

Nhận thức và thực hành của điều dưỡng trong đánh giá sáng (Delirium) tại Đơn vị Chăm sóc tích cực của Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec

Nursing perception and practice for delirium assessment at Intensive Care Unit of Vinmec Hospital

Nguyễn Thị Thủy*, Nguyễn Thị Hoa Huyền**,
Hoàng Lan Vân**, Vũ Thị Hồng*,
Trần Thị Thùy Dung*

*Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec-Timescity,
*Trường Đại học Vinuni

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả nhận thức và thực hành của điều dưỡng trong đánh giá sáng tại đơn vị chăm sóc tích cực và Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến đánh giá sáng của điều dưỡng tại đơn vị chăm sóc tích cực. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 95 điều dưỡng tại các đơn vị chăm sóc tích cực của Hệ thống Bệnh viện Vinmec trong thời gian từ 15/02/2022-15/04/2022. *Kết quả:* Có 61% điều dưỡng đánh giá sự hiện diện của sáng khi chăm sóc người bệnh hồi sức, 70% điều dưỡng chưa từng nghe hoặc chưa sử dụng công cụ đánh giá sáng. Tổng điểm nhận thức của điều dưỡng về sáng là $17,65 \pm 4,89$, cao hơn điểm trung bình của bộ câu hỏi. Không có mối liên quan giữa nhận thức và thực hành của điều dưỡng, tuy nhiên 36% điều dưỡng cho rằng công cụ đánh giá sáng quá phức tạp để sử dụng trong thực hành hàng ngày. *Kết luận:* Điều dưỡng có nhận thức tương đối tốt về sáng nhưng lại không thực hành tốt đánh giá sáng và sử dụng các công cụ chẩn đoán sáng. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức và thực hành của điều dưỡng về đánh giá sáng liên quan nhiều đến sự thiếu kiến thức

Từ khóa: Sáng, điều dưỡng, chăm sóc tích cực, nhận thức, thực hành, rào cản.

Summary

Objective: To describe the perceptions and practices of nurses in the intensive care unit in the assessment of delirium; to describe factors related to the perception and practice of delirium assessment of nurses. *Subject and method:* A cross-sectional study was used in 95 nurses working in intensive care units of the Vinmec health system from 15/02/2022 to 15/04/2022. *Result:* 61% of nurses assessed the presence of delirium, 70% of nurses had never heard or never used any delirium assessment tool. The total score of nurses' perception of delirium was 17.65 ± 4.89 , higher than the mean score of the questionnaire. There was no association between nursing awareness and practice regarding delirium assessment; however, 36% nurses perceived that the delirium assessment tool is too complex to use in daily routine. *Conclusion:* Nurses ICU have a relatively good awareness of delirium but do not practice well in assessing delirium and using diagnostic tools for delirium. The factors influencing to these perception and behaviour are strongly related to the lack of knowledge.

Keywords: Delirium, nurse, ICU, perception, practice, barrier.

Ngày nhận bài: 29/7/2022, ngày chấp nhận đăng: 17/9/2022

Người phản hồi: Nguyễn Thị Thủy, Email: thuykullen4551100@gmail.com - Bệnh viện ĐKQT Vinmec Time city

1. Đặt vấn đề

Sảng là một hội chứng đặc trưng bởi sự khởi phát nhanh chóng và dao động của tình trạng tinh thần, chủ yếu liên quan đến sự chú ý và nhận thức [1]. Ước tính 10-30% người bệnh (NB) nhập viện xuất hiện sảng vào một thời điểm nào đó trong quá trình nằm viện, tỷ lệ này cao hơn trong nhóm NB có nguy cơ gồm: NB cao tuổi (ước tính 60%), NB cao tuổi sau phẫu thuật (89%), NB điều trị tại đơn vị chăm sóc tích cực (41%) [2], [3]. Với NB điều trị tại đơn vị chăm sóc tích cực, sảng xảy ra ở 60% đến 87% NB nội khoa và sau phẫu thuật có thở máy; 50% đến 70% NB nội khoa không thở máy [4], [5]. Sảng là một yếu tố dự báo mạnh về việc tăng tỷ lệ đặt lại ống nội khí quản, tăng thời gian thở máy, tăng thời gian nằm tại hồi sức, tăng tỷ lệ mắc bệnh, tăng chi phí, và các biến chứng lâu dài, bao gồm suy giảm nhận thức và rối loạn chức năng tâm thần kinh kéo dài [6].

