



TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG

TS. Ngô Xuân Long (Chủ biên)

Giáo trình
THỰC HÀNH
KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 3
(Lưu hành nội bộ)



Hà Nội - 2021

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

CHỦ BIÊN

TS. Ngô Xuân Long

THAM GIA BIÊN SOẠN

TS. Ngô Xuân Long

ThS. Lê Văn Duy

CNDD. Nguyễn Thị Tuyết Mai

CNDD. Nguyễn Thị Thu Trang

Giáo trình
THỰC HÀNH
KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 3
(Lưu hành nội bộ)

Hà Nội - 2021

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU.....	4
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	4
BÀI 1: KỸ NĂNG GIAO TIẾP CƠ BẢN.....	5
BÀI 2: KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI NGƯỜI BỆNH VÀ THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH.....	15
BÀI 3: KỸ NĂNG KHAI THÁC BỆNH SỬ - TIỀN SỬ.....	21
BÀI 4: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TUẦN HOÀN.....	30
BÀI 5: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ HÔ HẤP.....	46
BÀI 6: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIÊU HÓA.....	60
BÀI 7: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC GAN MẬT.....	79
BÀI 8: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIẾT NIỆU.....	84
BÀI 9: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC TOÀN THÂN.....	98
BÀI 10: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ THẦN KINH PHẢN XẠ, CẢM GIÁC VÀ VẬN ĐỘNG.....	114
BÀI 11: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ VẬN ĐỘNG.....	125
BÀI 12: KỸ NĂNG VÀ PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE.....	137
BÀI 13: LẬP KẾ HOẠCH GIÁO DỤC SỨC KHỎE.....	166
BÀI 14: QUY TRÌNH TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE Ở CỘNG ĐỒNG.....	176

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Viết đầy đủ
NB	Người bệnh
ĐD	Điều dưỡng
ĐM	Động mạch
HSP	Hạ sườn phải
HST	Hạ sườn trái
KLS	Khoang liên sườn
NVYT	Nhân viên y tế
TM	Tĩnh mạch
XHTH	Xuất huyết tiêu hóa

LỜI NÓI ĐẦU

Trường Đại học Đại Nam thấy rằng việc dạy và học các kỹ năng thực hành trước khi đi lâm sàng đối với SV cử nhân Điều dưỡng là rất quan trọng. Đó là giải pháp hàng đầu nhằm nâng cao chất lượng đào tạo. Nhiều trường Đại học trên thế giới và trong nước khuyến cáo sinh viên Điều dưỡng cần sớm được học thực hành trong lab trước khi thực hành trên bệnh nhân, sinh viên cần được rèn luyện các kỹ năng cơ bản trong những điều kiện mô phỏng.

Đào tạo sinh viên trong môi trường mô phỏng (Skills lab) là một giải pháp rất tốt nhằm tạo môi trường học tập và thực hành giống như thật. Dạy - học kỹ năng tại Skillslab sử dụng người bệnh là các mô hình và người tình nguyện đóng vai. Sinh viên sẽ được học và thực hành thành thạo các kỹ năng khám, nhận định và kỹ năng giao tiếp cơ bản trước khi tiếp xúc với người bệnh thật tại bệnh viện.

Cuốn sách “Thực hành kỹ năng Điều dưỡng 3” được biên soạn phù hợp với năng lực của sinh viên và phù hợp với chương trình đào tạo, đáp ứng được chuẩn đầu ra của chương trình. Sách gồm 14 bài, được chia làm hai phần: Kỹ năng giao tiếp và kỹ năng nhận định chăm sóc.

Trong quá trình biên soạn các tác giả đã cố gắng tập hợp và chỉnh sửa, để nâng cao tính phù hợp với điều kiện và hoàn cảnh của nhà trường và khả năng học tập của sinh viên. Chắc chắn tài liệu này còn có nhiều thiếu sót và cần được bổ xung, chỉnh sửa liên tục trong thời gian tới. Chúng tôi mong muốn được bạn đọc góp ý để có thể hoàn thiện thành một cuốn sách có chất lượng hơn.

Thay mặt Ban biên tập và nhóm tác giả.

TS. Ngô Xuân Long

BÀI 1: KỸ NĂNG GIAO TIẾP CƠ BẢN

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Thực hiện được đặt câu hỏi, lắng nghe, và phản hồi trong giao tiếp.
- 1.2. Giao tiếp có hiệu quả trong các tình huống cụ thể.
- 1.3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc giao tiếp có hiệu quả.

2. NỘI DUNG

Giao tiếp là gì? Giao tiếp là sự chia sẻ ý nghĩ, tình cảm, thông tin với một hoặc nhiều người. Kỹ năng giao tiếp là một kỹ năng mềm, bao gồm tập hợp những quy tắc, nghệ thuật, cách ứng xử. Trong giao tiếp người ta sử dụng nhiều kỹ năng khác nhau trong đó các kỹ năng không thể xem nhẹ là: Đặt câu hỏi, lắng nghe, phản hồi, quan sát. Y học thực hành ngày nay hướng cho người sử dụng kỹ năng giao tiếp cơ bản hiệu quả sẽ tạo được mối quan hệ tốt khi tiếp xúc với đồng nghiệp, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

Để có được kỹ năng giao tiếp tốt cần thực hiện qua 4 nguyên tắc nền tảng:

- Chấp nhận thể giới quan của người đối diện
- Lắng nghe chân thành.

Đòi hỏi người sử dụng phải thực hành thường xuyên, áp dụng vào mọi hoàn cảnh mới cải thiện tốt kỹ năng giao tiếp của mình.

2.1. KỸ NĂNG ĐẶT CÂU HỎI

2.1.1. Tầm quan trọng của việc đặt câu hỏi.

Một trong những mục tiêu của giao tiếp là thu được những thông tin để từ đó nhân viên y tế có thể cung cấp những sự giúp đỡ phù hợp với nhu cầu của người bệnh. Thông tin này phải chính xác, đầy đủ và càng chính xác càng tốt. Để đạt được mục tiêu này, nhân viên y tế cần phải có kỹ năng đặt câu hỏi tốt.

** Các điểm cần lưu ý khi đặt câu hỏi:*

- Tìm hiểu về trình độ của đối tượng để đặt câu hỏi cho phù hợp.
- Tìm hiểu về từ ngữ của địa phương để đảm bảo khi đặt câu hỏi người nghe có thể hiểu được.
- Xác định mục đích của giao tiếp và câu hỏi.
- Lựa chọn và sắp xếp các câu hỏi theo những trình tự nhất định
- Câu hỏi phải rõ ràng, đủ ý để người nghe trả lời đúng hướng.
- Lựa chọn thời điểm thích hợp để đặt câu hỏi.

- Dừng câu hỏi hoặc thay đổi câu hỏi đúng lúc.

2.1.2. Cách đặt câu hỏi

Một trong những bí quyết thành công của cuộc phỏng vấn nằm trong nghệ thuật đặt câu hỏi, làm thế nào để người bệnh trả lời các câu hỏi một cách thoải mái là tốt nhất. Các câu hỏi của nhân viên y tế cần rõ ràng, dễ hiểu, có như vậy thì câu trả lời của người bệnh mới đáng tin cậy và nhu cầu thực sự của người bệnh mới được tìm ra.

2.1.3. Các loại câu hỏi thường dùng: Có 2 loại

2.1.3.1. Câu hỏi mở

Câu hỏi mở là câu hỏi bắt đầu bằng những từ để hỏi như: Cái gì, ở đâu, như thế nào, khi nào ... được dùng để hỏi về những thông tin chung chung. Loại câu hỏi này được dùng khi mở đầu cuộc phỏng vấn hoặc khi muốn đổi đề tài. Câu hỏi mở cho phép người bệnh nói về vấn đề của họ một cách tự phát, thoải mái và không có định hướng trước sự trả lời. Tuy nhiên nếu người bệnh nói quá dài thì nhân viên y tế phải biết kiểm soát một cách tế nhị.

Ví dụ:

- Hôm nay chị thấy trong người thế nào?

* *Ưu điểm:*

- Giúp khai thác được nhiều thông tin hơn.
- Người trả lời sẽ cảm thấy lời cuốn và gắn kết hơn trong cuộc nói chuyện. Họ có thể tự nhiên bày tỏ ý kiến, suy nghĩ và mong đợi của mình.

* *Hạn chế:*

- Người được hỏi có thể sẽ nói nhiều, mất thời gian và đôi khi khó kiểm soát được nội dung câu chuyện.
- Đôi khi họ nói về những vấn đề không cần thiết.

2.1.3.2. Câu hỏi đóng.

Câu hỏi đóng có đặc điểm là câu trả lời ngắn gọn và thường yêu cầu trả lời thông tin cơ bản. Câu hỏi đóng thường áp dụng sau giai đoạn hỏi những câu hỏi mở, nhân viên y tế nên trực tiếp chú ý vào những “vấn đề” đặc biệt đã thu được trong suốt giai đoạn hỏi câu hỏi mở. Các câu hỏi này nhằm tạo cơ hội để người bệnh khẳng định (có hoặc không) các vấn đề trên. Câu hỏi đóng thường được trả lời bằng một từ hoặc bằng một câu ngắn như là: “có” hoặc “không”; “đúng” hoặc “sai”.

* *Phân loại câu hỏi đóng:*

- Câu hỏi đóng thường được sử dụng là câu hỏi trả lời *có/không*: Câu hỏi này cho phép câu trả lời chỉ là *có* hoặc *không* (Ví dụ: Anh có cảm thấy đau ở bờ sườn bên phải không?).
- Câu hỏi đóng có hai lựa chọn trả lời: Với câu dạng này, người trả lời chỉ được lựa chọn trong số những câu trả lời được đưa ra (Ví dụ: Anh bị ợ hơi hay ợ chua?).

- Câu hỏi đóng để xác định: Đây là dạng mở rộng hơn của câu hỏi hai lựa chọn. Trong trường hợp này, câu trả lời sẽ theo hướng mở hơn (Ví dụ: Bác sống ở đâu?).

- Câu hỏi đóng để khẳng định hoặc nghi vấn những thông tin đang được hỏi (Ví dụ: Có phải bác vừa nói bác đau hơn khi nằm, đúng không?).

* *Ưu điểm:*

- Cần khai thác những thông tin mà người bệnh không cung cấp.
- Sử dụng hữu ích khi cần phải khai thác thông tin trong một thời gian ngắn (Ví dụ: Các chấn thương do tai nạn, các trường hợp bệnh cấp cứu,...).

* *Hạn chế:*

- Thông tin thu được giới hạn
- Nội dung cuộc nói chuyện hoàn toàn phụ thuộc vào người hỏi.
- Người được hỏi ít có cơ hội bày tỏ những vấn đề thuộc về ý kiến, cảm xúc.

Bảng 01: Tình huống sử dụng câu hỏi mở và đóng

Tình huống câu hỏi đóng	Tình huống câu hỏi mở
<p>ĐD A: Tôi nhìn thấy trên giấy ghi bác bị đau ngực. Bác có còn đau nữa không?</p> <p>NB: Không, bây giờ thì không?</p> <p>ĐD A: Bác thấy đau âm ỉ hay đau nhiều?</p> <p>NB: Tôi cảm thấy như đau âm ỉ.</p> <p>ĐD A: Có đau dọc xuống cánh tay không?</p> <p>NB: Không.</p> <p>ĐD A: Bác có cảm thấy đau hơn khi tập thể dục không?</p> <p>NB: Không, không đau hơn</p>	<p>ĐD B: Bác đau ở đâu? Bác đau như thế nào?</p> <p>NB: Tôi cảm thấy đau ngực và càng đau khi tôi ngồi vào bàn làm việc. Cứ đau âm ỉ giữa ngực. Tôi đã bị như vậy mấy lần rồi và thường hay bị vào lúc làm việc.</p> <p>ĐD B: Hãy nói cho tôi biết làm sao bác bị như vậy?</p> <p>NB: Vâng tôi cũng đang nghĩ đến điều đó. Gần đây tôi rất bận rộn với công việc, và thường đau khi tôi làm báo cáo kế toán gấp. Cũng thường đau khi tôi thường lo lắng về một điều gì đấy.</p>

2.1.3.3. Năm loại câu hỏi nên tránh

* *Câu hỏi “Có” “Không”:*

Khi nghe câu trả lời “Có”, người phỏng vấn sẽ không chắc biết rõ nghĩa thật sự của nó.

Ví dụ: “Anh /chị có bao giờ dùng thuốc không?”. Câu trả lời “Có” có nghĩa đúng trong 4 tình huống sau đây: Một là, người bệnh có uống thuốc. Hai là, người bệnh

muốn làm vừa lòng người phỏng vấn ngay cả họ không có thuốc uống. Ba là, người bệnh có uống thuốc nhưng không đúng sự hướng dẫn. Bốn là, người bệnh muốn tránh chủ đề đó.

** Câu hỏi gợi ý:*

Loại câu hỏi này sẽ gợi ý, hướng câu trả lời cho câu hỏi. Ví dụ: “Anh có thấy đau cánh tay trái khi anh bị đau ngực không?”. Cách tốt hơn để hỏi cùng câu hỏi này có lẽ là: “Khi anh bị đau ngực, anh có cảm thấy đau ở bất kỳ nơi nào khác không?”.

** Câu hỏi “Tại sao”:*

Loại câu hỏi này mang tính phê phán buộc người bệnh giải thích biện minh về hành vi của họ và có khuynh hướng đặt người bệnh vào tư thế biện hộ.

Ví dụ: “Tại sao anh không dùng thuốc theo đơn?”.

** Câu hỏi kép “Câu hỏi phức”:*

Loại câu hỏi này bao gồm nhiều vấn đề trong cuộc phỏng vấn, người bệnh dễ bị lẫn lộn và trả lời không đúng. Ví dụ: “Anh có bao nhiêu anh chị em, và trong số họ có ai bị hen suyễn, viêm phổi hay bị lao không?”.

** Câu hỏi dẫn hoặc câu hỏi định kiến:*

Là sự đề nghị câu trả lời mà người phỏng vấn mong đợi. Ví dụ: “Anh chưa sử dụng bất kỳ loại thuốc nào phải không?” câu này hàm ý rằng người phỏng vấn không tán thành việc sử dụng thuốc của người bệnh. Với cách hỏi này, nếu người bệnh đã dùng thuốc, anh ta không thể thú nhận. Câu hỏi dẫn được dàn xếp sẵn để gợi câu trả lời đặc biệt. Ví dụ: “Có phải anh cảm thấy đau sau khi nôn phải không?”.

Tóm lại, các câu hỏi nên ngắn gọn nhưng rõ ràng, dễ hiểu, không nên sử dụng thuật ngữ chuyên môn (Y khoa như: Dị ứng, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị...) vì sẽ làm cho bệnh nhân lúng túng, sợ hãi, bối rối. Không nên dùng các từ mang tính địa phương như: O (cô); quê choa (quê tôi)...

2.2. KỸ NĂNG LẮNG NGHE.

2.2.1. Khái niệm và tầm quan trọng lắng nghe.

Để việc giao tiếp của bạn đạt hiệu quả, để đối tượng giao tiếp của bạn cảm thấy được tôn trọng, để bạn và đối tượng hiểu rõ hơn về các thông tin cùng trao đổi thì bạn cần chú ý lắng nghe và có sự phản hồi. **Lắng nghe có hiệu quả là một trong những kỹ năng khó, cần phải được rèn luyện.**

Nghe là hoạt động thường ngày của con người nên chúng ta thường bỏ qua, ít quan tâm tới rèn luyện kỹ năng này mà cho rằng đã có sẵn. Nghe và lắng nghe là hai hoạt động khác nhau. Bởi vậy cần phải phân biệt nghe và lắng nghe.

- Nghe: Là thụ động, là một quá trình cảm nhận theo đó sóng âm truyền đến não và con người nhận thức được âm thanh.

- **Lắng nghe:** Là chủ tâm, chủ động. Lắng nghe trong giao tiếp là một quá trình thu nhận âm thanh của lời nói phát ra từ miệng của người đặt câu hỏi đến tai của người nghe. Người nghe tiếp nhận những lời nói và xử lý các thông tin, lưu giữ các thông tin vào bộ não, sắp xếp một cách trật tự và trả lời có logic. Người nhận thực sự lắng nghe sẽ nhận biết được những thông tin mà họ quan tâm. Lắng nghe tốt giúp thu thập được đầy đủ thông tin và đảm bảo cho cuộc giao tiếp có hiệu quả.

Trong giao tiếp, lắng nghe có hiệu quả sẽ tiếp nhận đầy đủ, trọn vẹn thông tin. Lắng nghe kết hợp quan sát còn có thể nghe được những gì mà người ta không nói bằng lời. Lắng nghe sẽ làm thỏa mãn người nói, thể hiện sự tôn trọng người nói. Lắng nghe giúp nhận được nhiều thông tin dẫn tới việc ra quyết định chính xác hơn. Biết cách lắng nghe sẽ lấy được cảm tình của người cùng trò chuyện. Lắng nghe làm cho mình nắm bắt chính xác tính cách, suy nghĩ và quan điểm của người nói chuyện. Lắng nghe giữa hai bên tạo không khí trao đổi thẳng thắn, hiểu nhau dẫn tới giải quyết mâu thuẫn, tìm kiếm giải pháp nhanh hơn.

2.2.2. Rèn kỹ năng lắng nghe cho hiệu quả.

Muốn lắng nghe tốt, hiệu quả thì người nghe cần được tập luyện. Sau đây là một số lời khuyên để có thể cải thiện kỹ năng lắng nghe của chúng ta:

- *Chăm chú khi nghe:* Nhìn vào người nói, tập trung đón nhận từng lời. Ánh mắt là phương tiện hữu hiệu thể hiện rằng bạn đang lắng nghe. Đồng thời nó giúp ta hiểu được người bệnh muốn nói gì và tránh việc cả hai nói chuyện cùng một lúc. Các chuyên gia khuyên rằng nghe nên nhìn vào người nói ít nhất 25-30% thời gian nói chuyện và nên phân phối trong suốt cuộc nói chuyện.

- *Nghe cho hết lời hết ý người nói:* Không sốt ruột, không nôn nóng; không ngắt lời người nói.

- *Thỉnh thoảng gật đầu khi họ nói chuyện với bạn:* Gật đầu cũng là hình thức thể hiện rằng bạn đang chú ý lắng nghe. Thông qua động tác gật đầu, bạn khuyến khích người nói tiếp tục câu chuyện của họ, bạn đồng ý với những gì họ nói và bạn rất muốn nghe họ nói tiếp.

- *Thể hiện bạn theo dõi từng lời nói của người bệnh thông qua lời nói của bạn* “Vâng, tôi hiểu. Anh/chị tiếp tục đi” hoặc đặt các câu hỏi ngay sau câu nói của người bệnh.

- *Tìm hiểu ý nghĩa của các câu nói, lời nói và các cử chỉ, hành động ngôn ngữ không lời.* Người bệnh thường không thể tự thổ lộ cảm xúc và những quan tâm lo lắng thật sự của họ. Tuy nhiên, chắc chắn họ sẽ để lộ vài gợi ý thông qua lời nói và những biểu hiện không lời như qua cử chỉ hay ánh mắt.

- *Khách quan khi lắng nghe, đừng chú trọng quá vào phong cách người nói, chú ý nội dung, cố đoán trước diễn giả muốn nói gì, chỗ nào người nói nhấn mạnh.*

- *Trao đổi phản hồi với người nói khi họ nói xong, có thể tóm tắt nội dung đã nghe được để khẳng định thông tin với người nói.*

- Loại bỏ các nhiễu vật lý: Tiếng ồn, người đi lại, phương tiện, vị trí ngồi...
- Tổng hợp và xử lý thông tin khi nghe nói: Phân tích nhanh, đối chiếu với thông tin đã biết.
- Để nhớ thông tin một cách chính xác bạn có thể ghi chú.
- Khi tiếp xúc với người bệnh, chúng ta lắng nghe và biểu lộ cảm xúc thông qua ánh mắt, nét mặt, cử chỉ của mình, và bạn nên có cách ăn mặc, dáng đi, tư thế, vẻ mặt phù hợp và liên tục chú ý đến nét mặt, ánh mắt, cử chỉ, giọng nói của họ trong suốt quá trình hỏi bệnh.

Có thể tổng kết những điều nên và không nên làm khi lắng nghe như trong bảng:

Bảng 02: Những điều nên và không nên làm khi lắng nghe

Nên làm	Không nên
<ul style="list-style-type: none"> - Bày tỏ mối quan tâm - Kiên nhẫn - Có hiểu vấn đề - Thể hiện khách quan - Biểu lộ đồng cảm - Tích cực tìm hiểu ý nghĩa - Giúp người nói phát triển năng lực, động cơ hình thành ý nghĩ, quan điểm và ý tưởng. - Giữ im lặng khi đang nghe 	<ul style="list-style-type: none"> - Thúc giục người nói - Tranh cãi - Ngắt lời - Nhanh chóng chỉ trích khi chưa rõ - Lên giọng khuyên bảo - Vội vàng kết luận

* Ví dụ:

ĐD: Chào chị. Mời chị ngồi. Chị có vấn đề gì ?

Người bệnh : Tôi bị nhức đầu.

ĐD: Hãy kể cho tôi nghe về chứng nhức đầu của chị?

Người bệnh: Vâng, nó bắt đầu từ khi mẹ tôi mất, và ngày càng nặng dần khiến tôi không chịu nổi. Tôi rất lo lắng về vấn đề này.

ĐD: Chị lo lắng về những gì?

(ĐD đã nhận ra và đặt câu hỏi đúng thời điểm. Tuy nhiên, ĐD đã bỏ qua một chi tiết đó là cảm xúc của người bệnh sau khi mẹ mất).

Hãy đặt mình vào vị trí của người bệnh và thể hiện cho họ thấy rằng bạn hiểu những khó chịu về thể chất và tinh thần mà họ đang chịu đựng, hiểu những lo lắng và mong đợi của họ, và bạn sẽ cố gắng hết khả năng để giúp họ vượt qua bệnh tật.

2.3. KỸ NĂNG PHẢN HỒI.

2.3.1. Tầm quan trọng của phản hồi

Phản hồi là hoạt động truyền đi một thông điệp từ người nghe tới người nói trong hoặc sau quá trình người nói trình bày. Sự phản hồi rất cần thiết trong giao tiếp, nó là một trong những cách quan trọng giúp giao tiếp thành công hơn. Phản hồi không những chứng tỏ chúng ta đã tập trung lắng nghe, đã thấu hiểu và đang tương tác với người nói mà còn giúp kiểm chứng mức độ hiểu vấn đề mà người nói đã trình bày. Thêm vào đó, phản hồi của người nghe sẽ giúp người nói nhận biết được những điều mà họ đã nói có được người nghe tiếp thu một cách hiệu quả hay không.

2.3.2. Những điểm cần chú ý khi thực hiện phản hồi

Trong giao tiếp việc phản hồi là rất tế nhị và không phải dễ dàng thực hiện. Phản hồi chỉ có hiệu quả khi người nghe đón nhận nó như là một cơ hội để thay đổi hành vi của họ theo kiến thức mới nhận. Đưa ra phản hồi có nghĩa là những hành vi được so sánh dựa trên các tiêu chí, hoặc khoa học.

2.3.2.1. Phản hồi có hiệu quả khi

- Tập trung vào hành vi thực tế chứ không phải tính tình, thái độ, hoặc nhân cách của người nhận phản hồi.

- Mô tả hành vi của người nhận phản hồi và tác động của hành vi này đối với sức khỏe của họ, nhưng tránh nói theo kiểu phán xét khiến người đó bị đẩy vào thế phòng thủ. Bằng cách mô tả hành động theo cách riêng của bạn, đưa cho người nhận phản hồi tự do lựa chọn có thể sử dụng hoặc không sử dụng lời phản hồi. (Ví dụ: Thay vì nói: "Anh thật khiếm nhã và độc đoán", hãy nói: "Anh đã ngắt lời cô Mai nhiều lần trong ba cuộc họp gần đây của chúng ta". Hãy chú ý đến hành vi, chứ không phải con người, trong câu nói thứ hai này).

- Tránh nói chung chung. (Ví dụ: Thay vì nói: "Anh đã hỏi chưa tốt", hãy nói một điều gì cụ thể hơn như: "Anh hỏi quá nhiều câu hỏi đóng và không quan sát những người khác").

- Hãy thể hiện sự chân thành. Bạn nên đưa ra phản hồi với mục đích rõ ràng nhằm giúp người nhận phản hồi cải thiện hành vi.

- Phản hồi kịp thời và thường xuyên trong suốt quá trình giao tiếp. Việc thường xuyên đưa ra phản hồi sẽ hiệu quả hơn so với việc phản hồi không thường xuyên.

- Hãy thực tế. Bạn hãy tập trung vào các yếu tố mà người đó có thể làm được.

2.3.2.2. Một số lưu ý khi thực hiện phản hồi.

Không phải lúc nào bạn và đối tượng giao tiếp cũng có cùng quan điểm về một vấn đề nào đó. Vậy khi bất đồng quan điểm bạn sẽ làm gì ?

- Không nên có phản ứng. Bạn không nên có phản ứng gay gắt ngay từ đầu. Mà nên dành thời gian để suy nghĩ về điều đã nói và hiểu cảm giác của người nói trước khi bạn đáp lại. Hãy đợi đến khi bạn có đủ thông tin để tránh đưa ra những giả thuyết sai.

- Không nên chỉ trích hay phê phán: Quan điểm của mỗi người còn phụ thuộc vào rất nhiều các yếu tố như: nhận thức, trình độ hiểu biết, tính cách....của mỗi người. Vì vậy, chẳng có gì phải căng thẳng nếu ai đó không đồng quan điểm với mình. Nếu quan điểm của mình là tích cực thì cũng không nên chỉ trích hay phê phán, xem thường, chế nhạo suy nghĩ, quan điểm của người khác. Hãy trao đổi dần dần sẽ có lúc bạn và người nhận phản hồi sẽ hiểu nhau hơn.

- Không nên chung chung. Không nên nói một cách chung chung mà nên nói cụ thể, tập trung vào chủ đề đang thảo luận. Không chuyển chủ đề cho tới khi giải quyết xong.

- Sử dụng các câu bắt đầu bằng đại từ “Tôi”. Những câu bắt đầu bằng đại từ “Tôi” có thể giúp bạn diễn tả được cảm giác, thái độ, mong muốn của bạn. Sử dụng các thông điệp “Tôi” sẽ giúp bạn tránh người khác có cảm giác bạn đang tấn công họ. Ví dụ, nói “*Tôi cảm thấy không được hài lòng...*” sẽ có tác dụng tích cực hơn là nói: “*Bạn làm tôi không được hài lòng...*” Hoặc “*Tôi nghĩ rằng, nên làm theo cách này sẽ có hiệu quả hơn...*” sẽ có tác dụng tích cực hơn là nói “*Bạn hãy làm theo phương án này...*” Với cách sử dụng câu “Tôi” cho phép bạn thể hiện cảm giác của mình mà không có sự chỉ trích trực tiếp vào người khác.

2.3.3. Các bước phản hồi:

Phản hồi sẽ có hiệu quả hơn nếu tuân theo các bước sau:

1. Đưa ra phản hồi tích cực: Chỉ ra cụ thể những việc người bệnh đã làm tốt.

Ví dụ: “Tôi thích bạn đã làm việc ...”, “Những việc ... tôi thấy bạn làm rất hay”, “Bạn rất thông minh khi thực hiện việc ...”.

2. Đưa ra lời phê bình theo hướng tích cực: Chỉ ra cụ thể những việc người bệnh nên thay đổi để giúp cho họ tốt hơn.

Ví dụ: “Tôi thấy những việc ... bạn nên thay đổi”, “Sẽ tốt hơn nếu như bạn thay đổi việc ...”.

3. Hướng dẫn và đưa ra giải pháp thay thế: Cố gắng đưa ra giải pháp thay thế, và hướng dẫn người bệnh làm thật cụ thể.

Ví dụ: “Bạn nên làm những việcsẽ khả thi hơn/sẽ tốt hơn”.

4. Kiểm tra lại: Kiểm tra liệu người nhận phản hồi có hiểu hết ý nghĩa của những lời phản hồi.

Ví dụ: “Bạn có hiểu hết những điều tôi vừa nói không?”, “Bạn thấy có điểm nào chưa rõ sau khi tôi nghe tôi nói không?”.

CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chào hỏi, tự giới	Tạo sự thoải	- Chào người bệnh.

	thiệu, nêu mục đích cuộc phỏng vấn.	mái, thân mật ban đầu.	<ul style="list-style-type: none"> - Tự giới thiệu & giải thích vai trò của bản thân. - Đảm bảo người bệnh thấy thoải mái.
2	Hỏi Lắng nghe Phản hồi	<ul style="list-style-type: none"> - Thu thập thông tin, phát hiện vấn đề. - Phân tích vấn đề. - Xử lý vấn đề. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dùng câu hỏi đóng/ mở hiệu quả, khai thác được các thông tin quan trọng và cần thiết, mỗi lần chỉ hỏi một câu. - Dùng từ đơn giản, dễ hiểu - Thái độ thân mật, hòa nhã, ngôn ngữ nhẹ nhàng, tế nhị trong giao tiếp. Giọng nói, tốc độ nói thích hợp. - Nghe đủ thông tin, thể hiện rõ ràng đang lắng nghe người bệnh nói. Ánh mắt nhìn vào đối tượng giao tiếp. Có ghi chép một số điểm cần thiết. - Phản hồi cụ thể, chi tiết lại cho người bệnh những vấn đề cần thiết theo 4 bước.
3	Khen ngợi người bệnh	Tăng hiệu quả của cuộc nói chuyện	Có thể hiện những lời nói và thái độ khen ngợi & khuyến khích đối tượng trả lời đúng lúc, hiệu quả.
4	Khuyến bảo người bệnh	Tăng hiệu quả của cuộc nói chuyện.	Có thể hiện những lời nói và thái độ đồng cảm & trấn an đối tượng trả lời đúng lúc, hiệu quả.
5	Kiểm tra lại những điểm chưa rõ: - Tóm tắt lại những điều nghe được. -Hỏi xem người bệnh có cần bổ sung thêm thông tin gì khác không.	Thu thập thông tin còn thiếu.	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng câu hỏi đóng hiệu quả, hợp lý.
6	Cảm ơn người bệnh.	Tạo sự thân mật, ân cần, tôn trọng người bệnh.	Cảm ơn và tạm biệt người bệnh.

Hãy chọn một trong các chủ đề sau đây để thực hiện một cuộc giao tiếp.

1. Tại sao bạn lại chọn vào học ngành Điều dưỡng?
2. Ứng dụng của youtube trong học kỹ năng điều dưỡng?
3. Bạn đã chuẩn bị những gì cho việc học lâm sàng?
4. Hiểu biết của bạn về hội nhập nghề Điều dưỡng trong khu vực ASEAN?
5. Bạn dự định sẽ làm việc ở đâu sau tốt nghiệp, tại sao?
6. Bạn đã hiểu biết những gì về đào tạo kỹ năng?
7. Mô hình đào tạo liên kết: chương trình cử nhân điều dưỡng tiên tiến trong trường Đại học Đại Nam?
8. Vai trò của ngoại ngữ (tiếng anh) đối với sinh viên cử nhân điều dưỡng là gì?
9. Làm thế nào để học tốt học phần Huấn luyện kỹ năng Điều dưỡng?
10. Cần làm gì để nghe giảng một bài về kỹ năng bằng tiếng Anh?

BÀI 2: KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI NGƯỜI BỆNH VÀ THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1.1. Thực hiện một cuộc giao tiếp tìm được nhu cầu của người bệnh dựa trên các yếu tố tâm lý, văn hóa dân tộc Việt có liên quan đến sức khỏe của người bệnh.

1.2. Nhận thức được tầm quan trọng của phát hiện nhu cầu, phát hiện tâm lý của người bệnh trong chẩn đoán và lập kế hoạch chăm sóc.

1.3. Thể hiện được sự ân cần, tôn trọng người bệnh.

2. NỘI DUNG

Kỹ năng giao tiếp giữa ĐD và bệnh nhân là xây dựng mối quan hệ tốt ĐD và bệnh nhân, là nghệ thuật mà người ĐD sử dụng ngay từ lần đầu tiên gặp người bệnh. Trong buổi gặp đầu tiên người bệnh luôn ở trong trạng thái lo lắng, bối rối, đôi khi có hốt hoảng, tuyệt vọng. Chính nhờ giao tiếp tốt, thái độ phục vụ ân cần, thông cảm, mối quan hệ tốt đẹp và những lời nói động viên khuyến khích của người ĐD sẽ giúp người bệnh dễ dàng bộc lộ các khó khăn của mình, đồng thời cảm thấy yên tâm và tin tưởng vào người ĐD.

Kỹ năng giao tiếp với người bệnh có một ý nghĩa rất quan trọng. Nếu có kỹ năng giao tiếp tốt thì người ĐD có thể khai thác được các thông tin tế nhị và nhạy cảm mà người bệnh ngại nói ra. Nhờ đó mà chẩn đoán được bệnh chính xác. Trong bài này chúng ta chỉ đề cập đến kỹ năng giao tiếp trong lúc tiếp xúc lần đầu tiên với người bệnh.

2.1. Chào hỏi người bệnh

- Mỉm cười, chào hỏi người bệnh, mời ngồi với giọng nói ân cần, phong cách thân thiện để tạo sự tin tưởng cho người bệnh. Trong khi chào hỏi, xưng hô với người bệnh phải phù hợp với tuổi, giới tính, phù hợp với văn hóa phong tục tập quán. Chú ý về giọng nói, cách sử dụng từ ngữ phù hợp với các đối tượng đặc biệt là dân tộc thiểu số. Nên hỏi rõ, to và kết hợp giao tiếp bằng mắt để bệnh nhân tránh sự căng thẳng.

- ĐD tự giới thiệu về tên, chuyên môn và bắt đầu xin phép hỏi bệnh.

2.2. Quan sát người bệnh.

- Luôn luôn chăm chú quan sát người bệnh một cách tế nhị và kín đáo. Quá trình quan sát xảy ra từ lúc bắt đầu cho đến kết thúc buổi giao tiếp.

- Quan sát bề ngoài, ánh mắt nụ cười, vẻ mặt, các hành vi cử chỉ của người bệnh để xưng hô phù hợp và thu được thông tin về bệnh cũng như phát hiện được nhu cầu, tâm lý của người bệnh.

2.3. Tạo môi trường giao tiếp thoải mái.

- Tôn trọng sự riêng tư và giữ bí mật cho người bệnh, tạo môi trường phòng vấn yên tĩnh, kín đáo không bị quấy rầy, nói chuyện vừa đủ nghe.
- Tạo bầu không khí giao tiếp thoải mái, ân cần.

2.4. Các tư thế giao tiếp

- Phù hợp với tư thế người bệnh, nếu người bệnh ngồi thì ĐD ngồi, nếu người bệnh đứng thì ĐD đứng.
- Tư thế giao tiếp “Mặt đối mặt”, tốt nhất là ngồi cạnh bàn làm việc sẽ khiến người bệnh cảm thấy được gần gũi hơn là người điều dưỡng ngồi sau bàn làm việc.
- Khoảng cách thông thường là 0,5m, nhưng sẽ thay đổi tùy theo tình huống, phù hợp với hoàn cảnh.

2.5. Ngôn ngữ

- Khi giao tiếp với người bệnh, luôn sử dụng lời nói một cách nhẹ nhàng, ân cần thể hiện sự cảm thông, tôn trọng người bệnh.
- Dùng các câu từ đơn giản, dễ hiểu.
- Thận trọng khi dùng thuật ngữ chuyên môn, nếu dùng từ chuyên môn thì phải giải thích rõ ràng.
- Tránh lời nói có tính phê phán về đạo đức.
- Không cáu gắt, quát tháo người bệnh dù bất cứ lý do gì.
- Ngôn ngữ luôn nhẹ nhàng đúng mực.

2.6. Đặt câu hỏi “Mở” và câu hỏi “Đóng” một cách hiệu quả

- Đầu tiên người ĐD nên sử dụng câu hỏi mở để tạo điều kiện cho người bệnh kể lại hết những gì gây khó chịu, những gì họ cảm thấy, đồng thời giúp họ tự tin hơn.
- Qua đó thu được nhiều thông tin hơn. Nếu dùng câu hỏi “Đóng” lúc đầu sẽ bỏ lỡ nhiều thông tin có ích, quan trọng. Khi người bệnh trình bày các thông tin về mình qua câu hỏi mở ĐD sẽ sàng lọc tìm ra những thông tin mấu chốt về bệnh tật của người bệnh. Lúc này ĐD sẽ dùng câu hỏi đóng để kiểm tra và khẳng định những gì mình vừa thu nhận được.
- Câu hỏi mở là câu hỏi mà bệnh nhân có thể trả lời câu dài, trình bày được thông tin mà mình muốn nói ra.
- Câu hỏi đóng là những câu mà người bệnh chỉ trả lời đúng hoặc sai.
- Đặt câu hỏi phải rõ ràng, dễ hiểu, đặc hiệu.
- Mỗi lần chỉ hỏi một câu
- Tránh đặt câu hỏi dẫn dắt.

2.7. Lắng nghe người bệnh

- Trong tâm lý người bệnh thường thích dãi bày tình trạng bệnh và cảm thấy hài lòng nếu thấy ĐD lắng nghe họ.
- Biểu lộ lắng nghe một cách chăm chú, cẩn thận và chủ động.
- Không thể hiện sự thờ ơ, không nhìn chỗ khác trong lúc lắng nghe người bệnh trả lời.
- Tránh cắt ngang lời nói của người bệnh hoặc bỏ đi viết lách.

2.8. Khen ngợi

- Tìm cách khen ngợi người bệnh
- Khuyến khích người bệnh nói về mối quan tâm của họ.
- Không phê phán chê bai người bệnh

2.9. Tác phong trang phục

- Áo choàng, mũ trắng sạch sẽ chỉnh tề (trang phục cho điều dưỡng: nam, nữ).
- Tóc gọn gàng.
- Tay, chân sạch sẽ móng tay được cắt ngắn.
- Nghiêm túc nhưng luôn thân thiện.
- Tuyệt đối khi tiếp xúc không hút thuốc lá và nhai kẹo cao su.

2.10. Thái độ

- Lịch sự tôn trọng người bệnh.
- Ân cần quan tâm và đồng cảm với người bệnh.

2.11. Giao tiếp bằng lời một cách hiệu quả

- Làm cho dễ dàng: bằng lời nói cử chỉ, để khích lệ động viên người bệnh nói tiếp.
- Hướng dẫn: giúp người bệnh sắp xếp các ý tưởng trình bày thông tin theo trình tự, chia sẻ các mối quan tâm và lo lắng một cách dễ dàng hơn.
- Tóm tắt và kiểm tra.
- Đồng cảm
- Trấn an
- Bày tỏ tinh thần hợp tác.

3. THỰC HÀNH ĐÓNG VAI

3.1. Trước khi đóng vai

- Phát tài liệu lý thuyết thực tập trước 2 tuần
- Chuẩn bị trước các bảng kiểm, các tình huống đóng vai.
- Nêu mục tiêu
- Nêu phương pháp huấn luyện đóng vai

- Nêu cách lượng giá: Bảng kiểm
- Giao nhiệm vụ cụ thể cho sinh viên
- Chiếu băng Video minh họa

3.2. Trong đóng vai

Giảng viên: Quan sát các vai diễn

Sinh viên:

- Sinh viên đóng vai ĐD, vai người bệnh (Do sinh viên hoặc bệnh nhân giả đóng) theo tình huống.
- Quan sát, quay video trong khi sinh viên đóng vai.

3.3. Sau đóng vai

Sinh viên:

- Vai ĐD: Tự nhận xét đánh giá về kỹ năng giao tiếp của mình trong quá trình thực hành
- Vai người bệnh: Phát biểu cảm xúc sau khi đóng vai
- Chiếu lại băng video
- Thảo luận

Giảng viên:

- Nhận xét chung.
- Rút ra bài học có ích về kỹ năng giao tiếp với người dân.

BẢNG KIỂM DẠY/HỌC KỸ NĂNG GIAO TIẾP VỚI NGƯỜI BỆNH VÀ THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Chào hỏi, tự giới thiệu, nêu mục đích cuộc phỏng vấn.	Tạo sự thoải mái, thân mật ban đầu.	<ul style="list-style-type: none"> - Chào người bệnh. - Tự giới thiệu & giải thích vai trò của bản thân. - Bày tỏ tinh thần hợp tác. - Đảm bảo người bệnh thấy thoải mái.
2	Hỏi Lắng nghe Phản hồi	<ul style="list-style-type: none"> - Thu thập thông tin, phát hiện vấn đề. - Phân tích vấn đề. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dùng câu hỏi đóng/ mở hiệu quả, khai thác được các thông tin quan trọng và cần thiết, mỗi lần chỉ hỏi một câu. - Dùng từ đơn giản, dễ hiểu. - Thái độ thân mật, hòa nhã, ngôn ngữ

		- Xử lý vấn đề.	<p>nhẹ nhàng, tế nhị trong giao tiếp. Giọng nói, tốc độ nói thích hợp.</p> <p>- Nghe đủ thông tin, thể hiện rõ ràng đang lắng nghe người bệnh nói. Ánh mắt nhìn vào đối tượng giao tiếp. Có ghi chép một số điểm cần thiết.</p> <p>- Phản hồi cụ thể, chi tiết lại cho người bệnh những vấn đề cần thiết theo 4 bước.</p>
3	Khen ngợi người bệnh.	Tăng hiệu quả của cuộc nói chuyện.	Có thể hiện những lời nói và thái độ khen ngợi & khuyến khích đối tượng trả lời đúng lúc, hiệu quả.
	Đồng cảm, trấn an người bệnh.		Thể hiện được câu nói đồng cảm, câu nói trấn an người bệnh đúng lúc, đúng ngữ cảnh.
4	Khuyến bảo người bệnh.	Tăng hiệu quả của cuộc nói chuyện.	Có thể hiện những lời nói và thái độ đồng cảm & khuyến bảo người bệnh kịp thời.
5	Kiểm tra lại những điểm chưa rõ:	Thu thập thông tin còn thiếu	<p>- Sử dụng câu hỏi đóng hiệu quả, hợp lý</p> <p>- Tóm tắt lại những điều nghe được</p> <p>- Hỏi xem người bệnh có cần bổ sung thêm thông tin gì khác không.</p>
	Cảm ơn người bệnh	Tạo sự thân mật, ân cần, tôn trọng người bệnh.	Cảm ơn và tạm biệt người bệnh.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG

Tình huống 1: Bác Nguyễn Văn Tuấn 60 tuổi, là cán bộ hưu trí, dân tộc Kinh. Cách ngày vào viện 3 ngày cảm thấy đau nhức nửa đầu, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, người mệt mỏi, ăn uống kém hơn bình thường. Bác đến khám với lý do đau đầu, HA = 170/80mmHg. Bác có tiền sử tăng huyết áp 1 năm, có khám bệnh hàng tháng tại CSYT. Bình thường NB thích ăn mặn, nhiều mỡ. Sinh viên tiến hành giao tiếp với người bệnh.

Tình huống 2: Chị Bàn Thị Mú có con 3 tháng tuổi có sốt cao, co giật, chị đưa cháu đến bệnh viện khám vì cháu đã ho 3 ngày nay, kèm theo sốt cao 2 ngày, chảy nước mũi xanh. Chị là người dân tộc Dao, làm ruộng và không được đi học. Tiến hành giao tiếp với mẹ của cháu bé này.

BÀI 3: KỸ NĂNG KHAI THÁC BỆNH SỬ - TIỀN SỬ

1.MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Khai thác được thông tin bệnh sử và tiền sử liên quan đến tình trạng sức khỏe của NB.
- 1.2. Nhận thức được tầm quan trọng của hỏi bệnh trong chăm sóc sức khỏe NB.
- 1.3. Thể hiện được sự ân cần, tôn trọng NB khi hỏi bệnh.

2. NỘI DUNG

2.1. Đại cương

Khai thác bệnh sử đóng vai trò quan trọng trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. Khai thác bệnh sử là giai đoạn đầu khi người bệnh đến với ĐD; cung cấp các thông tin ban đầu cùng với việc thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng sẽ giúp cho người ĐD chẩn đoán chính xác bệnh, từ đó đưa ra các phương pháp điều trị thích hợp.

Kỹ năng khai thác bệnh sử là một kỹ năng giao tiếp trong đó người ĐD phải biết kết hợp các kỹ năng giao tiếp cơ bản nhằm tạo điều kiện cho người bệnh cung cấp thông tin một cách đầy đủ về tình hình bệnh tật cũng như các yếu tố liên quan khác của bệnh.

2.2. Các bước tiến hành khi hỏi bệnh

2.2.1. Làm quen

- Mời người bệnh vào phòng, ngồi xuống ghế với thái độ thân thiện để tạo sự tin tưởng.
- Chào hỏi, ĐD tự giới thiệu về tên, chuyên môn và bắt đầu xin phép hỏi bệnh.

2.2.2. Hỏi các thông tin về hành chính của bệnh nhân.

- Hỏi các vấn đề như: Tên, tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, địa chỉ liên lạc.
- + Nghề nghiệp: Hỏi được NB làm công việc gì, thời gian làm công việc đó.
- + Nơi ở: NB đã sống ở đâu trước và trong thời gian bị bệnh, trong bao lâu.
- + Địa chỉ liên lạc: Đảm bảo liên lạc được NB dễ dàng.

Chú ý về giọng nói, cách sử dụng từ ngữ phù hợp với các đối tượng đặc biệt là dân tộc thiểu số. Nên hỏi rõ, to và giao tiếp mắt để bệnh nhân tránh sự căng thẳng.

2.2.3. Hỏi lý do vào viện.

Sử dụng câu hỏi mở không định hướng để biết tại sao người bệnh lại đến viện? Người bệnh tự đến hay chuyển viện, nếu chuyển viện thì phải hỏi chẩn đoán của tuyến trước.

- Lý do vào viện chính là triệu chứng cơ năng buộc người bệnh phải đến viện hoặc là chẩn đoán của tuyến trước.

2.2.4. Khai thác thông tin về bệnh sử

- Nên sử dụng câu hỏi mở không định hướng để người bệnh có thể tự do trình bày theo ý họ, tiếp theo nên dùng câu hỏi mở có định hướng để khai thác các thông tin cần thiết. Không ngắt lời khi người bệnh đang nói.

- Cần ghi chép các thông tin cần thiết để khẳng định bằng câu hỏi đúng/sai, có/không. Các thông tin về tín ngưỡng và phong tục tập quán đối với đồng bào dân tộc thiểu số cần khai thác kỹ để giúp cho việc hợp tác trong điều trị và phòng bệnh, tư vấn này.

- Nội dung hỏi liên quan về: Thời gian xuất hiện các triệu chứng, diễn biến, tính chất các triệu chứng... các câu hỏi này sẽ được bổ sung và điều chỉnh khi sinh viên học các môn học lâm sàng.

** Hỏi bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ (Tính từ thời điểm bắt đầu vào viện)?*

VD:

- Cách ngày vào viện bao nhiêu ngày/giờ người bệnh xuất hiện triệu chứng?

** Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng.*

VD:

- Triệu chứng đó xuất hiện vào thời điểm nào?

- Xuất hiện khi gắng sức hay xuất hiện đột ngột (Ở thời điểm bất kì)?

- Xuất hiện tự nhiên hay có tiền triệu chứng (Triệu chứng báo trước)?

** Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính.*

VD:

- Triệu chứng xuất hiện với tính chất như thế nào?

- Diễn biến của triệu chứng như thế nào?

** Hỏi triệu chứng kèm theo.*

VD:

- Ngoài triệu chứng chính (Lí do vào viện) người bệnh còn có biểu hiện bất thường/dấu hiệu bệnh lý gì khác?

- Nếu có thì các triệu chứng kèm theo có đặc điểm gì?

** Hỏi mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện*

VD:

- Khởi phát triệu chứng có nặng ngay không?

- Mức độ của triệu chứng diễn biến thế nào?

- Triệu chứng lúc vào viện có nặng/xấu hơn lúc đầu?

** Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyền trước/ xử trí trước khi đến khám?*

VD:

- Ở nhà đã dùng thuốc gì (Uông hay tiêm...), liều lượng như thế nào? Đã dùng bao nhiêu lâu?

- Đã đi khám ở đâu, ai khám, chữa trị bằng cách gì, kết quả ra sao?

- Nếu người bệnh được chuyển từ tuyến trước thì hỏi tại cơ sở đó:

+ Đã được điều trị như thế nào? Thuốc gì, liều lượng, đường dùng như thế nào? Đã dùng bao nhiêu lâu?

+ Khi điều trị như vậy diễn biến của các triệu chứng như thế nào?

* *Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại*

Hỏi bệnh nhân để xem họ tự đánh giá về tình hình sức khỏe hiện nay so với trước đó, từ đó mong muốn của bệnh nhân lần này là gì để dự kiến được khả năng đáp ứng về dịch vụ y tế mà người ĐD có thể mang lại cho người bệnh.

2.2.5. Khai thác thông tin về tiền sử

* Hỏi về tiền sử bản thân

- Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?

Nếu có thì cần hỏi thêm: Tần xuất xuất hiện triệu chứng (NB đã có triệu chứng này bao nhiêu năm, mỗi năm bao nhiêu đợt, các đợt kéo dài bao lâu).

- Hỏi cách điều trị của người bệnh ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (Tên thuốc, liều, cách dùng).

- Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh.

- Hỏi bệnh phối hợp, các bệnh dị ứng...

- Nếu là trẻ em hỏi về tiền sử đẻ non tháng, bị ngạt, tiêm phòng, dinh dưỡng, tâm lý...

- Nếu là phụ nữ hỏi về tiền sử sản khoa: Đẻ con, kinh nguyệt...

- Bản thân: Đã từng mắc bệnh gì? Điều trị như thế nào? (Nếu có) thì so với lần này như thế nào? Nếu là trẻ em hỏi về tiền sử sản khoa, tiêm phòng, dinh dưỡng, tâm lý...

* Hỏi về tiền sử gia đình

- Có ai bị mắc bệnh như thế này không? (Nếu có) điều trị như thế nào ?...

- Chú ý: Những bệnh di truyền, bệnh lây truyền có tính chất dịch tễ thì phần hỏi này rất có ý nghĩa.

- Gia đình: Có ai bị mắc bệnh như thế này không (Nếu có) điều trị như thế nào, kết quả ra sao, họ hàng có ai bị bệnh như thế này không?

* Khai thác thông tin về các yếu tố liên quan:

- Lối sống: Hỏi về các thói quen như: Hút thuốc, uống rượu, vận động, sinh hoạt, ma túy... Hỏi rõ như (Nếu có uống rượu): Số lượng là bao nhiêu/ngày (Ước lượng bằng đơn vị thể tích), uống vào lúc nào trong ngày?

- Kinh tế, xã hội: Nhiều khi chỉ quan sát cũng có thể đoán được người bệnh có kinh tế cao hay thấp. Nếu cần có thể hỏi thêm về thu nhập, vị trí xã hội có nhiều bệnh liên

quan đến vấn đề này và các thông tin sẽ giúp cho tư vấn và điều trị thích hợp. Ví dụ: Có thể lựa chọn loại thuốc cùng loại nhưng rẻ tiền hoặc chỉ định các xét nghiệm tối cần thiết cho các người bệnh nghèo là thích hợp, còn đối với người bệnh có kinh tế khá có thể đưa ra các lựa chọn để người bệnh quyết định.

- Dịch tễ: Những người xung quanh có ai bị không, môi trường sống nhà ở, nhà tiêu, nước sạch... các thông tin này sẽ giúp cho chẩn đoán và đặc biệt đưa ra các lời khuyên tư vấn sức khỏe thích hợp và thực tế với điều kiện của từng người bệnh.

2.3. Tổng hợp bệnh sử

- Sau khi khai thác xong tiền sử, bệnh sử của người bệnh người ĐD cần tổng hợp các thông tin thu thập được. Thông báo lại các thông tin đó cho người bệnh. Hỏi người bệnh có đồng ý với các thông tin đó không. Có bổ sung thông tin nào khác.

- Cuối cùng người ĐD cần cảm ơn người bệnh đã hợp tác trong phần khai thác bệnh sử, sau đó giải thích và thông báo với người bệnh để chuyển sang phần khám bệnh.

* Tóm lại:

- Để tạo ra được một không khí thoải mái, một môi trường giao tiếp cởi mở, người bệnh được tự do trình bày các vấn đề của họ. Người ĐD cần thể hiện được sự tôn trọng người bệnh và khuyến khích người bệnh đưa ra các vấn đề của bản thân họ.

