

ASSESSMENT OF SURFACE CLEANLINESS QUALITY USING FLUORESCENCE MARKING METHOD AT TWO DEPARTMENTS: DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE(SERVICE SECTOR) AND DEPARTMENT FOR VIP AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Tran Quynh Nhu*, Le Thi Hai Xuan, Nguyen Thi Ngoc Anh, Le Dinh Thanh

Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 27/09/2024

Revised: 07/10/2024; Accepted: 17/10/2024

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of surface cleanliness using the fluorescence marking method before and after the intervention of training cleaning staff at two clinical departments of Thong Nhat Hospital.

Subject and method: The study used fluorescent markers on surfaces to assess the cleanliness quality before and after the intervention of training staff responsible for environmental cleaning.

Results: Before the intervention, the percentage of clean environmental surfaces based on visual observation was 94.5%, while the cleanliness rate using fluorescent marker testing was 47.6%. After the intervention, the percentage of clean surfaces based on visual observation increased to 97%, and the completely clean surface rate using the fluorescent marker method rose to 74.8%. Specifically, the cleanliness of floors increased from 45.5% to 74.3%, bed rails from 51.9% to 75.4%, bedside tables from 42.3% to 76.4%, mirrors from 50% to 77.5%, and dining tables from 55.6% to 71.4%.

Conclusion: The solution of using the fluorescence marking method to assess surface cleanliness and the intervention of training staff in the cleaning process at the two departments of Requested Inpatient Care and High-Level Official Treatment has proven highly effective.

Keywords: Surface cleaning, intervention, fluorescence marking, visual inspection, cleaning staff, Thong Nhat Hospital.

*Corresponding author

Email: nguyennhuhmsg@gmail.com **Phone:** (+84) 938794892 **https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1652**

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG VỆ SINH BỀ MẶT BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH DẤU HUỖNH QUANG TẠI 02 KHOA, NỘI ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU VÀ ĐIỀU TRỊ CÁN BỘ CAO CẤP, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Trần Quỳnh Như*, Lê Thị Hải Xuân, Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Lê Đình Thanh

Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 07/10/2024; Ngày duyệt đăng: 17/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang trước và sau can thiệp tập huấn nhân viên vệ sinh tại 02 khoa lâm sàng Bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng chất huỳnh quang đánh dấu trên các bề mặt cần đánh giá chất lượng vệ sinh trước và sau khi can thiệp tập huấn cho nhân viên thực hiện vệ sinh môi trường.

Kết quả: Trước can thiệp ghi nhận kết quả bề mặt môi trường sạch bằng phương pháp quan sát trực quan là 94,5%, tỉ lệ sạch sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang là 47,6%. Sau can thiệp môi trường bề mặt đánh giá sạch bằng phương pháp trực quan tăng lên đạt 97%, bề mặt sạch hoàn toàn bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang tăng lên là 74,8%. Cụ thể bề mặt sàn sạch tăng từ 45,5% lên 74,3%, thành giường bệnh sạch tăng từ 51,9% lên 75,4%, tủ đầu giường sạch tăng từ 42,3% lên 76,4%, gương sạch tăng từ 50% lên 77,5%, bàn ăn sạch tăng từ 55,6% lên 71,4%.

Kết luận: Giải pháp sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang trong đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt và can thiệp tập huấn cho nhân viên thực hiện quy trình vệ sinh tại 02 khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu và Điều Trị Cán Bộ Cao Cấp đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: Vệ sinh môi trường bề mặt, can thiệp, đánh dấu huỳnh quang, đánh giá trực quan, nhân viên vệ sinh, Bệnh viện Thống Nhất.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu trên toàn thế giới. NKBV đã và đang là gánh nặng cho người bệnh (NB), các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) trên toàn cầu, đặc biệt ở các nước chậm phát triển và đang phát triển do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng sử dụng kháng sinh, tăng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn và tăng chi phí điều trị [1].