Điều dưỡng, đặc biệt điều dưỡng tại đơn vị chăm sóc tích cực là người có vai trò quan trọng trong đánh giá và phát hiện sớm tình trạng sảng của NB vì họ có thời gian tiếp xúc nhiều nhất với NB [4], [6]. Vì vậy, việc điều dưỡng hồi sức nhận thức và đánh giá phát hiện sớm các triệu chứng của sảng có thể ngăn ngừa, làm giảm những hậu quả của sảng đến NB. Tuy nhiên điều dưỡng thường không có đủ kiến thức và các công cụ đánh giá hỗ trợ phát hiện sảng [6], [7]. Việc sử dụng các công cụ đánh giá sảng không thật sự phổ biến ở các đơn vị chăm sóc tích cực, vì vậy sảng thường bị bỏ qua và không được phát hiện [8]. Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu về nhận thức và đánh giá sảng của điều dưỡng nhưng ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Điều dưỡng làm việc tại Đơn vị chăm sóc tích cực trong khoảng thời gian từ ngày 15/02/2022- ngày 15/04/2022.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. 95 trên tổng số 115 điều dưỡng đang làm việc tại Đơn vị Chăm sóc tích cực.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Điều dưỡng làm việc tại Đơn vị Chăm sóc tích cực từ 6 tháng trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại Đơn vị Chăm sóc tích cực của 6 bệnh viện trong chuỗi hệ thống Vinmec gồm: Vinmec Timescity, Đông Bắc, Đà Nẵng, Nha Trang, Central park và Phú Quốc trong thời gian từ 15/02/2022-15/04/2022.

Công cụ thu thập số liệu: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi có sẵn, thiết kế gồm 2 phần.

Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu và các chương trình đào tạo đánh giá an thần và sảng mà họ đã trải nghiệm trước đó.

Phần 2: Bộ câu hỏi có chỉnh sửa từ bộ "Nhận thức và thực hành của điều dưỡng về sảng trong đơn vị chăm sóc tích cực" của Devlin và công sự (2008) gồm 3 phần: (1) Nhận thức về sảng, (2) Thực hành đánh giá sảng và (3) Các yếu tố liên quan đến đánh giá sảng. Về phần nhận thức, tổng điểm của phần này dao động từ 0 đến 32 điểm, tổng điểm trung bình của phần nhận thức này là 16 điểm với điểm trung bình mỗi câu hỏi là 2 điểm, điểm càng cao thì nhận thức càng cao.

Phương pháp tiến hành

Quy trình dịch bộ câu hỏi: Bộ câu hỏi được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt qua quy trình dịch ngược. Sau đó, phiên bản Tiếng Việt được tiến hành kiểm định nội dung qua hai giai đoạn. *Giai đoạn 1:* Bộ câu hỏi sau khi được dịch đã được thẩm định lại bởi 5 chuyên gia gồm cả bác sĩ và điều dưỡng hồi sức để đánh giá. Với nội dung mỗi câu hỏi từ 80% người tham gia phản hồi tốt thì bộ câu hỏi đạt, nếu dưới 80% thì sẽ sửa lại theo ý kiến góp ý. *Giai đoạn 2:* Bộ câu hỏi sau đó được nghiên cứu thử nghiệm trên 30 điều dưỡng ngoại khoa và kiểm định độ tin cậy Cronback alpha cho các nhóm câu hỏi. Độ tin cậy của bộ câu hỏi về nhận thức, thực hành và rào cản ở mức chấp nhận được với Cronbach's alpha đều trên 0.7.