- Người ĐD phải biết chọn lọc các thông tin cần thiết, phân tích, tổng hợp dựa trên các kiến thức về triệu chứng, bệnh học để hướng đến một chẩn đoán nào đó.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC KỸ NĂNG HỎI BỆNH

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	<p><i>Làm quen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mời NB vào phòng, ngồi xuống ghế với thái độ thân thiện để tạo sự tin tưởng. - ĐD tự giới thiệu về tên, chuyên môn và bắt đầu xin phép hỏi bệnh. 	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với NB.	<ul style="list-style-type: none"> - Nên hỏi rõ, to và giao tiếp mắt để NB tránh sự căng thẳng. - Thái độ ĐD tôn trọng NB, NB sẵn sàng hợp tác.
2	<p><i>Hỏi về hành chính</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Họ và tên NB - Tuổi, giới, dân tộc - Nghề nghiệp (Hỏi được NB làm công việc gì, thời gian làm công việc đó?) - Nơi ở (NB đã sống ở đâu trước và trong thời gian bị bệnh, trong bao lâu?). 	Giúp có được những thông tin về NB.	Phải hỏi được đầy đủ các nội dung thông tin cá nhân.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	- Địa chỉ liên lạc (Đảm bảo liên lạc được NB dễ dàng).		
3	<p><i>Hỏi lý do vào viện</i></p> <p>- Sử dụng câu hỏi mở không định hướng để biết tại sao NB lại đến viện và đến bằng phương tiện nào? NB tự đến hay được chuyển viện.</p> <p>(Lý do vào viện: Là triệu chứng cơ năng buộc NB phải vào viện hoặc là chẩn đoán của tuyến trước) .</p>	Định hướng cơ quan, vị trí tổn thương.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
4	<i>4.1 Hỏi bệnh sử</i>		
	<p><i>4.1.1. Bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ (Tính từ thời điểm bắt đầu vào viện)?</i></p> <p>- Cách ngày vào viện bao nhiêu ngày/giờ NB xuất hiện triệu chứng...?</p>	Định hướng bệnh có tính chất cấp tính hay mạn tính.	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	<p><i>4.1.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng</i></p> <p>- Triệu chứng đó xuất hiện vào thời điểm nào?</p> <p>- Xuất hiện khi gắng sức hay xuất hiện đột ngột (Ở thời điểm bất kì)?</p> <p>- Xuất hiện tự nhiên hay có tiền triệu (Triệu chứng báo trước)?</p>	Định hướng yếu tố thuận lợi/ nguyên nhân gây bệnh.	Đặt câu hỏi gợi mở.
	<p><i>4.1.3. Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính</i></p> <p>- Triệu chứng xuất hiện với tính chất như thế nào? (Triệu chứng râm rộ, cấp tính hay từ từ...)</p> <p>- Diễn biến của triệu chứng như thế nào? (Nặng ngay từ đầu hay tiến triển từ từ...)</p> <p>VD: Khó thở thường xuyên hay cơn, cơn thường xuất hiện lúc nào trong ngày? Nghi ngơi có giảm không? Ngồi</p>	Định hướng chẩn đoán hội chứng, phân biệt hội chứng.	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	dậy có giảm khó thở không?		
	<p>4.1.4. Hỏi triệu chứng kèm theo.</p> <p>- Ngoài triệu chứng chính (lí do vào viện của) bệnh nhân còn có biểu hiện bất thường/dấu hiệu bệnh lý gì khác? Nếu có thì có đặc điểm gì?</p> <p>VD: Khó thở kèm theo có ho khạc đờm? (Nếu có thì hỏi đặc điểm đờm).</p>	Định hướng chẩn đoán.	Đặt câu hỏi đóng.
	<p>4.1.5. Hỏi mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện.</p> <p>- Khởi phát triệu chứng có nặng ngay không? Mức độ của triệu chứng diễn biến thế nào?</p> <p>- Triệu chứng lúc vào viện có nặng/xấu hơn lúc đầu?</p> <p>VD: Khó thở tăng dần: Mới đầu khó thở khi gắng sức, về sau khó thở liên tục, khó thở dữ dội...</p>	Tiên lượng bệnh.	Đặt câu hỏi đóng.
	<p>4.1.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyến trước?</p> <p>- Ở nhà đã dùng thuốc gì (Uống hay tiêm...), liều lượng như thế nào? Đã dùng bao nhiêu lâu?</p> <p>- Nếu BN được chuyển từ tuyến trước thì hỏi tại cơ sở đó:</p> <p>+ Đã được điều trị như thế nào? Thuốc gì, liều lượng, đường dùng như thế nào? Đã dùng bao nhiêu lâu?</p> <p>+ Khi điều trị như vậy diễn biến của các triệu chứng như thế nào?</p>	Đánh giá kiến thức, kỹ năng thái độ của người bệnh đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp.	Dùng câu hỏi mở, bệnh nhân dễ hiểu, trả lời dễ dàng.
	4.1.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (Đỡ hay không thay đổi, hoặc nặng hơn?)	Tiên lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị.	Dùng câu hỏi đóng.
	4.2. Hỏi tiền sử		
	4.2.1. Tiền sử bản thân	Xác định tính	Dùng câu hỏi

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>- Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?</p> <p>Nếu có thì cần hỏi thêm: Tần xuất xuất hiện triệu chứng (Bị bao nhiêu năm, mỗi năm bao nhiêu đợt, các đợt kéo dài bao lâu?)</p> <p>- Hỏi cách điều trị của bệnh nhân ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (Tên thuốc, liều, cách dùng)</p> <p>- Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh.</p> <p>- Hỏi bệnh phổi hợp, các bệnh đi ứng...</p> <p>- Nếu là trẻ em hỏi về tiền sử đẻ non tháng, bị ngạt, tiêm phòng, dinh dưỡng, tâm lý...</p> <p>- Nếu là phụ nữ hỏi về tiền sử sản khoa: đẻ con, kinh nguyệt....</p>	<p>chất diễn biến của bệnh (Cấp/mạn), sơ bộ định hướng mức độ bệnh.</p> <p>Tìm hiểu bệnh phổi hợp để điều trị đúng người bệnh.</p>	<p>đóng, dễ hiểu, BN trả lời được.</p>
	<p><i>4.2.2. Tiền sử gia đình</i></p> <p>- Có ai bị mắc bệnh như thế này không? (Nếu có) điều trị như thế nào?...</p> <p>- Chú ý: Những bệnh di truyền, bệnh lây truyền có tính chất dịch tễ thì phần hỏi này rất có ý nghĩa.</p>	<p>Tìm hiểu tính di truyền, dịch tễ của bệnh.</p>	<p>Dùng câu hỏi đóng.</p>
	<p><i>4.2.3. Tiền sử xung quanh</i></p> <p>- Có ai có triệu chứng giống BN?</p> <p>- Hỏi về dịch tễ: Đã đi công tác từ vùng có bệnh dịch về; môi trường sống: nhà ở, hố xí, nguồn nước sạch...</p>	<p>Xác định tính chất dịch tễ của bệnh.</p>	<p>Dùng câu hỏi đóng.</p>
	<p><i>4.2.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần</i></p> <p>- Hỏi về các thói quen như có hút thuốc lá? Có uống rượu không? Nếu có thì thời gian nghiện là bao lâu? Số lượng sử dụng là bao nhiêu/ngày...</p>	<p>- Giúp tư vấn cho NB phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả.</p>	<p>Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ cảm xúc với người bệnh, động viên NB kịp thời, tránh để</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<ul style="list-style-type: none"> - Hỏi về kinh tế, xã hội: Thu nhập, vị trí xã hội... Điều kiện kinh tế? (Có khó khăn không ?) - Tinh thần yên tâm tin tưởng/lo lắng khi được điều trị? 	<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng người bệnh. 	NB thêm lo lắng.
5	<p>Tổng hợp bệnh sử, tiền sử.</p> <p>* Sau khi hỏi bệnh người ĐD cần:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tổng hợp các thông tin thu thập được. Thông báo lại các thông tin đó cho NB. - Hỏi NB có đồng ý với các thông tin đó không. Có bổ sung thông tin nào khác. - Cảm ơn NB đã hợp tác trong phần khai thác bệnh sử. * Khi lấy thông tin thầy thuốc nên thể hiện kỹ năng giao tiếp. - Sử dụng câu hỏi mở không định hướng. - Không ngắt lời khi NB đang nói. - Ghi chép các thông tin cần thiết. - Khẳng định lại các thông tin quan trọng bằng câu hỏi đúng/sai, có/không. - Chú ý về giọng nói, cách sử dụng từ ngữ phù hợp với các đối tượng người già, trẻ em, người dân tộc thiểu số. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp khẳng định lại thông tin xem có đầy đủ, chính xác. - Giúp khai thác thông tin tốt, phù hợp. 	<p>Tổng hợp được các thông tin đã hỏi.</p> <p>Thông báo lại cho BN/người nhà NB và họ đồng ý, không có bổ sung gì về nội dung đã tổng hợp.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tạo được không khí thoải mái, NB và người nhà vui vẻ hợp tác, tin tưởng. Có thái độ, cử chỉ, lời nói, đúng mực...

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG

Tình huống 1: Bệnh nhân Nguyễn Văn A 56 tuổi, là giảng viên đại học, dân tộc Kinh. Cách ngày vào viện 3 ngày BN cảm thấy đau nhức nửa đầu, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, người mệt mỏi, ăn uống kém hơn bình thường. BN đến khám với lý do đau đầu, HA = 170/80 mmHg. BN có tiền sử tăng huyết áp 1 năm, có khám bệnh hàng tháng tại CSYT. Bình thường BN thích ăn mặn, nhiều mỡ. Tiến hành khai thác bệnh sử đối với bệnh nhân này.

Tình huống 2: Bệnh nhân Trần Thị B, 3 tháng tuổi được mẹ đưa đến bệnh viện khám vì cháu đã ho 12 ngày nay, kèm theo sốt cao 5 ngày, chảy nước mũi xanh. Mẹ cháu là người Dao, làm ruộng và không được đi học. Tiến hành khai thác bệnh sử của bệnh nhi này.

Tình huống 3: Bệnh nhân Hoàng Thị H, 26 tuổi đến khám bệnh vì bị đau bụng. Cách ngày vào viện khoảng 3 tháng BN thường thấy thỉnh thoảng đau âm ỉ vùng thắt lưng, 1 ngày trước khi vào viện BN đột nhiên thấy đau bụng dữ dội vùng thắt lưng bên phải, cảm giác đau thúc xuống dưới, kèm theo có đi ngoài nước tiểu màu hồng. Tiến hành khai thác bệnh sử của bệnh nhân.

Tình huống 4: Bệnh nhân Vũ Hoàng Q 50 tuổi, người kinh, là chủ doanh nghiệp tư nhân, đến viện vì thấy người mệt mỏi, gầy sút nhanh. Cách ngày vào viện khoảng 1 tháng, BN thấy người mệt mỏi, ăn rất khỏe và ăn nhiều bữa, kèm theo BN có đái nhiều, thấy sút cân nhanh. Tiến hành khai thác bệnh sử của bệnh nhân.

Tình huống 5: Bệnh nhân Nguyễn Thị V 30 tuổi, người kinh, là giáo viên, đến viện vì thấy người mệt mỏi, gầy sút nhanh. Cách ngày vào viện khoảng 1 tháng, BN thấy người mệt mỏi, ăn rất khỏe và ăn nhiều bữa, kèm theo BN có đái nhiều, thấy sút cân nhanh. Tiến hành khai thác bệnh sử của bệnh nhân.

BÀI 4: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TUẦN HOÀN

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ tuần hoàn.
- 1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, một số bất thường về tuần hoàn.
- 1.3. Thể hiện được thái độ ân cần, tôn trọng người bệnh trong nhận định chăm sóc hệ tuần hoàn.

2. NỘI DUNG

2.1. Kỹ năng giao tiếp

- Điều dưỡng viên chuẩn bị dụng cụ, trang phục theo quy định của Bộ y tế
- Chuẩn bị các tài liệu, phương tiện truyền thông tư vấn cần thiết.
- Điều dưỡng viên chào hỏi bệnh nhân khi gặp gỡ, mời bệnh nhân ngồi ngang hàng.
- Tự giới thiệu tên, chức danh, nhiệm vụ tại cơ sở y tế. Hỏi lý do bệnh nhân đến cơ sở y tế.
- Giải thích cho bệnh nhân về quy trình khám và hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân những điều cần thiết để họ hợp tác.
- Tạo tâm lý tốt cho bệnh nhân để bệnh nhân yên tâm trong quá trình khám.
- Điều dưỡng viên thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ bệnh nhân.

2.2. Hỏi bệnh:

Điều dưỡng sử dụng các kỹ năng đặt câu hỏi nhằm:

- Khai thác những dấu hiệu và triệu chứng cơ năng của bệnh.
- Nhằm khai thác quá trình bệnh tật và yếu tố nguy cơ của bệnh...

2.2.1. Triệu chứng cơ năng

Mỗi người bệnh có thể có những triệu chứng cơ năng khác nhau, xong có một số triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh lý tim mạch như sau:

** Đau ngực*

- Thường gặp trong bệnh lý tim mạch, nhưng cũng có thể gặp trong nhiều bệnh khác không thuộc tim mạch.
- Ngoài đau ngực do viêm trong viêm màng ngoài tim, nguyên do của đau ngực trong các bệnh tim chủ yếu là do giảm hoặc tắc nghẽn dòng máu tới cơ tim, đau ngực sẽ giảm hoặc hết khi dòng máu đến cơ tim được cải thiện.

- Khi nhận định về đau ngực người điều dưỡng cần phải khai thác một cách tỉ mỉ, cẩn thận nhằm hướng tới một đau ngực do bệnh lý tim mạch (nhất là đau ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim) hay do một nguyên nhân khác ngoài tim mạch. Bao gồm các đặc điểm sau:

- + Cách khởi phát đau đột ngột hay từ từ.
- + Vị trí đau, đau có lan không, lan đi đâu.
- + Thời gian đau kéo dài bao lâu: giây, phút, giờ.
- + Hoạt động gì làm khởi phát cơn đau: gắng sức, xúc cảm, ăn no...
- + Yếu tố nào làm giảm đau, yếu tố nào làm tăng đau.
- + Nếu cơn đau tái lại thì sau bao lâu, cơn đau sau giống cơn đau trước.
- + Các triệu chứng kèm theo đau ngực: Khó thở, vã mồ hôi, choáng váng, xiu, mệt, buồn nôn, nôn...

- Một số đau ngực gặp trong bệnh tim mạch:

- + Cơn đau thắt ngực do thiếu máu cục bộ cơ tim
 - . Thường xảy ra đột ngột sau một gắng sức; bị lạnh đột ngột hoặc xúc cảm quá mức.
 - . Đau thường ở một vùng sau xương ức hoặc trước ngực trái.
 - . Đau có thể khu trú nhưng thường lan lên vai, xuống cánh tay, cẳng tay, tới ô mô út và ngón út trái. Có trường hợp lan lên cổ và hàm trái.
 - . Thời gian của một cơn đau thường kéo dài từ vài giây đến vài phút.
 - . Ngậm 1 viên Nitroglycerin và nằm nghỉ có thể làm hết cơn đau.
 - . Thường kèm theo mặt nhiều, choáng váng, xiu, vã mồ hôi có khi cảm thấy nghẹn thở.

+ Đau ngực do viêm màng ngoài tim

- . Đau vùng trước ngực trái, không thành cơn.
- . Đau tăng khi hít mạnh hoặc khi ho.
- . Tư thế ngồi bệnh nhân đỡ đau.

- Cần phân biệt với một số đau ngực không do tim mạch:

+ Co thắt thực quản

- . Đau thượng vị và phía sau đoạn dưới xương ức.
- . Đau tăng khi ăn và sau ăn. Có thể kèm theo nuốt nghẹn.

+ Loét dạ dày tá tràng

- . Đau liên quan đến bữa ăn và thời tiết.
- . Đau chủ yếu ở vùng thượng vị và lan lên ngực.
- . Có thể kèm theo cảm giác nóng rát và ợ hơi, ợ chua.

+ Viêm sụn ức sườn

. Một hoặc nhiều khớp ức-sụn sườn sưng nổi to lên.

. Đau tự nhiên, khi ấn vào đau tăng.

+ Đôi khi đau ngực còn do yếu tố tâm lý...

* *Khó thở*

- Là trạng thái người bệnh cảm thấy không thoải mái, cảm thấy khó khăn khi hô hấp.

- Là triệu chứng gặp cả trong bệnh tim và bệnh phổi.

Khi nhận định về khó thở trong bệnh lý tim mạch điều dưỡng cần phải khai thác được những đặc điểm sau:

+ Tính chất xuất hiện

. Đột ngột trong tắc động mạch phổi, tràn khí màng phổi, dị vật đường thở.

. Từ từ thường thấy trong suy tim mạn, tràn dịch màng tim.

+ Đặc điểm khó thở

. Khó thở khi gắng sức: Khó thở xảy ra cùng với các hoạt động gắng sức như leo cầu thang, hoạt động nặng. Đây là dấu hiệu sớm của suy tim ứ trệ.

. Khó thở khi nằm: Gặp ở giai đoạn nặng hơn của suy tim. Người bệnh phải dùng nhiều gối để kê cao đầu nhằm đỡ khó thở khi nằm (mức độ khó thở có thể đánh giá bằng số chiếc gối người bệnh phải dùng khi nằm). Khó thở mất đi trong chốc lát nếu người bệnh ngồi dậy hoặc đứng lên.

. Con khó thở kịch phát về đêm: Xảy ra vào ban đêm khi người bệnh đã nằm ngủ được 3-4 giờ.

. Trong tư thế nằm ngủ máu từ các tạng và chi dưới theo hệ thống tĩnh mạch về tim lên phổi, nhưng do tim mất khả năng bù trừ và bơm tim không hiệu quả nên máu ứ ở phổi làm người bệnh đột ngột tỉnh giấc, khó thở, phải ngồi dậy cho đến khi hết khó thở, thường sau khoảng 20 phút cơn khó thở mới hết.

. Để tránh được cơn khó thở kiểu này, điều dưỡng cần khuyên người bệnh ngay từ đầu tối nằm ngủ ở tư thế nửa ngồi nhằm hạn chế bớt dòng máu về tim lên phổi.

* *Ho*

- Ho là một phản xạ thở ra mạnh và đột ngột tiếp sau động tác đóng thanh môn. Trung tâm ho ở hành tủy. Vùng gây phản xạ ho chủ yếu ở thanh quản, khí phế quản, màng phổi và trung thất.

- Một số loại ho gặp trong bệnh tim mạch

+ Ho khan: Gặp trong tăng áp lực tuần hoàn phổi, ho tăng khi nằm đầu thấp.

+ Ho ra máu:

. Ho ra máu ít một thường kèm theo cơn khó thở giống như hen gặp trong hẹp van hai lá.

. Ho ra máu đột ngột màu đỏ thẫm kèm theo đau ngực có thể gặp trong tắc mạch phổi.

. Ho ra máu lẫn bọt hồng kèm theo khó thở dữ dội thường gặp trong phù phổi cấp.

* *Mệt*

- Là dấu hiệu gặp trong bệnh tim song cũng gặp trong nhiều bệnh khác.

- Người bệnh cảm thấy chóng mặt và cần một thời gian lâu hơn bình thường để hoàn thành cùng một công việc nào đó mà trước đây không thấy mệt.

- Trong bệnh tim đặc biệt là trong suy tim, mệt thường do giảm tưới máu cơ quan tổ chức, do mất ngủ vì đái đêm, vì khó thở khi gắng sức hoặc khó thở kịch phát về đêm.

- Mệt xảy ra sau một hoạt động vừa phải hoặc sau một gắng sức chỉ ra là lưu lượng tim không thỏa đáng, người bệnh cần phải có những quãng nghỉ ngắn khi hoạt động.

- Mệt cũng có thể do dùng một số thuốc:

+ Dùng thuốc hạ huyết áp quá mạnh.

+ Dùng thuốc lợi tiểu gây mất nước và điện giải.

* *Hồi hộp trống ngực*

- Là cảm giác tim đập mạnh như trống đánh trong lồng ngực hoặc cảm giác tim đập dồn dập trong lồng ngực.

- Là triệu chứng thường gặp trong các rối loạn nhịp tim như:

+ Nhịp nhanh xoang

+ Nhịp nhanh kịch phát trên thất

+ Ngoại tâm thu...

- Hồi hộp cũng có thể xảy ra sau hoạt động thể lực căng thẳng, kéo dài như: Bơi, chạy, đua xe đạp...

- Yếu tố không phải bệnh tim cũng gây ra hồi hộp như:

+ Lo sợ, mệt, mất ngủ

+ Dùng một số chất kích thích như cà phê, thuốc lá, rượu...

* *Ngất*

- Là sự mất tri giác trong một thời gian ngắn đồng thời cũng giảm hoạt động hô hấp và tuần hoàn trong khoảng thời gian đó.

- Ngất là do giảm đột ngột dòng máu tới não. Do vậy bất cứ nguyên nhân gì mà đột ngột làm giảm lưu lượng tim dẫn đến giảm dòng máu tới não đều có khả năng gây ngất.

- Trong bệnh lý tim mạch ngất thường gặp trong:

+ Rối loạn nhịp thất.

+ Con tim chậm Stokes-Adams.

+ Các bệnh van tim như hẹp van động mạch chủ, hẹp dưới van động mạch chủ.

+ U nhày trong nhĩ trái.

- Ngoài ra ở người lớn tuổi, ngất còn có thể do tăng nhạy cảm với những kích thích ở vùng xoang động mạch cảnh.

* *Tăng cân đột ngột và phù*

- Tăng cân một cách đột ngột là do tích lũy quá nhiều dịch trong cơ thể, khi lượng dịch tích lũy quá nhiều gây nên phù.

- Cân bệnh nhân hàng ngày có thể phát hiện được dấu hiệu tăng cân. Bình thường cân nặng giao động khoảng dưới 1kg/ngày.

- Tăng cân và phù ngoại vi là hai dấu hiệu chỉ điểm của suy tim phải, do ứ trệ tuần hoàn đồng đều ở hệ tĩnh mạch. Khi có phù thường kèm theo đái ít.

- Đặc điểm của phù trong bệnh lý tim mạch:

+ Thường là phù mềm, dùng ngón tay ấn lõm dễ dàng, vết lõm một lúc lâu sau mới hết.

+ Thường bắt đầu ở vùng thấp, thấy rõ ở mắt cá và mu chân, phù có thể giảm khi ăn nhạt, nằm nghỉ, gác cao chân.

- Ngoài ra, tăng cân và phù còn do giữ muối và nước trong tổ thương thận hay tắc nghẽn tĩnh mạch gây phù khu trú ở vùng tĩnh mạch bị tắc.

* *Đau chi*

- Đau chi trong bệnh tim mạch gặp trong hai bệnh:

+ Thiếu máu cục bộ chi do vữa xơ động mạch.

+ Suy tĩnh mạch, van tĩnh mạch của hệ thống mạch máu ngoại biên.

+ Triệu chứng đau chi do thiếu máu cục bộ chi thường được người bệnh kể lại là:

. Có cảm giác đau khi đi lại và hoạt động

. Đau giảm hoặc mất đi khi nghỉ ngơi, không đi lại, không hoạt động (con đau cách hồi).

- Đau hai chân do đứng hoặc ngồi quá lâu, thường là do suy tĩnh mạch, suy van tĩnh mạch hoặc tắc nghẽn tĩnh mạch.

2.2.2. Khai thác các thông tin khác về người bệnh

Việc khai thác có thể trực tiếp từ người bệnh và/hoặc từ người thân của họ, nhằm thu được những thông tin về:

* *Tiền sử*: Những bệnh tật đã mắc, quá trình theo dõi và điều trị, có được điều trị đúng cách hay không...

* *Yếu tố nguy cơ*

- Là những yếu tố dễ làm cho bệnh phát sinh, phát triển, những yếu tố làm nặng thêm bệnh đã mắc.

Thí dụ:

- + Tăng huyết áp dễ dẫn đến tai biến mạch não hoặc nhồi máu cơ tim.
- + Hút thuốc lá gây ra các bệnh đường hô hấp và làm cho bệnh nặng thêm.
- + Béo phì dễ sinh ra các chứng bệnh về chuyển hóa...
- Ngoài ra cần khai thác cả những chi tiết cá nhân có ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và phòng bệnh như:
 - + Trình độ học vấn.
 - + Hoàn cảnh kinh tế.
 - + Môi trường sống và làm việc.
 - + Văn hóa tín ngưỡng.
 - + Sự quan tâm của gia đình và những người xung quanh đối với người bệnh.

2.3. Khám tim

2.3.1. Nhìn (quan sát)

- Tình trạng tinh thần như thế nào: Có lo lắng hốt hoảng không ?
- Quan sát xem người bệnh có khó thở không:
 - + Tư thế bệnh nhân: Khó thở làm bệnh nhân phải nằm gối đầu cao hoặc ngồi dậy để thở.
 - + Đếm nhịp thở, xem kiểu thở, có co kéo cơ hô hấp phụ hay không ?
- Quan sát xem bệnh nhân có phù không: Trong suy tim bệnh nhân thường phù nhiều ở 2 chân.
- Môi tím, tím da ngón chi gập trong các bệnh tim bẩm sinh, trong suy tim.
- Ngón tay, ngón chân dùi trống; móng tay khum gập trong bệnh tim bẩm sinh, Osler và một số bệnh phổi mạn tính hay u phổi.
- Hình dạng lồng ngực:
 - + Bình thường lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở.
 - + Biến dạng lồng ngực: Lồng ngực hình thùng ở người bị tâm phế mạn, gù vẹo cột sống hoặc dị dạng lồng ngực là nguyên nhân gây tâm phế mạn, lồng ngực kiểu ức gà gập ở người bị tim bẩm sinh hoặc mắc phải trước tuổi dậy thì.
- + Có sẹo mổ cũ
- Nhìn để xác định vị trí đập của mỏm tim: Bình thường mỏm tim đập ở khoang liên sườn IV - V trên đường giữa đòn trái.
 - + Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp thất trái to hoặc tim to toàn bộ mỏm tim đập yếu trong trường hợp tràn dịch màng ngoài tim hoặc ở người béo có thành ngực dày.
 - + Mỏm tim hạ thấp xuống dưới và ra ngoài đường giữa đòn trái là dấu hiệu của tim to.

- Ở những người bị túi phình động mạch chủ: Nhìn thấy một khối u đập ở khoang liên sườn II sát hai bên xương ức, khối u đập theo nhịp tim.

- Ở vùng cổ:

+ Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải, động mạch cổ đập mạnh trong hở van động mạch chủ.

+ Tuyến giáp trạng to gặp trong bệnh Basedow, bướu giáp đơn thuần.

+ Có tuần hoàn bàng hệ ở vùng cổ - ngực hay không.

- Vùng thượng vị: Trong suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ có thể nhìn thấy tim đập ở vùng thượng vị gọi là dấu hiệu thượng vị đập hay dấu hiệu Harzer.

- Vùng hạ sườn phải hoặc vùng thượng vị nổi gồ lên do gan to.

2.3.2. Sờ

* **Tim mỗm tim:**

- Cách sờ: Áp sát lòng bàn tay vào thành ngực bệnh nhân; thường sờ ở tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nếu không rõ nên sờ ở tư thế nằm nghiêng sang bên trái.

- Bình thường mỗm tim đập ở khoang liên sườn IV-V trên đường giữa đòn trái, diện đập khoảng 1-2 cm.

- Mỗm tim có thể thay đổi về:

+ Vị trí: Bình thường khi nằm nghiêng sang trái mỗm tim sẽ lệch sang phía trái 2 khoát ngón tay.

Trong bệnh lý: Tim to ra, mỗm tim hạ thấp xuống dưới và ra ngoài đường giữa đòn trái. Nếu bệnh nhân bị tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi tim sẽ bị đẩy sang bên kia. Trường hợp có tràn dịch màng bụng nhiều hoặc có khối u to trong bụng, cơ hoành bị đẩy cao lên và mỗm tim cũng thay đổi vị trí tim ở tư thế nằm ngang.

+ Cường độ: Mỗm tim đập không rõ ở người béo quá, trong tràn dịch màng ngoài tim. Mỗm tim đập mạnh trong trường hợp tim trái to, bệnh hở van động mạch chủ.

* *Sờ rung miu:*

- Cách xác định: Đặt lòng bàn tay áp sát vào thành ngực vùng trước tim ta sẽ có cảm giác rung rung giống như khi đặt tay lên lưng mèo lúc nó đang grừ grừ, cảm giác đó gọi là rung miu.

- Tuỳ theo rung miu ở thì tim bóp hay giãn mà ta gọi là rung miu tâm thu hoặc rung miu tâm trương. Do đó cần phải phối hợp với bắt mạch.

- Ý nghĩa: Rung miu phản ánh sự có mặt của tiếng thổi cường độ mạnh ($\geq 4/6$).

* *Sờ xem có dấu hiệu Harzer không:*

- Cách xác định: Đặt ngón cái vào vùng dưới mũi ức hướng về phía vai trái, các ngón tay còn lại đặt ở mỗm tim, nếu thấy ở vị trí ngón cái này cùng lúc với mỗm tim, đó chính là dấu hiệu Harzer. Cần phân biệt với vùng đập của động mạch chủ bằng

cách bảo bệnh nhân hít sâu rồi nín thở để ngón cái di chuyển ra xa vùng đập của động mạch chủ.

- Ý nghĩa: Có dấu hiệu Harzer gợi ý có thất phải to.

2.3.3. Gõ

Mục đích: Để xác định diện đục tương đối của tim. Diện đục tương đối của tim bình thường là một hình 4 cạnh gần giống hình thang.

- Xác định mỏm tim: Nếu không xác định được vị trí mỏm tim bằng nhìn và sờ thì phải gõ. Cách gõ: Gõ từ dưới lên trên, từ trái sang phải đến chỗ bắt đầu đục, đó là vị trí mỏm tim.

- Tim bờ trên gan: Gõ ở các khoang liên sườn từ trên xuống dưới theo 3 đường là đường giữa đòn phải, đường cạnh ức phải và đường nách trước; ranh giới giữa vùng trong và vùng đục chính là bờ trên gan. Bình thường giới hạn đục của bờ trên gan ở khoang liên sườn V-VI.

- Tim bờ phải tim: Gõ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, bình thường, vùng đục của bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, trừ chỗ sát bờ trên gan thì đục ra bên phải xương ức từ 1 - 1,5 cm.

- Tim bờ dưới tim: Nối mỏm tim vào giao điểm của bờ phải tim và bờ trên gan ta được bờ dưới bình thường 9 - 14 cm.

- Tim bờ trái tim: Gõ chéo từ hõm nách trái về phía mũi ức, gõ từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới. Bình thường giới hạn này đi sát bờ trái xương ức chỗ xương sườn II thành một đường cong tới liên sườn IV-V ở phía trong đường giữa xương đòn từ 1 - 2 cm, bờ trái tương ứng với tâm thất trái.

- Tim bờ trên tim: Gõ từ trên xuống, bình thường bờ trên tương ứng với khoang liên sườn II.

2.3.4. Nghe

Là phương pháp quan trọng nhất để giúp người ĐD trong chẩn đoán.

* Phương pháp nghe tim: Nghe bằng ống nghe.

* Cách nghe:

- Nên nghe ở nhiều tư thế:

+ Nằm ngửa, đầu cao 30° - 45°

+ Nghiêng trái

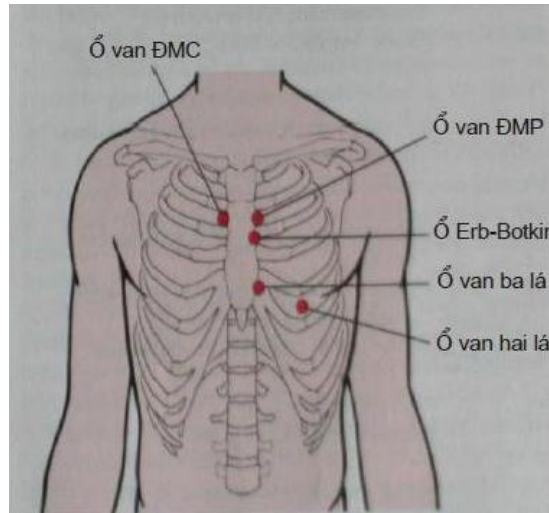
+ Ngồi hơi cúi ra trước, hít sâu, thở ra hết sức rồi nín thở ngắn. Người khám nghe vào cuối thì thở ra.

- Nghe ở 5 vị trí:

+ Ổ van hai lá: Ở mỏm tim, vị trí ở khoang liên sườn IV hoặc V trên đường giữa đòn trái. Khi bị bệnh, mỏm tim có thể sa thấp xuống hoặc sang trái.

+ Ổ van ba lá: Ở sụn sườn VI bên trái.

- + Ổ van động mạch chủ phụ: Ổ khoang liên sườn III sát bờ trái xương ức gọi là ổ Erb - Botkin.
- + Ổ van sigma động mạch chủ: Ổ khoang liên sườn II bên bờ phải xương ức.
- + Ổ van động mạch phổi: Ổ khoang liên sườn II bên trái xương ức.



- *Cách khám:* Tay phải cầm ống nghe đặt tại các vị trí cần nghe, tay trái bắt mạch quay bên phải. Thường nghe phần màng của ống nghe, nghe bằng phần chuông giúp phát hiện các tiếng có tần số thấp như tiếng ngựa phi, tiếng rung tâm trương.

- *Trình tự nghe:* Nghe lần lượt theo hình chữ Z: Đầu tiên nghe ở mỏm tim, sau đó di chuyển loa nghe sang vùng trong mỏm (ổ van 3 lá), rồi nghe dọc theo bờ trái xương ức lên trên tới vùng KLS II bên trái xương ức (vùng van động mạch phổi), rồi qua KLSII bên phải xương ức (vùng van động mạch chủ). Ở mỗi ổ nghe ta phân tích tiếng T1, T2 về cường độ, âm sắc, sự thay đổi theo hô hấp, hiện tượng tách đôi (nếu có); các tiếng bất thường ... Tiếng thứ nhất nghe rõ ở mỏm tim, tiếng thứ hai nghe rõ hơn ở đáy tim.

Những điểm cần ghi nhận khi nghe tim

- + Có tiếng tim (T1, T2) đập, cường độ mạnh (rõ) hay yếu (mờ).
- + Đếm tần số tim, chú ý phát hiện tần số tim bất thường như chậm dưới 60 lần/phút, hoặc nhanh trên 100 lần phút.
- + Nhịp tim đều hay không đều.
- + Bình thường khoảng thời gian giữa các tiếng tim tương đối đều nhau.
- Bất thường
- + Có thể thấy những nhát bóp đến sớm trong loạn nhịp ngoại tâm thu.

+ Hoặc các khoảng thời gian giữa các tiếng tim không đều nhau, lúc chậm, lúc nhanh, lúc rõ, lúc yếu khó xác định trong loạn nhịp hoàn toàn.

- Tiếng tim bất thường

+ Tiếng ngựa phi trong suy tim cấp

+ Tiếng cọ màng tim trong viêm màng ngoài tim

- Các âm thổi:

+ Hay gặp trong các bệnh van tim, tim bẩm sinh có lỗ thông.

+ Cần xác định là thổi ở thì nào tâm thu hay tâm trương, vị trí nghe thấy âm thổi, cường độ âm thổi, hướng lan.

2.4. Khám mạch máu

2.4.1. Động mạch ngoại biên

Gồm tất cả các động mạch ngoại vi như:

- Phía trên gồm: Động mạch thái dương, động mạch cảnh, động mạch dưới đòn, động mạch cánh tay, động mạch quay.

- Phía dưới gồm: Động mạch đùi (bẹn), động mạch khoeo, động mạch chày sau, động mạch mu chân (Xem hình dưới)

- Phải nhận định đầy đủ và so sánh hai bên (riêng động mạch cảnh không nên khám cùng một lúc cả hai bên) về các vấn đề sau:

+ Có mạch đập hay không

+ Biên độ nảy mạnh hay yếu

+ Tần số bao nhiêu lần/phút

+ Nhịp đều hay không đều

+ Thành mạch cứng hay mềm

2.4.2. Tĩnh mạch

- Quan sát tĩnh mạch cổ và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm:

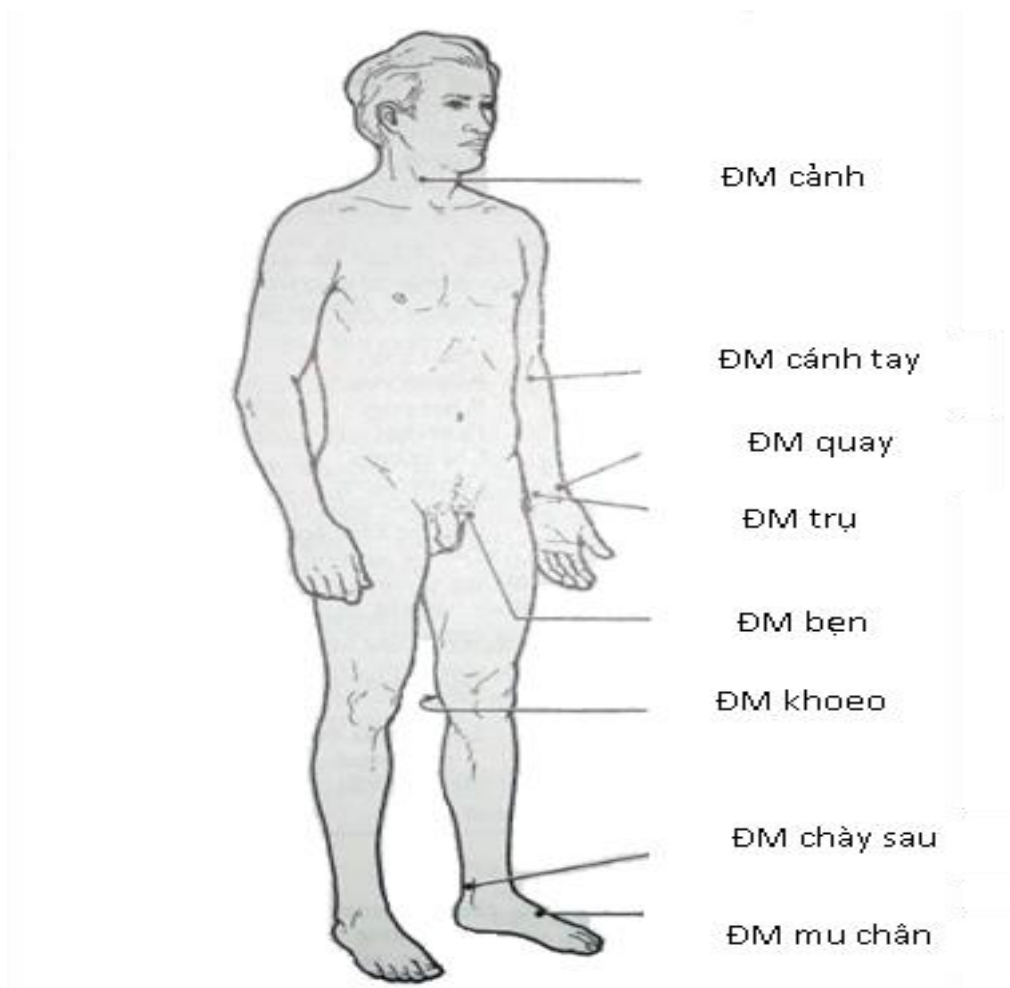
+ Tĩnh mạch cổ nổi và áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng $>10\text{cm H}_2\text{O}$ gặp trong: Suy tim phải, hở hoặc hẹp van 3 lá, tăng áp lực động mạch phổi, tràn dịch màng tim, viêm màng ngoài tim co thắt.

+ Áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm: Trong các trường hợp giảm thể tích tuần hoàn.

- Dấu hiệu phản hồi gan - tĩnh mạch cổ:

+ Để bệnh nhân nằm đầu cao chếch một góc 45^0 , dùng bàn tay ép vào vùng mạn sườn phải bệnh nhân trong khoảng 30-40 giây.

+ Dấu hiệu dương tính là khi ta ép vào vùng gan, tĩnh mạch cổ giãn to ra và chậm trở lại trạng thái ban đầu khi ta bỏ tay không ép. Gặp trong suy tim phải.



2.4.3. Mao mạch

- Phát hiện có dẫn mao mạch hình sao.
- Kiểm tra mao mạch bằng máy.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TUẦN HOÀN

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
A - KHÁM TIM			
	Hỏi bệnh		
1	<i>Các triệu chứng cần hỏi</i> - Đau ngực - Khó thở - Ho - Mệt mỏi - Hỏi hộp đánh trống ngực	- Khai thác những dấu hiệu và các triệu chứng cơ năng - Khai thác quá trình bệnh lý và các yếu tố	- Hỏi đầy đủ và tỉ mỉ các triệu chứng cơ năng. - Hỏi theo trình tự và có logic - Sử dụng tốt các

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	<ul style="list-style-type: none"> - Ngất - Phù, tăng cân đột ngột - Đau chi <p><i>Hỏi để xác định đặc điểm của các triệu chứng</i></p> <p>Thời gian xuất hiện, kéo dài bao lâu, hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng, mức độ trầm trọng của triệu chứng, các yếu tố làm tăng/giảm triệu chứng, diễn biến theo thời gian....</p> <p><i>Hỏi tiền sử và các yếu tố nguy cơ</i></p>	nguy cơ của bệnh	kỹ năng giao tiếp, kỹ năng đặt câu hỏi để hỏi bệnh <ul style="list-style-type: none"> - Có thái độ phù hợp và đúng mực trong khi giao tiếp để hỏi bệnh
	Khám thực thể		
2	<p><i>Khám tim bằng phương pháp nhìn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tình trạng tinh thần như thế nào - Quan sát xem có khó thở không? - Quan sát xem có phù không? - Môi tím, tím da ngón chi - Ngón tay, ngón chân dùi trống... - Hình dạng lồng ngực: Có bị biến dạng hay không - Xác định vị trí đập của mỏm tim - Quan sát vùng cổ - Vùng thượng vị: dấu hiệu Hartzler. - Vùng hạ sườn phải ... 	Giúp nhận định sơ bộ xem bệnh nhân có các triệu chứng thực thể của bệnh tim mạch hay không	<ul style="list-style-type: none"> - Quan sát phát hiện đầy đủ các triệu chứng thực thể - Nhận định được các dấu hiệu bình thường hay bất thường
3	<p><i>Khám tim bằng phương pháp sờ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Tim mỏm tim: <ul style="list-style-type: none"> + Cách làm + Ý nghĩa * Sờ rung miu: <ul style="list-style-type: none"> + Cách làm + Ý nghĩa * Sờ xem có dấu hiệu Hartzler 	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định vị trí mỏm tim qua đó cho biết có các thay đổi về vị trí mỏm tim không, tim to hay không. - Phát hiện rung miu cho biết 	<ul style="list-style-type: none"> - Sờ đúng kỹ thuật. Xác định được vị trí mỏm tim bình thường hay có thay đổi về vị trí mỏm tim - Xác định được rung miu và dấu

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	không + Cách làm + Ý nghĩa	các van tim có bị hẹp không, cho biết về cường độ tiếng thổi -Dấu hiệu Hartzler gợi ý thất phải to	hiệu Hartzler (nếu có) - Hiểu được ý nghĩa của các dấu hiệu
4	<i>Khám tim bằng phương pháp gõ</i> Mục đích: Để xác định diện đục tương đối của tim. - Xác định mỏm tim - Tìm bờ trên gan - Tìm bờ phải tim - Tìm bờ dưới tim - Tìm bờ trái tim - Tìm bờ trên tim	Xác định diện đục tương đối của tim để biết tim to hay không	Gõ đúng kỹ thuật Xác định được diện đục tương đối của tim
5	<i>Khám tim bằng phương pháp nghe</i> * Phương pháp nghe tim: Nghe bằng ống nghe. * Cách nghe: - Nên nghe ở nhiều tư thế - Nghe ở 5 vị trí: + Ô van hai lá + Ô van ba lá + Ô van động mạch chủ phụ + Ô van động mạch chủ + Ô van động mạch phổi - Cách khám: Nghe tim kết hợp bắt mạch - Trình tự nghe: Nghe lần lượt theo hình chữ Z từ ô van hai lá * Trình tự phân tích tiếng tim: - Tần số tim	Đây là phương pháp khám mang lại nhiều thông tin quan trọng. Cho biết thông tin về nhịp tim, tiếng tim bình thường và tiếng tim bệnh lý	Nghe đúng, đầy đủ các vị trí và theo trình tự, đúng kỹ thuật. Xác định được tần số tim, cường độ tiếng T1 T2, tim nhịp đều hay không, tiếng tim bình thường và tiếng tim bệnh lý.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếng T1, T2: Cường độ, đều hay không đều - Các tiếng tim bất thường - Các âm thổi 		
B - KHÁM MẠCH MÁU			
	Hỏi bệnh		
6	<ul style="list-style-type: none"> - Đau ở các chi: Dấu hiệu đau cách hời - Thay đổi màu sắc da - Thay đổi nhiệt độ da - Thay đổi kích thước chi - Tiền sử phẫu thuật, thủ thuật - Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào - Tiền sử bệnh Nội khoa, dùng thuốc 	Giúp phát hiện các yếu tố nguy cơ và triệu chứng cơ năng gợi ý bệnh lý mạch máu	Hỏi đầy đủ, tỉ mỉ để phát hiện được hiện các triệu chứng cơ năng gợi ý bệnh lý mạch máu
	Khám động mạch		
7	<p><i>* Khám động mạch bằng phương pháp nhìn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Độ lớn của chi - Màu sắc da của chi. - Động mạch ở nông như động mạch thái dương nổi ngoằn ngoèo ... - Phát hiện chỗ loét hoặc hoại tử 	Phát hiện nhanh những dấu hiệu của hẹp - tắc động mạch cấp tính và mạn tính	Quan sát kỹ nhất là ở chi dưới để phát hiện và mô tả được các đặc điểm bình thường, bất thường
8	<p><i>* Khám động mạch bằng phương pháp sờ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Khảo sát nhiệt độ da bằng mu bàn tay. - Sờ động mạch: Dùng 3 ngón tay đặt vào rãnh động mạch quay phía trên cổ tay để sờ mạch... - Nhận định + Tần số mạch + Thay đổi về nhịp 	Giúp xác định có dấu hiệu thực thể của thiếu máu cục bộ do hẹp - tắc động mạch gây ra.	Khám đúng kỹ thuật, so sánh đối xứng 2 bên để phát hiện và mô tả được các đặc điểm bình thường, bất thường

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	+ Thay đổi về biên độ và độ chắc		
9	* <i>Khám động mạch bằng phương pháp nghe</i> - Trường hợp bình thường - Trường hợp bệnh lý	Giúp xác định vị trí động mạch bị hẹp	Khám tỉ mỉ, đúng kỹ thuật để phát hiện và mô tả được các đặc điểm bình thường, bất thường
10	* <i>Đo áp lực máu động mạch (đo huyết áp)</i> Đo huyết áp theo phương pháp Korotkoff	Giúp xác định HA động mạch	Đo HA đúng quy trình để xác định chính xác HA của BN
	Khám tĩnh mạch		
11	* <i>Phương pháp nhìn:</i> - Phát hiện các giãn tĩnh mạch ở chân - Tĩnh mạch cổ nổi to - Tuần hoàn bàng hệ - Loét tĩnh mạch - Viêm da	Phát hiện nhanh những dấu hiệu của tình trạng ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch	Quan sát kỹ nhất là ở chi dưới để phát hiện và mô tả được các đặc điểm bình thường, bất thường
12	* <i>Phương pháp sờ:</i> - Sờ búi các tĩnh mạch giãn - Sờ thấy rung miu do thông động - tĩnh mạch - Đo kích thước chi	Giúp phát hiện giãn tĩnh mạch nông, huyết khối tĩnh mạch sâu	Phát hiện và mô tả được các dấu hiệu bình thường, bất thường
13	* <i>Phương pháp nghe:</i> Chỉ nghe trong trường hợp nghi ngờ có lỗ thông động - tĩnh mạch	Giúp phát hiện lỗ thông động - tĩnh mạch	Phát hiện và mô tả được các dấu hiệu bình thường, bất thường
14	* <i>Nghiệm pháp phản hồi gan - tĩnh mạch cảnh:</i> - Cách làm - Ý nghĩa	Giúp phát hiện dấu hiệu của suy tim phải	Làm đúng kỹ thuật. Phát hiện và mô tả được các dấu hiệu bình thường, bất thường và ý nghĩa của nghiệm pháp

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	<i>Khám mao mạch</i>		
15	- Quan sát: Phát hiện có giãn mao mạch, các búi mao mạch giãn hình sao.	Giúp phát hiện giãn mao mạch	Phát hiện và mô tả được các dấu hiệu bình thường, bất thường.

BÀI 5: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ HÔ HẤP

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ hô hấp.

1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, một số bất thường về hô hấp.

1.3. Thể hiện được thái độ ân cần, tôn trọng người bệnh trong nhận định chăm sóc hệ hô hấp.

2. NỘI DUNG

2.1. Kỹ năng giao tiếp

- Điều dưỡng viên chuẩn bị dụng cụ, trang phục theo quy định của Bộ y tế.
- Chuẩn bị các tài liệu, phương tiện truyền thông tư vấn cần thiết.
- Điều dưỡng viên chào hỏi bệnh nhân khi gặp gỡ, mời bệnh nhân ngồi ngang hàng
- Tự giới thiệu tên, chức danh, nhiệm vụ tại cơ sở y tế. Hỏi lý do bệnh nhân đến cơ sở y tế.
- Giải thích cho bệnh nhân về quy trình khám và hướng dẫn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân những điều cần thiết để họ hợp tác.
- Tạo tâm lý tốt cho bệnh nhân để bệnh nhân yên tâm trong quá trình khám.
- Điều dưỡng viên thể hiện thái độ sẵn sàng hỗ trợ bệnh nhân.

2.2. Hỏi bệnh

Điều dưỡng sử dụng các kỹ năng đặt câu hỏi nhằm:

- Khai thác những dấu hiệu và triệu chứng cơ năng của bệnh.
- Nhằm khai thác quá trình bệnh tật và yếu tố nguy cơ của bệnh...

2.2.1. Các triệu chứng cơ năng

2.2.1.1. Đau ngực

Đau ngực gặp trong các bệnh về hô hấp như:

- Lao phổi.
- U phổi.
- Viêm màng phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Viêm phổi.
- Tắc mạch phổi...

+ Ngoài ra đau ngực còn gặp trong các bệnh lý ngoài đường hô hấp như:

- Bệnh tim mạch: Viêm màng ngoài tim, thiếu máu cục bộ cơ tim.
- Đau ngực còn là một phản xạ của một số bệnh lý bộ máy tiêu hoá như bệnh về gan mật, thực quản, dạ dày.
- Khi nhận định về đau ngực điều dưỡng phải nhận định về những đặc điểm sau:
 - Hỏi vị trí đau, đau một điểm cố định hay đau lan rộng, đau một bên hay hai bên lồng ngực.
 - Hỏi tính chất đau: Dữ dội, đột ngột hay âm ỉ, kéo dài, đau tự phát hay do kích thích, đau khi thay đổi tư thế, khi ho hay thở mạnh.
 - Hỏi các triệu chứng kèm theo: Sốt, ho, khó thở, khạc đờm...

2.2.1.2. Khó thở

- Là thở khó khăn nặng nhọc, là triệu chứng chủ quan do bệnh nhân cảm thấy và cũng là triệu chứng do ĐD khám và phát hiện được qua thay đổi của nhịp thở.
 - Mức độ khó thở: Nhẹ, vừa, nặng.
 - Khó thở cấp: Tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi.
 - Khó thở mạn: Tâm phế mạn.
 - Khó thở từng cơn: Hen phế quản.
 - Khó thở vào: Khi thở vào khó khăn như có vật gì ngăn lại gặp trong hẹp khí, phế quản do khối u hoặc dị vật, bạch hầu thanh quản.
 - Khó thở ra: Khi thở ra bệnh nhân phải lấy hết sức để tổng không khí ở phổi ra một cách khó khăn và nặng nhọc gặp trong hen phế quản.

2.2.1.3. Ho và khạc đờm

- + Ho : Là một động tác thở mạnh và đột ngột. Động tác này có tính chất phản xạ để tống dị vật (Thức ăn hoặc các chất dịch của phổi) ra khỏi đường hô hấp.
 - *Tính chất ho:*
 - . Ho khan hay có đờm.
 - . Ho từng tiếng hay từng cơn.
 - . Âm sắc tiếng ho: Tiếng ho ông ổng trong viêm thanh quản, giọng đôi trong liệt thanh quản.
 - *Nguyên nhân gây ho:*
 - . Viêm họng cấp hoặc mạn.
 - . Viêm khí quản, phế quản cấp ở giai đoạn đầu chỉ có xung huyết phế quản nên bệnh nhân ho khan, tới giai đoạn phế quản tiết dịch bệnh nhân ho có đờm.
 - . Viêm phế quản mạn: Ho kéo dài trong nhiều năm, thường nhiều đờm.
 - . Giãn phế quản: Có thể tiên phát hoặc hậu phát sau một bệnh mạn tính đường hô hấp (Viêm phế quản mạn, áp xe phổi, lao phổi...), người bệnh thường ho nhiều về sáng, nhiều đờm, để trong cốc lắng thành 3 lớp. Người bị giãn phế quản có thể ho ra máu.

. Viêm phổi: Đau ngực, sốt rét rồi sốt nóng, giai đoạn đầu ho khan sau khạc đờm màu rỉ sắt, quánh.

. Lao phổi: Thường ho thúng thảng, khạc đờm trắng hoặc bã đậu hoặc máu, bệnh nhân gầy sút dần, sốt về chiều, xét nghiệm tìm vi khuẩn lao cần thiết cho chẩn đoán bệnh.

. Áp xe phổi: Sốt, đau ngực, ộc ra mủ.

. Viêm màng phổi: Thường ho khan, ho khi thay đổi tư thế.

. Bụi phổi: Ho kéo dài, chẩn đoán bằng chụp phổi.

+ Đờm : Là chất tiết của đường thở từ hốc mũi tới phế nang và thải ra ngoài miệng.

- Cấu tạo của đờm: gồm dịch tiết của khí phế quản, phế nang, họng, các xoang hàm, trán và hốc mũi.

- Các loại đờm:

. Đờm nhầy: Màu trong, nhầy thường gặp trong: Hen phế quản: dịch nhầy do các phế quản tiết ra.

. Đờm nhầy mủ: Gặp nhiều nhất trong giãn phế quản, sau một cơn ho khạc nhiều đờm, nếu hứng vào cốc thủy tinh sẽ thấy 3 lớp.

Dưới đáy: Lớp mủ

Ở giữa: Lớp dịch nhầy.

Trên cùng: Lớp bọt lẫn dịch nhầy mủ.

. Đờm mủ: Là sản phẩm của các ổ hoại tử do vi khuẩn ở trong phổi gặp trong áp xe phổi hoặc ngoài phổi như áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành vỡ vào phổi... (Mủ có màu vàng hoặc xanh hoặc nâu Sô cô la).

. Đờm máu: Dịch nhầy lẫn với sợi tơ huyết và hồng cầu thoát ra từ các huyết quản ở vách phế nang bị viêm, đờm thường quánh dính, có màu rỉ sắt thường gặp do viêm phổi.

. Đờm thanh dịch: Gồm thanh dịch tiết ra từ các huyết quản và lẫn với hồng cầu. Loại này loãng và đồng đều thường gặp do phù phổi cấp (Bọt màu hồng).

. Đờm bã đậu: Chất bã đậu màu trắng nhuyễn lẫn với dịch nhầy, có khi lẫn máu, xét nghiệm có thể thấy vi khuẩn lao thường gặp do lao.

. Đờm ít gặp: Giả mạc bạch hầu (Thường thải ra từng mảng màu trắng, xét nghiệm có thể thấy trực khuẩn bạch hầu) thường gặp do kén sán chó.

2.2.1.4. Ho ra máu

+ Ho ra máu là khạc ra máu trong khi ho, máu chảy ra từ thanh quản, khí quản, phế quản hoặc phổi .

+ Ho ra máu là một triệu chứng của nhiều nguyên nhân.

+ Ho ra máu thường xảy ra đột ngột có khi có triệu chứng báo trước như nóng trong ngực, khó thở nhẹ, ngứa trong họng rồi ho, giữa cơn ho khạc ra máu thường là máu tươi lẫn bọt hoặc lẫn đờm, khối lượng máu có thể nhiều hay ít.

+ Các mức độ ho có máu:

- Nhẹ: Khạc một vài bãi đờm lẫn máu, lượng máu dưới 100ml/24h, mạch và HA không thay đổi.

- Trung bình: Lượng máu từ 100-200ml/24h, mạch và HA ổn định hoặc thay đổi ít như mạch hơi nhanh, HA giảm nhẹ.

- Nặng: Lượng máu khạc ra từ 300-500ml/24h, có khi lên đến 1000ml, mạch nhanh nhỏ, HA tụt, có suy hô hấp.

- Rất nặng: Lượng máu khạc ra $\geq 1000\text{ml}/24\text{h}$, bệnh nhân thường chết vì suy hô hấp do ngạt thở hoặc sốc do giảm thể tích máu.

+ Chú ý khi khám bệnh nhân ho máu tránh làm mệt bệnh nhân một cách không cần thiết như xoay, trở, gõ lồng ngực nhiều, phải xem toàn trạng về mặt xanh xao, vã mồ hôi, nhiệt độ, mạch, HA, khó thở, đau ngực, lượng máu khạc ra, màu sắc.

+ Cơn ho ra máu có thể kéo dài vài phút đến vài giờ, lúc đầu khạc ra máu đỏ tươi, máu khạc ra dần dần có màu đỏ thẫm, nâu, rồi đen lại, gọi là đuôi ho ra máu “Đuôi khaki huyết”. Đuôi ho ra máu là máu đông còn lại trong phế quản được khạc ra ngoài sau khi máu đã ngừng chảy.

+ Cần phân biệt ho máu với:

- Nôn ra máu: Máu do nôn ra thường lẫn thức ăn, đỏ thẫm có khi có máu cục sau đó bệnh nhân có đi ngoài phân đen.

- Chảy máu cam: Nên khám 2 lỗ mũi xem có thấy chảy máu.

- Chảy máu trong miệng: Không có nóng ngứa trong ngực và nên khám miệng, niêm mạc miệng, lợi, lưỡi xem có chảy máu.

+ Nguyên nhân ho ra máu:

- Ở đường hô hấp gặp trong:

. Lao phổi: Bệnh nhân hay sốt về chiều, ho kéo dài, gầy sút.

. Giãn phế quản.

. Ung thư phổi.

. Viêm phổi.

. Áp xe phổi.

. Sán lá phổi, nấm phổi.

. Xoắn khuẩn gây chảy máu vàng da (*Leptospira*).

- Ngoài đường hô hấp:

. Bệnh về tim mạch: Các bệnh làm tăng áp lực tiểu tuần hoàn như hẹp van hai lá, tăng HA có suy tim.

. Tắc động mạch phổi: Người bệnh đau ngực nhiều hoặc ít, ho ra máu đỏ thẫm, mạch nhanh, sốt nhẹ. Tắc mạch phổi hay xảy ra ở người có tổn thương ở tim (Hẹp van hai lá), sản phụ mới sinh, bệnh nhân mới mổ, người nằm bất động lâu.

. Vỡ phồng quai động mạch chủ vào phổi: Ho ra máu rất nặng.

. Bệnh về máu làm thay đổi tình trạng đông máu.

2.2.1.5. Ợc mủ

+ Ợc mủ là khạc đột ngột và ra nhiều mủ là hậu quả của bọc mủ ở phổi hoặc ngoài phổi vỡ vào phế quản.

+ Mức độ ợc mủ:

- Ợc mủ nặng: ho, đau ngực dữ dội như xé ngực, bệnh nhân có khi bị ngạt thở, môi tím, mạch nhanh, vã mồ hôi, lượng mủ nhiều 300 - 500 ml/24h, sau khi ợc mủ bệnh nhân dễ chịu hơn.

- Khạc mủ ít: 150-200 ml/24h.

+ Nguyên nhân ợc mủ:

- Áp xe phổi.

- Áp xe ngoài phổi vỡ vào phổi như:

. Áp xe gan

. Áp xe vùng trung thất

. Áp dưới cơ hoành.

2.3. Cách khám lâm sàng hệ hô hấp

2.3.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên điều dưỡng.

- Điều dưỡng giải thích tình trạng và lý do thăm khám, đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thăm khám.

2.3.2. Tư thế người bệnh

Tốt nhất là tư thế ngồi. Người bệnh cởi áo tới thắt lưng, nếu khám vùng trước ngực và lưng, hai cánh tay nên để buông thõng. Khám vùng nách và mạng sườn, hai tay giơ cao trên đầu. Nếu người bệnh không ngồi được, có thể khám ở tư thế nằm và nghiêng. Nguyên tắc chung là người bệnh phải ở tư thế nghỉ ngơi, các cơ thành ngực không co cứng.

