

## Nghiên cứu gốc

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP ĐỐI VỚI CHẤT LƯỢNG VỆ SINH BỀ MẶT KHI SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH DẤU HUỖNH QUANG TẠI 02 KHOA ĐIỀU TRỊ CÁN BỘ CAO CẤP VÀ NỘI ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Thị Hải Xuân<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Ánh<sup>1</sup>, Nguyễn Trần Quỳnh Như<sup>1</sup>, Lê Đình Thanh<sup>1</sup>

1. Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, Bệnh viện Thống Nhất

\* Tác giả liên hệ: Lê Thị Hải Xuân ✉ [haixuan212@gmail.com](mailto:haixuan212@gmail.com)

**TÓM TẮT:** Mục tiêu nghiên cứu là sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang để đánh giá hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt, đồng thời khảo sát mối liên quan giữa nhận thức quy trình của nhân viên vệ sinh và việc đảm bảo cung cấp đủ tài liệu, hoá chất tại Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp được thực hiện trên 446 vị trí bề mặt thường xuyên tiếp xúc tại khoa Nội Điều trị theo yêu cầu và khoa Điều trị Cán bộ cao cấp. Chất lượng vệ sinh được đánh giá bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang so sánh trước và sau khi thực hiện can thiệp tập huấn lại kiến thức và bổ sung dụng cụ vệ sinh (tải lau) cho nhân viên. Tỷ lệ bề mặt được làm sạch hoàn toàn tăng đáng kể từ 45,6% trước can thiệp lên 79,4% sau can thiệp. Các nhóm bề mặt sau can thiệp có tỷ lệ sạch dao động từ 63,8% đến 89,2%, cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp (22,8% - 62,3%). Bên cạnh đó, tỷ lệ nhân viên nắm vững quy trình tăng từ 68% lên 82% và số lượng tải lau sử dụng trung bình cho một phòng tăng từ 2,42 lên 3,63 cái. Phương pháp đánh dấu huỳnh quang là công cụ khách quan, phản ánh thực chất chất lượng vệ sinh môi trường hơn so với quan sát trực quan. Kết quả khẳng định hiệu quả tích cực của việc tập huấn kiến thức và đảm bảo đủ phương tiện vệ sinh trong việc cải thiện chất lượng làm sạch bề mặt bệnh viện.

**Từ khóa:** Đánh dấu huỳnh quang; chất lượng vệ sinh bề mặt; kiến thức nhân viên vệ sinh.

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF AN INTERVENTION ON SURFACE CLEANING QUALITY USING THE FLUORESCENT MARKER METHOD IN TWO DEPARTMENTS – THE DEPARTMENT OF VIP AND THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE (SERVICE SECTOR) AT THONG NHAT HOSPITAL

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

**ABSTRACT:** The objective of this study was to use the fluorescent marker method to evaluate the effectiveness of an intervention aimed at improving environmental surface cleaning quality, while also investigating the correlation between cleaning staff's awareness of protocols and the adequate provision of cleaning supplies (wipes and chemicals) at Thong Nhat Hospital. A cross-sectional descriptive study with intervention was conducted on 446 high-touch surface locations at the Department of Internal Medicine (Service sector) and the Department of VIP (Senior Officials Treatment). Hygiene quality was assessed using the fluorescent marker method, comparing results before and after interventions that included staff retraining on knowledge and the supplementation of cleaning tools (wipes). The proportion of completely cleaned surfaces increased significantly from 45.6% pre-intervention to 79.4% post-intervention. Post-intervention cleanliness rates across surface groups ranged from 63.8% to 89.2%, significantly higher than the pre-intervention range (22.8% - 62.3%). Additionally, the percentage of staff mastering the protocols rose from 68% to 82%, and the average number of wipes used per room increased from 2.42 to 3.63. The fluorescent marker method serves as an objective tool that reflects the actual quality of environmental hygiene more accurately than visual observation. The findings confirm the positive impact of knowledge training and the provision of adequate cleaning supplies in improving hospital surface cleaning quality.

**Keywords:** Fluorescent marker; surface cleaning quality; cleaning staff knowledge.

## 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 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 trong đó 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. 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).

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).

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 khống chế các vụ dịch. (6)

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 cũng đang sử dụng hình thức thuê đơn vị ngoài thực hiện dịch vụ vệ sinh môi trường bệnh viện. Nhóm nghiên cứu đã thực hiện đánh giá chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang tại Khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu và khoa Điều Trị Cán Bộ Cao Cấp năm 2024 tuy nhiên nhóm ghi nhận kết quả bề mặt môi trường sạch rớt và sau khi hướng dẫn quy trình vệ sinh cho nhân viên vệ sinh bằng phương pháp quan sát trực quan là 94,5% và 97%, tỉ lệ sạch sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang trước và sau là 47,6%. Và 74,8%(7). Tỉ lệ trên còn chưa cao(3) do đó nhóm nghiên cứu tiếp tục các biện pháp can thiệp nâng cao hơn chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt tại hai đơn vị này.

