

# **ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ XÁC ĐỊNH MỐI LIÊN QUAN VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA CHUẨN VÀ PHÒNG NGỪA CÁCH LY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ MỘT SỐ BỆNH VIỆN MIỀN BẮC**

NGUYỄN VIỆT HÙNG - *Bệnh viện Bạch Mai*  
LÊ BÁ NGUYỄN - *Phòng khám đa khoa Việt Hàn*

## **TÓM TẮT**

Nghiên cứu kiến thức (KT), thái độ (TĐ) và thực hành (TH) Phòng ngừa chuẩn (PNC) và Phòng ngừa cách ly (PNCL) qua phỏng vấn (PV) 629 nhân viên y tế (NVYT) thuộc 62 bệnh viện (BV) khu vực phía Bắc cho thấy tỷ lệ % điểm đạt trung bình (TB) KT và TĐ PNC và PNCL: 79,1 + 9,5 và 70,0 + 11,5, không khác biệt giữa các tuyến ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ % điểm đạt TB TH PNC và PNCL: 46,1 + 11,5, cao nhất tại tuyến trung ương (TU): 69,6 ± 12,8, tiếp theo tuyến Tỉnh/thành phố (TP): 41,9 ± 11,2, thấp nhất tại tuyến Quận/Huyện: 39,8 ± 9,2 ( $p < 0,05$ ). Kết quả thu được qua phân tích hồi quy đa biến cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa KT và TĐ PNC và PNCL ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,001$ ). NVYT có KT và TĐ tốt cũng có TH tốt về PNC và PNCL ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ). Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường các biện pháp nhằm thay đổi TH của NVYT về PNC và PNCL như giáo dục, giám sát và kiểm tra TH PNC và PNCL cũng như cải thiện cơ sở hạ tầng và phương tiện thiết yếu cho KSNK.

**Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, thực hành, Phòng ngừa chuẩn, Phòng ngừa cách ly.

## **SUMMARY**

Study on knowledge, attitude and self-reported practices involving standard and isolation precautions conducted at 62 northern hospitals in Vietnam. 629 HCWs from different clinical departments of participating hospitals were deeply interviewed. Our results showed that the mean score percentages of knowledge and attitude regarding standard and isolation precautions were 79.1 + 9.5 and 70.0 + 11.5. There was no difference in these rates regarding the hospital levels ( $p > 0.05$ ). The mean score percentages of practices were 46.1 ± 11.5. The highest rate was found in national level: 49.6 ± 12.8, followed by provincial/municipal level: 46.9 ± 11.2, and the lowest one found in district level: 39.8 ± 9.2 ( $p < 0.05$ ). The results on multivariable regression show that there was a strong association between knowledge and attitude regarding standard and isolation precautions ( $r = 0.76$ ,  $p < 0.001$ ). HCWs with good knowledge and attitude regarding standard and isolation precautions were more likely to have a good practice ( $r = 0.56$ ,  $p < 0.001$ ). Our study emphasizes the need for changing the standard and isolation precaution practices of HCWs such as education, surveillance, and audit of compliance with standard and isolation precaution practices as well as

improvement of infrastructure and facilities for infection control.

**Key words:** Knowledge, attitude, practices, Standard precaution, Isolation precaution.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là vấn đề y tế toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tại bất kỳ thời điểm nào cũng có khoảng 1,4 triệu người trên thế giới mắc NKBV. Tại Hoa Kỳ, NKBV chiếm khoảng 5% trong số 35 triệu bệnh nhân (BN) nhập viện hàng năm. Có khoảng 90.000 BN tử vong do NKBV, chi phí cho chăm sóc tăng 4,5 tỷ USD [5]. Tại các nước đang phát triển, NKBV chiếm tỷ lệ cao do hệ thống tổ chức KSNK của BV cũng như kiến thức (KT), thái độ (TĐ), kỹ năng thực hành (TH) KSNK của nhân viên y tế (NVYT) chưa tốt. Tỷ lệ NKBV qua các điều tra cắt ngang của Bộ y tế từ 5,7% tới 11,0% [1].

