

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ LAN

**THAY ĐỔI NHẬN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI CHĂM SÓC
CHÍNH NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ LAN

**THAY ĐỔI NHẬN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ PHỤC HỒI
CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI CHĂM SÓC
CHÍNH NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: 60.72.05.01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS.BS. PHẠM QUANG HÒA

NAM ĐỊNH – 2017

TÓM TẮT

Tai biến mạch máu não luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới vì bệnh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong cao, ảnh hưởng nhiều đến kinh tế, đời sống, xã hội. Tại địa bàn tỉnh Quảng Ninh chưa có nghiên cứu nào để đánh giá sự thay đổi kiến thức và thực hành về PHCN vận động của NCSC cho người bệnh đột quỵ. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thay đổi nhận thức và thực hành về PHCN vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ tại bệnh viện tỉnh Quảng Ninh*”.

Hai mục tiêu của nghiên cứu: (1) Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ trước can thiệp giáo dục tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.(2) Đánh giá kết quả can thiệp giáo dục về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ tại Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

Kết quả: Sau can thiệp có sự cải thiện rõ rệt về kiến thức và thực hành với điểm trung bình kiến thức tăng từ $5,41 \pm 2,07$ lên $12,94 \pm 1,23$ và kỹ năng thực hành tăng từ $17,37 \pm 4,01$ lên $31,56 \pm 2,38$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết luận: Chương trình can thiệp giáo dục nâng cao kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho chăm sóc chính người bệnh đột quỵ bước đầu cho thấy có hiệu quả

Khuyến nghị: Tư vấn, hướng dẫn là trách nhiệm của nhân viên y tế nói chung, với nghiên cứu này là của điều dưỡng/ kỹ thuật viên PHCN cần phải thực hiện như một hoạt động thường quy từ đó giúp cho NCSC có đủ tự tin trong việc phục hồi, nâng cao khả năng hồi phục của người bệnh, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập, nghiên cứu và thực hiện luận văn, tôi đã nhận được rất nhiều sự giúp đỡ tận tình của các Quý Thầy, Cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Với lòng thành kính và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới các thầy, cô trong Ban Giám Hiệu, Phòng đào tạo sau Đại học, Cô giáo chủ nhiệm cùng các giảng viên trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định đã tạo mọi điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập tại trường.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới TS.BS Phạm Quang Hòa - Hiệu trưởng trường Cao Đẳng Y Tế Thái Bình đã tận tâm dìu dắt, hướng dẫn tôi trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn của mình.

Tôi xin cảm ơn Ban giám hiệu, phòng Tổ chức – Hành chính – Quản trị, Khoa Y trường CDYT Quảng Ninh đã tạo điều kiện, giúp đỡ tôi trong công tác, được tham gia lớp học một cách thuận lợi nhất.

Tôi xin cảm ơn, Ban giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, Tập thể cán bộ - nhân viên Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong việc liên hệ, thu thập số liệu đề tài.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn đến gia đình và bạn bè đã ủng hộ và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu của mình

Xin trân trọng cảm ơn.

Quảng Ninh, tháng 7 năm 2017

Học viên

Nguyễn Thị Lan

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học của tôi. Các số liệu, kết quả nghiên cứu trong luận văn là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Học viên**Nguyễn Thi Lan**

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BV	: Bệnh viện
ĐTNC	: Đối tượng nghiên cứu
NB	: Người bệnh
NCSC	: Người chăm sóc chính
PHCN	: Phục hồi chức năng
QN	: Quảng Ninh
ROM (Rank of Motion)	: Tâm vận động
WHO (World Health Organization)	: Tổ chức y tế thế giới

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Loại đột quy và đặc điểm Nguồn: Wolfe & Rudd, 2008	5
Bảng 3.1. Phân bố NCSC theo nhóm tuổi và giới	27
Bảng 3.2. Kiến thức của NCSC về bệnh đột quy.....	28
Bảng 3.3. Kiến thức về tầm quan trọng của PHCN NB sau đột quy:.....	29
Bảng 3.4. Yếu tố tiếp cận truyền thông về PHCN cho người bệnh đột quy:	29
Bảng 3.5. Kiến thức về thời điểm tiến hành PHCN cho NB :.....	30
Bảng 3.6. Kiến thức về số lần tập/01 động tác	30
Bảng 3.7. Kiến thức về mức độ quan sát sắc thái của NB khi tiến hành tập:	31
Bảng 3.8. Kiến thức về nội dung PHCN cho NB sau đột quy :.....	31
Bảng 3.9. Kiến thức về nội dung chăm sóc tư thế đúng bao gồm.....	32
Bảng 3.10. Kiến thức về tư thế đúng cho người bệnh.....	32
Bảng 3.11. Kiến thức về mục đích khi đặt tư thế đúng cho NB.....	33
Bảng 3.12. Kỹ năng của NCSC về tư thế nằm ngửa của NB:.....	33
Bảng 3.13. Kỹ năng của NCSC về tư thế nằm nghiêng bên lành của NB	34
Bảng 3.14. Kỹ năng về tư thế nằm nghiêng bên liệt của NB	34
Bảng 3.15. Kỹ năng về tập cho NB lăn nghiêng sang bên lành, bên liệt.....	35
Bảng 3.16. Kỹ năng về tập cho NB ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa.....	36
Bảng 3.17. Kỹ năng về các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ.....	36
Bảng 3.18. Kỹ năng về cách hướng dẫn, giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp.....	37
Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kiến thức trước, sau can thiệp.....	38
Bảng 3.20. Đánh giá sự thay đổi kỹ năng thực hành trước, sau can thiệp.....	39
Bảng 3.21. Đánh giá sự thay đổi tổng điểm thực hành trước, sau can thiệp.....	39
Bảng 3.22. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kỹ năng thực hành tư thế đúng cho người bệnh	40
Bảng 3.23. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kỹ năng thực hành các động tác duy trì, tăng cường sức mạnh cơ và sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh sau đột quy ..	40

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ, HÌNH VẼ**Trang**

Hình 1.1. Mô phỏng 2 thể đột quy xuất huyết não và thiếu máu cục bộ.	4
Hình 1.2. Mô phỏng tiến triển tổn thương tổ chức não trong đột quy.....	8
Hình 2.3.1. Sơ đồ qui trình nghiên cứu	19
Biểu đồ 3.1. Phân bố người chăm sóc chính theo nghề nghiệp.....	27
Biểu đồ 3.2. Phân bố người chăm sóc chính theo trình độ học vấn.....	28
Biểu đồ 3.3. Đánh giá sự thay đổi kiến thức của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp.....	38

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

	Trang
TÓM TẮT NGHIÊN CỨU	i
LỜI CẢM ƠN	ii
LỜI CAM ĐOAN	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG	v
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ, HÌNH VẼ	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tổng quan về đột quy.....	4
1.2. Phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy.....	11
1.3. Một số nghiên cứu liên quan.....	15
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	18
2.1. Đối tượng nghiên cứu:.....	18
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:.....	18
2.3. Thiết kế nghiên cứu:.....	19
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	20
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	21
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	22
2.7. Các khái niệm và tiêu chuẩn đánh giá.....	24
2.8. Xử lý và phân tích số liệu.....	25
2.9. Vấn đề đạo đức nghiên cứu.....	25
2.10. Sai số và cách khắc phục.....	26
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	27
3.1. Thông tin chung về người chăm sóc chính.....	27
3.2. Đánh giá kiến thức về PHCN sau đột quy trước, sau can thiệp của NCSC:.....	28
3.3. Đánh giá kỹ năng thực hành.....	33
3.4. Thay đổi kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp của NCSC.....	38

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	41
4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu	41
4.2. Kiến thức của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy trước và sau can thiệp	42
4.3. Kỹ năng thực hành của NCSC về PHCN cho người bệnh đột quy trước và sau can thiệp.....	46
4.4. Kết quả của can thiệp	48
4.5. Ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu	50
KẾT LUẬN	51
KHUYẾN NGHỊ	52

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

Phụ lục 01: Bảng đồng thuận

Phụ lục 02: Phiếu điều tra

Phụ lục 03: Bộ công cụ can thiệp

Phụ lục 04: Bảng tính điểm kiến thức, thực hành về phục hồi chức năng vận động cho người người bệnh đột quy

Phụ lục 05: Danh sách bệnh nhân - Người chăm sóc chính

BIÊN BẢN NHẬN XÉT LUẬN VĂN CỦA PHẢN BIỆN 1

BIÊN BẢN NHẬN XÉT LUẬN VĂN CỦA PHẢN BIỆN 2

BIÊN BẢN BẢO VỆ LUẬN VĂN THẠC SĨ

BIÊN BẢN CHỈNH SỬA LUẬN VĂN SAU BẢO VỆ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy hay Tai biến mạch máu não, theo thống kê của WHO (Tổ chức y tế Thế Giới) là nguyên nhân phổ biến đứng thứ 2 và dự báo đến năm 2030 sẽ trở thành 1 trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên phạm vi toàn thế giới. Những người sống sót sau đột quy thường gánh chịu những di chứng của suy giảm hoặc mất chức năng tùy theo mức độ và vị trí tổn thương sau đột quy [9], [24]

[23]. Đột quy chiếm 2 - 4% tổng chi y tế ở các nước đang phát triển. Trong năm 2006, chi phí tổng và gián tiếp là khoảng 25 tỷ €, ở châu Âu và Mỹ 57900000000 \$ tại Mỹ. Hầu hết các chi phí phát sinh trong những tháng và những năm sau khi đột quy bởi những người bị khuyết tật không thể chăm sóc bản thân [35].

Tỷ lệ mắc đột quy ở các nước phát Theo thống kê của tổ chức đột quy Hoa Kỳ có gần 800.000 (khoảng 795.000) người bị đột quy mỗi năm và là nguyên nhân hàng đầu của tình trạng khuyết tật triền rất cao. Tính trung bình ở Hoa Kỳ, cứ 40 giây có một người bị một cơn đột quy, và khoảng 4 phút có 1 người chết vì đột quy [30]. Ở Trung Quốc, tỷ lệ mắc bệnh này tại Bắc Kinh hiện nay là 329/100.000 dân, còn ở Quảng Châu tỷ lệ này là 47/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 69 – 80/100.000 dân [8].

Tại Việt Nam, theo Nguyễn Văn Đăng (1997) thì tỷ lệ mắc bệnh Đột quy là 115,92/100.000 dân trong đó tỷ lệ tử vong là 20,55/100.000 dân [9].

Theo phân loại của WHO thì người bệnh bị liệt nửa người do đột quy thuộc loại đa tàn tật, mà chủ yếu là giảm hoặc mất chức năng vận động kèm theo các rối loạn tri giác, nhận thức, tâm lý [35].

Theo Nguyễn Văn Đăng, di chứng về vận động của Đột quy là 92,62%; di chứng nặng là 27,69%; di chứng vừa và nhẹ là 68,42% [3].

Rối loạn chức năng vận động gây ảnh hưởng rất lớn và trực tiếp đến khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng tái hội nhập vào đời sống cộng đồng. Những con số trên cho thấy nhu cầu PHCN cho người bệnh

đột quy là rất lớn.

Ngày nay ngành y tế luôn phát triển không ngừng với những kiến thức khoa học tiến bộ, những kỹ thuật tiên tiến, trang thiết bị hiện đại đã góp phần cứu sống nhiều người bệnh, trong đó có người bệnh Đột quy. Điều đó đồng nghĩa với tỷ lệ người bệnh liệt nửa người sau Đột quy ngày càng tăng. Do đó, phục hồi chức năng (PHCN) vận động cho người bệnh Đột quy là một trong những nội dung quan trọng của ngành PHCN [12]

Để góp phần làm nên thành công cũng như nâng cao hiệu quả điều trị trong công tác PHCN người bệnh đột quy, không thể không kể đến vai trò của các kỹ thuật viên chuyên ngành PHCN họ âm thầm, lặng lẽ, kiên trì hàng ngày lao động, tập luyện cho người bệnh để trả lại các chức năng của cơ thể và đặc biệt là chức năng vận động. Tuy nhiên trên thực tế tại các bệnh viện, tình trạng quá tải người bệnh đang diễn ra. Khoa PHCN cũng không phải là một ngoại lệ số lượng các kỹ thuật viên không thể đáp ứng đủ các nhu cầu phục hồi ngày càng tăng của người bệnh. Đồng thời đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 60 – 80% người tàn tật có thể phục hồi tại cộng đồng sau khi ra viện [6]. Từ đó cho thấy vai trò quan trọng của người nhà người bệnh trong việc phối hợp cùng tham gia vào công tác chăm sóc và PHCN. Nhưng việc hạn chế về mặt kiến thức, kỹ năng thực hành của người nhà người bệnh và quan trọng nhất là người trực tiếp chăm sóc người bệnh lại là một thách thức lớn. Từ thực tế đó việc nâng cao kiến thức cũng như kỹ năng về thực hành cho người chăm sóc chính của người bệnh đột quy là 1 vấn đề cần thiết và hết sức quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị, chăm sóc, PHCN, và chất lượng cuộc sống cho người bệnh đột quy trong thời gian nằm viện cũng như sau khi ra viện. Chính vì lý do đó chúng tôi lựa chọn nghiên cứu **“Thay đổi nhận thức và thực hành về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quy tại bệnh viện tỉnh Quảng Ninh ”**

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ trước can thiệp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.
2. Đánh giá kết quả can thiệp giáo dục về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1. 1 Tổng quan về đột quy

1.1.1 Định nghĩa đột quy

Theo WHO, đột quy là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót thần kinh thường là khu trú hơn là lan tỏa. Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc người bệnh tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân do chấn thương sọ não.[7]

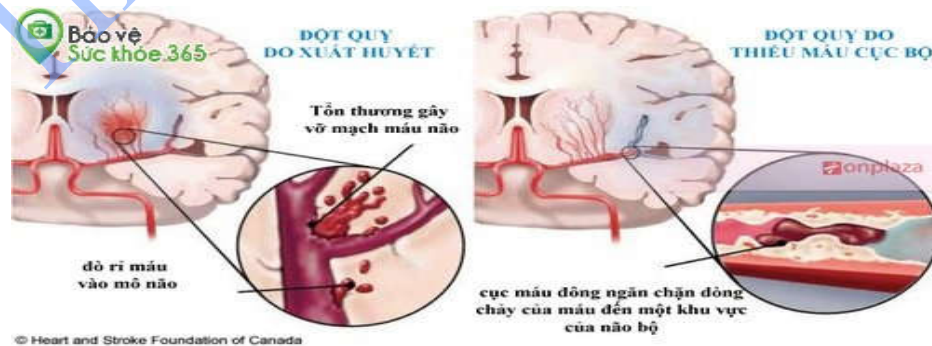
Tỷ lệ đột quy và con số tử vong ngày càng gia tăng đang trở thành gánh nặng cho tất cả các quốc gia trên phạm vi toàn cầu [25], [35]. Theo ước tính, mỗi năm có khoảng 15 triệu người bị đột quy, trong đó có hơn 5 triệu người tử vong và khoảng 5 triệu người bị di chứng tàn phế vĩnh viễn. Cũng theo số liệu thống kê của WHO hiện nay đột quy là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 trên phạm vi toàn thế giới sau tử vong do bệnh mạch vành và do ung thư [35].

1.1.2. Phân loại và đặc điểm

Tổ chức não bị tổn thương dẫn đến mất chức năng đột quy có nhiều kiểu và được xếp thành 2 loại gồm [16],[35]:

+ Đột quy thiếu máu não cục bộ hay nhồi máu não do tắc động mạch nuôi dưỡng vùng tổ chức não, có nguyên nhân chủ yếu là do vữa xơ các mạch máu nuôi dưỡng não hoặc ngoài sọ và tắc mạch do huyết khối trong các bệnh tim nhất là bệnh tim có rung nhĩ.

+ Đột quy chảy máu não hay xuất huyết não là do vỡ mạch máu bên trong hoặc quanh não dẫn đến chảy máu não trong tổ chức não hoặc dưới màng nhện.



Hình 1.1. Mô phỏng 2 thể đột quy xuất huyết não và thiếu máu cục bộ não. Nguồn: Heart and Stroke Foundation of Canada

Bảng 1.1. Loại đột quy và đặc điểm. Nguồn: Wolfe & Rudd, 2008

Loại đột quy	Đặc điểm
Thiếu máu não cục bộ (nhồi máu não)	Tắc đột ngột động mạch cấp máu tới não Các triệu chứng kéo dài ≥ 24 giờ Có thể ảnh hưởng các động mạch rất nhỏ trong não Các nguyên nhân có thể là: + Hẹp động mạch (đột quy vừa xơ động mạch) + Cục máu đông hình thành trong động mạch + Cục máu đông hoặc mảng tổ chức từ nơi khác đến
Xuất huyết não	Chảy máu trong não hoặc do vỡ mạch Các triệu chứng kéo dài ≥ 24 giờ Nguyên nhân vỡ mạch có thể là: + Bị xung yếu (ví dụ: phình mạch) + Bị dị dạng (ví dụ: dị dạng Động- Tĩnh mạch) + Sau chấn thương (ví dụ: chấn thương vùng đầu) Chảy máu mô mềm của não (xuất huyết nội sọ) Chảy máu ở khoang não và hộp sọ (xuất huyết dưới nhện)

1.1.3. Dấu hiệu nhận biết sớm đột quy

Biểu hiện lâm sàng của mỗi loại đột quy là khác nhau phụ thuộc vào loại đột quy và vùng não bị tổn thương. Tuy nhiên đột quy nhận biết sớm các dấu hiệu cảnh báo đột quy để người bệnh đột quy nhận được điều trị càng sớm càng tốt là vô cùng quan trọng.[10], [31], [22]

Năm dấu hiệu cảnh báo đột quy bao gồm:

1. Đột ngột tê hoặc yếu nửa mặt, một tay hoặc chân (đặc biệt là cùng một bên cơ thể)
2. Đột ngột rối loạn nói hoặc nhận thức
3. Đột ngột rối loạn nhìn một hoặc cả hai mắt
4. Đột ngột bước khó, chóng mặt, mất thăng bằng hoặc mất sự phối hợp

5. Đột ngột đau đầu dữ dội mà không có nguyên nhân biết trước.