Quy trình thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được gửi cho tất cả các điều dưỡng trong danh sách dưới

dạng link bộ câu hỏi / mã QR thông qua mail nội bộ của bệnh viện

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20 phân tích với các thuật toán thống kê y học.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Trong 95 điều dưỡng, điều dưỡng làm việc tại Bệnh viện Vinmec-Timescity chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%). Tuổi trung bình của điều dưỡng là $31,67 \pm 4,4$, thấp nhất là 25 tuổi và cao nhất là 49 tuổi. Số năm trung bình làm việc tại Đơn vị Chăm sóc tích cực là $6,26 \pm 4,021$, cao nhất là 27 năm và thấp nhất là 1 năm.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 95)

Đặc điểm		Số lượng n	Tỷ lệ %	Tổng
Giới	Nam	38	40	100%
	Nữ	57	60	
Bằng cấp cao nhất	Trung cấp	1	1	100%
	Cao đẳng	24	25,3	
	Đại học	65	68,4	
	Sau đại học	5	5,3	
Vị trí hiện tại	Điều dưỡng viên	75	78,9	100%
	Điều dưỡng trưởng tua	12	14,8	
	Điều dưỡng trưởng	4	4,2	
	Khác	2	2,1	
Đào tạo về an thần	Có	67	70,5	100%
	Không	28	29,5	
Đào tạo về sáng	Có	36	37,9	100%
	Không	59	62,1	

Tỷ lệ điều dưỡng nam và nữ là 40% và 60%; Bằng cấp chủ yếu của điều dưỡng là bằng đại học chiếm 68,4%, vị trí điều dưỡng viên chiếm tỷ lệ cao nhất (78,9%). Có 70,55% điều dưỡng đã được đào tạo về an thần cao hơn so với tỷ lệ đã được đào tạo về sáng là 37,97%.

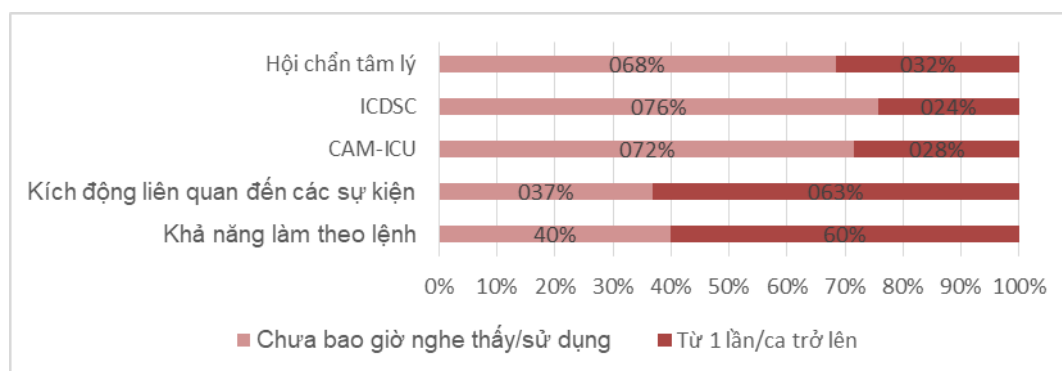
3.2. Thực hành của điều dưỡng về đánh giá sáng

Bảng 2. Thực hành liên quan đến đánh giá an thần và sáng tại Đơn vị Chăm sóc tích cực

Thực hành liên quan đến đánh giá an thần và sáng tại đơn vị chăm sóc tích cực		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tổng
Đơn vị chăm sóc tích cực của bạn có hướng dẫn về sử dụng thuốc an thần và đánh giá an thần không	Có	84	88,4	100%
	Không	11	11,6	
	Không chắc	0	0	
Trong hướng dẫn an thần có chỉ dẫn về một tần suất đánh giá sáng không	Có	40	42,1	100%
	Không	33	34,7	
	Không chắc	22	23,2	

Thực hành liên quan đến đánh giá an thần và sáng tại đơn vị chăm sóc tích cực		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tổng	
Tần suất đánh giá mức độ an thần/ca làm việc (ca 12 giờ)	Không đánh giá	15	15,8	100%	
	Có	1 lần/ca	18		18,9
		2-3 lần/ca	39		41,1
		4-6 lần/ca	16		16,8
		> 6 lần/ca	7		7,4
Tần suất đánh giá sự hiện diện của sáng/ca làm việc (ca 12 giờ)	Không đánh giá	37	39	100%	
	Có	1 lần/ca	14		14,7
		2-3 lần/ca	29		30,5
		4-6 lần/ca	11		11,6
		> 6 lần/ca	4		4,2

Có 88,4% điều dưỡng cho biết đơn vị chăm sóc tích cực của họ có hướng dẫn về an thần, 42,1% điều dưỡng biết về chỉ dẫn đánh giá sáng được quy định trong hướng dẫn về an thần. Khi chăm sóc người bệnh có dùng thuốc an thần, 84,2% điều dưỡng đánh giá mức độ an thần, 61% điều dưỡng có đánh giá sự hiện diện của sáng.



