

DOI: 10.59715/pntj.mp.2.2.9

## Kiến thức, thực hành về quản lý tổn thương do tì đè của điều dưỡng chăm sóc người bệnh giới hạn vận động

Vũ Hữu Thịnh<sup>1</sup>, Trương Thị Tú Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Trần Ngọc Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thái Thùy Dương<sup>1</sup>, Đường Hùng Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Phát<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Tổn thương do tì đè (TTDTĐ) gây ra gánh nặng kinh tế, ảnh hưởng đến người bệnh (NB), gia đình NB, hệ thống y tế và xã hội. Giảm tỉ lệ TTDTĐ là mục tiêu quan trọng của chiến lược đảm bảo an toàn người bệnh (ATNB). Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức, thực hành đúng về quản lý TTDTĐ và các yếu tố liên quan.

**Đối tượng - Phương pháp:** Thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả, khảo sát kiến thức và thực hành về quản lý tổn thương do tì đè của 43 điều dưỡng chăm sóc làm việc tại Khoa Hồi sức tích cực và Khoa Thần kinh, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi 45 câu đánh giá kiến thức và 26 câu tự đánh giá thực hành và thu thập các đặc điểm cá nhân điều dưỡng bao gồm tuổi, giới tính, đơn vị công tác, trình độ chuyên môn, thâm niên và số TTDTĐ chăm sóc trung bình 1 tháng.

**Kết quả:** Tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng là 86,1%, thực hành đúng là 60,5%. Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành và giữa kiến thức, thực hành, các đặc điểm giới tính, tuổi, đơn vị công tác, thâm niên của điều dưỡng ngoại trừ trình độ của điều dưỡng,  $p = 0,024$ . Điều dưỡng chăm sóc nhiều TTDTĐ hơn có điểm kiến thức cao hơn,  $p = 0,011$ .

**Kết luận:** Tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng khá cao nhưng không tương ứng với thực hành.

**Từ khóa:** Tổn thương do tì đè, điều dưỡng, người bệnh giới hạn vận động.

### Abstract

#### Nursing knowledge and practice on management of pressure injury of limited mobility patients

**Background:** Pressure Injury (PI) places a significant burden on geriatric patients, their families, and caregivers, resulting in a social and economic burden. Reducing the incidence of PI is an important objective of the patient safety strategy. This study aimed to determine the knowledge and practice of nurses on management of pressure injuries.

**Objective:** Determine the percentage of nurses who have correct knowledge and practice in the management of pressure injuries and find out the relationship between knowledge, practice and nursing characteristics.

**Material and methods:** We conducted a descriptive cross - sectional study, surveying the knowledge and practice of pressure injury management of 43 nursing staffs working at Critical Care Unit and the Neurology Department of University hospital. The study used a questionnaire of 45 knowledge assessment questions

Ngày nhận bài:

20/02/2023

Ngày phân biện:

03/3/2023

Ngày đăng bài:

20/4/2023

Tác giả liên hệ:

Trương Thị Tú Anh

Email: anh.ttt@umc.

edu.vn

ĐT: 0936 131 116

and 26 practice self - assessment questions and collected individual characteristics of nurses, including age, gender, working place, professional qualifications, seniority, and the average number of pressure injuries per month.

**Results:** The percentage of nurses with correct knowledge is 86.1%; correct practice is 60.5%. There was no statistically significant relationship between knowledge and practice, as well as between knowledge and practice and gender, age, work place, and seniority of nurses except for nursing qualification,  $p = 0.024$ . Nurses who take care of more PIs have higher knowledge scores,  $p = 0.011$ .

