

TRONG SỐ NÀY

3 KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TRONG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Bá Thanh Thư, Nguyễn Thị Thu Hà

9 HIỆU QUẢ CỦA VIỆC SỬ DỤNG CÔNG CỤ ISBAR TRONG BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH GIỮA ĐIỀU DƯỠNG GÂY MÊ VỚI ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG HỒI TỈNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đào Thanh Nhân

16 ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG TÌNH TRẠNG MẮT NƯỚC Ở NGƯỜI CAO TUỔI: THANG ĐO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đoàn Thị Ngân, Bùi Thị Thu Thủy, Nguyễn Văn Tài, Bùi Thị Kim Dung, Hoàng Thị Tuyết, Nguyễn Đức Công

26 SO SÁNH TỰ LƯỢNG GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VỀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN NĂM 2019

Bùi Lang Hoa, Nguyễn Đức Vũ, Trần Thị Kim Ngọc

31 TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Thị Phương và các cộng sự

37 SỰ TUÂN THỦ BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN

Trần Thị Hồng Vân, Trần Thị Kim Ngọc và cộng sự

43 MỨC ĐỘ LO LẮNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG TẠI KHOA MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2018

Nguyễn Thị Hồng Chi, Trần Thụy Hồng Anh

49 CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẦU CỔ TRONG THỜI GIAN XẠ TRỊ

Đoàn Dương Phương Bình

55 SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VỀ CHĂM SÓC ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA NGOẠI, BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN NĂM 2019

Lê Thị Cẩm Lan, Đỗ Ngọc Thúy An, Trần Thị Kim Ngọc

62 CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG LIỆU PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM ĐIỀU TRỊ ÁP XE CỔ

Thắm Xuân Trường, Trần Minh Trường, Trần Anh Bích, Phạm Thanh Thúy, Trần Thanh Phương, Thạch Kim Long, Đinh Lệ Thanh Lan, Võ Lê Quế Trâm

67 HIỆU QUẢ CỦA CÁC BÀI TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

Trương Thị Anh, Nguyễn Ngọc Thuận

74 KIẾN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ TIM HỞ CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI ĐƠN VỊ PHẪU THUẬT TIM MẠCH - VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2018

Nguyễn Thị Lan Anh, Đỗ Thị Trang,
Trần Bích Phương, Phạm Thùy Dương,
Trần Thị Liên, Lưu Thị Trang

81 TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN LỘC MÁU CHU KỶ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Quỳnh Vân, Trương Việt Dũng

88 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIẾP HẢI PHÒNG NĂM 2017 - 2018

Lê Văn Mạng, Đặng Thị Minh Thư

94 THỰC TRẠNG TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2019

Lương Văn Quý

99 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẢI TIẾN LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC TẠI 07 KHOA LÂM SÀNG HỆ NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2019

Nguyễn Thị Thu Liên, Hà Thị Bích Liên,
Đỗ Văn Trục

106 HIỆU QUẢ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Thị Phúc, Đào Hải Nam,
Trần Minh Quang, Nguyễn Thị Thu Vinh,
Lê Thị Thanh Thủy

111 ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TƯ VẤN CHẾ ĐỘ ĂN, LỐI SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỠC HỌNG - THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Hoàng Anh Đức, Lương Thị Minh Hương

117 BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI KỶ NIỆM 40 NĂM NGÀY THÀNH LẬP VÀ ĐÓN NHẬN HUÂN CHƯƠNG LAO ĐỘNG HẠNG NHẤT

Trần Lễ

118 BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI - NHỮNG NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG LUÔN LÀM HẾT SỨC ĐỂ GIẢM NHẸ NỠI ĐAU CHO NHỮNG NGƯỜI BỆNH MANG CĂN BỆNH ÁC TÍNH

Trần Lễ

119 ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI NHẬN NHIỀU THƯ KHEN CỦA NGƯỜI BỆNH

Lê Hào

Kiến thức, Thái độ và Sự hài lòng của người bệnh nội trú trong giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND SATISFACTION ABOUT HEALTH EDUCATION OF PATIENTS TREATED AT THE EAR NOSE THROAT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

PHẠM BÁ THANH THU¹, NGUYỄN THỊ THU HÀ²

TÓM TẮT

Mục đích: Khảo sát kiến thức, thái độ và sự hài lòng và tìm mối liên hệ giữa các yếu tố này của người bệnh nội trú tại bệnh viện sau khi Điều dưỡng giáo dục sức khỏe.

Phương pháp: mô tả 511 người bệnh (NB) được chọn thuận tiện đang điều trị nội trú tại khoa Tai - Tai thần kinh và khoa Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện TMH TP. HCM từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2018.

Kết quả: Đa số NB ở độ tuổi từ 31 - 60 tuổi. Tỷ lệ nữ cao hơn nam, số NB ở tỉnh khác chiếm tỷ lệ nhiều hơn, chủ yếu là đã tốt nghiệp trung học cơ sở và là lao động phổ thông. Tỷ lệ NB đang điều trị tại khoa Tai - Tai thần kinh cao hơn. Đa số NB muốn được tư vấn - GDSK trực tiếp kết hợp với tờ rơi với tỷ lệ 97,1%, có 90,6% NB kiến thức đúng, 97,1% NB có thái độ tích cực và 91,6% NB hài lòng cao và rất cao sau khi được GDSK. Kiến thức, thái độ và sự hài lòng của NB có mối tương quan ($p < 0,05$).

Kết luận: Hầu hết NB sau GDSK có kiến thức đúng và thái độ tích cực, NB hài lòng của với công tác GDSK của điều dưỡng tại 2 khoa Tai - Tai thần kinh và Tạo hình Thẩm mỹ. Kiến thức

của NB càng cao thì thái độ của họ càng tích cực và mức độ hài lòng càng cao.

Kiến nghị: Điều dưỡng cần cập nhật kiến thức cho người bệnh thường xuyên. Bệnh viện tổ chức các lớp nâng cao kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe cho Điều dưỡng hàng năm và tiếp tục thực hiện các nghiên cứu đánh giá, tìm hiểu kiến thức và nhu cầu giáo dục sức khỏe của người bệnh.

Từ khóa: giáo dục sức khỏe, kiến thức, thái độ, sự hài lòng, tai mũi họng.

ABSTRACT

Purpose: To investigate knowledge, attitudes and satisfaction and to examine the relationships between these factors of patients admitted in Ear Nose Throat Hospital after the nurse's health education.

Method: A descriptive study design was conducted on 511 in-patients treated at the Otolaryngology & Neuro-otology and the Aesthetic & Plastic Department in ENT Hospital from 5/2018 to 8/2018.

Results: Majority of patient sample were between the ages of 31 - 60 years old. The number of women was higher than that of men, the number of patients in other provinces accounted for a higher percentage, most of their education was high school and most of them were retired and self-employed. The majority of patients wanted to have direct counseling with the rate of 97.1%, 90.6% of patients had the right knowledge, 97.1% of the patients had positive attitude and 91.6% of the patients were highly satisfied after getting

1 ĐĐT. Khoa Tạo hình thẩm mỹ, BV Tai Mũi Họng TP.HCM
SĐT: 0989639960; email: phambathanhthu@gmail.com
2 CNĐD.

Ngày nhận bài phản biện: 28/11/2019

Ngày trả bài phản biện: 05/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

the health education. Knowledge, attitudes and satisfaction of patients had a positive and statistically significant correlation ($p < 0.05$).

Conclusion: Most of the patients after the health education had the right knowledge and positive attitude, they were satisfied with the care provided by nurses in the two departments of Neurology and high aesthetic imaging. The higher level of knowledge, the more positive their attitude and the higher satisfaction level patients had.

Keywords: health education, knowledge, attitude, satisfaction, ENT.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TT - GDSK) như giáo dục nói chung, là quá trình tác động có mục đích đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng [10]. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng, thái độ tích cực đã cao hơn một cách đáng kể khi thực hiện tự chăm sóc sau khi được GDSK [10], [5], [3], [11]. Tỷ lệ NB có kiến thức đúng sau GDSK về cách tự chăm sóc sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh (BV TMH TP.HCM) năm 2017 là trên 70% [10]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tìm hiểu mối liên hệ giữa các yếu tố kiến thức, thái độ và sự hài lòng của NB. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài “Kiến thức, thái độ và sự hài lòng của người bệnh nội trú trong GDSK của ĐD tại BV TMH TP. HCM” với mục tiêu:

- Mô tả kiến thức tự chăm sóc, thái độ và sự hài lòng của người bệnh nội trú đang điều trị tại khoa Tai - Tai thần kinh và khoa Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Tai Mũi Họng sau khi ĐD thực hiện GDSK.

- Tìm hiểu mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ và sự hài lòng của người bệnh sau khi được ĐD thực hiện GDSK.

Kết quả của nghiên cứu là cơ sở để phòng ĐD lập các kế hoạch phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả công tác GDSK và sự hài lòng của NB trong công tác chăm sóc của ĐD.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* **Thiết kế:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

* **Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh đang điều trị nội trú tại khoa Tai - Tai thần kinh và Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện TMH TP. HCM đáp ứng các tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu sau: trên 16 tuổi, có khả năng nhận thức bình thường và đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện được 511 mẫu từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2018.

* **Công cụ thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi (BCH), gồm có 3 phần: Thông tin chung của người bệnh. Kiến thức: 10 câu hỏi trắc nghiệm, 3 phương án trả lời và có 1 đáp án đúng, mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, đạt được > 7 điểm thì NB có kiến thức đúng. Thái độ của NB: 06 câu hỏi, từ 1 đến 3 điểm theo Likert Scale (1 điểm: không quan tâm, 2 điểm: bình thường, 3 điểm: rất quan tâm). Dựa vào điểm trung bình mà NB đạt được, thái độ được chia theo Pilot như sau [11]: Thái độ không quan tâm (1,00 - 1,66 điểm), bình thường (1,67 - 2,33 điểm) và tích cực (2,34 - 3,00 điểm). Sự hài lòng: 10 câu hỏi: từ 1 đến 5 điểm theo Likert (1 điểm: rất không hài lòng, 2 điểm: không hài lòng, 3 điểm: bình thường, 4 điểm: hài lòng, 5 điểm: rất hài lòng). Dựa vào điểm trung bình, sự hài lòng của NB được chia theo Pilot như sau [11]: Rất thấp (1,00 - 1,80)/ Thấp (1,81 - 2,60)/ Trung bình (2,61 - 3,40)/ Cao (3,41 - 4,20)/ Rất cao (4,21 - 5,00)

* **Quy trình thu thập số liệu**



* **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** SPSS 20.0, thống kê mô tả: Tần suất, tỷ lệ phần trăm được sử dụng để phân tích đặc điểm, kiến

thức, thái độ và sự hài lòng của NB, do mẫu phân bố không chuẩn nên Spearman được dùng để tìm mối tương quan giữa kiến thức, thái độ và sự hài lòng, có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

***Vấn đề đạo đức của nghiên cứu:** Đề tài được thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của BV. Đảm bảo sự an toàn cho người tham gia nghiên cứu bằng cách mã hóa tên NB trong suốt quá trình nghiên cứu. NB được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, tham gia tự nguyện, ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia mà không bị ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đa số NB thuộc khoa Tai - Tai thần kinh tham gia nghiên cứu cao hơn khoa Tạo hình Thẩm mỹ (73,6%), tỷ lệ NB có độ tuổi từ 31 - 60 là cao nhất (64,8%), nữ nhiều hơn nam (66,1%), đa số NB ở tỉnh khác (67,3%), tỷ lệ NB có trình độ học vấn là trung học cơ sở và trung học phổ thông

cao nhất lần lượt là 35,2% và 32,3%, ít nhất là trình độ sau đại học (1,6%), nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng tham gia nghiên cứu là lao động phổ thông (33,1%) và hưu trí (24,7%), ít nhất là nội trợ (4,5%). Trong 511 NB, đa số họ nghĩ rằng phương pháp GDSK hiệu quả nhất là vừa được nhân viên y tế tư vấn trực tiếp kết hợp với tờ rơi được phát với những nội dung hướng dẫn GDSK.

3.2. Kiến thức của NB sau GDSK (n = 511)

Bảng 1. Tỷ lệ NB có kiến thức chung đúng sau GDSK (n = 511)

STT	Khoa điều trị	Đúng		Sai	
		N	%	N	%
1.	Tai - Tai thần kinh	346	92,0	30	8,0
2.	Tạo hình Thẩm mỹ	123	91,1	12	8,9
Kiến thức chung		463	90,6	42	8,2

Tỷ lệ NB có kiến thức đúng là 90,6%. Trong đó, khoa Tai - Tai thần kinh có 92% và khoa Tạo hình Thẩm mỹ là 91,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ NB có kiến thức đúng theo từng câu hỏi sau GDSK (n = 511)

STT	Nội dung	Tai - Tai thần kinh (n = 376)				Tạo hình Thẩm mỹ (n = 135)			
		Đúng		Sai		Đúng		Sai	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật/ Chăm sóc bắc mũi	375	99,7	1	0,3	124	91,9	11	8,1
2.	Vệ sinh cá nhân sau phẫu thuật/ Xử lý chảy máu mũi	351	93,4	25	6,6	124	91,9	11	8,1
3.	Cách hỉ mũi	263	69,9	113	30,1	78	57,8	57	42,2
4.	Cách nhỏ thuốc vào tai/ Cách nhỏ nước muối sinh lý vào mũi	342	91,0	34	9,0	113	83,7	22	16,3
5.	Thời gian được đi máy bay sau phẫu thuật	256	68,1	120	31,9	124	91,9	11	8,1
6.	Dấu hiệu bất thường	366	97,3	10	2,7	120	88,9	15	11,1
7.	Chế độ dinh dưỡng	339	90,2	37	9,8	106	78,5	29	21,5
8.	Chế độ vận động	342	91,0	34	9,0	82	60,7	53	39,3
9.	Chế độ sinh hoạt	279	74,2	97	25,8	110	81,5	25	18,5
10.	Lưu ý khi xuất viện	366	97,3	10	2,7	121	89,6	14	10,4
Kiến thức		346	92,0	30	8,0	123	91,1	12	8,9

Tại khoa Tai - Tai thần kinh, tỷ lệ NB có kiến thức đúng là 92%. Trong đó, câu hỏi có số lượng NB trả lời đúng nhiều nhất là cách chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật (99,7%). Câu hỏi mà NB trả lời không đúng nhiều nhất là thời gian được đi máy bay sau phẫu thuật (68,1%). Tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ, tỷ lệ NB có kiến thức đúng là 91,1%. Trong đó, câu hỏi có số lượng NB trả lời đúng nhiều nhất là cách chăm sóc bắc mũi, cách xử lý chảy máu mũi và thời gian được phép đi máy bay với tỷ lệ 91,9%. Câu hỏi mà NB trả lời không đúng nhiều nhất là cách hỉ mũi (57,8%).

3.3. Thái độ của NB sau GDSK

Bảng 3. Thái độ của NB sau GDSK (n = 511)

Thái độ	N	%
Không quan tâm	1	0,2
Bình thường	13	2,5
Tích cực	496	97,1

Có 97,1% NB có thái độ tích cực, NB quan tâm, mong muốn và xem GDSK là một vấn đề quan trọng và cần thiết; 2,5% có thái độ bình thường và chỉ có 0,2% NB là không quan tâm đến vấn đề này.

3.4. Mức độ hài lòng của NB sau GDSK

Bảng 4. Mức độ hài lòng của NB sau GDSK (N = 511)

Mức độ hài lòng	N	%
Rất thấp	6	1,2
Thấp	3	0,6
Trung bình	34	6,7
Cao	34	6,7
Rất cao	434	84,9

Đa số NB hài lòng với công tác GDSK (cao và rất cao chiếm tỷ lệ 91,6%), 6,7% NB có mức độ hài lòng trung bình và chỉ có 1,8% NB chưa hài lòng với việc GDSK của ĐD.

3.5. Mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ và mức độ hài lòng của NB sau GDSK

Bảng 5. Mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ và mức độ hài lòng của NB sau GDSK (n = 511)

	Hài lòng		Thái độ	
	rho	p	rho	p
Kiến thức	0,188	0,002	0,394	0,000

Spearman được dùng để phân tích mối tương quan giữa kiến thức, thái độ và sự hài lòng của NB sau GDSK, kết quả cho thấy, kiến thức - thái độ - sự hài lòng của NB có liên hệ với nhau. NB có kiến thức càng cao thì thái độ càng tích cực ($\rho = 0,268$, $p < 0,05$) và sự hài lòng càng cao ($\rho = 0,137$, $p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Qua kết quả khảo sát cho thấy, số NB đang điều trị tại khoa Tai - Tai thần kinh chiếm đa số với tỷ lệ 73,6% do lượng NB điều trị tại khoa này cao hơn. Đa số NB ở độ tuổi từ 31 đến 60 tuổi với tỷ lệ 64,8%, độ tuổi này khá phù hợp với đa số NB tham gia nghiên cứu trong nghiên cứu của Huỳnh Thị Diệu Hương (2016) về kiến thức sau GDSK của NB viêm ống tai ngoài do nấm (56,3%) và Nguyễn Thị Thu Hà (2016) về kiến thức vệ sinh tai của NB bị chấn thương tai (53,4%) [2], [3]. Đa số NB có trình độ học vấn là trung học cơ sở và trung học phổ thông với tỷ lệ lần lượt là 32,3% và 35,2%, chỉ có 1,6% đã tốt nghiệp sau đại học. Nơi ở của NB chủ yếu là ở các tỉnh khác, chiếm tỷ lệ 67,3%. Tỷ lệ NB nữ cao hơn với 67,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2016) với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 31,7% và 68,3% [2]. Trong khi đó, theo kết quả trong nghiên cứu của Huỳnh Thị Diệu Hương (2016) thì tỷ lệ nam và nữ khá tương đương (nam: 53,1%, nữ: 46,9%) [1]. Tỷ lệ NB là lao động phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,1%, kế tiếp là hưu trí với tỷ lệ 24,7% và thấp nhất là nội trợ là 4,5%. Đa số NB mong muốn được tư vấn GDSK trực tiếp và từ rơi (52,1%), bên cạnh đó, có 45% NB muốn được tư vấn trực tiếp, chỉ có 3% NB

muốn được GDSK gián tiếp thông qua hình thức tư vấn và video clip [10].

4.2. Kiến thức của NB sau GDSK

Tỷ lệ NB có kiến thức đúng sau GDSK là 90,6% (Tai - Tai thần kinh: 92%, Tạo hình Thẩm mỹ: 91,1%). Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Thị Diệu Hương (2016) về kiến thức sau GDSK của NB viêm ống tai ngoài do nấm (93,8%) và Nguyễn Thị Thu Hà (2016) về kiến thức vệ sinh tai của NB bị chấn thương tai (điểm trung bình về kiến thức của NB đạt mức độ cao) [2], [3]. Tuy nhiên, kết quả lại khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Thủy (2019) với NB bị loét dạ dày - tá tràng (trên 76% NB trả lời đúng), Huỳnh Thị Vy Xuyên (2014) nghiên cứu về kiến thức chăm sóc bàn chân đái tháo đường typ II tại Bồng Sơn với 44,7 - 64,6% NB trả lời đúng sau khi được GDSK, Hoàng Thị Vân Lan (2016) tại BV Nhi tỉnh Nam Định (trên 65.8% trả lời đúng) và Trần Hằng Giang (2016) tại BV Phụ sản Quốc tế Sài Gòn (76,8% có kiến thức đúng) về kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ. Điều này có thể lý giải bởi nghiên cứu của Huỳnh Thị Diệu Hương (2016) và Nguyễn Thị Thu Hà (2016) có đối tượng nghiên cứu khá tương đồng với nghiên cứu này (NB mắc bệnh lý chuyên khoa tai mũi họng). Bên cạnh đó, cách đánh giá của nghiên cứu này cũng khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Thủy (2019), Huỳnh Thị Vy Xuyên (2014) và Hoàng Thị Vân Lan (2016) khi nghiên cứu này đánh giá dựa trên kiến thức chung của NB (trả lời đúng trên 6 câu thì có kiến thức đúng) trong khi đó, các nghiên cứu kia thì đánh giá riêng từng câu hỏi nên kết quả cho ra sẽ có sự khác biệt [2], [3], [4], [7], [10]. Chính vì vậy, tùy theo đặc điểm đối tượng và mục tiêu nghiên cứu mà nghiên cứu viên lựa chọn công cụ và phương pháp thích hợp để đưa ra được kết quả chính xác nhất.

4.3. Thái độ của NB sau GDSK

NB có thái độ tích cực chiếm 97,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Hằng Giang (2016) và Huỳnh Thị Diệu Hương (2016) với tỷ lệ NB có thái độ tốt lần lượt là 81,4% và 90,6% [1], [3]. Điều này cho thấy NB quan tâm

đến tình trạng bệnh lý cũng như cách theo dõi và chăm sóc bệnh. Họ mong muốn được tiếp thu những thông tin giúp họ gia tăng kiến thức về bệnh và cách chăm sóc sức khỏe của bản thân.

4.4. Mức độ hài lòng của NB sau GDSK

Đa số NB hài lòng cao với công tác GDSK của ĐD với tỷ lệ hài lòng cao và rất cao là 91,6%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Trần Thị Như Tuyết (2017) khi khảo sát sự hài lòng của NB sau GDSK tại BV TMH TP.HCM (04 khoa lâm sàng: Mũi Xoang, Nhi - Tổng hợp, Tai - Tai thần kinh và Tạo hình Thẩm mỹ) với tỷ lệ trên 94% NB hài lòng [9].

4.5. Mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ và mức độ hài lòng của NB sau GDSK

Có mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ và mức độ hài lòng của NB sau GDSK, NB có kiến thức càng cao thì thái độ càng tích cực và mức độ hài lòng càng cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Thị Diệu Hương và Trần Hằng Giang (kiến thức cao thì thái độ và hành vi tốt) [1], [3].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Hầu hết NB sau GDSK có kiến thức đúng và thái độ tích cực, NB hài lòng của với công tác GDSK của điều dưỡng tại 2 khoa Tai - Tai thần kinh và Tạo hình Thẩm mỹ. Kiến thức của NB càng cao thì thái độ của họ càng tích cực và mức độ hài lòng càng cao.

- Kết quả của nghiên cứu là để Phòng Điều dưỡng lập kế hoạch nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ năng giao tiếp và kỹ năng GDSK của ĐD. Bệnh viện tiếp tục tổ chức các buổi sinh hoạt cập nhật kiến thức cho NB tập trung vào các vấn đề mà NB còn chưa hiểu đúng hoặc không biết; đồng thời làm các tờ rơi, video hướng dẫn NB đặt ở những nơi dễ nhìn, dễ lấy trong BV, giúp NB dễ dàng tiếp cận đến những kiến thức mới về bệnh và cách chăm sóc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Hằng Giang (2016), “Mối tương quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Quốc tế Sài Gòn”, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học - Lớp nghiên cứu khoa học dành cho điều dưỡng khóa II, trang 26 - 35.
2. Nguyễn Thị Thu Hà, Trương Thị Khả Ái, Trần Thị Kim Ngọc (2016), “Hiệu quả GDSK của điều dưỡng để thay đổi hành vi thực hành vệ sinh tai của BN chấn thương ống tai ngoài và màng nhĩ do ngoáy tai”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 16/ 2016, trang 54 - 59.
3. Huỳnh Thị Diệu Hương, Huỳnh Thị Kim Trung, Trần Thị Như Tuyết (2016), “Đánh giá hiệu quả giáo dục kiến thức, thái độ, hành vi của điều dưỡng đối với bệnh nhân viêm tai ngoài do nấm tại phòng soi tai BV TMH TP.HCM từ T6/2015 đến T6/2016”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 16/ 2016, trang 43 - 48.
4. Hoàng Thị Vân Lan, Nguyễn Thị Thanh Huyền (2016), “Đánh giá hiệu quả của việc tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ cho các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 16/2016, trang 84 - 90.
5. Tài liệu giảng dạy (2006), Bộ môn GDSK, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Trần Thiện Thuần (2016), Nâng cao sức khỏe, Bộ môn Giáo dục Sức khỏe - Tâm lý Y học, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. HCM.
7. Nguyễn Thị Lệ Thủy, Trần Hữu Hiếu (2019), “Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phòng loét tái phát của người bệnh phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 25/2019, trang 93 - 98.
8. Phạm Bá Thanh Thư, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Trần Thị Kim Ngọc (2015), “So sánh giữa sự mong đợi và sự hài lòng của BN về chất lượng chăm sóc điều dưỡng”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số 9/2015, trang 42 - 47.
9. Trần Thị Như Tuyết, Phan Thị Thanh Thúy (2017), “Khảo sát thực hiện chỉ số hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân tại các khoa lâm sàng BV TMH TP.HCM năm 2017”, Phòng Điều dưỡng - BV TMH TP. HCM.
10. Huỳnh Thị Vy Xuyên (2014), Đánh giá kiến thức chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường typ II tại khoa nội BVĐK KV Bồng Sơn T5/2013-T6/2014.
11. Polit, D., & Hugler, B. (1999), “Principles and Methods (3nd ed)”, Nursing Research. Philadelphia: J B Lippincott.3

HIỆU QUẢ CỦA VIỆC SỬ DỤNG CÔNG CỤ ISBAR TRONG BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH GIỮA ĐIỀU DƯỠNG GÂY MÊ VỚI ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG HỒI TỈNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

THE EFFECTIVENESS OF USING THE ISBAR PLATFORM ON HAND OVER PATIENTS BETWEEN ANESTHETIC NURSES AND NURSES AT RECOVER ROOM IN HO CHI MINH CITY MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

ĐÀO THANH NHÂN¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ISBAR là một qui trình chuẩn đã được nhiều nước trên thế giới áp dụng, trong đó có ngành y tế. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của việc sử dụng công cụ ISBAR trong bàn giao người bệnh giữa điều dưỡng gây mê với điều dưỡng phòng hồi tỉnh ở Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp trước sau, đánh giá hiệu quả của việc bàn giao người bệnh tại phòng hồi tỉnh của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tổng số mẫu là 434 trên 31 điều dưỡng gây mê. Mỗi điều dưỡng gây mê được quan sát 7 lượt trước khi hướng dẫn ($n_1 = 217$) và 3 tuần sau hướng dẫn ($n_2 = 217$). Bộ câu hỏi được dựa vào bảng công cụ ISBAR và mẫu bàn giao người bệnh trong phẫu thuật của Tổ chức Y tế Thế giới. Dữ liệu được thu thập thông qua quan sát các cơ hội bàn giao người bệnh tại phòng hồi tỉnh.

Kết quả: Sau khi áp dụng ISBAR, các thiếu sót trong bàn giao người bệnh được cải thiện rõ rệt như việc trao đổi giữa các điều dưỡng về số nhập viện của người bệnh (tăng từ 1,8% lên 81,10%, $p < 0,001$), về tiền sử dị ứng của người bệnh (tăng từ 6% lên 88,5%, $p < 0,001$), về phương

pháp phẫu thuật (từ 32,3% tăng lên 92,6%, $p < 0,001$), về việc sử dụng kháng sinh dự phòng (từ 8,3% tăng lên 98,2%, $p < 0,001$), về lượng máu người bệnh đã mất trong phẫu thuật (tăng từ 24% lên 71,4%, $p < 0,001$), về phương pháp giảm đau trong phẫu thuật (tăng từ 12,9% lên 98,6%, $p < 0,001$), về việc sử dụng thuốc chống nôn trong phẫu thuật (tăng từ 5,5% lên 94,9%, $p < 0,001$), về chuyển người bệnh lên trại (tăng từ 12,9% từ 97,7%, $p < 0,001$), về các cận lâm sàng sau phẫu thuật (từ 3,7% tăng lên 98,6%, $p < 0,001$), về duy trì giảm đau sau phẫu thuật (từ 12,9% tăng lên 97,7%, $p < 0,001$).

Kết luận: Bảng công cụ bàn giao ISBAR đem lại hiệu quả rõ rệt trong bàn giao người bệnh giữa phòng mổ và phòng hồi tỉnh, điều dưỡng nên được đào tạo để sử dụng công cụ này ngày một chính xác và hiệu quả hơn.

Từ khoá: ISBAR, bàn giao người bệnh, điều dưỡng gây mê

ABSTRACT

Background: The ISBAR is a standard process that has been applied in many countries, including the health care. This study aimed to evaluate the effectiveness of the ISBAR tool in handing over disease between in-operating anesthetists for post-operating nurses in a recovery room of the University Medical Center in Ho Chi Minh City in Vietnam.

Methods: Quasi experimental research, evaluated the effectiveness of handover at the

¹ CNĐĐ.; Khoa Nội thận nhân tạo, BV ĐHYD, TP.HCM

SĐT: 0937540705; email: nhan.dt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài phản biện: 24/11/2019

Ngày trả bài phản biện: 29/11/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 15/12/2019

recovery room of the University Medical Center in Ho Chi Minh City after applying the ISBAR process. The total number of samples was 434 of 31 anesthetists. Each anesthetist was being observed 7 times before training ($n_1 = 217$) and 3 weeks after the training ($n_2 = 217$). The questionnaire was based on the ISBAR toolkit and the World Health Organization's model of surgical handover. Data was collected through observation of transfer opportunities at the recovery room

Result: After applying ISBAR, the rate of information exchange in handover was significantly improved such as the communication between nurses about admission number (increased from 1.8% to 81.10%, $p < 0.001$), allergy history (increasing from 6% to 88.5%, $p < 0.001$), surgical methods (from 32.3% to 92.6%, $p < 0.001$), the use of prophylactic antibiotics (from 8.3% to 98.2%, $p < 0.001$), blood loss during surgery (increased from 24% to 71.4%, $p < 0.001$), analgesic method (increased from 12.9% to 98.6%, $p < 0.001$), the use of antiemetic during surgery (increased from 5.5% to 94.9%, $p < 0.001$), plan to transfer patients to ward (up from 12.9% from 97.7%, $p < 0.001$), post-operative laboratory tests (from 3.7% to 98.6%, $p < 0.001$), postoperative analgesic maintenance (from 12.9% to 97.7%, $p < 0.001$). Conclusion: ISBAR handover tool is obviously effective in hand-over process between the operating room to recovery room, nurses should be trained to use this tool more properly and effectively.

Keywords: ISBAR plate-form, anesthetists.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp là một nghệ thuật, đặc biệt trong lĩnh vực truyền thông y tế và khả năng trao đổi tiếp xúc giữa người với người để đáp ứng nhu cầu thể chất và tinh thần của người bệnh và trao đổi thông tin, mang lại hiệu quả trong việc chăm sóc người bệnh [5]. Hàng năm có khoảng 44.000 đến 98.000 trường hợp tử vong và một triệu tổn thương liên quan đến sai sót y khoa, cao hơn hẳn

so với số tử vong do tai nạn giao thông (43.458), ung thư vú (42.297), và bệnh AIDS (16.516) [3].

Khảo sát về tỷ lệ tử vong trực tiếp liên quan đến phẫu thuật dao động từ 0,4 đến 0,8% và các biến chứng phẫu thuật dao động từ 3 đến 16%. Theo Viện nghiên cứu y khoa của Mỹ và Úc, gần 50% các sự cố y tế không mong muốn liên quan đến người bệnh phẫu thuật [6]. Có đến 80% lỗi bắt đầu liên quan đến thông tin sai lệch thông tin hoặc cá nhân (giữa các đồng nghiệp, giữa người bệnh và bác sĩ, hồ sơ y tế không thể tiếp cận, v.v.) [7].

Hơn 200 triệu ca phẫu thuật được thực hiện trên toàn thế giới mỗi năm và các báo cáo gần đây cho thấy tỷ lệ biến cố bất lợi cho các điều kiện phẫu thuật vẫn ở mức cao không thể chấp nhận được, mặc dù có nhiều sáng kiến an toàn cho người bệnh trên toàn quốc và toàn cầu trong thập kỷ qua [2].

ISBAR là mô hình được áp dụng rộng rãi tại một số bệnh viện trên thế giới và đạt được những thành quả trong truyền đạt thông tin. Một số nước trên thế giới như ở châu Âu và Úc sử dụng ISBAR như một công cụ tiêu chuẩn trong quá trình bàn giao giữa các đội ngũ chăm sóc y tế.

ISBAR là một công cụ tiêu chuẩn trong quy trình bàn giao để đảm bảo rằng hạn chế lỗi y khoa và mang lại an toàn cho người bệnh, cải thiện quá trình bàn giao. Vì vậy, việc đánh giá hiệu quả của việc bàn giao thông tin người bệnh giữa các điều dưỡng gây mê và điều dưỡng phòng hồi sức trong ISBAR là cần thiết để cải thiện sự an toàn của người bệnh.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá hiệu quả việc bàn giao thông tin người bệnh giữa điều dưỡng gây mê cho điều dưỡng hồi tỉnh theo công cụ ISBAR.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Số cơ hội quan sát hành động bàn giao bệnh của điều dưỡng gây mê với điều dưỡng phòng hồi tỉnh.

Tiêu chí lựa chọn:

Tất cả các lượt bàn giao bệnh từ phòng mổ ra phòng hồi tỉnh.

Điều dưỡng gây mê đồng ý tham gia nghiên cứu.

Điều dưỡng gây mê không phân biệt giới tính, thâm niên, trình độ chuyên môn.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Điều dưỡng gây mê không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các lượt giao bệnh từ phòng mổ không qua hồi tỉnh.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp trước sau

3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nơi nghiên cứu: Tại phòng hồi tỉnh Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian nghiên cứu: 07/08/2018-20/08/2019

3.4. Phương pháp thu thập số liệu

*** Công cụ thu thập số liệu:**

Bộ công cụ khảo sát được thiết kế dựa vào bảng công cụ ISBAR, mẫu bàn giao bệnh trong phẫu thuật của tổ chức y tế thế giới. Đồng thời bộ công cụ này cũng được tham khảo thêm từ nghiên cứu của Kidney [4] và Thomson [6]. Giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ được 3 chuyên gia đánh giá và thông qua, đồng thời lấy 30 mẫu làm thử nghiệm, kết quả chạy Cronbach's alpha được 0.74 cho thấy bộ công cụ có giá trị sử dụng.

*** Quy trình can thiệp:**

Sau khi lấy đủ mẫu trước khi hướng dẫn và phân tích dữ liệu, nghiên cứu viên tiến hành hướng dẫn sử dụng công cụ ISBAR và mẫu bàn giao cho tất cả điều dưỡng gây mê và nhấn mạnh những thiếu sót trong bàn giao bệnh.

Thời gian hướng dẫn là 60 phút, trong buổi giao ban khoa sáng thứ 2 ngày 31/12/2018.

Địa điểm tại phòng họp khoa Gây mê hồi sức.

Thời gian lấy mẫu từ ngày 24-29/12/2018 và 3 tuần sau 21-27/01/2019 khi hướng dẫn bàn giao bệnh theo công cụ ISBAR.

Mỗi điều dưỡng gây mê được quan sát 7 lượt trước khi hướng dẫn với số mẫu lấy được là 217 mẫu và sau 3 tuần hướng dẫn lấy mẫu đợt 2 là 217 mẫu.

*** Phương pháp thu thập số liệu:**

Nghiên cứu viên và 2 cộng sự trực tiếp quan sát các quá trình bàn giao bệnh của điều dưỡng gây mê bàn giao bệnh cho điều dưỡng phòng hồi tỉnh.

Thời gian quan sát từ 7:00 đến 17:00 tại phòng hồi tỉnh.

Nghiên cứu viên quan sát và thu thập dữ liệu qua các bàn giao bệnh tại phòng hồi tỉnh trước và sau khi hướng dẫn.

3.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Trung bình và độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD) được sử dụng để thể hiện các biến số liên tục thu thập được; Phép kiểm T-Test, Chi-square được dùng để kiểm tra mối tương quan giữa các biến số độc lập và phụ thuộc.

3.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng NCKH và được sự hỗ trợ của ban lãnh đạo khoa GMHS.

Tất cả các số liệu thu thập phải được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

Mục đích và mục tiêu của nghiên cứu này đã được giải thích cho điều dưỡng gây mê hiểu và thông báo điều dưỡng gây mê có quyền từ chối nếu không muốn tham gia, khi tham gia sẽ ký vào bản đồng thuận và có thể ngưng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào trong quá trình nghiên cứu.

Việc tham gia cho quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến công việc và sự thăng tiến nghề nghiệp.

4. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm Điều dưỡng gây mê (n = 31)

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	9	29
	Nữ	22	71
Trình độ	Điều dưỡng gây mê trung học	22	71
	Cử nhân điều dưỡng gây mê	9	29
Tuổi	≤ 30	14	45,2
	30 - 40	17	54,8

Đặc điểm		Tần suất	Tỷ lệ %
Số năm kinh nghiệm	< 5 năm	13	41,9
	6 - 10 năm	9	29
	> 10 năm	9	29

Từ kết quả trên bảng 1 thì giới tính nữ chiếm 71% so với nam giới 29% và độ tuổi 30-39 tuổi chiếm 54,8% so với độ tuổi 18-29 tuổi là 45,2%. Thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm 41,9% so thâm niên từ 6-10 năm 29%, > 10 năm 29%.

Bảng 2. Hiệu quả của sự bàn giao theo công cụ ISBAR của điều dưỡng gây mê trước và sau khi huấn luyện

YẾU TỐ BÀN GIAO		Tổng (n = 434)	Trước tập huấn	Sau tập huấn	χ ² /p (value)
			(n1 = 217)	(n2 = 217)	
IDENTIFY - NHẬN DẠNG NGƯỜI BỆNH					
Tên người bệnh	Không chính xác (%)	25 (5,80)	25 (11,50)	0 (0)	26.528 (0.000)
	Chính xác (%)	409 (94,2)	192 (88,5)	217 (100)	
Tuổi người bệnh	Không chính xác (%)	100 (23,1)	100 (46,3)	0 (0)	130.632 (0.000)
	Chính xác (%)	333 (76,9)	116 (53,7)	217 (100)	
Số hồ sơ	Không chính xác (%)	254 (58,5)	213 (98,2)	41 (18,9)	280.828 (0.000)
	Chính xác (%)	180 (41,5)	4 (1,8)	176 (81,1)	
SITUATION - TÌNH TRẠNG					
Phương pháp phẫu thuật	Không chính xác (%)	14 (3,2)	14 (6,5)	0 (100)	14.467 (0.000)
	Chính xác (%)	420 (96,8)	203 (93,5)	217 (100)	
Phương pháp gây mê	Không chính xác (%)	28 (6,5)	28 (12,9)	0 (100)	29.931 (0.000)
	Chính xác (%)	406 (93,5)	189 (87,1)	217 (100)	
BACKGROUND - TIỀN SỬ					
Dị ứng	Không chính xác (%)	229 (52,8)	204 (94)	25 (11,5)	296.215 (0.000)
	Chính xác (%)	205 (47,2)	13 (6)	192 (88,5)	
Bệnh lý kèm theo	Không chính xác (%)	163 (37,6)	147 (67,7)	16 (7,4)	168.607 (0.000)
	Chính xác (%)	271 (62,4)	70 (32,3)	201 (92,6)	

YẾU TỐ BÀN GIAO		Tổng (n = 434)	Trước tập huấn	Sau tập huấn	χ2 / p (value)
			(n1 = 217)	(n2 = 217)	
ASSESSMENT - LƯỢNG GIÁ					
Dấu hiệu sinh tồn	Chính xác (%)	434 (100)	217 (100)	217 (100)	351.926 (0.000)
Kháng sinh	Không chính xác (%)	203 (46,8)	199 (91,7)	4 (1,8)	
	Chính xác (%)	231 (53,2)	18 (8,3)	213 (98,2)	
Lượng máu mất	Không chính xác (%)	227 (52,3)	165 (76)	62 (28,6)	97.987 (0.000)
	Chính xác (%)	207 (47,7)	52 (24)	155 (71,4)	
Lượng dịch truyền	Không chính xác (%)	30 (6,9)	30 (13,8)	0 (100)	32.228/ (0.000)
	Chính xác (%)	404 (93,1)	187 (86,2)	217 (100)	
Lượng nước tiểu	Không chính xác (%)	277 (63,8)	156 (71,9)	121 (55,8)	12.225 (0.000)
	Chính xác (%)	157 (36,2)	61 (28,1)	96 (44,2)	
Truyền máu (HCL, PFC, tiểu cầu,...)	Không chính xác (%)	405 (93,3)	205 (94,50)	200 (92,2)	0.924/0.336
	Chính xác (%)	29 (6,7)	12 (5,5)	17 (7,8)	
Giảm đau trong phẫu thuật	Không chính xác (%)	192 (44,2)	189 (87,1)	3 (1,4)	323.146 (0.000)
	Chính xác (%)	242 (55,8)	28 (12,9)	214 (98,6)	
Chống nôn trong phẫu thuật	Không chính xác (%)	216 (49,8)	205 (94,5)	11 (5,1)	346.883 (0.000)
	Chính xác (%)	218 (50,2)	12 (5,55)	206 (94,9)	
Bàn giao đặc biệt cho từng loại phẫu thuật	Không chính xác (%)	346 (79,7)	151 (69,6)	195 (89,9)	27.595 (0.000)
	Chính xác (%)	88 (20,3)	66 (30,4)	22 (10,1)	
RESPONSIBILITY - BÀN GIAO TRÁCH NHIỆM					
Chuyển người bệnh về khoa sau phẫu thuật	Không chính xác (%)	202 (232)	197 (90,8)	5 (2,3)	341.392 (0.000)
	Chính xác (%)	232 (53,5)	20 (9,2)	212 (97,7)	
Trình trạng theo dõi đặc biệt	Không chính xác (%)	349 (80,4)	159 (73,3)	190 (87,6)	14.059 (0.000)
	Chính xác (%)	85 (19,6)	58 (26,7)	27 (12,4)	
Cận lâm sàng sau phẫu thuật	Không chính xác (%)	263 (60,6)	209 (96,3)	54 (24,9)	231.847 (0.000)
	Chính xác (%)	171 (39,4)	8 (3,7)	163 (75,1)	
Duy trì giảm đau sau phẫu thuật	Không chính xác (%)	193 (44,5)	188 (86,6)	5 (2,3)	315.585 (0.000)
	Chính xác (%)	240 (55,3)	28 (129)	212 (97,7)	

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt và có sự cải thiện rõ rệt trước và sau khi hướng dẫn sử dụng bảng công cụ bàn giao bệnh theo ISBAR. Từ bảng 2 cho thấy có 17 mục đạt từ 80%-100% sau khi hướng dẫn sử dụng bảng công cụ ISBAR, trong đó có 13 mục đạt 100% sau hướng dẫn. Các mục còn lại đều có sự cải thiện.

Bảng 3. Hiệu quả của chương trình hướng dẫn sử dụng bảng bàn giao bệnh theo công cụ ISBAR

TỔNG ĐIỂM		Trung bình ± Độ lệch chuẩn	t-test/p
Nhận dạng chính xác NB (Identify)	Trước	1.44 ± 0.706	-24.99/0.000
	Sau	2.811 ± 0.392	
Tình trạng phẫu thuật (Situation)	Trước	1.806 ± 0.509	-5.606/0.000
	Sau	2.000	
Tiền sử (Background)	Trước	0.382 ± 0.566	-30.548/0.000
	Sau	1.811 ± 0.392	
Lượng giá (Assessment)	Trước	6.009 ± 1.528	-26.668/0.000
	Sau	9.255 ± 0.933	
Bàn giao trách nhiệm (Responsibility)	Trước	0.535 ± 0.72	-39.196/0.000
	Sau	2.83 ± 0.475	
Tổng điểm ISBAR	Trước	10.171 ± 2.761	-41.375/0.000
	Sau	18.701 ± 1.265	

Bảng 3 cho thấy việc thực hiện bàn giao người bệnh sau mổ theo bảng công cụ ISBAR trước và sau khi hướng dẫn có sự cải thiện rõ rệt (tổng điểm, 10,17 ± 2,76 so với 18,70 ± 1,26, $p < ,000$) và tất cả các mục điều có sự cải thiện.

5. BÀN LUẬN

Điều dưỡng gây mê nữ chiếm 71% cao hơn so với nam giới là 29%, kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Achrekar về việc sử dụng bảng công cụ ISBAR ở điều dưỡng năm 2016 tại Ấn Độ giới tính nữ chiếm là 65%. Trình độ đại học chiếm 29% so với trình độ trung cấp là 71% thì không tương đồng với nghiên cứu của Achrekar [1] do điều dưỡng gây mê tại Việt Nam bắt đầu đào tạo hệ đại học chuyên ngành gây mê từ năm 2004 đến nay và chỉ tiêu đào tạo rất ít nên trình độ đại học thấp hơn so với trung cấp.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy việc cải thiện bàn giao người bệnh khi sử dụng công cụ ISBAR đã đem lại một số hiệu quả tích cực. Các mục trong bảng nghiên cứu cụ thể và rõ ràng và theo

trình tự giúp cho việc bàn giao của điều dưỡng gây mê cho điều dưỡng phòng hồi tỉnh dễ nắm vững thông tin người bệnh. Nhóm điều dưỡng gây mê đã thực hiện việc bàn giao sau khi training có sự cải thiện đáng kể, có 18 mục trong mẫu bàn giao theo công cụ ISBAR đạt từ 80%-100% và điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Kitney [4].

6. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc cải thiện bàn giao bệnh khi sử dụng công cụ ISBAR đã đem lại một số hiệu quả tích cực. Các mục trong quá trình bàn giao cụ thể rõ ràng, giúp cho điều dưỡng gây mê và điều dưỡng hồi tỉnh nắm vững được thông tin NB, đảm bảo thông tin liên tục trong chăm sóc. Điều dưỡng gây mê đã thực hiện tốt hơn trong quá trình bàn giao bệnh sau hướng dẫn, có 18 mục trong bàn giao theo ISBAR đạt từ 80%-100%, trong đó có 5 mục đạt được 100% sau hướng dẫn.

Nghiên cứu cho thấy tổng điểm trước và sau hướng dẫn là 10,17 ± 1,76 và 18,70 ± 1,26, $P = 0,00$ với kết quả nghiên cứu này cho thấy việc sử dụng công cụ ISBAR để bàn giao bệnh của điều dưỡng gây mê cho điều dưỡng phòng hồi tỉnh mang lại hiệu quả, đảm bảo người bệnh được chăm sóc liên tục, mang lại an toàn cho người bệnh.

Điều dưỡng gây mê có vai trò quan trọng trong bàn giao người bệnh và đảm bảo an toàn người bệnh sau phẫu thuật. ISBAR được làm tiêu chuẩn trong thực hành để đảm bảo an toàn người bệnh và sẽ cải thiện giao tiếp giữa các đồng nghiệp.

7. KIẾN NGHỊ

Tổ chức các chương trình nhắc lại về bàn giao theo công cụ ISBAR theo định kỳ trong các buổi giao ban khoa, các buổi sinh hoạt chuyên môn.

Dán áp phích công cụ ISBAR ở tường và những nơi dễ thấy, nơi bàn giao bệnh.

Đồng thời thường xuyên tổ chức kiểm tra sự tuân thủ bàn giao theo bảng công cụ ISBAR để

đảm bảo các tiêu chuẩn đề ra để đảm bảo sự an toàn của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. (2016). Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 3 (1), 45-50.
2. George, D., Hss, A. S., & Hassali, A. (2018). Medication Error Reporting: Underreporting and Acceptability of Smartphone Application for Reporting among Health Care Professionals in Perak, Malaysia. *Cureus*, 10 (6), e2746.
3. Kohn L.T., Corrigan J.M., & Donaldson M.S., National Academies Press. Washington (DC). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. 1- 312 (145).
4. Kitney, P. (2016). Handover between anaesthetists and post anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *ACORN Journal*. 29 (1): 30-35.
5. Riesenber, Leitzsch, & Cunningham. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*, 110 (4), 24-34.
6. Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y.,... McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgrad Med J*, 87 (1027), 340-344.
7. WHO. (2011). Multi-professional Edition Patient Safety curriculum guide, 1- 272 (171).

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG TÌNH TRẠNG MẤT NƯỚC Ở NGƯỜI CAO TUỔI: THANG ĐO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

CLINICAL ASSESSMENT OF DEHYDRATION IN ELDERLY PEOPLE: SCALE AND RELATED FACTORS

ĐOÀN THỊ NGÂN¹, BÙI THỊ THU THỦY²,
NGUYỄN VĂN TÀI², BÙI THỊ KIM DUNG²,
HOÀNG THỊ TUYẾT², NGUYỄN ĐỨC CÔNG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá lâm sàng tình trạng mất nước ở bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất xác định công cụ sàng lọc mất nước thích hợp.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích nhân tố khám phá thực hiện trên 148 bệnh nhân tại 02 khoa lâm sàng của Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2018 đến tháng 8/2018.

Kết quả: Phân tích nhân tố khám phá đã xác định được một công cụ sàng lọc mất nước gồm ba nhóm chính, được gọi là “Điểm đau” bao gồm ba mục về khả năng di chuyển và đau; “Điểm bù nước” bao gồm hai câu hỏi về cảm giác khát và “Quan tâm đến uống nước” gồm hai câu hỏi về sở thích liên quan đến tiêu thụ nước. Các yếu tố này có điểm Eigenvalue = 1.112 > 1 và Cronbach’s Alpha của các yếu tố đều lớn hơn 0,6 khẳng định độ tin cậy của thang đo hiệu chỉnh. Kết quả cũng ghi nhận được ba nhân tố của thang đo đều hiển thị có ảnh hưởng đáng kể với các thông số nước tiểu trong nhóm bệnh nhân cao tuổi ($p < 0,05$).

Kết luận: Tồn tại 03 nhân tố của thang đo đánh giá tình trạng mất nước: Điểm đau; Điểm bù nước; Điểm quan tâm đến uống nước. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa: Tuổi với điểm đau và Quan tâm uống nước với trình độ học vấn.

Điểm đau, điểm bù nước, quan tâm uống nước có ảnh hưởng đáng kể đến thông số nước tiểu.

Từ khóa: Công cụ sàng lọc mất nước, tình trạng mất nước, người cao tuổi

ABSTRACT

Objective: To assessment of clinical dehydration status in elderly patients treated at the Thong Nhat Hospital and to identify appropriate dehydration screening tool.

Methods: Cross-sectional descriptive and exploratory factor analysis study conducted on 148 patients at 02 clinical departments of Thong Nhat Hospital from June to August in 2018.

Results: The exploratory factor analysis identified a dehydrationscreening tool consisting of three main domains, called “Pain Points”, which include three categories of mobility and pain; The “rehydration point” included two questions about thirst and “Interested in drinking water” included two questions about hobbies related to water consumption. These factors hadEigenvalue = 1,112> 1 and Cronbach’s Alpha of the elements were greater than 0.6, confirming the reliability of the calibration scale. The results also noted that the three factors of the scale were all shown to have a significant effects on the urine parameters in the elderly patient group ($p < 0.05$).

Conclusions: There were three factors in the scale assessing dehydration: Pain points; Rehydration point; Points of interest to drink water. There was a statistically significant difference between: Age with pain points and Interested in drinking water with education. Pain

1 Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Thống nhất - TP. HCM
SĐT: 0913333139; email: ngandoan82@yahoo.com.vn
2 Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Thống nhất - TP. HCM
Ngày nhận bài phản biện: 28/11/2019
Ngày trả bài phản biện: 29/11/2019
Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

point, rehydration point and point of drinking water interest had significant effect on urine parameters.

Keywords: dehydration screening tool, dehydration status, the elderly

1. DẶT VẤN ĐỀ

Mất nước là một tình trạng phổ biến ở người cao tuổi, được coi là yếu tố gia tăng đối với một số bệnh cấp tính. Có mối liên hệ giữa lượng nước uống ít và một số bệnh mạn tính, bao gồm sỏi niệu, táo bón, hen suyễn, bệnh tim mạch, tăng đường huyết và một số bệnh ung thư [13]. Ở người cao tuổi, mất nước cũng có thể làm chức năng nhận thức bị suy giảm, suy giảm chức năng thận, loét áp lực và kiểm soát kém đường huyết trong bệnh đái tháo đường [11]. Nguy cơ nhiễm trùng ở người cao tuổi cũng có mối liên quan với tình trạng mất nước [13]. Xem xét việc phòng ngừa mất nước có thể cải thiện tình trạng sức khỏe, chức năng và chất lượng của cuộc sống [2]. Sự phát triển của một phương pháp sàng lọc mất nước thực tế có thể được áp dụng bởi những người chăm sóc, sẽ rất quan trọng để xác định những người cao tuổi có nguy cơ và ưu tiên các nguồn lực để chẩn đoán và điều trị [12]. Trên thực tế, khát không phải luôn luôn là một thước đo đáng tin cậy cần thiết của cơ thể đối với nước, đặc biệt là ở trẻ em và người lớn tuổi. Một thước đo tốt hơn là màu của nước tiểu: trong hoặc nhạt màu nghĩa là có dấu hiệu đủ nước, một màu vàng sẫm hoặc màu hổ phách thường là dấu hiệu mất nước [18]. Phương pháp được chấp nhận nhiều nhất để chẩn đoán mất nước là đánh giá lượng nước mất qua sự thay đổi cân nặng, nhưng có những hạn chế như phải đo tại hai thời điểm, gây khó khăn trong việc đánh giá ngay lập tức. Có các phương pháp khác đã được sử dụng để mô tả trạng thái mất nước như đo áp lực thẩm thấu huyết tương được coi là một dấu hiệu tốt để đánh giá “mất nước” cấp tính, nhưng không đủ để đánh giá tình trạng mất nước mạn tính vì nó thay đổi liên tục [1]. Phân tích giá trị các điện giải cho phép đánh giá và theo dõi tình trạng mất nước, đây là phương pháp dễ dàng và nhanh chóng, nhưng các giá trị này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố [18],

mặc dù nó có thể hữu ích cho đánh giá và theo dõi tình trạng mất nước trong các cơ sở chăm sóc dài hạn [5], việc sử dụng phương pháp này trong các nghiên cứu dịch tễ học vẫn còn đang tranh luận [1]. Các thông số nước tiểu đã được mô tả như là chỉ số hợp lệ của tình trạng mất nước trong các nghiên cứu trên mẫu dân số lớn [1, 18] và khái niệm sinh lý học được gọi là “Dự trữ nước tự do” (Free Water Reserve: FWR) được sử dụng để mô tả tình trạng cân bằng nước trong 24 giờ [9]. Nếu lượng dự trữ nước tự do < 0 thì xem là mất nước, đủ nước nếu > 0 . Thu thập các mẫu nước tiểu là không xâm lấn, giá thành rẻ và có thể được thực hiện nhanh chóng, không yêu cầu kỹ thuật chuyên môn cao [1]. Tuy nhiên về mặt lâm sàng, những phương pháp này có giá trị không cao vì người cao tuổi hạn chế vận động hoặc thường nằm một chỗ, có giới hạn trong việc thu thập nước tiểu hoàn chỉnh và do liên quan đến chi phí phân tích nước tiểu (Int. J. Environ. Res. Y tế công cộng 2015, 12 2702). Với những hạn chế này, các phương pháp để đánh giá tình trạng mất nước trên lâm sàng là bắt buộc và các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của người cao tuổi được đề cập đến như một chiến lược đánh giá thích hợp hơn [21]. Vivanti và cộng sự (2010) [22] đã nghiên cứu và đưa ra các thông số sàng lọc tiềm năng để đánh giá tình trạng mất nước người cao tuổi trong bệnh viện, kết quả là một công cụ sàng lọc mất nước (Dehydration Screening Tool, DST) đề cập đến 11 yếu tố, được thử nghiệm dễ dàng với từng cá nhân. Kết quả của nhóm nghiên cứu cho thấy: khô lưỡi có liên quan chặt chẽ nhất với tình trạng mất nước ở người cao tuổi nhập viện. Xem xét tầm quan trọng của việc ngăn ngừa tình trạng mất nước ở người cao tuổi, sự tồn tại của công cụ sàng lọc để đánh giá tình mất nước sẽ rất hữu ích để cho phép can thiệp sớm. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu:

- Đánh giá lâm sàng tình trạng mất nước ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất.

