

**CẢI THIỆN KHẢ NĂNG THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH
VỀ PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH**

Nguyễn Thị Lan¹, Phạm Quang Hoà²

¹Trường cao đẳng Y tế Quảng Ninh

²Trường cao đẳng Y tế Thái Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thay đổi khả năng thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quy sau can thiệp giáo dục tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp giáo dục một nhóm có đánh giá trước sau được tiến hành trên 54 người chăm sóc chính của người bệnh đột quy. Việc huấn luyện các bài tập phục hồi vận động cho người chăm sóc chính dựa trên Hướng dẫn của Bộ Y tế về Phục hồi chức năng sau tai biến mạch não năm 2008. Đánh giá kết quả bằng quan sát có sử dụng bảng kiểm giống nhau cho trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp, khả năng thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quy được cải thiện đáng kể. Cụ thể, điểm trung bình kỹ năng thực hành tăng đến $31,56 \pm 2,38$ điểm sau can thiệp so với

$17,37 \pm 4,01$ điểm ở trước can thiệp ($p < 0,001$). Trong đó, điểm trung bình kỹ năng thực hành tư thế đúng cho người bệnh trước can thiệp là $10,56 \pm 2,82$, sau can thiệp đạt tới $18,30 \pm 1,96$. Trước can thiệp chỉ có 5,6% đối tượng tham gia nghiên cứu có kỹ năng thực hành đạt, sau can thiệp tỷ lệ này tăng đến 98,1%. **Kết luận:** Những hạn chế của người chăm sóc chính về thực hiện các bài tập phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quy trước can thiệp đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tầm quan trọng của việc hướng dẫn trực tiếp từ người điều dưỡng cho người chăm sóc chính người bệnh đột quy, để họ tiếp tục thực hiện phục hồi vận động cho người bệnh khi ra viện và góic can thiệp nên được thực hiện thường quy.

Từ khóa: Đột quy, thực hành, phục hồi chức năng vận động, người chăm sóc chính.

**IMPROVEMENT ON THE CAREGIVERS' PRACTICE OF MOTOR REHABILITATION
FOR STROKE PATIENTS IN QUANG NINH GENERAL HOSPITAL**

ABSTRACT

Objective: To assess the results change ability caregivers' practice of motor rehabilitation for stroke patients after an educational intervention in Quang Ninh General Hospital in 2017. **Method:** The one group pre-test and post-test educational intervention was designed and

performed among 54 informal caregivers. The same observation with checklist was used to assess the results for both before and after the intervention. **Results:** After the intervention, the practical skills of caregivers of motor rehabilitation for stroke patients improved considerably, demonstrated in the mean score of practice went up to 31.56 ± 2.38 points compared with 17.37 ± 4.01 points before the intervention (p value of 0.001). In which, the mean score of skills for posture care was 10.56 ± 2.82 points before the intervention, increased to 18.30 ± 1.96

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Lan

Email: nguyenthilan.cyq@moet.edu.vn

Ngày phản biện: 22/5/2018

Ngày duyệt bài: 18/6/2018

Ngày xuất bản: 28/6/2018

points after the intervention. The percentage of caregivers having standardized practical skills, in total, was only 5.6% before the intervention, rised up to 98.1% after the intervention. **Conclusion:** The intervention in the study did improve the practical skills of caregivers of motor rehabilitation for

stroke patients. The research also revealed the significance of direct instruction by nurses for caregivers and should be carried out regularly.

Key word: Stroke, practice, motor rehabilitation, caregivers

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy, theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), là nguyên nhân phổ biến đứng thứ 2 và dự báo đến năm 2030 sẽ trở thành 1 trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên phạm vi toàn thế giới [7],[6]. Đột quy chiếm 2 - 4% tổng chi y tế ở các nước đang phát triển. Trong năm 2006, chi phí tổng và gián tiếp là khoảng 25 tỷ EUR ở châu Âu và 57,9 tỷ USD tại Mỹ [10].

