

Ảnh: Điều dưỡng Võ Diễm Phúc, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau
Ảnh dự thi "Nét đẹp Điều dưỡng" năm 2024



TẠP CHÍ
ĐIỀU DƯỠNG
VIỆT NAM
Vietnam National Nursing Journal
www.tapchidieuduong.vn | ISSN2354 - 0737
CƠ QUAN CỦA HIỆP HỘI ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

TỔNG BIÊN TẬP

Hà Văn Anh

THƯ KÝ BIÊN TẬP

Lê Anh Tuấn

Nguyễn Thành Dân

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

GS.TS. Nguyễn Công Khẩn

PGS.TS. Nguyễn Ngọc Minh

PGS.TS. Lê Thanh Tùng

ThS. Phạm Đức Mục

TS. Trần Quang Huy

PGS.TS. Nguyễn Hoàng Long

TS. Lại Vũ Kim

Nhà báo Hà Văn Anh

TS. Nguyễn Thị Minh Chính

TS. Trương Quang Trung

TS. Trần Thụy Khánh Linh

TRỤ SỞ

Tầng 9 Cung Trí Thức Thành Phố
Số 1 Tôn Thất Thuyết, phường Cầu Giấy, TP. Hà Nội

TOÀ SOẠN

Toà nhà ACCI, số 210 Lê Trọng Tấn,
phường Phương Liệt, TP. Hà Nội

Điện thoại: 0989 285 285

Email: tapchidieuduongvietnam@gmail.com

Giấy phép hoạt động báo chí số: 1004/GP-BTTTT cấp ngày 11/6/2012

Giấy phép hoạt động báo chí bổ sung số: 436/GP-BTTTT
cấp ngày 24/11/2023

Mã số chuẩn Quốc tế: ISSN 2354 - 0737

Thiết kế:

Trần Nam Trang

Giá: 65.000đ

Lời chào mừng

Lễ kỷ niệm 35 năm thành lập Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam - Lễ tôn vinh Điều dưỡng tiêu biểu - Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ XII

Kính thưa quý lãnh đạo, quý đại biểu và toàn thể hội viên,

Hôm nay, trong chuỗi các sự kiện của điều dưỡng chào mừng Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ XIV, Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam và Bệnh viện Bạch Mai phối hợp tổ chức ba sự kiện trong một là Lễ kỷ niệm 35 năm thành lập Hiệp hội, Lễ tôn vinh Điều dưỡng viên tiêu biểu và Hội nghị Khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ XII.

Đây là dịp để chúng ta tri ân quá khứ - tôn vinh hiện tại - và hướng tới tương lai. Thay mặt Ban Lãnh đạo Hiệp hội, tôi xin gửi tới quý vị lãnh đạo, đại biểu, khách mời và hội viên điều dưỡng lời chào mừng nồng nhiệt, lời tri ân sâu sắc và lời chúc tốt đẹp nhất!

Trải qua 35 năm xây dựng và phát triển (1990 - 2025), với sứ mệnh “Vì nghề nghiệp - Vì hội viên - Vì sức khỏe cộng đồng”, Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam đã không ngừng lớn mạnh, trở thành ngôi nhà chung của gần 120.000 hội viên, quy tụ 59 hội thành viên tổ chức ở các tỉnh thành và hơn 800 chi hội trên khắp mọi miền đất nước.

Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam tự hào là tổ chức xã hội nghề nghiệp tiên phong đóng góp cùng Bộ Y tế trong xây dựng chính sách nghề nghiệp, phát triển ngành điều dưỡng, nâng cao năng lực chuyên môn, thúc đẩy nghiên cứu khoa học và góp phần khẳng định vai trò của người điều dưỡng trong hệ thống y tế quốc gia.

Hiệp hội tin rằng: Điều dưỡng chính là lực lượng tạo nên sự khác biệt trong chất lượng chăm sóc, trong an toàn người bệnh và trong niềm tin của nhân dân. Vì vậy, Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam tiếp tục khuyến nghị lan tỏa những Thông điệp định hình cho những tư duy và hành động đổi mới nhằm xúc tác mạnh mẽ hơn nữa cho ngành điều dưỡng phát triển hiện tại và tương lai: Điều dưỡng là ngành học đa khoa có nhiều chuyên khoa; Dịch vụ do điều dưỡng cung cấp là một trong những trụ cột của hệ thống dịch vụ y tế; Đầu tư cho điều dưỡng là đầu tư cho sức khỏe của người dân; Điều dưỡng của chúng ta - Tương lai của chúng ta.

Với tinh thần đoàn kết, sáng tạo và trách nhiệm, chúng ta sẽ tiếp tục viết tiếp trang sử tự hào của nghề điều dưỡng Việt Nam - một nghề của trí tuệ, của nhân ái và của trái tim yêu thương con người.

Xin trân trọng cảm ơn lãnh đạo Bộ Y tế các thời kỳ, lãnh đạo Tổng hội Y học Việt Nam, quý đại biểu, khách quốc tế, lãnh đạo Hiệp hội các thời kỳ và hội viên đã luôn đồng hành, sẻ chia và đóng góp cho sự phát triển của Hiệp hội trong suốt 35 năm qua.

Xin kính chúc quý vị sức khỏe, hạnh phúc và thành công!



ThS. Phạm Đức Mục
Chủ tịch Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam

NHẬN XÉT HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU BẰNG KEM EMLA 5% KHI ĐẶT ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH TĨNH MẠCH NGOẠI VI Ở TRẺ TRÊN 5 TUỔI TẠI KHOA NỘI NHI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN E

REVIEW OF THE EFFECT OF EMLA CREAM 5% IN REDUCING PAIN
AND SOME RELATED FACTORS IN CHILDREN OVER 5 YEARS OLD WHO HAD
PERIPHERAL VEIN INTERVENTION AT THE DEPARTMENT OF GENERAL PEDIATRIC
MEDICINE E HOSPITAL SUMMARY

NGUYỄN THỊ NGỌC ANH^{1,2}, NGUYỄN THỊ THU TRANG²,
LÊ THỊ TÂM², NINH THỊ PHƯƠNG MAI², TRƯƠNG VĂN QUÝ^{1,2}
¹Đại học Y Hà Nội, ²Bệnh viện E

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá mức độ giảm đau của kem Emla 5% khi đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi ở trẻ trên 5 tuổi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng thang đo đau bằng số (Numerical Pain Rating Scale-NPRS) để đánh giá điểm đau của 59 trẻ trên 5 tuổi điều trị tại khoa Nội nhi tổng hợp, Bệnh viện E. Thời gian từ tháng 1/2024 đến 10/2024. Thông tin nghiên cứu được thu thập bằng phần mềm RedCap bảo đảm bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được sự đồng ý tham gia của bố mẹ trẻ.

Kết quả: Điểm đau của nhóm trẻ có can thiệp là $1,72 \pm 1,81$ thấp hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm không can thiệp với điểm đau ($3,83 \pm 2,13$) với $p < 0,01$. Hiệu quả giảm đau trên nhóm có can thiệp đạt 93,1% với thời gian ủ tê trung bình $43,11 \pm 3,8$ phút.

Kết luận: Sử dụng kem Emla 5% giảm đau tại chỗ khi can thiệp tĩnh mạch ngoại vi cho trẻ có hiệu quả. Tuy nhiên, quá trình thực hiện cần trung bình 43 phút ủ tê để đạt hiệu quả giảm đau mong muốn.

Từ khóa: Trẻ em, giảm đau, gây tê, kem Emla 5%

ABSTRACT

Objective: Evaluation the pain relief of Emla 5% cream during peripheral intravenous catheter placement in children over 5 years of age.

Method: Cross-sectional descriptive study, using Numerical Pain Rating Scale (NPRS) to evaluate pain

scores of 59 children over 5 years old treated at the Department of General Pediatric Medicine, E Hospital. From 1/2024 to 10/2024. Research information was collected using Redcap software, ensuring confidentiality that used only for research purposes. Children's parents agreed to participate.

Results: The pain score of the intervention group was ($1,72 \pm 1,81$), significantly lower than that of the non-intervention group with pain score of ($3,83 \pm 2,13$) with $p < 0,01$. The pain relief effect in the intervention group was 93,1% with an average anesthesia incubation time of $43,11 \pm 3,8$ minutes.

Conclusion: Using Emla 5% cream for local pain relief during peripheral vein intervention in children is effective. However, the procedure requires an average of 43 minutes of anesthesia to achieve the desired pain relief.

Keywords: Children, pain relief, anesthesia, Emla 5% cream

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 90% người bệnh (NB) đều cần đặt đường truyền tĩnh mạch nhằm lấy bệnh phẩm máu làm xét nghiệm hoặc đưa thuốc vào người bệnh thông qua đường máu¹. Quy trình đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi là một phương pháp luồn kim vào tĩnh mạch để lấy mẫu máu xét nghiệm, tiêm thuốc cấp cứu, thuốc kháng sinh một số thuốc khác hay truyền dịch nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Đây cũng là một quy trình kỹ thuật rất quen thuộc đối với nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng. Tuy nhiên, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi ở trẻ em thường gây đau, khó chịu dẫn đến sợ hãi và gặp nhiều khó khăn liên quan

đến các hành vi chống đối, không hợp tác, để lại trải nghiệm không tốt cho người bệnh đặc biệt, với trẻ em. Khoảng 25% người trưởng thành mắc chứng sợ bệnh viện, né tránh dịch vụ y tế, chăm sóc sức khoẻ do trải nghiệm đau đớn khi tiêm chủng thời thơ ấu^{4,6}. Tại Việt Nam đã có cơ sở y tế sử dụng ủ tê bằng kem Emla 5% cho người bệnh và chỉ ra hiệu quả rõ ràng trong việc giảm đau cho người bệnh². Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với với mục tiêu: Đánh giá mức độ giảm đau của kem Emla 5% khi đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi ở trẻ trên 5 tuổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Nhi Tổng hợp, Bệnh viện E

2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 5 tuổi trở lên có thể nhận biết chữ số
- Điều trị nội trú tại khoa Nhi tại Bệnh viện E
- Có chỉ định đặt đường truyền tĩnh mạch hoặc lấy máu xét nghiệm

- Gia đình đồng ý tham gia

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ đang trong tình trạng nặng, cấp cứu, hôn mê
- Tiền sử dị ứng

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024

2.2.3. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu lấy thuận tiện chia 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng. Quá trình thực hiện có 59 trẻ đủ điều kiện và đồng ý tham gia. Nhóm can thiệp có 29 trẻ; nhóm chứng 30 trẻ

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, trẻ từ 5 tuổi trở lên khi nhập viện có chỉ định lấy máu xét nghiệm hoặc đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

Phương pháp đánh giá: Tư vấn gia đình người bệnh về lựa chọn tham gia nghiên cứu, sử dụng kem Emla 5% gây tê tại chỗ. Ghi nhận thông số: nhịp tim, độ bão hoà

oxy, nhiệt độ trước khi thực hiện thuật đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi và lấy máu xét nghiệm. Ủ tê bằng kem Emla 5% tại vùng da xác định đặt đường truyền trong thời gian từ 30 - 60 phút. Ghi nhận lại thông số: nhịp tim, nhiệt độ và độ bão hoà oxy sau khi thực hiện thủ thuật từ 15-30 phút. Điền thông tin dữ liệu trên phần mềm RedCap. Sử dụng thang đo đau bằng số (Numerical Pain Rating Scale- NPRS) từ 1 đến 10 là thước đo mức độ đau của trẻ. Hiệu quả giảm đau đạt khi điểm đau từ 0-3 điểm; không đạt khi điểm đau từ 6-10 điểm. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung			Nhóm chứng			Nhóm can thiệp		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Giới									
Nam	37	62,7	0,05	21	70,0	0,03	16	55,2	0,58
Nữ	22	37,3		9	30,0		13	44,8	
Tuổi									
5-7	20	33,9	0,01	10	33,3	0,07	10	34,5	0,09
8-15	39	66,1		20	66,7		19	65,5	
BMI									
Thiếu cân	12	20,3	0,05	5	16,7	0,12	7	24,1	0,38
Bình thường	27	45,8		14	46,7		13	44,8	
Thừa cân	20	33,9		11	36,7		9	31,0	
Số lần vào viện									
1 lần	18	62%	0,09	18	60,0	0,27	18	62,1	0,19
Nhiều lần	11	38%		12	40,0		11	37,9	

Nhận xét: Tuổi trung bình của trẻ là $9,54 \pm 3,09$. Trong đó trẻ nam chiếm 62,7% và nữ chiếm 37,3%. Nhóm trẻ thừa cân chiếm 33,9%, thiếu cân chiếm 20,3%. Đa số trẻ mới nhập viện lần đầu chiếm 62%. Giữa 2 nhóm có sự tương đồng về độ tuổi, BMI và tiền sử nhập viện điều trị.

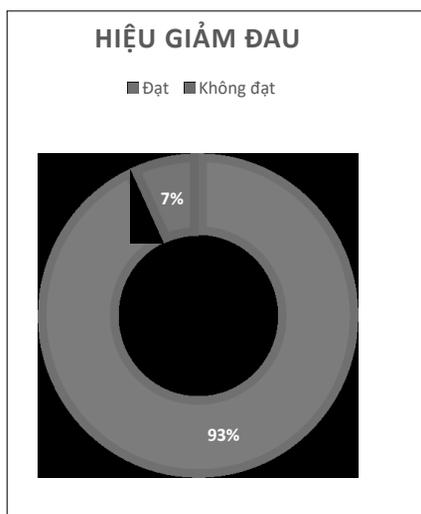
Bảng 3.2. Điểm đau và mức độ đau của 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng

	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp (n=29)	p
Điểm đau (Mean ± SD)	3,83 ± 2,13	1,72 ± 1,81	<0,01

Nhận xét:

Nhóm trẻ can thiệp có điểm đau thấp hơn nhóm không can thiệp với điểm đau trung bình là 1,72 ± 1,81 với p < 0,05, có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 3.1: Hiệu quả giảm đau trên nhóm có can thiệp



Nhận xét: Điểm đau trung bình ở nhóm can thiệp là 1,72 ± 1,81 chiếm 93,1%. Chỉ có 2 trường hợp đánh giá mức độ đau trên 4 điểm, không đạt chiếm 6,9%.

Bảng 3.3. So sánh đặc điểm biến thiên chỉ số dấu hiệu sinh tồn giữa 2 nhóm

	Nhóm chứng (n=30)	Nhóm can thiệp (n=29)	p (test Mann-Whitney)
Biến thiên SpO2 trung bình	0,17 ± 0,46	0,07 ± 0,75	0,55
Biến thiên mạch trung bình	6,07 ± 3,80	3,62 ± 6,72	p > 0,05

Nhận xét: Nhóm trẻ can thiệp có sự biến thiên mạch và độ bão hoà oxy thấp hơn so với nhóm trẻ không can thiệp.

Bảng 3.4. Liên quan giữa thời gian ủ tê và tuổi đến hiệu quả giảm đau

Yếu tố liên quan	Hiệu quả giảm đau				p	OR (95%CI)	
	Có		Không				
	n	%	n	%			
Thời gian ủ tê kem EMLA	<60p	24	92,3	2	7,7	-	-
	>60p	3	100	0	0		
Tuổi	5-7	9	90	1	10	0,579	0,95 (0,753-1,198)
	8-15	18	94,7	1	5,3		

Nhận xét: Hiệu quả giảm đau đạt khi thời gian ủ tê dao động từ đủ 30 phút đến dưới 60 phút với 92,3%. Lứa tuổi 8 đến 15 tuổi đạt hiệu quả giảm đau cao hơn ở nhóm tuổi nhỏ hơn từ 5-7 tuổi với p > 0,05, không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Hiệu quả giảm đau bằng kem Emla 5%.

Chăm sóc đau là một trong nhiệm vụ trong công tác điều dưỡng, người điều dưỡng qua việc đánh giá đau bằng thang đo đồng thời nhận định dấu hiệu lâm sàng như thay đổi nhịp tim, độ bão oxy... để xác định rõ ràng mức độ đau của người bệnh, giúp điều dưỡng đưa ra can thiệp chăm sóc phù hợp. Có nhiều yếu tố làm ảnh hưởng tới mức độ đau và ngưỡng đau có tính cá thể hoá như yếu tố văn hoá, xã hội, chủng tộc, thể chất... Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả giảm đau rõ ràng tại nhóm có can thiệp với điểm đau thấp hơn nhóm không can thiệp lần lượt là 1,72 ± 1,81 và 3,83 ± 2,13 với p < 0,05, có ý nghĩa thống kê. Đồng thời sự thay đổi về dấu hiệu sinh tồn như nhịp tim, độ bão hoà oxy qua da có sự biến thiên ít hơn so với nhóm không can thiệp. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả. Trần Thị Ái Nương tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, hiệu quả giảm đau đạt 1,75 ± 1,12². Nhiều nghiên cứu trên Thế giới cũng như trong nước cũng đưa ra kết quả tương tự. Tác giả Shahid và cộng sự nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của kem Emla 5% trong việc kiểm soát cơn đau do chọc tĩnh mạch trẻ sơ sinh tại Canada năm 2019 cho thấy trong 907 trẻ được nghiên cứu so với giải được thì Emla có tác dụng từ nhỏ trong việc giảm đau với OR= 0,14 (95%CI : -0,17-0,45)⁵. Một nghiên cứu khác của tác giả Navratan Kumar Gupta năm 2013 đánh giá nhóm trẻ được dùng giảm đau bằng kem Emla 5% trước khi thực

hiện tiêm chủng cho thấy kem Emla 5% có hiệu quả trong việc giảm đau và có tác dụng hiệp đồng trong giảm đau khi kết hợp với việc cho con bú trong quá trình tiêm chủng ở trẻ ⁴. Đây là một bằng chứng ý nghĩa cho thấy việc sử dụng kem Emla 5% giảm đau tại chỗ cho nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn cũng có hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

Điểm đau của nhóm can thiệp là $1,72 \pm 1,81$ thấp hơn một cách có ý nghĩa so nhóm chứng với điểm đau là $3,83 \pm 2,13$ ($p < 0,05$).

6. KHUYẾN NGHỊ

Giảm đau là một nghiệm pháp điều trị văn minh, giúp người bệnh tự tin và dễ dàng đối diện với dịch vụ chăm sóc y tế mà không phải lo ngại đau đớn hay không để lại nỗi ám ảnh khi phải đến cơ sở y tế để khám và điều trị bệnh khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Nương, T.N.Á., Lê, N.T.C., Hòa, T.T.V., 2024. *Kết quả giảm đau của kem Lidocaine-Prilocaine 5% trong thực*

hiện thủ thuật lấy máu tĩnh mạch ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam, 537(2).

2. Trang, N.T., Cúc, H.K., Hời, N.T., Định, V.Đ., 2023. *Đánh giá hiệu quả giảm đau của kem EMLA 5% khi đặt đường truyền tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc*. Tạp chí Y học Việt Nam, 531(1).

Tài liệu nước ngoài

3. Chung, Y.S., Park, K.W., Kim, J.S., 2006. *Effects of EMLA Cream to Decrease Venipuncture Related Pain and Anxiety in Children*. Journal of Korean Academy of Child Health Nursing, 12(2), 253-259.

4. Gupta, N.K., Upadhyay, A., Agarwal, A., Goswami, G., Kumar, J., Sreenivas, V., 2013. *Randomized controlled trial of topical EMLA and breastfeeding for reducing pain during wDPT vaccination*. European Journal of Pediatrics, 172, 1527-1533.

5. Shahid, S., Florez, I.D., Mbuagbaw, L., 2019. *Efficacy and safety of EMLA cream for pain control due to venipuncture in infants: a meta-analysis*. Pediatrics, 143(1).

6. Taddio, A., Wong, H., Welkovic, B., et al., 2016. *A randomized trial of the effect of vaccine injection speed on acute pain in infants*. Vaccine, 34(39), 4672-4677.

TỔNG QUAN HỆ THỐNG VỀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TẠI VIỆT NAM, GIAI ĐOẠN 2010 - 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

SYSTEMATIC REVIEW OF PATIENT SATISFACTION IN NURSING CARE IN VIETNAM 2010 - 2023 AND RELATED FACTORS

LÊ VĂN HỌC¹, TRẦN QUANG HUY², HUỖNH GIAO³, HUỖNH THỊ PHƯƠNG⁴, ĐỖ THỊ PHƯƠNG⁵

¹ ĐD. CK2 Bệnh viện Nhân ái-Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh;

² TS. ĐD Đại học Đại Nam; ³ PGS.TS Đại học Y dược

TP. Hồ Chí Minh; ⁴ TS. ĐD Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TP. Hồ Chí Minh; ⁵ HVCH Bệnh viện 19-8 Bộ Công an TP. Hà Nội.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hài lòng của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng và các yếu tố liên quan tại Việt Nam trong giai đoạn 2010–2023.

Phương pháp: Tổng quan hệ thống được thực hiện trên 28 nghiên cứu đạt tiêu chí tuyển chọn từ các tạp chí khoa học y tế.

Kết quả: Tỷ lệ hài lòng chung về chăm sóc điều dưỡng đạt 88,6% (KTC 95%: 0,853–0,913), dao động từ 52,4% đến 100%. Các yếu tố tác động tích cực bao gồm chất lượng dịch vụ, kỹ năng chuyên môn, sự tư vấn chu đáo của điều dưỡng, tính riêng tư và khả năng đáp ứng nhu cầu người bệnh. Các yếu tố cá nhân như giới tính, tuổi tác, thu nhập, tình trạng bảo hiểm y tế cũng có ảnh hưởng đáng kể.

Kết luận: Sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng tại Việt Nam đạt mức cao nhưng có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Cần tiếp tục cải thiện chất lượng dịch vụ để nâng cao trải nghiệm người bệnh.

Từ khóa: Hài lòng, Người bệnh, chăm sóc điều dưỡng, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

Objective: To determine the rate of patient satisfaction with nursing care and its related factors in Vietnam from 2010 to 2023.

Methods: A systematic review of 28 studies meeting selection criteria from medical science journals.

Results: The overall patient satisfaction rate with nursing care was 88.6% (95% CI: 0.853–0.913), ranging from 52.4% to 100%. Positive influencing factors included service quality, professional skills, thorough nurse counseling, privacy assurance, and the ability to meet patient needs. Personal factors such as gender, age, income, and health insurance status also significantly impacted satisfaction levels.

Conclusion: Patient satisfaction with nursing care in Vietnam was generally high but varied across studies. Further improvements in service quality are necessary to enhance patient experience.

Key words: Satisfaction, Patient, Nursing Care, Related Factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh chịu ảnh hưởng từ rất nhiều phương diện như: cơ sở vật chất, vật tư, trang thiết bị, các hoạt động chăm sóc (SC), làm việc của bác sĩ, điều dưỡng (ĐD) và các nhân viên y tế [1]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sự hài lòng chăm sóc ĐD như: nghiên cứu tại Trung Quốc [2], Canada [3] Malaysia [4], Ethiopia [5], [6], Anh và Hy Lạp [7].

Tại Việt Nam, sự hài lòng về SCĐD cũng đã có nhiều tác giả nghiên cứu như: nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Lý tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái

Nguyễn [8], Nguyễn Hoa Pháp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [9], Đào Thanh Lam tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương [10], Vũ Hương Giang tại Bệnh viện Tim Hà Nội [11]. Nhìn chung các nghiên cứu cho thấy kết quả khác nhau về sự hài lòng trong CSĐD giao động từ 65% đến 97,6%.

Sự hài lòng của người bệnh là một trong những phản hồi rất hữu ích và quan trọng để giúp các nhà hoạch định chính sách và quản lý các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế đánh giá được hiệu quả các dịch vụ, kịp thời khắc phục những hạn chế để bệnh viện hoàn thiện và phát triển, đồng thời sự hài lòng của người bệnh là thước đo sự đổi mới, phát triển của ngành Y tế. Thêm vào đó, trong phương pháp nghiên cứu, tổng quan hệ thống và phân tích gộp là dạng nghiên cứu có giá trị nhất về bằng chứng khoa học đem lại, là cơ sở lý thuyết đáng tin cậy để các nhà quản lý và nghiên cứu tham khảo [12]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến hài lòng của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng qua tài liệu y văn tại Việt Nam xuất bản từ năm 2010 đến 2023. Nghiên cứu nhằm cung cấp thông tin tổng quát về sự hài lòng của người bệnh về CSĐD tại Việt Nam, chỉ ra điểm mạnh, điểm yếu và những thiếu hụt cần bổ sung cho các nghiên cứu tiếp theo về vấn đề này, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng nói riêng và của ngành y tế nói chung trong thời gian sắp tới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu tổng quan hệ thống có phân tích gộp được thực hiện và báo cáo theo sơ đồ PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis) [13].

2.2. Lựa chọn nghiên cứu: Các tiêu chí lựa chọn bài báo đưa nghiên cứu là:

Các bài báo được viết bằng tiếng Việt hay tiếng Anh liên quan đến sự hài lòng của người bệnh về CSĐD đã xuất bản tại Việt nam từ năm 2010 tới 2023. Thiết kế nghiên cứu bao gồm: mô tả cắt ngang, phân tích và can thiệp. Các bài báo đã xuất bản trên tạp chí khoa học có phản biện. Các bài báo tiếp cận được toàn văn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bài tổng quan tài liệu, tổng quan hệ thống và phân tích gộp. Tóm tắt tham luận hội nghị, đề

cương nghiên cứu. Kỷ yếu hội nghị. Tạp chí chưa được công bố (Grey literature). Dữ liệu sử dụng của các bài báo bị trùng lặp với bài báo khác.

2.3. Chiến lược tìm kiếm: Tìm kiếm, rà soát bao gồm toàn bộ các nghiên cứu bằng tiếng Việt hay tiếng Anh liên quan đến sự hài lòng của người bệnh đã xuất bản xuất bản từ năm 2010 đến 2023. Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu điện tử: Sử dụng từ khóa để tìm nghiên cứu: Tiếng Anh: Patient satisfaction with nursing care, tiếng Việt: sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng.

Tìm kiếm dữ liệu xuất bản/công bố: Tất cả các ấn phẩm (luận văn, bài báo, báo cáo (các thư viện lưu trữ dữ liệu khoa học điện tử như: Y học Việt Nam, Nghiên cứu Khoa học Điều dưỡng, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Y tế công cộng, Y học Cộng đồng, Y học Thực hành, giới hạn thời gian từ 2010 đến 2023, kết thúc tìm kiếm vào tháng 7/2024)) do các viện, trường hay cơ quan nghiên cứu và đào tạo có liên quan đến vấn đề nghiên cứu. Danh sách các tài liệu tham khảo từ các bài báo cũng được rà soát theo các tiêu chí đặt ra.

2.4. Đánh giá các nghiên cứu: Sử dụng biểu mẫu sàng lọc có sẵn để rà soát từng nghiên cứu. Điền dữ liệu của các nghiên cứu đạt yêu cầu ra soát vào mẫu phân tích dữ liệu. mẫu gồm các phần chính: Đặc điểm chung của nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, địa điểm, thời gian nghiên cứu, bộ công cụ nghiên cứu. Kết quả tìm được của nghiên cứu: Mức độ hay tỷ lệ hài lòng của người bệnh, các yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của người bệnh. Đánh giá chất lượng bài báo nghiên cứu về chủ đề hài lòng của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng.

2.5. Quản lý số liệu và trích dẫn tài liệu: Phần mềm EndNote được sử dụng để lưu trữ các thông tin trích dẫn từ các nghiên cứu và xử lý dữ liệu trùng nhau. Tài liệu từ các nguồn dữ liệu điện tử cũng được tải trực tiếp về EndNote. Các dữ liệu trùng nhau (một kết quả nghiên cứu nhưng lại xuất hiện đến hai lần: cùng một nghiên cứu nhưng tài liệu tìm được là luận văn và bài báo) được phát hiện và loại bỏ. Mỗi một nghiên cứu đảm bảo chỉ tính một lần duy nhất với một mã số cụ thể. Các dữ liệu tổng hợp được phân tích theo phương pháp xử lý thống kê thông thường của Excel.

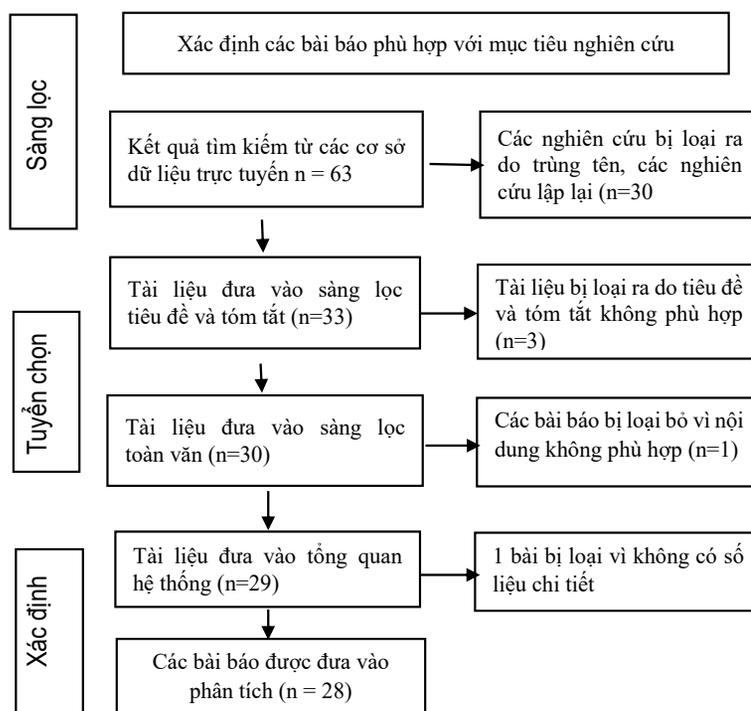
2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và trích xuất vào 1 file excel bằng phần mềm Endnote 9.0. Phân tích gộp được thực hiện với chương trình STATA 17.0, sử dụng mô hình ảnh hưởng biến thiên (random-effects) với kết quả là tỷ lệ hiện mắc (Prevalence) và khoảng tin cậy 95%. Tính không đồng nhất giữa các nghiên cứu được đánh giá thông qua biểu đồ “forest-plots” của chỉ số I^2 của từng nghiên cứu. Chỉ số không đồng nhất (I^2) được đánh giá ở các mức sau: từ 25 – 50% thể hiện sự không đồng nhất mức độ cao, ngưỡng 50 - 75% được coi như sự không đồng nhất ở mức độ trung bình, từ 75% trở lên là mức độ không đồng nhất thấp. Sai số xuất bản đánh giá qua biểu đồ phễu (Funnel plot) và kiểm định Edge. Mức ý nghĩa thống kê ở $P < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc tài liệu: Sơ đồ 1 cho thấy tổng cộng có 63 bài báo nghiên cứu được tìm thấy từ các cơ sở dữ liệu, sau khi loại bớt các bài trùng lặp và không phù hợp với tiêu chí tuyển chọn, có 33 bài

được sàng lọc tiêu đề và tóm tắt để tìm ra 30 bài sàng lọc toàn văn. Trong số 29 nghiên cứu phù hợp với các tiêu chí tuyển chọn được đưa vào tổng quan, 28 nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu tổng quan hệ thống này (1 nghiên cứu bị loại vì bài báo toàn văn không cung cấp đủ số liệu nghiên cứu tổng quan).

3.2. Đặc điểm của các nghiên cứu gốc: Cỡ mẫu của các nghiên cứu đưa vào dao động từ các nghiên cứu trải dài từ 99 đến 600 người bệnh tham gia, với tổng cộng 6.800 người. Những nghiên cứu này được thực hiện ở các bệnh viện trên các vùng miền tại Việt Nam. Có 16 nghiên cứu không đề cập đến yếu tố ảnh hưởng đến hài lòng về chăm sóc điều dưỡng. Các nghiên cứu được xuất bản từ năm 2010 đến năm 2023 tại các địa điểm như trung tâm y tế, bệnh viện đa khoa và chuyên khoa từ tuyến huyện đến bệnh viện trung ương, bệnh viện tư nhân và công lập. Thiết kế nghiên cứu bao gồm nghiên cứu cắt ngang, phân tích và can thiệp.



Sơ đồ 1. Sơ đồ tìm kiếm và tuyển chọn các nghiên cứu

3.3. Đo lường tỷ lệ hài lòng của người bệnh

Bảng 3.1. Tóm tắt thông tin của các nghiên cứu gốc được đưa vào tổng quan hệ thống

Tác giả (năm)	Đối tượng NC, cỡ mẫu	Địa điểm	Tỷ lệ/mức độ hài lòng với một số yếu tố hài lòng
Nguyễn Thị Chinh (2023) [14]	323 Người bệnh	Đơn nguyên Cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang	- Tỷ lệ hài lòng chung: 96,2% - Một số yếu tố hài lòng: Công tác tiếp cận NB vào khoa: 97%; Minh bạch thông tin và thủ tục khám, điều trị: 95,9%; Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ: 96,1%; Tư vấn giáo dục sức khỏe trong điều trị: 94,3%; Kỹ năng chuyên môn: 95,4%; Giao tiếp ứng xử với NB: 99,5%; Thủ tục thanh toán ra viện: 92,3%.
Nguyễn Thị Nguyệt (2022) [15]	358 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 98,1% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Hà Thị Thắm (2023)[16]	180 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 93,9% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Phạm Văn Thành (2024) [17]	132 Người bệnh	Bệnh viện Đại học Y Hà Nội	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 89,4% - Một số yếu tố hài lòng: Thái độ, kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng: 97,7%; Thủ tục hành chính: 92,4%.
Vũ Thủy Nguyên (2023) [18]	175 Người bệnh	Các khoa ngoại, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 74,3% - Một số yếu tố hài lòng: Thủ tục hành chính, quy định của khoa: 70,86%; Tiếp đón: 75,43%; Thái độ, giao tiếp của ĐD: 82,29%; CS trước và sau phẫu thuật: 79,43%; Khả năng đáp ứng kịp thời nhu cầu của NB: 69,14%; Hoạt động chăm sóc tinh thần: 94,29%.
Ngô Thanh Giàu (2018)[19]	300 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 90,1% - Một số yếu tố hài lòng: Khả năng giao tiếp: 88,44%; Chăm sóc, hướng dẫn và thực hiện thuốc: 89,02%; Sự giúp đỡ, hỗ trợ của ĐD: 92,82%.
Hồ Phương Thúy (2021)[20]	200 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 99,1% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Vũ Văn Thái (2021)[21]	441 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Diên Châu, Nghệ An	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 89% - Một số yếu tố hài lòng: Thái độ phục vụ của ĐD: 97,5%; Thao tác thủ thuật: 98,0%.
Đoàn Phước Thuộc (2020) [22]	600 Người bệnh	Bệnh viện Đại học Y Dược Huế	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 71,4% - Một số yếu tố hài lòng: Công tác chăm sóc tinh thần: 77,8%; Kỹ năng chuyên môn của ĐD, hộ sinh: 75,5%; Mối quan hệ giữa NB và ĐD: 70,2%; Tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh: 73,6%; Công tác vệ sinh tại bệnh viện: 61,5%.
Nguyễn Thị Diệu (2019)[23]	198 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Thái Thụy tỉnh Thái Bình	Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 85,4% Không được đề cập
Quế Anh Trâm (2023)[24]	200 Người bệnh	Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 97,1% - Một số yếu tố hài lòng: Công tác chăm sóc tinh thần: 98,8%; Thực hiện hoạt động chăm sóc: 96,9%; Mối quan hệ với ĐD: 97,0%; Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe: 96,0%.
Trần Thị Thanh Trúc (2019) [25]	100 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi-2019	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 81% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập

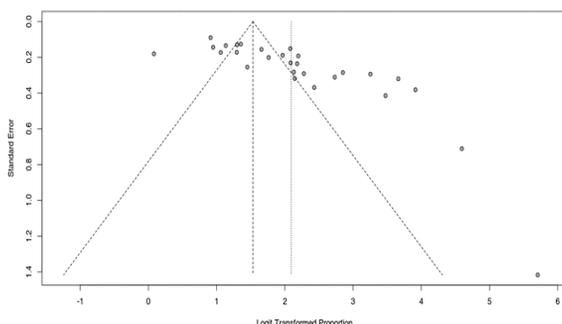
Tác giả (năm)	Đối tượng NC, cỡ mẫu	Địa điểm	Tỷ lệ/mức độ hài lòng với một số yếu tố hài lòng
Nguyễn Thị Ánh Nhung (2019)[26]	190 Người bệnh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 88,7% - Một số yếu tố hài lòng: Giao tiếp của điều dưỡng
Vương Minh Nguyệt (2019) [27]	350 Người bệnh	Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 78,7%** - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Trần Ngọc Phượng (2012) [28]	197 Người bệnh	Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện An Bình	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 90,1%** - Một số yếu tố hài lòng: Chất lượng chăm sóc của điều dưỡng: 4,17 (SD=0,52)
Đặng Thị Thùy Mỹ (2020) [29]	261 Người bệnh	Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 87,7% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Đình Ngọc Thành (2014) [30]	123 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên	- Tỷ lệ hài lòng chung 52,4%** - Một số yếu tố hài lòng: Sự giao tiếp của điều dưỡng: 3,5,±0,49.
Nguyễn Bá Anh (2012)[31]	385 Người bệnh	Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Chấn thương chỉnh hình, Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Việt Đức	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 79,5% - Một số yếu tố hài lòng: Chăm sóc hỗ trợ tâm lý tinh thần cho NB: 81,3%; Kỹ năng chuyên môn của ĐD: 78,2%; Việc cung cấp thông tin về tình trạng NB và sự giáo dục sức khỏe: 80%; Tình trạng vệ sinh của khoa/phòng: 97,1%; Hoạt động chăm sóc của ĐD: 95,8%; Tinh thần thái độ của ĐD: 94%.
Lê Thị Cẩm Lan (2019)[32]	105 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 89,5% - Một số yếu tố hài lòng: Chăm sóc đau: 4,24 ± 1,024 đến 4,70 ±,536.
Trần Sỹ Thắng (2014)[33]	140 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 91% - Một số yếu tố hài lòng: Giao tiếp thân thiện của ĐD là 90,98%; Việc thông báo, hướng dẫn cho người bệnh: 87,85%; Sự giúp đỡ, hỗ trợ của ĐD khi người bệnh cần: 92,7%; Môi trường, trật tự, vệ sinh khoa/buồng bệnh: 92,41%.
Lê Thị Mỹ Linh (2013)[34]	240 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy - Tiền Giang	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 72% - Một số yếu tố hài lòng: Thực hành CS: 83,4%; Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe cho NB: 53,8%.
Lưu Quốc Hùng (2018)[35]	306 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 83,9% - Một số yếu tố hài lòng: Giao tiếp thân thiện của ĐD: 94,1%; Thông báo, hướng dẫn cho NB: 87%; Sự giúp đỡ, hỗ trợ của ĐD khi NB cần: 86,3%
Nguyễn Hoài Phong (2013) [36]	300 Người bệnh	Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ-2013	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 75,8% - Một số yếu tố hài lòng: Công tác chăm sóc của ĐD: 76%; Cơ sở vật chất và dịch vụ y tế của: 74%
Phạm Thị Nga (2020)[37]	150 Người bệnh	Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Bình	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 100% - Một số yếu tố hài lòng: Thời gian hẹn soi: 84,75%; Thời gian chờ để được soi: 80%; Được cung cấp thông tin: 76%; Được giải thích về các thông tin: 75,3%; Phòng chờ, phòng nội soi và nhà vệ sinh: 24,7%.
Đậu Thị Cúc (2018)[38]	99 Người bệnh	Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 91,5% Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập
Đình Thị Thanh Mai (2023) [39]	400 Người bệnh	Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm: 97,6% - Một số yếu tố hài lòng: Không được đề cập

Tác giả (năm)	Đối tượng NC, cỡ mẫu	Địa điểm	Tỷ lệ/mức độ hài lòng với một số yếu tố hài lòng
Nguyễn Thị Hoàng Yến (2021)[40]	238 Người bệnh	Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Bạch Mai	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm 94,6%** - Một số yếu tố hài lòng: Sự giao tiếp ĐĐ: $4,20 \pm 0,600$
Nguyễn Ngọc Nga (2020) [41]	200 Người bệnh	Khoa Phẫu thuật chi dưới, Bệnh viện Việt Đức	- Tỷ lệ hài lòng chung chiếm 78,5% - Một số yếu tố hài lòng: Thủ tục hành chính khi nhập viện: 89%; CSĐĐ hàng ngày: 89,5%; Chăm sóc ĐĐ khi phẫu thuật: 94,5%; CSĐĐ khi phẫu thuật: 85,5%; CSĐĐ trong đêm trực: 87,5%; CSĐĐ khi ra viện, chuyển viện: 85,5%; Thái độ, kỹ năng giao tiếp của ĐĐ 86,5%; Dịch vụ y tế chung của bệnh viện: 91,5%.

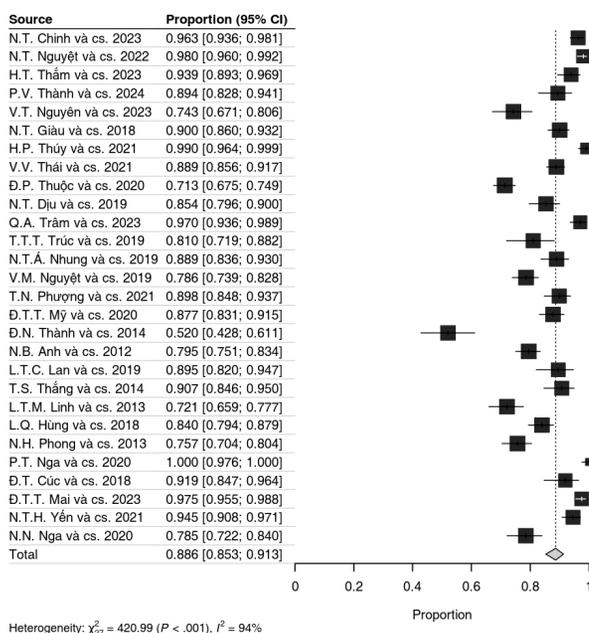
Ghi chú:

* HL được xem là có điểm đánh giá theo thang Likert trên 3 (nếu là thang 5 mức độ), hoặc trên 2 (nếu là thang 3 mức độ). Số liệu được báo cáo dựa trên trung bình các tỷ lệ HL của BN đối với từng yếu tố được nghiên cứu (nếu như nghiên cứu không đề cập đến tỷ lệ hài lòng chung).

** Tỷ lệ được ước lượng thông qua điểm trung bình và độ lệch chuẩn của tổng điểm theo thang đo.



Biểu đồ 3.1. Sự sai lệch trong xuất bản (Publication bias)



Biểu đồ 3.2. Mức độ hài lòng của NB về chăm sóc ĐĐ tại Việt Nam giai đoạn 2010 – 2023

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh chiếm 88,6%. Trong đó tỷ lệ hài lòng của người bệnh dao động từ 52,4% đến 100%. Một số nghiên cứu có tỷ lệ hài lòng rất cao (>90%), trong khi một số khác có tỷ lệ thấp hơn, đặc biệt là nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên với tỷ lệ hài lòng chỉ 52,4%.

3.4. Yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng người bệnh về chăm sóc điều dưỡng

Các nội dung chính ảnh hưởng đến hài lòng người bệnh là: Giải thích tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị; Không có bệnh mãn tính; Đảm bảo sự riêng tư khi nằm viện; Điều dưỡng tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng biến chứng; Điều dưỡng thực hiện thuốc đúng giờ; Điều dưỡng chuyên nghiệp khi thực hiện thủ thuật chăm sóc; Các nhu cầu chăm sóc của người bệnh được đáp ứng đầy đủ; Thực hành giao tiếp của điều dưỡng; Có áp dụng mô hình AIDET; Giới tính nữ; Người hưu trí; Sống ở nông thôn; Có bảo hiểm y tế; Giao tiếp của điều dưỡng; Kết quả trao đổi thông tin; Cấu trúc khoa phòng; Quá trình chăm sóc điều dưỡng; Mức độ đau và thời gian nằm viện.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ hài lòng của người bệnh

Trong những năm gần đây, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tỷ lệ hài lòng người bệnh về chăm sóc điều dưỡng. Vì sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế. Ngoài các tiêu chí về cơ sở vật chất, quy trình chuyên môn thì các ý kiến đóng góp của người bệnh là cơ sở và bằng chứng để cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh tại các cơ sở y tế [8]. Theo những gì chúng tôi được biết, trước đây cũng đã có hai nghiên cứu tổng quan về hài lòng người bệnh với cung cấp dịch vụ y tế. Trong đó nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2018) [12] bao gồm 27 bài báo gốc đánh giá mức độ hài lòng người bệnh về dịch vụ trong bệnh viện, trong khi nghiên cứu của Phạm Đức Mục (2012), Tổng quan về an toàn y tế và chất lượng chăm sóc người bệnh, tác giả chỉ đưa ra các khái niệm về chất chăm sóc người bệnh, chưa cung cấp thông tin hài lòng người bệnh về chăm sóc điều dưỡng [42]. Nghiên cứu này tổng hợp kết quả từ 28 nghiên cứu gốc được thực

hiện từ 2010 đến 2023 đánh giá tỷ lệ hài lòng người bệnh về chăm sóc điều dưỡng.

Cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu: Các nghiên cứu có cỡ mẫu dao động từ 99 đến 600 người, với tổng cộng 6.891 người bệnh, thực hiện tại nhiều bệnh viện đa khoa, chuyên khoa và trung tâm y tế lớn trên khắp Việt Nam.

Phân tích sai lệch xuất bản cho thấy biểu đồ phễu không đối xứng rõ rệt ($z = 6,6777$, $p < .0001$), với hệ số chặn dương ($b = 0,6723$), gợi ý khả năng sai lệch xuất bản. Điều này có thể xuất phát từ việc báo cáo không đầy đủ các nghiên cứu nhỏ hoặc các nghiên cứu có kết quả cụ thể.

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh: Biểu đồ (1.2) cho thấy tỷ lệ hài lòng chung đạt 88,6% (KTC 95%: 0,853 – 0,913), phản ánh phần lớn bệnh nhân cảm thấy hài lòng với chăm sóc điều dưỡng. Tuy nhiên, sự không đồng nhất cao giữa các nghiên cứu [$X^2(27) = 420,99$; $p < 0,001$; $I^2 = 94\%$] cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu, không chỉ do yếu tố ngẫu nhiên mà còn xuất phát từ đặc điểm riêng của từng nghiên cứu. Do đó, cần tiếp tục tìm hiểu các yếu tố gây ra sự khác biệt này.

Các yếu tố đánh giá mức độ hài lòng: Mức độ hài lòng của bệnh nhân được đánh giá dựa trên nhiều yếu tố đa dạng, bao gồm 5 yếu tố chính sau đây: (i) Giao tiếp và thái độ phục vụ của điều dưỡng, yếu tố được nhấn mạnh trong nhiều nghiên cứu, cho thấy vai trò quan trọng của kỹ năng này đối với trải nghiệm bệnh nhân; (ii) Chất lượng chăm sóc, bao gồm chăm sóc trước và sau phẫu thuật; (iii) Thủ tục hành chính và tính minh bạch thông tin, góp phần tạo ra trải nghiệm tích cực; (iv) Cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện, ảnh hưởng đến sự thoải mái của bệnh nhân và (v) Tư vấn giáo dục sức khỏe, giúp tăng cường sự tin tưởng của bệnh nhân vào quá trình điều trị.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu không nêu rõ tiêu chí đánh giá, gây khó khăn cho việc so sánh và tổng hợp kết quả. Nhìn chung, các yếu tố này phản ánh nhiều khía cạnh khác nhau của trải nghiệm bệnh nhân, từ tương tác cá nhân đến điều kiện vật chất tại cơ sở y tế.

4.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ hài lòng của người bệnh

Mức độ hài lòng của người bệnh chịu tác động từ cả yếu tố cá nhân và yếu tố dịch vụ y tế. Những yếu tố tích cực thường liên quan đến chất lượng dịch vụ, bao gồm thực hiện thủ thuật chăm sóc chuyên nghiệp, đáp ứng đầy đủ nhu cầu bệnh nhân, tư vấn kỹ lưỡng về chế độ ăn uống và vận động, cũng như đảm bảo sự riêng tư. Yếu tố cá nhân như giới tính, tuổi tác, thu nhập, và tình trạng bảo hiểm y tế cũng có mối liên quan đáng kể đến mức độ hài lòng.

Ngược lại, sự hài lòng giảm khi bệnh nhân gặp phải bất tiện trong điều trị, như thời gian chờ đợi dài, mức độ đau khi điều trị, hoặc thiếu thông tin rõ ràng về bệnh lý và phương pháp điều trị. Một số yếu tố cá nhân, chẳng hạn như bệnh mãn tính hoặc sinh sống tại khu vực nông thôn, cũng có thể làm giảm mức độ hài lòng.

Tóm lại, mức độ hài lòng của người bệnh chịu tác động bởi cả yếu tố chủ quan (tình trạng sức khỏe, hoàn cảnh cá nhân) và yếu tố khách quan (chất lượng dịch vụ, giao tiếp của nhân viên y tế).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tổng quan hệ thống được thực hiện từ 28 nghiên cứu tại Việt Nam trong giai đoạn 2010–2023 cho thấy tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về chăm sóc điều dưỡng đạt 88,6% (KTC 95%: 0,853 – 0,913). Tuy nhiên, mức độ hài lòng có sự dao động đáng kể giữa các nghiên cứu, từ 52,4% đến 100%, phản ánh sự khác biệt về chất lượng chăm sóc giữa các cơ sở y tế.

Các yếu tố tích cực góp phần nâng cao sự hài lòng của người bệnh bao gồm: Chất lượng dịch vụ điều dưỡng, thể hiện qua kỹ năng chuyên môn, sự tư vấn tận tình và giao tiếp hiệu quả của điều dưỡng; Sự riêng tư và môi trường bệnh viện, đặc biệt là điều kiện phòng bệnh và mức độ đáp ứng nhu cầu chăm sóc của người bệnh; Yếu tố cá nhân, như giới tính, tuổi tác, tình trạng kinh tế và bảo hiểm y tế, có ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của người bệnh.

6. KHUYẾN NGHỊ

Để nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng và tăng cường sự hài lòng của người bệnh, các cơ sở y tế tại

Việt Nam nên tập trung vào các giải pháp sau: Tăng cường đào tạo và cập nhật kỹ năng chuyên môn cho điều dưỡng, bao gồm kỹ năng giao tiếp, tư vấn và thực hiện thủ thuật chăm sóc; Nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc cá nhân hóa, chú trọng đến nhu cầu đặc thù của từng nhóm người bệnh; Cải tiến quy trình tiếp nhận và xử lý yêu cầu của bệnh nhân để giảm thời gian chờ đợi, đặc biệt ở các bệnh viện có lượng người bệnh đông; Tăng cường hỗ trợ tâm lý và tư vấn cho bệnh nhân, đảm bảo họ được cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị; Điều chỉnh khối lượng công việc hợp lý để điều dưỡng có thể dành thời gian nhiều hơn cho tư vấn và chăm sóc trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Công văn số 1626 /KCB-QLCL Hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát HLNB, NVYT chủ biên, Hà Nội.
2. Yilan Liu & Guilan Wang (2007), "Inpatient Satisfaction With Nursing Care and Factors Influencing Satisfaction in a Teaching Hospital in China", *Journal of Nursing Care Quality*. 22(3).
3. Thrasher C. và Purc-Stephenson R.J (2008), "Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada", *J Am Acad Nurse Pract*. 20(5).
4. Shirley Teng K.Y. & Norazlia S (2012), "Surgical Patients' Satisfaction of Nursing Care at the Orthopedic Wards in Hospital Universiti Sains Malaysia", *Health and the Environment Journal*. 3(1).
5. Akilew A.A. Kokeb H.E., Fisseha Z.A. et all (2013), "Adult Patients' Satisfaction with Inpatient Nursing Care and Associated Factors in an Ethiopian Referral Hospital, Northeast, Ethiopia", *Advances in Nursing*.
6. Nega Assefa Tahir Ahmed, Asrat Demisie et all (2014), "Levels of Adult Patients' Satisfaction with Nursing Care in Selected Public Hospitals in Ethiopia", *Int J Health Sci (Qassim)*. 8(4).
7. Gorari A và Theodosopoulou (2015), "Satisfaction with nursing care provided to patients who have undergone surgery for neoplastic disease", *Prog Health Sci*. 5(1).

8. Nguyễn Ngọc Lý (2013), Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Nguyên, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
9. Nguyễn Hoa Pháp (2016), Mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về chăm sóc điều dưỡng tại Trung Tâm tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
10. Đào Thanh Lam (2016), Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương Khoá luận tốt nghiệp Cử nhân y khoa, Đại học y Hà Nội.
11. Vũ Hương Giang (2018), Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về chăm sóc điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
12. Lê Thị Thanh Hà Nguyễn Hữu Thắng, Nguyễn Thị Thu Hà, Lê Mạnh Hùng, Nguyễn Thị Như (2015), “Sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng bệnh viện tại Việt Nam: nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2015”, *Tạp chí Y tế Công cộng*. Số 45 tháng 6/2018, tr. 33-44.
13. McKenzie J.E. Page M.J., Bossuyt P.M., et al (2021), “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews”, *International journal of surgery*. 88, tr. 105906.
14. Trần Thị Lý Nguyễn Thị Chinh (2023), “Sự hài lòng của người bệnh nội trú về công tác chăm sóc điều dưỡng tại đơn nguyên cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa Đức Giang”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 5(31), tr. 258-262.
15. Nguyễn Thị Nguyệt và cộng sự (2022), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú đối với công tác chăm sóc của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2021”, *Khoa học Điều dưỡng* 05(02), tr. 6-18.
16. Hà Thị Thắm (2023), *Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với điều dưỡng qua các buổi sinh hoạt hội đồng người bệnh cấp bệnh viện tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang.
17. Phạm Văn Thành và cộng sự (2023), “Sự hài lòng của người bệnh/người nhà người bệnh về chăm sóc điều dưỡng tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023”, *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam*. 65(2), tr. 95-104.
18. Trần Quốc Kham, Vũ Thủy Nguyên, Nguyễn Thị Hồng Duyên, Đặng Thế Duyệt (2023), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật về chăm sóc điều dưỡng tại các khoa ngoại, Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương năm 2023”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 534(1), tr. 234-239.
19. Ngô Thanh Giàu (2018), *Khảo sát sự hài lòng của thân nhân người bệnh đối với sự phục vụ của điều dưỡng khoa hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở năm 2018.
20. Hồ Phương Thúy và cộng sự (2021), “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về công tác chăm sóc của điều dưỡng tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2020”, *Khoa học Điều dưỡng*. 04(03), tr. 6-16.
21. Hồ Ngọc Thái Vũ Văn Thái, Đinh Thị Thanh Mai, Võ Thị Thanh Hiền (2021), “Thực trạng sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về thời gian chờ tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh và chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại Bệnh viện Đa khoa Diên Châu, Nghệ An, năm 2020”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 503(2), tr. 260-268.
22. Dương Thị Hồng Liên Đoàn Phước Thuộc, Nguyễn Việt Tứ, Trần Thị Thanh Thảo (2020), “Đánh giá sự hài lòng người bệnh nội trú về công tác chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế năm 2019”, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế* 4(10), tr. 46-56.
23. Trương Tuấn Anh Nguyễn Thị Dịu, Đỗ Minh Sinh, Nguyễn Thị Phượng (2019), “Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh về công tác chăm sóc của điều dưỡng tại các khoa nội trú bệnh viện đa khoa Thái Thụy tỉnh Thái Bình năm 2019”, *Tạp chí y dược học Cần Thơ*. Số 22-23-24-25/2019, tr. 1-6.
24. Phan Thị Lụa, Quế Anh Trâm (2023), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về thái độ giao tiếp của điều dưỡng tại trung tâm bệnh nhiệt đới Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 529(2), tr. 98-102.

25. Trần Thụy Khánh Linh Trần Thị Thanh Trúc, Faye Hummel (2019), “Đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật khi điều dưỡng ứng dụng mô hình giao tiếp AIDET”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 23(5), tr. 98-102.
26. Nguyễn Thị Ánh Nhung (2019), “Hiệu quả can thiệp giao tiếp của điều dưỡng thông qua sự hài lòng của người bệnh”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 23(5), tr. 269-474.
27. Vương Minh Nguyệt (2019), “Sự trải nghiệm và hài lòng người bệnh về chăm sóc điều dưỡng tại Việt Nam”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 23(5), tr. 275-280.
28. Hồ Hải Trường Giang, Trần Ngọc Phượng, Trần Văn Hải, Vũ Minh Đức, Nguyễn Hoàng Duy (2021), “Mối tương quan giữa sự hài lòng người bệnh và chất lượng chăm sóc điều dưỡng và đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh điều trị chỉnh hình”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 25(5), tr. 135-140.
29. Trần Thị Trà Mi Đặng Thị Thùy Mỹ, Nguyễn Thị Thanh Nga (2020), “Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng - Hộ sinh với bệnh nhân tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Sản nhi tỉnh Trà Vinh”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 27/2020, tr. 120-126.
30. Phạm Thị Phương Thảo Đinh Ngọc Thành, Bùi Thị Hợi (2014), “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”, *Tạp chí khoa học & công nghệ* 115(01), tr. 143 – 148.
31. Lê Minh Hương Nguyễn Bá Anh, Bùi Kim Nhung, Trần Thị Diệu Hương (2012), “Đánh giá và sự hài lòng của người bệnh về chất lượng chăm sóc của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Đức, năm 2012”, *Tạp chí Điều dưỡng*, tr. 9-14.
32. Đỗ Ngọc Thúy An Lê Thị Cẩm Lan, Trần Thị Kim Ngọc (2019), «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», *Tạp chí Điều dưỡng*, tr. 55-61.
33. Nguyễn Hồng Lam Trần Sỹ Thắng, Trương Thị Như “Khảo sát hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại BVĐK tỉnh Hà Tĩnh”.
34. Lê Thị Mỹ Linh (2013), *Nghiên cứu mức độ hài lòng của người bệnh đối với công tác chăm sóc điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy - Tiền Giang*, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
35. Tạ Văn Trầm Lưu Quốc Hùng (2017), “Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân và thân nhân đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2018”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 22(6), tr. 109-144.
36. Nguyễn Văn Thắng Nguyễn Hoài Phong, Jane Dimmitt Champion (2013), “Sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ”, *Y học TP. Hồ Chí Minh* 17(4), tr. 217-222.
37. Phạm Thị Nga (2020), “Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh nội soi đại tràng không gây mê có can thiệp điều dưỡng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019”, *Tạp chí Điều dưỡng*. 3(4), tr. 16-22.
38. Đậu Thị Cúc (2018), «Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh xạ trị sáu tháng đầu năm 2018 tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times city», *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, tr. 434-440.
39. Nguyễn Xuân Tình Đinh Thị Thanh Mai, Vũ Văn Thái, Võ Thị Thanh Hiền (2023), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh, năm 2022”, *Tạp chí khoa học sức khỏe* 1(2), tr. 83-91.
40. Võ Hồng Khôi Nguyễn Thị Hoàng Yến, Nguyễn Ngọc Hòa (2021), “Sự hài lòng người bệnh về giao tiếp của người điều dưỡng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 506(1), tr. 68-71.
41. Nguyễn Ngọc Nga (2020), *Sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về chăm sóc điều dưỡng tại khoa Phẫu thuật chi dưới, Bệnh viện Việt Đức năm 2020 và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
42. Phạm Đức Mục (2012), “Tổng quan về an toàn y tế và chất lượng chăm sóc người bệnh”, *Tạp chí Y học lâm sàng*. 11/2012, tr. 3-5.

CẢI THIỆN NĂNG LỰC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

IMPROVING NURSES' HEALTH EDUCATION COMPETENCIES FOR INPATIENTS AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

ĐÀO ĐỨC HẠNH¹, TRƯƠNG TUẤN ANH²

¹ Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

² Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh nội trú tại 10 khoa lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, được triển khai trong 6 tháng cho 126 điều dưỡng tại 10 khoa lâm sàng, sử dụng phương pháp khảo sát trước và sau can thiệp để đánh giá kết quả can thiệp.

Kết quả: Dựa trên phân tích thực trạng và các yếu tố liên quan, nhóm nghiên cứu áp dụng phương pháp phát triển can thiệp 6SQuID (6SQuID - Six Steps in Quality Intervention Development), xây dựng và triển khai chương trình can thiệp kéo dài 6 tháng. Chương trình bao gồm: đào tạo nâng cao kiến thức - kỹ năng giáo dục sức khỏe; xây dựng tài liệu hướng dẫn tiêu chuẩn; áp dụng công nghệ thông tin như video - QR code hỗ trợ giáo dục sức khỏe và tăng cường cơ chế giám sát nội bộ. Sau can thiệp, năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng đã được cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ điều dưỡng tự đánh giá đạt mức trên trung bình tăng từ 65,1% lên 88,1% ($p < 0,01$). Điểm trung bình năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tự đánh giá tăng từ $181,56 \pm 13,49$ lên $201,85 \pm 12,89$ (thang đo 225 điểm). Những kết quả này khẳng định chương trình can thiệp có hiệu quả cao, mang lại lợi ích thiết thực trong việc nâng cao năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng.

Kết luận: Chương trình can thiệp có thiết kế khoa học và phù hợp với thực tiễn giúp nâng cao năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, năng lực, can thiệp, điều dưỡng, người bệnh, cải thiện

SUMMARY

Objective

To evaluate the outcomes of an Intervention to Improve Nurses' Health Education Competencies for Inpatients at 108 Central Military Hospital

Methods

A non-controlled intervention study was conducted over 6 months with 126 nurses from 10 clinical departments. A pre-and post-intervention evaluation method was used to assess the program's effectiveness.

Results

Based on baseline assessments and related factor analyses, the research team designed and implemented a 6-month intervention using the 6SQuID framework (Six Steps in Quality Intervention Development). The program included: Training to enhance health education knowledge and skills. Development of standardized guidance documents. Application of IT solutions (educational videos, QR codes) to support health education. Strengthened internal monitoring mechanisms. Post-intervention results demonstrated significant improvements in nurses' health education competencies: The proportion of nurses self-rating their competency as "above average" increased from 65.1% to 88.1% ($p < 0.01$). Mean self-assessed competency scores rose from 181.56 ± 13.49 to 201.85 ± 12.89 (on a 225-point scale). These outcomes confirm the intervention program's high effectiveness in practically enhancing nurses' health education capabilities.

Conclusion

The scientifically designed intervention program proved appropriate for practical implementation and effectively improved nurses' health education competencies.

Keywords: Health education, competency, intervention, nurses, patients, improvement

1. ĐẠI CƯƠNG

Giáo dục sức khỏe (GDSK) là một trong những chức năng nền tảng và thiết yếu của điều dưỡng (ĐD) trong chăm sóc toàn diện người bệnh (NB), đóng vai trò quan trọng trong phòng bệnh, điều trị và phục hồi sức khỏe. Giáo dục sức khỏe giúp NB và người nhà nâng cao nhận thức, điều chỉnh hành vi sức khỏe, tăng khả năng tự chăm sóc và phối hợp tốt trong điều trị. Tổ chức Y tế Thế giới đã xác định GDSK là một trong những nội dung cốt lõi của chăm sóc sức khỏe ban đầu, có ảnh hưởng sâu sắc đến kết quả điều trị và chất lượng sống của NB [14].

Tuy nhiên, thực trạng năng lực GDSK của ĐD hiện nay còn nhiều hạn chế. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy ĐD còn thiếu kiến thức chuyên sâu, kỹ năng tư vấn chưa phù hợp và ít được đào tạo bài bản về phương pháp GDSK hiệu quả [2,9,10].

Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến năng lực GDSK của ĐD đã được xác định, bao gồm yếu tố cá nhân (kiến thức nền, kỹ năng giao tiếp, thái độ nghề nghiệp), yếu tố tổ chức (tài liệu, nhân lực, phương tiện hỗ trợ, cơ chế giám sát) và yếu tố đào tạo [9,10].

Trước thực trạng hạn chế năng lực GDSK của ĐD, nhiều chương trình can thiệp đã được triển khai nhằm cải thiện vấn đề này. Các hình thức can thiệp phổ biến bao gồm: đào tạo mô phỏng với tình huống tương tác thực tế, huấn luyện có phản hồi trực tiếp, ứng dụng video tương tác và tài liệu số hóa, đào tạo kết hợp mô phỏng và nhập vai nhằm tăng sự linh hoạt và tự tin khi GDSK [12]. Đặc biệt, phương pháp phát triển can thiệp 6 bước (6SQUID) đang được áp dụng rộng rãi nhằm đảm bảo tính hệ thống, thực tiễn và chất lượng của các chương trình can thiệp y tế [5]. Các nghiên cứu cho thấy những chương trình can thiệp này đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc nâng cao kiến thức, kỹ năng giao tiếp, năng lực tư vấn và thái độ nghề nghiệp của ĐD [12].

Trong bối cảnh đổi mới mô hình chăm sóc toàn diện, lấy NB làm trung tâm, việc thực hiện nghiên cứu “Can thiệp cải thiện năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108” là rất cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn cao. Nghiên cứu cung cấp bằng chứng khoa học phục vụ đổi mới nội dung đào tạo,

phát triển nguồn nhân lực ĐD có năng lực GDSK phù hợp với yêu cầu chăm sóc hiện đại, chất lượng và nhân văn.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn

- Tiêu chuẩn lựa chọn: ĐD trực tiếp chăm sóc NB tại 10 khoa lâm sàng của bệnh viện vào thời điểm nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các ĐD không có mặt tại bệnh viện trong thời điểm nghiên cứu (đi học dài hạn, thai sản, ốm, nghỉ phép...). ĐD làm công tác hành chính không trực tiếp tham gia chăm sóc NB. ĐD công tác tại các khoa hồi sức tích cực, khoa cấp cứu, khoa nhi.

2.1.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Căn cứ vào thực tế số lượng ĐD trực tiếp chăm sóc NB tại 10 khoa lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu là 126 người. Nhóm nghiên cứu lấy mẫu là toàn bộ 126 ĐD trực tiếp chăm sóc NB tại 10 khoa lâm sàng tham gia can thiệp. Số lượng ĐD này phản ánh đúng thực tiễn nhân lực GDSK tại các khoa, đồng thời đảm bảo cỡ mẫu cần thiết cho đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp.

Phương pháp chọn mẫu:

- Trước can thiệp: Chọn toàn bộ ĐD trực tiếp chăm sóc NB tại 10 khoa lâm sàng tham gia can thiệp (126 ĐD).

- Sau can thiệp: Chọn lặp lại toàn bộ 126 ĐD tại 10 khoa đã khảo sát đánh giá trước can thiệp để thực hiện đánh giá lại sau can thiệp.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 đến tháng 10/2024

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Thực hiện tại 10 khoa lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Trong tổng số 40 khoa lâm sàng của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (sau khi đã loại trừ các khoa hồi sức, cấp cứu, khoa gây mê hồi sức, khoa nhi), nhóm nghiên cứu tiến hành phân nhóm theo đặc điểm chuyên khoa thành 10 nhóm lớn bao gồm: (1) Tim mạch - Cơ xương khớp, (2) Tiêu hóa, (3) Thần kinh, (4) Ung thư, (5) Chấn thương chỉnh hình, (6) Truyền nhiễm - Da liễu, (7) Lồng ngực - Hàm mặt, (8) Phụ sản - Tiết niệu, (9) Nội chung

- Nội tiết, (10) Nhóm chuyên khoa lẻ. Việc chia nhóm như trên nhằm đảm bảo sự đại diện đầy đủ và đa dạng về mô hình bệnh tật, đặc điểm chăm sóc, phương pháp GDSK tại các lĩnh vực khác nhau trong bệnh viện. Sau khi chia nhóm, nhóm nghiên cứu tiến hành bắt thăm ngẫu nhiên trong từng nhóm chuyên khoa để chọn ra 01 khoa đại diện. Kết quả, có 10 khoa lâm sàng được chọn - mỗi khoa đại diện cho một nhóm chuyên khoa, đảm bảo tính đại diện, khách quan và công bằng trong thiết kế nghiên cứu can thiệp.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế can thiệp trước sau không có nhóm chứng nhằm thu thập thông tin về sự thay đổi năng lực GDSK của ĐD trước và sau can thiệp.

2.4. Bộ công cụ và tiêu chuẩn đánh giá

Sử dụng bộ công cụ điều dưỡng tự đánh giá năng lực GDSK trên 3 lĩnh vực kiến thức, kỹ năng, thái độ đã được kiểm định giá trị nội dung và độ tin cậy [1]. Bộ công cụ gồm 45 câu hỏi, phân chia theo ba lĩnh vực năng lực kiến thức, kỹ năng, thái độ. Mỗi câu hỏi sử dụng thang đo Likert 5 mức (từ 1 đến 5 điểm).

Cụ thể, lĩnh vực kiến thức gồm 15 câu hỏi (điểm tối thiểu là 15 - tối đa là 75); lĩnh vực kỹ năng gồm 22 câu hỏi (điểm tối thiểu là 22 - điểm tối đa là 110); lĩnh vực thái độ gồm 8 câu hỏi (điểm tối thiểu là 8 - điểm tối đa là 40). Tổng điểm toàn bộ thang đo dao động từ 45 đến 225 điểm.

Nhóm nghiên cứu tham khảo nghiên cứu của tác giả Mei Qi Hee (Malaysia) [8] sử dụng điểm cắt "Bloom's cut-off" dùng cho xếp loại đánh giá KAP (Kiến thức, kỹ năng, thái độ): Trên trung bình ($\geq 80\%$ tổng điểm), Trung bình (60-79% tổng điểm), Dưới trung bình ($< 60\%$ tổng điểm). Nhóm nghiên cứu áp dụng xếp loại năng lực GDSK trong nghiên cứu như sau:

-Trên trung bình:

Điểm tổng từ 180 - 225 điểm.

Tất cả các câu trả lời từ 3 điểm trở lên

- Trung bình: Điểm tổng từ 132 - 179 điểm.

Tất cả các câu trả lời từ 2 điểm trở lên

- Dưới trung bình: Điểm tổng từ 45-131 điểm.

2.5. Xây dựng giải pháp can thiệp

Để đảm bảo chương trình can thiệp cải thiện năng lực GDSK của ĐD tại các khoa lâm sàng có chất lượng, tính khả thi và hiệu quả ứng dụng cao, nhóm nghiên cứu đã áp

dụng phương pháp xây dựng biện pháp can thiệp 6SquID gồm các bước như sau: Xác định vấn đề; Xác định các yếu tố có thể thay đổi; Xác định các giải pháp can thiệp; Xây dựng các giải pháp can thiệp cụ thể; Thử nghiệm và điều chỉnh biện pháp can thiệp; Thu thập bằng chứng về kết quả can thiệp.

Bảng 2.1. Xây dựng giải pháp can thiệp

Bước	Nội dung
1. Xác định vấn đề	Kết quả đánh giá năng lực GDSK: - Hạn chế về kiến thức: Kiến thức về sức khỏe và sự phạm - Hạn chế về kỹ năng: nhận định nhu cầu, xây dựng kế hoạch
2. Xác định các yếu tố nguyên nhân có thể thay đổi, phạm vi thay đổi	- ĐD thiếu kiến thức, kỹ năng - Thiếu quy trình và bảng kiểm GDSK - Chưa đầy đủ tài liệu GDSK theo chuyên khoa - Chưa đầy đủ phương tiện hỗ trợ GDSK
3. Xác định các biện pháp can thiệp	- Tổ chức Đào tạo - Xây dựng tài liệu chuẩn theo từng chuyên khoa - Bổ sung quy trình GDSK (Quy trình, bảng kiểm) - Cải tiến tăng hiệu quả: Ứng dụng công nghệ thông tin
4. Xây dựng các biện pháp can thiệp cụ thể	- Xây dựng chương trình đào tạo cho ĐD: Bài 1: Tổng quan về giáo dục sức khỏe - Kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe. Thời gian: 4 tiết (Tuần 1 tháng 4/2024) Bài 2: Thực hành giáo dục sức khỏe cá nhân và theo nhóm. Thời gian: 4 tiết (Tuần 2 tháng 4/2024). Bài 3. Hướng dẫn xây dựng tài liệu tư vấn sức khỏe theo chuyên khoa. Thời gian: 4 tiết (Tuần 4 tháng 4/2024) - Cập nhật quy trình GDSK (Bổ sung Quy trình, bảng kiểm GDSK cá nhân và GDSK theo nhóm) - Xây dựng tài liệu GDSK cho NB theo chuyên khoa (mỗi chuyên khoa xây dựng tối thiểu 5 tài liệu thông qua Hội đồng thẩm định) - Điều dưỡng trưởng kiểm tra, giám sát thực hiện: Tần suất giám sát 3 ĐD/1 tuần - Hướng dẫn các đơn vị áp dụng công nghệ thông tin trong GDSK: xây dựng các videoclip, tranh ảnh (có mã QR) - Thời gian can thiệp: 6 tháng

Bước	Nội dung
5. Thử nghiệm và điều chỉnh biện pháp can thiệp	- Đánh giá chương trình đào tạo: Hướng dẫn thực hiện tại 1 khoa. Thảo luận, xin ý kiến điều chỉnh phù hợp. - Ban hành văn bản, tài liệu hướng dẫn thực hiện
6. Thu thập bằng chứng về kết quả can thiệp	- Đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp: ĐD tự đánh giá

2.6. Phương pháp thu thập số liệu khảo sát đánh giá trước và sau can thiệp

Tại thời điểm nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đến 10 khoa lâm sàng tham gia can thiệp. Tại mỗi khoa mời các đối tượng nghiên cứu là ĐD theo danh sách đủ tiêu chuẩn lựa chọn đến Phòng giao ban, giới thiệu về nội dung khảo sát, hướng dẫn ĐD xác nhận nếu đồng ý tham gia khảo sát, hướng dẫn ĐD cách điền thông tin khảo sát theo mẫu, để ĐD đọc và điền phiếu trong thời gian 30 phút sau đó thu phiếu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng điều dưỡng tham gia can thiệp

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng điều dưỡng tham gia nghiên cứu (n =126)

Đặc điểm	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	20	15,9
	Nữ	106	84,1
Tuổi	Tuổi trung bình: 36,7 Độ lệch chuẩn: 7,7		
	Từ 20 đến 25 tuổi	5	4,0
	Từ 26 đến 35 tuổi	58	46,0
	Từ 36 đến 45 tuổi	46	36,5
	Từ 46 đến 55 tuổi	17	13,5
Trình độ	Sau đại học	10	7,9
	Đại học	70	55,6
	Cao đẳng	40	31,7
	Trung cấp	6	4,8
Thâm niên	Từ 5 năm trở xuống	30	23,8
	Trên 5 năm	96	76,2

Bảng 3.1 cho thấy đối tượng ĐD tham gia nghiên cứu can thiệp gồm có 126 người, giới tính nữ chiếm đa số với tỷ lệ 84,1%, độ tuổi trung bình là 36 tuổi, nhóm tuổi từ 26 đến 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 46%, ĐD trình độ đại học chiếm tỷ lệ 55,6%, ĐD có thâm niên công tác trên 5 năm chiếm tỷ lệ 76,2%.

3.2. Kết quả xếp loại năng lực điều dưỡng tự đánh giá năng lực trước và sau can thiệp

Bảng 3.2. Kết quả xếp loại năng lực giáo dục sức khỏe do điều dưỡng tự đánh giá trước và sau can thiệp (n=126)

Xếp loại	Trước can thiệp (Số lượng, tỷ lệ)	Sau can thiệp (Số lượng, tỷ lệ)	p
Trung bình	44 (34,9 %)	15 (11,9 %)	<0,01
Trên trung bình	82 (65,1 %)	111 (88,1 %)	

Sử dụng Kiểm định Mc Nemar

Kết quả bảng 3.2 cho thấy không có ĐD xếp loại dưới trung bình trước và sau can thiệp, số lượng ĐD xếp loại trung bình từ 44 người trước can thiệp giảm xuống còn 15 người sau can thiệp. Sử dụng kiểm định Mc Nemar phân tích mối tương quan giữa kết quả tự đánh giá xếp loại năng lực GDSK nhóm ĐD trước can thiệp và sau can thiệp cho thấy, có sự cải thiện nhóm điều dưỡng xếp loại trên trung bình từ 65,1% lên 88,1% với $p < 0,01$ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

3.3. Kết quả tổng hợp điểm năng lực do điều dưỡng tự đánh giá trước và sau can thiệp

Bảng 3.3. Kết quả tổng hợp điểm năng lực do điều dưỡng tự đánh giá trước và sau can thiệp (n=126)

Nội dung	Tổng điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		1	SD	2	SD	
Năng lực GDSK	225	181,56	13,49	201,85	12,89	<0,001
1. Lĩnh vực kiến thức	75	60,62	4,79	67,77	4,47	<0,01
- Nhóm "Kiến thức về sức khỏe và sự phạm"	45	35,71	3,41	40,40	3,10	<0,01

Nội dung	Tổng điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		1	SD	2	SD	
- Nhóm "Khả năng áp dụng kiến thức y học, thông tin trong GDSK"	30	24,90	2,1	27,37	2,01	<0,01
2. Lĩnh vực kỹ năng	110	87,68	6,87	97,40	7,35	<0,01
- Nhóm kỹ năng "Nhận định nhu cầu, xây dựng kế hoạch"	35	27,85	20,51	31,05	2,64	<0,01
- Nhóm kỹ năng "Thực hiện kế hoạch, đánh giá kết quả"	40	31,62	2,73	35,05	3,05	<0,01
- Nhóm "Kỹ năng giao tiếp, phối hợp làm việc nhóm"	35	28,21	2,35	31,30	2,37	<0,01
3. Lĩnh vực thái độ	40	33,25	3,52	36,68	2,88	<0,01

Sử dụng Kiểm định T-test ghép cặp

Bảng 3.3 cho thấy điểm trung bình năng lực GDSK của ĐD được cải thiện đáng kể sau can thiệp, với điểm trung bình năng lực từ 181,56 lên 201,85 điểm trên thang đo 225 điểm ($p < 0,001$). Cụ thể, điểm trung bình kiến thức tăng từ 60,62 lên 67,77 điểm ($p < 0,01$), kỹ năng từ 87,68 lên 97,40 điểm ($p < 0,01$) và thái độ từ 33,25 lên 36,68 điểm ($p < 0,05$). Như vậy, can thiệp đã có cải thiện rõ rệt, giúp nâng cao năng lực GDSK của ĐD (có ý nghĩa thống kê).

Trong đó, lĩnh vực kiến thức có sự thay đổi đáng kể, tăng lên 7,15 điểm trên tổng điểm 75 điểm sau can thiệp. Điểm trung bình kỹ năng GDSK của ĐD trước can thiệp là 87,68 trên thang điểm 110, mức tương đối thấp. Sau can thiệp, điểm kỹ năng cải thiện rõ rệt, tăng 9,72 điểm. Lĩnh vực thái độ, điểm trung bình tăng từ 33,25 lên 36,68 (trên thang điểm 40), cho thấy sự chuyển biến tích cực sau can thiệp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng can thiệp

Tổng số ĐD tham gia can thiệp là 126 người, ĐD nữ chiếm tỷ lệ cao (84,1%), phù hợp với đặc điểm giới tính trong ngành điều dưỡng ở Việt Nam và nhiều quốc gia khác, đây là đặc điểm phổ biến trong nhiều nghiên cứu trước đây thực hiện trên các đối tượng chủ yếu là nữ ĐD.

Độ tuổi trung bình là $36,7 \pm 7,7$, trong đó nhóm từ 26-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46%), phù hợp với độ tuổi lao động ổn định và có khả năng tiếp nhận tốt các chương trình can thiệp nâng cao năng lực. Bên cạnh đó, 76,2% ĐD có thâm niên công tác trên 5 năm, điều này tạo thuận lợi cho việc triển khai các hoạt động đào tạo vì họ đã có kinh nghiệm thực tiễn.

4.2. Kết quả can thiệp cải thiện năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng

Kết quả cho thấy sự cải thiện rõ rệt về năng lực GDSK sau can thiệp so với trước can thiệp. Tỷ lệ ĐD tự xếp loại trên trung bình tăng từ 65,5% lên 88,1% ($p < 0,01$), Điểm trung bình năng lực GDSK do ĐD tự đánh giá tăng từ $181,56 \pm 13,49$ lên $201,85 \pm 12,89$ điểm.

So với can thiệp Basak và cộng sự (2019) tại Thổ Nhĩ Kỳ với đối tượng là 35 ĐD nhóm can thiệp và 36 ĐD nhóm đối chứng. Chương trình can thiệp kéo dài 3 tuần, trong đó nhóm can thiệp được học qua mô phỏng kịch bản lâm sàng, đóng vai, phân tích video và nhận phản hồi nhóm. Đánh giá bằng thang đo sự tự tin và sự hài lòng, bảng kiểm đánh giá kỹ năng. Kết quả cho thấy: điểm trung bình kỹ năng của nhóm can thiệp là $39,08 \pm 5,49$ và với nhóm chứng là $26,73 \pm 5,63$ ($p \leq 0,01$), điểm trung bình tự tin của nhóm can thiệp là $8,48 \pm 0,88$ và nhóm đối chứng là $7,07 \pm 1,33$ ($p \leq 0,01$). Có thể nhận thấy rằng kỹ năng GDSK đã có nhiều tiến bộ sau khi can thiệp bằng các hình thức huấn luyện thực hành tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi [3].

Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với nghiên cứu của Emrani (2024), triển khai chương trình đào tạo 20 ngày cho sinh viên năm cuối ngành ĐD tại Đại học Khoa học Y khoa Kerman. Sau can thiệp, điểm trung bình năng lực GDSK tăng từ $165,97 \pm 28,11$ lên $191,58 \pm 28,35$, cho thấy tác động tích cực rõ rệt. Dù đối tượng là sinh viên chưa có kinh nghiệm lâm sàng, nhưng hiệu quả can thiệp vẫn rất đáng kể, chứng minh rằng nếu được đào tạo bài bản, ngay cả nhóm chưa có kinh nghiệm thực hành cũng có thể cải thiện đáng kể năng lực GDSK. Một điểm đáng lưu ý là công cụ đánh giá mà Emrani sử dụng có cấu trúc ba phần (kiến thức, kỹ năng, thái độ) tương tự với nghiên cứu này, làm tăng tính so sánh và củng cố giá trị thực tiễn của kết quả [6].

Ngoài ra, nghiên cứu của Kao (2013) đã chỉ ra rằng việc cung cấp tài liệu hướng dẫn chuẩn hóa và quy trình

rõ ràng có thể nâng cao đáng kể khả năng truyền đạt thông tin y khoa của ĐD [7]. Điều này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Blazeck (2016) khi cho rằng ứng dụng video tương tác giúp cải thiện khả năng hướng dẫn xuất viện cho người học ĐD [4]. Bên cạnh đó, Weiss (2021) nhấn mạnh rằng việc kết hợp mô phỏng với học trực tuyến là một chiến lược hiệu quả để nâng cao kỹ năng GDSK trong bối cảnh thực tế [13]. Những phát hiện này cũng tương thích với kết luận từ nghiên cứu của Emrani cho rằng các chương trình huấn luyện có cấu trúc rõ ràng và tích hợp nhiều yếu tố đào tạo sẽ giúp nâng cao năng lực GDSK cho sinh viên ĐD [6].

Kết quả của chương trình can thiệp phụ thuộc không chỉ vào nội dung mà còn vào thiết kế nghiên cứu, tính khả thi và cách thức đánh giá kết quả. Trong khi một số nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào hình thức lớp học truyền thống và thực hành kỹ năng [12], thì nghiên cứu của chúng tôi ứng dụng phương pháp thiết kế can thiệp chất lượng 6SquID để phát triển chương trình toàn diện, hướng tới thay đổi đồng bộ kiến thức, kỹ năng và thái độ của ĐD trong công tác GDSK [5].

Chương trình được xây dựng với nhiều thành phần hỗ trợ đồng bộ: tổ chức đào tạo, xây dựng tài liệu chuyên khoa, phát triển bảng kiểm - quy trình chuẩn, giám sát - hỗ trợ tại chỗ và ứng dụng công nghệ (video, hình ảnh minh họa có mã QR). Việc kết hợp đa phương pháp này giúp ĐD rèn luyện toàn diện cả lý thuyết và thực hành trong môi trường lâm sàng. Ngoài ra, thời gian triển khai 6 tháng được lựa chọn là hợp lý để đảm bảo tính khả thi, cho phép thực hiện đầy đủ các nội dung và phù hợp với khuyến nghị về độ dài chương trình can thiệp, tổng quan các chương trình can thiệp cho thấy thời gian thực hiện dao động từ 1,5 giờ đến 9 tháng [12].

Những kết quả trên khẳng định rằng các can thiệp toàn diện, đa phương pháp và có hệ thống sẽ phát huy hiệu quả tối đa trong nâng cao năng lực GDSK cho ĐD, cả trong môi trường học thuật lẫn thực hành lâm sàng.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Mặc dù nghiên cứu đã được thiết kế và triển khai một cách hệ thống, khoa học và phù hợp với thực tiễn, nhưng vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Thiết kế nghiên cứu theo mô hình can thiệp trước - sau không có nhóm chứng, vì vậy khó kiểm soát được hoàn toàn các yếu tố gây nhiễu từ môi trường bên ngoài hoặc từ chính sự thay đổi trong

hệ thống bệnh viện trong thời gian can thiệp. Mặc dù nhóm nghiên cứu đã lựa chọn ngẫu nhiên 10 khoa lâm sàng đại diện cho 10 nhóm chuyên ngành trên 40 khoa lâm sàng trong Bệnh viện, đảm bảo trong quá trình can thiệp không có các yếu tố tác động gây nhiễu hệ thống. Tuy nhiên cần tiếp tục có những nghiên cứu tiếp theo với thiết kế can thiệp có nhóm chứng để khắc phục nội dung này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả can thiệp nhằm cải thiện năng lực GDSK của ĐD tại 10 khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện TWQĐ 108. Với thiết kế nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, thời gian triển khai kéo dài 6 tháng, áp dụng phương pháp 6SquID xây dựng chương trình can thiệp, tích hợp nhiều nội dung từ đào tạo lý thuyết, thực hành kỹ năng, đến xây dựng tài liệu, quy trình và ứng dụng công nghệ thông tin.

Kết quả cho thấy năng lực GDSK của ĐD đã được cải thiện đáng kể sau 6 tháng triển khai chương trình. Tỷ lệ ĐD tự đánh giá đạt mức trên trung bình tăng từ 65,1% lên 88,1% ($p < 0,01$). Điểm trung bình năng lực GDSK của ĐD tự đánh giá tăng từ $181,56 \pm 13,49$ lên $201,85 \pm 12,89$ cho thấy hiệu quả rõ nét từ hoạt động can thiệp.

Những kết quả này là bằng chứng thực tiễn cho thấy việc thiết kế chương trình can thiệp bài bản, phù hợp với nhu cầu và điều kiện thực tế lâm sàng có thể góp phần nâng cao năng lực toàn diện cho ĐD trong công tác GDSK. Mô hình này có thể được duy trì, mở rộng và áp dụng cho các đơn vị khác trong bệnh viện cũng như hệ thống y tế quân đội nói chung nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện và lấy NB làm trung tâm.

KHUYẾN NGHỊ

1. Duy trì và mở rộng chương trình cải thiện năng lực GDSK tại bệnh viện, tiếp tục duy trì chương trình tại các khoa đã triển khai, đồng thời từng bước mở rộng phạm vi can thiệp sang các khoa lâm sàng còn lại trong bệnh viện.

2. Đưa nội dung GDSK vào chương trình cập nhật kiến thức y khoa và phát triển chuyên môn cho ĐD. Cần có cơ chế giám sát và đánh giá định kỳ để đảm bảo ĐD duy trì năng lực và cập nhật kiến thức mới trong GDSK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Đức Hạnh và cộng sự (2023), «Kiểm định tính giá trị và độ tin cậy bộ công cụ đo lường năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng», Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Số 1 năm 2023.
2. Trịnh Thị Tuyết và cộng sự (2022), “Thực trạng kiến thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022”, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng Tập 05 - Số 04 - 2022
3. Basak T. et al (2019);. The effect of simulation-based education on patient teaching skills of nursing students: a randomized controlled study. J Prof Nurs. 2019;35(5) 417-424.
4. Blazeck A, Kaye A M (2016), “ Using interactive video-based teaching to improve nursing students’ ability to provide patient-centered discharge teaching”, J Nurs Educ. 55(5): doi:10.3928/01484834-20160414-11, tr. 296-299.
5. Erica Wimbush Daniel Wight, Ruth Jepson, Lawrence Doi (2015), “Six steps in quality intervention development (6SQulD)”, JECH.10.1136/jech-2015-205952.
6. Emrani M, Khoshnood Z, Farokhzadian J, Sadeghi M. (2024). “The effect of service-based learning on health education competencies of students in community health nursing internships”. BMC Nursing. 2024;138
7. Kao S.H., Hsieh S.I. & Huang T.H. Hsu L.L. (2013). The effects of two educational interventions on knowledge and competence of nurses with regard to conveying gastroscopy-related information to patients. Journal of Advanced Nursing 2013;69(4), 793-804. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06062.
8. Mei Qi Hee, Fatokun O, Abdullah N, Farukkh M. (2024), “Assessment of Public Breast Cancer Awareness among Females in Klang Valley, Malaysia”, Research Square (February 26th, 2024).
9. Mónica Vázquez-Calatayud (2023), “Nursing capacity building in health coaching with hospitalised chronic heart failure patients: a quasi-experimental study”, Contemp Nurse. 59(6):443-461.
10. Pueyo-Garrigues, Pardavila-Belio, Canga-Armayor. (2022), “NURSES’ knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study”, Nurse Education in Practice, 58 - (2022) 103277.
11. Safoura, Dorri (2019), “Effect of role-playing on learning outcome of nursing students based on the Kirkpatrick evaluation model”, Journal of education and health promotion 8 197. 24 Oct. 2019.
12. Wang S., Liu K., Tang S., Wang G., Qi Y., Chen Q. (2025). “Interventions to improve patient health education competence among nursing personnel: A scoping review”. Nurse Education in Practice. 2025;83 (2025) 104258.
13. Weiss ME, Piacentin LB, Candela L, Bobay KL. (2021) Effectiveness of using a simulation combined with online learning approach to develop discharge teaching skills. Nurse Education in Practice. 2021;52, 103024.
- 14..WHO (2024), Health education, access 18/11/2024, https://www.who.int/topics/health_education/en/

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHƯƠNG PHÁP DA KÈ DA VÀ CHO CON BÚ SỚM CỦA SẢN PHỤ SAU ĐẸ THƯỜNG TẠI KHOA PHỤ SẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2024

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF SKIN TO SKIN METHOD AND EARLY BREASTFEEDING OF PREGNANT WOMEN AFTER NORMAL BIRTH IN THE OBSTETRICS DEPARTMENT AT HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2024

NGUYỄN TẮT THĂNG^{1*}, QUẢN THỊ THỊ¹, ĐÀO THỊ LAN¹,
NGUYỄN THỊ LIÊM¹, NGUYỄN THỊ TUYẾT LAN¹

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

*Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phương pháp da kề da và cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 186 sản phụ sau đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01 - 9/2024.

Kết quả: Kiến thức về phương pháp da kề da của sản phụ đạt 76,3% (trong đó 95,2% biết về phương pháp, nhưng chỉ 59,7% biết về thời gian thực hiện). Tuy nhiên, tỷ lệ thực hành da kề da đạt chỉ 36,6% (với 55,4% trẻ được tiếp xúc da kề da, nhưng chỉ 38,7% đúng tư thế và 36,6% đạt thời gian liên tục 30-90 phút). Kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của sản phụ về sữa non và lợi ích bú sớm đạt 81,7% (95,2% biết sữa non, 72,6% biết thời điểm bú trong giờ đầu). Thực hành cho trẻ bú sớm và bú đúng đạt 81,2%. Tỷ lệ sản phụ âu yếm vuốt ve con rất cao (93,5%), nhưng tỷ lệ cho trẻ bú đều hai bên vú thấp nhất (67,7%).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiến thức, thực hành phương pháp da kề da và cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường đạt mức khá. Bệnh viện cần tiếp tục hoàn thiện các quy trình chăm sóc người bệnh, nhất là các hướng dẫn thực hiện phương pháp da kề da; tổ chức lớp tiền sản cho sản phụ, nâng cấp cơ sở vật chất và giám sát, cải thiện chất lượng chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh.

Từ khóa: Phương pháp da kề da, cho con bú sớm, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

ABSTRACT

Objectives: Describe the current status of knowledge and practice of skin-to-skin contact and early breastfeeding of pregnant women after vaginal birth at Ha Dong General Hospital in 2024.

Methods: Cross-sectional description, performed on 186 pregnant women after vaginal birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Ha Dong General Hospital. The study was conducted from January to September 2024.

Results: Knowledge of the skin-to-skin method of mothers reached 76.3% (of which 95.2% knew about the method, but only 59.7% knew about the time to do it). However, the rate of skin-to-skin practice reached only 36.6% (with 55.4% of babies having skin-to-skin contact, but only 38.7% in the correct position and 36.6% achieving a continuous time of 30-90 minutes). Knowledge of breastfeeding of mothers about colostrum and the benefits of early breastfeeding reached 81.7% (95.2% knew about colostrum, 72.6% knew the time to breastfeed in the first hour). Practice of early breastfeeding and correct breastfeeding reached 81.2%. The rate of mothers caressing and caressing their babies was very high (93.5%), but the rate of breastfeeding on both breasts was the lowest (67.7%).

Conclusions: Research results show that the rate of knowledge and practice of skin-to-skin contact and early breastfeeding among postpartum mothers is usually at a good level. Hospitals need to continue to improve patient care processes, especially instructions for implementing the skin-to-skin method; Organize prenatal classes for pregnant women, upgrade facilities and supervision,

and improve the quality of care for pregnant women and newborns.

Keywords: Skin-to-skin method, early breastfeeding, Ha Dong General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe sơ sinh hiện đang là một vấn đề thu hút được sự quan tâm của các quốc gia trên toàn thế giới. Trong những năm qua, tỷ lệ tử vong của trẻ em nói chung đã giảm mạnh nhưng tỷ lệ trẻ sơ sinh giảm không đáng kể [1]. Ước tính hàng năm có khoảng 4 triệu trẻ sơ sinh tử vong, chiếm 37% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi và hơn 70% số tử vong trẻ dưới 1 tuổi; gần 70% số trẻ tử vong sơ sinh xảy ra trong tuần đầu [9], [8]. Tại Việt Nam, Quỹ nhi đồng Liên hợp quốc (2014) đã chỉ ra rằng chỉ 24,3% trẻ em dưới 6 tháng tuổi được bú mẹ hoàn toàn và 26,5% trẻ sơ sinh được bú mẹ trong vòng một giờ đầu sau sinh [7]. Phương pháp da kề da giữa mẹ và trẻ sơ sinh ngay sau đẻ có tác dụng: tăng tỷ lệ bú mẹ sớm và bú sữa mẹ hoàn toàn, tăng tình cảm mẹ con, phát triển nhận thức, giảm stress, điều chỉnh thân nhiệt giảm nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh,...[1], [9]. Bệnh viện Đa khoa Hà Đông mong muốn chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh theo những phương pháp mới và hiệu quả nhất. Áp dụng phương pháp da kề da và thực hiện cho con bú sớm những ngày đầu sau sinh trong chăm sóc cần có những khảo sát đánh giá kiến thức hành của các sản phụ về áp dụng phương pháp da kề da và thực hiện cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng kiến thức, thực hành phương pháp da kề da và cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024” với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phương pháp da kề da của sản phụ sau đẻ thường tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024.

2. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ sau đẻ thường tại khoa Phụ sản BVĐK Hà Đông

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ trên 18 tuổi

- Sản phụ mang thai đủ tháng từ 37 - 41 tuần theo dự kiến sinh

- Sản phụ tình nguyện tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ sinh trẻ dị tật như nứt môi, hở hàm ếch, trẻ không có hậu môn

- Sản phụ bị suy giảm nhận thức

- Sản phụ mắc một số bệnh cấp tính.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 - 9/2024 tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu tính theo công thức

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu cần thiết.

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1.96 (với $\alpha=0.05$).

P = 0,867 (tỷ lệ trẻ được da kề da tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội tham khảo kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thúy Quỳnh (2018) [4].

q = (1 - p)

d = 0,05 (sai số tối đa cho phép)

Ước lượng khoảng 5% phiếu thu thập không hợp lệ. Cỡ mẫu cuối cùng của NC là 186 sản phụ.

2.4.2. Cách chọn mẫu

- Mẫu được chọn tại phòng sau đẻ khoa phụ sản.

- Chọn mẫu thuận tiện.

Kiểm soát sai số:

- Hạn chế sai số chọn mẫu: nghiên cứu sẽ chọn tất cả các sản phụ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian thu thập số liệu cho đến khi đủ cỡ mẫu yêu cầu (n=186) để đảm bảo tính đại diện tối đa trong nhóm đối tượng tiếp cận được.

- Hạn chế sai số thông tin:

Nhóm nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đã được chuẩn hóa (tham khảo và kiểm định).

Người thu thập số liệu được huấn luyện kỹ về kỹ thuật phỏng vấn và quan sát để đảm bảo tính khách quan và đồng nhất khi thu thập.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, kinh nghiệm lâm sàng và tham khảo từ các nghiên cứu trước (tác giả Trương Thị Hải (2016) [6], Phạm Thúy Quỳnh (2018) [4]).

- Bộ câu hỏi gồm 3 phần chính với tổng số 31 câu hỏi/ tiêu chí như sau:

Phần	Nội dung	Số lượng câu hỏi/ tiêu chí	Hình thức trả lời/ Quan sát	Cách tính điểm (Đạt/ Không Đạt)
Phần 1	Thông tin chung của đối tượng NC	5 câu	Trắc nghiệm/ Điền khuyết	Chỉ dùng để mô tả đặc điểm đối tượng
Phần 2	Kiến thức, thực hành PP da kê da	12 câu/tiêu chí		
2.2.1	Kiến thức PP da kê da	6 câu (Trắc nghiệm)	Trả lời.	Đúng 5/6 câu trở lên là Đạt
2.2.2	Thực hành PP da kê da	6 tiêu chí (Bảng kiểm quan sát)	Quan sát	Đúng 5/6 tiêu chí là Đạt.
Phần 3	Kiến thức, thực hành bú sớm/bú đúng	14 câu/tiêu chí		
2.3.1	Kiến thức bú sớm/bú đúng	9 câu (Trắc nghiệm)	Trả lời.	Đúng 7/9 câu trở lên là Đạt
2.3.2	Thực hành bú sớm/bú đúng	5 tiêu chí (Bảng kiểm quan sát)	Quan sát	Đúng 4/5 tiêu chí là Đạt.
Tổng		31 câu		

Kiểm định độ tin cậy và giá trị.

Để đảm bảo độ tin cậy và giá trị của bộ công cụ, nghiên cứu đã tiến hành test thử (pre-test) trên một nhóm

đối tượng tương đồng với đối tượng nghiên cứu (25 sản phụ) trước khi thu thập số liệu chính thức. Kết quả kiểm định như sau:

- Độ tin cậy (Hệ số Cronbach's Alpha):

+ Sau khi test thử và loại bỏ các biến không phù hợp, hệ số Cronbach's Alpha cho thang đo Kiến thức về phương pháp da kê da là 0.78.

+ Hệ số Cronbach's Alpha cho thang đo Kiến thức về bú sớm và bú đúng là 0.82.

- Giá trị:

Bộ công cụ được tham vấn ý kiến chuyên gia (từ 3 lãnh đạo khoa phụ sản và điều dưỡng trưởng khoa) để đánh giá giá trị nội dung. Các chuyên gia đánh giá cao tính phù hợp và rõ ràng của bộ câu hỏi.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.6.1. Xử lý dữ liệu thiếu

- Ước lượng ban đầu: Cỡ mẫu tính toán ban đầu ước lượng 5% phiếu thu thập không hợp lệ hoặc bị loại.

- Thực tế thu thập: Trong quá trình thu thập, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 186 sản phụ. Thực tế có 9 phiếu (chiếm khoảng 4.8%) được xác định là không hợp lệ do sản phụ trả lời không đầy đủ hoặc có sai sót lớn.

- Xử lý:

+ Phiếu bị loại: 9 phiếu không hợp lệ này đã bị loại bỏ hoàn toàn và được thay thế bằng các phiếu thu thập bổ sung để đảm bảo cỡ mẫu cuối cùng là 186 sản phụ hợp lệ.

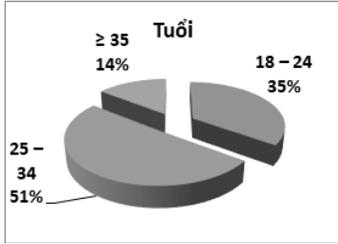
+ Dữ liệu thiếu trong phiếu hợp lệ: Sau khi làm sạch, không có dữ liệu thiếu đáng kể trong các biến chính nên không ảnh hưởng đến tính đại diện của mẫu.

2.6.2. Phân tích số liệu

Kiến thức về phương pháp da kê da đạt khi trả lời được 5/6 câu và Thực hành phương pháp da kê da: quan sát việc thực hành phương pháp cho trẻ da kê da trong bảng kiểm quan sát mỗi tiêu chí quan sát, sản phụ thực hành đúng từ 5/6 tiêu chí là đạt. Kiến thức của sản phụ về sữa non và lợi ích khi cho trẻ bú sớm đạt khi trả lời đúng từ 10/13 câu hỏi trở lên. Thực hành của sản phụ về cho trẻ bú sớm và bú đúng đạt khi từ 7/9 tiêu chí trở lên.

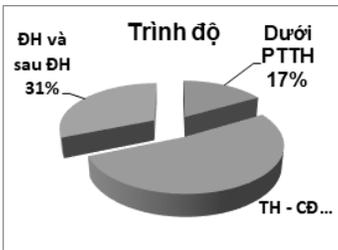
3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu



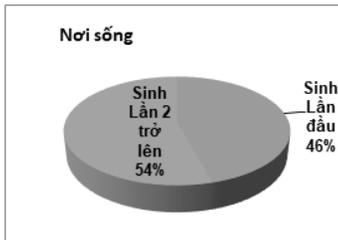
Biểu đồ 1: Tuổi của ĐTNC

Nhận xét: Chủ yếu các sản phụ trong độ tuổi từ 25 đến 34 tuổi chiếm tỷ lệ 50,5%.



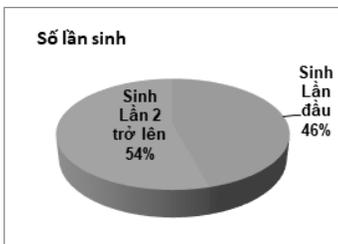
Biểu đồ 2: Trình độ của ĐTNC

Nhận xét: Nhóm sản phụ có trình độ trung học và cao đẳng chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%.



Biểu đồ 3: Nơi sống của ĐTNC

Nhận xét: Nhóm sản phụ có nơi sống ở nông thôn chiếm 57,5%



Biểu đồ 4: số lần sinh của ĐTNC

Nhận xét: Nhóm sản phụ có số lần sinh từ 2 lần trở lên chiếm tỷ lệ 54,3%.