- Xác định công cụ sàng lọc mất nước và các yếu tố liên quan đến công cụ sàng lọc mất nước.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ≥ 60 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu đang điều trị nội trú tại các khoa Nội, Bệnh viện Thống Nhất.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ≥ 60 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân < 60 tuổi, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp cứu, nguy kịch.

Bệnh nhân suy giảm nhận thức (được đánh giá bởi điểm số MMSE) [3,14], do không có khả năng hoàn thành các cuộc phỏng vấn và các mẫu nước tiểu 24 giờ không đầy đủ.

Bệnh nhân có thuốc lợi tiểu, do tác động của chúng đối với lượng nước tiểu.

* Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, phân tích nhân tố khám phá 11 câu hỏi của công cụ sàng lọc mất nước (DTS) và 4 dấu hiệu lâm sàng mất nước được sử dụng trong nghiên cứu này, sử dụng t-test để kiểm định các yếu tố ảnh hưởng.

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2018 đến tháng 8/2018.

Tại 02 khoa lâm sàng của bệnh viện.

* Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện sau khi sàng lọc những bệnh nhân theo tiêu chuẩn loại trừ và có thông tin cá nhân đầy đủ.

Mẫu thu thập được: $n = 148$.

* Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- **Công cụ thu thập số liệu:** Người phỏng vấn được đào tạo để thu thập thông tin về nhân khẩu học (độ tuổi, giới tính và trình độ học vấn) và dữ

liệu lâm sàng (sử dụng thuốc, sử dụng đồ uống có cồn và lượng nước uống trong 24 giờ). Đối với phân tích, các đối tượng được phân loại thành hai nhóm tuổi (60-79 tuổi và 80 tuổi hoặc hơn), theo Vivanti và cộng sự (2007) [20]. Về giáo dục, được chia thành hai nhóm theo trình độ học vấn: không đi học (kể cả những người có trình độ tiểu học) và trình độ trung học cơ sở trở lên.

* Công cụ sàng lọc mất nước gồm:

- **Công cụ sàng lọc mất nước (DST)** của Vivanti và cộng sự (2010) [20] gồm 11 câu hỏi trả lời có hoặc không.

- Dấu hiệu lâm sàng:

+ Trọng lượng và chiều cao cơ thể được đánh giá theo quy trình chuẩn [16]. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được ước tính và những người tham gia được phân loại theo các giá trị tham khảo BMI của WHO [25]; để phân tích, chỉ số BMI được phân thành hai loại sau: $\leq 25,0$ và $> 25,0$ kg/m², theo kết luận của WHO báo cáo rằng chỉ số BMI thuận lợi nhất cho người lớn từ 60 tuổi trở lên lý tưởng là 18,5-25,0 kg/m² [24].

+ Đo huyết áp, được thực hiện bằng cách sử dụng máy đo huyết áp tự động hóa, tiêu chuẩn hóa (OMRON® M6 Comfort HEM-7000-E). Huyết áp tâm thu được đo bằng vị trí ngồi và sau hai phút trong khi đứng. Sự giảm huyết áp tâm thu khi đứng được coi là quan trọng nếu nó giảm ít nhất là 20 mmHg.

+ Độ đàn hồi của da đã được đánh giá bằng cách véo da trên mu bàn tay và tính thời gian da trở lại bình thường. Nếu từ 2 giây hoặc hơn, da được coi đàn hồi kém.

+ Tình trạng lưỡi khô: Kiểm tra lưỡi và rãnh lưỡi.

+ Lượng nước tiểu 24h (mL): Những người tham gia nhận được lời giải thích bằng miệng và bằng văn bản về việc thu thập nước tiểu, được hướng dẫn lấy mẫu nước tiểu 24 giờ. Tất cả các đối tượng được hướng dẫn để tránh một số lỗi phổ biến dẫn đến bỏ sót một phần nhỏ của mẫu, duy trì thói quen ăn uống trong thời gian thu thập

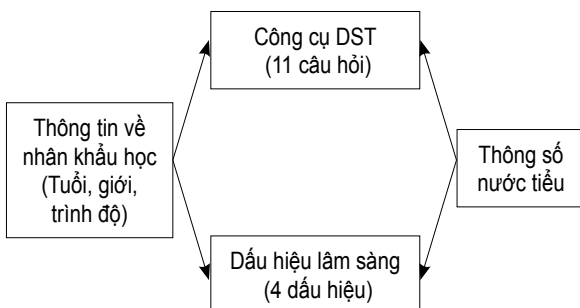
nước tiểu, và để giữ cho nước tiểu được làm lạnh.

+ Lượng nước tiểu bắt buộc (UOSM-mOsm/kg) đối với những người trên 20 tuổi được tính dựa trên công thức: $830 - 3,4 (\text{tuổi} - 20)$ [10,12].

+ Lượng nước tiểu dự trữ tự do (FWR-mL/24-h): được tính bằng lượng nước tiểu 24h (mL/24h) trừ lượng nước tiểu dự trữ bắt buộc (UOSM, mOsm/kg) [1].

Kết quả được phân tầng theo giới tính, do sự thay đổi được công nhận giữa nam giới và phụ nữ trong các thông số nước tiểu [9].

Bảng câu hỏi liên quan đến thói quen uống nước hoặc đồ uống khác trong bữa ăn và mức độ quan tâm đến uống nước của đối tượng khảo sát. Ngoài ra, các yếu tố liên quan cảm giác, đau và sự di chuyển cho thấy có liên quan đến tình trạng mất nước của người cao tuổi cũng xuất hiện trong bộ câu hỏi. Kết quả cuối cùng bao gồm mười một câu hỏi (có hoặc không) và bốn dấu hiệu lâm sàng. Các câu trả lời cho các mục được mã hóa bằng các tiêu chí của Vivanti (2007) [20]: 1 điểm cho các câu trả lời không có một đặc tính hoặc triệu chứng liên quan đến mất nước và 0 điểm nếu có đặc tính hoặc triệu chứng liên quan đến mất nước.



Biểu đồ 1. Mô hình nghiên cứu

* Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu định lượng được thu thập bằng phương pháp phát vấn người bệnh điều trị nội trú tại các khoa. Quy trình thu thập số liệu định lượng được thực hiện như sau:

+ Gặp người bệnh tại phòng bệnh, phát phiếu tự điền bao gồm:

Phần 1. Thông tin của người bệnh

Phần 2. Mô tả lâm sàng tình trạng mất nước

+ Các đối tượng nghiên cứu đã được điều tra viên (ĐTV) thông báo mục đích của nghiên cứu, giải thích rõ các thắc mắc của người tham gia nghiên cứu.

+ ĐTV tiến hành phát vấn đối với từng người bệnh

+ Sau khi phát vấn xong, ĐTV kiểm tra lại và đảm bảo các nội dung trong bảng phát vấn đã đầy đủ theo yêu cầu nghiên cứu.

+ ĐTV là các cán bộ của phòng Điều dưỡng và ĐDT các khoa đã được tập huấn thống nhất cách điều tra.

* Phân tích số liệu

Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS 16. Số liệu thống kê mô tả được sử dụng để trình bày các đặc điểm nhân khẩu học: các biến liên tục (tuổi, trọng lượng, chiều cao và chỉ số BMI,...) được mô tả là trung bình (mean) và độ lệch chuẩn (SD), các biến phân loại (giới tính và trình độ học vấn,...) được tóm tắt dưới dạng số lượng (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

Các phương pháp kiểm định được sử dụng: Chi-square (χ^2), t-test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Phân tích nhân tố khám phá (EFA), kiểm định Barlett với hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) có giá trị $> 0,5$ và $p < 0,05$. Các biến có hệ số tải nhân tố (factor loading) nhỏ hơn 0,5 sẽ bị loại bỏ. Sử dụng phương pháp trích nhân tố Principal Component Analysis với phép quay Varimax điểm dừng khi trích các yếu tố có Eigenvalue ≥ 1 [6]. Kiểm định Cronbach's Alpha được sử dụng để kiểm tra lại độ phù hợp của các biến sau khi hiệu chỉnh. Cronbach's Alpha > 0.6 khẳng định độ tin cậy của thang đo.

* **Đạo đức nghiên cứu:** Có sự đồng thuận của người tham gia nghiên cứu và được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Kỹ thuật.

4. KẾT QUẢ

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		
Tuổi (năm), mean $\pm$ SD	72,85	8,331
60-79 tuổi	110	74,3
≥ 80 tuổi	38	25,7
Giới tính, n (%)		
Nam	75	50,7
Nữ	73	49,3
Trình độ học vấn, n (%)		
Sau đại học	2	1,4
Đại học	83	56,1
Trung cấp	11	7,4
Học hết cấp 3	22	14,9
Khác	30	20,3
BMI (kg/m ²), mean $\pm$ SD	22,978	3,267
Thiếu cân (< 18,5 kg/m ²)	12	8,1
Bình thường (18,5 - 24,9 kg/m ²)	93	62,8
Thừa cân (25,0 - 29,9 kg/m ²)	42	28,4
Béo phì (≥ 30 kg/m ²)	1	0,7
Thuốc sử dụng		
Tổng số thuốc sử dụng, (median range)	5,432	1,6
Sử dụng đồ uống có cồn		
Có n (%)	5	3,4
Không n (%)	143	96,6
Lượng rượu uống trong 24 giờ (mL) median (range)	4,392	26,036
Lượng nước uống trong 24 giờ		
Lượng nước uống trong 24 giờ (mL) median (range)	1989,865	500,305

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 74,3% người cao tuổi trong nghiên cứu này nằm trong độ tuổi khoảng 60-79, chủ yếu là nam (50,7%) có trình độ đại học (56,1%) và có BMI bình thường (62,8%) với số lượng thuốc sử dụng trung bình 5,432 loại. Đa số người bệnh không sử dụng đồ uống có

cồn (96,6%), lượng rượu uống trung bình trong 24 giờ là 4,392ml.

Ngoài ra lượng nước uống trung bình trong 24 giờ của người bệnh là 1989,865ml (bảng 1)

3.2. Phân tích lâm sàng tình trạng mất nước ở bệnh nhân lớn tuổi

Bảng 2. Lượng dịch vào trong 24 giờ theo giới tính

Lượng dịch	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	t/p
Lượng rượu uống trong 24 giờ (mL) median (range)	Nam	75	8.667	36.180	2.046/0.043*
	Nữ	73	0.000	0.000	
Lượng nước uống trong 24 giờ (mL) median (range)	Nam	75	2058.667	473.941	1.7/0.090
	Nữ	73	1919.178	519.791	

*p-value < 0,05

Phân tích lượng dịch vào trong 24 giờ được trình bày trong Bảng 2 cho thấy: mức tiêu thụ rượu trong 24 giờ của bệnh nhân cao tuổi ở nam giới cao hơn phụ nữ ($p = 0,043$) và lượng nước uống trong 24 giờ không có sự khác biệt đáng kể giữa phụ nữ và nam giới trong nghiên cứu này.

Bảng 3. Các thông số nước tiểu theo giới tính

Thông số nước tiểu	Giới tính	N	Mean	Std. Deviation	t/p
Lượng nước tiểu 24h (mL)	Nam	75	1630.667	391.799	2.376/0.019*
	Nữ	73	1486.301	345.332	
Lượng nước tiểu bắt buộc (UOSM-mOsm/kg)	Nam	75	648.803	27.963	-0.653/0.515
	Nữ	73	651.849	28.804	
Lượng nước dự trữ tự do (FWR-mL/24-h)	Nam	75	981.864	389.203	2.440/0.016*
	Nữ	73	834.452	343.561	

*p-value<0.05

Phân tích dấu hiệu sinh học nước tiểu thể hiện ở Bảng 3. Lượng nước tiểu lý thuyết (UOSM) 24 giờ không khác biệt đáng kể giữa phụ nữ và nam giới cao tuổi. Tuy nhiên, lượng nước tiểu 24 giờ của những bệnh nhân nam cao hơn đáng kể so với nữ giới (1630,667 mL so với 1486,301mL, $p = 0,019$). Lượng nước dự trữ tự do (FWR) cũng cao hơn đáng kể ở nam giới so với những nữ giới (981 mL/ 24h so với 134 mL/ 24h, $p = 0,016$).

• Phân tích nhân tố khám phá

Phân tích nhân tố của mười lăm yếu tố (gồm 11 câu hỏi và 4 dấu hiệu lâm sàng) đã dẫn đến việc loại trừ bốn mục liên quan đến các dấu hiệu lâm sàng của mất nước ở bệnh nhân cao tuổi (giảm huyết áp tâm thu, lưỡi khô, giảm đàn hồi da và sụt cân) và bốn câu hỏi trong DST do hệ số tải nhân tố (factor loading) thấp ($< 0,5$) và Cronbach's Alpha sau khi kiểm định lại cũng thấp ($< 0,6$). Sau khi loại bỏ tám mục trên, kết quả phân tích nhân tố (Bảng 4), cho thấy sự tồn tại của 3 yếu tố riêng biệt, được gọi là “Điểm đau”, “Điểm bù nước” và “Quan tâm đến uống nước”. Kết quả này được chấp nhận với hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) có giá trị là 0,659 ($0,5 < \text{KMO} < 1$) và $p\text{-value} = 0,000$ ($p\text{-value} < 0,05$). Các yếu tố có Eigenvalue = 1,112 > 1 và Cronbach's Alpha của các yếu tố đều lớn hơn 0,6 khẳng định độ tin cậy của thang đo hiệu chỉnh.

Bảng 4. Phân tích nhân tố khám phá trong Công cụ sàng lọc mất nước

Công cụ sàng lọc mất nước (DST)	Nhân tố		
	Điểm số đau	Điểm bù nước	Quan tâm đến uống nước
Trong vòng 2 tuần trước, Ông/ Bà có gặp trở ngại với các hoạt động hàng ngày không?	,893		
Trong vòng 2 tuần trước, Ông/ Bà có cảm giác đau ở bất kì vị trí nào không?	,831		

Công cụ sàng lọc mất nước (DST)	Nhân tố		
	Điểm số đau	Điểm bù nước	Quan tâm đến uống nước
Ông/ Bà có thấy khó khăn khi cử động vai, cánh tay hoặc bàn tay không?	,823		
Ông/Bà có khi nào thấy khát nước không?		,847	
Hôm qua, Ông/Bà có thấy khát nước không?		,846	
Ông/ Bà có quan tâm đến việc uống đủ nước không?			,893
Ông/ Bà có thích uống nước không?			,782
Cronbach's Alpha	0,814	0,656	0,635
KMO	0,659		
P-value	0,000		
Eigenvalue	1,112		

Thang đo mới gồm 3 nhân tố:

- Điểm số đau: Có hệ số Cronbach's Alpha = 0.814 gồm ba mục sau đây: (1) “Trong vòng 2 tuần trước, Ông/ Bà có gặp trở ngại với các hoạt động hàng ngày không?”; (2) “Trong vòng 2 tuần trước, Ông/ Bà có cảm giác đau ở bất kì vị trí nào không?”; (3) “Ông/ Bà có thấy khó khăn khi cử động vai, cánh tay hoặc bàn tay không?”.

- Điểm bù nước: Có hệ số Cronbach's Alpha = 0.656, gồm hai mục, đều là các chỉ số về tình trạng đủ nước: (1) “Ông/Bà có khi nào thấy khát nước không?”; (2) “Hôm qua, Ông/Bà có thấy khát nước không?”.

- Quan tâm đến uống nước: Có hệ số Cronbach's Alpha = 0.635, được tạo bởi các yếu tố: (1) “Ông/ Bà có quan tâm đến việc uống đủ nước không?”, (2) “Ông/ Bà có thích uống nước không?”.

4.3. Biến nhân khẩu học ảnh hưởng đến thang đo

Bảng 5. Các yếu tố theo các biến nhân khẩu học xã hội

Biến số nhân khẩu học-xã hội	n	Điểm đau (mean)	Điểm bù nước (mean)	Quan tâm đến uống nước (mean)
Tuổi, t/p-value		-2,806/0,006*	0,810/0,417	-0,255/0,799
60 - 79 tuổi	110	-0,133 ± 0,942	0,039 ± 0,985	-0,012 ± 1,019
≥ 80 tuổi	38	0,384 ± 1,075	-0,114 ± 1,048	0,036 ± 0,954
Giới tính, t/p-value		-1,321/0,189	-1,150/0,252	0,985/0,326
Nam	75	-0,107 ± 0,996	-0,931 ± 0,993	0,079 ± 0,961
Nữ	73	0,109 ± 0,999	0,096 ± 1,004	-0,082 ± 1,039
Trình độ học vấn, t/p-value		1,528/0,129	0,856/0,394	-2,809/0,006*
Dưới cấp 3	30	0,248 ± 0,969	0,139 ± 0,956	-0,448 ± 1,179
Ít nhất cấp 3	118	-0,063 ± 1,002	-0,035 ± 1,012	0,114 ± 0,920
BMI (kg/m ²), t/p-value		0,075/0,940	0,063/0,981	0,934/0,352
≤ 25,0 kg/m ²	106	0,004 ± 1,002	-0,001 ± 0,953	0,048 ± 1,002
> 25,0 kg/m ²	42	-0,010 ± 1,007	0,003 ± 1,121	-0,122 ± 0,996

*p-value < 0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể về “Điểm đau” giữa các nhóm tuổi (p = 0,002), “Điểm đau” nhóm cao tuổi (≥80 tuổi) cao hơn. Bên cạnh đó, “Điểm quan tâm đến uống nước” có sự khác biệt giữa trình độ (p = 0,007) nhưng không có sự khác biệt giữa 3 điểm trên với chỉ số BMI và giới tính.

4.4. Ảnh hưởng của thang đo với các thông số nước tiểu

Các mối liên hệ giữa các thông số tiết niệu và “Điểm đau”, “Điểm đủ nước” và “Quan tâm đến việc uống nước” được thể hiện trong Bảng 6.

Bảng 6. Quan hệ giữa các yếu tố với các thông số nước tiểu

Thông số nước tiểu dự trữ	n	Điểm đau		Điểm bù nước		Quan tâm đến uống nước	
		Mean ± SD	t/p	Mean ± SD	t/p	Mean ± SD	t/p
Lượng nước tiểu 24h (mL)	148	1,559 ± 3,756	50,511/0,000*	1,559 ± 3,754	50,544/0,000*	1,559 ± 3,754	50,543/0,000*
Lượng nước tiểu bắt buộc (UOSM-mOsm/kg)	148	6,503 ± 28,564	276,959/0,00*	6,503 ± 28,211	280,435/0,000*	6,503 ± 28,446	278,114/0,000*
Lượng nước tiểu dự trữ tự do (FWR-mL/24-h)	148	9,092 ± 3,731	29,596/0,000*	9,091 ± 3,735	29,613/0,000*	9,092 ± 3,735	29,614/0,000*

*p-value < 0,05

Kết quả cho thấy 3 nhân tố của thang đo đều có ảnh hưởng đến thông số nước tiểu (Lượng nước tiểu 24h, Lượng nước tiểu bắt buộc và lượng nước dự trữ tự do). Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với p-value<0.05.

5. BÀN LUẬN

Chúng tôi sử dụng một công cụ sàng lọc mắt nước (DST) với tất cả các mục dựa trên công trình trước đây được phát triển bởi Vivanti và cộng sự (2010) [22] và thực hiện phân tích trong việc xác định người cao tuổi có nguy cơ mất nước, với số lượng mẫu 148 (nam: 50,7% và nữ: 49,3%). Độ tuổi từ 60 -79: 74,3% và nhóm tuổi ≥ 80 : 25,7%. Trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên: 79,7% và dưới cấp 3: 20,3%. BMI trung bình của tổng mẫu: 22,978, **và với số lượng thuốc sử dụng trung bình là 5,432 loại, có khoảng 3,4% sử dụng đồ uống có cồn** (Bảng 1). Nhìn chung, các yếu tố được mô tả trước đây như tuổi cao, trình độ học vấn thấp, số lượng thuốc được kê nhiều, được coi là yếu tố tiên đoán đối với người cao tuổi [8], phù hợp với kết quả của chúng tôi và đây có thể là những đóng góp giả định cho nguy cơ mất nước cao hơn ở người cao tuổi.

Nhiều tác giả đã áp dụng công cụ của Vivanti và cộng sự (2010) khảo sát ở những người lớn tuổi được chăm sóc tại các đơn vị chăm sóc phục hồi chức năng của các bệnh viện đô thị và thấy rằng khô lưỡi là thông số kết hợp tốt hơn giữa độ nhạy và độ đặc hiệu để phát hiện mất nước. Họ kết luận rằng việc đánh giá khô lưỡi là một phương pháp đơn giản và nhanh chóng, có thể được sử dụng ở những người có năng lực nhận thức và thể chất tối thiểu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại, kết quả của chúng tôi đã dẫn đến việc loại trừ khô lưỡi và ba dấu hiệu thực thể khác (hạ huyết áp tư thế, giảm độ đàn hồi da và trọng lượng cơ thể thấp). Các tác giả khác trước đây đã kết luận rằng các dấu hiệu thực thể không hữu ích trong đánh giá mất nước ở người cao tuổi [15,23] bởi vì chúng thường liên quan đến những thay đổi sinh lý phổ biến liên quan đến tuổi tác hoặc với các tình trạng phổ biến về bệnh tật ở người cao tuổi, như đa bệnh lý hoặc bệnh mạn tính. Hơn nữa, các dấu hiệu mất nước về thể chất có thể không xuất hiện hoặc gây hiểu lầm ở người lớn tuổi [23].

Ba yếu tố của thang đo được xác nhận sau khi loại trừ các yếu tố không phù hợp, được đặt

tên là “Điểm đau” bao gồm ba mục về khả năng di chuyển và đau; “Điểm bù nước” gồm hai câu hỏi về cảm giác khát và “Quan tâm đến uống nước” gồm hai câu hỏi về sở thích liên quan đến tiêu thụ nước. Các yếu tố này có Eigenvalue = 1.112 > 1 và Cronbach’s Alpha của các yếu tố đều > 0.6 khẳng định độ tin cậy của thang đo hiệu chỉnh với 07 câu hỏi này đã được xem xét trong công cụ sàng lọc mất nước (Bảng 4).

Chỉ số “Điểm đau” cho thấy có mối liên quan với tuổi tác, những người càng cao tuổi có điểm đau cao hơn (phản ánh nhiều khó khăn hơn trong sự di chuyển và đau đớn) có nhiều khả năng cho thấy tình trạng mất nước nhiều hơn (bảng 5).

Yếu tố “Quan tâm đến uống nước” có mối liên hệ với trình độ. Những người có trình độ thấp có liên quan đáng kể với vấn đề về sở thích liên quan đến tiêu thụ nước, có nhiều khả năng mất nước cao hơn (bảng 5).

Ngoài tuổi tác và giới tính, Vivanti (2007) [20] đã mô tả rằng chỉ số khối cơ thể (BMI) có thể làm rối loạn tình trạng bù nước. Các tác giả khác đã lập luận rằng nhu cầu bù nước cho người cao tuổi nên tính đến trọng lượng cơ thể của họ [4]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, mặc dù BMI và giới tính ban đầu được coi là một biến số gây nhiễu, sự điều chỉnh này đã bị bỏ qua vì không có sự khác biệt đáng kể giữa ba điểm số với BMI và giới tính (bảng 5).

Các câu hỏi tổng hợp “Điểm bù nước” chủ yếu liên quan đến lượng nước uống và có xem xét việc tiêu thụ các loại đồ uống khác, đặc biệt là đồ uống có cồn, được tiêu thụ bởi nam giới nhiều hơn đáng kể so với nữ giới (8,667mL so với 0,000mL) (bảng 2). Những khác biệt này là đáng kể vì đồ uống chứa lượng cồn cao hơn thì đóng góp ít hơn trong việc cải thiện tình trạng mất nước [17], vì tiêu thụ rượu làm tăng lợi tiểu [1], và điều này thể hiện ở kết quả của nghiên cứu hiện tại liên quan đến các thông số nước tiểu đã xác nhận rằng ở bệnh nhân nam cao tuổi có lượng nước tiểu 24 giờ cao hơn, độ thẩm thấu nước tiểu 24 giờ thấp hơn và FWR cao hơn (bảng 3) so với những bệnh nhân nữ. Song song đó, kết quả

của chúng tôi liên quan đến “Điểm đau” phù hợp với kết quả của các tác giả khác trước đây đã mô tả rằng suy giảm khả năng vận động có liên quan đến giảm lượng nước uống [7,19]. Đau và suy giảm khả năng vận động đã được xác định là yếu tố dự đoán cho người cao tuổi [8]. Theo đó, có sự khác biệt có thể liên quan đến hoạt động thể chất và điều này cần được khám phá trong các nghiên cứu tiếp theo.

Để mô tả trạng thái thiếu nước, chúng tôi đã sử dụng khái niệm dự trữ nước tự do (FWR) [9] được tính từ độ thẩm thấu nước tiểu 24 giờ, được coi là một dấu hiệu thích hợp về tình trạng mất nước [12] và có mối tương quan đáng kể về điểm số (Điểm đau, Điểm bù nước và Điểm quan tâm đến uống nước) đã được tìm thấy khi so sánh các mối quan hệ. Dựa trên kết quả này, 3 nhân tố của thang đo có ảnh hưởng đến thông số nước tiểu có thể cho phép xác định người cao tuổi bị thiếu nước (p -value < 0,05) (bảng 6).

6. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phân tích nhân tố khám phá trong nghiên cứu này đã xác nhận được 03 nhân tố của thang đo: Điểm đau; Điểm bù nước; Điểm quan tâm đến uống nước và đã loại trừ bốn dấu hiệu lâm sàng do hệ số tải nhân tố (factor loading) thấp (< 0,5) và Cronbach's Alpha thấp (< 0,6) để đánh giá tình trạng mất nước.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với điểm đau và giữa điểm quan tâm uống nước với trình độ học vấn. Điểm đau, điểm bù nước, quan tâm uống nước có liên quan đáng kể đến thông số nước tiểu.

Tầm soát mất nước ở người cao tuổi qua đánh giá lâm sàng bằng công cụ sàng lọc trong nghiên cứu hiện tại có nhiều hạn chế, do đó cần khảo sát định kỳ đối với bệnh nhân cao tuổi nhập viện bằng bộ câu hỏi chúng tôi đã phân tích, ngoài ra sử dụng phương pháp chọn mẫu sao cho có tính đại diện cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baron, S.; Courbebaisse, M.; Lopicard, E.M.; Friedlander, G. (2015). Assessment of hydration status in a large population. *Brit. J. Nutr.*, 113, 147-158.
2. Bunn, D.; Jimoh, F.; Wilsher, S.H.; Hooper, L. (2015). Increasing fluid intake and reducing dehydration risk in older people living in long-term care: A systematic review. *J. Amer. Med. Dir. Assn.*, 16, 101-113.
3. Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 12, 189-198.
4. Gaspar, P.M. (2011). Comparison of four standards for determining adequate water intake of nursing home residents. *Res. Theory Nurs. Pract.*, 25, 11-22.
5. Goldberg, L.R.; Heiss, C.J.; Parsons, S.D.; Foley, A.S.; Mefferd, A.S.; Hollinger, D.; Parham, D.F.; Patterson, J. (2014). Hydration in older adults: The contribution of bioelectrical impedance analysis. *Int.J. Speech lang. Pathol.*, 16, 273-281.
6. Hobson, R.M., Maughan, R.J. (2010). Hydration status and the diuretic action of a small dose of alcohol. *Alcohol Alcohol.*, 45, 366-373.
7. Lavizzo-Mourey, R.; Johnson, J.; Stolley, P. (1988). Risk factors for dehydration among elderly nursing home residents. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 36, 213-218.
8. Lippa, M.; Luck, T.; Weyerer, S.; König, H.H.; Braehler, E.; Riedel-Heller, S.G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age Ageing*, 39, 31-38.
9. Manz, F.; Wentz, A. (2003). 24-h hydration status: parameters, epidemiology and recommendations. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 57, S10-S18.
10. Manz, F.; Wentz, A. (2005). Hydration status in the United States and Germany. *Nutr. Rev.*, 63, S55-S62.

11. Manz, F. (2007). Hydration and disease. *J. Amer. Coll. Nutr.*, 26, S535-S541.
12. Manz, F.; Johnner, S.A.; Wentz, A.; Boeing, H.; Remer, T. (2012). Water balance throughout the adult life span in a German population. *Brit. J. Nutr.*, 107, 1673-1681.
13. Maughan, R.J. (2012). Hydration, morbidity, and mortality in vulnerable populations. *Nutr. Rev.*, 70, S152-S155.
14. Morgado, J.; Rocha, C.S.; Maruta, C.; Guerreiro, M.; Martins, I.P. (2009). New normative values of Mini-mental state examination. *Sinapse*, 9, 10-16.
15. Rosler, A.; Lehmann, F.; Krause, T.; Wirth, R.; von Renteln-Kruse, W. (2010). Nutritional and hydration status in elderly subjects: Clinical rating vs. bioimpedance analysis. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 50, 81-85.
16. Sanchez-Garcia, S.; Garcia-Pena, C.; Duque-Lopez, M.X.; Juarez-Cedillo, T.; Cortes-Nunez, A.R.; Reyes-Beaman, S. (2007). Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health*, 7, doi:10.1186/1471-2458-7-2.
17. Shirreffs, S.M.; Maughan, R.J. (1997). Restoration of fluid balance after exercise-induced dehydration: Effects of alcohol consumption. *J. Appl. Physiol.*, 83, 1152-1158.
18. Shirreffs, S.M. (2003). Markers of hydration status. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 57, S6-S9.
19. Spangler, A.A.; Chidester, J.C. (1999). Age, dependency and other factors influencing fluid intake by long term care residents. *J. Nutr. Elder.*, 18, 21-35.
20. Vivanti, A. (2007). Screening and Identification of Dehydration in Older People Admitted to a Geriatric and Rehabilitation Unit. Ph.D. Dissertation/Thesis Queensland University of Technology, Queensland, Australia,
21. Vivanti, A.; Harvey, K.; Ash, S.; Battistutta, D. (2008). Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital: What are the strongest indicators? *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 47, 340-355.
22. Vivanti, A.; Harvey, K.; Ash, S. (2010). Developing a quick and practical screen to improve the identification of poor hydration in geriatric and rehabilitative care. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 50, 156-164.
23. Weinberg, A.D.; Minaker, K.L. (1995). Dehydration: Evaluation and management in older adults. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*, 274, 1552-1556.
24. World Health Organization: Geneva, Switzerland, (1995); Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee; Volume 854, pp. 1-452.
25. World Health Organization: Geneva, Switzerland, (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation; Volume 894, pp. 1-253.

SO SÁNH TỰ LƯỢNG GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VỀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN NĂM 2019

DIFFERENCES IN NURSES' PERCEPTION AND PATIENTS' SATISFACTION ABOUT NURSES' COMMUNICATION SKILLS

BÙI LANG HOA¹, NGUYỄN ĐỨC VŨ²,
TRẦN THỊ KIM NGỌC³

TÓM TẮT

Mục đích: So sánh tự lượng giá của Điều dưỡng (ĐD) và sự hài lòng người bệnh về kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng.

Phương pháp: Nghiên cứu so sánh sử dụng thiết kế tương quan khảo sát 15 ĐD Khoa Khám bệnh và 120 bệnh nhân đến khám bệnh tại BV Đa Khoa Sài Gòn.

Kết quả: Mức độ hài lòng của người bệnh về kỹ năng giao tiếp của ĐD ($M = 4,16$, $SD = ,50$) cao hơn so với mức tự lượng giá Điều dưỡng ($M = 4,1$, $SD = ,36$) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($t = -6,93$, $p < 0,05$) có nghĩa là ĐD càng tuân thủ kỹ năng giao tiếp tốt với người bệnh thì mức độ hài lòng của người càng cao.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa hài lòng bệnh nhân và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

Kết luận: Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao về kỹ năng giao tiếp của ĐD. Các ĐD có mức độ nhận thức từ trung bình đến cao về hiệu quả trong việc thực hành các kỹ năng giao tiếp. Sự khác biệt giữa nhận thức ĐD và hài lòng bệnh nhân là rất đáng kể.

Khuyến nghị: Hàng năm cần có chương trình cải thiện kỹ năng giao tiếp, với nghiên cứu sâu

hơn để đánh giá hiệu quả rèn luyện kỹ năng giao tiếp của Điều dưỡng.

Từ khóa: Kỹ năng giao tiếp, tự lượng giá của điều dưỡng, hài lòng NB,

ABSTRACT

The purpose: To examine the difference nurses' perception and patients' satisfaction about nurses' communication skills

Methods: Comparative study utilizing correlational design utilized a sample of 15 nurses and 120 patients from Saigon General Hospitals.

Results: Patients had higher levels of perception of effectiveness in practicing communication skills ($M = 4.16$, $SD = .50$) than their nurses ($M = 4.10$, $SD = .36$) and this difference was statistically significant ($t = -6.99$, $p < .05$). No statistical differences were found between patients and nurses in regards to personal and demographic characteristics ($p > .05$).

Conclusions: Patients had high level of satisfaction about their nurses' communication skills. Nurses had moderate to high level of perception of their effectiveness of practicing communication skills. The difference between nurses' perception and patients' satisfaction was significant.

Recommendations: there should be program to improve communication skills, with further research to evaluate its effectiveness every year.

Keywords: Communication skills, nurses' perception, patients' satisfaction.

1 CN., ĐĐT Khoa Khám bệnh, BVĐK Sài Gòn
SĐT: 0944863296; email: langhoasg@gmail.com
2 BSCK2., Giám đốc BVĐK Sài Gòn
3 ThS. Chi hội trưởng Chi hội Tai Mũi Họng TP. HCM
Ngày nhận bài phản biện: 11/12/2019
Ngày trả bài phản biện: 12/12/2019
Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp của điều dưỡng (ĐD) với người bệnh (NB) là một khía cạnh quan trọng và một thành phần thiết yếu trong chăm sóc điều dưỡng [7].

Sự hài lòng người bệnh (NB) là một chỉ số có ý nghĩa để đảm bảo chất lượng của chăm sóc điều dưỡng (ĐD) [6]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh, trong đó giao tiếp của điều dưỡng viên với NB là yếu tố không kém phần quan trọng trong việc nâng cao chất lượng phục vụ, mang đến sự hài lòng, tin tưởng và hợp tác gần gũi, điều trị lâu dài của NB với BV [2]. Các nghiên cứu trước đây cho thấy thực hành giao tiếp hiệu quả giữa các điều dưỡng đã góp phần chăm sóc điều dưỡng an toàn và chất lượng cao [5].

Nhằm đánh giá hiệu quả của việc thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”[1], Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn đã tổ chức các lớp tập huấn kỹ năng giao tiếp và đưa ra các qui định khi giao tiếp với bệnh nhân trong quá trình tiếp đón, khám và điều trị; đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng viên, - những người thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân, và 2018 đã tiến hành khảo sát so sánh sự hài lòng trước và sau tập huấn. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu so sánh về nhận thức của ĐD và bệnh nhân về rèn luyện kỹ năng giao tiếp của ĐD. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “So sánh tự lượng giá của điều dưỡng và hài lòng người bệnh về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng khoa khám bệnh” nhằm mục tiêu:

- Mô tả mức độ sự hài lòng của người bệnh và giao tiếp điều dưỡng.
- Xác định mối liên quan giữa giao tiếp điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh.
- Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng người bệnh về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: NB đến khám tại khoa Khám bệnh, BV Đa khoa Sài Gòn.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh có độ tuổi từ 16 trở lên đến điều trị tại khoa KB. Đồng ý tham gia nghiên cứu. Có khả năng đọc hiểu bảng câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN nặng phải nhập viện, không đáp ứng được tiêu chuẩn chọn, Không hoàn tất bộ câu hỏi.

Công cụ thu thập số liệu

· Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng của NB gồm 2 phần:

+ Phần 1: Đặc điểm, thông tin của đối tượng tham gia NC.

+ Phần 2: Bộ câu hỏi khảo sát của NB về kỹ năng giao tiếp của ĐDV theo thang điểm Likert 5 mức độ 1-5. Mức điểm hài lòng trung bình: 1 là rất thấp (1,0 - 1,80), 2 là thấp (1,81 - 2,60), 3 là trung bình (2,61 - 3,40), 4 là cao (3,41 - 4,20), và 5 là Rất cao (4,21 - 5,0).

Bảng kiểm tự lượng giá của ĐDV: Là phần 2 của bộ câu hỏi dành cho NB.

Các bước thu thập số liệu: Bảng tự lượng giá sẽ phát cho ĐDV tại khoa Khám bệnh ngay sau khi người bệnh kết thúc việc khám bệnh. Và người bệnh cũng được phỏng vấn để khảo sát về kỹ năng giao tiếp của ĐDV này.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần SPSS 22.0 bao gồm: Thống kê mô tả: Tỷ lệ %, điểm trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả các biến dữ liệu; Thống kê phân tích: Hệ số tương quan Pearson (Pearson r), T test được dùng để kiểm tra mối tương quan.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm của đối tượng tham gia NC

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia NC

	Đặc điểm chung	Tần số (n = 120)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	45	37,5
	Nữ	75	62,5

	Đặc điểm chung	Tần số (n = 120)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	Từ 16-25 tuổi	24	20,0
	Từ 26-35 tuổi	34	28,3
	Từ 36-35 tuổi	14	12,0
	Từ 46-55 tuổi	24	20,0
	Trên 55 tuổi	24	20,0
	Tuổi trung bình: 42; SD: 15,3; Min: 18, Max: 75		
Đối tượng	BHYT	97	81,2
	Thu phí	23	19,3
Nơi ở	TPHCM	103	85,84
	Nông thôn	17	14,16
Nghề nghiệp	Công nhân	16	13,33
	Viên chức	31	25,83
	Sinh viên/học sinh	10	8,33
	Kinh doanh	26	26,7
	Nội Trợ	26	21,66
	Hưu trí	11	9,16

	Đặc điểm chung	Tần số (n = 120)	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Tiểu học	5	5,0
	Trung học	12	5,0
	Phổ thông trung học	36	33,3
	Trung cấp chuyên nghiệp	15	8,4
	Cao đẳng/Đại học	47	40,0
	Sau đại học	5	8,3
Số lần đến khám	Từ 1-5 lần	58	56,7
	Từ 6-10 lần	28	21,7
	Từ 11-15 lần	11	8,3
	Trên 15 lần	23	13,3

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ BN nữ (62,5%) nhiều hơn nam (37,5%), nhóm tuổi trung bình đến khám 42 tuổi, tuổi tham gia nghiên cứu nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi. Đối tượng có BHYT chiếm tỷ lệ 81,2%. Công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). Về trình độ học vấn nhiều nhất là cao đẳng, đại học và sau đại học là 48,3% kể đến trung học phổ thông là 33,3%. Số lần đến khám nhiều nhất là từ 1-5 lần là 56,7%.

Bảng 2. So sánh mức tự lượng giá của ĐDV và sự hài lòng của người bệnh về kỹ năng giao tiếp

STT	Nội dung	Điều dưỡng		Bệnh nhân		Điểm TB khác biệt	Test thống kê	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		t	r
Kỹ năng giao tiếp		4,10	0,36	4,16	0,50	-0,06	-6,93 p = 0,006	0,404** p = 0,001
I	Kỹ năng nói	4,14	0,35	4,21	0,49	-0,07		
1	Phong cách lịch sự	4,25	0,53	4,26	0,63	-0,01		
2	Xung hô thích hợp	4,26	0,57	4,30	0,54	-0,04		
3	Nói chính xác, rõ ràng, đầy đủ	4,15	0,72	4,20	0,70	-0,05		
4	Tốc độ, âm lượng vừa đủ nghe	4,02	0,50	4,20	4,58	-0,18		
5	Nói tập trung chủ đề chính	4,05	0,58	4,20	0,64	-0,15		
6	Dùng từ ngữ phù hợp	4,09	0,65	4,14	0,59	-0,05		
II	Kỹ năng lắng nghe	4,07	0,38	4,14	0,49	-0,07		
1	Thể hiện sự lắng nghe	4,11	0,47	4,16	0,52	-0,05		
2	Không làm việc khác khi giao tiếp	4,03	0,61	4,09	0,67	-0,07		
3	Không ngắt lời NB	4,08	0,36	4,16	0,57	-0,08		

4	Thân thiện khi tiếp xúc NB	4,05	0,46	4,17	0,59	-0,12		
III	Kỹ năng đặt câu hỏi	4,10	0,35	4,20	0,50	0,10		
1	Câu hỏi dễ hiểu	4,11	0,41	4,19	0,62	-0,08		
2	Câu hỏi phù hợp trình độ NB	4,12	0,45	4,18	0,57	-0,06		
3	Câu hỏi phù hợp mục đích NB	4,11	0,43	4,19	0,65	-0,08		
4	Dành thời gian cho NB trả lời	4,11	0,45	4,24	0,56	-0,13		
IV	Kỹ năng cung cấp thông tin	4,10	0,35	4,11	0,50	-0,01		
1	Cung cấp thông tin chính xác	4,11	0,41	4,21	0,42	-0,10		
2	Tóm tắt thông tin vừa cung cấp	4,12	0,45	4,12	0,49	0		
3	Khuyến khích NB đặt câu hỏi	3,84	0,43	4,11	0,61	-0,13		
4	Trả lời tất cả câu hỏi	4,10	0,45	4,12	0,46	-0,02		
5	Kiểm tra thông tin vừa cung cấp	4,02	0,35	4,11	0,42	-0,08		

Về tự lượng giá của ĐD về kỹ năng giao tiếp, (bảng 2) cho thấy điểm trung bình của các mục dao động trong khoảng 3,84 (SD = 0,43) cho mục 3 “Khuyến khích NB đặt câu hỏi” của kỹ năng cung cấp thông tin đến mục “Xưng hô thích hợp” 4,26 (SD = 0,57) của kỹ năng nói. Phân tích nói chung cho thấy các ĐD tự lượng giá về thực hành các kỹ năng giao tiếp có mức độ từ trung bình đến cao và tổng điểm trung bình của thang đo là 4,10 (SD = 0,36), và kỹ năng lắng nghe có điểm TB thấp nhất là 4,07 (SD = 0,38) và cao nhất là kỹ năng nói: 4,14 (SD = 0,35).

Về sự hài lòng của bệnh nhân về kỹ năng giao tiếp của ĐD, phân tích (bảng 2) cho thấy điểm trung bình của các mục nằm trong khoảng từ 4,10 (SD = 0,42) “Không làm việc khác khi giao tiếp” cho mục 2 của Kỹ năng lắng nghe đến 4,30 (SD = 0,54) cho mục 2 “Xưng hô thích hợp” của kỹ năng nói. Phân tích cho thấy bệnh nhân có mức độ hài lòng cao và rất cao về kỹ năng giao tiếp ĐD, và điểm trung bình của mức độ hài lòng BN là 4,16 (SD = 0,50) cao hơn điểm trung bình của tự lượng giá của ĐD là 4,10 (SD = 0,36). Điều này cho thấy rằng các bệnh nhân có mức độ tin tưởng cao hơn các ĐD thực hành các kỹ năng giao tiếp, tương đồng nghiên cứu [4] là nhận thức của NB (M = 4,3, SD = ,23) cao hơn của Điều dưỡng (M = 4,1, SD = ,20). kết quả này khác với nghiên

cứu [8] là nhận thức của ĐD (M = 4,03, SD = ,22) cao hơn nhận thức của BN (M = 3,63, SD = ,21)

So sánh sự khác biệt giữa tự lượng giá của Điều Dưỡng và sự hài lòng của bệnh nhân về kỹ năng giao tiếp của ĐD, dùng Pearson r để kiểm định mức độ tương quan, phân tích cho thấy có mối tương quan chặt chẽ và tích cực ($r = 0,404^{**}$, $p = 0,01$) giữa điểm TB của các Điều Dưỡng và điểm TB của các bệnh nhân. Tương đồng nghiên cứu [4] ($r = 0,80$, $p = < ,001$).

Dùng t test để kiểm tra sự khác biệt giữa điểm TB của bệnh nhân và ĐD, (bảng 2) cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa điểm TB của ĐD và BN ($t = - 6,93$, $p < 0,05$). Điều này có nghĩa là ĐDV càng tuân thủ kỹ năng giao tiếp tốt với người bệnh thì mức độ hài lòng của người càng cao. Tương đồng nghiên cứu [4] ($t = - 5,99$, $p < ,05$), và nghiên cứu [8] ($t = - 10,84$, $p < ,001$).

Sự khác biệt cao nhất giữa các ĐD và bệnh nhân là mục 4 “Tốc độ, âm lượng vừa đủ nghe” của kỹ năng nói (- 0,18). Sự khác biệt thấp nhất về điểm số trung bình là mục “Tóm tắt thông tin vừa cung cấp” ở mục 2 của Kỹ năng cung cấp thông tin.

Các yếu tố ảnh hưởng sự hài lòng của bệnh nhân về thực hành kỹ năng giao tiếp của ĐD: Phân tích cho thấy không có sự khác biệt giữa

các bệnh nhân về tuổi tác, giới tính, có BHYT hay không có BHYT, nơi ở, trình độ học vấn, nghề nghiệp và số lần đến khám ($p > 0,05$). Điều này cho thấy đặc điểm của đối tượng nghiên cứu không có ảnh hưởng đến sự hài lòng của BN. Tương đồng với nghiên cứu [2] và [5]. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu [3],

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Mức độ hài lòng của người bệnh về kỹ năng giao tiếp của ĐD đạt mức độ cao ($M = 4.16$, $SD = .50$) cao hơn so với mức tự lượng giá ĐD ($M = 4.1$, $SD = .36$).

- Có mối liên quan chặt chẽ và tích cực giữa giao tiếp điều dưỡng và sự hài lòng người bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($t = -6.93$, $p < 0,05$).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa hài lòng bệnh nhân và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về tuổi tác, giới tính, có BHYT, nơi ở, trình độ học vấn, nghề nghiệp và số lần đến khám ($p > 0,05$).

- Kiến nghị: Hằng năm cần có chương trình cải thiện kỹ năng giao tiếp, với nghiên cứu sâu hơn để đánh giá hiệu quả rèn luyện kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Quyết định 2151/QĐ-BYT ngày 04/06/2015 về việc phê duyệt kế hoạch triển khai “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”.

2. Đinh Ngọc Thành (2011), “Giao tiếp của điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh nội trú tại các khoa nội, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên tại Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học & công nghệ. 89

3. Nguyễn Thị Phương, (2017), “Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng đối với người bệnh tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Hà

Đông năm 2017 và các yếu tố liên quan”, Tạp chí Điều dưỡng, tập 25-2019, tr 74-80.

4. Ayman M. Hamdan-Mansour, (2014), “Patients’ satisfaction about nurses’ competency in practicing communication skills”, Life Science Journal 2014;11 (3):339-345

5. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J., (2009), “Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review”. Public Health 2009; 17: 339- 53.

6. Ghada Dunbar 11. Finch LP, (2005) “Nurses’ communication with patients: examining relational communication dimensions and relationship”. International Journal for Human Caring; 9 (4): 14-23.

7. Hagerty B, Patusky K, (2003), “Re-conceptualizing the Nurse-Patient Relationship”. Journal of Nursing Scholarship. 2003; 35: 2: 145-150.

8. Lily R. Marmash, (2012), “Differences in Perception Between Nurses and Patients in Practicing Communication Skills” J Med J 2012; Vol. 46 (2):155- 164.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

MEDICATION ADHERENCE AND RELATED FACTORS AMONG THE HYPERTENSIVE OUTPATIENTS IN SEVERAL HOCHIMINH CITY'S HOSPITALS

HUỖNH THI PHƯƠNG¹ và các cộng sự

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá mức độ tuân thủ thuốc và xác định các yếu tố dự đoán kiểm soát huyết áp ở người bệnh (NB) tăng huyết áp (THA) đang điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện trong thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Người bệnh ngoại trú THA đáp ứng các tiêu chí, được thu thập dữ liệu từ tháng 01 đến tháng 3 năm 2019. Bệnh nhân được đo huyết áp, hoàn thành bộ câu hỏi đo lường tuân thủ thuốc điều trị của Morisky (MMAS-8). Dữ liệu về tuổi, giới tính, trình độ, nghề nghiệp và tình trạng gia đình của NB được thu thập.

Kết quả: Tổng số 416 NB, trong đó 58,9% là nữ đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 54,7 (SD = ± 7,6). Hơn một nửa (210, 54%) NB không tuân thủ thuốc điều trị (điểm MMAS < 6). Phân tích hồi quy nhị phân cho thấy NB tuân thủ điều trị cao (điểm MMAS > 6) có nhiều khả năng kiểm soát huyết áp mục tiêu hơn so với bệnh nhân tuân thủ điều trị thấp (OR: 0,41 [95% CI: 0,27 - 0,62; p = 0,00]). Giới tính nữ (OR 0,40 [95% CI: 0,20 - 0,80; p = 0,01]), và tuổi trên 55 (OR 3,5 [95% CI: 1,6 - 7,7; p = 0,00]) được tìm thấy là các yếu tố tiên lượng độc lập cho việc kiểm soát huyết áp tối ưu.

Kết luận: Việc tuân thủ điều trị thuốc thấp ở những NB tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại

các phòng khám, điều này có thể giải thích phần nào việc kiểm soát huyết áp kém, và các yếu tố như tuổi và giới tính có liên quan đến việc kiểm soát huyết áp tối ưu.

Khuyến nghị: Các cơ sở y tế cần phải tư vấn, giáo dục và truyền thông cho bệnh nhân THA điều trị ngoại trú về việc tuân thủ thuốc điều trị, tự quản lý sức khỏe nhằm duy trì huyết áp mục tiêu, đặc biệt là những NB ở độ tuổi trung niên và nam giới.

Từ khóa: Huyết áp, Tuân thủ thuốc.

ABSTRACT

Purpose: To assess the level of medication adherence and identify predictive factors for blood pressure control in the hypertension outpatients in several Hochiminh city's hospitals.

Methods: The outpatients with hypertension met the criteria, collected data from January to March 2019. The blood pressure of the outpatient was measured, the outpatients completed Morisky medication adherence scale (MMAS-8), the data of age, gender, education, occupation and family status of the outpatients were collected.

Results: There were 416 outpatients, of which 58.9% were female who agreed to participate into the study. The average age was 54.7 (SD = ± 7.6). More than half (210, 54%) of the outpatients had low compliance to medication adherence (MMAS score < 6). The binary regression analysis showed that high compliance to medication adherence (MMAS score > 6) of the outpatients was more likely to control the blood pressure compared to low compliance to medication adherence (OR: 0,41 [95% CI: 0,27 - 0,62; p = 0,00]). The female

¹ Viện nghiên cứu và Đào tạo Y Dược An Sinh
SĐT: 0909642484; email: phuong25may@gmail.com
Ngày nhận bài phân biện: 24/11/2019
Ngày trả bài phân biện: 26/11/2019
Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

(OR 0,40 [95% CI: 0,20 - 0,80; $p = 0,01$]) and the age older than 55 years (OR: 3,5 [95% CI: 1,6 - 7,7; $p = 0,00$]) were found to be the independent prognostic factors for the optimal blood pressure control.

Conclusion: The low compliance to medication adherence is alarmingly among hypertensive outpatients, which may partly explain the poor blood pressure control, and the factors such as age and gender are associated to optimal blood pressure control.

Recommendation: Health institutions should provide health counsel, education and communication to the outpatients with hypertension about medication adherence, self-management of health to maintain the target blood pressure, especially for middle-aged and male patients.

Keywords: Blood pressure, Medication adherence.

1. DẶT VẤN ĐỀ

Từ vong toàn cầu hiện nay từ các bệnh mãn tính không lây nhiễm (NCDs) cao và tăng nhanh, trong đó có bệnh tăng huyết áp (THA). Tăng huyết áp chiếm 9,4 triệu ca tử vong mỗi năm do bệnh tim mạch (45%) hoặc đột quỵ (51%) trên toàn thế giới [14]. THA có xu hướng tăng dần và tăng nhanh theo tuổi [7,11]. Theo báo cáo của Nguyễn Lân Việt tại Việt Nam vào năm 2000 tỷ lệ THA ở người lớn chiếm khoảng 16,3%, năm 2009 là 25,4% và năm 2016 tỷ lệ này tăng đến 48%. Tăng huyết áp là một hội chứng tim mạch diễn tiến thầm lặng trong suốt thời gian, kéo dài 15 - 20 năm đầu tiên, không có triệu chứng [13]. Sau đó nếu THA không được kiểm soát sẽ gây ra các biến chứng tổn thương ở các cơ quan như: Tim, thận, não, mắt và động mạch [9]. Việc tuân thủ dùng thuốc điều trị và thay đổi lối sống sức khỏe là phương pháp để duy trì chỉ số huyết áp mục tiêu [4,14]. Kết quả nghiên cứu quốc tế và trong nước đã cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ thuốc và chỉ số huyết áp mục tiêu [2,6,12,13]. Ngoài ra, tuân thủ điều trị

thuốc thấp có liên quan đến chỉ số huyết áp và tình trạng sức khỏe của NB [1,2,4].

