

Thái độ của điều dưỡng trong việc theo dõi các dấu hiệu sinh tồn tại các bệnh viện trong Hệ thống y tế Vinmec

Nursings' attitude in monitoring the vital signs in the Vinmec Healthcare system

Ngô Mạnh Cường*, Nguyễn Thị Hoa Huyền**,
Hoàng Lan Vân**, Đào Hải Nam*

*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City,
*Trường Đại học VinUni, Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thái độ của điều dưỡng trong theo dõi dấu hiệu sinh tồn tại các bệnh viện trong Hệ thống y tế Vinmec. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thái độ của điều dưỡng trong theo dõi dấu hiệu sinh tồn tại các bệnh viện trong Hệ thống y tế Vinmec. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi tự điền V-Scale, được thực hiện từ tháng 12/2021 đến 05/2022 trên điều dưỡng viên đang làm việc tại các khoa điều trị nội trú trong các bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec. *Kết quả:* Có 327 điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu, với: Độ tuổi dưới 30 tuổi (44%) và từ 31-45 tuổi (51,1%), đa phần là nữ giới (81,7%), có trình độ đại học (62,0%), và có thâm niên công tác trên 5 năm (78,5%). Điểm trung bình thái độ của điều dưỡng về theo dõi dấu hiệu sinh tồn là $55,9 \pm 5,8$. Tuổi và thâm niên công tác được xác định là hai yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến điểm đánh giá thái độ của điều dưỡng trong việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn với giá trị $p < 0,05$. *Kết luận:* Thực trạng thái độ của điều dưỡng đối với việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn để phát hiện sớm diễn biến xấu của người bệnh ở mức tích cực khá thấp. Cùng với các quan niệm sai lầm về mức độ quan trọng của các dấu hiệu sinh tồn và việc không nhận ra những thiếu hụt kiến thức về dấu hiệu sinh tồn chỉ ra nhu cầu về tái đào tạo cho điều dưỡng về kiến thức liên quan đến dấu hiệu sinh tồn và nâng cao nhận thức về giá trị quan trọng trong việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

Từ khóa: Thái độ, điều dưỡng, dấu hiệu sinh tồn.

Summary

Objective: To assess the attitude of nurses in monitoring vital signs in hospitals of Vinmec Health system. To find out some factors related to the attitude of nurses in monitoring vital signs at hospitals of Vinmec Health system. *Subject and method:* A cross-sectional descriptive study using self-completed questionnaire V-Scale, conducted from December 2021 to May 2022 on nurses working in inpatient departments in hospitals of the Vinmec Medical system. *Result:* There were 327 nurses participating in the study with age of under 30 years old (44%) and died 31-45

Ngày nhận bài: 29/7/2022, ngày chấp nhận đăng: 10/8/2022

Người phản hồi: Ngô Mạnh Cường, Email: ngomanhcuongicu@gmail.com - Bệnh viện ĐKQT Vinmec Time City

years old (51.1%), most of them were female (81.7%), university degree (62.0%), and seniority over 5 years (78.5%). The mean score of nurses' attitudes about monitoring vital signs was 55.9 ± 5.8 . Age and working seniority were determined as two factors that had a statistically significant influence on the nursing attitude assessment score in monitoring vital signs with $p < 0.05$. *Conclusion:* The actual status of nurses' attitude towards monitoring vital signs to early detect the patient's deterioration was modest. Together with misconceptions about the importance of vital signs and the failure to recognize vital signs deficits point to the need for retraining of nurses in knowledge related to vital signs and raising awareness of the importance of vital signs monitoring.

Keywords: Attitude, nursing, vital signs.