Chú ý nhắc người bệnh thở đều, bằng mũi, không thở phì phò bằng miệng.

2.3.3. Khám toàn thân

Nhìn da và niêm mạc, vẻ mặt, lồng ngực, ngón tay, ngón chân, nhịp thở. ĐD có thể thay đổi tư thế người bệnh để quan sát rõ hơn.

* Tinh thần:

- Bình thường: Tỉnh táo

- *Bất thường:*

+ Lo âu, hốt hoảng, ngủ gà,...

+ Khó thở: Cánh mũi đập, mồm có thể há ra khi hít vào, các cơ trên móng, dưới móng, cơ ức - đòn - chũm co kéo, tạo thành các hố lõm xuống phần đầu xương ức. Tình trạng này thường kèm với hoạt động quá mức của các cơ hô hấp, gây co kéo các khoang gian sườn, hõm dưới mũi ức.

+ Bộ mặt: V.A: Do tổ chức gân ở vòm hầu phì đại, nguyên nhân có thể là nhiễm khuẩn mạn tính, phần sau của mũi bị bịt lại một phần, đưa trẻ phải thở bằng miệng, dần dần vòm khẩu cái biến dạng, khum lại. Quan sát ta thấy bộ mặt ngơ ngác, miệng thường xuyên hơi há, lỗ mũi héch lên sang hai bên, hai gò má hẹp lại vì xương hàm trên kém phát triển. Ngoài ra, tai trẻ có thể nghễnh ngãng vì lỗ vòi Eustachi cũng có thể bị tổ chức gân bịt lại.

* Da và niêm mạc:

- Bình thường: Da hồng và niêm mạc hồng, bóng.

- *Bất thường:*

+ Màu da: Da đen tùng mảng có thể gặp ở người lao thương thận, da và niêm mạc tím, kèm khó thở, phù, gặp ở người suy tim.

+ Các tổn thương ở da: Cần nhận định đặc điểm của tổn thương để xác định nguyên nhân, sẹo do chấn thương cũ, do phẫu thuật ở lồng ngực, sẹo nhân nhúm, dính vào xương sườn thường là di tích của lao xương, lỗ dò có mũ là triệu chứng của nung mũ ở thành ngực hay ở sâu trong phổi, ở màng phổi.

+ Phù: Phù cục bộ theo kiểu áo khoác là dấu hiệu chèn ép trung thất, phù ở một bên, ở đáy lồng ngực gặp trong viêm mũ màng phổi. Một khối u ở lồng ngực đập theo mạch, hướng tới túi phình động mạch chủ hay một khối mũ.

+ Hệ thống hạch: Chú ý tìm hạch to ở hố trên đòn, hố nách, hạch cổ. Hạch to có thể do viêm cấp hay mạn tính như lao, do một bệnh máu, hay do ung thư hạch hoặc di căn của một ung thư, như ung thư phế quản, dạ dày.v.v....

* Các móng và ngón tay, ngón chân

- Bình thường: Móng tay, móng chân hồng, bóng.

- *Bất thường:* Móng tay, móng chân khum như mặt kính đồng hồ, có khi cả đầu ngón tay và ngón chân đều to bè như dùi trống, thường gặp trong nung mũ mạn tính như apxe phổi, trong bệnh tim - phổi mạn tính, trong hội chứng Pierre Marie mà nguyên nhân phần lớn là u phổi.

2.3.4. Khám đường hô hấp trên

Là khám từ mũi tới thanh khí quản. Lần lượt khám: Mũi họng, thanh quản.

Không thể bỏ qua thì khám này được, vì trong nhiều trường hợp, nguyên nhân bệnh lý ở đường hô hấp trên, không khám toàn diện không có thể có hướng điều trị đúng được, việc thăm khám đơn giản ở mọi cơ sở đều có thể làm được: Ở một đứa trẻ, sốt, ho, khó thở, có thể là triệu chứng gợi ý ta khám kỹ họng, tìm tuyến hạnh nhân, hay V.A to, có khi giả mạc bạch hầu mà nếu không nhận xét kỹ, rất dễ bỏ qua. Một người có khi khó thở kiểu hen phế quản, phải được khám đường hô hấp trên, vì có cơn khó thở đó là do viêm thất thanh - khí quản.

2.3.5. Khám phổi

* Nhìn:

+ *Quan sát hình thể lồng ngực* phía trước và sau xem có sự cân xứng hai bên không, có bị gù, vẹo.

- Nếu lồng ngực giãn to về mọi phía, các khoang liên sườn giãn phồng làm lồng ngực biến dạng hình thùng thường gặp trong giãn phế nang.

- Nếu lồng ngực giãn to một bên: Thường do tràn dịch, tràn khí màng phổi.

- Nếu lồng ngực xẹp một bên thường do dày dính màng phổi hay xẹp phổi.

+ *Quan sát di động lồng ngực* khi bệnh nhân thở:

- Nếu toàn bộ 2 bên lồng ngực kém di động gặp trong giãn phế nang.

- Nếu chỉ một bên lồng ngực kém di động thường gặp trong tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.

+ *Đếm tần số thở*: Trung bình 16-20 lần/phút.

- Nếu >24 lần/phút là thở nhanh.

- Nếu khó thở thì xem khó thở thì hít vào, thì thở ra hay cả 2 thì.

- Nếu bệnh nhân khó thở từng cơn, khó thở chậm, chủ yếu khó thở ra, phổi có nhiều ran rít, ran ngáy gặp trong hen phế quản.

* Sờ

+ *Sờ lồng ngực*: Mục đích là thăm dò rung thanh là âm thanh xuất phát từ dây thanh âm khi bệnh nhân nói lan truyền qua phổi ra thành ngực.

+ *Cách khám rung thanh*: ĐD áp lòng bàn tay lên thành ngực ở các vị trí đối xứng và bảo người bệnh đếm chậm và đồng dục: "một, hai, ba" cho đến khi kết thúc khám. Trong khi người bệnh đếm, ĐD lần lượt đặt 2 bàn tay của mình lên lồng ngực người bệnh với nguyên tắc từ trên xuống, từ trong ra ngoài, đối xứng 2 bên và cuối cùng là đổi tay để so sánh 2 bên khi cần thiết, đánh giá chính xác tình trạng rung thanh của người bệnh. Nếu tiếng rung mạnh và nếu muốn phân tích tỉ mỉ rung thanh ở một vùng thì dùng cạnh bàn tay hoặc đầu các ngón tay, nhưng cũng đặt ở vị trí đối xứng. Lưu ý vào mùa lạnh cần phải xoa nóng 2 bàn tay trước khi tiến hành khám rung thanh.

Khám lồng ngực ta cần phải so sánh các vùng đối xứng mới có thể nhận xét được những thay đổi bệnh lý vì do những sự khác nhau về giải phẫu và sinh lý, người ta

không thể quy định những tiêu chuẩn cụ thể về mặt âm học đối với hô hấp chung cho tất cả mọi người được.

+ *Những thay đổi bệnh lý:*

- Rung thanh mất: Nếu dây thanh âm không hoạt động được (suy nhược liệt dây thanh âm...).

- Rung thanh tăng: Gặp trong những trường hợp nhu mô phổi bị đông đặc như trong viêm phổi.

- Rung thanh giảm gặp trong tràn khí, tràn dịch màng phổi.

* *Gõ:* Nhằm đánh giá độ vang của phổi, một tổ chức rỗng, để biết những thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

- *Phương pháp gõ:* Có hai phương pháp: Trực tiếp và gián tiếp.

+ *Phương pháp gõ trực tiếp:* Dùng các ngón tay gấp khum lại, hoặc lòng bàn tay mở rộng. Phương pháp này cho biết một cách khái quát độ trong, đục của toàn bộ lồng ngực, nhưng làm cho người bệnh đau và cũng không xác định kỹ được các vùng tổn thương.

+ *Phương pháp gõ gián tiếp:* Gõ qua trung gian một vật khác, trước kia người ta dùng một miếng gỗ, kim loại, ngà, hoặc thủy tinh, hiện nay thì dùng các ngón bàn tay bên kia làm trung gian. Bàn tay trái, nhất là ngón giữa, áp chặt vào vùng lồng ngực định gõ, và trên các khoảng liên sườn (các ngón tay để dọc theo các khoảng gian sườn). Ngón gõ của bàn tay phải, gập cong lại, sao cho đốt thứ 3 gõ thẳng góc với đốt giữa ngón trái. Chú ý khi gõ phải chuyển động cổ tay hoặc khớp bàn tay với ngón tay, không được gõ bằng cẳng tay hoặc cả cánh tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông ở phổi, gõ mạnh nếu tìm những thay đổi ở sâu. Phải gõ đều tay, nghĩa là với cùng một cường độ, gõ theo thứ tự từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài và phải so sánh các vùng đối xứng.

- *Vị trí gõ:* Phía trước theo các đường cạnh ức, đường giữa xương đòn. Vùng nách gõ theo các đường nách trước, giữa, sau. Vùng lưng. Gõ theo các đường cạnh cột sống và giữa xương bả vai 2 bên.

+ Nhận định gõ lồng ngực:

Bình thường gõ phổi trong 2 bên phổi như nhau.

Gõ phổi đục trong trường hợp tràn dịch màng phổi.

Gõ phổi vang trong trường hợp tràn khí màng phổi.

* *Nghe phổi:* Là phương pháp cho ta nhiều dữ liệu về bệnh nhất trong khi khám thực thể phổi, có nhiều tổn thương mà chỉ có nghe mới phát hiện được: Tiếng cọ màng phổi trong viêm phổi khô, tiếng rên phế quản trong viêm phế quản, mà không một phương pháp lâm sàng nào khác và cả X quang nữa, cũng không thể thấy được.

- *Phương pháp nghe*: Có hai phương pháp: Nghe trực tiếp bằng tai áp trên lồng ngực, và nghe gián tiếp bằng ống nghe:

+ *Nghe trực tiếp*: Không tiện vì không nghe được ở những vùng khó áp tai như hố nách, hố trên đòn, và cũng vì tư thế không được thoải mái, nhất là đối với phụ nữ.

- *Nghe gián tiếp*: Dùng ống nghe, có nhiều loại, phần lớn đều làm cho một người nghe và có hai càng, nhưng cũng có loại có bốn càng, cho hai hoặc bốn người nghe. ĐD nghe tất cả các vùng đối xứng, không quên hố nách.

+ *Cách nghe*: Yêu cầu người bệnh thở sâu, đều và ĐD tiến hành nghe phối với nguyên tắc đặt loa nghe đối xứng 2 bên, từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài. Nghe ở đằng trước ngực, 2 bên và sau lưng.

+ *Kết quả*.

- *Hô hấp bình thường*: Nghe phổi bình thường thấy rì rào phế nang êm dịu

- *Hô hấp bệnh lý có thể thấy*:

. *Ran ẩm*: Xuất hiện khi không khí khuấy động các chất dịch lỏng (đờm, mủ, chất tiết) ở trong phế quản hoặc phế nang gặp trong viêm phổi thùy, viêm phế quản.

. *Ran nổ*: Xuất hiện lúc không khí vào phế quản nhỏ hoặc phế nang gây bóc tách các vách phế quản nhỏ và phế nang đã bị lớp dịch quán đặc làm dính lại, gặp trong viêm phổi và ở những người nằm lâu do một số phế nang bị xẹp dính lại.

. *Ran rít, ran rạt*: Gây ra khi luồng không khí lưu thông trong phế quản có một hoặc nhiều nơi bị hẹp gặp trong hen phế quản, khối u phế quản.

. *Tiếng cọ màng phổi*: Xuất hiện khi màng phổi bị viêm, trở nên gồ ghề vì những mảng tơ huyết, trong lúc hô hấp lá thành cọ xát vào lá tạng gây ra tiếng cọ màng phổi.

* *Đo*: Đo lồng ngực giúp ta đánh giá được chu vi, sự co giãn và tình trạng cân xứng hay không của lồng ngực.

Trên thực tế, người ta hay dùng thước dây. Đo lồng ngực, theo Hirtz có 3 mốc:

+ Ngay dưới hố nách.

+ Trên đường ngang qua núm vú.

+ Trên đường ngang đi giữa đỉnh góc bờ sườn, nền mũi ức và bờ dưới xương sườn 10.

Đo ở thì hít vào và thở ra cố. Đối với phụ nữ, nên đo ở đường qua hai hố nách.

Nhận định:

- *Bình thường*: Người ta coi là bình thường khi hiệu số giữa chu vi lồng ngực khi hít vào và thở ra là 6 - 7 cm (Chỉ số hô hấp).

- Có thể đo riêng rẽ hai bên lồng ngực bằng hai thước đo, lấy mỏm gai các đốt sống và đường giữa ngực làm mốc.

- Chỉ số hô hấp thấp trong các trường hợp hạn chế hô hấp; tràn dịch tràn khí màng phổi, giãn phế nang.v.v.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ HÔ HẤP

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	1. Hỏi bệnh		
	<p>1.1. Chào hỏi: Hỏi NB, tự giới thiệu bản thân, giải thích mục đích, lý do thăm khám, đề nghị NB đồng ý và hợp tác trong quá trình thăm khám.</p> <p>Hỏi tuổi, nghề nghiệp, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình.</p>	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với bệnh nhân, bệnh nhân sẵn sàng hợp tác với ĐD	Đủ nội dung Thái độ tôn trọng NB
	<p>1.2. Hỏi lý do vào viện Đặt câu hỏi mở. - Bác vào viện vì lý do gì? Thường có lý do: Ho khạc đờm, khó thở, đau ngực</p>	Định hướng cơ quan bị bệnh	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được
	<p>1.3. Hỏi bệnh sử 1.3.1. Hỏi thời gian xuất hiện triệu chứng</p>	Định hướng bệnh có tính chất cấp tính hay mạn tính	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được
	1.3.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng	Định hướng yếu tố thuận lợi/nguyên nhân gây bệnh	Đặt câu hỏi gợi mở (Tự nhiên bị bệnh hay sau gặp lạnh, sau khi hít hoặc tiếp xúc bụi, khí lạ....)
	1.3.3. Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính	Định hướng chẩn đoán hội chứng, phân biệt hội chứng	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời
	1.3.4. Hỏi triệu chứng kèm theo: Sốt, hắt hơi, sổ mũi, ngứa mũi.	Định hướng	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.5. Hỏi diễn biến mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện	Tiên lượng bệnh	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở	Đánh giá kiến	Dùng câu hỏi mở,

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	nhà, tuyến trước?	thức, kỹ năng thái độ của NB đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp	NB dễ hiểu, trả lời dễ dàng
	1.3.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (Đỡ hay không)	Tiên lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị	Dùng câu hỏi đóng
1.4. Hỏi tiền sử			
	<p>Tiền sử bản thân:</p> <p><i>Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?</i></p> <p>Nếu có thì cần hỏi thêm: Tần xuất xuất hiện triệu chứng (Bị cách đây bao lâu, một năm/ một tháng/ một tuần / một ngày bị bao nhiêu lần , mỗi đợt kéo dài bao lâu)</p> <p>- Hỏi cách điều trị của bệnh nhân ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (Tên thuốc, liều, cách dùng)</p> <p>- Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh</p> <p>- <i>Hỏi bệnh phối hợp</i></p> <p>Các bệnh dị ứng, lao, tăng huyết áp, tiểu đường? .</p>	<p>Xác định tính chất diễn biến của bệnh (cấp/mạn), sơ bộ định hướng mức độ bệnh</p> <p>Tìm hiểu bệnh phối hợp để chăm sóc đúng người bệnh.</p>	Dùng câu hỏi đóng, dễ hiểu, NB trả lời được.
	<p>Tiền sử gia đình</p> <p>Có ai có các triệu chứng giống bệnh nhân?</p>	Tìm hiểu tính di truyền của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng
	1.4.3. Xung quanh: Có ai có triệu chứng giống NB?	Xác định tính chất dịch tễ của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng
	<p>1.4.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần</p> <p>Điều kiện kinh tế? (Có khó khăn không?)</p>	Giúp tư vấn cho NB phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả.	Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ cảm xúc với người bệnh, động viên NB

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>Có thói quen liên quan bệnh tật: hút thuốc lá (số bao/năm), thuốc lào?</p> <p>Hít bụi, khói độc hại?</p> <p>Tinh thần yên tâm tin tưởng/lo lắng.</p>	<p>Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng người bệnh.</p>	<p>kip thời, tránh để bệnh nhân thêm lo lắng.</p>
2	2. Chuẩn bị người bệnh		
	<p>Hướng dẫn tư thế cho bệnh nhân:</p> <p>+ Khi khám phía sau: Ngồi 2 chân trên giường, 2 tay ôm đầu gối để xương bả vai ra phía ngoài hết cỡ có thể.</p> <p>Bộc lộ vùng ngực của bệnh nhân</p> <p>+ Khi khám phía trước, phía bên: 2 tay ôm đầu.</p>	<p>Giúp cho việc thăm khám được thuận lợi.</p>	<p>Tư thế NB ngồi đúng, vùng ngực được bộc lộ toàn bộ.</p>
KHÁM PHỔI			
3	3.Kỹ năng nhìn		
	<p>3.1.Nhìn hình dạng lồng ngực</p> <p>Quan sát lồng ngực của bệnh nhân phía trước, phía sau, vùng nách, nhìn theo phương tiếp tuyến thành ngực và nhìn trực diện.</p>	<p>Tìm sự biến đổi hình Hình dạng lồng ngực và động tác hô hấp giúp nhận định bệnh.</p>	<p>Nhận xét được đúng:</p> <p>- Hình dạng lồng ngực: Cân đối/gù vẹo /xẹp/ vòng cao/hình thùng</p> <p>- Thành ngực bình thường/u/sung tấy/giãn mạch/phù.</p>
	<p>3.2.Nhìn các khoang liên sườn, xương sườn.</p>		<p>Nhận xét đúng đặc điểm khoang liên sườn: bình thường/hep/giãn.</p> <p>Xương sườn nằm ngang/xuôi.</p>
	<p>3.3.Quan sát lồng ngực trong</p>		<p>Nhận xét bình thường lồng ngực di</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>quá trình di động .</p> <p>Quan sát kiểu thở, biên độ thở, quan sát sự biến đổi ở KLS, hõm ức, hố thượng đòn, cơ ức đòn chũm trong động tác thở.</p>		<p>động đều nhẹ nhàng theo nhịp thở, không co kéo cơ hô hấp, hõm ức, hố thượng đòn, biên độ và tần số đều.</p>
	3.4. Quan sát miệng bệnh nhân trong thì hô hấp.		Đánh giá thở bằng mũi hay miệng/ dấu hiệu bất thường: Thở ngáp, chúm môi khi thở ra, há miệng để thở..
4	4. Kỹ năng sờ		
	<p>4.1. Sờ thành ngực</p> <p>Dùng ngón tay áp sát vào thành ngực, đối xứng 2 bên, từ trên xuống dưới, dọc theo các xương sườn.</p>	Tìm điểm đau, u cục đặc điểm da, tổ chức dưới da, u xương, khuyết xương sườn.	Nhận xét các đặc điểm bình thường: Thành ngực không có điểm đau, u cục, lép bép của tràn khí dưới da.
	<p>4.2. Sờ rung thanh</p> <p>- Đặt 2 lòng bàn tay sát vào thành ngực NB, đối xứng từ trên xuống dưới.</p> <p>- Hướng dẫn NB đếm 1,2,3 trăm, kéo dài, nhiều lần</p> <p>- Cảm nhận được sự rung ở lòng bàn tay: Rung thanh</p> <p>- Di chuyển vị trí đặt tay mỗi khi bệnh nhân đếm 1 lần, sờ từ trên xuống dưới đối xứng 2 bên, đảo bàn tay khi có nghi ngờ bất thường</p> <p>- Đánh giá rung thanh khi so sánh các vùng.</p>	Gián tiếp đánh giá tình trạng nhu mô phổi.	<p>Đặt tay đúng, không bỏ sót vùng thăm khám</p> <p>Hướng dẫn được NB phát âm đúng.</p> <p>Báo cáo kết quả khám rung thanh: Bình thường hay giảm/tăng ở 1 vùng.</p>
5	<p>5. Kỹ năng gõ</p> <p>Đặt ngón giữa tay trái làm đệm căng và áp sát vào thành ngực,</p>	Gián tiếp đánh giá tình trạng phế trường theo từng	- Đặt tay đệm và gõ đúng cách, đúng vị trí, phát ra được

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>ngón 3 của tay phải gõ lên ngón đệm.</p> <p>(Tay đệm để song song sột sỏng tại khoang liên ba cột sống, để trong các khoang liên sườn ở các vùng khác).</p> <p>Gõ đối xứng từ trên xuống dưới theo đường dích dắc, phía sau và 2 bên, phía trước.</p> <p>Không gõ trên xương bả vai</p>	vùng.	<p>tiếng rõ ràng.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mô tả được đặc điểm âm thanh phát ra khi gõ (đục, trong, vang). - Không bỏ sót các vị trí nhận định.
6	<p>6. Kỹ năng nghe</p> <p>Đeo ống nghe, đặt mặt loa to có màng sát lên thành ngực vào vị trí cần nghe, dặn bệnh nhân thở đều, sâu.</p> <p>Nghe đối xứng từ trên xuống dưới, trước, sau, 2 bên.</p> <p>Nghe đủ 2 thì hô hấp.</p> <p>Không nghe trên xương bả vai.</p>	Gián tiếp đánh giá khả năng lưu thông khí và gián tiếp xác định tình trạng phế quản, nhu mô phổi.	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị hướng của tai nghe, mặt loa của ống nghe trước khi nghe. - Hướng dẫn NB thở đúng. - Đặt ống nghe ở đúng vị trí. - Báo cáo được đặc điểm rì rào phế nang/ tiếng bệnh lý nếu có.
7	<p>7. Kỹ năng đo:</p> <p>Dùng thước dây đo lồng ngực trên đường ngang qua núm vú (Tương ứng với KLS 5).</p> <p>Đo ở thì hít vào và thở ra cố.</p>	Đánh giá được chu vi, sự co giãn và tình trạng cân xứng hay không của lồng ngực.	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định KLS 5. - Đặt thước dây ở đúng vị trí - Báo cáo được hiệu số giữa chu vi lồng ngực khi hít vào và thở ra.

BÀI 6: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIÊU HÓA

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ tiêu hóa.
- 1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, bất thường về tiêu hóa.
- 1.3. Thể hiện được ân cần, tôn trọng người bệnh khi nhận định chăm sóc hệ tiêu hóa.

2. NỘI DUNG

2.1. Đại cương

Bộ máy tiêu hoá đi từ miệng đến hậu môn thường được gọi là ống tiêu hoá. Ngoài ra còn có các tuyến tiêu hóa: Gan, tụy, tuyến nước bọt nằm ngoài ống tiêu hóa nhưng chúng tiết dịch tiêu hóa đổ vào ống tiêu hóa.

Khám hệ tiêu hóa gồm:

- Hỏi bệnh để phát hiện các rối loạn cơ năng của hệ tiêu hóa.
- Khám tiêu hóa trên: Khám miệng, tuyến nước bọt, họng, thực quản. Thực quản là một ống nằm sâu, do đó rất khó khám trên lâm sàng.
- Khám bụng: Phần lớn bộ máy tiêu hóa là nằm ở bụng, gồm có: Dạ dày, ruột non, ruột kết, gan, mật và tụy tạng. Do đó, muốn thăm khám bụng cần phải biết các vị trí của các phần đó ở trong ổ bụng, và nhất là hình chiếu của chúng lên thành bụng, do đó cần phải nắm được 9 phân khu của vùng bụng.
- Khám tiêu hóa dưới gồm có: Hậu môn và trực tràng.

2.1.1. Phân khu vùng bụng

* *Phía trước*: Bụng được chia làm ba tầng, 9 khu.

- Kẻ hai đường ngang và 2 đường dọc:
 - + Kẻ đường trên qua bờ dưới sườn (Điểm thấp nhất).
 - + Đường dưới qua hai gai chậu trước trên.
 - + Kẻ hai đường thẳng đứng qua giữa cung đùi phải và trái
- Kết quả chia bụng làm ba tầng, 9 vùng, mỗi tầng có 3 vùng.
 - + Tầng trên: Ở giữa là vùng thượng vị (1); hai bên là vùng hạ sườn phải (2) và hạ sườn trái (3).
 - + Tầng giữa: Ở giữa là vùng rốn (4); hai bên là vùng mạn sườn phải (5) và vùng mạn sườn trái (6).

+ Tầng dưới: Ở giữa là vùng hạ vị (7); hai bên là vùng hố chậu phải (8) và vùng hố chậu trái (9).

* *Phía sau*: Là hố thắt lưng giới hạn bởi cột sống giữa, xương sườn 1 ở trên, mào chậu ở dưới.

* *Phía dưới*: Là bìu và tinh hoàn.

2.1.2. Hình chiếu của các cơ quan trong bụng lên từng vùng

2.1.2.1. Thượng vị

- Thùy trái gan.
- Một phần mặt trước dạ dày, tâm vị, môn vị.
- Mạc nối gan – dạ dày, trong mạc nối có mạch máu và ống mật.
- Tá tràng.
- Tuy tạng.
- Đám rối dương.
- Động mạch chủ bụng (đoạn đầu).
- Tĩnh mạch chủ bụng (đoạn đầu).

2.1.2.2. Vùng hạ sườn phải

- Thùy gan phải.
- Túi mật.
- Góc đại tràng phải.
- Tuyến thượng thận phải và cực trên thận phải.

2.1.2.3. Vùng hạ sườn trái

- Lách.
- Dạ dày.
- Góc đại tràng trái.
- Đuôi tụy.
- Tuyến thượng thận trái và cực trên thận trái.

2.1.2.4. Vùng rốn

- Mạc nối lớn.
- Đại tràng ngang.
- Ruột non.
- Mạc treo ruột và bạch mạc treo ruột.
- Hai niệu quản dọc hai bên cột sống.
- Động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ bụng.

2.1.2.5. Vùng mạn sườn phải

- Đại tràng lên và ruột non.
- Thận trái.

2.1.2.6. Vùng mạn sườn trái

- Đại tràng xuống và ruột non.
- Thận trái.

2.1.2.7. Vùng hạ vị

- Mạc nối lớn.
- Ruột non.
- Bàng quang.
- Đoạn cuối của niệu quản.

2.1.2.8. Vùng hố chậu phải

- Manh tràng.
- Ruột non.
- Ruột thừa.
- Bụng trứng phải.

2.1.2.9. Hố chậu trái

- Đại tràng sigmoid.
- Ruột non.
- Bụng trứng trái.

2.1.2.10. Vùng hố thắt lưng

- Thận và niệu quản.

2.2. Các bước thực hiện

2.2.1. Chào và hỏi bệnh

* Chào người bệnh:

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên điều dưỡng
- Giải thích tình trạng và lý do khám. Đề nghị người bệnh đồng ý, hợp tác trong quá trình thăm khám.
- Nếu người bệnh nặng, các thông tin trên cần được trao đổi với người nhà của bệnh nhân.

* Hỏi bệnh: Hỏi các rối loạn cơ năng của hệ tiêu hoá.

- Đau: Là triệu chứng rất hay gặp và quan trọng, bao giờ cũng là triệu chứng chỉ điểm cho một tổn thương thực thể. Cần hỏi kỹ các đặc tính: Vị trí, cường độ, thời gian đau, hướng lan,...

- Rối loạn về nuốt:

- + Nuốt khó: Không đưa thức ăn vào thực quản được hoặc vào thực quản nhưng rất khó đi xuống dưới, bị tắc, nghẹn lại ở một chỗ nào đó.
- + Nuốt đau: Đau ở phân họng, hoặc đau ở chỗ dừng thức ăn.
- *Nôn, buồn nôn:*
- + Nôn là tình trạng chất chứa trong dạ dày bị tống ra ngoài.
- + Buồn nôn: Là cảm giác muốn nôn nhưng không nôn được.
- *Ợ:* Là tình trạng chất chứa trong dạ dày thực quản bao gồm cả hơi đi ngược lên miệng: ợ hơi, ợ nước (chua, đắng), ợ thức ăn.
- *Rối loạn phân:* Số lần, số lượng, tính chất phân, ...
- *Rối loạn đại tiện:* Khó đại tiện, đau quặn, mót rặn.
- *Rối loạn sự thèm ăn:* Không có cảm giác thèm ăn, đầy bụng khó tiêu, ăn không biết ngon, đắng miệng.
- *Hiện tượng sinh hơi:* Trung tiện nhiều hoặc bí trung tiện, sôi bụng.
- *Hiện tượng chảy máu tiêu hoá:* Nôn ra máu (máu tươi, máu đen), đi ngoài ra máu (máu tươi, máu đen, máu cá).

2.2.2. Khám tiêu hoá trên

* Khám môi:

- Bình thường: Môi màu hồng, mềm, cân xứng với các bộ phận khác.
- Bệnh lý: Trong trường hợp bệnh lý, có thể quan sát thấy sự thay đổi về màu sắc, khối lượng, và có thể có những tổn thương.
 - + Màu sắc: Tím (suy tim, suy hô hấp), đỏ sẫm (bệnh gan), nhợt nhạt (thiếu máu).
 - + To ra: Bệnh to đầu chi.
 - + Dị dạng: Sứt môi.
 - + Liệt mặt. Môi lệch 1 bên:
 - + Nứt mép - chóc mép: Nhiễm khuẩn, virus

* Khám hố miệng:

- Cách khám: Người bệnh há to miệng, dùng đèn pin hoặc đèn chiếu để chiếu sáng nếu không bảo người bệnh quay ra phía sáng, ta dùng đèn lưỡi để khám hai thành bên và nền miệng, chú ý lỗ ống Stenon (ở mặt trong má cạnh răng hàm trên số 6 – 7).
 - Bình thường: Niêm mạc hố màu hồng, nhẵn hơi ướt.
 - Bệnh lý: Trong trường hợp bệnh lý, có thể quan sát thấy sự thay đổi về màu sắc, khối lượng, và có thể có những tổn thương.
 - + Màng đen: Bệnh Addison, u hắc tố.
 - + Chấm xuất huyết: Bệnh máu (Leucemie, giảm tiểu cầu).
 - + Loét: Thiếu Vitamin nhóm B, nhiễm khuẩn.
 - + Mụn mọng nước: Nhiễm khuẩn, virus.
 - + Hạt Koplix: Màu đỏ, ở giữa hơi xanh hoặc trắng, to bằng đầu đinh ở mặt trong má: Bệnh sởi: thường ở trẻ em, xuất hiện mùa đông xuân, bệnh có thể phát thành dịch.
 - + Lỗ ống Stenon: Sung gập trong quai bị.

* Khám lưỡi: Xem lưỡi về các phương diện màu sắc, niêm mạc, gai lưỡi và hình thể.

- Bình thường: Lưỡi màu hồng, hơi ướt, các gai lưỡi rõ. Gai hình đài hoa xếp hình chữ V phân chia phần thân lưỡi và cuống lưỡi.
- Bệnh lý: Trong trường hợp bệnh lý, có thể quan sát thấy sự thay đổi về màu sắc, khối lượng, và có thể có những tổn thương.
 - + Thay đổi về màu sắc: Màng đen (bệnh Addison), rêu lưỡi đen (tăng ure máu), đỏ sẫm (Nhiễm khuẩn, đa hồng cầu, suy gan), tím (suy tim, suy hô hấp), vàng (mặt dưới) gập trong hội chứng vàng da.
 - + Thay đổi niêm mạc: Bẩn (nhiễm khuẩn), nhiều rêu trắng (nhiễm khuẩn nấm), niêm mạc nhẵn bóng đỏ: Biermer.
 - + Loét, nứt: Nhiễm khuẩn, ho gà.

- + Lưỡi to: To đầu chi.
- + Teo: Liệt dây thần kinh lưỡi.
- + Khó u: Hiếm gặp.

** Khám lợi và răng:*

- Lợi:

+ Bình thường lợi màu hồng, bóng ướt, và ôm sát vào chân răng, giống như niêm mạc ở miệng.

+ Bệnh lý:

. Viêm đen: Nhiễm độc chì, thuỷ ngân ...

. Phì đại: Leucemie, viêm, chân răng có mũ...

. Chảy máu: Viêm lợi, các bệnh về máu.

- Răng: Khi khám chú ý về số lượng, hình thái và tổn thương của răng.

+ *Cách khám:* Khám răng cửa (Bảo bệnh nhân nhe răng, kéo môi lên trên, hoặc kéo môi dưới xuống), khám răng hàm (Bảo bệnh nhân há miệng, dùng đèn lưỡi đẩy má ra 2 bên, hoặc đẩy lưỡi để bộc lộ răng).

+ *Bình thường:* Về hình thái răng mọc đều đặn, men trắng bóng và không đau khi nhai và khi gõ. Số lượng của răng phụ thuộc vào tuổi.

+ *Bất thường:* Các bệnh về răng có nhiều liên quan đến bệnh của bộ máy tiêu hoá và toàn thân.

. Viêm quanh chân răng có mũ, nhiều cao răng.

. Răng mọc chậm, không đủ số lượng, trong bệnh còi xương.

. Răng rụng nhiều và dễ dàng, trong bệnh đái tháo đường.

. Sâu răng: Răng có vết đen và đau...

. Răng Hutschinson: Gặp trong bệnh giang mai bẩm sinh, biểu hiện 2 răng cửa hàm trên chệch hướng, bờ lõm hình bán nguyệt.

** Khám họng.*

- *Cách khám:* Bệnh nhân há miệng, cổ ngửa ra sau, dùng đèn pin chiếu sáng họng, dùng đèn lưỡi.

- *Bình thường:* Màu hồng, phần trên là lưỡi gà và màn hầu, 2 bên là 2 tuyến hạnh nhân (Amydale) nằm giữa 2 cột trước và sau, phía sau là thành họng sau. Khi nuốt lưỡi gà và màn hầu kéo lên che kín phần sau của mũi.

- *Bất thường:*

+ Liệt màn hầu: Khi nuốt, màn hầu không kéo lên bịt lỗ sau của mũi gây sặc lên mũi.

- + Hạnh nhân sưng to, loét, có mũ, giả mạc.
- + U vòm họng hoặc thành sau họng.
- + Họng có giả mạc: Gặp trong nhiễm nấm, hoặc bạch hầu giả mạc.
- + Dị dạng: Lưỡi gà chẻ làm đôi.
- * *Tuyến nước bọt:*
 - *Sinh lý:* Có 3 tuyến.
 - + Tuyến mang tai: Ở sau xương hàm dưới, trước tai. Ống tiết Sténon đổ vào mặt trong má.
 - + Tuyến dưới hàm: Phía trong nhánh ngang xương hàm dưới, có ống tiết Wharton đổ vào cạnh phan dưới lưỡi.
 - + Tuyến dưới lưỡi: Cạnh phan dưới lưỡi, dưới niêm mạc miệng. Nó là tuyến nước bọt nhỏ nhất nhưng có nhiều ống tiết hơn.
 - *Bình thường:* Không nhìn thấy, không sờ thấy. Miệng luôn ướt.
 - *Bệnh lý:*
 - + Sung to do viêm: Do quai bị, nhiễm khuẩn (dễ tái phát, ống Sténon chảy mũ), sỏi tuyến nước bọt (làm tắc ống dẫn nước bọt gây đau, tuyến mang tai hay gặp nhất).
 - + Giảm bài tiết: Hội chứng Sjogren, bệnh Sarcoidose, yếu tố tâm lý, do dùng thuốc (atropin, kháng histamin,...).
- + U tuyến nước bọt.

2.2.3. Khám tiêu hóa giữa (Khám bụng)

2.2.3.1. Nguyên tắc

- Phải khám thật nhẹ nhàng từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau.
- Phải đặt sát cả hai bàn tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Phải khám nơi đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.

2.2.3.2. Chuẩn bị:

- Phòng khám phải đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm. Xoa tay trước khi khám, giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Người khám đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh nếu thuận tay phải và ngồi bên trái nếu thuận tay trái.
- BN nằm ngửa, bộc lộ rộng rãi vùng bụng (từ ngang núm vú xuống tới phần trên của đùi), hai tay duỗi thẳng theo thân mình, hai chân co gối để bụng và đùi tạo một góc lớn hơn 45 độ làm chùng cơ bụng, bàn chân và lưng sát giường miệng há thở đều, thả lỏng cơ để thành bụng được mềm. Tuy nhiên có một số trường hợp đau dữ dội, bệnh nhân không thể nằm ngửa được ví dụ như trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng.

Trong những trường hợp này cần an ủi nhẹ nhàng đã thông bệnh nhân và nhanh chóng xác định bệnh nhân có co cứng thành bụng hay không để có chẩn đoán quyết định.

2.2.3.3. Khám bụng

* Nhìn:

- Cách khám: Cho người bệnh nằm đúng tư thế và quan sát khi bệnh nhân nằm ngửa, sau đó hướng dẫn bệnh nhân ngồi dậy để tìm dấu hiệu bất thường.

+ Trước hết là nhìn hình dáng chung của bụng, sự cân xứng, bụng lõm hay chướng.

+ Nhìn xem bụng bệnh nhân có di động theo nhịp thở hay không, tìm dấu hiệu bất thường.

+ Da bụng: Lôông, màu sắc, sẹo mổ cũ, tuần hoàn bàng hệ,...

+ Những dấu hiệu bất thường, khối thoát vị: Vùng rốn, vùng bẹn. Trong quan sát, ta cũng cần nhìn đến các chất thải của bệnh nhân như chất nôn, nước tiểu, phân... để có thể hướng tới chẩn đoán ví dụ như nôn ra máu hay đi ngoài phân đen, đái ra máu hay đái ra mủ, dịch nôn có dịch mật hay không để phân biệt giữa tắc tá tràng với hẹp môn vị.

- Bình thường: Bụng thon, tròn đều, thành bụng ngang xương ức, không giãn chướng, di động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Ổ bụng không có thương tổn trên bề mặt da, nhìn nghiêng không có lồi lõm bất thường.

- Bất thường:

+ Hình thái:

. Bụng lõm lòng thuyền: Suy mòn, lao màng bụng thể xơ dính.

. Bụng chướng: Do ống tiêu hoá trướng hơi hoặc ổ bụng có hơi (thủng tạng rỗng), bụng có dịch, khối u, phình thành bụng (Thường gặp sau mổ, thành bụng yếu nên các tạng bị phình qua chỗ yếu). Nếu bụng chướng, động tác tiếp theo là xác định chướng do hơi hay do dịch bằng cách gõ.

. Rốn lồi: Do thoát vị rốn hoặc có nước.

+ Cử động bụng: Bụng co cứng, không di động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ, gặp trong viêm phúc mạc, hoặc đau quá, bụng chướng quá căng, ta có thể phát hiện dấu hiệu co cứng thành bụng qua quan sát: Các múi cơ thẳng của bụng nổi rõ liên tục như người lên gân bụng.

+ Tuần hoàn bàng hệ.

* Sờ nắn bụng:

- Nguyên tắc: Sờ nhẹ nhàng, từ vùng không đau đến vùng đau, để so sánh tình trạng cơ thành bụng ở các vùng bụng đối diện. Phải đặt sát cả lòng bàn tay lên thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay. Bệnh nhân thở đều, thật mềm bụng, không được lên gân bụng.

- Mục tiêu:

+ Nhận biết hình dạng, mật độ, bề mặt những cơ quan trong ổ bụng nếu to ra.

+ Phát hiện những điểm đau và một số dấu hiệu tại thành bụng.

- *Cách khám:* Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nghiêng, ngồi, đứng khi cần thiết. Để đánh giá tình trạng thành bụng, người khám cần một bàn tay hoặc 2 bàn tay chồng lên nhau để áp nhẹ lên bụng bệnh nhân, để bàn tay có sự mềm mại đúng như mật độ thành bụng, nhẹ nhàng ấn từ từ, không khám bằng các đầu ngón tay vì các đầu ngón tay sẽ kích thích thành bụng tạo ra những đáp ứng của thành bụng do phản xạ. Di động bàn tay nhịp nhàng theo nhịp thở của BN để tay cảm nhận thành bụng (phản ứng thành bụng), và các tạng mềm thể hiện qua thành bụng (túi mật căng to). Hoặc dùng bàn tay cố gắng sờ nắn các vùng sâu phía trong ổ bụng, các tạng hoặc u có biểu hiện rắn chắc.

Khám lần lượt theo trình tự nhất định các vùng phân chia trên thành bụng, với mỗi vùng chú ý các đặc điểm giải phẫu và các cơ quan phía dưới: gan, lách, thận,... Trường hợp NB đau cần khám từ vùng không đau trước và tìm điểm đau.

- *Bình thường:* Thành bụng mềm mại, không đau, không u cục.

- *Bất thường:*

+ Lóp mỡ dưới da bụng quá dày hoặc quá mỏng.

+ Thành bụng căng: Có nước hoặc hơi

+ Thành bụng cứng toàn bộ: Cứng và vẫn di động theo nhịp thở không đau là bình thường, cứng và đau là biểu hiện bệnh lý của bệnh viêm cấp tính biến chuyển nhanh.

* *Một số dấu hiệu quan trọng của thực hành thăm khám sờ bụng:*

- *Phản ứng thành bụng:* Phản ứng thành bụng là tình trạng cơ thành bụng co lại khi ta ấn nhẹ bàn tay vào bụng bệnh nhân từ nông xuống sâu. Để tránh tình trạng phản ứng thành bụng giả tạo do người khám bệnh gây nên, bàn tay người khám bệnh phải được làm ấm trước khi khám, áp sát toàn bộ bàn tay lên bụng, từ vùng bụng không đau đến vùng bụng bị đau, so sánh tình trạng thành bụng bên đau với bên đối diện.

Phản ứng thành bụng (+): Có thể biểu hiện bằng thớ cơ thành bụng căng lại gần như lên gân bụng, nét mặt đau đớn và thể hiện động tác đối kháng như giữ tay người khám lại, gạt tay người khám ra ...Nguyên nhân phản ứng thành bụng là một phản xạ của thành bụng nhằm bảo vệ các tạng bên trong khi bị tổn thương do sang chấn hay viêm nhiễm.

- *Co cứng thành bụng:* Co cứng thành bụng nghĩa là thành bụng phải co cứng liên tục và ngoài ý muốn người bệnh.

Co cứng thành bụng được chia làm hai loại:

+ Co cứng thành bụng cục bộ: Chỉ co cứng một nhóm cơ của một vùng bụng, như chỉ co cứng ở hố chậu phải hay dưới sườn phải, trong khi những nơi khác vẫn còn mềm.

+ Co cứng toàn thể các cơ thành bụng.

Cần lưu ý khi xác minh co cứng thành bụng (+) nghĩa là thành bụng phải co cứng liên tục và ngoài ý muốn người bệnh. Phát hiện dấu hiệu này, chỉ cần áp nhẹ bàn tay lên bụng bệnh nhân để cảm nhận tình trạng co cứng liên tục của các khối cơ thành bụng. Khi co cứng cục bộ có nghĩa là một tạng đã bị vỡ nhưng chưa vỡ vào toàn ổ bụng còn co cứng toàn thể là dấu hiệu sớm của thủng tạng rỗng.

- *Cảm ứng phúc mạc*: Cảm ứng phúc mạc là thể hiện ở thành bụng các dấu hiệu mà trong ổ phúc mạc có dịch viêm hoặc máu hoặc nói cách khác là tình trạng thể hiện của thành bụng trong trường hợp phúc mạc bị kích thích do dịch viêm nhiễm hoặc do máu.

Trong những trường hợp này, bụng bệnh nhân thường trướng, vẻ mặt biểu hiện nhiễm trùng nếu trường hợp có mủ trong ổ bụng hoặc nhợt nhạt nếu có máu trong ổ bụng.

+ *Cách khám*: Dùng ngón tay ấn sâu vào bụng BN rồi bỏ tay ra đột ngột.

Cảm ứng phúc mạc (+) khi nắn bụng rất nhẹ nhàng cũng làm người bệnh không chịu nổi hoặc khi ta bỏ tay đột ngột khỏi thành bụng sau khi ấn sâu vào khiến bệnh nhân đau nảy người lên.

- *Các điểm đau đặc hiệu*:

+ Điểm MacBurney trong bệnh viêm ruột thừa

+ Điểm thượng vị trong bệnh viêm loét dạ dày

+ Điểm buồng trứng

+ Điểm sườn lưng trái trong phù tụy hoặc viêm tụy cấp.

- *Một số nghiệm pháp*: Đồng thời với việc tìm các điểm đau đặc hiệu, có một số nghiệm pháp thường được tiến hành cùng với động tác khám.

+ Nghiệm pháp Bouveret: Kích thích gây tăng nhu động của dạ dày hay quai ruột.

+ Nghiệm pháp sóng vỗ: Xác định dịch tự do hay khu trú.

+ Nghiệm pháp lắc óc ách lúc đói: Gặp trong hẹp môn vị.

* *Gõ bụng*: Gõ từ rốn gõ ra theo hình nan hoa xe đạp. Chú ý gõ cả phần ngực thuộc về ổ bụng.

- *Bình thường*:

+ Diện đục trước gan: Tính từ bờ sườn (P) trở lên là 6 – 12 cm theo đường giữa đòn, 4 – 8 cm theo đường giữa ức.

+ Vùng túi hơi dạ dày (khoang Traube): Hình bán nguyệt ngay trên bờ sườn trái sát với mũi ức.

+ Vùng lách: Nằm ở đường lách sau, giữa xương sườn 9 – 10 – 11.

- *Bệnh lý*:

+ Gõ vang toàn bộ: Bụng chướng hơi.

+ Gõ đục toàn bộ hoặc đục ở thấp, trong ở cao: Dịch trong ổ bụng

+ Mất vùng đục của gan: Có hơi trong ổ bụng (thủng tạng rỗng)

* *Nghe bụng:*

- Nghe bụng nhằm phát hiện tiếng nhu động ruột để phân biệt giữa tắc ruột cơ giới (có và tăng nhu động) với tắc ruột cơ năng do liệt ruột (mất nhu động ruột).

- Phát hiện tiếng thổi trong một số trường hợp túi phình động mạch chủ vỡ hoặc các khối u tăng sinh mạch thường biểu hiện một bệnh cảnh của hội chứng phúc mạc và trong trường hợp này khi nghe bụng sẽ thấy tiếng thổi tâm thu rất rõ.

- *Nghe bụng*

Nghe bụng nhằm phát hiện tiếng nhu động ruột để phân biệt giữa tắc ruột cơ giới (có và tăng nhu động) với tắc ruột cơ năng do liệt ruột (mất nhu động ruột), đồng thời một số trường hợp phình động mạch

2.3. Khám tiêu hóa dưới

Thăm khám vùng bụng, vùng bẹn bìu và thăm trực tràng hoặc thăm âm đạo cần phải có nơi khám kín đáo và đối với phụ nữ khi người điều dưỡng là nam giới khám bệnh thì trong chỗ khám bệnh bắt buộc phải có từ hai người trở lên.

Khám trực tràng: Là một động tác cần thiết và bắt buộc trong quá trình thăm khám tiêu hoá, vì có thể phát hiện những tổn thương quan trọng như ung thư trực tràng, trĩ hoặc tình trạng cấp cứu như viêm màng bụng chửa ngoài dạ con bị vỡ... mà nếu bỏ qua có thể gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

- *Tư thế người bệnh:*

+ Nằm phủ phục như khám hậu môn.

+ Nằm ngửa hai chân co và dạng rộng (tư thế sản khoa) ĐD đứng bên phải người bệnh.

+ Nằm nghiêng, chân dưới duỗi, chân trên co.

- *Cách khám:* ĐD dùng ngón tay trở có bao cao su thấm sâu nhờn (dầu Parafin) cho trơn, đưa nhẹ nhàng và từ từ vào hậu môn người bệnh, thăm sự chứa đựng bên trong trực tràng, tình trạng niêm mạc và thành trước, sau và hai bên trực tràng.

- *Bình thường:* Trực tràng rỗng, không đau khi ấn vào các túi cùng màng bụng (túi cùng Dougia), niêm mạc mềm mại trơn, khi rút tay ra không có máu và mủ theo ra.

- *Bất thường:* Ta có thể thấy khối u, chảy máu, túi cùng Douglas căng phồng và bệnh nhân đau...

Những động tác khám hậu môn và trực tràng trên đây bắt buộc người bệnh phải bỏ quần, ĐD cần có thái độ tôn trọng người bệnh, khám nhẹ nhàng, kín đáo, tránh thô bạo sờ sảng, nhất là đối với phụ nữ.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIÊU HÓA

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	1.Hỏi bệnh		
	<p>1.1. Chào hỏi: Hỏi người bệnh, tự giới thiệu bản thân, giải thích mục đích, lý do thăm khám, đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình thăm khám.</p> <p>Hỏi tuổi, nghề, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp.</p>	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với bệnh nhân, bệnh nhân sẵn sàng hợp tác với ĐD.	Đủ nội dung Thái độ tôn trọng người bệnh.
	<p>1.2.Hỏi lý do vào viện Đặt câu hỏi mở. (NB bị như thế nào phải vào viện?) Thường có lý do: Đau bụng, nôn, đi ngoài phân lỏng...</p>	Định hướng cơ quan bị bệnh.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
	<p>1.3.Hỏi bệnh sử 1.3.1. Bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ?</p>	Định hướng bệnh có tính chất cấp tính hay mạn tính.	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	<p>1.3.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng .</p>	Định hướng yếu tố thuận lợi/nguyên nhân gây bệnh.	Đặt câu hỏi gợi mở (Tự nhiên bị bệnh hay sau ăn thức ăn lạ, không đảm bảo vệ sinh...)
	<p>1.3.3.Hỏi tính đặc điểm của các triệu chứng chính. Ví dụ: - Đau bụng: Vị trí? Hướng lan, tính chất đau: Tức, rát bỏng, nhói, quặn...mức độ dữ dội hay nhẹ nhàng, diễn biến: cơn, liên tục, chu kỳ ? - Nôn: Màu sắc, thành phần, số lần, số lượng.</p>	Định hướng chẩn đoán hội chứng, phân biệt hội chứng.	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời.
	<p>1.3.4 Hỏi triệu chứng kèm theo: Sốt? (nếu có thì hỏi đặc điểm sốt),</p>	Định hướng chẩn đoán.	Đặt câu hỏi đóng.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	ợ hơi, ợ chua, trung tiện....		
	1.3.5. Hỏi diễn biến mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện ?	Tiên lượng bệnh.	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyến trước?	Đánh giá kiến thức, kỹ năng thái độ của người bệnh đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp.	Dùng câu hỏi mở, bệnh nhân dễ hiểu, trả lời dễ dàng.
	1.3.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (đỡ hay không).	Tiên lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.Hỏi tiền sử		
	Tiền sử bản thân: <i>Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?</i> Nếu có thì cần hỏi thêm: Thường xuất hiện khi nào? - Hỏi cách điều trị của bệnh nhân ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (tên thuốc, liều, cách dùng) - Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh. - <i>Hỏi bệnh phối hợp</i>	Xác định tính chất diễn biến của bệnh (cấp/mạn), sơ bộ định hướng mức độ bệnh. Tìm hiểu bệnh phối hợp để điều trị đúng người bệnh.	Dùng câu hỏi đóng, dễ hiểu, NB trả lời được.
	1.4.2. Tiền sử gia đình Có ai có các triệu chứng giống như NB?	Tìm hiểu tính di truyền của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.3. Xung quanh: Có ai có triệu chứng giống NB ?	Xác định tính chất dịch tễ của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần	Giúp tư vấn cho bệnh nhân	Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>Điều kiện kinh tế?</p> <p>Có thói quen liên quan bệnh tật: Uống rượu, hút thuốc, bỏ bữa ăn, ăn không hợp vệ sinh.</p> <p>Tinh thần yên tâm tin tưởng/lo lắng.</p>	<p>phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả.</p> <p>Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng NB.</p>	<p>cảm xúc với NB, động viên NB kịp thời, tránh để NB thêm lo lắng.</p>
2	2 .Khám tiêu hóa trên		
	<p>2.1.Chuẩn bị</p> <p>- Dụng cụ: đèn soi miệng họng, đèn lưỡi vô khuẩn.</p> <p>- Đeo găng tay.</p>	<p>Giúp thuận lợi trong khi quan sát khoang miệng.</p>	<p>Đủ dụng cụ, NB há miệng đủ rộng để thăm khám.</p>
	<p>2.2.Quan sát môi, niêm mạc mặt ngoài lợi, niêm mạc lưỡi.</p> <p>Dùng 2 tay cầm vào môi trên và môi dưới kéo nhẹ ra ngoài và lên trên (môi trên)/xuống dưới (môi dưới) để bộc lộ phần niêm mạc môi, niêm mạc mặt ngoài lợi và quan sát.</p> <p>Hướng dẫn NB đẩy lưỡi ra ngoài hết cỡ quan sát mặt trên lưỡi rồi cong lưỡi lên trên để quan sát mặt dưới lưỡi.</p>	<p>Giúp phát hiện được đặc điểm niêm mạc môi, lợi, lưỡi.</p>	<p>Thao tác đúng kỹ thuật</p> <p>Nhận xét đúng đặc điểm bình thường của môi, lưỡi, lợi: Hồng, bóng, không có : Loét, u cục, không bản ...</p>
	<p>2.3. Quan sát niêm mạc mặt trong của lợi, miệng họng amidal, quan sát răng</p> <p>-Tay phải cầm dụng cụ đèn lưỡi, tay trái cầm đèn soi họng.</p> <p>- Bảo NB há miệng rộng.</p> <p>- Dùng đèn lưỡi đặt ở giữa lưỡi đoạn gần gốc lưỡi ấn nhẹ xuống và dùng đèn soi, quan sát niêm mạc họng, 2 amidal, trụ amidal.</p> <p>- Dùng dụng cụ đèn lưỡi bộc lộ</p>	<p>Giúp phát hiện đặc điểm các bộ phận trong khoang miệng.</p>	<p>Thao tác đúng kỹ thuật.</p> <p>Nhận xét đúng đặc điểm niêm mạc khoang miệng, họng, amidal, răng bình thường: Bình thường niêm mạc hồng, bóng, không sung đỏ, không loét, không u cục, không giả mạc. Răng sáng</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>niêm mạc mặt trong miệng, lợi. Quan sát niêm mạc mặt trong miệng và mặt trong lợi. Nhận xét đặc điểm niêm mạc họng, amidal, niêm mạc lợi, miệng.</p>		<p>bóng, niêm mạc lợi ôm sát chân răng, đủ răng, không lung lay.</p>
3	<p>Khám bụng</p> <p>3.1. Chuẩn bị: Phòng khám: Đủ ánh sáng, đủ ấm vào mùa đông, giường khám. Hướng dẫn tư thế người bệnh. NB nằm ngửa, 2 chân chống lên vừa phải, 2 tay để dọc theo thân. Bộc lộ vùng bụng: Mở áo khoác (mùa rét), cuộn áo trong của người bệnh vào trong lên đến ngực. Cuộn cạp quần vào trong xuống đến gai mu. Các động tác thực hiện từ tốn, tế nhị. ĐD: 2 tay ấm (mùa đông) đứng hoặc ngồi bên phải người bệnh</p> <p>3.2. Xác định các phân khu của vùng bụng . Kẻ 2 đường dọc, 2 đường ngang - Xác định điểm giữa cung đùi và điểm giữa xương đòn từng bên, nối dọc qua các cặp điểm. - Xác định 2 điểm thấp nhất bờ sườn 2 bên, nối 2 điểm này. - Xác định điểm gai chậu trước trên, nối 2 điểm này.</p> <p>3.3. Gọi tên các vùng, các tạng tương ứng. Thượng vị, HSP, HST, quanh rốn, mạn sườn phải, mạn sườn trái,</p>	<p>NB thoải mái, ĐD thăm khám thuận lợi.</p> <p>Giúp khả năng thăm khám các tạng trong ổ bụng đúng theo vùng, điểm tương ứng trên thành bụng.</p>	<p>Chuẩn bị và hướng dẫn NB đủ các nội dung. NB nằm đúng tư thế: Vùng bụng được bộc lộ đầy đủ, áo quần của NB được vén gọn gàng.</p> <p>Tìm chính xác các mốc, các điểm đau. Gọi tên đúng các vùng. Nêu đúng các tạng tương ứng với các vùng.</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>hạ vị, hố chậu phải, hố chậu trái.</p> <p>3.4. Xác định các điểm đau trên thành bụng:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Điểm túi mật: Bờ ngoài cơ thẳng to gặp bờ sườn phải. + Điểm ruột thừa: 1/3 ngoài 2/3 trong từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải. + Điểm cạnh ức phải: Cách mũi ức 1 cm. + Vùng đầu tụy và ống mật chủ (góc tá tụy): góc 45⁰, 1 cạnh là đường trắng giữa, 1 cạnh là đường phân giác góc vuông tạo bởi đường trắng giữa và đường ngang qua rốn bên phải. 		
4	<p>4. Nhìn vùng bụng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát vùng bụng. - Nhìn hình thể bụng tổng quát, da bụng. - Nhìn di động ổ bụng, tìm các dấu hiệu bất thường. <p>Cách làm:</p> <p>Quan sát trực diện thành bụng khi bệnh nhân nằm ngửa, sau đó hướng dẫn NB ngồi dậy để tìm dấu hiệu tuần hoàn bàng hệ nếu không nhìn thấy ở tư thế nằm ngửa.</p>	<p>Nhận biết được hình dạng bụng bình thường.</p>	<p>Nhận xét đúng hình dạng bụng bình thường: Thon đều, di động theo nhịp thở, không có sọc, không có u cục nổi, không có tuần hoàn bàng hệ.</p>
5	<p>5. Sờ bụng</p> <p>-Áp sát 1 bàn tay lên thành bụng ở vùng hố chậu, các ngón tay hướng chéch lên trên, ấn xuống nhẹ nhàng mỗi khi NB thở ra, rồi tịnh tiến tay dần lên vùng bụng trên. Sờ từng bên một.</p>	<p>Tìm đặc điểm thành bụng, ổ bụng, xác định hình dạng, mật độ, bề mặt những cơ quan trong ổ bụng nếu bị to ra .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thao tác đúng kỹ thuật. - Vừa sờ bụng, ấn điểm đau vừa quan tâm phản ứng của NB, hỏi NB cảm giác đau, tức. - Nhận xét đúng

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
			<p>đặc điểm bụng bình thường: Thành bụng mềm, không có phản ứng.</p> <p>Không có u cục, không sờ thấy gan, lách. Ấn các điểm đau người bệnh không đau.</p>

6	<p>- Gõ theo hình nan hoa từ rốn ra xung quanh.</p> <p>Khi gõ lắng nghe sự thay đổi âm sắc: Trong, vang, đục.</p> <p>Bình thường: Âm gõ đục: Vùng đục của gan, lách.</p> <p>Âm gõ vang: Khi gõ lên vùng có hơi: Ruột.</p> <p>Nếu thấy đục vùng thấp, trong vùng cao, ranh giới là đường cong Parabol bề lõm quay lên trên: Có dịch tự do trong ổ bụng.</p> <p>Nếu thấy đục vùng thấp mức độ ít, nghi ngờ có dịch thì cho NB nằm nghiêng sang bên đối diện và gõ lại tại đó, nếu thấy vùng đó trở nên trong là bụng có dịch.</p>	<p>- Tìm cổ trướng.</p> <p>Và một số bất thường: Thùng tạng rộng, dịch ổ bụng.</p>	<p>Gõ đúng kỹ thuật, nhận định đúng kết quả gõ: Bình thường bụng trong đều, xác định đúng diện đục của gan.</p>
7	<p>Đặt ống nghe bên phải ngay dưới mũi ức, đề nhẹ lắng nghe, tiếp tục từ trên xuống dưới.</p>	<p>Đánh giá nhu động ruột.</p> <p>Tìm triệu chứng hẹp động mạch chủ bụng.</p>	<p>Đặt ống nghe đúng vị trí, nhận xét đúng: Bình thường không có tiếng thổi.</p>
8	<p>8. Làm nghiệm pháp sóng vỗ (Nếu gõ bụng thấy dấu hiệu có dịch trong ổ</p>	<p>Xác định dịch trong ổ</p>	<p>Làm đúng hoàn cảnh (Có dịch trong ổ</p>

	<p>bụng).</p> <p>Dùng rìu bàn tay NB hoặc bàn tay người phụ khám đặt dọc theo đường trắng giữa, ấn mạnh xuống. ĐD lấy 1 lòng bàn tay áp sát thành bụng ở 1 bên, dùng các ngón tay của tay kia vỗ từng đợt vào thành bụng bên đối diện, chú ý cảm nhận những đợt sóng dội vào lòng bàn tay. Nếu có là nghiệm pháp (+), không có là nghiệm pháp (-).</p>	<p>bụng là dịch tự do: Nghiệm pháp (+); dịch khu trú: Nghiệm pháp (-).</p>	<p>bụng).</p> <p>Làm đúng kỹ thuật.</p>
9	<p>9. Nghiệm pháp bouvret</p> <p>Dùng các đầu ngón tay búng lên thành bụng, đồng thời quan sát thành bụng nếu thấy những khối lồi lên và di động từ vùng này sang vùng khác đó là tìm dấu hiệu rắn bò, nghiệm pháp bouvret (+).</p>	<p>- Tìm triệu chứng của hội chứng tắc ruột.</p>	
10	<p>10. Nghiệm pháp lắc óc ách lúc đói</p> <p>NB nhịn ăn trong vòng 6 giờ, ĐỂ NB đứng thẳng, ĐD đứng đối diện hơi chéch và cúi để tai ngang vùng thượng vị người bệnh, 2 tay giữ 2 xương cánh chậu người bệnh và lắc theo chiều trước-sau, bình thường không nghe được tiếng gì, nếu có tiếng óc ách: Nghiệm pháp (+).</p>	<p>Tìm triệu chứng của hẹp môn vị.</p>	<p>- Có xác định NB đói.</p> <p>- Làm đúng kỹ thuật thăm khám</p> <p>- Nhận xét đúng kết quả thăm khám.</p>
12	<p>12. Khám tiêu hóa dưới</p>		

	<p><i>4.1. Chuẩn bị trước khi thăm khám</i></p> <p>Không gian để thăm khám: Phòng đủ kín, ấm.</p> <p>Người bệnh: Nằm lên bàn khám, nằm nghiêng, chân trên co, chân dưới duỗi, NB tự bộc lộ vùng hậu môn với lời nói và thái độ chu đáo, tế nhị giúp NB yên tâm.</p> <p>ĐD: Đeo găng tay, bôi trơn bằng paraphin.</p>	<p>Tìm các triệu chứng ở hậu môn, bóng trực tràng.</p>	<p>Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ thăm khám.</p> <p>Nhận xét đủ các nội dung thăm khám.</p>
	<p><i>4.2. Quan sát hậu môn:</i></p> <p>Dùng 2 ngón tay căng da nếp hậu môn và quan sát nếp da phát hiện các bất thường nếu có: Loét, rò mủ, u, trĩ.</p>		
	<p><i>4.3. Khám trực tràng:</i></p> <p>Đưa 1 ngón tay qua hậu môn, khám nhận định lòng của bóng trực tràng và thành trực tràng, chú ý tuyến tiền liệt ở nam giới.</p> <p>Rút ngón tay ra, quan sát màu phân bám theo tay.</p>		

BÀI 7: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC GAN MẬT

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của gan mật.
- 1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, bất thường về gan mật.
- 1.3. Thể hiện được ân cần, tôn trọng người bệnh khi nhận định chăm sóc gan mật.

