

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ KỸ NĂNG RỬA TAY CỦA NGƯỜI NHÀ VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP RỬA TAY TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM, BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2018

EVALUATION OF KNOWLEDGE AND SKILL OF CAREGIVERS BEFORE AND AFTER THE TRAINING SESSION OF HAND HYGIENE IN INFECTIOUS DISEASE DEPARTMENT - BACH MAI HOSPITAL IN 2018

NGUYỄN THỊ LAN ANH¹, ĐỖ THU ANH²,
TRẦN THỊ TÚ HUYỀN², NGUYỄN THIỆN LUÂN²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kiến thức và kỹ năng rửa tay của người nhà người bệnh trước và sau khi tham dự buổi đào tạo vệ sinh tay và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu bán thực nghiệm được thực hiện từ tháng 10/2018 đến hết tháng 01/2019 trên toàn bộ 188 người nhà và người chăm sóc người bệnh tại khoa truyền nhiễm. Số liệu được thu thập dựa trên bảng kiểm quan sát trực tiếp thực hành rửa tay và phiếu đánh giá kiến thức về rửa tay. Hai chỉ số trong nghiên cứu là điểm trung bình kiến thức và kỹ năng rửa tay. Phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 18.0 được sử dụng để nhập và phân tích số liệu với test thống kê phi tham số Willcoxon, Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis đã được sử dụng.

Kết quả: Ngay sau khi kết thúc buổi đào tạo người nhà và người chăm sóc bệnh nhân đã có điểm kiến thức và kỹ năng rửa tay cao hơn gấp 2 lần so với trước khi giáo dục vệ sinh tay ($Z = -12,784$ và $Z = -11,848$, $p = 0,0001$).

Kết luận: Có sự thay đổi tích cực ở cả kiến thức và kỹ năng rửa tay sau chương trình giáo dục vệ sinh tay cho người nhà và người chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: người chăm sóc, kiến thức, thực hành, đào tạo, rửa tay.

ABSTRACT

Aims: To evaluation a before - after training program regarding knowledge and skills of hand hygiene among caregivers in Bach Mai hospital, in 2018.

Methods: A quasi-experimental study was conducted in 188 family members and caregivers of patients having infectious diseases. Participants were assessed in terms of knowledge and skills of hand hygiene at baseline and after 32 training sessions. Data were collected based on direct observations using a checklist of hand washing technique and questionnaires of hand hygiene knowledge and skills. Data were entered into Epidata 3.1 and analysed by using the non-parametric tests including Willcoxon, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis in SPSS 18.0 software.

Results: The study indicated that family members and caregivers after hand hygiene trainings scored 2 times higher than before the training sessions. There was a significant difference in knowledge and skill scores between pre- and post- training sessions ($Z = -12.784$ and $Z = -11.848$, $p = 0.0001$).

Conclusions: Handwashing knowledge and skills were both improved after the hand hygiene training program.

Keywords: caregivers, knowledge, practice, training, hand washing.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một tổng quan hệ thống từ Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã chứng minh rằng sự phổ biến của nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) ở các nước phát triển trong khoảng từ 3,7% đến 11,6%, và tỷ lệ này tại các cơ sở y tế dao động từ 5,7% đến 19,1% [5]. Trong số các biện pháp phòng ngừa, vệ sinh bàn tay được coi là cách phổ biến

1 Khoa Điều dưỡng - Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐT: 0942956586

Email: nguyenthilananh@hmu.edu.vn

2 Khoa Truyền nhiễm - Bệnh viện Bạch Mai

Ngày nhận bài phân biện: 30/5/2020

Ngày trả bài phân biện: 15/6/2020

Ngày chấp thuận đăng bài: 12/8/2020

và thông dụng nhất để bảo vệ bệnh nhân và các chuyên gia y tế không bị nhiễm khuẩn. Phòng cấp cứu lây thuộc khoa Truyền nhiễm đã tiến hành một nghiên cứu trong năm 2017, kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức, thái độ và thực hành của người nhà và người chăm sóc người bệnh chưa cao [1]. Do đó, một chương trình can thiệp rửa tay cho người bệnh và người nhà người bệnh đã được khoa phòng xây dựng ngay sau đó trong năm 2017 và duy trì thực hiện đến nay, tuy nhiên việc đánh giá hiệu quả của chương trình này vẫn chưa được thực hiện. Do vậy, nghiên cứu can thiệp đã được tiến hành với hai mục tiêu là so sánh kiến thức và kỹ năng rửa tay của người nhà và người chăm sóc người bệnh trước và sau khi tham dự chương trình giáo dục vệ sinh tay; và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức và kỹ năng về rửa tay của người nhà người bệnh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 188 đối tượng từ 18 tuổi là người nhà và người chăm sóc bệnh nhân hay người được thuê để chăm sóc người bệnh (94 người nhà và 94 người được thuê chăm sóc) đã được mời tham gia vào nghiên cứu, thời gian trong 3 tháng từ tháng 10/2018 đến hết tháng 01/2019.