1. Đặt vấn đề

Sự thay đổi cấp tính các dấu hiệu sinh tồn (DHST) thường xảy ra trước khi xuất hiện một biến cố bất lợi ngoài ý muốn của người bệnh (NB) trên lâm sàng, một trong các biến cố này có thể kể đến là ngừng tuần hoàn [2]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, đã có sự thay đổi cấp tính các DHST từ vài phút đến hàng giờ trước khi xảy ra một biến cố bất lợi trên lâm sàng, điều này có thể được xác định thông qua theo dõi DHST đầy đủ, chính xác và nhất quán [5], [7]. Theo dõi DHST là cần thiết để phát hiện và xử lý sớm những thay đổi cấp tính dẫn đến tình trạng NB xấu đi trên lâm sàng với khả năng làm giảm các biến cố bất lợi không mong muốn như ngừng tim phổi hay phải chuyển người bệnh đến một khoa hồi sức mà không có kế hoạch [15]. Mặc dù vậy, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng các DHST đã không được đo lường, ghi lại đầy đủ hoặc báo cáo một cách nhất quán [3], [10].

Cho đến nay trên thế giới đã có những nghiên cứu đánh giá thực trạng kiến thức, kỹ năng thực hành và thái độ của điều dưỡng (ĐD) đối với việc theo dõi DHST. Kết quả cho thấy ĐD có kiến thức cơ bản và kỹ năng thực hành tốt trong việc theo dõi DHST [13]. Tuy nhiên, một số điều dưỡng viên chưa có thái độ tích cực trong việc theo dõi DHST [11]. Việc tìm hiểu thực trạng thái độ của ĐD trong theo dõi dấu

DHST là rất quan trọng, kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng để xây dựng những biện pháp can thiệp nhằm thúc đẩy vai trò của ĐD trong việc phát hiện sớm và báo cáo kịp thời diễn biến xấu của NB. Tuy nhiên, trong nước vẫn chưa có tài liệu nào đề cập đến vấn đề này. Chính vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục tiêu: *Khảo sát thái độ của ĐD đối với việc theo dõi các DHST tại các bệnh viện trong Hệ thống y tế Vinmec, (2) Xác định các yếu tố liên quan đến thái độ của điều dưỡng trong việc theo dõi DHST tại các bệnh viện trong hệ thống y tế Vinmec.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là các ĐD trực tiếp theo dõi-chăm sóc NB điều trị nội trú và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu tại chuỗi bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec. Thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2021 đến tháng 05/2022. Phương pháp chọn mẫu phân tầng, gồm 7 bệnh viện chia thành 7 tầng, mẫu quan sát lựa chọn ngẫu nhiên đơn giản bằng hàm Random/Excel theo danh sách và tỷ lệ số quan sát tại các tầng. Với cỡ mẫu dự kiến $n = 354$.

Bộ công cụ nghiên cứu gồm 3 phần. Phần A: Thông tin nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu. Phần B: Thang đo đánh

thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST. Nghiên cứu sử dụng thang đo V-scale được phát triển bởi Wenqi Mok và cộng sự [11]. Bộ câu hỏi gồm 16 câu hỏi về 5 yếu tố: Kỹ thuật đo DHST, thông tin, báo cáo DHST, khối lượng công việc, dấu hiệu quan trọng, kiến thức. Các câu hỏi tính điểm theo thang Likert 5. Tổng điểm thái độ dao động từ 16-80 điểm, điểm thái độ càng cao thì thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST được đánh giá là tích cực hơn. Bộ công cụ đã được dịch sang tiếng Việt theo quy trình [14] và

kiểm định độ tin cậy với giá trị Cronbach's Alpha là 0,85.

Nghiên cứu này đã được cho phép thực hiện bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Vinmec.

Số liệu sau thu thập được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Có 327 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ phản hồi đạt 92,4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 327)

Đặc điểm	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi	≤ 30 tuổi	144	44
	31-45 tuổi	167	51,1
	> 45 tuổi	16	4,9
Giới tính	Nam	60	18,3
	Nữ	267	81,7
Trình độ	Cao đẳng	112	34,3
	Đại học	203	62,0
	Sau đại học	12	3,7
Loại hình đào tạo	Hệ chính quy	211	64,5
	Hệ liên thông	116	35,5
Thâm niên	< 3 năm	9	2,8
	3-5 năm	61	18,7
	> 5 năm	257	78,5

Bảng 1 cho thấy đa phần đối tượng nghiên cứu là nữ (81,7%), độ tuổi từ 31-45 (51,1%), trình độ đào tạo đại học (62%), và thâm niên làm việc là trên 5 năm (78,5%).