Môi trường trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (gọi tắt là môi trường bệnh viện) bao gồm các yếu tố tự nhiên và yếu tố vật chất nhân tạo bao quanh con người, có ảnh hưởng tới đời sống, hoạt động của nhân viên y tế (NVYT), người bệnh (NB), người nhà NB, tác động đến đời sống và phát triển của con người, thiên nhiên. Môi trường bệnh viện (MTBV) được chia thành các loại: (1) Môi trường bề mặt: Các bề mặt, đặc biệt là

bề mặt xung quanh NB như sàn nhà, tường, trần nhà, trang thiết bị chăm sóc NB; (2) Môi trường không khí bao gồm khí lưu thông trong bệnh viện (BV); [3] Môi trường nước, bao gồm nguồn nước sử dụng trong chăm sóc, điều trị và sinh hoạt.

Nhiều nghiên cứu cho thấy môi trường bề mặt ô nhiễm là nguyên nhân quan trọng dẫn đến sự lan truyền mầm bệnh gây ra các vụ dịch trong bệnh viện. Vi sinh vật (VSV) gây ô nhiễm môi trường bề mặt thường gặp như *Clostridium difficile*, enterococci kháng vancomycin, *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA), *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, norovirus...

Nguyên nhân chính gây ô nhiễm môi trường bề mặt là do việc phát tán VSV gây bệnh từ NB, NVYT nhiễm khuẩn hoặc mang VSV định cư vào môi trường qua các

*Tác giả liên hệ

hoạt động chăm sóc, điều trị.

Vệ sinh, khử khuẩn môi trường bề mặt thích hợp góp phần giúp giảm NKBV và kiểm soát các vụ dịch có thể xảy ra trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB).

Nguy cơ lây truyền bệnh từ môi trường bề mặt

Người bệnh là nguồn chứa các tác nhân gây bệnh quan trọng gây ô nhiễm môi trường bề mặt BV. Bề mặt xung quanh NB có tần suất ô nhiễm cao hơn các loại bề mặt khác do đây là nơi NVYT, NB, khách thăm NB động chạm, tiếp xúc thường xuyên

Các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) có thể tồn tại thời gian dài trên môi trường bề mặt không được làm sạch đúng quy trình (bào tử *C. Difficile* tồn tại từ 4 tháng - 5 tháng hoặc dài hơn trên các bề mặt khô, VRE, MRSA, *Acinetobacter species* và Norovirus có thể tồn tại trên môi trường bề mặt trong nhiều tuần). Mức độ ô nhiễm VSV trên môi trường bề mặt cao hay thấp phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Môi trường bề mặt ở những khu vực có mức độ phát tán VSV cao (khu vực buồng bệnh, nhất là buồng bệnh khu hồi sức cấp cứu, khu vệ sinh, khu xử lý đồ vải, dụng, chất thải) ô nhiễm VSV nhiều hơn bề mặt các khu vực khác. Những môi trường bề mặt nhẵn, khô, ô nhiễm ít hơn bề mặt thô ráp và ẩm ướt. Đặc biệt, những bề mặt không được thường xuyên làm sạch hoặc khử khuẩn ô nhiễm VSV nhiều hơn các bề mặt được lau chùi làm sạch thường xuyên.

Từ môi trường bề mặt ô nhiễm, các VSV lan truyền sang khu vực khác và tới người cảm thụ chủ yếu qua bàn tay tiếp xúc với bề mặt ô nhiễm nhưng không vệ sinh tay. Bàn tay của NVYT có thể ô nhiễm tác nhân gây bệnh khi tiếp xúc với bề mặt buồng bệnh có hoặc không có mặt NB. Một số nghiên cứu mới đây cũng cho thấy NB có nguy cơ mắc cùng loại tác nhân gây bệnh với NB mắc nhiễm khuẩn hoặc mang VSV định cư (VRE, MRSA, *C.difficile*, *P. Aeruginosa* và *A. baumannii* đa kháng kháng sinh) đã được điều trị trước đó tại cùng buồng bệnh không được khử khuẩn lần cuối. Các bằng chứng nghiên cứu trên cho thấy môi trường bề mặt ô nhiễm là nguồn lây truyền NKBV. 2

Các chiến lược kiểm soát nhiễm trùng môi trường và các biện pháp kiểm soát kỹ thuật có thể ngăn ngừa hiệu quả các bệnh nhiễm trùng này và không chệ các vụ dịch.6