Nâng cao nhận thức của NB về sự tiến triển bệnh, sẽ cải thiện sự tuân thủ điều trị, duy trì huyết áp mục tiêu, ngăn ngừa các biến chứng của bệnh THA và giảm gánh nặng chăm sóc y tế cho gia đình và xã hội [7]. Ngoài ra, chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm hỗ trợ người bệnh THA quản lý và duy trì huyết áp mục tiêu qua các hoạt động truyền thông, giáo dục, hướng dẫn NB tuân thủ thuốc điều trị, thay đổi hành vi sức khỏe như chế độ dinh dưỡng, vận động. Nhằm phát triển truyền thông, giáo dục người bệnh THA đang điều trị ngoại trú trong cộng đồng, mục tiêu nghiên cứu xác định mức độ tuân thủ thuốc và các yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp ở người bệnh (NB) tăng huyết áp (THA) đang điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện trong thành phố Hồ Chí Minh.

2. PHƯƠNG PHÁP

Một nghiên cứu cắt ngang, được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 3 năm 2019. Dữ liệu của NB được thu thập từ các phòng khám tại một số bệnh viện trong thành phố Hồ Chí Minh. Kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện, NB được bác sĩ khám và điều trị ngoại trú với bệnh THA. Người bệnh có độ tuổi từ 45 đến 65, và có khả năng giao tiếp. Những NB đã có vấn đề về sức khỏe như bệnh diễn tiến nặng hoặc có các biến chứng của bệnh THA được loại khỏi nghiên cứu. Sau khi NB đồng thuận và ký vào bản đồng thuận, điều dưỡng phụ trách sẽ đo huyết áp, hỏi trực tiếp với NB theo thang điểm tuân thủ dùng thuốc. Nhằm mục đích của nghiên cứu này, huyết áp mục tiêu (Huyết áp tối ưu < 120/80 mmHg; Huyết áp bình thường: 120-129/ 80-84 mmHg; Huyết áp bình thường cao: 130-139/ 85-89 mmHg; và huyết áp cao độ 1, độ 2 và độ 3) được xác định theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới và Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam đối với tăng huyết áp ở bệnh nhân trưởng thành [4,11]. Để đánh giá tuân thủ điều trị thuốc, NB trả lời hoàn thành bảng câu hỏi có 8 mục, Thang đo tuân thủ thuốc Morisky (MMAS-8) đã được sử dụng nhiều nghiên cứu tại Việt Nam. Tổng số điểm tuân thủ từ 0 đến 8. Sử dụng tiêu

chí chấm điểm: điểm dưới 6 được coi là tuân thủ thấp, từ 6 đến dưới 7 là tuân thủ trung bình và 8 là tuân thủ cao. Ngoài ra một số dữ liệu về cá nhân cũng được thu thập như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và gia đình. Phân tích thống kê được thực hiện qua phần mềm SPSS (Phiên bản 20.0). Mức ý nghĩa Alpha cho tất cả các phân tích thống kê là 0,05. Phân tích hồi quy logistic nhị phân sử dụng phương pháp tỷ lệ thuận từng bước được thực hiện để xác định các yếu tố có thể dự đoán đáng kể về kiểm soát huyết áp, sự tuân thủ dùng thuốc điều trị và các yếu tố liên quan.

3. KẾT QUẢ

3.1. Nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe

Tổng cộng có 416 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Trong đó có 58,9% là nữ và có hơn 80,8% NB có gia đình, và sinh sống chung với chồng/vợ, con và cháu chiếm hơn 90%. Tuổi trung bình của NB là 54,7 (SD = ± 7,6). Người bệnh có trình độ thấp nhất là cấp 1 chiếm 12,3%, tỷ lệ cao nhất là 33,2% cấp 2, và chiếm hơn 54,6% NB có trình độ từ trung cấp trở lên đến sau đại học. Tỷ lệ người bệnh về hưu và nội trợ chiếm 57,7%. Đo chỉ số BMI (Body mass index) NB có chỉ số BMI bình thường là 27,4%, trong đó mức độ nguy cơ, béo phì độ 1 và độ 2 chiếm cao 72,6%. NB có chỉ số đo huyết áp tối ưu và bình thường chỉ có 33,9%. Ngoài ra, 17,1% tỷ lệ NB hút thuốc lá, và tỷ lệ sử dụng rượu/bia chiếm 26,6%, trong đó ở mức nguy cơ, có hại và nghiện rượu/bia chiếm 45,5% (Bảng 1).

Bảng 1. Nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe

	N	(%)
Giới tính		
Nam	171	(41,1)
Nữ	245	(58,9)
Tuổi		
45 - 55	108	(52,2)
> 55 - 65	99	(47,8)
BMI		
Bình thường	114	(27,4)

	N	(%)
Nguy cơ	108	(26)
Béo phì độ 1 và 2	194	(46,6)
Trình độ học vấn		
Cấp 1	51	(12,3)
Cấp 2	138	(33,1)
Cấp 3	119	(28,6)
TC, CĐ, ĐH & sau ĐH	108	(26)
Nghề nghiệp		
CNV	79	(19)
Công nhân	42	(10,1)
Buôn bán	55	(13,2)
Khác: hưu, nội trợ	240	(57,7)
Tình trạng gia đình		
Độc thân	39	(9,4)
Có gia đình	336	(80,8)
Khác	41	(9,9)
Sống chung với gia đình		
Chồng/vợ	63	(15,1)
Chồng/vợ, và con	171	(41,1)
Chồng/vợ, con và cháu	89	(21,4)
Sống với con và cháu	54	(13,0)
Sống một mình hoặc với người ngoài	39	(9,4)
Tình trạng hút thuốc lá	71	(17,1)
Tình trạng uống rượu	110	(26,4)
Hợp lý, nguy cơ thấp	60	(54,5)
Nguy cơ, có hại, nghiện rượu	50	(45,5)
Kiểm soát huyết áp		
Tối ưu và bình thường	141	(33,9)
Bình thường cao và Tăng huyết áp độ 1, 2 và 3	275	(66,1)
Tuân thủ điều trị thuốc		
Tuân thủ cao và TB (6 - 8)	190	(45,7)
Tuân thủ thấp (< 6)	226	(54,3)

3.2. Kiểm soát huyết áp và tuân thủ điều trị thuốc

Phân tích kết quả cho thấy chỉ có 65 (15,6%) NB đạt được huyết áp tối ưu, 76 (18,3%) NB đạt huyết áp bình thường, còn lại tỷ lệ NB có chỉ số huyết áp bình thường cao 76 (18,3%), THA độ 1

có 139 (33,4%), độ 2 có 52 (12,5%) và độ 3 có 8 NB (1,9%).

Ngoài ra, kết quả thống kê cho thấy điểm tuân thủ điều trị thuốc dao động từ 0 đến 8 (Điểm số MMAS-8), trong đó có 226 (54,3%) NB tuân thủ thấp về dùng thuốc điều trị THA, NB tuân thủ trung bình có 178 (42,8%) và chỉ có 12 (2,9%) NB có mức độ tuân thủ cao (Bảng 2).

Bảng 2. Chỉ số huyết áp và tuân thủ điều trị ở người bệnh ngoại trú THA

Huyết áp mục tiêu	Tuân thủ thấp (%)		Tuân thủ trung bình (%)		Tuân thủ cao (%)		Chỉ số huyết áp (%)
Tối ưu	30	(7)	35	(8,4)			65 (15,6)
Bình thường	26	(6,3)	48	(11,5)	2	(0,5)	76 (18,3)
Bình thường cao	36	(8,7)	37	(8,9)	3	(0,7)	76 (18,3)
Tăng huyết áp độ 1	87	(20,9)	48	(11,5)	4	(1,0)	139 (33,4)
Tăng huyết áp độ 2	42	(10)	7	(1,7)	3	(0,7)	52 (12,5)
Tăng huyết áp độ 3	5	(1,2)	3	(0,7)			8 (1,9)
Tuân thủ điều trị	226	(54,3)	178	(42,8)	12	(2,9)	416 (100)

Nhằm mục đích phân tích xác định, sự tuân thủ được chia thành hai mức độ: tuân thủ và không tuân thủ thay vì ba loại (thấp, trung bình, cao) dựa trên điểm số MMAS-8: không tuân thủ (điểm MMAS-8 < 6) và tuân thủ (điểm MMAS-8 ≥ 6). Ngoài ra chỉ số tăng huyết áp được xác định bằng 2 chỉ số: huyết áp ổn định gồm huyết áp tối ưu, huyết áp bình thường, và huyết áp chưa ổn định gồm huyết áp bình thường cao, mức độ 1, mức độ 2 và mức độ 3. Phân tích hồi quy logistic nhị phân xác định các yếu tố dự đoán kiểm soát huyết áp tối ưu. Kết quả phân tích cho thấy chỉ số huyết áp đạt tối ưu và bình thường ở những bệnh nhân có mức độ tuân thủ điều trị cao hơn so với những bệnh nhân có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp (OR 0,41 [95% CI: 0,27 - 0,62; p = 0,00]). Về giới tính cho thấy phụ nữ kiểm soát huyết áp

tối ưu và bình thường tốt hơn phân nửa lần so với nam giới (OR: 0,64 [95% CI: 0,42 - 0,97; p = 0,04]). Qua kết quả phân tích này cho thấy NB có trình độ từ cấp 1 đến cấp 3 tuân thủ cao hơn NB có trình độ từ trung cấp, đến sau đại học. Ngoài ra, phân tích cho thấy chỉ số huyết áp tối ưu và bình thường của NB tuổi lớn hơn > 55 tuổi có tỷ lệ kiểm soát huyết áp gần gấp ba lần so với bệnh nhân dưới < 55 tuổi (OR 3,5 [95% CI: 1,6 - 7,7; P = 0,002]). Phân tích về tình trạng gia đình, chỉ số BMI, tình trạng hút thuốc và uống rượu không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này (Bảng 3).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic cho yếu tố dự đoán kiểm soát huyết áp

Nội dung	Huyết áp ổn định1 N (%)		Huyết áp chưa ổn định2 N (%)		OR	95% CI for OR Lower - Upper	P Value
Tình trạng gia đình							
Độc thân	12	(30,77)	27	(69,23)	1		
Có gia đình	116	(34,52)	220	(65,48)	1,05	0,41 - 2,69	0,9
Khác	13	(31,71)	28	(68,29)	0,88	0,44 - 1,77	0,7
Giới tính							
Nam	48	(28,07)	123	(71,93)	1		
Nữ	93	(37,96)	152	(62,04)	0,64	0,42 - 0,97	0,04
Trình độ giáo dục							
Cấp 1	21	(41,18)	30	(58,82)	1		
Cấp 2	55	(39,86)	83	(60,14)	0,48	0,24 - 0,97	0,04
Cấp 3	38	(31,93)	81	(68,07)	0,5	0,29 - 0,88	0,02
TH, CĐ và Sau ĐH	27	(25,00)	81	(75,00)	0,71	0,39 - 1,27	0,25
Tuổi							
Từ 45 - 55	8	(14,29)	48	(85,71)	1		
Trên 55	133	(36,94)	227	(63,06)	3,5	1,6 - 7,7	0,00
BMI							
Bình thường	45	(39,47)	69	(60,53)	1		

Nội dung	Huyết áp ổn định ¹ N (%)		Huyết áp chưa ổn định ² N (%)		OR	95% CI for OR Lower - Upper	P Value
Nguy cơ	29	(29,59)	69	(70,41)	0,64	0,39 - 1,04	0,07
Béo phì độ 1 và độ 2	57	(29,38)	137	(70,62)	0,74	0,45 - 1,21	0,23
Tuân thủ thuốc							
Tuân thủ	85	(44,74)	105	(55,26)	1		0
Không tuân thủ	56	(24,78)	170	(75,22)	0,41	0,27 - 0,62	0,00

Ghi chú: 1. Huyết áp ổn định: Huyết áp tối ưu và huyết áp bình thường

2. Huyết áp chưa ổn định: Huyết áp bình thường cao, độ 1, độ 2 và độ 3

4. BÀN LUẬN

Nhằm đánh giá mức độ kiểm soát huyết áp của NB tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại một số bệnh viện trong thành phố Hồ Chí Minh. Xác định các nhóm NB chưa tuân thủ dùng thuốc điều trị và các yếu tố liên quan là rất quan trọng đối với NB, bác sĩ lâm sàng và các nhà hoạch định chính sách y tế, để có thể thiết kế và thực hiện các can thiệp thích hợp nhằm vào mục tiêu cụ thể cho từng nhóm NB. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NB tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú có mức độ tuân thủ thuốc điều trị thấp, phù hợp với các nghiên cứu trước đây (3,6,12,13). Tuân thủ thấp với thuốc điều trị hạ huyết áp không chỉ liên quan đến kiểm soát huyết áp chưa hiệu quả mà còn đẩy nhanh sự phát triển của các biến chứng bệnh liên quan đến tăng huyết áp [1]. Kết quả tỷ lệ tuân thủ thuốc của nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng và cộng sự, có thể được giải thích do độ tuổi trung bình cao hơn độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi. Có thể sự tuân thủ này được sự hỗ trợ của người chăm sóc, giúp người bệnh dùng thuốc thường xuyên hơn. Hơn nữa, bệnh nhân trung niên thường có các lý do liên quan đến công việc và các ưu tiên khác trong cuộc sống của họ, do đó có thể không thể tham

dự các cuộc hẹn tại phòng khám và uống thuốc theo quy định [13].

Ngoài ra, kết quả của nghiên cứu cho thấy giới tính, tuổi tác và trình độ giáo dục là những yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến kiểm soát huyết áp tối ưu, phù hợp với nghiên cứu trước đây [4,6,13]. Mức độ tuân thủ thuốc cao ở NB nữ trong nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Sarah và cộng sự, có thể ghi nhận rằng phụ nữ quan tâm đến sức khỏe, theo dõi và tự chăm sóc theo khuyến nghị của hướng dẫn của nhân viên y tế [13], thiếu theo dõi đầy đủ có thể giải thích một phần mức độ tuân thủ thuốc thấp ở nam giới. Từ đó bác sĩ, nhân viên y tế cần nên giáo dục NB về hiệu quả tuân thủ thuốc, lợi ích của lối sống lành mạnh và khuyến khích điều chỉnh lối sống, đặc biệt là tuổi, giới và trình độ [10,13].

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa đối với thực hành lâm sàng trong việc kiểm soát HA. Một nhu cầu rõ ràng để thiết kế và thực hiện các can thiệp nhằm cải thiện sự tuân thủ điều trị ở những NB tăng huyết áp đã được công nhận [3]. Cải thiện sự tuân thủ thấp của NB đối với các thuốc hạ huyết áp có thể đạt được bằng cách nâng cao kiến thức, động lực, kỹ năng và nguồn lực để tuân theo các khuyến nghị của bác sĩ điều trị và được hỗ trợ từ nhân viên y tế [3]. Một số biện pháp can thiệp hỗ trợ để tăng sự tuân thủ điều trị của NB bao gồm: khuyên NB ghi lại việc sử dụng thuốc, khuyến khích họ theo dõi huyết áp và các biến chứng liên quan đến tăng huyết áp, đơn giản hóa chế độ dùng thuốc, và cung cấp đánh giá chăm sóc sức khỏe định kỳ cho NB có thể giúp cải thiện tỷ lệ tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp [13].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Kiểm soát chỉ số huyết áp của NB tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại các phòng khám trong một số bệnh viện thành phố Hồ Chí Minh chưa đạt được huyết áp tối ưu và huyết áp bình thường (66,1%). Mức độ tuân thủ thuốc điều trị thấp (54,3%). Việc không tuân thủ điều trị của NB cao huyết áp có liên quan đến các yếu tố nhân

khẩu học như độ tuổi trung niên và giới tính nam ($p < 0,05$).

- Người bệnh THA cần được tư vấn, giáo dục và truyền thông về việc tuân thủ thuốc điều trị, tự quản lý sức khỏe nhằm duy trì huyết áp mục tiêu. Đặc biệt là những NB ở độ tuổi trung niên và nam giới. Các cơ sở y tế cần thực hiện chương trình truyền thông hiệu quả cho người bệnh THA tại cộng đồng, chương trình cần phải có thời gian thực hiện, giám sát và đánh giá hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Ngọc Diệp và Huỳnh Kim Phượng (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười.
2. Trần Thị Mỹ Hạnh (2013), Xây dựng biểu đồ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh và đánh giá hiệu quả ban đầu trong tăng cường theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị.
3. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), Đánh giá thực trạng tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc của người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình và Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015.
4. Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Thị Thuý Dương, Hồ Thị Dung, Nguyễn Thị Minh Thuý (2018), Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh năm 2018.
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2018), khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
6. Bùi Thị Mai Trinh, Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Đỗ Nguyên (2012), Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp.
7. Võ Thị Mai Trâm (2017) Hiệu quả sử dụng biểu đồ tự theo dõi tại nhà trong kiểm soát huyết áp và tuân thủ điều trị.
8. Nguyễn Văn Trí và Nguyễn Thế Quyền (2015), Nguy cơ tim mạch của người bệnh tăng huyết áp Việt Nam đang điều trị-sử dụng bảng đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm theo Who/Ish.
9. Lâm Nguyễn Nhã Trúc và Trần Thị Bích Hương (2012), Sử dụng bảng câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo.
10. Duygu Kes (2019), Predictors of Blood Pressure Control and Medication Adherence among Primary Hypertensive Patients. International Journal of Caring Sciences January-April, Volume 12. Issue 1. Page 483
11. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U. (2009), Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet. 373:929-940.
12. Ratinder J, Pushp R, Sweta K, Shweta S. (2018), Association between medication adherence and blood pressure control in urban hypertensive patients in central India. DOI: 10.4103/jncd.jncd_29_16
13. Sarah M. Khayyat, Salwa M. Saeed Khayyat, Raghda S. Hyat Alhazmi, Mahmoud M. A. Mohamed, Muhammad Abdul Hadi (2017), Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross-Sectional Study. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0171255.
14. World Health Organization (2013), Geneva: A global brief on Hypertension, Silent killer, global public health crisis. WHO Press. Available from: http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf.

SỰ TUÂN THỦ BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN

EVALUATION OF THE COMPLIANCE TO SURGICAL SAFETY CHECKLIST IN THE SAIGON GENERAL HOSPITAL

TRẦN THỊ HỒNG VÂN², TRẦN THỊ KIM NGỌC¹
và cộng sự

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá tác động của chương trình an toàn bệnh nhân về việc tuân thủ bảng kiểm An toàn phẫu thuật (ATPT) tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ tháng 05/2018 đến tháng 09/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát được tiến hành 100 ca phẫu thuật để đánh giá các nhóm phẫu thuật sử dụng bảng kiểm ATPT trước và sau khi thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Kết quả: Tổng cộng có 100 ca được PT có sử dụng bảng kiểm ATPT. Trong số đó, nhóm trước can thiệp PT chương trình là 80%, phẫu thuật cấp cứu là 20% và nhóm sau can thiệp, Phẫu thuật chương trình của là 78% và phẫu thuật cấp cứu là 22%. Phẫu thuật chủ yếu vào ban ngày của cả hai nhóm trước và sau can thiệp, lần lượt là 92% (nhóm trước can thiệp) và 86% (nhóm sau can thiệp)

Có sự cải thiện đáng kể được ghi nhận: Tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm sau can thiệp là 78%, tăng 26% so trước can thiệp ($p < 0,05$). Trong đó, sau can thiệp giai đoạn “Trước khi rời phòng PT” có tỷ lệ thực hiện tốt nhất là 94%, kế đến là giai đoạn “Trước khi gây mê” là 90%, và giai đoạn “Trước khi rạch da” là 82% và. Mục “Xác nhận đủ các thành viên” đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất so với các nội dung mục khác.

Kết luận: Sự can thiệp của chương trình sau 6 tháng bước đầu đã có hiệu quả rõ rệt.

Từ khóa: Tuân thủ, Bảng kiểm ATPT, trước khi gây mê, trước rạch da, trước khi rời phòng mổ

ABSTRACT

Purpose: To assess the impact of a patient safety programme on the compliance of Surgical Safety Checklist in The Saigon General Hospital.

Methods: A prospective observational study was conducted among 100 operations to assess surgical teams' checklist use before and after programme implementation.

Results: A total of 100 operations were performed and checklists were utilized. Among these, most checklists before programme implementation during elective procedure (80%) and during emergency procedures (20%), and after implementation during elective procedure (78%) and during emergency procedures (22%). Mainly daytime operation of both before and after implementation groups, were 92% (before implementation group) and 86% (after implementation group, respectively).

There were significant improvements in the compliance rate of the Surgical Safety checklist after programme implementation of 78%, an increase of 26% compared to the before programme implementation ($p < 0.05$). In particular, compliance in the “Sign out” phase after implementation”, the best performance rate is 94%, followed by the “Sign in” phase was 90% and the “Time out” phase was 82%. The item “Confirm all members” had the lowest compliance rate compared to the others.

Conclusion: Safety program implementation after 6 months was initially effective.

1 Chi hội Điều dưỡng Tai Mũi Họng TP. HCM

SĐT: 0903604465; email: tkngoctmh@gmail.com

2 Khoa PT Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Ngày nhận bài phản biện: 06/12/2019

Ngày trả bài phản biện: 15/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 18/12/2019

Keywords: Compliance, Surgical safety checklist, Sign-in, Time-out, Sign-out.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình tiến hành phẫu thuật, sai sót và sự cố y khoa có thể xảy ra trước, trong và sau khi PT, điều này gây ảnh hưởng sức khỏe cho NB, cả về thể lực và tâm lý. Hậu quả không chỉ làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc mổ, còn làm tăng thời gian điều trị và nằm viện, tăng chi phí điều trị, NB tăng tỷ lệ mắc và tử vong, những đau đớn mà NB phải gánh chịu [1], [2].

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO, mỗi năm trên toàn thế giới ước chừng có trên 230 triệu ca PT. Biến chứng xảy ra gây nguy hiểm đến tính mạng tới 7 triệu trường hợp (khoảng 16%), trong đó gần 1 triệu trường hợp tử vong liên quan đến ATPT (gần 10%) các biến chứng chết người xảy ra tại các phòng mổ. Cứ 150 NB nhập viện, có 1 trường hợp tử vong do sự cố y khoa và 2/3 sự cố xảy ra trong bệnh viện (BV) liên quan đến PT. Sự cố y khoa tác động đến 1/10 NB trên toàn thế giới [6].

Năm 2008, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra bảng kiểm ATPT nhằm giảm bớt các sai sót và các sự kiện bất lợi và tăng cường khả năng làm việc nhóm và thông tin liên lạc trong PT [6].

Một số nghiên cứu cho thấy việc áp dụng bảng kiểm ATPT làm giảm tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong sau PT [7], [10], [11].

Tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn, chúng tôi đã có nghiên cứu “Khảo sát sự tuân thủ Bảng kiểm An toàn phẫu thuật” [5], nhưng sự tuân thủ bảng kiểm chưa được cao, tỷ lệ tuân thủ của riêng mỗi giai đoạn là còn thấp: sign in (72,5%), time out (76,5%) và sign out (86,3%), còn tuân thủ cả 3 giai đoạn còn thấp hơn (52,9%). Đó là lý do chúng tôi tiếp tục tiến hành nghiên cứu: Đánh giá tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm An toàn phẫu thuật trước và sau chương trình can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn với mục đích nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế, từ đó giúp giảm thiểu tối đa các yếu tố nguy cơ gây ảnh hưởng đến người bệnh khi tiến hành trước, trong và sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trước sau.

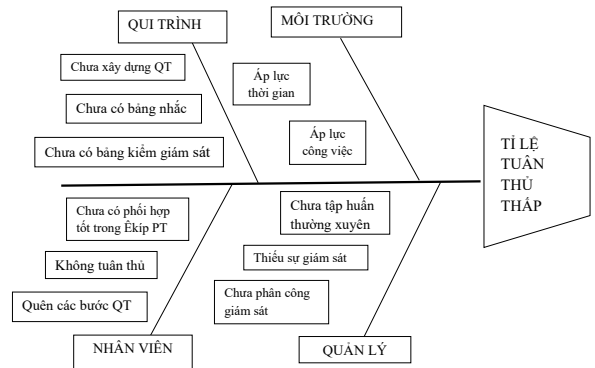
• **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 05/2019 đến tháng 09/2019 tại Khoa PT Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

• **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các NB được PT chương trình và cấp cứu.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy toàn bộ cỡ mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn vào trong khoảng thời gian từ tháng 09/2018 đến tháng 09/2019.

• **Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu gồm có:**

Xác định nguyên nhân:



• **Các hoạt động cải tiến:** Thực hiện trong vòng 4 tuần bao gồm các hoạt động: Tổ chức tập huấn trong Khoa thực hiện bảng kiểm ATPT cho toàn thể Ekip PT; Tổ chức giám sát và phân công người giám sát sự tuân thủ, phản hồi và nhắc nhở; Xây dựng qui trình và bảng kiểm giám sát sự tuân thủ; Xây dựng các bảng nhắc đặt trong Phòng mổ.

• **Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên. Mỗi tuần lấy mẫu ngẫu nhiên 1-3 ngày; mỗi ngày chọn ngẫu nhiên 5 cơ hội đánh giá. Cỡ mẫu: 50 ca trước can thiệp và 50 ca sau can thiệp

• **Quy trình thu thập số gồm 2 giai đoạn khảo sát:** Giai đoạn 1: Khảo sát mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT lần 1 (Trước khi thực hiện chương trình can thiệp). Giai đoạn 2: Khảo sát mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT lần 2 (sau can thiệp 6 tháng).

• **Công cụ thu thập số liệu:** Bảng kiểm giám sát sử dụng bảng kiểm ATPT của bệnh viện xây dựng dựa theo bảng kiểm ATPT theo WHO gồm tổng cộng 15 mục, theo nguyên tắc 3 điểm tạm dừng để kiểm tra đối chiếu đảm bảo tính sẵn sàng khi có tình huống xảy ra, đó là: (1) Trước khi gây mê (Sign-in) gồm 7 mục; (2) Trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) gồm 5 mục; (3) Trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) gồm 3 mục.

• **Biến số trong nghiên cứu**

Biến số phụ thuộc:

- Tuân thủ bảng kiểm ATPT là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện tất cả 15 mục của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi gây mê (Sign-in) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi gây mê (Sign-in) của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) của bảng kiểm ATPT.

• **Thang đo**

- Có tuân thủ: Thực hiện đầy đủ tất cả các mục.
- Không tuân thủ: Bỏ sót từ 1 mục trở lên không thực hiện.

Biến số độc lập:

- Loại Phẫu thuật: Chương trình: PT theo kế hoạch. Cấp cứu: mổ khẩn cấp

- Giờ Phẫu thuật: Ngày: tính từ 7 giờ sáng đến 4 giờ chiều. Đêm: tính từ 4 giờ chiều đến 7 giờ sáng hôm sau.

• **Quy trình thu thập số liệu:** Tổ chức tập huấn nhóm nghiên cứu viên; Quan sát thực hiện trước và sau can thiệp: Giám sát ê kíp PT có hay không việc tuân thủ Bảng kiểm ATPT tại 3 điểm dừng: Trước khi gây mê (Sign-in), Trước khi rạch

da (Time-out), Trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out).

• **Xử lý và phân tích số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Loại Phẫu thuật - Giờ Phẫu thuật

			NHÓM	
			Trước can thiệp (n = 50)	Sau can thiệp (n = 50)
Loại phẫu thuật	Chương trình	N	40	39
		%	80,0%	78,0%
	Cấp cứu	N	10	11
		%	20,0%	22,0%
Giờ phẫu thuật	Ngày	N	46	43
		%	92,0%	86,0%
	Đêm	N	4	7
		%	8,0%	14,0%

Nhận xét: Phần lớn là PT chương trình, Nhóm trước can thiệp PT chương trình là 80% gấp 4 lần phẫu thuật cấp cứu là 20% và Phẫu thuật chương trình của nhóm sau can thiệp là 78% và phẫu thuật cấp cứu là 22%.

Phẫu thuật chủ yếu vào ban ngày của cả hai nhóm trước và sau can thiệp lần lượt là 92% (nhóm trước can thiệp) và 86% (Nhóm sau can thiệp).

Bảng 2. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm ATPT trước và sau can thiệp

Nội dung bảng kiểm ATPT				NHÓM		X ² / p
				Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
1	Trước khi tiến mê (Sign in)	Tuân thủ	N	36	45	X ² = 5,263a p = ,022
			%	72,0%	90,0%	
		Không tuân thủ	N	14	5	
			%	28,0%	10,0%	

Nội dung bảng kiểm ATPT				NHÓM		X2/ p
				Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
2	Trước khi rạch da (Time out)	Tuân thủ	N	26	41	X2 = 10,176a p = ,000
			%	52,0%	82,0%	
		Không tuân thủ	N	24	9	
			%	48,0%	18,0%	
3	Trước khi rời phòng mổ (Sign out)	Tuân thủ	N	31	47	X2 = 21,951a p = ,000
			%	62,0%	94,0%	
		Không tuân thủ	N	19	3	
			%	38,0%	6,0%	
Bảng kiểm ATPT		Tuân thủ	N	26	39	X2 = 14,918a p = ,000
			%	52,0%	78,0%	
		Không tuân thủ	N	24	11	
			%	48,0%	22,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy, mức độ tuân thủ thực hiện tất cả các mục của 3 giai đoạn của bảng kiểm ATPT của WHO sau khi thực hiện chương trình can thiệp cao hơn ($> 20\%$) trước can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (52,0% trước can thiệp và 78,0% sau can thiệp).

Những cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ đã được ghi nhận về tỷ lệ tuân thủ 3 giai đoạn của thực hiện bảng kiểm, đặc biệt, sau can thiệp thì tỷ lệ tuân thủ cao nhất là giai đoạn “trước khi rời phòng mổ” mức độ tuân thủ tăng lên rõ rệt từ 62% trước can thiệp và sau can thiệp đạt tỷ lệ tuân thủ là 94%, và giai đoạn “trước khi rạch da” tuy có cải thiện sau can thiệp $> 20\%$ nhưng đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là 82%.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 thể hiện rằng: Sau can thiệp chương trình cải tiến đạt mục tiêu của nghiên cứu đề ra là tăng mức độ tuân thủ thực hiện bảng kiểm ATPT là $> 20\%$ so với trước khi can thiệp ở cả 3 giai đoạn. Điều đó chứng tỏ rằng, sự can thiệp của chương trình sau 6 tháng bước đầu đã có hiệu quả. Kết quả này phù hợp các nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Đồng 1 về cải thiện mức độ tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật tại khu mổ tổng quát Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức năm 2017 [3] và cải thiện mức tuân thủ cao nhất trong 3 giai đoạn là giai đoạn trước khi rời phẫu thuật, Ngược lại, kết quả nghiên cứu của Brigid M Gillespie [8], tuân thủ cao nhất sau 6

tháng thực hiện chương trình cải thiện là 94% ở giai đoạn trước khi rạch da.

Để cải thiện có hiệu quả, khoa chúng tôi đã có tập huấn, giám sát, và thiết lập các bảng nhắc, cũng như luôn lắng nghe và tìm hiểu những lý do không thực hiện để cải tiến liên tục nhằm đạt hiệu quả tối ưu.

Bảng 3. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm ATPT trước và sau can thiệp giai đoạn trước khi tiền mê

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ p
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
A	Trước khi tiền mê (Sign in)	N	36	45	X2 = 5,263a p = ,022
		%	72,0%	90,0%	
A 1	Nhận diện người bệnh	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 2	Thông tin trên bảng nhận diện	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 3	NB đã ký cam kết PT	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 4	Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu	N	37	45	X2 = 4,336a p = ,037
		%	74,0%	90,0%	
A 5	Đã hoàn tất kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 6	Kiểm tra đã gắn phương tiện theo dõi	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A7	Xác nhận tiền sử dị ứng của NB	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 8	Kiểm tra NB có khó thở và nguy cơ hít sặc	N	36	47	X2 = 8,575a p = ,003
		%	72,0%	94,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn trước khi tiền mê sau can thiệp (90%) cao hơn trước can thiệp (72%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ ($p = 0,022$).

Các mục trong giai đoạn trước khi tiền mê sau can thiệp cao hơn #20% trước can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ là Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu (trước can thiệp: 74% và sau can thiệp 90%). Tương tự nghiên cứu của Haynes [7] đã báo cáo các tăng cường cải tiến đã cải thiện sự tuân thủ đánh dấu Vị trí phẫu thuật được thực hiện từ 56% đến 83% và nghiên cứu của Gerald Sendhofer [11] đạt 89% sau can thiệp.

Sở dĩ có cải thiện rõ nét mục này do bệnh viện đã đưa ra qui định cụ thể đánh dấu vị trí phẫu thuật cho các loại phẫu thuật.

Các mục 100% trước và sau can thiệp là các mục còn lại: Nhận diện người bệnh, Thông tin trên băng nhận diện, NB đã ký cam kết PT, Đã hoàn tất kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê, Kiểm tra đã gắn phương tiện theo dõi, Xác nhận tiền sử dị ứng của NB. Những mục này rất quan trọng trong việc ngăn ngừa các lỗi phổ biến nhất gây hại nghiêm trọng cho NB nên chúng tôi chú trọng thực hiện và duy trì trong hoạt động cải tiến.

Bảng 4. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ giai đoạn trước khi rạch da

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ P
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
	Trước khi rạch da (Time out)	N	26	41	X2 = 10,176a p = ,000
		%	52,0%	82,0%	
B1	Xác nhận đủ các thành viên	N	36	43	X2 = 7,862a p = ,005
		%	72,0%	86,0%	
B2	Xác nhận lại họ tên NB và vị trí sẽ tiến hành rạch da	N	35	46	X2 = 2,954a p = ,086
		%	70,0%	92,0%	
B3	Đã kiểm tra thực hiện kháng sinh	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
B4	Tiền lượng các yếu tố nguy cơ	N	26	45	X2 = 17,533a p = ,000
		%	52,0%	90,0%	
B5	Kiểm tra các phương tiện dụng cụ đã sẵn sàng	N	27	48	X2 = 23,520a p = ,000
		%	54,0%	96,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn Trước khi rạch da sau can thiệp 82%) cao hơn trước can thiệp (52%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ ($p = 0,000$). Phù hợp với nghiên cứu của Brigid M Gillespie [8] đạt 80% sau can thiệp.

Các mục trong giai đoạn này mức độ tuân thủ sau can thiệp đều cao hơn đáng kể trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngoại trừ mục “Xác nhận đủ các thành viên” mức độ tuân thủ sau can thiệp (86%) cao hơn không nhiều 14% so trước can thiệp 72% không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất trong giai đoạn này. Trong khi đó nghiên cứu Thông tin liên lạc của nhóm PT là một trong những hoạt động chủ chốt của Bảng kiểm ATPT của WHO [10][9]. Ở thời điểm “Trước khi rạch da”, nhóm PT sẽ phải giới thiệu lẫn nhau theo tên và nhiệm vụ, đây là sự cần thiết phải thực hiện thể hiện vai trò của họ trong một quy trình phẫu thuật. Về vấn đề này, kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ chiếm thấp nhất trong giai đoạn này. Phù hợp với nghiên cứu Saeed Asefzadeh et al [12] có 38,2% nhóm PT đã từ chối tự giới thiệu trước khi rạch da. Lý do có thể được giải thích bởi các nhóm PT đã làm việc với nhau trong một thời gian dài nên họ cảm thấy không thoải mái với quy trình và xem như là một hoạt động vô ích.

“Xác nhận lại họ tên NB và vị trí sẽ tiến hành rạch da” trước khi rạch da đây là tiểu mục quan trọng, nhưng qua nghiên cứu này còn 8% bỏ qua mục này. Trong khi đó một số nghiên cứu đã tuân thủ mục này đạt 100% [3], [12]

Bảng 5. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ trước khi rời khỏi phòng mổ

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ P
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
	Trước khi rời phòng mổ (Sign out)	N	31	47	X2 = 21,951a P = ,000
		%	62,0%	94,0%	
C1	Xác nhận đầy gạc, kim, dao	N	44	50	X2 = 6,383a P = ,012
		%	88,0%	100,0%	

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ P
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
C2	Xác nhận dán nhãn bệnh phẩm	N	32	49	X2 = 18,778a P = ,000
		%	64,0%	98,0%	
C3	Xem xét các vấn đề về hồi sức và xử trí	N	32	50	X2 = 21,951a P = ,000
		%	64,0%	100,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn **Trước khi rời phòng mổ** sau can thiệp 94%) cao hơn đáng kể so trước can thiệp (62%) có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$ ($p = 0,000$). Tất cả các mục sau can thiệp đều cao hơn rõ rệt so trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$),

Trong nghiên cứu này, Thời điểm “Trước khi rời khỏi phòng mổ” đã được thực hiện tốt nhất trong 3 thời điểm sau can thiệp (94%). Bước thực hiện tốt nhất trong giai đoạn này là Xác nhận đầy gạc, kim, dao và Xem xét các vấn đề về hồi sức và xử trí đạt 100%. Chỉ còn 2% tỷ lệ chưa tuân thủ thực hiện “Dán nhãn bệnh phẩm” là bước quan trọng vì việc dán nhãn không đúng bệnh phẩm là nguy cơ tiềm ẩn đối với NB, thậm chí mất bệnh phẩm sẽ dẫn đến những sai sót hoặc khó khăn trong việc điều trị NB về sau nên việc dán nhãn cần được lưu ý tất cả 100% các ca PT. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương [4] việc ĐD dụng cụ hoàn thành việc kiểm tra gạc, kim, dụng cụ trước khi đóng vết mổ chiếm 98,7%.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua khảo sát sự tuân thủ bảng kiểm ATPT của WHO của 100 NB, được chia làm hai nhóm trước can thiệp 50 bệnh nhân và sau can thiệp là 50 bệnh nhân. PT tại BV Đa khoa Sài Gòn TP.HCM, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

Có sự cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT ($p < 0,05$), tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm sau can thiệp là 78%, tăng 26% so trước can thiệp. Trong đó, giai đoạn “Trước khi rời phòng PT” có tỷ lệ thực hiện tốt nhất là 94%, kể đến là giai đoạn “Trước khi gây mê” là 90%, giai đoạn “Trước khi rạch da” là 82% và. Mục “Xác nhận đủ các thành viên” đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất so với các nội dung mục khác.

Việc quan sát tại chỗ là rất quan trọng và cần thiết nhằm đánh giá thực tế hoàn thành tất cả các mục của bảng kiểm. Việc đào tạo liên tục, đánh giá thực hiện và báo cáo, cập nhật kết quả thực hành bảng kiểm ATPT cho nhóm PT là cần thiết để đảm bảo duy trì và nâng cao tỷ lệ tuân thủ 100% cho tất cả các mục nhằm nâng cao an toàn NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh.
2. Bộ Y tế - Hội đồng Quản lý chất lượng (2015), Hướng dẫn triển khai hoạt động An toàn NB tại các bệnh viện.
3. Bệnh viện Nhi Đồng I, (2018), “Cải thiện mức độ tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật”.
4. Nguyễn Thị Mai Hương (2016) “Đánh giá kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn PT tại khoa gây mê hồi tỉnh Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ninh”
5. Trần Thị Hồng Vân (2018), “Khảo sát sự tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
6. WHO, Tổ chức Y tế thế giới - (2009), “Cẩm nang thực hành Bảng kiểm An toàn PT”.
7. Alex B. Haynes, et al. (2009), “Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population”, The New England Journal of Medicine.
8. Brigid M Gillespie et al. (2018) “Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study”, BMJ Open Quality.2018
9. Cabral, R. A., et al. (2016), “Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication”, AORN journal. 104 (3), pp. 206-16.
10. Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types & effects. Qual Saf Health. 2004;13:330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425. [PMCfree article] [PubMed] [CrossRef].
11. Giles, K., et al. (2016), “Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study”, ANZ journal of surgery.
12. Saeed Asefzadeh et al, (2017) “Compliance with WHO safe surgery checklist in operating rooms: A case study in Iran Hospitals” Bali Medical Journal 6 (3): 465-469.

MỨC ĐỘ LO LẮNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG TẠI KHOA MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2018

PATIENT ANXIETY BEFORE ENDOSCOPY NASAL SINUS OPERATION AT THE RHINOLOGY DEPARTMENT HCM CITY ENT HOSPITAL IN 2018

NGUYỄN THỊ HỒNG CHI¹, TRẦN THỤY HỒNG ANH²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ quan tâm, lo lắng của người bệnh (NB) trước phẫu thuật nội soi mũi xoang (PT NSMX).

Phương pháp: Mô tả cắt ngang thực hiện trên tất cả NB có chỉ định PT NSMX tại khoa Mũi xoang. Phỏng vấn trực tiếp NB thông qua bộ câu hỏi được xây dựng từ bộ câu hỏi của tác giả Philip C. Doyle và cộng sự năm 2011. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

Kết quả: Độ tuổi trung bình 44,69 (SD = 14,2), nam chiếm 50,8%, nữ 49,2%, đa phần sống ở tỉnh khác (68%), chủ yếu có sử dụng BHYT (88,3%). Trình độ học vấn đã tốt nghiệp THCS là 32,8%, thành phần nông dân và công nhân chiếm đa số (26% và 17,2%). NB có lo lắng trước PT (54,9%), mức độ lo lắng là rất ít. NB lo lắng về những biến chứng của PT, nguy cơ chảy dịch não tủy, những tổn thương về mắt hoặc vấn đề chảy máu mũi sau PT. Ghi nhận có mối liên quan giữa mức độ lo lắng của NB trước PT với tuổi, giới tính và trình độ học vấn. Chưa tìm thấy mối liên quan với thu nhập trung bình hàng tháng hay đối tượng sử dụng BHYT hoặc NB biết mình sẽ phẫu thuật gì trong mũi.

Kết luận: Phần lớn NB trước PT NSMX đều có tâm lý lo lắng tuy nhiên chỉ ở mức rất ít. Nữ lo lắng nhiều hơn nam, trình độ học vấn càng cao thì mức độ lo lắng càng nhiều, nhưng độ tuổi càng cao thì mức lo lắng lại càng ít.

Kiến nghị: Cần chú ý đến các vấn đề NB còn lo lắng để giải thích rõ ràng, cụ thể tạo cho người bệnh tâm lý thoải mái trước PT. Cần chú ý, giải thích kỹ hơn đối với những bệnh nhân là nữ hay bệnh nhân trẻ tuổi, những bệnh nhân có trình độ học vấn cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi mũi xoang, lo lắng.

ABSTRACT

Objectives: To describe level of anxiety of patients before endoscopy nasal sinus operation.

Methodology: Cross-sectional descriptive study was conducted on all patients who were going undergo endoscopy nasal sinus operation at the Rhinogoly department of the HCM City ENT hospital. Direct interviews with patients by questionnaire set that wá developed from the questionnaire of author Philip C. Doyle and colleagues in 2011. Data were processed by SPSS 20 software

Results: Average age 44.69 (SD = 14.2), male accounted for 50.8% and female was 49.2%, most lived in other provinces (68%), mainly used health insurance (88.3%). Education level: graduated from secondary school was 32.8%. The occupations of participants who were farmers and workers were the majority

1 Khoa Mũi xoang - Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
SĐT: 0931222335; email: hongchinguyen1981@gmail.com
2 Khoa Mũi xoang - Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM
Ngày nhận bài phản biện: 09/12/2019
Ngày trả bài phản biện: 15/12/2019
Ngày chấp chuẩn đăng bài: 20/12/2019

(26% and 17.2%). Patients with anxiety before surgery accounted for 54.9%, the level of anxiety was rare. Patients worried about complications of surgery, risk of cerebral fluid leakage, eye injuries or nosebleeding after surgery. There was an association between anxiety level of patients before surgery with factors such as: age, gender and education level but there was no relationship between anxiety with average monthly income or health insurance or patients who would know about the surgery.

Conclusion: Most patients before operation had anxiety but only at a very low level. Females worried more than males. The higher the education level, the higher level of anxiety but the higher the age, the less anxiety

Recommendation: Attention should be paid to the matters that make patients worry about to make patients at ease before the operation. Pay attentions to explain more clearly and concretely to patients who are female, young and having high education levels.

Keywords: Funtional endoscopic sinus surgery, strengthening.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tật ảnh hưởng và làm thay đổi đến tâm lý của người bệnh. Tâm lý người bệnh bị tác động bởi nhiều yếu tố. Sự biến đổi tâm lý đó càng rõ rệt hơn khi bệnh nhân sẽ phải trải qua một thử thách lớn, đó là phẫu thuật và những diễn biến tâm lý ấy góp phần ảnh hưởng đến kết quả của việc điều trị^[3]. PT là phương pháp điều trị gây ra sang chấn có ảnh hưởng nhất định tới cơ thể NB như tạo ra vết thương, gây nên tâm lý lo lắng, căng thẳng... Để NB chịu đựng được cuộc mổ cần thiết phải chuẩn bị chu đáo về tinh thần và thể chất cho NB. Do vậy,thầy thuốc cần phải thấy rõ việc chuẩn bị NB trước mổ và chăm sóc NB sau mổ là công việc góp phần quan trọng vào thành công của cuộc mổ^[4]. Hiện nay có nhiều nghiên cứu đánh giá,khảo sát tâm lý NB trước PT, tuy nhiên tại Việt Nam, chúng tôi vẫn chưa thấy một nghiên cứu nào đánh giá mức độ lo lắng của NB trước PT

NSMX. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các mức độ lo lắng của NB trước PT NSMX tại khoa Mũi xoang - BV TMH TP.HCM với các mục tiêu sau: (i) Mô tả mức độ lo lắng của NB trước PTNSMX tại khoa Mũi xoang BV TMH TP.HCM năm 2018; (ii) Xác định các yếu tố tương quan tới lo lắng của NB trước phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Tháng 4/2018-12/2018 tại Khoa Mũi xoang - Bệnh viện TMH TP.HCM.

* **Đối tượng nghiên cứu:** NB có chỉ định PT NSMX nhập viện theo hẹn tại khoa Mũi xoang BV TMH TP.HCM từ tháng 4/2018 đến tháng 12/2018.

* **Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn thuần.

* **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc để phỏng vấn trực tiếp NB trước PT. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ THU THẬP SỐ LIỆU

3.1. Đặc điểm cá nhân, vấn đề và mức độ lo lắng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%	$\bar{X}$	SD
Tuổi			44,69	14,2
Giới tính				
Nam	195	50,8		
Nữ	189	49,2		
Địa chỉ				
TP. HCM	123	32,0		
Tỉnh khác	261	68,0		
Sử dụng BHYT				
Có	339	88,3		
Không	45	11,7		
Học vấn				
Mù chữ	11	2,9		

Đặc điểm	n	%	$\bar{X}$	SD
Tiểu học	74	19,3		
Trung học cơ sở	126	32,8		
Trung học phổ thông	73	19,0		
TC, CĐ, ĐH	90	23,4		
Sau đại học	10	2,6		
Nghề nghiệp				
Học sinh, sinh viên	19	4,9		
Công nhân	66	17,2		
Nông dân	100	26,0		
Hành chính sự nghiệp	44	11,5		
Nội trợ	58	15,1		
Khác	97	25,3		
Tín ngưỡng				
Phật giáo	168	43,8		
Thiên chúa	37	9,6		
Tin lành	3	0,8		
Thờ ông bà, tổ tiên	85	22,1		
Không theo đạo	91	23,7		
Đặc điểm	n	%		
Thu nhập				
< 2 triệu/tháng	46	12,0		
2-5 triệu/tháng	91	23,7		
5-8 triệu/tháng	76	19,8		
8-10 triệu/tháng	30	7,8		
> 10 triệu/tháng	34	8,9		

Đặc điểm	n	%	$\bar{X}$	SD
Không cố định	107	27,9		
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	68	17,7		
Đang có chồng/vợ	279	72,7		
Ly dị	12	3,1		
Góa chồng/vợ	25	6,5		
Bệnh nhân biết mổ gì ở mũi				
Có	326	84,9		
Không	58	15,1		

Độ tuổi trung bình 44,69 (SD = 14,2), nam chiếm tỷ lệ 50,8% nhiều hơn nữ 49,2%, NB ở các tỉnh chiếm tỷ lệ cao (68%), đa số có sử dụng BHYT (88,3%). Có 32,8% tốt nghiệp THCS, 23,4% tốt nghiệp trung cấp hoặc cao đẳng hoặc đại học, trình độ tiểu học 19,3% và trung học phổ thông là 19%, trình độ sau đại học chiếm khá ít 2,6% và tỷ lệ NB mù chữ chiếm 2,9%. Đa số là nông dân (26%), học sinh, sinh viên chiếm ít nhất (4,9%), thu nhập mỗi tháng không cố định chiếm nhiều nhất (27,9%) kế tiếp là 2-5 triệu/tháng (23,7%), trong đó còn vợ hoặc chồng chiếm tỷ lệ khá cao 72,7%, theo đạo phật là chủ yếu (43,8%) và hầu hết các NB đều biết mình mổ gì ở mũi và chiếm tỉ lệ là 84,9%

Bảng 2. Các vấn đề làm người bệnh lo lắng trước phẫu thuật (n = 384)

	Trung bình $\bar{X}$	SD	Không lo lắng (%)	Rất ít lo lắng (%)	Lo lắng (%)	Lo lắng nhiều (%)	Rất lo lắng (%)
1. Khó thở bằng mũi	2,03	1,06	42,2	22,7	28,1	4,4	2,6
2. Bệnh không được giải quyết	2,08	1,10	41,9	19,3	31	4,4	3,4
3. Chảy máu mũi	2,23	1,10	35,2	19,8	35,9	5,5	3,6
4. Phẫu thuật lại	2,37	1,31	37	15,4	31,3	6,2	10,1
5. Bị nhét bác mũi	1,96	1,10	47,4	20,8	23,7	4,4	3,7
6. Dò dịch não tủy	2,43	1,25	32,8	15,6	35,7	7,3	8,6
7. Tổn thương mắt	2,32	1,19	34,9	16,9	35,7	6,5	6
8. Biến chứng phẫu thuật	2,48	1,26	30,7	17,7	34,4	7,6	9,6
9. Ảnh hưởng của gây mê	2,05	1,12	43,5	21,1	25,8	6,2	3,4
10. Các hoạt động hàng ngày	1,83	1,05	53,2	20,0	20,5	3,4	2,9
11. Đau và khó chịu	2,23	1,14	36,4	18,8	34,6	5,5	4,7
12. Làm việc bình thường trở lại	2,00	1,14	47,4	18,2	26,0	4,0	4,4
13. Tham gia hoạt động xã hội	1,67	,94	59,9	18,8	17,2	3,1	1,0
14. Thắc mắc không được trả lời	1,86	1,12	54,7	15,6	22,4	3,1	4,2
15. Thời gian chờ PT	1,89	1,12	53,7	15,1	23,4	4,2	3,6

	Trung bình $\bar{X}$	SD	Không lo lắng (%)	Rất ít lo lắng (%)	Lo lắng (%)	Lo lắng nhiều (%)	Rất lo lắng (%)
16. Quan hệ tình dục	1,36	0,82	80,5	7,3	9,1	1,8	1,3
17. Vấn đề ăn uống	1,74	1,05	60,4	12,8	20,8	3,9	2,1
18. Tình hình gia đình	1,87	1,11	53,7	17,2	21,1	4,4	3,6
19. Chăm sóc của Điều dưỡng	1,82	1,11	56	17,4	19,3	3,1	4,2
Lo lắng phẫu thuật chung	2,01	0,80	Rất ít lo lắng				
Lo lắng phẫu thuật xoang	2,0	0,89	Rất ít lo lắng				
Lo lắng tâm lý xã hội	1,80	0,80	Không lo lắng				
Lo lắng thời gian chờ PT	1,89	1,10	Rất ít lo lắng				

Ghi nhận NB rất ít lo lắng trước phẫu thuật chung với ($X = 2,01$, $SD = 0,80$), lo lắng về phẫu thuật xoang cũng rất ít ($X = 2,0$, $SD = 0,89$), về thời gian chờ đợi phẫu thuật ($X = 1,89$, $SD = 1,10$) cũng chỉ ở mức độ rất ít, những vấn đề tâm lý xã hội thì NB hầu như không lo lắng ($X = 1,80$, $SD = 0,80$). Nhận xét từng vấn đề thì NB quan tâm lo lắng nhiều về biến chứng sau phẫu thuật ($X = 2,48$, $SD = 1,26$), dò dịch não tủy ($X = 2,43$, $SD = 1,25$), phải phẫu thuật lại ($X = 2,37$, $SD = 1,31$), vấn đề ít được quan tâm, lo lắng nhất là quan hệ tình dục ($X = 1,36$, $SD = 0,82$).

Bảng 3. Mức độ lo lắng của bệnh nhân trước phẫu thuật (n = 384)

Mức độ	Điểm lo lắng	Tần số (n)	%
Không lo lắng	1,00 - 1,80	173	45,1
Rất ít lo lắng	1,81 - 2,60	123	32,0
Lo lắng	2,61 - 3,40	66	17,2
Lo lắng nhiều	3,41 - 4,20	17	4,4
Rất lo lắng	4,21 - 5,00	5	1,3

Kết quả cho thấy 45,1% ghi nhận là không lo lắng, tỷ lệ NB rất ít lo lắng và lo lắng lần lượt là 32% và 17,2%, rất lo lắng chiếm tỷ lệ rất ít 1,3%.