**Conclusion:** Nursing staffs had good knowledge of pressure injury management but did not improve in practice.

**Keywords:** Pressure injury, nursing, limited mobility patients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương do tì đè (TTDTĐ) gây ra gánh nặng kinh tế, ảnh hưởng đến người bệnh (NB), gia đình NB, hệ thống y tế và xã hội. Giảm tỉ lệ TTDTĐ là mục tiêu quan trọng của chiến lược đảm bảo an toàn người bệnh. Các can thiệp phòng ngừa TTDTĐ giúp giảm chi phí điều trị và đau đớn cho NB. Và chi phí điều trị TTDTĐ cao gấp 2,5 lần so với chi phí phòng ngừa [1]. Điều dưỡng (ĐD) đóng vai trò chính trong phòng ngừa TTDTĐ. Phần lớn điều dưỡng là người phát hiện sớm nhất các TTDTĐ trên các NB giới hạn vận động (liệt hoặc gãy xương). Kỹ năng và kiến thức đánh giá nguy cơ TTDTĐ giúp điều dưỡng quản lý TTDTĐ tốt hơn. Phân tích mối quan hệ giữa huấn luyện ĐD và khả năng chăm sóc của ĐD với các đối tượng bị TTDTĐ cho thấy các CTĐT giúp nâng cao khả năng chăm sóc của ĐD trên các đối tượng bị TTDTĐ, điều này thể hiện rõ trong việc nâng cao kiến thức, thực hành và thái độ của ĐD sau đào tạo [2]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng, thực hành đúng về quản lý tổn thương do tì đè và tìm mối liên hệ giữa các đặc điểm cá nhân điều dưỡng và kiến thức, thực hành của điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu là cơ sở xây dựng các chính sách và hướng dẫn thích hợp, ứng dụng thực hành dựa trên chứng cứ, và đào tạo liên tục giúp ĐD viên duy trì kiến thức và thực hành chăm sóc.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Khảo sát trên 43 điều dưỡng chăm sóc NB giới hạn vận động, đang làm việc tại Khoa Hồi sức tích cực và Khoa Thần kinh, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (BV

ĐHYD), có thâm niên công tác trên 6 tháng, không bao gồm các điều dưỡng làm công tác quản lý, hành chính hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. Mỗi điều dưỡng chỉ thực hiện khảo sát một lần. Nghiên cứu đã được cho phép bởi Hội đồng Khoa học BV ĐHYD và Hội đồng đạo đức Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. Chọn mẫu thuận tiện, xin phép lãnh đạo Khoa và thông báo về nghiên cứu đến ĐD chăm sóc tại Khoa Hồi sức tích cực, Khoa Thần kinh gồm khoa Ngoại Thần kinh và khoa Nội Thần kinh. ĐD nào đồng ý tham gia thì đăng ký vào danh sách cho đến khi đủ số mẫu ngưng nhận đăng ký. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ; áp dụng kết quả nghiên cứu của Đồng Nguyễn Phương Uyên [3], tính được cỡ mẫu tối thiểu là 6,2. Nhóm nghiên cứu dự kiến lấy mẫu tối thiểu là 30. Trên danh sách 4 kíp trực, chọn ngẫu nhiên 1 kíp, mời điều dưỡng tham gia vào nghiên cứu, tuy nhiên số ĐD đồng ý tham gia vào nghiên cứu không đủ cỡ mẫu tối thiểu. Nhóm nghiên cứu chọn tiếp tục kíp đối với kíp đã chọn và tổng số điều dưỡng đồng ý tham gia là 43 điều dưỡng, nhóm nghiên cứu không loại bất kỳ ĐD nào ra khỏi nghiên cứu.

### 2.1. Biến số

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi tự điền để thu thập dữ liệu, gồm 3 phần: phần A gồm có 6 câu hỏi về phân thông tin chung của ĐD; phần B là phần đánh giá kiến thức về quản lý TTDTĐ; phần C là bảng kiểm đánh giá thực hành nhận định, quản lý, phòng ngừa TTDTĐ trên lâm sàng do điều dưỡng tự đánh giá. Kiến thức quản lý TTDTĐ bao gồm định nghĩa, nguyên nhân, nguyên tắc điều trị, phân loại, đánh giá TTDTĐ, các can thiệp điều dưỡng bao gồm chăm sóc da, hỗ trợ bề mặt, hỗ trợ vận động, hỗ

trợ dinh dưỡng, chăm sóc tại chỗ TTĐTĐ, lựa chọn dung dịch chăm sóc và băng gạc phù hợp.

Các biến số đặc điểm cá nhân ĐD bao gồm: giới tính là biến nhị giá với 2 giá trị Nam, Nữ; năm sinh là biến thứ tự; đơn vị công tác là biến nhị giá với 2 giá trị Khoa Thần kinh, Khoa Hồi sức tích cực; trình độ chuyên môn là biến danh định bao gồm Trung cấp, Cao đẳng, Đại học, Sau đại học. Sau thu thập số liệu không có ĐD trình độ sau đại học, trình độ cao đẳng có 2 điều dưỡng, chuyển thành biến nhị giá gồm Đại học, Cao đẳng/trung cấp. Thâm niên là biến thứ tự. Số TTĐTĐ ĐD chăm sóc trung bình mỗi tháng là biến thứ tự gồm các giá trị từ 1 đến 5.