Tại Việt Nam, theo Nguyễn Văn Đăng (2006) thì tỷ lệ mắc bệnh đột quy là 115,92/100.000 dân trong đó tỷ lệ tử vong là 20,55/100.000 dân [2]. Di chứng về vận động của đột quy là 92,62%; di chứng nặng là 27,69%; di chứng vừa và nhẹ là 68, 42% [2].

Người bệnh bị liệt nửa người do đột quy thuộc loại đa tàn tật, mà chủ yếu là giảm hoặc mất chức năng vận động kèm theo các rối loạn tri giác, nhận thức, tâm lý [10]. Rối loạn chức năng vận động gây ảnh hưởng trực tiếp đến việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng tái hòa nhập vào đời sống cộng đồng. Những con số trên cho thấy nhu cầu phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh đột quy là rất lớn. Đây chính là thách thức đối ngành y tế, gia đình và xã hội. Đồng thời đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 60 – 80% người tàn tật có thể phục hồi tại cộng đồng sau khi ra viện [3]. Để giảm bớt hậu quả và gánh nặng do đột quy gây ra phải kể đến vai trò chăm sóc của người nhà người bệnh đặc biệt là người chăm sóc chính (NCSC). Tuy nhiên, việc hạn chế kỹ năng thực hiện các bài tập phục hồi của họ lại là một trở

ngại lớn. Từ thực tế đó, việc nâng cao kỹ năng thực hành cho người chăm sóc chính là cần thiết và hết sức quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị, PHCN, cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh trong và sau khi ra viện. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả thay đổi khả năng thực hành của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quy sau can thiệp giáo dục.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 04 năm 2017 trên 54 người chăm sóc chính người bệnh đột quy tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Can thiệp giáo dục sức khỏe cho từng người chăm sóc chính của người bệnh đột quy tại khoa Phục hồi chức năng. Sử dụng cùng một bộ công cụ (xây dựng dựa trên: Hướng dẫn của Bộ Y tế về Phục hồi chức năng sau tai biến mạch não năm 2008) để đánh giá kỹ năng thực hành trước can thiệp (lần 1: sau vào Khoa PHCN 2 ngày) và sau can thiệp (lần 2: trước ra viện 2 ngày). Đánh giá thông qua việc quan sát trực tiếp người chăm sóc chính thực hiện các bài tập phục hồi cho người bệnh. Can thiệp được thực hiện ngay sau đánh giá lần 1. Khoảng thời gian tối thiểu giữa 2 lần đánh giá là 10 ngày.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố người chăm sóc chính theo tuổi và giới tính (n = 54)

| Giới tính \ Nhóm tuổi | Nam | | Nữ | | Tổng số | |
|-----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| ≤ 50 | 20 | 37,0 | 26 | 48,1 | 46 | 85,1 |
| > 50 | 2 | 3,7 | 6 | 11,2 | 8 | 14,9 |
| Tổng | 22 | 40,7 | 32 | 59,3 | 54 | 100 |

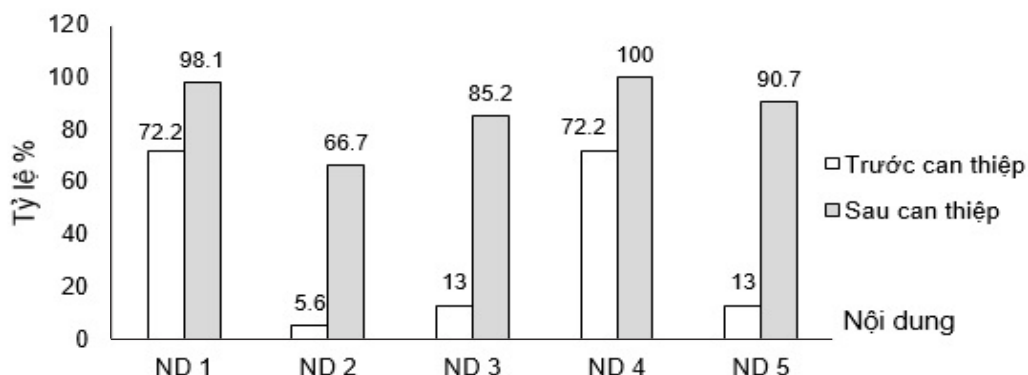
Trong tổng số 54 NCSC tham gia nghiên cứu, nữ chiếm 59,3%, nam chiếm 40,7%. Có 85,1% NCSC ở độ tuổi ≤ 50 và 14,9 % NCSC ở độ tuổi > 50.