Tỷ lệ NKBV là một trong những chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng chuyên môn của bệnh viện (BV), mức độ an toàn của người bệnh và NVYT. Dự án SENIC cho thấy khoảng 30% các NKBV có thể phòng ngừa được nếu thực hiện tốt công tác KSNK. Tuy nhiên, NKBV vẫn đang là thách thức lớn với ngành y tế ở mọi Quốc gia trên thế giới [5].

Tại Việt Nam, công tác KSNK luôn phải đối mặt với nhiều trở ngại như ngân sách đầu tư hạn chế, tình trạng quá tải, cơ sở vật chất thiếu thốn, phần lớn NVYT và các nhà quản lý chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng của công tác này. Nguyên nhân gây NKBV có nhiều, tuy nhiên một trong những nguyên nhân quan trọng là KT, TĐ của NVYT về kiểm soát NKBV chưa tốt dẫn đến việc chấp hành các quy định/quy trình KSNK gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là các quy trình về phòng ngừa chuẩn (PNC) và phòng ngừa cách ly (PNCL) [2].

Ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào được tiến hành có hệ thống về KT, TĐ và TH KSNK của NVYT tại các tuyến BV. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mô tả thực trạng và phân tích các yếu tố liên quan tới KT, TĐ, TH về PNC và PNCL của NVYT tại một số BV các tỉnh phía Bắc.

## **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

NVYT các khoa lâm sàng gồm BS, ĐD (ĐD), hộ lý (HL) thuộc 62 BV đại diện các tuyến khu vực phía Bắc, gồm 11 BV tuyến TƯ, 34 BV tuyến tỉnh/TP và 17 BV tuyến Quận/Huyện từ tháng 1/07 tới tháng 12/08.

## 2. Thiết kế nghiên cứu.

Phương pháp DTH mô tả, cắt ngang có phân tích lượng giá.

## 3. Phương pháp nghiên cứu.

- Thực hiện bằng phương pháp PV trực tiếp 03 NVYT bất kỳ (01 BS, 01 HL, 01 ĐD) tại mỗi khoa LS về KT, TĐ, TH liên quan tới những nội dung: vệ sinh tay (VST), khử khuẩn/tiệt khuẩn (KK/TK), quản lý đồ vải, vệ sinh môi trường (VSMT), quản lý chất thải y tế (CTYT), sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (PT PHCN), quản lý PNNN và Dự phòng cách ly.

- Điều tra viên là các BS, ĐD khoa CNK, BVBM đã được tập huấn về nội dung, phương pháp PV. KT, TĐ, TH của NVYT được xác định dựa vào bộ phiếu đã được lập sẵn.

- Về KT của NVYT: Đánh giá theo thang điểm 1: Hiểu đúng và hiểu sai tương ứng với điểm 1 và điểm 0. NVYT được đánh giá có KT đúng khi đồng ý với câu hỏi thuận hoặc không đồng ý với câu hỏi nghịch.

- Về TĐ của NVYT: Đánh giá theo thang điểm 4: Rất QT (4 điểm), QT (3 điểm), Tương đối QT (2 điểm), ít QT (1 điểm) hoặc Không QT (0 điểm). NVYT được đánh giá có TĐ đúng khi cho rằng các nội dung đưa ra là Rất QT hoặc QT.

- Về TH của NVYT: Đánh giá theo thang điểm 4: Luôn luôn (4 điểm), Thường xuyên (3 điểm), Đôi khi (2 điểm), Hiếm khi (1 điểm) hoặc Không thực hiện (0 điểm). NVYT được đánh giá TH đúng khi thực hiện các nội dung được hỏi ở mức Luôn luôn hoặc Thường xuyên.

- NVYT có KT, TĐ và TH tốt khi tỷ lệ % điểm đạt TB về KT và TĐ  $\geq 80\%$ , về TH  $\geq 50\%$ .