Có một số phương pháp để đánh giá mức độ sạch của môi trường

Chương trình thông thường của trực tiếp và gián tiếp quan sát và chương trình tăng cường giám sát gánh nặng sinh học còn lại (ví dụ: Nuôi cấy môi trường, phát quang sinh học adenosine triphosphate - ATP); và các công cụ đánh dấu môi trường (ví dụ, đánh dấu huỳnh quang)

Đánh dấu môi trường đo lường mức độ vệ sinh kỹ lưỡng bằng hệ thống đánh dấu thay thế. Hệ thống này bao gồm việc sử dụng dung dịch không màu hoặc bột hoặc

gel Glo Germ được bôi lên các vật thể và bề mặt trong môi trường của bệnh nhân trước khi vệ sinh, sau đó phát hiện dấu hiệu còn sót lại (nếu có) ngay sau khi vệ sinh, thường liên quan đến huỳnh quang dưới ánh sáng cực tím (UV). Đánh dấu môi trường có thể được sử dụng hàng ngày để đánh giá vệ sinh thường xuyên hoặc trước khi xuất viện để đánh giá vệ sinh cuối cùng[5]

Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện đa khoa hạng I với quy mô hơn 1000 giường bệnh đã được ghi nhận là cơ sở y tế Xanh- Sạch – Đẹp. Hiện bệnh viện đang sử dụng hình thức thuê đơn vị ngoài thực hiện dịch vụ vệ sinh môi trường bệnh viện. Việc giám sát đánh giá chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt ngoài mục đích thực hiện hợp đồng mà còn thực hiện mục tiêu bệnh viện có môi trường sạch và đảm bảo an toàn cho người bệnh ngăn ngừa nguy cơ gây nhiễm khuẩn bệnh viện do yếu tố môi trường. Khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu và khoa Điều Trị Cán Bộ Cao Cấp là những đơn vị có chất lượng vệ sinh được đánh giá tốt và sạch trong bệnh viện. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại 02 đơn vị này nhằm cho thấy rõ hơn chất lượng vệ sinh bề mặt thông qua việc sử dụng phương pháp đánh dấu chất huỳnh quang.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp phân tích. Được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất, quận Tân Bình, thành phố Hồ Chí Minh trong hơn 03 tháng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu (Nội ĐTTYC) và khoa Điều Trị Cán Bộ Cao Cấp (ĐTCBCC), có nhân sự làm vệ sinh đầy đủ theo định mức, chất lượng vệ sinh theo đánh giá cảm quan thường đạt tốt trong thời gian trước nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bề mặt hay tiếp xúc trong phòng bệnh thường: Bề mặt sàn, tủ đầu giường, thành giường, bàn ăn, gương lavabo tại khoa Nội ĐTTYC và ĐTCBCC. Lựa chọn phòng bệnh ngẫu nhiên, chúng tôi sẽ thực hiện lấy mẫu bằng cách đánh dấu huỳnh quang lên các bề mặt.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: N = 436

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.4.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Dựa trên tần suất thực hiện vệ sinh cho từng khu vực.

+ Tiêu chí chọn vào:

- Bề mặt sàn (có tần suất vệ sinh thường xuyên 02 lần/ngày) và bề mặt tủ đầu giường, thanh chân giường bệnh, bàn ăn của người bệnh, gương tại lavabo rửa tay phòng bệnh (bề mặt có tần suất vệ sinh 1 lần/ngày)

- Các bề mặt này ít chịu tác động ngoại cảnh và ít có khả năng phai mờ chất huỳnh quang sau khi đánh dấu.

- Nhân sự thực hiện vệ sinh tại vị trí có tình trạng sức khỏe bình thường có khả năng nghe nói đọc viết bình thường.

+ Tiêu chí loại trừ:

Bề mặt có tần suất vệ sinh hơn 01 lần/ngày, có tần suất tiếp xúc cao dễ mất dấu huỳnh quang khi đánh dấu trên bề mặt.