Biểu đồ 1. Tần suất sử dụng các công cụ/cách đánh giá sáng

Trong số các công cụ/cách dùng để đánh giá sự hiện diện của sáng, đánh giá sáng bằng phương pháp ‘kích động liên quan đến các sự kiện’ và ‘khả năng làm theo lệnh’ được sử dụng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 63,2% và 60%. Phương pháp sử dụng công cụ CAM-ICU và ICDSC ít được sử dụng (trên 70%).

3.3. Kết quả về nhận thức

Bảng 3. Điểm nhận thức trung bình của điều dưỡng về sáng

Ý kiến	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sáng là một vấn đề hay bị chẩn đoán bỏ sót	2,59	0,962
Sáng là một đáp ứng hay gặp ở môi trường hồi sức	2,75	0,934
Sáng là một vấn đề yêu cầu các can thiệp hành động như 1 phần của chăm sóc điều dưỡng	2,91	0,759
Sáng liên quan đến tỷ lệ tử vong cao ở người bệnh	2,39	0,926
NB ICU bị sáng hiếm khi kích động	1,69	1,102
Phương pháp sử dụng thuốc ban đầu như haloperidol nên được can thiệp ngay từ đầu cho tất cả người bệnh sáng	2,32	0,959

Ý kiến	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Đánh giá sáng cho người bệnh ICU đang là thách thức	2,56	0,975
Người bệnh sáng thường có các triệu chứng xuất hiện liên tục trong suốt ca làm việc của điều dưỡng	2,44	0,997
Tổng điểm nhận thức trung bình	17,65	4,892

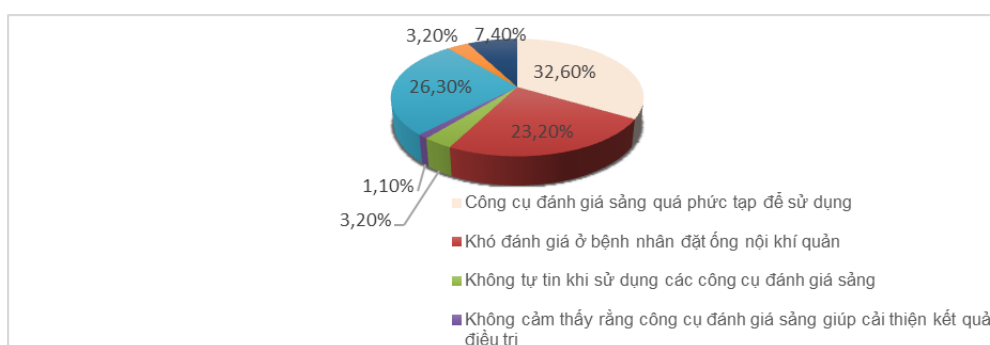
Tổng điểm trung bình của phần nhận thức về sáng là $17,65 \pm 4,892$, cao hơn điểm trung bình của bảng câu hỏi là 16 điểm. Điểm trung bình cao nhất là "Sáng là một vấn đề yêu cầu các can thiệp hành động như 1 phần của chăm sóc điều dưỡng" với $2,91 \pm 0,759$ điểm và điểm trung bình thấp nhất là "NB ICU bị sáng hiếm khi kích động" với $1,69 \pm 1,102$ điểm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhận thức và thực hành đánh giá sáng

Biến số	Tổng điểm nhận thức về sáng		
	Hạng trung bình	Phép kiểm	Z, p
Đánh giá sáng	Có đánh giá sáng	Mann-Whitney	0,245
	Không đánh giá sáng		0,806

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tổng điểm nhận thức trung bình và thực hành đánh giá sáng (Mann-Whitney test với $p > 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tổng điểm nhận thức và thực hành đánh giá sáng và giữa tổng điểm nhận thức và các yếu tố như nơi làm việc, tuổi, năm kinh nghiệm, bằng cấp và vị trí làm việc (Mann-Whitney test với $p > 0,05$).

