

THAY ĐỔI KIẾN THỨC VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Mai Hương^{1b}, Ngô Huy Hoàng², Nguyễn Thị Dung^{2b},
Đặng Thị Hân², Lại Thị Thanh Xuân^{2b}

¹Trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động của người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ sau can thiệp giáo dục sức khỏe năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp giáo dục một nhóm có so sánh trước sau cho 50 người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2020 về kiến thức phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ. **Kết quả:** Sau can thiệp giáo dục, kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ của người chăm sóc chính có cải thiện rõ rệt, cụ thể: Điểm trung bình kiến thức của người chăm

sóc chính tại các thời điểm ngay sau can thiệp (T2) và trước khi ra viện (T3) lần lượt tăng lên đạt $7,48 \pm 2,43$ điểm và $9,18 \pm 2,83$ so với $5,88 \pm 2,41$ điểm ở thời điểm trước can thiệp ($p < 0,001$). Tỷ lệ người chăm sóc chính có kiến thức ở mức độ đạt tăng lên đạt 64% tại thời điểm T2 và 76% tại thời điểm T3 so với 38% ở thời điểm trước can thiệp. **Kết luận:** Kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ của người chăm sóc chính trong nghiên cứu còn nhiều hạn chế trước trước can thiệp và đã được cải thiện rõ rệt sau can thiệp giáo dục.

Từ khóa: Phục hồi chức năng vận động, người bệnh đột quỵ, người chăm sóc chính, can thiệp giáo dục sức khỏe.

CHANGES IN THE KNOWLEDGE OF MOTOR REHABILITATION FOR STROKE PATIENTS AMONG CAREGIVERS AT PHU THO TRADITIONAL MEDICINE AND FUNCTIONAL REHABILITATION HOSPITAL.

ABSTRACT

Objective: To evaluate changes in the knowledge of motor functional rehabilitation of family caregivers of patients with stroke at Phu Tho Provincial

Traditional Medicine and Functional Rehabilitation Hospital after a health educational intervention. **Method:** The one group pre-test and post-test educational intervention was conducted with a convenient sample of 50 family caregivers who were responsible for taking care of stroke patients from January to May 2020 on the knowledge of motor rehabilitation for stroke patients. **Results:** After the intervention, the caregiver's

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Mai Hương
Email: maihuong.hmu@gmail.com
Ngày phản biện: 22/9/2020
Ngày duyệt bài: 01/10/2020
Ngày xuất bản: 05/11/2020

knowledge of rehabilitation for stroke patients was significantly improved. The mean scores of knowledge right after the intervention (T2) and before the discharge day of patients (T3) increased up to 7.48 ± 2.43 points and 9.18 ± 2.83 points compared to 5.88 ± 2.41 points at the time before the intervention ($p < 0.001$). The percentage of caregivers with the good level of knowledge increased up to 64% at T2 and 76% at T3 in comparison with 38% at the time before the intervention.

Conclusion: *The knowledge of rehabilitation for stroke patients of the caregivers within this study was limited, then had been improved significantly after the educational intervention.*

Keywords: *Motor rehabilitation, stroke patients, family caregivers, health educational intervention*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong các nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trong các nguyên nhân tim mạch [1,2]. Trên toàn cầu, 15 triệu người bị đột quy não cấp tính mỗi năm và một phần ba trong số họ tử vong sau đột quy. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, đột quy não hiện nay là nguyên nhân phổ biến đứng thứ hai và dự báo đến năm 2030 sẽ trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên phạm vi toàn thế giới [3]. Với sự tiến bộ của y học, tuy tỷ lệ tử vong do đột quy ngày càng giảm nhưng số lượng người bệnh bị tàn tật do đột quy lại có xu hướng tăng. Mức độ di chứng phụ thuộc rất nhiều vào thời điểm và cách thức người bệnh được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp.