1.1.4. Yếu tố và nguy cơ của đột quy

Có hai loại yếu tố nguy cơ là kiểm soát và không thể kiểm soát được [20], [21], [35]

1.1.4.1 Các yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát

– Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với đột quy. Khi áp lực của máu lên thành động mạch quá cao, có thể làm mạch máu suy yếu dần và cuối cùng dẫn đến đột quy

– Xơ vữa động mạch: trong yếu tố nguy cơ này, các mảng chất béo tích tụ ở trong thành động mạch sẽ chặn hoặc làm thu hẹp mạch máu, có thể dẫn đến đột quy.

– Bệnh tim: bệnh mạch vành, suy tim, bệnh cơ tim giãn nở và các bệnh về tim khác làm người bệnh có nguy cơ đột quy cao hơn so với những người có trái tim bình thường

– Nồng độ cholesterol cao: dư thừa cholesterol trong máu làm tăng nguy cơ phát triển bệnh tim và xơ vữa động mạch

– Hút thuốc lá: hút thuốc lá làm giảm nồng độ oxy trong máu, buộc tim phải làm việc nhiều hơn và tạo điều kiện cho các cục máu đông hình thành dễ dàng hơn.

– Rung tâm nhĩ: rung nhĩ là loại rối loạn nhịp tim thường gặp nhất, gây hồi hộp, đánh trống ngực, khó thở... Bệnh làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não tăng gấp 5 lần, dễ dẫn đến thuyên tắc mạch.

– Bệnh tiểu đường: người bệnh tiểu đường phải đối mặt với nguy cơ cao bị đột quy vì họ thường có những vấn đề khác về sức khỏe và các yếu tố nguy cơ đột quy, trong đó có tăng huyết áp, cholesterol cao và bệnh tim.

– Thừa cân hoặc béo phì: béo phì cùng với ít vận động làm tăng nguy cơ tăng huyết áp hoặc tiểu đường.

– Các rối loạn máu: các rối loạn máu như bệnh hồng cầu hình liềm hoặc thiếu máu nặng có thể gây ra đột quy, nếu không được điều trị.

– Uống rượu quá nhiều: một số nghiên cứu đã chỉ ra mối liên kết giữa việc tiêu thụ quá nhiều rượu với nguy cơ đột quy.

– Các loại chất kích thích, chẳng hạn như cocaine, heroin là những yếu tố nguy cơ có thể gây đột quy.

1.1.4.2. Các yếu tố nguy cơ không thể kiểm soát

– Tuổi: Đột quy có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thậm chí ở trẻ em nhưng phổ biến hơn ở người lớn tuổi. Từ 55 tuổi, nguy cơ đột quy tăng gấp đôi sau 10 năm.

– Giới tính: Đột quy phổ biến hơn ở nam giới nhưng phụ nữ chiếm hơn một nửa số ca tử vong do đột quy.

– Tiền sử gia đình: nguy cơ đột quy tăng lên nếu trong gia đình có một thành viên đã từng bị nhồi máu cơ tim khi còn trẻ.

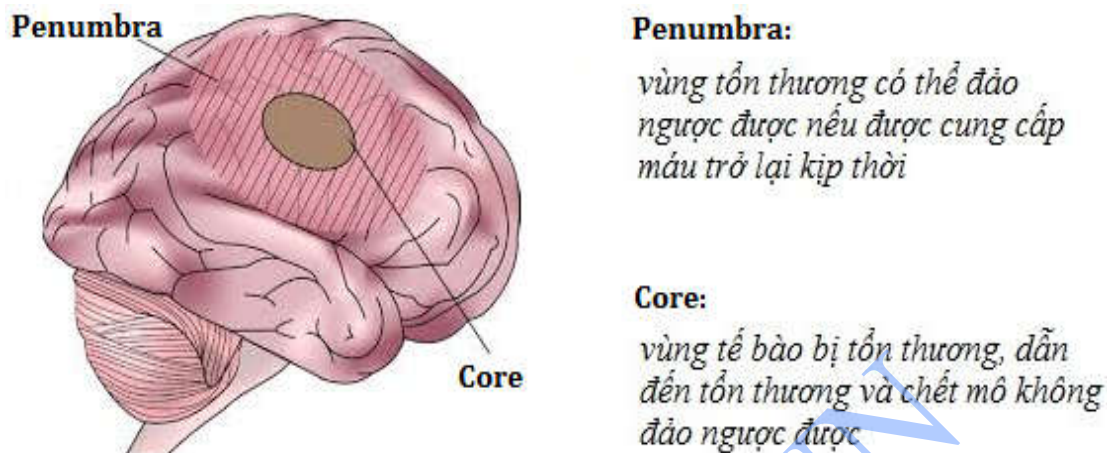
– Đã từng bị đột quy hoặc nhồi máu cơ tim trước đây: nguy cơ bị đột quy lần 2 cao hơn nhiều ở những người đã từng bị đột quy hoặc nhồi máu cơ tim trong quá khứ.

– Con thiếu máu não thoáng qua: con thiếu máu não thoáng qua có thể là tiền thân của một cơn đột quy thiếu máu cục bộ.

– Bất thường ở động mạch: nguy cơ đột quy xuất huyết tăng lên nếu một người có chứng phình mạch (tại nơi túi phình hình thành thì mạch máu trở nên mỏng và yếu hơn) trong hộp sọ. Dị dạng động tĩnh mạch là một yếu tố nguy cơ đột quy do xuất huyết.

1.1.5. Hậu quả của đột quy:

Đột quy có thể là 1 trong 2 loại kể trên. Tuy nhiên đều gây ra cùng 1 hậu quả đó là làm cho tế bào bị đói oxy và dinh dưỡng dẫn đến chết tế bào não. Chết tế bào não đầu tiên xảy ra ở vùng lõi (core) và tiếp tục lan rộng theo thời gian ra vùng lân cận còn gọi là vùng tranh tối tranh sáng (penumbra) được coi là vùng có thể cứu vãn được vì tổn thương có thể đảo ngược được nếu được cung cấp máu nhanh chóng trở lại [10], [35] (Hình 1.2)



Hình 1.2. Mô phỏng tiến triển tổn thương tổ chức não trong đột quy.

Không giống như nhiều bộ phận khác trong cơ thể, tế bào não không được dự trữ năng lượng cho những trạng thái khẩn cấp, mà phụ thuộc hoàn toàn vào sự cấp máu liên tục tới não. Do vậy sự gián đoạn cung cấp máu tới tổ chức não càng kéo dài thì tổn thương não càng nhiều và tình trạng người bệnh càng trầm trọng [10], [35]

Đột quy là bệnh lý nặng nề, diễn biến phức tạp. Ngoài việc gây nên tỷ lệ tử vong cao, nếu sống sót cũng để lại nhiều di chứng, khiếm khuyết, giảm chức năng và tàn tật, ảnh hưởng lớn cho xã hội, gia đình và chính bản thân người bệnh. Chi phí cho đột quy vô cùng lớn như ở Hoa Kỳ, mỗi năm chi 7 tỷ đôla. Sau khi ra viện, chi phí cho mỗi người bệnh tại cơ sở PHCN là 19 đô la, tổng chi phí 1 năm cho đột quy là 17 tỷ đô [35]. Ở nghiên cứu khác cũng cho thấy, các chi phí của đột quy là rất lớn những thiệt hại cho gia đình và bạn bè của một người thân yêu, và sự mất mát cho xã hội trong những đóng góp tiềm năng của một người quan trọng và có giá trị. Về mặt kinh tế, chi phí của đột quy được sinh ra bởi các cá nhân và gia đình, chính phủ và quốc gia.

Trên thế giới, 15 triệu người bị đột quy mỗi năm. Trong số này, hơn 5 triệu chết và gần 1 triệu người vô hiệu hóa vĩnh viễn [WHO 2004]. Đột quy là nguyên nhân chính gây tử vong sớm và khuyết tật lâu dài, đặt một gánh nặng cho các cá

nhân, gia đình và xã hội [35].

1.1.6. Tình hình đột quy trên Thế giới và Việt Nam

1.1.6.1. Thế giới

Ở nhiều nước phát triển tỷ lệ đột quy đang giảm mặc dù số lượng thực tế của đột quy ngày càng tăng do dân số già. Ở Trung Quốc, 1,3 triệu người bị đột quy mỗi năm và 75% sống với mức độ khuyết tật khác nhau. Dự báo trong hai thập kỷ tiếp theo tỷ lệ tử vong đột quy do đột quy tăng gấp 3 lần ở Mỹ Latinh, Trung Đông và châu Phi cận Sahara. [26]

Đột quy là một bệnh thường gặp, theo Tổ chức điều trị dự phòng Đột quy Châu Âu (1993) số người mắc đột quy lần đầu dao động trong phạm vi từ 141 – 219/100.000 dân [4]

Hiệp Hội tim mạch Hoa Kỳ (1999) ước tính mỗi năm có khoảng 500.000 người mỹ bị Đột quy lần đầu hoặc tái phát, trong đó có khoảng 150.000 trường hợp tử vong, chiếm 1/10 tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. Chi phí điều trị PHCN Đột quy ở Hoa Kỳ xấp xỉ 40 tỷ đô la Mỹ [13]

Tại Pháp, tỷ lệ mắc Đột quy ở người trẻ từ 10-30/100.000 dân/năm, chiếm 5% toàn bộ các trường hợp Đột quy. Ở Châu Á, nhiều nghiên cứu cho thấy các nước có nền công nghiệp phát triển cao như: Nhật Bản, Hàn Quốc,..... có tỷ lệ người bệnh bị Đột quy tương đương các nước phát triển ở Châu Âu. Còn các nước khác tình hình Đột quy đang tăng lên, có nơi ở mức nghiêm trọng [5]

Theo tài liệu của TCYTTG (Murray, 1996), năm 1990 ước tính có tới 2,1 triệu người tử vong vì Đột quy tại Châu Á, bao gồm 1,3 triệu người ở Trung Quốc 448.000 người ở Ấn Độ [35]

1.1.6.2. Việt Nam

Trong những năm gần đây, ở nước ta đột quy đang có chiều hướng gia tăng, cướp đi sinh mạng của nhiều người hoặc để lại di chứng nặng nề gây thiệt hại to lớn cho gia đình và xã hội

Theo Nguyễn Văn Đăng, tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ 1991 đến 1993 có 631 trường hợp đột quy, tăng gấp 2,5 lần so với thời kỳ 1986 - 1989 và tỷ lệ mới mắc là 53,2/100.000 dân/năm [4]

Theo Lê Văn Thành, Phạm Ngọc Rao là 44,4% tỷ lệ tử vong do Đột quy là 21,4% còn theo Ngô Đăng Thục, từ năm 1981- 1983 số người bệnh Đột quy tăng 2,3 lần

1.1.7. Tình hình di chứng và tàn tật do đột quy

1.1.7.1. Thế giới

Theo WHO có từ 1/3 đến 2/3 người bệnh sống sót sau đột quy trở thành tàn tật vĩnh viễn. Còn Hakett cho biết 61% người bệnh sống sót sau đột quy để lại di chứng, 50% phải phụ thuộc người khác trong sinh hoạt hàng ngày. Tại Pháp, có 50% tàn phế do Đột quy [1]

Theo David các di chứng thường gặp trong bộ máy vận động bao gồm: [2], [12]

- Đau khớp vai bên liệt do không cử động được hết tầm chiếm 45% người bệnh liệt nửa người.
- Gập khớp khuỷu do cơ gập khuỷu ngăn lại chiếm 73%
- Gập khớp cổ tay ở phía lòng bàn tay do mất chức năng gập phía lưng bàn tay và duỗi các ngón tay chiếm 92%.
- Quay sấp cổ tay bên liệt chiếm 75%.
- Khớp gối bên liệt luôn duỗi gậy đi lại khó khăn chiếm 88%
- Gân Achille ngăn lại gậy “bàn chân rù” chiếm 94%
- Theo Dombovy (1986), 40% người bệnh khả năng mức trung bình, 40% người bệnh giảm khả năng nặng, 10% phải ở lâu dài trong các trung tâm phục hồi chức năng.

1.1.7.2. Tại Việt Nam

Nhiều công trình điều tra và nghiên cứu khoa học cho kết quả 50% người bệnh Đột quy sống sót để lại di chứng, trong đó: 92,96% di chứng về vận động; 68,42% di chứng vừa và nhẹ; 27,69% di chứng nặng; 50% người bệnh phụ thuộc về các hoạt động tự chăm sóc; 71% giảm khả năng lao động; 66% mất khả năng lao động;

62% giảm các hoạt động xã hội; 92% người bệnh liệt nửa người đang sống tại gia đình và cộng đồng vẫn có nhu cầu PHCN [12]

Theo Nguyễn Văn Đăng [4], [12]

-92,62% người bệnh đột quy có di chứng về vận động

-27,69% có di chứng nặng

- 68,42% có di chứng nhẹ và vừa.

Theo Cao Minh Châu nghiên cứu thấy di chứng về vận động chiếm tỷ lệ cao như [12]:

-Gập phía lòng khớp cổ tay chiếm 87,95%

-Gập phía lòng khớp cổ chân chiếm 96,39%

1.2. Phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy

1.2.1. Định nghĩa

Theo định nghĩa của WHO: Phục hồi chức năng là tổng hợp các biện pháp Y học, kinh tế xã hội, giáo dục hướng nghiệp, kỹ thuật phục hồi để làm giảm tác động của giảm khả năng và tàn tật, giúp người khuyết tật có cơ hội bình đẳng để hội nhập hoặc tái hội nhập xã hội.[2]

1.2.2. PHCN cho người bệnh đột quy

PHCN cho người bệnh liệt nửa người do đột quy: Là đề phòng và làm giảm tối đa các di chứng, tạo cơ hội bình đẳng và sớm đưa người bệnh trở lại hòa nhập với cuộc sống độc lập của họ ở gia đình và cộng đồng [2]

PHCN cho người bệnh đột quy: Giúp người sống sót bị đột quy học lại kỹ năng mà bị mất khi một phần của não bị hư hỏng [27]

1.2.3. Mục đích của phục hồi chức năng sau đột quy

Giúp người bệnh tự mình di chuyển và đi từ nơi này đến nơi khác, bao gồm cả việc hướng dẫn người bệnh sử dụng các dụng cụ trợ giúp cho vận động và đi lại.

Giúp người bệnh tự làm được những công việc trong đời sống và sinh hoạt hàng ngày.

Giúp người bệnh thích nghi với những di chứng còn lại.

Giúp người bệnh trở lại với nghề cũ, hoặc có nghề mới thích hợp với hoàn

cảnh hiện tại của họ [2]

1.2.4. Nguyên tắc phục hồi chức năng sau đột quy

Các bài tập vận động phải cân xứng 2 bên, không sử dụng vận động bên lành bù trừ hoặc thay thế cho bên liệt.

PHCN nên bắt đầu càng sớm càng tốt sau đột quy, khi bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng toàn thân cho phép.

Khôi phục các mẫu vận động bình thường vốn đã có trên cơ sở loại bỏ các mẫu vận động bất thường bằng các kỹ thuật đặc biệt.

Giúp người bệnh học lại cảm giác vận động, cách vận động và kiểm soát vận động thông qua trương lực cơ.

Điều chỉnh trương lực cơ trở lại bình thường, hoặc gần bình thường bằng kỹ thuật kích thích hay ức chế.

Sử dụng các kỹ thuật đặc biệt (kỹ thuật ức chế, kỹ thuật phá vỡ mẫu cơ cứng) tạo thuận cho người bệnh thực hiện các vận động chủ động dễ dàng và tự nhiên hơn theo mẫu vận động bình thường.

Sử dụng các bài tập liên quan, gần gũi với cuộc sống sinh hoạt thường ngày của người bệnh.

Phát huy tính tích cực, chủ động của người bệnh và gia đình trong tập luyện, hướng dẫn người bệnh và gia đình để họ có thể thực hiện các bài tập vận động.

Sau khi ra viện người bệnh cần tiếp tục tập luyện tại nhà với sự giúp đỡ của người thân trong gia đình và nhân viên phục hồi chức năng cộng đồng [16], [2].

1.2.5. Thực trạng nhu cầu chăm sóc PHCN ở người bệnh đột quy

Đột quy là loại bệnh có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề và có thể làm giảm hoặc mất khả năng vận động của con người, dẫn đến tàn tật nhiều nhất. Nhiều kết quả điều tra và nghiên cứu cho thấy 50% người bệnh đột quy sống sót để lại di chứng trong đó 92,96% di chứng về vận động; 68,42% di chứng vừa và nhẹ; 27,69% di chứng nặng; 92% người bệnh liệt nửa người đang sống tại gia đình và cộng đồng vẫn có nhu cầu cần tập luyện phục hồi chức năng. Các di chứng do đột quy đặc biệt di chứng về vận động là gánh nặng không chỉ đối

với bản thân người bệnh và gia đình họ mà còn ảnh hưởng đến cả cộng đồng và quốc gia mà họ đang sống. Hoa Kỳ hơn 700.000 người bị đột quỵ mỗi năm và khoảng hai phần ba của các cá nhân tồn tại và yêu cầu phục hồi chức năng [27]

Tác giả Nguyễn Thị Như Mai nghiên cứu trên 164 người bệnh tại bệnh viện lão khoa Trung ương ở giai đoạn người bệnh bắt đầu xuất viện cho thấy người bệnh có nhu cầu chăm sóc 92,7%, nhu cầu chăm sóc cơ xương khớp nhiều nhất 92,7%, chăm sóc về nuôi dưỡng 36%, chăm sóc về loét và phòng chống loét 48,8%, chăm sóc về tiết niệu 36,6%, chăm sóc về hô hấp 53,6%, chăm sóc về tư thế đúng 56,1%, nhu cầu chăm sóc PHCN là 89,6%, nhu cầu về sinh hoạt hàng ngày cao nhất 67,7%, giao tiếp là 55,5%, vận động là 59,1% [14]

Theo tác giả Trần Văn Lệ khi thực hiện nghiên cứu trên 156 người thì có 92,3% số người bệnh có nhu cầu PHCN, trong đó có 100% người bệnh có nhu cầu chăm sóc luyện tập - vận động và 94,2% có nhu cầu chăm sóc tư thế đúng. Trong đó, có 42,3% người bệnh mong muốn được chăm sóc về vị thế nằm đúng trên giường; 92,3% có nhu cầu tập đi; 50% và 51,9% có nhu cầu tập ngồi và tập đứng [11]. Tác giả Hoàng Ngọc Thắm tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012 trên 87 người bệnh giai đoạn cấp cho thấy: 62,1 % người bệnh có nhu cầu chăm sóc da, 100% có nhu cầu chăm sóc ăn uống, 12,7% có nhu cầu chăm sóc tiết niệu, 95,4% cần chăm sóc đúng tư thế và 98,9% có nhu cầu chăm sóc vận động [15]

1.2.6. Quá trình phục hồi chức năng sau đột quỵ

Việc phục hồi chức năng cần toàn diện, sớm và tùy thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Ở giai đoạn cấp của bệnh, việc chăm sóc chiếm vị trí quan trọng, phục hồi chức năng cũng đồng thời phải tiến hành ngay. Nội dung các hoạt động này bao gồm: giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp, tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ, giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp [17]

1.2.6.1. Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp

**** Đặt tư thế người bệnh***

Người bệnh cần được đặt ở tư thế đúng để giảm bớt mẫu co cứng, đề phòng biến dạng khớp. Có thể đặt ở các tư thế: tư thế nằm ngửa, tư thế nằm nghiêng bên liệt, tư thế nằm nghiêng bên lành.