3.2. Kết quả kỹ năng thực hành của người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ

Bảng 3.2. Kỹ năng của NCSC về các động tác đặt người bệnh ở tư thế đúng (n=54)

| Nội dung thực hành | | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|--|---|-----------------|------|---------------|------|
| | | SL | % | SL | % |
| Tư thế nằm ngửa của người bệnh | Vai và hông bên liệt được kê gối mềm | 25 | 46,3 | 51 | 94,4 |
| | Khớp gối gấp nhẹ | 28 | 51,9 | 54 | 100 |
| | Cổ chân được kê vuông góc với cẳng chân | 19 | 35,2 | 46 | 85,2 |
| | Làm đúng và đủ các bước | 26 | 48,1 | 54 | 100 |
| Tư thế nằm nghiêng bên lành của người bệnh | Chân lành để duỗi, thân mình vuông góc với mặt giường | 41 | 75,9 | 52 | 96,3 |
| | Tay liệt có gối đỡ để vuông góc với thân | 20 | 37,0 | 50 | 92,6 |
| | Chân liệt có gối đỡ ở tư thế gấp háng và gối | 11 | 20,4 | 46 | 85,2 |
| | Làm đúng và đủ các bước | 20 | 37,0 | 51 | 94,4 |
| Tư thế nằm nghiêng bên liệt của người bệnh | Vai bên liệt gấp | 14 | 25,9 | 42 | 77,8 |
| | Cánh tay duỗi vuông góc với thân mình, thân mình nửa ngửa, chân liệt duỗi | 41 | 75,9 | 52 | 96,3 |
| | Chân lành gấp ở háng và gối | 14 | 25,9 | 46 | 85,2 |
| | Làm đúng và đủ các bước | 18 | 33,3 | 52 | 96,3 |
| Điểm đạt | Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) | 10,56 ± 2,82 | | 18,30 ± 1,96 | |
| | Thấp nhất (Min) | 4 | | 8 | |
| | Cao nhất (Max) | 17 | | 20 | |
| | p | < 0,001 | | | |

Trước can thiệp có 48,1 % NCSC thực hiện được đúng và đủ các bước đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, 37% NCSC làm đúng và đủ các bước đặt NB ở tư thế nghiêng lành, 33,3% NCSC làm đúng và đủ các bước đặt NB ở tư thế nghiêng liệt. Sau can thiệp các chỉ số này lần lượt là 100%, 94,4%, 96,3%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê p < 0,001.



Biểu đồ 3.1. Kỹ năng của NCSC trong hướng dẫn để người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp (n=54)

Ghi chú: ND1: Hỗ trợ NB di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại

ND 2: Hướng dẫn NB dùng ròng rọc ND 3: Làm đúng và đủ các bước

ND 4: Cách giúp NB đứng dậy

ND 5: Giúp NB đi trong thanh song song

Biểu đồ 3.1 cho thấy tất cả các kỹ năng thực hành của NCSC giúp NB phục hồi vận động đều cải thiện sau can thiệp. Đặc biệt, trước can thiệp chỉ có 13,0% NCSC làm đúng và đủ các bước về cách hướng dẫn, giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên đến 90,7%.

