệnh viện, nhóm nghiên cứu kiến nghị như sau:

### **1/ Đối với Sở Y tế và các Bệnh viện/ TTYT**

- Duy trì và phát động các hoạt động truyền thông về VST vào ngày Vệ sinh Tay Thế giới 5/5;
- Cung cấp thông tin về tình trạng NKBV liên quan việc không tuân thủ VST qua hệ thống loa phát thanh hàng tuần;
- Đưa các thông tin về VST và NKBV lên trang thông tin điện tử của bệnh viện để phổ biến kiến thức đến BN và NNBN một cách rộng rãi;
- In ấn và dán poster, tờ rơi về VST tại các khu vực công cộng và tại các vị trí có bồn rửa tay.

### **2/ Đối với Khoa phòng và nhân viên y tế**

- Tăng cường nhắc nhở, hỗ trợ BN và NNBN thực hành VST đúng cách, đặc biệt trong các tình huống tiếp xúc với môi trường bệnh viện.
- Đào tạo thêm cho NVYT về kỹ năng truyền thông giáo dục để nâng cao nhận thức và thực hành của BN và NNBN./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2012), "Đại cương về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế", *Tài liệu đào tạo Phòng và Kiểm soát nhiễm khuẩn*, tr. 1-15.
2. Bộ Y tế (2017), Các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế, chủ biên.
3. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ban hành kèm theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế), chủ biên.
4. Nguyễn Thị Bông, Nguyễn Thị Kim Phượng và Nguyễn Hoàng Thảo (2017), " Kiến thức, thực hành tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Xuyên Á năm 2017 ", *Thời sự Y học*, tr. 60-63.
5. Võ Ngọc Trang Đài và các cộng sự. (2023), " Khảo sát kiến thức - thái độ về rửa tay của sinh viên ngành Y khoa năm thứ ba hệ chính quy của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* 61, tr. 286-292.
6. Nguyễn Thị Ngọc Hân và các cộng sự. (2022), " Thực trạng thực hành vệ sinh tay thường quy của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Y Dược Cần Thơ ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* 50, tr. 48-53.
7. Nguyễn Thị Bích Hiệp và Lê Thị Thanh Hương (2023), "Kiến thức, thực hành tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng và hộ sinh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi năm 2023.", *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 64(4).
8. Nguyễn Thị Kim Liên (2017), "Đánh giá nhận thức về rửa tay của người chăm sóc bệnh sau khi được tư vấn tại bệnh viện Nhi đồng 2 ".



9. Phan Thị Lua và Hoàng Thị An Hà (2023), "Kiến thức, thực hành vệ sinh tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2021", *Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam*. Số 01(41-2023), tr. 89-94.
10. Phan Thị Lua, Hoàng Thị An Hà và Cao Trường Sinh (2023), "Khảo sát hệ vi khuẩn bàn tay của nhân viên y tế Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 524.
11. Đoàn Thị Mền và Nguyễn Hữu Thắng (2023), "Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế bệnh viện Y học cổ truyền trung ương năm 2022", *Tạp chí Y học Việt Nam* 530(1), tr. 134-137.
12. Trần Thái Phúc và Tăng Thị Hào (2021), "Kiến thức, thái độ và thực hành rửa tay thường quy của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2020", *Y học cộng đồng*. 63(2), tr. 121-126.
13. Phùng Thị Phương, Kim Bảo Giang và Trần Thị Giáng Hương (2022), "Thực trạng kiến thức và tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Quân Y 354, Bệnh viện Quân Y 105", *Tạp chí Y học Việt Nam* 516(1), tr. 326-332.
14. Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Tấn Thuận và Nguyễn Phú Ngọc Hân (2017), "Đánh giá hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", *Thời sự Y học* tr. 55-59.
15. Lương Anh Vũ và các cộng sự. (2021), "Khảo sát kiến thức và thực hành vệ sinh tay thường quy để phòng lây nhiễm Covid của sinh viên Trường cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2020".
16. Lương Anh Vũ và các cộng sự. (2020), "Một số yếu tố liên quan tới kiến thức về vệ sinh tay của sinh viên đang học lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn", *Tạp chí Y học Thực hành* 4, tr. 29-40.
17. Lương Anh Vũ và các cộng sự. (2020), "Thực trạng kiến thức về vệ sinh tay của sinh viên đang học lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2019-2020", *Tạp chí Y học thực hành* 3, tr. 39-50.

## Tiếng Anh

18. Alhraiwil, Najla J., et al. (2020), "Knowledge, Attitudes, and Practice of Hand Hygiene Guidelines among Health Care Providers: A National Perspective from Saudi Arabia: Practice of Hand Hygiene Guidelines among Health Care Providers", *Journal of Health Informatics in Developing Countries*. 14(1).
19. Amin, N., et al. (2014), "Microbiological evaluation of the efficacy of soapy water to clean hands: a randomized, non-inferiority field trial", *Am J Trop Med Hyg*. 91(2), pp. 415-23.
20. Goodarzi, Z., et al. (2020), "Investigating the Knowledge, Attitude and Perception of Hand Hygiene of Nursing Employees Working in Intensive Care Units of Iran University of Medical Sciences, 2018-2019", *Maedica (Bucur)*. 15(2), pp. 230-237.
21. Horng, L. M., et al. (2016), "Healthcare worker and family caregiver hand hygiene in Bangladeshi healthcare facilities: results from the Bangladesh National Hygiene Baseline Survey", *J Hosp Infect*. 94(3), pp. 286-294.
22. Knighton, S. C., et al. (2020), "Patients' capability, opportunity, motivation, and perception of inpatient hand hygiene", *Am J Infect Control*. 48(2), pp. 157-161.
23. Kumar, A., et al. (2021), "Assessment of healthcare worker's hand hygiene and infection prevention practices of their personal belongings in a healthcare setting: a survey in pre COVID-19 era and literature review on standard disinfection practices", *J Prev Med Hyg*. 62(1), pp. E104-e109.
24. Loveday, H. P., Tingle, A., and Wilson, J. A. (2021), "Using a multimodal strategy to improve patient hand hygiene", *Am J Infect Control*. 49(6), pp. 740-745.

25. Musu, M., et al. (2017), "Assessing hand hygiene compliance among healthcare workers in six Intensive Care Units", *J Prev Med Hyg.* 58(3), pp. E231-e237.
26. Oh, H. S. (2018), "Knowledge, Perceptions, and Self-reported Performance of Hand Hygiene Among Registered Nurses at Community-based Hospitals in the Republic of Korea: A Cross-sectional Multi-center Study", *J Prev Med Public Health.* 51(3), pp. 121-129.
27. Patarakul, K., et al. (2005), "Cross-sectional survey of hand-hygiene compliance and attitudes of health care workers and visitors in the intensive care units at King Chulalongkorn Memorial Hospital", *J Med Assoc Thai.* 88 Suppl 4, pp. S287-93.
28. Sunkwa-Mills, G., et al. (2020), "Perspectives and practices of healthcare providers and caregivers on healthcare-associated infections in the neonatal intensive care units of two hospitals in Ghana", *Health Policy Plan.* 35(Supplement\_1), pp. i38-i50.
29. Wang, X., et al. (2023), "Do Knowledge, Attitudes, and Barrier Perception Affect the Prevention and Control of Healthcare-Associated Infections? A Structural Equation Modelling Approach", *Infect Drug Resist.* 16, pp. 3051-3063.