

GAO TIẾP VỚI NGƯỜI BỆNH CÓ Ý THỨC THÔNG KHÍ NHÂN TẠO TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỤC-CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phan Thị Loan¹, Ngô Thị Lý¹, Đào Trọng Quân², Nguyễn Thị Phương Thanh¹
¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, ² Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 51 người bệnh nhằm đánh giá thực trạng áp dụng qui trình giao tiếp với người bệnh có ý thức thông khí nhân tạo tại khoa HSTC- CĐ. 100% người bệnh trong nhóm nghiên cứu được áp dụng qui trình đánh giá tìm ra những chức năng, kỹ năng để lựa chọn hình thức giao tiếp, các kỹ năng đánh giá theo qui trình đạt từ 94,12 đến 100%. Các kỹ năng vận động được đánh giá còn từ đạt trên 90%, chức năng vận động còn từ 43,1% đến 90,2%. Mỗi người bệnh được sử dụng ít nhất 3 hình thức giao tiếp, hình thức giao tiếp được sử dụng nhiều nhất là lắc, gật 90,2%, ra hiệu bằng

tay là 70,6%, đọc môi 66,7%. Việc sử dụng qui trình đã thu nhận được các khó khăn và trạng thái tâm lý của người bệnh thông khí nhân tạo: 100% người bệnh cảm giác đau, khó chịu khi hút đờm qua canuyn khí quản, nội khí quản, trên 90% người bệnh có cảm giác bất lực khi không nói được(96,1%), khát nước, rối loạn giấc ngủ do ống nội khí quản, canuyn khí quản(96,1%), trạng thái tâm lý lo lắng, tức giận, thất vọng gặp ở trên 60% người bệnh thông khí nhân tạo với tần xuất 1 đến 3 lần trong một ngày. Cần trang bị, tập huấn thêm cho điều dưỡng kỹ năng giao tiếp, nhất là giao tiếp phi ngôn ngữ.

Từ khóa: Giao tiếp, thông khí nhân tạo

COMMUNICATING MORTAL HEALTH INJURIES IN ATTENTIONAL HEALTH - RESISTANCE TO THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

ABSTRACT

This study was conducted with 51 patient to assess reality about application of communicated process in patient with mechanical ventilation in ICU. Accounted for 100% patients who is applied assessment to find out functions and skill to choose communicated form. All of skill, which is applied assessment, ranged from 94,12% to 100%. Skill of motion remained more than 90%, functions motion remained from 43,1% to 90,2%. Each patient used at least 3

communicated forms. The most commonly communicated form is nod and shake their head, accounted for 90,2%; signal by hand is 70,6%, move their lips is 66,7%. The application of communicated process help collecting difficults and psychological status of patients with mechanical ventilation: 100% patients had pain and uncomfortable when suctioning of phlegm through endotracheal canula, more than 90% patients had useless feeling, thirsty, sleep disorder because of endotracheal canula. More than 60% patients had anxiety, angry, disappointment which occur 1 to 3 times per day. It is necessary to provide and training for nurse communicated skill, especially non-verbal communication.

Keywords: Communication, mechanical ventilation

Người chịu trách nhiệm: Phan Thị Loan
Email: phanloan967@gmail.com
Ngày phản biện: 10/9/2018
Ngày duyệt bài: 12/10/2018
Ngày xuất bản: 22/10/2018