3.2. Thái độ của ĐD đối với việc theo dõi các DHST để phát hiện sớm tình trạng NB xấu đi trên lâm sàng

Bảng 2. Thái độ ĐD đối với việc theo dõi DHST (n = 327)

Thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST (sử dụng thang đo V-Scale)	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Phân vân n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Yếu tố 1: Kỹ thuật đo DHST					
B1. Tần số thở thường được ước tính trong quá trình theo dõi các dấu hiệu sinh tồn	36 (11,0)	96 (29,4)	18 (5,5)	164 (50,1)	13 (4,0)

thường quy ở những người bệnh ổn định.					
B2. Kết quả đo tần số thở bằng thiết bị điện tử tương đương với đếm thủ công.	13 (4,0)	88 (26,9)	41 (12,5)	169 (51,7)	16 (4,9)
B3. Việc sử dụng máy đo SpO ₂ sẽ làm giảm sự cần thiết của việc đếm tần số thở.	32 (9,8)	206 (63,0)	28 (8,6)	55 (16,8)	6 (1,8)
B4. Tôi thường ghi nhận tần số thở của bệnh nhân người lớn trong giới hạn bình thường từ 12 đến 20 lần/phút nếu SpO ₂ nằm trong giới hạn bình thường.	34 (10,4)	148 (45,3)	19 (5,8)	120 (36,7)	6 (1,8)
Yếu tố 2: Thông tin và báo cáo DHST					
B5. Tôi tự tin báo cáo được các dấu hiệu sinh tồn xấu đi của người bệnh để cho bác sĩ hoặc điều dưỡng phụ trách nhóm đến kiểm tra lại người bệnh.	8 (2,4)	11 (3,4)	4 (1,2)	245 (74,9)	59 (18,1)
B6. Tôi sẽ liên tục thông báo lại cho bác sĩ hoặc điều dưỡng phụ trách nhóm về những thay đổi của dấu hiệu sinh tồn nếu không có hành động kịp thời nào được thực hiện.	10 (3,1)	8 (2,4)	4 (1,2)	248 (75,8)	57 (17,5)

Bảng 2. Thái độ ĐD đối với việc theo dõi DHST (n = 327) (Tiếp theo)

Thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST (sử dụng thang đo V-Scale)	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Phân vân n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Yếu tố 3: Khối lượng công việc					
B7. Việc theo dõi các dấu hiệu sinh tồn tốn nhiều thời gian.	42 (12,8)	241 (73,8)	19 (5,8)	25 (7,6)	0 (0)
B8. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn là một công việc nhàm chán.	91 (27,8)	210 (64,2)	4 (1,2)	15 (4,6)	7 (2,2)
B9. Việc theo dõi các dấu hiệu sinh tồn đầy đủ và chính xác thường bị bỏ qua do thiếu thời gian.	44 (13,5)	214 (65,4)	17 (5,2)	52 (15,9)	0 (0)
B10. Tôi cảm thấy quá tải khi phải cố gắng hoàn thành việc theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo tần suất khác nhau cho những người bệnh của tôi "VD: Theo hàng giờ, 2 giờ, 4 giờ, .../ lần"	44 (13,5)	208 (63,6)	35 (10,7)	37 (11,3)	3 (0,9)
Yếu tố 4: Dấu hiệu quan trọng					
B11. SpO ₂ là một chỉ số đáng tin cậy trong việc phản ánh các dấu hiệu sớm của rối loạn chức năng hô hấp hơn là tần số thở.	11 (3,4)	86 (26,3)	33 (10,1)	168 (51,3)	29 (8,9)
B12. Huyết áp thường là thông số đầu tiên phản ánh sự bất thường khi người bệnh có diễn biến xấu đi.	9 (2,8)	120 (36,7)	54 (16,5)	128 (39,1)	16 (4,9)
B13. Giá trị tần số thở là dấu hiệu kém quan trọng nhất khi người bệnh có diễn biến xấu đi.	59 (18,0)	203 (62,1)	16 (4,9)	47 (14,1)	2 (0,6)
Yếu tố 5: Kiến thức					
B14. Tôi có thể giải thích được ý nghĩa các	2	11	54	248	12