3.2. Thực trạng kiến thức, thực hành phương pháp da kê da của sản phụ sau đẻ thường tại BVĐK Hà Đông năm 2024

Bảng 3.1. Kiến thức về phương pháp da kê da

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
SP có biết về phương pháp da kê da	Có biết	177	95,2
	Không biết	09	4,8
Thời điểm áp dụng PP da kê da	Sau khi sinh, trẻ được lau khô và cất rốn xong	153	82,3
	Không biết	33	17,7
Thời gian thực hiện PP da kê da	Dưới 30' phút	48	25,8
	Từ 30' đến 90' phút	111	59,7
	Không biết	27	14,5
PP da kê da được áp dụng cho trẻ	Trẻ sinh đủ tháng, khỏe mạnh	146	78,5
	Trẻ sinh non không có các dấu hiệu bệnh lý	151	81,2
	Trẻ có các dấu hiệu bệnh lý	16	8,6
	Không biết	09	4,8
Nhiệt độ phòng thích hợp cho PP da kê da	dưới 25°C	35	18,8
	Từ 25 - 30°C	142	76,4
	Trên 30°C	09	4,8
Kiến thức đạt		142	76,3

Nhận xét: Kiến thức đạt của sản phụ về phương pháp da kê da là 76,3%. Hầu hết sản phụ có biết về phương pháp này 95,2%. Tỷ lệ sản phụ biết về thời điểm áp dụng (sau khi sinh, lau khô, cất rốn xong) và nhiệt độ phòng thích hợp từ 25 - 30°C đều ở mức cao (≥ 76,4%). Tuy nhiên, chỉ 59,7% sản phụ biết về thời gian thực hiện tối ưu (30 - 90 phút).

Bảng 3.2. Thực hành phương pháp da kê da của SP tại phòng sau đẻ

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí nằm của trẻ khi về phòng sau đẻ	Cạnh mẹ	83	44,6
	Da kê da	103	55,4
Thời gian trẻ được tiếp xúc da kê da	dưới 30 phút	35	18,8
	từ 30 - 90 phút	68	36,6

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tư thế của trẻ tiếp xúc với da mẹ	Trẻ trần, không quấn tã lót nằm trên ngực hoặc bụng của mẹ, lưng trẻ được phủ bởi lớp chân	80	43,0
	Trẻ có quần tã lót	23	12,4
	Mặt, ngực, bụng và chân của trẻ áp sát vào người mẹ không có khoảng trống	72	38,7
	Đầu trẻ đội mũ nghiêng về một bên, phía trên đắp chăn ấm	80	43,0
Thời gian cho trẻ da kề da	Liên tục	58	31,2
	Ngắt quãng	45	24,2
Người hỗ trợ SP cho trẻ da kề da tại phòng sau đẻ	NVYT	48	25,8
	Người nhà sản phụ	43	23,1
	Không ai hỗ trợ	12	6,5
Thực hành đạt		68	36,6

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ thực hành đạt phương pháp da kề da tại phòng sau đẻ rất thấp, chỉ 36,6%. Dù 55,4% trẻ được mẹ cho da kề da, nhưng tỷ lệ thực hiện đúng tư thế (trẻ trần, không quấn tã, áp sát mẹ) chỉ đạt 38,7%. Đáng chú ý, 12,4% trẻ được da kề da còn quần tã lót, và chỉ 36,6% trẻ được tiếp xúc da kề da liên tục từ 30 - 90 phút.

3.3. Thực trạng kiến thức, thực hành về sữa non và cho con bú sớm, bú đúng của sản phụ sau đẻ thường tại BVĐK Hà Đông năm 2024

Bảng 3.3. Kiến thức của sản phụ về sữa non và lợi ích cho cho trẻ bú sớm

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Sữa có ngay sau sinh gọi là sữa gì	Sữa non	177	95,2
	Không biết	09	4,8
Tác dụng của sữa non	Bảo vệ hệ tiêu hóa	141	75,8
	Nâng cao sức đề kháng	176	94,6
	Phát triển hệ xương khớp	160	86,0
	Không biết	10	5,4
Thời điểm cho trẻ bú lần đầu	Trong giờ đầu sau đẻ	135	72,6
	Sau 1h sau đẻ	45	24,2
	Không biết	06	3,2

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Lợi ích cho trẻ bú sớm sau sinh đối với trẻ	Sữa mẹ giàu chất dinh dưỡng để trẻ phát triển	170	91,4
	Trẻ có nhiều sữa mẹ hơn để bú	152	81,7
	Giữ ấm cho trẻ	159	85,5
	Giúp tống phân xu nhanh	176	94,6
	Không biết	10	5,4
Lợi ích cho trẻ bú sớm sau sinh đối với mẹ	Giúp tử cung co hồi nhanh	163	87,6
	Mẹ cảm thấy yên tâm	138	74,2
	Kích thích sữa mẹ tiết sớm hơn và nhiều hơn	172	92,5
	Tăng tình cảm mẹ con	160	86,0
	Không biết	09	4,8
Kiến thức đạt		152	81,7

Nhận xét: Kiến thức đạt về sữa non và cho con bú sớm ở mức cao 81,7%. Hầu hết sản phụ biết sữa đầu tiên là sữa non 95,2% và các tác dụng quan trọng của nó như tăng đề kháng 94,6%. Tuy nhiên, tỷ lệ biết về thời điểm cho trẻ bú lần đầu trong giờ đầu sau đẻ chỉ đạt 72,6%, thấp hơn so với các nội dung kiến thức khác.

Bảng 3.4. Thực hành cho trẻ bú sớm và bú đúng của sản phụ

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
SP cho trẻ bú sớm	Trong 1 giờ đầu sau đẻ	131	70,4	
	Trên 1 giờ đầu sau đẻ	49	26,4	
	Không biết	06	3,2	
SP cho trẻ bú đúng	Lau sạch vú	Có	151	81,2
		Không	35	18,8
	Tư thế sản phụ thoải mái	Có	163	87,6
		Không	23	12,4
	Đầu và thân trẻ trên 1 đường thẳng, áp sát vào người mẹ	Có	150	80,6
		Không	36	19,4
	Mặt trẻ hướng vào vú mẹ, mũi đối diện núm vú, cằm trẻ chạm vào vú mẹ	Có	165	88,7
		Không	21	11,3

Thực hành đạt	Miệng trẻ ngậm hết quầng vú phía dưới	Có	148	79,6
		Không	38	20,4
	Khi bú, SP đỡ đầu, vai, hông trẻ	Có	170	91,4
		Không	16	8,6
	Mẹ âu yếm vuốt ve con	Có	174	93,5
		Không	12	6,5
	Cho trẻ bú đều cả 2 bên vú	Có	126	67,7
		Không	60	32,3
			151	81,2

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ thực hành đạt cho trẻ bú sớm và bú đúng là 81,2%. 70,4% sản phụ cho trẻ bú trong 1 giờ đầu sau đẻ. Các yếu tố thực hành liên quan đến thái độ (âu yếm, vuốt ve) đạt tỷ lệ rất cao 93,5%, trong khi thực hành cho trẻ bú đều 2 bên vú lại chiếm tỷ lệ thấp nhất 67,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức, thực hành phương pháp da kề da của sản phụ sau đẻ thường tại BVĐK Hà Đông năm 2024.

- **Kiến thức:** Tỷ lệ sản phụ biết về phương pháp da kề da đạt 95,2% là mức cao, cao hơn nghiên cứu của Phạm Việt Cường 82,7% [5] và tương đương 97,0% của Phạm Thuý Quỳnh [4]. Tỷ lệ cao này phản ánh hiệu quả của các chương trình truyền thông, tư vấn tiền sản và ngay sau sinh tại bệnh viện, đồng thời cho thấy sự quan tâm ngày càng tăng của người dân đối với các biện pháp chăm sóc trẻ sơ sinh tiên tiến vì trình độ dân trí của người dân ngày càng được nâng cao, sản phụ ngày càng quan tâm đến kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh trong đó có phương pháp da kề da để nuôi con được tốt hơn.

- **Thực hành:** Mặc dù kiến thức cao, tỷ lệ sản phụ thực hành phương pháp da kề da đạt chuẩn chỉ 36,6% là rất thấp. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thuý Quỳnh 38,9% [4] và Awi D.D. 38,4% [8], nhưng cao hơn Huỳnh Thị Minh Thu 31,5% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ thực hành giữa các nghiên cứu có thể do định nghĩa về «thực hành đạt» không đồng nhất hoặc thời điểm quan sát/đánh giá khác nhau như nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thực hành tại phòng sau đẻ, nơi ít sự giám sát hơn. Tại khoa Phụ sản BVĐK Hà Đông

nhiều năm nay đã triển khai phương pháp da kề da cho trẻ ngay sau sinh thường và thực hiện cắt dây rốn muộn, việc chuyển giao thực hành phương pháp da kề da cho trẻ từ phòng đẻ sang phòng sau đẻ chưa hiệu quả, mặc dù 100% trẻ được thực hiện phương pháp da kề da ngay sau sinh tại phòng đẻ, thời gian quá ngắn (3 - 10 phút) không đủ để sản phụ làm quen và tiếp tục thực hiện khi về phòng sau đẻ. Chỉ 55,4% sản phụ tiếp tục thực hành, và trong số đó, nhiều trường hợp thực hành chưa đúng kỹ thuật (12,4% trẻ còn quần tã lót). Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về phương pháp da kề da là tốt, nhưng thực hành phương pháp da kề da đạt chuẩn là kém, điều này cho thấy sự cần sự hỗ trợ và giám sát của nhân viên y tế tại phòng sau đẻ.

4.2. Thực trạng kiến thức, thực hành về sữa non và cho con bú sớm, bú đúng của sản phụ sau đẻ thường tại BVĐK Hà Đông năm 2024

- **Kiến thức:** Tỷ lệ sản phụ đạt kiến thức về sữa non và cho con bú sớm là 81,7%, được coi là mức khá tốt. Phần lớn sản phụ nhận thức được lợi ích và bản chất của sữa non 94,6% biết tác dụng của sữa non và lợi ích cho trẻ bú sớm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trương Thị Hải là 99,8% [6], và cao hơn nghiên cứu của Phạm Thuý Quỳnh 81,5% [4]. Tỷ lệ sản phụ biết thời điểm cho trẻ bú lần đầu trong 1 giờ đầu sau sinh đạt 72,6% thấp hơn của Phạm Thuý Quỳnh 89,9% [4] nhưng tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên là 73,1% [3]. Do vậy cần phải tăng cường các hoạt động tư vấn cho sản phụ trong suốt quá trình mang thai và sau sinh, giúp sản phụ nâng cao trình độ hiểu biết về “khung giờ vàng” này để thực hành cho con bú sớm góp phần nâng cao sức khỏe cho trẻ sơ sinh và bà mẹ.

- **Thực hành:** Tỷ lệ sản phụ đạt thực hành bú sớm và bú đúng là 81,2%, là mức tốt, tương đương với kiến thức, có 70,4% sản phụ cho trẻ bú trong 1 giờ đầu sau đẻ cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Phạm Thuý Quỳnh 37,7% [4].

Tỷ lệ cho trẻ bú sớm đạt 70,4%, thấp hơn tỷ lệ kiến thức biết lợi ích đạt 94,6%. Đây là khoảng cách giữa “biết” và “làm” nên một số sản phụ vẫn không thực hiện cho con bú sớm với lý do còn mệt mỗi khi vừa mới sinh, do tập tục cũ của địa phương... nên chưa cho trẻ bú sớm mà sử dụng sữa công thức để cho trẻ bú, tuy nhiên do nghiên cứu không thu thập dữ liệu định lượng

về các biến này, đây chỉ là giả thuyết cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu định tính hoặc can thiệp tiếp theo.

Tỷ lệ sản phụ cho trẻ bú đều 2 bên vú đạt 67,7%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Minh Thu là 63,0% [2]. từ kết quả nghiên cứu cho thấy hộ sinh cần hướng dẫn sản phụ cách cho trẻ bú đúng, bú đều hai bên vú, để kích thích, giúp duy trì sản xuất sữa đều đặn cấp và tránh tình trạng tắc tia sữa.

4.3 Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu có thiết kế cắt ngang nên chỉ mô tả thực trạng tại một thời điểm, không thể thiết lập được mối quan hệ nhân quả giữa kiến thức và thực hành, cũng như không thể đánh giá sự thay đổi theo thời gian.

- Tiêu chí đánh giá “thực hành đạt” không được so sánh tính tương đồng với các nghiên cứu tham chiếu. Điều này có thể ảnh hưởng đến tính chính xác khi so sánh tỷ lệ giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước.

- Nghiên cứu chỉ sử dụng phương pháp định lượng. Các lý do chủ quan hoặc khách quan (*như mệt mỏi, tập tục, cơ sở vật chất...*) được đề cập trong phần bàn luận để lý giải cho sự khác biệt giữa kiến thức và thực hành chưa có dữ liệu khảo sát trực tiếp từ sản phụ để chứng minh.

- Nghiên cứu chỉ được thực hiện tại khoa Phụ sản BVĐK Hà Đông trong một khoảng thời gian giới hạn, do đó tính khái quát hóa kết quả cho toàn bộ sản phụ sau sinh đẻ thường tại các cơ sở y tế khác có thể bị hạn chế.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt về phương pháp da kề da là 76,3%; Sản phụ thực hành đạt phương pháp da kề da tại phòng sau đẻ là 36,6%. Kiến thức của sản phụ đạt về sữa non và lợi ích cho cho trẻ bú sớm là 81,7%. Thực hành của sản phụ đạt cho trẻ bú sớm và bú đúng là 81,2%.

Từ kết quả nghiên cứu, bệnh viện cần tổ chức đào tạo phương pháp da kề da cho nhân viên y tế, đặc biệt là hộ sinh. Tăng cường truyền thông, tư vấn sức khỏe cho bà mẹ mang thai và tổ chức lớp tiền sản về nuôi con bằng sữa mẹ, lợi ích da tuần, và bú sớm. Khoa Phụ sản lập tổ

chăm sóc sơ sinh, nâng cấp cơ sở vật chất, duy trì giám sát thực hiện. Qua đó, cải thiện chất lượng chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh, đảm bảo phát triển sức khỏe của trẻ, nâng cao chất lượng tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 - 2020, Ban hành kèm theo Quyết định 4177/QĐ-BYT, ngày 03/8/2016.
2. Huỳnh Thị Minh Thu (2022), Thực trạng việc thực hiện da kề da và cho trẻ bú sớm trên sản phụ đẻ thường của hộ sinh tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.
3. Nguyễn Thị Liên (2020), Kiến thức và thực hành cho trẻ bú sớm sau sinh và bú mẹ hoàn toàn của bà mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
4. Phạm Thuý Quỳnh (2021), Nghiên cứu thực trạng kiến thức, thực hành da kề da và cho con bú sớm của sản phụ sau đẻ thường tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2020-2021.
5. Phạm Việt Cường và cộng sự (2018), Khảo sát kiến thức về phương pháp Kangaroo của các bà mẹ có con đẻ non điều trị tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh năm 2018.
6. Trương Thị Hải (2016), Tìm hiểu kiến thức, thực hành về phương pháp ủ ấm da kề da và cho con bú sớm của các sản phụ tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. UNICEF (2014), Điều tra Đánh giá các Mục tiêu về Trẻ em và Phụ nữ (MICS) năm 2013-2014, Nhà xuất bản Tổng cục thống kê, Hà Nội.
8. Awi D.D. và Alikor E. a. D. (2004), The influence of pre- and post-partum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. Niger J Med J Natl Assoc Resid Dr Niger, (13), 272-275.
9. Charpak N., Ruiz J.G., Zupan J. et al, (2005), Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr Oslo Nor 1992, (94), 514-522.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG TRÁNH BIẾN CHỨNG TRUYỀN TĨNH MẠCH CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8 VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ON PREVENTION OF INTRAVENOUS INFUSION COMPLICATIONS AMONG CLINICAL NURSES AT 19-8 HOSPITAL AND ITS RELATING FACTORS.

PHAN THỊ THU HÀ, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG LINH,
NGUYỄN MINH HOÀNG

Khoa Điều trị tích cực và chống độc - Bệnh viện 19-8

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Truyền tĩnh mạch là kỹ thuật phổ biến nhưng tiềm ẩn nhiều biến chứng nếu điều dưỡng thiếu kiến thức phòng tránh.

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức và các yếu tố ảnh hưởng đến việc phòng tránh biến chứng truyền tĩnh mạch của điều dưỡng tại Bệnh viện 19-8.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 284 điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng, sử dụng bộ câu hỏi nghiên cứu.

Kết quả: Có 72,5% điều dưỡng đạt yêu cầu về kiến thức liên quan đến biến chứng truyền tĩnh mạch; Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, thâm niên công tác, tuổi, thói quen tự học, thái độ cẩn trọng với mức độ kiến thức.

ABSTRACT

Background: Intravenous (IV) infusion is a common clinical procedure; however, it carries potential complications if nurses lack adequate knowledge in the prevention of IV infusion-related complications.

Objective: To assess the current level of knowledge and identify factors associated with the prevention of IV infusion-related complications among nurses at 19-8 Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 284 nurses working in clinical departments, using a structured questionnaire.

Results: Approximately 72.5% of nurses demonstrated adequate knowledge regarding IV infusion complications. Statistically significant associations were observed between knowledge level and factors such as educational attainment, years of clinical experience, age, self-directed learning habits, and cautious attitudes.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền tĩnh mạch là kỹ thuật chuyên môn quan trọng và thường xuyên được điều dưỡng thực hiện trong điều trị, chăm sóc người bệnh. Đây là phương pháp đưa thuốc, dịch truyền hoặc chất dinh dưỡng trực tiếp vào hệ tuần hoàn nhằm đạt hiệu quả điều trị nhanh chóng. Tuy nhiên, truyền tĩnh mạch có nhiều biến chứng như viêm tĩnh mạch, thoát mạch, thuyên tắc, nhiễm khuẩn huyết, và sốc phản vệ, làm tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị. Việc tuân thủ nguyên tắc “5 đúng” (đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng thời điểm, đúng đường tiêm) là yêu cầu bắt buộc để bảo đảm an toàn khi thực hiện kỹ thuật này [1].

Thực trạng các bài nghiên cứu khoa học gần đây cho thấy có hơn một nửa số người bệnh (59% - 70%) cần đến đường truyền tĩnh mạch ngoại vi trong suốt quá trình nằm viện. Mặc dù đây là thủ thuật xâm lấn phổ biến, tỷ lệ thất bại được báo cáo lên tới 35% - 50%, dẫn đến các biến chứng như máu tụ/ vết bầm, thâm nhiễm, thoát mạch, tắc đường truyền, viêm tĩnh mạch, quá tải tuần hoàn, thuyên tắc tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết, sốc phản vệ 3, 4.

Với các thực trạng trên và hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá kiến thức của Điều dưỡng Bệnh viện 19/8 nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu

là: (1) Mô tả kiến thức của Điều dưỡng Bệnh viện 19/8 về một số biến chứng liên quan đến truyền tĩnh mạch và cách phòng tránh; và (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến Điều dưỡng Bệnh viện 19/8 về một số biến chứng truyền tĩnh mạch và cách phòng tránh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 284 điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng có thời gian công tác trên 06 tháng, có chứng chỉ hành nghề (giấy phép hành nghề) theo quy định, trực tiếp thực hiện kỹ thuật truyền tĩnh mạch.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện 19/8 có trực tiếp chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật của điều dưỡng trên người bệnh.

+ Có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia khảo sát.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các điều dưỡng không đồng ý tham gia khảo sát và không phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19/8 - Bộ Công an.

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2023 đến tháng 4/2023.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.5. Cách chọn mẫu và cỡ mẫu:

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

- Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ trong khoảng thời gian từ tháng 12/2022 đến 3/2023, tổng số mẫu tham gia vào nghiên cứu là 284.

2.6. Phương tiện/Công cụ nghiên cứu: bộ phiếu nghiên cứu gồm 2 phần (có Phụ lục kèm theo)

Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới, trình độ đào tạo, số lượng người bệnh chăm sóc/ngày.

Phần 2: Bộ câu hỏi khảo sát về kiến thức truyền tĩnh mạch ngoại vi được xây dựng dựa trên khuyến cáo của Bộ Y tế, bao gồm 42 câu hỏi lựa chọn và nhiều lựa chọn (trong đó có 40 câu tính điểm).

Công cụ thu thập số liệu: là bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên nghiên cứu của Cúc [3] và hướng dẫn của Quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 về Quyết định phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn của bộ Y tế, được đóng góp bởi 2 điều dưỡng lâm sàng có trình độ đào tạo sau đại học, có kinh nghiệm và được đào tạo Giảng viên lâm sàng về tĩnh mạch trị liệu của Bộ Y tế bao gồm 44 câu hỏi (có 18 câu hỏi nhiều lựa chọn, 18 câu hỏi dạng MCQ 1 lựa chọn nhất và 8 câu hỏi đúng - sai) với 40 câu tính điểm. Chỉ số cronback alpha với 40 câu hỏi là 0,73 đảm bảo tính tin cậy. Câu trả lời đúng được 1 điểm, câu trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm, điểm tổng các câu trả lời trong khoảng 0 - 40 điểm, với điểm càng cao là kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch càng tốt.

2.7. Thu thập thông tin và đánh giá số liệu

Thông tin của các đối tượng nghiên cứu được thu thập thông qua bộ câu hỏi dưới dạng câu hỏi trắc nghiệm gồm câu hỏi lựa chọn và nhiều lựa chọn. Tiêu chí đánh giá: trả lời đúng 1 câu được 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời không được điểm. Tổng điểm từ 0 đến 40 điểm trong đó điểm càng cao thì kiến thức về biến chứng liên quan đến truyền tĩnh mạch càng tốt (với những câu trả lời có nhiều đáp án, câu trả lời được tính điểm khi có ít nhất 3 ý đúng trong tổng số đáp án đúng của câu).

Bảng 2.1. Tiêu chí đánh giá kết quả câu trả lời

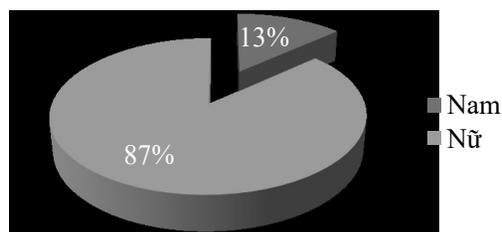
Tiêu chí	Tiêu chuẩn đánh giá
Tốt (31 - 40 điểm)	Đạt
Khá (22 - 30 điểm)	
Trung bình (12 - 21 điểm)	Chưa đạt
Kém (0 - 11 điểm)	

2.8. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

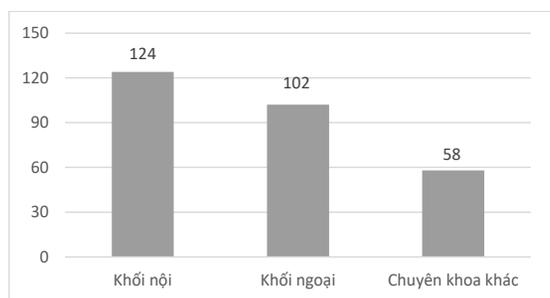
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa số các Điều dưỡng tham gia nghiên cứu là nữ chiếm 87% (n = 246), nam chiếm 13% (n=38)



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ phân bố theo đơn vị công tác của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Khối nội có nhiều đối tượng nghiên cứu tham gia nhất với 124 người, các chuyên khoa khác ít nhất với 58 người.

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 30	16	5,6
	30 - 40	216	76,1
	> 40	52	18,3
Thâm niên công tác	< 5 năm	10	3,5
	5 - 10 năm	68	24
	> 10 năm	206	72,5
Trình độ đào tạo	Thạc sĩ / CKI	12	4,2
	Đại học	156	55
	Cao đẳng	112	39,4
	Trung cấp	4	1,4
Số lượng người bệnh chăm sóc một ngày	1 - 10 người	146	51,4
	> 10 người	132	47,6

Đặc điểm		n	%
Thái độ về biến chứng	Vấn đề rất đáng quan tâm	178	62,7
	Vấn đề đáng quan tâm	102	35,9
	Vấn đề bình thường	4	1,4
	Vấn đề nhỏ	0	0
	Không đáng quan tâm	0	0
Gặp biến chứng trên người bệnh	Đã từng	276	97,2
	Chưa từng	8	2,8
Tham gia chăm sóc người bệnh có biến chứng	Đã từng	256	90,1
	Chưa từng	28	9,9

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ (87%), độ tuổi từ 30-40 (76,1%), công tác >10 năm (72,5%). Khối nội chiếm tỷ lệ cao nhất (124 người), tiếp theo là khối ngoại (102 người), ít nhất là các chuyên khoa khác (58 người). Trình độ đại học chiếm ưu thế (55%), trung cấp thấp nhất (1,4%). Chỉ 2,1% không trực tiếp chăm sóc người bệnh. Hầu hết điều dưỡng đánh giá biến chứng truyền tĩnh mạch là vấn đề đáng quan tâm (98,6%), từng gặp (97,2%) và trực tiếp chăm sóc (90,1%) người bệnh có biến chứng.

Bảng 3.2. Phân loại kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch và cách phòng tránh

Phân loại kiến thức		N	%	Tổng	% tổng
Cao nhất 35 điểm (Tốt), thấp nhất 12 điểm (Trung bình), điểm trung bình là 22,79 ± 4,426.					
Đạt	Tốt (31 - 40)	11	3,9	206	72,5
	Khá (21 - 30)	195	68,6		
Chưa đạt	Trung bình (11 - 20)	78	27,5	78	27,5
	Kém (0 - 10)	0	0		

Nhận xét: 72,5%, người tham gia có kiến thức đạt với 3,9% đạt điểm tốt và 68,6% đạt điểm khá. Điểm trung bình đạt 22,79 (±4,426).

Bảng 3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của Điều dưỡng

Một số yếu tố liên quan		Mean ± SD	F/t	P
Giới	Nam	22,39 ± 3,643	t = -0,549	0,553
	Nữ	22,85 ± 4,539		

Một số yếu tố liên quan		Mean ± SD	F/t	P
Đơn vị công tác	Khối Nội	22,42 ± 4,266	F = 1,107	0,332
	Khối Ngoại	23,29 ± 4,649		
	Các khoa khác	22,71 ± 4,353		
Tuổi	≤ 35	21,44 ± 4,35	t = -4,333	< 0,001
	> 35	23,7 ± 4,254		
Thâm niên công tác	≤ 10 năm	21,71 ± 4,735	t = -2,448	0,016
	> 10 năm	23,2 ± 4,243		
Trình độ đào tạo	Thạc sĩ / CKI	29,17 ± 3,271	F = 46,79	< 0,001
	Đại học	24,51 ± 2,976		
	Cao đẳng	19,84 ± 4,328		
	Trung cấp	19,5 ± 1,723		
Tần suất tìm hiểu về tài liệu	Thường xuyên	22,61 ± 4,535	F = 4,083	0,03
	Thỉnh thoảng	23,13 ± 4,214		
	Chưa bao giờ	18,4 ± 5,19		
Thái độ về biến chứng	Rất đáng quan tâm	22,5 ± 4,099	F = 5,041	0,007
	Đáng quan tâm	23,52 ± 4,778		
	Bình thường	17,25 ± 4,924		
Gặp người bệnh có biến chứng	Đã từng	22,84 ± 4,403	t = 1	0,318
	Chưa từng	21,25 ± 5,258		
Tham gia chăm sóc người bệnh có biến chứng	Đã từng	22,94 ± 4,365	t = 1,723	0,086
	Chưa từng	21,43 ± 4,826		

Chú thích: t - Independent T-Test F - One-way ANOVA test

Nhận xét: Có sự khác biệt về kiến thức biến chứng truyền tĩnh mạch giữa các nhóm điều dưỡng có trình độ đào tạo khác nhau (F = 46,79; p < 0,001). Các điều dưỡng có độ tuổi lớn hơn 35 có kiến thức tốt hơn các điều dưỡng có độ tuổi từ 35 trở xuống (t = -4,333; p < 0,001). Các điều dưỡng có thâm niên công tác lớn hơn 10 năm có điểm trung bình cao hơn các điều dưỡng có ít thâm niên hơn (t = -2,448; p = 0,016). Các điều dưỡng chưa bao giờ tìm hiểu về tài liệu liên quan đến các biến chứng truyền tĩnh mạch có kiến thức kém hơn (F = 4,083; p = 0,03). Các điều dưỡng cho rằng các biến chứng truyền tĩnh mạch

là vấn đề bình thường có điểm trung bình thấp hơn các nhóm điều dưỡng khác (F = 5,041; p = 0,007).

3.2. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ đánh giá được kiến thức lý thuyết, chưa đánh giá được khả năng thực hành của Điều dưỡng.

Nghiên cứu thực hiện trên một bộ phận Điều dưỡng của bệnh viện 19/8 và thời gian thực hiện ngắn nên chưa thể phản ánh kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch của Điều dưỡng trên Việt Nam.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 284 điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện 19-8, trong đó nữ giới chiếm đa số (87%), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Derya Uzelli Yilmaz (2021) và Lê Thị Cúc (2021), cho thấy nghề điều dưỡng vẫn có xu hướng nữ giới chiếm ưu thế do đặc thù công việc chăm sóc đòi hỏi sự tỉ mỉ và nhẫn nại [8],[3].

Về trình độ chuyên môn, điều dưỡng có trình độ đại học chiếm 55%, cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai (2016) [4], phản ánh nỗ lực nâng cao chất lượng nhân lực tại Bệnh viện 19-8 - đơn vị thuộc Bộ Công an, nơi yêu cầu trình độ chuyên môn cao để đáp ứng nhiệm vụ đặc thù. Trình độ chuyên môn càng cao thì việc thực hiện và quản lý kỹ thuật truyền tĩnh mạch càng an toàn, hiệu quả, đồng thời hạn chế tối đa rủi ro cho người bệnh. Bệnh viện rất quan tâm phát triển nguồn Điều dưỡng viên có trình độ cao để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 35,53 ± 4,76, chủ yếu từ 30-40 tuổi (76,1%), cao hơn so với nghiên cứu tại các cơ sở y tế khác (nghiên cứu của Nguyễn Văn Đĩnh 2023 với tuổi trung bình là 31,33 ± 4,82) [5]. Thâm niên công tác >10 năm chiếm tỷ lệ cao (72,5%), cho thấy đội ngũ điều dưỡng tại đây có kinh nghiệm thực hành lâu năm hơn mặt bằng chung [3],[5]. Kinh nghiệm lâu năm có vai trò quan trọng trong việc củng cố kiến thức và nâng cao hiệu quả phòng biến chứng khi truyền tĩnh mạch. Nhờ thường xuyên tiếp xúc thực tế, người có kinh nghiệm dễ dàng nhận diện sớm các dấu hiệu bất thường, lựa chọn ven và dụng cụ phù hợp, điều chỉnh tốc độ truyền hợp lý và áp dụng các biện pháp vô khuẩn chuẩn xác. Đồng thời, họ có khả năng xử trí nhanh trong tình huống khẩn cấp và truyền đạt lại kinh nghiệm cho đồng nghiệp, qua đó góp

phần giảm thiểu tối đa nguy cơ tai biến, đảm bảo an toàn cho người bệnh.

4.2. Kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch và cách phòng tránh

Kết quả khảo sát cho thấy đa số điều dưỡng có nhận thức đúng về các biện pháp phòng ngừa biến chứng đường truyền tĩnh mạch ngoại vi. Cụ thể, 93,6% chọn sử dụng chế phẩm chứa cồn để sát khuẩn vị trí đặt catheter - tương đương với nghiên cứu của Nalan Karaođlan (2019) tại Thổ Nhĩ Kỳ (93,8%)[7].

Một số quan điểm chuyên môn được ghi nhận như: 53,2% cho rằng catheter làm từ kim loại và có kích thước lớn làm tăng nguy cơ viêm tĩnh mạch, cao hơn đáng kể so với 28,1% trong nghiên cứu của Chong Xue Ying (2020) [6]. Điều này cho thấy mức độ cảnh giác cao hơn tại Bệnh viện 19/8 với các yếu tố nguy cơ liên quan đến vật liệu và kỹ thuật đặt catheter.

Phần lớn điều dưỡng hiểu rõ vai trò của kỹ thuật lấy vein đúng (96,5%) và theo dõi catheter thường xuyên (93%) trong phòng ngừa biến chứng, tương đồng với dữ liệu từ nghiên cứu của tác giả Lê Thị Cúc (2021) [3]. Ngoài ra, nhận thức về thời gian lưu catheter (không quá 72 giờ) và việc băng cố định đúng cách cũng được nhiều điều dưỡng đồng thuận, mặc dù tỷ lệ có phần thấp hơn so với các nghiên cứu khác - có thể do sự khác biệt về kinh nghiệm, khối lượng công việc và điều kiện thực hành.

Liên quan đến xử trí phản vệ, 93,6% điều dưỡng biết ngừng tiếp xúc với dị nguyên khi có biểu hiện sốc phản vệ, gần tương đương với kết quả của Lê Bá Ngọc Thạch (2020) tại Bệnh viện Bông Quốc gia (94,4%) [2].

Về mức độ kiến thức tổng thể, 72,5% điều dưỡng đạt mức điểm khá trở lên, trong đó chỉ 3,9% đạt mức tốt. Tuy không có cá nhân nào ở mức kém, vẫn còn 27,5% đạt mức trung bình, cho thấy cần tăng cường đào tạo và cập nhật kiến thức chuyên sâu hơn, đặc biệt cho nhóm điều dưỡng trẻ hoặc ít kinh nghiệm.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức điều dưỡng

Phân tích thống kê cho thấy giới tính và chuyên khoa công tác không có ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch ($p > 0,05$). Tuy nhiên, trình độ học vấn có tương quan mạnh với điểm kiến thức ($p < 0,001$). Điều dưỡng trình độ Thạc sĩ/CKI có điểm trung bình cao nhất ($29,17 \pm 3,27$), tiếp theo là đại học ($24,51 \pm 2,98$), cao đẳng ($19,84 \pm 4,33$) và trung cấp ($19,5 \pm 1,72$).

Điều này giúp củng cố quan điểm trình độ đào tạo cao hơn góp phần cải thiện kiến thức chuyên môn.

Thâm niên công tác cũng ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức ($p = 0,016$), với nhóm >10 năm có điểm trung bình cao hơn so với nhóm ≤ 10 năm ($23,2 \pm 4,24$ so với $21,71 \pm 4,74$). Kết quả này phù hợp quan điểm kinh nghiệm lâm sàng dài hạn giúp nâng cao năng lực nhận diện và phòng ngừa biến chứng.

Tương tự, tuổi > 35 cũng có tương quan với kiến thức tốt hơn ($p < 0,001$), có thể do tích lũy kiến thức theo thời gian. Ngoài ra, thói quen tự học và thái độ cẩn trọng đối với biến chứng truyền tĩnh mạch cũng ảnh hưởng đến kết quả đánh giá. Cụ thể, nhóm chưa từng tìm hiểu tài liệu liên quan có điểm thấp nhất ($p = 0,03$) và nhóm cho rằng biến chứng truyền tĩnh mạch là “bình thường” cũng có điểm trung bình thấp hơn rõ rệt ($p = 0,007$).

Tuy nhiên, nghiên cứu không tìm thấy sự liên quan giữa việc từng gặp biến chứng trên lâm sàng hoặc trực tiếp chăm sóc người bệnh có biến chứng với kiến thức của điều dưỡng ($p > 0,05$), cho thấy thực hành lâm sàng đơn thuần không đủ để cải thiện nhận thức nếu không có đi kèm đào tạo chuyên môn hoặc hướng dẫn lý thuyết.

Hạn chế của nghiên cứu: Phạm vi nghiên cứu vẫn còn hẹp, giới hạn tại một bệnh viện; thời gian nghiên cứu ngắn nên hạn chế khái quát hóa kết quả và có thể chưa bắt kịp những thay đổi dài hạn về kiến thức và thực hành truyền tĩnh mạch. Bên cạnh đó, nghiên cứu mới tập trung vào kiểm tra kiến thức của điều dưỡng qua bảng hỏi, chưa đánh giá được kỹ năng thực hành lâm sàng khi thực hiện truyền tĩnh mạch

5. KẾT LUẬN, KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy phần lớn điều dưỡng tại Bệnh viện 19/8 có kiến thức đạt yêu cầu về biến chứng liên quan đến truyền tĩnh mạch và cách phòng tránh. Trình độ học vấn, thâm niên công tác, độ tuổi, thói quen tự học và thái độ nhận thức có mối liên quan đáng kể đến mức độ kiến thức. Việc tăng cường đào tạo, tập huấn thường xuyên và khuyến khích tự học là cần thiết nhằm nâng cao năng lực chuyên môn, góp phần bảo đảm an toàn cho người bệnh và nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc.

Đối với Bệnh viện 19/8 cần tổ chức tập huấn thường xuyên, tăng cường đào tạo tại chỗ, kiểm tra kiến thức về biến chứng truyền tĩnh mạch của các Điều dưỡng; bệnh viện cần xây dựng bộ tiêu chí giám sát và đánh giá thực

hành của điều dưỡng trong quá trình truyền tĩnh mạch, không chỉ kiểm tra kiến thức lý thuyết.

Đối với các Điều dưỡng nên chủ động tự học và cập nhật kiến thức thông qua tài liệu chuyên ngành, hội thảo, khóa đào tạo về biến chứng truyền tĩnh mạch, các dấu hiệu nhận biết, cách xử trí, phòng tránh, các yếu tố nguy cơ của chúng để nâng cao chất lượng chăm sóc, giảm chi phí điều trị và tạo tâm lý an tâm điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012) Hướng dẫn tiêm an toàn 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. Lê Bá Ngọc Thạch và cộng sự (2023). Đánh giá kiến thức về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của điều dưỡng Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2020. Tạp chí Y học Thảo luận và Bông, (5), 95-101.
3. Lê Thị Cúc, Trương Quang Trung, Nguyễn Hữu Dự, Đỗ Thị Kim Thu (2021) Đánh giá nhận thức của điều dưỡng các khoa lâm sàng về yếu tố nguy cơ viêm tĩnh

mạch do catheter tĩnh mạch ngoại biên. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 145(9), tr. 85-92.

4. Nguyễn Thị Tuyết Mai (2016) Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng Bệnh viện E năm 2015. Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Đình, Hoàng Thị Giang (2023) Kiến thức, thái độ và mức độ tuân thủ thực hành của Điều dưỡng với phản vệ tại Bệnh viện Vinmec Times city. Tạp chí Nhi khoa 2023 - Tập 16 (01).
6. Chong Xue Ying et al (2020) Perceptions of risk factors for phlebitis among Malaysian nurses. Br J Nurs. 2020;29(2):S18-S23.
7. Karaođlan N, et al (2022) Nurses' knowledge and experiences of peripheral intravenous catheter insertion at a tertiary paediatric health centre. Br J Nurs Mark Allen Publ. 2022;31(14):S18-S25.
8. Yilmaz DU, Yilmaz D, Karaman D. (2023) Clinical nurses' knowledge and practices on routine care related to the prevention of complications of peripheral intravenous therapy: A cross-sectional study. J Vasc Access. 2023;24(2):277-283.

ẢNH HƯỞNG CỦA KỸ THUẬT THỞ ĐẾN TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ CĂNG THẲNG Ở SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY THỰC TẬP LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN

EFFECTS OF BREATHING TECHNIQUES ON DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS AMONG FULL-TIME NURSING STUDENTS DURING CLINICAL PRACTICE AT HOSPITALS

NGUYỄN THỊ CẨM TUYỀN, TRẦN THỊ NGỌC CẨM,
BÙI NGUYỄN CẨM HÀ, NGUYỄN THỊ HỒNG LUẬN,
NGUYỄN THỊ KIM LÀI, NGUYỄN THỊ HẰNG
Trường Cao đẳng Y tế Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật thở trong việc giảm trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở sinh viên điều dưỡng chính quy đang thực tập lâm sàng tại bệnh viện.

Phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (RCT) trên 110 sinh viên, chia thành nhóm can thiệp và nhóm đối chứng (mỗi nhóm 55 người). Can thiệp gồm thực hành kỹ thuật thở 15 phút/ngày, 5 ngày/tuần trong 4 tuần. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng được đo lường bằng thang DASS-21 trước và sau can thiệp.

Kết quả: Sau 4 tuần, nhóm can thiệp có sự giảm điểm trung bình cả ba yếu tố (trầm cảm, lo âu, căng thẳng). Trong đó, chỉ sự giảm căng thẳng có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Kết luận: Kỹ thuật thở là một biện pháp can thiệp tiềm năng, có hiệu quả trong giảm căng thẳng và có thể ứng dụng trong hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho sinh viên điều dưỡng trong giai đoạn thực tập lâm sàng.

Từ khóa: kỹ thuật thở, trầm cảm, lo âu, căng thẳng, sinh viên điều dưỡng

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of breathing techniques in reducing depression, anxiety, and stress among full-time nursing students during clinical practice at hospitals.

Methods: A randomized controlled trial (RCT) was conducted with 110 students, randomly assigned to intervention and control groups (55 each). The intervention

consisted of 15-minute daily breathing practice, 5 days per week for 4 weeks. Depression, anxiety, and stress were measured using the DASS-21 before and after the intervention.

Results: After 4 weeks, the intervention group showed a reduction in mean scores of depression, anxiety, and stress, with stress reduction being statistically significant compared with the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Breathing techniques are a promising intervention for reducing stress and can be considered as a supportive approach to improve mental health among nursing students during clinical training.

Keywords: breathing techniques, depression, anxiety, stress, nursing students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm đang trở thành một trong những vấn đề sức khỏe tâm thần đáng lo ngại toàn cầu. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy trầm cảm là nguyên nhân quan trọng nhất dẫn đến các vấn đề xã hội và hành vi tự tử [5].

Trong số các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở sinh viên đại học, lo âu, căng thẳng đóng vai trò là yếu tố dự báo chính. Khoảng 67% sinh viên đại học có lo âu được ghi nhận mắc đồng thời trầm cảm [9].

Trong bối cảnh đó, các chiến lược đối phó thích ứng như can thiệp dựa trên chánh niệm (Mindfulness-Based Interventions - MBI) đã được đề xuất là một giải pháp tiềm năng để giảm căng thẳng, lo âu và trầm cảm [10]. Chánh niệm không chỉ bao gồm thiền định, mà còn tích hợp các

kỹ thuật như thở sâu, yoga, tập trung sự chú ý, và thái độ chấp nhận không phán xét [4].

Tại Việt Nam, một số khảo sát ghi nhận tỷ lệ căng thẳng, lo âu và trầm cảm ở sinh viên điều dưỡng dao động từ 24% đến 54% cho thấy mức độ tâm lý tiêu cực khá cao [1], [2], [3]. Sinh viên điều dưỡng thường xuyên phải đối mặt với nhiều yếu tố căng thẳng như áp lực học tập, môi trường bệnh viện, và mối quan hệ với người bệnh, giảng viên, đồng nghiệp. Những áp lực này làm gia tăng nguy cơ rối loạn tâm lý, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần, hiệu suất học tập và chất lượng chăm sóc người bệnh. Một trong những kỹ thuật then chốt trong chánh niệm là kỹ thuật thở sâu, phương pháp đã được chứng minh có hiệu quả trong việc điều hòa cảm xúc, giảm lo âu và cải thiện sức khỏe tinh thần trong nhiều nghiên cứu quốc tế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích kiểm tra can thiệp dựa trên kỹ thuật thở có hiệu quả và có khả năng trở thành giải pháp can thiệp giúp giảm trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở sinh viên Điều dưỡng chính quy đang đi thực tập lâm sàng tại bệnh viện hay không.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (Randomized Controlled Trial - RCT). Sinh viên điều dưỡng năm 3 đang đi thực tập lâm sàng sẽ được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm can thiệp (thực hành kỹ thuật thở sâu) và nhóm đối chứng (không can thiệp). Cả hai nhóm sẽ được đánh giá trước và sau can thiệp bằng bộ công cụ DASS-21.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Sinh viên điều dưỡng năm 3 hệ chính quy đang thực tập lâm sàng tại bệnh viện.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sinh viên năm 3 đang trong thời gian thực tập tại các khoa lâm sàng.

+ Tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng ý.

+ Không có tiền sử bệnh tâm thần nặng hoặc đang điều trị bằng thuốc hướng thần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Sinh viên đang điều trị với thuốc an thần, chống trầm cảm, hoặc can thiệp tâm lý khác.

+ Có chấn thương tâm lý nghiêm trọng trong vòng 3 tháng gần đây.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính cỡ mẫu (với công thức so sánh hai trung bình độc lập):

$$n = \frac{2 \times (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times \sigma^2}{\Delta^2}$$

Trong đó: $Z_{\alpha/2} = 1.96$ với $\alpha = 0.05$; $Z_{\beta} = 0.84$ với $\text{power} = 0.80$; $\sigma = 7.9$ (độ lệch chuẩn chung được ước lượng từ pilot study); $\Delta = 6.24$ (chênh lệch mong đợi về điểm stress ước lượng từ pilot study); $n = 26$

Cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm là 26 sinh viên. Điều chỉnh cỡ mẫu theo tỷ lệ rút lui: Cỡ mẫu hiệu chỉnh theo rút lui 10%: 30 sinh viên/nhóm. Tổng cỡ mẫu nghiên cứu (2 nhóm): 60 sinh viên. Trên thực tế, 110 sinh viên tham gia nghiên cứu nhằm tăng độ tin cậy của kết quả và bù đắp cho khả năng mất mẫu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu và phân nhóm

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện từ danh sách sinh viên đang thực tập trong thời gian nghiên cứu.

- Phân nhóm ngẫu nhiên: Sử dụng bảng số ngẫu nhiên để phân chia sinh viên vào hai nhóm:

+ Nhóm can thiệp: thực hành kỹ thuật thở hằng ngày theo hướng dẫn trong 4 tuần. Thời gian thực hành: 15 phút/ngày, ít nhất 5 ngày/tuần trong 4 tuần.

+ Nhóm đối chứng: không thực hiện bất kỳ kỹ thuật thư giãn hoặc chánh niệm nào trong cùng thời gian.

2.6. Công cụ thu thập dữ liệu: Thông tin chung của sinh viên; Thang điểm DASS-21 gồm 3 thang phụ (Depression, Anxiety, Stress), mỗi thang có 7 câu hỏi, điểm mỗi mục từ 0-3, tổng điểm mỗi thang từ 0-21 [11].

2.7. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu; Kiểm định sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp trong mỗi nhóm bằng test t (paired t-test); So sánh giữa hai nhóm sau can thiệp bằng t-test độc lập

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp	Nhóm đối chứng	p
Tuổi	Tuổi trung bình	21,49 ± 1,215	21,16 ± 0,714	0,125
Tôn giáo	Phật giáo	19 (34,5%)	15 (27,3%)	0,376
	Thiên chúa giáo	2 (3,6%)	2 (3,6%)	
	Khác	7 (12,7%)	3 (5,5%)	
	Không theo tôn giáo	27 (49,1%)	35 (63,6%)	
Giới tính	Nam	5 (9,1%)	7 (12,7%)	0,541
	Nữ	50 (90,9%)	48 (87,3%)	

Nhận xét: Giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, tôn giáo và giới tính ($p > 0,05$). Tuổi trung bình hai nhóm tương đương (21,49 ± 1,215 so với 21,16 ± 0,714). Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số ở cả hai nhóm (90,9% và 87,3%), và phân bố tôn giáo khá tương đồng giữa các nhóm.

Bảng 2. Giá trị trước và sau can thiệp về căng thẳng, lo âu và trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm can thiệp	Nhóm đối chứng	p
		M (SD)	M (SD)	
Căng thẳng	Trước can thiệp	17,24 ± 6,594	17,75 ± 6,982	0,396
	Sau can thiệp	13,20 ± 6,500	16,84 ± 6,900	0,030
Lo âu	Trước can thiệp	14,73 ± 7,235	14,76 ± 8,402	0,146
	Sau can thiệp	14,18 ± 8,311	16,22 ± 10,699	0,122
Trầm cảm	Trước can thiệp	12,98 ± 7,096	12,95 ± 8,361	0,176
	Sau can thiệp	12,11 ± 8,348	13,64 ± 11,528	0,090

Nhận xét: Trước can thiệp, điểm trung bình căng thẳng, lo âu và trầm cảm giữa hai nhóm tương đương, không có khác biệt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau can thiệp, nhóm can thiệp giảm điểm căng thẳng đáng kể so với nhóm đối chứng ($p = 0,030$), trong khi lo âu và trầm cảm giảm nhẹ nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Giá trị trước và sau can thiệp của từng mức căng thẳng, lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm can thiệp (n, %)		Nhóm đối chứng (n, %)	
		Trước	Sau	Trước	Sau
Căng thẳng	Bình thường	16 (47,1)	31 (50,0)	18 (52,9)	31 (50,0)
	Nhẹ	27 (55,1)	8 (57,1)	22 (44,9)	6 (42,9)
	Trung bình	4 (50,0)	5 (50,0)	4 (50,0)	5 (50,0)
	Nặng	7 (41,2)	11 (55,0)	10 (58,8)	9 (45,0)
	Rất nặng	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	4 (100)
Lo âu	Bình thường	5 (41,7)	13 (54,2)	7 (58,3)	11 (45,8)
	Nhẹ	5 (41,7)	3 (42,9)	7 (58,3)	4 (57,1)
	Trung bình	28 (57,1)	19 (52,8)	21 (42,9)	17 (47,2)
	Nặng	7 (50,0)	6 (46,2)	7 (50,0)	7 (53,8)
	Rất nặng	10 (43,5)	14 (46,7)	13 (56,5)	16 (53,3)
Trầm cảm	Bình thường	15 (44,1)	24 (49,0)	19 (55,9)	25 (51,0)
	Nhẹ	12 (48,0)	5 (62,5)	13 (52,0)	3 (37,5)
	Trung bình	22 (61,1)	16 (51,6)	14 (38,9)	15 (48,4)
	Nặng	3 (50,0)	4 (66,7)	3 (50,0)	2 (33,3)
	Rất nặng	3 (33,3)	6 (37,5)	6 (66,7)	10 (62,5)

Nhận xét: Trước can thiệp, phân bố mức độ căng thẳng, lo âu và trầm cảm giữa nhóm can thiệp và đối chứng tương đối tương đồng ở các mức từ bình thường đến rất nặng. Sau can thiệp, nhóm can thiệp có xu hướng tăng tỷ lệ ở mức bình thường và giảm tỷ lệ ở mức nặng/rất nặng đối với cả căng thẳng, lo âu và trầm cảm, trong khi nhóm đối chứng thay đổi ít hoặc một số mức độ nặng vẫn tăng.

4. BÀN LUẬN

Sau can thiệp, nhóm can thiệp giảm điểm căng thẳng, lo âu và trầm cảm. Kết quả tương đồng với tác giả Ibrahim và cộng sự [8], trong đó chương trình giảm Stress dựa trên chánh niệm (MBSR- Mindfulness-Based Stress Reduction) đã cải thiện đáng kể sức khỏe tâm lý.

Mặc dù nhóm can thiệp có mức giảm điểm trung bình cao hơn so với nhóm đối chứng, chỉ có căng thẳng giảm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,030$), trong khi lo âu và trầm cảm chưa đạt ý nghĩa ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Chiodelli và cộng sự [7], trong đó căng thẳng là biến số có sự khác biệt đáng kể, và nghiên cứu của tác giả Chen và cộng sự [6], báo cáo rằng mức

giảm lo âu ở nhóm MBSR cao hơn so với nhóm đối chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê đối với trầm cảm. Nguyên nhân được cho là do thời gian can thiệp trong các nghiên cứu ngắn hạn, không kết hợp với các phương pháp hỗ trợ khác để tác động mạnh đến lo âu và trầm cảm. Đối tượng nghiên cứu có mức độ nặng ở căng thẳng, lo âu và trầm cảm không chiếm tỷ lệ cao. Điều này có thể làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt rõ rệt sau can thiệp, bởi những người ở mức thấp hoặc bình thường khó giảm hơn hoặc giảm không đáng kể. Với nhiều mức độ tâm lý, và bản chất mạn tính của lo âu, trầm cảm so với căng thẳng. Căng thẳng giảm rõ ràng hơn vì đây là trạng thái tâm lý nhạy cảm với kỹ thuật chánh niệm ngắn hạn.

Phân tích theo mức độ căng thẳng, lo âu và trầm cảm cũng cho thấy xu hướng tích cực: nhóm can thiệp tăng tỷ lệ sinh viên ở mức bình thường và giảm tỷ lệ ở mức nặng/rất nặng, trong khi nhóm đối chứng thay đổi ít hoặc mức độ nặng vẫn duy trì, thậm chí tăng ở một số mức. Điểm mới của nghiên cứu này là phân tích chi tiết theo mức độ tâm lý, không chỉ dựa trên điểm trung bình, giúp thấy rõ hơn xu hướng cải thiện sau can thiệp. Ngoài ra, nhóm can thiệp và đối chứng tương đồng về tuổi, giới tính và tôn giáo trước can thiệp, củng cố tính đáng tin cậy của kết quả.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chứng minh rằng kỹ thuật thở có tác dụng tích cực trong việc cải thiện sức khỏe tâm thần của sinh viên điều dưỡng, đặc biệt hiệu quả rõ rệt trong việc giảm căng thẳng sau 4 tuần thực hành. Mặc dù điểm số trầm cảm và lo âu có xu hướng giảm nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, kết quả này gợi ý cần thực hiện thêm các nghiên cứu với thời gian can thiệp dài hơn hoặc kết hợp với các biện pháp hỗ trợ khác. Việc đưa kỹ thuật thở vào chương trình hỗ trợ sinh viên trong giai đoạn thực tập lâm sàng có thể là một giải pháp đơn giản, ít tốn kém và khả thi nhằm nâng cao sức khỏe tinh thần, từ đó góp phần cải thiện chất lượng học tập và chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Mỹ, Dương Lý Duyệt, Lê Huỳnh Trinh (2025). Căng thẳng và một số yếu tố liên quan ở sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 56(CD1): 28-32.

2. Nguyễn Bích Ngọc, Nguyễn Văn Tuấn (2021). Thực trạng stress của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 143(7): 7580-7587.

3. Nguyễn Hợp Tân, Nguyễn Cao Cường, Đinh Thị Hoài Thương (2022). Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của sinh viên ngành Điều dưỡng Trường Đại học Yersin Đà Lạt. *Tạp chí Khoa học Yersin - Chuyên đề Khoa học Công nghệ*, 58: 58-65.

4. Bernstein S (2019). Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing2019*, 49(6): 14-17. 4

5. Buchanan JL (2012). Prevention of depression in the college student population: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26: 21-42.

6. Chen Y, Yang X, Wang L, Zhang X (2013). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today*, 33: 1166-1172.

7. Chioldelli R, Jesus SND, Mello LT N.D, Andretta I, Oliveira D.F, Costa ME S, Russell T (2022). Effects of the Interculturality and Mindfulness Program (PIM) on university students: A quasi-experimental study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12: 1500-1515.

8. Ibrahim K, Komariah M, Herliani YK (2022). The effect of mindfulness breathing meditation on psychological well-being: A quasi-experimental study among nurses working for COVID-19 patients. *Holistic Nursing Practice*, 36: 46-51.

9. Mahmoud JSR, Staten RT, Hall LA, Lennie TA (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33: 149-156.

10. Shikai N, Shono M, Kitamura T (2009). Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 15: 198-204.

11. Thạch TDT, Toan T, Fisher J (2013). Validation of depression, anxiety, stress scale (DASS) 21 as the screening instrument for depression and anxiety in rural community-based cohort of Northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13: 24.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, KỸ NĂNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC ĐỐI VỚI BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

ASSESSMENT OF CAREGIVERS' KNOWLEDGE AND SKILLS IN MANAGING PEDIATRIC ASTHMA AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

TRẦN THỊ HIỀN¹, NGUYỄN DUY NAM ANH²,
NGUYỄN THỊ HỒNG MAI¹, NGUYỄN KHOA THỊ HẢI¹,
HỒ THỊ MỸ HÀ¹, DƯƠNG THỊ QUỲNH TRÂM¹,
HỒ THỊ NHƯ NGỌC¹

¹Khoa Nhi - Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế

²Bộ môn Nhi - Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản tại Khoa Nhi, Bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Huế và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 134 người chăm sóc chính của các bệnh nhi được chẩn đoán cơn hen cấp nhập viện tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ 07/2023 đến tháng 7/2024.

Kết quả: Người chăm sóc chính của trẻ đa số là mẹ (71,6%), với độ tuổi trung bình $37,4 \pm 7,9$. Ghi nhận 56% người chăm sóc có kiến thức tốt; kỹ năng sử dụng máy phun khí dung và bình xịt định liều tốt lần lượt là 61,9% và 66,3%. Người chăm sóc ≤ 30 tuổi, không tự tìm hiểu thông tin từ phương tiện đại chúng hoặc có trẻ nhập viện nhiều lần vì hen có nguy cơ cao kiến thức chưa tốt ($p < 0,05$). Đặc biệt, việc tự tìm hiểu thông tin qua phương tiện đại chúng liên quan đến kỹ năng sử dụng bình xịt định liều chưa tốt (OR = 4,2; $p < 0,05$).

Quan hệ của người chăm sóc với trẻ; giới, tuổi, học vấn và nghề nghiệp của người chăm sóc, tiền sử hen của gia đình không liên quan đến kiến thức về hen và kỹ năng sử dụng các dụng cụ hít của người chăm sóc ($p > 0,05$).

Kết luận: Cần tăng cường giáo dục sức khỏe, hướng dẫn và giám sát thường xuyên để cải thiện kiến thức và kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản.

Từ khóa: hen phế quản trẻ em, kiến thức, kỹ năng, dụng cụ hít

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge and practice of caregivers of children with asthma treated at the Pediatric Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and to analyze factors influencing their knowledge and practice.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 134 primary caregivers of pediatric patients diagnosed with acute asthma admitted to the General Pediatrics Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, from July 2023 to July 2024.

Results: The majority of primary caregivers were mothers (71.6%), with a mean age of 37.4 ± 7.9 years. Overall, 56% of caregivers had good knowledge; good skills in using nebulizers and metered-dose inhalers (MDIs) were recorded in 61.9% and 66.3%, respectively. Caregivers aged ≤ 30 years, those who did not seek information from mass media, or those whose children had multiple hospitalizations for asthma were at higher risk of having poor knowledge ($p < 0.05$). Notably, self-seeking information through mass media was associated with poor MDI technique (OR = 4.2; $p < 0.05$).

Caregiver-child relationship, caregiver's gender, age, education, occupation, and family history of asthma were not significantly associated with knowledge of asthma or inhaler technique ($p > 0.05$).

Conclusion: Strengthening health education, providing guidance, and regular supervision are necessary to improve caregivers' knowledge and skills in managing childhood asthma.

Keywords: childhood asthma, knowledge, practice, inhaler devices

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen suyễn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng, mức độ phổ biến của nó đang gia tăng ở nhiều quốc gia, đặc biệt là trẻ em [9]. Hen diễn biến lâu dài, ảnh hưởng đến khả năng học tập, lao động cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh [6]. Ước tính khoảng 300 triệu người bị hen phế quản và có thể tăng 400 triệu vào năm 2025 [3]. Trong vài thập kỷ qua đã liên tục cho thấy tỷ lệ mắc bệnh hen suyễn ở trẻ em gia tăng rõ rệt, ở các nước đang phát triển thì tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm hơn 80% tỷ lệ trẻ em tử vong trên thế giới [11]. Tại Hoa Kỳ, ước tính 5 - 10% dân số mắc bệnh hen với chi phí điều trị hàng năm hơn 12 tỉ đô la; trong đó tính riêng ở trẻ em thì tỷ lệ này là 9,2% [12]. Tại Việt Nam, hiện chưa có con số chính xác và hệ thống về tỷ lệ mắc hen cho cả nước, tuy nhiên theo một số công trình nghiên cứu ở các địa phương cho thấy tỷ lệ mắc hen ở trẻ em khoảng 4 - 8% và vẫn đang có xu hướng tăng lên [9]. Với tiến bộ của y học hiện nay, bệnh hen phế quản hoàn toàn có thể kiểm soát tốt nếu được theo dõi và điều trị đúng cách. Tuy nhiên, một trong những trở ngại hiện nay trong quá trình theo dõi và quản lý bệnh hen phế quản là vấn đề hiểu biết về bệnh, thái độ tuân thủ điều trị và kỹ năng sử dụng các loại thuốc điều trị của bệnh nhi và người chăm sóc. Trên thực tế lâm sàng, nhiều bệnh nhi hen phế quản đang được gia đình, người thân theo dõi và chăm sóc không hợp lý, một số gia đình quá mức lo lắng về bệnh và về các tác dụng phụ khi dùng thuốc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Người chăm sóc chính của các bệnh nhi được chẩn đoán cơn hen cấp từ 2 đến 15 tuổi nhập viện tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người chăm sóc có vấn đề về tâm lý hay trí tuệ, hoặc bị giảm hay mất thính lực, hoặc bị khiếm thính không thể

trả lời được bộ câu hỏi nghiên cứu. Người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Dùng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhập được 134 người chăm sóc thỏa tiêu chuẩn chọn trong thời gian từ tháng 07 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi thông qua hội đồng của bệnh viện và được sự đồng ý của khoa Nhi Tổng Hợp, thành viên nhóm nghiên cứu nói rõ mục tiêu và lợi ích của nghiên cứu cho người chăm sóc chính. Khi người chăm sóc chính đồng ý, thành viên nhóm nghiên cứu sẽ hướng dẫn và phát phiếu khảo sát cho người chăm sóc chính làm. Riêng phần kỹ năng của người chăm sóc trẻ thì thành viên nhóm nghiên cứu sẽ nhận định và đánh giá sau đó điền vào phiếu nghiên cứu. Cuối cùng tổng kết các phiếu nghiên cứu nhập và xử lý số liệu.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập bằng bộ công cụ đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc trẻ hen phế quản. Bộ công cụ được xây dựng dựa trên tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản" [1] bao gồm 5 phần:

Phần A: Thông tin về bệnh nhi (15 câu hỏi)

Phần B: Thông tin về người chăm sóc (7 câu hỏi)

Phần C: Đánh giá kiến thức của người chăm sóc về hen trẻ em (36 câu hỏi đúng/ sai)

Phần D: Đánh giá kỹ năng của người chăm sóc về sử dụng máy phun khí dung (5 bước)

Phần E: Đánh giá kỹ năng của người chăm sóc về sử dụng bình xịt định liều (5 bước)

Số liệu nghiên cứu được nhập và phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Tỷ số chênh (OR), kiểm định Chi bình phương, sử dụng hồi quy đa biến nhị phân, sử dụng phân tích đa biến được sử dụng để xác định yếu tố liên quan. Mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đặc điểm người chăm sóc				Nghề nghiệp	CB - VC	24	17,9
					Công nhân	22	16,4
Người chăm sóc trẻ	Mẹ	96	71,6		Nông dân	9	6,7
	Bố	31	23,1		Buôn bán	35	26,1
	Khác	7	5,2		LĐ tự do	21	15,7
Giới tính	Nam	34	25,4		Nội trợ	23	17,2
	Nữ	100	74,6	Đặc điểm hen của trẻ			
Tuổi	≤ 30	26	19,4	Tuổi	≤ 5 tuổi	58	43,3
	>30	108	80,6		> 5 tuổi	76	56,7
	Trung bình: 37,4 ± 7,9; nhỏ nhất: 20, lớn nhất 65			Tiền sử hen	Trung bình: 7,4 ± 4,0; nhỏ nhất: 2, lớn nhất 15		
					Có	120	89,6
Học vấn	Mù chữ	3	2,2	Tiền sử hen của gia đình	Không	14	10,4
	Tiểu học	17	12,7		Có	72	53,7
	THCS	35	26,1	Không	62	46,3	
	THPT	49	36,6	Số lần nhập viện vì hen trong 12 tháng qua	≥ 3 lần	45	33,6
	Đại học	24	17,9		1 - 2 lần	80	59,7
	Sau đại học	6	4,5		Không	9	6,7

Nhận xét: Người chăm sóc chính của trẻ đa số là mẹ (71,6%), với độ tuổi trung bình 37,4 ± 7,9. Phần lớn trẻ hen có độ tuổi > 5 (56,7%). Có 89,6% trẻ có tiền sử hen và 33,6% trẻ nhập viện vì hen ≥ 3 lần trong năm qua.

3.2. Kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản

Bảng 2. Kiến thức của người chăm sóc về hen ở trẻ em

Kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	75	56,0
Kém, trung bình	59	44
Tổng	134	100

Nhận xét: Kiến thức của người chăm sóc về hen ở trẻ em đạt mức tốt chỉ 56%.

Bảng 3. Kỹ năng sử dụng máy phun khí dung của người chăm sóc

Kỹ năng		Số lượng	Tỷ lệ %
Thực hiện đúng các bước	Bước 1	134	100
	Bước 2	117	87,3
	Bước 3	113	84,3
	Bước 4	99	73,9
	Bước 5	111	82,8
Đánh giá kỹ năng	Tốt	83	61,9
	Chưa tốt	51	38,1
Tổng		134	100

Nhận xét: Kỹ năng sử dụng máy phun khí dung của người chăm sóc đạt mức tốt chỉ 61,9%; trong đó bước 4 là bước có tỷ lệ đúng thấp nhất (73,9%)

Bảng 4. Kỹ năng sử dụng bình xịt định liều của người chăm sóc

Kỹ năng		Số lượng	Tỷ lệ %
Thực hiện đúng các bước	Bước 1	82	98,8
	Bước 2	68	81,9
	Bước 3	79	95,2
	Bước 4	63	75,9
	Bước 5	61	73,5
Đánh giá kỹ năng	Tốt	55	66,3
	Chưa tốt	28	33,7
Tổng		83	100

Nhận xét: Kỹ năng sử dụng bình xịt định liều của người chăm sóc đạt mức tốt chỉ 66,3%; trong đó bước 4 và bước 5 là các bước có tỷ lệ đúng thấp nhất lần lượt là 75,9% và 73,5 %.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức của người chăm sóc về hen ở trẻ em

Đặc điểm		Kiến thức				P
		Tốt		Trung bình, Kém		
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Người chăm sóc trẻ	Mẹ	49	51,0	47	49,0	> 0,05
	Bố	21	67,7	10	32,3	
	Khác	52	71,4	2	28,6	
Giới tính	Nam	24	70,6	10	29,4	> 0,05
	Nữ	51	51,0	49	49,0	
Tuổi	≤ 30	9	34,6	17	65,4	< 0,05
	>30	66	61,1	42	38,9	

Đặc điểm		Kiến thức				P
		Tốt		Trung bình, Kém		
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Học vấn	Dưới THPT	32	58,2	22	41,8	> 0,05
	THPT	23	46,9	26	53,1	
	ĐH, CĐ, SDH	20	66,7	10	33,3	
Nghề nghiệp	CB - VC	17	70,8	7	29,2	> 0,05
	Công nhân	15	68,2	7	31,8	
	Nông dân	3	33,3	6	66,7	
	Buôn bán	18	51,4	17	48,6	
	LD tự do	9	42,9	12	57,1	
	Nội trợ	13	56,5	10	43,5	
Thông tin về hen từ nhân viên y tế	Có	69	58,5	49	41,5	> 0,05
	Không	6	37,5	10	62,5	
Thông tin về hen từ tìm hiểu ở sách báo đài	Có	47	65,3	25	34,7	< 0,05
	Không	28	45,2	34	54,8	
Thông tin về hen từ người thân	Có	18	64,3	10	35,7	> 0,05
	Không	57	53,8	49	46,2	
Tiền sử hen của trẻ	Có	69	57,5	51	42,5	> 0,05
	Không	6	42,9	8	57,1	
Tiền sử hen của gia đình	Có	42	58,3	31	41,7	> 0,05
	Không	33	53,2	29	46,8	
Số lần nhập viện vì hen trong 12 tháng qua	≥ 3 lần	27	60,0	18	40,0	< 0,05
	1 - 2 lần	47	58,8	33	41,2	
	Không	1	11,1	8	88,9	

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức tốt về hen trẻ em cao hơn có ý nghĩa ở nhóm tuổi >30 so với nhóm tuổi ≤ 30 (p < 0,05). Tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức tốt về hen trẻ em cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có tự tìm hiểu

thông tin qua phương tiện thông tin đại chúng so với nhóm không tự tìm hiểu (65,3% so với 45,2%; $p < 0,05$). Tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức tốt về hen trẻ em cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có số lần nhập viện vì hen trong năm qua từ 1 - 2 lần và nhóm có tiền sử hen ≥ 3 lần so với nhóm chưa có tiền sử hen (58,8% và 60,0% so với 11,1%; $p < 0,05$).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chưa tốt của người chăm sóc về hen ở trẻ em theo mô hình hồi quy đa biến

Yếu tố	OR (95% CI)	P
Nhóm tuổi ≤ 30	2,8 (1,1 - 7,2)	$< 0,05$
Người chăm sóc của trẻ nhập viện nhiều lần vì hen	2,5 (1,0-6,0)	$< 0,05$
Không tự tìm hiểu thông tin về hen trên phương tiện đại chúng	2,3 (1,1 - 4,8)	$< 0,05$

Nhận xét: Người chăm sóc có độ tuổi ≤ 30 có tỷ lệ trẻ bị hen nhập viện cao hơn so với người có độ tuổi từ 30 tuổi trở lên. (OR là 2,8, $p < 0.05$). Người chăm sóc không tự tìm hiểu thông tin về hen trên phương tiện đại chúng và người chăm sóc của trẻ nhập viện nhiều lần vì hen có nguy cơ cao có kiến thức chưa tốt về hen trẻ em (OR lần lượt là 2,3; 2,5; $p < 0,05$).

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến kỹ năng sử dụng máy phun khí dung

Đặc điểm		Tốt		Chưa tốt		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Người chăm sóc trẻ	Mẹ	61	63,5	35	36,5	$> 0,05$
	Bố	19	61,3	12	38,7	
	Khác	3	42,9	4	57,1	
Giới tính	Nam	21	61,8	13	38,2	$> 0,05$
	Nữ	62	62,0	38	38,0	
Tuổi	≤ 30	14	53,8	12	46,2	$> 0,05$
	> 30	69	63,9	39	36,1	
Học vấn	Dưới THPT	36	65,5	19	34,5	$> 0,05$
	THPT	28	57,1	21	42,9	
	ĐH, CĐ, SDH	19	63,3	11	36,7	

Đặc điểm		Tốt		Chưa tốt		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nghề nghiệp	CB - VC	15	62,5	9	37,5	$> 0,05$
	Công nhân	15	68,2	7	31,8	
	Nông dân	7	77,8	2	22,2	
	Buôn bán	23	65,7	12	34,3	
	LĐ tự do	11	52,4	10	47,6	
	Nội trợ	12	52,2	11	47,8	
Thông tin về hen từ nhân viên y tế	Có	76	64,4	42	35,6	$> 0,05$
	Không	7	43,8	9	56,3	
Thông tin về hen từ tìm hiểu ở sách báo đài	Có	48	66,7	24	33,3	$> 0,05$
	Không	35	56,5	27	43,5	
Thông tin về hen từ người thân	Có	18	64,3	10	35,7	$> 0,05$
	Không	65	61,3	41	38,7	
Tiền sử hen của trẻ	Có	76	63,3	44	36,7	$> 0,05$
	Không	7	50,0	7	50,0	
Tiền sử hen của gia đình	Có	44	61,1	28	38,9	$> 0,05$
	Không	39	62,9	23	37,1	
Số lần nhập viện vì hen trong 12 tháng qua	≥ 3 lần	31	68,9	14	31,1	$> 0,05$
	1 - 2 lần	47	58,8	33	41,3	
	Không	5	55,6	4	44,4	
Kiến thức về hen	Tốt	45	60,0	30	40,0	$> 0,05$
	Trung bình, kém	38	64,4	21	35,6	

Nhận xét: Chúng tôi cũng không tìm được yếu tố liên quan nào đến thực hành sử dụng máy phun khí dung của người chăm sóc theo mô hình hồi quy đa biến.

Bảng 8. Các yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng bình xịt định liều

		Tốt		Chưa tốt		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Người chăm sóc trẻ	Mẹ	41	65,1	22	34,9	$> 0,05$
	Bố	10	66,7	5	33,3	
	Khác	4	80,0	1	20,0	

		Tốt		Chưa tốt		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giới tính	Nam	10	66,7	5	33,3	> 0,05
	Nữ	45	66,2	23	33,8	
Tuổi	≤ 30	6	54,5	5	45,5	> 0,05
	>30	49	69	23	31,9	
Học vấn	Dưới THPT	20	60,6	13	39,4	> 0,05
	THPT	19	63,6	11	36,7	
	ĐH, CĐ,	16	80,0	4	20,0	
Nghề nghiệp	CB - VC	10	71,4	4	28,6	> 0,05
	Công nhân	7	58,3	5	41,7	
	Nông dân	6	85,7	1	14,3	
	Buôn bán	15	60,0	10	40,0	
	LĐ tự do	8	66,7	4	33,3	
	Nội trợ	9	69,2	4	30,8	
Thông tin về hen từ nhân viên y tế	Có	49	68,1	23	31,9	> 0,05
	Không	6	54,5	5	45,5	
Thông tin về hen từ tìm hiểu ở sách báo	Có	23	53,5	20	46,5	< 0,05
	Không	32	80,0	8	20,0	
Thông tin về hen từ người thân	Có	9	69,2	4	30,8	> 0,05
	Không	46	65,7	24	34,3	
Tiền sử hen của trẻ	Có	52	65,8	27	34,2	> 0,05
	Không	3	75,0	1	25,0	
Tiền sử hen của gia đình	Có	29	67,4	14	32,6	> 0,05
	Không	26	65,0	14	35,0	
Số lần nhập viện vì hen trước đây	≥ 3 lần	23	74,2	8	25,8	> 0,05
	1 - 2 lần	28	60,9	18	39,1	
	Không	4	66,7	2	33,3	

		Tốt		Chưa tốt		P
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đã từng dùng bình xịt định liều trước	Có	44	63,8	25	36,2	> 0,05
	Không	11	78,6	3	21,4	
Kiến thức về hen	Tốt	30	71,4	12	28,6	> 0,05
	Trung bình, kém	25	61	16	39	

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc có kỹ năng sử dụng bình xịt định liều thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm có tự tìm hiểu từ phương tiện thông tin đại chúng so với nhóm không được tự tìm hiểu thông tin (53,5% so với 80,0%; $p < 0,05$).

Bảng 3.9. Các yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng bình xịt định liều của người chăm sóc theo mô hình hồi quy đa biến

Yếu tố	OR (95% CI)	p
Tự tìm hiểu thông tin về hen trên phương tiện đại chúng	4,2 (1,5 - 11,7)	< 0,05

Nhận xét: Người chăm sóc tự tìm hiểu thông tin về hen trên phương tiện đại chúng nguy cơ cao có kỹ năng chưa tốt về sử dụng bình xịt định liều.

4. BÀN LUẬN

1. Kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản

Nghiên cứu cho thấy chỉ 56% người chăm sóc có kiến thức tốt về hen phế quản ở trẻ em, tương tự tỷ lệ trong nghiên cứu của Bùi Thị Hương và cộng sự (56,67%) [2], nhưng cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của AlOtaibi (18,7%) [8]. AlOtaibi cũng ghi nhận gần một nửa số người tham gia có quan niệm sai lầm về thuốc điều trị hen. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Tuyến cho thấy chỉ 19,8% người chăm sóc hiểu đúng về thuốc cắt cơn và duy trì [4]. Khi người chăm sóc thiếu kiến thức, đặc biệt về thuốc điều trị, nguy cơ xử trí sai trong cơn hen cấp và tái phát bệnh sẽ tăng lên đáng kể. GINA (2020) nhấn mạnh vai trò của các chương trình giáo dục bệnh nhân và người chăm sóc trong việc giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong do hen [7].

Một điểm tích cực là kỹ năng sử dụng máy phun khí dung và bình xịt định liều của người chăm sóc ở mức tương đối khả quan (61,9% và 66,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ sai sót vẫn đáng kể, đặc biệt ở bước thở ra hoàn toàn trước khi hít thuốc - đây là bước quan trọng nhưng thường bị bỏ qua. Điều này phù hợp với kết quả của Reznik và cộng sự (2014), khi đánh giá kỹ năng sử dụng MDI của người chăm sóc tại khu vực đô thị, phát hiện đến 61% có ít nhất một lỗi kỹ thuật [10]. Thực tế cho thấy kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị, và việc tái đánh giá, hướng dẫn kỹ năng cần được lồng ghép vào mỗi lần tái khám.

2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc trẻ hen phế quản

Chúng tôi ghi nhận người chăm sóc ≤ 30 tuổi, không tự tìm hiểu thông tin, hoặc có con nhập viện nhiều lần vì hen có nguy cơ cao có kiến thức chưa tốt (OR = 2,8) - điều này phản ánh mức độ tiếp cận thông tin và kinh nghiệm thực tế còn hạn chế ở nhóm này. Tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức tốt về hen trẻ em cao hơn ở nhóm có số lần nhập viện vì hen trong năm qua từ 1 - 2 lần và nhóm có tiền sử hen ≥ 3 lần so với nhóm chưa có tiền sử hen là kết quả dễ hiểu, vì nhóm chưa có tiền sử về hen sẽ thiếu kiến thức, thiếu sự quan tâm về hen cũng như chưa từng được hướng dẫn bởi nhân viên y tế. Tuy nhiên, điều đáng chú ý là người chăm sóc của trẻ nhập viện nhiều lần vì hen có nguy cơ cao có kiến thức chưa tốt về hen trẻ em. Chính kiến thức chưa tốt là lý do giải thích vì sao những trường hợp này trẻ lại nhập viện nhiều lần đến vậy.

Trong khi đó, kết quả cho thấy người tự tìm hiểu thông tin từ phương tiện đại chúng lại có kỹ năng sử dụng bình xịt định liều kém hơn so với nhóm không tự tìm hiểu. Điều này trái ngược với nhận định thông thường và cũng được đề cập trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Rảnh (2017), khi bà nhấn mạnh việc tiếp cận thông tin không chính thống có thể dẫn đến hiểu sai và thực hành sai lệch [5].

Một yếu tố đáng chú ý khác là nhóm người chăm sóc đã từng sử dụng bình xịt định liều lại có tỷ lệ thực hành tốt thấp hơn, cho thấy sự chủ quan trong thực hành và thiếu tái đánh giá kỹ thuật từ phía nhân viên y tế. Đây là một điểm yếu trong công tác quản lý hen hiện nay, khi việc đào tạo ban đầu được thực hiện nhưng không có cơ chế giám sát và cập nhật định kỳ.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy việc giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc cần không chỉ dừng ở việc truyền đạt kiến thức ban đầu, mà cần xây dựng chương trình hướng dẫn lặp lại, kiểm tra kỹ năng thường xuyên, đồng thời cung cấp nguồn thông tin đáng tin cậy thay thế cho mạng xã hội hay truyền thông đại chúng thiếu kiểm chứng.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy chỉ hơn một nửa người chăm sóc trẻ hen phế quản có kiến thức tốt, trong khi kỹ năng sử dụng các dụng cụ hít còn hạn chế. Nhóm người chăm sóc trẻ nhỏ tuổi hơn, ít chủ động tìm hiểu hoặc có trẻ nhập viện nhiều lần vì hen thường có kiến thức chưa đầy đủ; đồng thời việc tiếp nhận thông tin từ phương tiện đại chúng lại có thể dẫn đến thực hành kỹ năng chưa đúng. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều dưỡng và cán bộ y tế trong việc thiết kế chương trình giáo dục sức khỏe, tổ chức hướng dẫn định kỳ, giám sát kỹ năng thực hành và cung cấp nguồn thông tin chuẩn xác. Đây là giải pháp then chốt để nâng cao hiệu quả kiểm soát hen ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản
2. Bùi Thị Hương, Bùi Văn Dân, Hoàng Thị Lâm (2016). Đánh giá mức độ kiểm soát hen bằng ACT đối với bệnh nhân câu lạc bộ hen bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Y Dược Học Lâm sàng.
3. Dương Quý Sỹ. Global initiative for Asthma-GINA (2021)- Sổ tay hướng dẫn điều trị và dự phòng hen phế quản cho người lớn và trẻ em trên 5 tuổi.. 8-16.
4. Nguyễn Thị Ngọc Tuyền, N. T. N. T., Danh Mỹ Thanh Ngân, D. M. T. N., & Đỗ Thị Phương Nga, Đ. T. P. N. (2011). *Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành trong sử dụng thuốc xịt cắt cơn và ngừa cơn của người chăm sóc chính bệnh nhi tại phòng khám hen suyễn. Tạp chí Y học Việt Nam, 1(505), 251-254.*
5. Nguyễn Thị Rảnh, N. T. R. (2017). Đánh giá kiến thức về quản lý hen phế quản của bà mẹ có con bị hen ở khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2017. *Bệnh viện Nhi Đồng I.*

6. Nguyễn Thị Thu, N. T. & Nguyễn Thị Diệu Thúy, N. T. D. (2021). Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe của trẻ hen phế quản từ 8-12 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1(505), 251-254.
7. GINA (2020), “Phác đồ điều trị hen phế quản”.
8. AlOtaibi E. and AlAteeq M (2018). Knowledge and practice of parents and guardians about childhood asthma at King Abdulaziz Medical City for National Guard, Riyadh, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 11, pp 67 - 75
9. The Global Initiative for Asthma (GINA) 2022. Global strategy for asthma management and prevention. 2022. 7-32.
10. Reznik M., Johnson S. E. and Yu C (2014). Evaluation of MDI-spacer utilization and technique in caregivers of urban minority children with persistent asthma. *Journal of Asthma*, 51(2), 149-154.
11. Trikamee, T., Thuljaa, R., Comberati, P., Pasqualeb, A., Peter, T., et al. (2022). Pediatric asthma in developing countries: Challenges and future directions. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 22(2), 80-85. <https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000806>
12. Wallace A., Scott J., Klinnert M. and Anderson M (2004). Impoverished children with asthma: A pilot study of urban healthcare access. *JSPN*, 9(2), 50 - 58

KIẾN THỨC VỀ BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ QUẢNG NAM NĂM 2025 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

KNOWLEDGE OF DIABETES AMONG PATIENTS VISITING TAM TRI GENERAL HOSPITAL IN QUANG NAM IN 2025 AND RELATED FACTORS

NGUYỄN THỊ THÚY¹, NGUYỄN THỊ THU NGHĨA²

¹ Khoa Điều dưỡng - Hộ sinh, Trường Đại học Đông Á,

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Phan Chu Trinh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ kiến thức và xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về đái tháo đường (ĐTĐ) của người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí, tỉnh Quảng Nam năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 180 bệnh nhân ĐTĐ khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Quảng Nam (01–05/2025). Dữ liệu thu thập bằng Bộ câu hỏi Diabetes Knowledge Questionnaire Revisited (DKQ-R, 22 câu hỏi, Cronbach's $\alpha = 0,77$) qua phỏng vấn trực tiếp. Thống kê mô tả (trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất, tỷ lệ %) được sử dụng để mô tả đặc điểm mẫu và điểm kiến thức; hồi quy tuyến tính được áp dụng để xác định các yếu tố liên quan ($p < 0,05$).

Kết quả: Điểm kiến thức trung bình là $14,37 \pm 3,21/22$. Sáu yếu tố liên quan có ý nghĩa: tuổi ($B = -0,27$; $p < 0,001$), giới tính (nam 15,37 vs nữ 13,73; $p = 0,036$), trình độ học vấn (\geq THPT 18,98 vs tiểu học 10,43; $p < 0,001$), nghề nghiệp (công chức/viên chức 19,46 vs hưu trí/nội trợ 11,83; $p < 0,001$), thời gian mắc bệnh (>10 năm 11,16 vs <5 năm 15,50; $p < 0,001$) và số bệnh kèm (≥ 3 bệnh kèm 9,65 vs không bệnh kèm 16,67; $p < 0,001$).

Kết luận: Kiến thức của người bệnh còn hạn chế (chỉ đạt ~65% tổng điểm). Các yếu tố trọng yếu ảnh hưởng tiêu cực là tuổi cao, mắc bệnh lâu năm, và nhiều bệnh kèm; trong khi nam giới, trình độ học vấn cao, và nghề nghiệp chuyên môn liên quan tích cực. Cần triển khai chương trình giáo dục sức khỏe cá thể hóa, ưu tiên nhóm cao tuổi, trình độ thấp, hưu trí/nội trợ, và đa bệnh lý.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2; Kiến thức bệnh nhân; DKQ-R; Yếu tố liên quan; Quảng Nam.

ABSTRACT

Objective: To describe the level of knowledge and identify factors associated with diabetes mellitus (DM) knowledge among patients attending Tam Tri General Hospital, Quang Nam Province, in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 180 DM patients attending Tam Tri Quang Nam General Hospital (Jan–May 2025). Data were collected via face-to-face interviews using the 22-item Diabetes Knowledge Questionnaire–Revisited (DKQ-R, Cronbach's $\alpha = 0.77$). Descriptive statistics (mean, SD, frequencies, percentages) summarized participant characteristics and knowledge scores; linear regression identified associated factors ($p < 0.05$).

Results: The mean knowledge score was $14.37 \pm 3.21/22$ (~65%). Six significant factors were identified: age ($B = -0.27$; $p < 0.001$), gender (male 15.37 vs female 13.73; $p = 0.036$), educational level (\geq high school 18.98 vs primary 10.43; $p < 0.001$), occupation (civil servant 19.46 vs retired/housewife 11.83; $p < 0.001$), disease duration (>10 years 11.16 vs <5 years 15.50; $p < 0.001$), and number of comorbidities (≥ 3 comorbidities 9.65 vs none 16.67; $p < 0.001$).

Conclusion: Patient knowledge was suboptimal (only ~65% of the maximum score). Key negative predictors were older age, longer disease duration, and multiple comorbidities, while male gender, higher education, and professional occupations were positive predictors. Tailored health education should prioritize older, low-education, retired/housewife, and multi-morbid patients.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; Patient knowledge; DKQ-R; Associated factors; Quảng Nam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính không lây phổ biến toàn cầu, với gần 550 triệu ca mắc năm 2021 và dự báo tiếp tục gia tăng; trung bình 1/10 người trưởng thành (20–79 tuổi) và 1/6 trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng trong giai đoạn bào thai [3]. Bệnh gây gánh nặng y tế nghiêm trọng, dẫn đến biến chứng tim mạch, thận, mắt, thần kinh, nhiễm trùng và đặc biệt là bệnh lý mạch máu chi dưới, có thể hoại tử, cắt cụt chi hoặc tử vong, làm suy giảm chất lượng sống [2]. Duy trì đường huyết ổn định đòi hỏi bệnh nhân phải nắm vững kiến thức về bệnh, tuân thủ điều trị và thực hành tự chăm sóc: dinh dưỡng hợp lý, luyện tập, nhận diện triệu chứng, và kiểm tra đường huyết định kỳ [3,6]. Tại Quảng Nam, số ca ĐTĐ đang tăng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mức kiến thức bệnh nhân, gây khó khăn trong thiết kế chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp. Các nghiên cứu hiện có chủ yếu ở đô thị lớn, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng khu vực miền Trung, đặc biệt là Quảng Nam.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá kiến thức về bệnh của người bệnh đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí tỉnh Quảng Nam năm 2025” với mục tiêu: Mô tả mức độ kiến thức và xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức về đái tháo đường (ĐTĐ) của người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí, tỉnh Quảng Nam năm 2025.

2. PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thiết kế và mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành từ tháng 01–05/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Quảng Nam. Cỡ mẫu 180 bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện, bao gồm tất cả NB thỏa điều kiện lựa chọn. Sau khi khám, nhóm nghiên cứu phỏng vấn trực tiếp và thu thập dữ liệu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán ĐTĐ, đang khám ngoại trú hoặc điều trị nội trú, đồng ý tham gia, có khả năng đọc hiểu và trả lời khảo sát, và có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không đủ sức khỏe, đang trong giai đoạn cấp tính hoặc đợt cấp biến chứng, có rối loạn nhận thức (lú lẫn, sa sút trí tuệ) hoặc khó khăn trong giao tiếp.

2.2. Dụng cụ thu thập số liệu

Sử dụng Bộ câu hỏi Diabetes Knowledge Questionnaire–Revisited (DKQ-R) do Julie A. Zuniga và cộng sự phát triển, gồm 22 câu hỏi, độ tin cậy Cronbach's $\alpha = 0,77$ [11]. Người tham gia chọn “Đúng”, “Không” hoặc “Không biết”.

• Trả lời đúng: 1 điểm, sai hoặc “Không biết”: 0 điểm.

• Cụ thể: các câu 1, 2, 4, 5, 8, 9, 12, 15, 16, 18, 19, 21 → “Đúng” = 1 điểm; các câu 3, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 20, 22 → “Không” = 1 điểm.

• Tổng điểm dao động 0–22; điểm cao hơn phản ánh kiến thức tốt hơn [11].

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và kiểm tra bằng Microsoft Excel, sau đó xử lý bằng SPSS 27.0.

• Thống kê mô tả: Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn để mô tả đặc điểm nhân khẩu học và điểm kiến thức.

• Phân tích suy luận: Sử dụng hồi quy tuyến tính để xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức. Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

• Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và khoảng tin cậy 95% để minh họa cơ hiệu ứng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Phan Châu Trinh phê duyệt (Quyết định số 32/HĐĐĐ-ĐHPCT, 25/3/2025). Tất cả NB tham gia trên tinh thần tự nguyện, có quyền rút lui bất kỳ lúc nào, thông tin cá nhân được bảo mật. Nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị, không gây tổn hại và không nhận tài trợ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=180)

Câu hỏi		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình của đối tượng		60.23	tuổi
Dân tộc	Kinh	180	100

Câu hỏi		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70	38.9
	Nữ	110	61.1
Tôn giáo	Không	177	98.3
	Phật giáo	03	1.7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	11	6.1
	Kết hôn	161	89.4
	Ly thân	8	4.4
Nơi ở	Nông thôn	131	72.8
	Thành thị	49	22.2
Trình độ học vấn	Tiểu học	56	31.1
	Cấp 2	66	36.7
	Cấp 3 trở lên	58	32.2
Nghề nghiệp	Về hưu, nội trợ	78	43.3
	Công nhân, buôn bán, dịch vụ	34	18.9
	Công chức, viên chức	13	7.2
	Khác	55	30.6
Thời gian mắc bệnh đái tháo đường	< 5 năm	36	20
	5 năm – 10 năm	86	47.8
	>10 năm	58	32.2
Phương pháp điều trị hiện tại	Thuốc uống	172	95.6
	Thuốc tiêm	8	4.4
Tiền sử gia đình từng mắc bệnh	Chưa	116	64.4
	Có	64	35.6
Số lượng bệnh kèm	Không có bệnh kèm	54	30
	1 bệnh kèm	73	40.6
	2 bệnh kèm	29	16.1
	3 bệnh kèm trở lên	24	13.3

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu chủ yếu là nữ, lớn tuổi, sống nông thôn (nữ 61,1%; tuổi TB 60,23; nông thôn 72,8%), học vấn ≤ THCS (≈ 67,8%), hưu trí/nội trợ (43,3%); 80% mắc bệnh ≥5 năm, 70,0% có ≥1 bệnh kèm, và 95,6% điều trị bằng thuốc uống.

3.2. Kiến thức về bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Kết quả kiến thức đúng về bệnh (n=180)

Kiến thức	Đúng	
	N	(%)
B1. Cơ thể cần insulin để chuyển hóa (sử dụng) đường ăn	159	88.3
B2. Con của người mắc ĐTĐ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn	159	88.3
B3. Mức đường huyết lúc đói là 100mg/dl là quá thấp	73	40.6
B4. Đường huyết cao gây lưu thông máu kém ở chân	144	80.0
B5. Đường huyết cao có thể gây tổn thương thận	143	79.4
B6. Run và đổ mồ hôi là dấu hiệu của đường huyết cao	118	65.6
B7. Người bị ĐTĐ có thể đi dép tông an toàn	132	73.3
B8. Người bị ĐTĐ nên tiêm vắc-xin phòng bệnh đường	112	62.2
B9. Người ĐTĐ nên khám nha sĩ 2 lần/năm	116	64.4
B10. Tiểu nhiều và khát nước là dấu hiệu đường huyết thấp	121	67.2
B11. Người ĐTĐ có thể ăn thoải mái nếu là đồ ăn không đường	131	72.8
B12. Sau ăn trưa, đường huyết 200mg/dl là quá thấp	137	76.1
B13. A1C đo đường huyết trung bình trong 3 tháng	69	38.3
B14. Căng thẳng làm giảm đường huyết máu	99	55.0
B15. Hút thuốc làm tăng nguy cơ biến chứng ĐTĐ	106	58.9
B16. Người ĐTĐ nên tăng chất béo chuyển hóa trong khẩu phần	110	61.1
B17. Theo ông/bà A1C là 120mg/dl là tốt	70	38.9
B18. Người ĐTĐ dễ mắc bệnh tim	161	89.4
B19. Cảm xúc tức giận làm tăng đường huyết máu	102	56.7
B20. Mỡ lợn lành mạnh hơn dầu thực vật để nấu ăn	134	74.4
B21. Người ĐTĐ nên khám mắt mỗi năm	120	66.7
B22. Bánh mì trắng có nhiều chất xơ hơn bánh mì nguyên cám	70	38.9

Nhận xét: Kết quả ở Bảng 3.2 cho thấy người bệnh nhận biết biến chứng khá tốt (tim mạch 89,4%, thận 79,4%, tuần hoàn chi 80,0%), nhưng thiếu hụt rõ ở A1C (38,3%), ngưỡng đường huyết đói 100 mg/dL (40,6%), và

một số mục dinh dưỡng/nhân thực phẩm (38,9%–38,9%), cùng yếu tố lối sống (căng thẳng 55,0%, hút thuốc 58,9%). Trọng tâm giáo dục nên ưu tiên A1C, ngưỡng đường huyết, dinh dưỡng và lối sống.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về đái tháo đường

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh đái tháo đường (n=180)

Yếu tố liên quan		Điểm kiến thức	B, (95%) CI for B	p
Tuổi			-0.27, [-0.31, -0.23]	< 0.001
Giới	Nam	15.37	1	0.036
	Nữ	13.73	-1.64, [-3.18; -0.11]	
Trình độ học vấn	Tiểu học	10.43	1	<0.001
	Từ cấp 3 trở lên	18.98	6.81, [5.54; 8.09]	
Nghề nghiệp	Về hưu, nội trợ	11.83	1	0.002
	Công nhân, buôn bán	16.76	2.96, [1.07; 4.85]	
	Công chức, viên chức	19.46	5.49, [2.67; 8.31]	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	15.5	1	< 0.001
	Từ 5-10 năm	16.06	3.24, [1.80; 4.68]	
	> 10 năm	11.16	-4.74, [-6.21; -3.27]	
Số lượng bệnh kèm	Không bệnh kèm	16.67	1	0.005
	2 bệnh kèm	11.93	-2.90, [-4.92; -0.88]	
	> 3 bệnh kèm	9.65	-5.04, [-7.15; -2.93]	

Ghi chú: B = hệ số hồi quy; 95% CI = khoảng tin cậy 95%. Giá trị p <0,05 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Nhận xét:

Có 6 yếu tố liên quan có ý nghĩa đến điểm kiến thức: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, và số bệnh kèm, cụ thể: Mỗi tăng 10 tuổi, điểm kiến thức giảm khoảng 2,7 điểm (B = -0,27). Giới tính: nam cao hơn nữ 1,64 điểm; Đối tượng từ THPT cao hơn đối tượng chỉ học tiểu học 8,55 điểm; Nghề nghiệp “Công nhân, Buôn bán” và “công chức/viên chức” cao hơn “Hưu trí hoặc nội trợ”; Thời gian mắc bệnh >10 năm có điểm kiến thức thấp hơn so với vừa mắc < 5 năm và cũng thấp hơn mắc từ 5 -10 năm. Đối tượng có ≥3 bệnh kèm có điểm kiến thức thấp hơn 5,04 điểm so với không bệnh kèm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ chủ yếu là người cao tuổi (60,2 ± 10,4), nữ giới, sống tại nông thôn và có trình độ học vấn thấp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Khuê Thy Nguyễn [8] và Kaniz Fatema [5], phản ánh đặc thù dịch tễ: tuổi cao, học vấn thấp và sống xa trung tâm y tế là những yếu tố làm hạn chế khả năng tiếp cận và quản lý bệnh. Về nghề nghiệp, đa số làm công việc ít vận động (nội trợ, hưu trí), khác với các nghiên cứu quốc tế [5,7] nơi nhóm thương nhân hoặc lao động phổ biến hơn, cho thấy sự khác biệt về bối cảnh xã hội – kinh tế. Thời gian mắc bệnh chủ yếu trên 5 năm, đa phần điều trị bằng thuốc uống và có ít nhất một bệnh kèm, phù hợp với xu hướng bệnh mạn tính tiến triển lâu dài. Điều này gợi ý cần tập trung quản lý cộng đồng cho nhóm người cao tuổi, nông thôn và nhiều bệnh kèm.

4.2. Kiến thức về bệnh đái tháo đường

Phần lớn người bệnh có kiến thức tốt về vai trò của insulin và yếu tố di truyền (đều 88,3%), tương tự kết quả của Zuñiga và cộng sự (77,9% và 76%) [11]. Hiểu biết về biến chứng cũng ở mức khá cao: tổn thương thận (79,4%) và rối loạn tuần hoàn chi dưới (80,0%), phù hợp với các nghiên cứu trước [4,5], cho thấy họ nhận thức được các hậu quả nghiêm trọng của bệnh. Tuy nhiên, khoảng trống kiến thức đáng kể vẫn tồn tại: chỉ 38,3% hiểu đúng về A1C, 40,6% biết ngưỡng đường huyết lúc đói, và <70% phân biệt chính xác triệu chứng hạ/tăng đường huyết. Nhận thức về yếu tố nguy cơ và lối sống còn hạn chế: chỉ

55% biết căng thẳng làm tăng đường huyết, 58,9% biết hút thuốc làm tăng biến chứng tim mạch, và 58,9% nhận diện đúng chất béo có hại, thấp hơn mức 69–82% của nghiên cứu Zuñiga [11]. Một số quan niệm sai lầm vẫn phổ biến: 26,7% cho rằng mang dép xỏ ngón an toàn, 27,2% nghĩ có thể ăn thoải mái thực phẩm “không đường”; thêm vào đó, nhận thức phòng ngừa còn hạn chế (khám nha sĩ 2 lần/năm: 64,4%; tiêm vắc-xin: 62,2%). Tổng thể, người bệnh nắm vững kiến thức cơ bản và biến chứng ĐTDĐ, nhưng thiếu hụt về xét nghiệm, triệu chứng lâm sàng và yếu tố nguy cơ lối sống, đòi hỏi các chương trình giáo dục sức khỏe toàn diện, nhấn mạnh kiến thức thực hành để nâng cao khả năng tự quản lý bệnh.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh

Phân tích cho thấy tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và số bệnh kèm đều ảnh hưởng đáng kể đến kiến thức của người bệnh ($p < 0,05$). Tuổi liên quan nghịch với điểm kiến thức: mỗi +1 tuổi, điểm giảm 0,265 ($p < 0,001$), phù hợp với Võ Duy Ân và Fatema [5, 1]. Giới tính: nam cao hơn nữ 1,644 điểm ($p = 0,036$), tương đồng với Thảo Nguyễn và Fatema [5,9], nhưng có thể chịu ảnh hưởng gián tiếp từ học vấn, nghề nghiệp và khả năng tiếp cận thông tin. Trình độ học vấn: người chỉ học tiểu học thấp hơn nhóm \geq THPT 6,811 điểm ($p < 0,001$), khẳng định vai trò giáo dục trong tiếp nhận thông tin y tế [1,7,10]. Nghề nghiệp: công chức/viên chức cao hơn hưu trí/nội trợ 5,491 điểm và buôn bán/công nhân cũng vượt trội, phù hợp Võ Duy Ân [1], phản ánh tác động của vị thế kinh tế-xã hội và mức độ tiếp cận thông tin. Thời gian mắc bệnh: >10 năm cao hơn <5 năm 4,738 điểm ($p < 0,001$), phù hợp Kassahun [7], cho thấy kinh nghiệm điều trị tích lũy kiến thức nhưng có thể suy giảm nếu thiếu cập nhật. Số bệnh kèm: không bệnh kèm cao hơn nhóm ≥ 3 bệnh kèm 5,038 điểm ($p < 0,001$), trái ngược Thảo Nguyễn [9], gợi ý gánh nặng bệnh lý hạn chế tiếp thu kiến thức. Nhìn chung, cả yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng đều tác động rõ rệt, nhấn mạnh nhu cầu giáo dục sức khỏe cá thể hóa cho từng nhóm bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

Nghiên cứu trên 180 bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Quảng Nam cho thấy:

Điểm kiến thức trung bình về bệnh là $14,37 \pm 3,21/22$ (~65% tổng điểm), cho thấy mức hiểu biết trung bình khá.

Sáu yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm: (i) Tuổi cao ($B = -0,27$; $p < 0,001$) và (ii) số bệnh kèm ≥ 3 (9,65 điểm) liên quan tiêu cực mạnh đến kiến thức; (iii) Thời gian mắc bệnh >10 năm có điểm kiến thức thấp hơn nhóm <5 năm (11,16 vs 15,50 điểm; $p < 0,001$); (iv) Nam giới (15,37 điểm); (v) trình độ học vấn cao (\geq THPT: 18,98 điểm) và (vi) nghề nghiệp công chức/viên chức (19,46 điểm) liên quan tích cực đến kiến thức. Kết quả này khẳng định kiến thức của bệnh nhân chưa đồng đều, đặc biệt ở người cao tuổi, đa bệnh lý, trình độ thấp, và nghề nghiệp ít tiếp cận thông tin.

5.2. Khuyến nghị

Kết quả nghiên cứu này gợi mở một số khuyến nghị quan trọng.