Bề mặt khu vực cách ly, nguy cơ lây nhiễm cao hoặc đòi hỏi vô khuẩn.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

2.5.1. Mức độ sạch của bề mặt môi trường (biến số độc lập)

STT	Tên biến số	Mô tả biến số	Công cụ thu thập
1	Đánh giá trực quan mức độ sạch của bề mặt	- Sạch - Không sạch	Quan sát và bảng kiểm ghi nhận
2	Đánh giá bằng huỳnh quang mức độ sạch của bề mặt	- Sạch hoàn toàn - Sạch 1 phần - Không sạch	Đèn có bước sóng ngắn phát hiện sự tồn tại của dấu chất huỳnh quang và bảng ghi nhận kết quả

- Đánh giá trực quan bề mặt:

+ Sạch: Khi không nhìn thấy rác nổi và các vết bẩn hiện hữu.

+ Không sạch: khi nhìn thấy rác nổi và các vết bẩn hiện hữu.

- Đánh giá bằng dấu chất huỳnh quang bề mặt:

+ Sạch hoàn toàn: Không còn dấu vết huỳnh quang (dưới ánh sáng đèn soi bước sóng ngắn)

+ Sạch một phần: Còn một phần dấu vết huỳnh quang (dưới ánh sáng đèn soi bước sóng ngắn)

+ Không sạch: Còn nguyên vẹn dấu vết huỳnh quang (dưới ánh sáng đèn soi bước sóng ngắn)

2.5.2. Tình trạng sử dụng tải lau của nhân viên trong

việc thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt (biến số phụ thuộc)

Giám sát qua camera tình trạng sử dụng tải lau, khăn lau trong thực hành vệ sinh bề mặt của nhân viên vệ sinh.

Số lượng tải lau, khăn lau sử dụng cho một quy trình vệ sinh bề mặt tại một khu vực phòng/bề mặt khi thực hiện vệ sinh

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật: Thực hiện đánh giá chất lượng vệ sinh bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang trên bề mặt môi trường, đồng thời sử dụng phương pháp đánh giá trực quan (quan sát bằng mắt thường).

- Công cụ: Dung dịch đánh dấu huỳnh quang, đèn phát ánh sáng bước sóng ngắn phát hiện chất huỳnh quang.

- Các bước tiến hành thu thập số liệu:

Giai đoạn 1: Sử dụng chất huỳnh quang đánh dấu lên bề mặt cần kiểm tra trước khi các nhân viên vệ sinh thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt. Sau khi nhân viên thực hiện quy trình, chúng tôi sử dụng đèn có bước sóng ngắn phát hiện sự tồn tại của dấu chất huỳnh quang trên bề mặt. Kết hợp giám sát qua camera, số liệu tải giặt để đánh giá tình trạng sử dụng tải, khăn lau trong quy trình vệ sinh bề mặt sàn, bề mặt tủ đầu giường phòng bệnh.

Giai đoạn 2: Can thiệp thông qua hướng dẫn nhắc lại nhân viên vệ sinh về quy trình làm sạch các bề mặt mà chúng tôi lấy mẫu thực hiện nghiên cứu. Sau đó tiến hành sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang đánh giá lại chất lượng làm sạch các bề mặt.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được nhập liệu, xử lý bằng phần mềm Excel.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ ghi nhận các mẫu bề mặt đạt yêu cầu nghiên cứu, không tác động đến quá trình làm việc của khoa và quá trình làm việc của nhân viên vệ sinh, chất đánh dấu huỳnh quang được sử dụng không độc hại nên không gây ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân, nhân viên y tế và nhân viên vệ sinh.

Chỉ các thành viên trong nhóm nghiên cứu biết được các vị trí đánh dấu huỳnh quang, nhân viên vệ sinh và nhân viên y tế của khoa không biết.

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Thống Nhất

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên bề mặt sàn buồng bệnh thường, hành lang và giường, tủ, bàn ăn, gương tại 02 khoa lâm sàng gồm Nội ĐTTYC và ĐTCBCC. Kết quả trước và sau can thiệp thu được:

3.1. Kết quả trước can thiệp

3.1.1. Đánh giá trực quan mức độ sạch của bề mặt trước can thiệp

Bảng 1. Mức độ sạch của bề mặt tại 02 khoa khi sử dụng phương pháp đánh giá trực quan

Vị trí	Tần số chung	Sạch		Không sạch	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sàn	245	241	98,4	4	1,6
Thành giường	61	61	100	0	0
Tủ	55	55	100	0	0
Gương	40	20	50	20	50
Bàn ăn	35	35	100	0	0
Tổng	436	412	94,5	24	5,5

Nhận xét: Mức độ sạch của các bề mặt khi sử dụng phương pháp đánh giá bằng trực quan là rất cao 94,5%, tỉ lệ không sạch chỉ chiếm 5,5% trong đó chỉ ghi nhận tỉ lệ 0,5% nhóm bề mặt sàn còn tình trạng không sạch, 50% ở nhóm gương. Các bề mặt khác đều ghi nhận tình trạng sạch khi đánh giá bằng trực quan.