3.2. Mối tương quan giữa các đặc điểm của nhóm nghiên cứu với các mức độ quan tâm, lo lắng

Bảng 4. Mối liên hệ giữa mức độ lo lắng trước phẫu thuật của bệnh nhân (n = 384)

Biến số	Mức độ lo lắng		Phép kiểm
	rho	p	
Tuổi	-0.154	0.002	Spearman
Trình độ học vấn	0.140	0.006	Spearman
Thu nhập hàng tháng	-0.019	0.704	Spearman
Sử dụng BHYT	0.046	0.370	Spearman
Biết phẫu thuật gì ở mũi	-0.012	0.809	Spearman

Phép kiểm Spearman (rho) dùng để kiểm tra mối liên hệ giữa mức độ lo lắng trước PT của NB với các yếu tố: tuổi, trình độ học vấn, thu nhập hàng tháng, sử dụng BHYT và NB biết PT ở mũi, ghi nhận có mối liên quan giữa mức độ lo lắng trước PT với độ tuổi và trình độ học vấn ($p < 0,05$), không tìm thấy mối liên quan giữa mức độ lo lắng trước PT với thu nhập hàng tháng, có hay không có sử dụng BHYT và NB biết hay không biết sẽ PT trong mũi ($p > 0,05$). NB có độ tuổi càng cao thì mức độ lo lắng càng ít ($\rho = -0,154$, $p < 0,05$), trình độ học vấn càng cao thì mức độ lo lắng càng nhiều ($\rho = -0,140$, $p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên hệ giữa mức độ lo lắng trước phẫu thuật của NB giới tính (n = 384)

Giới tính	Không lo lắng	Rất ít Lo lắng	Lo lắng	Lo lắng nhiều	Rất lo lắng	Df	p	Phép kiểm
Nam	94 (48,21%)	56 (28,72%)	40 (20,5%)	4 (2,05%)	1 (0,51%)	4	0,019	Chi-square
Nữ	79 (41,8%)	67 (35,45%)	26 (13,75%)	13 (6,88%)	4 (2,12%)			

Chi-square được dùng để kiểm tra mối liên hệ giữa mức độ lo lắng trước PT của NB với yếu tố giới tính. Kết quả ghi nhận, có mối liên quan giữa mức độ lo lắng trước PT của NB với giới tính, Chi - square (4) = 0.019 ($p < 0.05$). Từ kết quả trên chúng tôi nhận thấy nữ có mức quan tâm, lo lắng PT nhiều hơn nam.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 44,69 ($\pm 14,2$), cao nhất 80 tuổi, thấp nhất 17 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tuổi trung bình trong nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Thanh Thư và cộng sự năm 2017 là 35,7 ($\pm 12,9$) [4] nhưng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Cao Cường là 46,76 ($\pm 14,03$) [5] tỷ lệ nam và nữ gần như bằng nhau nam (50,8%) và nữ (49,2%), kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Thanh Thư khi nam và nữ chiếm tỷ lệ tương đương nhau (50%) [4]. Nhưng theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu thì tỷ lệ nam cao hơn nữ, nam chiếm (68,8%) [3]. Theo một nghiên cứu khác của tác giả Philip C. Doyle và cộng sự năm 2014 thì độ tuổi trung bình là 52.3 ($\pm 14,9$), nữ ít hơn nam chiếm 42% [7].

NB đa phần là đối tượng sử dụng BHYT chiếm 88,3%, nơi ở chủ yếu là các tỉnh khác (68,0%), đa số NB đã tốt nghiệp THCS (32,8%), tốt nghiệp sau đại học chiếm ít nhất 2.6%. Kết quả này của chúng tôi so với kết quả của tác giả Phạm Bá Thanh Thư khá tương đồng về nơi sinh sống nhưng có sự khác biệt về trình độ học vấn. Trong nghiên cứu của Phạm Bá Thanh Thư, tỷ lệ NB sống ở tỉnh khác (63,3%), đa phần đã tốt nghiệp THPT (38,9%) và chỉ có 1,1% NB đã tốt nghiệp sau đại học [10]. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu thì NB tốt nghiệp THCS có tỷ lệ cao nhất (39,4%), thấp nhất là trên THPT (2,5%) [3].

Tỷ lệ NB là nông dân chiếm nhiều nhất 26%, tiếp theo là nghề nghiệp khác (25,3%) và học sinh, sinh viên chiếm ít nhất (4,9%). Trong nghiên cứu của Đỗ Cao Cường và nghiên cứu của Bùi Thị Thu thì tỷ lệ NB là nông dân cũng chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 51,1% và 63,1% [5], [11]. Còn theo kết quả của Phạm Bá Thanh Thư thì tỷ lệ NB là công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất là

26,7%, kế tiếp là nghề nghiệp khác và thấp nhất là hưu trí là 2,2% [4].

4.2. Mức độ lo lắng của bệnh nhân trước PT NSMX

Chúng tôi ghi nhận được 54,9% NB có lo lắng và mức độ lo lắng rất ít ($X = 2,01$, $SD = 0,80$). Tỷ lệ này so với kết quả của một số tác giả khác thì thấp hơn, kết quả của tác giả Phạm Bá Thanh Thư ghi nhận 84% NB lo lắng [2], trong nghiên cứu của Đỗ Cao Cường là 98,9% [5] hay nghiên cứu của Thái Hoàng Đế và Dương Thị Mỹ Thanh tỷ lệ NB lo lắng trước PT là 83,43% [1]. Chúng tôi ghi nhận 32% NB rất ít lo lắng, 17,2% ghi nhận NB lo lắng và 1,3% rất lo lắng, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Bá Thanh Thư thì 64,4% lo lắng ở mức độ nhẹ, 20% NB lo lắng trung bình và không có NB nào lo lắng nặng [4] nhưng lại có sự khác biệt so với tác giả Đỗ Cao Cường khi tỷ lệ lo lắng nhẹ và lo lắng trung bình gần như nhau (43,3% và 50%) và có ghi nhận là có 5,6% bệnh nhân lo lắng nặng [5]. Sự khác biệt này có thể do phẫu thuật của chúng tôi chỉ khu trú vùng mũi xoang, đây cũng là PT cũng khá đơn giản, thời gian mổ tương đối ngắn và ít nguy hiểm hơn so với những PT vùng bụng trong nhóm nghiên cứu của Đỗ Cao Cường, bên cạnh đó trước khi PT, tất cả NB đều được BS tư vấn về những mối nguy cơ cũng như một số tai biến có thể xảy ra trong và sau PT NSMX.

Ngoài ra kết quả trong nghiên cứu của Philip C. Doyle và cộng sự năm 2014 cho thấy NB ít có mối quan tâm, lo lắng trước PT điểm trung bình trong nghiên cứu là 2.8 [7], kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Philip Doyle khi mức độ lo lắng của NB trước PT là rất ít ($X = 2,01$, $SD = 0,80$). Theo nghiên cứu của Philip C. Doyle điểm tổng trung bình của nhóm quan tâm PT xoang nội soi đặc hiệu $X = 3,1$, $SD = 0,4$, nhóm quan tâm, lo lắng thời gian chờ PT $X = 3,4$, $SD = 2,4$, NB lo lắng ở mức độ trung bình [7]. Còn theo chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có quan tâm, lo lắng nhưng chỉ ở mức độ rất ít lo lắng về những vấn đề phẫu thuật xoang ($X = 2,0$, $SD = 0,89$) hay thời gian chờ đợi phẫu thuật ($X = 1,89$, $SD = 1,10$). Theo Philip C. Doyle ở nhóm lo lắng về tâm lý xã hội ghi nhận bệnh nhân không lo lắng ($X = 1,8$, $SD = 0,2$) [25], kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận bệnh nhân không có lo lắng về tâm lý xã hội ($X = 1,80$, $SD = 0,8$). Vấn đề quan tâm nhiều nhất trong nghiên cứu của Philip C. Doyle gồm: (1) vấn

đề bệnh không xử lý được bằng phẫu thuật ($3,7 \pm 2,1$); (2) sự cần thiết phẫu thuật lại ($3,4 \pm 2$); (3) biến chứng phẫu thuật tổng quát ($3,4 \pm 1,7$); và (4) thời gian giải phẫu ($3,4 \pm 2,4$) [7]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân lo lắng nhiều nhất là những biến chứng chung sau phẫu thuật ($2,48 \pm 1,26$), dò dịch não tủy ($2,43 \pm 1,25$), phẫu thuật lại ($2,37 \pm 1,31$), vấn đề bệnh nhân ít quan tâm nhất là quan hệ tình dục sau phẫu thuật ($1,36 \pm 0,82$).

4.3. Mối tương quan giữa các đặc điểm của nhóm nghiên cứu với các mức độ quan tâm, lo lắng

Kết quả ghi nhận giữa mức độ lo lắng của NB với tuổi có mối liên hệ, tuổi càng cao mức độ lo lắng càng giảm tuy nhiên mối liên hệ này không mạnh ($\rho = 0.154$, $p < 0.05$). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Thanh Thư và nghiên cứu của Đỗ Cao Cường, khi cả 2 nghiên cứu đều chưa ghi nhận mối liên quan giữa mức độ lo lắng trước PT với tuổi. Tuy nhiên về mối liên hệ giữa trình độ học vấn với mức độ lo lắng trước PT thì đã cho thấy sự tương đồng khi kết quả của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Thanh Thư đều ghi nhận mối liên quan. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận được mối liên quan giữa mức độ lo lắng của bệnh nhân trước PT với giới tính, nhận thấy nữ có mức độ quan tâm, lo lắng nhiều hơn nam. Kết này của chúng tôi khá phù hợp với một số nghiên cứu ngoài nước. Một nghiên cứu của Anna Rosiek (2016) tại Ba Lan kết quả ghi nhận tỷ lệ nữ lo lắng nhiều hơn nam vào lúc trước khi PT [8]. Hay theo một nghiên cứu khác của Jafar (2009) ở Pakistan cũng cho thấy có đến 73% NB nữ lo lắng trước mổ trong khi chỉ có 42% nam giới là có biểu hiện lo lắng, căng thẳng [6]. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Phạm Bá Thanh Thư và tác giả Đỗ Cao Cường thì không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính với mức độ lo lắng trước PT của NB.

Ngoài những kết quả ghi nhận về mối liên quan của tuổi, giới tính, trình độ học vấn với mức độ lo lắng trước PT, chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan các yếu tố khác với mức độ lo lắng trước PT của NB. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để tìm thấy mối liên quan.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

* Phần lớn NB trước PT NSMX đều có tâm lý lo lắng tuy nhiên chỉ ở mức rất ít. Nữ lo lắng nhiều hơn nam, trình độ học vấn càng cao thì mức độ lo lắng càng nhiều, nhưng độ tuổi càng cao thì mức độ lo lắng lại càng ít.

* Cần chú ý đến các vấn đề NB còn lo lắng để giải thích rõ ràng, cụ thể tạo cho người bệnh tâm lý thoải mái trước PT. Cần chú ý, giải thích kỹ hơn đối với những bệnh nhân là nữ hay bệnh nhân trẻ tuổi, những bệnh nhân có trình độ học vấn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Hoàng Đễ, Dương Thị Mỹ Thanh (2011), “Đánh giá tâm lý bệnh nhân trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa huyện An Phú”, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang - Số tháng 10/2011.
2. Trần Minh Tân, Trần Thị Thanh Phương và Trần Văn Dũng (2013), “Khảo sát tâm lý bệnh nhân trước phẫu thuật tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Ba Tri năm 2013”.
3. Bùi Thị Thu (2015), “Khảo sát tâm lý NB trước phẫu thuật chương trình và phẫu thuật cấp cứu tri hoãn tại khoa PTGMHS BV ĐKKV Định Quán”.
4. Phạm Bá Thanh Thư, Nguyễn Thị Ngọc Bích, Nguyễn Đào Tường Vy (2017), “Các yếu tố liên quan đến tâm lý của bệnh nhân trước phẫu thuật theo chương trình tại BV TMH TP.HCM”.
5. Cuong Cao Do, S.D.P.H. (2013), “Factors related to Preoperative Anxiety among Patients undergoing Abdominal Surgery in Phu Tho Province General Hospital”, Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 8 (4), pp. 155-162.
6. Jafar MF, K.F., (2009) “Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients”, J Pak Med Assoc, 59 (6), pp.359-63
7. Jeff C. Yeung, Jason H. Franklin, Philip C. Doyle, (2014) “ Prospective evaluation of preoperative concern among patients considering endoscopic sinus surgery: initial validation ”
8. Seligman, M.E.P., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L..ANBormal psychology, (4th ed.) New York: W.W. Norton & Company, Inc.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẦU CỔ TRONG THỜI GIAN XẠ TRỊ

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER DURING RADIOTHERAPY

ĐOÀN DƯƠNG PHƯƠNG BÌNH¹, PHẠM NGỌC THÀNH²,
NGUYỄN THỊ THÙY DƯƠNG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh ung thư đầu cổ trong giai đoạn xạ trị.

Phương pháp nghiên cứu: Với thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu này đánh giá CLCS của 105 bệnh nhân ung thư đầu cổ đang được điều trị tại khoa Xạ 1 và Xạ 3, Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh bằng bộ công cụ EORTC QLQ C30, đây là bộ câu hỏi CLCS chung về ung thư nhưng QLQ C30 không đề cập đến một số đặc thù, do đó phải kết hợp thêm bộ câu hỏi EORTC QLQ (QLQ-H & N35) và nghiên cứu ở ba thời điểm: bắt đầu xạ trị, kết thúc xạ trị, ba tháng sau khi kết thúc xạ trị. Điểm số CLCS được đánh giá theo thang điểm 100, trong đó điểm số càng lớn thể hiện CLCS càng cao.

Kết quả: Giá trị trung bình của CLCS ở thời điểm trước xạ trị là $55,71 \pm 14,72$, ở thời điểm cuối xạ trị là $51,43 \pm 15,35$, và ở thời điểm ba tháng sau khi điều trị là $56,75 \pm 20,67$. Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống ở giai đoạn kết thúc xạ trị suy giảm đáng kể so với thời điểm bắt đầu xạ trị. Đáng chú ý là, chất lượng cuộc sống tại giai đoạn ba tháng sau xạ trị tốt hơn so với giai đoạn kết thúc xạ trị.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xạ trị ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến CLCS khi

kết thúc xạ trị. Bác sĩ xạ trị và điều dưỡng cần có biện pháp can thiệp để cải thiện CLCS của người bệnh đặc biệt ở thời điểm này. Ngoài ra, một số đối tượng bệnh nhân như bệnh nhân cao tuổi, có giới tính nữ, có giai đoạn lâm sàng III và IV, có khối u ở vị trí hầu họng, hay bệnh nhân có hoá xạ trị đồng thời là những đối tượng cần được lưu tâm.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, ung thư đầu cổ, xạ trị

ABSTRACT

Objectives: Describe the quality of life in patients with head and neck cancer during radiotherapy.

Methods: This was a cross-sectional descriptive study. A convenience sample of 105 head and neck cancer patients who are treated at Radiology 1 and Radiology 3 Department of the Ho Chi Minh City Oncology hospital were recruited. Quality of life of the subjects was measured by EORTC QLQ C30, this is a generic set of quality of life questionnaire about cancer, but QLQ C30 does not mention some specific features, so it must be combined with the EORTC QLQ (QLQ-H & N35) questionnaire and studied at three times: before, at the end, and three months after the radiotherapy course.

Results: The mean scores of quality of life before, at the end, and three months after the RT course were $55,71 \pm 14,72$, $51,43 \pm 15,35$, and $56,75 \pm 20,67$, consecutively. There was a significant deterioration of almost all dimensions between patients' quality of life before and at the end of the RT. Notably, the quality of life was

1 ThS. Khoa xạ trị, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM
SĐT: 0903929894; email: vungocdonganh@gmail.com

2 Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

Ngày nhận bài phản biện: 24/11/2019

Ngày trả bài phản biện: 26/11/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

found to be increased throughout three months after the commencement of the RT.

Conclusion: Our study shows that radiotherapy significantly affects quality of life at the end of radiotherapy. Especially, doctors and nurses need intervention to improve the quality of life in head and neck cancer patients at this time. In addition, some patients who are such as elderly patients, female sex, clinical stage III and IV, tumors in the oropharynx, or patients with concurrent radiotherapy are needed attention.

Keywords: quality of life, head and neck cancer, radiotherapy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trên toàn cầu và gây ra 8,8 triệu ca tử vong trong năm 2015[10]. Tại Việt Nam, ung thư đầu và cổ là bệnh ung thư phổ biến thứ tư sau ung thư gan, ung thư phổi và ung thư dạ dày, với 12.122 trường hợp ung thư đầu cổ, trong đó 7362 bệnh nhân là nam và 4760 bệnh nhân là nữ [3].

Khi bệnh nhân được phát hiện ung thư ở đầu cổ, xạ trị (XT) thường được sử dụng như một liệu pháp hiệu quả, điều trị dứt điểm một mình hoặc kết hợp với hóa trị liệu hoặc như một điều trị bổ trợ sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u. Tuy nhiên, XT gây ra các tác dụng phụ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [2]. Khi XT bệnh nhân bắt đầu có rất nhiều triệu chứng bao gồm mệt mỏi, đau họng, thay đổi vị giác, các vấn đề về ăn uống như nhai và nuốt, xerostomia, giọng khàn, hoại tử xương, xơ hóa mô và thính giác và suy giảm khả năng nói, bỏng da, bệnh về miệng, khô miệng, chán ăn, v.v.

Cải thiện CLCS, đặc biệt là trong giai đoạn điều trị, là một phần quan trọng trong chiến lược điều trị ung thư. Do đó, việc đánh giá chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan rất quan trọng để có thể nhận định các bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó có biện pháp hỗ trợ người bệnh vượt qua giai đoạn khó khăn... Bên cạnh đó, việc theo

đổi sự thay đổi của chất lượng cuộc sống ở các thời điểm trước, khi kết thúc XT và sau XT là rất quan trọng để có thể có chiến lược theo dõi, can thiệp phù hợp. Tuy vậy, hiện chưa có nhiều nghiên cứu tiến hành về nội dung này trên đối tượng bệnh nhân ung thư đầu cổ XT tại khu vực thành phố Hồ Chí Minh.

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đầu cổ trong giai đoạn xạ trị.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu là thiết kế mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2).p (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu ước tính

Z (1- $\alpha/2$): giá trị của phân phối bình thường (với độ tin cậy 95%, Z (1- $\alpha/2$) = 1,96)

P = 0,5 (50%) (giá trị mong muốn)

d là độ chính xác hoặc dung sai, chọn d = 0,1.

Công thức là n = 96. Đây là cỡ mẫu tối thiểu, nhưng để tránh mất mẫu nghiên cứu do nghiên cứu kéo dài qua 3 giai đoạn, không liên lạc được bệnh nhân, hoặc bệnh nhân mất khi về nhà, nhóm nghiên cứu đã tăng cỡ mẫu lên n = 105 để bù đắp khuyết thiếu số liệu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn, gồm a) từ 18 tuổi trở lên, b) được chẩn đoán ung thư đầu cổ giai đoạn II-III, IVA đang trong giai đoạn ổn định, c) được chỉ định xạ trị tại khoa Xạ 3, Bệnh viện Ung bướu TP. HCM, d) tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Số liệu được thu thập từ 1 tháng 1 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2019.

Bộ công cụ để đo chất lượng cuộc sống gồm hai bộ câu hỏi về ung thư của tổ chức EORTC là EORTC QLQC30 và EORTC QoL H&N35. Bộ công cụ thu thập chất lượng cuộc sống gồm 65 câu hỏi, đánh giá chất lượng cuộc sống ở các khía cạnh thể chất, tinh cảm, nhận thức, xã hội, vai trò và các triệu chứng liên quan đến ung thư đầu cổ. Điểm tối đa là 100. Điểm càng cao càng thể hiện chất lượng cuộc sống tốt.

Các thông tin chung về tuổi, giới, chẩn đoán, giai đoạn bệnh, học vấn, hôn nhân và thói quen hút thuốc được thu thập 1 lần ở giai đoạn bắt đầu xạ trị.

Số liệu về chất lượng cuộc sống được thu thập ba lần: lần 1 khi bệnh nhân bắt đầu xạ trị lần đầu tiên, lần 2 khi bệnh nhân kết thúc 33 đến 35 lần xạ, lần 3 ở thời điểm 3 tháng sau khi kết thúc điều trị. Trong số 3 lần, 2 lần đầu tiên được thực hiện trực tiếp, lần thứ 3 được thực hiện qua điện thoại khi bệnh nhân đã xuất viện.

Phương pháp thống kê:

Số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phép kiểm Spearman, Person, ANOVA, t- test được sử dụng để kiểm chứng mối tương quan giữa biến độc lập và phụ thuộc. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng là 0,05.

4. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (n = 105)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
19 - 30	6	5,7
31 - 40	15	14,3
41 - 50	33	31,4
51 - 60	36	34,3
60 - 76	15	14,3

Giới tính		
Nam	88	83,8
Nữ	17	16,2
Tình trạng hôn nhân		
Một vợ một chồng	94	89,5
Độc thân	5	4,8
Ly hôn	6	5,7
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	25	23,8
Lao động chân tay	80	76,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học	26	24,8
Trung học cơ sở	47	44,8
Trung học phổ thông	25	23,8
Đại học	7	6,6
Nơi cư ngụ		
Thành phố Hồ Chí Minh	18	17,1
Các tỉnh	87	82,9
Thói quen hút thuốc		
Không hút thuốc	43	41
Trên 30 gói	60	57,1
Dưới 30 gói	2	1,9
Vị trí bướu		
Khoang miệng	44	41,9
Thanh quản	7	6,7
Xoang mũi	4	3,8
Hầu họng	50	47,6
Giai đoạn lâm sàng		
II	43	41
III	38	36,2
IV	24	22,8
Phương pháp điều trị		
Xạ trị	70	66,7
Hóa xạ Đồng thời	35	33,3

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 49,44 (49,44 ± 11,3),

tuổi bệnh nhân nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi, nhóm tuổi từ 51 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%. Tất cả các BN có trình độ học vấn từ tiểu học (lớp 1- 5) trở lên. Nam giới chiếm tỷ lệ 83,8%. Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn cao hơn ở thành phố, chiếm 82,9%.

Vị trí khối u thường gặp nhất là nhóm hầu họng chiếm tỷ lệ 47,6%, tiếp theo là nhóm khoang miệng 41,9%. Bệnh nhân ở giai đoạn II chiếm 41%, nói chung, bệnh nhân trong nghiên cứu ở tình trạng tốt. Bệnh nhân xạ trị đơn thuần chiếm 66,7%.

Bảng 2. So sánh chất lượng cuộc sống (CLCS) mẫu nghiên cứu qua 3 giai đoạn (n = 105)

	Chất lượng cuộc sống khi bắt đầu xạ trị (CLCS1)	Chất lượng cuộc sống khi kết thúc xạ trị (CLCS2)	Chất lượng cuộc sống ba tháng sau điều trị (CLCS3)	p
	TB ± độ lệch chuẩn	TB ± độ lệch chuẩn	TB ± độ lệch chuẩn	
CLCS	55,71 ± 14,72	51,43 ± 15,35	56,75 ± 20,67	
So sánh	CLCS1 - CLCS2			0,028
	CLCS2 - CLCS3			0,007
	CLCS1 - CLCS3			0,657

(1) So sánh từng cặp (Paired Sample T test)

Điểm CLCS sau khi kết thúc xạ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với điểm CLCS trước khi xạ. Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm CLCS giữa trước khi xạ (CLCS1) và 3 tháng sau xạ (CLCS3), điểm CLCS sau khi kết thúc xạ và 3 tháng sau khi xạ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Thang điểm chức năng và triệu chứng trong bảng câu hỏi EORTC QLQ C30 (n = 105)

Thời gian điều trị				Giá trị p
	Trước xạ	Sau khi xạ	3 tháng sau xạ	
Chức năng				
Thể chất	92,63 (11)	75,49 (14)	83,56 (18)	< 0,05

Thời gian điều trị				Giá trị p
	Trước xạ	Sau khi xạ	3 tháng sau xạ	
Vai trò	92,85 (13)	6,76 (22)	69,52 (25)	< 0,05
Cảm xúc	88,88 (15)	86,5 (16)	86,43 (16)	< 0,05
Nhận thức	91,42 (12)	84,60(15)	83,97 (15)	< 0,05
Xã hội	90,31 (15)	78,88 (19)	73,81 (25)	< 0,05
Triệu chứng				
Mệt mỏi	16,61 (16)	44,65 (15)	37,99 (20)	< 0,05
Nôn ói	4,12 (14)	16,82 (20)	4,76 (10)	< 0,05
Đau	17,46 (17)	47,61 (16)	20,32 (26)	< 0,05
Khó thở	10,15 (16)	11,74 (19)	9,21 (16)	< 0,05
Mất ngủ	18,91 (23)	20,00 (22)	19,05 (22)	< 0,05
Chán ăn	18,73 (25)	60,31 (15)	47,30 (22)	< 0,05
Táo bón	8,57 (16)	14,60 (22)	11,11 (17)	> 0,05
Tiêu chảy	1,58 (7)	2,53 (8)	1,27 (6)	> 0,05
Khó khăn tài chính	26,34 (27)	36,50 (24)	35,24 (26)	< 0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cả ba lần đánh giá thang đo chức năng đều có điểm số tương đối cao, các yếu tố có ý nghĩa thống kê giữa trước khi xạ, sau kết thúc xạ và ba tháng sau xạ là hoạt động thể chất, hoạt động vai trò, chức năng cảm xúc, chức năng nhận thức và hoạt động xã hội. Sự khác biệt đáng kể nhất là trong chức năng vai trò của bệnh nhân. Và chức năng cảm xúc có giảm ít. Theo kết quả nghiên cứu, chán ăn có điểm trung bình cao nhất khi BN vừa kết thúc xạ. Ngoại trừ tiêu chảy và táo bón ($p > 0,05$), các triệu chứng khác có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Thang điểm triệu chứng trong bảng câu hỏi EORTC H&N35 (n = 105)

Thời gian điều trị				Giá trị p
	Trước xạ	Sau khi xạ	3 tháng sau xạ	
Đau	16,42 (17)	38,65 (18)	10,48 (18)	< 0,05
Khó nuốt	1,11 (15)	38,80 (19)	16,43 (22)	< 0,05
Các vấn đề về mùi vị	8,41 (16)	39,04 (15)	26,35 (14)	< 0,05
Các vấn đề về giao tiếp	8,14 (12)	18,94 (19)	9,84 (15)	< 0,05

	Thời gian điều trị			Giá trị p
	Trước xạ	Sau khi xạ	3 tháng sau xạ	
Ăn uống khó khăn	6,74 (11)	30,31 (18)	17,22 (22)	< 0,05
Giao tiếp xã hội	4,57 (9)	13,77 (13)	9,02 (14)	< 0,05
Tình dục	35,87 (30)	56,34 (28)	60,00 (30)	< 0,05
Khó há miệng	8,88 (16)	24,44 (23)	9,21 (18)	< 0,05
Khô miệng	17,46 (21)	59,36 (20)	54,92 (20)	< 0,05
Khô tuyến nước bọt	11,74 (19)	60,63 (22)	56,83 (20)	< 0,05
Ho	13,96 (20)	28,57 (24)	9,52 (18)	> 0,05
Bệnh kèm theo	13,6508 (17)	22,22 (22)	13,33 (22)	> 0,05
Thuốc giảm đau	70,47 (45)	89,52 (30)	32,38 (47)	< 0,05
Dinh dưỡng	66,66 (47)	91,42 (28)	80,00 (40)	< 0,05
Ăn qua ống	0,00 (0)	1,90 (13)	7,62 (26)	< 0,05
Giảm cân	42,85 (49)	91,4286 (28)	11,43 (31)	< 0,05
Tăng cân	11,42 (31)	6,66 (25)	60,95 (49)	< 0,05

Ngoại trừ ho và các bệnh kèm theo, các triệu chứng còn lại trong thang điểm đều có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

5. BÀN LUẬN

Bệnh nhân chủ yếu là nam (83,8%), một vợ một chồng (89,5%), tuổi từ 51-60 (34,3%), bệnh nhân có trình độ học vấn là trung học cơ sở (44,8%), hầu hết bệnh nhân sống ở nông thôn (82,9%). Nghề nghiệp chủ yếu là lao động chân tay (76,2%), thói quen hút thuốc của bệnh nhân là hơn 30 gói (57,1%)[1], tương tự như tác giả Malgorzata [5]. Hầu hết các bệnh nhân có các khu vực của khối u thanh quản (47,6%). Các bệnh nhân đang ở giai đoạn II cao nhất (41%). Phương pháp điều trị là xạ trị cao hơn hóa xạ đồng thời (66,7%). Giá trị trung bình của chất lượng cuộc sống trước xạ trị là $55,71 \pm 14,72$, giá trị trung bình của chất lượng cuộc sống ở cuối xạ trị là $51,43 \pm 15,35$, giá trị trung bình của chất lượng cuộc sống ba tháng sau khi điều trị là $56,75 \pm 20,67$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, xạ trị ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đầu cổ khi kết thúc xạ trị. Lĩnh vực chức năng trong bảng câu hỏi QLQ C30 gồm: thể chất, vai trò, nhận thức, cảm xúc, xã hội có điểm trung bình cao, nghiên cứu cho thấy xạ trị ảnh hưởng rất lớn đến chức năng của người bệnh sau xạ trị và 3 tháng sau xạ trị. Theo nghiên cứu của Mario được thực hiện tại Brazil, có sự khác biệt ở vai trò chức năng, nhưng theo tác giả Malgozata [5] thì kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Điều tự nhiên là trong suốt thời gian xạ trị kéo dài khoảng 2 tháng, bệnh nhân nhập viện không làm việc hoặc làm bất kỳ việc nhà nào các hoạt động xã hội của bệnh nhân hầu như biến mất và tình trạng thể chất suy yếu đáng kể. Điểm số triệu chứng trong bảng câu hỏi QLQC30, khác biệt thay đổi theo thời gian, đáng kể nhất là chán ăn, mệt mỏi, đau đớn và khó khăn tài chính ($p < 0,05$) tại thời điểm kết thúc xạ trị, theo tác giả Malgozata cũng thu được kết quả tương tự, và 3 tháng sau xạ trị thì tình trạng thay đổi theo chiều hướng tốt hơn, bệnh nhân giảm mệt mỏi, giảm đau, đây là thời gian bệnh nhân hồi phục sau xạ trị.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, những thay đổi tiêu cực lớn nhất đã được ghi nhận liên quan đến việc mất cảm giác ngon miệng, chán ăn (= 39). Mất vị giác và khó nuốt ngày càng tăng, trước xạ bệnh nhân có thể ăn cơm, thức ăn cứng nhưng chuyển dần sang thức ăn mềm lỏng. Tình trạng đau ở miệng, cổ họng, khiến bệnh nhân mất cảm giác ngon miệng và do đó phải bỏ ăn dẫn đến tình trạng sụt cân nhiều trong giai đoạn đang điều trị và kết thúc xạ trị. Mối quan hệ giữa CLCS và giảm cân đã được nghiên cứu bởi Petruson[10]. Do đó một chế độ dinh dưỡng phù hợp là rất quan trọng và cần thiết cho bệnh nhân, điều này cũng lý giải cho việc bệnh nhân sử dụng thực phẩm phổ sung ở giai đoạn kết thúc xạ trị [7]. Đau và mệt mỏi cũng là 2 yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tình trạng đau và mệt mỏi gia tăng tại thời điểm kết thúc xạ so với trước khi xạ, và phục hồi khá tốt ở giai đoạn 3 tháng sau khi xạ. Đau và mệt mỏi xảy ra do xạ trị hoặc hóa trị đồng thời. Mức độ nghiêm trọng của cơn đau có liên quan đến vị trí khối u và phương pháp điều trị, điều này có thể biện minh cho việc gia tăng sử dụng thuốc giảm đau ở bệnh nhân. Theo tác giả Li-Jen Liao [4] cũng có sự gia tăng mệt mỏi trong giai đoạn

xạ trị. Do đó cần ghi nhận tình trạng đau và mệt mỏi để hỗ trợ cho bệnh nhân. Về mặt tài chính, do đa số bệnh nhân từ các tỉnh lân cận đến điều trị, nên hoàn cảnh kinh tế, điều kiện di chuyển và sinh hoạt phí khó khăn hơn các bệnh nhân đang sinh sống tại TP.HCM, theo tác giả Mary Wells cũng có kết quả tương tự [6].

Ngoài ra, các triệu chứng liên quan đến tác dụng phụ của điều trị ung thư đầu cổ như khó nuốt, khô miệng, khô nước bọt, mất vị giác, sụt cân, đau khoang miệng, suy giảm tình dục suy giảm nhiều ở giai đoạn kết thúc xạ trị và phục hồi khá tốt ở giai đoạn 3 tháng sau khi điều trị vì đây là giai đoạn bệnh nhân quay về nhà, có tâm lý thoải mái và hồi phục sau xạ trị [8]. Chúng tôi chú ý đến tình trạng mất vị giác của bệnh nhân, vị giác sẽ bị mất ở giai đoạn kết thúc xạ trị do tác động của tia phóng xạ, nhưng 3 tháng sau khi điều trị thì vị giác bệnh nhân có thể phục hồi từ 50% đến 70%.

Vấn đề giao tiếp xã hội, bệnh nhân có các biến chứng đau họng, phù nề vùng miệng, đau rất dữ dội, vùng da chiếu xạ đen hoặc viêm loét khiến bệnh nhân mặc cảm trong giao tiếp ở giai đoạn kết thúc xạ trị, ở giai đoạn này cần cung cấp kiến thức và động viên giúp bệnh nhân giảm lo lắng về sắc diện và giao tiếp nhưng ở giai đoạn 3 tháng sau khi xạ thì các biến chứng đã giảm rõ nét, bệnh nhân phục hồi khá tốt, có thể dễ dàng tái hòa nhập lại xã hội.

6. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chất lượng cuộc sống của 105 bệnh nhân ung thư đầu cổ trong thời gian xạ trị có kết luận như sau: xạ trị ảnh hưởng tiêu cực đáng kể đến chất lượng cuộc sống khi kết thúc xạ trị và ba tháng sau khi điều trị. Tác động tiêu cực lớn nhất của xạ trị đã được ghi nhận như mất vị giác, giảm cân, khô miệng, khô nước bọt, đau, chán ăn, cũng như mệt mỏi.

7. KIẾN NGHỊ

Bác sĩ và điều dưỡng nên theo dõi và lưu tâm đến các tác dụng phụ do xạ trị ở những bệnh nhân ung thư đầu cổ để giúp bệnh nhân giảm mệt mỏi, giảm đau, giảm các cảm giác khô rát do xạ... cũng như can thiệp kịp thời các biến chứng của xạ, hỗ trợ chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Cần kết hợp thêm với những bộ câu hỏi về CLCS khác để làm rõ thêm những vấn đề liên quan đến CLCS của bệnh nhân, như bảng câu hỏi FACT-G hoặc FACT-H&N.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdelrahim, A. (2018). Considerations for a head and neck smoking cessation support programme; A qualitative study of the challenges in quitting smoking after treatment for head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 54-61.
2. Anne Schaller, E. D. (2017). Quality of life during early radiotherapy in patients with head and neck cancer and pain. *J Pain Res*, 10, 1697-1704.
3. Globocan. (2012). Human resources for treating new cancer cases in Vietnam. *Globocan data for Vietnam*, 1-4.
4. Li-Jen Liao, W.-L. H. (2018). Health-related quality of life and utility in head and neck cancer survivors. *BMC Cancer*, 19, 425.
5. Małgorzata Żmijewska-Tomczak, P. M., Karolina Olek-Hrab. (2013). Factors influencing quality of life in patients during radiotherapy for head and neck cancer. *Arch Med Sci*, 10 (6), 1153-1159.
6. Mary Wells, S. S. (2016). Predictors of quality of life in head and neck cancer survivors up to 5 years after end of treatment: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*, 24 (6), 2463-2472.
7. MD, K. M. P. (2005). Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer. *Journal of Sciences and Specialties of the head and neck. Journal of*. 27 (4), 302-10.
8. M.Y. Almaghrabi, H. M. (2015). Quality of life (QOL) following radical helical tomotherapy intensity modulated radiotherapy (HTIMRT) in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck cancer (SCCHN). *European journal of cancer*, 51, 224.
9. Peter Fayers, N. K. A. (2001). *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (Vol. (3rd ed.))*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
10. Who. (2018). *Cancer*.

SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH VỀ CHĂM SÓC ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA NGOẠI, BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN NĂM 2019

ASSESSMENT OF PATIENT SATISFACTION WITH POST-OPERATION PAIN MANAGEMENT OF NURSES AT THE SURGICAL DEPARTMENT OF THE SAIGON GENERAL HOSPITAL

LÊ THỊ CẨM LAN¹, ĐỖ NGỌC THÚY AN²,
TRẦN THỊ KIM NGỌC³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau sau phẫu thuật.

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa phẫu thuật của Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Sài Gòn.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang với mẫu nghiên cứu là 105 người bệnh điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại, BVĐK Sài Gòn.

Kết quả: Kết quả trao đổi thông tin giữa điều dưỡng (ĐD) về chăm sóc đau với người bệnh đều đạt mức độ “rất thường xuyên” với điểm trung bình dao động từ $4,24 \pm 1,024$ đến $4,70 \pm 0,536$. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau sau phẫu thuật của ĐD đều đạt mức cao và rất cao. Có mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc của ĐD và sự hài lòng của NB có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Yếu tố nghề nghiệp ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau của ĐD.

Kết luận: Sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau sau phẫu thuật rất cao. Quản lý đau càng tốt thì sự hài lòng càng cao.

Từ khóa: Chăm sóc đau sau phẫu thuật, hài lòng người bệnh.

ABSTRACT

Objective: To determine patient satisfaction with post-operative pain management.

Design: A descriptive study was conducted with a sample study of 105 patients treated at the Surgical department of The Saigon General Hospital between June and August, 2019.

Results: Information exchanged among nurses on pain care for patients reached the level of “very often” with the average score ranging from 4.24 ± 1.024 to 4.70 ± 0.536 . The patient satisfaction with nurses’ pain management was at a high and very high level

There was a statistically significance relationship between the results of the exchange of information on the pain management of nurses and the patient satisfaction ($p < 0.05$). Occupational factor of patients influenced statistical significantly to the patient satisfaction with the nurses’ post-operation pain management ($p < 0.05$).

Conclusion: The patient satisfaction with the nurses’ post-operation pain management was high. The better post-operation pain management, the greater the patient satisfaction.

Keywords: The patient satisfaction, post-operation pain management.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau nói chung và đau sau mổ nói riêng gây cảm giác rất khó chịu, thậm chí còn làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm lý, đời sống và sự phục hồi của người bệnh [1]. Đau gây ra hàng loạt các rối loạn tại chỗ và toàn thân như làm tăng gấp bội các stress của cơ thể đối với tổn thương,

1 ĐDCK 1.; khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

SĐT: 0908 795 717; email: lan.pk.sg2014@gmail.com

2 ĐD.; khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

3 ThSĐD.; Chi hội Điều dưỡng Tại Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn và các tỉnh phía Nam

Ngày nhận bài phản biện: 03/12/2019

Ngày trả bài phản biện: 10/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

gây rối loạn về nội tiết, chuyển hóa, hô hấp và tuần hoàn, làm chậm quá trình hồi phục sau phẫu thuật, đặc biệt làm tăng nguy cơ trở thành đau mạn tính mà bệnh nhân sẽ phải chịu suốt đời dù vết mổ đã lành hoàn toàn. Đau sau mổ còn có thể gây ra các biến chứng sớm và nguy hiểm như tăng huyết áp, loạn nhịp tim, suy hô hấp... và có thể dẫn đến tử vong. Chống đau nói chung cho bệnh nhân, đặc biệt là chống đau sau mổ, giúp người bệnh phục hồi sớm chức năng của các cơ quan, cho phép vận động sớm, tránh các biến chứng, tạo cảm giác thoải mái và yên tâm của người bệnh mỗi khi đến bệnh viện [3].

Năm 2001, JCI (Joint Commission International) là tổ chức giám định chất lượng quốc tế, đã đưa ra các yêu cầu tập trung vào cải thiện chất lượng quản lý đau, nhấn mạnh rằng đau nên được đánh giá và chăm sóc thành thạo cho tất cả các bệnh nhân. Tổ chức này đã xác định rằng đau cấp tính và đau mạn tính là nguyên nhân chính gây ra sự không hài lòng của bệnh nhân trong hệ thống chăm sóc sức khỏe [7]. Tại Khoa Ngoại, hiện chưa có nghiên cứu về chăm sóc đau sau PT nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, kết quả khảo sát sẽ cung cấp các thông tin có giá trị về cảm nhận của NB trong chăm sóc giảm đau của ĐD để có những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc giảm đau sau PT, góp phần làm gia tăng sự hài lòng của NB với những mục tiêu cụ thể sau đây:

- Đánh giá của NB kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc đau và mức độ hài lòng của NB về chăm sóc đau sau PT của ĐD.

- Khảo sát mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin ĐD và sự hài lòng NB,

- Xác định các yếu tố liên quan đến sự hài lòng NB về chăm sóc đau của ĐD.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại TH-BVĐK Sài Gòn, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 8/2019, thỏa mãn tiêu chuẩn có phẫu thuật, đồng thuận tham gia nghiên cứu, độ tuổi từ 16 tuổi trở lên.

Tiêu chí loại trừ: có đau mạn tính.

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ BN trong thời gian nghiên cứu. Tổng số có 105 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Cách thu thập số liệu

* Bộ câu hỏi về Đánh giá của NB về mức độ trao đổi thông tin chăm sóc đau của ĐD gồm 7 câu hỏi theo thang điểm Likert 5 mức độ 1-5, dựa theo tiêu chí về chăm sóc giảm đau của ĐD trong tài liệu hướng dẫn chăm sóc giảm đau dành cho Điều dưỡng của Bộ Y tế [1]. Bộ câu hỏi này được khảo sát thử nghiệm cho 30 NB tại Khoa Ngoại với Cronbach alpha là 0,79: Mức điểm trao đổi trung bình: 1 là rất ít (1,0 - 1,80), 2 là Ít (1,81 - 2,60), 3 là Trung bình (2,61 - 3,40), 4 là Thường xuyên (3,41 - 4,20), và 5 là Rất Thường xuyên (4,21 - 5,0).

* Bộ câu hỏi Khảo sát sự hài lòng NB về chăm sóc giảm đau của ĐD gồm 6 câu hỏi theo thang điểm Likert 5 mức độ 1-5. Mức điểm hài lòng trung bình: 1 là rất thấp (1,0 - 1,80), 2 là thấp (1,81 - 2,60), 3 là Trung bình (2,61 - 3,40), 4 là cao (3,41 - 4,20), và 5 là Rất cao (4,21 - 5,0).

NB được thực hiện khảo sát sau khi NB đã hoàn tất đầy đủ thủ tục xuất viện, chuẩn bị rời khỏi bệnh viện. Sau khi khảo sát, bảng câu hỏi được thu thập và lưu trữ cho đến khi toàn bộ mẫu được xử lý và phân tích.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhóm khảo sát

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	53	50,5
	Nữ	52	49,5
Nhóm tuổi	22- 30 tuổi	22	21
	30-49 tuổi	51	48,6
	50 - 68 tuổi	32	30,5
Trình độ học vấn	Cấp 1	7	6,7
	Cấp 2	18	17,1
	Cấp 3	34	32,4
	Cao đẳng, Đại học	46	43,8

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	37	35,2
	Lao động chân tay	59	56,2
	Hưu trí, không làm việc	9	8,6
Mức thu nhập	< 2 triệu	19	18,1
	2 - 5 triệu	24	22,9
	> 5 triệu	62	59

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại PT	Loại I	48	45,7
	Loại II	46	43,8
	Loại III	9	8,6
	Loại đặc biệt	2	1,9

Bảng 2. Đánh giá kết quả trao đổi thông tin của và NB về chăm sóc đau

STT	Nội dung		Đánh giá của NB					Điểm trung bình	Mức độ
			1	2	3	4	5		
1	Thông tin và giải thích về đau sau PT.	N		1	1	26	77	4,70 ± ,536	Rất thường xuyên
		%		1	1	24,8	73,3		
2	Hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau sau PT	N			9	24	72	4,60 ± ,645	Rất thường xuyên
		%			8,6	22,9	68,6		
3	Cung cấp thông tin về tác dụng phụ của thuốc	N		2	9	32	62	4,45 ± 808	Rất thường xuyên
		%		1,9	8,6	30,5	59		
4	Hướng dẫn cách đánh giá đau bằng thang điểm đau	N		2	4	39	60	4,50 ± ,667	Rất thường xuyên
		%		1,9	3,8	37,1	57,1		
5	Khuyến khích sử dụng các biện pháp giảm đau không dùng thuốc	N	2	4	6	34	59	4,37 ± ,901	Rất thường xuyên
		%	1,9	3,8	5,7	32,4	56,2		
6	ĐD có đánh giá mức độ đau cho NB	N		4	1	33	66	4,52 ± ,748	Rất thường xuyên
		%		3,8	1	31,4	62,9		
7	Khi thắc mắc liên quan đến đau, NB có nhận câu trả lời thỏa đáng	N			6	24	75	4,66 ± ,586	Rất thường xuyên
		%			5,7	22,9	71,4		

Nhận xét: Đánh giá NB về kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc đau được ghi nhận thực hiện “rất thường xuyên”. Cao nhất kết quả thông tin và giải thích về đau sau PT (4,70 ±,536) và thấp nhất là khuyến khích sử dụng các biện pháp giảm đau không dùng thuốc (4,37 ±,901).

Bảng 3. Mức độ hài lòng của NB về chăm sóc đau sau phẫu thuật của ĐD

TT	Nội dung khảo sát	Mức độ hài lòng						Điểm trung bình	Mức độ
		1	2	3	4	5			
1	Ông bà thấy bớt lo lắng và yên tâm hơn về cuộc PT sau khi được nghe giải thích	1 1%	3 2,9%	6 5,7%	25 23,8%	70 66,7%		4,52 ± 4,56	Rất cao
2	Ông bà có hài lòng về cách hướng dẫn dùng thuốc giảm đau của ĐD	1 1%	8 7,6%	2 1,9%	28 26,7%	66 62,9%		4,43 ± 4,47	Rất cao
3	Ông bà có hài lòng về các thông tin ĐD cung cấp về tác dụng phụ của thuốc giảm đau	1 1%	11 10,5%	7 6,7%	34 32,4%	52 49,5%		4,19 ± 4,23	Cao
4	Ông bà có hài lòng về cách hướng dẫn đánh giá đau của ĐD	1 1%	3 2,9%	9 8,6%	38 36,2%	54 51,4%		4,34 ± 4,38	Rất cao

TT	Nội dung khảo sát	Mức độ hài lòng						
		1	2	3	4	5	Điểm trung bình	Mức độ
5	Cho biết mức độ hài lòng của ông bà với sự đối xử tử tế và tôn trọng của ĐD khi chăm sóc giảm đau	1 1%	3 2,9%	2 1,9%	31 29,5%	68 64,8%	4,54 ± 4,58	Rất cao
6	Cho biết mức độ hài lòng của ông bà với cách các ĐD xử trí với cơn đau của ông bà	1 1%	3 2,9%	3 2,9%	27 25,7%	71 67,6%	4,56 ± 4,60	Rất cao

Nhận xét: Tất cả 6 nội dung khảo sát đều có mức đánh giá của NB là rất cao, điểm trung bình tương ứng với câu hỏi từ 1 đến 6 lần lượt là: 4,52 - 4,43 - 4,19 - 4,34 - 4,58 - 4,56. NB hài lòng cao nhất là cách các ĐD xử trí với cơn đau ($4,56 \pm 4,60$). NB hài lòng thấp nhất là thông tin ĐD cung cấp về tác dụng phụ của thuốc giảm đau ($4,19 \pm 4,23$).

Bảng 4. Mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc đau và sự hài lòng của NB

Kết quả trao đổi thông tin của Điều dưỡng về chăm sóc đau	Mức độ hài lòng của NB			
	Trung bình	Cao	Rất cao	Tổng
Trung bình	1 (25%)	3 (75%)		4 (100%)
Thường xuyên		8 (36,4%)	14 (63,6%)	22 (100%)
Rất thường xuyên	1 (1,3%)	8 (10,1%)	70 (88,6%)	79 (100%)
Tổng	2 (1,9%)	19 (18,1%)	84 (80%)	105 (100%)

$$\chi^2 = 18,230^{a}, p = ,000$$

Nhận xét: Kết quả trao đổi thông tin về chăm sóc đau của ĐD với mức độ rất hài lòng của NB có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Yếu tố ảnh hưởng giữa sự hài lòng của NB

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu			Mức độ hài lòng của NB			p
			Trung bình	Cao	Rất cao	
Giới tính	Nam	N	1	9	42	,989
		%	1,9%	17,3%	80,8%	
	Nữ	N	1	10	42	
		%	1,9%	18,9%	79,2%	

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu			Mức độ hài lòng của NB			
			Trung bình	Cao	Rất cao	p
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	N	1	3	18	,346
		%	4,5%	13,6%	81,8%	
	30-49 tuổi	N	0	9	42	
		%	0%	17,6%	82,4%	
	> 50 tuổi	N	1	7	24	
		%	3,1%	21,9%	75%	
Trình độ học vấn	Cấp 1	N	0	2	5	,874
		%	0%	28,6%	71,4%	
	Cấp 2	N	0	5	13	
		%	0%	27,8%	72,2%	
	Cấp 3	N	1	5	28	
		%	2,9%	14,7%	82,4%	
	Cao đẳng, Đại học	N	1	7	38	
		%	2,2%	15,2%	82,6%	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	N	1	0	8	,854
		%	12,1%	0%	88,9%	
	Lao động chân tay	N	0	1	36	
		%	0%	2,7%	97,3%	
	Hưu trí, không làm việc	N	1	1	57	
		%	1,7%	1,7%	96,6%	
Mức thu nhập	< 2 triệu	N	1	5	13	,440
		%	5,3%	26,3%	68,4%	
	2 - 5 triệu	N	0	5	19	
		%	0%	20,8%	79,2%	
	> 5 triệu	N	1	9	52	
		%	1,6%	14,5%	83,9%	
Loại PT	Loại I	N	2	12	34	,490
		%	4,2%	25%	70,8%	
	Loại II	N	0	7	39	
		%	0%	15,2%	84,8%	
	Loại III	N	0	0	9	
		%	0%	0%	100%	
	Loại đặc biệt	N	0	0	2	
		%	0%	0%	100%	

Nhận xét: Liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và loại PT với sự hài lòng NB về chăm sóc đau của ĐD không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong số 105 người bệnh PT, qua khảo sát tỷ lệ nữ và nam tương đương nhau với tỷ lệ nữ 49,5% và nam 50,5%, tương tự như kết quả nghiên cứu Subramanian P [7] nam 50,5% và nữ 49,5%. Tuổi từ 30-49 tuổi trong nhóm NC nhiều nhất (48,6%), tỷ lệ tuổi < 30 trong nhóm NC ít nhất (21%).

Trong số 105 BN PT thì làm nghề lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (59 BN, 56,2%). Tỷ lệ thất nghiệp, hưu trí trong nhóm NC ít nhất (8,6%).

Trình độ Cấp 1 trong nhóm NC chiếm tỷ lệ ít nhất (6,7%). Trình độ trên cấp 3 (CĐ, ĐH...) trong nhóm NC chiếm tỷ lệ nhiều nhất, (43,8%), trong khi đó kết quả nghiên cứu Subramanian P [8] phần lớn là trung học cơ sở chiếm (58,9%).

Phẫu thuật loại I và loại II trong nhóm NC nhiều nhất lần lượt là 45,7% và 43,8%. Phẫu thuật loại đặc biệt trong nhóm NC ít nhất (1,9%), đây là loại PT lớn, tổn nhiều thời gian PT hơn và bệnh nhân nằm lâu hơn các loại PT. Do đó ĐD tại khoa thông tin, giải thích và chăm sóc giảm đau nhiều, lồng ghép trong thời gian tiêm thuốc, thay băng hay lấy dấu hiệu sinh tồn cho NB. Mức thu nhập > 5 triệu trong nhóm NC nhiều nhất (59%). Mức thu nhập < 2 triệu trong nhóm NC ít nhất (18,1%).

4.2. Đánh giá kết quả trao đổi thông tin giữa ĐD về chăm sóc đau với NB

Qua khảo sát 105 NB sau PT, đánh giá kết quả trao đổi thông tin giữa ĐD về chăm sóc đau với NB đạt điểm trung bình là $4,51 \pm 0,496$ (mức độ rất thường xuyên).

Trong đó, kết quả bảng 2, tỷ lệ trước PT, ĐD có thông tin và giải thích “đầy đủ, rõ ràng” và “rất rõ ràng” về chăm sóc đau sau PT cho NB

đạt tỷ lệ rất cao (98,1%) cao hơn nghiên cứu cứu của Dương Thị Lý Hương là (90%) [2]; Sau PT có (91,5%) NB được hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau “rõ ràng” và “rất rõ ràng” (kết quả bảng 2), tương đương với kết quả của Dương Thị Lý Hương (90%) [2].

Mặc dù ĐD cung cấp thông tin rõ ràng và rất rõ ràng về tác dụng phụ của thuốc giảm đau là 89,5% nhưng cũng còn 10,5% ĐD cung cấp thông tin chưa rõ và chỉ được thông tin khi hỏi về tác dụng phụ của thuốc giảm đau (kết quả bảng 2), điều này cho thấy cần nhắc nhở ĐD cung cấp thông tin về tác dụng phụ của thuốc giảm đau rõ và đầy đủ cho NB biết bằng cách thông tin lồng ghép vào những lúc tiêm thuốc, thay băng hay lấy dấu hiệu sinh tồn cho NB, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và sự hài lòng nhiều nhất cho NB.

ĐD có hướng dẫn “đầy đủ, rõ ràng” và “rất đầy đủ, rõ ràng” về cách đánh giá đau bằng thang điểm đau đạt tỷ lệ 94,2% cao hơn nghiên cứu của Dương Thị Lý Hương (không thấy có NVYT sử dụng công cụ đánh giá đau) [2], chỉ được hướng dẫn khi hỏi, hướng dẫn chưa rõ chiếm 5,7%.

ĐD có hướng dẫn “thường xuyên” và “rất thường xuyên” về cách sử dụng các biện pháp giảm đau không dùng thuốc như nhiệt, nước đá, mát xa, hít thở sâu, thư giãn, đi bộ, nghe nhạc, ngồi thiền đạt tỷ lệ cao (88,6%), không thông tin 1,9%, chỉ được thông tin khi hỏi chiếm 3,8%. ĐD trả lời rất thỏa đáng về thắc mắc liên quan đến đau của NB đạt tỷ lệ cao (94,3%).

Theo các tài liệu, giảm đau sau PT cần lập kế hoạch và tổ chức trước khi PT, có sự tham gia của cả NB và gia đình NB [4,6]. Công tác phòng chống đau sau mổ phải được thực hiện trước khi PT, trong những lần chăm sóc bằng cách nói chuyện với NB và thân nhân của họ [5].

Đánh giá đau đúng sẽ góp phần ngăn ngừa và/hoặc chấm dứt sớm cơn đau một cách hiệu quả, giúp lựa chọn thuốc giảm đau phù hợp, đánh

giá hiệu quả của chúng và ngăn ngừa được các tổn thương tâm lý, cũng như thể chất lâu dài về sau. Qua khảo sát có 94,3% NB được ĐD đánh giá mức độ đau “thường xuyên” và “rất thường xuyên” (kết quả bảng 2), cao hơn nghiên cứu của Dương Thị Ly Hương (89%) [2].

