

**THAY ĐỔI KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT
TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC
TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020**

Nguyễn Thị Dung^{1b}, Lê Thanh Tùng¹, Nguyễn Thị Thùy^{1b},
Đình Quốc Bảo¹, Mai Thị Yến^{1b}
¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà của người chăm sóc chính sau can thiệp giáo dục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp giáo dục có so sánh trước sau trên 70 người chăm sóc chính tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định về kiến thức chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà bằng bộ câu hỏi chuẩn bị trước tại 3 thời điểm: Trước can thiệp, ngay sau can thiệp 1 ngày và sau can thiệp 1 tháng. **Kết quả:** Trước can thiệp điểm trung bình kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà đạt $5,33 \pm 1,13$ điểm (thang

điểm 10). Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức chung đạt $9,29 \pm 0,48$ điểm (tăng 3,96 điểm). Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức chung có giảm nhưng vẫn ở mức cao $8,73 \pm 0,48$ (tăng 3,4 điểm so với trước can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà của người chăm sóc chính trước can thiệp còn nhiều hạn chế nhưng đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt, kiến thức chăm sóc, người chăm sóc chính.

**CHANGE IN KNOWLEDGE OF PRIMARY CAREGIVER CARE FOR
SCHIZOPHRENIC PATIENTS AT HOME AFTER EDUCATIONAL INTERVENTION
AT NAM DINH MENTAL HOSPITAL BY 2020**

ABSTRACT

Objective: To evaluate the primary caregiver's change in knowledge about care for schizophrenic patients at home after educational intervention. **Method:** Educational intervention with before and after comparison of over 70 primary caregivers at the Mental Hospital in Nam Dinh province on knowledge of caring for schizophrenic patients at home with a

set of questions prepared in advance at 3 times: Before intervention, 1 day after intervention and 1 month after intervention. **Results:** Before the intervention, the average score of general knowledge about caring for schizophrenia patients at home was 5.33 ± 1.13 points (on a scale of 10). After one day intervention, the average score of general knowledge was 9.29 ± 0.48 points (up 3.96 points). After the intervention 1 month, the average score of general knowledge decreased but remained high at 8.73 ± 0.48 (increasing 3.4 points compared to before the intervention). The difference is statistically significant with $p < 0.001$. **Conclusion:** Primary caregiver's

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Dung
Email: Oanhbvqp@gmail.com
Ngày phản biện: 28/8/2020
Ngày duyệt bài: 15/9/2020
Ngày xuất bản: 05/11/2020

knowledge about caring for schizophrenic patients at home before the intervention is still limited, but it has improved significantly after the intervention.

Keywords: Schizophrenia, care knowledge, primary caregiver.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh khá phổ biến ở hầu hết các nước trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) bệnh TTPL chiếm khoảng từ 0,3% đến 1% dân số [1]. Tại Việt Nam theo điều tra dịch tễ lâm sàng, tỷ lệ người mắc bệnh TTPL là 0,47% dân số [2].

Việc điều trị bệnh TTPL ngày nay chủ yếu là dựa vào cộng đồng nghĩa là người bệnh không cần phải nằm trong bệnh viện lâu dài mà có thể sinh hoạt bình thường tại gia đình, xã hội nhưng phải được tái khám định kỳ và dùng thuốc duy trì theo hướng dẫn của thầy thuốc [3]. Một trong những nguyên tắc quan trọng trong việc điều trị, chăm sóc bệnh TTPL là khuyến khích và hướng dẫn người chăm sóc chính cho người bệnh tâm thần phân liệt tham gia chủ động vào quá trình điều trị người thân mình nhằm mục tiêu là giảm tái phát, cải thiện các mặt chức năng tâm lý xã hội của người bệnh và giảm gánh nặng gia đình [4].