3.1.2. Đánh giá bằng huỳnh quang mức độ sạch của bề mặt trước can thiệp

Bảng 2. Mức độ sạch của bề mặt tại 02 khoa khi sử dụng phương pháp đánh giá huỳnh quang

Vị trí	Tần số chung	Sạch		Sạch một phần		Không sạch	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sàn	245	111	45,5	11	4,3	123	50,2
Thành giường	61	32	51,9	1	1,2	28	46,9
Tủ	55	23	42,3	1	1,4	31	56,3
Gương	40	20	50	0	0	20	50
Bàn ăn	35	19	55,6	0	0	16	44,4
Tổng	436	205	47,6	13	2,4	218	50

Nhận xét: Trong 436 vị trí đánh dấu huỳnh quang mức độ sạch hoàn toàn của các bề mặt tỉ lệ là 47,6% (dao động ở các nhóm vị trí từ 42,3% - 55,6%) thấp hơn rất nhiều so với phương pháp đánh giá trực quan tỉ lệ này là 94,5%, tỉ lệ bỏ sót – không sạch chiếm tỉ lệ khá cao 50% (các nhóm vị trí dao động từ 44,4% - 56,3%). Kết quả nghiên cứu còn ghi nhận tình trạng dấu huỳnh quang được làm sạch một phần sau khi thực hiện vệ sinh bề mặt tỉ lệ này chiếm 2,4%.

3.2. Kết quả sau can thiệp

3.2.1. Đánh giá trực quan mức độ sạch của bề mặt sau can thiệp

Bảng 3. Mức độ sạch của bề mặt tại 02 khoa khi sử dụng phương pháp đánh giá trực quan sau can thiệp

Vị trí	Tần số chung	Sạch		Không sạch	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sàn	245	241	98,4	4	1,6
Thành giường	61	61	100	0	0
Tủ	55	55	100	0	0
Gương	40	31	77,5	9	22,5
Bàn ăn	35	35	100	0	0
Tổng	436	423	97	13	3

Nhận xét: Tỉ lệ sạch ở hầu hết các vị trí bề mặt sau giai đoạn can thiệp chiếm tỉ lệ cao 97% cao hơn so với trước can thiệp là 94,5%, duy nhất ở vị trí gương tỉ lệ sạch là 75% đạt thấp nhất tuy nhiên cũng tăng hơn so với trước can thiệp với tỉ lệ là 50%.

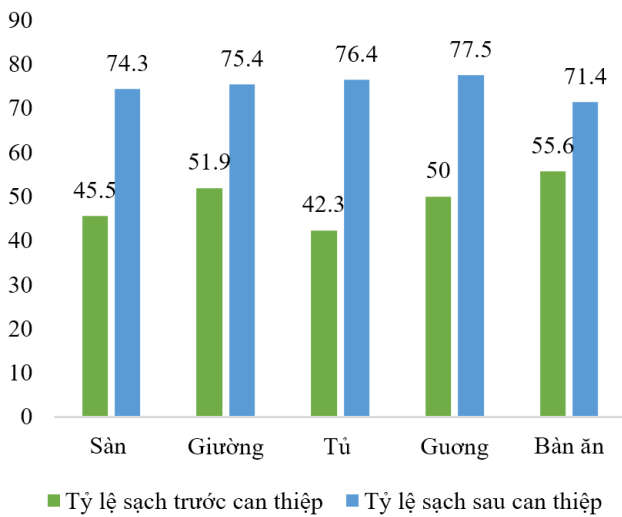
3.2.2. Đánh giá huỳnh quang mức độ sạch của bề mặt sau can thiệp