Bảng 3.3. Kỹ năng của NCSC về thực hiện các động tác tập để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ cho NB (n=54)

| Nội dung thực hành | | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|--|-----------------------------------|-----------------|------|---------------|------|
| | | SL | % | SL | % |
| Các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ | Vận động khớp nhỏ ở bàn tay | 18 | 33,3 | 51 | 94,4 |
| | Vận động khớp cổ tay | 39 | 72,2 | 53 | 98,1 |
| | Gập- Duỗi khủy tay | 44 | 81,5 | 54 | 100 |
| | Gập duỗi vai | 31 | 57,4 | 51 | 94,4 |
| | Dạng khép vai | 27 | 50,0 | 51 | 94,4 |
| | Gập háng | 12 | 22,2 | 46 | 85,2 |
| | Dạng và khép háng | 14 | 25,9 | 47 | 87,0 |
| | Gập và duỗi gối | 44 | 81,5 | 54 | 100 |
| | Gập và duỗi cổ chân | 45 | 83,3 | 53 | 98,1 |
| | Tập dồn trọng lượng lên chân liệt | 4 | 7,4 | 43 | 79,6 |
| | Tập kỹ thuật bắc cầu | 3 | 5,6 | 29 | 53,7 |
| | Làm đúng và đủ các bước | 7 | 13,0 | 53 | 98,1 |
| Điểm đạt | Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) | 6,83 ± 2,21 | | 13,29 ± 1,28 | |
| | Thấp nhất (Min) | 3 | | 10 | |
| | Cao nhất (Max) | 13 | | 15 | |
| | p | < 0,001 | | | |

Bảng 3.4. Kỹ năng về tập cho NB lăn nghiêng sang bên lành, bên liệt (n=54)

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

Trước can thiệp có 24,1% NCSC làm đúng và đủ các bước kỹ thuật lăn nghiêng NB sang bên lành, 64,8% làm đúng và đủ các bước kỹ thuật lăn nghiêng sang bên liệt. Sau can thiệp tỷ lệ này lần lượt đạt 96,3% và 98,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi kỹ năng thực hành về phục hồi chức năng vận động cho NCSC của người bệnh đột quy

Ở người bệnh đột quy hậu quả để lại nặng nề nhất phải kể đến đó là hệ vận động 92,96% [1], [9]. Người bệnh bị yếu hoặc liệt nửa người dẫn đến khó khăn trong đi lại, di chuyển. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lệ về thực trạng và các yếu tố liên quan đến chăm sóc phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh bị tai biến mạch máu não đã từng điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2015, có 75% NB có nhu cầu được luyện tập – vận động tay chân hai bên, thế nhưng có đến 33,3% nhu cầu chưa được đáp ứng. Có đến 96,6% NB có nhu cầu cần được vận động tay chân liệt, nhưng có đến 32% NB chưa được NCSC hướng dẫn, hỗ trợ tập luyện. Có 50% NB có nhu cầu được hướng dẫn, hỗ trợ tập ngồi.

Có 92,3% NB đột quy có nhu cầu được tập đứng và 51,9% NB có nhu cầu tập đi, tỷ lệ NB không được NCSC đáp ứng đầy đủ lần lượt là 65,4%, 59,3% và 50% [4]. Việc phục hồi chức năng cho người bệnh sau đột quy là rất quan trọng, giúp người bệnh dần cải thiện được các chức năng, hồi phục phần nào các vận động tối thiểu, từ đó giúp cho đối tượng sinh hoạt hàng ngày một cách dễ dàng hơn, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội [8],[5]. Để cho người bệnh đột quy độc lập trong sinh hoạt và hòa nhập cộng đồng chúng tôi đánh giá cao vai trò của NCSC trong quá trình thực hiện các kỹ thuật PHCN. Chúng tôi chọn điểm cắt 50% để đánh giá thực hành của NCSC. Việc thay đổi tư thế cho người bệnh đóng một vai trò quan trọng trong quá trình phục hồi. Giúp cho người bệnh hạn chế được các biến chứng xảy ra trên da và hệ hô hấp. Điểm trung bình của NCSC về việc thay đổi tư