Ở Việt Nam, do điều kiện kinh tế hạn hẹp nên cơ sở hạ tầng của đa số các bệnh viện còn thiếu thốn. Hầu hết các nghiên cứu về phòng ngừa và điều trị đột quy được thực hiện ở các nước phát triển, nhưng hơn 85% đột quy xảy ra ở

các nước đang phát triển [2]. Các nghiên cứu cũng cho thấy kiến thức về đột quy của người dân cũng còn hạn chế. Hậu quả tỷ lệ tử vong và tàn tật của người bệnh đột quy còn cao [4]. Người bệnh sau đột quy thường có những di chứng nặng nề, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [5]. Đặc biệt là các di chứng về vận động, các khiếm khuyết về chức năng vận động tay, chân làm cho họ trở nên phụ thuộc vào người khác trong các sinh hoạt hàng ngày. Vì vậy mà việc phục hồi chức năng cho người bệnh hết sức quan trọng, không chỉ trong thời gian tại Bệnh viện mà cần tiếp tục khi người bệnh về với gia đình. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 60 – 80% người tàn tật có thể phục hồi tại nhà sau khi ra viện. Phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh đột quy đòi hỏi kiên trì và lâu dài, sau giai đoạn nằm viện, tiếp tục duy trì phục hồi chức năng cho người bệnh đóng vai trò quan trọng [6]. Vì vậy, người chăm sóc chính (NCSC) cho người bệnh cần có kiến thức để đạt được hiệu quả cao trong chăm sóc và hồi phục của người bệnh, giúp họ phòng tránh các thương tật thứ cấp. Với mong muốn trang bị kiến thức và kỹ năng cần thiết cho người chăm sóc chính người bệnh đột quy trong thời gian người bệnh nằm viện để những người này có thể tiếp tục duy trì việc phục hồi chức năng cho người bệnh sau khi ra viện, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động của người chăm sóc chính người bệnh đột quy não tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ sau can thiệp giáo dục sức khỏe năm 2020.*

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người chăm sóc chính của người bệnh đột quy não có liệt vận động đang điều trị

tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người chăm sóc được xác định là người chăm sóc chính của người bệnh đột quỵ (là người thường xuyên và dành nhiều thời gian nhất cho chăm sóc người bệnh hàng ngày như: vệ sinh cá nhân, tắm rửa, cho ăn, di chuyển, vận động trong giai đoạn tại bệnh viện cũng như khi người bệnh ra viện về gia đình). Đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng tiếp thu, thực hiện các hoạt động can thiệp của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ đã tham một chương trình giáo dục sức khỏe tương tự hoặc không tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp một nhóm có so sánh trước sau được thực hiện từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 05 năm 2020 tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: Chọn toàn bộ những người chăm sóc chính đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu. Trên thực tế, không phải người bệnh đột quỵ nào cũng có một người chăm sóc chính như đã đề cập và tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu, do vậy cỡ mẫu thực tế mà nghiên cứu này có được trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 05 năm 2020 là 50 người.

2.4. Can thiệp giáo dục, công cụ đo lường và thu thập số liệu

Hướng dẫn trực tiếp cho từng người chăm sóc chính, nội dung hướng dẫn và bộ công cụ đánh giá được xây dựng dựa trên tài liệu “Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não” của Bộ Y tế ban hành [6],

đồng thời có tham khảo một số bộ công cụ trong các nghiên cứu tương tự về chăm sóc phục hồi chức năng người bệnh tai biến mạch máu não [7].

Bộ công cụ với các câu hỏi đánh giá kiến thức được sử dụng thông nhất cho tất cả các thời điểm đánh giá trước can thiệp (T1), ngay sau can thiệp (T2) và trước khi người bệnh ra viện (T3).

2.5. Tiêu chí đánh giá

Người chăm sóc chính tham gia trả lời 8 câu hỏi về kiến thức tương đương 14 tiêu chí đánh giá, với mỗi ý trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Tính tổng điểm kiến thức và lấy điểm cắt 50% để phân loại kiến thức của NCSC. Cụ thể, tổng các tiêu chí đánh giá kiến thức từ câu 9 - câu 16 bao gồm 14 tiêu chí. NCSC có tổng điểm kiến thức ≥ 7 điểm thì được xếp vào nhóm có kiến thức đạt và ngược lại những NCSC có điểm kiến thức < 7 điểm thì được xếp là kiến thức chưa đạt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập 2 lần đọc và phân tích kết quả bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình trước và sau can thiệp. Sử dụng các kiểm định thống kê để so sánh các tỷ lệ và các giá trị trung bình trước và sau can thiệp. Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp giáo dục so với trước can thiệp dựa trên sự chênh lệch về các giá trị điểm trung bình và tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Phân tích số liệu từ 50 người chăm sóc chính tham gia nghiên cứu chúng tôi thu được những kết quả như sau: tuổi trung bình $49,64 \pm 8,66$ tuổi, đa số là nữ (72%) và trình độ học vấn là trung học phổ thông (64%).