Biến số phụ thuộc là kiến thức và thực hành quản lý TTĐTĐ. Kiến thức được thu thập bằng 45 câu hỏi, mỗi câu 1 điểm. Biến số điểm kiến thức được mã hóa thành 1. Kiến thức đúng khi đạt từ 70% trở lên, trả lời đúng từ 32 câu trở lên, 0. kiến thức không đúng khi đạt dưới 70%, tương đương dưới 32 điểm. Thực hành được thu thập bằng kiểm gồm 26 nội dung, mỗi nội dung được đánh giá ở ba lựa chọn không bao giờ, thỉnh thoảng, luôn luôn. Điểm thực hành được ghi nhận là 2 điểm khi thực hành đúng và đủ, thực hiện đúng nhưng chưa đủ 1 điểm, không đúng 0 điểm. Điểm thực hành là biến liên tục, có giá trị từ 0 đến 52. Biến số điểm thực hành được mã hóa thành 1. Thực hành đúng khi đạt từ 70% trở lên, tương đương từ 37 điểm trở lên, 0. Thực hành không đúng khi đạt dưới 70%, tương đương dưới 37 điểm.

## 2.2. Các bước tiến hành

Sau khi thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức BV ĐHYD, nhóm nghiên cứu xin phép Trưởng khoa và ĐD trưởng Khoa Thần kinh và Khoa Hồi sức tích cực, BV ĐHYD, mời ĐD tham gia vào nghiên cứu, giải thích trực tiếp, rõ ràng mục đích nghiên cứu. Nếu ĐD đồng ý tham gia, mời ký tên vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Sau đó, ĐD thực hiện quét mã QR code, trả lời bộ câu hỏi đánh giá kiến thức và tự đánh giá thực hành theo bảng kiểm.

## 2.3. Công cụ thu thập dữ liệu

Nghiên cứu dùng bộ câu hỏi tự điền để thu thập dữ liệu. Bộ câu hỏi gồm các phần 3 phần. Phần A gồm có 6 câu hỏi về phần thông tin chung của ĐD. Phần B đánh giá kiến thức nhận định, quản lý, phòng ngừa LĐTĐ. Phần

C là bảng kiểm đánh giá thực hành nhận định, quản lý, phòng ngừa TTĐTĐ trên lâm sàng. Bộ câu hỏi sử dụng các nội dung trong Hướng dẫn quản lý và phòng ngừa TTĐTĐ của Hiệp hội TTĐTĐ Nhật Bản [4] và Bộ câu hỏi Kiến thức Phòng ngừa TTĐTĐ của Lopez Franco (2020) [2], bộ câu hỏi đã được kiểm tra về độ tin cậy và tính giá trị hệ số Cronbach's alpha là 0,90. Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng bảng kiểm đánh giá thực hành nhận định, quản lý, phòng ngừa TTĐTĐ trong nghiên cứu của Awad (2020) [5].

## 2.4. Kiểm soát sai lệch thông tin

Nghiên cứu viên giải thích trực tiếp, rõ ràng mục đích nghiên cứu, bộ câu hỏi rõ ràng, dễ hiểu, mỗi câu trả lời chỉ mang một ý nghĩa. Đối tượng nghiên cứu quét mã QR và trả lời bộ câu hỏi, không sai sót nhập liệu. Nghiên cứu viên hướng dẫn rõ ràng cách trả lời bộ câu hỏi trước khi các ĐD tiến hành trả lời. Trong thời gian 30 phút trả lời câu hỏi, các ĐD được yêu cầu không sao chép, không trao đổi, không truy cập internet và người thu thập số liệu không gợi ý câu trả lời.

## 2.5. Thống kê phân tích

Số liệu được làm sạch trước khi phân tích bằng phần mềm Stata 16.0. Kiểm định sự khác biệt về kiến thức, thực hành với các đặc điểm giới tính, đơn vị công tác, trình độ chuyên môn bằng phép kiểm Chi bình phương (hoặc Fisher). Phân tích hồi quy logistic tìm mối liên hệ giữa các biến số thâm niên, tuổi và tỉ lệ ĐD có kiến thức, thực hành đúng. Mối liên quan có ý nghĩa khi  $p < 0,05$  với khoảng tin cậy 95%.

## 2.6. Ý đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được cho phép bởi Hội đồng Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, số 120/GCN-HĐĐĐ, ngày 05/12/2021.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 là đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, nữ chiếm 95,3%, độ tuổi từ 23 - 29 chiếm 63,5%, tỉ lệ ĐD có thâm niên từ 5 năm trở lên chiếm 62,8%, trình độ đại học chiếm đa số với 32 ĐD (74,4%), ĐD có trình độ trung cấp và cao đẳng chiếm ít hơn 20,9% và 4,7%. Số TTĐTĐ ĐD chăm sóc trong một tháng thường từ 1 - 5 TTĐTĐ. ĐD làm việc tại Khoa Thần kinh là 53,5% và khoa Hồi sức tích cực 46,5%.