## 4. Xử lý dữ liệu.

Dữ liệu được quản lý, phân tích bằng phần mềm vi tính EPI Data 2000, SPSS 12.0 tại khoa CNK, BVBM. Sử dụng test kiểm định  $\chi^2$  và tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95% để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Các yếu tố liên quan tới KT, TĐ, TH KSNK của NVYT được xác định bằng phân tích đa biến. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

## KẾT QUẢ

Bảng 1: Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức, thái độ đúng về phòng ngừa chuẩn

Nội dung	KT đúng (n = 629)		TĐ đúng (n = 629)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
VST sau khi động chạm vào mỗi BN	595	94,6	455	72,3
VST sau khi tháo găng	576	91,6	449	71,4
VST trước khi động chạm vào mỗi BN	571	90,8	404	64,2
VST sau tiếp xúc với bề mặt môi trường	558	88,7	345	54,8
VST trước khi mang găng	528	83,9	343	54,5
Mang găng tay khi tiếp xúc với màng niêm mạc hoặc vùng da tổn thương	624	99,2	613	97,5

Sử dụng tấm che mặt hoặc kính bảo hộ khi có nguy cơ văng bắn máu/dịch cơ thể	596	94,8	480	76,3
Không sử dụng một đôi găng để khám, chăm sóc cho nhiều BN	560	89,0	370	58,8
Mang khẩu trang ngoại khoa khi thực hiện có nguy cơ văng bắn máu/dịch cơ thể	549	87,3	514	81,7

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ NVYT trả lời đúng câu hỏi VST (5 nội dung) và sử dụng phương tiện PHCN (4 nội dung) đạt từ 83,9% đến 94,6%; 87,3% đến 99,2%. Tỷ lệ NVYT có TĐ đúng về VST như trước khi động chạm vào mỗi BN, trước khi mang găng, sau khi tiếp xúc với bề mặt môi trường theo trình tự: 64,2%, 54,8% và 54,2%. 58,8% NVYT cho rằng không sử dụng một đôi găng thăm khám cho nhiều BN là biện pháp quan trọng trong phòng ngừa NKBV.

Bảng 2: Tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức, thái độ đúng về phòng ngừa cách ly

Nội dung	KT đúng (n = 629)		TĐ đúng (n = 629)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Mang găng tay khi vào buồng cách ly	572	90,9	47	7,5
Bố trí BN lây truyền theo đường tiếp xúc vào buồng bệnh riêng	538	85,5	113	18,0
Mang khẩu trang N95 khi chăm sóc BN lây truyền qua đường không khí	112	17,8	113	18,0
Giữ khoảng cách > 1,5m khi tiếp xúc với BN lây truyền qua các giọt bắn	68	10,8	481	76,5
Thu gom vào thùng/túi màu vàng mọi chất thải phát sinh từ buồng BN SARS/cúm gia cầm H5N1	360	57,2	153	24,3
Mang khẩu trang ngoại khoa khi chăm sóc và điều trị BN nghi hoặc mắc cúm gia cầm H5N1	151	24,0	586	93,2
Cách ly ngay tại nơi phát hiện BN nghi ngờ hoặc mắc SARS/cúm gia cầm H5N1	57	9,1	504	80,1

Bảng 2 cho thấy 17,8% NVYT trả lời đúng chỉ định sử dụng khẩu trang N95, 10,8% trả lời đúng khoảng cách an toàn khi tiếp xúc BN mắc bệnh lây truyền qua giọt < 5 micromet và 9,1% trả lời đúng nguyên tắc cách ly BN SARS/cúm gia cầm. Dưới 25% NVYT có TĐ đúng về phân loại, thu gom chất thải tại buồng cách ly, chỉ định sử dụng khẩu trang N95 và cách ly BN mắc các bệnh lây truyền theo đường tiếp xúc.