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Giao tiếp với người bệnh là điều cần thiết để cải thiện chất lượng và an toàn của các dịch vụ chăm sóc y tế [1]. Bệnh nhân trong ICU thường mất khả năng nói và khả năng giao tiếp vì đặt nội khí quản hoặc mở khí quản. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy có mối liên quan giữa việc mất khả năng nói và phản ứng cảm xúc tiêu cực ở những bệnh nhân ICU, chẳng hạn như sự thất vọng, căng thẳng, lo âu và trầm cảm [3],[4]. Bên cạnh đó, sự khó khăn trong giao tiếp sẽ ngăn cản người bệnh bày tỏ những ý kiến, nhu cầu của họ trong quá trình được điều trị và chăm sóc tại ICU và điều này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả chăm sóc, điều trị của cho người bệnh [8]. Các phương pháp truyền thông thường được sử dụng nhiều nhất với bệnh nhân nặng, như đọc môi, cử chỉ, và gập đầu... [5]. Tuy nhiên để tìm ra phương thức giao tiếp phù hợp cho từng người bệnh để đáp ứng nhu cầu thông tin liên lạc mất rất nhiều thời gian và còn gây khó khăn cho cả người bệnh và nhân viên y tế [5]. Trên thực tế hiện nay thì việc giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh có ý thức thông khí nhân tạo tại khoa HSTC- CĐ bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên còn chưa thực sự hiệu quả. Việc lựa chọn hình thức giao tiếp cũng như các phương tiện phục vụ cho giao tiếp này hầu như chưa có trong khi đó trên thế giới hiện nay đã có những phương tiện hiện đại để phục vụ cho quá trình giao tiếp với người bệnh thông khí nhân tạo như EL, AAC, ống nội khí quản nói, Cauyn nói [6] Với điều kiện thực tế Việt Nam cũng như tại khoa, chúng tôi thấy rằng việc cần xây dựng một quy trình giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh thông khí nhân tạo có ý thức là cần thiết. Sau khi nghiên cứu các tài liệu cũng như các nghiên cứu lâm sàng liên quan, nhóm nghiên cứu đã xây dựng một quy trình đánh giá người bệnh có ý thức thông khí nhân tạo để lựa chọn phương pháp giao tiếp phù hợp từ tháng 02 năm 2017. Vì vậy chúng tôi tiến

hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng quy trình giao tiếp với người bệnh có ý thức thông khí nhân tạo tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh có ý thức được thông khí nhân tạo đang điều trị tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh có ý thức được thông khí nhân tạo với điểm RSS ≥ -3 và CAM-ICU (-).

Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2017 đến tháng 10/2017 tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả các đối tượng nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong thời gian nghiên cứu, đã chọn được 51 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2.3. Phương pháp tiến hành:

2.2.3.1. Các bước thực hiện

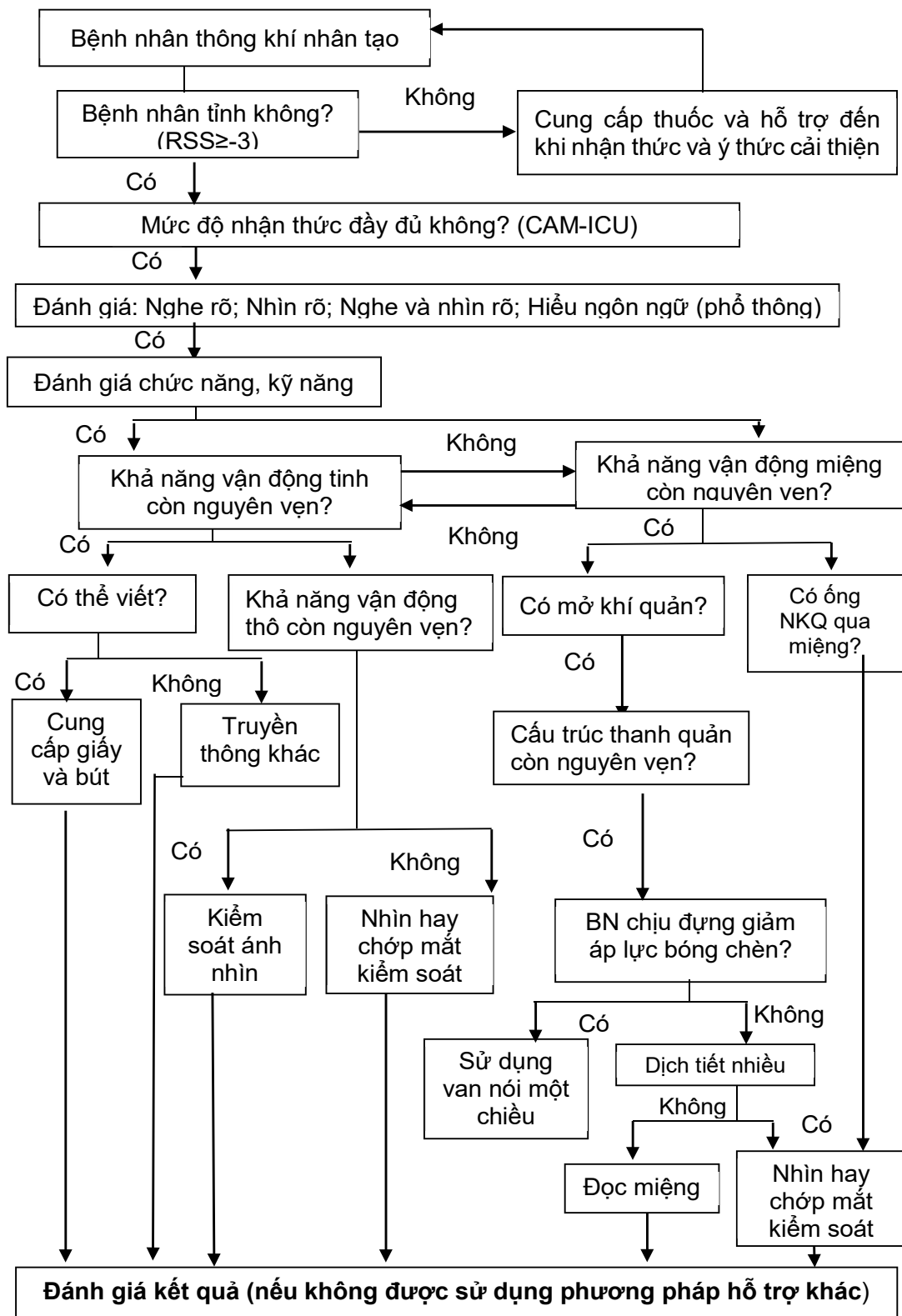
- Bước 1: Tập huấn cho các thành viên trong nhóm nghiên cứu và điều dưỡng chăm sóc về cách đánh giá và các kỹ năng giao tiếp(chú ý giao tiếp không lời)

- Bước 2. Chọn đối tượng nghiên cứu

- Bước 3: Đánh giá những chức năng, kỹ năng, khó khăn gặp phải, trạng thái tâm lý của người bệnh bằng những phương pháp giao tiếp hay sử dụng tại khoa như lắc, gập, chớp mắt và ra hiệu bằng tay trên những đối tượng nghiên cứu đã chọn

- Bước 4. Áp dụng quy trình đánh giá giao tiếp trên các đối tượng đã chọn

- Bước 5: Đánh giá những chức năng, kỹ năng, khó khăn gặp phải, trạng thái tâm lý của người bệnh sau khi áp dụng quy trình.



Hình 2.1. Quy trình đánh giá trong nghiên cứu

2.2.3.2. Công cụ thu thập số liệu

Thang điểm Richmon (RSS)[2]; Thang điểm CAM- ICU[2]; Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS[2]; Bảng từ, giấy bút; Tranh hình người; Bảng kiểm đánh giá chức năng kỹ năng của người bệnh; Bảng kiểm đánh giá những khó khăn gặp phải của người bệnh thông khí nhân tạo; Bảng kiểm đánh giá trạng thái tâm lý của người bệnh thông khí nhân tạo (Hình 2.1).

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới; thời gian điều trị, thời gian thông khí; nhận thức của người bệnh; chức năng, kỹ năng của người bệnh; các phương pháp truyền thông sử dụng trong giao tiếp; những khó khăn của người bệnh; những trạng thái tâm lý gặp phải ở người bệnh

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 17.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Loại bệnh hay gặp trong nhóm nghiên cứu là Viêm phổi, COPD chiếm 35,29%, thấp nhất là Sốc nhiễm khuẩn chiếm 3,92%.