4.3. Xác định mức độ hài lòng của người bệnh về chăm sóc đau sau PT của ĐD:

Tất cả 6 nội dung khảo sát về mức độ hài lòng của NB về chăm sóc đau sau PT của ĐD đều có mức đánh giá của người bệnh là rất cao, điểm trung bình tương ứng với câu hỏi từ 1 đến 6 là: 4,52 - 4,43 - 4,19 - 4,34 - 4,58 - 4,56.

Kết quả cho thấy đa số người bệnh hài lòng về chăm sóc đau sau PT của ĐD mà họ nhận được, NB bớt lo lắng và yên tâm hơn về cuộc PT sau khi được nghe ĐD giải thích; NB hài lòng về cách hướng dẫn dùng thuốc giảm đau của ĐD; sự đối xử tử tế và tôn trọng của ĐD khi chăm sóc giảm đau và rất hài lòng cách các ĐD xử trí với cơn đau. Tuy nhiên có các thông tin ĐD cung cấp về tác dụng phụ của thuốc giảm đau mức độ hài lòng không cao bằng các nội dung khác. Đây là điều cần thiết cần phải thực hiện trên tất cả các bệnh nhân sau PT. Bệnh nhân phải được ĐD cung cấp về tác dụng phụ của thuốc giảm đau trước khi sử dụng giúp NB dùng thuốc an toàn và hiệu quả hơn.

4.4. Mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc đau và sự hài lòng của người bệnh

Kết quả bảng 4 cho thấy có mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin về chăm sóc đau rất thường xuyên của ĐD và mức độ rất hài lòng của NB có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Điều này cho thấy ĐD tại khoa trao đổi thông tin về chăm sóc đau càng thường xuyên với NB thì mức độ NB hài lòng càng cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của *Subramanian P* sự hài lòng của bệnh nhân liên quan đáng kể đến chất lượng chăm sóc ĐD, bằng trao đổi thông tin hữu ích cho bệnh nhân về chăm sóc đau. Giao tiếp tốt giữa bệnh nhân và ĐD cung cấp dịch vụ chăm sóc đã

được báo cáo là yếu tố quan trọng nhất để thực hành y tế hiệu quả [8].

4.5. Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng người bệnh

Kết quả bảng 5 cho thấy các yếu tố liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và loại PT với sự hài lòng NB về chăm sóc đau của ĐD không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$. Điều này cho thấy NB dù ở bất cứ giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và các loại PT nào cũng đều được ĐD của khoa quan tâm chăm sóc đau sau PT như nhau.

Theo nghiên cứu của *Subramanian P* [8], Tuổi và giới được coi là không có ý nghĩa đối với người trả lời mức độ hài lòng với quản lý đau. Nhưng có một mối quan hệ đáng kể giữa trình độ học vấn, và quản lý đau. Trình độ học vấn của người trả lời trong nghiên cứu này càng cao, mức độ không hài lòng càng lớn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc đau với NB đều đạt mức độ “rất thường xuyên” với điểm trung bình dao động từ $4,24 \pm 1,024$ đến $4,70 \pm 0,536$.

Sự hài lòng của NB về chăm sóc đau sau PT của ĐD đều đạt mức cao và rất cao, dao động từ 4,52 - 4,43 - 4,19 - 4,34 - 4,54 - 4,56.

Có mối tương quan giữa kết quả trao đổi thông tin của ĐD về chăm sóc của ĐD và sự hài lòng của NB có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các yếu tố liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập và loại PT với sự hài lòng của NB về chăm sóc đau sau PT của ĐD không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, Vai trò của người Điều dưỡng trong chăm sóc giảm đau. (trang 24-33).

2. Dương Thị Ly Hương, Vũ Thị Thương, Nguyễn Thị Thu Hà (2016). Khảo sát mối quan tâm, nhận thức, hiểu biết của cha mẹ bệnh nhi về đau và các biện pháp giảm đau sau phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Association of Paediatric Anaesthetists, “Good Practice in Postoperative and Procedural Pain “, Pediatric Anesthesia, 22, 2012.

4. Astuto M., Rosano G., Rizzo G., Disma N., Cataldo A. Di, “Methodologies for the treatment of acute and chronic nononcologic pain in children”, Minerva Anestesiologica, 73 (9), 2007.

5. Brennan F, Carr D, Cousins M. “Pain management: a fundamental human right”. Anesth Analg. 2007;105 (1):205-221.

6. CA Lee, MBBCh, FCA “Postoperative analgesia in children: getting it right” South Afr J Anaesth analg, 17 (6), 2011

7. Diane Glowacki, Effective Pain Management and Improvements in Patients’ Outcomes and Satisfaction. The American Journal of Critical Care, 2015

8. Subramanian P, Ramasamy S, Ng KH, Chinna K, Rosli R. “Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients”, International Journal of Nursing Practice 2014.

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG LIỆU PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM ĐIỀU TRỊ ÁP XE CỔ

THE NURSING CARE IN USING V.A.C. THERAPY IN DEEP NECK ABSCESSSES

THẨM XUÂN TRƯỜNG¹, TRẦN MINH TRƯỜNG²,
TRẦN ANH BÍCH³, PHẠM THANH THÚY⁴,
TRẦN THANH PHƯƠNG⁴, THẠCH KIM LONG⁴,
ĐINH LỆ THANH LAN⁴, VÕ LÊ QUẾ TRÂM⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chăm sóc điều dưỡng trong liệu pháp hút áp lực âm điều trị áp xe cổ tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2017 đến tháng 8/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Nghiên cứu 42 trường hợp áp xe cổ áp dụng liệu pháp hút áp lực âm tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Sau áp dụng VAC: cải thiện tính chất nền vết thương, mô hạt tốt (78,57%), không trường hợp nhiễm trùng tại chỗ, giảm số lần thay băng. VAS trung bình 4/10-5/10. Thời gian từ áp dụng VAC đến xuất viện trung bình 5 ngày.

Kết luận: Liệu pháp hút áp lực âm là một phương pháp điều trị hỗ trợ hữu hiệu trong chăm sóc vết thương dẫn lưu áp xe cổ.

Từ khóa: liệu pháp hút áp lực âm, áp xe cổ.

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the nursing care of using V.A.C. therapy in deep neck abscesses at

1 Điều dưỡng.; khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Chợ Rẫy
SĐT: 0938170480;

email: thamxuantruongchoray@gmail.com

2 Phó Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy

3 TS.; Bác sĩ - Phó Trưởng khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Chợ Rẫy

4 Điều dưỡng.; khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Chợ Rẫy

Ngày nhận bài phân biện: 24/11/2019

Ngày trả bài phân biện: 26/11/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 15/12/2019

Otolaryngology Department - Cho Ray Hospital from September 2017 to August 2019.

Methods: Prospective case series. There are 42 patients using V.A.C therapy in treatment neck abscesses at Otolaryngology Department - Cho Ray Hospital.

Results: After using V.A.C therapy, improvement in viable tissue of the wound was 78.57%. There is no case in local infection. Reducing the number of changing gauzes. VAS scale: averages 4/10 to 5/10. Time from applying VAC to discharge averages 5 days.

Conclusions: Therapy with V.A.C. is useful in the treatment of deep neck abscesses.

Keyword: vacuum-assisted wound closure, VAC, neck abscesses

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1993, Fleishmann lần đầu tiên giới thiệu liệu pháp hút áp lực âm (negative pressure wound therapy - NPWT hay vacuum-assisted wound closure - VAC) với cơ chế tạo áp lực âm trên bề mặt vết thương, giúp lấy dịch thừa, cải thiện tuần hoàn mao mạch, tăng tốc độ lành thương [4], [11]. Sau đó, liệu pháp hút áp lực âm được áp dụng và mở rộng trong chăm sóc, điều trị cho nhiều loại vết thương khác nhau (nhiễm khuẩn, loét tì đè, áp xe...) ở các vị trí: chi trên, chi dưới, mông, bụng.... [1], [2]. Hiện nay, tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy, với tỷ lệ mắc bệnh áp xe cổ ngày càng gia tăng cùng với vấn đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn, VAC đang được áp dụng trong chăm sóc các vết thương dẫn lưu áp xe cổ, nhằm rút ngắn thời gian điều trị cũng như tăng tốc độ lành vết thương. Chính vì vậy, chúng tôi tiến

hành nghiên cứu chăm sóc điều dưỡng trong liệu pháp hút áp lực âm điều trị áp xe cổ với mục tiêu: Đánh giá chăm sóc điều dưỡng trong liệu pháp hút áp lực âm điều trị áp xe cổ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sau rạch dẫn lưu áp xe cổ điều trị tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2017 đến tháng 8/2019.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những bệnh nhân sau rạch dẫn lưu áp xe cổ qua đường ngoài và được áp dụng liệu pháp hút áp lực âm.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tình trạng bệnh lý nội khoa không ổn định, dẫn đến khó duy trì liệu pháp hút áp lực âm: rối loạn đông máu, động kinh, viêm da.

- Bệnh nhân không đồng ý hoặc tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả hàng loạt. Có 42 trường hợp nghiên cứu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Tiến hành nghiên cứu:

- Bệnh nhân sau phẫu thuật rạch dẫn lưu áp xe cổ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

- Ghi nhận thông tin, các biến số tuổi, giới, bệnh lý đi kèm.

- Đánh giá vết thương dẫn lưu áp xe cổ theo TIME: tình trạng mô, nhiễm trùng, xuất tiết, mô mềm quanh vết thương. [8], [6]

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau VAS (*visual analog scales*)

- Bệnh nhân được tiến hành áp dụng liệu pháp hút áp lực âm: ghi nhận giờ bắt đầu liệu pháp, số miếng xốp được đưa vào vết thương, áp lực hút, chế độ hút.

- Đánh giá, theo dõi mỗi ngày dấu hiệu sinh tồn, tình trạng đau ở vết thương, tình trạng dịch hút (số lượng, tính chất dịch: đỏ, vàng, nước bọt, đồ đục - trong).

- Đánh giá lại vết thương theo TIME sau khi kết thúc liệu pháp (72 giờ).

- Theo dõi đánh giá đến xuất viện, sau 1 tuần, 1 tháng.

3. KẾT QUẢ

Qua 42 trường hợp (TH) áp dụng liệu pháp hút áp lực âm trong điều trị áp xe cổ, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: từ 27 - 87 tuổi, tuổi trung bình $57,29 \pm 15,3$.

- Giới: nam/ nữ = 1,8/1. Yếu tố nguy cơ: đái tháo đường (52,4%).

- Triệu chứng lâm sàng: đau (100%), sốt (85,7%), sưng vùng đau (76,2%).

3.2. Chăm sóc và theo dõi vết thương dẫn lưu áp xe cổ được áp dụng liệu pháp hút áp lực âm

Trong nhóm nghiên cứu, tất cả TH đều được điều trị nội khoa tích cực.

- Liệu pháp kháng sinh: Phối hợp kháng sinh ngay từ đầu với kháng sinh theo kinh nghiệm và điều chỉnh theo kháng sinh đồ khi có kết quả cấy vi trùng.

- Nâng đỡ tổng trạng: Bù dịch, dinh dưỡng.

- Điều trị bệnh lý nội khoa đi kèm: Ổn định đường huyết, acid uric,... [3]

3.2.1. Đặc điểm vết thương dẫn lưu áp xe cổ

* Đánh giá vết thương theo TIME

- *Tình trạng mô:* mô hoại tử chiếm 80,9%.

- *Tình trạng nhiễm trùng*

Bảng 3.1. Tình trạng nhiễm trùng tại vết thương

	Số TH (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn 1	0	0
Giai đoạn 2	8	19,05
Giai đoạn 3	25	59,52
Giai đoạn 4	9	21,43

- *Tình trạng xuất tiết*

Bảng 3.2. Tình trạng xuất tiết tại vết thương

	Số TH (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Dịch trắng đục	34	80,95
Dịch vàng trong	6	14,29
Dịch đục + nước bọt	2	4,76

- *Tình trạng mô mềm xung quanh VT*

Bảng 3.3. Tình trạng bờ vết thương và vùng da xung quanh

		Số TH (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Bờ VT	Bình thường	29	93,5
	Sẹo	2	6,4
Vùng da xung quanh	Phù nề	16	51,6
	Sưng đỏ	7	22,6
	Bình thường	8	25,8

3.2.2. Chăm sóc và theo dõi VAC

- *Dấu hiệu sinh tồn*: Hầu hết đều trong giới hạn bình thường. Chỉ có 01 trường hợp sốt 38°C.

- *Tính chất dịch hút*

Bảng 3.4. Tình trạng xuất tiết tại vết thương

Tính chất dịch hút	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
Mủ đục	16	7	0
Hồng nhạt	4	1	0
Vàng trong	22	34	42

- *Tính chất vùng da xung quanh VT*

Bảng 3.5. Tình trạng vùng da quanh vết thương

	Trước VAC	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
Phù nề	24	13	8	4
Sưng đỏ	10	4	2	1
Bình thường	8	15	32	37

3.2.3. Đặc điểm VT dẫn lưu áp xe cổ sau áp dụng VAC

- *Tình trạng mô*: Không ghi nhận trường hợp nào có mô hoại tử, ghi nhận lên mô hạt tốt (78,57%).

- *Tình trạng nhiễm trùng*: Không ghi nhận tình trạng nhiễm trùng ở các VT.

- *Tình trạng xuất tiết*: Các trường hợp đều ghi nhận tình trạng chảy máu rỉ rả lượng ít, tự cầm hoặc đè ép bằng gạc.

- *Tình trạng mô mềm xung quanh*

Bảng 3.6. Tình trạng bờ VT và vùng da quanh vết thương sau áp dụng VAC

		Số TH (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Bờ VT	Tái biểu mô hóa	42	100
Vùng da xung quanh	Phù nề	4	9,53
	Sưng đỏ	1	2,38
	Bình thường	37	88,09

- *Thời gian từ áp dụng VAC đến xuất viện* trung bình 5 ngày, từ 4 - 8 ngày.

- *Các phương pháp lành thương*: Chỉ có 02 trường hợp bị mất chất da nhiều cần phải ghép da, sau kết thúc VAC 2 ngày. Các trường hợp còn lại đều đánh giá sau 1 tuần, 83,3% là tự lành.

3.2.4. Biến chứng, tác dụng phụ và một số vấn đề kỹ thuật

- *Biến chứng*:

+ Chảy máu: Tất cả chảy máu rỉ rả, tự cầm với gạc ép tại chỗ.

- *Tác dụng phụ*:

+ Đau: Nhiều nhất lúc đặt và tháo VAC, thang điểm đau VAS trung bình 4/10-5/10, cao nhất là 6, đáp ứng với thuốc giảm đau, có xu hướng giảm dần.

+ Xung huyết vùng da xung quanh: 42,86%, tự khỏi.

+ Nhiễm trùng vùng da xung quanh: ghi nhận 1 trường hợp (2,38%).

- *Vấn đề kỹ thuật*: Hờ hút: 4,76%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Qua 42 trường hợp (TH) áp dụng liệu pháp hút áp lực âm trong điều trị áp xe cổ, chúng tôi ghi nhận như sau: Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ

bệnh nhân nam chiếm đa số (64,3%), tỷ lệ nam/nữ = 1,8/1. Tuổi trung bình $57,29 \pm 15,3$, tập trung ở nhóm 50 - 59 tuổi (35,7%). Đa số các trường hợp đều có bệnh lý nội khoa đi kèm (52,4%), chủ yếu là đái tháo đường. Đây là một yếu tố thuận lợi thúc đẩy diễn tiến nhiễm trùng ngày càng nặng nề, cùng nhau tạo nên vòng xoắn bệnh lý.[10]

Đau và sốt là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất. Đây cũng là các dấu hiệu lâm sàng giúp theo dõi diễn tiến của áp xe cổ. [3]

4.2. Chăm sóc điều dưỡng trong liệu pháp hút áp lực âm điều trị áp xe cổ

4.2.1. Chăm sóc điều dưỡng

- *Chăm sóc toàn trạng*: Cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần/ngày. Đặc biệt chú ý nhiệt độ, mạch. Khi các dấu hiệu này còn cao, có thể phản ánh tình trạng nhiễm trùng không thuyên giảm hoặc khởi phát. Cần nhanh chóng xác định rõ nguyên nhân gây sốt và có liên quan đến hệ thống VAC hay không.

- *Chăm sóc tại chỗ*:

+ Vết thương:

. Ghi nhận tình trạng vùng da, mô mềm xung quanh: màu sắc (đỏ, nhợt), cảm giác (đau, dị cảm,...), phù nề.

. Ghi nhận điểm đau theo thang điểm đau VAS, thời điểm đau.

+ Hệ thống hút:

. Hệ thống hút: kín, hoạt động đúng chế độ cài đặt.

. Tình trạng dịch hút (trong bình hút): lượng, tính chất (màu, độ trong).

- *Các vấn đề liên quan*:

. Hạn chế vận động vùng cổ: hạn chế hờ hút

. Hạn chế làm ướt vùng đặt VAC (ăn uống, vệ sinh,...).

4.2.2. Hiệu quả của liệu pháp hút áp lực âm điều trị áp xe cổ

Trong nghiên cứu, đa số các VT ban đầu đều có mô hoại tử (80,6%). Cần cắt lọc mô hoại tử hoặc có khả năng hoại tử trước khi áp dụng VAC. Đây là bước quan trọng bậc nhất khi áp dụng

VAC [7], [9]. Sau khi được kết thúc liệu pháp, tất cả VT đều phát triển mô hạt, mô hạt tốt chiếm (78,57%).

Đa số VT đều ở giai đoạn 3 và 4 (89,95%), tức là VT có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ rõ, có hoặc không có nhiễm trùng toàn thân; sau áp dụng VAC, tất cả VT đều không ghi nhận tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, chỉ ghi nhận chảy máu rỉ rả, tự cầm, không có hiện tượng chảy dịch mủ.

Theo quy trình chăm sóc vết thương dẫn lưu áp xe cổ cần phải thay băng và bơm rửa từ 2 - 3 lần/ngày, có thể tăng lên tùy tình trạng nhiễm trùng [3], [5]. Trong khi đó, vết thương áp dụng VAC chỉ 2 lần thay băng trong 3 ngày. Rõ ràng, số lần thay băng giảm đáng kể trong khi vết thương vẫn được theo dõi và đánh giá liên tục. Vết thương ít phơi nhiễm với môi trường bệnh viện, giảm tần suất đau khi thay băng là những lợi ích có thể thấy được từ việc giảm số lần thay băng.

Hờ hút là vấn đề kỹ thuật thường gặp (6,5%). Vị trí vùng đầu cổ là vùng “giải phẫu khó” áp dụng VAC do nhiều yếu tố: vận động nhiều, nếp da, nhiều góc cạnh,... Do đó, cần gia cố các vị trí yếu, hạn chế vận động, quan trọng nhất là luôn theo dõi sát, khắc phục ngay khi phát hiện.

Khi áp dụng VAC, hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều xuất viện, tái khám sau 1 tuần không ghi nhận biến chứng nào nguy hiểm. Chỉ có 01 trường hợp nhiễm trùng khu trú vùng da xung quanh, xử trí chích rạch ổ áp xe nhỏ < 1mm, xuất viện sau 2 ngày.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng liệu pháp hút áp lực âm là một phương pháp hỗ trợ hữu hiệu trong điều trị áp xe cổ, giúp cải thiện nền vết thương, giảm số lần thay băng, góp phần giảm thời gian nằm viện. Vì vậy, phương pháp này cần được áp dụng rộng rãi trong thực hành chăm sóc điều dưỡng bệnh nhân bị áp xe cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Giang (2012), “Đánh giá kết quả chăm sóc, điều trị vết thương bằng liệu pháp hút chân không”, Tạp chí Y học Quân sự. 3,pp.85 - 90..

2. Nguyễn Văn Thanh (2015), “Nghiên cứu ứng dụng hút áp lực âm và vật da cân vùng mông trong điều trị loét cùng cụt mức độ nặng (độ III, IV)”, Y học Việt Nam. 5 (1),pp.17 - 22..

3. Trần Minh Trường (2018), “Nhiễm trùng cổ sâu”, Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược TP. HCM, pp. 7 - 38..

4. Asher S. A., White H. N., Golden J. B., Magnuson J. S., Carroll W. R., Rosenthal E. L. (2014), “Negative pressure wound therapy in head and neck surgery”, JAMA facial plastic surgery. 16 (2),pp.120-126..

5. Behrad B. A, Har-El G. (2014), “Deep Neck Infections”, Bailey’s Head & Neck Surgery Otolaryngology, pp. 794 - 813..

6. Benbow M. (2016), “Best practice in wound assessment”, Nursing Standard (2014+). 30 (27),pp.40..

7. Dhir K., Reino A. J., Lipana J. (2009), “Vacuum-assisted closure therapy in the management of head and neck wounds”, The Laryngoscope. 119 (1),pp.54-61..

8. Dowsett C., Newton H. (2005), “Wound bed preparation: TIME in practice”, WOUNDS UK. 1 (3),pp.58..

9. Govea-Camacho L. H., Astudillo-Carrera A., Hermosillo-Sandoval J. M., Rodríguez-Reynoso S., González-Ojeda A., Fuentes-Orozco C. (2016), “Impact of vacuum-assisted closure management in deep neck abscesses”, Cirugía y Cirujanos (English Edition). 84 (4),pp.275-281..

10. Houlton J. J., Hom D. B. (2013), “Approaching delayed-healing wounds on the face and neck”, Facial Plastic Surgery Clinics. 21 (1),pp.81-93..

11. Marks M. W., Argenta L. C., DeFranzo A. J. (2010), “Principles and Applications of Vacuum-Assisted Closure (VAC)”, Plastic Surgery Secrets Plus (Second Edition), Elsevier, pp. 38-44..

HIỆU QUẢ CỦA CÁC BÀI TẬP VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ

THE EFFECT OF PHYSICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF CERVICAL SPONDYLOSIS

TRƯƠNG THỊ ANH¹, NGUYỄN NGỌC THUẬN²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục đích chính của bài viết này là để xác định hiệu quả của vật lý trị liệu (VLTL) trong điều trị thoái hóa đốt sống cổ.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện tại Khoa Y học Cổ truyền của Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2019. Đánh giá bệnh nhân được thực hiện trước và sau 30 ngày điều trị.

Kết quả: Mức độ cải thiện đau và mức hạn chế vận động của bệnh nhân bị thoái hóa cột sống cổ sau khi áp dụng các bài tập VLTL có cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, Điểm đau trung bình trước tập VLTL là 3,38 (đau ở mức trung bình) đã giảm xuống còn 2,36 (đau nhẹ) và Mức độ hạn chế tầm vận động trước tập VLTL là 2,93 (Hạn chế nhiều) đã giảm xuống còn 2,29 (hạn chế trung bình). Có mối liên quan giữa mức độ cải thiện đau, cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), học sinh/sinh viên cải thiện nhiều hơn so các ngành nghề khác.

Kết luận: Các bài tập vật lý trị liệu góp phần cải thiện đau và cải thiện tầm vận động.

Khuyến nghị: Cần có nghiên cứu dài hạn khác, với cỡ mẫu cao hơn để đánh giá và so sánh hiệu quả của các phương pháp khác.

Từ khóa: Bài tập vật lý trị liệu, thoái hóa cột sống cổ, cải thiện đau, cải thiện vận động.

1 CNĐD khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn
SĐT: 0905352461; email: truongthianh@gmail.com

2 Y sĩ khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Ngày nhận bài phân biện: 03/12/2019

Ngày trả bài phân biện: 15/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 18/12/2019

ABSTRACT

Purpose: The main purpose of this paper is to determine the effectiveness of physical therapy in the treatment of cervical spondylosis.

Method: This research was a prospective study which was conducted at the Traditional Medicine Department of Saigon General Hospital from april to september 2019. Evaluation of patients was done before and after 30 days of treatment.

Result: the level of pain was significantly decreased, while cervical mobility was increased after physical therapy ($p < 0.05$). The mean of level of pain before physical therapy was 3.38 (moderate) decreased to 2.36 (minor) after physical therapy and the mean of level of cervical mobility before physical therapy was 2.93 (high) has decreased to 2.29 (moderate)

There are a significantly relationship between the level of pain relief and movement improvement with occupation ($p < 0.05$), Students improve pain and movement more than other occupation.

Conclusion: Physical therapy contributed to improving pain and movement. Our recommendation consists of other long-term researches, with higher sample size for the evaluation and comparison of the efficacy of the other treatment methods.

Keywords: Effectiveness, Physical therapy exercises, Cervical Osteoarthritis, pain relief, movement improvement

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ là bệnh cột sống mạn tính, đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái

hóa của sụn khớp và đĩa đệm (ở cột sống cổ), phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch. Thoái hóa cột sống cổ thường gặp ở người trung, cao tuổi [2]. Hiện nay, do thói quen trong sinh hoạt, làm việc mà rất nhiều bạn trẻ đặc biệt là dân văn phòng có nguy cơ mắc bệnh thoái hóa đốt sống cổ rất cao [1]. Đau không chỉ ảnh hưởng đến cuộc sống, chức năng sinh hoạt của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến kinh tế, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh gây ra các cơn đau nhức, tê mỏi cổ, khởi phát do một số nguyên nhân sau:

Tuổi tác và giới tính: Tuổi càng cao thì nguy cơ bị thoái hóa cột sống cổ càng tăng, do lúc này xương khớp đang trong giai đoạn lão hóa, xương yếu và dễ bị thoát vị đĩa đệm, xơ cứng khớp, mòn sụn khớp,...[4]

Hoạt động sai tư thế: Ngồi làm việc sai tư thế, cúi đầu hoặc nhìn máy tính lâu, ngủ gối cao đầu, nằm dựa đầu cao xem tivi, nằm gục trên bàn,... đều là những nguyên nhân khiến cột sống cổ dễ gặp tổn thương và bị thoái hóa sớm [4].

Thoái hóa cột sống cổ thường do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra.

Làm việc nặng nhọc: Việc mang vác, bưng bê đồ quá nặng trên vai, làm những công việc phải cúi người nhiều,... có thể ảnh hưởng đến cột sống cổ. Ngoài ra, việc đeo những vật nặng trên vai hay cổ như balo, điện thoại cũng có thể khiến cột sống cổ tổn thương và tốc độ thoái hóa diễn ra nhanh hơn [4].

Hiện nay, Thoái hóa cột sống cổ (THCSC) đứng hàng thứ hai (sau thoái hóa cột sống thắt lưng 31%) và chiếm 14% trong bệnh thoái hóa khớp [3].

Điều trị thoái hóa cột sống cổ chủ yếu bằng phương pháp nội khoa, ngoại khoa và vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Bên cạnh đó, việc thay đổi tư thế đúng trong sinh hoạt hằng ngày, tập luyện thể dục, thể thao và các bài tập vật lý trị liệu cũng góp phần giúp bệnh nhân đẩy lùi các cơn đau do thoái hóa đốt sống cổ [1] [3] [5].

Tại khoa YHCT, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn đã áp dụng các bài tập VLTL trên người bệnh có THCSC nhưng chưa có nghiên cứu nào theo dõi hiệu quả của các bài tập này và các yếu tố liên quan đến mức độ cải thiện sau luyện tập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu cụ thể sau:

- So sánh mức độ cải thiện đau và tầm vận động của người bệnh bị thoái hóa cột sống cổ trước và sau khi áp dụng các bài tập VLTL.

- Xác định các yếu tố liên quan đến mức độ cải thiện đau tầm vận động của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu so sánh trước- sau tập VLTL.

- **Thời gian và địa điểm:** Từ tháng 4/2018 đến tháng 9/2018 tại khoa YHCT, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

- **Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ đến khám tại khoa YHCT, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn có chỉ định làm vật lý trị liệu

- **Tiêu chí chọn mẫu:**

Tiêu chí chọn vào:

- Tất cả BN được chẩn đoán THCS cổ đến khám tại khoa YHCT, BVĐKSG có chỉ định làm vật lý trị liệu.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra:

- BN được chẩn đoán THCS cổ có kèm loãng xương.

- BN không đi điều trị đều (không tuân thủ đúng lộ trình điều trị của bác sĩ).

- BN bị tâm thần.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Đánh giá trước và sau tập VLTL 30 ngày.

- **Bài tập VLTL:**

- Kéo giãn cơ thang bó trên (cho BN nằm ở tư thế thoải mái).

- Kéo giãn cơ nâng vai.

- Kéo thẳng trục cột sống cổ:

Di động c7 - d1.

- Kéo giãn cơ thang (lúc này cho BN ở tư thế ngồi).

- Di động cột sống.

- Kéo giãn cạnh sống cổ cao.

- Kéo giãn cơ lưng rộng, cơ ngực.

• **Các biến số nghiên cứu:**

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau điều trị.

+ Đánh giá tầm hoạt động khớp trước và sau khi điều trị.

+ Đánh giá ảnh hưởng đau với chức năng sinh hoạt bằng câu hỏi NPQ (Northwick Neck Pain Questionnaire) trước và sau điều trị.

- **Biến số độc lập:**

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, nghề nghiệp.

- **Biến số phụ thuộc:**

- Mức độ đau và Mức độ cải thiện tầm vận động của BN trước và sau tập VLTL.

* **Phân tích số liệu:** Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.22

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	12	28,6
	Nữ	30	71,4
Nhóm tuổi	18-25	2	4,8
	26-50	18	42,9
	> 50	22	52,4
Nghề nghiệp	Học sinh/Sinh viên	3	7,1
	Nhân viên văn phòng	8	19,0
	Lao động nặng	7	16,7
	Khác	24	57,1

Bảng1 cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ nhiều hơn nam. Độ tuổi người bệnh nhiều nhất là nhóm

trên 50 tuổi (52,4%) và ít nhất là nhóm 18-25 tuổi (4,8%). Bệnh xảy ra ở mọi đối tượng có nghề nghiệp khác nhau. Học sinh/sinh viên và nhân viên văn phòng cũng mắc bệnh với tỷ lệ 7,1% và 19% riêng cho từng đối tượng.

3.2. So sánh kết quả phân loại mức độ đau và mức độ tầm vận động trước và sau tập VLTL

Bảng 2. So sánh kết quả phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS trước và sau tập VLTL

MỨC ĐỘ ĐAU	Trước tập VLTL		Sau tập VLTL		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Không đau	0	0	3	7,1	< 0,05
Đau ít	4	9,5	24	57,1	
Đau TB	21	50,0	12	28,6	
Đau nhiều	14	33,3	3	7,1	
Đau không chịu nổi	3	7,1	0	0	
Tổng	42	100,0	42	100,0	

Số liệu ở Bảng 2 cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS của bệnh nhân sau tập VLTL so với trước tập VLTL đã cải thiện rõ rệt. Trước tập VLTL đau nhiều và đau không chịu nổi là 40,4%, sau tập VLTL giảm còn 7,1% đau nhiều, Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. So sánh kết quả phân loại mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau tập VLTL

MỨC ĐỘ HẠN CHẾ TẦM VẬN ĐỘNG	Trước tập VLTL		Sau tập VLTL		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Không hạn chế			8	19,0	< 0,05
Hạn chế ít	13	31,0	17	40,5	
Hạn chế vừa	19	45,2	14	33,3	
Hạn chế nhiều	10	23,8	3	7,1	
Tổng	42	100,0	42	100,0	

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy sau tập VLTL mức độ hạn chế tầm vận động của bệnh nhân có cải thiện đáng kể so với trước tập VLTL Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ cải thiện tầm vận động CSC của bệnh nhân sau tập VLTL: Không hạn

chế tầm vận động đạt 19,0%, Hạn chế ít là 40,5%, Hạn chế TB là 33,3%, Hạn chế nhiều là 7,1%.

Bảng 4. So sánh mức độ đau trước và sau tập VLTL

MỨC ĐỘ ĐAU	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Ý nghĩa điểm TB	p
Trước tập VLTL	3,38	,764	Đau trung bình	< 0,05
Sau tập VLTL	2,36	,727	Đau ít	

Nhận xét: Số liệu ở Bảng 4 cho thấy sự thay đổi mức độ đau giữa trước và sau tập VLTL. Điểm đau trung bình trước tập VLTL là 3,38 (đau ở mức trung bình) đã giảm xuống còn 2,36 (đau nhẹ) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. So sánh mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau tập VLTL

MỨC ĐỘ HẠN CHẾ TẦM VẬN ĐỘNG	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Ý nghĩa điểm TB	p
Trước tập VLTL	2,93	,745	Hạn chế nhiều	< 0,05
Sau tập VLTL	2,29	,864	Hạn chế trung bình	

Nhận xét: Số liệu ở Bảng 5 cho thấy sự thay đổi mức độ hạn chế tầm vận động trước và sau tập VLTL. Mức độ hạn chế tầm vận động trước tập VLTL là 2,93 (Hạn chế nhiều) đã giảm xuống còn 2,29 (hạn chế trung bình), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ cải thiện đau và mức độ cải thiện tầm vận động: tuổi, nghề nghiệp, giới tính.

Bảng 6. Liên quan giữa mức độ cải thiện đau sau tập VLTL và giới tính

Giới tính	Mức độ cải thiện đau sau tập VLTL						p
	Không đau	Đau ít	Đau TB	Đau nhiều	Đau dữ dội	Tổng	
Nam	N	0	5	5	2	12	> 0,05
	%	0,0%	41,7%	41,7%	16,7%	100,0%	
Nữ	N	3	19	7	1	30	
	%	10,0%	63,3%	23,3%	3,3%	100,0%	
Tổng số	N	3	24	12	3	42	
	%	7,1%	57,1%	28,6%	7,1%	100,0%	

Nhận xét: Nữ sau tập VLTL tỷ lệ đau TB và đau nhiều là 26,6% cải thiện nhiều hơn nam 58,4% không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 7. Liên quan giữa mức độ cải thiện đau sau tập VLTL và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Mức độ cải thiện đau						p
	Không đau	Đau ít	Đau TB	Đau nhiều	Đau dữ dội	Tổng	
18-25	N	0	2	0	0	2	> 0,05
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
26-50	N	2	9	6	1	18	
	%	11,1%	50,0%	33,3%	5,6%	100,0%	
> 50	N	1	13	6	2	22	
	%	4,5%	59,1%	27,3%	9,1%	100,0%	
Tổng số	N	3	24	12	3	42	
	%	7,1%	57,1%	28,6%	7,1%	100,0%	

Nhận xét: Mối liên quan giữa mức độ cải thiện đau với nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$), không có sự khác biệt cải thiện mức độ đau ở các lứa tuổi.

Bảng 8: Liên quan giữa mức độ cải thiện đau sau tập VLTL và nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Mức độ cải thiện đau						p
	Không đau	Đau ít	Đau TB	Đau nhiều	Đau dữ dội	Tổng	
Học sinh/ Sinh viên	N	1	2	0	0	3	< 0,05
	%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%	
Nhân viên văn phòng	N	0	5	2	1	8	
	%	0,0%	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%	
Lao động nặng	N	0	2	4	1	7	
	%	0,0%	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%	
Khác	N	2	15	6	1	24	
	%	8,3%	62,5%	25,0%	4,2%	100,0%	
Tổng số	n	3	24	12	3	42	
	%	7,1%	57,1%	28,6%	7,1%	100,0%	

Nhận xét: Có sự liên quan giữa mức độ cải thiện đau và nghề nghiệp, với $p < 0,05$. Học sinh /sinh viên sau tập VLTL mức độ cải thiện đau rõ rệt chỉ còn đau ít là 66,7%.

Bảng 9: Liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và giới tính

		Mức độ cải thiện tầm vận động					p
		Không hạn chế	Hạn chế ít	Hạn chế TB	Hạn chế nhiều	Tổng	
Nam	N	2	5	5	0	12	> 0,05
	%	16,7%	41,7%	41,7%	0,0%	100,0%	
Nữ	N	6	12	9	3	30	
	%	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	100,0%	
Tổng số	n	8	17	14	3	42	
	%	19,0%	40,5%	33,3%	7,1%	100,0%	

Nhận xét:

Mối liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động và giới tính không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$.

Bảng 10. Liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và nhóm tuổi

Nhóm tuổi		Mức độ cải thiện tầm vận động					p
		Không hạn chế	Hạn chế ít	Hạn chế TB	Hạn chế nhiều	Tổng	
18-25	N	1	1	0	0	2	> 0,05
	%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
26-50	N	6	5	6	1	18	
	%	33,3%	27,8%	33,3%	5,6%	100,0%	
> 50	N	1	11	8	2	22	
	%	4,5%	50,0%	36,4%	9,1%	100,0%	
Tổng số	N	8	17	14	3	42	
	%	19,0%	40,5%	33,3%	7,1%	100,0%	

Nhận xét: Mối liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động với nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$.

Bảng 11: Liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và nghề nghiệp

Nghề nghiệp		Mức độ cải thiện tầm vận động					p
		Không hạn chế	Hạn chế ít	Hạn chế TB	Hạn chế nhiều	Tổng	
Học sinh/ Sinh viên	N	2	1	0	0	3	< 0,05
	%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
Nhân viên văn phòng	N	2	3	2	1	8	
	%	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%	
Lao động nặng	N	0	2	4	1	7	
	%	0,0%	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%	
Hưu trí	N	4	11	8	1	24	
	%	16,7%	45,8%	33,3%	4,2%	100,0%	
Tổng số	N	8	17	14	3	42	
	%	19,0%	40,5%	33,3%	7,1%	100,0%	

Nhận xét: Mối liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Học sinh/sinh viên sau tập VLTL có cải thiện tầm vận động rõ rệt, “không còn hạn chế tầm vận động” là 66.7% và “hạn chế ít” là 33,3%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: Bệnh nhân nữ tham gia nghiên cứu (Tỷ lệ 71,4%) nhiều hơn nam (Tỷ lệ 28,6%). Điều này cho thấy thoái hóa cột sống cổ trong nghiên cứu này gặp nhiều ở giới nữ gấp 2,5 lần nam giới, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Ánh [2], (nữ 75% và nam 25%) và Nguyễn Tôn Kiên [3] (Nữ 60% và nam 40%), nhưng khác với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu [4] (nam và nữ tương đương, nam 52%, nữ 48%)

Tuổi: Từ kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi tham gia nghiên cứu nhiều nhất là nhóm > 50 tuổi (52,4%) và ít nhất là nhóm từ 18-25 tuổi (4,8%). Điều này cho thấy THCS cổ gặp nhiều ở người

lớn tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu [4] (> 50 tuổi là 98,3%) và Nguyễn Tôn Kiên [3] (> 50 tuổi là 86,7%).

Nghề nghiệp: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm hưu trí tham gia khảo sát nhiều nhất 57,1%, tiếp theo là nhóm nhân viên văn phòng 19%, và nhóm lao động nặng là 16,7% và ít nhất là nhóm học sinh/ sinh viên 7,1%. Cho thấy nghề nghiệp có ảnh hưởng tới thoái hóa cột sống cổ, đặc biệt là khối nhân viên văn phòng có sử dụng nhiều máy tính và công nhân khuôn vác nặng. Đồng thời, ở người trẻ tuổi học sinh, sinh viên cũng có thể bị do tư thế ngồi không đúng hoặc do sử dụng máy tính nhiều... tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Ánh [1] (Khối lao động trí óc 60%) và Đặng Thị Minh Thu [4] (hưu trí và văn phòng chiếm tỷ lệ 75%).

4.2. So sánh kết quả phân loại mức độ đau và mức độ tầm vận động trước và sau tập VLTL

Tình trạng đau: Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau của bệnh nhân THCS cổ trước tập VLTL có cải thiện rõ rệt so với sau tập VLTL có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Trước tập VLTL mức độ đau trung bình (3,38) và sau tập VLTL chỉ còn đau ít (2,36), giúp Bn cảm giác thoải mái dễ chịu hơn. Phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Tôn Kiên [3] trước tập VLTL mức độ đau vừa và rất đau là 100% và sau tập VLTL đau giảm xuống chỉ còn 16,7% là đau vừa.

Tầm vận động: Kết quả nghiên cứu cho thấy hạn chế tầm vận động của bệnh nhân bị THCS cổ sau tập VLTL 30 ngày có cải thiện đáng kể, từ hạn chế nhiều (2,93) trước tập VLTL và sau tập VLTL giảm xuống mức trung bình (2,29), Không hạn chế tầm vận động đạt 19,0%, Hạn chế ít là 40,5%, Hạn chế vừa là 33,3%, Hạn chế nhiều là 7,1%. sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này giúp cho NB phòng ngừa được những biến chứng, hạn chế được tình trạng bệnh nặng thêm. Tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Tôn Kiên [3] trước tập VLTL hạn chế tầm vận

động nhiều là 90% và sau tập VLTL không hạn chế là 33,3%, hạn chế ít là 40% và hạn chế vừa là 26,7%.

4.3. Mối liên quan giữa mức độ cải thiện đau sau tập VLTL và đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Liên quan giữa mức độ cải thiện đau và nhóm tuổi, giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), điều này có nghĩa là mức độ cải thiện đau không có sự khác biệt ở bất kỳ các lứa tuổi và giới tính.

Mối liên quan giữa mức độ cải thiện đau sau tập VLTL và nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ nghề nghiệp liên quan nhiều đến có cải thiện đau sau khi tập VLTL, học sinh, sinh viên và nhân viên văn phòng cải thiện đau sau khi tập VLTL nhiều hơn các ngành nghề khác.

Mối liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động sau tập VLTL và đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Sự liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động với nhóm tuổi, giới tính không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$), điều này có nghĩa là mức độ cải thiện tầm vận động không có sự khác biệt ở bất kỳ các lứa tuổi và giới tính.

Có mối liên quan giữa mức độ cải thiện tầm vận động và nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ nghề nghiệp liên quan nhiều đến cải thiện tầm vận động của BN thoái hóa cột sống cổ, sau khi tập VLTL học sinh, sinh viên và nhân viên văn phòng có cải thiện tầm vận động hơn các ngành nghề khác.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Mức độ cải thiện đau và mức độ cải thiện vận động của bệnh nhân bị thoái hóa cột sống cổ trước và sau khi áp dụng các bài tập VLTL có cải thiện rõ rệt (số liệu minh họa).

- Có mối liên quan giữa mức độ cải thiện đau và mức độ cải thiện vận động với nghề nghiệp (số liệu minh họa).

Từ những kết quả nghiên cứu, chúng tôi có kiến nghị cần có nghiên cứu sâu với thời gian dài hơn và số lượng nhiều hơn và so sánh với các phương pháp khác để có thể chọn ra các phương pháp điều trị hiệu quả hơn, cũng như cần có truyền thông giáo dục sức khỏe cho NB để phòng ngừa bệnh thoái hóa cột sống cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Ánh, “Tác dụng của điện châm kết hợp bài tập cột sống cổ điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ”, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Mai Hồng (2009), “Thoái hóa cột sống, Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp”, Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Tôn Kiên (2014), “Đánh giá tác dụng điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng xoa bóp bấm huyệt” - Luận văn tốt nghiệp cử nhân hệ VLVH.
4. Đặng Minh Thu (2010), “Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp kéo giãn cột sống cổ trên máy TM 300 tại Bệnh viện Điều dưỡng và phục hồi chức năng Thái Nguyên”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên,.
5. Arjeta Azemi et al, (2018),” The effect of dynamic exercises in the treatment of cervical spondylosis”, Research in Physical Education, Sport and Health 2018, Vol. 7, No. 2, pp.19-24.
6. Binder, A. I. (2007). Cervical spondylosis and neck pain. BMJ, 334 (7592), 527-531.
Boissonnault, W. G., & Badke, M. B. (2008). Influence of Acuity on Physical Therapy Outcomes for Patients With Cervical Disorders. Physical Medicine and Rehabilitation, 89 (1), 81-86.
7. <https://hellobacsi.com> › “Cơ xương khớp. Tổng quan về bệnh thoái hóa đốt sống cổ”

KIẾN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ TIM HỖ CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI ĐƠN VỊ PHẪU THUẬT TIM MẠCH - VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2018

KNOWLEDGE AND SOME RELATED FACTORS ON PRE- OPEN HEART SURGERY PREPARATION IN PATIENTS AT THE HEART SURGERY DEPARTMENT- BACH MAI HOSPITAL 2018

NGUYỄN THỊ LAN ANH¹, ĐỖ THỊ TRANG²,
TRẦN BÍCH PHƯƠNG², PHẠM THÙY DƯƠNG²,
TRẦN THỊ LIÊN², LƯU THỊ TRANG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức của người bệnh về chuẩn bị trước mổ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh về chuẩn bị trước mổ.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 18.0 được sử dụng để nhập và phân tích số liệu.

Kết quả: Về điểm kiến thức cho thấy điểm đạt cao nhất về kiến thức là 95 điểm, thấp nhất là 40 điểm và điểm trung bình kiến thức là 74,6 điểm $\pm$ 13,1. Hầu hết các người bệnh có số điểm đạt dưới 80 điểm chiếm tỷ lệ 32,2% và không đạt khá cao chiếm gấp đôi với tỷ lệ 67,8%. Không tìm thấy mối tương quan giữa tuổi, giới, số lần phẫu thuật, trình độ học vấn với kiến thức của người bệnh về chuẩn bị trước mổ ($P > 0,05$).

Kết luận: Hầu hết người bệnh có kiến thức tốt về chuẩn bị trước mổ; tuy nhiên vẫn còn một số kiến thức người bệnh chưa đạt. Chưa tìm thấy mối tương quan giữa biến về đặc điểm người bệnh với kiến thức của người bệnh về chuẩn bị trước mổ tim hở.

Từ khóa: mổ tim hở, chuẩn bị trước mổ, kiến thức.

ABSTRACT:

Objective: Describing the patient's knowledge about pre-surgery preparation and understanding some factors related to the patient's knowledge about pre-surgery preparation.

Research methodology: A cross-sectional description. Epidata 3.1 and SPSS 18.0 software were used for data entry and analysis.

Results: Regarding the knowledge score, the highest score for knowledge was 95 points, the lowest was 40 points and the average score was 74.6 points $\pm$ 13.1. Most patients with scores below 80 points accounted for 32.2% and did not reach a high rate, accounted for 67.8%. No correlation was found between age, gender, number of surgeries, education level and patient's knowledge about preoperative preparation ($P > 0.05$).

Conclusion: Most patients had good knowledge of preoperative preparation although. However, there was still some knowledge that patients had not yet achieved. The correlation between variables of patient's characteristics and knowledge of preparation before open heart surgery had been not found yet.

Keywords: open heart surgery, preoperative preparation, knowledge

1 TS., Khoa Điều dưỡng - trường Đại học Y Hà Nội
SĐT: 0942956586; email: nguyenthilananh@hmu.edu.vn
2 CN. Phòng C8 Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai
Ngày nhận bài phân biên: 24/11/2019
Ngày trả bài phân biên: 26/11/2019
Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch (CVD) là nguyên nhân số một gây tử vong toàn cầu: nhiều người chết hàng năm từ bệnh tim mạch hơn từ bất kỳ nguyên nhân nào khác. Ước tính có 17,5 triệu người chết vì bệnh tim mạch vào năm 2017, chiếm 31% tổng số ca tử vong toàn cầu. Kết quả cho thấy có khoảng ba phần tư số tử vong do CVD xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình [7]. Phẫu thuật tim mạch hiện nay đang là giải pháp giúp điều trị các bệnh lý về tim mạch mà điều trị nội khoa chưa có hiệu quả nhằm giảm số ca tử vong do các bệnh lý tim mạch gây nên. Tuy nhiên với các phẫu thuật lớn như vậy thì việc chuẩn bị tốt trước mổ đã được nhiều nghiên cứu chứng minh sự thành công của cuộc mổ và hạn chế các trường hợp hoãn mổ phụ thuộc vào sự tuân thủ của người bệnh với các hướng dẫn trước mổ. Được thành lập gần 20 năm, phòng C8 thuộc Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai điều trị và tiếp nhận trung bình khoảng 200 bệnh nhân mổ tim trong 1 tháng; tức hơn 2000 người bệnh phẫu thuật tim trong 1 năm. Việc thực hiện hướng dẫn người bệnh chuẩn bị trước mổ được thực hiện một cách thường quy; tuy nhiên chưa có bất cứ một nghiên cứu khảo sát nào được tiến hành để có thể biết được kiến thức của người bệnh trước mổ tim tại phòng phẫu thuật tim mạch. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức của người bệnh về công tác chuẩn bị trước mổ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 261 người bệnh có chỉ định mổ tim mở có kế hoạch và đã ký vào giấy cam kết mổ sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu ngay sau khi tiến hành tư vấn chuẩn bị trước mổ cho người bệnh (thời gian thu thập từ 1/10/2018 đến hết ngày 30/12/2018).

Phương pháp nghiên cứu:

Mẫu nghiên cứu được tiến hành thông qua việc sử dụng phần mềm tính cỡ mẫu với độ tin cậy là 95%, khoảng tin cậy là 5 với công thức tính cỡ mẫu là:

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2).p (1-p)}{d^2}$$

P: xác suất người bệnh có kiến thức tốt về chuẩn bị trước mổ

d: sai số

Theo nghiên cứu thử nghiệm trên 30 người bệnh thì tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt là 80%. Với d là 5% đúng so với tỷ lệ thật trong toàn dân số Việt Nam.

Do vậy, thế vào công thức ta có kết quả là 236 người để tính thêm 10% số người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu tổng số cỡ mẫu là **261 người bệnh**.

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi gồm 20 câu hỏi được thiết kế dựa trên tài liệu hướng dẫn người bệnh trước mổ của Bệnh viện Saint tại Pháp và của khoa C8, Bệnh viện Bạch Mai [6].

Cấu trúc hợp lệ: Mặc dù một số câu hỏi đã được điều chỉnh với lời giải thích rõ hơn và điều chỉnh cho người bệnh, tuy vậy bộ câu hỏi sẽ không có thay đổi đáng kể trong cơ cấu của bảng câu hỏi. Bảng câu hỏi sẽ được sửa đổi theo bảng phân loại được tạo ra thông qua nghiên cứu tài liệu và thảo luận với các chuyên gia. Phần 1: Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu, Phần 2: Kiến thức của người bệnh về chuẩn bị trước mổ có nội dung liên quan đến thực tháo, (bỏ răng giả và đồ trang sức), tập thở và vận động sau mổ, tắm và vệ sinh. Mỗi câu trả lời đúng sẽ được tính 5 điểm trả lời sai không cho điểm. Tổng số điểm **100 điểm**. Người bệnh có kiến thức đạt từ 80 điểm trở lên sẽ là người có kiến thức từ thử nghiệm của 30 bệnh nhân trước mổ thuộc nghiên cứu này. Về điểm kiến thức gồm có 20 câu hỏi, mỗi câu trả lời đúng tương đương 5 điểm và điểm chia phần thể nghiên cứu thành 2 nửa là 80 điểm. Do vậy, từ 80 điểm trở lên được xem là có kiến thức đạt và dưới 80 điểm là chưa đạt.

Kỹ thuật thu thập: Cuối tháng 8 năm 2018, bộ công cụ và mục đích nghiên cứu sẽ được giới thiệu với tất cả người bệnh của phòng C8. Những dữ liệu được nhập vào máy tính, làm sạch

và phân tích bằng cách sử dụng Microsoft Office Excel phiên bản 2013 và IBM SPSS phiên bản 20.0. Số liệu sẽ được phân tích với các test thống kê Chi-bình phương sẽ được sử dụng để kiểm tra giữa đặc điểm chung của đối tượng và phần trả lời về kiến thức. T-test sẽ được sử dụng để so sánh giá trị trung bình của điểm kiến thức của người bệnh.

Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng khoa học của bệnh viện Bạch Mai năm 2018 về đề tài cấp cơ sở cùng với sự chấp thuận của trường phòng C8 là đơn vị phẫu thuật tim mạch. Các thông tin liên quan đến người tham gia NC được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.

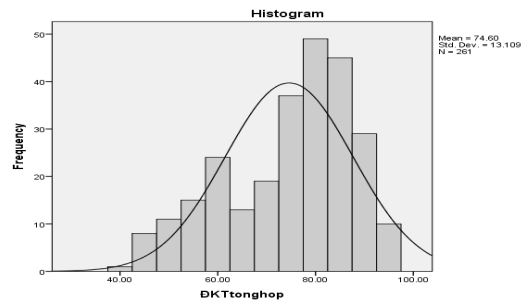
Đặc điểm chung	Số lượng (N = 261)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Dưới 50 tuổi	123	47,1
Trên 50 tuổi	138	52,9
Trung vị (lớn nhất, nhỏ nhất)	53 (Min: 13, Max: 75)	
Giới		
Nam	112	43,8
Nữ	149	56,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học	29	11,1
Trung học	163	62,5
Trung cấp	41	15,7
Cao đẳng	9	3,4
Đại học và sau đại học	19	7,3
Nghề nghiệp		
Nhân viên y tế	3	1,1
Không phải nhân viên y tế	258	98,9
Số lần phẫu thuật tim		
1 lần	244	93,5
2 lần	14	5,4
3 lần	3	1,1

Trong tổng số 261 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình từ 53 tuổi trở lên và bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi và người lớn tuổi

nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ phần trăm của bệnh nhân nữ giới nhiều hơn khoảng 10% so với bệnh nhân là nam giới. Hầu hết bệnh nhân có trình độ trung học sau đó đến trung cấp, tiếp theo đó là tiểu học và còn lại là rất ít trình độ đại học, sau đại học và thấp nhất là cao đẳng với tỷ lệ lần lượt là 62,5%, 15,7%, 11,1%, 7,3% và 3,4%. Khi được hỏi nghề nghiệp có liên quan đến công tác trong ngành y tế thì hầu hết bệnh nhân không phải là nhân viên y tế chiếm 98,9% còn lại là rất ít chỉ có 3 bệnh nhân là nhân viên y tế chiếm tỷ lệ 1,1%. Liên quan đến số lần phẫu thuật tim thì hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu mới mổ tim lần đầu, đứng thứ hai là mổ tim lần 2 và cuối cùng là rất ít số người mổ tim lần 3 với các tỷ lệ lần lượt là 93,5%, 5,4% và 1,1%.

3.2. Kiến thức về chuẩn bị trước mổ tim hở

Biểu đồ dạng cột cho thấy điểm đạt cao nhất về kiến thức là 95 điểm, thấp nhất là 40 điểm và điểm trung bình kiến thức là 74,6 điểm $\pm$ 13,1. Hầu hết các bệnh nhân có số điểm đạt dưới 80 điểm chiếm tỷ lệ 32,2% và không đạt khá cao chiếm gấp đôi với tỷ lệ 67,8%.