2.2. Cỡ mẫu và công cụ thu thập số liệu: Mẫu nghiên cứu được tiến hành thông qua việc sử dụng phần mềm tính cỡ mẫu với ước lượng quần thể nghiên cứu là 1350 người chăm sóc, độ tin cậy là 95%, khoảng tin cậy là 5 với công thức tính cỡ mẫu là:

$$n = \frac{2C(1-r)}{(ES)^2}$$

C: hằng số, ES: hệ số ảnh hưởng được tính bằng cách lấy kiến thức chênh lệch của trước và sau chương trình giáo dục chia cho độ lệch chuẩn điểm kiến thức của nghiên cứu trước đó (4). Dự kiến điểm trung bình kiến thức sau giáo dục cao hơn so với nghiên cứu trước đó là 4 với độ lệch chuẩn là 18 của nghiên cứu trước. Ta có hệ số ảnh hưởng ES bằng 0,2. r: hệ số tương quan giả định từ 0,6 đến 0,8 trong nghiên cứu này lấy 0,6 với khoảng tin cậy là 0,95 tức sai số loại 2 là 0,8 và loại 1 là 0,05 ta có hằng số C bằng 7,85. Do vậy thế vào công thức ta có kết quả là 157 người và cộng với 20% trường hợp người nhà và người

chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu mẫu lấy là 188.

Bộ câu hỏi gồm có 3 phần với tổng số câu hỏi là 44 câu. Phần 1 gồm thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu, phần 2 kiến thức và phần 3 là về thực hiện kỹ thuật rửa tay. Có 26 câu hỏi kiến thức được thiết kế dựa trên bộ câu hỏi và kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ và hành vi của người nhà bệnh nhân trong nghiên cứu trước đó của khoa và hệ số Cronbach's Alpha đạt 0,65. Mỗi câu hỏi là 10 điểm, trả lời sai không có điểm, do vậy tổng số điểm là 260 điểm. Nếu trả lời đúng từ 70% trở lên các câu trả lời được xem là đạt, dưới 70% được xem là chưa đạt. Phần 3 thực hành rửa tay tại lớp có 12 câu tương đương 12 bước, mỗi câu 10 điểm, tổng điểm là 120 điểm. Nếu thực hiện đạt 120 điểm thì được xem là đạt.

2.3. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Các test thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, tần số, tỷ lệ phần trăm, và test thống kê phi tham số: Willcoxon, Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis đã được sử dụng.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện Bạch Mai ngày 17 tháng 01 năm 2019 về đề tài cấp cơ sở cùng với sự chấp thuận của trường khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các yếu tố nhân khẩu học (N = 188)

Đặc điểm chung	Trung bình	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	41,36 ± 10,46		
10-20		2	1,1
21-30		31	16,5
31-40		58	30,9
41-50		67	35,6
51-60		20	10,6
Trên 60 tuổi		10	5,3
Giới			
Nữ		110	58,5
Nam		78	41,5

Học vấn			
Mù chữ		2	1,1
Tiểu học		19	10,1
Trung học		73	38,8
Trung cấp		32	17,0
Cao đẳng		24	12,8
Đại học		38	20,2
Tôn giáo			
Đạo Phật		83	44,1
Thiên Chúa giáo		20	10,6
Không tôn giáo		85	45,2
Nghề nghiệp			
Công nhân		48	25,5
Nhân viên y tế		4	2,1
Nông dân		96	51,1
Khác		40	21,3

Trong tổng số 188 đối tượng tham gia nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhóm tuổi từ 41 đến 50 chiếm cao nhất, sau đó đến nhóm từ 31 đến 40 với tỷ lệ lần lượt là 35,6% và 30,9%. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới khoảng 7% và chủ yếu là đối tượng có trình độ trung học, sau đó đến đại học rồi trung cấp chiếm các tỷ lệ lần lượt là 38%, 20% và 17% các trình độ khác như mù chữ, tiểu học, trung cấp chiếm rất ít. Các đối tượng hầu như không tôn giáo và nếu có thì chủ yếu là đạo Phật chiếm khoảng 45% còn lại là theo Thiên Chúa giáo. Đa số đối tượng là nông dân chiếm 51,1%, sau đó đến công nhân và nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ lần lượt là 25% và 21%.