Vai trò của gia đình đối với người bệnh TTPL rất quan trọng. Đảng và Nhà nước ta cũng đã có nhiều chính sách liên quan đến vấn đề chăm sóc cho người bệnh tâm thần như: Nghị định số 136/2013/NĐ-CP của Chính phủ, Thông tư 115/2012/TTLT-BTC-BLDTBXH, trong đó Quyết định số 1215/QĐ-TTg năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ đã nhấn mạnh tầm quan trọng của gia đình trong vấn đề chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần. Chủ đề của ngày Sức khỏe Tâm thần thế giới (10/10/2014) được Liên đoàn Sức khỏe Tâm thần Thế giới chọn là “*Sống chung với tâm thần phân liệt*”, trong đó nhấn mạnh đến vai trò của việc nhận thức của người

chăm sóc về bệnh tâm thần phân liệt và vấn đề chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt [4, 5]. Nhưng trên thực tế nhiều trường hợp người nhà chưa nhận thức rõ về bệnh tâm thần phân liệt và tầm quan trọng của việc chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà dẫn đến người bệnh không được chăm sóc cẩn thận, bỏ thuốc, bỏ nhà đi lang thang. Điều này là một mối nguy hiểm cho bản thân người bệnh tâm thần phân liệt, người nhà và xã hội [6].

Quá trình điều trị bệnh TTPL sẽ có hiệu quả hơn khi những người chăm sóc được trang bị kiến thức đầy đủ liên quan đến tâm thần phân liệt. Nếu người chăm sóc không có kiến thức và hỗ trợ đầy đủ, họ có thể không thể đảm nhận được trách nhiệm chăm sóc người bệnh, vì thế dẫn đến tình trạng tái phát nhiều hơn [7]. Do đó, việc nâng cao kiến thức về bệnh TTPL cho người chăm sóc về chăm sóc tại nhà là một vấn đề cấp thiết, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “*Thay đổi kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà của người chăm chính sau can thiệp giáo dục tại bệnh viện tâm thần tỉnh Nam Định năm 2020*”. Với mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi kiến thức về chăm sóc người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà của người chăm sóc chính sau can thiệp giáo dục.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

70 Người chăm sóc chính của người bệnh tâm thần phân liệt đang điều trị tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 1/2020 – 5/2020. (Chúng tôi xác định người chăm sóc chính của người bệnh TTPL là thành viên trong gia đình người bệnh, thường xuyên trực tiếp đưa người bệnh đi khám bệnh định kỳ, trực tiếp đi lĩnh thuốc, cho người bệnh uống thuốc hàng ngày; có thời gian giúp người bệnh làm vệ sinh cá nhân hàng ngày, chịu trách nhiệm giám hộ cho người bệnh khi nằm viện, trên 18 tuổi, sống cùng nhà với người bệnh).

2.2. Thiết kế nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp giáo dục có so sánh trước sau tại các thời điểm T1, T2, T3.

Trong đó:

T1: Đánh giá lần 1 được tiến hành ngay sau khi người bệnh nhập viện điều trị.

T2: Đánh giá lần 2 ngay sau khi người bệnh được can thiệp giáo dục (Sau lần 1 một ngày).

T3: Đánh giá lần 3 được tiến hành sau can thiệp giáo dục 1 tháng (1 tháng ± 10 ngày).

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{\left[Z_{(1-\alpha)}\sqrt{p_0(1-p_0)} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1)} \right]^2}{(p_0 - p_1)^2}$$

Trong đó:

- n là số người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu.

- $Z_{(1-\alpha)}$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α . Với lực mẫu là 90% ($\beta = 0,2$), mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 0,05$), tương đương với $Z_{(1-\alpha)} = 1,65$ và $Z_{(1-\beta)} = 1,29$.

- p_0 là tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt trước can thiệp. Theo nghiên cứu của Đỉnh Quốc Khánh năm 2010 tỷ lệ này là 50% [8]. Do đó chúng tôi lấy $p_0 = 0,5$.

- p_1 là tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt sau can thiệp. Ước tính nghiên cứu của chúng tôi sau can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức đạt tăng lên 20% do đó $p_1 = 0,5 + 0,2 = 0,7$.

Thay vào công thức trên tính được $n = 62$. Dự phòng mất đối tượng nghiên cứu đánh giá sau 1 tháng chúng tôi lấy thêm 10% cỡ mẫu, nên cỡ mẫu làm tròn là 70.

* Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Dựa vào tiêu chuẩn chọn mẫu,

tiêu chuẩn loại, chúng tôi chọn đủ 70 người bệnh tham gia nghiên cứu thì dừng lại.

2.4. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ nghiên cứu của chúng tôi tự xây dựng dựa trên: “Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng” - Bệnh viện Tâm thần Trung ương I năm 2016 [9]; “Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, chăm sóc và quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng” - Bộ Y Tế dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng năm 2010 [2]; “Bệnh tâm thần phân liệt và những hiểu biết cơ bản về điều trị, chăm sóc, quản lý và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng” - Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, dự án bảo vệ SKTT cộng đồng năm 2012 [10].

Bộ câu hỏi nghiên cứu gồm 2 phần:

Phần 1: Thông tin cá nhân của người chăm sóc.

Phần 2: Kiến thức về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của người chăm sóc chính. Phần này gồm 2 phần:

+ Kiến thức chung về bệnh

+ Kiến thức về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà : Kiến thức về sử dụng thuốc; kiến thức xử trí và chăm sóc một số tình huống tại nhà; Kiến thức chăm sóc về vệ sinh, sinh hoạt, dinh dưỡng, giao tiếp, lao động tại nhà.

Bộ công cụ đã được gửi đến 3 chuyên gia là các bác sỹ có trình độ từ chuyên khoa 1, thạc sỹ và có kinh nghiệm làm việc nhiều năm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần góp ý về sự phù hợp bộ công cụ với mục tiêu nghiên cứu. Thử nghiệm bộ công cụ được thực hiện 2 tuần trước khi tiến hành thu thập số liệu trên 20 NCS chính theo tiêu chuẩn lựa chọn (20 NCS chính này không tham gia vào đối tượng nghiên cứu được điều tra sau đó), phân tích hệ số Cronbach's alpha được kết quả 0,89.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu.

Sử dụng phiếu phỏng vấn chuẩn bị trước phát cho NCS chính của người bệnh TTPL để họ tự điền với cùng một loại phiếu cho cả ba lần đánh giá: T1; T2; T3.

- Nội dung can thiệp: Nội dung giáo dục được xây dựng bao gồm các nội dung:

+ Kiến thức về bệnh TTPL: Khái niệm, đối tượng mắc bệnh, tuổi khởi phát bệnh, nguyên nhân, biểu hiện, thời gian điều trị.

+ Kiến thức chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà: Kiến thức về sử dụng thuốc cho người bệnh TTPL tại nhà, kiến thức chăm sóc xử trí và chăm sóc một số tình huống tại nhà, kiến thức chăm sóc về vệ sinh, dinh dưỡng, phục hồi chức năng lao động và giao tiếp, sinh hoạt.

- Hình thức can thiệp: Truyền thông trực tiếp bằng tài liệu thiết kế phù hợp, tranh ảnh, hướng dẫn, giải đáp mọi thắc mắc cho người chăm sóc chính về bệnh tâm thần phân liệt.

- Thời gian can thiệp: 30 - 45 phút/ đối tượng.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Đối với số liệu có phân phối chuẩn sử dụng Paired – Samples T Test để so sánh 2 giá trị trung bình tại thời điểm trước và ngay sau can thiệp, so sánh 2 giá trị trung bình trước thời điểm can thiệp và sau can thiệp 1 tháng.

- Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; với khoảng tin cậy 95%.

2.7. Thang đo và tiêu chuẩn đánh giá

* **Thang đo:** Dựa vào câu trả lời của NCS chính để đánh giá kiến thức của họ. Mỗi ý trả lời đúng của NCS chính được 1 điểm, trả lời không đúng hoặc không trả lời 0 điểm. Điểm kiến thức bằng điểm trung bình cộng các câu trả lời của NCS chính. Sau đó tính điểm dựa trên thang điểm 10. Điểm càng cao thì kiến thức càng tốt, và ngược lại.

Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp so với trước can thiệp dựa trên mức chênh lệch điểm trung bình trả lời các câu hỏi và sự khác biệt về tỷ lệ trả lời đúng đối với mỗi nội dung đánh giá.