2. NỘI DUNG

2.1. Đại cương

Nhận định lâm sàng nhằm phát hiện vàng da, vàng mắt do tắc mật cơ học, phát hiện gan to, túi mật to do nguyên nhân các bệnh lý ngoại khoa như do sỏi mật, do áp xe gan, hay do các khối u gan lành tính, hoặc ác tính, là những kỹ năng cơ bản trong thực hành bệnh lý ngoại gan mật.

Để làm chủ những kỹ năng này, việc chuẩn bị kiến thức và kỹ năng tiền lâm sàng có vai trò rất quan trọng. Qua đó sinh viên có thái độ, kỹ năng tốt, kiến thức phù hợp cho việc thực tập trên lâm sàng trong những năm tiếp theo.

2.2. Các bước thực hiện

2.2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên điều dưỡng.
- Giải thích mục đích khám và các khả năng biến chứng có thể xảy ra. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2.2. Chuẩn bị

- Phòng khám: Thăm khám thực hiện trong phòng kín đáo, đủ ánh sáng, có nhiệt độ thích hợp, ấm vào mùa lạnh.
- Người bệnh khác giới: Cần có một trợ lý thăm khám cùng giới với người bệnh.
- Người bệnh đóng thế hoặc mô hình khám bụng.

2.2.3. Đánh giá tình trạng người bệnh

- Quan sát chung toàn trạng người bệnh, chú ý tinh thần người bệnh có ổn định, người bệnh hợp tác thì các thông tin người bệnh kể mới có ý nghĩa trong thu thập triệu chứng cơ năng, để từ đó hướng tới bệnh và tìm các triệu chứng khác cũng như đề xuất các thăm dò cận lâm sàng.

- Cần lưu ý thăm khám toàn diện, tỉ mỉ có hệ thống các cơ quan nhằm phát hiện các bệnh lý phối hợp để có thái độ điều trị hợp lý.

2.2.4. Một số kỹ năng thăm khám cơ bản trong ngoại gan mật

2.2.4.1. Khám vàng da

- Khám dưới ánh sáng tự nhiên.

- Khám củng mạc: Điều dưỡng đứng đối diện với người bệnh, dùng một ngón tay kéo nhẹ mi trên và yêu cầu người bệnh nhìn xuống dưới hoặc yêu cầu người bệnh liếc mắt sang 2 bên để đánh giá củng mạc mắt có vàng hay không vàng, vàng rõ hay vàng không rõ.

- Khám kết mạc mắt: Điều dưỡng đứng đối diện với người bệnh, dùng một ngón tay kéo nhẹ mi dưới và yêu cầu người bệnh nhìn lên trên rồi đánh giá kết mạc mắt có vàng hay không vàng, vàng rõ hay vàng không rõ.

- Khám da: Khám ở những nơi da mỏng, không bị ánh nắng làm sẫm màu như mặt trong cẳng tay, gan bàn tay, da bụng rồi đánh giá da có vàng hay không vàng, vàng rõ hay vàng không rõ.

- Khi xác định có vàng da vàng mắt cần tiếp tục xác định các tính chất của vàng da, các triệu chứng phối hợp để hướng tới tìm nguyên nhân.

+ Trong tắc mật do u, vàng da, vàng mắt tiến triển liên tục và ngày càng tăng, thường kèm theo mệt mỏi, gầy sút cân không rõ nguyên nhân, phân bạc màu và ngứa nhiều.

+ Trong tắc mật do sỏi mật thường vàng da vàng mắt tiến triển từng đợt, khỏi rồi lại tái phát. Biểu hiện điển hình là tam chứng Charcot.

+ Thăm khám cận lâm sàng như siêu âm hay chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ gan mật, tụy giúp xác định chính xác nguyên nhân để có thái độ xử trí phù hợp. Chú ý phân biệt với vàng da do các nguyên nhân bệnh lý nội khoa.

2.2.4.2. Khám gan to và nghiệm pháp rung gan ấn kẽ sườn

* *Bình thường*: Gan nằm dưới cơ hoành phải, nằm sau xương sườn, bờ trên tương ứng với khoảng liên sườn 5 và bờ dưới không sờ thấy hoặc chỉ sờ thấy một phần thùy trái ở vùng thượng vị. Ở người lớn, chiều cao của gan trung bình tính theo đường giữa xương đòn kéo xuống là 10 – 11 cm.

* *Bất thường*: Gan to khi chiều cao của gan tăng lên hoặc giới hạn của gan rộng ra. Gan to có thể là bờ trên của gan vượt quá liên sườn V và bờ dưới to ra khỏi bờ sườn. Có thể gan chỉ to một chiều như: Bờ trên vẫn ở vị trí cũ nhưng bờ dưới xuống thấp, hoặc bờ dưới không vượt khỏi bờ sườn nhưng bờ trên vượt qua liên sườn V. Như vậy muốn xác định gan to cần phải xác định giới hạn của bờ trên và bờ dưới.

2.2.4.3. Nhìn

Bình thường không nhìn thấy gan, một số trường hợp gan to có thể nổi gò lên ở dưới sườn phải hay vùng trên rốn và di động theo nhịp thở, khoảng gian sườn trước gan giãn rộng.

2.2.4.4. Sờ

- Khi sờ cần phải thật nhẹ nhàng, áp cả lòng bàn tay vào thành bụng, di chuyển bàn tay theo nhịp thở của người bệnh từ phía dưới bụng lên tới bờ sườn phải. Tuân thủ nguyên tắc khám bụng chung, bàn tay người khám phải ấm, sờ từ chỗ không đau đến chỗ đau, vừa khám vừa hỏi để tránh co cơ thành bụng do người bệnh chủ động chống động tác sờ nắn nhất là khi đã có nhiều lần thăm khám.

- Có nhiều phương pháp khác nhau:

+ Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng trước để sờ nắn hoặc dùng tay đặt dưới hố thắt lưng nâng lên, tay phải sờ nắn ở phía trên.

+ Phương pháp Glénard: Dùng tay trái, bốn ngón đặt dưới hố thắt lưng, còn ngón cái xòe ra ôm lấy vùng hạ sườn phải phía trước nhằm đánh giá gan phải.

+ Phương pháp móc: Người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng trái, ĐD ở phía trên vùng gan dùng bàn tay đặt lên khung sườn trước gan, ngón tay cong lại theo hình móc và móc vào vùng hạ sườn phải.

- Xác định gan to dưới bờ sườn thường được đo bằng cm theo đường giữa đòn phải (gan phải) và đường trắng giữa dưới mũi ức (Thùy gan trái).

- *Những điểm cần chú ý xác định sau khi khám gan:*

+ Bờ gan: Bờ gan cách bờ sườn, dưới mũi ức bao nhiêu cm, cách tốt nhất là vẽ sơ đồ để đối chiếu theo dõi. Tính chất bờ tù hay sắc, đều hay gồ ghề.

+ Mật độ: Cứng chắc hay mềm mại. Đau hay không?

2.2.4.5 Gõ

- Xác định diện đục của gan nhằm đánh giá gan to lên trên, gan to cả hai chiều hay gan xa. Ở đường dọc núm vú phải: Khoảng liên sườn 5, ở đường nách giữa: Khoảng liên sườn 7, ở đường nách sau: Khoảng liên sườn 9, ở phía sau: giữa liên sườn 11 và 12. Bình thường kích thước gan từ 10-12 cm trên đường vú và 9-10 cm trên đường nách giữa.

- Tìm dịch cổ trướng khi nghi ngờ xơ gan, ung thư các tạng như mật, gan, tụy.

2.2.4.6. Nghe

Trong trường hợp u gan lớn, nhiều tuần hoàn bàng hệ có thể nghe thấy tiếng thổi.

2.2.4.7. Một số nghiệm pháp khám gan

- Nghiệm pháp rung gan: Người bệnh nằm ngửa, bàn tay trái ĐD đặt lên trên vùng gan, tay phải chặt nhẹ vào tay trái, nghiệm pháp (+) khi người bệnh đau.

- Nghiệm pháp ấn kẽ sườn: Dùng ngón tay ấn vào các kẽ sườn vùng trước gan. Nếu đau là nghiệm pháp (+).

2.2.4.8. Khám túi mật và nghiệm pháp Murphy

- Bình thường không sờ thấy túi mật.

- Túi mật to do viêm, do tắc đường mật phía dưới chỗ đổ của ống cổ túi mật hay tắc ống cổ túi mật hay do u túi mật. Có thể nhìn thấy hay sờ thấy khối căng như quả trứng ở dưới sườn phải hay xuống thấp hơn, di động theo nhịp thở. Ấn tức hoặc đau.

- Tìm điểm đau túi mật: Giao của bờ ngoài cơ thẳng to và bờ sườn phải

- Nghiệm pháp Murphy: Năm 1903, John B. Murphy mô tả động tác sờ dưới sườn phải và yêu cầu người bệnh thở vào sâu, khi đó túi mật di chuyển xuống dưới chạm vào ngón tay người khám. Khi túi mật viêm người bệnh cảm thấy đau và nín thở là nghiệm pháp (+). Độ nhạy của nghiệm pháp cao 97,2 %. Độ đặc hiệu 48,3 %.

- Khi thăm khám cần phát hiện dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa: Tuần hoàn bàng hệ, cổ trướng, lách to.

2.2.5. Kết thúc thăm khám

- Thông báo sơ bộ kết quả thăm khám.

- Chào và cảm ơn người bệnh đã hợp tác.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC GAN MẬT

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	1. Kỹ năng hỏi bệnh		
	<p><i>1.1. Làm quen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi BN, hỏi tuổi, nghề, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp. - Tự giới thiệu bản thân. - Giải thích mục đích khám. <p>Đề nghị BN đồng ý, hợp tác.</p>	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với NB, NB sẵn sàng hợp tác với ĐD.	Đủ nội dung Thái độ tôn trọng NB.
	<i>1.2. Hỏi lý do vào viện.</i>	Định hướng vị trí bị bệnh.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
	<i>1.3. Hỏi bệnh sử.</i>	Lấy thông tin về bệnh.	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	<i>1.4. Hỏi tiền sử.</i>		

2	KHÁM BỆNH		
2.1	Nhận định tình trạng người bệnh	Sơ bộ nhận định tinh thần của người bệnh	Đánh giá BN tỉnh, tiếp xúc tốt hay rối loạn tâm thần không tiếp xúc được

2.2	Khám vàng da	Nhận định chức năng gan-mật	Đánh giá đúng vàng da, vàng mắt.
2.3	Khám gan	Nhận định được gan to	Kỹ năng nhìn, sờ, gõ, nghe tốt. Xác định được diện đực của gan
2.4	Thực hiện nghiệm pháp		
	<p>Làm nghiệm pháp rung gan</p> <p>- Cách làm: Áp sát lòng bàn tay vào lồng ngực phía trước dưới, lấy rìa bàn tay kia chăt nhẹ lên mu tay này và quan sát nét mặt người bệnh</p> <p><i>Lưu ý: Làm bên trái, sau đó làm bên phải</i></p>	Tìm triệu chứng gan đau trong bệnh apxe gan	Tư thế BN phù hợp Thực hiện đúng kỹ thuật
	<p>Làm nghiệm pháp ấn kẽ liên sườn</p> <p>Dùng 1 đầu ngón tay ấn vào khoang liên sườn 8 trên đường nách trước, quan sát nét nặt của bệnh nhân, nếu BN đau chói là (+)</p> <p><i>Lưu ý: Làm bên trái trước sau đó làm bên phải</i></p>		
2.5	Khám túi mật		Tư thế BN phù hợp Thực hiện đúng kỹ thuật
2.6	Tìm điểm đau túi mật		Tư thế BN phù hợp Thực hiện đúng kỹ thuật
	Nghiệm pháp Murphy	Đánh giá túi mật viêm	Tư thế BN phù hợp Thực hiện đúng kỹ thuật
3	Kết thúc khám		

BÀI 8: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIẾT NIỆU

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ tiết niệu.

1.2. Khám đúng quy trình, đúng kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, bất thường về tiết niệu.

1.3. Thể hiện ân cần, tôn trọng người bệnh khi thăm khám hệ tiết niệu.

2. NỘI DUNG

2.1. Đại cương

Nhận định lâm sàng hệ thống thận tiết niệu gồm: Khám thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo.

Cơ thể người có 2 quả thận, hình hạt đậu trắng nằm dọc 2 bên cột sống, sau phúc mạc, giới hạn của 2 cực vào khoảng đốt sống ngực 10 đến đốt sống thắt lưng 3, thận phải thấp hơn thận trái 1 chút, có tính di động.

Tiết niệu được tính từ nơi mà nước tiểu cuối cùng được hình thành và đổ vào bàng quang rồi bài tiết ra ngoài gồm:

- Đường tiết niệu trên: Gồm đài thận, bể thận và niệu quản.

- Đường tiết niệu dưới: Gồm bàng quang, niệu đạo và cơ thắt.

- Tuyến tiền liệt: Tuyến này không nằm trong hệ thống thận tiết niệu nhưng các bệnh lý của nó gây ra rối loạn quá trình bài xuất nước tiểu.

2.2. Cách bước thực hiện

2.2.1. Chuẩn bị

* *Điều dưỡng*: Cần mang đủ trang bị y tế (Mũ, áo, quần Blu, khẩu trang nếu cần). Phong thái tự tin, đĩnh đạc gây lòng tin ở người bệnh.

* *Bệnh nhân*: Đứng, ngồi hoặc nằm theo yêu cầu của điều dưỡng.

* *Dụng cụ*:

- Phòng khám: Kín đáo, đủ ánh sáng, đủ ấm vào mùa đông.

- Găng tay vô trùng.

2.2.2. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên điều dưỡng.

- Giải thích mục đích và trình tự khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình nhận định.

2.2.3. Hội bệnh:

2.2.3.1. Đau

* *Đau thắt lưng*: Thường là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ, sỏi đài bể thận, viêm thận bể thận, viêm tấy quanh thận.

- Biểu hiện: Đau tức âm ỉ ngang vùng thắt lưng, đau 1 bên hoặc cả 2 bên, khi làm việc nặng, đi đường xa đau nhiều hơn.

* *Cơn đau quặn thận*: Là biểu hiện của sự tăng áp lực cấp tính đường dẫn niệu, trên chỗ tắc nghẽn. Thường gặp do sỏi thận. Cơn đau thường xuất hiện đột ngột sau khi lao động nặng, uống thuốc lợi tiểu.

- Biểu hiện: Đau đột ngột, dữ dội, đau quặn quai lan từ hố thắt lưng lan xuống bộ phận sinh dục ngoài. Người bệnh vã mồ hôi, mặt tái, lo lắng sợ sệt, nôn mửa, có cảm giác buồn đái. Cơn đau kéo dài từ 1-2 tiếng đồng hồ, có thể kèm theo đi tiêu ra máu, ỉn điễm niệu quản dương tính.

2.2.3.2. Tiểu nhiều, tiểu ít, vô niệu

Bình thường lượng nước tiểu 24 giờ ở nam từ 1,2 - 1,5 lít, nữ 1,1 - 1,3 lít. Được gọi là tiểu nhiều khi lượng nước tiểu > 1,5 lít/ 24 giờ, tiểu ít khi lượng nước tiểu < 1 lít/24 giờ, khi lượng nước tiểu < 300 ml / 24 giờ gọi là vô niệu.

*** Tiểu nhiều**

+ *Sinh lý*: Tiểu nhiều sinh lý gặp trong những trường hợp uống nhiều nước, uống bia, mùa rét, dùng thuốc lợi tiểu, thuốc trợ tim.

+ Bệnh lý:

- Đái tháo đường: Lâm sàng biểu hiện 4 nhiều ăn nhiều, gầy nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều lượng nước tiểu có thể từ 4 - 5 lít/24 giờ, có những trường hợp 7 - 8 lít/24 giờ. Xét nghiệm glucose máu lúc đói tăng cao, xuất hiện glucose niệu.

- Đái tháo nhạt: Do suy thùy sau tuyến yên gây thiếu kích tố ADH. Bệnh nhân có biểu hiện đái nhiều, đo tỷ trọng nước tiểu giảm.

- Viêm thận mạn: Giai đoạn đầu của viêm thận mạn số lượng nước tiểu ban đêm nhiều hơn ban ngày.

*** Tiểu ít, vô niệu**

- Đái ít lượng nước tiểu < 1 lít/24 giờ.

- Vô niệu lượng nước tiểu < 300 ml / 24 giờ.

+ *Sinh lý*: Chỉ có tiểu ít sinh lý, vô niệu là yếu tố bệnh lý. Tiểu ít sinh lý thường gặp vào mùa hè, những người lao động nặng nhọc, những người có thói quen uống ít nước.

+ Bệnh lý:

- Những nguyên nhân do thận đứng hàng đầu, thường gặp:

- Viêm cầu thận cấp: Trên lâm sàng có tiểu ít kèm theo đái máu, ure trong máu tăng.

- Viêm cầu thận mạn: Số lượng nước tiểu ít kèm theo hiện tượng tăng nitơ máu.
- . Sỏi thận: Tiểu ít xuất hiện khi sỏi gây tắc niệu quản, bàng quang.
- . Ngộ độc một số chất gây viêm ống thận cấp như ngộ độc mật cá trắm, thủy ngân.
- Nguyên nhân ngoài thận:
 - . Mất máu do mọi nguyên nhân như mất máu do chấn thương, do xuất huyết tiêu hoá.
 - . Mất nước cấp do nôn nhiều, do ỉa chảy, do sốt cao.
 - . Tất cả những trường hợp gây truy mạch, sốc.
 - . Suy tim, xơ gan làm giảm lưu lượng máu đến thận gây tiểu ít.

2.2.3.3. Tiểu khó

* Tiểu buốt

- Tiểu buốt là cảm giác đau ở niệu đạo, bàng quang mỗi khi đi tiểu, vì có cảm giác buốt nên bệnh nhân không dám tiểu mạnh thành tia mà chỉ thành từng giọt.
- Những nguyên nhân thường gặp: Do viêm bàng quang, niệu đạo: ở phụ nữ thường gặp viêm do tạp khuẩn, lậu cầu, Trichomonas, ở nam thường do lậu cầu.
- Ngoài ra có thể gặp viêm bàng quang, niệu đạo do lao.

+ Ung thư bàng quang: Rất hiếm gặp.

+ Viêm tiền liệt tuyến: Thường gây triệu chứng viêm bàng quang đôi khi có thể gây bí tiểu, đi tiểu có mủ. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to, đau, mềm có thể nặn ra mủ.

* Tiểu rất

Là tình trạng đi đái nhiều lần trong ngày, mỗi lần số lượng nước tiểu rất ít, mỗi khi đi tiểu có khi chỉ vài giọt hoặc không có giọt nào. Người bệnh vừa mới đi tiểu xong lại muốn đi tiểu nữa. Mỗi lần đi tiểu có cảm giác khó đi.

+ Nguyên nhân: Tiểu buốt thường kèm theo tiểu rất. Ngoài những nguyên nhân gây tiểu buốt ở trên còn có thể gặp những nguyên nhân ngoài bàng quang, niệu đạo gây tiểu rất.

- Tổn thương ở trực tràng: Viêm trực tràng, giun kim, ung thư trực tràng cũng có thể gây tiểu rất vì trung tâm điều chỉnh hoạt động của bàng quang và trực tràng ở cạnh nhau trong tuỷ sống.

- Tổn thương ở bộ phận sinh dục nữ: U xơ tử cung, ung thư cổ tử cung, thân tử cung, viêm phần phụ sinh dục cũng gây tiểu rất vì nó nằm sát bàng quang trực tiếp gây những kích thích đối với bàng quang.

* Bí tiểu

Khi bí tiểu thận vẫn làm việc được, bàng quang đầy nước tiểu nhưng bệnh nhân không đi đái được. Khác hẳn với vô niệu, người bệnh không đi tiểu được vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng.

Bí tiểu nếu kéo dài nước tiểu ở bàng quang sẽ đi ngược lên bể thận, đem theo vi khuẩn, gây viêm thận ngược dòng rất nguy hiểm.

+ Nguyên nhân tại bàng quang, niệu đạo:

- Di vật bàng quang: Có thể gặp sỏi hay cục máu, có thể từ trên thận xuống hay sinh tại bàng quang gây bí tiểu.

- Ung thư bàng quang: Rất hiếm gặp. Nếu khối u to sẽ làm tắc lỗ niệu nạo chỗ thông với bàng quang và gây bí tiểu.

+ Nguyên nhân ngoài bàng quang:

- Do tiền liệt tuyến là nguyên nhân thường gặp nhất ở nam giới, tiền liệt tuyến to lên sẽ đè bẹp gây bí tiểu. Tiền liệt tuyến to lên có thể do:

. Ung thư tiền liệt tuyến: Là nguyên nhân gây bí tiểu ở người già. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to và cứng.

. Viêm tiền liệt tuyến: Thường có biểu hiện triệu chứng viêm bàng quang, đái mủ kèm theo bí tiểu. Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to nhưng mềm, đau, có thể nặn ra mủ.

- Do các khối u vùng tiểu khung: Ung thư trực tràng, ung thư cổ tử cung, ung thư thân tử cung... khi di căn vào tiểu khung có thể đè vào cổ bàng quang gây bí tiểu.

- Do các tổn thương thần kinh trung ương:

. Bệnh ở tuỷ sống: Chấn thương gãy cột sống, đứt ngang tuỷ, lao cột sống, u tuỷ, viêm tuỷ... đều có thể gây bí tiểu.

. Bệnh ở não và màng não: Viêm não, áp xe não, chảy máu não, nhũn não, viêm màng não.

Bí tiểu trong những trường hợp tổn thương thần kinh trung ương rất nguy hiểm vì khó hồi phục, phải thông tiểu nhiều lần do đó dễ gây nhiễm khuẩn bàng quang và từ đó gây viêm bể thận ngược dòng.

2.2.3.4. Tiểu mủ, tiểu máu

* Tiểu mủ

Là hiện tượng có mủ trong nước tiểu. Bình thường nước tiểu có rất ít bạch cầu (không quá 2000 bạch cầu/ phút, trường hợp tiểu ra mủ, trong nước tiểu có nhiều bạch cầu đa nhân thoái hoá. Tiểu ra mủ có thể đơn thuần hoặc kèm theo tiểu ra máu.

+ Nguyên nhân:

- Mủ ở niệu đạo: Biểu hiện tiểu ra mủ ở đầu bãi thường gặp trong viêm niệu đạo, bệnh ở tiền liệt tuyến.

- Mủ ở bàng quang: Biểu hiện tiểu ra mủ cuối bãi, nguyên nhân thường gặp là viêm bàng quang, lao bàng quang, sỏi bàng quang, bội nhiễm do thông tiểu nhiều lần.

- Mủ ở thận: Biểu hiện tiểu ra mủ toàn bãi, gặp trong viêm đài bể thận cấp, viêm đài bể thận mạn, lao thận, thận đa nang.

* Tiểu máu

Là hiện tượng có nhiều hồng cầu hơn bình thường trong nước tiểu. Bằng phương pháp làm cặn Addis bình thường không quá 1000 hồng cầu ra nước tiểu trong 1 phút. Tiểu ra máu có thể nhiều mắt thường nhìn thấy được gọi là tiểu máu đại thể, nhưng cũng có thể ít mắt thường không nhìn thấy được phải soi qua kính hiển vi gọi là tiểu ra máu vi thể. Tiểu ra máu có thể đơn thuần, có thể kèm theo tiểu ra mủ hoặc kèm theo tiểu ra dưỡng chấp.

- Nguyên nhân tiểu ra máu đại thể:

+ Ổ niệu đạo: Polyp niệu đạo gặp ở nữ, dập niệu đạo, polyp tiền liệt tuyến gặp ở nam.

+ Ổ bàng quang: Lao bàng quang, sỏi, khối u bàng quang.

+ Tại thận: Nguyên nhân thường gặp gây tiểu máu tại thận là sỏi thận, ung thư thận, lao thận, thận đa nang, viêm cầu thận cấp, chấn thương thận.

+ Nguyên nhân toàn thân: Gặp ở những người mắc bệnh về máu như bệnh máu chậm đông Hemophylie, bệnh do tiểu cầu Hemogenie, bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu mạn. Ngoài ra còn có thể do dùng thuốc chống đông Dicoumarol, Heparin.

- Nguyên nhân tiểu máu vi thể: Tất cả các nguyên nhân gây tiểu máu đại thể đều là nguyên nhân gây tiểu máu vi thể. Ngoài ra còn có một số nguyên nhân chỉ gây tiểu máu vi thể như:

+ Viêm cầu thận mạn, suy thận.

+ Suy tim phải, suy tim toàn bộ.

+ Nhiễm trùng huyết, osler.

2.2.3.5. Nôn, nhức đầu, khó thở

Trong các bệnh lý về thận, các triệu chứng nôn, nhức đầu, khó thở thường xuất hiện khi có hiện tượng tăng Nitơ máu. Biểu hiện:

- Nôn mửa kèm theo ỉa chảy, loét vùng họng hầu, lưỡi đen.

- Nhức đầu, chóng mặt, cảm giác ruồi bay trước mắt, người bệnh mệt mỏi.

- Khó thở, hơi thở có mùi Amoniac, có thể có rối loạn nhịp thở kiểu Cheynes-Stockes hoặc Kussmall.

2.2.4. Nhận định thận

* Nhìn

- Cách khám: BN ngồi quay lưng về phía điều dưỡng, 2 lưng cân đối. Quan sát vùng hông và hố thắt lưng 2 bên.

- Bình thường: Vùng hông lưng 2 bên cân đối.

- Bất thường:

+ Da vùng hông lưng biểu hiện sưng nóng đỏ.

+ Thận to có thể thấy bên bị bệnh vùng thắt lưng gồ lên, thường lệch về 1 bên so với đường giữa. Nếu thận to 2 bên, có thể thấy 2 bên thắt lưng đầy ra hoặc khối u 2 bên.

* Sờ:

- Mục đích: Để xác định xem thận có to hay không, thận to trong những trường hợp thận ứ nước, ứ mù, ung thư thận, thận đa nang.

- Tư thế: Điều dưỡng đứng hoặc ngồi 1 bên giường bệnh. 2 người cần ngồi gần nhau để tránh gắng sức. NB nằm 2 chân co gối, thở đều, mềm bụng, sờ lúc người bệnh thở ra vì khi đó các cơ mềm, dễ khám.

- Dấu hiệu chạm thận (chạm hông lưng): Người bệnh nằm giữa 2 chân co, điều dưỡng ngồi bên phải người. Tay trái điều dưỡng đặt ở hố thắt lưng phía sau, tay phải đặt ở vùng mạng sườn cùng bên.

Cách làm: Tay trái điều dưỡng nâng khối cơ lưng lên, tay phải ấn thành bụng từ trên xuống, từ ngoài vào trong và từ trong ra ngoài, đều đặn nhẹ nhàng theo nhịp thở. Nếu thận to tay phải sẽ sờ thấy một khối chắc. Dấu hiệu này còn gọi là “chạm thắt lưng” biểu hiện của một khối nằm ở vùng hông lưng, có thể là thận to, có thể là gan to (bên phải) hoặc lách to (bên trái).

- *Dấu hiệu bập bênh thận*: Tư thế người bệnh và tư thế điều dưỡng giống như trong phương pháp chạm thận.

Cách làm: Tay phải điều dưỡng ở phía trên thành bụng ấn xuống nhẹ rồi để yên, tay trái ở dưới dùng đầu ngón tay đẩy hát lên. Rồi làm ngược lại, tay trái điều dưỡng ở phía dưới để yên, tay phải ở trên dùng các đầu ngón tay hát thành bụng bệnh nhân xuống thành từng đợt. Cần đẩy nhanh, hơi mạnh và dứt khoát, làm nhiều lần. Chú ý làm khi người bệnh bắt đầu thở ra. Nếu thận to bàn tay trên và bàn tay dưới có cảm giác chạm phải một khối tròn, chắc, kiểu bập bênh. Dấu hiệu này rất có giá trị trong xác định thận to.

- *Dấu hiệu rung thận* (vỗ hông lưng): Tư thế người bệnh ngồi quay lưng về phía người khám đầu hơi cúi ra trước.

Cách làm: Đặt 1 bàn tay lên vùng thận ở phía hông lưng rồi dùng mép bàn tay kia vỗ lên từ 1 – 2 lần. Bình thường, khi làm nghiệm pháp này bệnh nhân không đau. Dấu hiệu này rất có giá trị trong xác định bệnh lý ở thận có gây đau, nhất là thận ứ nước và ứ mù. Lưu ý: Nếu đã có dấu hiệu chạm thận (+), bập bênh thận (+) rõ, nhất là khi làm chạm thận bệnh nhân than đau, thì không cần làm rung thận nữa.

* *Nghe*:

- Đặt ống nghe tại vùng góc sườn – thắt lưng và tại vùng $\frac{1}{4}$ trên bụng. Có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu. Tiếng thổi thường là do hẹp hay phình động mạch thận, dò động tĩnh mạch thận. Bướu thận cũng có thể nghe thấy tiếng thổi do tăng sinh mạch máu.

* *Các điểm đau niệu quản*.

Cách khám: Điều dưỡng ngồi bên phải người bệnh, tay trái đỡ vào vùng hông lưng, dùng ngón tay của bàn tay phải từ từ ấn sâu xuống dưới, vừa ấn vừa quan sát nét mặt bệnh nhân để phát hiện triệu chứng đau. Khám bên không đau trước.

- *Điểm niệu quản trên*: Là điểm cắt của đường kẻ ngang qua rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to 2 bên. Hoặc 3 khoát ngón tay cách ngang rốn 2 bên tương ứng với đoạn từ bề thận đổ vào niệu quản.

- *Điểm niệu quản giữa*: Kẻ đường thẳng nối 2 gai chậu trước trên 2 bên, chia đoạn thẳng đó làm 3 phần bằng nhau, hai đầu mút của đoạn 1/3 giữa là 2 điểm niệu quản giữa tương ứng với đoạn động mạch chậu vắt qua niệu quản.

- *Điểm niệu quản dưới*: Phải thăm trực tràng hay âm đạo mới thấy. Điểm niệu quản này tương ứng với đoạn niệu quản đổ vào bàng quang.

Ấn các điểm niệu quản dương tính trong những trường hợp có sỏi niệu quản.

* *Điểm đau hố sườn lưng, sườn sống*:

- *Điểm hố sườn lưng*: Là điểm gặp nhau của bờ dưới xương sườn XII và bờ ngoài khối cơ lưng to.

- *Điểm sườn sống*: Là góc giữa xương sườn XII và cột sống.

Ấn hai điểm trên đau trong trường hợp có sỏi thận.

2.2.5. Cách khám bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến

2.2.5.1. Cách khám bàng quang

Bình thường không có cầu bàng quang nên không khám thấy bàng quang. Khi ứ nước tiểu ở bàng quang khám sẽ thấy cầu bàng quang.

* Cách khám:

- Nhìn: Nếu có cầu bàng quang vùng hạ vị nổi lên một khối u tròn nhỏ bằng quả cam hay to lên tận rốn.

- Sờ: Khối u rất tròn, nhẵn có cảm giác căng, không di động.

- Gõ: Ranh giới giữa vùng đục và vùng trong là một đường cong có đỉnh quay lên trên.

- Thông tiểu lấy được nước tiểu, khối u xẹp ngay. Đó là phương pháp chẩn đoán chắc chắn nhất để phân biệt với khối u khác trên lâm sàng.

Như vậy chỉ cần sử dụng một sonde bàng quang có thể giúp ta phân biệt những trường hợp ứ nước tiểu ở bàng quang với những trường hợp có khối u ở vùng hạ vị như cổ tử cung, phụ nữ có thai... Đây là một phương pháp có thể áp dụng một cách thuận lợi, hiệu quả khi mà ở tuyến y tế cơ sở còn thiếu những trang thiết bị hiện đại.

2.2.5.2. Khám niệu đạo

Nâng qui đầu lên, nặn từ phía trong ra, bình thường không thấy gì chảy ra cả. Ở phụ nữ, vạch 2 môi to và môi nhỏ sẽ thấy lỗ niệu đạo nằm ở trên, ở dưới là âm vật.

Có thể gặp những tổn thương sau: Viêm tấy đỏ lỗ niệu đạo, loét miệng sáo hoặc có mũ chảy ra. Nếu có mũ phải lấy mũ đó đem soi.

2.2.5.3. Khám tiền liệt tuyến

Phải thăm trực tràng mới thấy được. Nếu người bệnh nằm ngửa thì khám ở vị trí 12 giờ, nếu người bệnh nằm sấp thì khám ở vị trí 6 giờ. Nếu tiền liệt tuyến to thì sẽ thấy đầu ngón tay có cảm giác chạm vào một khối u nhỏ, hơi lồi lên trên mặt của trực tràng.

Bình thường tiền liệt tuyến là một khối nhỏ có 2 thùy, ở giữa có một rãnh. Ở người già tuyến này thường bị xơ nên có thể hơi cứng và to hơn một chút so với người trẻ. Tiền liệt tuyến có thể to lên trong những trường hợp:

- Ung thư tiền liệt tuyến: Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to, rất cứng có khi sờ thấy nhân ung thư rất cứng, ấn có thể đau, có thể to một thùy hoặc cả hai thùy.

Vì tiền liệt tuyến nằm ngay cổ bàng quang nên khi to lên sẽ đội cổ bàng quang lên và đè bẹp niệu đạo gây rối loạn về đi tiểu.

- Viêm tiền liệt tuyến: Tiền liệt tuyến to nhưng mềm hơn và rất đau. Khi thăm trực tràng nặn có thể thấy mũ chảy ra, viêm tiền liệt tuyến có thể lan sang bàng quang.

2.2.6. Khám toàn thân và các bộ phận liên quan

2.2.6.1. Phù

Phù trong bệnh thận là do Protein bị mất, đồng thời do một số chất điện giải nhất là Natri bị ứ lại trong máu do thận không lọc được, chất Aldosteron được bài tiết ra từ tuyến thượng thận nhiều hơn lại càng giữ Natri lại. Kết quả là áp lực keo giảm xuống, áp lực thẩm thấu tăng và nước bị giữ lại trong tổ chức gây phù.

Đặc điểm: Phù mềm, phù trắng, ấn lõm, nếu lâu phù trở nên cứng hơn. Phù xuất hiện đầu tiên ở mắt rồi mới tới chân và cuối cùng là phù toàn thân kể cả tràn dịch màng bụng, màng phổi.

Muốn phát hiện sớm phù ta phải chú ý đến những tổ chức mềm, lỏng lẻo như hố mắt bình thường lõm nếu thấy phù sẽ đầy lên, mi mắt cũng nặng ra. Phần dưới mắt cá chân trong nếu có phù ấn vào sẽ lõm.

Trong trường hợp nghi ngờ ta làm nghiệm pháp Aldrich và Mac Clure: Tiêm trong da 2/10 ml nước muối sinh lý ở mặt trong cẳng tay. Bình thường sau 50-90 phút sẽ tan hoàn toàn, nếu có hiện tượng ứ muối nước trong cơ thể thì nốt phỏng sẽ tan nhanh hơn, càng phù nhiều tan càng nhanh. Ở các tuyến y tế cơ sở có thể áp dụng phương pháp này một cách dễ dàng, thuận lợi trong những trường hợp phù không rõ ràng.

Muốn theo dõi sự tăng hay giảm của phù phải cân người bệnh hàng ngày. Khám phù nên khám ở những vị trí trên nền xương cứng như trán, ức, mặt trước trong xương chày, mắt cá chân, mu chân.

2.2.6.2. Khám tim mạch

* Tim

Khi urê máu tăng cao có thể gây tình trạng viêm cơ tim và viêm màng ngoài tim. Nghe tim sẽ thấy nhịp tim nhanh, tiếng tim nhỏ có thể nghe được nhịp ngựa phi, có thể nghe được tiếng cọ màng ngoài tim.

Cũng có những trường hợp có tràn dịch màng ngoài tim, lúc đó gõ thấy diện đục tương đối của tim to hơn bình thường, nghe thấy tiếng tim mờ xa xăm.

* Huyết áp

Bệnh thận và bệnh tăng huyết áp có liên quan khăng khít với nhau, có > 80% bệnh nhân bị bệnh cầu thận có tăng huyết áp. Trong viêm cầu thận cấp cũng như trong viêm cầu thận mạn tăng huyết áp là một triệu chứng thường có trong suy thận tăng huyết áp là một trong tứ chứng mà Widall đã nói tới từ lâu. Trong hẹp động mạch thận cũng gây nên tăng huyết áp tiên phát.

Ngược lại tăng huyết áp lâu ngày cũng gây biến chứng vào thận, gây xơ tiểu động mạch thận. Theo dõi huyết áp còn giúp cho tiên lượng bệnh thận tiến triển tốt hay xấu.

* Thiếu máu

Thận sản xuất ra yếu tố sinh hồng cầu giúp cho tuỷ xương hoạt động bình thường. Khi suy thận yếu tố đó giảm bớt đi, đưa đến tình trạng thiếu máu.

Cần khám da lòng bàn tay, da mặt, màu sắc niêm mạc miệng, móng tay. Da xanh niêm mạc nhợt, gan bàn tay, móng tay mất màu hồng có khi trắng bệch là biểu hiện của thiếu máu.

* Sốt

Sốt cao rét run thường gặp trong viêm thận bể thận cấp, sốt kéo dài thường gặp trong thận ứ mủ. Sốt kéo dài nhiều đợt gặp trong viêm cầu thận lupus.

* Xuất huyết

Khi có tình trạng tăng Nitơ máu tăng cao có gây nên xuất huyết. Có thể gặp xuất huyết dưới da, xuất huyết võng mạc mắt. Những trường hợp nặng có thể gây xuất huyết não, xuất huyết nội tạng.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ TIẾT NIỆU

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	1. Hỏi bệnh		
	1.1. Chào hỏi: Hỏi tên NB, tự giới thiệu bản thân, giải thích mục đích, lý do thăm khám, đề nghị NB đồng ý và hợp tác trong quá trình thăm khám. Hỏi tuổi, nghề, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp.	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với NB, NB sẵn sàng hợp tác với điều dưỡng.	Đủ nội dung. Thái độ tôn trọng NB.
	1.2.Hỏi lý do vào viện Đặt câu hỏi mở. (NB bị như thế nào phải vào viện?) Thường có lý do: đau vùng thắt lưng, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu đục, bí tiểu...).	Định hướng cơ quan bị bệnh.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
	1.3. Hỏi bệnh sử 1.3.1. Bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ ?	Định hướng bệnh có tính chất cấp tính hay mạn tính.	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	1.3.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng .	Định hướng yếu tố thuận lợi/nguyên nhân gây bệnh.	Đặt câu hỏi gợi mở (Tự nhiên bị bệnh hay sau vận động mạnh...).
	1.3.3. Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính. Ví dụ: Đau thắt lưng kiểu đau mỗi/đau nhức, đau quặn, lan xuống vùng sinh dục ngoài? Mức độ vừa phải hay dữ dội, vận động đau tăng? Nằm nghỉ đỡ đau?... Tiểu máu: Màu đỏ giống nước rửa thịt? Hay giống màu nước trà, đầu bãi hay cuối bãi, giữa bãi?..	Định hướng chẩn đoán hội chứng, khẳng định lại đặc điểm triệu chứng NB mô tả.	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	1.3.4. Hỏi triệu chứng kèm theo: Sốt? Phù? Tiêu ít? (Nếu có thì hỏi đặc điểm sốt).	Định hướng chẩn đoán.	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.5. Hỏi diễn biến mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện? (Ho tăng dần, khó thở tăng dần?..)	Tiên lượng bệnh.	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyến trước ?	Đánh giá kiến thức, kỹ năng thái độ của NB đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp.	Dùng câu hỏi mở, NB dễ hiểu, trả lời dễ dàng.
	1.3.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (đỡ hay không).	Tiên lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị.	Dùng câu hỏi đóng.
1.4.Hỏi tiền sử			
	1.4.1. Tiền sử bản thân: <i>Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?</i> - Hỏi cách điều trị của NB ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (tên thuốc, liều, cách dùng). - Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh. - <i>Hỏi bệnh phối hợp: Viêm da có mũ? Viêm cầu thận khi còn nhỏ.</i>	Xác định tính chất diễn biến của bệnh (cấp/mạn), sơ bộ định hướng mức độ bệnh. Tìm hiểu bệnh phối hợp để điều trị đúng người bệnh.	Dùng câu hỏi đóng, dễ hiểu, NB trả lời được.
	1.4.2. Tiền sử gia đình Có ai có các triệu chứng giống NB?	Tìm hiểu tính di truyền của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.3. Xung quanh: Có ai có	Xác định tính chất	Dùng câu hỏi đóng.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>triệu chứng giống NB ?</p> <p>1.4.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần.</p> <p>Điều kiện kinh tế? (khó khăn?)</p> <p>Có thói quen liên quan bệnh tật: Uống ít nước, nhịn tiểu, vệ sinh cá nhân...</p> <p>Tinh thần yên tâm tin tưởng/lo lắng..</p>	<p>dịch tễ của bệnh.</p> <p>Giúp tư vấn cho NB phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả.</p> <p>Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng người bệnh.</p>	<p>Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ cảm xúc với NB, động viên bệnh nhân kịp thời, tránh để NB thêm lo lắng.</p>
2	<p>2. Khám thận và niệu quản</p> <p>2.1 Nhìn:</p>	<p>Tìm dấu hiệu thận to.</p>	<p>Quan sát và nhận xét đầy đủ, đúng.</p>
	<p>2.2. Làm nghiệm pháp chạm thận.</p>		<p>Thao tác đúng động tác thăm khám, nhận xét đúng.</p>
	<p>2.3. Làm nghiệm pháp bập bênh thận.</p>		<p>Thao tác đúng động tác thăm khám, nhận xét đúng.</p>
	<p>2.4. Làm nghiệm pháp rung thận.</p>		<p>Thao tác đúng động tác thăm khám, nhận xét đúng.</p>
	<p>2.5. Xác định và ấn các điểm đau thận-niệu quản</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điểm niệu quản trên: - Điểm niệu quản giữa: - Điểm sườn lưng - Điểm sườn sống: <p>Ấn điểm đau .</p>		<p>Để khám đúng vị trí thường có sỏi ở thận và niệu quản.</p> <p>Xác định đúng vị trí các điểm đau.</p> <p>Ấn điểm đau đúng cách.</p>
3	<p>3. Khám bàng quang</p>		
	<p>3.1. Nhìn vùng hạ vị</p> <p>3.2. Sờ vùng hạ vị</p> <p>3.3. Gõ hạ vị</p>	<p>Phát hiện cầu bàng quang.</p>	<p>Thao tác đúng, nhận xét đúng.</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
4	<p>4. Khám niệu đạo</p> <p>4.1. Chuẩn bị: Phòng đủ kín, cần có 2 người phụ khám nếu NB khác giới với ĐD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - NB nam: Điều dưỡng hướng dẫn NB bỏ quần để bộc lộ dương vật. - NB nữ: Hướng dẫn NB nằm tư thế sản khoa, bộc lộ vùng sinh dục. <p>Điều dưỡng đi găng tay, đứng phía dưới bên cạnh NB.</p> <p>Thái độ: Tôn trọng, tế nhị.</p>	Thuận lợi cho thăm khám, NB thoải mái hợp tác khi thăm khám	Chuẩn bị phòng đạt yêu cầu, hướng dẫn NB đúng cách. Thái độ: Tôn trọng, tế nhị.
	<p>4.2. Cách khám</p> <ul style="list-style-type: none"> - NB nam: Nâng quy đầu lên, lấy tay nặn dương vật từ phía trong ra, quan sát lỗ niệu đạo, nhận định bình thường không thấy dịch chảy ra, không loét. - NB nữ: Điều dưỡng dùng 2 ngón tay vạch 2 môi to và bé, quan sát lỗ niệu đạo. Bình thường không có mủ chảy ra. 	Tìm triệu chứng viêm niệu đạo.	Khám đúng cách.
5	<p>5. Khám tuyến tiền liệt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị: Cho NB nằm ngửa, bộc lộ vùng hậu môn ĐD: Đeo găng có bôi trơn ngón 2 bằng dầu paraffin. - Cách khám: Đưa ngón tay thăm trực tràng, quay ngửa bàn tay lên phía trên để đầu ngón tay lên phía trên khoảng 12 giờ, đầu ngón tay chạm vào khối nhỏ hơi lồi lên trên 	Tìm triệu chứng tuyến tiền liệt.	Hướng dẫn NB đúng Chuẩn bị đủ trước khi khám. Khám đúng kỹ thuật Thái độ: Tôn trọng, tế nhị.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	bề mặt thành trực tràng- đó là tuyến tiền liệt.		

BÀI 9: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC TOÀN THÂN

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh toàn thân.
- 1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, bất thường về toàn thân.
- 1.3. Thể hiện được ân cần, tôn trọng người bệnh khi nhận định chăm sóc toàn thân.

2. NỘI DUNG

2.1. Chào hỏi

- Chào và hỏi tên người bệnh. Giới thiệu tên điều dưỡng.
- Giải thích cho NB trước khi thăm khám. Đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác trong quá trình khám.

2.2. Tư thế thăm khám

- *Phòng khám*: Đủ ánh sáng, ấm vào mùa lạnh, có đủ dụng cụ khám.
- *Tư thế người bệnh*: Ngồi hoặc nằm tùy theo tình trạng.
- *Tư thế điều dưỡng*: Đứng hoặc ngồi đối diện. Lưu ý: chọn hướng mặt NB quay về phía nguồn sáng.

2.3. Kỹ thuật thăm khám

2.3.1. Dáng đi, cách nằm của người bệnh

Ngay phút đầu tiên tiếp xúc với người bệnh, ta đã có thể chú ý đến một vài đặc điểm trong cách nằm, cách đi của người bệnh.

- *Bình thường*: Người bệnh đi lại dễ dàng, thoải mái, tự tin, thăng bằng tốt.
- *Bất thường*:
 - + Dáng đi khập khễnh, không thoải mái, mất thăng bằng.
 - + Dáng đi cứng đờ, toàn thân như một khúc gỗ, bàn chân bàn tay run rẩy của người Parkinson.
 - + Dáng đi “phạt cỏ”, một tay co quắp lên ngực của người liệt nửa thân thể co cứng.
 - + Tư thế vừa đi vừa ôm hạ sườn phải của người áp xe gan.
 - + Tư thế nằm “cò súng” quay mặt vào phía tối của người có bệnh màng não (viêm màng não, xuất huyết màng não...)
 - + Tư thế nằm đầu cao hoặc nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) của người khó thở (hen, suy tim ...)

2.3.2. Tình trạng tri giác của người bệnh

* Mục đích: Xác định xem người bệnh ở trong trạng thái tỉnh táo hay không.

- Nếu tỉnh táo: Người bệnh có thể tự khai bệnh được, trả lời rõ ràng các câu hỏi của thầy thuốc. Nếu không tỉnh táo cần đánh giá mức độ mất tri giác của người bệnh.

- *Bất thường:*

+ Mê sảng: Bệnh nhân không nhận biết được và không trả lời được đúng đắn các câu hỏi. Có thể ở trong tình trạng hốt hoảng, nói lảm nhảm, thậm chí có khi chạy hoặc đập phá lung tung. Đó thường là tình trạng tinh thần của người sắp bước vào hôn mê gan, sốt nặng bất cứ thuộc nguyên nhân gì, nhưng ở nước ta hay do sốt rét ác tính, bệnh tâm thần.

+ Hôn mê: Bệnh nhân không nhận biết được và cũng không trả lời được câu hỏi của thầy thuốc. Nhưng thông thường không hốt hoảng, không nói lảm nhảm mà mất liên hệ nhiều hay ít với ngoại cảnh. Trong hôn mê sâu NB không biết đau khi cấu véo, không nuốt được khi đổ nước vào mồm, mất phản xạ giác mạc. Hôn mê là một dấu hiệu nặng, hậu quả của rất nhiều bộ phận. Cần khám và hỏi kỹ người nhà, người xung quanh mới phát hiện được nguyên do.

2.3.3. Hình dáng chung:

Xác định xem người bệnh gầy hay béo, cao hay thấp.

* *Gầy hay béo*

- Người gầy do bệnh: Hay có bộ mặt hốc hác, má hóp lại, xương mặt lồi ra, nhất là xương gò má; xương sườn, xương bả vai nổi rõ; bụng lép, da bụng nhăn nheo; cân nặng giảm dưới 20% trọng lượng cơ thể trung bình. Gầy thường gặp trong các trường hợp thiếu dinh dưỡng do ăn uống thiếu về chất hoặc lượng, hoặc ăn uống đủ nhưng bộ phận tiêu hóa không sử dụng và hấp thu được, hoặc ăn uống đủ nhưng không đáp ứng được nhu cầu của cơ thể tăng lên do lao động quá sức hoặc do bệnh tật. Gầy mòn còn có thể do bệnh mạn tính (lao, xơ gan, ung thư ...), hoặc bệnh nội tiết (đái tháo đường, Basedow).

- Người béo: Hay có mặt tròn, má phính, cằm xệ; cổ thường bị rụt, chân tay to tròn và có ngón; da bụng có một lớp mỡ dày làm bụng to và xệ xuống. Cân nặng tăng 20% trọng lượng trung bình của cơ thể. Nguyên nhân của béo thường do dinh dưỡng, nhất là do ăn nhiều mà hoạt động ít. Có thể do nguyên nhân nội tiết hay gặp ở phụ nữ tuổi mãn kinh, ở nam giới sau khi bị mất tinh hoàn, trong bệnh Cushing do tuyến yên hay do tuyến thượng thận. Một số ít trường hợp béo có nguyên nhân tâm thần, nhất là sau sang chấn tâm thần mạnh.