thể là $10,56 \pm 2,82$ sau can thiệp trung bình điểm kỹ năng tăng lên là $18,30 \pm 1,96$. Cụ thể với kỹ thuật đặt NB ở tư thế nằm ngửa có 48,1% NCSC thực hiện được đúng và đủ các bước. Tỷ lệ này sau can thiệp tăng lên đáng kể thành 100%. Trong đó bước kê cổ chân vuông góc với cẳng chân là 35,2%. Cổ chân khi nằm ngửa thường xoay ngoài nhất là bên liệt không có trương lực cơ cộng với việc co rút của gân asin sẽ làm cho người bệnh khó khăn trong việc đặt bàn chân xuống đất để bước và di chuyển. Như vậy cho thấy rằng tất cả các khớp nhất là bên liệt của người bệnh, cần được quan tâm như nhau và phải đặt ở đúng tư thế để giúp cho việc phục hồi về sau.

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

Kỹ năng tập cho NB lăn nghiêng sang bên lành, bên liệt là 24,1% và 64,8%. Có thể thấy ở đây tỷ lệ lăn nghiêng sang bên liệt cao gần gấp 3 lần nghiêng sang bên lành. Khi người bệnh lăn sang bên liệt có thuận lợi đó bên lành họ hoàn toàn chủ động trong các thao tác sinh hoạt như cầm nắm các vật đơn giản... mà không bị phụ thuộc vào người thân. Cũng chính có thể vì lẽ đó mà NCSC có thói quen lăn nghiêng người bệnh sang bên liệt nhiều hơn bên lành để giảm thiểu sự phụ thuộc của người bệnh vào mình. Tuy nhiên, sau can thiệp cả 2 tỷ lệ này đều tăng cao, điều đó cho thấy sự thay đổi tích cực từ phía người chăm sóc chính.

Với kỹ thuật tập cho người bệnh ngồi dậy từ tư thế nằm ngửa có đến 72,2% làm đúng và đủ các bước, so với nghiên cứu Nguyễn Văn Lệ tỷ lệ cao gấp 2 lần [4]. Và điều nhận

thấy rõ nhất là các bước trong kỹ thuật này NCSC đều thực hiện được trên 50%. Như vậy có thể cho rằng đây là kỹ thuật mà NCSC thực hiện nhiều lần trong ngày nó trở thành quen thuộc với họ mỗi khi muốn giúp người bệnh đi lại hoặc vệ sinh cá nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước can thiệp chỉ có 13% NCSC thực hiện đúng và đủ các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ trong đó có 2 động tác có tỷ lệ dưới 10% đó là dồn trọng lượng lên chân liệt và kỹ thuật bắc cầu điều này cho thấy NCSC chưa có kỹ năng tốt hoặc biết nhưng không đầy đủ để thực hiện tốt tất cả các động tác. Trên thực tế đây cũng là 2 kỹ thuật mang tính chất khó hơn so với các kỹ thuật khác nếu không được hướng dẫn tỷ mỉ và cẩn thận, điều đó lý giải vì sao NCSC không thực hiện tốt 2 kỹ thuật này. Nhận thấy rằng tỷ lệ NCSC thực hiện các động tác như gập duỗi khủy tay hoặc gập duỗi gối cao trên 80%. Có thể cho rằng đây là thao tác dễ thực hiện và đơn giản nhất, vì thế họ thực hiện nhiều lần. Tuy nhiên sau can thiệp tỷ lệ người chăm sóc chính làm đúng và đủ các bước đạt 98,1%, trong đó 2 động tác dồn trọng lượng lên chân liệt và bắc cầu tỷ lệ tăng cao nhất (gấp 10 lần trước can thiệp).

Về cách hướng dẫn, giúp người bệnh tối đa trong sinh hoạt hàng ngày nhờ dụng cụ trợ giúp chỉ có 13% NCSC thực hiện đúng và đủ các bước trong đó 2 bước: hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn và ngược lại và bước giúp người bệnh đứng dậy đều là 72,2% cao hơn rất nhiều lần so với 2 bước còn lại. Nhận thấy rất rõ rằng 2 bước đầu chính là những công việc xảy ra rất nhiều lần lặp đi lặp lại trong ngày. Cho nên NCSC làm tốt hơn 2 bước sau, 2 bước sau đòi hỏi phải có sự hướng dẫn, hỗ trợ của nhân viên y tế thì NCSC mới thực hiện được chính vì vậy đạt tỷ lệ thấp hơn (dưới 15%). Tuy nhiên sau khi được hỗ trợ, hướng dẫn từ nhân viên y tế thì tỷ lệ tăng cao đạt 90,7%.