3.KẾT QUẢ

Bảng 1. Kiến thức về bệnh TTPL của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp (n=70)

Nội dung	Điểm thấp nhất (Min)	Điểm cao nhất (Max)	Trung bình (Mean ± SD) (Thang điểm 10)	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	1,67	8,33	5,17 ± 1,89	p(2-1) < 0,001 p(3-1) < 0,001
Ngay sau can thiệp 1 ngày (T2)	5,0	10	9,05 ± 1,19	
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	6,67	10	8,21 ± 0,95	

Nhận xét : Sau can thiệp điểm trung bình kiến thức về bệnh TTPL của ĐTNC tăng lên rõ rệt. Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức của ĐTNC đạt 9,05 ± 1,19 điểm (tăng 3,89 điểm so với trước can thiệp). Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức đạt 8,21 ± 0,95 điểm (tăng 3,04 điểm so với trước can thiệp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2. Kiến thức về sử dụng thuốc cho người bệnh tại nhà của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp giáo dục (n = 70)

Nội dung	Thời điểm đánh giá	Trả lời đúng		Giá trị p McNemar - test)
		SL	TL %	
Cần đưa NB đi khám và lĩnh thuốc ít nhất 1 tháng/lần	T1	57	81,4	p(2-1)= 0,000 p(3-1) = 0,013
	T2	70	100	
	T3	66	94,3	
Cần sử dụng thuốc đều hàng ngày theo đơn bác sỹ ngay cả khi hết triệu chứng bệnh	T1	39	55,7	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	65	92,9	
	T3	58	82,9	
Cách đúng nhất cho NB TTPL uống thuốc	T1	32	45,7	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	64	91,4	
	T3	49	70,0	
Việc cần làm ngay sau khi NB uống thuốc	T1	27	38,6	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	57	81,4	
	T3	51	72,9	
Xử lý của NCS khi NB quên uống 1 liều thuốc	T1	29	41,4	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	58	82,9	
	T3	56	80,0	
Xử lý khi NB gặp tác dụng phụ	T1	20	28,6	p(2-1) =0,000 p(3-1) = 0,000
	T2	62	88,6	
	T3	53	75,7	

Nhận xét: Kiến thức về sử dụng thuốc của người chăm sóc chính có sự thay đổi đáng kể sau can thiệp.

Trước can thiệp chỉ có 55,7% người chăm sóc chính trả lời đúng cần phải cho người bệnh TTPL uống thuốc đều đặn hàng ngày ngay cả khi hết triệu chứng bệnh. Sau can thiệp 1 ngày và 1 tháng tỷ lệ NCS chính trả lời đúng tăng lên lần lượt là 92,9 % và 82,9% (p < 0,001).

Trước can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính biết cách cho người bệnh TTPL uống thuốc đúng cách chỉ đạt 45,7%. Sau can thiệp 1 ngày tỷ lệ NCS chính trả lời đúng đã tăng lên 91,4%; sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ trả lời đúng là 70%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Trước can thiệp chỉ có 28,6% NCS trả lời đúng cách xử lý khi người bệnh gặp tác dụng phụ của thuốc. Sau can thiệp 1 ngày tỷ lệ NCS trả lời đúng tăng lên gần 90%, sau 1 tháng tỷ lệ NCS trả lời đúng là 75,7 (p < 0,001).

Bảng 3. Kiến thức xử trí, chăm sóc 1 số tình huống tại nhà của ĐTNC trước và sau can thiệp giáo dục (n = 70)

Nội dung	Thời điểm đánh giá	Trả lời đúng		Giá trị p Mcnamar - test
		SL	TL %	
Xử trí khi NB TTPL có biểu hiện tái phát các triệu chứng sau 1 thời gian	T1	36	51,4	p(2-1) = 0,000 p(3-1) = 0,000
	T2	68	97,1	
	T3	60	85,7	
Kiểu tiếp cận phù hợp khi NB có hoang tưởng (ý nghĩ và hành vi bất thường)	T1	22	31,4	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	65	92,9	
	T3	44	62,9	
Biện pháp đảm bảo an toàn ngăn ngừa thương tích khi chăm sóc NB TTPL	T1	44	62,9	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	69	98,6	
	T3	61	87,1	
Xử trí khi người bệnh có ý tưởng tự sát	T1	42	60,0	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	68	97,1	
	T3	63	90,0	
Xử trí khi NB có hành vi kích động	T1	36	51,4	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	67	95,7	
	T3	64	91,4	