+ Thay đổi tư thế 2 giờ một lần.

+ Trong 3 tư thế trên, tư thế nằm nghiêng bên liệt là tốt nhất.

+ Giường bệnh phía bên thân liệt được kê trong phòng. Sao cho phía bên thân liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng. Như vậy mọi tiếp xúc tác động tới người bệnh đều đến từ phía bên liệt. Điều này khiến họ vận động bên đó nhiều hơn và đỡ bỏ quên nữa thân bị liệt [2]

** Cách lăn trở người bệnh*

Nên hướng dẫn để người bệnh tự lăn trở, nếu khó khăn trong giai đoạn đầu người chăm sóc chính có thể hỗ trợ, bao gồm: Lăn sang bên lành, lăn sang bên liệt ngòai dậy từ tư thế nằm

1.2.6.2. Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ

Khi cho người bệnh đột quy tập các bài tập PHCN cần chú ý quan sát sắc thái của họ. Khi thấy người bệnh toát mồ hôi và tỏ ra mệt mỏi, người chăm sóc cần cho họ nghỉ ngơi ngay.

Trường hợp người bệnh không tự vận động được: Người chăm sóc tập thụ động tất cả các chi phòng ngừa teo cơ cứng khớp.

Trường hợp người bệnh vận động được nhưng không hoàn tất ROM thì hướng dẫn người bệnh tự tập (chi lành tập cho chi liệt) có thể hỗ trợ, giúp người bệnh hoàn tất ROM

- Bài tập nên tập hàng ngày

- Mỗi động tác thực hiện từ 10-15 lần

- Tập lần lượt từ khớp gần tới khớp xa [2]

1.2.6.3. Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp

** Tập hoạt động, sinh hoạt hàng ngày*

Gia đình cần hỗ trợ để người bệnh tự làm các hoạt động chăm sóc bản thân như: ăn uống, vệ sinh, chải đầu, đánh răng, rửa mặt, thay quần áo, tắm rửa, đi vệ sinh... Trong đó, cần biết cách hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.

** Dụng cụ tập luyện*

- Có thể làm một số dụng cụ để tập như: thanh song song, ròng rọc, thanh gỗ để tập khớp vai, tạ (hoặc bao cát) để tập mạnh cơ... Tùy theo mục đích tập mà người bệnh nên được chọn dụng cụ nào.

- Dùng nẹp chỉnh hình để duy trì tư thế đúng

- Nguyên tắc sử dụng các nẹp này là đeo càng nhiều thời gian càng tốt, thường là lúc không vận động, nhưng có thể đeo cả lúc vận động như nẹp dưới gối [1] .

1.3. Một số nghiên cứu liên quan

1.3.1. Thế giới

Theo Sveen U và cộng sự, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày cao hay thấp phụ thuộc không nhỏ vào tình trạng khiếm khuyết chức năng vận động nhiều hay ít [34].

Ishikawa và cộng sự cho rằng sự phục hồi mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày liên quan mật thiết với nhóm tuổi, thời gian nằm viện, thị lực và khả năng định hướng của người bệnh [18]

Samuelsson M và cộng sự nghiên cứu 81 bệnh nhân nhồi máu não lần đầu cho biết với thời gian dưới 3 năm tai biến mạch máu não, mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày chiếm từ 58 - 64%, còn mức độ phụ thuộc hoàn toàn chiếm 12 - 24% [32]

Khi nghiên cứu theo dõi những người sống sót sau đột quỵ lần đầu tiên, để tìm ra những vấn đề trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, Motegi A và cộng sự cho biết hai năm sau đột quỵ có 62% các trường hợp độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hàng ngày [29]

Okamura T và cộng sự khi nghiên cứu sự tham gia của các kỹ thuật viên vật lý trị liệu trong điều trị phục hồi chức năng vận động cho người bệnh liệt 1/2 người do đột quỵ thấy rằng: Việc tiến hành thường xuyên phục hồi chức năng vận động có tác dụng tốt cải thiện mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh [33].

1.3.2. Tại Việt Nam

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lệ năm 2015 kiến thức của NCSC còn hạn chế trong một số nội dung khác như kiến thức về xoay trở người cho người bệnh chỉ chiếm 37,5%. Điều này có thể là do sau khi ra viện thì sức khỏe của người bệnh đã ổn định hơn, do đó người chăm sóc chính cho rằng người bệnh có thể không cần xoay trở người, vì thế kiến thức của người chăm sóc chính về việc xoay trở người cho người bệnh là thấp. Thêm vào đó, trong nội dung về chăm sóc tư thế đúng cho người bệnh thì kiến thức của NCSC về việc người bệnh cần có tư thế nằm đúng trên giường tương đối thấp. Điều này cho thấy việc tăng cường kiến thức cho NCSC về chăm sóc tư thế đúng của người bệnh là rất cần thiết, đặc biệt sau khi người bệnh rời khỏi bệnh viện và trở về nhà thì các nhân viên y tế rất cần cung cấp thông tin và hướng dẫn, hỗ trợ người bệnh và người nhà trong việc chăm sóc PHCN tại nhà nhằm phục hồi sức khỏe của người bệnh và phòng ngừa biến chứng có thể xảy ra [11]

Trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thắm cho thấy, có 10% người bệnh được đáp ứng nhu cầu được chỉ dẫn vị thế nằm đúng trên giường. Điều này có thể là do người chăm sóc chính chưa biết hoặc chưa quan tâm nhiều đến việc chăm sóc tư thế nằm đúng cho người bệnh, và được giải thích phần nào bởi tỷ lệ NCSC có kiến thức về việc cần cho người bệnh có tư thế nằm đúng chỉ đạt 18,2%. Cũng trong kết quả nghiên cứu kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc PHCN cho NB tai biến mạch máu não giai đoạn cấp của tác giả Hoàng Ngọc Thắm cho thấy: 73,1% có kiến thức đạt và 26,9% có kiến thức không đạt. Đặc biệt, chỉ có 67,2% có kiến thức đạt về tổn thương thứ cấp, là những biến chứng mà người bệnh tai biến mạch máu não thường gặp phải nếu không được chăm sóc sớm và đúng [15]

1.3.3. Địa bàn nghiên cứu

Nằm trong lòng thành phố, bên bờ vịnh Hạ Long xinh đẹp. Bệnh viện Đa khoa tỉnh là đơn vị hệ điều trị đầu tiên của tỉnh được xếp hạng bệnh viện hạng I. Bệnh viện hiện có 39 khoa, phòng với 692 cán bộ, y bác sĩ, nhân viên. Bệnh viện được giao chỉ tiêu 700 giường kế hoạch, trong đó thực kê 1.200 giường, thường xuyên điều trị cho trên 1.000 người bệnh nội trú. Bệnh viện đã triển khai được gần 14.000 kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế, trong đó thực hiện được 100% kỹ thuật của bệnh viện hạng I và gần 1.500 kỹ thuật hạng đặc biệt tuyến trung ương. Hàng ngày đón hàng trăm lượt người bệnh đến khám và điều trị. Với định hướng chăm sóc sức khỏe con người là một quá trình liên tục gồm: Y học dự phòng, Y học điều trị và Y học Phục hồi chức năng. Mỗi lĩnh vực là một khâu không thể thiếu, gắn bó khăng khít và hỗ trợ lẫn nhau. Khoa PHCN là 1 phần của tổ chức bệnh viện, đóng góp 1 vai trò rất quan trọng trong việc giải quyết hậu quả của bệnh tật. Với số giường thực kê là 50 giường, hàng tháng đón khoảng 150 bệnh nhân nội trú trong đó bệnh nhân sau đột quỵ khoảng 30 người/ tháng.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người chăm sóc chính của người bệnh đột quỵ đang được điều trị và có mặt tại khoa PHCN Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Người chăm sóc chính: Là người thường xuyên chăm sóc người bệnh hàng ngày như: vệ sinh cá nhân, tắm rửa, cho ăn, di chuyển, vận động... (thời gian và công việc chăm sóc người bệnh chiếm nhiều nhất trong số những người chăm sóc) [11]

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Toàn bộ NCSC đã chọn đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu, có khả năng nhận thức và giao tiếp để trả lời các câu hỏi.

- Những NCSC cho người bệnh đã được chẩn đoán là liệt nửa người do đột quỵ, vào khoa PHCN lần đầu và được các bác sĩ chuyên khoa PHCN cho phép thực hiện các bài tập PHCN

- NCSC cho người bệnh bị đột quỵ đang điều trị, có mặt tại khoa trong thời điểm tiến hành nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- NCSC không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, có rối loạn về tâm lý, có khiếm khuyết về thính lực, thị lực và ngôn ngữ

- Người nhà không trực tiếp tham gia chăm sóc người bệnh thường xuyên

- Những NCSC cho người bệnh có bệnh lý khác kèm theo (không thể thực hiện được các bài tập PHCN)

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

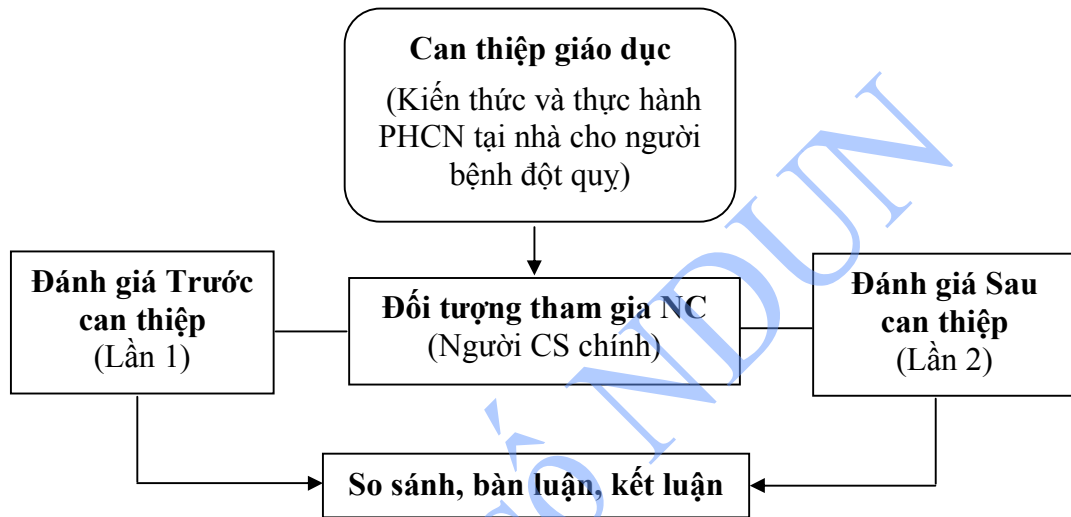
- Thời gian: Thời gian nghiên cứu từ 1/2017 đến 4/2017

- Địa điểm: Tại khoa PHCN Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp.

Can thiệp bằng giáo dục kiến thức và thực hành chăm sóc, phục hồi chức năng cho người chăm sóc chính có đánh giá trước và sau can thiệp.



Hình 2.3.1. Sơ đồ qui trình nghiên cứu

- **Nội dung can thiệp:** Thông qua tài liệu, tờ rơi cung cấp các kiến thức cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ như: tầm quan trọng của đột quỵ, thời điểm tiến hành các bài tập phục hồi..., đồng thời huấn luyện NCSC cách thực hiện các bài tập về tư thế đúng của người bệnh, cách lăn trở, tập hoạt động sinh hoạt hàng ngày, cách sử dụng các dụng cụ tập luyện.

- **Người can thiệp:** Học viên và 2 cộng tác viên (là các điều dưỡng viên có kinh nghiệm và làm việc độc lập tại khoa PHCN). Trước khi tiến hành can thiệp giáo dục, nhóm nghiên cứu thống nhất với nhau về cách phỏng vấn, cách hướng dẫn trình tự bài tập, cách đánh giá kỹ năng thực hiện các bài tập của NCSC, và có sự tham gia tư vấn của bác sỹ chuyên khoa PHCN.

- Chương trình can thiệp:

Thời gian nằm viện của người bệnh đột quỵ tại khoa PHCN Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh trung bình là 2 tuần. Vì vậy chúng tôi tiến hành thu thập số liệu và can

thiếp trên NCSC vào các thời điểm:

- Sau khi vào khoa 2 ngày: Tiến hành đánh giá lần 1
 - + Đối với kiến thức của NCSC đánh giá bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi có sẵn (Phụ lục 2).
 - + Đối với kỹ năng thực hành đánh giá bằng phương pháp quan sát trực tiếp NCSC thực hiện các kỹ thuật (các bài tập) trên người bệnh thông qua bảng kiểm (Phụ lục 2)
 - Trường hợp trong ngày có từ 2 NCSC trở lên sẽ mời cộng tác viên cùng tham gia đánh giá
 - Sau đó tiến hành tổng hợp, phân tích sơ bộ kết quả đánh giá kiến thức và thực hành của NCSC để tìm ra những thiếu sót, hạn chế của NCSC về PHCN sau đột quy để xây dựng chương trình can thiệp phù hợp.
 - Tiến hành can thiệp giáo dục cho NCSC với nội dung được xây dựng phù hợp, sử dụng tài liệu Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng: Tài liệu số 1 PHCN sau tai biến mạch não và tài liệu số 5 PHCN phòng ngừa thương tật thứ phát của Bộ Y tế - Nhà xuất bản Y học (Phụ lục 3), sau 2 ngày kể từ khi đánh giá lần 1.
- Đánh giá lại kiến thức và thực hành của NCSC lần 2 trước khi ra viện 2 ngày (10 ngày kể sau can thiệp giáo dục) thông qua bộ câu hỏi và bảng kiểm giống lần 1 (Phụ lục 2) để so sánh sự thay đổi kiến thức và thực hành về PHCN sau đột quy của NCSC sau can thiệp giáo dục.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*** Cơ mẫu**

Có tất cả 60 NCSC tham gia vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu diễn ra. Tuy nhiên có 6 trường hợp không đáp ứng được yêu cầu do điều kiện, hoàn cảnh gia đình. Do đó còn lại 54 NCSC của người bệnh đột quy tham gia vào nghiên cứu trong thời gian tháng 1/2017 đến tháng 4/2017 tại bệnh viện đa khoa tỉnh QN

*** Phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu toàn bộ dựa theo danh sách người bệnh đột quy điều trị tại bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Ninh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian lấy

số liệu nghiên cứu. Mỗi người bệnh chọn một người chăm sóc thường xuyên nhất. Những đối tượng đi vắng hoặc không trả lời phỏng vấn được ở thời điểm phỏng vấn thì sẽ được phỏng vấn vào thời điểm khác.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu

- **Xây dựng, thử nghiệm và hoàn thiện công cụ nghiên cứu:**

Bộ công cụ, bảng kiểm được xây dựng dựa theo *Quyết định số 1149/QĐ – BYT ngày 01 tháng 4 năm 2008* về PHCN người bệnh sau tai biến mạch máu não, PHCN phòng ngừa thương tật thứ phát và Dụng cụ PHCN tự làm tại cộng đồng đồng thời có tham khảo một số bộ công cụ trong các nghiên cứu về chăm sóc PHCN người bệnh tai biến mạch máu não đã được tiến hành trước đây [11], [12], [17]

Các câu hỏi trong nghiên cứu được xây dựng, điều chỉnh, bổ sung cho phù hợp với đối tượng và địa bàn nghiên cứu. Bộ công cụ được thử nghiệm trước khi tiến hành thu thập số liệu (test thử trên những đối tượng là NCSC, những người này sẽ không tham gia vào quá trình nghiên cứu sau).

Sau giai đoạn thử nghiệm, công cụ sẽ được chỉnh sửa, hoàn thiện in ấn phục vụ cho điều tra và tập huấn

Bộ công cụ được sử dụng với cùng nội dung cho 2 lần đánh giá trước can thiệp (khi vào viện) và sau can thiệp (trước khi ra viện)

2.5.2. Tiến trình thu thập số liệu

- **Bước 1:** Lựa chọn những người chăm sóc chính đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của họ. Nếu đồng ý người chăm sóc chính ký vào bản đồng thuận (Phụ lục 1) và được hướng dẫn về cách trả lời các thông tin trong bộ câu hỏi, cách thực hiện các kỹ thuật phục hồi.

- **Bước 2:** Đánh giá trước can thiệp (lần 1)

+ Đánh giá kiến thức của NCSC bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi có sẵn (Phụ lục 2)

+ Đánh giá kỹ năng thực hành bằng phương pháp quan sát NCSC thực hiện các kỹ thuật phục hồi trên người bệnh thông qua bảng kiểm (Phụ lục 2)

- **Bước 3:** Can thiệp giáo dục cho người chăm sóc chính thông qua cung cấp nội dung kiến thức và thực hành về PHCN người bệnh sau đột quy (Phụ lục 3).