Bảng 2. Sự khác biệt về điểm kiến thức, kỹ năng trước và sau chương trình giáo dục rửa tay (N = 188)

	Trung bình	Giá trị Z	Giá trị p*
Điểm kiến thức			
Trước giáo dục VS tay	198,08	- 11,848	0,000
Sau giáo dục VS tay	259,36		
Điểm kỹ năng			
Trước giáo dục VS tay	58,45	- 12,784	0,000
Sau giáo dục VS tay	120,00		

*Kiểm định Willcoxon

Bảng 2 cho thấy điểm trung bình kiến thức và kỹ năng của nhóm sau giáo dục vệ sinh tay cao hơn so với nhóm trước giáo dục vệ sinh tay với

giá trị kiểm định này so với đơn vị lệch chuẩn lần lượt là $Z = -11,848$ và $Z = -12,784$ mức ý nghĩa thống kê 5% ($p = 0,000$) cho thấy cải thiện đáng kể về kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay.

Bảng 3. Tỷ lệ phần trăm kiến thức và kỹ năng về vệ sinh bàn tay của người chăm sóc bệnh nhân trước và sau khi giáo dục sức khỏe (N = 188)

Kiến thức vệ sinh tay	Tỷ lệ phần trăm (%)	
	Trước	Sau
Không cần phải loại bỏ đồng hồ và vòng đeo tay trước khi rửa tay		
Đúng	34,6	0,5
Sai	56,9	99,5
Không biết	8,5	0,0
Tôi cần rửa tay trước khi đi gang		
Đúng	51,1	99,5
Sai	44,1	0,5
Không biết	4,8	0,0
Tôi cần rửa tay sau khi chạm vào cửa phòng bệnh		
Đúng	54,3	100
Sai	37,7	0,0
Không biết	8,0	0,0
Tôi cần rửa tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh sau khi tôi chạm vào bệnh nhân hoặc đồ vật xung quanh bệnh nhân mà thấy có dịch tiết, máu, thức ăn... dính bẩn vào tay		
Đúng	43,1	0,5
Sai	55,9	99,5
Không biết	1,1	0,0

Qua bảng 3 cho thấy tỷ lệ đạt 100% điểm kiến thức về 5 thời điểm rửa tay đã được người nhà và người chăm sóc ý thức tốt ngay sau buổi giáo dục vệ sinh tay khi mà tỷ lệ này chỉ chiếm khoảng hơn 50% so với thời điểm trước buổi giáo dục.

Bảng 4. Mối liên quan giữa sự thay đổi kiến thức trước và sau khi được giáo dục về vệ sinh tay và một số yếu tố nhân khẩu học (N = 188)

Đặc điểm	TĐ Kỹ năng		
	Số lượng (n)	Trung bình hạng	Giá trị p
Giới			
Nữ	110	97,0	0,45*
Nam	78	90,98	
Học vấn			
Mù chữ	2	4,5	0,0001**
Tiểu học	19	141,45	
Trung học	73	98,0	
Trung cấp	32	98,02	
Cao đẳng	24	85,17	
Đại học	38	71,97	
Tôn giáo			
Đạo Phật	83	102,63	0,185**
Thiên Chúa Giáo	20	86,80	
Không	85	88,38	
Nghề nghiệp			
Công nhân	48	100,56	0,025**
Nhân viên y tế	4	52,25	
Nông dân	96	101,11	
Khác	40	75,59	

* Giá trị p: Kiểm định Mann-Whitney U

** Giá trị p: Kiểm định Kruskal-Wallis

Trong số 188 đối tượng tham gia nghiên cứu thì thay đổi điểm kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay của nhóm nữ cao hơn so với nhóm đối tượng nam khoảng 8 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,45$). Sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê khi so sánh ở các nhóm đối tượng có tôn giáo khác nhau, trong đó nhóm theo đạo Phật có điểm kiến thức thay đổi sau khi giáo dục vệ sinh tay cao nhất so với hai nhóm còn lại. Tuy nhiên, sự khác biệt của 3 nhóm này không có ý nghĩa thống kê với giá trị $p > 0,05$ ($p = 0,185$). Còn với mối tương quan giữa nghề nghiệp và thay đổi kiến thức kết quả cho thấy nhóm đối tượng là công nhân và nông dân có điểm thay đổi kiến thức cao hơn so với các nhóm khác và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,025$).