Bảng 1. Đặc điểm nhận thông tin về bệnh của người chăm sóc chính (n = 50)

Đặc điểm		SL	TL %
Đột quy não	Đã từng nghe	41	82,0
	Chưa từng nghe	9	18,0
Nguồn thông tin (nhiều lựa chọn)	Nhân viên y tế	23/41	56,1
	Phương tiện truyền thanh	11/41	26,8
	Sách, báo	15/41	36,6
	Người thân	22/41	53,6
	Khác	9/41	21,9

Theo kết quả bảng 1, có 41 người (82%) trả lời họ đã từng nghe về bệnh đột quy não và nguồn thông tin mà những người này nhận được phần lớn đến từ nhân viên y tế và từ người thân.

3.2. Kiến thức của NCSC về PHCN cho người bệnh đột quy

Bảng 2. Kiến thức về thời điểm tiến hành PHCN cho người bệnh (n = 50)

Thời điểm PHCN	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Ngay sau khi bị đột quy	22	44,0	31	62,0	44	88,0
Qua giai đoạn cấp	1	2,0	17	34,0	6	12,0
Không biết	23	46,0	0	0,0	0	0,0
Khác	4	8,0	2	4,0	0	0,0

Trước can thiệp (T1), 44% NCSC trả lời đúng về thời điểm tiến hành phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quy là ngay sau đột quy. Tỷ lệ trả lời đúng tăng lên đạt 62% ngay sau can thiệp (T2) và đạt 88% ở thời điểm trước khi ra viện (T3)

Bảng 3. Kiến thức về nội dung PHCN vận động cho người bệnh (n = 50)

Nội dung cần PHCN vận động sau đột quy não	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp	20	40,0	28	56,0	36	72,0
Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ	14	28,0	22	44,0	25	50,0
Sử dụng dụng cụ hỗ trợ giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày	37	74,0	38	76,0	31	62,0
Trả lời đúng ≥ 2 nội dung	19	38,0	32	64,0	34	68,0

Về các nội dung cần PHCN cho người bệnh đột quy, tỷ lệ NCSC trả lời đúng đều tăng ở các thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp. Đặc biệt tỷ lệ trả lời đúng từ 2 nội dung trở lên tăng lên 64% và 68% ở thời điểm T2 và T3 so với 38% ở thời điểm T1.

Bảng 4. Kiến thức về tư thế tốt nhất cho người bệnh (n = 50)

Tư thế tốt nhất cho người bệnh	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Đặt NB ở tư thế nằm ngửa.	10	20,0	7	14,0	8	16,0
Đặt NB ở tư thế nghiêng bên liệt	16	32,0	23	46,0	34	68,0
Đặt NB ở tư thế nghiêng bên lành	8	16,0	9	18,0	8	16,0
Không biết	16	32,0	11	22,0	0	0,0

Tại thời điểm T1 chỉ có 32% NCSC trả lời đúng về tư thế tốt nhất cho người bệnh là đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt. Sau can thiệp thì số người trả lời đúng tăng dần lên, ở thời điểm T2 đạt 46% và ở thời điểm T3 đạt 68%.

Bảng 5. Kiến thức về mục đích đặt tư thế đúng cho người bệnh (n=50)