**Bảng 3: Tỷ lệ NVYT thực hành đúng phòng ngừa chuẩn**

Nội dung	TH đúng	Tỷ lệ (%)
VST trước khi động chạm vào mỗi BN (n=629)	183	29,1
VST sau khi động chạm vào mỗi BN (n=629)	386	61,4
VST trước khi mang găng (n = 629)	91	14,5
VST sau khi tháo găng (n = 629)	116	18,4
VST sau khi tiếp xúc các đồ dùng, vật dụng trong bề mặt môi trường buồng bệnh (n=629)	90	14,3
Mang găng tay khi thực hiện thao tác có khả năng tiếp xúc với máu/dịch cơ thể (n=626)	324	51,8
Không sử dụng một đôi găng để thăm khám, chăm sóc nhiều BN (n = 615)	216	35,1
Mang khẩu trang giấy ngoại khoa khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng bắn máu/dịch cơ thể (n = 510)	92	18,0
Sử dụng tấm che mặt/ kính bảo hộ khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng bắn máu/dịch cơ thể (n = 501)	36	7,2

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ NVYT tuân thủ đúng TH PNC chỉ đạt < 20% với một số nội dung như VST trước khi mang găng, VST sau khi tháo găng, VST sau tiếp xúc bề mặt ô nhiễm; mang khẩu trang giấy hoặc tấm che mặt khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ văng bắn máu/ dịch cơ thể.

**Bảng 4: Tỷ lệ NVYT thực hành đúng phòng ngừa cách ly**

Nội dung	TH đúng	Tỷ lệ (%)
Thu gom vào thùng/túi màu vàng mọi chất thải phát sinh từ buồng BN SARS/cúm gia cầm H5N1 (n = 85)	34	40,0
Bố trí BN mắc các bệnh lây truyền theo đường tiếp xúc cần được bố trí vào BB riêng (n = 528)	54	10,2
NVYT cần yêu cầu mọi người giữ khoảng cách tối thiểu > 1,5 m khi tiếp xúc với BN mắc bệnh lây truyền qua các giọt bắn có kích thước > 5 micromet (n = 621)	15	2,4
Mang găng tay khi vào buồng cách ly (n = 623)	12	1,9
Mang khẩu trang N95 khi chăm sóc BN mắc bệnh lây truyền qua các hạt không khí có đường kính < 5 micromet (n = 618)	9	1,5

Bảng 4 cho thấy < 10,2% NVYT TH đúng PNCL, đặc biệt chỉ có 1,5% NVYT TH đúng về mang khẩu trang N95. Có 40,0% NVYT TH đúng khi thu gom vào thùng/túi màu vàng mọi chất thải phát sinh từ buồng BN SARS/cúm gia cầm H5N1.

**Bảng 5: Tỷ lệ điểm đạt trung bình kiến thức, thái độ, thực hành phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly theo tuyến bệnh viện**

Tuyến BV	Tỷ lệ % điểm đạt TB					
	KT	p	TĐ	p	TH	p
TU (n = 84)	77,4 ± 9,1	-	68,0 ± 12,4	-	49,6 ± 12,8	-
Tỉnh/TP (n = 438)	79,8 ± 9,8	> 0,05	70,6 ± 11,4	> 0,05	46,9 ± 11,2	<0,05
Quận/Huyện (n = 107)	77,7 ± 8,6	> 0,05	68,7 ± 10,6	> 0,05	39,8 ± 9,2	<0,05
3 tuyến (n = 629)	79,1 ± 9,5		70,0 ± 11,5		46,1 ± 11,5	

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ % điểm đạt TB về KT và TĐ PNC và cách ly theo trình tự: 79,1 ± 9,5 và 70,0 ± 11,5. Không có sự khác biệt khi so sánh điểm đạt KT và TĐ theo tuyến BV (p > 0,05). Tỷ lệ % điểm đạt TB về TH: 46,1 ± 11,5, cao nhất tại tuyến TU: 49,6 ± 12,8, tiếp theo là tuyến tỉnh/TP: 46,9 ± 11,2 (p < 0,05) và thấp nhất tại tuyến Quận/Huyện: 39,8 ± 9,2 (p < 0,05).