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 43)

Biến số		Tần số (Tỉ lệ %)	Trung bình (ĐLC)
Giới tính	Nam	2 (4,7)	
	Nữ	41 (95,3)	
Tuổi			29,8 (6,0)
Đơn vị công tác	Khoa Thần kinh	23 (53,5)	
	Khoa Hồi sức tích cực	20 (46,5)	
Trình độ chuyên môn	Trung cấp/Cao đẳng	11 (25,6)	
	Đại học	32 (74,4)	
Thâm niên			7,3 (6,1)
Số TTĐTĐ	≤ 2	17 (39,5)	2,1 (1,0)
	> 2	26 (60,5)	

### 3.2. Kiến thức về tổn thương do tê

Trong tổng số 43 ĐD tham gia nghiên cứu, điểm trung bình kiến thức là 33,2/45 điểm (ĐLC = 1,6), thấp nhất là 30 điểm và cao nhất là 37 điểm. Tỉ lệ ĐD có kiến thức đúng (đạt trên 70%) là 86,1%; tỉ lệ ĐD trả lời đúng các kiến thức về định nghĩa TTĐTĐ là 88,6%, đánh giá nguy cơ TTĐTĐ là 100%, các can thiệp phòng ngừa TTĐTĐ là 100%, kiểm tra và bảo vệ sự toàn vẹn của da là 93,2%, dinh dưỡng trong phòng ngừa và điều trị TTĐTĐ là 93%. Trong 45 câu hỏi kiến thức cơ bản về quản lý TTĐTĐ, tỉ lệ ĐD trả lời đúng dưới 50% ở 12 câu về nguyên nhân TTĐTĐ, phân độ TTĐTĐ, điều trị và chăm sóc tại chỗ TTĐTĐ, các biện pháp hỗ trợ phòng ngừa TTĐTĐ (bảng 2).

**Bảng 2.** Kiến thức của điều dưỡng về nhận định, quản lý và phòng ngừa TTĐTĐ (n = 43)

Biến số	Điểm trung bình (ĐLC)	Kiến thức đúng ≥ 70% (Tỉ lệ %)	Kiến thức đúng < 70% (Tỉ lệ %)
Kiến thức chung	33,2 (1,6)	37 (86,1)	6 (13,9)
Định nghĩa TTĐTĐ		38 (88,4)	5 (11,6)
Nguyên nhân TTĐTĐ		13 (30,2)	30 (69,7)
Đánh giá nguy cơ TTĐTĐ		43 (100)	0 (0)
Điều trị và chăm sóc tại chỗ TTĐTĐ		1 (2,3)	42 (97,7)
Kiểm tra và bảo vệ sự toàn vẹn của da		40 (93,0)	3 (7,0)
Các can thiệp phòng ngừa TTĐTĐ		37 (86,1)	6 (13,9)
Các biện pháp hỗ trợ phòng ngừa TTĐTĐ		15 (34,9)	28 (65,1)
Dinh dưỡng trong phòng ngừa và điều trị TTĐTĐ		40 (93,0)	3 (7,0)

### 3.3. Thực hành quản lý tổn thương do tê

Kết quả điểm thực hành trung bình của ĐD là 38,2/52 điểm (ĐLC = 4,7), thấp nhất là 30 điểm và cao nhất là 49 điểm. Tỉ lệ ĐD có thực hành đúng (đạt trên 70%) là 60,5%. Tỉ lệ ĐD thực hành đúng (đạt trên 70%) các thực hành về đánh giá nguy cơ TTĐTĐ là 41,9%, kiểm tra và bảo vệ sự toàn vẹn của da là 86%, các biện pháp hỗ trợ trong phòng ngừa TTĐTĐ là 39,5%, đánh giá dinh dưỡng và phối hợp với bác sĩ lập kế hoạch dinh dưỡng trong phòng ngừa và điều trị TTĐTĐ cho NB là 41,2%, tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB, người chăm sóc về các chăm sóc phòng ngừa TTĐTĐ là 48,5% (bảng 3).