Bảng 2. Tỷ lệ phần trăm kiến thức về chuẩn bị trước mổ tim hở của bệnh nhân

Kiến thức chuẩn bị trước mổ	Số lượng (N = 261)	Tỷ lệ (%)
Thời gian thực tháo hậu môn trước mổ là 7-8 tiếng		
Đúng	82	31,4
Sai	179	68,6
Tư thế người bệnh khi thực là đứng cúi gập ra trước		
Đúng	195	74,7
Sai	66	25,3

Kiến thức chuẩn bị trước mổ	Số lượng (N = 261)	Tỷ lệ (%)
Sau khi bơm thuốc vào hậu môn người bệnh cần cố nhịn đi đại tiện trong thời gian 5-10 phút		
Đúng	190	72,8
Sai	71	27,2
Người bệnh có răng giả thì trước khi vào phòng mổ cần tháo bỏ răng giả		
Đúng	200	76,6
Sai	61	23,4
Thứ tự đúng các bước của quy trình thực tháo là: 1. Cầm ống thuốc, mở nắp 2; Nhẹ nhàng đưa ống thuốc vào hậu môn của người bệnh; 3. Bóp chặt ống thuốc; 4. Rút vỏ ống thuốc ra ngoài; 5. Tiếp tục thực đến ống thuốc thứ 2		
Đúng	105	40,2
Sai	156	59,8
Sau mổ người bệnh cần được hỗ trợ để vận động càng sớm càng tốt		
Đúng	140	53,6
Sai	121	46,4
Sau khi tắm trước mổ người bệnh vẫn có thể mặc đồ lót bên trong		
Đúng	204	78,2
Sai	57	21,8
Sau khi tắm người bệnh không được bôi kem dưỡng da, son, phấn hoặc các loại hoá chất khác		
Đúng	169	64,8
Sai	92	35,2
Để làm tốt động tác thổi bóng người bệnh cần tập hít thở sâu từ hôm trước mổ		
Đúng	183	70,1
Sai	78	29,9
Sau khi thực tháo người bệnh cần phải nhịn đi đại tiện hoàn toàn		
Đúng	154	59
Sai	107	41

Mặc dù hầu hết bệnh nhân có kiến thức đúng với tỷ lệ từ 80% trở lên ở những câu hỏi như chỉ định thực tháo cho loại phẫu thuật nào, hay khi bệnh nhân nữ trước mổ có kinh nguyệt thì cần

phải báo ngay cho nhân viên y tế, sau mổ khi tập chức năng hô hấp và ho khạc người bệnh cần đặt 2 tay ở trước ngực, trước khi đi mổ người bệnh không cần tháo bỏ trang sức: nhẫn, vòng cổ, vòng tay, khuyên tai hay người bệnh cần cắt móng tay, móng chân trước khi đi mổ, khi tắm trước mổ người bệnh cần tắm với xà phòng có chất khử khuẩn do bệnh viện cung cấp, trước khi sang phòng mổ người bệnh cần phải được súc miệng bằng nước súc miệng do bệnh viện cung cấp, khi tập thổi bóng người bệnh cần hít thật sâu bằng mũi sau đó thổi ra bằng miệng, sau khi mổ người bệnh cần hợp tác với nhân viên y tế để đánh giá mức độ đau một cách chính xác và bữa tối trước hôm mổ người bệnh chỉ được ăn những thức ăn dễ tiêu, không uống sữa và ăn những thức ăn giàu chất đạm (với các tỷ lệ lần lượt là từ 82 đến 100%) thì vẫn còn một số các kiến thức mà bệnh nhân chưa trả lời đúng như thời gian thực trước mổ từ 7-8 tiếng chỉ chiếm có 31,4%, thứ tự đúng các bước của quy trình thực chỉ chiếm 40,2%, hay sau mổ cần vận động càng sớm càng tốt chiếm 53%, hay sau thực tháo các bệnh nhân cho rằng cần nhịn đại tiện hoàn toàn 59%, việc bôi kem dưỡng da sau tắm các bệnh nhân vẫn cho rằng là có thể chiếm 64,8%. Một số các kiến thức chưa chính xác khác liên quan đến việc tập thổi bóng sau mổ, thời gian nhịn đại tiện sau thực tháo, răng giả trước mổ, hay tư thế khi thực và mặc đồ lót người bệnh vẫn còn chiếm đến 30%.

3.3. Mối liên quan giữa kiến thức về chuẩn bị trước mổ và một số yếu tố nhân khẩu học

Bảng 3. Mối quan hệ giữa giới và mức độ kiến thức

Các yếu tố liên quan	ĐTB thứ hạng (Mean rank)	N = 261	Giá trị p
Giới			0.212*
Nam	137.67	112	
Nữ	125.98	149	
Tuổi			0.079*
Dưới 50 tuổi	139.62	123	
Trên 50 tuổi	123.32	138	

Các yếu tố liên quan	ĐTB thứ hạng (Mean rank)	N = 261	Giá trị p
Số lần phẫu thuật			0.404*
1 lần	132.02	244	
Từ 2 lần trở lên	116.35	17	
Nghề nghiệp			0.447*
Nhân viên y tế	98.33	3	
Không phải nhân viên y tế	131.38	258	
Trình độ học vấn			0.710**
Tiểu học	119.21	29	
Trung học	130.56	163	
Trung cấp	140.40	41	
Cao đẳng và trên cao đẳng	132.04	28	

p* Kiểm định Mann-Whitney U

p**Kiểm định Kruskal-Wallis

Qua bảng kết quả cho thấy điểm trung bình thứ hạng của nhóm nam cao hơn nhóm nữ; điều này cho thấy kiến thức của nhóm người bệnh nam có kiến thức tốt hơn nhóm người bệnh nữ. Tuy vậy sự khác biệt về điểm kiến thức này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tương tự như vậy khi tìm mối liên quan giữa nhóm người bệnh trên 50 và dưới 50 tuổi với điểm trung bình thứ hạng kiến thức cho thấy là nhóm dưới 50 tuổi có kiến thức cao hơn nhóm trên 50 tuổi nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê.

Với yếu tố là số lần phẫu thuật trên 1 và dưới 1 lần, kết quả cho thấy hầu hết người bệnh mổ lần 1 chiếm đến trên 90% đối tượng tham gia nghiên cứu; còn lại rất ít người bệnh mổ trên 1 lần trở lên mặc dù điểm kiến thức của nhóm người bệnh có phẫu thuật trên 1 lần có điểm cao hơn. Tuy nhiên sự khác biệt về điểm kiến thức trung bình thứ hạng này không có ý nghĩa thống kê. Cho kết quả tương tự với số lần phẫu thuật là yếu tố về nghề nghiệp gồm nhân viên y tế và không phải nhân viên y tế cũng cho thấy rất ít người bệnh là nhân viên y tế hầu hết đến hơn 90% người bệnh không phải là nhân viên y tế và điểm kiến thức trung

bình thứ hạng của nhóm không phải nhân viên y tế cũng thấp hơn nhóm người bệnh là nhân viên y tế; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Qua bảng 3 cũng cho thấy hầu hết các bệnh nhân đến phẫu thuật đều có trình độ trung học rất ít người bệnh có trình độ từ cao đẳng trở lên. Tuy nhiên kết quả cho thấy nhóm người bệnh có trình độ trung cấp lại có số điểm trung bình thứ hạng cao nhất, sau đó đến nhóm từ cao đẳng trở lên, tiếp đến là nhóm trung học và cuối cùng là nhóm tiểu học. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và mối tương quan kiến thức

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phần trăm bệnh nhân trên và dưới 50 tuổi tương đương nhau. Điều này cũng có thể cho thấy là bệnh tim có chỉ định phẫu thuật ở 2 nhóm này là như nhau khi mà tỷ lệ trẻ hóa trong dân số bị bệnh tim ngày càng rõ rệt [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh dưới 50 tuổi có kiến thức cao hơn so với tỷ lệ người bệnh trên 50 tuổi. Điều này cũng một lần nữa cho thấy kết quả của nghiên cứu đã chứng minh lý thuyết Orem (2001) về lứa tuổi là đúng [5]. Nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân trên 50 tuổi có kiến thức kém hơn bệnh nhân dưới 50 tuổi mặc dù chưa thấy được ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới khi chứng minh nhóm cần được hỗ trợ tự chăm sóc chủ yếu trên 50 tuổi so với nhóm ít hơn 50 tuổi [1].

Yếu tố giới được tìm thấy trong nghiên cứu này cũng đã cho thấy số lượng đối tượng người bệnh là nam và nữ là tương đương nhau. Tuy nhiên kiến thức về chuẩn bị trước mổ lại cho thấy người bệnh là nam có kiến thức cao hơn; mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này trái với nghiên cứu của Jickling & Graydon năm 1997 đã cho rằng khả năng tự chăm sóc của phụ nữ cao hơn đàn ông [4]. Lý giải cho sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu đề tài chưa đủ lớn, do vậy sự khác biệt này

chưa thực sự có ý nghĩa thống kê. Về mối tương quan giữa giới và kiến thức, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng nam có kiến thức chuẩn bị trước mổ tốt hơn so với nữ. Kết quả này không tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác khi cho thấy nữ có kiến thức tốt hơn nam giới, mặc dù vẫn chưa tìm thấy được ý nghĩa thống kê về mối liên quan giữa tuổi và kiến thức với $p > 0,05$ [2]. Có sự khác biệt này có thể là do số lượng của đối tượng nghiên cứu chưa nhiều. Khi xem xét yếu tố về số lần phẫu thuật kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh có số lần phẫu thuật lần đầu và nhiều hơn 1 lần. Điều này có thể nhận thấy là việc giáo dục chuẩn bị trước mổ không cần phải chia hai nhóm khi giáo dục mà cách thức và nội dung giáo dục cần tương tự như nhau.

Liên quan đến số lần phẫu thuật, kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có phẫu thuật lần đầu có kiến thức tốt hơn so với bệnh nhân có số lần phẫu thuật từ 2 lần trở lên. Mặc dù sự khác biệt của mối tương quan này chưa có ý nghĩa thống kê. Lý giải cho nghiên cứu này có thể là do bệnh nhân lần đầu phẫu thuật tập trung và lắng nghe kỹ hơn so với những bệnh nhân có số lần phẫu thuật từ 2 lần trở lên khi nhóm bệnh nhân có từ 2 lần phẫu thuật trở lên có tâm lý mọi việc và quy trình họ đều biết. Ở nghiên cứu này chỉ chọn yếu tố là nhân viên y tế hay không phải là nhân viên y tế để kiểm tra mức độ ảnh hưởng đến kiến thức trước mổ thì cho thấy mức độ kiến thức của bệnh nhân không phải là nhân viên y tế có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không phải là nhân viên y tế; tuy sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này được lý giải có thể do sự phân bố không đồng đều của đối tượng nghiên cứu khi số người là nhân viên y tế ít hơn rất nhiều so với bệnh nhân không phải là nhân viên y tế.

Ngoài ra, nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân có trình độ học vấn là trung cấp có điểm kiến thức cao hơn so với nhóm người bệnh có trình độ học vấn là đại học cao đẳng và dưới trung cấp. Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này chưa tương đồng với học thuyết Orem về trình độ học vấn khi cho rằng trình độ học vấn

càng cao thì kiến thức càng tốt [5]. Có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa tương đồng ở các nhóm đối tượng có trình độ học vấn khác nhau nên đã đưa đến kết quả này. Kết quả cũng chỉ ra có rất ít, thậm chí là hiếm người bệnh là nhân viên y tế có chỉ định phẫu thuật tim khi mà trong nghiên cứu này chỉ tìm thấy có 03 người bệnh là nhân viên y tế. Tuy nhiên thì điểm kiến thức ở nhóm người bệnh này cũng không cao hơn so với 198 người bệnh còn lại và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê khi $p > 0,05$. Sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu quá nhỏ ở nhóm người bệnh là nhân viên y tế.

Với yếu tố trình độ học vấn, nhiều nghiên cứu trên thế giới và học thuyết chứng minh rằng trình độ học vấn càng cao thì mức độ kiến thức càng cao. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này lại không chứng minh được điều đó khi mà nhóm có trình độ trung cấp có điểm kiến thức cao nhất; còn nhóm đại học và cao đẳng chỉ chiếm hàng thứ 2 rồi cuối cùng mới là nhóm trung học. Lý giải cho kết quả này có thể là do số lượng bệnh nhân ở các nhóm có trình độ khác nhau chưa đồng đều.

4.2. Kiến thức về chuẩn bị trước mổ tim hở

Kiến thức về vệ sinh trước mổ của nghiên cứu như tắm trước mổ người bệnh cần tắm với xà phòng có chất khử khuẩn do bệnh viện cung cấp, trước khi sang phòng mổ người bệnh cần phải được súc miệng bằng nước súc miệng do bệnh viện cung cấp có tỷ lệ trả lời đúng rất cao (với các tỷ lệ lần lượt là từ 82 đến 100%). Kết quả này cũng tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh khi mà có đến 100% người bệnh cho rằng cần vệ sinh thân thể trước mổ, 98,3% đồng ý cần nhịn ăn uống và 96,7% cho rằng cần thắt tháo trước mổ [3]. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu đã được tìm thấy cho thấy không tương đồng với kết quả từ nghiên cứu trước ở câu hỏi ăn gì trước mổ khi mà tỷ lệ trả lời đúng lên đến trên 80% và kết quả này cũng không tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh khi chỉ có 21,7% người bệnh trả lời đúng lý do nhịn ăn trước mổ.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Mặc dù hầu hết bệnh nhân có kiến thức đúng với từ 80% trở lên. Tuy nhiên vẫn còn một số các kiến thức mà bệnh nhân chưa trả lời đúng như thời gian thực trước mổ từ 7-8 tiếng, thứ tự đúng các bước của quy trình thực, sau mổ cần vận động càng sớm càng tốt, nhìn đại tiện hoàn toàn, việc bôi kem dưỡng da, việc tập thở bóng sau mổ, thời gian nhìn đi đại tiện sau thực tháo, răng giả trước mổ, tư thế khi thực và mặc đồ lót.

- Các yếu tố tuổi, giới, tình trạng học vấn, nghề nghiệp và số lần phẫu thuật không có mối tương quan với kiến thức của bệnh nhân với giá trị $p > 0,05$.

Vì vậy, cần có nhận thức mạnh hơn nữa các nội dung kiến thức còn thiếu hụt này để giúp bệnh nhân có được kiến thức tốt hơn nữa nhằm nâng tỷ lệ phẫu thuật thành công trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồng, N. T. M. (2017). Đánh giá quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật bụng có chuẩn bị tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai, 6.

2. Hưng Đ.Q., Trang, Đ. H., Vinh, N.X. (2008) Nhận xét quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tim hở có chuẩn bị ở người trưởng thành tại khoa PTTM-LN- BV Hữu Nghị Việt Đức.

3. Linh, N. T. T. (2013). Đánh giá kiến thức-thái độ-hành vi của bệnh nhân người lớn trước mổ thay van tim tại khoa Phẫu thuật tim mạch-lồng ngực Bệnh viện Việt Đức. Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân, 32.

4. Jickling, J. L., & Graydon, J. E. (1997). The information needs at time of hospital dis-charge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: A pilot study. Heart & Lung: Journal of Acute and Critical Care, 26, 350-357.

5. Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

6.Sofya A., (2018) Preoperative Nurses' Teaching for Open Heart Surgery Patients, Pub: Walden University

7.WHO (2017), Cardiovascular diseases (CVDs) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

ANXIETY, DEPRESSION STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEMODIALYSIS AT BACH MAI HOSPITAL

NGUYỄN THỊ QUỲNH VÂN¹, TRƯƠNG VIỆT DŨNG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống; xác định mối liên quan giữa lo âu, trầm cảm với chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được thực hiện trên 325 người bệnh đang được lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai. Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi HADS đo lường trầm cảm, lo âu và SF36 đo lường chất lượng cuộc sống.

Kết quả: Tỷ lệ lo âu là 49,2%. Tỷ lệ lo âu ở nữ (81,3%) cao hơn so với nam (74,0%). Tỷ lệ lo âu ở người bệnh có độ tuổi từ 50 trở lên cao hơn tỷ lệ người bệnh dưới 50 tuổi. Tỷ lệ trầm cảm là 41,8%, tỷ lệ người bệnh vừa lo âu vừa trầm cảm 53,8%. Nữ có tỷ lệ cao hơn nam 73,7% - 63,6%. Nhóm tuổi từ 50 trở lên tỷ lệ trầm cảm cao hơn. Chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh lọc máu chu kỳ rất thấp: Tỷ lệ người bệnh có điểm sức khỏe xếp loại tốt về sức khỏe tâm thần là 14% và chất lượng cuộc sống nói chung là 1,5%. Người bệnh nữ CLCS thấp hơn so với nam (70,8% - 72,7%). Người bệnh trầm cảm càng nặng chất lượng cuộc sống càng kém. Nhóm trầm cảm rõ, CLCS kém gấp 4,9 lần (OR = 4,9, p = 0,000) so với nhóm không trầm cảm; nhóm trầm cảm

nhẹ có CLSC thấp nhiều gấp 4,1 lần (OR = 4,1, p = 0,000). Mức độ lo âu càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Người bệnh lo âu rõ có chất lượng cuộc sống kém nhất và cao gấp 3,3 lần ở nhóm người bệnh không lo âu với OR = 3,2, p = 0,003 và OR = 3,3, p = 0,001.

Kết luận: Người bệnh đang lọc máu theo chu kỳ có tỷ lệ lo âu là 49,2%, trầm cảm là 41,8% và giảm chất lượng cuộc sống rất rõ (chất lượng cuộc sống tốt chỉ chiếm 1,5%). Tỷ lệ đối tượng có chất lượng cuộc sống kém liên quan thuận với mức độ lo âu, trầm cảm. Tỷ lệ chất lượng cuộc sống kém ở nhóm có lo âu rõ gấp 4,9 lần nhóm không lo âu (p = 0,00), và gấp 3,3 lần giữa nhóm trầm cảm với nhóm không trầm cảm (p = 0,003).

Khuyến nghị: Quan tâm hơn tới người bệnh nữ giới, độ tuổi trên 50, trình độ học vấn thấp, sống một mình để có những hỗ trợ phù hợp hạn chế rối loạn lo âu, trầm cảm của người bệnh giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho những bệnh nhân này.

Từ khóa: Lo âu, trầm cảm, chất lượng cuộc sống, lọc máu theo chu kỳ.

ABSTRACT

Objectives: To describe anxiety, depression and quality of life; examine the relationship between the mentioned conditions. Methodology: cross-sectional descriptive study was conducted on a sample of 325 patients with chronic hemodialysis at Bach Mai Hospital. Using the instruments of HADS questionnaire to measure the anxiety and depression and SF36 questionnaires to measure the quality of life.

1 Bệnh viện Bạch Mai
SĐT: 0903277445; email: quynhvanbm@gmail.com

2 Trường ĐH Thăng Long

Ngày nhận bài phân biện: 29/11/2019

Ngày trả bài phân biện: 30/11/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

Results: The anxiety rate was 49.2%. The rate of anxiety among women (81.3%) was higher than that of men (74.0%). The rate of anxiety among patients aged 50 and older was higher than that of patients under 50 years of age. The rate of depression was 41.8%, the proportion of patients who are both anxious and depressed was 53.8%. The rate of depression in female was higher than that of male 73.7% - 63.6%. The age group 50 years and older had a higher rate of depression. The quality of life of dialysis patients was very low: The percentage of patients with good physical fitness scores health mental health was 14% and the quality of life in general was 1.5%. The trend of female quality of life was lower than that of male, $p > 0.05$. The more depression, the worse the quality of life patients had. In the depression group, quality of life was 4.9 times worse than the non-depressed group; The mild depression group had a 4.1 times lower level of quality of life, $p < 0.05$. The higher anxiety level, the lower score of quality of life patients had. Patients with anxiety had lower quality of life and quality of life was 3.3 times higher in the group of patients without anxiety with $p < 0.05$ compared to group with anxiety.

Conclusion: Patients on dialysis suffered from anxiety, depression and had a very low quality of life. There were correlations between anxiety, depression and quality of life.

Recommendations: Pay more concerns to chronic dialysis patients who are: female patients, older than 50, with low education, living alone in order to provide appropriate support, limiting their anxiety, depression to improve their quality of life.

Keywords: Anxiety, Depression, Quality of life, periodic dialysis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rất nhiều các yếu tố tham gia vào thúc đẩy quá trình tiến triển suy thận như: chế độ ăn thường xuyên giàu đạm, tăng huyết áp kéo dài mất kiểm soát, rối loạn chuyển hóa lipid, hoạt hóa hệ thống Renin - Angiotensin

trong thận, hiện tượng kết dính tiểu cầu trong thận. Từ đó, các nhà nghiên cứu đã đưa ra các phương pháp điều trị bảo tồn chức năng thận với các thuốc và chế độ sinh hoạt cho bệnh nhân suy thận hợp lý nhất, góp phần kéo dài thời gian tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trong khi các phương pháp điều trị và lọc máu chu kỳ chưa có hiệu quả triệt để thì việc chăm sóc sức khỏe tinh thần và xã hội là hết sức cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ. Muốn cải tiến được chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân thì việc phát hiện những vấn đề tâm lý mà họ đang phải trải qua và những yếu tố liên quan đến tình trạng đó đóng một vai trò quan trọng. Tuy nhiên, tại Việt Nam thì các nghiên cứu về vấn đề trên vẫn còn rất hạn chế [2], [3], [5], [7]. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

(1) *Mô tả tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Bạch Mai.*

(2) *Xác định mối liên quan giữa tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo nói trên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện Bạch Mai năm 2018. Tuổi > 18. Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hạn chế nghe, nói. Bệnh nhân tình trạng nặng nề không thể tham gia phỏng vấn. Không đồng ý tham gia

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Bạch Mai, tháng 01 đến tháng 09 năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập thông tin:

Thu thập thông tin về tình trạng lo âu và trầm cảm sử dụng bộ câu hỏi HADS và thông tin về chất lượng cuộc sống sử dụng bộ câu hỏi SF36.

• Kết quả phân tích điểm trung bình tổng điểm câu hỏi A hay D, theo mức độ:

- Từ 0 đến 7 điểm: bình thường.
- Từ 8 đến 10 điểm: gợi ý có thể có triệu chứng của lo âu hoặc trầm cảm.
- Từ 11 đến 21 điểm: lo âu hoặc trầm cảm (lo âu hay trầm cảm thực sự).

• *Cách phân loại CLCS*: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS nói chung được phân thành 3 mức dựa vào số điểm:

- o Kém: điểm từ 0 - 25.
- o Trung bình: điểm từ 26 - 75.
- o Tốt: điểm từ 76 - 100.

Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một tỷ lệ.

$$n = Z^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

(1-α/2)

Đối tượng được chọn theo tiêu chí đến đủ cỡ mẫu 325 đối tượng.

- Số liệu sau khi được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS. 20.0 với các thống kê mô tả và thống kê suy luận thông qua test thống kê thích hợp. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được so sánh các số trung bình và tỷ lệ %.

- Đề cương được thông qua Hội đồng Khoa học và Đạo đức nghiên cứu của khoa Khoa học sức khỏe, Trường ĐH Thăng Long.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

Tuổi trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là 50 ± 15 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ 52,6% cao hơn nam giới 47,4%. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 28,6%. Người bệnh đã kết hôn chiếm 72,6% là cao nhất. Trình độ học vấn của người bệnh tham gia nghiên cứu với trình độ trung học phổ thông cao nhất tỷ lệ 44,9%.

Số người bệnh không còn làm việc có tỷ lệ rất cao là 41,5% ứng với 135 bệnh nhân. Người bệnh sử dụng bảo hiểm y tế 100%, bảo hiểm người nghèo chiếm tỷ lệ 58,2%.

Về kinh tế, thu nhập của người bệnh ở hộ cận nghèo có tỷ lệ cao nhất là 41,5%, và tỷ lệ người bệnh phụ thuộc kinh tế hoàn toàn cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,8%. Khoảng cách từ nhà đến viện dưới 10km có tỷ lệ 33,8% trong khi đó người bệnh nghiên cứu có khoảng cách từ nhà đến viện trên 40km lại chiếm tỷ lệ 36,6%. Người bệnh đi chạy thận bằng xe bus, xe khách có tỷ lệ 34,2%. Đa phần người bệnh sống cùng gia đình với tỷ lệ chiếm 64,6%.

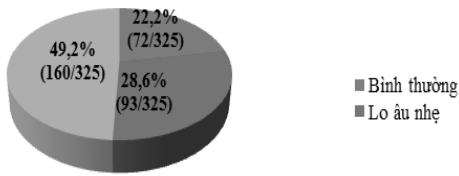
Bảng 1. Thông tin về tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân suy thận mạn	Viêm cầu thận mạn	162	49,8
	Viêm thận bể thận	26	8,0
	Bệnh hệ thống	17	5,2
	Tim mạch	16	4,9
	Bệnh khác	37	11,4
	Không biết	67	20,6
Thời gian lọc máu (tháng)	1 tháng	1	0,3
	2-6 tháng	8	2,5
	7-12 tháng	23	7,1
	12-24 tháng	49	15,1
	> 24 tháng	244	75,1
	Thời gian trung bình (x + SD)	79,3 + 58,0	

Nhận xét: Tỷ lệ các loại nguyên nhân gây suy thận mạn phân bố trên bệnh nhân cao nhất là bệnh viêm cầu thận mạn chiếm 49,8%. Thời gian được lọc máu đa số trên 2 năm (75%).

3.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

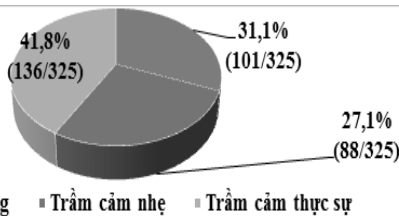
3.2.1. Tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu:



Biểu đồ 1. Mức độ rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Theo biểu đồ 1, ta thấy bệnh nhân nghiên cứu có mức độ lo âu thực sự chiếm tỷ lệ 49,2%, bệnh nhân có mức độ lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ 28,6% còn bệnh nhân lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu không có rối loạn lo âu chỉ chiếm tỷ lệ 22,2%.

3.2.2. Tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Mức độ rối loạn trầm cảm của đối tượng nghiên cứu (n = 325)

Nhận xét: Trầm cảm thực sự với tỷ lệ 41,8%. Bệnh nhân có rối loạn trầm cảm nhẹ chiếm 27,1% còn bệnh nhân không có dấu hiệu trầm cảm chiếm 31,1%.

3.2.3. Tình trạng lo âu liên quan nhân khẩu học

Bảng 2. Tình trạng lo âu liên quan đến yếu tố nhân khẩu

Yếu tố liên quan	Đánh giá lo âu		OR	CI 95%	p
	Lo âu (%)	Bình thường (%)			
Giới tính					
Nữ	130 (81,3)	32 (18,7)	1,5	0,9-2,6	0,116
Nam	114 (74,0)	40 (26,0)			
Nhóm tuổi ^{a,*}					

Yếu tố liên quan	Đánh giá lo âu		OR	CI 95%	p
	Lo âu (%)	Bình thường (%)			
- 20 - 39	62 (71,3)	25 (28,7)	1		
- 40 - 49	48 (73,8)	17 (26,2)	1,9	0,8-4,2	0,136
- 50 - 59	62 (78,5)	17 (21,5)	2,4	1,1-5,4	0,037
- ≥ 60	81 (87,1)	12 (12,9)	2,7	1,3-5,8	0,010

Nhận xét: Tuổi càng cao, tỷ lệ lo âu càng tăng, nhóm tuổi 50-59 có nguy cơ lo âu cao gấp 2,4 lần ($p = 0,037$) và BN trên 60 tuổi nguy cơ lo âu cao gấp 2,7 lần ($p = 0,010$) so với BN ở nhóm tuổi 20-39.

3.2.4. Tình trạng trầm cảm liên quan đến nhân khẩu học

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với yếu tố nhân khẩu

Yếu tố liên quan	Đánh giá trầm cảm		OR	CI 95%	p
	Trầm cảm (%)	Bình thường (%)			
Giới tính					
Nữ	126 (73,7)	45 (26,3)	1,6	1,0-2,6	0,049
Nam	98 (63,6)	56 (36,4)			
Nhóm tuổi					
- < 39	47 (53,4)	41 (46,6)	1		
- 40 - 49	40 (61,5)	25 938,5)	1,4	0,7-2,6	0,355
- 50 - 59	56 (70,9)	23 (29,1)	2,1	1,1-3,9	0,026
- ≥ 60	81 (87,1)	12 (12,9)	5,7	2,7-12,0	0,000

Nhận xét: Nữ có nguy cơ trầm cảm cao hơn nam giới 1,6 lần (CI 95%: 1,0-2,6; $p < 0,05$). Nhóm tuổi từ 50-59 trầm cảm cao gấp 2,1 lần nhóm tuổi 20-39 và nhóm tuổi > 60 tuổi nguy cơ trầm cảm cao gấp 5,7 lần nhóm tuổi 20-39 với $p < 0,05$.

3.3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

Bảng 4. Phân loại chất lượng cuộc sống chung

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	5	1,5%
Trung bình	268	82,5%

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Kém	52	16,0%
Tổng số	325	100

Nhận xét: CLCS giảm ở mức trung bình chiếm 82,5%, có 16,0% số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém trong khi đó chỉ có 1,5% có chất lượng cuộc sống tốt.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống (qua phân tích hồi quy logistic)

Yếu tố liên quan		Chất lượng cuộc sống		OR (CI 95%)	p
		Kém (%)	Không kém (%)		
Giới	Nam	112 (72,7)	42 (27,3)	1,5 (0,9 - 2,7)	0,116
	Nữ	121 (70,8)	50 (29,2)	1	-
Trầm cảm	Không	53 (52,5)	48 (47,5)	1	-
	Nhẹ	57 (64,8)	31 (35,2)	4,1 (1,9 - 8,6)	0,000
	Rõ	123 (90,4)	13 (9,6)	4,9 (2,2 - 10,7)	0,000
Lo âu	Không	39 (54,2)	33 (45,8)	1	-
	Nhẹ	54 (58,1)	39 (41,9)	3,2 (1,5 - 6,9)	0,003
	Rõ	140 (87,5)	20 (12,5)	3,3 (1,7 - 6,5)	0,001

Nhận xét: Người bệnh trầm cảm càng nặng chất lượng cuộc sống càng kém. Nhóm trầm cảm rõ, CLCS kém gấp 4,9 lần (CI 95%: 2,2 -10,7; p = 0,000) so với nhóm không trầm cảm; nhóm trầm cảm nhẹ có CLSC thấp gấp 4,1 lần (CI 95%: 1,2-8,6; p = 0,000).

Mức độ lo âu càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Người bệnh lo âu rõ có chất lượng cuộc sống kém nhất và cao gấp 3,3 lần ở nhóm người bệnh không lo âu với p < 0,05. Có xu hướng nữ CLCS thấp hơn so với nam, p > 0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân suy thận mạn

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 78,8% bệnh nhân có các triệu chứng lo âu, trong khi có 49,2% bệnh nhân cho thấy tình trạng lo âu thực sự. Ở nhóm trầm cảm, có đến 68,9% bệnh nhân có triệu chứng rối loạn trầm cảm và 41,8% bệnh nhân trầm cảm thực sự. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có đến 84,2% bệnh nhân có triệu chứng của cả rối loạn lo âu và trầm cảm, và 53,8% bệnh nhân vừa có lo âu hoặc vừa có trầm cảm thực sự cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu về bệnh mạn tính trên thế giới. Nghiên cứu của Thomas và cộng sự cho thấy tỷ lệ lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân ung thư lần lượt là 19% và 20% [8]. Hay theo nghiên cứu của J.Skarstein và cộng sự (2000) cho thấy bệnh nhân ung thư có tỷ lệ lo âu là 12,1% và tỷ lệ trầm cảm là 8,4% [9]. Theo kết quả nghiên cứu của L.J. Mackenzie và cộng sự (2013) cho thấy tỷ lệ lo âu thực sự và trầm cảm thực sự tương ứng là 15% (95%CI = 11%-18%) và 5,7% (95% CI = 3,6%-7,9%)[11] trên quần thể bệnh nhân mắc bệnh mạn tính.

Như vậy, tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu về bệnh mạn tính khác, và tỷ lệ trầm cảm cũng cao hơn.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới có tỷ lệ lo âu cao hơn so với nam giới với tỷ lệ tương ứng là 81,3% và 74,0% (p = 0,000; χ^2 test). Nghiên cứu của S.M. Sellick và A.D. Edwardson (2007) cũng cho kết quả tương tự: nữ giới có tỷ lệ cao hơn hẳn nam giới về tình trạng lo âu thực sự (23,7% và 13,7%; χ^2 (2) = 64,019; p = 0,000) [10]. Nghiên cứu của S. Pascoe, S. Edelman và A.Kidman (2000) cũng chỉ ra rằng có tỷ lệ cao hơn đáng kể về lo âu ở nữ so với nam (p = 0,045) [13]. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tỷ lệ lo âu ở nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao với (87,1%),

thấp hơn ở nhóm < 50 tuổi (chiếm 73,8%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Xét theo giới tính bệnh nhân nữ cũng có tình trạng trầm cảm cao hơn bệnh nhân nam giới với tỷ lệ trầm cảm lần lượt là 80,8% và 67,3%.

4.3. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng rất rõ, tỷ lệ có chất lượng cuộc sống thấp ở nam là 72,7% và nữ là 70,8% ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy hiệu quả của lọc máu chu kỳ chưa cải thiện được CLCS của người bệnh. Điều này cũng nhận thấy khi đánh giá tình trạng lo âu và trầm cảm của người bệnh cũng thuộc nhóm kém nhất so với các nhóm mắc bệnh khác, thậm chí cả người bệnh ung thư như nghiên cứu gần đây của T.V. Dũng và cộng sự 2019 [14].

Người bệnh trầm cảm nặng càng nặng chất lượng cuộc sống càng kém. Nhóm trầm cảm rõ, CLCS kém gấp 4,9 lần so với nhóm không trầm cảm; nhóm trầm cảm nhẹ có CLCS thấp nhiều gấp 4,1 lần, $p < 0,05$.

Mức độ lo âu càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Người bệnh lo âu rõ có chất lượng cuộc sống kém nhất và CLCS thấp hơn 3,3 lần so với nhóm người bệnh không lo âu, $p < 0,05$.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ

- Tỷ lệ lo âu là 49,2%. Bệnh nhân nữ có tỷ lệ lo âu cao hơn bệnh nhân nam (81,3 so với 74,0%). Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân có độ tuổi từ 50 trở lên cao hơn tỷ lệ bệnh nhân dưới 50 tuổi (78,5% so với 71,3%).

- Tỷ lệ trầm cảm là 41,8%, tỷ lệ những bệnh nhân vừa lo âu vừa trầm cảm 53,8%. Nữ có tỷ lệ cao hơn nam 73,7% - 63,6%. Nhóm tuổi từ 50 trở lên tỷ lệ trầm cảm cao hơn.

- Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ rất thấp: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm sức khỏe xếp loại tốt về thể chất (SKTC) bằng 0%, sức khỏe tâm thần (SKTT) là 14% và chất lượng cuộc sống nói chung (CLCS) là 1,5%. Có xu hướng nữ CLCS thấp hơn so với nam, $p > 0,05$.

Liên quan giữa tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của người bệnh lọc máu chu kỳ:

- Người bệnh trầm cảm càng nặng chất lượng cuộc sống càng kém. Nhóm trầm cảm rõ, CLCS kém gấp 4,9 lần so với nhóm không trầm cảm; nhóm trầm cảm nhẹ có CLCS thấp nhiều gấp 4,1 lần, $p < 0,05$.

- Mức độ lo âu càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Người bệnh lo âu rõ có chất lượng cuộc sống kém nhất và cao gấp 3,3 lần ở nhóm người bệnh không lo âu với $p < 0,05$.

Khuyến nghị: Quan tâm hơn tới người bệnh nữ giới, độ tuổi trên 50, trình độ học vấn thấp, sống một mình để có những hỗ trợ phù hợp hạn chế rối loạn lo âu, trầm cảm của người bệnh giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh suy thận mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Hoàng Kiệm (2010), "Chương 21: Suy thận mạn", Thận học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 730-820.
- Nguyễn Nguyên Khôi (2004), Thận nhân tạo, Bệnh thận nội khoa, NXB Y học, Hà Nội, tr. 134-162.
- Lê Việt Thắng, Nguyễn Văn Hùng (2012). Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF36. Y học Thực hành 802 (1), 45-47.
- Nguyễn Viết Thiêm (2000), Bài giảng chuyên đề tâm thần, Đại học Y Hà Nội.
- Lâm Nguyễn Nhã Trúc, Trần Thị Bích Hương (2012). Sử dụng bảng câu hỏi SF-36 trong đánh

giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 16, Phụ bản Số 3, 331 - 334.

6. Hoàng Trung Vinh, Bùi Văn Mạnh (2008), "Điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo", Bệnh học nội khoa, tập I, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, tr. 330-339.

7. Trần Đình Xiêm (1995), Các rối loạn khí sắc và rối loạn lo âu, Tâm thần học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.312-364.

8. B. C. Thomas và các cộng sự (2005), "Reliability & validity of the Malayalam hospital anxiety & depression scale (HADS) in cancer patients", Indian J Med Res. 122 (5), tr. 395-9.

9. J. Skarstein và các cộng sự (2000), "Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire", J Psychosom Res. 49 (1), tr. 27-34.

10. M. Sellick và A. D. Edwardson (2007), "Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale", Psychooncology. 16 (6), tr. 534-42.

11. Mackenzie L. J. và các cộng sự (2013), "Psychological distress in cancer patients undergoing radiation therapy treatment", Support Care Cancer. 21 (4), tr. 1043-51.

12. Paulo Roberto Santos (2011). Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil.

13. S. Pascoe, S. Edelman và A. Kidman (2000), "Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals", Aust N Z J Psychiatry. 34 (5), tr. 785-91.

14. T.V. Dung, B.T.Quyen, N.T.Do (2019). Anxiety among inpatients with cancer: Findings

from a Hospital -Based cross-sectional study in Vietnam. Cancer Control. Vol 26:34-41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2017 - 2018

EVALUATION OF BASIC NURSING MANAGEMENT PROGRAMME AT THE VIET TIEP HOSPITAL,
HAI PHONG 2017 - 2018

LÊ VĂN MẠNG¹, ĐẶNG THỊ MINH THU²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chương trình đào tạo Quản lý điều dưỡng cơ bản tại Trung tâm Đào tạo - Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp Hải Phòng năm 2017- 2018

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu và nghiên cứu hồi cứu trên 148 học viên trong 5 khóa đào tạo đang làm việc tại 34 cơ sở y tế đến học tại Trung tâm Đào tạo - Chỉ đạo tuyến năm 2017 - 2018. Số liệu thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền để đánh giá chương trình (giảng viên, tài liệu học tập, tổ chức quản lý) và hài lòng, khả năng áp dụng chương trình sau khóa học.

Kết quả:

+ Mục tiêu, nội dung chương trình đào tạo phù hợp và cần thiết. Đội ngũ giảng viên có trình độ, kỹ năng và kinh nghiệm tốt. Công tác tổ chức, quản lý khóa học đạt yêu cầu[4].

+ Tỷ lệ khá trước đào tạo là (3,4%), sau khóa học tỷ lệ khá, giỏi là 98%.

+ Trên 90% học viên áp dụng được chương trình đào tạo vào công tác của mình, tuy nhiên còn yếu kém về lĩnh vực nghiên cứu điều dưỡng.

+ Sự hài lòng: Sự hài lòng của học viên về tính chủ động, kỹ năng ủy quyền, kỹ năng giải quyết vấn đề, tính tự tin và năng lực sắp xếp tổ chức và điều hành công việc dao động từ 70 đến 85%. 50% học viên chưa hài lòng với bản thân họ trong nghiên cứu điều dưỡng và kỹ năng đào tạo.

Kiến nghị: Hoàn thiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác đào tạo, tăng cường thời lượng đào tạo về nghiên cứu điều dưỡng, thực hành các kỹ năng quản lý và mở thêm các khóa đào tạo liên tục cho ĐDT về dinh dưỡng tiết chế, kiểm soát nhiễm khuẩn, kỹ năng mềm để đáp ứng nhu cầu công việc trong thời kỳ đổi mới và hội nhập.

Từ khóa: điều dưỡng trưởng, quản lý điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: To assess the results of the Basic Nursing Management training program at the Training and Direction Center of the Viet Tiep Hai Phong Friendship Hospital 2017-2018

Methodology: Cross-sectional study conducted on 148 participants attending 5 training basic nursing management courses organized by the Training-Direction Center in 2017-2018. Those participants were currently working at 34 health facilities. Data collected using self-administered questionnaires to evaluate the program (lecturers, learning materials, management organizations) and satisfaction, ability to apply the program after the course.

Result:

+ Objectives and contents of the training program were assessed as appropriate and necessary. Course teacher were considered good qualifications, skills and experienced. The

1 TTĐTCDT Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp
SĐT: 0919124189; email: levan_mang@yahoo.com

2 ĐDT Sở Y tế Hải Phòng

Ngày nhận bài phản biện: 03/12/2019

Ngày trả bài phản biện: 05/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

organization and management of the course met the requirements.

+ The rating at good level before training was 3.4% and increased up to 98%.

+ More than 90% of participants had applied the training program to their work but still lack confidence in doing nursing research.

+ Satisfaction: The satisfaction of participants with their autonomy, delegation skill, problem solving skills, confidence and organizational capacity at work ranged from 70-85%. But 50% of the participants were not satisfied with themselves in doing nursing research.

Recommendations: Improve facilities, equipment for training, increase training time for the subject of nursing research, management skills, and organize continuing training courses for nurse manager on nutrition, infection control, soft skills to meet their requirements of work in the period of innovation and integration.

Keywords: nurse manager, nursing management

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng trưởng (ĐDT) có vai trò quan trọng trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân vì họ là người kết nối sự định hướng, mục tiêu, nhiệm vụ của tổ chức với người cung cấp dịch vụ chăm sóc hàng ngày cho người bệnh[5]. Với mục tiêu đào tạo được đội ngũ ĐDT có đủ năng lực về quản lý trong lĩnh vực điều dưỡng nhằm phát triển, nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, đáp ứng yêu cầu đổi mới và hội nhập quốc tế[2]. Hiện nay có rất nhiều cơ sở đào tạo Quản lý điều dưỡng cơ bản (QLĐDCB) nhưng chưa có nghiên cứu nào tại Hải Phòng nghiên cứu, đánh giá một cách có hệ thống và khách quan về lĩnh vực này cũng như mức độ hài lòng của người sử dụng chương trình. Để nâng cao chất lượng đào tạo, nghiên cứu này tiến hành nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả chương trình đào tạo Quản lý điều dưỡng cơ bản tại Trung tâm Đào tạo - Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2017 - 2018.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 148 học viên là ĐDT đến từ 34 đơn vị đã tham gia khóa đào tạo QLĐDCB tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ năm 2017 - 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu và nghiên cứu hồi cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá năng lực kiến thức đầu và cuối khóa học bằng bộ test.

- Lượng giá quá trình học, lượng giá cuối khóa.

- Đánh giá kiến thức, kỹ năng, thái độ học viên sau khóa học.

- Khảo sát sự hài lòng và khả năng áp dụng sau khóa học bằng bộ câu hỏi tự điền.

- Khảo sát nhu cầu cần thiết về các chương trình đào tạo liên tục cho ĐDT.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá về chương trình đào tạo

Khảo sát 148 học viên cho thấy chủ yếu ở nhóm tuổi 31- 40 (68,9%), tỷ lệ nữ/nam = 6/1. Trình độ chuyên môn trước khi tuyển dụng chủ yếu là đại học và cao đẳng 63,5%, có 2,0% sau đại học, tại thời điểm hiện tại tất cả đều có trình độ từ cao đẳng trở lên; có 45,9% làm quản lý từ 5-10 năm.

Bảng 3.1. Đánh giá mục tiêu khóa đào tạo (n = 148)

TT	Nội dung	Có	Không
		n (%)	n (%)
1	Sự cần thiết của khóa học	148 (100)	0 (0,0)
2	Đáp ứng được nhu cầu	140 (94,6)	8 (5,4)
3	Chương trình phù hợp	136 (91,9)	12 (8,1)
4	Ứng dụng được trong công việc hiện làm	142 (95,9)	6 (4,1)

Nhận xét: Có 100% học viên cho thấy sự cần thiết của khóa học. Trên 90% học viên cho thấy khóa học đáp ứng được nhu cầu trong công việc hiện làm.

Bảng 3.2. Đánh giá chất lượng giảng viên (n = 148)

TT	Nội dung	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Chưa tốt n (%)
1	Công tác chuẩn bị bài giảng	108 (73,0)	37 (25,0)	3 (2,0)	0 (0)
2	Khả năng sư phạm	112 (75,7)	32 (21,6)	4 (2,7)	0 (0)
3	Trình độ chuyên môn	123 (83,1)	25 (16,9)	0 (0)	0 (0)
4	Nhiệt tình	102 (68,9)	46 (31,1)	0 (0)	0 (0)

Nhận xét: Khoảng 70 - 80% học viên đánh giá giảng viên có chất lượng rất tốt, chỉ có khoảng 2% đánh giá công tác chuẩn bị bài và khả năng sư phạm của giảng viên ở mức trung bình.

Bảng 3.3. Đánh giá công tác tổ chức và quản lý khóa học (n = 148)

TT	Nội dung	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Chưa tốt n (%)
1	Thời gian học phù hợp	97 (65,5)	31 (21,0)	16 (10,8)	4 (2,7)
2	Phương tiện giảng dạy phù hợp, đầy đủ	36 (24,3)	101 (68,3)	11 (7,4)	0 (0)
3	Tài liệu học tập đầy đủ, có giá trị thực tiễn	134 (90,5)	14 (9,5)	0 (0)	0 (0)
4	Tác phong chuyên nghiệp	50 (33,9)	95 (64,1)	3 (2,0)	0 (0)
5	Hỗ trợ liên quan học tập	81 (54,7)	62 (41,9)	5 (3,4)	0 (0)

Nhận xét: Đa số học viên tham gia khóa học đều đánh giá tốt và rất tốt về công tác tổ chức, quản lý khóa học. Có 13,5% học viên thấy thời gian học chưa phù hợp. Còn tỷ lệ 2,0 - 7,4% học viên cho rằng phương tiện, tác phong và hỗ trợ liên quan đến học tập còn đạt ở mức trung bình.

Bảng 3.4. Kết quả kiến thức của học viên trong quá trình đào tạo (n = 148)

TT	Đánh giá kiến thức	Đầu vào n (%)	Đầu ra n (%)
1	Giỏi	0 (0,0)	113 (76,4)
2	Khá	5 (3,4)	32 (21,6)
3	Trung bình	28 (18,9)	3 (2,0)
4	Yếu/kém	115 (77,7)	0 (0,0)

Nhận xét: Tỷ lệ khá trước đào tạo là (3,4%), sau khóa học tỷ lệ khá và giỏi đạt 98%.

3.2. Khả năng áp dụng và sự hài lòng của học viên trong công việc sau hoàn thành khóa học

Bảng 3.5. Mức độ áp dụng kiến thức, kỹ năng sau khóa học (n = 148)

TT	Nội dung	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Chưa tốt n (%)
1	Kiến thức	36 (24,3)	96 (64,8)	13 (8,9)	3 (2,0)
2	Kỹ năng	65 (43,9)	69 (46,6)	10 (6,8)	4 (2,7)

Nhận xét: Hầu hết học viên áp dụng tốt và rất tốt kiến thức, kỹ năng sau khi học. Còn khoảng 10% học viên áp dụng ở mức trung bình và chưa tốt.

Bảng 3.6. Kết quả áp dụng các lĩnh vực quản lý sau khóa học của học viên n = 148

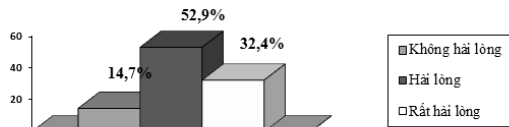
TT	Nội dung	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Chưa tốt n (%)
1	Kỹ năng quản lý cơ bản	54 (36,5)	71 (48,0)	19 (12,8)	04 (2,7)
2	Kỹ năng giao tiếp và đạo đức nghề nghiệp	82 (55,4)	48 (32,4)	18 (12,2)	00
3	Kỹ năng đào tạo và phát triển năng lực	41 (27,7)	65 (43,9)	32 (21,6)	10 (6,8)
4	Quản lý chất lượng CS và an toàn người bệnh	54 (36,5)	67 (45,3)	19 (12,8)	08 (5,4)
5	Nghiên cứu ĐD và thực hành dựa vào bằng chứng	03 (2,0)	22 (14,9)	27 (18,2)	96 (64,9)

Nhận xét: Chỉ có 16,9% học viên sau học áp dụng tốt nghiên cứu điều dưỡng trong thực hành, các lĩnh vực quản lý khác học viên áp dụng tốt trên 80%.

Bảng 3.7. Mức độ hài lòng của HV về năng lực nghiệp vụ sau khóa học n = 148

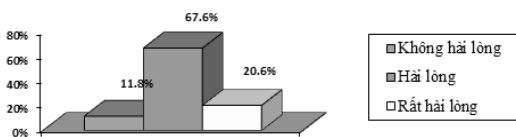
TT	Kỹ năng	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)
1	Kỹ năng lập kế hoạch	39 (26,4)	109 (73,6)
2	Kỹ năng giải quyết vấn đề	33 (22,3)	115 (77,7)
3	Điều hành tổ chức	26 (17,6)	122 (82,4)
4	Kỹ năng kiểm tra, giám sát, đánh giá	32 (21,6)	116 (78,4)
5	Kỹ năng làm việc nhóm	27 (18,2)	121 (81,8)
6	Kỹ năng ủy quyền	48 (32,3)	100 (67,7)

Nhận xét: Khoảng 27-32% học viên không hài lòng về các kỹ năng quản lý, đặc biệt với kỹ năng ủy quyền và lập kế hoạch.



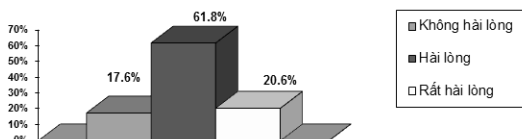
Biểu đồ 3.1. Mức độ hài lòng về tính tự tin trong công việc của HV sau khóa học (n = 148)

Nhận xét: Có 14,7% học viên chưa hài lòng với tính tự tin của mình sau khóa học.



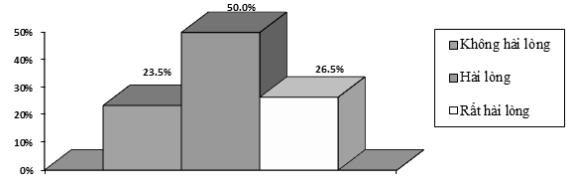
Biểu đồ 3.2. Mức độ hài lòng về hiểu biết chức trách, nhiệm vụ của HV sau khóa học

Nhận xét: Mức độ không hài lòng học viên về hiểu biết chức trách, nhiệm vụ chiếm 11,8%.



Biểu đồ 3.3. Mức độ hài lòng về năng lực sắp xếp tổ chức, điều hành của học viên sau khóa học (n = 148)

Nhận xét: Có 17,6% học viên không hài lòng về năng lực sắp xếp tổ chức và điều hành công việc tại đơn vị.



Biểu đồ 3.4. Mức độ hài lòng về tính chủ động của học viên sau khóa học

Nhận xét: Có 23,5% học viên không hài lòng về tính chủ động của học viên.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá về chương trình đào tạo

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình đào tạo QLĐDCB cho các ĐDT trong các cơ sở y tế theo quy định của Bộ Y tế [1], [3] là rất cần thiết, nhằm trang bị cho các ĐDT có kiến thức, kỹ năng và thái độ tốt phục vụ công việc hàng ngày tại đơn vị. Trong 2 năm (2017-2018), tại đơn vị đào tạo có tất cả 162 học viên của 05 khóa tập huấn; trong đó có 148 học viên đang đảm nhiệm công tác quản lý điều dưỡng tại 34 cơ sở y tế tại Hải Phòng, Quảng Ninh và Hải Dương. Kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ của học viên khi tham gia khóa đào tạo chủ yếu là đại học và cao đẳng (63,5%). Theo quy định, tiêu chuẩn bổ nhiệm ĐDT phải có tối thiểu 5 năm kinh nghiệm làm việc và phải có trình độ từ cao đẳng trở lên[5]. Tuy nhiên vẫn còn 34,5% ĐDT có trình độ trung cấp là do các cơ sở khám, chữa bệnh đang trong lộ trình thực hiện quy hoạch cán bộ, các ĐDT trong thời gian hoàn thiện các tiêu chí bổ nhiệm chức danh [Theo điều tra của Hội Điều dưỡng Việt Nam năm 2007, ĐDT có trình độ trung học 84,8%, cao đẳng 7,2%, Đại học 7,8% và sau đại học 0,2%]. Học viên tham gia công tác quản lý điều dưỡng có thâm niên từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 45,9% [quản lý điều dưỡng được đào tạo chiếm 37,8%], điều này chứng tỏ rằng các cơ sở y tế khi có quyết định bổ nhiệm chức danh ĐDT chưa quan tâm, chú trọng đến việc quy hoạch cán bộ, các tiêu chuẩn bổ nhiệm chức danh ĐDT theo như quy định của Bộ Y tế để có kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng. Chương trình đào tạo quản lý điều dưỡng cơ bản đã được Bộ Y tế

phê duyệt gồm có 5 chủ đề, có những chủ đề cập nhật với xu hướng quản lý thời kỳ đổi mới chưa được đào tạo trong chương trình học ở trường khối ngành sức khỏe. Vì vậy khi bắt đầu tham gia khóa học, học viên còn bỡ ngỡ, nhiều hạn chế và chưa tự tin.

+ Đánh giá mục tiêu khóa đào tạo: Dựa vào đánh giá quá trình và cuối khóa học của học viên, có 86,5% học viên cho thấy sự cần thiết của khóa học, trên 90% học viên cho thấy khóa học đáp ứng được nhu cầu, phù hợp chương trình và ứng dụng được trong công việc hiện làm. Nội dung khóa đào tạo là rất cần thiết và sát với thực tế công việc tại các cơ sở y tế.