(i) Tăng cường giáo dục sức khỏe cá thể hóa đặc biệt chú ý đối tượng người cao tuổi, mắc nhiều bệnh kèm hoặc mắc bệnh >10 năm;

(ii) Xây dựng hệ thống hỗ trợ giáo dục sức khỏe tích hợp, cụ thể: Thiết lập góc tư vấn cố định ở khoa khám bệnh và khoa Nội; Trong quy trình khám: Tích hợp 5–6 câu DKQ-R trọng yếu vào phiếu khám định kỳ để theo dõi kiến thức; bác sĩ và điều dưỡng nhấn mạnh những nội dung thiếu hụt phổ biến;

(iii) Đánh giá định kỳ: Sau 6–12 tháng, thực hiện khảo sát DKQ-R rút gọn để đo lường mức cải thiện kiến thức, qua đó điều chỉnh nội dung giáo dục phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ, D. Á. (2023). Liên quan giữa hiểu biết của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 với một số thông số. *Tạp chí Y Dược Thực hành* 175, 28(9), 78–83. <https://doi.org/10.59354/ydth175.2021.78>
2. Bộ Y tế. (2024). Biến chứng. Truy vấn ngày 22 tháng 10, 2024, từ <https://daiithaoduong.kcb.vn/bien-chung>
3. Bộ Y tế. (2022, ngày 13 tháng 11). Khoảng 5 triệu người Việt đang mắc căn bệnh gây nhiều biến chứng

về tim mạch, thần kinh, cắt cụt chi. Truy vấn từ ngày 22 tháng 10, 2024 từ https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/khoang-5-trieu-nguoi-viet-ang-mac-can-benh-gay-nhieu-bien-chung-ve-tim-mach-than-kinh-cat-cut-chi-

4. Cahyaningsih. (2024). Translation and validation of the Diabetes Knowledge Questionnaire in Indonesian patients with type 2 diabetes. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*, 50(6), 484–496. <https://doi.org/10.1177/26350106241287445>

5. Fatema, K. (2017). Knowledge, attitude, and practice regarding diabetes mellitus among nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh. *BMC Public Health*, 17, 364. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4285-9>

6. Feleke, S. A. (2013). Assessment of the level and associated factors with knowledge and practice of diabetes mellitus among diabetic patients attending at FelegeHiwot Hospital, Northwest Ethiopia. *Clinical Medicine Research*, 2(6), 110–120. <https://doi.org/10.11648/j.cmr.20130206.11>

7. Kassahun, T. (2016). Diabetes-related knowledge, self-care behaviours and adherence to medications among diabetic patients in Southwest Ethiopia: A cross-sectional

survey. *BMC Endocrine Disorders*, 16(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12902-016-0114-x>

8. Nguyen, K. T. (2020). A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 40(1), 70–79. <https://doi.org/10.1007/s13410-019-00755-w>

9. Nguyen, T. (2022). Adaptation and validation of the Vietnamese-translated Diabetes Knowledge Questionnaire. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 37(1), Article 8. <https://doi.org/10.15605/jafes.037.01.08>

10. Shiferaw, W. S. (2020). Assessment of knowledge and perceptions towards diabetes mellitus and its associated factors among people in Debre Berhan town, northeast Ethiopia. *PLOS ONE*, 15(10), e0240850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240850>

11. Zuñiga, J. A. (2023). Revision and psychometric evaluation of the Diabetes Knowledge Questionnaire for people with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 36(4), 345–353. <https://doi.org/10.2337/ds22-0079>

Kiến thức, Thái độ và Thực trạng về Báo cáo Sự cố Y khoa của Nhân viên Y tế Bệnh viện Đa khoa Mê Linh năm 2025

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND CURRENT SITUATION OF MEDICAL INCIDENT REPORTING AMONG HEALTHCARE WORKERS AT ME LINH GENERAL HOSPITAL IN 2025

TRẦN QUANG TRINH¹, NGUYỄN THỊ XUÂN¹,
NGUYỄN THỊ HỒNG ANH², NGUYỄN VĂN HẢI^{2*}

¹ Bệnh viện đa khoa Mê Linh

² Khoa Điều dưỡng, trường Đại học Công nghệ Đông Á

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự cố y khoa không chỉ ảnh hưởng đến kết quả điều trị của người bệnh mà còn ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, làm tăng chi phí y tế, do gây thiệt hại cho người bệnh, cơ sở y tế và nền kinh tế quốc gia. Kiến thức và thái độ giúp tăng hành vi báo cáo sự cố y khoa tự nguyện của nhân viên y tế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 - 8/2025 tại bệnh viện Đa khoa Mê Linh trên đối tượng là tài liệu báo cáo sự cố y khoa, nhân viên y tế đang làm việc tại bệnh viện nhằm mục tiêu xác định thực trạng công tác báo cáo sự cố y khoa, kiến thức, thái độ và hành vi của nhân viên y tế về báo cáo sự cố y khoa tự nguyện và các yếu tố liên quan đến hành vi báo cáo sự cố y khoa tự nguyện.

Kết quả: 300 sự cố được báo cáo trong năm 2024, 100% là báo cáo tự nguyện, 45,6% sự cố là trên bệnh nhân, 42% trên NVYT. 78,3% báo cáo được thực hiện bởi nhóm Điều dưỡng-KTV-HS. NVYT có kiến thức tốt chiếm trên 90% ở hầu hết nội dung, thái độ tích cực chiếm trên 90% ở từng nội dung. Rào cản chính của báo cáo sự cố y khoa là tâm lý e ngại chiếm 52,6%.

Khuyến nghị: Tiếp tục thiết lập môi trường văn hóa an toàn người bệnh trong cơ sở y tế, đảm bảo sự an toàn cho người báo cáo, khen thưởng động viên người báo cáo để xóa tâm lý e ngại. Hoàn thiện quy trình báo cáo nhanh, gọn, dễ dàng để không mất thời gian của người báo cáo.

Từ khóa: Báo cáo sự cố y khoa tự nguyện, nhân viên y tế, an toàn người bệnh

ABSTRACT

Background: Medical incidents not only affect treatment outcomes but also reduce healthcare quality, increase costs, and negatively impact both patients and healthcare institutions. Knowledge and attitude play essential roles in promoting voluntary incident reporting among healthcare workers (HCWs).

Objectives: This study aimed to assess the current situation of medical incident reporting, and to evaluate the knowledge, attitude, and practices of healthcare workers regarding voluntary incident reporting, as well as factors related to reporting behavior at Me Linh General Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from January to August 2025 at Me Linh General Hospital. Data were collected from 2024 incident reports and a self-administered questionnaire among all healthcare workers. Descriptive statistics were analyzed using SPSS 20.0. Results: In 2024, 300 incidents were reported, all on a voluntary basis. Incidents occurred mainly in patients (45.6%) and healthcare workers (42.0%), with 78.3% of reports made by nurses, technicians, and midwives. Most healthcare workers demonstrated good knowledge (>90%) and positive attitudes (>90%) toward reporting. The main barriers were fear of disciplinary action or peer judgment (52.6%) and lack of time to report (33.2%).

Conclusions: The study reveals a high level of awareness and positive attitudes among healthcare workers toward voluntary medical incident reporting. However, psychological barriers and workload remain significant challenges.

Keywords: Voluntary medical incident reporting, healthcare workers, patient safety

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự cố y khoa là những tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan và chủ quan, nhưng không phải do sự phát triển bệnh lý hoặc thể chất của người bệnh, hoặc ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh. Theo Neelam Dhingra-Kumar và cộng sự, ước tính trên thế giới hàng năm có 421 triệu người bệnh nhập viện, trong đó khoảng 42,7 triệu sự cố y khoa xảy ra ở những lần nhập viện này [9, tr.93-8][2]. Ở Việt Nam, sự cố y khoa xảy ra gần đây là sự quan tâm của toàn xã hội. Áp lực mà các bệnh viện phải gánh chịu như uy tín, kinh tế và nhân lực là rất lớn, gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng khám và chữa bệnh, là nguyên nhân của khủng hoảng niềm tin ở người bệnh, người bệnh không hài lòng, nhiều người bệnh nhập viện, gây gánh nặng về chi phí y tế và hành hung nhân viên y tế [1][2], [3]. Nếu các sự cố y khoa không được ghi nhận và không được tìm hiểu nguyên nhân để rút kinh nghiệm và có quy trình rõ ràng thì những sự cố này vẫn có thể bị tái diễn. Do vậy, các sự cố y khoa cần được công khai, báo cáo và phân tích một cách đầy đủ và khoa học, để từ đó hạn chế tối đa, đồng thời ngăn chặn được những sự cố không mong muốn, đảm bảo an toàn cho công tác khám chữa bệnh[2].

Báo cáo sự cố người bệnh là “một tài liệu điện tử hoặc giấy cung cấp một tài khoản chi tiết, bằng văn bản về chuỗi các sự kiện dẫn đến và sau một tình huống không lường trước được trong môi trường chăm sóc sức khỏe.” Các báo cáo thường được hoàn thành bởi các nhân viên y tế đã chứng kiến vụ việc hoặc bởi nhân viên đầu tiên được thông báo về nó. Báo cáo sự cố của người bệnh được thực hiện không muộn hơn 24 đến 48 giờ sau khi sự cố xảy ra. Nhận thức của nhân viên y tế về hậu quả của các sai sót y tế đối với người bệnh là một trong những yếu tố giúp họ báo cáo các sự cố y khoa một cách tự nguyện. [11, tr.1493-9] Một số nghiên cứu cho thấy đó là mối quan hệ tích cực giữa kiến thức, thái độ và hành vi. Trong đó, kiến thức được xem là yếu tố tác động tích cực đến thái độ, thúc đẩy thay đổi thái độ theo hướng tích cực. Thái độ này đã thay đổi sau đó ảnh hưởng đến hành vi, thúc đẩy sự thay đổi hành vi tích cực. Nâng cao kiến thức và thái độ giúp tăng hành vi báo cáo sự cố y khoa tự nguyện của nhân viên y tế. Kiến thức, thái độ và hành vi báo cáo sự cố y khoa có tác động trực tiếp đến sự thay đổi hệ thống và góp phần vào sự an toàn của người bệnh.[8, tr.3230-3237]

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng kết quả công tác báo cáo sự cố y khoa của bệnh viện năm 2024, xác định kiến thức, thái độ và hành vi của nhân viên y tế tại bệnh viện năm 2025. Bên cạnh đó, các yếu tố liên quan đến hành vi báo cáo sự cố y khoa tự nguyện của họ cũng được xác định

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

- Đối tượng 1. Báo cáo SCYK: Nghiên cứu sử dụng toàn bộ báo cáo SCYK bằng mọi hình thức của các khoa, phòng trong bệnh viện gửi về phòng Quản Lý chất lượng trong năm 2024

- Đối tượng 2. Cán bộ, NVYT đang công tác tại BV Đa khoa Mê Linh tại thời điểm 2025

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích kết hợp thu thập số liệu thứ cấp và điều tra thu thập số liệu sơ cấp

* *Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Đa khoa Mê Linh

* *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 1-2025 đến tháng 6-2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu trong điều tra số liệu thứ cấp: Chọn toàn bộ các báo cáo sự cố y khoa được lưu trữ và quản lý tại phòng QLCL, sự cố do phòng QLCL ghi nhận và được ghi chép/lưu giữ/ghi nhận. Các thông tin được chiết xuất gồm các thông tin về sự cố, thời gian, vị trí, đối tượng, tình huống, mức độ ảnh hưởng của SCYK, người thông tin/báo cáo, hình thức, phương thức báo cáo, mức độ tổn thương (Theo mẫu phiếu báo cáo SCYK ban hành kèm theo thông tư 43/2018/TT-BYT).

+ Tất cả các báo cáo sự cố y khoa được lấy thông tin để nhập vào phần mềm Excel và được mã hóa phân loại sự cố theo đầy đủ các mục trong mẫu báo cáo sự cố y khoa của thông tư 43/2018/TT-BYT. Nếu trong báo cáo không có thông tin theo yêu cầu thì bỏ trống. Ví dụ: bỏ trống trường người báo cáo nếu không có thông tin.

+ Nghiên cứu sử dụng tần số và tỷ lệ % để mô tả tần số của các biến trong nghiên cứu về đánh giá thực trạng báo cáo gồm: Người báo cáo, phương thức báo cáo, chất lượng thông tin của báo cáo và nội dung các sự cố được báo cáo (phân loại sự cố theo nguyên nhân, đối tượng liên quan, cách xử lý...)

- Cỡ mẫu trong điều tra số liệu sơ cấp: Chọn toàn bộ NVYT của BV Đa khoa Mê Linh tại thời điểm nghiên cứu loại trừ các đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.2. Công cụ nghiên cứu

- Bảng thu thập số liệu thứ cấp: được thiết kế dạng bảng trống để thu thập toàn bộ số liệu từ báo cáo SCYK trong năm 2024 từ phòng QQLCL.

- Bộ công cụ thu thập số liệu sơ cấp: Bảng câu hỏi tự điền được thiết kế gồm 5 phần, Phần A thu thập thông tin nhân khẩu học, Phần B.: Hiểu biết về sự cố y khoa, Phần C tần xuất và trải nghiệm báo cáo SCYK, Phần D, Khả năng tiếp cận và thông tin về SCYK, Phần E, Thái độ về báo cáo SCYK.

- Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0 đã được sử dụng để nhập, xử lý và phân tích số liệu.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Người tham gia nghiên cứu nhận được đầy đủ thông tin về mục tiêu nghiên cứu, lợi ích và ảnh hưởng khi tham gia nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Bảng khảo sát không thu thập thông tin định danh người tham gia nghiên cứu, các số liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu và lưu trữ đúng quy định.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng báo cáo sự cố y khoa năm 2024

3.1.1. Hình thức báo cáo sự cố y khoa (n=300)

Hình thức báo cáo	Số lượng	Tỷ lệ
Tự nguyện	300	100%
Bắt buộc	0	0

Nhận xét: 100% báo cáo SCYK là tự nguyện.

3.1.2. Đối tượng báo cáo sự cố y khoa (n=300)

Chức danh chuyên môn	Số lượng	Tỷ lệ
Bác sĩ	25	8,3%
Điều dưỡng, KTV, Hộ sinh	245	78,3%
Nhân viên khác	40	13,3%

Nhận xét: Khối Điều dưỡng, KTV, Hộ sinh là khối thực hiện báo cáo SCYK chủ yếu chiếm 78,3%

3.1.3. Đối tượng xảy ra sự cố y khoa (n=300)

Đối tượng	Số lượng	Tỷ lệ
Nhân viên y tế	126	42,00 %
Người bệnh	137	45,67 %
Trang thiết bị /cơ sở hạ tầng	43	14,33 %

Nhận xét: SCYK xảy ra trên người bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là trên NVYT

3.1.4. Thời gian báo cáo sự cố y khoa kể từ khi phát hiện sự cố (n=300)

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
≤ 1 giờ	37	12,3 %
≤ 24 giờ	165	55 %
≤ 72 giờ	83	27,7 %
> 72 giờ	15	5 %

Nhận xét: Hầu hết SCYK được báo cáo ngay trong ngày chiếm 67,3%, trong đó báo cáo ngay lập tức (ngay giờ đầu tiên sau khi sự cố xảy ra chiếm đến 12,3%)

3.1.5. Đặc điểm, tính chất sự cố y khoa

Nội dung	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm sự cố	Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố (near miss). (Nhóm A)	10	3,3
	Sự cố đã xảy ra, chưa tác động trực tiếp đến người bệnh. (Nhóm B)	168	56,0
	Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, chưa gây nguy hại. (Nhóm C)	110	36,7
	Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, cần phải theo dõi hoặc đã can thiệp điều trị kịp thời nên không gây nguy hại. (Nhóm D)	11	3,7
	Sự cố đã xảy ra gây nguy hại tạm thời và cần phải can thiệp điều trị. (Nhóm E)	1	0,3

Nội dung	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1. Phân loại SCYK theo nhóm sự cố	Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn	100	33,3
	Nhiễm khuẩn bệnh viện	0	
	Thuốc và dịch truyền	4	1,3
	Thiết bị y tế	14	4,7
	Tai nạn đối với người bệnh	8	2,7
	Hạ tầng cơ sở	24	8,0
	Quản lý nguồn lực, tổ chức	14	4,7
	Hồ sơ, tài liệu, thủ tục hành chính	63	21
	2. Phân loại sự cố theo nhóm nguyên nhân gây ra sự cố	Nhân viên y tế	149
Người bệnh		25	8,3
Môi trường làm việc		43	14,3
Tổ chức/Dịch vụ		39	13,0
Yếu tố bên ngoài		5	1,7
Khác		37	12,3

Nhận xét: Hầu hết SCYK được báo cáo là ở nhóm B và nhóm C, chiếm 92,7%, tức các SCYK đã xảy ra nhưng chưa tác động trực tiếp hoặc chưa gây nguy hại cho đối tượng bị sự cố.

3.2. Kiến thức - thái độ của NVYT về Báo cáo sự cố y khoa

3.2.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 30	72	24,9
	30-40	146	50,5
	41-50	64	22,1
	Trên 50	7	2,4
Giới	Nam	65	22,5
	Nữ	224	77,5

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoa	Lâm sàng	195	67,5
	Cận lâm sàng	57	19,7
	Hành chính	37	12,8
Chuyên môn nghề nghiệp	Bác sỹ	76	26,3
	Dược sỹ	24	8,3
	Hộ sinh	12	4,2
	Điều dưỡng	133	46
	KTV	20	6,9
	NVHC	16	5,5
	Khác	8	2,8
	Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	22
5-10 năm		77	26,6
11-20 năm		49	17
Trên 20 năm		72	24,9
Thâm niên công tác tại khoa hiện tại	Dưới 6 tháng	14	4,8
	6 tháng -1 năm	25	8,7
	2-5 năm	99	34,3
	6-10 năm	48	16,6
	11-15 năm	55	19
	Trên 15 năm	48	16,6
Tiếp xúc với người bệnh	Có	260	90
	Không	29	10

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu gồm đầy đủ tất cả các vị trí, chức danh nghề nghiệp trong BV, trong đó nữ chiếm tỷ lệ cao, độ tuổi phổ biến là 30-40 tuổi, điều dưỡng chiếm gần một nửa nhân lực và thâm niên công tác phổ biến nhất là đã làm việc từ 5-10 năm.

3.2.2. Kiến thức về báo cáo sự cố y khoa

Bảng 1. Hiểu biết về báo cáo sự cố

Nội dung kiến thức	Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ
Biết mục đích của báo cáo sự cố	Giúp lãnh đạo đưa ra biện pháp giải quyết sự cố	256	88,6
	Giúp đồng nghiệp rút kinh nghiệm từ sự cố đã xảy ra, tránh lặp lại	264	91,3

Nội dung kiến thức	Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ
Biết đến hệ thống báo cáo sự cố của bệnh viện	Có	289	100
	Không	0	0
Biết đến những hình thức báo cáo sự cố	1. Gửi phiếu báo cáo sự cố trực tiếp cho T.QLCL	256	88,6
	2. Gửi báo cáo sự cố qua email cho T.QLCL	229	79,2
	3. Gọi điện thoại nội bộ cho T.QLCL	202	69,9
	4. Báo cáo miệng trực tiếp cho T.QLCL	182	63
	5. Báo cáo cho Ban chủ nhiệm khoa	182	63
Biết người có nhiệm vụ báo cáo sự cố	1. Bác sĩ	255	88,2
	2. Dược sĩ	252	87,2
	3. Hộ sinh	252	87,2
	4. Điều dưỡng	255	88,2
	5. Kỹ thuật viên	253	87,5
	6. Thư ký y khoa	237	82
	7. Nhân viên hành chính	242	83,4
Biết tình huống nào cần báo cáo sự cố? (chọn nhiều đáp án)	1. Khi bản thân trực tiếp phát hiện sự cố xảy ra tại nơi làm việc	273	94,5
	2. Khi nghe đồng nghiệp trong khoa kể về sự cố đã xảy ra	153	52,9
	3. Khi sự cố lặp đi lặp lại nhiều lần tại khoa mà không được giải quyết	251	86,9
	4. Khi phát hiện ra sự cố xảy ra tại khoa, phòng khác	194	67,1
	5. Khi có than phiền của người bệnh/thân nhân người bệnh về vấn đề tại khoa	211	73
	6. Khi phát hiện ra các bất thường, nếu không giải quyết kịp thời sẽ gây nguy hại cho người bệnh, nhân viên y tế	257	88,9

Nhận xét: Hầu hết NVYT có hiểu biết đầy đủ về Báo cáo SCYH như Biết mục đích của báo cáo sự cố, Biết đến hệ thống báo cáo sự cố, Biết đến những hình thức báo cáo, biết vai trò nhiệm vụ của NVYT trong báo cáo sự cố, và biết những tình huống cần báo cáo sự cố. Hầu hết các nội dung về kiến thức đều đạt trên 60% cho đến trên 90%. Cụ thể, 100% biết hệ thống báo cáo sự cố, 91,3% cho rằng báo cáo sự cố để rút kinh nghiệm nhằm không để lặp lại sự cố tương tự. Với tình huống cần báo cáo sự cố, chỉ 52,9% NVYT sẽ báo cáo khi nghe đồng nghiệp kể về sự cố đã xảy ra.

Bảng 2. Hiểu biết về cách Phản ứng đúng với các tình huống của sự cố

Nội dung kiến thức	Trả lời	Số lượng	Tỷ lệ
Khi một sai sót xảy ra nhưng đã được phát hiện và ngăn chặn trước khi ảnh hưởng đến người bệnh, anh/chị có báo cáo sai sót này không?	Có	273	94,5
	Không	16	5,5
Khi một sai sót xảy ra nhưng không có khả năng gây hại cho người bệnh, anh/chị có báo cáo sai sót này không?	Có	272	94,1
	Không	17	5,9
Khi một sai sót xảy ra, đáng lẽ gây hại cho người bệnh nhưng (may mắn) chưa gây hại, anh/chị có báo cáo sai sót này không?	Có	287	99,3
	Không	2	0,7
Khi phát hiện sự cố, anh/chị thường xử lý như thế nào?	1. Báo cáo cho Ban chủ nhiệm khoa để giải quyết	249	86,2
	2. Báo cáo cho trưởng tua trực	241	74,0
	3. Báo cáo trực tiếp trên giao ban viện	117	40,5
	4. Gửi báo cáo cho Tổ QLCL	253	87,5
	5. Im lặng	2	0,7

Nhận xét: Hầu hết NVYT đều có kiến thức phản ứng đúng với các tình huống sự cố, câu trả lời đúng đều trên 90%. Ban chủ nhiệm khoa là nơi NVYT lựa chọn để báo cáo nhiều nhất chiếm 86,2%, chỉ 40,5% chọn báo cáo trong giao ban bệnh viện và còn 0,7% sẽ lựa chọn im lặng.

Bảng 3. Lý do cản trở báo cáo sự cố

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ
1. Báo cáo nhưng không được phản hồi	57	19,7
2. Chưa hiểu khi nào cần báo cáo	37	12,8
3. Phát hiện sự cố nhưng không có thời gian để báo cáo	96	33,2
4. Phiếu báo cáo sự cố quá dài, không có thời gian viết phiếu	36	12,5
5. Nghĩ rằng “có báo cáo cũng không được xử lý”	30	10,4
6. Tâm lý e ngại (sợ bị kỷ luật, sợ đồng nghiệp ghét, sợ Ban chủ nhiệm khoa...)	152	52,6
7. Không tìm thấy phiếu báo cáo sự cố tại khoa để viết.	1	3,1

Nhận xét: Sợ bị kỷ luật, bị ghét.. là lý do, rào cản phổ biến nhất (52,6%) ngăn cản NVYT không báo cáo sự cố, không có thời gian để báo cáo là lý do phổ biến tiếp theo.

3.3. Thái độ của NVYT về báo cáo sự cố y khoa

Bảng 4. Thái độ của NVYT về báo cáo sự cố y khoa

Nội dung	Không đồng ý		Không biết		Đồng ý	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Tất cả các bước trong chăm sóc sức khỏe đều có khả năng xảy ra sự cố y khoa	0	0	1	0,3	288	99,7
Hầu hết các SCYK đều có thể phòng tránh được	50	17,3	12	4,2	227	78,5
Sự cố y khoa làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến uy tín của Bệnh viện cũng như niềm tin của người dân với CBYT	17	5,9	4	1,4	268	92,7

Nội dung	Không đồng ý		Không biết		Đồng ý	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
CBYT phải nhận thức được những nguy cơ lâm sàng có thể gây ra sự cố y khoa trong chăm sóc người bệnh là điều quan trọng nhất	2	0,7	1	0,3	286	99
Tuân thủ các quy trình kỹ thuật là cần thiết để làm giảm sự cố y khoa trong chăm sóc người bệnh	0	0	0		289	100
Đào tạo thường xuyên về kiến thức và kỹ năng cho cán bộ y tế là việc làm cần thiết để giảm sự cố y khoa	0	0	2	0,7	287	99,3
Nâng cao trách nhiệm của CBYT trong chăm sóc người bệnh là cần thiết để làm giảm sự cố y khoa	0	0	2	0,7	287	99,3
Môi trường làm việc có ảnh hưởng quan trọng gây nên các sự cố y khoa	15	5,2	18	6,2	256	88,6
Đánh giá định kỳ kỹ năng chuyên môn của CBYT là cần thiết để giảm sự cố y khoa	1	0,3	3	1,0	285	98,6
Cần khuyến khích các cán bộ y tế báo cáo sự cố y khoa khi xảy ra	0	0	2	0,7	287	99,3

Nhận xét: Hầu hết NVYT có thái độ tích cực về báo cáo SCYK, trong đó 100% cho rằng cần thiết tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kỹ thuật, 99,3% ủng hộ việc khuyến khích báo cáo SCYK, đùa tạo về ATNB. Một số nội dung NVYT còn băn khoăn như khả năng phòng tránh SCYK

(21,5%) hay môi trường cảnh quan có ảnh hưởng đến khả năng xảy ra SCYK hay không (11,4%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng báo cáo SCYK năm 2024

Qua phân tích số liệu thứ cấp từ nguồn báo cáo sự cố y khoa của bệnh viện từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 thu thập được 300 sự cố sắp xảy ra và đã xảy ra nhận thấy hầu hết là sự cố đã xảy ra (96,7%), chỉ có 3,3% là sự cố chưa xảy ra. 100% là báo cáo tự nguyện. Điều này cho thấy ý thức tự nguyện của NVYT là rất đáng khích lệ.

Điều dưỡng, KTV, Hộ sinh là lực lượng có tỷ lệ thực hiện báo cáo sự cố y khoa cao nhất, chiếm 78,3% số liệu này thấp hơn Mạc Xuân Hào 82,8% [16], lớn hơn các báo cáo của Nguyễn Thị Thu Hà [5]67,9% và Kiều Quang Phát 62,7%[18], nhưng lại phản ánh cùng một thực trạng là các báo cáo được thực hiện chủ yếu do đội ngũ điều dưỡng. Phần lớn nguồn nhân lực trong bệnh viện là điều dưỡng chiếm 70% họ thường là người đầu tiên tiếp xúc với người bệnh, hàng ngày thực hiện công việc chăm sóc sức khỏe do vậy việc phát hiện ra sự cố trước là điều dễ hiểu. Định kỳ theo tháng, theo quý nên có các nhóm kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy trình chuyên môn, kỹ thuật để xác định được các danh mục sự cố thường xuyên xảy ra theo đặc thù từng nhóm đối tượng theo chức danh chuyên môn

Trong số các sự cố được báo cáo thì hình thức báo cáo bắt buộc trong thời gian thu thập là không có, 100% là báo cáo tự nguyện. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà với 99%[5] là báo cáo tự nguyện, và phần lớn báo cáo trong nghiên cứu của Kiều Quang Phát là báo cáo tự nguyện, các tác giả khác *Lữ Thúy Huệ* cũng cho nhận định tương tự [18], [15]. Tăng cường tập huấn, nâng cao trách nhiệm của từng nhân viên y tế, đảm bảo an toàn người bệnh trong việc phát hiện và tự nguyện báo cáo sự cố, có hình thức thi đua khen thưởng cá nhân, tập thể tự nguyện báo cáo sự cố. Hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh hợp tác trong việc phát hiện và báo cáo sự cố theo quy định.

Các báo cáo được gửi đúng thời gian quy định tỷ lệ cao, chỉ có 5% báo cáo sau 72 giờ, báo cáo được thực hiện ngay trong ngày chiếm 67,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phí Thị Thu Hà tại BV Sản Nhi

Quảng Ninh (25.71%) [13] hay nghiên cứu cứu của Mạc Xuân Hào 100% [16]. Các nhóm yếu tố người bệnh, nhân viên y tế thường giải quyết sự cố trước sau đó thực hiện các thủ tục báo cáo văn bản, qua các kênh thông tin tiếp nhận nên thời gian báo cáo đúng quy định chiếm tỷ lệ thấp. Tăng cường kiểm tra, giám sát, báo cáo định kỳ việc thực hiện các quy định hướng dẫn phòng ngừa sự cố tại các khoa phòng chức năng của khoa phòng hạn chế sự cố xảy ra.

Theo phân loại SCYK nhóm SCYK trong thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%). Người bệnh là đối tượng xảy ra sự cố cao nhất chiếm 45,67%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Phí Thị Thu Hà với tỷ lệ 87.14%.[13] và các nghiên cứu Kiều Quang Phát, Mạc Xuân Hào.[18], [16] Vấn đề này khá phù hợp với thực tế vì đây là đối tượng chính trong nhiệm vụ chăm sóc và điều trị của bệnh viện. Ngoài ra nhân viên y tế là nhóm đối tượng chịu ảnh hưởng của SCYK cao thứ hai, chiếm đến 42%. Đây là tỷ lệ rất cao khi so với các nghiên cứu khác như Phí Thị Thu Hà tại BV Sản nhi Quảng Ninh (7.15%)[13].

Phần lớn SCYK trong nghiên cứu này là sự cố đã xảy ra và chưa gây hại (96,7%), chỉ có 3,3% là sự cố chưa xảy ra. Tỷ lệ này trái ngược với nghiên cứu tại BV Sản Nhi Quảng Ninh khi nghiên cứu này cho thấy phần lớn các sự cố là các sự cố sắp xảy ra (80.61%).[13]. Liên quan đến hồ sơ bệnh án, thủ tục hành chính cao hơn các nghiên cứu tương tự; nó cũng phù hợp với việc hầu hết các sự cố được thu thập từ phòng QLCL và phòng KHTH thông qua việc kiểm tra thủ tục hành chính, hồ sơ bệnh án, quy trình chuyên môn. Do vậy cần tăng cường tập huấn để có thể phát hiện, dự báo trước nhằm báo cáo sự cố trước khi nó xảy ra.

4.2. Kiến thức, thái độ của NVYT về báo cáo SCYK

Hầu hết NVYT có hiểu biết đầy đủ về Báo cáo SCYK như biết mục đích của báo cáo sự cố, biết đến hệ thống báo cáo sự cố, biết đến những hình thức báo cáo, biết vai trò nhiệm vụ của NVYT trong báo cáo sự cố, và biết những tình huống cần báo cáo sự cố. Hầu hết các nội dung về kiến thức đều đạt trên 60% cho đến trên 90%. Cụ

thể, 100% biết hệ thống báo cáo sự cố, 91,3% cho rằng báo cáo sự cố để rút kinh nghiệm nhằm không để lặp lại sự cố tương tự. Với tình huống cần báo cáo sự cố, chỉ 52,9% NVYT sẽ báo cáo khi nghe đồng nghiệp kể về sự cố đã xảy ra. Kết quả này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu khác khi các tác giả cũng ghi nhận kiến thức đạt của NVYT về báo cáo SCYK khá khả quan. Nghiên cứu của Tác giả Lữ Thúy Huệ cho thấy khoảng 60,18% người tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt về báo cáo sự cố y khoa tự nguyện, trong khi những người có thái độ tốt về báo cáo sự cố y khoa tự nguyện ít hơn một chút, với 56,6%.[15]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Viết Thắng và cộng sự (2021) khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của nhân viên y tế về báo cáo sự cố y khoa tự nguyện tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Gia Lai năm 2021. Kết quả của các tác giả này cho thấy gần 1/3 (31,33%) nhân viên y tế kiến thức chưa đạt về sự cố y khoa 23,19%. Phần lớn (80,73%) nhân viên y tế không nhận diện được sự cố y khoa. Đa số (76,81%) nhân viên y tế có thái độ tích cực về báo cáo sự cố y khoa và 23,19% nhân viên y tế có thái độ chưa tích cực về báo cáo sự cố y khoa.[15], [19, tr.84-91]

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng tại BV Quốc tế Vinmec Times City năm 2025 cho thấy, nhìn chung, kết quả đánh giá tỷ lệ điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức đạt về báo cáo sự cố y khoa là 65,4%. Trong các nghiên cứu được rà soát, có rất ít nghiên cứu cố gắng xác định được tỷ lệ chung nhân viên y tế có kiến thức đúng về báo cáo sự cố y khoa, đặc biệt là trên đối tượng điều dưỡng và hộ sinh nói riêng. [14]. Chỉ có một số ít nghiên cứu được tìm thấy: kết quả đánh giá chung tỷ lệ điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức đạt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một trung tâm y tế của Hoa Kỳ năm 2016 với tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức báo cáo sự cố y khoa là 84,1% [12, tr.i2139] thấp hơn nghiên cứu được thực hiện tại hai trung tâm y tế ở Ả Rập năm 2016 có 89,5% bác sĩ và điều dưỡng có kiến thức tốt về báo cáo sự cố y khoa [12, tr.i2139]. Nghiên cứu của Trần Doãn Hiếu và cộng sự năm 2022 thấy điều dưỡng và hộ sinh có kiến thức tốt về sự cố y khoa chiếm tỷ lệ 79,2% [20] cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo năm 2017 xác định có 10,4% nhân viên y tế có kiến thức đúng về báo cáo sự cố y khoa [7]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền năm 2021 là 15,8% [6]. Điều này có thể giải thích

các điều dưỡng và hộ sinh của bệnh viện chưa được đào tạo bài bản về sự cố y khoa nên chỉ nhận diện được sự cố, chưa có kiến thức về biện pháp khắc phục sự cố (lớp tập huấn chuyên biệt về an toàn người bệnh, phòng ngừa sự cố y khoa được tổ chức từ nhiều năm trước), phần lớn kiến thức mà điều dưỡng và hộ sinh thu được là tại đơn vị công tác, trong các buổi buổi giao ban, sinh hoạt khoa học, tập huấn chung với các chuyên đề khác không mang tính hệ thống. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định cần thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn về an toàn người bệnh, phòng ngừa sự cố y khoa; các chương trình tập huấn giúp nâng cao kiến thức của điều dưỡng về an toàn, vậy cần duy trì và cập nhật thường xuyên nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, hướng tới sự an toàn, hài lòng của người bệnh và thân nhân của họ.

Thái độ về báo cáo SCYK trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn hơn 90% có thái độ đúng. Tỷ lệ này tương ứng với các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng cho thấy thái độ về báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng và hộ sinh đạt về báo cáo sự cố y khoa là 92,5%[14], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền năm 2021 thấy thái độ tốt báo cáo sự cố y khoa là 88,6% [6]. Điều này cho thấy nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City đã có thái độ tương đối tốt về báo cáo sự cố y khoa. Trong 254 điều dưỡng và hộ sinh tham gia vào nghiên cứu, khi được hỏi về việc đã từng báo cáo sự cố y khoa hay chưa thì chỉ có 16,5% điều dưỡng và hộ sinh chưa bao giờ báo cáo sự cố y khoa, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo năm 2017 với 73% nhân viên y tế chưa từng báo cáo sự cố y khoa [7]. Kết quả này cũng là phù hợp với thực tế khi số lượng báo cáo sự cố y khoa được ghi nhận tại bệnh viện hàng năm, đây cũng là một tín hiệu đáng mừng để nâng cao ý thức và chất lượng của bệnh viện.

Đánh giá chung, tỷ lệ thực hành đạt về báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng và hộ sinh là 82,7%, cao hơn nhiều nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Thu Hiền thực hành đạt về báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế là 79,8% [6]. Điều này có thể là do điều dưỡng và hộ sinh tham gia nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ kiến thức và thái độ đạt cao hơn so với nghiên cứu khác và các câu trả lời đánh giá thực hành chủ yếu dựa vào câu

trả lời chủ quan của điều dưỡng và hộ sinh mà chưa đi sâu vào đánh giá thực tế và không quan sát. Mặc dù đây là phương pháp dễ thực hiện và ít tốn kém, nhưng lại phụ thuộc chủ quan vào người trả lời, nên việc đánh giá chính xác thực hành báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng và hộ sinh khó đạt được.

Trong các yếu tố đặc điểm cá nhân của người tham gia nghiên cứu, chỉ tìm thấy 3 yếu tố liên quan đến hành vi báo cáo sự cố y khoa tự nguyện là kiến thức, thái độ và thời gian làm việc. Kết quả này tương tự với kết quả của Barta và cộng sự (2005) cũng cho thấy có tác động tích cực về kiến thức và thái độ đối với hành vi tốt của nhân viên y tế về việc báo cáo sự cố y khoa tự nguyện. Ngoài ra, Đặng Phương Dung (2021)[3] cũng tìm thấy kết quả không có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn hoặc kinh nghiệm làm việc về hành vi của việc báo cáo sự cố y khoa tự nguyện.

4.3. Những rào cản của báo cáo SCYK

Điều hành quản lý hệ thống thông tin báo cáo SCYK

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, điều hành quản lý hệ thống thông tin báo cáo SCYK đóng vai trò quan trọng. Khi Bệnh viện đã nhận thức tầm quan trọng của SCYK, đầu tư thỏa đáng và hỗ trợ tối đa hệ thống báo cáo SCYK việc báo cáo sẽ diễn ra dễ dàng hơn. Kết quả này cũng tương tự với Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà, năm 2019, tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí [5].

Quy định, quy trình về báo cáo sự cố

Qua kết quả cho thấy quy trình quản lý SCYK tại Bệnh viện đơn giản, dễ hiểu, dễ sử dụng, đầy đủ biểu mẫu. Nghiên cứu của Kiều Quang Phát, năm 2020 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ cũng cho thấy vấn đề này [18].

Đào tạo, tập huấn về báo cáo sự cố y khoa

Việc đào tạo, tập huấn chưa được truyền tải kiến thức đến từng NVYT, để NVYT nắm được quy trình quản lý SCYK, nhận diện được SCYK và báo cáo SCYK là yếu tố quan trọng thúc đẩy báo cáo SCYK. Nghiên cứu của nhóm tác giả Gidey K, Seifu M, Hailu BY, Asgedom SW, Niriayo YL, năm 2020, tại bệnh viện ở vùng Ethiopia cho

thấy, thiếu đào tạo là những yếu tố dự báo cho việc thực hành báo cáo sự cố kém, cần đào tạo tập huấn cho tất cả NVYT, đặc biệt là NVYT chưa từng được đào tạo.[10, tr.e034553]

Động viên khuyến khích báo cáo sự cố

Theo nghiên cứu của tác giả Naome T, James M, Christine A, Mugisha TI, năm 2020 tại bệnh viện khu vực Mbarara cho thấy, hơn một nửa (59,5%) NVYT đồng ý rằng việc có kiến thức để phát hiện sự cố, biết báo cáo sự cố về đầu ảnh hưởng đến việc tuân thủ báo cáo sự cố và NVYT không bao giờ báo cáo sự cố vì sợ bị chấm dứt công việc, sợ đồng nghiệp chê không có chuyên môn [17, tr.276]. Vì vậy cần phải trang bị cho NVYT kiến thức nhận diện được SCYK, biết cách báo cáo sự cố và có cơ chế động viên khuyến khích tạo không khí cởi mở để NVYT xoá bỏ tâm lý sợ sệt khi báo cáo.

Lãnh đạo Bệnh viện có cơ chế khuyến khích khi NVYT tự nguyện báo cáo SCYK sẽ không bị trừ thi đua, trừ thưởng cuối tháng, động viên khuyến khích NVYT tự nguyện báo cáo SCYK trên giao ban viện, đảm bảo luôn giữ bí mật cho cá nhân, tập thể tự nguyện báo cáo sự cố. Nghiên cứu của Kiều Quang Phát, năm 2020, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, đã có văn bản khuyến khích NVYT báo cáo sự cố, khi NVYT tự nguyện báo cáo sự cố được thưởng 50.000 đồng/1 báo cáo.[18]

Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận điều tương tự. Khảo sát ngẫu nhiên 202 NVYT tại BV ĐKKV Cai Lậy ghi nhận: Có 8 lý do chủ yếu làm cho NVYT ít tự nguyện báo cáo SC-SS: Thủ tục báo cáo phiền hà, tốn thời gian; Sợ mất điểm, bị phê bình, bị nêu tên trên giao ban; Sợ bị ảnh hưởng đồng nghiệp; Thấy báo cáo rồi cũng không cải thiện; Bao che nhau (Không nói vì hôm nay là đồng nghiệp sai sót, lỡ ngày mai tới mình); Báo cáo cũng không thấy lợi ích gì; Thấy chuyện xảy ra nhỏ, không nghĩ sai sót, không cần báo cáo, chiếm tỷ lệ từ 20% đến gần 50%, ĐTB từ 2,83 đến 3,26.[4]

Nhận định về nguyên nhân xảy ra sự cố, sai sót, NVYT cho rằng xảy ra là do: Yếu tố điều kiện môi trường, cơ sở vật chất; Ý thức con người; Hệ thống mạng LAN; Giao tiếp của NVYT. Chiếm tỷ lệ từ 20% đến gần 48%, ĐTB từ 2,58 đến 3,26.[4]

Ý kiến đề xuất của NVYT để tăng cường báo cáo tự nguyện SC-SS chính là cần có sự an toàn, cần được bảo vệ. Được lời khen thưởng khi nhân viên tự giác báo sự cố và đồng thời không bị nêu tên khi xảy ra sự cố, chiếm tỷ lệ từ 20,6% đến 48,1%.[4]

5. KẾT LUẬN

Trong năm 2024, có 300 báo cáo sự cố được ghi nhận với sự đa dạng về loại hình, đối tượng và nội dung, trong đó 100% là báo cáo tự nguyện, điều dưỡng, KTV, Hộ sinh là nhóm báo cáo chủ yếu chiếm 78,3% tổng báo cáo. Phần lớn sự cố xảy ra trên người bệnh (45,67%) và NVYT (42%). 96,4% số sự cố là sự cố đã xảy ra, nhưng chủ yếu là chưa gây nguy hại (96,1%). Thực hiện quy trình kỹ thuật là nhóm xảy ra sự cố chủ yếu chiếm 33,3%, tiếp đến là hạ tầng cơ sở, quản lý nguồn lực và thiết bị y tế.

Phần lớn NVYT có nhận thức tốt về báo cáo sự cố. Kiến thức đúng về mục đích của báo cáo, hệ thống báo cáo, người có trách nhiệm báo cáo, xử lý các tình huống báo cáo đều đạt từ 80-100%.

Hầu hết NVYT có thái độ tích cực về báo cáo sự cố như thái độ về khả năng xảy ra sự cố, khả năng hạn chế sự cố, sự cần thiết của tuân thủ quy trình kỹ thuật, trách nhiệm của NVYT trong báo cáo và sự cần thiết của việc nâng cao nhận thức về ATNB.

Các rào cản trong báo cáo sự cố được ghi nhận là tâm lý e ngại ((sợ bị kỷ luật, sợ đồng nghiệp ghét, sợ Ban chủ nhiệm khoa...) chiếm 52,6%, không có thời gian để báo cáo chiếm 32,2% và báo cáo mà không nhận được phản hồi.

Thời gian báo cáo sự cố chủ yếu đúng quy định với 67,3% được báo cáo ngay trong ngày khi sự cố được phát hiện.

Khuyến nghị

Tiếp tục thiết lập môi trường văn hóa an toàn người bệnh trong cơ sở y tế, đảm bảo sự an toàn cho người báo cáo, khen thưởng động viên người báo cáo để xóa tâm lý e ngại. Hoàn thiện quy trình báo cáo nhanh, gọn, dễ dàng để không mất thời gian của người báo cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 01/2013/TT-BYT, ngày 11 tháng 01 năm 2013 Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh., chủ biên.
2. Bộ Y tế (2018), Thông tư số 43/2018/TT-BYT, ngày 26 tháng 12 năm 2018, Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh., chủ biên.
3. Dung DP. *Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế về khai báo sự cố y khoa bằng QR code tại Bệnh viện Đa liễu Trung ương năm 2021 và một số yếu tố liên quan.* , Trường Đại học Thăng Long (2021).
4. Nguyễn Thị Mỹ Linh (2017), “Những rào cản ảnh hưởng đến công tác báo cáo tự nguyện sự cố, sai sót của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khu vực Cai Lậy, năm 2017”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 22(4).
5. Nguyễn Thị Thu Hà (2019), *Thực trạng báo cáo sự cố y khoa và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí giai đoạn 2013 - 2018.* , Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Thu Hiền (2021), *Kiến thức, thái độ, thực hành báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2020 và một số yếu tố ảnh hưởng.* , Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, , Trường Đại học Y tế công cộng.
7. Trần Thị Bích Bo (2017), *Kiến thức, thái độ, hành vi báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng.* , Trường Đại học Y tế công cộng.
8. R. E. Culbreth và các cộng sự. (2021), “Associations between safety perceptions and medical error reporting among neonatal intensive care unit staff”, *J Clin Nurs.* 30(21-22), tr. 3230-3237.
9. N. Dhingra-Kumar, S. Brusaferrero và L. Arnoldo (2021), “Patient Safety in the World”, trong L. Donaldson và các cộng sự., chủ biên, *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, Springer Copyright 2021, The Author(s). Cham (CH), tr. 93-8.

10. K. Gidey và các cộng sự. (2020), "Healthcare professionals knowledge, attitude and practice of adverse drug reactions reporting in Ethiopia: a cross-sectional study", *BMJ Open*. 10(2), tr. e034553.
11. M. L. Graber, N. Franklin và R. Gordon (2005), "Diagnostic error in internal medicine", *Arch Intern Med*. 165(13), tr. 1493-9.
12. M. A. Makary và M. Daniel (2016), "Medical error- the third leading cause of death in the US", *Bmj*. 353, tr. i2139.
13. Phí Hà và các cộng sự. (2024), Thực trạng báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ninh năm 2023", *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 65.
14. Nguyễn Hồng và các cộng sự. (2025), Kiến thức, thái độ và thực hành về báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, hộ sinh tại một số khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city năm 2025", *Tạp chí Y học Cộng đồng*.
15. Thúy Huệ Lữ và Hsuesh Shu-Chun (2024), "kiến thức, thái độ, hành vi của nhân viên y tế về báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 539(3).
16. Hao Mai Xuan (2022), "Quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện Trung ương Huế để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân", *Journal of Clinical Medicine-Hue Central Hospital*.
17. Turyahabwe Naome và các cộng sự. (2020), "Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda", *BMC Health Services Research*. 20(1), tr. 276.
18. Kiều Quang Phát và các cộng sự. (2021), "Báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2020", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 503(1).
19. Thắng PQ và các cộng sự. (2021), "Kiến thức và thái độ về báo cáo sự cố Y khoa của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai năm 2021. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển* 6(01), tr. 84-91.
20. Trần Doãn Hiếu và các cộng sự. (2022), " Nghiên cứu kiến thức, thái độ về sự cố y khoa của điều dưỡng và hộ sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế năm 2019. ", *Tạp chí Y Dược học*,. 110.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KIẾN THỨC VỀ BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2025

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DISEASE KNOWLEDGE OF PATINET WITH TYPE 2
DIABETES MELLITUS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2025

ThS. PHẠM THỊ DIỄN*, ThS. BÙI MINH THÔNG,
CN. NGUYỄN THỊ MINH NGUYỆT, CN. NGUYỄN HỒNG THẢO,
CN. NGUYỄN THỊ MAI LOAN, CN. NGUYỄN THỊ ĐIẾP,
CN. NGUYỄN KHẮC THÀNH. CN. MẬU HỒNG NHỊ,
CN. PHẠM THỊ BÍCH NGỌC
Bệnh viện Nội tiết Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng kiến thức (KT) của người bệnh (NB) đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ2); (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ KT của NB ĐTĐ2.

Đối tượng và thời gian nghiên cứu: 162 NB được chẩn đoán ĐTĐ2, tham gia nghiên cứu trong giai đoạn từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Các triệu chứng và biến chứng được ghi nhận. Người bệnh được phân loại thành hai nhóm dựa trên điểm số KT: thiếu kiến thức (0 - 75 điểm) và có kiến thức (76 - 100 điểm).

Kết quả: Các triệu chứng thường gặp gồm: tê bì tay chân (74,4%), mệt mỏi (64,8%), khát nước/uống nhiều và nhìn mờ (51,9%). Có tới 93,8% NB xuất hiện biến chứng, trong đó bệnh lý thần kinh chiếm 58%, bệnh lý mắt 56,2% và bệnh lý tim 48,1%. Hơn 80% NB cho biết nguồn KT chính đến từ nhân viên y tế; 90% NB có nhu cầu được tư vấn và giáo dục sức khỏe. Về phân loại KT: 6,8% NB có kiến thức kém, 38,3% kiến thức trung bình, và 54,9% kiến thức khá-tốt; nhóm NB có kiến thức chiếm 55%, trong khi thiếu kiến thức chiếm 45%. Điểm KT trung bình đạt 74. Phân tích mối liên quan cho thấy các yếu tố như thông tin nhân khẩu học, hành vi, mức độ tuân thủ và sự hỗ trợ của nhân viên y tế có ảnh hưởng đáng kể đến KT của NB, với ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ NB có biến chứng kèm theo rất cao (93,8%). Gần một nửa số NB (45%) có mức kiến thức chưa đạt, cho thấy nhu cầu cấp thiết về tăng cường tư vấn và giáo dục sức khỏe cho người bệnh ĐTĐ2.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, đặc điểm lâm sàng, kiến thức

ABSTRACT

Objectives: (i) To describe the clinical characteristics and the current knowledge status of patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM); (ii) To analyze several factors associated with patients' knowledge levels.

Subjects and Study Period: A total of 162 patients diagnosed with T2DM, recruited between March and June 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study using a convenient sampling method. Symptoms and complications were recorded. Patients were classified into two groups based on knowledge scores: insufficient knowledge (0-75 points) and adequate knowledge (76-100 points).

Results: Commonly reported symptoms included numbness in the extremities (74.4%), fatigue (64.8%), excessive thirst/polyuria and blurred vision (51.9%). A high proportion of patients (93.8%) presented with complications, of which neuropathy accounted for 58%,

eye diseases 56.2%, and cardiovascular diseases 48.1%. More than 80% of patients reported healthcare providers as their main source of knowledge; 90% expressed a need for counseling and health education. Regarding knowledge classification: 6.8% of patients had poor knowledge, 38.3% moderate, and 54.9% good–very good; overall, 55% were classified as knowledgeable and 45% as lacking knowledge. The mean knowledge score was 74. Analysis showed significant associations between knowledge level and factors such as sociodemographic characteristics, health behaviors, treatment adherence, and healthcare provider support ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of complications among T2DM patients was very high (93.8%). Nearly half of the patients (45%) had insufficient knowledge, highlighting an urgent need to strengthen counseling and health education for individuals with T2DM.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, clinical characteristics, patient’s knowledge

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ2) là bệnh mạn tính phổ biến, tiến triển nhanh và để lại nhiều hậu quả nặng nề cho sức khỏe người bệnh, bao gồm tổn thương tim, thận, mắt, mạch máu và thần kinh, dẫn đến đột quỵ, mù lòa, suy thận, cắt cụt chi hoặc tử vong. Tổ chức Y tế Thế giới đã cảnh báo nếu không có biện pháp can thiệp kịp thời, ĐTĐ2 có thể trở thành đại dịch toàn cầu, làm gia tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng cuộc sống, suy giảm sức lao động và trở thành gánh nặng kinh tế đối với gia đình và xã hội.

Kiến thức (KT) của người bệnh có vai trò đặc biệt quan trọng trong kiểm soát bệnh. Người bệnh hiểu biết đúng sẽ có khả năng tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi và thực hành lối sống phù hợp, từ đó giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn và phòng ngừa biến chứng nghiêm trọng [1], [2]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy một tỷ lệ đáng kể người bệnh ĐTĐ2 vẫn còn thiếu KT cơ bản về chế độ ăn, dùng thuốc và phòng tránh biến chứng [3], [4]. Điều này đặt ra yêu cầu phải đánh giá thực trạng KT, đồng thời xem xét các yếu tố ảnh hưởng để định hướng can thiệp hiệu quả.

Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm: (i) Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng kiến thức của người bệnh ĐTĐ2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2025; (ii) Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh ĐTĐ2.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh có chẩn đoán ĐTĐ2 đang điều trị tại các khoa lâm sàng.
- Không phân biệt giới, tuổi ≥ 18 tuổi. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- NB có thể nghe, hiểu và không có bất thường về ngôn ngữ, hành vi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- *Địa điểm nghiên cứu:* Tại 12 khoa lâm sàng, BVNTTW.
- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 03 đến tháng 06 năm 2025.
- *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện.
- *Cỡ mẫu:* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ngẫu nhiên đơn cho một tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2};$$

Trong đó n = cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, kiểm định 2 phía (=1,96), α : Mức ý nghĩa (=0,05)

p: Tỷ lệ NB có KT đạt về chăm sóc (67.5%) [1], kết quả này để ước lượng giá trị $p = 0,6$. d: sai số tuyệt đối chấp nhận được, chọn $d = 0,08$

Thay các giá trị được $n = 144$. Cỡ mẫu được lấy thực tế: $n = 162$ NB.

- *Tiêu chuẩn đánh giá và phân loại kiến thức NB ĐTĐ2:* Từ 0 - 49: Kiến thức kém; Từ 50 - 75: Kiến thức trung bình

khá; Từ 76 - 100: Kiến thức khá, tốt. với 2 nhóm: Thiếu KT từ 0 - 75 điểm và có KT từ 76 - 100 điểm

- Đạo đức nghiên cứu: Được sự đồng ý của hội đồng đạo đức BV và NB.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của ĐTNC

3.1.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Biến số nghiên cứu (n = 162)		N	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (TB: 61 tuổi, min-max: 18-91)	18 - 59	64	39,5
	≥ 60	98	60,5
Giới	Nam	84	51,9
	Nữ	78	48,1
Nơi sống	Nông thôn, khác	69	43
	Thành phố, thị trấn	93	57
Trình độ học vấn	≤ THPT	110	68
	> THPT	52	32
Bảo hiểm y tế/tự chi trả	Có BHYT	146	90
	Tự chi trả	16	10

Nhận xét: Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 60,5%. Tuổi lớn nhất 91. Trung bình 61 tuổi. Nam 51,9%; Nhóm ≤ THPT 68%; Có BHYT 90%,

Bảng 3.2. Nhóm các chỉ số của ĐTNC

Các chỉ số (n = 162)		N	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	≤ 2 năm	32	20
	≥ 3 - 4 năm	29	18
	≥ 5 năm	101	62
Nhóm đường huyết ≥ 7,8 mmol/L		131	80,9

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm 62%; nhóm đường huyết ≥ 7,8 chiếm 80,9%.

3.1.2. Đặc điểm triệu chứng, biến chứng của ĐTNC

Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng khi vào viện của ĐTNC

Các triệu chứng (n = 162)	Có		Không	
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
Ăn nhiều	45	27,8	117	72,2
Khát, uống nhiều	84	51,9	78	48,1
Tiểu nhiều	74	45,7	88	54,3
Sút cân	75	46,3	87	53,7
Tê bì chân tay	121	74,7	41	25,3
Mất nhìn mờ	84	51,9	78	48,1
Nhiễm khuẩn, loét trên cơ thể	28	17,3	134	82,7
Hạ đường huyết	14	8,6	148	91,4

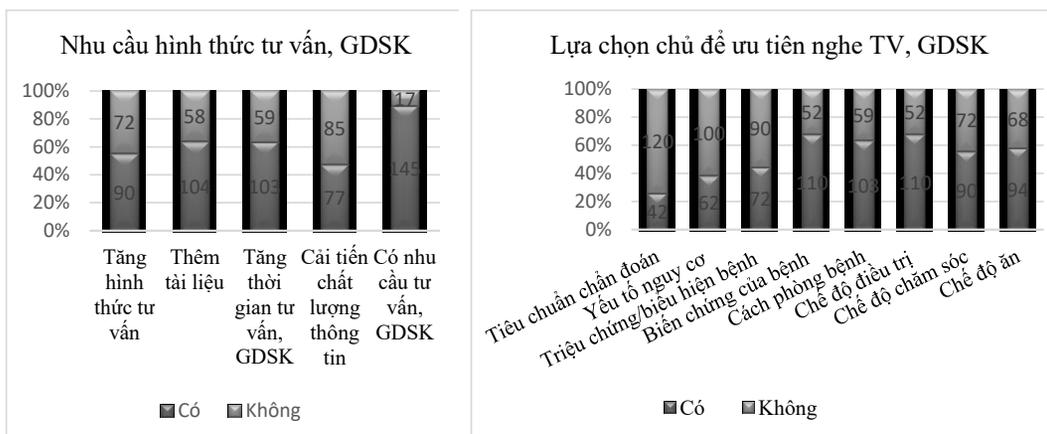
Nhận xét: Khát, uống nhiều 51,9%; Tê bì chân tay 74,7%; hạ đường huyết 8,6%.

Bảng 3.4. Đặc điểm biến chứng do ĐTĐ khi vào viện của ĐTNC

Các biến chứng (n = 162)	N	Có (%)	N	Không (%)
Nhiễm khuẩn kèm theo	18	11,1	144	88,9
Bệnh lý ở mắt	91	56,2	71	43,8
Bệnh lý ở tim	78	48,1	84	51,9
Bệnh lý ở thận	37	22,8	125	77,2
Bệnh lý ở bàn chân	37	22,8	125	77,2
Bệnh lý ở mạch máu	14	8,6	148	91,4
Bệnh lý thần kinh	94	58,0	68	42,0
Các bệnh lý khác	11	6,8	151	93,2

Nhận xét: Bệnh lý thần kinh 58%; Bệnh lý ở mắt 56,2%; Bệnh lý ở tim 48,1%; Nhiễm khuẩn 11,1%; Bệnh lý ở mạch máu 8,6%.

3.1.3. Đặc điểm kiến thức của ĐTNC



Biểu đồ 3.1. Nhu cầu và lựa chọn chủ đề ưu tiên nghe TV, GDSK của ĐTNC

Nhận xét: Có 90% NB có nhu cầu TV, GDSK; Thêm tài liệu; Tăng hình thức TV, GDSK > 60%.

Ưu tiên nghe TV, GDSK: Chế độ điều trị, biến chứng 70%. Cách phòng bệnh > 60%. Chế độ ăn, chế độ chăm sóc 60%.

Bảng 3.5. Phân loại KT của của ĐTNC (n = 162)

Phân loại KT	N	Tỷ lệ (%)	Điểm KT	
Kiến thức kém (0-49 điểm)	11	6.8	Nhỏ nhất	26
Kiến thức trung bình (50-75 điểm)	62	38.3	Lớn nhất	98
Kiến thức khá, tốt (76-100 điểm)	89	54.9	Trung bình	74
NB thiếu KT	70	45%		
NB đạt KT	92	55%		

Nhận xét: Điểm KT TB 74 điểm; Đạt KT là 55%; Thiếu KT 45%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến của ĐTNC

Bảng 3.6. Liên quan giữa đặc điểm chung với KT của ĐTNC

Đặc điểm chung (n = 162)	Chưa đạt KT	Đạt KT	Giá trị p	
Nhóm tuổi	< 60	35	29	0.047
	≥ 60	38	60	
Nhóm chi trả	BHYT	62	84	0.045
	Tự chi trả	11	5	

Đặc điểm chung (n = 162)	Chưa đạt KT	Đạt KT	Giá trị p	
Nhóm nghề nghiệp	Làm ruộng	33	23	0.008
	Buôn bán	12	8	
	CBVC	6	21	
	Nội trợ	3	8	
	Khác	19	29	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm đặc điểm chung với KT của NB với p < 0.05.

Bảng 3.7. Liên quan giữa hành vi ăn uống, tuân thủ với KT của ĐTNC

Hành vi ăn uống (n = 162)	TKT	CKT	Giá trị p	
Nhóm uống rượu bia, hút thuốc lá	Có	30	21	0.017
	Không	43	68	
Nhóm ăn thực phẩm nhiều đường	Có	24	4	0.000
	Không	49	85	
Nhóm ăn thực phẩm nhiều mỡ	Có	35	11	0.000
	Không	38	78	

Hành vi ăn uống (n = 162)		TKT	CKT	Giá trị p
Nhóm ăn nhiều muối	Có	35	17	0.002
	Không	45	65	
Nhóm ăn rau củ quả thường xuyên	Có	67	88	0.046
	Không	6	1	
Nhóm tuân thủ chế độ ăn	Có	45	84	0.000
	Không	28	5	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm hành vi ăn uống với KT NB với $p < 0.05$.

Bảng 3.8. Liên quan giữa các biến chứng, hiểu biết về bệnh với KT của ĐTNC

Biến chứng & Nhận thức (n = 162)		TKT	CKT	Giá trị p
NB có biến chứng kèm theo	Có	65	87	0.044
	Không	8	2	
Hiểu biết bệnh ĐTĐ2 gây ra các biến chứng	Có	74	82	0,013
	Không	6	0	
Hiểu biết về phòng tránh biến chứng bệnh ĐTĐ2	Có	61	76	0.004
	Không	19	6	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm biến chứng và nhận thức với KT với $p < 0.05$.

Bảng 3.9. Liên quan giữa các biến tuân thủ với KT của ĐTNC

Hành vi chăm sóc (n = 162)		TKT	CKT	Giá trị p
Nhóm đi khám và lấy thuốc định kỳ	Có	52	86	0.000
	Không	21	3	
Nhóm kiểm tra bàn chân hàng ngày	Có	22	68	0.000
	Không	51	21	
Nhóm thể dục thể thao	Có	43	77	0.019
	Không	30	12	
Nhóm uống thuốc đều	Có	59	87	0.001
	Không	14	2	
Nhóm tự ý dùng thêm thuốc	Có	20	8	0.002
	Không	53	81	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa các hành vi chăm sóc với KT NB với $p < 0.05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của ĐTNC

4.1.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Trong nghiên cứu, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ 60,5%, đây là đối tượng thường mắc bệnh nhiều năm và kèm theo nhiều biến chứng, phản ánh tính mạn tính của bệnh ĐTĐ2 vốn liên quan chặt chẽ đến tuổi tác và quá trình lão hóa, đồng thời thường đi kèm với nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo khác. Các nghiên cứu trước cũng cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh và biến chứng càng tăng theo tỷ lệ thuận.

Về giới tính, tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ có xu hướng cân bằng hơn, có thể do sự tác động của các yếu tố nguy cơ phổ biến như tăng tuổi thọ, ít vận động và chế độ ăn chưa hợp lý.

Đáng chú ý, tỷ lệ người bệnh sống ở khu vực nông thôn, miền núi chiếm 57,0%, cho thấy ĐTĐ2 không còn là bệnh đặc thù của khu vực đô thị mà đang trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng rộng khắp. Người bệnh ở khu vực này thường ít được tiếp cận với các chương trình giáo dục sức khỏe (GDSK) hoặc tư vấn trực tiếp từ nhân viên y tế, đồng thời gặp khó khăn trong việc tái khám định kỳ, dẫn đến hiệu quả kiểm soát bệnh kém và nguy cơ biến chứng tăng cao.

Trình độ học vấn \leq THPT chiếm 68%, cho thấy khả năng tiếp nhận kiến thức của người bệnh còn hạn chế, cần có phương pháp tư vấn và giáo dục phù hợp. Bên cạnh đó, 90% người bệnh có bảo hiểm y tế (BHYT), đây là yếu tố thuận lợi giúp họ giảm chi phí điều trị, duy trì khám định kỳ, từ đó có nhiều cơ hội tiếp cận thông tin, nâng cao kiến thức và tuân thủ điều trị.

Đáng lưu ý, 62% người bệnh có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm. Thời gian mắc bệnh kéo dài đồng nghĩa với việc người bệnh có nhiều cơ hội tiếp cận tư vấn từ nhân viên y tế, nhờ đó kiến thức và khả năng thay đổi hành vi được cải thiện. Phan Thị Hồng cũng ghi nhận nhóm người bệnh ĐTĐ2 mắc bệnh trên 5 năm thường có kiến thức tốt hơn về dinh dưỡng, thuốc điều trị và thay đổi hành vi không có lợi [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy 80,9% người bệnh có đường huyết $\geq 7,8$ mmol/L, phản ánh việc

kiểm soát đường huyết chưa tốt, nhiều khả năng do thiếu kiến thức hoặc thực hành không đúng về chế độ ăn, dùng thuốc và vận động. Nghiên cứu của Lê Quang Toàn đã chứng minh tư vấn và giáo dục sức khỏe về thay đổi lối sống có hiệu quả rõ rệt trong cải thiện tình trạng đường huyết và dự phòng ĐTĐ2 [4].

4.1.2. Đặc điểm các triệu chứng, biến chứng của ĐTNC

Trong nghiên cứu, có tới 93,8% người bệnh xuất hiện biến chứng kèm theo, tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm của nhóm đối tượng khi 62% có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm. Kết quả cho thấy biến chứng là hệ quả tất yếu của quá trình tiến triển lâu dài của ĐTĐ2. Nghiên cứu Mai Thành Trung ghi nhận hội chứng điển hình gồm ăn nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều và gầy nhiều chỉ gặp đồng thời ở 36% trường hợp, trong khi tỷ lệ không có triệu chứng này vẫn còn cao ở cả nam (66,7%) và nữ (58,8%), chứng tỏ biểu hiện lâm sàng của bệnh không phải lúc nào cũng rõ rệt [7].

Các biến chứng ĐTĐ2 không chỉ làm tăng gánh nặng bệnh tật mà còn liên quan trực tiếp đến tàn phế, tử vong và rút ngắn tuổi thọ. Mức độ và tốc độ xuất hiện biến chứng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó hiệu quả kiểm soát đường huyết đóng vai trò then chốt. Việc duy trì chế độ ăn hợp lý, thay đổi lối sống và tuân thủ điều trị là những biện pháp cơ bản nhưng quyết định trong hạn chế biến chứng lâu dài.

4.1.3. Thực trạng kiến thức của ĐTNC

Kết quả cho thấy 80% người bệnh tiếp nhận kiến thức từ nhân viên y tế (NVYT), khẳng định vai trò trung tâm của NVYT trong tư vấn (TV) và giáo dục sức khỏe (GDSK). Đây là nguồn thông tin có chuyên môn và đáng tin cậy, có ảnh hưởng trực tiếp đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh, phù hợp với nhận định của Kisokanth rằng khuyến cáo từ NVYT tác động mạnh mẽ đến hành vi quản lý bệnh của người bệnh [8].

Đáng chú ý, 90% người bệnh bày tỏ nhu cầu được TV và GDSK, phản ánh khoảng trống về kiến thức và sự mong đợi cao từ phía người bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng, trong đó hơn 85% người bệnh ĐTĐ2 mong muốn được NVYT tư vấn thường xuyên về chế độ ăn, luyện tập và sử dụng thuốc [3]. Bên cạnh đó, hơn 60% người bệnh đề xuất bổ sung tài liệu và đa dạng hóa hình thức truyền thông như

sách, tờ rơi, video và hình ảnh, cho thấy nhu cầu được hỗ trợ qua nhiều kênh. Đặc biệt, 70% mong muốn được tư vấn về điều trị và biến chứng, phản ánh sự quan tâm thiết thực đến tình trạng bệnh và hậu quả lâu dài.

Tuy nhiên, tuân thủ điều trị còn gặp khó khăn do rào cản hành vi, đặc biệt là thói quen ăn uống lâu năm, thiếu động lực và hạn chế về kiến thức. Phân loại mức độ kiến thức cho thấy 54,9% người bệnh có kiến thức khá và tốt, cao hơn kết quả của Trần Thị Thảo (41,2%) [5], song vẫn còn 45% thiếu kiến thức cần thiết. Điều này khẳng định nhu cầu cấp thiết phải tăng cường hoạt động TV, GDSK với nội dung phù hợp và hình thức đa dạng, nhằm nâng cao hiểu biết, cải thiện tuân thủ và phòng ngừa biến chứng ở người bệnh ĐTĐ2.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến KT của ĐTNC

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của người bệnh với đặc điểm nhân khẩu học, hành vi, mức độ tuân thủ điều trị và tình trạng biến chứng ($p < 0,05$). Điều này khẳng định kiến thức giữ vai trò then chốt trong việc định hướng thái độ và hành vi chăm sóc sức khỏe của người bệnh. Phát hiện này đồng thời gợi mở những vấn đề chú trọng trong hoạt động tư vấn và giáo dục sức khỏe (TV, GDSK) nhằm nâng cao kiến thức, từ đó cải thiện tuân thủ điều trị và giảm nguy cơ biến chứng ở người bệnh ĐTĐ2.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh đái tháo đường typ 2 (ĐTĐ2) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương có biến chứng đi kèm (93,8%), trong đó thường gặp nhất là bệnh lý thần kinh (58%), bệnh lý mắt (56,2%) và tim mạch (48,1%). Các triệu chứng phổ biến là tê bì chân tay (74,7%), mệt mỏi (64,8%) và khát/nhiều tiểu, nhìn mờ (51,9%).

Mức độ kiến thức về bệnh còn hạn chế: điểm trung bình chỉ đạt 74/100; gần một nửa số người bệnh (45%) thiếu kiến thức cần thiết. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của người bệnh với đặc điểm nhân khẩu học, hành vi ăn uống, tuân thủ điều trị, biến chứng mắc phải và sự hỗ trợ từ nhân viên y tế ($p < 0,05$).

Khuyến nghị

1. Đối với người bệnh: Tăng cường chủ động tìm hiểu, tuân thủ chế độ điều trị, điều chỉnh lối sống và thói quen ăn uống để phòng ngừa biến chứng.

2. Đối với nhân viên y tế: Thực hiện tư vấn và giáo dục sức khỏe thường xuyên, liên tục, tập trung vào những nội dung người bệnh quan tâm (chế độ ăn, biến chứng, cách phòng ngừa).

3. Đối với bệnh viện: Đa dạng hóa hình thức truyền thông - tư vấn (tài liệu in, hình ảnh, video, hội thảo nhóm nhỏ...) và tổ chức các chương trình giáo dục sức khỏe theo chủ đề, phù hợp với trình độ học vấn và nhu cầu thực tế của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Đan (2010), Kiến thức, thực hành phòng chống biến chứng của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên, Đại học Y tế công cộng.

2. Phan Thị Hồng (2019), “Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh ĐTĐ2 tại một số bệnh viện

quận tại TP. Hồ Chí Minh”, Tạp chí Y học TP.HCM, Tập 23, tr. 34-39.

3. Nguyễn Thị Phượng (2021), “Nhu cầu tư vấn và giáo dục sức khỏe của người bệnh đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 48, tr. 65-70.

4. Lê Quang Toàn (2016), “Hiệu quả chương trình can thiệp lối sống trong dự phòng bệnh đái tháo typ 2 ở người bệnh tiền đái tháo đường tại thành phố Bắc Ninh”, Nội tiết đái tháo đường, Tập 23, tr. 161-162. .

5. Trần Thị Thảo (2022), “Đánh giá kiến thức của NB ĐTĐ2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai”, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 32, tr. 45-52.

6. Lê Quang Trung và Nguyễn Thị Lan Hương (2021), “Tác động của TV sức khỏe đến tuân thủ điều trị ở NB đái tháo đường”, Y học Lâm sàng, Tập 26, tr. 31-37.

7. Mai Thành Trung (2018), “Đánh giá độ lạc cầu thận trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Tân Phước.”, Nội tiết & đái tháo đường, Tập 29, tr. 197.

8. Kisokanth G, Prathapan J và Indrakumar J et al (2013), “Factors influencing self-management of Diabetes Mellitus: a review article”, Journal of Diabetology, Tập 3, tr. 1.

ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC VỀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG VÀ CĂNG THẲNG TRONG HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HUẾ

ASSESSING PERCEPTIONS OF THE NURSING PROFESSION AND ACADEMIC STRESS OF NURSING STUDENTS AT HUE MEDICAL COLLEGE

HỒ THỊ KIM NGÂN, TRẦN THỊ NGỌC CẨM,
NGUYỄN THỊ KIM LÀI, PHẠM THỊ THANH HOÀ,
TRẦN THỊ HOÀI PHƯƠNG, PHAN ĐỨC THÁI DUY
Trường Cao đẳng Y tế Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nhận thức về nghề điều dưỡng và mức độ căng thẳng trong học tập của sinh viên điều dưỡng chính quy Trường Cao đẳng Y tế Huế.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 330 sinh viên năm 2 và 3. Bộ công cụ khảo sát được chuẩn hóa (Cronbach's alpha $\geq 0,7$ cho nhận thức; $\geq 0,9$ cho căng thẳng). Phân tích số liệu bằng SPSS 21.0, sử dụng thống kê mô tả, Chi-square, t-test độc lập và ANOVA.

Kết quả: Điểm trung bình nhận thức về nghề điều dưỡng là $71,57 \pm 7,84$. Hơn 90% sinh viên đồng thuận điều dưỡng là nghề chăm sóc cao quý, phục vụ con người, được xã hội công nhận và luật pháp bảo vệ. Điểm trung bình căng thẳng khóa học là $43,11 \pm 9,81$; căng thẳng học tập lâm sàng là $17,48 \pm 5,42$. Nhận thức liên quan có ý nghĩa thống kê đến tôn giáo và gia đình có người làm ngành y ($p < 0,05$). Căng thẳng học tập liên quan đến năm học, tôn giáo và tiền sử nhập viện ($p < 0,01$).

Kết luận: Sinh viên có nhận thức khá tốt về nghề điều dưỡng nhưng căng thẳng học tập ở mức đáng kể. Cần có giải pháp hỗ trợ giảm căng thẳng và củng cố nhận thức nghề nghiệp cho sinh viên.

Từ khóa: nhận thức nghề điều dưỡng, căng thẳng khóa học, căng thẳng học tập lâm sàng.

ABSTRACT

Objective: To assess perceptions of the nursing profession and levels of academic stress among full-time nursing students at Hue Medical College.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 330 second- and third-year nursing students. The validated survey tool (Cronbach's alpha ≥ 0.7 for perception; ≥ 0.9 for stress) was used. Data were analyzed with SPSS 21.0 using descriptive statistics, Chi-square, independent t-test, and ANOVA.

Results: The mean perception score was 71.57 ± 7.84 . Over 90% of students acknowledged nursing as a noble, caring profession that serves people and is socially recognized and legally protected. The mean course-related stress score was 43.11 ± 9.81 , while clinical learning stress was 17.48 ± 5.42 . Perceptions were significantly associated with religion and having family members in healthcare ($p < 0.05$). Academic stress was significantly associated with year of study, religion, and hospitalization history ($p < 0.01$).

Conclusion: Nursing students demonstrated relatively good perceptions of the profession but experienced considerable academic stress. Interventions are needed to strengthen professional identity and reduce stress in nursing education.

Keywords: nursing profession perception, course-related stress, clinical learning stress.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng từ lâu đã được khẳng định là một trong những trụ cột quan trọng nhất của hệ thống y tế, giữ vai trò trực tiếp trong chăm sóc người bệnh và quyết định phần lớn đến chất lượng điều trị. Tuy nhiên, trên thực tế, nghề điều dưỡng (NDD) vẫn chưa được xã hội nhìn nhận và đánh giá xứng đáng so với tầm quan trọng của nó. Sự thiếu công nhận này không chỉ ảnh hưởng đến hình ảnh nghề nghiệp trong cộng đồng mà còn tác động trực tiếp

đến nhận thức, thái độ và sự gắn bó nghề nghiệp của sinh viên điều dưỡng - những người sẽ trở thành lực lượng nòng cốt trong tương lai [3], [5].

Bên cạnh đó, sinh viên điều dưỡng trong quá trình đào tạo phải đối diện với nhiều áp lực: khối lượng kiến thức lớn, yêu cầu thực hành lâm sàng cao, cùng với những trải nghiệm đầy thách thức khi tiếp xúc với bệnh nhân. Những yếu tố này dễ dẫn đến căng thẳng, ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần, kết quả học tập và cả sự lựa chọn gắn bó lâu dài với nghề [1], [4].

Việc đánh giá một cách khách quan nhận thức của sinh viên về giá trị nghề điều dưỡng, đồng thời tìm hiểu mức độ và các yếu tố liên quan đến căng thẳng trong học tập, sẽ cung cấp bằng chứng quan trọng cho các cơ sở đào tạo. Đây là cơ sở để nhà trường và giảng viên xây dựng các chương trình giáo dục nghề nghiệp hiệu quả hơn, đồng thời triển khai các biện pháp hỗ trợ tâm lý - học tập nhằm giúp sinh viên vừa củng cố bản sắc nghề nghiệp, vừa giảm thiểu áp lực trong quá trình học tập.

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá nhận thức về nghề điều dưỡng và tìm hiểu mức độ căng thẳng trong học tập của sinh viên điều dưỡng chính quy tại Trường Cao đẳng Y tế Huế, góp phần cung cấp dữ liệu thực tiễn phục vụ cho công tác đào tạo và phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng chất lượng cao.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mức độ nhận thức của sinh viên về nghề điều dưỡng

Câu số	Nhận thức về: Điều dưỡng là một nghề dễ/có:	Hoàn toàn đồng ý		Đồng ý		Không chắc chắn		Không đồng ý		Hoàn toàn không đồng ý	
		N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
1	Cơ hội phục vụ con người	160	48,5	155	47,0	5	1,5	6	1,8	4	1,2
2	Cơ hội phát triển bản thân	120	36,4	174	52,7	27	8,2	9	2,7	0,0	0,0
3	Một nghề chăm sóc	170	51,5	150	45,5	1	0,3	7	2,1	2	0,6
4	Được xã hội công nhận và luật pháp bảo vệ	156	47,3	144	43,6	19	5,8	9	2,7	2	0,6
5	Cao quý và đáng tôn trọng	187	56,7	119	36,1	11	3,3	6	1,8	7	2,1
6	Là cách để đạt được công đức	96	29,1	158	47,9	54	16,4	16	4,8	6	1,8
7	Bình đẳng như các nghề CSSK khác.	141	42,7	153	46,4	17	5,2	15	4,5	4	1,2
8	Là nghề dành cho phụ nữ	12	3,6	5	1,5	43	13,0	179	54,2	91	27,6
9	Tương tự như công việc của người dọn dẹp	4	1,2	7	2,1	21	6,4	177	53,6	121	36,7
10	Là để hỗ trợ bác sĩ	59	17,9	177	53,6	58	17,6	29	8,8	7	2,1
11	Không được đánh giá cao	10	3,0	44	13,3	71	21,5	136	41,2	69	20,9

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 330 SV cao đẳng điều dưỡng đang học năm 2&3

2.2. Nội dung nghiên cứu

Bộ câu hỏi khảo sát của tác giả NC Ugyen Wangdi, MPH1 đăng trên Tạp chí Quốc tế về Điều dưỡng và Khoa học Sức khỏe SSRG- Tập 5, Số 3, tháng 9 - 12/2019 [5] để đánh giá nhận thức về NĐD và mức độ căng thẳng trong học tập của SV. Bộ câu hỏi được dịch sang tiếng Việt. Để đảm bảo độ tin cậy, chúng tôi tiến hành khảo sát thử nghiệm 50 SV cả năm 2&3 và điều chỉnh sao cho mỗi mục đánh giá nhận thức đối với NĐD có Hệ số Cronbach alpha $\geq 0,7$ và căng thẳng học tập có Cronbach alpha $\geq 0,9$ được lựa chọn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ số lượng SV điều dưỡng chính quy năm học thứ 2 & thứ 3 từ 6/2021 đến 10/2022. Phân tích thống kê gồm: tần số và tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn, về điểm số nhận thức, căng thẳng trong học tập. Hệ số Cronbach alpha để kiểm định thang đo, kiểm định P được sử dụng để tìm mối liên quan. Thử nghiệm ANOVA để kiểm tra sự khác nhau giữa các nhóm đặc điểm của SV.

Câu số	Nhận thức về: Điều dưỡng là một nghề đẽ/có:	Hoàn toàn đồng ý		Đồng ý		Không chắc chắn		Không đồng ý		Hoàn toàn không đồng ý	
		N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
12	Không phải là nghề độc lập	17	5,2	69	20,9	80	24,2	118	35,8	46	13,9
13	Không quan trọng trong CSBN	2	0,6	13	3,9	18	5,5	172	52,1	125	37,9
14	Sẽ không khuyến khích con theo học.	20	6,1	57	17,3	99	30,0	107	32,4	47	14,2
15	Cảm thấy hối tiếc đã theo học	10	3,0	28	8,5	80	24,2	167	50,6	45	13,6
16	Hạnh phúc vì đã theo học.	44	13,3	176	53,3	77	23,3	28	8,5	5	1,5
17	Có nhiều rủi ro và mệt mỏi.	56	17,0	174	52,7	65	19,7	33	10,0	2	0,6
18	Có cái nhìn tiêu cực về NDD	14	4,2	51	15,5	78	23,6	156	47,3	31	9,4
19	Có cơ hội thăng tiến	37	11,2	144	43,6	110	33,3	36	10,9	3	0,9

Điểm: 71,57±7,84; min- max: 34-90

Nhận xét: Các nội dung SV có nhận thức tốt bao gồm: Đồng ý và hoàn toàn đồng ý: Để phục vụ con người là (95,5%); có cơ hội phát triển bản thân (89,1%); là một nghề chăm sóc (97%); được xã hội công nhận và được luật pháp bảo vệ (90,9%); là nghề cao quý và đáng tôn trọng (92,8%); Nhận thức chưa đúng hoặc tiêu cực cho rằng: nghề hỗ trợ bác sĩ: 71,5%; không độc lập: 69,7%;

Bảng 3.2. Mức độ căng thẳng liên quan đến khóa học

Câu số	Căng thẳng liên quan đến khóa học điều dưỡng	Rất căng thẳng		Căng thẳng		Căng thẳng vừa phải		Ít căng thẳng		Không căng thẳng	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Khối lượng chương trình	56	17,0	158	47,9	97	29,4	13	3,9	6	1,8
2	Yêu cầu bài tập viết đáp ứng tiêu chuẩn đề ra	33	10,0	124	37,6	121	36,7	40	12,1	12	3,6
3	Chuẩn bị cho kỳ thi	137	41,5	150	45,5	35	10,6	5	1,5	3	0,9
4	Đáp ứng được nhu cầu học tập của bản thân	22	6,7	99	30,0	140	42,4	42	12,7	27	8,2
5	Đáp ứng được yêu cầu của chương trình học	29	8,8	120	36,4	124	37,6	31	9,4	26	7,9
6	Mức độ lý thuyết của chương trình.	50	15,2	112	33,9	119	36,1	33	10,0	16	4,8
7	Yêu cầu của bản thân về thành tích học tập	65	19,7	108	32,7	109	33,0	37	11,2	11	3,3
8	Quản lý thời gian của bản thân	27	8,2	78	23,6	113	34,2	70	21,2	42	12,7
9	Chương trình học yêu cầu viết học thuật.	31	9,4	86	26,1	114	34,5	75	22,7	24	7,3
10	Khối lượng bài tập	41	12,4	108	32,7	115	34,8	53	16,1	13	3,9
11	Áp lực để theo kịp các sinh viên khác	63	19,1	94	28,5	94	28,5	48	14,5	31	9,4
12	Phương pháp giảng dạy của GV	9	2,7	41	12,4	112	33,9	103	31,2	65	19,7
13	Bài giảng kéo dài hơn 60 phút	25	7,6	79	23,9	109	33,0	71	21,5	46	13,9
14	Chuyên cần	13	3,9	37	11,2	73	22,1	87	26,4	120	36,4
15	Mối quan hệ với giảng viên	11	3,3	23	7,0	44	13,3	80	24,2	172	52,1

Điểm TB±SD: 43,11±9,81; Min-max: 15-75

Nhận xét: Điểm trung bình căng thẳng liên quan đến khóa học là 43,11±9,81 (biên độ:15-75). Trong đó tỷ lệ sinh viên ở mức độ rất căng thẳng và căng thẳng có tỷ lệ cao nổi trội nhất là liên quan đến chuẩn bị cho kỳ thi 41,5% và 45,5%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu xã hội với căng thẳng trong học tập

Đặc điểm nhân khẩu và xã hội học	Tổng	TB điểm nhận thức	p	Căng thẳng từ khóa học	p	Căng thẳng từ học tập LS TB±SD	P
Giới tính							
Nam	45	71,42±8,27	0,894	43,68±11,95	0,669	18,24±6,71	0,315
Nữ	285	71,59±7,78		43,01±9,45		17,37±5,19	
Năm học							
Năm 2	150	72,74±7,22	0,053	45,00±9,14	0,001**	17,51±5,25	0,938
Năm 3	180	70,58±8,21		41,52±10,09		17,46±5,58	
Dân tộc							
Kinh	326	71,61±7,87	0,297	43,07±9,86	0,589	17,42±5,41	0,063
Khác	4	67,50±2,51		45,75±4,57		22,50±5,06	
Tôn giáo							
Có	73	69±9,19	0,011*	40,79±9,54	0,022*	17,37±5,38	0,834
Không	257	72,15±7,32		43,76±9,81		17,52±5,45	
Nghề nghiệp Bố							
Viên chức	16	69,25±7,86	0,700	41,68±9,56	0,980	17,75±6,00	0,554
Công nhân	22	70,09±11,64		44,18±9,87		18,77±5,23	
Nông dân	120	72,13±6,84		42,99±9,68		16,77±5,54	
Kinh doanh buôn bán	44	71,86±8,31		43,52±9,01		17,81±4,87	
Lao động phổ thông	118	71,55±7,53		43,00±10,05		17,83±5,50	
Mất sớm	10	70,60±10,84		43,80±8,39		17,30±5,14	
Nghề nghiệp Mẹ							
Viên chức	13	70,23±8,33	0,299	40,30±11,02	0,621	16,46±6,94	0,172
Công nhân	13	75,54±8,64		43,00±9,32		19,92±5,76	
Nông dân	121	71,95±6,85		42,37±9,45		16,75±5,54	
Kinh doanh buôn bán	82	70,77±9,21		43,73±9,74		17,90±5,17	
Lao động phổ thông	101	71,41±7,52		43,85±10,26		17,87±5,15	
Người ảnh hưởng đến việc chọn nghề học							
Gia đình	228	71,18±8,03	0,414	42,66±9,81	0,141	17,57±5,46	0,854
Bạn bè	15	72,20±6,58		42,13±10,45		17,80±7,06	
Bản thân	87	72,45±7,49		44,43±9,71		17,22±5,06	
Trong gia đình có người làm nghề y							
Có	95	73,30±6,92	0,010*	42,38±8,69	0,400	17,17±5,46	0,498
Không	235	70,86±8,08		43,39±10,24		17,62±5,42	
Trong GD có người bị mắc bệnh mãn tính							
Có	44	69,55±9,83	0,436	42,41±6,79	0,614	17,65±5,04	0,823
Không	286	71,62±7,78		43,21±10,20		17,46±5,49	
Sinh viên bị mắc bệnh mãn tính							
Có	9	69,55±9,83	0,436	40,22±8,24	0,372	20,33±5,38	0,111
Không	321	71,62±7,78		43,18±9,85		17,41±5,41	

Đặc điểm nhân khẩu và xã hội học	Tổng	TB điểm nhận thức	p	Căng thẳng từ khóa học	p	Căng thẳng từ học tập LS TB±SD	P
Sinh viên đã từng nằm viện							
Có	171	71,62±8,12	0,898	41.55±9,08	0,003**	17.47±5,66	0,961
Không	159	71,51±7,53		44.77±10,32		17.50±5,17	
Xếp loại học tập của sinh viên							
Xuất sắc	6	72,16±9,26	0,905	46,50±13,79	0,896	19,50±4,54	0,858
Giỏi	29	71,93±7,78		42,58±9,11		17,00±5,95	
Khá	259	71,66±7,89		43,03±9,92		17,46±5,29	
Trung bình	35	70,57±7,60		43,66±9,29		17,68±6,26	
Yếu	1	67,00		39,00		20,00	

Ghi chú: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$: có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tôn giáo, gia đình có người làm trong ngành y tế với nhận thức về nghề điều dưỡng. Có mối liên quan giữa: năm học, tôn giáo, sinh viên đã từng nằm viện với căng thẳng của khóa học.

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhận thức về nghề điều dưỡng

Điểm trung bình nhận thức của sinh viên về nghề điều dưỡng đạt $71,57 \pm 7,84$ (biên độ 19-95), cho thấy mức độ nhận thức nhìn chung ở mức khá tốt, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ugyen Wangdi tại Đại học Bhutan ($71,59 \pm 5,37$) [5]. Tỷ lệ sinh viên có nhận thức tích cực rất cao khi lựa chọn “hoàn toàn đồng ý” hoặc “đồng ý” đối với các nội dung: điều dưỡng là nghề để phục vụ con người (95,5%); có cơ hội phát triển bản thân (89,1%); là một nghề chăm sóc (97%); được xã hội công nhận và pháp luật bảo vệ (90,9%); là nghề cao quý và đáng tôn trọng (92,8%); và bình đẳng như các nghề chăm sóc sức khỏe khác (89,1%).

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về nhận thức nghề điều dưỡng còn hạn chế. Kết quả nghiên cứu này ghi nhận 90% sinh viên không đồng ý hoặc hoàn toàn không đồng ý với quan điểm “nghề điều dưỡng không quan trọng trong chăm sóc” - gần tương đồng với tỷ lệ 92% trong nghiên cứu của Ugyen Wangdi [5]. Bên cạnh đó, 66,6% sinh viên hài lòng và cảm thấy hạnh phúc khi theo học nghề điều dưỡng, gần giống với kết quả của Mai Bá Hải (điểm trung bình 148,76; SD=37,29; biên độ 40-200) [3].

Tuy nhiên, vẫn còn những nhận thức tiêu cực đáng lưu ý: 23,4% sinh viên không khuyến khích con cái theo học nghề này (so với 18,5% tại Bhutan), và 30% tỏ ra không chắc chắn (Bhutan 21%). Có 11,5% sinh viên cảm

thấy hối tiếc khi theo học (Bhutan 9,5%), trong khi 24,2% không chắc chắn (Bhutan 14%). Ngoài ra, 69,7% sinh viên cho rằng nghề điều dưỡng nhiều rủi ro, mệt mỏi (thấp hơn mức 85,5% ở Bhutan), và 19,7% có cái nhìn tiêu cực về nghề (Bhutan 15,5%). Chỉ 54,8% sinh viên tin rằng nghề có cơ hội thăng tiến, thấp hơn so với 72% ở Bhutan.

Những kết quả này cho thấy, mặc dù sinh viên vẫn giữ nhận thức tích cực ở nhiều khía cạnh, song đã có sự suy giảm nhất định trong đánh giá giá trị nghề nghiệp, đặc biệt sau đại dịch COVID-19. Đây có thể là yếu tố làm giảm sự yêu thích đối với nghề đã chọn và cần được quan tâm trong đào tạo cũng như định hướng nghề nghiệp cho sinh viên điều dưỡng.

4.2. Mức độ căng thẳng liên quan đến khóa học

Điểm trung bình căng thẳng liên quan đến khóa học của sinh viên đạt $43,11 \pm 9,81$ (biên độ: 15-75), cho thấy mức độ căng thẳng nhìn chung ở mức trung bình. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thái Phúc [1] và Avdal EU [4].

Trong các yếu tố gây căng thẳng, chuẩn bị cho kỳ thi là nguyên nhân nổi bật nhất, với tỷ lệ sinh viên cảm thấy rất căng thẳng và căng thẳng lần lượt là 41,5% và 45,5%. Ngoài ra, nhiều vấn đề khác cũng được ghi nhận ở mức độ căng thẳng từ vừa trở lên với tỷ lệ rất cao: chuẩn bị cho kỳ thi (97,6%), khối lượng chương trình (94,3%), yêu cầu thành tích học tập (85,4%), yêu cầu bài tập viết (84,3%) và tính lý thuyết của chương trình (82,5%).

Những kết quả này cho thấy áp lực học tập mà sinh viên điều dưỡng phải đối mặt là đáng kể, đặc biệt liên quan đến yêu cầu kiến thức lý thuyết và kiểm tra đánh giá. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc điều chỉnh phương pháp giảng dạy, phân bổ hợp lý khối lượng chương trình, đồng thời hỗ trợ kỹ năng quản lý học tập và ứng phó với áp lực cho sinh viên.

4.3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu xã hội và nhận thức về nghề điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số đặc điểm nhân khẩu học và nhận thức của sinh viên về nghề điều dưỡng. Sinh viên có tôn giáo ghi nhận điểm nhận thức thấp hơn ($69 \pm 9,19$) so với nhóm không có tôn giáo ($71,61 \pm 7,87$), với $p < 0,05$. Đặc biệt, những sinh viên có gia đình làm việc trong ngành y tế có nhận thức cao hơn ($73,30 \pm 6,92$) so với nhóm không có người thân làm y tế ($70,86 \pm 8,08$), với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây, khi các yếu tố văn hóa, gia đình và môi trường sống có ảnh hưởng rõ rệt đến nhận thức và thái độ nghề nghiệp của sinh viên [3], [5].

Ngoài ra, một số đặc điểm nhân khẩu học cũng có mối liên quan đến mức độ căng thẳng trong học tập. Sinh viên năm 2 có điểm căng thẳng trung bình cao hơn ($45,00 \pm 9,14$) so với sinh viên năm 3 ($41,52 \pm 10,09$), với $p < 0,01$. Sinh viên có tôn giáo báo cáo mức căng thẳng thấp hơn ($40,79 \pm 9,54$) so với nhóm không có tôn giáo ($43,76 \pm 9,81$), với $p < 0,05$. Đáng chú ý, sinh viên đã từng trải qua nhập viện có điểm căng thẳng thấp hơn ($41,55 \pm 9,08$) so với nhóm chưa từng nhập viện ($44,77 \pm 10,32$), với $p < 0,01$. Kết quả này cho thấy trải nghiệm cá nhân và bối cảnh xã hội có thể ảnh hưởng đến cách sinh viên nhận diện và đối phó với áp lực học tập, phù hợp với nhận định trong các nghiên cứu trước về yếu tố tâm lý - xã hội trong đào tạo điều dưỡng [1], [4].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sinh viên điều dưỡng chính quy Trường Cao đẳng Y tế Huế có mức độ nhận thức về nghề điều dưỡng khá tốt (điểm trung bình $71,57 \pm 7,84$). Phần lớn sinh viên đồng thuận rằng điều dưỡng là nghề chăm sóc cao quý, phục vụ con người, được xã hội công nhận và pháp luật bảo vệ. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một tỷ lệ không nhỏ sinh viên có nhận thức chưa tích cực về cơ hội thăng tiến, tính độc lập và mức độ rủi ro của nghề.

Bên cạnh đó, mức độ căng thẳng trong học tập được ghi nhận ở mức trung bình đến cao (điểm trung bình $43,11 \pm 9,81$ đối với khóa học và $17,48 \pm 5,42$ đối với học tập lâm sàng). Căng thẳng tập trung nhiều vào khối lượng chương trình, yêu cầu chuẩn bị thi, bài tập viết và tính lý thuyết của môn học. Các yếu tố liên quan đến nhận thức và căng thẳng bao gồm năm học, tôn giáo, tiền sử nhập viện và việc có người thân làm trong ngành y tế ($p < 0,05$).

Khuyến nghị: (i) Nhà trường cần điều chỉnh phương pháp giảng dạy và phân bổ hợp lý khối lượng học tập, tăng cường hoạt động hỗ trợ kỹ năng quản lý thời gian, ứng phó căng thẳng và định hướng nghề nghiệp; (ii) Giảng viên: Thường xuyên lồng ghép các nội dung về giá trị nghề nghiệp, cơ hội phát triển và tính độc lập của điều dưỡng trong giảng dạy, đồng thời tư vấn, chia sẻ nhằm giảm áp lực học tập cho sinh viên; (iii) Sinh viên: Chủ động rèn luyện kỹ năng học tập, quản lý cảm xúc và tìm kiếm hỗ trợ khi gặp căng thẳng; tích cực tham gia các hoạt động ngoại khóa để củng cố nhận thức nghề nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thái Phúc, Tăng Thị Hào, Nguyễn Thị Nga, My Thị Hải (2020), «Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến cảm xúc của nữ sinh viên điều dưỡng chính quy tại trường Đại học Y dược Thái Bình».
2. Avdal EU, Arkan B, Uran BNOU (2017) Investigate Stress Levels of Nursing Students in First Oncology Clinical Experience”, *Adv Practice Nurs* 2: 131. doi:10.4172/2573-0347.1000131
3. Ba Hai Mai, Thi My Yen Ho, Thi Thu Thao Nguyen, Le Thi Thanh Phan, Thi Huong Hoang, Nguyen Thi Anh Phuong (2018), “Attitudes and Perceptions Towards Nursing Profession Among Nursing Students at Hue University of Medicine and Pharmacy”, *Journal of Problem-Based Learning*.
4. Parveen, A. and S. Inayat (2017), “Evaluation of factors of stress among Nursing Students”, *Advanced Practices in Nursing*, 2(2): p. 136.
5. Ugyen Wangdi, MPH1, Nidup Dorji, PhD1(2019), Perception on nursing profession and academic and work-related stress among nursing students in Bhutan, *SSRG International Journal of Nursing and Health Science (SSRG-IJNHS)*.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH RỐN CHO TRẺ SƠ SINH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI PHÒNG CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT - TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSES IN UMBILICAL VENOUS CATHETER CARE FOR NEONATES BY NURSES AND ASSOCIATED FACTORS AT THE SPECIAL CARE UNIT - PEDIATRICS CENTER, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

CNDD BÙI THỊ OANH¹, NGUYỄN TRẦN TUẤN ANH²,
CNDD HÀ THỊ HIỀN¹, CĐDD LÊ KIM CHI¹,
CĐDD NGUYỄN THỊ LIÊN¹, CĐDD NGUYỄN THỊ HIỀN¹.

¹ Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

² Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025 nhằm đánh giá kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn ở trẻ sơ sinh, đồng thời xác định một số yếu tố liên quan.

Đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng đang hành nghề tại bệnh viện.

Kết quả cho thấy 95,7% điều dưỡng có kiến thức tốt, 4,3% ở mức trung bình, với điểm trung bình $58,87 \pm 1,36/64$. Về thực hành, 78,3% đạt yêu cầu, 21,7% chưa đạt, với điểm trung bình $20,78 \pm 1,89/25$. Tuổi và số năm kinh nghiệm có liên quan thống kê với kiến thức ($p < 0,05$); thực hành liên quan đến tuổi, kinh nghiệm, từng được đào tạo và tuổi thai lúc đặt catheter ($p < 0,05$). Nghiên cứu đề xuất tăng cường đào tạo định kỳ, đặc biệt cho điều dưỡng trẻ và ít kinh nghiệm, đồng thời xây dựng quy trình chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn chuẩn hóa, dễ tiếp cận.

Từ khóa: catheter tĩnh mạch rốn, điều dưỡng, trẻ sơ sinh, kiến thức, thực hành.

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted at Thai Nguyen Central General Hospital in 2025 to assess nurses' knowledge and practice regarding umbilical vein catheter (UVC) care in neonates and to identify associated factors.

The study population included currently practicing nurses at the hospital. Results showed that 95.7% of participants had good knowledge, while 4.3% had average knowledge, with a mean knowledge score of 58.87 ± 1.36 out of 64. Regarding practice, 78.3% met the requirements, while 21.7% did not, with a mean practice score of 20.78 ± 1.89 out of 25. Age and years of experience were statistically associated with knowledge levels ($p < 0.05$). Practice levels were significantly associated with age, years of experience, prior training on UVC care, and gestational age at the time of catheter placement ($p < 0.05$). The study recommends regular training programs, particularly for younger and less experienced nurses, and the development of a standardized, accessible, and routinely reinforced UVC care protocol.

Keywords: Umbilical vein catheter, nurse, neonate, knowledge, practice.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch rốn (Umbilical Venous Catheter - UVC) là một thiết bị xâm lấn quan trọng trong hồi sức sơ sinh, giúp thiết lập đường truyền trung tâm để truyền dịch, thuốc và dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần. Tuy nhiên, UVC tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter (CLABSI), sai lệch vị trí, tắc mạch, xuất huyết nội, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng hoặc chèn ép tim cấp nếu không được chăm sóc đúng cách⁵. Tỷ lệ biến chứng liên quan UVC dao động từ 20-71%, trong đó thời gian lưu catheter >7 ngày và vị trí đặt sai lệch là các yếu tố nguy cơ đáng kể³. Nhiều biến

chúng có thể phòng ngừa nếu quy trình chăm sóc tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn và theo dõi định kỳ. Theo WHO, nhiễm khuẩn sơ sinh chiếm 30% tử vong ở trẻ dưới 28 ngày tại các nước thu nhập thấp và trung bình, trong đó catheter là yếu tố nguy cơ quan trọng ⁶.

Tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nơi tiếp nhận số lượng lớn trẻ sơ sinh nguy cơ cao khu vực trung du miền núi phía Bắc, việc đánh giá thực trạng chăm sóc UVC của điều dưỡng là cần thiết nhằm xác định mức độ tuân thủ quy trình và các yếu tố ảnh hưởng, từ đó xây dựng chiến lược đào tạo và cải tiến chất lượng chăm sóc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn cho trẻ sơ sinh của điều dưỡng tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn của điều dưỡng tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang làm việc tại Phòng Chăm sóc đặc biệt Sơ sinh (NICU) - Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, tham gia trực tiếp vào chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn cho trẻ sơ sinh.

* *Tiêu chuẩn chọn:* Điều dưỡng đang làm việc tại NICU

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không đồng ý tham gia nghiên cứu

* *Địa điểm và thời gian:* Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2025 đến 10/2025.

2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Tiêu chuẩn và cách đánh giá: Bộ câu hỏi được dựa trên bộ câu hỏi của tác giả Kamel và cộng sự năm 2023⁴. Chỉ số hợp lệ I-CVI = 99,1%; Cronbach α = 0,8.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu quan sát điều dưỡng khi thực hiện quy trình chăm sóc UVC thực tế tại khoa (có camera hỗ trợ), chấm điểm theo bảng kiểm có sẵn.

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 23.0. Các test thống kê y học: Frequencies, Pearson, Chi-square.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và đều được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích cũng như nội dung của nghiên cứu.

2.7. Sai số và biện pháp khắc phục: Sai số do quá trình nhập số liệu, xử lý số liệu bằng máy tính. Số liệu sau khi đã được thu thập đầy đủ đã được tiến hành làm sạch và nhập làm 2 lần riêng biệt sau đó so sánh với nhau tìm ra sự khác biệt và sửa chữa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

STT	Các yếu tố		n (23)	%
1	Giới tính	Nam	1	4,3
		Nữ	22	95,7
2	Nhóm tuổi	< 25 tuổi	1	4,3
		25 - < 30 tuổi	1	4,3
		30 - < 35 tuổi	7	30,4
		Từ 35 tuổi trở lên	14	61
3	Trình độ văn hóa	Cao đẳng	17	73,9
		Đại học, Sau đại học	6	26,1
4	Số năm kinh nghiệm	Dưới 1 năm	2	8,7
		Từ 1-< 5 năm	1	4,3
		Từ 5 năm trở lên	20	87
5	Đã từng đào tạo về UVC	Có	7	30,4
		Không	16	69,6

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy điều dưỡng nữ chiếm đa số (95,7%); 61% điều dưỡng có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên; 73,9% điều dưỡng có trình độ cao đẳng; 87% điều dưỡng có từ 5 năm kinh nghiệm trở lên và 69,6% điều dưỡng chưa từng được đào tạo về chăm sóc UVC.