Nhận xét: Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng sau can thiệp 1 tháng về cách xử trí khi NB có biểu hiện tái phát tăng từ lên 51,4% lên 85,7%. Xử trí khi NB có ý tưởng tự sát và khi người bệnh có hành vi kích động tại nhà đều đạt trên 90% sau can thiệp. Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng về cách đảm bảo an toàn ngăn ngừa thương tích cho NB tại nhà tăng từ 62,9 lên 98,6% sau can thiệp 1 ngày và vẫn đạt ở mức khá cao 87,1% sau can thiệp giáo dục 1 tháng.

Bảng 4. Khác biệt kiến thức chăm sóc về vệ sinh, dinh dưỡng, sinh hoạt, lao động, giao tiếp tại nhà của ĐTNC trước và sau can thiệp giáo dục (n = 70)

Nội dung	Thời điểm đánh giá	Trả lời đúng		Giá trị p Mcnamar - test
		SL	TL %	
Cải thiện chức năng giao tiếp và hoạt động xã hội	T1	42	60,0	p(2-1)= 0,000 p(3-1) = 0,000
	T2	67	97,1	
	T3	67	95,6	
Cải thiện chức năng lao động	T1	29	41,4	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	60	85,7	
	T3	54	77,1	
Chăm sóc về sinh hoạt, vệ sinh của người bệnh	T1	39	55,7	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	66	94,3	
	T3	66	94,3	
Hoạt động thể dục cần khuyến khích tham gia	T1	47	67,1	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,000
	T2	69	98,6	
	T3	69	98,6	
Chế độ ăn phù hợp cho người bệnh TTPL	T1	59	85,3	p(2-1) =0,000 p(3-1) =0,02
	T2	70	100	
	T3	69	98,6	

Nhận xét: Sau can thiệp giáo dục, tỷ lệ người chăm sóc chính trả lời đúng về biện pháp cải thiện chức năng giao tiếp và hoạt động xã hội; hướng dẫn trong sinh hoạt vệ sinh hàng ngày cho người bệnh; khuyến khích người bệnh tham gia các bài tập thể dục nhẹ nhàng; chế độ ăn uống phù hợp đều đạt trên 90%. Tăng hơn đáng kể so với trước can thiệp.

Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng về cách cải thiện chức năng lao động cũng tăng từ 41,4% trước can thiệp lên 85,7% sau can thiệp 1 ngày và còn 77,1% sau can thiệp 1 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 5. So sánh điểm TB kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp (n = 70)

Nội dung đánh giá	Thời điểm đánh giá	Điểm đạt			p (t – test)
		Thấp nhất (Min)	Cao nhất (Max)	Điểm trung bình (X ± SD)	
Kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà	T1	2,88	8,75	5,33±1,13	p(2-1)<0,001 p(3-1)< 0,001
	T2	7,89	10	9,29±0,48	
	T3	7,45	9,23	8,73±0,48	

Nhận xét: Trước can thiệp điểm trung bình kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà đạt 5,33±1,13 điểm (thang điểm 10). Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức chung đạt 9,29±0,48 điểm (tăng 3,96 điểm). Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức chung có giảm nhưng vẫn ở mức cao 8,73±0,48 (tăng 3,4 điểm so với trước can thiệp).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về bệnh TTPL của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp.