- **Bước 4:** Đánh giá sau can thiệp (lần 2)

Đánh giá kiến thức và thực hành của NCSC sau can thiệp giáo dục bằng bộ câu hỏi và bảng kiểm giống lần 1 (Phụ lục 2).

2.6. Các biến số nghiên cứu

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại	Phương pháp thu thập
Thông tin chung				
1	Tuổi	Là tuổi của đối tượng nghiên cứu tính theo năm sinh dương lịch đến thời điểm hiện tại	Liên tục	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
2	Giới	Giới tính của đối tượng nghiên cứu: nam hoặc nữ	Nhị phân	Quan sát/Bộ câu hỏi
3	Nghề nghiệp	Là nghề của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm hiện tại và tạo ra thu nhập chính.	Định danh	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
4	Trình độ học vấn	Là trình độ cao nhất mà đối tượng có được	Thứ bậc	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
5	Địa chỉ	Là chỗ ở hợp pháp mà người đó thường xuyên sinh sống.	Định danh	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
Kiến thức chung về Đột quy				
6	Thời điểm tiến hành phục hồi	Là giai đoạn bệnh cho phép thực hiện các bài tập phục hồi.	Định danh	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
7	Vị trí đặt giường bệnh tốt nhất	Là vị trí đặt giường tạo thuận cho chăm sóc và phục hồi	Định danh	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi
8	Tư thế đúng tốt nhất	Là tư thế để người bệnh nằm tạo thuận cho việc phục hồi	Định danh	Phỏng vấn/Bộ câu hỏi

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại	Phương pháp thu thập
Thực hành về các bài tập PHCN cho người bệnh Đột quỵ				
9	Đặt tư thế	Cách đặt toàn thân thể và các bộ phận của thân thể ở yên tại một vị trí nhất định	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
10	Cách lăn trở người bệnh	Là cách thay đổi tư thế của toàn thân thể sang vị thế mới	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
11	Vận động khớp nhỏ bàn tay	Thay đổi tư thế của các khớp ngón tay và liên đốt ngón tay.	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
12	Vận động khớp cổ tay	Thay đổi tư thế của khớp cổ tay theo chức năng của khớp	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
13	Gập - Duỗi khuỷu tay	Thay đổi tư thế của khớp khuỷu theo chức năng gập và duỗi của khớp	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
14	Gập - Duỗi vai	Thay đổi tư thế của khớp vai theo chức năng gập và duỗi của khớp	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
15	Dạng khép vai	Thay đổi tư thế của khớp vai theo chức năng dạng và khép của khớp	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
16	Gập háng	Thay đổi tư thế của khớp háng theo chiều đưa chi dưới về gần cơ thể	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
17	Dạng và khép háng	Thay đổi tư thế của khớp háng theo chiều đưa chân dang ra xa cơ thể rồi trở về vị trí ban đầu	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại	Phương pháp thu thập
18	Gập và Duỗi gối	Thay đổi tư thế của khớp gối theo chiều đẩy khớp gối và gần cơ thể rồi trở về vị trí cũ	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
19	Gập và Duỗi cổ chân	Thay đổi tư thế của khớp cổ chân theo chiều đẩy bàn chân về phía mu chân và đẩy bàn chân về phía lòng bàn chân	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
20	Tập dồn trọng lượng lên chân liệt	Là cách chuyển toàn bộ trọng lượng cơ thể sang chân bị liệt	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
21	Tập kỹ thuật bắc cầu	Là cách nâng phần mông và lưng của cơ thể lên khỏi mặt giường tạo với hai chân hơi co	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
22	Tập hoạt động, sinh hoạt hàng ngày	Là các bài tập giúp người bệnh hoàn thành các sinh hoạt hàng ngày	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm
23	Dụng cụ tập luyện	Là các dụng cụ được thiết kế để giúp người bệnh đạt được hiệu quả luyện tập tốt nhất	Định danh	Quan sát/Bảng kiểm

2.7. Các khái niệm và tiêu chuẩn đánh giá

2.7.1. Các khái niệm

PHCN: Giúp người bệnh lấy lại kỹ năng bị mất và làm giảm khuyết tật lâu dài [35]

Người chăm sóc chính: Là người thường xuyên chăm sóc người bệnh hàng ngày như: vệ sinh cá nhân, tắm rửa, cho ăn, di chuyển, vận động... (thời gian và công việc chăm sóc người bệnh chiếm nhiều nhất trong số những người chăm sóc) [11]

2.7.2. Tiêu chuẩn đánh giá

- NCSC tham gia trả lời phỏng vấn với mỗi ý trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết 0 điểm. Kiến thức đạt là: trả lời $\geq 2/3$ tổng số câu hỏi. Kiến thức không đạt là: không trả lời, sai hoặc $< 2/3$ tổng số câu hỏi

- NCSC tham gia thực hiện các kỹ thuật phục hồi với mỗi bước đúng được 1 điểm, thiếu bước, sai hoặc không thực hiện, được 0 điểm (dựa theo bảng kiểm). Kỹ thuật đạt là: thực hiện đúng và đủ các bước (hoặc $2/3$ các bước trong kỹ thuật trở lên). Kỹ thuật không đạt là: không thực hiện, sai hoặc $< 2/3$ số bước.

- Xác định đúng/sai dựa trên những nội dung về phục hồi chức năng sau đột quỵ do Bộ Y tế ban hành.

- Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp giáo dục so với trước can thiệp dựa trên sự chênh lệch về tỷ lệ trả lời, thực hành đúng đối với mỗi nội dung đánh giá.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

- Chuẩn bị: kiểm tra lại toàn bộ các phiếu điều tra thu thập được, loại trừ các phiếu điền không đầy đủ.

- Nhập liệu sau khi được làm sạch, nhập 2 lần độc lập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0

- Tính các giá trị phần trăm, giá trị trung bình trước và sau can thiệp, t-test được dùng để so sánh các giá trị trung bình.

2.9. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này được triển khai sau khi thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định.

- Nội dung nghiên cứu phù hợp, được sự ủng hộ, cho phép của ban Giám đốc BV tỉnh Quảng Ninh.

- NCSC tham gia vào nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- NCSC sau khi được can thiệp giáo dục mà chưa thực được các kỹ thuật PHCN sẽ được tiếp tục hướng dẫn đến khi thực hiện được.

- Nghiên cứu không tiến hành bất cứ can thiệp nào gây ảnh hưởng xấu tới sức khỏe, uy tín, danh dự của NCSC

- Mọi thông tin cá nhân về NCSC được giữ kín, số liệu của nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được đề xuất sử dụng vào mục đích nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không sử dụng cho mục đích khác.

2.10. Sai số và cách khắc phục

2.10.1. Sai số

*** Sai số ngẫu nhiên:**

Do điều kiện, hoàn cảnh gia đình đã có 6 trường hợp thay đổi NCSC vào thời điểm sau khi đã được can thiệp giáo dục, những đối tượng này đã loại khỏi danh sách mẫu.

*** Sai số hệ thống:**

- Sai số do công cụ thu thập số liệu
- Sai số do kỹ năng phỏng vấn của điều tra viên

2.10.2. Biện pháp khắc phục sai số

*** Đối với đối tượng được phỏng vấn**

- Các bài tập thực hành phải đơn giản dễ thực hiện
- Các khái niệm đưa ra phải rõ ràng, dễ hiểu.
- Giải thích rõ mục đích và ý nghĩa của cuộc điều tra để đối tượng hợp tác đảm bảo được tính trung thực.

*** Đối với nghiên cứu viên**

- Thiết kế bộ câu hỏi đơn giản, dễ hiểu để đối tượng dễ trả lời.
- Xây dựng bảng kiểm dựa trên bài tập PHCN cộng đồng, có chia mức độ
- Hướng dẫn các bài tập thực hành thật kỹ đến khi NCSC có thể hiểu và làm theo được
- Chọn thời điểm phù hợp về mặt thời gian để phỏng vấn và quan sát
- Thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu
- Nhập liệu chính xác và làm sạch số liệu trước khi tiến hành phân tích.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

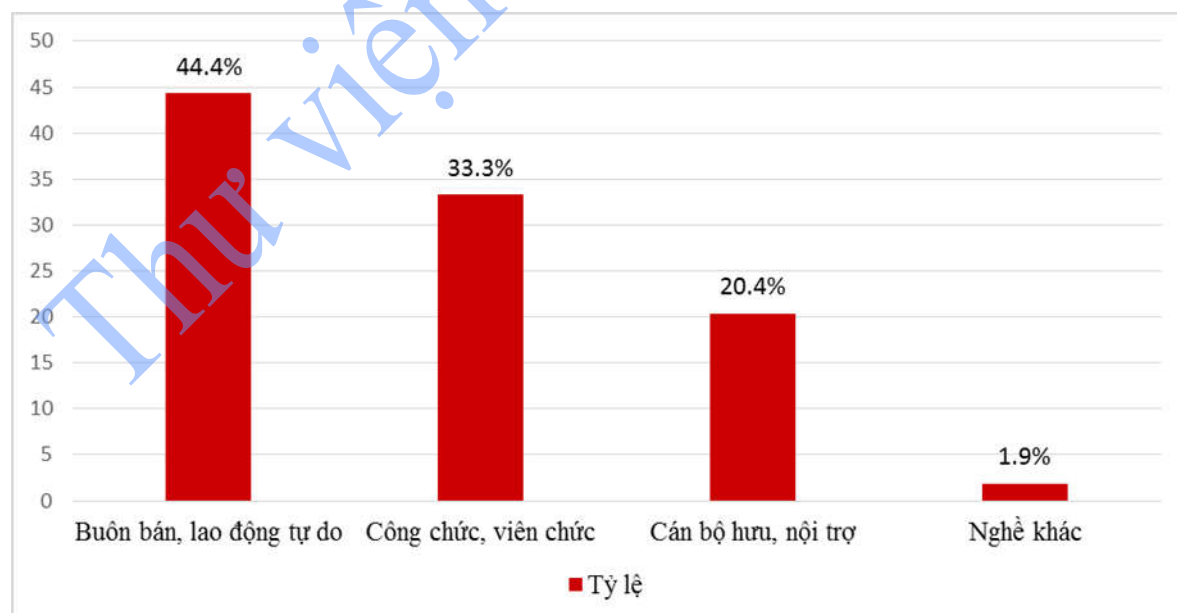
Tổng số có 54 NCSC tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu. Qua xử lý và phân tích số liệu, chúng tôi thu được những kết quả cụ thể như sau:

3.1. Thông tin chung về người chăm sóc chính

Bảng 3.1. Phân bố người chăm sóc chính theo nhóm tuổi và giới

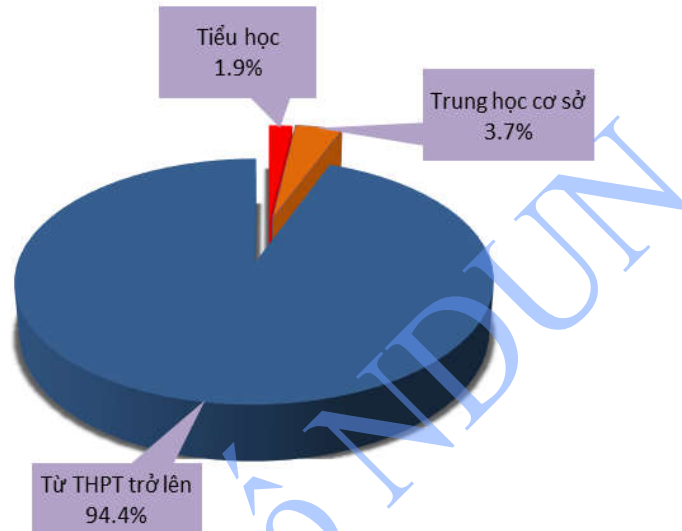
Giới tính	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
≤ 50	20	37,0	26	48,1	46	85,1
> 50	2	3,7	6	11,2	8	14,9
Tổng	22	40,7	32	59,3	54	100

Phần lớn NCSC cho bệnh nhân đột quỵ là nữ, chiếm 59,3%, NCSC là nam chiếm 40,7%. Có 85,1% NCSC có độ tuổi ≤ 50 và 14,9 % NCSC có độ tuổi > 50.



Biểu đồ 3.1. Phân bố người chăm sóc chính theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp của người chăm sóc chính phần lớn là buôn bán, lao động tự do chiếm 44,4%, công chức, viên chức chiếm 33,3%, hưu trí chiếm 20,4%, Còn lại là các nghề nghiệp khác.



Biểu đồ 3.2. Phân bố người chăm sóc chính theo trình độ học vấn

Phần lớn NCSC có trình độ trung học phổ thông trở lên chiếm 94,4%. Sau đó đến trình độ trung học cơ sở chiếm 3,7%. Chỉ có 1,9% ở trình độ tiểu học

3.2. Đánh giá kiến thức về PHCN sau đột quỵ trước, sau can thiệp của NCSC:

3.2.1. Một số kiến thức cơ bản:

Bảng 3.2. Kiến thức của người chăm sóc chính về bệnh đột quỵ

Biết về bệnh đột quỵ	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Chưa nghe	9	16,7	0	0
Đã nghe	45	83,3	54	100
Tổng	54	100	54	100

Có 83,3 % ĐTNC biết đến bệnh đột quỵ. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 100%

Bảng 3.3. Kiến thức người chăm sóc chính về tầm quan trọng của PHCN NB sau đột quỵ

Tầm quan trọng của PHCN sau đột quỵ	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
<i>Rất quan trọng</i>	23	42,6	54	100
Quan trọng	27	50,0	0	0
Bình thường	4	7,4	0	0
Không quan trọng, Hoàn toàn không quan trọng	0	0	0	0
Tổng	54	100	54	100

Có 57,4% NCSC có hiểu biết chưa đúng về tầm quan trọng của PHCN. Tỷ lệ NCSC có hiểu biết đúng là rất quan trọng chiếm 42,6%. Sau can thiệp đạt 100%.

Bảng 3.4. Yếu tố tiếp cận truyền thông của người chăm sóc chính về PHCN cho người bệnh đột quỵ:

Nguồn thông tin	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Nhân viên y tế	24	44,4	52	96,3
Phát thanh công cộng	28	51,9	37	68,5
Sách, báo, tạp chí, internet	40	74,1	49	90,7
Người thân	4	7,4	4	7,4

NCSC có nguồn tiếp cận thông tin về PHCN cho người đột quỵ ở rất nhiều nguồn. Trước can thiệp nguồn tiếp cận nhiều nhất là sách báo, tạp chí, internet 74,1%. Ít nhất đó là người thân và nhân viên y tế. Sau can thiệp tỷ lệ người tiếp cận về PHCN cho người bệnh đột quỵ tăng lên ở tất cả các nguồn nhất là nhân viên y tế chiếm 96,3% tiếp theo là sách báo tạp chí chiếm 90,7%.

Bảng 3.5. Kiến thức của người chăm sóc chính về thời điểm tiến hành PHCN cho người bệnh

Thời điểm PHCN	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Ngay sau khi bị đột quỵ (Đúng)	10	18,5	52	96,2
Khi đã điều trị qua giai đoạn cấp (Sai)	34	63,0	1	1,9
Không biết	10	18,5	1	1,9
Tổng	54	100	54	100

NCSC có hiểu biết đúng về thời điểm tiến hành phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ chỉ chiếm 18,5 % trước can thiệp. Sau can thiệp tỷ lệ tăng rõ rệt đạt 96,2% (52 người).

Bảng 3.6. Kiến thức của người chăm sóc chính về số lần tập/01 động tác

Số lần tập/01 động tác	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Đúng (10- 15 lần)	19	35,2	52	96,3
Sai (Dưới 10 lần, Trên 20 lần, Không biết)	35	64,8	2	3,7
Tổng	54	100	54	100

Có 35,2% người chăm sóc chính có kiến thức đúng về số lần tập cho mỗi động tác là từ 10 – 15 lần. Tỷ lệ trả lời đúng sau can thiệp tăng lên thành 96,3%.

Bảng 3.7. Kiến thức của người chăm sóc chính về mức độ quan sát sắc thái của NB khi tiến hành tập các bài tập

Mức độ quan sát sắc thái người bệnh	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
<i>Luôn luôn quan sát</i>	14	25,9	52	96,3
Thỉnh thoảng quan sát , Không quan sát Không nhớ rõ.	40	74,1	2	3,7
Tổng	54	100	54	100

Có 25,9 % NCSC có kiến thức đúng về mức độ quan sát người bệnh trong khi tập vận động cho người bệnh là luôn luôn quan sát. Tỷ lệ trả lời đúng sau can thiệp là 96,3 %.

3.2.2. Kiến thức của người chăm sóc chính về PHCN cho người đột quy

Bảng 3.8. Kiến thức của người chăm sóc chính về nội dung PHCN cho NB sau đột quy

Nội dung việc PHCN sau đột quy bao gồm	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp	25	46,3	53	98,1
Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ	19	35,2	53	98,1
Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp	36	66,7	51	94,4
Trả lời đúng ≥ 2 ý	26	48,1	53	98,1

Khi được hỏi về nội dung PHCN cho bệnh nhân đột quy, tỷ lệ NCSC trả lời được từ 2 ý trở lên chiếm 48,1%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên đạt 98,1%.

Bảng 3.9. Kiến thức của người chăm sóc chính về nội dung chăm sóc tư thế đúng bao gồm

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Nội dung tư thế đúng bao gồm	Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa	36	66,7	47	87,0
	Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt	18	33,3	53	98,1
	Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành	33	61,1	45	83,3
	Trả lời đúng ≥ 2 ý	28	51,9	46	85,2

Bảng 3.9 cho thấy tỷ lệ NCSC trả lời được trên 2 ý trở lên về nội dung chăm sóc tư thế đúng cho người bệnh là 51,9%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 85,2 %

Bảng 3.10. Kiến thức của người chăm sóc chính về tư thế đúng cho người bệnh

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Tư thế đúng tốt nhất cho người bệnh	Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, nghiêng bên lành, không biết.	47	87,0	7	13,0
	Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt	7	13,0	47	87,0
	Tổng	54	100	54	100
Phía thân bên liệt của người bệnh thỏa mãn	Phía thân bên liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng	10	18,5	49	90,7
	Phía thân bên liệt của người bệnh sát tường	21	38,9	5	9,3
	Không biết	23	42,6	0	0
	Tổng	54	100	54	100

Có 13,0 % người chăm sóc chính có kiến thức đúng về tư thế tốt nhất cho người bệnh trong khi tập vận động là đặt bệnh nhân ở tư thế nghiêng bên liệt. Tỷ lệ trả lời đúng sau can thiệp là 87,0 %.