3.2. Kiến thức và thực hành về chăm sóc UVC của điều dưỡng

Bảng 3.2. Kiến thức về kỹ thuật đặt UVC

Nội dung	Trả lời đúng, đủ (n, %)	Trả lời đúng, không đủ (n, %)	Trả lời sai/ Không biết (n, %)
Công thức ước tính độ dài catheter	15 (65,2)	0	7 (34,8)

Nội dung	Trả lời đúng, đủ (n, %)	Trả lời đúng, không đủ (n, %)	Trả lời sai/ Không biết (n, %)
Tư thế trẻ	23 (100)	0	0
Vị trí lý tưởng của đầu catheter	21 (91,3)	0	2 (8,7)
Thời gian tối đa duy trì UVC	19 (82,6)	0	4 (17,4)
Vật liệu thường dùng cho catheter	16 (69,6)	0	7 (30,4)
Chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn	19 (82,6)		4 (17,4)
Dấu hiệu xác nhận catheter đúng vị trí	21 (91,4)	1 (4,3)	1 (4,3)
Khi đặt UVC không vào được	19 (82,6)	0	4 (17,4)

Nhận xét: Trong số 8 nội dung được khảo sát, có 4 nội dung đạt tỷ lệ trả lời đúng đầy đủ từ 90% trở lên, bao gồm tư thế trẻ, vị trí lý tưởng của đầu catheter, dấu hiệu xác nhận catheter đúng vị trí và khi đặt UVC không vào được. Không có nội dung nào bị trả lời sai hoàn toàn.

91,3%, và “đánh giá vùng rốn và tình trạng trẻ” có tỷ lệ thấp nhất với 69,6%.

Bảng 3.3. Thực hành của điều dưỡng trong khi đặt UVC

Nội dung	Làm đúng và đầy đủ (n, %)	Không đủ/ Không đúng (n, %)
Hỗ trợ cố định trẻ đúng tư thế	13 (56,5)	10 (43,5)
Đưa dụng cụ đúng thời điểm, không làm nhiễm khuẩn	23 (100)	0
Ghi chép loại catheter, kích thước và chiều dài	11 (47,8)	12 (52,2)
Hỗ trợ kiểm tra vị trí catheter qua X-quang (nếu có)	23 (100)	0

Nhận xét: Trong 4 nội dung được đánh giá, có 2 nội dung đạt tỷ lệ làm đúng và đầy đủ 100%, gồm: đưa dụng cụ đúng thời điểm, không làm nhiễm khuẩn và hỗ trợ kiểm tra vị trí catheter qua X-quang. Nội dung “hỗ trợ cố định trẻ đúng tư thế” chỉ đạt 56,5%, và “ghi chép loại catheter, kích thước và chiều dài” có tỷ lệ thấp nhất với 47,8%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc UVC

Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan đến kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc UVC

Các yếu tố	Kiến thức	Kiến thức tốt		Kiến thức trung bình		p
		n	%	n	%	
Tuổi	Dưới 25 tuổi	0	0	1	100	0,000*
	25 - dưới 30 tuổi	1	100	0	0	
	30 - dưới 35 tuổi	7	100	0	0	
	Từ 35 tuổi trở lên	14	100	0	0	
Giới	Nam	1	100	0	0	0,957
	Nữ	21	95,5	1	4,5	
Số năm kinh nghiệm	Dưới 1 năm	1	50	1	50	0,004*
	Từ 1 - dưới 5 năm	1	100	0	0	
	Từ 5 năm trở lên	20	100	0	0	
Trình độ học vấn	Cao đẳng	16	94,1	1	5,9	0,739
	Đại học/Sau đại học	6	100	0	0	
Đã từng được đào tạo về UVC	Có	7	100	0	0	0,696
	Chưa	15	93,7	1	6,3	

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố tuổi và số năm kinh nghiệm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức về UVC ($p < 0,05$). Cụ thể, tất cả những người từ 25 tuổi trở lên và có từ 1 năm kinh nghiệm trở lên đều đạt kiến thức tốt, trong khi nhóm dưới 25 tuổi và dưới 1 năm kinh nghiệm có tỷ lệ kiến thức trung bình cao hơn. Các yếu tố giới tính, trình độ học vấn và việc đã từng được đào tạo về UVC không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc UVC

Thực hành Kiến thức	Đạt		Chưa đạt		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	18	81,8	4	45,5	18,2	100	0,217
Trung bình	0	0	1	100	1	100	
Tổng	12	52,2	11	47,8	23	100	

Nhận xét: Phân tích mối liên quan giữa kiến thức và thực hành cho thấy tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn ở nhóm có kiến thức tốt (81,8%) so với nhóm kiến thức trung bình (0%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,217$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn ở trẻ sơ sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn là nữ (95,7%), từ 35 tuổi trở lên (61%) và có >5 năm kinh nghiệm (87%), phản ánh lực lượng có thâm niên lâm sàng. Về kiến thức, điều dưỡng có nền tảng vững: 100% trả lời đúng định nghĩa, chống chỉ định và lợi ích UVC; 95,7% nắm đúng chỉ định và thời điểm thay thế; 91,3% phân biệt được UVC và catheter ngoại biên. Điều này cho thấy kinh nghiệm thực hành có vai trò lớn trong tích lũy kiến thức - tương tự kết luận của Trương Thị Hoa (2022)¹. So với nghiên cứu của Shawki Ali Kandi et al. (2022) - trong đó chỉ 80% điều dưỡng hiểu đúng chỉ định và thay thế UVC - điều dưỡng Việt Nam, đặc biệt nhóm có kinh nghiệm, cho thấy nền tảng tốt nhưng vẫn cần đào tạo chính quy để chuẩn hóa kiến thức⁷.

Về kỹ thuật, phần lớn điều dưỡng nắm tốt các thao tác trọng yếu như tư thế đặt, vị trí catheter và dấu hiệu đúng vị trí ($\geq 82,6\%$), nhưng hiểu biết về công thức tính chiều dài catheter (65,2%) và vật liệu sử dụng (69,6%) còn hạn chế. So với nghiên cứu của Trương Thị Hoa (2023), nơi 70% điều dưỡng được đào tạo chính quy, tỷ lệ tại cơ sở nghiên cứu thấp hơn, phản ánh thách thức chung trong đào tạo kỹ thuật UVC¹.

Kiến thức về biến chứng và phòng ngừa đạt mức cao, với 5/6 nội dung đạt 100%. Tuy nhiên, chỉ 91,4% hiểu rõ lý do không nên lưu UVC quá 7 ngày - nội dung then chốt trong phòng ngừa CLABSI theo CDC 2021. Sự chênh lệch nhỏ này nhấn mạnh nhu cầu cập nhật thường xuyên các khuyến cáo dựa trên bằng chứng. Về chăm sóc trước - trong - sau can thiệp, phần lớn điều dưỡng nắm chắc quy trình cơ bản: 100% hiểu đúng vai trò chuyên môn, vệ sinh rốn, thay băng, ghi hồ sơ và chăm sóc sau rút catheter. Tuy nhiên, chỉ 21,7% xác định đúng dung dịch sát khuẩn - là tỷ lệ thấp nhất, trái với khuyến cáo của WHO (2017) và AAP (2021) về vai trò của chlorhexidine hoặc cồn 70%

². Việc này phản ánh khoảng trống đáng kể trong tiếp cận kiến thức cập nhật, đặc biệt ở trẻ sơ sinh non tháng.

Ngoài ra, điều dưỡng tại cơ sở khảo sát cũng thể hiện nhận thức cao về gói chăm sóc vô khuẩn (4/5 nội dung đạt 100%), tuy nhiên vẫn còn 8,6% chưa nắm vững đầy đủ điều kiện tuân thủ kỹ thuật vô khuẩn chuẩn - điều cần thiết trong can thiệp mạch máu trung tâm. Việc 100% điều dưỡng trả lời đúng về rào cản và phương pháp giáo dục phù hợp cho thấy họ có nhận thức tốt về các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ thực hành và sẵn sàng tiếp nhận đào tạo mô phỏng, tại chỗ - như khuyến cáo của WHO và CDC.

Tổng điểm kiến thức trung bình $58,87 \pm 1,36$ phản ánh nhận thức cao và đồng đều trong nhóm nghiên cứu. So sánh với Trương Thị Hoa (2023), nơi tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức tốt là 70%¹, kết quả này cho thấy xu hướng cải thiện trong hệ thống điều dưỡng lâm sàng tại Việt Nam.

4.2. Thực hành và các yếu tố liên quan đến kiến thức - thực hành chăm sóc catheter tĩnh mạch rốn

Điểm thực hành trung bình của điều dưỡng là $20,78 \pm 1,89/25$, với 78,3% đạt yêu cầu. Tuy nhiên, một số thao tác quan trọng chưa được thực hiện đầy đủ như: đánh giá vùng rốn trước đặt catheter (69,6%), cố định trẻ đúng tư thế khi đặt (56,5%), đánh dấu vị trí catheter (26,1%), và ghi nhận biến chứng sau thủ thuật (78,3%). Những điểm này cho thấy còn tồn tại khoảng trống trong tuân thủ quy trình kỹ thuật và ghi chép lâm sàng, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến hiệu quả và an toàn điều trị. So với khuyến cáo của WHO (2017), AAP (2021) và CDC (2020), việc chưa thực hiện đầy đủ các bước kiểm tra và đánh dấu catheter là yếu tố cần được cải thiện thông qua giám sát và đào tạo thực hành². Tỷ lệ tuân thủ các thao tác kỹ thuật cơ bản trước và trong thủ thuật như vệ sinh tay, chuẩn bị dụng cụ, sát khuẩn rốn và duy trì trường vô khuẩn đạt 100%, cho thấy điều dưỡng nắm chắc quy trình nền tảng. Tuy nhiên, tương tự nghiên cứu của Goh (2021), việc chưa đánh giá kỹ trước can thiệp vẫn là điểm yếu phổ biến tại nhiều đơn vị NICU³. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy tuổi và số năm kinh nghiệm có mối liên quan chặt chẽ với kiến thức ($p < 0,05$), trong đó nhóm <25 tuổi và dưới 1 năm kinh nghiệm có tỷ lệ kiến thức trung bình cao hơn đáng kể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kamel (2023)⁴, khẳng định vai trò của

kinh nghiệm lâm sàng trong nâng cao nhận thức. Các yếu tố như giới tính, trình độ học vấn và từng được đào tạo không cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê, phản ánh hiệu quả đào tạo chưa đồng đều. Về thực hành, các yếu tố tuổi, thâm niên và việc từng được đào tạo về UVC đều có liên quan ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm điều dưỡng ≥ 30 tuổi, ≥ 1 năm kinh nghiệm và đã từng được đào tạo có tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn rõ rệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Shawki Kandil et al. (2022), cho thấy tác động tích cực từ các chương trình đào tạo chính quy đến cải thiện thực hành⁷.

Đáng chú ý, yếu tố đặc điểm trẻ sơ sinh cũng ảnh hưởng đến thực hành: điều dưỡng chăm sóc trẻ cực non (< 28 tuần) có tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn ($p = 0,037$), có thể do mức độ theo dõi sát và yêu cầu nghiêm ngặt trong chăm sóc nhóm đối tượng này. Các yếu tố khác như cân nặng, giới tính hay chẩn đoán không có liên quan thống kê. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,217$), dù nhóm có kiến thức tốt có tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn. Điều này cho thấy kiến thức là điều kiện cần nhưng chưa đủ; kỹ năng thực hành và kinh nghiệm lâm sàng vẫn đóng vai trò quyết định trong việc đảm bảo chất lượng chăm sóc. Kết quả này cũng cố quan điểm của WHO và các nghiên cứu quốc tế về sự cần thiết của huấn luyện mô phỏng và giám sát trực tiếp để chuyển hóa kiến thức thành hành động hiệu quả.

4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành của điều dưỡng về chăm sóc UVC

Phân tích cho thấy tuổi và số năm kinh nghiệm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức ($p < 0,05$). Cụ thể, 100% điều dưỡng ≥ 25 tuổi và ≥ 1 năm kinh nghiệm đạt kiến thức tốt, trong khi nhóm trẻ tuổi và mới vào nghề có tỷ lệ kiến thức trung bình cao hơn. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Kamel (2023), khẳng định vai trò của trải nghiệm lâm sàng trong tích lũy kiến thức chuyên môn⁴.

Ngược lại, các yếu tố như giới tính, trình độ học vấn và việc từng được đào tạo về UVC không liên quan thống kê đến mức độ kiến thức ($p > 0,05$). Điều này phản ánh hiệu quả đào tạo hiện tại có thể chưa đồng đều, hoặc chưa đủ chiều sâu để tạo khác biệt về kiến thức giữa các nhóm. Về thực hành, các yếu tố tuổi, kinh nghiệm làm việc và đã từng được đào tạo về UVC đều có liên quan

ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn ở nhóm điều dưỡng ≥ 30 tuổi, có kinh nghiệm ≥ 1 năm, và từng được đào tạo (85,7% so với 66,7% ở nhóm chưa được đào tạo). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Shawki Kandil et al. (2022), nhấn mạnh hiệu quả tích cực của các chương trình huấn luyện điều dưỡng trong cải thiện kỹ năng thực hành chăm sóc catheter trung tâm⁷. Đáng chú ý, yếu tố tuổi thai của trẻ sơ sinh cũng có mối liên quan với mức độ thực hành của điều dưỡng ($p = 0,037$), trong đó điều dưỡng chăm sóc nhóm trẻ < 28 tuần tuổi có tỷ lệ thực hành đúng cao hơn. Điều này có thể do đặc thù nhóm trẻ cực non thường được theo dõi sát và quy trình chăm sóc nghiêm ngặt hơn. Các yếu tố khác như giới tính, cân nặng, chẩn đoán y khoa và tuổi sau sinh không liên quan ý nghĩa đến thực hành ($p > 0,05$). Mặc dù nhóm điều dưỡng có kiến thức tốt có tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu cao hơn (81,8% so với 0% ở nhóm kiến thức trung bình), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,217$). Kết quả này gợi ý rằng kiến thức lý thuyết là nền tảng cần thiết, nhưng chưa đủ để đảm bảo thực hành tốt nếu thiếu kinh nghiệm và huấn luyện lâm sàng. Nhận định này phù hợp với quan điểm của WHO và CDC, cũng như nhiều nghiên cứu quốc tế, về vai trò thiết yếu của đào tạo thực hành lặp lại, giám sát trực tiếp và mô phỏng lâm sàng trong cải thiện năng lực điều dưỡng.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Có 95,7% điều dưỡng tham gia có kiến thức tốt và 4,3% thuộc nhóm kiến thức trung bình. Giá trị trung bình điểm kiến thức đạt $58,87 \pm 1,36$ điểm trong tổng số 64 điểm. Có 78,3% điều dưỡng đạt yêu cầu về thực hành, trong khi 21,7% chưa đạt. Điểm trung bình thực hành là $20,78 \pm 1,89$ điểm trong tổng số 25 điểm. Các yếu tố tuổi và số năm kinh nghiệm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiến thức về UVC ($p < 0,05$). Các yếu tố tuổi, số năm kinh nghiệm và việc đã từng được đào tạo về UVC có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ thực hành ($p < 0,05$).

Cần tăng cường tổ chức các lớp tập huấn và đào tạo chuyên sâu về chăm sóc UVC, đặc biệt cho điều dưỡng trẻ tuổi và ít kinh nghiệm. Xây dựng quy trình chăm sóc UVC chuẩn hóa, rõ ràng, dễ tiếp cận và nhắc lại định kỳ tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Thị Hoa & CS (2023). Kiến thức và thái độ của điều dưỡng về chăm sóc duy trì ống thông tĩnh mạch trung tâm đặt từ ngoại vi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 532 (11), 131-137.
2. Catho, G., Mangeret, F. R., Sauvan, V., Chraïti, M. N., Pfister, R., Baud, O.,... & Buetti, N. (2023). Risk of catheter-associated bloodstream infection by catheter type in a neonatal intensive care unit: a large cohort study of more than 1100 intravascular catheters. *Journal of Hospital Infection*, 139, 6-10.
3. Goh, S. S. M., Kan, S. Y., Bharadwaj, S., & Poon, W. B. (2021). A review of umbilical venous catheter-related complications at a tertiary neonatal unit in Singapore. *Singapore medical journal*, 62(1), 29.
4. Kamel, Y. A., Bahgat, R. S., & El Sayed, Z. E. S. H. (2023). Effect of Implementing Educational Program about Care for Neonates Undergoing Umbilical Venous Catheter Installation on Nurses Performance. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 29(2), 50-65.
5. Lough, M. E., Berger, S. J., Larsen, A., & Sandoval, C. P. (2022). Cardiovascular Clinical Assessment and Diagnostic Procedures. *Priorities in Critical Care Nursing-E-Book*, 105.
6. Rosa-Mangeret, F., Benski, A. C., Golaz, A., Zala, P. Z., Kyokan, M., Wagner, N.,... & Pfister, R. E. (2022). 2.5 million annual deaths—are neonates in low-and middle-income countries too small to be seen? A bottom-up overview on neonatal morbi-mortality. *Tropical medicine and infectious disease*, 7(5), 64.
7. Shawki Ali Kandil, E., Soliman Bahgat, R., Rabie Abdel Sadik, B., & Abd El Ghany Mohamed, R. (2022). Effect of Nursing Interventions on Nurses' Performance regarding Care Provided to Neonates Undergoing Umbilical Venous Catheter. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(1), 667-681.

THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO TRẺ DƯỚI 2 TUỔI CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC SAU GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2025

CHANGES IN KNOWLEDGE AND PRACTICES OF ORAL HEALTH CARE FOR CHILDREN UNDER 2 YEARS OLD AMONG CAREGIVERS AFTER HEALTH EDUCATION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2025

CNĐD BÙI THỊ HẢI¹, ThS LÂM THỊ THU HƯƠNG²,
CNĐD BÙI THỊ OANH¹, CNĐD NÔNG THỊ BÍCH HÒA¹,
CĐDD TRẦN THỊ THƯỜNG¹.

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và sự thay đổi kiến thức, thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau, thực hiện trên 92 người chăm sóc chính của trẻ dưới 2 tuổi. Bộ công cụ khảo sát được xây dựng từ nghiên cứu trước, dữ liệu được xử lý bằng SPSS 23.0 với các phép kiểm định T-test và ANOVA.

Kết quả: Trước can thiệp, 51,1% người chăm sóc có kiến thức ở mức trung bình, 42,4% mức kém và 6,5% mức tốt; 66,3% có thực hành ở mức trung bình, 17,4% mức kém và 16,3% mức tốt. Kiến thức và thực hành khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới, kiểu gia đình, trình độ học vấn, số con, tuổi và thói quen ăn đêm của trẻ ($p < 0,05$). Sau can thiệp, điểm trung bình kiến thức tăng từ $10,04 \pm 2,16$ lên $14,73 \pm 1,52$ và thực hành từ $5,46 \pm 1,07$ lên $6,98 \pm 0,91$ ($p < 0,05$). Tỷ lệ đạt chuẩn kiến thức và thực hành đều đạt 100%, cho thấy hiệu quả rõ rệt của chương trình giáo dục sức khỏe.

Kết luận: Giáo dục sức khỏe có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi, cần được tăng cường triển khai thường xuyên và phù hợp với bối cảnh văn hóa.

Từ khóa: Người chăm sóc; chăm sóc răng miệng; kiến thức; thực hành; trẻ dưới 2 tuổi.

ABSTRACT

Objective: To assess the current status and changes in caregivers' knowledge and practices regarding oral health care for children under two years of age after a health education intervention at Thai Nguyen National Hospital.

Methods: A pre-post interventional study was conducted with 92 primary caregivers of children under two. Data were collected using a structured questionnaire adapted from previous research and analyzed with SPSS 23.0, applying T-test and ANOVA for comparisons.

Results: Before the intervention, 51.1% of caregivers had moderate knowledge, 42.4% had poor knowledge, and 6.5% demonstrated good knowledge. Regarding practice, 66.3% showed moderate practice, 17.4% poor, and 16.3% good. Statistically significant differences in knowledge and practice were observed by caregiver gender, family type, educational level, number of children, child's age, and nighttime feeding ($p < 0.05$). After the intervention, mean knowledge scores increased from 10.04 ± 2.16 to 14.73 ± 1.52 , and practice scores from 5.46 ± 1.07 to 6.98 ± 0.91 ($p < 0.05$). The proportion of caregivers meeting adequate knowledge and practice standards rose to 100%, demonstrating the effectiveness of the program.

Conclusion: Health education significantly improved caregivers' knowledge and practices in oral care for children under two years, highlighting the need for regular, culturally adapted interventions.

Keywords: Caregiver; oral health; knowledge; practice; children under two.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh về sức khỏe răng miệng là bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất ảnh hưởng đến khoảng một nửa dân số thế giới. Khoảng 2,4 tỷ người bị sâu răng vĩnh viễn và 486 triệu trẻ em bị sâu răng sữa. Sâu răng không được điều trị ở răng sữa là tình trạng phổ biến thứ 10 trên toàn cầu vào năm 2010, ảnh hưởng đến 621 triệu trẻ em, với tỷ lệ mắc bệnh trên toàn cầu là 9% [2]. Sâu răng không chỉ làm suy giảm sức khỏe răng miệng mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của trẻ [3]. Phòng ngừa và phát hiện sớm từ khi trẻ dưới 2 tuổi là rất cần thiết vì sâu răng có thể gây đau, biếng ăn, rối loạn giấc ngủ, sụt cân và ảnh hưởng hành vi, học tập. *S.mutans* là vi khuẩn chính có liên quan đến các bệnh răng miệng, xâm nhập ở khoang miệng của trẻ. Sự xâm nhập này diễn ra ngay từ giai đoạn sơ sinh đến khi trẻ được 24-26 tháng còn gọi là “cửa sổ lây nhiễm” [4]. Ở giai đoạn này, việc chăm sóc răng miệng phụ thuộc chủ yếu vào người chăm sóc. Tuy nhiên, nhiều phụ huynh chủ quan vì nghĩ rằng trẻ chưa mọc đủ răng, đặc biệt khi trẻ có thói quen bú đêm hoặc khi bị bệnh. Khảo sát năm 2022 cho thấy 75,5% người chăm sóc có kiến thức ở mức trung bình, chỉ 13% đạt mức tốt; thực hành chăm sóc răng miệng cũng chủ yếu ở mức trung bình (56,5%). Các yếu tố như giới, nghề nghiệp, số con, tình trạng sức khỏe và thói quen ăn uống của trẻ có liên quan đến kiến thức và thực hành này ($p < 0,05$). Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc trẻ dưới 2 tuổi, đặc biệt qua các chương trình giáo dục dựa trên lý thuyết nhằm hình thành hành vi bền vững [1]. Đây cũng là nội dung được triển khai định kỳ bởi điều dưỡng Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phối hợp với giảng viên và sinh viên Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên trong quá trình thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc trẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025.

2. Đánh giá sự thay đổi về kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc trẻ sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là người chăm sóc chính của trẻ đến khám và điều trị cho trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

** Tiêu chuẩn chọn:*

- Người chăm sóc chính của trẻ đến khám và điều trị cho trẻ dưới 2 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa, phòng khám Nhi thuộc khoa Khám bệnh và phòng khám Nhi thuộc khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Là người dành nhiều thời gian chăm sóc trẻ tại nhà. Đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Có khả năng đọc và hiểu tiếng Việt.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Trẻ trong tình trạng nguy kịch, cấp cứu. Người chăm sóc là nhân viên y tế.

** Địa điểm và thời gian:* Trung tâm Nhi khoa, phòng khám Nhi thuộc khoa Khám bệnh và phòng khám Nhi thuộc khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước - sau.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ người chăm sóc của trẻ, đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu và trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2025.

2.4. Chỉ số, biến số nghiên cứu

+ Phần I: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, khu vực sống, trình độ văn hóa, kiểu gia đình...

+ Phần II: Kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc

+ Phần III. Sự thay đổi kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc

+ Phần IV. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc

2.5. Tiêu chuẩn và cách đánh giá

- Xây dựng bộ câu hỏi: Bộ công cụ được phát triển từ nghiên cứu “Kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022” của tác giả Trần Lệ Thu & CS (2021) [1]

Cách đánh giá: Mỗi câu trả lời đúng sẽ được 1 điểm, sai là 0 điểm. Sau đó, sẽ tính tổng điểm của mỗi phần

- Mức độ kém: khi tổng điểm $\leq 50\%$ (kiến thức kém nếu tổng điểm kiến thức ≤ 9 điểm; thực hành kém nếu tổng điểm thực hành ≤ 4 điểm).

- Mức độ trung bình: khi tổng điểm từ 51%-75% (tổng điểm kiến thức từ 10-13 điểm; tổng điểm thực hành 5-6 điểm).

- Mức độ tốt: khi tổng điểm $> 75\%$ (tổng điểm kiến thức > 14 điểm; tổng điểm thực hành > 7 điểm).

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Lập kế hoạch nghiên cứu

Bước 2: Tập huấn cho điều tra viên

Bước 3: Tiến hành thu thập số liệu trước can thiệp (T1)

Bước 4: Tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe. Buổi can thiệp giáo dục sức khỏe được thực hiện theo các hình thức: Buổi truyền thông giáo dục sức khỏe hàng tuần/tháng tại khoa do Điều dưỡng trưởng chủ trì.

Bước 5: Tiến hành thu thập số liệu sau can thiệp (T2). Sau khi nhận lại phiếu trả lời, nếu có nội dung nào còn thiếu sót, nhóm nghiên cứu tiếp tục giải thích và nhấn mạnh lại để đảm bảo thông tin được ghi nhớ.

2.7. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 23.0.

+ Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (Descriptive statistics), frequencies (bao gồm: Tần suất, tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn) để tóm tắt đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

+ Mô tả sự khác biệt ý nghĩa về kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ của người chăm sóc trước và sau GDSK được thực hiện bởi phép kiểm định T – test, Anova.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 92 người chăm sóc chính của trẻ trong đó có 71,7% là nữ giới; 50% người thuộc độ tuổi từ 25-35 tuổi; 76,1% dân tộc Kinh; 59,8% thuộc kiểu gia đình đa thế hệ; 59,8% sống ở thành thị; 72,8% trẻ trai; 63% trẻ thuộc độ tuổi từ 1-2 tuổi; 84,8% trẻ đã mọc răng; 51,1% trẻ mọc răng khi trên 6 tháng. Trong 92 người tham gia nghiên cứu, có 51,1% người có trình độ trung học chuyên nghiệp, cao đẳng; 64,1% người có nghề nghiệp là công nhân, cán bộ viên chức; 37% người có 1 con.

Có 75% trẻ có vấn đề về đường hô hấp; 51,1% trẻ thích ăn uống sữa và các sản phẩm từ sữa; 75% trẻ có thói quen ngậm thức ăn; 63% trẻ ngậm trong các bữa ăn chính và 64,1% trẻ thường ăn đêm là sữa công thức.

Kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 92 người chăm sóc, có 100% người trả lời sai về việc cho con bú đêm thường xuyên, kéo dài; 87% người không biết vi khuẩn gây sâu răng có thể lây từ mẹ sang con và 87% người không biết sự liên quan giữa bệnh răng miệng và vấn đề sức khỏe trẻ đang gặp phải.

Có 51,1% người tham gia nghiên cứu có kiến thức về chăm sóc răng miệng cho trẻ ở mức độ trung bình; 42,4% mức độ kém và 6,5% ở mức độ tốt.

Trong 92 người chăm sóc trẻ, 100% người chưa cho trẻ đi khám đúng định kỳ; 100% người đã giám sát, hỗ trợ trẻ vệ sinh răng miệng hàng ngày, có 63% người chưa sử dụng bàn chải thích hợp cho trẻ.

Có 66,3% người tham gia nghiên cứu có thực hành chăm sóc răng miệng ở mức độ trung bình; 16,3% người ở mức độ tốt và 17,4% người ở mức độ kém.

Bảng 1. Các yếu tố liên quan đến kiến thức chăm sóc răng miệng cho trẻ

STT	Các yếu tố		KT kém (n, %)	KT trung bình (n, %)	KT tốt (n, %)	p
1	Giới của NCS	Nam	8 (30,8)	13 (50)	5 (19,2)	0,000
		Nữ	47 (71,2)	18 (27,3)	1 (1,5)	
2	Kiểu gia đình	Hạt nhân	18 (48,6)	13 (35,1)	6 (16,3)	0,006
		Đa thế hệ	37 (67,3)	18 (32,7)	0	

STT	Các yếu tố		KT kém (n, %)	KT trung bình (n, %)	KT tốt (n, %)	p
3	TĐHV	THPT	19 (86,4)	3 (13,6)	0	0,001
		THCN, CĐ	27 (57,4)	19 (40,4)	1 (2,2)	
		ĐH, SDH	9 (39,1)	9 (39,1)	5 (21,8)	
4	Số con	1 trẻ	10 (29,5)	18 (52,9)	6 (17,6)	0,000
		2 trẻ	18 (72)	7 (28)	0	
		Trên 2 trẻ	27 (81,8)	6 (18,2)	0	
5	Tuổi của trẻ	≤ 6 tháng	8 (72,7)	3 (27,3)	0	0,000
		6 tháng - <1 tuổi	5 (21,7)	12 (52,2)	6 (26,1)	
		1-2 tuổi	42 (72,4)	16 (27,6)	0	
6	Tình trạng ăn đêm của trẻ	Bú mẹ	8 (34,8)	9 (39,1)	26,1)	0,000
		Sữa công thức	38 (64,4)	21 (35,6)	0	
		Không ăn đêm	9 (90)	1 (10)	0	

* T-test; Anova

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chăm sóc răng miệng cho trẻ theo giới của người chăm sóc, kiểu gia đình, TĐHV và số con của người chăm sóc; tuổi của trẻ, tình trạng ăn đêm của trẻ ($p < 0,05$).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ

STT	Các yếu tố		TH kém (n, %)	TH trung bình (n, %)	TH tốt (n, %)	p
1	Giới của NCS	Nam	0	22 (84,6)	4 (15,4)	0,017
		Nữ	16 (24,2)	39 (59,1)	11 (16,7)	
2	Kiểu gia đình	Hạt nhân	0	27 (73)	10 (27)	0,000
		Đa thế hệ	16 (29,1)	34 (61,8)	5 (9,1)	
3	TĐHV	THPT	16 (72,7)	6 (27,3)	0	0,000
		THCN, CĐ	0	37 (78,7)	10 (21,3)	
		ĐH, SDH	0	18 (78,3)	5 (21,7)	

STT	Các yếu tố		TH kém (n, %)	TH trung bình (n, %)	TH tốt (n, %)	p
4	Số con	1 trẻ	0	29 (85,3)	5 (14,7)	0,000
		2 trẻ	0	15 (60)	10 (40)	
		Trên 2 trẻ	16 (48,5)	17 (51,5)	0	
5	Tuổi của trẻ	≤ 6 tháng	0	11 (100)	0	0,000
		6 tháng - <1 tuổi	0	23 (100)	0	
		1-2 tuổi	16 (27,6)	27 (46,6)	15 (25,8)	
6	Tình trạng ăn đêm của trẻ	Bú mẹ	0	23 (100)	0	0,000
		Sữa CT	11 (18,6)	34 (57,6)	14 (23,8)	
		Không ăn đêm	5 (50)	4 (40)	1 (10)	

* T-test; Anova

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ theo giới của người chăm sóc, kiểu gia đình, TĐHV và số con của người chăm sóc; tuổi của trẻ, tình trạng ăn đêm của trẻ ($p < 0,05$).

Thay đổi kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Bảng 3. Kết quả chung điểm trung bình kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ trước và sau can thiệp (n=92)

Thời điểm đánh giá	Điểm đạt			p (t-test)
	Thấp nhất (Min)	Cao nhất (Max)	Trung bình (± SD)	
Kiến thức				
Trước can thiệp (T1)	7	16	10,04 ± 2,16	p(2-1) = 0,000
Sau can thiệp (T2)	10	17	14,73 ± 1,52	
Thực hành				
Trước can thiệp (T1)	3	7	5,46 ± 1,07	p(2-1) = 0,000
Sau can thiệp (T2)	4	8	6,98 ± 0,91	

Sau can thiệp, điểm trung bình kiến thức tăng từ 10,04 ± 2,16 lên 14,73 ± 1,52 và thực hành tăng từ 5,46 ± 1,07 lên 6,98 ± 0,91; sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$), cho thấy hiệu quả rõ rệt của can thiệp trong nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ.

Bảng 4. Đánh giá hiệu quả can thiệp kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng của đối tượng nghiên cứu

	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	CSHQ (%)
Kiến thức ở mức đạt ($\geq 50\%$)	71,7	100	39,5
Thực hành ở mức đạt ($\geq 50\%$)	82,6	100	21,1

Kết quả cho thấy hiệu quả can thiệp rõ rệt: tỷ lệ kiến thức đạt tăng từ 71,7% lên 100% (CSHQ 39,5%) và thực hành đạt tăng từ 82,6% lên 100% (CSHQ 21,1%), khẳng định tính hiệu quả của chương trình trong nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho đối tượng nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

Kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ

Cha mẹ và / hoặc người chăm sóc đóng một vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy sức khỏe răng miệng và chịu trách nhiệm chính trong việc dạy con cái họ kỹ năng vệ sinh đúng cách và phát triển thói quen vệ sinh răng miệng hiệu quả. Khi trẻ chưa đầy 2 tuổi, là giai đoạn phát triển và hoàn thiện về cả số lượng, chức năng các cơ quan trong cơ thể, trong đó có răng miệng. Đây cũng là lứa tuổi đa phần theo xu hướng “bắt chước” hành vi của người lớn để hình thành hành vi bản thân và phụ thuộc vào sự hỗ trợ của người lớn nên sẽ chịu ảnh hưởng rất nhiều từ các bậc phụ huynh. Dữ liệu cho thấy kiến thức chăm sóc răng miệng của người chăm sóc còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở những nội dung mang tính nền tảng và có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe răng miệng của trẻ nhỏ. Đây là yếu tố then chốt trong việc lý giải nguy cơ sâu răng sớm thời thơ ấu (ECC) đang phổ biến hiện nay, đồng thời là cơ sở cho việc xây dựng các chiến lược can thiệp giáo dục phù hợp. Vi khuẩn *Streptococcus mutans* – tác nhân chính gây sâu răng – có thể lây từ mẹ sang trẻ thông qua

thói quen “mớm” thức ăn, dùng chung dụng cụ ăn uống, điều này khẳng định cần nhấn mạnh thông tin này trong giáo dục cộng đồng [13].

Kết quả phân tích cho thấy thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhân khẩu học và hành vi, trong đó giới tính, kiểu gia đình, trình độ học vấn, số con, độ tuổi của trẻ và thói quen ăn đêm đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này đặt ra giả thuyết rằng sự “quen tay” trong chăm sóc có thể không đồng nghĩa với thực hành đúng, nếu không đi kèm với kiến thức cập nhật. Trong môi trường đa thế hệ, người chăm sóc thường bị chi phối bởi ý kiến từ người lớn tuổi, vốn có xu hướng duy trì những thói quen không còn phù hợp với bằng chứng khoa học hiện đại. Trình độ học vấn không chỉ ảnh hưởng đến kiến thức mà còn tác động tích cực đến hành vi thực hành. Số con cũng là yếu tố then chốt, phản ánh sự “mất tập trung” khi chăm sóc nhiều trẻ hoặc tâm lý chủ quan khi dựa vào kinh nghiệm thay vì tiếp tục cập nhật kiến thức. Về phía trẻ, thực hành của người chăm sóc có xu hướng phù hợp hơn khi trẻ còn nhỏ, cho thấy xu hướng “giảm chú ý” khi trẻ lớn dần, mặc dù đây lại là giai đoạn trẻ bắt đầu ăn đa dạng và mọc nhiều răng – giai đoạn có nguy cơ sâu răng cao nhất nếu không duy trì chăm sóc tốt. Thói quen ăn đêm của trẻ cũng ảnh hưởng đến thực hành của người chăm sóc, điều có thể xuất phát từ việc chủ quan, cho rằng không còn nguy cơ nên không chú trọng vệ sinh miệng đầy đủ sau ăn.

Thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc răng miệng cho trẻ

Can thiệp giáo dục sức khỏe đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện hành vi thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ, với nhiều nội dung đạt sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), đặc biệt là những hành vi vốn tồn tại nhiều sai lệch hoặc bị bỏ qua trước đó. Điều này cho thấy người chăm sóc không chỉ tiếp thu kiến thức mà đã chuyển hóa thành hành động cụ thể, phù hợp với khuyến cáo về phòng ngừa lây nhiễm vi khuẩn và đảm bảo hiệu quả vệ sinh [5]. Đây là những thay đổi tuy không quá lớn nhưng có ý nghĩa trong cải thiện thực hành hàng ngày một cách bền vững, vì dinh dưỡng và sản phẩm chăm sóc là hai yếu tố thường bị bỏ qua trong chăm sóc răng miệng cho trẻ nhỏ. Kết quả Bảng 3 và 4 đã tiếp tục củng cố bằng chứng vững chắc về hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe, với tỷ lệ đối tượng đạt chuẩn kiến thức và thực hành sau can thiệp đều đạt 100%, so với mức ban

đầu lần lượt là 71,7% (kiến thức) và 82,6% (thực hành). Chênh lệch sau can thiệp (CSHQ) đạt 39,5% đối với kiến thức và 21,1% đối với thực hành, phản ánh sự cải thiện toàn diện và rõ ràng, không chỉ về mặt trung bình điểm số mà còn về tỷ lệ người đạt chuẩn. Điểm nổi bật ở đây là kiến thức tăng mạnh cả về mức độ và độ phủ, từ gần ba phần tư số người đạt trước can thiệp lên mức phổ cập hoàn toàn sau can thiệp. Do đó, tỷ lệ đạt sau can thiệp cho thấy chương trình đã thành công không chỉ ở mặt nhận thức mà còn ở việc tác động trực tiếp đến hành vi, điều này phù hợp với lý thuyết hành vi sức khỏe. Sự kết hợp giữa cung cấp kiến thức đúng, thực hành lặp đi lặp lại, và truyền thông phù hợp ngữ cảnh văn hóa là yếu tố cốt lõi tạo nên sự thay đổi hành vi bền vững [6] - điều mà kết quả nghiên cứu đã phần nào chứng minh.

5. KẾT LUẬN

Trước can thiệp, trong số 92 người tham gia nghiên cứu, 51,1% có kiến thức chăm sóc răng miệng ở mức trung bình, 42,4% mức kém và 6,5% mức tốt; 66,3% có thực hành ở mức trung bình, 17,4% mức kém và 16,3% mức tốt. Kiến thức và thực hành khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giới, kiểu gia đình, trình độ học vấn, số con, tuổi và thói quen ăn đêm của trẻ ($p < 0,05$). Sau can thiệp, điểm trung bình kiến thức tăng từ $10,04 \pm 2,16$ lên $14,73 \pm 1,52$ và thực hành từ $5,46 \pm 1,07$ lên $6,98 \pm 0,91$ ($p < 0,05$). Tỷ lệ đạt chuẩn kiến thức và thực hành đều tăng lên 100%, cho thấy hiệu quả rõ rệt của chương trình giáo dục sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần, L. T., Nguyễn, T. T. N. & Nông, P. M. Kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ dưới 2 tuổi của người chăm sóc tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược* 2, 141–155 (2023).
2. Fitzmaurice, C., Allen, C., Barber, R. M., Barregard, L., Bhutta, Z. A., Brenner, H., ... & Satpathy, M. (2017). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*, 3(4), 524-548.
3. Orhan, D. D., Sulak, E. M., Pekacar, S., Gok, H. N., Ozüpek, B., & Özçelik, B. (2025). Investigation of the quality, antimicrobial, and antioxidant effects of commercial carob molasses and determination of phenolic acids by using HPLC. *Journal of Food Science*, 90(2), e70000.
4. Butera, A., Maiorani, C., Morandini, A., Simonini, M., Morittu, S., Trombini, J., & Scribante, A. (2022). Evaluation of children caries risk factors: A narrative review of nutritional aspects, oral hygiene habits, and bacterial alterations. *Children*, 9(2), 262.
5. Suprabha, B. S., D'Souza, V., Shenoy, R., Karuna, Y. M., Nayak, A. P., & Rao, A. (2021). Early childhood caries and parents' challenges in implementing oral hygiene practices: a qualitative study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(1), 106-114.
6. Aririguzoh, S. (2022). Communication competencies, culture and SDGs: effective processes to cross-cultural communication. *Humanities and Social Sciences Communications*, 9(1), 1-11.

TÁC ĐỘNG CỦA SỰ TIN TƯỞNG NHÂN VIÊN Y TẾ TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ GAN ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH VI CẦU TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

INFLUENCE OF TRUST IN HEALTHCARE PROVIDER ON QUALITY OF LIFE
AND RELATED FACTORS AMONG HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS
UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION TREATMENT
AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

PHẠM THỊ TRANG, LÊ DUY CƯỜNG,
NGUYỄN MẠNH CƯỜNG, NGUYỄN THỊ LOAN
Bệnh viện TWQĐ 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác động của mức độ tin tưởng nhân viên y tế (TTNVYT) lên chất lượng cuộc sống (CLCS) và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư gan (UTG) điều trị nút mạch vi cầu (TACE) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TWQĐ 108).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 132 người bệnh UTG, trên 18 tuổi, điều trị TACE. Sử dụng thang đo sức khỏe EQ-5D-5L và VAS phiên bản dành cho người Việt Nam và thang đo TTNVYT để thu thập số liệu.

Kết quả: Tuổi trung bình ($61,02 \pm 11,33$), nam giới chiếm 123/132 (93,18%), giai đoạn BCLC trung gian cao nhất (50,76%), giai đoạn Child-Pugh A chiếm đa số (90,91%). Phản hồi của người bệnh ở thang đo TTNVYT đều ở mức độ đồng ý trở lên (mean > 3,41). Có tương quan thuận giữa TTNVYT với CLCS và VAS ($p < 0,05$); Có liên quan giữa TTNVYT với tuổi và nghề nghiệp ($p < 0,05$).

Kết luận: TTNVYT tốt hơn mang lại lợi ích cho CLCS của người bệnh UTG điều trị TACE tại Bệnh viện TWQĐ 108. Nhân viên y tế cần lưu ý TTNVYT liên quan với tuổi và nghề nghiệp của bệnh nhân UTG điều trị TACE để có biện pháp nâng cao sự TTNVYT.

Từ khóa: Ung thư gan, chất lượng cuộc sống, tin tưởng nhân viên y tế, TACE.

ABSTRACT

Objective: Evaluating the impact of trust in healthcare provider on the quality of life (QoL) and related factors in hepatocellular carcinoma (HCC) patients undergoing transarterial chemoembolization (TACE) treatment at 108 Military Central Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 132 HCC patients over 18 years old, receiving TACE treatment. The EQ-5D-5L and VAS scales (Vietnamese versions), along with a trust in healthcare provider scale, were used for data collection.

Results: The mean age of participants was 61.02 ± 11.33 ; 123 out of 132 (93.18%) were male. The intermediate stage of the Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) classification was the most common (50.76%), and Child-Pugh class A was the most prevalent (90.91%). Patients' responses indicated a generally high level of agreement (mean > 3.41). A positive correlation was found between trust in healthcare provider and both QoL and VAS scores ($p < 0.05$). Trust in healthcare provider was also significantly associated with patients' age and occupation ($p < 0.05$).

Conclusion: Higher levels of trust in healthcare provider are linked to better QoL in HCC patients undergoing TACE treatment at the 108 Military Central Hospital. Healthcare provider should be aware that trust in healthcare provider is influenced by both age and

occupation, and should tailor their communication and care approaches accordingly.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, quality of life, trust in health care provider, TACE.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tin tưởng nhân viên y tế (TTNVYT) là nền tảng quan trọng trong mối quan hệ giữa người bệnh và cơ sở y tế. Niềm tin này không chỉ quyết định hiệu quả điều trị mà còn góp phần duy trì sự gắn kết lâu dài giữa bệnh nhân và hệ thống chăm sóc. Các nghiên cứu cho thấy trung thực, năng lực chuyên môn, giao tiếp hiệu quả, sự đồng cảm và tinh thần trách nhiệm là những yếu tố then chốt giúp củng cố lòng tin [7], [10]. Ngược lại, thiếu nguồn lực, quản lý kém hoặc các ưu đãi tài chính không phù hợp có thể làm suy giảm niềm tin và dẫn đến sự ngờ vực. TTNVYT đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ với kết quả lâm sàng, khả năng tự quản lý bệnh và đặc biệt là chất lượng cuộc sống (CLCS), bao gồm cả thể chất lẫn tinh thần [3], [12].

Tại Việt Nam, ung thư gan là bệnh lý ác tính phổ biến, có tỷ lệ tử vong cao và đặt ra nhiều thách thức trong điều trị. Viện Điều trị các bệnh tiêu hoá, Bệnh viện TWQĐ 108 là cơ sở chuyên khoa đầu ngành, với nhiều năm kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý gan mật. Đặc biệt, phương pháp nút mạch vi cầu và đang được triển khai rộng rãi, mang lại nhiều kết quả tích cực trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Đây là bối cảnh thuận lợi tạo điều kiện cho các nghiên cứu chuyên sâu về mối liên quan giữa TTNVYT và CLCS ở nhóm bệnh nhân đặc thù này.

Xuất phát từ những cơ sở trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá tác động của TTNVYT đến CLCS của người bệnh ung thư gan điều trị TACE tại Bệnh viện TWQĐ 108, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến TTNVYT nhằm góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Người bệnh trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định ung thư gan, điều trị nút mạch vi cầu tại Khoa Điều trị Gan - mật - tụy, Viện điều trị các bệnh tiêu hóa, Bệnh viện TWQĐ 108, thời gian từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2024. Loại trừ người bệnh không đồng ý tham gia, bỏ nghiên cứu, hoặc không trả lời đầy đủ câu hỏi trong bản phỏng vấn.

2.2. Phương pháp

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

$$\text{Cỡ mẫu: } n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

σ là độ lệch chuẩn ước lượng trong dân số, theo nghiên cứu của Maly Rose C (2015) và cộng sự [8], CLCS trung bình là $46,4 \pm 12,6$. Nên chọn σ là: 12,6.

d là sai số ước lượng: chọn $d = 3$, dự trừ mất mẫu 5%

Đưa vào công thức ta có cỡ mẫu tối thiểu $n = 75$.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất (thuận tiện), lấy vào tất cả đối tượng đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Tổng số 132 người bệnh UTG đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Trước khi thu thập số liệu, nhóm nghiên cứu tiến hành tập huấn cho 5 điều dưỡng tham gia nghiên cứu (ĐDTV) về quy trình hướng dẫn và ghi chép số liệu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi, trong quá trình phỏng vấn, người bệnh được giải thích rõ về nội dung và mục đích khảo sát.

Đánh giá CLCS: Sử dụng công cụ EQ-5D-5L đánh giá CLCS theo 05 khía cạnh sức khỏe (sự đi lại, tự chăm sóc bản thân, các hoạt động hàng ngày, đau/khó chịu, lo lắng/trầm cảm). Thang đo sức khỏe VAS, cung cấp tỷ lệ chung về sức khỏe bản thân và cho điểm sức khỏe trên thang điểm 0-100, với 0 điểm đại diện cho sức khỏe 'tệ nhất' và 100 điểm là sức khỏe 'tốt nhất'. EQ-5D-5L và VAS là công cụ đã được chuẩn hóa đầu tiên cho người Việt Nam vào năm 2018, được thực hiện theo quy định, tiêu chuẩn dưới sự giám sát của các chuyên gia của Euroqol và được Euroqol phê chuẩn [2].

Thang đo TTNVYT: Thang đo TTNVYT đã được áp dụng trong nhiều nghiên cứu quốc tế, tại Việt Nam cũng đã có một số công trình sử dụng, tuy nhiên mức độ phổ biến vẫn còn hạn chế. Do đó, việc sử dụng thang đo này trong nghiên cứu hiện tại góp phần bổ sung thêm bằng chứng thực tiễn. Thang đo gồm 11 câu hỏi, được chấm điểm theo thang Likert 5 mức, từ 1 điểm (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 điểm (hoàn toàn đồng ý). Một số câu hỏi có dạng

phủ định (mục 1, 5, 7 và 11) sẽ được tính điểm ngược lại. Tổng điểm mà người bệnh có thể đạt được dao động từ 11 đến 55, phản ánh mức độ tin tưởng dành cho bác sĩ [4]. Thang điểm được phân loại dựa trên giá trị trung bình theo các nghiên cứu trước: hoàn toàn không đồng ý (1,0-1,8); không đồng ý (1,81-2,6); không rõ (2,61-3,4); đồng ý (3,41-4,2); và hoàn toàn đồng ý (4,21-5,0) [11].

Độ tin cậy của công cụ được đánh giá thông qua tính nhất quán nội tại (internal consistency) bằng hệ số Cronbach's Alpha, dựa theo tiêu chuẩn của George và Mallery (2003) [5]. Theo đó, một công cụ được xem là có độ tin cậy chấp nhận được khi Cronbach's Alpha > 0,7. Kết quả phân tích cho thấy thang đo TTNVYT đạt Cronbach's Alpha = 0,874 và thang đo CLCS đạt Cronbach's Alpha = 0,934, chứng tỏ cả hai bộ câu hỏi đều có độ tin cậy rất tốt.

2.3. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện theo trung bình (mean), độ lệch chuẩn (SD), số lượng (N) và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng Regression test đánh giá tương quan giữa TTBSĐT và CLCS, kiểm định Mann-Whitney U và kiểm định Kruskal-Wallis so sánh hai hay nhiều hơn hai nhóm độc lập không có phân phối chuẩn. Giá trị p < 0,05 là có ý nghĩa thống kê khi kiểm định.

Nghiên cứu tuân thủ mọi quy định về bảo mật thông tin người bệnh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=132)

Tiêu chí đánh giá		N	%
Tuổi	< 45	15	11,36
	45 - <64	66	50,0
	≥ 65	51	38,64
	Min-Max; $\bar{X} \pm SD$	34÷85; 61,02±11,32	
Giới tính	Nam	123	93,18
	Nữ	9	6,82
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	124	9,94
	Độc thân, li dị	8	6,06
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	82	62,12
	Dưới đại học	50	37,88

Tiêu chí đánh giá		N	%
Nghề nghiệp	Công chức	45	34,09
	Hưu trí	79	59,85
	Tự do	8	6,06
Kinh tế	Khó khăn	110	83,33
	Không khó khăn	22	16,67
Chỉ số BMI	BMI < 18	14	10,61
	18 ≤ BMI < 23	93	70,45
	BMI ≥ 23	25	18,94

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 61,02 ± 11,32, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 85 tuổi, hay gặp nhất là trong khoảng 45 - 65 tuổi (50,0%). Giới tính nam chiếm đa số (93,18%). Người bệnh chủ yếu là có gia đình (93,94%). Trình độ dưới đại học (37,88%), nghề nghiệp hưu trí là cao nhất (59,85%), khó khăn tài chính (83,33%). Chỉ số BMI bình thường chiếm đa số (70,45%).

Bảng 3.2. Tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=132)

Các biến số		N	(%)
Thời gian bị bệnh	<3 tháng	37	28,03
	3-6 tháng	49	37,12
	>6 tháng	46	34,85
Thời gian điều trị	<3 tháng	49	37,12
	3-6 tháng	52	39,39
	>6 tháng	31	23,48
Child - Pugh	A	120	90,91
	B	12	9,09
Giai đoạn BCLC	Giai đoạn B	67	50,76
	Giai đoạn C	65	49,24
Bệnh nền	Tim mạch	11	8,30
	Hô hấp	40	30,30
	Xơ gan	125	94,70

Nhận xét: Thời gian bị bệnh và điều trị bệnh 3-6 tháng chiếm đa số (37,12% và 39,39%), người bệnh UTG ở giai đoạn B theo BCLC và Child-Pugh A chiếm cao nhất (50,76% và 90,91%), bệnh nền là xơ gan chiếm tỷ lệ cao nhất (94,7%).

3.2. Kết quả điểm tin tưởng nhân viên y tế và chất lượng cuộc sống

Bảng 3.3. Kết quả điểm độ tin tưởng nhân viên y tế (n=132)

TT	Câu hỏi	Câu trả lời					Mean±SD
		1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm	
1	Tôi nghi ngờ NVYT không thật sự quan tâm tôi như một người bệnh.	6 (4,5)	20 (15,2)	44 (33,3)	34 (25,8)	28 (21,2)	3,44±1,12
2	NVYT luôn chu đáo đến nhu cầu của tôi và đặt nó lên hàng đầu.		3 (2,3)	41 (31,1)	49 (37,1)	39 (29,5)	3,94±0,84
3	Tôi tin tưởng vào NVYT rất nhiều, luôn cố gắng làm theo lời khuyên của họ.		1 (0,8)	34 (25,8)	43 (32,6)	54 (40,9)	4,14±0,83
4	Nếu nhân viên y tế nói với tôi điều gì thì điều đó chắc chắn là đúng.		2 (1,5)	48 (36,4)	50 (37,9)	32 (24,2)	3,85±0,81
5	Thỉnh thoảng tôi không tin tưởng vào nhân viên y tế và muốn nghe thêm ý kiến khác.	3 (2,3)	21 (15,9)	46 (34,8)	34 (25,8)	28 (21,2)	3,48±1,07
6	Tôi tin tưởng những quyết định điều trị bệnh của NVYT.		1 (0,8)	48 (36,4)	50 (37,9)	33 (25,0)	3,87±0,80
7	Tôi cảm thấy NVYT chưa cố gắng hết sức để điều trị bệnh cho tôi.	2 (1,5)	23 (17,4)	46 (34,8)	33 (25,0)	28 (21,2)	3,47±1,06
8	Tôi tin rằng NVYT xem nhu cầu chăm sóc y tế là hàng đầu khi điều trị bệnh.		1 (0,8)	45 (34,1)	55 (41,7)	31 (23,5)	3,88±0,77
9	NVYT có đủ trình độ chuyên môn để giải quyết các vấn đề bệnh của tôi.			28 (21,2)	48 (36,4)	56 (42,4)	4,21±0,77
10	Tôi tin tưởng NVYT sẽ thông báo với tôi nếu có sai sót xảy ra trong quá trình điều trị.		1 (0,8)	51 (38,6)	56 (42,4)	24 (18,2)	3,78±0,74
11	Tôi đôi khi lo lắng NVYT có thể không giữ bí mật thông tin riêng tư.	1 (0,8)	25 (18,9)	41 (31,1)	34 (25,8)	31 (23,5)	3,52±1,07

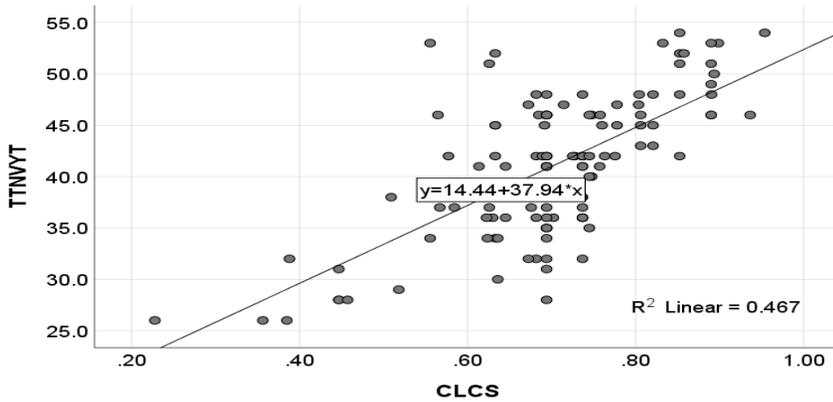
Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tin tưởng của người bệnh đối với nhân viên y tế nhìn chung ở mức khá cao, với điểm trung bình dao động từ 3,44 đến 4,21. Người bệnh tin tưởng nhiều nhất vào trình độ chuyên môn của NVYT (Mean = 4,21 ± 0,77) và sự hướng dẫn trong điều trị (Mean = 4,14 ± 0,83). Các yếu tố về sự chu đáo, quan tâm đến nhu cầu của người bệnh cũng được đánh giá tích cực (Mean = 3,94 ± 0,84).

Bảng 3.4. Điểm các khía cạnh sức khỏe và CLCS (n=132)

STT	Khía cạnh sức khỏe (điểm)	Min ÷ Max	Mean± SD
1	CLCS	0,228±0,954	0,695±0,119
	Sự đi lại	0,0±0,206	0,051±0,035
	Tự chăm sóc	0,0±0,147	0,032±0,029
	Sinh hoạt thường lệ	0,0±0,173	0,055±0,040
	Đau/ khó chịu	0,0±0,367	0,109±0,075
	Lo lắng/ u sầu	0,0±0,171	0,084±0,039
2	VAS	25±95	71,22±11,59

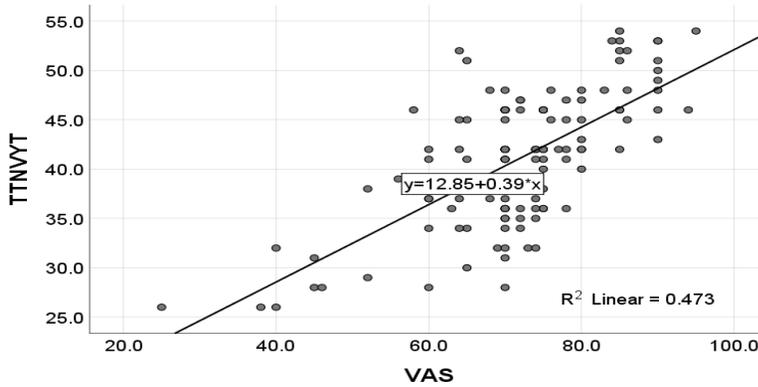
Nhận xét: Điểm trung bình của CLCS là 0,695±0,119, điểm VAS là 71,22±11,59.

3.3. Liên quan giữa tin tưởng nhân viên y tế với chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa điểm TTNVYT với CLCS

Nhận xét: Có tương quan thuận giữa điểm TTNVYT với CLCS ($p < 0,001$; phương trình tương quan CLCS = 14,44 + 37,94 x TTNVYT).



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa điểm TTNVYT với điểm VAS

Nhận xét: Có tương quan thuận TTNVYT với điểm VAS ($p < 0,001$; phương trình tương quan VAS = 12,85 + 0,39 x TTNVYT).

Bảng 3.5. Liên quan giữa điểm TTNVYT với các đặc điểm người bệnh

Các biến số		Điểm TTNVYT	p
		Mean Rank	
Tuổi	< 45	92,90	0,002
	45-64	69,46	
	≥ 65	54,90	
Giới	Nam	65,52	0,276
	Nữ	79,89	

Các biến số		Điểm TTNVYT	p
		Mean Rank	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	59,00	
	Có gia đình	66,98	
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	71,62	0,229
	Dưới đại học	63,38	
Kinh tế	Khó khăn	65,32	0,426
	Không khó khăn	72,41	

Các biến số		Điểm TTNVYT	p
		Mean Rank	
Nghề nghiệp	Công chức	86,37	<0,001
	Hưu trí	55,61	
	Tự do	62,31	
BMI	BMI < 18	76,39	0,078
	18 ≤ BMI < 23	60,83	
	BMI ≥ 23	82,06	

Nhận xét: Các yếu tố như tuổi và nghề nghiệp có liên quan đến TTNVYT ($p = <0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan các yếu tố bệnh và bệnh nền với điểm TTNVYT

Các biến số		Điểm TTNVYT	p
		Mean Rank	
Thời gian bị bệnh	<3 tháng	86,37	0,937
	3-6 tháng	55,61	
	>6 tháng	62,31	
Thời gian điều trị	<3 tháng	72,35	0,130
	3-6 tháng	67,9	
	>6 tháng	54,9	
Child - Pugh	A	65,53	0,353
	B	76,25	
Giai đoạn BCLC	Giai đoạn B	64,51	0,542
	Giai đoạn C	68,55	
Bệnh Tim mạch	Không	68,94	0,055
	Có	49,68	
Bệnh Hô hấp	Không	62,24	0,39
	Có	58,29	
Bệnh Xơ gan	Không	79,29	0,362
	Có	65,78	

Nhận xét: Các yếu tố bệnh và bệnh nền không có liên quan với điểm TTNVYT ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh ung thư gan

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $61,02 \pm 11,32$, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 85

tuổi, hay gặp nhất là 45 -< 64 tuổi (50,0%). Giới tính nam chiếm đa số (93,18%). Người bệnh chủ yếu là có gia đình (93,94%). Trình độ dưới đại học (37,88%), nghề nghiệp hưu trí là cao nhất (59,85%), khó khăn tài chính (83,33%). Chỉ số BMI bình thường chiếm đa số (70,45%) (Bảng 2). Kết quả này khá phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài [1], [9], như vậy có thể nói UTG là bệnh hay gặp ở người cao tuổi, nam giới, người bệnh hầu hết là Child-Pugh A và BCLC giai đoạn trung gian. Người bệnh sống cùng với gia đình, có khó khăn về tài chính và đa số chỉ số BMI ở mức bình thường.

4.2. Liên quan giữa tin tưởng nhân viên y tế và chất lượng cuộc sống

Kết quả nghiên cứu cho thấy, theo phản hồi của người bệnh, tất cả các mục của thang đo TTNVYT đều ở mức độ đồng ý trở lên (giá trị mean > 3,41). Có mối tương quan thuận giữa TTNVYT với CLCS và điểm VAS của người bệnh. Mối liên quan này cho thấy tầm quan trọng rõ ràng của niềm tin người bệnh vào nhân viên y tế chăm sóc và điều trị cho họ. Niềm tin vào nhân viên y tế càng cao thì họ càng thấy yên tâm và thoải mái cả về tinh thần và thể chất từ đó chất lượng cuộc sống tốt lên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có thể nói CLCS sẽ được cải thiện thông qua việc người bệnh tin tưởng nhân viên y tế, họ hiểu rõ các vấn đề sức khỏe, cách điều trị và cách dự phòng bệnh tật. Thái độ thân thiện của nhân viên y tế đã làm giảm bớt lo lắng của người bệnh. Điều này có thể làm tăng sự hài lòng của người bệnh với cơ sở điều trị, do đó tác động đến CLCS ở các khía cạnh sức khỏe thể chất và tinh thần. Ngoài ra, CLCS của người bệnh được cải thiện có thể là kết quả của việc được thoải mái trao đổi, thảo luận về các mối quan tâm sức khỏe của bản thân với bác sĩ điều trị và điều dưỡng chăm sóc, xây dựng được mối quan hệ tốt với nhân viên y tế. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra, người bệnh càng TTNVYT thì chất lượng cuộc sống của họ càng tốt hơn [1], [3], [12].

Nghiên cứu còn cho thấy có liên quan điểm TTNVYT với tuổi và nghề nghiệp của người bệnh. Tuổi càng trẻ, nghề nghiệp là công chức nhà nước thì nhu cầu và nhận thức về bệnh tật cũng như các mối quan hệ trong xã hội tốt hơn thì TTNVYT càng cao. Đáng chú ý, các yếu tố bệnh lý như thời gian mắc bệnh, giai đoạn BCLC, mức độ Child-Pugh, hay bệnh nền (tim mạch, hô hấp, xơ gan) không liên quan đến mức độ tin tưởng NVYT ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng niềm tin của bệnh nhân đối với NVYT chủ yếu chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố cá nhân - xã hội

hơn là tình trạng lâm sàng. Nói cách khác, cho dù mức độ bệnh nặng hay nhẹ, người bệnh vẫn đặt lòng tin vào NVYT dựa trên trải nghiệm giao tiếp, chăm sóc và sự an tâm mà họ cảm nhận được trong quá trình điều trị. Có thể nói mối quan hệ nhân viên y tế-người bệnh được cải thiện sau khi nhân viên y tế có sự quan tâm hướng đến người bệnh và giải thích trung thực kết quả khám và điều trị cho người bệnh [8], [6]. Ngoài ra, việc chia sẻ tốt thông tin chẩn đoán và điều trị đã cải thiện CLCS của người bệnh. Có ý kiến cho rằng một số người bệnh có niềm tin mù quáng vào nhân viên y tế có thể không có giá trị trong việc họ tham gia tích cực vào hoạt động đưa ra các quyết định liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh, điều này có thể dẫn đến giảm CLCS [6]. Một câu hỏi liên quan khác cần được giải quyết trong các nghiên cứu trong tương lai là liệu CLCS của người bệnh có thể bị ảnh hưởng bởi niềm tin của họ vào các cơ sở vật chất và tổ chức của cơ sở y tế, tách biệt với niềm tin của họ vào nhân viên y tế hay không.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 132 người bệnh UTG điều trị TACE cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là khá cao $61,02 \pm 11,32$, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 85 tuổi, bệnh gặp đa số ở nam giới (93,18%). Người bệnh chủ yếu là ở giai đoạn Child-Pugh A và BCLC giai đoạn trung gian. Kết quả nhấn mạnh giá trị của mối liên quan giữa TTNVYT với CLCS của người bệnh UTG, TTNVYT tốt hơn mang lại lợi ích cho CLCS cả khía cạnh thể chất và tinh thần. Trong quá trình chăm sóc điều trị người bệnh UTG bằng TACE tại Bệnh viện TWQĐ 108 nhân viên y tế cần chú trọng đến người bệnh cao tuổi và nghề nghiệp của họ để có biện pháp nâng cao TTNVYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Loan N. T., Trang P. T., Anh C. V và cộng sự (2024). Liên quan sự tin tưởng bác sĩ điều trị với chất lượng cuộc sống ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan điều trị ngoại trú. Tạp chí y dược lâm sàng 108.
- Mai V. Q., Sun S., Minh H. V. và cộng sự. (2020). An EQ-5D-5L value set for Vietnam. *Quality of Life Research*; 29(7): 1923-33.
- AlRuthia Y., Sales I., Almalag H. và cộng sự.. (2020). The relationship between health-related quality of life and trust in primary care physicians among patients with diabetes. *Clinical Epidemiology*: 143-51.
- Anderson L. A., Dedrick R. F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological reports*; 67(3_suppl): 1091-100.
- George D., Mallery P. (1999). SPSS for windows step by step: a simple guide and reference. *Contemporary Psychology*; 44: 100-.
- Lee Y.-Y., Lin J. L. (2011). How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient education and counseling*; 85(3): 406-12.
- LoCurto J., Berg G. M. J. S. o. m. (2016). Trust in healthcare settings: scale development, methods, and preliminary determinants. *SAGE Open Medicine*. 4: 2050312116664224.
- Maly R. C., Liu Y., Liang L. J. và cộng sự.. (2015). Quality of life over 5 years after a breast cancer diagnosis among low income women: effects of race/ethnicity and patient physician communication. *Cancer*; 121(6): 916-26.
- Poon R. T.-P., Fan S. T., Yu W. C. và cộng sự.. (2001). A prospective longitudinal study of quality of life after resection of hepatocellular carcinoma. *Archives of surgery*; 136(6): 693-9.
- Topp S. M., Chipukuma J. M. (2016). A qualitative study of the role of workplace and interpersonal trust in shaping service quality and responsiveness in Zambian primary health centres. *Health policy and planning*; 31(2): 192-204.
- Yaacob A., Awang-Hashim R., Valdez N. P. và cộng sự. (2019). Illuminating diversity practices in Malaysian higher education institutions. *Social Indicators Research*. 34: 1-16.
- Yokokawa D., Ohira Y., Ikegami A. và cộng sự. (2022). Relationship between the presence of primary care physicians and health related quality of life. *Journal of General and Family Medicine*; 23(2): 87-93.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ TIÊM AN TOÀN TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH TRÊN ĐỊA BÀN MỘT TỈNH

FACTORS AFFECTING COMPLIANCE WITH SAFE INJECTIONS AT MEDICAL FACILITIES IN A PROVINCE

TRẦN THỊ PHƯƠNG THẢO¹, CAO THỊ QUỲNH MAI²,
ĐẶNG QUỐC CƯỜNG³, HUỲNH THỊ PHƯƠNG³,
PHẠM THANH THÚY⁴, LÝ THỊ PHƯƠNG HOA⁵; MAI VĂN DŨNG¹;
NGUYỄN THỊ KIM THỦY⁶; VÕ THÀNH SƠN⁶;
TRẦN THỊ THANH TUYẾN⁷

¹Sở Y tế Long An; ²BVĐK Long An; ³Viện nghiên cứu và Đào tạo Y
Dược An Sinh; ⁴BVĐKKV Cần Giuộc; ⁵Trường Đại học Văn Lang;
⁶BV YHCT Long An; ⁷Trường Cao đẳng Bách khoa Nam Sài Gòn.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ quy trình tiêm, truyền an toàn và xác định các yếu tố ảnh hưởng tại các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn một tỉnh.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang đa trung tâm, tiến hành trên 879 điều dưỡng tại 20 cơ sở y tế (10 trung tâm y tế và 10 bệnh viện công lập, tư nhân) trong tháng 5/2025. Dữ liệu thu thập qua quan sát trực tiếp theo bộ tiêu chuẩn tiêm an toàn của Bộ Y tế. Phân tích hồi quy đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình.

Kết quả: Tuổi trung bình của điều dưỡng là 34,7 ± 6,2; nữ giới chiếm 84,3%. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật đạt 55,4%, trong khi tuân thủ tiêu chuẩn tiêm an toàn chỉ đạt 42,9%. Phân tích đa biến cho thấy: (1) điều dưỡng có trình độ đại học tuân thủ cao hơn 31% so với trung cấp (PR=1,31; p=0,019); (2) nhóm đào tạo vừa học vừa làm tuân thủ thấp hơn 19% so với đào tạo chính quy (PR=0,81; p=0,016); (3) nhóm trực 6–9 ngày/tháng tuân thủ thấp hơn 17% so với nhóm trực ≤5 ngày (PR=0,83; p=0,02).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ tiêm an toàn còn thấp, phản ánh khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành. Cần tăng cường giám sát, nâng cao chất lượng đào tạo và sắp xếp lịch trực hợp lý để cải thiện tuân thủ, đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Từ khóa: Tiêm an toàn; Điều dưỡng; Yếu tố ảnh hưởng; Tuân thủ quy trình.

ABSTRACT

Objective: To describe compliance with safe injection and infusion protocols and identify influencing factors at healthcare facilities in a Vietnamese province.

Methods: A multi-center cross-sectional descriptive study was conducted in May 2025 among 879 nurses from 20 healthcare facilities (10 medical centers and 10 public/private hospitals). Data were collected via direct observation based on the Ministry of Health's injection safety standards. Multivariate regression analysis identified independent factors associated with protocol compliance.

Results: The mean age of participants was 34.7 ± 6.2 years; 84.3% were female. Compliance with technical protocols was 55.4%, while compliance with safe injection standards was only 42.9%. Multivariate analysis revealed three independent factors: (1) university-level nurses had 31% higher compliance compared to vocational-level (PR=1.31; p=0.019); (2) part-time trained nurses had 19% lower compliance compared to regular training (PR=0.81; p=0.016); and (3) nurses with 6–9 duty shifts/month had 17% lower compliance than those with ≤5 shifts (PR=0.83; p=0.02).

Conclusion: The low compliance rates highlight a persistent gap between knowledge and practice. Strengthening supervision, improving training quality, and arranging reasonable duty schedules are necessary to enhance compliance with safe injection protocols and ensure patient safety.

Keywords: Injection safety; Nursing; Influencing factors; Compliance.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm, truyền là những kỹ thuật thường quy trong chăm sóc và điều trị, được thực hiện hàng ngày tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, nếu không đảm bảo thực hành đúng quy trình và an toàn, các thao tác này có thể trở thành nguồn gây ra các tai biến nghiêm trọng cho người bệnh và cả nhân viên y tế, như nhiễm khuẩn, lây truyền bệnh qua đường máu hoặc các biến chứng tại chỗ như áp xe, hoại tử. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã nhấn mạnh việc sử dụng bơm kim tiêm an toàn, thiết kế để ngăn ngừa tái sử dụng và giảm nguy cơ chấn thương do kim đâm phải, nhằm hạn chế các rủi ro này [13].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cho thấy thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng còn chưa đồng đều giữa các cơ sở. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ thực hành đúng quy trình tiêm an toàn mới chỉ đạt 45,6%, trong đó yếu tố kiến thức và trình độ chuyên môn có ảnh hưởng đáng kể [3]. Tương tự, nghiên cứu tại một số bệnh viện lớn cũng cho thấy dù phần lớn điều dưỡng có kiến thức cơ bản về tiêm an toàn nhưng thực hành vẫn chưa đạt chuẩn, đặc biệt ở các bước kiểm tra người bệnh, dụng cụ và xử lý sau tiêm [1,4].

Bên cạnh kiến thức và kỹ năng, các yếu tố liên quan đến môi trường làm việc như áp lực công việc, thời gian làm việc kéo dài, và ca trực đêm cũng ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng và mức độ an toàn trong thực hành tiêm, truyền. Một số nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng khối lượng công việc cao là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra sự cố trong chăm sóc, đặc biệt là sự cố trong dùng thuốc và tiêm, truyền [12]. Ngoài ra, tình trạng làm việc quá giờ, thiếu nghỉ ngơi, ca kíp kéo dài có thể làm suy giảm khả năng tập trung của điều dưỡng, dẫn đến tăng nguy cơ trong thực hành lâm sàng [7]. Các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tiêm, truyền an toàn đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu, nhưng tại Việt Nam vẫn còn thiếu những nghiên cứu toàn diện xem xét nhiều yếu tố một cách hệ thống. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tiêm, truyền an toàn tại các cơ sở y tế, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và bảo đảm an toàn cho người bệnh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đa trung tâm được thực hiện nhằm khảo sát thực trạng tuân thủ quy trình tiêm, truyền tại 20 cơ sở y tế (gồm 10 trung tâm y tế tuyến tỉnh và 10 bệnh viện công lập, tư nhân) trên địa bàn tỉnh trong tháng 5 năm 2025.

Đối tượng: Điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng của 20 cơ sở y tế. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đủ điều kiện hành nghề điều dưỡng, đã được đào tạo quy trình tiêm truyền theo bộ tiêu chuẩn của Bộ Y tế, đồng ý tham gia. Mẫu: 879 điều dưỡng, được tuyển chọn ngẫu nhiên có phân tầng theo từng đơn vị trung tâm và bệnh viện. Trong mỗi đơn vị chọn ngẫu nhiên phân tầng theo các khoa, và tại các khoa khảo sát toàn bộ điều dưỡng trong khoa.

Công cụ: Phiếu quan sát trực tiếp quy trình tiêm, truyền xây dựng trên cơ sở bộ tiêu chuẩn đánh giá an toàn tiêm truyền của Bộ Y tế, bao gồm các bước chuẩn bị người bệnh, chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm, quy trình thực hiện kỹ thuật và tiêu chuẩn tiêm an toàn.

Quan sát: Điều tra viên đã được tập huấn thực hiện quan sát trực tiếp từng bước của quy trình tiêm, truyền khi điều dưỡng thực hành trên người bệnh. Mỗi quan sát viên thực hiện song song đối với nhiều điều dưỡng nhưng đảm bảo không can thiệp vào quy trình.

Biến nghiên cứu:

Thực hành tuân thủ quy trình kỹ thuật (“đạt” khi tổng điểm các bước thực hiện $\geq 80\%$).

Đánh giá mũi tiêm an toàn (“đạt” khi thực hiện đúng 17 tiêu chuẩn Tiêm an toàn của Bộ Y tế).

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 20.0; Thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ, trung bình \pm độ lệch chuẩn) cho các biến; Kiểm định χ^2 để so sánh tỷ lệ tuân thủ và kiến thức về tiêm an toàn. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được đặt tại $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Đề án được Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh cấp tỉnh phê duyệt. Toàn bộ điều dưỡng tham gia nghiên cứu đều được thông tin đầy đủ về mục đích, phương pháp, quyền lợi và tự nguyện ký giấy cam kết tham gia. Dữ liệu thu thập được bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu 879 điều dưỡng thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại các bệnh viện trên địa bàn tỉnh sau khi phân tích số liệu chúng tôi có được các kết quả như sau.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Trung bình, ĐLC, Min-Max)		34,7 \pm 6,2	(22 – 64)
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	153	17,4
	30 – 39 tuổi	573	65,2
	≥ 40 tuổi	153	17,4

Giới tính	Nam	138	15,7
	Nữ	741	84,3
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	107	12,2
	Cao đẳng	399	45,4
	Đại học	373	42,4
Thâm niên công tác	Từ 2 năm đến 5 năm	244	27,8
	Từ trên 5 năm đến 10 năm	146	16,6
	≥ 10 năm	489	55,6
Làm việc tại các khoa lâm sàng	Nội	411	46,8
	Ngoại	146	16,6
	Sản	70	8,0
	Nhi	111	12,6
	Chuyên khoa	141	16,0
Khối lượng công việc được giao	5-10 người bệnh	450	51,2
	10 - 20 người bệnh	306	34,8
	> 30 người bệnh	123	14

Tổng số 879 điều dưỡng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình $34,7 \pm 6,2$. Đa số là nữ (84,3%), có trình độ cao đẳng (45,4%) hoặc đại học (42,4%), và có thâm niên công tác ≥ 10 năm (55,6%). Phần lớn điều dưỡng làm việc tại khoa nội (46,8%) và được giao chăm sóc từ 5–10 người bệnh (51,2%) (Bảng 3.1).

3.2. Đặc điểm môi trường làm việc của điều dưỡng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Trang thiết bị văn phòng:			
- Có đầy đủ và thay thế kịp thời	640	72,8	
- Có nhưng chưa đầy đủ và chưa thay thế kịp thời	239	27,2	
Phòng trực	Có	832	94,6
	Không	47	5,4
Số ngày trực trung bình trong tháng:	$7,3 \pm 3,0$ (0 – 15)		
	8 (7 – 10)		
Số ngày trực	≤5 ngày	152	17,3
	6–9 ngày	493	56,1
	≥10 ngày	234	26,6

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Trang bị bảo hộ	Có	860	97,8
	Không	19	2,2
Tạo điều kiện cập nhật kiến thức nâng cao trình độ	Có	864	98,3
	Không	15	1,7
Cơ hội thăng tiến	Có	817	92,9
	Không	62	7,1
Đảm bảo an ninh trật tự	Có	780	88,7
	Không	99	11,3
Tham quan, nghỉ dưỡng	Có	688	78,3
	Không	191	21,7
Thường, thu nhập tăng thêm có xứng đáng với cống hiến	Có	667	75,9
	Không	212	24,1

Hầu hết điều dưỡng được trang bị đầy đủ phòng trực (94,6%) và bảo hộ lao động (97,8%), có điều kiện cập nhật kiến thức (98,3%), cơ hội thăng tiến (92,9%) và môi trường làm việc đảm bảo an ninh (88,7%). Số ngày trực trung bình trong tháng là $7,3 \pm 3$ ngày. Gần 76% điều dưỡng cho rằng mức thường và thu nhập tăng thêm xứng đáng với cống hiến (Bảng 3.2).

Bảng 3.3. Thực hành quy trình tiêm, truyền an toàn

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Chuẩn bị người bệnh	Đạt	703	80
	Không đạt	176	20
Chuẩn bị dụng cụ	Đạt	652	74,2
	Không đạt	227	25,8
Rút thuốc bột	Đạt	240	83,6
	Không đạt	47	16,4
Rút thuốc nước	Đạt	70	81
	Không đạt	16	19
Rút thuốc ống	Đạt	219	75,3
	Không đạt	72	24,7
Tuân thủ QTKT	Đạt	487	55,4
	Không đạt	392	44,6
Tiêu chuẩn tiêm an toàn	Đạt	377	42,9
	Không đạt	502	57,1

Tỷ lệ thực hiện đạt các bước chuẩn bị người bệnh là 80%, chuẩn bị dụng cụ là 74,2%. Thực hành rút thuốc đạt từ 75,3% đến 83,6%. Tuy nhiên, chỉ 55,4% điều dưỡng tuân thủ đầy đủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền và 42,9% thực hiện đúng tiêu chuẩn tiêm an toàn theo Bộ Y tế (Bảng 3.3).

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tuân thủ

Đặc điểm	Tuân thủ Quy trình tiêm, truyền		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đạt	Không đạt		
Nhóm tuổi				
< 30 tuổi	101 (66)	52 (34)	1	
30 – 39 tuổi	310 (54,1)	263 (45,9)	0,82 (0,71- 0,94)	0,004
≥ 40 tuổi	76 (49,7)	77 (50,3)	0,72 (0,62- 0,92)	0,004
Thâm niên công tác				
Từ 2 năm đến 5 năm	153 (62,7)	91 (37,3)	1	
Từ trên 5 năm đến 10 năm	87 (59,6)	59 (40,4)	0,95 (0,80- 1,12)	0,545
≥ 10 năm	247 (50,5)	242 (49,5)	0,80 (0,71- 0,92)	0,001
Hình thức đào tạo				
Chính quy	221	148	1	
Liên thông	154	132	0,90 (0,78- 1,03)	0,125
Vừa làm vừa học	112	112	0,83 (0,71- 0,98)	0,023
Nhóm_Số ngày trực trung bình trong tháng				
≤5 ngày	93 (61,2)	59 (38,8)	1	
6–9 ngày	251(50,9)	242 (49,1)	0,83 (0,71- 0,97)	0,019
≥10 ngày	143 (61,1)	91 (38,9)	0,99 (0,85- 1,18)	0,989

Bảng 3.4 cho thấy mối liên quan giữa đặc điểm chung và tuân thủ quy trình tiêm truyền (Phân tích đơn biến: Tuổi và thâm niên công tác có ảnh hưởng đến tuân thủ quy trình. Nhóm ≥40 tuổi và ≥10 năm công tác có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhóm trẻ và ít năm kinh nghiệm ($p<0,05$). Điều dưỡng học vừa làm vừa học có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhóm chính quy ($p=0,023$). Các yếu tố khác như thiết bị, bảo hộ, cơ hội thăng tiến, an ninh, thu nhập không có ảnh hưởng đáng kể. Ngoài ra, chỉ yếu tố số ngày trực trung bình có mối liên quan có ý nghĩa thống kê: điều dưỡng trực từ 6–9 ngày/tháng tuân thủ quy trình thấp hơn nhóm trực ≤5 ngày ($p=0,019$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giới tính, trình độ chuyên môn, khối lượng công việc, hay kiêm nhiệm.

Bảng 3.5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan với tuân thủ quy trình tiêm truyền

Yếu tố	PR	PR*	KTC 95%	P*
Trình độ chuyên môn				
Trung cấp	1	1		
Cao đẳng	1,12	1,14	(0,92 - 1,43)	0,237
Đại học	1,20	1,31	(1,04 – 1,64)	0,019
Hình thức đào tạo				
Chính quy	1	1		
Liên thông	0,90	0,91	(0,78 – 1,06)	0,247

Yếu tố	PR	PR*	KTC 95%	P*
Vừa làm vừa học	0,83	0,81	(0,68 – 0,96)	0,016
Số ngày trực trung bình trong tháng				
≤5 ngày	1	1		
6–9 ngày	0,83	0,83	(0,71 – 0,97)	0,02
≥10 ngày	0,99	0,99	(0,84 – 1,17)	0,931

Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ quy trình, cho thấy trình độ chuyên môn: Điều dưỡng có trình độ đại học tuân thủ tốt hơn trung cấp 31%

($p=0,019$); Hình thức đào tạo: Nhóm vừa làm vừa học có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn chính quy 19% ($p=0,016$); Số ngày trực: Nhóm trực 6–9 ngày/tháng vẫn có tuân thủ thấp hơn nhóm trực ≤ 5 ngày ($p=0,02$) (Bảng 3.5).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy mặc dù tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt yêu cầu về quy trình tiêm truyền và tiêm an toàn ở mức rất cao (99,2–99,4%), nhưng tỷ lệ tuân thủ thực hành trên lâm sàng vẫn còn thấp, chỉ đạt 42,9% đối với tiêu chuẩn tiêm an toàn và 55,4% đối với quy trình kỹ thuật. Kết quả này phản ánh rõ ràng khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành, phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới [1–4,7,12].

Theo WHO [13], việc tiêm an toàn không chỉ phụ thuộc vào kiến thức mà còn là sự phối hợp giữa kỹ năng, thái độ, điều kiện làm việc và hệ thống hỗ trợ. Trong đó, kết quả của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Quách Thi Hoa và cộng sự [2] tại Bệnh viện Nhi Trung ương với tỷ lệ tuân thủ tiêm an toàn chỉ đạt 39%, những yếu tố liên quan như giới tính, tham gia tập huấn tại bệnh viện, dụng cụ tiêm thuận tiện, phương tiện phòng hộ đầy đủ có ý nghĩa thống kê tới tuân thủ quy trình tiêm của điều dưỡng ($p < 0,05$). Tuy nhiên, so sánh với kết quả của Trần Cao Đạt và cộng sự [1], Bá Chí Thanh và cộng sự [3] có tỷ lệ ghi nhận tỷ lệ tuân thủ cao hơn kết quả nghiên cứu hiện tại. Ngoài ra, xác định một số yếu tố liên quan như nhóm tuổi, trình độ học vấn, đào tạo, tập huấn; trang bị, dụng cụ cũng có vai trò trong việc ảnh hưởng đến tỷ lệ thực hành tiêm an toàn [3].

Ngoài ra, một yếu tố đáng chú ý là trình độ chuyên môn, hình thức đào tạo và số ngày trực trung bình trong tháng được xác định là ba yếu tố độc lập ảnh hưởng đến sự tuân thủ quy trình tiêm truyền. Điều dưỡng có trình độ đại học tuân thủ quy trình cao hơn 31% so với nhóm trung cấp, phù hợp với kết luận của Bá Chí Thanh và cộng sự [3], cho rằng điều dưỡng có trình độ cao hơn có kỹ năng thực hành tốt hơn do được đào tạo bài bản hơn. Ngược lại, nhóm được đào tạo theo hình thức vừa học vừa làm có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn 19% so với đào tạo chính quy, điều này cũng được xác nhận trong nghiên cứu của Mamashli [8], cho thấy phương pháp đào tạo có ảnh hưởng rõ rệt đến hiệu quả thực hành.

Hơn nữa, một yếu tố khác là số ngày trực trung bình trong tháng: điều dưỡng trực 6–9 ngày có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhóm trực ≤ 5 ngày là 17%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Di Muzio và cộng sự [4], Ratanto và cộng sự [11], nhấn mạnh rằng khối lượng công việc và trực nhiều ca làm tăng nguy cơ mệt mỏi, sai sót và giảm tuân thủ quy trình chuyên môn. Điều này cũng được Eck và cộng sự [5] xác nhận qua phân tích dữ liệu quốc gia cho thấy mật độ công việc cao ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng công việc điều dưỡng.

Điều đáng chú ý là các yếu tố về môi trường làm việc như có phòng trực, trang bị bảo hộ, tạo điều kiện học tập, cơ hội thăng tiến không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ. Điều này khác với giả định trong một số nghiên cứu như của Khalil [7] và Midilli [9], nơi họ nhấn mạnh vai trò tích cực của môi trường làm việc hỗ trợ đến hành vi thực hành an toàn. Tuy nhiên, một điểm tích cực là tỷ lệ thực hiện các bước cụ thể như chuẩn bị người bệnh (80%), chuẩn bị dụng cụ (74,2%), rút thuốc (75,3–83,6%) là khá cao, phản ánh rằng điều dưỡng đã có nền tảng kỹ năng tương đối tốt ở một số bước [1,3]. Kết quả này cho thấy cần đào tạo chuyên sâu hơn ở các bước quan trọng, cũng như tạo môi trường thực hành hiệu quả là yếu tố then chốt trong thực hành tiêm an toàn.

Ngoài ra, nghiên cứu của Pradeep và cộng sự [10] tại Ấn Độ chứng minh rằng việc can thiệp cải tiến chất lượng có hệ thống như đào tạo kết hợp giám sát và phản hồi giúp nâng tỷ lệ tuân thủ từ 20% lên hơn 80%. Đây là một hướng gợi ý thiết thực cho các đơn vị quản lý y tế tại địa phương trong việc tổ chức các chương trình can thiệp dựa trên các yếu tố ảnh hưởng đã được xác định.

Kết quả nghiên cứu hiện tại phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, đồng thời bổ sung thêm bằng chứng thực nghiệm về ảnh hưởng của hình thức đào tạo, trình độ chuyên môn, và lịch trực đến sự tuân thủ quy trình tiêm, truyền của điều dưỡng. Để cải thiện thực hành, cần thiết kế các chương trình đào tạo thực hành chuyên sâu, cải tiến quy trình làm việc và bố trí lịch trực hợp lý, đồng thời có thể áp dụng các mô hình can thiệp cải tiến chất lượng qua các khuyến cáo của WHO và các kết quả nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền (55,4%) và tiêu chuẩn tiêm an toàn (42,9%) của điều dưỡng còn thấp, phản ánh rõ khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành lâm sàng. Ba yếu tố độc lập ảnh hưởng đến tuân thủ là trình độ chuyên môn, hình thức đào tạo và số ngày trực trong tháng. Từ đó, cần tăng cường đào tạo thực hành, nâng cao chất lượng đào tạo, và bố trí lịch làm việc hợp lý nhằm cải thiện mức độ tuân thủ, đảm bảo an toàn trong chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Cao Đạt, Đỗ Thị Hà, Phạm Quỳnh Anh, Phạm Thị Huyền Chang. (2022). Thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng Tại các khoa lâm sàng viện Y Dược học Dân tộc, thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển (Tập 06, Số 03-2022)*.

2. Quách Thị Hoa, Nguyễn Thị Hoài Thu. Bùi Thị Mỹ Anh. (2018). Thực trạng tuân thủ quy trình tiêm an toàn và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Phụ Bản Tập 22. Số 6.

3. Nguyễn Thị Cẩm Tiên, Phạm Văn Do, Cao Thị Huyền Trân và cộng sự. (2025). Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan với tiêm an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 86, 63-69. <https://doi.org/10.58490/ctump.2025i86.3632>

4. Bá Chí Thanh, Phạm Đức Minh, Lê Bích Ngọc và cộng sự (2023). Kiến thức, thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng khoa lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh, năm 2022. *Tạp Chí Y học Dự phòng*; 33(2):167-178.

5. Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, et al. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient

safety? A systematic review. *European review for medical and pharmacological sciences*, 23(10), 4507–4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963

6. Eck CS, Knox MK, Mehta PD, Petersen LA. (2024) Estimating the Relationship Between Nurse Staffing and Medication Pass Workload Using National Barcode Data. *Nurs Res*.73(6):450-457. doi:10.1097/NNR.0000000000000764.

7. Scott-Marshall H. K. (2024). Safe limits on work hours for the nursing profession: a rapid evidence review. *Frontiers in global women's health*, 5, 1455422. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1455422>.

8. Khalil G M. (2018). Improvement of safe injection practices among nurses in Zagazig University Hospitals. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. Oct. Vol. 73 (4), Page 6385-6391.

9. Leila Mamashli, Shokoh Varaei. Study the Effect of Multimedia Safety Injection on Nurses' Performance at Three Levels During Preparation, During Injection and After Injection. *J Adv Pharm Edu Res*.9(S2):80-89.

10. Midilli R, et al. Health and safety risks affecting part-time nursing students. PMC. 2021.

11. Pradeep J, Kumari P, Puri M, Pradeep C, Gauba A. (2025). Quality improvement initiative to improve safe injection practices by nurses in labour room of a tertiary care centre, India. *BMJ Open Qual*. 2025;13(Suppl 1):e002955. doi:10.1136/bmjopen-2024-002955.

12. Ratanto R, et al. (2021). Workload as the most important factor influencing of medication errors by nurses. *Opening Nursing Journal*. DOI: [10.2174/1874434602115010204](https://doi.org/10.2174/1874434602115010204)

13. World Health Organization. Guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings. Geneva: WHO; 2016.

SÁNG KIẾN: TẠO MÁY ĐẾM SỐ GIỌT DỊCH TRUYỀN

CREATING A DROP COUNTER

HUYỀN MINH DƯƠNG, NGUYỄN CHÍ TÂM,
PHẠM HOÀNG PHONG
Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

TÓM TẮT

Việc theo dõi tốc độ truyền dịch bằng phương pháp thủ công hiện nay chủ yếu dựa vào quan sát số giọt mỗi phút trên đồng hồ, đòi hỏi điều dưỡng phải căn chỉnh thường xuyên, dễ dẫn đến sai số hoặc bỏ sót, nhất là trong điều kiện không đủ nhân lực, tốn nhiều thời gian trong việc điều chỉnh số giọt và tăng nguy cơ tai biến cho bệnh nhân

Sáng kiến này chế tạo một thiết bị đếm số giọt dịch truyền đơn giản, chi phí thấp, có khả năng tự động tính toán ghi nhận và ra kết quả số giọt dịch truyền theo chỉ định của bác sĩ. Thiết bị sử dụng cảm biến quang học và vi điều khiển nhỏ gọn, có thể gắn trực tiếp lên bầu dây truyền dịch thông thường.

Sau khi áp dụng thử nghiệm tại một số khoa trong Bệnh viện đa khoa Cà Mau, thiết bị cho kết quả đếm chính xác > 98%, giúp giảm thời gian thực hiện công việc của điều dưỡng, tăng độ an toàn truyền dịch và giảm sự cố không mong muốn. Thiết bị nhỏ gọn, sử dụng vận hành dễ dàng, thao tác nhanh chóng, thời gian có thể sử dụng 7 ngày.

Từ khóa: Đếm giọt truyền, truyền dịch, thiết bị y tế đơn giản, cảnh báo tốc độ, an toàn người bệnh.

ABSTRACT

Currently, monitoring the rate of infusion by manual method mainly relies on observing the number of drops per minute on the clock, requiring nurses to adjust regularly, which can easily lead to errors or omissions, especially in conditions of insufficient human resources, taking a lot of time to adjust the number of drops and increasing the risk of complications for patients.

This initiative manufactures a simple, low-cost infusion drop counter, capable of automatically calculating, recording and outputting the number of infusion drops according to the doctor's orders. The device uses optical sensors and compact microcontrollers, which can be mounted directly on a conventional infusion tube.

After testing in some departments of Ca Mau General Hospital, the device gave accurate counting results >98%,

helping to reduce nursing work time, increase infusion safety and reduce unexpected incidents. The device is compact, easy to use and operate, quick to operate, and can be used for 7 days.

Keywords: Infusion drop counter, infusion, simple medical device, speed warning, patient safety.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Truyền dịch là một biện pháp tiêm truyền tĩnh mạch nhỏ giọt, đưa những chất có lợi vào cơ thể qua đường máu để hỗ trợ cho việc điều trị bệnh hoặc để phục hồi cơ thể... Trên thực tế, việc truyền dịch rất cần thiết trong trường hợp bệnh nặng cần cấp cứu hoặc trong trường hợp người bệnh không thể uống thuốc. Trong nhiều trường hợp truyền dịch là biện pháp cấp cứu quan trọng, giúp bệnh nhân vượt qua giai đoạn nguy hiểm. Tuy nhiên việc truyền dịch không hề đơn giản như nhiều người vẫn nghĩ rằng chỉ là cắm kim truyền rồi chờ cho dịch chảy hết.

- Để bệnh nhân được truyền dịch an toàn, bác sĩ cần thăm khám, đánh giá tình trạng bệnh, từ đó lựa chọn loại dịch truyền, số lượng dịch truyền trong ngày, thời gian truyền và tốc độ truyền thích hợp với từng bệnh nhân. Việc truyền dịch cần tuân thủ tuyệt đối các quy định và phải được thực hiện tại các cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị, phương tiện cấp cứu, để có thể xử lý kịp thời nếu xảy ra hiện tượng phản ứng phản vệ.

- Thực trạng hiện nay:

+ Đếm giọt thủ công mất thời gian; không chính xác (bằng mắt + đồng hồ kim giây).

+ Nguy cơ tai biến: phù phổi, suy tim, suy thận do truyền quá nhanh.

+ Sai lệch tốc độ dịch truyền xảy ra thường xuyên.

+ Thiếu thiết bị kiểm soát tốc độ truyền dịch.

Từ thực trạng nêu trên, nếu tiếp tục áp dụng cách đếm giọt như cũ thì công việc của điều dưỡng gặp khó khăn do tăng khối lượng công việc, không đảm bảo an toàn cho người bệnh, nguy cơ tai biến cho người bệnh. Nhằm thay đổi cách đếm số giọt bằng đồng hồ có kim giây, nhóm

chúng tôi nghiên cứu theo nguyên lý máy truyền dịch từ đó vận dụng và sáng chế máy đếm số giọt dịch truyền, theo dõi được số giọt theo y lệnh với giá thành thấp, nâng cao chất lượng trong công việc và trong chăm sóc người bệnh.

2. MỤC ĐÍCH

1. Thay thế phương pháp đếm giọt thủ công.
2. Hỗ trợ điều dưỡng kiểm soát tốc độ truyền dịch.
3. Nâng cao an toàn người bệnh.
4. Giảm thời gian và khối lượng công việc cho điều dưỡng.

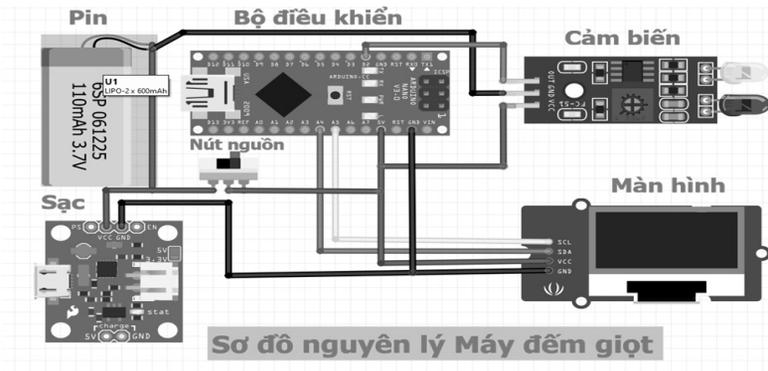
3. GIẢI PHÁP

- Chế tạo máy đếm số giọt sử dụng cảm biến hồng ngoại.
- Hiển thị số giọt/phút trực tiếp trên màn hình.
- Thiết bị nhỏ gọn, dễ sử dụng.
- Giá thành thấp: 1 triệu đồng.



1. Nguyên lý hoạt động của thiết bị

- Gắn máy vào bầu nhỏ giọt (20 giọt).
- Cảm biến phát hiện giọt dịch rơi → gửi tín hiệu đến bộ xử lý.
- Kết quả hiển thị số giọt/ phút trên màn hình LED.
- Có thể tùy chỉnh dịch truyền theo y lệnh BS.



2. Thông số kỹ thuật Máy Đếm số giọt dịch truyền

Model	DT - 01
Xuất xứ	Việt Nam
Màn hình hiển thị	Oled 0.96 inch; hiển thị số giọt/phút
Loại cảm biến	Hồng ngoại
Dải tốc độ đếm giọt	10 - 200 giọt/phút
Chế độ điều chỉnh tốc độ	Cài đặt số giọt/phút theo y lệnh
Tương thích với dây truyền dịch	Phù hợp với hầu hết các loại dây truyền dịch tiêu chuẩn (20 giọt)
Kết quả	Hiển thị liên tục
Đơn vị	Giọt/phút

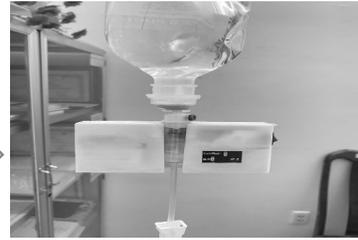
Model	DT - 01
Độ chính xác	98%
Nguồn điện	5 Vdc
Pin	Li-po 800mAh
Cổng sạc	Type C
Kích thước	112 x 58 x 24
Trọng lượng	100g
Vật liệu	Nhựa PLA
Màu sắc	Trắng, Đen

3. Quy trình sử dụng thiết bị

Bước 2: Gắn máy vào bầu nhỏ giọt dây truyền dịch, tránh rung, lắc mạnh. Giữ máy luôn thẳng đứng, quay mặt màn hình máy đếm đối diện với người thực hiện.



Bước 3: Mở máy đếm, kiểm tra màn hình hiển thị.



Bước 4: Mở kẹp con lăn cho dịch truyền chảy từ từ qua bầu nhỏ giọt và quan sát màn hình hiển thị cho đến khi đúng số giọt theo y lệnh Bác sĩ thì ngưng.



Bước 5: Tắt máy và tháo máy khỏi bầu nhỏ giọt.



Hướng dẫn sử dụng máy đếm số giọt dịch truyền
(Phụ lục 1: Video đính kèm mã QR code)



4. ĐÁNH GIÁ VỀ TÍNH MỚI, TÍNH HIỆU QUẢ VÀ KHẢ THI

1. Tính mới

- Qua quá trình giám sát các khoa thực hiện quy trình truyền dịch nhận thấy khối lượng công việc của điều dưỡng tương đối nhiều, đặt biệt thao tác điều chỉnh số giọt bằng đồng hồ tốn nhiều thời gian và độ chính xác chưa cao nên vẫn còn tiềm ẩn nguy cơ trên người bệnh. Qua đó, máy đếm số giọt dịch truyền khắc phục được các hạn

chế trên, máy có độ chính xác cao (98%), rút ngắn thời gian đếm ra kết quả nhanh (trong 4 giọt hiển thị kết quả).

- Máy đếm số giọt có giá thành thấp so với máy mua từ các công ty thiết bị y tế.

- Cải tiến nâng cao chất lượng trong công việc của Điều dưỡng.

- Lần đầu áp dụng tại bệnh viện, có thể áp dụng cho tất cả các bệnh viện có thực hiện kỹ thuật truyền dịch. Hiện các bệnh viện trong tỉnh và các tỉnh lân cận chưa sử dụng máy đếm số giọt dịch truyền.

- Giúp cho ĐD kiểm soát được tốc độ dịch truyền khi điều dưỡng thực hiện kỹ thuật đảm bảo an toàn cho người bệnh.

2. Tính hiệu quả và khả thi

- Đối với bệnh viện

+ Tiết kiệm được nhiều chi phí so với mua máy đếm số giọt.

+ Hạn chế các sự cố y khoa liên quan đến chăm sóc người bệnh.

+ Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế.

+ Tạo niềm tin cho người bệnh, thu hút người bệnh đến khám và điều trị, thúc đẩy tăng trưởng tài chính cho bệnh viện.

- Đối với bệnh nhân

+ Tin tưởng chất lượng chăm sóc của điều dưỡng, cảm giác an toàn khi điều trị tại bệnh viện.

- Đối với nhân viên

+ Thao tác dễ dàng, dễ sử dụng.

+ Tiết kiệm được thời gian trong việc đếm giọt khi truyền dịch.

+ Kiểm soát được tai biến cho bệnh nhân do truyền dịch không đúng số giọt. Giảm thiểu rủi ro, sai sót chuyên môn.

+ An toàn trong chăm sóc người bệnh.

+ Nâng cao chất lượng chăm sóc.

+ Tạo môi trường làm việc khoa học, tiện lợi, an toàn giúp nhân viên y tế an tâm công tác.

+ Tạo cơ hội để nhân viên y tế đưa ra những ý kiến sáng tạo trong công việc.

5. KẾT LUẬN

- Máy đếm số giọt được áp dụng rộng rãi trong thực hiện quy trình kỹ thuật truyền dịch tại bệnh viện, đến nay an toàn, chưa ghi nhận trường hợp nào bị tai biến do quá tốc độ dịch truyền.

- Giúp Điều dưỡng tự tin hơn trong công việc, tiết kiệm được thời gian trong thực hiện kỹ thuật; ngăn ngừa sự cố

y khoa đảm bảo an toàn cho người bệnh. Cải tiến bước đếm số giọt theo y lệnh Bác sĩ trong quy trình kỹ thuật truyền dịch.