## 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.

### 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).

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bề mặt hay tiếp xúc trong phòng bệnh thường: Bề mặt sàn các phòng bệnh, 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 = 446

### 2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

### 2.4.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Tiêu chí chọn vào:

- Các bề mặt có tần suất vệ sinh từ 01 lần/ngày bao gồm: bề mặt sàn và bề mặt tủ đầu giường, thanh chân giường bệnh, bàn ăn của người bệnh, gương tại lavabo rửa tay của các phòng bệnh.

- 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 ít hơn 01 lần/ngày hoặc có tần suất tiếp xúc cao để 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/chi số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

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

Tên biến số	Mô tả biến số	Công cụ thu thập
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 mức độ sạch của bề mặt	- Sạch - Không sạch	Quan sát và bảng kiểm ghi nhận

- 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).

- 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.

### 2.5.2. Tình trạng sử dụng tài liệu của nhân viên trong việc thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt (biến số phụ thuộc)

Số lượng tài liệu sử dụng cho vệ sinh bề mặt tại một khu vực phòng/bề mặt khi thực hiện vệ sinh.

Kiến thức của nhân viên vệ sinh về quy trình vệ sinh trước và sau can thiệp tập huấn.

## 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 và sau khi các nhân viên vệ sinh thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt.

Giai đoạn 2: Can thiệp thông qua hướng dẫn, tập huấn nhắc lại nhân viên vệ sinh về quy trình thực hiện vệ sinh các bề mặt. Can thiệp đảm bảo tài liệu, hoá chất tuân thủ số lượng theo quy trình quy định. 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, thân 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 được tiến hành trên bề mặt sàn các buồng bệnh thường và giường, tủ, bàn ăn, gương tại 02 khoa lâm sàng gồm

**Bảng 1.** Mức độ sạch của bề mặt tại 02 khoa khi sử dụng phương pháp đánh giá huỳnh quang trước can thiệp:

STT	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 (%)
1	Sàn	130	81	62,3	22	16,9	27	20,8
2	Giường	105	47	44,7	24	22,9	34	32,4
3	Tủ	101	23	22,8	27	26,7	51	50,5
4	Gương	55	31	56,4	3	5,4	21	38,2
5	Bàn ăn	55	23	41,8	19	34,6	13	23,6
Tổng	446	205	45,6	95	21,3	146	33,1	

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

STT	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 (%)
1	Sàn	130	116	89,2	8	6,2	10	7,7
2	Thành giường	105	67	63,8	8	7,6	30	28,6
3	Tủ	101	78	77,2	10	9,9	9	8,9
4	Gương	55	48	87,3	4	7,3	3	5,5
5	Bàn ăn	55	45	81,8	6	10,9	4	7,3
Tổng	446	354	79,4	36	8,1	56	12,5	

Nội ĐTTYC và ĐTCBCC. Kết quả trước và sau can thiệp thu được:

### 3.1. Kết quả đánh giá mức độ sạch của bề mặt bằng huỳnh quang

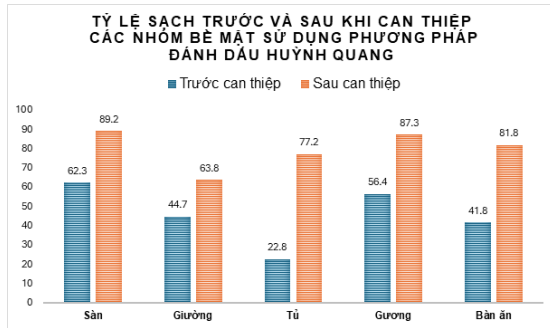
#### 3.1.1. Trước can thiệp

Trong 446 vị trí đánh dấu huỳnh quang mức độ sạch hoàn toàn của các bề mặt trước can thiệp tỉ lệ là 45,6% (dao động ở các nhóm vị trí từ 22,8% - 62,3%), tỉ lệ này là tương đối thấp. 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 21,3% và không được làm sạch chiếm tới 33,1%.

#### 3.1.2. Sau can thiệp

Trong 446 vị trí đánh dấu huỳnh quang sau can thiệp mức độ sạch của các bề mặt tỉ lệ chung là 79,4% cao hơn so với trước can thiệp là 45,6%, cụ thể các nhóm bề

mặt tỉ lệ sạch sau can thiệp dao động từ 63,8%- 89,2% cao hơn trước can thiệp ở mức độ thấp chỉ từ 22,8% - 62,3%.