Đối với kiến thức về phía thân bên liệt của người bệnh thỏa năm có 18,5% trả lời đúng là phía thân bị liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng trước can thiệp. Tỷ lệ trả lời đúng sau can thiệp là 90,7 %.

Bảng 3.11. Kiến thức của người chăm sóc chính về mục đích khi đặt tư thế đúng cho người bệnh

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Tư thế đúng của người bệnh nhằm mục đích	Giảm bớt mẫu co cứng	14	25,9	54	100
	Thuận tiện trong chăm sóc	24	44,4	52	96,3
	Đề phòng loét	27	50,0	39	72,2
	Không biết	13	24,1	0	0
	Trả lời đúng ≥ 3 ý	25	46,3	54	100

Về ý nghĩa của việc giữ đúng tư thế cho NB khi tập PHCN có 24,1% NCSC không biết về mục đích khi đặt tư thế đúng. 25,9% cho rằng mục đích là giảm bớt mẫu co cứng. 44,4 % cho rằng đạt được thuận tiện trong chăm sóc và 50% cho rằng đề phòng được loét. Tuy vậy chỉ có 46,3% NCSC trả lời $\geq 3/4$ nội dung. Tỷ lệ này sau can thiệp được nâng lên thành 100%

3.3. Đánh giá kỹ năng thực hành

Bảng 3.12. Kỹ năng của người chăm sóc chính về tư thế nằm ngửa của người bệnh

Tư thế nằm ngửa của người bệnh	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%
Vai và hông bên liệt được kê gối mềm	25	46,3	51	94,4
Khớp gối gập nhẹ	28	51,9	54	100
Cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân	19	35,2	46	85,2
Làm đúng và đủ các bước	26	48,1	54	100

Khi được yêu cầu thực hiện kỹ thuật đặt người bệnh nằm ngửa có 35,2% NCSC có làm bước kê cổ chân vuông góc với cẳng chân. Tỷ lệ này tăng lên 85,2% sau can thiệp, có 46,3% NCSC thực hiện bước để vai hông bên liệt được kê gối mềm, tỷ lệ tăng cao sau can thiệp là 94,4%. Tuy nhiên chỉ có 48,1 % NCSC thực hiện được đúng và đủ. Tỷ lệ này sau can thiệp tăng lên đáng kể thành 100%

Bảng 3.13. Kỹ năng của người chăm sóc chính về tư thế nằm nghiêng bên lành của người bệnh

Tư thế nằm nghiêng bên lành của người bệnh	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	N	%	n	%
Chân lành để duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường	41	75,9	52	96,3
Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân.	20	37,0	50	92,6
Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gấp háng và gối	11	20,4	46	85,2
Làm đúng và đủ các bước	20	37,0	51	94,4

Với kỹ thuật đặt người bệnh nghiêng về phía bên lành, bước để chân lành duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường NCSC thực hiện tốt nhất 75,9% sau can thiệp tỷ lệ này là 96,3%. Có 37% NCSC thực hiện được đúng và đủ các bước. Tỷ lệ này tăng cao sau can thiệp là 94,4 %.

Bảng 3.14. Kỹ năng của người chăm sóc chính về tư thế nằm nghiêng bên liệt của người bệnh

Tư thế nằm nghiêng bên liệt của người bệnh	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	N	%	n	%
Vai bên liệt gấp	14	25,9	42	77,8
Cánh tay duỗi vuông góc với thân mình, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi	41	75,9	52	96,3
Chân lành gấp ở háng và gối	14	25,9	46	85,2
Làm đúng và đủ các bước	18	33,3	52	96,3

Với kỹ thuật đặt người bệnh nghiêng bên liệt có 2 bước là để vai liệt gập và chân lành gập ở háng và gối NCSC làm được 25,9%, sau can thiệp cả 2 bước này đều tăng cao là 77,8% và 85,2%. Có 33,3% làm đúng và đủ các bước, tỷ lệ này sau can thiệp đạt 96,3%.

Bảng 3.15. Kỹ năng của người chăm sóc chính về tập cho người bệnh lăn nghiêng sang bên lành, bên liệt (n= 54)

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Lăn nghiêng sang bên lành	Cài tay lành vào tay liệt.	23	42,6	47	87,0
	Giúp người bệnh, gập gối và háng bên liệt	25	46,3	50	92,6
	Dùng tay lành kéo tay liệt sang phía tay lành	44	81,5	53	98,1
	Đẩy hông người bệnh xoay sang bên lành	22	40,7	39	72,2
	Làm đúng và đủ các bước	13	24,1	52	96,3
Lăn nghiêng sang bên liệt	Nâng tay và chân lành lên	25	46,3	49	90,7
	Đưa chân và tay lành về phía bên liệt	30	55,6	51	94,4
	Xoay thân mình sang bên liệt	40	74,1	51	94,4
	Làm đúng và đủ các bước	35	64,8	53	98,1

Bảng 3.15 cho thấy kỹ thuật lăn nghiêng sang bên lành có 24,1% NCSC làm đúng và đủ các bước. Sau can thiệp tăng thành 96,3%. Với kỹ thuật lăn nghiêng sang bên liệt có 64,8% làm đúng và đủ các bước. Sau can thiệp tăng thành 98,1%.

Bảng 3.16. Kỹ năng của người chăm sóc chính về tập cho người bệnh ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa (n= 54)

Tập cho người bệnh ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	N	%	n	%
Người nhà ngồi bên cạnh người bệnh.	33	61,1	48	88,9
Người bệnh bám hai tay vào cánh tay của người thân.	32	59,3	52	96,3
Một tay người nhà quàng và đỡ vai NB	39	72,2	53	98,1
Đỡ người bệnh ngồi dậy từ từ.	44	81,5	54	0
Làm đúng và đủ các bước	39	72,2	53	98,1

Bảng 3.16 cho thấy trong kỹ thuật tập cho bệnh nhân ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa, thao tác NCSC làm được ít nhất đó là cho người bệnh bám hai tay vào cánh tay của người thân 59,3% sau can thiệp 96,3%. Số NCSC làm đúng và đủ các bước là 72,2%, tỷ lệ này tăng lên thành 98,1% sau can thiệp

Bảng 3.17. Kỹ năng của người chăm sóc chính về các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ	Vận động khớp nhỏ ở bàn tay	18	33,3	51	94,4
	Vận động khớp cổ tay	39	72,2	53	98,1
	Gập- Duỗi khủy tay	44	81,5	54	100
	Gập duỗi vai	31	57,4	51	94,4
	Dạng khép vai	27	50,0	51	94,4
	Gập háng	12	22,2	46	85,2
	Dạng và khép háng	14	25,9	47	87,0
	Gập và duỗi gối	44	81,5	54	100
	Gập và duỗi cổ chân	45	83,3	53	98,1
	Tập dồn trọng lượng lên chân liệt	4	7,4	43	79,6
	Tập kỹ thuật bắc cầu	3	5,6	29	53,7
	Làm đúng và đủ các bước	7	13,0	53	98,1

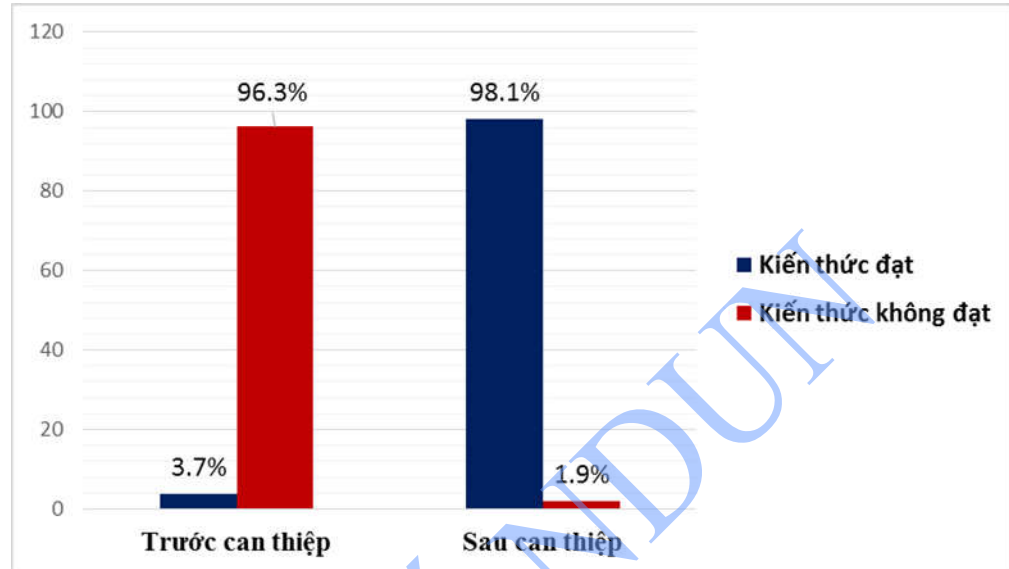
Đối với các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ kỹ thuật được thực hiện nhiều nhất là gập, duỗi cổ chân 83,3% sau tăng lên thành 98,1%. Kỹ thuật làm ít nhất là kỹ thuật bắc cầu chiếm 5,6%, sau can thiệp tăng thành 53,7%. Tuy vậy làm đúng và đủ các bước chiếm 13%. Tỷ lệ này tăng cao sau can thiệp 98,1%

Bảng 3.18. Kỹ năng của người chăm sóc chính về cách hướng dẫn, giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp

Hướng dẫn hoặc giúp cho người bệnh		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		n	%	n	%
Giúp người bệnh tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp	Hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại	39	72,2	53	98,1
	Cách giúp người bệnh đứng dậy	39	72,2	54	100
	Đi trong thanh song song	7	13,0	46	85,2
	Hướng dẫn sử dụng ròng rọc (nặng, bao cát...)	3	5,6	36	66,7
	Làm đúng và đủ các bước	7	13,0	49	90,7

Nói về về cách hướng dẫn, giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp có 2 thao tác NCSC thực hiện được 72,2% đó là hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại, và cách giúp người bệnh đứng dậy. Tuy nhiên, chỉ chiếm 13,0% làm đúng và đủ các bước. Sau can thiệp tỷ lệ này đạt 90,7%

3.4. Thay đổi kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp của NCSC



Biểu đồ 3.3. Đánh giá sự thay đổi kiến thức trước và sau can thiệp của người chăm sóc chính

Trước can thiệp, tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt là 3,7%, kiến thức không đạt là 96,3%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên đáng kể. Số NCSC có kiến thức đạt chiếm 98,1%, không đạt là 1,9%.

Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kiến thức trước và sau can thiệp của người chăm sóc chính

Kiến thức Thông số	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Trung bình ± độ lệch chuẩn	5,41 ± 2,07	12,94 ± 1,23
Min	2	8
Max	11	14
p	< 0,001	

Trước can thiệp trung bình điểm kiến thức của NCSC là $5,41 \pm 2,07$, sau can thiệp trung bình điểm kiến thức tăng lên là $12,94 \pm 1,23$, trong đó người thấp nhất được 8 điểm và người có số điểm cao nhất là 14 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.20. Đánh giá sự thay đổi kỹ năng thực hành trước và sau can thiệp của người chăm sóc chính

Thời điểm	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	N	%	n	%
Đạt	3	5,6	53	98,1
Không Đạt	51	94,4	1	1,9
Tổng	54	100	54	100

Trước can thiệp, tỷ lệ NCSC có kỹ năng thực hành đạt là 5,6%, không đạt là 94,4%. Sau can thiệp tỷ lệ này tăng cao, số NCSC có kỹ năng đạt chiếm 98,1%, và không đạt là 1,9%.

Bảng 3.21. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kỹ năng thực hành trước và sau can thiệp của người chăm sóc chính

Kỹ năng thực hành	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Thông số		
Trung bình \pm độ lệch chuẩn	$17,37 \pm 4,01$	$31,56 \pm 2,38$
Min	9	23
Max	26	35
p	$< 0,001$	

Trước can thiệp trung bình điểm kỹ năng thực hành của NCSC là $17,37 \pm 4,01$ sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là $31,56 \pm 2,38$ trong đó người

thấp nhất được 23 điểm và người có số điểm cao nhất là 35 điểm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.22. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kỹ năng thực hành tư thế đúng cho người bệnh

Kỹ năng về tư thế	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Thông số		
Trung bình ± độ lệch chuẩn	10,56 ± 2,82	18,30 ± 1,96
Min	4	8
Max	17	20
p	< 0,001	

Đối với kỹ năng thực hành tư thế đúng của NCSC trước can thiệp điểm trung bình là 10,56 ± 2,82 sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là 18,30 ± 1,96 Sự thay đổi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.23. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kỹ năng thực hành các động tác duy trì, tăng cường sức mạnh cơ sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh sau đột quỵ

Kỹ năng thực hành	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Thông số		
Trung bình ± độ lệch chuẩn	6,83 ± 2,21	13,29 ± 1,28
Min	3	10
Max	13	15
p	< 0,001	

Tổng điểm kỹ năng thực hành các động tác duy trì, tăng cường sức mạnh cơ và sinh hoạt hàng ngày cho người bệnh sau đột quỵ của NCSC trước can thiệp điểm trung bình là 6,83 ± 2,21, sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là 13,29 ± 1,28. Trong đó người thấp nhất được 10 điểm, cao nhất 15 điểm. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn về kiến thức, quan sát trực tiếp các kỹ năng thực hành với can thiệp giáo dục sức khoẻ về phục hồi chức năng cho 54 người chăm sóc chính của NB đột quy tại Khoa PHCN, bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, trong đó phần lớn là nữ giới chiếm 59,3% và nam giới chiếm 26%. Tỷ lệ này của chúng tôi gần giống với tỷ lệ của Stein J về kiến thức của thành viên trong gia đình và sự kỳ vọng cho sự phục hồi chức năng của người bệnh sau đột quy cho kết quả: người chăm sóc NB đột quy có 72% là nữ giới và 28% là nam giới [19] Điều này cho thấy, đối tượng chăm sóc cho NB đột quy thường được giao cho người phụ nữ. Việc này rất phù hợp với vai trò của họ. Người phụ nữ trong gia đình được biết đến với vai trò làm mẹ, làm vợ, làm con là người biết lo toan, quán xuyến quan tâm chăm sóc các thành viên khác trong gia đình, cộng với đức tính nhẫn nại, tỉ mỉ và cẩn thận nên đây là đối tượng khá phù để chăm sóc NB đột quy. Về khoảng tuổi, phần lớn người chăm sóc chính ≤ 50 tuổi (85,1%), đây là độ tuổi có sức khoẻ tốt, phù hợp với việc chăm sóc và tiến hành các bài tập phục hồi cho người bệnh (nhỏ nhất là 27 tuổi). Độ tuổi > 50 chiếm tỷ lệ thấp hơn (14,9%), qua phỏng vấn cho thấy đây là những đối tượng là vợ/chồng của NB, đối tượng này tuy tuổi cao hơn, nhưng theo văn hoá truyền thống của người Việt Nam, họ cũng là đối tượng thích hợp để chăm sóc cho người bạn đời của mình.

Về nghề nghiệp phần lớn ĐTCS làm nghề buôn bán tự do 44,4% sau đó là công chức viên chức 33,3%. Điều này phản ánh khá sát với điều kiện thực tế trong mỗi gia đình. Những người làm tự do có thể chủ động về thời gian để chăm sóc cho người bệnh 1 cách tốt nhất. Nội trợ và hưu trí chiếm 20,4% đây là những đối tượng qua phỏng vấn được biết là vợ/chồng của người bệnh họ cũng là những đối tượng thích hợp để chăm sóc 1 nửa của mình.

Trình độ học vấn của người chăm sóc chính phần lớn là trung học phổ thông trở lên chiếm 94,4%, tiếp đó đến trung học cơ sở chiếm 3,7%. Trình độ học vấn ở bậc tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,9%, không có đối tượng nào mù chữ. Kết quả này có sự khác biệt đôi chút so với nghiên cứu của Trần Văn Lê (71%) [11]. Điều này có thể là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở thành phố Hạ Long nơi tập trung dân trí cao so với các địa bàn khác trong tỉnh. Do đó trình độ học vấn của đối tượng có sự khác biệt. Tuy nhiên trình độ học vấn của các đối tượng đã đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và phù hợp với can thiệp truyền thông, giáo dục sức khoẻ bởi họ đều có khả năng đọc và viết thành thạo.