Bảng 5. Tương quan giữa điểm biến thiên kiến thức sau buổi giáo dục vệ sinh tay và tuổi (N = 188)

Tương quan	Giá trị p	Hệ số ảnh hưởng
Tuổi	0,003	0,218*
Thay đổi điểm kiến thức trước và sau		

* Spearman's rho

Qua bảng 5 cho thấy có mối tương quan giữa thay đổi kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay và tuổi với hệ số tương quan rho là 0,218. Kết quả này cũng cho thấy nếu tuổi của đối tượng tăng lên 1 tuổi điểm kiến thức tăng lên 0,2 điểm và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 6. Mối liên quan giữa thay đổi kỹ năng sau giáo dục vệ sinh tay và một số yếu tố nhân khẩu học (N = 188)

Đặc điểm	TĐ Kỹ năng		
	Số lượng (n)	Trung bình hạng	Giá trị p
Giới			
Nữ	110	95,53	0,648*
Nam	78	93,04	
Học vấn			
Mù chữ	2	80,0	0,648**
Tiểu học	19	94,61	
Trung học	73	93,94	
Trung cấp	32	86,69	
Cao đẳng	24	103,13	
Đại học	38	97,42	
Tôn giáo			
Đạo Phật	83	90,55	0,322**
Thiên Chúa giáo	20	103,13	
Kinh	85	96,32	
Nghề nghiệp			
Công nhân	48	102,10	0,312**
Nhân viên y tế	4	80,00	
Nông dân	96	93,49	
Khác	40	89,25	

* Giá trị p: Kiểm định Mann-Whitney U

** Giá trị p: Kiểm định Kruskal-Wallis

Qua bảng 6 cho thấy có sự khác biệt về mức độ thay đổi điểm kỹ năng giữa các nhóm nam và nữ, các nhóm có nghề nghiệp, học vấn, tôn giáo

nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Mọi tương quan của tuổi và biến thiên về điểm kỹ năng (N = 188)

Tương quan	Giá trị p	Hệ số ảnh hưởng
Tuổi	0,354	0,068
Thay đổi điểm kỹ năng		

Qua bảng 7 cho thấy có sự khác biệt về thay đổi điểm kỹ năng trước và sau giáo dục vệ sinh tay với hệ số tương quan rho yếu với hệ số tương quan là 0,068; kết quả này cũng cho thấy nếu tuổi của đối tượng tăng lên 1 tuổi điểm kỹ năng tăng lên 0,068 điểm. Tuy nhiên, tương quan này không có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,35 > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người nhà người bệnh và người chăm sóc người bệnh tham gia vào nghiên cứu là $41,36 \pm 10,46$; kết quả này cho thấy nhóm người chăm sóc bệnh nhân có độ tuổi trung niên chiếm phần lớn. Kết quả này cũng gần tương tự với kết quả được tìm thấy tại Ai Cập khi mà độ tuổi trung bình chăm sóc bệnh nhân là $37,68 \pm 6,83$ [4]. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam khoảng gần 20% kết quả này cũng tương đồng với kết quả được tìm thấy ở Ai Cập khi mà số người chăm sóc bệnh nhân là nữ chiếm đến gần gấp 3 số người chăm sóc bệnh nhân là nam giới. Trong khi đó, trình độ học vấn của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là trung học chiếm 38,8% tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Ai Cập, khi mà tỷ lệ trung học trong nghiên cứu tại Ai Cập số đối tượng có trình độ trung học là 44,4% cao hơn 10% so với ở Việt Nam; tuy nhiên cũng là nhóm đối tượng cao chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này có thể lý giải việc nâng cao trình độ học vấn không phải là dễ ở cả hai đất nước này, đặc biệt là các đối tượng thuộc phái nữ mặc dù không thể khẳng định bình đẳng giới của hai nước này đã phát triển mạnh mẽ và có những thay đổi đáng kể nhưng trẻ em gái và phụ nữ vẫn là những đối tượng thiệt thòi và dễ bị tổn thương do khả năng để tiếp tục học lên ở cấp độ cao hơn còn hạn chế bởi chính trách nhiệm của họ với gia đình, con cái.