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

### 3.2. Đánh giá trực quan mức độ sạch của bề mặt trước và sau can thiệp

Nhận xét: Mức độ sạch của các bề mặt khi sử dụng phương pháp đánh giá bằng trực quan trước và sau can thiệp là khá cao 92,5% và 94,6%, tỉ lệ không sạch chỉ chiếm 5,4% - 7,8% trong đó chỉ ghi nhận tỉ lệ 3,1% và 3,85% nhóm bề mặt sàn còn tình trạng không sạch, nhóm ghi nhận tình trạng không sạch nhiều nhất bằng trực quan là nhóm bề mặt gương chiếm 38,2% và 18,2% ở trước và sau can thiệp. Đối với bề mặt giường đều ghi nhận tình trạng sạch khi đánh giá bằng trực quan rất cao 99%-100% [Bảng 3].

### 3.3. Số lượng sử dụng tải lau trong thực hiện vệ sinh bề mặt.

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

STT	Vị trí	Tần số chung	Sạch				Không sạch			
			Trước		Sau		Trước		Sau	
			Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Sàn	130	125	96,15	126	96,9	5	3,85	4	3,1
2	Thành giường	105	105	100	104	99	0	0	1	1
3	Tủ	101	96	95	96	95	5	5,0	5	5
4	Gương	55	34	61,8	45	81,8	21	38,2	10	18,2
5	Bàn ăn	55	51	92,7	51	92,7	4	7,3	4	7,3
Tổng	446	441	92,5	422	94,6	35	7,8	24	5,4	

**Bảng 4.** Số lượng tải lau sử dụng trong thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt tại các phòng bệnh

Số lượng tải lau	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Tổng số lượng tải sử dụng	240	360
Số tải trung bình sử dụng cho 1 phòng/ khu vực/ 1 quy trình vệ sinh bề mặt	2,42	3,63

Số lượng tải lau được sử dụng để vệ sinh cho 1 khu vực/phòng tăng từ 2,42 tải lau (trước can thiệp) lên 3,63 tải lau (sau can thiệp). Cho thấy nhân viên đã được bổ sung phương tiện làm sạch bề mặt (đặc biệt là bề mặt sàn) điều này giúp đảm bảo nhân viên thực hiện quy trình [Bảng 4].

### 3.4. Kiến thức của nhân viên vệ sinh:

**Bảng 5.** Kiến thức về quy trình vệ sinh bề mặt của nhân viên trước và sau can thiệp

Kiến thức nhân viên thực hiện vệ sinh	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Nắm quy trình	68%	82%
Chưa nắm quy trình	32%	18%

Trước can thiệp nhân viên thực hiện vệ sinh tại 02 khoa nắm được kiến thức quy trình vệ sinh đạt 68%, tỉ lệ này tăng lên 82% sau khi tập huấn [Bảng 5].

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Sự khác biệt giữa đánh giá trực quan và phương pháp huỳnh quang.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự chênh lệch rất lớn giữa đánh giá bằng mắt thường và thực tế vệ sinh được kiểm chứng bằng huỳnh quang. Cụ thể, trước can thiệp, trong khi kết quả đánh giá trực quan ghi nhận tỷ lệ sạch lên tới 92,5% , thì thực tế kiểm tra bằng huỳnh quang chỉ đạt 45,6%. Điều này khẳng định rằng đánh giá bằng mắt thường mang tính chủ quan cao và không thể phát hiện các vi sinh vật hoặc vết bẩn vô hình, dễ tạo ra cảm giác "an toàn giả tạo" trong kiểm soát nhiễm khuẩn. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của CDC (2010) và nghiên cứu của Nguyễn Trần Quỳnh Như (2024), cho thấy sự cần thiết bổ sung phương pháp đánh dấu huỳnh quang nhằm đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt một cách khách quan hơn.

### 4.2. Hiệu quả của can thiệp đồng bộ: kiến thức và phương tiện.

Kết quả sau can thiệp cho thấy sự cải thiện vượt bậc, với tỷ lệ sạch tăng từ 45,6% lên 79,4%. Điều này chứng minh rằng nguyên nhân của việc vệ sinh chưa đạt chuẩn trước đó là sự kết hợp của cả hai yếu tố: thiếu kiến thức quy trình và thiếu phương tiện thực hiện.

Về kiến thức: Tỷ lệ nhân viên nắm quy trình tăng từ 68% lên 82% sau tập huấn. Việc đào tạo nhắc lại giúp nhân viên nhận thức rõ hơn về tầm quan trọng của việc lau sạch các điểm tiếp xúc tay (high-touch surfaces).