- Sáng kiến được công nhận:

+ Quyết định số 1346/QĐ-BV ngày 11/11/2024 của Giám đốc Bệnh viện về việc Công nhận sáng kiến cải tiến kỹ thuật năm 2024.

+ Quyết định số 15/QĐ-SYT ngày 07/01/2025 của Giám đốc Sở Y tế về việc Công nhận sáng kiến cấp cơ sở năm 2024.

+ Quyết định số 938/QĐ-UBND ngày 20/05/2025 của UBND tỉnh về việc Công nhận sáng kiến có phạm vi ảnh hưởng, hiệu quả áp dụng ở cấp tỉnh.

+ Quyết định số 625a/QĐ-BV ngày 05/06/2025 của Giám đốc Bệnh viện về việc áp dụng kết quả sáng kiến trong hoạt động của Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021). Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 về việc Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.

2. Bộ Y tế (2023). Quyết định số 62/QĐ-K2ĐT ngày 14 tháng 06 năm 2023 về việc ban hành Tài liệu đào liên tục "Liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn".

3. Cục khoa học công nghệ và đào tạo (2020). Quyết định số 30/QĐ-K2ĐT ngày 03 tháng 3 năm 2020 của Cục KHCN-ĐT Bộ Y tế về ban hành bộ chương trình và tài liệu đào tạo gồm: "Đào tạo người hướng dẫn thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới; Hướng dẫn tổ chức, quản lý đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới".

4. Phan Đức Phô, Nguyễn Đức Chiến (2008). Giáo trình cảm biến, NXB Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội.

5. Trần Thị Thuận (2012). Điều dưỡng cơ bản 1, 2. NXB Y Học, Hà Nội.

6. Trần Đình Xuân, Trần Thị Thuận (2010). Hướng dẫn thực hành 55 quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản 1,2, NXB Y Học, Hà Nội.

LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG ÁP LỰC ÂM: TỔNG QUAN TOÀN DIỆN VÀ CÁC LƯU Ý TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY: A COMPREHENSIVE OVERVIEW AND NURSING CARE CONSIDERATIONS

KIỀU THỊ PHƯƠNG THẢO

Đại học Nguyễn Tất Thành

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệu pháp điều trị vết thương bằng áp lực âm (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT) là một phương pháp tiên tiến trong chăm sóc vết thương, giúp loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, kích thích tưới máu và thúc đẩy hình thành mô hạt, đồng thời hỗ trợ kiểm soát nhiễm khuẩn.

Mục tiêu: Bài viết này cung cấp cái nhìn tổng quan toàn diện về cơ chế, chỉ định, chống chỉ định, và các kỹ thuật trong NPWT, bao gồm cả NPWT kết hợp tưới rửa (NPWTi-d). Ngoài ra, bài viết nhấn mạnh vai trò trung tâm của điều dưỡng trong đánh giá, lập kế hoạch, thực hiện, theo dõi và giáo dục người bệnh để tối ưu hiệu quả điều trị. Ca lâm sàng điển hình được trình bày nhằm minh họa hiệu quả của NPWTi-d trong việc chuẩn bị nền vết thương và hỗ trợ ghép da thành công.

Kết quả: Điều trị khẳng định rằng NPWT, đặc biệt là NPWTi-d, có thể rút ngắn thời gian liền thương và cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Từ khóa: Liệu pháp áp lực âm, NPWT, NPWTi-d, chăm sóc điều dưỡng, vết thương khó lành.

ABSTRACT

Introduction: Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) is an advanced wound care method that removes exudate, reduces edema, enhances perfusion, stimulates granulation tissue formation, and aids in local infection control.

Objectives: This article provides a comprehensive overview of NPWT mechanisms, indications, contraindications, and techniques, including NPWT with instillation and dwell time (NPWTi-d). It emphasizes the

central role of nurses in assessment, care planning, implementation, monitoring, and patient education to optimize treatment outcomes. A representative clinical case demonstrates the effectiveness of NPWTi-d in wound bed preparation and successful skin grafting.

The results reinforce evidence that NPWT, particularly NPWTi-d, can shorten healing time and improve patient care quality.

Keywords: Negative Pressure Wound Therapy, NPWT, NPWTi-d, nursing care, hard-to-heal wounds.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương khó lành (hard-to-heal wounds) là tình trạng vết thương không đáp ứng với quá trình điều trị thông thường, kéo dài thời gian lành và dễ tái phát, thường do các yếu tố như thiếu máu nuôi, nhiễm trùng, bệnh lý nền (đái tháo đường, suy tĩnh mạch, bệnh mạch máu ngoại biên), hoặc do chăm sóc chưa tối ưu [11], [4]. Các vết thương này gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia tăng chi phí điều trị [8].

Trong bối cảnh đó, Liệu pháp điều trị vết thương bằng áp lực âm (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT) được xem là một trong những tiến bộ quan trọng trong chăm sóc vết thương hiện đại. NPWT tạo môi trường kín, áp lực âm liên tục hoặc gián đoạn, giúp loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, kích thích tưới máu và tăng sinh mô hạt, đồng thời hỗ trợ kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ [13].

Trên thế giới, NPWT đã trở thành phương pháp chăm sóc hỗ trợ được khuyến nghị cho nhiều loại vết thương phức tạp, với bằng chứng cho thấy có thể rút ngắn thời gian lành, giảm tỷ lệ nhiễm trùng và cải thiện kết quả điều trị. Tại Việt Nam, phương pháp này ngày càng được triển

khai rộng rãi tại các bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh, đặc biệt hữu ích trong xử lý vết thương nhiễm trùng, nhiều dịch tiết hoặc chứa giả mạc hoại tử.

Việc áp dụng NPWT trong thực hành đòi hỏi sự hỗ trợ chủ động và kỹ năng chuyên sâu của điều dưỡng. Điều dưỡng không chỉ phối hợp với bác sĩ trong việc thực hiện kỹ thuật đặt và thay băng theo quy trình vô khuẩn, mà còn phải đánh giá diễn tiến vết thương, đảm bảo hệ thống hoạt động hiệu quả, phòng ngừa biến chứng và giáo dục người bệnh [7]. Sự thành công của NPWT phụ thuộc đáng kể vào năng lực theo dõi, xử trí tình huống và phối hợp chăm sóc của điều dưỡng. Do đó, việc hiểu rõ cơ chế, chỉ định, chống chỉ định và các lưu ý chăm sóc trong NPWT là nền tảng để nâng cao hiệu quả điều trị và an toàn cho người bệnh.

2. KẾT QUẢ TỔNG QUAN

2.1. Cấu tạo cơ bản hệ thống NPWT

Một hệ thống Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) tiêu chuẩn bao gồm năm thành phần chính: máy tạo áp lực âm, băng gạc chuyên dụng, màng phim trong dán kín, ống dẫn và bình chứa dịch. Băng gạc, thường làm từ bọt polyurethane, có tác dụng phân bố áp lực âm đồng đều khắp bề mặt vết thương và hỗ trợ dẫn lưu dịch tiết. Ống dẫn kết nối băng gạc với máy tạo áp lực âm, đảm bảo dịch tiết được hút ra và chuyển vào bình chứa. Máy tạo áp lực âm duy trì áp suất ổn định (liên tục hoặc gián đoạn) theo chỉ định điều trị, trong khi màng dán kín giúp duy trì môi trường vô khuẩn và áp lực ổn định [10].

2.2. Chỉ định và chống chỉ định

NPWT được chỉ định trong nhiều loại vết thương khó lành, bao gồm loét tỳ đè, loét bàn chân do đái tháo đường, loét tĩnh mạch, vết thương sau phẫu thuật có nguy cơ nhiễm trùng hoặc tụ dịch, và vết thương hở sau chấn thương mắt mô phần mềm. Ngoài ra, phương pháp này còn hỗ trợ cố định và bảo vệ ghép da hoặc vật da, giúp tăng khả năng sống và bám dính của mô ghép [6], [12].

Tuy nhiên, NPWT chống chỉ định trong các trường hợp có hoại tử khô chưa được loại bỏ, nhiễm trùng lan rộng chưa kiểm soát, mô ác tính tại vị trí vết thương, xuất huyết hoạt động hoặc nguy cơ chảy máu cao, và vết thương lộ

cơ quan nội tạng hoặc mạch máu lớn mà không có lớp bảo vệ thích hợp [18].

2.3. Cơ chế hoạt động của NPWT và NPWTi-d

Nguyên lý hoạt động của NPWT dựa trên việc tạo ra một môi trường kín với áp suất âm được duy trì liên tục hoặc gián đoạn trên bề mặt vết thương. Áp lực âm này giúp loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, cải thiện tưới máu tại chỗ và kích thích tăng sinh mô hạt nhờ hiện tượng vi biến dạng (microdeformation) ở mức tế bào. Đồng thời, NPWT làm giảm tải cơ học lên mép vết thương, từ đó thúc đẩy quá trình co kéo và đóng kín vết thương [13].

Một cải tiến quan trọng của NPWT trong những năm gần đây là NPWTi-d (Negative Pressure Wound Therapy with Instillation and Dwell time). Phương pháp này kết hợp áp lực âm với chu trình bơm dung dịch rửa vào khoang băng gạc (instillation), giữ dung dịch trong một khoảng thời gian nhất định (dwell time), sau đó hút dịch ra ngoài. NPWTi-d cho phép loại bỏ hiệu quả hơn giả mạc, mảnh vụn hoại tử và biofilm, đồng thời làm giảm tải lượng vi sinh vật tại vết thương. Do đó, phương pháp này đặc biệt hữu ích đối với các vết thương nhiễm trùng, nhiều dịch tiết hoặc có lớp giả mạc dày, nơi việc làm sạch cơ học gặp khó khăn [16].

Các nghiên cứu so sánh cho thấy NPWTi-d có thể rút ngắn thời gian điều trị, giảm tần suất thay băng và cải thiện tỷ lệ lành thương so với NPWT tiêu chuẩn ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao. Tuy nhiên, lựa chọn phương pháp phù hợp vẫn cần dựa trên đánh giá lâm sàng toàn diện và sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ và điều dưỡng.

2.4. Nghiên cứu trong nước và quốc tế về chăm sóc điều dưỡng khi áp dụng NPWT

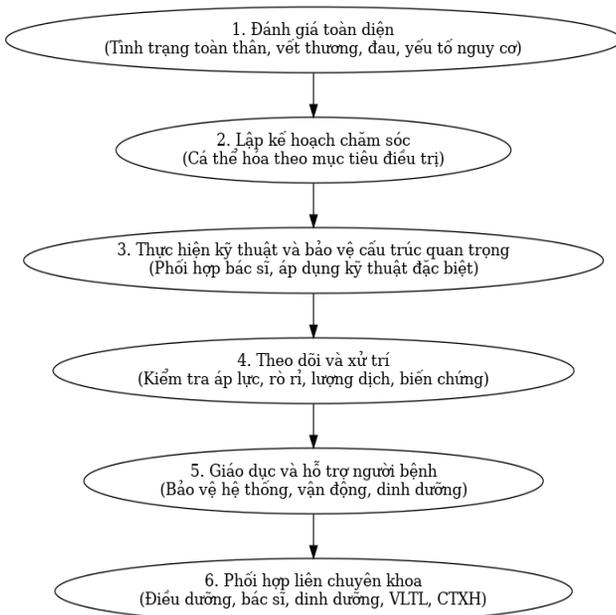
Trên phạm vi toàn cầu, các nghiên cứu gần đây đã nhấn mạnh vai trò trung tâm của điều dưỡng trong việc triển khai và theo dõi liệu pháp áp lực âm điều trị vết thương (NPWT). Báo cáo của European Wound Management Association (EWMA) năm 2024 khuyến nghị chuẩn hóa quy trình chăm sóc, ghi chép, bảo đảm an toàn người bệnh và truyền thông liên ngành, kể cả khi áp dụng NPWT ngoài bệnh viện, với điều dưỡng là lực lượng nòng cốt trong vận hành và giám sát. Một hướng

dẫn thực hành lâm sàng năm 2025 tại British Columbia cũng nhấn mạnh năng lực của điều dưỡng trong đánh giá, vận hành thiết bị, xử trí sự cố và giáo dục người bệnh, đặc biệt khi sử dụng cả hệ thống tái sử dụng và dùng một lần [5].

Về đào tạo, nghiên cứu bán thực nghiệm tại Đài Loan trên 31 điều dưỡng ngoại khoa cho thấy điểm kiến thức chăm sóc NPWT tăng từ 19,90 lên 27,84 sau khóa huấn luyện mô phỏng ($p < 0,001$), đồng thời loại bỏ hoàn toàn các sự cố bất thường liên quan đến NPWT trong vòng một năm sau đào tạo [17]. Nghiên cứu khảo sát 401 điều dưỡng tại Ba Lan cho thấy chỉ 12% từng thực hiện đặt NPWT, hơn 50% chưa có kinh nghiệm, và mức sẵn sàng thấp chủ yếu do thiếu huấn luyện và nguồn lực; các chương trình mentoring được ghi nhận giúp nâng cao sự tự tin và tính độc lập nghề nghiệp [3].

Tại Việt Nam, một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố trên 238 điều dưỡng từ 13 khoa ghi nhận điểm kiến thức về NPWT tăng từ $10,18 \pm 2,31$ lên $28,86 \pm 8,41$ sau đào tạo ($p < 0,001$), và vẫn duy trì cải thiện sau hai tháng [1]. Kết quả này khẳng định tầm quan trọng của đào tạo liên tục và chuẩn hóa quy trình chăm sóc trong bối cảnh thực hành NPWT.

2.5. Chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân npwt



Hình 1. Mô hình chăm sóc điều dưỡng toàn diện cho bệnh nhân NPWT

Chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân được điều trị bằng Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) không chỉ giới hạn ở thao tác kỹ thuật thay băng, mà bao gồm một quy trình toàn diện, liên tục và phối hợp đa chuyên khoa nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và an toàn cho người bệnh.

Trước tiên, điều dưỡng tiến hành đánh giá tổng thể bao gồm tình trạng toàn thân, đặc điểm vết thương, mức độ đau, khả năng tự chăm sóc và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình liền thương. Kết quả đánh giá này là cơ sở để lập kế hoạch chăm sóc cá thể hóa, phù hợp với mục tiêu điều trị [7],[14].

Tiếp theo, lập kế hoạch chăm sóc dựa trên chỉ định của bác sĩ, bao gồm lựa chọn loại băng, chế độ áp lực (liên tục hoặc gián đoạn), tần suất thay băng, và xác định các biện pháp hỗ trợ như dinh dưỡng, kiểm soát đường huyết, hoặc chăm sóc giảm đau [15], [9], [2].

Trong quá trình thực hiện chăm sóc, điều dưỡng phối hợp với bác sĩ để đảm bảo kỹ thuật đặt và thay băng theo quy trình vô khuẩn, đồng thời bảo vệ các cấu trúc quan trọng như gân, xương hoặc mạch máu lộ bằng vật liệu thích hợp [15]. Các kỹ thuật đặc biệt như bắc cầu (bridging), tạo “nấm” (mushroom) hoặc sử dụng gel, sáp, vật liệu hỗ trợ dán kín, bảo vệ da xung quanh có thể được áp dụng để tăng hiệu quả và độ an toàn của hệ thống.

Theo dõi liên tục và xử trí tình huống là nhiệm vụ then chốt của điều dưỡng. Việc kiểm tra áp lực, tình trạng rò rỉ, lượng và tính chất dịch hút ra, cùng với quan sát các dấu hiệu biến chứng như chảy máu, viêm da quanh vết thương hoặc đau kéo dài, giúp phát hiện sớm vấn đề và can thiệp kịp thời [2].

Bên cạnh đó, giáo dục và hỗ trợ người bệnh là một phần không thể thiếu. Điều dưỡng hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về cách bảo vệ hệ thống, duy trì tư thế vận động phù hợp, chế độ dinh dưỡng, và dấu hiệu cần báo nhân viên y tế. Điều này đặc biệt quan trọng nếu người bệnh tiếp tục điều trị NPWT tại nhà.

Cuối cùng, phối hợp liên chuyên khoa giữa điều dưỡng, bác sĩ, chuyên gia dinh dưỡng, vật lý trị liệu và nhân viên công tác xã hội sẽ tạo nên một kế hoạch chăm sóc toàn diện, giúp tối ưu hóa khả năng liền thương và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [4].

Mô hình này nhấn mạnh rằng vai trò của điều dưỡng trong NPWT không chỉ là “người thực hiện kỹ thuật” mà

là “người điều phối chăm sóc” (care coordinator), đảm bảo sự liên tục, an toàn và hiệu quả trong suốt quá trình điều trị.

2.6. Kết quả chăm sóc và điều trị

Trường hợp lâm sàng dưới đây đại diện kết quả điển hình cho nhiều bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp áp lực âm NPWT và NPWTid ở các bệnh viện tại Việt Nam.

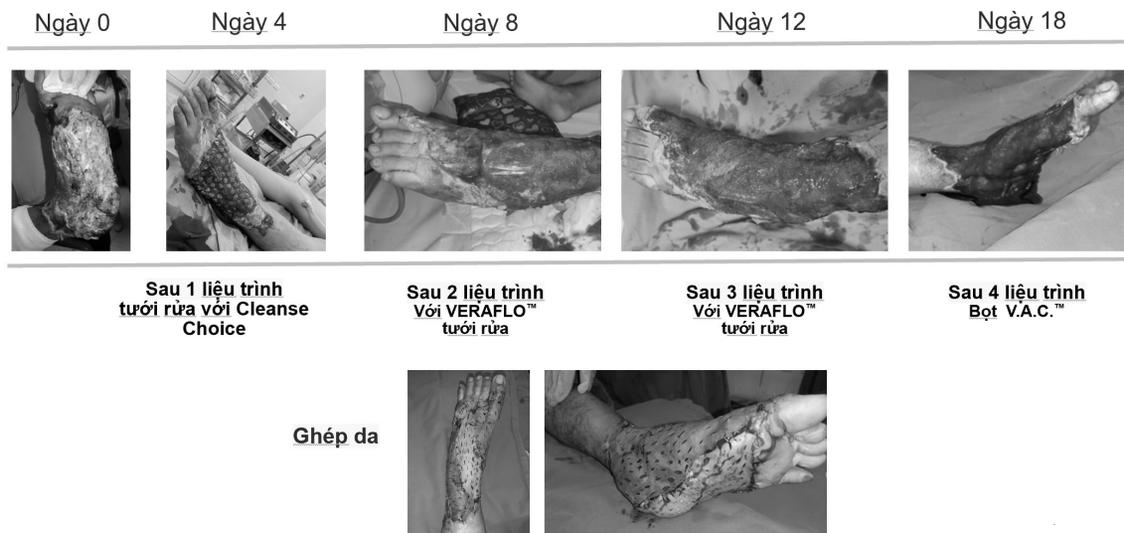
Bệnh nhân nam, 12 tuổi, nhập viện do chấn thương chân trái sau tai nạn giao thông, với tổn thương dập nát mô mềm, nhiễm trùng, kèm giả mạc hoại tử diện rộng. Sau khi đánh giá và làm sạch ban đầu, nhóm điều trị quyết định áp dụng liệu pháp áp lực âm kết hợp tưới rửa (NPWTi-d) để kiểm soát nhiễm trùng và thúc đẩy quá trình lành thương.

Liệu trình bắt đầu với băng bọt làm sạch giả mạc hoại tử CLEANSE CHOICE™, kết hợp tưới rửa dung dịch sát khuẩn nhằm loại bỏ giả mạc hoại tử. Sau 2 liệu trình, bề mặt vết thương sạch hơn, mô hạt phát triển rõ rệt. Liệu

trình thứ ba tiếp tục sử dụng tưới rửa, giúp diện tích mô hạt phủ kín hầu hết nền vết thương.

Ở giai đoạn cuối, băng bọt V.A.C.™ truyền thống được sử dụng để duy trì môi trường tối ưu cho liền thương, chuẩn bị cho ghép da. Sau ghép da, mảnh ghép bám tốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay hoại tử.

Sau 4 liệu trình với 18 ngày điều trị, vết thương đạt được cải thiện rõ rệt: giả mạc hoại tử được loại bỏ hoàn toàn, mô hạt phát triển đồng đều, tình trạng nhiễm trùng được kiểm soát và nền vết thương đủ điều kiện để tiến hành ghép da. Ca bệnh này không chỉ minh họa hiệu quả vượt trội của NPWTi-d trong xử trí vết thương phức tạp, mà còn phản ánh kết quả tương tự ở nhiều trường hợp khác đã được điều trị thành công tại Việt Nam. Đồng thời, kết quả này củng cố bằng chứng từ các nghiên cứu trước đây cho thấy NPWT và NPWTi-d giúp rút ngắn thời gian chuẩn bị nền vết thương và nâng cao tỷ lệ thành công ghép da [10].



Hình 2. Diễn tiến điều trị vết thương chi dưới bằng NPWT và NPWTi-d

3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Liệu pháp điều trị vết thương bằng áp lực âm NPWT và NPWTi-d đã chứng minh vai trò quan trọng trong quản lý các vết thương phức tạp, nhiễm trùng hoặc khó lành. Phương pháp này không chỉ tạo môi trường thuận lợi cho

quá trình tái tạo mô, loại bỏ dịch tiết và giảm tải vi sinh vật, mà còn góp phần rút ngắn thời gian điều trị và cải thiện kết quả phục hồi chức năng.

Điều dưỡng đóng vai trò then chốt trong toàn bộ quá trình, từ chuẩn bị dụng cụ, phối hợp với bác sĩ khi đặt và

thay băng, theo dõi hệ thống, phòng ngừa biến chứng cho đến giáo dục người bệnh và gia đình. Thực hành điều dưỡng chuẩn hóa, dựa trên hiểu biết sâu về cơ chế, chỉ định, chống chỉ định và kỹ thuật hỗ trợ sẽ là yếu tố quyết định thành công của NPWT.

Từ những kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị:

(i) Chuẩn hóa quy trình chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh có NPWT, bao gồm hướng dẫn chi tiết về chuẩn bị, đặt băng, thay băng, xử trí sự cố và bảo vệ mô lành; (ii) Tăng cường đào tạo và huấn luyện thực hành cho điều dưỡng, tập trung vào kỹ năng đánh giá vết thương, nhận diện biến chứng sớm và áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ như che phủ gân hoặc xương lộ, kỹ thuật bắc cầu và kỹ thuật “nắm”; (iii) Đưa nội dung chăm sóc người bệnh có NPWT vào chương trình huấn luyện cho sinh viên điều dưỡng trong quá trình học lâm sàng, giúp hình thành kỹ năng và kiến thức ngay từ giai đoạn đào tạo; (iv) Thúc đẩy nghiên cứu lâm sàng trong nước về NPWT và NPWT-d nhằm cung cấp dữ liệu đặc thù phù hợp với bối cảnh bệnh tật, nguồn lực và mô hình chăm sóc tại Việt Nam; (v) Mở rộng tiếp cận công nghệ NPWT đến các bệnh viện tuyến tỉnh và trung tâm y tế chuyên khoa, đảm bảo cơ hội điều trị công bằng cho người bệnh ở mọi khu vực; và (vi) Tăng cường hợp tác liên ngành giữa bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và chuyên gia dinh dưỡng để tối ưu hóa hiệu quả điều trị, đặc biệt ở các vết thương khó lành và bệnh nhân có bệnh lý nền phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anh, N. T. L., et al. (2024) “The knowledge of nurses before and after training on wound care with negative pressure therapy in vietnam”. *Vietnam Medical Journal*, 544 (2)

2. Apelqvist Jan, Christian Willy, Ann-Mari Fagerdahl, Marco Fraccalvieri, Malin Malmsjö, Alberto Piaggese, et al. (2017) “EWMA document: negative pressure wound therapy: overview, challenges and perspectives”. *Journal of wound care*, 26 (Sup3), S1-S154.

3. Apelqvist J, A Fagerdahl, L Teot, C Willy (2024) “Negative pressure wound therapy: an update for clinicians and outpatient care givers”. *J Wound Management*, 25 (2)

4. Atkin Leanne, Zofia Bućko, Elena Conde Montero, Keith Cutting, Christine Moffatt, Astrid Probst, et al. (2019) “Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds”. *Journal of wound care*, 28 (Sup3a), S1-S50.

5. British Columbia (2025) *Negative Pressure Wound Therapy: Guideline*,

6. Burhan Asmat, Nizam bin Ali Khusein, Septian Mixrova Sebayang (2022) “Effectiveness of negative pressure wound therapy on chronic wound healing: A systematic review and meta-analysis”. *Belitung nursing journal*, 8 (6), 470.

7. Cray Amy (2017) “Negative pressure wound therapy and nurse education”. *British Journal of Nursing*, 26 (15), S6-S18.

8. Díaz-Herrera Miguel Ángel, Mónica González-Durán, Francisco Javier Rodríguez-Martínez, Gema Tujillo-Flores, Nuria Tuset-Mateu, Jose Verdú-Soriano, et al. (2025) “The financial burden of chronic wounds in primary care: A real-world data analysis on cost and prevalence”. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, 100313.

9. Ji Shizhao, Xiaobin Liu, Jie Huang, Junmin Bao, Zhaohong Chen, Chunmao Han, et al. (2021) “Consensus on the application of negative pressure wound therapy of diabetic foot wounds”. *Burns & trauma*, 9, tkab018.

10. Kim Paul J, Christopher E Attinger, John S Steinberg, Karen K Evans (2015) “Negative pressure wound therapy with instillation: past, present, and future”. *Surgical technology international*, 26, 51-56.

11. Murphy Christine, Leanne Atkin, Terry Swanson, Masahiro Tachi, Yih Kai Tan, Melina Vega de Ceniga, et al. (2020) “Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene”. *Journal of wound care*, 29 (Sup3b), S1-S26.

12. Nair Harikrishna KR, Ng Ying Ying (2024) “The utilisation of negative pressure wound therapy with

instillation (NPWTi) in the management of complex wound a Malaysian case series". *Wounds*, 7 (2), 34.

13. Normandin Shanel, Tyler Safran, Sebastian Winocour, Carrie K Chu, Joshua Vorstenbosch, Amanda M Murphy, et al. (2021) Negative pressure wound therapy: mechanism of action and clinical applications. *Seminars in Plastic Surgery*. Thieme Medical Publishers, Inc.

14. Przybek-Mita Joanna, Dariusz Bazaliński, Maria Teresa Szewczyk, Daria Kardys, Bartosz Mańkowski, Paweł Więch (2023) "Nurses' Readiness to Undertake Controlled Negative Pressure Therapy in the Treatment of

Chronic Wounds". *International journal of environmental research and public health*, 20 (4), 3388.

15. Solventum (2025) *Solventum™ V.A.C.® Therapy Clinical Guidelines*,

16. Silverman Ronald P (2023) "Negative pressure wound therapy with instillation and dwell time: mechanisms of action literature review". *Eplasty*, 23, e54.

17. Tseng Yi-Ling, Hua-Shan Wu, Pei-Yu Huang, Pei-Shan Hsaio, Hui-Chen Tseng (2022) "Effects of a Situated Simulation Teaching Strategy on Knowledge

Kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

MOTHERS' KNOWLEDGE AND PRACTICES IN CARING FOR ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AMONG CHILDREN UNDER FIVE AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

NGUYỄN THÀNH NAM
Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành của bà mẹ trong chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, thực hiện từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2024 với cỡ mẫu 327 bà mẹ. Dữ liệu được thu thập bằng bảng hỏi cấu trúc và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0.

Kết quả: 57,49% bà mẹ dưới 30 tuổi. Có 69,42% từng nghe về NKHHCT nhưng chỉ 49,24% biết rõ nguyên nhân. Gần 55% nhận biết dấu hiệu bệnh, và chỉ khoảng 50% nhận biết đúng các dấu hiệu nguy hiểm như ngủ li bì, bỏ bú, co giật. Hành vi phòng bệnh đúng như giữ ấm, bú mẹ, tiêm chủng vẫn còn hạn chế. Có 73,39% bà mẹ nhận định NKHHCT là bệnh nguy hiểm, nhưng gần 50% không biết bệnh có thể lây lan.

Kết luận: Cần tăng cường truyền thông và giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ mắc NKHHCT cho bà mẹ tại cộng đồng.

ABSTRACT

Objective: To describe mothers' knowledge and practices in caring for children under 5 years old with acute respiratory infections (ARIs) at the Pediatrics Department, Tien Giang General Hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted from March to August 2024 on 327 mothers. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using Stata 14.0.

Results: 57.49% of mothers were under 30 years old. Although 69.42% had heard of ARIs, only 49.24% knew the actual causes. Nearly 55% recognized symptoms, and only around 50% correctly identified danger signs such as lethargy, refusal to feed, and convulsions. Preventive practices like keeping children warm, breastfeeding, and full immunization remained limited. 73.39% of mothers perceived ARIs as dangerous, but almost 50% did not know the disease is contagious.

Conclusion: Health communication and education should be enhanced to improve maternal knowledge and practices in caring for children with ARIs in the community.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, nơi điều kiện chăm sóc y tế còn hạn chế [9]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới mỗi năm có khoảng 1,4 triệu trẻ tử vong do viêm phổi và tiêu chảy, trong đó NKHHCT chiếm tỷ lệ đáng kể và được coi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ nhỏ [8].

Tại Việt Nam, mặc dù Bộ Y tế đã triển khai nhiều chương trình can thiệp như "Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016 - 2020" [2] và "Kế hoạch hoạt động quốc gia vì sự sống còn trẻ em giai đoạn 2009 - 2015" [1], nhưng NKHHCT vẫn là gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm vẫn ở mức cao, đặc biệt ở khu vực nông thôn và miền núi, nơi điều kiện kinh tế - xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế [4],[6].

Một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả phòng ngừa và điều trị NKHHCT là kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ. Nhiều nghiên cứu

trong nước cho thấy nhận thức của bà mẹ về nguyên nhân, dấu hiệu nguy hiểm và các biện pháp chăm sóc NKHHCT còn hạn chế. Ví dụ, nghiên cứu của Đào Minh Tuấn (2010) tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy nhiều bà mẹ chưa nhận biết được các triệu chứng cảnh báo sớm [6]; nghiên cứu của Lý Thị Chi Mai và Huỳnh Thanh Liêm (2012) tại Trà Vinh cũng ghi nhận tỷ lệ thực hành đúng các biện pháp phòng bệnh chưa cao [4].

Tại Tiền Giang, số liệu nghiên cứu về kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ mắc NKHHCT của bà mẹ còn rất hạn chế. Trong bối cảnh bệnh vẫn là nguyên nhân gây nhập viện hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi tại các cơ sở y tế trong tỉnh, việc đánh giá thực trạng này là cần thiết để xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu

Khảo sát kiến thức và thực hành của bà mẹ trong chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện và được chẩn đoán NKHHCT tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang trong thời gian từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Cỡ mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

p = 0,74 là tỷ lệ bà mẹ nhận biết được biểu hiện của trẻ mắc NKHHCT, tham khảo trước đó theo nghiên cứu của Nguyễn Hồng Gấm tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ (2017) [3].

Z = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy ở mức 95% (α = 0,05)

d = 0,05 là sai số tuyệt đối.

Thay tất cả giá trị vào công thức, tôi tính được mẫu cần thiết là 296, tỷ lệ mất mẫu 5% do khả năng bà mẹ từ chối tham gia, thì cỡ mẫu là 315 bà mẹ. Trên thực tế khảo sát 327 bà mẹ.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn từ danh sách các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị tại khoa Nhi được chẩn đoán NKHHCT trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi đã được soạn sẵn. Trước khi tiến hành khảo sát, các cộng tác viên sẽ được tập huấn kỹ, nhằm tránh sai sót trong quá trình phỏng vấn. Phỏng vấn trực tiếp đối tượng, cộng tác viên ghi chép trong quá trình phỏng vấn.

Kiểm soát sai số: Tập huấn cộng tác viên trước khi thu thập số liệu, thử nghiệm bộ công cụ khảo sát trên một nhóm nhỏ, kiểm tra tính đầy đủ và hợp lệ của từng phiếu phỏng vấn.

2.6. Các chỉ tiêu chính trong nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học.

- Kiến thức và thực hành của bà mẹ về chăm sóc trẻ bệnh NKHHCT.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích thống kê bằng phần mềm Stata 14.0 và Microsoft Excel. Sử dụng các chỉ số thống kê mô tả và phân tích mối liên quan bằng phép kiểm chi bình phương với mức ý nghĩa p < 0,05.

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang với Quyết định số 220/QĐ-BVĐKTG ngày 24/4/2024. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo các khoa, phòng và các bà mẹ tham gia nghiên cứu tại bệnh viện khách quan, trung thực trong đánh giá và xử lý số liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố độ tuổi của bà mẹ tham gia nghiên cứu (n = 327)

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 30 tuổi	188	57,49
Từ 30 tuổi trở lên	139	42,51
Tổng cộng	327	100

Trong tổng số 327 bà mẹ tham gia nghiên cứu, có 188 người dưới 30 tuổi (57,49%) và 139 người từ 30 tuổi trở lên (42,51%).

Bảng 2. Nhận biết về nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của NKHHCT

Nội dung	Số người đồng ý (n)	Tỷ lệ (%)
Từng nghe về NKHHCT	227	69,42
Biết rõ nguyên nhân gây bệnh	161	49,24
Nhận biết thời tiết lạnh là yếu tố nguy cơ	184	56,27
Khói thuốc lá	150	45,87
Suy dinh dưỡng	94	28,75
Không được bú sữa mẹ	89	27,22

69,42% bà mẹ từng nghe về bệnh NKHHCT ở trẻ, nhưng chỉ có 49,24% biết rõ nguyên nhân gây bệnh. Các yếu tố nguy cơ được bà mẹ nhận biết nhiều nhất là thời tiết lạnh (56,27%), khói thuốc lá (45,87%), suy dinh dưỡng (28,75%) và không được bú sữa mẹ (27,22%).

Bảng 3. Nhận biết dấu hiệu nguy hiểm khi trẻ mắc NKHHCT

Dấu hiệu nguy hiểm	Số người nhận biết (n)	Tỷ lệ (%)
Ngủ li bì, khó đánh thức	161	49,24
Cơ giật	152	46,48
Không uống được hoặc bỏ bú	140	42,81
Biết cần đưa trẻ có dấu hiệu nguy hiểm đến viện	204	62,39

Khoảng 54,74% bà mẹ nhận biết được biểu hiện khi trẻ mắc NKHHCT. Các dấu hiệu nguy hiểm được ghi nhận gồm: ngủ li bì khó đánh thức (49,24%), cơ giật (46,48%), không uống được hoặc bỏ bú (42,81%). Có đến 62,39% bà mẹ biết rằng trẻ có dấu hiệu nguy hiểm như cơ giật hoặc ngủ li bì cần được đưa đến bệnh viện.

Bảng 4. Biện pháp phòng ngừa NKHHCT được bà mẹ áp dụng

Biện pháp phòng ngừa	Số người áp dụng (n)	Tỷ lệ (%)
Giữ ấm cho trẻ	222	67,89
Tránh khói bụi, thuốc lá	171	52,29
Tiêm chủng đầy đủ	176	53,82
Cho trẻ bú mẹ đầy đủ	127	38,84

57,19% bà mẹ biết cách phòng ngừa NKHHCT cho trẻ. Trong đó, các biện pháp được thực hành phổ biến nhất gồm: giữ ấm cơ thể trẻ (67,89%), tránh khói bụi và thuốc lá (52,29%), tiêm chủng đầy đủ (53,82%) và cho trẻ bú mẹ (38,84%).

Bảng 5. Nhận thức về tính chất lây lan và mức độ nguy hiểm của NKHHCT

Nhận thức	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Cho rằng NKHHCT ở trẻ là bệnh nguy hiểm	240	73,39
Biết bệnh có thể lây lan	163	49,85
Không biết bệnh có thể lây lan	105	32,11

73,39% bà mẹ cho rằng bệnh NKHHCT ở trẻ dưới 5 tuổi là nguy hiểm. Tuy nhiên, chỉ có 49,85% nhận biết đúng rằng bệnh có thể lây lan; 32,11% còn lại không biết điều này.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về nguyên nhân gây NKHHCT ở trẻ dưới 5 tuổi tại Tiền Giang còn ở mức hạn chế, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Gấm (2017) tại Cần Thơ, khi chỉ có khoảng 74% bà mẹ trả lời đúng [3]. Nhận thức về các nguyên nhân thường gặp như vi khuẩn, virus, môi trường ô nhiễm chưa đồng đều; nhiều bà mẹ vẫn cho rằng nguyên nhân chủ yếu là do “trời lạnh” hoặc “ăn uống không đủ chất” - những yếu tố không trực tiếp gây bệnh. Điều này phản ánh sự cần thiết phải cung cấp thông tin chính xác hơn về căn nguyên bệnh.

Về nhận biết dấu hiệu nguy hiểm, tỷ lệ bà mẹ phát hiện đúng các biểu hiện như khó thở, cơ giật, bỏ bú thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự (2016) tại Thái Nguyên [6]. Đây là yếu tố quan trọng quyết định thời điểm đưa trẻ đến cơ sở y tế, vì nếu phát hiện chậm, nguy cơ tử vong sẽ tăng cao. Nguyên nhân có thể liên quan đến sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội, trình độ học vấn và khả năng tiếp cận các chương trình truyền thông y tế giữa các địa phương.

Về thực hành chăm sóc, mặc dù một số hành vi phòng bệnh như tiêm chủng đầy đủ, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, giữ ấm khi trời lạnh được thực hiện tương đối phổ biến, song tỷ lệ tránh khói thuốc lá, cải thiện môi trường sống và đưa trẻ đi khám sớm khi có triệu

chứng vẫn còn thấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lý Thị Chi Mai và Huỳnh Thanh Liêm (2012) tại Trà Vinh [4], cho thấy vẫn còn rào cản trong thay đổi hành vi phòng bệnh. UNICEF Việt Nam (2016) cũng nhấn mạnh rằng ngoài nguyên nhân do thiếu kiến thức, các yếu tố kinh tế, tập quán sinh hoạt và thói quen chăm sóc truyền thống có ảnh hưởng đáng kể đến hành vi của bà mẹ [7].

So với các khuyến cáo của WHO [8], [9] tỷ lệ áp dụng đầy đủ các biện pháp phòng bệnh trong nghiên cứu này còn thấp. WHO khuyến nghị các biện pháp phòng ngừa bao gồm tiêm chủng vắc-xin phòng bệnh, đảm bảo dinh dưỡng hợp lý, giảm tiếp xúc với khói thuốc và ô nhiễm không khí trong nhà, cũng như cải thiện điều kiện vệ sinh môi trường. Thực tế cho thấy tại Tiền Giang, việc triển khai đồng bộ các biện pháp này còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở khu vực nông thôn, nơi người dân ít tiếp cận với các dịch vụ y tế dự phòng và thông tin sức khỏe.

Từ các kết quả trên, có thể thấy rằng các chương trình can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi chăm sóc cần được triển khai mạnh mẽ hơn tại tuyến y tế cơ sở. Đồng thời, cần có tài liệu truyền thông dễ hiểu, sát với hoàn cảnh thực tế, cũng như phối hợp với các đơn vị y tế địa phương để đào tạo và hỗ trợ các bà mẹ trong chăm sóc trẻ.

Kết quả nghiên cứu cũng có một số hạn chế: được thực hiện tại một bệnh viện tuyến tỉnh, có thể chưa phản ánh toàn diện kiến thức và thực hành tại cộng đồng; phương pháp phỏng vấn trực tiếp có thể gây thiên lệch do xã hội mong muốn.

Tuy vậy, nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn khách quan và có giá trị thực tiễn cao, làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo cũng như các can thiệp về truyền thông - giáo dục sức khỏe.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành của bà mẹ về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi còn hạn chế, đặc biệt trong việc nhận biết dấu hiệu nguy hiểm và áp dụng biện pháp phòng ngừa. Việc tăng cường giáo dục sức khỏe tại bệnh viện và cộng đồng là cần thiết để nâng cao phát hiện sớm và chăm sóc kịp thời. Các can thiệp nên tập trung vào truyền thông đơn giản, phù hợp bối cảnh, kết hợp với sự hướng dẫn tích cực từ nhân viên y tế và mở rộng tiếp cận qua nhiều kênh truyền thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Kế hoạch hoạt động quốc gia vì sự sống còn trẻ em giai đoạn 2009-2015. Hà Nội; 2009.
2. Bộ Y tế. Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em giai đoạn 2016-2020. Hà Nội; 2016.
3. Nguyễn Hồng Gám. Khảo sát kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Khám, Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ năm 2017. Tiểu luận tốt nghiệp Đại học Điều dưỡng Đa khoa. Trường Đại học Tây Đô; 2017.
4. Lý Thị Chi Mai, Huỳnh Thanh Liêm. Nghiên cứu tình hình mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Châu Thành tỉnh Trà Vinh. Trung tâm Y tế dự phòng Trà Vinh; 2012.
5. Nguyễn Minh Tuấn, Chu Thị Thùy Linh, Hoàng Thị Ngọc Bích, Nguyễn Thị Nguyệt Minh. Kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại Khoa Nhi, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Y học Việt Nam*. 2016 Dec;449:34-41.
6. Đào Minh Tuấn. Nghiên cứu thực trạng khám và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2010. *Tạp chí Y học thực hành*. 2024 Apr 26.
7. UNICEF Việt Nam. Viêm phổi và tiêu chảy gây tử vong cho 1,4 triệu trẻ em mỗi năm, nhiều hơn tổng số các bệnh ở trẻ em gộp lại - theo UNICEF. 2016 Nov 11. Available from: https://www.unicef.org/vietnam/vi/media_25930.html
8. World Health Organization. Reducing child deaths from pneumonia. Geneva: WHO; 2011. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-01-2011-reducing-child-deaths-from-pneumonia>
9. World Health Organization. Pneumonia. Geneva: WHO; 2022. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG

FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE PREVENTION AMONG MOTHERS OF HOSPITALIZED CHILDREN AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

NGUYỄN THÀNH NAM

Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức đúng và các yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh tay chân miệng (TCM) của bà mẹ có con nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 216 bà mẹ, sử dụng bộ câu hỏi chuẩn hóa đánh giá kiến thức về dịch tễ, triệu chứng, dấu hiệu nặng, đường lây truyền, xử trí và phòng bệnh TCM. Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả và kiểm định Chi-square.

Kết quả: Tỷ lệ kiến thức đúng chung đạt 32,87%. Trong đó, kiến thức về phòng bệnh cao nhất (81,94%), trong khi dịch tễ học (26,85%) và đường lây truyền (38,89%) thấp nhất. Trình độ học vấn, nghề nghiệp và nguồn thông tin từ cán bộ y tế có liên quan ý nghĩa đến kiến thức đúng ($p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức của bà mẹ về phòng chống TCM còn hạn chế, đặc biệt ở dịch tễ học và đường lây truyền. Cần tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe, tập trung vào nhóm bà mẹ có học vấn thấp, lao động chân tay, và phát huy vai trò cung cấp thông tin từ cán bộ y tế.

Từ khóa: Tay chân miệng, kiến thức, bà mẹ, phòng bệnh, trẻ em.

ABSTRACT

Objective: To determine the proportion of accurate knowledge and associated factors regarding hand, foot and mouth disease (HFMD) prevention among mothers whose children were hospitalized at Tien Giang General Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 216 mothers using a standardized questionnaire covering epidemiology, symptoms, severe signs, transmission routes, control measures, and prevention of HFMD. Data was analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests.

Results: Overall correct knowledge was 32.87%. The highest rate was for prevention (81.94%), while epidemiology (26.85%) and transmission routes (38.89%) were the lowest. Higher education, intellectual occupations, and information from health staff were significantly associated with correct knowledge ($p < 0.05$).

Conclusion: Mothers' knowledge on HFMD prevention remains limited, particularly in epidemiology and transmission. Strengthening health education, especially for mothers with lower education and manual labor occupations and promoting the role of healthcare professionals in information delivery are essential.

Keywords: Hand, foot and mouth disease, knowledge, mothers, prevention, children.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh nhiễm vi-rút cấp tính, thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, với khả năng lây lan nhanh qua đường tiêu hóa, tiếp xúc trực tiếp và gián tiếp [1], [5]. Trong nhiều năm qua, bệnh vẫn lưu hành quanh năm tại Việt Nam và có xu hướng bùng phát mạnh vào các thời kỳ chuyển mùa, đặc biệt là đầu mùa hè và cuối năm. Mặc dù TCM phần lớn diễn tiến nhẹ, một số trường hợp có thể tiến triển nghiêm trọng như viêm não - màng não, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không phát hiện và xử trí kịp thời [1]. Hiện nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu hoặc vaccine phòng ngừa, do đó phòng bệnh và

truyền thông hiệu quả là chiến lược chủ lực nhằm giảm thiểu tỷ lệ mắc và biến chứng nặng. Nhiều nghiên cứu trong nước đã chỉ ra sự thiếu hụt đáng kể về nhận thức và thực hành phòng bệnh của bà mẹ có trẻ TCM. Một khảo sát tại TP. Tân Uyên (Bình Dương) năm 2024 cho thấy chỉ khoảng 59,0% bà mẹ có kiến thức đúng, 58,2% thái độ tốt và 60,3% thực hành đúng về phòng bệnh TCM [5]. Trong khi đó, nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (2022) lại phản ánh tỷ lệ nhận thức của bà mẹ còn thấp, đặc biệt ở các nội dung về nguyên nhân, đường lây truyền và dấu hiệu bệnh nghiêm trọng [7]. Một khảo sát khác tại Bệnh viện Nhi Thái Bình đã chỉ ra chỉ 24,8% bà mẹ biết nguyên nhân là do virus, và gần một phần ba không biết dấu hiệu lâm sàng của bệnh [4].

Ngày 6/2/2024, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 292/QĐBYT năm 2024, hướng dẫn mới nhất về chẩn đoán và điều trị bệnh TCM, thay thế cho quyết định trước đó từ năm 2012. Văn bản này bổ sung các hướng dẫn cụ thể về phòng bệnh mức cộng đồng, chẩn đoán phân độ, xử trí các thể nặng và chăm sóc điều dưỡng [3]. Tỉnh Tiền Giang cũng không nằm ngoài vùng dịch lưu hành với hàng nghìn ca mắc mỗi năm, trong đó nhiều ca đủ nặng để phải nhập viện. Vì vậy, đánh giá thực trạng kiến thức và các yếu tố liên quan của bà mẹ có con nhập viện sẽ cung cấp góc nhìn quan trọng để cải thiện truyền thông và can thiệp phòng bệnh hiệu quả hơn trong tương lai tại địa phương.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ kiến thức đúng của bà mẹ có con nhập viện do TCM tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang năm 2025.

2. Phân tích các yếu tố nhân khẩu học liên quan đến kiến thức đúng về phòng chống bệnh TCM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bà mẹ có con dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định mắc TCM và đang điều trị nội trú tại Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, từ tháng 01/2025 đến tháng 07/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bà mẹ là người trực tiếp chăm sóc trẻ trong thời gian nằm viện.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thể giao tiếp hoặc mắc bệnh tâm thần.
- Từ chối tham gia.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc sẵn [4], [5], [7]

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ một quần thể:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Với:

- $p = 0,59$ dựa trên tỷ lệ kiến thức đúng từ nghiên cứu của Đinh Bảo Khánh [5].
- $d = 0,07$, sai số cho phép 7%.
- $Z = 1,96$ là hệ số tin cậy với độ tin cậy ở mức 95% ($\alpha = 0,05$).

Cộng thêm 10% dự phòng bỏ mẫu, cỡ mẫu cần tối thiểu là 216 bà mẹ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tuyển chọn liên tiếp các đối tượng đủ tiêu chuẩn cho đến khi đạt cỡ mẫu.

2.4. Công cụ và biến số nghiên cứu

Bảng hỏi gồm hai phần chính:

1. **Thông tin nhân khẩu học:** tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi cư trú, nguồn thông tin về TCM.

2. **Nội dung đánh giá kiến thức:** Dựa trên hướng dẫn Bộ Y tế năm 2024 [3] và các nghiên cứu trước [4],[7], gồm 7 nhóm nội dung: dịch tễ học và nguyên nhân gây bệnh; triệu chứng lâm sàng; dấu hiệu cảnh báo nặng; đường lây truyền; biện pháp hạn chế lây lan, phòng bệnh, chăm sóc trẻ mắc TCM.

2.5. Đánh giá kiến thức

- Mỗi câu đúng được 1 điểm, sai hoặc không biết được 0 điểm.
- Kiến thức “đúng” khi đạt $\geq 70\%$ tổng điểm [4],[5].

2.6. Phân tích và xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng Stata 16.0.

- Thống kê mô tả cho biến định tính (tần suất, tỷ lệ %).
- Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và kiến thức đúng.
- Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang. Tất cả thông tin cá nhân được mã hóa, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Trong 216 bà mẹ tham gia, nhóm tuổi 18-35 chiếm 55,56% (120/216), nhóm >35 tuổi chiếm 44,44% (96/216). Bà mẹ lao động chân tay chiếm 62,96% (136/216), lao động trí óc 37,04% (80/216). Về học vấn, THPT/cao đẳng chiếm cao nhất 59,26% (128/216), đại học/sau đại học 22,22% (48/216), tiểu học/THCS 18,52% (40/216). Đa số sống ở nông thôn (63,43%), thành thị 36,57%. Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu là tivi/internet/phát thanh (45,83%), tiếp đến nhân viên y tế (39,81%) và người thân/bạn bè (14,35%).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (N = 216)

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
18-35 tuổi	120	55,56
>35 tuổi	96	44,44
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	80	37,04
Lao động chân tay	136	62,96
Trình độ học vấn		
Tiểu học/THCS	40	18,52
THPT/cao đẳng	128	59,26
Đại học/sau đại học	48	22,22

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở		
Thành thị	79	36,57
Nông thôn	137	63,43
Nguồn cung cấp thông tin		
Nhân viên y tế	86	39,81
Người thân/bạn bè	31	14,35
Tivi/internet/phát thanh	99	45,83

3.2. Kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng

Tỷ lệ kiến thức chung đúng đạt 32,87% (71/216). Theo từng nhóm nội dung, cao nhất là phòng bệnh (81,94%), tiếp đến chăm sóc trẻ mắc TCM (61,11%) và biện pháp hạn chế lây lan (57,41%). Các nhóm có tỷ lệ đúng thấp gồm dịch tễ học/nguyên nhân (26,85%) và đường lây truyền (38,89%).

Bảng 2. Tỷ lệ kiến thức đúng theo nhóm nội dung (N = 216)

Nhóm nội dung	Số đúng (N)	Tỷ lệ (%)
Dịch tễ học/Nguyên nhân	58	26,85
Triệu chứng lâm sàng	99	45,83
Dấu hiệu cảnh báo nặng	109	50,46
Đường lây truyền	84	38,89
Biện pháp hạn chế lây lan	124	57,41
Phòng bệnh	177	81,94
Chăm sóc trẻ mắc TCM	132	61,11
Kiến thức chung	71	32,87

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng

Phân tích cho thấy bà mẹ có trình độ học vấn trung học phổ thông/ cao đẳng và trình độ đại học/sau đại học có kiến thức đúng cao hơn bà mẹ có trình độ tiểu học/ trung học cơ sở, nghề nghiệp bà mẹ lao động trí óc có kiến thức đúng cao hơn bà mẹ lao động chân tay sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm và kiến thức đúng (N= 216)

Đặc điểm	Không đúng N (%)	Đúng N (%)	PR (KTC 95%)	p
Tuổi				
18-35	76 (63,33)	44 (36,67)	0,88 (0,73-1,06)	0,184
>35	69 (71,88)	27 (28,13)		
Trình độ học vấn				
Tiểu học/THCS	35 (87,50)	5 (12,50)	1	<0,001
THPT/cao đẳng	94 (73,44)	34 (26,56)	2,41 (1,77-3,27)	
Đại học/sau ĐH	16 (33,33)	32 (66,67)	5,81 (3,13-10,69)	
Nghề nghiệp				
Lao động trí óc	43 (53,75)	37 (46,25)	0,72 (0,57-0,90)	0,001
Lao động chân tay	102 (75,00)	34 (25,00)		
Nguồn thông tin				
Cán bộ y tế	52 (60,47)	34 (39,53)	1	
Internet/phát thanh	67 (67,68)	32 (32,32)	0,82 (0,55-1,20)	0,309
Bạn bè	26 (83,87)	5 (16,13)	0,41 (0,18-0,95)	0,038
Nơi ở				
Nông thôn	89 (64,96)	48 (35,04)	0,92 (0,76-1,11)	0,372
Thành thị	56 (70,89)	23 (29,11)		

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiến thức chung đúng của bà mẹ có con nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang chỉ đạt 32,87%, thấp hơn đáng kể so với kết quả 59,0% của nghiên cứu tại TP. Tân Uyên, Bình Dương năm 2024 [5], thấp hơn mức 46,3% ghi nhận tại một nghiên cứu cộng đồng khác [7]. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ đặc điểm dân số nghiên cứu, khi nhóm ở Tiền Giang có tỷ lệ lao động chân tay và trình độ học vấn

thấp cao hơn, ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và tiếp nhận thông tin y tế.

Tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất thuộc về nhóm nội dung phòng bệnh (81,94%), cho thấy đa số bà mẹ đã nắm được các biện pháp vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường, đặc biệt là rửa tay bằng xà phòng - nội dung thường xuyên được nhấn mạnh trong các chương trình truyền thông. Điều này tương tự với báo cáo của Vũ Hồng Nhung (2023) tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, khi tỷ lệ kiến thức đúng về biện pháp phòng bệnh là trên 80% [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ kiến thức đúng ở nhóm dịch tễ học/nguyên nhân (26,85%) và đường lây truyền (38,89%) lại khá thấp, tương đồng với nhận xét của Hoàng Thị Thu Hà (2024) tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, nơi chỉ 24,8% bà mẹ biết nguyên nhân bệnh là do virus và 33,6% biết đúng đường lây truyền [4], phản ánh khoảng trống thông tin về cơ chế lan truyền và yếu tố nguy cơ. Đây là vấn đề đáng quan tâm vì hiểu biết đúng về đường lây truyền là cơ sở để phòng bệnh hiệu quả.

4.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức đúng

Kết quả phân tích mối liên quan cho thấy trình độ học vấn là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt. Bà mẹ có trình độ THPT/cao đẳng có khả năng đạt kiến thức đúng cao gấp 2,41 lần và nhóm đại học/sau đại học cao gấp 5,81 lần so với nhóm tiểu học/THCS (p<0,001). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó [5],[7], cho rằng trình độ học vấn cao giúp tăng khả năng tiếp nhận và xử lý thông tin y tế. Nghề nghiệp cũng là yếu tố liên quan (p=0,001), trong đó nhóm lao động trí óc có tỷ lệ kiến thức đúng cao hơn lao động chân tay. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Hồng Nhung [7], giải thích rằng lao động trí óc thường có môi trường tiếp cận thông tin đa dạng hơn. Về nguồn cung cấp thông tin, nhóm bà mẹ nhận thông tin từ cán bộ y tế đạt tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất (39,53%), trong khi nhóm nhận thông tin chủ yếu từ bạn bè chỉ đạt 16,13% (PR=0,41; p=0,038). Điều này khẳng định vai trò quan trọng của nhân viên y tế trong cung cấp thông tin chính xác và đáng tin cậy [2], [3]. Các yếu tố tuổi và nơi ở không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức đúng, phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu tại miền Nam Việt Nam [6], cho thấy việc nâng cao kiến thức cần hướng đến tất cả các nhóm tuổi và địa bàn.

4.3. Ý nghĩa và hạn chế của nghiên cứu

Khoảng cách giữa tỷ lệ kiến thức đúng ở các nội dung cho thấy cần tập trung nhiều hơn vào việc cung cấp kiến thức nền tảng về dịch tễ học và đường lây truyền. Việc này không chỉ giúp bà mẹ hiểu nguyên nhân và cơ chế bệnh mà còn củng cố tính bền vững của các hành vi phòng bệnh. Cán bộ y tế cần được đào tạo kỹ năng truyền thông và tận dụng đa dạng kênh truyền thông, đặc biệt là mạng xã hội và các chương trình phát thanh - truyền hình địa phương để tăng khả năng tiếp cận.

Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là thiết kế cắt ngang nên chưa xác định được mối quan hệ nhân - quả. Đồng thời, việc chọn mẫu thuận tiện có thể gây sai lệch chọn mẫu và hạn chế khả năng khái quát kết quả cho toàn bộ cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiến thức của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng còn hạn chế (32,87%), đặc biệt ở nội dung dịch tễ học và đường lây truyền. Trình độ học vấn, nghề nghiệp và nguồn thông tin từ cán bộ y tế có liên quan chặt chẽ đến mức độ kiến thức đúng. Cần ưu tiên các chương trình giáo dục sức khỏe tập trung cho nhóm bà mẹ học vấn thấp, lao động chân tay, đồng thời phát huy vai trò cán bộ y tế và đa dạng hóa kênh truyền thông cộng đồng nhằm nâng cao nhận thức và thực hành phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2024). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng. *Sức khỏe Việt*. 08/02/2024.
2. Bộ Y tế. Quyết định số 266/QĐ-BYT ngày 02 tháng 02 năm 2024 ban hành Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2024.
3. Bộ Y tế. Quyết định 292/QĐ-BYT về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng. 06/02/2024.
4. Hoàng Thị Thu Hà, Lê Thị Vân. Khảo sát kiến thức về chăm sóc trẻ mắc tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;539(2).
5. Đinh Bảo Khánh, Tạ Văn Trầm (2024). Kiến thức - Thái độ - Thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng cho bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương giai đoạn 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;544(3).
6. Phạm May, Huỳnh Ngọc Linh. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh tay chân miệng và một số yếu tố liên quan của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 66(CĐ8-NCKH):289-293.
7. Vũ Hồng Nhung, Nguyễn Thị Phương Thảo (2022). Thực trạng kiến thức phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con điều trị tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(2):258-262.

ĐÁNH GIÁ SỰ TỰ TIN CỦA BỆNH NHI TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT MỘT THÌ TÁI TẠO TAI DỊ TẬT BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

TRẦN THỊ VÂN ANH, PHẠM THỊ TỐ QUYÊN

Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự tự tin của bệnh nhi trước và sau phẫu thuật một thì tái tạo tai dị tật bẩm sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhi (5-16 tuổi) đã được phẫu thuật ít nhất 6 tháng. Dữ liệu thu thập qua bộ câu hỏi PROMS và phân tích bằng kiểm định thống kê thích hợp.

Kết quả: Sau phẫu thuật, bệnh nhi và gia đình hài lòng hơn về hình dáng và kích thước tai ($p<0,001$). Mức độ tự tin của bệnh nhi tăng rõ rệt ($p<0,001$), khả năng tham gia thể thao ($p=0,003$) và tự chăm sóc cá nhân ($p=0,046$) được cải thiện. Yếu tố giới tính có liên quan đến hành vi che tai và vén tóc lộ tai ($p<0,05$).

Kết luận: Phẫu thuật tái tạo tai một thì giúp cải thiện đáng kể sự tự tin và chất lượng cuộc sống của bệnh nhi. Việc sử dụng PROMS góp phần theo dõi chính xác hiệu quả điều trị và hỗ trợ định hướng chăm sóc toàn diện.

Từ khóa: dị tật tai bẩm sinh, phẫu thuật tái tạo một thì, sự tự tin, PROMS.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the self-confidence of pediatric patients before and after single-stage ear reconstruction surgery for congenital ear deformities at Viet Duc University Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 44 pediatric patients (aged 5-16 years) who had undergone surgery at least six months prior. Data were collected using the Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) questionnaire and analyzed with appropriate statistical tests.

Results: Patients and families reported greater satisfaction with ear shape and size postoperatively

($p<0.001$). Self-confidence significantly improved ($p<0.001$), along with participation in sports ($p=0.003$) and self-care activities ($p=0.046$). Gender was correlated with behavioral changes such as covering ears with hair/hats and tucking hair behind ears ($p<0.05$).

Conclusion: Single-stage ear reconstruction substantially enhances self-confidence and quality of life for children with congenital ear deformities. PROMS provide valuable insights into treatment outcomes and support comprehensive patient care.

Keywords: congenital ear deformity, single-stage reconstruction, self-confidence, PROMS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu sản vành tai hay tai nhỏ là dị tật bẩm sinh ở tai ngoài, xuất hiện khi tai không được phát triển đầy đủ trong ba tháng đầu của thai kỳ. Tai nhỏ không chỉ ảnh hưởng đến tai ngoài mà còn có thể gây tắc hoặc hẹp ống tai ngoài dẫn đến suy giảm thính lực [1].

Phẫu thuật tái tạo tai được xem là giải pháp hiệu quả, giúp cải thiện thẩm mỹ, giảm căng thẳng tâm lý và khôi phục sự tự tin. Trong đó, phẫu thuật tái tạo một thì đang được ưa chuộng nhờ hiệu quả cao và rút ngắn thời gian phục hồi. Tuy nhiên, quá trình này đòi hỏi kỹ thuật phức tạp với nhiều phương pháp được áp dụng để tạo hình tai [6].

Đánh giá sự tự tin của bệnh nhi trước và sau phẫu thuật tái tạo tai một thì giúp nâng cao chất lượng điều trị mà còn định hướng phát triển các kỹ thuật phẫu thuật trong tương lai. Tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, việc áp dụng thước đo kết quả do bệnh nhi báo cáo (PROMS) [4] giúp theo dõi chính xác sự cải thiện về tâm lý và mức độ hài lòng của bệnh nhi sau phẫu thuật. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá sự tự tin của bệnh nhi trước và sau phẫu thuật một thì tái tạo tai dị tật bẩm sinh

tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức” với mục tiêu: Đánh giá sự tự tin của bệnh nhi trước và sau phẫu thuật tái tạo tai một thì tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhi từ 5 đến dưới 16 tuổi, mắc dị tật tai nhỏ bẩm sinh và đã trải qua phẫu thuật tái tạo tai một thì, cùng với bố mẹ hoặc người giám hộ trẻ tham gia trả lời bộ câu hỏi liên quan đến vấn đề tai nhỏ của trẻ.

Bệnh nhi được phẫu thuật tối thiểu 6 tháng trước thời điểm nghiên cứu và được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Việt Đức.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhi không hoàn tất quy trình tái tạo tai.

Không thể liên lạc được (thiếu địa chỉ hoặc số điện thoại).

Bệnh nhi hoặc gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Cơ mẫu: Cách chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhi đủ tiêu chuẩn lựa chọn (44 bệnh nhi).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Công cụ nghiên cứu: Sử dụng bộ câu hỏi tự đánh giá để đo lường mức độ tự tin của bệnh nhi trước và sau khi phẫu thuật.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu

Tiến hành thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và gián tiếp từ 01/04/2024 - 30/04/2024.

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu, công cụ đo lường độ tự tin

2.2.4.1. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Bệnh nhi đã phẫu thuật tái tạo tai một thì từ năm 2017 đến nay.

- Bệnh nhi đã được phẫu thuật cách ít nhất 6 tháng tính đến thời điểm khám và phỏng vấn.

- Thời gian và lý do thực hiện phẫu thuật của bệnh nhi.

- Các yếu tố thẩm mỹ: tai nhỏ một bên hay hai bên, kích thước và hình dạng tai trước và sau phẫu thuật...

- Các yếu tố tâm lý (đánh giá qua thang điểm Likert):

+ Trước phẫu thuật: Mức độ tự ti, tình trạng bị bạn bè chế giễu, có che tai khi ra ngoài không....

+ Sau phẫu thuật: Mức độ hài lòng về kích thước và hình dạng tai mới, còn tự ti hoặc bị chế giễu không....

- Các yếu tố xã hội: Khả năng hoà nhập xã hội sau phẫu thuật.

2.2.4.2. Bộ công cụ đo lường mức độ tự tin của bệnh nhi (Phụ lục 1)

Bảng câu hỏi PROMS [4] (Patient - Reported Outcome Measures) của Farhana Akter, bao gồm 3 phần: Mô tả đặc điểm chung của bệnh nhi; đánh giá cải thiện tâm lý của bệnh nhi trước và sau phẫu thuật; đánh giá chức năng và sự tự tin của trẻ trước và sau phẫu thuật với các biến số:

Đặc điểm chung: Tuổi, Giới tính, Nguyên nhân dị tật tai, Vị trí phẫu thuật, Phương pháp phẫu thuật.

Tâm lý trước phẫu thuật: Tự ti về tai, Mong muốn có tai bình thường, Không thích kích thước tai, Không thích hình dạng tai, Cần che giấu tai bằng mũ, Bị trêu chọc và chế giễu về tai.

Tâm lý sau phẫu thuật: Tự tin về tai, Tai mới tương tự tai còn lại, Hài lòng với kích thước tai, Không thích hình dạng tai, Không cần che giấu tai bằng mũ, Không bị trêu chọc và chế giễu về tai.

Hoạt động hàng ngày trước phẫu thuật: Không thể đeo kính, Không thể đeo khẩu trang, Không thể chơi thể thao.

Hoạt động hàng ngày sau phẫu thuật: Có thể đeo kính, Có thể đeo khẩu trang, Có thể chơi thể thao.

2.2.5. Thu thập số liệu - xử lý số liệu

2.2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu

- Phát vấn trực tiếp: phỏng vấn khi đến tại khám tại bệnh viện

- Phát vấn từ xa: qua Google Form. Hoặc qua đường bưu điện trả lời bằng bộ câu

2.2.5.2. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Dùng kiểm định Wilcoxon signed-rank test và kiểm định Spearman.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được xét duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Y khoa của bệnh viện.

Bảo mật và công bố thông tin: Thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và không sử dụng vào mục đích khác và báo cáo trước hội đồng khoa học bệnh viện

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thay đổi tâm lý bệnh nhi về hình dáng tai trước và sau phẫu thuật

Câu hỏi	Trước PT (Trung bình ± SD)	Sau PT (Trung bình ± SD)	Chênh lệch (Trung bình ± SD)	p-value
1. Mức độ tự tin, hài lòng	2.18 ± 0.85	4.02 ± 0.79	1.84 ± 1.28	<0.001
2. So sánh với tai bình thường	1.48 ± 0.50	3.64 ± 0.89	2.16 ± 1.22	<0.001
3. Về kích thước tai	1.95 ± 0.75	3.02 ± 1.11	1.07 ± 1.22	<0.001
4. Về hình dáng tai	1.89 ± 0.62	3.70 ± 0.93	1.82 ± 1.17	<0.001
5. Sử dụng mũ/tóc để che tai	2.36 ± 1.01	3.91 ± 0.77	1.55 ± 1.27	<0.001
6. Bị chế giễu, trêu chọc	2.73 ± 1.09	3.80 ± 0.79	1.07 ± 1.40	<0.001

*Kiểm định thống kê: Wilcoxon signed-rank test

Nhận xét: Sự cải thiện tâm lý rõ rệt của bệnh nhi sau phẫu thuật, mức độ tự tin và hài lòng của các bệnh nhi tăng với điểm trung bình từ 2.18 ± 0.85 lên 4.02 ± 0.79 (chênh lệch trung bình 1.84 ± 1.28, p<0.001). Sự so sánh

với tai bình thường cũng cải thiện rõ rệt, từ 1.48 ± 0.50 lên 3.64 ± 0.89 (chênh lệch trung bình 2.16 ± 1.22, p<0.001). Đối với kích thước và hình dáng tai, điểm trung bình trước phẫu thuật lần lượt là 1.95 ± 0.75 và 1.89 ± 0.62, trong khi sau phẫu thuật là 3.02 ± 1.11 và 3.70 ± 0.93 (chênh lệch trung bình lần lượt là 1.07 ± 1.22 và 1.82 ± 1.17, p<0.001 cho cả hai). Việc sử dụng mũ hoặc tóc để che tai giảm đi đáng kể, từ 2.36 ± 1.01 trước phẫu thuật xuống còn 3.91 ± 0.77 sau phẫu thuật (chênh lệch trung bình 1.55 ± 1.27, p<0.001). Tình trạng bị chế giễu và trêu chọc cũng giảm đáng kể, từ 2.73 ± 1.09 xuống còn 3.80 ± 0.79 (chênh lệch trung bình 1.07 ± 1.40, p<0.001).

Bảng 2. Thay đổi của bệnh nhi trong hoạt động hằng ngày trước và sau PT

Câu hỏi	Trước PT (Trung bình ± SD)	Sau PT (Trung bình ± SD)	Chênh lệch (Trung bình ± SD)	p-value
1. vén tóc lộ tai	2.50 ± 1.05	3.98 ± 0.66	1.48 ± 1.41	<0.001
2. Đeo khẩu trang	1.82 ± 0.82	4.02 ± 0.93	2.21 ± 1.50	<0.001
3. Chơi thể thao	3.23 ± 1.03	3.89 ± 0.72	0.66 ± 1.40	0.003
4. Tự vệ sinh cá nhân	3.73 ± 0.90	4.02 ± 0.70	0.30 ± 1.15	0.046

*Kiểm định thống kê: Test Wilcoxon signed-rank test

Nhận xét: Bệnh nhi tự tin hơn trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày thông qua việc vén tóc lộ tai nhiều hơn, có thể đeo khẩu trang, tự tin chơi thể thao và muốn tự vệ sinh cá nhân nhiều hơn. Các chỉ số đánh giá đều tăng lên đáng kể với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao ở yếu tố vận động chơi thể thao (p=0.003), tự vệ sinh cá nhân (p=0.046) và rất cao (p<0.001) ở các yếu tố còn lại.

Bảng 3. Tương quan của các yếu tố ảnh hưởng tới chênh lệch mức độ hài lòng trước và sau điều trị

Câu hỏi	Giới tính		Bên tai dị tật		Chất liệu tạo hình tai		Người mong muốn	
	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value
1. Mức độ tự tin, hài lòng	-0.061	0.692	-0.39	0.800	0.025	0.870	-0.152	0.326
2. So với tai bình thường	0.024	0.875	-0.098	0.526	0.160	0.298	-0.195	0.205
3. Về kích thước tai	0.118	0.447	0.116	0.452	-0.018	0.908	0.004	0.981
4. Về hình dáng tai	0.196	0.201	-0.096	0.536	0.262	0.086	-0.055	0.723
5. Sử dụng mũ/tóc để che tai	0.300	0.048	0.131	0.396	0.266	0.081	0.121	0.434

Câu hỏi	Giới tính		Bên tai dị tật		Chất liệu tạo hình tai		Người mong muốn	
	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value	Hệ số tương quan	p-value
6. Bị chế giễu, trêu chọc	0.103	0.507	0.102	0.511	0.147	0.342	-0.053	0.734
7. Vén tóc lộ tai	0.374	0.012	0.053	0.735	0.137	0.374	0.078	0.615
8. Đeo khẩu trang	0.191	0.213	-0.082	0.597	-0.167	0.279	0.061	0.694
9. Chơi thể thao	0.143	0.355	-0.003	0.986	0.097	0.532	0.236	0.122
10. Tự vệ sinh cá nhân	0.192	0.211	0.082	0.597	-0.114	0.462	0.073	0.636

*Kiểm định thống kê: Test tương quan Pearson ($p < 0.05$)

Nhận xét: Yếu tố giới tính có mối tương quan tuyến tính với mức độ sử dụng mũ/tóc để che tai ($p=0.048$) và sự vén tóc lộ tai ($p=0.012$) với độ tin cậy 95%. Phần nản thường gặp nhất của bệnh nhân là không giống hoàn toàn tai bên lành 13/44 bệnh nhân (29,55%), sẹo xấu 3/44 bệnh nhân (6,82%) và cần chăm sóc kéo dài 2/44 bệnh nhân (4,55%).

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy bệnh nhi có cải thiện đáng về tần suất tham gia vào các hoạt động sinh hoạt cá nhân hàng ngày và thể thao giải trí giống các bạn đồng trang lứa. Theo nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có thể vén tóc lộ tai (2.50 ± 1.05 trước phẫu thuật so với 3.98 ± 0.66 sau phẫu thuật. $p < 0.001$) và đeo khẩu trang (1.82 ± 0.82 trước phẫu thuật so với 4.02 ± 0.93 sau phẫu thuật. $p < 0.001$) sau phẫu thuật, bệnh nhân không còn e ngại về ngoại hình của bản thân. Tần suất tham gia hoạt động thể thao (3.23 ± 1.03 trước phẫu thuật so với 3.89 ± 0.72 sau phẫu thuật. $p = 0.003$) và tự vệ sinh cá nhân (3.73 ± 0.90 trước phẫu thuật so với 4.02 ± 0.70 sau phẫu thuật. $p = 0.046$) cũng được tăng lên đáng kể. Những thay đổi tích cực có ý nghĩa thống kê này cũng tương tự với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác, Johns A. L. và cộng sự [6] ghi nhận sự thay đổi tích cực về tâm lý, các kỹ năng giao tiếp xã hội và nhận thức về dị tật của bản thân ở tất cả các bệnh nhi nhỏ tuổi và lớn tuổi sau 1 năm phẫu thuật. Nghiên cứu của Steffen A. và cộng sự [9] cũng ghi nhận sự cải thiện các kỹ năng xã hội của bệnh nhi sau phẫu thuật, 90% bệnh nhi (cả người lớn và trẻ em) có sự chấp nhận đối với chiếc tai mới sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Brent và cộng sự [3] cũng cho thấy 90% bệnh nhi hài lòng với kết quả phẫu thuật, đặc biệt là sự suy giảm những cảm xúc tiêu cực do dị tật gây nên ở những bệnh nhi ở độ tuổi 10 - 14 tuổi giúp tăng cường sự tự tin khi tham gia các hoạt động thể thao sau phẫu thuật.

Mặc dù điểm Likert trung bình về sự tương đồng giữa hai tai đạt 3,64 - phản ánh sự hài lòng chung của đa số bệnh nhân, nhiều bệnh nhân vẫn mong muốn đạt được sự giống nhau tuyệt đối. Tuy nhiên, điều này gần như không thể thực hiện được do cấu trúc vành tai vô cùng tinh tế, đòi hỏi nhiều yếu tố phức tạp như da tai sáng màu, mỏng, di động, khung sụn vừa mềm dẻo vừa vững chắc, có tính đàn hồi, cùng các đường gờ và hố lõm rõ nét. Hiện nay, chưa có phương pháp tạo hình nào có thể đáp ứng hoàn hảo tất cả các yêu cầu này. Việc ứng dụng chụp phim và in 3D, đặc biệt là sử dụng chất liệu cấy ghép in 3D cá thể hóa cho từng bệnh nhân, có thể cải thiện khả năng tạo hình giống tai đối bên. Về khía cạnh thời gian chăm sóc, phương pháp hiện tại của chúng tôi chỉ yêu cầu một lần phẫu thuật với thời gian nằm viện 5-7 ngày, đã có sự cải thiện đáng kể so với các nghiên cứu trước đây của Trần Thị Thu Hiền (trung bình 2,75 lần phẫu thuật/bệnh nhân, thời gian nằm viện trên 18 ngày) [2] hay Vũ Duy Dũng (30,8% bệnh nhân nằm viện trên 1 tuần cho phẫu thuật thì đầu) [1]. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải giải thích rõ cho bệnh nhân về việc chăm sóc và bảo vệ vành tai sẽ là một quá trình lâu dài, do đặc điểm cấu trúc ba chiều đặc thù và sự tiếp xúc thường xuyên với các tác động từ môi trường.

Hầu hết các yếu tố về giới tính, chất liệu tạo hình tai cũng như bên tai dị tật và mong muốn phẫu thuật không có mối tương quan với sự chênh lệch mức độ hài lòng, sự tự tin của bệnh nhi về ngoại hình, sinh hoạt và tham gia thể thao. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy có dấu hiệu

tương quan tuyến tính giữa yếu tố giới tính với việc giảm tần suất sử dụng mũ/tóc để che tai sau phẫu thuật ($p=0.048$) và vén tóc lộ tai ($p=0.012$) với mức độ tin cậy 95% (Bảng 7). Kết quả này cũng phù hợp về mặt tâm lý bệnh nhi, đặc biệt là bệnh nhi nữ, thường ngại ngùng về khiếm khuyết ngoại hình so với anh/chị/em trong gia đình, các bạn và mọi người xung quanh. Ta có thể thấy rằng, nam giới và nữ giới có xu hướng sử dụng các phương tiện che tai và vén tóc lộ tai khác nhau. Các bệnh nhi nam có thể cảm thấy tự tin hơn hoặc ít chú ý đến các vấn đề về ngoại, trong khi này nữ giới có xu hướng sử dụng mũ hoặc tóc để che tai nhiều hơn.

Kết quả cũng cho thấy yếu tố sử dụng mũ/tóc để che tai và vén tóc lộ tai có ý nghĩa thống kê, cho thấy rằng việc che đầy khuyết điểm hoặc thể hiện sự tự tin có thể ảnh hưởng bởi giới tính. Mức độ vén tóc lộ tai có mối tương quan rất cao ($p=0.012$), cho thấy rằng bệnh nhi có xu hướng tự tin hơn trong việc lộ tai sau phẫu thuật.

Việc bệnh nhi có thể vén tóc lộ tai, sử dụng khẩu trang và tự tin chơi thể thao là những biểu hiện cụ thể của sự tự tin và hài lòng với kết quả phẫu thuật. Bảng 7 cũng thể hiện rằng các yếu tố như giới tính không chỉ ảnh hưởng đến mức độ hài lòng mà còn đến sự tự tin trong các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân.

Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét yếu tố giới tính trong quá trình điều trị và tư vấn cho bệnh nhân. Việc lựa chọn chất liệu sụn sụn và sụn nhân tạo không ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của bệnh nhi với kết quả phẫu thuật, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ronde E. M. và cộng sự [8], Kim Y.J. và cộng sự [7]. Nghiên cứu của Constantine K. C. và cộng sự [5] mặc dù thấy rằng không có sự chênh lệch quá nhiều về kết quả phẫu thuật khi sử dụng sụn sụn tự thân và sụn nhân tạo, tuy nhiên cũng đưa ra kết luận rằng sụn nhân tạo có thể sẽ giúp tai mới trông đẹp hơn, rõ nét hơn về các chi tiết, hình dáng và kích thước trong khi nếu bệnh nhi lựa chọn sụn sụn tự thân, tuổi phẫu thuật sẽ phải lớn hơn - một yếu tố ảnh hưởng đến thời điểm phẫu thuật và quá trình chăm sóc hậu phẫu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa đủ dài nên chưa so sánh được rõ kết quả hậu phẫu giữa tai sụn sụn tự thân và sụn sụn nhân tạo. Hiện nay, chúng tôi cũng đang tiếp tục theo dõi để nghiên cứu về vấn đề này.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật tái tạo tai một thì đã cải thiện rõ rệt sự tự tin và chất lượng cuộc sống của bệnh nhi mắc dị tật tai bẩm sinh. Sau phẫu thuật, bệnh nhi tự tin hơn về ngoại hình, giảm che giấu khiếm khuyết, ít bị chế giễu, đồng thời tăng cường khả năng tham gia thể thao và tự chăm sóc cá nhân. Yếu tố giới tính có mối liên quan đến mức độ thay đổi hành vi và sự tự tin sau phẫu thuật. Những kết quả này khẳng định vai trò quan trọng của việc đánh giá bằng thang đo kết quả do bệnh nhi báo cáo (PROMs) trong theo dõi hiệu quả điều trị lâu dài.

Khuyến nghị

Hỗ trợ tâm lý trước và sau phẫu thuật: Tư vấn và giải thích đầy đủ để bệnh nhi và gia đình hiểu rõ kỳ vọng thực tế

Cá thể hóa phương pháp phẫu thuật: Lựa chọn chất liệu và kỹ thuật phù hợp theo độ tuổi, tình trạng lâm sàng và mong muốn của bệnh nhi

Theo dõi lâu dài: Duy trì theo dõi ≥ 5 năm để đánh giá toàn diện hiệu quả thẩm mỹ, chức năng và tâm lý

Tăng cường truyền thông và đào tạo: Nâng cao hiểu biết cộng đồng về phẫu thuật tái tạo tai và tăng cường hợp tác liên ngành, đa trung tâm nhằm cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dũng VD. Đại học Y Hà Nội. 2018. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình dị tật tai nhỏ theo kỹ thuật Brent: 97.
2. Hiền TTT. Đại học Y Hà Nội. 2020. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật tạo hình thiếu sản vành tai nặng theo kỹ thuật Nagata: 102.
3. Brent B. 1992. Auricular Repair with Autogenous Rib Cartilage Grafts: Two Decades of Experience with 600 Cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 90(3): 355.
4. Churruca K, Pomare C, Ellis LA, et al. 2021. Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expectations*, 24(4): 1015-1024.

5. Constantine KK, Gilmore J, Lee K, Leach J. 2014. Comparison of Microtia Reconstruction Outcomes Using Rib Cartilage vs Porous Polyethylene Implant. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 16(4): 240-244.
6. Johns AL, Lucash RE, Im DD, Lewin SL. 2015. Pre and post-operative psychological functioning in younger and older children with microtia. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 68(4): 492-497.
7. Kim YJ, Min K, Kim YS, et al. 2024. Auricle reconstruction with autologous costal cartilage versus polyethylene implants in microtia patients: a meta-analysis. *Archives of Craniofacial Surgery*, 25(4): 179-186.
8. Ronde E. 2021. M Long-term aesthetics, patient-reported outcomes, and auricular sensitivity after microtia reconstruction: A systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(12): 3213-3234.
9. Steffen A, Klaiber S, Katzbach R, et al. 2008. The Psychosocial Consequences of Reconstruction of Severe Ear Defects or Third-Degree Microtia With Rib Cartilage. *Aesthetic Surgery Journal*, 28(4): 404-411.

KIẾN THỨC CỦA CHA MẸ VỀ HỘI CHỨNG RUNG LẮC Ở TRẺ DƯỚI 2 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2024

PARENTS' KNOWLEDGE OF SHAKEN BABY SYNDROME IN CHILDREN UNDER 2 YEARS OLD AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2024

BÙI THỊ OANH, BÙI THỊ HẢI, NÔNG VĂN MÃN,
NGUYỄN THỊ NHÂM, LÝ THỊ LỆ THÚY
Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

TÓM TẮT

Hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ có thể để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe và sự phát triển của trẻ, tuy nhiên nhận thức của cha mẹ về vấn đề này còn hạn chế. Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu đánh giá kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ dưới 2 tuổi, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan. Đối tượng nghiên cứu là cha, mẹ có con từ 0-2 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.

Kết quả cho thấy kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ: 58,8% có kiến thức tốt, 41,2% kiến thức kém; 45,4% có thái độ tích cực và 54,6% chưa tích cực. Kiến thức khác biệt có ý nghĩa theo tuổi, dân tộc, trình độ văn hóa, số con, nghề nghiệp và việc từng nhận thông tin ($p < 0,05$). Thái độ khác biệt có ý nghĩa theo giới tính, tuổi, trình độ văn hóa và nghề nghiệp ($p < 0,05$). Ngoài ra, kiến thức và thái độ có mối tương quan với các yếu tố dân tộc, nghề nghiệp, nhóm tuổi, số con, tình trạng sống chung và việc từng nhận thông tin ($p < 0,05$). Cần tăng cường truyền thông - tư vấn và giáo dục sức khỏe, tập trung vào nhóm cha mẹ có kiến thức, thái độ chưa tốt và ít cơ hội tiếp cận thông tin, nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi và phòng ngừa hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ.

Từ khóa: Cha mẹ, hội chứng rung lắc, kiến thức, thái độ, Thái Nguyên

ABSTRACT

Shaken Baby Syndrome in young children can cause serious consequences for the child's health and development; however, parents' awareness of this issue remains limited. A cross-sectional descriptive study was conducted with the aim of assessing parents' knowledge and attitudes regarding Shaken Baby Syndrome in children under two years of age, and at the same time analyzing several related factors. The study subjects were

fathers and mothers of children aged 0-2 years who came for examination and treatment at Thai Nguyen National Hospital in 2024.

The results showed that parents' knowledge and attitudes regarding Shaken Baby Syndrome in young children were as follows: 58.8% had good knowledge and 41.2% had poor knowledge; 45.4% demonstrated a positive attitude, while 54.6% showed a less positive attitude. Knowledge differed significantly by age, ethnicity, educational level, number of children, occupation, and prior receipt of information ($p < 0.05$). Attitudes differed significantly by gender, age, educational level, and occupation ($p < 0.05$). In addition, knowledge and attitudes were correlated with ethnicity, occupation, age group, number of children, living arrangements, and prior receipt of information ($p < 0.05$). It is therefore necessary to strengthen communication, counseling, and health education, with a particular focus on parents who have limited knowledge, less positive attitudes, and fewer opportunities to access information, in order to improve awareness, promote behavioral change, and prevent Shaken Baby Syndrome in young children.

Keywords: Parents, shaken baby syndrome, knowledge, attitude, Thai Nguyen

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng rung lắc (Shaken baby syndrome) được định nghĩa là "một dạng chấn thương não nghiêm trọng xảy ra khi trẻ nhỏ bị lắc mạnh và chịu lực tăng tốc, giảm tốc và quay nhanh, có hoặc không có tác động"¹. Trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc SBS ở trẻ dưới một tuổi ước tính là 14-33,8/100.000. Các triệu chứng điển hình của Hội chứng rung lắc bao gồm nôn trớ, kích thích, khó thở, li bì, co giật hoặc hôn mê². Ở trẻ nhỏ dưới một tuổi, xuất huyết dưới màng cứng phổ biến hơn³. Các yếu tố nguy cơ được xác định liên quan đến hội chứng này bao gồm từ cha mẹ,

môi trường và từ phía trẻ. Các nhà nghiên cứu cho thấy nguyên nhân thường gặp nhất gây ra hội chứng rung lắc ở trẻ là trẻ khóc⁴.

Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ cha mẹ thiếu hiểu biết về hội chứng này còn khá thấp: 40% ở Đức⁴; 50.3 % phụ huynh Thổ Nhĩ Kỳ không biết rung lắc có hại², 57,61% phụ huynh Ai Cập từng rung trẻ để dỗ nín³, và phần lớn người dân ở Riyadh có hiểu biết kém về SBS⁸. Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ khuyến nghị cần đẩy mạnh các chương trình giáo dục và nâng cao nhận thức nhằm phòng ngừa SBS.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về hội chứng rung lắc còn hạn chế. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là tuyến đầu chăm sóc trẻ em ở khu vực miền núi phía Bắc. Do đó, việc khảo sát nhận thức của cha mẹ về SBS là cần thiết, làm cơ sở cho các can thiệp giáo dục sức khỏe và nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ nhỏ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức của cha mẹ trẻ về hội chứng rung lắc ở trẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.
2. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức của cha mẹ trẻ về hội chứng rung lắc ở trẻ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* **Đối tượng nghiên cứu:** Cha mẹ có trẻ từ 0-2 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

+ Tiêu chuẩn chọn:

- Cha mẹ của trẻ, đồng ý tham gia nghiên cứu, không có vấn đề về tâm thần, có khả năng đọc và hiểu tiếng Việt

- Trẻ từ 0-2 tuổi

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ trong tình trạng nguy kịch, cấp cứu.

- Người chăm sóc là nhân viên y tế.

* **Địa điểm và thời gian:**

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 3/2024 đến 3/2025.

• Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ:

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

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,962 = 1,962$; $p=0,323$ (tỷ lệ cha mẹ có kiến thức tốt về hội chứng rung lắc ở trẻ em theo tác giả Fatma Alzahrani năm 2023⁹).

$q=1 - p$, $d=0,05$: Sai số tiêu chuẩn

Thay vào công thức trên ta tính được số cha mẹ cần nghiên cứu là 337 cha mẹ trẻ.

* **Tiêu chuẩn:** Bộ câu hỏi được dựa trên bộ câu hỏi của tác giả Fatma Alzahrani và cộng sự năm 2023⁹. Độ tin cậy của bộ công cụ trước khi đưa vào nghiên cứu Cronbach $\alpha = 0,81$.

* **Phương pháp thu thập số liệu**

- Đối tượng nghiên cứu được giải thích và phát bộ câu hỏi đã soạn sẵn dưới sự giám sát và hỗ trợ của nhóm nghiên cứu.

- Nhóm nghiên cứu nhận lại bộ câu hỏi đã trả lời, kiểm tra và thu thập thêm thông tin trong phạm vi của nghiên cứu (nếu cần thiết).

* **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 23.0.

+ Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (Descriptive statistics), frequencies.

+ Kiểm định t-test, ANOVA và Chi - square. Ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

* **Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương thông qua.

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và đều được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích cũng như nội dung của nghiên cứu.

* Sai số và biện pháp khắc phục

- Sai số do quá trình nhập số liệu, xử lý số liệu bằng máy tính.

- Nghiên cứu viên kiểm tra lại phiếu điều tra ngay sau khi điều tra, phiếu thông tin thu thập chưa đầy đủ, không hợp lý thì sẽ bị hủy hoặc sẽ bổ sung đầy đủ.

- Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kiểm tra số liệu trước khi phân tích.

- Với sai số do quá trình nhập và xử lý số liệu: Số liệu sau khi đã được thu thập đầy đủ đã được tiến hành làm sạch và nhập làm 2 lần riêng biệt sau đó so sánh với nhau tìm ra sự khác biệt và sửa chữa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu và trẻ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu và trẻ

STT	Các yếu tố		n (337)	%
1	Giới tính	Nam	183	54,3
		Nữ	154	45,7
2	Nhóm tuổi	≤ 20 tuổi	73	21,7
		21-35 tuổi	236	70
		> 35 tuổi	28	8,3
3	Dân tộc	Kinh	231	68,5
		Khác	106	31,5
4	Trình độ văn hóa	THPT	15	4,5
		TH chuyên nghiệp, Cao đẳng	215	63,8
		Đại học, Sau đại học	107	31,7
5	Số con	Một con	152	45,1
		Hai con hoặc nhiều hơn	185	54,9
6	Nghề nghiệp	Sinh viên	76	22,6
		Công nhân, CBVC	137	40,7
		Nội trợ	93	27,6
		Tự do	31	9,2
7	Đã từng nhận thông tin	Có	230	68,2
		Không	107	31,8
8	Nhận thông tin từ đâu	Thông tin đại chúng	152	66,1
		NVYT	78	33,9

Nhận xét: Nghiên cứu trên 337 bố, mẹ có 54,3% là bố của trẻ; 70% người có độ tuổi từ 21-35 tuổi; 68,5% dân tộc Kinh; 63,8% người có TĐVH hiện tại là TH chuyên nghiệp, cao đẳng; 54,9% người có số con từ hai trở lên; những người có nghề nghiệp là công nhân, nông dân chiếm 40,7%; 68,2% người đã từng nhận thông tin và trong số đó có 66,1% người nhận thông tin từ thông tin đại chúng.

2. Kiến thức và thái độ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

STT	Nội dung	Mean ± SD	Bố (183)		Mẹ (154)	
			Mean	SD	Mean	SD
1	Kiến thức về Hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ	3,83 ± 1,29	3,7	1,27	3,98	1,31
2	Kiến thức về mối nguy hiểm của Hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ	2,0 ± 0,59	2,0	0,6	2,01	0,57
3	Nguyên nhân và cách phòng ngừa Hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ	3,15 ± 1,58	3,3	1,46	2,97	1,69

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy các kiến thức về các khái niệm hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ đạt điểm trung bình là 3,83 ± 1,29 trong tổng số 6 điểm; kiến thức về mối nguy hiểm của hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ có điểm trung bình thấp nhất với 2,0 ± 0,59 điểm trên tổng số 4 điểm; Kiến thức về nguyên nhân và cách phòng ngừa hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ đạt điểm trung bình là 3,15 ± 1,58 điểm trong tổng số 6 điểm.

Bảng 3. Kiến thức chung và thái độ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

STT	Nội dung	Mean ± SD	Bố (183)		Mẹ (154)		p
			Mean	SD	Mean	SD	
1	KT chung	8,99 ± 2,41	9,01	2,43	8,97	2,39	0,916
2	Thái độ	4,22 ± 1,75	4,2	1,89	4,25	1,58	0,003

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 4. Phân loại kiến thức và thái độ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

STT	Nội dung	Tốt	Kém
1	Kiến thức chung (337)	198 (58,8)	139 (41,2)
2	Thái độ (337)	153 (45,4)	184 (54,6)

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy kiến thức chung và thái độ về hội chứng rung lắc là 58,8% kiến thức tốt; 41,2% kiến thức kém; 45,4% thái độ tích cực; 54,6% thái độ chưa tích cực.

3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

STT	Các yếu tố		Kiến thức (Mean ±SD)	F/t	p
1	Giới tính	Nam	8,96 ± 2,38	0,02	0,96
		Nữ	9,01 ± 2,43		
2	Tuổi	≤ 20 tuổi	7,83 ± 2,81	7,25	0,000
		21-35 tuổi	9,15 ± 2,16		
		> 35 tuổi	10,64 ± 1,95		
3	Dân tộc	Kinh	9,51 ± 2,03	24,8	0,000
		Khác	7,86 ± 2,76		
4	Trình độ văn hóa	THPT	10,87 ± 1,3	2,35	0,007
		TH chuyên nghiệp, Cao đẳng	9,04 ± 2,66		
		Đại học, Sau đại học	9,12 ± 1,11		
5	Số con	Một con	8,38 ± 2,59	49,36	0,000
		Hai con hoặc nhiều hơn	9,33 ± 1,27		
6	Nghề nghiệp	CBVC	9,05 ± 1,88	9,32	0,000
		Công nhân, Nông dân	7,87 ± 2,77		
		Tự do, Nội trợ...	8,56 ± 1,75		
7	Đã từng nhận thông tin	Có	9,43 ± 2,02	33,45	0,000
		Không	8,03 ± 2,84		

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa về kiến thức của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ theo tuổi, dân tộc, trình độ văn hóa, số con, nghề nghiệp và đã từng nhận thông tin (p<0,05).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc

STT	Các yếu tố		Thái độ (Mean ±SD)	F/t	p
1	Giới tính	Nam	4,202 ± 1,89	9,22	0,003
		Nữ	4,25 ± 1,58		
2	Tuổi	≤ 20 tuổi	3,27 ± 1,52	6,66	0,000
		21-35 tuổi	4,57 ± 1,78		
		> 35 tuổi	3,82 ± 0,82		
3	Dân tộc	Kinh	5,1 ± 1,22	1,05	0,31
		Khác	2,32 ± 1,11		
4	Trình độ văn hóa	THPT	4,73 ± 0,46	43,45	0,000
		TH chuyên nghiệp, Cao đẳng	4,02 ± 1,25		
		Đại học, Sau đại học	4,41 ± 2,8		
5	Số con	Một con	3,56 ± 1,37	0,06	0,81
		Hai con hoặc nhiều hơn	5,79 ± 1,43		
6	Nghề nghiệp	CBVC	4,41 ± 2,3	6,96	0,000
		Công nhân, Nông dân	3,31 ± 0,78		
		Tự do, Nội trợ...	4,71 ± 1,36		
7	Đã từng nhận thông tin	Có	4,77 ± 1,66	1,55	0,214
		Không	3,05 ± 1,3		

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa về thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ theo giới tính, tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp (p<0,05).

Bảng 7. Mối tương quan giữa các yếu tố đến kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ

Yếu tố	Kiến thức		Thái độ	
	r	p	r	p
Giới	-0,09	0,87	0,015	0,79
Dân tộc	-0,32	0,000	-0,74	0,000

Yếu tố	Kiến thức		Thái độ	
	r	p	r	p
Nghề nghiệp	0,383	0,000	0,217	0,000
Đã từng nhận thông tin	0,027	0,000	0,46	0,000
Số con	0,23	0,000	0,12	0,034
Nhóm tuổi	0,221	0,000	0,124	0,026
TĐVH	0,181	0,01	0,12	0,28
Tình trạng sống chung	0,501	0,000	0,504	0,000

Nhận xét: Có mối tương quan giữa kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ với các yếu tố dân tộc, nghề nghiệp, nhóm tuổi, số con, tình trạng sống chung và đã từng nhận thông tin của cha mẹ trẻ ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ sơ sinh

Nghiên cứu được thực hiện trên 337 cha mẹ có con từ 0-2 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đặc điểm chung cho thấy phần lớn người tham gia là nam giới (54,3%), trong độ tuổi 21-35 (70%), thuộc dân tộc Kinh (68,5%), có trình độ học vấn từ trung học chuyên nghiệp trở lên (63,8%), có từ hai con trở lên (54,9%) và chủ yếu làm công nhân hoặc nông dân (40,7%). Khoảng 68,2% cha mẹ đã từng tiếp cận thông tin về hội chứng rung lắc, trong đó 66,1% thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Điểm trung bình kiến thức chung: 9/16 điểm; Điểm trung bình thái độ: 4/8 điểm; Không có sự khác biệt đáng kể về kiến thức giữa cha và mẹ ($p > 0,05$), tuy nhiên thái độ có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Tỷ lệ cha mẹ có kiến thức tốt là 58,8%, trong khi 41,2% có kiến thức kém; 45,4% có thái độ tích cực và 54,6% có thái độ chưa tích cực. So sánh với các nghiên cứu trước, kết quả này tương tự nghiên cứu tại Tabuk (Alshahrani et al., 2018), cho thấy 67,4% cha mẹ thiếu hiểu biết về mức độ nguy hiểm của hội chứng². Tại Ả Rập Xê Út, Alomran và cộng sự

(2022) cũng chỉ ra rằng chỉ 30,7% người tham gia biết đến SBS¹. Nguồn thông tin phổ biến nhất là qua truyền thông đại chúng, tuy nhiên vai trò của nhân viên y tế vẫn chưa được phát huy đúng mức. Nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh rằng cán bộ y tế cần chủ động tư vấn, giáo dục sức khỏe về SBS trong các lần khám, tiêm chủng và chăm sóc ban đầu.

4.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ của cha mẹ

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa kiến thức và thái độ với các yếu tố: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, tình trạng sống chung và việc đã từng tiếp cận thông tin ($p < 0,05$). Thái độ còn chịu ảnh hưởng thêm bởi giới tính.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fatimah Alzahrani (2023), khẳng định vai trò của trình độ học vấn trong việc tiếp cận và lĩnh hội thông tin y tế³. Thực tế cho thấy khi trẻ khóc, đặc biệt là trẻ sơ sinh, nhiều phụ huynh rơi vào trạng thái căng thẳng, mất kiểm soát và vô thức thực hiện hành động rung lắc. Ngoài ra, hành vi này có thể xảy ra trong quá trình chơi đùa với trẻ nếu không có nhận thức đầy đủ về hậu quả.

Mặc dù đa số cha mẹ từng nghe về hội chứng rung lắc, nhưng nguồn thông tin chủ yếu vẫn đến từ truyền thông, trong khi vai trò giáo dục từ cán bộ y tế còn hạn chế. Điều này đặt ra yêu cầu cần tăng cường lồng ghép nội dung về hội chứng rung lắc trong các chương trình chăm sóc trẻ tại cơ sở y tế.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kiến thức và thái độ của cha mẹ về hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ: 58,8% có kiến thức tốt, 41,2% kiến thức kém; 45,4% có thái độ tích cực và 54,6% chưa tích cực. Kiến thức khác biệt có ý nghĩa theo tuổi, dân tộc, trình độ văn hóa, số con, nghề nghiệp và việc từng nhận thông tin ($p < 0,05$). Thái độ khác biệt có ý nghĩa theo giới tính, tuổi, trình độ văn hóa và nghề nghiệp ($p < 0,05$). Ngoài ra, kiến thức và thái độ có mối tương quan với các yếu tố dân tộc, nghề nghiệp, nhóm tuổi, số con, tình trạng sống chung và việc từng nhận thông tin ($p < 0,05$). Cần tăng cường truyền thông - tư vấn và giáo dục sức khỏe, tập trung vào nhóm cha mẹ có kiến thức, thái độ chưa tốt và ít cơ hội tiếp cận thông tin, nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi và phòng ngừa hội chứng rung lắc ở trẻ nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alomran, H.I.; Alkharaan, Z.I.; Aldawsari, K.M.; Aldakkan, O.Z.; Alatif, H.M.; Mohamed, M.Z.E. Parental awareness, knowledge, and attitude about shaken baby syndrome in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Pan Afr. Med. J.* 2022, 41, 327-340.
2. Alshahrani, A.N.; Alshahrani, M.N.; Ahmed, A.B. Evaluation of knowledge regarding shaken baby syndrome among parents in Tabuk City. *Egypt. J. Hosp. Med.* 2018, 72, 5600-5603.
3. Alzahrani, F.; Al-Jabri, B.A.; Ramadan, S.A.L.; Alshehri, A.M.; Alsheikh, A.S.; Mushaeb, H.H.;... & AlSwealh, M.S. Parental knowledge and awareness about shaken baby syndrome in Jeddah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Pediatric Reports* 2023, 15(2), 311-322.
4. Berthold, O.; Clemens, V.; Witt, A.; Brähler, E.; Plener, P.L.; Fegert, J.M. Awareness of abusive head trauma in a German population-based sample: Implications for prevention. *Pediatr. Res.* 2019, 86, 537-541.
5. Foley, S.; Kovács, Z.; Rose, J.; Lamb, R.; Tolliday, F.; Simons-Coghill, M.; Stephens, A.; Scheiber, D.; Toma, A.; Asbóth, K.; et al. International collaboration on prevention of shaken baby syndrome - an ongoing project/ intervention. *Paediatr. Int. Child Health* 2013, 33, 233-238.
6. Gilbert, R.; Kemp, A.; Thoburn, J.; Sidebotham, P.; Radford, L.; Glaser, D.; MacMillan, H.L. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009, 373, 167-180.
7. Ludwig, S.; Warman, M. Shaken baby syndrome: A review of 20 cases. *Ann. Emerg. Med.* 1984, 13, 104-107.
8. Miehl, N.J. Shaken baby syndrome. *J. Forensic Nurs.* 2005, 1, 111-117.
9. Stewart, T.C.; Polgar, D.; Gilliland, J.; Tanner, D.A.; Girotti, M.J.; Parry, N.; Fraser, D.D. Shaken baby syndrome and a triple dose strategy for its prevention. *J. Trauma* 2011, 71, 1801-1807.

MỨC ĐỘ ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SAU NÚT MẠCH U XƠ TỬ CUNG TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ CAN THIỆP ĐIỆN QUANG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024-2025

PAIN LEVEL AND RELATED FACTORS IN PATIENTS AFTER UTERINE FIBROID EMBOLIZATION AT THE CENTER FOR DIAGNOSTIC IMAGING AND INTERVENTIONAL RADIOLOGY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL 2024-2025

NGUYỄN THỊ THÚY VÂN¹, NGUYỄN NGỌC CƯƠNG^{1,2},
ĐOÀN VIẾT TRINH¹, NGUYỄN QUANG TRUNG¹,
TRẦN HỒNG ĐỨC¹, HOÀNG THU THỦY¹,
NGUYỄN THỊ THÚY¹, PHẠM THỊ HUYỀN¹

¹Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và can thiệp Điện Quang
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ đau và các yếu tố liên quan ở người bệnh sau nút mạch u xơ tử cung (UAE) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 23 người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán u xơ tử cung và chỉ định UAE (09/2024-04/2025). Đau được đo bằng thang điểm VAS tại 5 thời điểm: trong can thiệp, ngay sau, 6 giờ, 24 giờ và 48 giờ. Các yếu tố liên quan được phân tích bằng kiểm định thích hợp với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

Kết quả: Đau ít chiếm tỷ lệ cao nhất trong và ngay sau thủ thuật (lần lượt 91,4% và 73,9%). Đau nặng (VAS 7-9) đạt đỉnh sau 6 giờ: 78,3% và giảm rõ sau 24 giờ: 8,7%, 48 giờ: 0%. Lo lắng trước thủ thuật liên quan mức đau cao hơn ($p=0,022$). Kích thước $u > 5$ cm liên quan mức đau cao hơn so với kích thước $u \leq 5$ cm ($p=0,036$). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa theo phương pháp giảm đau, vật liệu nút mạch hay thời gian can thiệp trong cỡ mẫu hiện tại. Không có biến chứng chảy máu/nhiễm trùng đáng kể.