**Bảng 6: Yếu tố liên quan tới kiến thức qua phân tích đa biến**

Yếu tố liên quan	α	β	r <sup>2</sup>	r	p
Tuyến BV	0,011	77,7	0,08	0,28	>0,05
Khối công tác	0,028				>0,05
Thâm niên công tác	0,038				>0,05
Nghề nghiệp	0,148				<0,01
Chức vụ	0,002				>0,05
Tham gia hội đồng/m. lưới KSNK	0,095				<0,05
Tham gia tập huấn KSNK	0,201				<0,001

Bảng 6 cho thấy có mối liên quan ít chặt chẽ giữa KT với các yếu tố: Nghề nghiệp, tham gia HĐ/ML KSNK hoặc tham gia tập huấn KSNK (r = 0,28); p < 0,05).

**Bảng 7: Yếu tố liên quan tới thái độ qua phân tích đa biến**

Yếu tố liên quan	α	β	r <sup>2</sup>	r	p
Tuyến BV	0,023	0,9	0,585	0,77	>0,05
Khối công tác	0,009				>0,05
Thâm niên công tác	0,056				>0,05
Nghề nghiệp	0,091				<0,01
Chức vụ	0,062				>0,05
Tham gia hội đồng/ mạng lưới KSNK	0,057				>0,05
Tham gia tập huấn KSNK	0,034				>0,05
KT KSNK	0,738	<0,001			

Bảng 7 cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa TĐ với yếu tố nghề nghiệp và KT PNC và PNCL (r = 0,77, p < 0,01).

**Bảng 8: Yếu tố liên quan tới thực hành qua phân tích đa biến**

Yếu tố liên quan	α	β	r <sup>2</sup>	r	p
Tuyến BV	0,184	13,0	0,312	0,56	< 0,001
Khối công tác	0,063				> 0,05
Thâm niên công tác	0,087				< 0,05
Nghề nghiệp	0,037				> 0,05
Chức vụ	0,047				> 0,05
Tham gia hội đồng/ mạng lưới KSNK	0,078				< 0,05
Tham gia tập huấn KSNK	0,228				< 0,001
KT KSNK	0,104				< 0,05
TĐ KSNK	0,425	< 0,001			

Bảng 8 cho thấy có mối liên quan tương đối chặt chẽ (r = 0,56) giữa TH PNC và PNCL với các yếu tố: tuyến BV (p < 0,001), thâm niên công tác (p < 0,05), tham gia HĐ/ML KSNK (p < 0,05), đã tập huấn KSNK (p < 0,001), KT KSNK (p < 0,05), TĐ KSNK (p < 0,001).

Bảng 9: Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của NVYT

Yếu tố liên quan	$\alpha$	$\beta$	$r^2$	r	p
TĐ					
KT	0,76	1,84	0,57	0,76	< 0,001
TH					
KT	0,13	1,25	0,32	0,56	< 0,005
TĐ	0,45				< 0,001

Bảng 9 cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa KT và TĐ PNC và PNCL ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,001$ ). Có mối liên quan tương đối chặt chẽ giữa TH với KT, TĐ và PNCL ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ).

## BÀN LUẬN

### 1. Thực trạng kiến thức phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của nhân viên y tế.

NKBV xuất hiện với mật độ cao tại những cơ sở khám chữa bệnh không tuân thủ nghiêm ngặt TH vô khuẩn trong chăm sóc, điều trị người bệnh và thiếu nguồn lực dành cho đào tạo KSNK. PNC và PNCL là nội dung quan trọng của chương trình KSNK. Tuy nhiên tại nhiều quốc gia, KT PNC và PNCL của NVYT còn nhiều hạn chế [8]. Chỉ có 35% trong số 115 sinh viên đại học Y năm thứ 4 và thứ 5 của Venezuela nhận thức đúng nguy cơ phơi nhiễm máu/dịch cơ thể ở NVYT [7]. Tại Trung Quốc, do thiếu kiến thức cơ bản về PNC, 90% trong số 149 NVYT được PV bày tỏ lo ngại khi phải chăm sóc BN HIV/AIDS [6]. Theo một điều tra mới đây ở 271 NVYT của BV Ibadan, Nigeria, chỉ có 24% người được hỏi trả lời đúng các câu hỏi về PNC [8].

