

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**VŨ THỊ MAI HOA**

**THAY ĐỔI KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN  
TẠO CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP  
BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2017**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ ĐIỀU DƯỠNG**

**NAM ĐỊNH – 2017**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**VŨ THỊ MAI HOA**

**THAY ĐỔI KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO  
CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN  
BẠCH MAI NĂM 2017**

**Chuyên ngành: KHOA HỌC ĐIỀU DƯỠNG**

**Mã số: 60.72.05.01**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG**

**HƯỚNG DẪN KHOA HỌC**

**TS.BS: TRƯƠNG TUẤN ANH**

**Nam Định - 2017**

## TÓM TẮT

### THAY ĐỔI KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2017

**Đặt vấn đề:** Chăm sóc hậu môn nhân tạo là một kỹ thuật đơn giản nhưng trong nhiều trường hợp cũng trở nên phức tạp đó là những hậu môn nhân tạo làm trong hoàn cảnh bị viêm phúc mạc, chấn thương nặng hoặc hậu môn nhân tạo làm ở đoạn đại tràng cố định có biến chứng.

**Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc HMNT của người bệnh sau can thiệp  
**Phương pháp nghiên cứu:** Chọn 58 người bệnh có hậu môn nhân tạo tại Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2017 đến 4/2017, chúng tôi tiến hành phỏng vấn, can thiệp giáo dục kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo và đánh giá lại sau 2 lần can thiệp.

**Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 58 người bệnh hậu môn nhân tạo gồm 31 nam, 27 nữ. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, kiến thức tự có chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng chiếm tỷ lệ thấp (27,6%). Sau 2 lần can thiệp bằng cách tư vấn giáo dục và các thông tin truyền thông, kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo cho người bệnh tỷ lệ điểm trung bình đều tăng, nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. Trước can thiệp  $\bar{X} \pm SD 8.21 \pm 3.17$ , sau can thiệp lần 1 là  $\bar{X} \pm SD 22.12 \pm 4.60$ , sau can thiệp lần 2 là  $\bar{X} \pm SD 31.97 \pm 0.18$

**Kết luận:** Tỷ lệ này chỉ ra hiệu quả ban đầu của can thiệp đã góp phần làm thay đổi thái độ, kiến thức tự chăm sóc HMNT cho người bệnh giúp họ tự tin, hòa nhập với cộng đồng.

**Từ khóa:** kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo, hậu môn nhân tạo, phẫu thuật đại tràng

## LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành khoá học và cuốn luận văn này, tôi xin chân thành cảm ơn các thầy, cô trong Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau đại học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Ban Giám hiệu Trường Cao Đẳng Y tế Bạch Mai đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch mai, Ban Lãnh đạo khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới Tiến sĩ - Bác sỹ thầy thuốc ưu tú Trương Tuấn Anh - Phó Hiệu Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, người thầy đã tận tình dạy dỗ, truyền đạt cho tôi những kiến thức, phương pháp luận quý báu và trực tiếp hướng dẫn tôi thực hiện đề tài này.

Tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới toàn thể các thầy, cô giáo trong trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Baylor University and Burapha University of Thailand đã nhiệt tình giảng dạy, hướng dẫn tôi trong suốt thời gian tôi học tập và nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn anh chị em trong tập thể khoa Ngoại tổng hợp, phòng Kế hoạch tổng hợp, Thư viện bệnh viện Bạch Mai đã nhiệt tình giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình thực hiện đề tài.

Tôi vô cùng biết ơn cha mẹ và những người thân trong gia đình, bạn bè đồng nghiệp đã động viên khích lệ, ủng hộ nhiệt tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu. Suốt đời tôi xin ghi nhận công lao đó.

*Hà Nội, ngày 15 tháng 9 năm 2017*

Vũ Thị Mai Hoa

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Vũ Thị Mai Hoa học viên lớp cao học khóa 2 chuyên ngành Điều dưỡng Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định tôi xin cam đoan:

Đây là công trình nghiên cứu khoa học của riêng tôi, do chính tôi trực tiếp và nghiêm túc thực hiện nghiên cứu dưới sự hướng dẫn của Tiến sĩ, thầy thuốc ưu tú Trương Tuấn Anh phó hiệu trưởng Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Công trình nghiên cứu không trùng lặp bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố ở Việt Nam.

Các số liệu, kết quả nghiên cứu trong luận văn là trung thực, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Tác giả luận văn

Vũ Thị Mai Hoa

Thư viện số NDUN

**DANH SÁCH CHỮ VIẾT TẮT**

BC	Biến chứng
CS	Chăm sóc
ĐT	Đại tràng
ĐTN	Đại tràng ngang
ĐTT	Đại trực tràng
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
GD	Giáo dục
HDTH	Hướng dẫn thực hành
HMNT	Hậu môn nhân tạo
NC	Nghiên cứu
TT	Trực tràng

Thư viện số TDMN

## DANH MỤC CÁC BẢNG

	Trang
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư .....	31
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn.....	32
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	32
Bảng 3. 4. Yếu tố truyền thông của đối tượng nghiên cứu về hậu môn nhân tạo...33	
Bảng 3.5. Nhận thức của của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo .....	33
Bảng 3.6. Nhận thức của của đối tượng nghiên cứu về sự ảnh hưởng của hậu môn nhân tạo đến chất lượng cuộc sống.....	34
Bảng 3.7. Kiến thức về nhận biết màu sắc bình thường của lỗ hậu môn nhân tạo...35	
Bảng 3.8. Kiến thức về nhận biết màu sắc da vùng xung quanh của hậu môn nhân tạo .....	35
Bảng 3.9. Kiến thức về thời điểm tiến hành thay túi chứa phân thích hợp.....	36
Bảng 3.10. Kiến thức về cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo đúng.....	36
Bảng 3.11. Kiến thức về kỹ thuật thay túi hậu môn nhân tạo đúng.....	37
Bảng 3.12: Kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo đúng .....	37
Bảng 3.13. Kiến thức về việc phòng ngừa và phát hiện biến chứng.....	38
Bảng 3.14. Đánh giá sự thay đổi kiến thức cơ bản về hậu môn nhân tạo của của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp.....	39
Bảng 3.15. Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kiến thức trước và sau can thiệp...39	
Bảng 3.16. Đánh giá sự thay đổi kiến thức của của đối tượng nghiên cứu về thời điểm thay túi .....	40
Bảng 3.17. Đánh giá thay đổi về điểm kiến thức của của đối tượng nghiên cứu về cách lựa chọn túi.....	40
Bảng 3.18. Đánh giá thay đổi về điểm kiến thức của của đối tượng nghiên cứu về kỹ thuật thay túi.....	41

Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi về điểm kiến thức của của đối tượng nghiên cứu về kỹ thuật chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo.....41

Bảng 3.20. Đánh giá thay đổi kiến thức về phòng ngừa và phát hiện biến chứng...42

Thư viện số NDUN



## DANH MỤC CÁC HÌNH, BIỂU ĐỒ, SƠ ĐỒ

	Trang
Hình 1.1 : Niêm mạc và cơ đại tràng.....	5
Hình 1. 2: Giải phẫu đại trực tràng.....	7
Hình 1.3: Vị trí làm hậu môn nhân tạo.....	9
Hình 1.4: Đại tràng sau khi làm hậu môn nhân tạo kiểu 2 đầu.....	10
Hình 1.5: Hậu môn nhân tạo một đầu tận trong phẫu thuật Hartmann.....	10
Hình 1.6: Các loại túi hậu môn nhân tạo.....	14
Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu.....	21
Biểu đồ 3.1: Phân bố nhóm đối tượng theo độ tuổi.....	30
Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng theo địa dư.....	31

Thư viện số NDUN

## MỤC LỤC

TÓM TẮT .....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
LỜI CAM ĐOAN .....	iii
DANH SÁCH CHỮ VIẾT TẮT.....	iv
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	v
DANH MỤC CÁC HÌNH, BIỂU ĐỒ, SƠ ĐỒ .....	vii
ĐẶT VẤN ĐỀ .....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU .....	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	4
1. Đại cương về hậu môn nhân tạo:.....	4
2. Chăm sóc hậu môn nhân tạo cho người bệnh.....	11
3. Một số nghiên cứu liên quan.....	17
4. Địa bàn nghiên cứu.....	20
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	21
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	21
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	21
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu .....	23
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	24
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	24
2.7. Khái niệm, thang đo tiêu chuẩn đánh giá.....	25
2.8. Xử lý và phân tích số liệu .....	27
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	28
2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số biện pháp khắc phục u .....	28
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	30
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu .....	30
3.2. Kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu .....	34

3.3. Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp .....	37
Chương 4: BÀN LUẬN .....	41
4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu .....	41
4.2. Kiến thức cơ bản về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo.....	43
4.3. Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp .....	47
KẾT LUẬN.....	50
KHUYẾN NGHỊ.....	51
TÀI LIỆU THAM KHẢO .....	52
PHỤ LỤC	
Phụ lục 1: Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu	
Phụ lục 2: Bộ câu hỏi phỏng vấn	
Phụ lục 3: Cách tính điểm	
Phụ lục 4: Nội dung can thiệp	
Phụ lục 5: Danh sách người bệnh tham gia nghiên cứu	
Biên bản nhận xét luận văn phản biện 1	
Biên bản nhận xét luận văn phản biện 2	
Biên bản bảo vệ luận văn	

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là một phẫu thuật đưa đại tràng ra ngoài ổ bụng để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ra ngoài đại tràng, không được đi qua theo đường hậu môn thông thường. Đây là kỹ thuật khá phổ biến trong một số loại phẫu thuật bụng và trong cấp cứu các bệnh lý đại trực tràng như dẫn đại tràng bẩm sinh, dị tật hậu môn trực tràng, thủng đại trực tràng, hoại tử đại tràng, tắc ruột do u đại trực tràng, vết thương đại tràng, vết thương chấn thương nặng tầng sinh môn, đặc biệt hậu môn nhân tạo được làm nhiều khi phẫu thuật ở đại tràng ngang và đại tràng sigma [6], [17], [18], [23].

Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo về kỹ thuật thì đơn giản nhưng việc chăm sóc hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật lại đóng một vai trò quan trọng góp phần không nhỏ vào sự thành công của phương pháp điều trị này.

Chăm sóc hậu môn nhân tạo là một kỹ thuật không khó nhưng trong nhiều trường hợp cũng trở nên phức tạp đó là những hậu môn nhân tạo làm trong hoàn cảnh bị viêm phúc mạc, chấn thương nặng hoặc hậu môn nhân tạo làm ở đoạn đại tràng có định có biến chứng của hậu môn nhân tạo phải tiến hành mổ lại... Có những biến chứng muộn hơn do không theo dõi, hướng dẫn tự chăm sóc hậu môn nhân tạo tại gia đình nên ảnh hưởng xấu đến lao động và sinh hoạt của người bệnh.

Việc mang hậu môn nhân tạo ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Người bệnh thường xấu hổ, tự ti vì sợ người khác ngửi thấy mùi hôi từ hậu môn nhân tạo, ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống hàng ngày, thậm chí công việc của người bệnh [39].

Như vậy sau phẫu thuật, chăm sóc điều dưỡng hậu môn nhân tạo là hết sức quan trọng, bên cạnh đó người bệnh cần có các thông tin hướng dẫn đúng của điều dưỡng về chăm sóc hậu môn nhân tạo trước khi xuất viện. Có như vậy mới giúp người bệnh có được các kiến thức, thái độ, thực hành đúng về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo, nâng cao chất lượng cuộc sống để hòa nhập cộng đồng. Do đó, việc chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng kỹ thuật để hạn chế tối đa các biến chứng cũng như việc

nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo là việc rất quan trọng.

Ở Việt Nam có một số công trình đã nghiên cứu về chẩn đoán, điều trị vết thương, chấn thương, bệnh lý đại trực tràng có nhiều trường hợp phẫu thuật phải làm hậu môn nhân tạo [6], [18]. Tuy nhiên cho đến nay chưa có một công trình nghiên cứu về kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh có hậu môn nhân tạo

Chính vì vậy với mục đích để nâng cao kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh phẫu thuật làm môn nhân tạo nên chúng tôi thực hiện đề tài: *“Thay đổi kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai năm 2017”*.

Thư viện số NDUM

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá thực trạng kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh trước can thiệp tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai năm 2017.
2. Đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai năm sau can thiệp giáo dục.

Thư viện số NDUN

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Hậu môn nhân tạo là phương pháp mà người ta đưa tràng ra thành bụng để tháo phân khi không sử dụng được hậu môn thật. Việc làm hậu môn nhân tạo được áp dụng từ năm 1710 trên người bệnh không có hậu môn. Từ đó, việc làm hậu môn nhân tạo được chỉ định rộng rãi hơn và nhiều người quan niệm rằng hậu môn nhân tạo được chỉ định làm nhiều trong ung thư đại trực tràng. Hậu môn nhân tạo là phẫu thuật đơn giản nhưng có giá trị rất lớn. Nó giúp người bệnh thoát khỏi nguy hiểm trong tắc ruột cấp cứu hoặc giúp cho người bệnh có được cuộc sống dễ chịu hơn với ung thư đại trực tràng không thể phẫu thuật được. Vị trí đại tràng đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo có thể là bất cứ đoạn nào của đại tràng như đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma. Chỉ định làm HMNT nhiều nhất là do ung thư đại - trực tràng

#### 1. Đại cương về hậu môn nhân tạo:

##### 1.1. Sơ lược về giải phẫu đại trực tràng

##### 1.1.1. Giải phẫu đại tràng.

##### 1.1.1.1. Hình thể ngoài

Đại tràng là phần tiếp theo của ống tiêu hoá đi từ cuối hồi tràng (van Bauhin) đến chỗ nối đại tràng Sigma và trực tràng. Đại tràng như một khung hình chữ U lộn ngược quay lấy tiểu tràng nên thường gọi là khung đại tràng. Đại tràng được chia làm hai phần là đại tràng phải và đại tràng trái. Đại tràng phải bao gồm: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan và phần phải đại tràng ngang. Phần còn lại là đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng sigma và phần nối đại tràng sigma với trực tràng.

Đại tràng gồm có đoạn cố định và đoạn di động. Đại tràng lên và đại tràng xuống được cố định vào thành bụng sau. Đại tràng ngang và đại tràng Sigma là phần đại tràng di động. Kích thước trung bình dài khoảng 1.2m đến 2m thay đổi tùy theo từng người [9], [10], [6].

### 1.1.1.2. Cấu tạo thành đại tràng.

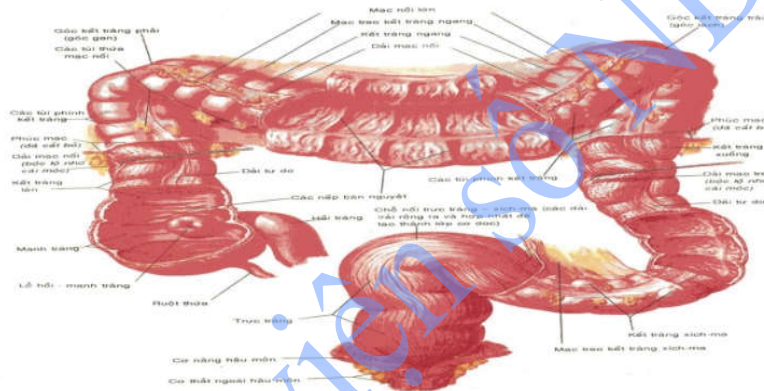
- Thành đại tràng có bốn lớp gồm:

Lớp thanh mạc: chính là phúc mạc tạng bao bọc kết tràng. Riêng trực tràng không có thanh mạc bao bọc mà chỉ có một lớp liên kết xơ, dày.

Lớp cơ bao gồm hai lớp: lớp ngoài là lớp cơ dọc, nhưng không dải đều khắp bề mặt kết tràng mà tập trung thành ba dải cơ dọc, và lớp trong là lớp cơ vòng.

Lớp dưới niêm mạc: là mô liên kết thưa chứa đựng các thành phần mạch máu, mạch bạch huyết, và sợi thần kinh.

Lớp niêm mạc: được phủ bởi một biểu mô trụ đơn, với nhiều tuyến Lieberkuhn, bên dưới là mô kiên kết, trong đó chứa nhiều mô lympho.



Hình 1.1: Niêm mạc và cơ đại tràng [16]

### 1.1.2. Giải phẫu trực tràng:

#### 1.1.2.1. Phân chia giải phẫu.

- Trực tràng là phần cuối của đại tràng, tiếp theo đại tràng Sigma đi từ đốt sống cùng thứ 3 tới hậu môn. Trực tràng có 2 phần:

- Phần trên hình bóng: Bóng trực tràng nằm trong chậu hông bé còn gọi là phần chậu của trực tràng (trực tràng hậu môn) nằm trong phúc mạc.

- Phần dưới hẹp gọi là ống hậu môn chọc qua đáy chậu tới lỗ hậu môn không có phúc mạc che phủ [10], [16].



**1.1.2.2. Hình thể ngoài:** Trên thiết đồ đứng dọc cong lượn 2 phần: Phần trên lõm ra trước dựa vào phần cong xương cùng cụt. Phần dưới lõm ra sau, điểm cong gấp ngang chỗ bám cơ nâng hậu môn.

**1.1.2.3. Hình thể trong:**

- Ống hậu môn cao 2 - 3cm nhẵn màu đỏ tím có nhiều tĩnh mạch.
- Bóng trực tràng: Cột Morgani là lớp niêm mạc lồi lên cao 1 cm rộng ở dưới, nhọn ở trên, thường có 6 - 8 cột.

**1.1.3. Sinh lý đại trực tràng**

**1.1.3.1. Sinh lý đại tràng**

Chức năng chính của đại tràng là hấp thụ, bài tiết, vận động và tiêu hoá. Mỗi đoạn đại tràng có chức năng khác nhau. Đại tràng tiếp tục các công việc của hồi tràng biến những thứ còn lại trong lòng hồi tràng thành phân nửa đặc, nửa lỏng rồi tích chứa nó trong lòng đại tràng cho đến khi thích hợp để tống phân ra ngoài [13], [6].

**\* Hấp thu của đại tràng:**

Chức năng chủ yếu của đại tràng là hấp thụ nước,  $\text{Na}^+$  và một số chất khoáng. Khả năng hấp thụ của niêm mạc đại tràng rất lớn. Chức năng này có tác dụng làm khô đi khối phân khi sang đến đại tràng trái [13], [6].