3.3. Kết quả áp dụng quy trình đánh giá giao tiếp

Bảng 3.2. Đánh giá chức năng, kỹ năng trước và sau áp dụng quy trình đánh giá giao tiếp

Chức năng, kỹ năng	Trước		Sau		Tổng		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
Vận động tinh còn	0	0	22	43,1	51	100	< 0,001
Vận động thô còn	43	84,3	46	90,2	51	100	0.55
Khả năng vận động miệng còn	20	39,2	51	100	51	100	< 0,001
Mở khí quản	34	66,7	34	66,7	51	100	1
Có ống nội khí quản qua đường miệng	17	33,3	17	33,3	51	100	1
Cấu trúc thanh quản còn nguyên vẹn	51	100	51	100	51	100	1
Có chịu đựng giảm áp lực bóng chèn	21	41,2	21	41,2	51	100	1

Độ tuổi phổ biến trong nhóm nghiên cứu là từ 61 đến 80 tuổi chiếm 41,17%. Thời gian điều trị trên 12 ngày chiếm 68,63%, thời gian điều trị từ 2 đến 7 ngày chiếm 9,8%. Thời gian thông khí nhân tạo trên 7 ngày chiếm 74,5%, còn lại là kéo dài trong khoảng từ 3 đến 7 ngày

3.2. Nhận thức của người bệnh

Bảng 3.1. Đánh giá nhận thức của người bệnh

Nội dung đánh giá	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Điểm RSS≥-3	51	100	0	0
Điểm CAM-ICU (F1-,F2-)	49	96,1	2	3,9
Nghe rõ	51	100	0	0
Nhìn rõ	48	94,1	3	5,9
Nghe, nhìn rõ	48	94,1	3	5,9
Hiểu ngôn ngữ phổ thông	50	98,0	1	1,9

Từ 94,12 đến 100% người bệnh trong nhóm nghiên cứu tỉnh, nhận thức được, 98,04 còn khả năng nghe nhìn rõ

Bảng 3.3. Cách thức giao tiếp của người bệnh trước và sau khi áp dụng quy trình đánh giá giao tiếp

Cách thức giao tiếp	Trước		Sau		Tổng		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đọc môi	6	11,7	34	66,7	51	100	< 0,001
Ra hiệu bằng tay	30	58,8	36	70,6	51	100	0,2
Bảng chữ cái, tranh	0	0	22	43,1	51	100	< 0,001
Bút và giấy	5	9,8	21	41,2	51	100	< 0,001
Lắc, gật	38	74,5	46	90,2	51	100	0,06
Chớp mắt	20	39,2	20	39,2	51	100	1
Canuyn nói	2	3,9	2	3,9	51	100	1

Trước khi áp dụng quy trình, cách thức giao tiếp chủ yếu của người bệnh là lắc, gật (chiếm 74,5%); ra hiệu bằng tay (chiếm 58,8%) và chớp mắt (chiếm 39,2%). Sau khi áp dụng quy trình, cách thức giao tiếp được sử dụng chủ yếu của người bệnh lắc, gật (chiếm 90,2%), ra hiệu bằng tay (70,6%), đọc môi (66,7%), bảng chữ cái, tranh (43,1%) và bút, giấy (41,2%). Canuyn nói áp dụng cho 3,9 % số bệnh nhân. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 3.4. Những khó khăn được người bệnh thông khí nhân tạo mô tả trước và sau khi áp dụng quy trình đánh giá giao tiếp

Những khó khăn	Trước		Sau		Tổng		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không nói được	49	96,1	49	96,1	51	100	1
Đau, khó chịu khi hút đờm	17	33,3	51	100	51	100	< 0,001
Đau, khó chịu do ống NKQ, canuyn KQ	18	35,3	47	92,2	51	100	< 0,001
Đau, khó chịu khi tháo, lắp ống NKQ, canuyn KQ	12	23,5	42	82,4	51	100	< 0,001
Rối loạn giấc ngủ do ống NKQ	9	17,6	49	96,1	51	100	< 0,001
Không nuốt được, khó nuốt	25	49	43	84,3	51	100	< 0,001
Khát nước	10	19,6	48	94,1	51	100	< 0,001
Khó thở khi rút ống	12	23,5	38	74,5	51	100	< 0,001
Khác	3	5,9	16	31,4	51	100	< 0,01

Trước khi áp dụng quy trình, những khó khăn của người bệnh như đau, khó chịu khi hút đờm; Đau, khó chịu do ống nội khí quản hoặc canuyn khí quản; Đau khó chịu khi tháo, lắp ống nội khí quản hoặc canuyn khí quản; rối loạn giấc ngủ, khó nuốt; khát nước.