Một số nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam cũng cho thấy KT KSNK cơ bản còn thấp [7]. Trong 100 NVYT được PV ở 10 BV đại diện khu vực phía Bắc, không có NVYT nào hiểu đầy đủ PNC [4]. Theo nghiên cứu đánh giá KT của NVYT về VST thường quy tại một số BV khu vực phía Bắc năm 2005, tỷ lệ NVYT trả lời đúng tất cả câu hỏi về VST chỉ đạt 43,5%, không có sự khác biệt KT VST khi tính theo tuổi, giới, trình độ chuyên môn và khu vực điều trị [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với những nghiên cứu trên. Điểm đạt TB về KT KSNK:  $79,1 \pm 9,5$  (bảng 5). Không có sự khác biệt khi so sánh điểm đạt KT theo tuyến BV ( $p > 0,05$ ). Chỉ có 17,8% NVYT trả lời đúng chỉ định sử dụng khẩu trang N95, 9,1% trả lời đúng nguyên tắc cách ly BN SARS và cúm gia cầm. Kết quả phân tích đa biến và phân tích hồi quy logistic cho thấy BS, ĐD, NVYT đã được tập huấn KSNK và tham gia hội đồng/mạng lưới KSNK là đối tượng có điểm đạt KT cao (bảng 6). Sự khác biệt về KT theo nghề nghiệp, theo đối tượng đã tập huấn KSNK có thể lý giải do hầu hết NVYT thường chỉ được đào tạo theo nội dung chuyên khoa, chưa được đào tạo phổ cập về KSNK. Do đó cần thiết phải đưa công tác giáo dục, đào tạo KT cơ bản về

KSNK vào chương trình hoạt động KSNK nhằm nâng cao KT của NVYT, làm cơ sở giúp NVYT tuân thủ đúng TH KSNK đã được BV quy định.

### 2. Thực trạng thái độ phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly của nhân viên y tế.

Tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc PNC và PNCL kết hợp sàng lọc BN mang VK định cư làm giảm đáng kể VK kháng thuốc trong các cơ sở khám chữa bệnh [8]. Tuy nhiên, việc triển khai các biện pháp phòng ngừa này chưa được thực hiện hoặc thực hiện không đầy đủ do chưa có sự quan tâm thích đáng của các nhà quản lý, NVYT trong các cơ sở khám chữa bệnh. Qua PV 155 BS của BV Shiraz, Iran, hầu hết đều thừa nhận TH chưa tốt biện pháp PNC và PNCL, đặc biệt là VST [8].

Tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh chưa trang bị đủ và đúng phương tiện cần thiết giúp NVYT TH tốt PNC và PNCL. Tuy nhiên, TH chưa tốt các biện pháp phòng ngừa đơn giản như rửa tay, mang găng không phải chỉ do thiếu phương tiện mà còn do TĐ chưa tốt của NVYT. Nghiên cứu tại Đức và Áo (năm 2002) cho thấy trong số NVYT được PV, 44% BS và 22% ĐD không biết quy định VST của BV, 45% BS và ĐD không quan tâm đến TH VST [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự: > 30% NVYT nhận thức không đúng tầm quan trọng của VST trước khi động chạm vào mỗi BN, trước khi mang găng, sau khi tiếp xúc với đồ dùng, vật dụng trong buồng bệnh. Chỉ có 58,8% NVYT cho rằng việc thay găng khi thăm khám giữa các BN là TH quan trọng trong phòng ngừa NKBV. Dưới 25% NVYT có TĐ đúng về tầm quan trọng của TH phân loại, thu gom chất thải; chỉ định sử dụng khẩu trang N95 và cách ly BN mắc bệnh lây truyền theo đường tiếp xúc. Tỷ lệ % điểm đạt TB về TĐ KSNK:  $70,0 \pm 11,5$ . Không có khác biệt về TĐ KSNK khi so sánh theo tuyến BV ( $p > 0,05$ ) (bảng 1, 2 và 5).

KT của NVYT về KSNK cơ bản là yếu tố quan trọng cải thiện TĐ KSNK [8]. Chúng tôi nhận thấy NVYT là BS và có KT tốt về KSNK là những đối tượng có TĐ đúng về công tác này. Có thể nói đào tạo là nội dung quan trọng cần được ưu tiên thực hiện ở mọi chương trình KSNK.