chỉ số sinh tồn liên quan đến tình trạng bệnh của người bệnh bằng kiến thức sinh lý học và sinh lý bệnh.	(0,6)	(3,4)	(16,5)	(75,8)	(3,7)
B15. Kiến thức của tôi trong việc phiên giải ý nghĩa các chỉ số sinh tồn để xác định tình trạng xấu đi của người bệnh còn hạn chế.	11 (3,4)	141 (43,1)	65 (19,9)	107 (32,7)	3 (0,9)
B16. Những thay đổi về dấu hiệu sinh tồn không được điều dưỡng xử trí chính xác và thích đáng “ví dụ: những can thiệp phù hợp của điều dưỡng chậm hoặc không có”	21 (6,4)	184 (56,3)	36 (11,0)	84 (25,7)	2 (0,6)

Bảng 2 cho thấy: 54,1% ĐD thường ước tính tần số thở khi theo dõi DHST cho NB ổn định; 38,5% ghi nhận tần số thở trong giới hạn bình thường 12-20 lần/phút ở NB người lớn nếu SpO₂ trong giới hạn bình thường; 60,1% ĐD cho rằng SpO₂ là chỉ số quan trọng phản ánh sớm rối loạn chức năng hô hấp; 44% cho rằng huyết áp thường là thông số đầu tiên phản ánh sự bất thường khi NB có diễn biến xấu đi; 79,5% ĐD đồng ý và rất đồng ý là có thể giải thích được ý nghĩa các chỉ số sinh tồn liên quan đến tình trạng bệnh của NB bằng kiến thức sinh lý học và sinh lý bệnh; 46,5% không đồng ý và rất không đồng ý với việc còn hạn chế về kiến thức trong việc phiên giải ý nghĩa các chỉ số sinh tồn để xác định tình trạng xấu đi của NB.

Bảng 3. Tổng điểm thái độ của ĐD trong việc theo dõi DHST (n = 327)

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
Tổng điểm thái độ	55,9	5,8	36,0	71,0

Bảng 3 cho thấy điểm trung bình thái độ của ĐD đối với việc theo dõi các DHST là $55,9 \pm 5,8$ nằm ở giới hạn thấp của mức điểm đồng ý (54,5-67,2 điểm) trên thang đo V-Scale.

3.3. Yếu tố liên quan đến thái độ ĐD đối với việc theo dõi các DHST

Bảng 4. Yếu tố liên quan đến thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST

Yếu tố liên quan		Điểm trung bình thái độ (SD)	t/F	p-value
Độ tuổi ^b	≤ 30 tuổi	55,4 (5,8)	3,47	0,03
	3-45 tuổi	56,6 (5,5)		
	> 45 tuổi	53,3 (6,9)		
Giới tính ^b	Nam	56,0 (6,8)	0,18	0,86
	Nữ	55,9 (5,5)		
Trình độ ^b	Cao đẳng	55,6 (5,7)	0,43	0,65
	Đại học	56,2 (5,8)		
	Sau đại học	55,1 (7,9)		
Loại hình đào tạo ^a	Hệ chính quy	55,8 (5,8)	-0,54	0,59
	Hệ liên thông	56,2 (5,7)		
Thâm niên ^b	< 3 năm	50,3 (4,8)	4,55	0,01
	3-5 năm	56,4 (5,1)		
	> 5 năm	56,0 (5,9)		