**Bảng 3.** Thực hành của điều dưỡng về nhận định, quản lý và phòng ngừa TTDĐTĐ (n = 43)

Biến số	Điểm trung bình (ĐLC)	Thực hành đúng ≥ 70% (Tỉ lệ %)	Thực hành đúng < 70% (Tỉ lệ %)
Thực hành chung	38,2/52 (4,7)	60,5	39,5
Đánh giá nguy cơ TTDĐTĐ		18 (41,9)	25 (58,1)
Điều trị và chăm sóc tại chỗ TTDĐTĐ		11 (25,6)	32 (74,4)
Kế hoạch phòng ngừa TTDĐTĐ		37 (86,0)	6 (14,0)
Kiểm tra và bảo vệ sự toàn vẹn của da		37 (86,0)	6 (14,0)
Các biện pháp hỗ trợ phòng ngừa TTDĐTĐ		17 (39,5)	26 (60,5)
Dinh dưỡng trong phòng ngừa và điều trị TTDĐTĐ		40 (41,2)	3 (7,0)
Tư vấn - giáo dục sức khỏe về chăm sóc và phòng ngừa TTDĐTĐ		21 (48,8)	22 (51,1)

**3.4. Mọi liên hệ giữa các đặc điểm của điều dưỡng với kiến thức**

Kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với các đặc điểm chung của điều dưỡng như giới tính, tuổi, thâm niên, trình độ, đơn vị công tác, số TTDĐTĐ (Bảng 4).

**3.5. Mọi liên hệ giữa các đặc điểm của điều dưỡng và thực hành**

Kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức, thực hành với các đặc điểm chung của điều dưỡng như giới tính, tuổi, đơn vị công tác, số TTDĐTĐ. Tỉ lệ ĐĐ thực hành đúng trong nhóm ĐĐ có trình độ đại học cao hơn trong nhóm ĐĐ trung cấp hay cao đẳng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,009; phép kiểm Chi bình phương) (Bảng 5).

Ngoài ra không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành của điều dưỡng.

**Bảng 4.** Mọi liên hệ giữa kiến thức và các đặc điểm chung của điều dưỡng (n = 43)

Biến số	Kiến thức đúng ≥ 70%	Kiến thức đúng < 70%	p
Giới			
Nam	2 (100%)	0 (0%)	0,560**
Nữ	35 (85,4%)	6 (14,6%)	
Đơn vị công tác			
Khoa Thần kinh	21 (91,3%)	2 (8,7%)	0,286*
Khoa Hồi sức tích cực	16 (88,9%)	2 (11,1%)	
Trình độ			
Trung cấp/ Cao đẳng	10(90,9%)	1 (9,1%)	0,590**
Đại học	27 (84,4%)	5 (15,6%)	
Thâm niên			
≤ 3 năm	14 (37,8%)	23 (62,2%)	0,932*
> 3 năm	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
Tuổi	29,8	29,8	0,998***
Số TTDĐTĐ			
1 - 2 / tháng	14 (82,4%)	3 (17,6%)	0,572*
3 - 5 / tháng	23 (88,5)	3 (11,5%)	

\*Chi bình phương; \*\*Fisher; \*\*\*Hồi quy logistic

**Bảng 5.** Mối liên hệ giữa thực hành và các đặc điểm chung của điều dưỡng (n = 43)

<b>Biến số</b>	<b>Kiến thức đúng ≥ 70%</b>	<b>Kiến thức đúng &lt; 70%</b>	<b>p</b>
Giới			
Nam	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0,757**
Nữ	25 (85,4%)	16 (14,6%)	
Đơn vị công tác			
Khoa Thần kinh	16 (61,0%)	7 (39,0%)	0,191*
Khoa Hồi sức tích cực	10 (88,9%)	10 (11,1%)	
Trình độ			
Trung cấp/ Cao đẳng	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,009**
Đại học	23 (71,9%)	9 (28,1%)	
Thâm niên			
≤ 3 năm	9 (60,0%)	6 (40,0%)	0,964*
> 3 năm	17 (60,7%)	11 (39,3%)	
Tuổi	29,3	30,2	0,628***
Số TTĐTĐ			
1 - 2 / tháng	11 (64,7%)	6 (35,3%)	0,646*
3 - 5 / tháng	15 (57,7%)	11 (42,3%)	

\*Chi bình phương; \*\*Fisher; \*\*\*Hồi quy logistic

#### 4. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu là ĐD nữ chiếm đa số, phù hợp với phân phối giới tính của ngành ĐD, các nghiên cứu khác trên đối tượng ĐD như nghiên cứu thực hiện tại khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy cũng có tỉ lệ ĐD nữ tương đương 91,4%. Tỉ lệ ĐD tuổi từ 20 - 29 chiếm 56,8%, tương đương với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, tỉ lệ ĐD trung cấp chiếm đa số 90,1% [3]. Nghiên cứu trên được thực hiện vào năm 2011, hiện nay hầu hết ĐD đã và đang học tập nâng cao trình độ lên cử nhân để đáp ứng yêu cầu về phân cấp năng lực và phân công công việc tại Bệnh viện. Ngoài ra, trong những năm gần đây, yêu cầu trình độ tuyển dụng vào BVĐHYD là cử nhân điều dưỡng trở lên, nên tỉ lệ ĐD tại BV phần lớn là đại học.