### 3. Thực hành phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa cách ly

Tỷ lệ tuân thủ đúng TH KSNK ở NVYT được PV chỉ đạt < 50% với hầu hết nội dung được hỏi. Điểm đạt TB TH của NVYT tính chung các nội dung:  $46,1 \pm 11,5$ , cao nhất tại tuyến TƯ:  $49,6 \pm 12,8$ , tiếp theo là tuyến Tỉnh/TP:  $46,9 \pm 11,2$  và thấp nhất tại tuyến Quận/Huyện:  $39,8 \pm 9,2$  ( $p < 0,05$ ) (bảng 5).

Tương tự một số nghiên cứu đã thực hiện trước, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cần có sự kết hợp giữa đào tạo KSNK liên tục và đầu chi phí cho phương tiện KSNK thiết yếu để thúc đẩy NVYT thay đổi thói quen TH không đúng [8].

#### 4. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng ngừa chuẩn và cách ly.

KT tác động tới hành vi và là yếu tố tiên quyết thúc đẩy hành vi. Tại Iran, trên 70% NKBV liên quan tới VK đa kháng thuốc như *Staphylococcus aureus* kháng methicillin và *Enterococci* kháng vancomycin. Nguyên nhân chính do BS chưa có KT, TĐ và TH tốt về PNCL tạo điều kiện cho VK kháng thuốc như tụ cầu vàng lan truyền trong BV [8]. Nghiên cứu của Martinello cho thấy tỷ lệ tiêm phòng vắc xin cao ở NVYT có KT tốt về phòng ngừa PNNN. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa KT và TĐ KSNK ( $r = 0,76, p < 0,001$ ) (bảng 9).

TĐ, KT là yếu tố quan trọng làm thay đổi hành vi. PV > 1.500 NVYT của 8 BV của Iran cho thấy các nội dung có điểm KT thấp như bẻ cong kim tiêm trước khi loại bỏ, rửa tay trước và sau khi sử dụng găng và liên quan tới TĐ, TH KSNK chưa tốt. Điểm đạt TB KT, TĐ ở mức chấp nhận được: 71% BS đạt điểm tối đa KT và 65% đạt điểm tối đa TĐ, ngược lại điểm đạt TH chỉ ở mức thấp: 26% đạt điểm tối đa. KT tốt liên quan tới TĐ tốt, TH liên quan tới KT tốt và TĐ tốt [3], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự: Tỷ lệ % điểm đạt TB KT KSNK:  $79,1 \pm 9,5$ . Tỷ lệ % điểm đạt TB TĐ KSNK ở mức khá:  $70,0 \pm 11,5$ , nhưng tỷ lệ % điểm đạt TH dưới TB:  $46,1 \pm 11,5$ . Có mối liên quan tương đối chặt chẽ giữa TH KSNK với KT, TĐ KSNK ( $r = 0,56, p < 0,001$ ) (bảng 5).

Nắm được thực trạng KT, TĐ, TH ở NVYT sẽ cung cấp dữ liệu cần thiết cho đào tạo để đạt được hiệu quả phòng ngừa NKBV tốt hơn. Các khóa đào tạo PNC luôn được coi là biện pháp ít tốn kém trong cải thiện tuân thủ quy trình KSNK và tránh lặp lại thói quen không đúng đang tồn tại. Nhằm đảm bảo TH KSNK được thực thi trong cơ sở khám chữa bệnh, nội dung tập huấn cần nhấn mạnh tới khả năng, điều kiện thực tế và những yếu tố tác động tới tuân thủ của NVYT như: bệnh nhân cấp cứu, tình trạng quá tải, thiếu kinh phí/phương tiện, v.v. [8], [8].

Giáo dục NVYT về nguyên tắc PNC là một trong các yếu tố cấu thành của chương trình KSNK. Tuy nhiên, công tác đào tạo, tập huấn chỉ thực sự làm thay đổi hành vi của NVYT khi đào tạo đi đôi giám sát TH và trang bị đầy đủ phương tiện KSNK cần thiết.