Kiến thức cơ bản về bệnh như bản chất bệnh TTPL, nguyên nhân, biểu hiện, dấu hiệu báo hiệu tái phát, thời gian điều trị... là vấn đề rất quan trọng đối với người chăm sóc chính trong quá trình chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà. Điều này giúp họ nhận thức đúng đắn về bệnh và định hướng trong việc phát hiện sớm các dấu hiệu phát bệnh, và phương pháp phòng tái phát trong quá trình chăm sóc bệnh tại nhà. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện rõ ràng về kiến thức bệnh TTPL của người chăm sóc chính sau can thiệp giáo dục. Trước can thiệp điểm trung bình kiến thức về bệnh của đối tượng nghiên cứu chỉ đạt 5,17 ± 1,89 (thang điểm 10). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Đinh Quốc Khánh [8]. Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức của ĐTNC đạt 9,05 ± 1,19 điểm (tăng 3,89

điểm so với trước can thiệp). Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức đạt 8,21 ± 0,95 điểm (tăng 3,04 điểm so với trước can thiệp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có thể thấy đây là một nội dung quan trọng cần được giáo dục cho người chăm sóc chính.

4.2. Kiến thức về sử dụng thuốc tại nhà cho người bệnh TTPL của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp.

Việc dùng thuốc cho người bệnh có vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh TTPL và ngăn ngừa tái phát. Do đặc thù của người bệnh TTPL cho nên việc uống thuốc của người bệnh phải được giám sát chặt chẽ, người chăm sóc phải đưa thuốc cho người bệnh và bảo người bệnh uống trước mặt.

Qua khảo sát kiến thức về sử dụng thuốc tại nhà của người chăm sóc chính chúng tôi nhận thấy trước can thiệp giáo dục kiến thức về việc sử dụng thuốc của

người chăm sóc chính chưa cao. Kết quả phân tích cho thấy trước can thiệp chỉ có 55,7% người chăm sóc trả lời đúng là cần cho người bệnh uống thuốc đều đặn hàng ngày tại nhà ngay cả khi hết triệu chứng bệnh. Vẫn còn 54,3% người chăm sóc chính chưa biết cách cho người bệnh TTPL uống thuốc đúng cách. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Cường khi khảo sát về thực trạng quản lý và chăm sóc người bệnh TTPL điều trị ngoại trú tại Nam Định cho kết quả đa số người chăm sóc vẫn chưa biết cách cho NB uống thuốc, chỉ có 45,5% người chăm sóc là cho NB uống thuốc đúng cách, việc quản lý thuốc tại nhà còn chưa chặt chẽ [11]. Sau khi nhận được can thiệp giáo dục 1 ngày 92,9% người chăm sóc chính nhận thức đúng cần phải cho người bệnh uống thuốc hàng ngày ngay cả khi hết triệu chứng bệnh; 91,4% người chăm sóc chính biết cách cho người bệnh uống thuốc đúng cách; 81,4% người chăm sóc nhận thức đúng việc cần thiết phải làm sau khi uống thuốc là phải kiểm tra xem người bệnh đã thực sự nuốt thuốc chưa. Sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ này có giảm hơn so với lần đánh giá sau can thiệp 1 ngày nhưng vẫn đạt mức tăng cao so với trước can thiệp với tỷ lệ lần lượt là 82,9% trả lời đúng cần phải cho người bệnh TTPL uống thuốc đều đặn hàng ngày ngay cả khi hết triệu chứng; 70% biết cách cho NB tâm thần uống thuốc; và 72,9% nhận thức đúng về việc cần làm ngay sau khi cho NB uống. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu này cho thấy hiệu quả của việc tư vấn giáo dục sức khỏe có ảnh hưởng lớn đến kiến thức về sử dụng thuốc tại nhà của người chăm sóc chính. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Smith J.V, & Birchwood M.J và Koolae A.K & Etemadi A là can thiệp giáo dục sẽ giúp cho nhận thức của người chăm sóc về thuốc tốt hơn [12, 13].

4.3. Kiến thức xử trí, chăm sóc 1 số tình huống tại nhà cho người bệnh TTPL của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp giáo dục.

Trong chăm sóc người bệnh TTPL, việc người chăm sóc biết cách xử trí những tình huống tại nhà như những bất thường về hành vi, những kích động, hoang tưởng, ý tưởng và hành vi tự sát... là rất cần thiết để tránh được những nguy hiểm cho chính bản thân người bệnh và những người xung quanh NB, và đem lại những hiệu quả nhất định trong công tác điều trị và chăm sóc người bệnh. Điều này đòi hỏi người chăm sóc phải có những kiến thức nhất định về vấn đề này.

