

giảm chú ý, táo bón chức năng. Các thói quen trước khi đi ngủ như uống sữa, đặc biệt là uống lượng sữa > 150ml, thời gian đi ngủ sau 21 giờ, bật đèn sáng khi đi ngủ, xem điện thoại/ipad/tivi ở nhóm có RLGN cao hơn nhóm không có rối loạn này. Điều này gợi ý rằng việc đánh giá các vấn đề về giấc ngủ và các yếu tố liên quan của rối loạn giấc ngủ nên là một phần trong chăm sóc toàn diện cho trẻ tự kỷ. Vệ sinh giấc ngủ, điều trị các rối loạn đồng mắc, điều chỉnh các thói quen trước khi ngủ là những giải pháp được đề xuất cho vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), 1994. **58-63**:p.276-279.
2. **Dimitrios ID, Ververi A, Euthymia V.** Childhood autism and associated comorbidities. *Brain and Development*, 2007. **29(5)**:257-272.
3. **Schreck KA, Mulick JA.** Parental report of sleep problems in children with autism. *J Autism Dev Disord*, 2000. **30(2)**: p.127-135.
4. **Liu X, Julie AH, Ricard AF, et al.** Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2006. **37(2)**: p. 179-191.
5. **Owens JA, Spirito A, Guinn MM.** The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Journal of Sleep Research*, 2000. **23(8)**:p.1043-1052.
6. **Irwanto, Nancy MR, Hartini S, et al.** Sleep problem of children with autistic spectrum disorder assessed by Children Sleep Habits Questionnaire-Abbreviated in Indonesia and Japan. *Kobe J Med Sci*, 2016. **62(2)**: p. E22-6.
7. **Kimberly AS, James AM, Angela FS.** Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Res Dev Disabil*, 2004. **25(1)**: p. 57-66.
8. **Katharine CR, Michelle P, Candice AA, et al.** Parent-reported problematic sleep behaviors in children with comorbid autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Res Autism Spectr Disord*, 2017. **39**: p. 20-32.
9. **Kodak T, Cathleen P.** Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2008. **17(4)**: p. 887-905.
10. **Richdale A.** Sleep in children with autism and Aspergers syndrome. *APA PsycInfo*, 2001:p.181-191

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ TỶ LỆ TUÂN THỦ VỆ SINH TAY TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Phùng Thị Phương*, Kim Bảo Giang*, Trần Thị Giáng Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước và sau can thiệp của nhân viên y tế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 200 nhân viên y tế trực tiếp khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh, với 2.048 cơ hội quan sát vệ sinh tay trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2016 đến tháng 11/2016. **Kết quả:** Kiến thức của nhân viên y tế sau can thiệp tốt hơn so với trước can thiệp, trong đó, kiến thức về "Tính chất và tình huống cần dùng loại dung dịch phù hợp", "Thời gian tối thiểu cần thiết mà rửa tay với dung dịch chứa cồn giết hết các mầm bệnh là 20 giây", "Phương pháp rửa tay phù hợp với từng tình huống" tăng lên rõ rệt. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước và sau can thiệp ở các khoa đều tăng (từ 76,9% tăng lên 96,5%); theo tình huống VST tăng (từ 76,9% tăng lên 94,0%).

Từ khóa: Kiến thức, tuân thủ vệ sinh tay, can thiệp.

SUMMARY

SURVEY ON KNOWLEDGE AND COMPLIANCE RATE OF HAND HYGIENE BEFORE AND AFTER INTERVENTION AT THE MILITARY HOSPITAL 354

Objective: Evaluate the knowledge and compliance rate of hand hygiene before and after the intervention of the health workers. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 200 health workers, who were directly providing medical examination, treatment, and patient care, with 2,048 opportunities to observe hand hygiene before and after the intervention at the Military Hospital 354, from September 2016 to November 2018. **Results:** The knowledge of the health workers after the intervention was better than before the intervention, in which the knowledge about "The properties and situations that need to use the suitable solution", "The minimum time required for washing hands with an alcohol-based standard solution kills all pathogens was 20 seconds", "Handwashing method was appropriate for each situation" increased significantly. The rate of hand hygiene compliance before and after the intervention at all departments increased (from 76.9% to 96.5%); according to the situation, hand hygiene increased (from 76.9% to 94.0%).