Kết luận: Mức độ đau sau UAE giảm dần theo thời gian, cao nhất trong 6h đầu. Quản lý đau nên tập trung vào 6-12 giờ đầu với chiến lược đa mô thức (giảm đau cơ vuông thất lưng kết hợp cùng PCA) và hỗ trợ tâm lý trước can thiệp, đặc biệt ở người bệnh lo lắng và $u > 5$ cm nhằm tối ưu hiệu quả và trải nghiệm điều trị để nâng cao hiệu quả điều trị và sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Nút mạch, u xơ tử cung, mức độ đau, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of pain and related factors in patients after uterine fibroid embolization (UAE) at Hanoi Medical University Hospital

Methods: A prospective, descriptive study on 23 patients ≥ 18 years old diagnosed with uterine fibroids and indicated for UAE (09/2024-04/2025). Pain was measured by VAS scale at 5 time points: during the intervention, immediately after, 6 hours, 24 hours and 48 hours. Related factors were analyzed by appropriate tests with a significance threshold of $p < 0.05$

Results: Mild pain was most prevalent during and immediately after the procedure (91.4% and 73.9%, respectively). Severe pain (VAS 7-9) peaked at 6 hours: 78.3% and significantly decreased after 24 hours: 8.7%, 48 hours: 0%. Pre-procedural anxiety was associated with higher pain scores ($p=0.022$). Tumor size > 5 cm was associated with higher pain scores compared to ≤ 5 cm ($p=0.036$). No significant differences were noted according to analgesic route, embolization material, or intervention time in the current sample size. There were no significant bleeding/infectious complications.

Conclusion: Pain levels after UAE gradually decrease over time, peaking within the first 6 hours. Pain management should focus on the first 6-12 hours with a multimodal strategy (quadratus lumborum analgesia combined with PCA) and psychological support before the intervention, especially in anxious patients and tumors >5 cm to optimize treatment effectiveness and experience to improve treatment effectiveness and patient satisfaction.

Keywords: Embolization, uterine fibroids, pain level, related factors

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là bệnh lý phụ khoa phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, gây ra nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống⁹. Nút mạch u xơ tử cung (UAE) là phương pháp điều trị ít xâm lấn, có hiệu quả trong việc giảm kích thước khối u và cải thiện triệu chứng, đồng thời là lựa chọn thay thế phẫu thuật⁴. Tuy nhiên, người bệnh sau can thiệp có thể gặp các biến chứng sớm như đau, sốt, buồn nôn hoặc chảy máu, trong đó đau là triệu chứng nổi bật, thay đổi theo thời gian và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố⁵. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm đau và yếu tố liên quan sau UAE còn hạn chế. Do đó, việc đánh giá mức độ đau và các yếu tố ảnh hưởng sau can thiệp là cần thiết nhằm tối ưu hóa kiểm soát đau và nâng cao hiệu quả chăm sóc người bệnh. Do vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm:

1. Xác định mức độ đau của NB trong và sau can thiệp;
2. Phân tích yếu tố liên quan đến mức độ đau sau can thiệp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: NB ≥18 tuổi, chẩn đoán u xơ tử cung, có chỉ định UAE, hồ sơ và theo dõi đầy đủ. Loại trừ NB từ chối tham gia.

Thiết kế: Nghiên cứu tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện (n=23).

Địa điểm - thời gian: Phòng 116C - Trung tâm CDHA & CTĐQ, BV Đại học Y Hà Nội, 09/2024-04/2025.

Biến số: Đau theo thang VAS (0-10), đánh giá tại 5 thời điểm: trong can thiệp, ngay sau, 6h, 24h, 48h.

Xử lý số liệu: SPSS 20, p<0,05.

Đạo đức: NB đồng thuận tham gia và bảo mật thông tin.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Các yếu tố liên quan	Số lượng (N)	Phần trăm (%)
Tuổi		
Từ 18-30	2	8,7%
Từ 31-45	17	73,9%
> 45	4	17,4%
Kích thước u		
≤5cm	7	30,7%
>5cm	16	69,3%
Tâm lý		
An tâm	4	17,7%
Lo lắng	19	82,3%
Phương pháp giảm đau		
Giảm đau đường tĩnh mạch	2	8,7%
Phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng + PCA	21	91,3%
Vật liệu nút mạch		
Keo sinh học	19	82,3%
Hạt đồng cỡ	4	17,7%
Thời gian can thiệp		
<45 phút	2	8,7%
>45 phút	21	91,3%

Nhận xét: Trong 23 bệnh nhân, nhóm tuổi 31-45 chiếm đa số (73,9%), nhóm tuổi 18-30: 8,7%, nhóm tuổi >45: 17,4%. U có kích thước >5 cm ở 69,3% trường hợp. Về tâm lý trước can thiệp, 82,3% bệnh nhân lo lắng. Phác đồ giảm đau chủ yếu là PCA + phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng (QLB) (91,3%), còn lại 8,7% dùng đường tĩnh mạch. Vật liệu can thiệp chủ yếu keo sinh học (82,3%). Thời gian thủ thuật ≥45 phút ở 91,3% ca

3.2. Đánh giá mức độ đau

Bảng 2. Mức độ đau sau can thiệp nút mạch u xơ tử cung

Mức độ đau	0: không đau	1-3: đau ít	4-6: đau vừa	7-9: đau dữ dội	10: đau không nói chuyện được	Điểm trung bình đau
Trong can thiệp						
Số lượng N (%)	0(0%)	21(91,4%)	1(4,3%)	1(4,3%)	0(0%)	2,43
Sau khi can thiệp						
Số lượng N (%)	0(0%)	17(73,9%)	4(17,9%)	2(8,7%)	0(0%)	3,61
Sau 6h can thiệp						
Số lượng N (%)	0(0%)	0(0%)	4(17,4%)	18(78,3%)	1(4,3%)	7,74
Sau 24h can thiệp						
Số lượng N (%)	0(0%)	2(8,7%)	19(82,6%)	2(8,7%)	0(0%)	5,04
Sau 48h can thiệp						
Số lượng N (%)	1(4,3%)	17(73,9%)	5(21,7%)	0(0%)	0(0%)	3,09

Nhận xét: Điểm đau trung bình (ước lượng từ nhóm mức đau) tăng sau can thiệp và đạt đỉnh khoảng sau 6 giờ rồi giảm dần: 2,43 (trong can thiệp) → 3,61 (ngay sau) → 7,74 (6 giờ) → 5,04 (24 giờ) → 3,09 (48 giờ). Kiểm định Kruskal-Wallis cho thấy khác biệt giữa các thời điểm rất có ý nghĩa ($H=72,99; p=5,29 \times 10^{-15}$). Phân tích cặp cho thấy 6 giờ khác biệt rõ rệt so với các mốc khác; 24 giờ giảm nhưng vẫn cao hơn trong/ngay sau; 48 giờ quay về mức thấp

3.2. Yếu tố liên quan tới mức độ đau

Bảng 3. Mọi tương quan giữa các yếu tố và điểm đau trong điều trị nút mạch u xơ tử cung

Yếu tố		Điểm đau		p
		Trung bình	±SD	
Tâm lý	An tâm (4)	2,4	1,2	0,022
	Lo lắng (19)	4,6	1,9	
Phương pháp giảm đau	Đường tĩnh mạch (2)	1,7	1,3	0,158
	PCA + phong bế cơ vuông thắt lưng	4,1	2,8	
Vật liệu	Keo sinh học (19)	3,7	2,3	0,457
	Hạt (4)	5,1	3,2	
Thời gian	<45 phút (2)	3,5	2,2	0,805
	>45 phút (21)	4,0	2,9	
Kích thước u	>5cm (16)	4,6	3,2	0,036
	≤5cm (7)	2,4	1,5	

Nhận xét: Tâm lý: An tâm $2,4 \pm 1,2$ (n=4) với lo lắng $4,6 \pm 1,9$ (n=19) → $p=0,022$. ⇒ Bệnh nhân lo lắng đau cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp giảm đau: Đường tĩnh mạch $1,7 \pm 1,3$ (n=2) với PCA + QLБ $4,1 \pm 2,8$ (n=21) → $p=0,158$ ⇒ Không khác biệt rõ ràng (cỡ mẫu nhóm đường tĩnh mạch rất nhỏ).

Vật liệu nút mạch: Keo $3,7 \pm 2,3$ (n=19) với hạt $5,1 \pm 3,2$ (n=4) → $p=0,457$ ⇒ Không khác biệt có ý nghĩa. Thời gian can thiệp: <45 phút $3,5 \pm 2,2$ (n=2) với ≥45 phút $4,0 \pm 2,9$ (n=21) → $p=0,805$ ⇒ Không khác biệt có ý nghĩa. Kích thước u: >5 cm $4,6 \pm 3,2$ (n=16) với ≤5 cm $2,4 \pm 1,5$ (n=7) → $p=0,036$ ⇒ Kích thước u lớn hơn liên quan điểm đau cao hơn, có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Trong nghiên cứu gồm 23 NB, chủ yếu 31-45 tuổi (73,9%), phù hợp đặc trưng chỉ định UAE cho phụ nữ tuổi sinh sản. Thời gian can thiệp trung bình 68 phút,

đa số ≥ 45 phút (91,3%). Phân bố này tương đồng xu hướng với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Tâm và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng³ từ 24 đến 52 tuổi, thời gian trung bình thực hiện nút mạch là 50 phút, nhưng dài hơn mức ~ 50 phút được báo cáo, có thể phản ánh khác biệt quy trình, vật liệu hoặc độ phức tạp ca (chưa kiểm chứng).

- Tất cả NB có kích thước u 38-65 mm; nhóm > 5 cm chiếm 69,6%. Trong mẫu của chúng tôi, > 5 cm liên quan điểm đau cao hơn ($4,6 \pm 3,2$ so với $2,4 \pm 1,5$; $p=0,036$).. Nghiên cứu của Lê Lệnh Lương và cộng sự năm (2011)¹ kích thước khối u là từ 30-70mm và kích thước u được ghi nhận liên quan mức đau/hiệu quả sau can thiệp. Về cơ chế, khối u lớn có thể gây thiếu máu - hoại tử lan rộng hơn sau nút mạch, gia tăng phản ứng viêm và cảm nhận đau.

4.2. Triệu chứng đau sau can thiệp

- Trong nghiên cứu, đau tăng ngay sau can thiệp và đạt đỉnh ~ 6 giờ, sau đó giảm dần đến 24-48 giờ. Cụ thể (ước lượng từ bảng mức đau): điểm đau trung bình lần lượt $2,43 \rightarrow 3,61 \rightarrow 7,74 \rightarrow 5,04 \rightarrow 3,09$ ở các mốc trong can thiệp - ngay sau - 6h - 24h - 48h. Phân bố mức đau cho thấy tỷ lệ đau nặng (VAS 7-9) đạt đỉnh 78,3% tại 6 giờ, có 4,3% chạm mức 10 điểm; đến 24 giờ, phần lớn chuyển về đau vừa (82,6%) và không còn đau nặng ở 48 giờ. Kiểm định tổng thể giữa các mốc cho kết quả rất có ý nghĩa (Kruskal-Wallis: $p \approx 5,3 \times 10^{-15}$), với khác biệt rõ rệt giữa 6 giờ so với các mốc còn lại. Mẫu hình này phù hợp với mô tả “đỉnh đau sớm” trong hội chứng sau nút (thiếu máu- hoại tử u, viêm trung gian) và giảm rõ sau 24 giờ như các tổng quan gần đây về UAE đã nêu nghiên cứu của Johannes L du Pisanie và cộng sự (2021)⁸, điều này hỗ trợ chiến lược tập trung giảm đau đa mô thức trong 6-12 giờ đầu (dự phòng), đồng thời lên kế hoạch giảm liều sau 24 giờ.

4.3. Phương pháp giảm đau và vật liệu can thiệp

- Phương pháp giảm đau:

Trong nghiên cứu chúng tôi ưu tiên phong bế thần kinh cơ vuông thắt lưng (QLB) + PCA chiếm tỷ lệ (91,3%), đem lại tỷ lệ đau ít ngay sau can thiệp 73,9%; so sánh với nhóm đường tĩnh mạch không cho thấy khác biệt có ý nghĩa ($p=0,158$) do cỡ mẫu rất nhỏ ở

nhánh giảm đau đường tĩnh mạch ($n=2$), xu hướng lâm sàng gợi ý QLB kết hợp PCA mang lại kiểm soát đau ban đầu tốt và duy trì ổn định trong 24 giờ đầu – điều này tương đương định hướng với các phác đồ ngoài màng cứng được đề cập trong Amer Malouhi và cộng sự (2020). Cần nghiên cứu đối chứng, cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định ưu thế tương đối giữa QLB+PCA, ngoài màng cứng.

- Vật liệu nút mạch:

Keo sinh học chiếm tỷ lệ 82,6% và hạt là 17,4%; trong mẫu này không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về điểm đau theo vật liệu ($p=0,457$), nhưng kết quả có thể bị hạn chế bởi lệch phân bố và cỡ mẫu nhỏ nhóm hạt. Theo hướng gợi nghiên cứu của tác giả Lê Văn Khánh và cộng sự (2017)², lựa chọn vật liệu có thể ảnh hưởng cảm giác khó chịu sau can thiệp thông qua độ chính xác tắc mạch - mức thiếu máu u - phản ứng viêm, do đó xứng đáng nghiên cứu chuyên biệt hơn.

4.4. Tâm lý trước can thiệp

Lo lắng trước can thiệp là 82,3% và liên quan điểm đau cao hơn ($p=0,022$) so với nhóm an tâm. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Wentao Ji và cộng sự (2022)⁶, về vai trò giảm lo âu (tư vấn/giáo dục ngắn) để cải thiện trải nghiệm và giảm đau sau can thiệp. Với thực hành, nên áp dụng thang đo lo âu ngắn, can thiệp hành vi - nhận thức ngắn cho các NB nguy cơ cao.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy mức độ đau của người bệnh sau nút mạch u xơ tử cung (UAE) đạt đỉnh trong 6 giờ đầu sau can thiệp và giảm dần sau 24-48 giờ. Việc phối hợp phương pháp giảm đau QLB và PCA giúp kiểm soát đau hiệu quả. Ngoài ra, yếu tố tâm lý lo lắng có liên quan rõ rệt đến mức độ đau cao hơn, khẳng định vai trò quan trọng của tư vấn và hỗ trợ tinh thần trước can thiệp. Đặc biệt ở người bệnh lo lắng và u > 5 cm nhằm tối ưu hiệu quả và trải nghiệm điều trị để nâng cao hiệu quả điều trị và sự hài lòng của người bệnh. UAE là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

- Khuyến nghị

+ Sàng lọc và can thiệp lo âu trước can thiệp (tư vấn ngắn, tài liệu trấn an) vì lo âu liên quan đau cao hơn.

+ Tư vấn đặc biệt cho NB có u >5 cm về nguy cơ đau cao hơn và lên kế hoạch giảm đau tích cực ngay từ đầu.

+ Tập trung kiểm soát đau 6-12 giờ đầu: kỹ thuật vùng phù hợp, PCA cá thể hoá; giảm liều từ sau 24 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Lệnh Lương. (2011). Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật nút mạch trong điều trị UXCTC tại Bệnh viện Thanh Hóa. Tạp chí Điện quang Việt Nam, tr.120-125

2. Lê Văn Khánh, 2017, Nghiên cứu kết quả ban đầu sử dụng hạt vi cầu Embozene trong điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung, Hội Điện quang và Y học Hạt nhân Việt Nam, số 2017. Truy cập ngày 27/10/2024, từ: <https://radiology.com.vn/case-lam-sang/nguyen-cuu-ket-qua-ban-dau-su-dung-hat-vi-cau-embozene-trong-dieu-tri-nut-mach-u-co-tron-tu-cung-n271.html>

3. Vũ Văn Tâm, 2024, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp nút mạch tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Tạp chí Y học Việt Nam, số 2024. Truy cập ngày 03/11/2024, từ: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2532/2330>

4. Al-Fozan H., Tulandi T. (2002). Factors affecting early surgical intervention after uterine artery embolization.

Obstetrics and Gynecology Survey, 57(12), 810-815. doi:10.1097/00006254-200212000-00005

5. Carr D. B., Goudas L. C. (1999). Acute pain. The Lancet, 353(9169), 2051-2058. doi:10.1016/S0140-6736(99)03313-9

6. Ji W., Sang C., Zhang X., Zhu K., Bo L. (2022). Personality, Preoperative Anxiety, and Postoperative Outcomes: A Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12162. doi:10.3390/ijerph191912162

7. Malouhi A., Aschenbach R., Erbe A., et al. (2020). Effectiveness of Superior Hypogastric Plexus Block for Pain Control Compared to Epidural Anesthesia in Women Requiring Uterine Artery Embolization for the Treatment of Uterine Fibroids - A Retrospective Evaluation. RöFo - Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren, 193, 289-297. doi:10.1055/a-1231-5649

8. Pisanie J. L. du, Commander C. W., Burke C. T. (2021). Management of Postprocedural Uterine Artery Embolization Pain. Seminars in Interventional Radiology, 38(5), 588. doi:10.1055/s-0041-1739161

9. Tropeano G. (2005). The role of uterine artery embolization in the management of uterine fibroids. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, 17(4), 329-332. doi:10.1097/01.gco.0000175347.64942.61

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ DỰ PHÒNG ĐỘT QUY NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2024

CURRENT KNOWLEDGE OF STROKE PREVENTION KNOWLEDGE AND SOME RELATED FACTORS AMONG TYPE 2 DIABETES OUT-PATIENTS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL IN 2024

NGUYỄN THỊ THUY, TRẦN ANH ĐÀO, LÊ ĐÌNH SÁNG,
PHẠM THỊ GIANG, HOÀNG VĂN THÔNG, VÕ THỊ DUNG.
Bệnh Viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức dự phòng đột quy não và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 372 người bệnh đái tháo đường type 2, phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung đạt yêu cầu về dự phòng đột quy não là 60,2%. Nhận thức đúng về cơ quan tổn thương chiếm 89%, về khả năng dự phòng 58,1% và nguy cơ tái phát 30,4%. Kiến thức về yếu tố nguy cơ đạt 62,6% và về thực hành dự phòng đạt 67,5%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và tiền sử gia đình có người bị đột quy ($p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức dự phòng đột quy não của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú còn hạn chế. Cần tăng cường hoạt động tư vấn - giáo dục sức khỏe định kỳ, nội dung phù hợp với đặc điểm cá nhân và trình độ học vấn của người bệnh.

Từ khóa: Đột quy não, dự phòng, đái tháo đường type 2.

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge of stroke prevention and related factors among outpatients with type 2 diabetes at Nghe An Friendship General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 372 outpatients with type 2 diabetes using structured face-to-face interviews.

Results: Overall, 60.2% of patients demonstrated adequate knowledge of stroke prevention. Specifically, 89% identified the brain as the affected organ, 58.1% acknowledged stroke as preventable, and 30.4% were aware of recurrence risk. Adequate knowledge rates on risk factors and preventive practices were 62.6% and 67.5%, respectively. Education level, disease duration, and family history of stroke were significantly associated with knowledge levels ($p < 0.05$).

Conclusions: Knowledge of stroke prevention among type 2 diabetes outpatients remains suboptimal. Regular health education programs tailored to patients' educational background and individual characteristics are recommended.

Keywords: Stroke prevention, type 2 diabetes, knowledge.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa ngày càng phổ biến tại Việt Nam cũng như toàn thế giới. Theo thống kê của Liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF), năm 2021 thế giới có 537 triệu người mắc ĐTĐ trong độ tuổi từ 20 - 79 tuổi, dự đoán tăng lên 643 triệu người năm 2030 và 783 triệu người năm 2045 [10]. Đột quy não (ĐQN) là một biến chứng nghiêm trọng của bệnh ĐTĐ với nguy cơ cao gấp 1,5 đến 3 lần so với người không mắc bệnh ĐTĐ [8]. ĐQN là bệnh thường gặp, bệnh cảnh đột ngột, cấp tính, di chứng nặng nề, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch, là gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội.

Tổ chức Y tế thế giới đã khẳng định ĐQN có thể dự phòng hiệu quả nếu nhận thức tốt các yếu tố nguy cơ,

phát hiện sớm các dấu hiệu và được điều trị kịp thời sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong, di chứng cho người bệnh. Vì vậy, việc nâng cao kiến thức dự phòng ĐQN cho người bệnh ĐTD rất quan trọng và cần thiết.

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là bệnh viện tuyến cuối của khu vực Bắc Trung Bộ, tiếp nhận điều trị cho hàng nghìn lượt người bệnh bị ĐTD type 2 biến chứng nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kiến thức dự phòng ĐQN trên nhóm đối tượng này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến dự phòng ĐQN ở người bệnh ĐTD type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán ĐTD type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết - ĐTD, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh ĐTD type 2 đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội Tiết - ĐTD trong thời gian thu thập số liệu; đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu; có khả năng tiếp nhận và trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có bệnh nặng có chỉ định vào viện điều trị nội trú.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 12/2023 đến tháng 9/2024 tại phòng khám Nội tiết - ĐTD, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Nghiên cứu chọn toàn bộ 372 người bệnh ĐTD type 2 đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập số liệu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập số liệu được xây dựng dựa trên tài liệu của Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não”(2020) [2], bộ công cụ trong nghiên cứu của tác giả Sarafadeen Adeniyi Arisegei và cộng sự (2018) [7] và tác giả Xaysanith Manichanh nghiên cứu về thực trạng

kiến thức dự phòng đột quy não của bệnh nhân đái tháo đường type 2 [1].

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh dựa vào bộ câu hỏi nghiên cứu trong khi chờ đợi khám và chờ kết quả xét nghiệm.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 thống kê mô tả các biến số và giá trị trung bình. Tìm mối liên quan giữa hai biến bằng hệ số tương quan Pearson và kiểm định Chi square.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được Hội y đức của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An phê duyệt. Nội dung nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Trong nghiên cứu, người bệnh chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 64,5%; Độ tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%); phần lớn có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên (90,9%); Nghề nghiệp phổ biến là hưu trí (62,6%). Tỷ lệ mắc bệnh ĐTD type 2 trên 5 năm (65,4%) và 100% có mong muốn được tư vấn về dự phòng bệnh ĐQN.

3.2. Thực trạng kiến thức dự phòng đột quy não của ĐTNC

Bảng 3.1. Kiến thức đúng về bệnh đột quy não (N=372)

Nội dung	Trả lời đúng	
	N	%
Kiến thức đúng về đặc điểm bệnh Đột quy não		
Cơ quan bị tổn thương của đột quy não là não bộ	331	89,0
Bệnh đột quy não thường xảy ra đột ngột	355	95,4
Bệnh đột quy não rất nguy hiểm, dễ tử vong, dễ gây tàn tật	372	100
Bệnh đột quy não có thể dự phòng được	216	58,1
Bệnh đột quy não có thể bị tái phát	113	30,4
Kiến thức đúng về dấu hiệu bệnh đột quy não		
Đau đầu đột ngột và dữ dội	169	45,4
Đột nhiên chóng mặt hoặc mất thăng bằng	87	23,4

Nội dung	Trả lời đúng	
	N	%
Đột ngột mất trí nhớ	82	22
Đột ngột giảm hoặc mất thị lực	80	21,5
Đột ngột khó nói	330	88,7
Khó nuốt	164	44,1
Đột ngột yếu hoặc liệt 1 bên người	372	100
Đột ngột yếu hoặc liệt toàn thân	371	99,7

Nhận xét: có 89% người bệnh biết não bộ là cơ quan tổn thương của ĐQN; chỉ có 58,1% biết bệnh ĐQN có thể dự phòng được và có 30,4% biết bệnh có thể bị tái phát. Đa số người bệnh biết các dấu hiệu yếu hoặc liệt một bên người hoặc toàn thân, còn các dấu hiệu giảm hoặc mất thị lực, mất trí nhớ đạt tỷ lệ thấp lần lượt là 21,5% và 22%.

Bảng 3.2. Kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não (N=372)

Nội dung	Trả lời đúng	
	N	%
Không tập thể dục thường xuyên	357	96,0
Thừa cân hoặc béo phì	158	42,5
Hút thuốc lá/ thuốc lào	158	42,5
Tăng huyết áp	367	98,7
Đái tháo đường	287	77,2
Ăn thực phẩm chứa nhiều dầu mỡ	165	44,4
Uống rượu nhiều	214	57,5
Bệnh tim mạch	353	94,9
Tiền sử bị đột quỵ não	185	49,7

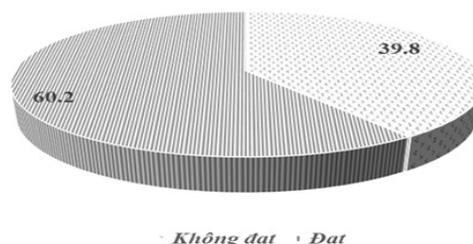
Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh biết ĐTD là yếu tố nguy cơ gây ĐQN đạt 77,2%. Các yếu tố nguy cơ khác có tỷ lệ nhận biết thấp hơn, gồm: thừa cân/béo phì và hút thuốc lá/ thuốc lào (42,5%), ăn thực phẩm nhiều dầu mỡ (44,4%).

Bảng 3.3. Kiến thức đúng về thực hành dự phòng đột quỵ não (N=372)

Nội dung	Trả lời đúng	
	N	%
Tham gia tập thể dục thường xuyên	366	98,4
Theo dõi trọng lượng cơ thể thường xuyên	138	37,1
Giảm hoặc bỏ hút thuốc lá	208	55,9

Hạn chế thức ăn chứa nhiều muối	250	67,2
Hạn chế thức ăn nhiều dầu mỡ	198	53,2
Ăn trái cây, rau thường xuyên	352	94,6
Tránh uống nhiều rượu bia	231	62,1
Tuân thủ điều trị thuốc bệnh đái tháo đường	331	89,0
Tái khám đúng theo lịch hẹn của bác sĩ	370	99,5

Nhận xét: Có 89% người bệnh tuân thủ điều trị thuốc ĐTD; có 37,1% người bệnh biết theo dõi trọng lượng cơ thể thường xuyên; 53,2% biết hạn chế thức ăn nhiều dầu mỡ và 55,9% biết giảm hoặc bỏ thuốc lá.



Hình 1. Tỷ lệ kiến thức chung về dự phòng đột quỵ não

Có 60,2% người bệnh có kiến thức chung đạt về dự phòng bệnh đột quỵ não.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng đột quỵ não

Bảng 3.4. Liên quan giữa một số yếu tố đến kiến thức chung dự phòng ĐQN

Các yếu tố	Phân loại kiến thức (n=372)		p	
	Đạt N (%)	Không đạt N (%)		
Giới tính	Nam	148 (61,7)	92 (38,3)	0,441
	Nữ	76 (57,6)	56 (42,4)	
Nhóm tuổi	<45T	3 (75)	1 (25)	0,461
	Từ 45T đến 60T	31 (67,4)	15 (32,6)	
	≥60T	190 (59)	132 (41)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	1 (2,9)	33 (97,1)	< 0,01
	Trung học cơ sở	21 (26,6)	58 (73,4)	
	Trung học phổ thông	74 (60,7)	48 (39,3)	
	Từ THPT trở lên	128 (93,3)	9 (6,6)	

Các yếu tố		Phân loại kiến thức (n=372)		p
		Đạt N (%)	Không đạt N (%)	
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	7 (46,7)	8 (53,3)	< 0,01
	1-5 năm	52 (45,6)	62 (54,4)	
	>5 năm	165 (67,9)	78 (32,1)	
Tiền sử gia đình có người mắc đột quy não	Có	56 (84,8)	10 (15,2)	< 0,01
	Không	168 (54,9)	138 (45,1)	

Nhận xét: Tuổi và giới tính không có mối liên quan đến kiến thức dự phòng đột quy não của người bệnh ($p > 0,05$). Ngược lại, trình độ học vấn cao, thời gian mắc ĐTD type 2 dài hơn và có tiền sử gia đình bị đột quy có liên quan đến mức kiến thức dự phòng cao hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng kiến thức dự phòng đột quy não

Đột quy là một bệnh lý gây tổn thương nghiêm trọng cho não bộ. Nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có nhận thức đúng về cơ quan tổn thương (89%); tính chất đột ngột (95,4%); mức độ nguy hiểm (100%) của bệnh đột quy. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Arisegi và cộng sự có 89,1% người bệnh trả lời đúng về cơ quan tổn thương [7]; tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Yến với 98,9% ý thức được mức độ nguy hiểm của bệnh [6]. Tuy nhiên chỉ 58,1% biết bệnh có thể dự phòng và 30,4% biết bệnh có thể tái phát. Việc hiểu đúng về cơ quan tổn thương và mức độ nguy hiểm của bệnh giúp người bệnh có thái độ xử trí tốt hơn.

Trong nghiên cứu, mặc dù người bệnh có nhận thức khá tốt về các dấu hiệu điển hình của đột quy như liệt nửa người, liệt toàn thân và rối loạn ngôn ngữ, nhưng khả năng nhận diện các dấu hiệu không điển hình như mất thị lực, mất trí nhớ và đau đầu dữ dội còn thấp hơn kết quả của tác giả Đỗ Thị Thu Hiền, tỷ lệ đau đầu dữ dội là 55,6%; mất thị lực là 72,2% [3]. Trong xử trí, dù đa số biết cần đưa bệnh nhân đến bệnh viện càng sớm càng tốt (99,7%) cao hơn kết quả của tác giả Duque và cộng sự có 69,5% biết gọi cấp cứu [9] nhưng vẫn có tới 76,1% áp dụng xử trí sai cách như xoa bóp, cạo gió. Điều này cho thấy mặc

dù người bệnh có kiến thức về nhận biết dấu hiệu đột quy, nhưng còn thiếu kiến thức về cách xử trí đúng.

Về các yếu tố nguy cơ, 62,6% người bệnh có kiến thức đúng, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền là 72,6%; Đinh Thị Yến là 66,7% và của Arisegi là 86,6% [3] [6] [7]. Nhận biết tốt các yếu tố như tăng huyết áp, bệnh tim mạch và ít vận động, nhưng hiểu biết về béo phì và hút thuốc lá còn thấp (42,5%); ăn thực phẩm chứa nhiều dầu mỡ 44,4%. Đáng chú ý, 22,8% không biết ĐTD là yếu tố nguy cơ, dù bản thân đang mắc bệnh. Nhận thức chưa đầy đủ về các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến hành vi phòng ngừa bệnh.

Trong các biện pháp phòng ngừa, nhận thức tốt vai trò của tập thể dục, khám sức khỏe định kỳ và dinh dưỡng lành mạnh. Tuy nhiên, nhận thức về kiểm soát cân nặng và giảm muối còn hạn chế, tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền [3] có 62,5% chưa theo dõi trọng lượng cơ thể và 41,5% chưa giảm muối.

Tổng điểm kiến thức trung bình đạt $25,59 \pm 4,88/38$ điểm, với 60,2% đạt mức kiến thức đạt, thấp hơn so với nghiên cứu của Arisegi 90,8% [7], Đỗ Thị Thu Hiền 71,8% [3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi muốn nhấn mạnh sự cần thiết của việc tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh về các dấu hiệu, triệu chứng và cách xử trí và các yếu tố nguy cơ, cách dự phòng của bệnh đột quy não trong những lần đi khám tại phòng khám.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng đột quy não

Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa tuổi, giới tính với kiến thức dự phòng ĐQN ở người bệnh ĐTD type 2 ($p > 0,05$), phù hợp với các nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền (2020) và Duque (2015) [4] [9]. Tuy nhiên, tuổi cao vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng của ĐQN, và tỷ lệ mắc đang gia tăng ở người trẻ do các thói quen xấu như lạm dụng rượu bia, thuốc lá và lối sống ít vận động.

Trình độ học vấn có mối liên quan với tất cả các nhóm kiến thức ($p < 0,05$), tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước [7][1][6][9]. Trình độ tiểu học chỉ có 2,9% người bệnh có kiến thức đạt, cao nhất là trình độ từ trung học phổ thông trở lên có 93,3% người bệnh có kiến thức đạt. Người học vấn cao có khả năng tiếp cận, tiếp nhận và ứng dụng thông tin sức khỏe tốt hơn, cho thấy cần cá nhân hóa nội dung tư vấn theo trình độ để nâng cao hiệu quả truyền thông.

Thời gian mắc bệnh ĐTD có mối liên quan với kiến thức dự phòng ($p < 0,05$). Người mới mắc có xu hướng chủ động tìm hiểu, trong khi người bệnh lâu năm đa phần lớn tuổi có thể gặp khó khăn về tiếp cận và ghi nhớ thông tin. Kết quả này phù hợp với Manichanh (2022) [1], nhưng khác với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền [4].

Tiền sử gia đình có người bị đột quỵ cũng liên quan đến kiến thức dự phòng ĐQN ($p < 0,05$): người bệnh có người bị ĐQN có kiến thức đạt 84,8%, trong khi người bệnh không có người bị ĐQN chỉ có 54,9% kiến thức đạt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Trần Hồng Nhung [5] và Manichanh [1]. Người bệnh có người thân từng đột quỵ thường chủ động học hỏi trong quá trình chăm sóc, góp phần nâng cao nhận thức và hành vi phòng bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An có mức kiến thức về dự phòng đột quỵ não còn hạn chế, chỉ 60,2% đạt yêu cầu. Nhận thức về khả năng dự phòng, nguy cơ tái phát và một số yếu tố nguy cơ (đái tháo đường, hút thuốc lá, chế độ ăn uống) còn chưa đầy đủ. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức dự phòng bao gồm: trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và tiền sử gia đình có người bị đột quỵ.

Khuyến nghị

- Tăng cường tư vấn - giáo dục sức khỏe định kỳ cho người bệnh ĐTD type 2, đặc biệt tập trung vào kiến thức về nguy cơ tái phát, yếu tố nguy cơ và cách xử trí đúng khi có dấu hiệu đột quỵ.
- Thiết kế nội dung truyền thông phù hợp với trình độ học vấn và đặc điểm cá nhân, để nâng cao khả năng tiếp nhận và thực hành dự phòng.
- Lồng ghép hoạt động giáo dục đột quỵ trong các lần tái khám, bảo đảm tính thường xuyên và khả thi trong điều kiện lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Tuấn Anh và Manichanh Xaysanith (2022), Thực trạng kiến thức dự phòng đột quỵ não của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm

Y tế Thành phố Nam Định năm 2022. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2022. 5(04): tr. 171-178.

2. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não (2020). Ban hành kèm theo Quyết định số 5331/QĐ-BYT ban hành ngày 23/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Đỗ Thị Thu Hiền và các cộng sự (2020). Thực trạng kiến thức về dự phòng đột quỵ não của người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2020. 3(2): tr. 106-114.

4. Đỗ Thị Thu Hiền và các cộng sự (2021), Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dự phòng đột quỵ não của người cao tuổi đang điều trị đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 503(2).

5. Trần Hồng Nhung (2014), Kiến thức thực hành phòng tai biến mạch máu não và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi phường Đức Giang, quận Long Biên Hà Nội, 2014. Đại học Y tế công cộng.

6. Đinh Thị Yến và Nguyễn Thị Thủy (2024). Thay đổi nhận thức về đột quỵ não của người cao tuổi tại xã Giao Lạc - Giao Thủy, Nam Định sau can thiệp giáo dục sức khỏe. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 538(3): tr. 165-169.

7. Arisegi, Sarafadeen Adeniyi, et al (2018). "Knowledge and practices related to stroke prevention among hypertensive and diabetic patients attending Specialist Hospital, Sokoto, Nigeria". Pan African Medical Journal, 2018. 29(1): 1-17.

8. Chen Rong, Bruce Ovbiaele, Wuwei Feng (2016). Diabetes and Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals and Outcomes, The American Journal of the Medical Sciences, 2016 Apr, 351(4): 380-386. DOI: 10.1016/j.amjms.2016.01.011.

9. Duque, Ana Sofia (2015) "Awareness of stroke risk factors and warning signs and attitude to acute stroke", International Archives of Medicine, 2015. 8:1.

10. International Diabetes Federation (2021). IDF Diabetes Atlas, Belgium: 2021. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>

HIỆU QUẢ ÁP DỤNG SỔ TAY LÂM SÀNG: TỪ Ý TƯỞNG ĐẾN THỰC TIỄN TRONG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

APPLYING CLINICAL HANDBOOKS IN NURSING: EFFECTIVENESS AND PRACTICALITY

DƯƠNG THỊ HỒNG LIÊN¹, NGUYỄN THỊ MINH THÀNH²,
NGUYỄN VIỆT TỬ¹, TRƯƠNG THỊ HÂN¹,
NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO², DƯƠNG THỊ DIỆU HƯƠNG¹
¹ Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế
² Khoa Điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Huế

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA SỔ TAY LÂM SÀNG TRONG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

Công tác điều dưỡng tại bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh [19]. Tuy nhiên, khi thực hiện chăm sóc người bệnh tại bệnh viện, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y (ĐD, HS, KTY) vẫn còn nhiều khó khăn gặp phải, có thể dẫn đến giảm sự hài lòng và chất lượng chăm sóc bệnh nhân. ĐD, HS, KTY thường xuyên phải đảm nhận nhiều nhiệm vụ cùng lúc, trong môi trường căng thẳng, áp lực thời gian cao, dẫn đến nguy cơ sai sót chuyên môn [28]. ĐD, HS, KTY cần nắm chắc kỹ thuật nhiều lĩnh vực như an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, quy trình kỹ thuật, các thang đo đánh giá lâm sàng [13,15,21]... Tuy nhiên, trong điều kiện làm việc thực tế, việc ghi nhớ toàn bộ và áp dụng đúng ngay tại giường bệnh không hề đơn giản [34]. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra rằng sai sót thường bắt nguồn từ việc chưa tuân thủ đầy đủ quy trình hoặc ghi nhớ không chính xác các bước kỹ thuật [29,30]. Đây là nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến an toàn người bệnh. Hơn nữa, sau khi tham gia các khóa đào tạo, nhiều điều dưỡng và kỹ thuật viên khó duy trì việc ghi nhớ, dễ quên kiến thức nếu thiếu công cụ hỗ trợ trong thực hành hằng ngày [26]. Trong tình huống lâm sàng khẩn trương, việc tra cứu tài liệu dài dòng hoặc phụ thuộc vào thiết bị điện tử không phải lúc nào cũng khả thi [1,3,4]. Chính vì vậy việc xây dựng tài liệu ngắn gọn, súc tích, dễ dàng tra cứu cho ĐD, HS, KTY là điều cần thiết khi thực hành lâm sàng, ví dụ như dùng sổ tay bỏ túi.

Sổ tay lâm sàng (STLS) có vai trò là công cụ hỗ trợ đắc lực trong quá trình thực hành của ĐD, HS, KTY. Đây không chỉ là tài liệu tham khảo nhanh, cung cấp các hướng dẫn chuẩn hóa về quy trình chăm sóc, chẩn đoán, can thiệp và xử trí tình huống, mà còn góp phần đảm bảo tính

chính xác, an toàn và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe người bệnh [22,32]. Việc sử dụng sổ tay giúp nhân viên y tế giảm thiểu sai sót chuyên môn, tăng cường khả năng ra quyết định lâm sàng và củng cố mối liên hệ giữa lý thuyết với thực hành. Đồng thời, sổ tay lâm sàng còn là phương tiện quan trọng trong đào tạo và tự học, giúp chuẩn hóa kiến thức, nâng cao năng lực nghề nghiệp, cũng như thúc đẩy tính chủ động, độc lập và trách nhiệm trong công tác chăm sóc [25,32]. Nhờ đó, sổ tay lâm sàng trở thành một phần không thể thiếu để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Trong bối cảnh hệ thống y tế ngày càng chú trọng đến chất lượng và an toàn người bệnh, việc xây dựng và phát triển sổ tay lâm sàng dành cho ĐD, HS, KTY trở nên hết sức cấp thiết. Thực tế cho thấy, đội ngũ nhân viên y tế tuyến đầu thường đối mặt với khối lượng công việc lớn, đa dạng và áp lực cao, trong khi yêu cầu về chuẩn hóa quy trình chăm sóc, đảm bảo tuân thủ hướng dẫn chuyên môn và giảm thiểu sai sót ngày càng khắt khe [1,3,4,32]. Sổ tay lâm sàng không chỉ cung cấp nguồn tài liệu tham khảo đáng tin cậy, dễ tiếp cận, mà còn góp phần nâng cao hiệu quả thực hành, tăng cường tính nhất quán trong chăm sóc và hỗ trợ đào tạo liên tục [22]. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đó và vai trò quan trọng của STLS, chúng tôi tiến hành xây dựng và phát triển công cụ này, đồng thời đánh giá hiệu quả, tính tiện lợi, khả năng ứng dụng, mức độ hài lòng, sự tuân thủ quy trình thực hành và tác động trong việc giảm sai sót chuyên môn, qua đó khẳng định giá trị của STLS như một giải pháp hỗ trợ toàn diện trong chăm sóc và đào tạo nhân lực y tế tại bệnh viện.

2. QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG SỔ TAY LÂM SÀNG

Sổ tay lâm sàng được định hướng như một công cụ hỗ trợ quan trọng, cung cấp các hướng dẫn thực hành ngắn

gọn, dễ tiếp cận, đồng thời gắn kết lý thuyết với thực tế chăm sóc. Quá trình xây dựng được tiến hành theo các bước nghiêm ngặt đảm bảo tính khoa học bao gồm: khảo sát nhu cầu, tổng hợp tài liệu để biên soạn nội dung, thiết kế STLS, thử nghiệm, điều chỉnh và hoàn thiện. Đây là những bước quan trọng để đảm bảo tính khả thi, tính ứng dụng và hiệu quả khi triển khai sổ tay trong thực hành lâm sàng cũng như trong đào tạo liên tục cho đội ngũ nhân viên y tế.

Bước 1. Từ ý tưởng đến lập kế hoạch biên soạn và ban hành

Xuất phát từ thực tiễn công tác điều dưỡng, nhu cầu có một tài liệu tra cứu nhanh và chuẩn hóa quy trình, Phòng Điều dưỡng xây dựng kế hoạch triển khai sổ tay. Kế hoạch được Ban Giám đốc và Hội đồng Điều dưỡng phê duyệt, làm cơ sở pháp lý để tiến hành. Ban soạn thảo được thành lập với sự tham gia của điều dưỡng trưởng một số khoa, giảng viên Khoa Điều dưỡng, chuyên gia kiểm soát nhiễm khuẩn và cán bộ phụ trách đào tạo. Ban soạn thảo tổng hợp tài liệu từ nhiều nguồn khác nhau: quy định của Bộ Y tế, quy chế chuyên môn của bệnh viện và các tài liệu hướng dẫn cập nhật trong và ngoài nước [2,5,6,7,8,9,10,11,12,14,16,17,18,20]. Sau khi phân tích, tổng hợp tài liệu, nội dung STLS đã được lựa chọn [23,24,25,26,27,31]. Sau đó, nội dung của STLS đã được Hội đồng chuyên môn tiến hành phản biện và góp ý. Nội dung sổ tay được xây dựng ngắn gọn, súc tích, tập trung vào thực hành, gồm 6 chủ đề chính:

1. An toàn người bệnh.
2. Kiểm soát nhiễm khuẩn.
3. Quy trình thực hành điều dưỡng.
4. Một số thang đo thường dùng để nhận định, đánh giá người bệnh.
5. Quy định và quy trình lấy mẫu xét nghiệm.
6. Phụ lục minh họa.

Bước 2. Thiết kế nội dung và hình thức

Sau khi phân tích các tài liệu tham khảo, nội dung sổ tay lâm sàng được thiết kế theo hướng ngắn gọn, súc tích, dễ tra cứu, tập trung vào các quy trình chăm sóc, kỹ thuật thường quy và hướng dẫn xử trí tình huống lâm sàng cơ bản dành cho điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật y [2,5,9,11]. Các thông tin được chuẩn hóa dựa trên bảng

chứng khoa học, hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế và quy trình kỹ thuật của bệnh viện, đảm bảo tính chính xác, thống nhất và dễ áp dụng [2,5,6,7,8,9,10,11,12,14,16,17,18,20]. Bố cục sổ tay được sắp xếp khoa học, theo từng chuyên khoa hoặc nhóm kỹ thuật, có hệ thống mục lục rõ ràng, bảng biểu, sơ đồ và hình minh họa để tăng tính trực quan. Hình thức trình bày ưu tiên sự nhỏ gọn, tiện dụng, có thể mang theo trong quá trình thực hành, đồng thời phát triển phiên bản điện tử để tăng khả năng tiếp cận và cập nhật nhanh chóng [1,4,22,32]. Thiết kế này giúp sổ tay trở thành công cụ hỗ trợ hữu hiệu, vừa đáp ứng yêu cầu chuyên môn, vừa phù hợp với nhu cầu sử dụng thực tế của nhân viên y tế.

Vì vậy, về hình thức, sổ tay có kích thước A5, 80 trang, gáy lò xo nhựa, in màu trên giấy cứng, bền, dễ gấp mở, nhiều hình ảnh minh họa, ít chữ, dễ ghi nhớ và dễ sử dụng. Ngoài bản in, một phiên bản điện tử (e-book, truy cập qua mã QR) cũng được xây dựng để thuận tiện cho việc tra cứu trên thiết bị di động.

Bước 3. Triển khai thí điểm

Sau khi hoàn thiện nội dung và hình thức, sổ tay được in, gửi Hội đồng chuyên môn góp ý về sản phẩm thực tế, từ đó tiếp tục chỉnh sửa và hoàn thiện. Để đánh giá tính khả thi, tính tiện ích và tránh lãng phí nếu còn tồn tại sai sót, sổ tay được phát hành thí điểm với số lượng bằng 1/3 nhu cầu thực tế.

Giai đoạn thí điểm (9/2024 – 2/2025): Phát hành thử nghiệm cho 105 điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên (tương ứng khoảng 30% nhân lực tại mỗi khoa). Nhân viên sử dụng sổ tay trong công việc hằng ngày, đồng thời phản hồi những khó khăn, bất cập và đề xuất cải tiến. Nhằm mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, mức độ tiện lợi và sự phù hợp của nội dung trong thực tiễn lâm sàng.

Bước 4. Khảo sát phản hồi và chỉnh sửa

Tiến hành khảo sát toàn diện đội ngũ tham gia thí điểm về mức độ hài lòng, thói quen sử dụng, tính thuận tiện, hữu ích và khả năng ứng dụng trong lâm sàng. Kết quả khảo sát cho thấy phần lớn ĐD, HS, KTY đánh giá cao tính gọn nhẹ, tiện lợi và hiệu quả hỗ trợ thực hành của sổ tay lâm sàng. ĐD, HS, KTY mong muốn được cung cấp STLS cho toàn bệnh viện. Đồng thời ĐD, HS, KTY chỉ ra một số vấn đề trong bản thử nghiệm cần hoàn thiện: cỡ chữ,

nội dung quan trọng cần in đậm, bổ sung thêm một số nội dung kiến thức thường gặp.

Bước 5. Ban hành và áp dụng rộng rãi

Trên cơ sở kết quả giai đoạn thí điểm, Ban Giám đốc phê duyệt ban hành chính thức.

Giai đoạn áp dụng toàn bệnh viện (3/2025 – 5/2025): Sở tay được cung cấp cho toàn bộ 320 điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên trong toàn viện. Phòng điều dưỡng có tổ chức buổi tập huấn ngắn giới thiệu nội dung và hướng dẫn sử dụng STLS.

Bên cạnh đó, sở tay được tích hợp vào chương trình đào tạo liên tục, sinh hoạt chuyên môn, kiểm tra tuân thủ quy trình, trở thành tài liệu chuẩn trong thực hành điều dưỡng.

3. HIỆU QUẢ ÁP DỤNG SỔ TAY LÂM SÀNG

Việc triển khai Sổ tay lâm sàng cho điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật y tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đã mang lại nhiều kết quả tích cực. Kết quả khảo sát cho thấy 97% ĐD, HS, KTY đánh giá sổ tay “hữu ích” hoặc “rất hữu ích”, trong khi 91,6% nhận định rằng công cụ này góp phần cải thiện hiệu suất công việc ở mức “nhiều” và “rất nhiều”. Đáng chú ý, có đến 89% nhân viên thường xuyên mang theo và sử dụng sổ tay trong thực hành hằng ngày; trong đó, 55,6% sử dụng để tra cứu khi cần thiết và 21,3% sử dụng trong thời gian rảnh rỗi. Hầu hết nhân viên (98,1%) đồng tình rằng sổ tay có kích thước nhỏ gọn, tiện lợi, dễ tra cứu và phù hợp với công việc. Nhiều phản hồi cũng ghi nhận rằng sổ tay giúp tiết kiệm thời gian, giảm lo lắng khi thực hiện kỹ thuật, đặc biệt hỗ trợ thiết thực đối với những điều dưỡng mới tốt nghiệp.

Trong thực hành lâm sàng, hiệu quả của sổ tay được thể hiện rõ khi tỷ lệ tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật tăng từ 69% trước khi triển khai lên 78% sau 6 tháng áp dụng. Đồng thời, tỷ lệ sai sót chuyên môn giảm đáng kể và nhân viên tự tin hơn trong xử trí các tình huống thường gặp. Sổ tay đã trở thành công cụ chuẩn hóa, góp phần thống nhất thực hành giữa các khoa, phòng trong bệnh viện.

Về tác động đối với đào tạo liên tục, sổ tay giúp ĐD, HS, KTY có thể tự học và tự ôn tập tại chỗ mà không phụ thuộc hoàn toàn vào hình thức đào tạo tập trung. Nó còn được sử dụng làm tài liệu chuẩn trong đào tạo, sinh hoạt

chuyên môn và kiểm tra tuân thủ quy trình, đồng thời đặc biệt hữu ích cho điều dưỡng mới, nhân viên trẻ cũng như sinh viên năm 3–4 trong giai đoạn thực hành lâm sàng. Ngoài ra, việc sử dụng chung một tài liệu chuẩn đã góp phần cải thiện sự phối hợp giữa các điều dưỡng trong ca trực, nâng cao tính thống nhất trong chăm sóc người bệnh. Kết quả khảo sát người bệnh cũng phản ánh sự thay đổi tích cực khi mức độ hài lòng tăng từ 71,8% lên 82%, trong đó người bệnh đánh giá cao sự nhanh chóng, chính xác và tự tin trong thao tác của điều dưỡng. Như vậy, Sổ tay lâm sàng chứng minh được hiệu quả rõ rệt trên bốn khía cạnh: nâng cao sự hài lòng và hiệu quả công việc của nhân viên, tăng cường tuân thủ quy trình và giảm sai sót chuyên môn, hỗ trợ đào tạo liên tục và cải thiện chất lượng chăm sóc cũng như sự hài lòng của người bệnh.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả đã đạt được, có thể khẳng định rằng Sổ tay lâm sàng là một công cụ hữu ích, thiết thực và có giá trị ứng dụng cao trong công tác điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật y. Việc triển khai ĐD, HS, KTY tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế không chỉ giúp nâng cao tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật và giảm sai sót chuyên môn, mà còn củng cố kiến thức, hỗ trợ đào tạo liên tục, đồng thời cải thiện chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh. Với vai trò như một “tài liệu chuẩn” đồng hành trong thực hành, ĐD, HS, KTY đã góp phần chuẩn hóa quy trình, nâng cao an toàn người bệnh và khẳng định tính chuyên nghiệp của đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên.

Để phát huy tối đa hiệu quả của STLS, bệnh viện, phòng điều dưỡng cần có những định hướng cụ thể trong tương lai. Trước hết, nội dung sổ tay cần được cập nhật định kỳ để bảo đảm luôn đồng bộ với các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế cũng như các khuyến cáo quốc tế. Mô hình này cũng nên được nhân rộng tại các bệnh viện, với sự điều chỉnh phù hợp điều kiện thực tiễn của từng đơn vị. Bên cạnh đó, việc tích hợp sổ tay vào chương trình đào tạo liên tục, huấn luyện điều dưỡng mới và giảng dạy cho sinh viên thực hành lâm sàng sẽ nâng cao tính ứng dụng. Ngoài ra, cần thúc đẩy các hoạt động chia sẻ kinh nghiệm thông qua hội thảo, tọa đàm để lan tỏa mô hình, tạo tiền đề cho các cơ sở y tế khác tham khảo, áp dụng và cải tiến. Với những kết quả khả quan, mô hình Sổ tay lâm sàng hoàn toàn có thể được xem là một sáng

kiến thực tiễn có khả năng nhân rộng, góp phần chuẩn hóa và nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng trong hệ thống y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Chợ Rẫy. (2019). *Sổ tay lấy mẫu bệnh phẩm*.
2. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. (2023). *Quy trình và bảng kiểm kỹ thuật điều dưỡng*.
3. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. (2023). *Quyết định 15/QĐ-BVYD ngày 01/02/2023 Về việc ban hành Quy trình Báo động đồ nội viện*.
4. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. (2024). *Sổ tay lấy mẫu của khoa Vi sinh*.
5. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. (2024). *Tài liệu "Các quy trình đảm bảo an toàn người bệnh tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế" ban hành kèm theo Quyết định 571/QĐ-BVYD ngày 26/03/2024 (Tập 1)*.
6. Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. (2024). *Tài liệu "Hướng dẫn nhin ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật" ban hành kèm theo Quyết định 1160/QĐ-BVYD ngày 26/06/2024*.
7. Bộ Y tế. (2012). *Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 về việc phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn*.
8. Bộ Y tế. (2014). *Quyết định 56/QĐ-K2ĐT ngày 16/05/2014 Về việc ban hành chương trình và tài liệu đào tạo "An toàn người bệnh"*.
9. Bộ Y tế. (2014). *Quyết định 320/QĐ-BYT ngày 23/01/2014 ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hóa sinh"*.
10. Bộ Y tế. (2015). *Quyết định 4290/QĐ-BYT ngày 15/10/2015 về việc ban hành hướng dẫn vệ sinh môi trường bề mặt khu phẫu thuật*.
11. Bộ Y tế. (2017). *Quyết định 3916/QĐ-BYT ngày 28/08/2017 Về việc phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
12. Bộ Y tế. (2017). *Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 Về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ*.
13. Bộ Y tế. (2017). *Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng*.
14. Bộ Y tế. (2018). *Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 về Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
15. Bộ Y tế. (2021). *Thông tư 20/2021/TT-BYT ngày 26/11/2021 quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi cơ sở y tế*.
16. Bộ Y tế. (2021). *Dấu hiệu Nhận biết Đột quy. Chuyên trang thông tin về bệnh Đột quy*.
17. Bộ Y tế. (2023). *Quyết định 62/QĐ-K2ĐT ngày 14/06/2023 Về việc ban hành Chương trình và Tài liệu đào tạo liên tục do Hội Điều dưỡng Việt Nam biên soạn*.
18. Bộ Y tế. (2011). *Thông tư 43/2011/BYT ngày 05/12/2011 Về Quy định chế độ quản lý mẫu bệnh phẩm bệnh truyền nhiễm*.
19. Bộ Y tế. (n.d.). *Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới*. Hà Nội: NXB Y học.
20. Hội Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội soi Việt Nam (VASEL), & Hội Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa Việt Nam (VietSPEN). (2022). *Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân ngoại khoa*.
21. Khoa Điều dưỡng – Trường Đại học Duy Tân. (n.d.). *Các công cụ đánh giá cường độ đau*.
22. *Sổ tay 5S dành cho nhân viên y tế*. (2019). Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam: Nhà xuất bản Văn hóa – Văn nghệ.
23. Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, 36(4), 205–210.
24. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Lab quality. <https://www.cdc.gov/lab-quality/php/preventing-adult-blood-culture-contamination/collect.html>
25. Infusion Nurses Society. (2024). *Infusion therapy standards of practice (9th ed.)*.

26. Le, T. T., Tran, H. T., Nguyen, T. N., et al. (2022). Continuing nursing education and knowledge retention in clinical practice. *Nurse Education Today*, 108, 105178.
27. Morse, J. M. (1985). *Morse Fall Scale*. University Park, PA: The Pennsylvania State University School of Nursing.
28. Nguyen, T. H., Pham, H. T., Vo, T. T., et al. (2021). Nursing workload and patient safety in Vietnamese hospitals. *BMC Nursing*, 20(1), 15.
29. Pham, J. C., Aswani, M. S., Rosen, M., et al. (2019). Reducing medical errors and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 188–192.
30. The Joint Commission. (2020). *Root causes of sentinel events*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International.
31. UpToDate. (n.d.). *Stupor and coma in adults*. Glasgow Coma Scale (GCS). Graphic 81854 Version 7.0.
32. Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S., et al. (2021). *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery*. *Clinical Nutrition*.
33. World Health Organization. (2004). *Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. *The Lancet*, 363(9403), 157–163.
34. World Health Organization. (2017). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva: WHO.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA CHUẨN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES REGARDING STANDARD PRECAUTIONS AMONG STUDENTS OF HANOI MEDICAL COLLEGE IN 2024 AND ASSOCIATED FACTORS

LƯƠNG THỊ HƯƠNG¹, HOÀNG MẠNH TOÀN¹,
TRƯƠNG QUANG TRUNG², TRẦN THÚY QUỲNH³
¹Bệnh viện Giao thông Vận tải, ²Bệnh viện Vinmec,
³Bệnh viện Việt Nam- Cu Ba

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa chuẩn (PNC) của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội và phân tích một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 122 sinh viên điều dưỡng năm thứ 2 và 3, thực tập tại Bệnh viện Giao thông Vận tải từ tháng 2–8/2024. Dữ liệu thu thập bằng bộ công cụ chuẩn hóa theo thang Bloom, gồm phần kiến thức (67 câu), thái độ (5 câu) và thực hành (4 quy trình). Phân tích số liệu bằng SPSS 22 với thống kê mô tả và kiểm định Chi-square.

Kết quả: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về PNC là 51,6%; thái độ tích cực 87,7%; và thực hành đạt 59%. Sinh viên năm thứ 2 có kiến thức tốt hơn năm thứ 3 (OR=1,36; 95% CI: 1,21–4,53). Nhóm có kết quả học tập giỏi/xuất sắc có thực hành đạt cao hơn so với nhóm trung bình (OR=3,7; 95% CI: 1–13,65).

Kết luận: Kiến thức và thực hành về PNC của sinh viên còn hạn chế, trong khi thái độ nhìn chung tích cực. Cần tăng cường đào tạo, giám sát thực hành và củng cố các nội dung trọng yếu như tiêm an toàn, phòng ngừa vật sắc nhọn và vệ sinh môi trường.

Từ khóa: Phòng ngừa chuẩn, kiến thức, thái độ, thực hành, sinh viên điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: To describe knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding standard precautions (SPs) among nursing students at Hanoi Medical College and analyse associated factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 122 second- and third-year nursing students during their clinical practicum at the Transport Hospital between February and August 2024. Data were collected using a standardized tool based on Bloom's taxonomy, covering knowledge (67 items), attitude (5 items), and practice (4 procedures). Data were analyzed with SPSS 22 using descriptive statistics and Chi-square tests.

Results: Adequate knowledge of SPs was found in 51.6% of students, positive attitudes in 87.7%, and adequate practices in 59%. Second-year students demonstrated better knowledge than third-year students (OR=1.36; 95% CI: 1.21–4.53). Students with excellent/good academic performance showed higher adequate practice compared to those with average performance (OR=3.7; 95% CI: 1–13.65).

Conclusions: Nursing students' knowledge and practice of SPs remain limited, despite generally positive attitudes. Strengthening training, supervised practice, and reinforcement of critical areas such as safe injection, sharp injury prevention, and environmental hygiene is recommended.

Keywords: Standard precautions, knowledge, attitude, practice, nursing students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng ngừa chuẩn (PNC) là biện pháp quan trọng nhằm hạn chế nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV), vốn là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong cho người bệnh [1]. Tỷ lệ NKBV ở Việt Nam dao động từ 3,5% đến 10%, cao hơn nhiều so với một số quốc gia phát triển [1]. Tuy nhiên, việc tuân thủ PNC không chỉ phụ thuộc vào nhân viên y tế mà còn chịu ảnh hưởng bởi kiến thức,

thái độ và thực hành của sinh viên y khoa trong quá trình thực tập lâm sàng. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ sinh viên đạt kiến thức về PNC còn thấp, chỉ khoảng 5,9%–15,3% [5][7], trong khi thái độ và thực hành cũng chưa đồng đều [2][3].

Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội hằng năm có nhiều sinh viên thực tập tại các cơ sở lâm sàng, song chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá toàn diện kiến thức, thái độ và thực hành PNC cũng như các yếu tố liên quan. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng KAP (Knowledge–Attitude–Practice) về PNC của sinh viên điều dưỡng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng, qua đó đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2024.

2.2. Đối tượng và mẫu nghiên cứu: 122 sinh viên điều dưỡng năm thứ 2 và 3 Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội trong thời gian thực tập tại Bệnh viện Giao thông Vận tải, được chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ và nội dung khảo sát: Bộ công cụ chuẩn hóa dựa trên thang đo Bloom, gồm 67 câu hỏi kiến thức (đúng/sai), 5 câu hỏi thái độ (Likert) và 4 quy trình đánh giá thực hành. Ngưỡng phân loại: $\geq 70\%$ (kiến thức), ≥ 7 điểm (thái độ), $\geq 80\%$ (thực hành).

2.4. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Sinh viên tự điền bảng hỏi đối với phần kiến thức và thái độ; phần thực hành được quan sát và đánh giá bằng bảng kiểm. Dữ liệu được làm sạch và phân tích bằng SPSS 22, sử dụng thống kê mô tả và các phép kiểm định (Chi-square, OR, CI 95%) để xác định mối liên quan giữa các biến.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học – y đức của Bệnh viện Giao thông Vận tải và Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội. Sinh viên tham gia hoàn toàn tự nguyện, thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối, kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích khoa học và cải thiện chất lượng đào tạo.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của sinh viên (n=122)

Nội dung			
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	13	10,7
	Nữ	109	89,3
Tuổi	20-21	105	86,1
	≥ 21	17	13,9
Dân tộc	Kinh	115	94,3
	Khác	7	5,7
Nơi ở	Thành thị	46	37,7
	Nông thôn	76	62,3

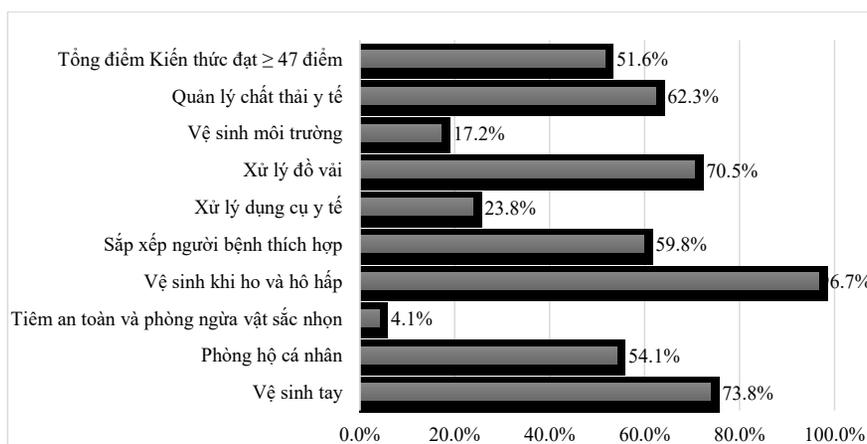
Nhận xét: Sinh viên Nữ chiếm 89,3% cao hơn Nam chỉ có 10,7%. Sinh viên thuộc nhóm tuổi 20-21 chiếm 86,1%. Dân tộc Kinh là chủ yếu chiếm 94,3%. Sinh viên ở vùng nông thôn là 62,3%.

Bảng 3.2. Đặc điểm học tập về phòng ngừa chuẩn của sinh viên (n=122)

Nội dung			
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Năm học	Năm thứ 2	64	52,5
	Năm thứ 3	58	47,5
Khoa thực tập	Hệ Nội	55	45,0
	Hệ Ngoại	53	43,5
	Hồi sức	14	11,5
SV được đào tạo về PNC	Có	122	100
	Không	0	0
Thời gian đã học về PNC	Vừa học xong	6	4,9
	Cách 1 tháng	13	10,7
	Cách 1 năm	52	42,6
	Cách 2 năm	51	41,8
Xếp loại năm trước đó	Xuất sắc	2	1,6
	Giỏi	32	26,2
	Khá	74	60,7
	Trung bình	14	11,5
Thông tin về PNC nhận được từ	Thầy cô	24	19,7
	Nhân viên y tế	10	8,2
	Thầy cô, nhân viên y tế	88	72,1

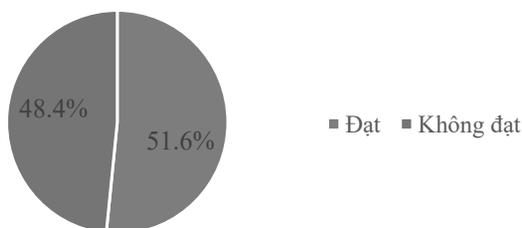
Nhận xét: Sinh viên năm thứ 2 chiếm 52,5 % và sinh viên năm thứ 3 chiếm 47,5%. Số sinh viên được học về PNC cách 1 năm và cách 2 năm tương đương nhau chiếm 41,8%- 42,6%. Nguồn kiến thức về PNC sinh viên nhận được chủ yếu là ở thầy cô và nhân viên y tế chiếm 72,1%.

3.2. Kiến thức chung của sinh viên về PNC



Biểu đồ 3.1. Kiến thức đúng của sinh viên về PNC

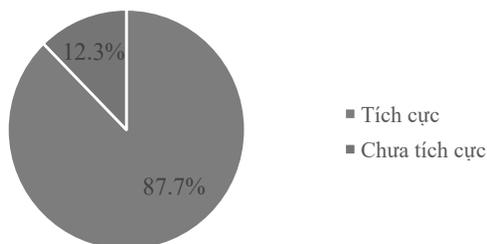
Nhận xét: Sinh viên trả lời đúng cao ở nội dung vệ sinh khi ho và hô hấp (96,7%), vệ sinh tay (73,8%) và xử lý đồ vải (70,5%). Bên cạnh đó vẫn còn các nội dung khác sinh viên trả lời đúng tỷ lệ rất thấp như kiến thức về tiêm an toàn và phòng ngừa vật sắc nhọn (4,1%).



Biểu đồ 3.2. Phân loại kiến thức PNC của sinh viên

Nhận xét: 51,6% SV có kiến thức đạt về PNC và 48,4% SV có kiến thức chưa đạt.

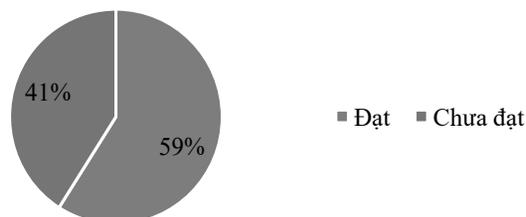
3.3. Phân loại thái độ về PNC của sinh viên



Biểu đồ 3.3. Phân bố thái độ của sinh viên về PNC

Nhận xét: 87,7% SV có thái độ tích cực với công tác PNC và 12,3% SV chưa có thái độ tích cực với công tác PNC.

3.4. Thực hành của sinh viên về PNC



Biểu đồ 3.4. Phân bố thực hành PNC của sinh viên

Nhận xét: 59% SV thực hành đạt về PNC và 41% SV thực hành chưa đạt.

3.5. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng ngừa chuẩn ở sinh viên

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm học tập của SV với kiến thức về PNC (n=122)

Kiến thức PNC		Đặc điểm		OR (95%CI)
		Không đạt SL(%)	Đạt SL(%)	
Năm học	Thứ 2	24 (38,09)	39 (61,91)	1,36 (1,21- 4,53)
	Thứ 3	35 (59,32)	24(40,68)	

Kiến thức PNC Đặc điểm		Không đạt	Đạt	OR (95%CI)
		SL(%)	SL(%)	
Thời gian đã học về PNC	Dưới 1 tháng	8 (42,11)	11 (57,89)	1
	Cách 1 năm	22(42,31)	30(57,69)	1,03 (0,35 – 2,92)
	Cách 2 năm	29(56,86)	22(43,14)	1,81 (0,62 – 5,26)
Xếp loại năm trước đó	TB	5(35,71)	9(64,29)	1
	Khá	38(51,35)	36(48,65)	1,8 (0,55 – 5,89)
	Giỏi và Xuất sắc	16(47,05)	18(52,95)	1,6 (0,44 – 5,78)

Nhận xét: Yếu tố thời gian học tập và xếp loại học tập chưa có ý nghĩa thống kê với kiến thức về PNC. Nhóm sinh viên năm thứ 2 có kiến thức PNC đạt cao hơn sinh viên năm thứ 3 với OR= 1,36; 95% CI (1,21- 4,53).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm học tập sinh viên với thực hành PNC (n=122)

Đặc điểm		Thực hành	Không đạt	Đạt	OR (95%CI)
			SL(%)	SL(%)	
Năm học	Thứ 2		24(38,1)	39(61,9)	0,781 (0,38-1,61)
	Thứ 3		26(44,1)	33(55,9)	
Thời gian đã học về PNC	Dưới 1 tháng		6(31,6)	13(68,4)	1
	Cách 1 năm		21(40,4)	31(59,6)	0,68 (0,22-2,08)
	Cách 2 năm		23(45,1)	28(54,9)	0,56 (0,19-1,71)
Xếp loại năm trước đó	TB		8(57,1)	6(42,9)	1
	Khá		33(44,6)	41(55,4)	1,66 (0,52-5,25)
	Giỏi và Xuất sắc		9(26,5)	25(73,5)	3,70 (1-13,65)

Nhận xét: Yếu tố năm học và thời gian học về PNC chưa có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với thực hành PNC. Nhóm sinh viên có kết quả học tập giỏi và xuất sắc có mức thực hành đạt cao hơn so với nhóm có kết quả học tập trung bình với OR= 3,7; 95% CI (1-13,65).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về PNC của sinh viên

Kiến thức chung của sinh viên điều dưỡng về PNC

Kiến thức về vệ sinh khi ho và hô hấp có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất (96,7%). Kết quả này có thể lý giải bởi bối cảnh dịch Covid-19, khi nội dung này được truyền thông rộng rãi và thường xuyên được nhắc lại trong quá trình đào tạo, giúp sinh viên ghi nhớ và vận dụng tốt trong thực hành tại các khoa truyền nhiễm. Kiến thức về vệ sinh tay cũng đạt tỷ lệ đúng tương đối cao (76,3%), tuy vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền (95,8%) [2], nhưng cao hơn kết quả của Lương Anh Vũ (54,3%) trên sinh viên cùng trường năm 2020. Điều này cho thấy rửa tay là nội dung cơ bản, bắt buộc trong ngành Y, thường xuyên được nhắc nhở bởi giảng viên và nhân viên y tế trong quá trình thực hành, góp phần củng cố kiến thức cho sinh viên. Về xử lý đồ vải, 70,5% sinh viên có kiến thức đạt, cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Nga (68%) [3]. Tuy nhiên, kiến thức về tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn lại ở mức rất thấp (4,1%), đặt ra nguy cơ tiềm ẩn cho an toàn thực hành lâm sàng. Đây là vấn đề đáng báo động, bởi sinh viên thường xuyên tiếp xúc với vật sắc nhọn trong quá trình thực tập. Do đó, cần tăng cường đào tạo, nhấn mạnh các nội dung về tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn, đồng thời giám sát chặt chẽ thực hành lâm sàng để giảm thiểu nguy cơ sự cố y khoa.

Trong tổng số 122 sinh viên, có 51,6% sinh viên có kiến thức đạt yêu cầu về phòng ngừa chuẩn. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền (47,6%) trên sinh viên Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương [2], cũng như cao hơn nghiên cứu tại Đại học Y khoa Vinh (5,9%) của Vũ Thị Thu Thủy [7] và Đại học Y Dược Hải Phòng (15,3%) của Nguyễn Thị Thùy Linh [5]. Kết quả cũng vượt nghiên cứu của Huson & Ibrahim với tỷ lệ đạt 45,83% [10], song vẫn thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu tại Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (84,2%) [4], Đại học Y Hà Nội năm 2021 (64,2%) [6] và năm 2019 (97,8%) [8]. Điều này cho thấy mức độ kiến thức của sinh viên vẫn chưa đồng đều, phản ánh sự khác biệt về chương trình đào tạo và mức độ nhấn mạnh nội dung phòng ngừa chuẩn tại các cơ sở đào tạo

4.2. Thái độ của sinh viên về chương trình đào tạo phòng ngừa chuẩn

Đa số sinh viên (87,7%) có thái độ tích cực đối với phòng ngừa chuẩn. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền (46,7%) [2] và Vũ Thị Thu Thủy (65,9%). So sánh quốc tế, kết quả cũng vượt nghiên cứu của Sulaiman A. Alshammari với chỉ 25,6%

sinh viên có thái độ tích cực. Kết quả cho thấy sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội có sự quan tâm và nhận thức tốt về tầm quan trọng của phòng ngừa chuẩn, đây là yếu tố thuận lợi để triển khai các can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành.

4.3. Thực hành về PNC của sinh viên

Tỷ lệ sinh viên đạt yêu cầu về thực hành là 59%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Khánh Linh (52,7%) [4] và vượt kết quả của Sulaiman A. Alshammari (26,7%). Tuy nhiên, vẫn còn 41% sinh viên chưa đạt chuẩn thực hành, điều này phản ánh khoảng trống giữa kiến thức, thái độ và khả năng vận dụng vào lâm sàng. Việc tăng cường giám sát, huấn luyện tại chỗ và áp dụng phương pháp giảng dạy mô phỏng có thể giúp nâng cao hiệu quả thực hành của sinh viên.

4.4. Một số yếu tố liên quan

Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên năm thứ 2 có kiến thức về phòng ngừa chuẩn tốt hơn năm thứ 3 (OR=1,36; 95%CI: 1,21–4,53). Điều này có thể do sinh viên năm thứ 2 vừa hoàn thành học phần Điều dưỡng cơ sở, giúp ghi nhớ kiến thức tốt hơn. Kết quả học tập cũng có mối liên hệ đáng kể với thực hành: nhóm sinh viên đạt loại giỏi/xuất sắc có thực hành đạt cao hơn nhóm trung bình (OR=3,7; 95%CI: 1–13,65). Phát hiện này phù hợp với lý thuyết rằng sinh viên có nền tảng học tập tốt sẽ dễ dàng vận dụng kiến thức vào thực hành. Tuy nhiên, các yếu tố như thời gian đã học PNC và xếp loại học tập nhìn chung chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với kiến thức, gợi ý cần nghiên cứu thêm để xác định các yếu tố ảnh hưởng khác.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2024 có mức kiến thức về phòng ngừa chuẩn chưa cao (51,6%), trong khi thái độ nhìn chung tích cực (87,7%) và thực hành đạt mức trung bình (59%). Sinh viên năm thứ 2 có kiến thức cao hơn sinh viên năm thứ 3; kết quả học tập tốt có liên quan đến thực hành tốt hơn. Một số nội dung quan trọng như tiêm an toàn, phòng ngừa vật sắc nhọn và vệ sinh môi trường vẫn còn tỷ lệ trả lời đúng rất thấp, cho thấy những khoảng trống cần được cải thiện.

Cần tăng cường đào tạo và giám sát thực hành lâm sàng, đặc biệt về tiêm an toàn, xử lý vật sắc nhọn và vệ

sinh môi trường; lặp lại, củng cố kiến thức phòng ngừa chuẩn trong chương trình học; áp dụng phương pháp giảng dạy đa dạng và phát huy vai trò hỗ trợ đồng đẳng để nâng cao hiệu quả học tập và thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012), “Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012 Về việc phê duyệt Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.
- Đỗ Thị Thu Hiền và Nguyễn Thị Huế (2023), «Kiến thức và thái độ về các biện pháp phòng ngừa chuẩn của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương», *Tạp chí Y học Việt Nam*, 530(2), tr. 104-108.
- Lê Thị Nga (2016), “Kiến thức, thái độ về các biện pháp phòng ngừa chuẩn của sinh viên tại Đại học Y Hà Nội”, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Hồng Yến và Nguyễn Hồng Khánh Linh (2023), “Kiến thức và thực hành về phòng ngừa chuẩn của sinh viên Điều dưỡng năm 3 và 4 Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch”, *Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch*, 2(2), tr. 191-198.
- Nguyễn Thị Thùy Linh (2019), “Kiến thức, thái độ về phòng ngừa chuẩn của sinh viên Trường Đại học y dược Hải Phòng năm 2019”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 9.
- Bùi Văn Tùng (2021) “Kiến thức về PNC của sinh viên năm cuối trường đại học Y Hà Nội năm 2021”(*Tạp chí y học Việt Nam tập 507- tháng 10 năm 2021*).
- Vũ Thị Thu Thủy (2018), “Thực trạng kiến thức và thái độ về phòng ngừa chuẩn của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2018”, *Tạp chí Khoa học điều dưỡng*, tập 01, số 02.
- Trần Thị Tuyết(2019) “Kiến thức về Phòng ngừa chuẩn của sinh viên cử nhân điều dưỡng năm cuối trường đại học Y Hà Nội năm 2019” *Tạp chí Điều dưỡng*, 2019.
- Lương Anh Vũ “Khảo sát kiến thức và thực hành vệ sinh tay thường quy để phòng lây nhiễm covid của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Hà nội Năm 2020”. *Tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam*, Tập 36 số 3 năm 2021
- Huson A.G and Yousreya I (2014), “Knowledge, Attitudes and Sources of Information among Nursing Students toward Infection Control and Standard Precautions”, *Life Science Journal*, 11, pp. 249-260.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU CỦA BỆNH NHÂN SINH THIẾT GAN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ CAN THIỆP ĐIỆN QUANG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024 - 2025

ASSESSMENT OF PAIN LEVELS IN PATIENTS UNDERGOING ULTRASOUND-GUIDED LIVER BIOPSY AT THE IMAGING DIAGNOSIS AND INTERVENTIONAL RADIOLOGY CENTER, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2024–2025.

HOÀNG THU THỦY, NGUYỄN VĂN QUẾ,
NGUYỄN QUANG TRUNG

Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang -
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ đau của người bệnh khi sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm và phân tích một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người bệnh được chỉ định sinh thiết gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024-2025. Mức độ đau được đo bằng thang điểm chuẩn hóa và phân tích mối liên quan với các đặc điểm nhân khẩu - lâm sàng và yếu tố kỹ thuật.

Kết quả: Đa số người bệnh trải qua đau nhẹ (56,2%) hoặc trung bình (34,8%), trong khi tỷ lệ đau nặng rất thấp (9%). Nữ giới có mức độ đau cao hơn nam giới ($p<0,05$). Kích thước kim sinh thiết $\geq 16G$, số lần chọc >1 và thời gian thủ thuật kéo dài đều liên quan đến tăng mức độ đau ($p<0,05$). Không ghi nhận biến chứng nặng sau thủ thuật.

Kết luận: Sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm nhìn chung an toàn, nhưng mức độ đau vẫn phụ thuộc vào yếu tố giới tính và kỹ thuật. Cần đánh giá nguy cơ trước thủ thuật, hỗ trợ tâm lý, đồng thời chuẩn hóa quy trình kiểm soát đau để nâng cao an toàn và chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: Sinh thiết gan, siêu âm, mức độ đau, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

Objective: To evaluate pain levels in patients undergoing ultrasound-guided liver biopsy and identify associated factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted at Hanoi Medical University Hospital in 2024-2025. Pain intensity was assessed using a standardized scale and analyzed in relation to demographic, clinical, and procedural characteristics.

Results: Most patients reported mild (56.2%) or moderate (34.8%) pain, while severe pain was rare (9%). Female patients experienced significantly higher pain than males ($p<0.05$). Use of larger biopsy needles ($\geq 16G$), multiple punctures, and longer procedure duration were strongly associated with increased pain levels ($p<0.05$). No major complications were observed.

Conclusions: Ultrasound-guided liver biopsy is generally safe, though pain varies with patient and procedural factors. Pre-procedure risk assessment, psychological support, and standardized pain management strategies are essential to enhance patient safety and care quality.

Keywords: Liver biopsy, ultrasound, pain level, associated factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và theo dõi các bệnh lý gan nhờ tính an toàn và hiệu quả cao [1]. Tuy nhiên, đau sau sinh thiết vẫn là triệu chứng thường gặp, ảnh hưởng đến trải nghiệm người bệnh và có thể làm giảm sự hợp tác trong các thủ thuật tiếp theo [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ đau chịu tác động bởi giới tính, cỡ kim, số lần chọc

và thời gian thực hiện thủ thuật [3],[4]. Tại Việt Nam, bằng chứng về đặc điểm đau và các yếu tố liên quan ở người bệnh thực hiện sinh thiết gan còn hạn chế, trong khi nhu cầu thực hiện thủ thuật này ngày càng tăng. Do đó, nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá mức độ đau và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng ở người bệnh sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc cải thiện chăm sóc và nâng cao chất lượng dịch vụ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, nhằm đánh giá mức độ đau và phân tích các yếu tố liên quan ở người bệnh được thực hiện sinh thiết gan dưới hướng dẫn của siêu âm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm CDHA&CTĐQ – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 04 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.

Được chỉ định thực hiện sinh thiết gan dưới hướng dẫn của siêu âm tại Trung tâm CDHA & CTĐQ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Có đầy đủ nhận thức, khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung và quyền lợi.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

Người bệnh mất ý thức, có rối loạn tâm thần hoặc không có khả năng giao tiếp hiệu quả để trả lời phỏng vấn.

Có biến chứng cấp tính trong hoặc ngay sau thủ thuật gây cản trở quá trình đánh giá mức độ đau.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Tính cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ cho nghiên cứu mô tả:

$$n=(Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p))/d^2$$

Trong đó:

$$Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96 \text{ với độ tin cậy } 95\%$$

p: tỷ lệ NB bị đau do sinh thiết (giả định tỷ lệ NB đau sau sinh thiết là 50%, do chưa có nghiên cứu nội địa cụ thể), chọn $p = 0,5$.

d: sai số tuyệt đối mong muốn, chọn $d^2 = 0,1$

Thay vào công thức trên ta có $n = 96$. Sau khi cộng thêm 10% dự phòng đối tượng rút lui, tổng cỡ mẫu cần thiết là 105 người bệnh.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tuyển chọn liên tiếp tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc: Mức độ đau (VAS tại 3 thời điểm: 0h, 1h, 6h).

Biến độc lập: Giới tính, tuổi, loại kim sinh thiết, số lần chọc, thời gian thủ thuật, tiền sử bệnh gan, nghề nghiệp.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại 3 thời điểm sau sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm: ngay sau thủ thuật (0 giờ), sau 1 giờ và sau 6 giờ. Công cụ sử dụng là bộ câu hỏi cấu trúc và thang đo thị giác VAS (0: không đau; 1–3: đau nhẹ; 4–6: đau trung bình; 7–10: đau nặng). Nội dung thu thập gồm thông tin nhân khẩu học, tiền sử bệnh gan, yếu tố thủ thuật, mức độ đau và biến chứng tức thì.

2.7. Phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả cho đặc điểm mẫu; Chi-square hoặc Fisher's exact để so sánh tỷ lệ; kiểm định t độc lập hoặc ANOVA cho biến liên tục. Mức ý nghĩa thống kê xác định tại $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin, ký cam kết tham gia tự nguyện và có quyền rút lui bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến điều

trị. Tất cả dữ liệu cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

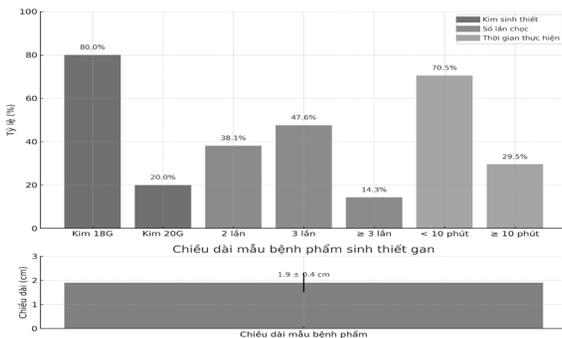
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=105)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	63	60%
Nữ	42	40%
Tuổi trung bình (năm)	49.2 ± 11.8	-
Nhóm tuổi		
< 40 tuổi	37	35.2%
≥ 40 tuổi	68	64.8%
Bệnh lý gan nền		
Viêm gan mạn	48	45.7%
Xơ gan	32	30.5%
Tổn thương gan khu trú	21	20%
Bệnh lý gan khác	4	3.8%

Trong nghiên cứu, 105 NB được phân tích, nam chiếm 60% (63), nữ 40% (42). Tuổi trung bình 49.2 ± 11.8 (28–73), nhóm ≥ 40 tuổi chiếm 64.8%, phản ánh thực tế bệnh gan mạn phổ biến ở trung niên và cao tuổi. Bệnh lý nền chủ yếu là viêm gan mạn (45.7%), xơ gan (30.5%), tổn thương gan khu trú (20.0%) và khác (3.8%).

3.2. Đặc điểm kỹ thuật sinh thiết gan

Biểu đồ 1. Đặc điểm kỹ thuật sinh thiết gan (n= 105)



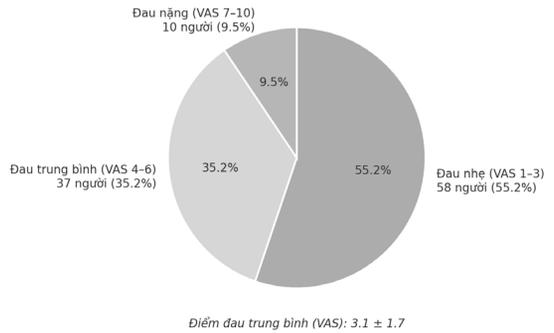
Đa số thủ thuật dùng kim 18G (80%), còn 20G chiếm 20%. Số lần chọc phổ biến nhất là 3 lần (47.6%), kể đến 2 lần (38.1%) và ≥ 3 lần chiếm 14.3%. Thời gian thực hiện

chủ yếu < 10 phút (70.5%), chỉ 29.5% ≥ 10 phút. Chiều dài mẫu mô trung bình 1.9 ± 0.4 cm, hầu hết đạt yêu cầu chẩn đoán.

3.3. Mức độ đau sau sinh thiết gan

Biểu đồ 2. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS (n =105).

Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS (n = 105)



Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS tại ba thời điểm (0h, 1h, 6h). Kết quả tổng hợp như sau:

Đau nhẹ (VAS 1–3): 55.2% (N=58)

Đau trung bình (VAS 4–6): 35.2% (N=37)

Đau nặng (VAS 7–10): 9.5% (N=10)

Điểm đau trung bình: 3.1 ± 1.7

Kết quả cho thấy phần lớn NB trải qua mức độ đau từ nhẹ đến trung bình. Chỉ có số ít (9.5%) trải qua đau nặng sau thủ thuật.

3.4. Phân tích mối liên quan giữa mức độ đau và các yếu tố lâm sàng

Bảng 2. Mối liên quan giữa điểm đau trung bình (VAS) và các yếu tố lâm sàng

Yếu tố	VAS trung bình ± SD	Giá trị p	Ý nghĩa thống kê
Giới tính			
Nam	2.9 ± 1.7	0.03	Có ý nghĩa (Nữ đau nhiều hơn)
Nữ	3.5 ± 1.8		
Tuổi			

< 40 tuổi	3.4 ± 1.8	0.12	Không có ý nghĩa
≥ 40 tuổi	3.0 ± 1.7		
Loại kim sinh thiết			
Kim 18G	3.9 ± 2.0	0.02	Có ý nghĩa (Kim lớn đau hơn)
Kim 20G	3.0 ± 1.5		
Số lần chọc sinh thiết			
2 lần	2.8 ± 1.5	< 0.01	Có ý nghĩa
≥ 3 lần	4.0 ± 2.1		
Thời gian thực hiện			
< 10 phút	2.7 ± 1.5	0.02	Có ý nghĩa
≥ 10 phút	3.8 ± 2.0		

Nhận xét:

- Nữ giới đau nhiều hơn nam, khác biệt có ý nghĩa ($p = 0.03$).
- Kim 18G gây đau hơn 20G, phù hợp giả định kim lớn gây tổn thương mô nhiều hơn.
- Số lần chọc càng nhiều, mức độ đau càng tăng ($p < 0.01$).
- Thủ thuật ≥ 10 phút làm điểm đau tăng rõ rệt ($p = 0.02$).
- Tuổi không khác biệt có ý nghĩa ($p = 0.12$), nhưng người trẻ có xu hướng đau hơn.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm CDHA & CTĐQ – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là nam giới (60%) và ≥40 tuổi (64,8%). Điều này phù hợp với nhận định của Rockey [7] và Bravo [1] rằng bệnh gan mạn tính thường gặp ở nam trung niên, nhóm có nhiều bệnh lý nền nên cần được theo dõi chặt chẽ sau thủ thuật.

Về kỹ thuật, kim 18G được sử dụng nhiều nhất (80%), tương tự kết quả Tublin [8]. Tuy nhiên, kim lớn liên quan đến mức độ đau cao hơn, phù hợp nghiên cứu của Jeong [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận điểm VAS ở nhóm 18G cao hơn rõ rệt so với 20G (3,9 ± 2,0 so với 3,0 ± 1,5; $p < 0,05$). Điều này nhấn mạnh vai trò của điều dưỡng trong tư vấn, chuẩn bị tâm lý và hướng dẫn người bệnh hợp tác để giảm đau.

Điểm đau trung bình (3,1 ± 1,7) nằm trong ngưỡng nhẹ – trung bình, tương đồng kết quả của Jeong (3,

± 1,6) [5]. Yếu tố lo lắng trước thủ thuật cũng được tác giả này chỉ ra có thể làm tăng cảm nhận đau, gợi ý điều dưỡng cần can thiệp bằng cách giải thích quy trình, hỗ trợ tinh thần và giao tiếp tích cực.

Giới tính có ảnh hưởng rõ rệt: nữ có điểm đau cao hơn nam (3,5 ± 1,8 so với 2,9 ± 1,7; $p = 0,03$), phù hợp với McCaffery & Pasero [6] khi phụ nữ có ngưỡng chịu đau thấp hơn. Vì vậy, điều dưỡng cần quan tâm đặc biệt đến nhóm người bệnh nữ, tăng cường hỗ trợ tinh thần và giao tiếp.

Ngoài ra, số lần chọc ≥ 3 và thời gian thủ thuật ≥ 10 phút đều làm tăng mức độ đau, tương đồng kết quả của Bravo [1]. Do đó, điều dưỡng cần phối hợp chặt chẽ với bác sĩ để tối ưu tư thế, giảm cử động và hạn chế số lần chọc.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy sinh thiết gan dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật an toàn, đa số người bệnh chỉ trải qua mức độ đau nhẹ đến trung bình. Tuy nhiên, mức độ đau chịu ảnh hưởng đáng kể bởi giới tính, cỡ kim sinh thiết, số lần chọc và thời gian thực hiện. Nhận diện sớm và quản lý tốt các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong nâng cao chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh. Do vậy cần đánh giá và tư vấn giảm đau trước thủ thuật, đặc biệt cho nữ giới và trường hợp chọc nhiều lần; tăng cường đào tạo điều dưỡng về quản lý đau; và chuẩn hóa quy trình theo dõi – can thiệp giảm đau nhằm nâng cao an toàn và chất lượng chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bravo AA, Sheth SG, Chopra S. 2001. Liver biopsy. The New England Journal of Medicine. 344(7):495–500. doi:10.1056/NEJM200102153440706.
2. Cadranel JF, Rufat P, Degos F. 2000. Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. Hepatology. 32(3):477–481. doi:10.1053/jhep.2000.16602.
3. Deliveliotis C, John V, Louras G, et al. 1999. Multiple transrectal ultrasound guided prostatic biopsies: morbidity and tolerance. International Urology and Nephrology. 31(5):681–686. doi:10.1023/A:1007168823851.

4. Germossa GN, Sjetne IS, Småstuen MC, Hellesø R. 2022. Patient satisfaction with a nurse-led pain management program: a quasi-experimental study in Ethiopia. *SAGE Open Nursing*. 8:23779608221141237. doi:10.1177/23779608221141237.

5. Jeong EJ, Chung SR, Baek JH, et al. 2018. A comparison of ultrasound-guided fine needle aspiration versus core needle biopsy for thyroid nodules: pain, tolerability, and complications. *Endocrinology and Metabolism (Seoul)*. 33(1):114–120. doi:10.3803/EnM.2018.33.1.114.

6. McCaffery M, Pasero C. 1999. *Pain: Clinical Manual*. 2nd ed. St. Louis (MO): Mosby.

7. Rockey DC, Caldwell SH, Goodman ZD, Nelson RC, Smith AD. 2009. Liver biopsy. *Hepatology*. 49(3):1017–1044. doi:10.1002/hep.22742.

8. Tublin ME, Blair R, Martin J, Malik S, Ruppert K, Demetris AJ. 2018. Prospective study of the impact of liver biopsy core size on specimen adequacy and procedural complications. *American Journal of Roentgenology*. 210(1):183–188. doi:10.2214/AJR.17.17792.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM CỦA PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT TRONG NĂM 2020

CURRENT STATUS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN VISITING DONG NAI HOSPITAL AND THONG NHAT HOSPITAL IN 2020

TRẦN THỊ MỸ LỆ
Trường Cao đẳng Y tế Đồng Nai

TÓM TẮT

Mục tiêu: (i) Mô tả thực trạng tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất; (ii) Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng và thời gian nghiên cứu: 288 phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2020.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm nhẹ (cần theo dõi) chiếm 18.4%, tỷ lệ rối loạn trầm cảm cần điều trị chiếm 15.6%. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm của phụ nữ mang thai như: nghề nghiệp, thu nhập, tuổi thai hiện tại, giới tính thai nhi, số lần mang thai. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.005$).

Kết luận: Trầm cảm là bệnh lý tâm thần ngày càng phổ biến trong thai kỳ, ảnh hưởng đến 34% phụ nữ mang thai. Cần quan tâm hỗ trợ tâm lý đến nhóm PNMT có nguy cơ cao như: nghề nghiệp là cán bộ, viên chức, buôn bán; thu nhập không đủ sống; PNMT có tuổi thai ở 3 tháng giữa thai kỳ; PNMT có gia đình và bản thân đang quan tâm đến giới tính thai nhi; PNMT không đúng theo kế hoạch

Từ khoá: Trầm cảm thời kỳ mang thai, phụ nữ mang thai, thai nhi

ABSTRACT

Objectives: (i) To describe the current rate of depressive disorders in pregnant women visiting Dong Nai General Hospital and Thong Nhat General Hospital; (ii)

Comment on some factors related to depressive disorders in the study subjects.

Subjects and time of study: 288 pregnant women visiting Dong Nai General Hospital and Thong Nhat General Hospital from May to July 2020.

Method: Cross-sectional descriptive study with convenient sampling method.

Results: The rate of mild depressive disorders (need to be monitored) is 18.4%, the rate of depressive disorders requiring treatment is 15.6%. Some factors related to depressive disorders in pregnant women are: occupation, income, current gestational age, fetal sex, number of pregnancies. This difference is statistically significant ($p < 0.005$).

Conclusion: Depression is an increasingly common mental illness during pregnancy, affecting 34% of pregnant women. It is necessary to pay attention to psychological support for high-risk pregnant women such as: occupations as officials, civil servants, traders; income is not enough to live; pregnant women with a gestational age in the middle 3 months of pregnancy; pregnant women with a family and are concerned about the gender of the fetus; pregnant women not following the plan

Keywords: Depression during pregnancy, pregnant women, fetus

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi mang thai, cơ thể phụ nữ sẽ có nhiều thay đổi cả về ngoại hình và sinh lý phức tạp, bao gồm những thay đổi về tâm lý, xã hội, cảm xúc, đặc biệt là ở lần mang thai đầu tiên. Cảm xúc đó diễn biến theo nhiều cung bậc khác nhau, có thể là sự mơ hồ, thay đổi tâm trạng thường xuyên, từ lo lắng, mệt mỏi, kiệt sức, buồn ngủ, phản ứng

trầm cảm đến phần kích. Trầm cảm là bệnh lý tâm thần phổ biến nhất trong thai kỳ, (10). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng mức độ ảnh hưởng của trầm cảm có thể ảnh hưởng đến 9.18% đến 29% phụ nữ mang thai (3), (13). Tại Việt Nam thì tỷ lệ trầm cảm cũng diễn ra với tỷ lệ từ 4,9% đến 24,5% phụ nữ mang thai bị ảnh hưởng bởi trầm cảm (1), (2). Bên cạnh đó, một vài nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức và thái độ có liên quan chặt chẽ đến sức khỏe tâm thần (16). Ở Đồng Nai có rất ít những nghiên cứu về trầm cảm của phụ nữ trong giai đoạn mang thai được công bố rộng rãi. Vì những lý do trên chúng tôi chọn đề tài “Thực trạng rối loạn trầm cảm của phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất năm 2020” với mục tiêu: (i) Mô tả thực trạng tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất; (ii) Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ đang mang thai đến khám thai tại khu A - khoa Sản - Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Khoa sản - Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2020.

2.2. Thời gian: Thời gian: từ tháng 5 đến tháng 7 năm 2020.

2.3. Thiết kế: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: $n = Z^2 \cdot P(1 - P) / d^2 = (1.96)^2 \times 0.25(1-0.25)/(0.05)^2 = 288$

Khoảng tin cậy 95%, n cỡ mẫu, Z Hệ số tin cậy, α Mức ý nghĩa thống kê, p (0.1 < p < 0.3) Tỷ lệ ước đoán = 0.25 (15), d Khoảng sai lệch = 0.05

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá:

Nhóm nghiên cứu thu thập thông tin nghiên cứu từ các đối tượng tham gia bằng cách sử dụng bảng câu hỏi gồm 4 phần:

Phần A: Bao gồm 15 câu hỏi về thông tin chung của phụ nữ mang thai.

Phần B: Sử dụng bộ câu hỏi trắc nghiệm đánh giá tình trạng trầm cảm sau sinh của Edinburgh gồm 10 câu, được tính điểm như sau:

+ Câu hỏi 1, 2, & 4 (được đánh dấu *): Được ghi 0, 1, 2 hoặc 3 với câu trả lời là ý kiến trên cùng được ghi là 0 với câu trả lời là ý kiến dưới cùng được ghi là 3.

+ Câu hỏi 3, 5,6,7,8,9,10 (không có *): Được ghi ngược lại, với câu trả lời là ý kiến trên cùng được ghi là 3 và với câu trả lời là ý kiến dưới cùng được ghi là 0.

(Điểm số: 0-9: Có một số triệu chứng rối loạn cảm xúc nhẹ và ít cần can thiệp; 10-12: Có các triệu chứng đau khổ có thể là khó chịu lặp lại sau 2 tuần và tiếp tục theo dõi tiến độ thường xuyên; ≥ 13: Điểm số trên 13 yêu cầu cho thấy cần phải đánh giá thêm và theo dõi khả năng của trầm cảm cao; Mục 10: Bất kỳ phụ nữ nào đạt điểm 1, 2 hoặc 3 ở mục 10 yêu cầu đánh giá thêm trước khi rời khỏi phòng đánh giá để đảm bảo an toàn cho chính cô ấy và thai nhi)

Lưu ý: Thang điểm Edinburgh này chỉ có giá trị trong vòng 7 ngày.

Phần C: bao gồm 06 câu hỏi liên quan đến kiến thức về rối loạn trầm cảm. Tối thiểu là 0 điểm, tối đa 06 điểm, được chia thành các mức theo Bloom's cut off point (60%-80%) (< 3.6 điểm: kiến thức thấp, 3.6 - 4.8 điểm: kiến thức trung bình, > 4.8 điểm: kiến thức tốt về rối loạn trầm cảm khi mang thai):

Phần D: Bao gồm 05 câu hỏi liên quan đến thái độ về rối loạn trầm cảm của phụ nữ mang thai. Câu hỏi ở phần này sẽ bao gồm câu hỏi tiêu cực và câu hỏi tích cực được sử dụng theo thang đo Likert:

CÂU TÍCH CỰC		CÂU TIÊU CỰC	
Lựa chọn	Điểm	Lựa chọn	Điểm
Rất đồng ý	5	Rất đồng ý	1
Đồng ý	4	Đồng ý	2
Không rõ	3	Không rõ	3
Không đồng ý	2	Không đồng ý	4
Rất không đồng ý	1	Rất không đồng ý	5

Giá trị khoảng cách từ câu D1 câu D5: = = 4.0

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa bằng kí hiệu sau đó đưa vào phần mềm SPSS 21.0 để phân tích.

2.8. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích bảo vệ quyền con người của tất cả các đối tượng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 18 tuổi	3	1.0
	Từ 18 - 35 tuổi	254	88.2
	Trên 35 tuổi	31	10.8
Hộ khẩu thường trú	Biên Hòa	177	61.5
	Huyện/Tỉnh	111	38.5
Tôn giáo	Phật	89	30.9
	Thiên Chúa	94	32.6
	Khác	9	3.1
	Không Tôn giáo	96	33.3
Nghề nghiệp hiện nay	Cán bộ, viên chức	32	11.1
	Công nhân	146	50.7
	Khác	26	9.0
	Nội trợ	67	23.3
	Buôn bán	17	5.9
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	275	95.5
	Chưa kết hôn	11	3.8
	Mẹ đơn thân	2	0.7
Thu nhập	Đủ sống	278	96.5
	Không đủ sống	10	3.5

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, 88,2% PNMT ở độ tuổi sinh sản 18-35, nhóm tuổi tối ưu cho thai kỳ và sinh nở, giúp giảm nguy cơ cho mẹ và thai. Hộ khẩu thường trú chủ yếu tại Biên Hòa (61,5%) trung tâm đô thị của Đồng Nai. Về đặc điểm xã hội: tôn giáo phân bố chủ yếu Thiên Chúa giáo 32,6% và Phật giáo 30,9%; nghề nghiệp công nhân chiếm 50,7%, phù hợp cơ cấu lao động địa phương; đã kết hôn 95,5%; và 96,5% có thu nhập mức “đủ sống.”