4.2. Kiến thức của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ trước và sau can thiệp

Tai biến mạch máu não gồm những biểu hiện bệnh lý đột ngột, cấp tính có tính chất khu trú của hệ thần kinh trung ương, do giảm cung cấp máu tới não. Chẳng hạn như liệt nửa người và mặt cùng bên, tê bì hay rối loạn cảm nửa thân, nói khó, hoặc nhìn khó, có thể kèm theo hôn mê hoặc rối loạn tri giác. Bệnh thường xảy ra đột ngột, có hoặc không có dấu hiệu báo trước như đau đầu, buồn nôn.... Trong vài phút hoặc vài giờ, người bệnh có thể bị liệt hoàn toàn nửa người (gồm cả mặt, tay và chân cùng bên). Liệt nửa người là dấu hiệu thường gặp nhất, ngoài ra có thể gặp các dấu hiệu khác như nói ngọng, tê bì nửa người, lẫn lộn, đại tiểu tiện không tự chủ [17]. Việc phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quỵ là rất quan trọng, nó giúp người bệnh dần dần cải thiện được các chức năng trên cơ thể. Tuy nhiên để thực hiện được việc đó các thành viên trong gia đình đóng một vai trò vô cùng quan trọng đặc biệt là người chăm sóc chính, họ không chỉ giúp người bệnh phục hồi về mặt thể chất, tinh thần mà họ còn là cầu nối để người bệnh hòa nhập với cộng đồng 1 cách hiệu quả đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2.1. Kiến thức cơ bản của người chăm sóc chính trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ

Kiến thức của NCSC về bệnh đột quỵ: Có tới 83,3% NCSC có nghe về bệnh đột quỵ khi được hỏi, điều này cho thấy bệnh đang và đã trở thành là mối quan tâm

rất lớn về mặt sức khỏe của các thành viên trong gia đình và xã hội. Tuy nhiên phần lớn trong số họ không hiểu hết về bệnh đặc biệt cách chăm sóc và PHCN khi gia đình có người thân bị bệnh

Kiến thức về tầm quan trọng của PHCN người bệnh sau đột quy: Hậu quả khi xảy ra bệnh đột quy là rất lớn không chỉ để lại cho bản thân người bệnh mà còn là gánh nặng cho gia đình và cho xã hội [25]. Việc phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy là rất quan trọng, giúp người bệnh dần cải thiện được các chức năng, hồi phục phần nào các vận động tối thiểu, từ đó giúp cho đối tượng sinh hoạt hàng ngày một cách dễ dàng hơn, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Các thành viên trong gia đình hay người chăm sóc chính đóng vai trò quyết định trong sự sống sót của những NB đột quy, phòng chống tái đột quy lần 2 và quyết định hiệu quả của phục hồi chức năng [28]. Ở nghiên cứu này có 42,6% NCSC đã biết được tầm quan trọng của phục hồi chức năng. Như vậy có thể thấy thực tế họ đã biết và ý thức được tầm quan trọng của phục hồi mặc dù tỷ lệ chưa cao.

Về yếu tố tiếp cận truyền thông: Với thời buổi công nghệ về điện thoại thông minh và máy tính bảng ngày càng hiện đại, việc NCSC tiếp cận được thông tin nhanh nhạy và đầy đủ đang dần trở lên dễ dàng và thuận tiện. Điều đó cho thấy cùng 1 thông tin nhưng đối tượng nghiên cứu thu nhận được ở rất nhiều các phương tiện truyền thông khác nhau. Tuy nhiên việc sử dụng công nghệ điện tử càng trở lên phổ biến cũng làm hạn chế việc trao đổi trực tiếp giữa các người thân trong gia đình, giữa nhân viên y tế và người nhà của người bệnh. Ở nghiên cứu này có 44,4% NCSC tiếp nhận thông tin qua nhân viên y tế. Sau tác động can thiệp tỷ lệ tăng thành 96,3%. Như vậy cho thấy vai trò, giá trị của điều dưỡng, kỹ thuật viên phục hồi trong việc tuyên truyền, giáo dục sức khỏe.

Kiến thức về thời điểm tiến hành phục hồi cho người bệnh đột quy: Việc phục hồi chức năng cần toàn diện, sớm và tùy thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Ở giai đoạn cấp của bệnh, việc chăm sóc chiếm vị trí quan trọng, phục hồi chức năng cũng đồng thời phải tiến hành ngay [17]. Trong nghiên cứu này, có 18,5% NCSC trả lời đúng về thời điểm tiến hành PHCN là ngay sau khi bị đột quy. Việc không

nắm được chính xác thời điểm để bắt đầu tiến hành PHCN cho người bệnh làm giảm cơ hội và khả năng phục hồi do tiến hành chậm trễ. Nhưng sau khi được can thiệp giáo dục bởi các điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi thì tỷ lệ này tăng đáng kể 96,2% con số này cho thấy hiệu quả của việc can thiệp là rất quan trọng.

Kiến thức về tần suất của mỗi động tác và quan sát sắc thái người bệnh: Việc thực hiện các động tác đều đặn và thường xuyên, với cường độ phù hợp có ý nghĩa quyết định hiệu quả của việc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy. Mỗi động tác nên được tập một cách từ từ, và tập từ 10 – 15lần [17]. Tỷ lệ NCSC có câu trả lời đúng ở nội dung này là 35,2%. Sau tác động can thiệp tỷ lệ này 96,3%. Việc nhận thức đúng tần suất tập của mỗi động tác giúp tăng hiệu quả của phục hồi. Ngoài ra trong khi tập cần thường xuyên quan sát sắc thái, nét mặt người bệnh để điều chỉnh cường độ tập luyện phù hợp. Do việc tập luyện có thể gây đau đớn, quá sức cho người bệnh, tuy nhiên sự giao tiếp về mặt ngôn ngữ bị hạn chế, và khả năng kiểm soát các cử động của người bệnh sau đột quy kém, vì vậy trong quá trình tập luyện cho người bệnh, NCSC cần lưu ý luôn luôn quan sát sắc thái, nét mặt của người bệnh. Tỷ lệ này trước can thiệp là 25,9%. Sau can thiệp, tỷ lệ này đã được tăng lên thành 96,3%. Sự chênh lệch trước và sau can thiệp cho thấy hiệu quả của việc tác động can thiệp.

4.2.2. Kiến thức về PHCN cho người đột quy

Ở người bệnh đột quy hậu quả để lại nặng nề nhất phải kể đến đó là hệ vận động 92,96% [2]. Người bệnh bị yếu hoặc liệt $\frac{1}{2}$ người dẫn đến khó khăn trong, đi lại, di chuyển và sinh hoạt hàng ngày. Việc PHCN cho người bệnh cần được tiến hành toàn diện và đồng thời nhất là trên hệ vận động cùng lúc 3 nội dung. Phần lớn đối tượng trước can thiệp cho rằng PHCN cho người đột quy chủ yếu là tập cho người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp (66,7%). Như vậy có thể thấy rằng mong muốn chung của tất cả những người thân trong gia đình người bệnh đều là tự họ có thể độc lập trong sinh hoạt, phục vụ bản thân. Tuy vậy có 48,1% trả lời đúng trên 2 ý, tỷ lệ này tăng cao sau can thiệp.

Trong công tác chăm sóc và PHCN cho người bệnh đột quy thì chăm sóc về tư thế đóng 1 vai trò quan trọng không chỉ trong giai đoạn cấp mà cả giai đoạn sau. Ở nghiên cứu của tôi có 51,9% NCSC hiểu được nội dung chăm sóc tư thế đúng so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lê tỷ lệ này có cao hơn (18,2%) Tuy nhiên trong đó có 66,7% cho rằng nội dung tư thế đúng là đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa như vậy có thể hiểu được rằng thói quen của người chăm sóc đặt người bệnh ở 1 tư thế. Điều này cho thấy việc tăng cường kiến thức cho NCSC về chăm sóc tư thế đúng của người bệnh là rất cần thiết, đặc biệt sau khi người bệnh rời khỏi bệnh viện và trở về nhà thì các nhân viên y tế rất cần cung cấp thông tin và hướng dẫn, hỗ trợ người bệnh và người nhà trong việc chăm sóc PHCN tại nhà nhằm phục hồi sức khỏe của người bệnh và phòng ngừa biến chứng có thể xảy ra.

Thông thường mẫu co cứng trong bệnh nhân đột quy: gập ở chi trên và co cứng duỗi ở chi dưới [16]. Bệnh nhân liệt nửa người sau một thời gian vài tháng thường bị co cứng cơ. Khi cử động bên liệt thấy cử động bị cứng, bị khó như bị cản lại. Việc phòng ngừa mẫu co cứng nên được thực hiện sớm trong giai đoạn cấp của bệnh, bằng cách người chăm sóc chính hoặc người nhà NB thường xuyên vận động tay và chân liệt và luôn chú ý đặt NB nằm với bên liệt ra ngoài [17]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 18,5% người nhà biết rằng phía thân bị liệt của NB cần được hướng ra giữa phòng, con số này sau can thiệp tăng lên thành 90,7%. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Lê tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Đông, có 92% số NB có nhu cầu được chỉ dẫn vị thế nằm đúng trên giường, tuy nhiên chỉ có 10% được điều dưỡng viên chăm sóc hướng dẫn. Cũng theo kết quả Hoàng Ngọc Thẩm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk có 42,3% NB có nhu cầu chăm sóc về vị thế đúng trên giường [15]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Mai có 56,1% NB có nhu cầu chăm sóc vị thế đúng khi nằm và 19,5% có nhu cầu thay đổi tư thế thường xuyên [14]. Các kết quả nghiên cứu chỉ ra, NB có nhu cầu được giữ đúng tư thế, tạo cảm giác dễ chịu và rất cần thiết ngay từ giai đoạn sớm của bệnh, cũng như việc này cần được duy trì thường xuyên cho tới khi NB hồi phục. Các kết

quả nghiên cứu cho thấy việc NCSC cần có 1 kiến thức đầy đủ về chăm sóc tư thế đúng cho NB là rất quan trọng, giúp cho NB có cơ hội để phục hồi nhiều hơn.

Về tác dụng của việc giữ tư thế đúng cho NB: có 25,9% NCSC biết rằng mục đích của tư thế đúng nhằm làm giảm bớt mẫu co cứng, 44,4% hiểu rằng giữ tư thế đúng giúp cho việc chăm sóc trở lên dễ dàng hơn và 50% biết mục đích để phòng loét, 24,1% không hiểu được mục đích. Tác dụng của phục hồi chức năng ở giai đoạn sớm là giúp bệnh nhân giảm co cứng, biến dạng khớp, do không được vận động và nuôi dưỡng kém [17]. Ngoài ra việc đặt đúng tư thế còn giúp NB phòng chống được loét, một vấn đề khá phổ biến ở NB đột quy nếu không được chăm sóc đúng cách.

4.3. Kỹ năng thực hành của NCSC về PHCN cho người bệnh đột quy trước và sau can thiệp

Hậu quả của đột quy là người bệnh yếu hoặc liệt một nửa người, dẫn đến người bệnh sẽ gặp khó khăn khi lăn trở người trên giường, thay đổi tư thế. Yếu hoặc liệt 1 bên người còn ảnh hưởng đến khả năng giữ thăng bằng làm cho người bệnh khó khăn khi ngồi dậy và ngồi vững, khó đứng dậy, di chuyển. Ngoài những khó khăn khi di chuyển, người bệnh còn gặp những khó khăn khi thực hiện các hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày do cử động tay và thân mình khó. Các hoạt động bao gồm: ăn uống, rửa mặt, đánh răng, thay quần áo....Mục đích tập vận động giúp NB phục hồi vận động và dần độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, tự chăm sóc và phục vụ được bản thân, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lệ về thực trạng và các yếu tố liên quan đến chăm sóc phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh bị tai biến mạch máu não đã từng điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2014, có 75% NB có nhu cầu được luyện tập – vận động tay chân hai bên, thế nhưng có đến 33,3% nhu cầu chưa được đáp ứng, Có đến 96,6% NB có nhu cầu cần được vận động tay chân liệt, nhưng có đến 32% NB chưa được NCSC hướng dẫn, hỗ trợ tập luyện. Có 50% NB có nhu cầu được hướng dẫn, hỗ trợ tập ngồi Có 92,3% NB đột quy có nhu cầu được

tập đứng và 51.9% NB có nhu cầu tập đi, tỷ lệ NB không được NCSC đáp ứng đầy đủ lần lượt là 65,4%, 59,3% và 50% .

Với kỹ thuật đặt NB ở tư thế nằm ngửa có 48,1 % NCSC thực hiện được đúng và đủ các bước. Tỷ lệ này sau can thiệp tăng lên đáng kể thành 100%. Trong đó bước kê cổ chân vuông góc với cẳng chân là 35,2%. Cổ chân khi nằm ngửa thường xoay ngoài nhất là bên liệt không có trương lực cơ cộng với việc co rút của gân asin sẽ làm cho người bệnh khó khăn trong việc đặt bàn chân xuống đất để bước và di chuyển. Như vậy cho thấy rằng tất cả các khớp nhất là bên liệt của người bệnh, cần được quan tâm như nhau và phải đặt ở đúng tư thế để giúp cho việc phục hồi về sau

Với kỹ thuật đặt người bệnh nằm nghiêng về phía bên lành, bên liệt lần lượt là 37% và 33,3% NCSC thực hiện được đúng và đủ các bước. Điều này cho thấy NCSC chưa có kỹ năng tốt về cách đặt bệnh nhân nằm nghiêng hoặc biết nhưng không đầy đủ. Nó khiến cho việc thay đổi tư thế người bệnh trở lên hạn chế. Việc người bệnh nằm lâu 1 bên sẽ dẫn đến tuần hoàn kém lưu thông và nguy cơ loét do đè ép tăng cao.

Kỹ năng tập cho NB lăn nghiêng sang bên lành, bên liệt là 24,1% và 64,8%. Có thể thấy ở đây tỷ lệ lăn nghiêng sang bên liệt cao gấp gần 3 lần nghiêng sang bên lành. Khi người bệnh lăn sang bên liệt có 1 cái rất thuận lợi đó bên lành họ hoàn toàn chủ động trong các thao tác sinh hoạt như cầm nắm các vật đơn giản... mà không bị phụ thuộc vào người thân. Cũng chính có thể vì lẽ đó mà NCSC có thói quen lăn nghiêng người bệnh sang bên liệt nhiều hơn bên lành để giảm thiểu sự phụ thuộc của người bệnh vào mình.

Với kỹ thuật tập cho người bệnh ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa có đến 72,2% làm đúng và đủ các bước, so với nghiên cứu Nguyễn Văn Lệ tỷ lệ cao gấp 2 lần. Và điều nhận thấy rõ nhất là các bước trong kỹ thuật này NCSC đều thực hiện được trên 50%. Như vậy có thể cho rằng đây là kỹ thuật mà NCSC thực hiện nhiều lần trong ngày nó trở thành quen thuộc với họ mỗi khi muốn giúp người bệnh đi lại hoặc vệ sinh cá nhân.

Chỉ có 13% NCSC thực hiện các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ trong đó có 2 động tác có tỷ lệ dưới 10% đó là dồn trọng lượng lên chân liệt và kỹ thuật bắc cầu điều này cho thấy NCSC chưa có kỹ năng tốt hoặc biết nhưng không đầy đủ để thực hiện tốt tất cả các động tác. Trên thực tế đây cũng là 2 kỹ thuật mang tính chất khó hơn so với các kỹ thuật khác nếu không được hướng dẫn tỷ mỉ và cẩn thận, điều đó lý giải vì sao NCSC không thực hiện tốt 2 kỹ thuật này. Nhận thấy rằng tỷ lệ NCSC thực hiện các động tác như gập duỗi khuỷu tay hoặc gập duỗi gối cao trên 80%. Có thể cho rằng đây là thao tác dễ thực hiện và đơn giản nhất.

Về cách hướng dẫn, giúp người bệnh tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp chỉ có 13% NCSC thực hiện đúng và đủ các bước trong đó 2 bước: hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại và bước giúp người bệnh đứng dậy đều là 72,2% cao hơn rất nhiều lần so với 2 bước còn lại. Nhận thấy rất rõ rằng 2 bước đầu chính là những công việc xảy ra rất nhiều lần lặp đi lặp lại trong ngày. Cho nên NCSC làm tốt hơn 2 bước sau, 2 bước sau đòi hỏi phải có sự hướng dẫn, hỗ trợ của nhân viên y tế thì NCSC mới thực hiện được.

4.4. Kết quả của can thiệp

Đánh giá kiến thức của NCSC trước và sau can thiệp: Kiến thức về PHCN vận động là một trong những mảng kiến thức quan trọng, giúp người bệnh đột quy phục hồi được các chức năng vận động của cơ thể mình. Chúng tôi chọn điểm cắt 50% để đánh giá kiến thức của NCSC. Kết quả trước can thiệp có 7,4% NCSC có kiến thức đạt và 92,6% NCSC có kiến thức không đạt. Sau khi đánh giá kiến thức của NCSC về phục hồi chức năng cho người đột quy, chúng tôi tiến hành can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng cách phát tờ rơi và tư vấn tận trực tiếp người chăm sóc chính tại khoa phòng. Hiệu quả của can thiệp được đánh giá sau 10 ngày, kết quả thu được có 96,3% NCSC có kiến thức đạt và 3,7% NCSC có kiến thức không đạt. Tỷ lệ này cho thấy can thiệp đã thu được kết quả rất khả quan, nâng cao được kiến thức cho NCSC. Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt tăng từ 7,4% trước can thiệp lên thành 96,3% sau can thiệp. Điểm trung bình kiến thức của NCSC là 5,57

$\pm 2,44$, sau can thiệp trung bình điểm kiến thức tăng lên là $11,98 \pm 1,21$, trong đó người thấp nhất được 7 điểm và người có số điểm cao nhất là 13 điểm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Đánh giá khả năng thực hành của NCSC trước và sau can thiệp: Để cho người bệnh đột quy độc lập trong sinh hoạt và hòa nhập cộng đồng chúng tôi đánh giá cao vai trò của NCSC trong quá trình thực hiện các kỹ thuật PHCN. Chúng tôi chọn điểm cắt 50% để đánh giá thực hành của NCSC. Trước can thiệp chỉ có 5,6% NCSC thực hiện được các kỹ thuật PHCN cho người bệnh đột quy và có đến 94,4% là không thực hiện được. Sau khi được hướng dẫn trực tiếp các làm các kỹ thuật trên người bệnh tỷ lệ đó đã thay đổi rõ rệt. Đạt 98,1% không đạt 1,9%.