3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đánh giá sáng của điều dưỡng



Biểu đồ 3. Các yếu tố khó khăn cho điều dưỡng khi đánh giá sáng

Tỷ lệ các yếu tố gây khó khăn cho điều dưỡng khi đánh giá sáng cao nhất là "công cụ đánh giá sáng quá phức tạp để sử dụng" chiếm tỷ lệ 32,6%, sau đó là "không có các tài liệu phù hợp để đánh giá" chiếm 26,3% và "khó đánh giá ở bệnh nhân đặt ống nội khí quản" chiếm 23,2%.

4. Bàn luận

4.1. Nhận thức của điều dưỡng về sáng

Kết quả của nghiên cứu cho thấy nhận thức của điều dưỡng hồi sức về sáng ở mức cao hơn trung

bình của bộ câu hỏi. Đa số các điều dưỡng đều đồng ý với các câu hỏi được đưa ra, tương đương với điểm trung bình cho mỗi câu hỏi là trên 2 điểm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu một số tác giả trước đó, cũng cho kết quả nhận thức của những điều dưỡng cao hơn điểm số trung bình của bộ câu hỏi nghiên cứu [9], [10]. Cụ thể hơn, kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng có nhận thức cao với các ý kiến cho rằng sáng là một vấn đề hay gặp ở môi trường hồi sức, sáng là một vấn đề hay bị chẩn đoán bỏ sót và sáng yêu cầu các can thiệp như một phần chăm sóc của điều dưỡng. Nghiên cứu của các tác giả Delvin, Ozzsaban và Fereshte Biyabanaki, cũng có kết quả

tương tự [4], [8], [10]. Với câu hỏi “Người bệnh sáng hiếm khi giữ được bình tĩnh”, điểm trung bình của câu hỏi này thấp nhất so với các câu hỏi khác, với 1,69 điểm, kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của một số nghiên cứu trước đó [4], [10]. Nhưng trên thực tế, sáng tăng động, biểu hiện bằng sự kích động của người bệnh lại ít phổ biến hơn (chiếm 11%) so với sáng loại giảm động (chiếm 36%) và sáng hỗn hợp (53%) [11], [12]. Điều này cho thấy sự kích động, cấu kính của người bệnh được chú ý và quan tâm nhiều hơn là các trạng thái giảm động, thu mình và cũng bởi sáng loại giảm động khó nhận biết hơn sáng tăng động.

4.2. Thực hành của điều dưỡng về đánh giá sáng

Có 42,1% điều dưỡng trong nghiên cứu này biết trong hướng dẫn đánh giá và sử dụng thuốc an thần có chỉ dẫn về một tần suất đánh giá sáng, 34,7% không biết và 23,2% không chắc về điều này. Trong nghiên cứu của Devlin (2008) và Fereshte Biyabanaki (2020) có gần một nửa điều dưỡng nói rằng họ không kiểm tra xem có chỉ dẫn về sáng trong hướng dẫn an thần của họ hoặc họ không chắc chắn về điều đó [4], [10]. Tỷ lệ này chưa cao có thể do điều dưỡng không kiểm tra, tìm hiểu kỹ về hướng dẫn đánh giá an thần và sử dụng thuốc an thần dù thang điểm có đề cập đến việc sử dụng CAM-ICU để đánh giá sáng trong thang điểm RASS khi $RASS \geq -3$ [13].