Bảng 3.2. Đặc điểm sức khỏe đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Các bệnh đang mắc hiện tại (chọn nhiều đáp án)	Tim mạch	1	0.3%
	Cao huyết áp	4	1.4%
	Đái tháo đường	12	4.1%
	Bệnh liên quan thần kinh	1	0.3%
	Bệnh về tâm thần	1	0.3%
	Bệnh khác	22	7.6%
	Không có	249	85.9%
Thuốc và chất kích thích có dùng trong khoảng thời gian trước khi mang thai hoặc hiện tại.	Rượu	6	2.1
	Ma túy	1	0.3
	Thuốc kháng viêm	2	0.7
	Khác/Không	279	96.9
Các bệnh mắc phải của những người thuộc gia đình ruột thịt	Bệnh về tâm thần	1	0.3
	Không có	287	99.7
Trong thời gian mang thai lần này có nằm viện để điều trị bệnh	Động thai	35	12.2
	Khác	15	5.2
	Không	238	82.6
Số lần mang thai	Mang thai lần 1	113	39.2
	Mang thai lần 2	115	39.9
	Mang thai lần 3	50	17.4
	Mang thai lần 4	10	3.5
Tuổi thai	3 tháng đầu	24	8.3
	3 tháng giữa	36	12.5
	3 tháng cuối	228	79.2
Quan tâm giới tính thai nhi	Có	60	20.8
	Không	228	79.2
Tình trạng sức khỏe thai nhi hiện tại	Khỏe mạnh	227	78.8
	Bệnh lý	14	4.9
	Đang theo dõi	38	13.2
	Khác	9	3.1
Lần mang thai này	Thai quý hiếm	31	10.8
	Đúng kế hoạch	184	63.9
	Không đúng kế hoạch	42	14.6
	khác	31	10.8

Nhận xét: Kết quả ở Bảng 3.2 cho thấy đa số PNMT không có bệnh lý nội khoa (85,9%), không sử dụng chất kích thích/ma túy/rượu hoặc thuốc kháng viêm trước hay trong thai kỳ (96,9%), không có tiền sử bệnh tâm thần ở gia đình ruột (99,7%) và không phải nhập viện điều trị (82,6%). Về đặc điểm sản khoa, mang thai lần 1-2 chiếm 79,1%, thai kỳ ở Quý III 79,2%. Ở khía cạnh tâm lý-xã hội, không quan tâm tới giới tính thai nhi chiếm 79,2%, thai nhi hiện khỏe mạnh 78,8%, và mang thai theo kế hoạch 63,9%.

Bảng 3.3. Phân loại kiến thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiến thức về rối loạn trầm cảm	Kiến thức thấp	76	26.4
	Kiến thức trung bình	31	10.8
	Kiến thức tốt	181	62.8
Thái độ về rối loạn trầm cảm	Rất không phù hợp	0.0	0.0
	Không phù hợp	9	3.1
	Bình thường	160	55.6
	Phù hợp	118	41.0
	Rất phù hợp	1	0.3

Nhận xét: Nhóm PNMT có KT tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 62.8%; nhóm PNMT có thái độ ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 55.6%; Điều này cho thấy PN đã có nhận thức tốt về sự hiện diện của rối loạn trầm cảm trong giai đoạn mang thai. Tuy nhiên cũng cần tăng cường các chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe cho PNMT giúp nâng cao thái độ về trầm cảm.

3.2. Thực trạng rối loạn trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Phân loại trầm cảm của phụ nữ mang thai

Ý nghĩ tự làm tổn thương của thai phụ	Không bao giờ	176	61.1
	Hiếm khi	69	24.0
	Thỉnh thoảng	36	12.5
	Có, khá thường xuyên	7	2.4
Phân loại trầm cảm theo thang đo trầm cảm của Edinburg	Không có RLTC	190	66.0
	RLTC nhẹ cần theo dõi	53	18.4
	RLTC cần điều trị	45	15.6

Nhận xét:

Trong mẫu 288 phụ nữ mang thai, tỷ lệ có dấu hiệu rối loạn trầm cảm là 34,0%, gồm trầm cảm nhẹ (cần theo dõi) 18,4% và trầm cảm (cần điều trị) 15,6%. Mức này cao hơn một số nghiên cứu tại Việt Nam (4,9-24,5%) (1), (2) và cũng vượt một số báo cáo quốc tế như Iran 25,3% (n=142) (15) và Hy Lạp 24,3% (n=25) (5), gợi ý gánh nặng trầm cảm tiền sản đáng lưu ý trong bối cảnh nghiên cứu này.

Tỷ lệ phụ nữ mang thai có ý nghĩ tự gây tổn thương (thỉnh thoảng đến khá thường xuyên) là 14,9%, thấp hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2004 (19%, n=506) (7). Kết quả khẳng định trầm cảm tiền sản gắn với nguy cơ bất lợi nghiêm trọng cho sức khỏe mẹ và thai; do đó, cần lồng ghép sàng lọc và thăm khám tâm lý định kỳ trong mỗi lần khám thai để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Liên quan giữa nghề nghiệp hiện nay với rối loạn trầm cảm

Không RLTC	MỨC ĐỘ			Tổng = 288	p	
	RLTC nhẹ	RLTC cần điều trị				
NGHỀ NGHIỆP HIỆN NAY	Cán bộ, viên chức	16 (50%)	13 (40.6%)	3 (9.4%)	32 (100%)	0.04
	Công nhân	91 (62.3%)	28 (19.2%)	27 (18.5%)	146 (100%)	
	Khác	23 (88.5%)	1 (3.8%)	2 (7.7%)	26 (100%)	
	Nội trợ	51 (76.1%)	7 (10.4%)	9 (13.4%)	67 (100%)	
	Buôn bán	9 (52.9%)	4 (23.5%)	4 (23.5%)	17 (100%)	

Nhận xét: Phân tích theo nghề nghiệp cho thấy cán bộ/viên chức có tỷ lệ rối loạn trầm cảm nhẹ (RLTC) cao nhất (40,6%), trong khi nhóm buôn bán có tỷ lệ RLTC cần điều trị cao nhất (23,5%); khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p=0,004). Kết quả gợi ý áp lực và yêu cầu công việc ở các nghề lao động trí óc/kinh doanh có thể làm tăng nguy cơ triệu chứng trầm cảm trong thai kỳ, phù hợp với bằng chứng về tác động bất lợi của căng thẳng nghề nghiệp ở PNMT (9). Do đó, cần xem xét phân công công việc hợp lý và hỗ trợ tâm lý-xã hội cho phụ nữ mang thai.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thu nhập với rối loạn trầm cảm

Không RLTC		MỨC ĐỘ			Tổng= 288	p
		RLTC nhẹ	RLTC cần điều trị			
THU NHẬP	Đủ sống	186 (66.9%)	52 (18.7%)	40 (14.4%)	278 (100%)	0.01
	Không đủ sống	4 (40%)	1 (10%)	5 (50%)	10 (100%)	

Nhận xét: Trong nhóm thu nhập đủ sống, tỷ lệ RLTC nhẹ là 18,7%, cao hơn các nhóm còn lại; trong khi ở nhóm thu nhập không đủ sống, tỷ lệ RLTC cần điều trị đạt 50%, vượt xa nhóm đủ sống (14,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$), cho thấy bất an kinh tế là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sức khỏe tâm thần thai kỳ.

Kết quả này phù hợp với bằng chứng tại Hà Nội, nơi mức độ phổ biến và các yếu tố quyết định trầm cảm ở PNMT được ghi nhận tương đối cao so với các nước thu nhập cao ($n=64$) (8), và nhất quán với nhận định rằng trầm cảm thai kỳ có xu hướng phổ biến hơn ở các nước đang phát triển so với các nước phát triển (15). Do đó, cần chính sách hỗ trợ kinh tế-xã hội phù hợp trong thai kỳ và giai đoạn sinh nở nhằm ổn định tâm lý và giảm nguy cơ trầm cảm cho PNMT.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa tuổi thai với rối loạn trầm cảm

Không RLTC		MỨC ĐỘ			Tổng = 288	p
		RLTC nhẹ	RLTC cần điều trị			
TUỔI THAI	3 tháng đầu	18 (75%)	1 (4.2%)	5 (20.8%)	24 (100%)	0.02
	3 tháng giữa	16 (44.4%)	11 (30.6%)	9 (25%)	36 (100%)	
	3 tháng cuối	156 (68.4%)	41 (18%)	31 (13.6%)	228 (100%)	

Nhận xét: Trong nhóm PNMT ở Quý II, tỷ lệ RLTC nhẹ 30,6% và RLTC cần điều trị 25,0% cao nhất so với hai nhóm còn lại; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu ghi nhận trầm cảm mẹ liên quan mạnh hơn đến hoạt động thai nhi ở Quý II-III (6), (11).

Sự gia tăng khó chịu thể chất và biến đổi nội tiết ở giai đoạn giữa-cuối thai kỳ (mất ngủ, rối loạn tiêu hóa, thay đổi hình thể...) có thể làm tăng nguy cơ trầm cảm ở PNMT; do đó cần ưu tiên sàng lọc và hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ ở Quý II và III của thời kỳ thai nghén.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa quan tâm giới tính thai nhi với rối loạn trầm cảm

Không RLTC		MỨC ĐỘ			Tổng = 288	p
		RLTC nhẹ	RLTC cần điều trị			
QUAN TÂM GIỚI TÍNH THAI NHI	Có	30 (50%)	12 (20%)	18 (30%)	60(100%)	0.001
	Không	160 (70.2%)	41 (18%)	27 (11.8%)	228 (100%)	

Nhận xét: Trong nhóm PNMT có bản thân và gia đình quan tâm đến giới tính thai nhi, tỷ lệ RLTC nhẹ 20% và RLTC cần điều trị 30%, cao nhất so với các nhóm khác; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Kết quả gợi ý áp lực kỳ vọng về giới tính từ gia đình/chồng và từ chính thai phụ làm suy giảm cảm xúc tích cực, tăng thất vọng, qua đó gia tăng nguy cơ rối loạn trầm cảm. Cần sàng lọc nguy cơ và hỗ trợ tâm lý có mục tiêu cho nhóm phụ nữ này trong chăm sóc tiền sản.

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa lần mang thai này với rối loạn trầm cảm

Không RLTC		MỨC ĐỘ			Tổng= 288	p
		RLTC nhẹ	RLTC cần điều trị			
KẾ HOẠCH MANG THAI	Thai quý hiếm	20 (64.5%)	6 (19.4%)	5 (16.1%)	31 (100%)	0.000
	Đúng kế hoạch	132 (71.7%)	31 (16.8%)	21 (11.4%)	184 (100%)	
	Không đúng kế hoạch	14 (33.3%)	15 (35.7%)	13 (31%)	42 (100%)	
	Khác	24 (77.4%)	1 (3.2%)	6 (19.4%)	31 (100%)	

Nhận xét: Trong nhóm PNMT mang thai không theo kế hoạch, tỷ lệ RLTC nhẹ 35,7% và RLTC cần điều trị 31,0% là cao nhất so với các nhóm khác; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Kết quả phù hợp với một số nghiên cứu trước (4), (12), cho thấy thai kỳ ngoài ý muốn là yếu tố nguy cơ đáng kể đối với sức khỏe tâm thần tiền sản. Do đó, cần ưu tiên sàng lọc và hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ mang thai không theo kế hoạch.

4. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ trầm cảm ở PNMT là 34%. Nguy cơ trầm cảm cao hơn đáng kể ở các nhóm: nghề nghiệp cán bộ/viên chức, buôn bán; thu nhập không đủ sống; tam cá nguyệt

II; bản thân và gia đình quan tâm đến giới tính thai nhi; và mang thai không theo kế hoạch.

Không ghi nhận liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm với kiến thức và thái độ về trầm cảm. Ngược lại, trầm cảm liên quan có ý nghĩa thống kê với nghề nghiệp, thu nhập, tuổi thai, quan tâm giới tính thai nhi và kế hoạch mang thai lần này ($p < 0,05$).

Khuyến nghị:

- Cơ sở y tế: Lồng ghép truyền thông-GDSK về khám tiền hôn nhân/tiền sản và sàng lọc trầm cảm tiền sản; thực thi nghiêm quy định chống phân biệt giới tính thai nhi (tuyệt đối không thông báo giới tính thai nhi).

- Nhân viên y tế: Thực hiện sàng lọc tâm lý định kỳ trong mỗi lần khám thai; ưu tiên can thiệp cho nhóm nguy cơ (cán bộ/viên chức, buôn bán; thu nhập không đủ sống; tuổi thai ở Quý II; quan tâm giới tính thai nhi; mang thai ngoài kế hoạch).

- Gia đình: Tăng cường vai trò của chồng và người thân trong hỗ trợ tinh thần-tài chính, chia sẻ việc nhà, không gây áp lực về giới tính thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NHI, T. T. (2018). Thực trạng trầm cảm và hành vi tìm kiếm hỗ trợ ở phụ nữ mang thai, sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội.

2. Phạm Thị Thu Phương, Đặng Thị Minh Trang, Thái Thanh Trúc. (2020). Trầm cảm, lo âu và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 24(1):64. DOI

3. Ajinkya, S., Jadhav, P. R., & Srivastava, N. N. (2013). Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Industrial psychiatry journal*, 22(1), 37-40.

4. Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77.

5. Dagklis, T., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A., Rousso, D., Athanasiadis, A., & Papazisis, G. (2018). Antenatal depression among women hospitalized due to threatened preterm labor in a high-risk pregnancy unit in Greece. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(7), 919-925.

6. Dieter, J. N., Emory, E. K., Johnson, K. C., & Raynor, B. D. (2008). Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: preliminary findings and clinical implications.

7. Fisher, J. R. W., Morrow, M. M., Nhu Ngoc, N. T., & Hoang Anh, L. T. (2004). Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(12), 1353-1360. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2004.00394.x>

8. Fisher, J. R., thuthi Tran, H., & Tran, T. (2007). Relative socioeconomic advantage and mood during advanced pregnancy in women in Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 3.

<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-1-3>

9. Habib, F. (2018). Comparison of depression and anxiety between housewife and employed pregnant women. *International Journal of Nursing*.

10. Jhon Freddy Martínez-Paredes, Nathalia Jácome-Pérez (2019), Depression in pregnancy. DOI: 10.1016/j.rcpeng.2017.07.002. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition--479-articulo-depression-in-pregnancy-S2530312018300651>

11. Lara, M.A., Le, H. N., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2009). Prenatal depression in Latinas in the US and Mexico. *Maternal and child health Journal*, 13(4), 567-576.

12. ML, L. M. (2009). Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. *Revista panamericana de salud publica= Pan American journal of public health*, 26(4), 310-314.

13. Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depression in pregnancy. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)*, 48(1), 58-65.

14. Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalence of gestational depression and associated factors. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(4), 144-153.

15. Rezaee, R., & Framarzi, M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(7 Suppl1), S45.

16. Yeni, K., Tulek, Z., Simsek, O. F., & Bebek, N. (2018). Relationships between knowledge, attitudes, stigma, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: a structural equation modeling. *Epilepsy & Behavior*, 85, 212-217.

THỰC TRẠNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2025

CURRENT STATUS OF HEALTH EDUCATION FOR INPATIENTS AT DONG THAP GENERAL HOSPITAL IN 2025

NGUYỄN THỊ NGỌC PHƯƠNG,
NGÔ MỘNG TUYỀN, BÙI THỊ TÂM
Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ điều dưỡng ghi nhận tư vấn GDSK, tỷ lệ người bệnh được tư vấn, mức độ kiến thức đúng của người bệnh và sự hài lòng của người bệnh với tư vấn sức khỏe của điều dưỡng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 450 người bệnh nội trú ra viện tại 16 khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp (5–7/2025).

Kết quả: Tỷ lệ điều dưỡng ghi nhận tư vấn GDSK khi nhập viện, trong điều trị và khi ra viện lần lượt là 99,1%; 69,8%; 52,4%. Có 91,3% người bệnh được tư vấn đạt $\geq 5/9$ điểm; 95,1–99,3% hài lòng; 83,1% có kiến thức đúng, cao nhất ở vệ sinh chung (85,3%) và thấp nhất ở phòng ngừa biến chứng (59,8%) và xử trí tại nhà (59,6%).

Kết luận: Hoạt động GDSK đạt hiệu quả khá cao nhưng chưa đồng đều; cần tăng cường tư vấn và ghi nhận đầy đủ, đặc biệt ở giai đoạn ra viện, đồng thời chú trọng nội dung phòng ngừa biến chứng và an toàn thuốc.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, tư vấn, điều dưỡng, người bệnh nội trú, Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp.

ABSTRACT

Objective: To determine the rate of nurses recording HE counseling, the proportion of patients receiving counseling, patients' correct knowledge levels and patient satisfaction with nurses' health education.

Methods: A cross-sectional study was conducted from May to July 2025 on 450 inpatients discharged from 16 clinical departments of Dong Thap General Hospital.

Results: The rate of nurses recording HE counseling at admission, during treatment, and at discharge was 99.1%, 69.8%, and 52.4%, respectively. Overall, 91.3%

of patients received $\geq 5/9$ counseling items; 95.1–99.3% were satisfied; and 83.1% demonstrated correct knowledge, highest in general hygiene (85.3%) and lowest in complication prevention (59.8%) and basic home management (59.6%).

Conclusion: HE counseling was generally effective but inconsistent. Greater emphasis is needed on comprehensive documentation, particularly at discharge, and on strengthening patient education regarding complication prevention and medication safety.

Keywords: Health education, counseling, nursing, inpatients, Dong Thap General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục sức khỏe (GDSK) giữ vai trò then chốt trong nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi và cải thiện tình trạng sức khỏe của cộng đồng. Đây là nhiệm vụ quan trọng của hệ thống y tế, không chỉ giúp người bệnh tuân thủ điều trị mà còn hỗ trợ nhân viên y tế xây dựng các chiến lược can thiệp và truyền thông phù hợp [7]. Tại bệnh viện, GDSK là một phần không thể tách rời trong chăm sóc toàn diện, góp phần giảm tỷ lệ bệnh tật và nâng cao chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển [2],[3].

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy hoạt động này chưa được chú trọng đúng mức. Nader Aghakhani và cộng sự (2012) tại Iran ghi nhận 73,6% điều dưỡng không ý thức đầy đủ về tầm quan trọng của GDSK [11]. Ở Việt Nam, Trần Thị Thảo (2013) báo cáo chỉ 74,1% người bệnh được tư vấn [8], trong khi nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Vương (2015) cho thấy dù 97,8% bệnh nhân được truyền thông, vẫn còn 2,2% chưa tiếp cận đầy đủ [1].

Khảo sát năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp cũng cho thấy sự chênh lệch lớn giữa các nội dung GDSK: tỷ lệ được hướng dẫn xử trí tình huống bất

thường đạt 89,1%, nhưng phòng ngừa biến chứng chỉ đạt 51,7%. Dù GDSK được xem là tiêu chí quan trọng trong chăm sóc toàn diện, hiện chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá thực trạng hoạt động này tại bệnh viện. Do đó, việc tiến hành khảo sát “Thực trạng GDSK người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2025” là cần thiết, nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho quản lý và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng GDSK trong bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào:

Người bệnh điều trị nội trú và đã hoàn tất thủ tục ra viện;

Có tinh thần tỉnh táo, giao tiếp tốt để trả lời câu hỏi.

Hồ sơ ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng thực hiện trên người bệnh ra viện

Tiêu chí loại trừ:

Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu, không hoàn tất bộ câu hỏi và không thỏa tiêu chí chọn mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2025 đến tháng 7/2025.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z: Là giá trị của hệ số tin cậy khoảng 95%, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p: Tỷ lệ đối tượng hài lòng với hoạt động tư vấn GDSK của ĐD, lấy $p=0,81$ (theo nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108) (7).

d: Sai số tuyệt đối lấy $d = 0,035$. Thay vào công thức trên tính được $n = 482$.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tại mỗi khoa lâm sàng chọn 50% số người bệnh nội trú đáp ứng tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Tổng số có 450 NB được chọn tham gia nghiên cứu.

Bộ câu hỏi gồm 5 phần: (A) thông tin chung của đối tượng; (B) kiểm tra phiếu chăm sóc điều dưỡng về tư vấn-giáo dục sức khỏe (TV-GDSK) ở ba thời điểm: nhập viện, trong điều trị (ghi nhận hằng ngày) và ra viện; (C) khảo sát hướng dẫn TV-GDSK với 9 câu (trả lời “có” = 1 điểm, “không” = 0 điểm; đạt khi $\geq 5/9$ điểm); (D) khảo sát sự hài lòng của người bệnh về kỹ năng TV-GDSK với 7 câu theo thang Likert 3 mức (“Rất hài lòng”, “Hài lòng”, “Không hài lòng”); (E) đánh giá kiến thức người bệnh sau TV-GDSK với 8 câu, chấm theo thang Likert 3 mức (2-1-0 điểm, tổng tối đa 16 điểm; đạt khi ≥ 10 điểm). Bộ công cụ có độ tin cậy cao với hệ số Cronbach’s Alpha = 0,89 (George & Mallery, 2003).

Phương pháp thu thập số liệu:

Đối với người bệnh và thân nhân, phỏng vấn được thực hiện theo bộ câu hỏi chuẩn hóa, xây dựng dựa trên quy trình tư vấn GDSK của Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp (2020) và tham khảo quy trình của Bệnh viện Lão khoa Trung ương (2018) [6]. Song song, nghiên cứu viên đối chiếu hồ sơ ra viện để bảo đảm đối tượng đáp ứng tiêu chí chọn mẫu.

Phân tích số liệu: được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt của Hội Đồng khoa học kỹ thuật và Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu trên 450 người bệnh chúng tôi có được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=450)

Đặc điểm chung		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	138	30,7
	Nữ	312	69,3
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	125	27,8
	Từ 30-60 tuổi	176	39,1
	Trên 61 tuổi	149	33,1

Đặc điểm chung		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Khối	Nội	172	37,7
	Ngoại	83	18,8
	Sản-Nhi- Nhiễm	175	38,9
	Chuyên khoa	20	4,6
Trình độ học vấn	Từ cấp 1 đến cấp 3	410	91,2
	Trung cấp/Cao đẳng	20	4,4
	Đại học/ Sau đại học	20	4,4
Nghề nghiệp	Nông dân/công nhân	339	75,3
	Cán bộ viên chức, hưu trí	31	6,9
	Lao động tự do	80	17,8
Dân tộc	Kinh	450	100
	Khác	0	0
Nơi sinh sống	Thành thị	128	28,4
	Nông thôn	322	71,6
Bệnh kèm theo	1 bệnh	195	43,3
	2 bệnh	85	18,9
	≥3 bệnh	170	37,8

Trong 450 đối tượng nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số 69,3%, nhóm tuổi 30–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 39,1%. Trình độ học vấn chủ yếu từ cấp 1 đến cấp 3 chiếm 91,2%, đa số làm nông dân/công nhân 75,3%, tất cả đều thuộc dân tộc Kinh 100% và phần lớn sống ở nông thôn 71,6%. Về bệnh kèm theo, 43,3% có 1 bệnh, 18,9% có 2 bệnh và 37,8% mắc từ 3 bệnh trở lên, cho thấy tỷ lệ đa bệnh lý khá cao. Về số lượng người bệnh tham gia nghiên cứu thì khối Sản-Nhi-Nhiễm chiếm đa số với 38,9%, thấp nhất là khối chuyên khoa với 4,6% có sự chênh lệch do sự phân số giường kế hoạch ở mỗi khoa khác nhau.

Nội dung được hướng dẫn GDSK	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thông tin về bệnh của mình	420	93,3
Hướng dẫn tuân thủ điều trị	408	90,7
Giáo dục sức khỏe khi nằm viện	355	78,9
Hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu bất thường khi nằm viện	402	89,3
Hướng dẫn vệ sinh cá nhân trong khi nằm viện	377	83,8
Động viên an tâm điều trị	353	78,4

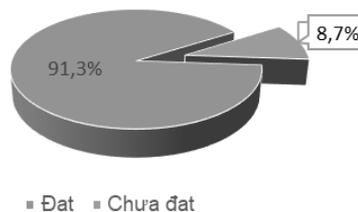
3.2. Tỷ lệ điều dưỡng ghi nhận thực hiện TV GDSK cho người bệnh

Bảng 3.2. Tỷ lệ điều dưỡng ghi nhận thực hiện TV GDSK cho người bệnh (n=450)

Nội dung	Thực hiện đầy đủ (N, %)	Chưa đầy đủ (N, %)	Không thực hiện (N, %)
Nhận định nhu cầu GDSK của người bệnh khi vào viện	446 (99,1)	4 (0,9)	0 (0)
Tư vấn GDSK cho người bệnh trong khi nằm viện	314 (69,8%)	136 (30,2%)	0 (0%)
Tư vấn GDSK cho người bệnh khi ra viện	236 (52,4%)	103 (22,9%)	111 (24,7%)

Tỷ lệ ĐD thực hiện đầy đủ nhu cầu TV GDSK khi vào viện chiếm tỷ lệ khá cao với 99,1%, trong khi nằm viện 69,8% và khi ra viện 52,4%. Đáng chú ý tỷ lệ ĐD không thực hiện việc ghi nhận TV GDSK cho người bệnh khi ra viện chiếm 24,7%.

3.3. Tỷ lệ NB được hướng dẫn tư vấn giáo dục sức khỏe



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ NB được hướng dẫn TVGDSK

Qua biểu đồ 3.1. cho kết quả tỷ lệ NB được hướng dẫn TV GDSK chiếm tỷ lệ 91,3% và có 8,7% là chưa được hướng dẫn.

Bảng 3.3. Tỷ lệ các nội dung được hướng dẫn TV GDSK (n=450)

Nội dung được hướng dẫn GDSK	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thông tin về bệnh của mình	420	93,3
Hướng dẫn tuân thủ điều trị	408	90,7
Giáo dục sức khỏe khi nằm viện	355	78,9
Hướng dẫn theo dõi các dấu hiệu bất thường khi nằm viện	402	89,3
Hướng dẫn vệ sinh cá nhân trong khi nằm viện	377	83,8
Động viên an tâm điều trị	353	78,4

Các nội dung được hướng dẫn TV GDSK ở bảng 3.3 cho thấy có 93,3% người bệnh biết thông tin về bệnh, thấp nhất ở nội dung GDSK khi nằm viện 78,9% và động viên an tâm điều trị 78,4%.

3.4. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng từ việc TV GDSK của điều dưỡng

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ NB có kiến thức đúng từ việc TVGDSK của điều dưỡng



Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về các nội dung được TV GDSK (n=450)

Nội dung	Biết rõ (N,%)	Biết nhưng chưa rõ (N,%)	Không biết (N,%)
Biết chế độ ăn của mình như thế nào là phù hợp	335 (74,4)	112 (24,9)	3 (0,7)
Việc tuân thủ điều trị như thế nào để mau hết bệnh	340 (75,6)	108 (24,0)	2 (0,4)
Biết tại sao phải giữ vệ sinh chung trong buồng bệnh	384 (85,3)	62 (13,8)	4 (0,9)
Biết cách an toàn khi dùng thuốc	277 (61,6)	167 (37,1)	6 (1,3)
Biết trong quá trình điều trị khi có diễn biến bất thường thì phải làm gì	318 (70,7)	118 (26,2)	14 (3,1)
Biết cách phòng ngừa loét/nhiễm trùng vết thương/nhiễm trùng hậu sản	269 (59,8)	138 (30,7)	43 (9,6)
Biết cách phòng ngừa té ngã	345 (76,7)	74 (16,4)	31 (6,9)
Biết xử trí cơ bản ban đầu khi bệnh có diễn biến bất thường tại nhà	268 (59,6)	131 (29,1)	51 (11,3)

Kết quả cho thấy 83,1% người bệnh có kiến thức đúng từ việc tư vấn GDSK. Cao nhất ở nội dung giữ vệ sinh chung trong buồng bệnh 85,3%, thấp nhất ở nội dung

phòng ngừa loét/nhiễm trùng vết thương/ nhiễm trùng hậu sản 59,8% và xử trí cơ bản khi có diễn biến bất thường tại nhà 59,6%.

3.5. Sự hài lòng của người bệnh về kỹ năng tư vấn GDSK của điều dưỡng

Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về kỹ năng tư vấn GDSK của điều dưỡng (n=450)

Kỹ năng tư vấn GDSK	Rất hài lòng (N, %)	Hài lòng (N, %)	Không hài lòng (N, %)
Xung hô lịch sự trang trọng	99 (20,4)	346 (76,9)	5 (1,1)
Thái độ vui vẻ, niềm nở tiếp đón	92 (20,4)	351 (78,0)	7 (1,6)
Ăn mặc gọn gàng, sạch sẽ	105 (23,3)	342 (76,0)	3 (0,7)
Tác phong cử chỉ nhanh nhẹn, chu đáo	100 (22,2)	344 (76,4)	6 (1,3)
Nói chuyện rõ ràng dễ hiểu, không dùng từ chuyên môn khó hiểu	90 (20,0)	356 (79,1)	4 (0,9)
Nói chuyện với âm lượng vừa phải, tốc độ phù hợp không gấp gáp vội vàng	83 (18,4)	362 (80,4)	5 (1,1)
Dành thời gian trò chuyện, động viên, an ủi NB an tâm điều trị	65 (14,4)	363 (80,7)	22 (4,9)

Đa số người bệnh từ hài lòng đến rất hài lòng với kỹ năng tư vấn GDSK của điều dưỡng với tỷ lệ 95,1% đến 99,3%. Tỷ lệ “rất hài lòng” cao nhất ghi nhận ở tiêu chí ăn mặc gọn gàng 23,3%, trong khi thấp nhất là ở tiêu chí dành thời gian trò chuyện, động viên, an ủi NB an tâm điều trị 14,4%. Tuy nhiên, tiêu chí này cũng ghi nhận tỷ lệ “không hài lòng” cao nhất 4,9%, cho thấy cần cải thiện thời gian và chất lượng chăm sóc NB.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 450 người bệnh nội trú tại 16 khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp cho thấy hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe (GDSK) đạt kết quả khả quan nhưng chưa đồng đều. Đặc điểm mẫu nghiên cứu chủ yếu là nữ (69,3%), phù hợp với nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương (68,0%) [9]. Nhóm tuổi 30–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,1%), trong khi trình độ học vấn chủ yếu từ

cấp 1 đến cấp 3 (91,2%), tương tự kết quả của Trịnh Thị Hồng Nhung (87,4%) [9]. Điều này cho thấy cần có cách tiếp cận tư vấn phù hợp theo từng nhóm đặc điểm.

Tỷ lệ điều dưỡng ghi nhận đầy đủ tư vấn khi nhập viện đạt 99,1%, tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy (93,9%) [10]. Tuy nhiên, chỉ 52,4% thực hiện khi ra viện và còn 24,7% không ghi nhận, phản ánh sự thiếu chú trọng ở giai đoạn quan trọng này. Về nội dung tư vấn, 91,3% người bệnh được hướng dẫn, gần tương đồng với nghiên cứu tại Đức Giang (92,4%) [4]. Các nội dung liên quan đến dinh dưỡng, sử dụng thuốc và theo dõi bất thường đều đạt trên 85%, trong đó cao nhất là thông tin về bệnh (93,3%), phù hợp với kết quả tại Bệnh viện Trung Vương (97,8%) [1].

Mức độ hài lòng rất cao (95,1–99,3%), tương tự nghiên cứu tại Hà Giang (93–95%) [5], cho thấy kỹ năng giao tiếp và thái độ của điều dưỡng nhìn chung đáp ứng kỳ vọng của người bệnh. Tuy nhiên, kiến thức đúng của người bệnh chỉ đạt 83,1%; thấp nhất ở phòng ngừa biến chứng (59,8%) và xử trí tại nhà (59,6%). Điều này cho thấy nội dung tư vấn còn thiên về thông tin cơ bản, chưa chú trọng đầy đủ đến phòng ngừa và xử trí sau xuất viện.

5. KẾT LUẬN

Công tác tư vấn giáo dục sức khỏe (GDSK) cho người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp đạt hiệu quả khá cao, thể hiện ở tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn (91,3%), mức độ hài lòng rất cao (95,1–99,3%) và tỷ lệ kiến thức đúng ở mức tốt (83,1%). Tuy nhiên, việc thực hiện còn thiếu đồng bộ, đặc biệt ở giai đoạn ra viện khi chỉ có 52,4% điều dưỡng ghi nhận tư vấn đầy đủ. Các nội dung liên quan đến phòng ngừa biến chứng và xử trí cơ bản tại nhà còn hạn chế, tỷ lệ người bệnh nắm vững kiến thức chỉ khoảng 59,6–59,8%. Điều này cho thấy cần tiếp tục củng cố tính toàn diện và đồng đều trong công tác GDSK.

Khuyến nghị

Thực hiện và ghi đầy đủ tư vấn GDSK trong suốt quá trình điều trị, đặc biệt khi ra viện.

Tập trung bổ sung các nội dung còn hạn chế: phòng ngừa biến chứng, an toàn thuốc, xử trí bất thường tại nhà.

Nâng cao kỹ năng giao tiếp – tư vấn và tăng cường giám sát, đánh giá thường xuyên từ phòng Điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Trưng Vương PĐD. Đánh giá công tác giáo dục sức khỏe qua kiến thức về sức khỏe của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Trưng Vương. Hội thảo khoa học Điều Dưỡng chuyên đề 'An toàn người bệnh'. 2015 Oct 23.
2. Bộ Y tế. Vụ khoa học đào tạo. Điều dưỡng cộng đồng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2005.
3. Bộ Y tế. Vụ khoa học đào tạo. Kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2005.
4. Chu Thị Huyền. Thực trạng tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2023. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*. 2023;111–6.
5. Đặng Đức Cường. Thực trạng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Giang năm 2021. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*. 2021;37:17–26.
6. Lã Thị Bích Thủy. Thực trạng thực hiện công tác giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế cho người bệnh nội trú và các yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2020 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
7. Nguyễn Văn Hiến. Nghiên cứu thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và xây dựng mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế dự phòng huyện [Luận án Tiến sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
8. Trần Thu Thảo. Đánh giá thực hiện mô hình chăm sóc người bệnh theo đội tại Bệnh viện Việt Nam – Uông Bí năm 2013 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Đại học Y tế công cộng; 2013.
9. Trịnh Thị Hồng Nhung. Thực trạng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2024. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2025;8(2):91–9.
10. Vương Thị Nhật Lệ. Thực trạng công tác tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội trú và người nuôi bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2019–2020. *Tạp chí Điều dưỡng*. 2020;37(2):75–9.
11. Aghakhani N, Nia HS, Ranjbar H, Rahbar N, Beheshti Z. Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(1):12–5.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS UNDERGOING TREATMENT AT THE CENTER FOR TROPICAL DISEASES, NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

PHẠM THỊ NGỌC, BÙI THỊ QUỲNH TRANG,
DƯƠNG THỊ SƯƠNG
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 111 bệnh nhân xơ gan (12/2024–07/2025). CLCS được đánh giá bằng bộ công cụ SF-36, kết hợp thông tin lâm sàng và cận lâm sàng.

Kết quả: Điểm CLCS trung bình của bệnh nhân xơ gan là $35,38 \pm 19,94$ (dao động 4–82,85). Trong đó, 56,8% có CLCS trung bình, 41,4% thấp và chỉ 1,8% tốt. CLCS giảm dần theo tuổi ($r = -0,204$; $p = 0,031$). Nhóm học vấn dưới THPT có nguy cơ CLCS thấp cao gấp 2,28 lần ($p = 0,046$), thời gian mắc bệnh >1 năm làm tăng nguy cơ gấp 4,3 lần ($p = 0,009$), và xơ gan mất bù làm tăng nguy cơ tới 80,6 lần ($p < 0,001$). Các chỉ số liên quan đến CLCS gồm: albumin huyết tương ($p = 0,001$), bilirubin toàn phần ($p < 0,001$), tỷ lệ prothrombin ($p = 0,001$) và INR ($p = 0,002$).

Kết luận: Bệnh nhân xơ gan chủ yếu có CLCS thấp và trung bình. Cần tích hợp đánh giá CLCS vào quy trình điều trị, đồng thời tăng cường hỗ trợ dinh dưỡng, tâm lý – xã hội và quản lý nhóm nguy cơ cao.

Từ khóa: Xơ gan, chất lượng cuộc sống, SF-36.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life (QoL) and associated factors among patients with liver cirrhosis treated at the Center for Tropical Diseases, Nghe An Friendship General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 111 cirrhotic patients (December 2024–July 2025). QoL was assessed using the SF-36 questionnaire along with clinical and laboratory data.

Results: The mean QoL score was 35.38 ± 19.94 (range 4–82.85). Of the patients, 56.8% had moderate QoL, 41.4% poor, and only 1.8% good. QoL decreased with age ($r = -0.204$; $p = 0.031$). Patients with education below high school had a 2.28-fold higher risk of poor QoL ($p = 0.046$); disease duration >1 year increased the risk 4.3 times ($p = 0.009$); and decompensated cirrhosis increased the risk up to 80.6 times ($p < 0.001$). Laboratory factors significantly associated with QoL included plasma albumin ($p = 0.001$), total bilirubin ($p < 0.001$), prothrombin ratio ($p = 0.001$), and INR ($p = 0.002$).

Conclusion: Most cirrhotic patients had low to moderate QoL. QoL assessment should be integrated into routine management, with special attention to nutritional, psychological, and social support, particularly for high-risk groups.

Keywords: Liver cirrhosis, quality of life, SF-36.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là hậu quả cuối cùng của quá trình xơ hóa tiến triển sau các tổn thương gan mạn tính, gây ra nhiều biến chứng nặng nề và đe dọa tính mạng người bệnh [1], [2]. Năm 2017, xơ gan là nguyên nhân của hơn 1,32 triệu ca tử vong, chiếm 2,4% tổng số tử vong toàn cầu [2]. Bên cạnh gánh nặng về thể chất, xơ gan còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm trạng, các mối quan hệ xã hội, năng

suất lao động và hành vi của người bệnh, từ đó làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống (CLCS) [3].

Các nghiên cứu quốc tế cho thấy bệnh nhân xơ gan có điểm CLCS (SF-36) thấp hơn rõ rệt so với dân số khỏe mạnh. Tại Ấn Độ, bệnh nhân xơ gan có điểm số CLCS thấp hơn đáng kể ở tất cả các lĩnh vực, trong khi tại Brazil có tới 39,1% bệnh nhân có CLCS thấp [4]. Những kết quả này khẳng định tầm quan trọng của việc song song với điều trị thể chất, cần chú trọng đến chăm sóc sức khỏe tinh thần và xã hội cho người bệnh.

Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu về xơ gan tập trung vào dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị, trong khi các nghiên cứu đánh giá CLCS của bệnh nhân còn hạn chế. Đặc biệt, tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: (1) Mô tả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An; và (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở nhóm đối tượng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan đang điều trị nội trú tại Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 12/2024 đến tháng 07/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, tỉnh táo và tiếp xúc tốt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Xơ gan tim hoặc xơ gan có các bệnh kèm theo (đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp, tai biến mạch máu não) có thể làm ảnh hưởng CLCS không do xơ gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn các bệnh nhân xơ gan thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Trên thực tế, có 111 bệnh nhân xơ gan thỏa mãn điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin:

Công cụ: hồ sơ bệnh án, bộ câu hỏi thiết kế sẵn kết hợp với bộ công cụ SF - 36.

Phương pháp thu thập: Thu thập thông tin dựa vào hồ sơ bệnh án và phát vấn trực tiếp.

2.3. Biến số nghiên cứu

Nhóm biến thông tin chung: tuổi, giới, nơi sinh sống, dân tộc, nghề nghiệp, học vấn.

Nhóm biến đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: giai đoạn bệnh và thời gian mắc bệnh; Albumin huyết tương, Bilirubin toàn phần, INR, tỷ lệ Prothrombin.

Nhóm biến CLCS: điểm trung bình sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS.

2.4. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. Các thông tin về ĐTNC đều được mã hoá và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1. Thông tin đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi $\bar{X} \pm SD: 54,9 \pm 11,8$ Min-Max: 30-83	< 40 tuổi	13	11,7
	40 - 59 tuổi	61	55,0
	> 59 tuổi	37	33,3
Giới tính	Nam	95	85,6
	Nữ	16	14,4
Khu vực sống	Nông thôn	85	76,6
	Thành thị	26	23,4
Dân tộc	Kinh	94	84,7
	Thiểu số	17	15,3
Nghề nghiệp	Nông dân	68	61,3
	Công nhân	17	15,3
	Kinh doanh/buôn bán	10	9,0
	Công chức/viên chức	2	1,8
	Khác	14	12,6
Trình độ học vấn	Dưới THPT	70	63,1
	Từ THPT trở lên	41	36,9

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan trong nghiên cứu là 54,95 ± 11,84 tuổi, thấp nhất là 30, cao nhất là 83 tuổi, chủ yếu là từ 40 - 59 tuổi (55%). Nam giới chiếm

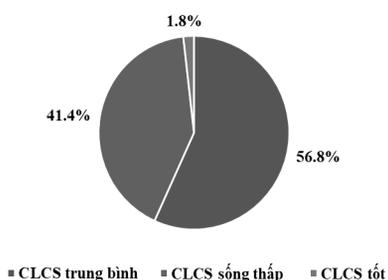
tỷ lệ cao với 85,6%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu sống ở khu vực nông thôn (76,6%) và trình độ học vấn dưới THPT (63,1%). Dân tộc Kinh chiếm đa số với tỷ lệ 84,7%. Nghề nghiệp phổ biến nhất là nông dân với 61,3%.

3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan

Bảng 3.2. Điểm đánh giá sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh

Sức khỏe thể chất	X ± SD	Sức khỏe tinh thần	X ± SD
Hoạt động thể chất	47,34 ± 32,08	Sức sống	44,86 ± 18,82
Hạn chế về thể chất	0,0 (0,0 - 50,0)*	Hoạt động xã hội	42,68 ± 21,28
Cảm giác đau	45,25 ± 22,07	Hạn chế về cảm xúc	0,0 (0,0 - 33,3)*
Tình trạng sức khỏe	15,28 ± 15,31	Sức khỏe tâm lý	50,96 ± 18,10
SKTC chung	31,70 ± 21,83	SKTT chung	39,05 ± 18,97
Điểm trung bình CLCS: 35,38 ± 19,94; thấp nhất là 4, cao nhất là 82,85 điểm			

Nhận xét: *Các biến không phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (IQR), đa số bệnh nhân xơ gan trong nghiên cứu đều có hạn chế về thể chất và cảm xúc. Điểm trung bình SKTC và SKTT của bệnh nhân xơ gan lần lượt là 31,70 ± 21,83 điểm và 39,05 ± 18,97 điểm; điểm trung bình CLCS là 35,38 ± 19,94; thấp nhất là 4, cao nhất là 82,85 điểm.



Biểu đồ 3.1. Phân loại chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan

Nhận xét: Bệnh nhân có CLCS trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%, tiếp theo là CLCS thấp (41,4%) và CLCS tốt chỉ chiếm 1,8%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân xơ gan

Bảng 3.3. Tương quan giữa sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và tuổi với CLCS của bệnh nhân xơ gan

Điểm	SKTC		SKTT		Tuổi	
	r*	p	r*	p	r*	p
CLCS	0,981	< 0,001	0,974	< 0,001	-0,204	0,031

* r của spearman

Nhận xét: Có mối tương quan thuận chiều, rất chặt chẽ giữa điểm giữa điểm sức khỏe thể chất và điểm sức khỏe tinh thần với CLCS ở bệnh nhân xơ gan. Khi tuổi

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân xơ gan

Đặc điểm		CLCS thấp N (%)	CLCS TB, tốt N (%)	OR (95%CI)	p
Học vấn	Dưới THPT	34 (48,6)	36 (51,4)	2,28 (1,00- 5,18)	0,046
	THPT trở lên	12 (29,3)	29 (70,7)		
Thời gian mắc bệnh	> 1 năm	42 (47,7)	46 (52,3)	4,34(1,36-13,79)	0,009
	≤ 1 năm	4 (17,4)	19 (82,6)		
Giai đoạn	Xơ gan mất bù	41 (87,2)	6 (12,8)	80,63 (23,06-281,98)	< 0,001
	Xơ gan còn bù	5 (7,8)	59 (92,2)		
Albumin huyết tương	< 35 g/L	44 (49,4)	45 (50,6)	9,78(2,16-44,34)	0,001
	≥ 35 g/L	2 (9,1)	20 (90,9)		

Đặc điểm		CLCS thấp N (%)	CLCS TB, tốt N (%)	OR (95%CI)	p
Bilirubin toàn phần	≥ 17 µmol/L	42 (51,9)	39 (48,1)	7,0 (2,24-21,87)	< 0,0
	< 17 µmol/L	4 (13,3)	26 (86,7)		
Tỷ lệ Prothrombin	< 70%	30 (58,8)	21 (41,2)	3,93 (1,78-8,73)	0,001
	≥ 70%	16 (26,7)	44 (73,3)		
INR	> 1,2	30 (56,6)	23 (43,4)	3,42(1,55-7,56)	0,002
	≤ 1,2	16 (27,6)	42 (72,4)		

tăng lên thì điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan có xu hướng giảm.

Nhận xét: Ở bệnh nhân xơ gan, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa: trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh ($p < 0,05$) với CLCS. Các đặc điểm cận lâm sàng có mối liên quan với CLCS của bệnh nhân xơ gan bao gồm: Albumin huyết tương ($p = 0,001$), Bilirubin toàn phần ($p < 0,001$), tỷ lệ Prothrombin ($p = 0,001$) và INR ($p = 0,002$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân xơ gan ở độ tuổi 40–59, tuổi trung bình $54,95 \pm 11,84$ tương đồng Elaine Chiu ($54,2 \pm 10,4$) (5). Kết quả phù hợp y văn: xơ gan là hệ quả xơ hóa tiến triển sau tổn thương gan mạn, thường biểu hiện rõ sau 10–20 năm (1). Ở Việt Nam, lạm dụng rượu bia là yếu tố nguy cơ nổi bật dẫn đến viêm gan mạn và xơ gan ở tuổi trung niên; cùng với đó, nam giới chiếm 85,6%, cao hơn nữ và phù hợp với các báo cáo trước (86,11%; 85,3%) (6), (7), có thể do tỷ lệ dùng rượu bia và nguy cơ nhiễm virus viêm gan cao hơn ở nam (8). Đa số đối tượng là người Kinh (84,7%) và sống tại nông thôn (76,6%), phản ánh đặc điểm dân số địa lý và các nguy cơ đặc thù (bao phủ tiêm viêm gan B chưa đầy đủ, điều kiện vệ sinh hạn chế, thói quen dùng rượu tự nấu). Về nghề nghiệp, nông dân chiếm 61,3%, cao hơn báo cáo của Bùi Đức Thuận (36,42%) nhưng cùng cho thấy nhóm nông dân chiếm ưu thế, phản ánh cấu trúc kinh tế - xã hội nơi nông nghiệp vẫn chủ đạo và lao động nông thôn chiếm tỷ trọng lớn (9).

4.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan

Điểm trung bình SKTC và SKTT lần lượt là $31,70 \pm 21,83$ và $39,05 \pm 18,97$, thấp hơn dân số khỏe mạnh và phù hợp với nhận định rằng bệnh nhân xơ gan có điểm

SF-36 suy giảm ở cả 8 lĩnh vực (10). So với nghiên cứu của Nguyễn Duy Tân trên nhóm Child-Pugh B/C ($23,8 \pm 12,9$ và $29,3 \pm 10,8$), các điểm số của chúng tôi cao hơn, khả dĩ do mẫu nghiên cứu bao gồm cả bệnh nhân còn bù, trong khi nghiên cứu đối chiếu tập trung nhóm mất bù nặng hơn (11). Kết quả củng cố gánh nặng bệnh tật đáng kể, đặc biệt ở chức năng vận động thể chất và cảm xúc, qua đó nhấn mạnh nhu cầu phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh.

So với nghiên cứu tại Bệnh viện ĐH Y Hà Nội, CLCS trung bình $46,17 \pm 16,47$ (cao hơn nghiên cứu của chúng tôi), khác biệt có thể do đối tượng ngoại trú ổn định hơn so với mẫu nội trú trong nghiên cứu này (9). Biểu đồ 3.1 cho thấy 56,8% bệnh nhân có CLCS trung bình, 41,4% thấp, chỉ 1,8% tốt khác với kết quả tại Bạch Mai (12), khả dĩ phản ánh chênh lệch kinh tế - xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế (Hà Nội so với Nghệ An).

4.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân xơ gan

Điểm trung bình SKTC và SKTT lần lượt là $31,70 \pm 21,83$ và $39,05 \pm 18,97$, thấp hơn dân số khỏe mạnh và phù hợp với nhận định rằng bệnh nhân xơ gan có điểm SF-36 suy giảm ở cả 8 lĩnh vực (10). So với nghiên cứu của Nguyễn Duy Tân trên nhóm Child-Pugh B/C ($23,8 \pm 12,9$ và $29,3 \pm 10,8$), các điểm số của chúng tôi cao hơn, khả dĩ do mẫu nghiên cứu bao gồm cả bệnh nhân còn bù, trong khi nghiên cứu đối chiếu tập trung nhóm mất bù nặng hơn (11). Kết quả củng cố gánh nặng bệnh tật đáng kể, đặc biệt ở chức năng vận động thể chất và cảm xúc, qua đó nhấn mạnh nhu cầu phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh.

So với nghiên cứu tại Bệnh viện ĐH Y Hà Nội, CLCS trung bình $46,17 \pm 16,47$ (cao hơn nghiên cứu của chúng tôi), khác biệt có thể do đối tượng ngoại trú ổn định hơn so với mẫu nội trú trong nghiên cứu này (9). Biểu đồ 3.1 cho thấy 56,8% bệnh nhân có CLCS trung bình, 41,4%

thấp, chỉ 1,8% tốt khác với kết quả tại Bạch Mai (12), khả dĩ phản ánh chênh lệch kinh tế - xã hội và tiếp cận dịch vụ y tế (Hà Nội so với Nghệ An).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tương quan thuận rất chặt chẽ giữa SKTC, SKTT và CLCS ở bệnh nhân xơ gan, phù hợp cơ chế bệnh sinh: biến chứng thể chất (cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, phù...) làm suy giảm tâm lý, trong khi rối loạn tâm thần (lo âu, stress) cản trở hồi phục và hiệu quả điều trị; Nishikawa (2020) cũng nhấn mạnh tác động đồng thời thể chất tinh thần lên tình trạng suy nhược và nhu cầu theo dõi toàn diện, kể cả hòa nhập xã hội (13).

CLCS giảm theo tuổi với tương quan nghịch mức độ yếu ($r = -0,204$; $p = 0,031$), phù hợp các kết quả của Sobhonslidsuk và Younossi cho thấy tuổi cao liên quan suy giảm nhiều mặt của CLCS (14), (15), có thể do bệnh kéo dài, đa bệnh lý, hạn chế tiếp cận dịch vụ và yếu tố kinh tế - xã hội (16). Trình độ học vấn dưới THPT làm tăng nguy cơ CLCS thấp 2,28 lần, nhất quán với bằng chứng rằng hiểu biết tốt cải thiện tuân thủ và CLCS (14). Thời gian mắc bệnh > 1 năm làm tăng nguy cơ CLCS thấp 4,3 lần, phù hợp các báo cáo về suy giảm dần SKTC, SKTT và CLCS theo thời gian do tích lũy triệu chứng và gánh nặng chi phí-lo âu (9), (12), (17). Đặc biệt, giai đoạn mất bù làm tăng nguy cơ CLCS thấp 80,6 lần, đồng hướng với ý văn về tác động nặng nề của cổ trướng, bệnh não gan, xuất huyết lên chức năng xã hội và sức khỏe tâm lý (14), (15).

CLCS còn liên quan chặt với chỉ số cận lâm sàng: albumin thấp phản ánh suy giảm tổng hợp gan; bilirubin tăng và rối loạn đông máu (giảm prothrombin, tăng INR) cho thấy tổn thương nặng, đồng thời dự báo CLCS kém - quan sát đã được Asma Labidi (2019) ghi nhận đối với bilirubin và thời gian prothrombin (10), (18). Các bất thường sinh hóa này không chỉ mang ý nghĩa tiên lượng mà còn trực tiếp làm giảm CLCS qua vàng da, ngứa, nguy cơ xuất huyết và lo âu liên quan.

Khuyến nghị

Lồng ghép đánh giá CLCS (SF-36) trong quản lý bệnh nhân xơ gan.

Ưu tiên can thiệp cho nhóm nguy cơ cao: tuổi cao, học vấn thấp, mắc bệnh >1 năm, giai đoạn mất bù.

Tăng cường giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tâm lý – xã hội và dinh dưỡng.

Theo dõi sát các chỉ số sinh hóa (albumin, bilirubin, prothrombin, INR) để can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abhasnee Sobhonslidsuk et al, *Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease*. World J Gastroenterol, 2006. **12**(48): p. 7786-91.
2. Asma Labidi et al, *Health-related quality of life in cirrhotic patients: a case-control study*. Tunis Med, 2019. **97**(8-9): p. 990-996.
3. Elaine Chiu et al, *Malnutrition Impacts Health-Related Quality of Life in Cirrhosis: A Cross-Sectional Study*. Nutr Clin Pract, 2020. **35**(1): p. 119-125.
4. Hiroki Nishikawa et al, *Health-Related Quality of Life and Frailty in Chronic Liver Diseases*. 2020. **10**(5): p. 76.
5. K Janani et al, *Health-related quality of life in liver cirrhosis patients using SF-36 and CLDQ questionnaires*. Clin Exp Hepatol, 2018. **4**(4): p. 232-239.
6. Neila Paula de Souza et al, *Assessment of health-related quality of life and related factors in patients with chronic liver disease*. Braz J Infect Dis, 2015. **19**(6): p. 590-5.
7. Rubisha Adhikari et al, *The Quality of Life and Associated Factors Among Older Adults in Central Nepal: A Cross-Sectional Study Using the WHOQOL-OLD Tool*. 2025. **22**(5): p. 693.
8. Sheng-Han Wang et al, *Gender disparity in chronic hepatitis B: mechanisms of sex hormones*. 2015. **30**(8): p. 1237-1245.
9. Z M Younossi et al, *Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease*. Am J Gastroenterol, 2001. **96**(7): p. 2199-205.
10. Bùi Đức Thuấn, *Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân xơ gan đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. 2019: Trường Đại học Y Hà Nội.

11. Đỗ Thị Cúc và cs, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. 2020.

12. Hà Văn Mạo, *Xơ gan*. Tạp chí thông tin Y dược, 2010. 12: p. 6-8.

13. Nguyễn Duy Tân và cs, *Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân xơ gan nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2025(83): p. 142-148.

14. Nguyễn Phương Nhung và cs, *Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân xơ gan điều trị nội trú tại Trung tâm Bệnh viện nhiệt đới-Bệnh viện Bạch Mai*. 2019, TLU.

15. Nguyễn Thanh Liêm và cs, *Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân xơ gan*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025. 550(1).

16. Nguyễn Thị Thơm và cs, *Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân xơ gan tại trung tâm tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch Mai năm 2022*. Tạp chí Y Dược Thái Bình, 2023. 1(6).

17. Phạm Cẩm Phương và cs, *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 508(1).

18. Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học nội khoa tập 2*. 2020: Nhà xuất bản Y học.

KỸ NĂNG QUẢN LÝ ĐAU CHO NGƯỜI BỆNH SAU CẮT ĐỐT NỘI SOI TUYẾN TIỀN LIỆT CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY VÀ BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

SKILLS OF NURSES ON PAIN MANAGEMENT FOR POST-TURP PATIENTS IN CHO RAY HOSPITAL AND BINH DAN HOSPITAL

VÕ HỮU THUẬN¹, ĐẶNG THANH DƯƠNG¹,
PHẠM ĐÌNH THY PHONG¹, NGUYỄN THỊ ANH²

¹ Bệnh viện Chợ Rẫy

² Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ năng quản lý của điều dưỡng cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt và xác định các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 125 điều dưỡng tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2024 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Phần lớn người tham gia là nữ (77,2%), với độ tuổi trung bình 42,6; 78,4% dưới 45 tuổi. Trong số này, 89,5% có trình độ đại học và 68,5% có trên 10 năm kinh nghiệm. Có 50,6% từng tham gia các lớp đào tạo về quản lý đau. Kỹ năng quản lý đau sau phẫu thuật TURP được đánh giá ở mức tốt (điểm trung bình 3,76). Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng này bao gồm: từng tham gia lớp đào tạo quản lý đau ($\beta = 1,063$; $p = 0,000$) và kinh nghiệm làm việc ($\beta = 0,258$; $p = 0,036$).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy cần tăng cường đào tạo chuyên sâu về quản lý đau, bao gồm đánh giá đau, sử dụng thuốc và liệu pháp không dùng thuốc cho điều dưỡng chăm sóc người bệnh sau mổ, đặc biệt là sau TURP

Từ khóa: Người bệnh, cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt, quản lý đau, chăm sóc điều dưỡng

ABSTRACT

Objectives: To describe nurses' skills in pain management for patients after transurethral resection of the prostate and to identify associated factors.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 125 nurses at Cho Ray Hospital and Binh Dan Hospital from April 2024 to June 2024.

Results: The majority of participants were female (77.2%), with a mean age of 42.6; 78.4% were under 45 years old. Of these, 89.5% had a university degree and 68.5% had more than 10 years of experience. 50.6% attended pain management training courses. Pain management skills after TURP surgery were rated as good (mean score 3.76). Factors influencing this skill included: having attended a pain management training course ($\beta = 1.063$; $p = 0.000$) and work experience ($\beta = 0.258$; $p = 0.036$).

Conclusion: The study shows that there is a need to enhance specialized training in pain management, including pain assessment, use of drugs and non-drug therapies for nurses caring for postoperative patients, especially after TURP.

Keywords: Patients, Transurethral resection of the prostate (TURP), Pain management, Nursing care

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là mối quan tâm sức khỏe toàn cầu đòi hỏi sự quan tâm của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đau sau phẫu thuật là một dạng đau cấp tính do phẫu thuật và gây ra một số tác động tiêu cực đáng kể cho người bệnh [3]. Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt (TURP) là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật tăng sản tuyến tiền liệt lành tính phổ biến ở nam giới trên 50 tuổi, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống dù không đe dọa tính mạng. TURP tuy

an toàn nhưng vẫn có thể gây biến chứng, bao gồm đau sau phẫu thuật [5].

Quản lý đau là việc giảm đau hoặc giảm đau đến mức mà khách hàng có thể chấp nhận được bằng thuốc và không dùng thuốc. Điều trị bằng thuốc có hiệu quả trong việc quản lý đau sau phẫu thuật và ngăn ngừa khó chịu liên quan đến đặt ống thông tiểu [4]. Ngoài ra, liệu pháp không dùng thuốc cũng góp phần giảm đau ở người bệnh sau TURP [3]. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá mức độ đau và tư vấn về các tiêu chuẩn quản lý đau trong quá trình phục hồi sau phẫu thuật tại các khoa ngoại, đặc biệt là tình trạng đau sau TURP. Quản lý đau là rất quan trọng trong việc ngăn ngừa những trải nghiệm tiêu cực cho người bệnh sau TURP và sự xuất hiện của các biến chứng [7].

Nhằm phát triển các chương trình nâng cao năng lực về quản lý đau sau chăm sóc – TURP việc đánh giá kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau sau chăm sóc sau TURP cũng như tìm hiểu mối liên hệ trong công tác quản lý đau cho người bệnh sau TURP là hết sức cần thiết. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu cụ thể sau:

1. Mô tả mức độ kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau cho người bệnh sau TURP.
2. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng điều dưỡng chăm sóc người bệnh sau TURP.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 8/2024 đến tháng 10/2024

- Địa điểm: Tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Bình Dân.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc người bệnh sau TURP.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

Nghiên cứu thực hiện phương pháp lấy mẫu toàn bộ. Nghiên cứu này sẽ tuyển dụng việc lấy mẫu toàn bộ dân số đáp ứng các tiêu chí. Cỡ mẫu 125 điều dưỡng viên từ khoa Tiết niệu Bệnh viện Chợ Rẫy và 05 khoa Tiết niệu bệnh viện Bình Dân

- Chọn mẫu:

Tiêu chí chọn vào:

- Điều dưỡng đang công tác tại Khoa Tiết niệu của hai bệnh viện công được lựa chọn.

- Điều dưỡng có kinh nghiệm chăm sóc NB sau TURP ít nhất 1 năm.

- Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc NB sau TURP.

Tiêu chí loại trừ:

- Điều dưỡng đang nghỉ phép.

- Điều dưỡng đang ở vị trí giám sát hoặc quản lý.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Nghiên cứu sẽ sử dụng bảng câu hỏi tự điền gồm 4 phần:

Phần I: Bảng câu hỏi liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm 6 câu hỏi liên quan đến tuổi, giới tính, trình độ học vấn cao nhất, kinh nghiệm làm việc và kinh nghiệm liên quan đến tập huấn quản lý trước đây.

Phần II: Bảng câu hỏi liên quan đến kỹ năng quản lý đau bao gồm 15 câu hỏi được điều chỉnh cho phù hợp với quản lý đau cho người bệnh sau TURP [6]. Các câu hỏi sẽ được trả lời bằng thang đo Likert 5 điểm với các lựa chọn từ 1 đến 5 tương ứng với năng lực quản lý đau nhận thức của người trả lời về mặt kỹ năng. Hệ số Cronbach's alpha tổng thể là 0,86 cho thấy công cụ có tính nhất quán bên trong phù hợp.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Thu thập dữ liệu nghiên cứu được thực hiện trên câu hỏi tự điền. Điều dưỡng đạt tiêu chí chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu và được tư vấn cách thức giữ bí mật thông tin cho người tham gia nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Phép kiểm hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định các yếu tố dự đoán ảnh hưởng đến

kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau cho người bệnh sau TURP.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được dựa trên tinh thần tự nguyện tham gia của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích, nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập thông tin. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Chợ Rẫy số 1746/CN-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm về chung đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung điều dưỡng tham gia nghiên cứu (n=125)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	22	17,6%
	Nữ	103	82,4%
Tuổi	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (TB±ĐLC): 40,6 ± 6,27		
	20 – 45 tuổi	98	78,4%
	>45 tuổi	27	21,6%
Trình độ học vấn	Cao đẳng	3	2,4%
	Đại học	118	93,9%
	Sau đại học	4	3,7%
Kinh nghiệm làm việc	TB ± ĐLC: 12,7 ± 5,6		
	<5 năm	15	12%
	5-10 năm	39	31,2%
	>10 năm	71	56,8%
Tham gia các lớp đào tạo quản lý đau	Có	63	50,4%
	Không	62	49,6%

Kết quả nghiên cứu ghi nhận phần lớn điều dưỡng tham gia nghiên cứu là nữ giới (77,2%) với độ tuổi trung bình là 42,6 tuổi (SD: 6,27). Trong đó 78,4% điều dưỡng tham gia nghiên cứu có độ tuổi nhỏ hơn 45 tuổi. 89,5% điều dưỡng tham gia nghiên cứu có trình độ đại học và 68,5% điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc hơn 10 năm. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận 50,6% điều dưỡng được tham gia các lớp đào tạo liên tục về quản lý đau.

3.2. Kỹ năng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Bảng 7. Kỹ năng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Nội dung	TB ±ĐLC	Mức độ
Can thiệp không dùng thuốc	3,67 ± 0,48	Tốt
Can thiệp dùng thuốc	3,94 ± 0,53	Tốt
Kỹ năng quản lý đau	3,76 ± 0,43	Tốt

Kết quả nghiên cứu ghi nhận kỹ năng quản lý đau của điều dưỡng cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt ở mức độ tốt với điểm trung bình là 3,76 ± 0,43. Đồng thời nghiên cứu cũng ghi nhận kỹ năng của điều dưỡng trong việc thực hiện can thiệp không dùng thuốc và dùng thuốc trong quản lý đau ở đều ở mức độ tốt với điểm số lần lượt là 3,67 ± 0,4 và 3,94 ± 0,53. Có thể thấy kỹ năng của điều dưỡng trong việc can thiệp dùng thuốc để quản lý đau tốt hơn việc thực hiện các can thiệp không dùng thuốc.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	R2	β	95% KTC	t	p
Tuổi	0,468	-0,074	-0,33 – 0,13	-0,59	0,559
Giới tính		0,021	-0,31 – 0,35	0,12	0,902
Trình độ học vấn		0,113	-0,01 – 0,24	1,81	0,072
Tham gia lớp quản lý đau		1,063	0,78 – 1,35	7,47	0,000**
Kinh nghiệm		0,258	0,02 – 0,50	2,12	0,036*

* Ý nghĩa thống kê p < 0,05; ** Ý nghĩa thống kê p < 0,001

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy các đặc điểm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tham gia các lớp quản lý đau và kinh nghiệm có thể dự đoán 46,8% sự thay đổi của kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau cho người

bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt. Kết quả phân tích ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt bao gồm có được tham gia các lớp quản lý đau ($\beta=1,063$; $p = 0,000$) và kinh nghiệm làm việc của điều dưỡng ($\beta = 0,258$; $p = 0,036$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ năng của điều dưỡng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt

Kết quả nghiên cứu ghi nhận kỹ năng quản lý đau của điều dưỡng cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt ở mức độ tốt với điểm trung bình là $3,76 \pm 0,43$. Đồng thời nghiên cứu cũng ghi nhận kỹ năng của điều dưỡng trong việc thực hiện can thiệp không dùng thuốc và dùng thuốc trong quản lý đau ở đều ở mức độ tốt với điểm số lần lượt là $3,67 \pm 0,4$ và $3,94 \pm 0,53$. Có thể thấy kỹ năng của điều dưỡng trong việc can thiệp dùng thuốc để quản lý đau tốt hơn việc thực hiện các can thiệp không dùng thuốc. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Võ Thị Cẩm Loan và cộng sự chỉ ra rằng năng lực thực hành kiểm soát đau cho người bệnh sau phẫu thuật của điều dưỡng trong nghiên cứu ở mức độ khá với điểm trung bình 7,02 điểm/ 12 điểm [1]. Một nghiên cứu tại Ghana cho thấy 184 (87,2%) không thể xác định rằng việc tiêm nước vô trùng (giả dược) cho người bệnh có hữu ích để xác định xem cơn đau có thực sự hay không [2].

Quản lý cơn đau bao gồm các phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Tuy nhiên, phần lớn điều dưỡng không áp dụng các biện pháp can thiệp không dùng thuốc thường xuyên để quản lý cơn đau cho người bệnh. Các yếu tố cản trở chính được xác định đối với việc thực hành kém các phương pháp can thiệp không dùng thuốc trong kiểm soát cơn đau liên quan đến các vấn đề khối lượng công việc lớn, quá tải công việc, chăm sóc và quản lý nhiều người bệnh, nhìn nhận chưa đúng vai trò của quản lý đau bằng phương pháp không dùng thuốc. Nghiên cứu thực hiện tại Ethiopia ghi nhận rằng chỉ có 44 (26%) điều dưỡng có thực hành tốt về các phương pháp kiểm soát cơn đau bằng các can thiệp không dùng thuốc [11]. Những phát hiện tương tự đã được báo cáo bởi Tsegaye và cộng sự (2023), tỷ lệ thực hành kiểm soát cơn đau bằng phương pháp không dùng thuốc là thấp. Chỉ có 48,1% điều dưỡng có thực hành tốt về kiểm soát cơn đau phi dược lý [9].

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ và kỹ năng về quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc điều dưỡng được đào tạo và tập huấn có tác động tích cực đến kỹ năng ($\beta= 1,016$; $p = 0,000$) trong việc quản lý đau cho người bệnh sau cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt của điều dưỡng. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu Võ Thị Cẩm Loan và cộng sự ghi nhận rằng điều dưỡng tham gia đào tạo, tập huấn các lớp về quản lý đau sẽ giúp điều dưỡng cải thiện kỹ năng thực hành trong việc kiểm soát đau ($p=0,002$) [1]. Bên cạnh đó, một nghiên cứu của Negewo và cộng sự (2020), việc đào tạo trước đó có liên quan đáng kể đến thực hành của điều dưỡng liên quan đến việc quản lý cơn đau [7].

Nghiên cứu này chúng tôi cũng ghi nhận kinh nghiệm làm việc có ảnh hưởng tích cực đến việc tăng kỹ năng quản lý đau ($\beta = 0,258$; $p = 0,036$) của điều dưỡng cho người bệnh sau TURP. Nghiên cứu ghi nhận điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc lâu năm hơn có kỹ năng về quản lý đau tốt hơn. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó. Cụ thể, một nghiên cứu trên điều dưỡng làm việc tại các khoa phẫu thuật ở Rwanda cũng cho thấy kinh nghiệm làm việc (21, 95% CI (20,1–21,9), $p=0,000$) có liên quan đáng kể đến đến thực hành của điều dưỡng trong quản lý đau (32,5 KTC 95% (32–33), $p=0,031$) [10]. Hơn thế, một nghiên cứu ở Na Uy cho thấy các điều dưỡng đã làm việc trong thực hành lâm sàng từ 15-27 năm có điểm số quản lý đau cao hơn đáng kể so với các điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc dưới 15 năm ($p = 0,014$) [8].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 162 điều dưỡng tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bình Dân. Phần lớn người tham gia là nữ (77,2%), với độ tuổi trung bình 42,6 (SD: 6,27); 78,4% dưới 45 tuổi. Trong số này, 89,5% có trình độ đại học và 68,5% có trên 10 năm kinh nghiệm. Có 50,6% từng tham gia các lớp đào tạo về quản lý đau. Kỹ năng quản lý đau sau phẫu thuật TURP được đánh giá ở mức tốt (điểm trung bình 3,76). Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng này bao gồm: từng tham gia lớp đào tạo quản lý đau ($\beta=1,063$; $p = 0,000$) và kinh nghiệm làm việc ($\beta=0,258$; $p = 0,036$). Nghiên cứu cho thấy cần tăng cường đào tạo chuyên sâu về quản lý đau, bao gồm đánh giá đau, sử dụng thuốc và liệu pháp không dùng thuốc

cho điều dưỡng chăm sóc người bệnh sau mổ, đặc biệt là sau TURP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Võ Thị Cẩm Loan, Võ Nguyên Trung, Nguyễn Văn Trung, Trình Minh Hiệp, Nguyễn Thị Thủy (2024). Các yếu tố liên quan đến thực hành của điều dưỡng về kiểm soát đau cho người bệnh sau phẫu thuật. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(2).
- [2] Adams, S. D. M., Varaei, S., & Jalalinia, F. (2020). Nurses' knowledge and attitude towards postoperative pain management in Ghana. *Pain Research and Management*, 2020.
- [3] Belay, M. Z., & Yirdaw, L. T. (2022). Management of postoperative pain among health professionals working in governmental hospitals in South Wollo Zone, Northeast Ethiopia. Prospective cross sectional study. *Annals of medicine and surgery (2012)*, 80, 104148.
- [4] Li, S., Li, P., Wang, R., & Li, H. (2022). Different interventions for preventing postoperative catheter-related bladder discomfort: a systematic review and meta-analysis. *European journal of clinical pharmacology*, 78(6), 897–906.
- [5] Lu, C., & Wang, H. (2018). Effects of pain-free nursing care plus mind mapping on postoperative pain and urinary incontinence in patients after transurethral prostate resection. *Int J Clin Exp Med*, 11(5), 5383-5389.
- [6] Menlah, A., Garti, I., Amoo, S. A., Atakro, C. A., Amponsah, C., & Agyare, D. F. (2018). Knowledge, Attitudes, and Practices of Postoperative Pain Management by Nurses in Selected District Hospitals in Ghana. *SAGE open nursing*, 4, 2377960818790383.
- [7] Negewo, A. N., Germossa, G. N., Mathewos, B., & Ayane, G. B. (2020). Post Operative Pain Management Knowledge, Attitude, Practice and Associated Factors Regarding Among Nurses' Working in Jimma Medical Center, South-West Ethiopia, 2019. *Clinical Medicine Research*, 13(2), 114-122.
- [8] Smeland, A. H., Twycross, A., Lundeberg, S., & Rustøen, T. (2018). Nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in pediatric postoperative pain management. *Pain Management Nursing*, 19(6), 585-598.
- [9] Tsegaye, D., Yazew, A., Gedfew, M., Yilak, G., & Yalew, Z. M. (2023). Non-Pharmacological Pain Management Practice and Associated Factors Among Nurses Working at Comprehensive Specialized Hospitals. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231158979.
- [10] Umuhoza, O., Chironda, G., Katende, G., & Mukeshimana, M. (2019). Perceived knowledge and practices of nurses regarding immediate post-operative pain management in surgical wards in Rwanda. A descriptive cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10, 145-151.
- [11] Zeleke, S., Kassaw, A., & Eshetie, Y. (2021). Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PloS one*, 16(6), e0253086.

THỰC TRẠNG MÔI TRƯỜNG THỰC HÀNH CHĂM SÓC VÀ MỨC ĐỘ KIẾT SỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI

CURRENT STATUS OF NURSING PRACTICE ENVIRONMENT AND BURNOUT LEVEL OF NURSES AT NGUYEN TRAI HOSPITAL

HỒ THỊ BÍCH HOÀNG, TRẦN THỊ HỒNG ÂN,
HUỠNH THỊ THANH VÂN, NGUYỄN THỊ THUỶ DƯƠNG
Bệnh viện Nguyễn Trãi - TP. HCM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả môi trường thực hành chăm sóc của điều dưỡng (ĐD) và mức độ kiệt sức; phân tích mối liên quan giữa các lĩnh vực môi trường thực hành với ba chiều cạnh kiệt sức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Nguyễn Trãi. Công cụ sử dụng gồm NWI-R (6 lĩnh vực) và MBI (kiệt sức cảm xúc, thái độ tiêu cực, cảm nhận thành tích cá nhân). Phân tích thống kê gồm tương quan Pearson và hồi quy đa biến; ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

Kết quả: Điểm trung bình chung môi trường thực hành đạt $3,68 \pm 0,55$; các lĩnh vực dao động $3,47 \pm 0,74$ đến $3,77 \pm 0,57$, trong đó “Nhân lực đủ và được hỗ trợ” thấp nhất. Tỷ lệ kiệt sức mức cao/trung bình theo MBI là 36,7%; thái độ tiêu cực 28%; giảm cảm nhận thành tích cá nhân 7,5%. Tất cả 6 lĩnh vực môi trường thực hành liên quan có ý nghĩa với cả ba chiều cạnh kiệt sức ($p = 0,00 - 0,026$). “Sự tham gia của ĐD” tương quan với 5 lĩnh vực môi trường còn lại ($p = 0,01$); cảm nhận thành tích cá nhân tương quan với cả 6 lĩnh vực. Kiệt sức tăng ở nhóm trực 5–8 ca/tháng ($p = 0,005$) và ca trực kéo dài $\geq 12-24$ giờ ($p = 0,01$); khối Cấp cứu có tỷ lệ cao nhất ($p = 0,024$).

Kết luận: Môi trường thực hành ở mức khá nhưng còn hạn chế về nhân lực/hỗ trợ, liên quan chặt chẽ đến kiệt sức. Tối ưu định biên – lịch trực (giới hạn ≤ 12 giờ/ca, kiểm soát tần suất trực), tăng cường tham gia của ĐD trong quản trị và hỗ trợ đơn vị áp lực cao (đặc biệt Cấp cứu) là các ưu tiên can thiệp.

Từ khóa: môi trường thực hành điều dưỡng; NWI-R; kiệt sức; MBI; trực kéo dài; định biên.

ABSTRACT

Objectives: To describe the nursing practice environment and burnout levels, and examine associations

between practice-environment domains and the three burnout dimensions.

Methods: Cross-sectional study at Nguyen Trai Hospital. Instruments included the NWI-R (six domains) and the Maslach Burnout Inventory (emotional exhaustion, depersonalization/negative attitude, personal accomplishment). Pearson correlations and multivariable regressions were performed with significance at $p < 0.05$.

Results: The overall practice-environment mean was 3.68 ± 0.55 ; domain scores ranged from 3.47 ± 0.74 to 3.77 ± 0.57 , with “Staffing and resource adequacy” lowest. High/medium burnout was 36.7%; negative attitude 28%; reduced personal accomplishment 7.5%. All six practice-environment domains were significantly associated with all three burnout dimensions ($p = 0.00 - 0.026$). “Nurse participation” correlated with the other five environment domains ($p = 0.01$); personal accomplishment correlated with all six. Burnout was higher among nurses with 5–8 night shifts/month ($p = 0.005$) and longer shifts ($\geq 12-24$ hours; $p = 0.01$); Emergency units showed the highest rates ($p = 0.024$).

Conclusions: The practice environment is generally favorable yet constrained by staffing/support, which is closely linked to burnout. Priority actions include optimizing staffing and scheduling (≤ 12 -hour shifts, managing shift frequency), strengthening nurse participation in governance, and targeted support for high-pressure units (notably Emergency).

Keywords: nursing practice environment; NWI-R; burnout; MBI; long shifts; staffing adequacy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc điều dưỡng (CSĐD) là việc nhận định, thực hành can thiệp, theo dõi nhằm đáp ứng các nhu

cầu cơ bản của mỗi người bệnh (NB) [2]. CSĐĐ là một phần trong các thực hành chăm sóc sức khỏe người dân, đặc biệt trong môi trường bệnh viện, khi NB có những vấn đề sức khỏe, cần sự chăm sóc, hỗ trợ nhằm phục hồi sức khỏe một cách hiệu quả nhất. Môi trường bệnh viện có liên quan đến hiệu quả chăm sóc của ĐD. Trong môi trường thực hành phức tạp, yêu cầu phải có nguồn nhân lực và công nghệ hỗ trợ để đáp ứng nhu cầu chăm sóc NB, và từ đó ĐD có thể phối hợp, chủ động theo dõi, chăm sóc liên tục NB trong 24 giờ [8]. Hiệp hội ĐD Hoa Kỳ thừa nhận mối liên hệ không thể tách rời giữa chất lượng môi trường làm việc, hiệu quả thực hành ĐD và kết quả chăm sóc NB và gia đình và nhấn mạnh sáu tiêu chuẩn chính để thiết lập và duy trì một môi trường làm việc an toàn [4]. Ngoài ra, tình trạng thiếu nhân lực chăm sóc, quá tải NB dẫn đến mức độ kiệt sức của nhân viên y tế [5,6]. Tuy nhiên, sự tác động của môi trường làm việc tác động đến tình trạng kiệt sức của nhân viên y tế, đặc biệt là ĐD chưa được biết đến nhiều. Vì vậy, nhóm tiến hành nghiên cứu chủ đề này nhằm xác định trong môi trường thực hành chăm sóc NB có ảnh hưởng đến mức độ kiệt sức của ĐD hay không?. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi phân tích và tìm giải pháp để cải thiện môi trường thực hành nhằm giảm thiểu mức độ kiệt sức của ĐD, giúp ĐD an tâm công tác. Từ đó NB sẽ được an toàn khi đến khám và điều trị tại bệnh viện.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: ĐD đang làm việc tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Nguyễn Trãi.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023 tại 22/29 khoa lâm sàng của Bệnh viện Nguyễn Trãi.

Cỡ mẫu: Số ĐD có thời gian công tác trên 1 năm tại 22 khoa lâm sàng là 308.

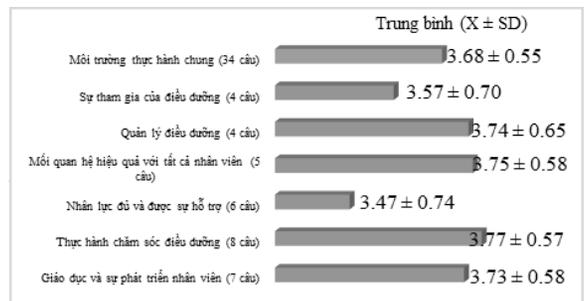
Tiêu chí chọn mẫu: ĐD đang làm việc tại các khoa lâm sàng, có thời gian làm việc trên một năm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp lấy mẫu: Lấy trọn mẫu.

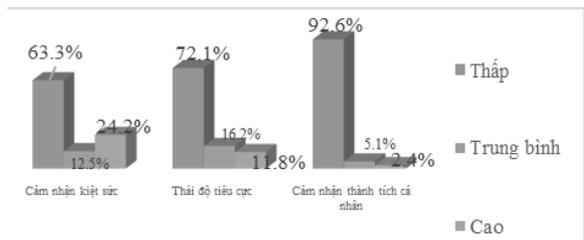
Các biến số: Biến số thông tin của đối tượng nghiên cứu gồm 11 nội dung, biến số môi trường thực hành chăm sóc của ĐD (NWI) gồm 6 lĩnh vực và biến số về kiệt sức (Maslach Burnout Inventory, MBI) gồm 3 mức độ.

Phương pháp thu thập: Sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Nguyễn Trãi thông qua đề cương nghiên cứu. Nghiên cứu viên xin phép ban chủ nhiệm khoa gặp các ĐD trong buổi họp ĐD khoa, giải thích cho ĐD mục tiêu của nghiên cứu. Các ĐD tự nguyện tham gia ký vào bảng chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên hướng dẫn ĐD cách trả lời bộ câu hỏi bằng mẫu phiếu khảo sát qua Google form. Bộ câu hỏi mất thời gian khoảng 30 phút để hoàn thành.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, các số liệu được mã hóa dạng số hoặc thang điểm theo từng biến số. Sử dụng thống kê mô tả, các biến được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng phép kiểm Pearson, Anova và Tukey để phân tích mối liên quan giữa môi trường thực hành chăm sóc và kiệt sức của ĐD trong thực hành lâm sàng nếu biến số phân phối chuẩn. Nếu biến số không phân phối chuẩn dự kiến sử dụng phép kiểm Spearman. Độ tin cậy 95% với $p < 0,05$. Phân tích hồi quy Logistic đơn biến và đa biến để xác định mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến nhận thức mức độ môi trường thực hành



Biểu đồ 3.2. Mức độ kiệt sức của ĐD theo thang điểm MBI



Kết quả ở Biểu đồ 3.1 và 3.2 cho thấy môi trường thực hành nhìn chung khá tích cực, nổi bật ở thực hành chăm sóc và giáo dục phát triển nhân viên; tuy nhiên, nhân lực đủ và hỗ trợ là điểm yếu rõ nhất. Song song, kiệt sức mức cao/trung bình ở khoảng trên một phần ba mẫu và thái độ tiêu cực ở mức đáng kể, trong khi giảm cảm nhận thành tích cá nhân thấp hơn.

Tương quan giữa môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức

Bảng 3.1. Hồi quy đa biến giữa các chỉ số môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức

Nội dung	Cảm nhận kiệt sức trong công việc			Thái độ tiêu cực			Cảm nhận thành tích cá nhân		
	B	t	p	B	t	p	B	t	p
Giáo dục và sự phát triển nhân viên	0,065	0,408	0,080	0,070	0,536	<0,001	0,108	1,547	<0,001
Thực hành chăm sóc điều dưỡng	0,061	0,398	0,090	-0,019	-0,152	<0,001	0,106	1,588	0,001
Nhân lực đủ và được sự hỗ trợ	-0,415	-3,839	0,009	-0,161	-1,827	0,023	-0,048	-1,023	0,020
Mối quan hệ hiệu quả với tất cả nhân viên	-0,159	-1,056	0,214	-0,213	-1,738	<0,001	0,018	0,271	0,139
Quản lý điều dưỡng	0,021	0,174	0,041	-0,085	-0,846	<0,001	0,016	0,291	0,069
Sự tham gia của điều dưỡng	0,108	0,911	0,229	0,081	0,844	0,008	-0,006	-0,119	0,001

Nhận xét: Cảm nhận kiệt sức với nhân lực đủ và sự hỗ trợ có tác động ngược chiều nhau (B=-0,415, p=0,009), khi nhân lực đủ và được sự hỗ trợ thì ĐD ít cảm nhận kiệt sức hơn; Cảm nhận kiệt sức với quản lý điều dưỡng có tác động cùng chiều (B=0,021, p=0,041) nhưng hệ số nhỏ nên ĐD có thể cảm nhận kiệt sức nếu quản lý ĐD chưa tốt.

Thái độ tiêu cực có ý nghĩa với 6 lĩnh vực môi trường thực hành chăm sóc (p<0,05), khi môi trường thực hành chăm sóc tốt, thì ĐD ít cảm thấy tiêu cực hơn.

Cảm nhận thành tích cá nhân có ý nghĩa với 4 lĩnh vực: giáo dục và sự phát triển nhân viên, thực hành chăm sóc ĐD, nhân lực đủ và sự hỗ trợ và sự tham gia của ĐD. Tuy nhiên thành tích cá nhân chủ yếu đến từ sự giáo dục và phát triển nhân viên, và thực hành chăm sóc ĐD (với B=0,108, p<0,001; B=0,106, p=0,001 có tác động cùng chiều).

Bảng 3.2. Hệ số tương quan giữa các chỉ số môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức

Biến	A	B	C	D	E	F	G	H	I
A	—								
B	0.790 [0.743; 0.829]	—							
C	0.752 [0.698; 0.798]	0.659 [0.589; 0.719]	—						
D	0.731 [0.673; 0.780]	0.759 [0.706; 0.803]	0.705 [0.643; 0.758]	—					
E	0.703 [0.640; 0.756]	0.717 [0.657; 0.768]	0.650 [0.579; 0.711]	0.742 [0.686; 0.789]	—				
F	0.722 [0.663; 0.772]	0.667 [0.599; 0.726]	0.726 [0.667; 0.776]	0.738 [0.681; 0.786]	0.723 [0.664; 0.773]	—			
G	-0.244 [-0.348; -0.134]	-0.225 [-0.330; -0.114]	-0.316 [-0.415; -0.210]	-0.249 [-0.353; -0.139]	-0.209 [-0.315; -0.098]	-0.195 [-0.302; -0.083]	—		
H	-0.224 [-0.329; -0.113]	-0.229 [-0.334; -0.118]	-0.263 [-0.366; -0.154]	-0.277 [-0.379; -0.168]	-0.237 [-0.342; -0.127]	-0.218 [-0.324; -0.107]	0.693 [0.629; 0.748]	—	
I	0.404 [0.304; 0.495]	0.404 [0.304; 0.495]	0.280 [0.172; 0.382]	0.328 [0.222; 0.426]	0.341 [0.236; 0.438]	0.293 [0.185; 0.394]	-0.070 [-0.182; 0.044]	-0.104 [-0.215; 0.010]	—

Ghi chú: Giá trị ô là hệ số tương quan Pearson r (kèm khoảng tin cậy 95%).

Đường kẻ (“—”) biểu thị cùng một biến.

Mã biến: A: Giáo dục & phát triển nhân viên; B: Thực hành chăm sóc điều dưỡng; C: Nhân lực đủ & hỗ trợ; D: Mối quan hệ hiệu quả với tất cả nhân viên; E: Quản lý điều dưỡng; F: Sự tham gia của điều dưỡng; G: Cảm nhận kiệt sức trong công việc (EE); H: Thái độ tiêu cực (DP); I: Cảm nhận thành tích cá nhân (PA).

Nhận xét: Các lĩnh vực môi trường (A–F) tương quan dương khá mạnh với nhau (đơn số $r \approx 0,65-0,79$), phản ánh

một cấu trúc nền thống nhất của môi trường thực hành. Tất cả các lĩnh vực môi trường tương quan âm với cảm nhận kiệt sức trong công việc (G) và thái độ tiêu cực (H), đồng thời tương quan dương với cảm nhận thành tích cá nhân (I). Khoảng tin cậy 95% hẹp (với $n = 297$) củng cố độ chính xác của ước lượng; khi đưa các lĩnh vực vào hồi quy đa biến, cần lưu ý nguy cơ đa cộng tuyến do tương quan nội khối cao.

Bảng 3.3. Tương quan giữa mức độ kiệt sức và số ca trực trong tháng (n=297)

Kiệt sức	Mức độ	Không trực		<= 4 ca trực		5 - 8 ca trực		> 8 ca trực		f	p
		Thấp	TB	Cao	Thấp	TB	Cao	Thấp	TB		
Cảm nhận kiệt sức trong công việc	Thấp	56	29.8	21	11.2	103	54.8	8	4.3	4.073	0.005
	TB	11	29.7	0	0.0	21	56.8	5	13.5		
	Cao	9	12.5	5	6.9	52	72.2	6	8.3		
Cảm nhận thành tích cá nhân	Thấp	73	26.5	22	8.0	163	59.3	17	6.2	3.798	0.405
	TB	2	13.3	2	13.3	10	66.7	1	6.7		
	Cao	1	14.3	2	28.6	3	42.9	1	14.3		
Thái độ tiêu cực	Thấp	65	30.4	23	10.7	115	53.7	11	5.1	1.711	0.005
	TB	4	8.3	2	4.2	36	75.0	6	12.5		
	Cao	7	20.0	1	2.9	25	71.4	2	5.7		

Nhận xét: Tần suất trực liên quan có ý nghĩa với kiệt sức cảm xúc và thái độ tiêu cực. Ở nhóm trực 5 - 8 ca/tháng, tỷ lệ kiệt sức cao chiếm 72,2% (so với 12,5% ở nhóm không trực; $p=0,005$). Với thái độ tiêu cực, mô hình phân bố

tương tự: nhóm 5–8 ca/tháng có tỷ lệ cao 71,4% và trung bình 75,0% ($p=0,005$), củng cố dấu hiệu “liều-đáp ứng” giữa số ca trực và suy giảm thái độ nghề nghiệp. Không thấy khác biệt có ý nghĩa với cảm nhận thành tích cá nhân.

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa mức độ kiệt sức và và thời gian thực hiện ca trực (n=297)

Kiệt sức	Mức độ	8 giờ		12 giờ		24 giờ		f	p
		Thấp	TB	Cao	Thấp	TB	Cao		
Cảm nhận kiệt sức trong công việc	Thấp	3	1.6	69	36.7	116	61.7	4.249	0.010
	TB	3	8.1	12	32.4	22	59.5		
	Cao	2	2.8	12	18.1	57	79.2		
Cảm nhận thành tích cá nhân	Thấp	7	2.5	87	31.6	181	65.8	2.958	0.401
	TB	0	0.0	5	33.3	10	66.7		
	Cao	1	14.3	2	28.6	4	57.1		
Thái độ tiêu cực	Thấp	5	2.3	79	36.9	130	60.7	0.705	0.021
	TB	2	4.2	6	12.5	40	83.3		
	Cao	1	2.9	9	25.7	25	71.4		

Nhận xét: Thời lượng ca trực liên quan có ý nghĩa đến kiệt sức cảm xúc và thái độ tiêu cực. Phân bố các mức kiệt sức trong công việc lệch mạnh về nhóm trực 24 giờ: trong nhóm “kiệt sức cao”, 79,2% thuộc ca 24 giờ ($p=0,010$).

Với thái độ tiêu cực, xu hướng tương tự: nhóm “cao” có 71,4% ở ca 24 giờ; bảng báo $p=0,021$.

Không thấy khác biệt ở “cảm nhận thành tích cá nhân” theo thời lượng ca trực không ý nghĩa, phân bố “thấp / TB / cao” không thay đổi rõ theo 8h–12h–24h ($p=0,401$).

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa mức độ kiệt sức nghề nghiệp và khoa

Mức độ		n		Khối									p
		Cấp cứu (%)	Khám bệnh (%)	Nội (%)		Ngoại (%)		Chuyên khoa lẻ (%)					
Kiệt sức trong công việc	Thấp	188	53	(28.2)	15	(8)	75	(39.9)	31	(16.5)	14	(7.4)	0.024
	TB	37	9	(24.3)	6	(16.2)	7	(18.9)	12	(32.4)	3	(8.1)	
	Cao	72	27	(37.5)	2	(2.8)	25	(34.7)	16	(22.2)	2	(2.8)	
Thành tích cá nhân	Thấp	214	58	(27.1)	22	(10.3)	80	(37.4)	38	(17.8)	16	(7.5)	0.083
	TB	48	16	(33.3)	1	(2.1)	16	(33.3)	12	(25)	3	(6.2)	
	Cao	35	15	(42.9)			11	(31.4)	9	(25.7)			
Thái độ tiêu cực	Thấp	275	83	(30.2)	23	(8.4)	100	(36.4)	53	(19.3)	16	(5.8)	0.281
	TB	15	5	(33.3)			4	(26.7)	3	(20.0)	3	(20)	
	Cao	7	1	(14.3)			3	(42.9)	3	(42.9)			

Nhận xét: Kiệt sức trong công việc khác biệt có ý nghĩa giữa các khối/khoa ($p=0,024$). Ở mức kiệt sức cao ($n=72$), tỷ lệ phân bố tập trung ở Cấp cứu 37,5% và Nội 34,7%; tiếp đến Ngoại 22,2%; Khám bệnh và Chuyên khoa lẻ đều 2,8%.

Ở mức trung bình ($n=37$), Ngoại chiếm 32,4%, gợi ý áp lực công việc và đặc thù phẫu thuật cũng là nguồn căng thẳng đáng kể dù chưa đến ngưỡng “cao”.

Cảm nhận thành tích cá nhân: chưa thấy khác biệt có ý nghĩa ($p=0,083$).

Thái độ tiêu cực: Không khác biệt có ý nghĩa giữa các khoa ($p=0,281$): Phần lớn điều dưỡng ở mức thấp ($n=275$) tại mọi khoa.

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhận thức về môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức trong công việc của ĐD

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng môi trường làm việc ở mức khá (điểm trung bình $3,68\pm0,55$), với sáu lĩnh vực dao động từ $3,47\pm0,74$ đến $3,77\pm0,57$ —thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Phượng ($3,87\pm0,67$; $3,72\pm0,74$ đến $3,99\pm0,60$) [2]. Nhìn chung, điều dưỡng (ĐD) nhận thức tích cực về môi trường thực hành theo NWI-R, hàm ý điều kiện thuận lợi cho thực hành ĐD, chất lượng chăm sóc và hiệu quả bệnh viện.

Ở khía cạnh giáo dục và phát triển nhân viên, điểm $3,73\pm0,58$ tương đồng nhóm bệnh viện công trong nghiên cứu [2] ($3,7\pm0,73$ đến $3,9\pm0,58$) nhưng thấp hơn bệnh viện tư ($4,25\pm0,53$; $4,25\pm0,59$), phù hợp bối cảnh triển

khai lộ trình chuẩn hóa trình độ ĐD theo TTLT 26/2015/TTLT-BYT-BNV đến năm 2025 [1]. Thực hành chăm sóc ĐD đạt $3,77\pm0,57$, gần với dải $3,72\pm0,47$ đến $3,91\pm0,53$ của [2], phản ánh mức độ áp dụng kiến thức-kỹ năng chuyên môn vào chăm sóc người bệnh [2].

Nhân lực đủ và được hỗ trợ có điểm thấp nhất ($3,47\pm0,74$), tương tự [2] ($3,42\pm0,74$ đến $3,86\pm0,66$) và thấp hơn Li Yuan et al. ($3,54\pm0,49$) [7]. Thiếu hụt kéo dài có thể cản trở hoàn thành khối lượng công việc và làm tăng nguy cơ kiệt sức [7]. Quan hệ liên cá nhân tại nơi làm việc đạt $3,75\pm0,58$, thấp hơn [2] ($3,80\pm0,52$ đến $4,01\pm0,61$) nhưng cao hơn Yuan ($3,42\pm0,54$) [7], gợi ý cần tiếp tục củng cố làm việc nhóm và phối hợp ĐD-bác sĩ. Quản lý điều dưỡng ghi nhận $3,74\pm0,65$, thấp hơn [2] ($3,77\pm0,62$ đến $3,92\pm0,76$) nhưng cao hơn Yuan ($3,57\pm0,49$) [7], cho thấy vai trò hỗ trợ ra quyết định và tham vấn quy trình đã hiện diện song còn dư địa cải thiện. Sự tham gia của ĐD trong quản trị đạt $3,57\pm0,70$, tương đương Yuan ($3,55\pm0,43$) [7], phản ánh mức trung bình—có thể bị giới hạn bởi gánh nặng công việc lâm sàng và nhiệm vụ phối hợp thường nhật.

4.2. Mức độ kiệt sức trong công việc của ĐD

Mức kiệt sức theo MBI ở mức cao/trung bình đạt 36,7% của nghiên cứu, cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thanh Nguyễn (26,4%) [3]. Thái độ tiêu cực (gần với mất nhân cách hóa) ở mức cao/trung bình là 28%, cao hơn [3] (10,1%) nhưng thấp hơn Huỳnh Thị Phượng (43,7%) [2]. Các chênh lệch này có thể liên quan đến cường độ và độ phức tạp công việc lâm sàng (khối lượng nhiệm vụ, xử trí tình huống khẩn, yêu cầu tuân thủ quy trình và giám sát liên tục), làm tích lũy mệt mỏi, suy giảm điều tiết cảm xúc

và gia tăng khuynh hướng thái độ tiêu cực. Ở chiều ngược lại, giảm cảm nhận thành tích cá nhân ở mức cao/trung bình chỉ 7,5%, thấp hơn nhiều so với báo cáo của Huỳnh Thị Phương (98,5%) [2], gợi ý bối cảnh nghiên cứu hiện tại có thể duy trì được cảm nhận hiệu quả cá nhân tốt hơn dù áp lực công việc cao. Tổng thể, kết quả củng cố giả định rằng áp lực công việc kéo dài liên quan đến kiệt sức và thái độ tiêu cực, trong khi cảm nhận thành tích cá nhân có biến thiên đáng kể theo bối cảnh tổ chức [2], [3].

4.3. Liên quan giữa môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức của ĐD

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy lĩnh vực nhân lực đủ và sự hỗ trợ có liên quan đến ba chiều cạnh kiệt sức (cảm nhận kiệt sức, thái độ tiêu cực, cảm nhận thành tích cá nhân), với p từ 0.009-0.023. Lĩnh vực giáo dục và sự phát triển nhân viên, thực hành chăm sóc ĐD và sự tham gia của ĐD có liên quan đến thái độ tiêu cực và cảm nhận thành tích cá nhân với p từ < 0.001 -0.008. Riêng mối quan hệ giữa nhân viên có liên quan đến thái độ tiêu cực với $p < 0.001$. Phân tích tương quan Pearson ghi nhận sự tham gia của điều dưỡng tương quan với năm lĩnh vực môi trường còn lại ($p = 0,01$), và cảm nhận thành tích cá nhân tương quan với cả sáu lĩnh vực môi trường—nhấn mạnh vai trò then chốt của sự tham gia trong cấu trúc môi trường thực hành.

Về yếu tố làm việc, nguy cơ kiệt sức mức cao/trung bình tăng rõ ở nhóm trực 5–8 ngày/tháng (72,2%–56,8%; $p = 0,005$) và kéo dài ca trực từ ≥ 12 giờ (18,1%–32,4%) đến 24 giờ (79,2%–59,5%; $p = 0,01$). Kiệt sức hiện diện ở mọi khối, cao nhất tại Cấp cứu (37,5%–24,3%), tiếp đến Nội (34,7%–18,9%) và Ngoại (22,2%–32,4%; $p = 0,024$). Tỷ lệ này cao hơn báo cáo của Huỳnh Thị Phương từ 9,7–16,1 điểm phần trăm, ngoại trừ khối Nội lại thấp hơn (35,5%–38,2%) [2]. Các khác biệt giữa khối/khoa nhiều khả năng phản ánh tải công việc, chính sách quản lý ca trực, mức hỗ trợ nhân viên và đầu tư phát triển nghề nghiệp, từ đó tác động khác nhau đến hồ sơ kiệt sức.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Môi trường thực hành nhìn chung tích cực (điểm trung bình $3,68 \pm 0,55$), nhưng lĩnh vực “Nhân lực đủ và được hỗ trợ” thấp nhất, cho thấy nguy cơ quá tải công việc vẫn hiện hữu.

Sự tham gia của điều dưỡng có tương quan thuận với hầu hết các lĩnh vực môi trường thực hành, nhấn mạnh

vai trò trung tâm của điều dưỡng trong quản trị và cải tiến chất lượng.

Kiệt sức mức cao/trung bình chiếm 36,7%; tăng rõ khi trực 5–8 ca/tháng và kéo dài 12–24 giờ/ca. Khối Cấp cứu có tỷ lệ kiệt sức cao nhất.

Các lĩnh vực môi trường thực hành tương quan nghịch với kiệt sức và tương quan thuận với cảm nhận thành tích cá nhân, gợi ý cải thiện môi trường sẽ giúp giảm kiệt sức và nâng trải nghiệm nghề nghiệp.

Khuyến nghị:

Tối ưu ca trực: Giới hạn ≤ 12 giờ/ca; tránh 5–8 ca trực/tháng nếu không có bù nghỉ; xoay ca công bằng, bù nghỉ đúng quy định, ưu tiên khoa Cấp cứu.

Bổ sung và điều phối nhân lực: Rà soát định biên theo tải công việc; tăng cường ca đêm/giờ ca điểm; thiết lập đội điều dưỡng hỗ trợ lưu động giữa các khoa khi quá tải.

Phát triển năng lực và phối hợp: Tổ chức bồi dưỡng ngắn gọn tại chỗ (micro-learning, mô phỏng tình huống áp lực); chuẩn hóa giao tiếp/bàn giao liên chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.
- Huỳnh Thị Phương và nhóm tác giả (2024). Thực trạng môi trường thực hành chăm sóc và mức độ kiệt sức của ĐD tại một số khoa trong sáu bệnh viện tại TPHCM. Tạp chí Khoa học trường Đại học Văn Lang (2024), tập 8 (44) số 02, 59-65:
- Lê Thị Thanh Nguyễn, Trần Ngọc Đáng, Nguyễn Trường Viên, Bùi Thị Thu Hà (2022). Kiệt sức nghề nghiệp ở điều dưỡng Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh và yếu tố liên quan. Tạp Chí Nghiên cứu Y học 2022, 155(7), 177-186. <https://doi.org/10.52852/tcnycy.v155i7.897>;
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence. Available at: www.aacn.org/aacn/pubpolcy.nsf/Files/HWE

5. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 2021 Feb 1;4(2):e2036469. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36469. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2021 Mar 1;4(3):e215373. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2023 Apr 3;6(4):e2312593. PMID: 33538823; PMCID: PMC7862989.

6. Tarczoń E, Beck-Krala E. Creating safety culture in the health care sector. *Scientific Journals of the Higher School of Occupational Safety Management in Katowice*. 2018; 1(14): 127–140;

7. Yuan, L., Yumeng, C., Chunfen, Z., & Jinbo, F. Analyzing the Impact of Practice Environment on Nurse Burnout Using Conventional and Multilevel Logistic Regression Models. *Workplace health & safety*, 2020. 68(7), 325–336. <https://doi.org/10.1177/2165079919900796>

8. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg Sat et al. Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals--a validation study. *BMC Health Serv Res*. 2013 Sep 10;13:347. doi: 10.1186/1472-6963-13-347. PMID: 24016183; PMCID: PMC3846625.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI NĂM 2024

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ON THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS AMONG NURSES AND TECHNICIANS AT CLINICAL AND PARACLINICAL DEPARTMENTS AT NGUYEN TRAI HOSPITAL IN 2024

NGUYỄN THỊ SA BÔI¹, LÊ VĂN PHỤNG¹,
NGUYỄN THỊ TRÚC¹, TĂNG MỘNG THU¹,
LÝ THỊ PHƯƠNG HOA²

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

²Trường Đại học Văn Lang

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng và là tình huống thường gặp tại cơ sở y tế, vì vậy kiến thức thái độ về dự phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên là rất quan trọng trong việc đảm bảo an toàn và nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kiến thức, thái độ về phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh viện Nguyễn Trãi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 274 điều dưỡng và kỹ thuật viên của Bệnh viện Nguyễn Trãi thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024.