Về phương tiện: Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là mối liên quan giữa số lượng tải lau và độ sạch. Trước can thiệp, trung bình mỗi phòng chỉ sử dụng 2,42 tải lau, dẫn đến nguy cơ lau chéo từ vùng bẩn sang vùng sạch hoặc không đủ ma sát làm sạch. Sau can thiệp, khi số lượng tải lau tăng lên 3,63 tải/phòng, tỷ lệ sạch đã tăng rõ rệt. Điều này khẳng định việc cung cấp đủ vật tư tiêu hao là điều kiện tiên quyết để nhân viên tuân thủ quy trình.

### 4.3. Phân tích sâu về các nhóm bề mặt.

Khi phân tích từng nhóm bề mặt, chúng tôi ghi nhận:

Bề mặt sàn: Có sự cải thiện ngoạn mục nhất, từ 62,3% lên 89,2%. Đây là bề mặt rộng, dễ thực hiện thao tác nên khi có đủ tải lau, hiệu quả đạt được rất cao.

Bề mặt tủ đầu giường và bàn ăn: Cũng tăng đáng kể (Tủ: 22,8% lên 77,2%; Bàn ăn: 41,8% lên 81,8%). Đây là các vị trí bệnh nhân tiếp xúc nhiều nhất, việc cải thiện chỉ số này có ý nghĩa lớn trong việc cắt đứt đường lây truyền vi khuẩn.

Thành giường: Mặc dù có tăng (từ 44,7% lên 63,8%) nhưng tỷ lệ sạch vẫn thấp hơn so với các bề mặt khác (sàn, gương). Nguyên nhân bề mặt này có cấu trúc phức tạp, nhiều khe kẽ dẫn đến khó làm sạch hơn so với những bề mặt khác. Bên cạnh đó, việc một số giường bệnh có bệnh nhân nặng nằm viện thời gian dài, xung quanh nhiều thiết bị y tế phức tạp cũng là một nguyên nhân dẫn đến việc bỏ sót vị trí này của nhân viên vệ sinh. Đây là điểm cần lưu ý để tập trung giám sát kỹ hơn trong thời gian tới.

### 4.4. So sánh với các nghiên cứu khác.

Tỷ lệ sạch sau can thiệp của chúng tôi (79,4%) tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trần Quỳnh Như và cộng sự (2024) tại cùng bệnh viện, cho thấy tính nhất quán của phương pháp và thực trạng vệ sinh tại cơ sở. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân (2016) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (đạt 87,5% - 100%). Sự khác biệt này có thể do đặc thù quá tải bệnh nhân, tỷ lệ nhân lực vệ sinh trên số giường bệnh, hoặc quy trình giám sát tại mỗi bệnh viện là khác nhau. Tuy nhiên, mức tăng gần gấp đôi (từ 45,6% lên 79,4%) vẫn là một chỉ dấu thành công quan trọng của đợt can thiệp này.

## 5. KẾT LUẬN

Can thiệp hướng dẫn kiến thức thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt là có hiệu quả và cần thiết được thực hiện thường xuyên để nhân viên vệ sinh nắm vững kiến thức tuân thủ quy trình vệ sinh bề mặt. Đồng thời trang bị đủ phương tiện vệ sinh (số lượng tải lau) để đảm bảo nhân viên thực hiện quy trình vệ sinh bề mặt sàn nhà là cần thiết, đảm bảo chất lượng làm sạch bề mặt.

Sử dụng phương pháp đánh dấu huỳnh quang cho thấy sự khác quan trọng đo

lượng chất lượng vệ sinh bề mặt và cần thực hiện như một phương pháp đánh giá thường xuyên song song với phương pháp đánh giá trực quan nhằm đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt phản ánh thực chất chất lượng vệ sinh môi trường tại bệnh viện Thống Nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Quyết định số 1886/QĐ-BYT: Kế hoạch hành động quốc gia về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2016–2020. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.

[2] Bộ Y tế. Quyết định số 3671/QĐ-BYT: Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hà Nội: Bộ Y tế; 2012.

[3] Bộ Y tế. Quyết định số 3916/QĐ-BYT: Hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt trong các cơ sở khám bệnh. Hà Nội: Bộ Y tế; 2017.

[4] Nguyễn Thị Hồng Vân. 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. Báo cáo tại Hội nghị Kiểm soát nhiễm khuẩn TP. Hồ Chí Minh; tháng 12, 2016.

[5] Asia Pacific Society of Infection Control (AP-SIC). Guidelines for Environmental Cleaning and Decontamination. APSIC; 2013.

[6] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Options for Evaluating Environmental Cleaning. Level II, Appendix B: Objective Methods for Evaluating Environmental Hygiene. CDC; 2010.

[7] Nguyễn Trần Quỳnh Như, cùng cộng sự. Đánh giá chất lượng vệ sinh bề mặt bằng phương pháp đánh dấu huỳnh quang tại 02 khoa: Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu và Điều Trị Cán Bộ Cao Cấp Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2024;65(CĐ 10 năm).