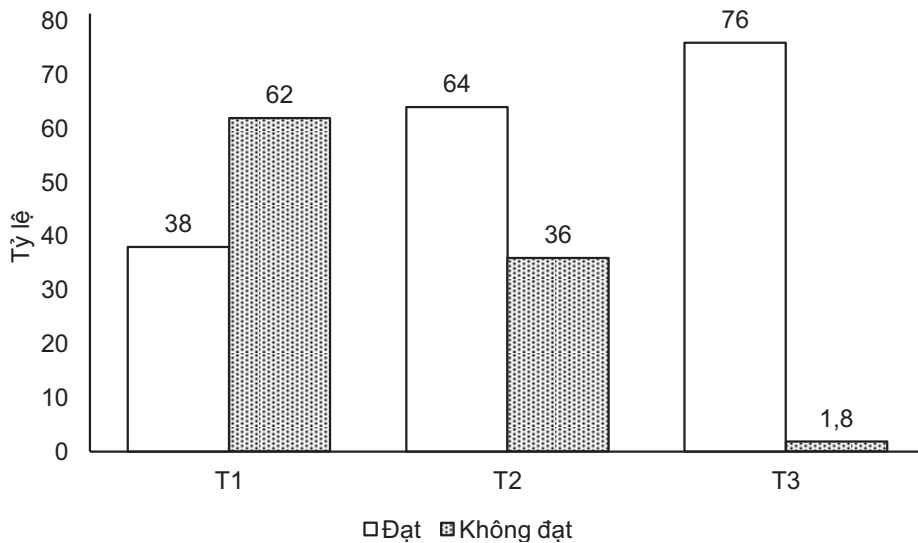
Tư thế đúng của người bệnh nhằm mục đích	T1		T2		T3	
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Giảm bớt co cứng	18	36,0	16	32,0	34	68,0
Thuận tiện trong chăm sóc	29	58,0	43	86,0	31	62,0
Đề phòng loét	18	36,0	16	32,0	23	46,0
Không biết	6	12,0	2	4,0	2	4,0
Trả lời đúng ≥ 3 mục đích	1	2,0	6	12,0	10	20,0

Trước can thiệp chỉ có 1 người chăm sóc chính trả lời đúng cả 3 mục đích của tư thế đúng cho người bệnh đột quy, con số này đã tăng lên đến 6 người và 10 người ở ngay sau can thiệp giáo dục và trước khi ra viện.

Bảng 6. Thay đổi kiến thức trước và sau can thiệp dựa trên điểm trả lời câu hỏi (n=50)

Điểm kiến thức	Thời điểm đánh giá		
	T1	T2	T3
Thấp nhất (Min)	3	3	4
Cao nhất (Max)	11	14	13
Trung bình (Mean ± SD)	5,88 ± 2,41	7,48 ± 2,43	9,18 ± 2,83
p (t-test)		p(2-1) = 0,000	p(3-1) = 0,000

Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê điểm kiến thức của người chăm sóc chính sau can thiệp giáo dục và trước khi ra viện so với trước can thiệp (p < 0,001).



Biểu đồ 1. Kết quả chung kiến thức về PHCN vận động cho người bệnh đột quy của NCSC (n = 50)

Trước can thiệp, tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt là 38%. Sau can thiệp tại thời điểm T2 tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt là 64% và tại thời điểm T3 là 76%.

4. BÀN LUẬN

Trình độ học vấn của người chăm sóc chính phần lớn là trung học phổ thông trở lên chiếm 64%. Trình độ học vấn của các đối tượng đã đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và phù hợp với can thiệp truyền thông, giáo dục sức khỏe bởi họ đều có khả năng đọc và viết thành thạo. Khi mà trình độ học vấn càng cao thì việc nhận thức về bệnh tật và hiểu biết về kỹ năng chăm sóc cho người bệnh sẽ tốt hơn.

Khi được hỏi về đột quy não thì có đến 82% NCSC đã từng được nghe đến, chiếm tỉ lệ khá cao. Có được tỷ lệ này là nhờ phát triển của nguồn thông tin đại chúng với các phương tiện như panô, áp phích, tờ rơi, báo, tivi, đài,...và giáo dục sức khỏe trực tiếp như tổ chức nói chuyện, thảo luận nhóm, tư vấn về bệnh đột quy não để hỗ trợ giúp truyền đạt thông tin và thay đổi nhận thức lẫn hành vi của cộng đồng về nhận

biết, cách chăm sóc và phòng ngừa đột quy não được hiệu quả hơn.

Trước can thiệp thì chỉ có 8% NCSC trả lời PHCN cho người bệnh sau ĐQN là rất quan trọng. Tỉ lệ này khá là thấp, có thể do NCSC chưa nhận thức đúng được vai trò của việc PHCN. Phục hồi chức năng đột quy là một quá trình có định hướng, mục tiêu nhằm giúp người khuyết tật đạt được mức độ hoạt động tối ưu về thể chất, nhận thức, cảm xúc, giao tiếp, xã hội và / hoặc chức năng của họ. Sau đột quy, bệnh nhân thường tiếp tục yêu cầu phục hồi chức năng đối với các tình trạng thiếu hụt dai dẳng liên quan đến co cứng, rối loạn chức năng chi trên và chi dưới, đau vai và trung tâm, di chuyển/ dáng đi, khó nuốt, thị lực và giao tiếp. Việc PHCN là rất quan trọng giúp NB độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. Sau can thiệp thì 100% NCSC đã

nhận thức được tầm quan trọng của việc PHCN. Qua đó thấy được việc can thiệp giáo dục sức khỏe tác động rất lớn đến kiến thức của NCSC, mang lại hiệu quả nhất định.