Tỉ lệ ĐD có kiến thức đúng (đạt trên 70%) trong nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy của Đồng Nguyễn Phương Uyên và cộng sự là 85,2% [3], tương đương với kết quả của nghiên cứu tại BVĐHYD. Awali (2018) [6] đã thực hiện một nghiên cứu bán can thiệp, không nhóm chứng trên 100 ĐD nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo (CTĐT) phòng ngừa TTĐTĐ trên kiến thức, thái độ, thực hành của

ĐD. Nghiên cứu viên thực hiện đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc TTĐTĐ của ĐD trước CTĐT, ngay sau CTĐT, sau CTĐT hai tuần và một tháng. Điểm kiến thức đạt được trước CTĐT là 7,4/10 điểm (SD = 1,3), kết quả tương đồng với nghiên cứu tại BVĐHYD, ĐD có kiến thức khá tốt về quản lý TTĐTĐ. Các ĐD chăm sóc NB giới hạn vận động, có nguy cơ cao TTĐTĐ nên ĐD có thể được cung cấp kiến thức về quản lý TTĐTĐ từ các ĐD quản lý, ĐD đào tạo, các chuyên gia chăm sóc vết thương hoặc từ các hội nghị, hội thảo, đào tạo liên tục hằng năm.

Kết quả điểm thực hành trung bình trước CTĐT trong nghiên cứu của Awali (2018) [6] là 6,7/10 điểm (ĐLC = 2,9), kết quả tương đồng với nghiên cứu tại BVĐHYD. Tỉ lệ ĐD có thực hành đúng (đạt trên 70%) trong nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy của Đồng Nguyễn Phương Uyên và cộng sự là 43,2% [3], không tương ứng với kết quả kiến thức của ĐD là 85,2%. Điều này cũng tương ứng với nghiên cứu tại BVĐHYD, tỉ lệ thực hành đạt thấp hơn so với kiến thức. Tác giả Phương Uyên nhấn mạnh tầm quan trọng của tập huấn kiến thức cần gắn liền với thực hành. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ĐD thực hành đúng và đầy đủ các biện pháp hỗ trợ trong

phòng ngừa TTĐTĐ, đánh giá nguy cơ TTĐTĐ ở các thời điểm, đánh giá và phối hợp với bác sĩ lập kế hoạch dinh dưỡng trong phòng ngừa và điều trị TTĐTĐ cho NB, tư vấn - giáo dục sức khỏe cho người bệnh/ người chăm sóc về chăm sóc phòng ngừa TTĐTĐ là dưới 50%. Một số rào cản cũng được thu thập và phân tích trong nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy [3] và cũng là vấn đề chung của tất cả các BV, đặc biệt là các BV hạng I, hạng đặc biệt. Các rào cản trong chăm sóc phòng ngừa TTĐTĐ bao gồm: tình trạng thiếu nhân lực ĐD, một ĐD chăm sóc từ 2 đến 4 NB hạn chế vận động thật sự quá tải, không đủ thời gian để chăm sóc và phòng ngừa TTĐTĐ, đặc biệt NB tại khoa Thần kinh, Khoa Hồi sức tích cực là NB có nguy cơ TTĐTĐ cao cùng với tình trạng NB nặng, không hợp tác được, các chỉ định hạn chế vận động do tình trạng bệnh lý (cổ định cột sống cổ, cổ định cột sống thắt lưng, NB thở máy, tư thế fowler ...), NB có nhiều các thiết bị y tế điều trị, nuôi ăn... Vì vậy, không chỉ tập huấn kiến thức gắn liền với thực hành là cần thiết mà việc giảm thiểu các rào cản, sử dụng nguồn nhân lực hỗ trợ (ví dụ điều dưỡng cơ sở, nhân viên hỗ trợ chăm sóc), sử dụng các thiết bị, công cụ, dụng cụ hỗ trợ ĐD trong thực hành chăm sóc, xây dựng hệ thống thực hành và giám sát theo bảng kiểm, định kỳ trao đổi với những ĐD chăm sóc nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, đảm bảo an toàn NB hơn.