+ Đánh giá công tác giảng viên: Đa số (70-80%) học viên tham gia khóa học đều đánh giá cao về công tác chuẩn bị bài giảng và phương pháp truyền đạt kiến thức, kỹ năng và thái độ của giảng viên. Đội ngũ giảng viên tham gia khóa đào tạo đều là những chuyên gia, giảng viên TOT về quản lý điều dưỡng và có chứng chỉ sư phạm y học [4] có nhiều năm kinh nghiệm giảng dạy, đồng thời chúng tôi có lượng giá phản hồi của học viên sau từng khóa học để nâng cao chất lượng đội ngũ giảng viên.

+ Đánh giá công tác tổ chức, quản lý khóa học: Đa số học viên tham gia khóa học đều đánh giá tốt và rất tốt về công tác tổ chức, quản lý khóa học. Khoảng 10% học viên thấy thời gian học, phương tiện, tác phong và hỗ trợ liên quan đến học tập chưa phù hợp. Điều này phù hợp với tình hình thực tế là do các học viên đến từ các tỉnh, các đơn vị khác nhau. Bên cạnh đó do nhu cầu, hoàn cảnh và đặc thù công việc của các học viên nên sắp xếp các buổi tập huấn cuối tuần cũng là hạn chế nhất định trong công tác tổ chức và đào tạo.

+ Đánh giá kết quả kiến thức học viên trong quá trình đào tạo: Tỷ lệ khá trước đào tạo là (3,4%) sau khóa học tỷ lệ khá, giỏi đạt 98%. Chúng tôi, trước khóa học các học viên có người đã là ĐDT nhưng chưa có kiến thức về công tác quản lý mà chỉ làm theo học hỏi kinh nghiệm của người đi trước hoặc tự làm, khó khăn đến đâu thì tháo gỡ đến đó. Sau khóa học, tỷ lệ khá giỏi tăng lên đáng kể, chứng tỏ khóa học rất hữu ích đối với các học viên trong công tác quản lý điều dưỡng.

4.2. Khả năng áp dụng và sự hài lòng của HV trong công việc sau hoàn thành khóa học

+ Mức độ áp dụng kiến thức, kỹ năng, đã học vào công việc sau khóa học: Học viên đa số áp dụng tốt và rất tốt kiến thức (89,1%), kỹ năng (90,5%) đã được học trong nội dung chương trình quản lý điều dưỡng cơ bản vào công việc quản lý của mình.

+ Mức độ áp dụng các nội dung trong chương trình đào tạo vào công việc quản lý: Trên 80% học viên áp dụng tốt các lĩnh vực quản lý trong công việc của mình. Riêng lĩnh vực nghiên cứu điều dưỡng chỉ có 16,9% học viên áp dụng được. Lĩnh vực nghiên cứu khoa học là một lĩnh vực rất quan trọng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và quản lý nhưng nó vẫn còn mới, non trẻ đối với ngành điều dưỡng ở Việt Nam.

+ Mức độ hài lòng của học viên sau khóa học: Có 20 kỹ năng cơ bản của người ĐDT trong chương trình đào tạo QLĐDCB. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao (50%) học viên không hài lòng về áp dụng nghiên cứu điều dưỡng và thực hành dựa vào bằng chứng, các lĩnh vực khác mức độ hài lòng từ 5,9% đến 17,6%. Có khoảng 20-30% học viên không hài lòng về tính chủ động trong công tác, các kỹ năng quản lý đặc biệt với kỹ năng ủy quyền và giải quyết vấn đề. Khoảng 15% học viên chưa hài lòng với tính tự tin và năng lực sắp xếp tổ chức và điều hành công việc tại đơn vị của học viên sau khi tham gia khóa học. Kết quả trên cũng phù hợp với thực tế của các học viên tham gia khoa đào tạo QLĐDCB bởi vì trong khảo sát này hầu hết học viên trẻ, trình độ chuyên môn không đồng đều, chưa có nhiều kinh nghiệm làm quản lý trong khi đặc thù công việc đòi hỏi cao.

Khi khảo sát nguyện vọng của học viên về công tác đào tạo liên tục cho các ĐDT:

Trên 80% học viên cho rằng cần tham gia các khóa học quản lý điều dưỡng nâng cao; chăm sóc nâng cao, kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng tiết chế, quản lý chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh, kỹ năng tin học, ngoại ngữ, kỹ năng mềm. Điều dưỡng trưởng muốn hoàn thành xuất sắc công việc của mình cần phải tham gia các khóa đào tạo cần thiết để bổ sung và nâng cao năng lực chuyên môn, nghiệp vụ để đáp ứng được nhu cầu của nhà sử dụng, nhu cầu của người bệnh và nhu cầu xã hội trong thời kỳ hội nhập.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đánh giá kết quả chương trình đào tạo QLDD cơ bản tại BVHN Việt Tiếp Hải Phòng năm 2017 - 2018.

- 05 khóa QLDD cơ bản, gồm 148 ĐDT đến từ 34 đơn vị.

- Nam/nữ tỷ lệ 1/6, tuổi thấp nhất là 25 và cao nhất là 50 tuổi; độ tuổi 31-40 tuổi (68,9%).

- Trình độ chuyên môn chủ yếu là ĐH và CĐ, có 2% là sau đại học.

- Mục tiêu, nội dung chương trình đào tạo là phù hợp và cần thiết. Đội ngũ giảng viên có trình độ, kỹ năng và kinh nghiệm tốt. Công tác tổ chức, quản lý khóa học đạt yêu cầu.

- Tỷ lệ khá trước đào tạo là (3,4%), sau khóa học tỷ lệ khá và giỏi tăng lên 98%.

5.2. Khảo sát khả năng áp dụng và sự hài lòng của học viên trong công việc sau khi tham gia khóa đào tạo

+ Trên 90% học viên áp dụng được chương trình đào tạo vào công tác của mình, tuy nhiên còn yếu kém về lĩnh vực nghiên cứu điều dưỡng và đào tạo.

+ Sự hài lòng: Còn tỷ lệ cao (50%) học viên chưa hài lòng về lĩnh vực nghiên cứu điều dưỡng, 15-30% học viên chưa hài lòng về tính chủ động[1], kỹ năng ủy quyền, kỹ năng giải quyết vấn đề, tính tự tin và năng lực sắp xếp tổ chức và điều hành công việc.

6. KHUYẾN NGHỊ

1. Về các cơ sở đào tạo

Hoàn thiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác đào tạo, tăng cường thời lượng đào tạo về nghiên cứu điều dưỡng, phương pháp giảng dạy, thực hành các kỹ năng quản lý và mở thêm các khóa đào tạo liên tục cho ĐDT để đáp ứng nhu cầu công việc trong thời kỳ đổi mới và hội nhập.

2. Về các cơ sở y tế:

- Đối với học viên: Áp dụng các kiến thức, kỹ năng đã học vào công việc tại đơn vị. Cam kết thực hiện những đổi mới sau khóa học.

- Đối với Lãnh đạo cơ sở: Tiếp tục hỗ trợ cho các ĐDT tham gia các khóa học nâng cao và kỹ năng mềm.

- Có chứng chỉ QLDD cơ bản là một trong những tiêu chí cần thiết khi quy hoạch hoặc bổ nhiệm chức danh ĐDT của các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), "Chức năng, nhiệm vụ, vai trò của người Điều dưỡng", Điều dưỡng trưởng, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

2. Bộ Y tế (2012), "Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam". Ban hành kèm theo Quyết định số 1352/QĐ-BYT.

3. Bộ Y tế (2012), Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực quản lý điều dưỡng.

4. Bộ Y tế (2013), Thông tư số: 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013, của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, chủ biên, Bộ Y tế.

5. Bộ Y tế (2013), Chương trình hành động quốc gia tăng cường công tác điều dưỡng, hộ sinh giai đoạn từ nay đến năm 2020 (Ban hành kèm theo Quyết định số 1215/QĐ-BYT ngày 12 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN NĂM 2019

ASSESSMENT OF DEPRESSION IN CANCER PATIENTS AT LANG SON GENERAL
HOSPITAL IN 2019

LƯƠNG VĂN QUÝ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ, mức độ trầm cảm và xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ trầm cảm của bệnh nhân ung thư tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa Lạng Sơn năm 2019.

Phương pháp: Sử dụng dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, 151 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Số liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi tự điền và thang điểm của Beck (BDI).

Kết quả: 74,8% bệnh nhân ung thư được chẩn đoán mắc bệnh trầm cảm, bao gồm 16,8% trầm cảm nhẹ, 49% trầm cảm vừa và trầm cảm nặng 9%. Trầm cảm cao nhất trong số những bệnh nhân bị ung thư dạ dày.

Kết luận: Tỷ lệ trầm cảm nhẹ cao nhất ở nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày, chiếm 30,8% và thấp nhất trong nhóm ung thư đại trực tràng là 7,7%. Nhóm ung thư dạ dày cũng có tỷ lệ trầm cảm cao nhất (40%).

Từ khóa: Trầm cảm, ung thư, Lạng Sơn.

ABSTRACT

Objective: To assess the incidence, severity and identify some factors related to depression level of depression in cancer patients at the

*1 Phó Trưởng bộ môn Điều dưỡng - trường Cao đẳng Y tế
Lạng Sơn*

SĐT: 0979525829; email: quy0611@gmail.com

Ngày nhận bài phân biên: 03/12/2019

Ngày trả bài phân biên: 05/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

Center for Oncology, Lang Son General Hospital
in 2019

Method: Using random sampling, 151 patients were eligible for the study. Based on Beck's (BDI) scale.

Results: 74.8% of cancer patients are diagnosed with depression, including 16.8% mild depression, 49% moderate depression and severe depression was found in 9%. Depression was highest among patients with gastric cancer.

Conclusion: The prevalence of mild depression was highest in the group of gastric cancer patients, accounting for 30.8% and the lowest in the colon cancer group was 7.7%. The group of gastric cancer also had the highest rate of depression (40%).

Keywords: Depression, Cancer, Lạng Sơn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm có thể xảy ra ở bất cứ ai, ở mọi lứa tuổi, ở bất kỳ quốc gia hay dân tộc nào. Khi thời gian mắc bệnh kéo dài với mức độ vừa hoặc nặng, trầm cảm gây ra tình trạng sức khỏe nghiêm trọng nhất là trên người bệnh ung thư [2]. Theo thống kê của tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế trong năm 2012, toàn thế giới đã có 14,1 triệu trường hợp mắc mới, 8,2 triệu ca tử vong [9]. Trên thế giới, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh ung thư là trên 70%, tại Viện Quân y 103 là 57,7% với các biểu hiện và mức độ khác nhau [6]. Các triệu chứng thường gặp: khí sắc giảm, nét mặt rất đơn điệu, bệnh nhân mất hết hứng thú và sở thích vốn có của mình, mệt mỏi hay mất năng lượng, chán ăn, khó ngủ, ngủ không sâu hoặc không có khả năng ngủ, khó tập trung,

khó ghi nhớ, hoặc đưa ra quyết định, thậm chí có người bệnh muốn nhanh chóng kết thúc cuộc đời của họ. Chẩn đoán ung thư gây ra sự tuyệt vọng và buồn chán cho người bệnh, nếu không được chăm sóc tâm lý hoặc can thiệp kịp thời có thể dẫn tới trầm cảm. Các bác sỹ và điều dưỡng đều nhận thấy tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân ung thư khiến bệnh cảnh lâm sàng phức tạp hơn, khó điều trị và chăm sóc hơn, nguy cơ tử vong cao hơn. [6,7] Chính vì vậy, phát hiện sớm, điều trị và chăm sóc hội chứng trầm cảm cho người bệnh là điều cần phải quan tâm. Cho nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

Tìm hiểu thực trạng trầm cảm của người bệnh ung thư tại Lạng Sơn năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 151 bệnh nhân được điều trị nội trú đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2019.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn. Đây là cơ sở y tế hàng đầu của đồng bào các dân tộc trung du và miền núi phía bắc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Thu thập số liệu theo mẫu thống nhất.
- Hình thức thu thập số liệu: thực hiện phỏng vấn, khám và đánh giá trực tiếp trên người bệnh.
- Đánh giá trầm cảm.

Sử dụng thang đánh giá trầm cảm rút gọn của BECK (BDI) gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 - 21, mỗi đề mục có 3 câu lựa chọn. Hướng dẫn người bệnh, trong mỗi đề mục chọn ra 1 câu mô

tả gần giống nhất tình trạng mà người bệnh cảm thấy trong 1 tuần. Bệnh nhân hoặc khoa viên tròn vào câu trả lời và không được bỏ sót đề mục nào.

Tổng thang điểm 63 điểm (21 đề mục x 3 điểm).

- Đánh giá kết quả: Cộng điểm cao nhất của từng câu hỏi

Từ 0 đến < 14 điểm: Không có trầm cảm.

Từ 14 đến 19 điểm: Trầm cảm nhẹ.

Từ 20 đến 29 điểm: Trầm cảm vừa.

Từ ≥ 30: Trầm cảm nặng.

- Xử lý số liệu: bằng chương trình tính toán chuyên dụng SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences 22.0)

2.3. Kết quả nghiên cứu

* Đặc điểm của nhóm nghiên cứu: 151 bệnh nhân có tuổi trung bình $55,5 \pm 12,3$. Bệnh nhân nam 59.6%, nữ 40.4%.

* Đặc điểm nơi cư trú của nhóm nghiên cứu (n = 151):

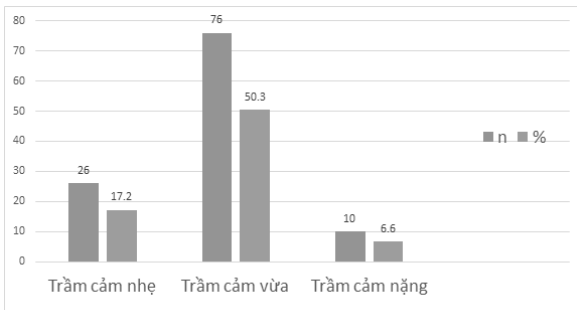
Thành thị: 18 người bệnh (11.6%); nông thôn: 137 người bệnh (88,4%).

Bệnh nhân ở khu vực nông thôn cao hơn khu vực thành thị phù hợp với đặc điểm phân bố dân cư ở Lạng Sơn.

* Đặc điểm nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu (n = 151):

Lao động tay chân: 45 người bệnh (29.0%); lao động trí óc: 17 người bệnh (11.0%); hưu trí và người cao tuổi: 93 người bệnh (60%).

Người bệnh là người cao tuổi và người về hưu chiếm tỷ lệ cao nhất. Người lao động chân tay có tỷ lệ mắc cao hơn người lao động trí óc.



Biểu đồ 3.1. Mức độ biểu hiện trầm cảm của người bệnh ung thư

* Tỷ lệ trầm cảm của người bệnh ung thư là 74,2%. Trong đó mức độ trầm cảm nhẹ 17,2%. Mức độ trầm cảm vừa chiếm tỷ lệ là 50,3%. Mức độ trầm cảm nặng chiếm tỷ lệ thấp là 6,6%.

* Đa phần người bệnh ung thư đang ở giai đoạn muộn với tỷ lệ của giai đoạn 3 và 4 lần lượt là 42,4% và 23,8%. Giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,3%.

* Ung thư dạ dày là căn bệnh phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 26,5%. Ung thư gan và ung thư phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,2% và 15,2%. Ung thư đại/ trực tràng chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 9,3%.

* Người bệnh có thời gian phát hiện ung thư từ dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,0%. Đối tượng nghiên cứu có thời gian phát hiện bệnh trên 1 năm chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 4,6%.

Bảng 3.1. Phân bố mức độ biểu hiện trầm cảm theo trình độ học vấn

Mức độ trầm cảm		Trình độ học vấn			Tổng
		Đại học/ Sau đại học	Trung cấp/ Cao đẳng	Phổ thông	
Trầm cảm nhẹ	n	0	2	24	26,0
	%	0,0	7,7	92,3	100,0
Trầm cảm vừa	n	2	15	59	76,0
	%	2,6	19,7	77,6	100,0
Trầm cảm nặng	n	7	1	2	10
	%	70,0	10,0	20,0	100,0

p = 0.02

Trong các mức độ biểu hiện trầm cảm, nhóm người bệnh trình độ học vấn phổ thông đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là nhóm trung cấp và cao đẳng. Người bệnh có trình độ đại học và sau đại học có tỷ lệ trầm cảm nặng cao hơn các nhóm khác. Người bệnh có trình độ phổ thông có tỷ lệ biểu hiện trầm cảm nhẹ cao hơn các nhóm khác. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 151 người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - BVĐK tỉnh Lạng Sơn từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2019.

Về tuổi, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $55,5 \pm 12,3$, gần tương đồng với một nghiên cứu của Ngô Thị Kim Yến (2016) là 55,0, của Guan Chong là 53,6 [9]. Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 51,0%. Mỗi liên quan giữa tuổi và tỷ lệ ung thư được thể hiện như là mức độ tích lũy và thời gian tiếp xúc với những yếu tố gây ung thư. Điều đó cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh tuổi già, trong đó có bệnh ung thư.

Theo GLOBOCAN 2012 tỷ lệ ung thư chung trên thế giới của nam/nữ là 1.1; tại Việt Nam là 1,3; còn của Nguyễn Kim Lưu (2012) tỷ lệ nam/nữ là 1,7. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nam 59,6%, nữ 40,4%. Giới tính có liên quan rất lớn đến tình trạng trầm cảm của người bệnh ung thư, người phụ nữ tại Lạng Sơn có đặc điểm thường chịu đựng các vấn đề sức khỏe của mình, ít chia sẻ với mọi người, lo lắng cho sức khỏe mọi người trong gia đình hơn là sức khỏe của bản thân. Nam giới thường chủ quan, bỏ qua các triệu chứng của bệnh ung thư. Nghiên cứu khác cần làm rõ hơn các yếu tố ảnh hưởng của giới tính đến tình trạng trầm cảm [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân là người cao tuổi không có lương hưu phải sống dựa vào người khác là 34,4%. Người có lương hưu ít hơn chiếm tỷ lệ 25,8%, lao động chân tay chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,4%. Điều này hoàn toàn phù hợp với độ tuổi mắc bệnh của đối

tượng nghiên cứu. Theo nhiều y văn và nghiên cứu đã chỉ ra rằng yếu tố nguy cơ gây bệnh ung thư bao gồm môi trường lao động công nghiệp và hóa chất. Trong điều trị và chăm sóc có thể phải thay đổi môi trường làm việc để giảm tiến triển của bệnh ung thư [3,4].

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở tình trạng hôn nhân là kết hôn, đang sống chung với vợ hoặc với con cái (65,6%). Kết quả này cũng đúng với các nghiên cứu khác như theo Guan Chong (2016) tỷ lệ kết hôn là 83,5%, Ngô Thị Kim Yến (2016) là 81% [9]. Số người mất vợ/chồng chiếm tỷ lệ 24,5%, ly hôn 7,9% và chưa có gia đình riêng chiếm tỷ lệ nhỏ nhất 2,0%. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng bệnh nhân trong tình trạng kết hôn và sống với người thân có tinh thần khỏe mạnh, được chăm sóc và chất lượng cuộc sống tốt hơn ở những người sống độc thân, ly hôn. Tình trạng hôn nhân có mối liên quan rất lớn đến trầm cảm, nhóm ly hôn có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn các nhóm khác. Trong chăm sóc điều dưỡng cần quan tâm hơn đến nhóm người bệnh này. Thực tế tại Lạng Sơn chúng tôi thấy cần nhóm ly hôn không nhận được chia sẻ từ bạn đời, người bệnh thường ít chia sẻ và tiếp xúc với họ khó khăn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư dạ dày là căn bệnh phổ biến hàng đầu (26,5%), tiếp theo là ung thư gan (21,2%) và ung thư phổi (15,2%). Tại Việt Nam theo Nguyễn Kim Lưu (2012) dạ dày (17,18%), gan (15,2%). Một nguyên nhân khiến ung thư dạ dày, gan vẫn là gánh nặng hàng đầu tại Lạng Sơn do tỷ lệ uống rượu ở nam giới. Mỗi loại ung thư có đặc điểm về sinh lý bệnh khác nhau. Bệnh trầm cảm cũng vì thế mà khác nhau khi biểu hiện trên từng người bệnh. Cần có một nghiên cứu sâu hơn về các điểm khác biệt đó [6]

Người bệnh có thời gian phát hiện ung thư từ dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,0%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Cao Tiến Đức (2012) (41,6%) [1].

Điều này được giải thích là do người bệnh nhân phải nhớ lại thời gian bệnh trong quá khứ nên có thể gặp sai số hoặc đã biết quan tâm đến

bệnh và đi khám sức khỏe khi phát hiện ra vấn đề bất thường. Phát hiện ung thư sớm có ý nghĩa quan trọng vì nó quyết định đến phác đồ điều trị, bệnh nhân có thể chịu liều hóa chất thấp hơn, xạ trị dễ hơn và cuộc phẫu thuật ngắn hơn. Từ đó hiệu quả điều trị cao làm gia tăng cơ hội sống cho người bệnh, ảnh hưởng tích cực đến tình trạng trầm cảm cho người bệnh. Trong giáo dục sức khỏe cần chú ý tư vấn bệnh nhân tích cực điều trị và tìm dấu hiệu trầm cảm, sau xuất viện tái khám định kỳ theo lịch nhằm phát hiện sớm nguy cơ tái phát khối u.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hội chứng trầm cảm trên 151 bệnh nhân ung thư, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân ung thư là 74,2%, trong đó 49% mức độ vừa, 9% mức độ nặng và 16,8% mức độ nhẹ
- Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai muộn, giai đoạn III và IV là cao nhất chiếm 69,7%.
- Theo thời gian phát hiện bệnh giai đoạn sớm dưới 3 tháng, tỷ lệ không mắc trầm cảm cao 49,1%. Điều này được giải thích do bệnh nhân mới đón nhận chẩn đoán mắc ung thư, thay đổi trong lối sống hàng ngày, những gánh nặng từ việc điều trị bệnh... Ngược lại, thời gian phát hiện bệnh ung thư càng lâu trên 12 tháng tỷ lệ trầm cảm thấp 5,2% do bệnh nhân đã tìm hiểu được một số kiến thức nhất định và làm quen với việc điều trị và ổn định dần về tâm lý.
- Ung thư phổi có số người mắc cao và tỷ lệ trầm cảm là cao nhất 26,5%. Đây là căn bệnh nặng, có tỷ lệ tử vong cao, thời gian phát hiện thường ở giai đoạn muộn nên ảnh hưởng nhiều tới tâm lý người bệnh.

6. KIẾN NGHỊ

* Công tác thực hành điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu tìm ra tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh ung thư là rất cao. Do vậy, thực hành

điều dưỡng cần chú trọng vào các lĩnh vực hỗ trợ tâm lý, quan tâm và có can thiệp kịp thời để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Đặc biệt là lưu ý những người bệnh giai đoạn nặng, thu nhập thấp, mắc các loại ung thư gan, dạ dày/ thực quản vì đây là những đối tượng có nguy cơ có mắc trầm cảm cao hơn.

Trong công tác chăm sóc cần lồng ghép giáo dục sức khỏe phòng chống trầm cảm tại các buổi họp hội đồng người bệnh.

* Khoa Ung bướu và Y học hạt nhân

Đặc biệt quan tâm hơn nữa đến công việc chăm sóc tinh thần cho người bệnh của điều dưỡng viên. Nâng cao nhận thức của người điều dưỡng về chăm sóc tâm lý cho người bệnh và tính công chăm sóc cho điều dưỡng khi họ làm việc này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Tiến Đức (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu và trầm cảm trên người bệnh ung thư dạ dày”, *Tạp chí Tâm thần học*. 2 (787).
2. Nguyễn Bá Đức (2007), Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 9-19.
3. Nguyễn Văn Hiếu (2015), Ung thư học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 22-25.
4. Bùi Quang Huy (2016), Rối loạn trầm cảm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 33-103.
5. Nguyễn Thị Thúy Linh (2015), Thực trạng lo âu, trầm cảm và nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội của người bệnh ung thư vú điều trị tại một số bệnh viện ở Hà Nội năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Kim Lưu và Dương Trung Kiên (2015), “Nghiên cứu hội chứng trầm cảm ở bệnh nhân ung thư mới được phát hiện”, *Tạp chí Y dược học Quân sự*.
7. Phùng Phương, Nguyễn Văn Cầu và Nguyễn Trần Thúc Huân (2005), Ung thư đại cương, Nhà xuất bản Y học.
8. Jacques Ferlay và các cộng sự. (2015), “Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012”, *International journal of cancer*. 136 (5).
9. Guan Chong Ng, Mohamed Salina, Sulaiman Ahmad Hatim et al (2017). Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping, *Journal of religion and health*. 56 (2), p. 575-590.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẢI TIẾN LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC TẠI 07 KHOA LÂM SÀNG HỆ NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2019

EVALUATION OF THE RESULTS OF NURSING CARE PLANNING IMPROVEMENT AT 07
SURGICAL CLINICAL DEPARTMENTS AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

NGUYỄN THỊ THU LIÊN¹, HÀ THỊ BÍCH LIÊN²,
ĐỖ VĂN TRỰC²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng về thái độ, kiến thức và thực hành của điều dưỡng trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tại 07 khoa lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ; (2) Đánh giá sau can thiệp về thái độ, kiến thức, thực hành của điều dưỡng trong việc thực hiện lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tại 07 khoa lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng (dạng nghiên cứu trước-sau). Mô tả thực trạng lập kế hoạch chăm sóc của 83 điều dưỡng của 07 khoa, đơn vị lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ tháng 3 năm 2019, can thiệp lập kế hoạch chăm sóc cho 83 điều dưỡng trên từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2019. Công cụ được sử dụng trong nghiên cứu này gồm ba phần: Phiếu khảo sát về thái độ của điều dưỡng khi lập kế hoạch chăm sóc, bộ câu hỏi về kiến thức lập kế hoạch chăm sóc, bảng kiểm đánh giá ghi kế hoạch chăm sóc.

Kết quả nghiên cứu: Trước can thiệp: Tỷ lệ điều dưỡng đánh giá việc lập kế hoạch chăm sóc là quan trọng hoặc rất quan trọng là 100%; tỷ lệ điều dưỡng đánh giá phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” của bệnh viện còn phù hợp là 95,2%; điểm trung bình về kiến thức lập

kế hoạch chăm sóc là 53,7; điểm trung bình thực hành lập kế hoạch chăm sóc là 72,3. Sau can thiệp đào tạo lại lập kế hoạch chăm sóc, kiến thức và thực hành lập kế hoạch chăm sóc của điều dưỡng cải thiện rõ rệt, điểm trung bình về kiến thức lập kế hoạch chăm sóc là 83,5, điểm trung bình thực hành lập kế hoạch chăm sóc là 87,7.

Từ khóa: Điều dưỡng, quy trình điều dưỡng, lập kế hoạch chăm sóc, phiếu chăm sóc.

ABSTRACT

Objectives: (1) To describe the reality of nurses' attitude, knowledge and practice on patient care planning at 07 surgical clinical departments at Phu Tho Provincial General Hospital. (2) To evaluate nurses' attitude, knowledge and practice after patient care plan educating intervention at 07 surgical clinical departments at Phu Tho Provincial General Hospital.

Methodology: Non-controlled interventional study (before and after study). Description of the reality of 83 nurses' care planning at 07 surgical clinical departments and units at Phu Tho Provincial General Hospital in March 2019, interventions in care planning for 83 nurses from June to August 2019. Three tools used in this study consist of: A survey of nurses' attitudes about care planning, a set of questions about care planning knowledge, and an evaluation checklist of care planning.

Results: Before the intervention: The rate of nurses assessing whether care planning is important or very important was 100%; The rate of nurses evaluating the hospital's plan/ record of

1 ThS., Trưởng phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ
SĐT: 0974876555; email: thulien1975@gmail.com

2 Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Ngày nhận bài phản biện: 04/12/2019

Ngày trả bài phản biện: 06/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 25/12/2019

patient care was still appropriate was 95.2%; the average score on knowledge about care planning was 53,7; The average score of care planning practice was 72,3. After the intervention in care planning retraining, the knowledge and practice of nurses' care planning improved obviously, the average score of knowledge about care planning was 83,5, the average score of care planning practice was 87,7.

Keywords: Nurses, nursing process, care planning, care slips.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quy trình điều dưỡng là một quy trình bao gồm nhiều bước mà người điều dưỡng phải trải qua gồm hàng loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước để hướng đến kết quả chăm sóc người bệnh mà mình mong muốn [3]. Trong công tác chăm sóc điều dưỡng ở nước ta, theo tổ chức WHO xác định về chức năng nhiệm vụ của điều dưỡng ở các nước phát triển gồm 3 chức năng: chức năng chủ động, chức năng phụ thuộc và chức năng phối hợp [3]. Thực hiện quy trình chăm sóc là một hoạt động chính của điều dưỡng, tất cả hoạt động này được ghi vào phiếu chăm sóc. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo rằng phiếu chăm sóc được thực hiện theo quy trình điều dưỡng [1], [4], và việc sử dụng quy trình điều dưỡng đã được chứng minh là cải thiện sự tuân thủ pháp luật và tính đầy đủ của hồ sơ điều dưỡng. Đồng thời, các nghiên cứu cũng đã báo cáo sự không đầy đủ trong phiếu chăm sóc theo quy trình [1]. Quy trình điều dưỡng gồm 5 bước: nhận định, chẩn đoán điều dưỡng, lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc và lượng giá [5]. Tại Việt Nam ở các bệnh viện hiện nay việc lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh chưa được triển khai đồng bộ và chưa có sự thống nhất trong hệ thống các bệnh viện. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ đã tiến hành cải tiến phiếu chăm sóc của điều dưỡng từ năm 2009, đến tháng 4 năm 2017 tiếp tục cải tiến mẫu ghi phiếu chăm sóc lần thứ 2 với việc đưa nội dung lập kế hoạch chăm sóc vào phiếu chăm sóc người bệnh, đặt tên phiếu là “Kế hoạch/phiếu chăm sóc

người bệnh”. Việc triển khai lập kế hoạch chăm sóc được tiến hành thí điểm một số khoa đại diện cho các chuyên khoa nội, ngoại, sản nhi. Qua một thời gian triển khai thực hiện, bệnh viện tổ chức đánh giá tính khả thi của phiếu kế hoạch chăm sóc và phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” được triển khai trong toàn viện kể từ tháng 11 năm 2017. Tuy nhiên việc thực hành lập kế hoạch chăm sóc tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ còn nhiều hạn chế. Đặc biệt tại các khoa lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ còn rất nhiều hạn chế trong việc lập kế hoạch chăm sóc. Từ những tồn tại trên, chúng tôi đã quyết định thực hiện cải tiến lập kế hoạch chăm sóc tại 07 khoa, đơn vị lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ và thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: (1) Mô tả thực trạng về thái độ, kiến thức và thực hành của điều dưỡng việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tại 07 khoa lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ; (2) Đánh giá sau can thiệp về kiến thức, thực hành của điều dưỡng việc thực hiện lập kế hoạch chăm sóc người bệnh tại 07 khoa lâm sàng hệ Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* Đối tượng

- Điều dưỡng viên trực tiếp tham gia chăm sóc và lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh tại các khoa, đơn vị tham gia nghiên cứu.

- Phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” trong hồ sơ bệnh án đã ra viện với người bệnh chăm sóc cấp 2 tại các khoa, đơn vị tham gia nghiên cứu.

* Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng (dạng nghiên cứu trước-sau).

Quy trình nghiên cứu:

- Khảo sát về thái độ của điều dưỡng (tầm quan trọng của việc lập kế hoạch chăm sóc, tính

phù hợp của mẫu phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc của người bệnh”) vào tháng 3 năm 2019.

- Khảo sát về kiến thức, thực hành của điều dưỡng khi lập kế hoạch chăm sóc vào tháng 3 năm 2019.

- Căn cứ vào thực trạng lập kế hoạch chăm sóc của 07 khoa trên, xây dựng giải pháp can thiệp và quyết định can thiệp bằng cách đào tạo lại về kiến thức và kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc cho điều dưỡng.

- Đào tạo cho giảng viên (Xác định giảng viên: lựa chọn các điều dưỡng trưởng có kinh nghiệm thực hiện giảng dạy. Xây dựng nội dung chi tiết đào tạo: phòng điều dưỡng xây dựng một bài giảng chung về quy trình điều dưỡng và hướng dẫn lập kế hoạch chăm sóc người bệnh, từ đó điều dưỡng trưởng các khoa xây dựng bài giảng phù hợp cho từng chuyên khoa).

- Đào tạo quy trình lập kế hoạch chăm sóc, hướng dẫn lại việc ghi kế hoạch chăm sóc cho 83 điều dưỡng tại 5 khoa lâm sàng chia làm 5 buổi, thời điểm đào tạo tháng 6 năm 2019.

- Đánh giá kết quả về thái độ, kiến thức, thực hành lập kế hoạch chăm sóc sau khi can thiệp vào tháng 8 năm 2019.

*** Mẫu và cách chọn mẫu**

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn 83/93 điều dưỡng viên của 07 khoa, đơn vị lâm sàng hệ ngoại trả lời 166 phiếu khảo sát về thái độ; 166 phiếu test kiến thức lập kế hoạch chăm sóc.

- Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống: Chọn 350/3144 phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” trong hồ sơ bệnh án đã ra viện tại các khoa, đơn vị trên trong tháng 3 và tháng 8 năm 2019.

*** Công cụ và các tiêu chí đánh giá, đo lường**

- Phiếu khảo sát về thái độ của điều dưỡng khi lập kế hoạch chăm sóc gồm 5 câu (đánh giá của điều dưỡng về tầm quan trọng của việc lập kế hoạch chăm sóc, đánh giá về tính phù hợp của phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” của bệnh viện). Khảo sát 83 điều dưỡng của 07 khoa trên trả lời 166 phiếu khảo sát về thái độ của

điều dưỡng khi lập kế hoạch chăm sóc (83 phiếu trước can thiệp, 83 phiếu sau can thiệp).

- Phiếu khảo sát về kiến thức lập kế hoạch chăm sóc của bệnh viện gồm 12 câu hỏi đánh giá kiến thức lập kế hoạch chăm sóc (đã được thông qua trong nhóm cải tiến lập kế hoạch chăm sóc năm 2019 của bệnh viện), mỗi câu 8,3 điểm. Khảo sát trên 83 điều dưỡng của 07 khoa trên trả lời 166 phiếu câu hỏi trên (83 phiếu trước can thiệp, 83 phiếu sau can thiệp) từ đó nhóm nghiên cứu chấm điểm theo thang điểm 100, tính trung bình điểm từng khoa sau đó so sánh kết quả trước và sau đào tạo.

- Bảng kiểm đánh giá ghi kế hoạch chăm sóc (đã được thông qua trong nhóm cải tiến lập kế hoạch chăm sóc năm 2019 của bệnh viện) gồm 15 tiêu chí, mỗi tiêu chí tương ứng từ 4-7 điểm (đánh giá thủ tục hành chính, nhận định người bệnh, nhận định các vấn đề cần chăm sóc của người bệnh, xác định vấn đề ưu tiên chăm sóc, đánh giá lại người bệnh sau thực hiện chăm sóc...). Các điều dưỡng trưởng ở các khoa tham gia cải tiến chấm chéo 350 phiếu “Kế hoạch/phiếu chăm sóc người bệnh” trước và sau đào tạo (175 phiếu vào tháng 3 năm 2019, 175 phiếu vào tháng 8 năm 2019) theo thang điểm 100, tính trung bình điểm từng khoa sau đó so sánh kết quả trước và sau đào tạo.

*** Các bước đo lường**

Phần 1: Khảo sát về nhân khẩu học của điều dưỡng viên như tuổi, giới tính, trình độ học vấn.

Phần 2: Khảo sát về thái độ của điều dưỡng viên khi lập kế hoạch chăm sóc.

Phần 3: Khảo sát về kiến thức lập kế hoạch chăm sóc của điều dưỡng.

Phần 4: Khảo sát về kỹ năng thực hành ghi kế hoạch chăm sóc của điều dưỡng.

*** Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm định t-test để so sánh kết quả điểm trung bình lý thuyết và thực hành lập kế hoạch chăm sóc trước và sau can thiệp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi và giới tính

Độ tuổi/giới tính			Giới tính		Tổng
			Nam	Nữ	
Độ tuổi	< 25	Số lượng (n)	1	5	6
		Tỷ lệ (%)	12,5	6,7	7,2
	25-35	Số lượng (n)	6	50	56
		Tỷ lệ (%)	75	66,7	67,5
	> 35	Số lượng (n)	1	20	21
		Tỷ lệ (%)	12,5	26,7	25,3
Tổng	Số lượng (n)		8	75	83
	Tỷ lệ (%)		100	100	100

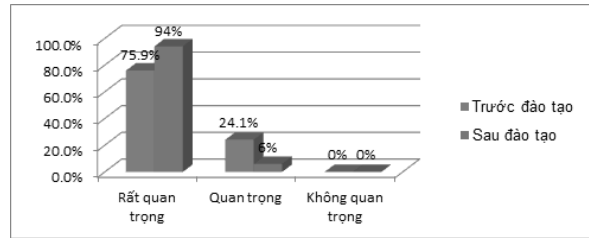
Nhận xét: Từ bảng 3.1. cho thấy tỷ lệ điều dưỡng viên ở độ tuổi dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,2%; ở độ tuổi 25 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%. Tỷ lệ điều dưỡng viên nam thấp chiếm tỷ lệ 9,64%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng công tác theo trình độ

Trình độ chuyên môn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trung học	22	26,5
Cao đẳng	27	32,5
Đại học	31	37,4
Sau đại học	3	3,6
Tổng	83	100

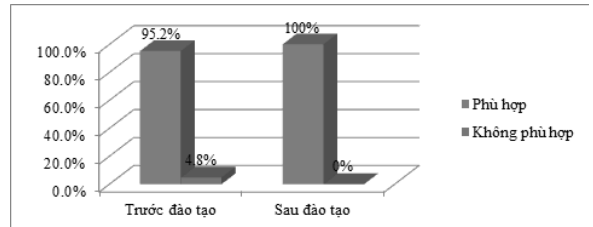
Nhận xét: Từ bảng 3.2. cho thấy tỷ lệ điều dưỡng trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 37,4%, điều dưỡng trình độ sau đại học thấp nhất 3,6%.

3.2. Đánh giá thái độ của điều dưỡng trong việc lập kế hoạch chăm sóc và mẫu phiếu ghi kế hoạch/chăm sóc của bệnh viện



Biểu đồ 3.1. Đánh giá của điều dưỡng về tầm quan trọng của việc lập kế hoạch chăm sóc

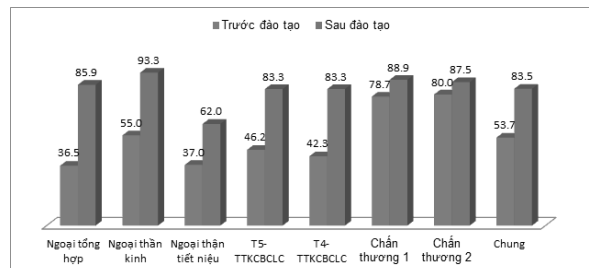
Nhận xét: Từ biểu đồ 3.1. cho thấy trước đào tạo, tỷ lệ điều dưỡng đánh giá việc lập kế hoạch chăm sóc là rất quan trọng chiếm 75,9%, quan trọng là 24,1%, không quan trọng là: 0%. Sau đào tạo, tỷ lệ điều dưỡng đánh giá việc lập kế hoạch chăm sóc là rất quan trọng chiếm 94%, quan trọng là 6%.



Biểu đồ 3.2. Đánh giá của điều dưỡng về tính phù hợp của mẫu phiếu "Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh" của bệnh viện

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.2. cho thấy trước đào tạo tỷ lệ điều dưỡng đánh giá phiếu "Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh" phù hợp chiếm tỷ lệ cao: 95,2%. Sau đào tạo, tỷ lệ điều dưỡng đánh giá phiếu "Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh" của bệnh viện phù hợp chiếm tỷ lệ cao: 100%.

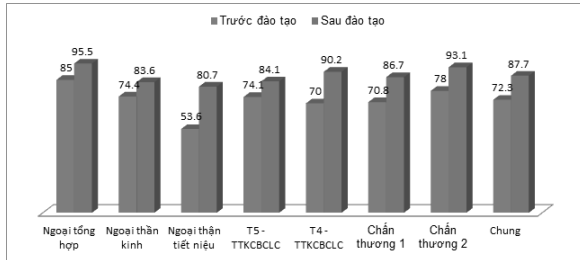
3.3. Đánh giá kiến thức lập kế hoạch chăm sóc của điều dưỡng



Biểu đồ 3.3. Kết quả đánh giá kiến thức về lập kế hoạch chăm sóc

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.3. cho thấy điểm trung bình lý thuyết lập kế hoạch chăm sóc trước can thiệp là 53,7 và sau can thiệp 83,5 có sự khác biệt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, đào tạo lập kế hoạch chăm sóc người bệnh cho các điều dưỡng trước đào tạo và sau đào tạo có ý nghĩa.

3.4. Đánh giá thực hành ghi kế hoạch chăm sóc



Biểu đồ 3.4. Kết quả đánh giá thực hành ghi kế hoạch chăm sóc

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.4. cho thấy điểm trung bình thực hành lập kế hoạch chăm sóc trước can thiệp là 72,3 và sau can thiệp 87,7 có sự khác biệt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, đào tạo lập kế hoạch chăm sóc người bệnh cho các điều dưỡng trước đào tạo và sau đào tạo có ý nghĩa.

Bảng 3.3. Kết quả thực hành ghi phần hành chính phiếu lập kế hoạch chăm sóc

TT	Phần hành chính	Điểm chuẩn	Trước can thiệp	Sau can thiệp
			Trung bình (n = 175)	Trung bình (n = 175)
1	Ghi đầy đủ, chính xác các cột mục thông tin theo quy định, không tẩy xóa, không sửa chữa.	4	3,92	3,97
2	Chữ viết rõ ràng, dễ đọc, không viết tắt.	4	3,72	3,84
3	Ghi cụ thể, chính xác giờ, phút, ngày, tháng, năm tại thời điểm nhận định, chăm sóc người bệnh.	5	4,94	4,94

Nhận xét: Từ bảng 3.3 cho thấy điểm trung bình thực hành ghi phần hành chính của điều dưỡng đều đạt điểm cao.

Bảng 3.4. Kết quả thực hành ghi phần nội dung lập kế hoạch chăm sóc

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Trước can thiệp	Sau can thiệp
			Điểm trung bình (n = 175)	Điểm trung bình (n = 175)
Nhận định các vấn đề chăm sóc				
1	Tiền sử (tiền sử bệnh, tiền sử dị ứng).	6	1,54	3,34
2	Toàn trạng (tri giác, màu sắc da và niêm mạc, thể trạng).	7	4,72	6,27
3	Triệu chứng cơ năng.	7	6,16	6,44
4	Triệu chứng thực thể.	7	5,78	5,95
5	Nhu cầu chăm sóc khác (tinh thần, thể chất, vệ sinh).	6	2,19	4,11
6	Nhu cầu tư vấn giáo dục sức khỏe (sử dụng thuốc, dinh dưỡng, tập luyện...).	6	2,79	4,03
7	Người bệnh sau can thiệp chăm sóc được nhận định và đánh giá lại kịp thời.	6	5,45	5,62
8	Diễn biến bất thường của người bệnh được nhận định đầy đủ, kịp thời.	6	5,76	5,62
Lập kế hoạch chăm sóc				
9	Lập kế hoạch chăm sóc đầy đủ cho người bệnh dựa vào nhận định ban đầu.	7	4,42	6,13
10	Lập kế hoạch chăm sóc dựa theo thứ tự ưu tiên của các vấn đề chăm sóc.	6	3,77	5

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Trước can thiệp	Sau can thiệp
			Điểm trung bình (n = 175)	Điểm trung bình (n = 175)
11	Lập kế hoạch giáo dục sức khỏe cho người bệnh.	6	3,98	4,84
Thực hiện kế hoạch chăm sóc				
12	Các hành động thực hiện kế hoạch phù hợp với các vấn đề cần chăm sóc.	6	5,67	5,5
13	Mã hóa chăm sóc chính xác, đầy đủ.	6	4,72	5,62
14	Người thực hiện chăm sóc ghi rõ tên.	5	4,9	4,94

Nhận xét: Từ bảng 3.4 cho thấy trước can thiệp tiêu chí ghi đạt điểm thấp là: tiền sử với 1,54/6 điểm, nhu cầu chăm sóc khác (tinh thần, thể chất, vệ sinh) với 2,19/6 điểm, nhu cầu tư vấn giáo dục sức khỏe (sử dụng thuốc, dinh dưỡng, tập luyện...) với 2,79/6 điểm; các tiêu chí ghi đạt điểm trung bình là: toàn trạng với 4,72/7 điểm, lập kế hoạch chăm sóc dựa theo thứ tự ưu tiên của các vấn đề chăm sóc với 3,77/6 điểm; các tiêu chí ghi khác đạt từ điểm khá đến điểm giỏi.

Sau can thiệp đã có sự thay đổi nhưng kết quả chưa cao là: tiền sử với 3,34/6 điểm, nhu cầu chăm sóc khác (tinh thần, thể chất, vệ sinh) với 4,11/6 điểm, nhu cầu tư vấn giáo dục sức khỏe (sử dụng thuốc, dinh dưỡng, tập luyện...) với 4,03/6 điểm; toàn trạng với 4,72/7 điểm, lập kế hoạch chăm sóc dựa theo thứ tự ưu tiên của các vấn đề chăm sóc với 5/6 điểm.

4. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian thu thập số liệu từ tháng 3/2019 đến tháng 8/2019 với số lượng là 83 điều dưỡng tham gia nghiên cứu cho thấy:

4.1. Nhân khẩu học

Độ tuổi của điều dưỡng viên của 07 khoa, đơn vị lâm sàng trên trong độ tuổi từ 25-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, số điều dưỡng nam/nữ là 8/83 chiếm tỷ lệ 9,64%, số điều dưỡng nữ 75/83

chiếm tỷ lệ 90,36%. Trình độ điều dưỡng sau đại học chiếm tỷ lệ thấp 3,6%, trình độ điều dưỡng đại học chiếm tỷ lệ 37,4%. Từ đó cho thấy điều dưỡng viên trình độ cao còn thiếu; do đó ảnh hưởng tới chất lượng của kế hoạch chăm sóc. So sánh với nghiên cứu ghi phiếu chăm sóc tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên của Bùi Thị Thân [2]: có 88,1% nữ, 11,9% nam; 42,9% lứa tuổi < 30 và 30-45, trình độ trung cấp 78,6%, đại học là 21,4% cho thấy có sự tương xứng giữa tỷ lệ điều dưỡng nam/nữ, tuy nhiên có sự khác biệt ở lứa tuổi và trình độ của 2 nghiên cứu này.

4.2. Thái độ của điều dưỡng về thực hiện lập kế hoạch chăm sóc

- Tỷ lệ điều dưỡng đánh giá việc lập kế hoạch chăm sóc là rất quan trọng chiếm 75.9%, quan trọng là 24,1%, không quan trọng là 0%. Qua kết quả trên cho thấy điều dưỡng nhận thức được về việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh là rất cần thiết để nâng cao chất lượng chăm sóc.

- Tỷ lệ điều dưỡng đánh giá biểu mẫu “Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh” của bệnh viện là phù hợp là 95.2%, không phù hợp là 4,8%. Sau đào tạo tỷ lệ điều dưỡng đánh giá phiếu “Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh” của bệnh viện còn phù hợp chiếm tỷ lệ cao: 100%. Từ đó cho thấy biểu mẫu phiếu “Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh” của bệnh viện phù hợp với công việc chăm sóc của điều dưỡng viên tại 07 khoa đơn vị, lâm sàng trên.

4.3. Kiến thức của điều dưỡng trong việc thực hiện lập kế hoạch chăm sóc

Trước khi đào tạo lại về “Quy trình chăm sóc và hướng dẫn ghi phiếu kế hoạch chăm sóc” điểm trung bình kiến thức về lập kế hoạch chăm sóc là 53,7 sau đào tạo là 83,5 tăng 29,8 điểm. Qua kết quả trên thấy trước khi đào tạo điều dưỡng còn thiếu kiến thức về việc lập kế hoạch chăm sóc, đặc biệt là phần nhận định người bệnh, nhận định thiếu triệu chứng, nhiều khi còn bỏ sót các triệu chứng của người bệnh hoặc chưa chú trọng đến nhu cầu chăm sóc của người bệnh, từ đó lúng túng trong việc đưa các vấn đề chăm sóc cần ưu tiên cũng như vấn đề cần tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Sau đào tạo, kiến thức của điều dưỡng có sự thay đổi rõ rệt, điều dưỡng đã nhận thức được đối với người bệnh cần phải nhận định những vấn đề gì, lựa chọn được những vấn đề chăm sóc cần ưu tiên để lập

kế hoạch chăm sóc. Kết quả tương xứng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thân [2].

4.4. Thực hành

Trước đào tạo về lập kế hoạch chăm sóc là 72,3 điểm, sau đào tạo là 87,7 tăng 15,4 điểm cho thấy kỹ năng thực hành ghi kế hoạch chăm sóc có thay đổi nhưng còn hạn chế. Nhìn chung điều dưỡng viên đã ghi chính xác, kịp thời các diễn biến của người bệnh. Phần ghi hành chính phiếu phiếu “Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh” đạt điểm cao là do bệnh viện đã ứng dụng công nghệ thông tin trong ghi phiếu chăm sóc. Trước đào tạo, các lỗi hay gặp là: thiếu nhận định về tiền sử bệnh lý của người bệnh, nhận định thiếu các nhu cầu chăm sóc chăm sóc tinh thần, thể chất, vệ sinh, nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe (sử dụng thuốc, dinh dưỡng, tập luyện...), chưa đưa ra được vấn đề ưu tiên khi lập kế hoạch... Sau đào tạo về lập kế hoạch chăm sóc đã cải thiện hơn nhưng điều dưỡng vẫn thiếu sót khi nhận định về các nhu cầu chăm sóc khác của người bệnh, nguyên nhân do điều dưỡng còn thiếu kiến thức về các nhu cầu cơ bản của con người. Kết quả tương xứng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thân và cộng sự [2].

5. KẾT LUẬN

Thái độ lập kế hoạch chăm sóc: 100% điều dưỡng viên đánh giá việc lập kế hoạch chăm sóc là quan trọng hoặc rất quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh, 100% điều dưỡng viên đánh giá “Kế hoạch/ghi chăm sóc người bệnh” của bệnh viện phù hợp với công việc chăm sóc người bệnh hiện tại.

Kiến thức và thực hành lập kế hoạch chăm sóc: Trước đào tạo, điều dưỡng viên còn thiếu kiến thức và kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc như: nhận định người bệnh, nhận định các nhu cầu chăm sóc của người bệnh, chưa đưa ra được vấn đề ưu tiên khi chăm sóc... Sau đào tạo, điều dưỡng viên kiến thức và kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc đã có sự thay đổi rõ rệt, tuy nhiên việc nhận định các nhu cầu chăm sóc khác như: tinh thần, vệ sinh, tập luyện... còn thiếu sót.

6. KIẾN NGHỊ

- Bệnh viện thường xuyên tổ chức đào tạo cho điều dưỡng về kiến thức lập kế hoạch chăm sóc,

tạo điều kiện cho điều dưỡng viên học tập nâng cao trình độ chuyên môn.

- Phòng điều dưỡng thường xuyên tổ chức bình bệnh án, bình phiếu chăm sóc của điều dưỡng.

- Các điều dưỡng trưởng tăng cường giám sát việc ghi phiếu chăm sóc của điều dưỡng hàng ngày tại khoa.

- Điều dưỡng viên phải thường xuyên học tập cập nhật kiến thức về kiến thức và kỹ năng lập kế hoạch chăm sóc cần quan tâm hơn đến các nhu cầu chăm sóc tinh thần, vệ sinh, tập luyện của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), “Tài liệu Hội thảo: Đánh giá thực trạng ghi chép hồ sơ điều dưỡng và đề xuất cải tiến mẫu ghi chép điều dưỡng”, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.
2. Bùi Thị Thân và cộng sự (2017), “Đánh giá chất lượng ghi phiếu chăm sóc của điều dưỡng trước và sau tập huấn tại một số khoa hệ nội Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 2017”, Tạp chí khoa học điều dưỡng, tập 1, số.04, tr.101-105.
3. Hội Điều dưỡng Việt Nam-Trung tâm Tư vấn và Dịch vụ điều dưỡng hỗ trợ cộng đồng, 2013, “Tài liệu đào tạo quản lý và lãnh đạo điều dưỡng”, tr.339-340.
4. Lê Thị Bình (2008), “Khảo sát kỹ năng thực hành của điều dưỡng khi chăm sóc bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng”.
5. Sato Hiroko (2019), “Quy trình điều dưỡng trong đào tạo điều dưỡng viên”, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam, số.27, tr.3.

HIỆU QUẢ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

EFFICIENCY OF NURSING INTERVENTIONS IN VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA PREVENTION IN THE INTENSIVE CARE UNIT - VINMEC TIMES CITY HOSPITAL

NGUYỄN THỊ PHÚC¹, ĐÀO HẢI NAM²,
TRẦN MINH QUANG², NGUYỄN THỊ THU VINH²,
LÊ THỊ THANH THỦY²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy (VPTM) tỷ lệ tuân thủ gói can thiệp của điều dưỡng trong phòng ngừa VPTM.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả được thực hiện từ tháng 1/2018 đến hết tháng 10/2019 tại khoa Hồi sức tích cực - bệnh viện Vinmec Times City. Tất cả các người bệnh (NB) có thở máy ≥ 48 giờ tại thời điểm quan sát được đưa vào nghiên cứu và không cần nhắc đến chẩn đoán đã có của NB. Số liệu được xử lý trên phần mềm Excel 2016.

Kết quả: 150 NB thở máy ≥ 48 giờ được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực trong thời gian nghiên cứu. 89 NB thuộc nhóm trước khi áp dụng gói can thiệp điều dưỡng và 61 NB thuộc nhóm sau áp dụng. Tỷ lệ VPTM ở giai đoạn sau can thiệp là 2,4/1000 ngày thở máy, giảm hơn 3 lần so với giai đoạn trước can thiệp (7,4/1000 ngày thở máy). Tỷ lệ tuân thủ đầu cao sau can thiệp tăng gấp 1,24 lần so với trước can thiệp. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh răng miệng bằng bàn chải và Chlorhexidine 0,12% sau can thiệp là 80,2% tăng gấp 5,24 lần so với trước can thiệp. Tỷ lệ vệ sinh bề mặt đạt yêu cầu tăng từ 77,55% tăng lên 98,32% từ khi áp dụng can thiệp.