Việc phục hồi chức năng cần toàn diện, sớm và tùy thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Ở giai đoạn cấp của bệnh, việc chăm sóc chiếm vị trí quan trọng, phục hồi chức năng cũng đồng thời phải tiến hành ngay. Khi hỏi NCSC về thời điểm nên tiến hành hồi phục chức năng cho người bệnh đột quy não, có 44 % NCSC trả lời đúng về thời điểm tiến hành PHCN là ngay sau khi bị đột quy. Sau can thiệp tỉ lệ NCSC ở thời điểm T2 tỉ lệ trả lời đúng đạt 62% và ở thời điểm T3 đạt 88%. Thực tế chăm sóc người bệnh đột quy trong giai đoạn cấp cho thấy còn nhiều bất cập, chẳng hạn: người bệnh đột quy thường được nằm tại giường quá lâu trong giai đoạn cấp với hầu như rất ít sự can thiệp chăm sóc về tư thế và vận động, và hậu quả của tình trạng này là việc xuất hiện các biến chứng trong nhiều trường hợp. Nguyên nhân của tình trạng này như đã được chỉ ra bởi các nghiên cứu trên thế giới đó là bao gồm: yêu cầu của chẩn đoán và điều trị từ bác sỹ trong những giờ đầu của đột quy, sự e ngại từ phía người bệnh và người nhà đối với việc thay đổi tư thế và vận động cho người bệnh.

Về nội dung PHCN cho người bệnh sau đột quy, trước can thiệp 74% NCSC cho rằng PHCN cho người bệnh sau đột quy chủ yếu giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hằng ngày. Tỷ lệ NCSC trả lời đúng hai nội dung còn thấp, tại thời điểm T1 đạt 38%. Nguyên nhân do hậu quả nặng nề của đột quy để lại đó là trên hệ vận động có khoảng một phần ba số bệnh nhân bị đột quy có biểu hiện tàn tật dai dẳng sau đột quy ban đầu, với tình trạng suy giảm vận động chiếm phần lớn tình trạng tàn tật sau đột quy [8]. Nghiên

cứu của Nguyễn Thành Chung về gánh nặng chăm sóc người bệnh đột quy tại gia đình cho thấy tỉ lệ phụ thuộc cá nhân của người bệnh trong hoạt động hàng ngày khá cao. Ở hoạt động ăn uống có 86,5% phụ thuộc ít và 6,2% phụ thuộc hoàn toàn. Ở việc tắm thì có 53,1% người bệnh cần sự hỗ trợ cho việc tắm. Chải đầu- đánh răng có 45,8 % cần sự hỗ trợ. Thay- mặc quần áo cho tỉ lệ cần sự hỗ trợ ít 83,3%, không tự thực hiện được 7,3% [9]. Do vậy mong muốn chung của NCSC hay người bệnh khi tập PHCN sau đột quy là để họ có thể độc lập tối đa trong các sinh hoạt hàng ngày, phục vụ được chính bản thân họ. Tuy vậy vẫn ít người biết được nội dung PHCN sau đột quy còn là tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ, giữ tư thế đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp cho nên chỉ có 38% NCSC trả lời được từ hai ý trở lên trước can thiệp. Chính vì thế cần phổ biến và nhấn mạnh cho NCSC các nội dung này để hiểu rõ thêm.

Khi tiến hành phỏng vấn NCSC về tư thế đúng tốt nhất, chỉ có 32% NCSC trả lời đúng, là tư thế đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt. Lý giải cho điều này có thể vì theo thói quen mọi người thường đặt người bệnh nằm ngửa, hay nghiêng bên lành. Tuy vậy sau can thiệp tại thời điểm T2 có 46% trả lời đúng và tăng lên đạt 68% tại thời điểm T3. Điều này cho thấy việc tăng cường kiến thức cho NCSC về chăm sóc tư thế đúng của người bệnh là rất cần thiết, đặc biệt sau khi người bệnh rời khỏi bệnh viện và trở về nhà thì các nhân viên y tế rất cần cung cấp thông tin và hướng dẫn, hỗ trợ người bệnh và người nhà trong việc chăm sóc PHCN tại nhà nhằm phục hồi sức khỏe của người bệnh và phòng ngừa biến chứng có thể xảy ra.