Bảng 3.5. Những trạng thái tâm lý được mô tả sau áp dụng quy trình

Trạng thái tâm lý	Trước		Sau		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Lo lắng	15	29,4	39	76,5	51	100	< 0,001
Căng thẳng	11	21,6	37	72,5	51	100	< 0,001
Sợ hãi	17	33,3	16	31,4	51	100	0,8
Tức giận	6	11,8	33	64,7	51	100	< 0,001
Bực tức	8	15,7	48	94,1	51	100	< 0,001
Sợ bị lẫn	9	17,6	12	23,5	51	100	0,4
Thất vọng	6	11,8	31	68,6	51	100	< 0,001
Khác	5	9,8	8	15,7	51	100	0,3

Các trạng thái tâm lý đánh giá được sau khi áp dụng quy trình tăng lên đáng kể so với trước khi áp dụng quy trình như lo lắng, căng thẳng, tức giận, bực tức, thất vọng. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng đánh giá người bệnh theo quy trình

Theo quy trình đánh giá thì thấy trong nhóm nghiên cứu 100% người bệnh có điểm $RSS \geq -3$ (nằm ở khoảng 0 đến -2) và 96,08% có điểm CAM-ICU (F1-, F2-) còn 2 bệnh nhân có điểm CAM-ICU khác biệt vì Chấn thương cột sống cổ liệt tứ chi nếu đánh giá theo điểm CAM-ICU về vận động thì không phù hợp, đây có lẽ là sự khác biệt giữa khoa ICU trong nghiên cứu của Ten Hoorn. S [6] vì khoa ICU của bệnh viện điều trị cả nội khoa và ngoại khoa tuy không đánh giá vận động được nhưng chúng tôi vẫn đưa vào nhóm nghiên cứu vì thấy tính cần thiết trong giao tiếp với người bệnh.

Kỹ năng nghe rõ, nhìn rõ đạt từ 94,12 đến 100%. Có 5,88% không nhìn rõ nằm ở nhóm tuổi >80. nhóm đối tượng nghiên cứu còn đủ cả kỹ năng nghe và nói là 94,12%. 98,04 người bệnh hiểu được ngôn ngữ phổ thông, có một người bệnh dân tộc Dao không biết tiếng Kinh do đó phải giao tiếp qua người nhà bệnh nhân. Các kỹ năng này sẽ quyết định lựa chọn hình thức giao tiếp với người bệnh.

Trong nhóm nghiên cứu có 90,2% người bệnh còn chức năng vận động thô, vận động tinh có 43,1%. Trong nhóm nghiên cứu có 33,3% người bệnh đặt ống nội khí quản còn lại đã được mở khí quản. Trong đó 58,8% không chịu được giảm áp lực bóng chèn, những người bệnh này thì khả năng cai máy thở và rút ống nội khí quản, canuyn khí quản là khó. Cấu trúc thanh quản và khả năng vận động miệng của nhóm nghiên cứu còn nguyên, tuy nhiên với những người bệnh đặt ống nội khí quản thì khả năng này không có nhiều giá trị nhưng ở những người bệnh mở khí quản thì giao tiếp qua đọc môi có thể áp dụng được

4.2. Các hình thức giao tiếp áp dụng sau đánh giá

Trước khi áp dụng quy trình, cách thức giao tiếp chủ yếu của người bệnh là lắc, gật (chiếm 74,5%); ra hiệu bằng tay (chiếm 58,8%) và chớp mắt (chiếm 39,2%). Sau khi áp dụng quy trình, cách thức giao tiếp được sử dụng chủ yếu của người bệnh lắc, gật (chiếm 90,2%), ra hiệu bằng tay (70,6%), đọc môi (66,7%), bằng chữ cái, tranh (43,1%) và bút, giấy (41,2%). Sự thay đổi

này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Việc sử dụng canuyn nói chỉ có 2 người bệnh được sử dụng (chiếm 3,9%). Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, việc áp dụng quy trình làm cho người điều dưỡng có thể áp dụng nhiều cách thức giao tiếp khác nhau

Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Khalaila, R và cộng sự [7], trong nghiên cứu đó các cách thức giao tiếp được áp dụng nhiều nhất 3 hình thức là ra hiệu bằng tay (92%), lắc gậy đầu (86%), đọc môi (83%), giấy và bút (57%), tuy nhiên hình thức giao tiếp bằng bảng chữ và hình ảnh chỉ từ 6% đến 17%. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Albarran A.,W[3], Happ M.,B[4], Ten Hoorn. S[6] có thêm hình thức giao tiếp bằng giọng nói điện tử và giao tiếp qua biểu cảm nét mặt. Sự khác biệt về tỷ lệ các biện pháp truyền thông giữa các nghiên cứu cho thấy việc giao tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh thông khí nhân tạo tại khoa chưa được thường xuyên và quan tâm đúng mức, điều này có thể là do nhân lực còn thiếu, việc chăm sóc thể chất, thực hiện thuốc, ghi chép hồ sơ bệnh án ...chiếm khá nhiều thời gian. Bên cạnh đó người điều dưỡng còn thiếu kiến thức về kỹ năng giao tiếp với người bệnh thông khí nhân tạo, thiếu phương tiện truyền thông, vì những lý do trên mà đa phần các hình thức giao tiếp nhanh, không cần phương tiện truyền thông được áp dụng nhiều hơn, hình thức này nhiều khi cũng mang tính chủ quan và không truyền đạt được những nhu cầu của người bệnh. Tuy nhiên, Kacperek cho rằng truyền thông hiệu quả phụ thuộc vào khả năng lắng nghe và sử dụng kỹ năng giao tiếp phi ngôn ngữ. (cử chỉ, điệu bộ)

4.3. Những khó khăn và trạng thái tâm lý của người bệnh thông khí nhân tạo

Trước khi áp dụng quy trình, những khó khăn của người bệnh như đau, khó chịu khi hút đờm; Đau, khó chịu do ống nội khí quản hoặc canuyn khí quản; Đau khó chịu khi tháo, lắp ống nội khí quản hoặc canuyn khí quản; rối loạn giấc ngủ, khó nuốt; khát

nước; khó thở chỉ tìm thấy được ở 20% - < 50% bệnh nhân. Sau khi áp dụng quy trình, những khó khăn trên trong quá trình thông khí được tìm thấy ở 70-100% người bệnh, trong đó cảm giác đau và khó chịu khi hút đờm gặp ở 100% người bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, việc áp dụng quy trình giao tiếp với người bệnh giúp cho người điều dưỡng có thể tìm hiểu đầy đủ hơn những khó khăn mà người bệnh gặp phải trong quá trình thông khí nhân tạo. Từ đó, người điều dưỡng có thể tìm ra những nhu cầu của người bệnh và chăm sóc tốt hơn.

Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Rabia Khalaila [7]. Từ 82,4 đến 84,3 người bệnh cảm thấy: Đau, khó chịu khi tháo, lắp ống NKQ, canuyn KQ, không nuốt được, khó nuốt, đau, khó chịu khi tháo, lắp ống NKQ, canuyn KQ, khó khăn này ở nghiên cứu của Khalaila. R [7] là dưới 80%. Sự khác nhau này có lẽ do thời điểm phỏng vấn của nghiên cứu trên lúc người bệnh đã bỏ thông khí nhân tạo và hồi cứu lại. Một số khó khăn khác như đói, mót đái, đau họng.....gặp ở 31,4%.