Awad (2020) [5] thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả CTĐT về phòng ngừa TTĐTĐ, kết quả nghiên cứu cho thấy tổng điểm trung bình về kiến thức của nữ ĐD cao hơn nam trước ( $94,11 \pm 3,29$ ). Kết quả nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy có tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm ĐD có tham gia 1 buổi học về TTĐTĐ trong vòng 1 năm so với các nhóm ĐD tham gia 1 buổi học về TTĐTĐ dưới 1 năm, 2 - 3 năm, trên 4 năm với tỉ lệ lần lượt là 59,4%, 27,5% và 5,8% ( $p = 0,029$ ) [3]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Awalí và cộng sự (2018) [6] cũng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của ĐD và tuổi, giới tính, trình độ học vấn và kể cả kinh nghiệm lâm sàng, đặc biệt nhóm ĐD đã từng tham dự hội thảo về TTĐTĐ, đã từng đọc một cuốn sách hoặc một bài báo về TTĐTĐ, đã từng đọc các hướng dẫn về phòng ngừa và xử lý PU của Hiệp hội

TTĐTĐ quốc gia cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu đánh giá hiệu quả huấn luyện ĐD sử dụng thang điểm đánh giá TTĐTĐ tại BV ĐHYD TPHCM trên kiến thức và thực hành sử dụng thang điểm TTĐTĐ DESIGN - R vào 3 thời điểm trước huấn luyện, ngay sau huấn luyện và 1 tháng sau huấn luyện. Điểm thực hành sử dụng thang đo TTĐTĐ sau huấn luyện 1 tháng có sự khác biệt giữa nhóm ĐD có thâm niên dưới 3 năm và nhóm ĐD có thâm niên từ 3 năm trở lên [7], điều này được giải thích các ĐD có thâm niên lâu hơn có sự nhận thức và thành thạo hơn trong công việc. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ĐD trên. Số lượng ĐD nam trong nghiên cứu này quá ít, không tương xứng về tỉ lệ với ĐD nữ, kết quả chưa tìm được sự khác biệt về kiến thức, thực hành giữa nam và nữ. Quản lý TTĐTĐ là nội dung chung các ĐD được học hỏi cùng nhau về kiến thức cũng như thực hành dựa trên kinh nghiệm chia sẻ cho nhau. Do vậy, kết quả đánh giá kiến thức và thực hành của ĐD không tìm thấy sự khác biệt mặc dù ở độ tuổi, thâm niên, đơn vị công tác, số TTĐTĐ chăm sóc có khác nhau.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ĐD thực hành đúng trong nhóm ĐD có trình độ đại học cao hơn trong nhóm ĐD trung cấp hay cao đẳng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,049$ ; kiểm định ANOVA). Awad (2020) [5] cũng tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu, tổng điểm trung bình của kiến thức của những người có trình độ cao (thạc sĩ và cử nhân) cao hơn 2 đối tượng còn lại trước CTĐT ( $P = 0,002$ ). Đối với thực hành, tổng điểm trung bình của các thực hành phòng ngừa TTĐTĐ của những người có trình độ cao (thạc sĩ và cử nhân) cao hơn 2 đối tượng còn lại, trước CTĐT ( $F = 3,554, P = 0,024$ ). Kết quả này có thể được giải thích nhận thức của các ĐD có trình độ cao hơn có tốt hơn nên việc ứng dụng vào thực hành tốt hơn, tuy nhiên, trong nghiên cứu này, các ĐD tự đánh giá thực hành theo bảng kiểm nên tính khách quan của kết quả có giới hạn.

Trong nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy, nhóm ĐD mới (thâm niên dưới 1 năm) có điểm thực hành thấp hơn nhóm ĐD từ 1 - 5 năm [3], tuy

nhiên kết quả này không thấy tại BV ĐHYD, có thể giải thích được vì các ĐD mới thường được sắp xếp làm việc kèm cùng một ĐD có kinh nghiệm trong thời gian 1 - 3 tháng nên đã học tập được. Tuy nhiên, việc đánh giá thực hành này do ĐD tự thực hiện nên tính khách quan không cao mặc dù đã được nghiên cứu viên và người thu thập số liệu giải thích không thu thập các thông tin cá nhân, kết quả đánh giá hoàn toàn không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến người tham gia.