Có 84,2% điều dưỡng đánh giá mức độ an thần trong ca làm việc của họ và 61% điều dưỡng có đánh giá sự hiện diện của sáng. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Fereshte Biyabanaki và cộng sự năm 2020 lần lượt là 87,2% và 74,5% [10], nghiên cứu của Delvin và cộng sự năm 2008 là 98% và 47% [4]. Tuy nhiên, so với tỷ lệ đánh giá mức độ an thần thì tỷ lệ đánh giá sáng của điều dưỡng vẫn thấp hơn nhiều. Điều này có thể do các điều dưỡng thiếu kiến thức về tầm quan trọng của sáng trong đơn vị chăm sóc tích cực [4]. Trong nghiên cứu này, 75,8% điều dưỡng không sử dụng (gồm chưa nghe thấy/chưa bao giờ sử dụng) công cụ ICDSC và 71,6% không sử dụng CAM-ICU để đánh giá sự hiện diện của sáng. Trong nghiên cứu Delvin và cộng sự năm 2008, tỷ lệ điều dưỡng sử dụng CAM-ICU và ICDSC để đánh giá sáng trong ca làm việc 12 tiếng của họ lần lượt là 36% và 11% [4], nghiên cứu của Fereshte

Biyabanaki năm 2020, tỷ lệ trên lần lượt là 53% và 16% [10], của Aysel Özşaban cho kết quả 4,4% điều dưỡng sử dụng công cụ CAM-ICU, 4% sử dụng thang ICDSC [8]. Trên thực tế, cả CAM-ICU và ICDSC đều là 2 công cụ được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để đánh giá sáng trên người bệnh nhưng CAM-ICU được biết đến và sử dụng rộng nhất do độ nhạy, độ chính xác, ít tốn thời gian đặc biệt trên bệnh nhân nằm hồi sức [11], [13]. Tuy vậy, tỷ lệ điều dưỡng sử dụng CAM-ICU để đánh giá còn thấp (28,4%), thay vào đó 60% điều dưỡng sử dụng cách đánh giá sáng dựa trên đánh giá khả năng làm theo lệnh và 63,2% đánh giá sáng dựa trên sự kích động liên quan đến các sự kiện, tác động đến người bệnh như thủ thuật, can thiệp, chăm sóc, thuốc... Đó là cách cách đánh giá mang tính chủ quan. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ điều dưỡng sử dụng thang điểm CAM-ICU để đánh giá sáng còn thấp [2], [4], [10].

4.3. Mối liên quan giữa nhận thức và thực hành đánh giá sáng với một số yếu tố

Không có mối liên quan giữa nhận thức về sáng và thực hành đánh giá sáng ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự các nghiên cứu trước đó, dù hầu hết điều dưỡng đều coi sáng là một vấn đề nghiêm trọng với bệnh nhân hồi sức [8], [10]. Dù các nhà nghiên cứu luôn mong đợi rằng một người có hiểu biết cao hơn về đối tượng có thể thể hiện một cách tốt hơn, nhưng kết quả của các nghiên cứu hiện tại lại trái ngược với điều này. Có thể giải thích lý do cho kết quả này là ngoài cung cấp kiến thức đầy đủ thì các yếu tố khác như mục đích, sự phù hợp và hệ thống giám sát liên tục việc đánh giá sáng sẽ đem lại hiệu quả cao hơn. Không có sự khác biệt về tỷ lệ có đánh giá và không đánh giá sáng với các yếu tố như nơi làm việc, tuổi, năm kinh nghiệm, bằng cấp và vị trí làm việc (với $p > 0,05$).

4.4. Các yếu tố tác động đến nhận thức và thực hành đánh giá sáng của điều dưỡng

Trong bảng câu hỏi các yếu tố gây khó khăn với điều dưỡng khi đánh giá sáng thì yếu tố gây khó khăn là sự phức tạp của công cụ đánh giá, các yếu tố tiếp theo là “khó đánh giá sáng ở người bệnh đặt ống nội khí quản” và “không tự tin khi sử dụng công cụ đánh giá sáng”. Kết quả này khá tương đồng với

các nghiên cứu trước bao gồm: Sự hiện diện của ống nội khí quản, sự phức tạp của các công cụ đánh giá sáng và khó đánh giá sáng ở người bệnh an thần, và việc bác sĩ không sử dụng các đánh giá điều dưỡng để đưa ra quyết định điều trị [2], [10]. Một số yếu tố khác thiếu thời gian, thiếu kiến thức về sáng cũng nằm trong nhóm các yếu tố mà điều dưỡng cho là gây khó khăn nhất khi đánh giá sáng [4]. Tuy nhiên, cả CAM-ICU và ICDSC đều được thiết kế và có thể sử dụng để đánh giá sáng trên người bệnh có ống nội khí quản. Do đó, điều này có vẻ liên quan nhiều hơn đến sự thiếu kiến thức của điều dưỡng về sáng nói chung và đánh giá sáng nói riêng.