**\* Sự bài tiết của đại tràng.**

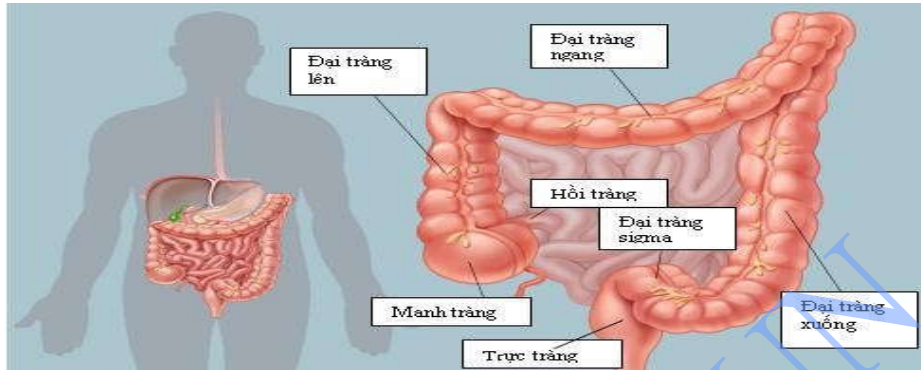
Chức năng tiết dịch của đại tràng không quan trọng, đó là chất nhầy có tác dụng bảo vệ niêm mạc đại tràng, khi các chất bã tiếp xúc với niêm mạc đại tràng thì các tế bào tuyến đại tràng sẽ tiết chất nhầy.

**1.1.3.2. Sinh lý trực tràng:**

- Cơ chế tích và tháo phân: Bóng trực tràng là đoạn ruột phình ra để chứa phân. Người khỏe mạnh đại tiện 1 - 2 lần/ngày. Cơ thể tích và tháo phân được kiểm soát bởi hai yếu tố phản xạ và kiểm chế tự chủ [13].

+ Cơ chế phản xạ: Do đại tràng Sigma thay đổi, việc co cơ theo chiều dọc đã góp phần vào việc giữ phân ở đây. Khi phân làm căng bóng trực tràng các thần kinh chỉ huy việc tháo phân ở đốt cùng 2 - 3 và các trung tâm thần kinh trung ương khác.

+ Cơ chế kiểm soát tự chủ: Được điều khiển bởi thần kinh cùng 2 - 3 - 4 và các trung tâm thần kinh trung ương khác



**Hình 1.2. Giải phẫu đại trực tràng.**

**Nguồn: ATLAS giải phẫu người [16]**

## **1.2. Định nghĩa hậu môn nhân tạo**

Hậu môn nhân tạo là nơi để phân đi ra ngoài trên đại tràng thay thế hậu môn thật, trong đó một phần của đại tràng được đưa ra ngoài thành bụng [6]

## **1.3. Kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo**

### **1.3.1. Chỉ định làm hậu môn nhân tạo.**

#### **1.3.1.1. Trong cấp cứu:**

- Thủng đại - trực tràng bệnh lý, vết thương hoặc chấn thương nặng tầng sinh môn, ống hậu môn.
- Tắc ruột thấp do dẫn ĐT bẩm sinh, dị tật hậu môn trực tràng không có lỗ rò.
- U đại - trực tràng có biểu hiện tắc ruột.
- Vết thương đại tràng: Hiện nay người ta chỉ làm hậu môn nhân tạo trong vết thương đại tràng khi có quá 2 tạng bị tổn thương trong ổ bụng, tình trạng sốc, chảy máu trong, viêm phúc mạc hoặc bệnh nhân đến muộn.
- Vết thương trực tràng: Vết thương trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng rất cao, nhất là những trường hợp bị bỏ sót hoặc đến muộn
- Viêm phúc mạc: Tùy theo vị trí cũng như loại thương tổn mà có thể cắt đoạn đại tràng hoặc cắt một phần đại tràng đưa hai đầu ra làm HMNT[6], [7], [10].

### 1.3.1.2. Trong mổ phiên:

Chỉ định làm hậu môn nhân tạo trong các bệnh lý sau:

- Dẫn đại tràng bẩm sinh không có biểu hiện tắc ruột.
- Dị tật hậu môn trực tràng có lỗ rò lớn không có biểu hiện tắc ruột.
- Các loại u đại tràng, trực tràng không có khả năng cắt bỏ.
- Ngoài ra hậu môn nhân tạo còn được chỉ định trong các trường hợp để bảo vệ miệng nối ruột ở các vị trí sâu và hẹp thường là chỉ làm tạm thời [2].

### 1.3.2. Nguyên tắc

Nguyên tắc căn bản của hậu môn nhân tạo là tạo ra sự dính giữa thành đại tràng và da thành bụng.

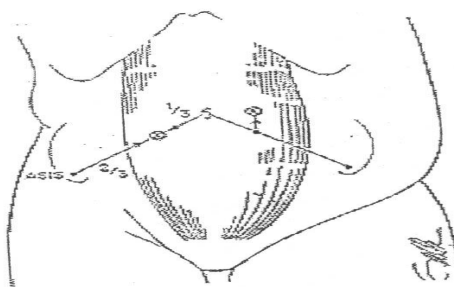
- Cả hai phía của HMNT (đại tràng và da) phải được tưới máu tốt.
- Đoạn đại tràng được đưa ra làm HMNT không căng, không xoắn.
- Thành bụng phải được khâu kín với thành đại tràng để cho dịch phân không trào ngược vào khoang bụng [6].

### 1.3.3. Đặc điểm của hậu môn nhân tạo bình thường

- Hậu môn nhân tạo khỏe mạnh có màu đỏ chỉ ra rằng nó được cung cấp máu tốt. Bề mặt niêm mạc thường là ẩm và mềm tương tự như là mô ở trong miệng.
- Bởi vì đường tiêu hóa và đường niệu không có dây thần kinh cảm giác do đó hậu môn nhân tạo không có cảm giác [6], [8].

### 1.3.4. Vị trí làm hậu môn nhân tạo

Vị trí giữ vai trò quan trọng trong việc chăm sóc hậu môn nhân tạo sau mổ, nên được xác định trước mổ. Vị trí tốt nhất được xác định dựa vào tất cả tư thế đứng, nằm, ngồi xỏm nhằm kiểm tra sự thuận lợi cho việc đặt túi phân. Miệng hậu môn nhân tạo phải nằm xa các gờ xương, các nếp nhăn da, các vết sẹo. Theo kinh điển vị trí của một miệng hậu môn nhân tạo là nằm trên giao điểm của đường nối gai chậu trước trên với rốn và bờ ngoài cơ thẳng to. Một hậu môn nhân tạo lý tưởng phải nằm gần đường giữa hơn và hơi lên cao hơn.



**Hình 1.3. Vị trí làm hậu môn nhân tạo.**

Nguồn: Giáo trình PTTH [10]

### 1.3.5. Tên gọi và phân loại hậu môn nhân tạo

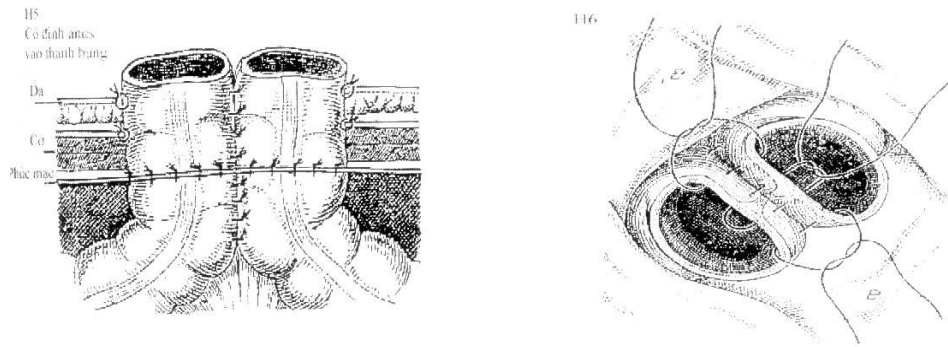
Tùy theo vị trí của đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo mà có những tên gọi khác nhau như: HMNT đại tràng Sigma hậu môn nhân tạo đại tràng xuống, hậu môn nhân tạo đại tràng ngang ...

- Tùy theo thời gian sử dụng mà hậu môn nhân tạo được gọi là vĩnh viễn hay tạm thời [3], [5], [6].

- + Vĩnh viễn là hậu môn nhân tạo mà bệnh nhân mang cho đến chết. Hậu môn nhân tạo này được chỉ định trong ung thư đại trực tràng giai đoạn cuối trong phẫu thuật Miles [6].

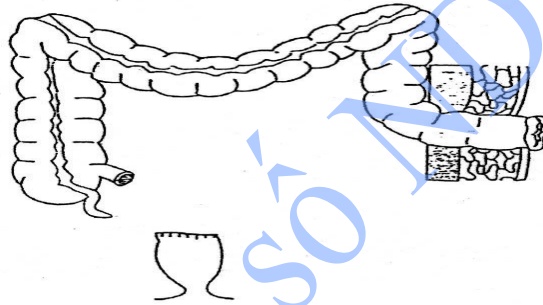
- + Tạm thời là những hậu môn nhân tạo chỉ tồn tại trong thời gian nhất định và được đóng lại sau một thời gian sử dụng, loại này được chỉ định trong nhiều loại bệnh lý như: Vết thương đại tràng, trực tràng, cắt bỏ đoạn đại tràng phía dưới, giải quyết tình trạng tắc do khối u gây nên, chuẩn bị cho một phẫu thuật đại tràng phía dưới [6], [31], Miles [38]. Tùy thuộc vào kỹ thuật đưa đoạn đại tràng ra làm hậu môn nhân tạo mà có các kiểu hậu môn nhân tạo như:

- HMNT kiểu bên: Loại có cựa và loại không có cựa.
- HMNT kiểu tận: Loại một đầu tận và loại hai đầu tận.



**Hình 1.4. Đại tràng sau khi làm hậu môn nhân tạo kiểu 2 đầu.**

**Nguồn:PTTH(HVQY) [6]**



**Hình 1.5. Hậu môn nhân tạo một đầu tận trong phẫu thuật Hartmann**

**Nguồn: PTTH(HVQY) [6]**

### **1.3.6. Biến chứng của hậu môn nhân tạo**

Theo nghiên cứu của Mirelman tỷ lệ biến chứng chung của hậu môn nhân tạo kiểu bên là 14,8%, kiểu một đầu tận là 13,2%, và kiểu hai đầu tận là 7,3%.

- Miller B. J[2], [34] cho thấy có 9% biến chứng trên những hậu môn nhân tạo một đầu tận và 15% hậu môn nhân tạo kiểu bên.

Ở bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh (1986 - 1990) có 261 trường hợp làm hậu môn nhân tạo trong đó có 39 trường hợp có biến chứng sớm với tỷ lệ 14,9% và có 9 trường hợp biến chứng muộn chiếm tỷ lệ 3,6% [18].

#### **1.3.6.1. Các biến chứng sớm hay gặp**

\* Chảy máu tại chỗ rạch mở đại tràng: Máu chảy sẽ thấm băng lẫn với phân, cảm

máu lại ngay bằng buộc cầm máu hay đốt điện.

- \* Chảy máu trong ổ bụng: Có dấu hiệu chảy máu trong cần báo bác sỹ để mổ lại
- \* Hoại tử đoạn đại tràng: Thấy băng thấm máu tím thẫm, thay băng sẽ nhìn thấy đoạn đại tràng đưa ra ngoài màu tím đen cần phải làm hậu môn nhân tạo khác
- \* Viêm phúc mạc: Do phân từ hậu môn nhân tạo thấm vào ổ bụng. Thường xuất hiện triệu chứng sau phẫu thuật hậu môn nhân tạo 48h. Bắt buộc phải mổ lại để khâu lại đại tràng vào thành bụng.
- \* Nhiễm trùng:

Do không tuân thủ nguyên tắc vô trùng, thao tác kỹ thuật không đúng làm dây vi trùng ra quanh hậu môn nhân tạo.

- \* Áp xe quanh hậu môn nhân tạo:

+ Xử trí: Cắt chỉ, tách một phần miệng hậu môn nhân tạo ra khỏi mép da để thoát mủ, thay băng hằng ngày.

- \* Tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong: Thường do tụt đũa thủy tinh treo hậu môn nhân tạo hoặc khâu cố định không đúng

### 1.3.6.2. Các biến chứng khác:

- \* **Thoát vị quanh hậu môn nhân tạo:** Biến chứng này có thể xảy ra bất kì thời gian nào sau phẫu thuật nhưng thường trong khoảng 2 năm sau phẫu thuật.
- \* **Tắc ruột:** Do ruột dính vào mặt trong thành bụng nơi làm hậu môn nhân tạo
- \* **Sa ruột qua lỗ HMNT:** Do nhu động, đoạn đại tràng bị lộn và sa qua lỗ HMNT
- \* **Rối loạn chức năng hậu môn nhân tạo:** phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới, phân lỏng, phân tụt đùn ra
- \* **Hậu môn bị thu hẹp**

## 2. Chăm sóc hậu môn nhân tạo cho người bệnh

### 2.1. Khái niệm:

- *Hậu môn nhân tạo* (HMNT) là nơi để phân đi ra ngoài trên đại tràng (thay thế hậu môn thật). Trong đó một phần của đại tràng được đưa ra ngoài thành bụng [3], [10].

Tác động nghiêm trọng nhất mà hậu môn nhân tạo mang đến cho người bệnh là sang chấn về tâm lý. Do đó người bệnh phải được thông báo trước và được giải thích về việc cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo. Cần phải có tư vấn tốt về tâm lý trước và sau mổ.

- *Tự chăm sóc*: là người tự chăm sóc cho chính mình hàng ngày như: vệ sinh, tắm rửa, ăn uống, vận động... mà không cần trợ giúp của người thân

## **2.2. Mục tiêu chăm sóc :**

- Giúp người bệnh tự thay túi dán sau mỗi khi hậu môn nhân tạo ra phân.
- Giúp người bệnh tự theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng để có thái độ xử trí kịp thời
- Giúp người bệnh tự chăm sóc tốt phần da quanh hậu môn nhân tạo: rửa da bằng xà - phòng trung tính sau đó lau khô mỗi khi thay túi dán HMNT.
- Giúp người bệnh biết cách tự ăn uống điều độ, tránh rượu bia và các chất có thể sinh nhiều hơi.
- Giúp người bệnh có hậu môn nhân tạo vĩnh viễn có thể được hướng dẫn tự thực tháo hậu môn nhân tạo.
- Giúp cho người bệnh có thể sống hòa nhập và sinh hoạt bình thường với xã hội [23], [15].

## **2.3. Kiến thức liên quan đến chăm sóc hậu môn nhân tạo**

### **2.3.1. Chăm sóc sau mổ**

- Sau phẫu thuật, phân chảy qua chỗ mở hồi tràng lỏng liên tục từ 1- 1,5lít.
- Túi đựng phân nên làm sạch mỗi 1- 2 giờ trong thời gian đầu, nếu dịch phân quá 1500ml/24h là quá nhiều.

### **2.3.2. Theo dõi lỗ hậu môn nhân tạo**

- Hậu môn nhân tạo bình thường có màu đỏ tươi và ẩm ướt.
- Một lượng máu ít chảy từ hậu môn nhân tạo có nghĩa cấp máu tốt
- Sự phù nề ở hậu môn nhân tạo giảm dần sau 5 - 7 ngày và giảm kích thước từ 6 - 8 tuần. Hình dạng cũng thay đổi khi có nhu động

- HMNT ra ít dịch và chất nhầy vào ngày đầu tiên, khi có nhu động ruột thì hơi và phân chảy ra ngoài thường vào ngày thứ 2 đến thứ 4 [14], [28].

#### **2.4. Quá trình giáo dục tự chăm sóc:**

- Việc chăm sóc hậu môn nhân tạo chiếm vai trò quan trọng do đó người bệnh sau phẫu thuật có hậu môn nhân tạo trong những ngày đầu phải được nhân viên y tế chăm sóc bằng phương pháp vô trùng vì miệng và chân hậu môn chưa lành, có nguy cơ thâm phân vào ổ bụng gây nhiễm trùng.

Trước khi xuất viện, người bệnh và thân nhân sẽ được hướng dẫn cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà. Vậy để người bệnh tự chăm sóc và quản lý được hậu môn nhân tạo tại cộng đồng thì người điều dưỡng phải hướng dẫn cách chăm sóc cho người bệnh khi điều trị tại bệnh viện giúp cho ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra và giúp họ độc lập tối đa, tự tin trong cộng đồng.

#### **2.4.1. Kiến thức thực hành cơ bản về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo**

##### **2.4.1.1. Khái niệm hậu môn nhân tạo**

Hậu môn nhân tạo là nơi để phân đi ra ngoài trên đại tràng (thay thế hậu môn thật). Trong đó một phần của đại tràng được đưa ra ngoài thành bụng [23]

##### **2.4.1.2. Chăm sóc hậu môn nhân tạo**

\* Hướng dẫn cách lựa chọn túi [23], [22], [12]

Một túi đựng phân bao phủ lấy hậu môn nhân tạo ngay sau phẫu thuật, hướng dẫn cho người bệnh ngay từ lần thay túi đầu tiên.

Túi đựng phân tốt sẽ bảo vệ da, chứa phân và mùi, đúc theo các đường cong của bụng cho phép vận động tốt, và kín đáo dưới quần

Chọn túi đựng phân phải dựa trên loại hậu môn nhân tạo, kích thước và các đường cong ở bụng, tình trạng da xung quanh và vấn đề kinh tế của người bệnh

Túi đựng phân có nhiều loại với hình dáng và kích thước khác nhau có loại chỉ dùng một lần hay dùng nhiều lần. Loại có thể dẫn lưu từ túi ra dễ dàng làm sạch và kinh tế hơn loại không dẫn lưu được. loại này có thể thay mỗi 3 – 7 ngày một lần nếu không có vấn đề về rò rỉ. Túi thích hợp không có mùi khi thay. Nếu có mùi là do làm vệ sinh dẫn lưu không sạch hoặc bị rò rỉ, hoặc bị nhiễm trùng hay tắc nghẽn





**Hình 1.6. Các loại túi hậu môn nhân tạo**

**Nguồn: Tạp chí y học – Điều dưỡng ngoại khoa [21]**

\* Chăm sóc da [20], [19] :

Chăm sóc da quanh hậu môn nhân tạo phải lành lặn như các da bụng vùng khác. Phần lớn da bị nhiễm trùng có màu đỏ, giữ da khô và sạch, có thể dùng bột chống nấm bôi xung quanh khi thay túi. Sử dụng tấm da ngăn cách là một trong những phương pháp hữu hiệu bảo vệ da quanh hậu môn nhân tạo. Tấm da ngăn cách được làm dưới dạng bột, băng dính, tấm lót mỏng, tấm xốp mỏng

+ Lau chùi da với nước ấm, dùng xà phòng nếu có dính phân, rửa nhẹ nhàng với nước từ ngoài vào trong, xong lau khô.