Việc thay đổi tư thế cho người bệnh đóng 1 vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi. Giúp cho người bệnh hạn chế được các biến chứng xảy ra trên da và hệ hô hấp. điểm trung bình của NCSC về việc thay đổi tư thế là $10,56 \pm 2,82$ sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là $18,30 \pm 1,96$

Để hạn chế biến chứng cơ cứng khớp và làm tốt các chức năng sinh hoạt của người bệnh. NCSC cần có kỹ năng thực hành về các bài tập duy trì, tăng cường sức mạnh cơ và sinh hoạt hàng ngày và điểm kỹ năng thực hành cho người bệnh sau đột quy của NCSC trước can thiệp điểm trung bình là $6,83 \pm 2,21$, sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là $13,96 \pm 3,41$. Trong đó người thấp nhất được 10 điểm, cao nhất 30 điểm. Sự thay đổi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Với những kết quả như ở trên có thể thấy sự thay đổi tích cực của NCSC sau khi được can thiệp giáo dục cả về lý thuyết lẫn thực hành. Điều đó cũng cho thấy vai trò của nhân viên y tế nói chung và ở nghiên cứu này là những người làm công tác phục hồi chức năng nói riêng trong việc tư vấn, tuyên truyền, giáo dục sức khỏe là đặc biệt quan trọng nhất là trong việc hướng dẫn thực hành trực tiếp bằng phương pháp cầm tay chỉ việc hoặc thông qua các tài liệu có hình ảnh minh họa rõ nét. Chứng tỏ hiệu quả của việc can thiệp giáo dục là vô cùng to lớn ngoài việc nâng cao hiệu quả điều trị nó còn góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh, giảm bớt hậu quả của bệnh tật, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội

Do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên sử dụng bộ công cụ đánh giá dựa trên Quyết định số 1149/QĐ – BHYT ngày 01 tháng 4 năm 2008 về phục hồi chức năng người bệnh sau tai biến mạch máu não, chúng tôi không tìm thấy những nghiên cứu có các tiêu chí đánh giá tương tự, vì vậy việc bàn luận của chúng tôi còn gặp nhiều hạn chế.

4.5. Ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu

4.5.1. Ưu điểm

Là nghiên cứu can thiệp giáo dục đầu tiên trên địa bàn tỉnh Quảng Ninh do đó kết quả nghiên cứu góp phần mô tả rõ về thực trạng kiến thức, thực hành của NCSC người bệnh đột quỵ tại địa bàn tỉnh. Từ đó giúp cho cán bộ y tế nói chung, khoa PHCN nói riêng hiểu rõ hơn về vai trò cũng như tầm quan trọng của họ trong công tác giáo dục tuyên truyền, tư vấn, hướng dẫn người nhà của người bệnh trong công tác chăm sóc và PHCN

Trong quá trình nghiên cứu diễn ra đã cung cấp thêm kiến, thực hành cho NCSC người bệnh đột quỵ giúp họ hiểu được giá trị của PHCN, đồng thời góp phần nâng cao tỷ lệ người bệnh được phục hồi khi về nhà, chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện hơn.

4.5.2. Hạn chế

Nghiên cứu diễn ra trong thời gian ngắn, đối tượng nghiên cứu không tập trung cùng một thời điểm và trình độ không đồng đều chính là hạn chế để nghiên cứu diễn ra được thuận lợi nhất

Các bài tập, kỹ thuật phục hồi nhiều, đòi hỏi phải được hướng dẫn tỷ mỉ theo phương pháp cần tay chỉ việc làm đi làm lại nhiều lần để nhớ và thực hiện được các bước, trong khi đó số lượng điều dưỡng, kỹ thuật viên của khoa thì có hạn cộng với số lượng bệnh nhân đông luôn nằm trong tình trạng quá tải chính vì vậy tỷ lệ NCSC được hướng dẫn các bài tập phục hồi không nhiều.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức, thực hành của NCSC về PHCN cho người bệnh đột quỵ

- Tỷ lệ NCSC chưa nghe về bệnh đột quỵ là 16,7%
- Có 13% thực hiện được các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ
- Tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt là 3,7%
- Tỷ lệ NCSC có kỹ năng thực hành đạt 5,6%
- Điểm trung bình kiến thức của NCSC là $5,41 \pm 2,07$
- Điểm trung bình kỹ năng thực hành là $17,37 \pm 4,01$

2. Sự thay đổi kiến thức, thực hành của NCSC sau can thiệp

- Kiến thức của NCSC về bệnh đột quỵ sau can thiệp đạt 83,3%
- Kỹ năng thực hiện các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ sau can thiệp đạt 98,1%
- Sau can thiệp tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt và thực hành đạt tăng lần lượt từ 3,7% lên 98,1% và 5,6% lên 98,1%
- Sau can thiệp có sự cải thiện rõ rệt về kiến thức và thực hành với điểm trung bình kiến thức tăng từ $5,41 \pm 2,07$ lên $12,94 \pm 1,23$ và kỹ năng thực hành tăng từ $17,37 \pm 4,01$ lên $31,56 \pm 2,38$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với khoa, Phòng, Bệnh viện, các kỹ thuật viên PHCN

Thường xuyên mở các lớp tập huấn cho các kỹ thuật viên về công tác tuyên truyền, giáo dục, hướng dẫn, hỗ trợ NCSC về cách PHCN cho người bệnh đột quy. Ngoài ra in ấn các tài liệu, tờ rơi liên quan đến kiến thức, các bài tập PHCN để phát cho NCSC người bệnh đột quy hoặc khoa bố trí phòng tư vấn trong đó chiếu video hướng dẫn cụ thể các bài tập về phục hồi

Tư vấn, hướng dẫn là trách nhiệm của nhân viên y tế nói chung, với nghiên cứu này là của điều dưỡng/ kỹ thuật viên PHCN cần phải thực hiện như một hoạt động thường quy.

2. Đối với NCSC, gia đình, xã hội

Cần chủ động trong việc tìm hiểu các thông tin, tầm quan trọng của PHCN cũng như tham gia các khóa huấn luyện cho người bệnh đột quy nhằm nâng cao kiến thức về PHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Nguyễn Xuân Nghiêm và cộng sự (1996). *Nghiên cứu sản xuất các dụng cụ phục hồi chức năng theo kỹ thuật thích nghi tại cộng đồng*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, NXB Y học, tr. 193-197.
2. Trần Văn Chương (2010). *Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*, NXB Y học, Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Đăng (1996). *Tình hình tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai 1991 - 1993*, Nxb Y học, tr. 101-109.
4. Nguyễn Văn Đăng (2000). *Góp phần nghiên cứu dịch tễ học TBMMN*, NXB Y học, Hà Nội.
5. Vũ Văn Đỉnh, Đặng Quốc Tuấn và Nguyễn Kim Sơn (1998). *Điều trị tích cực tai biến mạch máu não tại khoa hồi sức cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, tr. 60-64.
6. Trần Trọng Hải (2007). *Nhu cầu và thực trạng cung cấp dịch vụ và PHCN cho người khuyết tật tại một số khu vực dân cư vùng đồng bằng châu thổ sông Hồng*, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Trường Đại học Y tế Công cộng.
7. Nguyễn Minh Hiện (2013). *Đột quy*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 1 - 40.
8. Lê Đức Hình (2011). *Chẩn đoán và xử trí TBMMN*, Hội thảo liên khoa báo cáo khoa học bệnh viện Bạch Mai.
9. Lê Đức Hình và cộng sự (2008). *Tai biến mạch máu não: hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, NXBYH, Hà Nội.
10. Ngô Huy Hoàng (2014). *Thay đổi nhận thức về đột quy của sinh viên điều dưỡng chính quy sau can thiệp giáo dục*, Tạp chí YHTH. 918, tr. 130-134.

11. Nguyễn Văn Lê (2015). *Thực trạng và các yếu tố liên quan đến chăm sóc PHCN tại nhà cho người bệnh bị tai biến mạch máu não đã từng điều trị tại bệnh viện Hà Đông*, Luận văn thạc sỹ y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
12. Trần Thị Mỹ Luật (2008). *Đánh giá kết quả PHCN vận động của bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện điều dưỡng- PHCN tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên.
13. Phạm Quang Lung và cộng sự (1997). *Những mục tiêu và nguyên tắc điều trị vật lý trị liệu*, NXB Y học, Hà Nội.
14. Nguyễn Như Mai và Trần Thị Thanh Hương (2014). *Nhu cầu chăm sóc PHCN bệnh nhân Tai biến mạch máu não khi xuất viện tại bệnh viện lão khoa trung ương*, Kỷ yếu công trình khoa học, Trường Đại học Thăng Long.
15. Hoàng Ngọc Thắm (2012). *Thực trạng nhu cầu và chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk*, Luận văn Thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
16. Nguyễn Văn Thông (2008). *Chăm sóc người bệnh đột quỵ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. Nguyễn Thị Xuyên, Trần Trọng Hải và Trần Quý Tường, chủ biên (2008). *Tài liệu số 1: Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não, 20 tài liệu kỹ thuật về phục hồi chức năng cho tuyến cộng đồng sử dụng*, Ban hành theo quyết định Quyết định số 1149/QĐ – BYT ngày 01 tháng 4 năm 2008, Hà Nội.

Tiếng Anh

18. Ishikawa R and et al (2006). Factors related to ADL of stroke patients three months after discharge. *Nippon - Kosshu -Eisei - Zasshi*, 43(5), pp. 354-363.
19. Shafqat S Stein J, Doherty D and et al (2003). Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 82(3), pp. 169 - 174.

20. Chung-Fen Tsai and et al (2015). *Risk factors for ischemic stroke and its subtypes in Chinese vs Caucasians: Systematic review and meta analysis*, web <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25907735>. accessed 12 December 2016
21. Hickey and et al (2012). Knowledge of stroke risk factors and warning signs in Ireland: development and application of the Stroke Awareness Questionnaire. *Journal of Stroke*, 7(4), pp. 298–306.
22. American Heart Association (2013). *waring signs of stroke*, web http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/EffectsofStroke/Effects-of-Stroke_UCM_308534_SubHomePage.jsp. accessed 15 October 2016
23. American Heart Association (2016). *Impact of Stroke (Stroke statistics)*, web http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics_UCM_310728_Article.jsp#.WFaVEHyg_IV. accessed 28 October 2016
24. The Stroke Association (2010). *Physical effects of stroke. Factsheet 33*, web <https://www.stroke.org.uk/resources/physical-effects-stroke>. accessed 23 November 2016
25. A. Di Carlo (2009). Human and economic burden of stroke. *Age Ageing*, 38(1), pp. 4-5.
26. World heart federation (2016). *The global burden of stroke*, web <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/stroke/>. accessed 14 November 2016
27. National Institutes of Health (2014). *Post-Stroke Rehabilitation*, web <https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison>. accessed 21 December 2016
28. Stein J and et al. (2003). Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, 82(3), pp. 169 - 174.

29. Yasumura S Motegi A, Arai H, Ahiko T, Hayashi H (2008). Outcome of stroke survivors in Yamagata Prefecture. *Nippon - Koshu - Eisei -Zasshi*, 45(9), pp. 846 - 852.
30. Dariush Mozaffarian and et al (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics*, web <http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/early/2015/12/16/CIR.0000000000000350.full.pdf>. accessed 9 November 2016
31. J. Muller-Nordhorn and et al (2006). Knowledge about risk factors for stroke: a population-based survey with 28,090 participants. *Stroke*, 37(4), pp. 946-50.
32. Soderfeldt B Samuelsson M, Olsson G.B (2006). Functional outcome in patients with lacunar infarction. *Stroke*, 27(5), pp. 842 -846.
33. Okamura T và Nakagawa Y (2005). Characteristics of participant in community based rehabilitation program and their levels of independence in activities of daily living. *Nippon - Koshu - Eisei - Zasshi*, 42(10), pp. 887.
34. Sveen U and et al. (2009). Association between impairments, self - care ability and social activities 1 year after stroke. *Disabil - Rehabil*, 21(8), pp. 372-377.
35. C. Wolfe, Rudd, T (2008). *The burden of stroke. Raising awareness of the global toll of stroke-related disability and death*. SAFE (Stroke-Alliance-For-Europe)

PHỤ LỤC

Phụ lục 01

BẢN ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU “THAY ĐỔI NHẬN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHO NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH”

Kính thưa ông / bà!

Tai biến mạch máu não (đột quy) là loại bệnh có thể gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại nhiều di chứng nặng nề và có thể làm giảm hoặc mất khả năng vận động của con người, dẫn đến tàn tật nhiều nhất và là gánh nặng không chỉ cho gia đình mà còn cho xã hội.

Với mục đích xác định thực trạng kiến thức, thực hành về PHCN cho người bệnh liệt nửa người do đột quy của NCSC từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp thích hợp nhằm mục đích cung cấp thêm kiến thức, kỹ năng thực hành về PHCN giúp nâng cao hiệu quả điều trị, chất lượng cuộc sống cho người bệnh đột quy.

Nghiên cứu do Trường đại học Điều dưỡng Nam Định phối hợp với Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh thực hiện. Chúng tôi trân trọng kính mời ông bà tham gia vào nghiên cứu. Trong khuôn khổ của đề tài này ông/bà sẽ được cung cấp kiến thức, hướng dẫn các bài tập phục hồi cho người bệnh đột quy.

Chúng tôi xin cam đoan việc tham gia nghiên cứu này không gây bất kỳ ảnh hưởng bất lợi nào đến sức khỏe cũng như danh dự của ông/bà. Những thông tin mà ông/bà cung cấp được đảm bảo giữ bí mật chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Rất mong được sự hợp tác của ông bà.

Xin ông/bà hãy tích vào ô dưới đây nếu ông/bà đồng ý hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

1. Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu
2. Tôi không đồng ý tham gia nghiên cứu

Quảng Ninh, ngày..... tháng..... năm 2017

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nếu Ông/Bà muốn biết thêm thông tin hoặc có câu hỏi gì liên quan đến nghiên cứu có thể hỏi tôi bây giờ hoặc liên hệ với:

Nghiên cứu viên: Nguyễn Thị Lan – Học viên lớp Cao học Điều dưỡng khóa 2
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Email: nguyenthilan.cyq@moet.edu.vn

Điện thoại: 0918766189

Thư viện số NDUN

Phụ lục 2:

**BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC
CHÍNH VỀ PHCN VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY**

Mã hồ sơ.....

Ngày phỏng vấn: tháng năm 2017

A. Thông tin chung

1. Họ và tên:.....

Giới: Nam (1) B. Nữ (0).

2. Tuổi của anh (chị) là:.....

3. Địa chỉ.....

4. Trình độ học vấn?

- (1). Mù chữ
- (2). Tiểu học
- (3). Trung học cơ sở
- (4). Trung học phổ thông
- (5). Khác (ghi rõ).....

5. Nghề nghiệp?

- (1). Buôn bán, lao động tự do
- (2). Cán bộ, công chức
- (3). Hưu trí, nội trợ
- (4). Khác (ghi rõ).....

6. Ông/bà đã từng nghe về bệnh đột quy chưa? (**chỉ chọn một câu trả lời**)

- (1). Chưa nghe
- (2). Đã nghe

7. Ông/bà cho biết tầm quan trọng của PHCN cho người bệnh sau đột quy? (**chỉ chọn một câu trả lời**)

- (1). Rất quan trọng
- (2). Quan trọng
- (3). Bình thường

- (4). Không quan trọng
- (5). Hoàn toàn không quan trọng

8. Ông/bà cho biết kiến thức về PHCN sau đột quy lấy từ nguồn nào: ***(có thể chọn nhiều câu trả lời)***

- (1). Nhân viên y tế
- (2). Phát thanh công cộng
- (3). Sách, báo, tạp chí, internet
- (4). Người thân
- (5). Khác

B. Câu hỏi đánh giá kiến thức của NCSC người bệnh đột quy:

9. Ông/bà cho biết thời điểm tiến hành PHCN cho người sau đột quy: ***(chỉ chọn một câu trả lời)***

- (1). Ngay sau khi bị đột quy
- (2). Khi đã điều trị qua giai đoạn cấp
- (3). Không biết
- (4). Khác

10. Theo Ông/bà mỗi động tác nên tập bao nhiêu lần: ***(chỉ chọn một câu trả lời)***

- (1). Dưới 10 lần
- (2). Từ 10- 15 lần
- (3). Trên 20 lần
- (4). Không biết

11. Mức độ quan sát sắc thái của người bệnh khi ông/bà tiến hành tập cho người bệnh: ***(chỉ chọn một câu trả lời)***

- (1). Thỉnh thoảng quan sát
- (2). Luôn luôn quan sát
- (3). Không quan sát
- (4). Không nhớ rõ

12. Ông/bà cho biết nội dung PHCN cho người bệnh sau đột quỵ bao gồm: (**câu hỏi nhiều lựa chọn**)

- (1). Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp,
- (2). Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ,
- (3). Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp.

13. Theo ông/bà nội dung chăm sóc tư thế đúng? (**câu hỏi nhiều lựa chọn**)

- (1). Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa
- (2). Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt
- (3). Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành

14. Theo ông/bà, tư thế đúng tốt nhất cho người bệnh là: (**chỉ chọn một câu trả lời**)

- (1). Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa
- (2). Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt
- (3). Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành
- (4). Không biết

15. Theo ông/bà, vị trí đặt giường bệnh trong phòng tốt nhất là: (**chỉ chọn một câu trả lời**)

- (1). Phía thân bị liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng
- (2). Phía thân bị liệt của người bệnh sát tường
- (3). Không biết

16. Người bệnh cần được đặt ở tư thế đúng nhằm mục đích gì: (**câu hỏi nhiều lựa chọn**)

- (1). Giảm bớt mẫu co cứng
- (2). Thuận tiện trong chăm sóc
- (3). Đề phòng loét
- (4). Khác

Quảng Ninh, ngày..... thángnăm 2017

Cán bộ điều tra

(Ký và ghi rõ họ tên)

**BẢNG KIỂM CÁC KỸ THUẬT PHCN VỀ ĐẶT TƯ THẾ ĐÚNG CHO
NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY**

STT	Nội dung	Các bước	Có	Không
1.	Tư thế nằm ngửa	<ul style="list-style-type: none"> - Vai và hông bên liệt được kê gối mềm - Khớp gối gập nhẹ - Cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân để tránh biến dạng 		
2.	Tư thế nằm nghiêng bên liệt	<ul style="list-style-type: none"> - Vai bên liệt gập - Cánh tay duỗi vuông góc với thân, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi. - Chân lành gập ở háng và gối. 		
3.	Tư thế nằm nghiêng bên lành	<ul style="list-style-type: none"> - Chân lành để duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường - Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân. - Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gập háng và gối. 		
4.	Lăn sang bên lành	<ul style="list-style-type: none"> - Cài tay lành vào tay liệt - Giúp người bệnh, gập gối và háng bên liệt - Dùng tay lành kéo tay liệt sang phía tay lành. - Đẩy hông người bệnh xoay sang bên lành. 		
5.	Lăn sang bên liệt	<ul style="list-style-type: none"> - Nâng tay và chân lành lên. - Đưa chân và tay lành về phía bên liệt. - Xoay thân mình sang bên liệt. 		
6.	Ngồi dậy từ tư thế	<ul style="list-style-type: none"> - Người nhà ngồi bên cạnh người bệnh 		

STT	Nội dung	Các bước	Có	Không
	nằm ngửa:	<ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh bám hai tay vào cánh tay của người thân. - Một tay người nhà quàng và đỡ vai người bệnh. - Đỡ người bệnh ngồi dậy từ từ. 		