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Phương

Email: phungphuongcqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2022

Ngày phản biên khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 22.6.2022

Keywords: Knowledge, compliance with hand hygiene, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tại Việt Nam, tùy theo đặc điểm và quy mô bệnh viện, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung ở người bệnh (NB) khoảng 5-10%. Đây là một trong các nguyên nhân hàng đầu đe dọa sự an toàn của NB, tăng biến chứng, ngày điều trị, chi phí nằm viện và tỷ lệ tử vong. Những bệnh viện tiếp nhận càng nhiều NB nặng, thực hiện càng nhiều thủ thuật xâm lấn thì nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện càng cao, có thể lên tới 20-30% ở những khu vực có nguy cơ cao, như khu vực hồi sức tích cực, sơ sinh, ngoại khoa... Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện có thể là vi rút, nấm, kí sinh trùng, vi khuẩn... nhiễm khuẩn bệnh viện có thể xảy ra do các tác nhân nội sinh (do tác nhân trên da, niêm mạc NB) hoặc ngoại sinh (tác nhân lây truyền từ NB khác, nhân viên y tế (NVYT) hoặc môi trường xung quanh).

Các chuyên gia y tế khẳng định, bàn tay của NVYT thực hiện các kỹ thuật thăm khám, chăm sóc NB có thể chứa nhiều tác nhân gây bệnh, thậm chí nhiều mầm bệnh nguy hiểm đe dọa tính mạng. Vì vậy, vệ sinh tay (VST) là rất cần thiết nhằm kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Phổ vi khuẩn trên bàn tay gồm có vi khuẩn thường trú (không thể loại bỏ nhưng có thể làm giảm mức độ định cư bằng VST); vi khuẩn vắng lai (vi khuẩn gây bệnh - nguyên nhân chính gây nhiễm khuẩn bệnh viện) [7]. Nhận thức tầm quan trọng của công tác VST, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- Đánh giá kiến thức VST trước và sau can thiệp của NVYT tại Bệnh viện Quân y 354.
- Đánh giá Tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp của NVYT tại Bệnh viện Quân y 354.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 200 NVYT (trong đó có 51 bác sĩ, 149 điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh) trực tiếp khám chữa bệnh và chăm sóc NB, với 2048 cơ hội quan sát VST trước và sau can thiệp tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2016 đến tháng 11/2016.

Loại trừ NVYT không có mặt tại thời điểm nghiên cứu; NVYT không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá trước và sau can thiệp.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:**

+ Khảo sát kiến thức, thái độ về tuân thủ VST của NVYT: đầu ra của mục tiêu này là tỷ lệ số NVYT trả lời đúng các câu hỏi về thời điểm VST,

phương pháp VST. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{m^2}$$

Trong đó, Z = 1,96 tương ứng với độ tin cậy 95%. Chọn p = 0,5, chọn m = 0,05 (sai số không quá 5% so với tỷ lệ thật). Thay các chỉ số vào công thức, tính được n = 192 NVYT. Thực tế nghiên cứu khảo sát 200 NVYT.

+ **Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST:** áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ trong một nhóm đối tượng:

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{m^2}$$

Trong đó, Z = 1,96 tương ứng với độ tin cậy 95%. P = 0,5; m = 0,02 (sai số không qua 20% so với tỷ lệ thật). Thay các chỉ số vào công thức, tính được n = 2048. Thực tế cỡ mẫu quan sát là 2.048 cơ hội VST.

- **Phương pháp tiến hành nghiên cứu:** chia làm 3 giai đoạn:

+ **Giai đoạn 1 (đánh giá trước can thiệp trước can thiệp):** nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá kiến thức và thái độ tuân thủ VST của NVYT trước can thiệp.

+ **Giai đoạn 2 (giai đoạn can thiệp):** tập huấn cho NVYT, bổ sung phương tiện, poster và biển báo liên quan đến hoạt động VST, ban hành các quy định, quy trình về tuân thủ VST trong bệnh viện. Triển khai ngày hội VST và thực hiện giám sát định kỳ và ngẫu nhiên.