Kết luận: Tỷ lệ VPTM sau can thiệp giảm hơn 3 lần so với trước can thiệp (2,4 ca so với 7,4 ca/1000 ngày thở máy); tỷ lệ tuân thủ gói can thiệp điều dưỡng đều tăng sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp, cụ thể: tuân thủ nâng cao đầu giường là 89,8%, vệ sinh răng miệng là 80,2% và vệ sinh bề mặt đúng là 98,32% tỷ lệ tăng tương ứng là: 1,24; 5,24 và 1,28 lần theo thứ tự tương ứng.

Khuyến nghị: Tiếp tục áp dụng gói can thiệp điều dưỡng phòng ngừa VPTM và giám sát thực hiện để đạt đến tỷ lệ tuân thủ từ 95% trở lên; Duy trì đào tạo và cập nhật kiến thức, cung cấp bằng chứng khoa học giúp điều dưỡng nhận thức và tuân thủ tốt công tác chăm sóc NB thở máy.

Từ khóa: viêm phổi thở máy, tỷ lệ tuân thủ, can thiệp điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: Compare rates of ventilator - associated - pneumonia (VAP) and the rate of compliance to nursing intervention package in VAP prevention.

Method: Descriptive study was conducted from January 2018 to the end of October 2019 at the Intensive Care Unit - Vinmec Times City Hospital. All patients who had mechanical ventilation ≥ 48 hours at the time of observation were included in the study and did not consider the existing diagnosis of the patient. Data were processed in Excel 2016 software.

Result: 150 patients with mechanical ventilation ≥ 48 hours were treated in the ICU

1 Bệnh viện Vinmec Times City
SĐT: 0963029463; email: v.phucnt11@vinmec.com

2 Bệnh viện Vinmec Times City
Ngày nhận bài phản biện: 09/12/2019

Ngày trả bài phản biện: 10/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/12/2019

during the study. There were 89 patients in the group before applying the nursing intervention package and 61 patients in the group after interventions. The rate of VAP in the post-intervention period was 2.4 cases/1000 days of mechanical ventilation compared with 7.4 cases/1000 days of mechanical ventilation before intervention. The compliance rate to elevation of the head of bed increased 1.24 times compared with that before intervention. The compliance rate of oral hygiene by brush and Chlorhexidine 0.12% after intervention was 80.2%, increased by 5.24 times compared to before intervention. The percentage of proper surface cleaning increased from 77.55% to 98.32% since applying the intervention.

Conclusion: The rate of VAP after intervention decreased more than 3 times compared with that before the intervention (2.4 cases versus 7.4 cases/1000 ventilated days); The compliance rate of the nursing intervention package increased after applying the intervention measures, specifically: elevating the head of the bed was 89.8%, oral hygiene was 80.2% and surface hygiene was 98.32% that corresponding increase rates were: 1.24, 5.24 and 1.28 times, respectively.

Recommendation: Continue the nursing intervention package to prevent VAP and maintain supervision in order to achieve the compliance rate to intervention measures of 95% upwards; Maintain training and update knowledge, provide scientific evidence to help nurse awareness and adhere to the care of patients under respirators.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, compliance rate, nursing intervention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan đến thở máy (VPTM) là viêm phổi bệnh viện xuất hiện sau khi người bệnh (NB) có đặt ống nội khí quản trên 48 giờ và thông khí nhân tạo [1]. Tại Mỹ, VPTM chiếm tỷ lệ từ 25 - 42% các trường hợp nhiễm khuẩn thường gặp tại các khoa Hồi sức tích cực (HSTC) [10]. Tại Việt Nam, tỷ lệ VPTM đặc biệt cao trong nhóm NB điều trị tại khoa HSTC 43 - 63,5/1000 ngày thở máy [1].

VPTM làm tăng thời gian điều trị, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị. Tỷ lệ tử vong ở các NB có VPTM là 46%[6]. VPTM kéo dài thời gian

thở máy từ 7,6 đến 11,5 ngày và kéo dài thời gian nằm viện từ 11,5 đến 13,1 ngày so với nhóm NB tương tự không có VPTM; chi phí điều trị cũng từ đó mà tăng lên - ước tính khoảng 40000 USD cho mỗi NB [3] [9]. Vì vậy, công tác phòng ngừa VPTM được cho là ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc các bệnh nhân nặng.

Cùng với chỉ định điều trị của bác sỹ, các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng góp phần không nhỏ vào công tác phòng ngừa VPTM. Nhằm đánh giá hiệu quả của công tác điều dưỡng, khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Vinmec Times City tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: So sánh tỷ lệ VPTM và tỷ lệ tuân thủ các biện pháp can thiệp trong gói can thiệp chăm sóc điều dưỡng để phòng ngừa VPTM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả có so sánh được thực hiện từ tháng 1/2018 đến hết tháng 10/2019 tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Vinmec Times City. Tất cả các NB có thở máy ≥ 48 giờ tại thời điểm quan sát được đưa vào nghiên cứu và không cần nhắc đến chẩn đoán đã có của NB.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VPTM được lựa chọn theo Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (American Thoracic Society - ATS) và trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (Control Disease Center): NB có thở máy ≥ 48 giờ; xuất hiện hình ảnh thâm nhiễm mới trên phim chụp Xquang; các dấu hiệu lâm sàng gợi ý nhiễm trùng: sốt cao, tăng tiết đờm phlegm, giảm thông khí phổi; kết quả cấy đờm bệnh phẩm dịch soi phlegm: xuất hiện các chủng vi khuẩn cần nguyên gây VPBV.

Các can thiệp chăm sóc của điều dưỡng bao gồm: tăng cường vệ sinh bề mặt, vệ sinh răng miệng bằng bàn chải và dung dịch Chlorhexidine, đặt NB nằm đầu cao 30-45°. Các biện pháp can thiệp, tăng cường được thực hiện thông qua đào tạo kiến thức và bằng chứng khoa học, giám sát và nhắc nhở trong quá trình thực hành, phản hồi kết quả trong giao ban và đi buồng. Thời gian đào tạo cập nhật kiến thức là tháng 12/2018 và áp dụng các biện pháp chăm sóc vào tháng 1/2019. Dân số nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: trước khi áp dụng các biện pháp can thiệp (tháng 1/2018 đến tháng 12/2018); sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp (tháng 1/2019 đến tháng 10/2019).

Sự tuân thủ các biện pháp chăm sóc được quan sát và ghi nhận số liệu bởi các giám sát viên của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn.

Dữ liệu của nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và quan sát của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, sau đó được tổng hợp và xử lý dữ liệu trên phần mềm Excel 2016.

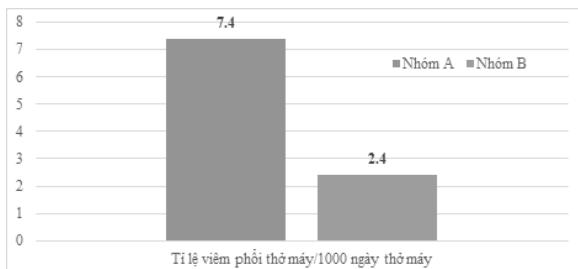
3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. So sánh tỷ lệ viêm phổi thở máy trước và sau can thiệp

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Trước can thiệp (n1 = 89)	Sau can thiệp (n2 = 61)	Tổng (n = 150)
Nam	67,4%	72,1%	69,3%
Nữ	32,6%	27,9%	30,7%
Độ tuổi trung bình	64,5	66,3	65,4
Thời gian thở máy trung bình	13,8	14	13,9
Số ngày trung bình điều trị tại HSTC	27,2	24,2	25,7

Có tất cả 150 NB thở máy ≥ 48 giờ được điều trị tại khoa HSTC trong quá trình nghiên cứu. Có 89 NB thuộc nhóm trước khi áp dụng gói chăm sóc và 61 NB thuộc nhóm sau áp dụng gói chăm sóc. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam/nữ, tuổi trung bình, thời gian thở máy trung bình và số ngày điều trị trung bình của 2 nhóm không khác nhau.

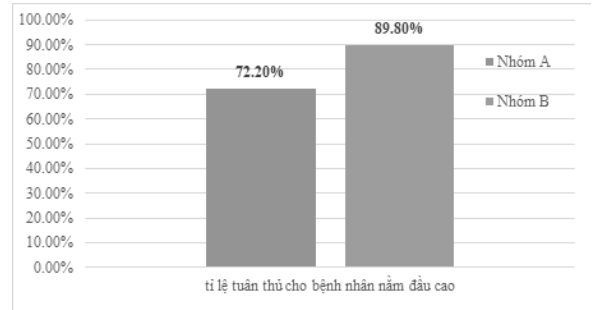


Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ viêm phổi thở máy/1.000 ngày thở máy trước và sau can thiệp

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ VPTM ở giai đoạn sau can thiệp là 2,4/1000 ngày thở máy, giảm hơn 3 lần so với giai đoạn trước can thiệp, tỷ lệ này là 7,4/1000 ngày thở máy. Đây là kết quả của các

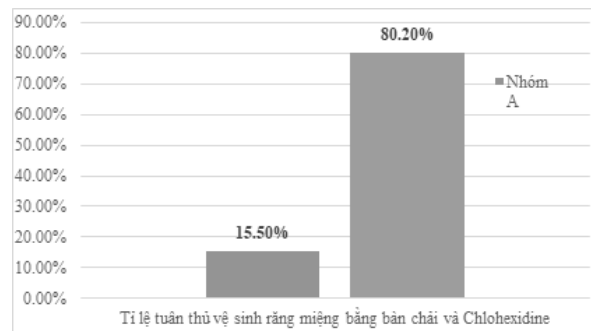
hoạt động can thiệp, tuyên truyền về tầm quan trọng của công tác phòng ngừa VPTM và tăng cường giám sát, nhắc nhở tuân thủ các biện pháp chăm sóc điều dưỡng.

3.2. Thực trạng tuân thủ các can thiệp điều dưỡng trong phòng ngừa viêm phổi thở máy



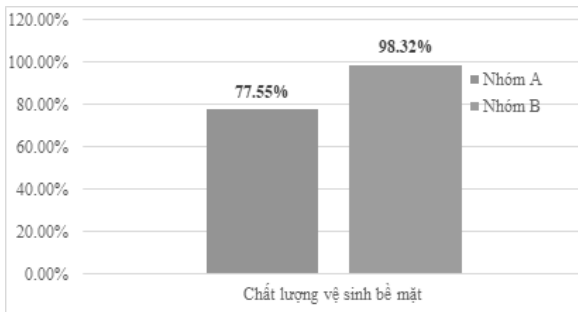
Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ cho NB nằm đầu cao

Tỷ lệ tuân thủ đầu cao sau can thiệp tăng gấp 1,24 lần so với trước can thiệp. Điều dưỡng nhận thức rõ ý nghĩa phòng ngừa VPTM của biện pháp đầu cao, được các giám sát viên thường xuyên nhắc nhở thực hiện khi đi buồng nên tỷ lệ này cải thiện đáng kể.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh răng miệng bằng bàn chải và Chlohexidine

Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh răng miệng bằng bàn chải và Chlorhexidine 0,12% sau can thiệp là 80,2% tăng gấp 5,24 lần so với trước can thiệp. Tỷ lệ này năm 2018 chỉ là 15,3%. Việc nhắc nhở thường xuyên và giám sát chặt chẽ đã khiến công tác vệ sinh răng miệng cho NB thở máy tốt hơn.



Biểu đồ 4. Chất lượng vệ sinh bề mặt trước và sau can thiệp

Từ tháng 1/2019, điều dưỡng tại khoa HSTC sử dụng khăn giấy tẩm hóa chất dùng một lần để vệ sinh và khử khuẩn các bề mặt xung quanh NB. Biểu đồ 4 cho thấy tỷ lệ các bề mặt đạt yêu cầu tăng từ 77,55% năm 2018 lên 98,32% năm 2019. Có thể việc sử dụng khăn giấy một lần thuận tiện, không phải pha hóa chất giúp nhân viên tuân thủ tốt vệ sinh bề mặt nên chất lượng vi sinh môi trường cũng cải thiện hơn rất nhiều.

4. BÀN LUẬN

Thở máy là một trong những biện pháp hồi sức quan trọng để điều trị NB nặng. Tuy nhiên VPTM là một trong những biến chứng thường gặp, chiếm 25 - 50% số NB thở máy [2]. VPTM làm tăng số ngày thở máy, tăng số ngày điều trị tại khoa HSTC, tăng số ngày nằm viện cũng như tốn kém về chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong [9]. Người điều dưỡng chăm sóc NB thở máy đóng vai trò hết sức quan trọng trong công tác phòng ngừa VPTM [8] vì thế điều dưỡng cần được liên tục đào tạo, cập nhật kiến thức trong công tác chăm sóc NB thở máy; qua đó nhận thức được tầm quan trọng của các can thiệp điều dưỡng trong thực hành chăm sóc NB. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ VPTM sau khi đưa các hoạt động đào tạo, cập nhật kiến thức và cải tiến các hoạt động can thiệp điều dưỡng là 2,4/1000 ngày thở máy, giảm hơn 3 lần so với giai đoạn trước can thiệp, tỷ lệ này là 7,4/1000 ngày thở máy. Năm 2019, khoa HSTC đặt ra chỉ tiêu với tỷ lệ VPTM là 6/1000 ngày thở máy, với con số 2,4/1000 ngày thở máy ở giai đoạn sau can thiệp; cho thấy bằng sự tuân thủ các can thiệp điều dưỡng đã giúp đạt được mục tiêu đề ra. Kết quả này một phần phản

ánh được tầm quan trọng của công tác đào tạo, cập nhật kiến thức chăm sóc NB thở máy cũng như vai trò của người điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc. Ở kết quả nghiên cứu của Eom và cộng sự cũng thể hiện rõ được sự thay đổi về tỷ lệ VPTM giảm từ 4,08/1000 ngày thở máy trước khi áp dụng các can thiệp xuống 1,16/1000 ngày thở máy sau khi can thiệp [5].

Với việc tuân thủ các can thiệp điều dưỡng nói chung trong chăm sóc NB thở máy có thể giúp làm giảm tỷ lệ VPTM trung bình khoảng 45%[6]. Để đạt được điều này, cần sự phối hợp chặt chẽ trong công tác điều trị, chăm sóc và kiểm soát nhiễm khuẩn, đồng thời nhân viên y tế cần được liên tục đào tạo, cập nhật kiến thức, cải tiến các chăm can thiệp điều dưỡng, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc NB, phòng ngừa các biến chứng. Về sự tuân thủ thực hiện các can thiệp điều dưỡng, công tác đào tạo và truyền thông về VPTM, ý nghĩa của các biện pháp can thiệp điều dưỡng đóng vai trò quan trọng. Điều này được thể hiện rõ nét thông qua sự thay đổi rõ nét về tỷ lệ tuân thủ của 03 can thiệp điều dưỡng: cho NB nằm đầu cao; vệ sinh răng miệng bằng bàn chải và Chlorhexidine; vệ sinh bề mặt. Tỷ lệ tuân thủ của từng can thiệp điều dưỡng sau khi đào tạo và giám sát là: cho NB nằm đầu cao (89,8%), vệ sinh răng miệng (80,2%) và chất lượng vệ sinh bề mặt (Tỷ lệ đạt 98,32%). Các tỷ lệ sau can thiệp đều tăng khi được đào tạo, cập nhật nâng cao kiến thức, giám sát và nhận của khoa kiểm soát nhiễm khuẩn. Sự tương đồng về tỷ lệ tuân thủ các can thiệp điều dưỡng sau đào tạo cũng được thể hiện ở nghiên cứu của Mogyorodi [4] nơi mà có tỷ lệ tuân thủ vệ sinh răng miệng và cho NB nằm đầu cao sau các hoạt động đào tạo về phòng ngừa VPTM là 100% và 98% theo thứ tự tương ứng.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nghiên cứu tương đối thấp so với các nghiên cứu cùng chủ đề trước đây. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn ghi nhận được sự giảm đáng kể tỷ lệ VPTM sau khi triển khai và theo dõi sự tuân thủ các can thiệp điều dưỡng trong chăm sóc NB thở máy. Trong tương lai, nhóm nghiên cứu vẫn tiến hành áp dụng các can thiệp điều dưỡng được nêu trong nghiên cứu trên NB thở máy, tiếp tục thu thập số liệu để có cỡ mẫu đủ lớn. Từ đó, áp dụng

được các phép kiểm định thống kê để thấy được rõ hiệu quả và tầm quan trọng của các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng nói riêng và đội ngũ y tế nói chung trong phòng ngừa VPTM.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu trên 150 NB tại khoa HSTC của Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1/2018 đến tháng 10/2019, chúng tôi thấy:

- Tỷ lệ VPTM sau can thiệp giảm hơn 3 lần so với trước can thiệp (2,4 ca so với 7,4 ca/1000 ngày thở máy).

- Tỷ lệ tuân thủ gói can thiệp điều dưỡng điều tăng sau khi áp dụng các biện pháp can thiệp: tuân thủ nâng cao đầu giường là 89,8%, vệ sinh răng miệng là 80,2% và vệ sinh bề mặt đúng là 98,32% tỷ lệ tăng tương ứng là: 1,24; 5,24 và 1,28 lần theo thứ tự tương ứng.

- Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề nghị: Tiếp tục áp dụng gói can thiệp điều dưỡng phòng ngừa VPTM và giám sát thực hiện để đạt đến tỷ lệ tuân thủ từ 95% trở lên; Duy trì đào tạo và cập nhật kiến thức, cung cấp bằng chứng khoa học giúp điều dưỡng nhận thức và tuân thủ tốt công tác chăm sóc NB hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, (2012), "Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế).

2. Trần Hữu Thông, Nguyễn Đạt Anh, Đặng Quốc Tuấn, (2012), "Căn nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học (80), trang 66 - 72.

3. American Thoracic Society, 2006, "Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia," pp. 388-416.

4. Bence Mogyorodi, Erzsébet Dunai, János Gál, Zsolt Iványi, (2016), "Ventilator-associated

pneumonia and the importance of education of ICU nurses on prevention-Preliminary results", *Interventional Medicine & Applied Science*, Vol. 8 (4), pp. 147-151.

5. Eom JS, Lee MS, Chun HK, Choi HJ, Jung SY, Kim YS, Yoon SJ, Kwak YG, Oh GB, Jeon MH, Park SY, Koo HS, Ju YS, Lee JS, (2014), "The impact of a ventilator bundle on preventing ventilator-associated pneumonia: A multicenter study", *American Journal Infect Control* 42, pp 34-37.

6. Institute for Healthcare Improvement, 2012, *How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*.

7. Kollef MH et al, (2012), "Economic impact of ventilator-associated pneumonia in a large matched cohort", *Infect Control Hosp Epidemiol*, pp. 250-6.

8. Majid Yazdani, Golnar Sabetian, Shahin ra'ofi, Amir roudgari, Monireh feizi, (2015), "A comparative study of teaching clinical guideline for prevention of ventilator-associated pneumonia in two ways: face-to-face and workshop training on the knowledge and practice of nurses in the Intensive Care Unit", *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, Vol 3 No 2, pp 66 - 71.

9. Muscedere JG et al, (2010), "Mortality, attributable mortality, and clinical events as end points for clinical trials of ventilator-associated pneumonia and hospital-acquired pneumonia", *Clinical Infectious Diseases*, Volume 51, p. S120-S125.

10. Walkey AJ et al, (2009), "Epidemiology of ventilator-associated pneumonia in a long-term acute care hospital", *Infect Control Hosp Epidemiol*, pp. (4):319-24.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TƯ VẤN CHẾ ĐỘ ĂN, LỐI SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRÀO NGƯỢC HỌNG - THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

THE EFFECTIVENESS OF DIETARY AND LIFE STYLE CONSULTATION FOR PATIENTS WITH REFLUX-LARYNGEAL DISEASE AT THE CENTRAL OTOLARYNGOLOGY HOSPITAL

HOÀNG ANH ĐỨC¹, LƯƠNG THỊ MINH HƯƠNG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả tư vấn chế độ ăn, lối sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh trào ngược họng - thanh quản.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau trên 73 người bệnh được khám tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 4/2019 đến 10/2019.

Kết quả: Nhóm tuổi gặp chủ yếu trong nghiên cứu là từ 41 - 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 35,6%. Nam giới, chiếm tỷ lệ 32,9%; nữ giới, chiếm tỷ lệ 67,1%. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng trong nghiên cứu là công nhân (42,5%). Số người bệnh sống ở nông thôn (69,9%); Đa số đối tượng nghiên cứu có chỉ số BMI bình thường (72,6%); Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là nhiều dịch nhầy họng hoặc chảy mũi sau (95,1%). Đa số người bệnh có khó khăn khi nuốt thức ăn, dịch, thuốc (69,9%). Xét về mức độ nặng của triệu chứng theo điểm RSI: Tỷ lệ trước tư vấn có điểm RSI > 13 điểm là 100%; tỷ lệ này giảm còn 75,3% sau 1 tháng; còn 60,3% sau 2 tháng và 56,2% sau 3 tháng điều trị tư vấn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Thay đổi chế độ ăn, lối sống đem lại kết quả cao trong điều trị trào ngược họng thanh quản. Ngay sau 1 tháng tư vấn chỉ số RSI trung bình đã giảm từ $22,1 \pm 4,9$ xuống $17,1 \pm 5,1$. Và sau khi kết thúc quá trình tư vấn 3 tháng giảm

còn $13,4 \pm 3,3$. Đây là mức giảm rất đáng kể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Khuyến nghị: Tư vấn chế độ ăn, lối sống cần được áp dụng rộng rãi trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh trào ngược họng thanh quản.

Từ khóa: Trào ngược họng thanh quản, tư vấn và giáo dục sức khỏe.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness of dietary, lifestyle counseling, for patients with reflux-laryngeal disease and define related factors.

Method: A comparative intervention research (before and after study) was conducted on 73 patients admitted for examination at the Central Otolaryngology Hospital from May 4/2019 to 10/2019.

Result: The age group encountered mainly in the study was from 41 - 50 years old that accounted for 35.6%. Females and Males accounted for 32.9% and 67.1% respectively. The majority of occupation of the studied subjects was workers that accounted for 42.5%. More than half of patients lived in rural area (69.9%); The majority of research subjects had a normal BMI (72.6%); The most common symptom was lots of throat mucus or posterior nasal discharge that accounted for 95.1%. Majority of studied patients faced difficulty when swallowing food, water and medicine (69.9%). In terms of severity of symptoms according to the RSI score: The pre-advisory rate with the point RSI more than 13 was 100%; This rate reduced to 75.3% after 1 month to 60.3% after 2 months and 56.2% after 3 months of consultation. Such differences were statistically significant ($p < 0.05$).

1 Khoa Nội soi - Bệnh viện Tai Mũi Họng TW
SĐT: 0915091929; email: hoanganhduc0572@gmail.com
2 Trường Đại học Thăng Long
Ngày nhận bài phân biện: 18/12/2019
Ngày trả bài phân biện: 20/12/2019
Ngày chấp thuận đăng bài: 25/12/2019

Conclusions: Dietary and lifestyles changes brought high results in the treatment for patients with laryngeal reflux disease. Shortly after 1 month the average RSI index was reduced from 22.1 ± 4.9 to 17.1 ± 5.1 . And after completion of the 3 months consultation it reduced to 13.4 ± 3.3 .

Recommendations: Consultation for dietary and lifestyle change should be applied widely when providing care and treatment for patients with reflux pharynx disease.

Keywords: Laryngopharyngeal reflux, consultation and health education.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược họng thanh quản (Laryngopharyngeal reflux - LPR) là tình trạng trào ngược dịch dạ dày lên vùng họng thanh quản [3], [5]. Tình trạng này trở thành bệnh lý khi gây ra những tổn thương tại vùng này và các triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân. Những triệu chứng liên quan đến bệnh như: ho kéo dài, khàn tiếng, khịt khạc... chiếm đến 10% trong số những than phiền mà bệnh nhân đến khám chuyên khoa tai mũi họng [4].

Là bệnh lý ngày càng phổ biến, song do tính phức tạp, không thống nhất liên quan đến bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị, LPR đã và đang nhận được rất nhiều sự quan tâm, nghiên cứu của các nhà tai mũi họng trên thế giới trong vòng 20 năm qua [1], [2], [7], [9]. Theo phân loại của Hội nghị quốc tế về tiêu hóa ở Montreal, Canada năm 2006, LPR là biểu hiện ngoài thực quản của bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal reflux disease - GERD) [8]. Theo phác đồ điều trị được sử dụng trong một bệnh viện đa khoa của Vương quốc Anh, thay đổi chế độ ăn uống và điều chỉnh hành vi lối sống cũng được cho là rất hiệu quả trong việc quản lý LPR [6], [10].

Thay đổi chế độ ăn uống và lối sống là những can thiệp hiệu quả cho LPR. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về tư vấn chế độ ăn và lối sống của người bệnh trào ngược họng thanh quản. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá hiệu quả tư vấn chế độ ăn, lối sống của người bệnh trào ngược họng - thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương”** với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng người bệnh trào ngược họng - thanh quản.

- Đánh giá hiệu quả tư vấn chế độ ăn, lối sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh trào ngược họng - thanh quản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* **Địa điểm và thời gian:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 4/2019 đến tháng 10/2019.

* **Đối tượng:** Người bệnh được chẩn đoán trào ngược họng - thanh quản tại Bệnh viện TMH Trung ương.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh ≥ 18 tuổi; Người bệnh được đánh giá dựa theo chỉ số RSI > 13 .

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh đã điều trị thuốc ức chế bơm proton trong vòng 1 tháng trở lại; Có tiền sử ung thư họng thanh quản hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa; Phụ nữ có thai, cho con bú; Bị suy gan.

* **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau.

* **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu xác định một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot (1-\alpha/2) \cdot p}{d^2}$$

Trong đó:

n: Số người bệnh khảo sát

$Z_{(1-\alpha/2)}$ Hệ số tin cậy, khoảng tin cậy 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

Chọn $p = 0,05$ để bảo đảm cỡ mẫu lớn nhất

d: là khoảng sai lệch mong muốn $= 0,05$.

Dựa vào công thức trên, ta có $n = 72,99$ bệnh nhân. Khi tiến hành nghiên cứu này, chúng tôi làm tròn cỡ mẫu lên 73 bệnh nhân.

* **Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:** Dùng phương pháp phỏng vấn - trả lời theo bảng điểm RSI và bộ câu hỏi chế độ ăn lối sống tự xây dựng.

* **Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý phân tích kết quả bằng phần mềm SPSS 20.0.

* **Đạo đức nghiên cứu:** Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích về những yêu cầu và lợi ích khi tham gia vào nghiên cứu và tự nguyện tham gia; Thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ để phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

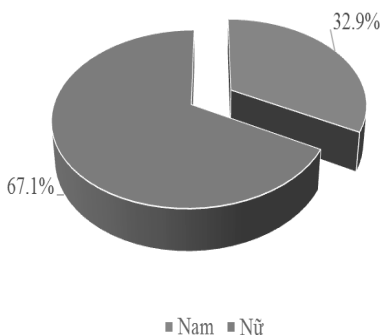
Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
18 - 30 tuổi	9	12,2
31 - 40 tuổi	21	28,8
41 - 50 tuổi	26	35,6
> 50 tuổi	17	23,4
Tổng số	73	100
$\bar{X} \pm SD$; Min-Max	43,5 $\pm$ 11,8 (19 - 69)	

Nhóm tuổi gặp chủ yếu trong nghiên cứu là từ 41 - 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 35,6%; tiếp đến là nhóm 31 - 40 tuổi (28,8%) và trên 50 tuổi (23,4%).

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43,5 $\pm$ 11,8, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 69 tuổi.

3.1.2. Giới tính của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Có 24 đối tượng là nam giới, chiếm tỷ lệ 32,9%; 49 đối tượng là nữ giới, chiếm tỷ lệ 67,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2.

3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo BMI

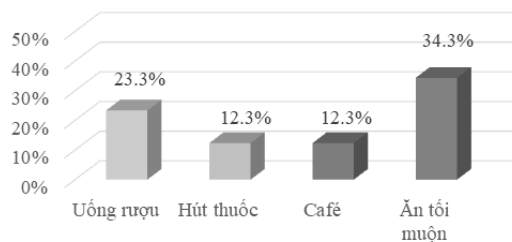
Bảng 3.2. Phân bố BMI của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm BMI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ cân (BMI < 18,5)	9	12,3
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 25)	53	72,6
Thừa cân (25 ≤ BMI < 30)	10	13,7
Béo phì (≥ 30)	1	1,4
Tổng số	73	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)	22,4 $\pm$ 3,4 (16,5 - 37,2)	

Đa số đối tượng nghiên cứu có chỉ số BMI bình thường (72,6%); chỉ có 12,3% nhẹ cân; 13,7% thừa cân và 1,4% là béo phì.

Trung bình chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu là 22,4 $\pm$ 3,4 (thấp nhất là 16,5 và cao nhất là 37,2).

3.1.4. Đặc điểm lối sống



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm lối sống của đối tượng nghiên cứu (n = 73)

Đối tượng nghiên cứu có thói quen ăn tối muộn chiếm tỷ lệ cao với 34,3%. Có 23,3% đối tượng uống rượu; hút thuốc và sử dụng cà phê cũng chiếm 12,3%.

3.1.5. Tiền sử bệnh

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh

Tiền sử bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử nội khoa		
Không	35	47,9

Tiền sử bệnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có (n = 38; 52,1%)	Tiêu hóa	14	18,8
	Thoái hóa khớp	2	2,8
	Tim mạch	7	9,6
	Viêm gan B	3	4,1
	ĐTD	2	2,8
Tổng số		73	100
Tiền sử bệnh TMH khác			
Không		64	87,4
Có (n = 9; 12,6%)	Viêm Amidan	2	2,8
	Hạt xơ đã PT	2	2,8
	Polyp dây thanh đã cắt	1	1,4
	Viêm họng mạn tính	2	2,8
	Viêm xoang	1	1,4
	Viêm mũi dị ứng	1	1,4
Tổng số		73	100

52,0% đối tượng có tiền sử bệnh nội khoa, trong đó các bệnh về tiêu hóa chiếm tới 18,8%. 12,6% đối tượng nghiên cứu có tiền sử về các bệnh TMH, trong đó có viêm amidan; hạt xơ đã PT; viêm họng mạn tính cũng chiếm 2,8%.

3.1.6. Triệu chứng cơ năng trào ngược họng thanh quản dựa vào bảng RSI

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng nói chung

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1. Khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói	65	89,1
2. Đắng háng	63	86,3
3. Nhiều dịch nhầy họng hoặc chảy mũi sau	70	95,1
4. Khó khản khi nuốt thức ăn, dịch, thuốc	51	69,9
5. Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm	49	67,2
6. Cảm giác khó thở hoặc cơn tức thở	49	67,2
7. Khó chịu hoặc phiền toái do ho	55	75,4
8. Cảm giác có dị vật trong họng	67	91,8
9. Nóng rát ngực, đau ngực, ợ hơi, ợ chua	68	93,2

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là nhiều dịch nhầy họng hoặc chảy mũi sau, chiếm tỷ lệ 95,1%.

Đứng thứ hai là nóng rát ngực, đau ngực, ợ hơi, ợ chua (93,2%); tiếp đến là cảm giác có dị vật trong họng (91,8%); Khàn tiếng hoặc có vấn đề về giọng nói (89,1%); đắng háng (86,3%); Khó chịu hoặc phiền toái do ho (75,4%); Khó khản khi nuốt thức ăn, dịch, thuốc (69,9%).

Các triệu chứng khác có tỷ lệ thấp hơn như: Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm và Cảm giác khó thở hoặc cơn tức thở cùng chiếm tỷ lệ 67,2%.

3.2. Đánh giá hiệu quả tư vấn chế độ ăn, lối sống của người bệnh trào ngược họng - thanh quản

3.2.1. Sự thay đổi chỉ số RSI

Bảng 3.5. Sự thay đổi của RSI trước - sau tư vấn theo nhóm tuổi

Tuổi	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	p trước - sau
	$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)				
< 40 tuổi	21,8 ± 5,3 (14 - 34)	17,5 ± 5,4 (7 - 30)	14,6 ± 4,7 (4 - 26)	13,3 ± 4,1 (3 - 22)	< 0,05
≥ 40 tuổi	22,2 ± 4,7 (15 - 32)	16,9 ± 4,9 (5 - 28)	14,4 ± 3,7 (8 - 23)	13,4 ± 2,8 (7 - 20)	< 0,05
p nhóm tuổi	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điều trung bình RSI giữa nhóm đối tượng < 40 tuổi hay ≥ 40 tuổi theo các thời điểm điều trị tư vấn.

Bảng 3.6. Sự thay đổi của RSI trước - sau tư vấn theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	p trước - sau
	X̄ ± SD (GTNN - GTLN)				
Công nhân	22,0 ± 5,4 (14 - 34)	17,9 ± 5,2 (8 - 30)	15,0 ± 4,4 (7 - 26)	13,9 ± 3,4 (7 - 22)	< 0,05
Nông dân	22,0 ± 5,1 (15 - 30)	14,9 ± 3,8 (9 - 21)	13,0 ± 3,6 (8 - 18)	12,0 ± 2,9 (7 - 16)	< 0,05
Cán bộ VC-VP	20,2 ± 4,3 (16 - 29)	14,7 ± 6,0 (5 - 23)	12,5 ± 4,8 (4 - 18)	11,4 ± 4,4 (3 - 16)	< 0,05

Nghề nghiệp	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	p trước - sau
	X̄ ± SD (GTNN - GTLN)				
Hưu trí, nội trợ + khác	23,2 ± 4,1 (16 - 31)	18,7 ± 4,3 (10 - 28)	15,6 ± 3,1 (10 - 23)	14,5 ± 2,0 (3 - 16)	< 0,05
p nghề nghiệp	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Nhóm nghề nghiệp hưu trí, nội trợ và khác (tự do) có điểm RSI cao hơn hơn so với các nhóm nghề nghiệp còn lại ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Phân nhóm điểm RSI trước - sau tư vấn

Mức điểm RSI	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	P
	N, %				
> 13 điểm	73 (100%)	55 (75,3%)	44 (60,3%)	41 (56,2%)	< 0,05
≤13 điểm	0 (0%)	18 (24,7%)	29 (39,7%)	32 (43,8%)	
Tổng số	73 (100%)	73 (100%)	73 (100%)	73 (100%)	

Xét về mức độ nặng của triệu chứng theo điểm RSI: Tỷ lệ trước tư vấn có điểm RSI > 13 điểm là 100%; tỷ lệ này giảm còn 75,3% sau 1 tháng; còn 60,3% sau 2 tháng và 56,2% sau 3 tháng điều trị tư vấn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2. Sự thay đổi về chế độ ăn, lối sống

Bảng 3.8: Chế độ ăn uống, lối sống trước - sau tư vấn

Chế độ ăn uống, lối sống	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	P
	n, %				
Điều trị béo phì/thừa cân	3 (4,1%)	11 (15,1%)	10 (13,7%)	11 (15,1%)	< 0,05

Chế độ ăn uống, lối sống	Trước tư vấn	Sau tư vấn 1 tháng	Sau tư vấn 2 tháng	Sau tư vấn 3 tháng	P
	n, %				
Kiêng các thức ăn, đồ uống có cafein	35 (48,0%)	63 (86,3%)	62 (84,9%)	60 (82,2%)	< 0,05
Giảm lượng thức ăn cay và ngọt	6 (8,2%)	59 (80,2%)	67 (91,8%)	68 (93,2%)	< 0,05
Giảm lượng nước giải khát carbohydrate	41 (56,2%)	66 (90,4%)	67 (91,8%)	68 (93,2%)	< 0,05
Giảm lượng đồ uống có axit (nước cam hoặc táo, chanh)	7 (9,6%)	51 (69,9%)	52 (71,2%)	53 (72,6%)	< 0,05
Giảm cà chua, sốt cà chua, bạc hà và tỏi	1 (1,4%)	48 (65,8%)	61 (83,6%)	63 (86,3%)	< 0,05
Tập luyện thể thao tối thiểu 2 giờ sau ăn	73 (100%)	73 (100%)	73 (100%)	73 (100%)	< 0,05
Tránh ăn uống 3 giờ trước khi đi ngủ	3 (4,1%)	50 (68,5%)	57 (78,1%)	58 (79,5%)	< 0,05
Tránh những thực phẩm có tính acid cao	55 (75,3%)	70 (95,9%)	71 (97,3%)	72 (98,6%)	< 0,05
Ăn chia nhiều bữa nhỏ	2 (2,7%)	4 (5,5%)	4 (5,5%)	8 (11,0%)	> 0,05
Nằm hoặc đi ngủ ngay sau ăn	56 (76,7%)	21 (28,8%)	17 (23,3%)	14 (19,2%)	< 0,05
Giảm lượng rượu và bia	57 (78,1%)	63 (86,3%)	69 (94,5%)	67 (91,8%)	> 0,05
Giảm hút thuốc lá	65 (89,0%)	67 (91,8%)	68 (93,2%)	68 (93,2%)	> 0,05
Nằm đầu cao, Nâng đầu giường cao 10 - 15 cm	1 (1,4%)	37 (50,7%)	49 (67,1%)	52 (71,2%)	< 0,05

Trước tư vấn điều trị, tỷ lệ nằm đầu cao, nâng đầu giường cao 10 - 15cm là 1,4%; tỷ lệ này tăng

lên sau tư vấn điều trị 1 tháng là 50,7%; sau 2 tháng là 67,1% và sau 3 tháng là 71,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các chế độ ăn uống, lối sống như chế độ ăn chia nhiều bữa nhỏ, giảm lượng rượu bia và giảm hút thuốc lá chưa có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau tư vấn điều trị ($p > 0,05$).

4. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Điểm trung bình RSI trước điều trị là $22,1 \pm 4,9$, giảm xuống còn $17,1 \pm 5,1$ sau tư vấn 1 tháng; $14,5 \pm 4,1$ sau tư vấn 2 tháng và $13,4 \pm 3,3$ sau tư vấn 3 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Các chế độ ăn uống lối sống: Kiêng thức ăn đồ uống có cafein; Giảm lượng thức ăn cay và ngọt; Tập luyện thể thao tối thiểu 2 giờ sau ăn; Tránh ăn uống 3 giờ trước khi đi ngủ; Nằm đầu cao, Nâng đầu giường cao 10 - 15 cm có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê các triệu chứng của bệnh sau khi tư vấn ($p < 0,05$).

- Chế độ ăn chia nhiều bữa nhỏ, giảm lượng rượu bia và giảm hút thuốc lá chưa thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau tư vấn ($p > 0,05$).

- Tư vấn của người điều dưỡng cho người bệnh trào ngược họng - thanh quản về chế độ ăn và lối sống khi người bệnh đến khám được nhân rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bor, S., et al., Validation of Peptest in Patients with Gastro-Esophageal Reflux Disease and Laryngopharyngeal Reflux Undergoing Impedance Testing. J Gastrointestin Liver Dis, 2019. 28 (4): p. 383-387.
2. Chmielecka-Rutkowska, J., B. Tomasik, and W. Pietruszewska, The role of oral formulation of hyaluronic acid and chondroitin sulphate for the treatment of the patients with laryngopharyngeal reflux. Otolaryngol Pol, 2019. 73 (6): p. 38-49.
3. Guntinas-Lichius, O., Laryngopharyngeal Reflux. Dtsch Arztebl Int, 2017. 114 (6): p. 101.

4. Koufman, J.A., The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope, 1991. 101 (4 Pt 2 Suppl 53): p. 1-78.

5. Salihefendic, N., M. Zildzic, and E. Cabric, Laryngopharyngeal Reflux Disease - LPRD. Med Arch, 2017. 71 (3): p. 215-218.

6. Shilpa, C., et al., Laryngopharyngeal Reflux and GERD: Correlation Between Reflux Symptom Index and Reflux Finding Score. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2019. 71 (Suppl 1): p. 684-688.

7. Sun, Z.Z., et al., [The correlation between gastric bubble size and laryngopharyngeal reflux pattern in patients with laryngopharyngeal reflux disease]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 2019. 99 (44): p. 3487-3493.

8. Vakil, N., et al., The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol, 2006. 101 (8): p. 1900-20; quiz 1943.

9. Yu, Y., et al., Reflux characteristics in patients with gastroesophageal reflux-related chronic cough complicated by laryngopharyngeal reflux. Ann Transl Med, 2019. 7 (20): p. 529.

10. Zhang, J. and S. Xiao, Knowledge of laryngopharyngeal reflux disease among otolaryngologists in 3A hospitals in Beijing. 2019: p. 300060519888311.

BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI KỶ NIỆM 40 NĂM NGÀY THÀNH LẬP VÀ ĐÓN NHẬN HUÂN CHƯƠNG LAO ĐỘNG HẠNG NHẤT

TRẦN LỄ

Sáng ngày 14/11/2019, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã tổ chức lễ kỷ niệm 40 năm Ngày thành lập và đón nhận phần thưởng cao quý do Đảng và Nhà nước trao tặng, đó là Huân chương Lao động hạng Nhất. Trải qua 40 năm xây dựng và phát triển, lúc đầu khi mới được thành lập, bệnh viện do Liên đoàn Phụ nữ dân chủ thế giới trao tặng. Cơ sở làm việc nhỏ hẹp với chuyên khoa Sản - Phụ khoa. Trải qua 40 năm phát triển với sự nỗ lực cố gắng của đội ngũ thầy thuốc, cũng như được sự quan tâm giúp đỡ của các cấp lãnh đạo từ Trung ương đến thành phố Hà Nội và sự ủng hộ, tin tưởng của người dân, năm 2018, bệnh viện đã được Bộ Y tế và Sở Y tế Hà Nội quyết định nâng tầm vị trí, làm nhiệm vụ tuyến cuối về chuyên khoa Sản - Phụ. Hiện, bệnh viện có 41 khoa phòng, cùng 2 cơ sở được sát nhập từ Hà Đông về với hơn 1000 cán bộ, nhân viên. Hàng năm, nơi đây đã đón hàng nghìn trẻ em chào đời, trong đó có nhiều trường hợp trẻ đẻ non tháng. Bệnh viện đã có các chuyên ngành mũi nhọn gồm Sơ sinh, Phụ khoa, Sản khoa, Phẫu thuật và Điều trị trẻ sơ sinh đẻ non tháng... Bên cạnh đó, bệnh viện đã thành lập trung tâm khám, sàng lọc chuẩn đoán trước sinh và sơ sinh; xây dựng và phát triển khoa Hỗ trợ sinh sản và Điều trị nam học. Bệnh viện đã chuyển giao kỹ thuật cho 5 tỉnh miền Bắc. Xây dựng được bệnh án điện tử thuận lợi cho người bệnh và tiết kiệm được kinh phí. Bệnh viện đã tự chủ về tài chính. Trong sự nỗ lực cố gắng của cán bộ nhân viên bệnh viện làm nên thành tích to lớn đó, có một phần công sức của những nhân viên điều dưỡng; thông qua hình ảnh trình chiếu trên màn hình đã giúp cho các đại biểu dự lễ cảm nhận được. Với những thành tích trên, tại lễ kỷ niệm, thay mặt lãnh đạo Đảng và Nhà nước, đồng chí Đặng Thị Ngọc Thịnh - Phó Chủ tịch nước đã trao Huân chương Lao động hạng Nhất cho bệnh viện. Huân chương Lao động hạng Ba cho cá nhân Thầy thuốc nhân dân

- PGS.TS. Nguyễn Duy Ánh - Bí thư Đảng ủy, Giám đốc bệnh viện. Bệnh viện còn được trao tặng bức tranh chân dung Bác Hồ được làm bằng đá quý. Đồng thời, Bộ trưởng Bộ Y tế - Trưởng Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ cấp cao nhà nước Nguyễn Thị Kim Tiến đã trao cờ thi đua của Chính phủ cho bệnh viện.

BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI - NHỮNG NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG LUÔN LÀM HẾT SỨC ĐỂ GIẢM NHẸ NỖ ĐAU CHO NHỮNG NGƯỜI BỆNH MANG CĂN BỆNH ÁC TÍNH

TRẦN LỄ

Đây là lời tâm huyết của các điều dưỡng viên ở Bệnh viện Ung bướu Hà Nội mà tôi có dịp tiếp xúc hôm 25 tháng 11 năm 2019 khi cùng với điều dưỡng Nguyễn Phương Thảo - cán bộ phòng điều dưỡng của bệnh viện đến thăm đơn nguyên nội 1 điều trị theo yêu cầu về nội khoa tại dãy nhà H của bệnh viện. Tôi có dịp quan sát những bệnh nhân nằm trên giường bệnh và các nhân viên điều dưỡng đang thực hiện thao tác chuyên môn như tiêm, truyền dịch, phát thuốc cho bệnh nhân. Có những bệnh nhân lên cơn đau nhưng được các điều dưỡng an ủi và giải thích bệnh để người bệnh yên tâm điều trị, cũng như san sẻ nỗi đau do căn bệnh ác tính gây ra. Như để nói rõ thêm về đặc thù của khoa, Điều dưỡng trưởng khoa Hoàng Thu Phương cho biết: Do hiểu được tính chất của những bệnh nhân khi vào nằm điều trị, chúng em đã xác định trách nhiệm của mình là cùng với bác sĩ làm tốt nhiệm vụ chuyên môn, luôn có lời nói nhẹ nhàng, phục vụ mọi yêu cầu của người bệnh. Đó cũng là cách tốt nhất để vơi bớt nỗi đau cho người bệnh. Không những làm tốt chuyên môn, các điều dưỡng ở khoa còn tích cực tham gia nghiên cứu sáng kiến như làm góc truyền thông ngay ở ngoài hành lang để cho người nhà bệnh nhân khi đến thăm hiểu rõ về bệnh. Làm hệ thống lưu trữ phim điện quang cho bệnh nhân một cách thuận tiện như một cuốn từ điển, giúp cho các bác sĩ khi cần là có thể tìm được ngay. Người bệnh nằm điều trị tại các khoa theo yêu cầu luôn được chăm sóc phục vụ 3 bữa ăn trong ngày, không cần thiết phải có người thân ở lại - theo Thạc sĩ Thanh Phương, Trưởng phòng Điều dưỡng và điều dưỡng Nguyễn Phương Thảo, cán bộ phòng điều dưỡng của bệnh viện cho biết. Tổng số điều dưỡng của bệnh viện hiện nay là 335 người, trong đó 70% có trình độ đại học, còn lại là trình độ trung cấp. Xong, do được lãnh đạo bệnh viện quan tâm nên các điều dưỡng đó đang theo học để đạt trình độ đại học.

Họ công tác tại các khoa thuộc khối Điều trị theo yêu cầu nội khoa, khối Điều trị nội trú, khối Ngoại, khoa Chăm sóc giảm nhẹ, khoa Xạ trị và y học hạt nhân, khoa Cận lâm sàng và khu khám bệnh. Bệnh nhân đến bệnh viện điều trị không những là người dân Hà Nội mà còn là người dân của các tỉnh phía Bắc, vì bệnh viện có nhiệm vụ chuyên về điều trị bệnh nhân mắc bệnh ung bướu. Để nâng cao trình độ chuyên môn và kỹ năng giao tiếp, hàng ngày phòng điều dưỡng bệnh viện luôn đi kiểm tra các khoa phòng. Hàng tháng, hàng quý, bệnh viện có các buổi tập huấn về chuyên môn, về kỹ năng giao tiếp hoặc gửi các điều dưỡng đi học tại các bệnh viện khác của thành phố tùy theo chuyên môn. Cách làm đó đã giúp cho chất lượng của điều dưỡng viên được nâng cao. Một việc mà phòng điều dưỡng của bệnh viện đã làm tốt, đó là hàng tuần đều mở hòm thư góp ý, tổng hợp ý kiến góp ý của người bệnh để báo cáo ban lãnh đạo bệnh viện có các biện pháp giải quyết kịp thời. Nhờ vậy, chất lượng chuyên môn, tinh thần thái độ chăm sóc của người thầy thuốc nói chung và nói riêng là đội ngũ điều dưỡng của bệnh viện luôn được nâng cao. Có đến bệnh viện nhìn những nhân viên y tế đang làm việc, tôi mới thấy được tinh thần hăng say, yêu ngành, yêu nghề, thương yêu bệnh nhân của họ. Chính vì thế mà tại đây, có 8 điều dưỡng đạt danh hiệu Chiến sĩ thi đua, góp phần đem lại uy tín cho bệnh viện. Kết thúc bài viết, tôi chỉ xin dẫn lời của Tiến sĩ Bùi Vinh Quang - Giám đốc bệnh viện khi nói với tôi: Đúng là đội ngũ điều dưỡng ở bệnh viện rất nhiệt tình và có trách nhiệm, mong bác thường xuyên đến thăm bệnh viện và có nhiều bài viết động viên các thầy thuốc nói chung và nói riêng là đội ngũ điều dưỡng ở bệnh viện chúng em.

Vì đội ngũ điều dưỡng các bạn làm được rất nhiều việc giúp cho bệnh nhân yên tâm điều trị. Lời nói của vị Tiến sĩ - Giám đốc bệnh viện thật có ý nghĩa với chúng tôi.

ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI NHẬN NHIỀU THƯ KHEN CỦA NGƯỜI BỆNH

LÊ HẢO

Cục Quản lý Khám chữa bệnh

Nhận được hơn 100 thư khen về công tác chăm sóc, đón tiếp người bệnh và gia đình người bệnh; Tỷ lệ hài lòng chung trong chăm sóc người bệnh tại các đơn vị lâm sàng trong bệnh viện của điều dưỡng/Hộ sinh/Kỹ thuật viên/Hộ lý năm 2019 đạt 94%... Đây là 2 trong số rất nhiều thành tích nổi bật của đội ngũ điều dưỡng Bệnh viện Bạch Mai vừa được báo cáo tại Hội nghị tổng kết Công tác Điều dưỡng/Hộ sinh/Kỹ thuật Y/Hộ lý năm 2019 và phương hướng, nhiệm vụ trong năm 2020.

Phát biểu tại Hội nghị, GS.TS. Ngô Quý Châu - Phó Giám đốc Phụ trách BV Bạch Mai ghi nhận và đánh giá cao những nỗ lực của đội ngũ ĐD/HS/KTY/HL Bệnh viện Bạch Mai trong công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh, đóng góp thành tích không nhỏ vào công cuộc đổi mới, phát triển Bệnh viện Bạch Mai.

Theo GS.TS. Ngô Quý Châu, Bệnh viện Bạch Mai đang tập trung đầu tư và phát triển các trung tâm chuyên khoa sâu, hiện đại, đồng bộ trong bệnh viện; từng bước xây dựng và bồi dưỡng đội ngũ cán bộ ĐD/HS/KTY có trình độ chuyên môn tay nghề giỏi triển khai thực hiện được nhiều kỹ thuật cao ngang tầm các nước trong khu vực như ghép tạng, phẫu thuật tim hở, can thiệp tim mạch, tách dính, hỗ trợ sinh sản, chẩn đoán hình ảnh... Công tác khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi, người bệnh nghèo, đối tượng chính sách ngày càng được quan tâm, cải thiện... Đặc biệt đã ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý dịch y tế



và tài chính, đáp ứng yêu cầu của Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội. Những thành tựu của bệnh viện đều có sự đóng góp hết sức quan trọng của đội ngũ ĐD/HS/KTV...

ThS. Bùi Minh Thu - Trưởng phòng Điều dưỡng BV Bạch Mai cho biết, hiện đội ngũ ĐD/HS/KTV của bệnh viện có hơn 2.200 cán bộ, nhân viên, trong đó trình độ Đại học trên 500 người; sau Đại học là 71 cán bộ. Trong năm qua, tập thể ĐD/HS/KTV bệnh viện đã có bước trưởng thành vượt bậc trong mọi mặt công tác, đặc biệt đã tích cực rèn luyện ý đức, học tập nâng cao trình độ chuyên môn, nghiên cứu khoa học, đẩy mạnh các sáng kiến trong thực hành, góp phần không nhỏ vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và làm cho người bệnh hài lòng hơn. Có 17 đề án của điều dưỡng được thông qua Hội thi Đề án cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và đạt được 1 Giải Nhất, 2 Giải Nhì và 3 Giải Ba; 1 giải được chọn đi thi cấp Bộ và đạt Giải Nhì. Đội ngũ điều dưỡng đã xây dựng và triển khai 13

chỉ số đánh giá chất lượng bệnh viện trong chăm sóc; cũng như thực hiện nhiều dự án và đề án nâng cao năng lực cho điều dưỡng.

Năm 2019 cũng đánh dấu sự thành công của Hội nghị khoa học Điều dưỡng quốc tế lần 2 với chủ đề: Đổi mới trong thực hành lâm sàng, đào tạo và quản lý điều dưỡng. Nhiều điều dưỡng trưởng và các điều dưỡng viên đã tham gia học tập nâng cao trình độ quản lý, chuyên môn chăm sóc người bệnh. Công tác giao tiếp ứng xử được chú trọng và đẩy mạnh. Cải tiến quy trình làm việc và sửa đổi, bổ sung các quy trình kỹ thuật, biên soạn giáo trình đào tạo riêng cho điều dưỡng; tăng cường kiểm tra giám sát và xây dựng chỉ số và theo dõi, đánh giá chất lượng chăm sóc. Bên cạnh đó, công tác nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế ngày càng được đẩy mạnh góp phần nâng cao vai trò, vị thế của đội ngũ ĐD/HS/KTY trong bệnh viện.

Tuy nhiên, công tác ĐD/HS/KTY/HL vẫn còn một số tồn tại, khó khăn và thách thức nhất định. Công tác tổ chức chăm sóc kiểm tra, giám sát đầu đó còn chưa tốt, dẫn tới chưa đảm bảo thực hiện chăm sóc toàn diện cho NB. Nhận thức về văn hóa an toàn người bệnh và báo cáo sự cố y khoa còn chưa đầy đủ; công tác đảm bảo 5S trật tự bệnh phòng và xây dựng chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc theo chuyên khoa cần đẩy mạnh hơn...

Năm 2020, Đội ngũ ĐD/HS/KTY đặt mục tiêu: “Điều dưỡng BV Bạch Mai giỏi thực hành chăm sóc; tích cực tham gia bảo vệ môi trường vì sức khỏe cộng đồng” góp phần nâng cao hơn nữa chất lượng bệnh viện./.