Các yếu tố khác như tôn giáo và nghề nghiệp cho thấy hầu hết các đối tượng không theo tôn giáo hoặc theo đạo Phật chiếm 40%. Và nghề nghiệp chủ yếu là nông dân. Điều này có thể lý giải là do Việt Nam là nước Châu Á có nền nông nghiệp phát triển và chịu ảnh hưởng nhiều của Nho giáo

nhên giáo lý về Phật pháp tác động mạnh mẽ đến tín ngưỡng của người dân; vì vậy mà có thể lý giải tại sao chủ yếu nhóm đối tượng theo đạo Phật và nghề nghiệp là nông dân chiếm đa số [2].

Về điểm kiến thức, hầu hết các đối tượng tham gia nghiên cứu có kiến thức với trên 50% điểm kiến thức về vệ sinh bàn tay trên 220 điểm trên tổng số 260 điểm. Tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu tiến hành giáo dục người nhà và người chăm sóc bệnh nhân của người bệnh mắc lao tại Ai Cập về kiểm soát nhiễm khuẩn cho thấy kiến thức về việc dùng các dụng cụ riêng biệt đối với mỗi bệnh nhân hay rửa tay sau khi ho và hắt hơi, mặc quần áo sạch...khoảng 20%; tuy nhiên sau 5 buổi giáo dục sức khỏe tỷ lệ trả lời đúng lên đến 100% [4].

Tương tự như điểm kiến thức thì kỹ năng rửa tay đúng của người nhà và người chăm sóc bệnh nhân cũng thay đổi đáng kể với 100% thực hiện tốt và đúng quy trình rửa tay. Kết quả này cũng tương tự như kết quả thu được từ chương trình giáo dục của tiến hành giáo dục người nhà và người chăm sóc người bệnh mắc lao tại Ai Cập [4], mặc dù số buổi giáo dục tư vấn trong nghiên cứu tại Ai Cập này nhiều hơn nhưng có thể do nội dung giáo dục của nghiên cứu tại Ai Cập cũng nhiều hơn nên hiệu quả của nghiên cứu thu được và nghiên cứu tại Ai Cập là như nhau. Mặc dù chưa có nghiên cứu về đánh giá mức độ kiến thức vệ sinh tay trước đó để so sánh nhưng hiệu quả về chương trình giáo dục đã cho thấy những kết quả đáng ghi nhận. Cụ thể là có đến gần 100% sau khi được giáo dục người nhà và người chăm sóc người bệnh đã thực hiện rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước chuẩn bị bữa ăn trong khi tỷ lệ này khoảng 95% trước khi được giáo dục hay như cần tháo bỏ nhẫn, đồng hồ trước khi rửa tay, rửa tay trước khi đi ghế, hay sau khi chạm vào cửa phòng bệnh chỉ đạt từ 43,1% và gần 50% trước buổi giáo dục. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của Hedin et al. nghiên cứu 109 bệnh nhân tại một phòng khám phục hồi chức năng và kết quả cho thấy tỷ lệ vệ sinh tay được đánh giá bằng cách tự báo cáo của bệnh nhân và tăng từ "ít khi" trước khi can thiệp lên đến 85% trước bữa ăn và 49% sau khi đi vệ sinh mặc dù ý nghĩa thống kê đã không được báo cáo [3].

Trong số 188 đối tượng tham gia nghiên cứu thì thay đổi điểm kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay của nhóm nữ cao hơn so với nhóm đối tượng nam khoảng 8 điểm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,45$. Lý giải cho kết quả này có thể là sự hiểu biết của nhóm nữ có sự tiếp