Sau can thiệp giáo dục, kiến thức về xử trí, chăm sóc 1 số tình huống tại nhà cho người bệnh TTPL của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp giáo dục có sự thay đổi rõ rệt. Tỷ lệ NCS chính trả lời đúng ở tất cả các câu hỏi đều tăng sau can thiệp giáo dục 1 ngày và 1 tháng. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng sau can thiệp 1 tháng về cách xử trí khi NB có biểu hiện tái phát tăng từ lên 51,4% lên 85,7%. Xử trí khi NB có ý tưởng tự sát và khi người bệnh có hành vi kích động tại nhà đều đạt trên 90% sau can thiệp. Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng về cách đảm bảo an toàn ngăn ngừa thương tích cho NB tại nhà tăng từ 62,9 lên 98,6% sau can thiệp 1 ngày và vẫn đạt ở mức khá cao 87,1% sau can thiệp giáo dục 1 tháng. Sau can thiệp kiến thức về cách tiếp cận khi người bệnh có hoang tưởng (ý nghĩ và hành vi bất thường) có tăng lên từ 31,4% người trả lời đúng lên 92,9% sau can thiệp 1 ngày, tuy nhiên mức tăng này bị giảm xuống chỉ còn 62,9% sau can thiệp 1 tháng. Điều này cho thấy việc can thiệp giáo dục để hướng dẫn cho người chăm sóc chính về cách xử trí và chăm sóc một số tình huống đem lại hiệu quả rất tích cực. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Koolae

A.K & Etemadi A là kỹ năng chăm sóc sẽ tốt lên, người chăm sóc sẽ đối phó tốt và quản lý tốt các hành vi của người bệnh khi nhận được can thiệp giáo dục [12].

4.4. Kiến thức chăm sóc về vệ sinh, dinh dưỡng, sinh hoạt, lao động, giao tiếp tại nhà cho người bệnh TTPL của ĐTNC trước và sau can thiệp.

Chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà không phải chỉ dừng lại ở việc người chăm sóc đã cho NB uống thuốc đúng, đủ, đều đặn hàng ngày theo chỉ định của bác sĩ hay chưa mà người bệnh TTPL còn cần được hỗ trợ trong việc ăn uống, vệ sinh cá nhân để tránh bị mọi người xung quanh kỳ thị về vẻ bề ngoài của người bệnh. Ngoài ra một nội dung cũng rất quan trọng là phục hồi các chức năng tâm lý-xã hội cho bệnh nhân, hỗ trợ bệnh nhân trong các hoạt động lao động để bệnh nhân có thể tái hòa nhập cộng đồng một cách tốt nhất.

Có thể thấy thông qua GDSK kiến thức của người chăm sóc chính về chế độ vệ sinh, lao động, dinh dưỡng, giao tiếp, thể dục thể thao cho người bệnh tại gia đình đã có sự cải thiện rõ ràng. Sau can thiệp giáo dục, tỷ lệ người chăm sóc chính trả lời đúng về biện pháp cải thiện chức năng giao tiếp và hoạt động xã hội; hướng dẫn trong sinh hoạt vệ sinh hàng ngày cho người bệnh; khuyến khích người bệnh tham gia các bài tập thể dục nhẹ nhàng; chế độ ăn uống phù hợp đều đạt trên 90% ở cả 2 thời điểm sau can thiệp 1 ngày và 2 tháng, cao hơn nhiều so với trước can thiệp. Tỷ lệ người chăm sóc trả lời đúng về cách cải thiện chức năng lao động cũng tăng từ 41,4% trước can thiệp lên 85,7% sau can thiệp 1 ngày và còn 77,1% sau can thiệp 1 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4.5. Kiến thức chung chăm sóc về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp.

Bảng 5 cho thấy trước can thiệp điểm trung bình kiến thức chung về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà đạt của người

chăm sóc chính đạt $5,33 \pm 1,13$ điểm (thang điểm 10). Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức chung đạt $9,29 \pm 0,48$ điểm (tăng 3,96 điểm). Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức chung có giảm nhưng vẫn ở mức cao $8,73 \pm 0,48$ (tăng 3.4 điểm so với trước can thiệp với $p < 0,001$). Điều này một lần nữa cho thấy hiệu quả của việc giáo dục sức khỏe về kiến thức chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà cho người chăm sóc chính.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà của người chăm sóc chính sau khi nhận được can thiệp có sự gia tăng đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức chung là $9,29 \pm 2,88$ điểm; Sau can thiệp 1 tháng điểm trung bình kiến thức chung là $8,73 \pm 0,48$ điểm.