Một trong các thương tật thứ cấp hay gặp người bệnh ĐQN đó là tình trạng loét do đè ép (còn gọi là loét ép). Trong nghiên

cứu của chúng tôi trước can thiệp có 64% NCSC trả lời không đúng về đặt tư thế đúng cũng nhằm mục đích đề phòng loét. Qua đây có thể thấy nhận thức đúng tư thế trong phòng chống loét do đè ép của NCSC chính còn khá thấp, cần tuyên truyền hướng dẫn NCSC nhiều hơn vì khi đặt tư thế đúng, thời gian xoay trở NB làm đúng có tác dụng phòng chống loét, giúp NB đỡ tổn kém về kinh tế và mau chóng phục hồi hơn. Mục đích đặt người bệnh đúng tư thế còn nhằm giảm bớt mẫu co cứng, thuận tiện chăm sóc. Trước can thiệp, chỉ có 2% NCSC trả lời đúng cả 3 ý này. Sau can thiệp tỷ lệ NCSC trả lời đúng cả 3 ý tăng lên 20%. Khi NCSC hiểu đúng mục đích, tầm quan trọng của việc đặt tư thế đúng họ sẽ chú ý nhiều hơn trong quá trình chăm sóc người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Trước can thiệp giáo dục, kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ của người chăm sóc chính nhìn chung còn hạn chế. Tỷ lệ NCSC có kiến thức mức độ đạt chỉ chiếm 38%. Sau can thiệp giáo dục, kiến thức về phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ của người chăm sóc chính có thay đổi rõ rệt. Tỷ lệ NCSC có kiến thức ở mức độ đạt tăng lên đạt 64% tại thời điểm T2 và 76% tại thời điểm T3. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy tác dụng tích cực và sự cần thiết của việc giáo dục sức khỏe qua hướng dẫn trực tiếp cho người chăm sóc chính, những kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ sẽ giúp ích cho người chăm sóc chính có thể tiếp tục thực hiện phục hồi chức năng cho người bệnh khi xuất viện về gia đình đặc biệt khi kết hợp cùng những hướng dẫn về thực hành chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dalal P.M (2006). Burden of stroke: Indian perspective, *International Journal of Stroke*. 2006;1(3):164-166.

2. Kulshreshtha A., Anderson L.M., Goyal A et al (2012). Stroke in South Asia: a systematic review of epidemiologic literature from 1980 to 2010. *Neuroepidemiology*. 38(3): 123-129

3. World Health Organization (2008). *World Health Statistics 2008*, World Health Organization.

4. Lê Văn Thính, Trần Việt Lực, Nguyễn Thị Xuyên và các cộng sự (2008). Tình hình và thực trạng chăm sóc đột quỵ trong các Bệnh viện Đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam, Hội đột quỵ Việt Nam. <http://hoidotquyvietnam.com/upload/images/1%20Gs%20Th%2B%C2%A1nh%20chamsocdotqui.pdf>. Truy cập ngày 21-10-2019.

5. Nguyễn Văn Thông, Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Hồng Quân và các cộng sự (2008). Tình hình tử vong trong 10 năm (2003-2012) tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện TƯQĐ 108.

6. Nguyễn Thị Xuyên và Trần Quý Tường (2008). Tài liệu số 1: Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não, 20 tài liệu kỹ thuật về phục hồi chức năng cho tuyến cộng đồng sử dụng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

7. Nguyễn Thị Lan (2017). Thay đổi nhận thức và thực hành cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ về phục hồi chức năng vận động tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

8. Dimyan M.A. and Cohen L.G (2011). Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke. *Nature Reviews Neurology*. 7(2): 76-85

9. Nguyễn Thành Chung (2016). Nghiên cứu gánh nặng chăm sóc người bệnh đột quỵ não tại gia đình ở tỉnh Nam Định năm 2016. Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại Học Điều dưỡng Nam Định.