Hiện nay thường đánh giá thể trạng bằng cách tính chỉ số khối cơ thể (**BMI**)

TÍNH CHỈ SỐ BMI = Cân nặng (kg) / (Chiều cao(m) * Chiều cao(m))

***Bảng đánh giá theo chuẩn của WHO và dành riêng cho người châu Á
(IDI&WpRO)***

Phân loại	WHO BMI (kg/m ²)	IDI & WpRO BMI (kg/m ²)
Cân nặng thấp (gầy)	<18.5	<18.5
Bình thường	18.5 - 24.9	18.5 - 22.9
Thừa cân	25	23
Tiền béo phì	25 - 29.9	23 - 24.9
Béo phì độ I	30 - 34.9	25 - 29.9
Béo phì độ II	35 - 39.9	30
Béo phì độ III	40	40

** Cao hay thấp*

- Có người vừa cao quá khổ, vừa to, đơn thuần hoặc kết hợp thêm với hiện tượng to đầu và chi: Đó là bệnh khổng lồ do tuyến yên. Có người vừa thấp quá mức, vừa nhỏ: Đó cũng là một trường hợp bệnh lý tuyến yên hoạt động dưới mức bình thường gây bệnh nhi tính.

- Mất cân đối giữa các bộ phận trong cơ thể:

+ Bệnh to đầu có thể do tràn dịch màng não. Bệnh to cực có đầu và chi, nhất là hai bàn tay, bàn chân phát triển quá khổ, không tương xứng với các phần cơ thể và phần chi còn lại (đùi, cánh tay). Có thể gặp trong các bệnh thần kinh như cơ cột bên teo cơ, bệnh rỗng tủy sống (syringomyelie) và thông thường là di chứng của bệnh bại liệt trẻ em. Cũng có trường hợp là bệnh của cơ. Trong mất cân đối của cơ thể còn có thể gặp cả hai bên lồng ngực không đều do một bên bị tràn dịch, tràn khí màng phổi làm căng ra, hoặc ngược lại, do viêm màng phổi dày và dính co kéo làm xẹp xuống.

2.3.4. Khám da và niêm mạc

** Khám da:*

- Chọn vị trí khám: Lòng bàn tay, bàn chân, phía trong cánh tay và cẳng tay. So sánh hai bên và so sánh với bàn tay của chính mình.

- Quan sát màu sắc môi, nét mặt: Bình thường môi hồng, bóng.

- Tìm tổn thương trên da: Hỏi NB và bộc lộ từng vùng để khám, nhận xét da bình thường hay bất thường (VD: sần/ loét/ phỏng...)

- Xác định sự đàn hồi của da: Sờ, véo nhẹ da ở các vùng cơ thể (2 tay, 2 chân), đánh giá tương đối tính chất đàn hồi của da (bình thường/ giảm-mất đàn hồi).

** Khám niêm mạc*

- Vị trí khám:

+ Cứng mạc mắt: Dùng đồng thời 2 ngón tay cái kéo nhẹ 2 mi mắt trên của người bệnh lên đồng thời bảo bệnh nhân nhìn xuống, quan sát cứng mạc và so sánh 2 bên.

+ Kết mạc: Dùng đồng thời 2 ngón tay cái đặt phía dưới và cái kéo nhẹ mi mắt dưới NB xuống, đồng thời bảo NB nhìn lên phía trên, quan sát kết mạc và so sánh 2 bên.

+ Niêm mạc trên lưỡi: Hướng dẫn NB mở to miệng, thè dài lưỡi, quan sát và nhận xét lưỡi và gai lưỡi.

+ Niêm mạc dưới lưỡi: Hướng dẫn NB há miệng, cong lưỡi lên trên để quan sát.

+ Niêm mạc miệng, lợi: Bảo NB há miệng, dùng đèn lưỡi bộc lộ niêm mạc miệng và lợi, quan sát để quan sát và đánh giá

- Nhận xét: Bình thường niêm mạc hồng, bóng.

+ Thiếu máu: Niêm mạc nhạt màu, giảm độ bóng.

* *Dấu hiệu mất nước*: Thực hiện ở da bụng (hoặc da đùi). Dấu hiệu véo da (Casper): ĐD giữ nếp da BN bằng ngón cái và ngón trỏ, nâng nhẹ nếp da này lên, và thả tay, đánh giá tốc độ biến mất của nếp gấp da.

- Véo da âm tính: Nếp gấp da mất đi nhanh chóng.

- Véo da dương tính: Nếp gấp da chậm biến mất (tùy theo mức độ mất nước).

* *Một số biểu hiện bất thường trên màu sắc của da và niêm mạc*:

- Da và niêm mạc xanh tím thể hiện tình trạng thiếu oxy, thường gặp trong các bệnh bẩm sinh có tím. Bệnh tim phổi mạn tính, các trường hợp suy tim nặng. Còn gặp trong các bệnh phổi gây khó thở cấp như viêm phế quản phổi ở trẻ em, tràn khí màng phổi nặng, cơn hen kéo dài; các bệnh thanh khí quản gây ngạt thở như liệt thanh quản do bạch hầu.

Trong các bệnh trên, tình trạng xanh tím thường chỉ xuất hiện ở môi, ở mặt người bệnh, nặng lắm mới xanh tím ở các nơi khác, thậm chí toàn thân. Trái lại trong một số bệnh khác, xanh tím chỉ khu trú ở một vùng như: Trong viêm tắc động mạch, xanh tím ở các ngón chân, ngón tay, có khi cả bàn chân, bàn tay hoặc cả một đoạn chi, do động mạch đó chi phối. Trong rối loạn vận mạch mao quản: Xanh tím tất cả các đầu chi, nhất là các đầu ngón tay.

- Da và niêm mạc xanh xao nhạt thường thể hiện rõ rệt trên sắc mặt của người bệnh, nhưng có khi kín đáo, phải tìm ở niêm mạc mắt, niêm mạc miệng, lưỡi hoặc lòng bàn tay, bàn chân. Dấu hiệu này nói lên có hiện tượng thiếu máu cấp tính hay mạn tính do nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Da và niêm mạc có thể là vàng rơm, gặp trong các bệnh ung thư, nhất là ung thư đường tiêu hóa, vàng búng trong các bệnh thiếu máu nặng, vàng tươi nhiều hay ít do thuốc (quinacrin, santonin ...), vàng sẫm trong bệnh ứ mật ở gan lâu ngày (bệnh Hanot).

Thông thường, vàng da toàn thể là một triệu chứng hay gặp trong các bệnh gan mật, vàng da có thể nhất thời (viêm gan virus) hoặc tồn tại lâu dài (sỏi mật bít tắc đường mật).

- Da và niêm mạc sạm đen

Loại trừ những da sẫm màu của người tiếp xúc lâu ngày với nắng hoặc đặc điểm của một số dân tộc, da sạm bệnh lý thường là do bệnh suy thượng thận kinh điển (bệnh Addison) hoặc do ứ đọng hắc tố (Melanose de Riehl). Cũng có khi là hậu quả của uống một số chất (chất có bạc).

- Da nhạt màu một vùng

Có thể do bệnh lang trắng hay bệnh bạch biến (vitiligo). Nếu vùng đó lại có thêm tình trạng mất cảm giác khi châm kim thì phải nghĩ và tìm nguyên nhân là bệnh phong.

2.3.5. Tình trạng da và tổ chức dưới da

Cần chú ý phát hiện:

- Các bệnh tích ngoài da: Chú ý đến các sẹo di chứng của một bệnh trong tiền sử hoặc sẹo phẫu thuật, các bệnh tích này có thể giúp chúng ta hiểu thêm được các rối loạn hiện tại như sẹo trằng nhạt làm nghĩ đến cơ địa lao, sẹo dờ leo (zona) ở ngực có thể nghĩ đến nguyên nhân của đau dây thần kinh liên sườn hiện tại, vết sẹo do đạn ở ngực hướng cho ta nghĩ đến nguyên nhân của ho ra máu hiện nay, vết sẹo do mổ nhiều lần ở bụng cho phép nghĩ đến dính phủ tạng ở bụng, nguyên nhân của đau và rối loạn tiêu hóa hiện nay.

- Các nốt xuất huyết thường là biểu hiện của các bệnh về máu, thể hiện dưới nhiều hình thái trên da như mảng bầm máu, ban chảy máu, chấm chảy máu. Trường hợp chảy máu nhiều ở tổ chức dưới da có thể gây các bọng máu, tại chỗ sưng to.

- Tình trạng kiệt nước biểu hiện dưới dạng da khô, nhăn nheo, có khi có cả mảng vẩy; sau khi bôi da các nếp nhăn vẫn còn tồn tại. Tình trạng trên hay gặp ở người già chảy cấp diễn nặng hoặc già chảy kéo dài, nôn nhiều, sốt nhiễm khuẩn kéo dài.

- Tình trạng ứ nước biểu hiện dưới dạng phù có ấn lõm (phù mềm) hoặc không có ấn lõm (phù cứng), cần chú ý phát hiện ở mặt (nhất là mi mắt), ở cẳng chân, cổ chân (tìm dấu hiệu ấn lõm mặt trong xương chày và mắt cá). Tình trạng này hay gặp trong viêm cầu thận cấp hay mạn, hội chứng thận hư, suy tim, suy gan, thiếu dinh dưỡng, tê phù thể ướt, viêm bạch mạch hoặc tĩnh mạch.

2.3.6. Tình trạng hệ thống lông và tóc

Tình trạng quá nhiều lông ở nam giới hoặc mọc lông ở những nơi phụ nữ bình thường không có (râu) là một trong những triệu chứng của bệnh cường tuyến thượng thận (bệnh Cushing). Không mọc lông hoặc rụng lông, rụng tóc thường biểu hiện một tình trạng cơ thể suy nhược do một bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc; một bệnh tại chỗ của da thân thể hoặc da đầu; một rối loạn nội tiết như rối loạn buồng trứng, suy tuyến giáp trạng.

2.3.7. Khám lâm sàng tuyến giáp

* Nhìn

- Kỹ thuật:

+ NB ngồi, mắt nhìn thẳng, cổ hơi ngửa bộc lộ vùng cổ. ĐD quan sát vùng cổ có to không, sưng, đỏ, có sẹo không?

+ Cho NB uống vài ngụm nước nhỏ, hoặc yêu cầu người bệnh làm động tác nuốt, chú ý quan sát tuyến giáp.

+ Chú ý quan sát từ phía trước và bên khoảng cách 0.5m, vùng cạnh cổ, trước cơ ức đòn chũm xem có hạch liên quan không?

- Bình thường không nhìn thấy tuyến giáp. Nhưng khi tuyến to lên có thể nhìn thấy và khi người bệnh nuốt có thể thấy di động theo nhịp nuốt.

Nhìn có thể đánh giá sơ bộ về hình thể, kích thước, loại to toàn bộ hay một phần... Để bổ sung cho phương pháp này, phải sờ và đo tuyến.

* Sờ và đo tuyến giáp

Là một bước quan trọng và cần thiết, giúp ta xác định các loại tuyến. Người bệnh ngồi, tư thế thoải mái, ở nơi đủ ánh sáng. Đầu hơi nghiêng ra trước để làm chùng cơ phía trước giáp trạng. Hơi nâng cằm để mở rộng vùng giáp trạng cho dễ sờ.

Ngón trỏ và ngón cái đè vào giữa thanh quản và cơ ức - đòn - chũm, sau đó bảo người bệnh nuốt, sẽ thấy tuyến di động theo nhịp nuốt và đẩy ngón tay theo.

Hoặc dùng hai tay, một tay để ở thanh quản, một tay ở ngoài cơ ức - đòn - chũm, tay ngoài đẩy vào, tay trong sờ nắn từng thùy của tuyến.

Khi sờ nắn có thể xác định.

- Thể tích và giới hạn của tuyến.

- Mật độ tuyến cứng hay mềm.

- Mật tuyến nhẵn hay gồ ghề.

- Tuyến to toàn bộ, một phần hay nhiều nhân.

Nếu là một bướu giáp mạch khi sờ có thể thấy rung miu tâm thu hay liên tục.

Để theo dõi sự tiến triển của tuyến, người ta thường đo tuyến giáp trạng. Dùng một thước dây đo vòng qua chỗ to nhất của tuyến, ta đo khoảng nửa tháng hoặc một tháng đo lại một lần để biết tuyến to hay nhỏ đi một cách chính xác.

* Nghe

Chỉ trong trường hợp bướu mạch, nghe mới có thể thấy tiếng thổi tâm thu hay tiếng thổi liên tục. Tiếng thổi nghe thấy rõ ở thùy trên phải và trái, là nơi mạch máu to đi vào tuyến. Khi nằm tiếng thổi nghe rõ hơn khi ngồi.

Như Hocmon của các tuyến nội tiết khác, hocmon tuyến giáp trạng có ảnh hưởng đến toàn thân người. Vì vậy, sau khi khám tuyến, chúng ta phải khám các biến đổi về toàn thân do rối loạn hocmon tuyến giáp trạng gây ra.

* Phân loại bướu giáp theo Tổ chức Y tế thế giới

Độ 0: Không có bướu giáp.

Độ Ia: Sờ thấy được khi bệnh nhân ngửa đầu ra sau tối đa, nhưng không nhìn thấy được.

Độ Ib: Khi ngửa đầu ra sau tối đa, nhìn thấy tuyến giáp to. Bướu sờ nắn được.

Độ II: Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần. Bướu nhìn thấy.

Độ III: Bướu giáp rất lớn, nhìn thấy từ xa. Bướu lớn làm biến dạng cổ.

2.3.8. Khám hạch ngoại vi

2.3.8.1. Đại cương:

Hạch là cơ quan lympho, nối với tuần hoàn bằng các bạch mạch đến và đi. Cấu trúc mô học gồm: Vỏ, cận vỏ, tủy, các nang lympho sơ cấp và thứ cấp. Giữa các thùy của hạch được ngăn cách bởi màng xơ. Trong tủy có các xoang tủy.

2.3.8.2. Các bước thăm khám hạch:

a) Chuẩn bị:

+ Tư thế bệnh nhân: Ngồi hoặc nằm, tùy tình trạng bệnh, tùy theo vị trí thăm khám. Bệnh nhân bộc lộ lần lượt từng vùng thăm khám, hợp tác với D trong quá trình thăm khám.

+ Điều dưỡng: Đứng hoặc ngồi đối diện nếu người bệnh ngồi, đứng hoặc ngồi bên phải nếu người bệnh nằm. Lưu ý: Chọn hướng người bệnh về phía nguồn sáng.

b) Tiến hành khám hạch:

+ Xác định vị trí thường được thăm khám hạch:

- . Hạch cằm
- . Hạch cổ nằm dọc theo cơ ức đòn chũm.
- . Hạch quanh mang tai.
- . Hạch dưới hàm.
- . Hạch thượng đòn.
- . Hạch nách, hạch mặt trong cánh tay dọc theo bờ trong cơ nhị đầu.
- . Hạch bẹn, hạch khoeo chân.

+ Quan sát lần lượt từng vùng hạch: Phát hiện thấy chỗ da trên hạch gồ lên gợi ý hạch to. Ngoài ra tìm phát hiện xem có sẹo cũ hoặc lỗ rò có chất bã đậu trong lao hạch,...

+ Sờ lần lượt từng vùng hạch (dùng đồng thời 2 tay để thăm khám đồng thời 2 bên, dễ so sánh hơn).

- Sờ hạch vùng đầu cổ:

- . Hạch cằm: Đề nghị người bệnh hơi ngửa đầu, đặt tay vào hố cằm, sờ nhẹ nhàng.
- . Hạch quanh tai: Úp 2 bàn tay, sờ vùng sau tai và vùng trước tai.
- . Hạch dưới hàm: Bảo NB hơi cúi đầu, đặt ngửa bàn tay và dùng các đầu ngón tay sờ vùng dưới hàm.

. Hạch cổ, dọc cơ ức đòn chũm: Dùng 2 tay sờ dọc theo 2 bên cổ, theo đường đi của cơ ức đòn chũm.

. Hạch hố thượng đòn: Úp 2 bàn tay sờ hố thượng đòn.

- Sờ hạch vùng nách:

. Yêu cầu NB nằm hoặc ngồi, hai bàn tay đan vào nhau và đặt lên đỉnh đầu.

. ĐD ngửa bàn tay, đặt vào hố nách và khám kỹ toàn bộ hố nách. Khám lần lượt từng bên và so sánh.

- Sờ hạch ống cánh tay:

. NB nằm hoặc ngồi

. Tay phải ĐD sờ dọc theo ống cánh tay trái của người bệnh, dọc theo rãnh cơ nhị đầu. Tiếp đó tay trái ĐD sờ dọc theo ống cánh tay phải của NB. Khám lần lượt từng bên và so sánh.

- Sờ hạch bẹn:

. NB nằm ngửa, duỗi thẳng 2 chân

. ĐD sử dụng tay phải kiểm tra vùng bẹn từng bên. Khám lần lượt từng bên và so sánh.

- Sờ hạch khoeo:

. NB nằm ngửa, co 2 chân

. ĐD sử dụng tay phải kiểm tra vùng bẹn từng bên. Khám lần lượt từng bên và so sánh.

Lưu ý:

. Các nhóm hạch cần được khám lần lượt từ trên xuống dưới để không bỏ sót

. Khám đối xứng 2 bên để dễ phát hiện và mô tả tính chất đối xứng của các nhóm hạch to.

. Khám các nhóm hạch cánh tay và khoeo chân khi người bệnh trong tư thế chùng cơ (chân và tay gấp 90 độ)

. Day hạch để xác định mức độ di động

. Ghi nhận các tính chất

* *Cách đánh giá:*

+ *Vị trí:*

- Thường hạch to ở dưới hàm hai bên cổ, phía sau cơ ức đòn chũm, hố thượng đòn, nách, bẹn, khoeo chân khuỷu tay.

- Hạch to nửa người trên thường là hạch lao, hạch ung thư, Hodgkin.

- Hạch bẹn to thường gặp trong bệnh hoa liễu, ung thư hạch.

- Cần xem hạch ở một bên hay hai bên, nếu có cả hai bên cần xem có đều nhau không.

- + *Thể tích*: Xem hạch to hay nhỏ.
- Hạch nhỏ thường gặp trong hạch lao, hạch viêm, di căn ung thư, bệnh bạch cầu.
- Hạch to thường gặp trong ung thư hạch, Hodgkin.
- + *Mật độ*: Xem hạch rắn hay mềm.
- Mật độ mềm: Thường gặp trong hạch viêm, hạch lao ở giai đoạn bã đậu hoá và giai đoạn đầu.
- Mật độ rắn: Thường gặp trong bệnh bạch cầu, ung thư hạch, Hodgkin.
- + *Hình thể*:
 - Hình tròn, đều đặn, bờ rõ rệt thường gặp trong bệnh bạch cầu. Lao hạch, ung thư hạch thường dính vào nhau, dính vào tổ chức xung quanh nên lờn nhón không đều, giới hạn không rõ.
- + *Di động*
 - Di động dễ: Thường gặp trong bệnh bạch cầu, ung thư di căn.
 - Di động khó: Thường gặp trong hạch ung thư, lao hạch.
- + *Đau, nóng, đỏ*:
 - Hạch viêm cấp tính : Có đau, nóng, đỏ.
 - Hạch ung thư, hạch lao, bệnh bạch cầu thường không đau khi có hiện tượng chèn ép thần kinh, bội nhiễm mới gây đau.
- + *Tiến triển của hạch*
 - Tiến triển chậm: Gặp trong lao hạch.
 - Tiến triển nhanh: Gặp trong ung thư hạch.
 - Tiến triển từng đợt: Gặp trong Hodgkin.

2.4. Các chỉ số sinh tồn

- Mạch: Dùng 3 ngón tay đặt vào rãnh động mạch quay phía trên cổ tay để sờ mạch. Ngoài động mạch quay có thể sờ mạch bẹn, mạch thái dương, mạch cảnh, mạch chày sau. Nên bắt mạch cả 2 bên để so sánh.
 - Nhiệt độ: Thân nhiệt đo ở miệng tối đa lúc 6 giờ sáng là $37^{\circ}2$ C, thân nhiệt đo ở miệng tối đa lúc 4 giờ chiều là $37^{\circ}7$ C. Theo tiêu chuẩn này thì vào buổi sáng thân nhiệt vượt quá $37^{\circ}2$ C hoặc thân nhiệt vào buổi chiều vượt quá $37^{\circ}7$ C thì được coi là sốt. Thân nhiệt đo ở hậu môn thường cao hơn $0,6^{\circ}$ C.
 - Huyết áp: Đo huyết áp động mạch.
 - Nhịp thở: Bình thường người lớn thở 16 - 20 lần trong một phút, nhịp đều, biên độ trung bình. Khi hít vào, cường độ hô hấp mạnh hơn nhưng thời gian ngắn hơn khi thở ra.
- Những thay đổi bất thường về nhịp thở: Tần số, biên độ, nhịp, trên lâm sàng gọi là khó thở.

Kiểu thở: Người ta chia ra ba loại.

+ *Kiểu trên*: Gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn. Hiện tượng này rõ rệt nếu mang áo ngực chặt, hạn chế cử động của cơ hoành.

+ *Kiểu sườn*: Gặp chủ yếu ở thiếu niên, do xương sườn mềm, dễ co giãn, lồng ngực giãn nở theo chiều ngang rất rõ khi hô hấp.

+ *Kiểu hoành*: Gặp ở trẻ em và nam giới đã trưởng thành, cơ hoành đóng vai trò chủ yếu trong hô hấp, xương sườn là thứ yếu.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC KHÁM TOÀN THÂN

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	1. Kỹ năng hỏi bệnh		
	<p><i>1.1. Làm quen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chào hỏi NB, hỏi tuổi, nghề, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp. - Tự giới thiệu bản thân. 	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với NB, NB sẵn sàng hợp tác với ĐD.	Đủ nội dung Thái độ tôn trọng NB.
	<p><i>1.2. Hỏi lý do vào viện</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt câu hỏi mở. (NB bị như thế nào phải vào viện?). + Triệu chứng về toàn thân thường có lý do: Sốt cao/ kéo dài, phù mắt/ hai chân, vàng da, da xanh /niêm mạc nhợt... + Triệu chứng bất thường chất thải tiết: Nôn ra máu, đi tiểu đỏ, đi ngoài phân đen, đái buốt/nước tiểu đục... 	Định hướng cơ quan, vị trí bị bệnh.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
	<p><i>1.3. Hỏi bệnh sử</i></p> <p><i>1.3.1. Bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ?</i></p>	Định hướng bệnh có tính chất cấp tính hay mạn tính.	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	<p><i>1.3.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng</i></p>	Định hướng yếu tố thuận lợi/ nguyên nhân gây bệnh.	Đặt câu hỏi gợi mở (Tự nhiên bị bệnh hay sau chấn thương,

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
			sau 1 bệnh khác...).
	<p><i>1.3.3. Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính</i></p> <p>Vd: Sốt liên tục hay thành cơn? Thường cơn sốt xuất hiện vào thời điểm nào trong ngày? Sốt cao rét run hay chỉ ngầy ngấy sốt (sốt nhẹ)? Triệu chứng nôn ra máu số lượng? Màu đỏ tươi/như tiết chín hay máu cục? Mùi?</p>	Định hướng chẩn đoán hội chứng, phân biệt hội chứng.	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời.
	<p><i>1.3.4. Hỏi triệu chứng kèm theo</i></p> <p>Ví dụ: Sốt có kèm ho khạc đờm, đau ngực...Nôn ra máu kèm đau bụng vùng thượng vị...</p>	Định hướng chẩn đoán.	Đặt câu hỏi đóng.
	<p><i>1.3.5. Hỏi diễn biến mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện</i></p>	Tiền lượng bệnh.	Đặt câu hỏi đóng.
	<p><i>1.3.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyến trước?</i></p>	Đánh giá kiến thức, kỹ năng, thái độ của NB đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp.	Dùng câu hỏi mở, NB dễ hiểu, trả lời dễ dàng.
	<p><i>1.3.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (đỡ hay không).</i></p>	Tiền lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị	Dùng câu hỏi đóng.
	<p><i>1.4. Hỏi tiền sử</i></p>		
	<p><i>1.4.1. Tiền sử bản thân</i></p> <p>Ví dụ: NB bị nôn ra máu, đi ngoài phân đen có tiền sử loét dạ dày → Có ý nghĩa trong định hướng nguyên nhân: Xuất huyết tiêu hóa trên.</p>	Xác định tính chất, diễn biến, nguyên nhân của bệnh. Tìm hiểu bệnh phối hợp để điều trị.	Dùng câu hỏi đóng, dễ hiểu, NB trả lời được.
	<p><i>1.4.2. Tiền sử gia đình</i></p>	Tìm hiểu tính di	Dùng câu hỏi

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
		truyền, dịch tễ của bệnh.	đóng.
	<i>1.4.3. Tiền sử xung quanh</i>	Xác định tính chất dịch tễ của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.
	<i>1.4.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần</i>	Giúp tư vấn cho NB phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả. Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng NB.	Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ cảm xúc với người bệnh, động viên NB kịp thời, tránh để NB thêm lo lắng.
2	2. Khám toàn thân		
	<i>2.1. Xác định tinh thần của người bệnh</i> Gọi hỏi NB bằng các câu hỏi giao tiếp thông thường.	Đánh giá trực tiếp tình trạng tinh thần NB.	- Hỏi NB để thực hiện được một cuộc giao tiếp ngắn. - Xác định đúng tinh thần NB: Tỉnh, tiếp xúc tốt/ lơ mơ, kích thích.
	<i>2.2. Đánh giá thể trạng</i> - Đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng, hông. - Tính BMI .	Đánh giá trực tiếp thể trạng của NB.	- Đo đúng, tính đúng. - Nhận xét đúng (trung bình, gầy, béo).
	<i>2.3. Quan sát</i> - Hình dạng: Quan sát tổng thể từ trên xuống dưới, 2 bên, đánh giá sự cân đối của cơ thể BN. - Hướng dẫn NB nằm, ngồi, đứng, đi đồng thời quan sát khả năng thay đổi tư thế của người bệnh,	Định hướng chẩn đoán bệnh lý liên quan tới sự thay đổi hình dáng, tư thế NB.	- Làm đúng cách, nhận xét đúng và đủ.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	phát hiện những thư thể bất thường (tư thế cò súng, tư thế Fowler, dáng đi phạt cỏ...).		
	<p><i>2.4. Khám da và niêm mạc</i></p> <p>Khám ở nơi đủ ánh sáng tự nhiên.</p> <p><i>* Đánh giá màu sắc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát da vành tai, lòng bàn tay, đầu ngón tay, lòng bàn chân của NB so sánh với người bình thường; đánh giá hồng/vàng/ tím. - Củng mạc: Dùng 2 ngón tay cái kéo nhẹ mi mắt người bệnh lên đồng thời bảo bệnh nhân nhìn xuống; đánh giá bình thường/ vàng. - Kết mạc: Dùng 2 ngón tay cái kéo mi dưới NB xuống đồng thời bảo NB nhìn lên; đánh giá bình thường/ đỏ/ nhợt. - Niêm mạc trên lưỡi: Hướng dẫn NB thè lưỡi, nhận xét hồng/ có gai lưỡi/ nhợt, mất gai lưỡi/ lưỡi sạch/bẩn.... - Niêm mạc dưới lưỡi: Hướng dẫn NB há miệng, cong lưỡi lên trên; đánh giá: Bình thường/ vàng. - Niêm mạc miệng, lợi: Bệnh há miệng, dùng đũa lưỡi bộc lộ niêm mạc miệng và lợi, quan sát, đánh giá: bình thường: Hồng bóng. Bất thường: Nhợt, loét, đỏ, giả mạc bám... <p><i>* Tìm các tổn thương ở da:</i> Hỏi NB và bộc lộ từng vùng để khám,</p>	<p>Tìm sự biến đổi hình thái, màu sắc của da và niêm mạc giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thao tác đúng kỹ thuật, khám tỉ mỉ từ trên xuống dưới. - Nhận xét đúng, đủ.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>nhận xét da bình thường/ sần/ loét/phồng...</p> <p>* <i>Xác định sự đàn hồi của da:</i> Sờ, véo nhẹ da ở các vùng cơ thể (2 tay, 2 chân), đánh giá tương đối tính chất đàn hồi của da (bình thường/ giảm-mất đàn hồi).</p>		
	<p><i>2.5. Khám tổ chức dưới da xác định phù</i></p> <p>- Người ĐD ngồi bên phải bệnh nhân, dùng ngón tay ấn trên nền xương cứng và cần ấn dứt khoát.</p> <p>+ Khám theo trình tự từ trên xuống dưới: Trán, gò má, xương ức, 1/3 dưới mặt trước trong xương chày, mắt cá chân. Khám đối xứng 2 bên.</p> <p>+ Quan sát chỗ ấn có để lại dấu lõm (phù). Có thể dùng đầu ngón tay miết nhẹ chỗ vừa ấn để cảm giác được dấu lõm khi nhìn khó phát hiện.</p>	<p>Đánh giá trực tiếp tình trạng tổ chức dưới da của NB xác định có phù không và phù với tính chất như thế nào.</p>	<p>- Thao tác đúng kỹ thuật, khám tỉ mỉ từ trên xuống dưới.</p> <p>- Nhận xét đúng, đủ.</p>
	<p><i>2.6. Khám tổ chức dưới da xác định xuất huyết</i></p> <p>- Bộc lộ các vùng thăm khám</p> <p>- Tìm vùng da có thay đổi màu sắc (Đỏ, tím, xanh, vàng). Hỏi người bệnh về hoàn cảnh xuất hiện bất thường này và cảm giác tại vùng này (đau, ngứa ...).</p> <p>- Dùng ngón cái và ngón trỏ kéo giãn căng vùng da thay đổi màu sắc, xem còn hay mất màu.</p> <p>- Mô tả: Hoàn cảnh, vị trí, hình thái, lứa tuổi của xuất huyết.</p>	<p>Đánh giá trực tiếp tình trạng tổ chức dưới da của NB xác định có xuất huyết không và xuất huyết với tính chất như thế nào.</p>	<p>- Thao tác đúng kỹ thuật, khám tỉ mỉ từ trên xuống dưới.</p> <p>- Nhận xét đúng, đủ.</p>

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>2.7. Khám lông, tóc, móng</p> <p>* Lông, tóc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát sự phân bố lông theo giới tính bình thường/rối loạn (nữ có nhiều ria, thưa lông/ rậm lông trong rối loạn nội tiết). - Quan sát đánh giá độ bóng của tóc, màu tóc, độ dày của tóc (tương đối) . - Sờ tóc: Mềm, khô cứng, dễ gãy, dễ rụng. <p>* Móng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhìn: Móng tay, chân: Hình dạng (bình thường, khum, bẹt, có khía, màu sắc hồng bóng, nhợt, tím). - Sờ: Tại bờ tự do của móng tay và bề mặt móng tay; đánh giá bờ nhẵn/nham nhò, mặt nhẵn/ ghồ ghề. 	<p>Xác định các bất thường của tổ chức lông, tóc, móng giúp định hướng nguyên nhân và chẩn đoán bệnh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thao tác đúng kỹ thuật, khám tỉ mỉ từ trên xuống dưới. - Nhận xét đúng, đủ.
	<p>2.8. Khám tuyến giáp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhìn: NB ngồi tư thế thoải mái, ở nơi có đủ ánh sáng và mặt đối diện với ĐD, quan sát vùng cổ của NB xem có bất thường gì hay không? - Sờ: NB ngồi, đầu hơi nghiêng ra phía trước để làm trùng cơ phía trước giáp trạng, tay phải ĐD hơi nâng cằm để mở rộng vùng giáp trạng cho dễ sờ. Ngón trỏ và ngón cái đè vào giữa thanh quản và cơ ức đòn trũm, sau đó bảo bệnh nhân nuốt, sẽ thấy tuyến di động theo nhịp nuốt và đẩy ngón tay 	<p>Đánh giá trực tiếp tình trạng của tuyến giáp. Nếu phát hiện tuyến giáp to giúp cho chẩn đoán bệnh lý về bướu giáp trạng.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thao tác đúng kỹ thuật xác định được tuyến giáp của NB có to không. Khám tỉ mỉ đầy đủ các bước khi có tuyến giáp to để xác định đặc điểm, tính chất. - Nhận xét đúng, đủ.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
	<p>theo (tuyến giáp to).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu tuyến giáp to: Phải xác định thể tích và giới hạn của tuyến, mật độ, mặt nhẵn hay gồ ghề. - Nếu tuyến giáp to: Sờ tìm rung miu: Đặt nhẹ bàn tay lên tuyến giáp cảm nhận rung, đồng thời bắt mạch. - Nghe: Đặt ống nghe ở thùy trên phải hoặc trái (tuyến giáp to). đánh giá: bình thường (không có tiếng thổi)/ bất thường: có tiếng thổi. 		
	<p><i>2.9. Khám hạch ngoại vi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - NB ở tư thế nằm hoặc ngồi, bộc lộ vùng thăm khám. ĐD ngồi/ đứng ở bên phải NB/hoặc đứng phía sau khi khám hạch vùng cổ - Khám bằng đầu ngón tay tuần tự từ trên xuống dưới, đối xứng (hạch ở dưới hàm, hạch dọc theo cơ ức đòn chũm, hố thượng đòn, nách, bẹn, khoeo chân và khuỷu tay). - Nếu hạch to phải xác định được: vị trí, hình thể, thể tích, mật độ và độ di động của hạch. Xem hạch có lỗ dò không. 	<p>Đánh giá trực tiếp tình trạng hạch ngoại vi của NB. Nếu phát hiện có hạch to, giúp cho chẩn đoán bệnh lý của hạch/ bệnh có liên quan tới hạch lân cận.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định đúng vị trí của các nhóm hạch ngoại vi. - Khám đúng kỹ thuật, tỉ mỉ, từ trên xuống, cả hai bên để so sánh. - Khi có hạch to phải đánh giá được đặc điểm, tính chất.
	<p><i>2.10. Khám xác định các chỉ số sinh tồn</i></p> <p>Mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở.</p> <p>(Đã học ở điều dưỡng cơ bản)</p>		

BÀI 10: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ THẦN KINH PHẢN XẠ, CẢM GIÁC VÀ VẬN ĐỘNG

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ thần kinh phản xạ, cảm giác và vận động.

1.2. Khám đúng qui trình, đúng kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, bất thường về hệ phản xạ, cảm giác và vận động.

1.3. Nhận thức được tầm quan trọng của khám hệ thần kinh đúng kỹ thuật. Thể hiện được sự ân cần tôn trọng người bệnh.

2. NỘI DUNG

2.1. Đại cương

Thăm khám thần kinh cần phải có một kỹ thuật đúng đắn, điều quan trọng bậc nhất của thăm khám thần kinh là cần phải có trình tự, tỉ mỉ, cần so sánh hai bên và thăm khám từng đoạn chi để tránh bỏ sót.

Sau khi khám phải xác định được:

- + BN có liệt không? Vị trí liệt? Đều hay không?
- + Mức độ giảm cơ lực?
- + Liệt cứng hay liệt mềm?
- + Liệt trung ương hay ngoại biên?

2.2. Hỏi bệnh

2.2.1. Hỏi các triệu chứng cơ năng thường gặp ở người có bệnh lý ở hệ thần kinh

Bệnh sử của NB là phần rất quan trọng trong thăm khám thần kinh. Người bị bệnh thần kinh thường biểu hiện một số triệu chứng cơ năng như:

- Đau đầu.
- Chóng mặt, có thể kèm theo buồn nôn hoặc nôn.
- Nói khó hoặc không nói được.
- Thay đổi về cảm giác: Đau, tê, cảm giác kiến bò...
- Có các vận động bất thường như co giật...
- Giảm hoặc mất vận động một phần cơ thể.
- Nuốt khó, sặc khi ăn uống.
- Thay đổi về tinh thần: Mê sảng, lú lẫn, hôn mê...
- Rối loạn giấc ngủ.

- Sợ ánh sáng, sợ tiếng động...

Cần khai thác kỹ về các triệu chứng cơ năng: Sự khởi phát, tần số, thời lượng, tính chất, cường độ, vị trí, trình tự xuất hiện và mối liên quan giữa các triệu chứng, các biểu hiện thần kinh, các biểu hiện kèm theo.

2.2.2. Hỏi tiền sử và một số yếu tố liên quan

- Tiền sử: Đã bao giờ bị giống lần này chưa? Tiền sử chấn thương cần được xác định, có bệnh gì khác? Tiền sử gia đình có gì đặc biệt? Việc dùng thuốc trong quá khứ và hiện nay.

- Nghề nghiệp và điều kiện làm việc của người bệnh có căng thẳng quá không? Có tiếp xúc với chất độc gì không?

- Người bệnh có hay dùng nhiều chè, rượu, cà phê, thuốc lá hay ma túy không ?

- Có rối loạn gì về hệ nội tiết không? Đặc biệt trẻ em ở lứa tuổi dậy thì, phụ nữ trong giai đoạn mãn kinh...

- Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng bệnh: Yếu tố gây khởi phát, yếu tố làm tăng hay giảm bệnh...

2.3. Các bước thực hiện

2.3.1. Dụng cụ:

- Búa gõ phản xạ

- Âm thoa

- 2 ống nghiệm đựng nước nóng và lạnh.

2.3.2. Khám cảm giác

** Có 2 loại cảm giác:*

- Cảm giác nông: Cảm giác đau, nóng, lạnh.

- Cảm giác sâu: Cảm giác rung, cảm giác bản thể.

2.3.1. Nguyên tắc khám

- Người bệnh tỉnh, không khám lúc người bệnh mệt mỏi, có thể khám làm nhiều đợt (nếu cần).

- Khám cảm giác cần phải kiên nhẫn, tỉ mỉ và làm cho bệnh nhân yên tâm, hợp tác tốt. Để bệnh nhân nhìn đi chỗ khác hoặc nếu cần che mắt người bệnh.

- Cần nắm vững sơ đồ vùng cảm giác, khám hai bên đối xứng nhau để so sánh, khi khám không hỏi “có đau”, “có nóng” mà hỏi “thấy gì”, “ra sao” (mục đích tránh ám thị cho người bệnh).

2.3.2. Khám cảm giác nông

- Cảm giác sờ: Dùng bút lông hoặc một vật mềm như đầu que quần bông quẹt vào từng vùng da người bệnh; yêu cầu người bệnh nói “có” khi cảm thấy và nói được chính xác vị trí cảm nhận được. Đánh dấu những vị trí bất thường và so sánh với sơ đồ cảm giác.

- Cảm giác đau: Dùng đầu kim châm nhẹ vào da, yêu cầu người bệnh nói vị trí và tính chất của kích thích (sắc hay tù). Đánh dấu những vị trí bất thường và so sánh với sơ đồ cảm giác.

- Cảm giác nóng, lạnh: Dùng hai ống nghiệm, một ống đựng nước nóng, một ống đựng nước đá, áp vào da người bệnh. Tiến hành làm từng vùng và hỏi cảm giác của người bệnh.

2.3.3. Khám cảm giác sâu

- *Cảm giác rung*: Dùng âm thoa gõ mạnh cho rung rồi để vào các chỗ lồi của xương ở sát da như xương bánh chè, xương chày, gai xương chậu, xương khuỷu... Hỏi người bệnh cảm giác của các vùng xương đó.

- *Cảm giác tư thế, vị trí*: Người bệnh nhắm mắt, người khám để một ngón tay hoặc ngón chân nào đó của người bệnh ở một tư thế và vị trí nhất định rồi đề nghị người bệnh nói cho biết tư thế vị trí của ngón này (Quy ước trước khi khám) hoặc bảo NB để ngón tay hay ngón chân bên đối diện ở tư thế, vị trí tương tự.

- *Cảm giác nhận biết đồ vật*: NB nhắm mắt, đưa những đồ dùng hàng ngày như bật lửa, bút, đồng hồ ... và yêu cầu NB cho biết là vật gì.

2.4. Khám chức năng vận động

2.4.1. Khám vận động tự chủ

* Nguyên tắc:

- Quan sát BN ở nhiều tư thế khác nhau: Ngồi, đứng, nằm... tùy theo yêu cầu khám bệnh.

- Yêu cầu BN thực hiện một số động tác chủ động, và ĐD cần làm các nghiệm pháp đối kháng.

* Thang điểm đánh giá cơ lực:

+ 0 = Liệt hoàn toàn (không cơ cơ).

+ 1 = Co nhưng không phát sinh động tác.

+ 2 = Vận động được trên mặt phẳng, không có ảnh hưởng của trọng lượng chi.

+ 3 = Cử động được chống lại trọng lượng chi nhưng không có thêm lực cả khác.

+ 4 = Vận động được khi có sức cản.

+ 5 = Cơ lực bình thường.

* Người bệnh có thể ở nhiều tư thế.

- Hướng dẫn người bệnh làm một số động tác thông thường, đồng thời hai bên, để so sánh.

+ Chi trên: Nắm xoè bàn tay.

 Gấp duỗi cẳng tay.

 Giơ cánh tay lên trên, sang ngang....

- + Chi dưới: Co duỗi ngón chân.
Gấp duỗi cẳng chân.
Nhấc chân lên khỏi giường...

- Tìm cơ lực: Trong khi người bệnh làm những động tác thông thường kể trên, ĐD lần lượt chống lại các động tác đó để xác định cơ lực (nghiệm pháp chống đối). Như vậy có thể đánh giá được cơ lực của từng nhóm cơ.

- + Nghiệm pháp Barré:

- Chi trên: Người bệnh nằm ngửa, mắt nhắm giờ thẳng hai tay tạo một góc 60^0 với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.

- Chi dưới: Người bệnh nằm sấp. Cẳng chân người bệnh để ở tư thế 45^0 với mặt giường. Bên nào liệt sẽ rơi xuống trước.

- + Nghiệm pháp Mingazzini: Người bệnh nằm ngửa, hai chân giờ lên, cẳng chân thẳng góc với đùi, đùi thẳng góc với mặt giường. Bên nào liệt, chân bên đó sẽ rơi xuống trước.

- + Nghiệm pháp gong kim: Người bệnh bấm chặt ngón cái và ngón trỏ tạo thành một gong kim, ĐD luồn ngón tay cái và ngón tay trỏ của mình và lấy sức dặng ra. Liệt bên nào gong kim bên đó sẽ rời ra dễ dàng.

Khám cơ lực là quan trọng để phát hiện các liệt vận động kín đáo. Tùy theo vị trí tổn thương người bệnh có thể liệt hoàn toàn (không làm được những động tác thông thường), có thể chỉ liệt nhẹ (vẫn làm được những động tác nhưng không lâu và yếu).

2.4.2. Khám trương lực cơ

Thường làm ở các chi. Người bệnh để chi được thăm khám hoàn toàn thụ động, không lên gân. Khám trương lực cơ cần đánh giá 3 yếu tố: Độ co duỗi, độ chắc, độ ve vẩy.

- Độ co duỗi cơ: Làm các động tác gấp, duỗi ở các khớp giữa các khúc chi, tạo ra các góc mà đỉnh là khớp rồi so sánh độ hẹp của các góc đó với phía bên đối diện. Góc càng hẹp độ duỗi cơ càng tăng và ngược lại.

Hoặc với chi trên, người bệnh vòng tay qua cổ và đặt lòng bàn tay vào vùng xương bả vai cùng bên.

Với chi dưới, lấy gót chân đặt vào mông cùng bên, ở người bình thường không làm được động tác này.

- Độ chắc của cơ: Dùng tay sờ nắn các cơ hai bên, so sánh xem có bên nào rắn hoặc mềm hơn.

- Độ ve vẩy: ĐD cầm cổ chân, cổ tay người bệnh lắc mạnh để tìm độ ve vẩy của bàn chân, bàn tay của người bệnh. Hoặc ĐD lắc cả thân người bệnh quay phải quay trái xem biên độ vung của cả hai bàn tay người bệnh.

Trương lực cơ tăng biểu hiện: Doãi cơ giảm, độ chắc tăng, độ ve vẩy giảm và ngược lại.

2.4.3. Khám phối hợp động tác và thăng bằng

- Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi: Người bệnh nhắm mắt, dang hai tay, sau đó lần lượt chỉ vào mũi của mình.

- Nghiệm pháp gót chân đầu gối: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng, yêu cầu NB giơ một chân lên cao và đặt gót lên đầu gối chân bên kia, sau đó lướt gót dọc theo mào xương chày xuống tới cổ chân.

Hai nghiệm pháp trên có thể thấy 3 khả năng:

+ Bình thường: Người bệnh chỉ đứng, không run chân tay.

+ Quá tầm: Ngón tay hoặc gót chân người bệnh đi đúng hướng nhưng lại đi quá lên trên. Gặp trong tổn thương tiểu não.

+ Rối tầm: Ngay lúc làm động tác, ngón tay của người bệnh run rẩy, hướng chỉ không đúng. Gặp trong tổn thương cảm giác sâu và trong bệnh Tabet.

- Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp: Bảo người bệnh lật úp liên tiếp hai bàn tay. Bình thường có thể làm một cách nhịp nhàng, nhanh nhẹn. Khi thực hiện động tác này một cách khó khăn, ngưng nghịu là bất thường và gọi là mất liên động, thường gặp trong hội chứng tiểu não.

Chú ý: Các nghiệm pháp trên chỉ có giá trị khi không có liệt và không có tăng trương lực cơ.

- Dấu hiệu Romberg: NB đứng chụm chân (Hai ngón cái liền nhau), nhắm mắt và giơ hai tay ra phía trước. Trường hợp dấu hiệu Romberg (+), người bệnh sẽ nghiêng ngã lao đảo rồi ngã.

Trong bệnh Tabet người bệnh ngã bất cứ theo hướng nào.

Trong hội chứng tiền đình, người bệnh luôn ngã về một hướng, hướng này phụ thuộc vào tư thế của đầu.

2.4.4. Động tác tự động

- Run: Là những cử động bất thường có biên độ đều, thường khu trú ở các đầu chi.

Khám run tay: Bệnh nhân ngồi, nhắm mắt, giơ hai tay ra trước, ĐD quan sát tay bệnh nhân. Khi triệu chứng kín đáo có thể đặt một tờ giấy lên mu tay sẽ thấy hiện tượng run rõ hơn qua độ rung của tờ giấy.

- Múa giật: Đó là những động tác nhanh, vô nghĩa, động tác trước không giống động tác sau, không lúc nào ngừng, động tác xuất hiện ở nhiều nơi của cơ thể: mặt, mắt, môi, vai... thường rõ nhất ở bàn tay, ngón tay. Quan sát thấy bệnh nhân luôn cử động gập, duỗi, vặn ngón tay, nháy mắt, nhăn mặt, nhún vai, ngoẹo đầu. Trước đông người khi cảm xúc động tác tăng rõ rệt.

- Múa vờn: Các động tác chậm, uốn éo, xoắn tròn, thường thấy ở tay và ít khi thấy ở mặt hoặc chân.

- Co cứng xoắn vặn: Tính chất của động tác là xoắn vặn giống như múa vờn làm tư thế biến dạng.

- Giật cơ.

2.4.5. Một vài dáng đi đặc biệt

Nghiên cứu dáng đi giúp ta biết thêm hướng chẩn đoán.

- Trong liệt cứng nửa người: Người bệnh không thể gấp đùi lại được, đi vát thành nửa vòng (như kiểu phát cỏ), hoặc người bệnh đi kiểu quét đất.

- Trong liệt cứng hai chi dưới: Người bệnh có thể đi được, nhưng hai đùi đi sát vào nhau, hai đầu gối va vào nhau bàn chân khó nhấc khỏi mặt đất. Trường hợp co cứng quá phải dùng nạng, hai chân lủng lẳng như quả lắc đồng hồ.

- Trong bệnh Parkinson: Dáng đi chậm, giật cục, hai cánh tay dán sát vào thân không vung vẩy.

2.5. Khám phản xạ

2.5.1. Phản xạ gân xương

* Nguyên tắc chung

- Người bệnh ở tư thế thoải mái, không lên gân.

- Dùng búa phản xạ gõ đúng vào vùng sinh phản xạ, lực gõ hai bên phải đều nhau.

- Đối với từng phản xạ đều phải gõ hai bên đối xứng với nhau để dễ dàng so sánh.

* Phản xạ gân xương chi trên

- Phản xạ trâm quay:

+ Tư thế: Người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để trên bụng hoặc tay người bệnh buông xuôi, thầy thuốc cầm tay người bệnh gấp lại khoảng 45° so với mặt giường.

+ Vị trí gõ: Mỏm trâm quay.

+ Phản xạ xuất hiện: Gấp và quay ngược cẳng tay.

- Phản xạ gân cơ nhị đầu:

+ Tư thế: Người bệnh nằm, cẳng tay gấp, hai bàn tay để trên bụng.

+ Vị trí gõ: Gõ trên ngón tay cái người khám, ấn trên gân cơ nhị đầu.

+ Phản xạ xuất hiện: Gấp cẳng tay.

- Phản xạ gân cơ tam đầu:

+ Tư thế: NB nằm ngửa, cẳng tay để trên bụng và vuông góc với cánh tay, bàn tay người khám đỡ phần giữa cánh tay bệnh nhân.

+ Vị trí gõ: Gân cơ tam đầu, phía trên mỏm khuỷu.

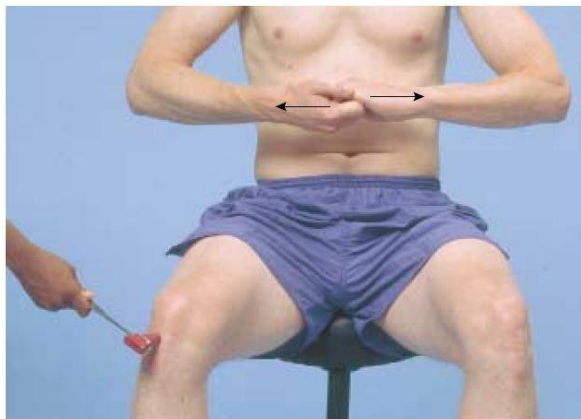
+ Đáp ứng: Duỗi cẳng tay.

* Phản xạ gân xương chi dưới:

- Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ bánh chè:

+ Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, chống cằm cho hai đầu gối gấp một góc 45° , ĐD luôn căng tay trái xuống dưới kheo chân và hơi nâng hai chân người bệnh lên.

+ Vị trí gõ: Gân cơ tứ đầu đùi (không gõ thẳng vào xương bánh chè)



REINFORCEMENT OF KNEE REFLEX

+ Đáp ứng: Hắt căng chân ra phía trước.

- Phản xạ gân gót:

+ Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, ngả người ra phía ngoài, đầu gối hơi gấp, có thể người bệnh quỳ gối, để thả hai bàn chân ra khỏi giường (áp dụng tư thế này khi phản xạ yếu, không rõ).

+ Vị trí gõ: ĐD nắm đầu bàn chân, hơi kéo lên phía trên cho duỗi ra, gõ vào gân Asin.

+ Đáp ứng: Mũi bàn chân đập vào tay ĐD (gấp bàn chân về phía gan chân).

* *Thay đổi bệnh lý của phản xạ gân xương*: Tăng hoặc giảm phản xạ; chắc chắn bệnh lý khi mất đối xứng giữa 2 bên.

2.5.2. Phản xạ da

Người bệnh ở tư thế doãi cơ thoải mái, dùng vật đầu nhọn nhưng không sắc vạch vào những vùng quy định trên da sẽ phát sinh phản xạ.

* *Phản xạ da bụng*:

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân chống lên để cho da bụng mềm.

- Cách khám: Kích thích thành bụng bằng kim vạch nhanh từ phía ngoài rốn hướng vào trong

+ Phản xạ da bụng trên: Kích thích phía trên rốn (dưới bờ sườn).

+ Phản xạ da bụng giữa: Kích thích ngang rốn.

+ Phản xạ da bụng dưới: Kích thích phía dưới rốn, song song với cung đùi.

- Đáp ứng: Cơ bụng co giật.

* *Phản xạ da bìu*:

- Tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, đùi hơi ngửa ra ngoài.
- Kích thích: Dùng kim vạch nhẹ 1/3 trên mặt trong đùi.
- Đáp ứng: Da bìu co dúm lại, đẩy tinh hoàn đi lên trên.

* Đánh giá: Khi không có đáp ứng hoặc đáp ứng nhẹ cơ cơ (giảm hoặc mất phản xạ da) tức là bệnh lý chứng tỏ có tổn thương bó tháp. Tăng phản xạ không có ý nghĩa bệnh lý.

2.5.3. Phản xạ bệnh lý bó tháp

* Dấu hiệu Babinski:

- Tư thế: NB nằm ngửa, ĐD có thể cầm nhẹ cổ chân NB đỡ cho bàn chân ngay ngắn.

- Kích thích: Dùng kim đầu tù vạch dọc bờ ngoài gan chân từ gót chân về phía ngón chân vòng xuống dưới nền các ngón chân, khi gần cuối nhấn mạnh hơn một chút.



A Babinski response may also be seen in unconscious states due to drug or alcohol intoxication or in the postictal period following a seizure.

- Đáp ứng: Bình thường phản xạ trả lời ngón cái và các ngón khác cụp xuống → gọi là “không có dấu hiệu Babinski”. Trường hợp bệnh lý ngón cái sẽ duỗi ra và các ngón con xoè ra như nan quạt, ta nói “có dấu hiệu Babinski” (có tổn thương thực thể của bó tháp). Phải phân biệt với Babinski dương tính giả (khi kích thích ngón cái cụp vào rồi mới duỗi ra).

* Các phản xạ bệnh lý có giá trị như Babinski:

- Dấu hiệu Oppenheim: Tì ngón tay vuốt mạnh dọc xương chày từ từ xuống.
- Dấu hiệu Gordon: Bóp mạnh cơ dép.
- Dấu hiệu Chaddock: Dùng kim gãi quanh mắt cá ngoài.
- Dấu hiệu Shaeffer: Bóp mạnh gân gót
- Dấu hiệu Lê Văn Thành: Bật ngón chân thứ tư.

Đáp ứng các phản xạ giống Babinski.

* Dấu hiệu Hoffmann: Bàn tay NB để sấp mềm mại, ĐD cầm đầu ngón tay giữa NB bật vài cái. Dấu hiệu Hoffmann dương tính (bệnh lý) khi mỗi lần bật như vậy, ngón cái và ngón trỏ người bệnh khép lại như gọng kìm.

2.6. Khám rối loạn dinh dưỡng và cơ tròn

2.6.1. Rối loạn dinh dưỡng

Các bệnh về thần kinh có thể gây ra rối loạn dinh dưỡng ở cơ, da...

- Dùng thước dây đo chu vi các đoạn chi qua các điểm cách đều điểm mốc cố định, bên nào nhỏ là teo. Cần phân biệt teo cơ do thần kinh hay do bệnh cơ.

- Quan sát vùng tỳ đè xem có vết loét không.

2.6.2. Rối loạn cơ tròn

Hay gặp trong các bệnh thần kinh thường gây các biến chứng nguy hiểm nhiễm khuẩn nhiễm độc.

* Rối loạn tiểu tiện

- Bí tiểu: Có cầu bàng quang nhưng không đi tiểu được.

- Tiểu không tự chủ.

* Rối loạn đại tiện:

- Bí đại tiện: Ruột đầy phân nhưng không đại tiện được.

- Đại tiện không tự chủ: Người bệnh đại tiện dầm dề, không chủ động và không có cảm giác khi ra phân.