Chuyên khoa làm việc ^b	Nội	56,0 (5,9)	1,08	0,37
	Ngoại	55,5 (5,3)		
	Sân	54,4 (3,9)		
	Nhi	56,5 (6,3)		
	Hồi sức cấp cứu	56,5 (6,3)		
	Hậu phẫu	55,5 (4,0)		
Bệnh viện đang công tác ^b	Vinmec Times City	55,7 (5,9)	1,43	0,2
	Vinmec Centre Park	59,2 (6,3)		
	Vinmec Nha Trang	56,2 (6,0)		
	Vinmec Đà Nẵng	55,2 (4,8)		
	Vinmec Phú Quốc	55,0 (4,7)		
	Vinmec Hải Phòng	56,7 (6,2)		
	Vinmec Hạ Long	56,8 (6,4)		

^aKiểm định Independent Samples T-Test, ^bKiểm định One-way ANOVA.

Bảng 4 cho thấy độ tuổi và thâm niên là 2 yếu tố nhân khẩu học có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm đánh giá thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST với giá trị p lần lượt là 0,03 và 0,01.

4. Bàn luận

4.1. Thái độ của ĐD trong theo dõi DHST

Trung bình tổng điểm thái độ của ĐD tham gia nghiên cứu trên thang đo V-Scale là $55,9 \pm 5,8$ điểm. Số điểm này nằm mức giới hạn thấp của khoảng điểm thể hiện quan điểm đồng ý (54,5-67,2 điểm) cho thấy thái độ của ĐD trong theo dõi DHST ở mức tích cực khá thấp. Thực trạng thái độ tích cực đối với việc theo dõi DHST ở mức thấp cũng được kết luận trong nghiên cứu của tác giả Abdualrahman Saeed Alshehry với điểm trung bình trên thang đo V-Scale là $2,95 \pm 0,44$ [1]. Xem xét thái độ của ĐD tham gia nghiên cứu thể hiện về kỹ thuật đo DHST: Kết quả thu được 54,1% ĐD thường ước tính tần số thở khi theo dõi DHST cho NB ổn định, 38,5% ghi nhận tần số thở trong giới hạn bình thường 12-20 lần/phút ở NB người lớn nếu SpO₂ trong giới hạn bình thường. Cho thấy một thực tế là tần số thở, một chỉ số quan trọng trong các

DHST đã bị bỏ qua việc đo đạc và được ghi nhận một các ước đoán, việc này phản ánh thái độ chưa tích cực của ĐD đối với việc theo dõi DHST. Trong một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận được tần số thở là DHST ít được ghi lại nhất và thường bị bỏ sót nhất trong hồ sơ của bệnh viện [4], [9]. Về dấu hiệu quan trọng: 60,1% ĐD cho rằng SpO₂ là chỉ số quan trọng phản ánh sớm rối loạn chức năng hô hấp; 44% cho rằng huyết áp thường là thông số đầu tiên phản ánh sự bất thường khi NB có diễn biến xấu đi có sự thay đổi rất sớm khi NB có tình trạng thay đổi cấp tính. Quan điểm cho thấy ĐD chưa phân biệt được giá trị của SpO₂ và tần số thở là 2 chỉ số cung cấp các thông tin khác nhau về tình trạng hô hấp của NB. Các nghiên cứu đã chứng minh chỉ số SpO₂ không phải là một chỉ số cụ thể xác định tình trạng bệnh nặng [8], [6]. Bởi giai đoạn đầu tình trạng xấu đi của NB thì tần số thở tăng lên để bù trừ cho việc tăng nhu cầu oxy của cơ thể do đó SpO₂ có thể vẫn trong giới hạn bình thường. Kết quả này chỉ ra sự thiếu hụt những kiến thức cơ sở về thay đổi sinh lý của các DHST. Có tỷ lệ cao: 79,5% ĐD đồng ý và rất đồng ý là có thể giải thích được ý nghĩa các chỉ số sinh tồn liên quan

đến tình trạng bệnh của NB bằng kiến thức sinh lý học và sinh lý bệnh; 46,5% không đồng ý và rất không đồng ý với việc còn hạn chế về kiến thức trong việc phiên giải ý nghĩa các chỉ số sinh tồn để xác định tình trạng xấu đi của NB. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Wenqi Mok [1]. Cho thấy các ĐD không nhận ra sự thiếu hụt kiến thức về DHST của họ.