Kết quả: 81,4% điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức tốt về dự phòng và xử trí phản vệ; 93,4% có thái độ tích cực về dự phòng và xử trí phản vệ.

Kết luận: Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức tốt và thái độ tích cực về dự phòng và xử trí phản vệ.

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ về dự phòng, xử trí phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên tại Bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 274 điều dưỡng và kỹ thuật viên từ tháng 01 đến tháng 10/2024, sử dụng bộ câu hỏi dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT.

Kết quả: Điểm kiến thức trung bình $24,4 \pm 2,7/29$; 81,4% đạt mức kiến thức tốt. Điểm thái độ trung bình $17,1 \pm 1,8/18$; 93,4% có thái độ tích cực. Một số hạn chế được ghi nhận ở kiến thức về nguyên tắc dự phòng và kỹ năng xử trí bằng adrenalin.

Kết luận: Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức tốt và thái độ tích cực về phản vệ. Tuy nhiên cần tăng cường đào tạo định kỳ và tạo môi trường chia sẻ kinh nghiệm để củng cố và cập nhật kiến thức, nâng cao sự tự tin trong dự phòng và xử trí phản vệ.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, phản vệ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, Bệnh viện Nguyễn Trãi.

ABSTRACT

Background: Anaphylaxis is an allergic reaction, that can appear immediately from a few seconds, minutes to hours after the body is exposed to the allergen, causing various clinical scenarios, which can be severe and lead to a quick death and is a common emergency in healthcare settings. Therefore, the knowledge, attitudes regarding the prevention and management of anaphylaxis among nurses and technicians are crucial for ensuring patient safety and improving the quality of care.

Objectives: To assess the knowledge, attitudes, in managing anaphylaxis among nurses and technicians in the clinical and paraclinical departments of Nguyen Trai Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 274 nurses and technicians at Nguyen Trai Hospital from January 2024 to October 2024.

Results: 81.4% of nurses and technicians demonstrated good knowledge of anaphylaxis prevention and management; 93.4% exhibited a positive attitude towards anaphylaxis prevention and management.

Conclusion: While nurses and technicians possess good knowledge and positive attitudes toward anaphylaxis prevention and management.

Objective: To assess the knowledge and attitudes toward the prevention and management of anaphylaxis among nurses and technicians at Nguyen Trai Hospital in 2024.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 274 nurses and technicians between January and October 2024 using a questionnaire based on the Ministry of Health's Circular 51/2017/TT-BYT.

Results: The mean knowledge score was 24.4 ± 2.7 out of 29; 81.4% demonstrated good knowledge. The mean attitude score was 17.1 ± 1.8 out of 18; 93.4% expressed positive attitudes. Knowledge gaps were noted regarding prevention principles and specific skills in adrenaline administration.

Conclusion: Nurses and technicians at Nguyen Trai Hospital showed good knowledge and positive attitudes toward anaphylaxis. Continuous training and peer knowledge-sharing are recommended to strengthen confidence and practical capacity in prevention and management.

Keywords: Knowledge, attitudes, anaphylaxis, nurses, technicians, Nguyen Trai Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng, trong đó thuốc là nguyên nhân hay gặp nhất. Phản vệ không những chỉ gặp ở trẻ nhỏ mà còn gặp ở người lớn nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [1]. Các nghiên cứu dịch tễ học đã báo cáo tỷ suất mắc phản vệ từ 8 đến 50 trên 100.000 người/năm, với tỷ lệ mắc bệnh là 0,05% đến 2,0% [7]. Phản vệ làm tăng thời gian nằm viện, gây nên các gánh nặng về bệnh tật và kinh tế cho người bệnh, đặc biệt là tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Để giảm tỷ lệ tử vong và các tai

biến cho người bệnh phản vệ, nhân viên y tế cần có kiến thức phòng, xử trí phản vệ đúng, thái độ tích cực và thực hành xử trí đúng nhằm cấp cứu một cách khẩn trương, nhanh chóng và tiến hành ngay tại chỗ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng kiến thức, thái độ về dự phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng, kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng Bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2024”.

Phản vệ là một phản ứng dị ứng nghiêm trọng, khởi phát nhanh sau khi tiếp xúc với dị nguyên và có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [1]. Tỷ suất mắc phản vệ dao động từ 8–50 trường hợp/100.000 dân/năm, với tỷ lệ hiện mắc khoảng 0,05–2,0% [7]. Tại cơ sở y tế, thuốc được xem là nguyên nhân thường gặp nhất [1]. Phản vệ không chỉ làm gia tăng tỷ lệ tử vong mà còn kéo dài thời gian nằm viện, gây gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị. Việc sử dụng adrenalin đúng liều và đúng đường ngay từ giai đoạn đầu đã được chứng minh có vai trò quyết định trong cứu sống người bệnh [6].

Để bảo đảm an toàn cho người bệnh, nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng và kỹ thuật viên, cần có kiến thức đầy đủ, thái độ tích cực và kỹ năng dự phòng - xử trí phản vệ đúng quy định [2],[3]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế cho thấy kiến thức và thái độ về phản vệ của điều dưỡng còn chưa đồng đều, trong đó vẫn tồn tại những khoảng trống về nguyên tắc dự phòng và thực hành xử trí cấp cứu [2],[4],[5].

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Đánh giá kiến thức và thái độ về dự phòng, xử trí phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng Bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2024, qua đó cung cấp bằng chứng cho các hoạt động đào tạo và cải tiến chất lượng chăm sóc.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng và kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh viện Nguyễn Trãi có liên quan trực tiếp tới chăm sóc người bệnh.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ điều dưỡng và kỹ thuật viên có chứng chỉ hành nghề, tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh viện Nguyễn Trãi liên quan trực tiếp tới chăm sóc người bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được 274 đối tượng

Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ được nhà nghiên cứu xây dựng dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT về phòng và xử trí phản vệ của Bộ Y tế gồm 3 phần

Phần 1: Thông tin cá nhân: Giới tính, tuổi, thời gian làm việc, vị trí làm việc.

Phần 2: Lĩnh vực kiến thức phản vệ, tổng số 29 câu hỏi. Kiến thức của điều dưỡng và kỹ thuật viên được phân loại theo số câu trả lời đúng: Kiến thức tốt (≥ 23 câu); Kiến thức trung bình (16-22 câu); Kiến thức kém (≤ 15 câu).

Phần 3: Thái độ bao gồm 18 câu hỏi. Thái độ của điều dưỡng và kỹ thuật viên được phân loại theo số câu trả lời tích cực: Thái độ tích cực (≥ 14 câu); Thái độ chưa tích cực (< 14 câu).

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=274)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	TB \pm DLC (tuổi) (Min-Max)	33,9 \pm 8,3 (22-60)	
Giới	Nam	61	22,3
	Nữ	213	77,7
Trình độ học vấn	Trung cấp	14	5,1
	Cao đẳng	112	40,9
	Đại học	146	53,3
	Sau đại học	2	0,7
Năm kinh nghiệm	<5 năm	90	32,9
	5-9 năm	56	20,4
	10-19 năm	103	37,6
	≥ 20 năm	25	9,1

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi công tác	Khối cấp cứu	104	37,9
	Khối nội	97	35,5
	Khối ngoại	53	19,3
	Khối cận lâm sàng	20	7,3

Nhân viên y tế tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 33,9 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 60 tuổi. Nữ nhiều gấp 3,5 lần nam. 94,2% có trình độ học vấn là cao đẳng và đại học. Khoảng 47% có kinh nghiệm trên 10 năm.

3.2. Kiến thức về dự phòng, xử trí phản vệ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức cơ bản về phản vệ (n=274)

Kiến thức cơ bản phản vệ đúng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các triệu chứng báo hiệu phản vệ thường xảy ra trong thời gian bao lâu sau khi tiếp xúc với dị nguyên	271	98,9
Biểu hiện phản vệ ở mức nhẹ (độ I)	270	98,5
Triệu chứng phổ biến của phản vệ	269	98,2
Biểu hiện phản vệ ở mức độ IV	259	94,5
Phản vệ được phân bao nhiêu cấp độ	247	90,2
Biểu hiện phản vệ ở mức nguy kịch (độ III)	239	87,2
Biểu hiện phản vệ ở mức độ 2	236	86,1
Khái niệm về phản vệ	224	81,7
Đặc điểm của phản vệ trên lâm sàng	222	81
Loại phản ứng quá mẫn nào hay gặp trong sốc phản vệ	212	77,4

Tỷ lệ điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức cơ bản đúng về phản vệ dao động từ 77,4% đến 98,9%. “Loại phản ứng quá mẫn nào hay gặp trong sốc phản vệ” có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là 77,4%.

Bảng 3. Kiến thức về dự phòng phản vệ (n=274)

Kiến thức đúng về dự phòng phản vệ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cách đề phòng và chống phản vệ tại cơ sở y tế	269	98,2
Chuẩn bị, dự phòng cấp cứu phản vệ	270	98,5
Khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh trước khi sử dụng thuốc	267	96,4

Kiến thức đúng về dự phòng phản vệ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các nguyên nhân phổ biến gây phản vệ	264	96,3
Trang thiết bị y tế tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	240	87,6
Các loại thuốc thường được dùng trong điều trị phản vệ tại bệnh viện	232	84,7
Thực phẩm dễ gây phản vệ nghiêm trọng	227	82,8
Nguyên tắc dự phòng phản vệ	213	77,7

Kiến thức về dự phòng phản vệ dao động từ 77,7% đến 98,2%. “Nguyên tắc dự phòng phản vệ” có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất 77,7%.

Bảng 4. Kiến thức về xử trí phản vệ (n=274)

Kiến thức đúng về xử trí phản vệ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thuốc đầu tay cứu sống người bệnh trong xử trí sốc phản vệ từ độ 2 trở lên.	269	98,2
Nguyên tắc chung xử trí cấp cứu phản vệ	261	95,3
Cấp cứu phản vệ nhẹ (độ I)	257	92,7
Liều lượng adrenalin tiêm bắp phản vệ độ II	250	91,2
Mục tiêu sử dụng adrenalin và dịch truyền	247	90,1
Đường dùng ưu tiên ban đầu của adrenalin	219	79,9
Thời gian theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 trong giai đoạn ổn định	214	78,1
Tư thế người bệnh khi xử trí cấp cứu sốc phản vệ	194	70,8
Cách pha loãng thành dung dịch adrenalin (1/10.000) để tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ	175	63,9
Số lần theo dõi mạch, huyết áp sau khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin	100	36,5
Cách pha loãng adrenalin truyền tĩnh mạch chậm	82	29,9

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức về xử trí phản vệ dao động từ 29,9% đến 98,2%. 3 nội dung có tỷ lệ trả lời dưới 70% là “Cách pha loãng thành dung dịch adrenalin để tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ”; “Số lần theo dõi mạch, huyết áp sau khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin” và “Cách pha loãng adrenalin truyền tĩnh mạch chậm”.

3.3. Thái độ về dự phòng, xử trí phản vệ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Thái độ tích cực về kiến thức phản vệ (n=274)

Tự tin vào kiến thức phản vệ	Tần số	Tỷ lệ %
Biết rõ những hậu quả nghiêm trọng do phản vệ gây ra. Nếu không xử trí phản vệ kịp thời.	273	99,6
Có ủng hộ ý tưởng nâng cao nhận thức của nhân viên y tế liên quan đến phản ứng phản vệ không?	270	98,5
Có muốn tham gia các buổi đào tạo nâng cao kiến thức về phản vệ không?	269	98,2
Có đủ kiến thức để nhận biết, phát hiện sớm phản vệ ở người bệnh.	259	94,5
Có đủ kiến thức để dự phòng phản vệ cho người bệnh	256	93,4
Có tự tin chia sẻ các kiến thức về dự phòng, nhận biết và xử trí phản vệ cho đồng nghiệp.	246	89,8
Có thể hướng dẫn các nhân viên khác trong khoa chưa biết cách xử trí phản vệ thực hiện xử trí khi phản vệ xảy ra	244	89

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có thái độ rất tự tin vào kiến thức phản vệ. Tỷ lệ trả lời tích cực dao động từ 89% đến 98,5%.

Bảng 6. Thái độ tích cực về khả năng dự phòng phản vệ (n=274)

Thái độ tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ	Tần số	Tỷ lệ %
Có muốn tư vấn cho người bệnh để theo dõi tình trạng dị ứng	266	97,1
Có lời khuyên cho người bệnh để ngăn ngừa/ giảm thiểu phản ứng dị ứng trong tương lai không?	264	96,3
Hộp chống sốc luôn có sẵn, khi thực hiện các chăm sóc (tiêm, truyền, cho người bệnh uống thuốc, thủ thuật can thiệp...)	273	99,6
Việc khai thác thông tin tiền sử, bệnh sử của người bệnh rất quan trọng trong việc dự phòng phản vệ	273	99,6
Có thường hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu nghi ngờ dị ứng không?	271	98,9
Có nắm rõ tất cả các vị trí của từng thành phần các trang thiết bị y tế và thuốc thiết yếu trong từng hộp chống sốc tại nơi làm việc	271	98,9

Thái độ tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ	Tần số	Tỷ lệ %
Tự tin nắm chắc các kỹ thuật test phản ứng dị ứng để thực hiện ngay trên người bệnh khi cần thiết	246	89,8
Có thể dự phòng phần lớn các trường hợp phản vệ xảy ra trong môi trường bệnh viện	242	88,3

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có thái độ rất tích cực về khả năng dự phòng phản vệ. Tỷ lệ trả lời tích cực dao động từ 88,3% đến 97,1%.

Bảng 7. Thái độ tích cực về khả năng xử trí phản vệ (n=274)

Thái độ tự tin vào khả năng xử trí phản vệ	Tần số	Tỷ lệ %
Có thể xác định được chính xác các thuốc cần thiết, đường dùng, liều dùng để xử trí phản vệ theo từng mức độ	261	95,3
Nhận thức rõ, khi có phản vệ xảy ra với người bệnh, Anh/chị sẽ phải là người thực hiện xử trí ngay theo phác đồ, mà không đợi bác sĩ ra y lệnh	267	97,4
Có tự tin vào khả năng xử trí người bệnh phản vệ của mình không?	254	92,7

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có thái độ rất tích cực về khả năng xử trí phản vệ. Tỷ lệ trả lời tích cực đạt trên 90%.

3.4. Đánh giá chung về kiến thức, thái độ dự phòng phản vệ (n=274)

Bảng 8. Kiến thức về dự phòng phản vệ (n=274)

Kiến thức	Tần số	Tỷ lệ %
Tốt	224	81,8
Trung bình	48	17,5
Kém	2	0,7

Bảng 9. Thái độ về dự phòng phản vệ (n=274)

Thái độ	Tần số	Tỷ lệ %
Tích cực	256	93,4
Chưa tích cực	18	6,6

Bảng 10. Điểm trung bình về kiến thức, thái độ (n=274)

Điểm trung bình	Tổng số câu hỏi đánh giá	TB±SD (câu) (Min-Max)
Kiến thức	29 câu	24,4±2,7 (11-29)
Thái độ	18 câu	17,1±1,8 (2-18)

Kiến thức:

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức tốt về phản vệ. Điểm trung bình kiến thức phản vệ là 24,4/29 điểm, thấp nhất là 11 điểm và cao nhất là 29 điểm. 81,8% có kiến thức tốt, 17,5 có kiến thức trung bình và 0,7% có kiến thức kém về phản vệ.

Thái độ:

Điều dưỡng và kỹ thuật viên có thái độ tích cực về phản vệ. Điểm thái độ phản vệ trung bình là 17,1/18 điểm. 93,4% có thái độ tích cực và 6,6% có thái độ chưa tích cực về phản vệ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về dự phòng và xử trí phản vệ

Kiến thức cơ bản về phản vệ bao gồm: khái niệm, nguyên nhân, thời gian xuất hiện triệu chứng, triệu chứng, chẩn đoán xác định, phân độ và diễn tiến của phản vệ. Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức cơ bản phản vệ khá tốt. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Văn Đĩnh [2]. Tốt hơn nghiên cứu của Sibabratta Patnaik [5].

Kiến thức công tác phòng ngừa phản vệ bao gồm: khai thác tiền sử dị ứng; chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu và trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khá tốt. Để dự phòng phản vệ cho người bệnh thì việc khai thác tiền sử dị ứng thuốc là vô cùng quan trọng. Nghiên cứu này có 96,4% biết khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh trước khi sử dụng thuốc; 77,7% biết nguyên tắc dự phòng phản vệ. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Bá Ngọc Thạch [3].

Kiến thức xử trí về phản vệ: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế về xử trí sốc phản vệ, đầu tiên phải ngừng tiếp xúc với dị nguyên, cho người bệnh nằm tại chỗ, ủ ấm, đặt người bệnh nằm đầu thấp, tiêm adrenalin dưới da theo liều lượng. Thuốc đầu tay trong điều trị sốc phản vệ tại bệnh viện là adrenalin, nhiều báo cáo đã chứng minh sử dụng adrenalin sớm, đúng đường dùng và liều dùng giúp hạn chế tiến triển xấu trên người bệnh bị phản vệ từ độ 2 [1]. Corticosteroid nên được coi là thuốc thứ hai, vì chúng có thể ngăn chặn phản ứng hai pha, nhưng tác dụng của chúng thường bắt đầu sau vài giờ [6]. Trong nghiên cứu này, 98,2% lựa chọn đúng adrenalin là thuốc đầu tay trong xử trí sốc phản vệ tại bệnh viện và 91,2% biết sử dụng liều adrenalin 1 mg/ml thực hiện cho người bệnh phản vệ độ 2 trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đĩnh [2] và Sibabratta Patnaik [5]. Điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức chưa tốt về cách pha adrenalin truyền tĩnh mạch và thời gian theo dõi sau cấp cứu phản vệ. Thấp hơn nghiên cứu

của Lê Bá Ngọc Thạch [3]. Nghiên cứu từ Iran báo cáo bác sĩ có kiến thức cao hơn đáng kể so với điều dưỡng trong việc xử lý phản vệ [4].

Phản ứng phản vệ có thể tiến triển nhanh và dẫn đến tử vong. Do đó, việc nhận biết các triệu chứng của phản vệ và điều trị bằng adrenalin sớm với liều lượng và đường dùng chính xác là rất quan trọng. Để giảm tỷ lệ tử vong và các tai biến, nhân viên y tế cần có kiến thức phòng, xử trí phản vệ nhằm cấp cứu một cách khẩn trương, nhanh chóng và tiến hành ngay tại chỗ. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng và kỹ thuật viên có kiến thức tốt về phản vệ, chiếm tỷ lệ 81,4%. Điểm trung bình kiến thức phản vệ là 24,4/29 điểm. Kết quả tương đồng với bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City là 8,24/10 điểm [2]. Cao hơn so với nghiên cứu của Ấn Độ là 6,29/10 điểm [5]. Bên cạnh đó, nghiên cứu đã xác định được những khoảng trống kiến thức phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên: cách pha loãng adrenalin truyền tĩnh mạch chậm; số lần theo dõi mạch, huyết áp sau khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin.

4.2. Thái độ về dự phòng và xử trí phản vệ

Thái độ phản vệ của đối tượng nghiên cứu được chia thành 3 nội dung chính: tự tin vào vào kiến thức phản vệ; tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ; tự tin vào khả năng xử trí phản vệ.

Tự tin vào kiến thức phản vệ: Điều dưỡng và kỹ thuật viên rất tự tin vào kiến thức phản vệ. Để nâng cao kiến thức trong đội ngũ nhân viên y tế can thiệp giáo dục là điều cần thiết. Ngoài các kiến thức từ các buổi giảng dạy/hội thảo do khoa phòng, bệnh viện tổ chức thì các bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên đóng vai trò như một thông tin quan trọng từ đồng nghiệp thông qua các kinh nghiệm cá nhân và tương tác thông qua công việc. Internet cũng là một nguồn hướng dẫn và kiến thức quan trọng cho tất cả nhân viên để tự tìm hiểu và cập nhật kiến thức mới. Việc tiếp thu kiến thức sẽ tốt hơn khi điều dưỡng và kỹ thuật viên đều có thái độ tích cực tìm hiểu và mong muốn cập nhật các kiến thức đúng và tốt nhất trong thực hành lâm sàng để chăm sóc người bệnh.

Tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ: Điều dưỡng và kỹ thuật viên rất tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ. Kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đĩnh: trên 90% có thái độ tích cực với việc hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu dị ứng tư vấn cho người bệnh để theo dõi dị ứng; cho lời khuyên giúp người bệnh ngăn ngừa/ giảm thiểu dị ứng trong tương lai [2]. Cao hơn một nghiên cứu tại Ấn Độ: 80% thường xuyên hướng dẫn người bệnh phát hiện các dấu hiệu nghi ngờ dị ứng và cho lời khuyên để ngăn ngừa/ giảm thiểu phản

ứng dị ứng trong tương lai, bằng cách khuyên người bệnh tránh xa tác nhân gây dị ứng hoặc gặp bác sĩ để khám chuyên khoa và nghe những lời khuyên của bác sĩ chuyên ngành dị ứng [5].

Tự tin vào khả năng xử trí phản vệ: Điều dưỡng và kỹ thuật viên rất tự tin vào khả năng dự phòng phản vệ. Cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đĩnh với 83,3% điều dưỡng tự tin vào khả năng xử trí phản vệ [2]. Nghiên cứu của Sibabratna Patnaik chỉ có 56% bác sĩ và điều dưỡng cảm thấy tự tin có thể điều trị một trường hợp phản vệ [5].

Nhìn chung, điều dưỡng và kỹ thuật viên có thái độ rất tích cực về phản vệ. Điểm trung bình thái độ phản vệ là 17,1/18 điểm. Vẫn còn một số chưa tự tin khi thực hiện dự phòng phản vệ cho người bệnh, chưa tự tin khi chia sẻ kinh nghiệm thực hành và kiến thức phản vệ cho đồng nghiệp. Hầu hết nhân viên đều quan tâm đến việc tham dự các chương trình đào tạo về sốc phản vệ và ủng hộ nhu cầu nâng cao nhận thức cộng đồng về sốc phản vệ, kết quả này tương tự như các nghiên cứu trên thế giới về phản vệ đã công bố [5]. Phản vệ là một phản ứng dị ứng nghiêm trọng cần được xử lý ngay vì nó khởi phát nhanh và có thể dẫn đến tử vong. Việc cải thiện kiến thức và thực hành của bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên để chẩn đoán và điều trị chính xác, kịp thời tình trạng phản vệ là rất quan trọng và cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng và kỹ thuật viên của Bệnh viện Nguyễn Trãi có kiến thức tốt và thái độ tích cực về phản vệ. Điểm trung bình kiến thức, thái độ tương ứng là 24,4/29 điểm, 17,1/18 điểm. Để nâng cao đồng thời kiến thức- thái độ về phản vệ của điều dưỡng và kỹ thuật viên chúng tôi có một số đề xuất sau: Các khoa phòng liên tục đào tạo và tái đào tạo cho nhân viên các kiến thức về phản vệ liên quan đến khái niệm, nguyên nhân, cơ chế, xử trí, điều trị theo quy định của Bộ Y tế và phác đồ trên thế giới. Phòng Điều dưỡng kiện toàn hệ thống quy trình và phác đồ chuẩn về xử trí phản vệ, quy trình báo cáo sự cố y khoa theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Tăng cường kiểm tra, giám sát thực hiện quy trình cấp cứu phản vệ. Tổ chức lồng ghép kiểm tra kiến thức và thực hành xử trí sốc phản vệ trong các cuộc thi tay nghề hàng năm.

Nghiên cứu trên 274 điều dưỡng và kỹ thuật viên tại Bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2024 cho thấy:

Kiến thức: Điểm trung bình $24,4 \pm 2,7/29$; 81,4% có kiến thức tốt, 17,9% trung bình và 0,7% kém. Các khoảng

trống chủ yếu liên quan đến kỹ năng pha loãng adrenalin truyền tĩnh mạch và theo dõi sau cấp cứu.

Thái độ: Điểm trung bình $17,1 \pm 1,8/18$; 93,4% có thái độ tích cực, thể hiện sự tự tin trong dự phòng và xử trí phản vệ, tuy nhiên một bộ phận nhỏ còn hạn chế khi chia sẻ kiến thức và hướng dẫn đồng nghiệp.

Kết quả cho thấy đội ngũ điều dưỡng và kỹ thuật viên có nền tảng kiến thức và thái độ tốt, nhưng bệnh viện vẫn cần: (i) Tổ chức các buổi tập huấn và tái đào tạo thường xuyên về phản vệ, tập trung vào những nội dung còn hạn chế (như nguyên tắc dự phòng, pha loãng và sử dụng adrenalin, theo dõi người bệnh sau cấp cứu); Xây dựng môi trường hỗ trợ: Tạo điều kiện để điều dưỡng và kỹ thuật viên chia sẻ kiến thức, kinh nghiệm thực tế nhằm củng cố thái độ tích cực và sự tự tin trong dự phòng – xử trí phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Thông tư số 51/2017/TT-BYT, ngày 29/12/2017, Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
2. Nguyễn Văn Đĩnh, Hoàng Thị Giang và cộng sự (2022). Kiến thức, thái độ và mức độ tuân thủ thực hành của điều dưỡng với phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times city. *Tạp chí Nhi khoa*, 16- 01. <https://doi.org/10.52724/tcnk.v16i1.155>

3. Lê Bá Ngọc Thạch, Nguyễn Thế Vinh và cộng sự (2020) Đánh giá kiến thức về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của điều dưỡng bệnh Viện bỏng quốc gia Lê Hữu Trác. *Tạp chí Y học Thâm hoạn và Bỏng*, 5, 95-101. <https://jbdmp.vn/index.php/yhthvb/article/view/198>

4. Gharagozlou M, Afrough R, Malekzadeh I, Tavakol M (2019). Knowledge, attitude and practice of general practitioners and pediatricians regarding food allergy in Iran. *Rev Fr Allergol*; 59 (06) 421-426

5. Patnaik S, Krishna S, Jain MK (2020). Knowledge, Attitude, and Practice regarding Anaphylaxis among Pediatric Health Care Providers in a Teaching Hospital. *Journal of Child Science*.10(1): e224-e229. doi:10.1055/s-0040-1720955

6. Simons FE. Anaphylaxis: Recent advances in assessment and treatment (2009). *J Allergy Clin Immunol*. Oct;124(4):625-36; quiz 637-8. doi: 10.1016/j.jaci.2009.08.025. PMID: 19815109.

7. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY; World Allergy Organization. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis (2011). *World Allergy Organ J*. Feb;4(2):13-37. doi: 10.1097/WOX.0b013e318211496c. Epub 2011 Feb 23. PMID: 23268454; PMCID: PMC3500036.

TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH GOUT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

MEDICATION ADHERENCE IN GOUT PATIENTS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

NGUYỄN THỊ THÙY LINH¹, PHẠM THỊ TRANG¹,
PHẠM THỊ HỒNG HẠNH¹, ĐINH THỊ TUYẾT¹,
NGUYỄN THỊ THANH¹, NGUYỄN ANH TUẤN¹,
HOÀNG THỊ PHƯƠNG²

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

²Trường Đại học Công nghệ Đông Á

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc và khảo sát một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh mắc bệnh gout tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 người bệnh gout đang điều trị ngoại trú tại khoa Cơ xương khớp-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc MMAS-8 của Morisky và sử dụng phần mềm SPSS26.0 để phân tích số liệu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc theo thang đo MMAS-8 là 52,7%. Nghiên cứu tìm ra những người bệnh thường xuyên tái khám theo hẹn có tỷ lệ tuân thủ cao hơn những người không, với $p < 0,05$.

Kết luận: Cần nâng cao kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị trong đó có tuân thủ sử dụng thuốc cho người bệnh gout bằng nhiều hình thức khác nhau, trong đó cần thúc đẩy vai trò của hệ thống công nghệ để nhắc nhở người bệnh tái khám và không quên uống thuốc hàng ngày.

Từ khóa: điều dưỡng, bệnh gout, tuân thủ sử dụng thuốc

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of medication adherence and survey some factors related to medication adherence of gout patients at the Department of Rheumatology, 108 Military Central Hospital.

Method: cross-sectional descriptive study on 108 gout patients receiving outpatient treatment at the Department

of Rheumatology - 108 Military Central Hospital from September 2023 to May 2024. The study used MMAS-8 medication adherence assessment tool and used SPSS26.0 software to analyze data.

Results: The rate of patients adhering to medication according to the MMAS-8 scale was 52.7%. The study found that patients who regularly returned for follow-up appointments had a higher rate of medication adherence than those who did not, with $p < 0.05$.

Conclusion: It is necessary to improve knowledge and practice on treatment adherence, including medication adherence for gout patients in many different forms, in which it is necessary to promote the role of technology systems to remind patients to return for check-ups and not forget to take medication every day.

Keywords: nursing, gout, medication adherence.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gout là bệnh lý mãn tính do lắng đọng các tinh thể muối Urat xung quanh và bên trong khớp, dẫn đến viêm, gây đau đớn và phá hủy khớp của người bệnh[1]. Theo một số hướng dẫn lâm sàng, việc kiểm soát nồng độ axit Uric về mức $360\mu\text{mol/L}$ (6mg/dL) giúp kiểm soát được các đợt cấp của bệnh, giảm kích thước các hạt tophi và lắng đọng nguồn dự trữ tinh thể urat trong mô hoạt dịch [2]. Các hướng dẫn cũng khuyến cáo việc thay đổi lối sống như: chế độ ăn, lối sống lành mạnh và thực hiện tuân thủ điều trị là chìa khóa trong điều trị, phòng biến chứng của bệnh gout [2].

Nồng độ axit Uric hoàn toàn có thể hoàn toàn kiểm soát được nếu người bệnh tuân thủ dùng thuốc, theo một số nghiên cứu có tới 90% người bệnh được tư vấn giáo dục

sức khỏe kết hợp với việc tuân thủ dùng thuốc điều trị thì nồng độ axit uric được kiểm soát ở mức cho phép[3],[4]. Mặc dù vậy, việc tuân thủ điều trị của người bệnh gout vẫn chưa cao, đạt thấp nhất trong nhóm tuân thủ điều trị các bệnh mãn tính[5], có tới hơn 50% người bệnh gout không tuân thủ điều trị thuốc hạ axit uric và ngừng điều trị trong vòng 12 tháng [4],[6] dẫn đến các cơn đau cấp tính, biến dạng khớp và các biến chứng nguy hiểm tại các cơ quan đích như thận, tim cho người bệnh. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh gout tuân thủ điều trị không cao [7],[8].

Tại Khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 hàng tháng khám và điều trị cho hàng trăm người bệnh mắc bệnh gout. Nhận thấy vai trò của tuân thủ dùng thuốc trong điều trị các bệnh mãn tính rất quan trọng, nhưng chưa có khảo sát nào đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh gout tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu chính sau :

Đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc và khảo sát một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh mắc bệnh gout tại Khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh mắc bệnh gout điều trị ngoại trú tại khoa Cơ xương khớp-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán gout và được điều trị ngoại trú theo đơn thuốc.

- Người bệnh đủ khả năng nghe, nói, đọc, viết.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh điều trị ngoại trú các bệnh lý về xương, khớp không gout.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu tiến hành tại phòng khám cơ xương khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

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

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện. Trong thời gian từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024, nghiên cứu đã lựa chọn được 108 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập số liệu: Bộ công cụ thu thập số liệu gồm có 2 phần:

Phần 1: Các thông tin chung về người bệnh: tuổi, giới, trình độ học vấn, đặc điểm về bệnh của người bệnh (thời gian mắc bệnh, thời gian tái khám gần nhất, tình trạng tham gia câu lạc bộ).

Phần 2: Các thông tin về tuân thủ điều trị thuốc. Phần này chúng tôi sử dụng thang đo MMAS-8 của Morisky đã được chuẩn hóa sử dụng cho khảo sát tuân thủ dùng thuốc của người bệnh mắc bệnh mạn tính[9]. Thang đo gồm có 8 câu hỏi, mỗi câu trả lời "có" được tính 0 điểm, câu trả lời "không" được tính 1 điểm. Người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc khi tổng điểm của thang MMAS-8 ≥ 6 điểm và không tuân thủ khi điểm thang MMAS-8 < 6 điểm [9].

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát độ tin cậy Bộ công cụ và thu được giá trị Cronbach's Alpha là 0,69.

Cách thu thập số liệu: Sử dụng phương pháp phỏng vấn người bệnh. Quy trình thu thập số liệu như sau:

Nghiên cứu viên chính tập huấn phương pháp thu thập số liệu cho thành viên trong nhóm sau khi đã xây dựng xong bộ công cụ.

Dựa trên dữ liệu đăng ký khám bệnh mỗi sáng hàng ngày, nhóm nghiên cứu phân công thành viên trong nhóm sắp xếp thời gian xuống gặp trực tiếp người bệnh để trao đổi về mục tiêu nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn trong lúc người bệnh chờ kết quả xét nghiệm (khi đã được người bệnh đồng thuận tham gia nghiên cứu).

Số liệu được thu thập cho đến khi kết thúc thời gian nghiên cứu, tất cả các phiếu hợp lệ đều được sử dụng vào phân tích số liệu.

2.6. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS26.0 để xử lý số liệu, các phân tích thống kê tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả các biến định lượng và định tính; kiểm định Chi-square để kiểm định các mối liên quan. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học (n=108)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	Tuổi trung bình	41±6,87	
	Độ tuổi ≥ 40 tuổi	89	82,4
	Độ tuổi < 40 tuổi	19	17,6
Giới tính	Nam	103	95,4
	Nữ	5	4,6
Trình độ học vấn	≤ THPT	40	37,0
	> Trung học phổ thông (THPT)	68	63,0

Nhận xét: Người bệnh có độ tuổi trên 40 chiếm đa số với 82,4%. Nam chiếm 95,4%. Trình độ học vấn cao, với số người có trình độ trên THPT là 63,0%.

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh (n=108)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Năm mắc bệnh	≥ 5 năm	79	73,1
	< 5 năm	29	26,9
Tái khám theo hẹn	Có	39	36,1
	Không	69	63,9

Nhận xét: Tỷ lệ người mắc bệnh trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao gấp 3 lần dưới 5 năm, nhưng chỉ có 36,1% người tái khám theo hẹn.

3.2. Đặc điểm về tuân thủ dùng thuốc của người bệnh

Bảng 3. Đặc điểm tuân thủ dùng thuốc của người bệnh (n=108)

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Đôi khi quên dùng thuốc	63	58,3
2	Trong hai tuần qua có ngày không uống thuốc	48	44,4
3	Quên hoặc ngừng dùng thuốc mà không nói với bác sĩ vì cảm thấy sức khỏe tệ hơn khi không dùng thuốc	47	43,5
4	Quên không mang theo thuốc khi ra khỏi nhà trong vài ngày	63	58,3

STT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
5	Không uống thuốc ngày hôm qua	17	15,7
6	Tự ý ngưng thuốc do thấy bệnh đã thuyên giảm	60	55,6
7	Cảm thấy phiền phức khi phải theo đúng kế hoạch điều trị của mình	44	40,7
8	Thường xuyên gặp phải khó khăn khi phải nhớ dùng tất cả các loại thuốc của bác sĩ đã kê	48	44,4

Nhận xét: một số đặc điểm nổi bật trong tuân thủ sử dụng thuốc, gồm: tỷ lệ người bệnh đôi khi quên uống thuốc chiếm tới trên 50%; nguyên nhân do: tỷ lệ người bệnh không mang thuốc theo người khi ra khỏi nhà trong một thời gian là 58,3%; tỷ lệ người bệnh tự ngưng thuốc khi thấy bệnh đã giảm là 55,6%.

Bảng 4. Mức độ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh (n=108)

Tuân thủ sử dụng thuốc	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tuân thủ	57	52,8
Không tuân thủ	51	47,2

Nhận xét: có 57 người bệnh (52,8%) người bệnh gout có tuân thủ dùng thuốc.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của người bệnh

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của người bệnh gout

Đặc điểm người bệnh Có tuân thủ Số lượng (%)	Tuân thủ dùng thuốc		OR (95%CI)	P	
	Không tuân thủ Số lượng (%)	Tuân thủ Số lượng (%)			
Độ tuổi	≥ 40 tuổi	48 (53,9)	41 (46,1)	1,3 (0,95-2,89)	0,12
	< 40 tuổi	9 (47,4)	10 (52,6)		
Giới tính	Nam	54 (52,4)	49 (47,6)	0,73 (0,37-1,67)	0,15
	Nữ	3 (60,0)	2 (40,0)		
Trình độ học vấn	≤ THPT	22 (55,0)	18 (45,0)	1,15 (0,78-3,24)	0,2
	> THPT	35 (51,5)	33 (48,5)		

Đặc điểm người bệnh Có tuân thủ Số lượng (%)		Tuân thủ dùng thuốc		OR (95%CI)	p
		Không tuân thủ Số lượng (%)			
Năm mắc bệnh	≥ 5 năm	41 (51,9)	38 (48,1)	0,87 (0,41-2,11)	0,23
	< 5 năm	16 (55,2)	13 (44,8)		
Tái khám theo hẹn	Có	29 (74,4)	10 (25,6)	4,24 (2,46-6,12)	0,003
	Không	28 (40,6)	41 (59,4)		

Nhận xét: những người tái khám theo hẹn có khả năng tuân thủ thuốc cao hơn những người không tái khám theo hẹn ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu sử dụng thang đo MMAS-8 để đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh gout điều trị ngoại trú tại khoa Cơ xương khớp-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tỷ lệ người bệnh tuân thủ dùng thuốc là 52,8%. Trong một số nghiên cứu trước đây, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh gout cũng không cao, như: kết quả nghiên cứu của Phạm Hồng Thắm và cộng sự (56,2% người bệnh tuân thủ mức trung bình, 37% tuân thủ mức tốt và 6,8% tuân thủ mức kém) [7], hay nghiên cứu của Kiều Lan Hương (có 64,3% tuân thủ mức kém, 34,3% tuân thủ mức trung bình và 1,4% tuân thủ mức tốt) [8]. Tìm hiểu kỹ hơn về nguyên nhân người bệnh không uống thuốc đều đặn, kết quả nghiên cứu cho thấy: có tới 58,3% người bệnh đôi khi quên dùng thuốc, 55,6% người bệnh tự ý ngưng thuốc do nhận thấy bệnh đã thuyên giảm. Nghiên cứu của Kiều Lan Hương có tới 72,9% người bệnh tự ý ngưng thuốc khi thấy hết cơn đau [8]. Nghiên cứu của Murat và cộng sự cho thấy: 50% người bệnh chỉ uống thuốc khi bệnh phát cấp tính, 35,7% do quên không uống thuốc và 48,6% không nhận thấy vai trò quan trọng của việc duy trì thuốc thường xuyên và đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng ảnh hưởng của bệnh gout đến cuộc sống hàng ngày [10].

Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc và nguyên nhân người bệnh không uống thuốc đúng theo phác đồ điều trị giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể do các chương trình tư vấn sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc hiện nay là các

phần mềm nhắc nhở người bệnh mãn tính uống thuốc hàng ngày. Mặt khác, ngày nay một số câu lạc bộ người bệnh cơ xương khớp được thành lập với mục đích cập nhật những thông tin về các bệnh cơ xương khớp, các lưu ý điều trị và theo dõi các nguy cơ biến chứng. Trong câu lạc bộ sự trao đổi thông tin giữa người bệnh và nhân viên y tế sẽ được cập nhật thường xuyên, đặc biệt là chế độ nhắc nhở người bệnh tuân thủ điều trị. Như vậy, việc lập và duy trì các hình thức kết nối nhắc nhở người bệnh điều trị ngoại trú là một hình thức tư vấn sức khỏe quan trọng giúp mang lại hiệu quả điều trị và kiểm soát được nguy cơ biến chứng của bệnh cho người bệnh.

Khi khảo sát tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của người bệnh, nghiên cứu đã tìm ra đặc điểm người bệnh thường xuyên tái khám theo hẹn có mức tuân thủ cao hơn 4,24 lần những người không ($p < 0,05$). Trên lâm sàng, trong mỗi buổi khám cho người bệnh ngoại trú ngoài việc thăm khám lâm sàng và kiểm tra các chỉ số cận lâm sàng, bác sĩ và điều dưỡng giải thích, thông báo diễn biến bệnh, tình trạng hiện tại và nguy cơ các biến chứng, đồng thời tư vấn về tuân thủ dùng thuốc và các chế độ ăn, chế độ vận động, nghỉ ngơi cho người bệnh. Do vậy, người bệnh sẽ nhận thức rõ hơn về bệnh tật của mình và hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, giới, trình độ học vấn với tuân thủ dùng thuốc. Tuy nhiên, trên thực tế việc tuân thủ dùng thuốc có thể liên quan nhiều đến việc người bệnh được người sống cùng nhắc nhở uống thuốc hoặc người bệnh có học vấn cao, có khả năng tìm hiểu cập nhật thông tin về bệnh và các biến chứng của bệnh. Vấn đề này có thể là một hạn chế trong nghiên cứu mà chúng tôi cần phải tìm hiểu kỹ hơn khi triển khai các nghiên cứu tiếp sau trong thời gian tới để làm rõ hơn các yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc ở người bệnh gout.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ dùng thuốc theo thang đo MMAS-8 là 52,7%. Đáng lưu ý có 58,7% người bệnh đôi khi quên dùng thuốc, 58,3% người bệnh quên mang thuốc khi ra khỏi nhà trong vài ngày, 55,6% người bệnh tự ý ngưng thuốc khi thấy bệnh thuyên giảm. Nghiên cứu tìm

ra những người bệnh thường xuyên tái khám theo hẹn có tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao hơn những người không, với $p < 0,05$. Cần nâng cao truyền thông, tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh gout để nâng cao mức độ tuân thủ điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi HK, Curhan G. Gout: epidemiology and lifestyle choices. *Curr Opin Rheumatol*. 2005;17(3):341–345.
2. Mikuls TR, MacLean CH, Olivieri J, et al. Quality of care indicators for gout management. *Arthritis Rheum*. 2004;50(3):937–943.
3. Rees F, Jenkins W, Doherty M. Patients with gout adhere to curative treatment if informed appropriately: proof-of-concept observational study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2013;72:826–830
4. Doherty M, Jansen TL, Nuki G, Pascual E, Perez-Ruiz F, et al. Gout: why is this curable disease so seldom cured? *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2012;71:1765–1770.
5. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*. 2008;28(4):437–443.
6. De Vera MA, Marcotte G, Rai S, Galo JS, Bhole V. Medication adherence in gout: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66(10):1551–1559.
7. Nguyễn Ngọc Hưng, Trần Mai Thanh Ngân, Nguyễn Minh Thái, Nguyễn Cấp Tăng, Phạm Hồng Thắm. Tình hình sử dụng thuốc và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân điều trị gout tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540, tháng 7- số chuyên đề-2024, 284-293.
8. Kiều Lan Hương, Hoàng Văn Dũng, Trần Thị Ngọc Xuyên. Khảo sát mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với mục tiêu điều trị ở bệnh nhân gút. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502, số đặc biệt-2021, 87-92.
9. Tan CSL, Teng GG, Chong KJ, et al. Utility of the Morisky Medication Adherence Scale in gout: a prospective study. *Original Research*, Published online: 02Dec 2016, 2449-2457.
10. Murat BG, Riza CK, Dilara KS, Ridvan M and Mehmet ET. Evaluation of treatment compliance in gout patients: a patient-centered study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 55 (2), 413-422.

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH 1 BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

EVALUATION OF PATIENT CARE AFTER PERMANENT PACEMAKER IMPLANTATION
AT DEPARTMENT OF CARDIOLOGY 1, NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

TRẦN THỊ HIỀN, NGUYỄN THỊ HOÀN
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn và bước đầu đánh giá một số giải pháp nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Khoa Nội Tim mạch 1, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên tất cả người bệnh có chỉ định đã được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tham gia nghiên cứu và toàn bộ điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Khoa Nội Tim mạch 1/Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024 (tiến hành nghiên cứu trên 39 người bệnh và 12 điều dưỡng viên).

Kết quả: Công tác chăm sóc thực thể cho người bệnh cơ bản tốt (theo dõi dấu hiệu sinh tồn đạt 100%, công tác chăm sóc khác cũng đạt trên 80%). Người bệnh sử dụng thuốc tuân thủ 5 đúng: Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng đường dùng, đúng thời gian, đúng liều. Công tác chăm sóc tinh thần cho người bệnh tốt (cơ bản 100% thường xuyên thực hiện). Có 89,7% người bệnh hài lòng; 10,3% người bệnh rất hài lòng về quá trình chăm sóc của điều dưỡng.

Kết luận: Thông qua quan sát các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng cho thấy 100% các đánh giá đều hiệu quả. Mức độ hài lòng của người bệnh đều đạt trên 90% cho thấy sự hài lòng cao hài lòng về chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở Khoa Tim mạch 1, Bệnh viện HNĐK Nghệ An. Hướng về người bệnh để chăm sóc không chỉ về thân bệnh mà còn cả tâm bệnh và kinh phí chữa trị nhằm mang đến sự tin cậy, hài lòng của nhiều người bệnh sau khi được điều trị. Để chăm sóc sức khỏe cho người bệnh một cách toàn diện thì các điều dưỡng viên phải là người có chuyên môn, kỹ năng,

được đào tạo bài bản và chuyên nghiệp, đồng thời cần được tập huấn, đào tạo thường xuyên.

Từ khóa: Máy tạo nhịp tim, chăm sóc của điều dưỡng, sự hài lòng

ABSTRACT

Objective: To describe the current state of care for patients with permanent pacemaker implantation and to provide an initial assessment of some solutions aimed at improving the quality of care for these patients at Cardiology Department 1, Nghe An General Friendship Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on all patients who had a permanent pacemaker implanted and agreed to participate in the study, along with all nurses directly involved in the care of these patients at Cardiology Department 1, Nghe An General Friendship Hospital, from January 2024 to June 2024 (a total of 39 patients and 12 nurses).

Results: Physical care for patients was generally good (100% of vital signs were monitored, and other care activities reached over 80%). Patients adhered to the "five rights" of medication administration: right patient, right drug, right route, right time, and right dose. Mental health support for patients was also well implemented (almost 100% of nurses reported routinely providing it). Regarding satisfaction, 89.7% of patients were satisfied, and 10.3% were very satisfied with the care provided by the nursing staff.

Conclusion: Observations of nursing activities showed that 100% of the care assessments were effective. Patient satisfaction levels exceeded 90%, indicating high satisfaction with the quality of care for patients with permanent pacemakers at Cardiology Department 1,

Nghe An General Friendship Hospital. Patient-centered care should address not only physical illnesses but also mental well-being and treatment costs to build trust and satisfaction among patients after treatment. To provide comprehensive healthcare, nurses must possess professional expertise, skills, and be well-trained and professional. Regular training and refresher courses are also essential.

Keywords: Pacemaker, nursing care, patient satisfaction.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, các rối loạn nhịp tim (RLNT) vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến Tỷ lệ tử vong cao của các bệnh tim mạch. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị RLNT có hiệu quả cao mang một ý nghĩa lâm sàng to lớn.

Máy tạo nhịp là một thiết bị cải thiện tình trạng hoạt động điện của tim khi khả năng phát nhịp và/hoặc dẫn truyền trong tim không hoạt động bình thường. Tim co bóp (bơm máu) nhờ những tế bào phát xung nút xoang theo hệ thống dẫn truyền nhĩ thất kích thích cơ tim co bóp để bơm máu vào hệ thống tuần hoàn. Vì vậy, khi một yếu tố nào đó tác động và làm rối loạn sự hình thành hay dẫn truyền xung động, có thể dẫn đến tim không hoạt động như bình thường. Tại nước ta, chỉ định tạo nhịp tim cho bệnh lý nút xoang đứng hàng thứ 2 sau chỉ định block nhĩ thất [5]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành “Đánh giá công tác chăm sóc người bệnh sau đặt máy tạo nhịp tại Khoa Nội Tim mạch 1/Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An” với mục tiêu: Mô tả công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn và bước đầu đánh giá một số giải pháp nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Khoa Nội Tim mạch 1, Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa (HNĐK) Nghệ An năm 2024.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Khoa Tim mạch 1/Bệnh viện HNĐK Nghệ An. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024.

Đối tượng: 39 người bệnh có chỉ định đã được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đồng ý tham gia nghiên cứu và

12 điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Công cụ: Phiếu quan sát trực tiếp điều dưỡng thực hiện các công việc chăm sóc trên người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bao gồm: Điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc thực thể cho người bệnh; Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu sử dụng thuốc cho người bệnh; Điều dưỡng thực hiện chăm sóc tinh thần cho người bệnh. Phiếu khảo sát ý kiến của NB về quá trình chăm sóc của điều dưỡng, gồm các biến khảo sát như: Tuổi; giới tính; học vấn; đau; liền vết mổ; phòng biến chứng; giáo dục sức khỏe; dùng thuốc; hài lòng chung.

Quan sát: Quan sát trực tiếp điều dưỡng thực hiện các hoạt động chăm sóc cho người bệnh ở các thời điểm khác nhau. Cán bộ quan sát không để điều dưỡng nhận thấy có người đang quan sát quá trình thực hiện công việc chăm sóc.

Biến nghiên cứu: Mỗi điều dưỡng thực hiện các nội dung chăm sóc hàng ngày từ lúc người bệnh được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đến trước lúc người bệnh ra viện. Hoạt động được thực hiện hàng ngày = thường xuyên; hoạt động thực hiện < 3 lần/tuần = thỉnh thoảng, hiếm khi. Sử dụng phiếu khảo sát để thu thập thông tin về đánh giá của người bệnh đối với hoạt động chăm sóc của điều dưỡng. Người bệnh được phát phiếu vào ngày thứ 3 sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, người bệnh tự điền phiếu khảo sát trước sự có mặt của cán bộ thu thập số liệu.

Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 20.0 kết hợp thống kê trên excel để tổng hợp số liệu.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng nghiệm thu đề tài cơ sở tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Người bệnh được giải thích rõ ràng mục đích và nội dung của nghiên cứu, nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ điều dưỡng tham gia nghiên cứu đều được thông tin đầy đủ về mục đích, phương pháp và tự nguyện ký cam kết tham gia.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của điều dưỡng

Trong số 12 điều dưỡng được quan sát, có 1 điều dưỡng có trình độ sau đại học (chiếm 0,83%); 23,07% có trình độ đại học và 66,67% có trình độ cao đẳng. Có 33,33% số điều dưỡng có thâm niên dưới 10 năm, 50% có thâm niên từ 10 năm – 20 năm, 16,67% số điều dưỡng có thâm niên trên 20 năm.

3.2. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Trong 39 người bệnh, tuổi từ 61-80 tuổi là 20 người chiếm 51,2% số người bệnh, bên cạnh đó số lượng người trên 80% là 12 người chiếm 30,8%. Có thể thấy người bệnh có chỉ định và được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đa số là người cao tuổi. Ở độ tuổi này công tác chăm sóc của điều dưỡng không chỉ cần chăm sóc về thể chất, về y tế mà còn chăm sóc tốt cả tinh thần người bệnh. Giới tính của người bệnh: có 53,8% người bệnh nam và 47,2% người bệnh nữ. Có 20,5% có trình độ học vấn trung học phổ thông; 51,3% có trình độ Trung cấp chuyên nghiệp; 25,6% có trình độ Đại học/Cao đẳng và 2,6% có trình độ sau đại học.

3.3. Thực hiện chăm sóc của điều dưỡng

Bảng 1. Điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc thực thể cho NB

Nội dung (n=12)	Thỉnh thoảng, hiếm khi		Thường xuyên	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	0	0	12	100
Chăm sóc tình trạng đau vết thương của NB	1	8,3	11	91,7
Chăm sóc quá trình liền vết thương của NB	2	16,7	10	83,3
Hướng dẫn, hỗ trợ NB vận động, đi lại	2	16,7	10	83,3
Tư vấn về dinh dưỡng	1	8,3	11	91,7
Tư vấn, cung cấp cho NB kiến thức về biến chứng	2	16,7	10	83,3

Công tác chăm sóc thực thể cho người bệnh cơ bản tốt. Đặc biệt người bệnh được theo dõi dấu hiệu sinh tồn đạt 100%. Các công tác chăm sóc khác cũng đạt trên 80% thường xuyên thực hiện.

Bảng 2. Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu sử dụng thuốc cho NB

Nội dung (n=12)	Thỉnh thoảng, hiếm khi		Thường xuyên	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Động viên NB sử dụng thuốc	1	8,4	11	91,6
Hướng dẫn, giải thích cho NB về tác dụng, liều dùng và những biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng thuốc	3	25	9	75
Cho NB uống thuốc ngay tại giường bệnh	1	8,4	11	91,6
Thực hiện tiêm thuốc, truyền dịch đúng thời gian	0	0	12	100
Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc cho NB.	3	25	9	75
Công khai thuốc hàng ngày cho NB	0	0	12	100

Người bệnh sử dụng thuốc tuân thủ 5 đúng: Đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng đường dùng, đúng thời gian, đúng liều.

Bảng 3. Thực hiện chăm sóc tinh thần cho người bệnh của điều dưỡng

Nội dung (n=12)	Thỉnh thoảng, hiếm khi		Thường xuyên	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Tư vấn, giáo dục sức khỏe về các biến chứng sau đặt máy tạo nhịp	2	16,7	10	83,3
Hướng dẫn cho NB tự chăm sóc, theo dõi sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn	0	0	12	100
Giao tiếp với người bệnh bằng thái độ ân cần và thông cảm.	0	0	12	100
Được động viên NB an tâm điều trị	1	8,4	11	91,6
Giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc của người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc.	2	16,7	10	83,3

Công tác chăm sóc tinh thần cho người bệnh cơ bản tốt. Cao nhất là Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc, theo dõi sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn 100% thường xuyên làm; giao tiếp với người bệnh bằng thái độ ân cần và thông cảm 100% thường xuyên làm. Các công tác chăm sóc tinh thần khác đều đạt trên 80% số nhân viên thường xuyên thực hiện.

3.4. Đánh giá của người bệnh về quá trình chăm sóc của điều dưỡng

- Mức độ hài lòng của người bệnh về việc xử trí tình trạng đau ở vết mổ

Bảng 4. Mức độ hài lòng của NB về việc xử trí tình trạng đau ở vết mổ

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	05	12,8	
Hài lòng	32	82,1	
Phân vân	02	5,1	

Theo bảng trên, có 32 người bệnh hài lòng về việc xử trí tình trạng đau ở vết mổ, chiếm 82,1% tổng số người bệnh; 12,8% người bệnh đánh giá là rất hài lòng; tỷ lệ người bệnh phân vân là 5,1%.

- Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian liền vết mổ

Bảng 5. Mức độ hài lòng của người bệnh về thời gian liền vết mổ

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	02	5,1	
Hài lòng	36	92,3	
Phân vân	01	2,6	

Theo bảng trên, có 92,3% người bệnh hài lòng về thời gian liền vết mổ; 5,1% người bệnh đánh giá là rất hài lòng; tỷ lệ người bệnh phân vân là 2,6%.

- Mức độ hài lòng của người bệnh về việc phòng biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 6. Mức độ hài lòng của người bệnh về việc phòng biến chứng sau phẫu thuật

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	03	7,7	
Hài lòng	35	89,7	
Phân vân	01	2,6	

Theo bảng trên, có 89,7% NB hài lòng về việc phòng biến chứng sau phẫu thuật; 7,7% NB đánh giá là rất hài lòng; tỷ lệ người bệnh phân vân là 2,6%.

- Mức độ hài lòng của người bệnh về việc được nhân viên y tế giáo dục sức khỏe.

Bảng 7. Mức độ hài lòng của người bệnh về việc được nhân viên y tế giáo dục sức khỏe

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	06	15,3	
Hài lòng	32	82,1	
Phân vân	01	2,6	

Theo bảng trên, có 82,1% NB hài lòng về việc được nhân viên y tế giáo dục sức khỏe; 15,3% NB đánh giá là rất hài lòng; tỷ lệ NB phân vân là 2,6%.

- Mức độ hài lòng của người bệnh về việc dùng thuốc cho người bệnh

Bảng 8. Mức độ hài lòng của người bệnh về việc dùng thuốc cho người bệnh

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	04	10,2	
Hài lòng	34	87,1	
Phân vân	01	2,6	

Theo bảng trên, có 87,1% người bệnh hài lòng về việc dùng thuốc; 10,2% người bệnh rất hài lòng; tỷ lệ người bệnh phân vân là 2,6%.

- Mức độ hài lòng chung của người bệnh

Bảng 9. Mức độ hài lòng chung của người bệnh

Nội dung (n=39)	Số lượng (người bệnh)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Rất hài lòng	04	10,3	
Hài lòng	35	89,7	
Phân vân	0	0	

Theo bảng trên, về mức độ hài lòng chung, có 89,7% người bệnh hài lòng; 10,3% người bệnh rất hài lòng.

4 BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm nhân khẩu học

Về trình độ học vấn của điều dưỡng: 0,83% sau đại học; 23,07% đại học và 66,67% cao đẳng. Như vậy, lực lượng điều dưỡng của Khoa chiếm chủ yếu trình độ đại học. Cho thấy, nguồn điều dưỡng của Khoa có chất lượng tương

đối cao. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng sau đại học chưa cao. Trong thời gian tới, Khoa có thể tạo điều kiện để tăng tỷ lệ điều dưỡng có trình độ sau đại học lên nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc.

Về thâm niên của điều dưỡng: Có 33,33% dưới 10 năm; 50% từ 10–19 năm; 16,67% trên 20 năm. Như vậy, số điều dưỡng có thâm niên từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ khá cao. Tỷ lệ trên 20 năm và dưới 10 năm là tương đối, tạo điều kiện tốt cho sự học hỏi nâng cao kinh nghiệm cho nhân lực trẻ. Tỷ lệ từ 10–19 năm chiếm 50%, đây là lượng nhân lực đông đảo, vừa có sức khỏe, vừa có nhiều kinh nghiệm.

Về độ tuổi của người bệnh: Trên 80 tuổi chiếm 30,8%; từ 61-80 tuổi chiếm 51,2%; từ 41-60 tuổi chiếm 10,3%; dưới 40 tuổi chiếm 7,7%. Như vậy, độ tuổi của người bệnh khá cao, là độ tuổi dễ phát sinh các bệnh lý trên hệ tim mạch [1], dẫn đến các nhu cầu chăm sóc lớn từ nhân viên y tế và gia đình. Ngoài ra, độ tuổi có thể liên quan tới kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh [3].

Về giới tính của người bệnh: Có 47,2% nam và 53,8% nữ. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Đậu Thị Hằng và cộng sự [2] nhưng thấp hơn kết quả của Silverman và cộng sự [6]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về tình trạng dịch tễ học ở Mỹ và Việt Nam, cũng như thời điểm khảo sát.

Về trình độ học vấn của người bệnh: 20,5% THPT; 51,3% trung cấp CN; 25,6% Đại học/Cao đẳng và 2,6% sau đại học. Như vậy, đây là trình độ học vấn tương đối cao, có ảnh hưởng đến khả năng giáo dục sức khỏe. Ngoài ra, trình độ học vấn cũng có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị của người bệnh [3].

4.2. Đánh giá công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Khoa Tim mạch 1, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2024

Kết quả đánh giá thông qua quan sát các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng cho thấy 100% các đánh giá đều ở mức hiệu quả và rất hiệu quả; cho thấy sự thành công trong việc đưa bệnh nhân ra viện khỏe mạnh một phần quan trọng đến từ sự theo dõi chặt chẽ và chăm sóc cẩn thận của nhân viên điều dưỡng; khẳng định vai trò của điều dưỡng đối với việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh là rất quan trọng.

Theo kết quả nghiên cứu, mức độ hài lòng của người bệnh đều đạt gần 90% cho thấy sự hài lòng cao về chất

lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở Khoa Nội Tim mạch 1, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An là khá cao. Nghiên cứu của Quế Anh Trâm và Phan Thị Lụa [5] cũng chỉ ra việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh giúp cải tiến chất lượng khám chữa bệnh, góp phần xây dựng và phát triển bệnh viện. Trên cơ sở xác định và đo lường các yếu tố chất lượng dịch vụ y tế tác động lên sự hài lòng của người bệnh về chăm sóc sức khỏe bao gồm: điều kiện cơ sở vật chất, chỉ dẫn bố trí phòng làm việc, thủ tục quy trình dịch vụ, phong cách, phương thức cung cấp, thái độ, truyền thông, tác giả đưa ra quan điểm chất lượng dịch vụ giúp tạo động lực dẫn đến ý định lựa chọn bệnh viện của bệnh nhân.

Đáp ứng hài lòng của người bệnh là mục tiêu của toàn ngành y tế. Sự đánh giá khách quan của người dân đối với chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh sẽ giúp các cơ sở y tế tiếp tục hoàn thiện, khắc phục thiếu sót, cải tiến chất lượng để phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn. Tăng cường sự hài lòng của người dân với dịch vụ y tế, dịch vụ khám chữa bệnh là chỉ tiêu hết sức quan trọng của ngành y tế, thể hiện sự đánh giá khách quan của người dân đối với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.

Ý nghĩa của việc khảo sát hài lòng người bệnh không chỉ là đánh giá bao nhiêu phần trăm người dân hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh mà đánh giá những vấn đề người dân chưa hài lòng, để các cơ sở khám chữa bệnh tìm ra nguyên nhân và giải pháp khắc phục, cải tiến hướng tới mục tiêu phục vụ người bệnh tốt hơn.

Chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể đánh giá được hiệu quả của dịch vụ do Bệnh viện và ngành y tế cung cấp. Cho nên người bệnh chính là đối tượng trực tiếp xác định việc đánh giá uy tín chất lượng phục vụ dịch vụ ở Bệnh viện, trong đó một phần quan trọng là đánh giá tinh thần, thái độ, trách nhiệm phục vụ của nhân viên y tế.

4.3. Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn

Dựa vào kết quả khảo sát, các nội dung được Khoa đề xuất trong quá trình điều dưỡng thực hành chăm sóc người bệnh là: Theo dõi ECG monitor; theo dõi huyết động; đảm bảo máy còn hoạt động; đảm bảo an toàn về sử dụng điện; cài đặt lại máy sau khi phá rung; chăm sóc chân điện cực; để máy ở vị trí ít va chạm, đảm bảo máy

không bị chình do tình cờ; cung cấp thông tin về máy cho người bệnh và gia đình.

Từ phía người bệnh và gia đình đề xuất đối với công tác chăm sóc của điều dưỡng bao gồm: Đề phòng nguy cơ rất thấp bị nhiễm khuẩn; đề phòng nguy cơ chảy máu và bầm tím ở vị trí đặt máy tạo nhịp tim; đề phòng nguy cơ di lệch dây dẫn; đề phòng nguy cơ xảy ra các biến chứng; hướng dẫn các hoạt động có thể thực hiện và nên tránh thực hiện trong 24h đầu sau cấy máy tạo nhịp tim; hướng dẫn người bệnh các hoạt động có thể thực hiện và nên tránh thực hiện trong 2 tuần đầu; hướng dẫn người bệnh cách sử dụng các thiết bị điện tử; hướng dẫn người bệnh tắm đúng cách; hướng dẫn người bệnh tập thể dục đúng phương pháp; giúp người bệnh yên tâm khi cảm nhận trọng lượng của máy tạo nhịp tim ở vùng ngực.

Lấy người bệnh làm trung tâm, không chỉ điều trị hết bệnh mà còn phải làm người bệnh hài lòng với cung cách phục vụ, quan tâm đến tâm tư, cảm xúc của người bệnh, đáp ứng những yêu cầu cơ bản. Các điều dưỡng viên phải là người có chuyên môn, kỹ năng, được đào tạo bài bản và chuyên nghiệp để chăm sóc sức khỏe cho người bệnh một cách toàn diện và đưa ra quyết định có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh như mục tiêu, kế hoạch chăm sóc giúp cho người bệnh bình phục nhanh nhất.

5. KẾT LUẬN

Đánh giá công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Khoa Tim mạch 1, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2024.

Kết quả đánh giá thông qua quan sát các hoạt động chăm sóc của điều dưỡng cho thấy 100% các đánh giá đều hiệu quả. Mức độ hài lòng của người bệnh đều đạt trên 90% cho thấy sự hài lòng cao hài lòng về chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở Khoa Nội Tim mạch 1, Bệnh viện HNĐK Nghệ An.

Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Từ phía Khoa với góc nhìn chuyên môn đề xuất trong quá trình điều dưỡng thực hành chăm sóc người bệnh là: Theo dõi ECG monitor; theo dõi huyết động; đảm bảo máy còn hoạt động; đảm bảo an toàn về sử dụng điện; cài đặt lại máy sau khi phá rung; chăm sóc chân điện cực; để máy ở vị trí ít va chạm, đảm bảo máy không bị chình do tình cờ; cung cấp thông tin về máy cho người bệnh và gia đình.

Từ phía người bệnh và gia đình đề xuất đối với công tác chăm sóc của điều dưỡng bao gồm: Đề phòng nguy cơ rất thấp bị nhiễm khuẩn; đề phòng nguy cơ chảy máu và bầm tím ở vị trí đặt máy tạo nhịp tim; đề phòng nguy cơ di lệch dây dẫn; đề phòng nguy cơ xảy ra các biến chứng; hướng dẫn các hoạt động có thể thực hiện và nên tránh thực hiện trong 24h đầu sau cấy máy tạo nhịp tim; hướng dẫn người bệnh các hoạt động có thể thực hiện và nên tránh thực hiện trong 2 tuần đầu; hướng dẫn người bệnh cách sử dụng các thiết bị điện tử; hướng dẫn người bệnh tắm đúng cách; hướng dẫn người bệnh tập thể dục đúng phương pháp; giúp người bệnh yên tâm khi cảm nhận trọng lượng của máy tạo nhịp tim ở vùng ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đậu Đức Bảo (2022), “Thực trạng mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người cao tuổi trong cộng đồng tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2021”.
- Đậu Thị Hằng và các cộng sự (2023), “Đánh giá chức năng vận động khớp vai trước và sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai”, Tạp chí Y học Việt Nam. 522(2).
- Bùi Chí Anh Minh (2023), “Tìm hiểu yếu tố liên quan đến kiến thức tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại Khoa nội Tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2022”, Tạp chí Y học Việt Nam. 527(1).
- Quế Anh Trâm và Phan Thị Lụa (2023), “Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về thái độ giao tiếp của điều dưỡng tại Trung tâm bệnh nhiệt đới Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”, Tạp chí Y học Việt Nam. 529(2).
- Trương Quang Việt (2020), “Khảo sát kết quả ngắn hạn và sự thay đổi một số thông số tạo nhịp ở người bệnh hội chứng nút xoang bệnh lý được đặt máy tạo nhịp tim hai buồng, Đại học Y Hà Nội”.
- Silverman, Barbara G et al. (1995), “The epidemiology of pacemaker implantation in the United States”, Public Health Reports. 110(1), tr. 42.
- Jing, Songbo, et al. (2020), “Analysis of postoperative complications and risk factors in patients with permanent pacemaker implantation”, Journal of thoracic disease. 12(10), tr. 5980.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF ANAPHYLAXIS AMONG NURSES AT NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2024

ThS. NGUYỄN THỊ BÍCH NGÀ,
ThS. NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN VÀ CỘNG SỰ
Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2024 và xác định một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 294 điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Phổi Trung ương.

Kết quả: Đa số điều dưỡng có kiến thức, thái độ khá tốt về dự phòng và xử trí phản vệ. 81,3% điều dưỡng có kiến thức chung về phòng và xử trí phản vệ đạt, với điểm trung bình là $19,78 \pm 2,4$ trên tổng điểm 24. 87,6% điều dưỡng có thái độ tích cực chung về phòng và xử trí phản vệ. Nhóm điều dưỡng nữ và nhóm điều dưỡng đã tham gia đào tạo từ 2 lần trở lên có khả năng đạt được mức kiến thức cao hơn. Nhóm điều dưỡng có thâm niên làm việc từ 10 năm trở lên và làm việc tại các khoa có người bệnh nội trú thể hiện thái độ tích cực hơn so với các nhóm còn lại.

Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy, cần tổ chức các lớp đào tạo liên tục về phòng và xử trí phản vệ để duy trì và củng cố kiến thức cho điều dưỡng. Quan tâm đào tạo cho nhóm điều dưỡng chưa được đào tạo, nhóm điều dưỡng có kết quả đánh giá chưa đạt. Thường xuyên kiểm tra kiến thức trong thực hành lâm sàng của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ.

Từ khóa: Điều dưỡng, phản vệ, Bệnh viện Phổi Trung ương.

ABSTRACT

Objective: To describe knowledge, attitudes regarding the prevention and management of anaphylaxis among nurses at National Lung Hospital in 2024 and identify some related factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study conducted on 294 nurses currently working in clinical departments of the National Lung Hospital. **Results:** The majority of nurses had relatively good knowledge and attitudes towards the prevention and management of anaphylaxis. Specifically, 81.3% of nurses had general knowledge about anaphylaxis prevention and management, with an average score of 19.78 ± 2.4 out of 24 points. 87.6% of nurses showed a positive attitude towards anaphylaxis prevention and management. Female nurses and those who had participated in training at least twice achieved higher knowledge scores. Nurses with over 10 years of experience or those working in departments where patients frequently experience anaphylaxis also showed a more positive attitude than other groups.

Conclusion: The study suggests that organizing training sessions on knowledge and management of anaphylaxis is necessary for nurses, especially for those who have not yet received training or whose assessment results are unsatisfactory. Regular assessments of knowledge and clinical practice of nurses in the prevention and management of anaphylaxis should be carried out.

Keywords: Nurse, anaphylaxis, National Lung Hospital

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ (PV) là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng [1].

Cấp cứu PV đòi hỏi phải khẩn trương, nhanh chóng và tiến hành ngay tại chỗ mới có thể làm giảm tỷ lệ tử

vong và các tai biến cho người bệnh (NB). Vì vậy, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 51/2017/TT-BYT, trong đó cập nhật về định nghĩa PV, hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí PV [1].

Bệnh viện Phổi Trung ương là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về Phổi và Lao. Tại Bệnh viện, hoạt động đào tạo tập huấn về phòng và xử trí PV cho ĐD đã được tổ chức, việc đánh giá mới chỉ dừng lại ở trước và sau đào tạo mà chưa có đánh giá hệ thống để xác định thực trạng kiến thức, thái độ, kỹ năng thực hành của ĐD. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phần vệ của Điều dưỡng tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2024”** với 2 mục tiêu: (1) *Mô tả kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phần vệ của điều dưỡng tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2024.* (2) *Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phần vệ của điều dưỡng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: ĐD đang công tác tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐD trưởng; ĐD học việc; ĐD không có mặt trong thời gian nghiên cứu; ĐD không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 4 - 12 năm 2024
- Địa điểm nghiên cứu: Tại 22 khoa lâm sàng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \times (p(1-p)) / d^2$$

Trong đó:

n: Số lượng ĐD cần cho nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: Mức tin cậy 95% = 1,96 (với $\alpha = 0,05$)

d: sai số tuyệt đối, ở đây chúng tôi mong muốn là 5%.

p: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt về phòng và xử trí PV. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Song Yên, tỷ lệ ĐD, hộ sinh có kiến thức đạt về PV là 78,6%[19]. Lấy $p = 0,786$, áp dụng công thức tính được $n = 259$ ĐD.

Tại thời điểm nghiên cứu có 294 ĐD tại 22 khoa đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.3. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

* Phiếu khảo sát được xây dựng dựa trên: Thông tư số 51/2017/TT-BYT [1]; Bộ công cụ nghiên cứu của Hoàng Thị Giang và Nguyễn Văn Đĩnh năm 2022 [2], tác giả Nguyễn Thị Song Yên năm 2023 [9] và tác giả Phạm Ngọc Quang năm 2021 [7].

* Phương pháp thu thập số liệu

- ĐD tham gia nghiên cứu chia thành 3 nhóm. Các nhóm ĐD tập trung tại Hội trường Lớn Bệnh viện. Nghiên cứu viên phát phiếu khảo sát và hướng dẫn cách trả lời.

- ĐD tham gia nghiên cứu điền phiếu trong thời gian 30 phút.

- Nghiên cứu viên thu phiếu và kiểm tra phiếu.

2.3.4. Tiêu chuẩn đánh giá

* Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức

- Với mỗi câu hỏi về kiến thức, mỗi lựa chọn đúng được 1 điểm, lựa chọn sai 0 điểm.

Tổng điểm kiến thức là 24 điểm.

- Phân loại kiến thức:

+ Kiến thức đạt: $\geq 70\%$ tương ứng ≥ 17 điểm

+ Kiến thức chưa đạt: $< 70\%$ tương ứng < 17 điểm

* Tiêu chuẩn đánh giá thái độ

- Mỗi câu có 5 mức độ theo thang điểm Likert. Chọn từ mức độ 1 đến 3: được tính 0 điểm. Chọn mức độ 4 hoặc 5: được tính 1 điểm. Tổng điểm thái độ là 14 điểm.

- Phân loại thái độ:

+ Thái độ tích cực: $\geq 70\%$ tương ứng ≥ 10 điểm

+ Thái độ chưa tích cực: $< 70\%$ tương ứng < 10 điểm

2.3.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và phân tích dữ liệu.

- Phân tích mô tả: Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn.

- Phân tích mối liên quan: Phân tích mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

2.3.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phổi Trung ương thông qua. Đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và tự nguyện tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thông tin của điều dưỡng

Trong 294 ĐD tham gia nghiên cứu, phần lớn ĐD là nữ (79,6%). Tuổi trung bình là $35,3 \pm 6,8$, dao động từ 21 đến 57 tuổi, trong đó nhóm từ 30–40 tuổi chiếm Tỷ lệ cao nhất (55,1%). Đa số ĐD có trình độ Cao đẳng (66,3%). Thâm niên công tác trung bình là $11,59 \pm 6,6$ năm, nhóm có thâm niên ≥ 10 năm chiếm đa số (63,9%).

Bảng 1. Thông tin về tập huấn và kinh nghiệm xử trí phản vệ (n = 294)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi làm việc	Khoa có NB điều trị nội trú	250	85,0%
	Khoa không có NB điều trị nội trú	44	15,0%
Được đào tạo về phòng và xử trí PV	Chưa được đào tạo	16	5,4%
	1 lần	74	25,2%
	≥ 2 lần	204	69,4%
Nhu cầu được đào tạo về phòng và xử trí PV	Có	289	98,3%
	Không	5	1,7%
Đã từng chứng kiến trường hợp NB PV	Đã từng	233	79,3%
	Chưa	61	20,7%
Đã từng xử trí NB PV	Đã từng	215	73,1%
	Chưa	79	26,9%

Nhận xét: Phần lớn ĐD tham gia nghiên cứu làm việc tại các khoa có NB điều trị nội trú (chiếm 85%). Có 69,4% ĐD đã được đào tạo về phòng và xử trí PV ≥ 2 lần và còn 5,4% ĐD chưa được đào tạo. Hầu hết ĐD có nhu cầu được đào tạo về phòng và xử trí PV (98,3%). 79,3% ĐD đã từng chứng kiến trường hợp NB bị PV và 73,1% ĐD đã từng xử trí NB PV.

3.2. Thực trạng kiến thức về phòng và xử trí PV của ĐD

Bảng 2. Kiến thức về phòng và xử trí PV của ĐD (n = 294)

Nội dung	Trả lời đúng		
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
1. Kiến thức về nhận biết PV			
Khái niệm PV	288	98,0	
Nguyên nhân gây PV	292	99,3	
Đặc điểm của PV trên lâm sàng	268	91,2	
Khoảng thời gian báo hiệu triệu chứng báo hiệu PV	292	99,3	
Triệu chứng gợi ý của PV	288	98,0	
Phân loại kiến thức về nhận biết PV	Đạt	257	87,4
	Chưa đạt	37	12,6
2. Kiến thức về dự phòng PV			
Nguyên tắc dự phòng PV	220	74,8	
Khai thác tiền sử dị ứng với tất cả NB	289	98,3	
Trường hợp phải thử test phản ứng trước khi sử dụng thuốc	260	88,4	
Các kỹ thuật thử phản ứng thuốc cho NB	179	60,9	
Thời gian đọc test lấy da	184	62,6	
Làm test lấy da giúp xác định nguyên nhân phản ứng PV	210	71,4	
Người bệnh phản vệ cần đi khám chuyên khoa dị ứng	195	66,3	
Phân loại kiến thức về dự phòng PV	Đạt	212	72,1
	Chưa đạt	82	27,9
3. Kiến thức về xử trí PV			
Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu trong xử trí PV cho NB tại BV	273	92,9	
Các thuốc khác trong hộp cấp cứu phản vệ	262	89,1	
NB phản vệ mức độ nhẹ (độ 1) không cần xử trí Adrenalin	205	69,7	
Nhận diện đúng các triệu chứng của PV mức độ 2 cần xử trí Adrenalin	258	87,8	

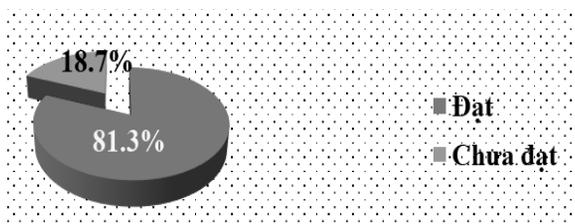
Đường dùng ưu tiên ban đầu của Adrenalin	279	94,9	
Liều lượng Adrenalin 1mg/1ml khi xử trí PV cho người lớn	266	90,5	
Liều quy định Adrenalin 1mg/1ml khi xử trí PV cho trẻ em	168	57,1	
Thời gian tiêm nhắc lại Adrenalin khi mạch và huyết áp chưa ổn định	252	85,7	
Xử trí tiếp theo sau 2-3 lần tiêm bắp Adrenalin không có hiệu quả	215	73,1	
Các bước xử trí NB phân vệ điều trị hỗ trợ ngoài Adrenalin	188	63,9	
Thời gian theo dõi NB PV trong giai đoạn cấp	239	81,3	
Thời gian theo dõi NB PV trong giai đoạn ổn định để phòng PV pha 2	247	84,0	
Phân loại kiến thức về xử trí PV	Đạt	229	77,9
	Chưa đạt	65	22,1

Nhận xét: Đa số điều dưỡng có kiến thức về dự phòng và xử trí phản vệ, cụ thể:

Phân loại kiến thức về nhận biết PV, có 87,4% ĐD có kiến thức đạt.

Phân loại kiến thức về dự phòng PV, có 72,1% ĐD có kiến thức đạt

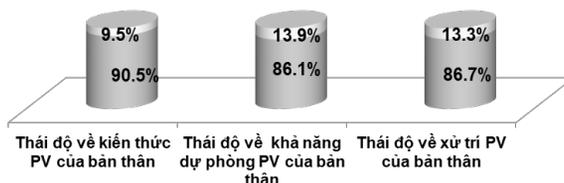
Phân loại kiến thức về xử trí PV, có 77,9% ĐD có kiến thức đạt.



Biểu đồ 1. Đánh giá kiến thức chung về phòng và xử trí PV của ĐD (n = 294)

Nhận xét: Đánh giá kiến thức chung của ĐD về phòng và xử trí PV cho thấy, 81,3% ĐD có kiến thức đạt và 18,7% ĐD có kiến thức chưa đạt. Điểm trung bình kiến thức của ĐD là $19,78 \pm 2,4$ trên tổng điểm 24.

3.3. Thực trạng thái độ về phòng và xử trí PV của ĐD



Biểu đồ 2. Phân loại thái độ của ĐD về phòng và xử lý phản vệ

Nhận xét: Hầu hết ĐD có thái độ tích cực trong phòng và xử trí PV: ĐD có thái độ tích cực về nhận biết PV chiếm Tỷ lệ cao nhất (90,5%); 86,7% ĐD có thái độ tích cực về xử trí PV và 86,1% ĐD có thái độ tích cực về dự phòng PV.



Biểu đồ 3. Đánh giá thái độ chung về phòng và xử trí PV của ĐD (n = 294)

Nhận xét: Đánh giá thái độ chung cho thấy, đa số ĐD có thái độ tích cực đối với phòng và xử trí PV (86,7%), nhưng vẫn còn 13,3% ĐD có thái độ chưa tích cực.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ phòng và xử trí PV của ĐD

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố với kiến thức về PV (n = 294)

Yếu tố	Kiến thức		Thái độ	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Giới (Nữ/Nam)	2,28 (1,1 - 4,3)	0,012	1,41 (0,6 - 3,0)	0,25
Tuổi (≥ 30 tuổi/< 30 tuổi)	2,0 (1,0 - 3,7)	0,024	1,41 (0,6 - 2,9)	0,231
Trình độ chuyên môn (ĐH, SĐH/TC, CĐ)	1,29 (0,6 - 2,4)	0,274	1,63 (0,7 - 3,6)	0,147
Thâm niên (≥ 10 năm/< 10 năm)	1,06 (0,7 - 2,4)	0,211	2,24 (1,1 - 4,5)	0,016
Số lần đào tạo (Từ 2 lần trở lên/Dưới 2 lần)	1,84 (1,0 - 3,3)	0,035	1,7 (0,8 - 3,4)	0,094
Được kiểm tra (Có/Không)	1,58 (0,7 - 3,2)	0,139	1,23 (0,5 - 2,8)	0,381

Yếu tố	Kiến thức		Thái độ	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Chứng kiến trường hợp NB PV (Đã từng/Chưa từng)	1,39 (0,7 – 2,7)	0,218	0,98 (0,4 – 2,2)	0,58
Kinh nghiệm xử trí NB PV (Đã từng/Chưa từng)	1,57 (0,8 – 2,9)	0,106	1,24 (0,5 – 2,6)	0,339
Nơi làm việc (Khoa có NB điều trị nội trú/Không có NB điều trị nội trú)	1,14 (0,5– 2,5)	0,043	2,64 (1,2– 5,8)	0,017
Kiến thức (Đạt/Không đạt)	-	-	1,6 (0,7 – 3,5)	0,165

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố giới tính, tuổi và được đào tạo với kiến thức phòng và xử trí PV ($p < 0,05$). Cụ thể, nhóm ĐD nữ có khả năng đạt kiến thức cao hơn nhóm ĐD nam là 2,28 lần. Nhóm ĐD được đào tạo về phòng và xử trí PV từ 2 lần trở lên có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn 1,84 lần so với nhóm ĐD được đào tạo dưới 2 lần. Nhóm ĐD độ tuổi ≥ 30 tuổi có kiến thức đạt cao hơn 2,0 lần so với nhóm ĐD độ tuổi < 30 tuổi.

Thâm niên công tác và nơi làm việc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ phòng và xử trí PV ($p < 0,05$). Cụ thể, nhóm ĐD có thâm niên ≥ 10 năm có khả năng tuân thủ cao hơn 2,24 lần nhóm ĐD có thâm niên < 10 năm và nhóm ĐD làm việc tại các khoa có NB điều trị nội trú có khả năng tuân thủ cao hơn 2,64 lần nhóm ĐD làm việc tại các khoa không có NB điều trị nội trú.

Bảng 6. Mô hình hồi quy logistic đa biến giữa một số yếu tố với kiến thức phòng và xử trí PV của ĐD

Tên biến	B	S.E	Wald	df	p	Exp (B) 95% CI
Giới	0,836	0,343	5,929	1	0,015	2,30 (1,17 – 4,52)
Tuổi	0,771	0,405	3,626	1	0,057	2,16 (0,97 – 4,78)
Được đào tạo về PV từ 2 lần trở lên	0,73	0,326	5,671	1	0,018	2,16 (1,14 – 4,10)
Được kiểm tra kiến thức	0,388	0,389	0,990	1	0,320	1,47 (0,68 – 3,16)
Đã từng xử trí NB phản vệ	0,17	0,404	0,002	1	0,967	1,01 (0,46 – 2,24)

Tên biến	B	S.E	Wald	df	p	Exp (B) 95% CI
Kiểm định tính phù hợp của mô hình hồi quy logistic (Hosmer and Lemeshow Test): $\chi^2=6,555$; $df=6$; $p=0,364$						

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, giới tính và số lần được đào tạo từ 2 lần trở lên thực sự có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc đạt được kiến thức phòng và xử trí PV của ĐD. Mô hình phù hợp với dữ liệu theo kiểm định Hosmer-Lemeshow ($p = 0,364$).

Bảng 7. Mô hình hồi quy logistic đa biến giữa một số yếu tố với thái độ phòng và xử trí PV của ĐD (n=294)

Tên biến	B	S.E	Wald	df	p	Exp (B) 95% CI
Trình độ chuyên môn	0,486	0,415	1,368	1	0,242	1,62 (0,72 – 3,66)
Thâm niên	0,784	0,367	4,58	1	0,032	2,19 (1,06 – 4,94)
Được đào tạo về phòng và xử trí PV	0,654	0,370	3,131	1	0,077	1,92 (0,93 – 3,97)
Nơi làm việc	0,935	0,416	5,056	1	0,025	2,54 (1,12 – 5,75)
Kiến thức	0,33	0,418	0,623	1	0,43	1,39 (0,61 – 3,15)
Kiểm định tính phù hợp của mô hình hồi quy logistic (Hosmer and Lemeshow Test): $\chi^2=11,92$; $df=7$; $p=0,103$						

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, **thâm niên công tác** và **nơi làm việc** có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thái độ phòng và xử trí PV của ĐD. Mô hình có độ phù hợp tốt theo kiểm định Hosmer and Lemeshow ($\chi^2 = 11,920$; $df = 7$; $p = 0,103$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung điều dưỡng

Giới tính: Tỷ lệ ĐD nữ chiếm đa số (79,6%).

Độ tuổi: độ tuổi trung bình của ĐD trong nghiên cứu là $35,3 \pm 6,8$, trong đó nhóm từ 30–40 tuổi chiếm 55,1%. Lực lượng ĐD có độ tuổi tương đối trẻ, là điều kiện thuận lợi cho việc tiếp thu kiến thức và đổi mới sáng tạo trong công việc.

Trình độ chuyên môn: Phần lớn ĐD có trình độ Cao đẳng (66,3%), đây là trình độ phổ biến của ĐD tại các cơ sở y tế.

Kinh nghiệm về xử trí phân vệ: 79,3% ĐD đã từng chứng kiến NB PV và 73,1% ĐD đã tham gia trực tiếp xử trí các tình huống PV. Kinh nghiệm thực tế giúp ĐD nhận diện nhanh chóng các dấu hiệu và triệu chứng và sự tự tin trong công việc.

4.2. Thực trạng kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phân vệ của điều dưỡng

87,4% ĐD có kiến thức nhận biết đúng về PV. Kết quả này tương đồng với kết quả của Ngô Minh Quang (2024) với 87,6% [8] và cao hơn của Phạm Ngọc Quang (2021) là 72,9% [7], cao hơn của Trần Thu Hiền (2020) là 68,7% [3]. Việc nắm chắc kiến thức nhận biết PV giúp ĐD đưa ra được hướng xử trí kịp thời trên NB vì mỗi mức độ PV sẽ có phác đồ điều trị khác nhau.

72,1% ĐD có kiến thức đạt về dự phòng PV. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thu Hiền (2020) với 73,9% [3], nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên (2021) với 71,2% [5]. Các kết quả đạt **đều trên 70%, nhưng cũng chỉ ra lỗ hổng** về kiến thức dự phòng PV của ĐD cần được cập nhật thường xuyên.

77,9% ĐD có kiến thức đạt yêu cầu về xử trí PV. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Ngô Minh Quang (2024) với 86,6% [8] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Liên (2021) với 59,2% [5]. Điều này phản ánh mức độ nhận thức tương đối tốt của ĐD trong việc theo dõi phòng ngừa PV pha 2, một yếu tố quan trọng trong an toàn NB.

Tỷ lệ ĐD có thái độ tích cực về nhận biết PV đạt 90,5% cho thấy, nhận thức và thái độ của ĐD trong nghiên cứu thể hiện sự quan tâm đúng mức đến vấn đề PV.

Có 81,6% ĐD cho rằng có thể dự phòng được phần lớn các trường hợp PV xảy ra trong bệnh viện. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Ngô Minh Quang (2024) với Tỷ lệ 59,2% [8] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Quang (2021) ghi nhận 92,6% ĐD có thái độ tích cực [7]. Thể hiện xu hướng tích cực trong nhận thức và thái độ của ĐD, giúp nâng cao hiệu quả dự phòng và xử trí kịp thời PV.

Tỷ lệ ĐD có thái độ tích cực trong xử trí PV đạt 86,7%, phản ánh sự chủ động và tinh thần trách nhiệm trong cấp cứu của ĐD. Kết quả trên nhấn mạnh vai trò của đào

trào liên tục trong việc duy trì và nâng cao thái độ chuyên nghiệp, toàn diện cho ĐD trong công tác chăm sóc NB.

4.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng và xử trí phân vệ của ĐD

Nhóm ĐD nữ có kiến thức đạt cao gấp 2,28 lần so với Nhóm ĐD nam. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Hoa (2021)[4] và Nguyễn Thị Liên (2021 [5] ghi nhận mối liên quan giữa giới tính và kiến thức của ĐD trong lĩnh vực này.

Nhóm ĐD được đào tạo ≥ 2 lần có kiến thức đạt cao hơn 1,84 lần so với nhóm được đào tạo < 2 lần. Báo cáo của Nguyễn Thị Hồng Ngọc (2018) cho thấy, Tỷ lệ kiến thức mức chưa tốt cải thiện từ 34,1% xuống còn 4,3% sau tập huấn [6]. Điều này cho thấy, việc tham gia đào tạo giúp nâng cao kiến thức của ĐD về phòng và xử trí PV.

4.4. Phân tích một số yếu tố liên quan tới thái độ của ĐD về phòng và xử trí PV

Nhóm ĐD có thâm niên ≥ 10 năm có thái độ tích cực cao hơn 2,24 lần so với Nhóm ĐD có thâm niên < 10 năm. Điều này cho thấy, kinh nghiệm nghề nghiệp giúp ĐD nâng cao nhận thức về mức độ nguy hiểm của PV và chủ động hơn trong phòng ngừa và xử trí PV.

Nhóm ĐD làm việc tại khoa có NB điều trị nội trú có thái độ tích cực cao hơn 2,64 lần so với Nhóm ĐD làm việc tại các khoa không có NB nội trú. Điều này cho thấy môi trường làm việc có thể ảnh hưởng đáng kể đến nhận thức và thái độ của ĐD trong xử trí các tình huống cấp cứu PV.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phần lớn ĐD tại Bệnh viện Phổi Trung ương có kiến thức đạt về phòng và xử trí phân vệ (81,3%, điểm trung bình $19,78 \pm 2,4/24$) và thể hiện thái độ tích cực (87,6%).

Kiến thức liên quan có ý nghĩa với giới và số lần đào tạo: ĐD nữ và nhóm ĐD được đào tạo ≥ 2 lần có khả năng đạt kiến thức cao hơn; phân tích đa biến tiếp tục khẳng định hai yếu tố này.

Thái độ tích cực liên quan có ý nghĩa với thâm niên ≥ 10 năm và làm việc tại khoa có NB nội trú; mô hình đa biến cho thấy cả hai yếu tố đều là dự báo quan trọng.

Còn khoảng trống kiến thức chuyên biệt (một số nội dung về dự phòng, kỹ thuật thủ phản ứng thuốc và một số chi tiết xử trí).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Chuẩn hóa đào tạo bắt buộc (2 lần/năm) cho toàn bộ ĐD lâm sàng; ưu tiên đào tạo cho nhóm ĐD mới và nhóm ít thâm niên; (ii) Diễn tập mô phỏng phản vệ theo quý tại mỗi khoa, kèm audit hộp chống sốc và phản hồi ngay sau buổi diễn tập để khép kín vòng cải tiến; (iii) Thiết lập giám sát định kỳ (2 lần/năm) tổng hợp báo cáo sự cố theo quý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Thông tư 51/2017/ TT-BYT về việc Hướng dẫn chuẩn đoán, dự phòng và xử trí phản vệ, chủ biên.

2. Nguyễn Văn Đĩnh và Hoàng Thị Giang (2023), “Kiến thức, thái độ và mức độ tuân thủ thực hành của điều dưỡng với phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City”, *Tạp chí Nhi khoa*(1), tr. 55- 62.

3. Trần Thu Hiền và cộng sự (2020), *Kiến thức của điều dưỡng về phòng và xử trí phản vệ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020*, Đề tài cấp cơ sở, Đại học Điều dưỡng Nam Định.

4. Vũ Thị Hoa (2021), *Thực trạng kiến thức phòng và cấp cứu phản vệ của điều dưỡng tại khoa khám - điều trị 24 giờ và khoa điều trị tự nguyện, Bệnh viện Nhi Trung*

ương năm 2021, Chuyên đề tốt nghiệp, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

5. Nguyễn Thị Liên (2021), *Kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng viên Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2020 - 2021*, Luận văn Thạc sĩ, trường Đại học Phenika.

6. Nguyễn Thị Hồng Ngọc (2018), “Lượng giá kiến thức điều dưỡng/kỹ thuật viên về phòng, xử trí và chăm sóc phản vệ tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2018”.

7. Phạm Ngọc Quang, Hoàng Thanh Tuyền và Vũ Văn Đầu (2021), “Đánh giá khả năng đáp ứng của điều dưỡng trong phòng và xử trí phản vệ tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an năm 2021”, *Tạp chí nghiên cứu khoa học*. 04, tr. 122 - 131.

8. Ngô Minh Quang (2024), *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành phòng và xử trí phản vệ của điều dưỡng viên khối ngoại tại Bệnh viện Quân Y 103 năm 2024*, Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

9. Nguyễn Thị Song Yên (2023), *Thực trạng kiến thức của Điều dưỡng, Hộ sinh về dự phòng và xử trí PV tại Trung tâm y tế Thành Phố Uông Bí năm 2023*, Chuyên đề tốt nghiệp, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

TRONG SỐ NÀY

-
- 3** NHẬN XÉT HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU BẰNG KEM EMLA 5% KHI ĐẶT ĐƯỜNG TRUYỀN TÍNH MẠCH TÍNH MẠCH NGOẠI VI Ở TRẺ TRÊN 5 TUỔI TẠI KHOA NỘI NHI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN E
Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Thu Trang, Lê Thị Tâm, Ninh Thị Phương Mai, Trương Văn Quý
-
- 7** TỔNG QUAN HỆ THỐNG VỀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TẠI VIỆT NAM, GIAI ĐOẠN 2010 - 2023 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Lê Văn Học, Trần Quang Huy, Huỳnh Giao, Huỳnh Thị Phượng, Đỗ Thị Phương
-
- 17** CẢI THIẾN NĂNG LỰC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108
Đào Đức Hạnh, Trương Tuấn Anh
-
- 24** THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHƯƠNG PHÁP DA KÊ DA VÀ CHO CON BÚ SỚM CỦA SẢN PHỤ SAU ĐẼ THƯỜNG TẠI KHOA PHỤ SẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢ ĐÔNG NĂM 2024
Nguyễn Tất Thắng, Quản Thị Thi, Đào Thị Lan, Nguyễn Thị Liêm, Nguyễn Thị Tuyết Lan
-
- 31** THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG TRÁNH BIẾN CHỨNG TRUYỀN TÍNH MẠCH CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8 VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG
Phan Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Phương Linh, Nguyễn Minh Hoàng
-
- 37** ẢNH HƯỞNG CỦA KỸ THUẬT THỜ ĐẾN TRÂM CÂM, LO ÂU VÀ CĂNG THẰNG Ở SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CHÍNH QUY THỰC TẬP LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN
Nguyễn Thị Cẩm Tuyền, Trần Thị Ngọc Cẩm, Bùi Nguyễn Cẩm Hà, Nguyễn Thị Hồng Luận, Nguyễn Thị Kim Lài
-
- 41** ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, KỸ NĂNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC ĐỐI VỚI BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ
Trần Thị Hiến, Nguyễn Duy Nam Anh, Nguyễn Thị Hồng Mai, Nguyễn Khoa Thị Hải, Hồ Thị Mỹ Hà, Dương Thị Quỳnh Trâm, Hồ Thị Như Ngọc
-
- 49** KIẾN THỨC VỀ BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM TRÍ QUẢNG NAM NĂM 2025 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Nguyễn Thị Thúy, Nguyễn Thị Thu Nghĩa
-
- 55** KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC TRẠNG VỀ BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÊ LINH NĂM 2025
Trần Quang Trịnh, Nguyễn Thị Xuân, Nguyễn Thị Hồng Anh, Nguyễn Văn Hải
-
- 66** ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KIẾN THỨC VỀ BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2025
Phạm Thị Diên, Bùi Minh Thông, Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Hồng Thảo, Nguyễn Thị Mai Loan, Nguyễn Thị Điệp, Nguyễn Khắc Thành, Mậu Hồng Nhị, Phạm Thị Bích Ngọc.
-
- 73** ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC VỀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG VÀ CĂNG THẰNG TRONG HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HUẾ
Hồ Thị Kim Ngân, Trần Thị Ngọc Cẩm, Nguyễn Thị Kim Lài, Phạm Thị Thanh Hoà, Trần Thị Hoài Phương, Phan Đức Thái Duy
-

- 79** KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC CATHETER TÍNH MẠCH RỒN CHO TRẺ SƠ SINH CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI PHÒNG CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT - TRUNG TÂM NHI KHOA, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN
- Bùi Thị Oanh, Nguyễn Trần Tuấn Anh, Hà Thị Hiền, Lê Kim Chi, Nguyễn Thị Liên, Nguyễn Thị Hiền
-
- 85** THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO TRẺ DƯỚI 2 TUỔI CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC SAU GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2025.
- Bùi Thị Hải, Lâm Thị Thu Hương, Bùi Thị Oanh, Nông Thị Bích Hòa, Trần Thị Thường
-
- 91** TÁC ĐỘNG CỦA SỰ TIN TƯỞNG NHÂN VIÊN Y TẾ TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ GAN ĐIỀU TRỊ NÚT MẠCH VI CẦU TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108
- Phạm Thị Trang, Lê Duy Cường, Nguyễn Mạnh Cường, Nguyễn Thị Loan
-
- 98** CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ TIÊM AN TOÀN TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH TRÊN ĐỊA BÀN MỘT TỈNH
- Trần Thị Phương Thảo, Cao Thị Quỳnh Mai, Đặng Quốc Cường, Huỳnh Thị Phượng, Phạm Thanh Thúy, Lý Thị Phương Hoa, Mai Văn Dũng, Nguyễn Thị Kim Thủy, Võ Thành Sơn, Trần Thị Thanh Tuyền
-
- 104** SÁNG KIẾN: TẠO MÁY ĐẾM SỐ GIỌT DỊCH TRUYỀN
- Huỳnh Minh Dương, Nguyễn Chí Tâm
-
- 108** LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BẰNG ÁP LỰC ÂM: TỔNG QUAN TOÀN DIỆN VÀ CÁC LƯU Ý TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG
- Kiều Thị Phương Thảo
-
- 114** KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ VỀ CHĂM SÓC NHIỄM KHUẨN HỒ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG
- Nguyễn Thành Nam
-
- 118** CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG
- Nguyễn Thành Nam
-
- 123** ĐÁNH GIÁ SỰ TỰ TIN CỦA BỆNH NHI TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT MỘT THÌ TÁI TẠO TAI DỊ TẬT BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC
- Trần Thị Vân Anh, Phạm Thị Tố Quyên
-
- 129** KIẾN THỨC CỦA CHA MẸ VỀ HỘI CHỨNG RUNG LẮC Ở TRẺ DƯỚI 2 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2024
- Bùi Thị Oanh, Bùi Thị Hải, Nông Văn Mẫn, Nguyễn Thị Nhâm, Lý Thị Lệ Thủy
-
- 135** MỨC ĐỘ ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SAU NÚT MẠCH U XƠ TỬ CUNG TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ CAN THIỆP ĐIỆN QUANG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024-2025
- Nguyễn Thị Thúy Vân, Nguyễn Ngọc Cương, Đoàn Viết Trinh, Nguyễn Quang Trung, Trần Hồng Đức, Hoàng Thu Thủy, Nguyễn Thị Thúy, Phạm Thị Huyền
-
- 140** THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2024
- Nguyễn Thị Thủy, Trần Anh Đào, Lê Đình Sáng, Phạm Thị Giang, Hoàng Văn Thông, Võ Thị Dung

145 HIỆU QUẢ ÁP DỤNG SỔ TAY LÂM SÀNG:
TỪ Ý TƯỞNG ĐẾN THỰC TIỄN
TRONG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

Dương Thị Hồng Liên, Nguyễn Thị Minh
Thành, Nguyễn Việt Tú, Trương Thị Hân,
Nguyễn Thị Phương Thảo,
Dương Thị Diệu Hương

150 THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ
THỰC HÀNH VỀ PHÒNG NGỪA CHUẨN
CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y
TẾ HÀ NỘI NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
LIÊN QUAN

Lương Thị Hương, Hoàng Mạnh Toàn,
Trương Quang Trung, Trần Thúy Quỳnh

155 ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU CỦA BỆNH NHÂN
SINH THIẾT GAN DƯỚI HƯỚNG DẪN
CỦA SIÊU ÂM TẠI TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN
HÌNH ẢNH VÀ CAN THIỆP ĐIỆN QUANG
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
NĂM 2024 - 2025

Hoàng Thu Thủy, Nguyễn Văn Quế,
Nguyễn Quang Trung.

160 THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM CỦA
PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH
VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI VÀ BỆNH VIỆN
ĐA KHOA THỐNG NHẤT TRONG NĂM 2020

Trần Thị Mỹ Lệ

166 THỰC TRẠNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE
NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA
KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2025

Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Ngô Mộng Tuyền,
Bùi Thị Tám

171 CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ
YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ
GAN ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM BỆNH
NHIỆT ĐÓI - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ
ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Thị Ngọc, Bùi Thị Quỳnh Trang,
Dương Thị Sương

177 KỸ NĂNG QUẢN LÝ ĐAU CHO NGƯỜI BỆNH
SAU CẮT ĐÓT NỘI SOI TUYẾN TIỀN LIỆT
CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ
RẪY VÀ BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Võ Hữu Thuần, Đặng Thanh Dương,
Phạm Đình Thy Phong, Nguyễn Thị Anh

182 THỰC TRẠNG MÔI TRƯỜNG THỰC HÀNH
CHĂM SÓC VÀ MỨC ĐỘ KIẾT SỨC CỦA
ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI

Hồ Thị Bích Hoàng, Trần Thị Hồng Ân,
Huỳnh Thị Thanh Vân,
Nguyễn Thị Thuỳ Dương

189 KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ DỰ PHÒNG VÀ
XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ
THUẬT VIÊN TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG,
CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI
NĂM 2024

Nguyễn Thị Sa Bôi, Lê Văn Phụng,
Nguyễn Thị Trúc, Tăng Mộng Thu,
Lý Thị Phương Hoa.

196 TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC Ở NGƯỜI
BỆNH GOUT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG
QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Thuỳ Linh, Phạm thị Trang,
Phạm Thị Hồng Hạnh, Đinh Thị Tuyết,
Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Anh Tuấn,
Hoàng Thị Phương

201 ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI
BỆNH SAU CẮT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN
TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH 1 - BỆNH VIỆN
HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Thị Hiền, Nguyễn Thị Hoàn

207 KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG VÀ XỬ
TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI
BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Thị Bích Nga,
Nguyễn Thị Hồng Vân và cộng sự