+ Đánh giá da xung quanh hậu môn, hậu môn nhân tạo có dấu hiệu kích thích hay nhiễm trùng không.

+ Dán miếng da ngăn cách vào xung quanh hậu môn

\* Thời điểm thay túi hậu môn nhân tạo [12]

Việc chăm sóc vết thương hậu môn nhân tạo đúng kỹ thuật, lựa chọn đúng thời điểm thay túi góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tránh để xì phân và mùi nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vậy người bệnh nên có lựa chọn thời điểm thay túi cho phù hợp.

Hướng dẫn người bệnh phải thay túi ngay lập tức khi bị rò rỉ, nhưng quan trọng là làm thế nào để biết thay túi trước khi bị rò rỉ.

- Túi được làm sạch khi chứa ½ hay 1/3 phân, chân của túi đựng phân rỉ dịch và phân, vùng da xung quanh hậu môn rom lõ, nhiễm trùng phải thay túi mỗi khi ra phân.

- Nên thay trước bữa ăn vì khi đó ruột thường ít phân.

#### **2.4.2. Kỹ thuật rửa vết thương hậu môn nhân tạo:**

##### **\* Chuẩn bị các dụng cụ để tự chăm sóc hậu môn nhân tạo [15]**

- Túi đựng phân: có nhiều loại tùy theo khả năng kinh tế, tốt nhất nên mua túi có chất bảo vệ da, có chất khử mùi và đặc biệt là xả được phân.

- Dung dịch rửa:

+ Nước muối sinh lý đóng chai vô trùng (NaCl 0,9%) để rửa niêm mạc và da xung quanh hậu môn nhân tạo.

+ Dung dịch Betadin hoặc Povidine là dung dịch để sát trùng da xung quanh.

- Dụng cụ: 1 kẹp phẫu tích, 1 kẹp kocher, 1 cây kéo, gạc củ ấu hoặc bông cầu que gòn. Gạc miếng vô khuẩn, Pomat ô-xít kẽm, giấy vệ sinh, găng tay sạch và găng vô khuẩn

#### **2.4.3. Kỹ thuật thay túi đựng phân:**

Theo các bác sĩ Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược, hậu môn nhân tạo thường bắt đầu ra phân vào ngày thứ 2 - 3 sau mổ, đầu tiên là hơi và dịch nhầy lẫn ít máu, sau đó là phân lỏng rồi phân đặc ra túi HMNT. Hậu môn nhân tạo có thể phù nề trong 3 - 5 ngày đầu. Người bệnh sẽ được xuất viện sau 7 - 10 ngày hoặc khi tình trạng sức khỏe tạm ổn định, hay khi người bệnh có thể tự chăm sóc.

Tuy nhiên ngay sau phẫu thuật thì một túi đựng phân bao phủ lấy HMNT để tránh để phân rò rỉ và gây mùi thì hướng dẫn người bệnh ngay lần thay túi đầu tiên [4], [23], [25].

##### **\* Kỹ thuật thay túi:**

- Đo kích thước :

+ Đo đường kính lỗ hậu môn nhân tạo, cắt thiết bị đúng kích thước mẫu, thường lớn hơn hậu môn khoảng 1mm.

- + Cắt lỗ ở miệng da ngăn cách đúng mẫu
- + Chú ý miệng túi cắt hơi lớn hơn so với lỗ ở miệng da ngăn cách.

- Thay bỏ túi cũ:

- + Đeo găng, thử thông túi với hệ thống dẫn lưu.
- + Tách túi cũ ra khỏi miệng da ngăn cách
- + Lột nhẹ nhàng miệng da năn cách ra khỏi da bụng

- Đặt túi đựng phân mới:

- + Lột các đường viền ở túi đựng phân
- + Mở miệng túi, chắc chắn ôm lấy hậu môn vừa khít
- + Bảo bệnh nhân gồng bụng để dán túi.
- + Dán túi vào miệng da ngăn cách, ấn nhẹ nhàng giữ khoảng 30 giây, để các chỗ xung quanh dính với nhau

#### **2.4.5. Phòng ngừa và phát hiện biến chứng**

Khi thấy có những dấu hiệu như có vết rách sâu ở miệng hậu môn nhân tạo, chảy máu nhiều ở hậu môn nhân tạo, chảy máu kéo dài (ở chỗ tiếp xúc ở da và HMNT), kích thích da dữ dội hay vết loét da sâu quanh hậu môn nhân tạo, kích thước và màu sắc ở miệng hậu môn nhân tạo thay đổi bất thường, phân lỏng kéo dài từ 5 - 6 giờ, buồn nôn và nôn liên tục, hậu môn nhân tạo không ra phân từ 4 - 6 giờ, đau quặn bụng, buồn nôn [19] thì hướng dẫn người bệnh đi khám đúng hẹn hay đến bệnh viện ngay nếu thấy chảy máu, không ra phân, chướng bụng, đau bụng...

#### **2.5. Thực trạng nhu cầu chăm sóc của người bệnh có hậu môn nhân tạo.**

Trên thế giới hiện nay có hơn 1,3 triệu người có hậu môn nhân tạo hay còn gọi là lỗ mở thông ra da [10].

Ở Việt Nam tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh có thêm khoảng 100 người mang hậu môn nhân tạo tạm thời hay vĩnh viễn.

Theo một số tài liệu đã nghiên cứu cho thấy rằng những người bệnh có hậu môn nhân tạo trải qua rất nhiều thách thức liên quan đến chất lượng của cuộc sống. Các vấn đề về thể chất liên quan đến chứa chất thải, kể cả da vùng xung quanh bị kích thích, mùi, và tiếng ồn từ các thiết bị được đề cập bởi những người tham gia,

đã được báo cáo bởi người điều tra nghiên cứu khác. Ngoài ra, những mối quan tâm về tình cảm và tinh thần được mô tả bởi các người bệnh trong nghiên cứu này đã được báo cáo của Adel Mehraban et al. Mitchell et al tiếp tục cho thấy rằng rò rỉ, mùi, và tiếng ồn từ các thiết bị là những nguồn chính của sự bối rối xác định bởi người bệnh [28].

Mặc dù mọi nỗ lực được thực hiện để bảo vệ toàn vẹn đường ruột và các mô, một số lượng lớn các bệnh nhân trải qua phẫu thuật chứa chất thải mỗi năm. Mục đích của việc làm hậu môn nhân tạo là để điều trị và làm giảm đau và khó chịu của bệnh nhân, nhưng trong nhiều trường hợp HMNT dẫn đến bệnh đau tăng cường và đau khổ cho bệnh nhân, và gây căng thẳng nghiêm trọng như là kết quả của sự kích thích da (76%), rò rỉ túi (62%), tấn công mùi (59%), giảm trong các hoạt động thú vị (54%) và trầm cảm / lo âu (53%) [30].

Theo ghi nhận, hầu hết bệnh nhân đều có thể chấp nhận và quen dần với việc mang hậu môn nhân tạo.

Nhiều người trong số các vấn đề, chẳng hạn như những thay đổi về hình dạng cơ thể, lo lắng về rò rỉ phân từ túi chứa chất thải, mùi khó chịu, tiếng ồn ruột, và mất ham muốn tình dục, đã được tìm thấy để giảm dần qua thời gian [40]. Các nhà cung cấp chăm sóc y tế cần thực hiện mọi nỗ lực để cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân chứa chất thải của họ, và y tá nói riêng cần phải nhận thức rằng kiến thức và kỹ năng của họ có thể giúp đỡ để nâng cao chất lượng cuộc sống trước và sau khi phẫu thuật hậu môn nhân tạo [21].

Khảo sát cho thấy hầu hết bệnh nhân mang hậu môn nhân tạo thường mang tâm lý mặc cảm, khó hòa nhập cộng đồng nên cần được sự hỗ trợ sát sao của nhân viên y tế cũng như thân nhân từ trước khi mổ, sau phẫu thuật và sau khi xuất viện để nhằm giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

### **3. Một số nghiên cứu liên quan**

#### **3.1. Thế giới**

Theo một điều tra cắt ngang được tiến hành bởi một nhóm nghiên cứu để thống kê về tần số chính xác của phẫu thuật HMNT ở Canada năm 1999 – 2000 cho

thấy số lượng cao nhất của các thủ tục hàng năm được tương ứng, Quebec, Anh và Columbia. Các hậu môn nhân tạo thường xuyên nhất được thực hiện là mở thông ruột kết là (55%), tiếp đến là mở thông ruột hồi (31%) [32]. Hậu môn nhân tạo có thể là tạm thời hay vĩnh viễn và được thực hiện cho một số nguyên nhân như: bệnh ung thư đại tràng (36%), ung thư bàng quang (12%), viêm manh tràng (11%) [37].

Tại Mỹ Ước tính có khoảng 1,2 triệu người đàn ông và phụ nữ ở Hoa Kỳ đang sống chung với một chẩn đoán trước đó của ung thư đại trực tràng. Một số những người sống sót sẽ kết thúc với một hậu môn giả tạm thời hoặc vĩnh viễn, và tham gia vào 700.000 người cộng với những người có chứa chất thải [42]. Một chứa chất thải là một mở phẫu thuật tạo cho phép cá nhân có điều kiện y tế khác nhau để loại bỏ chất thải. Trong khi một số HMNT ở người bệnh ung thư có thể được dự định là tạm thời, hoàn cảnh đòi hỏi nhiều người bệnh có chứa chất thải hàng tháng nếu không vĩnh viễn [35].

- Theo thống kê các tỷ lệ phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo ở Tây Ban Nha với khoảng 47 triệu dân số người ta ước tính rằng có một số 70,500 hậu môn nhân tạo (tức là 0,15%) [42].

### **3.2. Tại Việt Nam**

Hậu môn nhân tạo là một trong những cách được chỉ định cho nhiều bệnh nhân ung thư trực tràng.

Theo tác giả Nguyễn Chấn Hùng, Tạp chí ung thư (2016) việc chỉ định làm hậu môn nhân tạo nhiều nhất là do ung thư đại-trực tràng, chiếm 89%. Về vị trí đại tràng được chọn làm hậu môn nhân tạo thì 76,6% là đại tràng xích ma và đứng hàng thứ nhì là đại tràng ngang với 16,9%.

- Dị tật hậu môn trực tràng là một trong những chỉ định chính làm hậu môn nhân tạo ở trẻ sơ sinh [2]. Ở hầu hết những bệnh nhân này, hậu môn nhân tạo được tiến hành như một thủ thuật tạm thời trước khi tạo hình hậu môn và thường được thực hiện sớm ngay sau sinh.

Theo Nguyễn Tài - Khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam năm 2014 trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng trái Ung thư đại tràng là bệnh

thường gặp trong ung thư đường tiêu hoá. Ung thư đại tràng trái bao gồm từ phần trái đại tràng. Điều trị ung thư đại tràng chủ yếu là phẫu thuật, mà chủ yếu là phẫu thuật làm HMNT chiếm tỷ lệ trung bình là 60% trong ung thư đại tràng ngang đến hết đại tràng Sigma) phương pháp khác chỉ là hỗ trợ [27], [41].

Ung thư đại tràng phải 24 (41,4%), cắt bỏ khối u nội ngay 10 (17,2%), cắt u và làm HMNT 13 (22,4%). Ung thư đại tràng ngang 5 (8,6%): Cắt u và làm HMNT 3 (5,2%), Ung thư đại tràng trái 21 (36,2 %): cắt u và làm HMNT 20 (34,5%). Ung thư trực tràng 8 (13,8%): phẫu thuật Hartmann 46,9%), cắt u 4 (6,9%). Khi xử trí tắc ruột do ung thư đại tràng cố gắng giải quyết tắc ruột và ung thư ngay thì đầu với điều kiện cho phép, đối với ung thư trực tràng thì cố gắng giải quyết tắc ruột và u nhưng nên làm hậu môn nhân tạo [8].

Theo Trần Hiếu Học và Trần Quế Sơn thì Tắc ruột do u đại tràng được mổ cấp cứu tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/2011 đến tháng 12/2013 63 trường hợp tuổi trung bình là 57 tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam, ung thư đại tràng trái cao gấp 1,25 lần ung thư ĐTP. Vị trí khối u hay gây tắc ở ĐTP là đại tràng góc gan (14,3%), đại tràng lên (14,3%), ở ĐTT là đại tràng sigma (22,1%), đại tràng góc lách (15,8%). U thâm nhiễm chiếm tỉ lệ cao nhất (50,8%) [27].

Tại khoa Ngoại bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh trong 5 năm từ 1986 - 1990 đã làm 261 lần hậu môn nhân tạo trong đó 48 trường hợp có biến chứng chiếm tỉ lệ 18,5% [11].

Tại Bệnh viện Việt Đức trong 5 năm từ 1996 – 2001 với 60 trường hợp, có 30 trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo, khâu đại tràng ngoài ổ bụng 18 trường hợp có 12 ca bực đường khâu (chiếm 66,7%), viêm phúc mạc 1 ca chiếm tỉ lệ (5,6%) [14], [21], [18].

Qua các nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước [30], [36] liên quan đến kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo cho thấy tỷ lệ biến chứng của hậu môn nhân tạo vẫn còn cao từ 6,9 - 21,7% gồm hoại tử, sa niêm mạc, tụt hậu môn nhân tạo ... Trong đó người bệnh bị viêm đỏ da, nhiễm trùng da xung quanh hậu môn nhân tạo liên quan đến chăm sóc hậu môn nhân tạo từ 22,2 - 69% [29], [18].

Theo tác giả Lê Thị Hoàn (2013) nghiên cứu 106 người bệnh, gồm 42 nữ và 64 nam. Kiến thức chung đúng tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh chiếm 51,9% (55/106) trường hợp, thái độ đúng chiếm 58,5%, thực hành chung đúng chiếm 53,7%. Kết quả nghiên cho thấy tỷ lệ kiến thức, thái độ và thực hành tự chăm sóc của người bệnh còn thấp [12].

#### **4. Địa bàn nghiên cứu**

Bệnh viện Bạch Mai được thành lập năm 1901 với bề dày lịch sử, sự tiến bộ vượt bậc của nền y học hiện đại cùng sự nỗ lực phấn đấu không ngừng của tập thể cán bộ nhân viên bệnh viện. Bệnh viện Bạch Mai trở thành là một bệnh viện đa khoa hoàn chỉnh hạng đặc biệt đầu tiên trong cả nước và là cơ sở khám chữa bệnh tốt nhất của các tỉnh phía Bắc. Bệnh viện gồm 03 Viện, 08 Trung tâm, 21 Khoa lâm sàng, 06 khoa Cận lâm sàng, 10 phòng chức năng, 1 Trường CDYT, 2500 cán bộ viên chức, có trình độ chuyên môn kỹ thuật cao. Trong đó khoa Ngoại tổng hợp là một trong những khoa mũi nhọn của bệnh viện. Khoa Ngoại tổng hợp là cơ sở đào tạo của sinh viên nội trú, bác sỹ chuyên khoa, sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Cao đẳng y tế Bạch Mai và nhiều trường khác địa bàn Hà Nội và các tỉnh lân cận.

Hàng năm khoa Ngoại tổng hợp phẫu thuật hàng nghìn ca với nhiều mặt bệnh khác nhau.

Đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hóa dưới như cắt cụt đại trực tràng làm hậu môn nhân tạo hay các chấn thương trong cấp cứu các bệnh lý đại trực tràng như: Dẫn đại tràng bẩm sinh, thủng đại trực tràng, hoại tử đại tràng, vết thương chấn thương nặng tầng sinh môn, tắc ruột...

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Toàn bộ người bệnh đã phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2017 đến 4/2017.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo.
- Người bệnh có khả năng giao tiếp, tự trả lời hoặc điền vào bảng câu hỏi và có thể tự thực hiện kỹ thuật chăm sóc hậu môn nhân tạo.

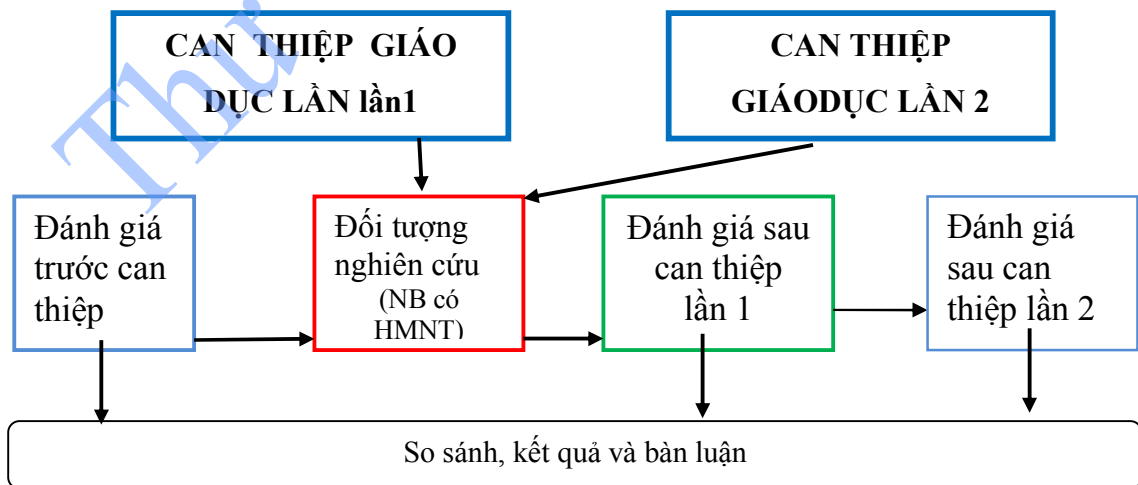
##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh bị khiếm khuyết về mặt giải phẫu hai chi trên.
- Người bệnh bị khiếm khuyết về thính lực, thị lực.

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai.
- Thời gian nghiên cứu: từ khi nghiên cứu 7/2016 lấy số liệu trong 3 tháng (từ tháng 1/2017 – 4/2017).