#### KẾT LUẬN

- Tỷ lệ % điểm đạt trung bình kiến thức và thực hành PNC và PNCL:  $79,1 \pm 9,5$  và  $70,0 \pm 11,5$ , không khác biệt giữa các tuyến BV ( $p > 0,05$ ).

- Tỷ lệ % điểm đạt TB thực hành PNC và PNCL:  $46,1 \pm 11,5$ , cao nhất tại tuyến TƯ:  $69,6 \pm 12,8$ , tiếp theo tuyến Tỉnh/TP:  $41,9 \pm 11,2$ , thấp nhất tại tuyến Quận/Huyện:  $39,8 \pm 9,2$  ( $p < 0,05$ ).

- Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành PNC và PNCL:

+/- Về kiến thức: có mối liên quan ít chặt chẽ với nghề nghiệp ( $r = 0,13; p < 0,01$ ), chức vụ ( $r = 0,10; p$

$< 0,05$ ), tham gia thực hành PNC và PNCL ( $r = 0,20; p < 0,01$ ).

+/- Về thái độ: có mối liên quan chặt chẽ với nghề nghiệp và kiến thức PNC và PNCL ( $r = 0,77; p < 0,01$ ).

+/- Về thực hành: Có mối liên quan tương đối chặt chẽ ( $r = 0,56$ ) với tuyến BV ( $p < 0,01$ ), thâm niên công tác ( $p < 0,05$ ), tham gia thực hành PNC và PNCL ( $p < 0,01$ ), kiến thức PNC và PNCL ( $p < 0,05$ ), thái độ PNC và PNCL ( $p < 0,001$ ).

- Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành KSNK: Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa kiến thức và thái độ PNC và PNCL ( $r = 0,76, p < 0,001$ ). Có mối liên quan tương đối chặt chẽ giữa thực hành với kiến thức, thái độ PNC và PNCL ( $r = 0,56, p < 0,001$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Mục, Nguyễn Việt Hùng và cs (2008). Nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại 19 bệnh viện của Việt Nam. Tạp chí Y học lâm sàng, Số chuyên đề (6/2008), Bệnh viện Bạch Mai, tr. 26-31.

2. Phạm Đức Mục, Nguyễn Bích Lưu, Nguyễn Văn Hải và cs (2009). Thực trạng tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn và thực hiện quy chế công tác khoa kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam, 2008. Hội nghị triển khai công tác chống nhiễm khuẩn, Bộ Y tế, Hà Nội.

3. Nguyễn Việt Hùng (2008). "Thực trạng phương tiện, nhận thức và thực hành vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế tại một số cơ sở y tế khu vực phía Bắc, 2005", Tạp chí Y học lâm sàng, Số chuyên đề (6/2008). Bệnh viện Bạch Mai, tr. 136 - 141.

4. Lê Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Mỹ Châu, Nguyễn Việt Hùng và CS (2008), "Kiến thức và nhận thức của nhân viên y tế về dự phòng toàn diện tại một số bệnh viện các tỉnh phía Bắc", Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, Số chuyên đề (6/2008), tr. 104-106.

5. Patricia Lyncha, Didier Pittet, Michael A. Borgc (2007). "Infection control in countries with limited resources". Journal of Hospital Infection, Vol 65, pp.148 - 150, USA.

6. Allen F. Anderson, Zheng Qingsi, Wu Guanglin, Li zhijun, Liu Wei (2003). Human Immuno-deficiency Virus Knowledge and Attitudes Among Hospital-Based Healthcare Professionals in Guangxi Zhuang Autonomous Region, People's Republic of China. Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 24, pp. 2.

7. Anucha Apisarnthanarak, Hilary M, Babcock, Victoria J. Fraser (2006). Compliance With Universal Precautions Among Medical Students in a tertiary Care Center in Thailand". Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol 27, pp. 12.

8. Mehrdad Askarian, Kamran Mirzaei, Linda M. Mundy, Mary-Louise McLaws (2005). "Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Isolation Precautions Among Iranian Healthcare Workers", Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 26, pp. 1.