Bảng 4. Mức độ sạch của bề mặt tại 02 khoa khi sử dụng phương pháp đánh giá huỳnh quang sau can thiệp

Vị trí	Tần số chung	Sạch		Sạch một phần		Không sạch	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sàn	245	182	74,3	34	13,9	29	11,8
Thành giường	61	46	75,4	6	9,8	9	14,8
Tủ	55	42	76,4	7	12,7	6	10,9
Gương	40	31	77,5	6	15	3	7,5
Bàn ăn	35	25	71,4	5	14,3	5	14,3
Tổng	436	326	74,8	58	13,3	52	11,9

Huỳnh quang sau can thiệp – 2

Nhận xét: Trong 436 vị trí đánh dấu huỳnh quang sau can thiệp mức độ sạch của các bề mặt tỉ lệ chung là 74,8% cao hơn so với trước can thiệp là 47,6%, cụ thể các nhóm bề mặt tỉ lệ sạch sau can thiệp dao động từ 71,4%- 77,5% cao hơn trước can thiệp ở mức độ thấp chỉ từ 42,3% - 55,6%. Tỉ lệ chung bỏ sót – không sạch ở các bề mặt sau can thiệp giảm từ 50% trước can thiệp xuống còn 11,9%.



Hình 1. Biểu đồ so sánh chất lượng vệ sinh bề mặt trước sau can thiệp bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang đánh giá

3.3. Tình trạng sử dụng tải lau và khăn lau trong thực hiện vệ sinh bề mặt

Bảng 5. Sử dụng tải lau trong thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt

	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Tổng số lượng tải sử dụng	172	210
Số tải trung bình sử dụng cho 1 phòng/ khu vực/ 1 quy trình vệ sinh bề mặt	1,7	2,1

Số khu vực vệ sinh bề mặt cần vệ sinh: N=436

Nhận xét:

- Số lượng tải lau được sử dụng để vệ sinh cho 1 khu vực/phòng tăng từ 1,7 miếng trước can thiệp lên 2,1 miếng sau can thiệp
- Khăn lau: Quan sát trong nghiên cứu ghi nhận được tình trạng sử dụng cùng một khăn lau cho rất nhiều bề mặt và được giặt sạch tại khoa để tái sử dụng.

4. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu này cho thấy nếu đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt môi trường sử dụng phương pháp trực quan thì tỉ lệ sạch của bề mặt trước và sau can thiệp tỉ lệ chung rất cao tương ứng là 94,5% và 97% (chỉ duy nhất bề mặt gương do có tính chất phản chiếu có tỉ lệ sạch chiếm 50% trước can thiệp, sau can thiệp là 77,5%). Nhưng nếu sử dụng phương pháp có đánh dấu huỳnh quang thì tỉ lệ sạch chỉ còn 47,6% trước can thiệp và tăng lên 74,8% sau can thiệp.

Nghiên cứu ghi nhận các bề mặt đều sạch đối với phương pháp đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt bằng trực quan chiếm tỉ lệ cao từ 94,5% - 97% tương đương kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân năm 2016 [3] là 100%, nghiên cứu này ghi nhận kết quả sạch hoàn toàn bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang ở trước và sau can thiệp tương ứng là 47,6% và 74,8% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân năm 2016 [3] tỉ lệ sạch giao động từ 76,19% - 94,34% ở các nhóm bề mặt. Cụ thể hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân năm 2016 còn ghi nhận ở các vị trí bề mặt vị trí bề mặt giường – thành giường tỉ lệ đạt bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang là 100%, bàn ăn 87,5%, tủ là 100%, tất cả đều cao hơn so với kết quả nghiên cứu này ghi nhận được tại vị trí giường là 51,9% trước can thiệp và 75,4% sau can thiệp, bàn ăn 55,6% trước can thiệp và 71,4% sau can thiệp, tủ 42,3% trước can thiệp và 76,4% sau can thiệp. Sự khác biệt này cần đặc biệt lưu ý mặc dù tỉ lệ sạch khi sử dụng phương pháp trực quan đánh giá bề mặt môi trường tại bệnh viện Đại học Y dược HCM đạt 100% cũng tương đương với kết quả nghiên cứu ghi nhận được. Sự khác biệt này có thể do những lý do sau: Một là việc tuân thủ các bước lau trong quy trình vệ sinh bề mặt, hai là số lượng tải lau, khăn lau được sử dụng, ba là hoá chất sử dụng trong làm sạch bề mặt môi trường. Theo quy định hàng ngày làm sạch và khử khuẩn các bề mặt dễ bị nhiễm vi sinh vật như các vật dụng xung quanh NB như thanh giường, tủ đầu giường, và các vật dụng thường xuyên sờ vào như tay nắm cửa, vật dụng trong nhà vệ sinh và sàn nhà, bàn ghế [4]... do đó kết quả nghiên cứu ghi nhận những vị trí còn dấu vết của chất huỳnh quang chưa được làm sạch, còn bỏ sót cần được giám sát để đảm bảo tần suất vệ sinh bề mặt ngoài ra cần kiểm tra hóa chất và nồng độ hóa chất sử dụng trong vệ sinh làm sạch[4].