#### 2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đánh giá trước sau



Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu



- **Nội dung can thiệp:** Giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức liên quan đến hậu môn nhân tạo, cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo tại nhà cho người bệnh

- **Người can thiệp:** Chủ đề tài

- **Chương trình can thiệp:**

Tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai trung bình người bệnh nằm viện là 7- 10 ngày. Vì vậy chúng tôi tiến hành thu thập số liệu và can thiệp trên đối tượng nghiên cứu vào các thời điểm và cách tiến hành như sau:

Đến gặp gỡ lựa chọn người bệnh có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại buồng bệnh, giới thiệu, giải thích mục đích của nghiên cứu và người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu đề nghị người bệnh ký vào bản đồng thuận (phụ lục 1)

Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp (sau phẫu thuật 2 ngày) bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi có sẵn (phụ lục 2) gồm 26 câu liên quan đến kiến thức chăm sóc hậu môn nhân tạo, phát cho mỗi người bệnh 1 phiếu câu hỏi để bệnh nhân tự điền vào bộ câu hỏi, nếu chưa rõ thì có thể hỏi lại người phỏng vấn hoặc người bệnh trả lời câu hỏi từ phía người phỏng vấn.

Tổng hợp, phân tích sơ bộ kết quả đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu để tìm ra những thiếu sót, hạn chế của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) về hậu môn nhân tạo để xây dựng chương trình can thiệp phù hợp với đối tượng nghiên cứu .

Tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe cho đối tượng nghiên cứu với nội dung được xây dựng phù hợp (phụ lục 4), trong thời gian người bệnh có hậu môn nhân tạo đang nằm điều trị tại khoa (sau 02 ngày kể khi đánh giá kiến thức trước can thiệp).

Tiến trình buổi truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh:

- Do Khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai có đặc thù là người bệnh được chia làm 2 khu để điều trị là khu D và khu E . Ở mỗi đơn nguyên thì tất cả những người bệnh có mổ bản hay vết mổ nhiễm trùng được nằm điều trị tập trung ở 1 phòng bệnh cụ thể khu D là phòng 320, khu E là phòng 420. Do người bệnh phù

hợp với tiêu chuẩn lựa chọn được tập trung tất cả ở một buồng bệnh ở khu D là phòng 320 và khu E là phòng 420 tại khoa Ngoại tổng hợp nên khi tiến hành truyền thông được thực hiện tại giường bệnh cũng như tại buồng bệnh 320 ở khu Ngoại D và 420 ở khu ngoại E (không phải di chuyển người bệnh từ phòng này sang phòng kia).

- Thời gian mỗi buổi truyền thông kéo dài khoảng 20 – 30 phút.

- Người phỏng vấn sẽ tư vấn, cung cấp cho người bệnh các thông tin, kiến thức liên quan đến hậu môn nhân tạo và cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo như giới thiệu tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo, ảnh hưởng của hậu môn nhân tạo đến chất lượng cuộc sống của mỗi cá nhân, cách thay túi hậu môn nhân tạo và thời điểm thay túi thích hợp....(phụ lục 4).

- Trình chiếu bằng video clip (do mỗi phòng bệnh có 1 tivi kết nối được với mạng internet).

- Quan sát, đánh giá sự chú ý sự lắng nghe của đối tượng nghiên cứu.

- Phát cho đối tượng nghiên cứu tài liệu về hậu môn nhân tạo (phụ lục 4).

Tiến hành đánh giá kiến thức sau can thiệp lần 1 của đối tượng nghiên cứu (sau can thiệp lần 1 một ngày) thông qua bộ câu hỏi giống lần 1 để so sánh sự thay đổi kiến thức về hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp lần 1.

Tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe lần 2 cho đối tượng nghiên cứu với nội dung được xây dựng phù hợp (phụ lục 4), trong thời gian người bệnh có hậu môn nhân tạo đang nằm điều trị tại khoa (sau 01 ngày kể khi đánh giá kiến thức lần 1) được tiến hành giống lần 1 tuy nhiên ở lần tư vấn giáo dục lần này còn cần phải nhấn mạnh, giải thích kỹ những nội dung mà đối tượng chưa rõ.

Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu sau khi can thiệp lần 2 sau khi tiến hành can thiệp giáo dục lần 2 một ngày.

## **2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

### **2.4.1 Cơ mẫu**

Chọn toàn bộ người bệnh đã được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu từ 1/2017 đến tháng 4/2017.

### 2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ đối tượng người bệnh phẫu thuật có hậu môn nhân tạo đang điều trị tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

Chọn mẫu toàn bộ theo danh sách người bệnh đã phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo đang điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian lấy số liệu nghiên cứu, những người bệnh 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

- Sử dụng một bộ câu hỏi để phỏng vấn với cùng nội dung thống nhất cho 3 lần đánh giá:

- Trước can thiệp (sau phẫu thuật 2 ngày)
- Sau can thiệp lần 1: 02 ngày kể khi đánh giá kiến thức thực trạng.
- Sau can thiệp lần 2: hai ngày.
- Tiến trình thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn những người bệnh có đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

+ Bước 2: Những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia vào nghiên cứu. Nếu đồng ý người tham gia nghiên cứu ký vào bản đồng thuận (phụ lục 1) và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu sau đó được hướng dẫn về cách trả lời các thông tin trong bộ câu hỏi.

+ Bước 3: Đánh giá kiến thức của người bệnh trước giáo dục sức khỏe bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi ( phụ lục 2).

+ Bước 4: Can thiệp giáo dục sức khỏe cho người bệnh lần 1 thông qua cung cấp kiến thức về hậu môn nhân tạo( phụ lục 4).

+ Bước 5: Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu sau giáo dục sức khỏe lần 1 bằng bộ câu hỏi ( phụ lục 2, 4).

Bước 6: Phân tích kết quả đánh giá sơ bộ kiến thức của đối tượng nghiên cứu lần 1.

Bước 7: Tiến hành can thiệp giáo dục sức khỏe cho người bệnh lần 2 thông qua cung cấp kiến thức về hậu môn nhân tạo (phụ lục 4).

Bước 8: Phân tích kết quả đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu lần 2 bằng phần mềm SPSS 20,0.

Xây dựng bộ câu hỏi: Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên Theo quyết định số 4491/QĐ-BYT ngày 19/8/2016 về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chuyên khoa Phẫu thuật và Tiêu hoá, hướng dẫn quy trình kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân [25], [24] đồng thời có tham khảo một số bộ công cụ đánh giá trong các nghiên cứu về đánh giá kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo đã được tiến hành trước đây [37], [33]. 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. Sau giai đoạn thử nghiệm, bộ câu hỏi và bảng kiểm quan sát sẽ được chỉnh sửa và hoàn thiện.

## **2.6. Các biến số nghiên cứu**

**2.6.1. Thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu gồm:** Tuổi, Giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, địa chỉ để tìm ra sự ảnh hưởng đến công tác chăm sóc hậu môn nhân tạo.

- Nhóm tuổi: được tính từ năm sinh tới năm nghiên cứu (2017). Trong phân tích chia làm 4 nhóm: dưới hoặc bằng 30 tuổi, 31 – 50, 51 – 70, trên 70 theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung (2004) [18], Lê Thị Kim Ngân (2015) [17].

- Giới tính: có 2 giá trị là nam và nữ.

- Nghề nghiệp: là công việc làm thường xuyên mang lại giá trị kinh tế thu nhập để phát triển cuộc sống hàng ngày. Trong phân tích chia làm 5 nhóm: Buôn bán, Nông dân, Cán bộ công chức, hưu trí và nội trợ.

- Trình độ học vấn: trong phân tích có 6 giá trị: không đi học, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, trung cấp, đại học và trên đại học.

- Địa dư: có 2 giá trị là thành thị và nông thôn.

### 2.6.2. Biện số lâm sàng

- *Hậu môn nhân tạo* là nơi để phân đi ra ngoài trên đại tràng (thay thế hậu môn thật). Trong đó một phần của đại tràng được đưa ra ngoài thành bụng [23], [25].

- *Khái niệm tự chăm sóc*: là người trực tiếp chăm sóc các chăm sóc hàng ngày như: vệ sinh cá nhân, tắm, gội, đi lại, vận động .... của chính bản thân mình.

- Kiến thức cơ bản về hậu môn nhân tạo [21], [26].

Hậu môn nhân tạo bình thường luôn có màu đỏ và bề mặt luôn ẩm ướt. Và màu sắc da xung quanh hậu môn nhân tạo luôn có màu sắc giống màu da những vùng xung quanh khác.

- Kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh có hậu môn nhân tạo:

+ Thời điểm thay túi hậu môn nhân tạo: Thời điểm thay túi được cho là đúng khi chứa từ 1/3 – 1/2 túi phân, thay khi trước bữa ăn, thay túi ngay sau khi bị rò rỉ

+ Chăm sóc da:

Tiêu chuẩn đánh giá: Chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn phải lành nặn như các da bụng vùng khác. Khi vệ sinh da vùng xung quanh lỗ hậu môn thì lau nhẹ nhàng bằng nước sạch xong phải lau khô rồi đánh giá da vùng xung quanh hậu môn.

+ Kỹ thuật thay túi.

Tiêu chuẩn đánh giá kỹ thuật thay túi đúng là gồm các thao tác sau:

Đo kích thước túi và cắt lớn hơn lỗ hậu môn khoảng 1mm.

Cắt lỗ ở miếng da ngăn cách đúng mẫu và miệng túi cắt hơi lớn hơn so với lỗ ở miếng da ngăn cách.

Khi bóc bỏ túi cũ thì phải đeo găng, tách túi cũ ra khỏi miếng da ngăn cách và lột nhẹ nhàng miếng da ngăn cách ra khỏi da bụng.

Đặt túi đựng phân mới đúng kỹ thuật gồm các thao tác: lột các đường viền ở túi đựng phân, mở miệng túi, miệng túi phải ôm vừa khít lấy hậu môn, bảo người bệnh gồng bụng lên để dán túi, sau đó dán túi vào miếng da ngăn cách ấn nhẹ nhàng rồi giữ khoảng 30 giây để các chỗ xung quanh dính với nhau.

+ Cách lựa chọn túi: Tiêu chuẩn đánh giá một túi hậu môn tốt là: túi đựng phân tốt sẽ bảo vệ được da, chứa phân và mùi. Túi được đúc theo đường cong của

bụng để cho phép vận động tốt và kín đáo dưới quần. Chọn túi phải dựa trên loại hậu môn nhân tạo, không có mùi khi thay và phù hợp với kinh tế của người bệnh.

+ Phòng ngừa và phát hiện biến chứng: Tiêu chuẩn đánh giá nhận biết những dấu hiệu biến chứng: Nhiễm trùng gây loét da sâu quanh lỗ hậu môn, chảy máu nhiều tại chỗ mở hậu môn nhân tạo, tắc ruột gây lên hậu môn nhân tạo không ra phân, màu sắc ở miệng hậu môn nhân tạo thay đổi có màu bất thường do hoại tử đoạn đại tràng đưa ra ngoài, miệng lỗ hậu môn nhân tạo bị tụt sâu vào bên trong do bị tụt hậu môn nhân tạo

## **2.7. Khái niệm, thang đo và tiêu chuẩn đánh giá**

- Sự hiểu biết của bệnh nhân về hậu môn nhân tạo:

+ Sự hiểu biết của bệnh nhân là những gì người bệnh hiểu về hậu môn nhân tạo và cách chăm sóc hậu môn nhân tạo, những hiểu biết đó của người bệnh là đúng hay sai và nó ảnh hưởng như thế nào đến công tác chăm sóc và hiệu quả của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo.

- Người bệnh là người tham gia trả lời phỏng vấn với mỗi ý trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm.

- Xác định đúng/sai dựa trên những nội dung về chăm sóc hậu môn nhân tạo [37]

- 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 đúng đối với mỗi nội dung đánh giá.

Tiêu chí đánh giá được tính như sau( phụ lục 3): tiêu chí đánh giá được dựa theo một số nghiên cứu đã được tiến hành trước đây [33], [37].

- Đánh giá kiến thức cơ bản của đối tượng nghiên cứu về chăm sóc hậu môn nhân tạo.

Với mỗi câu trả lời khi người bệnh trả lời đúng: được tính là 1 điểm

Với mỗi câu trả lời khi người bệnh trả lời sai: được tính là 0 điểm

- Đánh giá kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu

Khi đối tượng nghiên cứu trả lời câu hỏi có nhiều lựa chọn:

+ Nếu người bệnh không trả lời được ý nào: được đánh giá là không hiểu biết

+ Nếu người bệnh trả lời được 1 ý: được đánh giá là hiểu cơ bản

- + Nếu người bệnh trả lời được 2 ý: được đánh giá là hiểu tốt
- + Nếu người bệnh trả lời được  $\geq 3$  ý: được đánh giá là hiểu rất tốt

**\* Thử nghiệm trước bộ công cụ nghiên cứu**

Thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu sẽ được thực hiện 2 tuần trước khi bắt đầu thu thập dữ liệu. Sẽ tiến hành điều tra thử đối tượng phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn (những đối tượng này sẽ không tham gia vào đối tượng nghiên cứu sẽ được nghiên cứu sau đó) để xác định tính khả thi của bộ thu thập dữ liệu, khả năng áp dụng của quá trình lấy mẫu và để đánh giá sự hiểu biết, độ dài, khả năng được chấp nhận của bộ công cụ. Các kết quả sẽ được sử dụng để chỉnh sửa và cập nhật bộ công cụ cho phù hợp bằng cách điều chỉnh các câu hỏi và những lựa chọn của câu trả lời mà ban đầu không rõ ràng trong bộ công cụ.

**2.8. Phương pháp phân tích số liệu:**

- Số liệu sau khi được làm sạch, nhập 3 lần độc lập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0
- 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.

**2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu**

- Nghiên cứu này sẽ được triển khai sau khi thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
- Nghiên cứu sẽ được thông qua ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai
- Nghiên cứu đã được thực hiện với sự chấp thuận của người tham gia. Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu sẽ được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Thông tin để nhận diện đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ bí mật và được lưu giữ tại nơi làm việc của người nghiên cứu.
- Kết quả chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của Bệnh viện, không sử dụng cho các mục đích khác.

## **2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số biện pháp khắc phục**

### **2.12.1. Hạn chế nghiên cứu**

- Có thể gặp sự không hợp tác của đối tượng nghiên cứu, vì vậy có thể làm ảnh hưởng tới tính đại diện của kết quả thu được.

- Việc thu thập số liệu có thể gặp khó khăn do đó đối tượng nghiên cứu không tập trung cùng một thời điểm.

- Đối tượng nghiên cứu có thể trả lời không hoàn toàn theo kiến thức cá nhân họ mà có sự ám thị, tâm lý đám đông.

### **2.12.2. Sai số**

- Sai số ngẫu nhiên: Do điều tra viên có thể giải thích chưa rõ câu hỏi, hoặc do đối tượng nghiên cứu không hiểu câu hỏi

### **2.12.3. Biện pháp khắc phục sai số**

Có thể gặp tình trạng sai số thông tin: Cách khắc phục là

- + Các khái niệm, thuật ngữ rõ ràng.
- + Thiết kế bộ câu hỏi dễ hiểu để đối tượng dễ trả lời.
- + Tiến hành phỏng vấn thử để hoàn thiện bộ câu hỏi.
- + Trước khi phỏng vấn điều tra viên phải giải thích rõ mục đích và ý nghĩa để đối tượng hợp tác đảm bảo được tính trung thực.
- + Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kiểm tra số liệu trước khi phân tích

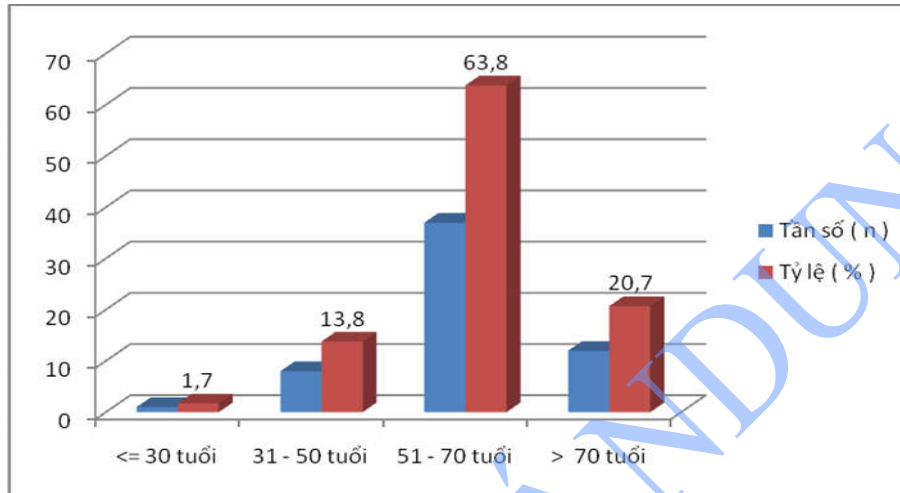


### Chương 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

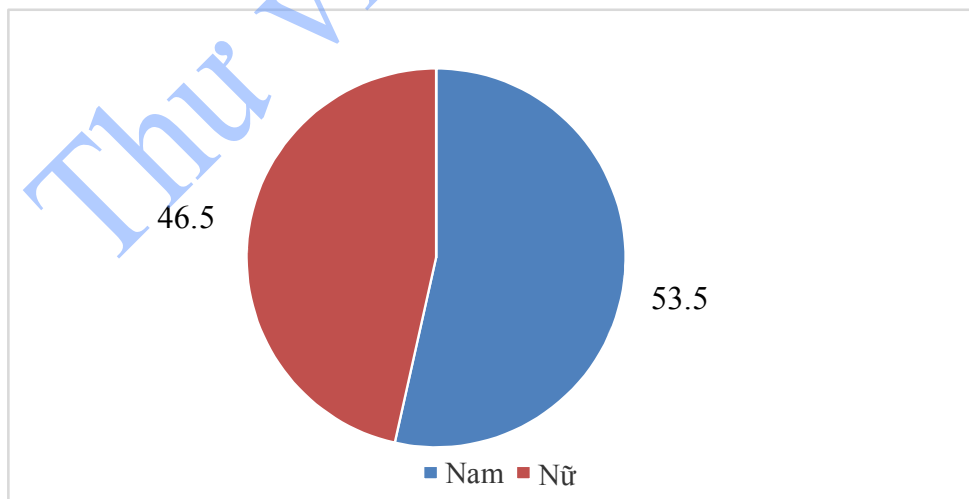
##### 3.1.1 Phân bố theo nhóm tuổi



**Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Độ tuổi làm hậu môn nhân tạo trong nghiên cứu này trung bình là  $61,53 \pm 13,43$  và tập trung ở độ tuổi trung niên từ 51 tuổi trở lên. Nhiều nhất từ 61 – 70 tuổi chiếm 39,7%. Trẻ nhất là 20 tuổi. Lớn tuổi nhất là 87 tuổi.