* **Đạt:** Làm đúng và đủ các bước (hoặc 2/3 các bước trong kỹ thuật trở lên)

* **Không đạt:** Không làm, làm sai hoặc < 2/3 các bước trong kỹ thuật

Thư viện số NDUM

**BẢNG KIỂM CÁC KỸ THUẬT PHCN DUY TRÌ, TĂNG SỨC MẠNH CƠ
VÀ SINH HOẠT HÀNG NGÀY CHO NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY**

STT	Nội dung		Có	Không
1	Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ	Vận động khớp nhỏ ở bàn tay		
		Vận động khớp cổ tay		
		Gập - Duỗi khuỷu tay		
		Gập duỗi vai		
		Dạng khếp vai		
		Gập háng		
		Dạng và khếp háng		
		Gập và duỗi gối		
		Gập và duỗi cổ chân		
		Tập dồn trọng lượng lên chân liệt		
		Tập kỹ thuật bắt cầu		
2	Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp	Hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.		
		Cách giúp người bệnh đứng dậy		
		Đi trong thanh song song		
		Hướng dẫn sử dụng ròng rọc tập khớp vai (nạng, bao cát..)		

Phụ lục 03:




Nội dung phục hồi chức năng sau đột quỵ

(trích tài liệu của BỘ Y TẾ)

1. Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp


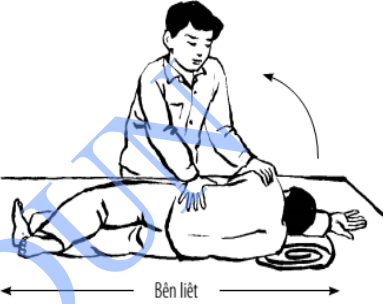

* *Đặt tư thế người Đột quỵ*

Người bệnh cần được đặt ở tư thế đúng để giảm bớt mấu co cứng, đề phòng biến dạng khớp. Có các tư thế đặt người bệnh sau:

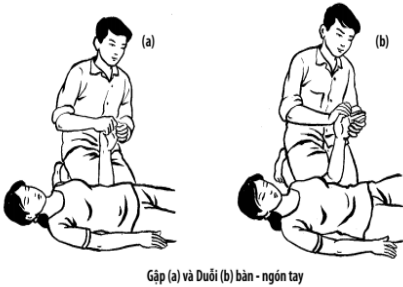
<p>Nằm ngửa</p> <p>Vai và hông bên liệt được kê gối mềm, khớp gối gập nhẹ, cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân để tránh biến dạng gập bàn chân về phía lòng bàn chân</p>	
<p>Nằm nghiêng sang bên liệt</p> <p>Vai bên liệt gập, cánh tay duỗi vuông góc với thân, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi. Tay lành để trên thân hoặc gối đỡ phía lưng. Chân lành gập ở háng và gối.</p>	
<p>Nằm nghiêng sang bên lành</p> <p>Vai và cánh tay bên lành để tự do. Chân lành để duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường. Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân. Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gập háng và gối.</p>	

* *Cách lăn trở người bị Đột quỵ*

Nên hướng dẫn để người bệnh tự lăn trở, nếu khó khăn trong giai đoạn đầu NCSC có thể hỗ trợ người bệnh lăn trở, cách hỗ trợ như sau:

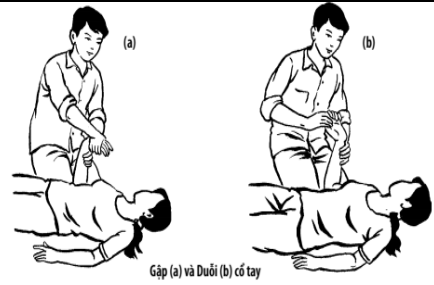
<p>Lăn sang bên lành:</p> <p>Cài tay lành vào tay liệt. Giúp người bệnh, gập gối và háng bên liệt. Dùng tay lành kéo tay liệt sang phía tay lành. Đẩy hông người bệnh xoay sang bên lành.</p>	
<p>Lăn sang bên liệt</p> <p>Nâng tay và chân lành lên. Đưa chân và tay lành về phía bên liệt. Xoay thân mình sang bên liệt.</p>	
<p>Ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa:</p> <p>Người nhà ngồi bên cạnh người bệnh. Người bệnh bám hai tay vào cánh tay của người thân. Một tay người nhà quàng và đỡ vai người bệnh. Đỡ người bệnh ngồi dậy từ từ.</p>	

2. Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ

<p>Bài tập 1: Vận động khớp nhỏ ở bàn tay</p> <p>Người tập khum các ngón tay của bàn tay phải úp lên các ngón tay của người bệnh ở phía mua tay, sau đó thực hiện kỹ thực gập duỗi. Tay còn lại của người tập giữ khớp cổ tay của người bệnh</p>	
---	--

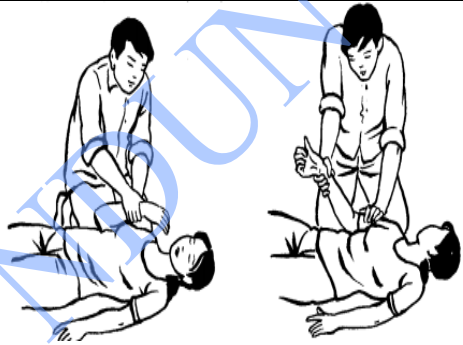
Bài tập 2: Vận động khớp cổ tay

Người tập dùng tay trái nắm giữ cổ tay, tay phải nắm bàn tay và các ngón tay người bệnh sau đó gấp cổ tay về phía lòng bàn tay hơi nghiêng về phía ngón út (gập), rồi gập về phía mu bàn tay hơi nghiêng về phía ngón cái



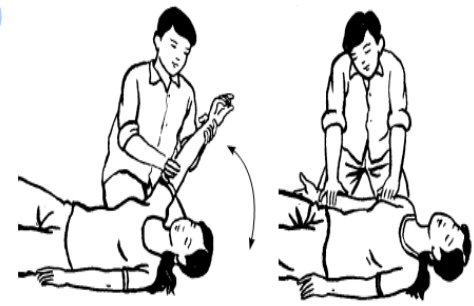
Bài tập 3: Gập - Duỗi khuỷu tay

Người bệnh nằm, tay để dọc thân. Người tập một tay giữ cánh tay, tay kia cầm cẳng tay họ, gập rồi duỗi thẳng khuỷu tay người bệnh hết tầm.



Bài tập 4: Gập duỗi vai




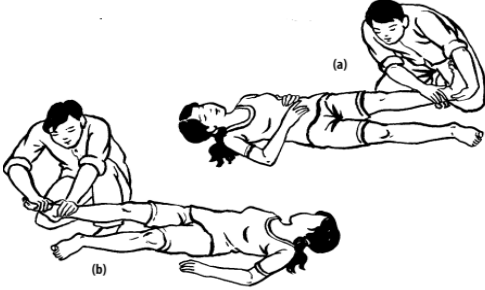
Người bệnh nằm ngửa tay họ duỗi thẳng và được đưa về phía đầu, sau đó được đưa ra sau, quá thân mình.

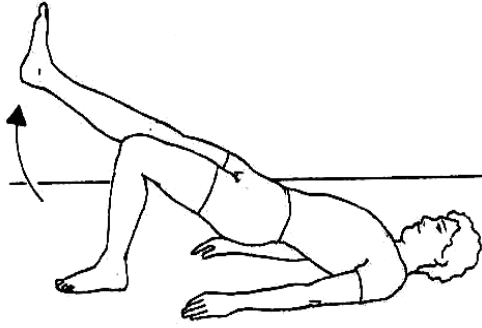
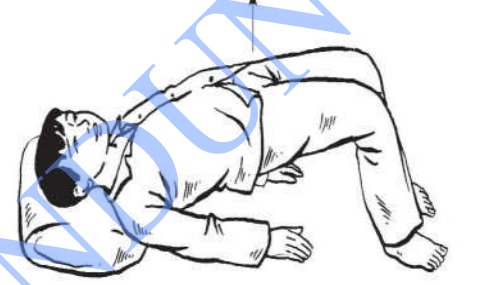


Bài tập 5: Dạng khớp vai

Người bệnh nằm ngửa tay duỗi dọc theo thân. Người tập dùng 1 tay đỡ khuỷu và cẳng tay, tay còn lại giữ khớp vai của người bệnh sau đó từ từ dạng khớp vai ra vuông góc với thân rồi trở lại vị trí ban đầu




<p>Bài tập 6: Gập háng</p> <p>Người bệnh nằm ngửa. Người tập hai tay giữ đùi và căng chân họ, gập tối đa khớp háng để gối duỗi, rồi trở lại vị trí ban đầu. Có thể làm cử động này với gối gập và háng gập tối đa</p>	
<p>Bài tập 7: Dạng và khép háng</p> <p>Người bệnh nằm ngửa, hai tay đỡ đùi và căng chân họ, đưa chân họ ra xa khỏi thân rồi đặt trả lại vị trí ban đầu.</p>	
<p>Bài tập 8: Gập (a) và Duỗi (b) gối</p> <p>Người bệnh nằm sấp. Một tay giữ trên gối, tay kia gập gối họ hết tầm. Sau đó đặt căng chân họ về vị trí ban đầu.</p>	
<p>Bài tập 9: Gập (a) và Duỗi (b) cổ chân</p> <p>Người bệnh nằm ngửa. Người tập một tay đỡ gót chân và bàn chân, một tay giữ phía trên khớp cổ chân gập hết tầm về phía mu chân rồi trả lại vị trí ban đầu</p>	



<p>Bài tập 10: Tập dồn trọng lượng lên chân liệt:</p> <p>Người bệnh nằm ngửa tay để dọc theo thân, chân liệt gối gấp, chân lành duỗi thẳng đồng thời nâng mông lên khỏi mặt giường, để toàn bộ trọng lượng của thân mình lên chân liệt</p>	
<p>Bài tập 11: Tập kỹ thuật bắt cầu</p> <p>Người bệnh nằm ngửa, hai tay đặt dọc thân mình, hai chân gấp, đặt hai chân sát nhau. Nâng hông lên khỏi mặt giường, càng cao càng tốt, và càng lâu càng tốt.</p> <p>Để người bệnh đếm 1,2,3,4... đến 15-20 hãy đặt hông xuống giường.</p>	

3. Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp

- **Tập hoạt động, sinh hoạt hàng ngày:**

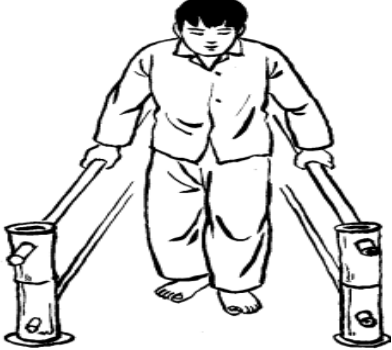
Gia đình cần hỗ trợ để người bệnh tự làm các hoạt động chăm sóc bản thân như: ăn uống, vệ sinh: chải đầu, đánh răng, rửa mặt, thay quần áo, tắm rửa, đi vệ sinh... Trong đó, cần biết cách hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.

<p>Di chuyển từ giường sang ghế (xe lăn) và ngược lại</p> <p>Để người bị liệt ngồi ở mép giường. Xe lăn để sát cạnh ghế về phía bên liệt. Mặt giường chỉ cao bằng ghế (xe lăn). Giúp người bệnh nâng mông lên khỏi mặt giường xoay sang phía bên liệt để ngồi xuống xe lăn hoặc ghế.</p>	 <p>Nâng người bệnh dùng dây Xoay người</p>
---	---

	 <p>Đặt xuống ghế</p>
<p>Đứng dậy</p> <p>Khi mới tập đứng dậy từ tư thế ngồi, người bệnh thường có xu hướng đứng lên bằng chân lành, khi ấy chân liệt đưa ra phía trước. Do vậy, cần chú ý sửa sao cho khi đứng dậy, người bệnh phải dồn trọng lượng đều xuống cả hai chân.</p>	

•Dụng cụ tập luyện:

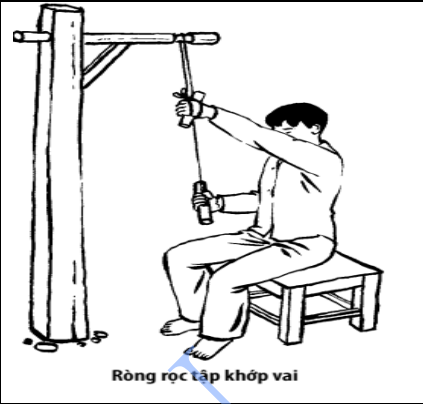
Có thể làm một số dụng cụ để tập như: thanh song song, ròng rọc, thanh gỗ để tập khớp vai, tạ (hoặc bao cát) để tập mạnh cơ... Tùy theo mục đích tập mà người bệnh nên được chọn dụng cụ nào.

<p>Đi trong thanh song song</p> <p>Người bệnh đứng trong thanh song song, chân liệt ở phía sau. Người tập hướng dẫn người bệnh vịn nhẹ 2 tay lên thanh song song, dồn trọng lượng lên chân lành ở phía trước, sau đó gập và duỗi khớp gối và khớp háng bên liệt</p>	
--	---

Ròng rọc tập khớp vai

Dùng lõi gỗ hoặc sắt làm ròng rọc, treo lên cành cây hoặc xà nhà. Hai đầu dây vắt qua ròng rọc được nối với hai tay cầm.

Người bệnh ngồi dưới ròng rọc. Hai tay nắm vào tay cầm, tay khoẻ kéo xuống để tay yếu được kéo lên cao.



Ròng rọc tập khớp vai

Thư viện số NDUN

Phụ lục 04:**CÁCH TÍNH ĐIỂM KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY**

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	ĐIỂM
THÔNG TIN CHUNG			
MỘT SỐ KIẾN THỨC CƠ BẢN			
1.	Ông/bà cho biết thời điểm tiến hành PHCN cho người sau đột quy?	(1). Ngay sau khi bị đột quy (2). Khi đã điều trị qua giai đoạn cấp (3). Không biết (4). Khác	1 0 0 0
2.	Theo Ông/bà mỗi động tác nên tập bao nhiêu lần ?	(1). Dưới 10 lần (2). 10- 15 lần (3). Trên 20 lần (4). Không biết	0 1 0 0
3.	Mức độ quan sát sắc thái của người bệnh khi ông/bà tiến hành tập cho người bệnh ?	(1). Thỉnh thoảng quan sát (2). Luôn luôn quan sát (3). Không quan sát (4). Không nhớ rõ	0 1 0 0
4.	Ông/bà cho biết nội dung PHCN cho người bệnh sau đột quy bao gồm?	(1). Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp, (2). Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ, (3). Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp.	1 1 1

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	ĐIỂM
5.	Theo ông/bà, nội dung chăm sóc tư thế đúng bao gồm ?	(1). Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa	1
		(2). Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt	1
		(3). Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành	1
6.	Theo ông/bà, tư thế đúng tốt nhất cho người bệnh là:	(1). Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa	0
		(2). Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt	1
		(3). Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành	0
		(4). Không biết	0
7.	Theo ông/bà, vị trí đặt giường bệnh trong phòng tốt nhất là:	(1). Phía thân bị liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng	1
		(2). Phía thân bị liệt của người bệnh sát tường	0
		(3). Không biết	0
8.	Người bệnh cần được đặt ở tư thế đúng nhằm mục đích gì ?	(1). Giảm bớt mẫu co cứng	1
		(2). Thuận tiện trong chăm sóc	1
		(3). Đề phòng loét	1
		(4). Khác	0

**CÁCH TÍNH ĐIỂM THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH VỀ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY**

STT	Nội dung	Các bước	Điểm	
			1	0
1.	Tư thế nằm ngửa	<ul style="list-style-type: none"> - Vai và hông bên liệt được kê gối mềm - Khớp gối gấp nhẹ - Cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân để tránh biến dạng 		
2.	Tư thế nằm nghiêng bên liệt	<ul style="list-style-type: none"> - Vai bên liệt gấp - Cánh tay duỗi vuông góc với thân, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi. - Chân lành gấp ở háng và gối. 		
3.	Tư thế nằm nghiêng bên lành	<ul style="list-style-type: none"> - Chân lành để duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường - Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân. - Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gấp háng và gối. 		
4.	Lăn sang bên lành	<ul style="list-style-type: none"> - Cài tay lành vào tay liệt - Giúp người bệnh, gấp gối và háng bên liệt - Dùng tay lành kéo tay liệt sang phía tay lành. - Đẩy hông người bệnh xoay sang bên lành. 		
5.	Lăn sang bên liệt	<ul style="list-style-type: none"> - Nâng tay và chân lành lên. - Đưa chân và tay lành về phía bên liệt. - Xoay thân mình sang bên liệt. 		

STT	Nội dung	Các bước	Điểm	
			1	0
6.	Ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa	<ul style="list-style-type: none"> - Người nhà ngồi bên cạnh người bệnh - Người bệnh bám hai tay vào cánh tay của người thân. - Một tay người nhà quàng và đỡ vai người bệnh. - Đỡ người bệnh ngồi dậy từ từ. 		
7	Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ	Vận động khớp nhỏ ở bàn tay		
		Vận động khớp cổ tay		
		Gập - Duỗi khuỷu tay		
		Gập duỗi vai		
		Dạng khép vai		
		Gập háng		
		Dạng và khép háng		
		Gập và duỗi gối		
		Gập và duỗi cổ chân		
		Tập dồn trọng lượng lên chân liệt		
Tập kỹ thuật bắt cầu				
8	Giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp	Hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại.		
		Cách giúp người bệnh đứng dậy		
		Đi trong thanh song song		
		Hướng dẫn sử dụng ròng rọc tập khớp vai (nặng, bao cát..)		