Như vậy có thể thấy giáo dục sức khỏe đóng vai trò rất quan trọng trong việc nâng cao kiến thức về chăm sóc người bệnh TTPL tại nhà cho người chăm sóc chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Tuấn Anh (2017). Bài giảng chăm sóc sức khỏe tâm thần. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. Thân Văn Quang (2010). Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, chăm sóc và quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng. Nhà xuất bản Lao động.
3. Bùi Quang Huy (2012). Giáo trình điều dưỡng tâm thần. Nhà xuất bản Quân Đội, 48-51.
4. Federation for Mental Health World (2014), Living with Schizophrenia. Occoquan, VA 22125 USA.
5. Patterson J.E, Edwards T.M, Vakili S (2018). Global mental health: A call for increased awareness and action for family therapists. *Family process*, 57(1), 70-82.
6. Levey S, Howells K, Levey S (1995). Dangerousness, unpredictability and the fear of people with schizophrenia. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(1), 19-39.

7. Daltio C, Attux C, Ferraz M et al (2015). Knowledge in schizophrenia: The Portuguese version of KAST (Knowledge About Schizophrenia Test) and analysis of social-demographic and clinical factors' influence. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 168-173.

8. Đinh Quốc Khánh (2010). Kiến thức-thái độ-thực hành của người chăm sóc chính người bệnh tâm thần phân liệt tại nhà và một số yếu tố liên quan ở huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc, năm 2010. Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng

9. Bệnh viện Tâm thần Trung ương I (2016). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số rối loạn tâm thần tại cộng đồng. Hà Nội - 2016.

10. Nguyễn Việt Thiêm (2012). Bệnh Tâm thần phân liệt những hiểu biết cơ bản

về điều trị, chăm sóc, quản lý và phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, Hà Nội.

11. Lê Văn Cường (2018). Thực trạng quản lý và chăm sóc người bệnh TTPL điều trị ngoại trú tại Nam Định. Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

12. Koolae A.K & Etemadi A (2010). The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 634-646

13. Smith J.V, & Birchwood M.J (1987). Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. *The British Journal of Psychiatry*, 150(5), 645-652.

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA SOND E JJ ĐẾN NGƯỜI BỆNH SAU TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SOI NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Đỗ Thu Tình^{1b}, Trần Văn Long¹, Vũ Mạnh Độ¹
Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Thị Thùy^{1b}
¹Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá những tác động không mong muốn của sonde JJ đến người bệnh sau tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 102 người bệnh tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng có đặt sonde JJ. Bộ câu hỏi USSQ (Ureteral Stent Symptom Questionnaire) được sử dụng để đánh giá triệu chứng tiết niệu và đau thực thể tại thời điểm 4 tuần

sau khi người bệnh đặt sonde JJ. **Kết quả:** Điểm trung bình triệu chứng tiết niệu $28,62 \pm 5,87$ (tổng 54 điểm). Có tới 87,3% người bệnh có biểu hiện đái máu từ mức độ thỉnh thoảng đến mức thông thường. Điểm trung bình đau thực thể $18,36 \pm 3,44$ (tổng 27 điểm), hầu hết người bệnh có cảm giác đau sau khi đặt sonde JJ (94,1%), vị trí đau hay gặp nhất là vùng thận sau chiếm tới 60,8%. **Kết luận:** Sonde JJ sau tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng là nguyên nhân của nhiều tác dụng không mong muốn, nó ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng chung và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Sonde JJ, tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng.

Người chịu trách nhiệm: Đỗ Thu Tình
Email: tinhngoai85@gmail.com
Ngày phản biện: 28/8/2020
Ngày duyệt bài: 15/9/2020
Ngày xuất bản: 05/11/2020