##### 3.1.2 Phân bố theo giới tính



**Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính**

Trong 58 người bệnh có 31 nam chiếm 53,5%, 27 nữ chiếm 46,5%. Tỷ lệ đối tượng nam cao hơn so với nữ (53,3% so với 46,5%)

### 3.1.3. Phân bố đối tượng theo địa dư

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư**

Nơi ở	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành phố	23	39,7
Nông thôn	35	60,3
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Kết quả cho thấy đa phần người bệnh sống ở vùng nông thôn (60,3 %). Phần nhỏ sống ở thành phố với tỷ lệ là 39,7%. Vấn đề này liên quan nhiều đến nhận thức về bệnh lý và cách chăm sóc, cũng như điều kiện kinh tế của người bệnh.

### 3.1.4. Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn

**Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn**

Trình độ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không đi học	6	10,3
Tiểu học	6	10,3
Trung học cơ sở	14	24,1
Trung học phổ thông	14	24,1
Trên trung học phổ thông	9	15,5
Đại học/Trên đại học	9	15,5
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Kết quả cho thấy nhóm có trình độ học vấn từ trung học phổ thông và trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (24,1%), tiếp theo là nhóm trên trung học phổ thông đến trên đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (15,5%). Nhóm đối tượng không đi học và bậc tiểu học là thấp nhất 10,3% .

### 3.1.5 Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

**Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp**

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Tần số (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Buôn bán, lao động tự do	7	12,1
Nông dân	14	24,1
Công chức, viên chức	10	17,2
Hưu trí	21	36,2
Nội trợ	6	10,3
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 21 người chiếm 36,2%, đứng thứ 2 đối tượng là nông dân có 14 người chiếm 24,1%, nhóm công chức, viên chức có 10 người chiếm 17,2%, nhóm buôn bán, lao động tự do có 7 người chiếm 12,1%, nhóm nội trợ chiếm tỷ lệ thấp nhất 10,3%.

**Bảng 3.4. Nguồn cung cấp thông tin của đối tượng nghiên cứu về hậu môn nhân tạo**

<b>Nguồn cung cấp thông tin</b>	<b>Tần số ( n )</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Nhân viên y tế	26	44,8
Phát thanh công cộng	8	13,8
Người thân	9	15,5
Sách báo	15	25,9
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu phần lớn tiếp cận với các kiến thức, thông tin về hậu môn nhân tạo qua nhân viên y tế (44,8%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tiếp cận thông tin truyền thông qua sách báo chiếm 25,9%. Có 13,8% đối tượng nghiên cứu tiếp cận thông tin về hậu môn nhân tạo thông qua phát thanh công cộng và qua người thân là 15,5%.

**Bảng 3.5. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo**

Tầm quan trọng của việc chăm sóc HMNT	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
	n (%)	n (%)	n (%)
Rất quan trọng	1 (1,7)	35 (60,3)	58 (100)
Quan trọng	15 (25,9)	23 (39,7)	0 (0)
Không quan trọng	27 (46,5)	0 (0)	0 (0)
Rất không quan trọng	15 (25,9)	0 (0)	0 (0)
<b>Tổng</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>

Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng cho rằng việc chăm sóc hậu môn nhân tạo là rất quan trọng là rất thấp chỉ có 1,7%, không quan trọng là cao nhất chiếm 46,5% còn lại là cho rằng rất không quan trọng và quan trọng chiếm 25,9%. Sau 2 lần can thiệp giáo dục tỷ lệ đối tượng đều nhận thức được tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo cao hơn trước can thiệp.

**Bảng 3.6. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về sự ảnh hưởng của hậu môn nhân tạo đến chất lượng cuộc sống**

Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
	n (%)	n (%)	n (%)
Rất ảnh hưởng	2 (3,4)	43 (74,1)	58 (100)
Có ảnh hưởng	8 (13,6)	10 (17,2)	0 (0)
Không ảnh hưởng	17 (29,3)	1 (1,7)	0 (0)
Rất không ảnh hưởng	31 (53,4)	4 (6,9)	0 (0)
<b>Tổng</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>

Qua phân tích cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu đều cho rằng hậu môn nhân tạo rất không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chiếm 53,4%, nhóm đối tượng cho là không ảnh hưởng chiếm 29,3%, có ảnh hưởng chiếm 13,6%. Tỷ lệ nhóm đối tượng cho rằng hậu môn nhân tạo rất ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống rất thấp chiếm 3,4%. Sau can thiệp thái độ nhận thức của đối tượng nghiên cứu có tăng lên đáng kể đạt 91% và sau can thiệp lần 2 thì 100% tỷ lệ đối tượng có thái độ nhận thức đúng về sự ảnh hưởng của HMNT đến chất lượng cuộc sống.

### 3.2. Kiến thức về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Một số kiến thức cơ bản về chăm sóc hậu môn nhân tạo

**Bảng 3.7. Kiến thức về nhận biết màu sắc bình thường của hậu môn nhân tạo**

Màu sắc bình thường của HMNT	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
			Lần 1		Lần 2	
	n	%	n	%	n	%
Đỏ	32	55,2	57	98,3	58	100,0
Tái nhợt	3	5,2	0	0,0	0	0,0
Đen	11	19,0	1	1,7	0	0,0
Không biết	12	20,7	0	0,0	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Tỷ lệ nhóm đối tượng biết được màu sắc bình thường của hậu môn nhân tạo là màu đỏ chiếm 55,2% chưa biết chiếm 44,8% (26 người). Sau 2 lần can thiệp tỷ lệ đối tượng có kiến thức nhận biết về màu bình thường của hậu môn nhân tạo đạt 100%.

**Bảng 3.8. Kiến thức về nhận biết màu sắc da bình thường vùng xung quanh hậu môn nhân tạo**

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
			Lần 1		Lần 2	
	N	%	N	%	N	%
Vùng da xung quanh lở loét	3	5,2	1	1,7	0	0,0
Giống màu da các vùng xung quanh	14	24,1	53	91,4	57	98,3
Vùng da xung quanh thâm đen	5	8,6	0	0,0	0	0,0
Vùng da xung quanh đỏ	36	62,1	4	6,9	1	1,7
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về nhận biết màu sắc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo chỉ chiếm 24,1% (14 người). Sau 2 lần can thiệp giáo dục tỷ lệ đối tượng có kiến thức nhận biết về màu sắc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo đạt 98,3%.

### 3.2.2. Kiến thức về chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.9. Kiến thức về thời điểm tiến hành thay túi chứa phân thích hợp**

Thời điểm thay túi	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
	n (%)	n (%)	n (%)
Đúng	12 (20,7)	45 (77,6)	58 (100)
Sai	46 (79,3)	13 (22,4)	0 (0,0)
<b>Tổng</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có hiểu biết đúng về thời điểm tiến hành thay túi chứa phân thích hợp 20,7% trước can thiệp. Sau can thiệp lần 1 tỷ lệ này tăng thành 77,6%. Sau can thiệp lần 2 là 100% đối tượng có kiến thức về chọn thời điểm thay túi chứa phân thích hợp.

**Bảng 3.10. Kiến thức về cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo đúng**

Cách chọn túi HMNT túi	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
	n (%)	n (%)	n (%)
Đúng	16 (27,6)	52 (89,6)	57 (98,3)
Sai	42 (72,4)	6 (10,4)	1 (1,7)
<b>Tổng</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>

Phần lớn đối tượng chưa có kiến thức về cách chọn túi chứa phân đúng phản ánh qua tỷ lệ thấp chỉ 27,6%. Sau 2 lần can thiệp giáo dục thì tỷ lệ đối tượng có kiến thức về cách lựa chọn túi đúng đạt 98,3%.

**Bảng 3.11. Kiến thức về kỹ thuật thay túi hậu môn nhân tạo**

Kỹ thuật thay túi HMNT	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
			Lần 1		Lần 2	
	n	%	n	%	n	%
Đúng	12	20,7	28	48,3	58	100
Sai	46	79,3	30	51,7	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Phần lớn đối tượng chưa có kiến thức về cách thay túi chứa phân đúng phân ánh qua tỷ lệ thấp chỉ có 20,7%. Sau 2 lần can thiệp giáo dục thì tỷ lệ đối tượng có kiến thức về cách lựa chọn túi đúng đạt 100%.

**Bảng 3.12: Kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo**

Kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ HMNT	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
			Lần 1		Lần 2	
	n	%	n	%	n	%
Lau nhẹ da vùng xung quanh	25	43,1	58	100	58	100
Đánh giá da xung quanh HMNT	7	12,1	8	13,8	58	100
Dán miếng da ngăn cách vào xung quanh lỗ HMNT	15	25,9	28	48,3	58	100
Không biết làm	11	19	0	0,0	0	0,0
Trả lời đúng $\geq 2$ ý trở lên	1	1,7	28	48,3	58	100,0

Đối với các kiến thức về chăm da vùng xung quanh hậu môn nhân tạo kiến thức được biết đến nhiều nhất là lau nhẹ da vùng xung quanh chiếm 43,1% (25 đối tượng). Kiến thức đánh giá da vùng xung quanh chiếm 12,1% (7 đối tượng). Số người trả lời đúng từ 2 ý trở lên chiếm 1,7% sau can thiệp tăng lên 48% (28) sau can thiệp lần 2 tỷ lệ đối tượng trả lời đúng từ 2 ý trở lên đạt 100%.

**Bảng 3.13. Kiến thức về việc phòng ngừa và phát hiện biến chứng**

Những biến chứng xảy ra khi chăm sóc HMNT không đúng kỹ thuật	Trước can thiệp		Sau can thiệp			
			Lần 1		Lần 2	
	n	%	n	%	n	%
Nhiễm trùng tại chỗ làm HMNT	22	37,9	50	86,2	58	100
Hoại tử đoạn đại tràng đưa ra ngoài ổ bụng	13	22,4	22	37,9	58	100
Tắc ruột( HMNT) không ra phân)	7	12,1	19	32,8	58	100
Tụt HMNT vào bên trong	8	13,8	24	41,4	58	100
Chảy máu tại chỗ rạch mở ĐT	8	13,8	50	86,2	58	100
Trả lời đúng $\geq 3$ ý trở lên	3	5,1	28	48,3	58	100,0

Phần lớn đối tượng nghiên cứu chưa có kiến thức về các biến chứng của HMNT. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về nhiễm trùng quanh hậu môn nhân tạo là cao nhất chiếm 37,9%, thấp nhất là HMNT bị tụt vào bên trong và chảy máu tại chỗ mở chiếm 13,8%. Có 5,1% đối tượng chọn từ  $\geq 3$  ý trở lên, sau 2 lần can thiệp tỷ lệ tăng là 100%

### 3.3. Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp

**Bảng 3.14. Đánh giá sự thay đổi kiến thức cơ bản về hậu môn nhân tạo trước và sau can thiệp**

Thời điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
Kiến thức	n (%)	n (%)	n (%)
Đúng	16 (27,6)	39 (67,2)	57 (98,3)
Chưa đúng	42 (72,4)	19 (32,8)	1 (1,7)
<b>Tổng</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>	<b>58 (100)</b>



Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt tại thời điểm trước can thiệp chỉ chiếm 27,6%. Sau 2 lần can thiệp tỷ lệ có kiến thức đạt tăng lên lần lượt là 67,2% (lần 1) và 98,3% (lần 2), và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  test.

**Bảng 3.15: Đánh giá sự thay đổi về tổng điểm kiến thức cơ bản trước và sau can thiệp**

Thời điểm Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
Mean $\pm$ SD	8,21 $\pm$ 3,17	22,12 $\pm$ 4,60	31,97 $\pm$ 0,18
Min	3	12	31
Max	16	32	32
p (so sánh trước CT và lần 1)	0,001 (t-test)		
p (so sánh trước CT và lần 2)	0,001 (t-test)		

*Nhận xét:* Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức nói chung của đối tượng là 8,21  $\pm$  3,17 điểm thấp nhất là 3, cao nhất là 16 điểm, thấp hơn điểm trung bình sau can thiệp là 22,12  $\pm$  4,60 (lần 1) và 31,97  $\pm$  0,18 (lần 2) với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

**Bảng 3.16. Đánh giá sự thay đổi về điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu về thời điểm thay túi chứa phân**

Thời điểm Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
Mean $\pm$ SD	0,72 $\pm$ 1,23	2,93 $\pm$ 1,17	4 $\pm$ 0
Min	0	0	4
Max	4	4	4
p (so sánh trước CT và lần 1)	0,001 (t-test)		
p (so sánh trước CT và lần 2)	0,001 (t-test)		

Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu là 0,72  $\pm$  1,23 điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 4 điểm. Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là 2,93  $\pm$  1,17 (lần 1) và 4  $\pm$  0 (lần 2) với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

**Bảng 3.17. Đánh giá sự thay đổi về điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu về cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo**

Thời điểm Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
Mean $\pm$ SD	0,74 $\pm$ 0,44	1,90 $\pm$ 0,31	2 $\pm$ 0
Min	0	1	2
Max	1	2	2
p (so sánh trước CT và lần 1)	0,001 (t-test)		
p (so sánh trước CT và lần 2)	0,001 (t-test)		

Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu là 0,74  $\pm$  0,44 điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 2 điểm. Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là 1,90  $\pm$  0,31 (lần 1) và 2  $\pm$  0 (lần 2) với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

**Bảng 3.18. Đánh giá sự thay đổi kiến thức về kỹ thuật thay túi hậu môn nhân tạo đúng cho người tự chăm sóc :**

Thời điểm Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
		Lần 1	Lần 2
Mean $\pm$ SD	0,81 $\pm$ 0,71	1,98 $\pm$ 0,58	3 $\pm$ 0
Min	0	1	3
Max	2	3	3
p (so sánh lần 1 và lần 2)	0,001 (t-test)		
p (so sánh lần 1 và lần 3)	0,001 (t-test)		

Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu là 0,81  $\pm$  0,71 điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 2 điểm. Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là 1,98  $\pm$  0,58 (lần 1) và 3  $\pm$  0 (lần 2) với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

**Bảng 3.19. Đánh giá sự thay đổi kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo đúng của đối tượng nghiên cứu**

Thời điểm	Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
			Lần 1	Lần 2
Mean ± SD		0,83 ± 0,06	1,60 ± 0,70	3 ± 0
Min		0	1	3
Max		2	3	3
p (so sánh lần 1 và lần 2)		0,001 (t-test)		
p (so sánh lần 1 và lần 3)		0,001 (t-test)		

Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc da vùng xung quanh hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu là  $0,83 \pm 0,06$  với điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 2 điểm. Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $1,60 \pm 0,70$  (lần 1) và lần 2 là  $3 \pm 0$  điểm thấp nhất là 1 và cao nhất là 3 với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

**Bảng 3.20. Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phòng ngừa và phát hiện biến chứng cho người tự chăm sóc hậu môn nhân tạo**

Thời điểm	Kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
			Lần 1	Lần 2
Mean ± SD		1 ± 0,06	2,84 ± 1,11	5 ± 0
Min		1	2	5
Max		1	5	5
p (so sánh trước CT và lần 1)		0,001 (t-test)		
p (so sánh trước CT và lần 2)		0,001 (t-test)		

Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức về phòng ngừa và phát hiện biến chứng trong chăm sóc hậu môn nhân tạo của đối tượng nghiên cứu là  $1 \pm 0,06$  (điểm thấp nhất là 1, cao nhất là 1 điểm). Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $2,84 \pm 1,11$  (lần 1) và  $5 \pm 0$  (lần 2) (điểm thấp nhất là 5 và cao nhất là 5 với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn về kiến thức thực hành kết hợp với giáo dục sức khỏe về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo cho 58 người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Qua phân tích cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo ở độ tuổi trung bình là  $61,53 \pm 13,43$ , tuổi nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 87 tuổi và tập trung nhiều ở độ tuổi từ 61 – 70 tuổi. Kết quả này gần giống kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung [18] tại bệnh viện Việt Đức là 57 tuổi, của Lê Thị Kim Ngân [17] tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 61,3 tuổi. Điều này cho thấy đa số gặp ở lứa tuổi trung niên thường là do mắc các bệnh lý về đại trực tràng như K đại trực tràng, ống hậu môn...

Qua phân tích cho thấy phần lớn người bệnh phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo chủ yếu là nam giới 31 người chiếm 53,4%, nữ 27 người chiếm 46,6%.

Tỷ lệ này của chúng tôi so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước như của Radha A [36] cho thấy trong 94 người bệnh thì có đến 58 người bệnh là nam giới chiếm 61,7%, 36 nữ chiếm 38,3%. Điều này cho thấy có thể do tỷ lệ chung nam nhiều hơn nữ trong cộng đồng dân cư và nó cũng phù hợp với trong quá trình nghiên cứu thấy trên lâm sàng gặp ở người bệnh nam nhiều hơn nữ.

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu phần lớn là trung học phổ thông trở lên 26 người chiếm 44,9% tiếp đó đến trình độ học vấn là tiểu học trở xuống 18 người chiếm 31%, thấp nhất là trình độ trung học cơ sở 14 chiếm 24,1%. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu phần lớn là nhóm hưu trí chiếm 36,2%.

Kết quả cho thấy đa phần đối tượng sống ở vùng nông thôn chiếm 60,3 %. Phần nhỏ sống ở miền núi với tỷ lệ là 39,7%. Kết quả này gần giống với kết quả của Lưu Thị Bích Thủy [26] thì có đến 77,3% tỷ lệ đối tượng sinh sống ở vùng nông thôn, 22,7% sống ở thành phố. Vấn đề này liên quan nhiều đến nhận thức về bệnh lý và cách chăm sóc, cũng như điều kiện kinh tế của người bệnh.

Như vậy độ tuổi làm hậu môn nhân tạo chủ yếu từ 51 - 70 tuổi, nghề nghiệp chủ yếu là hưu trí sinh sống ở vùng nông thôn và 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 khỏe bởi họ đều có khả năng đọc và viết thành thạo.