Nhìn chung, kỹ năng thực hành của NCSC sau can thiệp đã tăng lên ở tất cả các bài tập. Điều này chứng tỏ can thiệp giáo dục, hướng dẫn thực hành đã có hiệu quả bước đầu và qua đó thấy được sự cần thiết và giá trị của việc hướng dẫn trực tiếp các bài tập phục hồi vận động cho NCSC trong thời gian người bệnh nằm viện, để họ có thể tiếp tục thực hiện phục hồi vận động cho người bệnh đột quỵ khi về nhà.

5. KẾT LUẬN

Trước can thiệp có 48,1% NCSC làm đúng và đủ các bước đặt NB ở tư thế nằm ngửa, 37% đặt NB ở tư thế nghiêng bên lành, 33,3% đặt NB ở tư thế nghiêng bên liệt. Sau can thiệp các chỉ số này lần lượt là 100%, 94,4%, 96,3%. Điểm trung bình đối với kỹ năng thực hành tư thế đúng là $10,56 \pm 2,82$ sau can thiệp tăng lên là $18,30 \pm 1,96$. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Đối với các động tác tập duy trì và tăng cường sức mạnh cơ làm đúng và đủ các bước trước can thiệp đạt 13% với điểm thực hành đạt $6,83 \pm 2,21$ điểm. Sau can thiệp các con số này đều tăng theo trình tự là 98,1% và $13,29 \pm 1,28$ ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết và giá trị của giáo dục sức khỏe qua hướng dẫn trực tiếp các bài tập phục hồi cho người nhà người bệnh đặc biệt là người chăm sóc chính và cần được thực hiện một cách thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Chương (2010). *Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Văn Đăng (2006). *Tai biến mạch máu não*, NXB Y học, Hà Nội.
3. Trần Trọng Hải (2007). *Nhu cầu và thực trạng cung cấp dịch vụ và PHCN cho người khuyết tật tại một số khu vực dân cư vùng đồng bằng châu thổ sông Hồng*, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Trường Đại học Y tế Công cộng.

4. Nguyễn Văn Lệ (2015). *Thực trạng và các yếu tố liên quan đến chăm sóc PHCN tại nhà cho người bệnh bị tai biến mạch máu não đã từng điều trị tại bệnh viện Hà Đông*, Luận văn thạc sỹ y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng.

5. Nguyễn Thị Xuyên, Trần Trọng Hải và Trần Quý Tường, chủ biên (2008). *Tài liệu số 1: Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não, 20 tài liệu kỹ thuật về phục hồi chức năng cho tuyến cộng đồng sử dụng*, Ban hành theo quyết định Quyết định số 1149/QĐ – BHYT ngày 01 tháng 4 năm 2008, Hà Nội.

6. American Heart Association (2016). *Impact of Stroke (Stroke statistics)*, web http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics_UCM_310728_Article.jsp#.WFaVEHyg_IV. accessed 28 October 2016

7. The Stroke Association (2010). *Physical effects of stroke. Factsheet 33*, web <https://www.stroke.org.uk/resources/physical-effects-stroke>. accessed 23 November 2016

8. Stein J and et al. (2003). *Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke*. Am. J. Phys. Med. Rehabil, 82(3), pp. 169 - 174.

9. Sveen U and et al. (2009). *Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke*. Disabil - Rehabil, 21(8), pp. 372-377.

10. C. Wolfe, Rudd, T (2008). *The burden of stroke. Raising awareness of the global toll of stroke-related disability and death*. SAFE (Stroke-Alliance-For-Europe)