+ **Giai đoạn 3 (đánh giá sau can thiệp):** Sử dụng phương pháp định lượng để khảo sát kiến thức và tỷ lệ tuân thủ VST sau can thiệp.

- **Phương tiện tiến hành nghiên cứu:**

+ Bộ câu hỏi điều tra về kiến thức VST.

+ Phiếu quan sát thực hiện các cơ hội tuân thủ VST theo bộ công cụ giám sát VST của Tổ chức Y tế thế giới.

- **Các kỹ thuật xác định các chỉ số nghiên cứu:**

+ **Tình huống VST** là các tình huống NVYT cần phải VST theo quy định, gồm: Trước khi tiếp xúc với NB; Trước khi thực hiện các thao tác vô khuẩn; Sau khi tiếp xúc với dịch tiết của NB; Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh NB; Sau khi tiếp xúc với NB.

+ **Chỉ định VST:** lí do cho một hành động VST.

+ **Hành động VST:** Thao tác VST của NVYT theo yêu cầu và quy định 6 bước của BYT.

+ **Kiến thức về qui trình VST, nhiễm khuẩn bệnh viện.**

- **Phân tích số liệu:** nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kiến thức của NVYT trước và sau can thiệp:

Bảng 1. Đánh giá kiến thức VST NVYT trước và sau can thiệp.

TT	Nội dung câu hỏi	Trước can thiệp (n = 200)		Sau can thiệp (n = 200)	
		Đúng	Sai	Đúng	Sai
1	Đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh giữa NB với NB ở cơ sở y tế	186 (93,0%)	14 (7,0%)	200 (100%)	0
2	Nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất	156 (78,0%)	44 (22,0%)	171 (85,5%)	29 (14,5%)
3	Hành động rửa tay nào ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho NB				
a	Trước tiếp xúc NB	200 (100%)	0	200 (100%)	0
b	Ngay sau tiếp xúc dịch cơ thể NB	200 (100%)	0	200 (100%)	0
c	Sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB	191(95,5%)	9 (4,5%)	196 (98,0%)	4 (2,0%)
d	Ngay trước thủ thuật sạch vô khuẩn	200 (100%)	0	200 (100%)	0
4	Hành động rửa tay nào ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho nhân viên y tế				
a	Sau tiếp xúc NB	200 (100%)	0	200 (100%)	0
b	Ngay sau tiếp xúc dịch cơ thể NB	200 (100%)	0	200 (100%)	0
c	Ngay trước thủ thuật sạch vô khuẩn	200 (100%)	0	200 (100%)	0
d	Sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB	200 (100%)	0	200 (100%)	0
5	Câu nào dưới đây đúng với dung dịch rửa tay chuẩn chứa cồn và rửa tay thường				
a	Rửa tay nhanh hơn rửa tay thường quy	160 (80,0%)	40 (20,0%)	170 (85,0%)	30 (15,0%)
b	Rửa tay nhanh gây khô da hơn so với rửa tay thường quy	151 (75,5%)	49 (24,5%)	159 (79,5%)	41 (20,5%)
c	Rửa tay nhanh hiệu quả hơn trong việc ngăn ngừa mầm bệnh so với rửa tay thường quy	169 (84,5%)	31 (15,5%)	181 (90,5%)	19 (9,5%)
d	Rửa tay thường quy nên được thực hiện trước rửa tay nhanh	144 (72,0%)	56 (28,0%)	182 (91,0%)	18 (9,0%)
6	Thời gian tối thiểu cần thiết mà rửa tay với dung dịch chuẩn chứa cồn giết hết các mầm bệnh (20 giây)	139 (69,5%)	61 (30,5%)	164 (82,0%)	36 (18,0%)
7	Phương pháp rửa tay nào phù hợp nhất với những tình huống sau				
a	Trước khi khám bụng	135(67,5%)	65(32,5%)	177(88,5%)	23(11,5%)
b	Trước khi tiêm	144(72,0%)	56(28,0%)	175(87,5%)	25(12,50%)
c	Sau khi rửa bộ vệ sinh	183(91,5%)	17(8,50%)	195(97,5%)	5(2,50%)
d	Sau khi tháo bỏ găng tay	183(91,5%)	17(8,50%)	194(97,0%)	6(3,00%)
e	Sau khi trải đờ giường	188(94,0%)	12(6,0%)	192(96,0%)	8(4,0%)
f	Sau khi tiếp xúc với máu	200 (100%)	0	200 (100%)	0
8	Điều nào sau đây cần tránh vì nó làm tăng nguy cơ khu trú mầm bệnh				
a	Mang đồ trang sức	170(85,0%)	30(15,0%)	174(87,0%)	26(13,0%)
b	Bị tổn thương trên da	200(100%)	0	200(100%)	0
c	Sơn móng tay	144(72,0%)	56(28,0%)	169(84,5%)	31(15,5%)
d	Dùng kem dưỡng da tay thường xuyên	152(76,0%)	48(24,0%)	171(85,5%)	39(14,5%)