4.2. Các yếu tố liên quan đến thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST

Về thâm niên: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm thái độ của ĐD giữa các nhóm thâm niên trong khoảng tin cậy 95% ($p=0,01$). Nhóm có thâm niên từ 3-5 năm và trên 5 năm có thái độ tích cực hơn nhóm có thâm niên dưới 3 năm. Kết quả cho thấy ĐD có số năm thâm niên làm việc lớn hơn có nhiều trải nghiệm nghề nghiệp và có nhiều thời tích lũy kinh nghiệm sẽ có thái độ tích cực hơn. Điểm này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Wenqi Mok [11], cho kết quả ĐD có trên 5 năm kinh nghiệm là yếu tố ảnh hưởng đến thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST (với $\beta = 0,128$; $p<0,05$). Tuy nhiên, về độ tuổi cho thấy nhóm từ 31-45 tuổi có thái độ tích cực hơn so với nhóm trên 45 tuổi. Với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình điểm thái độ trong khoảng tin cậy 95% ($p=0,03$). Kết quả mâu thuẫn với kết quả của yếu tố thâm niên và khác biệt với nghiên cứu của tác giả Wenqi Mok [11]. Song có thể giải thích phần nào bởi phân tích nhóm trên 45 tuổi cho thấy có tổng số 16 đối tượng, có tuổi thấp nhất là 47 tuổi cao nhất 58 tuổi, số năm kinh nghiệm trên 20, có gần 70% ĐD có trình độ cao đẳng và loại hình đào tạo liên thông. Do vậy, có thể việc thực hành theo dõi DHST đã được thực hiện theo thói quen và đôi lúc đã bỏ qua tầm quan trọng của chúng, tình trạng này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu về việc theo dõi DHST của tác giả Rose L [12].

Nhìn chung, nghiên cứu này cho thấy thái độ của ĐD đang làm việc tại các khoa điều trị nội trú ở các bệnh viện Vinmec đối với việc theo dõi DHST có mức độ tích cực còn thấp. Điều này cho thấy nhu cầu tái đào tạo để cải thiện thái độ của các ĐD đối với việc theo dõi các DHST để phát hiện sớm tình trạng xấu đi của NB. Đào tạo cần tập trung vào việc bổ sung kiến thức thiếu hụt về sinh lý học, sinh lý bệnh và bệnh học để phát triển các kỹ năng lý luận lâm sàng để cho phép các ĐD có thể giải thích được những thay đổi về DHST với thông tin bệnh bệnh lý của NB và áp dụng kiến thức của họ về sinh lý học và sinh lý bệnh để xác định sớm các dấu hiệu suy giảm cấp tính.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu áp dụng thang đo V-Scale lần đầu được áp dụng tại Việt Nam và cũng chưa có nhiều nơi trên thế giới áp dụng. Vì vậy, chưa có nhiều tài liệu và số liệu thống kê để so sánh kết quả nghiên cứu. Việc phát hiện ra sự thiếu hụt về kiến thức, khả năng giải thích đầy đủ sự thay đổi cấp tính của các DHST của ĐD và các ĐD dường như không biết về sự thiếu hụt kiến thức của họ còn chưa được lượng giá một cách cụ thể. Nghiên cứu trong tương lai cần xem xét tích hợp thêm công cụ để đánh cụ thể kiến thức và thực hành của ĐD về các DHST.