BẢNG KIỂM DẠY HỌC KHÁM THẦN KINH PHẢN XẠ, CẢM GIÁC VÀ VẬN ĐỘNG

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
A	Hỏi bệnh		
1	<i>Hỏi các triệu chứng cơ năng thường gặp ở người có bệnh lý ở hệ thần kinh (Đau đầu, chóng mặt, nói khó hoặc không nói được, có các vận động bất thường như co giật, giảm hoặc mất vận động một phần cơ thể...).</i>	Khai thác các triệu chứng cơ năng	- Hỏi đầy đủ và tỉ mỉ - Hỏi theo trình tự và có logic - Câu hỏi dễ hiểu, dễ trả lời Người bệnh hợp tác tốt
2	<i>Hỏi tiền sử và một số yếu tố liên quan: (Tiền sử, nghề nghiệp và điều kiện làm việc, dùng nhiều chè, rượu,</i>	Xác định tiền sử, các yếu tố nguy cơ, yếu tố liên quan, ảnh hưởng.	Hỏi đầy đủ và tỉ mỉ. Hỏi theo trình tự và có logic. Người bệnh hợp tác tốt.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	cà phê, thuốc lá hay ma túy không...).		
B	KHÁM CẢM GIÁC		
3	Khám cảm giác nông. Khám cảm giác sờ. Khám cảm giác đau. Khám cảm giác nóng, lạnh.	Xác định có rối loạn cảm giác nông hay không.	Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc. Xác định được tình trạng cảm giác bình thường hay bất thường.
4	Khám cảm giác sâu. Khám cảm giác rung. Khám cảm giác tư thế, vị trí Khám cảm giác nhận biết đồ vật.	Xác định có rối loạn cảm giác sâu hay không.	- Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc. - Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng. - Xác định được tình trạng cảm giác bình thường hay bất thường.
C	KHÁM VẬN ĐỘNG		
5	Khám vận động tự chủ - Hướng dẫn người bệnh làm một số động tác thông thường. - Tìm cơ lực (nghiệm pháp chống đối). - Nghiệm pháp Barré chi trên, chi dưới. - Nghiệm pháp Mingazzini . - Nghiệm pháp gọng kìm.	Giúp xác định tình trạng liệt khu trú.	Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng Bệnh nhân hợp tác tốt Xác định được tình trạng vận động bình thường, bất thường
6	Khám trương lực cơ. - Khám độ co duỗi cơ. - Khám độ chắc của cơ. - Tìm độ ve vẩy.	Giúp xác định liệt do tổn thương bó tháp hay ngoại tháp	- Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc.. - Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng. - Bệnh nhân hợp tác tốt. - Nhận định được dấu hiệu bình thường, bất thường.
7	Khám phối hợp động tác và	Giúp phát hiện	- Khám tỉ mỉ theo trình tự,

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Yêu cầu cần đạt
	thăng bằng. - Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi. - Nghiệm pháp gót chân đầu gối. - Nghiệm pháp lật úp bàn tay liên tiếp. - Dấu hiệu Romberg.	thất điều.	đúng nguyên tắc. - Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng. - Bệnh nhân hợp tác tốt. - Nhận định được dấu hiệu bình thường, bất thường.
KHÁM PHẢN XẠ			
8	Khám phản xạ gân xương. - Phản xạ trâm quay. - Phản xạ gân cơ nhị đầu. - Phản xạ gân cơ tam đầu. - Phản xạ gân cơ tứ đầu đùi hay phản xạ bánh chè. - Phản xạ gân gót.	Sự thay đổi phản xạ là bằng chứng chắc chắn có tổn thương thực thể về thần kinh.	- Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật. - Bệnh nhân hợp tác tốt. - Nhận định được dấu hiệu bình thường, bất thường.
9	Khám phản xạ da. - Phản xạ da bụng. - Phản xạ da bìu.	Giúp đánh giá tổn thương bó tháp, nhất là trong trường hợp liệt kín đáo.	- Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật. - Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng. - Bệnh nhân hợp tác tốt. - Nhận định được dấu hiệu bình thường, bất thường.
10	Khám phản xạ bệnh lý bó tháp. Dấu hiệu Babinski. Dấu hiệu Hoffmann.	Giúp đánh giá tổn thương bó tháp.	- Khám tỉ mỉ theo trình tự, đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật. - Hướng dẫn bệnh nhân rõ ràng. - Bệnh nhân hợp tác tốt. - Nhận định được dấu hiệu bình thường, bất thường.

BÀI 11: NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ VẬN ĐỘNG

(KHÁM CƠ – XƯƠNG - KHỚP)

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1. Hỏi và phát hiện được các triệu chứng cơ năng, nhu cầu chăm sóc bệnh của hệ vận động.
- 1.2. Khám đúng qui trình, kỹ thuật, phát hiện các dấu hiệu bình thường, một số bất thường về vận động.
- 1.3. Thể hiện được thái độ ân cần, tôn trọng người bệnh trong nhận định chăm sóc hệ vận động.

2. NỘI DUNG

2.1. Khám cơ

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Mỗi cơ, yếu cơ: Đây thường là dấu hiệu khiến NB đi khám. Người bệnh tự cảm thấy vận động yếu, dấu hiệu yếu cơ sẽ thể hiện tùy theo vị trí tổn thương: Ở chi dưới, làm cho đi lại kém; ở chi trên làm giảm khả năng mang, vác... nhưng thường là toàn thân, gây giảm mọi động tác. Có khi thấy kèm theo rối loạn cảm giác (đau, tê bì, bông rớt).

- Đau cơ: Những bệnh của cơ ít gây đau, trừ bệnh viêm cơ. Đau khu trú ở một cơ thường do viêm cơ; đau lan toả khó xác định gặp trong một số bệnh toàn thân; cần lưu ý một số vị trí đau của gân, bao gân, dây chằng dễ nhầm với khớp và xương.

- Chuột rút: Là hiện tượng co cứng và đau một cơ hay một nhóm cơ. Là triệu chứng không phải ở cơ, như thiếu Ca, Na, làm việc quá sức và kéo dài.

- Máy cơ và run thớ cơ: Run cơ thường gặp trong các trường hợp tổn thương thần kinh ngoại biên.

- Loạn trương lực cơ: Biểu hiện khó khởi động.

- Khai thác tiền sử bản thân NB và gia đình nhằm phát hiện các bệnh khác.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

+ Teo cơ: Teo cơ là triệu chứng hay gặp trong các bệnh cơ, nhưng những bệnh khác cũng có thể gây teo cơ liệt thần kinh vận động ngoại biên, bất động quá lâu...

Thăm khám bằng cách quan sát, chú ý các vùng cơ nổi rõ như cơ denta ở vai, cơ móng, cơ căng chân sau, cơ ở bàn tay...khi teo, ta thấy những phần cơ đó xẹp lõm xuống. Tốt nhất là dùng thước đo so sánh hai bên, so sánh với sự cân đối của toàn thân và so sánh với người bình thường. Cũng có khi teo cơ nhưng lại thể hiện ra ngoài bằng

hiện tượng phì đại, đó là trường hợp teo cơ kèm theo rối loạn tổ chức liên kết và mỡ gây nên triệu chứng giả phì đại.

Teo cơ trong các bệnh cơ, nói chung là cả hai bên và đối xứng, có thể toàn thân cũng có thể chỉ ở vùng như mặt, thắt lưng. Teo cơ do các bệnh cơ, bệnh teo cơ Duchenne, bệnh Landouzy, bệnh Steiner: Không có hiện tượng run các thớ cơ, ngược lại teo cơ do tổn thương thần kinh (liệt thần kinh ngoại biên, bệnh bại liệt) thường có hiện tượng này (xem bảng so sánh).

+ Giảm cơ lực. Trong phần lớn các bệnh cơ, có teo cơ, thường có giảm cơ lực. Nói chung, hiện tượng giảm cơ lực là đồng đều ở mỗi lần làm động tác nhưng có một thể đặc biệt là giảm dần qua mỗi lần làm động tác, thí dụ như trong bệnh nhược cơ, người bệnh làm động tác lần đầu có thể mạnh như bình thường nhưng lần thứ hai giảm nhiều, lần ba càng giảm đến một vài lần tiếp theo thì không làm được nữa (chóng mỏi), hiện tượng này còn gặp trong bệnh suy vỏ thượng thận (Addison).

Thăm khám cơ lực, ta có thể quan sát các động tác của người bệnh khi đi lại, mang, vác, nằm, ngồi, làm nghiệm pháp chống đối hoặc sử dụng các dụng cụ đo cơ lực. Ta sẽ khám từng cơ, từng vùng, từng nhóm cơ, từng đoạn. Sau đó chia làm nhiều mức độ:

- Cơ lực mất hoàn toàn.
- Nặng: Khi có thể cử động nhẹ nhưng không làm được động tác.
- Vừa: Làm được động tác nhưng yếu.
- Nhẹ: Làm động tác nhưng không kéo dài được...

Hiện tượng giảm cơ lực có thể toàn thân, có thể từng vùng: Nếu ở từng vùng, nên gây những thay đổi, những rối loạn về vận động, biểu hiện nét mặt...

- Giảm cơ lực vùng chậu đùi: Người bệnh đi khó khăn, nghiêng về từng bên khi đặt chân, bước lên bậc cao khó và chậm, ngồi xuống không bình thường mà để rơi xuống ghế, đang ngồi đứng dậy phải chống cả hai tay.

- Giảm cơ lực vùng chậu đùi và thắt lưng: Với tư thế nằm ngửa muốn đứng lên phải quay nghiêng, chống cả hai tay xuống giường, rồi chống lần lượt vào cẳng chân, gối và đùi mới ngồi lên được.

- Giảm cơ lực vùng lưng, vai ảnh hưởng đến các động tác của cánh tay: Chải đầu, mặc áo.

- Giảm cơ lực vùng bàn tay: Cầm nắm kém, có thể cụ thể hoá bằng cách dùng lực kế để đo sức bóp của bàn tay, so sánh với bên kia, so sánh giữa các lần bóp và so sánh với ngưỡng thường (cơ lực bàn tay của người Việt Nam bình thường: Nam = 34kg, Nữ = 20kg).

- Giảm cơ lực các cơ quanh cột sống, làm thay đổi độ cong của cột sống (ưỡn, gù, vẹo).

- Giảm cơ lực ở mặt và mắt: Gây sụp mi, nét mặt không thay đổi, khi nói, cười, nhai khó.

- Giảm cơ lực các cơ ở nội tạng: Ở hầu, thực quản, gây nuốt khó.

+ Mật độ của cơ: Bình thường cơ chắc và chun. Cơ có thể mềm nhẽo do các thớ cơ lỏng, hoặc rắn, cứng, do xơ hoặc viêm (giả phì đại).

+ Co rút cơ: Hiện tượng này có thể kèm theo teo cơ, làm giới hạn vận động và gây biến dạng khớp vĩnh viễn. Tổn thương cơ căng chân có thể gây duỗi bàn chân liên tục: Bàn chân ngựa.

+ Khám phản xạ cơ: Bình thường khi dùng búa phản xạ gõ vào thân cơ ta thấy cơ co nhẹ, đôi khi gây một động tác nhỏ, đó là phản xạ cơ hay phản xạ tự cơ. Trong các bệnh cơ có teo cơ, phản xạ ở vùng teo giảm và mất nhưng phản xạ gân xương vẫn còn.

Ngược lại trong teo cơ tổn thương thần kinh, phản xạ cơ tồn tại khá lâu trong khi phản xạ gân xương thay đổi rất sớm.

+ Hiện tượng rút cơ cơ: Trong một số bệnh cơ, nhất là trong teo cơ lan rộng, khi ta gõ phản xạ có thể gây nên hiện tượng một số sợi cơ co nhanh và khu trú tạo nên một u nổi lên, tồn tại trong vài giây ta gọi là nút cơ cơ.

+ Hiện tượng cứng cơ (myotone). Là hiện tượng đặc biệt của một số bệnh có teo cơ (Steiner). Giãn cơ khó và chậm sau khi co, khác với chuột rút là chỉ xuất hiện sau khi co và không đau, cứng cơ có thể toàn thân với mọi động tác, nhưng thường khu trú nhất ở bàn tay như bình thường nhưng khi mở ra thì khó và chậm.

- Hiện tượng cứng cơ có thể mất đi sau khi làm nhiều lần, nhưng lại thể hiện khi làm động tác mới sau một thời gian nghỉ.

- Về mức độ: Với những động tác nhẹ (viết chữ) không biểu hiện, mà chỉ thấy khi làm động tác mạnh hơn (nắm chặt).

- Cứng cơ còn thể hiện khi ta kích thích: Ví dụ khi gõ vào mô cái bàn tay, các ngón khép vào nhanh nhưng khi giãn ra ở vị trí cũ rất chậm và từ từ.

2.2. Khám xương

2.2.1. Cơ năng

- Đau xương: Đau xương có thể gặp trong bệnh xương nhưng cũng gặp trong các bệnh khác. Tính chất đau ở đây là:

- Đau sâu.

- Lan dọc theo chiều dài của xương.

- Đau tăng lên khi hoạt động, khi ấn hoặc bóp vào.

- Gãy xương tự nhiên: Trong một số bệnh, độ bền chắc của xương giảm nhiều (bệnh mềm xương, rỗng xương..), xương có thể gãy tự nhiên qua một va chạm, chấn thương nhỏ và có khi chỉ vận động mạnh hơn bình thường cũng làm gãy. Loãng xương,

đa u tuỷ xương, ung thư di căn vào xương... ở các đốt sống biểu hiện bằng tình trạng xẹp đốt sống chèn ép vào tuỷ hay các rễ thần kinh.

2.2.2. Triệu chứng thực thể

Kết hợp quan sát sờ nắn, ta phát hiện các triệu chứng:

+ Những thay đổi về hình dáng và kích thước: Xương có thể thay đổi hình dạng như cong, gập... hoặc thay đổi kích thước như dày mỏng, dài, ngắn hơn bình thường... khi khám nên đối chiếu so sánh hai bên, so sánh từng đoạn và so sánh với người bình thường.

+ Phát hiện những khối u của xương: Ta có thể thấy một hay nhiều khối u; đặc điểm của các khối u xương là:

- Cố định trên thân xương không có di động.

- Mật độ thường rắn như xương, nhưng đôi khi có thể chắc hoặc mềm (bệnh đa u tuỷ xương Kahler).

- Những u ở nông và có nhiều mạch máu, có thể làm cho vùng da ở ngoài nóng khi sờ.

- Trong một số khối u xương (ác tính) khi khám có thể tìm thấy một dấu hiệu đặc biệt là lép bẹp dưới tay khi nắn, do các thớ xương ở đó ròn và mỏng.

+ Phát hiện các vùng xương bị phá huỷ: Nói chung khó phát hiện trên lâm sàng, trừ trường hợp vùng phá huỷ rộng và nông (vòm sọ, trong bệnh đa u tuỷ xương), ta có thể sờ thấy một vùng xương bị khuyết.

Gãy xương ở các chi dễ phát hiện trên lâm sàng, ngược lại gãy các xương ở sâu (sườn, lún cột sống...) thường kín đáo khó thấy.

Tóm lại các triệu chứng lâm sàng của xương nói chung không phong phú, không đầy đủ, chỉ có tính chất gợi ý chẩn đoán, muốn đánh giá tình trạng tổn thương, nguyên nhân tổn thương của bệnh xương, nhất định phải dựa vào các phương pháp cận lâm sàng, trong đó X- quang đóng một vai trò rất quan trọng.

2.3. Khám khớp

2.3.1. Cơ năng

+ Đau khớp: Là dấu hiệu hay dùng nhất. Vị trí, tính chất và mức độ thay đổi theo từng loại bệnh; hướng lan, có thể dọc theo các xương dài. Về phân loại, ta chia ra.

- Đau có tính chất cơ giới: Tăng khi hoạt động, bớt khi nghỉ ngơi: Thoái hóa khớp, đau sau chấn thương.

- Đau có tính chất viêm: Đau liên tục ngay cả lúc nghỉ ngơi, tăng nhiều về đêm và sáng sớm. Hầu hết các loại viêm khớp đau kiểu này.

+ Những rối loạn trong vận động. Người bệnh cảm thấy khó vận động khớp, có thể do đau hoặc không đau. Hoặc có cảm giác vướng, làm cho động tác phải dừng lại một lát sau rồi sau đó mới tiếp tục được (tổn thương đĩa đệm ở diện khớp). Hoặc cảm thấy

không làm được một số động tác thông thường hàng ngày. Đôi khi người bệnh thấy tiếng lắc rắc trong khớp (thoái khớp).

2.3.2. Triệu chứng thực thể

Trong khi đi vào thăm khám thực thể, ta cần xem xét vị trí của khớp bị tổn thương: Một khớp, hai khớp hay nhiều khớp, khớp lớn hay nhỏ, có đối xứng hay không? Vị trí của khớp bị tổn thương có một giá trị chẩn đoán không nhỏ, thí dụ trong thấp khớp cấp hoặc viêm đa khớp, bao giờ cũng nhiều khớp bị, trong thoái khớp, viêm khớp do vi khuẩn thường chỉ thấy ở một vài khớp.

+ Sung khớp: Trừ một số khớp ở sâu khó thấy hiện tượng sung như khớp háng, vai. Còn nói chung các khớp khác sung đều có thể quan sát được. Ta chia hai loại sung khớp do viêm và sung khớp không viêm.

- Sung khớp do viêm: Thường có dấu hiệu nóng, đỏ, đau tổ chức quanh khớp thường có phù mềm, các túi thanh dịch và bao hoạt dịch có thể cũng bị viêm và đau. Trong một số trường hợp trong ổ khớp có nước (hay gập ở khớp gối).

- Sung khớp không viêm: Thường do thay đổi ở đầu xương của khớp (mọc thêm) hoặc loạn sản xương, sụn, ở cơ quanh khớp, có khi do mô xơ và mỡ phát triển. Khám thấy khớp to không đều, không cân đối, mật độ chắc hoặc cứng không nóng, không đỏ, ít đau.

+ Dị dạng khớp. Dị dạng khớp do nhiều cơ chế khác nhau gây nên.

- Những nguyên nhân bẩm sinh hay mắc phải, làm thay đổi đầu xương và diện khớp, dẫn đến các thay đổi về trục khớp.

- Những thay đổi về vỏ xơ, dây chằng, gân và các cơ quanh khớp (liệt cơ, xơ, sẹo) có thể kéo lệch khớp, gây nên sai khớp hoặc bán sai khớp.

- Khớp quá lỏng lẻo (giãn các dây chằng) cũng có thể có những thay đổi dạng khớp.

+ Giới hạn động tác. Là phần khám quan trọng, vì để đánh giá chức năng chính của khớp. Cần thăm khám lần lượt từng khớp, mọi động tác (gấp, duỗi dạng, khép, quay...) so sánh hai bên.

Khi khám động tác của một khớp, bao giờ ta cũng đề phần trên hay phần gốc của khớp cố định, còn phần kia di động, thí dụ khám khớp háng: Cố định phần xương hông và di động phần xương đùi, khớp khuỷu cố định phần xương cánh tay.

Tốt nhất khi khám động tác, nên dùng những dụng cụ đặc biệt để đo (dùng compa, giác độ kế).

Mỗi khớp bình thường sẽ có một giới hạn hoạt động nhất định (thí dụ khớp háng gấp được 130°, dạng 80°, khớp gối gấp 130°, dạng 50°...) (xem thêm bảng các động tác).

Hiện tượng giới hạn động tác khi người bệnh chủ động cử động, hoặc thụ động do ĐĐ tác động vào, thường như nhau, nhưng cũng có trường hợp động tác chủ động bị

giới hạn nhưng thụ động lại bình thường (thí dụ người bệnh tự gấp háng chỉ được 100°, trong khi ĐD khám đẩy đùi gấp vào thì vẫn được 130°) nguyên nhân của hiện tượng này là không có tổn thương ở khớp mà tổn thương ở cơ, gân.

+ Khớp lỏng lẻo: Bệnh về khớp ít khi gây lỏng khớp. Thường gặp khi tổn thương các dây chằng quanh khớp hoặc bao khớp. Hiện tượng lỏng khớp hay được phát hiện ở khớp gối và cổ chân (xem thêm khám khớp gối).

+ Đau khi khám: Nói chung trong các bệnh khớp, đau khi tăng vận động nên người bệnh có xu hướng bất động. Ta có thể gây đau khi thăm khám, làm những động tác thụ động, hoặc tìm những điểm đau nhất định (diện khớp, túi thanh dịch, bao hoạt dịch, dây chằng, đầu xương...).

+ Tiếng lách rắc khi khám: Không có giá trị đặc hiệu, vì ở một số người bình thường cũng có thể có. Nếu kết hợp với đau thì nghĩ đến tổn thương sụn khớp.

+ Teo cơ: Trong một số bệnh khớp, nhất là bệnh viêm khớp, thường phối hợp với teo cơ quanh khớp, có teo nhanh và nhiều, các bệnh về khớp không có viêm cũng gây teo cơ nhưng rất chậm và ít. Teo cơ có thể phối hợp với co cứng cơ phản ứng.

+ Một số biểu hiện khác: Một số triệu chứng kèm theo của một số bệnh khớp nên chú ý khi khám.

- Hạch: Hạch vùng gần khớp.
- Các hạt ở quanh khớp: Hạt Meynel, Haydenberg.
- Các biểu hiện ngoài da: Ban đỏ, vẩy nến, xơ cứng bì.
- Mắt: Viêm kết mạc, viêm móng mắt.
- Tim mạch: Tổn thương van tim.
- Thần kinh: múa vờn, hội chứng chèn ép.

2.3.3. Khám một số khớp đặc biệt

2.3.3.1. Khớp gối

Trong các bệnh về khớp thì tổn thương ở khớp gối là hay gặp nhất, gối là một khớp lớn ở nông nên khi có thay đổi thường dễ thấy.

* *Dấu hiệu cơ năng*

- *Đau*

Vị trí hay gặp ở mặt trong khớp gối, đau thường lan xuống cẳng chân. Đau khi bước lên cao gặp trong trường hợp tổn thương đầu dưới xương đùi và xương bánh chè.

- *Hạn chế vận động và đi khó*

Tùy mức độ, có thể đi khập khểnh, không ngồi co chân được, đi phải chống nạng, lách rắc khi vận động (thoái hóa).

* *Khám*

Khám với hai tư thế đứng thẳng và nằm ngửa, ta lần lượt đánh giá về hình thái, trục của khớp, sờ nắn, làm các động tác.

Nhìn

Bình thường hai gối cân đối, nhìn rõ xương bánh chè, trục khớp trên một đường thẳng hơi chệch ra ngoài.

- Sung khớp: Vùng sung có thể lan trên phần dưới và phía trước của đùi. Phần lớn trường hợp sung đồng đều cả các phía, nhưng trong một số trường hợp có thể nổi các u cục to nhỏ: Các cục tôphi trong bệnh goutte, các túi nang của bao hoạt dịch.

- Trục khớp gối có thể thay đổi gây nên tình trạng sau:

+ Cẳng chân cong vào trong hay chân vòng kiềng.

+ Cẳng chân choãi ra ngoài hay chân chữ bát.

+ Cẳng chân choãi ra sau.

Phần lớn các tình trạng lệch trục này đều làm dị dạng bẩm sinh hoặc là hậu quả của những bệnh từ nhỏ (còi xương, bại liệt)

Sờ nắn

- Tìm các điểm đau: Các điểm ở hai bên khớp, lưu ý nơi bám tận của một số gân cơ: Lồi cầu trong đầu dưới xương đùi và phần trước đầu trên xương chày.

- Tìm dấu hiệu tràn dịch khớp gối: Bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng, ĐD dùng hai ngón tay cái và ngón thứ ba bàn tay phải để hai bên khớp, đồng thời dùng ngón tay trở ấn nhanh và đột ngột vào xương bánh chè. Nếu có tràn dịch trong khớp ta sẽ thấy sóng nước đập khẽ về hai phía bên và xương bánh chè từ từ đập vào đầu dưới xương đùi. Đây là dấu hiệu bập bênh xương bánh chè. Chú ý khi lượng nước quá nhiều và quá căng thì không dấu hiệu này.

- Dấu hiệu bập bênh xương bánh chè: Bệnh nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng ĐD dùng tay phải để lên xương bánh chè ấn nhẹ xuống và đồng thời đẩy lên kéo xuống (như kiềng bào gỗ), nếu phần sụn ở mặt sau xương bánh chè hay sụn đĩa của xương đùi và xương chày tổn thương thì ta sẽ cảm thấy có tiếng lạo xạo dưới tay. Dấu hiệu này thường thấy trong thoái hóa khớp gối.

Khám động tác

- Gấp duỗi khớp gối: Bệnh nhân nằm ngửa gấp và duỗi khớp dễ dàng hoặc nằm sấp thì gót chân có thể chạm vào mông. Bình thường gối gấp được khoảng 130-140°

- Dấu hiệu lỏng lẻo khớp (bệnh khớp do thần kinh, giảm hoặc đứt các dây chằng)

- Dấu hiệu rút ngắn kéo: Bệnh nhân nằm ngửa, chân co, ĐD nắm phần trên cẳng chân từ từ kéo ra và đẩy vào như ta rút ngắn kéo. Khi khớp lỏng lẻo biểu hiện dấu hiệu rút ngắn kéo: Tổn thương dây chằng trước sau.

- Dấu hiệu lúc lắc khớp: Bệnh nhân nằm ngửa chân duỗi, ĐD dùng một tay nắm phía trong phần dưới đùi, còn một tay nắm phía ngoài phần trên cẳng chân, nhẹ nhàng

đẩy căng chân vào trong và ra ngoài. Tôn thương dây chằng bên: Căng chân lúc lắc sang hai bên dễ dàng.

2.3.3.2. Khám khớp vai

** Các dấu hiệu cơ năng*

+ Đau vùng vai thường khó xác định vị trí cụ thể, bệnh nhân thấy đau ở mặt trước, mặt sau hoặc ở móm vai, hướng lan: Hoặc lên cổ hoặc lan xuống cánh tay.

+ Hạn chế động tác: Bệnh nhân cảm thấy khó thực hiện một số động tác trong sinh hoạt và trong lao động: Không giơ tay lên được, không chải đầu được, khó đưa tay ra phía sau.

** Khám lâm sàng*

Tìm các điểm đau

Điểm mặt trước khớp bả cánh tay, điểm khớp quạ đòn, điểm khớp ức đòn.

Khám động tác

- Bảo bệnh nhân tự làm một số động tác cụ thể để đánh giá chung: Tay sờ gáy, tay sờ tai bên kia (vòng qua đầu), tay sờ lưng, tay móc túi quần sau, tay đưa ra sau, nhô hai vai (thăm dò khớp ức đòn).

- Khám và đo mức vận động:

+ Đưa hai tay ra trước và lên trên (180^0)

+ Đưa hai tay ra sau (60^0)

+ Khép vào trong (30^0)

+ Dạng ra ngoài và đưa lên trên (180^0), khi làm động tác dạng nếu cố định xương bả vai thì chỉ được khoảng 90^0 .

+ Quay ra ngoài và vào trong: Bệnh nhân khép cánh tay vào ngực, căng tay gập 90^0 , xoay căng tay ra ngoài và vào trong.

BẢNG KIỂM DẠY/ HỌC NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC HỆ VẬN ĐỘNG

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
1	1. Hỏi bệnh		
	1.1. Chào hỏi: Hỏi tên NB, tự giới thiệu bản thân, giải thích mục đích, lý do thăm khám, đề nghị NB đồng ý và hợp tác trong quá trình thăm khám. Hỏi tuổi, nghề, chỗ ở, hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp.	Tạo sự gần gũi, hiểu biết giữa ĐD với NB, NB sẵn sàng hợp tác với Điều dưỡng.	Đủ nội dung. Thái độ tôn trọng NB.
	1.2. Hỏi lý do vào viện Đặt câu hỏi mở. (NB bị như thế nào phải vào viện?) Thường có lý do: Đau cơ, nhức xương, hạn chế vận động khớp, biến dạng chi	Định hướng cơ quan bị bệnh.	Đặt câu hỏi đúng cách, NB dễ hiểu, trả lời được.
	1.3. Hỏi bệnh sử 1.3.1. Bắt đầu xuất hiện triệu chứng từ bao giờ ?	Định hướng bệnh có tính chất cấp bệnh lý hay chấn thương...	Đặt câu hỏi dễ hiểu, NB trả lời được.
	1.3.2. Hỏi hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng.	Định hướng yếu tố thuận lợi/nguyên nhân gây bệnh.	đặt câu hỏi gợi mở (Tự nhiên bị bệnh hay sau vận động mạnh...)
	1.3.3. Hỏi tính chất, diễn biến của các triệu chứng chính. Ví dụ: Đau ở cơ, khớp hay trong xương? Vị trí? Đau ở đâu nhiều? Khi nào? Vận động hay nằm yên? Buổi sáng hay chiều....	Định hướng chẩn đoán hội chứng, khẳng định lại đặc điểm triệu chứng NB mô tả.	Chủ yếu đặt câu hỏi đóng, NB dễ dàng trả lời.
	1.3.4. Hỏi triệu chứng kèm theo: Đau kèm theo tê bì, mất cảm giác chi	Định hướng chẩn đoán.	Đặt câu hỏi đóng.
	1.3.5. Hỏi diễn biến mức độ các triệu chứng cho đến khi vào viện?	Tiên lượng bệnh.	Đặt câu hỏi đóng.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	(Đau, cứng khớp tăng dần, hạn chế vận động tăng dần?..)		
	1.3.6. Hỏi việc sử dụng thuốc ở nhà, tuyến trước? Thuốc gì? Có biến chứng gì kèm theo không?	Đánh giá kiến thức, kỹ năng thái độ của NB đối với bệnh của họ để sau này có tư vấn phù hợp.	Dùng câu hỏi mở, NB dễ hiểu, trả lời dễ dàng.
	1.3.7. Hỏi diễn biến các triệu chứng từ khi vào viện đến hiện tại (đờ hay không).	Tiên lượng bệnh, đánh giá kết quả điều trị.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.Hỏi tiền sử		
	1.4.1. Tiền sử bản thân: <i>Đã xuất hiện các triệu chứng như lần này bao giờ chưa?</i> - Hỏi cách điều trị của NB ở các đợt trước: Cụ thể, chi tiết (Tên thuốc, liều, cách dùng). - Hỏi mức độ các triệu chứng qua các đợt bị bệnh. - <i>Hỏi bệnh phối hợp: Tiểu đường, dạ dày, tăng huyết áp.</i>	- Xác định tính chất diễn biến của bệnh (bệnh lý/ chấn thương), sơ bộ định hướng mức độ bệnh. - Tìm hiểu bệnh, phối hợp để điều trị đúng bệnh.	Dùng câu hỏi đóng, dễ hiểu, NB trả lời được.
	1.4.2. Tiền sử gia đình Có ai có các triệu chứng giống NB ?	Tìm hiểu tính di truyền của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.
	1.4.3. Xung quanh: Có ai có triệu chứng giống NB?	Xác định tính chất dịch tễ của bệnh.	Dùng câu hỏi đóng.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	1.4.4. Sinh hoạt, vật chất, tinh thần Điều kiện kinh tế? (khó khăn?) Có thói quen liên quan bệnh tật: Lao động nhiều, thói quen ăn nhiều đạm....	- Giúp tư vấn cho NB phương pháp khám chữa phù hợp, hiệu quả. - Giáo dục sức khỏe đúng theo hoàn cảnh từng người bệnh.	Dùng câu hỏi mở. Có thái độ chia sẻ cảm xúc với NB, động viên bệnh nhân kịp thời, tránh để NB thêm lo lắng.
2	2. Khám cơ 2.1 Nhìn: 2.2. Phát hiện teo cơ 2.3. Phát hiện giảm trương lực cơ. 2.4. Phát hiện các bất thường khác của cơ: Chuột rút, phản xạ, co cứng.	Tìm dấu hiệu bất thường của cơ.	Quan sát và nhận xét đầy đủ, đúng. Thao tác đúng động tác thăm khám, nhận xét đúng.
3	3. Khám xương 3.1. Khám cơ năng 3.2. Khám thực thể	Phát hiện bất thường của khớp.	Thao tác đúng, nhận xét đúng.
4	4. Khám khớp		
	4.1. Chuẩn bị: Phòng đủ kín, cần có 2 người phụ khám nếu NB khác giới với ĐD. + Bàn khám + Thước dây + Thước đo độ + Bệnh án ghi chép	Thuận lợi cho thăm khám, NB thoải mái hợp tác khi thăm khám.	- Chuẩn bị phòng đạt yêu cầu, hướng dẫn NB đúng cách. - Thái độ: Tôn trọng, tế nhị.
	4.2. Cách khám - Khám khớp chi trên, chi dưới. + Khớp vai + Khớp khuỷu + Khớp cổ, bàn tay + Khớp háng	Tìm triệu chứng bất thường của xương, khớp.	Khám đúng cách.

STT	Nội dung	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt
	<ul style="list-style-type: none"> + Khớp gối - Điều dưỡng đứng phía vị trí phù hợp với vị trí cần khám. - Thái độ: Tôn trọng, tế nhị 		

BÀI 12: KỸ NĂNG VÀ PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

- 1.1 Thực hiện được kỹ năng thuyết phục trong truyền thông giáo dục sức khỏe .
- 1.2 Thực hiện được kỹ năng đóng vai trong truyền thông giáo dục sức khỏe.
- 1.3 Thực hiện được phương pháp tổ chức nói chuyện sức khỏe.
- 1.4 Thực hiện được phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng thảo luận nhóm.
- 1.5 Thực hiện được phương pháp tư vấn sức khỏe.

2. NỘI DUNG

2.1. Khái niệm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe (TT- GDSK)

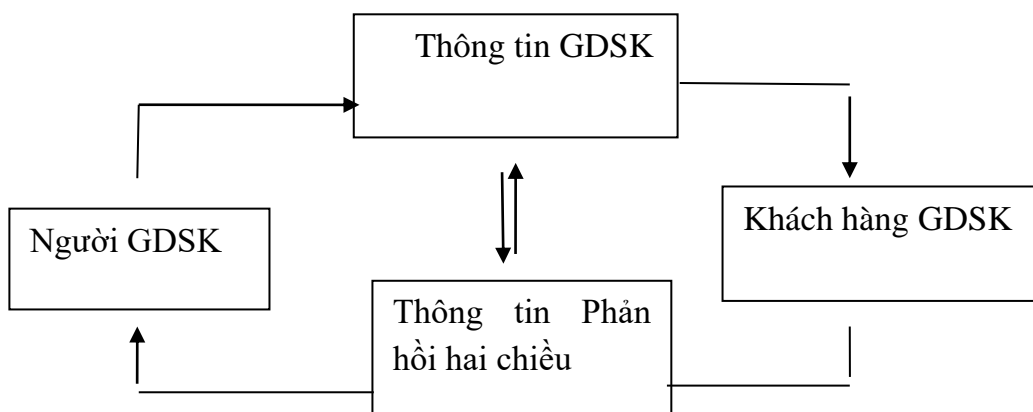
TT-GDSK là một trong những nhiệm vụ quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe, góp phần giúp mọi người đạt được tình trạng sức khỏe tốt nhất. Theo Tổ chức Y tế thế giới: "Sức khỏe là một trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh hay thương tật". Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người, là nhân tố cơ bản trong toàn bộ sự phát triển của xã hội. Có nhiều yếu tố tác động đến sức khỏe của mỗi người: Yếu tố xã hội, văn hoá, kinh tế, môi trường và yếu tố sinh học như di truyền, thể chất. Muốn có sức khỏe tốt phải tạo ra môi trường sống lành mạnh và đòi hỏi phải có sự tham gia tích cực, chủ động của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng vào các hoạt động bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Đẩy mạnh công tác TT-GDSK là biện pháp quan trọng giúp mọi người dân có kiến thức về sức khỏe, bảo vệ và nâng cao sức khỏe, từ đó có cách nhìn nhận vấn đề sức khỏe đúng đắn và hành động thích hợp vì sức khỏe. Ở nước ta từ trước đến nay hoạt động TT- GDSK đã được thực hiện dưới các tên gọi khác nhau như: Tuyên truyền vệ sinh phòng bệnh, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, giáo dục vệ sinh phòng bệnh... dù dưới cái tên nào thì các hoạt động cũng nhằm mục đích chung là góp phần bảo vệ nâng cao sức khỏe cho nhân dân. Hiện nay tên gọi TT- GDSK được sử dụng khá phổ biến và được coi là tên gọi chính thức phù hợp với hệ thống TT- GDSK ở nước ta.

Truyền thông - Giáo dục sức khỏe giống như giáo dục chung, là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. Truyền thông - Giáo dục sức khỏe nói chung tác động vào 3 lĩnh vực: Kiến thức, thái độ của con người đối với sức khỏe, và thực hành hay cách ứng xử của con người đối với bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Thực chất TT- GDSK là quá trình dạy và học, trong đó tác động giữa người thực hiện giáo dục sức khỏe và người được giáo dục sức khỏe theo hai chiều. Người thực hiện TT-

GDSK không phải chỉ là người "Dạy" mà còn phải biết "Học" từ khách hàng của mình. Thu nhận những thông tin phản hồi từ khách hàng được TT- GDSK là hoạt động cần thiết để người thực hiện TT- GDSK điều chỉnh, bổ sung hoạt động của mình nhằm nâng cao kỹ năng, nâng cao hiệu quả các hoạt động TT- GDSK.

TT- GDSK đã được đề cập đến trong các tài liệu của Tổ chức Y tế thế giới. Sự tập trung của TT- GDSK là vào lý trí, tình cảm và các hành động nhằm thay đổi hành vi có hại, thực hành hành vi có lợi mang lại cuộc sống khỏe mạnh, hữu ích. TT- GDSK cũng là phương tiện nhằm phát triển ý thức con người, phát huy tinh thần tự lực cánh sinh trong giải quyết vấn đề sức khỏe của cá nhân và cộng đồng. TT- GDSK không phải chỉ là cung cấp thông tin hay nói với mọi người những gì họ cần làm cho sức khỏe của họ mà là quá trình cung cấp kiến thức, tạo điều kiện thuận lợi về môi trường để nâng cao nhận thức, chuyển đổi thái độ về sức khỏe và thực hành hành vi sức khỏe lành mạnh. Điều cần phải ghi nhớ là không nên hiểu TT- GDSK đơn giản như trong suy nghĩ của một số người coi TT- GDSK chỉ là cung cấp thật nhiều thông tin về sức khỏe cho mọi người.

Mục đích quan trọng cuối cùng của TT- GDSK là làm cho mọi người từ bỏ các hành vi có hại và thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe, đây là một quá trình lâu dài, cần phải tiến hành theo kế hoạch, kết hợp nhiều phương pháp khác nhau, với sự tham gia của ngành y tế và các ngành khác. Trong TT- GDSK chúng ta quan tâm nhiều đến vấn đề là làm thế nào để mọi người hiểu được các yếu tố nào có lợi và yếu tố nào có hại cho sức khỏe, từ đó khuyến khích, hỗ trợ nhân dân thực hành hành vi có lợi cho sức khỏe và từ bỏ các hành vi có hại cho sức khỏe.



Sơ đồ 1: Quá trình truyền thông GDSK

2.2. Các kỹ năng thường sử dụng trong Truyền thông - Giáo dục sức khỏe.

Trong thực tế chúng ta có thể nhận thấy là khả năng TT - GDSK có hiệu quả rất khác nhau ở người này và người khác. Đó là do mỗi người có những kỹ năng TT -

GDSK khác nhau. Để công tác TT - GDSK được thực hiện có hiệu quả, người cán bộ y tế có thể học tập rèn luyện các kỹ năng sau:

2.2.1. Nói

Nói là việc mà chúng ta thường làm nhưng nói như thế nào để người ta dễ nhớ, dễ làm thì lại cần phải rèn luyện. Trong lời nói, cần quan tâm đến nói cái gì, âm lượng, tốc độ giọng nói phải phù hợp. Ngôn ngữ sử dụng khi giao tiếp phải thống nhất. Trong khi nói không nên dùng từ một cách cầu kỳ, hoa mỹ mà nên dùng từ dễ hiểu. Nói cần đúng lúc, đúng chỗ... Chúng ta có câu châm ngôn rất có ích cho việc rèn luyện kỹ năng nói: "Lời nói không mất tiền mua, lựa lời mà nói cho vừa lòng nhau . . . ". Nhưng chúng ta cũng có thể thấy là chỉ nói thì không đủ mà cần phải có thông tin phản hồi. Tốt nhất là nên kết hợp nói với làm hoặc chỉ cho người ta thấy được nếu có thể.

2.2.2. Hỏi.

Hỏi cũng là kỹ năng mà chúng ta cần thực hành. Hỏi nhằm có được thông tin phản hồi, hướng dẫn theo các ý tưởng, lời khuyên, hành động... Cần tỏ thái độ đúng khi hỏi. Câu hỏi phải rõ ràng, cụ thể, cần thể hiện được những điều cơ bản là: Cái gì, ở đâu, khi nào, ai và như thế nào?

2.2.3. Nghe

Nghe là một trong các kỹ năng cơ bản của TT - GDSK. Chúng ta cần nghe chăm chú để:

- Có được thông tin đúng, đủ để thực hiện hành động đúng.
- Có được thông tin phản hồi để biết liệu thông tin truyền đi có được hiểu đúng hay không?
- Có thêm nhiều thông tin và ý tưởng.
- Giảm nguy cơ bị mất thông tin.
- Khuyến khích người được truyền thông nói với ta nhiều hơn.

2.2.4. Quan sát

Quan sát cũng tương tự như nghe, nhưng ở đây chúng ta sử dụng mắt để thu thập thông tin. Bằng quan sát người truyền thông có thể thấy được người nhận thông tin có đúng không. Liệu người nhận có yêu cầu thêm thông tin nữa không và liệu họ có sẵn sàng hành động hay không. Quan sát những người truyền thông cũng chỉ ra cho ta thấy liệu họ có rõ điều mà họ muốn nói hoặc họ có cần thêm sự giúp đỡ của người khác hay không.

2.2.5. Hiểu

Hiểu có nghĩa là người nhận thông điệp có thể trình bày thông điệp họ nhận được bằng ngôn từ của họ và suy nghĩ của họ. Người nhận thông điệp hiểu rõ điều mong đợi họ cần thiết là vì lý gì, họ cần làm khi nào, làm ở đâu, làm như thế nào. . . Nếu còn nghi ngờ điều gì thì người nhận thông điệp cần phải hỏi thêm cho rõ.

2.2.6. Chọn thời gian Truyền thông - Giáo dục sức khỏe

Thời gian cũng là một yếu tố quan trọng góp phần làm cho truyền thông có hiệu quả. Truyền thông quá muộn, điều này thường xảy ra khi chúng ta quên gửi đi các

thông điệp cần thiết do công việc bận rộn hoặc các trở ngại khác. Truyền thông quá muộn có nghĩa là người nhận có ít hoặc không có thời gian để đáp ứng hoặc yêu cầu thêm thông tin của người truyền thông cho việc lập kế hoạch hành động. Hậu quả của truyền thông quá muộn là người nhận không thoải mái dẫn đến công việc không được thực hiện hoặc thực hiện không đầy đủ. Truyền thông quá sớm có thể làm người nhận quên hoàn toàn hoặc quên một phần thông điệp. Nếu người gửi muốn truyền đi thông điệp một thời gian dài trước khi muốn có đáp ứng với thông điệp thì phải theo dõi và cần nhắc lại thông điệp đó.

2.2.7. Chọn đúng người và nơi để truyền thông:

Một điều đơn giản là nếu không chọn đúng người cần truyền thông thì thông điệp sẽ không được thực hiện, vì vậy chọn đúng khách hàng đích để truyền thông sẽ là yếu tố quyết định việc đạt được mục tiêu của truyền thông. Nơi để truyền thông cũng góp phần quan trọng cho việc tiếp nhận các thông điệp dẫn đến phản ứng của người nhận thông điệp. Trong thực tế đôi khi cùng một thông điệp nhưng nếu chúng ta biết chọn nơi thích hợp truyền thông cho người này sẽ có hiệu quả, nhưng cũng với thông điệp đó, ở nơi đó với người khác chưa chắc đã có hiệu quả. Vì thế chúng ta cần cân nhắc để chọn nơi truyền thông cho phù hợp.

2.2.8. Thuyết phục

*** Khái niệm**

Thuyết phục là kỹ năng tư vấn đặc biệt là đưa ra những tình tiết, sự kiện, phân tích, giải thích... làm cho người khác cảm thấy đúng, thấy hợp lý mà tin theo, làm theo mà không cần sử dụng quyền lực hay sự ép buộc nào. Đây là một kỹ năng rất quan trọng, nó là tổng hòa của nhiều kỹ năng giao tiếp cơ bản và là một yếu tố tạo nên thành công trong TT-GDSK. Tuy nhiên thuyết phục không phải là một kỹ năng dễ dàng, bởi vì ai cũng có quan điểm, cách nhìn của riêng mình. Cần làm cho người nhận tin tưởng vào người gửi và tin là thông điệp của người gửi là chính xác. Cũng cần lưu ý là người ta thường có khuynh hướng đáp ứng tốt hơn theo hướng các lý do về tình cảm hơn là chỉ có lý do thực hành đơn thuần và vì thế chúng ta cần sử dụng tình cảm đúng đắn để thuyết phục người nhận mệnh lệnh hay thông điệp.

*** Mục đích**

Làm cho người đối diện tin và thực hiện hành động theo mong muốn của chúng ta. Hay nói một cách khác thuyết phục là việc làm cho đối phương thay đổi hành vi theo định hướng mà chúng ta mong muốn

*** Các yếu tố của thuyết phục**

*** Tạo niềm tin.**

Tạo niềm tin trong thuyết phục là gì. Có nghĩa là bạn cần phải là 1 người đáng tin cậy đối với họ. Nếu bạn tạo ra tâm lý đề phòng, nghi ngại thì việc thuyết phục thường thất bại.

* Logic và hợp lý trong thuyết phục.

Thuyết phục là sử dụng lời lẽ, lập luận, chứng cứ làm cho đối phương tin tưởng và hành động theo. Như vậy tính logic, lập luận rõ ràng, tự tin, phân tích ưu, nhược điểm một cách hợp lý sẽ giúp bạn thành công.

* Tôn trọng và bình đẳng.

Điều quan trọng nhất trong thuyết phục đó là bạn phải cho đối phương thấy họ được tôn trọng, bình đẳng.

* Lựa chọn bối cảnh thuyết phục

Dựa vào từng vấn đề, tính cách, đặc điểm của người được thuyết phục để lựa chọn không gian, thời gian thuyết phục hợp lý, sao cho khách hàng được thuyết phục có tâm lý thoải mái và dễ chịu nhất.

2.2.9. Kỹ năng đóng vai để Truyền thông - Giáo dục sức khỏe

* Khái niệm về đóng vai.

Đóng vai là một phương pháp thường được sử dụng trong giảng dạy và học tập về giáo dục sức khỏe, đóng vai (diễn kịch) cũng được sử dụng ngay trong các hoạt động giáo dục sức khỏe. Kỹ năng giao tiếp là một kỹ năng rất cần thiết của người cán bộ y tế cũng như người làm giáo dục sức khỏe. Đóng vai là một cách tốt nhất để rèn luyện kỹ năng giao tiếp cũng như tạo cho người đóng vai hình dung rõ các sự việc, vấn đề có thể xảy ra trong thực tế, vận dụng các kiến thức và kinh nghiệm vào trong thực tế. Đóng vai là mô phỏng lại các tình huống và các vấn đề xảy ra trong đời sống thực tế. Trong đóng vai, người đóng vai nhận kịch bản mô tả về nhân vật mà họ sẽ đóng. Từ bản mô tả nhân vật, người đóng vai thực hiện các động tác và đối thoại như trình tự của vai đóng sẽ diễn ra. Người đóng vai cố gắng để "nhập vai", nghĩa là cố gắng để ứng xử như với những tình huống và vấn đề mà trong thực tế phải xử như vậy.

* Mục đích của đóng vai.

Bằng cách đóng vai với các tình huống thực của đời sống, mọi người có thể hiểu rõ hơn nguyên nhân của vấn đề của họ và kết quả của những hành vi riêng của họ. Đóng vai có thể giúp các cá nhân tìm ra các cách để tăng cường mối quan hệ với người khác và tranh thủ được sự hỗ trợ của mọi người để có cuộc sống khỏe mạnh hơn. Một mục đích khác của đóng vai là giúp mọi người thu được các kinh nghiệm trong truyền thông, giao tiếp, xây dựng kế hoạch, đưa ra quyết định và cuối cùng đi đến việc xem xét các thái độ và hành vi sức khỏe của họ. Chúng ta có thể học được các hành vi riêng cho chúng ta trong khi đóng vai cũng như biết đánh giá các thái độ và hành vi của chúng ta như thế nào.

* Tổ chức đóng vai.

a. Chuẩn bị trước kịch bản cho các vai đóng: Nên có thời gian để cho người tham gia đóng vai nghiên cứu, chuẩn bị trước các vai.

b. Chuẩn bị thời gian và địa điểm họp lý: Địa điểm đủ rộng để những người đóng vai thực hiện các hoạt động. Có chỗ ngồi đủ và thuận lợi cho những người quan sát theo dõi được các hoạt động và đối thoại của các vai. Nếu có điều kiện thì có thể dàn dựng các cảnh tương tự như trong thực tế sẽ rất tốt cho người đóng vai nhập vai.

* Số người tham dự:

- Đóng vai thường tổ chức với một nhóm nhỏ. Một số người tình nguyện đóng các vai, số khác ngồi xem và quan sát diễn biến xảy ra và chuẩn bị những ý kiến nhận xét.

- Thời gian đóng vai kéo dài khoảng 20 phút là vừa, nếu diễn biến các hoạt động tốt và khán giả thích thú quan tâm thì có thể tiếp tục kéo dài thêm. Cần phải dừng vai đóng nếu:

+ Người đóng vai đã giải quyết được vấn đề

+ Người đóng vai nhầm lẫn và không giải quyết được vấn đề

+ Nếu khán giả cảm thấy buồn tẻ.

- Thảo luận sau đóng vai: Đây là phần rất quan trọng của phương pháp đóng vai. Thời gian thảo luận khoảng 20- 30 phút, thảo luận về các vai đóng, giữa những người đóng vai và những người quan sát. Thảo luận giúp cho mọi người tập trung vào những vấn đề quan trọng trong đóng vai. Nếu như thảo luận sôi nổi, có ích thì nên tiếp tục kéo dài thảo luận. Có thể đề nghị đóng vai lại để làm sáng tỏ thêm những vấn đề đưa ra trong khi thảo luận để làm sáng tỏ các kết luận.

- Những vấn đề khác có liên quan đến đóng vai: Đóng vai sẽ tốt khi mọi người hiểu và tin tưởng những người khác. Trước khi sử dụng cá nhân đóng vai, cần đảm bảo là bạn đã xây dựng tốt mối quan hệ với họ. Nếu như một nhóm tham gia vào các vai đóng cần để cho họ gặp nhau và làm quen với nhau trước.

Một số điều cần chú ý khi đóng vai:

- Vì chúng ta không biết chắc chắn được sản phẩm của đóng vai, chỉ biết là những người đóng vai có cơ hội thực hiện các vai diễn nên người theo dõi hướng dẫn có mặt để có thể điều chỉnh kịp thời.

- Trong nhóm thường có những người không hứng thú và rất ngại đóng vai vì thế không nên ép buộc những người này đóng vai, trước tiên hãy để họ quan sát nếu qua một vài lần quan sát như vậy họ có thể mạnh dạn hơn và quan tâm đến đóng vai, khi đó sẽ mời họ đóng vai.

- Đóng vai có thể vui nhộn qua đó người tham dự học được các kinh nghiệm quý báu, nhưng chú ý không để cho các vai đóng đi quá xa thực tế, không tập trung vào giải quyết các vấn đề trọng tâm và mục tiêu đã đề ra.

- Trong thực tế rất ít khi chỉ có một vai đóng duy nhất mà mọi người có thể đóng vai bằng nhiều cách sinh động khác nhau và tùy thuộc vào năng khiếu của người đóng vai.

2.3. Phương pháp giáo dục sức khỏe

2.3.1. Các phương pháp truyền thông

2.3.1.1. Phương pháp gián tiếp (sử dụng nguồn thông tin đại chúng)

Thông tin đại chúng giữ vai trò quan trọng trong Truyền thông - Coi giáo dục sức khỏe có tính chất chiến dịch thông qua các phương tiện nghe nhìn phong phú và hấp dẫn. Phương pháp này có khả năng truyền tin nhanh, nhạy, rộng khắp những khối lượng thông tin lớn với quảng đại quần chúng. Nhưng các phương tiện thông tin đại chúng chỉ có khả năng cung cấp về mặt kiến thức thuần túy một chiều cho nên phương pháp này ít làm thay đổi hành vi sức khỏe, đặc biệt ở khía cạnh thái độ và thực hành. Để khắc phục mặt hạn chế và tăng hiệu quả của các phương pháp này cần phải phối hợp với các phương pháp trực tiếp dưới nhiều hình thức khác nhau để công tác TT-GDSK có hiệu quả.

Cần tranh thủ sự giúp đỡ của các cơ quan thông tin đại chúng của Đảng và Nhà nước, từ Trung ương đến địa phương. Đồng thời chủ động thực hiện các phương pháp trực tiếp để làm cho công tác giáo dục sức khỏe có hiệu quả hơn.

2.3.1.2. Phương pháp trực tiếp.

Là phương pháp tốt nhất để làm thay đổi hành vi sức khỏe của khách hàng giáo dục. Nhưng cũng có những khó khăn đó là khó có đủ số người có khả năng để sẵn sàng đáp ứng với các yêu cầu của việc TT-GDSK. Hiệu quả của phương pháp này phụ thuộc rất nhiều vào người làm công tác TT-GDSK.

Các kỹ năng cần thiết sử dụng trong giáo dục sức khỏe trực tiếp:

- Cần phải tìm hiểu và nhận biết được hành vi sức khỏe của khách hàng giáo dục trước và trong khi TT-GDSK.

- Sử dụng hiệu quả của ngôn ngữ nói và dáng vẻ cơ thể (nét mặt, điệu bộ...) để diễn đạt thông tin.

- Phải tỏ ra bình đẳng trong khi đối thoại, trao đổi, bàn bạc dân chủ, phải tỏ ra cởi mở để mọi người được tự do phát biểu, tranh luận và tự họ có thể nêu ra các biện pháp giải quyết vấn đề sức khỏe mà họ đang quan tâm. Muốn vậy, phải luôn tạo ra được: Lòng tin, không khí thân mật và phải kiên trì.

Trong quá trình TT-GDSK nên:

+ Đặt câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu, nhằm vào mục tiêu GDSK.
+ Người TT-GDSK cung cấp một vài thông tin, gợi ý mọi người cùng suy nghĩ và phát biểu.

+ Hỏi ít mà nghe nhiều, phương châm là "lắng nghe và kiên trì lắng nghe".

+ Đưa ra được những biện pháp khắc phục cụ thể, thích hợp có thể thực hiện được

2.3.2. Các phương pháp giáo dục sức khỏe trực tiếp thường áp dụng ở cộng đồng.

2.3.2.1. Tổ chức nói chuyện giáo dục sức khỏe.

a) Mục tiêu của nói chuyện giáo dục sức khỏe

Tổ chức các cuộc nói chuyện sức khỏe giúp cho khách hàng TT-GDSK trực tiếp được nghe những thông tin mới nhất về vấn đề sức khỏe có liên quan tới bản thân, gia đình và cộng đồng của khách hàng. Các cuộc nói chuyện sức khỏe có tác dụng chủ yếu là có thể làm thay đổi nhận thức và giúp khách hàng suy nghĩ hướng tới việc thay đổi thái độ và hành vi. Tuy nhiên để khách hàng thật sự thay đổi được hành vi, cần phải kết hợp với nhiều biện pháp giáo dục và sự hỗ trợ khác.

b) Cách thức tổ chức một buổi nói chuyện sức khỏe

Thông thường khi tổ chức một buổi nói chuyện giáo dục sức khỏe, cần tiến hành những việc làm sau đây:

Xác định rõ chủ đề của cuộc nói chuyện và chỉ nên khu trú vào một chủ đề nhất định.

- Xác định khách hàng tham dự, thông báo trước ngày giờ, địa điểm để khách hàng chuẩn bị tới dự, nếu cần có thể thông báo một vài lần để tránh quên.

- Xác định nội dung cốt lõi cần trình bày.

- Xác định khoảng thời gian trình bày.

- Xác định trình tự trình bày.

Chuẩn bị các phương tiện hỗ trợ thích hợp với chủ đề và thực tế địa phương.

Chọn thời gian và địa điểm thích hợp. Khi nói chuyện cần phải hết sức tôn trọng khách hàng. Xây dựng tốt mối quan hệ với khách hàng trước cũng như trong khi nói chuyện. Sử dụng lời nói ngôn ngữ địa phương, rõ ràng mạch lạc. Trong khi nói chuyện nên sử dụng tranh ảnh mô hình và ví dụ để minh họa. Nếu có điều kiện thì sử dụng video, phim .v.v... Cần phải bao quát, quan sát khách hàng để điều chỉnh. Cho phép các khách hàng hỏi và thảo luận những vấn đề chưa rõ. Giải đáp các thắc mắc của khách hàng một cách đầy đủ. Không nên có định kiến với khách hàng.

- Kết thúc buổi nói chuyện cần tóm tắt những vấn đề mấu chốt nhất để khách hàng dễ nhớ và cảm ơn sự tham gia của khách hàng để tạo điều kiện khuyến khích khách hàng tham dự những lần sau.

2.3.2.2. Tổ chức TT-GDSK thông qua thảo luận nhóm

Thảo luận nhóm trong GDSK chính là ứng dụng nguyên lý "sự tham gia của cộng đồng" trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Đây là hình thức giáo dục sức khỏe rất có hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

a. Mục đích của thảo luận nhóm là làm cho khách hàng:

- Nêu ra ý kiến từ suy nghĩ và kinh nghiệm của mình.

- Mở rộng và thay đổi những ý kiến của họ và họ sẽ thấy sáng tỏ về các quan điểm, thái độ, giá trị và các hành vi của họ.

- Thống nhất các giải pháp, các hành động để giải quyết vấn đề trong một số trường hợp nhất định.

b. Cách thức tổ chức:

Một cán bộ y tế làm nhiệm vụ hướng dẫn thảo luận, một người làm nhiệm vụ thư ký của cuộc thảo luận.