3.2 Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp:

Trước can thiệp, nghiên cứu quan sát được 889 cơ hội NVYT thực hành VST. Sau can thiệp, nghiên cứu quan sát 1.159 cơ hội NVYT thực hành VST.

Bảng 2. Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT trước và sau can thiệp.

Khoa quan sát	Tuân thủ VST đúng của NVYT		P
	Trước can thiệp (n = 889)	Sau can thiệp (n = 1.159)	
			< 0,05

Răng hàm mặt	117 (88,0%)	173 (94,5%)
Ngoại chung	122 (85,9%)	224 (100%)
Thận lọc máu	54 (72,0%)	102 (94,4%)
Y học cổ truyền	103 (64,8%)	177 (100%)
Xét nghiệm giải phẫu bệnh	82 (87,2%)	114 (95,0%)
Ngoại Chấn thương	69 (59,0%)	139 (95,8%)
Nội cán bộ	60 (69,8%)	118 (92,2%)
Sản phụ	77 (92,8%)	112 (96,6%)
Tổng	684 (76,9%)	1159 (96,5%)

Bảng 3. Đánh giá Tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống trước và sau can thiệp.

Tình huống VST	Tình huống tuân thủ VST đúng	
	Trước can thiệp (n = 889)	Sau can thiệp (n = 1.159)
Trước tiếp xúc NB	87 (9,6%)	220 (92,8%)
Trước thao tác vô khuẩn	66 (52,0%)	172 (93,0%)
Sau tiếp xúc dịch	348 (82,9%)	425 (95,7%)
Sau tiếp xúc NB	133 (66,2%)	205 (92,8%)
Sau tiếp xúc môi trường	50 (100%)	67 (93,1%)
Tổng	684 (76,9%)	1.089 (94,0%)

Bảng 4. Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống và thời gian làm việc trước và sau can thiệp.

Tình huống VST	Trước can thiệp (n = 889)		Sau can thiệp (n = 1.159)	
	Trong giờ Hành chính	Ngoài giờ hành chính	Trong giờ Hành chính	Ngoài giờ hành chính
Trước tiếp xúc NB	48 (52,7%)	43 (47,3%)	122 (51,5%)	115 (48,5%)
Trước thao tác vô khuẩn	65 (51,2%)	62 (48,8%)	87 (47,0%)	98 (53,0%)
Sau tiếp xúc dịch	213 (50,7%)	207 (49,3%)	217 (48,9%)	227 (51,1%)
Sau tiếp xúc NB	115 (57,2%)	86 (42,8%)	127 (57,5%)	94 (42,5%)
Sau tiếp xúc môi trường	23 (46,0%)	27 (54,0%)	23 (31,9%)	49 (68,1%)
Tổng	464 (52,2%)	425 (47,8%)	576 (49,7%)	583 (50,3%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kiến thức VST của NVYT trước và sau can thiệp :

- Trước can thiệp, 93,0% NVYT có kiến thức đúng về đường truyền chính của vi sinh vật gây bệnh giữa NB với NB ở cơ sở y tế và 78,0% NVYT có kiến thức đúng về nguồn gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuyên nhất. Sau can thiệp, tỷ lệ trên tăng lên lần lượt là 100% và 85,5%.