5. Kết luận

Thực trạng thái độ của ĐD đối với việc theo dõi DHST để phát hiện sớm diễn biến xấu của NB được khảo sát tại các bệnh viện trong hệ thống y tế Vinmec cho thấy thái độ tích cực của ĐD còn ở mức thấp. Các ĐD có những quan niệm sai lầm về các chỉ số sinh tồn do sự thiếu hụt kiến thức. Trong khi đó, dường như các ĐD không nhận thấy sự thiếu hụt kiến thức của họ. Hai yếu tố là tuổi và thâm niên công tác được xác định là yếu tố liên quan đến thái độ của ĐD trong việc theo dõi DHST.

Từ nghiên cứu trên, chúng tôi khuyến nghị: Việc đào tạo liên tục là cần thiết, giúp ĐD bổ sung, cập nhật kiến thức trong đánh giá, theo dõi DHST cũng như áp dụng kiến thức vào thực tế lâm sàng để nâng cao khả năng lý luận và giải thích được một cách phù hợp với sự thay đổi cấp tính các DHST, giúp ĐD nhận ra được tầm quan trọng của theo dõi đúng DHST. Đặc biệt cho nhóm ĐD có thâm niên thấp hơn 3 năm công tác và nhóm trên 45 tuổi được xác định là có thái độ kém tích cực hơn trong kết quả nghiên cứu. Từ đó, thay đổi thái độ tích cực hơn của ĐD trong thực hành theo dõi DHST.

Tài liệu tham khảo

1. Alshehry AS, Cruz JP, Bashtawi MA et al (2021) *Nursing students' knowledge, competence and attitudes towards vital signs monitoring during clinical practice.* J Clin Nurs 30(5-6): 664-675.
2. Andersen LW, Kim WY, Chase M et al (2016) *The prevalence and significance of abnormal vital signs prior to in-hospital cardiac arrest.* Resuscitation 98: 112-117.
3. Chen J, Hillman K, Bellomo R et al (2009) *The impact of introducing medical emergency team system on the documentations of vital signs.* Resuscitation 80(1): 35-43.
4. De Meester K, Van Bogaert P, Clarke SP et al (2013) *In-hospital mortality after serious adverse events on medical and surgical nursing units: A mixed methods study.* J Clin Nurs 22(15-16): 2308-2317.
5. Fagan K, Sabel A, Mehler PS et al (2012) *Vital sign abnormalities, rapid response, and adverse outcomes in hospitalized patients.* Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual 27(6): 480-486.
6. Goldhill DR and McNarry AF (2004) *Physiological abnormalities in early warning scores are related to mortality in adult inpatients.* Br J Anaesth 92(6): 882-884.
7. Harrison GA, Jacques TC, Kilborn G et al (2005) *The prevalence of recordings of the signs of critical conditions and emergency responses in hospital wards the SOCCER study.* Resuscitation 65(2): 149-157.
8. Hodgetts TJ, Kenward G, Vlachonikolis IG et al (2002) *The identification of risk factors for cardiac arrest and formulation of activation criteria to alert a medical emergency team.* Resuscitation 54(2) 125-131.
9. Kellett J and Sebat F (2017) *Make vital signs great again - A call for action.* Eur J Intern Med 45: 13-19.
10. Leuvan CHV and Mitchell I (2008) *Missed opportunities? An observational study of vital sign measurements.* Crit Care Resusc J Australas Acad Crit Care Med 10(2): 111-115.
11. Mok W, Wang W, Cooper S et al (2015) *Attitudes towards vital signs monitoring in the detection of clinical deterioration: Scale development and survey of ward nurses.* Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care 27(3): 207-213.
12. Rose L and Clarke SP (2010) *Vital signs.* Am J Nurs 110(5): 11.
13. Sari HY, Yöntem SÇ, Demir D et al (2012) *1879 Pediatric nurses knowledge and attitudes toward vital signs.* Arch Dis Child 97(2): 530-530.
14. Sidani S, Guruge S, Miranda J et al (2010) *Cultural adaptation and translation of measures: An integrated method.* Res Nurs Health 33(2): 133-143.
15. Smith GB, Prytherch DR, Schmidt P et al (2006) *Hospital-wide physiological surveillance-a new approach to the early identification and management of the sick patient.* Resuscitation 71(1): 19-28.