Mỗi nhóm khoảng 8-10 người. Nên mời thêm những người có trách nhiệm trong cộng đồng và những người đã làm tốt đến dự.

Chọn ngày, giờ, địa điểm thích hợp với những người đến tham dự để không làm ảnh hưởng đến sản xuất hoặc sinh hoạt của họ.

Lồng ghép với các hình thức giáo dục khác (thông tin đại chúng, giáo dục tại trạm, thăm gia đình...).

c. Các bước cần tiến hành trong buổi thảo luận nhóm:

- Xác định chủ đề và nội dung trọng tâm.

- Xác định mục tiêu.

- Xác định khách hàng mời vào nhóm thảo luận: Nên mời những người cùng trình độ văn hoá, cùng lứa tuổi, cùng giới tính đến tham dự. Nếu tổ chức thảo luận nhóm hỗn hợp thì nên tránh mời những người có ý kiến áp đặt, những người khó hoà hợp với nhóm thảo luận. Chỉ nên mời khoảng từ 8 đến 10 người trong mỗi nhóm thảo luận, nếu quá đông sẽ có người không có cơ hội trình bày các ý kiến của mình.

Trong thảo luận nhóm cần có một người hướng dẫn thảo luận và một thư ký của cuộc thảo luận.

- Cần chuẩn bị một số câu hỏi trọng tâm nhất cho chủ đề thảo luận dựa trên những thông tin phù hợp với tình hình thực tế. Ví dụ: Thảo luận về một bệnh nào đó, cần phải chuẩn bị một số câu hỏi để giúp cho khách hàng thảo luận như:

+ Khách hàng hiểu biết gì về bệnh đó?

+ Tác hại của bệnh là gì? Bệnh có là một vấn đề quan trọng ở địa phương hay không?

+ Nguyên nhân của bệnh là gì?

+ Biểu hiện triệu chứng của bệnh đó như thế nào?

+ Bệnh đó lây truyền như thế nào?

+ Ai là những người dễ mắc bệnh, tại sao?

+ Cá nhân, cộng đồng và gia đình có thể làm gì để tránh được bệnh?

+ Họ cần hỗ trợ gì để phòng chống bệnh ...

- Địa điểm: Nên tổ chức thảo luận ở nơi thuận lợi, tránh tổ chức ở nơi có các yếu tố gây phân tán tư tưởng. Sắp xếp những người tham dự ngồi theo vòng tròn để dễ theo dõi và đảm bảo sự bình đẳng, thân mật khi thảo luận.

- Trước hết hãy tổ chức đón tiếp những người đến dự một cách chu đáo, hãy giới thiệu người hướng dẫn và tất cả những người đến tham dự. Nên nói chuyện thân mật để gây không khí ấm áp, thân tình cho cuộc thảo luận.

- Khi bắt đầu thảo luận, cần giải thích về mục tiêu của buổi thảo luận, cách thảo luận và yêu cầu mọi người tham gia đóng góp ý kiến chia sẻ kinh nghiệm. Trong khi thảo luận, cần tạo cơ hội cho tất cả mọi người nêu ý kiến quan điểm. Người hướng dẫn thảo luận cần giữ thái độ trung lập trong suốt quá trình thảo luận, không đưa ra ý kiến cá nhân. Khi cần thiết, người hướng dẫn có thể thảo luận và trả lời những câu hỏi với khách hàng. Để mọi người bộc lộ đúng quan điểm của mình, trong khi thảo luận cần để từng người phát biểu ý kiến, những người khác chú ý lắng nghe. Cần tôn trọng mọi ý kiến nêu ra, không nên định kiến với các ý kiến không đúng. Nên động viên, khích lệ mọi người để cho buổi thảo luận được sôi nổi và thu được kết quả tốt. Hãy linh hoạt khi khuyến khích mọi người thảo luận, nhưng phải chú ý không để cho mọi người thảo luận sa đà vào những vấn đề khó khăn hoặc trùng lặp. Tránh để cho một số thành viên trong nhóm có thể khống chế cuộc thảo luận làm ảnh hưởng đến sự tham gia của các thành viên trong nhóm. Cần chuyển những câu hỏi thảo luận trước khi cuộc thảo luận lắng xuống.

- Người thư ký của cuộc thảo luận cần quan sát và ghi chép lại những nội dung thảo luận, những vấn đề thống nhất, chưa thống nhất trong khi thảo luận, những kết luận cũng như số người tham dự, không khí trong buổi thảo luận, một số kinh nghiệm rút ra qua buổi thảo luận..

- Cuối buổi thảo luận cần để cho các thành viên có ý kiến nhận xét về buổi thảo luận, hỏi họ xem có câu hỏi gì không, chia sẻ các quan điểm và kinh nghiệm với những người tham gia thảo luận. Tóm tắt kết quả của buổi thảo luận và cảm ơn các thành viên đã tham dự và đóng góp những ý kiến bổ ích cho công tác giáo dục sức khỏe.

- Thời gian của cuộc thảo luận không nên kéo dài quá mà chỉ nên tổ chức trong vòng

1 - 2 giờ.

Dự kiến các tình huống: Trong cuộc thảo luận nhóm thường có 3 khuynh hướng sau:

Người hướng dẫn thảo luận mang tính “độc đoán” luôn áp đặt các ý kiến của mình, cho rằng ý kiến của mình là hoàn toàn đúng, không để cho những người tham dự có cơ hội tự do phát biểu ý kiến và bày tỏ quan điểm của mình. Người hướng dẫn để các thành viên tham dự tự do phát biểu ý kiến, các ý kiến nêu lên có thể không sát với chủ

đề thảo luận. Đôi khi người hướng dẫn không quan tâm đến ý kiến của mọi người, có những thành viên không tham gia ý kiến.

Các ý kiến có thể không tập trung vào chủ đề trọng tâm trong cuộc thảo luận và cuối cùng có thể không đạt được mục tiêu của buổi thảo luận.

Thảo luận mang tính dân chủ: Mọi người đều bình đẳng trong thảo luận. Người hướng dẫn khích lệ, tạo điều kiện để mọi thành viên bày tỏ ý kiến quan điểm và dẫn dắt thảo luận theo đúng các trọng tâm của chủ đề thảo luận, biết chủ động sử dụng thời gian trong thảo luận hợp lý. Cuối buổi thảo luận thường tóm tắt nội dung đã thảo luận và có thể có được những tiếng nói chung, những ý kiến kết luận quan trọng của buổi thảo luận.

Trong ba khuynh hướng trên, hướng dẫn thảo luận nhóm theo cách thứ ba sẽ đem lại kết quả tốt nhất.

Một cuộc thảo luận nhóm thành công sẽ bộc lộ được rõ những điều mà ta muốn biết thực sự về khách hàng. Thấy rõ được những hiểu biết, quan điểm của khách hàng về những vấn đề của họ và những vấn đề họ mong muốn giải quyết. Từ đó, cần giúp cho khách hàng tìm ra, lựa chọn các giải pháp và hoạt động thích hợp nhất với sự tham gia giải quyết của chính khách hàng.

2.3.2.3. Tư vấn sức khỏe

a) Mục đích

Tư vấn là một hình thức giáo dục sức khỏe cá nhân, trong đó người tư vấn cung cấp thông tin cho khách hàng (cá nhân và gia đình), động viên khách hàng suy nghĩ về vấn đề của họ, giúp họ hiểu biết được vấn đề, nguyên nhân của vấn đề và chọn cách hành động riêng để giải quyết vấn đề. Tư vấn còn hỗ trợ tâm lý cho khách hàng khi họ hoang mang lo sợ về vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hoặc những vấn đề khách hàng cho là nghiêm trọng khi họ chưa hiểu rõ. Trong một số trường hợp, tư vấn cần đáp ứng nhu cầu bí mật cho các khách hàng đặc biệt với các khách hàng bị các bệnh xã hội có định kiến như: HIV/AIDS, bệnh lây theo đường tình dục

Người tư vấn thường chủ động giúp cho khách hàng quyết định các vấn đề sức khỏe có liên quan đến đời sống, tạo dựng lòng tin, gỡ bỏ các định kiến, trong môi quan hệ bạn bè, gia đình, cộng đồng. Tư vấn giúp cho khách hàng và gia đình cộng đồng có hiểu biết đúng đắn về vấn đề của họ, có thái độ thích hợp và lựa chọn các biện pháp giải quyết phù hợp nhất.

Như vậy người tư vấn giáo dục sức khỏe cần đưa ra các thông tin quan trọng, chính xác để khách hàng có thể tự đánh giá, thấy rõ được vấn đề của họ và họ có thể tự suy nghĩ những vấn đề mà họ phải đương đầu, cuối cùng giúp họ đưa ra các quyết định đúng đắn để có thể giải quyết vấn đề của họ một cách tốt nhất.

Điều quan trọng là người tư vấn phải tạo ra được niềm tin cho khách hàng để họ có cơ sở cho sự thay đổi hành vi phù hợp. Tùy theo khách hàng, phong tục, tập quán,

hoàn cảnh cụ thể của từng địa phương, từng nơi, từng lúc mà chọn phương pháp cho phù hợp. Tư vấn là những buổi tiếp xúc, thảo luận chính thức thường đưa đến kết quả tốt. Tư vấn giúp khách hàng, gia đình họ và cộng đồng thay đổi những hành vi nhất định nào đó trong quá trình mà vấn đề của khách hàng đang tồn tại hoặc có những hành vi thay đổi và duy trì trong suốt cả đời họ. Tư vấn giúp giải quyết những vấn đề sức khỏe cá nhân qua đó có thể giúp bảo vệ sức khỏe cho gia đình và cộng đồng. Hiệu quả của công tác tư vấn là khách hàng được tư vấn chấp nhận thực hiện những điều khuyến khích hoặc điều đã được thảo luận trong khi tư vấn.

b) Nhiệm vụ của cán bộ y tế khi cung cấp dịch vụ tư vấn, tham vấn cho khách hàng

- Giúp khách hàng đánh giá nhu cầu chính của họ về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thông tin và hỗ trợ tinh thần.

- Cung cấp thông tin phù hợp cho khách hàng để phát hiện những vấn đề và nhu cầu của họ.

- Hỗ trợ khách hàng trong việc tự đưa ra quyết định.

- Giúp khách hàng xây dựng kỹ năng họ sẽ cần để đưa ra quyết định.

- Như vậy, tư vấn là quá trình trao đổi, tương tác giúp một người tự khám phá ra những vấn đề chính của mình và nâng cao năng lực cho họ để giúp họ tự giải quyết vấn đề của mình. Điều dưỡng tư vấn là quá trình người điều dưỡng tương tác để giúp đỡ người bệnh và gia đình tìm ra giải pháp phù hợp nhất.

- Tư vấn hiệu quả giúp người bệnh cảm thấy họ được lắng nghe và được hỗ trợ; giúp họ hiểu rõ hơn về tình trạng, về những vấn đề mà họ đang gặp phải; xác định được các vấn đề cần giải quyết; lựa chọn được các giải pháp phù hợp nhất với nhu cầu và nguồn lực của bản thân và gia đình. Tư vấn hiệu quả còn giúp người bệnh đưa ra được quyết định của riêng mình và tự tin hành động theo quyết định đó.

c) Nguyên tắc của tư vấn

Bất kỳ một cuộc tư vấn nào đều phải tuân thủ 6 qui tắc cơ bản, đó là:

- Lấy lợi ích của khách hàng làm trọng tâm.

- Khuyến khích tính chủ động tham gia tối đa của khách hàng.

- Đảm bảo nguyên tắc kín đáo, bí mật.

- Tôn trọng khách hàng.

- Không áp đặt.

- Gần gũi, thân thiện, đồng cảm với khách hàng.

1. Lợi ích của khách hàng là trọng tâm

- Lợi ích là điều khách hàng mong muốn nhất khi đến với người làm tư vấn.

- Khi gợi ý phương án giải quyết vấn đề, cần lựa chọn phương án nào đem lại quyền lợi cao nhất cho khách hàng.

2. Khuyến khích tính chủ động tham gia tối đa của khách hàng

- Khách hàng thường hoang mang, thất vọng hoặc mặc cảm khi đến với người làm tư vấn. Vì vậy, người tư vấn cần động viên, an ủi để giải tỏa sự căng thẳng của khách hàng.

- Phải biết cách tạo điều kiện và khuyến khích để khách hàng chủ động tham gia trong suốt quá trình tư vấn và chủ động tham gia vào việc lựa chọn các giải pháp.

3. Kín đáo và bí mật

- Một số vấn đề tư vấn cần sự kín đáo, riêng tư và đảm bảo tính bí mật, người tư vấn phải đảm bảo những vấn đề đó cho khách hàng.

4. Tôn trọng khách hàng

- Khách hàng đến với người tư vấn là họ tin tưởng và cần sự giúp đỡ, vì vậy họ cần phải được tôn trọng.

5. Không áp đặt

Nhiệm vụ của người được tư vấn là giúp đỡ, khuyến khích khách hàng giải quyết các vấn đề của họ. Khi khách hàng đã quyết định lựa chọn, người tư vấn phải tôn trọng sự lựa chọn đó cho dù nó không phù hợp theo ý mình.

6. Gần gũi, thân thiện, đồng cảm với khách hàng

Khách hàng đang có vấn đề bức xúc, họ cần được người tư vấn hiểu, đồng cảm và giúp đỡ. Người tư vấn cần có thái độ cởi mở, thân thiện gần gũi với khách hàng để họ dễ giải bày những bức xúc về tâm lý và sức khỏe.

d) Quy trình của một buổi tư vấn

1. Các bước chung trong tư vấn và giải quyết vấn đề

- Xây dựng mối quan hệ tốt đẹp và cảm giác đáng tin cậy với người bệnh và gia đình.

- Cùng với người bệnh và gia đình tìm hiểu về tình huống của họ bằng cách lắng nghe và hỏi những câu hỏi mở, không dẫn dắt cuộc trò chuyện.

- Chỉ ra vấn đề cũng như điểm mạnh của người bệnh và gia đình.

- Hỗ trợ người bệnh và gia đình lập kế hoạch và xác định mục tiêu chăm sóc sức khỏe.

- Hỗ trợ người bệnh và gia đình triển khai và thực hiện kế hoạch.

- Theo dõi và điều chỉnh kế hoạch khi cần

- Lưu ý rằng, lắng nghe rất quan trọng. Chỉ bằng lắng nghe và ủng hộ cũng đã giúp ích được người bệnh và gia đình rất nhiều. Điều dưỡng không cần phải đưa ra câu trả lời cho tất cả các câu hỏi vì thông thường người bệnh và gia đình đã có câu trả lời của chính họ. Người điều dưỡng cần giúp đỡ người bệnh và gia đình quyết định họ cần

phải làm gì cho chính mình bằng cách ủng hộ và cung cấp cho họ những thông tin giá trị và thực tế.

2 Nguyên tắc GATHER

Mục đích: Cho từng khách hàng, bao gồm 6 bước:

Bảng 1. Nguyên tắc GATHER

G	= Greet	Gặp gỡ, chào hỏi
A	= Assess	Đánh giá, gọi hỏi
T	= Tell	Trình bày, nói
H	= Help	Giúp đỡ, nâng đỡ
E	= Explain	Giải thích
R	= Return	Hẹn gặp lại

Bước 1 (Greet): Gặp gỡ, chào hỏi

Người tư vấn cần xây dựng được mối quan hệ tốt với khách hàng ngay từ bước đầu tiên này. Cụ thể là:

- Thái độ tiếp xúc ban đầu cần hết sức thân mật, cởi mở để tạo niềm tin, xóa bỏ ngăn cách, e ngại giữa khách hàng và người tư vấn.
- Chào hỏi khách hàng, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng.
- Tự giới thiệu tên và chức danh của người được tư vấn với khách hàng
- Hỏi một số thông tin cơ bản của khách hàng: Tên, tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân...
- Đặt những câu hỏi giao tiếp đơn giản, tạo sự thân thiện: “Tôi có thể giúp anh chị điều gì?”

Bước 2 (Assess): Gọi hỏi, đánh giá

- Hỏi khách hàng những thông tin về vấn đề họ cần tư vấn để đánh giá kiến thức của họ về vấn đề đó đến đâu.
- Chăm chú lắng nghe, không bao giờ tỏ ra sốt ruột, ngắt lời khách hàng.
- Dùng ngôn ngữ hình thể biểu hiện sự tán đồng, thông cảm, có khi chọn từ ngữ giúp khách hàng diễn tả điều mà họ đang lúng túng, chưa biết trình bày thế nào.

Bước 3 (Tell): Giới thiệu hay trình bày

- Giới thiệu dịch vụ y tế hiện đang thông dụng và có tại cơ sở y tế
- Cung cấp các thông tin cả về ưu điểm và nhược điểm

Bước 4 (Help): Giúp đỡ

- Giúp khách hàng tự lựa chọn 1 dịch vụ y tế thích hợp nhất với họ.
- Trường hợp khách hàng lựa chọn một dịch vụ y tế nhưng thấy không đúng chỉ định thì cần phải giải thích và giúp họ hiểu để lựa chọn dịch vụ y tế phù hợp.
- Cung cấp cho khách hàng các tài liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở.

Bước 5 (Explain): Giải thích

- Khi khách hàng đã chấp nhận một dịch vụ y tế, cần giải thích đầy đủ về cách sử dụng dịch vụ y tế đó.
- Chỉ dẫn rõ ràng cách thức thực hiện và qui trình tiến hành
- Giải thích các tai biến có thể xảy ra, tác dụng phụ và cách phòng tránh
- Trình bày rõ các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí tại nhà, hướng dẫn khi nào thì khám lại
- Giải thích tại sao phải đến kiểm tra định kỳ và khuyến khích khách hàng thực hiện đầy đủ.
- Giải thích mọi thắc mắc hoặc chưa hiểu đúng của khách hàng
- Sau khi giải thích thì nên đặt câu hỏi lại để nhận thông tin phản hồi.

Bước 6 (Return): Hẹn gặp lại

Trước khi kết thúc cuộc tư vấn, dặn dò lại khách hàng những điểm quan trọng nhất, hẹn lịch gặp lại với khách hàng.

3. Nguyên tắc 6G

Trong nguyên tắc 6G, có 3 bước mà trật tự không được thay đổi, đó là bước 1 (gặp gỡ); bước 2 (gọi mở); bước 6 (gặp lại). Các bước còn lại có thể linh hoạt thay đổi tùy theo người tư vấn.

Bảng 2: Nguyên tắc 6G

6G	= Gặp gỡ
	= Gọi mở
	= Giới thiệu (giúp đỡ, giải thích)
	= Giúp đỡ (giới thiệu, giải thích)
	= Giải thích (giới thiệu, giúp đỡ)
	= Gặp lại

BÀI TẬP THỰC HÀNH

Bài tập 1.

Theo thống kê sơ bộ của trạm y tế phường Đồng Quang cho thấy trẻ được tiêm chủng phòng ngừa bệnh sởi đạt tỷ lệ tương đối thấp là 78%. Các bà mẹ đã không đưa trẻ đi tiêm chủng phòng ngừa bệnh sởi do sợ các con bị tai biến tiêm chủng. Các bà mẹ đã được mời đến trạm y tế của phường để được TT-GDSK về vấn đề tiêm chủng phòng ngừa bệnh sởi. Anh/chị hãy sử dụng kỹ năng tổ chức nói chuyện sức khỏe để thực hiện buổi TT-GDSK.

Bài tập 2.

Tình huống đóng vai: Gia đình chị A sống ở xã Vô Tranh, Thái Nguyên có đưa con trai năm nay 2 tuổi. Cháu ăn uống kém, cân nặng được 9kg. Mẹ thường chỉ cho cháu ăn cháo trắng nấu với xương ống. Chồng đi làm xa, cuối tuần mới về. Hôm nay bác sỹ B ở trạm y tế xã đến thăm gia đình để hướng dẫn bà A chăm sóc con. Cuộc thăm này lúc đầu gặp nhiều khó khăn do người BS. A lần đầu gặp mặt. Sau đó nhờ tư vấn TT-GDSK mà kết quả BS.B đã hướng dẫn được người mẹ biết cách chăm sóc trẻ, hiểu được vấn đề sức khỏe mà trẻ đang gặp phải để giải quyết. Nhóm sinh viên hãy đóng vai tình huống này.

Một sinh viên đóng BS.B. Để đóng được vai này sinh viên cần phải chuẩn bị kỹ về kiến thức, thái độ và kỹ năng thực hành phòng chống bệnh suy dinh dưỡng và tìm hiểu về kiến thức, thái độ và thực hành nuôi con của bà mẹ hiện nay. Tình huống này BS sẽ đi từ trạm y tế xã vào nhà bà A. Bác sỹ cần thể hiện sự giao tiếp tốt và vận dụng các kỹ năng truyền thông để GDSK cho người mẹ về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ, đồng thời phải chuẩn bị các ý kiến để giải đáp thắc mắc của bà mẹ.

Chị A. Một sinh viên đóng vai chị A, người phụ nữ nghèo khổ, trình độ văn hóa học hết cấp 2 có đưa con trai 2 tuổi, nặng 9kg. Bà mẹ này bé con bú bê đóng vai đưa trẻ 2 tuổi. Cần thể hiện vai bà mẹ là người hiền lành, nhưng nhận thức hơi chậm, thiếu kiến thức chăm sóc con vì ít tiếp xúc với phương tiện truyền thông và ít giao lưu. Lúc đầu còn chưa có kiến thức, thái độ và kỹ năng chăm sóc dinh dưỡng cho con nhưng sau được BS TT-GDSK, thăm nhà vài lần bà đã thực hiện theo đúng lời khuyên của bác sỹ B.

Những người quan sát. Số sinh viên còn lại của nhóm có trách nhiệm quan sát xem mọi người đóng vai. Chú ý quan sát vai cán bộ trạm y tế để có các ý kiến đóng góp trong phần thảo luận.

Giảng viên: Có trách nhiệm hướng dẫn, quan sát các nhóm đóng vai và thảo luận

Bài tập 3: Tình huống

Gia đình chị A, người Mông ở Xã Hồng Ngài, tỉnh Sơn La đã có 4 đứa con, toàn gái, đứa con lớn nhất mới 12 tuổi, đứa bé nhất mới 1 tuổi. Hoàn cảnh gia đình rất khó khăn, thiếu ăn quanh năm, các con đều không được đi học. Gia đình anh /chị không thực hiện kế hoạch hoá gia đình vì anh chồng thích có một đứa con trai và cả hai vợ

chồng cũng không thích sử dụng các biện pháp tránh thai. Lần này chị lại đang mang thai lần thứ 5, thì có khách hàng đến gặp gỡ chị và thuyết phục chị rằng nếu sinh lần này sinh là con gái thì bán đi để lấy 30 triệu đồng mà nuôi mấy đứa kia, còn nếu là con trai thì để mà nuôi. Chị đã đồng ý và được hẹn ngày đưa sang Trung Quốc sinh con và bán con tại đó. Tuy nhiên Công An đã kịp thời phát hiện ra và bắt khẩn cấp khách hàng, khách hàng đó đã khai ra là đã thuyết phục được 3 phụ nữ mang thai trong thôn bán con. Thông tin đã được gửi tới trạm y tế xã để cử cán bộ tới nhà 3 phụ nữ trên trong đó có nhà chị A để giải quyết.

Hôm nay bác sỹ B ở trạm y tế xã đến thăm gia đình chị A để thuyết phục vợ chồng chị không được nghe theo người xấu mà bán con, thứ 2 là đồng ý sử dụng các biện pháp tránh thai mà không nên sinh thêm con nữa.

Cuộc thăm hỏi này lúc đầu gặp nhiều khó khăn do BS. B chưa am hiểu phong tục tập quán người Mông và vợ chồng anh chị A không cho vấn đề sinh đẻ là quan trọng. Các bạn sử dụng phương pháp đóng vai và kỹ năng thuyết phục để TT-GDSK cho vợ chồng chị A

Một sinh viên đóng vai BS B. Để đóng được vai này bạn cần phải chuẩn bị kỹ về nội dung chương trình Dân số - Kế hoạch hoá gia đình, pháp luật phòng chống nạn buôn bán trẻ em và tìm hiểu phong tục tập quán của người Mông. BS B đi từ trạm y tế xã đến thăm gia đình Anh chị A. Phải thể hiện sự giao tiếp tốt và vận dụng kỹ năng thuyết phục để TT - GDSK, đồng thời phải chuẩn bị các ý kiến để giải đáp thắc mắc của họ.

Một sinh viên đóng vai Chị A người phụ nữ Mông nghèo khổ, học vấn thấp đông con. Bà mẹ này đang dọn dẹp nhà cửa. Cần thể hiện vai Chị A không quan tâm đến sinh đẻ kế hoạch. Và hiện chỉ muốn có nhiều tiền để làm lại cái nhà và nuôi con.

Một sinh viên đóng vai chồng chị A, một người nông dân nghèo, vất vả. Ông chồng đang ngồi uống rượu một mình. Cần thể hiện vai ông chồng chị A không quan tâm đến sinh đẻ kế hoạch và hiện cũng cần nhiều tiền để trang trải cuộc sống.

Những người quan sát. Các sinh viên còn lại của nhóm có trách nhiệm quan sát xem mọi người đóng vai. Chú ý quan sát vai cán bộ trạm y tế để có các ý kiến đóng góp trong phần thảo luận.

Giảng viên: Có trách nhiệm hướng dẫn, quan sát các nhóm đóng vai và thảo luận.

BẢNG KIỂM
CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ NĂNG TƯ VẤN/THUYẾT PHỤC CHO CÁ
NHÂN TRONG TTGD-SK TẠI CỘNG ĐỒNG

STT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
1. Chuẩn bị			
1	<p><i>Không gian, thời gian</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tốt nhất chọn không gian kín đáo, riêng tư, thoáng, đủ ánh sáng, sạch, có bàn và ghế ngồi cho người tư vấn và khách hàng. - Thời gian: Lúc khách hàng không bận rộn công việc gì. - Có sổ sách ghi chép (nếu cần). - Có dụng cụ, mô hình, các tài liệu truyền thông (tờ rơi, tranh lật, áp phích, sách nhỏ, báo chí...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo riêng tư cho khách hàng. - Sẵn sàng để cung cấp thông tin cho khách hàng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khách hàng yên tâm trò chuyện với nhân viên y tế mà không bị phân tâm, mất tập trung. - Các tài liệu truyền thông được sắp đặt gọn gàng bắt mắt, nội dung và hình thức hấp dẫn, phù hợp với vấn đề cần thuyết phục.
2	<p><i>Nhân viên y tế</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Có kỹ năng tư vấn và kiến thức, kỹ năng về vấn đề định tư vấn, thuyết phục. - Mang trang phục phù hợp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sẵn sàng để thuyết phục có hiệu quả. - Tạo thiện cảm ban đầu với khách hàng. 	<ul style="list-style-type: none"> - Có đủ phẩm chất của nhân viên y tế. - Biết được các kiến thức về hành vi tốt cho sức khỏe. - Tôn trọng khách hàng.
2. Thực hiện			
1	G1 – Gặp gỡ .		
	Chào hỏi khách hàng một cách tôn trọng, với gương mặt niềm nở, ánh mắt trìu mến để họ an tâm.	<ul style="list-style-type: none"> Tạo được sự thiện cảm. Gây được ấn tượng tốt. 	Tạo dựng được mối quan hệ tốt với khách hàng cần truyền thông để có được sự tin

	<p>Ngồi ngang hàng đối diện với người được tư vấn, thuyết phục.</p> <p>Hỏi các thông tin cơ bản (nếu chưa biết) như tên, tuổi, nghề nghiệp...</p>	<p>Thể hiện sự quan tâm và tôn trọng.</p> <p>Giúp hiểu sơ bộ về khách hàng.</p>	<p>tưởng. Nhân viên y tế và khách hàng được truyền thông có được tâm lý thoải mái, thân thiện khi giao tiếp thể hiện trong giọng nói, nét mặt, cử chỉ điệu bộ, ngôn ngữ...</p>
	<p>Đặt những câu hỏi giao tiếp đơn giản, “Anh/chị dạo này có khỏe không”...</p>	<p>Tạo sự thân thiện với khách hàng.</p>	
2	G2 - Gọi mở.		
	<p>Hỏi khách hàng về hoàn cảnh sinh sống, tình trạng hôn nhân và gia đình, người thân, những thuận lợi hoặc khó khăn chính trong cuộc sống hiện nay.</p>	<p>Tạo thiện cảm và dần dần gọi mở các thông tin về khách hàng nhằm hiểu về con người họ để từ đó có sự đồng cảm nhằm lựa chọn lý lẽ tư vấn, thuyết phục cho phù hợp.</p>	<p>- Đặt câu hỏi phù hợp, chủ yếu là câu hỏi mở.</p> <p>- Chăm chú lắng nghe, không bao giờ tỏ ra sốt ruột, ngắt lời khách hàng.</p> <p>- Dùng ngôn ngữ hình thể biểu hiện sự tán đồng, thông cảm, có khi chọn từ ngữ giúp khách hàng diễn tả điều mà họ đang lúng túng, chưa biết trình bày thế nào.</p>
	<p>- Hỏi khách hàng những thông tin về vấn đề dự định tư vấn, thuyết phục để đánh giá kiến thức, thái độ, và thực hiện hành vi đó của họ như thế nào, cũng như tìm hiểu những yếu tố liên quan đến nó.</p>	<p>Đánh giá được việc thực hiện hành vi sức khỏe (mà ta quan tâm) hiện nay, suy nghĩ, mong muốn của khách hàng về vấn đề này như thế nào để có cách phân tích phù hợp.</p>	
	G3 – Giới thiệu		
2	<p>Phân tích những nhược điểm, tiêu cực hoặc hậu quả của hành vi hoặc hành động không tốt cho sức khỏe hiện tại của người bệnh (nếu có).</p> <p>Giới thiệu về vấn đề định tư vấn, thuyết phục cho KH như</p>	<p>Đảm bảo lập luận có tính logic và tính thuyết phục, giúp khách hàng hiểu rõ tình trạng của bản thân và sự cần thiết của việc thay đổi theo</p>	<p>- Thể hiện được sự tự tin và tính truyền cảm hứng.</p> <p>- Khách hàng bị thuyết phục và mong muốn sẽ làm theo lời khuyên.</p>

	<p>các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các hành vi có lợi cho sức khỏe...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phân tích những lợi ích và hạn chế của vấn đề định tư vấn, thuyết phục. - Đưa ra ví dụ, dẫn chứng hoặc minh chứng để chứng minh . - Lập luận đảm bảo tính logic, khoa học. 	<p>lời tư vấn, thuyết phục nhằm đạt được lợi ích cho sức khỏe</p>	
3	G4 - Giúp đỡ		
4	<ul style="list-style-type: none"> - Động viên, khuyến khích khách hàng thực hiện theo lời tư vấn, thuyết phục. Thể hiện tình cảm chân thành, sự tự tin khi nói với khách hàng. - Giúp khách hàng tự lựa phương án giải quyết phù hợp nhất với họ. - Cung cấp cho khách hàng các tài liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở. - Lường trước những khó khăn có thể gặp phải khi thực hiện hành vi sức khỏe mới để tìm cách giải quyết hoặc khắc phục. 	<p>Hỗ trợ và thúc đẩy cho việc thực hiện hành vi sức khỏe mới.</p>	<p>Khách hàng sẵn sàng, tự tin để thực hiện hành vi sức khỏe theo lời khuyên của cán bộ y tế.</p>
5	G5- Giải thích		
	<p>Khi khách hàng đã đồng ý sẽ thực hiện theo lời tư vấn, thuyết phục cần chỉ dẫn rõ ràng cách thức thực hiện và hướng dẫn quy trình tiến hành.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giải thích các yếu tố có thể ảnh hưởng hoặc tác động đến. 	<p>Điều này giúp cho khách hàng tự tin và có được kỹ năng thực hiện được.</p>	<p>Khách hàng sẽ thực hiện được hành vi sức khỏe mới.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Giải thích mọi thắc mắc hoặc chưa hiểu đúng của khách hàng. - Sau khi giải thích thì nên đặt câu hỏi lại để nhận thông tin phản hồi. 		
6	Hẹn gặp lại.	Đảm bảo khách hàng sẽ thực hiện theo lời khuyên và hỗ trợ khi cần thiết.	Nhân viên y tế phải gặp lại khách hàng.

BẢNG KIỂM

DẠY VÀ HỌC PHƯƠNG PHÁP THẢO LUẬN NHÓM VỀ TT – GDSK

Các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn
1. Chuẩn bị		
<ul style="list-style-type: none"> - Nội dung TT-GDSK . - Phương tiện hỗ trợ: Bút, giấy... - Địa điểm TT-GDSK: Phòng rộng có bàn ghế, đủ ánh sáng, yên tĩnh. - Thời gian TT - GDSK phù hợp. - Phân công người làm nhiệm vụ hướng dẫn thảo luận và người làm thư ký. - Mời những người có uy tín tại địa phương như y tế thôn, trưởng thôn, bí thư... - Trang phục phù hợp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhóm truyền thông chủ động được các hoạt động truyền thông. - Việc truyền thông sẽ suôn sẻ và đạt kết quả tốt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Có mục tiêu rõ ràng. - Liệt kê nội dung trọng tâm hoặc câu hỏi thảo luận. - Phân công cụ thể các nội dung công việc cho các thành viên nhóm. - Đối tượng tham dự phù hợp với nội dung truyền thông. - Thời gian địa điểm phù hợp và chuẩn bị chu đáo.
2. Thực hiện		
Tiếp đón người đến tham dự chu đáo, thân mật.	Tạo được sự thiện cảm và ấn tượng tốt ban đầu, tạo không khí ấm áp thân tình cho cuộc thảo luận.	Chào hỏi, nét mặt niềm nở, nói chuyện thân mật.

<p>Chia nhóm thảo luận khoảng 8-10 người một nhóm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo thuận lợi cho các thành viên đều có thể trình bày ý kiến. - Giúp người hướng dẫn dễ kiểm soát được buổi thảo luận. 	<p>Các nhóm đúng số người.</p>
--	---	--------------------------------

<p>Hình thành nhóm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có người hướng dẫn nhóm thảo luận. - Thư ký nhóm để ghi chép ý kiến thảo luận. - Người hướng dẫn, thư ký và các thành viên tự giới thiệu sơ lược về bản thân như tên, công việc... - Người hướng dẫn . + Nói về tầm quan trọng của vấn đề thảo luận. + Đọc to, rõ ràng mục tiêu của buổi thảo luận. - Người hướng dẫn đọc to, rõ ràng nhiệm vụ của buổi thảo luận được giao cho tất cả các thành viên trong nhóm được biết để suy nghĩ. - Người hướng dẫn hướng dẫn cách thảo luận và yêu cầu mọi người tham gia đóng góp ý kiến chia sẻ kinh nghiệm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tạo dựng mối quan hệ tốt ban đầu và đảm bảo sự gắn kết giữa các thành viên trong nhóm. - Tất cả các thành viên sẵn sàng tham gia vào việc thảo luận nhóm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thiết lập được nhóm với số lượng cụ thể của các thành viên. - Các thành viên có sự hiểu biết một số thông tin cơ bản về nhau như tên tuổi, nghề nghiệp, sở trường... - Biết được nhiệm vụ của nhóm và bản thân.
---	--	---

**BẢNG KIỂM DẠY VÀ HỌC PHƯƠNG PHÁP TỔ CHỨC NÓI CHUYỆN
SỨC KHỎE ĐỀ TT – GDSK**

Các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn
1. Chuẩn bị		
<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị nội dung và kế hoạch trình bày theo mục tiêu TT-GDSK đã được xác định. - Chọn thời gian phù hợp. - Chuẩn bị địa điểm: Phòng, bàn ghế quét dọn sạch sẽ, quạt, ánh sáng, loa đài... - Xác định đối tượng tham dự. - Thông báo ngày giờ, địa điểm để người tham dự tới bằng giấy mời, qua y tế thôn, loa truyền thanh. - Chuẩn bị các phương tiện hỗ trợ truyền thông. - Mời những người có uy tín của địa phương đến tham dự như y tế thôn, trưởng thôn, bí thư.... - Lường trước những tình huống phát sinh để ứng phó cho linh hoạt ví dụ mất điện, người dân bận không tham gia được lâu... - Trang phục phù hợp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo người tham dự có thể tham gia đầy đủ, và hứng thú. - Đảm bảo việc truyền thông diễn ra thuận lợi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nội dung TTGDSK chính xác, thứ tự trình bày được sắp xếp logic, phù hợp với thời gian. - Phương tiện TT GDSK đầy đủ - Có giấy mời hoặc lời mời qua loa truyền thanh. - Người được mời đến dự đông đủ.
2. Thực hiện		
<p>Tiếp đón người đến tham dự chu đáo, thân mật.</p>	<p>Tạo được sự thiện cảm và ấn tượng tốt ban đầu, tạo không khí ấm áp thân tình cho cuộc nói chuyện</p>	<p>Chào hỏi, nét mặt niềm nở, nói chuyện thân mật.</p>

Sắp xếp chỗ ngồi cho người tham dự cho phù hợp như người già, người thấp bé ngồi phía trên...	Đảm bảo thuận lợi cho mọi người tham gia có thể nghe và nhìn được khi TT-ĐSK.	Người tham dự được sắp xếp ngồi hợp lý.
Xây dựng tốt mối quan hệ với người tham gia.	Tạo sự tin tưởng.	+ Chào hỏi, niềm nở, thân thiện. + Giới thiệu về bản thân. + Hỏi các câu hỏi thông dụng quan tâm đến người tham gia như công việc gia đình...
Mở đầu - Bắt đầu buổi TT – GDSK cần trình bày, tầm quan trọng và mục đích của buổi TT -GDSK một cách rõ ràng.		Cần nêu rõ mong muốn người tham gia sẽ thực hiện hay thay đổi hoặc có được sự hiểu biết gì... sau buổi truyền thông này
Tiến hành truyền thông. - Tuân thủ theo thứ tự logic nội dung truyền thông đã soạn trước.	Giúp người nghe dễ hiểu hơn.	- Người tham gia tích cực tham gia vào buổi truyền thông. - Mọi người tập trung lắng nghe. - Người tham gia hiểu được nội dung truyền thông. - Nội dung truyền thông chính xác logic. - Không khí buổi
- Trong quá trình trình bày cần giải thích những điểm mấu chốt trong phần đó. Khi giải thích có thể sử dụng hình ảnh, câu chuyện, liên hệ thực tế ... để lôi người tham gia và giúp họ dễ hiểu nội dung truyền thông.		
- Sử dụng những ngôn ngữ dễ hiểu có thể sử dụng ngôn ngữ địa phương, nói rõ ràng mạch lạc, giải thích những thuật ngữ mới bằng các từ thông dụng, quen thuộc.		

<ul style="list-style-type: none"> - Luôn quan sát, bao quát mọi người tham gia để điều chỉnh tốc độ nói, nội dung... cho phù hợp. 		truyền thông âm cúng, cởi mở.
<ul style="list-style-type: none"> - Khuyến khích người tham gia nêu câu hỏi và thảo luận những vấn đề còn chưa rõ. Đưa ra phản hồi tốt và tích cực cho các câu trả lời của người tham gia. Không chỉ trích người tham gia nói sai mà hãy giúp họ sửa chữa, đồng thời giải thích và khích lệ họ tiếp tục phát biểu. 	Đảm bảo buổi truyền thông trao đổi thông tin diễn ra theo 2 chiều.	
<ul style="list-style-type: none"> - Giải đáp những thắc mắc của người tham gia một cách đầy đủ. - Thời gian tổ chức nói chuyện chỉ nên không quá 20 phút. 	Tránh sự nhàm chán.	
Cuối buổi thảo luận <i>* Người hướng dẫn</i> <ul style="list-style-type: none"> - Tóm tắt những vấn đề chính của nội dung TT – GDSK. - Làm lượng giá cuối buổi để đánh giá mức độ hiểu nội dung TT – GDSK của người tham gia. - Hỏi xem còn có ai có câu hỏi gì nữa không. - Hỏi ý kiến nhận xét về buổi truyền thông để rút kinh nghiệm cho bài truyền thông sau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Thể hiện sự thống nhất cao giữa các thành viên trong nhóm. 	Người tham gia hiểu và nhớ được nội dung truyền thông.

BẢNG KIỂM DẠY VÀ HỌC KỸ NĂNG ĐÓNG VAI ĐỀ TT-GDSK

Các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn
1. Chuẩn bị		
<ul style="list-style-type: none"> - Xác định mục tiêu TTGDSK. - Xây dựng kịch bản theo mục tiêu TTGDSK. 	<p>Đảm bảo việc đóng vai đạt được đúng mục tiêu TT – GDSK.</p>	<p>Kịch bản phải mô tả rất cụ thể, chi tiết nhân vật và tình huống xảy ra.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Phân công vai diễn. - Chuẩn bị đạo cụ cho vở diễn. - Thời gian truyền thông. - Địa điểm truyền thông. - Mời các đối tượng phù hợp tham gia truyền thông qua giấy mời, loa. 	<p>Việc đóng vai diễn ra thuận lợi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Các nhân vật xác định được vai diễn của mình. - Phương tiện truyền thông phù hợp, đầy đủ. - Có giấy mời hoặc lời mời qua loa truyền thanh. - Người được mời đến dự đông đủ. - Bàn ghế được kê dọn lại đảm bảo vai đóng diễn ra ở giữa phòng hoặc trên sân khấu, thoải mái, không bị che lấp. Mọi người xung quanh có thể nhìn, nghe, quan sát một cách dễ dàng thuận lợi. - Phòng sạch sẽ, rộng rãi, đủ ánh sáng, thoáng mát.

2.Thực hiện		
Dành thời gian chuẩn bị cho những người đóng vai nghiên cứu kịch bản.	Người đóng vai có thể nhập tâm, hóa thân vào nhân vật một cách tốt nhất.	<ul style="list-style-type: none"> - Người đóng vai thuộc lời thoại. - Hiểu được tính cách, hoàn cảnh nhân vật mình đảm nhận.
<p>Tiến hành tập đóng vai.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Người đóng vai diễn thử theo kịch bản. + Những người khác trong nhóm TT-GDSK quan sát, ghi chép. + Nếu điều kiện cho phép, có thể quay lại buổi đóng vai. + Thảo luận và có ý kiến đóng góp để vở diễn tốt hơn. 	Tránh những lỗi, sai khi đóng vai TT-GDSK.	<ul style="list-style-type: none"> - Người đóng vai nghiêm túc, nhập tốt vai diễn được phân công.
<p>Tiến hành đóng vai để TTGDSK.</p> <p>Vở diễn đạt được tốt về mặt nghệ thuật diễn xuất và nội dung TT-GDSK.</p>	Người xem hứng thú tiếp nhận thông tin TT-GDSK.	<ul style="list-style-type: none"> - Người đóng vai luôn đảm bảo bám sát mục tiêu và nội dung TT-GDSK. - Nhập tâm vào nhân vật. - Đảm bảo đúng thời gian dự kiến không quá 20 phút. - Sử dụng đạo cụ phù hợp.
Thảo luận sau đóng vai.	Giúp người tham gia thấy được cái đúng, tốt để học tập, những điểm sai, chưa hợp lý để tránh và tìm biện pháp khắc phục, giải quyết ngay.	<ul style="list-style-type: none"> - Thời gian thảo luận phù hợp khoảng 20 – 30 phút. - Có câu hỏi hoặc nội dung thảo luận rõ ràng, logic theo mục tiêu TT-GDSK.

Tổng kết	Giúp người tham gia nhớ được những nội dung trọng tâm của TT-GDSK.	Nhắc lại những điểm cốt lõi về kiến thức, hành vi và thái độ tốt hoặc cách giải quyết vấn đề về chủ đề TT-GDSK thông qua vở kịch.
----------	--	---

BÀI 13: LẬP KẾ HOẠCH GIÁO DỤC SỨC KHỎE

1. MỤC TIÊU BÀI HỌC

Sau khi học xong bài này sinh viên đạt được

1.1. Lập được một bản kế hoạch giáo dục sức khỏe để giải quyết một vấn đề sức khỏe ưu tiên ở cộng đồng.

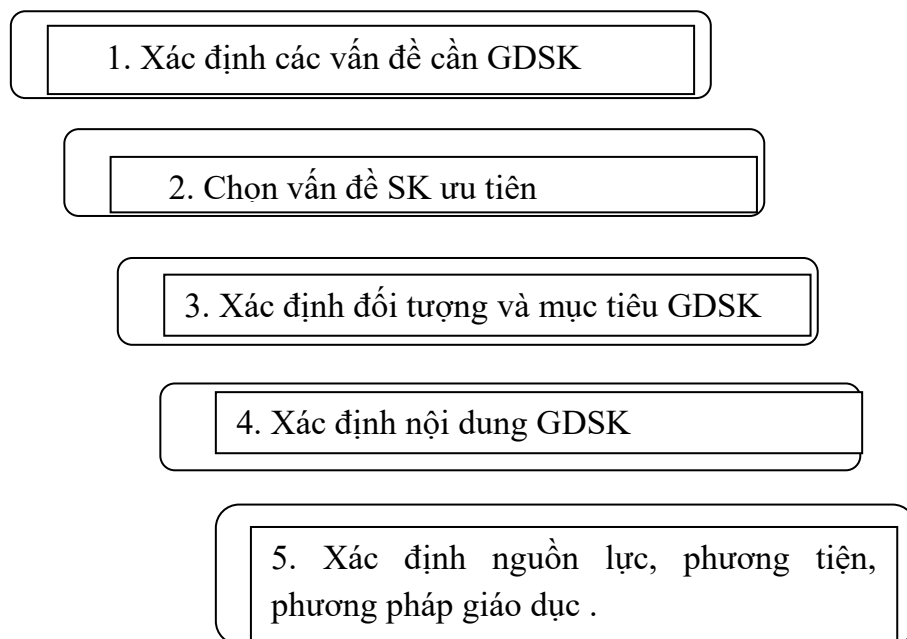
1.2. Soạn thảo được một bài giáo dục sức khỏe phù hợp cho cộng đồng.

1.3. Nhận thức được tầm quan trọng của việc lập kế hoạch trong giáo dục sức khỏe.

2. NỘI DUNG

2.1. Các bước lập kế hoạch Giáo dục sức khỏe

Có 5 bước lập kế hoạch GDSK, được trình bày theo sơ đồ tổng quát sau:



2.1.1. Xác định mục tiêu giáo dục sức khỏe

Mục tiêu GDSK làm thay đổi hành vi sau khi được GDSK, nhằm tạo nên một hành vi mới có lợi cho sức khỏe của khách hàng.

** Cơ sở xác định mục tiêu*

Muốn xác định đúng đắn mục tiêu GDSK phải căn cứ vào:

- Các nhu cầu sức khỏe và các vấn đề sức khỏe ưu tiên mà cộng đồng cần phải giải quyết.

- Các chủ trương đường lối y tế và các chương trình y tế đang triển khai tại địa phương.

- Tình hình kinh tế, văn hoá, xã hội và các phong tục, tập quán của địa phương.

- Những đặc điểm tâm lý của khách hàng GDSK.
- Những điều kiện về nguồn lực như nhân lực, phương tiện, kinh phí, thời gian và địa điểm.

* *Các yếu tố của mục tiêu GDSK gồm*

- Có thể đo lường được, để theo dõi đánh giá.
- Có khung thời gian để hoàn thành.
- Có khách hàng giáo dục cụ thể.
- Mục tiêu làm thay đổi nhận thức, thái độ hay hành động hay nhằm vào cả ba thành phần đó.
- Những mục tiêu GDSK này có thích hợp hay không, có tính khả thi để thực hiện được không?

Ví dụ:

- Đến hết năm 2001, 50% số hộ gia đình người Dao trong xã xây dựng được hố xí hợp vệ sinh để quản lý phân.
- Đến hết năm 2005, 100% các bà mẹ người H'mông để có sự chăm sóc của cán bộ y tế.
- Sau buổi GDSK, 80% các bà mẹ đang nuôi con dưới 1 tuổi trong xã hiểu được rõ các phản ứng có thể xảy ra sau khi tiêm chủng mỗi loại vaccin.
- Sau buổi GDSK, các bà mẹ đang nuôi con nhỏ tự pha được dung dịch Orezol để xử trí cho trẻ bị tiêu chảy tại nhà.

2.1.2. Lựa chọn chiến lược thích hợp

Đây chính là phương pháp và cách thức tiến hành các hoạt động để đạt được các mục tiêu đề ra. Các hoạt động này bao gồm:

- Phân nhóm các khách hàng giáo dục.
- Soạn thảo nội dung giáo dục.
- Lựa chọn phương pháp và phương tiện GDSK.

2.1.2.1. Phân nhóm khách hàng

* Cần phân tích những đặc điểm của khách hàng như.

- Tuổi, trình độ, giới tính, tôn giáo.
- Những thói quen, tập quán và tín ngưỡng.
- Đời sống kinh tế.
- Hoạt động văn hoá, xã hội và khả năng giao tiếp với người khác.
- Loại phương tiện truyền thông ưa thích.
- Nơi ở thành các cụm dân cư hay phân tán từng gia đình.

Sau khi phân tích các đặc điểm trên, cần phải phân loại khách hàng thành từng nhóm để tiến hành GDSK cho thích hợp.

* Mục đích của việc phân nhóm khách hàng giáo dục: Là để có thể soạn thảo nội dung, lựa chọn hình thức và phương tiện GDSK cho phù hợp với trình độ, tâm lý, nguyện vọng và phong tục tập quán của khách hàng.

Ví dụ: Một người nào đó có thể không nghe và không hiểu được vấn đề GDSK nêu ra vì lúc đó họ chưa được thỏa mãn một nhu cầu cơ bản nào đó hoặc vấn đề đó không phù hợp với những quan tâm và thái độ vốn có của họ. Như vậy, họ có thể gạt bỏ, không làm một việc cụ thể nào đó mặc dù thấy điều đó có lợi cho sức khỏe của mình.

- Có không ít những trường hợp chỉ vì điều kiện hoàn cảnh kinh tế eo hẹp nên họ không thể chấp nhận được một vấn đề nào đó.

- Với những thói quen, những phong tục và tập quán không đúng nhưng đã hình thành từ lâu đời, muốn làm thay đổi cần phải kiên trì, không nóng vội và phải làm từng bước. Đối với phong tục tập quán có lợi cho sức khỏe thì nên khuyến khích, nếu vô hại (không tốt, nhưng cũng không xấu) thì nên giữ nguyên.

- Trong thực tế người nông dân, người nghèo thường tiếp nhận những vấn đề mới có chọn lọc, thường thì họ chỉ tiếp nhận một điều gì mới khi thấy có lợi và không gặp trở ngại về mặt xã hội hay tổ chức thực hiện. Như vậy việc phân nhóm khách hàng giáo dục là rất cần thiết nhằm xác định đúng nhóm khách hàng chính (khách hàng đích) và các khách hàng có liên quan, điều đó góp phần quan trọng vào hiệu quả của quá trình GDSK.

2.1.2.2. Soạn thảo nội dung GDSK

* Nguyên tắc: Dựa vào mục tiêu GDSK đã xác định và những kiến thức y học, người làm GDSK phải nêu ra được những vấn đề cần phải giáo dục, trong đó có những vấn đề phải biết, và những vấn đề nên biết:

Những vấn đề mà khách hàng GDSK phải biết: Người làm GDSK phải giới hạn được chủ đề, tránh miên man và đưa ra nhiều thông tin trong một lúc. Cần đưa ra những thông tin cốt lõi, trọng tâm mà mỗi người dân phải biết để tiếp thu và thực hiện được.

Những vấn đề mà khách hàng GDSK cần biết (thông tin hỗ trợ): Giúp cho khách hàng GDSK hiểu biết nhiều hơn, có liên quan mật thiết đến vấn đề cần giáo dục. Những vấn đề mà khách hàng GDSK nên biết: Người làm GDSK phải giúp khách hàng có thể áp dụng một số học thuyết điều dưỡng vào trong viết nội dung TT-GDSK như thuyết hành vi (health belived model), thuyết về sự thay đổi ...GDSK nắm vững chủ đề và có thể giải đáp một số câu hỏi thắc mắc của họ.

* Những yêu cầu của một bài GDSK.

- Viết cho ai: Cần phân tích khách hàng GDSK để chọn nội dung, cách hành văn cho phù hợp với từng nhóm khách hàng, nhằm gây sự hứng thú ở người nghe.

- Viết gì? Viết những điều cần phải truyền đạt, đáp ứng đúng mục tiêu:

+ Lượng thông tin cần và đủ: Cung cấp thông tin một cách có hiệu quả là một vấn đề tiết kiệm. Viết càng ngắn gọn, dễ hiểu mà trình bày được đầy đủ thì thông tin càng hiệu quả. Nhiều thông tin quá dễ làm rối, khó tiếp thu. Cần vạch rõ lượng thông tin bao nhiêu là đúng với mức cần thiết. Hơn nữa thông tin đó có đáp ứng được sự quan tâm của người nghe hay không? Chỉ viết những vấn đề chắc chắn được khẳng định: Không viết những vấn đề còn đang nghiên cứu. Khi thông tin một vấn đề gì thì nó phải đáng tin cậy và phải có trách nhiệm như cam kết vậy. Nếu nội dung thông điệp thiếu chính xác, chưa chắc chắn, sẽ có nguy cơ mất tín nhiệm, thậm chí có khi còn nguy hiểm.

- Viết như thế nào?

+ Viết theo thể chủ động, có tính khẳng định chắc chắn.

+ Dùng các từ ngữ đơn giản, dễ hiểu, ngôn ngữ địa phương, phù hợp với khách hàng giáo dục, không dùng những từ khó hiểu hoặc từ chuyên môn như vi khuẩn, kháng thể... Dùng từ ngữ quá phức tạp người nghe sẽ không hiểu, hoặc hiểu khác đi so với cách hiểu của người truyền đạt.

+ Đưa ra được những lời khuyên thiết thực với nhu cầu của người dân để họ có thể làm theo được.

+ Chú ý nếu bài viết được phát thanh: Cần viết ngắn gọn, đọc không quá 10 phút. Bài viết để nói chuyện trực tiếp không quá 20 phút.

Trên cơ sở đó người GDSK cần lựa chọn các thông tin thích hợp để viết thành "Một bài GDSK" cụ thể và phải đáp ứng được các yêu cầu của một bài viết.

* Gợi ý: Dàn bài của 1 bài viết có thể như sau:

- Đặt vấn đề.

+ Tại sao phải giáo dục vấn đề này?

+ Tầm quan trọng của nó ?

- Nội dung: Những kiến thức cơ bản về vấn đề cần giáo dục.

+ Những hiểu biết sai lệch của khách hàng giáo dục về vấn đề đó.

+ Khuyến họ nên làm gì và làm như thế nào?

Kết luận: Khẳng định lại những vấn đề cần GDSK, động viên mọi người thực hiện.

2.1.2.3. Lựa chọn phương pháp, phương tiện giáo dục sức khỏe thích hợp (xem bài Lựa chọn phương pháp, phương tiện giáo dục sức khỏe).

2.1.2.4. Lập chương trình hoạt động

Với mỗi chương trình, cần phải viết ra tất cả các dự kiến, các hoạt động cần thiết để có thể thực hiện được theo đúng chiến lược đã chọn, nhằm đạt được mục tiêu GDSK đã đề ra. Sau đây là những vấn đề cần chú ý khi lập kế hoạch:

a. Nhân lực tham gia GDSK

Các cán bộ y tế địa phương.

- Các tổ chức ngoài ngành y tế. Đảng uỷ, UBND xã phường, Hội nông dân, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Trường phổ thông, nhà trẻ, tổ dân phố, các tổ chức văn hoá - xã hội khác.

- Mọi lứa tuổi đều có thể tham gia ở các lĩnh vực khác nhau. Cần chú ý vấn đề huấn luyện để sự phân công công việc cho từng người một cách hợp lý.

b. Kinh phí cho hoạt động GDSK: Lấy ở đâu? Lấy bao nhiêu? Để đáp ứng các yêu cầu cần thiết như in ấn tài liệu, trang bị kỹ thuật, phương tiện giáo dục và huấn luyện người làm GDSK...

c. Thời gian: Để thực hiện quá trình GDSK, nên chọn thời điểm thích hợp và nên xác định rõ việc nào làm trước, việc nào làm sau...

d. Địa điểm: Tùy thuộc vào từng hình thức giáo dục và phương tiện giáo dục mà chọn địa điểm thích hợp. Tuy nhiên mỗi Trạm y tế cần có một phòng GDSK (hoặc một góc GDSK) để làm công tác GDSK.

e. Thử nghiệm tài liệu, phương tiện GDSK. Nhiều tài liệu và phương tiện GDSK nếu không được thử nghiệm trước ở thực địa sẽ không thấy được điều trở ngại, thậm chí còn thừa và gây lãng phí. Vì vậy, cần phải thử nghiệm nhiều lần để sửa đổi, hoàn chỉnh tài liệu và các phương tiện trước khi chính thức sử dụng.

f. Làm thử (đóng vai - trình bày ở phần trên): Trước khi triển khai trên thực địa (làm thật) cần tiến hành làm thử để rút kinh nghiệm.

g. Triển khai thực hiện: Sau khi đã làm thử thành thạo, sẽ tiến hành làm thật trên thực địa với nhóm khách hàng mà ta cần phải giáo dục nhằm mục tiêu đã xác định.

h. Đánh giá kết quả đạt được: Xem bài đánh giá kết quả GDSK.