- Kiến thức về "Hành động rửa tay nào ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho NB" được khảo sát tại 4 thời điểm khác nhau (bảng 1) cho thấy, trước và sau can thiệp, 100% NVYT có kiến thức VST đúng trước và sau can thiệp với tình huống: trước tiếp xúc NB, ngay sau tiếp xúc dịch cơ thể NB và ngay trước thủ thuật sạch vô khuẩn. Riêng tình huống Sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB chỉ có 95,5% NVYT có kiến thức VST đúng trước can thiệp. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 100%.

- Kiến thức về "Hành động rửa tay nào ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho NVYT theo từng tình huống" cho thấy, 100% NVYT có kiến thức

VST đúng trước và sau can thiệp cả 4 tình huống (sau tiếp NB, sau tiếp xúc dịch cơ thể NB, sau tiếp xúc môi trường xung quanh NB, trước thủ thuật sạch vô khuẩn).

- Khảo sát về "Tính chất và tình huống cần dùng loại dung dịch phù hợp" thấy rằng, tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng VST sau can thiệp đều cao hơn so với trước can thiệp. Tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng VST trước can thiệp tăng lên sau can thiệp, cụ thể: Rửa tay nhanh nhanh hơn rửa tay thường quy tăng từ 80,0% lên 85,0%; rửa tay nhanh gây khô da hơn so với rửa tay thường quy tăng từ 75,5% lên 79,5%; rửa tay nhanh hiệu quả hơn trong việc ngăn ngừa mầm bệnh so với rửa tay thường quy tăng từ 84,5% lên 90,5%; rửa tay thường quy nên được thực hiện trước rửa tay nhanh tăng từ 72,0% lên 91,0%.

- Trước can thiệp, NVYT có kiến thức đúng về "Thời gian tối thiểu cần thiết mà rửa tay với dung dịch chuẩn chứa cồn giết hết các mầm bệnh là 20 giây" là 69,5%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 82,0%.

- Khảo sát về "Phương pháp rửa tay phù hợp với từng tình huống" cho thấy, tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng VST sau can thiệp đều cao hơn so với trước can thiệp, cụ thể: trước khi khám bụng tăng từ 67,5% lên 88,5%; trước khi tiêm cần thực hiện rửa tay nhanh tăng từ 72,0% lên 87,5%; sau khi rửa bộ vệ sinh tăng từ 91,5% lên 97,5%; sau khi tháo bỏ găng tay tăng từ 91,5% lên 97,5%; sau khi trải giường tăng từ 94,0% lên 96,0%. Riêng tình huống sau khi tiếp xúc với máu thì 100% NVYT có kiến thức đúng VST cả trước và sau can thiệp.

- Khảo sát về "Những điều cần tránh khi điều trị trực tiếp NB" thấy NVYT có kiến thức đúng về những điều cần tránh khi chăm sóc NB hay thực hiện thủ thuật can thiệp trên NB gồm mang đồ trang sức, bị tổn thương trên da, sơn móng tay, dùng kem dưỡng da tay. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NVYT có kiến thức đúng về những điều cần tránh sau can thiệp đều cao hơn so với trước can thiệp, cụ thể: mang đồ trang sức tăng từ 85,0% lên 87,0%; sơn móng tay tăng từ 72,0% lên 84,5%; dùng kem dưỡng da tay tăng từ 76,0% lên 85,5%; riêng nội dung tránh tổn thương trên da (vì nó làm tăng nguy cơ khu trú mầm bệnh) 100% NVYT trả lời đúng trước và sau can thiệp.

Nghiên cứu của Mukesh Shukla và cộng sự trên 89 NVYT cho thấy, 100% NVYT trả lời chính xác bàn tay không sạch sẽ là nguyên nhân chính lây truyền vi khuẩn có hại giữa NB và NVYT. Trong số 04 câu hỏi liên quan đến các Hành động VST để ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho NB thấy nhận thức tình huống thực hành VST ngay sau khi có nguy cơ tiếp xúc với dịch cơ thể (71,8%) và sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh NB (75,0%) còn tương đối thấp [8]. Trong số 05 câu hỏi liên quan đến hành động VST ngăn ngừa lây truyền mầm bệnh cho NVYT thấy trên 90% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng cả 4 tình huống [8]. Hoàng Thăng Tùng thực hiện nghiên cứu đánh giá thực trạng tuân thủ VST tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2016 cho thấy, 80,8% NVYT có kiến thức VST đạt khá, giỏi; 19,2% NVYT có kiến thức VST đạt trung bình [3].