Các trạng thái tâm lý đánh giá được sau khi áp dụng quy trình tăng lên đáng kể so với trước khi áp dụng quy trình như lo lắng, căng thẳng, tức giận, bực tức, thất vọng. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trên 90% người bệnh thường xuất hiện cảm giác bực tức do không nói được, do khi thông khí nhân tạo..., trạng thái tâm lý lo lắng, tức giận, thất vọng gặp ở trên 60% người bệnh thông khí nhân tạo với tần xuất 1 đến 3 lần trong một ngày, đây là trạng thái tâm lý tất yếu của người bệnh khi vào viện, nhất là người bệnh nặng phải can thiệp hô hấp thì trạng thái này sẽ xuất hiện thường xuyên hơn và có thể biểu hiện ở cấp độ cao hơn thành trạng thái tức giận gặp ở 56,9% tần xuất 1 đến 3 lần. Có từ 3,9% đến 7,84% các trạng thái tâm lý không bình thường xuất hiện với tần xuất từ 1 đến 6 lần trên ngày. Ngoài còn các trạng thái tâm lý khác như

cảm thấy cô đơn, bị bỏ rơi, cảm giác buồn xuôi.... chiếm hơn 7%. Các trạng thái tâm lý đánh giá được thông qua việc áp dụng quy trình là hết sức cần thiết, và nó thể hiện nhu cầu tâm lý của người bệnh mà trước đây người điều dưỡng không thể biết được thông qua các cách thức giao tiếp thông thường như gặt lấc, ra hiệu bằng tay....Kết quả này là cơ sở để các điều dưỡng ICU có thái độ và hành động chăm sóc kịp thời đáp ứng nhu cầu của người bệnh

5. KẾT LUẬN

- 100% người bệnh trong nhóm nghiên cứu được áp dụng qui trình đáng giá trước lựa chọn hình thức giao tiếp: Các kỹ năng đánh giá theo qui trình đạt từ 94,12 đến 100%. Các kỹ năng vận động được đánh giá còn từ đạt trên 90%. Chức năng vận động còn từ 43,1% đến 90,2%.

- Mỗi người bệnh được sử dụng ít nhất 3 hình thức giao tiếp. Hình thức giao tiếp được sử dụng nhiều nhất là lấc, gặt 90,2%, ra hiệu bằng tay là 70,6%, đọc môi 66,7%.

- Việc sử dụng qui trình giao tiếp đã cho thấy hiệu quả trong việc thu nhận được các khó khăn và trạng thái tâm lý của người bệnh thông khí nhân tạo: 100% người bệnh cảm giác đau, khó chịu khi hút đờm qua canuyn khí quản, nội khí quản. Trên 90% người bệnh có cảm giác bất lực khi không nói được(96,1%), khát nước, rối loạn giấc ngủ do ống nội khí quản, canuyn khí quản(96,1%). Trạng thái tâm lý lo lắng, tức giận, thất vọng gặp ở trên 60% người bệnh với tần xuất 1 đến 3 lần trong một ngày.

KHUYẾN NGHỊ

Cần trang bị thêm kiến thức về giao tiếp đặc biệt là giao tiếp phi ngôn ngữ cho điều dưỡng ICU. Áp dụng thêm một số cách thức giao tiếp để tăng cường giao tiếp giữa bệnh nhân, người nhà và người điều dưỡng. Bổ xung thêm nhân lực điều dưỡng và phương tiện phục vụ giao tiếp. Nên thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc áp dụng quy trình giao tiếp với bệnh nhân có ý thức thông khí nhân tạo ở quy mô rộng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế(2014), Hướng dẫn qui trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, Hà Nội, 93-102
2. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Lâm Việt, Phạm quang Vinh, Nguyễn Quốc Anh. Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản y học, Hà nội 2011, 480-482.
3. Albarran, J. W. (1991). A review of communication with intubated patients and those with tracheostomies within an intensive care environment. *Intensive Care Nursing*, 7(3), 179-186.
4. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2011;20:e28-40. doi: 10.4037/ajcc2011433.
5. Menzel, L. K. (1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 27(4), 245-252.
6. Ten Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 333.
7. Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 470-479.
8. Martinho, Carina Isabel Ferreira, & Rodrigues, Inês Tello Rato Milheiras. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132-140. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>