Những yếu tố khác tác động đến đánh giá sáng của điều dưỡng như không đủ thời gian thực hiện đánh giá, điều dưỡng không được yêu cầu theo dõi sáng, bác sĩ đã hoàn thành đánh giá sáng hay bác sĩ không sử dụng đánh giá của điều dưỡng trong việc đưa ra các quyết định của họ chỉ có một phần nhỏ điều dưỡng lựa chọn. Kết quả này cũng tương tự những nghiên cứu trước đó [4], [8], [10]. Do đó, có thể khẳng định những yếu tố này không tác động và gây khó khăn nhiều cho điều dưỡng khi đánh giá sáng trên người bệnh tại đơn vị chăm sóc tích cực và cũng cho thấy rằng vai trò và chức năng của người điều dưỡng đang ngày càng độc lập hơn.

5. Kết luận

Từ kết quả của nghiên cứu này có thể kết luận rằng điều dưỡng tại Đơn vị Chăm sóc tích cực Hệ thống y tế Vinmec có nhận thức tương đối tốt về sáng nhưng lại không thực hành tốt trong việc đánh giá sáng và sử dụng các công cụ chẩn đoán sáng mặc dù đã có các hướng dẫn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, các yếu tố ảnh hưởng đến đánh giá sáng của điều dưỡng liên quan nhiều đến sự thiếu kiến thức về sáng.

Khuyến nghị

Cần thiết kế và thực hiện các chương trình đào tạo phù hợp để cải thiện nhận thức và thực hành của điều dưỡng trong phát hiện, đánh giá và chăm sóc người bệnh sáng tại đơn vị chăm sóc tích cực.

Tài liệu tham khảo

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC.
- Meunier JM (2010) *Practices and perceptions of delirium assessment by critical care nurses*. Nursing Theses and Capstone Projects: 185.
- Greer N, Rossom R, Anderson P, MacDonald R, Tacklind J, Rutks I, Wilt TJ (2011) *Delirium: Screening, prevention, and diagnosis: A systematic review of the evidence*. Department of Veterans Affairs (US), Washington (DC).
- Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, Marshall J (2008) *Assessment of delirium in the Intensive Care Unit: Nursing practices and perceptions*. American Journal of Critical Care. November 17: 10.
- Marra A, Pandharipande PP, Patel MB (2017) *ICU Delirium and ICU-related PTSD*. Surg Clin North Am 97(6): 1215-1235.
- Demir Korkmaz F, Gok F, Yavuz Karamanoglu A (2016) *Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium*. Nurs Crit Care 21: 279-286.
- Van Gool WA, Van de Beek D, (2010) *Systemic infection and delirium: When cytokines and acetylcholine collide*. Lancet 375: 773-775.
- Özsaban A (2016) *Delirium assessment in intensive care units: Practices and perceptions of Turkish nurses*. Nurs Crit Care 21(5): 271-278.
- Law TJ (2012) *A survey of nurses' perceptions of the intensive care delirium screening checklist*. Dynamics 23: 18-24.
- Biyabanaki F, Arab M, Dehghan M (2020) *Iranian nurses perception and practices for delirium assessment in Intensive Care Units*. Indian J Crit Care Med 24: 955-959.
- Arumugam S, El-Menyar A, Al-Hassani A, Strandvik G, Asim M, Mekkodithal A, Mudali I, Al-Thani H (2017) *Delirium in the Intensive Care Unit*. J Emerg Trauma Shock 10(1): 37-46.
- Faria Rda S, Moreno RP (2013) *Delirium in intensive care: An under-diagnosed reality*. Rev Bras Terapia Intensiva 25: 137-147.
- Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB (2017) *The ABCDEF Bundle in critical care*. Crit Care Clin 33(2): 225-243.