Về thái độ của đối tượng nghiên cứu:

Nhận thức thái độ của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng và mức độ ảnh hưởng của việc làm hậu môn nhân tạo đối với cuộc sống: phần lớn đối tượng trước can thiệp cho rằng chăm sóc hậu môn nhân tạo không quan trọng và không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chỉ đạt 27,6% và 17% cho rằng có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Chăm sóc hậu môn nhân tạo là cơ hội để đối tượng nghiên cứu hòa nhập với cộng đồng. Tuy nhiên sau 2 lần có tư vấn can thiệp giáo dục đã lên 100% đối tượng có thái độ đúng về chăm sóc và tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo. So sánh kết quả này với nghiên cứu của Lê Thị Hoàn [12] cho thấy tỷ lệ đối tượng có nhận thức thái độ đúng về chăm sóc hậu môn nhân tạo là thấp hơn. Điều này chỉ ra rằng hiệu quả ban đầu của can thiệp đã góp phần làm thay đổi thái độ sự đánh giá của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng của chăm sóc hậu môn nhân tạo và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Việc làm hậu môn nhân tạo gây ra cho bệnh nhân những lo âu, mặc cảm thường gặp như sau khi mang hậu môn nhân tạo họ không tiếp tục làm việc được, họ là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Họ không tự tin nơi đông vì có bị mùi hôi của phân nơi mờ lỗ thông. Họ có cảm giác xấu hổ và e ngại khi quan hệ tình dục, ảnh hưởng đến hoạt động thể thao, du lịch.

Chính vì vậy mà cán bộ y tế nhất là người điều dưỡng cần có kiến thức để cung cấp, tư vấn cho họ những thông tin về bệnh để họ sớm hòa nhập với cộng đồng. Qua phân tích cho thấy đa số đối tượng trước can thiệp không có kiến thức nhiều về HMNT chiếm 72,4%, nhóm đối tượng có kiến thức chỉ chiếm 27,6%. Mặc dù nhóm đối tượng có kiến thức về hậu môn nhân tạo không nhiều nhưng nhóm đối tượng này lại cho rằng việc chăm sóc hậu môn nhân tạo là quan trọng chiếm tỷ lệ 62,1% và nó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chiếm 56,9%.

Sau 2 lần can thiệp bằng cách tư vấn giáo dục và các thông tin truyền thông thì đã có 100% trong nhóm đối tượng có hiểu biết về hậu môn nhân tạo và 100% cho rằng có kiến thức về chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng thì sẽ không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như việc chăm sóc hậu môn nhân tạo là rất quan trọng.

Tỷ lệ này chỉ ra hiệu quả ban đầu của can thiệp đã góp phần làm thay đổi thái độ, sự đánh giá của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo.

## **4.2. Kiến thức cơ bản của đối tượng nghiên cứu về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo**

### **4.2.1. Kiến thức cơ bản về hậu môn nhân tạo**

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là lỗ mở chủ động ở đại tràng ra da để thoát hết hay một phần phân ra ngoài nhằm thay thế hậu môn thật. Hậu môn nhân tạo được chỉ định cấp cứu trên những bệnh nhân bị chấn thương bụng kín hay theo kế hoạch trên những bệnh có bệnh lý về đại trực tràng như u đại tràng, u trực tràng, K trực tràng... tùy từng vị trí tổn thương mà được phẫu thuật viên quyết định làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn hay tạm thời. Dù là làm hậu môn nhân tạo tạm thời (sau 6 tháng thì đóng HMNT) hay hậu môn nhân tạo vĩnh viễn thì việc tự chăm sóc hậu môn nhân tạo là rất quan trọng, giúp người bệnh dần dần cải thiện được các chức năng sinh lý bình thường của hậu môn nhân tạo giống như là hậu môn thật, từ đó giúp cho đối tượng sinh hoạt hàng ngày một cách dễ dàng hơn, và tự tin hơn trong cuộc sống giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

### **4.2.2. Kiến thức cơ bản của người bệnh về hậu môn nhân tạo**

#### **Kiến thức về màu sắc bình thường của lỗ hậu môn nhân tạo**

Một hậu môn nhân tạo khỏe mạnh là có màu đỏ bởi nó được cung cấp máu tốt, bề mặt niêm mạc hậu môn thường là ẩm và mềm. Việc đánh giá màu sắc da của lỗ hậu môn nhân tạo là rất quan trọng để đánh giá được sự tiến triển của vết thương hậu môn nhân tạo. Khi hỏi đối tượng nghiên cứu về màu sắc da bình thường của lỗ hậu môn nhân tạo thì đa phần nhóm đối tượng biết được màu sắc bình thường của hậu môn nhân tạo là màu đỏ (chiếm 55,2%). Chưa biết chiếm 44,8% (26 người).

Sau 2 lần can thiệp tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về hậu môn nhân tạo tăng lên 98,3% . Điều này chứng tỏ tỷ lệ đối tượng có kiến thức cơ bản về nhận biết màu sắc bình thường của lỗ hậu môn nhân tạo chưa cao và sau can thiệp giáo dục vẫn còn 1,7% đối tượng chưa có kiến thức về hậu môn nhân tạo do người bệnh sống nhiều ở vùng nông thôn và ở độ tuổi cao trên 80 tuổi sự nhận thức chậm phù hợp với kết quả nghiên cứu

#### **Kiến thức về màu da bình thường giống vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo**

Về màu sắc vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo bình thường giống như màu sắc da vùng xung quanh khác. Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức về nhận biết màu sắc vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo chiếm tỷ lệ thấp 24,1% (13 người), 75,9 % (45 người) không biết. Chính vì đối tượng nghiên cứu không có kiến thức chung về hậu môn nhân tạo để đánh giá đúng và có hướng chăm sóc phù hợp cho người bệnh làm tăng nguy cơ biến chứng do chăm sóc không đúng. Qua một số nghiên cứu của một số tác trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ biến chứng của hậu môn nhân tạo vẫn còn cao từ 6,9 - 21,7% gồm hoại tử, sa niêm mạc, tụt hậu môn nhân tạo ... Trong đó người bệnh bị viêm đỏ da, nhiễm trùng da xung quanh hậu môn nhân tạo liên quan đến chăm sóc hậu môn nhân tạo từ 22,2 - 69% [12].

Tuy nhiên đối tượng nghiên cứu làm hậu môn nhân tạo ở trung bình 61,2 tuổi tức ở độ tuổi vẫn đọc thông viết thạo nên sau 2 lần can thiệp giáo dục thì tỷ lệ đối tượng đã tăng lên và đạt 100% có kiến thức về nhận biết một hậu môn nhân tạo khỏe mạnh cũng từ đó họ có hướng chăm sóc đúng và giảm tỷ lệ biến chứng cũng như giúp họ tự tin trong cuộc sống và hòa nhập với cộng đồng.

#### **4.2.3. Kiến thức về tự chăm sóc hậu môn nhân tạo**

##### **Kiến thức về thời điểm tiến hành thay túi chứa phân thích hợp.**

Hậu môn nhân tạo là nơi để phân trong khung đại tràng ra ngoài trên thành bụng. Trong phân có chứa các enzyme làm tổn thương da xung quanh khi da bị kích thích bởi phân sẽ có gây dị ứng bị nhiễm trùng phần lớn là có màu đỏ. Chính vì vậy

qua nghiên cứu tác giả đã lựa chọn được thời điểm thay túi chứa phân thích hợp ngay khi bị rò rỉ và khi phân chù trong túi từ  $1/3 - 1/2$  túi và nên thay trước bữa ăn vì khi đó ruột thường ít phân [23].

Qua phân tích kết quả cho thấy đa phần các đối tượng chưa có kiến thức về thời điểm thích hợp thay túi hậu môn nhân tạo. Tỷ lệ đối tượng biết thời điểm thay khi túi phân đúng rất thấp chiếm 20,7% (12) sai chiếm 79,3% (46). Tuy nhiên sau 2 lần can thiệp tỷ lệ đối tượng chọn thời điểm thay túi hậu môn nhân tạo thích hợp là 100%. Điều này chứng tỏ việc can thiệp tư vấn giáo dục sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo cho người bệnh là có hiệu quả .

**Kiến thức về cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo đúng cho người tự chăm sóc.**

Một túi đựng phân bao phủ lấy hậu môn nhân tạo ngay sau khi phẫu thuật. Túi đựng phân tốt sẽ bảo vệ da, chứa phân và mùi, đúc theo các đường cong của bụng cho phép vận động tốt, và kín đáo dưới quần

Khi lựa chọn túi đựng phân phải dựa trên loại hậu môn nhân tạo, kích thước và các đường cong ở bụng, tình trạng da xung quanh và vấn đề kinh tế của người bệnh

Túi đựng phân có nhiều loại với hình dáng và kích thước khác nhau có loại chỉ dùng một lần hay dùng nhiều lần. Loại có thể dẫn lưu từ túi ra dễ dàng làm sạch và kinh tế hơn loại không dẫn lưu được. loại này có thể thay mỗi 3 – 7 ngày một lần nếu không có vấn đề về rò rỉ. Túi thích hợp không có mùi khi thay. Khi hỏi đối tượng nghiên cứu về cách lựa chọn túi đựng phân thì thấy trong nhóm đối tượng có kiến thức chọn túi hậu môn nhân đúng chiếm tỷ lệ thấp 16 (27,6%), sai chiếm 72,4%.

Để nâng cao hiệu quả chăm sóc thì người điều dưỡng phải cung cấp cho người bệnh kiến thức về cách lựa chọn túi đúng để khi chứa phân thì không bị rò rỉ ra ngoài gây mùi khó chịu và ảnh hưởng tới cộng đồng. Kết quả sau lần can thiệp thứ nhất tỷ lệ đối tượng đã có kiến thức đã tăng lên 89,6% và sau can thiệp lần 2 giáo dục thì tỷ lệ đối tượng có kiến thức về cách lựa chọn túi đúng đạt 98,3%. Điều



này chứng tỏ có mối tương quan kiến thức với địa dư nó phù hợp với nghiên cứu đa phần đối tượng sống ở vùng nông thôn chiếm 60,3%.

#### **Kiến thức về kỹ thuật thay túi hậu môn nhân tạo đúng**

Ngay sau phẫu thuật lỗ hậu môn nhân tạo được bao bọc bên ngoài một túi hậu môn nhân tạo. Lúc đầu họ không dám sờ và nhìn vào chỗ làm hậu môn nhân tạo vì sợ đau nên không dám sờ vào. Trước khi thay túi hậu môn nhân tạo thì người bệnh cần chuẩn bị một số dụng cụ cần thiết để tiến hành thay túi được tốt. Về sự chuẩn bị trước khi thay túi hậu môn nhân tạo, tỷ lệ đối tượng biết phải đo đường kính hậu môn nhân tạo, cắt cỡ vòng tròn hậu môn nhân tạo lớn hơn lỗ hậu môn khoảng 1mm chỉ chiếm 20,7%, còn lại không biết chiếm 79,3%. Điều này cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức về chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng còn thấp. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hoàn [12] cho thấy có 44,3% đối tượng có kiến thức chăm sóc hậu môn nhân tạo đúng. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu cần có một kiến thức đầy đủ về chăm sóc hậu môn nhân tạo nhất định

#### **Kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo đúng**

Để giảm nguy cơ biến chứng lở loét vùng da xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo thì người bệnh cần vệ sinh da sạch sẽ, chăm sóc đúng là lau sạch da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo trước rồi mới vào bên trong bằng dung dịch rửa thích hợp.

Khi được hỏi đối tượng nghiên cứu (58 người) chỉ có 11 người chiếm 19,0% đối tượng biết phải làm sạch từ xung quanh miệng lỗ hậu môn vào bên trong. Điều này cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức về chăm sóc da vùng xung lỗ hậu môn nhân tạo là rất thấp. Sau 2 lần can thiệp tăng lên 100%. Tỷ lệ đối tượng có câu trả lời đúng từ 2 ý trở lên có 1 đối tượng nghiên cứu đạt 1,7% sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 100%. Điều này cho thấy đối tượng nghiên cứu có kiến thức về chăm sóc da rất thấp.

### **Kiến thức phòng ngừa và phát hiện biến chứng cho người tự chăm sóc hậu môn nhân tạo.**

Trong quá trình chăm sóc hậu môn nhân tạo không đúng cách như việc đánh giá màu sắc bình thường lỗ hậu môn nhân tạo hay màu sắc bình thường vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo rồi việc thay bỏ túi hậu môn nhân tạo mới đều ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương hậu môn nhân tạo thì đều để lại hậu quả là gây biến chứng như là chảy máu hậu môn nhân tạo, tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong, gây tắc ruột, da vùng xung quanh lở loét, nhiễm trùng tại chỗ...

Tỷ lệ đối tượng biết biến chứng của hậu môn nhân tạo là nhiễm trùng tại chỗ chiếm lớn nhất (37,9%), biết về tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong và chảy máu tại chỗ rạch mở đại tràng đều chiếm thấp nhất (13,8%). Tỷ lệ đối tượng trả lời đúng từ 2 ý trở lên đạt 100%

### **4.3. Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp**

#### **4.3.1. Sự thay đổi kiến thức cơ bản về hậu môn nhân tạo trước và sau can thiệp**

**Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp:** Chúng tôi chọn thời điểm sau khi đối tượng nghiên cứu phẫu thuật 2 ngày thì chúng tôi tiến hành đánh giá thái độ của đối tượng nghiên cứu về tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo và sự ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Kết quả thu được 27,6% tỷ lệ đối tượng nhận có thái độ thức đúng về tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chiếm tỷ lệ thấp là 27,6% và 17%. Qua phân tích cho thấy thái độ đúng về tầm quan trọng và sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống chưa cao

Sau khi đánh giá kiến thức cơ bản của ĐTNC về hậu môn nhân tạo, ảnh hưởng của nó đến chất lượng cuộc sống, và tầm quan trọng của việc chăm sóc hậu môn nhân tạo đối với người bệnh, chúng tôi tiến hành can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng cách tư vấn can thiệp giáo dục tại phòng bệnh tới từng đối tượng người bệnh đã được phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai. Hiệu quả của can thiệp được đánh giá sau 3 ngày (đánh giá lần 2) về thái độ nhận thức của đối tượng nghiên cứu đến sự ảnh hưởng của HMMMNT đến chất lượng cuộc

sống đạt 91,3% đối tượng có kiến thức là không ảnh hưởng đến CLCS nếu biết cách chăm sóc đúng ở cả lần đánh giá 1 và 2. Mới qua can thiệp lần 1 tức đánh giá lần 2 mà tỷ lệ đối tượng có thái độ nhận thức đúng đã đạt 100%. Kiến thức về tầm quan trọng của việc chăm sóc HMNT cho thấy có sự thay đổi là 100% người có kiến thức. Tỷ lệ này cho thấy can thiệp đã thu được một số kết quả nhất định, nâng cao được kiến thức cho người bệnh. Do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên sử dụng bộ công cụ đánh giá dựa trên một nghiên cứu đã được thực hiện [48] 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. Sau can thiệp lần 1 và can thiệp lần 2, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của HMNT và tầm quan trọng của HMNT đều cao hơn so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ), đặc biệt sau can thiệp lần 2 là 100% đối tượng có kiến thức.

#### **Đánh giá sự thay đổi kiến thức cơ bản của HMNT trước và sau can thiệp giáo dục.**

Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt tại thời điểm trước can thiệp chỉ chiếm 27,6%. Sau 2 lần can thiệp tỷ lệ có kiến thức đạt tăng lên lần lượt là 67,2% (lần 1) và 98,3% (lần 2), còn lại 1,7% là chưa đạt và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  test. Điều này cho thấy kiến thức có mối tương quan với địa dư, văn hóa vùng miền đến 60,3% đối tượng sống ở vùng nông thôn. Sau can thiệp lần 1 và can thiệp lần 2, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về hậu môn nhân tạo đều cao hơn so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ).

Kết quả cho thấy có sự thay đổi rõ rệt điểm trung bình kiến thức trước và sau 2 lần can thiệp cụ thể trước can thiệp điểm trung bình kiến thức chăm sóc nói chung của đối tượng là  $8,21 \pm 3,17$  trong đó điểm thấp nhất là 3, cao nhất là 16 điểm, thấp hơn so với điểm trung bình sau can thiệp lần 1 là  $22,12 \pm 4,60$  và lần 2 là  $31,97 \pm 0,18$  với sự khác biệt này có mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

Một số kiến thức tự chăm sóc mà ĐTNC cần có được khi tiến hành chăm sóc có điểm đánh giá tương đối thấp trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc HMNT của đối tượng nghiên cứu là  $2,59 \pm 1,04$  điểm thấp nhất là 1, cao

nhất là 4 điểm. Sau can thiệp lần 1, điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $6,40 \pm 1,57$  và  $8,97 \pm 0,18$  sau can thiệp lần 2. Điều này cho thấy kiến thức chăm sóc HMNT của ĐTNC đã đạt được kết quả nhất định. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test). Kiến thức về thời điểm thay túi thích hợp của đối tượng nghiên cứu cũng có sự thay đổi tích cực trước và sau can thiệp. Cụ thể, trước can thiệp điểm trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $0,72 \pm 1,23$  trong đó điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 4 điểm. Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $2,93 \pm 1,17$  (lần 1) và  $4 \pm 0$  (lần 2). Sự khác biệt này có mang ý nghĩa thống kê  $p = 0,000 < 0,01$ , t-test).

Đối tượng nghiên cứu cần có kiến thức về cách lựa chọn túi phù hợp với từng loại dẫn lưu giúp cho họ phòng ngừa được các biến chứng có thể xảy ra và đặc biệt là còn giúp họ tự tin trong cuộc sống và hòa nhập với cộng đồng.

Kiến thức về kỹ thuật thay túi là một trong những kỹ thuật quan trọng giúp người bệnh có HMNT tự chăm sóc bản thân tốt hơn. Kết quả cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc HMNT của là  $0,81 \pm 0,71$  (điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 2 điểm). Sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $1,98 \pm 0,58$  (lần 1) và  $3 \pm 0$  (lần 2) với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

Về sự thay đổi kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ HMNT đúng của ĐTNC cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc HMNT của ĐTNC là  $0,83 \pm 0,06$  (điểm thấp nhất là 0, cao nhất là 2 điểm). Sau can thiệp lần 1 điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $1,60 \pm 0,70$  và lần 2 là  $3 \pm 0$  điểm thấp nhất là 1 và cao nhất là 3. Với sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test).