Không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành của điều dưỡng. Kết quả tương tự với kết quả nghiên cứu tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy [3], Awad (2020) [5] thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả CTĐT về phòng ngừa TTDĐT. Trước và sau CTĐT, ĐD được đánh giá kiến thức về TTDĐT; các giai đoạn của TTDĐT, đánh giá nguy cơ và các yếu tố góp phần phát triển TTDĐT, các biện pháp phòng ngừa và điều trị TTDĐT. Tổng điểm 29 điểm tương đương đạt 100% bài kiểm tra và kết quả được phân thành 3 nhóm thấp (< 34%), trung bình (34 - 67%) và cao (> 67%). Kết quả nghiên cứu trước khi áp dụng các can thiệp, 75% ĐD có kiến thức kém về TTDĐT và cách phòng ngừa ở người lớn tuổi. Và 65% ĐD có mức độ thực hành phòng ngừa TTDĐT kém trước khi CTĐT. Xét mối tương quan giữa kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu, kết quả nghiên cứu xác định mối tương quan đáng kể được tìm thấy giữa kiến thức và thực hành trước CTĐT (hệ số tương quan Pearson = 0,467, P = 0,002).

Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về các nội dung đánh giá kiến thức và thực hành với nghiên cứu của Awali, tuy nhiên kết quả tỉ lệ ĐD có kiến thức và thực hành tốt (đạt trên 67%) cao hơn nhiều, lần lượt là 95,3% và 74,4%, đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Awad chưa từng tham gia bất kỳ CTĐT nào về phòng ngừa TTDĐT. ĐD tại BVĐHYD được tham gia các Hội nghị, Hội thảo về chăm sóc vết thương, quản lý phòng ngừa TTDĐT hằng năm. Có thể đây là lý do của kết quả khác biệt của hai nghiên cứu về tỉ lệ ĐD có kiến thức và thực hành đúng. Tuy nhiên, một CTĐT kiến thức và kỹ năng quản lý, phòng ngừa TTDĐT là cần thiết, đặc biệt là các nội dung ĐD đạt tỉ lệ đúng thấp.

## 5. KẾT LUẬN

ĐD có kiến thức đúng cao và thực hành đúng không tương ứng với kiến thức. Cần có các nghiên cứu sâu rộng hơn trên quần thể lớn hơn, có các chiến lược giảm thiểu rào cản trong thực hành chăm sóc, phòng ngừa TTDĐT. ĐD có kiến thức và thực hành không đúng trên 50% ở một số nội dung quản lý, phòng ngừa TTDĐT. Do đó, chương trình đào tạo kiến thức, kỹ năng quản lý TTDĐT là cần thiết. Ngoài ra, CTĐT kiến thức cần gắn liền với thực hành lâm sàng, đặc biệt là các nội dung đánh giá nguy cơ TTDĐT, phân độ TTDĐT đúng, áp dụng đầy đủ các biện pháp hỗ trợ phòng ngừa TTDĐT, nhận định tình trạng dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng phù hợp, tư vấn - giáo dục sức khỏe cho NB và người chăm sóc nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, phòng ngừa TTDĐT, đảm bảo mục tiêu an toàn NB.

## 6. DANH MỤC VIẾT TẮT

An toàn người bệnh	ATNB
Bệnh viện	BV
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh	BV ĐHYD
Chương trình đào tạo	CTĐT
Điều dưỡng	ĐD
Người bệnh	NB
Tổn thương do tì đè	TTĐTĐ
Pressure Injury	PI

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boyko T V, Longaker M T, Yang G P. Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Adv Wound Care (New Rochelle)* (2018); 7(2): 57-67.
2. López F, Parra L, Comino S , Pancorbo H. Development and psychometric properties of the Pressure Injury Prevention Knowledge questionnaire in Spanish nurses. *Int J Environ Res Public Health* (2020); 17: 30-63.
3. Đồng N P U, Lê T A T. Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng ngừa loét do tỳ đè của điều dưỡng Khoa Hồi sức Cấp cứu. *Tạp chí Y học TPHCM* (2011); 15(2): 1-7.
4. Ryoji T, Makiko T, Takafumi K, Yayoi N, Katsunori F, Tomoko O et al. *JSPU Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers*(3rd Ed.) (2014). Available at <http://www.jspu.org/pdf/Guidelines.pdf>.
5. Awad W H A, Hewi S A H. Effect of Pressure Ulcer Preventive Nursing Interventions on Knowledge, Attitudes and Practices of Nurses Among Hospitalized Geriatric Patients in Alexandria, Egypt. *Journal of Nursing and Health Science* (2020); 9(2):1-12.
6. Awali Z M, Nagshabandi E, Elgmail A. The Effect of Implementing Pressure Ulcer Prevention Educational Protocol on Nurses' Knowledge, Attitude and Practices. *Nursing and Primary Care*(2018);2(4):1-7.
7. Trương T T A, Nguyễn A T, Allison M. Hiệu quả huấn luyện sử dụng thang đo nhận định vết loét do tỳ đè DESIGN-R của điều dưỡng. *Tạp chí Y học TPHCM*(2017); 21(1):311-316.