Nghiên cứu cũng ghi nhận được tình trạng bề mặt chưa được làm sạch hoàn toàn ở cả trước và sau can thiệp bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang, tỉ lệ sau can thiệp chiếm từ 9,8% - 13,3% điều này gợi ý cần đánh giá sâu hơn về việc tuân thủ các bước lau trong quy trình vệ sinh bề mặt.

Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận được việc sử dụng tải lau cho các bề mặt sàn có tăng từ 1,7 miếng trước can thiệp lên 2,1 miếng sau khi can thiệp. Tình trạng sử dụng khăn lau còn chung cho nhiều vị trí và tái xử lý làm sạch ngay tại khoa phòng để sử dụng.

5. KẾT LUẬN

Chất lượng làm sạch được đo lường khách quan, chính xác. Kết quả trong nghiên cứu có sự khác biệt rõ rệt khi thực hiện 02 phương pháp đánh giá.

Đánh giá bằng quan sát trực quan: Tỉ lệ sạch đạt rất cao ở hầu hết các vị trí bề mặt từ 98,2% - 100% tỉ lệ thấp nhất chỉ ghi nhận ở gương cũng từ 50%-75%.

Đánh giá bằng dấu chất huỳnh quang: Tỷ lệ sạch hoàn toàn chỉ đạt 47,6% trước can thiệp và tăng lên 74,8% sau can thiệp. Tỷ lệ không sạch giảm từ 50% trước can thiệp xuống còn 11,9% sau can thiệp.

Can thiệp hướng dẫn lại nhân viên vệ sinh quy trình vệ sinh bề mặt là có hiệu quả.

6. KIẾN NGHỊ

Sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang trong đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt môi trường tại Bệnh viện Thống Nhất là cần thiết và cần được áp dụng trong toàn viện vì các ưu điểm: Khách quan, bằng chứng rõ ràng, dễ thực hiện và chi phí phù hợp.

Kết hợp các biện pháp giám sát qua camera nhằm đánh giá sự tuân thủ quy trình vệ sinh bề mặt và việc sử dụng phù hợp các phương tiện vệ sinh của nhân viên vệ sinh trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quyết định 1886/QĐ-BYT của Bộ Y tế: “Kế hoạch hành động quốc gia về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2016 -2020” (Bộ Y tế), (2016).
- [2] Quyết định 3916/QĐ-BYT của Bộ Y tế: Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt trong các cơ sở khám bệnh (Bộ Y tế), (2017).
- [3] Nguyễn Thị Hồng Vân (2016). “Sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang khảo sát hiệu quả công tác làm sạch các vị trí tiếp xúc thường xuyên tại phòng bệnh, phòng thủ thuật, phòng hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM”. Hội nghị kiểm soát nhiễm khuẩn Tp. HCM tháng 12/2016.
- [4] Quyết định 3671/QĐ-BYT của Bộ Y tế: Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Bộ Y tế), (2012).
- [5] APSIC (2013). “Guidelines for environmental cleaning and decontamination”• number 5.
- [6] CDC (2010). “Option for Evaluating Environmental Cleaning”, Level II, Appendix B - Objective Methods for Evaluating Environmental Hygiene, number 1,23