Nghiên cứu của Mahmoud Nabavi và cộng sự (2015) đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành VST của NVYT tại Bệnh viện Imam Hossein năm 2013 thấy 49% NVYT trả lời câu hỏi khảo sát về thái độ VST, trong đó, chỉ có 20,16% NVYT trả lời đúng. Ngoài ra, nghiên cứu đánh giá tuân thủ VST 8 bước thấy 3,1% NVYT tuân thủ VST, 12,1% NVYT rửa tay trong 20-30 giây. Đặc biệt,

không có bất kỳ NVYT nào thực hiện VST bằng các phương tiện sẵn có vào giờ thăm bệnh buổi sáng. Nghiên cứu này chỉ ra, NVYT có kiến thức về VST, nhưng thái độ và tuân thủ thực hành còn kém. Vì vậy, cần phải cải tiến hơn nữa các chương trình đào tạo hiện có để giải quyết các lỗ hổng liên quan đến VST [1].

4.2. Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST trước và sau can thiệp:

- Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT trước và sau can thiệp (bảng 1): kết quả nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp, 76,9% NVYT tuân thủ VST đúng; sau can thiệp, tỷ lệ này đạt 96,5%, khác biệt với $p < 0,05$. Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ VST tại các khoa đều tăng. Trong đó, Khoa Ngoại chung và Khoa Y học cổ truyền có tỷ lệ tuân thủ VST đúng sau can thiệp cao nhất (100%); Khoa Nội Cán bộ có tỷ lệ tuân thủ VST đúng sau can thiệp thấp nhất (92,2%). Kết quả nghiên cứu này tương đương kết quả nghiên cứu của Đỗ Trần Hoàn (tỷ lệ tuân thủ VST đúng trước can thiệp là 64,8%, sau can thiệp tăng lên 94,0% [4]); nhưng cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Xuân Hương (tỷ lệ tuân thủ VST đúng trước can thiệp là 37,2%, sau can thiệp là 40,1% [5]).

- Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống trước và sau can thiệp (bảng 3): kết quả nghiên cứu chỉ ra, trước can thiệp, 76,9% NVYT tuân thủ VST đúng. Sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 94,0%. Trong đó, một số thời điểm tỷ lệ NVYT tuân thủ VST đúng cao hơn so với trước can thiệp, như trước thao tác vô khuẩn (tăng từ 52% lên 93%), sau tiếp xúc dịch (tăng từ 82,9% lên 95,7%), trước thao tác vô khuẩn (tăng từ 52,0% lên 93,0%) và sau tiếp xúc người bệnh (tăng từ 66,2% lên 92,8%). Riêng tình huống trước tiếp xúc NB thì tỷ lệ tuân thủ VST đúng sau can thiệp lại giảm so với trước can thiệp (từ 95,6% xuống còn 92,8%); khác với kết quả nghiên cứu của Đỗ Trần Hoàn (tỷ lệ tuân thủ VST đúng sau can thiệp tăng so với trước can thiệp [4]).

- Đánh giá tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống và thời gian làm việc trước và sau can thiệp (bảng 4): kết quả nghiên cứu chỉ ra, trước can thiệp, tỷ lệ NVYT tuân thủ VST đúng trong giờ hành chính (52,2%) theo tình huống cao hơn so với NVYT tuân thủ VST đúng ngoài giờ hành chính (47,8%). Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT tuân thủ VST đúng trong và ngoài giờ hành chính tương đương nhau (49,7% so với 50,3%).

Nghiên cứu của Trần Thu Trang thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh

đánh giá mức độ tuân thủ VST theo 2 mốc thời gian (ca sáng và ca chiều), kết quả tuân thủ VST của NVYT sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp ở ca sáng từ 27,6% tăng lên 58,8%; ca chiều từ 5,9% tăng lên 48,2% ($p < 0,001$) [6]. Theo nghiên cứu của Đỗ Trần Hoàn, kết quả tuân thủ VST đúng của NVYT sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp trong giờ hành chính từ 67,6% tăng lên 92,7%. Tuân thủ quy trình vệ sinh tay ngoài giờ hành chính cũng có sự cải thiện đáng kể sau can thiệp (tăng từ 62,0% lên 95,3%) [4].