cận thường xuyên hơn so với nhóm nam trong thiên chức chăm sóc gia đình của mình nên kiến thức của nhóm nữ tốt hơn nhóm nam tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tương tự như vậy khi so sánh ở các nhóm đối tượng có tôn giáo khác nhau trong đó nhóm theo đạo Phật có điểm kiến thức thay đổi sau khi giáo dục vệ sinh tay cao nhất so với hai nhóm còn lại. Tuy nhiên, sự khác biệt của 3 nhóm này không có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p > 0,05$. Giải thích cho kết quả này có thể là tín ngưỡng và tôn giáo không ảnh hưởng nhiều đến kiến thức về vệ sinh tay nên cả 3 nhóm có tín ngưỡng khác nhau thì thay đổi điểm kiến thức đạt được cũng gần tương tự như nhau. Trái lại, nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt về thay đổi kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay giữa các nhóm có học vấn và nghề nghiệp khác nhau. Cụ thể nhóm có trình độ tiểu học có điểm thay đổi về kiến thức sau khi được giáo dục cao nhất so với các nhóm còn lại và thấp nhất là nhóm mù chữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$. Lý giải cho kết quả này có thể do trình độ học vấn chưa cao nên khi tham gia vào các buổi giáo dục vệ sinh tay họ chú ý lắng nghe nhiều hơn so với các nhóm đối tượng khác. Tương tự như vậy thì nhóm có nghề nghiệp là công nhân và nông dân có điểm thay đổi kiến thức cao hơn so với các nhóm khác và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về điểm thay đổi kiến thức này có thể là do cỡ mẫu nhỏ và nhóm có nghề nghiệp công nhân và nông dân chiếm đa số đông hơn so với các nhóm khác như nhóm nhân viên y tế chỉ có 4 người nên nhóm đối tượng có nghề là công nhân và nông dân có điểm cao hơn các nhóm còn lại.

Riêng với tuổi cho thấy có mối tương quan giữa thay đổi kiến thức trước và sau giáo dục vệ sinh tay và tuổi với hệ số tương quan rho là $0,218 > 0$; kết quả này cũng cho thấy nếu tuổi của đối tượng tăng lên 1 tuổi điểm kiến thức tăng lên 0,2 điểm và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này ngược với kết quả tìm thấy tại Ai Cập khi hệ số tương quan $r < 0$ cho thấy tuổi càng tăng thì kiến thức và kỹ năng kiểm soát nhiễm khuẩn của người nhà và người chăm sóc bệnh nhân lại giảm. Lý giải cho sự khác biệt của hai kết quả nghiên cứu này có thể là do với người Việt Nam thì tuổi càng cao lại càng có nhiều kinh nghiệm. Tương tự như mối tương quan được tìm thấy ở biến tuổi và biến thiên kiến thức sau giáo dục vệ sinh tay thì mối tương quan của tuổi và kỹ năng cũng cho hệ số tương quan lớn hơn 0, mặc dù hệ số tương quan chưa thực

sự mạnh thì điều này cũng thể hiện tuổi càng cao thì kỹ năng rửa tay của họ cũng tốt hơn sau khi được giáo dục. Điều này cũng ngược với kết quả tìm thấy ở Ai Cập khi nhóm tuổi cao sẽ có điểm kỹ năng thấp hơn nhóm tuổi trẻ hơn. Như đã giải thích ở trên có thể là do tuổi cao nên cẩn thận hơn khi tham dự buổi giáo dục vệ sinh tay, do vậy họ đã thực hiện vệ sinh tay tốt hơn sau khi tham dự buổi giáo dục này [4].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Có sự thay đổi tích cực về kiến thức và kỹ năng rửa tay sau 01 buổi giáo dục vệ sinh tay ở người nhà và người chăm sóc bệnh nhân. Điểm trung bình kiến thức và kỹ năng sau buổi giáo dục vệ sinh tay tăng lên đáng kể và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tuy nhiên, nghiên cứu này mới chỉ đánh giá ngay sau buổi giáo dục vệ sinh tay mà chưa đánh giá các mốc thời gian sau đó như 1 tuần, 1 tháng. Do vậy, cần tiếp tục duy trì đánh giá sau khi tổ chức buổi giáo dục ở các thời điểm xa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lan Anh, Đỗ Thu Nga, Huỳnh Thị Thu Hằng, et al (2018). Kiến thức, thái độ và thực hành vệ sinh bàn tay của người hỗ trợ chăm sóc người bệnh tại phòng cấp cứu khoa Truyền nhiễm - Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Hội Điều dưỡng Việt Nam. 21, 99-102
2. Lý Tùng Hiếu (2015). Ảnh hưởng của Nho giáo trong văn hóa Việt Nam. Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam. Số 4-2015. Trích xuất từ nguồn <http://tapchikhxh.vass.gov.vn/anh-huong-cua-nho-giao-trong-van-hoa-viet-nam-n50206.html>
3. Hedin, K, Petersson. C, Cars. H, Beckman, A, et al (2006). Infection prevention at day-care centres: feasibility and possible effects of intervention. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 24(1), 44-9.
4. Wehida, S. M., & Shakweer, T. T. (2016). The effectiveness of implementing a health education program on knowledge and practice assessment for patients with pulmonary T.B and their caregivers. International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing. 3 (1): 27-41.
5. WHO (2009). Guideline on hand hygiene in health care: A summary.