ĐTNC cần có kiến thức về phòng ngừa và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra để giúp họ có nhận thức đúng về tự chăm sóc HMNT làm giảm nguy cơ nhiễm trùng giúp họ có cuộc sống tốt hơn. Kết quả cho thấy đa phần tỷ lệ đối tượng trước can thiệp điểm trung bình kiến thức trong chăm sóc HMNT của ĐTNC là  $1 \pm 0,06$  điểm thấp nhất là 1, cao nhất là 1 điểm. Sau can thiệp lần 1 điểm kiến thức trung bình tăng lên là  $2,84 \pm 1,11$  và lần 2 là  $5 \pm 0$  trong đó điểm thấp nhất là 5 và cao nhất là 5 với sự khác biệt này có mang ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ , t-test)

## **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu thực trạng kiến thức về tự chăm sóc HMNT của 58 người bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2017 – 4/2017 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### **1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:**

- Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 61,53 tuổi, nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 87 tuổi
- Người bệnh nam chiếm 53,4%, nữ chiếm 46,6%. Tỷ số nam/nữ là 1,14.
- Học vấn từ trung học phổ thông chiếm 44%, trung học cơ sở chiếm 24,1%.
- Hưu trí chiếm 36,2 %, sống vùng nông thôn chiếm 60,3%, thành thị chiếm 29,7%

### **2. Thực trạng kiến thức tự chăm sóc trước can thiệp giáo dục**

- Kiến thức đúng về HMNT trước can thiệp đạt là 16%, Sau can thiệp lần 1 tỷ lệ kiến thức đúng là 98,3%, sai 1,7%, sau can thiệp lần 2 là 100%.
- Kiến thức đúng về thời điểm thay túi trước can thiệp là 20,7%. Sau can thiệp là 77,6% và lần 2 đạt 100%.
- Kiến thức đúng về cách chọn túi trước can thiệp là 27,6%.
- Kiến thức đúng về vệ sinh da vùng xung quanh trước can thiệp là 43,1%, không đúng chiếm 56,9%, sau can thiệp lần 1 tăng lên 48% và sau can thiệp lần 2 là 100%.
- Kiến thức đúng về kỹ thuật thay túi trước can thiệp là 20,7%, sau 2 lần là 100%.
- Biến chứng nhiễm trùng trước can thiệp là 37,9%, sau 2 lần can thiệp là 100%.

### **3. Đánh giá kiến thức tự chăm sóc HMNT sau can thiệp giáo dục**

- Điểm trung bình kiến thức trước can thiệp là  $8,21 \pm 3,17$  sau can thiệp lần 1 là  $22,12 \pm 4,60$  và lần 2 là  $31,97 \pm 0,18$  với  $p < 0,01$ .
- Điểm trung bình về thời điểm thay túi trước can thiệp là  $0,72 \pm 1,23$ , sau can thiệp lần 1 là  $2,93 \pm 1,17$ , lần 2 là  $4 \pm 0$  với  $p < 0,01$ .
- Điểm trung bình kiến thức về kỹ thuật thay túi trước can thiệp là  $0,81 \pm 0,71$ , sau can thiệp lần 1 là  $1,98 \pm 0,58$  và lần 2 là  $3 \pm 0$  với  $p < 0,01$ .
- Điểm trung bình kiến thức về chăm sóc da trước can thiệp là  $0,83 \pm 0,06$ , sau can thiệp lần 1 là  $1,60 \pm 0,70$  và lần 2 là  $3 \pm 0$  với  $p < 0,01$ .
- Điểm trung bình kiến thức về phòng và phát hiện biến chứng trước can thiệp là  $1 \pm 0,06$ , điểm trung bình sau can thiệp lần 1 là  $2,84 \pm 1,11$  và lần 2 là  $5 \pm 0$   $p < 0,01$ .

## **KHUYẾN NGHỊ**

Dựa trên kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh còn thấp. Vì vậy chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị như sau:

1. Đối với nhân viên y tế:

Cần bổ sung kiến thức cho nhân viên y tế và có can thiệp cụ thể tại khoa để giúp người bệnh có kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo được cao hơn.

2. Đối với người bệnh :

Có chương trình giáo dục sức khỏe riêng cho những người bệnh sau mổ có hậu môn nhân tạo và đội ngũ điều dưỡng hoạt động thường xuyên và định kỳ có các phương tiện giáo dục sức khỏe hỗ trợ tại khoa như tờ hướng dẫn phát tay đến người bệnh. Thông tin về hậu môn nhân tạo được niêm yết trên thông tin của khoa và tại buồng bệnh nhằm nâng cao kiến thức và chất lượng cuộc sống giúp cho người bệnh có hậu môn nhân tạo tự tin và hòa nhập cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Phạm Hải Bằng (2010). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị vết thương hậu môn trực tràng trong cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Ngọc Bích (2010). *Cấp cứu Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 34-37.
3. Hồ Duy Bính, Phạm Văn Linh (2009). *Điều dưỡng với bệnh nhân hậu môn nhân tạo*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 34-39.
4. Bộ Y Tế (2004). *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 68-72.
5. Bộ Y Tế (2016). Quyết định số 4491/QĐ-BYT về *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hoá*, Hà Nội.
6. Trần Văn Chanh (2010). *Phẫu thuật thực hành*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, 15 - 29.
7. Trần Bình Giang, Nguyễn Thanh Long (1995). *Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 191 - 195.
8. Nguyễn Đình Hối (1994). *Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 17 - 29.
9. Nguyễn Công Hùng (2012). *Đánh giá kết quả phẫu thuật HMNT ở trẻ em từ năm 2007 - 2012*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Vương Hùng (2010). *Phẫu thuật đại tràng*, Giáo trình phẫu thuật thực hành Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 17 - 29.
11. Nguyễn Văn Hương (2014). *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại trực tràng*. *Tạp chí Y học thực hành*, 89, 67-69.
12. Huỳnh Trọng Khải (2016). *Giải phẫu - Sinh lý hệ tiêu hóa*, Giáo trình Ngoại khoa Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, 178 - 197.

13. Ngô Xuân Khoa (2011). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 39-46.
14. Lê Thị Kim Ngân (2015). *Kết quả chăm sóc hậu môn nhân tạo tại khoa Ngoại*, Luận văn tốt nghiệp cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
15. Vương Minh Nguyệt (2013). Chăm sóc hậu môn nhân tạo. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh Viện Đại Học Y Dược TPHCM*, 6, 36.
16. Trần Quế Sơn, Trần Hiếu Học (2015). Kết quả phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 96 (4), 91 - 97.
17. Lê Đức Tuấn (2010). *Biến chứng hậu môn nhân tạo*, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, 178 - 197.
18. Trần Thiện Trung, Lê Thị Hoàn (2013). Kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh tự chăm sóc HMNT. *Tạp chí Y học TPHCM*, 17(4), 45-47.
19. Frank T. Netter (2009). *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 78-79.
20. Nguyễn Quang Trung (2004). *Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí các biến chứng của hậu môn nhân tạo từ năm 2000 - 2004*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
21. Trần Thị Thuận, Đỗ Đình Xuân (2010). *Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật Điều dưỡng cơ bản*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 45-47.
22. Trần Thị Thuận, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Thị Ngọc Sương (2011). *Chăm sóc hậu môn nhân tạo và người bệnh có HMNT*, Điều dưỡng Ngoại khoa 1, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 242 - 257.
23. Trần Thị Thuận, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Thị Ngọc Sương (2011). *Chăm sóc người bệnh sau mổ ung thư đại - trực tràng*, Điều dưỡng Ngoại khoa 2, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 231 - 243.
24. Lưu Thị Bích Thủy (2009). *Đánh giá hiệu quả của việc hướng dẫn bệnh nhân tự chăm sóc hậu môn nhân tạo*, Khóa luận văn tốt nghiệp cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
25. Trần Ngọc Tuấn (2011). *Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 68-72



## TIẾNG ANH

26. Tollenaar A. W. Gooszen, R. H. Geelker, et al (2001). Prospective study of primary anastomosis following sigmoid resection for suspected acute complicated diverticular disease. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9(60)
27. Pena A, et al (2006). Colostomy in anorectal malformation: a procedure with serious but preventable complications. *J, pediatric surgery*. 41, 747 - 756.
28. Bena A, et al (2008). Ostomy anorectal a procedure with serous. *Clinical Surgery*, 47 - 56.
29. Nedime Kosgeroglu Alkay Culha, Ozge Bolluk (2016). Effectiveness of Self - care Education on Patients with stomas. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR - JNHS)*, 5(2), 70 - 76.
30. Miller B. J.g Schache D. J (1996). Colosectal injury: Where do we stand with repair. *Aust. N.Z. J Surg*, 66 (6), 348 - 352.
31. Casa C Bergamaschi R. Araud J.P (2006). Emergency subtotal/ total colectomy with anastomosis for acutely obstructed carcinoma of the left colon. *British journal of surgery*. 83(2), 22.
32. Harman Esther E, M.A, et al (2014). Critical Factors Affecting Quality of Life of Adult patients With Anorectal malformation or Hirschsprung's Disease. *American of Journal Gastroenterology*, 5(2), 70 - 76.
33. Adia El - Gamil Hanan Gaber (2014). A study to identify the level of knowledge and self care performance of the colostomy patients and its effects on their quality of life. *J surgery*, 41, 747 - 756
34. J. Coloproctol (Rio J) (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma, 34, 4.
35. Khor Fang Lih Kumatha A/P Kushalan Mini Rani Mary Beth (2015). A Study To Assess The Knowledge on post - Operative Self - Care Activities Among Patients Who Have Undergone Cataract Surgery At A Selected Hospital, Malaysia. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 13, 45-48.
36. E.M. Kiely Patwardhan, D.P. Drake, L. Spitz, and A. Pierro (2001). Colostomy for Anorectal Anomalies: High Incidence of Complication. *J pediatric Sur*. 36, 795 - 798.

37. Hame Thorsen and Kristian Juul Lui Prito (2005). Develop and validation of life question for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of life Outcomes*, 3 (62), 1 - 10.
38. MScN RN Doi Grinspun, PhD(C), O.ONT (2009). Ostomy care and Management. *Clinical Best Practice Guidelines*, 12, 45-49.
39. DNSc RN Marcia Grant, FAAN (2013). Development of chronic Care Ostomy Self Management program. *J Cancer Educ*, 28, 23-26.
40. RNAO (2009). Costomy Care Patients and Management, *Clinical Best Practice Guidelines*, 23-26.
41. United Ostomy Association of Canada (2008). *A handbook for New Ostomy Patient*, 348 - 352.
42. Tripathy BB. Shukla. RM (2010). Outcome of colostomy closure with different skin closure techniques in a developing country. *African journal of peadiatric surgery*, 30(7), 156 - 158.
43. Sandhya Baral Govinda Dhungana Radha Acharya Pandey (2010). Knowledge and activity Stoma care between Ostomates at B.P.Koirala memorial of cancer. *Journal of Medicine Nobel*, 4, 48-50.

## **Phụ lục 1**

# **GIẤY ĐỒNG Ý THAM GIA TRẢ LỜI NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT HẬU MÔN NHÂN TẠO TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

### **Giới thiệu về nghiên cứu**

Nghiên cứu do Trường đại học Điều dưỡng Nam Định phối hợp với Bệnh viện Bạch Mai thực hiện nhằm thu thập các thông tin về thực trạng kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh đã được phẫu thuật và đang được điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai. Sự tham gia của Ông/Bà vào nghiên cứu này sẽ góp phần quan trọng nâng cao hiệu quả điều trị trong công tác điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo. Nghiên cứu được khảo sát trên toàn bộ người bệnh đã được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo và đang điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai

### **Sự tham gia là tự nguyện**

Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện. Trong quá trình phỏng vấn, nếu Ông/Bà thấy có những câu hỏi khó trả lời hoặc không muốn trả lời thì đề nghị hỏi lại người phỏng vấn. Ông/Bà không phải trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà Ông/Bà không muốn trả lời, và Ông/Bà có thể dừng cuộc phỏng vấn bất kỳ lúc nào Ông/Bà muốn. Tuy nhiên, việc Ông/Bà trả lời đúng là vô cùng quan trọng đối với nghiên cứu. Chúng tôi cũng sẽ đánh giá cao sự giúp đỡ của ông/bà trong việc hưởng ứng nghiên cứu này. Vì vậy, chúng tôi mong rằng ông/bà sẽ hợp tác và giúp chúng tôi có được những thông tin chính xác nhất.

Để đảm bảo tính riêng tư, phiếu trả lời phỏng vấn sẽ được mã hoá và danh tính của ông/bà sẽ được giữ bí mật.

### **Địa chỉ liên hệ khi cần thiết**

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: Vũ Thị Mai Hoa – Học viên lớp Cao học Điều dưỡng khóa 2  
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Email: vumaihoaytbm@gmail.com

Điện thoại: 0915432125

***Ông/Bà đã sẵn sàng tham gia trả lời cho nghiên cứu của chúng tôi?***

Đồng ý

Từ chối

*Hà Nội, ngày..... tháng..... năm 2016*

**Chữ ký của người tham gia**

Thư viện số NDUN

## Phụ lục 2 : BỘ CÂU HỎI PHỎNG VẤN

**Tên đề tài: Đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc hậu môn nhân tạo của người bệnh tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Bạch Mai**

Mã phiếu: .....

Ngày phỏng vấn: ..... tháng ..... năm

### A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ tên

Giới A: Nam

B: Nữ

2. Năm sinh của ông / bà là: ..... Nơi ở: .....

3. Trình độ học vấn:

3.1. Không đi học

3.2. Tiểu học

3.3. Trung học cơ sở

3.4. Trung học phổ thông

3.5. Trung cấp

3.6. Đại học / trên đại học

4. Nghề nghiệp chính hiện nay của ông/ bà là gì ?

4.1. Buôn bán

4.2. Nông dân

4.3. Cán bộ, công chức

4.4. Hưu trí,

4.5. Nội trợ

5. Tình trạng hôn nhân của ông/bà:

5.1. Chưa lập gia đình

5.2. Đã lập gia đình

6. Ông / bà có kiến thức gì về làm hậu môn nhân tạo

6.1. Rất biết

6.2. Biết

6.3. Hơi biết

6.4. Không biết gì

7. Xin ông / bà cho biết tầm quan trọng của việc chăm sóc vết thương HMNT

7.1. Rất quan trọng

7.2. Quan trọng

7.3. Không quan trọng

7.4. Rất không quan trọng

8. Xin ông / bà cho biết HMNT có ảnh hưởng đến cuộc sống như thế nào?

- 8.1. Có ảnh hưởng
- 8.2. Không ảnh hưởng
- 8.3. Rất ảnh hưởng
- 8.4. Rất không ảnh hưởng

9. Ông / bà cho biết kiến thức về hậu môn nhân tạo lấy từ nguồn nào:

- 9.1. Nhân viên y tế
- 9.2. Phát thanh công cộng
- 9.3. Người thân
- 9.4. Báo chí

**A. Kiến thức của NB về chăm sóc hậu môn nhân tạo**

**B1. Một số kiến thức cơ bản trong chăm sóc HMNT của đối tượng nghiên cứu.**

10. Ông / bà hiểu thế nào là hậu môn nhân tạo

- 10.1. HMNT là thay thế hậu môn thật
- 10.2. HMNT là nơi để đưa phân ra ngoài thành bụng
- 10.3. HMNT là để dẫn lưu một phần phân trong khung đại tràng ra ngoài.
- 10.4. HMNT là nơi để dẫn lưu toàn bộ phân trong khung đại tràng ra ngoài.

11. Ông / bà cho biết màu sắc bình thường của một hậu môn nhân tạo

- 11.1. Đỏ
- 11.2. Tái nhợt
- 11.3. Đen
- 11.4. Không biết

12. Ông / bà cho biết tình trạng da bất thường vùng xung quanh lỗ HMNT

- 12.1. Vùng da xung quanh lở loét
- 12.2. Giống màu da các vùng xung quanh
- 12.3. Vùng da xung quanh thâm đen
- 12.4. Vùng da xung quanh đỏ

13. Ông / bà cho biết có những loại túi HMNT nào? (có thể chọn nhiều câu trả lời)

- 13.1. Túi HMNT không có dẫn lưu
- 13.2. Túi HMNT có dẫn lưu
- 13.3. Túi HMNT nhiều mảnh
- 13.4. Túi HMNT 2 mảnh

**B2. Kiến thức chọn thời điểm thay túi HMNT thích hợp cho người tự chăm sóc**

14. Xin ông / bà cho biết thời điểm thích hợp thay túi HMNT
- 14.1. Đầy túi
  - 14.2. 1/2 - 2/3 túi phân
  - 14.3. 1/3 – 1/2 túi phân
  - 14.4. Thay lúc nào cũng được
15. Theo ông / bà nên thay túi hậu môn nhân tạo khi:
- 15.1. Trước bữa ăn
  - 15.2. Sau khi ăn
  - 15.3. Xa bữa ăn
  - 15.4. Lúc nào cũng được
16. Theo ông / bà tránh biến chứng về da vùng xung quanh lỗ HMNT thì cần làm :
- 16.1. Thay túi ngay lập tức khi bị rò rỉ
  - 16.2. Đợi phân đầy ½ túi
  - 16.3. Đợi phân đầy túi mới thay
  - 16.4. Không biết
17. Để tránh không bị rò rỉ túi hậu môn nhân tạo thì cần:
- 17.1. Giảm kích thích của túi
  - 17.2. Sử dụng túi 2 mảnh
  - 17.3. Kiểm tra độ dính của miếng dán
  - 17.4. Loại khác

**B3. Kiến thức về cách lựa chọn túi HMNT đúng cho người tự chăm sóc:**

18. Theo ông / bà túi đựng phân tốt là túi:
- 18.1. Túi đựng tốt sẽ bảo vệ da, chứa phân và mùi
  - 18.2. Phải dựa trên loại hậu môn nhân tạo
  - 18.3. Túi làm theo đường cong của bụng và cho phép vận động tốt
  - 18.4. Túi nào cũng được
19. Ông / bà cho biết cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo đúng kỹ thuật là:
- 19.1. Túi hậu môn nhân tạo phù hợp với lỗ hậu môn nhân tạo
  - 19.2. Túi có giá thành cao
  - 19.3. Túi rẻ tiền
  - 19.4. Túi phù hợp với kinh tế của người tự chăm sóc

**B4. Kiến thức về kỹ thuật thay túi đúng cho người tự chăm sóc là:**

20. Ông /bà cho biết trước khi thay túi hậu môn nhân tạo cần phải:

- 20.1. Đo đường kính HMNT, cắt cỡ vòng tròn HMNT lên tờ bia
- 20.2. Đo, cắt cỡ vòng tròn hậu môn nhân tạo vào khớp nối túi
- 20.3. Không cần đo
- 20.4. Không biết làm

21. Theo ông / bà khi tháo bỏ túi cũ đúng kỹ thuật bao gồm những thao tác sau :

- 21.1. Đeo găng
- 21.2. Tách túi cũ ra khỏi miếng da ngăn cách
- 21.3. Lột mạnh miếng da ngăn cách mạnh
- 21.4. Không cần đeo găng

**B5. Kiến thức về làm sạch túi hậu môn nhân tạo đúng cho người tự chăm sóc:**

22. Ông / bà cho biết kỹ thuật làm sạch lỗ hậu môn nhân tạo đúng là:

- 22.1. Làm sạch từ xung quanh miệng lỗ hậu môn vào bên trong
- 22.2. Làm sạch từ bên trong giữa ra xung quanh
- 22.3. Làm thế nào cũng được
- 22.4. Khác

23. Theo ông / bà dung dịch dùng để rửa vết thương HMNT thích hợp nhất là:

- 23.1. Dung dịch muối NaCl 0.9%
- 23.2. Cồn iot để sát khuẩn vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo
- 23.3. Oxy già để rửa lên miệng lỗ hậu môn nhân tạo
- 23.4. Khác

**B6. Kiến thức về chăm sóc da vùng xung quanh lỗ HMNT đúng là:**

24. Ông / bà cho biết kỹ thuật chăm sóc da đúng bao gồm các bước sau:

- 24.1. Lau nhẹ nhàng da vùng xung quanh bằng nước muối NaCl 0,9%
- 24.2. Đánh giá da xung quanh hậu môn nhân tạo
- 24.3. Dán miếng da ngăn cách vào xung quanh hậu môn
- 24.4. Không biết làm



**B7. Kiến thức về kỹ thuật đặt túi mới đúng cho người tự chăm sóc**

25. Theo ông / bà kỹ thuật đặt túi đựng phân mới bao gồm các bước sau:

(có thể chọn nhiều câu trả lời)

- 25.1. Lột các đường viền ở túi đựng phân
- 25.2. Mở miệng túi, chắc chắn ôm lấy hậu môn vừa khít
- 25.3. Dán miếng da ngăn cách, ấn nhẹ nhàng để các chỗ xung quanh dính với nhau
- 25.4. Gồng bụng lên để dễ dán

**B8. Kiến thức về phòng ngừa và phát hiện biến chứng cho người tự chăm sóc**

26. Ông / bà cho biết những biến chứng xảy ra khi chăm sóc hậu môn nhân tạo không đúng (có thể lựa chọn nhiều câu trả lời)

- 26.1. Nhiễm trùng tại chỗ làm hậu môn nhân tạo
- 26.2. Hoại tử đoạn đại tràng đưa ra ngoài ổ bụng
- 26.3. Tắc ruột
- 26.4. Tụt hậu môn nhân tạo vào bên trong
- 26.5. Chảy máu tại chỗ rạch mở đại tràng

*Xin cảm ơn ông/bà đã tham gia buổi phỏng vấn này*

Người phỏng vấn

(Ký ghi rõ họ tên)

Vũ Thị Mai Hoa

**Phụ lục 3:**  
**CÁCH TÍNH ĐIỂM KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI TỰ CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO**

STT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	ĐIỂM
<b>THÔNG TIN CHUNG</b>			
<b>MỘT SỐ KIẾN THỨC CƠ BẢN</b>			
10	Ông / bà hiểu thế nào là hậu môn nhân tạo	10.1. HMNT là thay thế HM thật	1
		10.2. HMNT là nơi để phân đi ra ngoài	1
		10.3. HMNT là 1 phẫu thuật đưa đại tràng ra ngoài ổ bụng để dẫn lưu phân ra ngoài	1
		10.4. HMNT là đưa phân ra ngoài theo đường thông thường	0
11	Ông / bà cho biết màu sắc bình thường của một hậu môn nhân tạo	11.1. Đỏ tươi	1
		11.2. Tái nhợt	0
		11.3. Đen	0
		11.4. Không biết	0
12	Ông / bà cho biết tình trạng da bình thường vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo	12.1. Vùng da xung quanh lở loét	0
		12.2. Giống màu da vùng xung quanh	1
		12.3. Vùng da xung quanh thâm đen	0
		12.4. Không biết	0
13	Ông / bà cho biết có những loại túi HMNT nào? ( có thể chọn nhiều câu trả lời)	13.1. Túi HMNT không có dẫn lưu	1
		13.2. Túi HMNT có dẫn lưu	1
		13.3. Túi HMNT nhiều mảnh	0
		13.4. Túi HMNT 2 mảnh	1
14	Xin Ông / bà cho biết thời điểm thích hợp thay túi HMNT	14.1. Đầy túi	0
		14.2. 1/2 - 2/3 túi phân	0
		14.3. 1/3 – 1/2 túi phân	1
		14.4. Thay lúc nào cũng được	0

<b>KIẾN THỨC VỀ THỜI ĐIỂM ĐÚNG HMNT</b>			
15	Theo ông / bà nên thay túi HMNT khi:	15.1. Trước bữa ăn 15.2. Sau khi ăn 15.3. Xa bữa ăn 15.4. Lúc nào cũng được	1 0 0 0
16	Theo Ông / bà tránh biến chứng về da vùng xung quanh lỗ HMNT thì cần làm :	16.1. Thay túi ngay lập tức khi bị rò rỉ 16.2. Đợi phân đầy ½ túi 16.3. Đợi phân đầy túi mới thay 16.4. Không biết	1 0 0 0
17	Để tránh không bị rò rỉ túi HMNT thì cần:	17.1. Giảm kích thước của túi 17.2. Sử dụng túi 2 mảnh 17.3. Kiểm tra độ dính của miếng dán 17.4. Loại khác	0 0 1 0
<b>KIẾN THỨC VỀ CÁCH CHỌN TÚI ĐÚNG</b>			
18	Theo Ông / bà túi đựng phân tốt là túi: (có thể chọn nhiều câu trả lời)	18.1. Túi đựng tốt sẽ bảo vệ da , chứa phân và mùi 18.2. Phải dựa trên loại HMNT 18.3. Túi làm theo đường cong của bụng và cho phép vận động tốt 18.4. Túi nào cũng được	1 1 1 0
19	Ông / bà cho biết cách lựa chọn túi hậu môn nhân tạo đúng kỹ thuật là:	19.1. Túi hậu môn nhân tạo phù hợp với lỗ hậu môn nhân tạo 19.2. Túi có giá thành cao 19.3. Túi rẻ tiền 19.4. Túi phù hợp với kinh tế của người tự chăm sóc	1 0 0 1
<b>KIẾN THỨC VỀ KỸ THUẬT THAY TÚI ĐÚNG</b>			
20	Ông / bà cho biết trước khi thay túi hậu môn	20.1. Đo đường kính HMNT, cắt cỡ vòng tròn HMNT lên tờ bìa	1

	nhân tạo cần phải :	20.2. Đo, cắt cỡ vòng tròn HMNT vào khớp nối túi	1
		20.3. Không cần đo	0
		20.4. Không biết làm	0
21	Theo Ông / bà khi tháo bỏ túi cũ đúng kỹ thuật bao gồm những thao tác sau: (có thể chọn nhiều câu trả lời)	21.1. Đeo găng	1
		21.2. Tách túi cũ ra khỏi miếng da ngăn cách	1
		21.3. Lột mảnh miếng da ngăn cách mảnh	1
		21.4. Không cần đeo găng	0
<b>KIẾN THỨC VỀ LÀM SẠCH TÚI ĐÚNG</b>			
22	Ông / bà cho biết kỹ thuật làm sạch lỗ hậu môn nhân tạo đúng là:	22.1. Làm sạch từ xung quanh miệng lỗ hậu môn vào bên trong	1
		22.2. Làm sạch từ bên trong giữa ra xung quanh	0
		22.3. Làm thế nào cũng được	0
		22.4. Khác	0
23	Theo Ông / bà dung dịch dùng để rửa vết thương hậu môn nhân tạo thích hợp nhất là:	23.1. Dung dịch muối Nacl 0.9%	1
		23.2. Cồn iot để sát khuẩn vùng da xung quanh hậu môn nhân tạo	1
		23.3. oxy già để rửa lên miệng lỗ hậu môn nhân tạo	0
		23.4. Khác	0
<b>KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC DA ĐÚNG</b>			
24	Ông / bà cho biết kỹ thuật chăm sóc da đúng bao gồm các bước sau: (có thể chọn nhiều câu trả lời)	24.1. Lột các đường viền ở túi đựng phân	1
		24.2. Mở miệng túi, chắc chắn ôm lấy hậu môn vừa khít	1
		24.3. Dán miếng da ngăn cách , ấn nhẹ để các chỗ xung quanh dính với nhau	1
		24.4. Gồng bụng lên để dễ dán	1

<b>KIẾN THỨC VỀ KỸ THUẬT RỬA VẾT</b>			
25	Ông / bà cho biết kỹ thuật đặt túi đựng phân mới bao đúng bao gồm các bước sau: (có thể chọn nhiều câu trả lời)	25.1. Tháo bỏ băng cũ, tháo găng bẩn 25.2. Đổ dung dịch ra cốc, Đeo găng VK 25.3. Dùng kẹp phẫu tích/ kocher rửa vết thương, rửa chân và xung quanh HMNT theo hình xoáy ốc ra ngoài( rửa nhiều lần đến khi sạch 25.4. Rửa HMNT rửa nhiều lần đến khi sạch. 25.5. vùng da xung quanh HMNT, bôi mỡ oxyt kẽm F. Gấp gạc thấm khô vết thương. Đặt gạc phủ kín HMNT	1 1 1 1 1 1
<b>Kiến thức về phòng ngừa và phát hiện biến chứng cho người tự chăm sóc HMNT</b>			
26	Anh/ chị cho biết những biến chứng xảy ra khi chăm sóc HMNT không đúng (có thể lựa chọn nhiều câu trả lời)	26.1. Nhiễm trùng tại chỗ làm HMNT 26.2. Hoại tử đoạn đại tràng đưa ra ngoài ổ bụng 26.3. Tắc ruột 26.4. Tụt HMNT vào bên trong 26.5. Chảy máu tại chỗ rạch mở đại tràng	1 1 1 1 1

## CÁCH TÍNH ĐIỂM

Mã hóa:

1 = Đúng

0 = Sai

### 1. Đánh giá kiến thức cơ bản của ĐTNC về chăm sóc HMNT

Trả lời đúng : 1

Trả lời sai : 0

### 2. Đánh giá kiến thức tự chăm sóc của ĐTNC

- Cách tính điểm

+ Người bệnh không làm hoặc làm sai: 0 điểm

+ Người bệnh có làm và làm đúng: 1 điểm

### 3. Đánh giá mức độ kiến thức

Người bệnh không trả lời được ý nào: không hiểu biết

Người bệnh trả lời được 1 ý: hiểu cơ bản

Người bệnh trả lời được 2 ý: Hiểu tốt


Người bệnh trả lời được  $\geq 3$  ý: Hiểu rất tốt


#### Phụ lục 4

### NỘI DUNG CAN THIỆP CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO THEO TÀI LIỆU CỦA BỘ Y TẾ [4]



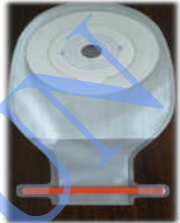






#### Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc hậu môn nhân tạo :

Cán bộ y tế là người có kiến thức về chăm sóc hậu môn nhân tạo do đó họ tư vấn cho người bệnh biết cách tự chăm sóc hậu môn nhân tạo giúp người bệnh dễ hòa nhập với cuộc sống gia đình và xã hội, tự tin trong cuộc sống, có thể tiếp tục công việc đã làm nhưng tránh làm các việc nặng.

<p><b>Hướng dẫn cách chăm sóc da</b></p> 	<p>Da xung quanh hậu môn nhân tạo phải lạnh lặn và khô như các da bụng vùng xung quanh khác. Do đó người bệnh luôn :</p> <p>Lau rửa vệ sinh da vùng xung quanh lỗ hậu môn nhân tạo bằng nước sạch ấm sau đó thấm khô bằng gạc không để phân dính ở da xung quanh lâu ngày dễ gây viêm da.</p> <p>Giữ da khô và sạch, có thể dùng bột chống nấm bôi chung quanh khi thay túi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Sử dụng miếng da ngăn cách là một trong những phương pháp hữu hiệu bảo vệ da quanh hậu môn nhân tạo</li></ul>
<p><b>Hướng dẫn thời điểm thay túi hậu môn nhân tạo đúng</b></p>	<p>Thay túi đựng phân thích hợp khi túi chứa từ 1/3 – 1/2 phân</p> <p>Thay túi ngay ngay sau khi rò rỉ tức khi thấy có dịch rò ra</p> <p>Thay trước bữa ăn vì khi đó ruột không có phân</p> <p>hậu môn nhân tạo không có cảm giác đau khi sờ vào do đó hướng dẫn bệnh nhân tự làm.</p>
<p><b>Hướng dẫn cách chọn túi chứa.</b></p>	<p>Một túi đựng phân tốt sẽ bảo vệ chứa phân và ngăn được mùi, đúc theo các đường cong của bụng cho phép vận động tốt, và kín đáo dưới áo quần.</p> <p>Hướng dẫn người bệnh khi chọn túi đựng phân phải dựa trên loại hậu môn nhân tạo, kích thước và các đường cong ở bụng, tình trạng da xung quanh và vấn đề kinh tế của người</p>

	<p>bệnh</p> <p>Túi đựng phân có rất nhiều loại với hình dáng và kích thước khác nhau. Loại chỉ sử dụng một lần hay nhiều lần. Loại có thể dẫn lưu từ túi ra dễ dàng làm sạch và kinh tế hơn loại không dẫn lưu được.</p> <p>Túi thích hợp không có mùi khi thay. Nếu có mùi là do làm vệ sinh dẫn lưu không sạch hoặc bị rò rỉ, hoặc do nhiễm trùng hay tắc nghẽn</p>
<p><b>Hướng dẫn cách thay bỏ túi cũ</b></p>	<p>Trước khi thay túi nên đeo găng, thử thông túi với hệ thống dẫn lưu.</p> <p>Tách túi cũ ra khỏi miếng da ngăn cách ra khỏi da bụng</p> <p>Lột nhẹ nhàng miếng da da ngăn cách ra khỏi da bụng</p> <p>Vệ sinh da vùng xung quanh HMT, lau khô</p>
<p><b>Hướng dẫn cách đo và dán túi chứa.</b></p> 	<p>Trước khi thay túi thì phải chuẩn bị đầy đủ dụng cụ như túi đựng phân, dung dịch rửa, gạc củ ấu, đo túi đựng phân</p> <p>Cách đo kích thước túi đựng phân</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hướng dẫn BN cách đo kích thước hậu môn nhân tạo, để chọn túi có đường kính thích hợp.</li> </ul> <p>Đo đường kính lỗ HMNT, đặt mẫu lỗ hậu môn lên miếng bìa rồi cắt</p> <p>Cắt thiết bị đúng kích thước mẫu, thường lớn hơn hậu môn khoảng 1mm</p> <p>Cắt lỗ ở miếng da ngăn cách đúng mẫu.</p> <p><i>Chú ý:</i> miệng túi cắt hơi lớn hơn so với lỗ ở miếng da ngăn cách.</p> <p>Lột các đường viền ở túi đựng phân, mở miệng túi, chắc chắn ôm lấy hậu môn vừa khít.</p> <p>Bảo bệnh nhân gồng bụng lên để dán</p> <p>Dán vào miếng da ngăn cách, ấn nhẹ nhàng giữ khoảng 30</p>



	<p>giây, để các chỗ xung quanh dính với nhau</p> <p>Cắt miệng túi đựng phân mới. Đợi một chút cho da khô</p> <p>Gắn túi đựng phân vào (Nếu người bệnh đi đứng được đặt túi theo chiều dọc của bụng).</p>
<p><b>Hướng dẫn phát hiện các biến chứng có thể xảy ra</b></p> <p>Khi NB thấy có những dấu hiệu như: Viêm loét da vùng quanh hậu môn nhân tạo</p>	   <p>Viêm da quanh HMNT</p>
<p>Hậu môn nhân tạo bị tụt vào thành bụng.</p>	  <p>Tụt HMNT - viêm nhiễm</p>
<p>Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo.</p> <p>Áp-xe hậu môn nhân tạo.</p> <p>Sa hậu môn nhân tạo</p>	    <p>Hẹp HMNT</p> <p>Thoát vị cạnh HMNT</p> <p>Sa HMNT</p>
<p><b>Trường hợp bệnh nhân không có</b></p>	<p>Chuẩn bị dụng cụ</p> <p>- 2 cái vòng nhựa hay vòng cầm thạch giả, 2m dây thun, bẻ</p>

<p><b>khả năng kinh tế có thể làm túi tự chế để giảm bớt chi phí, chuẩn bị các dụng cụ sau:</b></p>	<p>ngang 2cm, 3 bộ móc, Bịch nylon</p> <p><b>Cách làm:</b></p> <p>Đo vòng bụng bệnh nhân</p> <p>Cắt 2 sợi dây thun, 1 sợi ngắn, 1 sợi dài</p> <p>May 2 sợi thun vào chiếc vòng. May bộ móc</p> <p>Lấy bịch nylon cắt 2 lỗ ở 2 bên hông bịch rồi xỏ 2 sợi dây vào bịch là xong</p> <p>Làm 3 bộ để thay đổi khi cần</p> <p>Khi dùng cho người bệnh cần phải lót một lớp gạc dưới da hậu môn</p> <p>Sợi dây dài luồn xuống lưng rồi nối với sợi ngắn</p>
<p><b>Dặn dò khám lại theo hẹn</b></p>	<p>Tái khám đúng hẹn hay đến bệnh viện ngay nếu thấy chảy máu, không ra phân, chướng bụng, đau bụng.....</p> <p>Người bệnh cần hiểu rõ bệnh tình của mình hiểu rõ hoạt động của hậu môn nhân tạo, cập nhật các thông tin sức khỏe có liên quan đến bệnh tật của mình để tự chăm sóc bản thân tốt hơn</p>

Thư viện số NDUN