Dựa trên kết quả nghiên cứu này cùng với việc đánh giá kiến thức, tỷ lệ tuân thủ VST, chúng tôi đã thiết lập chương trình can thiệp nhằm nâng cao việc tuân thủ VST của nhân viên y tế. Kết quả: sau chương trình can thiệp, tỷ lệ tuân thủ VST đúng là 94%. Điều này chứng tỏ, các biện pháp can thiệp là một phần bằng chứng về hiệu quả của dự án.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, kiến thức và tỉ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT tăng lên rõ rệt sau can thiệp. Kiến thức của NVYT được cập nhật và cải thiện dần theo thời gian chương trình can thiệp. Đồng thời, tỷ lệ tuân thủ VST đúng của NVYT cũng tăng lên tại các khoa nghiên cứu. Đặc biệt, tỷ lệ tuân thủ VST đúng theo tình huống trước và sau can thiệp (tức 76,9% tăng lên 94,0%).

Qua nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị:

- Thường xuyên duy trì và thực hiện các biện pháp can thiệp, kiểm tra giám sát và báo cáo kịp thời kết quả hằng tháng để bệnh viện có hướng xử lý phù hợp.

- Tăng cường truyền thông về vai trò và tầm quan trọng của VST.

- Bổ sung phương tiện VST theo định kỳ và đột xuất khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahmoud Nabavi et al (2013)**, Knowledge, Attitudes, and Practices Study on Hand Hygiene Among Imam Hossein Hospital's Residents in 2013.
2. **Zahra Goodarzi 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", A Journal of Clinical Medicine. 15 (2), pp. 230-237.
3. **Hoàng Thăng Tung và cs (2021)**, "Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2016", Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (1), tr. 95-98.
4. **Đỗ Trần Hoàn (2017)**, Đánh giá kết quả can thiệp rửa tay thường quy tại khu vực dịch vụ chất lượng cao, Bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2017, Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng.
5. **Hoàng Thị Xuân Hương (2010)**, Đánh giá kiến thức, thái độ và tỉ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Đống Đa – Hà Nội trước và sau khi triển khai dự án "Tăng cường vệ sinh bệnh viện năm 2010 - 2011, Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. **Trần Thị Thu Trang và cộng sự (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", Tạp chí Thời sự Y học.
7. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Quyết định số 3916/QĐ-BYT..
8. **Mukesh Shukla, Shantanu Tyagi, Neeraj Kumar Gupta (2016)**, "A study on knowledge of Hand hygiene among Health care personnel in selected primary health care centres in Lucknow", International Journal of Health Sciences and Research.

LAO MÀNG NÃO MỀM - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Lao hệ thần kinh trung ương được chia thành 3 thể: Lao màng não, lao não và lao màng nhện tủy sống. Về mặt giải phẫu màng não bao gồm (tính từ ngoài vào trong): Màng cứng (lót mặt trong xương sọ); màng nhện; màng mềm (bao bọc toàn bộ nhu mô não, kể cả các rãnh cuộn não). Dịch não tủy lưu thông

trong khoang giữa màng nhện và màng mềm. Trong các trường hợp lao màng não, quan sát trên cộng hưởng từ CHT) tổn thương thường có ưu thế màng nhện; khi có tổn thương màng mềm, nhu mô não liền kề thường bị ảnh hưởng dẫn đến bệnh nhân (BN) sẽ xuất hiện các dấu hiệu bất thường của thần kinh trung ương liên quan chất xám vỏ não. Chúng tôi báo cáo các ca bệnh nhi, 4 tuổi, được chẩn đoán xác định và điều trị lao màng não tại bệnh viện Phổi trung ương với hình ảnh CHT khá điển hình và cũng khá đặc biệt của tổn thương màng não mềm, với mong muốn cung cấp góc nhìn toàn diện hơn cho các đồng nghiệp về căn bệnh này.

Từ khoá: Lao màng não, lao màng nhện, lao màng mềm.

*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022