Tóm lại: Kế hoạch GDSK lập xong phải trả lời được 10 câu hỏi sau:

- 1 Tại sao phải giáo dục vấn đề đó?
2. Giáo dục cho ai?
3. Nội dung giáo dục là gì?
4. Giáo dục bằng hình thức nào?
5. Dùng phương tiện và tài liệu nào?
6. Ai có thể làm được? Có cần phải đào tạo và huấn luyện lại không?
7. Kinh phí để huấn luyện nhân viên, để sản xuất tài liệu phương tiện GDSK lấy ở đâu?
8. Làm ở đâu?
9. Làm thế nào? Cái nào làm trước? Cái nào làm sau?
10. Đánh giá kết quả ra sao?

BẢNG KIỂM DẠY VÀ HỌC LẬP KẾ HOẠCH TT – GDSK

Các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn
Xác định được mục tiêu cho chương trình TT-GDSK.	Hướng các hoạt động trong kế hoạch TT-GDSK theo kết quả mong muốn.	Đáp ứng được 5 tiêu chuẩn của mục tiêu GDSK.
Xác định đúng nhóm đối tượng đích.	Phân nhóm đối tượng là để soạn thảo nội dung, lựa chọn hình thức và chương trình TT-GDSK phù hợp.	Phân nhóm đối tượng: - Tuổi, giới, trình độ... - Thói quen, tập quán... - Đời sống kinh tế....
Nội dung bài truyền thông đưa ra được các vấn đề trọng tâm đáp ứng mục tiêu.	Giúp người là TT-GDSK giới hạn được chủ đề, đưa ra được thông tin cốt lõi tránh miên man. Giúp người làm truyền thông hiểu biết hơn để giúp đối tượng GDSK nắm vững vấn đề và giải đáp thắc mắc của người dân.	Phải nêu ra được - Viết cho ai - Viết gì - Viết theo thể chủ động, có tính khẳng định chắc chắn. - Đưa ra được những lời khuyên thiết thực với người dân để họ làm theo. - Bài viết phát thanh không quá 10ph, bài viết nói chuyện trực tiếp không quá 20 ph.
Nội dung truyền thông được viết ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với đối tượng.	Giúp đối tượng GDSK hiểu và tiếp thu được nội dung truyền thông.	Từ ngữ đơn giản, dễ hiểu, ngôn ngữ địa phương phù hợp với đối tượng GDSK.
Chọn phương pháp TT-GDSK phù hợp.	Tăng hiệu quả TT phù hợp với đối tượng và hoàn cảnh TT.	Chọn đúng phương pháp truyền thông gián tiếp hoặc trực tiếp theo đối tượng, chủ đề và mục tiêu GDSK.

Chọn phương tiện TT-GDSK phù hợp.	Giúp người TT-GDSK chuyển các thông điệp SK đến đối tượng truyền thông.	Chọn đúng phương tiện truyền thông theo phương pháp, đối tượng và chủ đề truyền thông như tranh ảnh, áp phích, tivi, đài báo.
Chọn thời gian, khoảng thời gian TT-GDSK phù hợp.	Tăng hiệu quả TT phù hợp với đối tượng và hoàn cảnh TT.	- Chọn thời điểm thích hợp. - Xác định rõ việc nào làm trước, việc nào làm sau.
Chọn địa điểm để TT-GDSK phù hợp.	Tăng hiệu quả TT phù hợp với đối tượng và hoàn cảnh TT.	- Địa điểm phải phù hợp với phương tiện truyền thông.
Có dự kiến thử nghiệm trước phương pháp và phương tiện trước khi thực hiện TT-GDSK.	Giúp người làm TT tránh được những sai sót và trở ngại trước khi tiến hành thật.	- Nêu rõ những tài liệu và phương tiện GDSK cần thử nghiệm trước ở thực địa.
Có dự kiến kế hoạch đánh giá kết quả khi kết thúc chương trình TT-GDSK.	Đề đo lường và xét đoán kết quả GDSK đạt được. Thu thập thông tin phản hồi từ đối tượng GDSK gồm. - Nhận thức - Thái độ - Thực hành	Nêu rõ kế hoạch đánh giá theo thời điểm. - Thời điểm 1: Đánh giá ban đầu. - Thời điểm 2: Đánh giá tức thời. - Thời điểm 3: Đánh giá ngắn hạn. - Thời điểm 4: Đánh giá dài hạn.

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ LẬP KẾ HOẠCH TT – GDSK

NỘI DUNG	Thang điểm		
	0	1	2
Xác định được mục tiêu cho CT TT-GDSK .			
Xác định đúng nhóm đối tượng đích.			

Nội dung bài truyền thông đưa ra được các vấn đề trọng tâm đáp ứng mục tiêu.			
Nội dung truyền thông được viết ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với đối tượng			
Chọn phương pháp TT-GDSK phù hợp.			
Chọn phương tiện TT-GDSK phù hợp.			
Chọn thời gian, khoảng thời gian TT-GDSK phù hợp.			
Chọn địa điểm để TT-GDSK phù hợp.			
Có dự kiến thử nghiệm trước phương pháp và phương tiện trước khi thực hiện TT-GDSK.			
Có dự kiến kế hoạch đánh giá kết quả khi kết thúc chương trình TT-GDSK.			
Tổng điểm			

BẢNG KIỂM DẠY VÀ HỌC VIẾT BÀI TT – GDSK

Các bước	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn
Mở đầu	- Cung cấp các thông tin chính, cơ bản về chủ đề TT-GDSK.	<ul style="list-style-type: none"> - Ngắn gọn. - Toát lên được tính cấp thiết. - Nêu lên mục tiêu.
Nội dung	- Đưa ra thực trạng và giải pháp cho vấn đề SK.	<ul style="list-style-type: none"> - Nêu ra thực trạng của vấn đề. - Những tồn tại cần khắc phục. - Đưa ra các nguyên nhân. - Các biện pháp cần tiến hành. - Nội dung đưa ra phải có tính thời sự, có tính mới, có sự thay đổi. - Từ ngữ dễ hiểu, không sử dụng quá nhiều thuật ngữ quốc tế và chuyên môn.
Kết luận	Là thông điệp kêu gọi hành động.	<ul style="list-style-type: none"> - Đề cập lại nội dung cốt lõi. - Nêu lại trọng tâm về vấn đề SK. - Cách thức dễ nhất để thực hiện hành vi sức khỏe. - Giới thiệu địa chỉ hoặc cán bộ y tế cho đối tượng GDSK có thể liên hệ tư vấn sau truyền thông.

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ VIẾT BÀI TT – GDSK

NỘI DUNG		Thang điểm		
		0	1	2
Mở đầu	- Ngắn gọn.			
	- Toát lên được tính cấp thiết.			
	- Nêu lên mục tiêu.			
Viết mục tiêu	Đúng nội dung; Có thể đo lường và theo dõi được; Có tính khả thi; Có địa điểm và khung thời gian hoàn thành.			
Nội dung	- Thực trạng và những tồn tại của vấn đề SK.			
	- Đưa ra nguyên nhân của vấn đề SK.			
	- Đưa ra giải pháp của vấn đề SK.			
Kết luận	- Đề cập lại nội dung, vấn đề SK cốt lõi.			
	- Nhấn mạnh lại cách thức, giải pháp thực hiện.			
	- Từ ngữ dễ hiểu, không sử dụng quá nhiều thuật ngữ quốc tế và chuyên môn.			

BÀI 14: QUY TRÌNH TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE Ở CỘNG ĐỒNG

1. MỤC TIÊU:

Sau khi học xong sinh viên bài này sẽ đạt được

- 1.1. Kỹ năng huy động cộng đồng
- 1.2. Tổ chức được một buổi TT – GDSK cho cộng đồng

2. NỘI DUNG

2.1. Huy động cộng đồng trong TT-GDSK

2.1.1. Tranh thủ sự giúp đỡ của những người lãnh đạo dư luận

Thế nào là người lãnh đạo dư luận: Người lãnh đạo dư luận là những người rất có uy tín ở cộng đồng. Tuy họ không phải là những người lãnh đạo chính quyền hay các tổ chức xã hội xong họ rất có trách nhiệm với mọi người và được mọi người kính trọng. Khi những người này nói thì mọi người sẵn sàng nghe theo, những người này được gọi là "Người lãnh đạo dư luận". Những người lãnh đạo dư luận thường được một số người ủng hộ. Mỗi khu vực hoặc mỗi nhóm đều có người lãnh đạo dư luận riêng của mình.

2.1.2. Phát hiện những người lãnh đạo dư luận

Một số người lãnh đạo dư luận có danh tiếng có thể nhận ra họ dễ dàng (già làng, tộc trưởng, trưởng họ. . .). Một số người như sư cụ, linh mục, thượng toạ... nếu chỉ có danh hiệu thôi thì chưa phải là nhà lãnh đạo dư luận. Hãy nhận định xem người đó có danh tiếng trong cộng đồng hay không? Nếu sau khi nói chuyện với một số thành viên trong cộng đồng, chúng ta thấy người nào nổi tiếng, được nhiều người biết đến và kính trọng, đó là chính là người lãnh đạo dư luận.

2.1.3. Làm việc với những người lãnh đạo dư luận

Khi đến thăm người lãnh đạo dư luận trong địa phương, hãy tìm hiểu quan điểm của họ về những vấn đề sức khỏe của cộng đồng, xin họ lời khuyên. Hãy trao đổi với họ những ý kiến về các vấn đề sức khỏe. Nếu được chấp nhận, họ sẽ mang ý kiến đó khuyên nhủ người khác. Những người lãnh đạo dư luận có vai trò quan trọng trong việc động viên người khác chấp nhận và thực hiện các hành vi lành mạnh về sức khỏe. Hãy tỏ ra lễ phép và tôn trọng những người lãnh đạo dư luận, và họ sẽ ủng hộ tích cực các chương trình, kế hoạch y tế của chúng ta.

2.1.4. Vai trò của các tổ chức địa phương

2.1.4.1. Các loại tổ chức đang có ở địa phương

Các tổ chức Chính quyền, Đảng, Đoàn thể... Hoạt động của những tổ chức này có liên quan rất nhiều đến sức khỏe. Cần vận động các tổ chức này phối hợp với y tế để làm tốt chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng nhất là về GDSK.

Các hội, các câu lạc bộ: Ở các địa phương, thường có các hội quần chúng như nông dân, phụ nữ, chữ thập đỏ... các câu lạc bộ như câu lạc bộ ngoài trời, dưỡng sinh... Hoạt động của các hội, câu lạc bộ này ít nhiều có liên quan đến các hoạt động y tế vì thế chúng ta cần vận động họ phối hợp chặt chẽ với y tế để chăm sóc sức khỏe nhất là GDSK cho cộng đồng.

2.1.4.2. Thành lập các Ban chăm sóc sức khỏe ở mỗi cộng đồng:

Có một số ban chăm sóc sức khỏe (CSSK), mỗi ban có những nhiệm vụ của nó, nhưng nhìn chung các ban CSSK có một số nhiệm vụ như sau:

- Thu thập các thông tin về sức khỏe của cộng đồng.
- Phát hiện những vấn đề sức khỏe và các nguyên nhân.
- Đề xuất các giải pháp và kế hoạch giải quyết.
- Trao đổi ý kiến về các giải pháp và kế hoạch đó với các cán bộ y tế để giúp họ.
- + Quyết định các vấn đề ưu tiên.
- + Triển khai các mục tiêu thiết thực.
- + Xác định các nguồn lực.
- Động viên cộng đồng thực hiện các mục tiêu đã đặt ra và giải quyết các vấn đề của chính mình.
- Thông báo kịp thời cho cộng đồng về những tiến bộ của các vấn đề có liên quan ở hầu hết các xã hiện nay đều có Ban CSSKBĐ, Ban Dân số... Các ban này thường chính quyền (Chủ tịch hoặc Phó chủ tịch xã) làm trưởng ban, Trạm trưởng là phó ban, ngoài ra Ban còn tập hợp được các ban ngành, tổ chức quần chúng trong xã cùng tham gia. Cán bộ y tế hoạt động trong các ban nói trên nên:
 - Thông báo với mọi người về các hoạt động đã dự kiến.
 - Khích lệ mọi người góp ý kiến với ban một cách trực tiếp hoặc thông qua một người đại diện.
 - Đề xuất các nhiệm vụ của từng người. Hãy nêu tầm quan trọng của nhiệm vụ và hướng dẫn họ thực hiện nhiệm vụ đó.
 - Cần phải biết ngày nào, những người trong ban có thể tập trung đông đủ nhất.
- * *Sự tham gia của cộng đồng*: Một số biện pháp mà mọi người trong cộng đồng có thể đưa ra không những chỉ đơn thuần thể hiện quan điểm mà còn là các đề xuất của họ đóng góp vào việc quyết định cách tổ chức và cách hoạt động của ban CSSK.
- * *Trách nhiệm của cán bộ y tế*: Cán bộ y tế cần phải hiểu rõ vai trò, trách nhiệm của các tổ chức chính quyền, đoàn thể và nhân dân trong các hoạt động của Ban CSSK cũng như các hoạt động y tế. Để từ đó có các kế hoạch vận động các tổ chức này tham gia cho phù hợp.

* *Huấn luyện các thành phần trong Ban*: Các thành viên cần được bồi dưỡng nghiệp vụ, để họ có đủ năng lực hoàn thành nhiệm vụ của mình trong các cương vị thành viên của ban CSSK.

* *Các kỹ năng truyền thông*: Để các thành viên trong Ban CSSK sẽ đánh giá đúng được các vấn đề cần thảo luận, các nhân viên y tế nên dùng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu và có thể giải thích cho họ ý nghĩa của một số thuật ngữ chuyên môn mà nhân viên y tế thường dùng. Nên khuyến khích các thành viên của ban đặt các câu hỏi để thảo luận.

* *Thu thập thông tin*: Các thành viên của ban CSSK có thể thu thập các thông tin một cách chính xác về các vấn đề sức khỏe và các nguyên nhân của các vấn đề đó, đồng thời có các đề nghị để cải tiến công tác tốt hơn.

* *Hoạt động*: Trước khi tiến hành một cuộc họp ban, cán bộ y tế nên bàn bạc trước với Trưởng ban về nội dung và cách thức tiến hành cuộc họp, cần phải thống nhất trước trong quá trình họp bàn thảo luận:

- Thống nhất kế hoạch hoạt động trong ban.
- Tiếp cận với cộng đồng để thu thập thông tin.
- Phối hợp với cộng đồng để thực hiện các chương trình kế hoạch.

2.1.5. Các nhóm phối hợp liên ngành

Cán bộ y tế cần tạo ra được một môi quan hệ tốt với các ban ngành trong cộng đồng để có thể phối hợp, lồng ghép với họ trong các hoạt động CSSK cho cộng đồng. Ví dụ: Y tế phối hợp với trường học ở cộng đồng (cấp I, cấp II) trong việc CSSK trẻ em; phối hợp với Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên trong việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ và kế hoạch hoá gia đình...

2.1.6. Tổ chức một chiến dịch y tế

2.1.6.1. Mục đích.

Nhằm nâng cao những kiến thức kỹ năng thái độ và các chuẩn mực liên quan đến một vấn đề y tế đặc biệt. Cũng có thể sử dụng chiến dịch để thực hiện một dự án đặc biệt nhằm cải thiện cuộc sống của cộng đồng.

Sự hiểu biết của quần chúng là chìa khoá đầu tiên mở ra sự thành công cho một chiến dịch y tế. Do vậy cần bắt đầu bằng một chương trình thông tin công cộng được kế hoạch hoá kỹ càng ngay khi cộng đồng quyết định về cách giải quyết một vấn đề của mình. Một người cần phải biết cái gì sắp xảy ra, khi nào nó xảy ra, vì sao dự án lại quan trọng đối với họ. Trong suốt quá trình thực hiện chiến dịch các thông tin này được cung cấp thông qua một hệ thống truyền thông. Mọi kênh truyền tin sẵn có đều được huy động bao gồm các loa phóng thanh, áp phích, những nhóm cô động, các thông báo ở những nơi công cộng và những cuộc họp và nếu có thể được thì cả các chương trình của đài phát thanh và báo chí.

Một chiến dịch y tế được tổ chức nhằm thực hiện một giải pháp hay một vấn đề sức khỏe. Ví dụ như các vấn đề “ Ở nhà cũng là chống dịch ”, "Tiêm chủng đầy đủ, vì một sức khỏe trẻ thơ ", "Thực phẩm tốt cho những cơ thể khỏe mạnh", Nước sạch để sống khỏe mạnh". Những vấn đề này thường trở thành tên cho chính chiến dịch cho nên thường phải ngắn gọn, đôi khi có tính chất "giật gân" để nhớ.

Chiến dịch cần phải liên quan đến một vấn đề thực tế mà chính các thành viên trong cộng đồng đã phát hiện ra hoặc đều được mọi người thừa nhận. Thường thì trạm y tế tham mưu cho chính quyền quyết định các chủ đề cho chiến dịch và đặt kế hoạch hành động thích hợp. Thời gian của các hoạt động tập trung cho chiến dịch thường kéo dài chỉ một tuần hoặc một tháng. Vì lý do này các chiến dịch thường gọi là "Tuần lễ sức khỏe".

2.1.6.2 Lập kế hoạch từ trước.

Nếu như bản thân chiến dịch chỉ kéo dài một tuần, thì trước đó cũng phải mất nhiều thời gian lập kế hoạch. Trạm y tế có thể phải làm việc vài tháng để đặt kế hoạch cho một chiến dịch đạt kết quả và cho việc theo dõi cần thiết. Các thành viên của cộng đồng phải được tiếp xúc từ trước một cách cẩn thận nếu như muốn họ tham gia vào dự án và trợ cấp kinh phí, vật chất. Phải huy động mọi nguồn lực và phải tổ chức các hoạt động giáo dục. Việc sử dụng các phương pháp giáo dục khác nhau sẽ góp phần tăng cường hiệu quả. Có thể là những vở kịch, các buổi nói chuyện về sức khỏe, các cuộc triển lãm, những màn trình diễn, các buổi họp cả cộng đồng tham gia và những buổi thảo luận nhóm. Các chương trình cũng có thể tổ chức ở trường học và với các nhóm khác nhau của cộng đồng. Cần phải tạo mọi cơ hội để toàn thể cộng đồng tham gia vào các kế hoạch như vệ sinh môi trường hay chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em .

2.1.6.3. Theo dõi, giám sát.

Một loạt hoạt động kéo dài suốt một tuần sẽ tạo ra được nhiều sự kích thích và hứng thú. Nhưng các vấn đề sức khỏe vẫn chưa được giải quyết nếu như mọi người chỉ hoạt động tích cực có một tuần trong 1 năm thực hiện các hành vi vì sức khỏe suốt cả năm. Họ phải giữ gìn cho các giếng nước và nhà vệ sinh công cộng luôn luôn sạch sẽ, làm vệ sinh hàng ngày, chứ không phải chỉ một ngày. Trạm y tế nên kiểm tra xem mọi người có tiếp tục thực hiện các kỹ năng y tế đã được phổ biến trong thời gian chiến dịch hay không. Việc đi thăm hỏi các gia đình, các buổi họp cộng đồng, các áp phích, các buổi thảo luận nhóm và các dự án ở trường học kéo dài trong suốt năm sẽ giúp cho mọi người nhớ lại những kiến thức và thực hành những kỹ năng mà họ đã được học, cũng như tiếp tục giữ gìn các phương tiện vệ sinh mà họ đã xây dựng lên. Sự cần thiết phải giám sát là một trong những lý do vì sao các chiến dịch phải do chính cộng đồng tổ chức, chứ không riêng gì trách nhiệm của các nhân viên y tế. Các hoạt động theo dõi, giám sát sẽ được thực hiện có hiệu quả nhất do chính những người sống trong cộng đồng. Ví dụ như một chiến dịch về tiêm chủng kéo dài một tuần, sẽ là vô ích nếu như không được theo dõi thích đáng. Nhiều loại vacxin cần tiêm liều thứ hai sau lần

tiêm thứ nhất một tháng. Cũng vậy, các cháu mới sinh đòi hỏi phải tiêm chủng vào các thời điểm khác nhau trong cả năm. Do đó các hoạt động theo dõi là cần thiết và phải có kế hoạch để bảo đảm là chiến dịch sẽ thành công theo các mục tiêu y tế của mình.

2.1.7. Những sự kiện đặc biệt của cộng đồng

Mỗi cộng đồng có những ngày lễ, những ngày kỷ niệm và các lễ hội riêng. Chúng có thể đánh dấu các mùa đặc biệt trong năm, ví dụ mùa thu hoạch, mùa trồng tía hoặc năm mới. Một số ngày lễ mang tính chất tôn giáo, chính trị, một số khác được tổ chức để tưởng niệm những sự kiện quốc gia, những anh hùng dân tộc. Trong một năm thường có nhiều sự kiện như vậy. Một số ngày lễ là thời gian để thư giãn, vui chơi giải trí. Một số khác gọi lại những suy nghĩ nghiêm túc về sự sùng bái các hủ tục. Song lễ hội với bất cứ mục đích gì thì cũng thường được toàn thể cộng đồng tham gia. Giá trị giáo dục của các sự kiện trong cộng đồng có ít nhiều liên quan đến sức khỏe và phúc lợi của cộng đồng. Lễ thu hoạch hay lễ tạ ơn là thời gian vui chơi và tỏ lòng biết ơn sự hào hiệp của Thần đất. Nó cũng có thể là thời gian để suy nghĩ về những điều như:

- Dinh dưỡng.
- Cắt trừ thực phẩm.
- Cách sử dụng nông sản của năm nay.
- Đặt kế hoạch cho vụ mùa sau bội thu hơn.

Trong lễ hội, sự hưng phấn và thoải mái ở mức độ cao có thể hướng vào các vấn đề này, chúng đều có liên quan đến sức khỏe. Có thể đặt kế hoạch giáo dục sức khỏe dưới hình thức một vở kịch, một bài hát, một điệu múa, một buổi trưng bày, một buổi thảo luận nhóm... vào trong thời gian lễ hội. Nếu là một sự kiện chính trị hay tôn giáo thì nên đề nghị những người lãnh đạo dư luận nói đến những vấn đề sức khỏe trong các bài diễn văn hay thuyết giáo của mình. Trong thời gian lễ hội, các học sinh có thể tổ chức những hoạt động đặc biệt cho nhà trường và cho cha mẹ các em. Tại bệnh viện, có thể tổ chức các buổi nói chuyện và trình diễn. Hãy làm cho mọi người biết rằng đề tài đó có liên quan đến lễ hội đang diễn ra. Hãy dùng các điệu múa truyền thống, các bài hát, các vở kịch, kể chuyện và những hình thức nghệ thuật khác. Lập kế hoạch cho các chương trình giáo dục trong những dịp lễ hội hoặc các sự kiện của cộng đồng rất giống với việc lập kế hoạch cho một chiến dịch y tế. Vì thế cần cố gắng để các nhà lãnh đạo cộng đồng tham gia vào việc lựa chọn và đặt kế hoạch cho các hoạt động giáo dục sức khỏe. Cũng giống như trong các chiến dịch, sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để bảo đảm việc theo dõi nhằm bảo đảm cho những kiến thức mới, những kỹ năng mới mà người dân đã thu lượm được không bị mai một đi.

2.1.8. Huy động các nguồn lực của cộng đồng cho một dự án.

Huy động các nguồn lực của một cộng đồng có nghĩa là mỗi thành viên của cộng đồng được khích lệ để cung cấp một nguồn lực nào đó mà có thể đóng góp vào việc giải quyết một vấn đề của cộng đồng. Một Ban chăm sóc sức khỏe, một trạm y tế hay

một hội không thể xây dựng được cho mỗi nhà một cái giếng hay một hố xí vệ sinh nếu chỉ bằng sức mình. Sự tham gia của cả cộng đồng là cần thiết.

2.1.8.1. Xây dựng kế hoạch

- Xác định được các nhu cầu của chính mình.
- Lập kế hoạch cho các giải pháp của chính mình.
- Thu hút tối đa số người tình nguyện tham gia vào kế hoạch.

Mục đích chính là tăng cường kỹ năng của quần chúng giải quyết các vấn đề của mình bằng cách huy động các nguồn lực của chính họ. Cách giải quyết một vấn đề từ các nguồn lực ở địa phương không những giúp giảm chi phí xuống mức thấp nhất mà còn làm cho mọi người cảm thấy kiêu hãnh và tự hào. Phát hiện các nguồn lực là điều quan trọng nhất để động viên cộng đồng một cách có hiệu quả.

Chúng ta không nên làm kế hoạch hộ cho nhóm mà hãy khuyến khích các thành viên tự mình quyết định. Ra quyết định là một trong những kỹ năng mà nhóm cần phải đạt được. Tất nhiên bạn có thể hướng dẫn và gợi ý. Đặc biệt các tính toán cho chính xác vào thực tế các nguồn lực và thời gian cần thiết cho kế hoạch.

2.1.8.2. Phát triển tính tự lực

Khi nhóm bắt tay vào thực hiện kế hoạch, bạn cần phải ở gần họ để quan sát và góp ý kiến. Bạn có thể cần phải trình diễn một số kỹ năng mới. Sau đó chúng ta hãy lùi lại để mọi người học tập bằng cách làm mọi việc cho chính họ. Khi công việc đang được thực hiện, bạn hãy gặp mọi người và trao đổi với họ về các tiến bộ. Hãy nhận định xem họ đang học được gì. Hãy khen ngợi khi họ làm tốt. Hãy chỉ ra những khiếm khuyết nào bạn nhận thấy. Hãy yêu cầu nhóm nghĩ ra các giải pháp cho vấn đề. Cuối cùng hãy thảo luận với nhóm về kết quả họ đã đạt được. Hãy nhận xét xem họ có hài lòng với cách thực hiện kế hoạch hay không. Họ đã học được những kỹ năng và kiến thức gì? Lần sau họ có thể làm tốt hơn được những gì? Hãy khen ngợi họ về những thành tích, điều đó sẽ khích lệ họ tiếp tục. Nếu kế hoạch không thành công thì mọi người thường buồn hoặc bực bội, đó là lẽ tự nhiên. Nếu xảy ra điều đó thì bạn phải giúp mọi người thấy rằng từ sai lầm cũng có thể rút ra các bài học. Hãy giúp họ nhìn rõ nguyên nhân của thất bại. Đừng nên để mọi người trách móc lẫn nhau. Hãy khuyến khích họ bàn bạc để lần sau làm cách nào tốt hơn. Hãy nghĩ về những giá trị tại cộng đồng khi bạn làm việc nhóm. Mọi người đánh giá như thế nào về sự hợp tác và giúp đỡ bạn bè khi cần? Họ có đánh giá cao ý kiến mà mỗi cá nhân đóng góp cho cộng đồng không? Mọi người có cho rằng cộng đồng của họ có tiến bộ hơn cộng đồng bên cạnh không? Nếu trong một cộng đồng có những giá trị đó thì quần chúng sẵn sàng bắt tay vào hoạt động để cải thiện cộng đồng của họ và phát triển lòng tự tin.

2.1.9. Phát triển sự hợp tác với quần chúng

Không phải bao giờ người ta cũng hiểu tại sao mình lại cần phải cố gắng nâng cao sức khỏe bằng những nỗ lực của chính mình. Đôi khi họ cảm thấy rằng chăm sóc sức

khỏe là trách nhiệm của Nhà nước. Tất nhiên Nhà nước có trách nhiệm về vấn đề này. Và rõ ràng là việc nâng cao lòng tin của người dân không thể là lời bào chữa cho những nhân viên y tế tránh khỏi phải thực hiện những dịch vụ mà cộng đồng có quyền được nhận. Đây là một ví dụ về một chương trình đưa vào cộng đồng cần có nhiều thời gian để tạo dựng sự hợp tác thực sự. Ngay từ đầu các cán bộ y tế của chương trình cố gắng lôi cuốn mọi người vào việc lập kế hoạch và soạn thảo chương trình. Họ cẩn thận đặt câu hỏi: "Chúng ta có thể cùng làm gì về vấn đề này?" và họ đã bắt đầu cùng với mọi người xác định các vấn đề. Mọi người rất thích như vậy vì họ được tham gia từ đầu. Trước đây mỗi chương trình phát triển trong địa phương này, các cán bộ y tế chỉ tiến hành khảo sát mà không hỏi han gì đến họ. Thậm chí người dân chẳng hiểu được đã xảy ra những gì sau các lần khảo sát ấy. Chẳng có bất cứ một hồi âm nào. Nhưng lần này quả thật là họ được trân trọng vì được mời tham gia và được thông tin đầy đủ. Tuy nhiên khi đến khâu lập kế hoạch, các cán bộ y tế hỏi: "Các vị có thể làm được gì về vấn đề của các vị" thì mọi người sững sốt. Họ bảo: "Tại sao lại chúng tôi? Sao không phải là các anh? Đó là nhiệm vụ của các anh cơ mà". Trước đây họ hoàn toàn thoải mái khi để mặc cho các cán bộ y tế thực hiện. Bây giờ họ lại bị chất vấn phải làm gì đó để giải quyết vấn đề của họ. Mọi người hoàn toàn không hiểu được vì sao lại như vậy. Người lãnh đạo chương trình nói rằng một bài học quan trọng mà họ cần là họ phải giúp người dân lấy lại lòng tin vào bản thân mình và phải khẳng định rằng họ có thể thực hiện được điều đó. Người ta giải thích rằng, trước đây các cán bộ y tế đã tước đoạt của người dân quyền quyết định và không động viên họ suy nghĩ về các vấn đề của chính họ. Điều đó đã làm cho người dân thiếu lòng tin vào khả năng của mình để trở thành những cộng tác viên tích cực. Sự hợp tác, tính tự lực và sự tham gia của cộng đồng là khi bàn luận tại hội nghị thì dễ nhưng khi thực hiện trong thực tế thì khó khăn hơn nhiều. Như người ta vẫn thường bảo "nói dễ hơn làm". Thu hút sự tham gia của cộng đồng đòi hỏi một sự đầu tư rất lớn về nguồn nhân lực thời gian và công sức. Không một cán bộ y tế nào có thể thực hiện sự đầu tư ấy một cách có hiệu quả mà không có sự cam kết và sự động viên. Điều giữ vững tinh thần cho những người làm chương trình vượt qua được những lúc khó khăn chính là lòng tin vào người dân. Các nhân viên của chương trình đã trao cho cộng đồng một thứ có giá trị hơn nhiều so với khả năng chuyên môn và kiến thức kỹ thuật. Họ hoàn toàn cam kết thực hiện chương trình. Khi mọi người nhận ra điều đó thì mối quan hệ tốt đẹp bắt đầu nảy nở. Bây giờ chương trình đang triển khai rất tốt và mọi người rất hào hứng tham gia. Bạn hãy suy nghĩ về kinh nghiệm của chính bạn. Có bao giờ bạn nhận thấy người dân tỏ vẻ miễn cưỡng khi phải cố gắng hoặc khi nhận các trách nhiệm nào đó để nâng cao sức khỏe của mình không? Lý do vì đâu? Bạn đã có các kỹ năng cần thiết nào để hành động? Bạn có thể phổ biến cho họ các kỹ năng ấy không? Trong những trường hợp nào thấy một người tự nguyện hợp tác? Những yếu tố nào đã tạo ra mối quan hệ này giữa chúng ta với họ?

Vai trò của nhân viên y tế thôn bản: Một trong những cách quan trọng nhất để giáo dục sức khỏe cho cộng đồng là thông qua việc lựa chọn, đào tạo và sử dụng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản

2.1.10. Nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản (NVYTTB)

NVYTTB xuất thân từ cộng đồng và được đào tạo để làm việc trong cộng đồng và có mối liên hệ mật thiết với hệ thống chăm sóc sức khỏe. Nhân viên y tế thôn bản là một mắt xích quan trọng trong mạng lưới y tế cơ sở ở Việt Nam. Theo quy định của Bộ Y tế (QĐ 4570/ YT- K2ĐT), NVYTTB có 11 nhiệm vụ sau:

1. Tuyên truyền GDSK cho nhân dân theo nội dung và hướng dẫn của trạm.
2. Vận động và hướng dẫn nhân dân thực hiện vệ sinh phòng bệnh (như sử dụng nước sạch, nhà vệ sinh, nhà tắm, diệt ruồi, muỗi, chuột, và diệt côn trùng truyền bệnh, làm sạch môi trường, chống ô nhiễm). Hướng dẫn nhân dân thực hiện dinh dưỡng hợp lý, vệ sinh, an toàn thực phẩm phù hợp với địa phương.
3. Vận động nhân dân thực hiện kế hoạch hóa gia đình, tham gia quản lý và cung cấp các phương tiện tránh thai đơn giản. Hỗ trợ cho cán bộ y tế xã chăm sóc thai sản. Hướng dẫn thai phụ đến khám thai, đẻ tại trạm và đỡ đẻ sạch trong các trường hợp đẻ thường không kịp đến trạm.
4. Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em. Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ. Theo dõi cân nặng cho trẻ dưới 5 tuổi, phát hiện và chăm sóc trẻ bị suy dinh dưỡng. Vận động các gia đình đưa trẻ em đi tiêm chủng đúng lịch và đủ lần theo qui định.
5. Sơ cứu ban đầu và tham gia thực hiện các cấp cứu thường gặp ở cộng đồng như vết thương phần mềm, bất động gãy xương, cấp cứu đuối nước, say nắng, điện giật, cho người bệnh uống thuốc và tiêm thuốc.
6. Đi thăm và chăm sóc cho nhân dân khi mắc các chứng và bệnh thông thường tại gia đình và cộng đồng. Hướng dẫn nhân dân tự chăm sóc và phục hồi sức khỏe bằng các kỹ thuật/dụng cụ đơn giản tại chỗ, bằng các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Tham gia quản lý, chăm sóc những người mắc bệnh xã hội, bệnh mãn tính tại nhà theo chỉ dẫn của trạm y tế và chuyên khoa tuyến trên.
7. Vận động nhân dân trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để tự phòng bệnh, chữa bệnh và làm kinh tế khi có điều kiện. Giải thích, hướng dẫn nhân dân sử dụng thuốc thiết yếu an toàn, hợp lý.
8. Báo cáo sớm lên trạm y tế các trường hợp nghi mắc bệnh lây và các trường hợp bệnh nặng. Tham gia các chương trình y tế ở địa phương.
9. Phối hợp với trường học, hội phụ nữ, đoàn thanh niên, thiếu nhi, tham gia các hoạt động bảo vệ và nâng cao sức khỏe.
10. Tham dự các khoá đào tạo và tự học để không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn.

2.2. Quy trình truyền thông giáo dục sức khỏe ở cộng đồng

2.2.1. Xác định vấn đề truyền thông giáo dục sức khỏe dựa trên đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe

Bước 1: Trao đổi và bàn bạc với cộng đồng

Đầu tiên là tiếp cận, nói chuyện và bàn bạc với những người sống và làm việc trong cộng đồng để lấy thông tin liên quan mà họ cho là quan trọng. Những gì người dân quan tâm, những vấn đề sức khỏe nào họ cho rằng cần phải giải quyết? Đánh giá tình hình sức khỏe của cán bộ y tế địa phương. Đối tượng liên quan đến các vấn đề sức khỏe là ai? Tiếp cận các tổ chức, dịch vụ y tế khác; các ban ngành đoàn thể; mạng lưới cộng tác viên; các thầy thuốc tư nhân; các vị đứng đầu cộng đồng; các giáo viên... để thu thập thông tin, tìm hiểu, làm rõ các vấn đề liên quan. Các hình thức trao đổi có thể là các buổi họp cộng đồng, thảo luận nhóm trọng tâm hoặc phỏng vấn. Nói chuyện với các lãnh đạo hoặc các thành viên có trách nhiệm trong cộng đồng.

Ai sẽ là người mà bạn cần thảo luận hoặc phỏng vấn:

Những người làm việc trong cộng đồng có hiểu biết hoặc có chuyên môn về những vấn đề sức khỏe cộng đồng. Ví dụ: Các cán bộ y tế địa phương, nhân viên y tế thôn bản, các thầy thuốc tư nhân, người đại diện của các cơ quan, ban ngành; người đứng đầu cộng đồng (tổ trưởng dân phố, trưởng thôn, cha đạo...); các tình nguyện viên, giáo viên...

Bàn bạc với cộng đồng để đưa ra đánh giá chung về các vấn đề sức khỏe đang tồn tại trong cộng đồng. Tuy nhiên quá trình thảo luận không phải lúc nào cũng luôn thành công. Những lí do có thể là một số người cung cấp thông tin có thể không chủ động tham gia vào quá trình; các kết quả thảo luận có thể bị lãng quên; thời gian hạn chế, địa điểm không thuận lợi làm cho các thông tin thu thập được nghèo nàn; có thể do người tham gia thảo luận không đại diện cho nhóm đối tượng đích. Cần chú ý rằng những người tham gia trao đổi có thể bày tỏ các quan điểm và kinh nghiệm khác nhau với các dạng nhu cầu khác nhau. Vì vậy cần theo dõi một cách hệ thống trong khi trao đổi để định hướng tìm hiểu sâu thêm hoặc triển khai các bước tiếp theo.

Bước 2: Thu thập số liệu, thông tin.

Số liệu, thông tin có từ nhiều nguồn khác nhau. Chúng gồm những thông tin chung về kinh tế, văn hóa, xã hội; thông tin liên quan đến sức khỏe, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tìm hiểu những thông tin này và có thể tìm hiểu thêm trên những đối tượng liên quan sẽ giúp chúng ta xác định các vấn đề sức khỏe, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên và xây dựng kế hoạch can thiệp.

Các số liệu, thông tin có liên quan đến vấn đề sức khỏe, cần thu thập thường là:

- Thông tin về dân số học như tuổi, giới, tình trạng gia đình.... Các thông tin này có thể thu thập qua các hồ sơ được lưu giữ ở cơ quan hành chính phường/xã, quận/huyện; cơ quan y tế các cấp.

- Chỉ số về môi trường, kinh tế và xã hội như: Học vấn, hôn nhân, nghề nghiệp, tình trạng thất nghiệp, nhà cửa, thu nhập, giao thông, các vùng cây xanh và vấn đề ô nhiễm môi trường....

- Tình trạng sức khỏe: Tỷ lệ bệnh tật, tỷ lệ chết; bệnh dịch; các loại hình chấn thương; các nguyên nhân tử vong; bệnh tật theo lứa tuổi, giới tính, hoặc khu vực. Các số liệu này có thể thu được từ các cơ quan y tế các cấp.

- Khả năng đáp ứng của các dịch vụ sức khỏe và hiệu quả hoạt động của những dịch vụ này. Ví dụ: Khoảng cách từ trạm y tế xã tới khu dân cư có thuận tiện cho dân không? Các dịch vụ y tế có thể phục vụ người dân bất kì thời gian nào trong ngày không? Đánh giá chất lượng của các dịch vụ bao gồm xem xét khả năng, trình độ của nhân viên y tế và chất lượng cơ sở hạ tầng, dụng cụ trang thiết bị...

- Đánh giá nhu cầu sức khỏe cũng cần xem xét tới các chương trình chăm sóc sức khỏe đang tồn tại ở địa phương, kể cả chương trình quốc gia hay chương trình đang được các tổ chức phi chính phủ trợ giúp. Điều này nhằm huy động nguồn lực sẵn có và tạo nên mạng lưới hoạt động gồm các tổ chức có cùng chức năng.

- Đánh giá khả năng của cộng đồng và nguồn lực trong kế hoạch chương trình sẽ chỉ ra sự cần thiết để nâng cao năng lực trong phát triển chương trình và thực hiện chương trình.

* Sử dụng các số liệu sẵn có

Các số liệu sẵn có rất có ích trong việc xác định các vấn đề sức khỏe. Các số liệu này gồm những nhóm chính sau:

- Số liệu nhân khẩu học: Dân số, tỉ lệ theo giới, lứa tuổi, nhóm dân tộc...

- Các chỉ số xã hội: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng việc làm, thu nhập, tình trạng hôn nhân, các hỗ trợ xã hội...

- Các số liệu dịch tễ học: Sự phân bố và các yếu tố tác động đến bệnh tật và chấn thương trong quần thể dân cư. Những số liệu này gồm: Tỷ lệ mới mắc và hiện mắc, tỉ lệ tử vong, tỉ lệ tàn tật, nguyên nhân chết, tỉ lệ sinh; các yếu tố nguy cơ; tình trạng lạm dụng, bạo lực; nguồn lực phục vụ cho công tác y tế...

* Nguồn cung cấp số liệu:

Các số liệu này có thể lấy từ các hồ sơ được lưu trữ tại các cơ sở y tế, cơ quan chính quyền các cấp. Những người cung cấp thông tin chính tại cộng đồng, các tạp chí sức khỏe, các báo cáo tổng kết cũng chính là những nguồn thông tin cần tiếp cận. Tuy nhiên, khi sử dụng các thông tin có sẵn cần xem xét số liệu đó đã đủ chưa? Những thông tin gì cần thu thập thêm? Độ tin cậy của các thông tin thu thập được ra sao?

Bước 3: Phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập sẽ được phân tích qua các phần mềm thống kê y học như với các số liệu định lượng và phân tích tổng hợp với số liệu định tính.

Bước 4: Giới thiệu kết quả thu được

- Những người đóng góp thông tin và ý kiến cho dự án của chúng ta nên được mời đến để nghe thông báo về những kết quả thu được. Bạn cũng nên mời các cá nhân, tổ chức, những người đóng vai trò tiềm năng trong việc hướng dẫn, phối hợp, trợ giúp khi thực hiện chương trình.

- Sự có mặt và những đóng góp của các thành viên đại diện cho cộng đồng sẽ góp phần khẳng định chương trình thực sự vì lợi ích của cộng đồng.

- Khi giới thiệu kết quả, nên trình bày rõ ràng, đơn giản, dễ hiểu để cho người nghe tiếp thu và có thể rút ra các ý kiến nhận xét, góp ý.

Bước 5: Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Với nguồn lực hạn chế, chương trình không thể thiết kế tất cả các can thiệp để giải quyết tất cả các nhu cầu đã được xác định ở trên. Vì vậy cần xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên là gì. Việc lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên có thể xem xét, cân nhắc theo các tiêu chí sau:

- Mức độ phổ biến: Dựa vào các chỉ số mới mắc và chỉ số hiện mắc hoặc vấn đề có ảnh hưởng tới số đông dân cư.

- Mức độ trầm trọng: Vấn đề sức khỏe gây nguy hại cho cá nhân, nhóm, cộng đồng như thế nào? Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tuổi thọ hay thiệt hại kinh tế ra sao. Mức độ này thường biểu hiện ở tỉ lệ chết, tỉ lệ tàn tật, mức độ thiệt hại...

- Hiệu quả can thiệp: Có thể thay đổi, cải thiện vấn đề bằng các can thiệp hay không; chúng ta có những chuyên gia thực hiện can thiệp hay không. Ví dụ các hành vi dùng chung bơm kim tiêm là một trong những nguyên nhân gây lan truyền HIV. Hành vi này có thể thay đổi bằng các can thiệp như giáo dục nâng cao nhận thức về nguy cơ của dùng chung bơm kim tiêm, hoặc chương trình trao đổi bơm kim tiêm có thể giảm tỉ lệ dùng chung bơm tiêm trong nhóm người tiêm chích ma túy. Ngược lại, các biện pháp buộc những người này ngừng thuốc một cách đột ngột thường không khả thi trong thời gian ngắn, hoặc nếu không có những chuyên gia tư vấn thì hiệu quả thay đổi hành vi cũng rất thấp.

- Mức độ quan tâm của cộng đồng: Vấn đề có tác động đến cộng đồng như thế nào; người dân có sẵn sàng, tự nguyện tham gia hay không; các hỗ trợ xã hội như thế nào. Có nhiều cách xác định và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên như: Cho điểm theo sáu tiêu chí (mức độ phổ biến; mức độ trầm trọng; ảnh hưởng đến nhóm đối tượng khó khăn; đã có cách giải quyết; khả năng kinh phí; tham gia của cộng đồng) hoặc tính theo thang điểm ưu tiên (mức độ phổ biến, trầm trọng và hiệu quả của can thiệp) mà WHO đã khuyến cáo áp dụng. Cách xác định vấn đề sức khỏe, chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên đã được trình bày kỹ lưỡng trong môn học quản lý hệ thống y tế.

2.2.2. Lập Kế hoạch truyền thông cho vấn đề sức khỏe ưu tiên (xem chi tiết bài lập KHTT)

- Xác định mục tiêu và đối tượng GDSK.
- Xác định nguồn lực, lựa chọn các phương pháp và phương tiện truyền thông.
- Xây dựng chương trình hoạt động cụ thể.
- Thử nghiệm các phương pháp và phương tiện.

2.2.3. Tiến hành truyền thông (xem chi tiết bài kỹ năng và phương pháp truyền thông)

- Đưa kế hoạch truyền thông vào giai đoạn hành động, trong thực tế tiến hành cần linh hoạt ứng phó với những tình huống phát sinh.

2.2.4. Đánh giá

***Định nghĩa**

Đánh giá là một phương pháp đo lường và xét đoán các kết quả GDSK đạt được, nhằm đưa ra các quyết định để cải tiến toàn bộ quá trình GDSK.

- Việc đo lường các kết quả GDSK phải căn cứ trên các thông tin phản hồi thu thập được từ đối tượng giáo dục, cho biết những chuyển biến về 3 mặt: Nhận thức, thái độ và thực hành của họ.

- Việc xét đoán các kết quả GDSK là sự so sánh giữa các mức độ thay đổi hành vi sức khỏe (các chỉ số hay chỉ tiêu sức khỏe) với các tiêu chuẩn đã xác định trong mục tiêu GDSK.

- Dựa trên cơ sở đó, người làm GDSK có thể đưa ra những quyết định đúng đắn nhằm cải tiến, thay đổi các mục tiêu, nội dung và phương pháp GDSK cho thích hợp hơn, để lần GDSK sau đạt hiệu quả cao hơn lần trước.

***Các chỉ tiêu đánh giá cơ bản**

Mỗi một mục tiêu GDSK, cần được đánh giá trên một số chỉ tiêu cơ bản. Mỗi chỉ tiêu đều cần xác định rõ mức độ phải đạt được của mỗi tiêu chuẩn cụ thể dùng làm căn cứ để so sánh với kết quả thực tế đã thực hiện. Trong đó chỉ tiêu thay đổi hành vi sức khỏe của đối tượng giáo dục là chỉ tiêu quan trọng nhất, chính xác nhất, có giá trị nhất

để nói lên mức độ thành công của quá trình GDSK, cần chú ý đến các chỉ số về chất lượng hơn là số lượng.

Bảng kế hoạch GDSK

Các chỉ tiêu đánh giá cơ bản	Mục tiêu cần đạt được	Kết quả cần đạt được
Những hành vi sức khỏe của đối tượng GD cần được thay đổi: Ví dụ, khi con bị tiêu chảy, các bà mẹ: 1. Tiếp tục cho con bú và ăn bình thường 2. Cho con uống ORS theo đúng chỉ dẫn 3. Không cho con uống kháng sinh.... Bà mẹ có con bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp: 1. Số bà mẹ biết cách theo dõi nhịp thở của trẻ. 2. Số bà mẹ biết cách phòng chống bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NHHC).	90% 100% 100% 80%	80% 80% 90% 80%
Số buổi tiến hành GDSK.	12	9
Số người, lượt người được GDSK.	200	180
Các phương pháp GDSK được sử dụng.	Nói chuyện sức khỏe - Thảo luận nhóm Tư vấn	Nói chuyện sức khỏe - Thảo luận nhóm Tư vấn
Số tài liệu giáo dục sức khỏe đã sử dụng.	10	10
Các phương tiện GDSK được huy động và tần số huy động.....	Tranh lật, pano, video...	Tranh lật, pano, video...

*Phương pháp đánh giá

- Sử dụng các phương tiện và phương pháp đánh giá thích hợp với mục tiêu, đảm bảo tính khách quan, chính xác và đủ độ tin cậy. Có thể dùng các phương pháp sau đây.

- Quan sát và ghi chép: Quan sát những phản ứng, những thay đổi trong hành vi sức khỏe của đối tượng, dùng bảng câu hỏi thăm dò, phiếu điều tra, liệt kê những việc làm của đối tượng. Đây là phương pháp cho kết quả tự nhiên, phản ánh đúng thực tế.

- Trao đổi mạn đàm: Với đối tượng giáo dục và những người có trách nhiệm trong cộng đồng, với những cán bộ y tế địa phương về những gì đã đạt được, những gì chưa đạt được, nguyên nhân của sự thành công và thất bại, các giải pháp tiếp theo cần thực hiện.

- So sánh: So sánh hành vi sức khỏe của nhóm đối tượng được giáo dục với nhóm đối tượng chưa được giáo dục.

- Sử dụng các phương pháp thống kê đơn giản: Để tập hợp các số liệu thu thập được.

* Người đánh giá

- Đối tượng giáo dục tự đánh giá: Đây là cách tốt nhất để họ biết bản thân đã đạt được kết quả đến mức nào, còn cần phải làm gì và thay đổi cách làm như thế nào để đạt được mục tiêu giáo dục sức khỏe.

- Người làm giáo dục sức khỏe: Đánh giá các hoạt động của đối tượng GDSK đã thực hiện được để đưa ra được các quyết định cải tiến toàn bộ quá trình GDSK.

- Người ngoài cuộc đánh giá: Nhằm tăng thêm tính khách quan và mức độ chính xác.

* Các nước đánh giá

- Thời điểm thu thập các thông tin phản hồi để đánh giá

- Thời điểm 1: Đánh giá ban đầu: Là đánh giá hành vi sức khỏe của đối tượng trước khi được giáo dục, nhằm xác định được mục tiêu GDSK cụ thể thích hợp. Nghĩa là, cần phải tiến hành khảo sát đối tượng GDSK trên thực địa trước khi vạch kế hoạch GDSK.

- Thời điểm 2: Đánh giá tức thời: Là đánh giá ngay trong khi tiến hành việc GDSK, thông qua các câu hỏi, lời nói, thái độ và thao tác thực hành tại chỗ của đối tượng GDSK. Việc đánh giá này nhằm thu thập ngay các đáp ứng của đối tượng, để có thể rút kinh nghiệm kịp thời.

- Thời điểm 3: Đánh giá ngắn hạn: Được thực hiện sau đợt GDSK một vài tuần, nhằm xác định những chuyển biến thực sự của đối tượng GDSK.

- Thời điểm 4: Đánh giá dài hạn: Là đánh giá những thay đổi trong hành vi sức khỏe mà đối tượng giáo dục đã đạt được, đã duy trì và phát triển trong cộng đồng, sau vài tháng hoặc một năm kể từ khi tiến hành giáo dục sức khỏe.

- Phân tích kết quả: Chủ yếu là phân tích, so sánh, đánh giá các kết quả thực tế đạt được với các tiêu chuẩn đặt ra. Sự chênh lệch giữa tiêu chuẩn và kết quả nói lên mức độ thành công hay thất bại của GDSK. Đây là bước khó khăn, phức tạp nhất nhưng lại rất quan trọng vì nó giúp cho việc ra quyết định cải tiến quá trình GDSK, vì thế trong khi so sánh kết quả cần hết sức khách quan và trung thực.

- Ra quyết định cải tiến: Trên cơ sở những kết luận rút ra từ việc phân tích kết quả GDSK, có thể nhận ra các ưu khuyết điểm, những nguyên nhân thành công và thất bại, để đưa ra những quyết định cải tiến và những kiến nghị cần thiết giúp cho đợt GDSK sau đạt kết quả cao hơn.

Tóm lại:

- Đánh giá trong GDSK phải được tiến hành trước, trong và sau khi triển khai GDSK. Phải tiến hành thường xuyên, có hệ thống.

Số liệu đánh giá phải được tổng hợp bằng nhiều phương pháp, với tất cả các chỉ tiêu đánh giá cơ bản.

- Đánh giá càng kỹ và làm càng đúng kết quả càng tốt.

- Sau khi đánh giá, phải đưa ra được những cải tiến tốt hơn cho những lần GDSK sau.

- Phải coi công việc đánh giá là một bộ phận thiết yếu, xuyên suốt trong toàn bộ chương trình GDSK và phải dành cho việc đánh giá một số kinh phí và thời gian thích hợp

BẢNG KIỂM DẠY VÀ HỌC KỸ NĂNG HUY ĐỘNG CỘNG ĐỒNG TRONG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE

STT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Yêu cầu phải đạt
Chuẩn bị			
1	Xác định mục tiêu truyền thông giáo dục sức khỏe	Để xây dựng nội dung, kế hoạch truyền thông cho phù hợp	Mục tiêu phải rõ ràng, đo lường được, đối tượng hướng tới, khả thi và có thời gian xác định
2	Lập kế hoạch TT-GDSK	Để tìm nhân lực và nguồn lực trong cộng đồng để huy động cho phù hợp	Có bản kế hoạch TT-GDSK

Thực hiện			
1	Mời đúng đối tượng đích phù hợp với mục tiêu TT-GDSK	Đáp ứng đúng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhóm đối tượng TT-GDSK	Đối tượng đích muốn đến tham dự TT-GDSK
2	Cách mời đối tượng đích phù hợp tùy theo nội dung TT-GDSK: Phát giấy mời, gặp mặt trực tiếp, mời thông qua người đứng đầu, người lãnh đạo dư luận, hay qua loa truyền thanh hoặc phối hợp nhiều phương pháp	Thu hút lôi kéo sự quan tâm của đối tượng đích của TT-GDSK	Người dân hứng thú và đồng ý đến tham dự
2	Tìm được người lãnh đạo dư luận phù hợp bằng cách nói chuyện với người dân tại cộng đồng	Người này sẽ có tiếng nói nhằm lôi kéo nhóm đối tượng đích của TT-GDSK nghe theo	<ul style="list-style-type: none"> - Tìm được đúng người uy tín, được kính trọng được ủng hộ trong khu vực - Người lãnh đạo dư luận hiểu được mục tiêu, ý nghĩa của TT-GDSK - Nhất trí sẽ dùng uy tín của mình để kêu gọi đối tượng đến tham gia chương trình truyền thông
3	Phối hợp với tổ chức, câu lạc bộ, ban ngành đoàn thể	Giúp cho việc cố vấn, hỗ trợ TT-GDSK	<ul style="list-style-type: none"> - Tìm được đúng các ban ngành, tổ chức, câu lạc bộ phù hợp để phối hợp cùng với chủ đề TT-GDSK ví dụ TT-GDSK về chăm sóc sức khỏe sinh sản - Nhận được sự nhất trí phối hợp của các ban ngành
4	Lồng ghép với sự kiện đặc biệt của cộng đồng để tổ chức TT-GDSK	Lôi kéo được đông đảo người dân trong cộng đồng tham gia	TT-GDSK sẽ được rộng rãi trong cộng đồng

5	Phát triển sự hợp tác với quần chúng	<ul style="list-style-type: none"> - Tính thuyết phục cao và làm tăng tính tự tin cho các đối tượng khác. - Trao quyền nhiều hơn cho người dân giúp họ tự giải quyết vấn đề sức khỏe của bản thân họ 	<p>Tìm được những cá nhân ưu tú trong chính cộng đồng đó có tài năng, kỹ năng nào đó phù hợp hoặc có kiến thức, thái độ và hành vi tốt phù hợp làm người minh họa, dẫn đầu cũng như hướng dẫn, hỗ trợ cho việc TT-GDSK. Tham gia vào xây dựng KHTT-GDSK</p> <p>Ví dụ TT-GDSK về chủ đề chăm sóc cho người bệnh bị bệnh tiểu đường. Chúng ta có thể tìm người trong cộng đồng có hành vi chăm sóc tốt tham gia cùng nhóm TT-GDSK để chia sẻ kinh nghiệm cũng như giúp đỡ những người bệnh khác...</p>
6	Huy động sự hợp tác của y tế thôn bản	Là mắt xích quan trọng trong mạng lưới y tế kết nối với người dân địa phương	Y tế thôn nhiệt tình tham gia vào chương trình truyền thông